



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



**Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΥΘΑΛΙΑ ΤΖΑΝΑΛΑΡΙΔΟΥ

**ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΕΥΘΑΛΙΑ ΤΖΑΝΑΛΑΡΙΔΟΥ

**ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Επόπτρια: **Δρ. Φαφαλιού Ειρήνη**

Μέλη: Δρ. Παντελίδης Παντελής

Δρ. Χασσίδ Ιωσήφ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΕΦΘΑΛΙΑ ΤΖΑΝΑΛΑΡΙΔΟΥ

RATIONING IN HEALTH CARE

Supervisor: Dr FAFALIOU IRENE

*GRADUATE THESIS SUBMITTED
FOR THE DEGREE
“MASTER OF SCIENCE IN HEALTH
MANAGEMENT”*

Piraeus, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερώς αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Κα Δρ. Φαφαλιού Ειρήνη για την άρτια συνεργασία μας , την πολύτιμη καθοδήγηση που αβίαστα μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, μα κυρίως διότι αποτέλεσε και αποτελεί πηγή έμπνευσης για τους φοιτητές της με τον ενθουσιώδη τρόπο που διδάσκει και την εξαιρετική ικανότητά της για καταγισμό ιδεών (brain storming).

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους επιστήμονες που συμμετείχαν στην έρευνα πεδίου διαθέτοντας χρόνο και καταθέτοντας την πολύτιμη εμπειρία τους, ώστε να καταστεί δυνατή, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η διερεύνηση του θέματος του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα.

Αφιερώνεται στον σύντροφό μου,

Μιχάλη Γιώτα

(Για την υπομονή και

τη συνδρομή του)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα δημόσια συστήματα υγείας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών αντιμετωπίζουν προβλήματα οικονομικής βιωσιμότητας. Αφ' ενός οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν σημαντικό μέρος του Α. Ε. Π. κάθε χώρας και η τάση τους διεθνώς είναι αυξητική, αφ' ετέρου οι προσπάθειες αύξησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, καθώς κι εκείνες βελτίωσης της ορθολογικής διοίκησης και διαχείρισης των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δεν έχουν αποδώσει τα επιθυμητά οικονομικά αποτελέσματα.

Τα τελευταία χρόνια, προτείνεται από πολλούς ερευνητές η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (rationing in health care), ως μέτρο ελέγχου και περικοπής των δαπανών. Ουσιαστικά πρόκειται για μια μέθοδο που βάζει φραγμούς στην προσφορά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σ' εκείνα τα περιστατικά όπου η ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας δεν κρίνεται ορθολογική. Πρακτικά, με αυτήν τη μέθοδο καθορίζεται *‘ποια συνολική ποσότητα μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας θα παρέχεται σε ποιους ασθενείς, με ποιο κόστος και υπό ποιες συνθήκες’*.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τις συνεντεύξεις που διενεργήσαμε με ειδικούς του τομέα για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα, καταδεικνύουν ότι οι ειδικοί πιστεύουν πως δεν λαμβάνονται, προς το παρόν, τέτοια μέτρα ούτε υφίσταται ανάγκη να ληφθούν στο άμεσο μέλλον. Η εφαρμογή τέτοιων μέτρων θεωρείται θεμιτή μόνον υπό προϋποθέσεις, διότι οι θεμελιώδεις αρχές του ελληνικού Ε. Σ. Υ. αποτελούν ανασχετικούς παράγοντες. Αποκαλύπτουν επίσης την άποψη των ειδικών πως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των πολιτών και πως οι καταλληλότεροι να λάβουν τέτοιες αποφάσεις είναι οι καρδιολόγοι ιατροί με κριτήρια ιεράρχησης προτεραιοτήτων, πρωτίστως, την κατάσταση της υγείας του ασθενή και, δευτερευόντως, το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή από την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή.

Λέξεις κλειδιά : εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ιεράρχηση προτεραιοτήτων, θεμελιώδεις αρχές δημόσιου συστήματος υγείας, λόγος αποτελεσματικότητας κόστους, τεκμηριωμένη ιατρική.

RATIONING IN HEALTH CARE

EFTHALIA TZANALARIDOU

Graduate thesis submitted for the degree

“Master of science in Health Management”

Supervisor: Dr Fafaliou Irene

ABSTRACT

Public health systems, in developed industrialized countries, are confronted with viability problems. Although health expenditure constitutes a significant part of each country's G.D.P. (with a tendency to expand internationally), the attempts to improve the efficiency and effectiveness of healthcare provision have not produced the expected economic results.

In recent years, a number of researchers suggest the application of rationing measures in healthcare provision, as means to control and contain costs. In essence, rationing is a method to raise barriers in the supply of healthcare services in those cases where the demand for healthcare is not conceived sensible or rational. In practice this method determines ‘*what should be the total quantity of a certain service to be offered, to whom, with what cost and under which terms and conditions*’.

The conclusions from the research findings for rationing in healthcare provision, conducted among cardiology patients in Greece, indicate that currently there are no such measures in force, or a need to be taken in the immediate future. The application of such measures is considered plausible only under certain preconditions since the fundamental principles of the Greek Public Health System constitute restraining factors. The findings also reveal, from the point of view of the experts interviewed, that the opinion of the citizens should be considered and that the most appropriate persons to take such decisions upon prioritization criteria, are the cardiology doctors. The most dominant priority setting criteria have been declared ‘the patient's health condition’ and ‘the expected benefit to the patient from the required therapeutic treatment’.

Key words: *rationing in health care, resource allocation, priority setting, fairness-, equity- solidarity, cost-effectiveness, evidence-based medicine.*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας της υγείας αποτελεί ένα ζήτημα για το οποίο υπάρχουν πολλές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία, τα τελευταία 15 χρόνια. Από πολλούς ερευνητές ο εξορθολογισμός προτείνεται ως μία πολλά υποσχόμενη μέθοδος, η οποία θα βάλει φραγμούς στην παροχή περίθαλψης (σε όρους ποσότητας και ποιότητας), μειώνοντας (ή έστω διατηρώντας σταθερές) τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και καθιστώντας μ' αυτόν τον τρόπο, οικονομικά βιώσιμα τα δημόσια συστήματα υγείας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών.

Το κίνητρο για την ενασχόληση με αυτό το θέμα δόθηκε από: α) τη δέσμευση ολοένα και περισσότερων πόρων για τις δαπάνες στην υγεία, β) τις αντικρουόμενες απόψεις των διεθνών αναφορών στο συγκεκριμένο θέμα και γ) την απουσία συζήτησης στην Ελλάδα επί του θέματος.

Στόχοι της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν η διερεύνηση: α) των νέων διεθνών κατευθύνσεων σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υπό το πρίσμα του εξορθολογισμού και β) της αντίληψης που έχουν για το θέμα οι ειδικοί του χώρου των καρδιολογικών ασθενών στην Ελλάδα.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε έχει δύο διαστάσεις: α) εκτενή επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, η οποία αναφέρεται στον εξορθολογισμό παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και β) έρευνα πεδίου μέσω εις βάθος συνεντεύξεων με ειδικούς επιστήμονες και επαγγελματίες στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα, προκειμένου να εκμαιευτεί η άποψή τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας περιγράφεται η εξέλιξη των συστημάτων υγείας έως σήμερα και οι αιτίες, που οδηγούν στην αύξηση των δαπανών για την υγεία. Στα επόμενα κεφάλαια καταγράφονται και αναλύονται τα ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν τη διαμόρφωση πολιτικών εξορθολογισμού, τα είδη του εξορθολογισμού και τα επίπεδα στα οποία εφαρμόζεται, τα κριτήρια, οι παράμετροι κι οι προϋποθέσεις λήψης τέτοιων μέτρων, ενώ γίνεται ιδιαίτερη μνεία στις ομάδες ασθενών, εξετάσεων και θεραπευτικών αγωγών, όπου είναι πιθανότερο να εφαρμοστούν τέτοια μέτρα. Περιγράφονται, επίσης, οι απόψεις των πολιτών και των διαμορφωτών πολιτικών για τον εξορθολογισμό, καθώς και τα μέτρα εξορθολογισμού, τα οποία λήφθηκαν σε χώρες του Ο. Ο. Σ. Α..

Στο προτελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται οι απόψεις των πολέμιων του εξορθολογισμού. Συμπληρωματικά, αναφέρονται εκτενώς οι εναλλακτικές μέθοδοι που προτείνονται έναντι του εξορθολογισμού στη διεθνή βιβλιογραφία, οι οποίες μπορούν, κατά τη γνώμη μερίδας ερευνητών, να εξασφαλίσουν τη διατήρηση της οικονομικής βιωσιμότητας των δημόσια χρηματοδοτούμενων συστημάτων υγείας, χωρίς την εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού.

Στο τελευταίο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά την έρευνα πεδίου, αναλύονται τα αποτελέσματα και καταγράφονται τα συμπεράσματα κι οι περιορισμοί αυτής.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο		Σελ.
Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ		1
<u>Κεφάλαιο Πρώτο:</u> Εξέλιξη των συστημάτων υγείας έως σήμερα		1
1.1	Ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας	1
1.2	Η αύξηση των δαπανών για την υγεία	4
1.3	Η σημερινή πραγματικότητα των συστημάτων υγείας	11
1.4	Προϋποθέσεις ιδεατού στρατηγικού προγραμματισμού για εθνική ανάπτυξη πολιτικών υγείας	12
1.5	Καταμερισμός των πόρων (resource allocation)	14
<u>Κεφάλαιο Δεύτερο:</u> Εξορθολογισμός στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών – Ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη – Προϋποθέσεις και κριτήρια		18
2.1	Ορισμοί	18
2.1.1	Η συγκράτηση του κόστους (cost containment)	19
2.1.2	Ο εξορθολογισμός στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (rationing)	19
2.1.3	Ιεράρχηση προτεραιοτήτων (priority setting)	21

2.2	Το φάσμα μεταξύ συγκράτησης του κόστους και εξορθολογισμού	24
2.3	Μπορεί να αποφευχθεί ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας;	31
2.4	Ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν την εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού	33
2.4.1	Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης	35
2.4.1.1	Utilitarianism: Ωφελιμισμός	35
2.4.1.2	Rawls justice as fairness: Το 'πέπλο της άγνοιας' του Rawls	36
2.4.1.3	Liberalism: Φιλελευθερισμός, κλασικός και μοντέρνος	38
2.4.2	Οι θεωρίες της κοινωνικής ευημερίας	40
2.4.3	Συμπέρασμα από τη μελέτη των θεωριών της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής ευημερίας	47
2.5	Θεμελιώδεις προϋποθέσεις κι οι συνέπειές τους στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων	47
2.6	Ηθικά ζητήματα που άπτονται της επιλογής των δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας	52
2.7	Στόχοι και κριτήρια κατανομικής πολιτικής	53
2.8	Τα κριτήρια της ισότητας και της αποδοτικότητας στον καθορισμό προτεραιοτήτων	55
2.9	Ο ρόλος της κλινικής ιατρικής και της οικονομικής αξιολόγησης στη λήψη αποφάσεων	57
2.10	Στόχοι υγείας και στόχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας	58
2.11	Ατομική και κοινωνική ηθική	59
2.12	Ποιότητα ζωής ή παράταση ζωής	60
2.13	Ανάγκες των ηλικιωμένων	61
2.14	Ανάγκες των δυο φύλων	67

<u>Κεφάλαιο Τρίτο:</u> Οι απόψεις των πολιτών και των διαμορφωτών πολιτικών για τον εξορθολογισμό		70
3.1	Τι περιλαμβάνει ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σ' ένα δημόσιο σύστημα υγείας	70
3.2	Είδη εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	76
3.3	Ο ρόλος των πολιτών	81
3.4	Λόγοι υπέρ και κατά της εμπλοκής των πολιτών	85
3.5	Σε ποιο βαθμό επιθυμούν οι πολίτες να συμμετέχουν	86
3.6	Έρευνες για τις απόψεις των πολιτών στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων	91
3.7	Λογοδοσία για τη λογική εφαρμογή (accountability for reasonableness)	99
3.8	Οι απόψεις των διαμορφωτών πολιτικών για τον εξορθολογισμό και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων	101
3.9	Βελτίωση της ιεράρχησης προτεραιοτήτων στο νοσοκομείο	112
3.10	Εξορθολογισμός στη χρήση των φαρμάκων, στην έρευνα και στις νέες τεχνολογίες	113
<u>Κεφάλαιο Τέταρτο:</u> Η διεθνής εμπειρία εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης		117
4.1	Στρατηγικές φανερού και σαφούς εξορθολογισμού	117
4.1.1	Η προσέγγιση των αρχών γενικών οδηγιών: προσπάθειες σαφούς και φανερής ιεράρχησης προτεραιοτήτων	120
4.1.2	Η προσέγγιση προσδιορισμού των πρακτικών: προσπάθειες σαφούς και φανερής ιεράρχησης προτεραιοτήτων	124
4.2	Συμπεράσματα απ' τη μελέτη των χωρών & μελλοντικές κατευθύνσεις	132

4.3	Συμπεράσματα από τη διεθνή εμπειρία	133
4.4	Κριτήρια για την αξιολόγηση της ιεράρχησης προτεραιοτήτων	136
4.5	Προβληματισμοί για την παρούσα φάση του εξορθολογισμού	138
<u>Κεφάλαιο Πέμπτο:</u> Εναλλακτικές έναντι του εξορθολογισμού		141
5.1	Είναι αναγκαιότητα ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας ;	141
5.2	Το παράδειγμα της Γαλλίας	142
5.3	Εναλλακτικές δράσεις για την αποφυγή του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	143
5.3.1	Επαναπροσδιορισμός της αρχής της αλληλεγγύης	145
5.3.2	Διαφοροποίηση της χρηματοδότησης	145
5.3.3	Διαφοροποίηση στην επιλογή	147
5.3.4	Ανάληψη ατομικής ευθύνης για την υγεία	148
5.4	Δράσεις που ανέλαβε το Πανεπιστήμιο του Michigan κι οι εκβάσεις τους	149
Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ		152
<u>Κεφάλαιο Έκτο:</u> Έρευνα πεδίου για τον εξορθολογισμό στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα		152
6.1	Μεθοδολογία και στόχοι της έρευνας πεδίου	152
6.2	Σχεδιασμός και ζητήματα επικέντρωσης της έρευνας πεδίου	153
6.3	Ευρήματα της έρευνας πεδίου	156

6.4	Συμπεράσματα από την έρευνα πεδίου – Συζήτηση	170
6.5	Περιορισμοί και όρια της έρευνας πεδίου	172
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ & ΠΗΓΕΣ		173
Α. Ξενόγλωσση		173
Β. Ελληνική		184
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α		185
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β		186

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Α/Α	Τίτλος	Σελίδα
1	<i>ΤΟΜΕΙΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ</i>	17
2	<i>ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ</i>	26
3	<i>ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ</i>	39
4	<i>ΠΙΘΑΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΜΕΤΡΑ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ</i>	72
5	<i>ΕΙΔΗ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</i>	77
6	<i>ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ</i>	98
7	<i>ΛΟΓΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΓΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ</i>	101
8	<i>ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ</i>	105

9	<i>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ</i>	106
10	<i>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ</i>	111
11	<i>ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</i>	119
12	<i>ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟ 2003</i>	130
13	<i>ΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ</i>	131
14	<i>ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ</i>	136
15	<i>ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ</i>	167

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Α/Α	Τίτλος	Σελίδα
1	<i>ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΟΥ Α. Ε. Π. ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε. Ε. (2004)</i>	5
2	<i>ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΟΥ Α. Ε. Π. ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε. Ε. (ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΤΩΝ : 1990 & 2004)</i>	5
3	<i>ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΣΕ PPP (US\$)</i>	6
4	<i>ΚΥΡΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ Ε. Ε. (1999) (ΑΝΔΡΕΣ)</i>	7
5	<i>ΚΥΡΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ Ε. Ε. (1999) (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)</i>	8
6	<i>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (Ε.Ε.-15) (1980-2020)</i>	11

7	<i>ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΚΕΡΔΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ</i>	45
8	<i>ΕΡΩΤΗΜΑ 1α: Γνωρίζετε να έχει τεθεί θέμα προς συζήτηση για τον εξορθολογισμό στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα;</i>	156
9	<i>ΕΡΩΤΗΜΑ 1β: Από πού γνωρίζετε για τη συζήτηση επί του θέματος;</i>	157
10	<i>ΕΡΩΤΗΜΑ 2α: Πιστεύετε πως υπάρχει άμεση ανάγκη λήψης μέτρων εξορθολογισμού για τους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i>	158
11	<i>ΕΡΩΤΗΜΑ 2β: Πιστεύετε πως θα υπάρξει ανάγκη στο άμεσο μέλλον (2-3 χρόνια) λήψης μέτρων εξορθολογισμού για τους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i>	159
12	<i>ΕΡΩΤΗΜΑ 2γ: Για ποιο λόγο πιστεύετε πως θα υπάρξει ανάγκη, στο άμεσο μέλλον, λήψης μέτρων εξορθολογισμού για τους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i>	160

13	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 3α:</i></p> <p><i>Είναι θεμιτή, κατά τη γνώμη σας, η λήψη μέτρων εξορθολογισμού για τους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i></p>	<i>161</i>
14	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 3β:</i></p> <p><i>Υπό ποιες προϋποθέσεις θεωρείτε θεμιτή τη λήψη μέτρων εξορθολογισμού για τους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i></p>	<i>162</i>
15	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 4:</i></p> <p><i>Από την εμπειρία & τη φύση της εργασίας σας, συμπεραίνετε πως λαμβάνουν χώρα ή όχι ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i></p>	<i>163</i>
16	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 5:</i></p> <p><i>Αποτελούν, κατά τη γνώμη σας, οι τρεις θεμελιώδεις αρχές (ισότητα, καθολική πρόσβαση & αλληλεγγύη), του Ε. Σ. Υ., ανασχετικούς παράγοντες για τη λήψη αποφάσεων εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i></p>	<i>164</i>
17	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 6:</i></p> <p><i>Οι αποφάσεις λήψης μέτρων εξορθολογισμού, που λήφθηκαν διεθνώς, πιστεύετε ότι επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i></p>	<i>165</i>

18	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 8:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Κατά τη λήψη αποφάσεων μέτρων εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των πολιτών</i></p>	168
19	<p style="text-align: center;"><i>ΕΡΩΤΗΜΑ 9:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Ποιοι νομίζετε πως είναι οι καταλληλότεροι για να διαμορφώσουν τις πολιτικές & να λάβουν τις αποφάσεις για ζητήματα εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;</i></p>	169

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

- A. E. Π. Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
E. E. Ευρωπαϊκή Ένωση
E. Σ. Υ. Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η. Π. Α. Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ο. Ο. Σ. Α. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π. Ο. Υ. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

- N. H. S. National Health System
N. I. C. E. National Institute for health and Clinical Excellence
O. E. C. D. Organisation of Economic Cooperation and Development
P. B. M. A. Program Budgeting and Marginal Analysis
P. P. P. Purchasing Power Parity
Q. A. L. Y.'s Quality Adjusted Life Years
W. H. O. World Health Organisation

Α΄ ΜΕΡΟΣ : ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Στο κεφάλαιο αυτό δίνεται μια σύντομη αναδρομή στην εξέλιξη των συστημάτων υγείας, από τη γέννησή τους και έως σήμερα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις αιτίες που οδηγούν στη ραγδαία αύξηση των δαπανών για την υγεία και στην ανάγκη χρησιμοποίησης μιας μεθόδου καταμερισμού των πόρων στο σύστημα υγείας, η οποία να εξασφαλίζει την ορθή θέσπιση προτεραιοτήτων.

1.1 Ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας

Η εξέλιξη των δημόσιων συστημάτων υγείας (ολοκληρωτικά, συμβολαιακά και συστήματα αποζημίωσης) ταυτίστηκε, απ' την δημιουργία τους και μέχρι πριν λίγα χρόνια, με την παραγωγή, την προσφορά και την κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Το «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο προστασίας της υγείας» σχετίστηκε με δύο ειδοποιά χαρακτηριστικά:

- 1) Την έκταση της πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας και έγκειται στη διασφάλιση της αρχής της αλληλεγγύης, η οποία είναι καταστατικά κατοχυρωμένη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και ικανοποιεί το κριτήριο της καθολικής, ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος στηρίζεται στη συμβολή των πολιτών σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός, ενώ η παροχή των υπηρεσιών είναι ανάλογη της

- 2) Τον ρόλο του κράτους σε σχέση με την αγορά και το εύρος της παρεμβατικής του λειτουργίας, ο οποίος στην περίπτωση της Ευρώπης είναι ιδιαίτερα εκτεταμένος σε σχέση με την Αμερική. («Laetz», 1996)

Τα συστήματα υγείας, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, ακολούθησαν τον ίδιο δρόμο οικονομικής σκέψης μ' αυτόν της κλασικής φιλελεύθερης άποψης, ο οποίος στηρίζεται στην ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση του εθνικού προϊόντος, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών σε υγειονομική περίθαλψη.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξεκίνησαν να αντιμετωπίζουν δομικά προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών στα συστήματα υγείας τους. Οι δυσκολίες αυτές προκαλούνται τόσο από εξωτερικές προς τον υγειονομικό τομέα εξελίξεις (αλλαγές στο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί) όσο και εσωτερικές (παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού και την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας). («Saltman, Figueras», 1997 και «Figueras et al», 1998).

Το μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό πρότυπο, με τη διόγκωση των χρόνιων και καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου και των εξωτερικών αιτιών («W. H. O.», 2002), η γήρανση του πληθυσμού («Estes, Linkins», 2000), η διαθεσιμότητα των νέων θεραπευτικών τεχνολογιών κι οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με την παροχή υψηλής ποιότητας, και περισσότερο προσανατολισμένων προς τον ασθενή, υπηρεσιών («Coulter, Fitzpatrick», 2000), οι ταχείς ρυθμοί της διεθνούς οικονομικής ολοκλήρωσης, η παγκοσμιοποίηση, οι δυσκολίες στη μακροοικονομική απόδοση των ευρωπαϊκών χωρών («Zielinski-Gutierrez, Kendall», 2000 και «Woodward et al», 2001) κι οι πολιτικές και ιδεολογικές μετατοπίσεις («Freeman», 2000), συνέβαλαν στην αύξηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας. Επιπλέον τέθηκαν ζητήματα σχετικά με τις ανισότητες στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών («Aday», 2000), την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα των κλινικών διαδικασιών και της λειτουργίας των υγειονομικών ιδρυμάτων. («W. H. O. », 2000)

Η οικονομική πολιτική που είχε υιοθετηθεί, μέχρι πρόσφατα, τόσο στα φιλελεύθερα όσο και στα κοινωνικοποιημένα συστήματα, απέβλεπε κυρίως στην αναπτυξιακή πορεία

των δαπανών υγείας. Παράλληλα, δημιουργήθηκε σταδιακά μια κατάσταση, στην οποία όλοι οι δικαιούχοι στο σύστημα υγείας είχαν θέσει τους στόχους τους:

- I. Οι ασθενείς επιδιώκοντας τη μεγιστοποίηση της κατανάλωσης υγειονομικών υπηρεσιών προέβαιναν σε συστηματική και πολλές φορές άσκοπη χρήση των υπηρεσιών, μη λαμβάνοντας υπόψη τους το κόστος.
- II. Οι ιατροί αποβλέποντας στη μεγιστοποίηση της ωφέλειάς τους (εισόδημα, κέρδη, φήμη) λάμβαναν αποφάσεις σχετικά με νέες θεραπείες, νέα τεχνολογία, νέες νοσηλευτικές μονάδες, συχνά αδιαφορώντας για την ύπαρξη ή όχι διαθέσιμων οικονομικών πόρων.
- III. Οι διευθυντές των υπηρεσιών υγείας προγραμματίζουν τους προϋπολογισμούς με βάση τιμαριθμικά δεδομένα, χωρίς να προγραμματίζουν ανακατανομή των πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες.
- IV. Οι πολιτικοί αποσκοπούσαν στην ικανοποίηση βραχυπρόθεσμων στόχων, όπως η επανεκλογή τους.
- V. Οι συνδικαλιστές επιδίωκαν τόσο την προάσπιση των κεκτημένων δικαιωμάτων τους, όσο και την απόκτηση νέων.
- VI. Τέλος οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και οι κρατικοί φορείς ούτε προγραμματίζουν ούτε αξιολογούσαν το όφελος και το κόστος εναλλακτικών μορφών συστημάτων νοσηλείας. («Mossialos, McKee», 2002)

Στα πλαίσια αυτά επιχειρήθηκαν εκτεταμένες αλλαγές, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ως η «τρίτη γενιά» των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στον 20^ο αιώνα («W. H. O. », 2000)¹. Η επιδίωξη αυτών των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, κατά τη δεκαετία του '80, ήταν η επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της μακρο-αποδοτικότητας και της συγκράτησης του κόστους, ενώ η μικρο-αποδοτικότητα, η ποιότητα κι η ενδυνάμωση της δυνατότητας επιλογής από τους ασθενείς, αποτέλεσαν τους στόχους κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90.

¹ η «πρώτη γενιά» υγειονομικών μεταρρυθμίσεων περιλαμβάνει τη θεμελίωση και την επέκταση των εθνικών συστημάτων υγείας και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης της υγείας κατά τις δεκαετίες του '40 και του '50, ενώ η «δεύτερη γενιά» αφορά στην προαγωγή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά τα τέλη της δεκαετίας του '60.

1.2 Η αύξηση των δαπανών για την υγεία

Σήμερα γίνεται αναγκαία η αλλαγή, συνολικά, του προσανατολισμού των συστημάτων υγείας, κάτω απ' τις νέες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

Τα συστήματα υγείας, στη σημερινή πραγματικότητα, αντιμετωπίζουν το κυρίαρχο πρόβλημα της διόγκωσης των δαπανών για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η εξέλιξη, στις απαιτούμενες δημόσιες δαπάνες για την υγεία, οφείλεται κυρίως:

- α) στην παγκοσμιοποίηση, και
- β) στην αύξηση της ζήτησης υγειονομικής περίθαλψης.

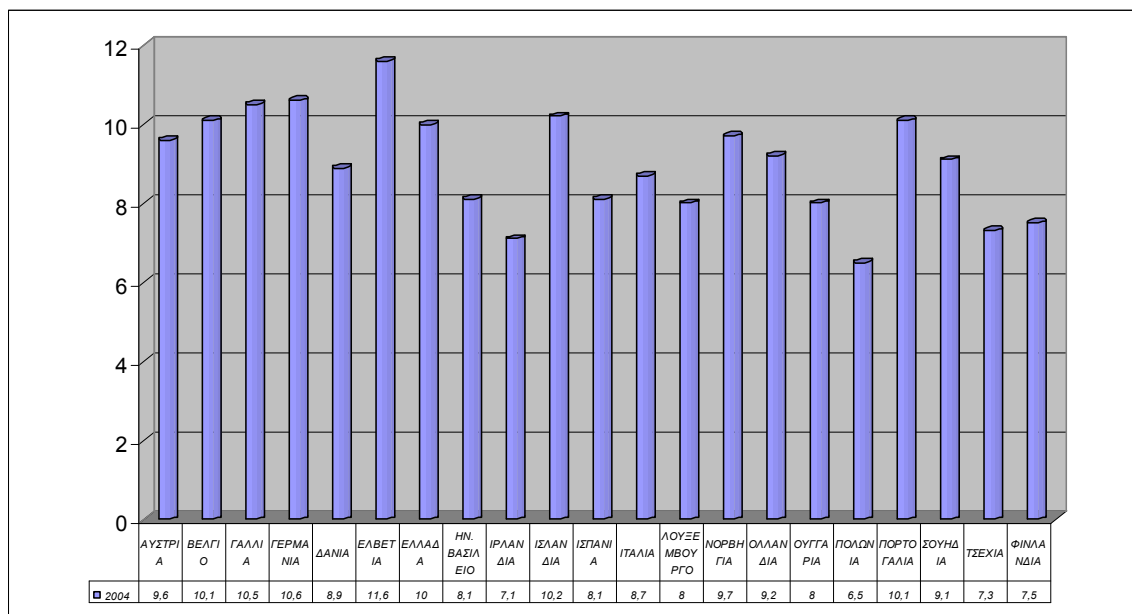
Σε ότι αφορά στην παγκοσμιοποίηση, αυτή επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία σε μια διπλή διάσταση, επηρεάζοντας τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Αναφορικά με τα συστήματα υγείας, η παγκοσμιοποίηση επιδρά στον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζοντας παραμέτρους όπως η προσφορά κι η ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών, η ποιότητα, η διαθεσιμότητα κι η πρόσβαση σ' αυτές («Frenk, Gomez-Dantes», 2002 και «Warner», 1998). Επιπροσθέτως, επαναπροσδιορίζει το ρόλο του κράτους στη διαμόρφωση και την άσκηση πολιτικής υγείας και καθιστά αναγκαία την ενεργητικότερη συμμετοχή διεθνών οργανισμών για την αντιμετώπιση προβλημάτων που ξεπερνούν τις δυνατότητες των εθνικών συστημάτων υγείας. («Frenk et al», 1997)

Σε ότι αφορά στη διόγκωση των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας, αυτή έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, όπως φαίνεται από τα διαγράμματα 1, 2 και 3.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

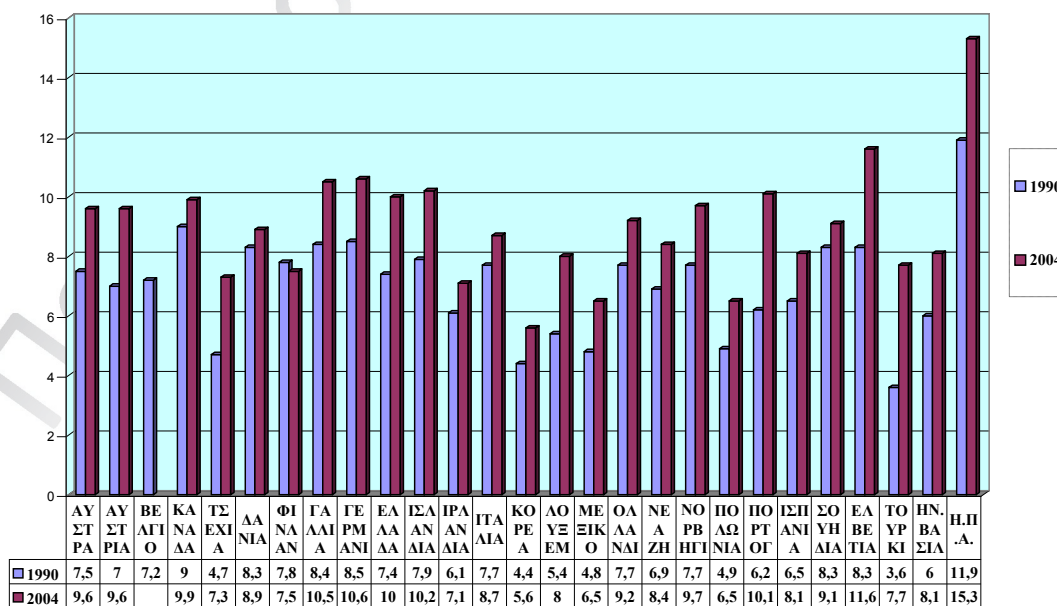
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΟΥ Α. Ε. Π. ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε. Ε. (2004)



Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α. (Health Data 2006)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΟΥ Α. Ε. Π. ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε. Ε. (ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΤΩΝ : 1990 & 2004)

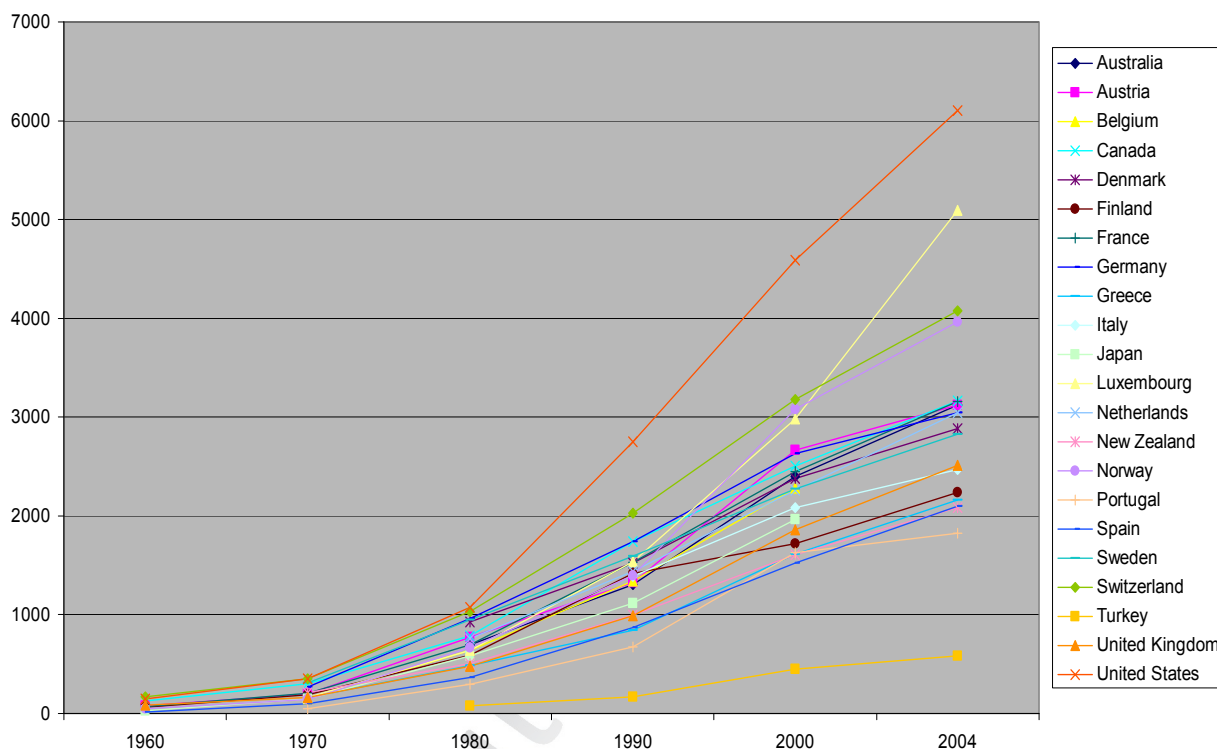


Πηγή Ο.Ο.Σ.Α. (Health Data 2006)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (1960-2004) ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΣΕ PPP(US\$)

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (1960-2004) ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΣΕ PPP (US\$)



Πηγή Ο.Ο.Σ.Α. (Health Data 2006)

Συγκεκριμένα, αναλογιστικές μελέτες δείχνουν πως, αν οι κατά κεφαλή δαπάνες για περίθαλψη συνεχίσουν να αυξάνονται με μεγαλύτερο ρυθμό από το ρυθμό αύξησης του εισοδήματος, τότε ως το 2040 οι δαπάνες για την υγεία θα αποτελούν το 1/3 της εθνικής παραγωγής των Η. Π. Α.. Η αύξηση των δαπανών στην υγεία θα απορροφήσει τη μισή της συνολικής οικονομικής ανάπτυξης το 2022 και όλη την οικονομική ανάπτυξη του 2051. Οι δαπάνες για το Medicare και το Medicaid, ως ποσοστό του Α. Ε. Π., το 2040, θα είναι τόσες, όσο είναι σήμερα το ποσοστό του φόρου εισοδήματος και μισθωτών. («Aaron», 2005)

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχει ήδη αυξηθεί σε πολλές χώρες του Ο. Ο. Σ. Α. και θα οδηγήσει σε περαιτέρω αύξηση τις δαπάνες για την υγεία. Η αύξηση της ζήτησης και επακόλουθα η αύξηση των απαιτούμενων δαπανών για την κάλυψη της ζήτησης οφείλεται σε μια πληθώρα παραγόντων - αιτιών:

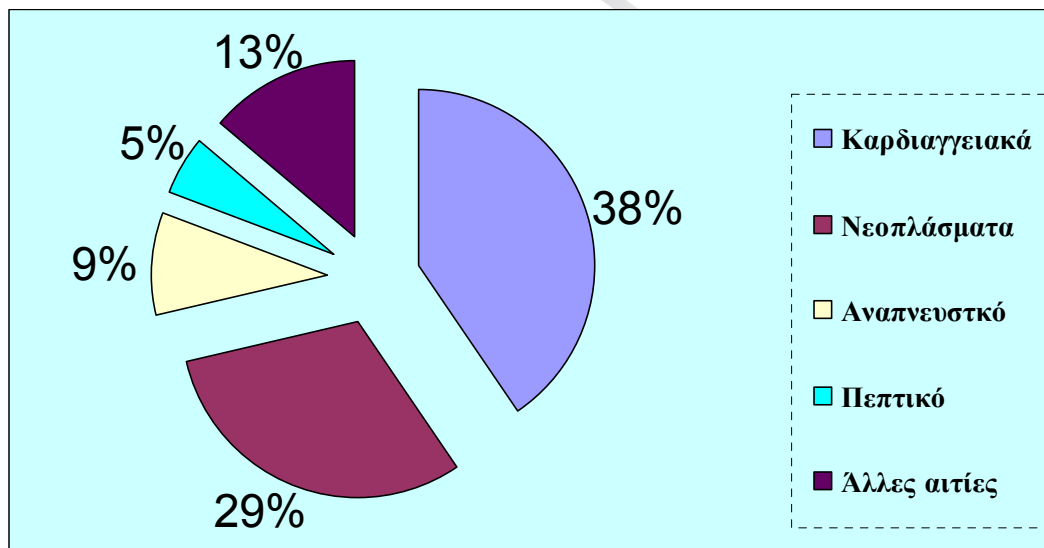
- Τις ανακαλύψεις νέων ιατρικών τεχνολογιών με αλματώδεις ρυθμούς

Η βιοτεχνολογία, η πληροφορική στην υγεία, η ρομποτική χειρουργική, η νανοτεχνολογία, οι εμφυτεύσιμες συσκευές π. χ. βηματοδότες, απινιδωτές έχουν επιτρέψει τόσο την διάγνωση ασθενειών όσο και τη θεραπεία τους.

- Το Επιδημιολογικό πρότυπο-Τρόπος ζωής-Περιβάλλον

Από τις μολυσματικές ασθένειες, περάσαμε στις χρόνιες ασθένειες του πολιτισμού: καρδιαγγειακές παθήσεις, νεοπλάσματα και ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος.

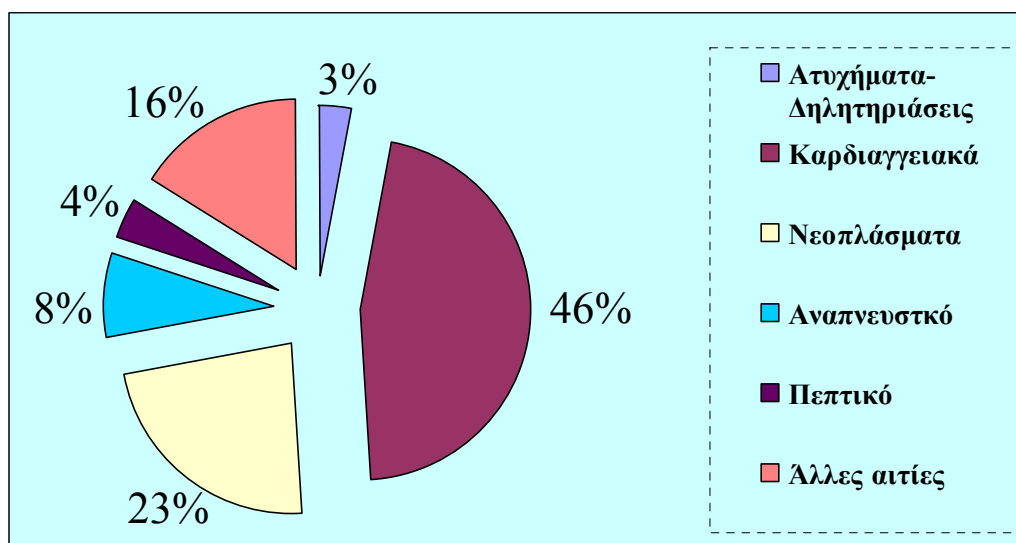
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4
ΚΥΡΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ Ε. Ε. 1999 (ΑΝΔΡΕΣ)



Πηγή : Eurostat 1999

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

ΚΥΡΙΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΣΤΗΝ Ε. Ε. 1999 (ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



Πηγή : Eurostat 1999

Βαθύτεροι αιτιολογικοί παράγοντες αυτής της εξέλιξης αποτελούν :

1. Ο νέος τρόπος ζωής
2. Η μόλυνση του περιβάλλοντος
3. Οι νέες διατροφικές συνήθειες
4. Η κατανάλωση καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών
5. Η εντατικοποίηση του ρυθμού της ζωής
6. Η απομονωτική συμπεριφορά των ατόμων στις μεγαλουπόλεις
7. Οι νέοι εργασιακοί ρυθμοί
8. Η απουσία συλλογικών δραστηριοτήτων και προσωπικής εξωτερίκευσης

Αυτοί οι αιτιολογικοί παράγοντες συνθέτουν ένα πλέγμα αρνητικών παραγόντων για την υγεία. Μερικοί απ' αυτούς οδηγούν σε αύξηση όλων των ψυχοσωματικών συνδρόμων.

- **Το εισόδημα, τα καταναλωτικά πρότυπα και την αύξηση του καταναλωτισμού**

Εξετάζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σ' όλα τα ευρωπαϊκά κράτη-μέλη βρέθηκε ότι η καλή υγεία (25%) και το ικανοποιητικό εισόδημα

(15%) συνιστούν προεξάρχοντες παράγοντες, οι οποίοι τοποθετούνται στην κορυφή της ιεραρχίας των προτεραιοτήτων όλων των πολιτών των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης («Ευρωβαρόμετρο», 1999).

Μεταξύ όλων των ευρωπαϊών πολιτών οι Έλληνες θεωρούν την καλή κατάσταση της υγείας τους ως τη σημαντικότερη προτεραιότητα. («Υφαντόπουλος», 2006)

- **Την εξάπλωση του θεσμού της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης και οι δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εξασφάλισαν την κάλυψη του βασικότερου κοινωνικοοικονομικού κινδύνου της ασθένειας, χωρίς την άμεση εκροή διαθέσιμου εισοδήματος του πολίτη. Αυτό οδήγησε στον πολλαπλασιασμό του κύκλου εργασιών του συστήματος υγείας και στο φαινόμενο της έλευσης του ηθικού κινδύνου (moral hazard).

- **Τις χρόνιες ασθένειες και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα**

Για πολλές ασθένειες (π. χ. νεοπλασίες) μπορεί η θεραπευτική εξέλιξη να μην οδήγησε σε πλήρη ίαση, αλλά επιμήκυνε σημαντικά τη διάρκεια ζωής. Μέρος του πληθυσμού είναι συνεχώς καταναλωτές ιατρικών επισκέψεων, διαγνωστικών εξετάσεων-ελέγχων και καθημερινοί καταναλωτές φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η κατάσταση αυτή επαληθεύει τις διαπιστώσεις του Ο. Ο. Σ. Α. ότι : το 50% και πλέον των ιατρικών δαπανών το απορροφά το 5% του πληθυσμού, το 2% περίπου του πληθυσμού συγκεντρώνει το 50% των νοσοκομειακών τιμολογίων και το 10% του πληθυσμού καταναλώνει τα 3/4 των ιατρικών δαπανών («Ο. Ε. C. D. », 1985).

- **Την αύξηση των προσδοκιών των πολιτών**

Η αύξηση των προσδοκιών των πολιτών και των ασθενών οφείλεται αφ' ενός στην ανακάλυψη νέων τεχνολογιών κι αφ' ετέρου στην καλύτερη και πληρέστερη πληροφόρησή των πολιτών, λόγω της ραγδαίας εξέλιξης των επικοινωνιών (Internet).

- **Την αύξηση των αγωγών κατά των παροχέων**

Η τάση των ασθενών και των συγγενών τους να καταφεύγουν σε αγωγές κατά των ιατρών ή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι αυξητική, όταν πιστεύουν πως έπεσαν θύματα ιατρικής αμέλειας ή σφάλματος.

- **Την εισαγωγή των προληπτικών εξετάσεων στον τρόπο ζωής**

Οι προληπτικές εξετάσεις αποτελούν τρόπο ζωής των πολιτών, αφού οι τακτικοί έλεγχοι (check-up) προλαμβάνουν και δυνητικά μπορούν να σώσουν τη ζωή.

- **To νέο life style**

Η σημαντική βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών, κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες, έχει δημιουργήσει ένα νέο life style. Το φαινόμενο παρουσιάζεται με δύο μορφές:

Η πρώτη μορφή έχει σχέση με κοινωνικά κι αισθητικά πρότυπα που δημιουργεί το σύγχρονο μάρκετινγκ σε συνδυασμό με την αλλαγή των αναγκών και τη μετάβαση στο επόμενο στάδιο ικανοποίησης αναγκών («Maslow», 1943). Η κάλυψη των αναγκών ατομικής ικανοποίησης και κοινωνικής καταξίωσης μέσω των σύγχρονων προτύπων 'υψηλής' αισθητικής και διατήρησης της νεότητας αποτελεί μόδα.

Η δεύτερη μορφή του φαινομένου, κατά την Αντωνοπούλου Λ. (1986,1987) και τον Mizrachi, σχετίζεται με το άγχος και την αγωνία της ασθένειας, που οδηγούν το άτομο σε μια διαρκή σχέση εξάρτησής του με το σύστημα υγείας και στο οποίο εγκαταλείπεται συχνά άνευ όρων.

- **Τις δημογραφικές εξελίξεις**

Υπάρχουν τρεις κυρίαρχοι παράγοντες που ασκούν σημαντική επίδραση στη γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού:

Ο πρώτος είναι η συνεχής πτώση στα ποσοστά γονιμότητας.

Από μακροοικονομικές και μακροδημογραφικές μελέτες προέκυψε, ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ οικονομικής ευημερίας και γεννητικότητας, δηλαδή χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα παρουσιάζουν χαμηλή γεννητικότητα. (Η αναπαραγωγή ενός πληθυσμού προϋποθέτει να αντιστοιχούν 2,1 παιδιά σε κάθε γυναίκα).

Ο δεύτερος είναι η εκτεταμένη μακροζωία.

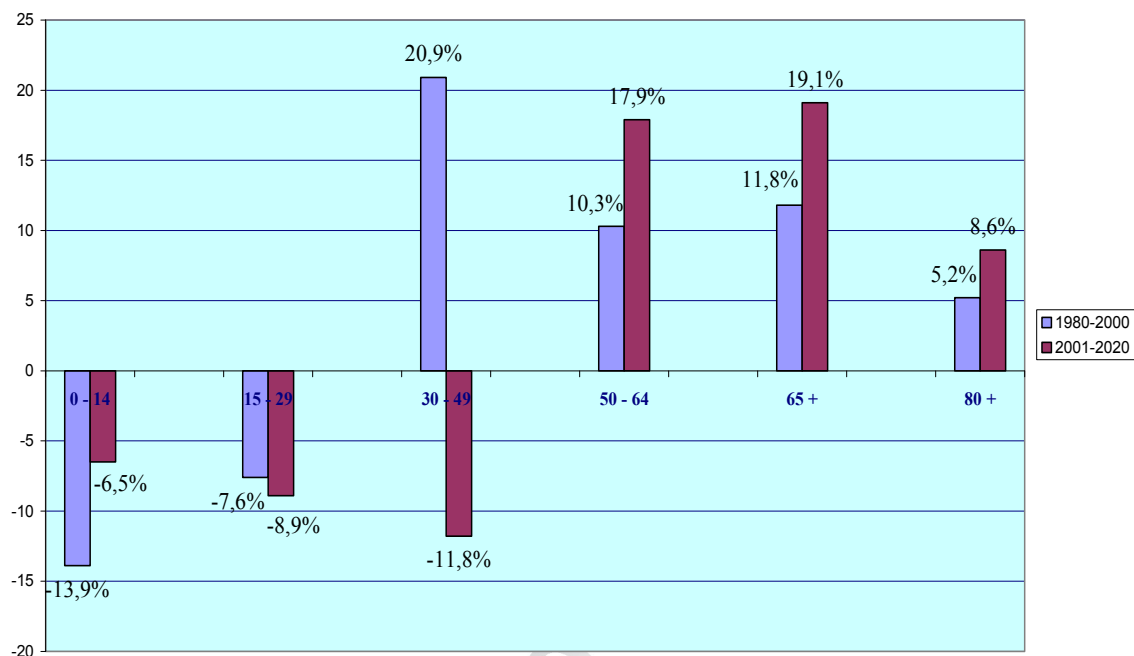
Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση παρουσίασε σταθερή αύξηση σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η συνολική αύξηση κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα είναι περίπου δέκα έτη.

Ο τρίτος είναι η εντυπωσιακή πτώση στη θνησιμότητα.

Εξετάζοντας τη βρεφική θνησιμότητα στην Ευρώπη (Ε. Ε. -15) για τα έτη 1974 και 2000 παρατηρούμε κατά μέσο όρο μια σημαντική μείωση από 23,4 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις στους 4,9, για τα αντίστοιχα έτη. Η μείωση αυτή αποδίδεται στις σημαντικές αλλαγές που επήλθαν στο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, καθώς και στη διατροφή, την εκπαίδευση, την στέγαση και την υγειονομική φροντίδα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (1980-2020) (Ε.Ε.-15)



Πηγή: Eurostat 1999

- **Το μεγάλο πλήθος επαγγελματιών υγείας και προσφοράς υπηρεσιών**

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης αυξάνει σημαντικά τις δαπάνες για την υγεία (ιδιαίτερα έντονα μάλιστα, όταν η ανεργία στους ιατρούς είναι αυξημένη)..

- **Περιβαλλοντικούς και Οικολογικούς παράγοντες**

Το φαινόμενου του θερμοκηπίου, η μόλυνση του αέρα και του υδάτινου ορίζοντα, τα μεταλλαγμένα προϊόντα είναι, μερικά μόνο, παραδείγματα της αρνητικής επίδρασης των περιβαλλοντολογικών και οικολογικών παραγόντων που βλάπτουν την υγεία και αυξάνουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

1.3 Η σημερινή πραγματικότητα των συστημάτων υγείας

Μερικοί ερευνητές προβλέπουν κατάρρευση των δημόσιων συστημάτων υγείας από τις επερχόμενες πιέσεις, που θα ασκήσουν οι ολοένα αυξανόμενες δαπάνες για τον τομέα της υγείας.

Οι αυξήσεις αυτές, πιθανόν, να σηµάνουν την ανάγκη αύξησης του ποσοστού των δαπανών επί του Α. Ε. Π. και θα πυροδοτήσουν, είτε αυξήσεις στη φορολογία, είτε μειώσεις στις δαπάνες για άλλα κοινωνικά αγαθά ή θα επιφέρουν την ανάγκη επείγοντος εξορθολογισµού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης.

Οι κυβερνήσεις των κρατών θα βρεθούν σε δυσάρεστη θέση («Hurst», 2000) είτε να:

- ◆ Εγκαταλείψουν το στόχο της ευρείας και καθολικής κάλυψης των αναγκών σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας των πολιτών.
- ◆ Προσπαθήσουν να μειώσουν το πακέτο των βασικών και πλήρως δηµόσια χρηματοδοτούµενων υπηρεσιών.
- ◆ Αναγκαστούν ν' αυξήσουν τα μέτρα εξορθολογισµού στην παροχή υπηρεσιών υγειονοµικής περίθαλψης.
- ◆ Αυξήσουν το µερίδιο συµμετοχής των ασθενών στο κόστος.
- ◆ Αναγκαστούν, παράλληλα µε άλλα μέτρα, να βελτιώσουν τις προσπάθειές τους για αύξηση της αποδοτικότητας του συστήµατος υγείας.
- ◆ Αποκλείσουν απ' την κάλυψη µέσω κοινωνικής ασφάλισης τα νοικοκυριά που έχουν υψηλό εισόδηµα (αυτό, εν µέρει, ήδη συµβαίνει στη Γερµανία και στην Ολλανδία).
- ◆ Επιτρέψουν, µέσω αφανών µεθόδων, την αύξηση του ποσοστού των δαπανών επί του Α. Ε. Π. για την ιδιωτική υγεία (ίσως αυτό συµβαίνει ήδη στην Ελλάδα).
- ◆ Επιλέξουν συνδυασµό εφαρµογής κάποιων απ' τις ανωτέρω αναφερόµενες δυνατές επιλογές.

1.4 Προϋποθέσεις ιδεατού στρατηγικού προγραμματισµού για εθνική ανάπτυξη πολιτικών υγείας

Σύµφωνα µε το «Χάρτη της Λουμπλιάνα για τις µεταρρυθµίσεις στη φροντίδα υγείας», ο οποίος υιοθετήθηκε το 1996 απ' τα κράτη µέλη του Π. Ο. Υ. , Γραφείο Περιφέρειας της Ευρώπης, τα συστήµατα φροντίδας υγείας πρέπει να:

- i. Διέπονται απ' τις αρχές της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ισότητας, της αλληλεγγύης και της επαγγελματικής ηθικής,

- ii. Αποσκοπούν στην προαγωγή και την προστασία της υγιούς διαβίωσης,
- iii. Ικανοποιούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών,
- iv. Στοχεύουν στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος της φροντίδας,
- v. Διασφαλίζουν βιώσιμη χρηματοδότηση για την επίτευξη ισότιμης και καθολικής κάλυψης και πρόσβασης στις υπηρεσίες,
- vi. Είναι προσανατολισμένα προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Οι προϋποθέσεις αποτελεσματικής διαχείρισης των επιχειρούμενων αλλαγών είναι:

1. Η ανάπτυξη συνεκτικής πολιτικής φροντίδας υγείας,
2. Να λαμβάνεται υπόψη η φωνή των πολιτών,
3. Ο ανασχηματισμός της παροχής υπηρεσιών υγείας με τη συμμετοχή διαφόρων φορέων, συμπεριλαμβανομένων των φορέων άτυπης φροντίδας, αυτοβοήθειας κ. λ. π.,
4. Ο αναπροσανατολισμός των ανθρώπινων πόρων,
5. Η ανάπτυξη εργαλείων και μεθόδων διαχείρισης και
6. Η διδασχία από τη διεθνή εμπειρία.

Ο ιδεατός στρατηγικός προγραμματισμός για εθνική ανάπτυξη πολιτικών υγείας πρέπει να διασφαλίζει τις εξής προϋποθέσεις («Πολύζος», 2007) :

1. Απαραίτητες και κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.
2. Υπηρεσίες υγείας διασφαλισμένες ποιοτικά.
3. Παραγωγή υπηρεσιών υγείας στο σωστό χρόνο.
4. Παραγωγή υπηρεσιών υγείας στο σωστό μέρος.
5. Ισορροπία με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες και δημόσια αγαθά
6. Επίτευξη των ανωτέρω στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Εξ άλλου η αναγκαιότητα για τον έλεγχο των δαπανών στην φροντίδα υγείας απαιτεί τη μελέτη των εξής παραμέτρων («Θεοδώρου», 2007):

1. Μακροοικονομικά -δηλ. τι ποσοστό του Α. Ε. Π. δαπανάται για τη φροντίδα υγείας ή ποιες είναι οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ετησίως σε μονάδες αγοραστικής αξίας (PPPς).
2. Πώς οι δαπάνες κατανέμονται ανά επίπεδο περίθαλψης μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα
3. Σε ποιο βαθμό οι ασθενείς συμμετέχουν στο κόστος
4. Σύνδεση δαπανών με την αποδοτικότητα (τεχνική και καταναλωτική)

5. Σύνδεση δαπανών με άλλες σημαντικές παραμέτρους του συστήματος, όπως είναι η ισότητα, η ποιότητα, η ανταποκρισιμότητα και η ελευθερία επιλογής.

1.5 Καταμερισμός των πόρων (resource allocation)

Ο καταμερισμός των πόρων είναι η κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών σε προγράμματα και ανθρώπους και όταν αφορά σ' ένα σύστημα υγείας, λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα:

1. Το κοινωνικό επίπεδο: η χρηματοδότηση που παρέχεται από την κυβέρνηση για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ανταγωνιστικά με άλλους τομείς όπως η παιδεία, οι κοινωνικές υπηρεσίες και άλλες ανθρώπινες ανάγκες κι επιθυμίες.
2. Το επίπεδο των ιδρυμάτων: αποφάσεις λαμβάνονται απ' τα νοσοκομεία και τις κατά τόπους αρχές στην υγειονομική περίθαλψη, για το ποια προγράμματα θα παρασχεθούν και πού θα δαπανηθούν περισσότεροι πόροι (π. χ. προληπτική ιατρική ή πρωτοβάθμια φροντίδα).
3. Το ατομικό επίπεδο: οι γιατροί λαμβάνουν αποφάσεις για το πώς θα περιθάλψουν τους ασθενείς τους. Για παράδειγμα, ένας γιατρός μπορεί να αποφασίσει να συνταγογραφήσει στον ασθενή του ένα λιγότερο ακριβό φάρμακο (αλλά οριακά λιγότερο αποδοτικό).

Οι κύριες μέθοδοι καταμερισμού των πόρων που έχουν εφαρμοσθεί διεθνώς (καταμερισμός των πόρων με βάση τα ιστορικά στοιχεία, οδηγίες βέλτιστων πρακτικών, αξιολόγηση των αναγκών, καταμερισμός με βάση μελέτες κόστους των ασθενειών, παροχή θεμελιωδών υπηρεσιών, οικονομική αξιολόγηση και καταμερισμός των πόρων βάσει πινάκων κατάταξης με κριτήριο το κόστος /Q. A. L. Y.) , έχουν κοινές αδυναμίες, πέρα από τα μειονεκτήματα που παρουσιάζει η καθεμία ξεχωριστά. Αυτές οι κοινές αδυναμίες έγκειται στο ότι αγνοούν τις δύο οικονομικές αρχές (είτε ταυτόχρονα και τις δύο, είτε τη μια εκ των δύο), που συνεισφέρουν στη διενέργεια ιεράρχησης προτεραιοτήτων: το κόστος ευκαιρίας και την οριακή ανάλυση («Mitton», 2002).

Συγκεκριμένα, εξ' αιτίας της σπανιότητας των πόρων, ένας σημαντικός στόχος στον καταμερισμό των πόρων είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους ή αντίστροφα η ελαχιστοποίηση του κόστους ευκαιρίας.

Η εφαρμογή αυτής της αρχής δηλώνει φανερά την ανάγκη μέτρησης του κόστους και του οφέλους των διαφορετικών υπηρεσιών, ώστε να κερδισθεί το μέγιστο όφελος για τους δεδομένους διαθέσιμους πόρους.

Η δεύτερη οικονομική αρχή-κλειδί, η οριακή ανάλυση, αφορά στο επιπλέον όφελος που λαμβάνεται απ' την χρήση μιας επιπλέον μονάδας πόρων. Συγκεκριμένα, σε μια δεδομένη κατάσταση αν πρόκειται να διατεθεί μια επιπλέον χρηματική μονάδα, αυτή ιδανικά πρέπει να διατεθεί εκεί όπου θα ληφθεί το μεγαλύτερο όφελος απ' την επένδυσή της, ή αντίστροφα, αν πρέπει να αφαιρεθεί μια χρηματική μονάδα απ' τους πόρους που διατίθενται, τότε αυτή πρέπει να αφαιρεθεί από εκείνη την υπηρεσία όπου το διαφυγόν όφελος θα είναι το μικρότερο.

Όταν οι διαμορφωτές πολιτικών λαμβάνουν υπόψη τους αυτές τις δυο οικονομικές αρχές, τότε δύνανται να μεταφέρουν πόρους ή να τους καταμερίσουν με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίσουν το γενικό καλό όλων των ασθενών και να αυξήσουν την κοινωνική ευημερία.

Μια μεθοδολογία που βασίζεται στις θεμελιώδεις οικονομικές αρχές του κόστους ευκαιρίας και της οριακής ανάλυσης κι έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τα τελευταία 25 χρόνια στο Ην. Βασίλειο, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και πιο πρόσφατα στον Καναδά είναι αυτή του προϋπολογισμού προγραμμάτων υγείας και οριακής ανάλυσης (P. B. M. A.)

Το σημείο εκκίνησης αυτής της μεθόδου είναι να εξετάσει πώς οι πόροι κατανεμήθηκαν έως τώρα πριν επικεντρωθεί στα οριακά οφέλη υγείας και στα κόστη των αλλαγών στη διάθεση αυτών των πόρων. Το πλαίσιο αναφοράς αυτής της μεθόδου (πέντε στάδια προϋπολογισμού προγραμμάτων και οριακής ανάλυσης) περιλαμβάνει απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις, που αφορούν στη χρήση των πόρων:

1. Ποιοι είναι οι συνολικοί πόροι που είναι διαθέσιμοι για τον οργανισμό υγείας που αναφερόμαστε;
2. Με ποιους τρόπους αυτοί οι πόροι διατίθενται στην παρούσα κατάσταση;
3. Ποιες υπηρεσίες είναι υποψήφιες να λάβουν επιπρόσθετη ή νέα χρηματοδότηση (και ποια είναι τα κόστη και τα οφέλη απ' αυτές τις επεκτάσεις /αναπτύξεις) ;
4. Μπορούν κάποιες απ' τις υπάρχουσες υπηρεσίες να παρέχονται πιο αποδοτικά, επιτρέποντας την απελευθέρωση χρησιμοποιούμενων πόρων σ' αυτές, ώστε να διατεθούν στην ανάπτυξη άλλων υπηρεσιών;
5. Αν κάποιες περιοχές ανάπτυξης, παρά τις προσπάθειες, δεν δύναται να χρηματοδοτηθούν, μήπως θα μπορούσαν να χρηματοδοτηθούν διαμέσου της

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει αξιολόγηση του κόστους και του οφέλους των προτεινόμενων αλλαγών στην κατανομή των πόρων στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και στη βάση αυτών των πληροφοριών συζητά και δυνητικά εφαρμόζει τέτοιες αλλαγές με απώτερο στόχο την αύξηση του συνολικού οφέλους.

Αυτή η διαδικασία διεξάγεται από μια επιτροπή ειδικών, οι οποίοι επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στα οριακά οφέλη, αξιολογούν τις συνέπειες των προτεινόμενων αλλαγών είτε εντός της ίδιας υπηρεσίας (π. χ. πρόγραμμα μητρότητας- νεογνών) είτε μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών (π. χ. μεταξύ χαρτοφυλακίων ή τομέων στην ίδια υγειονομική περιοχή).

Κατά την αξιολόγηση οι υπάρχουσες πληροφορίες εμπλουτίζονται κι από εκείνες που δίνει η διεθνής βιβλιογραφία. Μ' αυτό τον τρόπο η οικονομική αξιολόγηση, η αξιολόγηση των αναγκών και άλλες πηγές πληροφόρησης, όπως οι περιφερειακές ή κεντρικές πολιτικές αποφάσεις, καθώς κι οι απόψεις τόσο των πολιτικών όσο και των επιστημόνων που ασχολούνται με την φροντίδα υγείας χρησιμοποιούνται, ώστε να βοηθήσουν στην αξιολόγηση των συνεπειών των δυνητικά ανασχεδιασμένων υπηρεσιών.

Η πρόκληση κλειδί αυτής της μεθόδου είναι πως μπορεί να προσαρμοστεί πλήρως στο πλαίσιο του κάθε οργανισμού ή νοσοκομείου που εφαρμόζεται.

Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζει η μέθοδος αυτή συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1. Όπως η λήψη αποφάσεων έτσι κι η ανάληψη μιας επίσημης και συστηματικής διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων, επηρεάζεται από φραγμούς οργανωσιακούς, όπως η με ακρίβεια διάθεση των πόρων κι η κουλτούρα υποστήριξης των αλλαγών
2. Ένας επιπλέον περιορισμός αυτής της μεθόδου είναι ότι απαιτεί συνεχή αναζήτηση πληροφορίας.

Ενώ αυτά τα εμπόδια είναι απίθανο να είναι ανυπέρβλητα, η πρόοδος της διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων μοιάζει να πλησιάζει μια ικανή οικονομική προσέγγιση και σίγουρα προτείνει έναν λογικό τρόπο σκέψης.

Ο σκοπός αυτής της μεθόδου είναι να παροτρύνει τους μάνατζερ και τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας να λάβουν υπόψη τους τις οικονομικές αρχές του κόστους

ευκαιρίας και της οριακής ανάλυσης. Μ' αυτό τον τρόπο, όπως υποστηρίζουν οι «Ham και Coulter» (2001), οι διαμορφωτές πολιτικών δεν θα πέσουν στην παγίδα να γίνουν υπερβολικά τεχνικοί στην αξιολόγησή τους, ενώ ταυτόχρονα θα ισοροπήσουν την τάση να είναι υπερβολικά προστατευτικοί προς την υπάρχουσα κατάσταση, χάνοντας έτσι ευκαιρίες υιοθέτησης νέων αποδοτικών δράσεων.

