

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Η άσκηση της Ιατρικής σε σχέση με τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των οικονομικών πόρων

Είναι γενικά παραδεκτό ότι τόσο ο ιατρός όσο και το σύστημα υγείας οφείλουν να υπερασπίζονται την υγεία του κάθε ασθενούς ατομικά και ταυτόχρονα να προστατεύουν την υγεία του πληθυσμού γενικότερα. Ωστόσο, σήμερα υπάρχει μια ταχεία και σημαντική αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών και προϊόντων υγείας κυρίως λόγω των εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης, των προσδοκιών του κοινού και της δημογραφικής γήρανσης. Το εν λόγω φαινόμενο προκαλεί ένα έντονο πρόβλημα χρηματοδότησης. Επειδή οι πόροι που αποδίδονται για την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας δεν είναι απεριόριστοι, είναι ευνόητο ότι η υπέρμετρη κατανάλωση των συγκεκριμένων πόρων από κάποιους ασθενείς περιορίζει τη χρήση των ίδιων πόρων από τους υπολοίπους. Γι' αυτόν το λόγο, είναι αναγκαία η αναζήτηση της βέλτιστης κατανομής των υπαρχόντων πόρων, προκειμένου να υπάρξει ανταπόκριση στις ανάγκες για τη συγκράτηση των δαπανών. Οποιαδήποτε προσπάθεια επιμερισμού των πόρων πρέπει να διέπεται από την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και από την ανάγκη για την προστασία του ασθενούς. Η συγκράτηση του κόστους μπορεί να επιτευχθεί μέσω αποφυγής της σπατάλης και περιορισμού της διαθεσιμότητας των διαδικασιών και των παρεμβάσεων που έχουν ελάχιστο ή αβέβαιο όφελος και ταυτόχρονα υψηλό κόστος. Γι' αυτόν το λόγο χρησιμοποιούνται τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας βασίζεται στα ευρήματα της αποδεικτικής Ιατρικής, ενώ η αποδοτικότητα υπολογίζεται με οικονομικές αναλύσεις που συσχετίζουν το κόστος με το αποτέλεσμα. Οι πολιτικές υγείας εστιάζουν τόσο στη συμπεριφορά του κοινού όσο και στους κανόνες άσκησης της Ιατρικής. Μέσα σε αυτές τις σύγχρονες προκλήσεις, ο ρόλος του ιατρού είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την προστασία της υγείας του ασθενούς και την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί γενική πεποίθηση ότι το ιατρικό λειτουργήμα πρέπει να ασκείται με τέτοιο τρόπο, ώστε να προστατεύει την υγεία του κάθε ασθενούς ατομικά και να διαφυλάσσει την ακεραιότητα της σχέσης του ιατρού με τον ασθενή του. Παράλληλα, η ιατρική επιστήμη οφείλει να δρα με γνώμονα την προστασία και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, δηλαδή της υγείας του κοινωνικού συνόλου γενικά. Τις τελευταίες 3-4 δεκαετίες παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών και προϊόντων υγείας, η οποία οφείλεται κυρίως στις σύγχρονες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, καθώς και στις συνεχώς αυξανόμενες δυνατότητες διάγνωσης και θεραπείας σε ολοένα και ευρύτερο φάσμα νοσημάτων, τη

δημογραφική γήρανση και τις αυξημένες προσδοκίες του πληθυσμού λόγω της ανόδου του πολιτισμικού επιπέδου της κοινωνίας και της αυξημένης δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες και στα προϊόντα υγείας. Το αποτέλεσμα είναι να προκύπτει επιτακτικά η ανάγκη για ορθολογική κατανομή των δαπανών στο συγκεκριμένο τομέα, αφού καθίσταται αβέβαιη η ικανότητα των συστημάτων υγείας να καλύψουν αυτή την ανάγκη για αυξημένη χρηματοδότηση. Στην Ελλάδα, το ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) που αποδίδεται σήμερα στις δαπάνες υγείας έχει ήδη φθάσει σταδιακά το 9,6% (8,6% το 1995, 4,7% το 1970). Πρόκειται για ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση και σε απόλυτο αριθμό χρημάτων, αφού το ίδιο το ΑΕΠ έχει αυξηθεί σημαντικά όλα αυτά τα χρόνια.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(6):737-745
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2011, 28(6):737-745

Χ. Μηλιώνης

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Γενικό
Νοσοκομείο Κορίνθου, Κόρινθος

The practice of medicine in relation
to the limitation of availability
of financial resources

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ιατρική ηθική
Οικονομικά της υγείας
Πολιτική υγείας

Υποβλήθηκε 9.12.2010
Εγκρίθηκε 9.2.2011

Εδώ και αρκετό καιρό, μια από τις κύριες ανησυχίες των ειδικών που ασχολούνται με τη Βιοηθική αποτελεί ο καθορισμός των παραμέτρων με τις οποίες ο ιατρός δεν θα επηρεάζεται από οικονομικούς περιορισμούς στην προσπάθειά του να εξυπηρετήσει τους ασθενείς και την κοινωνία, και παράλληλα θα εξασφαλίζεται η επιβίωση του συστήματος υγείας μέσα στις συνθήκες των αυξημένων απαιτήσεων χρηματοδότησης. Ο σωστός συντονισμός των πόρων υγείας και η υποχρεωτική χρήση κατευθυντήριων οδηγιών φροντίδας αποτελούν μια από τις μεγαλύτερες σύγχρονες προκλήσεις των επαγγελματιών παροχής ιατρικής φροντίδας και των ανθρώπων που διαμορφώνουν τις πολιτικές υγείας.

Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να αποτελέσει μια πηγή προβληματισμού για τον αναγνώστη σχετικά με την άσκηση της Ιατρικής μέσα στις σύγχρονες οικονομικές απαιτήσεις. Αναφέρεται σε θέματα διαχείρισης των πόρων και στην ανάπτυξη πολιτικών και πρακτικών στον τομέα υγείας, ενώ εξετάζει το ρόλο του ιατρού στην ισορροπία της δράσης του ανάμεσα στο ατομικό συμφέρον του ασθενούς του και το γενικότερο καλό της κοινωνίας. Δεν προσπαθεί ούτε να καθοδηγήσει ούτε να υποκαταστήσει τις ατομικές ηθικές κρίσεις και απόψεις. Άλλωστε, η προσωπική πεποίθηση του κάθε ιατρού διαμορφώνεται συνεχώς μέσα από καθημερινά ερεθίσματα.

2. ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα διάφορα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες,^{2,3} ανάλογα με την πηγή χρηματοδότησης του συστήματος, τη λειτουργική σύνδεση των ασθενών-χρηστών και των υπηρεσιών περίθαλψης, καθώς και το φάσμα της δυνατότητας παροχών στον πληθυσμό. Τα πρότυπα συστήματα αυτών των κατηγοριών είναι τα εξής:

- Το υπόδειγμα Beveridge, το οποίο βασίζεται στον κρατικό έλεγχο και τη λειτουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας
- Το υπόδειγμα Bismark, που εξαρτάται από την ύπαρξη ενός κοινωνικού-ασφαλιστικού συστήματος
- Το φιλελεύθερο υπόδειγμα, το οποίο στηρίζεται στους κανόνες λειτουργίας της ελεύθερης αγοράς.

Στο πρότυπο Beveridge, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική. Στο μοντέλο Bismark, υπάρχει ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η χρηματοδότηση του οποίου προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και

των εργαζομένων. Το σύστημα αυτό είναι υπεύθυνο για την κάλυψη των δαπανών των ασφαλισμένων κατά τη χρήση των υπηρεσιών και την κατανάλωση των προϊόντων υγείας. Στη συγκεκριμένη κατηγορία, η ασφαλιστική κάλυψη έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα για το σύνολο των εργαζομένων. Τέλος, στο φιλελεύθερο σύστημα η χρηματοδότηση προέρχεται από τις συνδρομές των ενδιαφερομένων πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς ή απ' ευθείας από ιδιωτικές, ατομικές και οικογενειακές, δαπάνες. Η ζήτηση και η προσφορά των υπηρεσιών και των προϊόντων υγείας διαμορφώνουν τα οικονομικά μεγέθη.

Με βάση τα παραπάνω, το ελληνικό σύστημα υγείας θεωρείται ότι είναι ένα «μεικτό» σύστημα. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε υπηρεσίες ανοικτής (πρωτοβάθμιας) περίθαλψης και υπηρεσίες νοσοκομειακής (δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας) περίθαλψης. Στους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ο δημόσιος τομέας (κρατικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, δημοτικά ιατρεία κ.λπ.) και η ιδιωτική πρωτοβουλία (ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά εργαστήρια, ελεύθεροι επαγγελματίες ιατροί κ.λπ.).⁴ Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών και των προϊόντων υγείας γίνεται αφ' ενός από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (κατά 61% περίπου) και αφ' ετέρου από ιδιωτικά έξοδα (περίπου κατά 39%).⁵

Το ζήτημα σχετικά με τη θεμελίωση μιας ιδανικής δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας υπάρχει στο προσκήνιο δημόσιων διαβουλεύσεων και συζητήσεων εδώ και αρκετές δεκαετίες, αφού στο μυαλό των ανθρώπων η εύρεση του σωστού τρόπου παροχής φροντίδας υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την απόκτηση ατομικής και κοινωνικής ευημερίας. Εν τούτοις, δεν υπάρχει απόλυτα ιδανικό πρότυπο συστήματος υγείας παρά τους υποστηρικτές του ενός ή του άλλου μοντέλου. Το κατάλληλο σύστημα υγείας είναι αυτό που ανταποκρίνεται στον ηθικό προσανατολισμό της εκάστοτε κοινωνίας. Για παράδειγμα, το εθνικό σύστημα υγείας αρμόζει σε μια κοινωνία η οποία θέτει την ισότητα ως πρώτιστο στόχο, ενώ το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι χαρακτηριστικό των κοινωνιών στις οποίες η πρόνοια διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Τέλος, στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας η κοινωνία θέτει ως προτεραιότητα την ανεξαρτησία του ατόμου. Πάντως, αυτό που είναι βέβαιο αφορά στο γεγονός ότι η αποδοτική λειτουργία οποιουδήποτε συστήματος υγείας εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των υπαρχόντων πόρων, χωρίς τους οποίους η αποτελεσματικότητά του τίθεται σε κίνδυνο.⁶

3. Ο ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠÓΡΩΝ

Στον τομέα της παροχής ιατρικής φροντίδας, ο επιμερισμός των πόρων είναι η κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας στο κοινό. Σε ένα σύστημα υγείας παρόμοιο με το ελληνικό, η συγκεκριμένη κατανομή μπορεί να διακριθεί σε τρία κυρίως επίπεδα. Στο ανώτατο επίπεδο, ο επιμερισμός των πόρων πραγματοποιείται από την κυβέρνηση και αφορά στο ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που αφιερώνεται στον τομέα της υγείας και σε άλλους παρεμφερείς κλάδους. Σε μέσο επίπεδο, η διαδικασία της κατανομής επιτελείται σε διάφορες βαθμίδες από κεντρικές κρατικές δομές, δηλαδή στην ελληνική πραγματικότητα κυρίως από τα αρμόδια υπουργεία, τις διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων και άλλες υπηρεσίες παροχής υγείας, τις περιφερειακές διοικητικές δομές, όπως είναι οι υγειονομικές περιφέρειες στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς και τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τέλος, ο επιμερισμός των πόρων στο κατώτερο επίπεδο εφαρμόζεται σε άμεση σχέση με τον κάθε ασθενή ατομικά, κυρίως από τον ίδιο τον ιατρό ή από μικρή ομάδα ιατρών.

