

## Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διονύσης Σπ. Μπονίκος, Ομότιμος Καθηγητής Ιατρικής

- Γενικές παρατηρήσεις
- Το επαγγελματικό και το οικονομικό μοντέλο
- Η διαμορφούμενη τάση στα σύγχρονα συστήματα υγείας
- Πρόσβαση στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών)
- Διαχειριζόμενη ιατρική φροντίδα (Managed care)
- Ηθικώς αποδεκτά ιατρικά συμβόλαια
- Η θεώρηση του κόστους κατά την διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων
- Διαχείριση και κατανομή *περιορισμένων πόρων* ιατρικής φροντίδας
- Ένταξη σε προγράμματα με περιορισμένους πόρους
- Η έννοια του *triage*
- Η κατανομή *συμπαγών οργάνων* για μεταμόσχευση
- *Ανταγωνιστικές απαιτήσεις* για παροχή ιατρικής φροντίδας
- Αδυναμία του ασθενούς να συμμορφωθεί προς τις ιατρικές υποδείξεις
- *Ιατρική ματαιοπονία* (medical futility)
- *Επτά* αντιπροσωπευτικές κλινικές περιπτώσεις

Η παροχή υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται για κάθε περίπτωση ένα συγκεκριμένο κόστος. Το κόστος για την υγεία επιβαρύνει τους ασθενείς, τις οικογένειές τους ή τους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς.

Η είσοδος των ιδιωτικών ασφαλίσεων στον χώρο της υγείας (πέραν των παραδοσιακών δημόσιων φορέων του συστήματος) έχει μεταβάλλει τα οικονομικά της υγείας.

Το μείζον θέμα της κάλυψης του κόστους για την υγεία απασχολεί επι σειρά ετών τους *χρηματοδότες, τους χορηγούς και τους καταναλωτές* των υπηρεσιών υγείας.

Στο πρόσφατο παρελθόν έχουν επιχειρηθεί διάφοροι τρόποι τήσους του *σταθερά αυξανόμενου κόστους της ιατρικής φροντίδας* χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα (βλέπε, για παράδειγμα, την περίπτωση των διαφόρων εκδοχών της λεγόμενης ‘managed care’).

Τα *ηθικά ερωτήματα* που προκύπτουν από τον τρόπο με τον οποίο οι σύγχρονες πολιτικές της υγείας επιχειρούν να αντιμετωπίσουν το μείζον θέμα της μείωσης του κόστους της φροντίδας υγείας είναι δύο:

*Πρώτον:* Πώς θα επηρεάσουν τις αποφάσεις που λαμβάνουν τα άτομα για την υγεία τους, οι νέοι μηχανισμοί χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας που στοχεύουν στη μείωση του κόστους;

*Δεύτερον:* Με ποιό τρόπο θα συνυπολογισθούν τα νόμιμα συμφέροντα όλων αυτών που χαρακτηρίζονται ως «third parties» – οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, ασφαλιστικές εταιρείες, εργατικά συνδικάτα, επιχειρήσεις και κυβερνήσεις – σε αποφάσεις για την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας;

Στα δύο αυτά βασικά ερωτήματα υπάρχουν δύο αντικρουόμενες θέσεις:

- το επαγγελματικό μοντέλο
- το οικονομικό μοντέλο.

**Τι επικαλείται το “επαγγελματικό μοντέλο”:**

Τα ενδιαφέροντα των ‘third parties’ κατ’ ουδένα τρόπο θα πρέπει να επηρεάζουν τις αποφάσεις που λαμβάνονται για την υγεία των πολιτών.

Οι ιατροί οφείλουν να παρέχουν οποιαδήποτε υπηρεσία υπαγορεύουν οι ιατρικές ενδείξεις και οι προσωπικές προτιμήσεις των ασθενών.

Η μόνη υποχρέωση που έχουν οι ιατροί είναι αυτή απέναντι των ασθενών τους και μόνο.

Αυτό που υποδηλώνεται, συνεπώς, από βιοηθικής πλευράς, από την θέση του επαγγελματικού μοντέλου είναι ότι:

1. Οποιαδήποτε απόκλιση από την απόλυτη υπεράσπιση των θέσεων του ασθενούς αποτελεί αθέτηση του ηθικού καθήκοντος του ιατρού.
2. Οι ιατρικές εισηγήσεις που βασίζονται σε κλινικές εκτιμήσεις είναι επιστημονικές αποφάσεις απηλλαγμένες από οποιαδήποτε σκοπιμότητα, και επιπλέον τα οικονομικά κίνητρα δεν παίζουν κανένα ρόλο (“value free”).

Οι διαφωνούντες στις δύο ανωτέρω παρατηρήσεις αντιτείνουν τα εξής:

**Σε ό,τι αφορά το (1):**

Οι ιατροί είναι φυσικό να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της σύγκρουσης συμφερόντων υπό οιονδήποτε οικονομικό καθεστώς και να έχουν κίνητρα είτε να προβούν σε υπερχρησιμοποίηση του συστήματος (όπως στο “fee-for-service” σύστημα) ή να το υποχρησιμοποιήσουν (όπως στην περίπτωση του “managed care” μοντέλου).

**Σε ό,τι αφορά το (2):**

Οι διαφορές που καταγράφονται στην καθημερινή ιατρική πρακτική (ποιοτικές, οικονομικές) καταδεικνύουν πως η προσφορά κατευθύνει συχνά τις αποφάσεις των ιατρών.

**Τι προτείνει το “οικονομικό μοντέλο”**

Οι ιατροί, στις αποφάσεις που λαμβάνουν οφείλουν να λαμβάνουν υπ’ όψιν τους όχι μόνον τα οφέλη, την ασφάλεια και τις προτιμήσεις των ασθενών, αλλά και την συνισταμένη του “κόστους-αποτελεσματικότητα” της υπό θεώρηση παρέμβασης.

