

Οικονομία + Υγεία

Τριμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση των Οικονομικών της Υγείας

Υπό την Αιγίδα της [Ερευνητικής Μονάδας Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#)

Τόμος 1^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2011

Τιμή: 5 ευρώ (ηλεκτρονική μορφή) – 10 ευρώ (έντυπη μορφή)

ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης

Οικονομική Κρίση και Υγεία

Επιστημονικό Άρθρο

**Η Χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών από Μη-επείγοντα Περιστατικά:
Επρόκειτο ποτέ να Αλλάξουν τα Πράγματα;**

Κάρεν Φοξ, Πανεπιστήμιο του Μισισσιπή, ΗΠΑ, Στεφανή Στέινμπεργκ, Πανεπιστήμιο του Τεννεσί, ΗΠΑ, Τερέζα Γουότερς, Πανεπιστήμιο του Τεννεσί, ΗΠΑ

Επιστημονικό Άρθρο

Κοινωνικές Αξίες, Κοινωνικο-οικονομικοί Πόροι και Αποτελεσματικοί Συντελεστές: Ένα μοντέλο Ηθικής για Κατανομή Πόρων με βάση τη Στατιστική

Χένερ Κλούγκ, Πανεπιστήμιο Βικτώριας, ΗΠΑ

Επιστημονικό Άρθρο

**Μια Περιφερειακή Ανάλυση της Δραστηριότητας των Μεταμοσχεύσεων στην Ιταλία:
Ζητήματα που σχετίζονται με την Προσφορά και τη Ζήτηση**

Αμαλία-Ντόνια Σόφιο, Πανεπιστήμιο της Ρώμης «Tor Vergata», Ιταλία και Λάρα Γκίττο, Πανεπιστήμιο της Κατάνια και Πανεπιστήμιο της Ρώμης «Tor Vergata», Ιταλία

Βιβλιοπαρουσιάσεις

Ανακοινώσεις

Οικονομία + Υγεία

Τόμος 1^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2011

περιεχόμενα

Από τον Διευθυντή Έκδοσης	7
Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης Οικονομική Κρίση και Υγεία	9
Επιστημονικό Άρθρο Η Χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών από Μη-επείγοντα Περιστατικά: Επρόκειτο ποτέ να Αλλάξουν τα Πράγματα; Κάρεν Φοξ, Πανεπιστήμιο του Μισισσιπή, ΗΠΑ, Στεφανή Στέινμπεργκ, Πανεπιστήμιο του Τεννεσί, ΗΠΑ, Τερέζα Γουότερς, Πανεπιστήμιο του Τεννεσί, ΗΠΑ	11
Επιστημονικό Άρθρο Κοινωνικές Αξίες, Κοινωνικο-οικονομικοί Πόροι και Αποτελεσματικοί Συντελεστές: Ένα μοντέλο Ηθικής για Κατανομή Πόρων με βάση τη Στατιστική Χένερ Κλούγκ, Πανεπιστήμιο Βικτώριας, ΗΠΑ	22
Επιστημονικό Άρθρο Μια Περιφερειακή Ανάλυση της Δραστηριότητας των Μεταμοσχεύσεων στην Ιταλία: Ζητήματα που σχετίζονται με την Προσφορά και τη Ζήτηση Αμαλία-Ντόνια Σόφιο, Πανεπιστήμιο της Ρώμης «Tor Vergata», Ιταλία και Λάρα Γκίττο, Πανεπιστήμιο της Κατάνια και Πανεπιστήμιο της Ρώμης «Tor Vergata», Ιταλία	32
Βιβλιοπαρουσιάσεις	44
Ανακοινώσεις	48

Οικονομία + Υγεία

Υπό την Αιγίδα της [Ερευνητικής Μονάδας Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#)
Τόμος 1^{ος}, Τεύχος 2^ο, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2011
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Ιδιοκτησία

[Ερευνητική Μονάδα Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#) (ΑΘΙΝΕΕ)

Διευθυντής Έκδοσης και Υπεύθυνος Ύλης

Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος του ΑΘΙΝΕΕ & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Η.Β.

Επιστημονική Συνεργάτιδα Έκδοσης:

Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

Διευθύντρια Επιστημονικών Περιοδικών Εκδόσεων

Αφροδίτη Γρ. Παπανίκου

Επιμέλεια Δοκιμών και Μεταφράσεις

Ζωή Μπουτσιώλη, Λίλα Σκουντριδάκη & Απόστολος Κοτσασπύρου

Διανομή – Διαφήμιση

Σταυρούλα Κυρίτση, Σύλια Σακκά, Κατερίνα Μαράκη

Καλλιτεχνική και Τυπογραφική Επιμέλεια

Εταιρεία *Θήτα*, Σολωμού 14, 10683 Αθήνα, τηλ./φαξ 211 7009056

Επιστημονική Επιτροπή Κριτών

Τα επιστημονικά άρθρα δημοσιεύονται στο Ο&Υ κατόπιν κρίσης, από δύο τουλάχιστον κριτές. Η επιστημονική επιτροπή κριτών του περιοδικού αποτελείται από καθηγητές και ερευνητές της Ελλάδος και του εξωτερικού. Την τελική ευθύνη δημοσίευσης των άρθρων έχει ο διευθυντής του περιοδικού.

Υποβολή Επιστημονικών Άρθρων

Τα προς δημοσίευση άρθρα υποβάλλονται μόνο ηλεκτρονικά στο health@atiner.gr. Πληροφορίες για τον τρόπο υποβολής άρθρων στο www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc

Συνδρομές

Το Ο&Υ κυκλοφορεί 4 φορές το χρόνο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Η ετήσια συνδρομή της ηλεκτρονικής μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 40 ευρώ, για ιδιώτες 20 ευρώ. Η ετήσια συνδρομή της έντυπης μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 100 ευρώ, για ιδιώτες 50 ευρώ.

Διαφημίσεις

Πλήρης τιμοκατάλογος των καταχωρήσεων στο περιοδικό είναι διαθέσιμος για κάθε ενδιαφερόμενο.

Συντακτική και Επιστημονική Επιτροπή

1. Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος, Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Σκωτία, Η.Β.
2. Δρ. Χρήστος Σακελλαρίου, Αντιπρόεδρος Οικονομικών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Νανιάνγκ, Σιγκαπούρη.
3. Δρ. Νικόλαος Πάππας, Αντιπρόεδρος Ακαδημαϊκών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Σαμ Χιούστον, ΗΠΑ.
4. Δρ. Παναγιώτης Πετράτος, Αντιπρόεδρος ICT του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πολιτειακό Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας (Στανισλάους), ΗΠΑ.
5. Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ.
6. Δρ. Ανδρέας Σ. Στεργάκης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Ουάσιγκτον, ΗΠΑ.
7. Δρ. Στέφανος Α. Νάσσης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Δρ. Μελίνα Δριτσάκη, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Fellow), Πανεπιστήμιο Μπρουνέλ, Η.Β.
9. Δρ. Δάφνη Χαλκιάς, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Associate), Πανεπιστήμιο Λόνγκ Αϊλαντ, ΗΠΑ.
10. Δρ. Μαρία Τσουρουφλή, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας Ιατρικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ανατολικής Αγγλίας, Η.Β.
11. Απόστολος Τσιαχρίστας, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Νέος Επιστημονικός Συνεργάτης (Junior Research Fellow), Ινστιτούτο Εκτίμησης Ιατρικής Τεχνολογίας, (Institute for Medical Technology Assessment), Πανεπιστήμιο Έρασμος, Ολλανδία.

Το Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) ξεκινά μία προσπάθεια μεταφοράς επιστημονικών γνώσεων στα ελληνικά που, κυρίως, πραγματοποιούνται στην αγγλική γλώσσα. Το περιοδικό *Οικονομία & Υγεία* εξυπηρετεί αυτό το σκοπό. Κατά κύριο λόγο θα δημοσιεύονται επιστημονικά άρθρα που παρουσιάζονται στα διεθνή επιστημονικά συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ, συμπεριλαμβανομένου του ετήσιου συνεδρίου οικονομικών, διοίκησης και πολιτικής υγείας. Βέβαια, δεν αποκλείονται και άλλες δημοσιεύσεις. Στο παρόν τεύχος, και τα τρία επιστημονικά άρθρα παρουσιάστηκαν σε προηγούμενα συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ. Στην ενότητα των Βιβλιοπαρουσιάσεων, παρουσιάζεται το βιβλίο των πρακτικών του 8^{ου} και 9^{ου} Διεθνούς Συνεδρίου για τα Οικονομικά, τη Διοίκηση και την Πολιτική της Υγείας.

Σε ό,τι αφορά τα επιστημονικά άρθρα, το πρώτο επιστημονικό άρθρο αναφέρεται στη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) από μη-επείγοντα περιστατικά, στις ΗΠΑ. Η συνεχής αύξηση της ζήτησης των επισκέψεων στα ΤΕΠ τα τελευταία χρόνια και η ταυτόχρονη μείωση των μονάδων ΤΕΠ οδήγησε στη δραματική αύξηση του μέσου αριθμού των επισκέψεων στα ΤΕΠ. Μια αιτία της αυξημένης αυτής ζήτησης εντοπίζεται στη χρήση των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά. Η έρευνα πεδίου που πραγματοποιήθηκε σε 10 ΤΕΠ της πόλης της Μέμφις ανέλυσε τους προσδιοριστικούς παράγοντες χρήσης των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά. Οι περισσότεροι ασθενείς που χρήζουν μη-επείγουσας ιατρικής φροντίδας και επισκέπτονται τα ΤΕΠ είναι άτομα που έχουν ασφαλιστική κάλυψη και αναζητούν άνεση στην εξυπηρέτησή τους, πράγμα το οποίο δεν ήταν διαθέσιμο στις μονάδες υγείας της κοινότητας. Τα προγράμματα που ως σκοπό έχουν να κατευθύνουν τους ασθενείς στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της κοινότητας θα πρέπει να εστιάσουν στην μείωση του χρόνου αναμονής για κάποιο ραντεβού με έναν ιδιώτη γιατρό, καθώς και στην παροχή άνετης και ασφαλούς εξυπηρέτησης των ασθενών, ώστε να επιτευχθεί μια μόνιμη λύση στο εν λόγω πρόβλημα.

Το δεύτερο επιστημονικό άρθρο αφορά τη δημιουργία ενός μοντέλου ηθικής για την κατανομή των πόρων υγείας, βάσει της στατιστικής. Στην παρούσα εργασία αναπτύσσεται ένα μοντέλο το οποίο θα μπορούσε να μας βοηθήσει να δημιουργήσουμε ένα σύστημα υγειονομικής φροντίδας το οποίο θα βασίζεται στην προσέγγιση του «δικαιώματος στην υγεία» χωρίς να κοστίζει ακριβά και χωρίς να καταργεί το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε όλους στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτό το μοντέλο περιέχει στοιχεία που δηλώνουν την ανάγκη των πολιτών για υγεία, στοιχεία δημόσιων αξιών και στοιχεία κοινωνικών πόρων σε μια σειρά αλγορίθμων που επιτρέπουν τον ορθολογικό προσδιορισμό του ποιές υπηρεσίες θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν και που τα όρια αυτών των υπηρεσιών θα πρέπει να τεθούν στο γενικό πλαίσιο των Αρχών της Ισότητας και της Δικαιοσύνης.

Στο τρίτο επιστημονικό άρθρο συζητιέται μια περιφερειακή ανάλυση της δραστηριότητας των μεταμοσχεύσεων στην Ιταλία και αναλύονται διάφορες πτυχές που

αφορούν τη ζήτηση και την προσφορά μοσχευμάτων. Στην περιγραφική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τρεις διαφορετικές ροές: εκτός ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που προτιμούν να αιτηθούν για μια θέση σε λίστα αναμονής εκτός της δικής τους Περιφέρειας, κάτοικοι ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που αιτούνται για θέση σε λίστα αναμονής στην περιφέρεια κατοικίας τους και εντός ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που εγγράφονται σε λίστα αναμονής σε περιφέρεια διαφορετική της περιφέρειας κατοικίας τους. Συνεπώς, η ροή «εντός» ασθενών καταγράφει τους ασθενείς που εισέρχονται στην περιφέρεια της λίστας αναμονής. Βρέθηκε ότι υπάρχει μια θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καταγεγραμμένων δωρητών και ασθενών στη λίστα αναμονής. Επίσης, ο ρυθμός δραστηριότητας των Κέντρων δείχνει μια αντίστροφη συσχέτιση όσον αφορά τις λίστες αναμονής (δηλαδή όσο μεγαλύτερος ο αριθμός πραγματοποιούμενων επεμβάσεων τόσο χαμηλότερος ο αριθμός ασθενών που επιλέγουν αυτό το Κέντρο για εγγραφή στη λίστα αναμονής). Ο υψηλός ρυθμός επιβίωσης ασθενών που υπόκεινται σε πολύπλοκη επέμβαση έχει θετική και σημαντική επίδραση στον καθορισμό αύξησης του αριθμού αιτήσεων για μια μεταμόσχευση καρδιάς. Τέλος, το άρθρο συζητά τις επιπτώσεις πολιτικής υγείας που προκύπτουν από το παρόν άρθρο και οι οποίες αφορούν στην διαθεσιμότητα των οργάνων. Εάν ο τελικός σκοπός είναι η εξισορρόπηση ζήτησης και προσφοράς σε ότι αφορά τα μοσχεύματα, τότε είναι απαραίτητο, πρώτον, να ενισχυθούν οι πολιτικές δωρεάς οργάνων, παρέχοντας διευκρινήσεις και διάχυτη πληροφόρηση για τα σχετικά οφέλη και τους κινδύνους, και δεύτερον, να επιτευχθεί εξορθολογισμός και επέκταση του εθνικού συστήματος πληροφόρησης, σε σχέση με τις δραστηριότητες των Κέντρων Μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να επιτευχθεί μια αποδοτική και αποτελεσματική κατανομή των οργάνων.

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

Οικονομική Κρίση και Υγεία

Η σχέση υγείας και οικονομικής κρίσης είναι σύνθετη και αμφίδρομη. Υγιής πληθυσμός είναι παραγωγικός πληθυσμός. Αλλά και υψηλή κατά κεφαλή παραγωγικότητα σημαίνει και δυνατότητα καλύτερης υγείας. Στην τελευταία περίπτωση απαιτείται και μία κατανομή της αύξησης της παραγωγής σε όφελος των ασθενέστερων οικονομικά τάξεων. Αυτά σε κανονικές συνθήκες. Τι συμβαίνει, όμως, σε περιόδους απότομων μεταβολών του βιοτικού επιπέδου, όπως αυτό που συμβαίνει σε καταστάσεις μακροχρόνιων οικονομικών κρίσεων; Πως επηρεάζεται η υγεία των πολιτών που είναι τα θύματα των οικονομικών κρίσεων; Υπάρχουν πολιτικές που μπορούν να μετριάσουν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πολιτών; Σε αυτή τη στήλη του παρόντος τεύχους θα ασχοληθούμε με αυτό το θέμα. Η αναφορά στην Ελλάδα είναι αυτονόητη και κακώς εχόντων των πραγμάτων η χώρα θα βρίσκεται για πολλά ακόμη έτη σε περιόδους ύφεσης. Μία απότομη μεταβολή του βιοτικού επιπέδου ατόμων και νοικοκυριών που προκύπτει από μία βαθιά οικονομική κρίση μπορεί να έχει και έχει, δυστυχώς, δραματικές συνέπειες για μερικά άτομα που με τον ένα (αυτοκτονίες) ή τον άλλο (εγκεφαλικά και καρδιακά) τρόπο οδηγούνται στον θάνατο. Το τραγικό είναι ότι τα θύματα θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνα ενώ αυτό είναι ο κανόνας όταν υπάρχουν βίαιες ανακατατάξεις στο βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων. Ακόμη και τα τροχαία ατυχήματα έχουν συνδεθεί με την οικονομική κρίση.

Εκτός από τις παραπάνω τραγικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, υπάρχουν και άλλες επιπτώσεις που συνήθως ξεφεύγουν της συνηθισμένης δημοσιότητας. Η πιο σημαντική από αυτές είναι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην προσφορά δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Η επίπτωση είναι διττή και αφορά τόσο τον τομέα της προσφοράς όσο και της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης. Στον τομέα της προσφοράς έχουμε μία αντιστροφή του νόμου του Βάγκνερ για τις δημόσιες δαπάνες. Σε περιόδους οικονομικών κρίσεων υπάρχει μία μεγάλη πίεση στις κυβερνήσεις να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες και συνεπώς και τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Από την άλλη πλευρά, σε περιόδους οικονομικών κρίσεων όλο και περισσότεροι κόσμος χρησιμοποιεί το δημόσιο (δωρεάν) σύστημα υγείας διότι η πτώση στα προσωπικά του εισοδήματα δεν του επιτρέπουν να χρησιμοποιεί τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς, σε περιόδους οικονομικής κρίσης η προσφορά δημόσιων υπηρεσιών υγείας μειώνεται ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται η ζήτηση. Το αποτέλεσμα είναι γνωστό και προβλέψιμο και είναι η δραματική πτώση της ποιότητας των καταναλισκόμενων υπηρεσιών υγείας. Πάντως, επί του σημείου αυτού θα πρέπει να επισημανθεί ότι η κρίση μπορεί να είναι και μία ευκαιρία για εξορθολογισμό των συνολικών δημόσιων δαπανών και ιδιαιτέρως των δημόσιων δαπανών υγείας προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικής και αποδοτικής προσφοράς δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Σίγουρα υπάρχουν απεριόριστες τέτοιες δυνατότητες στην περίπτωση του Ελληνικού συστήματος δημόσιων δαπανών υγείας. Υπάρχουν, όμως, ισχυρές αμφιβολίες κατά πόσο η σημερινή δομή του ελληνικού συστήματος υγείας μπορεί να απορροφήσει τους κραδασμούς της οικονομικής κρίσης μέσω της αύξησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Το πιο πιθανό σενάριο είναι η απορρόφηση μέσω της δραματικής πτώσης της ποιότητας. Οι λόγοι, εν μέρει, αναλύθηκαν στο πρώτο τεύχος της στήλης αυτής του περιοδικού.

Υπάρχουν πολιτικές που μπορούν να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία; Το 2009 η Γενική Διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατέθεσε μία δήλωση ενόψει και της συνάντησης των 20 πλουσιότερων χωρών, γνωστή και ως G20, για τις επιπτώσεις της κρίσης στην Υγεία. Επί της ουσίας δεν υπάρχει καμία πρόταση πολιτικής πέρα από τα συνηθισμένα ευχολόγια που είναι σύμφυτα με το ρόλο αυτών των οργανισμών. Η αλήθεια είναι δυστυχώς πικρή. Οι οικονομικές κρίσεις φέρνουν μειώσεις εισοδημάτων, ιδιαιτέρως σε εκείνες τις κοινωνικές ομάδες που έχουν περισσότερη ανάγκη τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπως οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι. Αυτές οι κοινωνικές ομάδες θα υποστούν και τις μεγαλύτερες συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία τους. Οι πολιτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι μόνο οριακές εκτός αν υπάρχουν τα περιθώρια πιο αποτελεσματικής και αποδοτικής χρήσης των μειούμενων δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Το συμπέρασμα είναι απλό. Καμία πολιτική υγείας δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα που δημιουργεί μία βαθιά οικονομική κρίση. Η λύση θα έρθει μέσα από την επανάκαμψη της οικονομίας, δηλαδή μέσα από την οικονομική μεγέθυνση. Αυτή θα δημιουργήσει νέες θέσεις εργασίας, θα δημιουργήσει περισσότερα εισοδήματα και συνεπώς θα αυξήσει τα δημόσια έσοδα. Όλα τα άλλα είναι για να επιβεβαιωθεί το ρηθέν ότι «ο φτωχός ελπίζοντας πεθαίνει χαίροντας».

Η Χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών από Μη-επείγοντα Περιστατικά: Επρόκειτο ποτέ να Αλλάξουν τα Πράγματα;

Κάρεν Φοξ, Πανεπιστήμιο του Μισισσιπή, ΗΠΑ
Στεφανή Στέινμπεργκ, Πανεπιστήμιο του Τεννεσί, ΗΠΑ
Τερέζα Γουότερς, Πανεπιστήμιο του Τεννεσί, ΗΠΑ

Εισαγωγή

Μεταξύ 1994 και 2004, ο ετήσιος αριθμός επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων στις ΗΠΑ αυξήθηκε κατά 18% (από 93 σε 110 εκατομμύρια), ενώ την ίδια χρονική περίοδο ο αριθμός των ΤΕΠ 24ωρης λειτουργίας μειώθηκε κατά 12% (McCaig & Nawar 2006). Ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης και της μειωμένης προσφοράς, ο μέσος αριθμός επισκέψεων στα ΤΕΠ αυξήθηκε δραματικά (πάνω από 78% μεταξύ 1995 και 2003), ενώ πολλά νοσοκομεία δηλώνουν υπερπλήρη, όσον αφορά στη λειτουργία των ΤΕΠ και ανικανότητα να διαχειριστούν επιπλέον επείγοντα περιστατικά. Μια πρόσφατη μελέτη βρήκε ότι 45% όλων των ΤΕΠ και 64% των αστικών ΤΕΠ βίωνε σοβαρές καταστάσεις συνωστισμού των ασθενών το χρονικό διάστημα 2003-2004. Το γεγονός αυτό οδηγούσε τους ασθενείς σε σημαντικές καθυστερήσεις ώσπου να εξεταστούν, ενώ άλλοι ασθενείς έφευγαν από το νοσοκομείο δίχως να δουν το γιατρό. Επίσης, καταγράφηκαν συχνές περιπτώσεις διακομιδής των ασθενών σε άλλα νοσοκομεία (Burt & McCaig 2006). Παρόλο που η αύξηση του πληθυσμού συνιστά μια σημαντική παράμετρο της παρατηρούμενης αύξησης των επισκέψεων στα ΤΕΠ, ο μέσος αριθμός επισκέψεων στα ΤΕΠ έχει αυξηθεί από 36 επισκέψεις ανά 100 άτομα το 1994 σε 38,2 επισκέψεις ανά 100 άτομα το 2004 (6% αύξηση) (McCaig & Nawar 2006). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών, ο μειούμενος διαθέσιμος χρόνος λειτουργίας των πρωτοβάθμιων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, και η αυξανόμενη προτίμηση της χρήσης των ΤΕΠ ως πηγή περίθαλψης από τους πολίτες συνιστούν σημαντικούς παράγοντες της αυξητικής αυτής τάσης (Cunningham 2006, Guttman et al. 2003).