Η κριτική που ασκήθηκε τόσο στις οικονομικές όσο και στις λεγόμενες μη οικονομικές μεθόδους καταμερισμού των πόρων στην υγεία, οδηγεί στην αποδοχή της αλήθειας, πως οι απαιτούμενοι πόροι είναι πάντα λιγότεροι απ' τους διαθέσιμους στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και υποδεικνύει την ανάγκη εξεύρεσης ενός μηχανισμού ιεράρχησης προτεραιοτήτων και μιας μεθόδου καταμερισμού των πόρων, που να προάγει την ιεράρχηση προτεραιοτήτων.

Ο καταμερισμός των πόρων στην φροντίδα υγείας οφείλει να διεξάγεται με διαφορετικά κριτήρια όταν πρόκειται να εφαρμοσθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με εκείνα που είναι κατάλληλα για τις ανεπτυγμένες («Ensor, Cooper», 2002).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες χρειάζεται να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στην εκπαίδευση των πολιτών σε ό,τι αφορά τις πρακτικές που βελτιώνουν και προάγουν την υγιή διαβίωση καθώς και σε ενέργειες προληπτικού χαρακτήρα, όπως εμβολιασμοί, συνθήκες υγιούς διαβίωσης και κανόνες υγιεινής διατροφής (πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

TOMEIS ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Πηγή: Ensor Tim, Cooper Stephanie. March 2002. "Resource allocation and purchasing: influencing the demand side" The University of York, second draft

- | |
|---|
| * Εκπαίδευση πολιτών σε πρακτικές που βελτιώνουν & προάγουν την υγιή διαβίωση |
| * Ενέργειες προληπτικού χαρακτήρα |
| * Εμβολιασμοί |
| * Συνθήκες υγιούς διαβίωσης |
| * Κανόνες υγιεινής διατροφής |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ – ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΥΠΟΨΗ - ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στους ορισμούς και την επεξήγηση των εννοιών που σχετίζονται με τον εξορθολογισμό στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των θεμελιωδών αρχών, την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική ευημερία και την ισότητα, επί των οποίων δομήθηκαν τα δημόσια συστήματα υγείας. Περιγράφονται, επίσης, αναλυτικά οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια άσκησης εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών.

2.1. Ορισμοί

Η συγκράτηση του κόστους, ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών κι η ιεράρχηση προτεραιοτήτων παρ' ότι δεν έχουν ταυτόσημη έννοια και ούτε διενεργούνται με τις ίδιες μεθόδους, ούτε επιφέρουν τα ίδια αποτελέσματα στον καταμερισμό των πόρων, χρησιμοποιούνται από τους διαμορφωτές πολιτικών (και συχνά από τους ερευνητές) εναλλακτικά, υποδηλώνοντας την ίδια έννοια. Το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι πως για την αναγκαιότητα χρήσης τους γίνεται επίκληση της σπανιότητας των πόρων.

Στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όταν αναφερόμαστε στους σπάνιους πόρους, μπορούμε να διακρίνουμε τρία είδη σπανιότητας («Canadian Nurses Association», 2000):

1. Σπανιότητα στην προσφορά: είναι η έλλειψη πόρων, εξ' αιτίας φυσικών ορίων στη διαθεσιμότητά τους, π. χ. ανεπαρκής αριθμός οργάνων προς μεταμόσχευση.

2. Δημοσιονομική σπανιότητα: εκπορεύεται από την έλλειψη χρηματοδότησης, π. χ. έλλειψη του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού, που απαιτείται να εργάζεται σ' ένα νοσοκομείο.
3. Σπανιότητα κρίσεων: υφίσταται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν σε καταστάσεις κρίσεων, π. χ. όταν απαιτείται άμεση ιατρική φροντίδα για πολλά άτομα σ' ένα αεροπορικό δυστύχημα.

Η συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι μια κοινή φιλοδοξία όλων των συστημάτων υγείας, είτε είναι δημόσια είτε είναι ιδιωτικά, είτε βασίζονται στις δυνάμεις της αγοράς, είτε ορίζονται από κεντρικά ελεγχόμενους χρηματοδοτικούς μηχανισμούς.

Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες, απ' την άλλη, δεν είναι παγκόσμιο φαινόμενο και συχνά αποτελεί το αντικείμενο θερμών πολιτικών και ακαδημαϊκών συζητήσεων.

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τέλος, είναι παγκόσμια και μη αναπόφευκτη ανάγκη για την προσφορά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως και για κάθε άλλη μορφή οργανωμένης δραστηριότητας.

Κρίνεται απαραίτητη η επεξήγηση καθώς κι ο ορισμός των τριών αυτών εννοιών, προκειμένου να γίνει ευχερής η κατανόηση του θέματος.

2.1.1 Η συγκράτηση του κόστους (cost containment)

Η συγκράτηση του κόστους είναι η προσπάθεια να περιοριστούν οι δαπάνες για την υγεία σε ένα προαποφασισμένο επίπεδο. Ουσιαστικά αποτελεί μια τεχνική χρηματοδοτικού ελέγχου. Ο αντίκτυπος της συγκράτησης του κόστους στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας μπορεί να κυμανθεί απ' το επιθυμητό επίπεδο (της ελαχιστοποίησης της σπατάλης) στο ουδέτερο, αλλά και στο αρνητικό (εξοικονόμηση δαπανών σε βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης).

2.1.2 Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών (rationing)

Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών δεν σχετίζεται τόσο με τον χρηματοδοτικό έλεγχο, όσο με την κατανομή και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων στη διάθεση των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη.

είναι διαδικασία πιο δογματική και περισσότερο επεμβατική στα ιατρικά θέματα, απ' ότι η συγκράτηση του κόστους.

Είναι επιβεβλημένη, επίσης, η διάκριση μεταξύ των εννοιών της ορθολογικής κατανομής των πόρων και του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η έννοια της ορθολογικής κατανομής των πόρων δεν εγείρει ηθικά ζητήματα. Αναφέρεται στην αναζήτηση αποδοτικότερης χρήσης των πόρων, προκειμένου να παρέχεται η βέλτιστη φροντίδα σ' όσους την έχουν ανάγκη και ως εκ τούτου δεν θέτει σε κίνδυνο την υγεία κανενός μεμονωμένου ατόμου.

Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών είναι έννοια φορτισμένη με αρνητικές αιτιάσεις και συνέπειες. Υποδηλώνει περιορισμούς στην προσφορά βασικών αγαθών σε περιόδους κρίσης ή σε καταστάσεις πολέμου (όπως π. χ. η διάθεση συγκεκριμένης - και συνήθως ελάχιστης- ποσότητας τροφίμων στους πολίτες, με δελτίο, σε καταστάσεις πολέμου, ώστε να εξασφαλίζεται η επιβίωσή τους) και συχνά γεννά φόβους διάκρισης κατά των ασθενέστερων ομάδων («Maynard», 1999). Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υιοθετείται όταν οι πόροι δεν επαρκούν ή είναι σπάνιοι και, κατά συνέπεια, εφαρμόζεται στην περίπτωση όπου είναι αδύνατο να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες. Οι περιορισμένοι πόροι δεν αναφέρονται μόνο στους οικονομικούς, μπορεί να έχουν τη μορφή περιορισμένης προσφοράς εκπαιδευμένων επαγγελματιών στην υγεία ή έλλειψης των αναγκαίων υποδομών και παγίων κεφαλαίων («Santos- Eggimann», 2005).

Κατά τον «Mechanic» (1997), ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών είναι περισσότερο ένα μίγμα στρατηγικών παρά μια μονήρης στρατηγική, το οποίο υλοποιείται μέσω μιας πολύπλοκης διαδικασίας υπολογισμών, οι οποίοι γίνονται σε διάφορα επίπεδα.

Στο επίπεδο των συστημάτων υγείας η κυβέρνηση, οι υγειονομικές αρχές ή τα σχέδια των μεγάλων ασφαλιστικών εταιριών μπορούν να καθορίσουν τα επίπεδα των εξόδων, τα είδη των δημόσια καλυπτόμενων υπηρεσιών, την έκταση της τεχνολογικής ανάπτυξης, την τοποθεσία των υποδομών και την έκταση της συγχρηματοδότησης απ' τον ασθενή.

Στο ενδιάμεσο επίπεδο καθορίζεται ο αριθμός και το μίγμα των διάφορων παροχέων, η έκταση της απ' ευθείας πρόσβασης, η λειτουργία του οικογενειακού ιατρού, χρόνοι αναμονής κ. λ. π.

Στο κλινικό επίπεδο οι αποφάσεις που λαμβάνονται αφορούν τις προτεραιότητες θεραπείας μεταξύ διαφορετικών καταστάσεων και τις προσεγγίσεις θεραπευτικών αγωγών για τα είδη ασθενειών.

Οι αποφάσεις εξορθολογισμού λαμβάνονται σε διάφορα επίπεδα:

Ο μάκρο-εξορθολογισμός αναφέρεται στις αποφάσεις κατανομής μέσω προϋπολογισμού, συνήθως σε επίπεδο εθνικής ή τοπικής κυβέρνησης, όπου οι επενδύσεις στον τομέα της υγείας ανταγωνίζονται με τις επενδύσεις σε άλλους οικονομικούς τομείς (π. χ. παιδεία, υποδομές, εθνική άμυνα).

Ο μέσο-εξορθολογισμός αναφέρεται στην κατανομή των πόρων εντός του συστήματος υγείας:

- α)** φέρεται εις πέρας από τους πολιτικούς και αφορά στην κατανομή των πόρων μεταξύ διαφόρων περιοχών του συστήματος υγείας (π. χ. προληπτική ιατρική έναντι περίθαλψης αποκατάστασης τραυμάτων ή ασθενειών, νοσοκομειακή έναντι εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων έναντι μακρόχρονης φροντίδας), ή
- β)** φέρεται εις πέρας από τους διευθυντές και αφορά στην κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών τομέων περίθαλψης σ' ένα νοσοκομείο (π. χ. παιδιατρική έναντι γηριατρικής, χειρουργική έναντι κλινικών υπηρεσιών).

Τόσο ο μάκρο, όσο κι ο μέσο-εξορθολογισμός επιδρούν σε ομάδες ασθενών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μια κοινή ανάγκη, κι όχι σε μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών.

Ο μικρο-εξορθολογισμός ή εξορθολογισμός «στο κρεβάτι νοσηλείας» αναφέρεται στην κατανομή των πόρων απ' τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας μέσα στο πλαίσιο της περίθαλψης. Ο μικρο-εξορθολογισμός δεσμεύεται από τις αποφάσεις μάκρο- και μέσο-εξορθολογισμού και επιδρά σε αναγνωρίσιμα, ως προς την ταυτότητά τους, άτομα.

2.1.3 Ιεράρχηση προτεραιοτήτων (priority setting)

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε απ' τους πολιτικούς, με σκοπό ν' αποφύγουν να χρησιμοποιήσουν τον όρο του εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, προκειμένου να προκληθούν λιγότερες και ηπιότερες αντιδράσεις απ' τους πολίτες - ψηφοφόρους.

Στην πραγματικότητα, η ιεράρχηση προτεραιοτήτων είναι αναπόφευκτη. Η διαδικασία του αποδοτικού και αποτελεσματικού μάνατζμεντ περιλαμβάνει υποχρεωτικά

την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, προκειμένου ν' αποφευχθεί η σπατάλη των προσπαθειών ή η απώλεια των στόχων. Κατ' αυτή την έννοια, η ιεράρχηση προτεραιοτήτων είναι παγκόσμια και μη αναπόφευκτη ανάγκη για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, όπως και για κάθε άλλη μορφή οργανωμένης δραστηριότητας.

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα με διαφορετικές επιπτώσεις και διαφορετικές προσεγγίσεις σε κάθε επίπεδο:

Στο εθνικό επίπεδο, ο προϋπολογισμός των δαπανών για τη δημόσια υγεία αποφασίζεται κυρίως από τη δημοσιονομική πολιτική των κυβερνήσεων – κατ' ευχή επηρεαζόμενη από τις επιθυμίες των πολιτών και την προτεραιότητα που δίνουν οι ίδιοι οι πολίτες στη φροντίδα υγείας, στις δημοκρατικές χώρες.

Στο τοπικό- γεωγραφικό επίπεδο, όπου οι αποφάσεις εκχώρησης πόρων, δυνητικά, επηρεάζονται από τις πολιτικές τόσο της εθνικής κυβέρνησης, όσο και των τοπικών αρχών.

Στο επίπεδο συγκεκριμένων ασθενειών ή μορφών θεραπείας, (π. χ. ψυχιατρική φροντίδα, τραυματισμοί στο κρανίο ή ασθένειες που θεραπεύονται με πολύ μεγάλο κόστος) όπου οι αποφάσεις εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σχηματοποιούνται τόσο από τις κεντρικές, όσο κι από τις περιφερειακές, αλλά και τις τοπικές αρχές, που ασχολούνται με τη φροντίδα υγείας.

Ελάχιστοι γνωρίζουν πώς εκχωρούνται οι πόροι σε εθνικό, τοπικό ή νοσοκομειακό επίπεδο. Ακόμα και στο επίπεδο των μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων τέτοιες αποφάσεις λαμβάνονται μάλλον συγκεκαλυμμένα («Benatar», 2003).

Όμως, η ιεράρχηση προτεραιοτήτων δεν είναι συνώνυμη με τον εξορθολογισμό στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά αποτελεί κομμάτι της διαδικασίας του δεύτερου. Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων μπορεί να λάβει χώρα χωρίς τον εξορθολογισμό στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες, ενώ αντίθετα ο εξορθολογισμός στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών δεν μπορεί να διεξαχθεί χωρίς την ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί και για τη συγκράτηση του κόστους, η οποία αποτελεί αναγκαίο συστατικό της διαδικασίας εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά τα κόστη μπορούν να συγκρατηθούν χωρίς να καταφύγουμε στον εξορθολογισμό. Στην πράξη, όταν μιλάμε για συγκράτηση του κόστους, εννοούμε πως κάτι πρέπει να θυσιαστεί σ' ένα βαθμό: ποιότητα, χρήματα ή και τα δύο.

Διάφοροι ορισμοί του εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, όπως διατυπώνονται στην διεθνή βιβλιογραφία, σκιαγραφούν πώς έχει οδηγήσει στην

απομάκρυνση απ' την παραδοσιακά θεμελιώδη, για τα συστήματα υγείας, αρχή της ισότητας:

1. « Η κατανομή των πόρων όταν η προσφορά τους είναι περιορισμένη»
(«Geursen», 1999)
2. « Διαχείριση της σπανιότητας των πόρων»
(«Spiers», 1999)
3. « Μια διαδικασία με την οποία αποφασίζει ποιος θα πάρει τι»
(«New and Le Grand», 1996)
4. « Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος από μια ομάδα ασθενών σε άλλη»
(«Spiers», 1999)
5. « Ποια συνολική ποσότητα μιας δεδομένης θεραπευτικής αγωγής θα παρέχεται, σε ποιον, με ποιο κόστος και υπό ποιες συνθήκες»
(«Cooper», 1995)
6. « Άρνηση, καθυστέρηση και έκπτωση της ποιότητας στην παροχή μιας υπηρεσίας»
(«Green and Casper», 2000)
7. «Το να προσφέρονται στους ασθενείς λιγότερο αποδοτικές υπηρεσίες περίθαλψης, απ' αυτές που θα ήταν επιθυμητές κι οι οποίες θα μπορούσαν να τους ωφελήσουν»
(«Klein», 1997)
8. « Η περίτεχνη περιστολή της προσφοράς, όταν αυτή είναι πρακτικά διαθέσιμη»
(«Cueni», 1997)
9. «... περιλαμβάνει τόσο τον προσδιορισμό της αποδοτικότητας (όφελος) και της ισότητας (δικαιοσύνη), ως κριτηρίων ιεράρχησης, όσο και την παραδοχή της ανάγκης να γίνει συμβιβασμός μεταξύ αυτών των δύο»
(«Maynard», 1999)
10. « Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει ομοιόμορφες συνέπειες, έχει μεγαλύτερη επίδραση στα καινοτόμα είδη υπηρεσιών φροντίδας υγείας, τα οποία απαιτούν νεοεισερχόμενους πόρους»
(«Bosanquet», 1999)

Αυτά τα αποσπάσματα σχηματίζουν το καλειδοσκόπιο του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, κλιμακούμενου απ' τις αιτίες έως τις συνέπειές του.

Το τελευταίο απόσπασμα υποδηλώνει φανερά πως οι ασθενείς που χρειάζονται τις καινοτόμες θεραπείες, είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο, διότι η καινοτομία είναι ακριβή και συχνά αποτελεί τον πρώτο στόχο των πρακτικών εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

2.2 Το φάσμα μεταξύ συγκράτησης του κόστους και εξορθολογισμού

Το ενδεχόμενο η χρηματοδότηση, μέσα σε προαποφασισμένα όρια χρηματοδότησης, να είναι επαρκής και να επιτρέπει να επιτευχθεί η απαιτούμενη παροχή ή η διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες:

1. Ο προϋπολογισμός των δαπανών τέθηκε σε ρεαλιστικό επίπεδο σε σχέση με την ποσότητα, την ποιότητα και το κόστος;
2. Είναι οι απαιτούμενοι ιατρικοί πόροι (νοσοκομειακοί, πρωτοβάθμιας φροντίδας, φαρμακευτικοί, κ. τ. λ.) διαθέσιμοι και μπορούν να χρηματοδοτηθούν;
3. Είναι η ιατρική λειτουργία του ιδρύματος / νοσοκομείου, επαρκής, αποτελεσματική κι αποδοτική;
4. Υπόκεινται οι δαπάνες σε αποτελεσματικό έλεγχο απ' το μανάτζμεντ;
5. Καταγράφεται η κλινική λειτουργία με αξιόπιστες μεθόδους συλλογής πληροφοριών και ανάδρασης (feed back);
6. (Στον ιδιωτικό τομέα) είναι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί κι οι παροχείς ικανοί να προσελκύουν και να περιθάλπουν ασθενείς μέσα στα προϋπολογισμένα επίπεδα δαπανών;

Οι απαντήσεις σ' αυτές τις ερωτήσεις θα υποδείξουν είτε την ανάγκη περαιτέρω αποδοτικότερης συγκράτησης του κόστους (ερωτήσεις 4 και 5) ή θα υποδείξουν την ανάγκη βαθύτερης θεμελιώδους έρευνας: αν όχι, γιατί όχι; (ερωτήσεις 1, 2, 3 και 6), για παράδειγμα:

Γιατί ο προϋπολογισμός δεν είναι ρεαλιστικός;

Γιατί δεν υπάρχει ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης;

Γιατί η λειτουργία είναι κάτω του καθορισμένου επιπέδου;

Γιατί οι ανταγωνιστές κερδίζουν έδαφος;

Αυτή η μορφή έρευνας είτε θα οδηγήσει απ' ευθείας στις ερωτήσεις 3 και 4 (πτωχό μάνατζμεντ, έλλειψη ανάδρασης) ή θα υποδείξει ατέλειες στα ζητήματα των ερωτήσεων 1 και 2: υπερβολικά σφιχτός προϋπολογισμός ή /και ανεπαρκείς πόροι.

Οι αρνητικές απαντήσεις στις ερωτήσεις 1 και 2 είναι θεμελιώδεις προϋποθέσεις για τον εξορθολογισμό στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή αποτελούν το τελευταίο καταφύγιο, όταν το σύστημα έχει αποτύχει (μερικές φορές εξ' αιτίας ορθών αιτιών) να πετύχει οικονομικούς στόχους και δεν διαθέτει τους πόρους, ώστε να φέρει την ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης.

Το ερώτημα που, τίθεται είναι : πώς μπορεί κανείς να διακρίνει τον εξορθολογισμό στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών απ' τη συγκράτηση του κόστους;

Η ορθή απάντηση είναι πως είναι δύσκολο να είναι κανείς ακριβής, εκτός απ' τις περιπτώσεις που βρίσκονται στα άκρα του φάσματος. Ανάμεσα σ' αυτά τα άκρα υπάρχει μια γκριζα περιοχή, όπου ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κι η συγκράτηση του κόστους έχουν συγκεκριμένα κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία δυσχεραίνουν την διάκριση μεταξύ τους. Σ' αυτή την περιοχή το μάνατζμεντ των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μπορεί να ολισθήσει σταδιακά (και σχεδόν ανεπαίσθητα) απ' τη συγκράτηση του κόστους στον εξορθολογισμό στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης .

Σε γενικές γραμμές, διακρίνονται τρεις περιοχές ανάλογα με τα συμπτώματα που παρουσιάζονται (λευκή, γκριζα και μαύρη). (Πίνακας 2)

(Η ανεπάρκεια των χρηματοδοτικών πόρων, προφανώς, παίζει κύριο ρόλο σ' όλες τις ενέργειες συγκράτησης του κόστους, έχει όμως εξαιρεθεί απ' τα συμπτώματα του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, επειδή υπάρχει η τάση να χρησιμοποιείται ως πρόφαση).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Πηγή: Redwood H., (2000), "Why Ration in Health Care", Cromwell Press, Trowbridge, Wiltshire

«Λευκή περιοχή»:

Η συγκράτηση του κόστους δεν είναι εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

- ≈ Ο καθορισμός της τιμής της υπηρεσίας
- ≈ Οι ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες για την 'κατάλληλη' συνταγογράφηση και τη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας
- ≈ Μέθοδοι καταγραφής και συνταγογράφησης
- ≈ Ιατροί ως θυρωροί για την είσοδο στο σύστημα υγείας (gatekeepers)
- ≈ Κανόνες αποζημίωσης που βασίζονται σε ιατρικά κριτήρια
- ≈ Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών
- ≈ Αποφυγή σπατάλης
- ≈ Περιορισμός των πλεοναζόντων πόρων

«Γκρίζα περιοχή»:

Η συγκράτηση του κόστους μπορεί να φτάσει να γίνει εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

- ! Εξουσιοδότηση για λήψη απόφασης θεραπείας (πριν τη θεραπεία) σε μη ιατρικό προσωπικό ή με την εντολή μη ιατρικού προσωπικού.
- ! Εξαίρεση υπηρεσιών απ' την αποζημίωση
- ! Θέσπιση διαθέσιμων ορίων
- ! Προβλήματα ποιότητας, πτωχότερες εκβάσεις
- ! Παράπονα
- ! Απουσία ανταγωνισμού
- ! 'Αόρατος' εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

«Μαύρη» περιοχή»:

Εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

- ◆ Σπανιότητα των φυσικών πόρων
- ◆ Λίστες αναμονής και μεγάλοι χρόνοι αναμονής
- ◆ Άρνηση ποιοτικής θεραπευτικής αγωγής
- ◆ Διάκριση στην εξυπηρέτηση μεταξύ ασθενών άσχετη με τις ανάγκες τους.

Ο «Heinz Redwood» (2000) υποστηρίζει πως:

«Οι πλούσιες, βιομηχανικές χώρες μπορούν να χρηματοδοτήσουν ό,τι θέσουν ως προτεραιότητα. Είναι προφανές πως δε φαίνεται να υπάρχει έλλειψη πόρων προς τις στρατιωτικές επιχειρήσεις όταν αποφασίζεται πόλεμος... Το θέμα είναι αν είμαστε αρκετά αποφασισμένοι να πολεμήσουμε για την υγεία. Αυτό που αποτελεί ερώτημα δεν είναι η ικανότητά μας να πληρώσουμε, αλλά η επιθυμία μας να πληρώσουμε κι αυτό δεν αποτελεί πρωταρχικά οικονομικό αλλά πολιτικό ζήτημα».

Η κοινώς αποδεκτή άποψη είναι πως οι πλουσιότερες χώρες ξοδεύουν περισσότερα χρήματα για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έτσι, οι δαπάνες για την υγεία είθισται να μετρώνται ως ποσοστό του Α. Ε. Π.. Σε γενικές γραμμές, αυτή η συσχέτιση μεταξύ του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος και των δαπανών για την υγεία δίνει το μέτρο της σχέσης μεταξύ τους, όμως δεν είναι ακριβές, διότι υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση των δαπανών για την υγεία, όπως:

1. Η επιθυμία πληρωμής
2. Τα συστήματα ελέγχου
3. Η αποδοτικότητα
4. Οι πολιτικές προτεραιότητες
5. Η κουλτούρα για τη φροντίδα υγείας σε κάθε χώρα.

Σύμφωνα με τον «New» (1996), **“Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (rationing) υποδηλώνει αποκλεισμό ή άρνηση μιας υπηρεσίας και συνήθως αναφέρεται σε συγκεκριμένες (χωρίς τη δημόσια συναίνεση) μη επιλογές δυνητικά ωφέλιμων θεραπειών, ενώ η ιεράρχηση προτεραιοτήτων (priority setting) σχετίζεται με υπηρεσίες ή ομάδες ασθενών, και ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αναφέρεται σε ατομικές περιπτώσεις.”**

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων κι ο καταμερισμός των πόρων (resource allocation) τείνουν να συνεπάγονται αποφάσεις βασισμένες σε αξίες, ενώ ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης τείνει να είναι περισσότερο τεχνικός όρος, που βασίζεται στην αποτελεσματικότητα.

Ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να πάρει τη μορφή του εξορθολογισμού:

1. του χρόνου του ιατρού
2. της χρήσης των νέων τεχνολογιών
3. της διαχείρισης των προβλημάτων υγείας των πολιτών απ’ τους οικογενειακούς ιατρούς

4. του περιορισμού των παραπομπών ασθενών σε ειδικούς ιατρούς
5. του περιορισμού των ασθενών στην πρόσβαση σε πολυδάπανες θεραπευτικές αγωγές.

Άλλες πιο έμμεσες εκφάνσεις του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν:

1. την έλλειψη βολής για τους ασθενείς, π. χ. πολύωρες γραφειοκρατικές διαδικασίες για ένα παραπεμπτικό ή μεγάλος χρόνος αναμονής για ένα ιατρικό ραντεβού.
2. τον εξορθολογισμό μέσω της πολιτικής, π. χ. διασαφήνιση πως μια υπηρεσία δεν καλύπτεται.
3. τον εξορθολογισμό μέσω συμβολαίων ασφάλισης υγείας, π. χ. περιγράφοντας στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο ποιες υπηρεσίες καλύπτονται και σε ποιο βαθμό, αφήνοντας τον ασφαλισμένο ν' αποφασίσει ποιο επίπεδο κάλυψης επιθυμεί, ανάλογα με το ποσό που επιθυμεί να πληρώνει ετησίως για το συμβόλαιο ασφάλισης της υγείας του («Friedenberg», 2003).

Αντίστοιχα, η συγκράτηση του κόστους μπορεί να πάρει τις εξής μορφές:

1. **Μεταβίβαση χρεώσεων (budget shifting).**

Μπορεί να γίνει με δυο τρόπους:

✓ **Απ' ευθείας χρεώσεις στους ασθενείς.** Η μέθοδος της εξαίρεσης απ' την κάλυψη ορισμένων υπηρεσιών ή αγαθών υλοποιείται είτε με τη θέσπιση θετικής λίστας (ποιες υπηρεσίες καλύπτονται) ή με τη θέσπιση αρνητικής λίστας (ποιες υπηρεσίες δεν καλύπτονται). Αποδείχθηκε πως η επίδραση αυτής της μεθόδου συνίσταται σε μια άπαξ μείωση των δαπανών κατά ένα ποσό, το οποίο συχνά ενσωματώθηκε σε φάρμακα ή υπηρεσίες που καλύπτονταν («Mossialos and Le Grand», 1999).

Αξιοσημείωτο είναι το παράδειγμα του N.I.C.E. (National Institute of Clinical Effectiveness) στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο κατέτασσε τις υπηρεσίες και τα αγαθά με κύριο κριτήριο την ανάλυση κόστους αποδοτικότητας και συγκεκριμένα: όποια θεραπευτική αγωγή αποτιμήθηκε στις 30.000 λίρες/Q.A.L.Y. εξαιρέθηκε απ' την δωρεάν παροχή στους πολίτες. Το αποτέλεσμα αυτού του κριτηρίου συχνά ήταν: φάρμακα τα οποία ικανοποιούσαν την προϋπόθεση του προαναφερόμενου κριτηρίου να είναι τόσο ακριβά, ώστε πολλοί ερευνητές να σχολιάσουν πως το κριτήριο αυτό οδηγεί σε διόγκωση κι όχι σε μείωση του κόστους («Cookson et al», 2001).

✓ **Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος.** Μπορεί να έχει δυο μορφές : είτε της ποσοστιαίας συμμετοχής (κάθε ασθενής πληρώνει $\chi\%$ του συνολικού κόστους μιας θεραπείας), ή ενός αφαιρετέου ποσού (ο ασθενής πληρώνει τα πρώτα χ € του

2. Προϋπολογισμοί (budget setting) :

Πολλές υπηρεσίες φροντίδας υγείας δεν έχουν καν προϋπολογισμένη δαπάνη και σ' αυτές συναντάται το πρόβλημα ότι κανείς δεν έχει το κίνητρο να κάνει οικονομία, αφού συνήθως οι επιπλέον πόροι που απαιτούνται μετακυλίνονται κάπου αλλού. Αυτές οι υπηρεσίες είναι εξαιρετικά ευάλωτες σε πιέσεις αύξησης του κόστους. Οι προϋπολογισμένες δαπάνες μπορούν να τεθούν σε κάποια ή σ' όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μ' αυτό τον τρόπο δίδεται το κίνητρο οι υπηρεσίες αυτές να διατηρούνται εντός της προϋπολογισμένης δαπάνης (είτε μέσω προστίμων όταν τον ξεπερνούν, είτε μέσω βραβείων όταν έχει επιτευχθεί χαμηλότερο κόστος απ' το προϋπολογιζόμενο, είτε και τα δύο). Στα συστήματα, όπου υπάρχουν πληρωτές και παροχείς, οι προϋπολογισμοί τίθενται στους πληρωτές. Στα συστήματα όπου πληρωτές και παροχείς είναι οι ίδιοι, οι προϋπολογισμοί τίθενται απ' ευθείας στους παροχείς.

Μπορεί, εξ' άλλου, να τεθεί ένας προϋπολογισμός για κάθε ασθενή, με δυνατότητα να τον ξοδέψει ο ίδιος όπως επιλέξει.

Οι προϋπολογισμοί ως εργαλεία περιορισμού του κόστους παρουσιάζουν προβλήματα:

- ✓ Οι σφιχτοί προϋπολογισμοί στις περιπτώσεις όπου προβλέπεται πρόστιμο όταν ξεπερνιούνται, αλλά όχι ανταμοιβή όταν οι πραγματικές δαπάνες είναι χαμηλότερες των προϋπολογισμένων, ενθαρρύνουν τους παράγοντες να ξοδεύουν μέχρι τελευταίας χρηματικής μονάδας το προϋπολογισμένο ποσό.
- ✓ Οι περισσότερες υπηρεσίες φροντίδας υγείας που υπόκεινται σε προϋπολογισμό δίνουν κίνητρα για επικέντρωση στην αφρόκρεμα (cream skimming) και για μετακύληση του προϋπολογισμού. Αυτό σημαίνει πως οι ασφαλιστικοί φορείς επιλέγουν τους ασφαλισμένους τους, με κριτήριο επιλογής την μικρότερη πιθανότητα ζήτησης υπηρεσιών φροντίδας υγείας, και ωθούν αυτούς με τη μεγαλύτερη πιθανότητα σε άλλους προϋπολογισμούς.
- ✓ Αν οι προϋπολογισμοί επιτύχουν να περιορίσουν το κόστος, τότε είναι πιθανό να δημιουργηθούν λίστες αναμονής, οι οποίες θα προκαλέσουν πολιτικά προβλήματα.

3. Οι έλεγχοι (Controls)

Οι έλεγχοι αναφέρονται στον έλεγχο των τιμών των φαρμακευτικών και άλλων ιατρικών προμηθειών, μέσω κανονισμών, οι οποίοι ελέγχουν τα κέρδη των φαρμακευτικών εταιριών ή άλλων προμηθευτών υγειονομικού υλικού ή εξοπλισμού.

Αυτοί οι έλεγχοι κι οι ρυθμίσεις οδηγούν στο φαινόμενο του μπαλονιού, όπου όταν ασκείται πίεση σ' ένα μέρος του, αυτή προκαλεί μια διόγκωση σ' άλλο σημείο του. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν ένα στοιχείο υπόκειται σε έλεγχο – ρύθμιση, ενώ άλλο όχι. Κατ' αυτό τον τρόπο μόνο αν υπόκεινται σε έλεγχο ή ρύθμιση αρκετά στοιχεία ταυτόχρονα (τιμή και ποσότητα, μισθοί και απασχόληση, τεχνολογία και ένταση), τότε μόνο οι έλεγχοι – ρυθμίσεις επιδρούν στη σωστή κατεύθυνση του περιορισμού του κόστους. Δυστυχώς όμως, οι εκτεταμένοι έλεγχοι ή ρυθμίσεις αναπόφευκτα καθιστούν το σύστημα πολύπλοκο («Le Grand», 2003).

Μια νέα σχετικά προσέγγιση στη συγκράτηση του κόστους των φαρμάκων είναι υπό εξέταση στις Η. Π. Α. και αφορά στη χρήση ενός συστήματος τιμών αναφοράς. Σύμφωνα μ' αυτή την προσέγγιση δίδεται σε μια ομάδα παρόμοιων προϊόντων μια συγκεκριμένη τιμή αναφοράς κι η οποία θα καλύπτεται πλήρως απ' τον φορέα ασφάλισης του ασθενή και θα υπόκειται σε συμμετοχή του ασθενή στο κόστος, εφόσον η πραγματική τιμή ξεπερνά την τιμή αναφοράς. Μ' αυτό τον τρόπο ο ασθενής έχει το κίνητρο απ' τα ομοειδή φαρμακευτικά σκευάσματα να επιλέγει το φθηνότερο, αφού ειδάλλως θα κληθεί να πληρώσει ο ίδιος τη διαφορά απ' την τιμή αναφοράς στο τίμημα του φαρμάκου.

4. Ανταγωνισμός (Competition)

Ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας μπορεί να πάρει τη μορφή ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων ή μεταξύ των παροχέων ή και τα δύο.

Πάντως, εκφράζονται αντιρρήσεις πώς, αυτό το σύστημα θα οδηγήσει σε περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αφού σε μια αγορά ασύμμετρης πληροφόρησης οι καταναλωτές - ασθενείς χρησιμοποιούν λανθασμένα κριτήρια για το τι έχει υψηλή ποιότητα (συγκεκριμένα θεωρούν το υψηλό κόστος ένδειξη υψηλής ποιότητας). Οι εμπειρικές ενδείξεις στις Η. Π. Α. έδειξαν πως ο ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων την δεκαετία του 1980 όχι μόνο οδήγησε σε αύξηση των δαπανών, αλλά και σε μερικές περιπτώσεις σε μείωση των αποτελεσμάτων σε όρους υγείας («Kessler, and McClellan», 2000).

Σε αντίθεση μ' αυτά τα ευρήματα, εκείνα της δεκαετίας του 1990 έδειξαν ότι ο ανταγωνισμός έχει επιφέρει μειώσεις στα κόστη και βελτιώσεις στην υγεία («Docteur et al», 2003).

Συμπερασματικά, υπάρχει έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των μέτρων συγκράτησης του κόστους στις Ευρωπαϊκές χώρες. Μια προφανής δυσκολία έγκειται στο ότι το ένα μέτρο συχνά ακολουθείται γρήγορα από άλλο, πριν δοθεί ικανός χρόνος για την αξιολόγηση του πρώτου. Πραγματικά ο χρόνος ισχύος διαφορετικών μέτρων είναι συχνά μικρότερος από εκείνον που απαιτείται για να σχεδιαστούν και να ενταχθούν λειτουργικά στο σύστημα. Ακόμα περισσότερο δυσχεραίνεται η αξιολόγησή τους, αφού τα μέτρα σπάνια εισάγονται μεμονωμένα. Όπου περισσότερα από ένα μέτρα εισάγονται, είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η συνεισφορά του καθενός ξεχωριστά. Επιπρόσθετα, αυτό που φαίνεται ως συνέπεια ενός μέτρου στη συγκράτηση του κόστους, μπορεί στην πραγματικότητα ν' αντανάκλα μια διεθνή τάση. Για παράδειγμα, η αύξηση του κύκλου εργασιών των νοσοκομείων ίσως να οφείλεται στις τεχνολογικές εξελίξεις που επηρεάζουν όλες τις χώρες, όπως π. χ. η εισαγωγή και η εξάπλωση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Πάντως, εν τέλει:

- α) απ' την εμπειρία των Ευρωπαϊκών χωρών, είναι δύσκολο ν' αντιταχθεί κανείς στο συμπέρασμα, πως η εφαρμογή προϋπολογισμών είναι ένας απ' τους πιο αποδοτικούς τρόπους για τον έλεγχο των δημόσιων δαπανών στη φροντίδα υγείας,
- β) απ' τα υπόλοιπα μέτρα που συζητήθηκαν, είναι δύσκολο να προταθεί κάποιο, δεδομένων των θεωρητικών αντιρρήσεων για τη χρήση των ελέγχων ή ρυθμίσεων και την απουσία θετικών ενδείξεων που αφορούν στην αποδοτικότητά τους.

2.3 Μπορεί να αποφευχθεί ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας;

Κυριαρχεί η άποψη πως δεν είναι δυνατό να αποφευχθεί ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον «Smith» (1996) : *«Η αύξηση της αποδοτικότητας κι η αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη δεν θα αναιρέσουν την αναγκαιότητα της άρνησης αποτελεσματικών θεραπειών σε ασθενείς».*

Ο «Aspray» (1994) υποστηρίζει πως: *«Οι επιδράσεις των δημογραφικών αλλαγών στα πλαίσια της υγείας απαιτούν, να διαμορφωθούν σχέδια εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων που θα επέλθουν».*

Οι «Judge και Mays» (1994) επιχειρηματολογούν πως: «Είναι απαραίτητο να διεξαχθούν έρευνες για την κατασκευή ενός χάρτη υγείας, ο οποίος θα απεικονίζει τόσο την κατανομή των υπηρεσιών υγείας γεωγραφικά, όσο και τους πόρους που διατίθενται και θα σχετίζεται με τις ανάγκες των πολιτών.

Είναι πιθανό να αποδειχθεί πως άσκοπα διατίθενται κάποιοι πόροι σε ορισμένες περιοχές, ενώ θα μπορούσαν να διατεθούν αλλού, όπου υπάρχει επιβεβλημένη ανάγκη. Επίσης, πρέπει να εξεταστεί αν ο επιχειρούμενος εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ενδυναμώνει ή εξασθενεί τις ανισότητες και σε ποιες περιοχές έκαστης χώρας».

Εξ' άλλου, οι «Mooney et al» (1986) υποστηρίζουν πως: «Ανεξάρτητα από τις μεταρρυθμίσεις, που εφαρμόζονται στα συστήματα υγείας, πάντοτε θα απαιτείται να λαμβάνονται αποφάσεις για το πώς και πού θα κατανέμονται οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι».

Με την ίδια λογική, οι «Mitton και Donaldson» (2003) θεωρούν πως: «Η αναγκαιότητα λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών θα συνεχίσει να υφίσταται, ανεξάρτητα με τις μεταρρυθμίσεις και τη δυννητική πρόθεση αύξησης των δαπανών για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας».

Ενώ, προς την ίδια κατεύθυνση, είναι και η τοποθέτηση του «Halter» (2004): «Ένα σύστημα υγείας που αποτυγχάνει να εξορθολογίσει την παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, σύντομα θα ξεμείνει από πόρους, μειώνοντας, αυτόματα, την ικανότητά του να παρέχει τέτοιες υπηρεσίες. Ηθικός κίνδυνος υφίσταται στην αποφυγή του εξορθολογισμού παρά στη δημιουργία και στην εφαρμογή μεθόδων εξορθολογισμού, με τις οποίες θα βελτιστοποιηθούν οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα θα εξασφαλιστεί η δίκαιη παροχή τους σε όλους τους ασθενείς».

Σύμφωνα με τον «Benatar» (2003) υπάρχουν σοβαροί λόγοι που επιβάλλουν την ιεράρχηση προτεραιοτήτων :

1. Η καταλληλότητα της επιθετικής ιατρικής περίθαλψης (όταν π. χ. η πρόγνωση για τη ζωή του ασθενή είναι πολύ φτωχή).
2. Η ανάγκη για αύξηση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
3. Η επιθυμία να μειωθεί η αυθαιρεσία στην ιατρική πρακτική διαμέσου των κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίοι προκύπτουν από την βέλτιστη τεκμηρίωση.

2.4 Ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν την εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού

Με δεδομένη την αναγκαιότητα λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθίσταται επιβεβλημένη η μελέτη πολλών ζητημάτων.

Τα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών, παραδοσιακά, δομήθηκαν και αναπτύχθηκαν στη βάση δύο θεμελιωδών αρχών : της καθολικής, ισότιμης πρόσβασης (που ικανοποιεί την βασική αρχή της ισότητας μεταξύ των πολιτών) και της αλληλεγγύης (που ικανοποιεί τη βασική αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης), προκειμένου να γίνεται αναδιανομή εισοδήματος μεταξύ των κοινωνικών στρωμάτων και να αυξάνεται η κοινωνική ευημερία.

Οι πιέσεις που ασκούν οι ολοένα αυξανόμενες δαπάνες για την υγεία προς την κατεύθυνση της συγκράτησης του κόστους, της ιεράρχησης προτεραιοτήτων και του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, θέτουν για πρώτη φορά την ανάγκη επανεξέτασης αυτών των θεμελιωδών αρχών και ενδεχομένως σηματοδοτούν την αναθεώρηση της αποστολής και των στόχων των συστημάτων υγείας.

Οι πολίτες, απ' τη μια πλευρά, παραδοσιακά έχουν γαλουχηθεί και πρεσβεύουν τη διατήρηση της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης και κατ' επέκταση την εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής κοινωνικής ευημερίας.

Οι διαμορφωτές πολιτικών, απ' την άλλη, καλούνται να λάβουν αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να μειώσουν τις δαπάνες. Αυτές οι αποφάσεις είναι αδύνατο να εξασφαλίσουν την ικανοποίηση όλων των δικαιούχων ταυτόχρονα. Είναι εκ των προτέρων δεδομένο, πως κάποιος δικαιούχοι θα χάσουν κάτι, διότι οι ανάγκες τους δεν θα ιεραρχηθούν σε υψηλή προτεραιότητα. Ενώ, συχνά οι αποφάσεις λαμβάνονται υπό το πρίσμα οικονομικών περιορισμών, ιατρικής αβεβαιότητας ή / και χρήσης πολύ ακριβών τεχνολογιών.

Σε ζητήματα ιεράρχησης προτεραιοτήτων η οικονομική επιστήμη, η επιστήμη της φιλοσοφίας, της νομικής αλλά και της ιατρικής (μέσω της τεκμηριωμένης ιατρικής - evidence based medicine -) συνδράμουν με τις θεωρίες τους προτείνοντας μεθοδολογίες.

Η δικαιοσύνη κι η ισότητα αποτελούν τους στόχους κλειδιά στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων σ' όλες τις προαναφερόμενες επιστήμες.

Η Επιστήμη της Φιλοσοφίας προτείνει διάφορες θεωρίες για την δικαιοσύνη, οι οποίες υποδεικνύουν διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης της ιεράρχησης προτεραιοτήτων.

Οι θεωρίες της χρησιμότητας δίνουν έμφαση στη σημασία της επίτευξης του μεγαλύτερου οφέλους για το μεγαλύτερο πλήθος ατόμων.

Οι φιλελεύθερες θεωρίες προστατεύουν τα δικαιώματα της κτήσης και της ελευθερίας, μέσω των μηχανισμών της ελεύθερης επιλογής.

Οι θεωρίες της κοινότητας προτείνουν η κατανομή ή η δικαιοσύνη να προέρχονται απ' τις επιταγές και τις επιθυμίες της κοινότητας.

Οι θεωρίες της ισότητας δίνουν έμφαση στην ανάγκη και στην ισότητα στην ευκαιρία, αλλά δεν απαιτούν ίσο μοίρασμα όλων των κοινωνικά δυνατών ωφελειών.

Η Νομική Επιστήμη εστιάζει στα δικαιώματα, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των ατόμων και των κυβερνήσεων, αναφορικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Η Πολιτική Επιστήμη εστιάζει στον υπολογισμό των αξιών στη διαδικασία άσκησης της πολιτικής και στη συμμετοχή των δικαιούχων (stakeholders).

Έχουν καταγραφεί εμπειρικές αποδείξεις, πως τα άτομα που βρίσκονται σε θέσεις λήψης αποφάσεων, αισθάνονται πως δεν έχουν τα προσόντα ή δεν επιθυμούν να συμμετέχουν σε ασκήσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης.

Η προσέγγιση της **Ιατρικής Επιστήμης** στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων σχετίζεται επικρατέστερα με την κατανόηση της αποτελεσματικότητας των ιατρικών επεμβάσεων, μέσω της τεκμηριωμένης ιατρικής, η οποία προτείνει την προσεγμένη και συνετή χρήση των ισχυουσών αποδείξεων-τεκμηριώσεων απ' τις κλινικές έρευνες, στη διαχείριση μεμονωμένων ασθενών.

Η τεκμηριωμένη ιατρική προτείνει να ποσοτικοποιηθούν ή να κατηγοριοποιηθούν τα οφέλη, οι βλάβες καθώς και τα επίπεδα των αποδείξεων, ώστε οι παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας κι οι ασθενείς, να μπορούν να επιλέξουν το κατάλληλο εξατομικευμένο σχέδιο θεραπευτικής αγωγής. Αυτή η μεθοδολογία δεν προσφέρει, όμως, συσχέτιση αυτής της αποτελεσματικότητας με άλλες ανταγωνιστικές αξίες, όπως το κόστος.

Η Επιστήμη των οικονομικών της υγείας επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας. Αυτή λαμβάνει χώρα μέσω βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ισότητας στον καταμερισμό των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες, με τη μορφή της ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας και των προγραμμάτων προϋπολογισμού και οριακής ανάλυσης. Η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας

αναζητά το μεγαλύτερο όφελος σε όρους υγείας για δεδομένες δαπάνες. Η χρήση της είναι αντιφατική τόσο για φιλοσοφικούς όσο και για πρακτικούς λόγους, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησής της από αιτιάσεις χρησιμότητας και την ανικανότητά της να συμπεριλάβει άλλες αρχές δίκαιης κατανομής.

Μία από τις θεμελιώδεις αρχές της **Βιοηθικής στην Ιατρική** υποστηρίζει πως, με δεδομένη τη δυσκολία στη λήψη απόφασης για το ποιος είναι ο επαρκής και δίκαιος καταμερισμός, η υλοποίηση του εξορθολογισμού πρέπει να έχει τη βάση της σε μια διαδικαστική προσέγγιση, η οποία να ικανοποιεί τον όρο της κατάλληλης διαδικασίας. Δηλαδή, να στηρίζεται στον ανοιχτό διάλογο για τις πολιτικές εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, όταν δεν προκύπτει η γνώση περί του ποια είναι η ορθή τακτική με τη συνδρομή μιας ή πολλών θεωριών, τότε πρέπει να διασφαλιστεί η αποδοχή των ορίων του εξορθολογισμού, μέσω μιας ανοικτής διαδικασίας, η οποία να παράγει ως αποτέλεσμα τη γενική αποδοχή των δικαιούχων. («Principles of Biomedical Ethics», 2000)

Είναι, κατά συνέπεια, προφανές πως οι διαμορφωτές πολιτικών πρέπει να ανατρέξουν εκ νέου στις θεωρίες της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότητας και της κοινωνικής ευημερίας, προκειμένου η νέα κατεύθυνση και αποστολή των συστημάτων υγείας να μην τις αθετήσει.

Παρακάτω δίνονται συνοπτικά οι θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης κι οι θεωρίες της κοινωνικής ευημερίας, όπως τις εισάγουν οι επιστήμες της Φιλοσοφίας και των Οικονομικών αντίστοιχα.

2.4.1 Θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης

Οι θεωρίες της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι οι θεωρίες που εξυπηρετούν στο να αποφασισθεί μια δίκαιη ή μια απλή κατανομή των οικονομικών πόρων. Στην παρούσα έρευνα γίνεται περιληπτικά μνεία σε αυτές, καθώς και στις κριτικές που τους ασκήθηκαν, ώστε να καταστεί δυνατή η κατανόηση των βασικών αρχών τους, που άπτονται των ζητημάτων της υγείας (πίνακας 3).

2.4.1.1 Utilitarianism: Ωφελιμισμός

Ο Ωφελιμισμός επικράτησε τον 19^ο αιώνα και υπάρχει ακόμα σε τροποποιημένες μορφές. Η θεωρία αυτή πρεσβεύει τη μεγαλύτερη ωφέλεια για το μεγαλύτερο πλήθος ανθρώπων.

Η μορφή του Ωφελιμισμού που προτάθηκε απ' τον Jeremy Bentham τον 18^ο και 19^ο αιώνα, θεωρεί την ατομική χρησιμότητα ως συγκρίσιμη μεταξύ των ανθρώπων και ως απόλυτα μετρήσιμο μέγεθος, τουλάχιστον κατ' αρχήν.

Η ωφελιμιστική ηθική μεταφράζεται στη βιβλιογραφία ως η μεγιστοποίηση του επιπέδου ικανοποίησης της κοινωνίας συνολικά.

Ο Ωφελιμισμός συλλαμβάνει την ιδέα των συμβιβασμών μεταξύ των στόχων. Κάτω απ' αυτή τη λογική η κοινωνία μπορεί να διαλέξει ν' αποδεχτεί κάποια απώλεια ωφέλειας για λίγα μέλη της, προκειμένου να κερδίσει μεγαλύτερη ωφέλεια για πολλά μέλη της.

Κριτική που δέχτηκε ο Ωφελιμισμός

Η άσκηση κριτικής για τον κλασσικό Ωφελιμισμό ξεκίνησε απ' τους οικονομολόγους στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Οι οικονομολόγοι γενικά απέρριψαν την ιδέα ότι η χρησιμότητα μπορεί να είναι απόλυτα μετρήσιμη και συγκρίσιμη μεταξύ των ανθρώπων. Θεωρείται αντιεπιστημονικό, να υποστηρίζεται πως το επίπεδο ικανοποίησης ενός ατόμου μπορεί με κάποιο τρόπο να αθροισθεί σε εκείνο ενός άλλου ατόμου.

Δύο ερωτήματα που τέθηκαν στον Ωφελιμισμό αποκαλύπτουν μερικές από τις αδυναμίες αυτής της θεωρίας. Το πρώτο ερώτημα είναι ποιος επικρατεί, δηλαδή ποιων ατόμων οι χρησιμότητες προσμετρούνται; Ο Ωφελιμισμός από μόνος του δεν καθορίζει το ποιος θεωρείται μέλος της κοινωνίας. Οι αλλοδαποί και οι μετανάστες θα λαμβάνονται υπόψη; Αν όχι, γιατί όχι; Τα ζώα θα λαμβάνονται υπόψη; Οι αγέννητες μελλοντικές γενεές; Η χρησιμότητα του εμβρύου θα υπολογίζεται ή μόνο του ήδη γεννημένου νεογνού;

Το δεύτερο ερώτημα τέθηκε από τον «Robert Nozick» (1974), που αφορά στη χρησιμότητα των κακοπροαίρετων μελών της κοινωνίας. Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε, πως ένα άτομο είναι μισαλλόδοξο ή απλά κακόηθες και λαμβάνει ικανοποίηση όταν κάποια μέλη της κοινωνίας υποφέρουν. Η κακοπροαίρετη χρησιμότητα ενός τέτοιου ατόμου θα λαμβάνεται υπόψη;

Συχνά η κριτική που ασκείται στον Ωφελιμισμό αφορά στη επικέντρωσή του στην κοινωνία, παρά στο άτομο που πάσχει, και μ' αυτό τον τρόπο θεωρείται πως υποβιβάζει την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ζωής («Jagsi et al», 2004).

2.4.1.2 Rawls justice as fairness: Το 'πέπλο της άγνοιας' του Rawls

Ο «John Rawls» (1971) προσέγγισε την κοινωνική δικαιοσύνη από μια άλλη σκοπιά. Σύμφωνα με την άποψή του, η θεμελιώδης αρχή της δικαιοσύνης επιτάσσει οι κοινωνικές επιλογές να γίνονται με δίκαιο τρόπο. Ο Rawls θεωρεί άδικο οι κοινωνικές επιλογές να αποφασίζονται από άτομα που έχουν οικονομική ή πολιτική ισχύ, τα οποία συχνά

αναπτύσσουν ατομικά συμφέροντα με αφορμή τη θέση τους στην κοινωνία. Αντίθετα θεωρεί, πως για να υπάρχει δικαιοσύνη, πρέπει οι επιλογές να γίνονται από άτομα μη δικαιούχα, τα οποία εθελοντικά επιθυμούν να πάρουν θέση.

Το 'πέπλο της άγνοιας' του Rawls είναι μια υποθετική κατάσταση, κατά την οποία μπορεί κάποιος να σκεφτεί ορθολογικά, αλλά χωρίς να γνωρίζει την προσωπική ή οικονομική του κατάσταση. Είναι σα να μπορούσαμε με κάποιο τρόπο να σχεδιάσουμε τη ζωή στην κοινωνία πριν γεννηθούμε και πριν γνωρίσουμε αν θα είμαστε πλούσιοι ή φτωχοί, νέγροι ή λευκοί, άνδρες ή γυναίκες κ. τ. λ.

Η άποψη του Rawls είναι πως αν μπορούσαμε να είμαστε τόσο αποστασιοποιημένοι απ' τα ενδιαφέροντα που μας περιβάλλουν για τη ζωή, τότε θα μπορούσαμε να έρθουμε σε μια, γενικά, κοινή συναίνεση για τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεωρία, όλοι θα συμφωνούσαμε σ' ένα και το αυτό σύστημα κοινωνικής δικαιοσύνης, το οποίο θα βελτιώνε στο μέγιστο την κατάσταση αυτού που βρισκόταν στη χειρότερη θέση. Σ' ένα τέτοιο σύστημα αξιών η φροντίδα της υγείας θα παρέχονταν με την προϋπόθεση ότι οι ανάγκες του ατόμου που βρίσκεται στη χειρότερη θέση, έχουν προτεραιότητα.

Κριτική που δέχτηκε η θεωρία του Rawls

Ο Rawls θεωρεί πως όλοι οι άνθρωποι αποστρεφόμεστε πλήρως τον κίνδυνο. Για παράδειγμα, ας θεωρήσουμε δύο εναλλακτικές καταστάσεις την Α και τη Β. Στην Α δίνεται σε κάθε άτομο εισόδημα 10.000\$, ενώ στη Β δίδεται εισόδημα σ' ένα άτομο 9.000\$ και σε όλα τα υπόλοιπα 100.000\$. Σύμφωνα με τη θεωρία του Rawls οι άνθρωποι με 'το πέπλο της άγνοιας' θα επέλεγαν την κατάσταση Α, δηλαδή εκείνη την εναλλακτική που δίνει το υψηλότερο εισόδημα στο άτομο που βρίσκεται στη χειρότερη θέση. Το ερώτημα που προκύπτει είναι προφανές: μπορούν άραγε οι άνθρωποι να αποστρέφονται τόσο πολύ τον κίνδυνο, ώστε να προσπερνούν ακόμα και τόσο μεγάλα οφέλη;

Μια άλλη κριτική στη θεωρία του Rawls ασκήθηκε από τον «Κ. Arrow» το 1973. Ο Arrow είπε: «σύμφωνα με τη θεωρία του Rawls, θα υπήρχαν ιατρικές πράξεις, οι οποίες θα εξυπηρετούσαν στο να διατηρούν μόλις μετά βίας τους ασθενείς στη ζωή, προσφέροντας μηδαμινή ποιότητα ζωής κι οι οποίες θα ήταν τόσο ακριβές, ώστε να οδηγήσουν την υπόλοιπη κοινωνία σε ένδεια».

Παρά τις κριτικές, η θεωρία του Rawls δίνει ένα προεξάρχον δείγμα μιας θεωρίας της κοινωνικής δικαιοσύνης, η οποία περιέχει μια ισχυρή προϋπόθεση αναφορικά με την ισότητα, μια προϋπόθεση η οποία επιτρέπει τις ανισότητες μόνο αν αυτές συνεισφέρουν στη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων που βρίσκονται στη χειρότερη θέση.

2.4.1.3 Liberalism: Φιλελευθερισμός, κλαστικός και μοντέρνος

Ο κλαστικός Φιλελευθερισμός αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία που άνθισε την εποχή του Διαφωτισμού και δίνει έμφαση στα δικαιώματα του ατόμου για τον περιουσία του και τον εαυτό του. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεωρία το άτομο εισέρχεται στην κοινωνία εθελοντικά και είναι ελεύθερο να διαλέξει ό,τι κρίνει το ίδιο ως καλύτερο για τον εαυτό του και την οικογένειά του.

Σε αντίθεση με τον κλαστικό Φιλελευθερισμό, ο μοντέρνος φιλελευθεριστής «Robert Nozick» (1974) θεωρεί ότι το κράτος πρέπει να περιοριστεί στο να παρέχει μόνο τις αναγκαίες υπηρεσίες, το 'ελάχιστο κράτος'. Ο Nozick προτείνει η ανάγκη για έναν φιλελεύθερο περιορισμό να ορίζεται από τα φυσικά δικαιώματα. Με τον όρο φιλελεύθερο περιορισμό εννοεί πως κάθε σύστημα κοινωνικής οργάνωσης θα πρέπει να απαγορεύει τον εξαναγκασμό των άλλων και ότι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν το δικαίωμα να διατηρούν κάθε ιδιοκτησία, που απέκτησαν μέσω εθελούσιων συναλλαγών. Με βάση αυτές τις αρχές, δικαιολογεί ο Nozick, την ύπαρξη του ελάχιστου κράτους και πρεσβεύει τον περιορισμό του ρόλου του κράτους και κατά συνέπεια τον περιορισμό όλων των κοινωνικών προγραμμάτων πρόνοιας για τους πολίτες. Κατά το ίδιο σκεπτικό, ούτε τα κοινωνικά προγράμματα για τη φροντίδα υγείας θα είναι εγγυημένα, αφού οι ανάγκες για φροντίδα υγείας ενός ατόμου δεν θα δημιουργούν υποχρέωση σε κανένα άλλο άτομο, εκτός αν κάποιο εθελοντικά το αποδέχεται.

Κριτική που δέχτηκε ο Φιλελευθερισμός

Για εκείνους, που δεν αποδέχονται τον περιορισμό ως συνέπεια ή αναγκαιότητα των φυσικών δικαιωμάτων, είναι πολύ δύσκολο να γίνει αντιληπτό το γιατί δεν είμαστε ελεύθεροι να θυσιάσουμε ένα μικρό μέρος της ελευθερίας μας, προκειμένου να κερδίσουμε σε αποδοτικότητα. Για παράδειγμα ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων θέτει περιορισμούς στη διάθεση κάποιων φαρμάκων (π. χ. απαιτείται συνταγή ιατρού για τη λήψη ενός φαρμάκου), ουσιαστικά περιορίζοντας την ελευθερία μας, αλλά τελικά αυτός ο περιορισμός προάγει την αποδοτικότητα.

Τα μέλη της κοινωνίας συχνά αποδέχονται κανόνες που περιορίζουν την ελευθερία τους σε κάτι, αλλά αναμένεται να βελτιώσουν τις εκροές. Κατ' αυτήν την έννοια ο φωτεινός σηματοδότης περιορίζει την ελευθερία, αλλά προάγει την ασφαλή ροή της κυκλοφορίας οχημάτων και πεζών. Αν αποδεχτούμε την αρχή ότι οι ελευθερίες μπορούν να θυσιαστούν προκειμένου να αποκομιστεί μεγαλύτερη αποδοτικότητα, τότε εγείρεται το ερώτημα αν πρέπει να αποδεχτούμε τον φιλελεύθερο περιορισμό («Folland et al», 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Πηγή: Folland, Goodman, Stano, (2006), “The Economics of Health and Health Care”, fifth edition p.401-404

Θεωρία	Κεντρική ιδέα	Μειονεκτήματα
<u>UTILITARIANISM:</u> <u>Ωφελιμισμός</u>	Η κοινωνία μπορεί να επιλέξει απώλεια ωφέλειας για λίγα μέλη της, προκειμένου να κερδίσει μεγαλύτερη ωφέλεια για πολλά μέλη της.	<p>≈ Ποιοι συμπεριλαμβάνονται στα μέλη της κοινωνίας (μετανάστες, αλλοδαποί, έμβρυα, ζώα)</p> <p>≈ Η χρησιμότητα ενός κακοπροαίρετου ατόμου θα λαμβάνεται υπόψη;</p>
<u>RAWLS JUSTICE AS FAIRNESS:</u> <u>Το ‘πέπλο της άγνοιας’</u>	Το ‘πέπλο της άγνοιας’ είναι μια υποθετική κατάσταση, κατά την οποία μπορεί κάποιος να αποφασίσει ορθολογικά και δίκαια για υποθέσεις άλλων ατόμων, μόνο αν δεν γνωρίζει την προσωπική ή οικονομική του κατάσταση.	<p>≈ Θεωρεί ως δεδομένη την πλήρη αποστροφή του κινδύνου για όλα τα άτομα.</p> <p>≈ Θα υπήρχαν ιατρικές πράξεις, οι οποίες θα εξυπηρετούσαν στο να διατηρούν μόλις μετά βίας τους ασθενείς στη ζωή προσφέροντας μηδαμινή ποιότητα ζωής κι οι οποίες θα ήταν τόσο ακριβές, ώστε να οδηγήσουν την υπόλοιπη κοινωνία σε ένδεια.</p>
<u>LIBERALISM :</u> <u>Φιλελευθερισμός</u>	Το άτομο εισέρχεται στην κοινωνία εθελοντικά και είναι ελεύθερο να διαλέξει ό,τι κρίνει το ίδιο ως καλύτερο για τον εαυτό του και την οικογένειά του.	<p>≈ Για τους φιλελευθεριστές, που δεν αποδέχονται τον περιορισμό ως συνέπεια ή αναγκαιότητα των φυσικών δικαιωμάτων, είναι πολύ δύσκολο να γίνει αντιληπτό το γιατί δεν είμαστε ελεύθεροι να θυσιάσουμε ένα μικρό μέρος της ελευθερίας μας, προκειμένου να κερδίσουμε σε αποδοτικότητα.</p>

2.4.2 Οι θεωρίες της κοινωνικής ευημερίας

Η κοινωνική ευημερία, αναφέρεται στη συνολική χρησιμότητα που απολαμβάνει η κοινωνία, δηλαδή στο άθροισμα των χρησιμοτήτων όλων των ατόμων που αποτελούν την κοινωνία.

Κατά τη μελέτη της κοινωνικής ευημερίας χρησιμοποιούνται μικροοικονομικές τεχνικές, με τις οποίες ερευνάται :

1. η οικονομική αποδοτικότητα, και
2. η κατανομή του εισοδήματος μακροοικονομικά.

Η οικονομική αποδοτικότητα σχετίζεται με 'το μέγεθος της πίτας' που θα καταμερισθεί, ενώ η κατανομή του εισοδήματος είναι περισσότερο κανονιστικό μέγεθος και σχετίζεται με 'το μοίρασμα της πίτας'.

Υπάρχουν δύο σχολές προσέγγισης στην οικονομική της ευημερίας : η νεοκλασική προσέγγιση και η νέα προσέγγιση της οικονομικής της ευημερίας.

Η νεοκλασική προσέγγιση δημιουργήθηκε από τους Edgeworth, Sidwick, Marshall και Pigou και στηρίζεται στις εξής αρχές:

- Η χρησιμότητα είναι απόλυτο αριθμητικό μέγεθος, το οποίο προκύπτει από παρατήρηση ή κρίση.
- Η επιπλέον κατανάλωση δίνει ολοένα και μικρότερες αυξήσεις στη χρησιμότητα (μειούμενη οριακή χρησιμότητα).
- Όλα τα άτομα έχουν συγκρίσιμες, διαπροσωπικά, καμπύλες χρησιμότητας.

Σύμφωνα με αυτές τις αρχές η καμπύλη της κοινωνικής ευημερίας κατασκευάζεται απλά προσθέτοντας όλες τις καμπύλες ατομικής ευημερίας.

Η νέα προσέγγιση της οικονομικής της ευημερίας βασίζεται στις αρχές των Pareto, Hicks και Kaldor. Αυτή η προσέγγιση αναγνωρίζει με ακρίβεια τις διαφορές μεταξύ της οικονομικής αποδοτικότητας και της κατανομής του εισοδήματος και τις εξετάζει ξεχωριστά. Τα ζητήματα της αποδοτικότητας αξιολογούνται με το κριτήριο της κατά Pareto αποδοτικότητας και τους ελέγχους αντιστάθμισης κατά Kaldor- Hicks, ενώ τα ζητήματα κατανομής του εισοδήματος απαντώνται από ειδική καμπύλη κοινωνικής ευημερίας.

