

THOMAS S. BODENHEIMER

KEVIN GRUMBACH

Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας

Μια Κλινική Προσέγγιση

LANGGE



Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης
Κυριάκος Σουλιώτης



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας

Μια κλινική προσέγγιση

Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας

Μια κλινική προσέγγιση

Τέταρτη έκδοση

Thomas S. Bodenheimer, MD

Adjunct Professor

Department of Family & Community Medicine

University of California, San Francisco

Kevin Grumbach

Professor and Chair

Department of Family & Community Medicine

University of California, San Francisco

Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης

Κυριάκος Σουλιώτης

Δρ. Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας

Λέκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Μετάφραση

Αμαλία Καλομπάτσου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Understanding Health Policy: A Clinical Approach, Fourth Edition

Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. Except as permitted under the United States Copyright Act of 1976, no part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Previous editions copyright © 2002, 1998, 1995, by Appleton & Lange.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 DOC/DOC 0 9 8 7 6 5 4

ISBN: 0-07-142311-7

ISSN: 1080-9465

Notice

Medicine is an ever-changing science. As new research and clinical experience broaden our knowledge, changes in treatment and drug therapy are required. The authors and the publisher of this work have checked with sources believed to be reliable in their efforts to provide information that is complete and generally in accord with the standards accepted at the time of publication. However, in view of the possibility of human error or changes in medical sciences, neither the authors nor the publisher nor any other party who has been involved in the preparation or publication of this work warrants that the information contained herein is in every respect accurate or complete, and they disclaim all responsibility for any errors or omissions or for the results obtained from use of the information contained in this work. Readers are encouraged to confirm the information contained herein with other sources. For example and in particular, readers are advised to check the product information sheet included in the package of each drug they plan to administer to be certain that the information contained in this work is accurate and that changes have not been made in the recommended dose or in the contraindications for administration. This recommendation is of particular importance in connection with new or infrequently used drugs.

ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΕΚΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΙΤΛΟ:

Understanding Health Policy, A Clinical Approach, 4th edition

by Thomas S. Bodenheimer, Kevin Grumbach

© Copyright 2010



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
www.parisianou.gr · medbooks@otenet.gr

Ιωάννου Ράλλη 21, 14452 Μεταμόρφωση Αττικής,
210 3306880, 210 3610519, 210 2855183

ISBN 978-960-394-673-1

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή: το οξύμωρο της υπερβολής & της στέρσης.....	1
2. Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας	4
3. Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.....	15
4. Αποζημίωση των προμηθευτών	30
5. Κατά κεφαλήν πληρωμή σε συστήματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας	40
6. Οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας I	48
7. Οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας II	62
8. Επώδυνος έναντι ανώδυνου ελέγχου των δαπανών υγείας.....	73
9. Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας	84
10. Χρόνια φροντίδα υγείας.....	98
11. Η πρόληψη της ασθένειας	107
12. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	119
13. Η ιατρική δεοντολογία και ο περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας.....	135
14. Η φροντίδα υγείας σε τέσσερις χώρες	150
15. Εθνική Ασφάλιση Υγείας.....	166
16. Συγκρούσεις & αλληγές στο σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών.....	175
17. Το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας	185
18. Συμπέρασμα: τάσεις & προκλήσεις	196
19. Ερωτήσεις και θέματα για συζήτηση.....	199
Ευρετήριο	206

Πρόλογος

Το βιβλίο *Κατανοώντας την Πολιτική της Υγείας: Μια Κλινική Προσέγγιση* αναφέρεται στην πολιτική υγείας στο σύνολό της αλλά και σε μεμονωμένες περιπτώσεις περιστατικών που σχετίζονται με ασθενείς ή ανθρώπινο δυναμικό του χώρου της υγείας, στον τρόπο αλληλεπίδρασης των ασθενών και του ιατρικού δυναμικού και στον τρόπο με τον οποίο αυτοί επηρεάζουν συνολικά ένα σύστημα υγείας. Εμείς οι συγγραφείς είμαστε ειδικευόμενοι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο ένας σε δημόσιο νοσοκομείο και κλινική και ο άλλος για πολλά χρόνια σε ιδιωτικό ιατρείο. Είμαστε επίσης αναλυτές του συστήματος ιατρικής φροντίδας της χώρας μας, των Ηνωμένων Πολιτειών. Κατά μία έννοια, φαίνεται ότι αυτές οι δύο πλευρές της ζωής μας δεν έχουν σχέση μεταξύ τους. Όταν θεραπεύουμε την ασθένεια ενός ανθρώπου, διαπιστώνουμε ότι οι ιατρικές δαπάνες ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος ή οι διαφοροποιήσεις στις χειρουργικές αμοιβές από τη μία πόλη στην άλλη μοιάζουν να είναι ξεχωριστά- αν όχι και άσχετα μεταξύ τους- θέματα, αλλά δεν είναι ούτε ξεχωριστά ούτε άσχετα. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση πολιτικής υγείας επηρεάζει τους ασθενείς που εξετάζουμε σε καθημερινή βάση. Η διαδικασία παραπομπής στο πλαίσιο ενός οργανωμένου συστήματος υγείας καθορίζει τον ειδικό στον οποίο μπορούμε να στείλουμε έναν ασθενή, η απουσία φαρμάκων για εξωτερικούς ασθενείς στο πακέτο παροχών του προγράμματος Medicare επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο χορηγούμε με συνταγή φάρμακα στους ηλικιωμένους ασθενείς μας και η αποτυχία του έθνους μας να νομοθετήσει καθολική ασφάλιση υγείας καθορίζει ποιοι ασθενείς καταλήγουν να επισκέπτονται τον έναν από εμάς (στον ιδιωτικό τομέα) και ποιοι τον άλλον (στο δημόσιο τομέα). Στο βιβλίο *Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας*, ελπίζουμε να γεφυρώσουμε το χάσμα που χωρίζει το μικρόκοσμο των επισκέψεων μεμονωμένων ασθενών και το μακρόκοσμο της πολιτικής υγείας.

ΤΟ ΑΝΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΟΙΝΟ

Το βιβλίο γράφτηκε πρωταρχικά για τους φοιτητές των επιστημών υγείας- για φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής, κλινικές νοσηλεύτριες, βοηθούς ιατρών, φοιτητές φαρμακευτικής και φοιτητές των επαγγελματιών δημόσιας υγείας και για άλλους- οι οποίοι αισθανόμαστε ότι θα ωφεληθούν απ' την κατανόηση του σύνθετου περιβάλλοντος στο οποίο θα εργαστούν. Η περιγραφή των ιατρών κατέχει προεξέχουσα θέση στο κείμενο, αλλά στον αληθινό κόσμο της κλινικής ιατρικής, οι συναντήσεις των ασθενών με νοσηλεύτριες, βοηθούς και συνολικά το ανθρώπινο δυναμικό του χώρου της υγείας αποτελούν σημαντικό τμήμα της παροχής φροντίδας υγείας σε αυτούς. Οι ιατροί δεν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν χωρίς τα πολλά άλλα μέλη της ομάδας παροχής ιατρικής φροντίδας. Οι ασθενείς σπάνια εκτιμούν τη συμβολή στην υγεία τους εκ μέρους του προσωπικού της δημόσιας υγείας, των επιστημόνων ερευνητών, των εκπαιδευτών και πολλών άλλων επαγγελματιών που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας. Ελπίζουμε ότι τα πολλά μη ιατρικά μέλη των ομάδων κλινικής φροντίδας, δημόσιας υγείας και εκπαίδευσης για τις επιστήμες υγείας, καθώς και φοιτητές που φιλοδοξούν να γίνουν μέλη αυτών των ομάδων θα θεωρήσουν το βιβλίο χρήσιμο. Ενώ το βιβλίο εστιάζει σε ιατρούς, κατανοούμε ότι τίποτα δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τις συνδυασμένες προσπάθειες όλων αυτών που δουλεύουν στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ

Το βιβλίο *Κατανοώντας την Πολιτική της Υγείας* επιχειρεί να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα υπηρεσιών υγείας. Εστιάζουμε σε βασικές αρχές της πολιτικής υγείας, με την ελπίδα ότι ο αναγνώστης θα αποκομίσει ένα σαφέστερο και πιο συστηματικό τρόπο σκέψης όσον αφορά στην ιατρική φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες, στα προβλήματά της και στις εναλλακτικές λύσεις για τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων. Οι περισσότερες απ' τις αρχές μπορούν να ληφθούν υπόψη για την κατανόηση των συστημάτων ιατρικής φροντίδας σε άλλες χώρες.

Δεδομένων των ανησυχιών του κοινού σχετικά με την ιατρική φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες, το βιβλίο εστιάζει στις παραλείψεις του συστήματος. Αφιερώνουμε λιγότερο χρόνο στα επιτυχημένα χαρακτηριστικά στοιχεία επειδή χρειάζονται λιγότερη προσοχή. Μόνο αν παραδεχθούμε τις δυσκολίες του συστήματος μπορούμε να αρχίσουμε να δίνουμε λύση στα προβλήματά του. Ο σκοπός του βιβλίου, επομένως, είναι να μας βοηθήσει όλους να κατανοήσουμε το σύστημα ιατρικής φροντίδας, ούτως ώστε να μπορούμε να εργαζόμαστε καλύτερα μέσα σ' αυτό, να το χρησιμοποιούμε και να αλλάζουμε ό,τι χρήζει αλλαγής.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΣ

Στα πλαίσια της προσπάθειάς μας να ενοποιήσουμε τους τομείς της πολιτικής υγείας και των εξατομικευμένων επισκέψεων ασθενών, χρησιμοποιούμε κλινικές περιγραφές ως κεντρικό χαρακτηριστικό του βιβλίου. Αυτές οι σύντομες περιγραφές ασθενών, ιατρών και άλλων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας βασίζονται στις

δικές μας εμπειρίες ως ιατρών, στις εμπειρίες συναδέλφων ή σε περιπτώσεις που αναφέρονται στην ιατρική βιβλιογραφία ή στον τύπο. Στους περισσότερους ανθρώπους και στα περισσότερα ιδρύματα που παρουσιάζονται στις περιγραφές έχουν δοθεί πλασματικά ονόματα για να προστατευθεί η ιδιωτική τους ζωή. Μερικά από τα ονόματα χρησιμοποιούνται συμβολικά για τα επαγγέλματα, τα προβλήματα υγείας ή τις στάσεις που παρουσιάζονται στις περιγραφές και τα περισσότερα ονόματα δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία.

ΟΙ ΔΙΚΕΣ ΜΑΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Προσπαθώντας να εξερευνήσουμε τα πολλά επίμαχα ζητήματα της πολιτικής υγείας, οι δικές μας απόψεις ως συγγραφέων αναπόφευκτα επηρεάζουν τις λέξεις που χρησιμοποιούμε και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε. Παρουσιάζουμε αρκετές απ' τις πιο βασικές αξίες και απόψεις εδώ.

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πιστεύουμε ότι η ιατρική φροντίδα πρέπει να είναι ένα δικαίωμα που απολαμβάνουν όλοι στον ίδιο βαθμό. Ορισμένα πράγματα στη ζωή θεωρούνται ουσιώδη. Κανένας δεν αναστατώνεται αν δεν του επιτραπεί να παρακολουθησει μία ταινία ή μία συναυλία επειδή δεν μπορεί να αντέξει οικονομικά ένα εισιτήριο. Ωστόσο, οι άρρωστοι άνθρωποι τους οποίους διώχνουν από μία αίθουσα επειγόντων περιστατικών μπορούν να αποτελέσουν πρώτη είδηση και δικαίως. Από νομικής πλευράς, η απόλαυση υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί δικαίωμα στις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και πολλές δημόσιες δημοσκοπήσεις αποκαλύπτουν ότι η μεγάλη πλειοψηφία του κοινού πιστεύει ότι θα έπρεπε. Σ' όλες τις άλλες εκβιομηχανισμένες χώρες του κόσμου, η ιατρική φροντίδα αποτελεί δικαίωμα. Αυτό το δικαίωμα είναι δύσκολο να αποδοθεί με λέξεις στην πραγματικότητα. Απαιτεί τη δημιουργία ενός δικτύου υπηρεσιών υγείας, στις οποίες θα έχουν όλοι πρόσβαση και μία μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών αυτών που θα επιτρέπει σε όλους να λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες αδιαφορώντας για την ικανότητα πληρωμής. Το δικαίωμα στην ιατρική φροντίδα σημαίνει καθολική και αδιάκριτη πρόσβαση σ' αυτήν.

Όπως είναι φυσικό, αυτό το δικαίωμα έχει όρια (βλ. Κεφάλαιο 13). Αν επρόκειτο όλοι να λαμβάνουν ετήσιες μαγνητικές τομογραφίες για όλο το σώμα, οι δαπάνες υγείας θα καθίστατο υπερβολικές. Με απλά λόγια, το δικαίωμα στην ιατρική φροντίδα μπορεί να αποδοθεί κάπως έτσι: Όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση σ' ένα λογικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητα απ' την ικανότητα πληρωμής.

Η ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Πιστεύουμε ότι πρέπει να τεθούν όρια στις δαπάνες υγείας. Οι έλεγχοι των δαπανών μπορούν να επιβληθούν κατά τρόπο, με τον οποίο προκαλείται σχετικά μικρή ζημιά στην υγεία των ανθρώπων. Οι ραγδαία αυξανόμενες δαπάνες υγείας οφείλονται εν μέρει σε επιστημονικές προόδους, οι οποίες δημιουργούν νέες, ακριβές τεχνολογίες. Μερικές απ' αυτές τις τεχνολογίες πράγματι βελτιώνουν την ιατρική φροντίδα, μερικές έχουν μικρή αξία και άλλες ωφελούν μερικούς ασθενείς, αλλά χρησιμοποιούνται αδιάκριτα, χωρίς να χρειάζεται, και σε ασθενείς τους οποίους δεν ωφελούν. Η εξάλειψη των υπηρεσιών υγείας που δεν έχουν εμπειριστατώμενα οφέλη είναι ένας τρόπος «ανώδυνου» ελέγχου δαπανών (βλ. Κεφάλαιο 8).

Η μείωση του ραγδαία αυξανόμενου κόστους απ' τη διοίκηση του συστήματος ιατρικής φροντίδας είναι άλλος ένας τρόπος ανώδυνης ανασχεσης δαπανών. Οι υπερβολές που γίνονται απ' τη διοίκηση οδηγούν στην άσκοπη σπατάλη χρημάτων που θα μπορούσαν να ξοδευτούν για χρήσιμους σκοπούς είτε μέσα στον τομέα ιατρικής φροντίδας είτε εκτός αυτού. Ενώ η μεγάλη γραφειοκρατία όντως έχει το πλεονέκτημα δημιουργίας θέσεων εργασίας, η χώρα και το σύστημα ιατρικής φροντίδας έχουν μεγάλη ανάγκη από πιο αποδοτικές και παραγωγικές από κοινωνική άποψη εργασίες (για παράδειγμα, από άτομα που παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα στην υγεία, συμβούλους αποτοξίνωσης απ' τα ναρκωτικά, υπαλλήλους που θα ασχολούνται με τη φροντίδα των παιδιών και πολλές περισσότερες εργασίες), οι οποίες θα μπορούσαν να χρηματοδοτηθούν από κεφάλαια που τώρα χρησιμοποιούνται για άσκοπες διοικητικές εργασίες.

Υπάρχει μια αυξανόμενη συναίνεση ότι οι αυξήσεις στις δαπάνες υγείας πλήττουν την οικονομία. Οι εργοδότες παραπονούνται ότι το υψηλό κόστος της ασφάλισης υγείας για τους υπαλλήλους μειώνει τη διεθνή τους ανταγωνιστικότητα. Αν οι κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία εξακολουθήσουν να αυξάνονται ραγδαία, θα γίνουν περικοπές σε άλλα προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο και τα οποία είναι χρήσιμα για την οικονομία της χώρας (για παράδειγμα, στην εκπαίδευση και τις μεταφορές), επειδή οι κυβερνητικοί προϋπολογισμοί περιορίζονται από την προθυμία του κοινού να πληρώσει φόρους.

Οι αυξανόμενες δαπάνες είναι επιζήμιες για όλους επειδή κάνουν τις υπηρεσίες υγείας και την ασφάλιση υγείας ασύμφορες οικονομικά. Για παράδειγμα, οι δαπάνες υγείας των εταιρειών που παρέχουν ασφάλιση υγείας στους υπαλλήλους τους έχουν αρχίσει ξανά να αυξάνονται ραγδαία. Η κατάσταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα πολλές εταιρείες να μετακυλούν περισσότερες από αυτές τις δαπάνες στους υπαλλήλους. Καθώς οι κυβερνητικοί προϋπολογισμοί για την υγεία αυξάνονται, οι περικοπές είναι αναπόφευκτες και σε γενικές γραμμές πλήττουν τους ηλικιωμένους και τους φτωχούς. Τα άτομα που δεν έχουν ασφάλιση υγείας ή που έχουν ανεπαρκή κάλυψη δυσκολεύονται πολύ περισσότερο να πληρώνουν για τη φροντίδα καθώς οι δαπάνες

αυξάνονται. Ένας γενικός κανόνας είναι ότι όταν οι δαπάνες αυξάνονται, η πρόσβαση μειώνεται.

Γι' αυτούς τους λόγους, πιστεύουμε ότι οι δαπάνες υγείας πρέπει να περιοριστούν, με την εφαρμογή στρατηγικών, οι οποίες είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνες (δηλαδή, προκαλούν τη μικρότερη δυνατή «ζημιά» στην υγεία του πληθυσμού).

Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΟΥ ΘΑ ΕΧΕΙ ΩΣ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Οι περισσότεροι ιατροί, νοσοκόμες και άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγείας εκπαιδεύονται ούτως ώστε να παρέχουν κλινική φροντίδα στους ανθρώπους. Ωστόσο, η κλινική φροντίδα δεν είναι ο μόνος παράγοντας που καθορίζει και επηρεάζει την κατάσταση της υγείας· το επίπεδο ζωής και τα μέτρα για τη δημόσια υγεία ίσως επηρεάζουν ακόμα περισσότερο την υγεία ενός πληθυσμού (βλ. Κεφάλαιο 3). Η ιατρική φροντίδα τότε πρέπει να λάβει μια άλλη διάσταση: το ενδιαφέρον για τον πληθυσμό ως σύνολο. Οι μεμονωμένοι ιατροί μπορεί να προσφέρουν μία πρώτης τάξεως φροντίδα στις καρδιακές προσβολές των ασθενών τους αλλά μπορεί να μην ανησυχούν αρκετά για τη γενίκευση της υπέρτασης, του καπνίσματος, των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης, του μη ελεγχόμενου διαβήτη και της έλλειψης άσκησης στην πόλη τους, στη γειτονιά τους ή ανάμεσα στους ασθενείς τους. Για χρόνια, η κλινική ιατρική διαχωρίζεται από την κοινότητα των ανθρώπων που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία που όντως ενδιαφέρονται για την υγεία του πληθυσμού. Σήμερα, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας θεωρούν πως είναι υπεύθυνοι για την ιατρική φροντίδα των μελών τους. Ένας διευρυμένος προσανατολισμός θα έκανε τους φορείς υπεύθυνους και για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής φροντίδας σ' όλα τα μέλη τους. Πιστεύουμε ότι το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας πρέπει να εκπαιδεύεται ούτως ώστε να συμπεριλαμβάνει στο ρόλο τους και την καθοδήγηση του πληθυσμού σε υγιεινές συμπεριφορές.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Δεν θα μπορούσαμε να έχουμε γράψει αυτό το βιβλίο μόνοι μας. Τα περιστατικά με τα οποία βρέθηκαν αντιμετώπιζονται εκατοντάδες ασθενών μας προσέφεραν τις εικόνες που χρειαζόμασταν για να κατανοήσουμε και να περιγράψουμε το σύστημα υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, πολυάριθμοι επαγγελματίες και ακαδημαϊκοί του τομέα της ιατρικής φροντίδας διάβασαν τμήματα του χειρόγραφου μας, έκαναν σοφές και χρήσιμες υποδείξεις και μας ενθάρρυναν να συνεχίσουμε. Οποιοσδήποτε ανακρίβειες στο βιβλίο είναι αποκλειστικά δική μας ευθύνη. Οι πιο θερμές μας ευχαριστίες πηγαίνουν στο Δρα Drummond Rennie, χωρίς τον ενθουσιασμό του οποίου ολόκληρο το εγχείρημα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί, στην εκδότριά μας, Shelley Reinhardt, και στις οικογένειές μας που προσέφεραν ενθάρρυνση και υπομονή.

Τελειώνοντας, προηγούμενες εκδοχές των Κεφαλαίων 2, 4, 5, 6, 8, 9 και 16 δημοσιεύτηκαν σε συνέχειες ως άρθρα στο ιατρικό περιοδικό *Journal of the American Medical Association* (1994, 272:634-639, 1994, 272:971-977, 1994, 272:1458-1464, 1995, 273:160-167, 1995, 274:85-90 και 1996, 276:1025-1031) και δημοσιεύονται εδώ κατόπιν αδείας (δικαίωμα πνευματικής ιδιοκτησίας, 1994, 1995 και 1996, Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Αυτό το βιβλίο αφορά στην πολιτική υγείας. Ως εκ τούτου, θα παραθέσουμε τεχνικές μελέτες και θα πραγματοποιήσουμε υπερεθνικές γενικεύσεις. Θα πάρουμε θέματα με βαθιά προσωπική σημασία- για παράδειγμα, ασθένεια, υγεία, παροχή φροντίδας σε άτομα που την έχουν ανάγκη- και θα τα αναλύσουμε χρησιμοποιώντας την αμερόληπτη γλώσσα των «εισερχόμενων δεδομένων και αποτελεσμάτων», των «φορέων παροχής υπηρεσιών και καταναλωτών» και της «ανάλυσης της αποδοτικότητας». Ως ειδικευόμενοι ιατροί, ωστόσο, θυμόμαστε καθημερινά την ανθρώπινη πραγματικότητα της πολιτικής υγείας. Το βιβλίο *Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας: Μια Κλινική Προσέγγιση* είναι ουσιαστικά για τους ανθρώπους τους οποίους φροντίζουμε: τον ανασφάλιστο επιστάτη που υπομένει τον πόνο μιας κρίσης της χοληδόχου κύστης, επειδή η χειρουργική επέμβαση ίσως τον καταστρέψει οικονομικά ή τη συνταξιούχο καθηγήτρια πανεπιστημίου που παθαίνει εγκεφαλικό και της οποίας οι οικονομίες μιας ζωής εξαφανίζονται σε λογαριασμούς ιδιωτικών κλινικών που δεν καλύπτονται από το δικό της πρόγραμμα Medicare ή ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα.

Σχεδόν όλοι μας, είτε πρόκειται για μητέρες που λαμβάνουν χρηματική αρωγή απ' το δημόσιο, είτε πρόκειται για εργαζόμενους πατέρες, εύπορους ιατρούς ή εκατομμυριούχους- στελέχη ασφαλιστικών εταιρειών, κάποια μέρα θα αρρωστήσουμε και όλοι μας θα πεθάνουμε. Όλοι περιμένουν να ωφεληθούν από ένα σύστημα, στο οποίο η ιατρική φροντίδα για όλους τους ανθρώπους είναι προσιτή, λογική από οικονομικής πλευράς, υψηλής ποιότητας και χρησιμοποιεί τους πόρους της με τον κατάλληλο τρόπο.

Thomas S. Bodenheimer
Kevin Grumbach

Δεκέμβριος 2004
Σαν Φρανσίσκο, Καλιφόρνια

Πρόλογος Ελληνικής Έκδοσης

Ένα από τα πιο «δραστήρια» πεδία του δημόσιου βίου από πλευράς πολιτικής διαχείρισης και σχεδιασμού είναι αυτό της οργάνωσης και λειτουργίας του τομέα της υγείας. Είναι ενδεικτικό ότι, σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες χώρες συντελούνται τα τελευταία χρόνια διαρκείς παρεμβάσεις που έχουν άλλοτε μεταρρυθμιστικό χαρακτήρα και άλλοτε χαρακτήρα μετριοπαθών μέτρων σε συγκεκριμένες «περιοχές» των συστημάτων υγείας.

Κοινός τόπος των παραπάνω φαίνεται πως είναι η ρύθμιση της οικονομικής λειτουργίας του υγειονομικού τομέα, δεδομένων των έντονων πιέσεων που ασκούν οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί τόσο από εξωγενείς ως προς το σύστημα υγείας συνθήκες όπως για παράδειγμα η πρόσφατη κρίση του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος,¹ αλλά και εξελίξεις σε αυτή καθ' εαυτή τη λειτουργία του τομέα της υγείας όπως πχ η εμφάνιση νέων και δαπανηρών μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας, η δημογραφική γήρανση, ο ιατρικός πληθωρισμός καθώς και άλλοι παράγοντες που συνδέονται με την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας κ.ά.

Στο περιβάλλον αυτό, συχνά, η μελέτη διεθνών πρακτικών αποτελεί σημείο αναφοράς για το σχεδιασμό ρυθμίσεων σε εθνικό επίπεδο, με τη συνήθη πρακτική να αφορά σε συστήματα με κοινά χρηματοδοτικά, οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά. Η εμπειρία της ελληνικής εκδοχής του Εθνικού Συστήματος Υγείας, άλλωστε, αποτελεί προϊόν μια αντίστοιχης πρακτικής, βασισμένης στο παράδειγμα του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS).

Με το σκεπτικό αυτό, ο τόμος *Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας: μια κλινική προσέγγιση*, δεδομένου ότι έχει ως βασικό αντικείμενο μελέτης το σύστημα υγείας των Η.Π.Α., δεν προσφέρεται εκ πρώτης όψεως για την άντληση παραδειγμάτων και ιδεών για την ελληνική πραγματικότητα. Ωστόσο, μια πιο προσεκτική ανάγνωση της δομής και των περιεχομένων του βιβλίου, αντικρούει την παραπάνω θέση, αναδεικνύοντας κάποια συναρπαστικά, για το ελληνικό αναγνωστικό κοινό που ασχολείται τόσο ακαδημαϊκά - ερευνητικά όσο και επαγγελματικά με τον τομέα της υγείας, χαρακτηριστικά του εν λόγω έργου.

Ως πρώτο χαρακτηριστικό θα μπορούσε να θεωρηθεί η αμιγώς «κλινική προσέγγιση» του θέματος, σημείο σχετικά νέο για την ελληνική πραγματικότητα. Η απόπειρα δύο ιατρών να αποτυπώσουν σκέψεις και προτάσεις που βρίσκονται στον πυρήνα άλλων επιστημονικών περιοχών όπως τα οικονομικά της υγείας, η έρευνα υπηρεσιών υγείας, η οργάνωση και η διοίκηση, κομίζει μια διαφορετική εκδοχή - οπτική στη μελέτη των εν λόγω θεμάτων. Οι Thomas Bodenheimer και Kevin Grumbach θίγουν στην ανάλυσή τους έννοιες και ζητήματα όπως η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ιατρών και χρηστών των υπηρεσιών υγείας, η προκλητή ζήτηση, η ηθική βλάβη, ο ρόλος της ασφάλισης υγείας, η σημασία της πρόληψης, τα μέτρα ελέγχου των δαπανών, με τρόπο που δεν έχει τίποτα να ζηλέψει από αντίστοιχες προσεγγίσεις με διαφορετική επιστημονική αφετηρία.

Μάλιστα, αυτό που προσδίδει μια ιδιαίτερη φρεσινότητα στην ανάλυσή τους είναι η χρήση εκτεταμένων κλινικών περιγραφών - παραδειγμάτων από την εμπειρική πραγματικότητα, όπως οι συγγραφείς τη βιώνουν κατά την άσκηση της ιατρικής. Στοιχείο ιδιαίτερα εντυπωσιακό όσο και χρήσιμο, καθώς δίδει την ευκαιρία στον αναγνώστη να συνδέσει την ερμηνεία των εννοιών με την καθημερινή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Μέσω αυτής της πρακτικής, οδηγείται ο αναγνώστης και στο δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του ανά χειράς τόμου, που τον καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμο για όλους όσους μελετούν τα συστήματα υγείας και αναζητούν καλές πρακτικές, οι οποίες θα μπορούν αναλογικά να τύχουν εφαρμογής και στην ελληνική πραγματικότητα. Τόσο η προσέγγιση των συγγραφέων όσο και οι κλινικές περιγραφές, αναπτύσσονται σε ένα σύστημα υγείας το οποίο, θεωρητικά τουλάχιστον, αποτελεί το «αντίπαλο δέος» των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και, ως εκ τούτου, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σημείο αναφοράς και για την ελληνική περίπτωση.

Ισχύει όμως κάτι τέτοιο; Αναμφίβολα όχι! Η αδυσώπητη κριτική που έχει ασκηθεί τα τελευταία χρόνια στο κοινωνικό κράτος, συνέχεια της έντονης αμφισβήτησης προηγούμενων δεκαετιών με νέα όμως επιχειρηματολογία και με πρόσχημα την ανάγκη για αύξηση της ανταγωνιστικότητας των οικονομιών στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης, έχει «σταθεί» με ιδιαίτερη προσήλωση στον τομέα της υγείας.² Αποτέλεσμα αυτής, η ανάδυση και ανάδειξη ιδεών όπως η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των φροντίδων, η εισαγωγή φραγμών στις φροντίδες που παρέχονται υπό ασφαλιστική κάλυψη, η θέσπιση υποχρεωτικών, ιδιωτικών, συμπληρωματικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, και, εν κατακλείδι, η μείωση του κόστους των φροντίδων.

Το οξύμωρο βέβαια είναι πως, όλες αυτές οι ιδέες αποτελούν τη ραχοκοκαλιά της φιλοσοφίας και λειτουργίας του συστήματος υγείας των Η.Π.Α., όπως άλλωστε πολύ εμπειριστικώς παραουσιάζουν οι συγγραφείς του βιβλίου. Γίνεται δε αντιληπτό ότι, δεδομένων των αυξημένων τάσεων που εμφανίζουν οι δαπάνες υγείας στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια (Πίνακας 1), τα παραπάνω φαντάζουν πολύ «ελκυστικά» για τους σχεδιαστές και τους διοικούντες τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

1 Σουλιάτης Κ., *Οι Πολιτικές Υγείας στη Δίνη της Παγκόσμιας Οικονομικής Κρίσης*, σελ. 761-781, στο: Σιούσιουρας Π., Χαζάκης Κ. (επιμ.): *Παγκοσμιοποίηση, Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα, Ποιότητα*, Αθήνα 2009.

2 Λιαρόπουλος Λ., *Παγκοσμιοποίηση και Κοινωνικό Κράτος: Ευρώπη και Αμερική*, Παπαζήσης, Αθήνα 2006 και Λύτρας Α., Σουλιάτης Κ., *Αποκλεισμοί στην Παγκοσμιοποίηση: Ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής*, Παπαζήσης, Αθήνα 2004.

Σε αυτό ακριβώς το σημείο βρίσκεται και η σημαντική συμβολή του παρόντος βιβλίου, το οποίο, μέσω της «εσωτερικής» κριτικής που ασκείται στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α. από τους δύο λειτουργούς του και των παραδειγμάτων, τα οποία ο αναγνώστης μπορεί να εκλάβει ως παρενέργειες αυτού, μπορεί να οδηγήσει τόσο στην αποδόμηση των παραπάνω προτάσεων όσο και στην επιβεβαίωση της ευρωπαϊκής φιλοσοφίας και των ευρωπαϊκών αρχών στο σχεδιασμό και την άσκηση της πολιτικής υγείας.

Αλλωστε, οι δύο συγγραφείς ξεκινούν την ανάλυσή τους με αναφορά στις «παραλείψεις του συστήματος» και υπογραμμίζοντας ότι «η ιατρική φροντίδα πρέπει να είναι ένα δικαίωμα που απολαμβάνουν όλοι στον ίδιο βαθμό», προιδεάζοντας με τον τρόπο αυτό τον αναγνώστη για τη γενικότερη προσέγγισή τους. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή δεν χαρακτηρίζεται από ιδεολογική μονομέρεια καθώς, αμέσως μετά, αναφέρουν πως «αυτό το δικαίωμα έχει όρια», «όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση σε ένα λογικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής» και «πρέπει να τεθούν όρια στις δαπάνες υγείας», επιβεβαιώνοντας με τον τρόπο αυτό ότι, στο σύνθετο αυτό πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, δεν δικαιολογούνται απολυτότητες και δογματισμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ, ΕΕ (15) ΚΑΙ ΗΠΑ, 1996-2006		
ΧΩΡΑ	1996	2006
Αυστρία	9,7	10,1
Βέλγιο	8,4	10,4
Δανία	8,2	9,5
Φινλανδία	7,8	8,2
Γαλλία	9,8	11,1
Γερμανία	10,4	10,6
Ελλάδα	8,6	9,1
Ιρλανδία	6,5	7,5
Ιταλία	7,4	9
Λουξεμβούργο	5,7	7,3
Ολλανδία	8,2	9,3
Πορτογαλία	8	10,2
Ισπανία	7,5	8,4
Σουηδία	8,2	9,2
Ην. Βασίλειο	7	8,4
ΗΠΑ	13,2	15,3

Πηγή: OECD, Health Data 2008.

Αυτή η πλουραλιστική προσέγγιση αποτελεί και το σημαντικότερο πλεονέκτημα του βιβλίου όσον αφορά στο ελληνικό αναγνωστικό κοινό. Πιο συγκεκριμένα, καθ' ότι το οξύμωρο του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ότι, ανεξάρτητα από τις θεμελιώδεις αρχές (ισότητα, καθολικότητα στην κάλυψη, δημόσια ευθύνη και έλεγχος) που οδήγησαν στη συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. ως βασικού πυλώνα του, τελικά η πραγματικότητα εμπεριέχει πολλά χαρακτηριστικά «άτυπης ιδιωτικοποίησης»,³ η ανάλυση του αντίστοιχου των Ηνωμένων Πολιτειών, είναι βέβαιο ότι θα «θυμίσει» πολλές παθογένειες και χαρακτηριστικά στον Έλληνα ερευνητή. Πρώτη από αυτές, η υψηλή ιδιωτική δαπάνη (Πίνακας 2), η οποία όμως ακυρώνει σε μεγάλο βαθμό τις αρχές, στις οποίες αναφερθήκαμε παραπάνω.

Υπό αυτό το πρίσμα και στη βάση των αναφορών και διαπιστώσεων των συγγραφέων του τύπου «Η ιατρική φροντίδα στις Ηνωμένες πολιτείες καλύπτει ένα ευρύ φάσμα, το οποίο κυμαίνεται...μέχρι την απόρριψη των πολύ άρρωστων ανθρώπων λόγω του ότι δεν μπορούν να πληρώσουν...» και «Δεν έχει νόημα η χρηματοδότηση ενός συστήματος φροντίδων υγείας –του οποίου ο σκοπός είναι η βελτίωση της υγείας– με

3 Σουλιώτης Κ., *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα 2000 και Tountas Y. et. al, *The "Unexpected" Growth of the Private Health Sector in Greece*, *Health Policy* 74 (2005) 167-180.

πληρωμές που επιδεινώνουν την υγεία», δίδεται η ευκαιρία σε όσους λαμβάνουν αποφάσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας –αυτοί κατά την εκτίμηση του υπογράφοντος αποτελούν το σημαντικότερο ίσως αναγνωστικό κοινό στο οποίο απευθύνεται ο ανά χείρας τόμος– να επιβεβαιώσουν βασικές θέσεις και επιλογές που, τα τελευταία χρόνια και λόγω των παραγόντων που προαναφέρθηκαν, τίθενται εν αμφιβόλω:

- Η άρση των όποιων αποκλεισμών από τη φροντίδα υγείας πρέπει να αποτελεί πάγια αρχή της άσκησης πολιτικής υγείας.
- Η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί παράγοντα διατήρησης της ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής.
- Η «παρουσία» του κράτους και των θεσμών του στην υγειονομική προστασία είναι αναγκαία και αναπόφευκτη.
- Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης (κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση) πρέπει να αποτελούν τη βασική χρηματοδοτική βάση του συστήματος.
- Οι δαπάνες υγείας δεν αποτελούν μόνο κόστος αλλά και κοινωνική επένδυση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΧΩΡΩΝ ΟΟΣΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ % ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ, 2006		
ΘΕΣΗ	ΧΩΡΑ	% ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ
1	Μεξικό	55,8
2	ΗΠΑ	54,2
3	Κορέα	44,9
4	Ελβετία	39,7
5	Ελλάδα	38,4
6	Αυστραλία	33
7	Πολωνία	30
8	Καναδάς	29,6
9	Πορτογαλία	29,4
10	Ουγγαρία	29,1
11	Ισπανία	28,8
12	Τουρκία	28,6
13	Σλοβακία	25,6
14	Φινλανδία	24
15	Αυστρία	23,8
16	Γερμανία	23,1
17	Ιταλία	22,8
18	Νέα Ζηλανδία	22,2
19	Ιρλανδία	21,7
20	Γαλλία	20,3
21	Σουηδία	18,3
22	Ισθλανδία	18
23	Ιαπωνία	17,3
24	Νορβηγία	16,4
25	Ην. Βασίλειο	12,7
26	Τσεχία	12,1
27	Λουξεμβούργο	9,1

Πηγή: OECD, Health Data 2008.

Ωστόσο, μέσω αυτής της ετερο-προσέγγισης του ελληνικού συστήματος υγείας, διαφαίνονται και μια σειρά από αλλαγές που πρέπει να γίνουν τόσο σε επίπεδο ιδεολογικής συγκρότησης όσο και σε επίπεδο πρακτικής, όπως:

- Η δαπάνη υγείας συνδέεται με την παραγωγικότητα ενός σημαντικού οικονομικού κλάδου και συμβάλλει στην ανάπτυξη της οικονομίας.

- Η λειτουργία ιδιωτικών δομών κάτω από ένα πλαίσιο κανόνων που θέτει η κεντρική διοίκηση, δεν συνιστά απειλή για το δημόσιο σύστημα υγείας.
- Η σπατάλη υπηρεσιών και πόρων δεν αποτελεί παράγοντα διεύρυνσης του δικαιώματος στη φροντίδα υγείας αλλά παράγοντα αποκλεισμού για τις μελλοντικές γενιές που θα κληθούν να διαχειριστούν και να χρηματοδοτήσουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης.
- Ο έλεγχος της κατανάλωσης των φροντίδων στη βάση επιστημονικών τεκμηρίων είναι απαραίτητος όχι με τη λογική των απορρίψεων αλλά με γνώμονα την εξασφάλιση της διαρκούς διαθεσιμότητας των φροντίδων για το κοινωνικό σύνολο με συνέπεια και συνέχεια σε βάθος χρόνου.

Τέλος, για τους μελετητές της πολιτικής υγείας γενικότερα, η ανάλυση του παρόντος βιβλίου αποκτά ξεχωριστό ενδιαφέρον εν όψει της ριζικής μεταρρύθμισης που σχεδιάζεται στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α., μετά την εκλογή του Μπαράκ Ομπάμα στον προεδρικό θώκο. Μετά από δεκαετίες σχεδιασμών και διαβουλεύσεων και κόντρα στα πανίσχυρα lobbies που δρουν στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού,⁴ φαίνεται πως έχει έρθει η ώρα για μια πλήρη στροφή στην υγειονομική πολιτική των Ηνωμένων Πολιτειών με μέτρα όπως:

- Καθολική ασφάλιση υγείας και οριστική αντιμετώπιση του προβλήματος των 50 εκατομμυρίων περίπου ανασφαλιστών.
- Αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης.⁵

Ωστόσο, η προσπάθεια, όπως διατυπώνεται σε πρόσφατη δήλωση του Προέδρου των Ηνωμένων Πολιτειών, «να προσφερθούν σε κάθε Αμερικανό ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, σε κόστος στο οποίο μπορεί να ανταπεξέλθει», η οποία παραπέμπει στην αντίστοιχη που επιχειρήθηκε προ μιας 15ετίας από τη Χίλαρυ Κλίντον, δεν φαντάζει εύκολη, καθώς, ήδη, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις ακόμα και στους κόλπους του Δημοκρατικού κόμματος.⁶

Εν κατακλείδι, η διεθνής πραγματικότητα των συστημάτων υγείας και οι διαρκείς μεταρρυθμίσεις, οι ομοιότητες και οι διαφορές του ελληνικού με το Αμερικάνικο σύστημα υγείας και η συγκυρία της απόπειρας στροφής του τελευταίου προς την καθολικότητα και τη δημόσια χρηματοδότηση, προσδίδουν ξεχωριστό ενδιαφέρον στο έργο των Bodenheimer και Grumbach.

Επιπλέον, ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα του έργου συνίσταται στη δομή του, καθώς τα κεφάλαια έχουν μια λογική αλληλουχία που ξεκινά από τις βασικές αρχές και καταλήγει στην εξειδίκευση προτάσεων σε επιμέρους πτυχές των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μια εισαγωγή στον πυρήνα του προβλήματος που δεν είναι άλλο από τη συνύπαρξη στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α. των αποκλεισμών από τη φροντίδα υγείας όσων δεν έχουν να πληρώσουν και των υπερβολών στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας για τους εύπορους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το σύστημα να είναι άδικο αλλά και δαπανηρό, όπως πολύ αναλυτικά παρουσιάζεται στο δεύτερο κεφάλαιο, το οποίο περιγράφει το χρηματοδοτικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και κυρίως τις πηγές των κεφαλαίων, αλλά και στο τρίτο κεφάλαιο, το οποίο αναδεικνύει το πρόβλημα των ανασφαλιστών, των οποίων η πρόσβαση στις διαθέσιμες φροντίδες είναι δυσχερής έως και ανύπαρκτη. Πέραν τούτου, στο ίδιο κεφάλαιο οι συγγραφείς υπογραμμίζουν το πρόβλημα της υπασφάλισης ομάδων του πληθυσμού, καθώς και την ύπαρξη άλλων εμποδίων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, μη οικονομικού χαρακτήρα.

Στη συνέχεια, η ανάλυση υπεισέρχεται σε περισσότερο τεχνικά ζητήματα όπως πχ οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί των υπηρεσιών υγείας και κυρίως οι τρόποι αποζημίωσης των υπηρεσιών (κεφάλαιο 4). Στο πλαίσιο αυτό, οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη εισαγωγής κινήτρων για την εξισορρόπηση της υπερβολικής με την ελλιπή φροντίδα υγείας. Στη συζήτηση αυτή για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, ιδιαίτερη θέση κατέχει το υπόδειγμα της κατά κεφαλήν αποζημίωσης στο πλαίσιο του Managed Care (κεφάλαιο 5).

Στα κεφάλαια που ακολουθούν, το ενδιαφέρον των συγγραφέων στρέφεται στα ζητήματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, με αφετηρία την παραδοσιακή διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την οποία ξεκινά η προσέγγιση του έκτου κεφαλαίου. Στο ίδιο κεφάλαιο, παρουσιάζεται συγκριτικά η «πειθαρχημένη δομή» του Βρετανικού Συστήματος, σε αντιδιαστολή με τον «πλουραλισμό» και την «ευελιξία» του μοντέλου των Ηνωμένων Πολιτειών. Στο έβδομο κεφάλαιο, το οποίο επίσης αφορά στην οργάνωση του συστήματος, παρουσιάζονται οι νέες δομές των υπηρεσιών υγείας με έμφαση στο θεσμό των Οργανισμών Υγείας (HMOs και PPOs) που αποτελούν ουσιαστικά τη βάση του Αμερικάνικου συστήματος Υγείας.

Στα κεφάλαια οκτώ και εννέα παρουσιάζονται μηχανισμοί για τον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας και δίδεται έμφαση στα προβλήματα της αναποτελεσματικής και ακατάλληλης φροντίδας, στο ρόλο

⁴ Σημειώνεται ότι έχει ήδη καταγραφεί αντίθεση προς τη σχεδιαζόμενη μεταρρύθμιση από τους ιατρούς, τις ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο επίκεντρο δε της κριτικής βρίσκεται το πολύ μεγάλο κόστος της, το οποίο εκτιμάται ότι θα αγγίξει τα 1,5 τρις. δολάρια την ερχόμενη δεκαετία, επιβαρύνοντας τους αμερικανούς φορολογουμένους. Επιπλέον, υποστηρίζεται –κυρίως από τους Ρεπουμπλικάνους– ότι με το σχέδιο Ομπάμα, υπονομεύεται η ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας.

⁵ Υπογραμμίζεται ότι τόσο οι Ρεπουμπλικανοί όσο και οι Δημοκρατικοί συμφωνούν στο ότι οι καταναλωτές πρέπει να πληρώνουν μέρος τουλάχιστον των δαπανών υγείας με επιβάρυνση των ατομικών τους εισοδημάτων, καθώς πλήρης κάλυψη με δημόσιες δαπάνες δεν προβλέπεται.

⁶ Ήδη η American Medical Association, προειδοποίησε τον Μπαράκ Ομπάμα για τις συνέπειες που θα έχει η στροφή προς ένα καθολικότερο σύστημα υγείας στο ύψος των ασφαλιστρών.

της καινοτομίας, στον έλεγχο επί των τιμών και των ποσοτήτων, και στην υιοθέτηση σφαιρικών προϋπολογισμών με αναφορά στην εμπειρία άλλων χωρών. Στη συνέχεια (κεφάλαιο δέκα) παρουσιάζεται αναλυτικά το πρόβλημα των χρονιάς πασχόντων τόσο στην οργανωτική όσο και στην οικονομική του διάσταση, απ' όπου είναι εμφανής η επίπτωση της απουσίας εκτεταμένων κοινωνικοασφαλιστικών προγραμμάτων.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του ενδέκατου κεφαλαίου, το οποίο αναφέρεται στην έννοια και τη σημασία της πρόληψης καθώς και στις σχετικές στρατηγικές και τα επιμέρους μοντέλα δράσης. Στο κεφάλαιο δώδεκα, η ανάλυση μετατοπίζεται στη σφαίρα της παροχής φροντίδων υγείας και ειδικότερα στο ζήτημα της ποιότητας. Εξετάζονται οι συνιστώσες μιας δέσμης υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιοτικής στάθμης και κατατίθενται συγκεκριμένες προτάσεις για την επίτευξή της.

Το επόμενο κεφάλαιο (δέκατο τρίτο) θίγει ένα πολύ λεπτό ζήτημα των υπηρεσιών υγείας, το οποίο συνίσταται στην δεοντολογία και τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν κατά την παροχή φροντίδων υγείας. Περίοπτη θέση στην ανάλυση των συγγραφέων για το ζήτημα αυτό κατέχουν οι περιορισμοί στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο της προσπάθειας για δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Στη συνέχεια, η συζήτηση αποκτά έναν υπερ-εθνικό χαρακτήρα, καθώς στο δέκατο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται η συγκριτική ανάλυση του χρηματοδοτικού και οργανωτικού πλαισίου των υπηρεσιών υγείας στη Γερμανία, τον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιαπωνία. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι και στις τέσσερις χώρες, ο έλεγχος των δαπανών υγείας είναι αποτελεσματικότερος, ενώ, ταυτόχρονα, η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τα αντίστοιχα δεδομένα για τις Η.Π.Α.

Το δέκατο πέμπτο κεφάλαιο αφορά στο πιο επίκαιρο θέμα της πολιτικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες: αυτό της διαμόρφωσης ενός εθνικού ασφαλιστικού προγράμματος υγείας. Παρουσιάζεται η φιλοσοφία και τα χαρακτηριστικά ενός τέτοιου προγράμματος, καθώς και οι σχετικές προσπάθειες του παρελθόντος για την υιοθέτησή του στις Η.Π.Α. Τα επόμενα δύο κεφάλαια αναφέρονται στους ρόλους των βασικών δρώντων στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α., στις συγκρούσεις και τις αντιθέσεις του παρελθόντος, καθώς και στις εξελίξεις στο θέμα του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας.

Το βιβλίο ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα της ανάλυσης που παρατίθενται στο δέκατο όγδοο κεφάλαιο και με το πολύ χρήσιμο από διδακτικής σκοπιάς τελευταίο κεφάλαιο με τα θέματα προς συζήτηση και τις σχετικές ερωτήσεις για περαιτέρω μελέτη.

* * *

Αναμφίβολα, τα παραπάνω θέματα συνθέτουν μια πλήρη και σε βάθος ανάλυση ενός συγκεκριμένου συστήματος υγείας με τρόπο που καθιστά εφικτές τις όποιες συγκρίσεις με άλλες χώρες και κατηγορίες συστημάτων υγείας. Το χαρακτηριστικό αυτό σε συνδυασμό με τον απλό αλλά τεκμηριωμένο τρόπο ανάλυσης των θεμάτων που πραγματεύεται ο τόμος, καθιστούν το συγκεκριμένο έργο, πολύτιμο εργαλείο μελέτης της πολιτικής υγείας.

Για όλους αυτούς τους λόγους, κρίθηκε σκόπιμη η απόδοση του εν λόγω τόμου στα ελληνικά, εγχείρημα όχι εύκολο, καθώς έπρεπε να γίνουν σημαντικές προσαρμογές στις έννοιες με τις οποίες το ελληνικό αναγνωστικό κοινό δεν έχει εξοικείωση. Ανεξάρτητα από τις απαιτήσεις του εγχειρήματος, είναι βέβαιο ότι το συγκεκριμένο βιβλίο έχει να προσφέρει σημαντικά εφόδια σε όλους όσους απευθύνεται. Στους φοιτητές, των οποίων τα ενδιαφέροντα κινούνται γύρω από το χώρο της υγείας, όπως των ιατρικών, των νοσηλευτικών και φαρμακευτικών σχολών, των προγραμμάτων πολιτικής, διοίκησης και οικονομικών της υγείας, κ.ά. Επίσης, στους επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων, είτε εργάζονται στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα, όπως επίσης και στους ερευνητές του χώρου, ανεξαρτήτως επιστημονικής αφετηρίας.

Η μετάφραση του έργου των Bodenheimer και Grumbach έρχεται να εμπλουτίσει την ελληνική βιβλιογραφία στο αντικείμενο της πολιτικής υγείας, φωτίζοντας μια ιδιότυπη εκδοχή συστήματος υγείας που τελεί υπό ριζικό ανασχεδιασμό. Η βασική του συμβολή συνίσταται στην ανάλυση μιας υγειονομικής πραγματικότητας, που είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη στον έλληνα αναγνώστη και η οποία μάλιστα αντιμετωπίζεται, ίσως δικαίως, με σοβαρές επιφυλάξεις. Ωστόσο, το ότι η ανάλυση επικεντρώνεται στο σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, δεν σημαίνει ότι δεν αντλούνται εμπειρίες και παραδείγματα άλλων χωρών, αφού, οι συγγραφείς εξ' αρχής τονίζουν την ανάγκη για σημαντικές τομές στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α. επικαλούμενοι διεθνείς καλές πρακτικές.

Τα παραπάνω καθιστούν το βιβλίο *Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας: μια κλινική προσέγγιση*, όχι απλά μία ακόμα συμβολή στη σχετική επιστημονική συζήτηση, αλλά, μία διαφορετική συμβολή, βασισμένη σε μία σχετικά νέα για το ελληνικό κοινό προσέγγιση και με σημείο αναφοράς ένα σύστημα υγείας που δεν έχει απασχολήσει αρκετά, τόσο τους «μυημένους» όσο και τους απλούς αναγνώστες.

Κυριάκος Σουλιώτης
Δρ. Πολιτικής και Οικονομικών της Υγείας
Λέκτορας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Εισαγωγή: το οξύμωρο της υπερβολής & της στέρησης

1

Η Louise Brown ήταν ηγίστρια με ιστορικό διαβήτη 25 χρόνων. Ο ιατρός της τής έδειξε πώς να παρακολουθεί τη γλυκόζη της στο σπίτι και ο διατροφολόγος της τη βοήθησε να ακολουθήσει μία διατροφή για διαβητικούς. Κατάφερε να έχει καλό έλεγχο του διαβήτη της. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ανακαλύφθηκε στα πηλασία των ετήσιων οφθαλμολογικών εξετάσεων και οι περιοδικές θεραπείες του αμφιβληστροειδούς χιτώνα της με λέιζερ απέτρεψαν την απώλεια της όρασης. Η κυρία Brown έζησε μέχρι τα 83 της χρόνια, ένα περιστατικό του συστήματος ιατρικής φροντίδας των Ηνωμένων Πολιτειών που είχε αίσιο τέλος.

Η Angela Martini μεγάλωσε στα πηλασία ενός προγράμματος στέγασης σε κεντρική περιοχή της πόλης της, ποτέ δεν έτυχε καλής εκπαίδευσης, έμεινε έγκυος στην εφηβεία της και ηαμβάνει χρηματική αρωγή από το δημόσιο ενώ φροντίζει τα τέσσερα παιδιά της. Η δική της κάλυψη Medicaid τής επιτρέπει να επισκέπτεται τον οικογενειακό της ιατρό για ετήσιες σωματικές εξετάσεις. Μία εξέταση στο στήθος εντόπισε μία ύποπτη βλάβη, η οποία κατόπιν βιοψίας αποδείχθηκε ότι ήταν καρκίνος. Παραπέμφθηκε σε έναν ειδικό χειρουργό για το στήθος, υπέστη μαστεκτομή, έκανε θεραπεία με ταμοξιφαίνη και είναι υγιής τα τελευταία 15 χρόνια.

Για τα άτομα με ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση που έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η συνδυασμένη εφαρμογή πρωτοβάθμιας και προληπτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας με την κατάλληλη εξειδικευμένη θεραπεία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ιατρική φροντίδα στον κόσμο. Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι μια ευλογημένη χώρα, γιατί έχει χιλιάδες καλά εκπαιδευμένων ιατρών, νοσοκόμων, φαρμακοποιών και άλλου προσωπικού ιατρικής φροντίδας, οι οποίοι ευσπλαχνικά προσφέρουν σύγχρονη φροντίδα υγείας σε ασθενείς που ζητούν τη βοήθειά τους. Αυτή είναι η εικόνα ενός συστήματος υγείας για το οποίο μπορούμε να υπερηφανευόμαστε. Τα περιστατικά που στέφθηκαν με επιτυχία, ωστόσο, αποτελούν μόνο τμήμα της πραγματικότητας της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

ΥΠΕΡΒΟΛΗ & ΣΤΕΡΗΣΗ

Το σύστημα φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει ονομαστεί «το οξύμωρο της υπερβολής και της στέρησης»

(Enthoven και Kronick, 1989). Μερικά άτομα λαμβάνουν πολύ λίγη φροντίδα επειδή είναι ανασφάλιστα, ανεπαρκώς ασφαλισμένα ή έχουν κάλυψη Medicaid, την οποία πολλοί ιατροί δεν δέχονται.

Τα επιδόματα Medicaid του James Jackson διακόπηκαν λόγω κρατικών περικοπών. Στην ηλικία των 34 χρόνων, εμφάνισε κοιλιαλγία αλλά δεν ζήτησε φροντίδα για 10 μέρες επειδή δεν είχε ασφάλεια και φοβόταν το κόστος της θεραπείας. Άρχισε να κάνει έμετο, εμφάνισε αδυναμία και τελικά μεταφέρθηκε σε μία αίθουσα επειγόντων περιστατικών από τον ξάδερφό του. Ο ιατρός διέγνωσε διατητραίνον έλκος με περιτονίτιδα και σπητικό σοκ. Η ασθένεια είχε συνεχιστεί για πάρα πολύ καιρό. Ο κύριος Jackson απεβίωσε πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Αν είχε λάβει άμεση ιατρική φροντίδα, πιθανόν η ασθένειά του να είχε θεραπευτεί.