Ο ορθός επιμερισμός των διαθέσιμων πόρων είναι εξαιρετικά σημαντικός για τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος της πολιτείας. Οι διαρκώς αυξανόμενες προσδοκίες του κοινού, καθώς και η συνεχής επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη της Ιατρικής πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία με τις δαπανηρές σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και τους στενά καθορισμένους προϋπολογισμούς. Εφ' όσον μια κοινωνία επιτρέπει την άνευ όρων πρόσβαση στην παροχή φροντίδας υγείας και αν οι ιατροί προσφέρουν στους ασθενείς τους όλες τις διαθέσιμες παρεμβάσεις, τότε το κόστος των υπηρεσιών υγείας θα ήταν δυσβάστακτα υψηλό για τους πολίτες είτε συμμετέχουν στη χρηματοδότηση ως φορολογούμενοι είτε ως ασφαλισμένοι είτε ως ιδιώτες καταναλωτές. Ωστόσο, η υιοθέτηση διαδικασιών που προσβλέπουν στην ορθολογική κατανομή των δαπανών πρέπει να έχει ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό. Δηλαδή, οποιοδήποτε περιορισμοί στην κατανάλωση ιατρικών αγαθών και τη χρήση υπηρεσιών από τον ασθενή ατομικά πρέπει να εξυπηρετεί την καλύτερη περίθαλψη του κοινωνικού συνόλου και όχι τη στείρα εξοικονόμηση πόρων.

4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ – ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Σύμφωνα με τον ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, «ο ιατρός, κατά την άσκηση της Ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επι-

στημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για την επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία θεωρεί ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για το συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, ενώ παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση».⁷ Με άλλα λόγια, ο ιατρός λειτουργεί γενικά χωρίς δεσμεύσεις, αλλά κάτω από ένα δεοντολογικά βασικό επαγγελματικό και επιστημονικό καθήκον που τον υποχρεώνει να επιλέξει τον καταλληλότερο τρόπο υπεράσπισης της υγείας του κάθε ασθενούς του ατομικά. Ωστόσο, δημιουργείται ένα γενικότερο πρόβλημα διαχείρισης του κόστους της εν λόγω προσταγής, αφού είναι προφανές ότι οι διαθέσιμοι πόροι για τη δημόσια και την κοινωνική παροχή φροντίδας υγείας στο κοινό δεν είναι ανεξάντλητοι. Αυτό σημαίνει ότι είναι ανέφικτο για τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και των ασφαλιστικών οργανισμών να προσφέρουν απεριόριστα κάθε τεχνολογικά δυνατή ιατρική αντιμετώπιση σε όλους τους ασθενείς, οι οποίοι ενδεχομένως θα ωφελούνταν από αυτή. Ίσως, γι' αυτόν το λόγο ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ότι «ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Επίσης, οφείλει να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις».⁸ Μέσα από αυτές τις υποχρεώσεις προκύπτει ένα από τα σημαντικότερα ηθικά ζητήματα της σύγχρονης Ιατρικής. Πώς μπορεί ο ιατρός να εκπληρώσει τη νομική και την ηθική υποχρέωσή του να πράξει χωρίς δεσμεύσεις το καλύτερο δυνατό προς όφελος του κάθε ασθενούς ατομικά, ενώ, παράλληλα, να είναι υπεύθυνος για το σωστό επιμερισμό των συγκεκριμένων πόρων που είναι διαθέσιμοι για την υγεία του κοινωνικού συνόλου γενικά; Είναι προφανές ότι η υπέρμετρη κατανάλωση των υγειονομικών πόρων (ανθρώπινων, υλικοτεχνικών, οικονομικών) από κάποιους ασθενείς περιορίζει τη χρήση των ίδιων πόρων από τους υπολοίπους. Ωστόσο, αν γίνει αποδεκτή η εισαγωγή κριτηρίων –εκτός από την ανάγκη του ασθενούς– για την εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης συμβιβασμών όσον αφορά στο επίπεδο της υγείας του κάθε πολίτη ατομικά.

Δεν υπάρχει προφανής απάντηση στο παραπάνω πρόβλημα, γιατί η διαλογή των ιατρικών υπηρεσιών και των αγαθών προϋποθέτει τη διενέργεια αξιολογικών συγκρίσεων μεταξύ διαφορετικών ασθενών με διαφορετικές καταστάσεις, οι οποίοι έχουν ανάγκη από διαφορετικές λύσεις. Επί πλέον, είναι εξαιρετικά δυσχερές και ίσως ανήθικη η σύγκριση της υγείας και της ποιότητας ζωής με οικονομικές μονάδες μέτρησης. Η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο, αν αναλογιστεί κάποιος ότι οποιαδήποτε παρέμβαση πρέπει

να εφαρμόζεται με μακροπρόθεσμο προγραμματισμό. Για παράδειγμα, η απελευθέρωση πόρων για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης (π.χ. ενημερωτικές εκστρατείες, λειτουργία εξειδικευμένων ιατρείων, ασφαλιστική κάλυψη της χορήγησης αντιυπερτασικών φαρμάκων κ.λπ.) μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση δαπανών για τη νοσηλεία και την αποκατάσταση ασθενών με εγκεφαλικά επεισόδια. Κατά συνέπεια, η διαμόρφωση σταθερών απόψεων πάνω στο θέμα είναι μάλλον ανέφικτη.