Μια μονάδα μέτρησης της οικονομικής αποδοτικότητας είναι η κατανομητική αποδοτικότητα (Abba Lerner), όπου οι καταστάσεις θεωρούνται κατανομητικά

αποδοτικές όταν τα αγαθά κατανέμονται σ' εκείνα τα άτομα, τα οποία μπορούν να κερδίσουν τη μέγιστη χρησιμότητα απ' αυτά.

Άλλοι οικονομολόγοι χρησιμοποιούν ως μονάδα μέτρησης της οικονομικής αποδοτικότητας την κατά Pareto αποδοτικότητα, όπου μια κατάσταση θεωρείται βέλτιστη μόνο αν κανένα άτομο δεν μπορεί να ωφεληθεί περαιτέρω χωρίς να αφαιρέσει μέρος ωφέλειας από άλλο άτομο.

Οι οικονομολόγοι συμφωνούν πως υπάρχουν καταστάσεις, οι οποίες οδηγούν στη μη οικονομική αποδοτικότητα. Αυτές περιλαμβάνουν:

1. Ατελείς μορφές αγοράς, όπως μονοπώλιο, μονοψώνιο, ολιγοπώλιο, ολιγοψώνιο και μονοπωλιακός ανταγωνισμός.
2. Μη αποδοτικότητες στον επιμερισμό του συντελεστή στη βασική θεωρία της παραγωγής.
3. Αποτυχίες της αγοράς και εξωτερικές οικονομίες, επειδή υπάρχει κοινωνικό κόστος σ' αυτές τις περιπτώσεις.
4. Η διάκριση τιμών και η επικέντρωση στην αφρόκρεμα (price skimming).
5. Η μακροπρόθεσμη μείωση του μέσου κόστους στο φυσικό μονοπώλιο.
6. Συγκεκριμένα είδη φόρων ή ταρίφας.

Οι περισσότεροι οικονομολόγοι θεωρούν πως οι πραγματικές συναρτήσεις κοινωνικής ευημερίας βρίσκονται ενδιάμεσα αυτών των δύο ακραίων. Η ενδιάμεση μορφή της καμπύλης κοινωνικής αδιαφορίας δείχνει πως καθώς η ανισότητα αυξάνει, μια μικρή βελτίωση στη χρησιμότητα των σχετικά πλούσιων ατόμων απαιτεί μεγαλύτερη απώλεια χρησιμότητας των σχετικά φτωχότερων ατόμων («Arrow», 1963 και «Samuelson», 1983).

Ανάμεσα στις δύο κύριες προσεγγίσεις, που χρησιμοποιούνται στα οικονομικά της ευημερίας για την αξιολόγηση της δικαιοσύνης ή /και της αποδοτικότητας, με τις οποίες κατανέμονται οι πόροι στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, παρατηρούνται ομοιότητες αλλά και διαφορές στις μεθόδους αξιολόγησης («Spencer», 2004).

Η νεοκλασική προσέγγιση πρεσβεύει πως η ισότητα στην πρόσβαση εξασφαλίζει την αποδοτικότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έτσι, ενώ τα άτομα έχουν τις ίδιες ευκαιρίες στη χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η άσκηση της ατομικής επιλογής τους είναι η αιτία που επιφέρει τις διαφορές στην υγεία τους. Η άποψη αυτή έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά:

- Τα αποτελέσματα μιας επιλογής κρίνονται μόνο αναφορικά με τη βελτίωση του επιπέδου χρησιμότητας του ατόμου που κάνει την επιλογή, αποκλείοντας εντελώς

- Κάθε άτομο είναι ο καλύτερος κριτής της ατομικής του ευημερίας. Ουσιαστικά, κατ' αυτή την άποψη απορρίπτεται ο πατερναλισμός, η αντίληψη δηλαδή πως ένας άλλος μπορεί να γνωρίζει καλύτερα απ' το ίδιο το άτομο τι είναι καλό γι' αυτό. Απλούστερα σημαίνει ότι οι άνθρωποι γνωρίζουν τι χρειάζονται και γι' αυτό είναι οι ίδιοι οι καθοριστές του επιπέδου της ζήτησης υπηρεσιών φροντίδας υγείας, που μεγιστοποιεί τη χρησιμότητά τους. Όμως η μεγιστοποίηση της χρησιμότητας των ατόμων, υπό τον όρο της ατομικής ορθολογικής κατανομής, προϋποθέτει πως το άτομο γνωρίζει όλες τις εναλλακτικές επιλογές κι απ' αυτές επιλέγει την πιο επιθυμητή για εκείνο (προϋπόθεση που δεν ισχύει, λόγω της ασύμμετρης πληροφόρησης).

Το δεύτερο αυτό χαρακτηριστικό υποδηλώνει πως : α) κάθε δράση, επιλογή ή πολιτική αποφασίζεται αποκλειστικά με κριτήριο τα αποτελέσματα ή τις επακόλουθες εκβάσεις, β) υπάρχει διάκριση μεταξύ αποδοτικότητας και δικαιοσύνης.

Θεωρώντας ως δεδομένο ότι η βέλτιστη κατανομή των πόρων είναι η κατά Pareto βέλτιστη και επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας του ανταγωνισμού στις αγορές, δεδομένης της αρχικής κατανομής των πόρων (δηλαδή του εισοδήματος), οι οικονομολόγοι εξετάζουν μόνο τα ζητήματα της οικονομικής αποδοτικότητας, αφήνοντας τα ζητήματα της κατανομής του εισοδήματος να τα λύσουν οι πολιτικές διαδικασίες και αποφάσεις. Μ' άλλα λόγια, δεν ενδιαφέρονται για τα χάσματα που λαμβάνουν χώρα στη δικαιοσύνη/ ισότητα, επειδή αυτά προέρχονται απ' την κατανομή του εισοδήματος και δεν μπορούν να αρθούν παρά μόνο με αλλαγές στις κυβερνητικές πολιτικές.

Η δυσaráσκεια απ' τη συμβατική νεοκλασική προσέγγιση της οικονομικής της ευημερίας οδήγησε πολλούς ερευνητές να απορρίψουν τις ιδέες του Pareto ως τη βάση για την αξιολόγηση της οικονομικής αποδοτικότητας.

Το 1963 ο «Feldstein» αναρωτήθηκε: *« Δεν θα έπρεπε οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας να κατανέμονται με γνώμονα τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας στο έθνος αντί του να κατανέμονται με βάση την ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι καταναλωτές όταν κάνουν χρήση αυτών; »*

Οι οικονομολόγοι που υιοθετούν τη νέα προσέγγιση της οικονομικής της ευημερίας, αυτή του έξτρα ευημερισμού (extra welfarism), πρεσβεύουν πως η χρησιμότητα δεν πρέπει να είναι το μόνο ζητούμενο ή έστω το σπουδαιότερο στη συνάρτηση της

κοινωνικής ευημερίας. Πιστεύουν πως η υγεία κι όχι η χρησιμότητα είναι το ζητούμενο αποτέλεσμα για τη διεξαγωγή κανονιστικής ανάλυσης στον τομέα της φροντίδας υγείας. Αυτή η τοποθέτηση δίνει την πρώτη διαφορά ‘κλειδί’ μεταξύ των δύο σχολών σκέψης. Οι έξτρα ευημεριστές προάγουν την άποψη ότι οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυξάνουν την ατομική χρησιμότητα όσο και άλλες καταστάσεις, όπως η ευτυχία, η έλλειψη πόνου, η ελευθερία επιλογής, κ. λ. π.

Η δεύτερη διαφορά μεταξύ των δύο σχολών σκέψης αφορά στην ατομική κυριαρχία. Συγκεκριμένα, στη δεύτερη σχολή, οι οικονομολόγοι έχουν επιφυλάξεις για το κατά πόσο τα άτομα είναι πράγματι σε θέση να καθορίζουν τη ζήτηση, προκειμένου να λάβουν το βέλτιστο επίπεδο φροντίδας υγείας διότι θεωρούν πως τα άτομα δεν γνωρίζουν πάντα τι είναι καλύτερο γι’ αυτά. Έτσι προτιμούν να κάνουν λόγο για ‘ανάγκη’ και όχι για ζήτηση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Η ομοιότητα των δύο σχολών σκέψης έγκειται σε δύο σημεία, πρώτον: ότι οι αποφάσεις, δράσεις και επιλογές λαμβάνονται με γνώμονα το αποτέλεσμα ή τις εκβάσεις αυτών των αποφάσεων, και δεύτερον: μόνο ένα πολύ περιορισμένο εύρος ζητημάτων ισότητας/ δικαιοσύνης λαμβάνεται υπόψη.

Η κριτική που ασκήθηκε από τον Amartya Sen για την κατά Pareto βελτιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας είναι ότι, αφού προϋποθέτει να μην χειροτερεύσει η θέση κανενός μέλους της κοινωνίας, ουσιαστικά προασπίζει τη διατήρηση του κατεστημένου (status quo) και μ’ αυτό τον τρόπο διατηρεί κάθε προηγούμενη ανισότητα.

Σύμφωνα με τον «Graaf» (1967) *«Ενώ ο φυσιολογικός τρόπος αξιολόγησης μιας θεωρίας, στα θετικά οικονομικά, είναι ο έλεγχος των αποτελεσμάτων της, στην περίπτωση της αξιολόγησης της κοινωνικής ευημερίας είναι ο έλεγχος των παραδοχών της. Στη μέτρηση της κοινωνικής ευημερίας απαιτείται ρεαλισμός και εξασφάλιση της εφαρμοσιμότητας των παραδοχών της»* («Patel, Dhillon», 2004).

Στη δεύτερη σχολή σκέψης δεν απαιτούνται μέτρα υπολογισμού της χρησιμότητας. Αντί αυτών, απαιτούνται μέτρα υπολογισμού βελτιώσεων σε όρους υγείας, γι’ αυτό και προτείνουν τη χρήση των Q.A.L.Y.’s, ως μέτρο υπολογισμού του επιπέδου υγείας.

Σύμφωνα με τους «Mas-Colell, Whinston, και Green» (1995), η πρώτη σχολή σκέψης προσιδιάζει την άποψη του Adam Smith για το ‘αόρατο χέρι’: *«αν αφεθούν οι αγορές να κάνουν τη δουλειά τους, το αποτέλεσμα θα είναι το επιθυμητό. Ενώ, αντίθετα, η δεύτερη σχολή σκέψης υποστηρίζει πως οι αναδιανομές επιτρέπουν να επιλεγθεί μεταξύ των οικονομικά αποδοτικών καταστάσεων, εκείνη που ικανοποιεί περισσότερο την κατανομητική ισότητα / δικαιοσύνη»*.

Συμπερασματικά, καμία προσέγγιση απ' τις δύο που κυριαρχούν δεν είναι τέλεια, δεδομένων των περιορισμών τους, που σχετίζονται με τον τέλειο ανταγωνισμό, και ως εκ τούτου οι απόψεις των οικονομολόγων της υγείας δίστανται για το ποια προσέγγιση είναι η καλύτερη («Patel, Dhillon», 2004).

Σύμφωνα με το θεμελιώδες θεώρημα των Οικονομικών της Ευημερίας, δηλαδή, ότι κάθε αποδοτική κατανομή των πόρων μπορεί να είναι βιώσιμη σε μια ανταγωνιστική ισορροπία, υποστηρίζεται πως απ' όλες τις δυνατές αποδοτικές εκβάσεις υπάρχει μια η οποία ενεργοποιεί μια εφ' άπαξ αναδιανομή πλούτου και μετά αφήνει την αγορά να αναλάβει. Αυτό σημαίνει πως η αναδιανομή είναι νόμιμη και πως πρέπει να ψάχνουμε από τις πιθανές αποδοτικές εκβάσεις εκείνη που εξασφαλίζει την δικαιότερη αναδιανομή («Mas-Colell, Whinston, και Green», 1995).

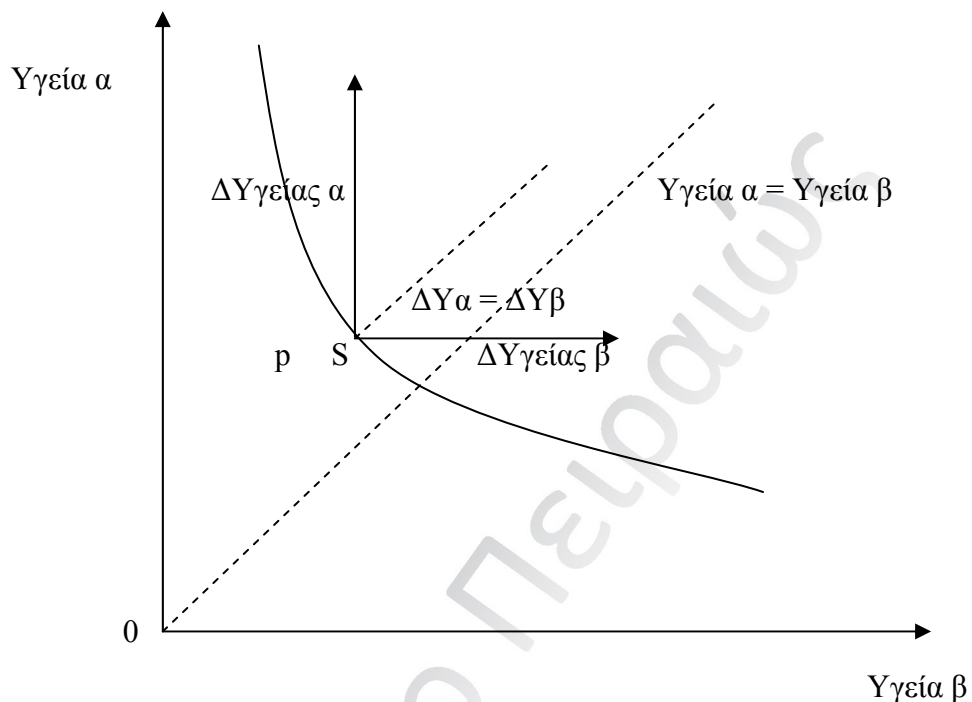
Ο I.M.D. Little σύστησε να απορριφθεί η κατανομή των πόρων, όταν κρίνεται ότι αυξάνει μεν την κοινωνική ευημερία, αλλά δεν είναι κοινωνικά επιθυμητή. Προτείνει, χρησιμοποιώντας ένα ενισχυμένο κριτήριο κοινωνικής ευημερίας, να επιλέγεται μεταξύ δύο εναλλακτικών καταστάσεων εκείνη που αυξάνει τα επίπεδα της κοινωνικής ευημερίας και παράλληλα επιφέρει πιο δίκαια, κοινωνικά, διανεμητικά αποτελέσματα («Σαραντίδης», 1998).

Σχετικές αναλύσεις που αφορούν στην ικανοποίηση της αποδοτικότητας και της ισότητας δείχνουν πως αυτές δεν εναρμονίζονται. Πιο συγκεκριμένα, ας υποθέσουμε (Διάγραμμα 7) ένα σύστημα δύο αξόνων με την ευημερία, ή την υγεία, δύο συμβαλλόμενων μερών (δύο άτομα, ή δύο ομοιογενείς ομάδες πληθυσμού) να απεικονίζονται κατά μήκος των δύο αξόνων.

Η αποδοτικότητα κρίνεται από το πόσο θα συμβάλλει η θεραπευτική αγωγή στην υγεία του ατόμου, και επομένως, λαμβάνοντας υπόψη μια συγκεκριμένη αφετηρία (S) κρίνεται από το πόσο μακριά με κατεύθυνση βορειοανατολικά στο διάγραμμα θα κινηθούμε.

Εντούτοις, η ισότητα κρίνεται από τα επίπεδα ισότητας της ευημερίας των δύο συμβαλλόμενων μερών και άρα, θα κριθεί από το πόσο κοντά βρίσκεται το τελικό σημείο ισορροπίας στην διαγώνιο των 45° , αναφορικά με το σημείο 0 όπου βρίσκεται η αρχή των αξόνων («Tsuchiya, Dolan», 2006).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΚΕΡΔΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ



Με άλλα λόγια, η αποδοτικότητα κρίνεται από το "διάστημα των κερδών" (αύριο) με προέλευση το αρχικό σημείο S , ενώ η ισότητα από το "διάστημα των εκβάσεων" (σήμερα) με προέλευση το σημείο 0 , όπου αμφότερα τα άτομα (ή οι ομάδες) έχουν μηδενική ευημερία.

Οι άξονες, επίσης, δύνανται να απεικονίσουν τη συνολική υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής κάποιου ατόμου, και το αρχικό σημείο S το πλήθος υπηρεσιών φροντίδας υγείας που χρησιμοποιήθηκαν μέχρι τώρα απ' αυτό. Έτσι η διάκριση μεταξύ του διαστήματος των εκβάσεων και του διαστήματος των κερδών εκφράζεται ως διάκριση μεταξύ της υγείας κατά τη διάρκεια ζωής (μέχρι σήμερα) και της ενδεχόμενης υγείας του ατόμου (μελλοντική). Δεδομένου ότι είναι αδύνατο να αξιολογηθεί με κάποιο τρόπο το επίπεδο υγείας που έχει ήδη μέχρι σήμερα ένα άτομο, όλες οι κρίσεις αποδοτικότητας πραγματοποιούνται από την άποψη της μελλοντικής υγείας, η οποία είναι το διάστημα των κερδών. Γενικά, η χρήση του διαστήματος των κερδών όσον αφορά κρίσεις αποδοτικότητας μπορεί να δικαιολογηθεί με την χρησιμοποίηση του κριτηρίου του

Pareto²: Επειδή οποιοδήποτε τελικό σημείο κάτω ή δεξιά του αρχικού σημείου S αντιπροσωπεύει μια απώλεια τουλάχιστον σε ένα απ' τα δύο άτομα (ή ομάδες), το γεγονός αυτό δεν αυξάνει την αποδοτικότητα και επομένως δεν ικανοποιεί το κριτήριο του Pareto.

Στον τομέα της υγείας, υπάρχουν στοιχεία που καταδεικνύουν ότι τα μέλη της κοινωνίας θεωρούν ότι ενώ η ανισότητα στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής, κατά τη γέννηση, στα διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι άδικη, μια παρόμοια ανισότητα στα φύλα δεν αποτελεί αδικία («Dolan et al», 2002). Σε αυτή την περίπτωση, μπορεί να είναι λογικό να χρησιμοποιηθεί το διάστημα των εκβάσεων για να αξιολογηθεί η δικαιοσύνη των πολιτικών υγείας που έχουν επιπτώσεις στα διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, αλλά όσον αφορά την αξιολόγηση της ισότητας των πολιτικών αυτών μεταξύ των δύο φύλων, το διάστημα των εκβάσεων χαρακτηρίζεται από την ανεπάρκειά του.

Ένας τρόπος να εξεταστούν οι διπλοί στόχοι της αποδοτικότητας και της κατανομικής ισότητας/ δικαιοσύνης, είναι να εισαχθεί η έννοια της αποφυγής της ανισότητας σε μια αντικειμενική και βασισμένη στην έκβαση συνάρτηση, όπως γίνεται με οποιαδήποτε τυποποιημένη κοίλη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας. Σε αυτή την περίπτωση η αποδοτικότητα και η ισότητα καταρρέουν.

Η διαδικασία αυτή, ουσιαστικά, παραβλέπει το διάστημα των κερδών, και προσφέρει μια πλήρη κατανομή όλων των πιθανών εκβάσεων σε σχέση με το σημείο 0 του Διαγράμματος 7, έτσι ώστε οποιαδήποτε κίνηση πάνω στην γραμμή των 45° και μακριά από το σημείο 0 να αποτελεί βελτίωση. Κατά συνέπεια, το κριτήριο του Pareto, βασισμένο στο διάστημα των κερδών, υπό την αρχική έννοια, συμβιβάζεται ως εξής: λαμβάνοντας υπόψη τον ολοένα και μικρότερο λόγο υποκατάστασης, μια κίνηση από την αφετηρία S σε οποιοδήποτε σημείο στην περιοχή p , στο Διάγραμμα 7, (δηλ. στα βορειοδυτικά από το S και στα ανατολικά του περιγράμματος κοινωνικής ευημερίας μέσω του σημείου S) θα θεωρηθεί ως βελτίωση, παραβλέποντας ότι έστω και ένα συμβαλλόμενο μέρος θα είναι σαφώς χειρότερα απ' ότι στο αρχικό σημείο S . Αυτό απεικονίζει μια διάσταση μεταξύ αποφάσεων αύξησης της κοινωνικής ευημερίας, που τοποθετούνται ρητά μέσα στο διάστημα των κερδών, και αποφάσεων αύξησης της κοινωνικής ευημερίας, που τοποθετούνται πρώτιστα μέσα στο διάστημα των εκβάσεων.

² Σύμφωνα με το κριτήριο του Pareto αύξηση της κοινωνικής ευημερίας υπάρχει όταν από μια μεταβολή της κατανομής των πόρων για την υγεία ωφελείται τουλάχιστον ένα άτομο και κανένα άλλο δεν ζημιώνεται.

2.4.3 Συμπέρασμα από τη μελέτη των θεωριών της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής ευημερίας

Αυτές οι θεωρίες, περί την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική ευημερία και την ισότητα, προσπαθούν να ρίξουν φως στην κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών - συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας για την υγεία - στο υπόβαθρο της ηθικής και των οικονομικών.

Εξυπηρετούν στο να δείξουν πόσο πλατιά και με διαφορετικό τρόπο αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι τη δίκαιη κατανομή, και βέβαια, μας οδηγούν στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχει κοινή συναίνεση για την κατανομή των πόρων στη φροντίδα υγείας, αναφορικά με την ανάγκη και την ισότητα.

Το βέβαιο είναι πως η αγορά της υγειονομικής περίθαλψης απέχει από πολλές απόψεις (οι σημαντικότερες είναι ο ρόλος της αβεβαιότητας, τα προβλήματα πληροφόρησης, η σχέση αντιπροσώπευσης των ασθενών από τους ιατρούς και οι εξωτερικές οικονομίες) απ' τον τέλειο ανταγωνισμό και γι' αυτό το λόγο δεν μπορεί να είναι κατά Pareto αποδοτική.

Έτσι, πρέπει αναπόφευκτα, να δεχτούμε εκείνες τις προσεγγίσεις για την κατανομή της φροντίδας υγείας που είναι οι αμέσως καλύτερες από τον τέλειο ανταγωνισμό, αξιολογώντας την κάθε μία, ανάλογα με τα θετικά στοιχεία που δίνει κάθε φορά.

Τέλος, με το δεδομένο πως η αγορά των υγειονομικών υπηρεσιών δεν δύναται να διέπεται απ' όλες τις αρχές του πλήρους ανταγωνισμού, είναι θεμιτό να εισάγουμε στοιχεία ανταγωνισμού, τα οποία θα βελτιώσουν την κοινωνική ευημερία.

2.5 Θεμελιώδεις προϋποθέσεις κι οι συνέπειές τους στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων

Στον τομέα υπηρεσιών υγείας η σπανιότητα των πόρων οδηγεί στο να γίνουν επιλογές για το ποιος θα έχει το δικαίωμα πρόσβασης στη φροντίδα υγείας και ποιος, ως αποτέλεσμα της άρνησης στην πρόσβασή του, θα αφηθεί στον πόνο και τη δυσανεξία κι ίσως οριακά στο θάνατο.

Ο ρόλος των συστημάτων υγείας είναι να βελτιώσουν την υγεία και να μειώσουν τις ανισότητες σ' αυτή. Έτσι, αξιωματικά, θεωρείται πως οι διαμορφωτές πολιτικών στην

Ευρώπη αποζητούν την ικανοποίηση ταυτόχρονα δύο στόχων: της αποδοτικότητας (την παραγωγή των βελτιώσεων του επιπέδου υγείας στο χαμηλότερο κόστος) (όφελος) και την ισότητα (δικαιοσύνη).

Στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, σύμφωνα με τον «Maynard» (1999), οι κυβερνήσεις των χωρών, αντανακλώντας την προτίμηση των κοινωνιών τους για αλληλεγγύη, απέρριψαν σε μεγάλο βαθμό την ιδέα η πρόσβαση των πολιτών να εξαρτάται από την επιθυμία και την ικανότητά τους να πληρώσουν κι αντί αυτού καθιέρωσαν συστήματα καταμερισμού και διάθεσης των πόρων στα συστήματα υγείας, που βασίζονται στην ανάγκη, η οποία ως όρος, συχνά δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη.

Ανεξάρτητα απ' το υπάρχον σύστημα υγείας, η ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας συχνά ξεπερνά την προσφορά και πρέπει να εξισορροπηθεί είτε με κριτήριο οικονομικούς όρους (ικανότητα πληρωμής), είτε με κριτήριο την ανάγκη. Αυτές οι αρχές καθορίζουν ποιος θα έχει πρόσβαση. Πάντως, και στις δύο περιπτώσεις λαμβάνει χώρα ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Πριν τη μελέτη των μηχανισμών εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας από τα συστήματα υγείας, είναι χρήσιμο να τεθούν κάποιες θεμελιώδεις προϋποθέσεις:

1. Η ανάγκη μπορεί να αφορά είτε στη ζήτηση είτε στην παροχή: οι ασθενείς μπορεί να ζητούν φροντίδα για καταστάσεις ανίατες, είτε για περιπτώσεις όπου τα οφέλη είναι ουσιαστικά ψευδαισθήσεις. Οι γιατροί παρέχουν φροντίδα για να αντιμετωπίσουν μια ανάγκη όταν υφίσταται μια οικονομικά αποδοτική θεραπευτική αγωγή. (Συνήθως χρησιμοποιείται ο δεύτερος, τεχνοκρατικός, προσδιορισμός της ανάγκης αυτός της ικανότητας να ωφεληθεί κάποιος).

2. Πώς μπορεί, αν μπορεί, η αρχή του οφέλους (η ανάγκη), με την οποία επιτυγχάνεται η αποδοτικότητα να ισοσταθμιστεί με τους στόχους της ισότητας (δικαιοσύνη);

3. Ο ρόλος της αξιολόγησης και καταγραφής των αναγκών μεταξύ των ασθενών πρέπει να αναθέτεται σε μια ομάδα ουδέτερων και ανεξάρτητων ειδημόνων. Η κοινωνική ομάδα που είναι πληρεξούσια γι' αυτό το εγχείρημα είναι οι γιατροί.

4. Για να διασφαλιστεί ότι οι γιατροί είναι ανεξάρτητοι και αποφεύγουν την προκλητή ζήτηση, είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν μηχανισμοί διαχείρισης και καταγραφής των πρακτικών τους.

Ας δούμε τώρα τις συνέπειες αυτών των προϋποθέσεων:

1. Το πρώτο στοιχείο αυτής της προϋπόθεσης, ότι ο σκοπός της φροντίδας υγείας είναι να βελτιώσει την υγεία των πολιτών, είναι προφανές αλλά δεν έχει μετρηθεί. Η

2. Η καταλληλότητα των κανόνων εξορθολογισμού στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών εξαρτάται απ' τους αντικειμενικούς στόχους του συστήματος υγείας. Υπάρχει πάντα έγνοια για τον μακροοικονομικό έλεγχο στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (συγκράτηση του κόστους). Οι παροχείς, που μπορεί να είναι οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι εταιρείες που παρέχουν βιοϊατρικό εξοπλισμό, οι γιατροί και οι μάνατζερ των νοσοκομείων, διαρκώς επιζητούν την αύξηση των δαπανών. Με το ασαφές (δηλαδή το ελάχιστα τεκμηριωμένο) μάρκετινγκ, οι φαρμακευτικές εταιρείες μπορούν να προκαλέσουν την υπερχρήση των φαρμάκων.

Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και τα όρια στα χρηματικά διαθέσιμα είναι οι απαραίτητοι όροι που πρέπει να εφαρμοστούν, προκειμένου να επιτευχθεί η συγκράτηση του κόστους. Αυτοί οι όροι, βέβαια, είναι ικανοί μόνο αν οι κυβερνήσεις είναι έτοιμες να ελέγξουν τα κόστη, ακόμα κι αν ο κύκλος των εκλογών απαιτεί τη χαλάρωση των ελέγχων, ώστε να διασφαλιστεί η εκλογή τους.

Δύο άλλοι αντικειμενικοί στόχοι που ενδιαφέρουν τους διαμορφωτές πολιτικών είναι η αποδοτικότητα κι η ισότητα. Οι κανόνες του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν σ' αυτά τα δύο κριτήρια, την ανάγκη και τη δικαιοσύνη, καθορίζουν την ατομική ή τη σε μικρό επίπεδο πρόσβαση στη φροντίδα.

3. Αν ο στόχος των συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους, σε όρους υγείας στον πληθυσμό, από τους σταθερούς προϋπολογισμούς, τότε η αρχή του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με βάση την ανάγκη σημαίνει, πως οι πόροι πρέπει να κατανεμηθούν αναφορικά με την αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος των ανταγωνιστικών θεραπευτικών αγωγών.

Η ανάγκη για ιατρική φροντίδα πρέπει να διαχωριστεί απ' τη ζήτηση για περίθαλψη και από τη χρήση των υπηρεσιών ή από τη χρησιμότητα. Ανάγκη για ιατρική φροντίδα

υφίσταται όταν υπάρχει μια αποδοτική θεραπευτική αγωγή ή όταν εξασφαλίζεται η ίαση, και καθορίζεται είτε σε όρους είδους ασθένειας ή ανικανότητας που προκαλούν την ανάγκη, είτε σε όρους θεραπευτικής αγωγής ή εξοπλισμού για τη θεραπεία, που απαιτούνται για την ικανοποίηση της ανάγκης. Η ζήτηση περίθαλψης υφίσταται όταν ένα άτομο θεωρεί πως έχει μια ανάγκη και επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες περίθαλψης. Η χρησιμότητα υφίσταται μόλις ένα άτομο λαμβάνει περίθαλψη.

Η ανάγκη δεν εκφράζεται, αναγκαία, ως ζήτηση κι η ζήτηση δεν επακολουθείται αναγκαία από χρησιμότητα. Ενώ, απ' την άλλη, μπορεί να υπάρξει ζήτηση και χρησιμότητα χωρίς να υφίσταται πραγματική ανάγκη για την υπηρεσία που χρησιμοποιήθηκε.

Οι γιατροί έχουν παραδοσιακά εκπαιδευτεί, σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη, να προσφέρουν όλες τις ωφέλιμες υπηρεσίες σε έκαστο ασθενή τους. Αυτή η ατομική ηθική είναι αντίζηση προς την κοινωνική ηθική (της συνολικής χρησιμότητας στην κοινωνία), που αναζητά την κατανομή των σπάνιων πόρων σ' εκείνους τους ασθενείς που θα λάβουν περισσότερο όφελος ανά κόστος υπηρεσίας.

4. Ενώ το όφελος (η αποδοτικότητα) βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος στις διαδικασίες εξορθολογισμού, ωστόσο συχνά δεν είναι το μόνο κριτήριο που λαμβάνουν υπόψη τους οι ασθενείς, οι αντιπρόσωποί τους (οι γιατροί) κι οι διαμορφωτές πολιτικών. Τα άλλα, επίσης σημαντικά κριτήρια, τα οποία φαίνεται να ενδιαφέρουν, είναι η δικαιοσύνη κι η ισότητα. Η ικανοποίηση του όρου της ισότητας περιλαμβάνει τη μείωση στην ανισότητα στην υγεία κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής.

Η προσέγγιση του «Williams» (1997) για το ίσο δικαίωμα στη μακροημέρευση περιλαμβάνει την αποτελεσματική αναδιανομή απ' τις θεραπευτικές αγωγές στους ηλικιωμένους προς τις μη αποτελεσματικές (αλλά αποδοτικές) θεραπευτικές αγωγές στους νέους, οι οποίοι λόγω χρόνιας ασθένειας είναι απίθανο να φτάσουν την ηλικία των ηλικιωμένων.

Κάθε τέτοια θεώρηση της ισότητας περιλαμβάνει την εξέταση του κόστους ευκαιρίας: τα οφέλη στην υγεία από αποτελεσματικές θεραπευτικές αγωγές στους ηλικιωμένους θυσιάζονται για την παροχή θεραπευτικών αγωγών (ίσως μη αποδοτικών) στους νέους που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Μ' αυτόν τον τρόπο, το συνολικό ποσό των δαπανών για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποφέρει μικρότερο όφελος υγείας συνολικά στον πληθυσμό.

Τα ζητήματα- ερωτήματα στην άσκηση πολιτικής που εγείρονται από αυτή τη θεώρηση είναι:

- α . Υπάρχει γενική κοινωνική συναίνεση προς αυτή την κατεύθυνση; και
β . Αν υπάρχει κοινωνική συναίνεση για το ίσο δικαίωμα στη μακροημέρευση, πόση αναδιανομή είναι επιθυμητή απ' την κοινωνία και σε ποιο κόστος;

5. Ο ρόλος της κρίσης των ανταγωνιστικών αναγκών και της κατανομής των πόρων και της φροντίδας στους ασθενείς έχει αποδοθεί απ' την κοινωνία στους γιατρούς. Το γεγονός αυτό δημιουργεί προβληματισμούς, επειδή οι γιατροί, πιθανά, δεν είναι ούτε ουδέτεροι αντιπρόσωποι, ούτε γνώστες της τεκμηρίωσης και των αποδείξεων της ανάλυσης κόστους αποτελεσματικότητας. Συχνά δεν υπάρχει τεκμηρίωση ή διαβάλλεται απ' την πτωχή γνώση της επιστήμης. Επίσης, μερικές φορές, η μη αποδοτική άσκηση εισάγεται από 'εμπορικά κίνητρα' που προσφέρουν οι προμηθευτές φαρμάκων κι εξοπλισμού.

Το επιχείρημα πως οι περισσότερες συναλλαγές ή λήψεις αποφάσεων στηρίζονται στο καθήκον ή την εμπιστοσύνη, ίσως ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, όμως είναι πολύ δύσκολο να μετρηθεί.

Η εμπιστοσύνη, είναι χωρίς αμφιβολία, ένα ωραίο παράδειγμα ενός δυνητικά φθηνού τρόπου συναλλαγής π. χ. στην απόφαση σε ποιον θα δοθεί φροντίδα και σε ποιον όχι.

Σύμφωνα με τον «Smith» (1776): *«όποτε συναντώνται δύο ή τρεις διαμορφωτές πολιτικών συνωμοτούν εναντίον του καλού των πολιτών».*

Ενώ ο «Hume» (1888) υποστηρίζει πως: *«Τίποτα δεν είναι πιο βέβαιο απ' ότι οι άνθρωποι, τις περισσότερες φορές, καθοδηγούνται απ' το προσωπικό συμφέρον τους και πως, όταν ακόμα το διευρύνουν πέρα από τους εαυτούς τους, αυτό δεν πάει και πολύ μακρύτερα, φτάνει μέχρι τους κοντινούς φίλους και γνωστούς τους».*

6. Δεδομένου όντως, ότι η ουδετερότητα των γιατρών, σε θέματα αποδοτικότητας και ισότητας επηρεάζεται, είναι αναγκαίο τόσο το να αστυνομεύουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους, όσο και το να αστυνομεύονται ταυτόχρονα από άλλους επαγγελματίες, ανεξάρτητα.

Όμως η αστυνόμηση του ιατρικού επαγγέλματος δεν είναι εύκολο εγχείρημα. Παραδοσιακά οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέθεσαν στους γιατρούς το εγχείρημα της δημιουργίας κανόνων για το επάγγελμά τους. Ως αποτέλεσμα αυτού, αποτελεί η απόφαση από τους ίδιους για την φύση της εκπαίδευσής τους στα διάφορα επίπεδα.

Η πίεση για την δημιουργία καλύτερων συστημάτων εφαρμογής και λογοδοσίας συνοδεύεται από τη δημόσια συζήτηση για τις επαγγελματικές αποτυχίες των γιατρών. Όμως η καλύτερη παρακολούθηση των εφαρμογών και τα βελτιωμένα συστήματα λογοδοσίας είναι πολύ ακριβά κι απαιτούν προσεκτική καθοδήγηση κι αξιολόγηση.

Απαιτούν επίσης προσεκτική μελέτη για την οικονομική αποτελεσματικότητά τους. Κάποια τέτοια συστήματα είναι αναπόφευκτα, στην περίπτωση που οι γιατροί αναλάβουν την ευθύνη του καταμερισμού των πόρων, με γνώμονα τις κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες βασίζονται στην κλινική αποτελεσματικότητα κόστους.

Συμπερασματικά, οι έξι προϋποθέσεις, που πρέπει να ισχύουν για τη δημιουργία, την εφαρμογή και τη χρήση ενός αποδοτικού συστήματος εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συχνά αγνοούνται εν μέρει ή συνολικά. Χωρίς την προσοχή και την επένδυση σε κάθε στοιχείο που αλληλεπιδρά με το σύστημα, ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θα συνεχίσει να είναι άσκοπος. Είτε η πολιτική συζήτηση για τον εξορθολογισμό στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι φανερή και σαφής, είτε σιωπηρή και συγκεκαλυμμένη, οι επιλογές είναι οι ίδιες, σε σχέση με τις προτεραιότητες και την κατανομή των πόρων: ποιοι αποφασίζουν ποιος θα έχει πρόσβαση σε ποια υπηρεσία και πότε; Μέχρι στιγμής οι απαντήσεις σ' αυτές τις ερωτήσεις σ' ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχουν δοθεί πλήρως, είναι μπερδεμένες κι όχι δημοκρατικές.

Υπάρχει ελπίδα, στην επόμενη δεκαετία, η επικέντρωση σ' αυτές τις έξι προϋποθέσεις να δημιουργήσει μεγαλύτερη αποδοτικότητα κι ευρύτερη, χωρίς εμπόδια, θεώρηση του ζητήματος του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σ' όλη την ήπειρο.

2.6 Ηθικά ζητήματα που άπτονται της επιλογής των δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας

Πολλοί ερευνητές προτείνουν ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να περιλαμβάνει την επιλογή ενός βασικού πακέτου δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών και την επακόλουθη εξαίρεση σειράς άλλων υγειονομικών υπηρεσιών απ' τη δημόσια χρηματοδότηση.

Μια τέτοια επιλογή εγείρει ηθικά ζητήματα και επιβάλλει να μελετηθούν κάποιες παράμετροι («American Medical Association», 1994):

1. Πώς θα υπερκεραστεί η υποχρέωση της κοινωνίας να παρέχει ένα επαρκές επίπεδο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σ' όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από τη δυνατότητά τους να πληρώσουν γι' αυτές.

2. Κατά την απόφαση ποιες συγκεκριμένες θεραπευτικές αγωγές πρέπει να περιλαμβάνονται στις δημόσια χρηματοδοτούμενες πρέπει να μελετώνται οι ακόλουθες θεμελιώδεις ηθικές αρχές:
 - i. Η έκταση του οφέλους (η διαφορά στην έκβαση της ασθένειας μετά τη θεραπεία και χωρίς τη θεραπεία).
 - ii. Η πιθανότητα του οφέλους.
 - iii. Η διάρκεια του οφέλους.
 - iv. Το κόστος, και
 - v. Το πλήθος των ανθρώπων που θα ωφεληθούν (αναφορικά με το γεγονός πως μια θεραπεία μπορεί να ωφελήσει όχι μόνο τον ασθενή που τη λαμβάνει αλλά και άλλους που έρχονται σε επαφή με αυτόν, όπως συμβαίνει με τον εμβολιασμό και τα αντιμικροβιακά φάρμακα).
3. Τη διασφάλιση της δικαιοσύνης, η οποία υλοποιείται μόνο εφόσον εξασφαλίζονται οι ακόλουθες παράμετροι:
 - vi. Δημοκρατική λήψη αποφάσεων με πλατιά κοινωνική συμμετοχή τόσο στο επίπεδο της δημιουργίας, όσο και στο επίπεδο της τελικής αποδοχής των μέτρων.
 - vii. Καταγραφή των διαφοροποιήσεων στην περίθαλψη, οι οποίες δεν μπορούν να εξηγηθούν ιατρικά, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην τεκμηρίωση των ομάδων που ιστορικά μειονεκτούν, και
 - viii. Προσαρμογή του επιπέδου των προσφερομένων υπηρεσιών στο χρόνο, ώστε να διατηρείται η κοινωνική αποδοχή.
4. Ο μηχανισμός που θα υποδεικνύει το επαρκές επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, πρέπει να διασφαλίζει ότι η φροντίδα υγείας που παράγει οφέλη για τους φτωχούς και τις πληθυσμιακές ομάδες που μειονεκτούν, δεν θα φθίνει με το χρόνο.

2.7 Στόχοι και κριτήρια κατανεμητικής πολιτικής

Πολλοί ερευνητές συμφωνούν πως οι πολιτικές κατανομής των πόρων στην υγεία πρέπει να αποσκοπούν στην ικανοποίηση δύο στόχων : αποδοτικότητα και δικαιοσύνη-ισότητα. Παρ' ότι υπάρχει διαφωνία για το πόση βαρύτητα πρέπει να δοθεί σε καθέναν απ' αυτούς τους στόχους, υπάρχουν κριτήρια για τον εξορθολογισμό στην παροχή των

υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που σχεδόν όλες οι θεωρίες εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποδέχονται («Carpelen, Norheim», 2006) . Αυτή η δέσμη κοινώς αποδεκτών κριτηρίων υποδεικνύει πως η προτεραιότητα μιας κατάστασης και της θεραπευτικής αγωγής που απαιτεί, πρέπει να αξιολογείται αναφορικά με:

1. Τη σοβαρότητα της ασθένειας, αν δε θεραπεύεται
2. Το όφελος απ' την θεραπευτική αγωγή
3. Το λόγο κόστους –αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής
4. Την ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων για τα κριτήρια 1-3.

Ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των κριτηρίων είναι ότι εξετάζουν την κατάσταση, αφού αυτή λάβει χώρα και επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στις εκβάσεις των θεραπευτικών αγωγών. Η εξέταση της κατάστασης, υπό αυτή την έννοια, δε λαμβάνει υπόψη της τι έχει λάβει χώρα πριν οι ασθενείς βρεθούν σ' αυτή την κατάσταση, αλλά ενδιαφέρεται μόνο για το ποια θεραπευτικά αγωγή θα δώσει τα καλύτερα αποτελέσματα για το μέλλον.

Είναι δυνατό να εφαρμοσθεί μια διαφορετική δέσμη κριτηρίων, την οποία ούτε η πολιτική, ούτε η καταναλωτική δικαιοσύνη αποδέχονται. Τέτοια δέσμη περιλαμβάνει κριτήρια όπως εθνικότητα, φυλή, θρησκεία, φύλο, κοινωνική κατάσταση, σεξουαλική προτίμηση και φυσική ή νοητική αναπηρία. Είναι, σαφώς, προφανή τα επιχειρήματα για την αποφυγή χρησιμοποίησης αυτής της δέσμης κριτηρίων.

Μια τρίτη δέσμη περιλαμβάνει δύο κριτήρια αμφισβητούμενα: την ατομική ευθύνη της επιλογής του τρόπου ζωής και την ηλικία.

Το κριτήριο της ατομικής ευθύνης διαφέρει από τα κριτήρια της πρώτης δέσμης, επειδή λαμβάνει υπόψη του τι έχει λάβει χώρα πριν την ασθένεια. Είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι κάνουν διαφορετικές επιλογές για το πώς θα ζήσουν τη ζωή τους. Επειδή αυτές οι επιλογές έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία τους, στους κινδύνους που θα αντιμετωπίσουν και στη μελλοντική εμφάνιση ανάγκης τους για λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αρκετοί πολιτικοί και φιλοσοφικές θεωρίες υποστηρίζουν πως πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτές οι διαφορές στις επιλογές του τρόπου ζωής των ανθρώπων, εφόσον είναι επιθυμητή μια δίκαιη πολιτική στην υγεία.

Συγκεκριμένα, προτείνεται οι ασθένειες που προκαλούνται από τέτοιες επιλογές, είτε μερικώς είτε ολικώς, να μη θεραπεύονται μέσω πλήρους δημόσιας χρηματοδότησης, αλλά να συμμετέχει κι ο ασθενής στη χρηματοδότηση της θεραπείας του, είτε μέσω συμπληρωμής, είτε μέσω συμπληρωματικής ασφάλισης του. Σε μια τέτοια περίπτωση

παραμένει αναπάντητο το ερώτημα πώς θα καθορίζεται η συμπληρωμή ή το ύψος των ασφαλιστρών συμπληρωματικής ασφάλισης.

2.8 Τα κριτήρια της ισότητας και της αποδοτικότητας στον καθορισμό προτεραιοτήτων

Η αποδοτικότητα μετράται με το λόγο κόστους - αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας για μια ασθένεια, ενώ οι εξωτερικές συνέπειες της ασθένειας, αυτές που δεν αφορούν στην υγεία του ατόμου που νοσεί, υπολογίζονται με την ανάλυση κόστους-οφέλους.

Ο λόγος κόστους - αποτελεσματικότητας είναι ένα εργαλείο που εξυπηρετεί στην εξασφάλιση της κατανομητικής αποδοτικότητας στην αγορά της υγείας.

Άλλοι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι:

1. Οι εξωτερικές επιδράσεις μιας ασθένειας στην κοινωνία
2. Οι συνέπειες που δεν αφορούν στην υγεία. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι αποφάσεις των πολιτικών για το πώς θα κατανέμουν τα κρατικά κονδύλια και τι μέρος του κρατικού προϋπολογισμού θα απορροφήσει ο κάθε τομέας. Αυτή η παράμετρος υπολογίζεται με την ανάλυση κόστους - οφέλους.

Η χρησιμοποίηση του λόγου κόστους - αποτελεσματικότητας είναι ένα κριτήριο που διασφαλίζει ότι η ιεράρχηση των θεραπευτικών αγωγών γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μεγιστοποιηθούν τα οφέλη για την υγεία μέσω ενός δεδομένου πλήθους πόρων.

Οι εξωτερικές συνέπειες καθώς και οι συνέπειες που δεν αφορούν στην υγεία πρέπει να συνυπολογίζονται.

Τα είδη της ισότητας είναι η οριζόντια κι η κάθετη ισότητα.

Ως οριζόντια ισότητα ορίζεται η παροχή της ίδιας θεραπείας για την ίδια ανάγκη (η ίδια ανάγκη ορίζεται υπό το πρίσμα της νόσου και της κατάστασης της υγείας του ασθενή).

Η κάθετη ισότητα ορίζεται με δύο βασικά κριτήρια:

- ◆ Τις πολύ σοβαρές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, και
- ◆ Τη μείωση της φτώχειας.

Αυτά τα κριτήρια υποδηλώνουν ποια άτομα έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη: οι ασθενείς που απειλείται η ζωή τους κι οι φτωχότεροι.

Άλλοι παράγοντες της ισότητας που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι επίσης:

1. Ο κανόνας διάσωσης. Η βασική αρχή του κανόνα διάσωσης είναι ότι η κοινωνία και κάθε άτομο ξεχωριστά έχει την ηθική υποχρέωση να κάνει ό,τι μπορεί προκειμένου, να βοηθήσει τα άτομα των οποίων η ζωή απειλείται, ανεξάρτητα απ' το πόσο κοστίζει αυτή η προσπάθεια ή πόσο θα βοηθηθεί ο ασθενής.
2. Σημαντική θετική επίδραση στην υγεία του ατόμου. Πολλά είδη θεραπευτικών αγωγών έχουν υψηλό λόγο αποτελεσματικότητας - κόστους λόγω του χαμηλού κόστους τους, ενώ δίνουν πολύ μικρή βελτίωση στην υγεία του ασθενή. Αυτές οι επεμβάσεις, όμως, αποτυγχάνουν να μειώσουν τις ανισότητες στην υγεία και γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να προτιμούνται από εκείνους που αποφασίζουν.
3. Απόδοση ισότιμων ευκαιριών στη μακροήμερευση. Κάποιοι υποστηρίζουν τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη τους την κατάσταση της υγείας του ατόμου σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής. Η επίδραση αυτής της θεωρίας είναι πως έχουν προτεραιότητα πάντα οι νέοι, οι χρόνια πάσχοντες κι οι φτωχοί. Η προτεραιότητα στις δύο τελευταίες ομάδες ούτως ή άλλως προκύπτει απ' το κριτήριο της κάθετης ισότητας. Η προτεραιότητα στους νέους όμως δεν προκύπτει από κανένα κριτήριο ισότητας αν και συχνά οι θεραπείες για τους νέους δίνουν υψηλότερο λόγο αποτελεσματικότητας - κόστους, αφού δυνητικά τα κερδισμένα έτη ζωής είναι περισσότερα γι' αυτούς.
4. Συλλογική έναντι ατομικής ευθύνης. Η οριζόντια ισότητα, οι καταστάσεις όπου η ζωή απειλείται, η μείωση της φτώχειας δίνουν προτεραιότητα στους ασθενείς που είναι λιγότερο ευνοημένοι. Η κοινωνία πρέπει όμως να αποφασίσει να ελέγξει αν αυτές οι καταστάσεις προήλθαν από ατομικές επιλογές και συμπεριφορές. Έτσι, για παράδειγμα οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που είναι καπνιστές πρέπει να πληρώσουν οι ίδιοι την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους.

Σύμφωνα με τα προηγούμενα ο βαθμός ιεράρχησης μιας θεραπευτικής αγωγής δίδεται απ' το μαθηματικό τύπο («Carrin, Savedoff, Hanvoravongchai», (2005):

$$PRS_A = \alpha [\text{ισότητα}] + (1-\alpha) [\text{αποδοτικότητα}] \quad (\text{Σχέση})$$

1)

Όπου η αποδοτικότητα μετράται με το λόγο αποτελεσματικότητας-κόστους κι η ισότητα δίδεται απ' το μαθηματικό τύπο:

$$\text{Ισότητα} = \beta [\text{απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις}] + (1-\beta) [\text{μείωση της φτώχειας}]$$

Έτσι παρατηρούμε τις εξής περιπτώσεις:

◆ *Ιεράρχηση πλήρως μέσω αποδοτικότητας*

Εδώ το κριτήριο ιεράρχησης είναι πλήρως η αποδοτικότητα όταν ο λόγος αποτελεσματικότητας-κόστους είναι 100%, οι απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις είναι 0% κι η μείωση της φτώχειας είναι 0% ($\alpha=0$).

◆ *Ισορροπία αποδοτικότητας – ισότητας*

Όταν ο λόγος αποτελεσματικότητας-κόστους = 50%, οι απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις =25% και η μείωση της φτώχειας =25% ($\alpha=0,5$ και $\beta=0,5$).

◆ *Μεγαλύτερο βάρος στις καταστάσεις που απειλούν τη ζωή*

Όταν ο λόγος αποτελεσματικότητας-κόστους = 20%, οι απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις =60% και η μείωση της φτώχειας =20% ($\alpha=0,8$ και $\beta=0,75$).

Σύμφωνα με τον «Fleurbaey» (2001), οι έννοιες της προτεραιότητας (ποιες ομάδες του πληθυσμού έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη) και της ισότητας (ισότητα στην πρόσβαση και στην παροχή) σχετίζονται με τον ακόλουθο μαθηματικό τύπο:

$$W = B \cdot (1 - IN) \quad (\text{Σχέση 3})$$

Όπου W : συνάρτηση κοινωνικής ιεράρχησης

B : μέσο επίπεδο οφέλους (ή το συνολικό όφελος)

IN : δείκτης της ανισότητας

Η παραπάνω σχέση υποδηλώνει ότι όταν ο δείκτης της ανισότητας είναι ίσος με 0 τότε, το μέσο επίπεδο οφέλους δίνει την κοινωνική ιεράρχηση. Σε κάθε άλλη περίπτωση η κοινωνική ιεράρχηση έχει στοιχεία ανισότητας.

2.9 Ο ρόλος της κλινικής ιατρικής και της οικονομικής αξιολόγησης στη λήψη αποφάσεων

Παρά την επικέντρωση τόσο στην τεκμηριωμένη πρακτική, όσο και στα τεκμηριωμένα δεδομένα, δεν πρέπει να γίνεται το λάθος της προσπάθειας δημιουργίας ένα τελείως άκαμπτου συστήματος ιεράρχησης προτεραιοτήτων, διότι η κλινική κρίση πρέπει πάντα να βρίσκεται στην καρδιά τέτοιων αποφάσεων («Halter», 2004). Οι ασθενείς διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και κάθε συστηματική προσέγγιση μιας

συγκεκριμένης κατάστασης είτε θα αγνοήσει, ανήθικα, αυτή τη διαφορετικότητα ή θα είναι τόσο πολύπλοκη, ώστε τελικά να μην αποδίδει. Κάθε συστηματική προσέγγιση για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να συμπληρώνεται από τις ιατρικές αποφάσεις.

Σύμφωνα με τον «Norheim» (1999) : *«Ο μηχανισμός της κλινικής πρακτικής, ως εργαλείο για τη βελτίωση των αποφάσεων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, φέρει ως αποτέλεσμα, συχνά, την αποδοχή των πολιτών (εφόσον βασίζεται σε δίκαιη διαδικασία κι οι πολίτες την αποδέχονται ως νόμιμη). Δεν μπορεί να αποτελεί όμως, το σημαντικότερο εργαλείο, διότι απαιτούνται και επιπλέον κριτήρια που θα μεταφράζουν τη δημοκρατική θεωρία στην αναγκαία ιατρική πρακτική.*

Οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να βασίζονται στην καλύτερη διαθέσιμη τεκμηρίωση εντός των υφιστάμενων περιορισμών τόσο της σπανιότητας των πόρων όσο και της αποδοχής των πολιτών».

Σύμφωνοι με την ανωτέρω διατυπωμένη θέση είναι κι οι «Maynard και Bloor» (1995): *«Η αγνόηση του οικονομικού στοιχείου στις κλινικές επιλογές δημιουργεί έλλειψη αποδοτικότητας κι ως εκ τούτου οδηγεί σε ανήθικη πρακτική.*

Το σπουδαίο πλεονέκτημα της οικονομικής προσέγγισης στον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι απαιτεί ένα σαφές και ξεκάθαρο πλαίσιο, το οποίο λαμβάνει υπόψη του τα κόστη και τα οφέλη των εναλλακτικών ενεργειών σε όλες τις περιοχές της ανθρώπινης δραστηριότητας. Ο συνδυασμός της σαφήνειας και της αξιολόγησης είναι σύμφωνος με την οικονομική αξιολόγηση και μπορεί να βοηθήσει στο δύσκολο εγχείρημα της παραγωγής περαιτέρω οφελών στην υγεία των ασθενών».

Εξ' άλλου ο «Blank» (1992) υποστηρίζει πως: *«Οι ιδιωτικοί παροχείς κι οι γιατροί δε βρίσκονται στην κατάλληλη θέση να εφαρμόσουν πολιτικές εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, επειδή πολλές φορές απαιτείται από αυτούς είτε να δρουν πλήρως εκτός των προσωπικών τους συμφερόντων, είτε προς το συμφέρον των ασθενών τους».*

2.10 Στόχοι υγείας και στόχοι υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Οι ανισότητες στο επίπεδο υγείας των πολιτών, δεν οφείλονται κυρίως στις ανισότητες που αντιμετωπίζουν οι πολίτες απ' τα συστήματα υγείας των χωρών τους («Whitehead M., Dahlgren», 2007).

Πρακτικά, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό πως οι στόχοι της ισότητας στην υγεία και της ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι κατά πολύ διαφορετικοί. Η ισότητα στην υγεία έχει ως απώτερο στόχο την ελαχιστοποίηση όλων των συστηματικών διαφορών στο επίπεδο της υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ενώ ο τελικός στόχος της ισότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι να ταιριάζει το δυνατό καλύτερα, το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών με το επίπεδο των αναγκών, και ουσιαστικά να μειώσει τις διαφορές στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων ωφελώντας, μ' αυτόν τον τρόπο, τις ομάδες που μειονεκτούν κι έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη.

Όμως, οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου της υγείας είναι («Πολύζος», 2007) :

1. Οι δημογραφικές τάσεις- εξελίξεις –δείκτες
2. Η οικονομική ανάπτυξη- η απασχόληση- το εισόδημα και η κατανομή του
3. Το επίπεδο της εκπαίδευσης
4. Οι συνθήκες κατοικίας- εργασίας και το επίπεδο διαβίωσης
5. Τα πρότυπα συμπεριφοράς και ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή, άσκηση κ. τ. λ.)
6. Οι κλιματολογικές συνθήκες- περιβάλλον- οικολογική ισορροπία
7. Η κατανάλωση φαρμάκων
8. Η χρήση βιοϊατρικού εξοπλισμού
9. Άλλες υπηρεσίες περίθαλψης
10. Άλλες κοινωνικές σχέσεις

2.11 Ατομική και κοινωνική ηθική

Η κοινή βάση που διακρίνεται μεταξύ όλων των συστημάτων υγείας, είναι πως οι γιατροί εκπαιδεύονται για να προσφέρουν το καλύτερο σε κάθε ασθενή τους. Μ' αυτό το δεδομένο αν υπάρχουν δυο ανταγωνιστικές θεραπευτικές αγωγές, η Α κι η Β, διαθέσιμες για τη θεραπεία μιας ασθένειας, και η Α δίνει πέντε χρόνια καλής ποιότητας ζωής στον

ασθενή, ενώ η Β δίνει δέκα χρόνια καλής ποιότητας ζωής (ή Q.A.L.Y.s), ο γιατρός θα επιλέξει τη Β για τον ασθενή του.

Μ' αυτό το σκεπτικό αν η Α στοιχίζει 100 € κι η Β 10.000 €, το κόστος ανά Q.A.L.Y. είναι 20 € για την Α και 1000 € για τη Β. Κατά συνέπεια αν το υπουργείο υγείας έχει έναν προϋπολογισμό δαπάνης 500.000 € για τη θεραπεία αυτής της ασθένειας, τότε ο γιατρός που επέλεξε τη Β (η οποία είναι κλινικά η πιο αποδοτική) θα επιφέρει ένα μικρότερο όφελος στην υγεία της κοινωνίας (ήτοι 5.000 Q.A.L.Y.'s) απ' ό,τι αν επέλεγε την Α θεραπεία (η οποία είναι οικονομικά αποδοτική) (ήτοι 25.000 Q.A.L.Y.'s).

Η επιλογή των κριτηρίων για τον εξορθολογισμό στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι μεταξύ του τι υπαγορεύει η ατομική ηθική (ο όρκος του Ιπποκράτη) και τι υπαγορεύει ο ευημερισμός, ο οποίος πρεσβεύει την κοινωνική ηθική («Maynard», 2001).

Αυτή η διαφορά μεταξύ της ηθικής για το άτομο και της κοινωνικής ηθικής περιπλέκει την δημόσια πολιτική συζήτηση για τον εξορθολογισμό. Ευρύτερα λοιπόν, τίθεται το ερώτημα, οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες ή πρέπει να σχετίζονται με τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας στον πληθυσμό (κοινωνική ευημερία); («Olsen et al», 1999) Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα θα καθοδηγήσει τους διαμορφωτές πολιτικών όχι μόνο στη διενέργεια αναλύσεων οικονομικής αξιολόγησης, αλλά και θα τους βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων.

Όσο δύσκολο είναι όμως, να επιτευχθεί ευρεία κοινωνική συναίνεση για τις αρχές που θα διέπουν την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, άλλο τόσο δύσκολο είναι να αλλάξει η κλινική πρακτική, η οποία επί δεκαετίες βασίζεται στην εμπιστοσύνη των ασθενών προς τον γιατρό τους. Όμως η κλινική πρακτική, ακόμα και αν βασίζεται στην τεκμηριωμένη ιατρική, δεν δίνει επαρκή βάση για την εφαρμογή του εξορθολογισμού στην κατανομή των σπάνιων πόρων στην κοινωνία.

2.12 Ποιότητα ζωής ή παράταση ζωής

Πολλές απ' τις πρόσφατες ιατρικές καινοτομίες και ανακαλύψεις επικεντρώνονται στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και όχι στην παράτασή της.

Η, μέχρι στιγμής, κυρίαρχη αποστολή της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είχε ως απώτερο στόχο την ίση ευκαιρία στη ζωή, ανεξάρτητα απ' την

οικονομική κατάσταση των ατόμων. Καθώς όμως η έμφαση μεταφέρεται απ' την παράταση της ζωής στην ποιότητά της («Fuchs», 1999), είναι προφανές το ερώτημα αν οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας θα παρέχονται με κριτήριο προτεραιότητας την ισότητα, η οποία έως τώρα εξασφαλίζει μόνο την παράταση της ζωής.

Αν η κοινωνία επιθυμεί την επικέντρωση των στόχων στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των φτωχών, τότε υπάρχουν, σαφώς, άλλοι τομείς που απαιτούν την προσοχή, όπως η εκπαίδευση, η στέγαση, οι μεταφορές-μετακινήσεις κι η κοινωνική ασφάλεια.

Οι πολίτες, μέχρι σήμερα, ιεραρχούσαν σε υψηλότερη προτεραιότητα τις θεραπευτικές αγωγές, που έχουν την μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας, σε σχέση μ' εκείνες που δίνουν μικρότερη πιθανότητα επιτυχίας. Όμως η πιθανότητα επιτυχίας δεν αποτελεί το μοναδικό κριτήριο στην ιεράρχηση, σημαντική είναι επίσης η διάσταση της ποιότητας της ζωής μετά την επιτυχημένη θεραπευτική αγωγή.

2.13 Ανάγκες των ηλικιωμένων

Καθώς οι άνθρωποι ζουν ολοένα και περισσότερα χρόνια και τα άτομα ηλικίας άνω των 65 αποτελούν μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού από παλαιότερα, απασχολούν πολύ περισσότερο το σύστημα υγείας της χώρας τους, αφού τα επιπλέον χρόνια που ζουν δεν είναι υγιή, αλλά χαρακτηρίζονται από ανικανότητα, πόνο κι αυξημένη εξάρτηση από άλλα άτομα.

Είναι σημαντικό να απομακρυνθούμε απ' την ιδέα της ίασης ως κριτηρίου οφέλους και να υιοθετήσουμε την αποτελεσματικότητα σε όρους βελτίωσης της ποιότητας της ζωής. Αυτή η προσέγγιση εμπεριέχει τα χαρακτηριστικά που οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι αξιολογούν ως σημαντικά, όπως η κινητικότητα, η δυνατότητα αυτοφροντίδας, η ικανότητα άσκησης των καθημερινών δραστηριοτήτων (όποιες κι αν είναι αυτές), καθώς κι η έλλειψη πόνου, άγχους και κατάθλιψης.

Η βελτίωση στην ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων ίσως δεν κοστίζει πολύ, αλλά οι δράσεις προς αυτή την κατεύθυνση δε χαίρουν προτίμησης και δημοσιότητας, όσο οι θεραπείες ή οι επεμβάσεις με τη χρήση υψηλής τεχνολογίας, για τις οποίες υπάρχει ο ισχυρισμός, πως σώζουν ζωές, γι' αυτό κι ιεραρχούνται πρώτες. Απ' την άλλη πλευρά, βέβαια, το μάταιο κυνήγι της αθανασίας απ' τους ηλικιωμένους είναι επικίνδυνο, διότι υποδηλώνει την προτίμηση πως όχι μόνο δεν πρέπει να αφηθεί κανείς να πεθάνει αν

πρώτα δεν έχει γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια, αλλά κι ότι όλοι πρέπει να πεθάνουμε σ' ένα θάλαμο εντατικής θεραπείας.

Εξ' άλλου, ένα σημαντικό μέρος των δαπανών αφορά στην περίθαλψη των ασθενών κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους της ζωής τους. («Emanuel, Emanuel», 1995)

Ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται το γεγονός πως αυτές οι δαπάνες δεν παρέχουν επαρκή ανταλλάγματα τόσο σε όρους διάρκειας της ζωής, όσο και σε όρους ποιότητας της ζωής και κατά συνέπεια πρέπει να υπάρχουν όρια στο τι πρέπει να αναμένεται να επιτύχει η ιατρική περίθαλψη («Benatar», 2003).

Στην άποψη ότι οι ηλικιωμένοι δικαιούνται κάθε παροχή υπηρεσίας φροντίδας υγείας, αφού επί τόσα χρόνια πλήρωναν ασφαλιστικές συνδρομές ή μέσω της φορολόγησής τους χρηματοδοτούσαν το εθνικό σύστημα υγείας, υπάρχει, ως αντίλογος, το επιχείρημα πως στις μέρες μας υφίστανται θεραπείες ή επεμβάσεις που ούτε είχαν ανακαλυφθεί ούτε καν κοστολογηθεί πριν από 40 ή 50 χρόνια, τότε που ξεκίνησαν οι ηλικιωμένοι να πληρώνουν τις εισφορές τους.

Απ' την άλλη πλευρά, βέβαια, υπάρχει κι η άποψη πως όσο τα χρόνια ζωής που απομένουν, λιγοστεύουν, τόσο πιο πολύτιμα καθίστανται, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να αξιολογούν ως σημαντικότερες μικρές βελτιώσεις στην υγεία τους απ' ότι οι νεότεροι αξιολογούν μεγαλύτερες βελτιώσεις στη δική τους υγεία.