Η Betty Yee ήταν μια γυναίκα 68 χρόνων με στηθάγχη, υψηλή αρτηριακή πίεση και διαβήτη. Ο συνολικός της λογαριασμός φαρμάκων που δεν καλύπτονταν από το δικό της πρόγραμμα Medicare ανερχόταν σε 200\$ το μήνα. Δεν μπορούσε να αντέξει οικονομικά τα φάρμακα, η αρτηριακή της πίεση βγήκε εκτός ελέγχου και υπέστη εγκεφαλικό. Η κυρία Yee πέρασε τα τελευταία μοναχικά χρόνια της σε ιδιωτική κλινική. Ήταν παράλυτη στη δεξιά πλευρά και δεν μπορούσε να μιλήσει.

Η Mary McCarthy έμεινε έγκυος αλλά δεν μπορούσε να βρει μαιευτήρα που θα δεχόταν την κάρτα Medicaid που είχε. Μετά από 7 μήνες, άρχισε να αισθάνεται οξείες πονοκεφάλους, πήγε στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών και βρέθηκε να έχει υπέρταση και προεκλαμψία. Γέννησε ένα θνησιγενές μωρό.

Ενώ μερικοί άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται, άλλοι λαμβάνουν υπερβολική φροντίδα που είναι ακριβή και μπορεί να είναι επιζήμια.

Στην ηλικία των 66 χρόνων, ο Daniel Taylor παρατήρησε ότι ξυπνούσε για να ουρήσει δύο φορές κάθε βράδυ. Το γεγονός αυτό δεν τον απασχόλησε πολύ. Ο οικογενειακός του ιατρός τον έστειλε σε έναν ουρολόγο, ο οποίος βρήκε ότι ο προστάτης του ήταν διογκωμένος (αν και δεν υπήρχαν ενδείξεις καρκίνου) και συνέστησε χειρουργική επέμβαση. Ο κύριος Taylor δεν ήθελε επέμβαση. Είχε

ένα φίλο με τα ίδια συμπτώματα του οποίου ο ουρολόγος είχε πει ότι η επέμβαση δεν χρειαζόταν. Εφόσον ο κύριος Taylor ποτέ δεν αμφισβήτησε τους ιατρούς, πραγματοποίησε την επέμβαση και μετά απ' αυτήν, έπαθε ακράτεια ούρων.

Η Consuelo Gonzalez είχε ένα μικρό πόνο στην πλάτη της που ανακουφίστηκε τελείως με ακεταμινοφαίνη χωρίς συνταγή ιατρού. Πήγε στον ιατρό απλά για να βεβαιωθεί ότι ο πόνος δεν ήταν τίποτα σοβαρό, και όντως δεν ήταν. Ο ιατρός έδωσε στην κυρία Gonzalez ένα ισχυρότερο φάρμακο, την ινδομεθακίνη, για να το παίρνει 3 φορές την ημέρα. Η ινδομεθακίνη προκάλεσε αιμορραγούν έλκος που χρειάστηκε παραμονή 9 ημερών στο νοσοκομείο με κόστος 17.000\$ στην ασφάλιση υγείας της.

Πολύ λίγη φροντίδα

Πάνω από 40 εκατομμύρια ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν έχουν ασφάλιση υγείας. Πολλοί είναι θύματα της μεταβαλλόμενης οικονομίας, η οποία μετατρέπεται από βιομηχανική οικονομία βασιζόμενη σε υψηλόμισθες, πλήρους απασχόλησης θέσεις εργασίας με καλές πρόσθετες παροχές, σε μια οικονομία παροχής τάξης, ιδιαίτερα για θέσεις εργασίας, που συχνά είναι μερικής απασχόλησης και έχουν περιορισμένα ή καθόλου οφέλη (Renner και Navarro, 1989). Τα δύο τρίτα των ανασφάλιστων συναντώνται σε οικογένειες μ' έναν εργαζόμενο ενήλικα. Η έλλειψη ασφάλισης δεν αποτελεί απλά πρόβλημα των φτωχών αλλά έχει γίνει επίσης φαινόμενο της μεσαίας τάξης, ιδιαίτερα για οικογένειες ανθρώπων που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή εργάζονται σε μικρές εγκαταστάσεις.

Η υπασφάλιση αποτελεί επίσης μείζον ζήτημα. Το 2002, το πρόγραμμα Medicare κάλυψε μόνο το 43% των εξόδων ιατρικής φροντίδας των ηλικιωμένων (Maxwell και άλλοι, 2002). Το 2001, το 29% των ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες με εισόδημα κάτω από το μέσο όρο είχαν πρόβλημα να εξοφλήσουν τους ιατρικούς τους λογαριασμούς, ακόμα κι αν είχαν ασφάλιση υγείας (Blendon και άλλοι, 2002).

Υπερβολική φροντίδα

Σύμφωνα με τον ειδικό των υπηρεσιών υγείας Robert Brook (1989):

...σχεδόν κάθε μελέτη που έχει υπεύθυνα αναζητήσει περιστατικά υπερβολικής χρήσης υπηρεσιών υγείας έχει ανακαλύψει ότι κάτι τέτοιο ισχύει και ουσιαστικά κάθε φορά τουλάχιστον διψήφια νούμερα έχουν βρεθεί. Αν κάποιος μπορούσε να πραγματοποιήσει μια εικασία με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, τότε ενδεχομένως το ένα τέταρτο των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο, το ένα τέταρτο των ιατρικών πράξεων και τα δύο πέμπτα της κατανάλωσης φαρμάκων θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. (Brook, 1989)

Σε μία αναφορά του 1998 γινόταν η εκτίμηση ότι το 20%-30% των ασθενών συνεχίζουν να λαμβάνουν φροντίδα που δεν είναι κατάλληλη (Schuster και άλλοι, 1998). Μία μελέτη του 2003 βρήκε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς σε μερικές περιοχές της χώρας λαμβάνουν κατά 60% περισσότερες υπηρεσίες- ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο, εξειδικευμένες διαγνωστικές και ιατρικές πράξεις- σε σχέση με παρόμοιους ασθενείς σε άλλες περιοχές. Οι ασθενείς που

λάμβαναν λιγότερες υπηρεσίες είχαν τους ίδιους δείκτες θνησιμότητας, την ίδια ποιότητα φροντίδας, την ίδια πρόσβαση στη φροντίδα και την ίδια ικανοποίηση μ' εκείνους που λάμβαναν περισσότερες υπηρεσίες (Fisher και άλλοι, 2003α και 2003β).

ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Απ' το 1980, βασικός στόχος της πολιτικής υγείας είναι η μείωση της υπερβολής στο σύστημα φροντίδας υγείας και όχι η αντιμετώπιση της στέρησης. Αυτή η επιλογή έγινε επειδή δόθηκε προτεραιότητα στις αυξανόμενες δαπάνες υγείας και όχι στην έλλειψη ασφάλισης υγείας. Η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρουσιάστηκε ως μία σειρά μέτρων που στόχευαν να μειώσουν το ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας και να προσφέρουν πιο κατάλληλες υπηρεσίες, εν μέρει μειώνοντας την υπερβολική φροντίδα.

Η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εκφράζει μία νέα σχέση ανάμεσα στους αγοραστές, τους ασφαλιστικούς φορείς - πληρωτές και τους παρόχους φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (βλ. Κεφάλαιο 16). Κατά παράδοση, οι οργανωμένοι αγοραστές φροντίδας υγείας (ιδιαίτερα οι εργοδότες που πληρώνουν για την ιατρική φροντίδα των υπαλλήλων τους) κατέβαλαν ένα ασφαλιστρο σε έναν ασφαλιστικό φορέα και ο ασφαλιστικός φορέας κάλυπτε τη δαπάνη του ατόμου ή του φορέα παροχής φροντίδας υγείας (ιατρού, νοσοκομείου, πρακτορείου που εξασφάλιζε υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακείου). Στα πλαίσια αυτού του συστήματος, ο ιατρός ενός ασθενούς αποφάσιζε πόση φροντίδα θα λάμβανε ο ασθενής, τι είδους φροντίδα και από ποια άτομα και τα άτομα αυτά συχνά αποφάσιζαν μόνα τους πόσο να χρεώσουν. Οι ασφαλιστικοί φορείς απλά πλήρωναν τους λογαριασμούς και αν οι λογαριασμοί ήταν πολύ υψηλοί, οι ασφαλιστικοί φορείς με τη σειρά τους χρέωναν υψηλότερα ασφαλιστρα στους αγοραστές υπηρεσιών υγείας τον επόμενο χρόνο.

Στα πλαίσια της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, οι αγοραστές και οι ασφαλιστικοί φορείς δεν γράφουν πλέον απλά επιταγές αλλά συμμετέχουν σε αποφάσεις που αφορούν στην ποσότητα της φροντίδας που λαμβάνει ένας ασθενής, στο είδος της φροντίδας και στα άτομα που την παρέχουν. Επιπροσθέτως, οι αγοραστές και οι ασφαλιστικοί φορείς αποφασίζουν πόσα χρήματα θα λαμβάνουν οι φορείς/άτομα παροχής υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα χρήματα θα καταβάλλονται.

Η κατανόηση της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί γνώση πολλών βασικών στοιχείων της πολιτικής υγείας που αναλύονται σ' αυτό το βιβλίο. Ιδιαίτερα σχετικά με την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι τα Κεφάλαια 4 και 5 (τα οποία εξηγούν τον τρόπο με τον οποίο πληρώνονται οι ιατροί και τα νοσοκομεία), τα Κεφάλαια 6 και 7 (τα οποία περιγράφουν αλλαγές στην οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας), το Κεφάλαιο 9 (το οποίο αναλύει τον τρόπο με τον οποίο η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη επιδρά στις δαπάνες υγείας) και το Κεφάλαιο 16 (το οποίο προσφέρει μια ιστορική περιγραφή των διακυμάνσεων της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης).

Η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μοιάζει λίγο με τον τυφλό και τον ελέφαντα. Η μπροστινή πλευρά

του ελέφαντα δίνει την αίσθηση κοφτερών χαυλιόδοντων στον τυφλό, κάτω από την προβοσκίδα δίνεται η αίσθηση ταλαντευόμενου λάστιχου και κοντά στο πίσω πόδι ο ελέφαντας δίνει την αίσθηση κορμού δέντρου. Ανάλογα με την πλεονεκτική θέση του καθενός, η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρουσιάζεται διαφορετική σε διαφορετικούς ανθρώπους.

Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, το οποίο κυμαίνεται από την ύψιστης ποιότητας και πιο ανθρώπινη θεραπεία των ατόμων με περίπλοκες ασθένειες μέχρι την απόρριψη των πολύ άρρωστων ανθρώπων λόγω του ότι δεν μπορούν να πληρώσουν, από καλοσχεδιασμένα πρωτόκολλα για την πρόληψη της ασθένειας μέχρι ακατάλληλες και υψηλού κινδύνου χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται σε μη ενημερωμένους ασθενείς. Ενώ στις προηγούμενες δύο δεκαετίες έλαβαν χώρα μεγάλες ανακατατάξεις στον τομέα της φροντίδας υγείας, μία βασική αλήθεια παραμένει: οι Ηνωμένες Πολιτείες ακόμα έχουν το λιγότερο καθολικό και πιο ακριβό σύστημα ιατρικής φροντίδας στον εκβιομηχανισμένο κόσμο (Starfield, 2000).

Πολλοί άνθρωποι βλέπουν το υψηλό κόστος της φροντίδας και την έλλειψη καθολικής πρόσβασης ως δείκτες σοβαρών αδυναμιών στο σύστημα φροντίδας υγείας. Το 2001, μόνο το 18% των ανθρώπων στις Ηνωμένες Πολιτείες πίστευαν ότι το σύστημα λειτουργούσε καλά, ενώ ότι το 79% πίστευαν ότι το σύστημα χρειαζόταν βασικές αλλαγές ή μια γενική και ολοκληρωμένη αναθεώρηση. Το 21% των Αμερικανών αντιμετώπισαν πρόβλημα στην πληρωμή ιατρικών λογαριασμών το 2001, σε σύγκριση με το 7% των Καναδών και το 3% των πολιτών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Blendon και άλλοι, 2002).

ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Προκειμένου να διορθωθούν οι αδυναμίες του συστήματος φροντίδας υγείας, ενώ παράλληλα να διαφυλαχθούν τα δυνατά του σημεία, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε

τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα. Πώς χρηματοδοτείται η φροντίδα υγείας; Ποιες είναι οι αιτίες και οι συνέπειες της ελλιπούς πρόσβασης στη φροντίδα; Πώς πληρώνονται οι ιατροί και ποια είναι η επίδραση του τρόπου αμοιβής στις δαπάνες υγείας; Πώς οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και πώς ενισχύεται η ποιότητα της φροντίδας; Δίνεται επαρκής προσοχή και ποιές είναι οι διαφορετικές στρατηγικές για την πρόληψη της ασθένειας;

Πώς μπορούν να λυθούν τα προβλήματα της φροντίδας υγείας; Είναι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη η απάντηση; Μπορούν οι δαπάνες να ελεγχθούν κατά τρόπο που δεν περιορίζει την πρόσβαση; Μπορεί η πρόσβαση να διερευνηθεί κατά τρόπο που δεν αυξάνονται οι δαπάνες; Πώς το έχουν κάνει οι άλλες χώρες ή επιχειρήσαν να το κάνουν; Με ποιον τρόπο θα μπορούσε να αλλάξει το σύστημα ιατρικής φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες στο μέλλον;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blendon RJ et al: Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff* 2002;21(3):182.
- Brook RH: Practice guidelines and practicing medicine. *JAMA* 1989;262:3027.
- Enthoven A, Kronick R: A consumer-choice health plan for the 1990s. *N Engl J Med* 1989;320:29.
- Fisher ES et al: The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003a;138:273.
- Fisher ES et al: The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003b;138:288.
- Maxwell S et al: Modernizing Medicare's Cost-Sharing. New York: The Commonwealth Fund, November 2002.
- Renner C, Navarro V: Why is our population of uninsured and underinsured persons growing? The consequences of the "de-industrialization" of the United States. *Int J Health Serv* 1989; 19:433.
- Schuster M et al: How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998;76:517.
- Starfield B: Is U.S. health really the best in the world? *JAMA* 2000; 284:483.

Οι υπηρεσίες υγείας δεν παρέχονται δωρεάν. Κάποιοι πρέπει να πληρώσει. Αλλά με ποιόν τρόπο; Ο κάθε άνθρωπος πληρώνει όταν λαμβάνει φροντίδα; Καταβάλλουν οι άνθρωποι μικρά ποσά εκ των προτέρων ούτως ώστε η φροντίδα τους να αποζημιωθεί όταν τη χρειαστούν; Όταν ένας άνθρωπος πληρώνει εκ των προτέρων, θα μπορούσαν τα χρήματα αυτά να χρησιμοποιηθούν για φροντίδα που παρέχεται σε κάποιον άλλον; Αν συμβαίνει αυτό, ποιος πρέπει να πληρώσει και πόσα πρέπει να πληρώσει;

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έφτασε στην παρούσα της κατάσταση μέσα από μια σειρά κοινωνικών παρεμβάσεων. Η κάθε παρέμβαση έδωσε λύση σ' ένα πρόβλημα αλλά με τη σειρά της δημιούργησε τα δικά της προβλήματα, τα οποία απαιτούν περαιτέρω παρέμβαση. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθεί η ιστορική εξέλιξη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

ΤΡΟΠΟΙ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι τέσσερις βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι η άμεση πληρωμή, η ατομική ιδιωτική ασφάλιση, η ομαδική ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη και η κρατική χρηματοδότηση (Πίνακας 2-1). Αυτοί οι τέσσερις τρόποι αποτυπώνουν τόσο την ιστορική εξέλιξη όσο και την υφιστάμενη κατηγοριοποίηση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Άμεσες πληρωμές

Ο Fred Farmer έσπασε το πόδι του το 1904. Ο γιος του έτρεξε 4 μίλια για να φέρει το ιατρό, ο οποίος ήρθε στη φάρμα για να βάλει το πόδι σε νάρθηκα. Ο Fred έδωσε στο ιατρό δύο κοτόπουλα για να πληρώσει την επίσκεψη. Ο διατέγγονός του, ο Ted, ο οποίος είναι ανασφάλιστος, έσπασε το πόδι του το 2004. Τον πήγαν με το αυτοκίνητο στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών, όπου ο ιατρός έδωσε εντολή για ακτινογραφία και κάλεσε ορθοπαιδικό ο οποίος έβαλε το πόδι στο γύψο. Το κόστος ήταν 870\$.

Το δέκατο ένατο αιώνα, άνθρωποι όπως ο Fred Farmer πλήρωναν τους ιατρούς και άλλους παρόχους ιατρικής φροντίδας τοις μετρητοίς ή σε είδος. Το πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, η άμεση πληρωμή τοις μετρητοίς αποτελούσε την πιο κοινή μέθοδο εξόφλησης. Αυτός είναι ο πιο απλός τρόπος χρηματοδότησης -άμεση αγορά αγαθών και υπηρεσιών από τον καταναλωτή (Σχήμα 2-1).

Οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες αποκτούν τα περισσότερα καταναλωτικά είδη, από συσκευές DVD μέχρι κούρεμα μαλλιών, με άμεσες πληρωμές. Αυτό δεν ισχύει με την ιατρική φροντίδα και κάποιος μπορεί να ρωτήσει γιατί συμβαίνει αυτό. Οικονομολόγοι όπως ο Robert Evans (1984) και ο Kenneth Arrow (1963) έχουν αναλύσει τους λόγους για τους οποίους η ιατρική φροντίδα δεν θεωρείται απλά άλλο ένα συνηθισμένο καταναλωτικό αγαθό.

ΑΝΑΓΚΗ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΠΟΛΥΤΕΛΕΙΑΣ

Ενώ μια συσκευή DVD θεωρείται πολυτέλεια, η ιατρική φροντίδα θεωρείται βασική ανθρώπινη ανάγκη από τους περισσότερους ανθρώπους.

Για 2 εβδομάδες, η Marina Perez υποφέρει από κοιλιακή αιμορραγία και αισθάνεται ζαλάδα. Δεν έχει ασφάλιση και τρομοκρατείται από τη σκέψη ότι η ιατρική φροντίδα ίσως εξανεμίσει τις οικονομίες της των 250\$. Μαζεύει με δυσκολία 75\$ για να επισκεφθεί τον ιατρό της, ο οποίος βρίσκει ότι η αρτηριακή της πίεση πέφτει στα 90/50 mm Hg όταν στέκεται όρθια και ότι ο αιματοκρίτης της είναι 26%. Ο ιατρός τηλεφωνεί στην αδελφή της Marina, τη Juanita για να την πάει με το αυτοκίνητο στο νοσοκομείο. Η Marina μπαίνει στο αυτοκίνητο και λέει στη Juanita να την πάει σπίτι.

Αν η ιατρική φροντίδα αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, τότε οι άνθρωποι που δεν μπορούν να την αντέξουν οικονομικά πρέπει να έχουν διαθέσιμο ένα μηχανισμό πληρωμής, ο οποίος να μην βασίζεται σε άμεσες πληρωμές.

ΜΗ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Ενώ η αγορά μίας συσκευής DVD είναι θέμα επιλογής και η τιμή είναι γνωστή στον αγοραστή, η ανάγκη για υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας και το κόστος αυτών δεν μπορούν να προβλεφθούν. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν ξέρουν αν ή τότε μπορεί να αρρωστήσουν ή να τραυματιστούν σοβαρά ή ποιο θα είναι το κόστος της φροντίδας.

Ο Jake έχει πονοκέφαλο και επισκέπτεται τον ιατρό αλλά δεν γνωρίζει αν ο πονοκέφαλος θα κοστίσει 75\$ για μία επίσκεψη στον ιατρό και την τιμή από ένα μπουκάλι ασπιδίνης, 1.200\$ για μια μαγνητική τομογραφία ή 70.000\$ για χειρουργική επέμβαση και θεραπεία με ακτινοβολία για όγκο στον εγκέφαλο.

Πίνακας 2-1. Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας το 2002.

Τύπος Πληρωμής	Ποσοστό Προσωπικών Δαπανών Ιατρικής Φροντίδας
Άμεση πληρωμή	16%
Ατομική ιδιωτική ασφάλιση	3%
Ιδιωτική Ασφάλιση από τον εργοδότη	33% ^α
Άλλα ιδιωτικά κεφάλαια	4%
Κυβερνητική χρηματοδότηση	44%
Σύνολο	100%

Κύρια Πηγή Κάλυψης	Ποσοστό του Πληθυσμού
Ανασφάλιστοι	15%
Ατομική ιδιωτική ασφάλιση	3%
Ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη	55%
Κυβερνητική χρηματοδότηση	27%
Σύνολο	100%

^α Αυτό περιλαμβάνει ιδιωτική ασφάλιση που αποκτάται από ομοσπονδιακούς, κρατικούς και τοπικούς υπαλλήλους που αγοράζεται εν μέρει από φόρους κεφαλαίων.

Για τις άμεσες πληρωμές, το ποσοστό των δαπανών είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό του ανασφάλιστου πληθυσμού επειδή τα δολάρια που καταβάλλονται εκείνη τη στιγμή καταβάλλονται όχι μόνο από τους ανασφάλιστους αλλά και από τους ασφαλισμένους με τη μορφή αφαιρετέων δαπανών, συνεισφορών και πληρωμών για μη καθυπτόμενες υπηρεσίες. Επειδή η ιδιωτική ασφάλιση τείνει να καλύπτει υγιέστερους ανθρώπους, το ποσοστό των δαπανών είναι πολύ μικρότερο απ' το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται. Οι δημόσιες δαπάνες είναι πολύ μεγαλύτερες ανά κάτοικο επειδή οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρίες είναι συγκεντρωμένοι στα δημόσια προγράμματα Medicare και Medicaid.

Πηγές δεδομένων: Levit K et al: Health pending rebound continues in 2002. Health Affairs 2004; 23 (1): 147, και U.S. Census Bureau: Health Insurance Coverage in the United States, 2002; p. 60-223, September 2003.

Η μη προβλεψιμότητα πολλών αναγκών για φροντίδα υγείας καθιστά δύσκολο τον προγραμματισμό αυτών των δαπανών. Τα ιατρικά έξοδα που συνδέονται με σοβαρή ασθένεια ή σοβαρό τραυματισμό συνήθως υπερβαίνουν τις οικονομίες μίας οικογένειας της μεσαίας τάξης.

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Σε αντίθεση με τον αγοραστή μίας συσκευής DVD, ένας άνθρωπος που έχει ανάγκη ιατρικής φροντίδας μπορεί να γνωρίζει λίγα πράγματα για το τί αγοράζει την ώρα που έχει ανάγκη τη φροντίδα.

Η Jenny εμφανίζει οξεία κοιλιαλγία και πηγαίνει στο νοσοκομείο για να αναζητήσει φάρμακο για τον πόνο αυτό. Ο ιατρός της λέει ότι πάσχει από οξεία χολοκυστίτιδα ή διατητράινον έλκος και συστήνει νοσοκομειακή περίθαλψη, υπερηχογράφημα της κοιλίας και ανώτερες ενδοσκοπικές εξετάσεις. Η Jenny, η οποία είναι ξαπλωμένη σε ένα φορείο, κρατάει σφιχτά την κοιλιά της με

το ένα της χέρι, ενώ το άλλο της χέρι ξεφυλλίζει ένα βιβλίο εσωτερικής παθολογίας, για να αποφασίσει αν πραγματικά χρειάζεται αυτές τις υπηρεσίες και μήπως θα έπρεπε αυτή να είχε φέρει μαζί της ένα αντίγραφο του Consumer Reports για να μάθει από πού να αγοράσει τις υπηρεσίες αυτές σε χαμηλότερη τιμή.

Η φροντίδα υγείας αποτελεί το πιο βασικό παράδειγμα ασυμμετρίας πληροφόρησης ανάμεσα στους παρόχους και τους καταναλωτές (Evans, 1984). Ένας ασθενής με κοιλιαλγία δεν είναι σε θέση να αμφισβητήσει έναν ιατρό, ο οποίος δίνει εντολή για εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφίες ή χειρουργική επέμβαση. Όταν η ιατρική φροντίδα είναι προαιρετική, οι ασθενείς μπορούν να ζυγίσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών επιλογών θεραπείας αλλά ακόμα κι έτσι, οι συστάσεις μπορεί να επηρεάζονται από τις 'πίεσεις' του ιατρού που παρέχει τις πληροφορίες. Σε σύγκριση με την εκούσια απαίτηση για συσκευές DVD (ωστόσο πρόκειται για επιρροή της διαφήμισης), η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες είναι εν μέρει ακούσια και συχνά ξεκινά από τους ιατρούς παρά από τους καταναλωτές.



Σχήμα 2-1. Η απευθείας πληρωμή γίνεται απευθείας από τον ασθενή στον πάροχο.

Γι' αυτούς τους λόγους μεταξύ άλλων, οι άμεσες πληρωμές θεωρούνται ελλιπείς ως κυρίαρχη μέθοδος πληρωμής των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας. Επειδή η άμεση αγορά υπηρεσιών υγείας έγινε όλο και πιο δύσκολη για τους καταναλωτές και δεν κάλυπτε την ανάγκη πληρωμής των νοσοκομείων και των ιατρών, προέκυψε η ασφάλιση υγείας.

Ατομική ιδιωτική ασφάλιση

Ο Bud Carpenter είναι εθελούργος επαγγελματίας. Πρόσφατα αγόρασε ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας από τον ασφαλιστικό του πράκτορα για την οικογένειά του. Προκειμένου να εξοφλήσει το μηνιαίο ασφαλιστικό των 300\$, έπρεπε να κάνει κάποιες επιπλέον δουλειές τα σαββατοκύριακα και το αφαιρετέο ποσό των 2.000\$ σήμαινε ότι ακόμα θα έπρεπε να πληρώσει ένα σημαντικό ποσό των ιατρικών δαπανών της οικογένειάς του άμεσα. Ο κύριος Carpenter προτίμησε να εξοφλήσει αυτά τα έξοδα παρά να ρισκάρει να ξοδέψει, σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας, τα χρήματα που είχε αποταμιεύσει για την πανεπιστημιακή εκπαίδευση των παιδιών του. Όταν ο γιος του αρρώστησε από πνευμονία και ο λογαριασμός του νοσοκομείου έφτασε τα 80.000\$, ο κύριος Carpenter εκτίμησε την αξία της ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, δυσχεράστηκε όταν διάβασε ένα άρθρο σε εφημερίδα το οποίο κατέτασσε την ασφαλιστική του εταιρεία ανάμεσα σ' εκείνες που ξόδευαν κατά μέσο όρο λιγότερα από 50 σεντς για τις υπηρεσίες υγείας για κάθε δοσάριο που μαζευόταν σε ασφάλιστρα.

Με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ένας τρίτος συμβαλλόμενος, ο ασφαλιστής, προστίθεται στον ασθενή και τον πάροχο ιατρικής φροντίδας, που είναι οι δύο βασικοί συμβαλλόμενοι στη συναλλαγή που αφορά στη φροντίδα υγείας. Ενώ ο άμεσος τρόπος πληρωμής περιορίζεται σε μία απλή οικονομική συναλλαγή, η ιδιωτική ασφάλιση απαιτεί δύο συναλλαγές - μία πληρωμή ασφαλιστήριου από τον ενδιαφερόμενο σε ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα (που μερικές φορές ονομάζεται πρόγραμμα υγείας) και μία εξόφληση από το ασφαλιστικό πρόγραμμα στον πάροχο (Σχήμα 2-2). (Με ασφάλιση αστικής ευθύνης, η διαδικασία απαιτεί τρεις συναλλαγές - το ασφαλιστήριο από τον ενδιαφερόμενο στον ασφαλιστή, την πληρωμή από τον ενδιαφερόμενο στον πάροχο και την εξόφληση από τον ασφαλιστή στον ενδιαφερόμενο. Για λόγους απλοποίησης, η ασφάλιση υγείας θα αντιμετωπιστεί εδώ ως εξόφληση από το ασφαλιστικό πρόγραμμα στον πάροχο.) Στην Ευρώπη του δέκατου ένατου αιώνα, τα επιθυμητά ωφέλιμα κεφάλαια δημιουργούνταν από τις συντεχνίες, τις βιομηχανίες και τα ταμεία αλληλοβοήθειας. Σε ανταπόδοση της πληρωμής ενός μηνιαίου ποσού, οι άνθρωποι λάμβαναν χρηματική αρωγή σε περίπτωση ασθένειας. Αυτή η πρώτη

μορφή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αναπτύχθηκε αργότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στα πρώτα χρόνια του εικοστού αιώνα, Ευρωπαίοι μετανάστες ίδρυσαν μερικούς μικρούς φιλανθρωπικούς οργανισμούς σε πόλεις των Ηνωμένων Πολιτειών για να παρέχουν επιδόματα ασθένειας στα μέλη τους. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, δύο εταιρείες εμπορικής ασφάλισης, η Metropolitan Life και η Prudential, συγκέντρωναν 10-25 σεντς την εβδομάδα από εργάτες για ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής που επίσης κάλυπταν κηδείες και τα έξοδα μιας ασθένειας τελικού σταδίου. Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια πληρώνονταν από τους ενδιαφερόμενους σε εβδομαδιαία βάση και έτσι πάρα πολλοί ασφαλιστικοί πράκτορες έπρεπε να επισκεφθούν τους πελάτες τους για να συγκεντρώσουν τα ασφάλιστρα όσο το δυνατόν πιο σύντομα έπειτα από την ημέρα πληρωμής τους. Λόγω των υπέρογκων διοικητικών εξόδων, η ατομική ασφάλιση υγείας ποτέ δεν έγινε κυρίαρχη μέθοδος πληρωμής της φροντίδας υγείας (Starr, 1982). Σήμερα, τα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια παρέχουν ασφάλιση υγείας μόνο στο 3% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών (βλ. Πίνακα 2-1).

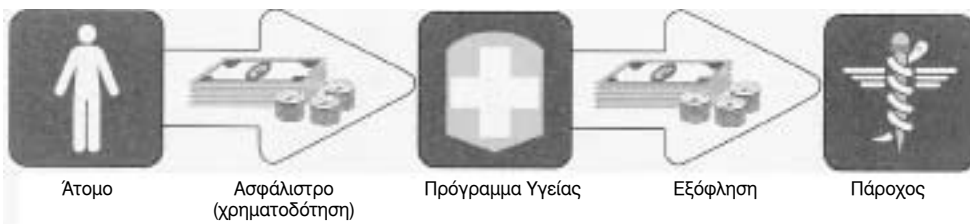
Ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη

Η Betty Lerner και οι δάσκαλοι συνάδελφοί της πηήρωναν ο καθένας 6\$ το χρόνο στο Νοσοκομείο Prepaid το 1929. Η κυρία Lerner έπαθε καρδιακή προσβολή και νοσηλεύτηκε δωρεάν. Τον επόμενο χρόνο, το Νοσοκομείο Prepaid έχτισε καινούρια πτέρυγα και αύξησε την προπληρωμή των δασκάλων σε 12\$.

Η Rose Riveter συνταξιοδοτήθηκε το 1961. Το ασφαλιστήριο υγείας της για τη φροντίδα από νοσοκομείο και ιατρό, που προηγουμένως πληρωνόταν από τον εργοδότη της, ήταν 25\$ το μήνα. Όταν τηλεφώνησε στην ασφαλιστική εταιρεία για να αποκτήσει ατομική κάλυψη, της είπαν ότι τα ασφάλιστρα στην ηλικία των 65 χρόνων στοιχίζουν 70\$ το μήνα. Δεν μπορούσε να αντέξει οικονομικά την ασφάλιση και αναρωτήθηκε τί θα συνέβαινε σε περίπτωση που αρρώσταινε.

Η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν αποτέλεσμα της αυξανόμενης αποτελεσματικότητας καθώς και των αυξανόμενων δαπανών της νοσοκομειακής φροντίδας. Τα νοσοκομεία έπαψαν να είναι μέρη στα οποία μόνο πέθαιναν άνθρωποι· σ' αυτά οι ασθενείς μπορούσαν και να θεραπευτούν. Όμως, πολλοί ασθενείς δεν μπορούσαν να πληρώσουν τη νοσοκομειακή φροντίδα και το γεγονός αυτό σήμαινε ότι τα νοσοκομεία δεν μπορούσαν να προσελκύσουν «πελάτες».

Το 1929, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Baylor συμφώνησε να παρέχει μέχρι 21 ημέρες νοσοκομειακής φροντίδας



Σχήμα 2-2. Ατομική ιδιωτική ασφάλιση. Ένα τρίτο μέρος, το ασφαλιστικό πρόγραμμα (πρόγραμμα υγείας) προστίθεται, χωρίζοντας την πληρωμή σε μια συνιστώσα χρηματοδότησης και μια συνιστώσα εξόφλησης.

σε 1.500 δασκάλους του Ντάλας όπως η Betty Lerner, αν αυτοί πλήρωναν στο νοσοκομείο 6\$ ανά άτομο το χρόνο. Καθώς η Μεγάλη Κρίση, γνωστή και ως κραχ, γινόταν όλο και πιο σοβαρή και η χρησιμοποίηση των ιδιωτικών νοσοκομείων το 1931 έπεσε στο 62%, παρόμοια ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα με βάση το νοσοκομείο έγιναν δημοφιλή. Αυτά τα προγράμματα (που προηγήθηκαν των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας – Health Maintenance Organizations, HMOs) περιόρισαν τη φροντίδα σ' ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο. Η Ένωση Αμερικανικών Νοσοκομείων βασίστηκε σ' αυτήν την κίνηση προπληρωμής και καθιέρωσε σε όλη τη χώρα τα προγράμματα νοσοκομειακής ασφάλισης Blue Cross που επέτρεπαν ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου. Μέχρι το 1940, 39 προγράμματα Blue Cross που ελέγχονταν από τη βιομηχανία των ιδιωτικών νοσοκομείων είχαν εγγράψει πάνω από 6 εκατομμύρια ανθρώπους. Η Μεγάλη Κρίση μείωσε το ποσό που μπορούσαν να πληρώσουν οι ασθενείς στους ιατρούς άμεσα και το 1939 ο Ιατρικός Σύλλογος της Καλιφόρνια ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα Blue Shield για να καλύψει τις υπηρεσίες των ιατρών. Αυτά τα προγράμματα που ελέγχονταν από κρατικούς ιατρικούς συλλόγους ακολούθησαν το πρόγραμμα Blue Cross και άρχισαν να εφαρμόζονται σ' όλη τη χώρα (Starr, 1982, Fein, 1986).

Σε αντίθεση με την ανάπτυξη της ασφάλισης υγείας που υποκινούνται από τους καταναλωτές στις ευρωπαϊκές χώρες, η κάλυψη στις Ηνωμένες Πολιτείες άρχισε από παρόχους ιατρικής φροντίδας που αναζητούσαν σταθερή πηγή εισοδήματος. Ο έλεγχος των νοσοκομείων και των ιατρών στα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield, που αποτελούσαν πολύ σημαντικό τομέα της βιομηχανίας ασφαλειών υγείας, εγγυόταν ότι η εξόφληση θα ήταν γενναιοδωρή και ότι ο έλεγχος των δαπανών θα παρέμενε δευτερεύον ζήτημα (Starr, 1982, Law, 1974).

Η ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών ασφαλειών από τους εργοδότες προκλήθηκε από ένα ιστορικό ατύχημα. Κατά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, οι έλεγχοι στους μισθούς και τις τιμές απέτρεψαν τις εταιρείες από το να αυξήσουν τους μισθούς αλλά επέτρεψαν την αύξηση των επιπλέον παροχών στους εργαζομένους. Με έλλειψη εργαζομένων, οι εταιρείες που συναγωνίζονταν για εργάτες άρχισαν να προσφέρουν ασφάλιση υγείας σε υπαλλήλους όπως η Rose Riveter ως επιπλέον παροχή. Μετά τον πόλεμο, τα σωματεία βασίστηκαν σ' αυτήν την τάση και διαπραγματεύονταν επιδόματα υγείας. Τα αποτελέσματα ήταν συγκλονιστικά: η εγγραφή σε ομαδικά προγράμματα νοσοκομειακής ασφάλισης αυξήθηκε από 12 εκατομμύρια το 1940 σε 142 εκατομμύρια το 1988.

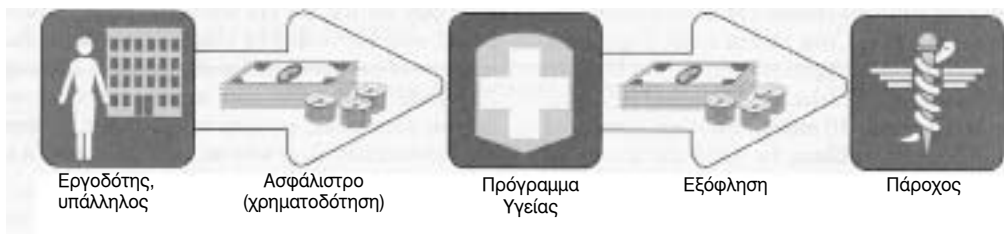
Με την ασφάλιση υγείας απ' τον εργοδότη, οι εργοδότες συνήθως πληρώνουν το μεγαλύτερο μέρος του ασφαλιστρού

που αγοράζει την ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους τους (Σχήμα 2-3). Όμως, αυτή η ροή χρημάτων δεν είναι τόσο απλή όσο φαίνεται. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θεωρεί τις πληρωμές των ασφαλιστρών των εργοδοτών ως φορολογικώς απαλλασσόμενη επιχειρηματική δαπάνη. Η κυβέρνηση δεν αντιμετωπίζει την επιπλέον παροχή της ασφάλισης υγείας ως φορολογητέο εισόδημα για τον εργαζόμενο, ακόμα κι αν η πληρωμή των ασφαλιστρών θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως μορφή εισοδήματος των υπαλλήλων. Επειδή το κάθε δολάριο του ασφαλιστρού της ασφάλισης υγείας, που χρηματοδοτείται από τον εργοδότη καταλήγει σε μείωση στους φόρους που συγκεντρώνονται, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση στην ουσία επιδοτεί την ασφάλιση υγείας η οποία χρηματοδοτείται από τον εργοδότη. Αυτή η επιδότηση είναι τεράστια και εκτιμάται στα 100 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο (Fact. Sheet. Employee Benefit Research Institute, EMBRI 2003).

Η αύξηση των ασφαλειών υγείας από τον εργοδότη προσέλαυσε εταιρείες εμπορικής ασφάλισης στον τομέα της ιατρικής φροντίδας για να ανταγωνιστεί τα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield για πελάτες. Οι εμπορικοί ασφαλιστές άλλαξαν ολόκληρη τη δυναμική της ασφάλισης υγείας. Η νέα δυναμική ονομάστηκε εμπειρική κοστολόγηση ασφαλιστρών. (Η ακόλουθη αναφορά στην εμπειρική κοστολόγηση ασφαλιστρών μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την ατομική ιδιωτική ασφάλιση και για την ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη.)

Η Ασφαλιστική Εταιρεία Healthy ασφαλίζει τρεις ομάδες ανθρώπων - μία νεαρής ηλικίας υγιή ομάδα διευθυντών τραπεζής, μία μεγαλύτερης ηλικίας υγιή ομάδα οδηγών φορτηγών και μία μεγαλύτερης ηλικίας ομάδα ανθρακωρύχων με υψηλό ποσοστό χρόνιας ασθένειας. Υπό το καθεστώς της εμπειρικής κοστολόγησης ασφαλιστρών, η Healthy καθορίζει τα ασφάλιστρό της με βάση την εμπειρία της κάθε ομάδας στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επειδή οι διευθυντές τραπεζής σπάνια κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, ο καθένας πληρώνει ασφάλιστρο 200\$ το μήνα. Επειδή οι οδηγοί φορτηγών είναι μεγαλύτεροι, ο κίνδυνος να αρρωστήσουν είναι μεγαλύτερος και το ασφάλιστρό τους είναι 400\$ το μήνα. Οι ανθρακωρύχοι, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά της ασθένειας των «μαύρων πνευμόνων» (η ηγούμενη πνευμονοκοκκίωση των ανθρακωρύχων) χρεώνονται ασφάλιστρο 600\$ το μήνα. Το μέσο εισόδημα από ασφάλιστρα για τη Healthy είναι 400\$ ανά μέλος το μήνα.

Η Blue Cross ασφαλίζει τις ίδιες τρεις ομάδες και χρειάζεται τα ίδια 400\$ ανά μέλος το μήνα για να καλύψει την ιατρική φροντίδα και τα διοικητικά έξοδα γι' αυτές



Σχήμα 2-3. Ιδιωτική ασφάλεια από τον εργοδότη. Εκτός από την απευθείας επιχορήγηση από τον εργοδότη οι έμμεσες κυβερνητικές επιχορηγήσεις λαμβάνουν χώρα μέσω του αφορολόγητου των εισφορών για τα επιδόματα ασφάλισης υγείας.

τις ομάδες. Η Blue Cross καθορίζει τα ασφαλιστά της με βάση την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών. Για ένα δεδομένο ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας, όλοι οι συνδρομητές σε μια κοινότητα πληρώνουν το ίδιο ασφαλιστήριο. Οι διευθυντές τραπεζής, οι οδηγοί φορτηγών και οι ανθρακωρύχοι πληρώνουν όλοι 400\$ το μήνα.

Η ασφάλιση υγείας προσφέρει ένα μηχανισμό προκειμένου να παρέχεται η φροντίδα υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό σύμφωνα με την ανθρώπινη ανάγκη και όχι αποκλειστικά με βάση την ικανότητα πληρωμής. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, τα κεφάλαια αναδιανέμονται από τους υγιείς στους ασθενείς, μια επιδότηση που βοηθά στο να πληρωθούν τα έξοδα εκείνων που δεν μπορούν να αγοράσουν υπηρεσίες από μόνοι τους.

Η αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών επιτυγχάνει αυτήν την αναδιανομή με δύο τρόπους:

1. Μέσα στην κάθε ομάδα (των διευθυντών τραπεζής, των οδηγών φορτηγών και των ανθρακωρύχων), οι άνθρωποι που αρρωσταίνουν λαμβάνουν επιδόματα περισσότερα από τα ασφαλιστήρια που πληρώνουν, ενώ οι άνθρωποι που παραμένουν υγιείς πληρώνουν ασφαλιστήρια και λαμβάνουν λίγα ή καθόλου επιδόματα υγείας.
2. Ανάμεσα στις τρεις ομάδες, οι διευθυντές τραπεζής, οι οποίοι χρησιμοποιούν λιγότερες υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε σχέση με την αξία των ασφαλιστρών τους, βοηθούν να γίνει η πληρωμή για τους ανθρακωρύχους, οι οποίοι λαμβάνουν περισσότερες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας απ' αυτές που θα μπορούσαν να αγοράσουν τα ασφαλιστήριά τους.

Η εμπειρική κοστολόγηση είναι πολύ λιγότερο αναδιανεμητική απ' την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών. Μέσα στην κάθε ομάδα, εκείνοι που αρρωσταίνουν επιδοτούνται από εκείνους που παραμένουν υγιείς αλλά ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες, οι υγιέστερες ομάδες (διευθυντές τραπεζής) δεν επιδοτούν ομάδες υψηλού κινδύνου (ανθρακωρύχους). Έτσι, η αρχή της ασφάλισης υγείας, η οποία είναι να διανέμει τη φροντίδα υγείας σύμφωνα με την ανθρώπινη ανάγκη παρά αποκλειστικά με βάση την ικανότητα πληρωμής, γίνεται κάπως ανίσχυρη λόγω της εμπειρικής κοστολόγησης (Light, 1992).

Τα πρώτα χρόνια, τα προγράμματα Blue Cross καθόριζαν τα ασφαλιστήρια με βάση την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών, ενώ οι εμπορικοί ασφαλιστές χρησιμοποιούσαν την εμπειρική κοστολόγηση ως «όπλο» για να συναγωνιστούν τα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield (Fein, 1986). Οι εμπορικοί ασφαλιστές όπως η Ασφαλιστική Εταιρεία Health μπορούσαν να προσφέρουν φθηνότερα ασφαλιστήρια σε ομάδες χαμηλού κινδύνου όπως οι διευθυντές τραπεζής, οι οποίοι μπορούσαν βεβαίως να επιλέξουν ένα εμπορικό πρόγραμμα της Health στα 200\$ παρά ένα πρόγραμμα Blue Cross στα 400\$. Η εμπειρική κοστολόγηση βοήθησε τους εμπορικούς ασφαλιστές να ξεπεράσουν τα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield στην αγορά των ιδιωτικών ασφαλειών υγείας. Ενώ το 1945, οι εμπορικοί ασφαλιστές είχαν μόνο 10 εκατομμύρια μέλη, σε σύγκριση με τα 19 εκατομμύρια των προγραμμάτων Blue Cross και Blue Shield, το 1955 οι εμπορικοί ασφαλιστές είχαν 54 εκατομμύρια και τα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield 51 εκατομμύρια.

Πολλοί εμπορικοί ασφαλιστές δεν θα πουλούσαν ασφαλιστήρια συμβόλαια σε τέτοιες ομάδες υψηλού κινδύνου

όπως οι ανθρακωρύχοι, αφήνοντας έτσι το πρόγραμμα Blue Cross με ασθενείς υψηλού κινδύνου που πλήρωναν σχετικά χαμηλά ασφαλιστήρια. Για να επιβιώσει από τον ανταγωνισμό με τους εμπορικούς ασφαλιστές, το πρόγραμμα Blue Cross δεν είχε άλλη επιλογή από το να αναζητήσει νεότερες, υγιέστερες ομάδες, εγκαταλείποντας την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών και μειώνοντας τα ασφαλιστήρια για εκείνες τις ομάδες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα περισσότερα προγράμματα Blue Cross και Blue Shield υιοθέτησαν την εμπειρική κοστολόγηση. Χωρίς την κοινή τιμή για τα ασφαλιστήρια, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και οι πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού έγιναν όλο και λιγότερο ικανές να αντέξουν οικονομικά την ασφάλιση υγείας.

Απ' την πλευρά των ηλικιωμένων και εκείνων των ατόμων με χρόνια νόσο, η εμπειρική κοστολόγηση είναι μεροληπτική. Τα υγιή άτομα, ωστόσο, ίσως είχαν άλλη άποψη σχετικά με την κατάσταση και ίσως ρωτούσαν γιατί θα έπρεπε εκούσια να μεταβιβάσουν τον πλούτο τους σε πιο άρρωστους ανθρώπους μέσω της ασφάλισης επιδότησης. Η απάντηση βρίσκεται στη μη προβλεψιμότητα των αναγκών για φροντίδα υγείας. Όταν κάποιος αγοράζει ασφάλιση υγείας, δεν γνωρίζει αν θα μεταβεί από μία κατάσταση καλής υγείας σε μία κατάσταση ασθένειας. Συνεπώς, εντός μιας ομάδας, οι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να ρισκάρουν να πληρώσουν ασφάλιση υγείας, ακόμα κι αν ενδεχομένως δεν τη χρησιμοποιήσουν. Ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες, όμως, οι υγιείς άνθρωποι δεν έχουν οικονομικό κίνητρο να πληρώσουν εκούσια για κοινή τιμή ασφαλιστρών και να επιδοτήσουν άλλη ομάδα πιο ασθενών ανθρώπων. Αυτός είναι ο λόγος που η αρχή της κοινής τιμής δεν μπορεί να επιβιώσει σε ένα οικονομικά φιλελεύθερο ανταγωνιστικό σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης (Aarøn, 1991).

Η πιο θετική πλευρά της ασφάλισης υγείας -το ότι βοηθάει ανθρώπους με σοβαρή ασθένεια να πληρώσουν για τη φροντίδα τους- έχει επίσης γίνει ένα από τα κύρια μειονεκτήματά της - η δυσκολία στον έλεγχο των δαπανών σε ένα ασφαλιστικό περιβάλλον. Με άμεση αγορά, το «αόρατο χέρι» της ικανότητας του κάθε ανθρώπου να πληρώσει συγκερατεί την τιμή και την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, αν ένας ασθενής είναι καλά ασφαλισμένος και το κόστος της φροντίδας δεν προκαλεί άμεση οικονομική δυσκολία, ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει περισσότερες υπηρεσίες από κάποιον που πρέπει να πληρώσει για τη φροντίδα άμεσα. Επιπρόσθετα, ιδιαίτερα πριν τη θέσπιση πινάκων αμοιβών, οι παροχές φροντίδας υγείας μπορούσαν να αυξήσουν τις πληρωμές πιο εύκολα αν ένας τρίτος συμβαλλόμενος ήταν διαθέσιμος να πληρώσει το λογαριασμό.

Συνεπώς, η ασφάλιση υγείας ήταν αρχικά μια απόπειρα απ' την πλευρά της κοινωνίας να επιλύσει το πρόβλημα της δυσβάσταχτης οικονομικά φροντίδας υγείας στα πλαίσια ενός συστήματος άμεσης πληρωμής, αλλά αυτή ακριβώς η ικανότητά της να καταστήσει τη φροντίδα πιο προσιτή οικονομικά δημιούργησε ένα νέο πρόβλημα. Αν οι άνθρωποι πλέον δεν έπρεπε να πληρώσουν άμεσα τη φροντίδα υγείας, θα χρησιμοποιούσαν περισσότερες υπηρεσίες και αν οι παροχές των υπηρεσιών μπορούσαν να χρεώνουν τους ασφαλιστές παρά τους ασθενείς, θα μπορούσαν πιο εύκολα να ανεβάσουν τις τιμές, ειδικά κατά τη διάρκεια της εποχής που οι κύριοι ασφαλιστές (τα προγράμματα Blue Shield και Blue Cross) ελέγχονταν από νοσοκομεία και ιατρούς. Η λύση της ασφάλισης έκανε πιο σοβαρό το πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών. Καθώς η ιδιωτική ασφάλιση κοστολογήθηκε σε μεγάλο βαθμό εμπειρικά και

προερχόταν από τον εργοδότη, τα άτομα που είχαν χαμηλά εισοδήματα, που έπασχαν από χρόνιες ασθένειες ή που ήταν ηλικιωμένα θεώρησαν εξαιρετικά δύσκολο να την αντέξουν οικονομικά.

Κυβερνητική χρηματοδότηση

Το 1984, στην ηλικία των 74 χρόνων, η Rose Riveter εμφάνισε καρκίνο του ορθού. Τώρα καλυπτόταν από το πρόγραμμα Medicare, το οποίο είχε θεσπιστεί το 1965. Ακόμα κι έτσι, το ασφάλιστρο του Medicare, οι αφαιρετές νοσοκομειακές δαπάνες, οι συνεισφορές στους ιατρούς, η σύντομη παραμονή σε ιδιωτική κλινική και οι μη καλυπτόμενες συνταγές της, κόστισαν 2.700\$ το έτος που προσβλήθηκε από καρκίνο.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας απ' τον εργοδότη αναπτύχθηκε ραγδαία τη δεκαετία του 1950, βοηθώντας έτσι τους εργαζομένους και τις οικογένειές τους να αντέξουν οικονομικά τη φροντίδα υγείας. Όμως δύο ομάδες του πληθυσμού έλαβαν λίγα επιδόματα ή δεν έλαβαν καθόλου επίδομα: οι φτωχοί και οι ηλικιωμένοι. Οι φτωχοί ήταν συνήθως άνεργοι ή είχαν προσληφθεί σε εργασίες που δεν προσέφεραν την επιπλέον παροχή της ασφάλισης υγείας και δεν μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά τα ασφάλιστρα. Οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι χρειάζονταν τις υπηρεσίες υγείας περισσότερο από κάθε άλλον και των οποίων τα ασφάλιστρα είχαν εν μέρει καθοριστεί με βάση την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών, επλήγησαν πολύ από την τάση προς την εμπειρική κοστολόγηση. Τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1950, λιγότερο από το 15% των ηλικιωμένων είχαν κάποια ασφάλιση υγείας (Harris, 1966). Μόνο ένα πρόγραμμα μπορούσε να παρέχει οικονομικά προσιτή φροντίδα στους φτωχούς και τους ηλικιωμένους: η φοροοικονομική κυβερνητική ασφάλιση υγείας.

Η κυβέρνηση εισήχθη στην арένα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας πριν τη δεκαετία του 1960 μέσω ανάλογων δημόσιων προγραμμάτων με τη μορφή δημοτικών νοσοκομείων και φαρμακευτικών εργαστηρίων για την παροχή φροντίδων στους φτωχούς και μέσω κρατικών ψυχιατρικών. Ωστόσο, μόνο με τη θέσπιση το 1965 των προγραμμάτων Medicare (για τους ηλικιωμένους) και Medicaid (για τους φτωχούς) έγινε αποζημίωση από τη δημόσια ασφάλιση για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας κύριο χαρακτηριστικό της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το Μέρος Α του Medicare (Πίνακας 2-2) είναι ένα πρόγραμμα νοσοκομειακής ασφάλισης για τους ηλικιωμένους που χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Το Μέρος Β του Medicare (Πίνακας 2-3) ασφαλιζει τους ηλικιωμένους για υπηρεσίες παρεχόμενες από ιατρούς και πληρώνεται από ομοσπονδιακούς φόρους και μηνιαία ασφάλιστρα από τους δικαιούχους (www.medicare.gov). Το πρόγραμμα Medicaid (Πίνακας 2-4) είναι ένα πρόγραμμα που διοικείται από τις πολιτείες και χρηματοδοτείται από ομοσπονδιακούς και κρατικούς φόρους και το οποίο πληρώνει τη φροντίδα ορισμένων ομάδων με χαμηλό εισόδημα.

Επειδή το Medicare έχει μεγάλα αφαιρετέα ποσά, μεγάλες εισφορές και μεγάλα κενά στην κάλυψη, περίπου οι μισοί από τα 41 εκατομμύρια δικαιούχοι του Medicare το 2003 είχαν συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση (που συχνά ονομάζονται προγράμματα «Medigap»¹ και τα οποία αγο-

ράζονται από προηγούμενους εργοδότες ή απ' τους ίδιους τους δικαιούχους). Ένα επιπλέον ποσοστό 12% επέλεξαν ναβάλουν το Medicare να πληρώσει προκειμένου να εγγραφούν σε ιατρικά προγράμματα ιδιωτικών οργανισμών υγείας που παρέχουν ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες καθώς και κάποια κάλυψη φαρμακευτικών εξόδων. Σχεδόν το 20% των δικαιούχων είχαν διπλή εγγραφή στο Medicare και το Medicaid. Στην πραγματικότητα, το ένα τρίτο ολόκληρου του προϋπολογισμού του Medicaid δαπανάται στην κάλυψη των κενών που υπάρχουν στην ασφάλιση του Medicare, ιδιαίτερα όσον αφορά στη φροντίδα σε ιδιωτικές κλινικές και στα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι υπόλοιποι δικαιούχοι του Medicare δεν είχαν επιπρόσθετη κάλυψη.