Οι ιατροί έχουν τόσο ατομικές όσο και συλλογικές ευθύνες να χρησιμοποιήσουν τους δεδομένους πόρους κατά τρόπο που να διασφαλίζεται η παροχή μιας δίκαιης ισότιμης και αποδοτικής φροντίδας υγείας σε όλους όταν την χρειάζονται.

Ως εκ τούτου, οι κλινικές εκτιμήσεις και αποφάσεις θα πρέπει να βασίζονται στη σχέση που τα δεδομένα της επιστημονικής βιβλιογραφίας καταγράφουν μεταξύ εκβάσεων συγκεκριμένων ιατρικών παρεμβάσεων και κόστους-αποτελεσματικότητας, καθώς και του οριακού οφέλους της παρέμβασης.

Η προαναφερθείσα θέση υποδηλώνει ότι ορισμένοι ασθενείς, παρά τις διατυπωθείσες προτιμήσεις τους, ενδεχομένως να μη γίνουν αποδέκτες όλων των υφιστάμενων, δυνητικά ωφέλιμων, διαγνωστικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Είναι προφανές, ότι το “οικονομικό μοντέλο” επικεντρώνει στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης για την συγκεκριμένη κλινική συγκυρία σε σχέση πάντα με τον παράγοντα κόστους-αποτελεσματικότητα.

**Ποια είναι σήμερα η διαμορφούμενη τάση στα σύγχρονα συστήματα υγείας.**

Για την επίλυση των προβλημάτων τα οποία δημιουργεί στα συστήματα υγείας η σταθερή και συνεχής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η διαμορφούμενη τάση είναι η ακόλουθη:

Για κάθε κλινική συγκυρία θα πρέπει να αναζητάται η καλύτερη ένδειξη η οποία εγγυάται την βέλτιστη πρακτική, που με τη σειρά της, διασφαλίζει την καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών με αποτέλεσμα τον περιορισμό της σπατάλης και συνεπώς τη μείωση του κόστους.

**Πρόσβαση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.**

*Η περίπτωση του 28χρονου άνδρα που μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός μικρού επαρχιακού νοσοκομείου με κρανιοεγκεφαλική κάκωση μετά από αυτοκινητιστικό ατύχημα.*

**Δίδαγμα:**

Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών να αρνηθεί την παροχή ιατρικής φροντίδας σε ασθενή με οξεία συμπτώματα τέτοιας σοβαρότητας, όπου η μη άμεση ιατρική παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε μοιραίες συνέπειες για την υγεία του ασθενούς.

Η μεταφορά σε ένα άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα επιτρέπεται μόνο εφ’ όσον έχει σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς.

Το ίδιο ισχύει και για εγκύους γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στη διαδικασία τοκετού (active labor).

Οι πολιτικές διακομιδής των ασθενών, καθώς και όλες οι αποφάσεις που λαμβάνονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών θα πρέπει να βασίζονται στις ιατρικές ενδείξεις και μόνο, και όχι σε ντιρεκτίβες που ενδεχομένως υπαγορεύουν οι οικονομικές πολιτικές του ιδρύματος.

Η περίπτωση του 61 ετών οικοδόμου που έχει ιδιωτική ασφάλιση μέσω της συνεχνίας του και μεταφέρθηκε από ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο σε νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας ενός αστικού κέντρου με τη διάγνωση: «σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας μετά από πνευμονία με *Klebsiella*».

Ερωτήσεις: 1) Έπραξε καλώς ο ιατρός και τον κράτησε στην ICU;

2) Είναι δικαιολογημένο το ερώτημα του case manager της ασφαλιστικής εταιρείας;

### Διαχειριζόμενη ιατρική φροντίδα (Managed Care)

Η ιδέα της “*managed care*” (MC) εντάσσεται στην προσπάθεια των οικονομικών αναλυτών των συστημάτων υγείας να περιορίσουν το κόστος της ιατρικής φροντίδας.

#### Τι ακριβώς είναι η MC;

Είναι μία μέθοδος πληρωμών του κόστους της παρεχομένης ιατρικής φροντίδας κατά την οποία οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας απαρτιώνουν την χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών, συμβαλλόμενοι με ιατρούς και νοσοκομεία τα οποία, σύμφωνα με τη σύμβαση προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε ένα ασφαλισμένο με τον οργανισμό πληθυσμό αντί ενός προκαθορισμένου ετήσιου ή μηνιαίου ασφαλιστρού.

#### Πόσοι τύποι MC υπάρχουν;

Ο προαναφερθείς ορισμός της MC περιγράφει τους αρχικούς *HMOs* (Health Maintenance Organizations).

Υπάρχουν όμως και άλλοι τύποι MC όπως οι *PPOs* (Preferred-Provider Organizations και οι *POS* (Point-of-Service Organizations) όπου οι ασθενείς οι οποίοι είναι ασφαλισμένοι σύμφωνα με ένα συγκεκριμένο πακέτο ασφάλισης μπορούν αντί ενός extra ποσού που οι ίδιοι πληρώνουν να ζητήσουν υπηρεσίες υγείας από χορηγούς εκτός του πακέτου.

#### Ποια είναι τα κατά και τα υπέρ της MC

Κατ’ αρχήν, θα πρέπει να τονισθεί ότι σήμερα η MC, στην αφετηριακή της εκδοχή θεωρείται μέθοδος που δεν ανταποκρίθηκε στις αρχικές προσδοκίες των εμπνευστών της. Οι λόγοι είναι πολλοί και εκφεύγουν της παρούσας ανάπτυξης.