Πρωταρχικός στόχος στα συστήματα υγείας, στις μέρες μας, πρέπει να είναι η απόδοση ισότιμων ευκαιριών στη μακροημέρευση («Williams», 1997). Όσο χειρότερη υπήρξε η κατάσταση της υγείας των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων, τόσο περισσότερη περίσκεψη χρειάζεται για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης καθώς αυξάνει η ηλικία τους, προκειμένου να δοθεί ισότιμη ευκαιρία μακροημέρευσης στους νεότερους.

Καθώς όμως η διάρκεια ζωής των ανθρώπων έχει αυξηθεί αξιοσημείωτα σ' όλο τον κόσμο, περισσότερο φανερά στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου η πρωτοφανής μείωση της θνητότητας οδήγησε στην αύξηση, τόσο του απόλυτου αριθμού των μεγαλύτερων σε ηλικία ανθρώπων, όσο και του ποσοστού τους στις ηλικιακές ομάδες, πολλοί ειδικοί πιστεύουν πως η συνεχώς αυξανόμενη, κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, διάρκεια ζωής οφείλεται στα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης και της φροντίδας υγείας.

Οι άνθρωποι ζουν περισσότερα χρόνια πλέον και τα πιο πολλά απ' αυτά είναι χρόνια καλής υγείας, στα οποία είναι ενεργητικοί κι ανεξάρτητοι. Για τους ηλικιωμένους είναι σημαντική η διατήρηση της ευρωστίας τους και της αυτονομίας τους, ενώ παράλληλα

αυτές οι ιδιότητες αποτελούν θεραπευτικούς στόχους, τόσο σημαντικούς όσο και η μείωση της θνητότητας.

Το συμβούλιο ιατρικής έρευνας της Μ. Βρετανίας πρόσφατα επανεξέτασε το ζήτημα της υγείας των ηλικιωμένων πολιτών, προκειμένου να διασαφηνίσει τις ευκαιρίες και τις προτεραιότητες που σχετίζονται μ' αυτούς και χρήζουν περαιτέρω έρευνας.

Ηλικιωμένοι θεωρούνται, σύμφωνα μ' αυτό το συμβούλιο, όσοι έχουν ηλικία άνω των 65 ετών και τους κατέταξε σε τρεις κατηγορίες:

- 1) 65-75 ετών
- 2) 76-85 ετών, και
- 3) 86 και άνω ετών

διότι, κατά την άποψη των ερευνητών, υπάρχουν δραματικές δημογραφικές και επιδημιολογικές διαφορές μεταξύ αυτών των ηλικιακών υποομάδων, ώστε να απαιτούνται διαφορετικές πολιτικές. Για παράδειγμα, η αναφορά του συμβουλίου προβλέπει αύξηση του συνολικού πληθυσμού στη Μ. Βρετανία κατά 8% μεταξύ του 1991 και του 2031, ενώ η αύξηση του ποσοστού της πρώτης ηλικιακής υποομάδας των ηλικιωμένων πολιτών θα είναι 43%, της δεύτερης 48% και της τρίτης 138% για το ίδιο χρονικό διάστημα.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο στοιχείο είναι πως οι αιτίες θανάτου αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία των ασθενών : οι θάνατοι λόγω ασθένειας που οφείλεται στο κυκλοφορικό σύστημα θα αυξηθούν ελάχιστα μετά τα 65 έτη ζωής, ενώ οι θάνατοι που οφείλονται στον καρκίνο θα μειωθούν ελάχιστα μετά τα 65 έτη ζωής, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η πιθανότητα εμφάνισης νόσου για πολλές μορφές καρκίνου αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας, αλλά η θνητότητα απ' τις διάφορες μορφές καρκίνου όχι: οι άνθρωποι που νοσούν από θανάσιμες μορφές καρκίνου, γενικά, πεθαίνουν πριν φθάσουν να γίνουν ηλικιωμένοι.

Οι θάνατοι από χρόνιες εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις (π. χ. νόσος του Alzheimer) αυξάνουν, όπως αυξάνουν κι οι αποφάσεις μη θεραπείας νόσων, που σε άλλη περίπτωση (νεότερων ασθενών) θεραπεύονται, όπως επί πνευμονίας και ουρολοίμωξης.

Η προοπτική της διάρκειας της ζωής δείχνει πως πολλοί απ' αυτούς τους θανάτους δεν είναι πρόωροι κι έτσι η προσπάθεια αποφυγής τους δεν είναι κατ' ανάγκη επιθυμητή.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, άνω του 80% των πολιτών φτάνουν στα 65 έτη ζωής, οι περισσότεροι δε απ' αυτούς σε καλή κατάσταση υγείας.

Θεωρείται πως τα άτομα ηλικίας 65-75 ετών έχουν περισσότερο συγγενικά χαρακτηριστικά με άτομα που είναι μια δεκαετία νεότερα, παρά με άτομα που είναι μια

δεκαετία γηραιότερα. Αυτά τα άτομα είναι γενικά αυτόνομα κι ενεργά, συνεχίζουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα, αν το επιθυμούν, κι έχουν ελάχιστα, και πάντως διαχειρίσιμα, προβλήματα υγείας.

Οι άνθρωποι άνω των 75 ετών έχουν πολύ περισσότερο χρόνια προβλήματα υγείας, αυξημένη ανάγκη για βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες και είναι αρκετά πιθανό να ζουν μόνοι. Ενώ, ποσοστό άνω του 50% των ατόμων με ηλικία άνω των 85 ετών χρειάζονται βοήθεια για τις καθημερινές τους δραστηριότητες και εξαρτώνται ολοένα και περισσότερο απ' τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης.

Αναγνωρίζεται πως για τα άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών η ποιότητα ζωής είναι σημαντικότερη απ' τη διάρκεια της ζωής, στην, κατά κάποιο τρόπο, διαφορετική κατανομή της ιατρικής έρευνας και φροντίδας υγείας γι' αυτή την ηλικιακή υποομάδα, απ' ότι για τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οι καρδιαγγειακές και εγκεφαλοαγγειακές ασθένειες βρίσκονται στην κορυφή της λίστας του συμβουλίου ιατρικής έρευνας τόσο της Μ. Βρετανίας όσο και των Η. Π. Α.. Μέχρι στιγμής, οι θάνατοι που οφείλονται σε καρδιαγγειακή νόσο μπορεί να μην είναι αποφεύξιμοι για τους ηλικιωμένους, όμως κι η διάθεση πόρων για την έρευνα θεραπειών αυτής της νόσου στους ηλικιωμένους δεν είναι η καλύτερη δυνατή. Οι εγκεφαλοαγγειακές ασθένειες, οι οποίες επιφέρουν πολλά χρόνια σημαντικής ανικανότητας, φαίνεται να είναι η ορθότερη επιλογή για διάθεση των δημόσιων πόρων, προκειμένου να διεξαχθούν ιατρικές έρευνες.

Γενικά, η πρώτη προτεραιότητα, αναφορικά με τους ηλικιωμένους, δεν πρέπει να δοθεί στις ασθένειες που επιφέρουν το θάνατο, αλλά σ' εκείνες που επιφέρουν χρόνια ανικανότητα, όπως : οστεοαρθρίτιδα, οστεοπόρωση, ακράτεια, άνοια, κατάθλιψη και δυσλειτουργίες στην όραση και την ακοή. Πρόοδοι στην κατεύθυνση αποφυγής ή καθυστέρησης της εμφάνισης αυτών των δυσλειτουργιών θα αυξήσουν σημαντικά την αυτονομία και την ανεξαρτησία των ανθρώπων που έχουν μεγάλη ηλικία.

Στις Η. Π. Α., όπως στη Μ. Βρετανία και στην Ευρωπαϊκή Ένωση εγείρεται το ζήτημα της δικαιοσύνης - ισότητας μεταξύ των γενεών, θεωρώντας πως οι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν πάρα πολλούς κοινωνικούς πόρους, ενώ τα παιδιά όχι αρκετούς. Αυτό είναι ένα σημάδι πως ο σημαντικότερος συνδεδεικός κρίκος, που κρατά την κοινωνία ενωμένη (η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών), απειλείται.

Μια δέσμη ερευνών που θα στοχεύουν στην αναζήτηση των αιτιών και των θεραπειών των μη θανατηφόρων ασθενειών που προκαλούν ανικανότητα, θα συνεισφέρει περισσότερο στη διατήρηση των άρρηκτων δεσμών μεταξύ των γενεών απ' ότι

οποιαδήποτε προσπάθεια σε πολιτικό επίπεδο, διότι θα περιορίσει την εξάρτηση των ηλικιωμένων.

Καθώς η ιατρική φροντίδα γίνεται όλο και πιο αποδεκτή κι οι κύρια επωφελούμενοι (οι ηλικιωμένοι) αυξάνουν σε πλήθος, η συζήτηση για το ζήτημα της κατανομής των πόρων θα εντείνεται.

Η ηλικία χρησιμοποιείται ως ένας γραφειοκρατικός μηχανισμός, με τον οποίο αποφασίζεται ο εξορθολογισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, και παρ' ότι είναι κατανοητός μηχανισμός, εφ' όσον αφορά ισότιμα τον καθένα που φθάνει σε μεγάλη ηλικία, γνωρίζοντας τη διακύμανση της κατάστασης της υγείας στη μεγάλη ηλικία, καταρρέει όλο και περισσότερο η χρήση του, ως μοναδικού κριτηρίου για τη λήψη των ιατρικών αποφάσεων. Θα ήταν εξαιρετικά προτιμότερο να βελτιωθεί η γνώση των αναγκών των ηλικιωμένων τόσο από τους παροχείς υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όσο και από εκείνους που χαράσσουν πολιτικές στην υγεία και να διεξαχθεί ευρύτερη έρευνα για τα αποτελέσματα και την αξιολόγηση της τεχνολογίας, ώστε να εφαρμόζονται οι νέες τεχνολογίες, όπου είναι πιθανότερο να δώσουν καλύτερα αποτελέσματα, ανεξάρτητα απ' την ηλικία του ασθενή.

Οι εκτενείς θεραπευτικές αγωγές που εφαρμόζονται για να καθυστερήσουν την έλευση του θανάτου (για μικρό χρονικό διάστημα) απ' τον καρκίνο ή τις καρδιαγγειακές παθήσεις, είναι λιγότερο αποτελεσματικές οικονομικά, απ' ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις αντικατάστασης ισχίου ή γόνατος, αν οι τελευταίες αποφέρουν την αυτονομία των ηλικιωμένων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Στη λήψη τέτοιων αποφάσεων δεν πρέπει να υιοθετείται απλά το κριτήριο της ηλικίας για τον εξορθολογισμό στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά πρέπει να πηγάζουν από πιο ενδεδεχείς και διαφωτιστικές προσεγγίσεις, καθώς βρισκόμαστε στον 21^ο αιώνα («Cassel», 1994).

Μερικά απ' τα επιχειρήματα που συχνά χρησιμοποιούνται υπέρ της χρησιμοποίησης της ηλικίας ως κριτηρίου για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι:

1. *Οι ηλικιωμένοι ευχαρίστως θα «παραιτούνταν» απ' τη ζωή τους προς όφελος των νέων.* Αυτό το επιχείρημα δεν αληθεύει, παρά μόνο αν δεχτούμε πως οι ηλικιωμένοι είναι ακραία αλτρουιστές. Στην πραγματικότητα, οι ηλικιωμένοι δίνουν πολύ μεγαλύτερη αξία στη ζωή τους απ' ότι οι άλλοι (οι ιατροί τους, οι συγγενείς τους, οι νέοι) νομίζουν γι' αυτούς («Evans», 1992).

2. *Η ηλικία αποτελεί ήδη κριτήριο για την άρνηση θεραπευτικών αγωγών.* Το ότι αυτό συμβαίνει σιωπηρά δεν σημαίνει πως είναι ηθικά αποδεκτό.
3. *Οι ηλικιωμένοι ωφελούνται λιγότερο από τους νέους λαμβάνοντας την ίδια θεραπευτική αγωγή.* Έρευνες έχουν δείξει πως η ωφέλεια από μια θεραπευτική αγωγή δεν εξαρτάται από την ηλικία του ασθενή αλλά από άλλους συνεπικουρούμενους παράγοντες («Brandstetter», 1992). Άλλες έρευνες («Jecker, Schneiderman», 1992) απέδειξαν πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη νοσηρότητα και στη θνητότητα που επιφέρουν οι διάφορες θεραπευτικές αγωγές μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ασθενών.
4. *Η κοινωνία ωφελείται λιγότερο θεραπεύοντας τους ηλικιωμένους.* Η άποψη πως η κοινωνία δεν κερδίζει απ' τη θεραπεία των ηλικιωμένων αναφορικά με το γεγονός πως οι ηλικιωμένοι δεν είναι πια παραγωγικοί (είναι συνήθως συνταξιούχοι) και συνήθως απορροφούν μεγάλο μέρος των πόρων που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι η μισή αλήθεια, διότι υπάρχουν και νέοι που δεν είναι παραγωγικοί, όπως επίσης υπάρχουν και νέοι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, οι οποίες απορροφούν σημαντικούς πόρους. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα : είναι περισσότερο αποδοτική η χρήση των πόρων για την θεραπευτική αγωγή ενός νέου που πάσχει από μια ασθένεια με φτωχή πρόγνωση, απ' ότι μια θεραπευτική αγωγή ενός ηλικιωμένου που είναι βέβαιο πως θα ωφεληθεί περισσότερο; Αν η απάντηση είναι θετική για την περίπτωση του νέου σε ηλικία ασθενή, τότε θα πρέπει να δεχτούμε πως η θεραπεία ενός παραπληγικού νέου με διανοητική ασθένεια θα θεωρείται επίσης αποδοτική. Άλλωστε, η ιδιότητα της προχωρημένης ηλικίας δεν σηματοδοτεί, κατ' ανάγκη, πως οι ηλικιωμένοι δεν προσφέρουν (παρά την ηλικία τους) στην κοινωνία. Παράδειγμα αποτελούν οι Picasso, Bernard Russell και οι, σε όλους γνωστές, διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ παππούδων και γιαγιάδων με τα εγγόνια τους.
5. *Η παρεχόμενη θεραπευτική αγωγή πρέπει να δίνει το μέγιστο όφελος.* Αν οι ιατροί αποφάσιζαν να εφαρμοσθούν θεραπευτικές αγωγές μόνο με την προϋπόθεση ότι αυτές θα φέρουν το μέγιστο όφελος, τότε καταστάσεις όπως χρόνιες παθήσεις, ασθένειες με φτωχή πρόγνωση ή ασθένειες που απαιτούν πολύ ακριβές θεραπευτικές αγωγές, δεν έπρεπε να θεραπεύονται ποτέ.
6. *Η ηλικία αποτελεί ένα αντικειμενικό κριτήριο.* Αν υπήρχε σαφής πολιτική ιεράρχησης προτεραιοτήτων με κριτήριο την ηλικία, τότε θα 'πρεπε να θεσπιστεί κι ένα όριο ηλικίας, άνω του οποίου δεν πρέπει να παρέχονται υπηρεσίες

7. Η ίδια θεραπευτική αγωγή σ' έναν ηλικιωμένο αποφέρει λιγότερα κερδισμένα χρόνια ζωής απ' ότι σ' ένα νέο, αφού ο νέος αναμένεται (λόγω του προσδόκιμου ζωής) να ζήσει πολύ περισσότερα χρόνια. Το βέβαιο είναι πως κανείς δε γνωρίζει εκ των προτέρων πόσα χρόνια θα ζήσει ο κάθε άνθρωπος, ώστε να υπολογιστεί ακριβώς το πραγματικό πλήθος των κερδισμένων χρόνων ζωής. Άλλωστε, σύμφωνα μ' αυτό το επιχείρημα των κερδισμένων χρόνων ζωής, τι πρέπει να απαντήσουμε για την περίπτωση ενός νέου ασθενή που είναι βαρύς καπνιστής ή οδηγεί το αυτοκίνητό του με επικίνδυνο τρόπο ή επιδίδεται σε επικίνδυνες αθλητικές δραστηριότητες; Πώς θα απαντήσουμε για τα δυνητικά κερδισμένα έτη ζωής όταν ο ίδιος ο ασθενής αυξάνει με ατομικές επιλογές του την πιθανότητα να χρειαστεί υπηρεσίες φροντίδας υγείας ή την πιθανότητα να πεθάνει νέος;
8. Οι δαπάνες για τη θεραπεία των ηλικιωμένων είναι πολύ υψηλές. Η άποψη αυτή καταρρίπτεται απ' την έρευνα («Levensky», 1990) που απέδειξε στις Η. Π. Α. πως μόνο το 1-2% των δημόσιων δαπανών για υπηρεσίες φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους οφείλεται σε υψηλού κόστους ιατρικές εφαρμογές. Άλλωστε οι κύριες δαπάνες για θεραπευτικές αγωγές σε ηλικιωμένους δεν αφορούν στη χρήση υψηλής τεχνολογίας αλλά σε θεραπευτικές αγωγές ρουτίνας και συγκεκριμένα σε φροντίδα («Rivlin», 1995).

2.14 Ανάγκες των δυο φύλων

Διεξάχθηκε μία έρευνα στην Ελβετία («Camenzind, Meier», 2004), προκειμένου να εξετάσει τις ενδεχόμενες διαφορές στη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Σύμφωνα μ' αυτή την έρευνα, φαίνεται πως οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, παρ' ότι οι άνδρες έχουν διαφορετικό προφίλ υγείας απ' τις γυναίκες τόσο ποσοτικά (διαφορετική πιθανότητα να νοσήσουν από συγκεκριμένες ασθένειες) όσο και ποιοτικά (διαφορετικές ομάδες ασθενειών με διαφορετικά χαρακτηριστικά).

Συγκεκριμένα, από την πηγή των ασφαλιστικών φορέων υποχρεωτικής ασφάλισης παρατηρήθηκαν οι εξής διαφορές :

1. Το 2001 εισπράχθηκαν 9,2 δισεκατομμύρια ελβετικά φράγκα για συμβόλαια υγείας υποχρεωτικής ασφάλισης για γυναίκες, ενώ εισπράχθηκαν 6,2 δισεκατομμύρια ελβετικά φράγκα για άνδρες.
2. Άνω της μισής διαφοράς, στις δαπάνες για φροντίδα υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών, εξηγείται απ' το γεγονός πως οι γυναίκες ζουν περισσότερο απ' τους άνδρες.
3. Υπάρχουν δύο χρονικές περίοδοι στη ζωή των γυναικών, όπου οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία τους είναι υψηλότερες απ' ότι των ανδρών. Η μία είναι γύρω στα τριάντα (όπου η γυναίκα τεκνοποιεί) και η άλλη σε ηλικίες άνω των 81 ετών.
4. Οι υψηλότερες δαπάνες για φροντίδα υγείας από ειδικούς ιατρούς, τόσο στη νοσοκομειακή περίθαλψη όσο και στην εξωνοσοκομειακή στην ηλικιακή ομάδα 21-40 ετών οφείλονται στις γυναίκες και αφορούν γυναικολόγους - μαιευτές. Οι δαπάνες γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα των γυναικών αποτελούν τα 2/3 των συνολικών δαπανών γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα ανθρώπων.
5. Υπάρχουν δύο χρονικές περίοδοι στη ζωή των ανδρών, όπου αυτοί δαπανούν κατά κεφαλή περισσότερα χρήματα για λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης απ' τις γυναίκες. Η πρώτη περίοδος είναι έως 15 ετών, όπου τα νεαρά αγόρια έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας απ' τα νεαρά κορίτσια, γιατί είναι πιο επιρρεπή σε ατυχήματα. Η δεύτερη περίοδος είναι στην ηλικία των 70 ετών περίπου.
6. Ένα άλλο μικρό μέρος της διαφοράς στις δαπάνες των γυναικών αφορά στις ψυχιατρικές - ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες. Καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους οι γυναίκες, ιδιαίτερα κατά τα έτη που εργάζονται, κάνουν μεγαλύτερη χρήση των ψυχιατρικών υπηρεσιών απ' ότι οι άνδρες.

Σύμφωνα με στοιχεία από άλλα ασφαλιστικά ταμεία (εθνικά, που καλύπτουν το 8% των δαπανών) τα ευρήματα για το 2001 ήταν ακριβώς αντίθετα.

Συγκεκριμένα φάνηκε πως:

1. Το 72% των δαπανών για ασφάλιση ατυχημάτων αφορούσαν άνδρες. Η διαφορά αυτή εξηγείται, εν μέρει, απ' την τάση των ανδρών να αναλαμβάνουν υψηλότερους κινδύνους (π. χ. κατά την οδήγηση, σε αθλητικές δραστηριότητες)
2. Οι γυναίκες πληρώνουν περισσότερο από ίδιους πόρους απ' ότι οι άνδρες.
3. Ενώ η χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας απ' τις γυναίκες συμπεριλαμβάνεται στις στατιστικές μελέτες, οι 'άμισθες' υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχουν οι ίδιες δεν συμπεριλαμβάνονται. Στην Ελβετία, άνω του ενός εκατομμυρίου ανθρώπων απολαμβάνουν τέτοιες 'άμισθες' φροντίδες υγείας, ενώ οι 850.000 περιπτώσεις απ' αυτές, σε συνεχή βάση.
4. Άλο ένα σημαντικό εύρημα είναι πως 134 εκατομμύρια ελβετικά φράγκα δαπανήθηκαν το 1998 στην Ελβετία για υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε άτομα που είχαν υποστεί βία. Παρ' ότι αντιμετωπίζουν τη βία τόσο οι άνδρες όσο κι οι γυναίκες, είναι αξιοσημείωτο, πως οι περισσότεροι που ασκούν βία, σαφώς, είναι άνδρες.

Το συμπέρασμα απ' αυτή τη μελέτη είναι πως πρέπει να ληφθούν υπόψη οι διαφορετικές ανάγκες φροντίδας υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών, απ' τα άτομα που χαράσσουν τις πολιτικές υγείας, προκειμένου να κατανεύμουν τους πόρους με δίκαιο τρόπο, τέτοιο που να απαντά στις ανάγκες των δύο φύλων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟ

Σ' αυτό το κεφάλαιο καταγράφονται οι απόψεις τόσο των πολιτών όσο και των διαμορφωτών πολιτικών για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτές αναδύονται απ' τη διεθνή βιβλιογραφία.

3.1 Τι περιλαμβάνει ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σ' ένα δημόσιο σύστημα υγείας

Μια δέσμη καθοριστικών ερωτημάτων προκύπτει ευθύς μόλις ληφθεί η απόφαση εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης («New», 1996) :

➔ Ποιος θα αποφασίσει ποιες υπηρεσίες θα περιλαμβάνονται και ποιες όχι στις δημόσια χρηματοδοτούμενες;

1. Οι πολίτες, ως φορολογούμενοι, ως-μελλοντικά- δυνητικοί ασθενείς
2. Οι ασθενείς
3. Οι οικογένειες κι οι οικείοι των ασθενών
4. Ομάδες εκπροσώπων ενδιαφερομένων και χρηστών του συστήματος υγείας
5. Οι επαγγελματίες υγείας, κλινικοί ή μη
6. Οι μάνατζερ φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών
7. Η κεντρική κυβέρνηση
8. Η τοπική αυτοδιοίκηση
9. Οι ειδικοί σε συγκεκριμένους τομείς της υγείας ή της φροντίδας υγείας, π. χ. οικονομολόγοι της υγείας, επιδημιολόγοι
10. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

11. Η βιομηχανία περί την υγειονομική περίθαλψη, π. χ. οι φαρμακευτικές εταιρίες, οι εταιρείες που εμπορεύονται βιοϊατρικό εξοπλισμό
12. Οι ομάδες με «ηθικές εξουσίες», π. χ. η εκκλησία
13. Η Δικαιοσύνη

→ Ποια κριτήρια είναι κατάλληλα για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης;

1. Οι δείκτες νοσηρότητας
2. Οι δείκτες θνητότητας
3. Η υγεία σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής
4. Η ικανοποίηση των πολιτών κι ως προς ποια χαρακτηριστικά της: α) ασφάλεια, γαλήνη, β) αίσθηση κοινωνικής δικαιοσύνης, γ) διευκόλυνση του κεντρικού ελέγχου και λογοδοσίας για τις δημόσιες δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη
5. Ηθικά κριτήρια

→ Ποιοι μπορεί να είναι οι στόχοι ενός δημόσιου συστήματος υγείας που επιθυμεί να λάβει μέτρα εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (πίνακας 4):

1. Μεγιστοποίηση του οφέλους στην υγεία, π. χ. μεγιστοποίηση Q.A.L.Y.'s
2. Ελαχιστοποίηση των ανισοτήτων στην υγεία σε γεωγραφικές περιοχές, σε ομάδες ή σε άτομα.
3. Βελτίωση της κατάστασης όσων βρίσκονται στη χειρότερη κατάσταση ανά γεωγραφική περιοχή, ανά ομάδα ασθενειών ή σε μεμονωμένα άτομα
4. Κοινωνική επιβεβαίωση, σταθερότητα, συνεκτικότητα της κοινωνίας
5. Βοήθεια για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που μειονεκτούν
6. Κανονισμοί παροχής της φροντίδας, ώστε ν' αποφεύγεται η μη αναγκαία ή η μη κατάλληλη φροντίδα.

→ Ποιες είναι οι ομάδες πληθυσμού, των οποίων η υγεία πρέπει να βελτιωθεί;

1. Το σύνολο του πληθυσμού στο μέγιστο δυνατό, (π. χ. με βάση μέτρα υπολογισμού του λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας)
2. Οι πολίτες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, εκείνοι με τη σπουδαιότερη ασθένεια ή τα μικρότερα αποθέματα υγείας, (π. χ. Triage)
3. Συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που μειονεκτούν, (π. χ. κοινότητες εθνικών μειονοτήτων)
4. Άνθρωποι στους οποίους στηρίζονται άλλοι άνθρωποι, (π. χ. γονείς με εξαρτώμενα ανήλικα τέκνα)

5. Άνθρωποι των οποίων η συνεισφορά στην κοινωνία είναι υψηλή, (π. χ. καταξιωμένοι επιστήμονες)
6. Άνθρωποι που το αξίζουν, διότι αποδεικνύουν έμπρακτα πως φροντίζουν την υγεία τους, (π. χ. εκείνοι που αποφεύγουν τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής)
7. Οι άνθρωποι που έχουν περιμένει το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να λάβουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
8. Συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, (π. χ. οι νέοι που έχουν διανύσει το μικρότερο μέρος του κύκλου της ζωής τους).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΠΙΘΑΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΜΕΤΡΑ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Πηγή: Bill New, 1996 (22 June), *The Rationing Agenda in the N.H.S.* British Medical Journal; 312:1593-1601

* Μεγιστοποίηση του οφέλους στην υγεία

* Ελαχιστοποίηση των ανισοτήτων στην υγεία

* Βελτίωση της υγείας όσων μειονεκτούν

* Συνεκτικότητα της κοινωνίας – Σταθερότητα

* Βοήθεια επικεντρωμένη σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού

* Κανονισμοί αποφυγής μη αναγκαίας ή μη κατάλληλης περίθαλψης

→ Πόσο φανερές και σαφείς πρέπει να είναι οι αρχές που θα διέπουν τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης;

Κάποιοι διαφωνούν με τον φανερό και σαφή, προς τους πολίτες, χαρακτήρα των αρχών του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

1. Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι αδύνατο, ηθικά και μεθοδολογικά, να οδηγήσει στην ευρεία ικανοποίηση όλων των πολιτών. Η εμπιστοσύνη, που μέχρι στιγμής έχουν οι πολίτες για τους ιατρούς, θα κινδυνεύσει να κλονιστεί απ' τον φανερό και σαφή εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Δεν αποκλείεται επίσης, οι πολίτες να κάνουν δυσκολότερη την επίλυση του θέματος με την απ' ευθείας εμπλοκή τους.
2. Σε μια τέτοια περίπτωση θα κλονιστεί η εμπιστοσύνη των πολιτών για το δημόσιο σύστημα υγείας που θα τον εφαρμόσει, ειδικά αν υπάρχουν αποκλεισμοί σε είδη θεραπευτικών αγωγών ή σε ατομικές περιπτώσεις ασθενών.
3. Ο φανερός και σαφής χαρακτήρας των αρχών του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν πρόκειται να μετριάσει την ετερογενή φύση της φροντίδα υγείας και την πολυπλοκότητα των ατομικών περιπτώσεων.

Απ' την άλλη πλευρά όσοι υποστηρίζουν τον φανερό, σαφή και πλατιά διαδεδομένο, στη βάση της κοινωνίας, χαρακτήρα του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

1. Σε μια δημοκρατική κοινωνία, οι πολίτες πρέπει να μπορούν να επηρεάζουν τη διαμόρφωση των αποφάσεων, τόσο για τη διασφάλιση της ηθικής τους δέσμευσης στη δημοκρατία, όσο και προκειμένου να προάγουν τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων παρέχοντας ανατροφοδότηση στους πολιτικούς που αποφασίζουν.
2. Μ' αυτό τον τρόπο τα άτομα με τα 'κρατούντα ενδιαφέροντα' αποθαρρύνονται απ' την προσπάθεια αποφάσεις να βασίζονται στον παραδοσιακό τρόπο, την προκατάληψη, την ιδιοτροπία ή τη δύναμη της φωνής, τις διασυνδέσεις, την ισχύ ή τον πλούτο συγκεκριμένων ομάδων ενδιαφερομένων.
3. Αν ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύπλοκος, τότε είναι προτιμότερο να είναι ανοιχτός και φανερός, παρά να υπάρξει κίνδυνος οι συνέπειές του ν' απογοητεύσουν τους πολίτες.

4. Οι φανερός και σαφείς αρχές δεν κωδικοποιούν τη συμπεριφορά και σπάνια θέτουν ηθικούς περιορισμούς στις αποφάσεις που λαμβάνονται για τις ατομικές περιπτώσεις.

Σύμφωνα με τον «Mechanic» (1997) ο φανερός και σαφής εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζει πέντε μειονεκτήματα:

- ◆ Αντίσταση στην αλλαγή: Πολιτισμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις ανταποκρίσεις στη θεραπευτική αγωγή. Η δημιουργία φανερών και σαφών δεδομένων είναι ιδιαίτερα δύσκολη και συχνά αδύνατη. Η εφαρμοσιμότητα των δεδομένων, λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων, αλλάζει ραγδαία, έχοντας ως συνεπακόλουθο την ανάγκη ραγδαίου επαναπροσδιορισμού των προτεραιοτήτων. Όμως είναι σ' όλους γνωστό πως οι γραφειοκρατικές αποφάσεις δεν αλλάζουν τόσο εύκολα.
- ◆ Η ανάγκη για διαδικασία: Η ιατρική φροντίδα, όπως είπε κι ο Kenneth Arrow, είναι μια δραστηριότητα, όπου σε πολλές περιπτώσεις οι διαδικασίες της παραγωγής και της κατανάλωσης είναι ταυτόσημες η μια με την άλλη. Η διαδικασία της δημιουργίας της ιατρικής απόφασης κι η σχέση μεταξύ ασθενή και ιατρού διαμορφώνονται αλληλοσχετιζόμενες και συχνά η τελική τους έκβαση δεν μπορεί να προβλεφθεί απ' την αρχή. Στοιχειωδώς, εξαρτώνται απ' τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη και το πώς οι ιατροί λαμβάνουν αποφάσεις, καθώς γνωρίζουν τους ασθενείς τους και τις ανάγκες τους καλύτερα. Η άσκηση της ιατρικής φροντίδας είναι μια διαδικασία ανακάλυψης και διαπραγμάτευσης, όχι απλώς η εφαρμογή τεχνικών μέσων.
- ◆ Διαφορές μεταξύ ασθενών: Οι ασθενείς έχουν διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις. Σύμφωνα με την επιστήμη της Ψυχομετρίας, η βαρύτητα που δίνουν διαφορετικοί άνθρωποι στην ίδια ασθένεια διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και άλλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι ασθενείς που πάσχουν από μία ασθένεια έχουν διαφορετική γνώμη μεταξύ τους για τις επιθετικές θεραπείες καθώς και για τη σχετική βαρύτητα που δίνουν μεταξύ της διάρκειας της ζωής και της ποιότητάς της. Το ίδιο συμβαίνει και για τις αξίες που προτάσσει ο καθένας τους.
- ◆ Υπόκειται σε πολιτικούς χειρισμούς: Ο φανερός και σαφής εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης οδηγεί σε μια πλατιά συζήτηση με τους πολίτες και έχει ως επακόλουθο την αντιπαλότητα μεταξύ των διαφορετικών

Ο στόχος οποιασδήποτε διαδικασίας εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι να ελέγχει το κόστος των δαπανών κατά τρόπο τέτοιο ώστε, να παρέχεται ένα λογικό επίπεδο περίθαλψης ισότιμα στους πολίτες και μ' έναν τρόπο που θα εξασφαλίζει την αποδοτικότητα του κόστους.

Η αξία του σιωπηρού και συγκεκαλυμμένου εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι η δυνατότητά του να απαντήσει στην πολυπλοκότητα, τη διαφορετικότητα και στις ραγδαία εξελίξιμες πληροφορίες μ' έναν ευαίσθητο και έγκυρο τρόπο και χτίζεται πάνω στην ισχύ της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή και στην ευαισθησία για το εύρος των προτιμήσεων των ασθενών, οι οποίοι διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους.

→ Πώς ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης επιδρά στην πράξη σε εθνικό ή ατομικό επίπεδο ή σε επίπεδο ιδρυμάτων;

Σε εθνικό επίπεδο:

1. Αλλαγές στο νομικό πλαίσιο (π. χ. στον επιμερισμό των εσόδων από φόρους μεταξύ του δημόσιου συστήματος υγείας και άλλων δραστηριοτήτων που προάγουν την υγεία, όπως η φροντίδα στο σπίτι)
2. Ασκώντας ιδιαίτερες δυνάμεις (π. χ. στη δημιουργία φόρμουλας γεωγραφικού καταμερισμού και χρεώσεων συνταγών φαρμάκων)
3. Ειδικές πρωτοβουλίες (π. χ. Υγεία του έθνους και οδηγίες ετήσιου προγραμματισμού και προτεραιοτήτων)

Σε επίπεδο ιδρυμάτων:

1. Στην άσκηση εξουσιοδοτημένης εξουσίας στον καταμερισμό των πόρων (π. χ. αποκλεισμός υπηρεσιών -όπως πλαστική χειρουργική- και στη λήψη αποφάσεων για εξωσυμβασιακές συνεργασίες)
2. Στην τιμή (π. χ. για πακέτα φροντίδας, που θα αγοράζονται από άλλες αρχές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας)
3. Στρατηγικές διευθυνόμενης φροντίδας (π. χ. κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες)

Σε ατομικό επίπεδο :

Ο οικογενειακός ιατρός θα δρα ως φύλακας των εισόδων στα νοσοκομεία (gatekeeper) εντός του δημόσιου συστήματος υγείας. Αυτό θα εξυπηρετήσει στο να

επιτευχθεί μεσολάβηση στην παροχή της φροντίδας τόσο μεταξύ ιατρού και ασθενή όσο και μεταξύ γενικών και ειδικών ιατρών.

Η πληροφόρηση όμως των πολιτών ποτέ δεν θα είναι επαρκής και πάντα θα λειτουργούμε με ατελή γνώση για την κατάσταση του κόσμου. Η αναζήτηση της τέλει ενημέρωσης δεν είναι ένας λογικός στόχος, διότι η συλλογή πληροφοριών απαιτεί κόστος, το οποίο σημαίνει πως οι πόροι δεν θα μπορούν να διατεθούν στην δημιουργία άλλου είδους οφέλους.

→ Σε ποια ζητήματα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη βελτίωση του επιπέδου πληροφόρησης, προκειμένου να προαχθεί ο φανερός και σαφής εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης;

1. Στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, δηλαδή στις σημερινές κατανομές των ασθενειών, της αναπηρίας και των παραγόντων κινδύνου
2. Απαιτήσεις για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή ποιες ανάγκες υπόκεινται σε θεραπευτικές αγωγές
3. Βαθμός της ανάγκης και αποθέματα υγείας, δηλαδή πληροφόρηση για τις σχετικές ανάγκες διαφορετικών ομάδων
4. Ικανότητα οφέλους, δηλαδή πληροφόρηση για τη σχετική αποτελεσματικότητα των διαφόρων επεμβάσεων (π. χ. πληροφόρηση που αφορά στις ατομικές προτιμήσεις ή χρησιμότητες για καταστάσεις υγείας ως ένα μέτρο οφέλους)
5. Κόστος, πληροφόρηση για τα κόστη διαφόρων επεμβάσεων
6. Παρούσα παροχή, δηλαδή πληροφόρηση για το τι παρέχεται σήμερα και γιατί, ως μια βάση για να γίνουν οι κατάλληλες αλλαγές στο μέλλον.

3.2 Είδη εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι φανερός, σαφής και γνωστοποιημένος στους πολίτες (explicit rationing) ή συγκαλυμμένος, σιωπηρός και κρυφός από τους πολίτες (implicit rationing). (Πίνακας 5)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΕΙΔΗ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είδη εξορθολογισμού	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<p>Φανερός και σαφής (explicit)</p>	<p>▲ Οι πολίτες πρέπει να μπορούν να επηρεάζουν τη διαμόρφωση των αποφάσεων (για λόγους ηθικής τους δέσμευσης στη δημοκρατία και για την προαγωγή της διαδικασίας λήψης αποφάσεων παρέχοντας ανατροφοδότηση στους πολιτικούς που αποφασίζουν</p> <p>▲ Αν ο εξορθολογισμός είναι πολύπλοκος, τότε είναι προτιμότερο να είναι ανοιχτός και φανερός, παρά να υπάρξει ο κίνδυνος οι συνέπειές του ν' απογοητεύσουν τους πολίτες.</p>	<p>▼ Η εμπιστοσύνη που έχουν οι πολίτες στους γιατρούς θα κινδυνεύσει να κλονιστεί.</p> <p>▼ Θα κλονιστεί η εμπιστοσύνη των πολιτών για το δημόσιο σύστημα υγείας (ειδικά αν υπάρχουν αποκλεισμοί σε είδη θεραπευτικών αγωγών ή σε ατομικές περιπτώσεις ασθενών)</p> <p>▼ Αντίσταση στην αλλαγή</p> <p>▼ Ανάγκη για διαδικασία</p> <p>▼ Διαφορές μεταξύ ασθενών</p> <p>▼ Υπόκειται σε πολιτικούς χειρισμούς</p>
<p>Σιωπηρός και συγκαλυμμένος (implicit)</p>	<p>▲ Δίνει τη δυνατότητα ανταπόκρισης στην πολυπλοκότητα, τη διαφορετικότητα και στις ραγδαία εξελίξιμες πληροφορίες</p> <p>▲ Δεν κλονίζει την εμπιστοσύνη των πολιτών για τους γιατρούς.</p> <p>▲ Δεν κλονίζει την εμπιστοσύνη των πολιτών για το σύστημα υγείας.</p> <p>▲ Δεν υπόκειται σε πολιτικούς χειρισμούς</p>	<p>▼ Δεν προέρχεται από δημοκρατικές διαδικασίες</p> <p>▼ Υπάρχει ο κίνδυνος οι συνέπειές του ν' απογοητεύσουν τους πολίτες.</p> <p>▼ Δεν υπάρχει καθορισμένη ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεων</p> <p>▼ Απουσία πληροφόρησης και ενημέρωσης των πολιτών</p>

Ο σιωπηρός εξορθολογισμός είναι ο μη αναγνωρίσιμος περιορισμός της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, εντός των ορίων των ανεπαρκών πόρων, και μπορεί να έχει μια αρνητική ή και μηδαμινή επίδραση στην υγεία των θιγόμενων ατόμων, τα οποία δεν έχουν ενημερωθεί πλήρως για τις αποφάσεις να μην παρέχονται οι αναγκαίες υπηρεσίες αναφορικά με τη βάση και τη διαδικασία λήψης απόφασης. Ο σιωπηρός εξορθολογισμός συναντάται και στα τρία επίπεδα λήψης αποφάσεων.

Οι θετικοί λόγοι που οδηγούν στο σιωπηρό εξορθολογισμό είναι ότι προστατεύονται οι διαμορφωτές πολιτικών και παρέχεται η δυνατότητα επαναξιολόγησης.

Ο σιωπηρός εξορθολογισμός διαιωνίζει την ιδανική άποψη για το σύστημα υγείας, δηλαδή ότι προσφέρει τη μέγιστη φροντίδα σε όλες τις περιστάσεις, σε όλα τα άτομα.

Το πρόβλημα του σιωπηρού εξορθολογισμού είναι πως αποτελεί αποτέλεσμα μη δημοκρατικής διαδικασίας και οδηγεί στη μεροληψία εναντίον επιλεγμένων ατόμων ή υποομάδων του πληθυσμού.

Ως σιωπηρός εξορθολογισμός ορίζεται η διαδικασία καταμερισμού των ανεπαρκών πόρων για να καλυφθούν όλες οι ανάγκες στο μακρο, μέσο και μικρο επίπεδο λήψης αποφάσεων, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για πτωχή υγεία μεμονωμένων ατόμων ή υποομάδων του πληθυσμού, όταν απουσιάζουν κάποια από τα παρακάτω στοιχεία:

1. Καθορισμένα κριτήρια για τον καταμερισμό των πόρων στους ασθενείς σύμφωνα με καθορισμένους αντικειμενικούς στόχους υγείας ή κοινωνικούς.
2. Καθορισμένη ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεων.
3. Ξεκάθαρη και λεπτομερής πληροφόρηση αναφορικά με τη λογική και τους μηχανισμούς της διαδικασίας εκχώρησης, διαθέσιμη στους πολίτες σε συνδυασμό με τις ειλημμένες αποφάσεις στο μακρο ή το μέσο επίπεδο καθώς και τα θιγόμενα άτομα, στην περίπτωση των αποφάσεων που αφορούν στο μικρο επίπεδο.

Ενώ οι θεωρητικές απόψεις και τα παραδείγματα, που σχετίζονται με τον σιωπηρό εξορθολογισμό είναι πολλά, η έκταση του φαινομένου δεν έχει καταγραφεί ακόμα συστηματικά στην επιστημονική βιβλιογραφία. Ο «Clarkeburn» (1998) υποστηρίζει πως ο σιωπηρός εξορθολογισμός είναι επίσης και «αόρατος», πολλές φορές ακόμα και για τους γιατρούς που λαμβάνουν την τελική απόφαση του καταμερισμού.

Έτσι ο σιωπηρός εξορθολογισμός, όντας αόρατο φαινόμενο, μπορεί κάποιος να τον υποπτευθεί, αλλά δεν μπορεί να τον μελετήσει με βεβαιότητα ή να τον ποσοτικοποιήσει. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως ο εξορθολογισμός είναι παρών παντού, επειδή όπως λει ο «Fuchs» (1984) : *«Κανένα έθνος δεν είναι αρκετά πλούσιο, ώστε να προσφέρει όλη*

τη φροντίδα, η οποία είναι τεχνικά εφικτή και επιθυμητή». Αυτό συνεπάγεται πως ο σιωπηρός εξορθολογισμός λαμβάνει χώρα όπου δεν υπάρχει φανερός και σαφής εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αν ισχύει αυτό, τότε δεν υπάρχει ενδιαφέρον να αποδειχθεί η ύπαρξή του και πρέπει να εγκαταλείψουμε την ιδέα να τον μετρήσουμε αντικειμενικά.

Αντ' αυτού μπορούμε να τον προσεγγίσουμε χρησιμοποιώντας έμμεσες και ατελείς μεθόδους. Μια μέθοδος είναι να συγκρίνουμε το επίπεδο της χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις διάφορες χώρες και για συγκεκριμένες υποομάδες του πληθυσμού. Πάντως, απαιτείται προσοχή στην παρουσίαση τέτοιων δεδομένων, λόγω του ότι μια ποικιλία αιτιών, εκτός του σιωπηρού εξορθολογισμού μπορεί να εξηγήσει διεθνείς διαφοροποιήσεις. Το ίδιο ισχύει και για τις συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών υποομάδων πληθυσμού. Μια άλλη προσέγγιση είναι να καταγραφούν οι αποφάσεις πολιτικής και οι μηχανισμοί που σιωπηρά μειώνουν την πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες. Οι «King και Maynard» (1999) υποστηρίζουν πως: *«η δημιουργία λίστας αναμονής είναι ένδειξη σιωπηρού εξορθολογισμού στο επίπεδο του συστήματος».*

Στο ατομικό επίπεδο ο «Klein» (1993) αναφέρει μια σειρά μηχανισμών στην κλινική πρακτική που αποτελούν ένδειξη σιωπηρού εξορθολογισμού:

- *Η ημερομηνία που θα κλείσει ο υπάλληλος ένα ραντεβού (εξορθολογισμός δια της αποτροπής ή καθυστέρησης).*
- *Το πόσο χρόνο θα διαθέσει ο γιατρός στον κάθε ασθενή.*
- *Το αν ο γιατρός θα αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο ή όχι.*
- *Πόσο θα ασχοληθεί το προσωπικό του νοσοκομείου με τον κάθε ασθενή (εξορθολογισμός δια της διάλυσης, υπό την έννοια της ποιότητας).*
- *Πόσο θα αποφασισθεί να παραμείνει ο ασθενής στο νοσοκομείο (εξορθολογισμός δια του τερματισμού της θεραπείας).*

Αυτοί οι μηχανισμοί είναι πολύ δύσκολο να τεκμηριώνονται συστηματικά, αλλά μπορούν να συλλέγονται υποκειμενικές πληροφορίες συστηματικά μέσω ερευνών σε άτομα, τα οποία σχετίζονται άμεσα με το σύστημα υγείας (όπως πάροχοι, ασθενείς, οικογενειακοί γιατροί) και να θέτονται σ' αυτούς τα ερωτήματα της δικής τους εμπειρίας σχετικά με την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, τη γνώση τους για την ύπαρξη σαφών και φανερών κανόνων για την εκχώρηση των πόρων στην περίπτωση της σπανιότητας.

Απ' τη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται δυνατή η αναγνώριση των περιπτώσεων, όπου προάγεται ο σιωπηρός εξορθολογισμός, όπως και τα είδη της φροντίδας που είναι

περισσότερο ύποπτο να εξορθολογιστούν, καθώς και τα άτομα που είναι πιθανό να βιώσουν την εμπειρία των αποτελεσμάτων του εξορθολογισμού.

Στο πεδίο της νοσοκομειακής περίθαλψης οι κλειστοί προϋπολογισμοί κι οι περιορισμοί που αφορούν στο ανθρώπινο δυναμικό, στις κλίνες ή τον εξοπλισμό, θεωρούνται στοιχεία που προάγουν τη δημιουργία του σιωπηρού εξορθολογισμού στις περιπτώσεις, όπου αυτοί οι πόροι ήταν πριν διαθέσιμοι σε επίπεδα άνω της ζήτησης, κι όπου δεν υφίστανται προσδιορισμένα, σαφή και φανερά κριτήρια εξορθολογισμού στην πρόσβαση.

Οι πολιτικές που ενθαρρύνουν τη δημιουργία «εσωτερικής αγοράς» εντός του νοσοκομείου ή που κάνουν προτιμητέες τις υπηρεσίες που δημιουργούν κέρδη και παράλληλα απαιτούν λιγότερους πόρους για λιγότερο λαμπερές, αλλά αναγκαίες θεραπευτικές αγωγές, είναι εκφάνσεις του σιωπηρού εξορθολογισμού.

Μερικά παραδείγματα εξορθολογισμού που σχετίζονται με τη νοσοκομειακή φροντίδα είναι οι λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις, ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα τμήματα επειγόντων, ανεπαρκής χρόνος επαφής με τον νοσηλεύόμενο ασθενή, περιορισμένη πρόσβαση στις μονάδες εντατικής θεραπείας και σε άλλες ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και στις υπηρεσίες φροντίδας κατά την αποκατάσταση.

Στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα οι κύριοι παράγοντες που υποδηλώνουν την ύπαρξη σιωπηρού εξορθολογισμού είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί, η έλλειψη ξεκάθαρων κανόνων αναφορικά με τις προτεραιότητες επιλογής των φθηνότερων επαγγελματιών υγείας για σύναψη συμβολαίων με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τη διευθυνόμενη φροντίδα στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες οι γιατροί ενθαρρύνονται οικονομικά, να περιορίζουν την προσφορά φροντίδας στους ασθενείς.

Όσον αφορά το είδος των υπηρεσιών που είναι περισσότερο επιρρεπείς στον σιωπηρό εξορθολογισμό («Hall», 1997) είναι οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι ακριβές επεμβάσεις, οι υψηλής τεχνολογίας επεμβάσεις κι οι υπηρεσίες που προσφέρουν ανακούφιση και υποστήριξη σε μακροχρόνιες ανίατες καταστάσεις.

Μερικά χαρακτηριστικά αυξάνουν την πιθανότητα εξορθολογισμού, όπως αναφέρουν οι «Aaron και Schwartz» (1984). Η θεραπευτική αγωγή για διαδεδομένες αλλά μόνο παρηγορητικά αντιμετωπίσιμες ασθένειες, που επιδρούν σε παθητικές υποομάδες του πληθυσμού (π. χ. νοητικές ασθένειες ή γηριατρικές παθήσεις), πιθανολογείται πως θα υπόκειται σε εξορθολογισμό. Οι θεραπευτικές αγωγές για κρίσιμες ασθένειες (όπως ο καρκίνος) είναι λιγότερο πιθανό να εξορθολογιστούν απ' ότι οι χρόνιες

ασθένειες (όπως οι ρευματοειδείς παθήσεις). Οι υπηρεσίες (όπως η αιμοκάθαρση) που απαιτούν επένδυση σημαντικού κεφαλαίου προκειμένου να παράγουν ένα συγκεκριμένο όφελος κι οι υπηρεσίες που δεν παράγουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα της ζωής είναι περισσότερο επικίνδυνο να εξορθολογιστούν σιωπηρά.

Αναφορικά με τα άτομα που πλήττονται ιδιαίτερα απ' τον σιωπηρό εξορθολογισμό, αυτά είναι τα πιο ευπαθή και τρωτά. Συχνά οι ηλικιωμένοι πλήττονται σημαντικά. Οι γυναίκες, οι μη προνομιούχες κοινωνικοοικονομικές υποομάδες πληθυσμού, τα άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας (ή χωρίς συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση), τα άτομα που έχουν δυσκολία στην επικοινωνία, τα άτομα που δέχονται φροντίδα από άλλους για μεγάλα χρονικά διαστήματα, τα νεογνά με δυσπλασίες ή εγκεφαλικές βλάβες, τα άτομα περιορισμένης κινητικότητας ή με μειωμένη ποιότητα ζωής και τα άτομα με συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία τους, φαίνεται να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο.

Οι υπηρεσίες που πλήττονται άμεσα από τις αποφάσεις εφαρμογής μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες:

1. Οι υπηρεσίες που παρουσιάζουν σχετική έλλειψη αποτελεσματικότητας, δηλαδή εκείνες που δίνουν πολύ μικρό ή αβέβαιο όφελος ή έχουν πολύ μικρή πιθανότητα επιτυχίας.
2. Οι υπηρεσίες με μεγάλο λόγο κόστους-αποτελεσματικότητας, δηλαδή οι υπηρεσίες που δεν προσφέρουν αρκετό όφελος αναφορικά με το κόστος τους, σε σχέση με άλλες.

3.3 Ο ρόλος των πολιτών

Ενώ η εμπλοκή των πολιτών είναι κρίσιμη για την αποδοτική και αποτελεσματική πρακτική στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, έχει ταυτόχρονα περιορισμένο ρόλο στη λήψη αποφάσεων για τον εξορθολογισμό στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας («Doyal», 1998). Μερικές μορφές εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θα αποκαλυφθεί πως είναι ηθικά λανθασμένες, άσχετα με την υπαρκτή ή δυνητική δημοτικότητά τους.

Οι δημοκρατικές μορφές της κοινωνικής οργάνωσης προϋποθέτουν δύο στοιχεία:

α) οι πολίτες να έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διακυβέρνηση και β) όλοι να μπορούν να ασκήσουν αυτό το δικαίωμα στον ίδιο βαθμό.

Ιστορικά, η πρωταρχική ηθική ικανοποίηση των ίσων δικαιωμάτων αποσκοπούσε στην προστασία από την αυθαιρεσία του δεσποτισμού. Στις μέρες μας, αυτή η αγωνία σταθμίζεται από την ανησυχία των εκτεταμένων δικαιωμάτων των φτωχών και ελλιπώς εκπαιδευμένων πολιτών, οι οποίοι μπορούν να ασκήσουν τα δημοκρατικά τους δικαιώματα με ανεύθυνο τρόπο. Η επέκταση του δικαιώματος ψήφου στην Ευρώπη συνοδεύτηκε από την αύξηση της αναγνώρισης πως είναι παράλογο να αναμένουμε πως οι άνθρωποι δίχως πολιτική εμπειρία θα υποστηρίξουν τη δημοκρατία, εκτός μόνο εάν τους δοθεί η ευκαιρία να τη μελετήσουν και να την υιοθετήσουν μέσω της συμμετοχής τους σ' αυτή.

Παρά την ύπαρξη του δικαιώματος ψήφου για όλους τους πολίτες, η δημιουργία κι η εφαρμογή τέτοιων πολιτικών, ολοένα και περισσότερο, λαμβάνει χώρα με τη μορφή της παθητικότητας των πολιτών. Το γεγονός αυτό μας ξαφνιάζει δυσάρεστα. Πολλοί πολίτες θεωρούν πως η άσκηση των δημοκρατικών δικαιωμάτων τους αρχίζει και τελειώνει με την εκλογή των πολιτικών της αρεσκείας τους.

Οι εκλογές από μόνες τους, εξ' άλλου, καλύπτουν τόσα πολλά θέματα που τα τοπικά ενδιαφέροντα για ειδικά ζητήματα, χάνονται τελικά στις γενικότητες των κομμάτων.

Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι για τη διεύρυνση της εμπλοκής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο και περιλαμβάνουν τα σώματα ενόρκων, τα φόρα για διάφορα ζητήματα, αλλά και άλλες προσεγγίσεις που θα συνεισφέρουν στη δημιουργία κοινής συναίνεσης και μοιράσματος του οράματος μεταξύ των ομάδων πολιτών που αναζητούν να έχουν μια φωνή στη λήψη τοπικών αποφάσεων. Όλες αυτές οι προσεγγίσεις καταδεικνύουν πως η δημοκρατία που εκπορεύεται από τους πολίτες έχει μια προϋπόθεση για να είναι αποδοτική, κι αυτή δεν είναι άλλη από το να είναι ενημερωμένοι οι πολίτες. Τα σώματα ενόρκων, για παράδειγμα, περιλαμβάνουν την επιλογή αντιπροσώπων των πολιτών από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, στους οποίους δίνονται οι πόροι, ώστε να διεξάγουν εμπειριστατωμένες δημόσιες συζητήσεις για συγκεκριμένα θέματα. Οι ένορκοι έχουν απ' ευθείας τη δυνατότητα να μετέχουν στο σχηματισμό της πολιτικής, ενώ οι απλοί ψηφοφόροι όχι, καθώς οι αποφάσεις των πρώτων λαμβάνονται (από τις αρχές που συνέστησαν το σώμα ενόρκων) ως οι επίσημες ανταποκρίσεις των πολιτών.

Τέτοιες καινοτομίες στη θεωρία και στην πράξη της δημοκρατίας πρέπει να επικροτούνται. Οι αποφάσεις για τις πολιτικές που αφορούν τους πολίτες, για πολλά

χρόνια, λαμβάνονταν από τους ειδικούς που ναί μεν, κατείχαν τις εξειδικευμένες γνώσεις, αλλά έδιναν δε, ελάχιστη σημασία στο πώς οι απλοί πολίτες βίωναν αυτές τις αποφάσεις σε διάφορες περιπτώσεις.

Αυτός, ο από πάνω προς τα κάτω, έλεγχος προκάλεσε την πολιτική παθητικότητα, καθώς και τον πνιγμό τής από κάτω προς τα πάνω ανάδρασης, που απαιτείται για την καταγραφή της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της δικαιοσύνης στις πολιτικές αποφάσεις. Απαιτείται διπλή στρατηγική δημοκρατικής αντιπροσώπευσης, που να περιλαμβάνει τόσο την ειδική, όσο και την εμπειρική κατανόηση στη διαμόρφωση των πολιτικών.

Εξ' άλλου οι δημοκρατικές διαδικασίες οδηγούν σ' εκείνες τις αποφάσεις, τις οποίες πρεσβεύει η πλειοψηφία των πολιτών. Αυτή η θεώρηση εγείρει δύο ερωτήματα :

1. Πώς θα αντιπροσωπευθούν οι πολίτες, που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές και πνευματικές ασθένειες;
2. Το να επιτρέψουμε στην πλειοψηφία να υπαγορεύσει ποιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας θα δύναται να λάβει η μειοψηφία των πολιτών, είναι απερίσκεπτο για όλους τους πολίτες.

Οι άνθρωποι δεν μπορούν ποτέ να είναι σίγουροι πως θα έχουν δίκαιη πρόσβαση στις αναγκαίες γι' αυτούς υπηρεσίες φροντίδας υγείας αν δεν:

- ⊙ Υπάρχει καθολική κάλυψη
- ⊙ Έχουν τη βεβαιότητα πως κανείς δε θα τους αποτρέψει αυθαίρετα από αυτές τις υπηρεσίες.

Το να επιτραπεί στους πολίτες να θέσουν σε κίνδυνο τη φυσική και πνευματική ασφάλεια των συμπολιτών τους δεν είναι μόνο παράλογο, είναι και επικίνδυνο. Αν επιτραπεί στην πλειοψηφία των πολιτών να αρνηθούν μη δημοφιλείς θεραπείες σε συμπολίτες τους, που ανήκουν σε μειοψηφικές ομάδες και τις οποίες έχουν σοβαρή ανάγκη ή σε πολίτες που έχουν ιδιαιτερότητες στον τρόπο ζωής τους, πού θα οδηγηθούμε; Κι αν η μόνη δικαιολογία γι' αυτό είναι, πως το υποστηρίζει η πλειοψηφία των πολιτών, τότε αυτό θα έχει ως επακόλουθο να αρνηθούμε τη θεραπεία στο 1% του πληθυσμού που νοσεί, κι αν το δεχτούμε για το 1% του πληθυσμού τότε γιατί να μην το δεχτούμε και για το 10% του πληθυσμού;

Σε τέτοιες διαδικασίες, πρωταρχικό ρόλο έχει η δικαιοσύνη στην κατανομή και οι προϋποθέσεις για την επίτευξή της είναι:

1. Να ανακαλύψουμε το ποσοστό της κατανομής της κάθε ανάγκης του πληθυσμού και να το καλύψουμε. Αυτή η κατανομή πρέπει να στοιχειοθετηθεί μέσω της κατάλληλης και εμπειριστατωμένης αξιολόγησης των αναγκών. Επιδημιολογικά, η ανάγκη πρέπει να είναι πάντα συνδεδεμένη με την τεκμηρίωση της σοβαρής ανικανότητας, σε σχέση με την κοινωνική συμμετοχή και πρέπει να βρεθούν οι βέλτιστοι τρόποι υπολογισμού της.
2. Να μην υπάρχει προκατάληψη για τη μορφή της ανάγκης ή της μορφής φροντίδας υγείας ως κατάλληλης για την ικανοποίηση. Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να λαμβάνει χώρα εντός κι όχι μεταξύ των συστατικών της φροντίδας υγείας. Η κοινωνική συμμετοχή πλήττεται σοβαρά από μία σειρά καταστάσεων, που μπορεί να μην θεωρούνται κοινωνικά αρεστές (π. χ. συγκεκριμένες μορφές έλλειψης γονιμότητας). Οι άνθρωποι που βρίσκονται σε τέτοιες καταστάσεις έχουν, ηθικά, ίσο δικαίωμα με όλους τους άλλους.
3. Να είναι σύμφωνη κι εξαρτώμενη με την έκταση της ανάγκης. Εκείνοι που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη, πρέπει να λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας πρώτοι. Κριτήρια κατανομής που δεν περιλαμβάνουν το επείγον της ανάγκης πρέπει να απορρίπτονται.
4. Η ισότητα στην πρόσβαση πρέπει να βασίζεται στην έκταση της ανάγκης. Η εφαρμογή μιας τέτοιας πρόσβασης πρέπει να περιλαμβάνει τον δίκαιο χρόνο αναμονής ανάμεσα σε άτομα που έχουν την ίδια έκταση ανάγκης. Αυτή η μέθοδος κατανομής είναι δίκαιη επειδή περιλαμβάνει το στοιχείο της τυχαιοποίησης, το οποίο συνίσταται στο χρόνο άφιξης και τη βαρύτητα της ανάγκης και όχι σε προσωπικές συμπεριφορές.
5. Πρέπει να παρέχονται θεραπείες που χαρακτηρίζονται από δυνητική αποτελεσματικότητα. Ιατρικές ή χειρουργικές επεμβάσεις που είναι μάταιες, λόγω ανίατων καταστάσεων ή απουσίας κλινικής επιτυχίας πρέπει να απορρίπτονται, διότι σπαταλούν πόρους, που θα μπορούσαν να διατεθούν σε επιτυχή φροντίδα υγείας άλλων ατόμων.
6. Δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος ζωής του ασθενή. Οι επιλογές του τρόπου ζωής μορφοποιούνται από τα διαφορετικά επίπεδα κατανόησης, συναισθηματικής αυτοπεποίθησης και κοινωνικών ευκαιριών (τα οποία καθορίζονται από το ποικίλο κοινωνικό υπόβαθρο), για τα οποία, εν μέρει, δεν ευθύνονται τα άτομα που τα βιώνουν.

Το γεγονός πως δεν πρέπει να επιτραπεί στις δημοκρατικές πλειοψηφίες να αποφασίζουν τα συστατικά ή τις διαδικασίες του εξορθολογισμού στην παροχή

υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δεν σημαίνει πως οι πολίτες δεν έχουν κανένα ρόλο στον προγραμματισμό και την παρακολούθηση των υπηρεσιών στη φροντίδα υγείας («Doyal», 1998).

Η εμπλοκή των πολιτών εξυπηρετεί :

1. Στην καλύτερη αξιολόγηση των αναγκών.
2. Στον καλύτερο έλεγχο και στην πληρέστερη έρευνα.
3. Στην καλύτερη υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών.
4. Στην επίτευξη της ισότητας.

3.4 Λόγοι υπέρ και κατά της εμπλοκής των πολιτών

Στο ερώτημα αν πρέπει να συμμετέχουν οι πολίτες στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων στην υγεία, πολλοί ερευνητές απαντούν πως πρέπει για πολλούς λόγους, οι οποίοι ομαδοποιούνται σε τρεις:

1. Θεωρητικοί λόγοι: Αυτοί σχετίζονται με την ενδυνάμωση των πολιτών και την βελτιστοποίηση των δημοκρατικών διαδικασιών, εφόσον οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στις δημόσιες υπηρεσίες. Αυτή η συμμετοχή των πολιτών θεωρείται πως προάγει το κοινωνικό κεφάλαιο και υποστηρίζει την κοινωνική ιδιοκτησία και ευθύνη για τα συστήματα υγείας («Frankish et al», 2002), («Abelson et al», 2003), («Litva et al», 2002)
2. Πρακτικοί λόγοι: Αυτοί σχετίζονται με την πίστη πως η συμμετοχή των πολιτών μπορεί να συνεισφέρει με μια ευρεία κατάθεση απόψεων και γνώσεων των τοπικών αναγκών, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη λήψη καλύτερων αποφάσεων, μεγαλύτερης αποδοτικότητας και ενδυναμωμένης υπευθυνότητας στη φροντίδα υγείας («Church et al», 2002)
3. Πολιτικά κίνητρα: Σ' αυτά περιλαμβάνονται: α) η δημιουργία της αίσθησης στους πολίτες πως τα νοσοκομεία κι οι φορείς υπηρεσιών υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών και λογοδοτούν σ' αυτούς ή β) η εξασφάλιση της κοινωνικής συναίνεσης στις επίπονες αποφάσεις.

Άλλοι ερευνητές δεν είναι υπέρ της συμμετοχής των πολιτών για πρακτικούς λόγους: Οι αποφάσεις εξορθολογισμού είναι επίπονες, πολύπλοκες και δύσκολες και άρα είναι προτιμότερο να τις λάβουν οι ειδικοί («Torgeson, Gosden», 2000). Άλλοι υποστηρίζουν

πως η δημόσια διαβούλευση ενέχει μεγάλες δυσκολίες κι απαιτεί πολλούς πόρους, ώστε μόνο λίγοι ειδήμονες ή ελάχιστοι πολίτες είναι εκπαιδευμένοι να συμμετέχουν σωστά κι αποδοτικά στη λήψη αποφάσεων («Jordan et al», 1998). Ενώ τίθενται επίσης τα ερωτήματα : α) μπορούν οι πολίτες να είναι αρμόδιοι για τις αποφάσεις; β) μπορούν να λάβουν υπεύθυνες αποφάσεις (έχουν την κατάλληλη γνώση); γ) ποιοι θα τους εκπροσωπούν (ποιοι θα συμμετέχουν); δ) πώς θα ισοσταθμίζονται οι διαφορετικές κοινωνικές προτεραιότητες, απόψεις και γνώμες, ώστε να επιφέρουν θετικές αλλαγές; («Stronks et al», 1997)

3.5 Σε ποιο βαθμό επιθυμούν οι πολίτες να συμμετέχουν

Τίθεται όμως και το ερώτημα: «σε ποιο βαθμό επιθυμούν οι ίδιοι οι πολίτες να συμμετέχουν στη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην παροχή υπηρεσιών φροντίδων υγείας»;

Στις περισσότερες έρευνες γίνεται φανερός ο νόμιμος ρόλος των πολιτών στη θέσπιση προτεραιοτήτων, όμως δεν διασαφηνίζεται ποιος ακριβώς θα είναι αυτός ο ρόλος και ποιοι πιστεύουν οι πολίτες πως πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τον εξορθολογισμό.