Ανεξάρτητα από μια λογική εξήγηση που ίσως δίνεται για αυτή την αύξηση στην κίνηση των ΤΕΠ, πολλοί διαμορφωτές της πολιτικής υγείας, αλλά και προμηθευτές υπηρεσιών υγείας καλούν για αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας τους, ώστε να ανακουφιστούν λιγάκι από το μεγάλο όγκο ασθενών που δέχονται. Οι προτεινόμενες «θεραπίες» είναι δύο ειδών - είτε αύξηση της υπάρχουσας χωρητικότητας είτε μείωση του αριθμού των ασθενών που κάνουν χρήση των ΤΕΠ. Μια έρευνα στα νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκε το διάστημα 2003-2004 βρήκε ότι από μέρους των νοσοκομείων η λύση που προτείνεται είναι η αύξηση της χωρητικότητάς τους: συγκεκριμένα, το 16% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε ήδη προβεί σε επέκταση του χώρου των ΤΕΠ τα προηγούμενα δύο έτη και το 1/3 απάντησε ότι επρόκειτο να προχωρήσει σε παρόμοιες ενέργειες τα δύο επόμενα χρόνια. Όμως, το υψηλό κόστος που σχετίζεται με τη φροντίδα των ασθενών στα ΤΕΠ έχει κινητοποιήσει τους ερευνητές και τους διαμορφωτές της πολιτικής σκηνής του τομέα της υγείας, οι οποίοι εξετάζουν τη λύση της εξυπηρέτησης ορισμένων εκ των ασθενών που προσέρχονται στα ΤΕΠ από πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας (ΠΦΥ). Στα συμπεράσματα αυτά έχει καταλήξει μερίδα ερευνητών, που βρήκε ότι 33-55% των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ δεν αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό επείγον πρόβλημα υγείας και θα είχαν περισσότερο αποτελεσματική και αποδοτική θεραπεία εάν είχαν επισκεφτεί κάποια μονάδα ΠΦΥ (McCaig & Burt 2005, Liu et al. 1999, MacLean et al. 1999). Η μεταφορά των μη-εκτάκτων περιστατικών από τα ΤΕΠ των νοσοκομείων στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας της κοινότητας αναμένεται να έχει θετικά αποτελέσματα σε τρία επίπεδα, α) ανακούφιση των ΤΕΠ από

υπερπληθώρα ασθενών, β) μείωση των συνολικών δαπανών για υγεία και γ) βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Η τοπική ηγεσία της πόλης της Μέμφις αναγνωρίζει την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και την εξοικονόμηση πόρων από την μεταφορά ορισμένων ασθενών από τα ΤΕΠ στις εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας (ΠΦΥ). Ως μέρος του αρχικού σχεδιασμού, οι τοπικοί άρχοντες πραγματοποίησαν μια έρευνα στην πόλη τους, σε ασθενείς, οι οποίοι αν και δεν αντιμετώπιζαν επείγον πρόβλημα υγείας απευθύνθηκαν στα ΤΕΠ. Οι ερωτηθέντες απάντησαν στα εξής:

- Τι είδους μη-επείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζουν τα ΤΕΠ στην πόλη της Μέμφις;
- Σε ποιές περιπτώσεις μη-έκτακτα περιστατικά χρησιμοποιούν περισσότερο τα ΤΕΠ των νοσοκομείων;
- Ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των μη-εκτάκτων ασθενών των ΤΕΠ (εισόδημα, απασχόληση, ασφάλιση, συνήθη τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας, προηγούμενη χρήση των ΤΕΠ τον περασμένο χρόνο); και
- Ποιες είναι οι προτιμήσεις τους όσον αφορά στην υγειονομική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των λόγων/αιτιών που χρησιμοποιούν τα ΤΕΠ, καθώς και αξιολόγησης άλλων επιλογών εναλλακτικών στα ΤΕΠ;

Αυτή η έρευνα πόλης για τη χρησιμοποίηση των ΤΕΠ από μη-έκτακτα περιστατικά μας προσφέρει μια βαθύτερη γνώση σχετικά με ένα πρόβλημα, που έχει απασχολήσει ευρέως τους διαμορφωτές της πολιτικής υγείας στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα της έρευνας πόλης θα μπορούσαν να είναι χρήσιμα και να δώσουν λύσεις σε άλλες παρόμοιες καταστάσεις.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Τα υπάρχοντα στοιχεία για την χρήση των ΤΕΠ δείχνουν ότι 30-50% των συνολικών επισκέψεων προέρχονται από μη-έκτακτα περιστατικά, τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εξω-νοσοκομειακά (Burnett & Grover 1996, Northington et al. 2005). Διάφορες μελέτες συνδέουν τη χρήση των ΤΕΠ από μη-επείγουσες περιπτώσεις ασθενών με την ανυπαρξία μονάδων ΠΦΥ, με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, καθώς και με τις προσωπικές προτιμήσεις των ίδιων των ασθενών (Gill & Riley 1996). Περίπου οι μισές περιπτώσεις των μη-εκτάκτων ασθενών των ΤΕΠ δήλωσαν ότι δεν είχαν μια συνήθη πηγή υγειονομικής φροντίδας και περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων δεν είχαν καμιά ασφαλιστική κάλυψη (Northington et al. 2005). Τα μη-επείγοντα περιστατικά των ΤΕΠ ανέφεραν ότι έκαναν χρήση αυτού του είδους των υπηρεσιών γιατί είχαν ελεύθερη 24ωρη πρόσβαση, χωρίς να προγραμματίσουν εκ των προτέρων ραντεβού, είχαν περισσότερες εναλλακτικές στον τρόπο πληρωμής, και επίσης θεωρούσαν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι καλύτερες (MacLean et al. 1999, Northington et al. 2005). Άλλες μελέτες έχουν βρει ότι τα ΤΕΠ χρησιμοποιούνται ως μονάδες ΠΦΥ για συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι φτωχοί και οι ανασφάλιστοι (Begley et al. 2006).

Δυστυχώς, τα μη-έκτακτα περιστατικά των ΤΕΠ βιώνουν μεγαλύτερες αναμονές ώσπου να εξυπηρετηθούν από τους γιατρούς, καταναλώνουν ακριβότερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με αυτούς που επιλέγουν να επισκεφτούν τους ιατρούς στο ιδιωτικό τους ιατρείο ή στην κλινική τους, ενώ είναι λιγότερο πιθανό να προβούν σε επανεξέταση (Burnett & Grover 1996). Ο συνωστισμός ασθενών στα ΤΕΠ και ο αυξημένος φόρτος εργασίας για τους ιατρούς και το υπόλοιπο υγειονομικό δυναμικό αποσπά τόσο το χρόνο τους όσο και τους υγειονομικούς πόρους από τα πραγματικά επείγοντα περιστατικά, ενώ παράλληλα μειώνει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και δημιουργεί μειωμένη επιθυμία για επανεξέταση (Sun et al. 2003).

Στις αρχές του 2006, ο Γενικός Διευθυντής του Κέντρου Υγείας της Εκκλησίας, ενός μη-κερδοσκοπικού οργανισμού της Μέμφις αφιερώθηκε στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους ανασφάλιστους εργαζόμενους και σε συνεργασία με έναν τοπικό επιχειρηματία συγκάλεσε ένα κύκλο συζητήσεων στρογγυλής τραπέζης, που αρχικά συμμετείχαν οι Γενικοί Διευθυντές των μεγαλύτερων νοσοκομείων της περιοχής. Οι συμμετέχοντες Γενικοί Διευθυντές των νοσοκομείων αποφάσισαν ότι τα κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζει η περιοχή τους απαιτούν κοινές λύσεις και πρότειναν να οριστεί ένα πρόσωπο το οποίο θα συμμετείχε δύο φορές την εβδομάδα στις συνεδριάσεις, θα κατέγραφε τα προβλήματα και θα πρότεινε λύσεις. Ένα από τα θέματα που προτάθηκε προς συζήτηση ήταν η χρήση των ΤΕΠ των νοσοκομείων από μη-έκτακτα περιστατικά, ειδικά από ανθρώπους που είναι μερικώς ασφαλισμένοι, είτε τελείως ανασφάλιστοι. Τον τελευταίο χρόνο, η ομάδα των Γενικών Διευθυντών διευρύνθηκε και συμπεριελάμβανε διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων, επιχειρηματικούς φορείς της πόλης, εκπροσώπους της ιατρικής κοινότητας, και ακαδημαϊκούς. Το παρόν άρθρο παρουσιάζει ορισμένες εκ των ενεργειών της Ομάδας Εργασίας για τους Ανασφάλιστους Εργαζόμενους της Μέμφις, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στο αρχικό σχέδιο της πόλης για την εφαρμογή μιας σειράς στοχευμένων προγραμμάτων βάσει των αναγκών.

Σκοπός του άρθρου είναι να εντοπίσει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ασθενών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ της Μέμφις, χωρίς να έχουν επείγον πρόβλημα υγείας, να προσδιορίσει τους λόγους για τους οποίους απευθύνονται σε αυτές τις υγειονομικές μονάδες, καθώς και να αναζητήσει τις εναλλακτικές λύσεις που θα ανακατεύθυναν τους εν λόγω ασθενείς στις εκτός ΤΕΠ υπηρεσίες υγείας. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο μιας ευρύτερης προσπάθειας της πόλης να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες, και ειδικότερα τις υπηρεσίες που προσφέρονται στα ΤΕΠ των νοσοκομείων της Μέμφις.

Μεθοδολογία

Σκοπός της Έρευνας

Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε ένα ανοικτό ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων, που μοιράστηκε σε 10 ΤΕΠ της Μέμφις το χρονικό διάστημα μεταξύ 15/5/2006 και 6/7/2006. Τα μη-επείγοντα περιστατικά αναγνωρίστηκαν από το ιατρικό προσωπικό των ΤΕΠ των νοσοκομείων, το οποίο βασίστηκε σε ένα σύστημα αναγνώρισης όπως προτάθηκε από την ακαδημαϊκή κοινότητα της πόλης, ενώ οι γιατροί των ΤΕΠ συνεργάζονταν με έναν από του δύο βοηθούς έρευνας που παρευρίσκονταν στα ΤΕΠ. Όλα τα μη-έκτακτα περιστατικά, ανεξαρτήτως ασφάλισης και πάθησης είχαν δικαίωμα να συμμετέχουν στη μελέτη. Ένας εκ των βοηθών έρευνας παρείχε στους ασθενείς πληροφορίες για την έρευνα και ένα αντίγραφο του ερωτηματολογίου, εάν έδειχναν ενδιαφέρον. Οι ερωτήσεις που όφειλαν να απαντήσουν οι ερωτώμενοι ασθενείς ήταν ανοικτές και ο καθένας τους μπορούσε να απαντήσει όπως ήθελα, ενώ αν χρειαζόταν βοήθεια για την κατανόησή τους, ο ερευνητής έπρεπε να δώσει διευκρινήσεις.

Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου

Σκοπεύοντας να διαμορφώσει ένα σύντομο, χωρίς δυσκολίες στη συμπλήρωσή του, ερωτηματολόγιο η επιτροπή χρησιμοποίησε μια διαδικασία επαναληπτικών δοκιμών προκειμένου να αναπτύξει το ερωτηματολόγιο. Βασίστηκε σε ερωτήσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς σε προηγούμενες έρευνες και επέλεξε όσο το δυνατόν μικρότερο σετ ερωτήσεων, καλύπτοντας όμως όλα τα βασικά σκέλη της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο εξετάστηκε σε πιλοτικό στάδιο χρησιμοποιώντας νοητικές τεχνικές συνέντευξης ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία και η ικανότητα κατανόησής του από τους ασθενείς.

Αναγνώριση των Μη-εκτάκτων Περιστατικών

Τα μη-επείγοντα περιστατικά αναγνωρίστηκαν από το ιατρικό προσωπικό των ΤΕΠ των νοσοκομείων που βασίστηκε σε ένα εσωτερικό σύστημα αναγνώρισης, το οποίο ήταν υποχρεωμένα να ακολουθούν όλα τα νοσοκομεία της πόλης της Μέμφις. Εννιά από τα 10 νοσοκομεία παρείχαν ιατρικές υπηρεσίες μόνο για ενήλικες, και στην πλειοψηφία τους (οκτώ από τα εννιά) χρησιμοποιούσαν μια κλίμακα τεσσάρων σημείων ώστε να αναγνωριστεί η οξύτητα του περιστατικού που κατέφθανε στα ΤΕΠ, ενώ το ένατο χρησιμοποιούσε μια κλίμακα με χρώματα προκειμένου να αναγνωρίσει το επείγον περιστατικό των ΤΕΠ. Για τους σκοπούς της παρούσης εργασίας, οι ενήλικοι ασθενείς αναγνωρίζονταν ως μη-έκτακτα περιστατικά και συνεπώς, κατάλληλα πρόσωπα για να συμμετέχουν στην έρευνα εάν είχαν σκορ «3» ή «4» στην αριθμητική κλίμακα και «μπλε» χρώμα στην κλίμακα με τα χρώματα. Το 10^ο ΤΕΠ που συμπεριλήφθηκε στην έρευνα παρείχε παιδιατρικές ιατρικές υπηρεσίες. Σε αυτό το ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα πέντε σημείων στην προσπάθεια αναγνώρισης των μη-εκτάκτων περιστατικών. Τα παιδιά ασθενείς που σκόραραν «4» ή «5» στην 5-βαθμη κλίμακα αξιολογήθηκαν ως μη-έκτακτα περιστατικά και οι γονείς ή οι κηδεμόνες τους προτάθηκαν από τους ερευνητές να συμμετέχουν στην έρευνα.

Πληροφόρηση για την Παροχή Συναίνεσης

Τα μη-επείγοντα περιστατικά που αναγνωρίστηκαν από το ιατρικό προσωπικό ως κατάλληλα να συμμετέχουν στην έρευνα απευθύνονταν στον έναν από τους δύο βοηθούς έρευνας που παρευρίσκονταν στα ΤΕΠ. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι σε κανένα στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας οι ενήλικοι ασθενείς και οι γονείς των ανήλικων ασθενών δεν γνώριζαν ότι συμμετείχαν στην έρευνα: απλώς τους αναφέρθηκε ότι το νοσοκομείο ήθελα να βελτιώσει τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της Μέμφις. Από τη στιγμή που ο ενήλικας ασθενής (ή ο γονιός/κηδεμόνας ενός ανήλικου ασθενή) αναγνωρίζονταν ως συμμετέχοντας στην έρευνα, ο βοηθός έρευνας του εξηγούσε τις λεπτομέρειες της έρευνας και του ανέφερε τα δικαιώματα που είχε ως αντικείμενο έρευνας. Επίσης, ο ερευνητής εξηγούσε στους συμμετέχοντες ότι πέραν των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, δεν θα ερωτούνταν για προσωπικά τους θέματα, αλλά μόνο για πληροφορίες που αφορούσαν στην ημερομηνία και στην ώρα επίσκεψης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Οργάνωση της Έρευνας

Από τη στιγμή που ο ασθενής ή ο γονιός/κηδεμόνας ενός παιδιού ασθενή συμφωνούσε να συμμετέχει στην έρευνα, τότε όφειλε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο είτε μόνος του είτε με τη βοήθεια ενός μέλους της οικογένειάς του. Επίσης, του παρέχονταν βοήθεια από έναν βοηθό έρευνας, εφόσον το επιθυμούσε. Παρόλο που οι αλλοδαποί ασθενείς (μη ομιλούντες την Αγγλική γλώσσα) σπάνια επισκέπτονται τα ΤΕΠ της πόλης της Μέμφις, υπήρξε ωστόσο ένας μικρός αριθμός ασθενών αυτής της κατηγορίας (<10) οι οποίοι δεν συμμετείχαν στην έρευνα λόγω του ότι δεν παρέχονταν υπηρεσίες μετάφρασης. Στους ερωτηθέντες τους ζητήθηκε να επιστρέψουν συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια πίσω στους ερευνητές. Ελέγχθηκε η πληρότητα των απαντήσεων και υπήρχε και δεύτερη συνέντευξη με τους ερωτηθέντες όπου χρειάστηκε, προκειμένου να μειωθούν στο ελάχιστο οι ερωτήσεις που δεν είχαν απαντηθεί. Επειδή τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν την ώρα που οι ασθενείς βρίσκονταν στην αίθουσα αναμονής, η προαναφερθείσα διαδικασία, της δεύτερης προσέγγισης των ασθενών, υπήρξε αρκετά επιτυχής.

Αρχικά, οι ομάδες των βοηθών έρευνας παρευρίσκονταν στα ΤΕΠ καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας των νοσοκομείων, και στις τρεις βάρδιες (07:00-15:00; 15:00-23:00; 23:00-07:00) όλες τις ημέρες της εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένων και των Σαββατοκύριακων, ώστε να καταγράψουν με ακρίβεια το ρυθμό προσέλευσης των μη-επείγοντων περιστατικών. Ωστόσο, έγινε πολύ γρήγορα

αντιληπτό από τους ερευνητές ότι κατά τη νυχτερινή βάρδια (23:00-07:00) ο αριθμός των μη-επειγόντων περιστατικών ήταν πολύ μικρός. Συνεπώς, η διατήρηση ερευνητικού προσωπικού στα ΤΕΠ χωρίς ερευνητικό ενδιαφέρον αξιολογήθηκε ως μη συμφέρουσα τόσο οικονομικά όσο και χρονικά, γι' αυτό αποφασίστηκε να συνεχιστεί η έρευνα μόνο κατά τη διάρκεια της πρωινής και απογευματινής βάρδιας. Κάθε ερευνητική ομάδα έμεινε στα ΤΕΠ για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, ενώ η ομάδα παρέτεινε την αποχώρησή της από τα ΤΕΠ πέραν των δύο εβδομάδων έως ότου συμπληρωθεί ο προκαθορισμένος στόχος των 200 ερωτηματολογίων για κάθε νοσοκομείο. Επειδή οι ασθενείς δεν είχαν κάποια επικοινωνία με τους βοηθούς έρευνας έως ότου υποδειχθούν ως κατάλληλοι για συμμετοχή στην έρευνα και δηλώσουν πρόθυμοι να συμμετάσχουν, υπήρξαν προβλήματα ακριβούς καταγραφής του βαθμού συμμετοχής/άρνησης συμμετοχής στην έρευνα, ενώ η διερεύνηση ύπαρξης τυχόν προβλημάτων μεροληψίας δεν κατέστη δυνατή.

Μέγεθος Δείγματος

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 2.223 ερωτηματολόγια, αριθμός που υπερέιχε τον αρχικό στόχο των 200 ερωτηματολογίων ανά ΤΕΠ, δηλαδή 2.000 ερωτηματολόγια. Ο αριθμός θεωρείται ικανοποιητικός ώστε να ανιχνεύσει στατιστικές διαφορές στις απαντήσεις ανάμεσα στα νοσοκομεία. Εισαγωγή Δεδομένων στη Βάση

Οι βοηθοί έρευνας επέστρεψαν τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια μέσα σε 48 ώρες από τη συμπλήρωσή τους, για την εισαγωγή των πληροφοριών στη βάση δεδομένων. Χρησιμοποιήθηκε μια βάση δεδομένων της ACCESS, ώστε να διευκολύνει την εισαγωγή των στοιχείων και να ελαχιστοποιήσει τα λάθη κατά την εισαγωγή. Η πληρότητα και η ακρίβεια των εισηγμένων στη βάση στοιχείων αξιολογήθηκε και από έναν δεύτερο υπάλληλο.

Αποτελέσματα

Συνολικά, συμπληρώθηκαν 2.223 ερωτηματολόγια στα 10 ΤΕΠ της πόλης της Μέμφις. Σε κάθε ΤΕΠ έπρεπε να έχουν συμπληρωθεί κατ' ελάχιστον 200 ερωτηματολόγια. Ο ελάχιστος αριθμός ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκε είναι 204 και ο μέγιστος 270. Για να διευκολύνουμε την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ξεκινάμε με ορισμένες ερωτήσεις που τέθηκαν από τους τοπικούς άρχοντες, όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω.

- Τι Είδους Ιατρικές Υπηρεσίες Μη-επειγόντων Περιστατικών Αντιμετωπίζονταν στα ΤΕΠ της Μέμφις;

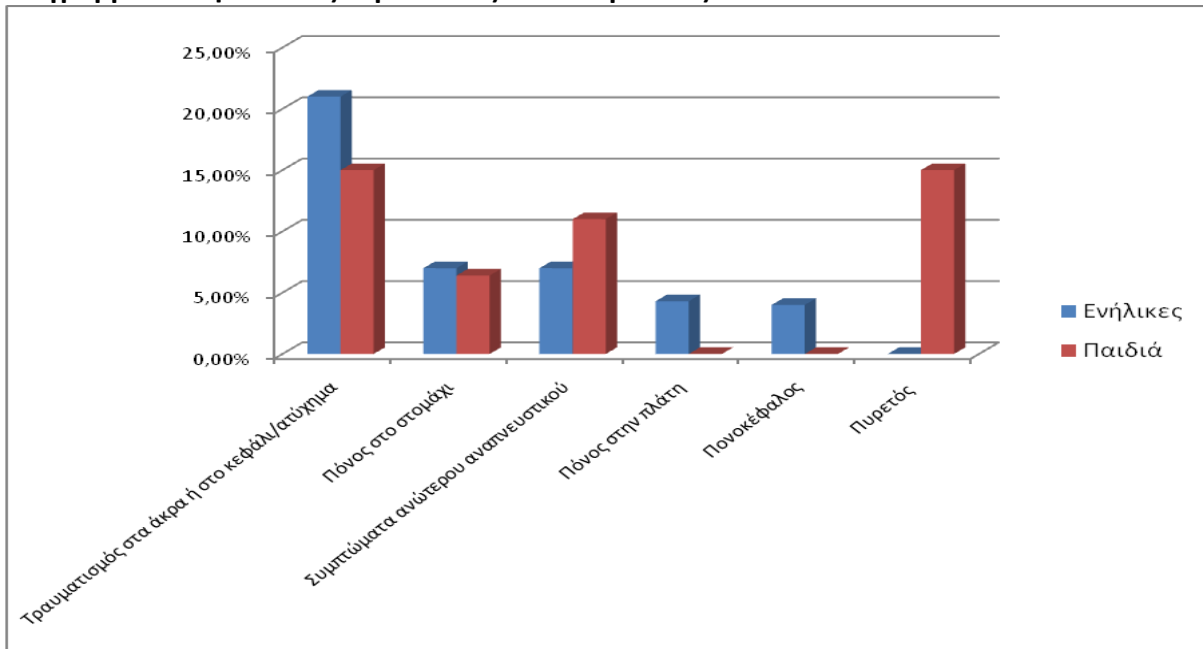
Οι πιο συνήθεις λόγοι επίσκεψης των ΤΕΠ από τους μη-επείγοντες ενήλικες ασθενείς ήταν οι «τραυματισμός σε κάποιο άκρο ή κεφάλι/ατύχημα», «στομαχόπονος», «προβλήματα ανώτερου αναπνευστικού συστήματος», «πόνος στην πλάτη» και «πονοκέφαλος». Για τα παιδιά ασθενείς, ήταν οι «πυρετός», «τραυματισμός σε κάποιο άκρο ή κεφάλι/ατύχημα», «προβλήματα ανώτερου αναπνευστικού συστήματος» και «στομαχόπονος» (Διάγραμμα 1).