Όπως έγινε αντιληπτό από το άρθρο 4 του ελληνικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (νόμος 3418/2005), προβλέπεται ότι ο ιατρός οφείλει να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις. Ανάλογες προβλέψεις υπάρχουν και στους νομικούς κανόνες ιατρικής δεοντολογίας των περισσότερων κρατών. Ωστόσο, δεν είναι σαφές τι συμβαίνει στην περίπτωση κατά την οποία αυτές οι παράμετροι σχετίζονται με την πρόγνωση και, κατά συνέπεια, το αναμενόμενο όφελος και την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης. Κατά συνέπεια, δεν είναι σαφές το δικαίωμα του ιατρού να καταναίμει άνισα τους πόρους σε περίπτωση όπου οι παραπάνω διαφοροποιήσεις προκαλούν διαφορετικό αντίκτυπο.

Η ηθική του επιμερισμού των πόρων πρέπει να ανταποκρίνεται στην έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και στο ιερό καθήκον του ιατρού για την προστασία του ασθενούς. Η αλληλοεξάρτηση μεταξύ της παροχής ιατρικής φροντίδας και της διαθεσιμότητας πόρων είναι πρακτικά αναπόφευκτη. Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο το ιατρικό λειτουργήμα πρέπει να επηρεάζεται από τη δυνατότητα οικονομικής υποστήριξης αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Αφ' ενός, υπάρχει η άποψη ότι ο ιατρός οφείλει να προσφέρει στον ασθενή οποιαδήποτε ωφέλιμη δυνατότητα, χωρίς να επηρεάζεται από το οικονομικό κόστος ή από άλλες κοινωνικές επιφυλάξεις. Αφ' ετέρου, άλλοι υποστηρίζουν ότι η υποχρέωση του ιατρού απέναντι στον ασθενή δεν μπορεί πλέον να είναι μονοσήμαντη, αλλά πρέπει να διέπεται από μια δυναμική ισορροπία μεταξύ της αφοσίωσης στο καθήκον και της εύλογης απαίτησης για ορθολογική κατανάλωση των πόρων, προκειμένου να ωφεληθούν και άλλοι ασθενείς, το κοινωνικό σύνολο, ακόμη και ο ίδιος ο ιατρός.⁹

Βρίσκεται μέσα στην αριστοτελική φιλοσοφία, καθώς και στη χριστιανική πεποίθηση ότι όλοι οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ίσοι. Οποιαδήποτε δυνητικά άνιση αντιμετώπιση πρέπει να βασίζεται σε διαφορές, το περιεχόμενο των οποίων εξαρτάται από ηθικές παραμέτρους, όπως είναι η αναγκαιότητα της χρήσης των πόρων (π.χ. η αντιμετώπιση του κινδύνου του θανάτου ή της σοβαρής

βλάβης της υγείας) και το δυνητικό όφελος από αυτή τη χρήση (π.χ. η τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα της παρέμβασης). Για παράδειγμα, είναι σχεδόν καθολικά παραδεκτό ότι η διαθεσιμότητα ενός κρεβατιού στη μονάδα εντατικής θεραπείας είναι προτιμότερο να καλυφθεί από έναν ασθενή με μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης, η παραμονή του οποίου εκτός μονάδας συνεπάγεται άμεσο κίνδυνο για τη ζωή του.

Είναι λογικό ότι ο περιορισμός του κόστους μπορεί να επιτευχθεί με την περιστολή των άσκοπων εξόδων, η οποία τελεσφορείται με την εκλογίκευση των διοικητικών εξόδων και τη βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η αποφυγή της σπατάλης μπορεί να εξοικονομήσει πόρους έως ένα βαθμό. Ακόμη κι αν επιτευχθεί κάτι τέτοιο, ο περιορισμός των πόρων θα συνεχίσει να υπονομεύει την ικανότητα της πολιτείας να προσφέρει τη δυνατότητα απεριόριστης χρήσης των υπηρεσιών υγείας.¹⁰ Γι' αυτόν το λόγο, απαιτείται περαιτέρω έλεγχος των δαπανών με τη λήψη μέτρων οικονομικής αποτροπής που αποσκοπούν στον περιορισμό της διαθεσιμότητας διαδικασιών και παρεμβάσεων οι οποίες προσφέρουν ελάχιστο ή αβέβαιο όφελος, ενώ ταυτόχρονα η εφαρμογή τους μπορεί να χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος. Παρ' όλο που οι οργανισμοί παροχής ιατρικής περίθαλψης δεν στοχεύουν στο οικονομικό κέρδος, τουλάχιστον στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ο προγραμματισμός της λειτουργίας τους εκτελείται με βάση ένα συγκεκριμένο προϋπολογισμό. Κατά συνέπεια, η χρήση μιας δυνατότητας από έναν ασθενή θα δημιουργήσει ένα κόστος, το οποίο είτε θα επηρεάσει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών σε άλλους ασθενείς είτε θα επιβαρύνει τις δαπάνες υγείας. Το πρόβλημα αφορά στην πολιτεία, η οποία πρέπει να ενσωματώσει στις πολιτικές της τη χρήση ολόενα και πιο δαπανηρών διαγνωστικών και θεραπευτικών διεργασιών, οι οποίες αποτελούν πλέον την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση για μια σειρά νοσημάτων (π.χ. χρήση της λαπαροσκοπικής και πολύ περισσότερο της ρομποτικής χειρουργικής για την αντιμετώπιση χειρουργικών παθήσεων). Πάντως, με κανένα τρόπο δεν μπορεί να θεωρηθεί ο θεράπων ιατρός «ανήθικος», επειδή λόγω οικονομικών περιορισμών δεν διαθέτει τον κατάλληλο εξοπλισμό, προκειμένου να εφαρμόσει όλες τις υπάρχουσες δυνατότητες της τεχνολογίας, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τους ιατρούς στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η καθημερινή κλινική πρακτική περιλαμβάνει αναπόφευκτα τη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τις παραμέτρους του ιατρικού οφέλους και του οικονομικού κόστους. Είναι σίγουρα αντιδεοντολογική και μάλλον ανήθικη η παροχή περιττής και άσκοπης ιατρικής φροντίδας, ιδιαίτερα όταν αυτή μπορεί να γίνει επιζήμια για το κόστος λειτουργίας