Σίγουρα, η MC, στην αυθεντική “*άκαμπτη*” εκδοχή της, περιορίζει το κόστος των υπηρεσιών υγείας, και επί πλέον, δίνει έμφαση στην πρόληψη.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αρκετά σημεία, στον τρόπο με τον οποίο ασκείται η MC, τα οποία χρήζουν ιδιαίτερης επισήμανσης. Ορισμένα από τα σημεία αυτά είναι τα ακόλουθα:

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι οι περισσότεροι οργανισμοί της MC είναι “for-profit επιχειρήσεις”

Οι διάφορες εκδοχές της MC απαιτούν από τους συμβεβλημένους ιατρούς να είναι “cost-conscious”.

Συνήθως, οι συμβεβλημένοι ιατροί-χορηγοί μοιράζονται με τον οργανισμό ένα οικονομικό διακύβευμα στις επιλογές που κάνουν και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας που διαχειρίζονται.

Υπάρχουν σαφώς περιπτώσεις όπου τα μέτρα που λαμβάνει η MC για τον περιορισμό του κόστους επηρεάζουν τις αποφάσεις των συμβεβλημένων ιατρών, και το ανησυχητικότερο όλων, βεβαίως, είναι η περίπτωση των ιατρών οι οποίοι εισπράττουν extra αμοιβές ακριβώς διότι υπήρξαν.... ιδιαίτερα «cost-conscious».

Δυσχερής επίσης καθίσταται πολλές φορές η θέση των λεγόμενων “*gatekeepers*” (ακρογωνιαίοι λίθοι της MC). Είναι οι ιατροί της πρωτοβάθμιας διάστασης της MC οι οποίοι αποφασίζουν για την περαιτέρω τύχη των ασθενών κατά την πρώτη επίσκεψη των τελευταίων στους “*gatekeepers*”. Τα βιοηθικά προβλήματα σύγκρουσης συμφερόντων και καθηκόντων που δημιουργούνται στους *gatekeepers* είναι προφανή.

Για όλους αυτούς τους λόγους (και αρκετούς άλλους), διαμορφώνεται σήμερα ένας νέος αποτελεσματικότερος, δικαιότερος και ποιοτικότερος τρόπος πληρωμών των υπηρεσιών υγείας.

**Ποια θεωρούνται ηθικώς αποδεκτά συμβόλαια των ιατρών που αποφασίζουν να εργασθούν σε χώρους όπου ασκείται η managed care.**

Οι ιατροί μπορούν να εργασθούν σε MC οργανισμούς χωρίς να κάνουν συμβιβασμούς που προσβαλλουν τα ηθικά και επαγγελματικά standards, που οφείλουν να τους χαρακτηρίζουν, εφ' όσον πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- α) Ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών
- β) Σεβασμός στις επιλογές του ασθενούς

Οι επιλογές αυτές περιλαμβάνουν:

1. Το δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν τον *ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας* της αρεσκείας τους (ο οποίος θα λειτουργεί ως *συνήγορος* και όχι ως "gatekeeper").
2. Το δικαίωμα επιλογής ενός *ειδικού*.
3. Το δικαίωμα να επισκευθούν ένα ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) χωρίς προηγούμενη έγκριση.
4. Και το κυριότερο, να μπορούν να λαμβάνουν αυτοί τις αποφάσεις που αφορούν θέματα της υγείας τους (η αρχή της συγκατάθεσης μετά από επαρκή πληροφόρηση).
5. *Συνήγορος του ασθενούς*
6. *Απόλυτη διαφάνεια*  
Ο ιατρός θα πρέπει να μπορεί να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή για το πρόβλημά του, τις εναλλακτικές λύσεις που έχει (ακόμη και αν οι λύσεις αυτές βρίσκονται εκτός των δαπανών που καλύπτει το συμβόλαιό του), και κυρίως να του εξηγεί τι σημαίνει "experimental or investigative treatment".
7. Σαφής διατύπωση του τρόπου επίλυσης ενδεχομένων διαφορών μεταξύ ιατρού και του οργανισμού.

**Η θεώρηση του κόστους κατά την διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.**

**Σε γενικές γραμμές:**

α) Επικεντρωμένη στον ασθενή ιατρική φροντίδα που δίνει προτεραιότητα στην *ιατρική ένδειξη* και τις *εκπεφρασμένες προτιμήσεις του ασθενούς*.

Η *ποιότητα* της παρεχόμενης φροντίδας δεν θα πρέπει να μπαίνει σε δεύτερη θέση σε σχέση με τις περι κόστους θεωρήσεις, αλλά θα πρέπει να βασίζεται στα κλινικά δεδομένα, στις υφιστάμενες μελέτες που αφορούν *εκβάσεις* και τις διατυπωμένες αρχές της ορθής ιατρικής πρακτικής.

*Όμως, ποιοτική ιατρική φροντίδα δεν σημαίνει όλη τη διαθέσιμη φροντίδα.* Ο κλινικός ζήλος που κάνει τα πάντα για τους πάντες είναι κακή ιατρική. Ποιοτική ιατρική φροντίδα είναι η *ενδεδειγμένη (evidence-based) φροντίδα* η οποία θα πρέπει να είναι *αποτελεσματική-από πλευράς κόστους (cost-effective)*. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να είναι αυτή που επιτυγχάνει την *ίδια έκβαση* με το *μικρότερο δυνατό κόστος*. Και φυσικά, η ποιοτική ιατρική φροντίδα πληροί όλα τα ήδη διατυπωμένα *βιοηθικά κριτήρια*.