- Πότε είναι Περισσότερο Πιθανό να Χρησιμοποιούν τα ΤΕΠ τα Μη-επείγοντα Περιστατικά;

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στην ενότητα της Μεθοδολογίας, δεν καλύφθηκαν και οι τρεις βάρδιες λειτουργίας του νοσοκομείου, επειδή η βραδινή βάρδια συγκέντρωνε πολύ μικρό αριθμό μη-επειγόντων περιστατικών. Ωστόσο, καλύφθηκαν οι άλλες δύο βάρδιες, πρωινή (07:00-15:00) και απογευματινή (15:00-23:00) όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Από τα μη-επείγοντα περιστατικά που παρουσιάζονταν στα νοσοκομεία της Μέμφις κατά τη διάρκεια των δύο αυτών διαστημάτων λειτουργίας (N=2.108) η πλειοψηφία των ασθενών (N=1.397, 66,27%) παρουσιάστηκε στα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της απογευματινής βάρδιας (15:00-23:00), ενώ περίπου το 1/3 (N=711, 33,73%)

παρουσιάστηκε κατά την πρωινή λειτουργία των ΤΕΠ (07:00-15:00). Από την ημερήσια ανάλυση των μη-επειγόντων περιστατικών δεν προέκυψε κάποια συγκεκριμένη τάση, εκτός από μια μικρή πτώση την Τετάρτη, η οποία ήταν στο όριο στατιστικά σημαντική ($p \leq 0,05$).

Διάγραμμα 1. Μη-έκτακτες Περιπτώσεις που Αντιμετωπίζονται στα ΤΕΠ



Προκειμένου να έχουμε περισσότερες πληροφορίες έτσι ώστε να συστηματοποιήσουμε τη συμπεριφορά των μη-επειγόντων ασθενών, τους ρωτήσαμε (Ερώτηση 9) «Χωρίς να συμπεριλάβετε τη σημερινή σας επίσκεψη στα ΤΕΠ, πότε συνήθως επισκέπτεστε τα ΤΕΠ;». Η ερώτηση ήταν κλειστή και περιείχε έξι διαφορετικές απαντήσεις (Διάγραμμα 2). Η πλειοψηφία των ασθενών (N=1.067) απάντησε «Οποιαδήποτε στιγμή αισθανθώ άρρωστος, ανεξαρτήτως τι ώρα είναι». Από τις υπόλοιπες απαντήσεις, N=222 ασθενείς απάντησαν «απόγευμα» και N=222 απάντησαν «νωρίς το βράδυ», ενώ 17% των ερωτηθέντων απάντησε ότι επισκέπτεται τα ΤΕΠ «το πρωί πριν πάει στη δουλειά του».

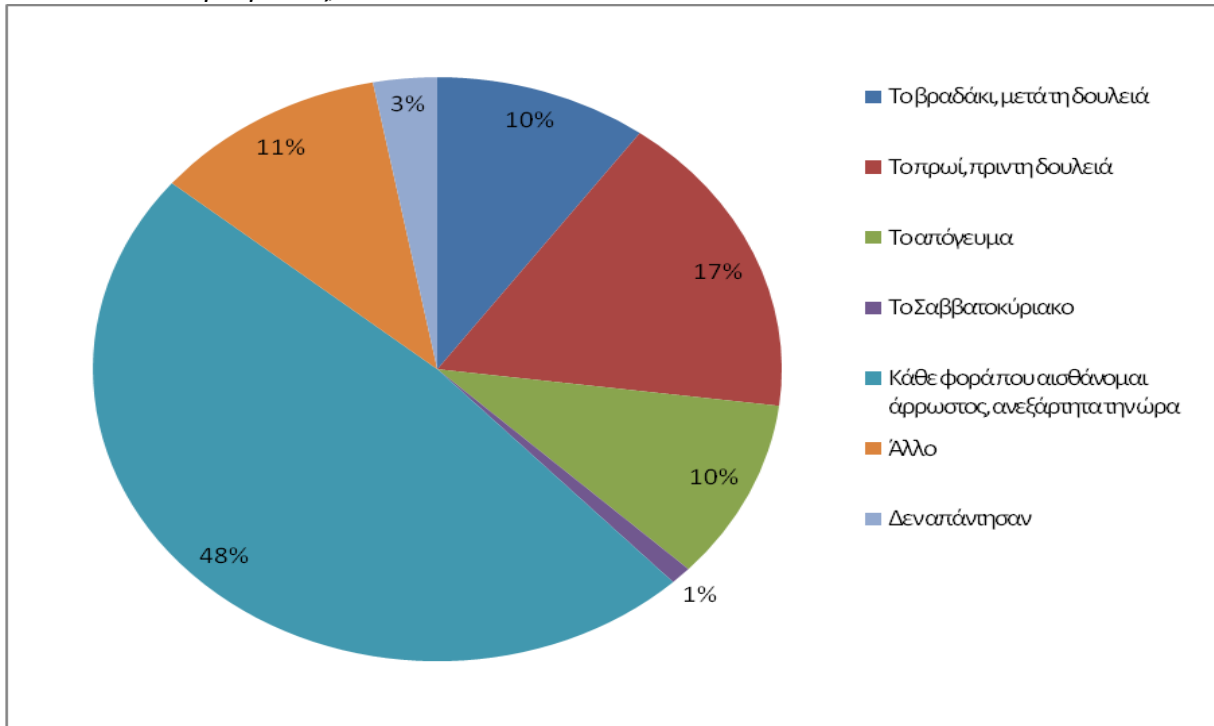
- Ποια είναι τα Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα των Μη-επειγόντων Περιστατικών που Χρησιμοποιούν τα ΤΕΠ (εισόδημα, απασχόληση, ασφάλιση, συνήθη πηγή αναζήτησης ιατρικών φροντίδων, προηγούμενη χρήση των ΤΕΠ τον περασμένο χρόνο);

Οι ερωτηθέντες ασθενείς παρείχαν πληροφορίες για το ετήσιο εισόδημά τους, την απασχόλησή τους (των ίδιων ή των γονιών τους εάν επρόκειτο για παιδιά), την ασφαλιστική τους κάλυψη, τον συνήθη τρόπο εξεύρεσης ιατρικών υπηρεσιών και την προηγούμενη χρήση των ΤΕΠ κατά τον περασμένο χρόνο. Οι ερωτήσεις που σχετίζονται με το εισόδημα, την απασχόληση και την ασφαλιστική κάλυψη τοποθετήθηκαν στο τέλος του ερωτηματολογίου, σε μια προσπάθεια μεγιστοποίησης των θετικών αποκρίσεων των ερωτηθέντων.

Εισόδημα: Όπως αναμενόταν, οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν χαμηλά εισοδήματα, με την πλειοψηφία (58,3%) να έχει δηλώσει ότι κατέχει οικογενειακό εισόδημα λιγότερα από \$30.000 (Πίνακας 1). Συγκριτικά, και σύμφωνα με το Αμερικανικό Γραφείο Πληθυσμιακής Απογραφής, το διάμεσο οικογενειακό εισόδημα στην περιοχή του Τεννεσί ήταν \$40.839, το 2005, ενώ το Αμερικανικό διάμεσο οικογενειακό εισόδημα ήταν \$55.832.

Διάγραμμα 2. Υπόδειγμα Συμπεριφοράς Αναζήτησης Ιατρικής Φροντίδας

Ερώτηση 9. Χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η σημερινή σας επίσκεψη στα ΤΕΠ, πότε συνήθως επισκέπτεστε το γιατρό σας;



Απασχόληση: Στο σύνολο των ερωτηθέντων μη-επειγόντων ενήλικων ασθενών των ΤΕΠ και των γονιών τους, εάν πρόκειται για παιδιά, το 43,9% δήλωσε ότι είναι πλήρους απασχόλησης, το 10,3% ανέφερε ότι είναι μερικής απασχόλησης, και σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες απάντησαν ότι δεν εργάζονται (Πίνακας 1).

Ασφαλιστική κάλυψη: Αντίθετα με τις προσδοκίες των ερευνητών, στην Ερώτηση 17 «Έχετε κάποια μορφή ασφαλιστικής κάλυψης το παρόν διάστημα;» μονάχα το 16,5% των ερωτηθέντων απάντησε «Όχι», ότι δηλαδή δεν είχε οποιαδήποτε ασφάλεια. Περίπου το 81% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε κάποια μορφή ασφαλιστικής κάλυψης, συμπεριλαμβανομένων των Ομοσπονδιακών Προγραμμάτων Medicaid και Medicare.

Συνήθη πηγή παροχής υγειονομικής φροντίδας: Στους συμμετέχοντες της έρευνας ζητήθηκε να αναφέρουν ένα μόνο σημείο παροχής ιατρικών και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που συνήθως απευθύνονται σε περίπτωση ανάγκης (Ερώτηση 7). Παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία (60%) ανέφερε το «Ιδιωτικό Ιατρείο», ένα 30% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησε τα ΤΕΠ των νοσοκομείων ως τη συνήθη πηγή άντλησης ιατρικών υπηρεσιών.

Ιστορικό προηγούμενων επισκέψεων στα ΤΕΠ: Οι επαναληπτικές επισκέψεις στα ΤΕΠ για παροχή ιατρικών υπηρεσιών μέσα σ' ένα διάστημα ενός έτους μπορεί να είναι ένδειξη απουσίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής κατ' οίκον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή αδυναμίας ελέγχου και σταθεροποίησης χρόνιων ασθενειών, ή και τα δύο. Στους ερωτηθέντες ζητήθηκε να απαντήσουν πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες είχαν επισκεφτεί τα ΤΕΠ. Αν και το 40% των ερωτηθέντων (N=889) απάντησε ότι ήταν η πρώτη τους φορά στα ΤΕΠ τον προηγούμενο χρόνο, ωστόσο ένα 60% των ασθενών (N=1.334) ανέφερε ότι είχε επισκεφτεί τα ΤΕΠ πολλές φορές κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους. Από το σύνολο των μη-επειγόντων περιστατικών που επισκέπτονταν συχνά τα ΤΕΠ, ένα 6% (N=133) απάντησε ότι αναζήτησε υγειονομικές υπηρεσίες στα επείγοντα των νοσοκομείων τουλάχιστον έξι φορές την περασμένη χρονιά.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά Γνώρισματα των Μη-εκτάκτων Περιστατικών που Χρησιμοποιούν τα ΤΕΠ

Χαρακτηριστικό Γνώρισμα	Απαντήσεις	% των Ερωτηθέντων
Ασφάλιση	Ασφαλισμένος	81,0
	Ανασφάλιστος	16,5
	Δεν ξέρω	2,5
Απασχόληση	Πλήρης	43,9
	Μερική	10,3
	Χωρίς απασχόληση	45,8
Κατάσταση όσων δήλωσαν «Χωρίς απασχόληση»	Μαθητές	25,9
	Συνταξιούχοι	10,0
	ΑΜΕΑ	18,1
	Έψαχναν για δουλειά	19,4
	Κανένα από τα παραπάνω	26,6
	Δεν ξέρω	2,9
Ετήσιο Εισόδημα	Λιγότερο από \$10.000	29,1
	\$10.000-20.000	15,9
	\$20.000-30.000	13,3
	Περισσότερο από \$30.000	18,8
	Δεν ξέρω	22,9

- Ποίες είναι οι Προτιμήσεις των Μη-επειγόντων Ασθενών σε ότι αφορά την Υγειονομική τους Φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων και των Αιτιών που Επιλέγουν τα ΤΕΠ, καθώς και ποιους άλλους Τρόπους Εξυπηρέτησης θα Εξέταζαν ως Εναλλακτικές Επιλογές των ΤΕΠ;

Αρκετές ερωτήσεις μας παρέχουν βαθιά γνώση σε σχέση με τις προτιμήσεις των μη-επειγόντων ασθενών να χρησιμοποιήσουν τα ΤΕΠ, συμπεριλαμβανομένων της Ερώτησης 12, που αναζητά του λόγους που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών να απευθυνθούν στα ΤΕΠ, της Ερώτησης 13, που εξετάζει το ενδεχόμενο οι ασθενείς να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα από μια κοντινή κλινική, και της Ερώτησης 14, που διερευνά διάφορους λόγους που θα έκαναν τους ασθενείς να επισκεφτούν πρώτα την κλινική πριν απευθυνθούν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Αν και τα μη-επείγοντα περιστατικά συχνά αναφέρθηκαν σε πλειάδα αιτιών που επηρεάζουν αυτή τους την απόφαση, η πιο συχνή αιτία (73%) ήταν «Υπάρχει πάντα γιατρός στην εφημερία». Άλλες αιτίες που αναφέρθηκαν περιλαμβάνουν: «Είναι πάντα ανοικτά (τα ΤΕΠ) και μπορείς να κανονίσεις την επίσκεψη σύμφωνα με το δικό σου προγραμματισμό» με 65% και «Θα σε δούνε γρήγορα οι γιατροί και χωρίς να έχεις κανονίσει κάποιο ραντεβού» με 60%. Στην ερώτηση κατά πόσον θα εξέταζαν το ενδεχόμενο να επισκεφτούν πρώτα μια κοντινή κλινική και μετά να επισκεφτούν τα ΤΕΠ, 44% των ερωτηθέντων απάντησε ότι θα εξέταζε αυτή την επιλογή, 36,5% είπε ότι δεν θα την εξέταζε, 18% απάντησε ότι δεν ξέρει αν θα την εξέταζε ως εναλλακτική επιλογή και 1,5% δεν απάντησε στην ερώτηση. Τέλος, στην ερώτηση που τους παρουσιάστηκε (των ερωτηθέντων) μια λίστα από παράγοντες που θα ήταν σημαντικοί για εκείνους προκειμένου να επισκεφτούν την κλινική αντί των ΤΕΠ και τους ζητήθηκε να τους κατατάξουν με σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 7, οι συμμετέχοντες στην έρευνα βαθμολόγησαν στις τρεις υψηλότερες θέσεις τους παρακάτω παράγοντες: «Είναι ανοικτή (η κλινική) σε 24ωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα», «Δέχεται την ασφαλιστική μου κάλυψη» και «Θα με δουν οι γιατροί γρήγορα και χωρίς ραντεβού» (Πίνακας 2).

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της έρευνας πόλης για τη χρήση των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά παρέχουν σημαντική και πολύτιμη γνώση για τους τοπικούς άρχοντες, καθώς και για τους

διαμορφωτές της πολιτικής που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα ως προς τη χρήση των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά. Πρώτον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το φαινόμενο της χρήσης των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά δεν περιορίζεται μονάχα σε όσους δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Όταν αποφασίζεται περιορισμός των δικαιούχων του Ομοσπονδιακού Προγράμματος Medicaid ο αριθμός των ανασφάλιστων διογκώνεται και τα ΤΕΠ των νοσοκομείων επιφορτίζονται με επιπλέον ασθενείς λόγω του οικονομικού «σφίξιματος» των αμερικανών πολιτών. Όμως, στο δείγμα μας των κλινικά αναγνωρισμένων μη-επείγοντων περιστατικών υπήρχε μόνο ένα 16,5% που δεν είχε ασφαλιστική κάλυψη, ένα ποσοστό που είναι εντυπωσιακά όμοιο με αυτό της πολιτείας του Τεννεσί. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες στις ΗΠΑ, που βρήκαν ότι όσο περισσότεροι ασθενείς έχουν ασφάλεια τόσο περισσότεροι είναι οι ασφαλισμένοι που χρησιμοποιούν τα ΤΕΠ των νοσοκομείων χωρίς να έχουν πραγματικά επείγον πρόβλημα υγείας (Cunningham et al. 1995, Rask et al. 1998). Το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος των μη-επείγοντων χρηστών των ΤΕΠ αποτελείται από πολίτες που έχουν ασφάλεια σημαίνει ότι και αν ακόμα εξασφαλιζόνταν επαρκής υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τους ανασφάλιστους πολίτες τότε αυτό θα μείωνε ελάχιστα τον αριθμό των μη-επείγοντων περιστατικών που επισκέπτονται τα ΤΕΠ. Εάν οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται πράγματι να μειώσουν τον αριθμό των μη-επείγοντων περιστατικών στα ΤΕΠ, τότε θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα που θα διαχειρίζεται όλων των ειδών τα μη-επείγοντα περιστατικά, με ή χωρίς ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα Προτίμησης μιας Κλινικής έναντι των ΤΕΠ

Ερώτηση 14. Θα μπορούσε κάποιος από τα παρακάτω να είναι σημαντικό για σένα στην απόφασή σου να αναζητήσεις ιατρική φροντίδα σε μια κοντινή κλινική πριν επισκεφτείς το ΤΕΠ του Νοσοκομείου; Σε μια 7-βαθμη κλίμακα, όπου το «1» είναι «καθόλου σημαντικό» και το «7» «υπερβολικά σημαντικό», πόσο σημαντικό θα ήταν οι παρακάτω παράγοντες;

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Θα με δούνε γρήγορα και χωρίς ραντεβού	5,55	1,98
Είναι ανοικτή 24 ώρες, επτά ημέρες την εβδομάδα	5,90	1,89
Δέχεται την ασφάλειά μου	5,85	2,01
Δεν οφείλω να πληρώσω την ίδια ημέρα	4,88	2,41
Μπορεί να μου παράσχει δωρεάν φάρμακα	4,23	2,56
Χρησιμοποιεί τον ίδιο γιατρό που έχουν και τα ΤΕΠ	4,57	2,37

Επίσης, η έρευνα αναδεικνύει την παράμετρο της άμεσης εξυπηρέτησης ως μια σημαντική μεταβλητή στην διαδικασία λήψης της απόφασης των μη-επείγοντων περιστατικών να επισκεφτούν τα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Όταν ρωτούνται για τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφασή τους να αναζητήσουν ιατρικές υπηρεσίες στα ΤΕΠ, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα απαντούν «Πάντα υπάρχει ένας γιατρός στην εφημερία», «Είναι πάντα ανοικτά (τα ΤΕΠ) και σου δίνεται η δυνατότητα να τα χρησιμοποιήσεις σύμφωνα με το πρόγραμμά σου» και «Θα σε δούνε γρήγορα οι γιατροί και χωρίς προγραμματισμένο ραντεβού». Παρομοίως, όταν ρωτήθηκαν για τους λόγους που θεωρούσαν σημαντικούς ώστε να αποφασίσουν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα σε μια κοντινή κλινική, απάντησαν «Να είναι ανοικτή σε 24ωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα» και «Να με δούνε οι γιατροί αμέσως και χωρίς ραντεβού» ως τους κυριότερους παράγοντες (Πίνακας 2). Είναι επίσης, σημαντικό να αναφέρουμε ότι περίπου οι μισοί εκ των συμμετεχόντων στην έρευνα (48%) απάντησαν ότι αναζητούν τη λύση των ΤΕΠ «Οποτεδήποτε νοιώσουν άρρωστοι ανεξαρτήτως την ώρα» (Διάγραμμα 2). Μια αξιοπρόσεκτη και σημαντική προσπάθεια στη διαδικασία μείωσης των μη-επείγοντων περιστατικών των ΤΕΠ τόσο των ανασφάλιστων όσο και των ασφαλισμένων ασθενών θα ήταν η εφαρμογή προγραμμάτων που διδάσκουν στους ασθενείς τα οφέλη της ιατρικής φροντίδας