του συστήματος και κατ' επέκταση για τη δημόσια υγεία. Για τη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων έχει προταθεί η εισαγωγή των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.^{11,12} Οι δύο έννοιες συχνά συγχέονται μεταξύ τους. Ο όρος της αποδοτικότητας ενδιαφέρει τις υπηρεσίες υγείας και αναφέρεται στη βέλτιστη εφαρμογή των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε κατάλληλο τόπο και χρόνο και κυρίως με το σωστό τρόπο. Από την άλλη πλευρά, η ιατρική επιστήμη ενδιαφέρεται για την αποτελεσματικότητα, δηλαδή για την εφαρμογή των παρεμβάσεων οι οποίες έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών.^{13,14}

Η αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων τεκμηριώνεται με τις διαδικασίες της αποδεικτικής Ιατρικής, ενώ για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των διαγνωστικών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων που παρέχονται από το σύστημα υγείας χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι.¹⁵⁻¹⁸ Σε αυτές, τα πορίσματα των αναλύσεων εκφράζονται συνήθως με ένα κλάσμα, ο αριθμητής του οποίου είναι το οικονομικό κόστος, ενώ ο παρονομαστής εξαρτάται από το σκοπό και το αποτέλεσμα της ιατρικής παρέμβασης.

- **Ανάλυση κόστους-ελαχιστοποίησης:** Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει παρεμβάσεις οι οποίες έχει αποδειχθεί ότι έχουν ακριβώς το ίδιο αποτέλεσμα και κατά συνέπεια η εν λόγω μέθοδος εστιάζει μόνο πάνω στο θέμα του κόστους. Η φθηνότερη επιλογή είναι τελικά αυτή που προτιμάται.
- **Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας:** Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιείται για τη σύγκριση παρεμβάσεων οι οποίες έχουν τον ίδιο αντικειμενικό σκοπό. Εκφράζει το κόστος της παρέμβασης που απαιτείται για συγκεκριμένο αποτέλεσμα.
- **Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας:** Η εν λόγω μέθοδος εφαρμόζεται για να αξιολογήσει παρεμβάσεις που προκαλούν διαφορετικά αποτελέσματα. Για το σκοπό αυτόν, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων μετατρέπονται σε όρους μιας κοινής μονάδας μέτρησης και η ανάλυση αυτού του είδους εκφράζει το κόστος κάθε παρέμβασης που απαιτείται για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης μονάδας μέτρησης. Ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος δείκτης της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας είναι τα «ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής» (quality-adjusted life years, QALYs). Το μέγεθος αυτό εκφράζει τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου, σταθμισμένη με την ποιότητα ζωής του.
- **Ανάλυση κόστους-οφέλους:** Στην παρούσα περίπτωση, τόσο το κόστος όσο και το αποτέλεσμα της παρέμ-

βασης αποδίδονται με οικονομικούς όρους. Εκφράζει το ποσό, το οποίο δαπανάται σε κάθε παρέμβαση ανά νομισματική μονάδα που εξοικονομείται από τη συγκεκριμένη παρέμβαση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αναφερόμενες αναλύσεις αφορούν κυρίως στους ανθρώπους που διαμορφώνουν τις πολιτικές υγείας σχετικά με την κατανομή των διαθέσιμων πόρων, καθώς και τους διοικητικούς οργανισμούς που εφαρμόζουν τις συγκεκριμένες πολιτικές. Με την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων, ιδιαίτερα των αναλύσεων κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας, δημιουργείται το δεοντολογικό και βιοηθικό έρεισμα, με το οποίο μπορεί να δικαιολογηθεί η κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες του συστήματος υγείας. Τα πορίσματα που προκύπτουν από αυτές τις οικονομικές αναλύσεις οδηγούν στη λήψη αποφάσεων σε κυβερνητικό-πολιτικό, διοικητικό και κλινικό επίπεδο.

5. ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι η πρόοδος της δαπανηρής βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι αναπόφευκτη και σχεδόν καθολικά αποδεκτή. Καθώς λοιπόν το κόστος παροχής ιατρικής φροντίδας αυξάνεται, πρέπει να διαμορφωθούν πιο συνειδητές πολιτικές υγείας για τον εξορθολογισμό των δαπανών, πάντα με γνώμονα τα ταυτόχρονα συμφέροντα του πολίτη και της κοινωνίας. Η μεταβίβαση ορισμένων δαπανών του δημοσίου στους ιδιώτες είναι μια πολιτική απόπειρα, η οποία από τη μια πλευρά μπορεί να επιλύσει κάποια οικονομικά προβλήματα σε περιπτώσεις μη επειγόντων περιστατικών, από την άλλη όμως δεν μειώνει πραγματικά το κόστος και, παράλληλα, επιδρά ανασταλτικά στο δικαίωμα της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες στρατηγικές σχεδιασμού.^{19,20} Κάποιες από αυτές προσπαθούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ίδιων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή του κοινού. Τέτοια προγράμματα ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν υγειονομική φροντίδα σε πρωιμότερο στάδιο, όταν είναι ακόμη δυνατή η αποτροπή της εξέλιξης της νόσου. Για το σκοπό αυτόν μπορεί να εφαρμοστεί μια σειρά προληπτικών μέτρων για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (π.χ. αντικαπνισματικές πολιτικές, εκστρατείες διάδοσης της υγιεινής διατροφής, ενημέρωση για τις βλαπτικές συνέπειες του ήλιου, δοκιμασίες διαλογής για διάφορες νόσους στο γενικό πληθυσμό κ.λπ.). Επί πλέον, είναι αναγκαία η περαιτέρω ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η επίτευξη αυτού του στόχου έχει διττό όφελος, αφού αφ' ενός μπορεί

να περιορίσει τις περιττές δαπάνες του συστήματος υγείας και αφ' ετέρου να συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού.