β) Όλα τα σημαντικά στοιχεία τα οποία συγκροτούν τη *σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης* μεταξύ *ιατρού-ασθενούς* θα πρέπει να διαφυλαχθούν. Παραμένει *αδιαπραγμάτευτος* ο ρόλος του ιατρού ως *συνηγόρου* του ασθενούς

γ) Η *αυτονομία* και *ελευθερία επιλογών* ασθενούς και ιατρού θα πρέπει να είναι οι μέγιστες δυνατές εντός των ορίων που λειτουργεί το σύστημα.

Κάθε προσπάθεια θα πρέπει να καταβάλλεται για την *μεγιστοποίηση της αυτονομίας* ασθενούς-ιατρού ακόμα και στο πλαίσιο λειτουργίας ενός πολύπλοκου γραφειοκρατικού συστήματος.

δ) Η λειτουργία του συστήματος θα πρέπει να *αντανακλά αρχές δίκαιης και ισότιμης κατανομής πόρων*, διασφαλίζοντας κατ' αυτό τον τρόπο ότι όλοι οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες του θα τις λαμβάνουν χωρίς διακρίσεις.

ε) Αν το σύστημα επιτρέπει την ύπαρξη *οικονομικών κινήτρων* για τους ιατρούς, θα πρέπει, παράλληλα, να υπάρχουν *δικλείδες* που καταργούν ή περιορίζουν τη σύγκρουση ενδιαφερόντων μεταξύ της κλινικής ενδεδειγμένης ιατρικής φροντίδας και των *οικονομικών ενδιαφερόντων* του ιατρού.

*Η περίπτωση του άνδρα 52 ετών με τριετές ιστορικό διαβήτη, ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ισχαιμικής καρδιακής νόσου, ο οποίος παραπονείται στον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενός ΗΜΟ για οπισθοστερνικό άλγος τις τελευταίες 3 εβδομάδες που μερικές φορές συμβαίνει εν ηρεμία.*

**Το πρόβλημα της διαχείρισης και κατανομής περιορισμένων πόρων φροντίδας υγείας.**

Η κατανομή (allocation) περιορισμένων πόρων αποκαλείται και “επιμερισμός” (“rationing”).

Ο επιμερισμός μπορεί να έχει την ευρεία έννοια του διανέμω οποιοδήποτε είδος περιορισμένου πόρου με οποιοδήποτε μηχανισμό κατανομής, όπως η αγορά, ή να έχει την πιο εξειδικευμένη έννοια της κατανομής κάποιου περιορισμένου πόρου μέσω ενός μηχανισμού ο οποίος προσδιορίζει κριτήρια και προτεραιότητες. Στην πρώτη περίπτωση ο επιμερισμός γίνεται με “σιωπηρά”, “υποδηλούμενα” μέσα ενώ στη δεύτερη τα μέσα είναι σαφώς προσδιορισμένα.

*Ο αριθμός των ιατρών, η γεωγραφική περιοχή όπου ασκούν την ιατρική, η ικανότητα των πολιτών να πληρώσουν για προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και οι διάφορες αντιλήψεις περί ιατρικών αναγκών – όλοι αυτοί οι παράγοντες, και πολλοί άλλοι, έχουν σαν αποτέλεσμα την κατανομή των ιατρικών πόρων κατά τρόπο που θεωρείται “σιωπηρός” και “υποδηλούμενος” και όχι τρόπος που βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια.*

Τα τελευταία χρόνια έχει διατυπωθεί το ερώτημα του κατά πόσον οι ιατρικοί πόροι θα πρέπει να κατανέμονται με σαφώς διατυπωμένα κριτήρια.

Αυτό ακριβώς είναι και το ερώτημα το οποίο διαπραγματεύεται η βιοηθική της πολιτικής της υγείας.

Οποιαδήποτε όμως πολιτική της υγείας υιοθετεί ένα τέτοιο μηχανισμό κατανομής των ιατρικών πόρων είναι σαφές ότι επηρεάζει άμεσα τον τρόπο με τον οποίο ασκείται η κλινική ιατρική.

Το ερώτημα λοιπόν που μας ενδιαφέρει είναι αν οι ιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν την κατανομή ιατρικών πόρων επιχειρώντας να ισοσταθμίσουν τις ανάγκες του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου με αυτές που αφορούν εξατομικευμένες επιλογές και προτιμήσεις.

*Η περίπτωση του άντρα 75 ετών με χρόνια καρδιοπάθεια και διαβήτη που εισάγεται στην ICU με πυρετό, υπόταση και δύσπνοια.*

Συχνά, στην καθημερινή ιατρική πρακτική είναι σχεδόν αδύνατο να προσδιορίσει ο κλινικός ιατρός αν μια συγκεκριμένη ιατρική παρέμβαση είναι πιθανό να αποδειχθεί άχρηστη, μη αναγκαία ή οριακά ωφέλιμη. Η σύγχρονη τάση αναζήτησης της απάντησης σε μελέτες που αφορούν εκβάσεις (outcome studies) και μελέτες κλινικής επιδημιολογία μπορεί να να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρήσιμες.

Ο κλινικός ιατρός οφείλει να βασίσει την απόφαση του στην καλύτερη υφιστάμενη ένδειξη (evidence-based medicine) και τις προτιμήσεις του ασθενούς, και λιγότερο σε παράγοντες που έχουν σχέση με την ποιότητα-ζωής, όπως η ηλικία, η διανοητική κατάσταση και οι οικονομικοί πόροι.

Δεν θα πρέπει να διαφεύγει το γεγονός, ότι συχνά, κατά τον χρόνο εισαγωγής στο νοσοκομείο, οι κλινικοί ιατροί δεν μπορεί να είναι σίγουροι κατά πόσο έχουν να κάνουν με ένα ασθενή που θεωρείται “terminally ill” ή πρόκειται για ένα ασθενή ο οποίος είναι μεν σε κρίσιμη κατάσταση αλλά έχει πιθανότερες πλήρους ανάκαμψης (είναι αυτό ακριβώς που συνέβη με τον 75χρονο καρδιοπαθή και διαβητικό ασθενή μας).