κατ' οίκον ή στην κοινότητα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας μας προειδοποιούν για έναν κίνδυνο, το μέγεθος της επίπτωσης που αναμένεται να έχει η εφαρμογή των εν λόγω προγραμμάτων. Ο παράγοντας της άνεσης στην εξυπηρέτηση είναι πολύ σημαντικός για τους ασθενείς, και στην καλύτερη των περιπτώσεων θα περιμέναμε να δούμε ένα μέρος των μη-επειγόντων περιστατικών των ΤΕΠ να αλλάζει τη συμπεριφορά του ως απάντηση στην εφαρμογή των προγραμμάτων εκπαίδευσής τους για τα οφέλη της κατ' οίκον και της εξω-νοσοκομειακής, εν γένει, ιατρικής φροντίδας. Για την πλειοψηφία, όμως, των ασθενών που απευθύνονται στα ΤΕΠ χωρίς να υπάρχει επείγουσα ανάγκη, αυτό σημαίνει ότι είναι σε θέση να «πάρουν» την ιατρική φροντίδα που χρειάζονται όταν τη χρειάζονται, αδιαφορώντας για το χρόνο αναμονής. Ενώ ορισμένοι ασθενείς δεν μπορούν να ξοδέψουν πολλές ώρες περιμένοντας ώσπου να λάβουν ιατρική φροντίδα, λόγω του υψηλού κόστους ευκαιρίας, άλλοι ασθενείς μπορούν να περιμένουν αρκετή ώρα ώσπου να εξεταστούν από τους γιατρούς των ΤΕΠ είτε γιατί έχουν χρόνο για «χάσιμο» είτε γιατί δεν έχουν που άλλου να περάσουν την ώρα τους. Αυτό είναι αυταπόδεικτο από τις απαντήσεις των ασθενών στις ερωτήσεις για την απασχόληση και το εισόδημά τους. Όπως προηγουμένως ειπώθηκε, λιγότεροι από τους μισούς (44%) απάντησαν ότι ήταν πλήρους απασχόλησης (Πίνακας 1). Ένας μεγάλος αριθμός των μη-επειγόντων περιστατικών των ΤΕΠ ήταν μαθητές, συνταξιούχοι και άτομα με ειδικές ανάγκες (Πίνακας 1). Αυτής της κατηγορίας οι ασθενείς τυπικά έχουν περισσότερο χρόνο στη διάθεσή τους να περιμένουν στα ΤΕΠ ή είναι περισσότεροι ευέλικτοι στη διαχείριση του διαθέσιμου χρόνου τους. Συνεπώς, αυτό που προκύπτει είναι ότι ο χρόνος αναμονής στα ΤΕΠ δεν είναι και δεν πρόκειται ποτέ να είναι αποτρεπτικός όσον αφορά στη χρήση τους από μη-επείγοντα περιστατικά.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, αλλά και η υπάρχουσα βιβλιογραφία σε ότι αφορά στη χρήση των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά φαίνεται να στέλνουν το μήνυμα στους τοπικούς φορείς παροχής μη-επείγουσας ιατρικής φροντίδας ότι δεν είναι σε θέση να προσφέρουν στους ασθενείς τις υπηρεσίες που χρειάζονται (ή τις υπηρεσίες που θέλουν). Ενδεχομένως, ένα σημαντικό μέρος του προβλήματος σχετίζεται με το ότι οι ασθενείς αξιολογούν τον παράγοντα της άνετης εξυπηρέτησης ως μια συνεχόμενη διαδικασία με τον προμηθευτή των ιατρικών υπηρεσιών, όπως ήδη αναφέρθηκε ακροθιγώς προηγουμένως. Αλλά, είναι επίσης πιθανό ότι οι ασθενείς έχουν πραγματική δυσκολία στο να «πάρουν» τις ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται από τους τοπικούς προμηθευτές μη-επείγουσας ιατρικής. Μια μελέτη του Cunningham (2006) πρότεινε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης ζήτησης των ΤΕΠ και του χρόνου αναμονής προκειμένου να κλείσει κάποιος ένα ραντεβού με τον ιδιώτη γιατρό του. 64% των συμμετεχόντων στην έρευνα ανέφερε ότι έχει ως συνήθη πηγή παροχής ιατρικής φροντίδας το ιδιωτικό ιατρείο του γιατρού, κι όμως σε περίπτωση μη-επείγοντος περιστατικού επισκέπτεται τα ΤΕΠ των νοσοκομείων. Οι επισκέψεις των μη-επείγοντων περιστατικών στα ΤΕΠ αυξάνονταν σημαντικά αργά το απόγευμα και το βράδυ στη βάρδια των 15:00-23:00, ακριβώς δηλαδή τις ώρες που τα περισσότερα ιδιωτικά ιατρεία σταματούν να δέχονται ασθενείς. Οι ασθενείς που υποφέρουν είτε από μια χρόνια ασθένεια είτε έχουν κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας και δεν μπορούν να κλείσουν ένα ραντεβού με τον ιδιώτη γιατρό τους μέσα σε λίγες ημέρες αισθάνονται την ανάγκη να απευθυνθούν στα ΤΕΠ του νοσοκομείου για το πρόβλημά τους. Τα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών για τα οφέλη της κατ' οίκον ιατρικής φροντίδας θα πρέπει να ενθαρρυνθούν, ωστόσο και ωστόσο μπορεί να δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας που θα είναι σε θέση να απαντά στα λογικά αιτήματα των ασθενών για έγκαιρη λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων όταν υπάρχει ζήτηση, οι ασθενείς θα συνεχίζουν να προσφεύγουν στα ΤΕΠ των νοσοκομείων.

Περιορισμοί: Ο βασικός περιορισμός της έρευνας ήταν η μέθοδος της δειγματοληψίας. Ήταν περισσότερο ένα «κατάλληλο δείγμα» παρά ένα τυχαίο δείγμα. Επειδή οι ασθενείς δεν αναφέρονταν στους ερευνητές μέχρις ότου αυτοί αναγνωριστούν από το κλινικό προσωπικό ως κατάλληλοι και

εκφράσουν την επιθυμία να συμμετέχουν στην έρευνα, οι ερευνητές δεν είχαν τη δυνατότητα να διαπιστώσουν το βαθμό συμμετοχής/άρνησης στην έρευνα. Επίσης, δεν συμμετείχαν στην έρευνα τα μη-επείγοντα περιστατικά των ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της βραδινής βάρδιας (23:00-07:00), λόγω του μικρού αριθμού αυτών. Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να εξηγήσουμε τη συμπεριφορά αυτών των ασθενών, τις προτιμήσεις και τις ανησυχίες τους σε σχέση με τη χρησιμοποίηση των ΤΕΠ.

Συμπεράσματα

Οι περισσότεροι ασθενείς που χρήζουν μη-επείγουσας ιατρικής φροντίδας και επισκέπτονται τα ΤΕΠ είναι άτομα που έχουν ασφαλιστική κάλυψη και αναζητούν άνεση στην εξυπηρέτησή τους, πράγμα το οποίο δεν ήταν διαθέσιμο στις μονάδες υγείας της κοινότητας. Τα προγράμματα που ως σκοπό έχουν να κατευθύνουν τους ασθενείς στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της κοινότητας θα πρέπει να εστιάσουν στην μείωση του χρόνου αναμονής για κάποιο ραντεβού με έναν ιδιώτη γιατρό, καθώς και στην παροχή άνετης και ασφαλούς εξυπηρέτησης των ασθενών, ώστε να επιτευχθεί μια μόνιμη λύση στο εν λόγω πρόβλημα. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης μπορούν να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν και σε άλλες περιοχές της χώρας, έτσι ώστε να μειωθεί η χρήση των ΤΕΠ από μη-επείγοντα περιστατικά, καθώς και να προωθηθεί η υγεία και η ευημερία των πολιτών εξω-νοσοκομειακά.

Αναγνώριση

Για την πραγματοποίηση της έρευνας υπήρξε οικονομική στήριξη από τα 10 νοσοκομεία της πόλης της Μέμφις που συμμετείχαν στο πρόγραμμα.

Βιβλιογραφία

- Begley, C.E., Vojvodic, R.W., Seo, M. & Burau, K. (2006). Emergency room use and access to primary care: evidence from Houston, Texas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 17(3): 610-624.
- Burnett, M. & Grover, S. (1996). Use of the emergency department for non-urgent care during regular business hours *Canadian Medical Association Journal* 154: 1345-51.
- Burt, C.W. & McCaig, L.F. (2006). Staffing, capacity and ambulance diversion in emergency departments: United States, 2003–04. *Advance Data from Vital and Health Statistics* 376: 1-23.
- Cunningham, P.J., Clancy, C.M., Cohen, J.W. & Wilets, M. (1995). The use of hospital emergency department for non-urgent health problems: A national perspective. *Medical Care Research and Review* 52(4): 453-474.
- Cunningham, P.J. (2006). What accounts for differences in the use of hospital emergency departments across U.S. communities? *Health Affairs* 25(5): w324-w336.
- Gill, J.M. & Riley, A.W. (1996). Non-urgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *Journal of Family Practice* 42(5): 491-496.
- Guttman, N., Zimmerman, D.R. & Nelson, M.S. (2003). The many faces of access: reasons for medically non-urgent emergency department visits. *Journal of Health Policy, Politics, and Law* 28(6): 1089-1120.
- Liu, T., Sayer, M.R. & Carleton, S.C. (1999). Emergency medical care: types, trends and factors related to non-urgent visits. *Academic Emergency Medicine* 6(11): 1147-1152.
- MacLean, S.L., Bayley, E.W., Cole, F.L., Bernardo, L., Legaghan, P. & Manton, A. (1999). The LUNAR project: description of the population of individuals who seek health care at emergency departments. *Journal of Emergency Nursing* 25(4): 269-282.
- McCaig, L. & Burt, C.W. (2005). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2003 emergency department summary. *Advance Data from Vital and Health Statistics* 358: 1-30.
- McCaig, L. & Nawar, E.W. (2006). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. *Advance Data from Vital and Health Statistics* 372: 1-29.
- Northington, W.E., Bruce, J.H. & Zon, B. (2005). Use of an emergency department by non-urgent patients. *American Journal of Emergency Medicine* 23(2): 131-137.
- Rask, K.J., Williams, M.V., McNagny, S.E., Parker, R.M. & Baker, D.W. (1998). Ambulatory health care use by patients in a public hospital emergency department. *Journal of General Internal Medicine* 13(9): 614-620.
- Sun, B.C., Burstin, H.R. & Brennan, T.A. (2003). Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine* 10(4): 320-328.

Κοινωνικές Αξίες, Κοινωνικο-οικονομικοί Πόροι και Αποτελεσματικοί Συντελεστές: Ένα μοντέλο Ηθικής για Κατανομή Πόρων με βάση τη Στατιστική¹

Χένερ Κλούγκ, Πανεπιστήμιο Βικτώριας, ΗΠΑ

Εισαγωγή

Υπάρχουν δύο κατά βάση διαφορετικές και αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τη φύση του αγαθού της υγείας. Η μία αντιμετωπίζει την υγεία ως «δικαίωμα», ενώ η άλλη ως «εμπόρευμα». Ωστόσο, και οι δύο οδηγούν εξ ίσου σε διαφορετικές προσεγγίσεις για τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση που υποστηρίζει την άποψη ότι το αγαθό υγείας αποτελεί «δικαίωμα» χρησιμοποιεί τις αρχές της ηθικής για να καθορίσει τη φύση και τη δομή του συστήματος διανομής των υπηρεσιών υγείας. Όμως, στην ίδια προσέγγιση χρησιμοποιούνται και οικονομικά μέτρα ως εργαλεία ώστε να επιτευχθεί μια δίκαιη και ισότιμη κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση που θεωρεί την υγεία ως «εμπόρευμα» χρησιμοποιεί τα οικονομικά μέσα και εργαλεία για να καθορίσει τη φύση, το εύρος και τον τρόπο διανομής των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, αναφέρεται στις αρχές της ηθικής μόνο ως κοινωνικά καθορισμένα όρια εντός των οποίων το σύνολο των οικονομικών δραστηριοτήτων θα πρέπει να διεξάγονται. Στην προσέγγιση του «δικαιώματος» οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από κοινωνικούς πόρους και ανήκουν στις κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίθετα, στην προσέγγιση του «εμπορεύματος» η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί θέμα ιδιωτικής ευθύνης.

Συνήθως, η προσέγγιση του «δικαιώματος» θεωρείται ουσιαστικά ανεφάρμοστη διότι οδηγεί σε αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης που καταναλώνει αναπόφευκτα όλους τους διαθέσιμους πόρους. Για το λόγο αυτό, υποστηρίζεται ότι η προσέγγιση του «εμπορεύματος» είναι η καλύτερη επιλογή. Ενώ, η δεύτερη αυτή προσέγγιση δύναται να οδηγεί ορισμένα άτομα εκτός υγειονομικής περίθαλψης, αυτό το μειονέκτημα μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσα από την εξασφάλιση κοινωνικά εγγυημένων επιδοτήσεων για τους οικονομικά ασθενέστερους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) τέτοιου είδους μεταρρυθμίσεων επιχειρούνται μέσω των πρόσφατων νομοθετικών αλλαγών (Health Care and Education Reconciliation Act, 2010).

Αυτό που είναι γενικά παραμελημένο στο πλαίσιο της συλλογιστικής αυτής είναι ότι το ίδιο το γεγονός της καθιέρωσης επιδοτήσεων αποτελεί *de facto* αναγνώριση του γεγονότος ότι μια δίκαιη και ισότιμη κοινωνία, στην πραγματικότητα έχει την υποχρέωση να παράσχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη - πιο συγκεκριμένα, ένα ορισμένο επίπεδο της βασικής υγειονομικής περίθαλψης - διότι διαφορετικά η ίδια η έννοια των επιδοτήσεων στερείται ηθικής βάσης. Επιπλέον, μια τέτοια πολιτική προσέγγιση προβλέπει ένα πρόσθετο επίπεδο γραφειοκρατίας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, και μαζί έναν επιπλέον παράγοντα κόστους που δεν θα υπήρχε αν η προσέγγιση του «δικαιώματος» δεν είχε τεθεί σε εφαρμογή από την «πίσω πόρτα», αλλά ήταν ανοιχτά αποδεκτή και οι υπηρεσίες υγείας οργανώνονταν με βάση τα δικαιώματα.

Στην παρούσα εργασία αναπτύσσεται ένα μοντέλο το οποίο θα μπορούσε να μας βοηθήσει να δημιουργήσουμε ένα σύστημα υγειονομικής φροντίδας το οποίο θα βασίζεται στην προσέγγιση του «δικαιώματος» χωρίς να κοστίζει ακριβά και χωρίς να καταργεί το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε όλους στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτό το μοντέλο περιέχει στοιχεία που δηλώνουν την ανάγκη

¹ Η έρευνα αυτή χρηματοδοτήθηκε από την Κυβέρνηση του Καναδά, μέσω του Προγράμματος Στρατηγικών Μελετών, Κέντρο Δικτύου Αριστείας στην Πληροφορική Υγείας, *HEALnet* –Κατηγορία Πληροφορικής στην Ιατρική.

των πολιτών για υγεία, στοιχεία δημόσιων αξιών και στοιχεία κοινωνικών πόρων σε μια σειρά αλγορίθμων που επιτρέπουν τον ορθολογικό προσδιορισμό του ποιές υπηρεσίες θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν και που τα όρια αυτών των υπηρεσιών θα πρέπει να τεθούν στο γενικό πλαίσιο των Αρχών της Ισότητας και της Δικαιοσύνης. Μια πρόσθετη μεταβλητή ηθικής που περιλαμβάνεται στο μοντέλο - και η οποία έχει αγνοηθεί στις περισσότερες προσπάθειες δημιουργίας μιας προσέγγισης «δικαιώματος» στην υγειονομική περίθαλψη (εξαιρουμένου του πειράματος του Όρεγκον) - είναι η Αρχή της Αυτονομίας.

Οι Ρίζες της Ηθικής

Οι ρίζες της ηθικής στην προσέγγιση του «δικαιώματος» στην υγεία βασίζονται στις Αρχές της Ισότητας και της Δικαιοσύνης. Δηλαδή, η υγεία αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανότητας των ανθρώπων να επωφεληθούν των ευκαιριών που είναι διαθέσιμες σε μια κοινωνία. Συνεπώς, μια κοινωνία που προάγει την ισότητα και τη δικαιοσύνη έχει την υποχρέωση της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών των πολιτών της, έτσι ώστε να ελαχιστοποιούνται οι ανισότητες. Άρα, σ' ένα δημόσιο σύστημα υγείας, η κοινωνία έχει ως απώτερο σκοπό να ανταποκριθεί σ' αυτή την υποχρέωση. Η αρχή του ότι η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι «εμπόρευμα» αποτελεί σημείο εκκίνησης ενός τέτοιου συστήματος.

Την ίδια στιγμή, ένα σύστημα προσανατολισμένο στο «δικαίωμα» περίθαλψης δεν μπορεί να αγνοήσει τα αποτελέσματα και τη σχέση κόστους /αποτελεσματικότητας δεδομένου ότι και τα δύο αυτά επηρεάζουν τη διαθεσιμότητα των πόρων - η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τη διαθεσιμότητα, τη φύση και την κατανομή των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι διαφορές αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας δεδομένου ότι η κοινωνική πολιτική θα πρέπει να αντέξει στη δοκιμασία της ισότητας και της δικαιοσύνης.

Ακολουθεί μια προσπάθεια να αναδειχτεί το πώς μπορούν τα παραπάνω να ενσωματωθούν σε μια σειρά αλγορίθμων αποφάσεων που εφαρμόζονται αναδρομικά. Το μοντέλο ξεκινά με μια σειρά από θεμελιώδη ζητήματα που καθορίζουν το πλαίσιο εντός του οποίου η προσέγγιση του «δικαιώματος» θα είναι δομημένη. Αυτά τα ζητήματα τίθενται ως μια Υπόθεση και μια σειρά Προϋποθέσεων. Από αυτά προέρχονται πολλά Θεωρήματα που εκφράζονται ως αλγόριθμοι αποφάσεων, οι οποίοι μπορούν να εφαρμοστούν με ένα αναδρομικό τρόπο, καθώς οι οικονομικοί και άλλοι παράγοντες αλλάζουν συνεχώς.

Υπόθεση

Οι δείκτες που προσδιορίζουν τις ανάγκες υγείας και προέρχονται από στατιστικές εκτιμήσεις, οι δημόσιες προτιμήσεις και οι εκτιμήσεις αποτελεσμάτων μπορούν να συνδυαστούν σε ένα ηθικά κατάλληλο μοντέλο (μακρο-)κατανομής των πόρων.

Προϋποθέσεις

A. Ρεαλιστικές Προϋποθέσεις

1. Τα μέλη μιας κοινωνίας έχουν ανάγκη υγειονομικής περίθαλψης διαφορετικού τύπου, αλλά και βαθμού.
2. Η κατάσταση υγείας των μελών μιας κοινωνίας επηρεάζει την ικανότητα τους να επωφελοούνται των ευκαιριών που είναι ούτως ή άλλως διαθέσιμες μέσα σ' ένα δημόσιο σύστημα υγείας.

B. Ηθικές Προϋποθέσεις

3. *Αρχή της Ισότητας.* Όλα τα άτομα μιας κοινωνίας είναι ίσα το ένα με το άλλο.
4. *Αρχή της Δικαιοσύνης.* Η δικαιοσύνη συνίσταται στο να εξισορροπεί ανταγωνιστικά δικαιώματα

- και υποχρεώσεις και στο να εκπληρώνει αυτά που είναι εν συνόλω ανώτερα.
5. *Αρχή της Αυτονομίας.* Ο καθένας έχει το δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού που υπόκειται όμως υπό περιορισμούς σε σχέση μονάχα με τα ίσα και ανταγωνιστικά δικαιώματα των άλλων.
 6. *Αρχή της Αδυναμίας.* Το να έχει κάποιος μια υποχρέωση να κάνει κάτι, προϋποθέτει ότι έχει και την ικανότητα να την εκπληρώσει. (Εναλλακτικά: Δεδομένου ότι όλες οι προϋποθέσεις ισχύουν ισότιμα προς όλους¹, κάποιος δεν μπορεί να έχει μια υποχρέωση να κάνει κάτι όταν είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί υπό τις υπάρχουσες συνθήκες).

Το Μοντέλο

Οι προαναφερθείσες προϋποθέσεις συσχετίζονται με μια σειρά θεωρημάτων:

Θεώρημα 1: Γενικό Θεώρημα Σχετικής Διαφοράς

Η ισότητα απαιτεί ότι τα άτομα αντιμετωπίζονται ίσα εκτός και αν η διαφορετική μεταχείριση απαιτείται ώστε να τους επιτρέψει να διατηρήσουν ή να επανακτήσουν την ικανότητά τους να επωφελούνται ισότιμα των ευκαιριών που είναι διαθέσιμες στην κοινωνία.

Αυτό το γενικό καθήκον προκύπτει από τις προϋποθέσεις 2, 3 και 4. Εφόσον η κατάσταση της υγείας επηρεάζει την ικανότητα συμμετοχής σε ισότιμη βάση στη διεκδίκηση ευκαιριών που είναι διαθέσιμες στην κοινωνία, το παραπάνω Θεώρημα μπορεί να προσαρμοστεί στην περίπτωση του συστήματος υγείας με την έννοια του γενικού καθήκοντος παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας από το Κράτος μέσα σε ένα πλαίσιο κοινωνικής υποχρέωσης που προκύπτει από τις προϋποθέσεις 1, 2, 3 και 4 (President's Commission 1983, Daniels 1983, Daniels 1985, Rawls 1999).

Θεώρημα 2: Γενικό Θεώρημα Κοινωνικής Υποχρέωσης

Μία δίκαιη κοινωνία έχει την υποχρέωση να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες της έτσι ώστε να εξουδετερώνει ή να ελαχιστοποιεί τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των πολιτών της σε σχέση με το επίπεδο της υγείας τους, που σε διαφορετική περίπτωση η ύπαρξη αυτών των διαφορών εμποδίζει τα μέλη της από το να επωφεληθούν ισότιμα των ευκαιριών που προσφέρονται.

Ωστόσο, αυτή η γενική υποχρέωση δε μπορεί να τεθεί σε ισχύ χωρίς την προσθήκη συγκεκριμένων παραμέτρων. Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται να προσδιοριστεί ακριβώς η φυσιολογία και οι διαφορετικοί τύποι υπηρεσιών υγείας που υπάρχουν στην κοινωνία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί κοιτάζοντας το γενικό επίπεδο υγείας της κοινωνίας, αναγνωρίζοντας με τη βοήθεια της Στατιστικής φυσιολογικές ανάγκες, οι οποίες με τη σειρά τους μετουσιώνονται σε περεταίρω απαιτήσεις για το σύστημα υπηρεσιών υγείας.

Αυτή η διαδικασία εμπεριέχει αρκετά βήματα. Το αρχικό βήμα συγκεντρώνεται στο κοινωνικό καθήκον παροχής κατανομής των βασικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες:

Θεώρημα 3: Κύρια (Μακρο-)κατανομή

Μία δίκαιη κοινωνία έχει την υποχρέωση να παρέχει στους πολίτες της μια σειρά βασικών υπηρεσιών υγείας, η φύση των οποίων καθορίζεται βάσει του μέσου όρου των αναγκών υγείας των μελών της (Buchanan 1983, Daniels 2007).

¹ Για παράδειγμα, το πρόσωπο/άτομο που διαμορφώνει τις συνθήκες «αδυναμίας» δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με το πρόσωπο στο οποίο του έχει ανατεθεί η υποχρέωση.

Αποτελεσματικότητα και Ανάγκη

Τα Θεωρήματα 1-3 εμπεριέχουν ένα καθήκον για μια δίκαιη κοινωνία – αυτό της παροχής ενός βασικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας, το οποίο καθορίζεται στατιστικά από το υγειονομικό προφίλ του συνόλου των πολιτών της. Αυτό σημαίνει ότι, αντίθετα με κάποιες αντιλήψεις, το βασικό εύρος και έκταση αυτών των υπηρεσιών δε μπορούν απλά να καθοριστούν από κοινωνικές επιλογές από κάποιον κατάλογο, εφόσον τέτοιες προτιμήσεις δεν εστιάζουν σε ισότητα και δικαιοσύνη αλλά είναι ένα ζήτημα του τι είναι αρεστό και τι όχι (Dougherty 1991, Oberlander et al. 2001).