Η ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση απ' το Medicare αντιμετώπισε μεγάλες δυσκολίες τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990 και τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 2000. Τα ασφάλιστρα του Medigap ανέβηκαν πάνω από το 10% ετησίως, με μερικά ασφαλιστήρια συμβόλαια να κοστίζουν πάνω από 10.000\$ το χρόνο. Οι οργανισμοί υγείας του Medicare, που αρχικά προσέλκυαν μέλη της κάλυψης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και της μη χρέωσης ασφαλιστρών απευθείας στους δικαιούχους Medicare, μείωσαν φανερά την κάλυψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2003 και απαίτησαν ασφάλιστρα ύψους 100\$ το μήνα.

Έρευνα αποκάλυψε ότι τα προγράμματα ιδιωτικών οργανισμών υγείας του Medicare κόστισαν στην κυβέρνηση περισσότερο από τα δημόσια προγράμματα Medicare, επειδή οι οργανισμοί υγείας επιλεκτικά πραγματοποιούσαν εγγραφές υγιών δικαιούχων Medicare, ωστόσο πληρώνονταν με τιμή που βασιζόταν στις ετήσιες δαπάνες υγείας που δημιουργούσε το Medicare για ένα μέσο δικαιούχο (Riley et al., 1996, U.S. General Accounting Office 1997, U.S. General Accounting Office 2000, Morgan et al 1997, Current Medicare Beneficiary Survey 1999). Πολλοί οργανισμοί υγείας του Medicare αποχώρησαν από το πρόγραμμα ανάμεσα στο 1999 και το 2004, υποχρεώνοντας πάνω από δύο εκατομμύρια δικαιούχων να χάσουν τη συμπληρωματική κάλυψη ή να αναζητήσουν άλλου συμπληρωματική κάλυψη (Snyder et al., 2003, Gluck & Hanson, 2001, Centers for Medicare & Medicaid Services [www.cms.hhs.gov]). Το 2003, ψηφίστηκε μια αμφιλεγόμενη νομοθεσία που προκάλεσε δύο μεγάλες αλλαγές στο Medicare: την κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και την άδεια για την ιδιωτικοποίηση του προγράμματος Medicare. Η κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, την οποία οι δικαιούχοι του Medicare ζητούν για χρόνια, ήταν απογοητευτική για πολλούς ηλικιωμένους λόγω των περιορισμένων ωφελειών της. Η κάλυψη απαιτεί ένα νέο μηνιαίο ασφάλιστρο 35\$ με ετήσιο αφαιρετέο ποσό 250\$, το οποίο αυξάνεται σε 47\$ το μήνα και αφαιρετέο ποσό 350\$ μέχρι το 2010. Επιπλέον, οι ασθενείς πρέπει να πληρώσουν ένα σημαντικό μέρος του κόστους των συνταγών τους. Η νομοθεσία επίσης παρεκκλίνει απ' την προηγούμενη κατάσταση του Medicare που ρύθμιζε τις αμοιβές των ιατρών και των νοσοκομείων. Η νέα νομοθεσία απαγορεύει στην κυβέρνηση να ρυθμίζει τις τιμές των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Pear, 2003, Toner, 2003).

Ο νόμος του 2003 επίσης δημιουργεί ένα πολύ μεγαλύτερο ρόλο για την ιδιωτική ασφάλιση στα πλαίσια του προγράμματος Medicare. Πρώτον, το επίδομα για τα συ-

Medicare και δεύτερο συνθετικό τη λέξη gap που σημαίνει κενό. Η λέξη δημιουργήθηκε για να δηλώσει τα κενά στην κάλυψη του Medicare.

1 Σύνθετη λέξη με πρώτο συνθετικό το Medi- του προγράμματος

Πίνακας 2-2. Περίληψη του Μέρους Α του Medicare, 2004.**Ποιος πληροί τις προϋποθέσεις;**

Φθάνοντας στην ηλικία των 65 χρόνων, τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις για Κοινωνική Ασφάλιση αυτόματα εγγράφονται στο Μέρος Α του Medicare είτε έχουν συνταξιοδοτηθεί είτε όχι. Ένα άτομο που έχει καταχωρηθεί στο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης για 10 χρόνια και ο/ η σύζυγος αυτού/ αυτής πληρούν τις προϋποθέσεις για Κοινωνική Ασφάλιση. Τα άτομα που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για Κοινωνική Ασφάλιση μπορούν να εγγραφούν στο Μέρος Α του Medicare πληρώνοντας ένα μηνιαίο ασφάλιστρο.

Τα άτομα κάτω από 65 χρόνων που έχουν πλήρη και μόνιμη αναπηρία μπορούν να εγγραφούν στο Μέρος Α του Medicare αφού θα έχουν λάβει επιδόματα αναπηρίας Κοινωνικής Ασφάλισης για 24 μήνες. Τα άτομα με χρόνια νεφροπάθεια που χρειάζονται αιμοκάθαρση ή μόσχευμα ενδεχομένως να πληρούν τις προϋποθέσεις για το Μέρος Α του Medicare χωρίς περίοδο αναμνήσεως 2 χρόνων.

Πώς χρηματοδοτείται;

Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι πληρώνουν ο καθένας στο Medicare 1,45% του μισθού. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες πληρώνουν 2,9%.

Ποιες υπηρεσίες καλύπτονται;

Υπηρεσίες	Επίδομα	Το Medicare πληρώνει
Νοσοκομειακή περίθαλψη	Πρώτες 60 ημέρες ^α 61 ^η με 90 ^η ημέρα ^α 91 ^η με 150 ^η ημέρα ^β Πέρα από 90 ημέρες αν ο προσδοκώμενος χρόνος επιβίωσης του ασθενούς έχει τελειώσει	Τα πάντα εκτός από ένα αφαιρετέο ποσό 876\$ ανά περίοδο ασθένειας Τα πάντα εκτός από 219\$/ ημέρα Τα πάντα εκτός από 438\$/ ημέρα Τίποτα
Εξειδικευμένη ιατρική μονάδα	Πρώτες 20 ημέρες 21 ^η με 100 ^η ημέρα Πάνω από 100 ημέρες	Τα πάντα Τα πάντα εκτός από 109,50\$/ ημέρα Τίποτα
Φροντίδα υγείας κατ' οίκον	100 επισκέψεις ανά περίοδο ασθένειας	100% για την εξειδικευμένη φροντίδα όπως ορίζεται από τους κανονισμούς του Medicare
Φροντίδα σε άσυλο	Εφόσον ο ιατρός πιστοποιήσει ότι το άτομο πάσχει από μία ασθένεια τελικού σταδίου	100% για τις περισσότερες υπηρεσίες
Φροντίδα σε ιδιωτική κλινική	Φροντίδα που περιλαμβάνει κυρίως φύλαξη ασθενών δεν καλύπτεται	Τίποτα

^α Τα επιδόματα του Μέρους Α παρέχονται για κάθε «περίοδο ασθένειας» και όχι για κάθε χρόνο. Μία «περίοδος ασθένειας» αρχίζει όταν ένας δικαιούχος εισάγεται σε νοσοκομείο και τελειώνει 60 ημέρες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο ή από εξειδικευμένη ιατρική μονάδα.

^β Μετά τις 90 ημέρες, το Medicare πληρώνει για 60 επιπλέον ημέρες μόνο μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής («προσδοκώμενος χρόνος επιβίωσης»).

νταγογραφούμενα φάρμακα δεν θα χορηγείται απευθείας από το Medicare, αλλά το Medicare θα πληρώνει τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα για να παρέχουν τα καλυπτόμενα επιδόματα. Δεύτερον, η νομοθεσία του 2003 περιλαμβάνει μια ανανεωμένη απόπειρα εγγραφής δικαιούχων σε ιδιωτικά προγράμματα υγείας για τα βασικά επιδόματα Medicare. Η νομοθεσία περιλαμβάνει δισεκατομμύρια δολάρια σε επιδοτήσεις για ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, προκειμένου να εγγραφούν δικαιούχους του Medicare και να συναγωνιστούν το παραδοσιακό δημόσιο ασφαλιστικό μοντέλο Medicare.

Το πρόγραμμα Medicaid επίσης αλλάζει. Τα τελευταία δέκα χρόνια, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση παραχώρησε στις πολιτείες αυξημένο έλεγχο στα προγράμματα Medicaid μέσω παραιτήσεων Medicaid, που επιτρέπουν στις πολιτείες να αυξάνουν ή να μειώνουν τον αριθμό των ατόμων στα προγράμματα αυτά, να κάνουν μεταβολές στο φάσμα των καλυπτόμενων υπηρεσιών και να ζητούν από τους δικαιούχους του Medicaid να εγγράφονται σε πρόγραμμα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (βλ. Κεφάλαιο 4). Η κύρια επίδραση αυτών των παραιτήσεων είναι μια ραγδαία

αύξηση της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας Medicaid. Το 2002, το 58% των δικαιούχων του Medicaid εγγράφηκαν σε προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, ποσοστό κατά πολύ υψηλότερο σε σχέση με το 10% του 1991 (Hurley & Somers, 2003), Centers for Medicare & Medicaid Services [www.cms.hhs.gov].

Το 1997, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση δημιούργησε το Κρατικό Ασφαλιστικό Πρόγραμμα για την Παιδική Υγεία, ένα συγγενές πρόγραμμα με το Medicaid. Αυτό το πρόγραμμα ήταν η πρώτη σημαντική επέκταση της ασφάλισης υγείας από το 1965 και σχεδιάστηκε για να καλύπτει ανασφάλιστα παιδιά οικογενειών, με εισοδήματα στο 200% ή και κάτω από το 200% του ομοσπονδιακού επιπέδου ανέχειας, αλλά πάνω από το επίπεδο καταλληλότητας για το Medicaid με βάση το εισόδημα. Οι πολιτείες που νομοθετούν ένα τέτοιο ασφαλιστικό πρόγραμμα για την υγεία των παιδιών λαμβάνουν γενναιοδωρα ομοσπονδιακά αντίστοιχα κεφάλαια και μπορούν να χορηγήσουν αυτήν την ασφάλιση μέσω του Medicaid ή δημιουργώντας ένα χωριστό πρόγραμμα. Μέχρι το 2003, 4 εκατομμύρια παιδιά είχαν εγγραφεί στο πρόγραμμα (Smith & Rousseau, 2003).

Πίνακας 2-3. Περίληψη του Μέρους Β του Medicare, 2004.**Ποιός πληρώνει τις προϋποθέσεις;**

Οι άνθρωποι που πληρούν τις προϋποθέσεις για το Μέρος Α του Medicare και επιπλέον να πληρώσουν το ασφάλιστρο των 66,60\$ το μήνα του Μέρους Β του Medicare.

Πώς χρηματοδοτείται;

Η χρηματοδότηση γίνεται εν μέρει από γενικά ομοσπονδιακά έσοδα (φόροι προσωπικού εισοδήματος και άλληλο ομοσπονδιακό φόρο) και εν μέρει από τα μηνιαία ασφάλιστρα του Μέρους Β.

Ποιές υπηρεσίες καλύπτονται;

Υπηρεσίες	Παροχή	Το Medicare Πληρώνει
Ιατρικές δαπάνες Φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και λογοθεραπεία Ιατρικός εξοπλισμός Διαγνωστικές εξετάσεις	Όλες οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες	80% του εγκεκριμένου ποσού μετά από ένα ετήσιο αφαιρετέο ποσό 100\$. Υπηρεσίες Ιατρού
Προληπτική φροντίδα	Ορισμένα τεστ Παπανικολάου, ορισμένες μαστογραφίες, εμβόλια για την ηπατίτιδα Β,	Συμπεριλαμβάνονται στις ιατρικές δαπάνες ο πνευμονιόκοκκος και η γρίπη
Φάρμακα εξωτερικών ασθενών	Δεν καλύπτονται	Τίποτα
Οπτικές διαθλάσεις, αξιολογήσεις της ακοής, οδοντιατρικές υπηρεσίες	Δεν καλύπτονται	Τίποτα

Πίνακας 2-4. Περίληψη του Medicaid, 2004.

Το Medicaid είναι ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα που διευθύνεται από τις πολιτείες, με την ομοσπονδιακή κυβέρνηση να πληρώνει μεταξύ του 50% και του 83% των συνολικών δαπανών του Medicaid. Η ομοσπονδιακή συνεισφορά είναι μεγαλύτερη για τις πολιτείες με χαμηλότερα κατά κεφαλήν εισοδήματα. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση απαιτεί ορισμένες κατηγορίες ατόμων με χαμηλό εισόδημα να εγγράφονται σε κρατικά προγράμματα Medicaid (Weil, 2003):

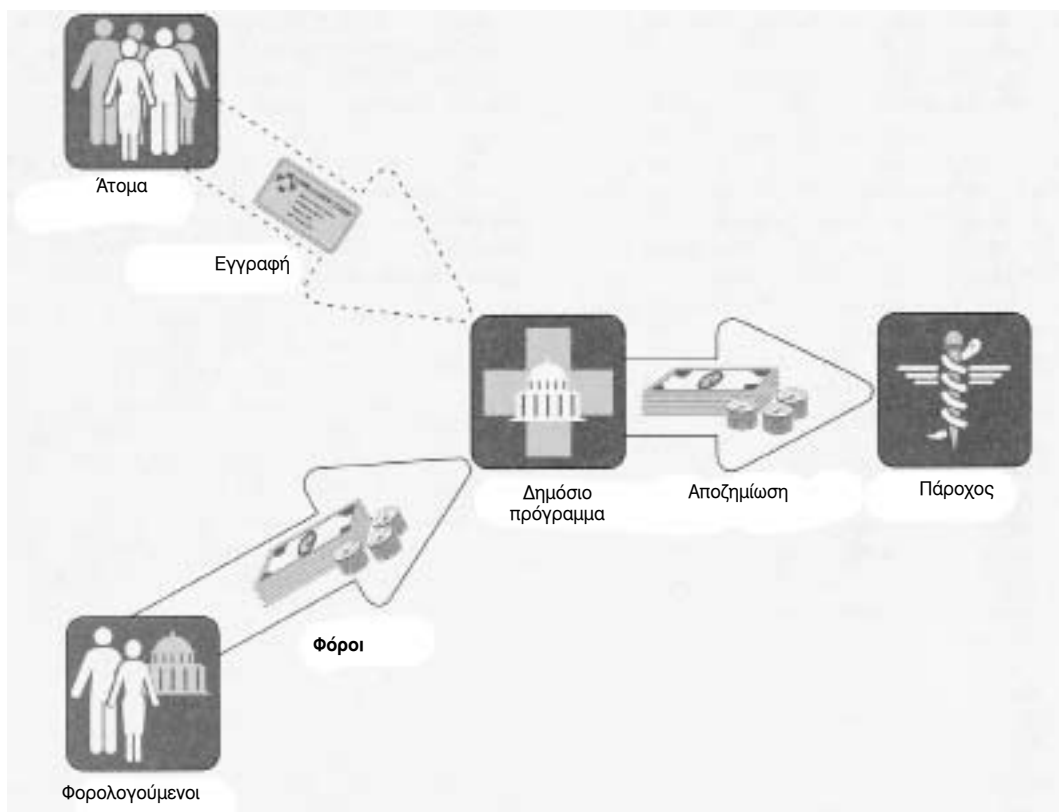
- (1) Οι οικογένειες που έχουν χαμηλό εισόδημα με παιδιά που πληρούν κάποιες απαραίτητες προϋποθέσεις,
- (2) Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, ανάπηροι και τυφλοί άνθρωποι που λαμβάνουν αρωγή σε μετρητά στα πλαίσια του ομοσπονδιακού προγράμματος Εγγύησης Συμπληρωματικού Εισοδήματος,
- (3) Τα παιδιά ηλικίας κάτω των 6 χρόνων και οι έγκυες γυναίκες των οποίων το οικογενειακό εισόδημα βρίσκεται στο 133% του ομοσπονδιακού επιπέδου ανέχειας ή κάτω απ' αυτό και
- (4) Τα παιδιά κάτω των 19 χρόνων των οποίων το οικογενειακό εισόδημα βρίσκεται στο όριο του ομοσπονδιακού επιπέδου ανέχειας ή και κάτω απ' αυτό. Το 2003, το ομοσπονδιακό επίπεδο ανέχειας ήταν 18.400\$ για μια τετραμελή οικογένεια. Οι πολιτείες μπορεί να δώσουν το δικαίωμα σε άλλες κατηγορίες ανθρώπων χαμηλού εισοδήματος να εγγραφούν στο Medicaid εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις.

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση απαιτεί να καλύπτεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών από το Medicaid, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των ιατρών και των εργασιών, των ακτινογραφιών, του προγεννητικού ελέγχου, της προληπτικής φροντίδας, της ιδιωτικής κλινικής και της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, αν και όλες αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να περιοριστούν μέσω ομοσπονδιακών παραρτήσεων.

Η κυβερνητική ασφάλιση υγείας για τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους πρόσθεσε ένα νέο παράγοντα στην εξίσωση της χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας: το φορολογούμενο (Σχήμα 2-4). Με τα προγράμματα υγείας που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση, μπορεί να υπάρξει αλληλεπίδραση μεταξύ του φορολογούμενου και του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας με δύο διαφορετικούς τρόπους:

1. Το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης, για το οποίο αποτέλεσε παράδειγμα το πρόγραμμα Medicare, επιτρέπει μόνο σ' εκείνους που έχουν πληρώσει ένα ορισμένο ποσό εισφορών κοινωνικής ασφάλισης να πληρούν τις προϋποθέσεις για το Μέρος Α και μόνο σ' εκείνους που πληρώνουν ένα μηνιαίο ασφάλιστρο να έχουν ωφέλειες από το Μέρος Β. Όπως με την ιδιωτική ασφάλιση, η κοινωνική ασφάλιση απαιτεί από τα άτομα εισφορές για να έχουν ωφέλειες.
2. Το αντίθετο μοντέλο είναι το μοντέλο δημόσιας χρηματικής αρωγής Medicaid, στο οποίο εκείνοι που συνεισφέρουν (φορολογούμενοι) μπορεί να μην πληρούν τις προϋποθέσεις για επιδόματα (Bodenheimer & Grumbach, 1992).

Πρέπει να θυμηθούμε ότι η ιδιωτική ασφάλιση περιλαμβάνει **μία επιχορήγηση**: την αναδιανομή των κεφαλαίων από τους υγιείς στους ασθενείς. Η ασφάλιση απ' τους φόρους κεφαλαίων έχει την ίδια επιχορήγηση και συνήθως προσθέτει άλλη μία: την αναδιανομή των κεφαλαίων απ' τους πλούσιους στους φτωχούς. Στα πλαίσια αυτής της διπλής επιχορήγησης, της οποίας αποτέλεσαν παράδειγμα τα προγράμματα Medicare και Medicaid, υγιείς εργαζόμενοι μεσαίου εισοδήματος πληρώνουν σε γενικές γραμμές περισσότερο σε πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης και άλλους φόρους απ' ότι λαμβάνουν σε υπηρεσίες υγείας, ενώ οι



Σχήμα 2-4. Ασφάλεια χρηματοδότησης από την κυβέρνηση. Στα πλαίσια του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. Medicare Μέρος Α), μόνο τα άτομα που πληρώνουν φόρους στο δημόσιο πρόγραμμα πληρούν τις προϋποθέσεις για επιδόματα. Σε άλλα μοντέλα (π.χ. Medicare), η καταλληλότητα ενός ατόμου για επιδόματα μπορεί να μη συνδέεται άμεσα με την καταβολή φόρων στο πρόγραμμα.

άνεργοι, ανάπηροι και ηλικιωμένοι χαμηλότερου εισοδήματος λαμβάνουν περισσότερα σε υπηρεσίες υγείας απ' ό,τι συνεισφέρουν σε φόρους.

Η θέσπιση της κυβερνητικής χρηματοδότησης βελτίωσε την οικονομική πρόσβαση ορισμένων ανθρώπων στη φροντίδα αλλά με τη σειρά της επιδείνωσε το πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και οι κυβερνήσεις των πολιτειών ανταποκρίθηκαν επιχειρώντας να περιορίσουν τις πληρωμές των προγραμμάτων Medicare και Medicaid σε ιατρούς και νοσοκομεία. Ταυτόχρονα, οι αυξανόμενες δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης εξακολουθούν να καθιστούν την κάλυψη από τον εργοδότη απρόσιτη οικονομικά για πολλούς εργοδότες και υπαλλήλους.

ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι διαφορετικές μέθοδοι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας επιβαρύνουν με διάφορους τρόπους τα ποικίλα επίπεδα εισοδήματος της κοινωνίας. Οι πληρωμές ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες: στις προοδευτικά αυξανόμενες αν δεσμεύουν ένα αυξανόμενο ποσοστό εισοδήματος καθώς το εισόδημα αυξάνεται, στις αναδρομικές, αν δεσμεύουν ένα φθίνον ποσοστό εισοδήματος καθώς αυξάνεται το εισόδημα και στις αναλογικές αν ο λόγος της πληρωμής

προς το εισόδημα είναι ο ίδιος για όλες τις εισοδηματικές τάξεις (Pechman, 1985).

Ποιά αρχή πρέπει να διέπει την επιλογή της πηγής εσόδων για τη φροντίδα υγείας; Ένας κεντρικός σκοπός του συστήματος υγείας είναι η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Όπως αναλύεται στο Κεφάλαιο 3, οι δείκτες θνησιμότητας και αναπηρίας είναι πολύ υψηλότεροι για ανθρώπους με χαμηλό εισόδημα απ' ό,τι για τους πλούσιους. Η επιβάρυνση οικογενειών με χαμηλό εισόδημα και με υψηλά επίπεδα πληρωμών για υπηρεσίες υγείας μειώνει το διαθέσιμο εισόδημά τους, ενισχύει τις παρενέργειες της ανέχειας και ως εκ τούτου επιδεινώνει την υγεία τους. Δεν έχει νόημα η χρηματοδότηση ενός συστήματος φροντίδας υγείας -του οποίου ο σκοπός είναι η βελτίωση της υγείας- με πληρωμές που επιδεινώνουν την υγεία. Συνεπώς, οι αναδρομικές πληρωμές θα μπορούσαν να θεωρηθούν «ανθυγιεινές».

Η Rita Blue κερδίζει 10.000\$ το χρόνο για την τετραμελή οικογένειά της. Εμφανίζει πνευμονία και τα άμεσα ιατρικά της έξοδα ανέρχονται σε 1.000\$, ένα ποσοστό 10% του οικογενειακού της εισοδήματος.

Η Cathy White κερδίζει 100.000\$ το χρόνο για την τετραμελή της οικογένεια. Εμφανίζει πνευμονία και τα άμεσα ιατρικά της έξοδα ανέρχονται σε 1.000\$, ένα ποσοστό 1% του οικογενειακού της εισοδήματος.

Οι άμεσες πληρωμές είναι ένας αναδρομικός τρόπος χρηματοδότησης. Σύμφωνα με την Εθνική Έρευνα του 1987 για τις Δαπάνες Υγείας, οι άμεσες πληρωμές δέσμευσαν το 12% του εισοδήματος των οικογενειών που ανήκουν στο φτωχότερο 5% του πληθυσμού της χώρας, σε σύγκριση με το 1,2% για τις οικογένειες στο πιο πλούσιο 5% του πληθυσμού (Bodenheimer & Sullivan, 1997). Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώνεται από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000 από το Medical Expenditure Panel Survey (MEPS, 2003). Πολλοί οικονομολόγοι και ειδικοί της πολιτικής υγείας θα θεωρούσαν άδικο αυτό το βάρος της αναδρομικής πληρωμής, ωστόσο οι άμεσες πληρωμές καλύπτουν πλήρως το 15% των συνολικών πληρωμών για υπηρεσίες υγείας. Επιβαρυντικό για την αναδρομικότητα των άμεσων πληρωμών είναι το γεγονός ότι οι άνθρωποι χαμηλότερου εισοδήματος συνήθως είναι πιο άρρωστοι και συνεπώς έχουν περισσότερες άμεσες πληρωμές απ' ό,τι οι πλουσιότεροι και υγιέστεροι.

Ο Jim Hale είναι ένας νέος, υγιής, αυτοαπασχολούμενος ηογιστής, του οποίου το μηνιαίο εισόδημα είναι 6.000\$, με ασφάλιστρο υγείας 200\$, δηλαδή ποσοστό 3% του εισοδήματός του.

Ο Jack Hurt είναι ένας ανάπηρος ανθρακωρύχος με πνευμονοκονίωση. Το εισόδημά του είναι 1.800\$ το μήνα και από το ποσό αυτό 400\$ (ποσοστό 22%) πηγαίνουν στην ασφάλιση υγείας του.

Η εμπειρική κοστολογημένη ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι μια αναδρομική μέθοδος χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας επειδή ο αυξημένος κίνδυνος ασθένειας συνήθως συσχετίζεται με το μειωμένο εισόδημα. Αν ο Jim Hale και ο Jack Hurt ήταν εγγεγραμμένοι, ο καθένας με ασφάλιστρο 300\$, σε πρόγραμμα στο οποίο υπήρχε κοινή τιμή ασφαλιστρών, θα πλήρωναν αντίστοιχα 5% και 17% των εισοδημάτων τους για ασφάλιση υγείας. Με την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών, η πληρωμή είναι αναδρομική αλλά μικρότερη απ' ό,τι με την εμπειρική κοστολόγηση.

Το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής ασφάλισης δεν αγοράζεται από τα άτομα αλλά μάλλον αποκτάται μέσω του εργοδότη. Πώς κατανέμεται το βάρος των ασφαλιστρών υγείας που συνδέονται με την εργασία;

Η Jill είναι βοηθός διοικητή νοσοκομείου. Προκειμένου να την προσεθκύσει στη δουλειά, το νοσοκομείο της προσέφερε ένα πακέτο μισθού και ασφάλισης υγείας 5.250\$ το μήνα. Επέλεξε να είναι ο μισθός της 5.000\$ και να αφήσει το νοσοκομείο να πληρώνει 250\$ για την ασφάλιση υγείας της.

Ο Bill είναι βοηθός νοσηλεύτη και το σωματείο του διαπραγματεύτηκε με το νοσοκομείο για ένα συνοδικό πακέτο 1.750\$ το μήνα. Απ' αυτό το ποσό, τα 1.500\$ είναι ο μισθός του και τα 250\$ πληρώνουν το ασφάλιστρο υγείας του.

Δεν πληρώνουν τίποτα η Jill και ο Bill για την ασφάλιση υγείας τους; Όχι ακριβώς. Οι εργοδότες γενικά συμφωνούν σε ένα συνολικό πακέτο μισθού και επιπλέον παροχών. Αν η Jill και ο Bill δεν λάμβαναν ασφάλιση υγείας, η πληρωμή τους πιθανόν να ανέβαινε σχεδόν κατά 250\$ το μήνα. Αυτός είναι ο λόγος που τα ασφάλιστρα υγείας που πληρώνονται από τον εργοδότη θεωρούνται σε γενικές γραμμές κρατήσεις από το μισθό (Cantor, 1990, Reinhardt, 1988). Για τη Jill, η ασφάλιση υγείας ανέρχεται μόνο στο 5% του εισοδήματός

της, αλλά για το Bill το αντίστοιχο ποσοστό είναι 17%. Η National Medical Expenditure Survey επιβεβαιώνει την αναδρομικότητα της ασφάλισης υγείας από τον εργοδότη. Το 1987, τα ασφάλιστρα δέσμευσαν περίπου το 6% του εισοδήματος οικογενειών στο δεκατημόριο του πιο χαμηλού εισοδήματος σε σύγκριση με το 2% για εκείνους που ανήκουν στο δεκατημόριο του πιο υψηλού εισοδήματος (Bodenheimer & Sullivan, 1997).

Ο Larry Lowe κερδίζει 10.000\$ και πληρώνει 410\$ σε ομοσπονδιακούς και κρατικούς φόρους εισοδήματος, δηλαδή ποσοστό 4,1% του εισοδήματός του.

Ο Harold High κερδίζει 100.000\$ και πληρώνει 12.900\$ σε φόρους εισοδήματος, δηλαδή ένα ποσοστό 12,9% του εισοδήματός του.

Ο προοδευτικά αυξανόμενος φόρος εισοδήματος είναι ο μεγαλύτερος φόρος που παρέχει πόρους για τη χρηματοδοτούμενη από την κυβέρνηση φροντίδα υγείας. Οι περισσότεροι άλλοι φόροι είναι αναδρομικοί (για παράδειγμα, φόροι κατανάλωσης) με αποτέλεσμα το συνδυασμένο φορτίο όλων των φόρων που χρηματοδοτούν την φροντίδα υγείας είναι περίπου αναλογικό (Pechman, 1985).

Το 2002, το 52% των υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτήθηκαν από άμεσες πληρωμές και ασφάλιστρα, τα οποία είναι αναδρομικά, ενώ το 44% χρηματοδοτήθηκαν από κυβερνητικά έσοδα (Levit et al., 2004) που είναι αναλογικά. Το συνολικό ποσό της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι αναδρομικό. Το 1999, το πιο φτωχό πεντημόριο των οικογενειών δαπάνησαν 18% του εισοδήματός για φροντίδες υγείας, ενώ το πεντημόριο του πιο υψηλού εισοδήματος δαπάνησαν μόνο 3% (Cowan et al., 2002). Σε γενικές γραμμές, το σύστημα υπηρεσιών υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών χρηματοδοτείται κατά τρόπο που επιδρά αρνητικά στην υγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ούτε ο Fred Farmer ούτε ο δισέγγονός του ο Ted είχαν ασφάλιση υγείας αλλά η δύσκολη κατάσταση του νεότερου κυρίου Farmer διαφέρει παρά πολύ απ' αυτήν του προγόνου του. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τρίτο συμβαλλόμενο έχει υποκινήσει ένα επεκτατικό σύστημα φροντίδων που προσφέρει θεραπείες που δεν μπορούσε να φανταστεί κανείς έναν αιώνα πριν, αλλά με τρομερές δαπάνες.

Καθένας από τους τέσσερις τρόπους χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας αναπτύχθηκε ιστορικά ως λύση στην ανεπαρκεία των προηγούμενων τρόπων. Η ιδιωτική ασφάλιση παρείχε προστασία σε ασθενείς από τις μη προβλέψιμες δαπάνες για υπηρεσίες υγείας καθώς και προστασία στους παροχείς φροντίδας από τη μη προβλέψιμη ικανότητα πληρωμής των ασθενών. Ωστόσο, η λύση της ιδιωτικής ασφάλισης δημιούργησε τρία νέα αλληλένδετα προβλήματα:

1. Η ευκαιρία για τους παροχείς φροντίδας υγείας να αυξήσουν τις αμοιβές στους ασφαλιστές οδήγησε τις υπηρεσίες υγείας στο να γίνουν όλο και περισσότερο απρόσιτες οικονομικά για εκείνους με ανεπαρκή ασφάλιση ή χωρίς ασφάλιση.
2. Η φύση της ομαδικής ασφάλισης από τον εργοδότη τοποθέτησε τους ανέργους, τους συνταξιούχους ή αυτούς που είχαν εργασίες μερικής απασχόλησης σε μειονεκτική θέση όσον αφορά στην αγορά ασφαλί-

σης και εν μέρει απέκρυψε τις αληθινές δαπάνες της ασφάλισης για τους εργαζόμενους που πραγματικά λάμβαναν επιδόματα υγείας από την εργασία τους.

3. Ο ανταγωνισμός που είναι έμφυτος σε μια απελευθερωμένη αγορά ιδιωτικής ασφάλισης αύξησε την εφαρμογή της εμπειρικής κοστολόγησης ασφαλιστών, γεγονός που έκανε τα ασφαλιστικά απόβια οικονομικά για πολλούς ηλικιωμένους ανθρώπους και άλλες ομάδες που είχαν αυξημένες ανάγκες υγείας.

Προκειμένου να λυθούν αυτά τα προβλήματα, χρειάστηκε η κυβερνητική χρηματοδότηση, αλλά η ίδια προκάλεσε μια ακόμα μεγαλύτερη αύξηση στις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας.

Όταν άρχιζε η εφαρμογή της κάθε «λύσης», η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας βελτιωνόταν για κάποιο διάστημα. Τη δεκαετία του 1990, όμως, οι αυξανόμενες δαπάνες είχαν θέσει σε κίνδυνο την ιδιωτική και τη δημόσια κάλυψη για πολλούς ανθρώπους και είχαν κάνει τις υπηρεσίες απρόσιτες οικονομικά για εκείνους που δεν διέθεταν δυνατότητα πληρωμής από τρίτο συμβαλλόμενο. Τα προβλήματα κάθε τρόπου χρηματοδότησης και τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από κάθε διαδοχική λύση έχουν συσσωρευτεί σε μια περίπλοκη κρίση που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή πρόσβαση για μερικούς ανθρώπους και υψηλές δαπάνες για όλους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron HJ: *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*. Washington, Brookings Institution, 1991.
- Arrow KJ: *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. *Am Econ Rev* 1963;53:941.
- Bodenheimer T, Grumbach K: *Financing universal health insurance: Taxes, premiums, and the lessons of social insurance*. *J Health Polit Policy Law* 1992;17:439.
- Bodenheimer T, Sullivan K: *The logic of tax-based financing for health care*. *Int J Health Services* 1997;27:409.
- Cantor JC: *Expanding health insurance coverage: Who will pay?* *J Health Polit Policy Law* 1990;15:755.
- Centers for Medicare & Medicaid Services webpage (www.cms.hhs.gov)
- Cowan CA et al: *Burden of health care costs: businesses, households, and governments, 1987–2000*. *Health Care Financ Rev* 2002; 23:131.
- Current Medicare Beneficiary Survey, 1999 (www.medicare.gov)
- EBRI. *Fact Sheet*. Employee Benefit Research Institute, 2003 (www.ebri.org)
- Evans RG: *Strained Mercy*. Toronto, Butterworths, 1984.
- Fein R: *Medical Care, Medical Costs*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1986.
- Gluck ME, Hanson KW: *Medicare Chart Book*. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2001.
- Harris R: *A Sacred Trust*. New York, New American Library, 1966.
- Hurley RE, Somers SA: *Medicaid and managed care: a lasting relationship?* *Health Aff* 2003;22(1):77.
- Law SA: *Blue Cross: What Went Wrong?* New Haven, CT, Yale University Press, 1974.
- Levit K et al: *Health spending rebound continues in 2002*. *Health Aff* 2004;23(1):147.
- Light DW: *The practice and ethics of risk-rated health insurance*. *JAMA* 1992;267:2503.
- Medical Expenditure Panel Survey: *Health Insurance Coverage of the Civilian Non-institutionalized Population, first half of 2002*. Agency for Healthcare Research and Quality, June 2003 (www.meps.ahrq.gov)
- Morgan RO et al: *The Medicare-HMO revolving door—the healthy go in and the sick go out*. *N Engl J Med* 1997;337:169.
- Pear R: *Sweeping Medicare change wins approval in Congress*. *New York Times*, November 26, 2003.
- Pechman JA: *Who Paid the Taxes, 1966–1985*. Washington, Brookings Institution, 1985.
- Reinhardt UE: *Are mandated benefits the answer?* *Health Manage Q* 1988;10:10.
- Riley G et al: *Health status of Medicare enrollees in HMOs and fee-for-service in 1994*. *Health Care Financ Rev* 1996;17:65.
- Smith VK, Rousseau DM: *State Children's Health Insurance Program (SCHIP) Program Enrollment, June 2003 Update*. Menlo Park, CA, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2003.
- Snyder RE, Rice T, Kitchman M: *Paying for Choice: The Cost Implications of Health Plan Options for People on Medicare*. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003.
- Starr P: *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982.
- Toner R: *An imperfect compromise*. *New York Times*, November 25, 2003.
- U.S. General Accounting Office: *Medicare + Choice withdrawals indicate difficulty of providing choice while achieving savings*. Washington, DC, USGAO, 2000.
- U.S. General Accounting Office: *Medicare: Fewer and Lower Cost Beneficiaries with Chronic Conditions in HMOs*. Washington, DC, USGAO, 1997.
- Weil A: *There's something about Medicaid*. *Health Aff* 2003; 22(1):13.

Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας συνίσταται στην ικανότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας τη στιγμή της ανάγκης. Η έλλειψη επαρκούς πρόσβασης για εκατομμύρια ανθρώπων αποτελεί κρίση για τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας έχει δύο βασικές συνιστώσες. Η πρώτη είναι η ικανότητα πληρωμής, στην οποία γίνεται και πιο συχνά αναφορά. Η δεύτερη είναι η διαθεσιμότητα του προσωπικού και των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών υγείας που βρίσκονται κοντά στον τόπο διαμονής των ανθρώπων, αν είναι προσβάσιμες με τα μέσα μεταφοράς, αποδεκτές από πολιτισμική άποψη και ικανές να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα έγκαιρα και σε γλώσσα που ομιλείται από εκείνους που χρειάζονται βοήθεια. Το πρώτο και μεγαλύτερο μέρος αυτού του κεφαλαίου ασχολείται με τα οικονομικά εμπόδια στη φροντίδα, το δεύτερο με τα μη οικονομικά εμπόδια και το τελευταίο εξερευνά τους παράγοντες πέρα από την ιατρική φροντίδα (συγκεκριμένα, το εισόδημα και τη φυλή) που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Έλλειψη ασφάλισης

Η Ernestine Newsome, η οποία ζούσε στο νοτιοκεντρικό Λος Άντζελες ήταν 5 χρόνων το 1980. Δεν είχε ποτέ επισκεφτεί ιατρό και δεν είχε κάνει καθόλου εμβόλια. Το 1982, η μητέρα της ξεκίνησε να εργάζεται για την τηλεφωνική εταιρεία και η εργασία αυτή παρείχε στην οικογένεια ασφάλιση υγείας. Η Ernestine πήγε σε έναν συνοικιακό ιατρό για τους καθιερωμένους ελέγχους. Όταν έγινε 19 χρόνων, έφυγε από το σπίτι της και ξεκίνησε να εργάζεται ως γραμματέας μερικής απασχόλησης. Δεν πληρούσε πλέον τις προϋποθέσεις για την κάλυψη από την ασφάλιση υγείας της οικογένειάς της και η καινούρια της εργασία δεν παρείχε ασφάλιση. Δεν έχει επισκεφθεί ιατρό από τότε που ξεκίνησε την εργασία της.

Η κάλυψη από την ασφάλιση υγείας, είτε είναι δημόσια είτε ιδιωτική, αποτελεί βασικό παράγοντα στο να γίνει η φροντίδα υγείας προσβάσιμη. Το 1980, 25 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν ανασφάλιστοι, αλλά μέχρι το 2002 ο αριθμός αυτός είχε αυξηθεί στα 43,6 εκατομμύρια (Πίνακας 3-1 και Σχήμα 3-1), με άλλα λόγια σχεδόν ένας στους έξι

ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Διεύθυνση Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών –U.S. Census Bureau, 2003α). Το συγκεκριμένο μοτίβο της απουσίας ασφάλισης έχει σχέση με τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας από τον εργοδότη. Οι περισσότεροι άνθρωποι, όπως η Ernestine Newsome, αποκτούν ασφάλιση υγείας όταν οι εργοδότες εκούσια αποφασίσουν να παρέχουν κάλυψη στους υπαλλήλους και τις οικογένειές τους. Οι άνθρωποι των οποίων οι εργοδότες επιλέγουν να μην παρέχουν ασφάλιση υγείας και πολλοί που είναι άνεργοι μένουν χωρίς ασφάλιση υγείας. Συχνά οι άνθρωποι που δεν έχουν ασφάλιση από τον εργοδότη δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για δημόσια προγράμματα όπως το Medicare και το Medicaid και δεν μπορούν να αγοράσουν ατομική ιδιωτική κάλυψη, επειδή δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τα ασφάλιστρα.

Στη χρονική περίοδο από τη δεκαετία του 1930 έως και τα μέσα της δεκαετίας του 1970, λόγω της ανάπτυξης του τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και της θέσπισης του Medicare και του Medicaid το 1965, ο αριθμός των ανασφάλιστων μειώθηκε σταθερά αλλά από το 1976, ο αριθμός τους αυξάνεται και πάλι. Ο πιο σημαντικός παράγοντας που εξηγεί τον αυξανόμενο αριθμό των ανασφάλιστων είναι η 20χρονη τάση μείωσης της κάλυψης από ιδιωτική ασφάλιση στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ουσιαστικά όλοι οι άνθρωποι ηλικίας 65 χρόνων και άνω καλύπτονται από το Medicare και ο αριθμός των ανθρώπων που είναι εγγεγραμμένοι στο Medicaid αυξανόταν μέχρι πολύ πρόσφατα. Ωστόσο, μία φθίνουσα αναλογία παιδιών και ενηλίκων σε ηλικία εργασίας καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση, αποκαλύπτοντας τους περιορισμούς του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης απ' τον εργοδότη στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Γιατί οι άνθρωποι δεν έχουν ασφάλιση

Ο Joe Fortuno εγκατέλειψε το γυμνάσιο και πήγε να εργαστεί για το συνεργείο αυτοκινήτων Car Doctor το 1985. Ο εργοδότης του πλήρωνε όλα τα έξοδα της ασφάλισης υγείας για τον Joe και την οικογένειά του. Ο νεότερος ξάδερφος του Joe, ο Pete Luckless ξεκίνησε να εργάζεται σ' ένα συνεργείο αυτοκινήτων το 1992. Η εταιρεία δεν προσέφερε επιδόματα ασφάλισης υγείας. Το 2002, το συνεργείο Car Doctor, κατόπιν διπλοασιασμού των τιμών των ασφαλιστρών της ασφάλισης υγείας τα προηγούμενα χρόνια, άρχισε να απαιτεί από τους υπαλλήλους του να πληρώνουν 75\$ το μήνα για το πρόγραμμα υγείας που

Πίνακας 3-1. Κύρια Πηγή Ασφάλισης Υγείας, 2002.^α

	Αριθμός Ανθρώπων (εκατομμύρια)	Πληθυσμός (%)
Medicare ^β	41	14%
Medicaid		34
Ιδιωτική ασφάλιση από εργοδότη	158	55%
Ατομική ιδιωτική ασφάλιση	9	3%
Πολιτικό Πρόγραμμα Υγείας και Ιατρικό Πρόγραμμα των Ένστολων Σωμάτων, Αμερικανικό Υπουργείο των Υποθέσεων των Βετεράνων ή Στρατός	3	1%
Ανασφάλιστοι	44	15%
Συνολικός Πληθυσμός των Ηνωμένων Πολιτειών	288	

^α Πηγή: U.S. Census Bureau: Health Insurance Coverage in the United States, 2002; p. 60-223, September 2003.

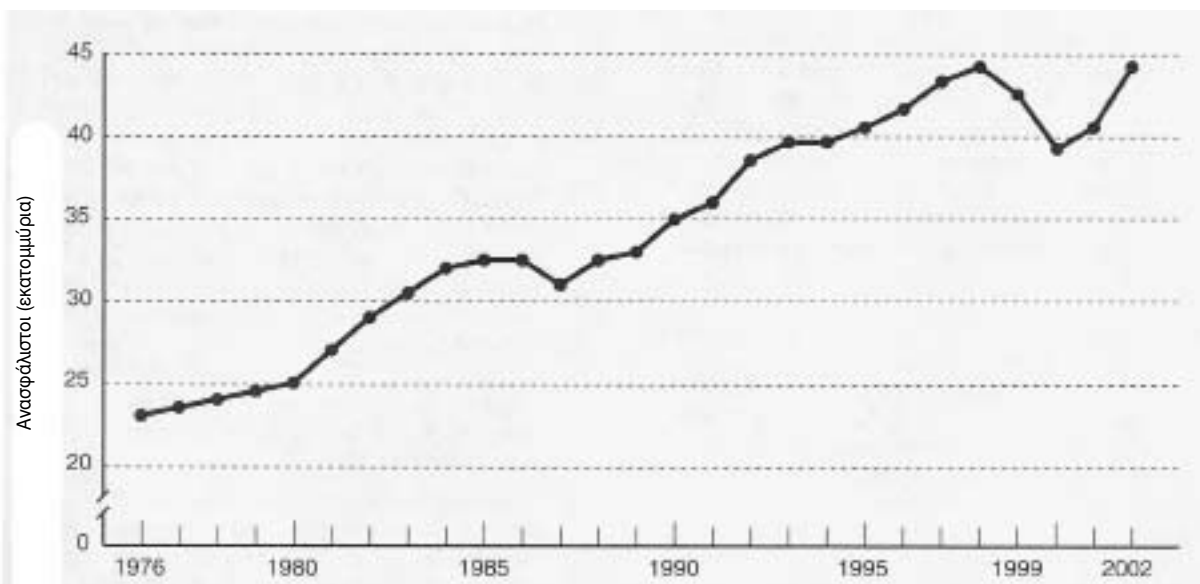
^β Για τα άτομα με Medicare και ιδιωτική ασφάλιση ή Medicaid, το Medicare θεωρείται η κύρια πηγή ασφάλισης. Τα δεδομένα του Medicaid και της ιδιωτικής ασφάλισης δεν μετρούν τους δικαιούχους του Medicare που έχουν επίσης Medicaid ή ιδιωτική ασφάλιση.

χρηματοδοτούνταν από τον εργοδότη. Ο Joe δεν μπορούσε να αντέξει οικονομικά τις μηνιαίες πληρωμές και έχασε την ασφάλιση υγείας του.

Γιατί έχει μειωθεί η κάλυψη από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας τις προηγούμενες δεκαετίες, προκαλώντας την κρίση της απουσίας ασφάλισης; Υπάρχουν αρκετές εξηγήσεις:

1. Το εκτινασσόμενο στα ύψη κόστος της ασφάλισης υγείας έχει κάνει την κάλυψη δυσβάσταχτη οικονομικά για πολλές επιχειρήσεις και πολλά άτομα (Gabel et al., 2003). Τα ασφαλιστρα υγείας αυξήθηκαν ραγδαία από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 μέχρι τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, σταμάτησαν να αυξάνονται με τόσο ταχείς ρυθμούς κατά τη διάρκεια της εποχής της «διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας» (Κεφάλαιο 9) και

ξεκίνησαν εκ νέου τη ραγδαία αύξησή τους τα πρώτα χρόνια του 21^{ου} αιώνα. Μερικοί εργοδότες αντέδρασαν στο αυξανόμενο κόστος της ασφάλισης υγείας εγκαταλείποντας τα ασφαλιστήρια συμβόλαια για τους υπαλλήλους τους και πολλοί εργοδότες έχουν μεταβιβάσει μεγαλύτερο μέρος του κόστους των ασφαλιστρών της ασφάλισης υγείας και των υπηρεσιών υγείας στους υπαλλήλους τους (Gabel et al., 2003). Συνεπώς, πολλοί υπάλληλοι δεν μπορούσαν πλέον να αντέξουν οικονομικά την εγγραφή σε ασφαλιστικά προγράμματα από τον εργοδότη και έχασαν την κάλυψη. Οι υπάλληλοι με χαμηλό εισόδημα επλήγησαν ιδιαίτερα σκληρά, από το συνδυασμό του αυξανόμενου κόστους της ασφάλισης και των μειούμενων επιδοτήσεων από τους εργοδότες (U.S. Census Bureau, 2003a)



Σχήμα 3-1. Αριθμός ανασφαλιστών στις Ην. Πολιτείες 1976-2002 (Αναπαραγωγή, κατόπιν αδειάς, U.S. Census Bureau, 2003a).

Η Jean Irons δούλευε για την U.S. Steel ως υπάλληλος και οι έξτρα παροχές της συμπεριλάμβαναν ασφάλιση υγείας. Η βιομηχανική εγκατάσταση μετακόμισε σε άλλη πολιτεία και αυτή βρήκε δουλειά ως σερβιτόρα σε ένα μικρό εστιατόριο. Ο μισθός της μειώθηκε κατά 25% και το εστιατόριο δεν παρείχε ασφάλιση υγείας.

- Τις τελευταίες δεκαετίες, η οικονομία των Ηνωμένων Πολιτειών έχει υποστεί μια μεγάλη αλλαγή. Ο αριθμός των υψηλόμισθων, οργανωμένων σε σωματεία σε μεγάλο βαθμό, πλήρους απασχόλησης βιομηχανικών υπαλλήλων με ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη έχει μειωθεί και το εργατικό δυναμικό έχει μετακινηθεί προς πιο χαμηλόμισθους, όλο και περισσότερο μερικής απασχόλησης, μη οργανωμένους σε σωματεία υπαλλήλους υπηρεσιών και γραφείου, των οποίων οι εργοδότες είναι λιγότερο πιθανό να παρέχουν ασφάλιση (Renner & Navarro, 1989). Ανάμεσα στο 1977 και το 1998, το ποσοστό των υπαλλήλων στο βιομηχανικό τομέα μειώθηκε από 24% σε 15%, ενώ το ποσοστό των ατόμων που δούλευαν στον τομέα των υπηρεσιών αυξήθηκε από 19% σε 29% (Gabel, 1999). Επιπλέον, η οικονομία των Ηνωμένων Πολιτειών καταρρακώθηκε από αρκετούς κύκλους ύφεσης κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 30 χρόνων. Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, σχεδόν 3,5 εκατομμύρια υπάλληλοι το χρόνο απολύονταν από τις εργασίες τους. Τα δύο τρίτα αυτών κατέληγαν άνεργοι, σε εργασίες μερικής απασχόλησης ή σε εργασίες με μικρότερο μισθό ή λιγότερες παροχές (Lohr, 1996). Παρόμοιες καταστάσεις παρουσιάστηκαν και στην ύφεση του 2000-2003.

Αυτοί οι δύο παράγοντες -οι αυξανόμενες δαπάνες της ιατρικής φροντίδας και μια αποσταθεροποιημένη οικονομία με ένα αποσταθεροποιημένο εργατικό δυναμικό- έπληξαν και την κάλυψη από την ιδιωτική ασφάλιση. Μια αντισταθμιστική τάση ήταν η επέκταση της κάλυψης του Medicaid. Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, η εγγραφή στο Medicaid αυξήθηκε κατά αρκετά εκατομμύρια χάρη στο γεγονός ότι έπαψαν να είναι πολύ αυστηρά τα κριτήρια για τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις εγγραφής με βάση το εισόδημά τους, ιδιαίτερα για τα παιδιά και τις έγκυες γυναίκες (Holahan & Kim, 2000). Χωρίς αυτές τις αλλαγές στα ασφαλιστήρια συμβόλαια του Medicaid, πολλά περισσότερα εκατομμύρια Αμερικανών θα ήταν τώρα ανασφάλιστοι.

Δύο φαινόμενα συνέβησαν στα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990 που θα περίμενε κανείς να έχουν αντιστρέψει την 20χρονη τάση στους αυξανόμενους αριθμούς των ανασφάλιστων: μία οικονομική άνθηση και μία ισοστάθμιση των δαπανών στις υπηρεσίες υγείας. Αυτά τα γεγονότα πραγματικά προκάλεσαν μία μικρή επέκταση στην ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη για πρώτη φορά μέσα σε δύο δεκαετίες. Ωστόσο, η εγγραφή στο Medicaid πραγματοποιήσε απότομη μεταβολή τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990, ουδετεροποιώντας τα έσοδα στην ιδιωτική ασφάλιση. Ανάμεσα στο 1994 και το 1998, πάνω από 3 εκατομμύρια άνθρωποι χαμηλού εισοδήματος έχασαν τις παροχές από το Medicaid, σε μεγάλο βαθμό λόγω της θέσπισης της μεταρρύθμισης για την κοινωνική πρόνοια και των αλλαγών στα ασφαλιστήρια συμβόλαια που επηρέαζαν τους μετανάστες (Holahan & Kim, 2000). Αν και ο αριθμός των ανασφάλιστων μειώθηκε ελαφρά το 1999 και το 2000, αυξήθηκε ξανά το 2001 και το 2002 ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης (U.S. Census Bureau, 2003a). Οι αυξήσεις στην εγγραφή στο Medicaid και στο Κρατικό Ασφαλιστικό

Πρόγραμμα για την Παιδική Υγεία κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εμπόδισαν την ακόμα μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων.

Η Sally Lewis δούλευε ως ρεσεψιονίστ σε ένα ιατρείο. Λάμβανε ασφάλιση υγείας μέσω του συζύγου της, ο οποίος ήταν εργάτης οικοδομών. Πήραν διαζύγιο, αυτή έχασε την ασφάλιση υγείας της και ο ιατρός εργοδότης της, της είπε ότι δεν μπορούσε να της παρέχει ασφάλιση υγείας πλόνω του κόστους.

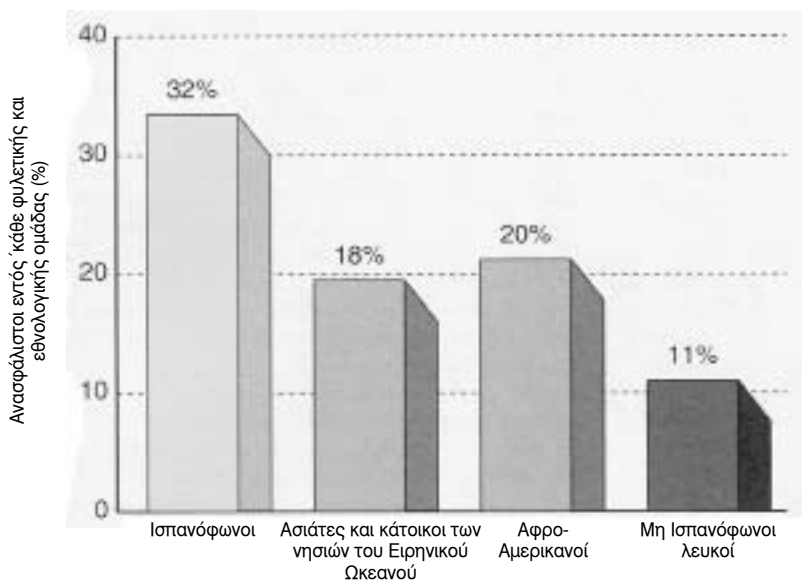
Η σχέση της ιδιωτικής ασφάλισης με την εργασία αναπόφευκτα προκαλεί διακοπές στην κάλυψη λόγω της ασταθούς φύσης της εργασίας. Οι άνθρωποι που απολύονται από τις εργασίες τους ή εγκαταλείπουν τις εργασίες τους λόγω ασθένειας μπορεί επίσης να χάσουν την ασφάλειά τους. Τα μέλη της οικογενείας που ασφαλιζονται μέσω της εργασίας του/ της συζύγου μπορεί να χάσουν την ασφάλειά τους σε περιπτώσεις διαζυγίου, απώλειας εργασίας ή θανάτου του εργαζόμενου μέλους. Οι άνθρωποι που εγκαταλείπουν την εργασία τους ενδεχομένως να πληρούν τις προϋποθέσεις ούτως ώστε να πληρώνουν κάλυψη 18 μηνών, όπως ορίζεται στο Νομοσχέδιο Επαναπροσδιορισμού Σταθερού Προϋπολογισμού του 1985, όμως πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τα ασφαλιστήρια που μπορεί να υπερβαίνουν τα 900\$ το μήνα για μια τριμελή οικογένεια (Broder, 2002).

Η συχνά εφήμερη φύση της ασφάλισης από τον εργοδότη επιβαρύνεται από δυσκολίες στη διατήρηση της καταλληλότητας των δικαιούχων του Medicaid. Μικρές αυξήσεις στο οικογενειακό εισόδημα μπορεί να σημαίνουν ότι οι οικογένειες δεν δικαιούνται πλέον το Medicaid. Το καθαρό αποτέλεσμα είναι ότι εκατομμύρια ανθρώπων μπαίνουν στις τάξεις των ανασφάλιστων κάθε μήνα. Το 1999, 43 εκατομμύρια άτομα δεν είχαν ασφάλιση υγείας για όλη τη διάρκεια του έτους, ενώ 59 εκατομμύρια ήταν ανασφάλιστοι για τουλάχιστον ένα μέρος εκείνου του χρόνου (Congressional Budget Office, 2003). Η ασφάλιση υγείας μπορεί να αποτελεί εφήμερη παροχή.