### **Ένταξη σε Προγράμματα με Περιορισμένους Πόρους**

Ορισμένες διαγνωστικές ή θεραπευτικές διεργασίες και θεραπευτικά προγράμματα διατίθενται σε ορισμένες περιοχές ή από μικρό αριθμό εξειδικευμένων ιατρών. Ως εκ τούτου, στις υπηρεσίες υγείας πάντα υπάρχει ένας μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που έχουν την ανάγκη αυτών των υπηρεσιών απ’ ότι οι υπηρεσίες μπορούν να εξυπηρετήσουν.

Ορισμένοι πόροι, όπως χρήματα για απόδοση σε ασθενείς δαπανών που έχουν γίνει για την υγεία, ο χρόνος των ιατρών, η διάθεση αιθουσών χειρουργείου, διατίθενται όχι σε απόλυτη αλλά σχετική επάρκεια. Αυτό σημαίνει, ότι η πολιτεία μπορεί να επεξεργασθεί πολιτικές που αυξάνουν τη διαθεσιμότητα αυτών των πόρων.

Άλλοι πόροι, όπως συμπαγή όργανα που σώζουν ζωές (καρδιά, ήπαρ) διατίθενται σε απειριστικά περιορισμένους αριθμούς. Αυτό σημαίνει, ότι ακόμη και αν η πολιτεία λάβει μέτρα για την εξασφάλιση και κατανομή τους, θα υπάρχει πάντοτε μικρότερος αριθμός οργάνων προς διάθεση από αυτόν που απαιτούνται για την κάλυψη των υφισταμένων αναγκών.

Το αμείλικτο λοιπόν ερώτημά μας είναι:

*Πως θα πρέπει να κατανέμονται οι πόροι της φροντίδας υγείας;*

Παρ’ όλο που η ερώτηση αυτή είναι καθαρά “πολιτική”, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η κατανομή περιορισμένου αριθμού πόρων συνιστά πολιτική η οποία έχει άμεσες επιπτώσεις στην φροντίδα υγείας.

Οι αρμόδιοι για θέματα βιοηθικής που σχετίζονται με το συγκεκριμένο πρόβλημα συμφωνούν ότι *οι πόροι θα πρέπει να κατανέμονται κατά τρόπο δίκαιο*.

Βεβαίως, το ερώτημα που τίθεται τώρα είναι *τι θεωρούμε δίκαιο*;

Ας εξετάσουμε δυο περιπτώσεις:

*Πρώτον:* Την περίπτωση της χρόνιας αιμοκάθαρσης που κατέστη δυνατή στη δεκαετία του '60. Με ποια κριτήρια θα έπρεπε να εξυπηρετηθεί ο μεγάλος αριθμός ασθενών που υπερέβαινε τις δυνατότητες των υφιστάμενων υπηρεσιών;

*Δεύτερον:* Την περίπτωση των φυσικών καταστροφών (σεισμών, κυκλώνων κλπ.). Με ποια κριτήρια θα περιθάλψουμε τους πληγέντες; («disaster triage»?)

*Τι είναι triage:*

Το *triage* είναι μια πρακτική επιμερισμού των υπηρεσιών των στρατιωτικών ιατρών στους τραυματίες του πολέμου στο μέτωπο.

Τελευταίως, η ίδια πρακτική με κάποιες τροποποιήσεις εφαρμόζεται και σε περιπτώσεις σεισμών και τυφώνων.

Σύμφωνα με τους κανόνες του *triage* προτεραιότητα θα δοθεί:

1. Σε αυτούς που είναι ελαφρώς τραυματισμένοι και μπορούν να επιστρέψουν γρήγορα στις υπηρεσίες τους
2. Σε αυτούς που είναι τραυματισμένοι και η κατάστασή τους αποτελεί άμεση θεραπευτική παρέμβαση
3. Στους βαρύτερα τραυματισμένους και ιδιαίτερα αυτούς για τους οποίους κρίνεται ότι έχουν πιθανότητες επιβίωσης.

Η βασική φιλοσοφία του «στρατιωτικού triage» είναι «να προσφέρουμε το μεγαλύτερο καλό για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων στον κατάλληλο χρόνο και χώρο.

*Παρατήρηση:* Σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών δικαιολογείται η υιοθέτηση των κανόνων του *triage*. Όμως σε κάθε άλλη περίπτωση, η βιοηθική μετά δυσκολίας αποδέχεται τις δικαιολογίες των κανόνων οι οποίοι θέτουν σε υποδεέστερη μοίρα τις ανάγκες των ατόμων σε σχέση με τις ανάγκες της κοινωνίας.

#### **Η κατανομή συμπαγών οργάνων για μεταμόσχευση**

Η βασική βιοηθική αρχή της μεταμόσχευσης οργάνων είναι μια: το όργανο θα πρέπει να είναι *πραγματική δωρεά*.

Τα σχετικά διαδικαστικά και βιοηθικά προβλήματα με τη δωρεά οργάνων αναπτύσσονται σε ξεχωριστό μάθημα (*Δωρεά οργάνων και τεχνητά όργανα* κ.κ. Δημ. Γούμενος και Ευστρ. Αποστολάκης).

Εδώ θα περιοριστούμε να αναφέρουμε ορισμένα μόνο πράγματα που έχουν σχέση με το ερώτημα της κατανομής.

Παρά τις συντονισμένες προσπάθειες των αρμοδίων, η ζήτηση για συμπαγή όργανα υπερβαίνει την προσφορά.

Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο πεθαίνουν 6.000 άτομα που βρίσκονται στις λίστες αναμονής.