Ταυτόχρονα, από τη φύση τους τέτοιες υπηρεσίες δε μπορούν να καθοριστούν αποκλειστικά και μόνο από την ανάγκη για υπηρεσίες υγείας. Η «ανάγκη» για υπηρεσίες υγείας είναι μια μαύρη τρύπα που μπορεί να απορροφήσει ολόκληρο τον προϋπολογισμό χωρίς διακριτό αποτέλεσμα. Στο πλαίσιο των περιορισμένων πόρων ότι προσφέρεται σε κάποιον αφαιρείται από κάποιον άλλον. Συνεπώς, η προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών όταν δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία μπορεί να υποβιβάζει την ικανότητα του συστήματος να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες – και τα αντίστοιχα δικαιώματα – του πληθυσμού. Άρα (όπως συνεπάγεται από τις προϋποθέσεις 4 και 6) κάποια ηθικά κατάλληλα μέτρα πρέπει να εισαχθούν για να αντιμετωπίσουν μια τέτοια πιθανότητα.

Η ιδέα ενός συντελεστή δράσης/αποτελεσματικότητας θέτει τις βάσεις γι' αυτό. Για να αποφευχθεί μια ανεπιθύμητη ασάφεια, είναι σωστό να ξεκινήσουμε με τον ορισμό κάποιων σημαντικών όρων.

Ορισμός 1

Ένας συντελεστής δράσης/αποτελεσματικότητας είναι το εύρος αποτελεσματικότητας μιας δεδομένης παρέμβασης για τη στατιστικά μέση ομάδα ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση σχετική με αυτή την παρέμβαση.

Ορισμός 2

Ο συντελεστής δράσης/αποτελεσματικότητας ενός υποδείγματος υπηρεσιών υγείας είναι θετικός αν αυτό το υπόδειγμα διατηρεί ή βελτιώνει τη συνθήκη για την οποία χρησιμοποιείται.

Με τη βοήθεια των παραπάνω ορισμών, μπορεί να αναπτυχθεί ένα βασικό θεώρημα δικαιοσύνης και ισότητας υπό τον περιορισμό των πρωτοβάθμιων περιορισμένων πόρων, σε δύο στάδια.

Θεώρημα 4: Υποχρεωτικές Υπηρεσίες εν αντιθέσει Υπηρεσιών Επιλογής

α. Κατάλληλότητα παρέμβασης

Μία παρέμβαση υπηρεσιών υγείας είναι κατάλληλη σε περίπτωση πρωτοβάθμιας (μακρο-)κατανομής αν και μόνο αν η παρέμβαση έχει θετικό συντελεστή δράσης/αποτελεσματικότητας.

Όπου το I συμβολίζει το είδος της παρέμβασης, το ap συμβολίζει την πρωτοβάθμια κατανομή, το tn συμβολίζει το χρόνο παρέμβασης και το A αφορά στην καταλληλότητα. Η σχέση αυτή αναπαριστάται σχηματικά ακολούθως:

$$I_{tn}^{ap} \equiv A_{I_{tn}^+}$$

Αυτό δεν αρκεί όμως. Η παρέμβαση μπορεί να είναι κατάλληλη με τη στενή έννοια σχετικά με τη συγκεκριμένη παρέμβαση, μπορεί όμως να μην συνεισφέρει στη συνολική κατάσταση υγείας των ατόμων υπό εξέταση. Συνεπώς, τα παραπάνω πρέπει να συνδυαστούν με ένα άλλο μέτρο αποτελεσματικότητας που εστιάζεται στο αποτέλεσμα της συνολικής κατάστασης υγείας των σχετικών μερών. Το Θεώρημα 4β εκφράζει αυτή τη συνθήκη.

β. Περιορισμός κύριας (μακρο-)κατανομής

Αν η κατάσταση υγείας των επηρεαζόμενων ατόμων μετά την κύρια κατανομή δεν είναι ίση με ή καλύτερη από αυτή πριν την κατανομή, όπου η διατήρηση ή βελτίωση στην κατάσταση υγείας δε μπορεί να ανιχνευτεί στην κατανομή, τότε η υποχρέωση παροχής της συγκεκριμένης (μακρο-) κατανομής παύει.

Αν το St^a συμβολίζει την κατάσταση υγείας της μέσης ομάδας και το M^p συμβολίζει την (μακρο-) κατανομή, τότε έχουμε το εξής:

$$\sim [(St^a + M^p) > (St^a - M^p)] \supset \sim M^p$$

Αυτές οι συνθήκες περιορίζουν την αρχική λίστα παρεμβάσεων που καθορίζονται εκ πρώτης όψεως από το Θεώρημα 3 και καταλήγουν σε ένα μειωμένο κατάλογο πιθανών επεμβάσεων για πρωτοβάθμια (μακρο-) κατανομή. Φυσικά είναι δυνατό να ξεχωρίσει κανείς μεταξύ υποδειγμάτων που σώζουν ή/και διατηρούν ζωές και υποδειγμάτων που βελτιώνουν την ποιότητα. Εφόσον υπάρχει ένα βασικό καθήκον να διατηρείται η ζωή, τα υποδείγματα που σώζουν/διατηρούν ζωές εκ πρώτης όψεως έχουν προτεραιότητα έναντι αυτών που βελτιώνουν την ποιότητα.

Αξίες και Προτιμήσεις

Ωστόσο, είναι πολύ πιθανόν ότι ένας κατάλογος (μακρο-)κατανομής έχει δημιουργηθεί σε μια προϋπάρχουσα βάση η οποία είναι πολύ μεγάλη για να μπορέσει να χρηματοδοτηθεί, δεδομένων των περιορισμένων πόρων. Σ' αυτό το σημείο, οι δημόσιες προτιμήσεις εισάγονται στο υπόδειγμα, όπως υπαγορεύει η Αρχή της Αυτονομίας.

Υπό αυτές τις συνθήκες, τα μέλη μίας κοινωνίας θα μπορούσαν εκτός από το να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονταν και να τις χρηματοδοτούν. Η Αρχή της Αυτονομίας συνεπάγεται ότι τα μέλη μιας κοινωνίας θα πρέπει να έχουν λόγο στο πως προκύπτει αυτού του είδους η χρηματοδότηση, και όχι μόνο να εκλέγουν τους πολιτικούς εκπροσώπους τους οι οποίοι λειτουργούν ως σχεδιαστές των πολιτικών που εφαρμόζονται. Αντιθέτως, οι συγκεκριμένες αξίες και προτιμήσεις των μελών της κοινωνίας θα έπρεπε να λαμβάνονται υπόψη όταν παίρνονται αποφάσεις που αφορούν ανταγωνιστικά αλλά κατά τα άλλα ίσα δικαιώματα/ υποχρεώσεις ως προς αυτές τις υπηρεσίες – κάτι που δε γίνεται και δε μπορεί λογικά να γίνει κατά τη διάρκεια των πολιτικών εκλογών.

Ένας τρόπος για να γίνει αυτό θα ήταν να παρουσιαστεί στην κοινωνία ένας κατάλογος με υπηρεσίες που θα προσφέρονταν ώστε η κοινωνία να επιλέξει με ψηφοφορία. Η πολιτεία της Όρεγκον κινήθηκε προς αυτή την κατεύθυνση αρκετά χρόνια πριν με το Σχέδιο Υγείας, το οποίο περιελάμβανε δημόσια συζήτηση με αναγνωρισμένες ομάδες συμφερόντων, ένα συμβουλευτικό σώμα και σφυγμομέτρηση των δημοσίων προτιμήσεων μέσα από συναντήσεις στο χώρο του Δημαρχείου της πόλης (DiPrete & Coffman 2007).

Ωστόσο, οι προτιμήσεις δεν καθορίζουν τη δομή των ηθικών υποχρεώσεων. Οι δημόσιες αυτές προτιμήσεις θα μπορούσαν να λειτουργήσουν σε αυτή τη βάση μόνο εφόσον το εν λόγω ζήτημα είναι

ηθικά ουδέτερο. Συνεπώς, η χρήση των αξιών, όταν αποφασίζεται το πως ανταγωνιστικές υποχρεώσεις πρέπει να ικανοποιηθούν, είναι κατάλληλη μόνο εφόσον οι υποχρεώσεις για τις οποίες οι προτιμήσεις εκφράζονται έχουν ίδια ηθική βαρύτητα. Αυτό σημαίνει ότι στο πλαίσιο κατανομής των περιορισμένων υγειονομικών πόρων, θα ήταν ακατάλληλο να επιτραπεί οι προτιμήσεις υπέρ των ιατρικώς απαραίτητων θεραπειών να υπολείπονται εκείνων των προτιμήσεων υπέρ των θεραπειών που βελτιώνουν κατ' ελάχιστο την ποιότητα. Ταυτόχρονα, το να υποβιβάζεται η αρχή λήψης αποφάσεων σε ένα συμβουλευτικό σώμα, όπως συμβαίνει με την προσέγγιση της πολιτείας της Όρεγκον, θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια της αξίας του δημόσιου λόγου το οποίο είναι βασικό στη διαδικασία λήψης απόφασης (DiPrete & Coffman 2007).

Το πρόβλημα θα πρέπει να επιλυθεί ορίζοντας ότι οι δημόσιες αξίες/προτιμήσεις δεν πρέπει να καθορίζουν τι υπηρεσίες προσφέρονται συγκεκριμένα, αλλά να καθορίζουν τους συντελεστές αποτελεσματικότητας που η κοινωνία είναι πρόθυμη να αποδεχτεί για τις υπηρεσίες που χρηματοδοτεί. Αυτό θα ήταν ουσιαστικά ισοδύναμο με την ενσωμάτωση των δημόσιων αξιών/προτιμήσεων πίσω από ένα πέπλο αδιαφορίας σχετικά με τις εν λόγω υπηρεσίες, κάτι το οποίο θα ικανοποιούσε το κριτήριο της λογικής και της αμεροληψίας του Rawls στο έργο του «*Η Θεωρία της Δικαιοσύνης*» (Rawls 1999).

Αυτές οι αντιλήψεις μπορούν να εκφραστούν με τα ακόλουθα θεωρήματα:

Θεώρημα 5: Καθορισμός Δημόσιων Προτιμήσεων

5α. Καθορισμός του εύρους της αποτελεσματικότητας

Οι δημόσιες αξίες/προτιμήσεις στην διαδικασία της πρωταρχικής (μακρο-)κατανομής είναι ηθικά κατάλληλες να καθορίσουν το εύρος των συντελεστών δράσης/αποτελεσματικότητας μεταξύ των οποίων η επιλεγείσα υπηρεσία θα πρέπει να χρηματοδοτηθεί.

5β. Επιλογή σε ένα κλάδο

Οι δημόσιες αξίες/προτιμήσεις που κατατάσσουν τις εναλλακτικές υπηρεσίες καθορίζονται ηθικά (υπό τη συνθήκη των αποκλειόμενων υπηρεσιών) μόνο εφόσον οι διάφορες εναλλακτικές ανήκουν στον ίδιο κλάδο υπηρεσιών.

Παραδείγματος χάριν, αυτό σημαίνει ότι οι δημόσιες προτιμήσεις είναι σε θέση να καθορίσουν το κατά πόσον υπηρεσίες με 30-40% συντελεστή δράσης/αποτελεσματικότητας θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν εις βάρος άλλων υπηρεσιών που έχουν 10-25% ή 30-35% συντελεστή. Παρομοίως, αυτό σημαίνει ότι οι δημόσιες προτιμήσεις θα μπορούν να καθορίσουν το κατά πόσον μια μεταμόσχευση καρδιάς έναντι μια μεταμόσχευσης ήπατος θα πρέπει να επιλέγεται εφόσον και οι δύο επεμβάσεις έχουν τον ίδιο συντελεστή δράσης/ αποτελεσματικότητας. Από την άλλη μεριά, αυτός ο τρόπος επιλογής υπηρεσιών υγείας μέσω των δημόσιων προτιμήσεων κρίνεται ως ακατάλληλος στην περίπτωση που δίνεται προτεραιότητα σε αντικείμενα όπως αναπηρικές καρέκλες εις βάρος μιας εγχείρισης by-pass. Οι αναπηρικές καρέκλες ανήκουν στις παροχές που βελτιώνουν της ποιότητα ζωής και συνεπώς πρέπει να επιλεγθούν με βάση την πρωταρχική διαδικασία (μακρο-) κατανομής μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής.

Δευτερεύουσα (Μακρο-)κατανομή

Ωστόσο, τα παραπάνω θεωρήματα δεν εξασφαλίζουν ισότιμη μεταχείριση. Πιο συγκεκριμένα, τα Θεωρήματα 1 και 2 αναφέρουν ότι οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από την κοινωνία θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες υγείας εκείνων των ατόμων, των οποίων οι ανάγκες ξεπερνούν τα όρια εκείνων που προσφέρονται βάσει του Θεωρήματος 3. Ωστόσο, αν διαφορετικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται – και από την υπόθεση 1 και Θεώρημα 5 είναι πιθανό ότι αυτό συμβαίνει

– τότε αυτοί των οποίων οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται υπό την (μακρο-)κατανομή που καθορίζεται από τις δημόσιες προτιμήσεις, θα είναι οι χαμένοι. Συνεπώς, αυτοί ίσως να μην είναι σε θέση να επωφεληθούν των ευκαιριών που είναι διαθέσιμες στην κοινωνία. Κάτι τέτοιο θα παραβίαζε την ισότητα και τη δικαιοσύνη και συνεπώς, θα αποτελούσε διάκριση.

Τα Θεωρήματα 1 και 2 και οι αρχικές υποθέσεις πάνω στις οποίες βασίζονται μας οδηγούν στο να συμπεράνουμε ότι θα πρέπει να εξασφαλιστεί ένα *εκ πρώτης όψεως* καθήκον της πολιτείας όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όσους δεν καλύπτονται από την κύρια (μακρο-)κατανομή (Gauthier 1983). Αυτό μπορεί να εκφραστεί με το παρακάτω Θεώρημα:

Θεώρημα 6: Γενικό Θεώρημα Ίσης Μεταχείρισης

Εφόσον όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι ως άτομα κι όμως έχουν διαφορετικές ανάγκες περίθαλψης, η ισότητα απαιτεί διαφορετική μεταχείριση όπου αυτή είναι απαραίτητη για να αποκαταστήσει ή να διατηρήσει την ικανότητα ίσης εκμετάλλευσης ευκαιριών που είναι διαθέσιμες στην κοινωνία.

Αυτό συνεπάγεται από τα Θεωρήματα 1 και 2 και από τις Υποθέσεις 1-4, παραπάνω. Τυπικά το Θεώρημα 6 βασίζεται στο γεγονός ότι, λογικά, η ισότητα είναι μια χωροταξική και όχι μια μαθηματική σχέση μέσα στην οποία θα πρέπει να διατηρηθούν οι σχετικές θέσεις και αναλογίες - που στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας είναι τα διαφορετικά σημεία εκκίνησης κατάστασης υγείας των πολιτών.

Σύμφωνα με τη συνάρτηση της κύριας (μακρο-)κατανομής, αυτή η γενική υποχρέωση δευτερεύουσας (μακρο-)κατανομής μπορεί να μεταφραστεί σε συγκεκριμένο (μακρο-)επίπεδο ως ακολούθως:

Θεώρημα 7: Εκ πρώτης όψεως Καθήκον Δευτερεύουσας (Μακρο-)κατανομής

Αν η κατάσταση υγείας μιας ομάδας ατόμων μέσα στην κοινωνία είναι σημαντικά χαμηλότερη από αυτή του στατιστικού μέσου όρου της κοινωνίας και αν οι ανάγκες υγείας αυτής της ομάδας δεν καλύπτονται από την κύρια (μακρο-)κατανομή, τότε μια δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή που κατευθύνεται στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών είναι *εκ πρώτης όψεως* υποχρεωτική, και αντίστροφα.

Αν St είναι η κατάσταση υγείας, u είναι η ομάδα ατόμων που δεν καλύπτονται οι ανάγκες υγείας της, a είναι το μέσο άτομο στην κοινωνία, t είναι ο χρόνος, pf είναι η *εκ πρώτης όψεως* υποχρέωση, Ms είναι η δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή, τότε το Θεώρημα μπορεί να εκφραστεί συμβολικά ως:

$$(St_m^u < St_m^a) \equiv Ms^{pf}$$

Το θεώρημα αναφέρεται ως να έχει μια διπλή υπόθεση, καθώς είναι ηθικά ακατάλληλο η κατάσταση υγείας μιας αρχικά μειονεκτούσας ομάδας να βρίσκεται πάνω του στατιστικού μέσου όρου ως αποτέλεσμα της δευτερεύουσας (μακρο-)κατανομής. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει αντίστροφη (προς τα πάνω) διάκριση. Οι συνέπειες αυτού διερευνώνται περισσότερο παρακάτω.

Περιορισμοί

Δεδομένου ότι η δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή εμπίπτει στην γενική εντολή για παροχή υπηρεσιών υγείας με δημόσια χρηματοδότηση, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι διέπεται από τις ίδιες ηθικές παραμέτρους όπως και η κύρια (μακρο-)κατανομή. Αυτό σημαίνει ότι οι μονάδες

μέτρησης τόσο του αποτελέσματος όσο και της αποτελεσματικότητας εφαρμόζονται στον ίδιο βαθμό. Συγκεκριμένα, αυτό σημαίνει ότι η δευτερεύουσα (μακρο-) κατανομή είναι ηθικά σύμφωνη αν και μόνο αν υπάρχει μια παρέμβαση με θετικό συντελεστή δράσης/ αποτελεσματικότητας. Περαιτέρω, ο συντελεστής αυτός πρέπει να εμπίπτει στο εύρος που θεωρείται αποδεκτό για δράσεις που χρηματοδοτούνται στο πλαίσιο της κύριας (μακρο-) κατανομής – κάτι το οποίο δίνει λαβή για το ακόλουθο Θεώρημα:

Θεώρημα 8: Θεώρημα Ίσης Αποτελεσματικής Κατανομής

Μια εκ πρώτης όψεως υποχρέωση της δευτερεύουσας μακρο-κατανομής γίνεται πραγματική υποχρέωση αν και μόνον αν οι συντελεστές δράσης/αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που αποτελούν στόχο κατά τη δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή εμπίπτουν εντός του εύρους των συντελεστών δράσης/αποτελεσματικότητας που έχουν ήδη θεωρηθεί ως αποδεκτοί στις παρεμβάσεις που επιλέχθηκαν κατά την κύρια (μακρο-)κατανομή.

Εάν το r συμβολίζει μια πραγματική υποχρέωση και το A το συντελεστή δράσης/αποτελεσματικότητας, τότε αυτό μπορεί να αναπαρασταθεί συμβολικά ως εξής:

$$(Ms^{pf} \Rightarrow Ms^r) \equiv (As_{tm} \geq Ap_{tm})$$

Σ' αυτό το θεώρημα εκφράζεται το γεγονός ότι αν ξεπεραστεί το εύρος που έχει γίνει αποδεκτό από την κοινωνία για ορισμένα μέλη της, τότε αυτό θεωρείται ως αντίστροφη διάκριση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει κάποιο θεώρημα που να ασχολείται ξεχωριστά με τον προσδιορισμό των συντελεστών δράσης/ αποτελεσματικότητας. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι μια τέτοια διαδικασία θα διέκρινε πολύ διαφορετικές ανάγκες υγείας (ακραίες τιμές) και που θα ήταν επίσης, και διαφορετικές σε ηθική βάση από τις ανάγκες υγείας ενός μέσου πολίτη. Αυτό θα παραβίαζε την αρχή της ισότητας και της δικαιοσύνης. Το εύρος δράσης/ αποτελεσματικότητας, εφόσον αναγνωριστεί και γίνει αποδεκτό από την κοινωνία, θα πρέπει να παραμείνει το ίδιο για όλους.

Ακόμα, οι προηγηθείσες συνθήκες επιβάλλουν περιορισμούς στη δευτερεύουσα (μακρο-) κατανομή όσον αφορά τα επιτευχθέντα αποτελέσματα βάσει των επιλεχθέντων δράσεων. Για παράδειγμα, οι παρεμβάσεις στις υπηρεσίες υγείας είναι εστιασμένες στην ανάγκη, και ως εκ τούτου για κάθε είδος προβλήματος υγείας/ συστήματος υγείας προβλέπεται και ένα είδος παρέμβασης.