Σχεδόν όλοι οι ανασφάλιστοι επιθυμούν ασφάλιση υγείας. Όταν ρωτήθηκαν για τον πιο σημαντικό λόγο έλλειψης ασφάλισης υγείας, μόνο το 3% δήλωσαν ότι δεν χρειάζονταν ασφάλιση. Οι περισσότεροι δήλωσαν ως το κύριο εμπόδιο στην κάλυψη την αδυναμία να αντέξουν οικονομικά την ασφάλιση (Kaiser Family Foundation, 2000)

Ποιοί είναι οι ανασφάλιστοι;

Το 2002, το 11% των μη Λατίνων λευκών ήταν ανασφάλιστοι, σε σύγκριση με το 20% των Αфро-αμερικανών, το 18% των Ασιατών Αμερικανών και το 32% των Λατίνων (Σχήμα 3-2). Το 24% των ατόμων με ετήσια οικογενειακά εισοδήματα κάτω των 25.000\$ ήταν ανασφάλιστοι, σε σύγκριση με το 8% των ατόμων με οικογενειακά εισοδήματα 75.000\$ ή και μεγαλύτερα αυτών (Σχήμα 3-3) (U.S. Census Bureau, 2003a). Παρά το πρόγραμμα Medicaid, το 30% των ανθρώπων με εισοδήματα κάτω από το ομοσπονδιακό επίπεδο ανέχειας ήταν ανασφάλιστοι. Ο ανασφάλιστος πληθυσμός περιλαμβάνει μία κάπως μικρότερη αναλογία ανθρώπων με καλή υγεία απ' αυτή σ' εκείνους που έχουν ασφάλιση υγείας. Οι άνθρωποι που είναι φτωχοί και μέλη μειονοτικών ομάδων είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να είναι ανασφάλιστοι όπως και οι λευκοί με υψηλότερο εισόδημα (Σχήματα 3-2 και 3-3).

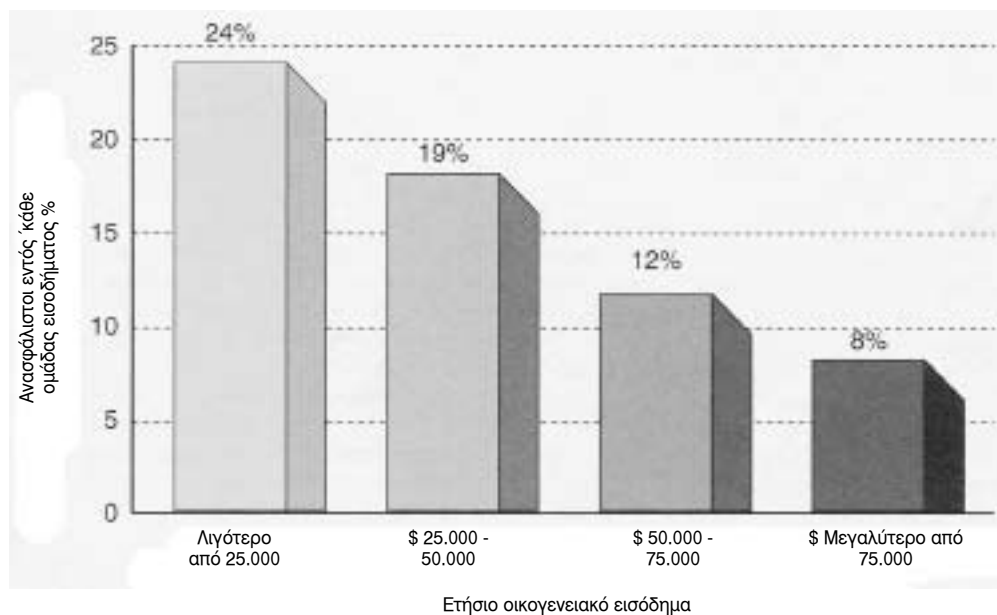


Σχήμα 3-2. Ποσοστό πληθυσμού που δεν έχει ασφάλεια υγείας ανά φυλή και εθνική καταγωγή το 2002 (Αναπαραγωγή κατόπιν αδείας από U.S. Census Bureau, 2003, www.census.gov.) των ΗΠΑ.

Ο Morris δουλεύει σε ένα συνοικιακό μπακάλικο που απασχολεί πέντε ανθρώπους. Ο Morris κάποτε ρώτησε τον ιδιοκτήτη αν οι υπάλληλοι μπορούσαν να λάβουν ασφάλιση υγείας μέσω της εργασίας τους αλλά ο ιδιοκτήτης απάντησε ότι ήταν πάρα πολύ ακριβή. Ο Morris, η σύζυγός του και τα τρία τους παιδιά είναι ανασφάλιστοι.

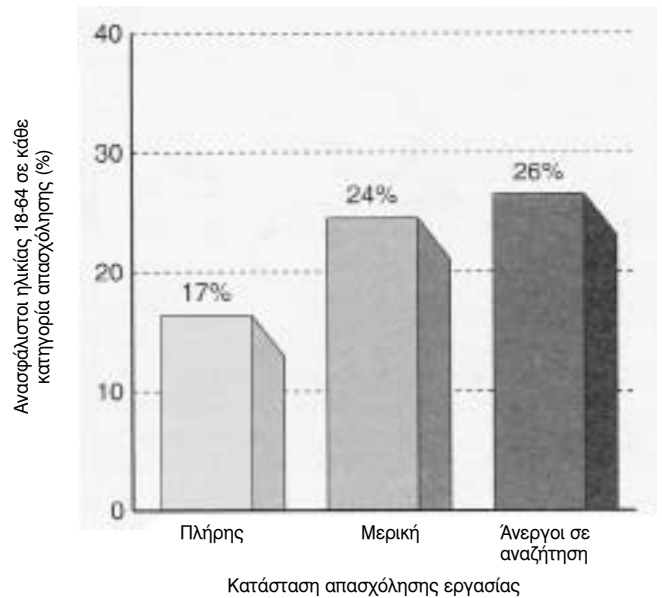
Ο Norris, εργάτης σε ναυπηγείο, απολύθηκε 3 χρόνια πριν και στην ηλικία των 60 χρόνων δεν μπορεί να βρει άλλη εργασία. Ζει με γενική χρηματική αρωγή της κομητείας των 400\$ το μήνα, αλλά δεν πληροί τις προϋποθέσεις για το Medicaid, γιατί δεν είναι γονιός, δεν είναι άνω των 65 χρόνων και δεν είναι ανάπηρος. Είναι ανασφάλιστος.

Οι ανασφάλιστοι μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τους εργαζόμενους ανασφάλιστους (Morris) και τους άνεργους ανασφάλιστους (Norris). Το 1999, το 83% των ανασφάλιστων ήταν εργαζόμενοι ανασφάλιστοι σε οικογένειες όπως του Morris με τουλάχιστον έναν εργαζόμενο ενήλικα (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2001). Οι περισσότερες εργασίες των εργαζόμενων ανασφάλιστων είναι χαμηλόμισθες, σε μικρές εταιρείες και μπορεί να είναι μερικής απασχόλησης (Σχήματα 3-4 και 3-5). Οι υπόλοιποι ανασφάλιστοι είναι άνεργοι, συχνά με εισοδήματα κάτω του επιπέδου ανέχειας αλλά, όπως ο Norris, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για το Medicaid.



Σχήμα 3-3. Έλλειψη ασφάλειας ανά εισόδημα το 2002 (Αναπαραγωγή, κατόπιν αδείας, από U.S. Census Bureau, 2003, www.census.gov.)

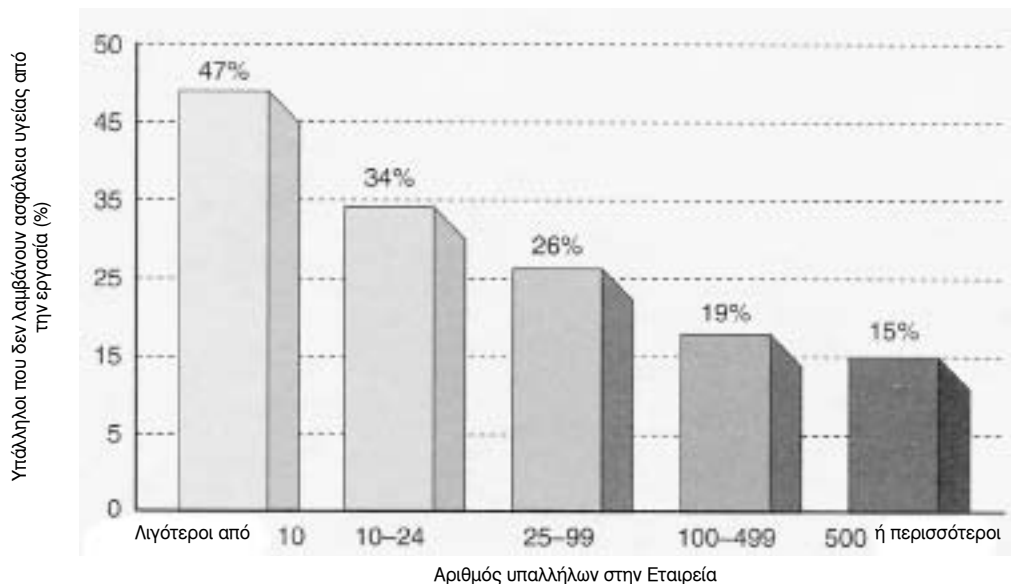
Σχήμα 3-4. Έλλειψη ασφάλειας ανά κατάσταση απασχόλησης το 2002 (Αναπαγωγή, κατόπιν αδείας από U.S. Census Bureau, 2003, WWW.census.gov.)



Κάνει τη διαφορά η ασφάλιση υγείας;

Δύο Αμερικανοί γερουσιαστές συζητούν το θέμα της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας. Ο ένας επικρίνει το στίγμα της έλλειψης ασφάλισης και ισχυρίζεται ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν ασφάλιση λαμβάνουν λιγότερη φροντίδα και έχουν χειρότερη υγεία από εκείνους που έχουν ασφάλιση. Ο άλλος διαφωνεί και ισχυρίζεται ότι τα νοσοκομεία και οι ιατροί παρέχουν σε μεγάλο βαθμό φιλική φροντίδα, γεγονός που επιτρέπει στους ανασφάλιστους να λαμβάνουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται.

Προκειμένου να βγει συμπέρασμα απ’ αυτήν τη συζήτηση, το Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του Αμερικανικού Κογκρέσου (U.S. Congress Office of Technology Assessment) (1992) πραγματοποίησε έναν πλήρη απολογισμό προκειμένου να καθοριστεί αν η ασφάλιση υγείας κάνει τη διαφορά στη χρήση της ιατρικής φροντίδας και στην έκβαση της υγείας. Τα ευρήματα, που επιβεβαιώθηκαν από το Ινστιτούτο Ιατρικής –Institute of Medicine (2002), απέδειξαν ότι με εξαίρεση ένα ορισμένο ποσοστό φροντίδας που λαμβάνεται από τους ανασφάλιστους χωρίς πληρωμή, οι άνθρωποι χωρίς ασφάλιση υγείας λαμβάνουν λιγότερη φροντίδα και η υγεία τους παρουσιάζει χειρότερη έκβαση.



Σχήμα 3-5. Έλλειψη ασφάλειας από την εργασία ανά μέγεθος της εταιρείας το 1999. (Αναπαγωγή, κατόπιν αδείας, από Brown ER et al: The State of Health Insurance in California. Los Angeles, UCLA Center for Health Policy Research, March 2001).

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα ιδιωτικό νοσοκομείο αρνήθηκε να κάνει εισαγωγή στον Percy, ένα παιδί του οποίου και οι δύο γονείς ήταν εργαζόμενοι αλλιά δεν είχαν ασφάλιση, για θεραπεία αποστήματος. Η θεραπεία ως εξωτερικού ασθενή απέτυχε και η μητέρα του επικείμενη να κάνει εισαγωγή στον Percy σε αλλιά νοσοκομεία της περιοχής που επίσης αρνήθηκαν την παροχή φροντίδας. Τελικά, ένας δικηγόρος κανόνισε ούτως ώστε το πρώτο νοσοκομείο να κάνει εισαγωγή στο παιδί και οι γονείς τότε όφειλαν στο νοσοκομείο 6.000\$.

Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας πιο απλά υπολογίζεται με βάση το πόσες φορές ένας άνθρωπος χρησιμοποιεί τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι οι αριθμοί των επισκέψεων στον ιατρό, των ημερών νοσηλείας και των υπηρεσιών προληπτικής φροντίδας που λαμβάνονται. Επιπλέον, η πρόσβαση μπορεί να υπολογιστεί από έρευνες στις οποίες οι συμμετέχοντες αναφέρουν αν παρέλειψαν να αναζητήσουν φροντίδα ή όχι και αν καθυστέρησε η φροντίδα όταν αισθάνθηκαν ότι τη χρειαζόνταν ή όχι.

Σε σύγκριση με τους ασφαλισμένους, οι ανασφάλιστοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν τακτική πηγή φροντίδας υγείας και είναι πιο πιθανό να αναφέρουν καθυστερήσεις στη χρήση των υπηρεσιών (American College of Physicians, 2000). Οι ασφαλισμένοι ενήλικες με κακή υγεία επισκέπτονται ιατρό 70% πιο συχνά από τους ανασφάλιστους με κακή υγεία. Τα ανασφάλιστα παιδιά είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό απ' τα ασφαλισμένα παιδιά να μη λάβουν τις απαραίτητες ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες (Newacheck et al., 1998). Παρά την κοινή αντίληψη, σύμφωνα με την οποία οι ανασφάλιστοι λαμβάνουν νοσοκομειακή φροντίδα χάρη στη φιλανθρωπία, οι ασφαλισμένοι ενήλικες στην πραγματικότητα λαμβάνουν κατά 90% περισσότερες νοσοκομειακές υπηρεσίες απ' τους ανασφάλιστους (Hadley et al., 1991). Τα ασφαλισμένα άρρωστα νεογέννητα λαμβάνουν περισσότερες νοσοκομειακές υπηρεσίες απ' τα αντίστοιχα άρρωστα νεογέννητα που δεν έχουν ασφάλιση (Braveman et al., 1989). Το 1997, το 55% των ανασφάλιστων ανέφεραν ότι ανέβαλαν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας επειδή δεν μπορούσαν να την αντέξουν οικονομικά (Επιτροπή Kaiser για το Medicaid και τους Ανασφάλιστους, 1998).

Οι άνθρωποι χωρίς ασφάλιση, που είναι συχνά φτωχοί, είναι πιο πιθανό να λαμβάνουν φροντίδα στις αίθουσες επείγοντων περιστατικών ή σε κλινικές δημόσιων νοσοκομείων με ελεγχόμενο προϋπολογισμό σε σχέση με τους ανθρώπους με ιδιωτική ασφάλιση, συχνά αναμένοντας 7 ή 8 ώρες πριν λάβουν τελικά τις υπηρεσίες (Grumbach et al., 1993). Οι υψηλότεροι δείκτες υπέρτασης και καρκίνου του τραχήλου και οι χαμηλότεροι δείκτες επιβίωσης για τον καρκίνο του μαστού μεταξύ των ανασφάλιστων, σε σύγκριση μ' εκείνους που έχουν ασφάλιση, συνδέονται με λιγότερο συχνές εξετάσεις της αρτηριακής πίεσης και κλινικές εξετάσεις του μαστού, καθώς και λιγότερο συχνά τεστ Παπανικολάου (Ayanian et al., 2000).

Η επιρροή της ασφάλισης υγείας στην πρόσβαση περιπλέκεται απ' τον παράγοντα του εισοδήματος, επειδή η έλλειψη ασφάλισης συσχετίζεται με το χαμηλό εισόδημα (Franks et al., 1993α). Τα ιστορικά στοιχεία υποδηλώνουν ξεκάθαρα ότι κυρίως η έλλειψη ασφάλισης και όχι τόσο το χαμηλό εισόδημα αποτελεί το κύριο εμπόδιο στη χρήση

υπηρεσιών υγείας. Μετά τη θέσπιση του προγράμματος Medicaid, οι άνθρωποι με χαμηλότερο εισόδημα ξεκίνησαν να επισκέπτονται ιατρούς πιο συχνά σε σχέση μ' εκείνους με υψηλότερα εισοδήματα (Freeman et al., 1990).

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Dan Sugarman παρατήρησε ότι ουρούσε πολύ και αισθανόταν αδυναμία. Ο φίλος του του είπε ότι έπασχε από διαβήτη και χρειαζόταν φροντίδα υγείας, αλλιά εθ-λείψει ασφάλισης υγείας, ο κύριος Sugarman φοβόταν το κόστος. Οκτώ μέρες αργότερα, ο φίλος του τον βρήκε σε κόμα. Νοσηλεύτηκε με διαβητική κετοξέωση.

Η Penny Evans δούλησε σε ένα καζίνο της Νεβάδα. Ήταν ανασφάλιστη και αγνοούσε έναν αναπτυσσόμενο σπύλο στο θώρακά της. Μετα από πολλούς μήνες καθυστέρησης, επισκέφθηκε ένα δερματολόγο και η διάγνωση ήταν κακόηθες μελάνωμα που είχε κάνει μετάσταση. Κατέληξε 2 χρόνια αργότερα στην ηλικία των 44 χρόνων.

Ο Leo Morelli, ένας υπερτασικός ασθενής τα πήγαινε καλά μέχρι που η εταιρεία του μεταφέρθηκε και εγκαταστάθηκε στο Μεξικό και αυτός έχασε τη δουλειά του. Αφού δεν είχε ούτε μισθό ούτε ασφάλιση υγείας, δεν μπορούσε να αντέξει οικονομικά τα φάρμακά του για την αρτηριακή πίεση. Έξι μήνες αργότερα, κατέρρευσε από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Μία ποικιλία από δείκτες χρησιμοποιούνται προκειμένου να βγει συμπέρασμα για την έκβαση της υγείας, όπως η νοσοκομειακή περίθαλψη που μπορεί να αποφευχθεί (εισαγωγές που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί αν η περιπατητική φροντίδα είχε προσφερθεί έγκαιρα), η σοβαρότητα της ασθένειας τη χρονική περίοδο της νοσηλείας, οι δείκτες θνησιμότητας, ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης μεταξύ των υπερτασικών και οι αρνητικές εκβάσεις για τα νεογέννητα (για παράδειγμα, χαμηλό βάρος όταν γεννιούνται, μακροχρόνιες παραμονές στο νοσοκομείο και νεογενής θάνατος).

Η υγεία των ανασφάλιστων παρουσιάζει χειρότερη έκβαση σε σχέση μ' εκείνη των ασφαλισμένων. Σε σύγκριση με τους ασφαλισμένους, οι ανασφάλιστοι όπως ο κύριος Sugarman έχουν περισσότερες περιπτώσεις νοσοκομειακής περίθαλψης που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Όπως ο κύριος Sugarman και η κυρία Evans, η διάγνωση σ' αυτούς συνήθως πραγματοποιείται σε προχωρημένα στάδια ασθενειών απειλητικών για τη ζωή και είναι κατά μέσο όρο πιο σοβαρά άρρωστοι όταν νοσηλεύονται (American College of Physicians, 2000). Οι ανασφάλιστοι ασθενείς με σκληρωκοειδίτιδα είναι πολύ πιο πιθανό να υποστούν ρήξη της σκληρωκοειδούς απόφους λόγω καθυστέρησης στη χειρουργική επέμβαση σε σχέση με τους ασφαλισμένους (Braveman et al., 1994). Οι ενήλικες που έχασαν την κάλυψη Medicaid το 1983 βρέθηκαν να έχουν χειρότερο έλεγχο αρτηριακής πίεσης σε σχέση μ' εκείνους που εξακολουθούσαν να καλύπτονται από το Medicaid. Τα ανασφάλιστα νεογέννητα έχουν υψηλότερο δείκτη αρτηριακών εκβάσεων, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου, όταν συγκρίνονται με τα ασφαλισμένα νεογέννητα. Οι ανασφάλιστοι ενήλικες έχουν υψηλότερους δείκτες ενδοσκομειακής θνησιμότητας σε σύγκριση με τους ενήλικες που έχουν ιδιωτική ασφάλιση, λαμβάνοντας πάντα υπόψη και τη σοβαρότητα της ασθένειας κατά την εισαγωγή. Η οξεία μη ελεγχόμενη υπέρταση, όπως στην περίπτωση του κυρίου Morelli, σχετίζεται με την έλλειψη

ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας και επίσης με την έλλειψη ασφάλισης υγείας (U.S. American Congress. Office of Technology Assessment, 1992, Lurie et al., 1984, Braveman et al., 1989, Hadley et al., 1991, Shea et al., 1992). Το πιο σημαντικό είναι ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν ασφάλιση υγείας εμφανίζουν υψηλότερο γενικό δείκτη θνησιμότητας σε σχέση με τους ασφαλισμένους. Μια μελέτη που ασχολήθηκε με τους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ του 1971 και του 1987 αποκάλυψε ότι μέχρι το τέλος της περιόδου που ακολουθούσε, το 9,5% των ασφαλισμένων και το 18,4% των ανασφάλιστων είχαν πεθάνει. Αφού ελήφθησαν υπόψη και άλλοι παράγοντες που μπορεί να είχαν συμβάλει σ' αυτήν τη διαφορά (όπως είναι, για παράδειγμα, η ηλικία, το φύλο, η μόρφωση, η χειρότερη αρχική κατάσταση της υγείας και το κάπνισμα), προέκυψε το συμπέρασμα πως η έλλειψη ασφάλισης από μόνη της αύξησε τον κίνδυνο του θανάτου κατά 25% (Franks et al., 1993β).

Κάνει το medicaid τη διαφορά;

Το Medicaid, το ομοσπονδιακό και κρατικό δημόσιο ασφαλιστικό πρόγραμμα, έχει σημειώσει πολύ μεγάλες προόδους όσον αφορά στη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα για τα δύο τρίτα των ανθρώπων με εισοδήματα κάτω του ομοσπονδιακού επιπέδου ανέχειας αλλά και αυτό το πρόγραμμα έχει τους περιορισμούς του.

Το MEDICAID ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η Concepcion Ortiz ζούσε σε μια πόλη 25.000 κατοίκων. Όταν έμεινε έγκυος, η αδελφή της της είπε ότι πληρούσε τις προϋποθέσεις για το Medicaid, στο οποίο και εγγράφηκε. Τηλεφώνησε σε κάθε μαιευτήρα στην πόλη και κανένας δεν δεχόταν ασθενείς του Medicaid. Όταν έφτασε στον έκτο μήνα, απειπίστηκε.

Για εκείνους που έχουν κάλυψη Medicaid, η πρόσβαση στη φροντίδα δεν είναι καθόλου εγγυημένη. Το Medicaid πληρώνει στους ιατρούς πολύ λιγότερα χρήματα σε σχέση με το Medicare ή την ιδιωτική ασφάλιση (Iglehart, 1999), με αποτέλεσμα ένα ποσοστό μεταξύ 25% και 50% των ιατρών με ιδιωτικά ιατρεία να μη δέχονται το Medicaid, ανάλογα με την πολιτεία και την ειδικότητα.

Πολλές έγκυες γυναίκες έχουν πρόβλημα να βρουν μαιευτήρα που θα δεχτεί το Medicaid. Οι έγκυες γυναίκες με κάλυψη Medicaid συνήθως αρχίζουν να λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα αργότερα σε σχέση μ' εκείνες χωρίς ασφάλιση ή με ιδιωτική ασφάλιση. Μόλις αρχίσει η λήψη προγεννητικής φροντίδας, οι δικαιούχοι του Medicaid πραγματοποιούν περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις σε σχέση μ' εκείνες που δεν έχουν ασφάλιση, αλλά λιγότερες επισκέψεις σε σχέση μ' αυτές που έχουν ιδιωτική ασφάλιση (Braveman et al., 1993).

Κατά κανόνα, οι άνθρωποι με Medicaid έχουν ένα επίπεδο πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, το οποίο είναι ανάμεσα στο επίπεδο εκείνων που δεν έχουν ασφάλιση και στο επίπεδο εκείνων με ιδιωτική ασφάλιση. Σε σύγκριση με τους ανασφάλιστους, εκείνοι με Medicaid είναι πιο πιθανό να έχουν τακτική πηγή φροντίδας υγείας, να λαμβάνουν περισσότερες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας και είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν καθυστερήσεις στη χρήση των υπηρεσιών. Σε σύγκριση με τα ανασφάλιστα παιδιά, τα παιδιά που είναι εγγεγραμμένα στο Medicaid χρησιμοποιούν πολύ περισσότερο τις υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας

Πίνακας 3-2. Στάδιο καρκίνου του μαστού τη χρονική περίοδο της αρχικής διάγνωσης, Νιου Τζέρσεϋ, 1985-1987.^α

	Τοπική ^β	Εντοπισμένη	Μεταστατική
Ιδιωτικά Ασφαλισμένοι	54%	39%	7%
Ανασφάλιστοι	45%	43%	12%
Medicaid	46%	37%	17%

^αΠηγή δεδομένων (κατόπιν αδείας): Ayanian JZ et al.: The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. N Engl J Med 1993, 329: 326.

^β Στην τοπική ασθένεια, ο καρκίνος περιορίζεται στο μαστό. Η εντοπισμένη ασθένεια σημαίνει πως ο καρκίνος έχει απλωθεί στους πνευμόνες της περιοχής. Η μεταστατική ασθένεια σημαίνει πως ο καρκίνος έχει απλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος.

και, μεταξύ εκείνων με χρόνια ασθένεια και αναπηρία, γίνεται πολύ μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών θεραπείας (Newacheck et al., 1995). Ωστόσο, σε σύγκριση μ' αυτούς που έχουν ιδιωτική ασφάλιση, οι δικαιούχοι του Medicaid είναι δύο φορές πιο πιθανό να συναντήσουν δυσκολία στη χρήση της απαραίτητης ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας και των απαραίτητων συνταγογραφούμενων φαρμάκων και γυαλιών (Berk & Schur, 1998).

Το MEDICAID ΚΑΙ ΟΙ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έκβαση της υγείας για τους δικαιούχους του Medicaid υστερεί σε σχέση μ' εκείνη των ανθρώπων που έχουν ιδιωτική ασφάλιση (U.S. American Congress. Office of Technology Assessment, 1992). Σε μερικές μελέτες (Lurie et al., 1984), οι δικαιούχοι του Medicaid παρουσιάζουν καλύτερη έκβαση υγείας σε σχέση με τους ανασφάλιστους αν και κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει πάντα. Οι ανασφάλιστες γυναίκες και οι γυναίκες με Medicaid είχαν κατά μέσο όρο και σε σημαντικό βαθμό πιο προχωρημένο καρκίνο του μαστού κατά την αρχική διάγνωση σε σχέση με τις γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση και οι δείκτες επιβίωσης ήταν φανερά χαμηλότεροι μεταξύ των ανασφάλιστων ασθενών και των ασθενών με Medicaid. Οι διαφορές μεταξύ εκείνων χωρίς ασφάλιση και εκείνων με Medicaid δεν ήταν σημαντικές (Πίνακες 3-2 και 3-3) (Ayanian et al., 1993). Οι δικαιούχοι του Medicaid μερικές φορές υποβιβάζονται, μαζί με τους ανασφάλιστους, στο πιο χαμηλό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας.

Υπασφάλιση

Η ασφάλιση υγείας δεν εγγυάται οικονομική πρόσβαση στη φροντίδα. Πολλοί άνθρωποι είναι υπασφάλιστοι, δηλαδή η

Πίνακας 3-3. Υπολογισμένος σχετικός κίνδυνος θανάτου^α από καρκίνο του μαστού, Νιου Τζέρσεϋ, 1985-1987.^β

Ιδιωτικά Ασφαλισμένοι	1
Ανασφάλιστοι	1,49
Medicaid	1,40

^α Ο σχετικός κίνδυνος θανάτου υπολογίζεται με βάση την ηλικία, τη φυλή, την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και το στάδιο της νόσου τη χρονική περίοδο της διάγνωσης.

^β Πηγή δεδομένων (κατόπιν αδείας): Ayanian JZ et al.: The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. N Engl J Med 1993, 329: 326.

κάλυψη από την ασφάλιση υγείας τους έχει περιορισμούς που επηρεάζουν την πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες (Bodenheimer, 1992, Shearer, 1998). Το πεδίο της υπασφάλισης στις Ηνωμένες Πολιτείες εμφανίζει ποικιλία (Πίνακας 3-4).

ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Η Janet Lim, βοηθός νοσηλεύτρια ασφαλισμένη από έναν Οργανισμό Διατήρησης της Υγείας, υπέστη ένα σοβαρό κάταγμα στο μηριαίο οστό, όταν έπεσε θύμα αυτοκινητιστικού ατυχήματος και την εγκατέλειψαν αβοήθητη. Για 3 μήνες δεν επιτρεπόταν να σηκώσει βάρος. Μετα από εβδομάδες παραμονής στο νοσοκομείο, οι παροχές του Οργανισμού Διατήρησης της Υγείας διακόπηκαν. Αν και δεν μπορούσε ούτε να καθίσει σε καρέκλα, η κυρία Lim ανέλαβε όλες τις δαπάνες της ιατρικής της φροντίδας.

Έχει υπολογιστεί ότι 31 εκατομμύρια ανθρώπων έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας που αφήνει μεγάλες δαπάνες ακάλυπτες σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας (Shearer, 1998). Τα ασφαλιστικά προγράμματα μπορεί να περιορίσουν τις δαπάνες εφ' όρου ζωής σε 1 εκατομμύριο δολάρια ή λιγότερο, αλλά χιλιάδες ατυχημάτων με μηχανοκίνητα οχήματα κάθε χρόνο προκαλούν πολύ σοβαρά τραύματα, με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας να υπερβαίνουν αυτά τα όρια.

ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΓΙΑ ΠΡΟΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Δύο μήνες αφού βρήκε νέα εργασία, ο Brent McRae Ιτο πραγματικό του όνομα, ηλικίας 27 χρόνων, εμφανισε καρκίνο του ορθού. Νόμιζε ότι ήταν ασφαλισμένος, αλλά «Ενώ υποβαλλόμουν ήδη πέντε εβδομάδες σε χημειοθεραπεία, μπαίνω στο ιατρείο του ογκολόγου μου, με βάζει να καθίσω, βάζει το χέρι του στο γόνατό μου και μου λέει ότι δεν έχει γίνει καμία πλήρωμή επειδή ο John Hancock αρνείται την κάλυψη, ισχυριζόμενος ότι ο καρκίνος ήταν προϋπάρχουσα κατάσταση, ακόμα κι αν δεν είχε διαγνωστεί όταν ξεκίνησε η κάλυψη.» Η χημειοθεραπεία σταμάτησε λόγω της ανικανότητας του κυρίου McRae να πληρώσει. «Κάποια στιγμή στη διάρκεια της όλης κατάστασης, 'έπιασα πάτο', ανάμεσα στο γεγονός ότι πάσχω από καρκίνο και στο ότι μου ανακοινώνουν ότι δεν έχω ασφάλιση, και έκανα απόπειρα αυτοκτονίας.» («Οι υψηλές δαπάνες υγείας πλήττουν ορθότατα και περισσότερο», U.S. New York Times, 28 Απριλίου, 1991).

Το 1990, πάνω από το 60% των ομαδικών ασφαλιστικών προγραμμάτων για την υγεία περιλάμβαναν εξαιρέσεις για προϋπάρχουσες καταστάσεις με διατάξεις που αρνούνται τις παροχές για οποιαδήποτε ασθένεια υπάρχει ήδη τη χρονική περίοδο της εγγραφής σε ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα (Sullivan & Rice, 1991). Το Νομοσχέδιο του 1996 για την “Πε-

Πίνακας 3-4. Κατηγορίες υπασφάλισης.

Έλλειψη κάλυψης για καταστροφικές δαπάνες
Εξαιρέση της κάλυψης για προϋπάρχουσες ασθένειες
Υπηρεσίες οι οποίες δεν καλύπτονται
Ασφαλιστικά αφαιρετέα ποσά και ασφαλιστικές συνεισφορές
Κενά στην κάλυψη του Medicare
Έλλειψη κάλυψης για μακροχρόνια φροντίδα

ριοχή Ευθύνης Κινητής Μονάδας Ασφάλισης Υγείας” (Health Insurance Portability and Accountability Act) έβαλε περιορισμούς στη χρονική διάρκεια που οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να αρνηθούν την κάλυψη για προϋπάρχουσες ασθένειες αλλά δεν εξάλειψε τις εξαιρέσεις για προϋπάρχουσες ασθένειες (Kuttner, 1997). Σχεδόν 100 εκατομμύρια ανθρώπων κάτω των 65 χρόνων αντιμετωπίζουν ιατρικά προβλήματα (για παράδειγμα, υπέρταση, διαβήτη, άσθμα ή χρόνια πόνος στην πλάτη) που οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να θεωρήσουν ως προϋπάρχουσες καταστάσεις.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΙ

Η Flora Pillsbury λαμβάνει αντισυλληπτικά από το στόμα που δεν καλύπτονται από την ιδιωτική της ασφάλιση υγείας. Για μερικούς μήνες ρισκάρει μια πιθανή εγκυμοσύνη, γιατί λαμβάνει λιγότερα χάπια, προκειμένου να κάνει οικονομία για τον επόμενο μήνα, αφού δεν μπορεί πάντοτε να αντέξει οικονομικά τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Τα ιδιωτικά προγράμματα υγείας, το Medicare και το Medicaid δεν καλύπτουν όλες τις ανάγκες για φροντίδα υγείας και απαιτούν από τους ασθενείς να πληρώσουν άμεσα τις μη καλυπτόμενες υπηρεσίες.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΑΦΑΙΡΕΤΕΑ ΠΟΣΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΕΣ

Η Eva Stefanski δουλεύει ως νομική γραμματέας και έχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο με τον οργανισμό υγείας Blue Cross, που συμβάλλεται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία, με αφαιρετέο ποσό 2.000\$. Τον περασμένο χρόνο, δεν εμφανίστηκε στο ραντεβού που είχε για να κάνει μαστογραφία επειδή δεν είχε 120\$ για να πληρώσει την εξέταση. Φέτος, αποφάσισε να αγνοήσει εντελώς τον ετήσιο γυναικολογικό της έλεγχο.

Για τους ανθρώπους με χαμηλά ή μέσα εισοδήματα, τα ασφαλιστικά αφαιρετέα ποσά και οι ασφαλιστικές συνεισφορές μπορεί να αποτελούν ένα σημαντικό οικονομικό πρόβλημα. Οι εργοδότες απαιτούν από τους υπαλλήλους τους να πληρώνουν μεγαλύτερα αφαιρετέα ποσά και μεγαλύτερες συνεισφορές (Gabel et al., 2003). Σε αντικατάσταση των προγραμμάτων των HMOs χωρίς αφαιρετέα ποσά και μηδαμινές συνεισφορές εμφανίστηκαν προγράμματα από Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations-PPOs) που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία με αφαιρετέα ποσά 2.500\$ και συνεισφορά 25% ή νέα πακέτα από HMOs που απαιτούν από τους ασθενείς να πληρώσουν τα πρώτα 1.500\$ μιας εισαγωγής στο νοσοκομείο και το 20% της ημερήσιας χρέωσης του νοσοκομείου. Έχει υπολογισθεί ότι οι λογαριασμοί υγείας μπορεί να έχουν αφαιρετέα ποσά ύψους 10.000\$ (Robinson, 2002).

Από το 1997 μέχρι το 2002, η δαπάνη για συνταγογραφούμενα φάρμακα αυξήθηκε με ρυθμό μεγαλύτερο από 15% το χρόνο (Levit et al., 2004). Τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας αντέδρασαν μεταβιβάζοντας ένα μέρος αυτών των αυξήσεων στα μέλη τους μέσω μεγάλων αυξήσεων στις συνεισφορές (Malkin et al., 2004). Εκείνοι που είναι οι πιο άρρωστοι (επειδή χρειάζονται περισσότερα φάρμακα) δέχονται το πιο ισχυρό πλήγμα από αυτά τα άμεσα έξοδα.

ΚΕΝΑ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ MEDICARE

Η Corazon Estacio πάσχει από στηθάγχη, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υψηλή αρτηριακή πίεση και διαβήτη. Λαμβάνει 17 δισκία την ημέρα: τέσσερα δισκία γλυμπουρίδης και τέσσερα δινιτρικού ισοσορβίτη, τρία δισκία καπτοπρίλης, δύο χλωριούχου καλίου, ένα δισκίο νιφεδιπίνης, ένα ασπιρίνης, ένα διγοξίνης και ένα φουροσεμίδης. Ο ΗΜΟ του Medicare της παρέχει περιορισμένη κάλυψη για τα φάρμακα που λαμβάνει ως εξωτερική ασθενής και έτσι ο ετήσιος λογαριασμός φαρμάκων της ανέρχεται στα 3.840\$.

Το 2001, ο Ferdinand Foote καλυπτόταν από το Medicare και δεν είχε κάλυψη από το Medigap, από ΗΜΟ ή από το Medicaid. Νοσηλεύτηκε για περιφερειακή αγγειοπάθεια που προκλήθηκε από διαβήτη και ένα μη επούλωμένο επιμοχυσμένο έλκος ποδός. Πέρασε 4 μέρες στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων και 1 μήνα στην εξειδικευμένη κλινική και πραγματοποιούσε εβδομαδιαίες επισκέψεις στον ιατρό αφού πήρε εξιτήριο. Τα έξοδα της ασθένειας που δεν καλύπτονταν από το Medicaid συμπεριλάμβαναν ένα αφαιρετέο ποσό 876\$ για τη φροντίδα στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων, μια συνεισφορά 109,50\$ την ημέρα για τις μέρες 21-31 της παραμονής στην εξειδικευμένη κλινική, ένα αφαιρετέο ποσό 100\$ για τον ιατρό και μία συνεισφορά 20% (8\$) για τον ιατρό ανά επίσκεψη για 12 επισκέψεις. Το συνολικό ποσό ανήλθε στα 2.067\$, χωρίς να συμπεριλαμβάνει το κόστος των φαρμάκων που έλαβε ως εξωτερικός ασθενής.

Κατά μέσο όρο, το Medicare καλύπτει μόνο το 43% των δαπανών υγείας των ηλικιωμένων. Το 2002, ο μέσος δικαιούχος του Medicare δαπανούσε 3.757\$ άμεσα (22% του εισοδήματος), χωρίς να συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα νοσηλείας. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αποτελούσαν μεγάλο μέρος αυτής της δαπάνης. Για το 10% των δικαιούχων με κακή υγεία και τις υψηλότερες δαπάνες για περίθαλψη, το ποσό αυτό ανήλθε στα 9.174\$ (Maxwell et al., 2002). Ακόμα και οι δικαιούχοι του Medicare με συμπληρωματική κάλυψη από ΗΜΟ είχαν σημαντικά άμεσα έξοδα. Το 2001, το μέσο μέλος ΗΜΟ του Medicare δαπανούσε 1.786\$ με άμεσες πληρωμές. Για εκείνους με κακή υγεία, το άμεσο κόστος ήταν κατά μέσο όρο 4.783\$ (Gold et al., 2002). Όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο 2, η κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σύμφωνα με το νόμο του Medicaid του 2003 απαιτεί από τους δικαιούχους να συνεχίσουν να επωμίζονται μεγάλες άμεσες δαπάνες για τα φάρμακά τους (Pear, 2003).

ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΓΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Victoria και ο Gus Pappas είχαν 80.000\$ στην τράπεζα όταν ο Gus υπέστη εγκεφαλικό. Μετά τη νοσοκομειακή του περίθαλψη, ήταν ακόμα παράλυτος στη δεξιά πλευρά και ανίκανος να μιλήσει ή να καταπιεί. Μετά από 18 μήνες στην κλινική, το μεγαλύτερο μέρος των 80.000\$ είχαν τελειώσει. Σ' εκείνο το σημείο, το Medicaid ανέλαβε τα έξοδα της κλινικής.

Το Medicare πληρώνει μόνο το 13% των λογαριασμών νοσηλείας ηλικιωμένων και τα συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης αναλαμβάνουν μόνο ένα επιπλέον 7% (βλ. Κεφάλαιο 10). Πολλές οικογένειες ηλικιωμένων δαπανούν τις οικονομίες μιας ζωής σε μακροχρόνια φροντίδα και γίνονται δικαιούχοι του Medicaid μόνο αφού πτωχεύσουν.

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αποτελεί η υπασφάλιση σοβαρό εμπόδιο στη λήψη φροντίδας υγείας; Το "Πείραμα Ασφάλισης Υγείας της RAND" (Rand Health Insurance Experiment) συνέκρινε μη ηλικιωμένα άτομα που ήταν εγγεγραμμένα σε ασφαλιστικά προγράμματα υγείας χωρίς άμεσα έξοδα με άτομα που είχαν προγράμματα με διάφορα ποσοστά συμμετοχής στις δαπάνες (αφαιρετέα ποσά ή συνεισφορές). Σύμφωνα με τη μελέτη, η συμμετοχή των ατόμων στη δαπάνη υγείας μειώνει το δείκτη της χρήσης της περιπατητικής φροντίδας, ιδιαίτερα μεταξύ των φτωχών, καθώς και τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων τόσο αυτών που είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν όσο και αυτών που δεν χρειάζεται να γίνουν. Για τους ενήλικες με χαμηλό εισόδημα, οι ομάδες με προγράμματα συμμετοχής στο κόστος των φροντίδων, έκαναν τεστ Παπανικολάου με συχνότητα 65% σε σχέση με την ομάδα που λαμβάνει δωρεάν φροντίδα. Οι υπερτασικοί ενήλικες που ανήκουν στις ομάδες που συμμετέχουν στο κόστος των υπηρεσιών υγείας εμφάνισαν υψηλότερες διαστολικές αρτηριακές πιέσεις και τα παιδιά εμφάνισαν υψηλότερους δείκτες αναιμίας και χαμηλότερους δείκτες ανοσοποίησης (Lohr et al., 1986, Lurie et al., 1987, Brook et al., 1983).

Το 2000, το 57% των ατόμων ηλικίας κάτω των 65 χρόνων με ασφάλιση υγείας ανησυχούσαν μήπως δεν θα μπόρεσουν να αντέξουν οικονομικά τη φροντίδα που χρειαζόνταν (Kaiser Family Foundation, 2000). Οι δικαιούχοι του Medicare με υπέρταση ή στεφανιαία νόσο χωρίς κάλυψη για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα έχουν λιγότερες πιθανότητες να αγοράσουν τα απαραίτητα αντιυπερτασικά φάρμακα και τα φάρμακα για τη μείωση της χοληστερόλης σε σχέση με εκείνους που έχουν κάλυψη (Blustein, 2000, Federman et al., 2001). Μεταξύ των ατόμων με μη ελεγχόμενη υπέρταση, το 36,5% αυτών ανέφεραν δυσκολία πληρωμής των φαρμάκων τους σε σύγκριση με το 15,5% των ατόμων που η αρτηριακή τους πίεση ήταν ελεγχόμενη, γεγονός που δείχνει πως το κόστος των συνταγών συνέβαλε στον ανεπαρκή έλεγχο της υπέρτασης (Shulman et al., 1986). Εν κατακλείδι, η έλλειψη πλήρους ασφάλισης μειώνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και μπορεί να συμβάλει στη χειρότερη έκβαση της υγείας.

ΜΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα μη οικονομικά εμπόδια στη φροντίδα υγείας περιλαμβάνουν τις μεγάλες αποστάσεις μεταξύ των ασθενών και των δομών στις οποίες παρέχεται η φροντίδα, τη γλώσσα, τη γνώση ανάγνωσης και γραφής, τις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και τους παράγοντες του γένους και της φυλής. Σε δύο απ' αυτά τα προβλήματα θα γίνει αναφορά εδώ: στο γένος και τη φυλή.

Το γένος & η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας

Η Olga Madden είναι θυμωμένη. Ο άνδρας ιατρός της δεν είχε ακούσει. Της είπε πως η ακράτεια της οφειλθετο στις πάρα πολλές γέννες και πως αυτή θα έπρεπε να ζητήσει με το πρόβλημα. Είχε απορίες σχετικά με τις ορμόνες που της χορηγούσε αυτός με συνταγή, αλλά ο ιατρός πάντα έμοιαζε πάρα πολύ απασχολημένος, έτσι αυτή ποτέ δεν ρωτούσε. Η κυρία Madden τηλεφώνει στον ΗΜΟ της και

παίρνει τα ονόματα από δύο γυναίκες ιατρούς, μία γυναίκα βοηθό ιατρού και μια νοσηλεύτρια. Τους τηλεφωνεί. Οι ρεσεψιονίστ τους της πλένε ότι καμία απ' αυτές δεν δέχεται καινούριους ασθενείς και πως είναι όλες τους πάρα πολύ απασχολημένες.

Οι γυναίκες έχουν κατά 25% περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τους άνδρες να αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα υγείας (Clancy & Massion, 1992). Τα προβλήματα πρόσβασης για τις γυναίκες συχνά ξεκινούν από την εύρεση ενός ιατρού που επικοινωνεί αποτελεσματικά. Οι γυναίκες είναι κατά 50% πιο πιθανό απ' ότι οι άνδρες να αναφέρουν πως σταμάτησαν να επισκέπτονται έναν ιατρό λόγω δυσαρέσκειας όσον αφορά στη φροντίδα τους και είναι πάνω από δύο φορές πιο πιθανό να αναφέρουν ότι ο ιατρός τους τους «μίλησε απ' υψηλό» ή τους είπε ότι τα προβλήματά τους ήταν «όλα γέννημα της φαντασίας τους» (Leiman et al., 1997). Οι γυναίκες ιατροί έχουν έναν τρόπο επικοινωνίας που τοποθετεί περισσότερο τον ασθενή στο επίκεντρο και δαπανούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς τους σε σχέση με τους άνδρες ιατρούς (Roter et al., 2002). Σε μια μελέτη ασθενών με ασφαλιστική κάλυψη για τεστ Παπανικολάου και μαστογραφίες, οι ασθενείς των γυναικών ιατρών ήταν σχεδόν δύο φορές πιο πιθανό να κάνουν τεστ Παπανικολάου και 1,4 φορές πιο πιθανό να κάνουν μαστογραφία σε σχέση με τις ασθενείς των ανδρών ιατρών (Lurie et al., 1993).

Σε σύγκριση με τους άνδρες με ανάλογη σοβαρότητα ασθένειας, οι γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε σημαντικές επεμβάσεις όπως η εγχείρηση στεφανιαίων (bypass) και η μεταμόσχευση νεφρού (Stone et al., 1996). Για εκείνες τις γυναίκες που επιθυμούν να τερματίσουν μια εγκυμοσύνη, η πρόσβαση στις εκτρώσεις είναι περιορισμένη σε πολλές περιοχές της χώρας. Μια μελέτη του 1995 κατέληξε στο συμπέρασμα πως μόνο το ένα τρίτο των γυναικολόγων πραγματοποιούσαν εκτρώσεις (Kaiser Family Foundation, 1996). Ενώ οι γυναίκες έχουν μειωμένη πρόσβαση σε ορισμένα είδη φροντίδας, ένα εξίσου σοβαρό πρόβλημα μπορεί να αποτελούν οι περιπτώσεις ακατάλληλης φροντίδας. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε έναν οργανισμό διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας στην Καλιφόρνια ανακάλυψε ότι το 70% των υστερεκτομών δεν χρειάζονταν να πραγματοποιηθούν (Broder et al., 2000). Πολλές γέννες με καισαρική τομή επίσης πραγματοποιούνται χωρίς να χρειάζεται (Roma, 1999). Στις γυναίκες χορηγούνται με συνταγή ηρεμιστικά 2,5 φορές πιο συχνά απ' ότι στους άνδρες (Society for the Advancement of Women's Health Research, 1994).

Η φυλή & η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας

Ο Jose υποφέρει. Ο πόνος από το κάταγμα στο μηριαίο οστό του είναι βασανιστικός και ο ιατρός στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών δεν του έδωσε αναλγητική αγωγή. Στο διπλανό δωμάτιο, ο Joe κοιμάται. Του έχουν χορηγήσει 10mg μορφίνης για το κάταγμα στο μηριαίο του οστό.

Σε μία αίθουσα επειγόντων περιστατικών της Καλιφόρνια, το 55% των Λατίνων ασθενών με κατάγματα άκρων δεν έλαβαν αναλγητική αγωγή, σε σύγκριση με το 26% των μη Λατίνων λευκών. Αυτή η φανερή διαφορά στη θεραπεία δεν οφειλόταν στην ασφαλιστική κατάσταση αλλά στην εθνοτική καταγωγή (Todd et al., 1993). Οι Αфро-αμερικανοί ασθενείς κατά παρόμοιο τρόπο λαμβάνουν περιορισμένη αναλγητική αγωγή σε σχέση με τους λευκούς (Todd et al., 2000).

Επειδή μια πολύ μεγαλύτερη αναλογία μειονοτήτων σε σχέση με τους λευκούς είναι ανασφάλιστοι, έχουν κάλυψη Medicaid ή είναι φτωχοί, τα προβλήματα στην πρόσβαση γίνονται σοβαρότερα γι' αυτές τις ομάδες. Οι Αфро-αμερικανοί και οι Λατίνοι στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν δικαίωμα να πραγματοποιηθούν λιγότερες επισκέψεις στον ιατρό, λαμβάνουν λιγότερες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας και υποβάλλονται σε λιγότερες χειρουργικές επεμβάσεις σε σχέση με τους λευκούς μη Λατίνους ασθενείς. Σε μερικές περιπτώσεις, όπως π.χ. στην πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας για τα παιδιά, μεγάλο μέρος αυτής της διαφοράς φαίνεται να εξηγείται από τη λιγότερο εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη μεταξύ των μη λευκών ομάδων (Halfon et al., 1997). Ωστόσο, οι φυλετικές και εθνολογικές διαφορές σε ό,τι αφορά την πρόσβαση στη φροντίδα δεν είναι πάντα απλά θέμα διαφορών στους οικονομικούς πόρους και την ασφαλιστική κάλυψη. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι Αфро-αμερικανοί και οι Λατίνοι λαμβάνουν λιγότερες υπηρεσίες ακόμα και σε σύγκριση με τους μη Λατίνους λευκούς που έχουν το ίδιο επίπεδο ασφάλισης υγείας και εισοδήματος (Institute of Medicine, 2003, Weinick et al., 2000, Mayberry et al., 2000).

Παρά την παρόμοια ασφαλιστική κάλυψη και κλινική κατάσταση, οι λευκοί ασθενείς του Medicare είναι κατά 30%-50% πιθανότερο να υποβληθούν σε πράξεις όπως η στεφανιαία αγγειογραφία, η επέμβαση bypass και η αγγειοπλαστική σε σχέση με τους Αфро-αμερικανούς ασθενείς (Ford & Cooper, 1995). Παρόμοιες διαφορές υπάρχουν και στις θεραπευτικές μεθόδους για τη στεφανιαία νόσο μεταξύ των Αфро-αμερικανών και των λευκών που πληρούν τις προϋποθέσεις για τα ίδια επιδόματα υγείας στις ιατρικές εγκαταστάσεις της Διοίκησης των Βετεράνων (Petersen et al., 2002). Έχει επίσης βρεθεί ότι οι Λατίνοι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο με καρδιοπάθεια στο Λος Άντζελες έχουν κατά 20% λιγότερες πιθανότητες σε σχέση με τους μη Λατίνους λευκούς να υποβληθούν σε στεφανιαία αγγειογραφία ή επέμβαση bypass ακόμα και μετά τον έλεγχο του εισοδήματος και του τύπου ασφάλισης (Carlisle et al., 1995). Σε μερικές περιπτώσεις, οι λευκοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική όταν δεν ενεδείκνυτο αλλά σε περισσότερες περιπτώσεις οι Αфро-αμερικανοί ασθενείς δεν υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική όταν έπρεπε (Schneider et al., 2001). Αφού υποβάλλονται σε λιγότερες καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, οι Αфро-αμερικανοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο ήταν κατά 18% πιθανότερο να πεθάνουν σε σχέση με τους λευκούς (Peterson et al., 1997).

Επίσης, μελέτες έχουν εντοπίσει διαφορές και στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι Αфро-αμερικανοί ασφαλισμένοι από το Medicare έχουν κατά 25% λιγότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε μαστογραφία και κατά 40% λιγότερες πιθανότητες να κάνουν εμβόλια για τη γρίπη σε σχέση με τους λευκούς δικαιούχους του Medicare με ανάλογα εισοδήματα (Gornick et al., 1996). Η ρύθμιση του διαβήτη και του άσθματος ήταν χαμηλότερης ποιότητας για τους Αфро-αμερικανούς σε σύγκριση με τους λευκούς (Institute of Medicine, 2003).

Οι περιοχές που εμφανίζουν υψηλές αναλογίες Αфро-αμερικανών ή Λατίνων κατοίκων έχουν πολύ λιγότερους ιατρούς που εξασκούν το λειτούργημά τους σ' αυτές. Αντιστοιχώς, οι Αфро-αμερικανοί και οι Λατίνοι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι πιθανότερο να εγκαταστήσουν τα ιατρεία τους σε κοινότητες όπου η προσφορά υπηρεσιών είναι περιορισμένη (Komaromy et al., 1996).

Τι εξηγεί αυτές τις διαφορές πρόσβασης στη φροντίδα

υγείας στις φυλετικές και εθνοτικές ομάδες πέραν των διαφορών στην ασφαλιστική κάλυψη και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση; Αρκετές υποθέσεις έχουν γίνει. Οι πολιτισμικές διαφορές μπορεί να υπάρχουν στα πιστεύω των ασθενών σχετικά με την αξία της φροντίδας υγείας και τις στάσεις απέναντι στην αναζήτηση θεραπειών για τα συμπτώματά τους. Ωστόσο, οι διαφορές στις προτιμήσεις των ασθενών δεν εξηγούν τα σημαντικά μεγέθη των φυλετικών παραλλαγών που εμφανίζονται στους δείκτες της καρδιοχειρουργικής (Mayberry et al., 2000). Έχει βρεθεί ότι οι Λατίνοι και οι μη Λατίνοι λευκοί έχουν διαφορετικές στάσεις και γνώσεις σχετικά με τον καρκίνο, με τους Λατίνους να είναι πιο πιθανό να έχουν μοιρολατρική άποψη γι' αυτήν την ασθένεια. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές στα πιστεύω δεν εξηγούν τις διαφορές στη χρήση των σχετικών υπηρεσιών μεταξύ των Λατίνων και των μη Λατίνων (Perez-Stable et al., 1995). Ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας μπορεί να είναι η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές φυλές και έχουν διαφορετική κουλτούρα και γλώσσα. Οι Αφρο-αμερικανοί είναι πιο πιθανό σε σχέση με τους λευκούς να αναφέρουν ότι ο ιατρός τους δεν τους εξήγησε καλά την ασθένειά τους και τη θεραπεία της (LaVeist et al., 2000). Τα εμπόδια στην πρόσβαση που σχετίζονται με τα προβλήματα στην επικοινωνία μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονα για την υποομάδα των Λατίνων ασθενών για τους οποίους τα ισπανικά είναι η πρώτη γλώσσα. Ωστόσο, ούτε τα γλωσσικά ζητήματα εξηγούν πλήρως τα εμπόδια στην πρόσβαση που αντιμετωπίζουν οι Λατίνοι. Στη μελέτη της αναληπτικής αγωγής στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών που παρατέθηκε παραπάνω, ακόμα και οι Λατίνοι που μιλούσαν τα αγγλικά ως πρώτη γλώσσα είχαν λιγότερες πιθανότητες σε σύγκριση με τους μη Λατίνους λευκούς να λάβουν αναληπτική αγωγή.