Είναι επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας ενός δίκαιου και ισότιμου συστήματος κατανομής τα τέσσερα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα του οποίου θα πρέπει να είναι:

1. Κανένα κριτήριο «κοινωνικής αξίας» (πόσο «μετράει» για την κοινωνία το συγκεκριμένο άτομο)
2. Διακρίνει τους ασθενείς οι οποίοι δυνητικά μπορεί να ωφεληθούν από τη μεταμόσχευση.
3. Δεν κάνει διακρίσεις που βασίζονται σε φύλο, φυλή και κοινωνικό επίπεδο
4. Είναι απόλυτα διαφανές και απολαμβάνει της εμπιστοσύνης του κοινού.

Στον διεθνή χώρο έχουν αναπτυχθεί υπηρεσίες οι οποίες διαχειρίζονται την κατανομή οργάνων για μεταμόσχευση με βάση την κατάσταση του δέκτου, τον τύπο αίματος, τον χρόνο στη λίστα αναμονής, και την γεωγραφική απόσταση μεταξύ δότη και δέκτη.

*Η περίπτωση του άντρα 50 ετών με end-stage ηπατοπάθεια λόγω πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης ο οποίος βρίσκεται στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος επί 3 χρόνια και πρόσφατα εισάγεται στην ICU, γεγονός που τον καθιστά δέκτη υψηλής προτεραιότητας («gaming the system»).*

*Ερώτημα:* Είναι ηθικό για ένα ιατρό να «game the system» προκειμένου να βελτιώσει τις πιθανότητες του ασθενούς για μια μεταμόσχευση που θα του σώσει τη ζωή;

Τι σημαίνει “gaming”: Δίνω σε ένα ασθενή τις ίδιες πιθανότητες για μεταμόσχευση με αυτές που έχει κάποιος άλλος ο οποίος ζει σε μια περιοχή με βραχύτερες λίστες αναμονής και με συντηθέστερο τύπο αίματος.

#### Μεταμοσχεύσεις οργάνων σε παιδιά

Η επιτυχής μεταμόσχευση οργάνων εξαρτάται από την ύπαρξη δοτών οι οποίοι έχουν HLA – συμβατότητα με τους δέκτες. Τέτοιοι δότες είναι, συχνά, αδέρφια.

Το ερώτημα που τίθεται είναι: Είναι ηθικό να πάρουμε ένα νεφρό ή μυελό των οστών από ένα υγιές παιδί για να το μεταμοσχεύσουμε σε ένα σοβαρώς πάσχον αδελφάκι του;

#### Ανταγωνιστικές απαιτήσεις για παροχή ιατρικής φροντίδας

Στην καθημερινή ιατρική πρακτική οι ιατροί αντιμετωπίζουν συχνά καταστάσεις όπου οι απαιτήσεις ενός ασθενούς για παροχή ιατρικών υπηρεσιών υπερσχύουν των απαιτήσεων κάποιου άλλου για τις ίδιες συγκεκριμένες υπηρεσίες. Και τούτο διότι το υφιστάμενο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η υπάρχουσα τεχνολογική υποδομή, οι διαθέσιμες κλίνες δεν επαρκούν για την ικανοποίηση των αναγκών και των δυο ασθενών. Επιπλέον, στην περίπτωση αυτή δεν μπορεί να ισχύσουν οι κανόνες του triage.

Η περίπτωση της 71 ετών ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονος η οποία αρνήθηκε να χειρουργηθεί και εισήχθη στην ICU στο νοσοκομείο της περιοχής της αλλά ανέπτυξε αποφρακτική πνευμονία. Τώρα στην ICU χρειάζοντας τον αναπνευστήρα της ασθενούς για ένα πολυτραυματία αυτοκινητιστικού ατυχήματος. Εάν η ασθενής βγει από τον αναπνευστήρα το πιθανότερο είναι ότι θα πεθάνει. Τι κάνουμε;

Η περίπτωση του drug addict ασθενούς ο οποίος εισάγεται στο νοσοκομείο για τρίτη φορά μέσα σε 3 χρόνια με διάγνωση λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Πριν τρία χρόνια χρειάστηκε να τον αντικαταστήσουν την μιτροειδή βαλβίδα για ενδοκαρδίτιδα από ψευδομόναδα, και πριν ένα χρόνο υπεβλήθη σε αντικατάσταση της προσθετικής βαλβίδας μετά από ενδοκαρδίτιδα με χρυσίζοντα Σταφυλόκοκκο. Τώρα εισάγεται πάλι, στο νοσοκομείο με ενδοκαρδίτιδα από χρυσίζοντα Σταφυλόκοκκο στην προσθετική βαλβίδα. Στο νοσοκομείο υπάρχουν ιατροί οι οποίοι προβάλλουν τρεις λόγους για τους οποίους, κατά τη γνώμη τους, δεν θα πρέπει να επιχειρήσουν την τοποθέτηση μιας νέας βαλβίδας.

1. Η χειρουργική επέμβαση είναι «μάταιος κόπος», διότι ο ασθενής θα επαναμολυνθεί.
2. “Ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται για τον εαυτό του” και
3. “Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε μια τέτοια περίπτωση συνιστά κακή διαχείριση κοινωνικών πόρων”

Οι λόγοι 1 και 2 που προβάλλουν οι ιατροί συζητώνται στα κεφάλαια “Ιατρική ματαιοπονία (medical futility)” και “Αδυναμία του ασθενούς να συμμορφωθεί προς τις Ιατρικές υποδείξεις” (“noncompliance”).