Ωστόσο, όπως και με την κύρια (μακρο-)κατανομή που περιγράφεται στο Θεώρημα 4β, μια συγκεκριμένη παρέμβαση μπορεί να παράγει ένα αποτέλεσμα που εμπίπτει στο σχετικό εύρος, ενώ η επίδρασή της στην συνολική κατάσταση της υγείας των ατόμων είναι αμελητέα ή ακόμη και ανύπαρκτη. Για παράδειγμα, αυτό θα συνέβαινε στην περίπτωση που αντιμετωπιζόταν με επιτυχία η νεφρική ανεπάρκεια κάποιου ο οποίος πέθαινε, όντας στα τελευταία στάδια της νόσου του AIDS. Σε καταστάσεις σαν αυτές, η επιβεβλημένη σε άλλες περιπτώσεις παρέμβαση δεν είναι τίποτα περισσότερο από ένα μέτρο παρηγοριάς με την ευρεία έννοια του όρου. Ο στόχος της παρηγορητικής θεραπείας, ωστόσο, μπορεί να επιτευχθεί πιο σωστά με τη χρήση άλλων μέτρων. Κατά συνέπεια, έχουμε ένα περαιτέρω θεώρημα περιορισμού:

Θεώρημα 9: Περιορισμός Δευτερεύουσας (Μακρο-)κατανομής

Αν η κατάσταση υγείας της μειονεκτούσας ομάδας μετά τη δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή δεν είναι ίση ή καλύτερη από ότι πριν και η διατήρηση ή βελτίωση της κατάστασης της υγείας μπορεί να αποδοθεί στη δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή, τότε η υποχρέωση της κοινωνίας να εφαρμόσει στοχοθετημένη δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή παύει.

$$\sim[(St^u + Ms) > (St^u - Ms) \supset \sim Ms^r]$$

Αυτό παραλληλίζεται με μια παρόμοια κατάσταση στην κύρια (μακρο-)κατανομή, αποκλείοντας ως ηθικά ακατάλληλες τις δαπάνες πόρων σε άχρηστες παρεμβάσεις.¹

Επιπλέον, σύμφωνα με την αρχή της ισότητας θα πρέπει η κατάσταση της υγείας των ατόμων που επωφελούνται εξαιτίας της δευτερεύουσας (μακρο-)κατανομής να είναι συγκριτικά στο μέσο επίπεδο της κατάστασης υγείας των άλλων μελών της κοινωνίας, γιατί σε διαφορετική περίπτωση (υπερβολική βελτίωση της υγείας) θα μπορούσε να αποτελέσει αντίστροφη διάκριση, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Συνεπώς, αν κάποιος συνδυάσει τα Θεωρήματα 6, 7, 8 και 9 λαμβάνει το εξής:

Θεώρημα 10: Υπερβολική Βελτίωση

Η κατάσταση της υγείας των ομάδων που επωφελούνται λόγω της δευτερεύουσας (μακρο-)κατανομής δεν πρέπει να υπερβεί το στατιστικό μέσο όρο της κατάσταση της υγείας των άλλων μελών της κοινωνίας.²

Αυτό μπορεί να αναπαρασταθεί με ένα τύπο ως εξής:

$$(St_{tm}^u > St_{tm}^a) \supset \sim Ms^{pf}$$

Η σειρά των τύπων που εκφράζουν το πώς η κύρια και η δευτερεύουσα (μακρο-)κατανομή θα είναι δομημένη μπορεί να εφαρμοστεί αναδρομικά καθώς, λιγότεροι ή περισσότεροι πόροι γίνονται διαθέσιμοι (Safranýik 2000).

Ανακούφιση

Την ίδια στιγμή, η υγειονομική περίθαλψη είναι κάτι περισσότερο από ότι απλώς να προσπαθεί να βελτιώσει ή να θεραπεύσει μια συγκεκριμένη κατάσταση. Ισχύει, επίσης, το γεγονός ότι κάποιες καταστάσεις είναι ανίατες και εκείνοι που υποφέρουν από αυτές θα πεθάνουν. Επιπλέον, πολλά άτομα δεν πεθαίνουν ξαφνικά, αλλά βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας και υποφέρουν μια παρατεταμένη διαδικασία θανάτου. Η Αρχή της Αδυναμίας συνεπάγεται ότι δεν χρειάζεται οι θεραπευτικές προσπάθειες να επεκτείνονται για λογαριασμό τους. Παρ' όλα αυτά, οι αρχές της Ισότητας και της Δικαιοσύνης, μαζί με αυτή της Αυτονομίας, συνεπάγονται ότι η φροντίδα τους δεν πρέπει να εγκαταλειφθεί. Αυτό θα πρέπει να αντικατοπτριστεί σε οποιαδήποτε προσέγγιση για την υγειονομική περίθαλψη που ισχυρίζεται ότι είναι δεοντολογική. Εάν ο όρος, «ανακούφιση» ερμηνεύεται ως προσπάθεια βελτίωσης της ταλαιπωρίας των ασθενών, χωρίς να επιχειρούν μια θεραπευτική προσπάθεια, τότε αυτοί οι παράγοντες αναγνωρίζονται από το ακόλουθο Θεώρημα:

Θεώρημα 11: Υποχρέωση της Ανακούφισης

Όλα τα πρόσωπα έχουν το δικαίωμα για κατάλληλες προσπάθειες ανακούφισης.

¹ Αυτό δεν σημαίνει ότι καμιά παρέμβαση δεν θα ήταν κατάλληλη: απλώς, ο τύπος της παρέμβασης πρέπει να επανεξεταστεί. Ακόμη, προσπάθειες ανακούφισης από μόνες τους θα μπορούσαν να εφαρμοστούν.

² Επειδή ορισμένες από τις παρεμβάσεις που αξιολογούνται ως υποχρεωτικές κατά την διαδικασία της (μακρο-)κατανομής είτε σώζουν ζωές, είτε απλώς βελτιώνουν την ποιότητα, για λόγους ισότητας, θα ήταν καλό να ισχύουν και σε αυτή την περίπτωση οι ίδιες γενικές προϋποθέσεις που ισχύουν κατά την κύρια (μακρο-)κατανομή. Αυτό θα μπορούσε να εκφραστεί ως παράγωγο θεώρημα του Θεωρήματος 5 (Καθορισμός Δημοσίων Προτιμήσεων) στο 5β (Επιλογή σε ένα κλάδο), στην περίπτωση, όμως της δευτερεύουσας (μάκρο-)κατανομής.

Αυτό συνεπάγεται από τα Θεωρήματα 2-4 και 7-8, όπου θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι αυτό που αποτελεί την καταλληλότητα για μια συγκεκριμένη παρέμβαση καθορίζεται σε σχέση με αυτή την παρέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι η καταλληλότητα των προσπαθειών ανακούφισης πρέπει να μετράται με βάση την ανακούφιση και την απουσία πόνου.

Συμπεράσματα

Τα παραπάνω περιγράφουν έναν τρόπο προκειμένου με τη χρήση της στατιστικής να αντληθούν δείκτες μέτρησης των υγειονομικών αναγκών των πολιτών, οι δημόσιες προτιμήσεις των πολιτών για τις υγειονομικές παρεμβάσεις, καθώς και δείκτες μέτρησης των αποδεκτών από τους πολίτες αναμενόμενων αποτελεσμάτων από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές. Όλα αυτά έχουν ως απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός μοντέλου κατανομής των υγειονομικών πόρων σε μακρο-επίπεδο και επίπεδο πολιτικής. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το μοντέλο που έχει αναπτυχθεί μέχρι στιγμής είναι ατελές. Δεν ασχολείται με την ανάγκη για έρευνα βελτίωσης των συνθηκών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το οποίο είναι από μόνο του ηθικά αναγκαίο υπό τις Αρχές της Ισότητας και της Δικαιοσύνης. Άλλωστε, οι συντελεστές αποτελεσματικότητας των υγειονομικών παρεμβάσεων συνδέονται άμεσα και λειτουργικά με τις δαπάνες έρευνας για την υγεία. Επίσης, δεν ασχολείται συγκεκριμένα με το ζήτημα του πώς το συνολικό μέγεθος του προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να καθορίζεται σε πρώτη φάση. Αυτά αποτελούν τομείς για την περαιτέρω ανάπτυξη του μοντέλου και είναι υπό διερεύνηση.

Βιβλιογραφία

- Buchanan, A. (1983). The right to a *Decent Minimum* of health care. *Philosophy and Public Affairs* 13(3):175-207.
- Daniels, N. (1981). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 60(10): 1-81.
- Daniels, N. (1985) *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N. (2007) *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University press.
- DiPrete, B. & Coffman, D. (2007). A brief history of health services prioritization in Oregon. *Oregon Health Services Commission Document*. Available at <http://www.oregon.gov/OHPPR/HSC/docs/PrioritizationHistory.pdf>. [14 April 2010].
- Dougherty, C.J. (1991). Setting health care priorities: Oregon's next steps. *The Hastings Center Report* 21(3): 1-10.
- Gauthier, F.D. (1983). Unequal need: a problem of equity in access to health care. In: *Securing Access* 2: 179-205.
- Oberlander, J., Marmor, T. & Jacobs, L. (2001). Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *Canadian Medical Association Journal* 164(11): 1583-7.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). *Securing Access to Medical Care*. (3 vols.). Washington. D.C.: US Government Printing Office 1. The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services.
- Rawls, R. (1999) *A Theory of Justice*. Revised edition, Cambridge, Massachusetts: Belknap Press.
- Safranyik, G.D.M. (2000). Macro-allocation of health care resources: a computerized simulation comparing a utilitarian and a deontological approach. M.Sc. Thesis. University of Victoria.
- US Government. (2010). *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*. Pubic Law 111-152.

Μια Περιφερειακή Ανάλυση της Δραστηριότητας των Μεταμοσχεύσεων στην Ιταλία:

Ζητήματα που σχετίζονται με την Προσφορά και τη Ζήτηση

Αμαλία-Ντόνια Σόφιο, Πανεπιστήμιο της Ρώμης «Tor Vergata», Ιταλία

Λάρα Γκίττο, Πανεπιστήμιο της Κατάνια και Πανεπιστήμιο της Ρώμης «Tor Vergata», Ιταλία

Εισαγωγή

Η μεταμόσχευση οργάνων είναι μια ευρέως διαδεδομένη διαδικασία αντιμετώπισης των εκφυλιστικών νόσων για τις οποίες οι εναλλακτικές θεραπείες είναι ανέφικτες. Η μεταμόσχευση είναι συνεπώς ο μόνος τρόπος για να διασφαλισθεί η επιβίωση του ασθενή ή για να βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα ζωής του. Ωστόσο, η μεταμόσχευση οργάνων συνεπάγεται αρκετά σημαντικά ζητήματα οικονομικής φύσης (Machnicki et al. 2006).

Πρώτον, το κλασικό οικονομικό πρόβλημα έλλειψης πόρων λαμβάνει μάλλον δραματικές διαστάσεις καθώς απαιτείται από ασθενείς και γιατρούς να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω έλλειψης μοσχευμάτων: η προσφορά δυνητικών δωρητών, είναι στην πραγματικότητα πάντα χαμηλότερη από τη ζήτηση, κάτι που συνεπάγεται μεγάλες λίστες αναμονής.

Η οικονομική βιβλιογραφία έχει επικεντρωθεί στην ανάπτυξη μοντέλων ενθάρρυνσης πολιτικών δωρεάς οργάνων. Οι Jacobbi et al. (1997) επισήμαναν την ανάγκη για επέκταση της βάσης δωρητών, εξισορροπώντας τους σχετιζόμενους κινδύνους και ωφέλειες. Το κίνητρο προς ενεργές πολιτικές δωρεάς έχει επίσης υποστηριχθεί από τους Rizvi και Naqvi (1997) οι οποίοι προσέγγισαν το πρόβλημα από την πλευρά των ανασπυσόμενων χωρών.

Δεύτερον, παρ' ότι οι μεταμοσχεύσεις οργάνων είναι πολύ ακριβές έχουν αξιοσημείωτα αποτελέσματα σε όρους παράτασης προσδόκιμου ορίου ζωής, που μπορούν να μετρηθούν με μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης. Για παράδειγμα, μια σημαντική ομάδα αναλύσεων εξετάζει την ποιότητα ζωής ασθενών μετά από εγχείριση μεταμόσχευσης, όπως π.χ. οι Chang et al. (2004) στη μελέτη τους για την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής από ασθενείς μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Τέλος, τα συστήματα κατανομής οργάνων σε ασθενείς σε λίστες αναμονής έχουν σημαντικές ηθικές επιπτώσεις, η πιο σημαντική των οποίων αφορά τον καθορισμό του εγκεφαλικού θανάτου του δυνητικού δότη.

Σε κάθε περίπτωση, η μεταμόσχευση οργάνων μπορεί να προβληθεί ως μια παραγωγική δραστηριότητα η οποία απαιτεί πολύπλευρες και πολύπλοκες διαδικασίες και εκτελείται από διαφορετικούς επαγγελματίες οι οποίοι εργάζονται σε διαφορετικές μονάδες. Πριν πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση, μια σειρά προκαταρκτικών διαδικασιών είναι απαραίτητη για τη συνολική επιτυχία της επέμβασης, όπως:

- η διάγνωση και φροντίδα των ληπτών σε αναμονή,
- η διαχείριση των λιστών αναμονής με κοινά και διαφανή κριτήρια,
- η διάγνωση και φροντίδα των μελλοντικών δωρητών που βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη για να κρατηθούν στη ζωή και ο καθορισμός του θανάτου τους από μια ομάδα ειδικών γιατρών και συμβούλων,
- η αφαίρεση και μεταφορά των οργάνων από το νοσοκομείο που φιλοξενείται ο δωρητής στο νοσοκομείο που νοσηλεύεται ο λήπτης,
- η αναγνώριση του λήπτη στη λίστα αναμονής και η προετοιμασία του για τη μεταμόσχευση,
- η ανάλυση, η διατήρηση, η μεταφορά και η κατανομή των οργάνων,
- η εμφύτευση μοναδικών/κύριων οργάνων και
- η μετεγχειρητική φροντίδα και η αποκατάσταση των ασθενών.

Αυτές οι δραστηριότητες, συνεπώς, απαιτούν τη λειτουργία ενός αποτελεσματικού οργανισμού και την εισαγωγή συμβατικών και ομοιογενών διαδικασιών για τη διασφάλιση των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων, σε όρους αποτελεσματικότητας.

Προσφορά Μοσχευμάτων

Στην Ιταλία, σύμφωνα με το Νόμο 91/1999, το σύστημα συντονισμού των δραστηριοτήτων δωρεάς, αφαίρεσης και μεταμόσχευσης οργάνων αποτελείται από ένα δίκτυο τεσσάρων επιπέδων: εθνικό, περιφερειακό, διαπεριφερειακό και τοπικό.

Το *επίπεδο τοπικού συντονισμού* (Τοπικές Αρχές Υγείας και Κέντρα Μεταμοσχεύσεων) είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση των δυνητικών δωτών με την υποστήριξη ειδικών ιατρών και συμβούλων, των οποίων καθήκον είναι να παρακολουθούν τα διάφορα στάδια δωρεάς, να μεταδίδουν τα δεδομένα στο κατάλληλο περιφερειακό κέντρο και να εφαρμόζουν τις πράξεις πληροφόρησης.

Το *επίπεδο περιφερειακού συντονισμού*, που λειτουργεί μέσω των Περιφερειακών Κέντρων Μεταμόσχευσης ασχολείται με τις περιφερειακές λίστες αναμονής, τις πράξεις αφαίρεσης των οργάνων και την ανάπτυξη συνεργασιών με τις περιφερειακές μονάδες υποστήριξης επειγόντων περιστατικών, εκτός από τον έλεγχο των ανοσοποιητικών εξετάσεων και την κατανομή των οργάνων. Επίσης, έχει επαφές με το Διαπεριφερειακό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων.

Το *επίπεδο διαπεριφερειακού συντονισμού*, αποτελείται προσωρινά από την Διαπεριφερειακή Ένωση Μεταμόσχευσης (AIRT), το Πρόγραμμα Μεταμοσχεύσεων Βορείου Ιταλίας (ΝΙΠρ) και τον Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων Κεντρικής και Νότιας Ιταλίας. Αυτά τα διαπεριφερειακά κέντρα συνδέονται με το Περιφερειακό και Εθνικό κέντρο μεταμοσχεύσεων όσον αφορά όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με το συντονισμό των δωρητών οργάνων, την υπερπροσφορά οργάνων, τα επείγοντα περιστατικά και την παροχή οργάνων εκ των προτέρων και την αντικατάστασή τους.

Το *εθνικό επίπεδο συντονισμού* αποτελείται από το Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων, το οποίο είναι ένα τεχνικό σώμα του Υπουργείου Υγείας. Παρακολουθεί τις δραστηριότητες δωρεάς και μεταμόσχευσης σε εθνικό επίπεδο μέσω του Πληροφοριακού Συστήματος Μεταμοσχεύσεων (SIT) και καθορίζει τα τεχνικά και λειτουργικά πρωτόκολλα κατευθυντήριων οδηγιών για την εφαρμογή τους.

Οι μεταμοσχεύσεις μπορούν να διεξαχθούν μόνο στα Κέντρα Μεταμοσχεύσεων που εξουσιοδοτούνται από τις Περιφερειακές Αρχές, βάσει συγκεκριμένων τεχνικών και επαγγελματικών απαιτήσεων. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 47 Κέντρα Μεταμόσχευσης σε όλη τη χώρα, με διαφορετική κατανομή η οποία βασίζεται στον τύπο μεταμοσχευμένου οργάνου.

Ο Πίνακας 1 μας πληροφορεί για την κατανομή των Κέντρων Μεταμοσχεύσεων, ανά μεταμοσχευμένο όργανο. Η πλειοψηφία των κέντρων πραγματοποιεί μεταμοσχεύσεις νεφρών, ενώ στην περίπτωση των Κέντρων Μεταμόσχευσης ήπατος υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση, η οποία γίνεται ακόμη μεγαλύτερη στην περίπτωση των Κέντρων Μεταμόσχευσης καρδιάς. Μεταμοσχεύσεις πολλαπλών οργάνων πραγματοποιούνται μόνο σε εννέα περιοχές της Ιταλίας (Πίνακας 1).

Ζήτηση Μοσχευμάτων

Τα δεδομένα για τη δυνητική ζήτηση μοσχευμάτων και την κινητικότητα των ασθενών μπορούν να ληφθούν από τις λίστες αναμονής σε κάθε Κέντρο Μεταμοσχεύσεων: Ιταλοί και ξένοι ή εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης πολίτες, μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορούν να κάνουν αίτηση για μια θέση στη λίστα αναμονής μοσχευμάτων. Ο Πίνακας 2 δείχνει τον αριθμό των ασθενών στις λίστες αναμονής ανά Περιφέρεια. Αναγνωρίζονται οι ακόλουθες ροές:

1. εκτός ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που προτιμούν να αιτηθούν για μια θέση σε λίστα αναμονής εκτός της δικής τους Περιφέρειας. Ο αριθμός αυτών των ασθενών δίνεται σε κάθε γραμμή και είναι ενδεικτικός της κινητικότητας από τη μια Περιφέρεια στην άλλη,
2. κάτοικοι ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που αιτούνται για θέση σε λίστα αναμονής στην περιφέρεια κατοικίας τους, χωρίς να μετακινηθούν κάπου αλλού,

3. εντός ασθενείς, δηλαδή ασθενείς που εγγράφονται σε λίστα αναμονής σε περιφέρεια διαφορετική της περιφέρειας κατοικίας τους. Συνεπώς, η ροή «εντός» ασθενών καταγράφει τους ασθενείς που εισέρχονται στην περιφέρεια της λίστας αναμονής.

Πίνακας 1. Περιφερειακά Κέντρα Μεταμοσχεύσεων, ανά μεταμοσχευμένο όργανο

Περιφέρεια	Αριθμός Κέντρων	Κέντρα Καρδιάς	Κέντρα Ήπατος	Κέντρα Νεφρών	Κέντρα άλλων οργάνων	Κέντρα πολλαπλών μεταμοσχεύσεων
Abruzzo-Molise	2	1	0	1	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	0	0	2	0	0
Campania	4	1	1	2	0	0
Emilia Romagna	3	1	2	3	0	2
Friuli V.G.	2	1	1	1	1	0
Latium	5	2	3	4	0	2
Liguria	1	0	1	1	0	1
Lombardy	8	3	4	8	2	4
Marche	1	0	1	1	1	0
Piedmont-Valle d'Aosta	3	2	1	3	0	1
Bolzano	0	0	0	0	0	0
Trento	0	0	0	0	0	0
Apulia	2	0	1	2	1	0
Sardinia	2	1	1	2	0	1
Sicily	4	2	1	3	0	1
Tuscany	3	1	1	3	0	1
Umbria	1	0	0	1	0	0
Veneto	4	2	2	4	3	1

Πηγή: SIT, Υπουργείο Υγείας, 2006.

Η τελευταία γραμμή του Πίνακα 2 δίνει τον συνολικό αριθμό ασθενών σε λίστα αναμονής στην κάθε Περιφέρεια (εντός και κάτοικοι) και μπορεί να θεωρηθεί ένας παράγοντας έλξης ασθενών ανά Περιφέρεια (με άλλα λόγια ο αριθμός των ασθενών – κατοίκων και μη- που αιτούνται για μια θέση στη λίστα αναμονής της κάθε Περιφέρειας). Αντίθετα, η τελευταία στήλη στον Πίνακα 2 αναστασιάζει την ανάγκη οργάνων για κάθε περιοχή (σύνολο εκτός και κατοίκων ασθενών).

Πίνακας 2. Περιφέρεια Κοκοκίας έναντι Περιφέρειας στην οποία έγινε αίτηση για λίστα αναμονής

Region	Abruzzo	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli V.G.	Latium	Liguria	Lombardy	Marche	Piedmont	Apulia	Sardinia	Sicily	Tuscany	Umbria	Veneto	Σύνολο
Abruzzo	117			66		30	4	32	14	1				2		13	279
Basilicata			1	32		42	2	10		1	10		1	4		6	109
Calabria	1	181	3	136	3	28	9	66	3	12	3		13	26	2	25	511
Campania	41	1	669	332	13	143	35	162	2	46	61	7	23	120	41	219	1.915
Emilia Romagna			1	868		2	4	100	15	9			2	19		59	1.079
Friuli V.G.		1		1	66			6	2	1						27	104
Latium	85	1	5	131	2	606	3	84	6	9	2	1	11	46	18	59	1.069
Liguria				29			187	51		13				9		6	295
Lombardy				157	3	2	10	1461	1	9	2	1	2	9		64	1.721
Marche				72		3	1	75	95	2						48	296
Molise	37		2	20	1	16		5	10		1			2		2	96
Piedmont				26		2	7	84		448	1	1		5		11	585
Bozano				2	1			3								3	9
Trento				5				24								18	47
Apulia	11		1	365	33	51	9	122	11	10	661	1	6	37	3	74	1.395
Sardinia				17		15	4	47	1	2	1	134		4	1	12	238
Sicily		3		116	19	19	6	129	1	33	2	7	706	25		76	1.142
Tuscany				112	2	8	18	54		6	1	4		197	1	8	411
Umbria			1	16		18		26	7				1	9	75	8	161
Valle d'Aosta						1		5		11			1				18
Veneto			1	42	9	1		27	1	2			1			466	550
Σύνολο	292	187	684	2.545	152	987	299	2573	169	615	745	156	767	514	141	1.204	12.030

Πηγή: Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων, 2006.

Στον Πίνακα 3, η πρώτη στήλη δείχνει τον αριθμό εκτός ασθενών. Ο συνολικός αριθμός ασθενών εκτός πρέπει να συμπίπτει λογικά με το συνολικό αριθμό εντός ασθενών. Αν ένας ασθενής αποφασίσει να μετακινηθεί σε άλλη Περιφέρεια για επέμβαση μεταμόσχευσης, στην ουσία ο αριθμός των αιτήσεων εκροής πρέπει απαραίτητα να ανταποκρίνεται στον αριθμό των αιτήσεων εισροής.