Οι «Richardson, Charny και Hammer-Lloyd» (1992) χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο (μέσω ταχυδρομικής αποστολής) ρώτησαν άγγλους πολίτες αν επιθυμούν ευρύτερη συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων. Μια αδρή πλειοψηφία ερωτηθέντων (98%) υπέδειξε πως οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους γιατρούς και τους άλλους ειδήμονες των φορέων φροντίδας υγείας, ενώ το 65% υποστήριξε πως οι πολίτες πρέπει να συμμετέχουν περισσότερο στη λήψη αποφάσεων.

Πάντως η αποτελεσματικότητα τέτοιων ερευνών θεωρείται αμφιβόλου αξίας. («Dolan, Cookson, Ferguson», 1999)

Η «Bowling» (1996), σε μια άλλη έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου στη Μ. Βρετανία εξέτασε τις απόψεις 2005 ερωτηθέντων, για το κατά πόσο, μεταξύ άλλων ερωτήσεων, πιστεύουν πως οι απόψεις των πολιτών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Το 88% των ερωτηθέντων έδωσε θετική απάντηση σ' αυτό το ερώτημα. Οι ερωτηθέντες απάντησαν επίσης στο ερώτημα ποιοι

κατά τη γνώμη τους πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, και τα τρία τέταρτα εξ' αυτών προτίμησαν τους ιατρούς παρά τους μάνατζερ ή τους ιθύνοντες στους φορείς φροντίδας υγείας και την κυβέρνηση. Πάντως, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην παρουσίαση τέτοιων αποτελεσμάτων. Πρώτον, διότι δεν είναι σαφές αν οι ερωτηθέντες μπορούσαν να διακρίνουν τις αποφάσεις εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ επιπέδου προϋπολογισμού (εθνικού) και επιπέδου ανά ασθενή («Nord», 1999). Πάντως ελάχιστα διαφάνηκαν απ' αυτή την έρευνα για τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τα κίνητρα και πώς αντιλαμβάνονται οι πολίτες το ρόλο των διαμορφωτών πολιτικών κατά τη λήψη αποφάσεων εξορθολογισμού. («Ritchie», 2003)

Στον Καναδά οι «Abelson, Lomas, Eyles, Birch και Veenstra» το 1995 διεξήγαγαν μια μελέτη κατά την οποία εξέτασαν σε μεγαλύτερο βάθος την επιθυμία των πολιτών να εμπλακούν στη λήψη αποφάσεων για θέματα που αφορούν τόσο τις τοπικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, όσο και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι ερευνητές επέλεξαν τυχαία δείγματα πολιτών, ενδιαφερομένων πολιτών, από άτομα που είναι διορισμένα σε περιφερειακά συμβούλια υγείας κι από ειδικούς στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και στις κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι «Abelson, Lomas, Eyles, Birch και Veenstra» (1995) προτίμησαν αντί του να προσεγγίσουν το θέμα με μια έρευνα να εκμαιεύσουν τεκμηριωμένες απόψεις από αυτές τις ομάδες, χρησιμοποιώντας συμβουλευτική συλλογή απόψεων (deliberative polling), μια τεχνική που συνδυάζει τη λήψη τυχαίου δείγματος με την παροχή συμβουλών και ενημέρωσης για τα συγκεκριμένα θέματα στις ομάδες των συμμετεχόντων. Αυτή η διαδικασία συμμετοχής των πολιτών χαρακτηρίζεται απ' τον εκτενή συμβουλευτικό χαρακτήρα, μερικές φορές, διάρκειας αρκετών ημερών και το ισοστάθμισμα των ανταγωνιστικών απόψεων. Το αντικείμενο αυτής της διαδικασίας ήταν να δημιουργηθούν εμπειριστατωμένες αποφάσεις ή προτάσεις για δράση σ' ένα θέμα ενδιαφέροντος.

Από τους 280 συμμετέχοντες, περίπου τα τρία τέταρτα εξ' αυτών εξέφρασαν την προσωπική επιθυμία να εμπλακούν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μάλιστα περίπου το 30% αυτών θεώρησε πως πρέπει οι πολίτες να είναι υπεύθυνοι για τη συνολική λήψη αποφάσεων, ενώ το 50% θεώρησε πως οι ομάδες πολιτών πρέπει να έχουν μόνο συμβουλευτικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων. Από τις τέσσερις ομάδες συμμετεχόντων οι τυχαία επιλεγμένοι πολίτες είχαν ελάχιστη προθυμία να είναι οι ίδιοι οι υπεύθυνοι για τη λήψη των συνολικών αποφάσεων και μόνο το 17% αυτής της ομάδας συμμετεχόντων θεώρησε πως πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων. Το συμπέρασμα ήταν

πως ενώ οι πολίτες είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν στον σχεδιασμό και στη θέσπιση προτεραιοτήτων, είναι πρόθυμοι να αναλάβουν μόνο περιορισμένο συμβουλευτικό ρόλο.

Αυτή η, φαινομενικά παράδοξη, θέση των πολιτών να μην επιθυμούν να λαμβάνεται η άποψή τους υπόψη για τη λήψη των αποφάσεων ή το να έχουν οι πολίτες έναν περιορισμένο συμβουλευτικό ρόλο, φάνηκε και στην έρευνα που διεξήγαγε ο «Richardson» στην Αυστραλία το 2002. Σε μια πιλοτική μελέτη, η οποία εξέτασε, μεταξύ άλλων, τη συμμετοχή των πολιτών στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων στην υγεία ο Richardson βρήκε ότι : «οι συμμετέχοντες ίσως δεν εμπιστεύονται την ευθυκρισία και τη σοφία των συμπολιτών τους και νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια όταν οι αποφάσεις λαμβάνονται απ' την κυβέρνηση.

Οι «Meanwhile, Dolan, Cookson και Ferguson» το 1999 διεξήγαγαν ανάλογη έρευνα πηγαίνοντας ένα βήμα παραπέρα κι ανιχνεύοντας την έκταση κατά την οποία οι άνθρωποι αλλάζουν απόψεις για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων στην υγεία ως αποτέλεσμα της συζήτησης και της διαβούλευσης. Σ' αυτή τη μελέτη δέκα ομάδες των 5-7 ατόμων συνέστησαν δύο ομάδες εστίασης που ασχολήθηκαν με το θέμα ξεχωριστά επί ένα δεκαπενθήμερο. Τελικά οι συμμετέχοντες πρότειναν πως θα πρέπει να εμπλέκονται λιγότερο οι μάνατζερ κι η κυβέρνηση και περισσότερο οι πολίτες, οι γιατροί κι οι νοσηλευτές.

Πάντως καθώς οι συμμετέχοντες συζητούσαν και ανακάλυπταν την πολυπλοκότητα του θέματος έγιναν περισσότερο επιφυλακτικοί για το ρόλο τους και για το ρόλο των απόψεών τους στη θέσπιση προτεραιοτήτων. Οι συμμετέχοντες έγιναν επίσης πιο ευμενείς για το ρόλο των μάνατζερ.

Σημειώνοντας αυτές τις αλλαγές στη στάση και στην αντίληψη που επακολούθησαν τη διαβούλευση, οι συγγραφείς πρότειναν πως οι μέθοδοι που δεν δίνουν στους συμμετέχοντες το χρόνο ή την ευκαιρία να συλλογιστούν επί των αποφάσεών τους είναι περιορισμένης αξίας.

Πιο πρόσφατα ο «Litva et al» το 2002 διεξήγαγαν μια άλλη μελέτη στο Ην. Βασίλειο. Όπως η μελέτη του Abelson και των συνεργατών του, αυτή η έρευνα αποσκοπούσε στο να ελέγξει το βαθμό εμπλοκής που επιθυμούν να έχουν οι πολίτες στη λήψη αποφάσεων για θέματα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά αυτή τη φορά σε διαφορετικό επίπεδο εντός του συστήματος, δηλαδή στο επίπεδο του συστήματος, στο προγραμματικό επίπεδο και στο ατομικό επίπεδο (του ασθενή). Οι συμμετέχοντες ήταν επιλεγμένοι τόσο μεταξύ των πολιτών όσο και μεταξύ των οργανισμών υγείας ή άλλων οργανισμών. Τα αποτελέσματα απ' τις εστιασμένες ομάδες των συμμετεχόντων καθώς κι από τις

συνεντεύξεις υπέδειξαν την επιθυμία ευρύτερης συμμετοχής των πολιτών στο επίπεδο του συστήματος και μικρότερης συμμετοχής τους στο προγραμματικό και στο ατομικό επίπεδο. Επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα του Abelson και των συνεργατών του, φάνηκε σ' αυτή την έρευνα πως ήταν ισχυρή η επιθυμία για διαβούλευση με τους πολίτες στο επίπεδο του συστήματος, δόθηκε η αίσθηση πως δεν πρέπει να είναι υπεύθυνοι οι πολίτες για την ενεργή λήψη αποφάσεων. Οι συμμετέχοντες ήταν της άποψης πως ενώ οι πολίτες κατέχουν μια σημαντική «λαϊκή» γνώση που μπορεί να συνεισφέρει στην ενημέρωση και τη βελτίωση της λήψης αποφάσεων, τελικά οι επαγγελματίες υγείας είναι εκείνοι που πρέπει να είναι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων. Οι συμμετέχοντες τόνισαν, επίσης, πως οι συναισθηματικά φορτισμένες αποκρίσεις στα θέματα, θα μπορούσαν δυνητικά να θέσουν σε κίνδυνο την εμπλοκή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων.

Εξ' άλλου υπάρχουν μερικές έρευνες που διεξήχθησαν στην Αυστραλία και αποσκοπούσαν στη μελέτη της επιθυμίας των πολιτών να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Στο Σίδνεϋ ο «Wiseman et al» (2004), ανέλυσαν τον γενικό πληθυσμό αναφορικά με το εάν οι προτιμήσεις του πρέπει να χρησιμοποιούνται στη διαδικασία εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως κι η μελέτη του Litva και των συνεργατών του και πώς διαχωρίζονται μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων ιεράρχησης προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν, μέσω ενός ερωτηματολογίου, αν οι προτιμήσεις τους πρέπει να παίζουν ρόλο στην κατανομή των πόρων μεταξύ των θεραπευτικών αγωγών, μεταξύ των προγραμμάτων προάσπισης της υγείας και μεταξύ των διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού. Προκειμένου να βοηθήσουν στην κατανόηση των ερωτημάτων, έδωσαν στους συμμετέχοντες (373 πολίτες που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας από δύο κέντρα στο Σίδνεϋ) παραδείγματα ιεράρχησης προτεραιοτήτων σε κάθε επίπεδο. Οι συγγραφείς κατέληξαν πως οι πολίτες επιθυμούν οι προτιμήσεις τους να λαμβάνονται υπόψη στις αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην υγεία, ιδιαίτερα στο επίπεδο των προγραμμάτων και στο επίπεδο του συστήματος. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (97%) αποκρίθηκε πως κατά τις αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις περισσότερων της μιας ομάδας πληθυσμού.

Εν μέρει σε αντίθεση, μ' αυτά τα ευρήματα, μια άλλη αυστραλιανή μελέτη από τον «Richardson» (2002) υπέδειξε πως οι πολίτες, μερικές φορές, επιθυμούν να αποποιηθούν την ευθύνη για τις αποφάσεις στη φροντίδα υγείας, προτιμώντας οι κυβερνήσεις να λαμβάνουν τέτοιες αποφάσεις.

Σ' αυτή τη μελέτη οι συμμετέχοντες υποστήριξαν τον υπερκερασμό της άποψης των πολιτών απ' την κυβέρνηση «αν η κυβέρνηση πιστεύει πως οι πολίτες είναι κοντόφθαλμοι». Ανταποκρινόμενος σ' αυτή την άποψη ο Richardson σχολίασε πως ο βαθμός που υποστηρίζουν οι πολίτες πως πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, φαίνεται να είναι πιο πολύπλοκος απ' ότι συχνά θεωρείται και δυνητικά επηρεάζεται από το θέμα της έρευνας.

Πάντως, πρέπει να τονιστεί ότι η πίστη πως, η κυβέρνηση δικαιούται να υπερκεράσει την άποψη των πολιτών, δεν πρέπει να συνεισφέρει στις αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων και πως δεν πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Μια πρόσφατη μελέτη διεξήχθη στη Βικτόρια της Αυστραλίας από τον «Shrimpton και τους συνεργάτες του» (2007) και συμπεριέλαβε ομάδες εστίασης που διακρίνονται σε ομάδες πολιτών (4), ομάδες επιστημόνων υγείας και διοικητικών στελεχών οργανισμών υγείας (4). Επιλέχθηκε η μέθοδος των ομάδων εστίασης, καθώς είναι ιδανική για μελέτες που ερευνούν και επιθυμούν να αποκαλύψουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές («Hurworth», 1996). Συνολικά συμμετείχαν 54 άνθρωποι χωρισμένοι σε οκτώ ομάδες εστίασης, καθεμιά αποτελούμενη από 4-11 μέλη. Οι συνεντεύξεις ξεκινούσαν με την ερώτηση: «ποιος πρέπει να λαμβάνει τις αποφάσεις για το πώς οι δημόσιοι πόροι, που αφορούν στη φροντίδα υγείας, πρέπει να χρησιμοποιούνται», ενώ συνεχίζονταν με την ερώτηση «ποια είναι τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματα της συμμετοχής κάθε ατόμου ή ομάδων στη λήψη αποφάσεων». Αυτές οι ερωτήσεις ακολουθήθηκαν απ' την παρουσίαση σεναρίων τόσο στο επίπεδο του ασθενή, όσο και στο επίπεδο των προγραμμάτων και του συστήματος. Μετέπειτα οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση: «ποιοι νομίζουν πως πρέπει να λαμβάνουν τις αποφάσεις σε καθένα απ' αυτά τα τρία επίπεδα». Συνοπτικά, τα σενάρια που παρουσιάστηκαν ήταν:

Στο επίπεδο του ασθενή : Ποιος πρέπει να αποφασίσει, ποιος, μεταξύ δύο ασθενών, θα υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς, αν δεν μπορούν να υποβληθούν κι οι δυο ασθενείς.

Στο επίπεδο των προγραμμάτων: Ποιος πρέπει να αποφασίσει μεταξύ ενός προγράμματος για τη θεραπεία ασθένειας της καρδιάς και ενός για τη θεραπεία του μαστού, όταν η χρηματοδότηση δεν επαρκεί και για τα δύο.

Στο επίπεδο του συστήματος: Ποιος πρέπει να αποφασίσει ποιες θεραπευτικές αγωγές θα καλύπτονται απ' το Medicare και ποιες όχι, στην περίπτωση έλλειψης πόρων.

Οι απαντήσεις των ομάδων κατέδειξαν :

Για το επίπεδο του ασθενή : τους γιατρούς, όπως ίσως αναμένονταν. Μάλιστα ειπώθηκε πως οι γιατροί είναι οι μόνοι αρμόδιοι να λάβουν τέτοιες αποφάσεις.

Για το επίπεδο των προγραμμάτων: δόθηκε έμφαση στην επιθυμία να συμμετέχει μια σειρά ομάδων ενδιαφερομένων, οι οποίες έχουν έννομο συμφέρον στη λειτουργία των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και περιλαμβάνουν τους επαγγελματίες υγείας, τους οικονομολόγους υγείας, τους διαμορφωτές πολιτικών και τους ασθενείς και εκπροσώπους των πολιτών.

Για το επίπεδο του συστήματος: προτάθηκε η ίδια σειρά ομάδων, που είχε προταθεί και για το επίπεδο των προγραμμάτων, ενώ, κατά γενική ομολογία, έγινε παραδεκτό πως αυτό το πρόβλημα (ποιος θα αποφασίζει στο επίπεδο του συστήματος) είναι αναπόφευκτα ηθικό θέμα, η λύση του οποίου απαιτεί ευαισθησία σε μια σειρά έννομων ζητημάτων.

Συμπερασματικά, σ' αυτή την έρευνα οι συμμετέχοντες συμφώνησαν, ότι οι πολίτες πρέπει να συνεισφέρουν στις αποφάσεις χρηματοδότησης στο επίπεδο των προγραμμάτων, αλλά φάνηκε πως δε συμφώνησαν ποιος πρέπει να είναι ο ρόλος των πολιτών, αν πρέπει να είναι υπαγορευτικός (δηλαδή μόνο οι πολίτες να λαμβάνουν αυτές τις αποφάσεις), ρόλος ψήφου (δηλαδή οι πολίτες να επηρεάζουν την τελική απόφαση με την ψήφο τους παράλληλα και με τους άλλους δικαιούχους) ή συμβουλευτικός ρόλος (δηλαδή οι πολίτες να συνεισφέρουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αλλά όχι να λαμβάνουν την τελική απόφαση).

3.6 Έρευνες για τις απόψεις των πολιτών στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων

Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες, ανά τον κόσμο, προκειμένου να αποτυπωθεί η γνώμη κι οι επιθυμίες των πολιτών αναφορικά με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Οι μέθοδοι διεξαγωγής των ερευνών, τα αποτελέσματα αυτών, καθώς και τα ειδικά θέματα που διερευνήθηκαν ποικίλλουν.

Οι κύριες μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι («Jordan et al»,1998):

1. Σώμα ενόρκων
2. Συμβούλια ομάδων χρηστών
3. Ομάδες επικέντρωσης
4. Έρευνες ερωτηματολογίου
5. Επισκοπήσεις απόψεων σε αντιπροσωπευτικές ομάδες πληθυσμού

Το σώμα ενόρκων του Κέιμπριτζ και του Χάντινγκτον («Lenaghan, New, Mitchell», 1996) κατέληξε στο συμπέρασμα, πως δοθέντος ικανού χρόνου και ικανής

πληροφόρησης, οι πολίτες είναι πρόθυμοι να συνεισφέρουν στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων στην υγεία.

Σημαντική ήταν, επίσης, η διαπίστωσή του πως το εθνικό συμβούλιο, το οποίο είναι υπεύθυνο για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων δεν θα πρέπει να απαρτίζεται από πολιτικούς, αλλά από ιατρούς, οικονομολόγους της υγείας, επιστήμονες που ασχολούνται με ζητήματα ηθικής, απλούς πολίτες και μάνατζερ των φορέων υγειονομικής περίθαλψης.

Μια έρευνα διεξάχθηκε στο Άμστερνταμ («Stonks et al», 1997), με τη μέθοδο των ομάδων επικέντρωσης, προκειμένου να αποκαλύψει τις απόψεις σχετικά με τις προτεραιότητες στην φροντίδα υγείας και την κατανομή των πόρων σύμφωνα μ' αυτές. Τις ομάδες επικέντρωσης σ' αυτή την έρευνα αποτέλεσαν: ομάδες ασθενών, πολιτών, οικογενειακών ιατρών, ειδικών ιατρών κι εκπροσώπων ασφαλιστικών εταιριών.

Η έρευνα περιλάμβανε μια ποιοτική ανάλυση παραγόντων που εξετάστηκαν απ' τις διαφορετικές ομάδες εργασίας, όπως προαναφέρθηκαν.

Τα μέλη της κάθε ομάδας έπρεπε να λάβουν θέση σε θέματα εξοικονόμησης πόρων στη φροντίδα υγείας και συγκεκριμένα να τοποθετηθούν στο ζητούμενο: πόσο αναγκαία θεωρούν τη δημόσια χρηματοδότηση σε δέκα διαφορετικές υπηρεσίες:

1. Περίθαλψη στο σπίτι.
2. Περιτομή
3. Οίκους ευγηρίας
4. Ομοιοπαθητικά φάρμακα
5. Περιοδικές προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις για τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού
6. Μεταμόσχευση πνευμόνων
7. Ελευθερία στην επιθυμία μετακίνησης των ασθενών στο εξωτερικό για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας
8. Αντισυλληπτικά χάπια
9. Τεχνητή γονιμοποίηση
10. Θεραπείες που απαιτούνται για την αποκατάσταση τραυμάτων, τα οποία προήλθαν από αθλητικές δραστηριότητες.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ανά ομάδα εργασίας είναι τα εξής:

Οικογενειακοί ιατροί

Οι οικογενειακοί ιατροί βρέθηκαν σε δίλημμα, διότι θεώρησαν πως είναι πολύ δύσκολο να μειώσουν υπηρεσίες χωρίς αυτές οι μειώσεις να έχουν αντίκτυπο στις πραγματικές

ανάγκες των ασθενών. Γι' αυτό το λόγο πρότειναν, οι μειώσεις των δαπανών, να προέλθουν απ' τον περιορισμό στην πρόσβαση των ασθενών σ' αυτές τις υπηρεσίες, επιτρέποντάς τες μόνο σ' εκείνους που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη ή σε όσους δεν μπορούν να τις πληρώσουν. Έτσι, επί παραδείγματι, συζήτησαν τον περιορισμό στην ελευθερία μετακίνησης των ασθενών στο εξωτερικό, ώστε να δικαιούνται τέτοια χρηματοδότηση μόνο όσοι ασθενείς έχουν χαμηλό εισόδημα.

Επίσης πρότειναν η τεχνητή γονιμοποίηση να παρέχεται χρηματοδοτούμενη μόνο σε γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει ή έχουν μόνο ένα παιδί.

Επιπροσθέτως πρότειναν τον περιορισμό της καθολικής πρόσβασης στην φροντίδα στο σπίτι μόνο στη νοσηλευτική φροντίδα. Διαφάνηκε όμως, πως αυτή η πρότασή τους, έφερε σε πολύ άβολη θέση τα περισσότερα μέλη αυτής της ομάδας.

Αξιοσημείωτο είναι πως τα μέλη αυτής της ομάδας δεν χρησιμοποίησαν ως κριτήριο την ατομική ευθύνη προκειμένου να αποκλειστεί η πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας και προφανώς γι' αυτό το λόγο ομόφωνα αποδέχτηκαν τη δημόσια χρηματοδοτική κάλυψη της αποκατάστασης τραυμάτων, που προήλθαν από αθλητικές δραστηριότητες.

Ειδικοί ιατροί

Κι αυτή η ομάδα, όπως και οι οικογενειακοί ιατροί, θεώρησαν πως οι περισσότερες υπηρεσίες είναι αναγκαίες και πρέπει να χρηματοδοτούνται δημόσια. Κατά την άποψή τους η έλλειψη γονιμότητας είναι ασθένεια και γι' αυτό δεν απέκλεισαν τις υπηρεσίες τεχνητής γονιμοποίησης απ' τη δημόσια χρηματοδότηση. Ενώ, με το ίδιο σκεπτικό, απέκλεισαν τα αντισυλληπτικά χάπια. Η άποψή τους ήταν πως εξαιρώντας απ' τη δημόσια χρηματοδότηση τα αντισυλληπτικά χάπια, είναι ένας τρόπος πιο δίκαιης διασποράς των περικοπών ανά τις ηλικιακές ομάδες.

Αξιοσημείωτη ήταν η παρατήρηση αυτής της ομάδας πως οι περισσότερες περικοπές θα πλήξουν τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς.

Ένα άλλο σημαντικό συμπέρασμα αυτής της ομάδας ήταν πως αν αυξηθεί η αποδοτικότητα στις υπάρχουσες παρεχόμενες υπηρεσίες (όπως φροντίδα στο σπίτι και υπηρεσίες που θα αποτρέψουν τη μετακίνηση ασθενών στο εξωτερικό) θα εξοικονομηθούν σημαντικοί πόροι.

Σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες εργασίας, αυτή των ειδικών ιατρών έδωσε ιδιαίτερη αξία στη σημασία της πρόληψης και γι' αυτό το λόγο συμπεριέλαβε τις προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες.

Οι ασθενείς

Αυτή η ομάδα κατέταξε τους λήπτες υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε κατηγορίες:

- Τους ασθενείς με χρόνια νόσο
- Τους ασθενείς με οξεία νόσο, και
- Τους υγιείς πολίτες

Σύμφωνα μ' αυτή την κατηγοριοποίηση, αυτή η ομάδα θεωρεί πως οι χρόνια πάσχοντες πρέπει να απολαμβάνουν όλες τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας δημόσια χρηματοδοτούμενες, διότι ούτως ή άλλως δεν έχουν άλλη εναλλακτική επιλογή απ' το να βασίζονται στην επιβίωσή τους στις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Με το ίδιο σκεπτικό απέκλεισαν (εν μέρει) απ' τις δημόσια χρηματοδοτούμενες, τις υπηρεσίες πρόληψης, κάποιες υπηρεσίες θεραπείας οξέων ασθενειών και εκείνες που η ζήτησή τους πηγάζει από ατομικές επιλογές, όπως οι θεραπείες που απαιτούνται για την αποκατάσταση τραυμάτων, τα οποία προήλθαν από αθλητικές δραστηριότητες.

Οι πολίτες

Όπως κι η ομάδα εργασίας των ασθενών, έτσι κι αυτή η ομάδα, έδωσε ιδιαίτερη σημασία στην ατομική ευθύνη για τη φροντίδα υγείας. Γι' αυτό το λόγο πρότειναν τον αποκλεισμό (εν μέρει) εκείνων των υπηρεσιών που έχουν εναλλακτικές λύσεις ή που είναι σχετικά φθηνές (όπως τη μετακίνηση ασθενών στο εξωτερικό, τα αντισυλληπτικά χάπια και την τεχνητή γονιμοποίηση).

Αυτές οι επιλογές καταδεικνύουν εμφανώς την πεποίθηση των πολιτών στον σημαντικό ρόλο της ατομικής ευθύνης. Στο ίδιο μήκος κύματος ήταν κι η πρότασή τους για συμπληρωμή των ασθενών στις υπηρεσίες αποκατάστασης τραυμάτων, που προήλθαν από αθλητικές δραστηριότητες και στις προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις για τον έλεγχο του καρκίνου του μαστού.

Εκπρόσωποι ασφαλιστικών εταιριών

Αυτή η ομάδα εισήγαγε δύο κριτήρια, ειδοποιά του επαγγελματικού υπόβαθρου των μελών της. Ξεχώρισε τους κινδύνους για την υγεία (για τους οποίους μπορεί να κάνει το άτομο ασφάλιση υγείας) απ' τις ανάγκες φροντίδας υγείας απ' τις οποίες οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους θα αναζητήσουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας (φροντίδα στο σπίτι και οίκοι ευγηρίας).

Η πρότασή τους ήταν οι ανάγκες φροντίδας υγείας να χρηματοδοτούνται μέσω της φορολόγησης και όχι μέσω ασφάλισης. Έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην εφικτότητα των προτεινόμενων μέτρων και γι' αυτό πρότειναν να μην αποκλειστούν οι υπηρεσίες για την αποκατάσταση τραυμάτων, που προήλθαν από αθλητικές δραστηριότητες, ούτε να γίνεται επιλογή των ασθενών με κριτήριο την ανάγκη, προκειμένου να μεταβούν στο εξωτερικό. Αντίθετα πρότειναν να αποκλειστεί απ' τη δημόσια χρηματοδότηση η παροχή των αντισυλληπτικών χαπιών.

Όλες οι ομάδες

Παρά τις εμφανείς διαφορές στις προσεγγίσεις των ομάδων στα ζητήματα που τέθηκαν, υπήρξαν και συγκλίσεις:

1. όλοι συμφώνησαν πως πρέπει να αποκλειστεί απ' τη δημόσια χρηματοδότηση η παροχή ομοιοπαθητικών φαρμάκων, αφού η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει αποδειχθεί
2. όλοι συμφώνησαν να περιοριστούν οι δαπάνες για τους οίκους ευγηρίας και εξέφρασαν την επιθυμία εκλογικευμένης παροχής των υπηρεσιών, μέσω αύξησης της αποδοτικότητας της παροχής τους.
3. όλοι συμφώνησαν για την αξία των υπηρεσιών διάσωσης της ζωής, όπως της μεταμόσχευσης πνευμόνων, παρ' ότι όλοι αναρωτήθηκαν ποιος είναι ο λόγος κόστους-οφέλους αυτής της υπηρεσίας, ο οποίος αντανακλά την υψηλή αξία της αποδοτικότητας αυτής της υπηρεσίας.

Τα συμπεράσματα απ' αυτή την έρευνα είναι τα ακόλουθα:

- Απαιτείται πολύς χρόνος και πολλή πληροφόρηση προς τους πολίτες προκειμένου να λάβουν θέση υπεύθυνα κι αξιόπιστα για τις προτεραιότητες που επιθυμούν να θέσουν στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
- Φάνηκε πως οι αποφάσεις κι οι προτάσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας επηρεάζονται σημαντικά απ' την ηλικία τους.
- Περισσότερο ασφαλή συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν για τα κριτήρια που η κάθε ομάδα χρησιμοποίησε, παρά γι' αυτές καθ' αυτές τις θέσεις των μελών της επί των συγκεκριμένων υπηρεσιών που συζητήθηκαν.
- Η εξασφάλιση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας στα μελλοντικά συστήματα υγείας ήταν γενική και ομόφωνη απαίτηση όλων των ομάδων.

- Διαφάνηκε μια αντίφαση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σχετικά με την αξία της χρήσης υψηλής τεχνολογίας. Στην παρούσα έρευνα τα συμπεράσματα ήταν, αδιαφιλονίκητα, υπέρ της υψηλής αξίας των τεχνολογιών που συνεισφέρουν στη διάσωση της ζωής. Αυτό το εύρημα εξηγείται επειδή επιλέχθηκε η μεταμόσχευση πνευμόνων ως δείγμα τέτοιας υπηρεσίας, η οποία κατά κύριο λόγο αφορά στους νεότερους ηλικιακά ανθρώπους.
- Εμφανής υπήρξε η αιτίαση της τοποθέτησης της κάθε ομάδας σε καθεμία υπηρεσία που συζητήθηκε. Η κάθε ομάδα επηρεάστηκε στις τοποθετήσεις της απ' τις προσωπικές ανάγκες ή τα ενδιαφέροντα των μελών της.
- Από πολλά μέλη των ομάδων, ιδιαίτερα στις ομάδες των ασθενών και των πολιτών, δόθηκε έμφαση στην ατομική ευθύνη και γι' αυτό το λόγο προτάθηκε η συμπληρωμή των ασθενών, χωρίς να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στα αποτελέσματα αυτής της πρότασης, τα οποία θα επηρεάσουν την προσβασιμότητα των ατόμων με χαμηλό εισόδημα σ' αυτές τις υπηρεσίες. Έτσι, πιθανό μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα πως στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων που επιθυμούν οι πολίτες δε λαμβάνουν υπόψη τους την αρχή της δικαιοσύνης και της ισότητας στην πρόσβαση.
- Όσον αφορά στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τους χρόνια πάσχοντες οι απόψεις των ομάδων ήταν διαφορετικές. Συγκεκριμένα η ομάδα των ασθενών υποστήριξε ένθερμα τη δημόσια χρηματοδότησή τους, ενώ αντίθετα η πρόταση αυτής της ομάδας βάζει σε κίνδυνο την πρόσβαση εκείνων που πάσχουν από οξείες παθήσεις και των υγιών πολιτών στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αντίθετα οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποίησαν ως κυρίαρχο κριτήριο τη διατήρηση της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ενώ οι ειδικοί ιατροί χρησιμοποίησαν ως επιπρόσθετο κριτήριο τη δίκαιη κατανομή μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.
- Οι επαγγελματίες υγείας ήταν οι πιο απαισιόδοξοι για τις δυνατότητες περικοπής των δημόσιων δαπανών για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αυτή η τάση τους αντανακλά, σε μεγάλο βαθμό, την ρεαλιστική εικόνα που έχουν για την παρούσα κατάσταση στο χώρο της υγείας και την αντίληψή τους για τη σημασία της διατήρησης της ισότητας στην πρόσβαση.

- Η παρούσα έρευνα δεν κατέστησε εμφανές πώς η απόφαση για την θέσπιση ιεράρχησης προτεραιοτήτων θα οδηγήσει σε περισσότερο δίκαιες ή ευρέως αποδεκτές κατευθύνσεις ή σε βελτιώσεις της υγείας των πολιτών, αν πρόκειται να συμπεριληφθούν οι απόψεις όλων των εμπλεκομένων - ενδιαφερομένων μερών. Είναι αξιοσημείωτο πως οι ιατροί φάνηκε να ενδιαφέρονται για το κοινό καλό και τη δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας περισσότερο απ' τις υπόλοιπες ομάδες.

Εξ' άλλου σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγαν οι «Dolan, Cookson και Ferguson» (1999), με τη μέθοδο απάντησης σε ερωτηματολόγιο, αφού προηγήθηκε ενημέρωση και πληροφόρηση των συμμετεχόντων για τα ζητήματα που διερευνώνται από το ερωτηματολόγιο, διαφάνηκε πως οι απόψεις των πολιτών για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων στην υγεία διαφοροποιούνται σημαντικά, όταν τους δίνεται η ευκαιρία να συζητήσουν αυτά τα θέματα. Έτσι στις έρευνες, στις οποίες δεν προηγήθηκε σχετική ενημέρωση ή συζήτηση, οι απαντήσεις των πολιτών ήταν αμφίβολης αξίας. Π. χ. η γνώμη των πολιτών άλλαξε ακόμα και αναφορικά με την ευκαιρία που πρέπει να δίνει η κοινωνία στους καπνιστές, στους χρήστες ναρκωτικών ή αλκοόλ, μετά από συζήτηση με τους πολίτες.

Πάντως, οι διαφορετικές τεχνικές προσέγγισης και ερωτήσεων στους πολίτες αποφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα και συμπεράσματα!

Σύμφωνα με άλλη έρευνα που διεξήγαγαν ο «Cookson και οι συνεργάτες του», (2000) αποκαλύφθηκε πως μερικές θεραπευτικές αγωγές μπορεί να ιεραρχούνται ψηλά στις προτιμήσεις των πολιτών, όπως π. χ. επεμβάσεις σε παιδιά, επειδή χαίρουν υψηλής δημοσιότητας αν και υπάρχουν πολύ πιο αποδοτικές μέθοδοι θεραπείας για τους ηλικιωμένους, οι οποίες όμως δεν διαφημίζονται!

Εξ' άλλου η «Bowling» (1996) διεξήγαγε μια έρευνα ερωτηματολογίου με 2005 συμμετέχοντες, η οποία απέβλεπε στην καταγραφή των επιθυμιών των πολιτών για το ποιες υπηρεσίες ιεραρχούν σε θέση υψηλής προτεραιότητας. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κατατάξουν με σειρά προτεραιότητας δώδεκα διαφορετικές υπηρεσίες. Οι προτιμήσεις των πολιτών φαίνονται στον πίνακα 6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ

Πηγή : Bowling Ann (1996) “Health Care Rationing: the public’s debate” British Medical Journal, 16/3/1996; 312:670-674.

Σειρά	Υπηρεσίες Υγείας
1	Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους
2	Υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν
3	Προληπτικές μαζικές ενέργειες και εμβολιασμοί
4	Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως π. χ. αντικατάστασης ισχίου, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους
5	Υπηρεσίες φροντίδας κατ’ οίκον
6	Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα
7	Χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, μεταμόσχευση οργάνων και ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών
8	Υπηρεσίες προαγωγής της υγείας/ αγωγής σε θέματα υγείας, προκειμένου οι άνθρωποι να διάγουν υγιή βίο
9	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 g, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης
10	Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους
11	Θεραπευτικές αγωγές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
12	Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους

3.7 Λογοδοσία για τη λογική εφαρμογή (accountability for reasonableness)

Υπάρχει έντονη επιφύλαξη στους γιατρούς, στους ασθενείς και στους πολίτες, που πηγάζει, εν μέρει, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το διαδίκτυο και τις οργανώσεις πολιτών, η οποία συχνά έγκειται στην πίστη πως οι αποφάσεις εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης οδηγούνται αποκλειστικά από το τελικό αποτέλεσμα (τη μείωση δαπανών) κι όχι την αύξηση της ευημερίας των ασθενών και της κοινωνίας ευρύτερα.

Η ηθική νομιμότητα των ορίων και των προτεραιοτήτων περιλαμβάνει όχι μόνο το ποιος έχει την ηθική εξουσία να τα ορίζει (όρια και προτεραιότητες), αλλά και πώς αυτές θέτονται.

Σε μερικές χώρες, με συστήματα καθολικής κάλυψης, έγινε προσπάθεια να αντιμετωπιστούν τα ζητήματα της νομιμότητας με τη διάρθρωση θεμελιωδών αρχών, με τις οποίες πρέπει να θεσπίζονται οι προτεραιότητες. Ο «Holm» (1998) υποστήριξε πως αυτές οι θεμελιώδεις αρχές αποδείχτηκαν πολύ γενικές και ασαφείς στην πράξη.

Ένα δεύτερο κύμα προσπαθειών εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώθηκε στη δημιουργία δίκαιων και αποδεκτών από τους πολίτες διαδικασιών για τη λήψη τέτοιων αποφάσεων. Τα στοιχεία- κλειδιά της δίκαιης διαδικασίας πρέπει να περιλαμβάνουν :

- i. Τη διαφάνεια για τις αιτίες των αποφάσεων
- ii. Προσφυγή σε αιτιάσεις που όλοι αποδέχονται πως συνεισφέρουν στη δίκαιη αντιμετώπιση των αναγκών, και
- iii. Διαδικασίες επανεξέτασης των αποφάσεων υπό το φως νέων δεδομένων.

Αυτά τα τρία στοιχεία εξασφαλίζουν τη λογοδοσία για τη λογική εφαρμογή.

Η λογοδοσία για τη λογική εφαρμογή (accountability for reasonableness) εισάχθηκε απ' τους «Daniels, Sabin» (2002) και αποτελεί ένα θεωρητικό πλαίσιο για δίκαιη ιεράρχηση προτεραιοτήτων, το οποίο βασίζεται σε θεωρίες δικαιοσύνης και δίνει έμφαση στη δημοκρατική διαβούλευση.

Το πλαίσιο της λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή δίνει τη δυνατότητα στη διαδικασία της ιεράρχησης προτεραιοτήτων, η οποία εφαρμόζεται σε κάθε οργανισμό υγείας, να αξιολογείται με βάση τέσσερις ηθικές προϋποθέσεις («Mitton, Donaldson», 2004).

Σύμφωνα μ' αυτή τη μέθοδο, της λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή (accountability for reasonableness), οι αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων θα είναι δίκαιες αν ικανοποιούν τέσσερις συνθήκες (πίνακας 7):

1. Συνάφεια: Το σκεπτικό για τις αποφάσεις θέσπισης ορίων πρέπει να ορίζεται από αιτίες (πληροφόρηση κι αξίες), για τις οποίες λογικά σκεπτόμενα άτομα (μάνατζερ, ασθενείς κι άλλοι δικαιούχοι) θα συμφωνούν ότι είναι σχετικές με την εξεύρεση των αναγκών σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας υπό το καθεστώς των περιορισμένων πόρων.
2. Δημοσιότητα: οι αποφάσεις θέσπισης ορίων και η αιτιολογία τους πρέπει να είναι προσβάσιμες και φανερές σ' όλους.
3. Ανασκόπηση /Ικανότητα ν' αγγίζουν: πρέπει να υπάρχει ένας μηχανισμός για πρόκληση και αμφισβήτηση προγενέστερων προτάσεων, που να σχετίζεται με την απόφαση θέσπισης νέων ορίων, η οποία να περιλαμβάνει την ευκαιρία αναθεώρησης των αποφάσεων υπό το φως περαιτέρω αποδείξεων, τεκμηριώσεων, εξελίξεων ή διαφωνιών.
4. Ενδυνάμωση: πρέπει να υπάρχει είτε εθελοντικός, είτε δημόσιος κανονισμός που να διέπει τη διαδικασία, ώστε να εξασφαλίζεται ότι τηρούνται οι τρεις πρώτες συνθήκες.

Η μέθοδος της λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή βρίσκεται στο μέσον μεταξύ του φανερού και σαφούς εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και του σιωπηρού και συγκεκαλυμμένου.

Όπως οι σιωπηρές και συγκεκαλυμμένες προσεγγίσεις, η μέθοδος αυτή δεν απαιτεί τον διαχρονικό προσδιορισμό των σαφών και φανερών θεμελιωδών αρχών, ενώ παράλληλα, όπως οι φανερές και σαφείς προσεγγίσεις αποζητά τη διαφάνεια των αιτιάσεων. Αν λοιπόν δεν είναι εφικτή η εύρεση της κοινής συνισταμένης αναφορικά με τις θεμελιώδεις αρχές, τότε υπάρχει αναγκαιότητα για μια διαδικασία που να επιτρέπει να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο, το οποίο να προσαρμόζει τις αποφάσεις ανάλογα με τις πραγματικές συνθήκες που αντιμετωπίζονται διαχρονικά («Daniels», 2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΛΟΓΟΛΟΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΟΓΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Πηγή: Daniels N., Sabin J E., (2002) Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press; 2002.

Συνάφεια: Οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται με βάση τέτοιες αιτίες (τεκμηρίωση, αρχές, επιχειρήματα), για τις οποίες λογικά σκεπτόμενα άτομα συμφωνούν πως είναι σχετικές με τις υπάρχουσες συνθήκες.

Δημοσιότητα: Οι αποφάσεις κι η λογική που οδήγησε σε αυτές πρέπει να είναι διαφανείς και προσβάσιμες στους πολίτες.

Ανασκόπηση: Πρέπει να δίνονται ευκαιρίες για ανασκόπηση και επανεξέταση των αποφάσεων υπό το φως περαιτέρω τεκμηρίωσης ή επιχειρημάτων. Επίσης πρέπει να υπάρχει μηχανισμός πρόκλησης και συζήτησης των αποφάσεων.

Ενδυνάμωση: Πρέπει να προβλέπεται είτε εθελοντικός είτε δημόσιος κανονισμός για τη διαδικασία, ώστε να διασφαλίζεται η τήρηση των υπόλοιπων τριών όρων.

3.8 Οι απόψεις των διαμορφωτών πολιτικών για τον εξορθολογισμό και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων (ή εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης) είναι ένα πειστικό ζήτημα για όλα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Είναι πολύπλοκο και δυσεπίλυτο πρόβλημα για τα ιδρύματα, που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, να κατανοήσουν πλήρως ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για να γίνει η ιεράρχηση προτεραιοτήτων.

Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι διεξαγωγής ιεράρχησης προτεραιοτήτων, αλλά καμία δεν έχει αξιολογηθεί ως η καλύτερη μέθοδος ή διαδικασία. Το ερώτημα που εγείρεται είναι : πώς μπορούμε να αξιολογήσουμε την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα κάθε διενέργειας ιεράρχησης προτεραιοτήτων;

Μία μελέτη που διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο του Τορόντο («Madden», 2004), είχε ως σκοπό τη συστηματική περιγραφή της άποψης των διαμορφωτών πολιτικών, για το ποια θεωρούν αποδοτική κι επιτυχημένη ιεράρχηση προτεραιοτήτων.

Στη μελέτη διεξάχθηκαν 43 συνεντεύξεις με άτομα που βρίσκονται σε θέσεις λήψης αποφάσεων σε διάφορους οργανισμούς, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Βρέθηκε πως οι διαμορφωτές πολιτικών, που συμμετείχαν στη μελέτη, αναγνώρισαν τέσσερις βασικές πηγές στόχων για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων:

1. Εσωτερικά, απ' την αποστολή, το όραμα και τις αξίες του οργανισμού.
2. Εξωτερικά από τις επίσημες εντολές απ' την κυβέρνηση.
3. Εξωτερικά (και περισσότερο ανεπίσημα) απ' την τοπική κοινωνία, όπου απευθύνονται οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
4. Άλλες πηγές, όπως ηθικά πλαίσια κι αρχές.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν στην ύπαρξη πέντε αναγκαίων προϋποθέσεων για αποδοτική ιεράρχηση προτεραιοτήτων:

1. Περιεκτική διαδικασία
2. Καλό σχέδιο επικοινωνίας και στρατηγικής στη διαδικασία
3. Προαποφασισμένα: όραμα, αποστολή και αξίες
4. Εξωτερική εμπλοκή, και
5. Μετρήσιμα αποτελέσματα

Τρία κύρια προβλήματα που επισήμαναν οι συμμετέχοντες ήταν:

1. Ανάγκη για ένα καθορισμένο πλαίσιο
2. Ανάγκη μεγαλύτερης συμμετοχής των πολιτών, και
3. Ανάγκη για βελτιωμένη σταθερότητα τόσο μεταξύ, όσο και εντός των οργανισμών και της κυβέρνησης.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, όμως, λίγα αναφέρονται για τα βασικά στοιχεία, δηλαδή τα κριτήρια και τις διαδικασίες της λήψης αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων καθώς και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της από μέλη συμβουλίων ή διοικητές μονάδων παροχής φροντίδας υγείας.

Μία προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση, διενεργήθηκε στον Καναδά («Gibson, Martin, Singer», 2004), όπου συστήθηκαν ομάδες εργασίας, αποτελούμενες από μέλη συμβουλίων και διοικητές μονάδων παροχής φροντίδας υγείας, οι οποίες με τη συνδρομή τριών ακαδημαϊκών κέντρων της Ιατρικής επιστήμης (Saskatoon Health Region, Kingston General Hospital και The Ottawa Hospital), ασχολήθηκαν με τη δημιουργία στρατηγικής για τη διαδικασία κατά την ιεράρχηση και θέσπιση προτεραιοτήτων από διαμορφωτές πολιτικών. Η στρατηγική διαδικασία βασίστηκε στις αρχές της μεθόδου “λογοδοσία για τη λογική εφαρμογή” που εισήγαγαν οι «Sabin και Daniels» (2002).

Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, τα κριτήρια για τη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να είναι (Πίνακας 8):

- Ταίριαγμα με τη Στρατηγική. Αυτό το κριτήριο περιγράφει την έκταση στην οποία οι κλινικές υπηρεσίες πρέπει να συμβάλλουν στην προαγωγή των στρατηγικών κατευθύνσεων (όραμα, αποστολή, αξίες και στόχοι) των οργανισμών ή μονάδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και αναγνωρίζει την αναγκαιότητα να αποτελεί η στρατηγική τον καθοδηγητή- κλειδί για τον λειτουργικό σχεδιασμό και όχι ο προγραμματισμός, ο οποίος βασίζεται σε ιστορικά δεδομένα και σε βραχυπρόθεσμες πολιτικές επιλογές.
- Ευθυγράμμιση με τις εξωτερικές οδηγίες. Αυτό το κριτήριο αναφέρεται στην αναγνώριση των υπαρχουσών υποχρεώσεων, οι οποίες εκπορεύονται από την κυβέρνηση και τη νομοθεσία και δηλώνει τον περιορισμένο βαθμό ελευθερίας, μέσα στον οποίο θα ληφθούν αποφάσεις θέσπισης προτεραιοτήτων. Ταυτόχρονα, υποδεικνύει πόσο σημαντική είναι η συμμετοχή των διαμορφωτών πολιτικών των οργανισμών και μονάδων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στα ευρύτερα κυβερνητικά όργανα, προκειμένου να επιτευχθούν οι τοπικοί και περιφερειακοί στόχοι των υπηρεσιών υγείας.
- Ακαδημαϊκές δεσμεύσεις. Αυτό το κριτήριο συνίσταται σε δύο υποκριτήρια, που αντανακλούν τη συσχέτιση του οργανισμού ή μονάδας με το τοπικό Πανεπιστήμιο και την Ιατρική σχολή. Το υποκριτήριο της εκπαίδευσης δίνει έμφαση στο ρόλο των κλινικών προγραμμάτων στην εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας και στη διευκόλυνση της ενσωμάτωσης δραστηριοτήτων ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το υποκριτήριο της έρευνας δίνει έμφαση στο ρόλο των ακαδημαϊκών επιστημονικών κέντρων στην καθιέρωση δεδομένων βέλτιστης πρακτικής στη δημιουργία νέας ιατρικής γνώσης και τεχνολογικής καινοτομίας.

- Κλινικά αποτελέσματα. Αυτό το κριτήριο, πρωταρχικά, αναφέρεται στους όρους της αναγκαίας έντασης παροχής των υπηρεσιών, ώστε να διασφαλιστεί η κλινική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού και να παρέχεται ασφαλής και αποδοτική φροντίδα στους ασθενείς. Άλλοι, σχετικοί με αυτό το κριτήριο, παράγοντες περιλαμβάνουν την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη από τις ασθένειες, την απaráμιλλη παροχή των υπηρεσιών υγείας στην τοπική περιφέρεια και την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών. Με τον ορισμό αυτών των παραγόντων διευκολύνεται η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων και πληροφοριών.
- Ανάγκες της κοινότητας. Αυτό το κριτήριο περιγράφει τις ανάγκες των ασθενών που απευθύνονται στον οργανισμό ή τη μονάδα. Περιλαμβάνει την παρούσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία μπορεί να μετρηθεί στη βάση της παρούσας χρήσης και των δεδομένων από λίστες αναμονής, όπως και στη μελλοντική ζήτηση που μελετάται από τα δεδομένα του πληθυσμού και τις εξελίξεις (π. χ. γήρανση του πληθυσμού). Η αντιμετώπιση των αναγκών της τοπικής κοινωνίας καθορίζεται από την ύπαρξη άλλων οργανισμών ή μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (π. χ. η αντιμετώπιση των αναγκών της τοπικής κοινωνίας γίνεται επιτακτικότερη για τον οργανισμό ή τη μονάδα αν είναι ο μοναδικός /ή που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία).
- Συνέργιες (εξωτερικές). Αυτές υποδηλώνουν τις υπάρχουσες επίσημες συμφωνίες και δεσμεύσεις με άλλους οργανισμούς ή μονάδες στο συντονισμό της παροχής υπηρεσιών υγείας, στον τοπικό πληθυσμό. (π. χ. συμφωνίες συστάσεων για την πρόσβαση των ασθενών σε ειδικούς ιατρούς ή συμφωνίες μεταφοράς ασθενών από το νοσοκομείο σε οίκους χρόνιων παθήσεων). Οι συνέργιες θεωρούνται αποτελεσματικοί τρόποι για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της χρησιμότητας των πόρων μέσα στην τοπική κοινωνία ή την ευρύτερη περιφέρεια.
- Αλληλεξάρτηση (εσωτερικά). Αυτό το κριτήριο περιγράφει τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των κλινικών υπηρεσιών μέσα στον οργανισμό ή τη μονάδα, για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (π. χ. μέσω εξατομικευμένων μοντέλων θεραπείας) ή την αποδοτικότερη χρήση των πόρων.
- Επιρροή στους πόρους. Αυτό το κριτήριο περιλαμβάνει μια δέσμη παραγόντων, που σχετίζονται με την κινητικότητα των ανθρώπινων και των χρηματοοικονομικών πόρων. Αν και αναγνωρίζεται πως ο στρατηγικός σχεδιασμός δεν πρέπει να υπερσκελίζεται από λειτουργικά θέματα, οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας υποστήριξαν πως το ζήτημα της χρήσης των πόρων είναι σχετικό με τη θέσπιση προτεραιοτήτων στις

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ

Πηγή : Gibson J., Martin D., Singer P., (2004). Setting priorities in health care organizations: criteria, processes and parameters of success, B M C Health Services Research, 4:25

- ✓ **Ταίριαγμα με τη Στρατηγική**
- ✓ **Ευθυγράμμιση με τις εξωτερικές οδηγίες**
- ✓ **Ακαδημαϊκές δεσμεύσεις : Εκπαίδευση
 Έρευνα**
- ✓ **Κλινική έκβαση**
- ✓ **Ανάγκες της κοινότητας**
- ✓ **Συνέργιες (εξωτερικές)**
- ✓ **Αλληλεξάρτηση (εσωτερικά)**
- ✓ **Μεταβίβαση πόρων**

Οι διαμορφωτές πολιτικών, όταν ερωτήθηκαν για τα στοιχεία - κλειδιά της διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων, ώστε η τελευταία να διακρίνεται για την υπευθυνότητα και τη δικαιοσύνη, υπέδειξαν δέκα στοιχεία. (Πίνακας 9)

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ

Πηγή : Gibson J., Martin D., Singer P., (2004). Setting priorities in health care organizations: criteria, processes and parameters of success, B M C Health Services Research, 4:25

- 1. Επιβεβαίωση του στρατηγικού σχεδίου**
- 2. Διασαφήνιση της αρχιτεκτονικής των προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένης της ομαδοποίησης των προγραμμάτων και του ορισμού τους.**
- 3. Διασαφήνιση του ρόλου και των ευθυνών των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και των μανάτζερ.**
- 4. Απόφαση ποιοι θα λαμβάνουν τις αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων και τι θα κάνουν.**
- 5. Δέσμευση εσωτερικών/ εξωτερικών δικαιούχων.**
- 6. Ορισμοί των κριτηρίων ιεράρχησης προτεραιοτήτων και συλλογή δεδομένων/ πληροφοριών.**
- 7. Δημιουργία αποτελεσματικής επικοινωνίας της στρατηγικής.**
- 8. Δημιουργία διαδικασίας ανασκόπησης των αποφάσεων.**
- 9. Δημιουργία διαδικασίας παρακολούθησης και αξιολόγησης των στρατηγικών.**
- 10. Υποστήριξη της διαδικασίας μέσω στρατηγικών ανάπτυξης της ηγεσίας και διαχείρισης αλλαγών.**

Μερικά από αυτά τα στοιχεία αντανακλούν τη δημοσιότητα, την αναθεώρηση και την ενδυνάμωση που προτείνει η μέθοδος της “λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή” (accountability for reasonableness).

Τα προαπαιτούμενα βήματα, που πρέπει να υλοποιηθούν πριν λάβει χώρα η θέσπιση προτεραιοτήτων είναι:

1. Ο οργανισμός ή η μονάδα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να καθιερώνει, να επικοινωνεί και να επιβεβαιώνει το στρατηγικό σχέδιό του. Αυτό είναι αναγκαίο για να διασφαλιστεί ότι οι προτεραιότητες που προέκυψαν για τις κλινικές υπηρεσίες, μέσω της διαδικασίας θέσπισης προτεραιοτήτων, είναι ευθυγραμμισμένες και εξυπηρετούν την αποστολή και τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού ή της μονάδας. Κατά συνέπεια, πρέπει οι διαμορφωτές πολιτικών ιεράρχησης προτεραιοτήτων να γνωρίζουν σε ποια κατεύθυνση θέλει να πάει ο οργανισμός ή η μονάδα, ώστε να θέσουν εκείνες τις προτεραιότητες που θα τον οδηγήσουν εκεί.
2. Η αρχιτεκτονική του προγραμματισμού του οργανισμού ή της μονάδας (δηλαδή ποιες υπηρεσίες προσφέρονται και πώς ομαδοποιούνται διαχειριστικά και προγραμματικά) πρέπει να είναι αποσαφηνισμένη, προκειμένου να τεθούν προτεραιότητες στις κλινικές υπηρεσίες, οι οποίες να είναι σχετικές με τις υπάρχουσες δραστηριότητες.

Αυτό το βήμα είναι σημαντικό για τον ακριβή προσδιορισμό της σειράς με την οποία θα ιεραρχηθούν οι δραστηριότητες των κλινικών υπηρεσιών, αλλά και γενικότερα για να ολοκληρωθεί μια ακριβής καταγραφή των κλινικών υπηρεσιών, οι οποίες πρέπει να ιεραρχηθούν.

3. Οι ειδικές ευθύνες του διοικητικού συμβουλίου και των διοικητών, αναφορικά με τη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων, πρέπει να αποσαφηνιστούν ευθύς εξ' αρχής κι εξ' ολοκλήρου. Οι διαμορφωτές πολιτικών διέκριναν κάποια σύγχυση σχετικά με αυτές τις ευθύνες, δεδομένου ότι η θέσπιση προτεραιοτήτων στις κλινικές υπηρεσίες περιλαμβάνει μια επικάλυψη μεταξύ της στρατηγικής ευθύνης των μελών του διοικητικού συμβουλίου και της λειτουργικής ευθύνης των ανώτερων διοικητικών στελεχών του οργανισμού ή της μονάδας.
4. Οι εκτελεστικοί υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να είναι μια ομάδα διαφορετικών επιστημόνων κι ο ρόλος τους πρέπει να είναι σαφώς κι ευκρινώς προσδιορισμένος. Οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας έδωσαν έμφαση στη σημαντικότητα της από κοινού λογοδοσίας (υπευθυνότητας)

5. Οι δικαιούχοι (stakeholders) πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων, αν και, ο εκτελεστικός υπεύθυνος θα είναι ο τελικός υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Οι δικαιούχοι (εσωτερικοί π. χ. προσωπικό και εξωτερικοί π. χ. ομάδες της κοινότητας, επιτετραμμένοι της κυβέρνησης) πρέπει να συμμετέχουν, εν μέρει, ως πληροφοριοδότες με συμβουλευτικό ρόλο, για τους ειδικούς και τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου.
6. Τα κριτήρια ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να είναι σαφώς προσδιορισμένα και κατανοητά από τους διαμορφωτές πολιτικών και τους δικαιούχους. Δεδομένα/ πληροφορίες πρέπει να συλλέγονται για την υποστήριξη αυτής της διαδικασίας. Τα κριτήρια που έχουν αποφασισθεί πρέπει να διωρίζονται περαιτέρω με τη συμμετοχή των δικαιούχων και να ελέγχονται από τους διαμορφωτές πολιτικών, ώστε να διασφαλιστεί η κοινή αντιπροσώπευση του κάθε κριτηρίου κι η συνέπεια στην υλοποίησή του.
7. Πρέπει να εξασφαλιστεί η αποδοτική επικοινωνία της στρατηγικής, ώστε να διασφαλιστεί η διαφάνεια στη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Ο σκοπός αυτής της επικοινωνίας της στρατηγικής είναι να γνωρίζουν και να κατανοούν οι δικαιούχοι το εύρος και την αναγκαιότητα της λήψης αποφάσεων, που αφορούν στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τους βαθμούς ελευθερίας, μέσα στους οποίους θα λάβει χώρα η ιεράρχηση προτεραιοτήτων (συμπεριλαμβανομένου του σαφούς προσδιορισμού τού τι θα θυσιαστεί) και τις ιδιαιτερότητες της διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων (ποιος θα κάνει τι, πώς θα προχωράει η διαδικασία και γιατί). Επιπροσθέτως, οι αιτίες για τις αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να επικοινωνούνται με τους δικαιούχους και πρέπει να αναδεικνύουν με σαφήνεια πώς θα αιτιολογηθούν αυτές οι αποφάσεις υπό το φως των κριτηρίων ιεράρχησης και των διαθέσιμων δεδομένων/ πληροφοριών.
8. Πρέπει να δημιουργηθεί διαδικασία ανασκόπησης των αποφάσεων, με σκοπό να προβλέπονται και να περιλαμβάνονται σ' αυτή, οι ευκαιρίες για επανεξέταση των αποφάσεων. Οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας θεωρούν αυτές τις ευκαιρίες

Τέλος, οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας πρότειναν επιπλέον κριτήρια, τα οποία είναι σημαντικά για να βελτιωθεί η ποιότητα και να ενδυναμωθεί η ικανότητα δίκαιης ιεράρχησης προτεραιοτήτων διαχρονικά :

9. Πρέπει να εδραιωθούν στρατηγικές παρακολούθησης της διαδικασίας και επίσημης αξιολόγησης, ώστε να διασφαλιστεί η βελτίωση της ποιότητας και να επιτευχθεί η συνειδητοποίηση της δέσμευσης για οργανωσιακή μάθηση. Μια επίσημη αξιολόγηση της διαδικασίας, μετά τη θέσπιση προτεραιοτήτων, θα επιτρέψει να υιοθετηθούν τόσο οι καθιερωμένες καλές πρακτικές, όσο κι οι ευκαιρίες για βελτίωση που εμφανίζονται, , ώστε να βελτιωθεί η ιεράρχηση προτεραιοτήτων στο μέλλον.
10. Η διαδικασία της ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να υποστηρίζεται από στρατηγικές ανάπτυξης της ηγεσίας και διαχείρισης των αλλαγών, ώστε να ενδυναμωθεί η ικανότητα του οργανισμού ή της μονάδας για λήψη αποφάσεων στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Η ενδυνάμωση της ικανότητας πρέπει να επικεντρώνεται συγκεκριμένα στα μεσαία στελέχη, τα οποία δεν είναι διαμορφωτές πολιτικών, αλλά όμως μπορούν να παίζουν ρόλο-κλειδί στην επικοινωνία με το προσωπικό και στην εφαρμογή των αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων.

Όταν ερωτήθηκαν οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας πώς θα γνωρίζουν αν η διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων πέτυχε, απάντησαν πως πρέπει να αξιολογηθούν τόσο οι παράμετροι των αποτελεσμάτων, όσο και οι παράμετροι της διαδικασίας. (Πίνακας 10)

Οι παράμετροι των αποτελεσμάτων εξετάζουν τις συνέπειες της ιεράρχησης προτεραιοτήτων α) στις προτεραιότητες του οργανισμού ή της μονάδας και στον προϋπολογισμό τους, β) στο προσωπικό και δ) στην τοπική κοινωνία. Αναλυτικότερα:

α) Οι συνέπειες στις προτεραιότητες του οργανισμού ή της μονάδας και στον προϋπολογισμό τους αφορούν στην έκταση της επιτυχίας της διαδικασίας ιεράρχησης

προτεραιοτήτων στην αλλαγή των προτεραιοτήτων του οργανισμού ή της μονάδας, στη δημιουργία της δυνατότητας μεταβίβασης πόρων και στην υποστήριξη ή/ και στην υλοποίηση της αποστολής του, συνεισφέροντας στη μεγέθυνση και στην εξισορρόπηση του προϋπολογισμού των δαπανών.

β) Οι συνέπειες στο προσωπικό περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της επίδρασης της ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην ικανοποίηση του προσωπικού, στη βελτίωση του ηθικού του, στην προσέλκυση και στη διατήρηση του υπάρχοντος προσωπικού και στη συνολική κατανόηση από αυτό των νέων προτεραιοτήτων στον οργανισμό ή στη μονάδα υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

γ) Οι συνέπειες στην τοπική κοινωνία αφορούν στο πώς οι εξωτερικοί δικαιούχοι (οι πολίτες, οι περιφερειακοί συνεργάτες κι οι άλλοι ακαδημαϊκοί οργανισμοί που ασχολούνται με τις επιστήμες υγείας) επηρεάζονται από τις πρωτοβουλίες ιεράρχησης προτεραιοτήτων.

Οι παράμετροι της διαδικασίας εξετάζουν την αποδοτικότητα και τη δικαιοσύνη της διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων.

Η αποδοτικότητα μπορεί να αξιολογηθεί σε όρους είτε βελτίωσης της ικανότητας κατανομής των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στη λήψη αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων, είτε αντίληψης των δικαιούχων και των διαμορφωτών πολιτικών ότι η διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων απέφερε αξιόλογα αποτελέσματα.

Η δικαιοσύνη στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων μπορεί να αξιολογηθεί σε όρους είτε κατανόησης και δέσμευσης των δικαιούχων στη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων, είτε αποδοχής ότι οι αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων ήταν δίκαιες και λογικές, είτε βεβαιότητας ότι τόσο οι χαμένοι όσο κι οι κερδισμένοι δικαιούχοι αντιμετωπίστηκαν με δίκαιο τρόπο.

Ενδιαφέρονσα, εξ' άλλου, είναι η παρατήρηση πως οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας δεν αναγνώρισαν τη συνάφεια με τους όρους της “λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή”, ως μια παράμετρο επιτυχίας σχετιζόμενη με τη δικαιοσύνη.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα από αυτή την έρευνα υπέδειξαν τις πολύπλοκες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι διαμορφωτές πολιτικών στη διαχείριση των σπάνιων πόρων στη φροντίδα υγείας. Το εύρος των κριτηρίων που υπέδειξαν οι συμμετέχοντες στις ομάδες εργασίας παρέχει βαθιά γνώση (αντίληψη) των ανταγωνιστικών στόχων (κλινικών έναντι ακαδημαϊκών, τοπικών έναντι συστημικών, στρατηγικών έναντι λειτουργικών) και τις πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ των δικαιούχων, που πρέπει να λάβουν

υπόψη τους οι διαμορφωτές πολιτικών στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων στις κλινικές υπηρεσίες.