Σε ότι αφορά τον τρίτο λόγο, “η παροχή υπηρεσιών υγείας σε μια τέτοια περίπτωση συνιστά κακή διαχείριση κοινωνικών πόρων”, θα πρέπει να επισημανθούν τα εξής:

- α. Με ποια κριτήρια καθορίζουμε το ποια περίπτωση συνιστά καλή και ποια κακή διαχείριση κοινωνικών πόρων;  
Τέτοια κριτήρια μπορεί να διαμορφωθούν σε επίπεδο πολιτικής της υγείας αλλά όχι σε κλινικό επίπεδο. Επιπλέον, κάθε απόπειρα επεξεργασίας τέτοιων κριτηρίων διατρέχει τον κίνδυνο να εισαγάγει ανεπιθύμητες διακρίσεις στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.
- β. Δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι οι εξοικονομούμενοι κοινωνικοί πόροι από την άρνηση παροχής ιατρικής φροντίδας στον συγκεκριμένο ασθενή/χρήστη θα διατεθούν καλύτερα σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση. Οι «κοινωνικοί πόροι» δεν απορροφώνται, βεβαίως, μόνο από τον ασθενή αλλά διατίθεται για την κάλυψη υπηρεσιών που προσφέρουν το νοσοκομείο, οι ιατροί, οι νοσοκόμες κλπ.

Το μόνο επιχείρημα που ευσταθεί από βιοηθικής άποψης για την άρνηση των ιατρών να μην τοποθετήσουν μια δεύτερη προσθετική βαλβίδα στον συγκεκριμένο ασθενή είναι αν υπάρχει ιατρική ένδειξη (σύμφωνα με την τρέχουσα έγκυρη βιβλιογραφία) ότι ο κίνδυνος της χειρουργικής επέμβασης

και η συνοδός προς αυτήν θνησιμότητα υπερβαίνουν τον κίνδυνο διαχείρισης της περίπτωσης με άλλα θεραπευτικά (μη-χειρουργικά) μέσα.

Αν υπάρχει ιατρική ένδειξη για χειρουργική επέμβαση τότε αυτή θα πρέπει να γίνει. Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η ηθική υποχρέωση να προσφέρουμε στο συγκεκριμένο ασθενή χειρουργική βοήθεια αποδυναμώνεται στον βαθμό όπου η διάθεση πόρων για την κάλυψη των αναγκών του στερεί το δικαίωμα αξιοποίησης των ιδίων πόρων από άλλους ασθενείς οι οποίοι κρίνεται (πάλι βάσει κριτηρίων και ιατρικών ενδείξεων) ότι θα πρέπει να προτιμηθούν.

#### **Αδυναμία του ασθενούς να συμμορφωθεί προς τις ιατρικές υποδείξεις.**

Οι ιατροί έχουν την υποχρέωση να υποδείξουν στους ασθενείς τους μια θεραπευτική αγωγή ή την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς η οποία, κατά την κρίση τους, θα τους βοηθήσει στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν.

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να πληροφορηθούν για τα οφέλη και τους κινδύνους που συνδέονται με τις υποδείξεις των ιατρών και να τις αποδεχθούν ή να τις απορρίψουν.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς υιοθετούν τις εισηγήσεις των ιατρών, αποτυγχάνουν όμως να τις εφαρμόσουν, παρά το γεγονός ότι συνεχίζουν να απευθύνονται στον ιατρό τους για παροχή ιατρικής φροντίδας (“noncompliance” ή failure to cooperate with medical recommendations”).

Το *βιοηθικό* πρόβλημα που ανακύπτει για τους ιατρούς σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πώς οι ιατροί θα ασκήσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις απέναντι ασθενών οι οποίοι ζητούν μεν θεραπευτική αγωγή αλλά, για κάποιο λόγο, δεν επωφελούνται από αυτά που οι ιατροί τους προσφέρουν.

#### **Παρατηρήσεις**

Κατ’ αρχήν, θα πρέπει να τονίσουμε ότι κατά πόσον ένας ασθενής θα συμπεριφερθεί “ανεύθυνα” σε ότι αφορά υποδείξεις του ιατρού του εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από τον τρόπο με τον οποίον ο συγκεκριμένος ιατρός αντιμετωπίζει τον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι ένα υπερβολικός πατερναλισμός εκ μέρους του ιατρού μπορεί να συνθλίψει την υπευθυνότητα του ασθενούς, ενώ από την άλλη πλευρά, η έλλειψη ειλικρινούς ενδιαφέροντος από τον ιατρό μπορεί να ενθαρρύνει στον ασθενή τάσεις να αγνοήσει την ιατρική συμβουλή.

Είναι σημαντικό, σε κάθε τέτοια περίπτωση, να ξεκαθαρίσουμε αν και σε τι βαθμό, ο ασθενής ενεργεί εκούσια ή ακούσια.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η συμπεριφορά του ασθενούς είναι εκούσια υπο την έννοια ότι ο ασθενής δεν εκδηλώνει σημεία παθολογικής συμπεριφοράς.

Οι ασθενείς είτε επιλέγουν να αγνοήσουν τις θεραπευτικές αγωγές που τους συνέστησε ο ιατρός, επειδή επιλέγουν συμπεριφορές τις οποίες αξιολογούν περισσότερο από την υγεία τους, είτε το κάνουν για άλλους λόγους –το ξεχνούν, η αγωγή είναι περίπλοκη, ο ιατρός δεν τους εξήγησε επαρκώς τι πρέπει να κάνουν.

Αν οι ιατροί κρίνουν ότι έχει να κάνει με μια περίπτωση *εκούσιας επιλογής* του ασθενούς να αγνοεί ο τελευταίος τις υποδείξεις του, κάθε προσπάθεια θα πρέπει να καταβληθεί ώστε να μεταβάλλει ο ασθενής την επιβλαβή για την υγεία του συμπεριφορά. Σημειωτέον, ότι είναι ηθικά επιτρεπτό στον ιατρό να αποσυρθεί από τη διαχείριση της συγκεκριμένης περίπτωσης αφού πρώτα υποδείξει στον ασθενή του τον τρόπο εξασφάλισης ιατρικής φροντίδας από άλλους χορηγούς υπηρεσιών υγείας.