Πίνακας 3. Αριθμός ασθενών σε λίστες αναμονής

Περιφέρεια Κατοικίας	ΕΚΤΟΣ ασθενείς	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ασθενείς	ΕΝΤΟΣ ασθενείς	ΣΥΝΟΛΟ: ΕΚΤΟΣ ασθενείς+ ΚΑΤΟΙΚΟΙ Ασθενείς	ΣΥΝΟΛΟ: ΕΝΤΟΣ ασθενείς+ ΚΑΤΟΙΚΟΙ Ασθενείς
Abruzzo	162	117	175	279	292
Basilicata	109	0	0	109	0
Calabria	330	181	6	511	187
Campania	1.246	669	15	1.915	684
Emilia Romagna	211	868	1.677	1.079	2.545
Friuli V.G.	38	66	86	104	152
Latium	463	606	381	1.069	987
Liguria	108	187	112	295	299
Lombardy	260	1.461	1.112	1.721	2.573
Marche	201	95	74	296	169
Molise	96	0	0	96	0
Piedmont	137	448	167	585	615
Bolzano	9	0	0	9	0
Trento	47	0	0	47	0
Apulia	734	661	84	1.395	745
Sardinia	104	134	22	238	156
Sicily	436	706	61	1.142	767
Tuscany	214	197	317	411	514
Umbria	86	75	66	161	141
Valle d'Aosta	18	0	0	18	0
Veneto	84	466	738	550	1.204
Σύνολο	5.093	6.937	5.093	12.030	12.030

Πηγή: SIT, Υπουργείο Υγείας, 2006.

Ο Πίνακας 4 δείχνει τον αριθμό ασθενών που πραγματικά υπόκεινται σε επέμβαση μεταμόσχευσης. Ο περιορισμένος αριθμός μεταμοσχεύσεων σε σχέση με τον αριθμό ασθενών σε λίστες αναμονής, τονίζει την ανάγκη αναγνώρισης των κέντρων που είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες μεταμόσχευσης και τελικά επεξηγεί την διαπεριφερειακή κινητικότητα ασθενών. Η κινητικότητα μπορεί να αιτιολογηθεί είτε από την παρουσία, σε συγκεκριμένες περιφέρειες, κέντρων αριστείας μεταμοσχεύσεων ή απλά από την ύπαρξη περισσότερων δωρητών.

Πίνακας 4. Περιφέρεια Κατοικίας έναντι Περιφέρειας όπου οι ασθενείς υπόκεινται σε μεταμόσχευση

Περιφέρεια	Abruzzo	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli V.G.	Latium	Liguria	Lombardy	Marche	Piedmont	Apulia	Sardinia	Sicily	Tuscany	Umbria	Veneto	Σύνολο
Abruzzo	16			5	1	12		3	2	1			1	4		3	48
Basilicata			1	1		17	1	4		1				3			28
Calabria		24	1	17	1	8	3	11		5			5	7	1	6	89
Campania	5		124	30	2	34	11	23		46	1	2	5	44	1	39	367
Emilia Romagna				134	2	1	4	23	2	4				5		15	190
Friuli V.G.					54			2						1		12	69
Latium	19			9		197		9		5			2	31	4	7	283
Liguria							54	15		5				2			76
Lombardy	1			24	3	1	10	428	1	13				5		20	506
Marche	1			8		1		6	51					2		2	71
Molise	8			2		2	1	2		1				2		1	19
Piedmont				1	2		3	17		255		1		8			287
Bolzano										1						1	2
Trento				1				6		1						12	20
Apulia				34	13	11	6	8		11	58		4	16		8	169
Sardinia				5	1	1		4		3	1	88		3			106
Sicily			1	5	3	4	1	14		13		2	184	6	1	10	244
Stato estero			1			4		1				2	10	4			22
Tuscany				16		1	3	12	1	7		1		181		2	224
Umbria						4		2	3				3	4	17	1	34
Valle d'Aosta										7						1	8
Veneto				2	12			10		2			2	1		213	242
Σύνολο	50	24	128	294	94	298	97	600	60	381	60	96	216	329	24	353	3.104

Πηγή: SIT, Υπουργείο Υγείας, 2006-στοιχεία επεξεργασμένα από τους συγγραφείς.

Τα κριτήρια αίτησης μεταμόσχευσης σε άλλη περιφέρεια ποικίλουν ανάλογα με τα όργανα που αφορά. Σύμφωνα με τις Οδηγίες για τις Μεταμοσχεύσεις Νεφρών, οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να αιτούνται είτε σε ένα Κέντρο Μεταμόσχευσης στην Περιφέρεια στην οποία ζουν ή σε οποιοδήποτε άλλο Κέντρο θελήσουν. Επιπλέον, αν η περιφέρεια που ζει κάποιος έχει λιγότερους από 5 δότες ανά εκατομμύριο κατοίκων, οι ασθενείς μπορούν να αιτηθούν σε άλλα δυο κέντρα της επιλογής τους, εκτός από το τοπικό κέντρο, σε σύνολο τριών Κέντρων Μεταμόσχευσης. Όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις ήπατος αντίθετα, οι ασθενείς μπορούν να κάνουν αίτηση σε ένα και μοναδικό Κέντρο αλλά οπουδήποτε στη χώρα, ανεξάρτητα με το που κατοικούν. Για άλλες μεταμοσχεύσεις δεν υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες και οι διαδικασίες τείνουν να ευνοούν μια αίτηση στο Κέντρο Μεταμόσχευσης επιλογής του ασθενή. Στην περίπτωση παιδιών και νέων (κάτω των 18 ετών) υπάρχει μια μοναδική λίστα για όλα τα προγράμματα μεταμόσχευσης.

Τέλος, οι ασθενείς μπορούν να κάνουν αίτηση στο εξωτερικό όταν τα Ιταλικά κέντρα δεν είναι σε θέση να παρέχουν τη θεραπεία που χρειάζονται ή αν ο χρόνος αναμονής για επέμβαση ή φροντίδα είναι μεγάλος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς πρέπει να ζητήσουν εξουσιοδότηση από τις τοπικές αρχές υγείας. Ο Πίνακας 4 δείχνει ότι 22 ασθενείς υπέστησαν επέμβαση μεταμόσχευσης στο εξωτερικό το 2006.

Πίνακας 5. Λίστα αναμονής ανά όργανο (αριθμός ασθενών)

Περιφέρεια κατοίκιας	Καρδιά			Ήπαρ			Νεφρό			Πνεύμονας			Πάγκρεας		
	Εν.	Εκ.	Σ.	Εν.	Εκ.	Σ.	Εν.	Εκ.	Σ.	Εν.	Εκ.	Σ.	Εν.	Εκ.	Σ.
Abruzzo	7	13	20	0	33	33	110	100	210	0	9	9	0	6	6
Basilicata	0	8	8	0	17	17	0	81	81	0	2	2	0	0	0
Calabria	0	27	27	0	78	78	181	209	390	0	8	8	0	8	8
Campania	22	41	63	82	185	267	565	977	1.542	0	29	29	0	11	11
Emilia Romagna	39	22	61	212	5	217	587	141	728	3	28	31	13	12	25
Friuli V.G.	2	1	3	15	7	22	47	24	71	0	4	4	2	2	4
Latium	26	27	53	95	35	130	470	363	833	11	17	28	4	16	20
Liguria	0	27	27	23	11	34	155	49	204	0	15	15	9	5	14
Lombardy	142	27	169	150	72	222	1.060	138	1.198	66	14	80	43	6	49
Marche	0	14	14	15	30	45	78	142	220	0	8	8	2	5	7
Molise	0	5	5	0	6	6	0	85	85	0	0	0	0	0	0
Piedmont	32	31	63	20	14	34	372	68	440	21	12	33	3	12	15
Bolzano	0	3	3	0	5	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Trento	0	7	7	0	8	8	0	30	30	0	1	1	0	1	1
Apulia	15	46	61	28	106	134	618	541	1.159	0	15	15	0	19	19
Sardinia	26	2	28	12	21	33	94	40	134	0	11	11	2	28	30
Sicily	35	42	77	186	51	237	460	313	773	15	13	28	9	13	22
Tuscany	15	26	41	10	20	30	155	158	313	9	7	16	4	2	6
Umbria	0	13	13	0	15	15	75	43	118	0	11	11	0	3	3
Valle d'Aosta	0	3	3	0	0	0	0	14	14	0	0	0	0	1	1
Veneto	63	13	76	81	25	106	299	30	329	20	6	26	3	4	7
Σύνολο	424	399	823	929	744	1.673	5.326	3.547	8.873	145	210	355	94	154	248

Πηγή: SIT, Υπουργείο Υγείας, 2006.

Ο Πίνακας 5 δείχνει στοιχεία σχετικά με τις διαπεριφερειακές ροές κινητικότητας κατά αριθμό οργάνου (καρδιά, ήπαρ, νεφρό, πνεύμονες, πάγκρεας).

Ο Πίνακας 6 δείχνει ότι το 2005 και το 2006, ο αριθμός δωρητών ανά Περιφέρεια διακρινόταν σε καταγεγραμμένοι και ενεργοί δωρητές ανά εκατομμύριο κατοίκους. Οι καταγεγραμμένοι δωρητές είναι αυτοί για τους οποίους ο εγκεφαλικός θάνατος έχει επιβεβαιωθεί και συνεπώς αποτελούν δυνητικούς δωρητές, ενώ ενεργοί δωρητές είναι αυτοί εκ των οποίων τουλάχιστον ένα όργανο έχει ήδη αφαιρεθεί για επέμβαση μεταμόσχευσης.

Πίνακας 6. Αριθμός Δωρητών (ανά εκατομμύριο Κατοίκους)

Περιφέρεια	Καταγεγραμμένοι Δωρητές 2006	Καταγεγραμμένοι Δωρητές 2005	Διαφορά 2006-2005	Ενεργοί Δωρητές 2006	Ενεργοί Δωρητές 2005	Διαφορά 2006-2005
Abruzzo-Molise	48,0	40,4	7,6	18,3	20,2	-1,9
Basilicata	33,5	21,7	11,8	13,4	8,4	5,0
Calabria	20,9	17,4	3,5	7,5	6,5	1,0
Campania	19,6	23,7	-4,1	11,8	13	-1,2
Emilia-Romagna	52,0	57,5	-5,5	29,6	36,4	-6,8
Friuli-Venezia Giulia	41,4	40,5	0,9	35,5	31,3	4,2
Latium	40,7	29,7	11,0	17,6	12,3	5,3
Liguria	53,4	56,6	-3,2	38,2	40,7	-2,5
Lombardy	30,0	28,7	1,3	22,4	20,4	2,0
Marche	40,1	40,1	0,0	29,2	30,6	-1,4
Piedmont-Valle d'Aosta	50,3	48,7	1,6	30,9	34,1	-3,2
Bolzano	45,4	43,2	2,2	23,8	30,2	-6,4
Trento	8,4	6,3	2,1	6,3	6,3	0,0
Apulia	18,2	15,4	2,8	7,0	7,5	-0,5
Sardinia	31,9	34,9	-3,0	23,3	20,2	3,1
Sicily	21,1	19,9	1,2	9,9	7,2	2,7
Tuscany	74,6	53,7	20,9	42,3	31,7	10,6
Umbria	35,1	42,4	-7,3	12,1	15,7	-3,6
Veneto	42,8	44,2	-1,4	30,0	32	-2,0

Πηγή: SIT, Υπουργείο Υγείας, 2006.

Η εικόνα που προκύπτει από την ανασκόπηση είναι ότι, σε σχέση με την προσφορά μοσχευμάτων, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός πολλαπλά εξειδικευμένων κέντρων μεταμόσχευσης και (καταγεγραμμένων και ενεργών) δωρητών στις Βόρειες-Κεντρικές Περιφέρειες, ενώ, σε σχέση με τη ζήτηση μοσχευμάτων, οι μεταναστευτικές ροές προέρχονται κυρίως από τις Νότιες προς τις Βορειότερες Περιφέρειες.

Αποτελέσματα και Εκκρεμή Ζητήματα

Παρά τα πολλά οικονομικά ζητήματα που σχετίζονται με μεταμοσχεύσεις οργάνων υπάρχουν πολύ λίγες μελέτες που αναφέρονται στην Ιταλική πραγματικότητα. Οι πρώτες μελέτες πραγματοποιήθηκαν στο τέλος της δεκαετίας του 1980 (π.χ. Reale et al. 1987 για την τοποθεσία των Κέντρων Μεταμόσχευσης Καρδιάς) και στην αρχή της δεκαετίας του 1990 (Famulari et al. 1992 για τη διοίκηση/διαχείριση των επεμβάσεων μεταμοσχεύσεων στην Ιταλία).

Μια περιφερειακή ανάλυση που σχετίζεται με τα κέντρα μεταμοσχεύσεων και τον τρόπο που διακρίνονται κατά μόσχευμα συμπεριλαμβάνεται σε ένα άρθρο των Gario et al. το 1993. Η εν λόγω μελέτη κατέγραψε τη μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Περιφέρεια της Λομβαρδίας. Οι συγγραφείς διαπιστώνοντας την παντελή έλλειψη πληροφοριών κόστους των μεταμοσχεύσεων εστίασαν την έρευνά τους στην εκτίμηση του μέσου κόστους των μεταμοσχεύσεων. Άλλα οικονομικά ζητήματα που συσχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις περιγράφονται στις μελέτες των Clerico και Zanola που διεξάγονται στα τέλη του 1990 και στις αρχές του 2000 (1998, 2003).

Ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των μελετών που έχουν δημοσιευτεί ως σήμερα, είναι ότι βασίζονται στην εμπειρία ενός συγκεκριμένου κέντρου μεταμόσχευσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι εργασίες των Filippini et al. 2003, Filippini et al. 2003, Pisati et al. 2003 που ασχολήθηκαν με τις δραστηριότητες του νοσοκομείου Cisanello, στην Τοσκάνη και η πρόσφατη μελέτη του Passerani et al. (2007), η οποία βασίζεται στην

περίπτωση του νοσοκομείου του Niguarda στο Μιλάνο. Επιπλέον, αυτές οι μελέτες είναι απλά εμπειρικές, συνεπώς, δεν επιτρέπουν γενίκευση και δε μπορούν να συγκριθούν με άλλες οργανωσιακές ρυθμίσεις ή θεραπευτικές διαδικασίες ή να παρέχουν καθαρή αξιολόγηση των συνθηκών ζήτησης και προσφοράς μοσχευμάτων.

Μια εξαίρεση, ωστόσο, σ' αυτήν την κριτική είναι η εργασία των Quintieri et al. (1999), η οποία περιλαμβάνει τις δραστηριότητες μεταμόσχευσης που έλαβαν χώρα στην Ιταλία την περίοδο 1992-1997, διαχωρίζει τους τύπους των οργάνων μεταμόσχευσης και περιγράφει τα χαρακτηριστικά των δωρητών και των ληπτών. Μια επιπλέον προσπάθεια για περιγραφή των συνθηκών ζήτησης και προσφοράς έγινε από τους Casciani και Valeri (2000), οι οποίοι επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ ζήτησης (ασθενείς στις λίστες αναμονής) και προσφοράς (αριθμός δωρητών και Κέντρων Μεταμόσχευσης): οι μεταβλητές που αναγνωρίζονται από τους συγγραφείς ως δείκτες προσφοράς και ζήτησης είναι οι ίδιοι με αυτούς που χρησιμοποιούνται στο παρόν άρθρο.

Δεν υπάρχουν τιμές για τη μεταμόσχευση οργάνων (σε αυτό το άρθρο δεν εξετάζουμε την παράνομη αγορά οργάνων και τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί). Το κύριο εμπόδιο στην παρούσα εργασία είναι η διαθεσιμότητα των οργάνων και η παρουσία κέντρων, εξειδικευμένων για την αφαίρεση και τη μεταμόσχευσή τους. Όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις νεφρών οι Miceli et al. (2000) υπογράμμισαν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς όταν χρειάζονται μια θεραπεία σωτήρια για τη ζωή τους, όπως η μεταμόσχευση οργάνου: διακρίσεις μπορεί να προκύψουν, όχι απαραίτητα συσχετιζόμενες με οικονομικά θέματα (για παράδειγμα, οι συγγραφείς προτείνουν το πως το επίπεδο μόρφωσης του ασθενή μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης).

Τα περιφερειακά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για μια σύντομη οικονομετρική ανάλυση ήταν του 2006 και αφορούσαν τον αριθμό των ασθενών στις λίστες αναμονής, τον αριθμό καταγεγραμμένων δωρητών και τον αριθμό Κέντρων Μεταμόσχευσης ανά περιφέρεια. Ο αριθμός των ασθενών σε λίστα αναμονής και των δωρητών έχουν σταθμιστεί ανά εκατομμύριο κατοίκους. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν.

Πίνακας 7. Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής

Μεταβλητή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Λίστες αναμονής ασθενών «εκτός»	92,06	63,17	14,1	215,2
Δηλωμένοι Δωρητές 2006	37,23	15,68	8,4	74,6
Λίστες αναμονής ασθενών «εκτός» για καρδιά	20,94	13,82	1	46
Λίστες αναμονής ασθενών «εκτός» για ήπαρ	39,15	44,90	5	185
Λίστες αναμονής ασθενών «εκτός» για νεφρό	186,68	235,49	1	977
Λίστες αναμονής ασθενών «εντός» για καρδιά	22,31	33,97	0	142
Λίστες αναμονής ασθενών «εντός» για καρδιά	48,89	67,22	0	212
Λίστες αναμονής ασθενών «εντός»	280,31	284,04	0	1.060
Αριθμός Κέντρων Μεταμόσχευσης	2,47	1,92	0	8
Αριθμός Κέντρων Μεταμόσχευσης για καρδιά	0,89	0,93	0	3
Αριθμός Κέντρων Μεταμόσχευσης για ήπαρ	1,05	1,07	0	4
Αριθμός Κέντρων Μεταμόσχευσης για νεφρό	2,15	1,89	0	8
Αριθμός Κέντρων Μεταμόσχευσης για άλλα όργανα	0,42	0,83	0	3
Πολλαπλά Κέντρα Μεταμόσχευσης	0,73	1,04	0	4
Επεμβάσεις σε κέντρα καρδιάς	181,7	250,54	11	857
Επεμβάσεις σε κέντρα ήπατος	376,30	283,34	11	878
Επεμβάσεις σε κέντρα νεφρών	456,43	409,41	18	1.604
Ρυθμός επιβίωσης μεταμόσχευσης καρδιάς (%)	85,80	2,48	81,6	89,4
Ρυθμός επιβίωσης μεταμόσχευσης ήπατος (%)	85,93	3,96	79,3	91
Ρυθμός επιβίωσης μεταμόσχευσης νεφρού (%) (%)	96,91	1,32	92,5	98,2
Ρυθμός επιβίωσης σε πολύπλοκες περιπτώσεις καρδιάς (%)	74,19	18,10	50	100
Ρυθμός επιβίωσης σε πολύπλοκες περιπτώσεις ήπατος (%)	76,82	20,07	25	100

Πηγή: ΣΠ, Υπουργείο Υγείας, 2006 - στοιχεία επεξεργασμένα από τους συγγραφείς.

Οι εκτιμήσεις έχουν γίνει χρησιμοποιώντας τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Η πρώτη εκτιμώμενη συνάρτηση εξετάζει τον αριθμό των ασθενών σε λίστες αναμονής που μετακινούνται σε άλλες περιφέρειες ανά εκατομμύριο κατοίκους ως την εξαρτημένη μεταβλητή και τον αριθμό των καταγεγραμμένων δωρητών ανά εκατομμύριο κατοίκους, και τον αριθμό των Κέντρων Μεταμόσχευσης ως τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 8. Υπάρχει μια θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καταγεγραμμένων δωρητών και ασθενών στη λίστα αναμονής.

Πίνακας 8. Οικονομετρικά Αποτελέσματα (1)

Εξαρτημένη μεταβλητή: «εκτός» ασθενείς στη λίστα αναμονής	Εκατημέσος Συντελεστής	Τυπικό Σφάλμα
Καταγεγραμμένοι Δωρητές 2006	1.471**	0,622
Αριθμός Κέντρων Μεταμόσχευσης	6.480	3.065

** 95% στατιστικά σημαντικό, *** 99% στατιστικά σημαντικό
 $R^2=0,464-F(2, 17)=10,50^{***}$

Μετά επαναλήφθηκε η εκτίμηση χρησιμοποιώντας τους εκτός ασθενείς σαν την εξαρτημένη μεταβλητή και εστιάζοντας στις μεταμοσχεύσεις καρδιάς και ήπατος. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται στον αριθμό των Κέντρων Μεταμοσχεύσεων ανά περιφέρεια, το ρυθμό δραστηριότητας των Κέντρων (δηλαδή το λόγο επεμβάσεων μεταμόσχευσης ως προς τις συνολικές επεμβάσεις) και το δείκτη επιβίωσης για τις πιο πολύπλοκες περιπτώσεις.

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 9. Δεν είναι όλοι οι εκτιμημένοι συντελεστές σημαντικοί. Ο ρυθμός δραστηριότητας των Κέντρων δείχνει μια αντίστροφη συσχέτιση όσον αφορά τις λίστες αναμονής (δηλαδή όσο μεγαλύτερος ο αριθμός πραγματοποιούμενων επεμβάσεων τόσο χαμηλότερος ο αριθμός ασθενών που επιλέγουν αυτό το Κέντρο για εγγραφή στη λίστα αναμονής). Ο υψηλός ρυθμός επιβίωσης ασθενών που υπόκεινται σε πολύπλοκη επέμβαση έχει θετική και σημαντική επίδραση στον καθορισμό αύξησης του αριθμού αιτήσεων για μια μεταμόσχευση καρδιάς. Ο δείκτης πολυπλοκότητας καθορίζεται από το Σύστημα Πληροφόρησης Μεταμοσχεύσεων, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του δωρητή, την ηλικία του λήπτη, το ιστορικό επεμβάσεων του ασθενή και την προηγούμενη νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο⁵. Εκτός από την επιβίωση, βέβαια, θα ήταν σημαντικό να αξιολογήσει τις βελτιώσεις, εάν υπήρχαν, στην ανταλλαξιμότητα ποιότητας ζωής των ασθενών.