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 10</u>	
<u>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ</u>	
<u>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΚΒΑΣΕΩΝ</u>	<u>ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ</u>
<i>Επίδραση στις προτεραιότητες και στον Προϋπολογισμό</i>	<i>Επίδραση στη διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Αλλαγή προτεραιοτήτων, μεταβίβαση πόρων ● Ενδυνάμωση/ Υποστήριξη του στρατηγικού σχεδίου ● Δημιουργία/ Ενδυνάμωση συνθηκών ανάπτυξης ● Ισορροπημένος προϋπολογισμός δαπανών 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αύξηση της ευκολίας εκχώρησης και κατανομής των πόρων ● Βελτιωμένη ικανότητα στη λήψη αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων ● Αντιληπτή ανταποδοτικότητα του χρόνου που διατέθηκε
<i>Επίδραση στο προσωπικό</i>	<i>Δικαιοσύνη</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Ουδέτερη ή θετική επίδραση στην ικανοποίηση του προσωπικού ● Ουδέτερα ή θετικά αποτελέσματα στην παραμονή/ προσέλκυση προσωπικού ● Βελτίωση της οργανωσιακής αντίληψης 	<ul style="list-style-type: none"> ● Αντίληψη της διαδικασίας από τους δικαιούχους ● Δέσμευση των δικαιούχων ● Δίκαιες και λογικές προτεραιότητες ● Δίκαιη και συνεκτική διαδικασία ● Καλή διαχείριση των ζητημάτων που αφορούν στους κερδισμένους/ χαμένους
<i>Επίδραση στην τοπική κοινωνία</i>	<i>Συνάφεια με τους όρους της «λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή»;</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Ουδέτερη ή θετική ανταπόκριση από τα Μ. Μ. Ε. ● Βελτίωση της κοινωνικής αποδοχής ή της υποστήριξης της τοπικής κοινότητας ● Βελτίωση της αντίληψης των πολιτών για την υπευθυνότητα του οργανισμού ● Ολοκλήρωση της φροντίδας υγείας μέσω ανάπτυξης συμμαχιών ● Ενδυνάμωση της αναγνώρισης του ρόλου της Εκπαίδευσης/ Έρευνας ● Παράδειγμα προς μίμηση για τους άλλους οργανισμούς 	

Αυτά τα ευρήματα, όπως κι εκείνα προγενέστερων ερευνών, υποδεικνύουν πως οι θεωρήσεις της αποδοτικότητας ή των απλών τεχνικών λύσεων πρέπει να έχουν μόνο περιορισμένη επίδραση στη λήψη αποφάσεων και δεν είναι από μόνες τους αρκετές να καθοδηγήσουν τη λήψη αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων.

Με δεδομένο το εύρος των ενδιαφερόντων των δικαιούχων και τις ανταγωνιστικές αξίες, τα ευρήματα αυτής της έρευνας, έδειξαν τη σπουδαιότητα της δικαιοσύνης στη διαδικασία, ώστε να διασφαλιστούν αφ' ενός κοινωνικά αποδεκτές αποφάσεις και αφ' ετέρου κοινωνική λογοδοσία για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων.

Εξ' άλλου μια έρευνα που διεξήχθη σε νοσοκομεία του Οντάριο στον Καναδά, από τον «Reeleder και τους συνεργάτες του» (2005), είχε ως αντικείμενο διερεύνησης την ικανοποίηση των διοικητών των νοσοκομείων από τις δράσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Οι περισσότεροι διοικητές πιστεύουν πως η διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων στα νοσοκομεία τους ήταν δίκαιη, αναγνωρίζουν όμως, πως υπάρχει σημαντική δυνατότητα περαιτέρω βελτίωσης, ειδικά στον όρο της ενδυνάμωσης της διαδικασίας στο πλαίσιο της λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή.

3.9 Βελτίωση της ιεράρχησης προτεραιοτήτων στο νοσοκομείο

Μέσα απ' τη μελέτη των «Martin et al» (2003), προτάθηκε μια μέθοδος που βασίζεται στη διαδικασία «της λογοδοσίας για τη λογική εφαρμογή», με την οποία ενσωματώνεται η ιεράρχηση προτεραιοτήτων στον στρατηγικό προγραμματισμό των νοσοκομείων.

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει οκτώ συστάσεις:

1. Διασφάλιση πως έχουν ληφθεί υπόψη όλες οι σχετικές πληροφορίες (π. χ. πληροφορίες για τον αντίκτυπο στο πανεπιστήμιο και την τοπική κοινωνία). Πρέπει να συμπεριλαμβάνεται μια ανάλυση του αντίκτυπου των αποφάσεων στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.
2. Επαναθεώρηση των βασικών και κρίσιμων στοιχείων της διαδικασίας λήψης αποφάσεων (π. χ. το μέγεθος της ομάδας, συχνότητα συναντήσεων) για να επιτραπεί μια εις βάθος συζήτηση των αιτιών που οδηγούν στις αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων.

3. Επαναθεώρηση του μηχανισμού επίτευξης συμφωνίας. Χρήση της μεθόδου μυστικής ψηφοφορίας με καταμέτρηση των αποχών.
4. Διευκρίνιση των βασικών όψεων της λήψης αποφάσεων, όπως της σχέσης μεταξύ λειτουργικού και στρατηγικού προγραμματισμού, από πού πηγάζουν οι στρατηγικές κατευθύνσεις, τι περιλαμβάνει η περιγραφή της προτεραιότητας μιας κλινικής υπηρεσίας και δημιουργίας μιας μεθόδου η οποία θα επικοινωνεί τόσο την πρόοδο των αποφάσεων όσο και τον αντίκτυπό τους.
5. Έναρξη της διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων έγκαιρα, ώστε να δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος στους συμμετέχοντες να λάβουν γνώση των σχετικών πληροφοριών πριν από κάθε συνάντηση.
6. Δημιουργία ενός επίσημου σχεδίου επικοινωνίας, που να υποστηρίζει την διαδικασία στρατηγικού προγραμματισμού. Αυτό το σχέδιο επικοινωνίας πρέπει επικεντρώνεται στη συλλογή των μηνυμάτων απ' το προσωπικό του νοσοκομείου κι απ' την ευρύτερη κοινότητα του νοσοκομείου, ώστε να διασφαλιστεί πως έχουν λάβει γνώση της διαδικασίας, των αποφάσεων και των αιτιών.
7. Δημιουργία μιας επίσημης διαδικασίας προσφυγής. Ορισμός τόσο των συνθηκών, κάτω από τις οποίες θα επανεξετάζονται οι αποφάσεις (π. χ. με την ευκαιρία νέας τεκμηρίωσης ή επιχειρημάτων), όσο και του ατόμου στο οποίο θα απευθύνονται όσοι επιθυμούν να προσφύγουν.
8. Επανάληψη της μελέτης περίπτωσης κατά τη διάρκεια του επόμενου κύκλου προϋπολογισμού, ώστε να διασφαλισθεί η αποδοτικότητα των προτάσεων και να παρασχεθούν περαιτέρω τεκμηριωμένες συστάσεις για βελτίωση.

3.10 Εξορθολογισμός στη χρήση των φαρμάκων, στην έρευνα και στις νέες τεχνολογίες

Η εφαρμογή του εξορθολογισμού στη χρήση των φαρμάκων μόνο μετά την ικανοποίηση δύο προϋποθέσεων μπορεί να υλοποιηθεί («Petrie», 1994):

1. Αφού προηγουμένως έχει διασφαλιστεί η αποδοτική χρήση των πόρων σ' όλους τους τομείς που αφορούν στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
2. Κάθε απόφαση για τον εξορθολογισμό στην παροχή των φαρμάκων πρέπει να ληφθεί απ' την κοινωνία μέσω εκλεγμένων αντιπροσώπων της.

Ιεράρχηση προτεραιοτήτων πρέπει να θεσπιστεί τόσο στις έρευνες για την υγεία, όσο και στις εφαρμοσμένες έρευνες για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας («Lomas et al», 2003).

Καθώς η ιατρική και τεχνολογική καινοτομία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα αύξησης των δαπανών στη φροντίδα υγείας, τα ζητήματα προτεραιοτήτων καθίστανται ιδιαίτερα επιτακτικά για τις νέες τεχνολογίες.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των «Singer et al» (2000) προτείνουν έξι αλληλοσχετιζόμενες περιοχές ιεράρχησης προτεραιοτήτων, οι οποίες αφορούν στις νέες τεχνολογίες στην ιατρική:

1. Τους οργανισμούς, όπου λαμβάνονται αποφάσεις

(Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν δυο επιτροπές, η μία ασχολήθηκε με τη νέα τεχνολογία στην αντιμετώπιση του καρκίνου κι η άλλη με τη χρήση των ενδοστεφανιαίων προθέσεων (stents) και των νέων φαρμάκων για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυτές οι επιτροπές, αν και συστάθηκαν από το υπουργείο υγείας ως συμβουλευτικές, με υποχρέωσή τους να περιλάβουν ζητήματα ιεράρχησης προτεραιοτήτων στον τομέα τους η καθεμία, ουσιαστικά πολέμησαν τη θέσπιση προτεραιοτήτων).

Συγκεκριμένα, η επιτροπή αντιμετώπισης του καρκίνου αποφάσισε να απαιτήσει επιπλέον χρηματοδότηση για τις περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν δόθηκαν αποδοτικές θεραπείες σε ασθενείς, λόγω περιορισμένης χρηματοδότησης.

Ενώ η επιτροπή αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών παθήσεων έδωσε έμφαση στη διάκριση μεταξύ της μορφοποίησης συστάσεων για την κλινική πρακτική και της διαδικασίας χρηματοδότησης των προτεραιοτήτων.

2. Τα άτομα που λαμβάνουν τις αποφάσεις

Τα μέλη των επιτροπών περιέγραψαν ως στοιχείο κλειδί της δικαιοσύνης, την αντιπροσώπευση των ενδιαφερόντων όλων των δικαιούχων και προέβαλαν την απαίτηση της ύπαρξης ικανού αριθμού συμμετεχόντων, οι οποίοι να εκπροσωπούν τους πολίτες.

3. Τους παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη

Σ' αυτούς συγκαταλέγονται : το όφελος, η τεκμηρίωση, οι βλάβες, το κόστος, η αποτελεσματικότητα του κόστους και το είδος του θανάτου.

Το όφελος κατέχει τον σημαντικότερο ρόλο. Η τεκμηρίωση αντιπροσωπεύει το βαθμό της βεβαιότητας με την οποία είναι γνωστό το όφελος. Σε μερικές περιπτώσεις η επιτροπή έπρεπε να σταθμίσει το όφελος έναντι της τεκμηρίωσης. Όπου υπήρχε τεκμηρίωση ύπαρξης τόσο οφέλους όσο και βλαβών, τα μέλη της

επιτροπής αποφάνθηκαν πως οι ασθενείς, με τη συμβουλή και τη συμβολή του γιατρού τους, είναι οι καταλληλότεροι για να αποφασίσουν.

Το συνολικό κόστος για την παροχή μιας θεραπείας σε μια ομάδα ασθενών οδήγησε τη συζήτηση σε θέματα πρόσβασης και ισότητας. Για παράδειγμα η επιτροπή αντιμετώπισης του καρκίνου αποφάσισε πως οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν ισότιμα τις υπηρεσίες, ανεξάρτητα αν ανήκουν σε πολυπληθή ή ολιγοπληθή ομάδα ασθενών.

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα του κόστους, αν και τα επίσημα στοιχεία που είναι διαθέσιμα αφορούν μόνο στη μειονότητα των φαρμάκων που εξετάζονται, αυτά τα στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν για να υποστηρίξουν αποφάσεις που πρωταρχικά ελήφθησαν με όρους οφέλους και τεκμηρίωσης.

Τα είδη του θανάτου των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, σε σχέση με τους θανάτους των ασθενών που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις επηρέασαν τις απόψεις των επιτροπών. Ουσιαστικά η πιθανότητα της διάσωσης του ασθενή ή η απομάκρυνση του ενδεχομένου του θανάτου επηρέασαν την εκχώρηση των πόρων.

4. Τις αιτίες των αποφάσεων

Οι αιτίες που οδήγησαν τα μέλη των επιτροπών να λάβουν αποφάσεις δεν άπτονται σε ατομικούς παράγοντες, αλλά σε ομαδοποιήσεις παραγόντων.

Μερικές αποφάσεις άπτονται σε ομαδοποιήσεις φαρμάκων, όπου σε κάθε ομάδα φαρμάκων διακρίνονταν οι ομάδες παραγόντων για την κάθε ασθένεια.

Άλλες αποφάσεις συμπεριέλαβαν ομαδοποιήσεις παραγόντων, ομαδοποιήσεις φαρμάκων και ομαδοποιήσεις ασθενειών. Αυτή η διαδικασία αιτιολόγησης των αποφάσεων επιτρέπει στα μέλη της επιτροπής να επανεξετάσουν τις προηγούμενες αποφάσεις, ώστε να καταστεί εφικτή η αξιολόγηση της σταθερότητας της αιτιολόγησης.

5. Τη διαδικασία λήψης αποφάσεων

Ένα στοιχείο- κλειδί για τη διαδικασία είναι η διαφάνεια των αποφάσεων εντός της επιτροπής, αν κι οι αιτίες των αποφάσεων δεν δημοσιοποιούνται ευρέως εκτός της επιτροπής.

Άλλα στοιχεία της διαδικασίας που συνεισφέρουν στην εξασφάλιση της δικαιοσύνης είναι : η επισήμανση των ανταγωνιστικών ενδιαφερόντων, η παροχή της ευκαιρίας στον καθένα να εκφράσει τις απόψεις του, η διασφάλιση ότι όλα τα μέλη της επιτροπής αντιλαμβάνονται τις αποφάσεις, η διατήρηση της ειλικρίνειας, το χτίσιμο της κοινής συναίνεσης, η διασφάλιση διαθεσιμότητας συμβουλών από

εξωτερικούς (σε σχέση με την επιτροπή) ειδικούς, η διασφάλιση της καταλληλότητας των ζητημάτων που τίθενται στην ατζέντα και η διασφάλιση της επικαιρότητας στη λήψη αποφάσεων χρηματοδότησης, ώστε να είναι εφικτή η διάθεση νέων αποδοτικών τεχνολογιών στους ασθενείς.

6. Στον μηχανισμό προσφυγής για αναίρεση ή τροποποίηση των αποφάσεων

Οι συμμετέχοντες θεωρούν τον μηχανισμό προσφυγής για αναίρεση ή τροποποίηση των αποφάσεων στοιχείο- κλειδί της δικαιοσύνης και αποφάσισαν να επανεξετάζονται οι αποφάσεις υπό το φως νέας τεκμηρίωσης ή επιχειρημάτων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται οι στρατηγικές που υιοθέτησαν οι χώρες που έλαβαν μέτρα εξορθολογισμού, καθώς και τα συμπεράσματα κι οι παρατηρήσεις από τη διεθνή εμπειρία σε ζητήματα εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

4.1 Στρατηγικές φανερού και σαφούς εξορθολογισμού

Οι χώρες που προσπάθησαν να εφαρμόσουν σαφή και φανερή ιεράρχηση προτεραιοτήτων για τον προσδιορισμό των θεμελιωδών υπηρεσιών στη φροντίδα υγείας ακολούθησαν μια από τις δύο ακόλουθες στρατηγικές :

1. Απέρριψαν μόνο εκείνες τις υπηρεσίες για τις οποίες υπήρχε τεκμηρίωση πως είναι αναποτελεσματικές, ενώ συνέχισαν να χρηματοδοτούν με δημόσιους πόρους εκείνες τις υπηρεσίες, για τις οποίες δεν υπήρχε καθόλου τεκμηρίωση.
2. Συμπεριέλαβαν στις δημόσια χρηματοδοτούμενες όλες τις υπάρχουσες υπηρεσίες κι εφάρμοσαν κριτήρια ιεράρχησης προτεραιοτήτων μόνο για τις νέες υπηρεσίες.

Η μερική υπαναχώρηση από τον σαφή και φανερό εξορθολογισμό, σε μερικές χώρες, μπορεί να εξηγηθεί από τις δύσκολες προκλήσεις που σχετίζονται με τη θέσπιση προτεραιοτήτων. («Rathwell et al», 2006)

Ο «Caulfield και οι συνεργάτες του» (2001) δημιούργησαν ένα μοντέλο -το μοντέλο των τεσσάρων παραμέτρων-, το οποίο σχεδιάστηκε για να εξηγήσει ποιες υπηρεσίες

πρέπει να χρηματοδοτούνται με δημόσιους πόρους. Η εφαρμογή του μοντέλου ξεκινά με ένα προπαρασκευαστικό στάδιο, όπου αποφασίζεται αν η υπηρεσία είναι ηθικά αποδεκτή. Αν η υπηρεσία δεν κριθεί ηθικά αποδεκτή, τότε δεν χρειάζεται να υποβληθεί στην εξέταση των περαιτέρω τεσσάρων παραμέτρων.

Το μοντέλο βασίζεται στις απόψεις των ειδικών αναφορικά με τις δύο πρώτες παραμέτρους και επιτρέπει η υπηρεσία να περάσει από τον έλεγχο των υπολοίπων παραμέτρων όταν η τεκμηρίωση γι' αυτή δεν είναι πλήρης.

Η πρώτη παράμετρος είναι η αποτελεσματικότητα (δίνει αποτελέσματα η υπηρεσία;).

Η δεύτερη παράμετρος είναι η καταλληλότητα (πόσο μπορεί η υπηρεσία να ωφελήσει τους δυνητικούς λήπτες της;). Οι δυο πρώτες παράμετροι τροφοδοτούνται κι αποφασίζονται από τις απόψεις των ειδικών. Οι επόμενες δύο παράμετροι απαιτούν τη συμμετοχή των μελών της κοινωνίας ως καταναλωτών και ως πολιτών.

Η τρίτη παράμετρος είναι η κοινή συναίνεση που εξασφαλίζεται μετά από κατάλληλη ενημέρωση και πληροφόρηση του λήπτη (πράγματι ο λήπτης επιθυμεί την υπηρεσία, δεδομένων των κινδύνων και του οφέλους που ελλοχεύει;) και απαιτεί το διάλογο μεταξύ του λήπτη και του παροχέα της υπηρεσίας (πίνακας 11).

Η τέταρτη παράμετρος περιλαμβάνει το σαφές και άμεσο ερώτημα αν τα μέλη της κοινωνίας πρέπει να πληρώσουν γι' αυτή την υπηρεσία. Αν η απάντηση είναι θετική, τότε η υπηρεσία συμπεριλαμβάνεται στις δημόσια χρηματοδοτούμενες, αν είναι αρνητική τότε δίνεται η δυνατότητα να παρέχεται αυτή η υπηρεσία ιδιωτικά (με τους όρους της αγοράς) για όσους πολίτες επιθυμούν να τη λάβουν, αφού είναι πρόθυμοι να πληρώσουν με δικούς τους πόρους το αντίτιμο γι' αυτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Πηγή : Caulfield A., Burgess M., Williams B., Baily M., Cladwick R., Cho M., Deber R., Fleising U., Flood C., Friedman J., Lank R., Owen T., Sproule J., (2001), Providing genetic testing through the private sector- a view from Canada, *Issuma*, 2(3): 1-10.

Φάση 1^η :	Φάση 2^η :	Φάση 3^η :
Καθορισμός στόχων	Σχεδιασμός δράσης	Αξιολόγηση δράσης Επικοινωνία αποτελεσμάτων
<p>≈ <u>Βήμα 1^ο</u> : Προσδιορισμός της κρίσιμης ερώτησης</p> <p>≈ <u>Βήμα 2^ο</u> : Προσδιορισμός του σκεπτικού εμπλοκής των πολιτών</p> <p>≈ <u>Βήμα 3^ο</u> : Επιβεβαίωση/ Επανεξέταση της απόφασης για συμμετοχή των πολιτών στην διαδικασία</p>	<p>≈ <u>Βήμα 4^ο</u> : Προσδιορισμός της δράσης που θα αναλάβουν οι πολίτες</p> <p>≈ <u>Βήμα 5^ο</u> : Προσδιορισμός του επιθυμητού επιπέδου εμπλοκής των πολιτών</p> <p>≈ <u>Βήμα 6^ο</u> : Απόφαση για το χρόνο της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων</p> <p>≈ <u>Βήμα 7^ο</u> : Επιλογή συμμετεχόντων</p> <p>≈ <u>Βήμα 8^ο</u> : Τελειοποίηση της δομής της συμμετοχής των πολιτών στη διαδικασία</p>	<p>≈ <u>Βήμα 9^ο</u> : Αξιολόγηση της άσκησης συμμετοχής</p> <p>≈ <u>Βήμα 10^ο</u> : Έκδοση των αποτελεσμάτων</p>

Εξ' άλλου οι προσεγγίσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων που έχουν εφαρμοστεί στις διάφορες χώρες εντάσσονται, σε γενικές γραμμές, σε δύο κατηγορίες:

- * Αρχές γενικών οδηγιών και
- * Ορισμός πρακτικών.

Σε μερικές χώρες όπως η Νορβηγία, η Ολλανδία, η Σουηδία κι η Δανία έχει αποφασισθεί να δημιουργηθούν Αρχές, οι οποίες θα καθοδηγούν τις προσπάθειες ιεράρχησης. Ενώ άλλες χώρες όπως το Ην. Βασίλειο, το Ισραήλ, η Νέα Ζηλανδία και η Πολιτεία του Όρεγκον, έχουν εδραιώσει Σώματα, τα οποία μπορούν ενεργά να συστήσουν ποιες υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται από το σύστημα υγείας (πίνακας 12).

4.1.1 Η προσέγγιση των αρχών γενικών οδηγιών: προσπάθειες σαφούς και φανεράς ιεράρχησης προτεραιοτήτων

Αυτές οι προσπάθειες είχαν διαφορετική μορφή στις διάφορες χώρες που τις υιοθέτησαν: σε όλες τις χώρες που δημιούργησαν Αρχές γενικών οδηγιών συμμετείχαν σ' αυτές ειδικοί στην φροντίδα υγείας, αλλά διέφεραν στην συμμετοχή διοικητικών υπαλλήλων της κυβέρνησης και αντιπροσώπων των πολιτών.

Στις περισσότερες χώρες, αν όχι σε όλες, οι προσπάθειες ιεράρχησης προτεραιοτήτων ξεκίνησαν ως ανταπόκριση σε πολιτικούς λόγους, οι οποίοι υπαγόρευαν αυτή την ανάγκη. Στο Ην. Βασίλειο και σε μεγάλο βαθμό στις Σκανδιναβικές χώρες, καταγράφονταν στις εφημερίδες, διαρκώς, περιπτώσεις ασθενών, στους οποίους αρνήθηκαν θεραπείες που δυνητικά θα τους έσωζαν τη ζωή, όπως μεταμόσχευσης μυελού για συγκεκριμένα είδη καρκίνου.

Στο Ην. Βασίλειο, επιπροσθέτως, καταγράφηκαν αναφορές για διαφορές στην πρόσβαση στις διάφορες περιοχές της χώρας, οι οποίες ονομάστηκαν εκλογικεύσεις στην κατανομή και στη χρήση των πόρων βασισμένες στον ταχυδρομικό κώδικα. Στην Νορβηγία οι ολοένα αυξανόμενες λίστες αναμονής για θεραπείες δημιούργησαν πολιτικές πιέσεις για το σύστημα υγείας το οποίο ιεραρχούσε τις ανάγκες των ασθενών με λίστες αναμονής.

Σε χώρες, όπως η Ολλανδία και το Ισραήλ, δημιουργήθηκαν νέες νομοθεσίες που αφορούσαν την ανάγκη να αποφασισθεί ποιες υπηρεσίες θα παρέχονται στο προσφερόμενο πακέτο για όλους τους πολίτες.

Στο Όρεγκον, παρότι το Medicaid παρείχε ακριβές θεραπείες για όσους ήταν ασφαλισμένοι σ' αυτό, δεν κάλυπτε σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού κι η προσπάθεια εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώθηκε στο περιορισμό των ακριβών θεραπευτικών αγωγών που έδιναν χαμηλή αποτελεσματικότητα ώστε να επιτευχθεί κάλυψη μεγαλύτερου ποσοστού πολιτών απ' το Medicaid.

Νορβηγία

Το 1987 με δεδομένη την αυξημένη ζήτηση πόρων για υπηρεσίες φροντίδας υγείας και το ερώτημα πώς θα ιεραρχηθεί η χρήση των δεδομένων πόρων, η νορβηγική κυβέρνηση εγκαθίδρυσε την επιτροπή Lønning, το πρώτο σώμα που θα έθετε τις επακόλουθες αρχές ιεράρχησης και θα συζητούσε την εφαρμογή τους. Η επιτροπή αποφάσισε να χρησιμοποιήσει την σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή ως την αποκλειστική βάση για θέσπιση προτεραιοτήτων, υποδεικνύοντας 5 ομάδες προτεραιότητας:

1. Επείγουσα φροντίδα για ασθένειες που είναι απειλητικές για τη ζωή.
2. Θεραπευτικές αγωγές ή επεμβάσεις, οι οποίες προλαμβάνουν καταστροφικές ή πολύ σοβαρές μακρόχρονες καταστάσεις: για παράδειγμα ο καρκίνος.
3. Θεραπευτικές αγωγές ή επεμβάσεις, που προλαμβάνουν λιγότερο σοβαρές μακροχρόνιες καταστάσεις: για παράδειγμα η υπέρταση.
4. Θεραπευτικές αγωγές ή επεμβάσεις, που έχουν κάποιες ωφέλιμες δράσεις: για παράδειγμα το κρυολόγημα.
5. Θεραπευτικές αγωγές ή επεμβάσεις, για τις οποίες δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες δράσεις τους.

Η επιτροπή θεώρησε πως αυτός ο διαχωρισμός των θεραπευτικών αγωγών ή επεμβάσεων θα μπορούσε να καθοδηγήσει τις αποφάσεις χρηματοδότησης για διάφορες θεραπείες. Δέκα χρόνια μετά την εγκαθίδρυση της πρώτης επιτροπής, συνεστήθη δεύτερη επιτροπή. Αυτή η δεύτερη επιτροπή εισήγαγε την ανάγκη να λαμβάνεται υπόψη το δυνητικό αποτέλεσμα καθώς κι η αποτελεσματικότητα του κόστους ως δευτερεύουσες αρχές και να ισοσταθμίζονται με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή. Έτσι εισήγαγε 4 ομάδες προτεραιότητας:

- α. Θεμελιώδεις υπηρεσίες,
- β. Συμπληρωματικές υπηρεσίες,
- γ. Χαμηλής προτεραιότητας υπηρεσίες και
- δ. Υπηρεσίες που δεν έχουν προτεραιότητα.

Η επιτροπή αποπειράθηκε να ορίσει ποιες υπηρεσίες θα περιλαμβάνονται στην πρώτη κατηγορία εισάγοντας 3 κριτήρια:

1. Κίνδυνος θανάτου από την ασθένεια πάνω από 5-10% για τα επόμενα 5 χρόνια (σοβαρότητα).
2. Αύξηση της πιθανότητας πενταετούς επιβίωσης πάνω από 10% (αναμενόμενη έκβαση της θεραπείας).
3. Λογικά κόστη σε σχέση με τα οφέλη.

Η δεύτερη επιτροπή επικέντρωσε το ενδιαφέρον της περισσότερο στην διαδικασία θέσπισης προτεραιοτήτων, απ' ό,τι στις χρησιμοποιούμενες αρχές γι' αυτή. Μία από τις προτάσεις της επιτροπής ήταν να εδραιώνεται η έναρξη της διαδικασίας ιεράρχησης προτεραιοτήτων στη βάση κλινικών ομάδων οι οποίες θα θέτουν τις προτεραιότητες στην ειδικότητά τους.

Ολλανδία

Το 1990 η Ολλανδία εγκαθίδρυσε την Επιτροπή για τις Επιλογές στη Φροντίδα Υγείας, την ονομαζόμενη Dunning επιτροπή, για να συζητήσει τις μεθόδους και τις αρχές θέσπισης προτεραιοτήτων. Εκείνη τη χρονιά το υπουργικό συμβούλιο της Ολλανδίας αποφάσισε να συμπεριλάβει περίπου το 95% των διαθέσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο πακέτο των δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών.

Η επιτροπή θεώρησε πως για να διασφαλιστεί ότι όλες οι αναγκαίες υπηρεσίες θα μπορούν να παρέχονται, θα πρέπει να μειωθούν οι μη βασικές υπηρεσίες από το πακέτο. Καθορίστηκαν τέσσερις αρχές προτεραιότητας: η ανάγκη, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ατομική ευθύνη.

Η επιτροπή περιέγραψε αυτές τις αρχές ως τη δημιουργία ενός 'κόσκινου' που θα απομακρύνει τις υπηρεσίες που δεν θα χρηματοδοτούνται δημόσια.

Η ιδέα περιλάμβανε πως αυτές οι αρχές θα πρέπει να εφαρμόζονται προοδευτικά ξεκινώντας από την ανάγκη και στην πορεία των επόμενων αρχών να μειώνονται οι δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες.

Η αρχή της ανάγκης ορίστηκε πολύ πλατιά, σημαίνοντας, βασικά, κάθε θεραπευτική αγωγή ή επέμβαση η οποία μπορούσε να αποφέρει κάποιο όφελος. Αναφορικά με την αρχή της αποτελεσματικότητας, η επιτροπή διαχώρισε τις επεμβάσεις σε τρεις κατηγορίες: α) εκείνες για τις οποίες υπάρχει τεκμήριο οφέλους, β) εκείνες για τις οποίες υπάρχει περιορισμένο τεκμήριο οφέλους και γ) εκείνες για τις οποίες δεν υπάρχει τεκμήριο οφέλους.

Οι υπηρεσίες θα απομειώνονται καθώς θα απομένουν μόνο όσες αξίζουν τα χρήματα (value for money), χρηματοδοτώντας μόνο όσες είναι αποδοτικές και τελικά θα αποκλείονται οι υπηρεσίες για τις οποίες την πληρωμή τους μπορούν οι πολίτες να την αναλάβουν οι ίδιοι.

Το τελευταίο κριτήριο δεν προσδιόριζε πως θα αποκλείονται επιλογές τρόπους ζωής, όπως θεραπείες ασθενειών που οφείλονται στην κακή διατροφή. Μάλλον σηματοδοτούσε πως θα αποκλειστούν υπηρεσίες, τις οποίες μπορεί εύκολα να πληρώσει ο ίδιος ο ασθενής. Ένα παράδειγμα τέτοιας υπηρεσίας που έδωσε η Επιτροπή ήταν η συνήθης οδοντιατρική φροντίδα.

Αν και η οδοντιατρική φροντίδα είναι αναγκαία, αποτελεσματική και αποδοτική, οι ενήλικες μπορούν εύκολα να αναλάβουν οι ίδιοι το κόστος αυτών των υπηρεσιών και γι' αυτό θεωρήθηκε πως είναι προτιμότερο αυτές οι υπηρεσίες να επαφίενται στην ατομική ευθύνη των πολιτών. Η Επιτροπή έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην αλληλεγγύη και στην κατανόηση των απόψεων των πολιτών για τις αποφάσεις σε μάκρο επίπεδο.

Σουηδία

Το 1992 η Σουηδία συνέστησε την Επιτροπή Προτεραιοτήτων του Κοινοβουλίου. Η περισσότερη δουλειά που αφορούσε στα αντικειμενικά θέματα έγινε από τις τοπικές αρχές φροντίδας υγείας, ενώ η επιτροπή της κεντρικής κυβέρνησης εισήγαγε τρεις αρχές ως πλατφόρμα για την υλοποίηση: α) την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, β) την ανάγκη και την αλληλεγγύη και γ) την αποδοτικότητα του κόστους.

Η επιτροπή όρισε πέντε ομάδες προτεραιότητας με βάση το είδος της ασθένειας. Ενώ η αποδοτικότητα του κόστους ανήκε στις αρχές της πλατφόρμας για την υλοποίηση, η επιτροπή έκανε σαφές πως το κόστος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη μόνο σε συγκρίσιμες θεραπείες που αφορούν την ίδια κατάσταση-νόσο κι ότι μέτρα αποτελεσματικότητας που προσπαθούν να ποσοτικοποιήσουν την ποιότητα ζωής όπως τα Q. A. L.Y.'s δεν πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Συγκεκριμένα, όπως καταγράφει στην έρευνά του ο «Redwood» (2000) για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, στην πόλη Φαλούν, όπου έγινε η μεγαλύτερη πρόοδος σε θέματα ιεράρχησης προτεραιοτήτων, οι κλινικοί και διοικητικοί διευθυντές εργάστηκαν μαζί, προκειμένου να αποφασίσουν μια μέθοδο κατάταξης των ιατρικών υπηρεσιών που να είναι σύμφωνη με τις συμφωνημένες ηθικές αρχές. Αυτό θα διασφαλίζει περισσότερο την ισότιμη πρόσβαση μεταξύ των ασθενών που είχαν διαφορετική νόσο αλλά παρόμοια επίπεδα ανάγκης (ένα

είδος οριζόντιας ισότητας) και να ιεραρχήσουν την προτεραιότητα στην πρόσβαση για τους ασθενείς με τη μεγαλύτερη ανάγκη (κάθετη ισότητα).

Όπως και στην Ολλανδία, δόθηκε έμφαση στην αλληλεγγύη και στην ανάγκη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Το 1994 η Σουηδία σύστησε μία δεύτερη επιτροπή, η οποία επικεντρώθηκε περισσότερο στην αποκάλυψη των απόψεων των πολιτών, έναν παράγοντα που δεν είχε κανένα ρόλο στις εργασίες της πρώτης επιτροπής.

Δανία

Το 1996 το Δανέζικο Συμβούλιο Θεμάτων Ηθικής κατέγραψε τις αξίες, οι οποίες πρέπει να μορφοποιήσουν τη βάση για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας: ισότητα, αλληλεγγύη, ασφάλεια και αυτονομία.

Απ' αυτές τις αξίες το Συμβούλιο καθόρισε έναν γενικό στόχο για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που ορίζεται ως «Η ευκαιρία για αυτοέκφραση ανεξάρτητα από το κοινωνικό υπόβαθρο και την οικονομική δυνατότητα». Στην προσπάθεια ικανοποίησης αυτού του στόχου εισήχθησαν επιμέρους στόχοι όπως η ισότητα, η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα του κόστους και η δημοκρατία.

Η Επιτροπή διασαφήνισε πως αυτοί οι επιμέρους στόχοι θα πρέπει να εξισορροπούνται μεταξύ τους ακόμα κι αν μπορεί «να είναι δύσκολο να μεταφραστούν σε αποφάσεις, οι οποίες να έχουν συνέπειες στην καθημερινή ρουτίνα της παροχής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας». Πάντως αυτή η διασαφήνιση δεν παρείχε τις μεθόδους επιλογής μεταξύ των αξιών.

4.1.2 Η προσέγγιση προσδιορισμού των πρακτικών:

προσπάθειες σαφούς και φανεράς ιεράρχησης προτεραιοτήτων

Αυτή την προσέγγιση, που δεν περιλαμβάνει την υιοθέτηση αρχών για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, αντιμετώπισε την ιεράρχηση προτεραιοτήτων από την άποψη των συμμαγών αποφάσεων κατανομής των πόρων, όπως είναι ο προσδιορισμός του πακέτου των δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών ή της υιοθέτησης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών.

Αυτή την προσέγγιση ακολούθησαν το Ισραήλ, η Νέα Ζηλανδία, το Ην. Βασίλειο και η Πολιτεία του Όρεγκον.

Όρεγκον

Η εμπειρία της ιεράρχησης προτεραιοτήτων στο πρόγραμμα του Medicaid στην πολιτεία του Όρεγκον ξεκίνησε στην αρχή της δεκαετίας του 1990, παρουσιάζοντας το πιο σαφές και φανερό, καθώς και το πιο αντιφατικό παράδειγμα ιεράρχησης προτεραιοτήτων στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στις Ην. Πολιτείες της Αμερικής.

Ο στόχος του προγράμματος ήταν να επεκταθεί η κάλυψη όλων των πολιτών του Όρεγκον που ήταν κάτω του 100% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας (Ο. Ε. Φ.) (ενώ πριν καλυπτόταν μόνο ο πληθυσμός που βρισκόταν στο 58% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας), περιορίζοντας την κάλυψη σε μία βασική δέσμη υπηρεσιών που αποφασίστηκε από τον προϋπολογισμό του Medicaid και την κατάταξη των διαθέσιμων ιατρικών υπηρεσιών με βάση την αποτελεσματικότητα του κόστους της κάθε μίας.

Στην διαδικασία ελήφθησαν εξ αρχής υπόψη οι αξίες των πολιτών κι η Επιτροπή Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας του Όρεγκον διεξήγαγε 11 δημόσιες διαβουλεύσεις, 47 συναντήσεις και τηλεφωνική έρευνα πριν αποφασισθεί η αρχική κατάταξη των υπηρεσιών. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν στόχευαν στη δημιουργία της Κατάταξης της Ποιότητας της ευζωίας, η οποία χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της κατάταξης με βάση την αποτελεσματικότητα του κόστους των υπηρεσιών και επακολούθως αποφασίστηκε ποιες υπηρεσίες θα καλύπτονται από το Medicaid.

Αυτή η αρχική μέθοδος εγκαταλείφθηκε εξ' αιτίας της έντονης αντίδρασης των πολιτών για την κατάταξη των υπηρεσιών. Αντιδρώντας η Επιτροπή σε αυτή την αντίδραση των πολιτών καθώς και στην κριτική για τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, έθεσε πιο πλατιά κριτήρια κατάταξης, όπου οι γνώσεις των ειδικών κι οι κρίσεις των μελών της επιτροπής για την καταλληλότητα έπαιξαν μεγαλύτερο ρόλο. Ενώ το πρόγραμμα εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο Medicaid πέτυχε να καλύψει μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και να μειώσει το πλήθος των ανασφάλιστων πολιτών, ήταν άκρως αντιφατικό και αντιμετώπισε σημαντικό αριθμό πολιτικών και πρακτικών εμποδίων καθ' οδόν.

Η επιτροπή υπηρεσιών φροντίδας υγείας του Όρεγκον συνεχίζει μέχρι σήμερα να ενημερώνει την μεθοδολογία που χρησιμοποιεί για την ιεράρχηση και την επακόλουθη λίστα των υπηρεσιών που έχουν προτεραιότητα. Σε αυτήν την επιτροπή μετέχουν πολλοί αντιπρόσωποι των πολιτών αν και η πρόοδος των εργασιών της δεν περιλαμβάνει τόσες

δημόσιες συζητήσεις όσες προέβλεπε το αρχικό σχέδιο του προγράμματος. Το παράδειγμα του Όρεγκον συνιστά ένα δείγμα τόσο της δυνατότητας όσο και της δυσκολίας εφαρμογής σαφούς και φανεράς ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην επικράτεια των Ην. Πολιτειών της Αμερικής.

Αναφορικά με τις υπόλοιπες πολιτείες η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας παραμένει πρόβλημα για τη μειονότητα των πολιτών των Η. Π. Α. , φαίνεται όμως πως το σύστημα υγείας προς το παρόν λύνει τα προβλήματά του χωρίς να χρειαστεί να καταφύγει στον εξορθολογισμό της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Νέα Ζηλανδία

Το 1993 η Ν. Ζηλανδία σύστησε την πρώτη της Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τις θεμελιώδεις υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υποστήριξης αναπηριών, για να αξιολογήσει ποιες υπηρεσίες πρέπει να περιλαμβάνονται στο πακέτο των δημόσια χρηματοδοτούμενων. Ενώ η επιτροπή αναγνώρισε ότι οι υπάρχουσες πρακτικές συνιστούσαν μια, κατά περίπτωση, λίστα προτεραιοτήτων ξεκίνησε με αυτή τη λίστα και εργάστηκε προς την κατεύθυνση της αποκάλυψης: 1) διαφορών στην παροχή και τη διοίκηση των υπηρεσιών (μεταξύ γυναικών και ανδρών, μεταξύ αστικών και μη αστικών πληθυσμών, μεταξύ πληθυσμών σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές), 2) περιοχών όπου θα μπορούσε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και 3) προτιμήσεων των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ενώ αυτή η επιτροπή συζήτησε τις αρχές, όπως οι επιτροπές σε άλλες χώρες, η συζήτηση έλαβε χώρα με απώτερο στόχο να γίνουν προτάσεις για τις υπηρεσίες που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η επιτροπή απέρριψε την ιδέα της λίστας υπηρεσιών (όπως στο Όρεγκον), αλλά προσδιόρισε τα κριτήρια καταλληλότητας για την κάλυψη ειδικών υπηρεσιών. Προκειμένου η επιτροπή να κάνει τις κατάλληλες συστάσεις, αναζήτησε να βρει στοιχεία για το κόστος ανά μονάδα καθώς και το πλήθος των θεραπευτικών αγωγών/ επεμβάσεων υπό κανονικές συνθήκες και επισήμανε περιοχές όπου μπορούσε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα. Για τις αποφάσεις της η επιτροπή έλαβε γνώση των πληροφοριών για τις αξίες και τις απόψεις των πολιτών, οι οποίες συλλέχθηκαν μέσω δημοσίων συναντήσεων. Μετέπειτα η επιτροπή ονομάστηκε Εθνική Επιτροπή Υγείας, το 1996, και συνεδριάζει ετησίως για να επαναξιολογήσει και να προτείνει αλλαγές στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες με βάση τις νέες πληροφορίες και εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη.

Ο ρόλος της δεύτερης επιτροπής ήταν να μεταφράσει αυτές τις αρχές σε πρακτικά μέτρα, ώστε να καθοδηγηθούν οι αποφάσεις στο επίπεδο της χρηματοδότησης. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποίησε την ανάλυση κόστους χρησιμότητας και τη μέθοδο P. B. M. A., η οποία θεωρήθηκε πως είναι ένας δρόμος που συνδυάζει αφ' ενός την ανάγκη της ελαστικότητας με την οποία γίνονται αντιληπτές οι πολυπλοκότητες της κάθε απόφασης, και αφ' ετέρου το βαθμό της σαφήνειας και διαφάνειας, οι οποίες χρειάζονται για τη διασφάλιση της λογοδοσίας.

Η Εθνική Επιτροπή υγείας πρότεινε, προκειμένου να μειωθούν οι λίστες αναμονής, να θεσπιστούν κριτήρια, ώστε οι ασθενείς που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη να θεραπεύονται πρώτοι («Dixon, New», 1997).

Τα κριτήρια περιλάμβαναν:

- ◆ κλινικούς παράγοντες, όπως η σοβαρότητα της ασθένειας κι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, που τέθηκαν απ' την ιατρική κοινότητα
- ◆ κοινωνικούς παράγοντες, όπως η ικανότητα προς εργασία και η φροντίδα εξαρτωμένων μελών, που τέθηκαν απ' τα μέλη της κοινωνίας.

Σύμφωνα μ' αυτά τα κριτήρια οι ασθενείς θα έχουν έναν αντίστοιχο αριθμό προτεραιότητας, ο οποίος θα βοηθά τους ιατρούς ν' αποφασίζουν και τους ασθενείς να διαμορφώνουν ορθολογικά τις προσδοκίες τους.

Τα ζητήματα που πρέπει να μελετηθούν, προκειμένου να βελτιωθεί αυτή η πρακτική συνοψίζονται στα εξής:

1. Ποιοι κλινικοί και ποιοι κοινωνικοί παράγοντες θα ληφθούν υπόψη και με ποια βαρύτητα ο καθένας.
2. Μ' αυτή τη μεθοδολογία τίθενται προτεραιότητες για τη ζήτηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά πρέπει παράλληλα να προσδιοριστεί και το κατάλληλο μίγμα προϊόντων των παρεχόμενων υπηρεσιών.
3. Αν ο βασικός στόχος είναι η μεγιστοποίηση των οφελών στην υγεία απ' τους διαθέσιμους πόρους, τότε το κατάλληλο κριτήριο είναι η ανάλυση αποτελεσματικότητας-κόστους και όχι απλώς η αποτελεσματικότητα μιας επέμβασης-θεραπείας.
4. Οι ασθενείς που δε θα εξυπηρετούνται άμεσα επιστρέφουν στον οικογενειακό ιατρό τους, γεγονός που αυξάνει την ήδη αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες απ' τους οικογενειακούς ιατρούς κι ίσως τελικά έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους της συνολικής θεραπείας του ασθενή.

Ισραήλ

Το 1995 το Ισραήλ ψήφισε το νόμο περί Εθνικής Ασφάλισης Υγείας, εγγυώμενο ασφαλιστική κάλυψη για υγεία σε όλους τους πολίτες. Η ασφάλεια θα παρέχεται από ανταγωνιστικές ιδιωτικές χρηματοδοτήσεις, με την κυβέρνηση να έχει το ρόλο του μόνου καθοριστή. Σύμφωνα με αυτό το νόμο, όλοι οι πόροι που απαιτούνται, θα χρησιμοποιούνται για την παροχή του ίδιου βασικού πακέτου υπηρεσιών στους ασφαλισμένους, ενώ για όποιες υπηρεσίες δεν θα συγκαταλέγονται στο βασικό πακέτο θα πρέπει να πληρώσουν οι πολίτες. Όταν αρχικά υιοθετήθηκε αυτός ο νόμος, είχε αποφασισθεί πως το πακέτο των καλυπτόμενων υπηρεσιών θα ήταν το ίδιο με του μεγαλύτερου ασφαλιστικού ταμείου εκείνης της εποχής. Έτσι, όπως και στην Ν. Ζηλανδία, δεν υιοθετήθηκε καμία σαφής και φανερή διαδικασία για τη λήψη αποφάσεων, αν και αναγνωρίστηκε η ανάγκη ύπαρξης μιας διαδικασίας για τον προσδιορισμό του βασικού πακέτου υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε μία διαδικασία για την αξιολόγηση της τεχνολογίας και έκανε συστάσεις αναφορικά με τον τρόπο προσδιορισμού του βασικού πακέτου υπηρεσιών. Με αυτό το σύστημα οι νέες τεχνολογίες εξετάζονται σε τακτική βάση, προκειμένου να αναγνωριστούν εκείνες που δεν έχουν υπάρχουσες εναλλακτικές τεχνολογίες ή που έχουν σημαντική κλινική αποδοτικότητα συγκριτικά με τις υπάρχουσες τεχνολογίες. Η αξιολόγηση αυτών των νέων τεχνολογιών περιλαμβάνει την αξιολόγηση κλινικής τεκμηρίωσης, επιδημιολογικών και οικονομικών θεμάτων. Διενεργούνται αρκετές αξιολογήσεις από τις κατά περίπτωση ομάδες αξιολόγησης αυτών των όψεων των νέων τεχνολογιών και μετά δίδονται στο Φόρουμ Ιατρικής Τεχνολογίας, το οποίο αξιολογεί τις νέες τεχνολογίες και στο οποίο προεδρεύει ο Διοικητής της Ιατρικής Τεχνολογίας και μέλη είναι διοικητές, διοικητικά στελέχη και ερευνητές. Χρησιμοποιώντας ένα πακέτο κατευθυντήριων κριτηρίων (συμπεριλαμβανόμενων των απόψεων, όπως η δυνητική ικανότητα της τεχνολογίας στην πρόληψη της νοσηρότητας και της θνητότητας, το πλήθος των ασθενών που θα ωφεληθούν, τον τελικό αντίκτυπο στην κοινωνία και σε έκαστο ασθενή και αν το καθαρό κέρδος της κοινωνίας είναι υψηλότερο από το κόστος) το Φόρουμ κατατάσσει κάθε νέα τεχνολογία σε έναν πίνακα κατάταξης από 1-10 και κατηγοριοποιεί τις νέες τεχνολογίες σε υψηλής, ενδιάμεσης και χαμηλής προτεραιότητας. Η κατάταξη αυτή δίνεται στην Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή, η οποία από το 1999 περιλαμβάνει αντιπροσώπους των πολιτών και διοικητικών υπαλλήλων των Υπουργείων Υγείας, Οικονομικών και Ασφάλισης.

Η επιτροπή λαμβάνει υπόψη τις αξιολογήσεις και προτείνει ποιες νέες τεχνολογίες πρέπει να περιληφθούν στο βασικό πακέτο και με ποιους περιορισμούς στη χρήση τους.

Ηνωμένο Βασίλειο

Από πολύ νωρίς η ιδέα του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ήταν ένα αμφισβητούμενο θέμα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Όταν ξεκίνησαν να συστήνονται επιτροπές ιεράρχησης προτεραιοτήτων υπήρξε κάποια τάση στο Ηνωμένο Βασίλειο να τις ακολουθήσει. Αντί αυτού όμως το 1999 το NICE (National Institute For Health And Clinical Excellence) συστήθηκε προκειμένου : 1) να αξιολογήσει τις νέες τεχνολογίες στην υγεία, 2) να εδραιώσει τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και 3) να αξιολογήσει τις επεμβατικές πράξεις. Προκειμένου το NICE να φέρει εις πέρας αυτές τις απαιτήσεις έθεσε ερωτήματα όπως τι περιλαμβάνει η αναγκαία και κατάλληλη θεραπεία, πώς θα ενσωματωθούν οι όψεις αποτελεσματικότητας του κόστους στις αποφάσεις και ποιες υπηρεσίες θεραπείας ή επεμβάσεων πρέπει να χρηματοδοτούνται δημόσια. Το NICE προέβλεψε διάφορες οδούς συμμετοχής των πολιτών στην διαδικασία.

Ελβετία

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγε η «Santos-Eggimann» (2005) στο ελβετικό σύστημα υγείας έγιναν διακριτά κάποια φαινόμενα σιωπηρού και συγκαλυμμένου εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης:

1. Υπάρχει αμυδρή τεκμηρίωση, η οποία αποκαλύπτει την ύπαρξη εξορθολογισμού στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα για τις σωματικές ασθένειες, στο ατομικό επίπεδο.
2. Άτομα με ιδιωτική ασφάλιση υγείας και άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης ή εισοδήματος έχουν καλύτερη πρόσβαση στην προληπτική ιατρική και στην εξωνοσοκομειακή αποκατάσταση.
3. Είναι υπαρκτό το πρόβλημα της πρόσβασης των ασθενών στην ψυχιατρική φροντίδα.
4. Η έλλειψη διαθεσιμότητας κι η αδυναμία χρηματοδότησης ασφάλισης υγείας για την φροντίδα αποκατάστασης ή υποστήριξης έχει ως αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση στην φροντίδα που χρειάζονται οι χρόνια πάσχοντες.
5. Οι υποομάδες του πληθυσμού που πλήττονται περισσότερο είναι οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι ασθενείς που έχουν ασθενείς δεσμούς με το κοινωνικό σύνολό καθώς και εκείνοι που πάσχουν από νοητικές ασθένειες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟ 2003

Πηγή: Π. Ο. Υ. (Core Health Indicators, 2006)

Χώρα	Δαπάνες για την Υγεία ως ποσοστό του Α. Ε. Π.	Ποσοστό των δημόσιων δαπανών ως επί των συνολικών	Ποσοστό των ίδιων πληρωμών ως επί των συνολικών ιδιωτικών δαπανών	Κατά κεφαλή δαπάνες (Μ. Ο. Συναλλαγματικής ισοτιμίας σε \$ Η. Π. Α.)
Νορβηγία	10,3	83,7	95,40	4,976
Ολλανδία	9,8	62,4	20,80	3,088
Σουηδία	9,4	85,2	92,10	3,149
Δανία	9,0	83,0	92,5	3,534
Ισραήλ	8,9	68,2	89,10	1,514
Νέα Ζηλανδία	8,1	78,3	72,10	1,618
Μ. Βρετανία	8,0	85,7	76,70	2,428
Η. Π. Α. (Όρεγκον)	15,2	44,6	24,30	5,711

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

ΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Πηγή: Sabik L., Lie R International Journal for Equity in Health 2008, 7: 4 doi: 10.1186/1475-9276-7-7

Χώρα	Συμμετοχή διοικητικών υπαλλήλων της Κυβέρνησης	Συμμετοχή Επαγγελματιών υγείας	Συμμετοχή εκπροσώπων των πολιτών	Κυβερνητική επιτροπή
Νορβηγία	ναι	ναι	ναι	ναι *
Ολλανδία	όχι	ναι	όχι	ναι
Σουηδία	όχι #	ναι	ναι	ναι
Δανία	όχι	ναι	ναι	ναι
Ισραήλ	ναι	ναι	ναι	ναι ‡
Νέα Ζηλανδία	όχι	ναι	όχι †	ναι ‡
Μ. Βρετανία	όχι	ναι	ναι	όχι
Όρεγκον Η. Π. Α.	ναι	ναι	ναι	ναι

* Αντιπρόσωποι ασθενών

† Εμμέσως, δια δημόσιων συναντήσεων και ερευνών

‡ Τακτική διαδικασία επανεξέτασης

Συμμετοχή μελών του κοινοβουλίου

4.2 Συμπεράσματα απ τη μελέτη των χωρών και μελλοντικές κατευθύνσεις

Τα συμπεράσματα απ' τη μελέτη των χωρών («Sabik, Lie», 2008), που εφάρμοσαν μέτρα εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1. Αν και ήταν αντιφατικές οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν στο Όρεγκον, στο Ισραήλ, στη Νέα Ζηλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, έγιναν ευρέως αποδεκτές.
2. Σε συμφωνία με τη φανερή κοινωνική συναίνεση, που καταγράφεται στη βιβλιογραφία, η δημιουργία σωμάτων πολιτών με αντικείμενο τη θέσπιση αρχών για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων δεν έχει μεγάλο αντίκτυπο στην πολιτική.

Πρέπει να γίνουν προσπάθειες, ώστε να διασφαλιστεί πως οι πολίτες είναι γνώστες και καλά πληροφορημένοι για το τι συνέπειες επιφέρουν οι διαφορετικές αποφάσεις ιεράρχησης προτεραιοτήτων στα διάφορα επίπεδα. Το ζήτημα είναι α) να διασφαλιστεί η σαφήνεια, β) να είναι διαθέσιμες όλες οι αναγκαίες πληροφορίες και γ) οι αναλύσεις να εξάγονται λαμβάνοντας υπόψη τις συνέπειες που επιφέρει η κάθε απόφαση. Ταυτόχρονα, πρέπει να διασφαλιστεί ένα υψηλότερο επίπεδο πληροφόρησης των πολιτών για το ποιες αποφάσεις λαμβάνονται, σε ποια επίπεδα και για το ποιοι λόγοι υπάρχουν για τις αποφάσεις στο ατομικό επίπεδο. Μια τέτοια ανοικτή και φανερή διαδικασία είναι καθοριστική για να διασφαλιστεί πως οι αποφάσεις που λαμβάνονται στο ατομικό επίπεδο θα υπόκεινται σε κριτική και θα υπάρχει η δυνατότητα να τροποποιηθούν μέσω δημόσιων διαβουλεύσεων. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στον προγραμματισμό για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στις χώρες εκείνες που είναι οργανωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η δυνατότητα συμμετοχής απλών πολιτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (για παράδειγμα σε ακροατήριο ή σε συναντήσεις πολιτών).

3. Ένα άλλο συμπέρασμα είναι, πως ενώ μια τέτοια διαδικασία είναι ελκυστική και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην εμπλοκή των πολιτών, όπως περιγράφεται στην σχετική με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων βιβλιογραφία, ωστόσο δεν έχει στην πραγματικότητα εφαρμοστεί σε καμία απ' τις οκτώ χώρες που μελετήθηκαν.

Με βάση αυτά τα συμπεράσματα θα μπορούσε να προταθούν τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν οι μελλοντικές κατευθύνσεις της ιεράρχησης προτεραιοτήτων:

1. Είναι αναγκαίο να επανεξεταστεί το ενδεχόμενο ίδρυσης ενός μοντέλου «πάνελ ειδικών» προς την κατεύθυνση του σιωπηρού εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και της ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Είναι

2. Μια απ' τις βασικές προκλήσεις στο πεδίο της ιεράρχησης προτεραιοτήτων είναι να επιλεγεί το κατάλληλο επίπεδο εμπλοκής και προσφυγής των πολιτών για τις αποφάσεις, το οποίο οφείλει να είναι εξαιρετικά λιγότερο εκτενές απ' ότι ρητορικά προτείνεται, αλλά να διασφαλίζει πως οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι νόμιμες.

4.3 Συμπεράσματα από τη διεθνή εμπειρία

Από τη μελέτη της διεθνούς εμπειρίας στην εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

1. Η ευθύνη της ιεράρχησης προτεραιοτήτων βρίσκεται σε διάφορα επίπεδα στο σύστημα υγεία (μάκρο, μέσο και μικρο επίπεδο).

Η διεθνής εμπειρία δείχνει, με εξαίρεση το Όρεγκον, πως η προσπάθεια επικεντρώθηκε στην καθιέρωση γενικών αρχών και πλαισίων για τη λήψη αποφάσεων κι είχε την τάση να αγνοεί το ερώτημα πώς αυτές οι αρχές θα μεταφραστούν σε αποφάσεις στο κάθε επίπεδο ευθύνης. Επιπρόσθετα, αν το είδος της απόφασης που λαμβάνεται σε κάθε επίπεδο ποικίλει, τότε θα διαφέρει κι ο τρόπος με τον οποίο κάθε συγκεκριμένη μέθοδος ιεράρχησης προτεραιοτήτων μπορεί να είναι λειτουργική. Σε κάθε περίπτωση, οι αποφάσεις στα διάφορα επίπεδα πρέπει να είναι συμβατές μεταξύ τους. Αυτό επιβάλλεται για δύο λόγους:

- ✓ Τα κόστη των υπηρεσιών που παρέχονται στο κλινικό επίπεδο δεν πρέπει να υπερβαίνουν το ύψος της χρηματοδότησης που διατέθηκε στο μάκρο επίπεδο. Στη Ν. Ζηλανδία, για παράδειγμα, δεν είναι ξεκάθαρο αν οι προτάσεις εκείνων που

✓ Τα κόστη ευκαιρίας των κλινικών αποφάσεων έχουν έναν ενεργό αντίκτυπο και στα τρία επίπεδα. Η διαδικασία της σαφούς και φανεράς ιεράρχησης προτεραιοτήτων μπορεί να βοηθήσει, ώστε τα επίπεδα της λήψης αποφάσεων να είναι συμβατά μεταξύ τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο κατάφεραν στο Όρεγκον, περιορίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες/ θεραπείες στο Medicaid ν' αυξήσουν το ποσοστό κάλυψης των πολιτών. Παρόμοια, στη Σουηδία, οι συζητήσεις μεταξύ των διαμορφωτών πολιτικών στο νοσοκομειακό και στο κλινικό επίπεδο απέδωσαν τη δέσμευση να υπάρχει συμβατότητα στις αποφάσεις που λαμβάνονται στο κάθε επίπεδο με τις αποφάσεις που λαμβάνονται στο άλλο.

2. Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει έναν συνδυασμό τεκμηρίωσης και εκτίμησης.

Στις προσεγγίσεις των χωρών για τον εξορθολογισμό δόθηκε έμφαση στην ανάγκη να βασίζεται η διαδικασία στην τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας. Όσοι πρεσβεύουν το ρόλο της τεκμηριωμένης ιατρικής στη λήψη αποφάσεων, αναγνωρίζουν το ρόλο που παίζουν οι εκτιμήσεις. Διότι οι αποφάσεις για τη φροντίδα υγείας δεν είναι μόνο τεχνικές, περιλαμβάνουν, επίσης, την επιλογή μεταξύ εκτιμώμενων εκβάσεων.

3. Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει ένα συνδυασμό τεχνικής και κρίσης.

Οι τεχνικές όπως η οικονομική αξιολόγηση κι ο προϋπολογισμός προγραμμάτων και οριακή ανάλυση παρέχουν μια δομή, όπου η τεκμηρίωση κι οι αξίες αποτιμώνται μαζί. Υπάρχουν, όμως και περιπτώσεις όπου η τεχνική (λόγω της πολυπλοκότητας των ζητημάτων) δεν μπορεί να αποφανθεί για τη θέσπιση προτεραιοτήτων. Σ' αυτή την περίπτωση παίζει ρόλο η υποκειμενική κρίση κι η παρουσίαση.

4. Οι αξίες ποιόν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη;

Οι μέθοδοι εμπλοκής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων είναι πολλοί και περιλαμβάνουν:

- ✓ Τις έρευνες απόψεων

- ✓ Τις ομάδες επικέντρωσης
- ✓ Πάνελ καταναλωτών («Bowie, Richardson, Sykes», 1995) και
- ✓ Σώματα ενόρκων («Lenaghan, New, Mitchell», 1996)

Αυτές οι μέθοδοι διαφέρουν ανάλογα με την έκταση της πληροφόρησης που δίνεται στους συμμετέχοντες προκαταβολικά της έρευνας ή αν απλώς ενθαρρύνονται να εκφράσουν την άποψή τους και από το εάν η διαδικασία συλλογής αυτών των πληροφοριών επιτρέπει τη συζήτηση και τον στοχασμό («Jordan et al», 1996).

Οι μέθοδοι, επίσης, ποικίλλουν ανάλογα με το ρόλο που καλούνται να παίξουν οι συμμετέχοντες και το ζήτημα που καλούνται να σκεφτούν («Lomas», 1997). Οι ρόλοι περιλαμβάνουν αυτόν του πολίτη, του φορολογούμενου και του ασθενή.

Από τη μελέτη του «Coast» (2000) στο Ην. Βασίλειο προκύπτει πως οι πολίτες επιθυμούν να συνεισφέρουν στην καθιέρωση κριτηρίων, με τα οποία θα λαμβάνονται αποφάσεις εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά δεν θα επιθυμούσαν να λάβουν μέρος οι ίδιοι στη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα όταν αυτές οι αποφάσεις περιλαμβάνουν την άρνηση υπηρεσιών.

5. Η εξαίρεση υπηρεσιών είναι μη αποδοτική και ασύμφωνη με τα συστήματα υγείας που πρεσβεύουν την αλληλεγγύη.

Η ιδέα της εξαίρεσης υπηρεσιών απ' τις δημόσια καλυπτόμενες προέρχεται απ' την έλλειψη κατανόησης του τι ακριβώς είναι η ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορούν να περικοπούν ολόκληρες υπηρεσίες, αλλά πάντως πιο συχνά η ιεράρχηση προτεραιοτήτων σχετίζεται με το πλήθος της εκάστοτε υπηρεσίας η οποία θα παρέχεται, πού θα παρέχεται και σε ποιους.

6. Η διαδικασία της λήψης αποφάσεων είναι σημαντική.

Το βέλτιστο είναι να γίνει προσπάθεια να διασφαλιστεί πως η διαδικασία, με την οποία λαμβάνονται οι αποφάσεις, είναι σαφής και φανερή, υποκείμενη σε εξονυχιστική έρευνα και δίκαιη. Η δικαιοσύνη στη διαδικασία αποτελεί ένα σημαντικό κριτήριο («Lenaghan», 1996).

7. Η λήψη αποφάσεων κι η υλοποίηση.

Αν είναι επιθυμητή μια συμβουλή για την αναδιανομή των πόρων υπό το πρίσμα της ιεράρχησης προτεραιοτήτων, τότε πρέπει να ειπωθεί πως για να υπάρχει μια βελτίωση πρέπει προφανώς να προκύπτει κι ένα αποτέλεσμα απ' αυτή την αναδιανομή. Αυτή η άποψη δεν αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία. Όσο σημαντική είναι η ύπαρξη τεχνικών για την αναδιανομή, άλλο τόσο σημαντική είναι η ως άνω συμβουλή («Shiell, Mooney», 2004).

4.4 Κριτήρια για την αξιολόγηση της ιεράρχησης προτεραιοτήτων

Πόσο πέτυχαν αυτές οι προσπάθειες ιεράρχησης προτεραιοτήτων; Η παρούσα μελέτη («Sabik, Lie», 2008) συστήνει τρία κριτήρια για την αξιολόγηση αυτών των προσπαθειών (πίνακας 14).