Αν η αδυναμία συμμόρφωσης του ασθενούς οφείλεται σε *ψυχική διαταραχή* τότε ο ιατρός έχει μια ισχυρή ηθική υποχρέωση να παραμείνει δίπλα στον ασθενή και να εξαντλήσει ότι μέσα διαθέτει για να τον βοηθήσει. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο ιατρός θα βιώσει μεγάλες απογοητεύσεις σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά η απογοήτευση δεν συνιστά επαρκή δικαιολογία για τον ιατρό να εγκαταλείψει τον ασθενή του.

#### **Ιατρική Ματαιοπονία (Medical futility)**

Ορισμός της futility (ματαιότητα, ματαιοπονία): “αδυναμία να επιτύχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα”, δεν υπάρχει η δυνατότητα να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα λόγω σεγενούς προβλήματος”.

#### **Πόσα είδη ιατρικής ματαιοπονίας διακρίνουμε:**

- Φυσιολογική
- Πιθανολογική
- Ποιοτική



#### **Φυσιολογική ματαιοπονία**

Τελείως αδύνατο να έχουμε την επιθυμητή φυσιολογική ανταπόκριση με οποιοδήποτε θεραπευτικό μέτρο

#### **Πιθανολογική ματαιοπονία**

Η λογική και η εμπειρία εισηγούνται ότι είναι σχεδόν απίθανο να ωφεληθεί ο ασθενής από μια συγκεκριμένη ιατρική παρέμβαση και επιπλέον, οι εξαιρέσεις, του κανόνα δεν αναπαράγονται ούτε συστηματικά ούτε και σε εξειδικευμένες περιπτώσεις.

#### **Ποιοτική ματαιοπονία**

Η εκτίμηση ότι ο σκοπός τον οποίο επιδιώκουμε να πετύχουμε δεν αξίζει τον κόπο.

#### **Υπάρχουν τρία βασικά ερωτήματα σχετικά με την πιθανολογική ματαιοπονία**

**Πρώτον:** Ποιος είναι ο βαθμός στατιστικής ή εμπειρικής ένδειξης που επιτρέπει μια, μάλλον, ασφαλή εκτίμηση ότι έχουμε να κάνουμε με μια περίπτωση “ιατρικής ματαιοπονίας”;

**Δεύτερον:** Ποιος αποφασίζει για το επίπεδο της στατιστικής πιθανότητας η οποία ορίζεται ως ματαιοπονία;

**Τρίτον:** Ποια διαδικασία θα πρέπει να ακολουθούμε σε κάθε περίπτωση που ανακύπτουν διαφωνίες σχετικά με το μείζον θέμα της ιατρικής ματαιοπονίας;

#### **Οκτώ γενικές παρατηρήσεις σχετικά με την “ιατρική ματαιοπονία”**

Η έννοια της *ιατρικής ματαιοπονίας* είναι χρήσιμη διότι υποδηλώνει την αναγκαιότητα να υποβάλλουμε σε συζήτηση θεραπείες αμφιλεγόμενου οφέλους.

Η έννοια της *ιατρικής ματαιοπονίας* εισάγει μια διάσταση ρεαλισμού στην συνήθη υπερβολική ιατρική αισιοδοξία.

Η έννοια της *ιατρικής ματαιοπονίας* εισηγείται την αναγκαιότητα της διεξοδικής διερεύνησης της βιοιατρικής βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα προτεινόμενων θεραπειών με συγκεκριμένες κλινικές συγκυρίες.

Η διατυπωθείσα άποψη του ιατρού ότι η παράταση της θεραπείας σε ένα συγκεκριμένο ασθενή είναι στατιστικά ανώφελη (probabilistically futile) δεν θα πρέπει να εκληφθεί ως “συμπέρασμα” ότι η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί.

Ο ιατρός δεν θα πρέπει να καταφεύγει στο επιχείρημα της “ιατρικής ματαιοπονίας” όταν το πραγματικό πρόβλημα είναι η απογοήτευση που συχνά συνοδεύει τη διαχείριση μιας δύσκολης περίπτωσης ή η εκτίμηση ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς στο μέλλον κάθε άλλο παρά καλή προβλέπεται να είναι.

Η επίκληση της “ιατρικής ματαιοπονίας” κατ’ ουδένα τρόπο μπορεί να αποτελέσει επιχείρημα από την πλευρά των ασφαλιστικών ταμείων (“third-party payers”) για να αποφύγουν να πληρώσουν για παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ακόμα και όταν τα δεδομένα μιας κλινικής συγκυρίας εισηγούνται ότι είναι δικαιολογημένη η θεώρηση της υπο συζήτηση περίπτωσης ως “φυσιολογικής” ή “πιθανολογικής” ματαιοπονίας, είναι προτιμότερο να αποφεύγουμε τους όρους “μάταιο” και “ματαιοπονία” διότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους το ερμηνεύουν ως έμμεση υποδήλωση εκ μέρους των ιατρών ότι “παραιτούνται” από κάθε περαιτέρω προσπάθεια να βοηθήσουν τον ασθενή (“σηκώνουν τα χέρια ψηλά”).

Κάθε περίπτωση “ιατρικής ματαιοπονίας” (medical futility) θα πρέπει να αναλύεται σύμφωνα με τους όρους της “αρχής της αναλογικότητας”: δηλαδή, της *δυσαναλογίας μεταξύ προσδοκώμενων ωφελιμάτων* σε σχέση με τις γενικότερες *επιβαρύνσεις* που συνεπάγεται η συνέχιση των ιατρικών παρεμβάσεων.