Επειδή πολλές απ' αυτές τις υποθέσεις δεν εξηγούν ικανοποιητικά τις διαπιστωμένες φυλετικές διαφορές πρόσβασης στη φροντίδα, ένα σημαντικό ζήτημα που αναδύεται συνίσταται στο εάν και κατά πόσο ο ρατσισμός συμβάλλει σε αυτές τις καταστάσεις. Η Ιατρική στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν έχει ξεφύγει από την εθνική κληρονομιά του ρατσισμού προς πολλές μειονοτικές ομάδες, που αποτελεί πλέον θεσμό. Πολλά νοσοκομεία -συμπεριλαμβανομένων και των ιδρυμάτων του Βορρά- ήταν για μεγάλο μέρος του εικοστού αιώνα είτε τελείως απομονωμένα είτε είχαν χωριστούς θαλάμους, με κατώτερο επίπεδο εγκαταστάσεις και υπηρεσίες για όσους δεν ήταν λευκοί. Οι σαφείς πολιτικές διαχωρισμού εξακολουθούσαν να υπάρχουν σε πολλά νοσοκομεία μέχρι πριν από λίγες δεκαετίες. Τα φυλετικά εμπόδια για την εισαγωγή στο ιατρικό επάγγελμα οδήγησαν στην ίδρυση ιατρικών σχολών για μαύρους, όπως οι σχολές Ιατρικής Howard, Morehouse και Meharry. Αν και αυτός ο φανερός ρατσισμός αποτελεί χαρακτηριστικό της Ιατρικής που σιγά-σιγά εξαφανίζεται στις Ηνωμένες Πολιτείες, πιο ύπουλες και συχνά ασυναίσθητες μορφές διάκρισης μπορεί να εξακολουθήσουν να επηρεάζουν τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και των ατόμων που τους παρέχουν φροντίδα, καθώς και την πρόσβαση στη φροντίδα για μειονότητες (Van Ryn, 2002).

Η ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν εγγυάται από μόνη της καλή υγεία. Μία περίπλοκη ομάδα παραγόντων, μόνο ένας εκ των οποίων είναι η φροντίδα υγείας, καθορίζουν αν ένας άνθρωπος είναι υγιής ή όχι.

Ο Ace Banks είναι 48 ετών, εκτελεστικός αντιπρόεδρος, με δύο παππούδες και δύο γιαγιάδες που έζησαν παραπάνω από 90 χρόνια και γονείς εν ζωή και καλά στην υγεία τους που πλησιάζουν τα 80. Ο κύριος Banks σπούδασε σε πολύ καλό και ακριβό κολλέγιο, όπου ήταν κορυφαίος αθλητής. Δεν έχει ποτέ επισκεφθεί ιατρό παρά μόνο για ένα διάστρεμμα στον αστράγαλο.

Ο Keith Cole είναι ανθρακωρύχος ο οποίος στα 48 του χρόνια εμφάνισε πνευμονία. Είχε εξαιρετική ασφάλιση υγείας μέσω του σωματείου του και πήγε να επισκεφθεί τον κορυφαίο πνευμονολόγο της πολιτείας. Εισήχθη στο νοσοκομείο αλλά μπορούσε να αναπνέει όλο και λιγότερο επειδή η πνευμονία εμφάνισε σοβαρές επιπλοκές λόγω της πνευμονοκονίωσης που κόλλησε στο περιβάλλον εργασίας του. Έλαβε υψηλής ποιότητας φροντίδα στη μονάδα εντατικής θεραπείας με κόστος 65.000\$ που καλυπτόταν πλήρως από την ασφάλιση, αλλά απεβίωσε.

Ο Αφρο-αμερικανός Bill Downes γνώριζε πως ο πατέρας του είχε πεθάνει από υψηλή αρτηριακή πίεση και πως η μητέρα του πέθανε από διαβήτη. Ο κύριος Downes πέρασε την παιδική του ηλικία μέσα σε συνθήκες ανέχειας, ζώντας με οκτώ παιδιά στο σπίτι της γιαγιάς του. Δεν υπήρχαν πολλά πράγματα να φάει, παρά μόνο ό,τι παρείχε το πρόγραμμα σχολικού γεύματος, μια διατροφή φορτωμένη σε μεγάλο βαθμό με τυρί και βούτυρο. Για να υποστηρίξει την οικογένεια, εγκατέλειψε το σχολείο στην ηλικία των 15 χρόνων και έπιασε δουλειά. Στα 24, του έγινε διάγνωση υψηλής αρτηριακής πίεσης και διαβήτη. Δεν κήνιζε και ακολουθούσε σχολαστικά τη δίαιτα που του χορήγησε με συνταγή ο ιατρός του. Είχε ιδιωτική ασφάλιση υγείας μέσω της εργασίας του ως φύλακας ασφαλείας και του παρείχε φροντίδα ένας καθηγητής Ιατρικής στην Ιατρική σχολή. Παρά την εξαιρετική Ιατρική φροντίδα, τα επίπεδα γλυκόζης και χοληστερόλης και η αρτηριακή του πίεση ήταν δύσκολο να ελεγχθούν και εμφάνισε αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσο. Στα 48 του χρόνια, κατέρρευσε στην εργασία του και πέθανε από καρδιακή προσβολή.

Η κατάσταση της υγείας & το εισόδημα

Όπως φαίνεται από τις ιστορίες των Ace Banks, Keith Cole και Bill Downes, η υγεία ενός ανθρώπου ή ενός πληθυσμού επηρεάζεται λιγότερο από τις υπηρεσίες υγείας και περισσότερο από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Το 1986 στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα άτομα με ετήσιο εισόδημα λιγότερο από 9.000\$ εμφάνιζαν δείκτη θνησιμότητας τρεις με έξι φορές υψηλότερο από αυτά με ετήσιο εισόδημα 25.000\$ και άνω (Πίνακας 3-5). Ο δείκτης θνησιμότητας για την καρδιοπάθεια μεταξύ των εργατών είναι υπερδιπλάσιος σε σχέση με το δείκτη για τους διευθυντές και τους επαγγελματίες. Η συχνότητα του καρκίνου αυξάνεται καθώς μειώνεται το οικογενειακό εισόδημα και οι δείκτες επιβίωσης είναι χαμηλότεροι για τους καρκινοπαθείς χαμηλού εισοδήματος. Οι

Πίνακας 3-5. Εισόδημα, φυλή και δείκτες θνησιμότητας (θάνατοι του 1986 υπολογισμένοι με βάση την ημερομηνία γέννησης ανά 1.000 άτομα για τις ηλικίες 25-64).^α

Εισόδημα	Άνδρες		Γυναίκες	
	Λευκοί	Αφρο-αμερικανοί	Λευκές	Αφρο-αμερικανίδες
Κάτω από 9000\$	16,0	19,5	6,5	7,6
9000-14.999\$	10,2	10,8	3,4	4,5
15.000-18.999\$	5,7	9,8	3,3	3,7
19.000-24.999\$	4,6	4,7	3,0	2,8
25.000\$ ή παραπάνω 2,4	3,6	1,6	2,3	

^α Πηγή: Terris M: Determinants of health: A progressive political platform. J Public Health Policy 1994, 15:5.

υψηλότεροι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας συνδέονται με το χαμηλό επίπεδο εισοδήματος και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Πέρα από την επίδραση του εισοδήματος στην υγεία και την αναμενόμενη διάρκεια ζωής των ατόμων, ο τρόπος με τον οποίο κατανέμεται το εισόδημα εντός των κοινοτήτων εμφανίζεται να επηρεάζει τη συνολική υγεία του πληθυσμού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι συνολικοί δείκτες θνησιμότητας είναι υψηλότεροι σε πολιτείες που έχουν πιο άνιση κατανομή του πλούτου, το μεγαλύτερο μέρος του οποίου συγκεντρώνεται σε ομάδες ανώτερου εισοδήματος (Lochner et al., 2001). Μερικοί κοινωνικοί επιστήμονες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι βλαβερές επιδράσεις στην υγεία από την κοινωνική ανισότητα σε αναπτυσσόμενες χώρες είναι αποτέλεσμα των ψυχοκοινωνικών εντάσεων των κοινωνικών ιεραρχιών και της κοινωνικής καταπίεσης και όχι απλά απόρροια της υλικής στέρησης (Kawachi & Kennedy, 1999).

Η κατάσταση της υγείας & η φυλή

Οι Αφρο-αμερικανοί έχουν πολύ χειρότερη υγεία απ' ό,τι οι λευκοί Αμερικανοί. Η πιθανή διάρκεια ζωής είναι χαμηλότερη για τους Αφρο-αμερικανούς απ' ό,τι για άλλες φυλετικές και εθνοτικές ομάδες στις Ηνωμένες Πολιτείες (Πίνακας 3-6). Οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των Αφρο-αμερικανών είναι υπερδιπλάσιοι σε σχέση με τους αντίστοιχους για τους λευκούς (Πίνακας 3-7) και η σχετική διαφορά στη βρεφική θνησιμότητα έχει μεγαλώσει κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας. Οι δείκτες θνησιμότητας για τους Αφρο-αμερικανούς υπερβαίνουν τους αντίστοιχους για τους λευκούς για 7 από τις 10 βασικές αιτίες θανάτου

Πίνακας 3-6. Πιθανή διάρκεια ζωής στο πέραςμα των χρόνων.^α

Το 1950	Γυναίκες	Άνδρες
Λευκές/ Λευκοί	72,2	66,5
Αφρο-αμερικανίδες/ Αφρο-αμερικανοί	62,9	59,1
Το 2001		
Λευκές/ Λευκοί	80,2	75,0
Αφρο-αμερικανίδες/ Αφρο-αμερικανοί	75,5	68,6

^αΑναπαραγωγή (κατόπιν αδείας), από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών. Αναφορά Health United States 2003, www.cdc.gov.

στις Ηνωμένες Πολιτείες, συμπεριλαμβανομένων των πιο συνηθισμένων «δολοφόνων» του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών: της καρδιοπάθειας, των εγκεφαλικών και του καρκίνου (U.S. Department of Health and Human Services, 2003). Οι Αφρο-αμερικανοί άνδρες κάτω των 45 ετών είναι 10 φορές πιθανότερο να πεθάνουν από υπέρταση απ' ό,τι οι λευκοί άνδρες στην ίδια ηλικιακή ομάδα. Αν και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι χαμηλότερη στις Αφρο-αμερικανίδες απ' ό,τι στις λευκές γυναίκες, στις Αφρο-αμερικανίδες γίνεται διάγνωση αυτής της ασθένειας σε πιο προχωρημένο στάδιο και συνεπώς έχουν αυξημένες πιθανότητες να πεθάνουν από τη νόσο (Ayanian et al., 1993, Institute of Medicine, 2003). Οι δείκτες θνησιμότητας για τους Αφρο-αμερικανούς είναι υψηλότεροι σε μια πληθώρα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από διαφορετικές αιτίες και το γεγονός αυτό καθιστά απίθανο αυτές οι φυλετικές διαφορές να αντανακλούν μια γενετική προδιάθεση προς την πρόωρη θνησιμότητα μεταξύ των Αφρο-αμερικανών.

Οι ιθαγενείς Αμερικανοί είναι άλλη μία εθνοτική ομάδα με πολύ χειρότερη υγεία από εκείνη των λευκών. Οι ιθαγενείς Αμερικανοί κάτω των 45 ετών έχουν πολύ υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας από τους λευκούς με την ανάλογη ηλικία και ο δείκτης θνησιμότητας για τα βρέφη των ιθαγενών Αμερικανών είναι πάνω από 70% υψηλότερος από το δείκτη των λευκών (U.S. Department of Health and Human Services, 2003).

Οι Λατίνοι, οι Ασιάτες και οι κάτοικοι των Νησιών του Ειρηνικού Ωκεανού είναι μειονοτικές ομάδες που χαρακτηρίζονται από μεγάλη ποικιλία όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας τους. Η τελευταία διαφέρει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των Κουβανών Αμερικανών που συνήθως είναι πιο πλούσιοι και των φτωχών Μεξικανών Αμερικανών μετανα-

Πίνακας 3-7. Βρεφική θνησιμότητα, 2001 (ανά 1000 τοκετούς όπου τα νεογνά γεννιούνται ζωντανά).^α

Λευκοί, μη Λατίνοι	5,7
Αφρο-αμερικανοί	13,5
Λατίνοι	5,4
Ασιάτες ή κάτοικοι των νησιών του Ειρηνικού	4,7
Αμερικανοί Ινδιάνοι ή Ιθαγενείς της Αϊθάσκας	9,7

^αΑναπαραγωγή, κατόπιν αδείας, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών. Αναφορά Health United States 2003, www.cdc.gov.

στών εργατών σε φάρμες καθώς και μεταξύ των γιαπωνέζικων οικογενειών που είναι πιο πιθανό να ανήκουν στη μεσαία τάξη και των κατοίκων του Λάος που είναι συχνά άποροι. Σε σύγκριση με τους λευκούς, οι Λατίνοι έχουν φανερά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας για το διαβήτη και το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS). Γενικά, οι Λατίνοι έχουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας που έχουν να κάνουν με την ηλικία σε σχέση με τους λευκούς λόγω των λιγότερων περιπτώσεων καρδιαγγειακής νόσου και καρκίνου. Οι Ασιάτες στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας απ' ό,τι οι λευκοί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (U.S. Department of Health and Human Services, 2003).

Μερικές από τις διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας των Αφρο-αμερικανών και των ιθαγενών Αμερικανών σε σύγκριση με τους λευκούς σχετίζονται με τους υψηλότερους δείκτες ανέχειας μεταξύ αυτών των πληθυσμών. Το 2002, ο δείκτης ανέχειας των λευκών ήταν 10% σε σύγκριση με το 24% των Αφρο-αμερικανών, το 22% των Λατίνων και το 23% των Αμερικανών Ινδιάνων και των Ιθαγενών της Αλάσκας (U.S. Census Bureau, 2003β). Ωστόσο, ακόμα και σε σύγκριση με τους λευκούς στην ίδια εισοδηματική τάξη, οι Αφρο-αμερικανοί ως ομάδα παρουσιάζουν χειρότερη κατάσταση υγείας. Αν και οι δείκτες θνησιμότητας μειώνονται όσο αυξάνει το εισόδημα μεταξύ και των Αφρο-αμερικανών και των λευκών, σε οποιοδήποτε δεδομένο επίπεδο εισοδήματος, ο δείκτης θνησιμότητας για τους Αφρο-αμερικανούς είναι σταθερά υψηλότερος από το δείκτη για τους λευκούς (Πίνακας 3-5). Συνεπώς, οι κοινωνικοί παράγοντες και οι εντάσεις που σχετίζονται με την ίδια τη φυλή φαίνεται ότι συμβάλλουν στη σχετικά χειρότερη υγεία των Αφρο-αμερικανών. Ένα μέρος των χειρότερων εκβάσεων υγείας μεταξύ των Αφρο-αμερικανών, όπως η χαμηλότερη επιβίωση για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, επίσης εξηγούνται, ενδεχομένως από το χαμηλότερο δείκτη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των μελών αυτής της ομάδας, όπως έχει ήδη αναφερθεί.

Αν το χαμηλότερο εισόδημα συνδέεται με τη χειρότερη υγεία και αν οι Λατίνοι συνήθως είναι φτωχότεροι από τους μη Λατίνους λευκούς στις Ηνωμένες Πολιτείες, τότε γιατί οι Λατίνοι έχουν συνολικά χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας από τους μη Λατίνους λευκούς; Το γεγονός αυτό πιθανόν σχετίζεται με το ότι πολλοί Λατίνοι είναι μετανάστες δεδομένου ότι οι άνθρωποι που γεννιούνται σε ξένες χώρες συχνά εμφανίζουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας από τους ανθρώπους που γεννιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες στο ίδιο επίπεδο εισοδήματος (Abraido-Lanza et al., 1999). Αυτό το φαινόμενο συχνά αναφέρεται ως η επίδραση του «υγιούς μετανάστη». Αν ισχύει κάτι τέτοιο, οι δείκτες θνησιμότητας για τους Λατίνους μπορεί να αυξηθούν καθώς ένα μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού τους γεννιέται στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας & η κατάσταση της υγείας

Σε ποιο βαθμό η αρνητική κατάσταση της υγείας των ατόμων χαμηλού εισοδήματος προκαλείται από τη μειωμένη πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας; Υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις που δείχνουν ότι περισσότερο η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (το εισόδημα, η μόρφωση και το επάγγελμα) και λιγότερο η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας μπορεί να είναι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας της κατάστασης της υγείας των ατόμων (Evans et al., 1994).

1. Δεν είναι μόνο η ανέχεια αλλά κάθε παραλλαγή του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου συνδέεται και καθιστά δυνατή την πρόβλεψη των δεικτών νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας σχετίζονται με τις διαφορές στο οικογενειακό εισόδημα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι δείκτες θνησιμότητας το 1980 ήταν αντιστρόφως ανάλογοι με την επαγγελματική κατάσταση, όντας στο υψηλότερο επίπεδο τους για τους ανειδίκευτους υπαλλήλους, στο αμέσως επόμενο επίπεδο για τους ημι-ειδικευμένους υπαλλήλους, στο τρίτο επίπεδο για τους ειδικευμένους υπαλλήλους, στο τέταρτο για τους διευθυντές και στο τελευταίο για τους επαγγελματίες (Susser, 1993). Αν η κατάσταση της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες καθοριζόταν σε μεγάλο βαθμό από την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, θα περίμενε κανείς ότι οι φτωχοί (ανασφάλιστοι ασθενείς και ασθενείς του Medicaid) θα είχαν χειρότερη κατάσταση υγείας αλλά και ότι δεν θα υπήρχε σχέση μεταξύ της κατάστασης της υγείας και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των ατόμων με μέσο και υψηλότερο εισόδημα και ιδιωτική ασφάλιση, των οποίων η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας θα ήταν πιθανόν παρόμοια (Adler et al., 1993). Στην πραγματικότητα, η κατάσταση της υγείας βελτιώνεται καθώς ανεβαίνει κανείς την κοινωνικο-οικονομική κλίμακα μέσω της κλίμακας των εισοδημάτων, με αποτέλεσμα οι διαφορές στην πρόσβαση στη φροντίδα να μην εξηγούν πλήρως τις διαφορές στην κατάσταση της υγείας των ατόμων.
2. Αν η πρόσβαση στη φροντίδα εξηγούσε τις περισσότερες διαφορές που παρουσιάζονται στην κατάσταση της υγείας, οι δείκτες θνησιμότητας από ασθένειες που επιδέχονται θεραπεία πρέπει να δείξουν ισχυρή συσχέτιση με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και οι ανίατες ασθένειες πρέπει να δείξουν ασθενέστερη συσχέτιση. Στην πραγματικότητα, η σχέση της κατάστασης της υγείας με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι το ίδιο δυνατή για ασθένειες που δεν επιδέχονται θεραπεία (Adler et al., 1993).
3. Οι χώρες με καθολικά ασφαλιστικά συστήματα υγείας που έχουν μειώσει σε μεγάλο βαθμό τις ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των ανθρώπων με χαμηλότερα και υψηλότερα εισοδήματα (για παράδειγμα, το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς) εξακολουθούν να παρουσιάζουν διαφορές στην κατάσταση της υγείας μεταξύ των κοινωνικο-οικονομικών τάξεων (Angell, 1993, Susser, 1993, Adler et al., 1993, Badgley, 1991).
4. Αν και η πρόσβαση στη φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες για εκατομμύρια ανθρώπων με χαμηλότερο εισόδημα βελτιώθηκε φανερά από το 1960 μέχρι το 1986 χάρη στο Medicaid, το χάσμα στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των ανθρώπων με χαμηλότερα και υψηλότερα εισοδήματα διευρύνθηκε κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου, που χαρακτηρίστηκε από αυξανόμενη ανισότητα εισοδήματος (Pappas et al., 1993).

Αυτή η συζήτηση θα μπορούσε να οδηγήσει στην άποψη ότι η φροντίδα υγείας δεν έχει σημασία και πως μόνο με τη μείωση του χάσματος μεταξύ των πλουσίων και των φτωχών μπορούν τα άτομα να γίνουν υγιέστερα. Μια τέτοια άποψη θα ήταν όμως εσφαλμένη, καθώς αγνοεί το σημαντικό ρόλο αυτών των φροντίδων υγείας στο

επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Ενώ η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση μπορεί να έχει τη σημαντικότερη ίσως επίδραση στην κατάσταση της υγείας των ατόμων, οι υπηρεσίες υγείας και οι παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία είναι επίσης εξαιρετικά σημαντικές. Η εφεύρεση του εμβολίου της πολιομυελίτιδας είναι εμφανές ότι μείωσε τον αριθμό των περιστατικών παράλυσης από τη νόσο. Από το 1970 μέχρι το 1983, οι δείκτες θνησιμότητας από εγκεφαλικό μειώθηκαν περίπου κατά 50%, ως αποτέλεσμα της διάγνωσης και της θεραπείας της υπέρτασης. Η έγκαιρη προγεννητική φροντίδα μπορεί να αποτρέψει τα χαμηλά βάρη κατά τη γέννηση και τους θανάτους των βρεφών. Η θεραπεία με ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία έχουν αλλάξει την πρόγνωση μερικών μορφών καρκίνου (για παράδειγμα, τη νόσο Hodgkin) από ένα βέβαιο θανατηφόρο αποτέλεσμα προς την πλήρη ίαση. Από μια μελέτη του 1980 σχετικά με τους δείκτες θνησιμότητας σε 400 κομητείες στις Ηνωμένες Πολιτείες προέκυψε ότι μετά τον έλεγχο του εισοδήματος, της μόρφωσης, της κατανάλωσης τσιγάρων και της γενίκευσης της αναπηρίας, μία αύξηση 10% στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας συνδεόταν με μειωμένο μέσο δείκτη θνησιμότητας του 1,57% (Roemer, 1991). Επιπλέον, το σύστημα υγείας παρέχει στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ασθένεια ευπρόσδεκτη ανακούφιση από τον πόνο και τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις ασθένειές τους. Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας δεν εγγυάται την καλή υγεία αλλά, είναι βέβαιο πως χωρίς την πρόσβαση η υγεία θα υποφέρει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraido-Lanza AF et al: The Latino mortality paradox: A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypothesis. *Am J Public Health* 1999;89:1543.
- Adler NE et al: Socioeconomic inequalities in health. *JAMA* 1993; 269:3140.
- American College of Physicians—American Society of Internal Medicine: No health insurance? It's enough to make you sick. 2000. Available at <http://www.acponline.org/uninsured/lack-contents.htm>
- Angell M: Privilege and health: What is the connection? *N Engl J Med* 1993;329:126.
- Ayanian JZ et al: The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. *N Engl J Med* 1993;329:326.
- Ayanian JZ et al: Unmet needs of uninsured adults in the United States. *JAMA* 2000;284:2061.
- Badgley RF: Social and economic disparities under Canadian health care. *Int J Health Serv* 1991;21:659.
- Berk ML, Schur CL: Access to care: how much difference does Medicaid make? *Health Aff* 1998;17(3):169.
- Brown ER et al: The State of Health Insurance in California. Los Angeles, UCLA Center for Health Policy Research, 2001.
- Blustein J: Drug coverage and drug purchases by Medicare beneficiaries with hypertension. *Health Aff* 2000;19(2):219.
- Bodenheimer T: Underinsurance in America. *N Engl J Med* 1992; 327:274.
- Braveman P et al: Access to prenatal care following major Medicaid eligibility expansions. *JAMA* 1993;269:1285.
- Braveman P et al: Adverse outcomes and lack of health insurance among newborns in an eight-county area of California, 1982 to 1986. *N Engl J Med* 1989;321:508.
- Braveman P et al: Insurance-related differences in the risk of ruptured appendix. *N Engl J Med* 1994;331:444.
- Broder JM: Problem of lost health benefits is reaching into the middle class. *New York Times*, November 25, 2002.
- Broder MS et al: The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:199.
- Brook RH et al: Does free care improve adults' health? *N Engl J Med* 1983;309:1426.
- Carlisle DM, Leake BD, Shapiro MF: Racial and ethnic differences in the use of invasive cardiac procedures among cardiac patients in Los Angeles County, 1986 through 1988. *Am J Public Health* 1995;85:352.
- Clancy CM, Massion CT: American women's health care. *JAMA* 1992;268:1918.
- Congressional Budget Office: How Many People Lack Health Insurance and for How Long? May, 2003. www.cbo.gov
- Evans RG et al: Why are some people healthy and others not? New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- Federman AD et al: Supplemental insurance and use of effective cardiovascular drugs among elderly Medicare beneficiaries with coronary heart disease. *JAMA* 2001;286:1732.
- Ford ES, Cooper RS: Racial/ethnic differences in health care utilization of cardiovascular procedures: A review of the evidence. *Health Serv Res* 1995;30:237.
- Franks P, Clancy CM, Gold MR: Health insurance and mortality. *JAMA* 1993b;270:737.
- Franks P et al: Health insurance and subjective health status: Data from the 1987 National Medical Expenditure Survey. *Am J Public Health* 1993a;83:1295.
- Freeman HE et al: Americans report on their access to health care. In: Lee PR, Estes CL (eds): *The Nation's Health*. Boston, Jones & Bartlett, 1990.
- Gabel J et al: Health benefits in 2003: premiums reach thirteen-year high as employers adopt new forms of cost sharing. *Health Aff* 2003;22(5):117.
- Gabel J: Job-based health insurance, 1977–1998. *Health Aff* 1999; 18(6):62.
- Gold M et al: Average Out-of-Pocket Health Care Costs for Medicare+Choice Enrollees Increase Substantially in 2002. Issue Brief. New York, The Commonwealth Fund, 2002.
- Gornick ME et al: Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 1996; 335:791.
- Grumbach K, Keane D, Bindman A: Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993; 83:372.
- Hadley J, Steinberg EP, Feder J: Comparison of uninsured and privately insured hospital patients. *JAMA* 1991;265:374.
- Halfon N et al: Medicaid enrollment and health services access by Latino children in inner-city Los Angeles. *JAMA* 1997; 277:636.
- High medical costs hurt growing numbers in U.S. *New York Times*, April 28, 1991.
- Holahan J, Kim J: Why does the number of uninsured Americans continue to grow? *Health Aff* 2000;19(4):188.
- Iglehart JK: Medicaid. *N Engl J Med* 1999;340:403.
- Institute of Medicine: Care Without Coverage: Too Little, Too Late. Washington, National Academies Press, 2002.
- Institute of Medicine: Unequal Treatment. Washington, National Academies Press, 2003.

- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured: The Uninsured and their Access to Health Care. Washington, January 2001. www.kff.org
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Uninsured in America: A chart book. Kaiser Family Foundation, 1998.
- Kaiser Family Foundation: Making sense of health care; meeting health care needs. 1996 Report.
- Kaiser Family Foundation: National Survey on the Uninsured. Menlo Park, CA, April 2000. www.kff.org
- Kawachi I, Kennedy BP: Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Serv Res* 1999;34:215.
- Komaromy M et al: The role of Black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. *N Engl J Med* 1996;334:1305.
- Kuttner R: The Kassebaum-Kennedy Bill—the limits of incrementalism. *N Engl J Med* 1997;337:64.
- LaVeist TA et al: Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients. *Med Care Res Rev* 2000;57(Suppl 1):146.
- Leiman JM et al: Selected facts on U.S. women's health: A chart book. The Commonwealth Fund, March 1997.
- Levit K et al: Health spending rebound continues in 2002. *Health Aff* 2004;23(1):147.
- Light DW: The practice and ethics of risk-rated health insurance. *JAMA* 1992;267:2503.
- Lochner K et al: State-level income inequality and individual mortality risk: A prospective, multilevel study. *Am J Public Health* 2001;91:385.
- Lohr KN et al: Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. *Med Care* 1986(Suppl);24:S1.
- Lohr S: Though upbeat on the economy, people still fear for their jobs. *New York Times*, December 29, 1996.
- Lurie N et al: Preventive care: Do we practice what we preach? *Am J Public Health* 1987;77:801.
- Lurie N et al: Preventive care for women: Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993;329:478.
- Lurie N et al: Termination from Medical: Does it affect health? *N Engl J Med* 1984;311:480.
- Mayberry RM et al: Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev* 2000;57(Suppl 1):108.
- Malkin JD et al: The changing face of pharmacy benefit design. *Health Affairs* 2004;23(1):194.
- Maxwell S et al: Modernizing Medicare Cost-Sharing. New York, The Commonwealth Fund, 2002.
- Newacheck PW et al: Health insurance and access to primary care for children. *N Engl J Med* 1998;338:513.
- Newacheck PW et al: The effect on children of curtailing Medicaid spending. *JAMA* 1995;274:1468.
- Pappas G et al: The increasing disparity in mortality between socio-economic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 1993;329:103.
- Pear R: Medicare Law's Costs and Benefits are Elusive. *New York Times*, December 9, 2003.
- Perez-Stable EJ, Sabogal F, Otero-Sabogal R: Use of cancer-screening tests in the San Francisco Bay area: Comparison of Latinos and Anglos. *J Natl Cancer Inst* 1995;18:147.
- Peterson ED et al: Racial variation in the use of coronary-revascularization procedures: Are the differences real? Do they matter? *N Engl J Med* 1997;336:480.
- Petersen LA et al: Impact of race on cardiac care and outcomes in veterans with acute myocardial infarction. *Med Care* 2002; 40(1 Suppl):86.
- Poma PA: Effects of obstetrician characteristics on cesarean delivery rates. A community hospital experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1364.
- Renner C, Navarro V: Why is our population of uninsured and underinsured persons growing? The consequences of the "de-industrialization" of the United States. *Int J Health Serv* 1989; 19:433.
- Robinson JC: Renewed emphasis on consumer cost sharing in health insurance benefit design. *Health Affairs Web Exclusive*, March 20, 2002. www.healthaffairs.org
- Roemer MI: National Health Systems of the World. New York, Oxford University Press, 1991.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y: Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288:756.
- Schneider EC et al: Racial differences in cardiac revascularization rates: does "overuse" explain higher rates among white patients? *Ann Intern Med* 2001;135:328.
- Shea S et al: Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med* 1992; 327:776.
- Shearer G: Hidden from View: The Growing Burden of Health Care Costs. Consumers Union, 1998. www.consumersunion.org/health/0217hidd.htm
- Shulman NB et al: Financial cost as an obstacle to hypertension therapy. *Am J Public Health* 1986;76:1105.
- Society for the Advancement of Women's Health Research: Toward a women's health research agenda. In: Harrington C, Estes CL (eds): *Health Policy and Nursing*. Boston, Jones & Bartlett, 1994.
- Stone PH et al: Influence of race, sex, and age on management of unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. *JAMA* 1996;275:1104.
- Sullivan CB, Rice T: The health insurance picture in 1990. *Health Aff* 1991;10(2):104.
- Susser M: Health as a human right: An epidemiologist's perspective on the public health. *Am J Public Health* 1993;83:418.
- Terris M: Determinants of health: A progressive political platform. *J Public Health Policy* 1994;15:5.
- Todd KH et al: Ethnicity and analgesic practice. *Ann Emerg Med* 2000;35:11.
- Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR: Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA* 1993; 269:1537.
- U.S. Census Bureau: Health Insurance Coverage in the United States, 2002. P60-223, September 2003a.
- U.S. Census Bureau: Poverty in the United States, 2002. P60-222, September 2003b.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment: Does Health Insurance Make a Difference? OTA-BP-H-99. U.S. Government Printing Office, 1992.
- U.S. Department of Health and Human Services: Health United States 2003.
- Van Ryn M: Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. *Med Care* 2002;40(Suppl):I-140.
- Weinick RM et al: Racial and ethnic differences in access to and use of health care services, 1977 to 1996. *Med Care Res Rev* 2000; 57(Suppl 1):36.

Στο Κεφάλαιο 2 περιγράψαμε τους διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας: άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς, ατομική ασφάλιση υγείας, ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη και κρατική χρηματοδότηση. Καθένας απ' αυτούς τους μηχανισμούς επιχείρησε να λύσει το πρόβλημα της δυσβάσταχτης οικονομικά φροντίδας για ορισμένες ομάδες, αλλά κάθε «λύση» με τη σειρά της δημιουργούσε νέα προβλήματα προκαλώντας ραγδαίες αυξήσεις στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Ένας από τους παράγοντες που συνέβαλαν σ' αυτήν την αύξηση ήταν ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών και των νοσοκομείων από τις ασφαλιστικές εταιρείες και τα κυβερνητικά προγράμματα. Έτσι, προέκυψαν νέες μέθοδοι αποζημίωσης ως ένας τρόπος συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας. Αυτές οι νέες μέθοδοι αποτελούν κεντρικό χαρακτηριστικό της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (βλ. Κεφάλαιο 1).

Η Δρ Mary Young πρόσφατα ολοκλήρωσε την ειδίκευσή της στην οικογενειακή ιατρική και έγινε μέλος μιας μικρής ομάδας ιατρών, της PrimaryCare. Την πρώτη της μέρα, έχει τις ακόλουθες εμπειρίες όσον αφορά στη χρηματοδότηση της ιατρικής φροντίδας: ο πρώτος της ασθενής είναι ασφαλισμένος στη Blue Shield και στην PrimaryCare καταβάλλεται μια αμοιβή για την ιατρική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα που γίνεται. Ο δεύτερος ασθενής της Δρ. Young χρειάζεται τις ίδιες υπηρεσίες, για τις οποίες η PrimaryCare δεν λαμβάνει καμία πληρωμή αλλά της διαβιβάζονται 10\$ για κάθε μήνα που ο ασθενής είναι εγγεγραμμένος σ' αυτήν. Το απόγευμα, ένας ιατρός που επιθεωρεί τις πληρωμές του νοσοκομείου τηλεφωνεί στην Δρ. Young, εξηγεί το σύστημα πληρωμής κατά διαγνωστική ομάδα (Diagnostic Related Group, DRG) και προτείνει να στείλει στο σπίτι έναν ασθενή που νοσηλεύεται με πνευμονία. Το βράδυ, πηγαίνει στην αίθουσα των επειγόντων περιστατικών, όπου έχει συμφωνήσει να δουλέψει δύο βάρδιες την εβδομάδα για 55\$ την ώρα.

Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας, πολλοί ιατροί θα εμπλακούν σε τέσσερις ή πέντε διαφορετικούς τύπους αποζημίωσης. Στο παρόν κεφάλαιο, θα αναλυθούν οι διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους αμείβονται οι ιατροί και τα νοσοκομεία. Αν και η αποζημίωση έχει πολλές παραμέτρους, από τον καθορισμό των τιμών μέχρι την επεξεργασία των απαιτήσεων, η παρούσα συζήτηση θα

εστιάζει σ' ένα από τα πιο βασικά της στοιχεία, τον καθορισμό της μονάδας πληρωμής. Αυτή η βασική αρχή πρέπει να γίνει κατανοητή προτού μπορέσει κάποιος να καταλάβει τη βασική έννοια της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που συνίσταται στον ιατρογενή κίνδυνο.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Οι μέθοδοι πληρωμής μπορούν να τοποθετηθούν σε μια συνέχεια που εκτείνεται από τη λιγότερο στην περισσότερη σύνθετη μονάδα. Οι μέθοδοι κυμαίνονται από την πιο απλή (μια αμοιβή για μια υπηρεσία που προσφέρεται) μέχρι την πιο σύνθετη (μια πληρωμή για πολλούς τύπους υπηρεσιών που προσφέρονται), με πολλές παραλλαγές στο ενδιάμεσο (Πίνακας 4-1) (Lee et al., 1990).

Ορισμοί των μεθόδων πληρωμής

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στο σύστημα αυτό μονάδα πληρωμής είναι η επίσκεψη ή /και η πράξη. Στον ιατρό ή το νοσοκομείο καταβάλλεται αμοιβή για κάθε επίσκεψη στο ιατρείο, για κάθε ηλεκτροκαρδιογράφημα, ενδοφλέβιο υγρό ή άλλη υπηρεσία που προσφέρεται και για κάθε άλλη παροχή ή οποία λαμβάνει χώρα. Αυτή είναι η μόνη μορφή πληρωμής που βασίζεται σε ατομικά στοιχεία της φροντίδας υγείας. Όλοι οι άλλοι τρόποι αποζημίωσης συγκεντρώνουν αρκετές υπηρεσίες σε μία μονάδα πληρωμής.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΑΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στην εκδοχή αυτή, ο ιατρός ή το νοσοκομείο πληρώνονται για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των σφαιρικών αμοιβών στα χειρουργικά περιστατικά οι οποίες καλύπτουν τους χειρουργούς, τις διαγνωστικές ομάδες και τα νοσοκομεία.

ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΟ

Η εν λόγω μέθοδος βασίζεται στην αρχή σύμφωνα με την οποία το νοσοκομείο αποζημιώνεται για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται σε έναν ασθενή κατά τη διάρκεια 1 ημέρας νοσηλείας.

ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Στο υπόδειγμα αυτό μία πληρωμή καλύπτει τη θεραπεία κάθε ασθενούς κατά τη διάρκεια ενός μήνα ή έτους. Αυτή η μέθοδος συνδέεται στενά με την διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας.

ΠΛΗΡΩΜΗ ΓΙΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΝΤΟΣ ΜΙΑΣ ΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει αποζημίωση των νοσοκομείων από έναν σφαιρικό προϋπολογισμό και έμμιση σχέση εργασίας των ιατρών.

Προγράμματα Διαχειριζόμενης Φροντίδας Υγείας (Managed Care)

Κατά παράδοση, οι ιατροί και τα νοσοκομεία αποζημιώνονταν για τις υπηρεσίες τους στη βάση του πρώτου υποδείγματος. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, όλο και πιο πολλοί άνθρωποι εγγράφονταν σε προγράμματα Managed Care, τα οποία συχνά τροποποιούν τις μεθόδους πληρωμής των νοσοκομείων και των ιατρών, με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας αναλύονται λεπτομερέστερα στο Κεφάλαιο 7, ενώ στο παρόν κεφάλαιο θα δοθεί προσοχή μόνο σ' εκείνες τις παραμέτρους που είναι αναγκαίες για να κατανοήσουμε την αποζημίωση των ιατρών και των νοσοκομείων.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι παροχής φροντίδας υγείας σε ιδιωτική βάση και στη λογική της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας: η πρακτική της αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με έλεγχο των πληρωμών, οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (PPOs) και οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs).

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΜΕ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΜΟΙΒΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Αυτός είναι ο παραδοσιακός τύπος αποζημίωσης, με επιπλέον στοιχείο το γεγονός ότι ο τρίτος πληρωτής (είτε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία είτε κρατική υπηρεσία) έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την αποζημίωση ακριβών ιατρικών επιλογών, όπως είναι η εισαγωγή στο νοσοκομείο, οι επιπλέον ημέρες νοσηλείας και οι χειρουργικές επεμβάσεις.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ (PPOs)

Πρόκειται για οργανισμούς με χαλαρές οργανωτικές δομές, στους οποίους οι ασφαλιστές συμβάλλονται μ' έναν περιορισμένο αριθμό ιατρών και νοσοκομείων που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες στους δικαιούχους, συνήθως με μειωμένες αμοιβές και με έλεγχο των πληρωμών.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (HMOs)

Πρόκειται για οργανισμούς των οποίων οι ασθενείς χρειάζεται (εκτός από τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης) να λαμβάνουν τη φροντίδα τους από άτομα και φορείς που ανήκουν στους οργανισμούς. Υπάρχουν αρκετοί τύποι τέτοιων δομών για τους οποίους γίνεται αναφορά στο Κεφάλαιο 7. Σε κάποιες περιπτώσεις HMOs, έχουν υιοθετηθεί σύνθετα συστήματα πληρωμής των προμηθευτών (για παράδειγμα, με τη μέρα, κατά κεφαλήν ή και με μισθό).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Πληρωμή κατά πράξη και περίπτωση

Ο Roy Sweet, ένας ασθενής του Δρ. Weisman παρακολουθείται λόγω πρόσφατης έναρξης διαβήτη. Ο Δρ. Weisman αφιερώνει 20 λεπτά σε μια εξέταση, μια μέτρηση σακχάρου τριχοειδικού αίματος, μια ανάληψη ούρων και ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα. Κάθε υπηρεσία έχει αμοιβή που καθορίζεται από τον Δρ. Weisman: 62\$ για μια σύνθετη επίσκεψη, 8\$ για μια μέτρηση σακχάρου τριχοειδικού αίματος, 12\$ για μια ανάληψη ούρων και 60\$ για ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα. Επειδή ο κύριος Sweet είναι ανασφάλιστος, ο Δρ. Weisman μειώνει το συνοδικό λογαριασμό από 142 σε 70\$.

Το 1988, ο Δρ. Lenz απαίτησε ο Δρ. Weisman να πραγματοποιήσει μια ιατρική εκτίμηση για τη Gertrude Rales, που εμφάνισε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες μετά από εγχείρηση καταρράκτη. Ο Δρ. Weisman χρειάστηκε 90 λεπτά για να πραγματοποιήσει την εκτίμηση και πληρώθηκε 100\$ από το Medicare. Ο Δρ. Lenz αφιέρωσε 90 λεπτά στην επέμβαση και την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και έλαβε 1.600\$ από το Medicare. Το 1998, ο Δρ. Weisman πραγματοποίησε μια παρόμοια εκτίμηση για τον Δρ. Lenz και έλαβε 130\$ ενώ και στο Δρ. Lenz εστάθησαν 900\$ για την επέμβαση.

Η Melissa High, που είναι ασφαλισμένη στο Medicaid, πραγματοποιεί τρεις επισκέψεις στον Δρ. Weisman για την υπέρτασή της. Αυτός χρεώνει το Medicaid 62\$ για μια σύνθετη επίσκεψη και 32\$ για καθεμία από τις δύο συντομότερες επισκέψεις. Πληρώνεται 16\$ ανά επίσκεψη, λιγότερο από 40% των συνοδικών χρεώσεών του. Με το Medicaid, ο Δρ. Weisman μπορεί να μη χρεώσει την κυρία High για το υπόλοιπο της αμοιβής του.

Ο Δρ. Weisman συνεβλήθη με την Blue Cross για να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς αυτού του οργανισμού τύπου PPO, στο 70% της κανονικής αμοιβής του. Ο Rick

Πίνακας 4-1. Μονάδες πληρωμής.

	Λιγότερο Σύνθετη ←		→ Περισσότερο Σύνθετη		
	Διαδικασία	Ημέρα	Επεισόδιο Ασθένειας	Ασθενής	Ώρα
Ιατρός	Αμοιβή κατά πράξη	-	Χειρουργική ή μαιευτική αμοιβή Ιατρική Διαγνωστική Ομάδα	Κατά κεφαλήν πληρωμή	Μισθός
Νοσοκομείο	Αμοιβή κατά πράξη	Ανά Ημέρα	Νοσοκομειακή	Κατά κεφαλήν πληρωμή	Σφαιρικός προϋπολογισμός

Διαγνωστική Ομάδα

Payne, ασθενής αυτού του οργανισμού, παρουσιάζεται με οξύ πονοκέφαλο και ανακαλύπτεται ότι πάσχει από αδυναμία του αριστερού βραχίονα και αύξηση αντανεκλαστικών. Ο Δρ. Weisman πληρώνεται 43,40\$ για μια σύνθετη επίσκεψη. Προτού δοθεί εντολή για μαγνητική τομογραφία, πρέπει να ζητηθεί εξουσιοδότηση απ' τον οργανισμό.

Κατά παράδοση, οι ιδιώτες ιατροί εξοφλούνται από ασθενείς και ασφαλιστές μέσω του μηχανισμού που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη. Πριν από τη θέσπιση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, οι ιατροί συχνά έκαναν έκπτωση στις αμοιβές για τους ηλικιωμένους ή φτωχούς ασθενείς και ακόμα και στη συνέχεια πολλοί ιατροί συνέχισαν να βοηθούν ανασφάλιστα άτομα με αυτόν τον τρόπο.

Οι ιδιώτες ασφαλιστές, καθώς και τα προγράμματα Medicare και Medicaid τα πρώτα χρόνια συνήθως αποζημίωναν τους ιατρούς σύμφωνα με το σύνθετες και λογικό σύστημα που άφηνε στους ιατρούς πολύ μεγάλο περιθώριο στον καθορισμό της αμοιβής (Langwell & Nelson, 1986).

Καθώς η συγκράτηση των δαπανών κατέστη η μεγαλύτερη προτεραιότητα, η συνήθης και λογική προσέγγιση στις αμοιβές υποσκελίστηκε σε μεγάλο βαθμό από προγράμματα αμοιβών που καθορίζονται από τον πληρωτή. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν οι τρεις επισκέψεις της Melissa High που επέφεραν χρεώσεις των 126\$ από τα οποία το Medicaid πλήρωσε μόνο 48 (16\$ ανά επίσκεψη).

Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, το Medicare προχώρησε σε ένα σύστημα αμοιβών καθορισμένο από μία κλίμακα σχετικών αξιών που βασιζόταν στους πόρους. Με αυτό το σύστημα, οι αμοιβές (που ποικίλλουν ανά γεωγραφική περιοχή) καθορίζονται για κάθε υπηρεσία ύστερα από εκτίμηση του χρόνου, της προσπάθειας και κρίσης, της τεχνικής επιδεξιότητας, της σωματικής προσπάθειας και της πίεσης που σχετίζονται συνήθως με την παροχή της υπηρεσίας αυτής (Lee et al., 1989). Αυτό το σύστημα της κλίμακας επιχειρεί να διορθώσει την προκατάληψη που υπάρχει σχετικά με την πληρωμή των ιατρών, σύμφωνα με την οποία οι ιατροί πληρώνονταν για χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες πράξεις με πολύ μεγαλύτερα ποσά απ' ό,τι για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τις διαγνωστικές υπηρεσίες. Το 1998, ο Δρ. Weisman πληρώθηκε σχεδόν το 15% της χειρουργικής αμοιβής του Δρ. Lenz, ποσοστό το οποίο το 1988, πριν δηλαδή την εφαρμογή του συστήματος της κλίμακας, ήταν μόλις 6%.

Τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας των ΡΡΟs συχνά πληρώνουν τους συμβεβλημένους ιατρούς με μειωμένες αμοιβές για τις υπηρεσίες τους και απαιτούν εξουσιοδότηση από πριν για ακριβείς πράξεις.

Με πληρωμές που πραγματοποιούνται βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη, οι ιατροί έχουν οικονομικό κίνητρο να προσφέρουν περισσότερες υπηρεσίες, επειδή οι περισσότερες υπηρεσίες συνεπάγονται υψηλότερες αμοιβές (βλ. Κεφάλαιο 12). Το κίνητρο της «αμοιβής κατά πράξη» είχε ως αποτέλεσμα την παροχή περισσότερων υπηρεσιών και έτσι συνέβαλε στη ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Relman, 1983).

Πληρωμή ανά επεισόδιο ασθένειας

Ο Δρ. Nick Belli αφαιρεί τη χοηδόχο κύστη του Tom Stone και πληρώνεται 1.300\$ από τη Blue Cross. Εκτός

από την πραγματοποίηση της χολοκυστεκτομής, ο Δρ. Belli συναντά τον κύριο Stone τρεις φορές στο νοσοκομείο και δύο φορές στο ιατρείο του για μετεγχειρητικές επισκέψεις. Επειδή η επέμβαση χρηματοδοτείται από έναν σφαιρικό προϋπολογισμό, ο Δρ. Belly έχει την δυνατότητα να μη χρεώνει χωριστά για τις επισκέψεις, που συμπεριλαμβάνονται στην αμοιβή της χολοκυστεκτομής των 1.300\$.

H Joan Flemming παραπονιέται για βήχα, πυρετό και πρήξιμα πτύελα για 1 εβδομάδα. Η Δρ. Violet Gramm αναθύει ένα επίκρισμα πτύελων, διατάσσει ακτινογραφία θώρακα και κάνει τη διάγνωση πνευμονίας. Κουράρει την κυρία Flemming ως εξωτερική ασθενή με κεφαλοσπορίνη και την εξετάζει δύο φορές την εβδομάδα για 3 εβδομάδες. Με το σύστημα της πειραματικής περιπατητικής διαγνωστικής ομάδας, η Δρ. Gramm λαμβάνει μία αμοιβή για όλες τις υπηρεσίες και διαδικασίες που περιλαμβάνονται στη θεραπεία της πνευμονίας της κυρίας Flemming.

Οι χειρουργοί συνήθως λαμβάνουν εφάπαξ πληρωμή για αρκετές υπηρεσίες (την επέμβαση και τη μετεγχειρητική φροντίδα) που έχουν καταχωρηθεί μαζί (πακέτο), ενώ και οι μαιευτήρες πληρώνονται κατά παρόμοιο τρόπο για τον τοκετό και την προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα. Αυτή η συνένωση των πληρωμών συχνά αναφέρεται ως εξόφληση στη μονάδα της περίπτωσης ή του επεισοδίου.

Με την πληρωμή ανά επεισόδιο, οι χειρουργοί έχουν οικονομικό κίνητρο να περιορίσουν τον αριθμό των μετεγχειρητικών επισκέψεων επειδή δεν λαμβάνουν επιπλέον πληρωμή για επιπλέον επισκέψεις. Αφετέρου, εξακολουθούν να έχουν κίνητρο να πραγματοποιούν περισσότερες εγχειρήσεις, όπως με το παραδοσιακό σύστημα που προέβλεπε καταβολή αμοιβής κατά πράξη. Μερικοί ειδικοί στη φροντίδα υγείας συνιστούν την πληρωμή των ιατρών μέσω ενός συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων (βλ. παρακάτω) παρόμοιο μ' εκείνο που χρησιμοποιείται από το Medicare για την εξόφληση των νοσοκομείων (Langwell & Nelson, 1986). Βάσει ενός τέτοιου συστήματος, μία αμοιβή θα δινόταν για ένα επεισόδιο ασθένειας, ανεξάρτητα από το πόσες φορές ο ασθενής θα επισκεπτόταν τον ιατρό.

Σ' αυτό το σημείο, είναι χρήσιμο να εισάγουμε στη συζήτησή μας τη σημαντική έννοια του κινδύνου. Ο κίνδυνος αφορά στο ενδεχόμενο να χαθούν χρήματα, να κερδηθούν λιγότερα χρήματα ή να ξοδευτεί περισσότερος χρόνος χωρίς επιπρόσθετη πληρωμή σε μια συναλλαγή. Με το παραδοσιακό σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη, αυτός που πληρώνει το λογαριασμό (ασφαλιστική εταιρεία, κρατική υπηρεσία ή ασθενής) απορροφά όλον τον κίνδυνο. Αν ο Δρ. Weisman εξετάσει τον Rick Payne δέκα φορές αντί για πέντε για τους πονοκεφάλους του, η Blue Cross πληρώνει περισσότερα χρήματα και ο κύριος Payne ξοδεύει περισσότερα σε συνεισφορές. Η συνένωση των υπηρεσιών μεταβιβάζει ένα μέρος του κινδύνου από τον πληρωτή στον ιατρό. Αν ο Δρ. Belly δει τον Tom Stone δέκα φορές αντί για πέντε για δεύτερη επίσκεψη μετά τη χολοκυστεκτομή δεν λαμβάνει καθόλου επιπλέον χρήματα. Ωστόσο, η Blue Cross εν μέρει βρίσκεται κι αυτή σε κίνδυνο: αν πιο πολλοί εγγεγραμμένοι σ' αυτή χρειάζονται επέμβαση χοληδόχου κύστης, η Blue Cross είναι υπεύθυνη για περισσότερες πληρωμές 1.300\$. Σαν γενικός κανόνας, όσο πιο πολλές υπηρεσίες συσσωρεύονται σε μια πληρωμή, τόσο μεγαλύτερο είναι το μερίδιο του οικονομικού κινδύνου που μεταβιβάζεται από τον πληρωτή στον πάροχο. (Η λέξη *πληρωτής* είναι

γενικός όρος που αναφέρεται σε οποιονδήποτε πληρώνει το λογαριασμό. Στο Κεφάλαιο 16, γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στους αγοραστές και τους ασφαλιστές, που μπορούν και οι δύο να είναι πληρωτές.)

Πληρωμή ανά ασθενή: κατά κεφαλήν πληρωμή με δομές δύο επιπέδων

Η Jennifer είναι μια νέα γυναίκα στην Αγγλία που εμφανίζει ροίμωξη στο αυτί. Ο παθολόγος της, ο Δρ. Walter Liston, την εξετάζει και της χορηγεί με συνταγή αντιβιοτικά. Η Jennifer δεν πληρώνει καθόλου χρήματα την ώρα της επίσκεψης και δεν θαμβάνει λογαριασμό. Ο Δρ. Liston πληρώνεται το προβλεπόμενο αντίτιμο των 8\$ το μήνα για να φροντίζει τη Jennifer, ανεξάρτητα από το πόσες φορές αυτή χρειάζεται φροντίδα. Όταν η Jennifer εμφανίζει σκληροκοιτίδα και χρειάζεται ακτινογραφία και χειρουργική εκτίμηση, ο Δρ. Liston τη στέλνει στο τοπικό νοσοκομείο για αυτές τις υπηρεσίες. Η πληρωμή αυτών των υπηρεσιών παραπομπής συμπεριλαμβάνεται στο λειτουργικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου που πληρώνεται χωριστά από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι κατά κεφαλήν πληρωμές (δηλαδή πληρωμές «με το κεφάλι») σε ιατρούς στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπλοκες, όπως θα δούμε σύντομα. Αλλά στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά παράδοση είναι απλές (βλ. Κεφάλαιο 14). Υπό το παραδοσιακό βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, κάθε άτομο εγγράφεται σε έναν γενικό ιατρό ή παθολόγο που λειτουργεί ως ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας. Για κάθε άτομο που εγγράφεται στη λίστα του, ο ιατρός λαμβάνει μια μηνιαία κατά κεφαλήν πληρωμή. Όσο περισσότεροι ασθενείς υπάρχουν στη λίστα, τόσο περισσότερα χρήματα κερδίζει ο ιατρός. Απαιτείται από τους ασθενείς να καθορίσουν όλες τις μη επείγουσες ιατρικές ανάγκες μέσω του

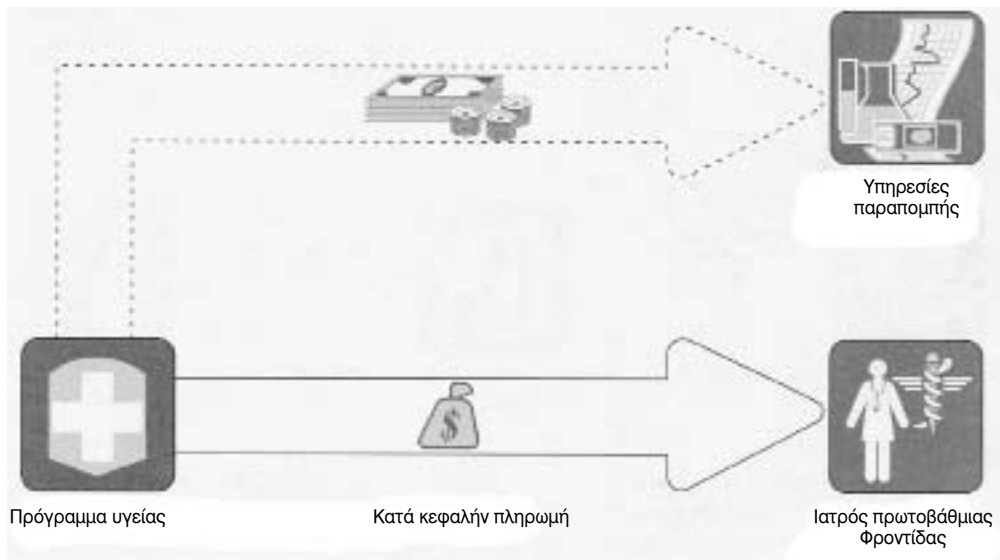
ιατρού αυτού, ο οποίος όταν είναι απαραίτητο παραπέμπει για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα. Οι ασθενείς μπορούν ελεύθερα να αλλάξουν τον ιατρό στον οποίο έχουν εγγραφεί για κάποιον άλλον (Grumbach & Fry, 1993). Αυτή η απλή ρύθμιση, που παρουσιάζεται στο Σχήμα 4-1, αναφέρεται ως μια κατά κεφαλήν δομή δύο επιπέδων. Το ένα επίπεδο είναι το πρόγραμμα υγείας και το άλλο ο ξεχωριστός ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ένας μικρός αριθμός ιατρών σε ομαδική άσκηση ιατρικής (group practice).

ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κατά κεφαλήν πληρωμή συνδέεται με προγράμματα ΗΜΟs και όχι με παραδοσιακά ασφαλιστικά προγράμματα ή προγράμματα στη βάση των ΡΡΟs. Μερικά προγράμματα ΗΜΟs έχουν δομές δύο επιπέδων με τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας να πληρώνουν κατά κεφαλήν αμοιβές απευθείας στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας (Σχήμα 4-1). Όμως, σε αντίθεση με το παραδοσιακό βρετανικό σύστημα, η κατά κεφαλήν πληρωμή στους ιδιωτικούς οργανισμούς διαχειριζόμενης φροντίδας των Ηνωμένων Πολιτειών μπορεί να περιλαμβάνει δομή τριών επιπέδων.

Πληρωμή ανά ασθενή: κατά κεφαλήν πληρωμή με δομές τριών επιπέδων

Στις δομές τριών επιπέδων, οι ΗΜΟs δεν πληρώνουν τις κατά κεφαλήν αμοιβές απευθείας σε ξεχωριστούς ιατρούς ή σε μικρές ομάδες ιατρών αλλά, αντίθετα, βασίζονται σε μια ενδιαμέσση διοικητική δομή για την επεξεργασία αυτών των πληρωμών (Robinson & Casalino, 1995). Σε μια κατηγορία τέτοιων δομών τριών επιπέδων (Σχήμα 4-2 Α) οι ιατροί παραμένουν στα δικά τους ιδιωτικά ιατρεία αλλά ενώνονται σε ομάδες ιατρών που ονομάζονται ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι (Independent Practice Associations-IPAs).



Σχήμα 4-1. Δομές κατά κεφαλήν πληρωμής δύο επιπέδων. Το πρόγραμμα υγείας πληρώνει τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά κεφαλήν και πληρώνει για τις υπηρεσίες παραπομπής (π.χ. για τις ακτινογραφίες και τις γνωματεύσεις από ειδικούς μέσω μιας διαφορετικής ροής εξόφλησης).

Ο George είναι εγγεγραμμένος μέσω του εργοδότη του στη SmartCare, έναν ΗΜΟ που διοικείται από την Ασφαλιστική Εταιρεία Smart. Η SmartCare έχει συμβληθεί με δύο ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους για να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες στα μέλη της στην περιοχή όπου ζει ο George. Ο George έχει επιλέξει να λαμβάνει τη φροντίδα του από τον Δρ. Bunch, έναν ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, μέλος ενός από αυτούς τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο CapCar Associates. Η SmartCare πληρώνει στην CapCar Associates μια μηνιαία κατά κεφαλήν αμοιβή 40\$ εκ μέρους του George για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες και τις σχετικές υπηρεσίες ως εξωτερικού ασθενούς. Η CapCar Associates με τη σειρά της πληρώνει στον Δρ. Bunch μια μηνιαία κατά κεφαλήν αμοιβή 10\$ για να λειτουργεί ως "gatekeeper".

Ο George εμφανίζει συμπτώματα απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος που συμφωνούν με καλοήγη υπερηλασία του προστάτη. Ο Δρ. Bunch δίνει εντολή για μερικές εργαστηριακές εξετάσεις και παραπέμπει τον George σε έναν ουρολόγο για κυστεοσκόπηση. Το εργαστήριο και ο ουρολόγος χρεώνουν την CapCar Associates με βάση το σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη και πληρώνονται από τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο από ένα κοινό ταμείο (που ονομάζεται κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου) το οποίο ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος έχει δημιουργήσει για αυτόν το σκοπό από τις κατά κεφαλήν πληρωμές που η CapCar Associates λαμβάνει από τη SmartCare. Στο τέλος του χρόνου, η CapCar Associates έχει χρήματα που έχουν απομείνει σε αυτό το κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου από τις διαγνωστικές και εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η CapCar Associates διανέμει αυτό το πλεόνασμα εσόδων στους δικούς της ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ως bonus.

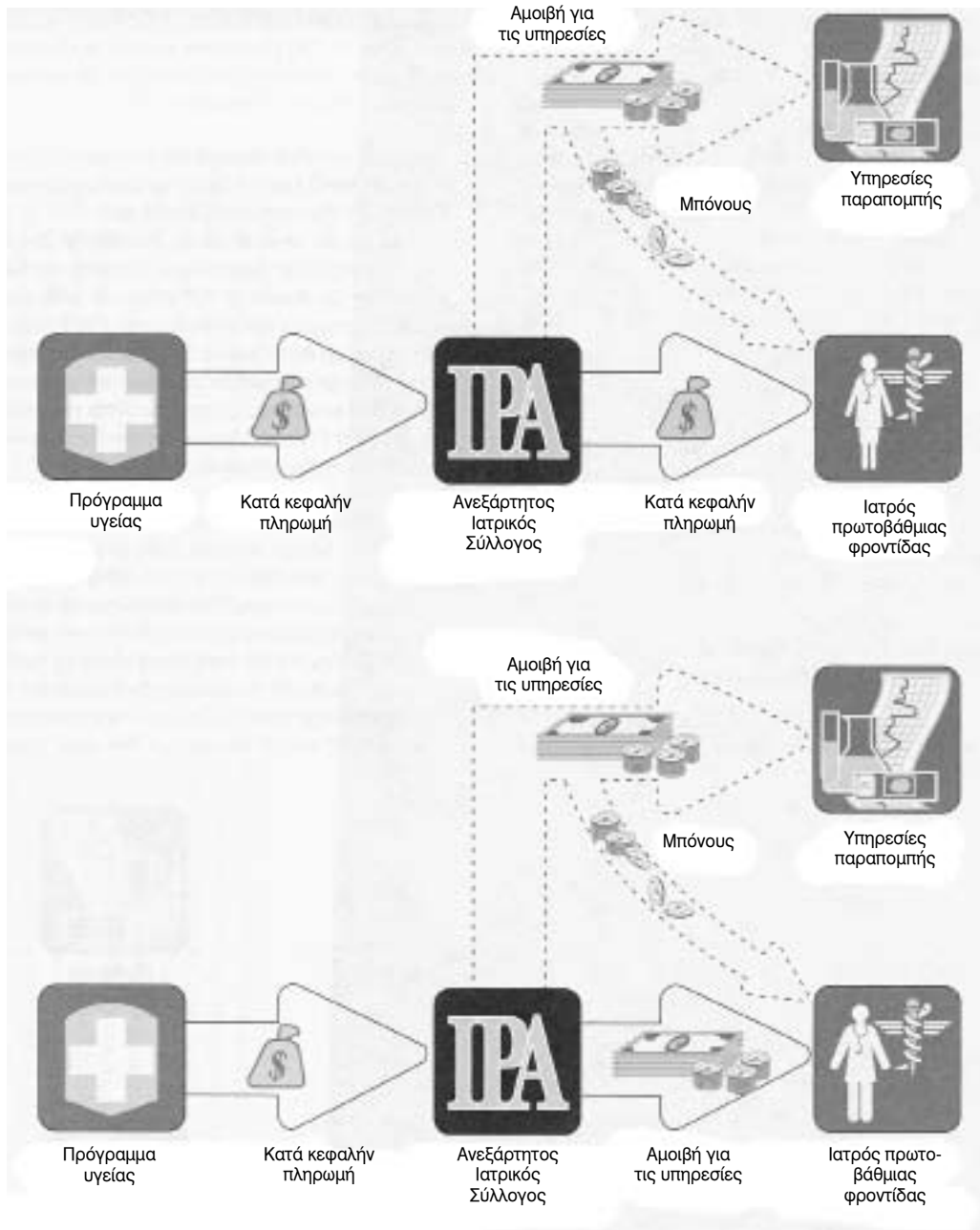
Η ρύθμιση της ροής των πληρωμών και της φύσης της κατανομής του κινδύνου γίνεται δύσκολη σ' αυτόν τον τύπο της κατά κεφαλήν πληρωμής με δομή τριών επιπέδων. Στους περισσότερους ΗΜΟς τριών επιπέδων, τον οικονομικό κίνδυνο για τις διαγνωστικές και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες φέρει το σύνολο του οργανισμού του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου και αυτός ο κίνδυνος αφορά όλους τους συμμετέχοντες ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας του συλλόγου. Ο τύπος του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου που αντιπροσωπεύει η CapCar Associates μπορεί να παρέχει οικονομικά κίνητρα στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ούτως ώστε να περιορίσουν τη χρήση διαγνωστικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών επιστρέφοντας σ' αυτούς οποιοδήποτε πλεόνασμα κεφαλαίων υπάρχει στο τέλος του έτους. Αυτή η μέθοδος εξόφλησης είναι γνωστή ως κατά κεφαλήν πληρωμή και bonus (βλ. Κεφάλαιο 5). Όσο λιγότερο συχνή είναι η χρήση των διαγνωστικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, τόσο υψηλότερο είναι το bonus στο τέλος του έτους για τους ιατρούς του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, οι οποίοι επιπλέον αναλαμβάνουν να παραπέμπουν τους ασθενείς για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνουν πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο. Αυτή η ρύθμιση υφίσταται κριτική με το σκεπτικό ότι αντιπροσωπεύει μια σύγκρουση ενδιαφερόντων για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, επειδή το προσωπικό τους εισόδημα αυξάνεται όταν αρνούνται την παροχή διαγνωστικών και εξειδικευμένων υπηρεσιών στους ασθενείς τους (Rodwin, 1993). Τα προηγούμενα λίγα

χρόνια μερικοί ιδιωτικοί οργανισμοί Managed Care ξεκίνησαν να καθορίζουν τις πληρωμές bonus, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα και όχι τον έλεγχο των δαπανών (βλ. Κεφάλαιο 12). Ένα σημαντικό ποσό πρέπει να πληρωθεί για τη δημιουργία μίας δομής τριών επιπέδων, επειδή οι διοικητικές δαπάνες είναι σημαντικές τόσο για το πρόγραμμα υγείας όσο και για τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο.

Ο αδερφός του George, ο Steve, εργάζεται στην ίδια εταιρεία με τον George και επίσης έχει ασφάλιση SmartCare. Ο Steve, όμως, λαμβάνει πρωτοβάθμια φροντίδα από έναν ιατρό στο πρόγραμμα του άηλου ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου με τον οποίο έχει συμβληθεί η SmartCare, της CapFee Associates. Όπως και η CapCar Associates, η CapFee Associates είναι ένας ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος που λαμβάνει 40\$ το μήνα σε κατά κεφαλήν αμοιβές για κάθε ασθενή που είναι μέλος. Σε αντίθεση με την CapCar Associates, η CapFee Associates πληρώνει τους δικούς της ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση το σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη.

Οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι με δομές τριών επιπέδων γίνονται ακόμα πιο περίπλοκοι όταν η μονάδα εξόφλησης διαφέρει απ' το ένα επίπεδο στο άλλο. Στο μοντέλο της CapCar Associates, η κατά κεφαλήν πληρωμή είναι η βασική μέθοδος πληρωμής και για τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο ως σύνολο και για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν σ' αυτόν. Ωστόσο, στο μοντέλο της CapFee Associates, ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές απ' το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας αλλά κατόπιν εξοφλεί τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν σ' αυτόν με βάση το σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη (Σχήμα 4-2B). Με βάση αυτήν τη ρύθμιση, οι αμοιβές που ζητούν οι ιατροί του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου μπορεί κάλλιστα να υπερβαίνουν το χρηματικό ποσό που έχει λάβει ο σύλλογος απ' το ασφαλιστικό πρόγραμμα με βάση την κατά κεφαλήν πληρωμή, προκειμένου να πληρωθούν οι ιατρικές και λοιπές υπηρεσίες που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Προκειμένου να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος, πολλοί ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι τύπου CapFee Associates πληρώνουν τους ιατρούς τους μόνο ένα μέρος, ίσως το 60%, ενός προκαθορισμένου πίνακα αμοιβών και παρακρατούν το 40%. Αν περισσέψουν χρήματα στο τέλος του έτους, οι ιατροί λαμβάνουν ένα μέρος των χρημάτων που έχουν παρακρατηθεί.

Με το σύστημα της CapFee, ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος είναι η κύρια οντότητα που βρίσκεται σε κίνδυνο επειδή η παροχή περισσότερων υπηρεσιών μπορεί να οδηγήσει το σύλλογο σε απώλεια χρημάτων. Ωστόσο, και οι μεμονωμένοι ιατροί βρίσκονται εν μέρει σε κίνδυνο επειδή, αν οι δαπάνες του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου είναι υψηλές, δεν θα λάβουν τα παρακρατηθέντα κεφάλαια. Το οικονομικό κίνητρο για τους μεμονωμένους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι περίπλοκο. Είναι προς οικονομικό όφελος του ιατρού να προγραμματίζει όσο το δυνατόν περισσότερες επισκέψεις ασθενών επειδή λαμβάνει αμοιβή για κάθε επίσκεψη. Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός επισκέψεων συνολικά από ασθενείς του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, καθώς και η πολύ συχνή χρήση διαγνωστικών και άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών θα εξαντλήσουν τον προϋπολογισμό του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου και, ως εκ τούτου, αυξάνεται η πιθανότητα χρεοκοπίας του



Σχήμα 4-2. Δομές κατά κεφαλήν πληρωμών τριών επιπέδων Α. Ο τύπος διευθέτησης της Cap Associates, στην οποία οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμή συν ένα μπόνους από τον Ανεξάρτητο Ιατρικό Σύλλογο αν υπάρχει πλεόνασμα στο τέλος του έτους στο κοινό ταμείο για την πληρωμή των υπηρεσιών παραπομπής. Β. Ο τύπος διευθέτησης της CapFee Associates, στην οποία ο Ανεξάρτητος Ιατρικός Σύλλογος λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές από τα προγράμματα υγείας αλλά πληρώνει τους δικούς του ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση ένα σύστημα καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

συλλόγου, μια κατάσταση που θα αφήσει τους ιατρούς του συλλόγου με χιλιάδες απλήρωτων χρεώσεων.

Πληρωμή ανά ώρα: μισθός

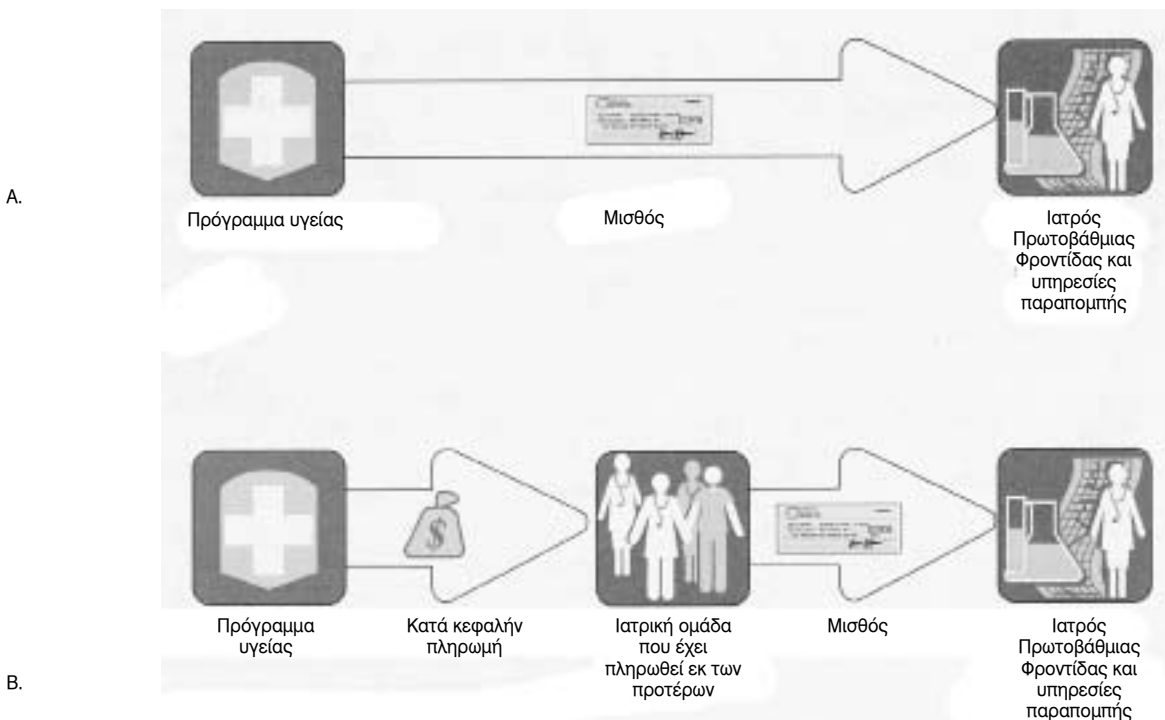
Η Δρ. Joyce Parto προσλαμβάνεται ως μαιευτήρας-γυναικολόγος από ένα μεγάλο οργανισμό ΗΜΟ. Θεωρεί την οικονομική ασφάλεια και την έλλειψη επαγγελματικών ανησυχιών στον τωρινό εργασιακό της χώρο βεβητώση σε σχέση με τις εντάσεις που αντιμετώπισε ως ιατρός, όταν δούληε μόνη της και πληρωνόταν με βάση το σύστημα που προέβηπε καταβολή αμοιβής κατά πράξη, πριν γίνει μέλος του οργανισμού. Ωστόσο, έχει μερικές ανησυχίες πως οι άλληλοι μαιευτήρες επιτρέπουν στο προσωπικό του μαιευτικού τμήματος του νοσοκομείου να φέρουν εις πέρας τους περισσότερους τοκετούς κατά τη διάρκεια της νύχτας και αναρωτιέται αν η απουσία οικονομικών κινήτρων προκειμένου να είναι παρόντες στους τοκετούς ευθύνεται εν μέρει για την κατάσταση. Ενοχλείται επίσης από τα γραφειοκρατικά μαρτύρια που πρέπει να υποστεί για να ακυρώσει μια απογευματινή κλινική και να παρευρεθεί στο σχολικό θεατρικό έργο του γιου της.

Σε αντίθεση με τους παραδοσιακούς ιδιώτες ιατρούς, οι ιατροί του δημοσίου (στα δημοτικά νοσοκομεία, στα νοσοκομεία των Βετεράνων, στα στρατιωτικά νοσοκομεία, στα κρατικά ψυχιατρεία και στις κοινοτικές κλινικές) συνήθως πληρώνονται με μισθό. Η έμμισθη εξάσκηση λειτουργήματος συγκεντρώνει την πληρωμή για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια ενός μήνα ή έτους σ' ένα συνολικό ποσό. Η διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας έχει

φέρει την έμμισθη εξάσκηση λειτουργήματος στον ιδιωτικό τομέα, μερικές φορές με μια ρύθμιση που προβλέπει μισθό και bonus, ιδιαίτερα σε ενιαίες ιατρικές ομάδες και σε ομαδικά μοντέλα ΗΜΟs (βλ. Κεφάλαιο 7). Τα τελευταία φέρνουν τους ιατρούς και τα νοσοκομεία κάτω από μία ενιαία οργανωτική σκέπη.

Η διάκριση μεταξύ των ΗΜΟ τύπου προσωπικού (staff-model) και τύπου ομάδας (group-model) είναι ανάλογη με τη διαφορά μεταξύ των οργανισμών υγείας που έχουν συμβληθεί με ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους με δομές δύο και τριών επιπέδων στην οποία έγινε αναφορά προηγουμένως. Ο ΗΜΟ τύπου προσωπικού είναι μια δομή πληρωμής δύο επιπέδων, με ασφαλιστικό πρόγραμμα απ' τον ίδιο τον οργανισμό ο οποίος προσλαμβάνει άμεσα ιατρούς με μισθό (Σχήμα 4-3 Α). Στους ΗΜΟs τύπου ομάδας, το ασφαλιστικό πρόγραμμα του οργανισμού συμβάλλεται σε μια βάση κατά κεφαλήν πληρωμής με μια ενδιάμεση ομάδα ιατρών, που με τη σειρά της πληρώνει μισθό στους μεμονωμένους ιατρούς της. (Σχήμα 4-3 Β).

Οι ιατροί των ΗΜΟs που πληρώνονται αποκλειστικά με μισθό διατρέχουν ελάχιστο προσωπικό οικονομικό κίνδυνο ή δεν διατρέχουν καθόλου τέτοιο κίνδυνο· ο οργανισμός ή η ομάδα των ιατρών βρίσκονται σε κίνδυνο αν οι δαπάνες είναι υπερβολικά υψηλές. Προκειμένου να διαχειριστούν τον κίνδυνο, οι διοικητές των ΗΜΟs που βασίζονται στο ομαδικό μοντέλο και στο μοντέλο προσωπικού μπορεί να θέσουν περιορισμούς στους ιατρούς υπαλλήλους τους, όπως να τους προγραμματίσουν έναν μεγάλο αριθμό επισκέψεων ασθενών ή να περιορίσουν τον αριθμό των διαθέσιμων ειδικών ιατρών. Οι έμμισθοι ιατροί κινδυνεύουν να μη λάβουν επιπλέον πληρωμή για επιπλέον ώρες εργασίας. Για έναν ιατρό που πληρώνεται με ετήσιο μισθό χωρίς έγκριση



Σχήμα 4-3. Πληρωμή με μισθό Α. Στο επιτελικό μοντέλο οργανισμού υγείας, το πρόγραμμα απευθείας προσλαμβάνει ιατρούς. Β. Στο ομαδικό μοντέλο οργανισμών υγείας, μια ιατρική ομάδα που έχει πληρωθεί εκ των προτέρων λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές από το πρόγραμμα και κατόπιν εξοφλεί τους ιατρούς της με μισθό.

για πληρωμή υπερωριών, ένας μεγάλος αριθμός σύνθετων επισκέψεων ασθενών μπορεί να μετατρέψει μια ημέρα με 8 ώρες εργασίας σε ημέρα με 12 ώρες εργασίας, χωρίς αύξηση στο εισόδημα. Οι ΗΜΟs και οι ιατρικές ομάδες μπορεί να προσφέρουν bonus στο τέλος του έτους σε έμμισθους ιατρούς αν οι συνολικές δαπάνες είναι μικρότερες απ' τα ποσά που προϋπολογίζονται. Οι ιατροί που πληρώνονται μισθό και bonus, όπως εκείνοι που λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμή και bonus, κινδυνεύουν να κερδίσουν μικρότερο εισόδημα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πληρωμή κατά διαδικασία: καταβολή αμοιβής κατά πράξη

Ο Kwim Mock Wong νοσηλεύεται για αιμορραγούν έλκος. Στο τέλος της 4ήμερης παραμονής του, το νοσοκομείο στέλνει έναν επτασέλιδο, αναλυτικό λογαριασμό 8.600\$ στην Blue Cross, τον ασφαλιστικό φορέα του κυρίου Wong.

Στο παρελθόν, οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούσαν πληρωμές με βάση το σύστημα που προέβλεπε καταβολή αμοιβής κατά πράξη στα ιδιωτικά νοσοκομεία με βάση την αρχή του «λογικού κόστους», ένα σύστημα στα πλαίσια του οποίου τα νοσοκομεία επηρέαζαν σε πολύ μεγάλο βαθμό τον καθορισμό του επιπέδου πληρωμής. Επειδή ο Αμερικανικός Σύλλογος Νοσοκομείων και η Blue Cross έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη σύνταξη κανονισμών αποζημίωσης για το Medicare, εκείνο το πρόγραμμα αρχικά πλήρωνε τα νοσοκομεία σύμφωνα με μια παρόμοια φόρμουλα λογικού κόστους (Law, 1974). Πιο πρόσφατα, οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι πληρωτές που ασχολούνται με την ανάλυση των δαπανών έχουν αρχίσει να αμφισβητούν τις χρεώσεις των νοσοκομείων και να διαπραγματεύονται χαμηλότερες πληρωμές ή να μεταβιβάζουν τον οικονομικό κίνδυνο στα νοσοκομεία εφαρμόζοντας πληρωμές ανά ημέρα, πληρωμές διαγνωστικής ομάδας ή κατά κεφαλήν πληρωμές.

Πληρωμή ανά ημέρα

Ο John Johnson, ένας ασθενής-μέλος ΗΜΟ, εισάγεται στο νοσοκομείο με οξεία κεφαλαλγία. Κατά τη διάρκεια της 3ήμερης νοσηλείας του, υποβάλλεται σε μαγνητική τομογραφία, οσφυϊκή παρακέντηση και εγκεφαλική αρτηριογραφία, πράξεις οι οποίες είναι δαπανηρές για το νοσοκομείο. Το νοσοκομείο λαμβάνει 3.600\$ ή 1.200\$ ανά ημέρα από τον οργανισμό υγείας. Η νοσηλεία του κυρίου Johnson κοστίζει στο νοσοκομείο 5.400\$.

Ο Tom Thompson, μέλος του ίδιου ΗΜΟ, εισάγεται για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Του χορηγείται ενδοφλέβια φουροσεμίδα για 3 ημέρες και η κατάστασή του βελτιώνεται. Οι διαγνωστικές εξετάσεις περιορίζονται σε ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και βασικές αιματολογικές εξετάσεις. Το νοσοκομείο λαμβάνει 3.600\$ και το κόστος για το νοσοκομείο είναι 2.400\$.

Πολλοί ΗΜΟs συμβάλλονται με νοσοκομεία για πληρωμές ανά ημέρα παρά για καταβολή αμοιβής για κάθε αναλυτική υπηρεσία (χρέωση δωματίου, μαγνητική τομογραφία, αρτηριογράφημα, ακτινογραφία θώρακα και ηλεκτροκαρδιογράφημα). Το νοσοκομείο λαμβάνει ένα συνολικό ποσό για κάθε ημέρα που ο ασθενής του οργανισμού υγείας βρίσκεται στο

νοσοκομείο. Ο ΗΜΟ μπορεί να στείλει μια νοσηλεύτρια για τον έλεγχο των υπηρεσιών που παρέχονται στο νοσοκομείο, προκειμένου να επιθεωρήσει τα διαγράμματα των ασθενών του και αν η νοσηλεύτρια αποφασίσει ότι ένας ασθενής δεν πάσχει από οξεία πάθηση, ο οργανισμός υγείας μπορεί να σταματήσει να πληρώνει για τις επιπλέον ημέρες.

Οι πληρωμές ανά ημέρα αντιπροσωπεύουν τη συγκέντρωση όλων των υπηρεσιών που παρέχονται σε έναν ασθενή μια συγκεκριμένη ημέρα σε μία πληρωμή. Με την παραδοσιακή καταβολή αμοιβής κατά πράξη, αν το νοσοκομείο πραγματοποιεί αρκετές δαπανηρές διαγνωστικές εξετάσεις, κερδίζει περισσότερα χρήματα επειδή χρεώνει για κάθε εξέταση, ενώ με την πληρωμή ανά ημέρα το νοσοκομείο δεν λαμβάνει επιπλέον χρήματα για αυτές. Η ανά ημέρα συγκέντρωση των υπηρεσιών σε μία αμοιβή απομακρύνει το οικονομικό κίνητρο του νοσοκομείου επειδή το νοσοκομείο χάνει, αντί να κερδίζει, απ' την πραγματοποίηση δαπανηρών εξετάσεων.

Με την πληρωμή ανά ημέρα, ο ΗΜΟ συνεχίζει να βρίσκεται σε κίνδυνο για τις ημέρες που ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο επειδή πρέπει να πληρώσει για κάθε επιπλέον ημέρα. Ωστόσο, το νοσοκομείο κινδυνεύει από τις υπηρεσίες που παρέχονται οποιαδήποτε δεδομένη ημέρα επειδή προκαλούν περισσότερες δαπάνες χωρίς επιπλέον πληρωμή. Συνεπώς, είναι προς όφελος του ΗΜΟ να ελέγχει τις πληρωμές προκειμένου να μειώσει τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, ενώ τον απασχολεί λιγότερο το εύρος των υπηρεσιών που παρέχονται κάθε ημέρα. Αυτή η οικονομική ανησυχία έχει μεταβιβαστεί στο νοσοκομείο.

Πληρωμή Ανά Επεισόδιο Νοσηλείας: Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (Diagnosis-Related Groups, DRGs)

Ο Bill είναι ένας 67χρονος άνδρας που εισάγεται στο νοσοκομείο με οξύ πνευμονικό οίδημα. Η θεραπευτική του αγωγή περιλαμβάνει φουροσεμίδα και οξυγόνο στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών, αυτός παραμένει 36 ώρες στο νοσοκομείο και παίρνει εξιτήριο. Το κόστος για το νοσοκομείο είναι 2.800\$. Το νοσοκομείο λαμβάνει μια πληρωμή για τη συγκεκριμένη διαγνωστική ομάδα 6.000\$ από το Medicare.

Ο Will είναι ένας 82χρονος άνδρας που εισάγεται στο νοσοκομείο με οξύ πνευμονικό οίδημα. Παρά τις επαναλαμβανόμενες θεραπείες με φουροσεμίδα, καπτοπρίλη, διγοξίνη και οργανικά νιτρικά άλατα, παραμένει με καρδιακή ανεπάρκεια. Έχει ανάγκη από τηλεκμετρία, καθημερινές αιματολογικές εξετάσεις, αρκετές ακτινογραφίες θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και ένα ηχοκαρδιογράφημα. Τελικά, παίρνει εξιτήριο την έκτη ημέρα παραμονής στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή του περίθαλψη κοστίζει 18.000\$ και το νοσοκομείο λαμβάνει 6.000\$ από το Medicare.

Η μέθοδος πληρωμής ανά ομοιογενή διαγνωστική ομάδα για τους ασθενείς του Medicare ξεκίνησε το 1983. Αντί να καταβάλλει αμοιβή στα νοσοκομεία για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το Medicare πληρώνει ένα συνολικό ποσό για κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο, με το ύψος της πληρωμής να εξαρτάται απ' τη διάγνωση του ασθενούς. Το σύστημα των DRGs έχει πάει ένα βήμα πιο μπροστά από τις πληρωμές ανά ημέρα όσον αφορά στη συγκέντρωση των

υπηρεσιών σε μία πληρωμή. Ενώ η πληρωμή ανά ημέρα συγκεντρώνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια μίας ημέρας, η εξόφληση της διαγνωστικής ομάδας συγκεντρώνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου στο νοσοκομείο. (Αν και ένα επεισόδιο ασθενείας μπορεί να ξεπεράσει τα όρια της περιθαλψης σε νοσοκομείο οξέων παθήσεων [για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει εκτίμηση εκτός του νοσοκομείου πριν τη νοσοκομειακή περίθαλψη και να μεταφερθεί σε κλινική για αποκατάσταση αργότερα], ο όρος *επεισόδιο* στα πλαίσια του συστήματος της διαγνωστικής ομάδας αναφέρεται μόνο στο μέρος της ασθένειας που ο ασθενής περνάει πράγματι στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων.)

Με το σύστημα των DRGs, το πρόγραμμα Medicare κινδυνεύει απ' τον αριθμό των εισαγωγών, αλλά το νοσοκομείο κινδυνεύει από το χρόνο νοσηλείας και τους πόρους που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκειά της. Το Medicare δεν έχει οικονομικό ενδιαφέρον απ' τη διάρκεια νοσηλείας, γεγονός που (εκτός από ασυνήθιστα μακρές [πέρα από 20 ημέρες¹] παραμονές στο νοσοκομείο για ενήλικες) δεν επηρεάζει την πληρωμή του. Αντίθετα, το νοσοκομείο ενδιαφέρεται πάρα πολύ για τη διάρκεια νοσηλείας και τον αριθμό των δαπανηρών πράξεων που πραγματοποιούνται, γιατί μία μακροχρόνια, δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη όπως αυτή του Will οδηγεί σε οικονομική ζημία το νοσοκομείο, ενώ μία σύντομη περίθαλψη αποφέρει κέρδος. Τα νοσοκομεία συνεπώς διεξάγουν εσωτερικές επιθεωρήσεις και ελέγχους πληρωμών προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες που προκαλούνται απ' τους ασθενείς του Medicare.

Πληρωμή ανά ασθενή: κατά κεφαλήν πληρωμή

Η Jane είναι εγγεγραμμένη στον HMO Blue Cross, ο οποίος συμβάλλεται με το Νοσοκομείο Upscale για τη φροντίδα της στην περίπτωση που αυτή χρειαστεί νοσοκομειακή περίθαλψη. Το Upscale λαμβάνει 40\$ το μήνα ως κατά κεφαλήν αμοιβή για κάθε ασθενή εγγεγραμμένο στον HMO. Η Jane είναι υγιής και κατά τη διάρκεια των 36 μηνών που είναι μέλος του οργανισμού, το νοσοκομείο λαμβάνει 1.440\$, ακόμα κι αν η Jane δεν πατήσει ποτέ το πόδι της σ' αυτό.

*Ο Wayne επίσης είναι μέλος του HMO Blue Cross. Είκοσι τέσσερις μήνες μετά την εγγραφή του, κόλλησε πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii* και τους επόμενους 12 μήνες παρέμεινε 6 εβδομάδες στο Νοσοκομείο Upscale με κόστος 35.000\$. Το Upscale λαμβάνει συνολικά 1.440\$ (την κατά κεφαλήν αμοιβή των 40\$ το μήνα για 36 μήνες) για τη φροντίδα του Wayne.*

Με την κατά κεφαλήν πληρωμή, τα νοσοκομεία κινδυνεύουν απ' τις εισαγωγές, τη διάρκεια παραμονής και τους πόρους που χρησιμοποιούνται. Με άλλα λόγια, τα νοσοκομεία κινδυνεύουν εξολοκλήρου και ο ασφαλιστής, συνήθως ένας HMO, δεν κινδυνεύει καθόλου. Η κατά κεφαλήν πληρωμή στα νοσοκομεία έχει σχεδόν εξαφανιστεί ως μέθοδος πληρωμής αφού οι περισσότεροι HMOs πληρώνουν τα νοσοκομεία ανά ημέρα.

¹ Με τον όρο «outlier stay», αναφερόμαστε στην κάλυψη της νοσηλείας άνω των 20 ημερών ενήλικων ασθενών, άνω των 21 χρόνων που συνήθως είναι καρκινοπαθείς, φέρουν εγκαύματα και τραύματα και έχουν υποβληθεί σε σημαντικές επεμβάσεις που χρειάζονται μακρά νοσοκομειακή περίθαλψη.

Πληρωμή ανά ίδρυμα: σφαιρικός προϋπολογισμός (Global Budget)

Ο Don Samuels, μέλος της Kaiser Health Plan, υποφέρει από ξαφνική κεφαλαίηγια που τον καταβάλλει και νοσηλεύεται για 1 εβδομάδα στο Νοσοκομείο Kaiser στο Σουκλάντ της Καλιφόρνια με οξεία εγκεφαλική αιμορραγία. Έπεσε σε κόμα και πέθανε. Δεν δημιουργείται κανένας λογαριασμός νοσοκομείου ως αποτέλεσμα της εισαγωγής του κυρίου Samuels και δεν πραγματοποιούνται κατά κεφαλήν πληρωμές από κανένα ασφαλιστικό πρόγραμμα προς το νοσοκομείο.

Η Kaiser Health Plan είναι ένας μεγάλος HMO που σε μερικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών λειτουργεί τα δικά του νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία Kaiser πληρώνονται από την Kaiser Health Plan μέσω ενός σφαιρικού προϋπολογισμού: μια πάγια πληρωμή γίνεται για όλες τις νοσοκομειακές υπηρεσίες για 1 έτος. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί επίσης χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία των Βετεράνων και στα νοσοκομεία του Υπουργείου Αμύνης στις Ηνωμένες Πολιτείες, και αποτελούν επίσης μία σταθερή μέθοδο πληρωμής στον Καναδά και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Στη γλώσσα της Managed Care, θα έλεγε κανείς πως το νοσοκομείο βρίσκεται εξολοκλήρου σε κίνδυνο γιατί ανεξάρτητα απ' τον αριθμό των ασθενών που εισάγονται και των δαπανηρών υπηρεσιών που παρέχονται, το νοσοκομείο πρέπει να σκεφτεί τον τρόπο με τον οποίο θα παραμείνει εντός του καθορισμένου προϋπολογισμού. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί αντιπροσωπεύουν την πιο εκτεταμένη συσσώρευση υπηρεσιών: Κάθε υπηρεσία που παρέχεται σε κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια 1 έτους συγκεντρώνεται σε μία πληρωμή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, η έμφαση που δόθηκε στη συγκράτηση των δαπανών υγείας οδήγησε σε ανάληψη πρωτοβουλιών προκειμένου να αλλάξει -με δύο τρόπους- ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών και των νοσοκομείων:

1. Πολλοί HMOs αντικατέστησαν την καταβολή αμοιβής κατά πράξη, η οποία ενθαρρύνει τη χρήση περισσότερων υπηρεσιών, με μηχανισμούς εξόφλησης που ασκούν οικονομική πίεση στους ιατρούς και τα νοσοκομεία προκειμένου να περιορίσουν τον αριθμό και το κόστος των υπηρεσιών που προσφέρονται. Η συγκέντρωση των υπηρεσιών σε μία πληρωμή τείνει να μεταβιβάσει τον οικονομικό κίνδυνο μακριά απ' τους πληρωτές προς τους ιατρούς και τα νοσοκομεία.
2. Ενώ τα επίπεδα πληρωμής προηγουμένως ήταν καθορισμένα σε μεγάλο βαθμό απ' τους ίδιους τους παροχείς (εξόφληση λογικών δαπανών για τα νοσοκομεία και συνθησιμένες και λογικές αμοιβές για τους ιατρούς), τα επίπεδα πληρωμής όλο και περισσότερο καθορίζονται μέσω διαπραγμάτευσης μεταξύ των πληρωτών και των παροχέων ή με πίνακες αμοιβών που καθορίζονται απ' τους πληρωτές.

Το 2004, η δεύτερη απ' αυτές τις τάσεις φαίνεται να είναι μόνιμο χαρακτηριστικό στοιχείο της πληρωμής των παροχέων. Ωστόσο, η πρώτη αλλαγή, η εφαρμογή της κατά κεφαλήν πληρωμής και των άλλων συγκεντρωτικών μηχανισμών,

νισμών αντί για την καταβολή αμοιβής κατά πράξη αντιτρέφεται σε μερικούς χώρους διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Η καταβολή αμοιβής κατά πράξη επανέρχεται.

Μία απ' τις προκλήσεις κατά το σχεδιασμό ενός άριστου συστήματος αποζημίωσης συνίσταται στην επίτευξη της σωστής ισορροπίας μεταξύ των οικονομικών κινήτρων για την υπερβολική θεραπεία και την ελλιπή θεραπεία (Casalino, 1992). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Βρετανίας παραδοσιακά έχει συνδυάσει διαφορετικά συστήματα αποζημίωσης για τους γενικούς ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πληρώνοντας έναν σφαιρικό προϋπολογισμό για γενικές δαπάνες (για παράδειγμα, ενοίκιο και προσωπικό του ιατρείου) και καταβάλλοντας επιπλέον μια κατά κεφαλήν πληρωμή για κάθε ασθενή εγγεγραμμένο στη λίστα τους καθώς και αμοιβές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, επιλεκτικά για τις υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας (για παράδειγμα, εμβόλια και τεστ Παπανικολάου) και για μερικές κατ' οίκον επισκέψεις προκειμένου να ενθαρρύνει την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μερικοί ιδιωτικοί οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας ακολουθούν το παράδειγμα της Βρετανίας, συνενώνοντας τις πληρωμές για τους ιατρούς ούτως ώστε να περιλαμβάνουν στοιχεία και κατά κεφαλήν πληρωμής και καταβολής αμοιβής κατά πράξη (Robinson, 1999). Αυτή η καινοτομία έχει τη δυνατότητα να εξισορροπεί τα κίνητρα υπερβολικής θεραπείας και ελλιπούς θεραπείας.

Στο Κεφάλαιο 5, θα γίνει αναφορά στις λεπτομέρειες της αποζημίωσης στα πλαίσια της Managed Care.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Casalino LP: Balancing incentives: How should physicians be reimbursed? *JAMA* 1992;267:403.
- Grumbach K, Fry J: Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *N Engl J Med* 1993;328:940.
- Langwell KM, Nelson LM: Physician payment systems: A review of history, alternatives, and evidence. *Med Care Rev* 1986;43:5.
- Law SA: *Blue Cross: What Went Wrong?* New Haven, CT, Yale University Press, 1974.
- Lee PR, Grumbach KL, Jameson WJ: Physician payment in the 1990s: Factors that will shape the future. *Ann Rev Public Health* 1990;11:297.
- Lee PR et al: The Physician Payment Review Commission report to Congress. *JAMA* 1989;261:2382.
- Relman A: The future of medical practice. *Health Aff* 1983;2(2):5.
- Robinson JC: Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999;282:1258.
- Robinson JC, Casalino LP: The growth of medical groups paid through capitation in California. *N Engl J Med* 1995;333:1684.
- Rodwin MA: *Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. New York, Oxford University Press, 1993.

Κατά κεφαλήν αποζημίωση σε συστήματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας

5

Η Violet Fairbanks αισθάνεται πολύ άσχημα. Η συνάντηση, η οποία πραγματοποιείται προκειμένου να συζητηθούν οι επικείμενες διαπραγματεύσεις για την κατά κεφαλήν πληρωμή μ' ένα μεγάλο ΗΜΟ, έχει καταλήξει σε αμοιβαία ανταλλαγή ύβρων. Ο ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας Δρ. George Carwell κατηγορεί τους ειδικούς ιατρούς ότι «αδειάζουν» την τσέπη του και τον οδηγούν σε οικονομική καταστροφή. Ο Jack Powers, διοικητής του Νοσοκομείου Bottom Line, ενοχοποιεί τους ιατρούς ως την κύρια αιτία των οικονομικών προβλημάτων του νοσοκομείου του. Η συνάντηση καταλήγει σε χάος, καθώς ο άνδρας που κάθεται ήσυχα στο βάθος της αίθουσας, απεσταθμένος του οικονομικού διευθυντή του ΗΜΟ, αποχωρεί σαστισμένος απ' την ανικανότητα των παροχέων να ενεργήσουν.

Το επόμενο πρωί, η ηγεσία των ιατρών του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap συνεδριάζει. Μέχρι τώρα, η Δρ. Fairbanks απέφυγε την πολιτική της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Managed Care). Τώρα, η περιέργεια και η καχυποψία απέναντι στον ασφαλιστικό φορέα, στο νοσοκομείο και σε μερικά ηγετικά στελέχη των ιατρών την φέρνουν στις συνεδριάσεις ως θεατή. Καθώς τα ηγετικά στελέχη του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap σχεδιάζουν τις διαπραγματευτικές τους τακτικές, η Δρ. Fairbanks σηκώνει το χέρι της δειλά. «Πρέπει να ισχύει κάτι τέτοιο; Δεν μπορεί ο καθένας από εμάς να υποχωρήσει λίγο, να αφήσει αυτήν την κατάσταση πίσω του και να ασχοληθεί ξανά με την άσκηση της ιατρικής;» Εγκρατίζει την αίθουσα στις 8:30π.μ., για να ολοκληρώσει την επίσκεψή της μέσα στο νοσοκομείο. Στις 9π.μ. αφήνουν μήνυμα στον τηλεφωνητή της: «Θα θέλαμε να γίνετε ο νέος διαπραγματευτής του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου. Καλή τύχη.»

Η κεντρική ιδέα της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας στη δεκαετία του 1990 μπορεί να συνοψιστεί σε μία λέξη: κατά κεφαλήν πληρωμή. Στα πλαίσια μίας απόπειρας να προβληθεί ως η μαγική λύση σε πολλά απ' τα πιεστικά προβλήματα της φροντίδας υγείας, ήταν αναμενόμενο η κατά κεφαλήν πληρωμή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης των δαπανών, να μειώσει τις άσκοπες ιατρικές υπηρεσίες και να διορθώσει τη δυσαναλογία που υπήρχε ανάμεσα στην εξειδικευμένη φροντίδα και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η υπόσχεση της κατά κεφαλήν πληρωμής άρχισε να διαψεύδει τις προσδοκίες της. Η συγκέντρωση των ιατρικών υπηρεσιών σε μία κατά

κεφαλήν πληρωμή έχει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την εξόφληση βάσει του συστήματος που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη. Ωστόσο, η εφαρμογή της κατά κεφαλήν πληρωμής από ασφαλιστές και παροχείς που υποκινούνται απ' το χρήμα δημιούργησε τεράστιες εντάσεις εντός της κοινότητας των υπηρεσιών υγείας. Επειδή η κατά κεφαλήν πληρωμή εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική παράμετρο της εξόφλησης των παροχέων και επειδή η εμπειρία της κατά κεφαλήν πληρωμής μας βοηθάει να εξετάσουμε την επιρροή που ασκεί το χρήμα στη φροντίδα υγείας, ολόκληρο το παρόν κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στη δομή των κατά κεφαλήν πληρωμών στην αγορά της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας.

Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, μερικές ιατρικές ομάδες στην Καλιφόρνια κέρδισαν εκατομμύρια συνάπτοντας προσοδοφόρα συμβόλαια κατά κεφαλήν πληρωμής με ραγδαία αναπτυσσόμενους ΗΜΟs. Ωστόσο, η «φούσκα» της κατά κεφαλήν πληρωμής σύντομα έσπασε. Ο ρυθμός των κατά κεφαλήν πληρωμών που καταβάλλονταν από τους οργανισμούς υγείας σε ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και σ' άλλες ιατρικές ομάδες της Καλιφόρνια μειώθηκε κατά 20%-25% ανάμεσα στην περίοδο 1990-1993 και στην περίοδο 1997-1999. Η οικονομική κατάρρευση δύο ιατρικών ενώσεων, της MedPartners και της FPA Medical Management, άφησε χιλιάδες ιατρών στην Καλιφόρνια με ανεξόφλητους λογαριασμούς συνολικού ύψους 100 εκατομμυρίων δολαρίων. Έκλεινε ο ένας ΗΜΟ μετά τον άλλο, αποδιοργανώνοντας έτσι τη φροντίδα για εκατοντάδες χιλιάδες ασθενών (Bodenheimer, 2000). Μέχρι το 2000, το 55% των ιατρών σ' όλη τη χώρα δεν είχαν καθόλου έσοδα από κατά κεφαλήν πληρωμές και μόνο το 9% έλαβαν περισσότερο απ' το 50% των εσόδων τους από κατά κεφαλήν πληρωμές (Community Tracking Study, 2001).

ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ: ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η Δρ. Fairbanks θα μπορούσε κάλλιστα να παρακολουθεί μια σύσκεψη που λαμβάνει χώρα στα ρωσικά. Στην πρώτη της διαπραγματευτική συνεδρίαση, δεν μπορεί να καταλάβει τίποτα απ' όσα λέγονται. «Σε 50.000 ανθρώπινες ζωές και με αναλογία εισφορών 60-40, μπορούμε να μειώσουμε το ρίσκο της κοινοπραξίας στα 850\$, για όσο διάστημα οι εμπορικές μας ημέρες ανά χιλιάδα γίνουν λιγότερες από 150.» «Αν ξεπεράσετε και την επικουρική

ασφάλιση, σας προσφέρουμε αποκλειστικό συμβόλαιο¹ και ο επενδυτικός κίνδυνος θα χωριστεί σε 35-50-15 ενώ ταυτόχρονα ο επενδυτικός κίνδυνος για τους ιατρούς θα μειώνεται κατά 10%.»

Ανθρώπινες ζωές; Αναδιάρθρωση εισφορών σε περίπτωση υπέρβασης των εξόδων; Επενδυτικό ρίσκο; Ημέρες ανά χιλιόδα; Η Δρ. Fairbanks τηλεφωνεί στον James Jefferson, τον εκτελεστικό διευθυντή του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap και προγραμματίζει συνάντηση με θέματα βασικές έννοιες της κατά κεφαλήν πληρωμής.

Όπως έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4, η ουσία της κατά κεφαλήν πληρωμής είναι η μετατόπιση του οικονομικού κινδύνου απ' τους ασφαλιστές στους παροχείς. Στα πλαίσια του συστήματος που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη, οι ασθενείς που χρειάζονται ακριβές υπηρεσίες υγείας στοιχίζουν στο πρόγραμμα υγείας τους περισσότερα χρήματα απ' όσα καταβάλλουν στο πρόγραμμα σε ασφαλιστήρα, συνεπώς ο ασφαλιστής διατρέχει κίνδυνο και χάνει χρήματα. Οι ιατροί και τα νοσοκομεία που παρέχουν τη φροντίδα κερδίζουν περισσότερα χρήματα για τη θεραπεία ασθενών.

Με μια αντιστροφή ρόλων 180 μοιρών, η κατά κεφαλήν πληρωμή απαλλάσσει τους ασφαλιστές απ' τον κίνδυνο, μετατοπίζοντάς τον στους παροχείς. Ένας ΗΜΟ που καταβάλλει κατά κεφαλήν πληρωμή στους ιατρούς και τα νοσοκομεία έχει λίγους λόγους να φοβάται βραχυπρόθεσμα από ασθενείς, αφού ο οργανισμός καταβάλλει ένα σταθερό ποσό ανεξάρτητα απ' τον αριθμό των υπηρεσιών που παρέχονται. Οι παροχείς, αντίθετα, δεν κερδίζουν επιπλέον χρήματα, ωστόσο αφιερώνουν πολύ χρόνο και προκαλούν μεγάλες δαπάνες στα ιατρεία και τα νοσοκομεία, προκειμένου να φροντίσουν τους ασθενείς. (Μακροπρόθεσμα, οι ΗΜΟς πραγματικά επιθυμούν να περιορίσουν τις υπηρεσίες, προκειμένου να περιορίσουν την πίεση των παρεχόμενων για υψηλότερες κατά κεφαλήν πληρωμές.)

Η Δρ. Fairbanks καλεί σε συνεδρίαση όλους τους ιατρούς που ανήκουν στους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, προκειμένου να μοιραστεί μαζί τους τις νεοαποκτηθείσες γνώσεις της. Φτιάχνει διάγραμμα των σχέσεων μεταξύ των ΗΜΟς, των ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων, των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, των ειδικών ιατρών και των επικουρικών υπηρεσιών (Σχήμα 5-1). Οι εργοδότες καταβάλλουν στον ΗΜΟ Apple a Day 100\$ το μήνα για κάθε υπάλληλο που είναι μέλος του. Ο οργανισμός Apple a Day κρατάει 20\$ ανά μέλος το μήνα για τη διοίκηση και τα κέρδη, αποταμιεύει 15\$ ανά μέλος το μήνα για τα φάρμακα και συμβάλλεται με αρκετά νοσοκομεία για τη φροντίδα των ασθενών του για 30\$ ανά μέλος το μήνα. Ο οργανισμός καταβάλλει τα υπόλοιπα 35\$ ανά μέλος το μήνα σε δύο ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, συμπεριλαμβανομένου του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap, για επαγγελματικές και επικουρικές υπηρεσίες.

Απ' τα μέλη του Apple a Day, 100.000 άτομα έχουν επιλέξει τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο CarCap για ιατρικές υπηρεσίες. Ο Apple a Day στέλνει στον CarCap μία μηνιαία επιταγή κατά κεφαλήν πληρωμής 3,5 εκατομμυρίων δολαρίων- 35\$ για κάθε μέλος. Ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος καταβάλλει 10\$ ανά μέλος το μήνα σε ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η Δρ. Fairbanks, εσω-

τερική παθολόγος, την οποία επιλέγουν 1.000 ασθενείς του Apple a Day, λαμβάνει μηνιαία επιταγή 10.000\$ απ' τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Ο σύλλογος κρατάει 4\$ ανά μέλος το μήνα για τη διοίκηση και τοποθετεί τα υπόλοιπα 21\$ ανά μέλος το μήνα σ' ένα κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου, όπως οι περιπτώσεις όπου χρειάζεται παραπομπή. Αυτό το κοινό ταμείο χρησιμοποιείται για την πληρωμή της εξειδικευμένης φροντίδας, των εργαστηρίων και των ακτινογραφιών, της σωματικής θεραπείας και άλλων επικουρικών υπηρεσιών.

Το κεφάλαιο αυτό θα εστιάσει στο μοντέλο πληρωμής τριών επιπέδων, στο οποίο έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4. Σύμφωνα μ' αυτό το μοντέλο, οι ΗΜΟς στέλνουν στις ιατρικές ομάδες μία κατά κεφαλήν πληρωμή ανά μέλος το μήνα, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένης φροντίδας και επικουρικής φροντίδας, και μπορεί να αναθέσουν στην ιατρική ομάδα τη δημιουργία και τη διατήρηση ενός δικτύου παρεχόμενων φροντίδας υγείας, καθώς και την επιθεώρηση των πληρωμών και τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι ασθενείς που εγγράφονται σ' έναν ΗΜΟ επιλέγουν και ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας και ιατρική ομάδα. Οι ιατρικές ομάδες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους -δηλαδή ομάδες με χαλαρές οργανωτικές δομές που αποτελούνται από ιατρούς οι οποίοι απασχολούνται στα δικά τους ιδιωτικά ιατρεία- και τις ενιαίες ιατρικές ομάδες μ' εργαζόμενους ιατρούς. Στο μοντέλο τριών επιπέδων, ο κίνδυνος μετατοπίζεται σ' ολόκληρη την ιατρική ομάδα. Αν το κόστος της φροντίδας για τα μέλη μιας ομάδας είναι μεγαλύτερο απ' τις κατά κεφαλήν πληρωμές για τα μέλη αυτά, η ιατρική ομάδα χάνει χρήματα.

Ενώ μερικοί ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμές απευθείας απ' τους ΗΜΟς (μοντέλο δύο επιπέδων), οι γενικές αρχές ισχύουν για όλα τα μοντέλα κατά κεφαλήν πληρωμής. Σύμφωνα με το μοντέλο δύο επιπέδων, ο κίνδυνος μετατοπίζεται στο μεμονωμένο ιατρό (Gold et al., 1995).

ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Δρ. Fairbanks ολοκληρώνει την παρουσίασή της με μία περιγραφή του συστήματος bonus του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CarCap για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αν οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας πραγματοποιούν περιορισμένες παραπομπές για διαγνωστικές εξετάσεις και εξειδικευμένες υπηρεσίες, στο κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου, όπως οι περιπτώσεις στις οποίες χρειάζεται παραπομπή, θα έχουν μείνει χρήματα στο τέλος του έτους και ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος θα διανείμει ένα μέρος αυτών των χρημάτων στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ως bonus. Ο ΗΜΟ επίσης προορίζει μερικά κεφάλαια ως bonus σε ιατρικές ομάδες που εμφανίζουν υψηλό επίπεδο ποιοτικής απόδοσης.

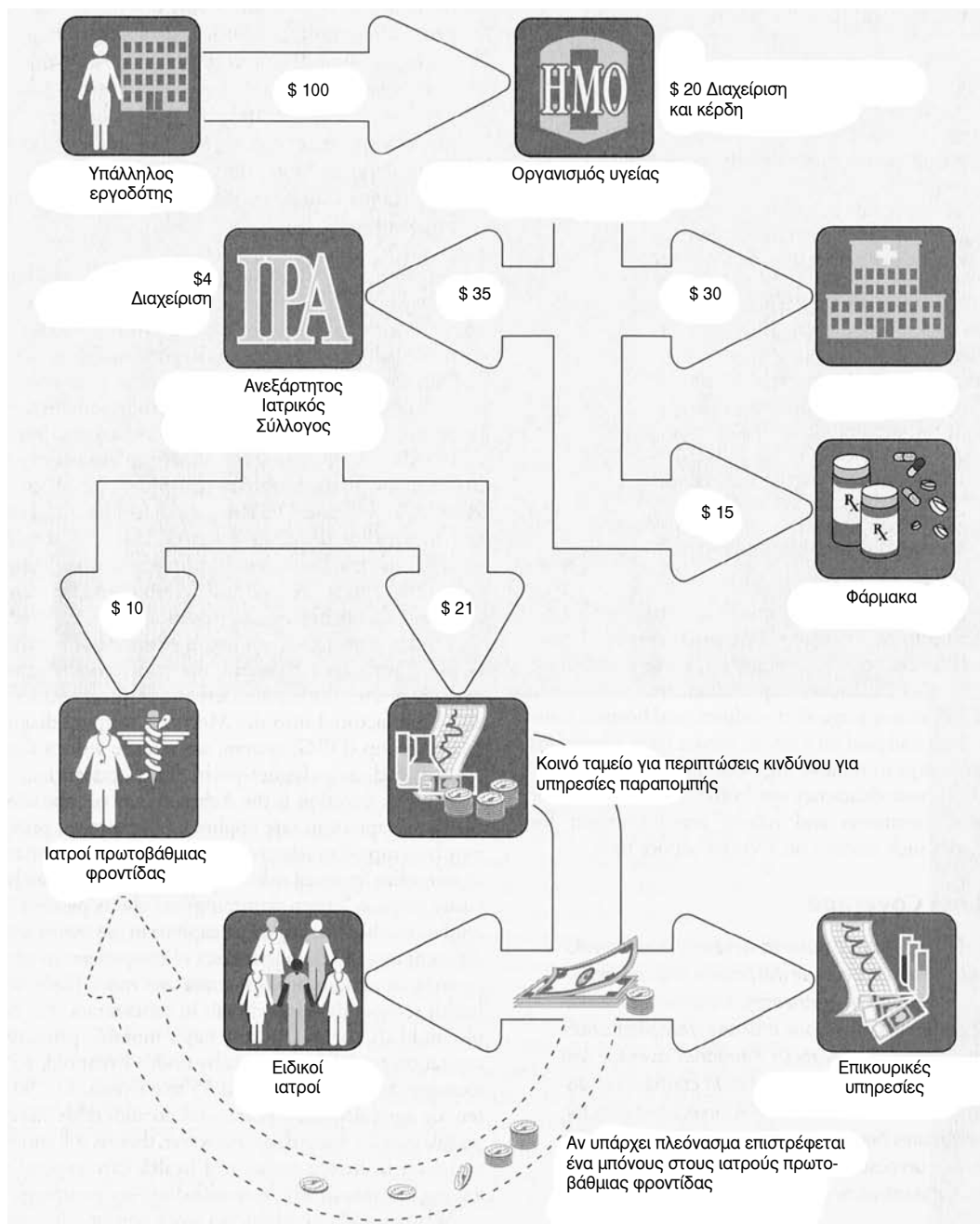
Ο κίνδυνος αφορά στο ενδεχόμενο απώλειας χρημάτων, κέρδους λιγότερων χρημάτων ή αφιέρωσης περισσότερου χρόνου χωρίς επιπλέον πληρωμή. Η κατά κεφαλήν πληρωμή χωρίς το bonus θέτει τους ιατρούς σε κίνδυνο για το χρόνο τους. Η κατά κεφαλήν πληρωμή και το bonus (είτε το bonus βασίζεται στη δαπάνη, στην ποιότητα ή και στα

1 Έννοεί με ειδικές παροχές

δύο) θέτουν τους ιατρούς σε επιπλέον οικονομικό κίνδυνο, διότι κερδίζουν λιγότερα χρήματα αν αυτό δεν καταβληθεί. (Πίνακας 5-1).

Τα σχέδια που προβλέπουν κατά κεφαλήν πληρωμή και bonus υφίστανται κριτική ως ανέντιμα, αν ανταμείβουν τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας για τον περιορισμό των υπηρεσιών παραπομπής στους ασθενείς τους (Pearson et al., 1998). Συνεπώς, τα bonus τον τελευταίο καιρό δίνουν

έμφαση στα κριτήρια της ποιότητας της φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών. Το αν υπάρχουν κεφάλαια για bonus ή όχι, εξαρτάται απ' την ομαδική προσπάθεια των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσον αφορά στον έλεγχο των δαπανηρών εξειδικευμένων εκτιμήσεων και διαγνωστικών διαδικασιών. Μερικές φορές, τα οικονομικά προβλήματα των ιατρικών ομάδων μετατρέπουν τα bonus σε τρόπο πληρωμής- φάντασμα.



Σχήμα 5-1. Δομή κατά κεφαλήν πληρωμών σε μια συνηθισμένη διευθέτηση ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων. Οι τιμές του δολληαρίου υποδηλώνουν κατά προσέγγιση μεγέθη συνηθισμένων πληρωμών ανά μέλος ανά μήνα,

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Εξωλογιστικές δαπάνες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Ένας απ' τους παθιούς συμφοιτητές της Δρ. Fairbanks απ' την ιατρική δουλεύει σ' έναν ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο που καταβάλλει κατά κεφαλήν πληρωμή μόνο 8\$ στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλιά καταβάλλει και επιπλέον αμοιβές για τεστ Παπανικολάου, ηλεκτροκαρδιογραφήματα και μικρές χειρουργικές επεμβάσεις στο ιατρείο, εμβόλια και επισκέψεις στο νοσοκομείο. Στη Δρ. Fairbanks αρέσει η ιδέα, επειδή στον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκει δεν έχει οικονομικό κίνητρο, να είναι ευσυνειδήτη ιατρός και να πραγματοποιεί όλη τα ενδεδειγμένα εμβόλια, για τα οποία δεν αμοιβεται. Σ' αντίθεση με τον παθίο συμφοιτητή της, η Δρ. Fairbanks επίσης δεν λαμβάνει αμοιβή για τις επισκέψεις στο νοσοκομείο.

Ορισμένες μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να περιορίζουν τον οικονομικό κίνδυνο που σχετίζεται με την κατά κεφαλήν πληρωμή (Πίνακας 5-1). Μία μέθοδος περιλαμβάνει την εκ νέου εφαρμογή του συστήματος της κατά πράξη αποζημίωσης για ορισμένες υπηρεσίες. Τέτοιες υπηρεσίες που παρέχονται αλλά δεν καλύπτονται απ' την κατά κεφαλήν πληρωμή ονομάζονται «εξωλογιστικές δαπάνες», γιατί η εξόφλησή τους διαχωρίζεται απ' την κατά κεφαλήν πληρωμή και πραγματοποιείται χωριστά (Robinson, 1999). Ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος CapCap δεν έχει εξωλογιστικές δαπάνες απ' την πρωτοβάθμια φροντίδα,

Πίνακας 5-1. Τύποι κατά κεφαλήν πληρωμών.

Κατά κεφαλήν πληρωμή χωρίς επιπλέον οικονομικό κίνδυνο

Κατά κεφαλήν πληρωμή με επιπλέον οικονομικό κίνδυνο

Παρακρατήσεις/bonus που κατανομούνται ανάλογα με:

A) Δαπάνες των υπηρεσιών παραπομπής και των επικουρικών υπηρεσιών

Συνδεδεμένες με την απόδοση του μεμονωμένου ιατρού ή

Συνδεδεμένες με την απόδοση μεγαλύτερης ομάδας ιατρών ή ολόκληρου ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου

B) Άλλοι παράγοντες εκτός απ' τις δαπάνες

Ποιότητα φροντίδας, ικανοποίηση του ασθενούς

Αποκλειστικότητα συμμετοχής σε ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο ή οργανισμό υγείας

Μέθοδοι περιορισμού ή υπολογισμού του οικονομικού κινδύνου

A) «Εξωλογιστικές δαπάνες»

Που βασίζονται:

Στον τύπο της υπηρεσίας (για παράδειγμα, προληπτική φροντίδα)

Στις διαγνώσεις ή στις συνθήκες (για παράδειγμα, σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας- AIDS)

Στον ειδικό ιατρό στον οποίο παραπέμπεται ο ασθενής (για παράδειγμα, στον οφθαλμίατρο)

B) Ασφάλιση ελαχιστοποίησης ζημιών

Γ) Υπολογισμός των κατά κεφαλήν πληρωμών με βάση τον κίνδυνο

αλλά για το συμφοιτητή της Δρ. Fairbanks, τα τεστ Παπανικολάου, τα εμβόλια, τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα στο ιατρείο, οι μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και οι επισκέψεις στο νοσοκομείο διαχωρίζονται και πληρώνονται με βάση το σύστημα της κατά πράξη αποζημίωσης. Οι ιατροί επίσης μπορούν να επιχειρήσουν να μην περιλαμβάνουν ασθένειες που προκαλούν υψηλές δαπάνες, όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS) στις συμφωνίες που κάνουν για κατά κεφαλήν πληρωμή και να εξοφλούνται για τους ασθενείς που πάσχουν από τέτοιες ασθένειες βάσει του συστήματος που προβλέπει καταβολή αμοιβής για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία.

Κάλυψη ελαχιστοποίησης ζημιών

Μία ασθενής της Δρ. Fairbanks εμφανίζει οξεία μυελογενή λευχαιμία. Επειδή αυτή η ασθενής χρειάζεται παραπομπή σε αιματολόγο, χημειοθεραπεία, θεραπεία των λοιμώξεων που προκαλούν ηευκοπενία και μεταμόσχευση μυελού των οστών, θα αυξηθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό το μέσο κόστος ανά ασθενή το μήνα της Δρ. Fairbanks. Η Δρ. Fairbanks εξομοιοποιείται την ανησυχία της στον κύριο Jefferson, τον εκτελεστικό διευθυντή του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, ο οποίος την καθησυχάζει. «Έχουμε ασφάλιση ελαχιστοποίησης ζημιών. Αν ένας ασθενής προκαλεί δαπάνες άνω των 5.000\$ κατά τη διάρκεια ενός έτους, ο HMO πληρώνει όταν το ποσό υπερβαίνει τα 5.000\$.»

Ουσιαστικά, κάθε ιατρός ή ιατρική ομάδα που λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμή λαμβάνει ασφάλιση ελαχιστοποίησης ζημιών για περιπτώσεις ασθενών που προκαλούν υψηλές δαπάνες. Το όριο αυτής της κάλυψης είναι τα έξοδα που πρέπει να δημιουργήσει ένας ασθενής απ' την παροχή υπηρεσιών κατά τη διάρκεια ενός έτους, προκειμένου να οδηγήσει σε πληρωμές των ιατρών βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη απ' το φορέα ελαχιστοποίησης ζημιών για τις επιπρόσθετες υπηρεσίες.

Κατά κεφαλήν πληρωμή που υπολογίζεται με βάση τον κίνδυνο

Ο Δρ. Reddink, ο οποίος έλαβε μόνο ένα μικρό bonus λόγω των υψηλών δαπανών ανά ασθενή το μήνα, συνέκρινε το δικό του πελατολόγιο μ' εκείνο του Δρ. Carwell, του οποίου οι δαπάνες ήταν χαμηλές. Ο Δρ. Reddink κατέληξε να εξετάζει 18 ασθενείς με AIDS και ο Δρ. Carwell εξέτασε μόνο 3. Ο Δρ. Reddink έκανε προσφυγή για το bonus, ισχυριζόμενος ότι οι δαπάνες του ήταν υψηλότερες, γιατί τα άτομα που αναλάμβανε ήταν κατά μέσο όρο πιο άρρωστα. Ο Δρ. Reddink επίσης εργάζεται πιο σκληρά χωρίς να λαμβάνει επιπλέον αμοιβή.

Καθώς οι ιατροί και τα νοσοκομεία διατρέχουν μεγαλύτερο οικονομικό κίνδυνο, αρχίζουν να βιώνουν τη βασική δυναμική της κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων: οι ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες που προκαλούν μεγάλες δαπάνες αποτελούν χρηματοπιστωτική υποχρέωση και τα άτομα με καλή υγεία αποτελούν οικονομικό όφελος. Ο σκοπός της κατά κεφαλήν πληρωμής είναι να ενθαρρύνει τους παροχείς να χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικά τους πόρους για μια ομάδα συγκεντρωμένων υπηρεσιών. Ωστόσο, όπως ακριβώς οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι HMOs έχουν ανακαλύψει μια ακατανίκητη λογική της αγοράς όσον αφορά

στη λήψη χρημάτων απ' τα πιο υγιή μέλη, οι ιατροί όπως ο Δρ. Carwell και ο Δρ. Reddink έχουν οικονομικό κίνητρο να φροντίσουν άτομα με καλύτερη υγεία. Η ανησυχία γι' αυτό το κοινωνικά ανεπιθύμητο κίνητρο της απομάκρυνσης του κινδύνου οδήγησε σε απόπειρες αποζημίωσης «υπολογισμένης με βάση τον κίνδυνο», δηλαδή, σε καταβολή υψηλότερου ποσού για ασθενείς υψηλότερου κινδύνου.

Η πληρωμή βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής κατά πράξη έχει έναν ουσιαστικό παράγοντα υπολογισμού με βάση τον κίνδυνο. Όσο πιο άρρωστος είναι ο ασθενής, τόσο πιο πολλές υπηρεσίες παρέχονται και τόσο υψηλότερη είναι η αποζημίωση. Ο υπολογισμός με βάση τον κίνδυνο αποτελεί επίσης παράγοντα του συστήματος της διαγνωστικής ομάδας (DRG) του νοσοκομείου του Medicare, αφού οι σοβαρότερες ασθένειες τοποθετούνται σε κατηγορίες υψηλότερα αμειβόμενων διαγνωστικών ομάδων.

Ωστόσο η επιλογή του κινδύνου είναι η αχίλλειος πτέρνα της κατά κεφαλήν πληρωμής. Αν ισχύει για όλους τους ασθενείς η ίδια τιμή κατά κεφαλήν πληρωμής, οι παροχές μπορεί να μπου στον πειρασμό να εγγράψουν επιλεκτικά μόνο άτομα με καλύτερη υγεία, για να περιορίσουν τον οικονομικό κίνδυνο- μια τακτική που είναι γνωστή ως «επιλεκτική διαλογή»². Η πιο γενική μέθοδος υπολογισμού των κατά κεφαλήν πληρωμών είναι ο καθορισμός διαφορετικών τιμών με βάση την ηλικία και το φύλο του ασθενούς. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα που ανήκουν σ' ορισμένες ομάδες ηλικίας και φύλου είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας απ' ότι τα άτομα που ανήκουν σ' άλλες ομάδες. Για παράδειγμα, ένας HMO ή ένας ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος μπορεί να πληρώνει μηνιαία κατά κεφαλήν πληρωμή για την πρωτοβάθμια φροντίδα 25\$ για ένα μωρό κάτω του 1 έτους, 5\$ για έναν έφηβο, 10\$ για άνδρα ηλικίας 45-64 χρόνων, 11,50\$ για γυναίκα ηλικίας 45-64 χρόνων και πολύ περισσότερα για άτομα άνω των 65 χρόνων. Ωστόσο, υπάρχει ακόμα τεράστια απόκλιση στην κατάσταση της υγείας και στις δαπάνες για την ιατρική φροντίδα μεταξύ των ατόμων που ανήκουν σ' ορισμένες ομάδες ηλικίας και φύλου.

Γιατί πρέπει ένας ιατρός να δουλεύει σκληρότερα από έναν άλλο χωρίς επιπλέον πληρωμή απλά επειδή αναλαμβάνει άτομα που είναι περισσότερο άρρωστα; Ο υπολογισμός με βάση τον κίνδυνο, δηλαδή ο καθορισμός των τιμών της κατά κεφαλήν πληρωμής ανάλογα με τον κίνδυνο που διατρέχει η υγεία του ασφαλισμένου, αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση. Οι ερευνητές έχουν εξετάσει κριτήρια για τον καθορισμό των κατά κεφαλήν πληρωμών με βάση τον κίνδυνο, με πιο άμεση εκτίμηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου ή του ενδεχομένου να χρειάζεται υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (Dudley et al., 2003). Δυστυχώς, η εφαρμογή αυτών των μεθόδων είναι συχνά ακριβή και υπάρχει περιορισμένη ικανότητα δικαιολόγησης του υψηλού βαθμού απόκλισης στις δαπάνες υγείας ανάμεσα σε διαφορετικούς ασθενείς (Iezzoni, 1997).

ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Ο James Jefferson, εκτελεστικός διευθυντής του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CapCap, ζητάει απ' τη Δρ. Fairbanks να τον βοηθήσει να μειώσει τις δαπάνες των ειδικών ιατρών οι οποίες, στα πλαίσια της πληρωμής κατά πράξη, οδηγούν σε χρεωκοπία τον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Αποφασίζουν να θέσουν αυστηρό προϋπολογισμό σε κάθε ειδικότητα. Οι ιατροί της κάθε ειδικότητας μπορούν να αποφασίσουν πώς θέλουν να πληρώνονται, εφόσον δεν υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό.

Οι ειδικοί ιατροί είναι υπόλογοι για πολύ μεγαλύτερα χρηματικά ποσά για υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η εξαίρεση του κινήτρου των ειδικών ιατρών, που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία μπορεί να συμβάλει στη μείωση των δαπανών υγείας για τους HMOs. Συνεπώς, ένας αριθμός οργανισμών υγείας και ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων έχουν αρχίσει να θέτουν προϋπολογισμούς στην εξειδικευμένη φροντίδα. Οι ειδικοί ιατροί μπορούν να λαμβάνουν μειωμένες αμοιβές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα πλαίσια του προϋπολογισμού (όπως το σύστημα της CapFee στο οποίο έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4) ή μπορούν να λαμβάνουν εφάπαξ πληρωμή ανά επεισόδιο ασθένειας.

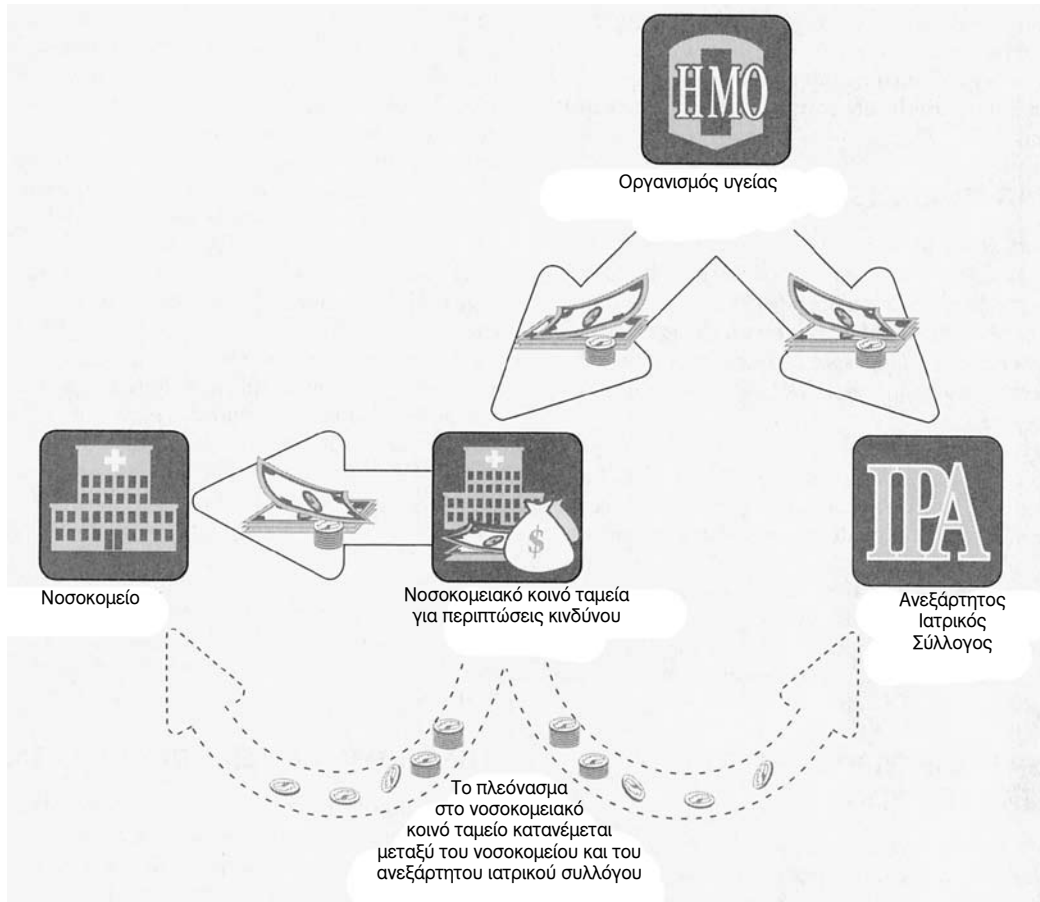
ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η Violet Fairbanks είναι εξοργισμένη. Ο Jack Powers, διοικητής του Νοσοκομείου Bottom Line, αρνήθηκε να διαπραγματευτεί ένα συμβόλαιο κατά κεφαλήν πληρωμής με τον HMO Dollar a Day, που είναι ο ασφαλιστικός φορέας για τους περισσότερους ασθενείς του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CapCap. Οι ιατροί της CapCap θα πρέπει να διασχίζουν την πόλη με το αυτοκίνητο για να κάνουν εισαγωγή στους ασθενείς τους στο Νοσοκομείο Top of the Line.

Ο Jack Powers θέλει να τροποποιήσει το συμβόλαιο «πλήρους κινδύνου» με τον HMO - που του δίνει 30\$ ανά μέλος το μήνα- σε συμβόλαιο «μοιρασμένου κινδύνου», σύμφωνα με το οποίο ο οργανισμός υγείας καταβάλλει στο νοσοκομείο 1.500\$ ανά ημέρα για κάθε ημέρα που ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο. Η ένταση κλημακώνεται καθώς πλησιάζει η ημέρα που οι ιατροί δεν θα μπορούν πλέον να κάνουν εισαγωγή στους δικούς τους ασθενείς που ανήκουν στον HMO Dollar a Day στο Νοσοκομείο Bottom Line. Την τελευτάει στιγμή, ο μεγαλύτερος εργοδότης στην πόλη, του οποίου οι περισσότεροι υπάλληλοι μένουν κοντά στο Bottom Line, αναγκάζει τον HMO να υποκύψει στα αιτήματα του Jack Powers. Οι ιατροί του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου CapCap μπορούν να συνεχίσουν να κάνουν εισαγωγές στο Νοσοκομείο Bottom Line.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, ένας αριθμός νοσοκομείων και ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων διαπραγματεύτηκαν ρυθμίσεις στις κατά κεφαλήν πληρωμές πλήρους κινδύνου με τους HMOs (Σχήμα 5-2). Σύμφωνα με αυτές τις ρυθμίσεις, ο οργανισμός υγείας βάζει περίπου 30\$ το μήνα για κάθε μέλος σ' ένα κοινό ταμείο του νοσοκομείου για περιπτώσεις κινδύνου. Όταν νοσηλεύεται ένας ασθενής, το νοσοκομείο αποσύρει 1.500\$ για κάθε ημέρα

² Στο αγγλικό κείμενο υπάρχουν φράσεις που αφορούν στη γεύση και αναφέρονται στην επιλεκτική διαλογή. Αυτές οι φράσεις είναι «cream skimming» και «cherry picking» και χρησιμοποιούνται μεταφορικά για να δηλώσουν την επιλεκτική διαλογή των καλύτερων αντικειμένων και ευκαιριών απ' αυτά που είναι διαθέσιμα.



Σχήμα 5-2. Μια οικονομική διευθέτηση ιατρού-νοσοκομείου πλήρους κινδύνου στην οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

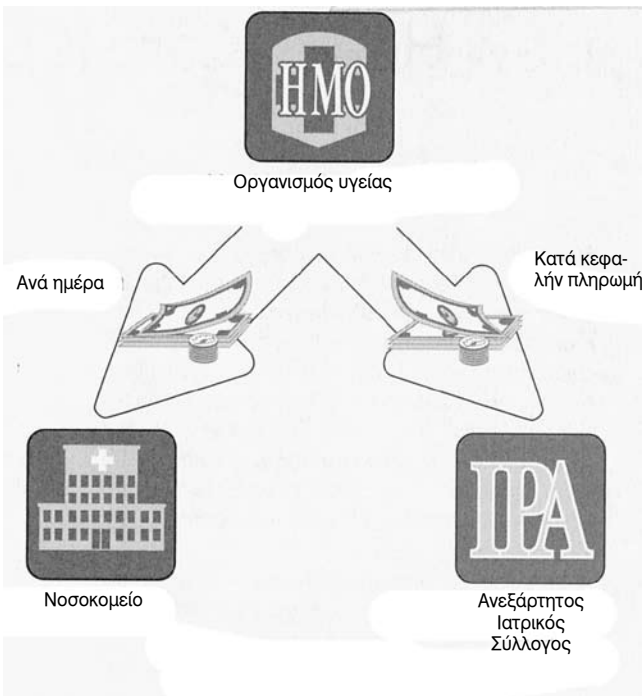
που ο ασθενής παραμένει σε αυτό. Αν υπάρχει πλεόνασμα στο κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου στο τέλος του έτους, αυτό μοιράζεται ανάμεσα στο νοσοκομείο και τους ιατρούς στον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Αυτή η ρύθμιση δίνει κίνητρο στους ιατρούς να κρατάνε τους ασθενείς τους εκτός νοσοκομείου, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ένα πλεόνασμα στο κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου που θα τους ωφελήσει. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, μερικοί ιατροί κέρδιζαν πάνω από 30.000\$ το χρόνο χάρη στα πλεονάσματα αυτού του κοινού ταμείου του νοσοκομείου. Απ' την άλλη πλευρά, αν γίνουν υπερβολικές δαπάνες στο κοινό ταμείο, τόσο το νοσοκομείο όσο και οι ιατροί χάνουν χρήματα. Πλήρης κίνδυνος σημαίνει ότι και το νοσοκομείο και οι ιατροί διατρέχουν κίνδυνο εξαιτίας των δαπανών για φροντίδα υγείας.

Μέχρι το 2000, τα περισσότερα νοσοκομεία παραπονήθηκαν ότι έχαναν χρήματα εξαιτίας των συμβολαίων πλήρους κινδύνου και πολλά νοσοκομεία αρνήθηκαν να συνεχίσουν αυτά τα συμβόλαια. Τώρα, μια πιο συνηθισμένη ρύθμιση είναι το συμβόλαιο «μοιρασμένου κινδύνου» (Σχήμα 5-3), με το οποίο οι ιατροί του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου εξακολουθούν να βρίσκονται σε κίνδυνο (λαμβάνοντας κατά κεφαλήν πληρωμή απ' τον ΗΜΟ), αλλά τα νοσοκομεία δεν κινδυνεύουν πλέον (λαμβάνοντας ανά ημέρα πληρωμή απευθείας απ' τον οργανισμό υγείας). Στα πλαίσια των

ρυθμίσεων μοιρασμένου κινδύνου, οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι μπορούν διαπραγματευτούν συμφωνίες με ΗΜΟs έτσι ώστε να τους πληρώνουν bonus αν οι ιατροί τους περιορίζουν τον αριθμό των ημερών που οι ασθενείς τους παραμένουν στο νοσοκομείο. Στα πλαίσια του καθεστώτος μοιρασμένου κινδύνου, τα νοσοκομεία έχουν κίνητρο να κρατούν τους ασθενείς στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και οι ΗΜΟs αναλαμβάνουν τον κίνδυνο χρονικά μεγαλύτερων παραμονών στο νοσοκομείο.

Η ΥΠΟΣΧΕΣΗ & Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Ο Δρ. Will Core περίμενε τα χειρότερα, όταν η ομάδα του που αποτελούνταν από δώδεκα παιδιάτρους εισήλθε στο χώρο της κατά κεφαλήν πληρωμής. Προς έκπληξή του, ο Δρ. Core ανακάλυψε ορισμένα απροσδόκητα οφέλη της κατά κεφαλήν πληρωμής. Τώρα λαμβάνει έναν τακτικά ενημερωμένο κατάλογο όλων των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα του. Προηγουμένως, συχνά εξοργιζόταν επειδή δεν γνώριζε ακριβώς ποιοι ασθενείς ακόμα τον θεωρούσαν παιδίατρό τους. Οι υπενθυμίσεις προς τις οικογένειες να φέρουν τα παιδιά τους για τα εμβόλιά τους συχνά του επιστρέφονταν με ειδοποιήσεις ότι οι



Σχήμα 5-3. Μια οικονομική διευθέτηση ιατρού-νοσοκομείου μοιρασμένου κινδύνου στην οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αν οι ιατροί διατήρησαν τον αριθμό των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο χαμηλό, ο οργανισμός υγείας μπορεί να μοιραστεί τις οικονομίες με τους ιατρούς.

οικογένειες είχαν μετακομίσει ή είχαν αλλιάξει παροχές φροντίδας. Ο Δρ. Core μπορεί τώρα να παρακολουθεί τους ασθενείς για τους οποίους παραμένει υπεύθυνος και να ελέγχει με περισσότερη ακρίβεια αυτούς που έχουν καθυστερήσει τους ελέγχους και τα εμβόλιά τους. Η ομάδα του Δρ. Core επίσης οργάνωσε το σύστημα των bonus της, ούτως ώστε να ανταμείβεται πρωτίστως η ποιότητα της φροντίδας, όπως η επίτευξη υψηλών αναλογιών εμβολιασμών, παρά οι μειωμένες υπηρεσίες.

Ο Δρ. Gary Geld εργάζεται ως ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας σε διαφορετική ιατρική ομάδα. Ο Δρ. Geld γνωρίζει καλά ότι ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος στον οποίο ανήκει παρακολουθεί τις συνοδικές δαπάνες που δημιουργούνται απ' τους ασθενείς του για διαγνωστικές εξετάσεις, παραπομπές για εξειδικευμένες υπηρεσίες και ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Επίσης γνωρίζει ότι το bonus που λαμβάνει στο τέλος του έτους μειώνεται καθώς αυξάνονται οι συνοδικές του δαπάνες. Ο Δρ. Geld αρνείται σε ασθενή με πυρετό και έμετο επίσκεψη σε αίθουσα επειγόντων περιστατικών, ο ασθενής αφυδατώνεται σοβαρά και παραλίγο να πεθάνει. Επίσης, δεν κάνει εισαγωγή σε έναν ασθενή με ασταθή στηθάγχη, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποστεί σοβαρή μυοκαρδική ισχαιμία.

Η κατά κεφαλήν πληρωμή δεν είναι ούτε εξολοκλήρου νέα ούτε αποκλειστικά αμερικανική. Πολλοί φιλανθρωπικοί και εμπορικοί σύλλογοι που εισήγαγαν τα ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτεί-

ες στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα κατέβαλλαν κατά κεφαλήν πληρωμές στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας (Friedman, 1996). Η κατά κεφαλήν πληρωμή είναι ο κύριος τρόπος πληρωμής των γενικών ιατρών και των παθολόγων τα τελευταία 50 χρόνια στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου. Η κατά κεφαλήν πληρωμή έχει πιθανά οφέλη ως τρόπος ελέγχου των δαπανών με την παροχή εναλλακτικής λύσης στις πληθωριστικές τάσεις της πληρωμής βάσει του συστήματος αμοιβής κατά πράξη. Επιπλέον, η κατά κεφαλήν πληρωμή υποστηρίζεται ότι έχει θετική επίδραση στην οργάνωση του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας. Οι κατά κεφαλήν πληρωμές απαιτούν απ' τους ασθενείς να εγγραφούν στη λίστα ενός ιατρού ή μιας ομάδας ιατρών. Όπως ανακάλυψε ο Δρ. Core, η σαφέστερη καταγραφή των ασθενών στην ομάδα του είχε πλεονεκτήματα όσον αφορά στον έλεγχο της σωστής χρήσης των υπηρεσιών και στο σχεδιασμό για τον υπολογισμό των αναγκών αυτών των ασθενών. Η κατά κεφαλήν πληρωμή επίσης καθορίζει εκ των προτέρων με σαφήνεια το χρηματικό ποσό που είναι διαθέσιμο για τη φροντίδα ενός εγγεγραμμένου πληθυσμού ασθενών, ενδεχομένως προσφέροντας ένα καλύτερο πλαίσιο για τη λογική κατανομή των πόρων και την καινοτομία στην ανάπτυξη τρόπων παροχής υπηρεσιών που να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ομάδα και να είναι πιο αποτελεσματικοί. Για μια μεγάλη ομάδα ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας αυτό καθαυτό το μέγεθος των σύνθετων κατά κεφαλήν πληρωμών προσφέρει δύναμη και ευελιξία όσον αφορά στον καλύτερο τρόπο ρύθμισης των επικουρικών και των εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Το καινούριο στοιχείο, ωστόσο, της κατά κεφαλήν πληρωμής στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ο βαθμός στον οποίο αυτή μετατράπηκε σε επιχείρηση υψηλού κινδύνου και μεγάλων στοιχημάτων στα πλαίσια ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας που είναι τρομακτικά ανταγωνιστικό και προσανατολισμένο εμπορικά. Τα κοινά ταμεία για περιπτώσεις κινδύνου που είναι συνδεδεμένα με την ατομική ιατρική απόδοση δημιουργούν το ενδεχόμενο μαζικών διακυμάνσεων στο εισόδημα, ανάλογα με την «επιτυχία» ενός συγκεκριμένου ιατρού όσον αφορά στον περιορισμό των εισαγωγών σε νοσοκομείο, των παραπομπών και των διαγνωστικών εξετάσεων ή στην αποφυγή ασθενών υψηλού κινδύνου. Η ευφυΐα στη διαπραγμάτευση των τιμών της κατά κεφαλήν πληρωμής μπορεί να σημαίνει μεταφορές εκατομμυρίων δολαρίων σε εισόδημα σε μία ιατρική ομάδα. Η ταχεία αντικατάσταση ασθενών λόγω απώλειας ασφάλισης ή ακούσιας αλλαγής προγράμματος υγείας υπονομεύει την ενδεχόμενη ωφέλεια της κατά κεφαλήν πληρωμής όσον αφορά στο σχεδιασμό για τον υπολογισμό των αναγκών ενός πληθυσμού με το πέρασμα του χρόνου. Η κοινή πελατεία των ιατρών που ανήκουν σε πολλαπλούς ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και συμβάλλονται μ' αρκετούς ΗΜΟs -ο καθένας με τις δικές του απαιτήσεις για παραπομπή και εξουσιοδότηση- έχει αμβλύνει τη νοοτροπία μιας αποδοτικής και προσανατολισμένης στην ποιότητα ομαδικής εξάσκησης λειτουργήματος. Επιπλέον, ένα σύστημα πληρωμής που ανταμείβει την παροχή λιγότερης φροντίδας προκαλεί μεταξύ άλλων και ηθικά ζητήματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά στοιχεία της εμπορικής κατά κεφαλήν πληρωμής έχουν αφήσει μεγάλο μέρος της υπόσχεσης εφαρμογής αυτού του συστήματος απραγματοποίητο.

Οι Clancy και Brody (1995) έχουν κάνει διαχωρισμό ανάμεσα στις «Τζέκυλ» και «Χάιντ» μορφές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Το μοντέλο Τζέκυλ, το οποίο εκπροσω-

πείται από μερικούς παραδοσιακούς και μη κερδοσκοπικούς ΗΜΟs, ενθαρρύνει μια προσέγγιση και μια προοπτική για την υγεία του πληθυσμού που προσανατολίζεται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στη δημιουργία μιας «νοοτροπίας άσκησης λειτουργήματος που χαρακτηρίζεται από ιατρούς που εξισώνουν την καλή φροντίδα του ασθενούς με την αποδοτική φροντίδα και οι οποίοι αγωνίζονται για βελτίωση της ποιότητας». Το μοντέλο Χάιντ αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα των πιο πρόσφατων και εμπορικά προσανατολισμένων ΗΜΟs που δεν έχουν συνοχή στην άσκηση του λειτουργήματος, βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στα οικονομικά κίνητρα για να αλλάξουν την πελατεία των ιατρών και υπολογίζουν την επιτυχία με βάση το κατώτατο όριο της επιστροφής κερδών στους μετόχους. Η κατά κεφαλήν πληρωμή ως μέθοδος αποζημίωσης μπορεί να βγάλει το Δρ. Τζέκυλ ή το Δρ. Χάιντ στους ιατρούς. Ενώ ο Δρ. Τζέκυλ ανταποκρίνεται στα επαγγελματικά ζητήματα και ενεργεί αποκλειστικά με γνώμονα το καλύτερο συμφέρον των ασθενών, ο Δρ. Χάιντ υποκινείται αποκλειστικά απ' το προσωπικό οικονομικό συμφέρον. Η ένταση μεταξύ των πλευρών Τζέκυλ και Χάιντ των ιατρών επιτείνεται απ' την κλινική αβεβαιότητα (Light & May, 1993). Σ' αυτές τις καταστάσεις, η πληρωμή βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής κατά πράξη μπορεί να γείρει τη ζυγαριά υπέρ της δράσης παρά υπέρ της αναμονής. Σε μία παρόμοια κατάσταση, η κατά κεφαλήν πληρωμή μπορεί να ενθαρρύνει τον ιατρό να περιμένει αντί να ενεργήσει. Και στις δύο περιπτώσεις, υπάρχει το ρίσκο ο

τρόπος πληρωμής των ιατρών να ωφελήσει τον υποκινούμενο απ' τα δολάρια Δρ. Χάιντ εις βάρος του επαγγελματικά προσανατολισμένου Δρ. Τζέκυλ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bodenheimer T: California's beleaguered physician groups—will they survive? *N Engl J Med* 2000;342:1064.
- Clancy CM, Brody H: Managed care: Jekyll or Hyde? *JAMA* 1995; 273:338.
- Community Tracking Study, 2000–2001 Physician Survey. Center for Studying Health System Change. www.hschange.org
- Dudley RA et al: The best of both worlds? Potential of hybrid prospective/concurrent risk adjustment. *Med Care* 2003;41:56.
- Friedman E: Capitation, integration, and managed care. *JAMA* 1996; 275:957.
- Gold MR et al: A national survey of the arrangements managed-care plans make with physicians. *N Engl J Med* 1995;333:1678.
- Iezzoni LI: The risks of risk adjustment. *JAMA* 1997;278:1600.
- Light D, May A: *Britain's Health System: From Welfare State to Managed Markets*. New York, Faulkner and Gray, 1993.
- Pearson SD et al: Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *N Engl J Med* 1998;339:689.
- Robinson JC: Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999;282:1258.

Οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας I

6

Ο Frank Hope κουτσαίνει από τότε που αρρώστησε από πολιομυελίτιδα τη δεκαετία του '40. Όταν παρακολληθεί την κόρη του να κυνηγάει το μωρό της το οποίο μόλις άρχισε να περπατάει, αισθάνεται ευγνωμοσύνη που η εποχή των εμβολίων προστάτησε το παιδί του και το εγγόνι του από μία τέτοια λοίμωξη που οδηγεί σε αναπηρία. Αναποθεί τον ενθουσιασμό που συνεπήρε το έθνος όταν το εμβόλιο πολιομυελίτιδας Salk δοκιμάστηκε για πρώτη φορά και κατόπιν άρχισε να εφαρμόζεται ευρέως. Στο μυαλό του Frank, αυτές οι επιστημονικές καινοτομίες αποδεικνύουν τα θαύματα που έχει πραγματοποιήσει το σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών.

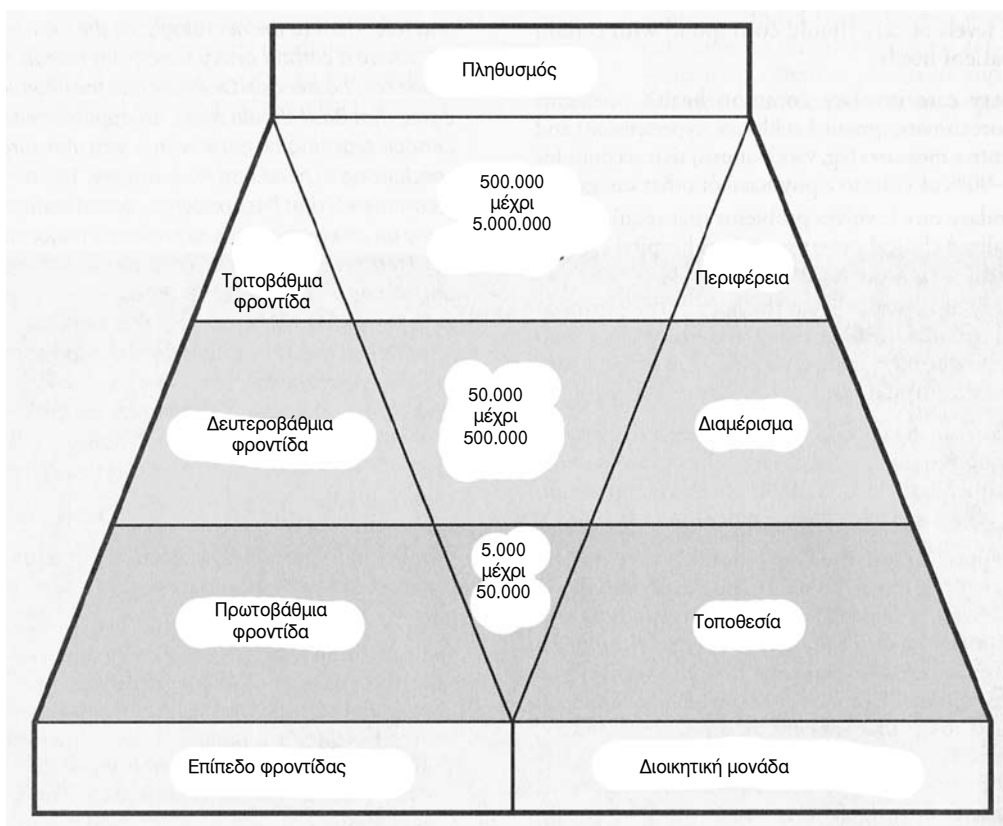
Ο εγγονός του Frank είναι εγγεγραμμένος σ' ένα πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας. Η Ruby, ένα τρίχρονο κοριτσάκι που παρακολληθεί και αυτό το πρόγραμμα, πρόσφατα νοσηλεύτηκε με κρίση οξέος βρογχικού άσθματος που επιδεινώθηκε λόγω πνευμονίας από πνευμονιόκοκκο. Πέρασε 2 εβδομάδες σε μία παιδιατρική μονάδα εντατικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων και αρκετών ημερών σε αναπνευστήρα. Η μητέρα της Ruby είναι οδηγός λεωφορείου με πλήρες ωράριο, ενώ παράλληλα ανατρέφει τρία παιδιά. Έχει γενική ιδιωτική ασφάλιση υγείας απ' την εργασία της, αλλά δυσκολεύεται να παρακολληθεί το πρόγραμμα εμβολίων όλων των παιδιών της και να βρει ένα ιατρείο με βοήλικές ώρες για ραντεβού. Πηγαίνει τη Ruby σ' ένα κέντρο επείγουσας φροντίδας που λειτουργεί βραδινές ώρες, όταν η αναπνοή της Ruby κάνει κάποιους συριγμούς αλλά ποτέ δεν βρήπε τον ίδιο ιατρό δύο φορές. Η Ruby ποτέ δεν εμβολιάστηκε για πνευμονιόκοκκο και δεν έλαβε εισπνεόμενα στεροειδή, προκειμένου να προληφθεί κρίση οξέος βρογχικού άσθματος. Η μητέρα της κατηγορεί τον εαυτό της για τη νοσηλεία του παιδιού της.

Οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες δικαίως υπερηφανεύονται για τα τεχνολογικά επιτεύγματα του δικού τους συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι καινοτομίες στη βιοϊατρική έρευνα και τεχνολογία έχουν σχεδόν εξαλείψει μάστιγες, όπως η πολιομυελίτιδα και η ιλαρά και έχουν οδηγήσει σε θαύματα, όπως η μεταμόσχευση οργάνων, οι χειρουργικές επεμβάσεις όγκων στον εγκέφαλο με ακτίνες λέιζερ και η τεχνολογία στις μονάδες εντατικής φροντίδας που σώζει τις ζωές παιδιών με βρογχικό άσθμα που επιδεινώνεται από πνευμονία. Ωστόσο, παρά το σύνολο των επιτυχιών του, το σύστημα φροντίδας υγείας έχει και τις

αδυναμίες του. Για παράδειγμα, το βρογχικό άσθμα αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία νοσηλείας στα παιδιά και οι δείκτες θνησιμότητας από βρογχικό άσθμα αυξήθηκαν κατά 300% ανάμεσα στο 1977 και το 1995 (Wood, 2002). Η σωστή ιατρική φροντίδα μπορεί να μειώσει φανερά τη συχνότητα των συμπτωμάτων του οξέος βρογχικού άσθματος και των εισαγωγών στο νοσοκομείο λόγω αυτού. Σε περιπτώσεις όπως της Ruby, η αδυναμία πρόληψης της έξαρσης του οξέος βρογχικού άσθματος της δεν σχετίζεται με τα οικονομικά εμπόδια αλλά μάλλον αντανακλά οργανωτικά προβλήματα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης.

Το οργανωτικό καθήκον που αναλαμβάνουν όλα τα συστήματα υγείας είναι να «εξασφαλίσουν ότι ο σωστός ασθενής λαμβάνει τη σωστή υπηρεσία τη σωστή στιγμή και στο σωστό μέρος» (Rodwin, 1984). Ένα επιπρόσθετο κριτήριο θα μπορούσε να είναι «...και απ' το σωστό πάροχο φροντίδας.» Η ενημέρωση που δεν πραγματοποιήθηκε σχετικά με το βρογχικό άσθμα της Ruby αποτελεί παράδειγμα αυτής της πρόκλησης. Ποιός είναι υπεύθυνος για την οργάνωση και την εγγύηση ότι κάθε παιδί λαμβάνει τη σωστή υπηρεσία τη σωστή στιγμή; Μπορεί ένα κέντρο επείγουσας φροντίδας που δημιουργήθηκε για περιστασιακές ανάγκες να αναλάβει την ευθύνη παροχής πλήρους φροντίδας σ' όλους τους ασθενείς που καταφεύγουν σ' αυτό; Θα πρέπει να αναμένεται απ' τους ασθενείς να κλείνουν ραντεβού για επισκέψεις ρουτίνας σε ιατρεία και κλινικές ή θα πρέπει οι νοσηλευτές που απασχολούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας να πηγαίνουν σε σπίτια και κέντρα ημερήσιας φροντίδας για να παρέχουν προληπτικές υπηρεσίες στην κοινότητα; Ποιά είναι η σωστή ισορροπία ανάμεσα στις μονάδες εντατικής θεραπείας που παρέχουν σωτήριες για τη ζωή υπηρεσίες σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ασθένεια και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που κατευθύνονται προς λιγότερο επιτακτικές και προληπτικές ιατρικές ανάγκες;

Στα προηγούμενα κεφάλαια δόθηκε έμφαση στις οικονομικές συναλλαγές στα πλαίσια του συστήματος ιατρικής φροντίδας. Αυτό το κεφάλαιο και το επόμενο, θα εστιάσει κυρίως στην οργάνωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ενώ έχουν λάβει χώρα σημαντικές συζητήσεις, που έχουν παραμείνει επί μακρόν στον τρόπο βελτίωσης της οικονομικής πρόσβασης στη φροντίδα, έχει δοθεί λιγότερη έμφαση στο ερώτημα «πρόσβαση σε τί;». Σ' αυτό το κεφάλαιο, τα οργανωτικά ζητήματα θα εξεταστούν με



Σχήμα 6-1. Οργάνωση υπηρεσιών στα πλαίσια του παραδοσιακού μοντέλου της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η φροντίδα οργανώνεται σε ξεχωριστά επίπεδα που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες λειτουργίες, ρόλους, διοικητικές μονάδες και πληθυσμιακές βάσεις.

λεπτομέρειες και θα δοθεί έμφαση σε ευρείες έννοιες όπως η σχέση ανάμεσα στην πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα και η επιρροή του βιοϊατρικού παραδείγματος και του ιατρικού επαγγελματισμού στη διαμόρφωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στο Κεφάλαιο 7, θα εξετάσουμε με περισσότερες λεπτομέρειες συγκεκριμένα οργανωτικά μοντέλα που εμφανίστηκαν (και τα οποία συχνά εξαφανίστηκαν στην πορεία) σ’ αυτή τη χώρα κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια & τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Μία έννοια είναι απαραίτητη στην κατανόηση της «τοπογραφίας» οποιουδήποτε συστήματος υγείας: η οργάνωση της φροντίδας σε τρία επίπεδα: της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας. Στην Αναφορά του Λόρδου Dawson, μία σημαντική βρετανική μελέτη που συντάχθηκε το 1920, ο συγγραφέας (1975) πρότεινε το καθένα απ’ τα τρία επίπεδα φροντίδας να ανταποκρίνεται σε ορισμένες ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών.

1. Ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας ασχολείται με συνηθισμένα προβλήματα υγείας (για παράδειγμα, πονόλαιμο, διαστρέμματα στον αστράγαλο ή υπέρταση) και την πρόληψη (για παράδειγμα, εμβόλια) που δικαιολογούν ένα ποσοστό 80%-90% επισκέψεων σε ιατρό ή άλλο πάροχο φροντίδας.
2. Ο τομέας της δευτεροβάθμιας φροντίδας ασχολείται με προβλήματα που απαιτούν πιο εξειδικευμένη κλινική εμπειρία, όπως η νοσοκομειακή φροντίδα για έναν ασθενή με οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
3. Ο τομέας της τριτοβάθμιας φροντίδας που βρίσκεται στην κορυφή της οργανωτικής πυραμίδας ασχολείται με την αντιμετώπιση σπάνιων και περίπλοκων διαταραχών, όπως είναι οι όγκοι υπόφυσης και οι συγγενείς δυσπλασίες.

Δύο αντίθετες προσεγγίσεις μπορούν να εφαρμοστούν στην οργάνωση ενός συστήματος υγείας γύρω απ’ αυτά τα επίπεδα φροντίδας: (1) το προσεκτικά δομημένο μοντέλο Dawson της περιφερειακής φροντίδας υγείας και (2) ένα πιο ελεύθερο μοντέλο.

1. Η μία προσέγγιση χρησιμοποιεί το μοντέλο Dawson ως βάση για ένα δομημένο σε υψηλό βαθμό σύστημα. Αυτό το μοντέλο βασίζεται στην έννοια της περιφερειακής φροντίδας υγείας, δηλαδή στην οργάνωση και το συντονισμό όλων των πόρων και

των υπηρεσιών υγείας εντός μίας καθορισμένης περιοχής (Bodenheimer, 1969). Σ' ένα τέτοιο σύστημα, υπάρχει διαφορετικό προσωπικό και διαφορετικές εγκαταστάσεις σε ξεχωριστά επίπεδα στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα και η κίνηση των ασθενών απ' το ένα επίπεδο στο άλλο λαμβάνει χώρα με μεθοδικό και καθορισμένο τρόπο. Αυτό το μοντέλο δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα που βρίσκεται στη βάση της οργανωτικής πυραμίδας.

2. Ένα εναλλακτικό μοντέλο προβλέπει λιγότερο καθορισμένους ρόλους για τους παροχείς φροντίδας και πιο ελεύθερη μετακίνηση ασθενών σ' όλα τα επίπεδα φροντίδας. Αυτό το μοντέλο τείνει να δώσει μεγαλύτερη αξία σε υπηρεσίες της τριτοβάθμιας φροντίδας που βρίσκεται στην κορυφή παρά στη βάση όπου βρίσκεται η πρωτοβάθμια φροντίδα.

Αν και τα περισσότερα συστήματα υγείας ενσωματώνουν στοιχεία και απ' τα δύο μοντέλα, μερικά κλίνουν περισσότερο προς το ένα ή το άλλο μοντέλο. Το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) και μερικοί ΗΜΟs στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν στοιχεία της προσέγγισης της περιφερειακής φροντίδας υγείας, ενώ η παροχή φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες συνολικά κατά παράδοση ακολουθούσε το πιο ελεύθερο μοντέλο.

Το μοντέλο της περιφερειακής φροντίδας υγείας: το παραδοσιακό βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS)

Ο Basil, ένας 60χρονος άνδρας που ζει σ' ένα προάστιο του Λονδίνου είναι εγγεγραμμένος στη λίστα του Δρ. Prime, ενός γενικού ιατρού στη γειτονιά του. Ο Basil πηγαίνει στο Δρ. Prime για τα περισσότερα προβλήματα υγείας του, συμπεριλαμβανομένου του πυρετού, των σπασμών στην πλάτη και της υπέρτασης. Μια μέρα αισθάνεται αιμωδία και αδυναμία στο πρόσωπό του και στο βραχίονά του. Μέχρι τη στιγμή που ο Δρ. Prime τον εξετάζει αργότερα εκείνη τη μέρα τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει. Καθώς υποψιάζεται ότι ο Basil υπέστη παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, ο Δρ. Prime του χορηγεί ασπιρίνη με συνταγή και τον παραπέμπει στο νευρολόγο στο τοπικό νοσοκομείο, όπου ένα υπερηχογράφημα καρωτίδας αποκαλύπτει υψηλού βαθμού καρωτιδική στένωση. Ο Δρ. Prime και ο νευρολόγος συμφωνούν ότι ο Basil πρέπει να κλείσει ραντεβού σ' ένα εκπαιδευτικό νοσοκομείο του Λονδίνου μ' έναν αγγειοχειρουργό που ειδικεύεται στη χειρουργική της κεφαλής και του αυχένα. Ο χειρουργός προτείνει στο Basil να αποφασίσει να υποβληθεί σε ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας, προτού κάτι τέτοιο γίνει απαραίτητο, προκειμένου να προληφθεί σοβαρό εγκεφαλικό. Ο Basil επιστρέφει στο Δρ. Prime για να συζητήσει αυτήν την πρόταση και ζητά να μάθει αν η επέμβαση θα μπορούσε να λάβει χώρα σ' ένα τοπικό νοσοκομείο πιο κοντά στο σπίτι του. Ο Δρ. Prime τον πληροφορεί πως μόνο ένας περιορισμένος αριθμός νοσοκομείων είναι εξοπλισμένοι ούτως ώστε να πραγματοποιείται αυτό το είδος εξειδικευμένης επέμβασης. Ο Basil προγραμματίζει την επέμβασή του στο Λονδίνο και αρκετούς μήνες αργότερα υποβάλλεται σε μία άνευ επιπλοκών ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας. Μετά την επέμβαση, επιστρέφει στο Δρ. Prime για να συνεχίσει τη φροντίδα του.