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 14</u>	
<i>ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ ΙΕΡΑΡΧΗΣΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ</i>	
Πηγή: Sabik L., Lie R International Journal for Equity in Health 2008, 7: 4 doi: 10.1186/1475-9276-7-7	
(1) Επαρκής συμμετοχή των πολιτών	<p>Υποστήριξη της συμμετοχής των πολιτών, προκειμένου να ενημερωθούν οι επαγγελματίες υγείας και οι διαμορφωτές πολιτικών για τις πεποιθήσεις, τις γνώμες και τις προτιμήσεις της κοινής γνώμης.</p> <p>Προαγωγή της δημόσιας διαβούλευσης, που να αποσκοπεί στην εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με την ανάγκη και τις δυνατότητες στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων</p>
(2) Κατάλληλες αρχές	<p>Καθιέρωση δέσμης συνεκτικών, ξεκάθαρων, κατευθυντήριων, δημόσια αποδεκτών αρχών, στις οποίες θα βασιστούν οι προτεραιότητες, συμπεριλαμβανομένης μιας πρακτικά χρήσιμης και ισορροπημένης μεθόδου για την ενσωμάτωση του κόστους στη διαδικασία θέσπισης προτεραιοτήτων</p>
(3) Επίδραση στην πολιτική και στην πράξη	<p>Επίδειξη μιας σταθερής επίδρασης στην πολιτική και στην πράξη της ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης δια της καθιέρωσης μιας επαναληπτικής διαδικασίας για επανεξέταση, αξιολόγηση και επαναθεώρηση των προσδιορισμών ιεράρχησης προτεραιοτήτων</p>

Το πρώτο κριτήριο είναι η επαρκής συμμετοχή των πολιτών στην άσκηση ιεράρχησης προτεραιοτήτων. Το δεύτερο κριτήριο είναι οι κατάλληλες αρχές, συμπεριλαμβανομένης και της ενσωμάτωσης της αξιολόγησης του κόστους και του οφέλους από τις επεμβάσεις. Το τρίτο κριτήριο αφορά στο αποτέλεσμα της προσπάθειας θέσπισης προτεραιοτήτων: είχε πράγματι κάποιο αντίκτυπο στην πολιτική και την πρακτική, συμπεριλαμβανομένης της εδραίωσης μιας διαδικασίας αναθεώρησης για την αξιολόγηση της εφαρμογής.

Κριτήριο 1^ο : Επαρκής συμμετοχή των πολιτών.

Αναφέρεται συχνά στην βιβλιογραφία αναφορικά με την θέσπιση προτεραιοτήτων, πως είναι αναγκαίο να εμπλέκονται οι πολίτες, προκειμένου να επιτευχθεί η αποδοχή για τις συχνά οδυνηρές επιλογές που χρειάζεται να γίνουν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαφορετικών μηχανισμών.

Δεν είναι μόνο απαραίτητο να εκπαιδευτούν οι πολίτες για την ανάγκη της θέσπισης προτεραιοτήτων, αλλά είναι και γενικά αποδεκτό πως οι πολίτες πρέπει να έχουν μια ουσιαστική επίδραση στο πώς γίνονται αυτές οι επιλογές. Οι περισσότεροι σχολιαστές απορρίπτουν την προσέγγιση της λήψης αποφάσεων από τεχνοκράτες, οι οποίοι βρίσκονται πίσω από κλειστές πόρτες και χωρίς την συνεισφορά των πολιτών. Ενώ είναι δύσκολη η υλοποίηση, ωστόσο η εμπλοκή των πολιτών στα θέματα ιεράρχησης προτεραιοτήτων είναι αναγκαία για να διασφαλιστεί η δικαιοσύνη κι η νομιμότητα. Το πώς ακριβώς μπορεί να επιτευχθεί αυτό ποικίλλει. Μία προσέγγιση είναι η φανέρωση των απόψεων των πολιτών και η ενσωμάτωσή τους στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μία άλλη προσέγγιση μπορεί να στοχεύει σε μια διαδικασία που περιλαμβάνει το διάλογο, η οποία θα προκύπτει από την κοινή συναίνεση έπειτα από έναν ευρύ διάλογο με τους πολίτες. Ακόμα, όμως, παραμένει αναπάντητο το ερώτημα πόσο εκτεταμένα πρέπει να συμμετέχουν οι πολίτες στην διαδικασία ιεράρχησης προτεραιοτήτων και ποιος μπορεί καλύτερα να εκπροσωπήσει τους πολίτες.

Υπάρχουν ωστόσο και προβλήματα διασφάλισης πως οι οδοί συμμετοχής των πολιτών, οι οποίοι προσδιορίζονται θεωρητικά, θα υλοποιηθούν, και πως αυτή η συμμετοχή θα αντανakλά τις ευρείες και ποικίλες απόψεις των πολιτών.

Κριτήριο 2^ο : Οι αρχές και οι διαδικασίες.

Αυτές θεωρείται πως βοηθούν στην διασφάλιση ότι η θέσπιση προτεραιοτήτων είναι σε ομοιογένεια με τις αξίες των πολιτών και με τους στόχους του συστήματος υγείας. Η δημιουργία αξίας από τους πόρους που διατέθηκαν είναι κομβικό ζήτημα για την αποδοτική κατανομή των πόρων στην φροντίδα υγείας και είναι πιθανό να οδηγήσει και

στην δικαιότερη κατανομή. Παρά τους περιορισμούς της, η ανάλυση αποτελεσματικότητας κόστους είναι, προς το παρόν, η καλύτερη κι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη προσέγγιση αξιολόγησης για το κατά πόσο οι επεμβάσεις παράγουν ικανή αξία για τα χρήματα που διατίθενται για αυτές.

Κριτήριο 3^ο : Πώς θα θεσπιστούν οι προτεραιότητες;

Οι συζητήσεις για το πώς θα τεθούν προτεραιότητες δίκαια και αποδοτικά εξυπηρετούν ελάχιστα αν δεν έχουν αντίκτυπο στο πώς θα θεσπιστούν οι προτεραιότητες. Ως εκ τούτου, οι ενέργειες ιεράρχησης προτεραιοτήτων πρέπει να συνδέονται με συγκεκριμένο τρόπο με την πολιτική και την πρακτική και αναμένεται το έργο των κυβερνητικών επιτροπών να έχει επίδραση στο ποιες επεμβάσεις θα καλύπτονται. Στις επιτροπές, που έχουν ως ρόλο την θέσπιση ενός πλαισίου για την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, η επίδρασή τους πρέπει να είναι περισσότερο έμμεση. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα θα ήταν αν το έργο των επιτροπών οδηγούσε στην αύξηση της συναίσθησης των πολιτών για την ανάγκη της θέσπισης προτεραιοτήτων.

Εξάλλου εξαιτίας της αντιφατικής φύσης των περισσότερων αποφάσεων ιεράρχησης προτεραιοτήτων, είναι ιδιαίτερα σημαντική η καταγραφή τόσο του ποιες θεραπευτικές αγωγές θεωρείται πως πρέπει να ανασκοπηθούν, όσο και της απήχησης που είχαν οι αποφάσεις για αυτές.

4.5 Προβληματισμοί για την παρούσα φάση του εξορθολογισμού

Σύμφωνα με τον «Klein» (2005), η μεγάλη δημόσια διαβούλευση για τον εξορθολογισμό στην παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας έχει μπει σε μια από τις πιο «ήσυχες» φάσεις της. Οι έντονοι περιστασιακοί διαπληκτισμοί της τελευταίας δεκαετίας έχουν σταματήσει μ' έναν αξιοσημείωτο τρόπο, που μοιάζει σαν ανακωχή μεταξύ αυτών που έβλεπαν το μέλλον με όρους βελτιωμένης τεχνικής ανάλυσης και εκείνων που επιζητούσαν καλύτερες διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

Το γεγονός αυτό κάνει ολοένα και πιο φανερό – και αποδεκτό – ότι αυτοί δεν ήταν παρά μόνο συμπληρωματικοί τρόποι χειρισμού του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας κι όχι οι εναλλακτικές κατευθύνσεις χειρισμού του στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Οι τεχνοκράτες κι οι πολιτικοί αναλυτές βρήκαν κοινό τόπο στη συνειδητοποίηση πως ενώ η επιπλέον πληροφόρηση και η καλύτερη ανάλυση είναι βασικές, ωστόσο δεν υφίσταται κοινή φόρμουλα, άπαξ, και για όλα τα επιμέρους ζητήματα ή τεχνική μέθοδος επίλυσης του ζητήματος πώς θα εξορθολογιστούν καλύτερα οι σπάνιοι πόροι στη φροντίδα υγείας. Το αποτέλεσμα μοιάζει να δίνει περισσότερη έμφαση στη μεθοδολογία της ανάλυσης και της λήψης αποφάσεων, παρά στη θεοποίηση του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Το επίκεντρο των περισσότερων δραστηριοτήτων προς αυτή την κατεύθυνση είναι η σαφής και φανερή λήψη αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο (για παράδειγμα η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων ή επεμβάσεων) ή τα μεμονωμένα σχήματα ασφάλισης υγείας.

Σ' αυτό το επίπεδο υφίσταται μια διττή απαίτηση για τον εξορθολογισμό στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αφ' ενός οι αποφάσεις πρέπει να φαίνονται ως νόμιμες τόσο στα μάτια των εκτελεστών τους (ιατρών κι άλλων επαγγελματιών υγείας) μέσα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όσο και ευρύτερα στα μάτια των πολιτών. Αφ' ετέρου οι δύο αυτές απαιτήσεις επικεντρώνονται σε δυο διαφορετικές κατευθύνσεις κι αυτό αποκαλύπτει την πρόκληση τού πώς να δρομολογηθούν διαδικασίες, οι οποίες να ικανοποιούν και τους δύο όρους. Κι αυτό αφήνει, προς το παρόν, κατά μέρος, το γεγονός πως οι σαφείς και φανερές αποφάσεις εξορθολογισμού συχνά μεταφράζονται σε σιωπηρές αποφάσεις εξορθολογισμού που βλάπτουν μεμονωμένους ασθενείς.

Η νομιμότητα του εξορθολογισμού στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας εξαρτάται από τις καλύτερες και περισσότερο τεκμηριωμένες μεθόδους ανάλυσης. Μένει λοιπόν, να διαφανεί πώς αυτή η νέα στρατηγική κατεύθυνση θα λειτουργήσει, όπως επίσης παραμένει το πρόβλημα πώς οι μακρο- αποφάσεις εξορθολογισμού θα μετασχηματιστούν σε αποφάσεις στο μικρο επίπεδο, δηλαδή στους τελικούς παραλήπτες στο σημείο διάθεσης και παροχής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η οικονομική ανάλυση βασίζεται στην πληροφορία για την αποτελεσματικότητα, η οποία πηγάζει από κλινικές μελέτες. Το όριο των περισσότερων κλινικών μελετών είναι ότι αποτυγχάνουν να αποκαλύψουν το, δυνητικά, πολύπλοκο μίγμα των ουσιαστικών οφελών για κάποιους, του μικρού οφέλους για τους περισσότερους και των βλαβών για λίγους. Γι' αυτό το λόγο οι αποφάσεις εξορθολογισμού στο επίπεδο του συστήματος υγείας σχεδόν παντού - σ' όλα τα συστήματα υγείας - επιτρέπουν στην κλινική κρίση να αποτελεί το κριτήριο για τέτοιες αποφάσεις. Το γεγονός αυτό όμως, αφήνει αναπάντητο

το ερώτημα του πώς και ποιος πρέπει να λογοδοτήσει για τη λογικότητα στην άσκηση αυτής της κρίσης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται οι εναλλακτικές δράσεις έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τα αποτελέσματα αυτών των δράσεων.

5.1 Είναι αναγκαιότητα ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας;

Στις πλούσιες, βιομηχανικές χώρες, ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να θεωρείται εξαίρεση κι όχι κανόνας.

Μόνο η περίπτωση της μεταμόσχευσης οργάνων αποτελεί παράδειγμα, όπου ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι αναπόφευκτος, κυρίως λόγω της σπανιότητας των διαθέσιμων, προς μεταμόσχευση, οργάνων και όχι λόγω κόστους.

Στο βιομηχανικά ανεπτυγμένο κόσμο η σπανιότητα των πόρων για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι μάλλον επίπλαστη παρά ρεαλιστική, επειδή εκπορεύεται όχι απ' την έλλειψη των πόρων, αλλά απ' τον εξαιρετικά σφικτό προϋπολογισμό, σε σχέση με τη ζήτηση, και την απροθυμία πληρωμής.

Στην πραγματικότητα, σύμφωνα με την «Saltman» (2002), οι δυτικοευρωπαϊκές χώρες κατάφεραν να ελέγξουν και να περιορίσουν σημαντικά τις δαπάνες για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας έχοντας επικεντρώσει τις μεταρρυθμιστικές τους προσπάθειες στην εισαγωγή καλύτερων μηχανισμών μανάτζμεντ στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Σήμερα η υγεία είναι το διαβατήριο για την οικονομική και φυσική ανεξαρτησία των ατόμων που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία και των συνταξιούχων. Το πρότυπο της εκτενούς οικογένειας, η οποία έπρεπε να φροντίζει για τους ηλικιωμένους και τους ασθενείς το 1948 δεν υφίσταται πλέον. Οι «ενδυναμωμένοι» ασθενείς (ιδιαίτερα στα

μονομελή νοικοκυριά) θεωρούν την καλή υγεία ως πρώτη προτεραιότητα, προκειμένου να φροντίσουν τους εαυτούς τους.

Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι αταίριαχτος κι αντιφατικός με την κοινωνική πραγματικότητα και τις τάσεις της, τίποτε άλλο δεν κατανέμεται εξορθολογισμένα στις πλούσιες, βιομηχανικές χώρες, υπό φυσιολογικές συνθήκες.

Η μη επιλογή του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει:

1. Επαναθεώρηση της αρχής της ελεύθερης παροχής (δωρεάν) υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε όλους στο σημείο της χρήσης, ξαναγυρίζοντας στον αρχικό σκοπό της αλληλεγγύης, η οποία εξυπηρετούσε την παροχή επαρκούς φροντίδας σ' όσους δεν μπορούσαν να την παρέχουν οι ίδιοι στους εαυτούς τους.
2. Μετατροπή του μονοπωλιακού καθεστώτος της παροχής φροντίδας υγείας μέσω της διαφοροποίησης της χρηματοδότησης και της διαφοροποίησης της επιλογής.
3. Ενθάρρυνση των πολιτών για ανάληψη ατομικής ευθύνης για την υγεία τους.

Απ' αυτά τα στοιχεία η διεθνής εμπειρία δείχνει πως τα δύο πρώτα είναι εφικτά, ικανά να παράγουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, και συμβατά με την ευρωπαϊκή αρχή της αλληλεγγύης, χωρίς να απαιτείται να καταφύγουμε στον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η αυξημένη ατομική ευθύνη για την υγεία είναι ένα ζήτημα το οποίο δεν είναι ευρέως αποδεκτό ακόμα, λόγω του ιστορικού υπόβαθρου της δημόσια παρεχόμενης υγείας απ' τη γέννηση ως το θάνατο του πολίτη, όμως η μεγαλύτερη ενδυνάμωση του ασθενή υποδεικνύει την ανάληψη αυξημένης ατομικής του ευθύνης.

5.2 Το παράδειγμα της Γαλλίας

Η Γαλλία αποτελεί μοναδικό παράδειγμα όπου ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν έλαβε χώρα ούτε φανερά ούτε σιωπηρά. Οι γάλλοι πολίτες το χρωστούν αυτό στην ευρεία συμπληρωματική ασφάλιση που εφαρμόζεται στη Γαλλία, με σχεδόν καθολική συμμετοχή των πολιτών σ' αυτή και φαίνεται πως αποτελεί μια λειτουργική εναλλακτική λύση έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

5.3 Εναλλακτικές δράσεις για την αποφυγή του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι το τελευταίο καταφύγιο, όταν πραγματικά δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική λύση.

Στις πλούσιες χώρες, όπου τίποτα άλλο δεν κατανέμεται εκλογικευμένα, η θεωρία του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι μια παράδοξη επιστροφή στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα. Εκείνη την εποχή ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συχνά θεωρούνταν πως πρόσφερε μια λύση στα προβλήματα της εξαθλίωσης λόγω της φτώχειας, η οποία είχε αφεθεί να κακοφορμίζει στην ανατολή της βιομηχανικής επανάστασης τον 19^ο αιώνα.

Ο καταμερισμός των πόρων και η αναδιανομή τους αποτελούσαν κραταιές ιδέες, οι οποίες μεταφράζονταν σε πρακτικές πολιτικές, ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις.

Εξ' άλλου, συγκριτικά με τις κοινωνίες του 1945, οι σημερινές βιομηχανικές ή μεταβιομηχανικές κοινωνίες, είναι τέτοιες που μπορούν να χρηματοδοτήσουν τη φροντίδα υγείας αν οι πολίτες το επιθυμούν αρκετά και είναι πρόθυμοι να πληρώσουν γι' αυτή με μια ποικιλία μεθόδων πληρωμής. Ουσιαστικά στις κοινωνίες σήμερα, η ατομική ευθύνη του κάθε πολίτη πρέπει ν' αρχίσει να παίζει πιο εξέχοντα ρόλο απ' ότι στο κοινωνικό κλίμα του 1945, όπου η προστασία απ' τους επικίνδυνους παράγοντες της καθημερινής ζωής ήταν το πρώτο μέλημα και η προτεραιότητα.

Η αποφυγή της ανάληψης αυξημένης ατομικής ευθύνης, στις μέρες μας, καταφεύγοντας στον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, στις πλούσιες χώρες είναι απαράδεκτη.

Η αρχή της αλληλεγγύης στην υγεία προϋποθέτει πως η κοινωνία θα φροντίζει για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας σ' εκείνους τους πολίτες που δεν μπορούν να την παρέχουν οι ίδιοι στους εαυτούς τους.

Μαζί με την αρχή της καθολικής κάλυψης των πολιτών, η αρχή της αλληλεγγύης σχηματοποιεί το αρχικό πλαίσιο, στο οποίο χτίστηκε η ευρωπαϊκή φροντίδα υγείας.

Κι οι δυο αυτές αρχές ισχύουν ακόμα. Το να εγκαταλείψουμε κάποια απ' τις δύο και να προχωρήσουμε σ' ένα, αμερικάνικου τύπου, σύστημα χωρίς καθολική κάλυψη (αν και στις Η. Π. Α. δίδεται πλέον μεγαλύτερη έμφαση στην αλληλεγγύη απ' ότι στο παρελθόν) θα ήταν πολιτική αυτοκτονία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Υπάρχει, βέβαια, χώρος για τον εκσυγχρονισμό και των δυο αρχών ή τουλάχιστον της επανεξέτασής τους υπό το πρίσμα των αλλαγών στη λανθασμένη ερμηνεία τους, η οποία βαθμιαία επισκίασε την αυθεντική τους έννοια. («Redwood», 2004)

Καθολική κάλυψη σημαίνει ότι όλος ο πληθυσμός δικαιούται και λαμβάνει φροντίδα υγείας. Δε σημαίνει πως ο καθένας δικαιούται να λαμβάνει τα πάντα ως φροντίδα υγείας στο σημείο χρήσης, δωρεάν.

Παρόμοια, αλληλεγγύη σημαίνει να φροντίζουμε αυτούς που δεν μπορούν να φροντίσουν τους εαυτούς τους. Δε σημαίνει πως είμαστε υποχρεωμένοι να παρέχουμε δωρεάν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στον καθένα ακόμα και σ' αυτούς που μπορούν να πληρώσουν ή να συμμετέχουν στην πληρωμή του κόστους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που λαμβάνουν.

Ο ισχυρισμός πως καθετί πρέπει να είναι δωρεάν για τον καθένα και πάντα, έχει διαστρεβλώσει το σκοπό της αλληλεγγύης και της καθολικής κάλυψης. Μ' αυτό τον ισχυρισμό υπάρχουν πολλοί που επιμένουν να διεκδικούν το δικαίωμα να δέχονται πάντα δωρεάν, κάθε φροντίδα υγείας, αφού έχουν πληρώσει τους φόρους ή τις εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία, που τους αναλογούν.

Αυτό το επιχείρημα είναι παράλογο. Ο σκοπός αυτών των εισφορών δεν είναι να απαλλαχθεί αυτός που τις πληρώνει από κάθε άλλη πληρωμή, αλλά να καλυφθούν εκείνοι που δεν μπορούν να συνεισφέρουν. Μ' αυτή τη διατύπωση η αρχή αυτή ισχύει ακόμα. Η επέκταση αυτής της αρχής στο πλαίσιο να παρέχεται δωρεάν κάθε φροντίδα υγείας στον καθένα και για πάντα, είναι προφανώς μη βιώσιμη χωρίς τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αφού θα καθιστά δυνατή τη δωρεάν παροχή εκείνων των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που το σύστημα μπορεί να πληρώσει.

Οι μελλοντικές πρόοδοι στη χειρουργική, ιατρική και φαρμακευτική τεχνολογία θα καταστήσουν αυτές τις θεωρήσεις άσχετες και θα κινητοποιήσουν αλλαγές στους κανόνες των αρχών της αλληλεγγύης και της καθολικής κάλυψης.

Οι παλαιότερες αντίστοιχες πρόοδοι ελάχιστα σχετίζονται μ' αυτές που θα ανακύψουν στο πρώτο μισό του 21^{ου} αιώνα, δε θα είναι φθηνές αν και μερικές μορφές καινοτομίας θα μειώσουν το συνολικό κόστος της συνολικής φροντίδας της υγείας (π. χ. φάρμακα που θα αντικαταστήσουν χειρουργικές επεμβάσεις ή νοσηλεία), ωστόσο θα ήταν μη ρεαλιστικό να πιστεύουμε πως οι δαπάνες για τη φροντίδα υγείας πρόκειται να μειωθούν ενόψει των καινοτομιών που θα ανακύψουν.

Αν το κόστος της νέας τεχνολογίας θεωρείται εφικτό να αναληφθεί, θα μπορούν οι ευρωπαϊκές κοινωνίες ν' αντέξουν σημαντικές αυξήσεις στη φορολογία ή στις

ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων ή των εργοδοτών; Αν όχι, τότε θα πρέπει να οδηγηθούμε στον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ή μήπως υπάρχουν κι άλλες εναλλακτικές λύσεις;

Οι εναλλακτικές λύσεις για την αποφυγή του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να περιγραφούν συνοπτικά:

1. Επαναπροσδιορισμός της αρχής της αλληλεγγύης
2. Διαφοροποίηση της χρηματοδότησης
3. Διαφοροποίηση της επιλογής
4. Ανάλυση ατομικής ευθύνης για την υγεία

5.3.1 Επαναπροσδιορισμός της αρχής της αλληλεγγύης

Ο επαναπροσδιορισμός της αρχής της αλληλεγγύης αποτελεί την προϋπόθεση για αλλαγή της στάσης. Από μόνος του δεν πρόκειται να φέρει σημαντικές εξοικονομήσεις δαπανών, αν και οι υψηλότερες χρεώσεις (σ' εκείνους που μπορούν να τις πληρώσουν) θα συνεισέφεραν στη διευκόλυνση των προϋπολογιστικών προβλημάτων, απ' τα οποία πρόκειται ν' ανθίσει ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Το κύριο αντικείμενο του επαναπροσδιορισμού της αρχής της αλληλεγγύης είναι η υπενθύμιση στους φορολογούμενους και τους ασφαλισμένους στην κοινωνική ασφάλιση, πως δεν πληρώνουν για μια, δια βίου δωρεάν, φροντίδα υγείας, αλλά προκειμένου να υπάρχει η οικονομική δυνατότητα της παροχής επαρκούς φροντίδας σ' εκείνους που δεν μπορούν να συνεισφέρουν οικονομικά. Χωρίς αυτή την αλλαγή στην αντίληψη, η άποψη πως δεν υπάρχει εναλλακτική λύση έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, θα υπερισχύσει.

5.3.2 Διαφοροποίηση της χρηματοδότησης

Ο σχεδιασμός των όρων με τους οποίους οι άνθρωποι θα αγοράζουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, έξω από ένα σύστημα προϋπολογισμένης δαπάνης, είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, είτε με ίδιες πληρωμές, είναι ένα ευρύ θέμα που άπτεται των Επιστημών που ασχολούνται με τα οικονομικά, την ηθική και την πολιτική.

Η σωστή απάντηση, ασφαλώς, ποικίλει από χώρα σε χώρα, από καιρό εις καιρό, αλλά, με βεβαιότητα, το σωστό όριο δαπανών σε τέτοιες 'έξω απ' το σύστημα' αγορές δεν είναι ποτέ το «κανένα».

Η διαφοροποίηση στη χρηματοδότηση είναι αναγκαία απόρροια του επαναπροσδιορισμού της αλληλεγγύης.

Εκτός απ' την ολοκληρωτική ή σχεδόν ολοκληρωτική χρηματοδότηση απ' το κράτος ή την κοινωνική ασφάλιση, πρέπει να ευρεθούν και να εισαχθούν επιπλέον πηγές χρηματοδότησης. Αυτές μπορεί να λάβουν τη μορφή της συμπληρωματικής ασφάλισης (που θα κλείσει πληγές στη χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα), ή της περιεκτικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για εκείνους που δεν επιθυμούν την κάλυψη των αναγκών τους απ' το δημόσιο τομέα ή την κοινωνική ασφάλιση. Αυτό δεν σημαίνει αποσυναρμολόγηση και διάλυση των δημόσια παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αντίθετα θα βοηθήσει να απαλυνθούν οι οικονομικές δοκιμασίες, ενώ ταυτόχρονα οι κανονισμοί θα διασφαλίσουν ότι το δημόσιο σύστημα θα παραμείνει σταθερό κι οι συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης θα παραμείνουν συμπληρωματικές.

Το γεγονός πως η ιδιωτική ασφάλιση υγείας από μόνη της δεν μπορεί ν' αντικαταστήσει τη δημόσια κάλυψη στις μοντέρνες κοινωνίες αποδεικνύεται απ' την αυξανόμενη σύγκλιση και συνεργασία μεταξύ των δύο (δημόσιας κι ιδιωτικής) στις Η. Π. Α..

Το παράδειγμα της συμπληρωματικής ασφάλισης στην Γαλλία έχει δείξει πως η συμπληρωματική ασφάλιση μπορεί να επιτύχει και να διατηρήσει υψηλά επίπεδα κατανάλωσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας με υψηλά επίπεδα ποιότητας και αποτελεσμάτων ως αποκρίσεις στη ζήτηση των πολιτών. Εκεί η συμπληρωματική ασφάλιση αποδίδει καλά, λειτουργώντας παράλληλα με το δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο βρίσκεται μόνιμα σε οικονομική κρίση.

Στη Γαλλία αρέσκονται στην ανακάλυψη άλλων ρεαλιστικών απαντήσεων και δεν έχουν χρόνο να αναλώσουν στην άποψη πως δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Το δόγμα του 1940: διατήρηση της ακεραιότητας της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία με κάθε τρόπο, θα είναι υπεύθυνο για την τάση πως δεν υπάρχει εναλλακτική λύση έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό είναι το τίμημα του ιδεαλισμού της ισότητας: η ισότητα ενδυναμώνεται προς τα κάτω. Η αλληλεγγύη δεν απαιτεί πλήρη ισότητα στη φροντίδα υγείας, όπως άλλωστε ισχύει στην τροφή, την ένδυση και τις άλλες καθημερινές ανάγκες των πολιτών. Απαιτεί την επαρκή παροχή σ' εκείνους που δεν μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες από μόνοι τους.

Η μοντέρνα κοινωνία, σ' έναν κόσμο όπου αυξάνονται οι ηλικιωμένοι, απαιτεί κάτι διαφορετικό απ' την πλήρη ισότητα στη φροντίδα υγείας. Αν αυτή η απαίτηση πρόκειται να ικανοποιηθεί, τότε πρέπει η χρηματοδότηση στη φροντίδα υγείας να διαφοροποιηθεί.

5.3.3 Διαφοροποίηση στην επιλογή

Η άποψη πως δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ο υπέρμαχος της κατανομής και του επιμερισμού των πόρων κι ο εχθρός της κάθε επιλογής: επιλογή του ασφαλιστικού φορέα, επιλογή σχεδίου, επιλογή ιατρού, επιλογή ειδικού, επιλογή νοσοκομείου ή κλινικής, επιλογή θεραπευτικής αγωγής. Μ' αυτή την άποψη δεν δίνεται καμία δυνατότητα τέτοιων επιλογών.

Η δυνατότητα επιλογής, που οι ασθενείς θα την ζητούν όλο και εντονότερα τον 21^ο αιώνα θα οδηγήσει τις δυνάμεις της αγοράς (όπως στις Η. Π. Α.) ή θα προσαρμοστεί μέσα σε υψηλά ελεγχόμενα συστήματα (όπως στη Γαλλία). Ανάμεσα στις ελεύθερες αγορές και τους σφιχτούς ελέγχους, η επιλογή θα προσφέρεται από μικτά συστήματα ασφάλισης, όπως στην Ελβετία, όπου σε κάθε ασθενή δίνεται ένα προαποφασισμένο πακέτο παροχών, αλλά ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να επιλέξει επιπλέον παροχές σε διάφορα επίπεδα κινδύνου και συμμετοχής του στο κόστος. Σ' εκείνους που επιθυμούν να ονομάσουν αυτό το σύστημα «ιατρική δύο ταχυτήτων» προτείνουμε να επισκεφθούν πρώτα την Ελβετία. Το επίπεδο της υποχρεωτικής κάλυψης των βασικών ιατρικών φροντίδων, εκεί, είναι πολύ υψηλό. Τον Αύγουστο του 2000 ο πρόεδρος της κρατικής επιτροπής βασικών θεμάτων στην ασφάλιση υγείας στην Ελβετία, εξήγησε πως « δεν υπάρχει ανάγκη για εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των ιατρικών παροχών στην Ελβετία... Αυτό ισχύει ακόμα και για τις ακριβές θεραπείες, για τις οποίες δεν υπάρχουν υποκατάστατες φθηνότερες εναλλακτικές θεραπευτικές αγωγές. Η συγκρότηση της νέας κρατικής επιτροπής απαγορεύει, ξεκάθαρα, την διάκριση στην ιατρική παροχή υπηρεσιών, σύμφωνα με το νόμο περί Ασφάλισης Υγείας. Οι αναγκαίες ιατρικές θεραπευτικές αγωγές πρέπει να είναι προσβάσιμες απ' όλους.»

Περιορισμοί στην επιλογή π. χ. με τον τρόπο της λίστας αναμονής, πρέπει να ισχύουν μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις ή για λόγους πρόσκαιρης έλλειψης πόρων ή στην περίπτωση της μεταμόσχευσης οργάνων, όπου η ζήτηση ξεπερνά την προσφορά.

Η ελβετική εμπειρία δείχνει πως η αρχή της αλληλεγγύης μπορεί να είναι σε ισχύ ταυτόχρονα με τη δυνατότητα της επιλογής, αφού προηγουμένως έχει εξασφαλιστεί η παροχή της « αναγκαίας» φροντίδας.

Καθώς η διαφοροποίηση στην επιλογή είναι ένα εγγενές συστατικό των συστημάτων που βασίζονται στις δυνάμεις των αγορών, μπορεί να βοηθήσει επίσης και στην ανάπτυξη της διαφοροποίησης στη χρηματοδότηση, επειδή δίνει στους ασθενείς το κίνητρο της αυξημένης ωφέλειας για υψηλότερες πληρωμές, είτε μέσω ασφάλισης, είτε πληρωμής στο σημείο χρήσης.

5.3.4 Ανάλυση ατομικής ευθύνης για την υγεία

Αυτή, ίσως, να αποδειχθεί η δυσκολότερη πρόκληση στη φροντίδα υγείας για τον 21^ο αιώνα. Ο τρόπος ζωής που βασίζεται στην πρόληψη είναι επιθυμητός και μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή ιατρικών παρεμβάσεων. Η πρόληψη, πάντως, είναι δύσκολο να επιτευχθεί και απαιτεί περισσότερο εκπαίδευση παρά προτροπή. Μπορεί όμως, να συνδεθεί με κίνητρα ή τιμωρίες, σύμφωνα με την κοινωνική κρίση, για το εάν οι ασθενείς έχουν ευθύνη για την κατάστασή τους;

Η ανάλυση ατομικής ευθύνης για την υγεία, από μόνη της και σε σχέση με το κόστος της φροντίδας, είναι δυνητικά σημαντικές εναλλακτικές λύσεις έναντι του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα μας βγάζουν από μη ελκυστικά ηθικά διλήμματα: Πρέπει η κοινωνία να πληρώνει για την αποκατάσταση της υγείας εκείνων των ατόμων που από μόνοι τους την έβλαψαν με τις επιλογές τους; Πρέπει να έχουμε μια «Αστυνομία για την υγεία» με πληροφοριοδότες και δικαστήρια που θα πιστοποιούν και θα ξεχωρίζουν τους βαρείς καπνιστές από εκείνους που έπεσαν θύματα του καρκίνου του πνεύμονα από ‘επιτρεπτές’ αιτίες και άρα δικαιούνται δωρεάν θεραπεία;

Φαίνεται, πάντως, πως η χρησιμοποίηση της οδού των κινήτρων και της εκπαίδευσης θα αποτελεί πιο πρακτική και αποδεκτή προσέγγιση, απ’ ότι η ‘τιμωρία’ για τους ‘εγκληματίες’ που έβλαψαν την υγεία τους.

Ο υπεύθυνος ασθενής που ανταποκρίνεται, έχει να συνεισφέρει πολλά στην ανάπτυξη ενός συστήματος φροντίδας υγείας βιώσιμου οικονομικά, σ’ ένα επαναπροσδιορισμένο πλαίσιο αλληλεγγύης, που θα βασίζεται στη διαφοροποίηση των πηγών χρηματοδότησης και θα προσφέρει τη δυνατότητα της επιλογής. Τέτοια συστήματα, στα οποία οι δημόσιοι κι οι ιδιωτικοί φορείς εμπλέκονται, μπορούν να επιβιώσουν με την εφαρμογή ‘φυσιολογικών’ μεθόδων συγκράτησης του κόστους και δεν

είναι υποχρεωμένα να καταφύγουν στον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Σε μια κοινωνία, όπου οι ηλικιωμένοι αυξάνονται, όπως αυξάνονται και τα μονομελή νοικοκυριά, η υγεία θα καταλαμβάνει όλο και υψηλότερη θέση στην ιεράρχηση των πολιτών, απ' ότι έχει σήμερα. Γι' αυτούς που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία, η υγεία αποτελεί το διαβατήριο για την απασχόληση, για τους ηλικιωμένους η υγεία είναι η προϋπόθεση για την ανεξαρτησία και την αυτονομία τους στη ζωή. Ούτε οι εργαζόμενοι, ούτε οι συνταξιούχοι δύνανται να επιστρέψουν πίσω στο θεσμό της εκτεταμένης οικογένειας του παρελθόντος. Οι εξορθολογισμένα κατανομημένοι πόροι στη φροντίδας υγείας, στην πραγματικότητα, δεν πρόκειται να μειώσουν το βάρος της ασθένειας και της αναπηρίας, αλλά αντίθετα θα το αυξήσουν.

5.4 Δράσεις που ανέλαβε το Πανεπιστήμιο του Michigan κι οι εκβάσεις τους

Το Πανεπιστήμιο του Michigan («Michigan State University Extension», 2005) παρείχε εκπαιδευτικά προγράμματα διατροφής και υγείας στις 83 πόλεις του Michigan με ειδικά εκπαιδευμένα στελέχη του. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα στόχευαν στο να βοηθήσουν τους πολίτες να λαμβάνουν τις κατάλληλες αποφάσεις και ν' αναλαμβάνουν τις κατάλληλες δράσεις, οι οποίες θα οδηγήσουν (σε τοπικό, περιφερειακό και πολιτειακό επίπεδο) στο να μειωθούν οι δαπάνες για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Οι δράσεις και εκβάσεις που αφορούν στο μέλλον των κατοίκων του Michigan και πώς αυτές μείωσαν τις δαπάνες για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας των πολιτών που διατρέχουν κινδύνους υγείας συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1. Συγκεκριμένα μέχρι τον Μάρτιο του 2005 είχε επιτύχει τα ακόλουθα αποτελέσματα:
 - ◆ Περίπου 9.000 οικογένειες χαμηλού εισοδήματος εκπαιδεύτηκαν για τους τρόπους βελτίωσης της υγείας τους μέσω της διατροφής.
 - ◆ Τα προγράμματα αυτά μείωσαν κατά 158,5 εκατομμύρια δολάρια ετησίως τις δαπάνες για υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

- ◆ Δόθηκαν κουπόνια για υγιεινή διατροφή σε 34.000 χαμηλού εισοδήματος γυναίκες και παιδιά. Το 63% αυτών των κουπονιών αφορούσε κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.
- ◆ Μέσω των προγραμμάτων αυξήθηκε ο μητρικός θηλασμός κατά 50% στις συμμετέχουσες στα προγράμματα σε σχέση μ' εκείνες που δεν συμμετείχαν, εξοικονομώντας 2,3 εκατομμύρια δολάρια δαπανών ετησίως στο Medicaid και H.M.O.

2. Οι μελλοντικές δράσεις είναι:

- ◆ 150 ομάδες διατροφής επισκέπτονται τα σχολεία του Michigan, προκειμένου να εκπαιδεύσουν τους μαθητές στους τρόπους που θα βελτιώσουν τις διατροφικές επιλογές τους και στο να εισάγουν φυσικές δραστηριότητες στην καθημερινότητά τους (87.000 μαθητές)
- ◆ 240.000 πολίτες συμμετέχοντας στα προγράμματα αναμένεται να κάνουν τουλάχιστο μια αλλαγή προς την κατεύθυνση βελτίωσης της διαίτας τους ή την ασφαλή διατροφή ή τη διαχείριση των πόρων για τη διατροφή τους.
- ◆ Πάνω από 5.000 οικογένειες θα συμμετάσχουν σε προγράμματα εκπαίδευσης σε γονείς, με απώτερο στόχο να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους στην ανατροφή των παιδιών τους, εξοικονομώντας 50 εκατομμύρια δολάρια.
- ◆ 20.000 Ισπανίδες/ Λατίνες γυναίκες του Michigan θα εκπαιδευτούν, ώστε να προβαίνουν σε περιοδικές διαγνωστικές εξετάσεις στο μαστό και στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, ώστε να εξασφαλιστεί έγκαιρη διάγνωση ανιάτων ασθενειών και να μειωθούν τα κόστη αντιμετώπισης της κατάστασης σε περίπτωση μελλοντικής νόσησής τους.
- ◆ 1.000 οικογένειες χαμηλού εισοδήματος θα υποβληθούν σε εκπαίδευση κι ενημέρωση για τον εμβολιασμό, προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των πλήρως εμβολιασμένων παιδιών στο Michigan.
- ◆ 80% απ' τους διαβητικούς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα θα βελτιώσουν τις τιμές του σακχάρου στο αίμα τους και θα μειώσουν τις δαπάνες για τη φροντίδα της υγείας τους.

3. Τα οικονομικά αποτελέσματα των προγραμμάτων είναι:

- ◆ Κάθε 1 \$ που επενδύθηκε μέσω των προγραμμάτων σωστής διατροφής μειώνει τις δαπάνες για τη φροντίδα υγείας κατά 10,64 \$, ενώ ετησίως εξοικονομήθηκαν 158,5 εκατομμύρια δολάρια απ' την πολιτεία του Michigan.

- ◆ Το 2004 το 97% των γυναικών που συμμετείχαν στα προγράμματα θήλασαν τα παιδιά τους για τουλάχιστον 12 εβδομάδες και εξοικονόμησαν 2,3 εκατομμύρια δολάρια στο Medicaid και H.M.O., ετησίως.
- ◆ Το πρόγραμμα εκπαίδευσης των γονέων (ειδική εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη και προστασία) σε 5.000 οικογένειες εξοικονόμησε 50 εκατομμύρια δολάρια, μειώνοντας τον αριθμό των ελλειποβαρών νεογνών και τη νεογνική θνησιμότητα.
- ◆ Τα προγράμματα προώθησης του μητρικού θηλασμού εξοικονόμησαν 487\$ για κάθε νεογνό ετησίως.

Το παράδειγμα αυτό του Michigan, αποτελεί μια σημαντική απόδειξη του σπουδαίου ρόλου της ενημέρωσης και της πρόληψης και καταδεικνύει πως οι πόροι που διατίθενται για την πρόληψη, την ενημέρωση και την εγρήγορση των πολιτών σε ζητήματα διαφύλαξης της καλής υγείας αποφέρουν σημαντική εξοικονόμηση πόρων κι αξίζει η επένδυση σ' αυτά.

Β΄ ΜΕΡΟΣ : ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται: η μεθοδολογία, τα κριτήρια, το δείγμα και τα αποτελέσματα της έρευνας πεδίου, αναφορικά με τα ζητήματα του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Κατόπιν συζητούνται τα συμπεράσματα.

6.1 Μεθοδολογία και στόχοι της έρευνας πεδίου

Προκειμένου να ερευνησουμε την παρούσα κατάσταση, καθώς και τις βραχυπρόθεσμες τάσεις αναφορικά με τα ζητήματα του εξορθολογισμού στην Ελλάδα διεξάγαμε μια έρευνα επικεντρωμένη στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στους καρδιολογικούς ασθενείς, όπως αυτές καθορίζονται στο μέσο και μικρό επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Η έρευνα πεδίου διεξήχθη από τον Μάιο του 2008 έως και τον Ιανουάριο του 2009 μέσω εις βάθος συνεντεύξεων με ειδικούς στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Συνολικά ελήφθησαν είκοσι πέντε (25) εις βάθος συνεντεύξεις διάρκειας μιας ώρας περίπου, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις ελήφθησαν συμπληρωματικές ή/ και διευκρινιστικές πληροφορίες σε δεύτερο χρόνο (αφού προηγουμένως είχαν αναλυθεί στο σύνολό τους τα αποτελέσματα των αρχικών συνεντεύξεων), προκειμένου να αποσαφηνιστούν ζητήματα και ερωτήματα που προέκυψαν.

Μεταξύ των ειδικών περιλαμβάνονται : Διευθυντές καρδιολογικού τομέα (3), Διευθυντές καρδιολογικής κλινικής (5), Αναπληρωτές Καθηγητές Καρδιολογίας (3), Προϊστάμενοι Αιμοδυναμικού και Ηλεκτροφυσιολογικού Εργαστηρίου (4), Επιμελητές Καρδιολόγοι ιατροί (5), Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου (1), Διοικητές Νοσοκομείου (2) και Οικονομικοί Διευθυντές Νοσοκομείου (2). Η πλειοψηφία του δείγματος των ερωτηθέντων είναι κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σε ιατρική ειδικότητα (ποσοστό 68%), 16% είναι κάτοχοι άλλου πανεπιστημιακού τίτλου (Οικονομικά, Διοίκηση Επιχειρήσεων ή Νομική) και 16% απόφοιτοι της Νοσηλευτικής.

Στόχος της έρευνας πεδίου ήταν η καταγραφή της παρούσας κατάστασης και των βραχυπρόθεσμων μελλοντικών τάσεων (σε ορίζοντα ζετίας) αναφορικά με τον εξορθολογισμό στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα.

Η ομάδα των καρδιολογικών ασθενών επιλέχθηκε ως ομάδα ενδιαφέροντος, διότι θεωρείται αντιπροσωπευτική της ολότητας των ασθενών, αφού συγκεντρώνει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ✓ Οι καρδιολογικοί ασθενείς αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα ασθενών.
- ✓ Τα μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων οφείλονται σε καρδιαγγειακές νόσους («Eurostat», 2006).
- ✓ Οι καρδιολογικοί ασθενείς είναι λήπτες φαρμάκων ισοβίως και υποβάλλονται σε τακτικούς και συχνούς ελέγχους παρακολούθησης με διαγνωστικές εξετάσεις (αιματολογικές, triplex καρδιάς, stress echo, σπινθηρογράφημα με Θάλιο, στεφανιογραφία, holter πίεσεως ή ρυθμού, τεστ κοπώσεως, κ. λ. π.).
- ✓ Η αντιμετώπιση των καρδιολογικών παθήσεων απαιτεί τη χρήση ακριβής τεχνολογίας αιχμής (stents, drug eluting stents, μπαλόνια, βηματοδότες, απινιδωτές, αιμοδυναμικά εργαστήρια, ενδοστεφανιαίο υπέρηχο).

6.2 Σχεδιασμός και ζητήματα επικέντρωσης της έρευνας πεδίου

Οι εις βάθος συνεντεύξεις σχεδιάστηκαν και διενεργήθηκαν αφού προηγουμένως είχε ολοκληρωθεί και διατυπωθεί πλήρως (σε έξι κεφάλαια) η βιβλιογραφική ανασκόπηση για το θέμα του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Πριν τη διενέργεια των εις βάθος συνεντεύξεων (τουλάχιστον τρεις μέρες πριν τη λήψη των

συνεντεύξεων) είχε δοθεί σε καθένα συνεντευζιαζόμενο : α) ένα γράμμα που περιέγραφε τα πλαίσια και τους σκοπούς της έρευνας (Παράρτημα Α), β) αντίγραφα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τα ζητήματα του εξορθολογισμού, καθώς και γ) εννέα ερωτήματα με βάση τα οποία θα καλούνταν να απαντήσουν κατά τη διενέργεια της συνέντευξης (Παράρτημα Β). Ο λόγος γι' αυτή την προκαταβολική ενημέρωση των ειδικών ήταν να ενημερωθούν επαρκώς σχετικά με τα ζητήματα που άπτονται του εξορθολογισμού και τα πλαίσια της παρούσας έρευνας, ώστε οι απαντήσεις τους να είναι υπεύθυνες και προϊόντα ωρίμου σκέψης.

Τα πλαίσια κι οι σκοποί της έρευνας, όπως δόθηκαν στους ειδικούς πριν τη συνέντευξη, αναφέρονται στο Παράρτημα Α. Τα αντίγραφα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση περιλάμβαναν τα πρώτα έξι κεφάλαια της παρούσας εργασίας.

Τα θέματα για τα οποία θα καλούνταν να πάρουν θέση οι ειδικοί (περιγράφονται αυτούσια στο Παράρτημα Β) συνοψίζονται σε εννέα ερωτήματα.

1. Είναι γνωστό ότι, τα τελευταία χρόνια στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, υπάρχει μια έντονη συζήτηση για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (rationing in health care).

Στην Ελλάδα γνωρίζετε να έχει τεθεί τέτοιο θέμα προς συζήτηση;

2. Πιστεύετε πως υπάρχει ανάγκη λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών φροντίδων υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα στις μέρες μας ή στο άμεσο μέλλον (2-3 χρόνια); Για ποιο λόγο;
3. Υπό ποιες προϋποθέσεις είναι θεμιτή, κατά τη γνώμη σας, η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς; Περιγράψτε αναλυτικά.
4. Από τη δεδομένη εμπειρία σας και από τη φύση της εργασίας σας, συμπεραίνετε πως λαμβάνουν χώρα ή όχι ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα; Αν θέλετε σχολιάστε περαιτέρω σχετικά με την επιλογή σας.
5. Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη θεώρηση πως οι τρεις θεμελιώδεις αρχές: της ισότητας, της καθολικής πρόσβασης και της αλληλεγγύης, στο ελληνικό σύστημα υγείας (Ε. Σ. Υ.), αποτελούν ανασχετικούς παράγοντες για τη λήψη αποφάσεων προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;
6. Οι αποφάσεις λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης , που διεθνώς λήφθηκαν, επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα

7. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, κάποιες βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες έχουν αποφασίσει τα κριτήρια με τα οποία ιεραρχούνται οι ανάγκες/ καταστάσεις των ασθενών.

Βαθμολογώντας από το 1 έως το 6 (με 1= εξαιρετικά σημαντικό, 2= πολύ σημαντικό, 3= λίγο σημαντικό, 4= μάλλον ασήμαντο, 5= πολύ ασήμαντο και 6= εντελώς ασήμαντο) ποια κριτήρια πιστεύετε ότι είναι κατάλληλα να υιοθετηθούν, προκειμένου να υποδεικνύουν ποιοι ασθενείς έχουν προτεραιότητα μεταξύ των καρδιολογικών ασθενών:

- α) η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενή (π. χ. αν απειλείται η ζωή του)
- β) το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή, από τη θεραπευτική αγωγή που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του (π. χ. πλήρης ίαση, παρηγορητική αγωγή, μικρή πιθανότητα επιβίωσης)
- γ) η ηλικία του/ της ασθενή
- δ) ο λόγος κόστους – αποτελεσματικότητας της απαιτούμενης θεραπευτικής αγωγής
- ε) η επίδραση των επιλογών τρόπου ζωής (ατομικής ευθύνης) του/ της ασθενή στην κατάσταση της υγείας του/ της (π. χ. παχύσαρκοι, καπνιστές)
- στ) άλλο (σε περίπτωση επιλογής, παρακαλώ αναφέρατε και βαθμολογήστε)

8. Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση :

«Κατά τη λήψη αποφάσεων μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των πολιτών».

9. Ποιοι νομίζετε πως είναι οι καταλληλότεροι για να διαμορφώσουν τις πολιτικές και να λάβουν τις αποφάσεις για ζητήματα εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα; α) η πολιτεία, β) ο μάνατζερ του νοσοκομείου, γ) ο διευθυντής του καρδιολογικού τομέα, δ) ο εκάστοτε επιμελητής καρδιολόγος ιατρός, ε) άλλος (σε περίπτωση επιλογής, παρακαλώ αναφέρατε).

6.3 Ευρήματα της έρευνας πεδίου

Οι απόψεις - απαντήσεις των ειδικών για τον εξορθολογισμό στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας (μετά το πέρας και της δεύτερης συμπληρωματικής συνέντευξης), επεξεργάστηκαν σε Excel και εξάχθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα :

Στο πρώτο ερώτημα : «Είναι γνωστό ότι, τα τελευταία χρόνια στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, υπάρχει μια έντονη συζήτηση για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (rationing in health care). Στην Ελλάδα γνωρίζετε να έχει τεθεί τέτοιο θέμα προς συζήτηση;» οι 16 ειδικοί (ποσοστό 64%) απάντησαν πως δεν γνωρίζουν να έχει τεθεί επισήμως τέτοιο θέμα προς συζήτηση στην Ελλάδα, ενώ οι υπόλοιποι 9 ερωτηθέντες (ποσοστό 36%) απάντησαν πως γνωρίζουν πως έχει τεθεί θέμα εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (rationing in health care) στην Ελλάδα (ας σημειωθεί πως στους 9 ερωτηθέντες που απάντησαν θετικά συμπεριλαμβάνονται οι τρεις εκ των τεσσάρων Οικονομικών Διευθυντών και Διοικητών νοσοκομείων). (Διάγραμμα 8)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

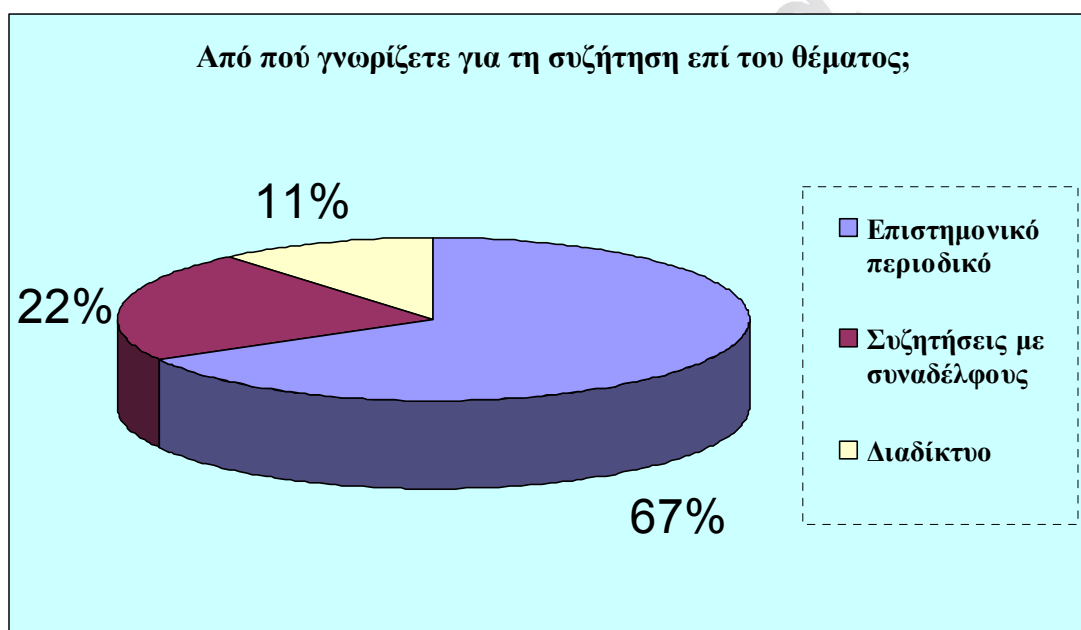
ΕΡΩΤΗΜΑ 1α:



Περαιτέρω διερευνήθηκε από πού γνώριζαν οι ειδικοί για τη συζήτηση επί του θέματος. Οι 9 ερωτηθέντες που απάντησαν θετικά στο πρώτο ερώτημα, απάντησαν στην πλειοψηφία τους (6 στους 9, ποσοστό 66,67%) από επιστημονικό περιοδικό, οι 2 (ποσοστό 22,22%) απάντησαν πως γνώριζαν από συζητήσεις με συναδέλφους τους, ενώ ο ένας (ποσοστό 11,11%) απάντησε πως το γνώριζε από το διαδίκτυο. (Διάγραμμα 9)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9

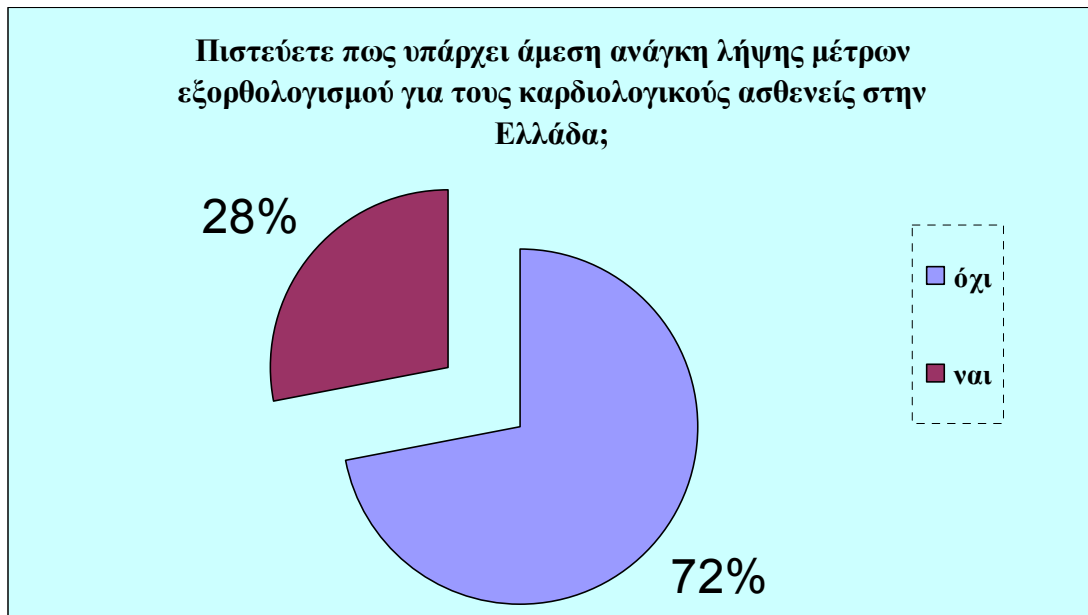
ΕΡΩΤΗΜΑ 1β



Στο δεύτερο ερώτημα : «Πιστεύετε πως υπάρχει ανάγκη λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών φροντίδων υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα στις μέρες μας ή στο άμεσο μέλλον (2-3 χρόνια); Για ποιο λόγο;» οι 18 ερωτηθέντες (ποσοστό 72%) απάντησαν πως δεν υπάρχει, κατά τη γνώμη τους, ανάγκη άμεσης λήψης μέτρων εξορθολογισμού, ενώ οι υπόλοιποι 7 (ποσοστό 28%) πιστεύουν πως υπάρχει ανάγκη άμεσης λήψης μέτρων εξορθολογισμού. (Διάγραμμα 10)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

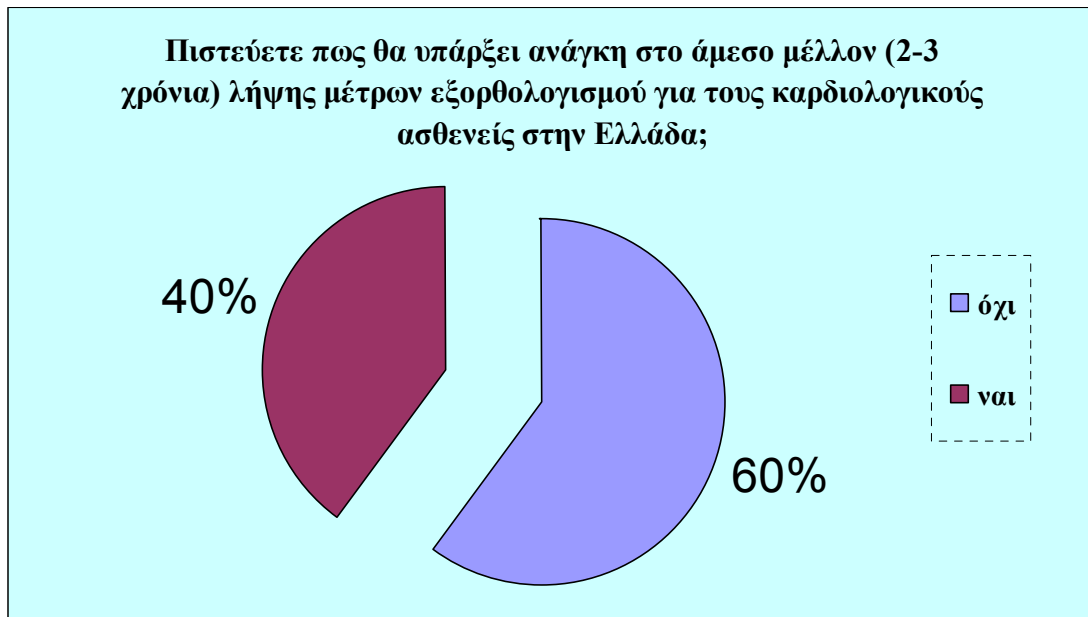
ΕΡΩΤΗΜΑ 2α



Αναφορικά με το άμεσο μέλλον (2-3 χρόνια) η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (15 από τους 25, ποσοστό 60%) απάντησε πως δεν πιστεύει πως θα υπάρξει ανάγκη λήψης μέτρων εξορθολογισμού στο άμεσο μέλλον, ενώ 40% των ερωτηθέντων πιστεύει πως θα υπάρξει ανάγκη στο άμεσο μέλλον λήψης μέτρων εξορθολογισμού. Ας σημειωθεί πως παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ειδικών που πιστεύουν πως δεν θα υπάρξει ανάγκη στο άμεσο μέλλον λήψης μέτρων εξορθολογισμού σε σχέση με το ποσοστό αυτών που απάντησαν πως δεν πιστεύουν πως υπάρχει ανάγκη άμεσης λήψης τέτοιων μέτρων. (Διάγραμμα 11)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11

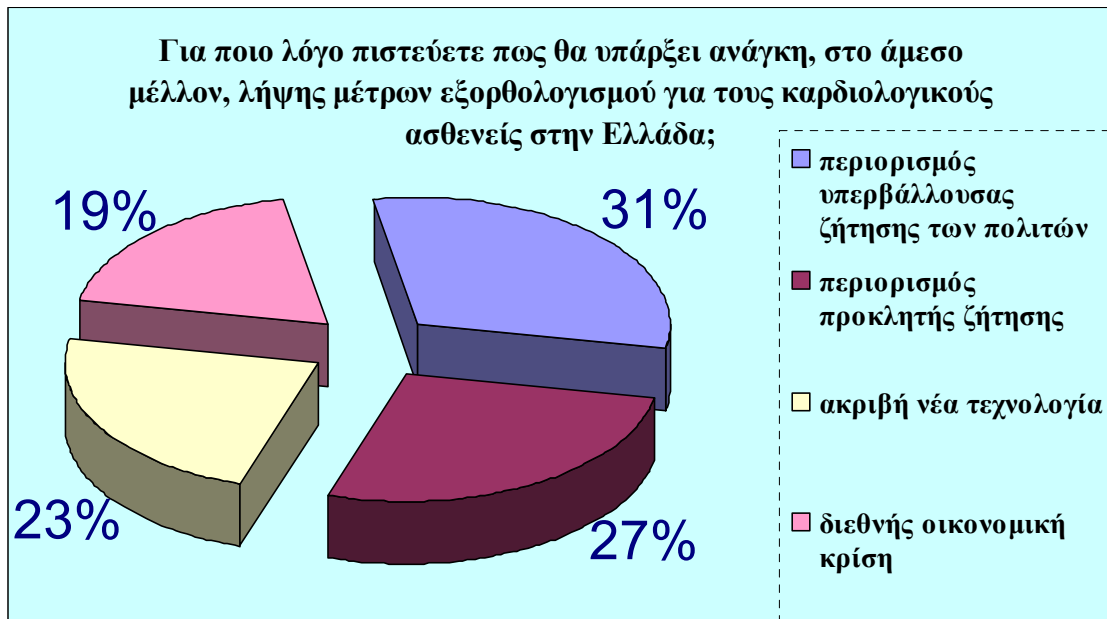
ΕΡΩΤΗΜΑ 2β



Στο υποερώτημα για ποιο λόγο θα υπάρξει ανάγκη στο άμεσο μέλλον να ληφθούν μέτρα εξορθολογισμού κλήθηκαν να απαντήσουν μόνοι όσοι από τους ερωτηθέντες απάντησαν θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση του ερωτήματος 2 και στις περισσότερες των περιπτώσεων υπέδειξαν πλέον του ενός λόγου. Οι ειδικοί σε ποσοστό 31% πιστεύουν πως αυτή η ανάγκη λήψης μέτρων εξορθολογισμού εκπορεύεται από την ανάγκη περιορισμού της υπερβάλλουσας ζήτησης των ασθενών, σε ποσοστό 27% υποστηρίζουν εξ' αιτίας της προκλητής ζήτησης των άροχων υγειονομικών υπηρεσιών, σε ποσοστό 23% πιστεύουν εξ' αιτίας της νέας ακριβής τεχνολογίας, ενώ οι υπόλοιποι (ποσοστό 19%) πιστεύουν πως αυτή η ανάγκη θα προκύψει εξ' αιτίας της δυσμενούς διεθνούς οικονομικής κρίσης. (Διάγραμμα 12)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12

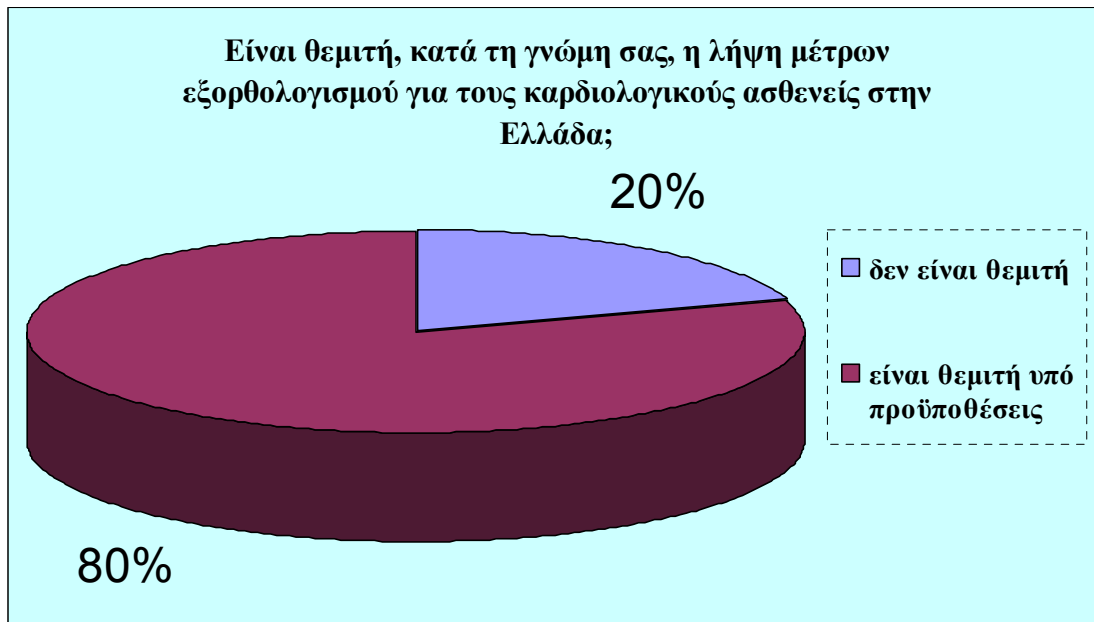
ΕΡΩΤΗΜΑ 2γ



Στο τρίτο ερώτημα : «Υπό ποιες προϋποθέσεις είναι θεμιτή, κατά τη γνώμη σας, η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα; Περιγράψτε αναλυτικά.» οι 5 από τους ειδικούς (ποσοστό 20%) θεωρούν αθέμιτη την εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς, διότι, κατά τη γνώμη τους αυτή αντίκειται στην διατήρηση της εφαρμογής των θεμελιωδών αξιών του δημόσιου συστήματος υγείας ή/ και στην κουλτούρα και τις προσδοκίες των ελλήνων πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα (ας σημειωθεί πως και οι πέντε αποκριθέντες είναι Καρδιολόγοι Ιατροί διαφόρων βαθμίδων εξουσίας εντός των νοσοκομείων). (Διάγραμμα 13)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