Πίνακας 9. Οικονομικά Αποτελέσματα (2)

Εξαρτημένη μεταβλητή: «εντός» ασθενείς στη λίστα αναμονής	Εκτιμημένος Συντελεστής – Καρδιά (τυπικά σφάλματα στις παρενθέσεις) $R^2=0,30$	Εκτιμημένος Συντελεστής – Ήπαρ (τυπικό σφάλμα στις παρενθέσεις) $R^2=0,46$
Κέντρα Μεταμόσχευσης	13.125* (7.766)	16.832** (6.468)
Δραστηριότητα Κέντρων	-0,040** (0,017)	-0,025 (0,022)
Δείκτης επιβίωσης σε πολύπλοκες περιπτώσεις	0,590** (0,234)	0,018 (0,147)
Σταθερά	-33.335** (13.071)	8.387 (17.683)

*90% στατιστικά σημαντικό - **95% στατιστικά σημαντικό

Όπως τονίζει ο Biancofiore (2007), οι μελέτες οικονομικής αξιολόγησης, οι οποίες σήμερα διεξάγονται κυρίως σε άλλες χώρες, θα έπρεπε να γίνουν και στην Ιταλία, χρησιμοποιώντας στοιχεία που συλλέγονται από το SIT και τις Ενώσεις Δωρητών Οργάνων και Μεταμοσχευμένων Ασθενών.

Ενδείξεις πολιτικής υγείας που προκύπτουν από το παρόν άρθρο αφορούν την διαθεσιμότητα των οργάνων. Εάν ο τελικός σκοπός είναι η εξισορρόπηση ζήτησης και προσφοράς σε ότι αφορά τα μοσχεύματα, ο οποίος είναι μάλλον ακατόρθωτος, είναι απαραίτητο, πρώτον, να ενισχυθούν οι πολιτικές δωρεάς οργάνων, παρέχοντας διευκρινήσεις και διάχυτη πληροφόρηση για τα σχετικά οφέλη και τους κινδύνους, και δεύτερον, να επιτευχθεί εξορθολογισμός και επέκταση του εθνικού συστήματος πληροφόρησης, σε σχέση με τις δραστηριότητες των Κέντρων Μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να επιτευχθεί μια αποδοτική και αποτελεσματική κατανομή των οργάνων.

Βιβλιογραφία

- Biancofiore, G. (2007). 'Economics and organ transplantation: a challenge to win.' *Minerva Anestesiologica*, 73 (10): 487-488.
- Casciani, C. U. & M. Valeri (2000). 'Planning of transplantation centers.' *Annali dell'Istituto Superiore di sanità*, 36 (2): 173-178.
- Chang, C. F., Winslett, R. P., Gaber, O. & D. K. Hathaway (2004). 'Cost-effectiveness of post-transplantation quality of life intervention among kidney recipients.' *Clinical Transplantation*, 18: 407-414.
- Cerico, G. & R. Zanola (1998). 'Analisi economica dei trapianti: una rassegna dei problemi.' MECOSAN, 4.
- Cerico, G. & R. Zanola (2003). 'Analisi economica dei trapianti: il caso italiano.' In G. Fiorentini (ed.), *I servizi sanitari in Italia 2003*. Bologna: Il Mulino.

⁵ Το SIT υπολογίζει τον μέσο και αθροιστικό δείκτη κίνδυνου για κάθε κέντρο. Ο πρώτος δείκτης είναι ο μέσος των παραγόντων κινδύνου υπολογισμένος λαμβάνοντας υπόψη όλες τις μεταμοσχεύσεις που γίνονται σε κάθε κέντρο, με σημείο αναφοράς το σύνολο των περιπτώσεων. Αντίθετα, ο δεύτερος δείκτης, που δε χρησιμοποιείται για τις πολυδρομίες αυτής της μελέτης, σχετίζεται με το ποσοστό πολύπλοκων περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται από το κέντρο ως προς το σύνολο των περιπτώσεων.

- Famulari, A., De Paolis, P., Utzeri, G., Valeri, M., Elli, M., Pisani, F., Tisone, G., Adomo, D., Lombardo, A. & C. U. Casciani (1992). 'Transplant organization in Italy.' *Transplantation Proceedings*, 24 (5): 1855-1856.
- Filipponi, F., Pisati, R., Cavicchini, G., Olivieri, M.I., Ferrara, R. & Mosca F. (2003), "Cost and outcome analysis and cost determinants of liver transplantation in a European National Health Service hospital", *Transplantation*, 75 (10): 1731-1736.
- Filipponi, F., Urbani, L., Catalano, G., Biancofiore, G., Campatelli, A., Baldoni, L., Vignali, C. & F. Mosca (2003). 'Tuscany liver transplant program: key aspects of the organizational model.' *Transplantation Proceedings*, 35 (3): 1013-1014.
- Gario, G., Ancona, F. & L. Mittone (1993). *Analisi economica dei trapianti d'organo in Lombardia*. Collana [IReR - Istituto regionale di ricerca per la Lombardia](#). Milano: Franco Angeli Editore.
- ISTAT (1998-2006), 'Dati demografici e indicatori economici'. www.istat.it.
- Jacobbj, L. M., McBride, V., Ethredge, E. E., McDonald, J. C., Feduska, N., Frey, D. J., Boudreaux, J. P., Van Meter, C., McMillan, R. & R. J. Tesi (1997). 'Costs associated with expanding donor criteria: a collaborative statewide prospective study.' *Transplantation Proceedings*, 29: 1550-1556.
- Machnicki, G., Serai, L. & M. A. Schnitzler (2006). 'Economics of transplantation: a review of literature.' *Transplantation Review*, 20: 61-75.
- Miceli, M., Di Lallo, D. & C. A. Perucci (2000). 'Absence of economic barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: A population based study in a region of central Italy.' *Journal of Epidemiological Community Health*, 54: 157-158.
- Passarani, S., De Carlis, L., Maione, G., Alberti, A. B., Bevilacqua, L. & S. Baraldi (2007), 'Cost analysis of living donor liver transplantation: the first Italian economical data.' *Minerva Anestesiologica*, 73 (10): 491-499.
- Pisati, R., Ferrara, R., Mosca, F. & F. Filipponi (2003). 'Cost and outcome evaluation of liver transplantation at Csanello Hospital. Methods for data analysis.' *Transplantation Proceedings*, 35 (3): 1038-1040.
- Quintieri, F., Chistolini, P. & O. Pugliese (1999), 'Organ transplantation in Italy: Analysis of donors and recipients.' *European Journal of Epidemiology*, 15 (5): 493-497.
- Ratcliffe, J., Young, T., Buxton, M., Eldabi, T., Paul, R., Burroughs, A., Papatheodoridis, G. & K. Rolles (2001). 'A simulation modeling approach to evaluating alternative policies for the management of the waiting list for liver transplantation.' *Health Care Management Sciences*, 4 (2): 117-124.
- Reale, A. Scibilia, G., Alfani, D., Berloco, P., Adomo, D. & M. Toscano (1987). 'The place of heart transplantation: the Italian experience.' *European Heart Journal*, Suppl. F: 34.
- Rizvi, S. A. H. & S. A. Naqvi (1997). 'Need for increasing transplant activity: a sustainable model for developing countries.' *Transplantation Proceedings*, 29: 1560-1562.
- Turchetti, G. (2003). 'Liver transplantation and economics.' *Transplantation Proceedings*, 35 (3): 1035-1037.

Το βιβλίο *Αποσπάσματα Υγείας: Οικονομικά, Διοίκηση και Πολιτική* (Health Studies: Economics, Management and Policy) αποτελεί ένα συλλογικό τόμο 20 επιλεγμένων άρθρων που παρουσιάστηκαν στο 8^ο και 9^ο Διεθνές Συνέδριο για τα Οικονομικά, τη Διοίκηση και την Πολιτική Υγείας που οργανώνει η Ερευνητική Μονάδα Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ). Το βιβλίο επιμελήθηκαν ο Καθηγητής Δρ. Ντάγκλας Άγκους, Πανεπιστήμιο Οτάβα, Καναδάς και η Ερευνήτρια του ΑΘΙΝΕΕ Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη.

Όλα τα άρθρα που εμπεριέχονται στο συλλογικό τόμο αποτελούν πρωτότυπες εργασίες στο πεδίο των οικονομικών, της διοίκησης και της πολιτικής υγείας. Αυτές προέρχονται από διαφορετικά συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων των χωρών των ΗΠΑ, της Ιταλίας, της Ισπανίας, της Λετονίας, της Τουρκίας, του Καναδά και της Κίνας.

Το βιβλίο χωρίζεται σε 3 μέρη. Το μέρος Α αποτελείται από 7 άρθρα στο πεδίο των οικονομικών της υγείας. Το μέρος Β εμπεριέχει 7 πρωτότυπα κείμενα στον τομέα της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, το μέρος Γ συμπεριλαμβάνει 6 μελέτες που στο σύνολό τους εστιάζονται σε θέματα πολιτικής υγείας.

Μέρος Α: Οικονομικά της Υγείας

Το πρώτο άρθρο των Καθηγητών Álvarez και Barranquero από την Ισπανία ασχολείται με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη χώρα της Ιβηρικής χερσονήσου. Η δεύτερη μελέτη προέρχεται από τον Καναδά και στόχος των συγγραφέων, Καθηγητών Hogg, Zhao, Angus, Fortier, O'Sullivan, Segal και Blanchard είναι η εκτίμηση του άμεσου κόστους της συμμετοχής ενός συμβούλου φυσικής αγωγής στην ανθρώπινη ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας των κινητικά αδυνάτων ασθενών ηλικίας 18-69 ετών. Στο τρίτο άρθρο συζητείται ο ρόλος των τιμών των έτοιμων φαγητών στο προσδιορισμό των επιπέδων παχυσαρκίας στην Ιταλία, από τους ερευνητές Pieroni, Lanari και Salmasi. Στην τέταρτη εμπειρική μελέτη, ο Καθηγητής Kluge παρουσιάζει ένα ζήτημα ηθικής στο πεδίο των οικονομικών της υγείας. Συγκεκριμένα, αναλύθηκε το πώς οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, οι δημόσιες προτιμήσεις/ επιλογές, καθώς και η εξέταση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων δύναται να προσδιορίσουν τη δημιουργία ενός ηθικού κατάλληλου μοντέλου για την κατανομή των πόρων υγείας σε μακρο-οικονομικό ή/και πολιτικό επίπεδο. Στην πέμπτη εργασία που παρουσιάζεται στο μέρος Α του συλλογικού αυτού τόμου εξετάζεται ένα θέμα που για τον Καναδά, χώρα υποδοχής μεταναστών, έχει βαρύνουσα σημασία. Οι συγγραφείς της μελέτης, Καθηγητές Zhao, Xue και Gilkinson διερευνούν τις διαφορές στην ποιότητα υγείας μεταξύ των διαφορετικών ομάδων μεταναστών. Ένα άλλο θέμα που απασχολεί την ακαδημαϊκή κοινότητα τα τελευταία χρόνια έχει σχέση με την αλληλεπίδραση των αυξημένων επιπέδων ατμοσφαιρικής ρύπανσης και της ασθένειας του άσθματος, κυρίως στα παιδιά. Λόγω της

μεγάλης οικονομικής επιβάρυνσης, άμεσης και έμμεσης στο άτομο/οικογένεια και κοινωνία, η Καθηγήτρια Veronesi από τις ΗΠΑ εξέτασε την επίπτωση που είχε η ασθένεια του παιδιού λόγω άσματος στις αποφάσεις των γονιών του για εργασία. Στην έβδομη και τελευταία εργασία του μέρους Α παρουσιάζεται η εργασία των Καθηγητών Song και Bian από την Κίνα. Οι ερευνητές προσπάθησαν να εκτιμήσουν τον ενδο-περιφερειακό βαθμό ίσης κατανομής των γιατρών στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές και να εξετάσουν εάν η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών επηρεάζει το βαθμό ίσης κατανομής τους.

Μέρος Β: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Το πρώτο άρθρο της ενότητας *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας* προέρχεται από την Τουρκάλα Καθηγήτρια Sezgin και επικεντρώνεται στην ηλεκτρονική υγεία. Συγκεκριμένα, εστιάζει στη δυνατότητα χρήσης της ιατρικής γνώσης για τον καρκίνο όπως παρέχεται από πηγές του διαδικτύου από πάσχοντες ασθενείς. Το ένατο άρθρο του συλλογικού τόμου των Καθηγητών Sørensen και Weisenfeld μετράει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και των ιατρών από τις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία, κατόπιν των μεταρρυθμίσεων του 2007. Στο επόμενο κεφάλαιο, η Καθηγήτρια Marsal-Llacuna συζητάει τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες ώστε να χαρακτηριστεί ένα αγαθό/υπηρεσία (π.χ. ή υγεία) ως δημόσιο/-α, βοηθώντας το με αυτόν τον τρόπο να επιτευχθεί αποτελεσματικότερος σχεδιασμός/προγραμματισμός προς όφελος του ίδιου του ασθενούς. Στο ενδέκατο άρθρο, οι Καθηγητές Fox, Steinberg και Waters από την Αμερική αναλύουν όλες τις παραμέτρους σε σχέση με την χρησιμοποίηση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) από ασθενείς που δεν χρήζουν άμεσης ιατρικής βοήθειας. Ο κυριότερος παράγοντας που συμβαίνει αυτό είναι η άνεση που έχουν οι ασθενείς σε σχέση με την προσβασιμότητα στα ΤΕΠ οποιαδήποτε ώρα της ημέρας. Το επόμενο άρθρο στην ενότητα Β προέρχεται από τη Σκωτία και αναφέρεται στο ρόλο που μπορεί να έχουν οι ηλικιωμένοι στην ανάπτυξη εθελοντικών δράσεων στην κοινότητα, ως ένα μέσο βελτίωσης της δικής τους υγείας και ευεξίας. Οι συγγραφείς Fielding, Bradley, Munoz, Farmer και Steinerowski χρησιμοποίησαν το πρόγραμμα Older People for Older People initiative (2007-2010) χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση, και το εφάρμοσαν σε τέσσερις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές στη Σκωτία. Στο δέκατο τρίτο άρθρο, οι Καθηγητές Ada, Oflac, Yumurtaci, (Ελίγι) Eliigi και Aktan κατηγοριοποιούν τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και δημιουργούν ένα λογιστικό μοντέλο βασισμένο στην προσέγγιση δημιουργίας δικτύων των προμηθευτών. Η τελευταία εργασία της παρούσας ενότητας επανέρχεται στο θέμα της ικανοποίησης των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, ως μια σημαντική παράμετρο αποτελεσματικής και αποδοτικής λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων. Οι Καθηγητές Aksungur, Aslan, Goktas, Erdogan, Cankul και Ulgu από την Τουρκία παρουσιάζουν μια περιγραφική έρευνα σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης στο νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα νοσοκομείο στην Άγκυρα. Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης είναι η ηλικία, οι ώρες εργασίας και τα χρόνια δουλειάς.

Μέρος Γ: Πολιτική Υγείας

Το πρώτο άρθρο του Μέρους Γ, προέρχεται από την Καθηγήτρια Snelling, η οποία διερευνά τις επιπτώσεις που είχε η εφαρμογή υγιεινών διατροφικών προτύπων στο σχολικό φαγητό. Η ερευνήτρια βρήκε ότι μετά την εφαρμογή των υγιεινών διατροφικών προτύπων, το σχολικό φαγητό υπήρξε πιο υγιεινό και προτείνεται ότι το σύνολο των Αμερικανικών πολιτειών θα έπρεπε να χρηματοδοτηθεί προκειμένου να εφαρμόσει αντίστοιχους κανόνες στο φαγητό που μοιράζεται στα σχολεία. Αυτό αποτελεί μια σημαντική παράμετρο στην προσπάθεια μείωσης του ποσοστού παιδικής παχυσαρκίας στις ΗΠΑ. Στο επόμενο άρθρο, ο Καθηγητής Eglitis διερευνά την αποδοτικότητα των δημοσίων επενδύσεων, συμπεριλαμβανομένων και των Ευρωπαϊκών κονδυλίων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, στην Λετονία. Οι Καθηγητές Lanari και Bussini εξέτασαν τους παράγοντες που προσδιορίζουν το επίπεδο αυτοεκτίμησης της υγείας των μεταναστών σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, έγιναν συγκρίσεις μεταξύ του επιπέδου υγείας των μεταναστών με τους γηγενείς των χωρών αυτών. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι οι μετανάστες μια χώρας αξιολογούν την υγεία τους σε χαμηλότερα επίπεδα απ' ότι οι γεννημένοι στην ίδια χώρα κάτοικοι. Ένας βασικός προσδιοριστικός παράγοντας φαίνεται να είναι η ηλικία που μεταναστεύουν, με αυτούς που πήγαν μεγάλοι σε μια χώρα να εκτιμούν χαμηλά τα επίπεδα της υγείας τους σε σχέση με αυτούς που μετανάστευσαν σε μικρή ηλικία, των οποίων τα αυτό-αξιολογούμενα επίπεδα υγείας πλησιάζουν αυτά των γηγενών. Το δέκατο όγδοο άρθρο αναλύει τις μεταρρυθμίσεις στο Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας που πραγματοποιήθηκαν τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Πιο συγκεκριμένα, ο Καθηγητής Neri επικεντρώνεται σε θέματα και ζητήματα που αφορούν στο διαχωρισμό των προμηθευτών από τους αγοραστές στις υπηρεσίες υγείας, στη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του παρόχου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών από τους ασθενείς, στους τρόπους αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας, καθώς και στα συστήματα διαπίστευσης/πιστοποίησής τους. Στη συνέχεια, οι συγγραφείς Caballer-Tarazona, Vivas-Consuelo, Barrachina-Martinez και Reyes-Santias παρουσιάζουν τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ του Ισπανικού και του Ιταλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το τελευταίο άρθρο του βιβλίου επικεντρώνεται επίσης σε ένα ζήτημα του Ιταλικού συστήματος υγείας – στη μεταμόσχευση ιστών και οργάνων. Οι συγγραφείς Sofio και Gitto επικεντρώνονται σε δύο εκ των πολλών σημαντικών οικονομικών επιπτώσεων που έχει η μεταμόσχευση -αυτό της σπανιότητας των πόρων (προς μεταμόσχευση όργανα) και αυτό της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών/ληπτών. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά που γίνεται από τους συγγραφείς στο επιτυχημένο «Ισπανικό Μοντέλο» σε ότι αφορά τον αυξημένο αριθμό δωτών.

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

**10th Annual International Conference on
Health Economics, Management & Policy
27-30 June 2011, Athens, Greece**

The Health Research Unit of the Athens Institute for Education and Research (ATINER) in Collaboration with the Health Economics Research Center (HERC) of the University of Oxford organizes the 10th International Conference in Athens, Greece, 27-30 JUNE 2011. The conference website is www.atiner.gr/health.htm. The registration fee is €250 (euro), covering access to all sessions, 2 lunches, coffee breaks and conference material. In addition, a Greek night of entertainment, a dinner, a half-day tour to archaeological sites in Athens and a special one-day cruise in the Greek islands. Special arrangements will be made with local hotels for a limited number of rooms at a special conference rate. The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health economics, management and policy. Areas of interest include (**but are not confined to**): Equity and Poverty in Health, Pharmaceutical Economics, Quality of Life, Economic Evaluation, Health Care Reforms, Social Security, School Health Programs, Health Law and Health Related Business. Selected (reviewed) papers will be published in a Special Volume of the Conference Proceedings. Please submit a 300-word abstract (by email) by **18th of April 2011** to: Dr. Zoe Boutsoli, Deputy Head, Health Research Unit of ATINER, 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671 Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209 Email: health@atiner.gr , URL: www.atiner.gr. Abstracts should include: Title of Paper, Family Name (s), First Name (s), Institutional Affiliation, Current Position, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of the submission. If you want to participate without presenting a paper, i.e. chair a session, evaluate papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing, or any other offer to help please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos, gtp@atiner.gr Director, ATINER. The Athens Institute for Education and Research (ATINER) was established in 1995 as an independent academic organization with the mission to become a forum, where academics and researchers - from all over the world - could meet in Athens and exchange ideas on their research and discuss the future developments of their discipline. Since 1995, ATINER has organized more than 100 international conferences and has published over 80 [books](#). Academically, the Institute consists of four [research divisions](#) and nineteen [research units](#). Each research unit organizes at least an annual conference and undertakes various small and large research projects.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ

1. Τα άρθρα για δημοσίευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα σε Windows Microsoft Word σε διπλό διάστημα και γραμματοσειρά calibri μέγεθος 12 και θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση: health@atiner.gr
2. Τα άρθρα θα πρέπει να συνοδεύονται από μια περίληψη, το ανώτερο μέχρι 150 λέξεις.
3. Οι πίνακες και τα διαγράμματα θα πρέπει να υποβάλλονται στο τέλος του κειμένου.
4. Τα άρθρα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 5.000 λέξεις, συμπεριλαμβανομένων των κειμένων, των πινάκων, των διαγραμμάτων και της βιβλιογραφίας.
5. Τα άρθρα πρέπει να έχουν την εξής σειρά: περίληψη, κείμενο, παραπομπές, βιβλιογραφία και πίνακες-διαγράμματα.
6. Τα άρθρα που έχουν αποσταλεί προς δημοσίευση δεν θα υποβάλλονται σε άλλα περιοδικά, όσο αυτά είναι υπό εξέταση στο Οικονομία & Υγεία.
7. Θα πρέπει να επιβεβαιώνεται στην συνημμένη επιστολή και στην πρώτη σελίδα αν τα άρθρα εκφράζουν τη θέση του συγγραφέα πάνω στο εκάστοτε θέμα ή αν προέρχονται από διδακτορική διατριβή.
8. Σε περίπτωση άρθρων που χρησιμοποιούν βάσεις δεδομένων θα πρέπει να αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια η πηγή και να υποβάλλεται μαζί με το άρθρο για να μπορούν να γίνουν οι στατιστικές επαληθεύσεις από τους κριτές.
9. Όλα τα άρθρα που αποστέλλονται στο περιοδικό, εξετάζονται από δύο (2) κριτές. Το όνομα του συγγραφέα δε θα πρέπει να εμφανίζεται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται για παραπομπή.
10. Οι συγγραφείς των άρθρων που πρόκειται να δημοσιευτούν απαιτείται να μεταφέρουν τα πνευματικά δικαιώματα στο Οικονομία και Υγεία.

Βαλαωρίτου 8, 106 71 Αθήνα