Επιπρόσθετα, ο προγραμματισμός υγείας έχει τη δυνατότητα να παρέμβει με αρκετούς τρόπους στους κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, προκειμένου να μειωθεί το οικονομικό κόστος. Συγκεκριμένα, η ερευνητική επιστημονική κοινότητα μπορεί να καθορίσει ειδικούς διαγνωστικούς και θεραπευτικούς αλγόριθμους, καθώς και κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή των νέων τεχνολογιών, πάντα ακολουθώντας τα ευρήματα της αποδεικτικής Ιατρικής και των οικονομικών αναλύσεων. Δηλαδή, θα μπορούσε να ασκηθεί η ιατρική πράξη "by the book", όπως αναφέρεται στη διεθνή, κυρίως την αμερικανική, πρακτική. Εν τούτοις, είναι φυσικό ότι τέτοιου είδους πολιτικές συχνά περιορίζουν την ευχέρεια του ιατρικού προσωπικού να παραγγείλει συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις ή να εκτελέσει ορισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και όχι σπάνια έρχονται αντιμέτωπες με τον ιατρικό επαγγελματισμό και τη θεραπευτική διαδικασία. Επί πλέον, μπορούν να παρεμποδίσουν την εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενούς. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο κατά το οποίο ο ιατρός προσπαθεί να χειραγωγήσει το σύστημα, προκειμένου να επιτύχει την υγειονομική κάλυψη των παρεμβάσεων στον ασθενή, ή προτείνει στον ασθενή διαδικασίες με ιδιωτική οικονομική κάλυψη.²¹ Γι' αυτόν το λόγο, οι εφαρμοζόμενοι κατευθυντήριοι κανόνες πρέπει να προβλέπουν λύσεις που να ανταποκρίνονται στις διαφορετικές κάθε φορά επικρατούσες συνθήκες και τις ξεχωριστές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Άλλοι τρόποι ορθολογικής χρήσης των πόρων περιλαμβάνουν το συντονισμό μεταξύ των φορέων παροχής ιατρικής φροντίδας, την εισαγωγή ελεγκτικών μηχανισμών για την ανίχνευση των υπέρμετρων εξόδων, αλλά και τη διαφύλαξη της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Γενικά, οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν στην αιτιολογική αντιμετώπιση του προβλήματος της διαχείρισης του κόστους. Σε ένα συμπόσιο που διεξήχθη το 1997 στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ για τον εορτασμό της 150ής επετείου από την ίδρυση του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου αναφέρθηκε ότι η σημερινή κατάσταση των ιατρών στον τομέα υγείας ομοιάζει με την προσπάθεια κάποιων διασωστών, οι οποίοι βρίσκονται στην όχθη ενός ποταμού και σώζουν άτομα που κινδυνεύουν να πνιγούν, ενώ την ίδια στιγμή μερικά μέτρα πιο πάνω άνθρωποι πέφτουν συνεχώς μέσα στο νερό.²²

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τρόπος παροχής της περίθαλψης δεν αφορά μόνο στις υπηρεσίες του κράτους αλλά επηρεάζει ολόκληρη την κοινότητα. Γι' αυτόν το

λόγο, όλοι οι σχεδιασμοί των πολιτικών υγείας πρέπει να τίθενται υπό δημόσια διαβούλευση, στην οποία όλοι οι αρμόδιοι κοινωνικοί φορείς θα εκφράζουν τις απόψεις τους. Επί πλέον, το κοινό έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τη διαθεσιμότητα των πόρων για την υγεία και την κατανομή τους μέσα στο σύστημα. Η παραπάνω διαδικασία πρέπει να είναι μια συνεχιζόμενη προσπάθεια, η οποία προϋποθέτει πολιτική και κοινωνική βούληση, καθώς και αμοιβαίες αποφάσεις μέσα από ανοικτό διάλογο με ισοδύναμους όρους συμμετοχής.²³

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, ο καταναλωτής γνωρίζει πλήρως την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών και των προϊόντων που χρειάζεται να αγοράσει για να καλύψει τις ανάγκες του. Ωστόσο, η χρήση των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας και η κατανάλωση των αγαθών υγείας έχουν μια σημαντική ιδιαιτερότητα σε σχέση με την αγορά άλλων υπηρεσιών και προϊόντων. Στην περίπτωση της υγείας, υπάρχει άνιση γνώση και πληροφόρηση μεταξύ του προμηθευτή της υπηρεσίας ή του αγαθού (π.χ. νοσοκομείο, διαγνωστικό εργαστήριο, φαρμακευτική εταιρεία κ.λπ.) και του καταναλωτή, δηλαδή του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι ο καταναλωτής-ασθενής, λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων, δεν είναι σε θέση να γνωρίζει ποια «προϊόντα» υγείας χρειάζεται, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με ένα άτομο που επιθυμεί να αγοράσει τρόφιμα ή ενδύματα και γνωρίζει ακριβώς την ποσότητα και την ποιότητα των αγορών που θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες του. Η εξισορρόπηση της συγκεκριμένης ασύμμετρης σχέσης επιτυγχάνεται με τη μεσολάβηση του ιατρού.²⁴ Συγκεκριμένα, ο ασθενής και ο ιατρός συνδέονται με μια σχέση «εντολέα και εντολοδόχου»,²⁵ μέσα από την οποία ο ιατρός-εντολοδόχος αντιπροσωπεύει τον ασθενή-εντολέα και τον αντικαθιστά στη λήψη αποφάσεων για τη χρήση υπηρεσιών και την κατανάλωση αγαθών υγείας. Βασική προϋπόθεση της σχετικής αλληλοεξάρτησης είναι η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το πρόσωπο του ιατρού, καθώς και το αυξημένο αίσθημα ευθύνης του ιατρού για την προστασία της υγείας του ασθενούς. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του ιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος καλείται να διαχειριστεί πρώτος τα προβλήματα του πληθυσμού.