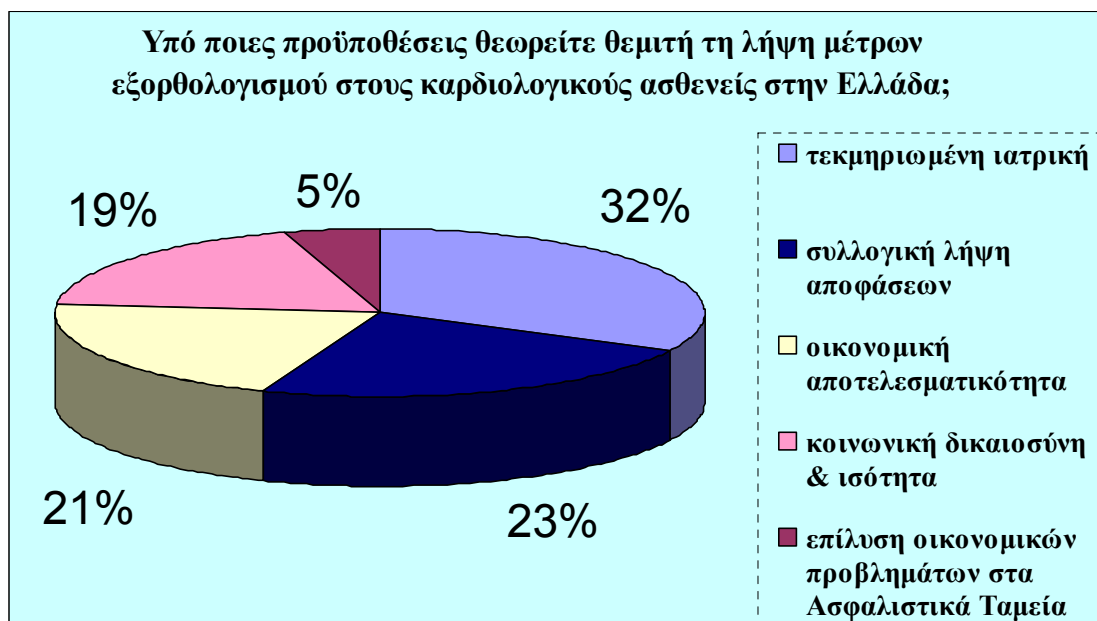
ΕΡΩΤΗΜΑ 3α



Αντίθετα οι περισσότεροι από τους ειδικούς (20 από τους 25, ποσοστό 80%) θεωρούν πως ένα μείγμα τουλάχιστον δύο προϋποθέσεων θα καταστήσει θεμιτή την εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα : σε ποσοστό 70% πιστεύουν πως είναι θεμιτή η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού υπό την προϋπόθεση ότι αυτή εφαρμογή θα είναι σύμφωνη με την άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence-based medicine), σε ποσοστό 50% θεωρούν ως προϋπόθεση τη συλλογική λήψη τέτοιων αποφάσεων, με τη συμμετοχή σ' αυτή όλων των εμπλεκόμενων μερών, σε ποσοστό 45% θεωρούν ως βασική προϋπόθεση την εξασφάλιση της οικονομικής αποτελεσματικότητας (σε όρους ανάλυσης κόστους – αποτελεσματικότητας), σε ποσοστό 40% πρόκριναν ως προϋπόθεση την εξασφάλιση της διατήρησης της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ σε ποσοστό 10% θεωρούν ως προϋπόθεση την ουσιαστική συνεισφορά αυτών των μέτρων εξορθολογισμού στην επίλυση των οικονομικών προβλημάτων στα Ασφαλιστικά Ταμεία. (Διάγραμμα 14)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14

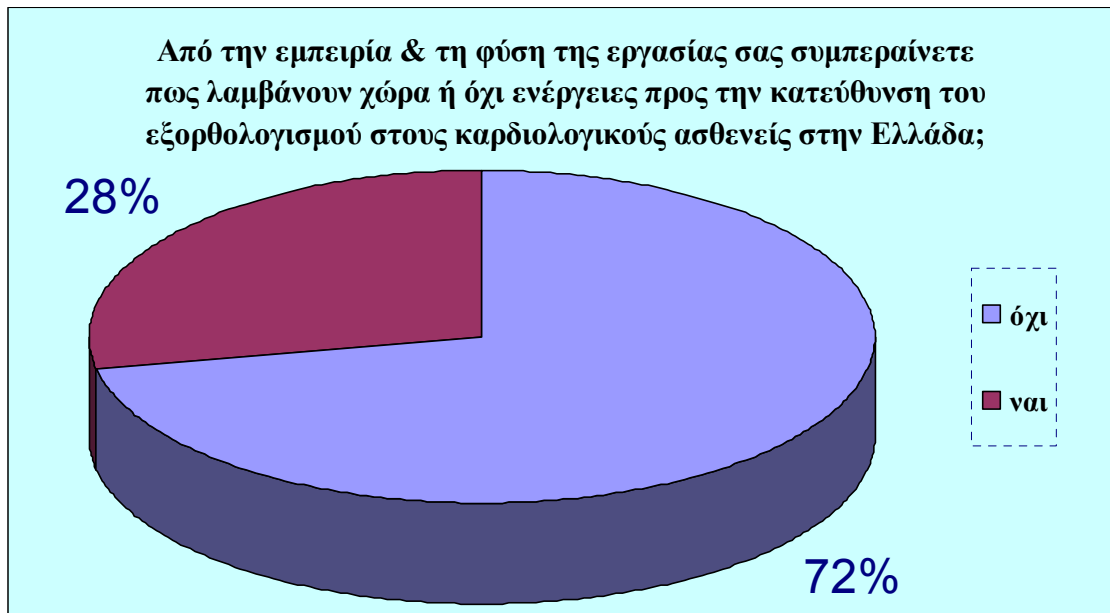
ΕΡΩΤΗΜΑ 3β



Στο τέταρτο ερώτημα : «Από τη δεδομένη εμπειρία σας και από τη φύση της εργασίας σας, συμπεραίνετε πως λαμβάνουν χώρα ή όχι ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα; Αν θέλετε σχολιάστε περαιτέρω σχετικά με την επιλογή σας.» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (18 στους 25, ποσοστό 72%) απάντησε πως δεν συμπεραίνει πως λαμβάνουν χώρα ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα, ενώ οι υπόλοιποι 7 ειδικοί (ποσοστό 28%) συμπεραίνουν από την εμπειρία τους πως λαμβάνουν χώρα ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. (Διάγραμμα 15)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15

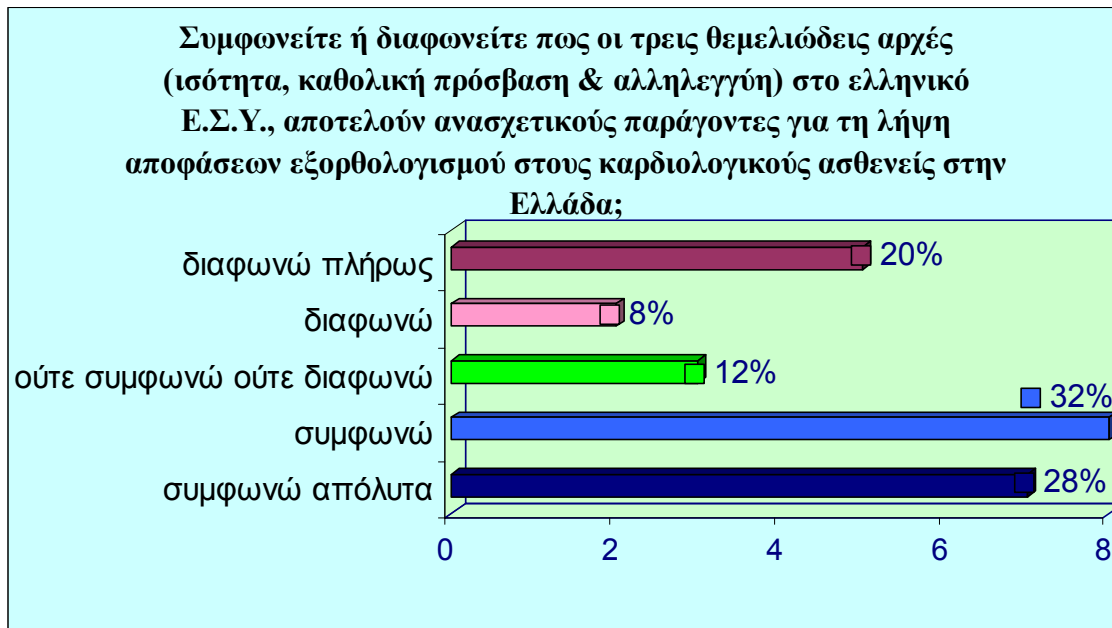
ΕΡΩΤΗΜΑ 4



Στο πέμπτο ερώτημα : Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη θεώρηση πως «οι τρεις θεμελιώδεις αρχές: της ισότητας, της καθολικής πρόσβασης και της αλληλεγγύης, στο ελληνικό Ε. Σ. Υ. αποτελούν ανασχετικούς παράγοντες για τη λήψη αποφάσεων προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα», οι 7 ερωτηθέντες (ποσοστό 28%) απάντησαν πως συμφωνούν απόλυτα, οι 8 (ποσοστό 32%) απάντησαν πως απλά συμφωνούν, οι 3 (ποσοστό 12%) απάντησαν πως ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν μ' αυτή τη θεώρηση, οι 2 (ποσοστό 8%) απάντησαν πως διαφωνούν απόλυτα, ενώ οι υπόλοιποι 5 (ποσοστό 20%) απάντησαν πως απλά διαφωνούν. (Διάγραμμα 16)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16

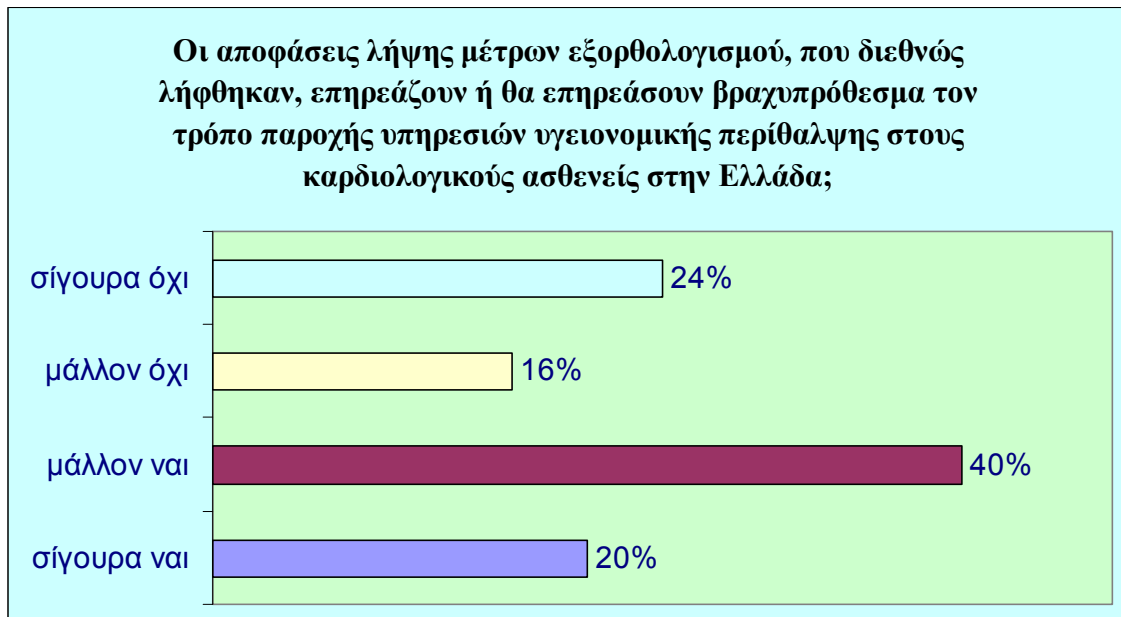
ΕΡΩΤΗΜΑ 5



Στο έκτο ερώτημα ζητήθηκε από τους ειδικούς να λάβουν θέση στο ζήτημα: «Οι αποφάσεις λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που διεθνώς λήφθηκαν, επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα (τα επόμενα 2-3 χρόνια) τον τρόπο παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;». Οι 5 ερωτηθέντες (ποσοστό 20%) απάντησαν πως πιστεύουν ότι «ναι, σίγουρα επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα», οι 6 (ποσοστό 24%) απάντησαν πως «όχι, σίγουρα δεν επηρεάζουν ή δεν θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα». Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν ήταν τόσο βέβαιοι για την πρόβλεψή τους σχετικά με αυτό το ζήτημα και προτίμησαν να πιθανολογήσουν. Συγκεκριμένα: 10 ειδικοί (ποσοστό 40%) απάντησαν πως «πιθανόν επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα», ενώ 4 (ποσοστό 16%) ειδικοί απάντησαν πως «πιθανόν δεν επηρεάζουν ή δεν θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα».

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17

ΕΡΩΤΗΜΑ 6



Στο έβδομο ερώτημα κλήθηκαν οι ειδικοί να ιεραρχήσουν : «Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, κάποιες, βιομηχανικά ανεπτυγμένες, χώρες έχουν αποφασίσει τα κριτήρια με τα οποία ιεραρχούνται οι ανάγκες/ καταστάσεις των ασθενών.

Βαθμολογώντας από το 1 έως το 6 (με 1= εξαιρετικά σημαντικό, 2= πολύ σημαντικό, 3= λίγο σημαντικό, 4= μάλλον ασήμαντο, 5= πολύ ασήμαντο και 6= εντελώς ασήμαντο) ποια κριτήρια πιστεύετε ότι είναι κατάλληλα να υιοθετηθούν, προκειμένου να υποδεικνύουν ποιοι ασθενείς έχουν προτεραιότητα μεταξύ των καρδιολογικών ασθενών:

- α)** η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενή (π. χ. αν απειλείται η ζωή του),
- β)** το αναμενόμενο όφελος για τον/ την ασθενή, από τη θεραπευτική αγωγή που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του/ της (π. χ. πλήρης ίαση, παρηγορητική αγωγή, μικρή πιθανότητα επιβίωσης),
- γ)** η ηλικία του ασθενή,
- δ)** ο λόγος κόστους– αποτελεσματικότητας της απαιτούμενης θεραπευτικής αγωγής
- ε)** η επίδραση των επιλογών τρόπου ζωής (ατομικής ευθύνης) του/ της ασθενή στην κατάσταση της υγείας του/ της (π. χ. παχύσαρκοι, καπνιστές)».

Στο ερώτημα αυτό κάθε ειδικός (ακολουθώντας την κλίμακα Likert) κλήθηκε να δώσει οπωσδήποτε βαθμό ιεράρχησης (από το 1 έως το 6) σε κάθε κριτήριο. Η χρήση όλων ή μέρους των βαθμών ιεράρχησης ήταν στην κρίση των ειδικών (π. χ. κάποιοι

ειδικοί δεν βαθμολόγησαν κανένα κριτήριο με τον βαθμό 6, ενώ κάποιοι άλλοι βαθμολόγησαν περισσότερα από ένα κριτήρια με τον βαθμό 1).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ειδικοί σ' αυτό το ερώτημα η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενή ιεραρχείται ως πρώτη προτεραιότητα με πολύ υψηλό ποσοστό (96%). Δεύτερο στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων, σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών, κατατάσσεται το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή από τη θεραπευτική αγωγή ή επέμβαση, η οποία απαιτείται από την κατάσταση της υγείας του. Ας σημειωθεί πως το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή εξαρτάται τόσο απ' την προβλεπόμενη συνέπεια της αγωγής ή της επέμβασης (π. χ. πλήρης ίαση της ασθένειας, παρηγορητική αγωγή, απλή παράταση της ζωής, όπως σε περιπτώσεις ανίατης και προχωρημένης νόσου όπως είναι ο καρκίνος), όσο και απ' την πιθανότητα επιτυχίας της θεραπευτικής αγωγής ή της επέμβασης, σύμφωνα με την τεκμηριωμένη ιατρική. Τρίτη στη σειρά ιεράρχησης προτεραιοτήτων κατέταξαν οι ειδικοί, σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν, την ηλικία του ασθενή. Στην προτελευταία θέση ιεράρχησης προτεραιοτήτων κατέταξαν το λόγο κόστους- αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής ή επέμβασης, ενώ στην τελευταία θέση κατατάχθηκε η ατομική ευθύνη που έχει ο ασθενής για την κατάσταση της υγείας του.

Δύο ειδικοί ανέφεραν επιπροσθέτως ως κριτήριο ιεράρχησης της προτεραιότητας στις ανάγκες/ καταστάσεις των ασθενών την άσκηση έντονης πίεσης από τους ασθενείς ή τους συνοδούς τους για τη διεξαγωγή της θεραπευτικής αγωγής ή επέμβασης, βαθμολογώντας το όμως ως λίγο σημαντικό.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 15) δίνονται τα αποτελέσματα της ιεράρχησης όπως προκύπτουν από τις απαντήσεις των 25 ειδικών.

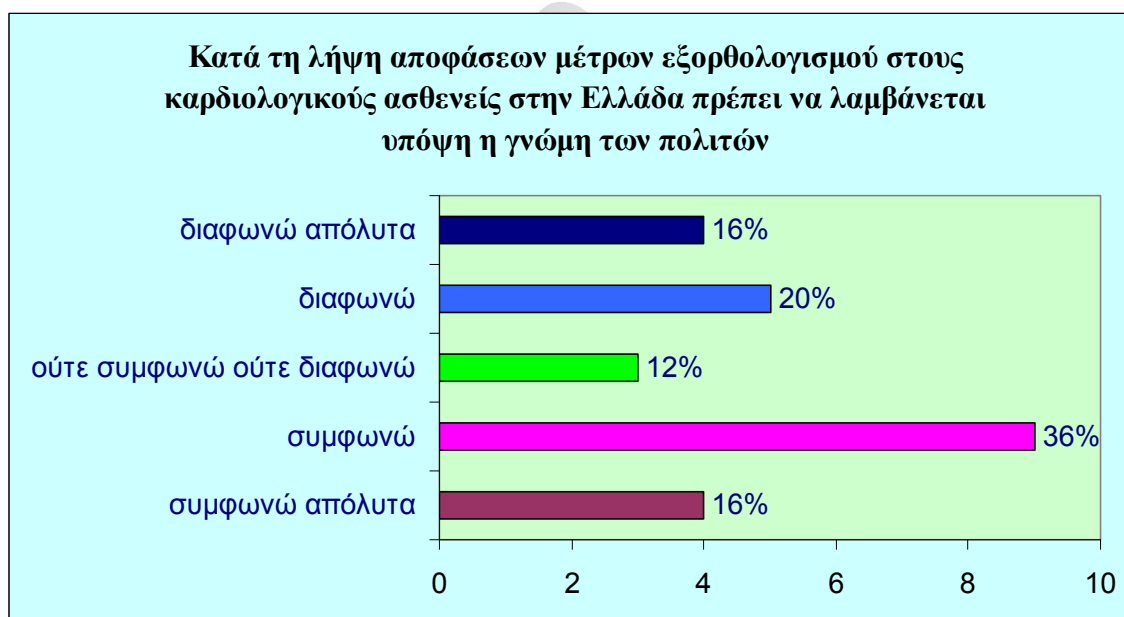
ΠΙΝΑΚΑΣ 15**ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ**

	1	2	3	4	5	6
	Εξαιρετικά σημαντικό	Πολύ σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Μάλλον ασήμαντο	Πολύ ασήμαντο	Εντελώς ασήμαντο
Η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενή (π. χ. αν απειλείται η ζωή του)	96%			4%		
Το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή από τη θεραπευτική αγωγή ή επέμβαση που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του (π. χ. πλήρης ίαση, παρηγορητική αγωγή, μικρή πιθανότητα επιβίωσης)	24%	60%	4%	4%	4%	4%
Η ηλικία του ασθενή	20%	36%	20%	4%	16%	4%
Ο λόγος κόστους – αποτελεσματικότητας της απαιτούμενης θεραπευτικής αγωγής ή επέμβασης	4%	36%	20%	20%	8%	12%
Η επίδραση των επιλογών τρόπου ζωής (ατομικής ευθύνης) του ασθενή στην κατάσταση της υγείας του (π. χ. παχύσαρκοι, καπνιστές)	16%	12%	32%	12%	16%	12%

Στο όγδοο ερώτημα ζητήθηκε από τους ειδικούς να σημειώσουν το βαθμό που συμφωνούν ή διαφωνούν με την πρόταση : «Κατά τη λήψη αποφάσεων μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη των πολιτών». Οι 4 ειδικοί (ποσοστό 16%) απάντησαν πως συμφωνούν απόλυτα πως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη των πολιτών, κατά τη λήψη αποφάσεων μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς, 9 ειδικοί (ποσοστό 36%) απάντησαν πως απλά συμφωνούν, 3 ειδικοί (ποσοστό 12%) απάντησαν πως ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν, 5 ειδικοί (ποσοστό 20%) απάντησαν πως διαφωνούν με την πρόταση, ενώ 4 ειδικοί (ποσοστό 16%) διαφωνούν πλήρως με την πρόταση. (Διάγραμμα 18)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18

ΕΡΩΤΗΜΑ 8

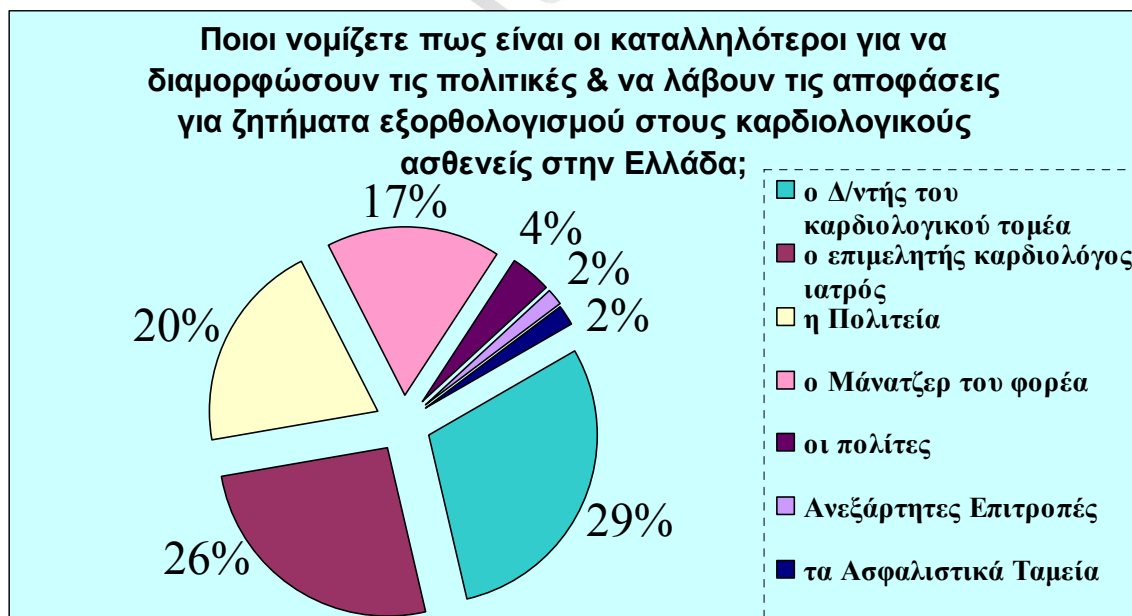


Στο ένατο και τελευταίο ερώτημα ζητήθηκε από τους ειδικούς να λάβουν θέση στο ζήτημα: «Ποιοι νομίζετε πως είναι οι καταλληλότεροι για να διαμορφώσουν τις πολιτικές και να λάβουν τις αποφάσεις για ζητήματα εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα; α) η πολιτεία, β) ο μάνατζερ του νοσοκομείου, γ) ο διευθυντής του καρδιολογικού τομέα, δ) ο εκάστοτε επιμελητής καρδιολόγος ιατρός, ε) άλλος (σε

περίπτωση επιλογής, παρακαλώ αναφέρατε)». Στο ερώτημα αυτό οι ειδικοί μπορούσαν να επιλέξουν πέραν της μιας προτίμησης. 16 από τους ειδικούς (ποσοστό 29%) απάντησαν πως ο διευθυντής του καρδιολογικού τομέα είναι ο πιο κατάλληλος να διαμορφώσει τις πολιτικές και να λάβει τις αποφάσεις για ζητήματα εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. 14 ειδικοί (ποσοστό 26%) θεωρούν καταλληλότερο τον εκάστοτε επιμελητή καρδιολόγο ιατρό, ο οποίος έχει αναλάβει τον ασθενή, 11 ειδικοί (ποσοστό 20%) απάντησαν πως η Πολιτεία είναι η καταλληλότερη. 9 από τους ειδικούς (ποσοστό 17%) απάντησαν πως καταλληλότερος είναι ο μάνατζερ του νοσοκομείου/ φορέα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ 2 ειδικοί (ποσοστό 4%) απάντησαν πως οι πολίτες είναι οι καταλληλότεροι. Στην επιλογή «άλλος» 2 ειδικοί (ποσοστό 4%) ανέφεραν ο μιν ένας Ανεξάρτητες Επιτροπές, οι οποίες πρέπει να συσταθούν επί τούτου, ενώ ο έτερος συμπεριλαμβάνει τα Ασφαλιστικά Ταμεία στην Ελλάδα. (Διάγραμμα 19)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ19

ΕΡΩΤΗΜΑ 9



6.4 Συμπεράσματα από την έρευνα πεδίου – Συζήτηση

- * Στην πλειοψηφία τους οι ειδικοί δεν γνωρίζουν να έχει τεθεί θέμα εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.
- * Οι ειδικοί, στην πλειοψηφία τους, δεν πιστεύουν πως υπάρχει ανάγκη υιοθέτησης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα ούτε άμεσα, ούτε στο άμεσο μέλλον (2-3 χρόνια). Ενώ όσοι πιστεύουν πως υπάρχει ή θα υπάρξει ανάγκη στο άμεσο μέλλον λήψης τέτοιων μέτρων, αιτιολογούν την απάντησή τους πρωτίστως, λόγω ανάγκης περιορισμού της υπερβάλλουσας ζήτησης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους ασθενείς και περιορισμού της προκλητής ζήτησης που εκπορεύεται από τους πάροχους των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και δευτερευόντως λόγω της πολύ ακριβής νέας τεχνολογίας και της διεθνούς οικονομικής κρίσης.
- * Η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού είναι θεμιτή υπό τις εξής προϋποθέσεις: α) εφόσον επιτρέπει και εξασφαλίζει την άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence-based medicine) από τους καρδιολόγους ιατρούς β) εφόσον οι αποφάσεις ληφθούν με συλλογικό τρόπο, εμπλέκοντας στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη, γ) εφόσον εξασφαλιστεί η οικονομική αποτελεσματικότητα, και δ) εφόσον διασφαλιστεί η διατήρηση της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας μεταξύ των πολιτών. Αξιοσημείωτη είναι η άποψη μειοψηφίας των ειδικών (20%), κατά την οποία δεν θεωρείται θεμιτή η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού διότι, κατά τη γνώμη τους, θα περιορίζε την ποσότητα ή/ και την ποιότητα των παρόντων προσφερομένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς. Αυτοί οι ειδικοί πιστεύουν πως είναι θεμιτή η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού μόνο σε καταστάσεις πολέμου ή μεγάλων επιδημιών.
- * Στη μεγάλη πλειοψηφία τους οι ειδικοί συμπεραίνουν από την εμπειρία και τη φύση της εργασίας τους πως δε λαμβάνουν χώρα ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Η αντίθετη άποψη, της μειοψηφίας των ειδικών, ίσως σηματοδοτεί την ύπαρξη σιωπηρού εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα.

- * Οι θεμελιώδεις αρχές του ελληνικού Ε. Σ. Υ. (καθολική πρόσβαση, κοινωνική δικαιοσύνη και αλληλεγγύη) αποτελούν ανασχετικούς παράγοντες στην εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού, απάντησε η πλειοψηφία των ειδικών.
- * Οι αποφάσεις λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που διεθνώς λήφθηκαν, δεν επηρεάζουν και δεν θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα (τα επόμενα 2-3 χρόνια) τον τρόπο παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα, κατά την άποψη της πλειοψηφίας των ειδικών.
- * Το καταλληλότερο (εξαιρετικά σημαντικό) κριτήριο ιεράρχησης προτεραιοτήτων στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους καρδιολογικούς ασθενείς είναι η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του ασθενή, πρόκριναν σχεδόν όλοι οι ειδικοί και ακολουθεί το αναμενόμενο όφελος για τον ασθενή από τη θεραπευτική αγωγή ή την επέμβαση, την οποία απαιτεί η κατάσταση της υγείας του. Η ηλικία του ασθενή, ως κριτήριο προτεραιότητας βρίσκεται στην τρίτη θέση ιεράρχησης, παρ' ότι στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει διαφωνία στη χρήση αυτής της παραμέτρου ως κριτηρίου ιεράρχησης. Ο λόγος κόστους – αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής κατατάχθηκε ως προτελευταίο κριτήριο ιεράρχησης (ακόμα και από τους Οικονομολόγους που συμμετείχαν σ' αυτή την έρευνα), υποδηλώνοντας πως οι οικονομικοί παράμετροι μιας θεραπευτικής αγωγής ή επέμβασης είναι ασήμαντοι σε σχέση με τα προαναφερθέντα κριτήρια στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Τελευταίο στην κατάταξη των κριτηρίων ιεράρχησης (ασήμαντο), θεωρήθηκε από τους ειδικούς, η επίδραση των επιλογών τρόπου ζωής (ατομικής ευθύνης) του ασθενή στην κατάσταση της υγείας του (π. χ. παχύσαρκοι, καπνιστές), παρ' ότι σ' αυτό το κριτήριο παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διασπορά στη βαθμολογία που του έδωσαν οι ειδικοί. Πρέπει να σημειωθεί ότι αναφορικά με αυτά τα κριτήρια οι ειδικοί τόνισαν πως λαμβάνονται μεν υπόψη αλλά δεν αφορούν σ' αυτή καθ' αυτή την παροχή της απαιτούμενης θεραπευτικής αγωγής, αλλά στη χρονική προτεραιότητα που πρέπει να δίδουν μεταξύ των ασθενών.
- * Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των πολιτών στη λήψη αποφάσεων μέτρων εξορθολογισμού (αν και όταν λαμβάνονται), κατά τις απόψεις της πλειοψηφίας των ειδικών. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τις απόψεις των ειδικών στο τρίτο ερώτημα, όπου η συλλογική λήψη αποφάσεων, με

* Για τη λήψη αποφάσεων περί των μέτρων εξορθολογισμού και τη διαμόρφωση πολιτικών, πρέπει να εξουσιοδοτούνται οι καρδιολόγοι γιατροί (Διευθυντές και Επιμελητές), οι οποίοι θα λαμβάνουν τέτοιες αποφάσεις, αν χρειαστεί, πιστεύει η πλειοψηφία των ειδικών. Δεύτερο σημαντικό ρόλο σ' αυτές τις διαδικασίες έκριναν οι ειδικοί πως έχει η Πολιτεία, ενώ τρίτο ρόλο ο μάνατζερ του νοσοκομείου ή του φορέα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σημαντική είναι η διαπίστωση πως ο ρόλος των πολιτών κρίθηκε αρκετά υποβαθμισμένος σ' αυτή τη διαδικασία. Οι απόψεις των ειδικών επί αυτού του ερωτήματος πιθανόν υποδηλώνουν την προτίμησή τους η ενδεχόμενη (δυννητική) λήψη μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης να λαμβάνει χώρα πρωτίστως στο τρίτο επίπεδο (μικρο- εξορθολογισμός ή «εξορθολογισμός στο κρεβάτι νοσηλείας»), δευτερευόντως στο πρώτο επίπεδο (μάκρο- εξορθολογισμός) και τριτευόντως στο μέσο επίπεδο (μέσο- εξορθολογισμός). Η διαπίστωση αυτή πιθανόν σηματοδοτεί (από ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, παρ. 4.5) την προτίμηση των ειδικών αν πρόκειται να ληφθούν μέτρα εξορθολογισμού αυτά να είναι σιωπηρά.

6.5 Περιορισμοί και όρια της έρευνας πεδίου

Τα όρια της διενεργηθείσας έρευνας πεδίου δεν επέτρεψαν να διερευνηθεί η άποψη των καρδιολογικών ασθενών για τα ζητήματα του εξορθολογισμού, διότι αυτή η διερεύνηση θα απαιτούσε την προκαταβολική εις βάθος ενημέρωσή τους από ειδικούς για τα ζητήματα της άσκησης της ιατρικής και του εξορθολογισμού, για την υλοποίηση της οποίας απαιτούνται οι ανάλογοι πόροι.

Η παρούσα έρευνα πεδίου αποτέλεσε την πρώτη πιλοτική έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα για τα ζητήματα που αφορούν στον εξορθολογισμό στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών κι ελπίζουμε να αποτελέσει το έναυσμα για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ

Α. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aaron H. J., (December 2005), “Health care rationing: What it means”, The Brookings Institution: Policy Brief 147.

Aaron H. J., Schwartz W. B., (1984), “*Efficiency and Inefficiency in British Health care The painful prescription Rationing hospital care*”, The Brookings Institution Washington, D.C., 89-112.

Aaron H J. Schwartz W B. (1990, 26 January) “*Rationing Health Care: The Choice before us*” Science 247: 418-422.

Abel- Smith, B., (1994) “*An introduction to Health Policy, Planning and Financing*”, London: Longman 1994.

Abelson J., Forest P., Eyles J., Smith P., Martin E., Gauvin F., (2003), *Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes*. Social Sciences and Medicine 57(2), 239-251.

Abelson J., Lomas J., Eyles J., Birch S., Veenstra G., (1995). “*Does the community want devolved authority? Results of deliberative polling in Ontario*” Canadian Medical Association Journal, 153(4), 403-412.

Aday L.A., (2000), “An expanded conceptual framework of equity: Implications for assessing health policy”, in: Albert G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (Eds). *The handbook of social studies in health and medicine*, Sage, London, pp. 481-492.

Albrecht L. G., 2001 “*Rationing Health care to disabled people*” Sociology of Health & Illness 23; 5: 654-677, ISSN 0141-9889.

American Medical Association, (1994), *Ethical issues in health care systems reform: The provision of adequate health care*, J A M A 1994 Oct.5; 272 (13): 1056-1062.

American Thoracic Society 1997 “*Fair Allocation of Intensive Care Unit Resources*” Amer. J. Respir Crit. Care Med 156:1282-1301.

Arrow K., (1963) “*Social choice and individual values*”, Yale University Press, New Haven, 1951, 2nd ed.1963.

Asadi-Lari M., Packman C., Gray D. 2003 (21 August) “*Need for redefining needs*” Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:34doi:10.1186/1477-7525-1-34.

Asch D., Ubel P., 1997 (5 June) “*Rationing by any other name*” *The New England Journal of Medicine* 23; 336:1668-1671.

Bambra C., Fox D., Scott-Samuel A., June 2003 “*Towards a new politics of Health*” Politics of health Group Discussion Paper no 1 University of Liverpool.

- Benatar S R, (2003), *Priority setting: learning to make tough decisions*, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2003; 74:1185-6.
- Blank R., (1992), Regulatory Rationing: A solution to health care, Resource Allocation, 140 U. Pa. I. Rev. 1573.
- Bleichrodt H., (1996), "*Health Utility indices and equity considerations*", Journal of Health Economics, 16, pp 65-91.
- Bowie C., Richardson A., Sykes W., (1995), "*Consulting the public about health care priorities*", British Medical Journal, 311, pp 1155-1158.
- Bowling A., (1996), Healthcare rationing: The public's debate. British Medical Journal, 312(7032), 670-674.
- Brandstetter R.D., (1992), *Intensive care for the elderly: Should the gates remain open?* New York State Journal of Medicine 92:175-6.
- Bringedal B., 1992 "Distribution Principles in Health Care" Institute for Research on Labour and Employment Working Paper Series University of California, Berkeley. <http://repositories.cdlib.org/iir/iirwps/iirwps-040-92>.
- Camenzind P., Meier C. (Eds), (2004), *Health care costs and Gender, Gender based data analysis for Switzerland*, March 2004, Hans Huber Publishing 2004.Swiss Health Observatory series.
- Canadian Nurses Association, *Working with limited Resources: Nurses Moral Constraints*, Ethics in Practice, Sept. 2000 ISSN No 1480-9990
- Cappelen W. A., Norheim O. F., (2006), *Responsibility, fairness and rationing in health care*, Health Policy Journal, 76(3), 312-319.
- Cassel C. K., (1994), *Researching the health needs of elderly people*, British Medical Journal, 1994(25 June); 308:1655-1656.
- Caulfield A., Burgess M., Williams B., Baily M., Cladwick R., Cho M., Deber R., Fleising U., Flood C., Friedman J., Lank R., Owen T., Sproule J., (2001) "*Providing genetic testing through the private sector- a view from Canada*", Issuma, 2(3): 1-10.
- Church J., Saunders D., Wanke M., Pong R., (2002), Journal of public health policy, 23(1), 12-32.
- Clarkeburn H., (1998), *Implicit rationing in Britain*, Family practice 15 (no 3): 190-191.
- Coast J., (2000), "*Explicit rationing, deprivation disutility: evidence from a qualitative study. In The Global Challenge of Health Care Rationing*", A. Coulter, C Ham (eds), Open University Press, Buckingham.

Cookson R., Dolan P., Ford J., Cooke L., Torgerson D. and Gosden T., (2000) Letters, *British Medical Journal* 321; 954.

Cookson R., McDaid A., Maynard A., (2001), Wrong SIGN, NICE mess: is national guidance distorting allocation of resources?, *British Medical Journal*, 323,pp 743-745.

Coulter A., Fitzpatrick R., (2000), "The patient's perspective regarding appropriate health care" in: Albert G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (eds), *The handbook of social studies in health and medicine*, Sage, London, pp. 454-464.

Cumming J., (1997). *Defining Core Services: New Zealand experiences*, *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, pp 31-37.

Daniels N., (2000), *Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles*, *British Medical Journal* (2000); 321: 1300-1301.

Daniels N., Sabin J. E., (2002) *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford: Oxford University Press; 2002.

Deacon B., (2003), "Global social governance reform: from institutions and policies to networks, projects and partnerships", in: Deacon B., Ollila E., Koivusalo M., Stubbs P., *Global social governance. Themes and prospects*, STAKES, Helsinki, pp. 11-35.

Dixon J., New B., (1997, 11 January); "Setting priorities New Zealand-style", *British Medical Journal* 314:86.

Docteur, E., Suppanz, Hannes and Woo, Jacjoon, (2003), "The U.S.A. Health system: As assessment and prospective directions for reform" O. E. C. D. Economics Department, Working papers No 350.Paris: O. E. C. D.

Dolan P., Cookson R., Ferguson B., (1999), *Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: Focus group study*. *British Medical Journal*, 318(7188), 916-919.

Donaldson C., Farrar S., (1993), *Needs assessment: Developing an economic approach*, *Health Policy* 25: 95-108.

Donaldson C., 1994 (2April) "Formulate not Formularise" *British Medical Journal*, 308: 905-906.

Doyal L., (1998), *Public participation and the moral quality of health care rationing*, *Quality and Safety in Health care*1998; 7; 98-102.

Edwards S. J. L., Kirchin S., 2002 "Rationing, randomising, and researching in health care provision" *Journal of Medical Ethics* 2002;28:20-23.

Eggimann-Santos B. (2005) "Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?" Health Services Research Unit: University of Lausanne Institute of Social and Preventive Medicine.

Emanuel E J., Emanuel LL., (1995), *The economics of dying :the illusion of cost savings at the end of life*, New England Journal of Medicine 1995;330:540-4.

Ensor T., Cooper S., (March 2002) "Resource allocation and purchasing: influencing the demand side" The University of York, second draft.

Estes C., Linkins K., (2000), " Critical perspectives on health and aging", in: Albert G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (eds), *The handbook of social studies in health and medicine* ,Sage, London, pp. 154-172.

Etzioni A., 1991 "*Health Care Rationing: A Critical Evaluation*" Commentary in Health Affairs Summer 1991:88-95.

Eurostat (2006): Age standardised death rate for 65 causes of death (per 100,000 inhabitants) - 2006 Males & Females.

Evans J. G., (1992), *Quality of life assessments and elderly people*. In: Hopkins A., ed. "Measures of the quality of life" London: Royal College of Physicians, 1992:109-33.

Feek M. C., McKean W. Hanneweld L., Barrow G., Edgar W., Paterson J. R. 1999 British Medical Journal, 318: 1346-1348.

Figueras J., Saltman R., Sakellarides C., (1998), " Introduction, in: Figueras J., Saltman R., Sakellarides C., (1998), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Open University Press, Buckingham, pp. 2-4.

Fleising U., Flood C., Friedman J., Lank R., Owen T., Sproule J., (2001), *Providing genetic testing through the private sector- a view from Canada*, Issuma, 2(3): 1-10.

Fleurbaey M., (2001) "*Equality versus Priority. How relevant is the Distinction*" University of Pau, revised version, September 2001, p.6- 7.

Folland, Goodman, Stano, (2006). "The Economics of Health and Health Care" fifth edition p.401-404.

Frankish J., Kwan B., Ratner P., Higgins J., Larsen C., (2002), *Challenges of citizen participation in regional health authorities*, Social Science and Medicine, 54(10), 1471-1480.

Freeman R., (2000). "*The politics of health in Europe*", Manchester University Press, pp. 14-31.

Frenk J., Gomez-Dantes O., (2002) "*Globalization and the challenges to health systems*", British Medical Journal, 325: 95-97.

Frenk J., Sepulveda J., Gomez-Dantes O., McGuinness M., Knaul F., (1997), "*The future of world health: the new world order and international health*", British Medical Journal, 314: 1404-1407.

Friedenberg Richard M., (2003), "Rationing in Health Care: changing the patterns of health care, *Radiology*; 227: 5-8.

Fuchs R. V. (1984). *The rationing of medical care*, *The New England Journal of Medicine* 311 (24): 1572-1573.

Fuchs R. V., (October 1999), "*The future of Health Economics*" working paper 7379. <http://www.nber.org/papers/w7379>.

Gibson J., Martin D., Singer P., (2004), *Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success*, *B M C Health Services Research*, 4:25.

Glick M. S. (2001) (February) "*Healthcare Reform, Rationing, And Equity: A Societal Challenge*" *ASSAI*, vol. IV, No 1 February 2001: 46-51.

Hale J., (2000) "*What contribution can health economics make to health promotion?*" *Health Promotion International* 15; 4:341-348. Oxford University Press.

Hall M.A., (1997), "*Physician bedside discretion Making medical spending decisions The Law, ethics and economics of rationing mechanisms*", Oxford University Press, New York, Oxford 113-169.

Halter P. M., (2004), *When is it OK to Ration Health care*, *Health care Executive* 2004, 30-31.

Ham C., (1995) (10 June), "*Health care rationing*" Editorials. *British Medical Journal*, 310: 1483-1484.

Ham C., Coulter A., (2001), "Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices", *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(3):163-169.

Hart T. J. (1996) "*Social decisions associated with rationing are not yet acceptable*" *British Medical Journal*, 312: 1605.

Heath I., (1997) (25 January) "*Managing scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service*" *British Medical Journal*, 314: 313.

Holm S., (1998), *Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in Health care*, *British Medical Journal* 1998; 317:1000-1002.

Hume D., *Treatise on human nature*, Oxford: Clarendon Press, 1888.

Hurst J., (2000), "Challenges for health systems in member countries of the Organization for Economic Co-operation and Development", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6).

Hurworth R., (1996), *Qualitative methodology: Common questions about running focus groups during evaluations*. *Evaluation News and Comments*, 5(1), 48-52.

Jagsi R., Delaney T. F., Donelan K. and Tarbell N. J., (June 2004), "Real-time Rationing of scarce Resources: The Northeast Proto Therapy Centre Experience" *Journal of Clinical Oncology*, vol.22, num. 11.

James C., Carrin G., Savedoff W., Hanvoravongchai P., March 2005 "*Clarifying Efficiency-Equity Trade-offs Explicit criteria, with a focus on Developing Countries*", *Health Care Analysis*, 13:1.

Jecker N. S., Schneiderman L. J., (1992) "*Futility and Rationing*", *American Journal of Medicine* 1992; 92:191.

Jordan J., Dowsewell T., Harrison S., Lilford R. J., Mort M. (1998), "*Whose priorities? Listening to users and the public*", *British Medical Journal*, 316, pp 1668-1670.

Judge K., Mays N., (1994), *Equity in the N .H. S. Allocation resources for health and social care in England*, *British Medical Journal*; 308:1363-6.

Kessler, D. P. and McClellan, M. B., (2000) "*Is hospital competition socially wasteful?*" , *Quarterly Journal of Economics* III.

Khushf G., Engelhardt T., (2003), *Ethical issues in the use of cost- effectiveness analysis for the prioritization of health care resources*, *Bioethics: A Philosophical Overview*, Jr Dordrecht: Kluwer Publishers.

King D., Maynard A., (1999). *Public opinion and rationing in the United Kingdom*. *Health Policy* 50:39-53.

Klein R. (1993). *Dimensions of rationing: Who should do what?* *British Medical Journal* 307:309-311.

Klein R., (2005), *A middle way for rationing health care resource*, *British Medical Journal* 2005;330:1340-1.

Laetz T., (1996), "*An American view: Health care policy comparisons between the European Union and the United States*", *Euro health*, 2, 1: 35-36.

Le Grand J., (2003), "Methods of cost containment: Some lessons from Europe" Paper for session: "Trade-offs in controlling health care costs: what California can learn from the world" IHEA Fourth World Congress, San Francisco, June 2003.

Lee K., McInnes C., (2003), *Health, foreign policy and security, A discussion paper*. U. K. Global Health Program, Working Paper 1. The Nuffield Trust, London.

Lenaghan J. (1996) *.Rationing and Rights in Health care*, Institute of Public Policy Research, London.

Lenaghan J., New B., Mitchell E., (1996), *Setting priorities: is there a role for citizens' juries?* , *British Medical Journal*, 312, pp 1591-1593.

Levensky N. G., (1990), *Age as a criterion for Rationing Health Care*, New England Journal of Medicine 1990; 322:1813-6.

Litva A., Coast J., Donovan J., Eyles J., Shepherd M., Tacchi J., Abelson J., Morgan K., (2002), "*The public is too subjective*": *Public involvement at different levels of health care decision-making*. Social Sciences and Medicine 54(12), 1825-1837.

Lomas J., (1997). *Reluctant rationers: public input to health care priorities*, *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, pp 103-111.

Lomas J., Fulop N., Gagnon D., Allen P., (2003). *On being a good listener: setting priorities for applied Health services research*, *The Milbank Quarterly*, vol. 81, no 3.

Madden L. S. (January 2004) "*Priority setting: Indicators and Ideas from Decision Makers*" University of Toronto, www.cehip.org.

Martin D., Shulman K., Santiago-Sorrell P., Singer P. (2003), "Priority-Settings and hospital strategic planning: a qualitative study", *Journal Health Serv. Res. Policy*. Vol8, No 4, October 2003.

Mas-Colell A., Whinston M. D., Green J. R., (1995), "Macroeconomic Theory", Oxford University Press.

Maslow, A.H., (1943) *A Theory of human motivation*, *Psychological Review* 50, pp: 370.

Mathews D., 1995 (1 July). "*I can no longer ration*" *British Medical Journal* 311: 66.

Maynard A., (14 December 1996) "Rationing Health care" *British Medical Journal*, 313:1499

Maynard A., (1999), "*Rationing health care: an exploration*", *Health Policy* 1999; 49:5-11.

Maynard A., (2001) "*Economics-based medicine: an evolving paradigm*", *Journal of Clinical Effectiveness* vol.31, pp 16-17.

Maynard A., Bloor K., (1995), "*Help or Hindrance? The role of economics in rationing Health care*", *British Medical Bulletin* vol. 51, no 4 (202p) (31ref.) pp 854-868.

McMichael A., Beaglehole R., (2000), "*The changing global context of public health*" *The Lancet*, 356: 495-499.

Mechanic D., (September/ October 1997), *Muddling through elegantly: Finding the proper balance in rationing*, *Health Affairs*, vol.16, num.5.

Michigan State University Extension (March 4, 2005): *Outcomes for Michigan's future: Reducing health care costs for at risk populations*.

Mitton C., (2002), "Priority setting for decision makers: using health economics in practice", *European Journal of Health Economics*, (3):240-243.

Mitton C., Donaldson C., (2003), *Resource allocation in Health care: Health Economics and Beyond*, Health Care Analysis vol.3, no 3.

Mitton C., Donaldson C., (2004), *Health care priority setting: principles, practice and challenges*, Cost Effectiveness and Resource allocation 2:3.

Mooney G., Russell E. and Weir R., (1986), *Choices for Health care: A practical Introduction to the Economics of health provision*, London: Macmillan.

Mossialos E., McKee M., (2002), *E U law and the social character of health care*, P. I. E. - Peter Lang, Brussels, pp.31-35.

Mossialos E. Le Grand, J.,(1999) (Eds)“*Health care and cost containment in the European Union*” pp.84-86, Aldershot, Ashgate.

Murray S. A. , Tapson J., Turnbull L., McCullum J., Little A. 1994 (12 March) “*Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice*” British Medical Journal; 308:698-700.

Nesmith K., (2004) “*Health Care: The Impending Cost Crisis*” MURJ 10:31-40.

New B. (1996) “*The Rationing Agenda in the N. H. S.*”. British Medical Journal; 312: 1593-1601.

Nord E., (1999), *Cost-value Analysis in health care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nordhaus W., 2005 (10 June), “*Costs, Benefits, and Rationing of Health Care*”, Yale University.

Norheim O. F., 1999 “*Health care rationing- are additional criteria needed for assessing evidence-based clinical practice guidelines?*” British Medical Journal1999; 319:1426-1429.

O. E. C. D. (1985), *La santé en chiffres*.

Oliver A., (2003), “*Health Care Priority Setting, implications for health inequalities, proceedings from a meeting of the health equity network*”, The Nuffield Trust ISBN 1-902089-81-2.

Olsen A., Smith R., Harris A., (April 1999), *Economic Theory and the Monetary Valuation of Health care Programs*, Working Paper 82, ISSN1325 0663.

Osterdal L. P. 2004 (July) “*Q. A. L. Y. s, Person Trade-Offs, and the Pareto Principle*” *Discussion Papers Institute of Economics University of Copenhagen 04-10*.

Patel N., Dhillon A., (March 2004) “*Define the Extra-Welfarism approach to health and discuss the similarities and differences with the neo-classical model of welfare economics*”, E C N 369: Health Economics.

Petrie J. C., 1994(2 April); *"First consider the overall process of care"*, British Medical Journal 308:906.

Principles of Biomedical Ethics, section 5. Enlarger Medical Ethics Orientation Manual, May 2000.

Rathwell T., Deber R., Kenny N., Nestman L., Neville D., Conrad P., Nauenberg E., Thompson R., Ward T. (June 2006). *"Building a Public Dialogue Framework for Defining the Medicare Basket"* Canadian Health Services Research Foundation, www.chrsf.ca

Redwood H., (November 2000), *"Why Ration in Health Care"*, Cromwell Press, Trowbridge, Wiltshire.

Reeleder D., Douglas M., Keresztes C., Singer P., (2005), What do hospital decision-makers in Ontario, Canada, have to say about the fairness of priority setting in their institutions? B M C Health Services Research 2005, 5:8.

Richardson A., Charny M., Hammer-Lloyd S., (1992), *Public-opinion and Purchasing*. British Medical Journal, 304(6828), 680-684.

Richardson J., (2002), *Age weighting and time discounting: Technical imperatives versus social choice*. In Murray C., Salomon J., Mathers C., Lopez A., *Summary measures of population health: Concepts, Ethics. Measurement and applications* (pp 663-676). Geneva: World Health Organization.

Ritchie J., (2003), *Applications of qualitative methods to social science research*, in Ritchie J., & Lewis J., *Qualitative Research Practice* (pp 24-26). California: Sage.

Rivlin M. M., (1995), *Protecting Elderly people: flaws in ageist arguments*, British Medical Journal 1995 (6 May); 310:1179-1182.

Rodgers J., Lutz S., (2003) (19 February) *"Cost of Caring: Key Drivers of Growth in spending on Hospital Care"* Price Waterhouse Coopers.

Rottenberg S., Theroux J. D., (1994) (1 February) *"Rationing Health Care: Price Controls Are Hazardous to Our Health"* The Independent Institute Publications Research Article, <http://www.independent.org/publications/article.asp?id=1201>.

Sabik L., Lie R. (2008) *Priority setting in Health care: Lessons from the experiences of the eight countries*, Research. International Journal for Equity in Health 2008, 7: 4 doi: 10.1186/1475-9276-7-7.

Saltman R., Figueras J., (2002). *"The Western European Experience with health care reform."* European Observatory on Health Care Systems, www.observatory.dk .

Saltman R., Figueras J. (1997), *"European health care reform. Analysis of current strategies"*, W. H. O., Copenhagen pp. 5-38.

Samuelson P.A., (1983) "Welfare economics" *Foundations of Economic Analysis*, Harvard University Press, Cambridge, MA, ch. VIII, pp 203-53, 1947, enlarged ed.1983.

Santos- Eggimann B., (2005). *Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?* , Health Services Research Unit, University of Lausanne Institute of Social and Preventive Medicine, Lusanne, July 2005.

Schlender M., (1999) "*Rationing Health care? Rational Resource Allocation in the Health Care System*", *Med. Welt* 50:36-41.

Segal L., Chen Y., (2001), *Priority setting for health. A critique of alternative models*, Centre for Health Program Evaluation, Research Report 22 Health Economics Unit Monash University West Heidelberg, Victoria.

Shannon L. M., "Priority Setting: Indicators and Ideas from Decision Makers" (January 2004), University of Toronto.

Shearer G., for the Consumers Union 1999 (24 May) "*Blueprint for fair share health care: Incremental steps toward Universal coverage*" www.consumersunion.org.

Sheehan S. (2004). "*On Roses and Rationing: The Economics of health care access*" *Fall 4: 22-27*.

Shiell A., Mooney G., (July 2002). *A framework for determining the extent of public financing of programs and services*. Discussion Paper No 6, Commission on the Future of Health Care in Canada.

Shrimpton B., McKie J., Hurworth R., Bell C., Richardson J., (2007), *A focus group study of health care priority setting at the individual patient, program and health system levels* .Research Paper 2007 (16) Centre for health economics, Monash University, ISSN 1833-1173.

Singer P., Martin D., Giacomini M., Purdy L., (2000), *Priority setting for new technologies in medicine: qualitative case study*, *British Medical Journal* 2000; 321; 1316-1318).

Smith A. *An Inquiry into the nature and causes of a wealth of nations*, Oxford: Oxford University Press, 1776.

Smith Richard, (1996), *Rationing health care: moving the debate forward*, *British Medical Journal* (22 June); 312: 1553-1554.

Smith R., (1996) (17 February), "*Being creative about rationing*" *British Medical Journal*; 312: 391- 392

Spencer A. (2004). *Define The Extra-Welfarism Approach to Health and Discuss the Similarities and Differences With the Neo-Classical Model of Welfare Economics*. March 2004. ECN 369: Health Economics, p. 5.

Stanton W. M. (2002 September) *“Reducing Costs in the Health Care System: Learning from What Has Been Done”* Research in Action: Agency for Health Research and Quality Pub. No 02-0046.

Stronks K. Strijbis M., Wendte J., Gunning-Schepers L., (1997). *Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, health care professionals and insurers on priorities in health care*, British Medical Journal, 315(7100), 92-96.

Torgeson D., Gosden T., (2000), *Priority setting in health care: Should we ask the tax payer?* British Medical Journal: 320(7250) 1699.

Tsuchiya A., Dolan P., (2006) *“Equality of what in health? Distinguishing between outcome egalitarianism and gain egalitarianism”*, Discussion Paper Series, University of Sheffield, School of Health and Related Research, Ref: 06/11.

Warner D., (1998), *“The Globalization of medical care”*, in: Zarrilli S., Kinnon C., (1998), *International trade in health services: a development perspective*, United Nations Conference on trade and development, Geneva, pp. 71-78.

Weale A., (1998) (7 February) *“Rationing Health care: A logical solution to an inconsistent triad”* British Medical Journal 316: 410.

Whitehead M., Dahlgren G., (2007), *Concepts and Principles for tackling social inequities in health: Levelling up, Part 1*, W. H. O. Europe 2007.

W. H. O., (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva.

W. H. O., (2001), *“Evaluation of W. H. O’s strategic budgeting and planning process”* Provisional agenda item 2. EBPDC 8/2 26 October.

W. H. O., (2002), *The European health report*, Geneva.

W. H. O. Europe (2004), *“Seventh Futures Forum on unpopular decisions in public health”* St Julian’s, Malta, 11-14 November.

W. H. O. Europe (2006) (29-30 August) *“Tenth Futures Forum on steering towards equity in health”* Oslo Norway EU/07/5065873 W. H. O.

Wikler D., (2003) (26 February). *“Why prioritize when there isn’t enough money?”* Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003, 1:5.

Williams A., (1997). *The rationing debate: Rationing health care by age: The case for*, British Medical Journal 1997 (15 March); 314:820.

Wiseman V., Mooney G., Berry G., Tang K., (2004). *Involving the general public in priority setting: experiences from Australia*. Social Sciences and Medicine 56(5), 1001-1012.

Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D., (2001), “Globalization and health: a framework for analysis and action”, *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9):875-881.

Yau J., Lung A., (2004) “*Gazing into a crystal ball at Healthcare Costing and Cost Management in Hong Kong*” The Bottomline Sept-Dec 2004 Issue: 01-03.

Zielinski-Gutierrez E., Kendall C., (2000), “ The globalization of health and disease: The health transition and global change”, in: Albert G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (eds), *The handbook of social studies in health and medicine* ,Sage, London, pp. 84-89.

Ziglio E., Barbosa R., Charpak Y., Turner S., (Eds), (2003), *Health system confront poverty*, Public Health Care Studies No 1, W. H. O. / EURO, Copenhagen.

B. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντωνοπούλου Λ., (1986-1987), *Μάθημα Οικονομία της Εκπαίδευσης και της Υγείας*, Εκδ. Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης.

Θεοδώρου Μ. (2007), Σημειώσεις για το 4^ο εξάμηνο σπουδών στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα ‘Διοίκηση στην Υγεία’ κεφ. Πέμπτο σελ. 40.

Ματσαγγάνης Μ., (2002), «Η οικονομική αξιολόγηση στην υγεία», κεφ.8^ο, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α, σελ. 190,Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Πολύζος Ν. (2007), Σημειώσεις για το 4^ο εξάμηνο σπουδών στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα ‘Διοίκηση στην Υγεία’, κεφ. Δεύτερο: Προγραμματισμός και Σχεδιασμός στις υπηρεσίες Υγείας.

Πολύζος Ν. (2007), Σημειώσεις στο μεταπτυχιακό ‘Διοίκηση στην Υγεία’ στο 4^ο εξάμηνο κεφ. Πρώτο: Εισαγωγικές έννοιες Πολιτικής Υγείας.

Σαραντίδης Α. Σ., (1998). *Θεωρία της Άριστης Κατανομής Οικονομικής της Ευημερίας και Γενικής Ισορροπίας*. Πειραιάς 1998, σελ. 132-137.

Σούλης Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας* , Β’ έκδοση, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999.

Υφαντόπουλος Ι., (2006), ‘*Τα οικονομικά της Υγείας*’, Εκδ. Τυπωθήτω σελ.135-136.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΞΟΡΘΟΛΟΓΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πανεπιστήμιο Πειραιά

Τ. Ε. Ι. Πειραιά

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση στην Υγεία»

Στα πλαίσια της εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας με θέμα: Ο εξορθολογισμός στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συντάξαμε το παρόν ερωτηματολόγιο, με βάση το οποίο θα λάβουμε εις βάθος συνεντεύξεις, προκειμένου να εξετάσουμε τις απόψεις των ειδικών σχετικά με τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα.

Στην προσπάθειά μας αυτή, θεωρούμε πολύτιμη τη συνεισφορά σας με τη μορφή της απόκρισής σας σε μια εις βάθος συνέντευξη, αφού λάβετε υπόψη σας το ερωτηματολόγιο και τη διενεργηθείσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα οποία επισυνάπτονται. Εσείς που από τη φύση της εργασίας σας και τη δεδομένη εμπειρία σας είστε σε θέση να γνωρίζετε όσο κανένας άλλος τη σημασία της έρευνας στην πρόοδο της επιστημονικής γνώσης, έχουμε τη βεβαιότητα ότι θα εκτιμήσετε και θα υποστηρίξετε την προσπάθειά μας.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και δεν θ' ανακοινωθούν ΠΟΤΕ μεμονωμένα, παρά μόνο σε συγκεντρωτική μορφή. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας αποσταλούν, εφόσον το επιθυμείτε, στην ηλεκτρονική σας διεύθυνση.

Σας ευχαριστούμε θερμά, εκ των προτέρων, τόσο για το χρόνο που θα αναλώσετε, όσο και για τη συμβολή σας στην προώθηση της Ακαδημαϊκής Έρευνας στο Πανεπιστήμιο Πειραιά και στο Τ. Ε. Ι. Πειραιά.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Είναι γνωστό ότι, τα τελευταία χρόνια στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, υπάρχει μια έντονη συζήτηση για τον εξορθολογισμό στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (rationing in health care).

Στην Ελλάδα γνωρίζετε να έχει τεθεί τέτοιο θέμα προς συζήτηση;

Σχολιάστε την απάντησή σας.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Πιστεύετε πως υπάρχει ανάγκη λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών φροντίδων υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
στις μέρες μας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στο άμεσο μέλλον (2-3 χρόνια);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Για ποιο λόγο;

.....

.....

.....

.....

- 3.** Υπό ποιες προϋποθέσεις είναι θεμιτή, κατά τη γνώμη σας, η εφαρμογή μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς; Περιγράψτε αναλυτικά.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 4.** Από τη δεδομένη εμπειρία σας και από τη φύση της εργασίας σας συμπεραίνετε πως λαμβάνουν χώρα ή όχι ενέργειες προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;

ΝΑΙ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΧΩΡΑ

ΟΧΙ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΧΩΡΑ

Αν θέλετε σχολιάστε περαιτέρω σχετικά με την επιλογή σας

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τη θεώρηση πως οι θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της καθολικής πρόσβασης και της αλληλεγγύης στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτελούν ανασχετικούς παράγοντες για τη λήψη αποφάσεων προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;

συμφωνώ απόλυτα συμφωνώ ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

διαφωνώ διαφωνώ πλήρως

6. Οι αποφάσεις λήψης μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που διεθνώς λήφθηκαν, επηρεάζουν ή θα επηρεάσουν βραχυπρόθεσμα (τα επόμενα 2-3 χρόνια) τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα; Παρακαλώ σχολιάστε.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, κάποιες, βιομηχανικά ανεπτυγμένες, χώρες έχουν αποφασίσει τα κριτήρια με τα οποία ιεραρχούνται οι ανάγκες/ καταστάσεις των ασθενών.

Βαθμολογώντας από το 1 - 6 (με 1= εξαιρετικά σημαντικό, 2= πολύ σημαντικό, 3= λίγο σημαντικό, 4= μάλλον ασήμαντο, 5= πολύ ασήμαντο και 6= εντελώς ασήμαντο) ποια κριτήρια πιστεύετε ότι είναι κατάλληλα να υιοθετηθούν, προκειμένου να υποδεικνύουν ποιοι ασθενείς έχουν προτεραιότητα μεταξύ των καρδιολογικών ασθενών:

α) η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του/ της ασθενή (π. χ. αν απειλείται η ζωή του/ της)

β) το αναμενόμενο όφελος για τον/ την ασθενή, από τη θεραπευτική αγωγή που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του/ της (π. χ. πλήρης ίαση, παρηγορητική αγωγή, μικρή πιθανότητα επιβίωσης)

γ) η ηλικία του/ της ασθενή

δ) ο λόγος κόστους – αποτελεσματικότητας της απαιτούμενης θεραπευτικής αγωγής

ε) η επίδραση των επιλογών τρόπου ζωής (ατομικής ευθύνης) του/ της ασθενή στην κατάσταση της υγείας του/ της (π. χ. παχύσαρκοι, καπνιστές)

Στην περίπτωση που θα θέλατε να συμπληρώσετε επιπλέον κριτήριο, παρακαλώ αναφέρατέ το συνοπτικά, καθώς και το βαθμό ιεράρχησης που του δίδετε.

.....
.....
.....
.....

8. Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την πρόταση :
« Κατά τη λήψη αποφάσεων μέτρων εξορθολογισμού στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους καρδιολογικούς ασθενείς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη των πολιτών.»

συμφωνώ απόλυτα συμφωνώ ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

διαφωνώ διαφωνώ πλήρως

9. Ποιοι νομίζετε πως είναι οι καταλληλότεροι για να διαμορφώσουν τις πολιτικές και να λάβουν τις αποφάσεις για ζητήματα εξορθολογισμού στους καρδιολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα;

α) η πολιτεία

β) ο μάνατζερ του νοσοκομείου

γ) ο διευθυντής του καρδιολογικού τομέα

δ) ο εκάστοτε επιμελητής καρδιολόγος ιατρός

ε) άλλος (σε περίπτωση επιλογής, παρακαλώ αναφέρατε)

.....
.....
.....