Ο στόχος του ιατρού πρέπει να είναι η παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας μέσα στα όρια που επιτάσσονται από τις δυνατότητες του συστήματος υγείας γενικά και των εκάστοτε υπαρχουσών καταστάσεων στο νοσοκομείο, το τμήμα ή το ιατρείο. Μπορούμε να σταχυολογήσουμε τις παρακάτω κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες πιθανόν να αποβούν χρήσιμες σε πρακτικά διλήμματα στην καθημερινή κλινική πράξη.²⁶⁻²⁹

- Κάθε εφαρμοζόμενη ιατρική παρέμβαση πρέπει να είναι τεκμηριωμένα ωφέλιμη για τον ασθενή.
- Επιβάλλεται η ελαχιστοποίηση της χρήσης εξετάσεων και θεραπειών, οι οποίες είναι οριακά αποτελεσματικές, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν το κόστος σε υπερβολικό βαθμό ή ενέχουν σοβαρούς κινδύνους από ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Ο ιατρός οφείλει να αναζητά την καταλληλότερη διαγνωστική και θεραπευτική πράξη, προκειμένου να επιτευχθεί ο ίδιος στόχος με το λιγότερο δυνατό οικονομικό κόστος.
- Είναι θεμιτό ο ιατρός να υπερασπίζεται τα δικαιώματα του ασθενούς του, αλλά δεν πρέπει να χειραγωγεί το σύστημα, προκειμένου να επιτύχει μεροληπτική αντιμετώπιση προς όφελος του συγκεκριμένου ασθενούς σε βάρος άλλων.
- Η κατανομή των ανεπαρκών πόρων πρέπει να καθορίζεται από ηθικά και επιστημονικά κριτήρια, όπως είναι η αναγκαιότητα της παρέμβασης και η κλινική αποτελεσματικότητά της.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πληροφορείται για τους περιορισμούς που θέτει το δυνητικό κόστος μιας παρέμβασης. Η συγκεκριμένη ενημέρωση πρέπει να εφαρμόζεται με ευαισθησία. Ο εξακοντισμός κατηγοριών κατά κυβερνητικών και διοικητικών δομών υποσκάπτει την εμπιστοσύνη του ασθενούς στο σύστημα υγείας και αυξάνει την αγωνία του.
- Η αναζήτηση λύσεων σε ανεπάρκειες του συστήματος μέσα από ανώτερες ιεραρχικά δομές (π.χ. διοίκηση του νοσοκομείου, υπουργείο υγείας) είναι επιτρεπτή και επιθυμητή.
- Ο ιατρός έχει την επιπρόσθετη υποχρέωση να μεριμνήσει για την υγεία του συνόλου των μελών της κοινωνίας και να διατηρήσει την εμπιστοσύνη που δείχνει η πολιτεία στο ρόλο τους.

Είναι σαφές ότι βασική μέριμνα κάθε ιατρού οφείλει

να είναι η διαφύλαξη της ακεραιότητας της σχέσης του με τον ασθενή, ανεξάρτητα από το υπάρχον σύστημα υγείας. Παράλληλα, ο ιατρός πρέπει να είναι ελεύθερος να λαμβάνει κλινικές αποφάσεις, τηρώντας όμως τις κατευθυντήριες οδηγίες των θεσμών και των πολιτικών υγείας. Εν τούτοις, είναι αναπόφευκτο ότι σε πολλές περιπτώσεις οι κανόνες και τα κριτήρια για τον επιμερισμό των πόρων θα είναι συζητήσιμοι και αμφισβητήσιμοι, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες μη ευρέως αποδεκτές. Ωστόσο, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να συστήνει ή να παρέχει φροντίδα, όταν κατά την επιστημονικά τεκμηριωμένη προσωπική του άποψη ο ασθενής πρόκειται να ωφεληθεί ουσιαστικά από αυτήν, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψη τη διαφύλαξη των πόρων του συστήματος. Επί πλέον, οι ιατροί οφείλουν να συμβάλλουν με την επιστημονική γνώση τους στην παροχή κάθε σχετικής πληροφορίας κατά τη διαμόρφωση των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής, η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι ο βαθμός με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα για επιθυμητά αποτελέσματα των ατόμων και των πληθυσμών, ενώ εξαρτάται από τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση.³⁰ Αν γίνει αποδεκτό ότι οι οικονομικοί πόροι δεν είναι απερίοριστοι, τότε απαιτούνται δύσκολες ή και επίπονες αποφάσεις, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Οι αποφάσεις αυτές πρέπει να ληφθούν υπό το πρίσμα της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Τόσο το σύστημα υγείας όσο και οι ίδιοι οι ιατροί οφείλουν να ενδιαφέρονται για το συμφέρον της υγείας των ασθενών τους. Ωστόσο, είναι εξαιρετικά σημαντικό να μεριμνούν και για την υγεία ολόκληρου του πληθυσμού. Αν διασφαλιστεί η εφαρμογή κατάλληλων δεοντολογικών και ηθικών standards κατά την κατανομή των πόρων στο σύστημα υγείας, τότε η παροχή περίθαλψης μπορεί να προσφερθεί με επιτυχία.

ABSTRACT

The practice of medicine in relation to the limitation of availability of financial resources

C. MILIONIS

*School of Social Sciences, University of Peloponnese, Prefectural General Hospital of Corinth, Korinthos, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2011, 28(6):737–745*

It is generally accepted that both the physician and the health system should aim to defend the health of each patient individually and protect the health of the population in general. Nowadays, however, the cost of supplying health services and products is undergoing significant and rapid increase, mainly due to developments in medical science, the expectations of the public and demographic ageing. This phenomenon causes intense financing problems. Since the resources allocated for the organization and operation of the health system are not unlimited, it is obvious that the immoderate consumption of these resources by certain patients limits their use by the rest of the population. For this reason, it is necessary to seek optimal distribution of the available resources in order to meet the needs for constriction of the expenses. Efforts directed towards optimal allocation of resources should be conditioned by the principles of social justice and the need for protection of the patient. Cost restraints can be achieved through the evasion of waste and restriction of those processes and interventions which are of minimal or uncertain benefit but high cost. To achieve this, the criteria of effectiveness and efficiency are used. The measurement of effectiveness is based on the findings of evidence-based medicine, while efficiency is calculated using economic analyses that relate the costs to the results. Health policies focus on both the behavior of the public and the rules of medical practice. In the face of these contemporary challenges the role of the physician is of particular importance for both the protection of the individual patient's health and the promotion of public health.

Key words: Health economics, Health policy, Medical ethics

Βιβλιογραφία

- LAGOE R, ASPLING DL, WESTERT GP. Current and future developments in managed care in the United States and implications for Europe. *Health Res Policy Syst* 2005, 3:4
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. *Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006:88–99
- ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Οικονομική της υγείας*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999:280–282
- ΜΠΑΡΔΗΣ Β. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας. Στο: Σουλιώτης ΚΝ (Επιμ.) *Πολιτική και οικονομία της υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2007:172–175
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO estimates for country national health account (NHA) data: Greece, 1995–2008
- KLUGE EH. Comparing health care systems: Outcomes, ethical principles, and social values. *MedGenMed* 2007, 9:29
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού. Στο: *Νόμος υπ' αριθ. 3418: Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας*. ΦΕΚ, αρ. 287, άρθρο 3, παράγραφος 3. 2005:5391–5402
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Στο: *Νόμος υπ' αριθ. 3418: Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας*. ΦΕΚ, αρ. 287, άρθρο 4, παράγραφος 1. 2005:5391–5402
- ALEXANDER GC, HALL MA, LANTOS JD. Rethinking professional ethics in the cost-sharing era. *Am J Bioeth* 2006, 6:W17–W22
- HOFMANN PB. Toward a just policy on healthcare rationing. Ethical principles must inform the debate concerning the distribution of services. *Health Prog* 1994, 75:58–61, 83
- COCHRANE AL. Archie Cochrane in his own words. Selections arranged from his 1972 introduction to "effectiveness and efficiency: Random reflections on the health services" 1972. *Control Clin Trials* 1989, 10:428–433
- CULYER AJ. Effectiveness and efficiency of health services. *Eff Health Care* 1983, 1:7–9
- LÁZARO P, AZCONA B. Clinical practice, ethics and economics: The physician at the crossroads. *Health Policy* 1996, 37:185–198
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η αποκατάσταση της επενδυτικής ισορροπίας ανάμεσα στη φροντίδα υγείας και την ιατρική περιθαλψη: Η απάντηση του Archibald Cochrane με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Στο: *Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ (Επιμ.) Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. 2η έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2006:15–31
- SANCHO LG. Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde (reviewing the literature of cost-effectiveness and cost-utility analysis in health). *Cad Saúde Pública* 2008, 24:2735–2746
- KERNICK DP. Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgrad Med J* 2003, 79:147–150
- McGREGOR M. Cost-utility analysis: Use QALYs only with great caution. *CMAJ* 2003, 168:433–434

18. LEVIN HM, McEWAN PJ. *Cost-effectiveness analysis: Methods and applications*. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2001:1–30
19. COUNCIL ON MEDICAL SERVICE. *Principles of managed care*. 5th ed. American Medical Association, 2004
20. SNYDER JW. Making medical spending decisions: The law, ethics, and economics of rationing mechanisms, by Mark A. Hall. *J Leg Med* 1998, 19:143–150
21. WYNIA MK, VanGEEST JB, CUMMINS DS, WILSON IB. Do physicians not offer useful services because of coverage restrictions? *Health Aff (Millwood)* 2003, 22:190–197
22. BLUME E. Hippocratic oath versus managed care: Physicians caught in ethical squeeze. *J Natl Cancer Inst* 1997, 89:543–545
23. POVAR GJ, BLUMEN H, DANIEL J, DAUB S, EVANS L, HOLM RP ET AL. Ethics in practice: Managed care and the changing health care environment: Medicine as a profession managed care ethics working group statement. *Ann Intern Med* 2004, 141:131–136
24. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. *Τα οικονομικά της υγείας – θεωρία και πολιτική*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006:321–322
25. WEINSTEIN MC. Should physicians be gatekeepers of medical resources? *J Med Ethics* 2001, 27:268–274
26. ANONYMOUS. Ethical issues in managed care: Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1995, 273:330–335
27. HALL RCW. Ethical and legal implications of managed care. *Gen Hosp Psychiatry* 1997, 19:200–208
28. McKNEALLY MF, DICKENS BM, MESLIN EM, SINGER PA. Bioethics for clinicians: 13. resource allocation. *CMAJ* 1997, 157:163–167
29. CHARLES SC, LAZARUS JA. Reframing the professional ethic: The Council of Medical Specialty Societies consensus statement on the ethic of medicine. *West J Med* 2000, 173:198–201
30. INSTITUTE OF MEDICINE. Health, health care, and quality of care. In: Lohr KN (ed) *Medicare: A strategy for quality assurance*. Volume I. National Academy Press, Washington, DC, 1990:19–44

Corresponding author:

C. Milionis, Clinic of Internal Medicine, Prefectural General Hospital of Corinth, 53 Athens Ave., GR-201 00 Corinth, Greece
e-mail: pesscharis@hotmail.com

.....