Το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) κατά παράδοση παρουσιάζει μία σχετικά πειθαρχημένη δομή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (Σχήμα 6-1).

1. Για τις ιατρικές υπηρεσίες, η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ουσιαστικά ο αποκλειστικός τομέας των γενικών ιατρών (general practitioners-GPs), οι οποίοι ασκούν το λειτούργημά τους σε μικρές ή μεσαίες ομάδες και των οποίων η κύρια ευθύνη είναι η περιπατητική φροντίδα. Τα δύο τρίτα του συνόλου των ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι GPs (Grumbach & Fry, 1993).
2. Στη δευτεροβάθμια φροντίδα υπάρχουν ιατροί ειδικοτήτων όπως είναι η εσωτερική παθολογία, η παιδιατρική, η νευρολογία, η ψυχιατρική, η μαιευτική, η γυναικολογία και η γενική χειρουργική. Αυτοί οι ιατροί βρίσκονται σε νοσοκομειακές κλινικές και χρησιμεύουν ως εμπειρογνώμονες σε παραπομπές εξωτερικών ασθενών από GPs, στέλνοντας με τη σειρά τους τους περισσότερους ασθενείς πίσω στους γενικούς ιατρούς για ανάγκες φροντίδας που εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι ιατροί της δευτεροβάθμιας φροντίδας επίσης παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς που νοσηλεύονται.
3. Οι υποειδικοί της τριτοβάθμιας φροντίδας όπως είναι οι καρδιοχειρουργοί, οι ανοσολόγοι και οι αιματολόγοι που υποειδικεύονται σε παιδιατρικά περιστατικά βρίσκονται σε ορισμένα ιατρικά κέντρα της τριτοβάθμιας φροντίδας.

Η οργάνωση των νοσοκομείων ακολουθεί την ίδια λογική της περιφερειακής φροντίδας υγείας. Τα περιφερειακά νοσοκομεία είναι τοπικές εγκαταστάσεις εξοπλισμένες για την παροχή βασικών υπηρεσιών στους εσωτερικούς ασθενείς. Τα τοπικά ιατρικά κέντρα της τριτοβάθμιας φροντίδας αντιμετωπίζουν πολύ εξειδικευμένες ανάγκες φροντίδας των εσωτερικών ασθενών.

Η οργάνωση των πόρων των ιατρών και των νοσοκομείων στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) λαμβάνει χώρα έχοντας ως επίκεντρο τον πληθυσμό. Οι ομάδες των GPs παρέχουν φροντίδα σ' έναν βασικό πληθυσμό 5.000-50.000 ατόμων, ανάλογα με τον αριθμό των γενικών ιατρών στην ομάδα. Τα περιφερειακά νοσοκομεία έχουν πληθυσμό στη ζώνη ευθύνης 50.000-500.000 ατόμων, ενώ τα νοσοκομεία της τριτοβάθμιας φροντίδας λειτουργούν ως κέντρα παραπομπής για πληθυσμό 500.000 έως και 5 εκατομμυρίων ατόμων (Fry, 1980).

Η ροή των ασθενών λαμβάνει χώρα με προσεκτικά βήματα στα διαφορετικά επίπεδα. Εκτός από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όλοι οι ασθενείς αρχικά εξετάζονται από τον γενικό ιατρό, ο οποίος κατόπιν μπορεί να τους κατευθύνει προς πιο εξειδικευμένα επίπεδα φροντίδας μέσω μιας τυπικής διαδικασίας παραπομπής. Οι ασθενείς μπορεί να μην απευθύνονται άμεσα σ' έναν ειδικό ιατρό.

Ενώ οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας που δεν είναι ιατροί, όπως είναι οι νοσηλεύτες, παίζουν βασικό ρόλο στην επάνδρωση των νοσοκομείων στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα, αξίζει ιδιαίτερα να σημειωθεί η πολυκλαδική προσέγγιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι GPs συνεργάζονται στενά με τις εκπαιδευόμενες νοσηλεύτες (παρόμοιες με τους νοσηλεύτες στις Ηνωμένες Πολιτείες), τους επισκέπτες υγείας, τους νοσηλεύτες του τομέα δημόσιας υγείας και τις μαίες (οι οποίες παρεβρίσκονται στους περισσότερους τοκετούς στο

Ηνωμένο Βασίλειο). Αυτή η ομαδική εργασία, σε συνδυασμό με την ευθύνη για έναν καθορισμένο πληθυσμό εγγεγραμμένων ασθενών και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού συμβάλλει στην αποφυγή προβλημάτων όπως τα παιδικά εμβόλια που δεν πραγματοποιούνται. Οι νοσηλευτές του τομέα της δημόσιας υγείας επισκέπτονται όλα τα σπίτια τις πρώτες εβδομάδες μετά από έναν τοκετό για να παρέχουν εκπαίδευση και να βοηθήσουν στον προγραμματισμό των αρχικών ραντεβού με τον γενικό ιατρό. Μέσω ενός εθνικού συστήματος παρακολούθησης των εμβολίων ειδοποιούνται οι γονείς για κάθε προγραμματισμένο εμβόλιο και τίθενται σε ετοιμότητα οι παθολόγοι και οι νοσηλευτές στον τομέα της δημόσιας υγείας, σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει εμφανιστεί την καθορισμένη χρονική στιγμή. Συνεπώς, πάνω απ' το 85% των παιδιών προσχολικής ηλικίας στη Βρετανία εμβολιάζονται πλήρως. (Γίνεται εκτενέστερη αναφορά στο βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) στο Κεφάλαιο 14.)

Ένας αριθμός άλλων χωρών, από βιομηχανοποιημένες χώρες στη Σκανδιναβία μέχρι αναπτυσσόμενες χώρες στη Λατινική Αμερική, έχουν υιοθετήσει μία παρόμοια προσέγγιση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρωτοβάθμια φροντίδα βασίζεται περισσότερο στα άτομα που αναλαμβάνουν την ενημέρωση γύρω από θέματα υγείας στην κοινότητα και σ' άλλους τύπους προσωπικού του τομέα δημόσιας υγείας, παρά στους ιατρούς.

Το μοντέλο που χαρακτηρίζεται από λιγότερη οργάνωση: παραδοσιακή οργάνωση της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες

Η Polly Seymour, μια 55χρονη γυναίκα με ιδιωτική ασφάλιση υγείας που ζει στις Ηνωμένες Πολιτείες επισκέπτεται αρκετούς διαφορετικούς ιατρούς για διάφορα προβλήματα: ένα δερματολόγο για έκζεμα, ένα γαστρεντερολόγο για επανεμφανιζόμενο καυστικό άλγος στομάχου και έναν ορθοπεδικό για τενοντίτιδα στον ώμο της. Μπορεί να ζητήσει απ' το γαστρεντερολόγο της να θεραπεύσει μερικά γενικά προβλήματα υγείας, όπως η περίπτωση που η γλυκόζη του αίματός της βρίσκεται σε τέτοια επίπεδα που ο ιατρός καλείται να διαγνώσει αν πάσχει από διαβήτη. Κατά καιρούς, έχει πάει στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών του κοντινού νοσοκομείου για θεραπεία ηοιμώξεων της ουροφόρου οδού. Μία μέρα, η Polly ψηλαφεί έναν όγκο στο μαστό της και συμβουλευτεί γυναικολόγο. Παραπέμπεται σε χειρουργό για βιοψία, η οποία δείχνει καρκίνο. Αφού συζήτησε τις θεραπευτικές επιλογές με την Polly, ο χειρουργός αφαιρεί τον όγκο με επέμβαση και την παραπέμπει σε ογκολόγο και ειδικό στη θεραπεία με ακτινοβολία για περαιτέρω θεραπεία. Υποβάλλεται σ' όλες αυτές τις θεραπείες σ' ένα τοπικό νοσοκομείο που βρίσκεται σε μικρή απόσταση απ' το σπίτι της.

Το σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών εφαρμόζει μία πολύ λιγότερο δομημένη προσέγγιση στα επίπεδα της φροντίδας σε σχέση με το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Σε αντίθεση με τις παραπομπές των ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο που πραγματοποιούνται με προσεκτικά βήματα, οι ασφαλισμένοι ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες όπως η Polly Seymour, κατά παράδοση μπορούν να παραπέμπουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους και να εισέρχονται απευθείας σ' οποιοδήποτε επίπεδο του συστήματος. Αντί να έχουν έναν καθορισμένο ιατρό πρωτοβάθμιας

φροντίδας, ο οποίος θα πραγματοποιεί μία αρχική εκτίμηση όλων των προβλημάτων τους, οι ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν συνηθίσει να αναφέρουν τα συμπτώματα τους απευθείας στον ειδικό ιατρό της επιλογής τους.

Οι ρόλοι των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι καθορισμένοι με λιγότερη σαφήνεια σε σχέση μ' αυτούς των ιατρών σε συστήματα όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Η πρωτοβάθμια φροντίδα, αντί να είναι αποκλειστική αρμοδιότητα για τους γενικούς ιατρούς και τους παροχείς πρωτοβάθμιας φροντίδας που δεν είναι ιατροί, έχει ενσωματωθεί στις αρμοδιότητες πολλών ειδικών ιατρών. Αυτή η προσέγγιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα που απευθύνεται σε μία ευρύτερη περιοχή εν μέρει δημιουργήθηκε από ανάγκη, καθώς μόνο το 13% των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι γενικοί ή οικογενειακοί ιατροί (Pasko & Smart, 2003). Η σχετική μείωση στους αριθμούς αυτών των ιατρών αποτελεί σταθερή τάση απ' το 1940, όταν τα τρία τέταρτα των ιατρών ήταν παθολόγοι και γενικοί ιατροί (Starr, 1982).

Ένας ιδιαίτερος ρόλος που αναλαμβάνει η προσέγγιση των Ηνωμένων Πολιτειών στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η διεύρυνση του ρόλου των εσωτερικών παθολόγων και των παιδιάτρων. Ενώ οι γενικοί εσωτερικοί παθολόγοι και οι γενικοί παιδίατροι στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λειτουργούν πρωταρχικά ως ιατροί στους οποίους παραπέμπονται οι ασθενείς στη δευτεροβάθμια φροντίδα, οι Αμερικανοί ομόλογοί τους συμμετέχουν στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον, η ύπαρξη κοινών στοιχείων στους ρόλους των «γενικών ιατρών» στις Ηνωμένες Πολιτείες (των παθολόγων, των οικογενειακών ιατρών, των γενικών εσωτερικών παθολόγων και των γενικών παιδιάτρων) δεν περιορίζεται στους εξωτερικούς ασθενείς. Οι παθολόγοι και οι οικογενειακοί ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν αναλάβει ορισμένα καθήκοντα της δευτεροβάθμιας φροντίδας παρέχοντας αυξημένη φροντίδα στους εσωτερικούς ασθενείς. Μόνο πρόσφατα οι Ηνωμένες Πολιτείες κινήθηκαν προς το ευρωπαϊκό μοντέλο που αφαιρεί τη φροντίδα των εσωτερικών ασθενών απ' τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας και την αναθέτει στους «νοσοκομειακούς ιατρούς», δηλαδή στους ιατρούς που ασκούν το λειτούργημά τους αποκλειστικά εντός του νοσοκομείου (Wachter & Goldman, 1996).

Συμπεριλαμβανομένων των γενικών εσωτερικών παθολόγων και των γενικών παιδιάτρων, στο σύνολό τους οι γενικοί ιατροί ανέρχονται περίπου στο ένα τρίτο όλων των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες, έναν αριθμό πολύ μικρότερο απ' το 50% ή και παραπάνω που βρίσκουμε στον Καναδά και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Starfield, 1998). Προκειμένου να καλυφθεί το κενό στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μερικοί ιατροί της τριτοβάθμιας φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες λειτουργούν ως ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας για πολλούς απ' τους ασθενείς τους. Τα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών δεν περιορίζονται από αυστηρά όρια δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Αντί για μία πυραμίδα που θα παρουσιάζει ένα μεγάλο αριθμό γενικών κοινοτικών νοσοκομείων στη βάση και ένα περιορισμένο αριθμό κέντρων τριτοβάθμιας φροντίδας στην κορυφή, κάθε νοσοκομείο στις Ηνωμένες Πολιτείες ελπίζει να προσφέρει την πιο εξελιγμένη εξειδικευμένη φροντίδα. Στις περισσότερες αστικές περιοχές, παραδείγματος χάριν, αρκετά νοσοκομεία πραγματοποιούν χειρουργικές επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς, μεταμοσχεύσεις οργάνων, θεραπεία με ακτινοβολία και υψηλού κινδύνου μαιευτικές

πράξεις. Η δομή που προκύπτει μοιάζει περισσότερο με διαμάντι παρά με πυραμίδα, που εμφανίζει στη βάση μικρό αριθμό νοσοκομείων (τα περισσότερα σε αγροτικές περιοχές) χωρίς εξειδικευμένες μονάδες, στην κορυφή μικρό αριθμό κορυφαίων πανεπιστημιακών ιατρικών κέντρων που παρέχουν σε μεγάλο βαθμό υπερ-εξειδικευμένες υπηρεσίες κατόπιν παραπομπής ασθενών και στο μέσο τον όγκο των νοσοκομείων που παρέχουν μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Ποιό μοντέλο είναι σωστό;

Αυτοί που ασκούν κριτική στο σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών κατηγορούν τον ασταθή προσανατολισμό στην εξειδικευμένη φροντίδα, την τριτοβάθμια φροντίδα και την έλλειψη οργανωτικής συνοχής. Οι μελέτες για τις υπηρεσίες υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες τα προηγούμενα πενήντα χρόνια είναι γεμάτες από περιγραφές όπως «ένα καθεστώς που δεν αποτελεί καν σύστημα με εκατομμύρια ανεξάρτητα, ασυντόνιστα, χωριστά παρακινούμενα κινούμενα τμήματα», «διάσπαση, χάος και αταξία,» και «ανεξέλεγκτη αύξηση και πλουραλισμός που αγγίζουν τα όρια της αναρχίας» (Somers, 1972, Halvorson & Isham, 2003). Το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας αποδίδεται εν μέρει σ' αυτήν την οργανωτική αταξία. Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί επίσης να επηρεάζεται αρνητικά. Παραδείγματος χάριν, όταν το καθένα από πολλά νοσοκομεία πραγματοποιεί μικρό αριθμό χειρουργικών επεμβάσεων, όπως είναι οι εγχειρήσεις στεφανιαίων, οι δείκτες θνησιμότητας είναι υψηλότεροι απ' όταν τέτοιες διαδικασίες πραγματοποιούνται στα πλαίσια της περιφερειακής φροντίδας υγείας σε μερικά κέντρα όπου πραγματοποιείται μεγαλύτερος αριθμός τέτοιων επεμβάσεων (Grumbach et al., 1995).

Οι υπερασπιστές του μοντέλου με λιγότερη οργάνωση απαντούν ότι ο πλουραλισμός είναι μια αρετή που προωθεί την ευελιξία και την άνεση στη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων και του προσωπικού. Σύμφωνα μ' αυτήν την άποψη, η έμφαση στην εξειδίκευση και την τεχνολογία συμφωνεί με τις αξίες και τις προσδοκίες στις Ηνωμένες Πολιτείες, με τους ασθενείς να επιβραβεύουν σε μεγάλο βαθμό την άμεση πρόσβαση στους ειδικούς ιατρούς και τις υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας και την αυτονομία επιλογής παρόχων φροντίδας που επιθυμούν για μία συγκεκριμένη ιατρική ανάγκη. Ένας δημοσιογράφος της εφημερίδας *New York Times* παρατήρησε ότι

...η νοσταλγία για το Marcus Welby συναγωνίζεται με το σύνδρομο της Mayo Clinic...Οι Αμερικανοί μπορεί να αγαπούν τον οικογενειακό τους ιατρό αλλά η φράση «ο πιο καλός στον τομέα του» αποτελεί ισχυρό θέλητρο (Toner, 1994).

Κατά παρόμοιο τρόπο, η επιθυμία για την πιο εξελιγμένη νοσοκομειακή τεχνολογία σε βολική απόσταση απ' το σπίτι συναγωνίζεται με τα σχέδια παροχής των υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας σε περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων στην περιοχή διαβίωσης του πληθυσμού.

Εξισορρόπηση των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας

Η Δρ. Billie Ruben ολοκλήρωσε την ειδίκευσή της στην εσωτερική παθολογία σ' ένα μεγάλο πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο. Όπως οι περισσότεροι απ' τους συμφοιτητές

της στην ειδικότητα, εν συνεχεία ακολούθησε εκπαίδευση σε υποειδικότητα και επέλεξε τη γαστρεντερολογία. Η Δρ. Ruben επέλεξε αυτήν την καριέρα αφού φρόντισε μία νεαρή γυναίκα που εμφάνισε μη αναστρέψιμη ηπατική ανεπάρκεια μετά από σύνδρομο τοξικής καταπληξίας. Μετά από μία εξουθενωτική και αμφίβολη προσπάθεια να εξασφαλιστεί δότης ήπατος, πραγματοποιήθηκε μεταμόσχευση και η ασθενής ανέρρωσε πλήρως.

Με την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής της, η Δρ. Ruben έγινε μέλος μίας αναπτυσσόμενης ιατρικής ομάδας υποειδικότητας στο Νοσοκομείο Atlantic Heights, ένα επιτυχημένο ιδιωτικό νοσοκομείο της πόλης. Ακόμα κι αν η μητροπολιτική περιοχή 2 εκατομμυρίων ανθρώπων έχει ήδη δύο μονάδες μεταμόσχευσης ήπατος, το Atlantic Heights μόλις άνοιξε και μία τρίτη τέτοια μονάδα, επειδή τα μέλη του διοικητικού του συμβουλίου αισθάνονταν ότι η φήμη της υπερτοχής του νοσοκομείου εξαρτάται απ' την παροχή υπηρεσιών τριτοβάθμιας φροντίδας έχοντας το πλεονέκτημα της βιοϊατρικής καινοτομίας. Στους πρώτους της 6 μήνες στο νοσοκομείο, η Δρ. Ruben συμμετέχει στη φροντίδα μόνο δύο ασθενών που χρειάζονται μεταμόσχευση ήπατος. Οι πιο πολλοί ασθενείς της αναζητούν φροντίδα για χρόνια και συχνά ασαφώς καθορισμένη κοιλιολιθία και χρόνια και συχνά ασαφώς καθορισμένα προβλήματα στην πέψη. Καθώς η Δρ. Ruben αρχίζει να εξετάζει αυτούς τους ασθενείς τακτικά, αρχίζει να προσφέρει προληπτική φροντίδα και να θεραπεύει μη γαστρεντερολογικά προβλήματα όπως η υπέρταση και ο διαβήτης. Κατά καιρούς εύχεται να είχε ασκηθεί περισσότερο στη γενική ιατρική κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής της.

Εκείνοι που συνηγορούν υπέρ ενός ισχυρότερου ρόλου της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες πιστεύουν ότι είναι πάρα πολύ σημαντική για να θεωρείται δευτερεύον ζήτημα στα πλαίσια της οργάνωσης του συστήματος υγείας. Σύμφωνα μ' αυτήν την άποψη, η υπερβολική έμφαση στην κορυφή της πυραμίδας όπου βρίσκεται η τριτοβάθμια φροντίδα δημιουργεί ένα σύστημα στο οποίο οι πόροι της φροντίδας υγείας δεν είναι ανάλογοι με τη γενίκευση και τη συχνότητα των προβλημάτων υγείας σε μία κοινότητα. Σ' ένα άρθρο με τίτλο "The Ecology of Medical Care" που δημοσιεύτηκε περισσότερες από 4 δεκαετίες πριν, ο Kerr White κατέγραψε τη γενίκευση της ασθένειας ανά μήνα για γενικό πληθυσμό 1.000 ενηλίκων (White et al., 1961). Σ' αυτήν την ομάδα, 750 άτομα βίωσαν μία ή περισσότερες ασθένειες ή τραύματα κατά τη διάρκεια του μήνα. Απ' αυτούς τους ασθενείς, οι 250 επισκέφθηκαν ιατρό τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του μήνα, εννέα εισήχθησαν σε νοσοκομείο και μόνο ένας παραπέμφθηκε σε πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο. Ο Δρ. White εξέφρασε την ανησυχία ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα που προσανατολίζονται προς την τριτοβάθμια φροντίδα έδωσε στους εκπαιδευόμενους όπως η Δρ. Billie Ruben μία μη αντιπροσωπευτική εικόνα των αναγκών φροντίδας υγείας της κοινότητας:

Σοβαρά ερωτήματα μπορεί να προκύψουν σχετικά με τη φύση της πείρας του μέσου φοιτητή ιατρικής και ίσως και για εκείνη μερικών απ' τους κλινικούς του εκπαιδευτές, με τα πραγματικά προβλήματα της υγείας και της ασθένειας στην κοινότητα. Σε γενικές γραμμές, αυτή η πείρα πρέπει να είναι και περιορισμένη και οι

ιατροί να είναι ασυνήθιστα προκατειλημμένοι αν, σε ένα μήνα, μόνο το 0,0013 των «άρρωστων» ενηλίκων...ή το 0,004 των ασθενών...σε μία κοινότητα παραπέμπονται σε πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα...Οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής και άλλοι φοιτητές των επαγγελματιών υγείας αποκομίζουν μη ρεαλιστικές εντυπώσεις σχετικά με το καθήκον της ιατρικής στη σύγχρονη δυτική κοινωνία... (White et al., 1961).

Τέσσερις δεκαετίες αργότερα, ο Larry Green επιβεβαίωσε τα παραπάνω, εμπλουτίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα ευρήματα του Kerr White (Green et al., 2001).

Ένας Άγγλος GP, ο John Fry (1980) πραγματοποίησε μία σχετική μελέτη για το περιβάλλον της φροντίδας, στην οποία κατέγραψε συστηματικά τα είδη των προβλημάτων υγείας που οδηγούσαν τους ασθενείς στο ιατρείο του τη δεκαετία του 1970. Λόγω του ρόλου του γενικού ιατρού ως του ατόμου που αναλαμβάνει να παραπέμψει τους ασθενείς για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνει πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο, στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), η έρευνα του Δρ. Fry παρέχει μία στενή προσέγγιση της συχνότητας και της γενίκευσης των ασθενειών που απαιτούν ιατρική προσοχή μεταξύ των εγγεγραμμένων ασθενών του (Πίνακας 6-1). Η κυρίαρχη παθολογία σ' αυτόν τον μη επιλεγμένο πληθυσμό αποτελούνταν από μη σοβαρές αδιαθεσίες (πολλές απ' τις οποίες θα είχαν βελτιωθεί χωρίς θεραπεία), χρόνιες καταστάσεις όπως υπέρταση και αρθρίτιδα και διαβαθμίσεις της ψυχοπάθειας. Η συχνότητα νέων μορφών καρκίνου ήταν σχετικά σπάνια και μόνο λίγοι ασθενείς εμφάνισαν περίπλοκα σύνδρομα όπως η πολλαπλή σκλήρυνση. Αν και το συγκεκριμένο προφίλ ασθενειών διαφέρει για έναν Αμερικανό οικογενειακό ιατρό που ασκεί το λειτούργημά του τον 21^ο αιώνα σε σύγκριση με το αντίστοιχο για ένα Βρετανό παθολόγο τη δεκαετία του 1970 (για παράδειγμα, η λοίμωξη απ' τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου και η νόσος Alzheimer δεν εμφανίζονται στον Πίνακα 6-1), το γενικό μοτίβο παραμένει αληθινό. Η μελέτη του Δρ. Fry επιβεβαιώνει το γνωμικό «οι συνήθειες διαταραχές συνήθως συμβαίνουν και οι σπάνιες σπάνια συμβαίνουν.»

Αν και οι αναλύσεις των Kerr White, Larry Green και John Fry δηλώνουν ότι οι πιο πολλές ανάγκες υγείας μπορούν να εμφανιστούν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αυτή η παρατήρηση δεν θα πρέπει να υποδηλώνει ότι οι πιο πολλοί πόροι της φροντίδας υγείας πρέπει να δίνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Στη μειονότητα των ασθενών με οξείες ή περίπλοκες καταστάσεις που απαιτούν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα θα αναλογεί κατά κεφαλήν ένα πολύ μεγαλύτερο μερίδιο των πόρων για φροντίδα υγείας σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων με λιγότερο επιτακτικές ανάγκες υγείας. Η θεραπεία ενός ασθενούς με ηπατική ανεπάρκεια στοιχίζει πολύ περισσότερο απ' τη θεραπεία ενός ασθενούς με πονόλαιμο. Ακόμα και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το 65% των ιατρών παρέχουν το 60% του συνόλου της περιπατητικής φροντίδας, οι δαπάνες για τις υπηρεσίες τους αντιστοιχούν σε ποσοστό μικρότερο του 10% του συνολικού προϋπολογισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), ενώ η δαπάνη της νοσοκομειακής φροντίδας των εσωτερικών και των εξωτερικών ασθενών στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα απορροφά σχεδόν τα δύο τρίτα του προϋπολογισμού (Sidel & Sidel, 1983). Συνεπώς, η πυραμίδα που παρουσιάζεται στο Σχήμα 6-1 απεικονίζει καλύτερα την κατανομή των

προβλημάτων υγείας σε μία κοινότητα παρά την κατανομή των δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας. Ενώ σχεδόν όλες οι βιομηχανοποιημένες χώρες αφιερώνουν ένα σημαντικό μερίδιο των πόρων για την υγεία στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη, η άποψη σχετικά με το περιβάλλον της φροντίδας υγείας, μας υπενθυμίζει ότι οι πιο πολλοί άνθρωποι έχουν ανάγκη για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Καθορισμός των ρόλων των ιατρών

Κανένα σύστημα φροντίδας υγείας δεν θεωρεί σωστό οι οικογενειακοί ιατροί να πραγματοποιούν καρδιακούς καθετηριασμούς, ωστόσο, στις Ηνωμένες Πολιτείες η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας συχνά θεωρείται ότι αποτελεί μία απ' τις αρμοδιότητες των καρδιολόγων. Επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα επικεντρώνεται στα «συνήθη προβλήματα που εμφανίζονται συνήθως», υπάρχει μία τάση να τη θεωρούν ρουτίνα που δεν απαιτεί ειδικές γνώσεις και ικανότητες. Αυτή η έννοια όλο και περισσότερο δέχεται προκλήσεις. Η Barbara Starfield (1998) είναι ηγετική υποστηρίκτρια της ανάγκης εκπαίδευσης γενικών ιατρών (δηλαδή, οικογενειακών ιατρών, γενικών εσωτερικών παθολόγων και παθολόγων) ειδικά για να συμπληρώσουν το κενό της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σύμφωνα με την άποψή της:

...και οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας εξυπηρετούνται καλύτερα από ιατρούς εκπαιδευμένους και οργανωμένους ούτως ώστε να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα παρά από ιατρούς εκπαιδευμένους να εστιάζουν σε συγκεκριμένες ασθένειες, συστήματα οργάνων ή παθογενετικούς μηχανισμούς (Starfield, 1998).

Όπως ένας επεμβατικός καρδιολόγος πρέπει να κατέχει τέλεια τις ικανότητες που χρειάζονται για να πραγματοποιήσει αγγειοπλαστική στεφανιαίων, ειδικές ικανότητες απαιτούνται και απ' τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η Δρ. Starfield έχει διατυπώσει τις βασικές υποχρεώσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως εξής: (1) φροντίδα κατά την πρώτη επαφή, (2) συνέχεια, (3) πληρότητα και (4) συντονισμός.

Ο Δρ. O. Titus Wells έχει φροντίσει και τα έξι παιδιά του Bruce και της Wendy Smith. Ως οικογενειακός ιατρός του οποίου η ειδίκευση περιλαμβάνει μαιευτική, ο Δρ. Wells παραβρέθηκε στους τοκετούς όλων των παιδιών εκτός από ένα. Η 18μηνη κόρη των Smith, η Ginny έχει υποστεί πολλαπλές ροιμώξεις στο αυτί. Ακόμα κι αν αυτό είναι συνηθισμένο πρόβλημα, ο Δρ. Wells θεωρεί ότι κάτι τέτοιο αποτελεί αληθινή ιατρική πρόκληση. Μερικές φορές, η εξέταση των αυτιών της Ginny δείχνει κληπά-ζουσα ροιμώξη και άλλες φορές δηλώνει την ύπαρξη υγρού του μέσου ωτός που μπορεί να αποτελέσει ένδειξη ή και βακτηριακή ροιμώξη. Προσπαθεί να κρατήσει τα αντιβιοτικά για ξεκάθαρες περιπτώσεις ωτίτιδας βακτηριακής προέλευσης. Αισθάνεται ότι είναι σημαντικό να είναι αυτός που θα εξετάσει τα αυτιά της Ginny επειδή τα ακουστικά της τύμπανα ποτέ δεν φαίνονται τελείως φυσιολογικά και αυτός γνωρίζει ποιός βαθμός αλληλαγής είναι ύποπτος για μία πραγματικά νέα ροιμώξη.

Όταν η Ginny γίνεται 2 χρόνων, ο Δρ. Wells προτείνει στους Smith να επισκεφθεί αυτή έναν ωτολαρυγγολόγο και ακουσθολόγο για να ελέγξει απώλεια ακοής και προβλήματα ομιλίας. Τα ακουσθολογικά δείχνουν μέτρια μείωση

Πίνακας 6-1. Άτομα ανά έτος που αναζητούν φροντίδα από έναν γενικό ιατρό με εγγεγραμμένο πληθυσμό 2.500 ατόμων, ανάλογα με το πρόβλημα.^a

Άτομα ανά έτος που αναζητούν φροντίδα		
Μη σοβαρή ασθένεια		
Γενικές διαταραχές		
Λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού		600
Διαταραχές του δέρματος		325
Συναισθηματικά προβλήματα		300
Γαστρεντερικές διαταραχές		300
Ατυχήματα		200
Συγκεκριμένες διαταραχές		
Οξεία αμυγδαλίτιδα		100
Οξεία μέση ωτίτιδα		75
Οξείες ρινομώξεις του ουροποιητικού συστήματος		50
Σύνδρομο οξείας οσφυσίτιδας		50
Ημικρανία		25
Πυρετός εκ χόρτου		25
Ανάγκες για προληπτική φροντίδα		
(Για παράδειγμα, εμβόλια, ελέγχους, προγεννητική φροντίδα)		300
Σοβαρή ασθένεια		
Πνευμονία		20
Οξεία κατάθλιψη		10
Απόπειρα αυτοκτονίας	3	
Αυτοκτονία	1 στα 4 χρόνια	
Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου		8
Οξεία σκωληκοειδίτιδα		5
Οξεία εγκεφαλικά		5
Νέα είδη καρκίνου		5
Των πνευμόνων	2 ανά έτος	
Του μαστού	1 ανά έτος	
Του παχέος εντέρου	2 κάθε 3 χρόνια	
Του στόμαχου	1 κάθε 2 χρόνια	
Του προστάτη	1 κάθε 2 χρόνια	
Του τραχήλου	1 κάθε 4 χρόνια	
Του εγκεφάλου	1 κάθε 10 χρόνια	
Λέμφωμα	1 κάθε 15 χρόνια	
Του θυρεοειδούς αδένος	1 κάθε 20 χρόνια	
Χρόνια ασθένεια		
Χρόνια αρθρίτιδα		100
Χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα		60
Υψηλή αρτηριακή πίεση		50
Παχυσαρκία		40
Χρόνια βρογχίτιδα		35
Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια		30
Νέα και υπάρχοντα είδη καρκίνων		30
Άσθμα		25
Πεπτικά έλκη		20
Στεφανιαία νόσος		20
Νόσος των εγκεφαλικών αγγείων		15
Επιληψία		10
Διαβήτης		10
Νόσος του θυρεοειδούς αδένος		7
Παρκινσονισμός		3
Πολλαπλή σκλήρυνση		1
Χρόνια νεφροπάθεια		λιγότερα από 1

^aΠροσαρμογή και αναπαραγωγή, κατόπιν αδείας, από το Fry J: Primary care. In Fry J (ed): *Primary Care*. London, William Heinemann, 1980.

της ακοής στο ένα αυτί. Ο ωτολαρυγγολόγος πληροφορεί τους Smith ότι οι ακουστικοί πόροι είναι μία επιλογή. Στην επόμενη επίσκεψη της Giny με το Δρ. Wells, συζητάνε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της τοποθέτησης πόρων με τους Smith. Επίσης χρησιμοποιεί αυτήν την επίσκεψη ως ευκαιρία ενθάρρυνσης της κυρίας Smith να

σταματήσει το κάπνισμα, αναφέροντας ότι η έρευνα έχει δείξει πως η έκθεση στον καπνό μπορεί να κάνει πιθανή την εκδήλωση ρινομώξεων των αυτιών στα παιδιά.

Η φροντίδα του Δρ. Wells προς την οικογένεια Smith αποτελεί παράδειγμα των βασικών χαρακτηριστικών της

πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτός είναι ο ιατρός της πρώτης επαφής που πραγματοποιεί την αρχική εκτίμηση όταν η Ginny ή άλλα μέλη της οικογένειας εμφανίζουν συμπτώματα ασθένειας. Η συνέχεια αφορά στη διατήρηση της σχέσης ασθενούς-παρόχου φροντίδας στο χρόνο. Η εξοικείωση του Δρ. Wells με την κατάσταση της Ginny τον βοηθάει να διακρίνει καλύτερα μία οξεία λοίμωξη. Η πληρότητα αναφέρεται στην ικανότητα αντιμετώπισης ενός ευρέος φάσματος αναγκών υγείας, σε αντίθεση με την εξειδικευμένη φροντίδα που εστιάζει σ' ένα συγκεκριμένο σύστημα οργάνων ή σε μία συγκεκριμένη διαδικασία. Η περιεκτική και προσανατολισμένη στην οικογένεια φροντίδα του Δρ. Wells τον καθιστά ενήμερο για το γεγονός ότι το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος της κυρίας Smith αποτελεί σημαντικό μέρος του θεραπευτικού του προγράμματος για τη Ginny. Ο συντονισμός στηρίζεται στη συνέχεια. Μέσω της παραπομπής και της συνέχισης της θεραπείας, ο πάροχος πρωτοβάθμιας φροντίδας ενοποιεί υπηρεσίες που παρέχονται από άλλα άτομα. Τα καθήκοντα που αναλαμβάνει ο Δρ. Wells ταιριάζουν με τον ορισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας απ' το Ινστιτούτο Ιατρικής: «Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι η παροχή ενοποιημένων, προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση μίας μεγάλης πλειοψηφίας προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας, την ανάπτυξη ισχυρών συνεργασιών με τους ασθενείς και την άσκηση λειτουργήματος στο περιβάλλον της οικογένειας και της κοινότητας» (Institute of Medicine, 1996).

Το μοντέλο φροντίδας που χαρακτηρίζεται από λιγότερη οργάνωση στις Ηνωμένες Πολιτείες έδωσε ώθηση σε δημόσιες συζητήσεις σχετικά με το ποιοί ιατροί είναι καλύτερα εξοπλισμένοι ούτως ώστε να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε μία επιθεώρηση των προγραμμάτων ειδικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Rivo και συνάδελφοι του (1994) αποκάλυψαν ότι η εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, των γενικών εσωτερικών και των γενικών παιδιατρών έδινε έμφαση στα δυνατά στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως στην πληρότητα και το συντονισμό της φροντίδας. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα στην ιατρική, τη μαιευτική και τη γυναικολογία για την αντιμετώπιση περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης προετοίμαζαν τα άτομα σε μικρότερο βαθμό ούτως ώστε αυτά να εξοικειωθούν μ' αυτά τα στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πολλοί νοσηλευτές και πολλοί βοηθοί ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες επίσης εκπαιδεύονται προκειμένου να εντυφλήσουν σ' αυτά τα στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αρκετές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι τα στοιχεία της καλής πρωτοβάθμιας φροντίδας συμβάλλουν στη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και σε καλύτερες εκβάσεις της υγείας τους (Starfield, 1998). Για παράδειγμα, η αυξημένη τάση για συνέχεια στη φροντίδα σχετίζεται με την αυξημένη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών (Benson et al., 1984), τη μεγαλύτερη συμμόρφωση όσον αφορά στην τήρηση των ραντεβού και τη λήψη φαρμάκων (Charney et al., 1967), τις καλύτερες εκβάσεις για τους διαβητικούς ασθενείς (Parchman et al., 2002) και τις έγκυες γυναίκες (Shear et al., 1983), τις μειώσεις στον αριθμό των νοσοκομειακών εισαγωγών (Wasson et al., 1984) και τις μειώσεις στις συνολικές δαπάνες (Weiss & Blustein, 1996, Maeseneer et al., 2003). Υπάρχουν αποδείξεις πως η ύπαρξη μίας τακτικής πηγής φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα τον καλύτερο έλεγχο της υπέρτασης και το μικρότερο βαθμό εξάρτησης απ' τις υπηρεσίες του

τμήματος επειγόντων περιστατικών (Shea et al., 1992). Τα άτομα των οποίων η φροντίδα βασίζεται σ' ένα μοντέλο που προσανατολίζεται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν πιο ξεκάθαρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, είναι πιο πιθανό να λαμβάνουν προληπτικές υπηρεσίες που τους έχουν συστήσει και να συνεχίζουν με σθέως τη θεραπεία τους και είναι πιο ικανοποιημένα απ' τη φροντίδα τους (Bindman et al., 1996, Stewart et al., 1997, Safran et al., 1998). Επιπλέον, η έρευνα δείχνει ότι τα χαρακτηριστικά στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως η συνέχεια και ο συντονισμός είναι πιο πιθανό να υπάρχουν όταν η φροντίδα παρέχεται από γενικούς ιατρούς παρά από ειδικούς ιατρούς (Starfield, 1998). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που λαμβάνουν πρωτοβάθμια φροντίδα από γενικούς ιατρούς είναι πιο πιθανό να κάνουν τα κατάλληλα εμβόλια και να λάβουν τις κατάλληλες προληπτικές υπηρεσίες σε σχέση μ' εκείνους που λαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα τους από ειδικούς ιατρούς (Rosenblatt et al., 1998). Διεθνείς συγκρίσεις του συνόλου των συστημάτων υγείας δείχνουν ότι οι χώρες με μεγαλύτερο προσανατολισμό προς την πρωτοβάθμια φροντίδα συνήθως έχουν πιο ικανοποιημένους ασθενείς και καλύτερη απόδοση σε δείκτες της υγείας, όπως είναι η βρεφική θνησιμότητα και η πιθανή διάρκεια ζωής (Macinko et al., 2003). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι πολιτείες με μεγαλύτερη ποσοστά διάθεσης ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά όχι ειδικών ιατρών, εμφανίζουν χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Shi et al., 2003).

Ένα αναπάντητο ερώτημα παραμένει σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που μπορεί να προσφέρεται από γενικούς ιατρούς που προσανατολίζονται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα σε αντίθεση με τους ειδικούς ιατρούς που προσανατολίζονται προς τις γνώσεις σε συγκεκριμένους τομείς της ιατρικής και της χειρουργικής. Η απευθείας πρόσβαση των ασθενών σε διαφορετικούς ειδικούς ιατρούς θα μπορούσε να καταλήξει σ' ένα λιγότερο ενοποιημένο μοντέλο φροντίδας αλλά απ' την άλλη πλευρά θα μπορούσε να επιτρέψει την πρόσβαση σε ιατρούς με περισσότερη εκπαίδευση και μεγαλύτερη πείρα στην αντιμετώπιση μεμονωμένων καταστάσεων στα πλαίσια της κάθε ειδικότητας που εστιάζει σ' ένα συγκεκριμένο όργανο. Πολλές μελέτες έχουν ανακαλύψει ότι οι γενικοί και οι ειδικοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες παρεμφερούς ποιότητας για διάφορες καταστάσεις, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η χαμηλή οσφυαλγία (Greenfield et al., 1995, Carey et al., 1995, Harrold et al., 1999). Οι ειδικοί ιατροί μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να αποδώσουν καλύτερα απ' τους γενικούς ιατρούς, όταν αντιμετωπίζουν καταστάσεις στα πλαίσια της ειδικότητάς τους, για παράδειγμα, οι καρδιολόγοι που θεραπεύουν ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Jollis et al., 1996), αν και δεν έχουν εντοπίσει όλες οι μελέτες τέτοιες διαφορές (Frances et al., 2000). Απ' την άλλη πλευρά, οι ειδικοί ιατροί που ασχολούνται σε σημαντικό βαθμό με την πρωτοβάθμια φροντίδα ή με περιστατικά που δεν περιλαμβάνουν παραπομπή των ασθενών, είναι πιθανό να μην μπορέσουν να διατηρήσουν τόσες γνώσεις πάνω στην ειδικότητά τους σε σχέση μ' εκείνους που επικεντρώνονται πιο πολύ σε προβλήματα που παρουσιάζονται στους τομείς της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας (Menken, 1988).

Όσον αφορά στις δαπάνες, η έρευνα υποστηρίζει την άποψη ότι οι γενικοί ιατροί ασκούν ένα είδος ιατρικής που δίνει λιγότερη έμφαση στους πόρους σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς και συνεπώς μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια

πιο οικονομική προσέγγιση στην παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Starfield, 1998, Franks και Fiscella, 1998, Carey et al., 1995). Μια μελέτη σύγκρισης των δαπανών αποκάλυψε ότι ακόμα και αφού έγινε έλεγχος για τον εντοπισμό ενδεχόμενων διαφορών στη σοβαρότητα της ασθένειας, οι ασθενείς με γενικό εσωτερικό παθολόγο ή οικογενειακό ιατρό ως τακτικό ιατρό χρησιμοποίησαν λιγότερους πόρους σε σχέση με παρόμοιους ασθενείς με ειδικό ιατρό ως τακτικό ιατρό (Greenfield et al., 1992). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι δαπάνες υγείας είναι υψηλότερες σε περιοχές με μεγαλύτερες αναλογίες ειδικών ιατρών προς γενικούς ιατρούς (Starfield, 1998, Welch et al., 1993).

Εκτός απ' τους γενικούς και τους ειδικούς ιατρούς, η έρευνα επίσης έχει συγκρίνει την απόδοση των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. όπως π.χ. οι νοσηλεύτες. Οι μελέτες που εξετάζουν επιλεγμένες ομάδες έχουν παρουσιάσει παρεμφερή ποιότητα φροντίδας για ασθενείς που θεραπεύονται από ιατρούς και νοσηλεύτες της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Horrocks et al., 2002). Για τους ασθενείς στην Πολιτεία της Ουάσιγκτον με εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου, πιστοποιημένες βρεφοκόμοι-μαίες παρείχαν φροντίδα με λιγότερες παρεμβάσεις και λιγότερες δαπάνες σε σχέση με τους μαιευτήρες, οδηγώντας έτσι σε λιγότερες καισαρικές τομές κατά ένα τρίτο (Rosenblatt et al., 1997).

Gatekeeping και δομημένη ροή των ασθενών

Η Polly Seymour, στην κατάσταση της οποίας έγινε αναφορά προηγουμένως σ' αυτό το κεφάλαιο, δεν νιώθει καλή. Κάθε φορά που τρώει, αισθάνεται ναυτία και συχνά κάνει έμετο. Έχει χάσει 4 κιλά και ο ογκολόγος της ανησυχεί μήπως ο καρκίνος του μαστού απ' τον οποίο πάσχει έχει κάνει μετάσταση. Υποβάλλεται σε αιματολογικές εξετάσεις, αξονική τομογραφία στην κοιλιακή χώρα και απεικόνιση οστών και όλα τα αποτελέσματα είναι φυσιολογικά. Επιστρέφει στο γαστρεντερολόγο της, ο οποίος της λέει να σταματήσει την ιβουπροφένη που λαμβάνει για την τενοντίδα. Το πρόβλημά της εξακολουθεί να υπάρχει και ο γαστρεντερολόγος πραγματοποιεί ενδοσκόπηση που δείχνει γαστρική ενόχληση μικρού βαθμού. Έχει περάσει ένας μήνας, 3.000\$ έχουν δαπανηθεί και η Polly εξακολουθεί να κάνει έμετο.

Η φίλη της Polly, η Martha, της συστήνει μία νοσηλεύτρια που φρόντιζε την ίδια για πολλά χρόνια και η οποία, κατά τη γνώμη της, φαίνεται να αφιερώνει περισσότερο καιρό στη συζήτηση με τους ασθενείς σε σχέση με πολλούς ιατρούς. Η Polly κλείνει ραντεβού με τη νοσηλεύτρια, τη Sara Steward. Η κυρία Steward παίρνει το πλήρες ιστορικό που αποκαλύπτει ότι η Polly λαμβάνει ταμοξιφαίνη για τον καρκίνο του μαστού και ότι ξεκίνησε να λαμβάνει ασπιρίνες αφού σταμάτησε την ιβουπροφένη. Η κυρία Steward εξηγεί ότι και τα δύο αυτά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν έμετο και προτείνει να τα σταματήσει για μία εβδομάδα. Η Polly επιστρέφει σε μία εβδομάδα και η ναυτία και ο έμετος έχουν υποχωρήσει. Η κυρία Steward τότε συσκέπτεται με τον ογκολόγο της Polly και αποφασίζουν από κοινού να ξεκινήσουν εκ νέου την ταμοξιφαίνη αλλά όχι την ασπιρίνη. Η Polly αισθάνεται ξανά ναυτία αλλά τελικά αρχίζει να αισθάνεται καλή και κερδίζει βάρος ενώ λαμβάνει μειωμένη δόση ταμοξιφαίνης. Στο μέλλον, η κυρία Steward χειρίζεται τα ιατρικά προβλήματα της Polly, παραπέμποντάς την σε ειδικούς

ιατρούς όταν είναι απαραίτητο και βεβαιώνεται ότι οι συμβουλές του ενός εμπειρογνώμονα δεν παρεμβαίνουν στη θεραπεία ενός άηλου ειδικού.

Η έννοια που αποτυπώνει τη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι αυτή της παραπομπής του ασθενή για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή περίθαλψη όταν ο ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας κρίνει πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο (gatekeeping). Το gatekeeping υποτιμήθηκε στην εποχή της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, όπου μερικοί τύποι οικονομικών ρυθμίσεων για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να τους παρέχουν κίνητρα να σταματήσουν να παραπέμπουν για περαιτέρω φροντίδα (βλ. Κεφάλαια 4 και 5) (Grumbach et al., 1998). Ιστορίες όπως της Polly μπορεί να επαναφέρουν ένα μέρος απ' την ιστορική αίγλη του θεσμού· αυτή η αίγλη έχει χαθεί ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι, στα πλαίσια της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, οι gatekeepers σταμάτησαν να παραπέμπουν ασθενείς για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο Peter Franks και οι συνάδελφοί του (1992) περιγράφουν το gatekeeping ως «βασική λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας,» που ορίζεται ως «η διαδικασία κατά την οποία ταιριάζουμε τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών με τη συνετή χρήση των υπηρεσιών υγείας.» Ο πάροχος της φροντίδας που αναλαμβάνει να παραπέμψει για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κριθεί αναγκαίο είναι

...ένας σύμμαχος που μπορεί να προστατέψει τους ασθενείς απ' τις πιθανές παρενέργειες της άσκοπης φροντίδας, και...ένα άτομο που λαμβάνει εξαιρετικά σημαντικές αποφάσεις και μπορεί να εξασφαλίσει τη σωστή χρήση των πόρων και των υπηρεσιών υγείας (Franks et al., 1992).

Αυτή η άποψη για το ρόλο των gatekeepers συμφωνεί με την κύρια οργανωτική πρόκληση στην παροχή φροντίδας υγείας, που είναι η εξασφάλιση ότι ο κάθε ασθενής λαμβάνει «τη σωστή υπηρεσία, τη σωστή στιγμή και στο σωστό μέρος.» Και ο Δρ. Wells και η κυρία Steward αναλαμβάνουν αυτόν το ρόλο απ' την άποψη ότι λειτουργούν ως παροχείς φροντίδων πρώτης επαφής, αποφασίζουν πότε μία εξειδικευμένη εκτίμηση είναι κατάλληλη και συντονίζουν την ιατρική και την προληπτική φροντίδα. Μία έρευνα των Καναδών σχετικά μ' αυτόν το ρόλο ανακάλυψε ότι τα παιδιά που υποβάλλονταν σε αμυγδαλεκτομή ήταν πιο πιθανό να υποβληθούν σ' αυτήν την επέμβαση επειδή υπήρχαν οι σωστές ενδείξεις όταν παραπέμπονταν στον ωτολαρυγγολόγο από έναν παιδίατρο απ' ότι όταν αναζητούσαν απευθείας φροντίδα απ' τον ωτολαρυγγολόγο (Roos, 1979). Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι ο επαγγελματίας υγείας που αναλαμβάνει την ευθύνη της παραπομπής μπορεί να διαδραματίσει θετικό ρόλο στην «εξασφάλιση της σωστής χρήσης των υπηρεσιών υγείας.»

Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η έρευνα πάνω στις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το ρόλο που αναλαμβάνουν ορισμένοι επαγγελματίες του συστήματος υγείας να τους παραπέμπουν για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κριθεί απαραίτητο έχει δείξει ότι οι ασθενείς θέλουν και καλή πρωτοβάθμια φροντίδα και καλή εξειδικευμένη φροντίδα. Οι ασθενείς στη συντριπτική τους πλειοψηφία επιδοκιμάζουν την αξία του να έχουν έναν προσωπικό ιατρό που μπορεί να φροντίζει για την πλειοψηφία των αναγκών τους και να συντονίζει τις υπηρεσίες που θα λάβουν μετά την παραπομπή τους, αλλά δεν εγκρίνουν

την περίπτωση που ο ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας τους περιορίζει την πρόσβασή τους στους ειδικούς ιατρούς όταν αυτοί οι ίδιοι πιστεύουν ότι χρειάζονται αυτές τις πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες (Grumbach et al., 1999).

Υπευθυνότητα για τη φροντίδα υγείας

Μέσω του HMO στον οποίο δουλεύει, 2.000 άνθρωποι έχουν εγγραφεί στη λίστα της Δρ. Lisa Service. Μία μέρα, ενώ έπιναν ποτό, η Δρ. Service βάζει στοίχημα με το συνάδελφό της, Δρ. Henry Caire, ότι μπορεί να κάνει τους 2.000 ασθενείς της υγιέστερους απ' τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα του Δρ. Caire. Αυτοί οι δύο θα συναντηθούν σ' ένα χρόνο και θα συγκρίνουν τις στατιστικές. Η Δρ. Service ανοίγει τον υπολογιστή της και ανακαλύπτει ότι έχει εξετάσει 1.200 απ' τους εγγεγραμμένους ασθενείς της τον προηγούμενο χρόνο και δεν έχει εξετάσει 800. Ο υπολογιστής της επίσης την ενημερώνει σχετικά με το ποιός έχει κάνει τεστ Παπανικολάου, μαστογραφίες, ελέγχους της αρτηριακής πίεσης και εμβόλια και ποιός έχει φροντίσει για την καλή κατάσταση του μωρού του, πότε έγιναν όλα αυτά και ποιός δεν ήλμβανε τις κατάλληλες προληπτικές υπηρεσίες. Κανονίζει ούτως ώστε κάθε μήνα η ρεσεψιονίστ της να επικοινωνεί με οποιονδήποτε απ' τους 2.000 ασθενείς οφείλει να λάβει προληπτική υπηρεσία, όπως οι ασθενείς με υπέρταση που πρέπει να ελέγξουν την αρτηριακή τους πίεση και τα άτομα με διαβήτη που χρειάζονται εκτιμήσεις του σακχάρου του αίματος. Αντίθετα, ο Δρ. Caire απλά παρέχει υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα σ' εκείνους τους ασθενείς που έρχονται να τον δουν. Στο τέλος του χρόνου, οι δύο ιατροί ζητούν από μία νοσηλεύτρια εξειδικευμένη στη βελτίωση της ποιότητας να ελέγξει τα διαγράμματά τους. Η Δρ. Service κερδίζει το στοίχημα.

Στο μοντέλο του συστήματος υγείας με λιγότερη οργάνωση, με κάθε ειδικό ιατρό να ασχολείται μ' ένα σύστημα οργάνων, η υπευθυνότητα για τη φροντίδα του ασθενούς ως συνόλου μπορεί να μην υπάρχει, ακόμα κι αν ο κάθε ειδικός ιατρός παρέχει την υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Η αντίληψη που υπάρχει ότι οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν να παραπέμπουν τους ασθενείς για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κριθεί αναγκαίο είναι σύμμαχοι των ασθενών, μπορεί να προάγει το ιδανικό της υπευθυνότητας καθιστώντας έναν πάροχο φροντίδας υπεύθυνο για την παροχή ή το συντονισμό της συνολικής φροντίδας ενός ατόμου. Ωστόσο, ακόμα και στο μοντέλο των επαγγελματιών υγείας που αναλαμβάνουν τις παραπομπές, μεγάλο μέρος της ευθύνης για τη λήψη της υπηρεσίας φέρει και ο μεμονωμένος ασθενής. Ενώ οι ιατροί και οι άλλοι παροχείς φροντίδας έχουν υποχρέωση να παρέχουν ύψιστης ποιότητας υπηρεσίες σε ασθενείς που αναζητούν φροντίδα, αυτή η υποχρέωση συνήθως δεν επεκτείνεται στον προσδιορισμό και στον προορισμό των υπηρεσιών για ασθενείς που δεν ξεκινούν μια επαφή με το σύστημα υγείας.

Τα συστήματα όπως το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) θεωρούν ότι η υπευθυνότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα εκτείνεται και πέρα απ' τις συναντήσεις με μεμονωμένους ασθενείς και περιλαμβάνει τον ευρύτερο πληθυσμό. Για παράδειγμα, όπως σημειώθηκε παραπάνω, αναμένεται απ' τους GPs να επιτύχουν καθορισμένα

ποσοστά εμβολίων μεταξύ όλων των παιδιών που είναι εγγεγραμμένα στη λίστα και τα συστήματα φροντίδας υγείας και δημόσιας υγείας συνεργάζονται ούτως ώστε να εντοπίσουν τα ίδια τους ανθρώπους που χρειάζονται εμβόλια και να οργανώσουν τα αντίστοιχα προγράμματα εμβολιασμού, αντί να περιμένουν από αυτούς να έρθουν να τα ζητήσουν.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα που προσανατολίζεται στην κοινότητα, δηλαδή το μοντέλο που χρησιμοποιεί η Δρ. Service για να κερδίσει το στοίχημά της, συστηματικά ορίζει έναν πληθυσμό ως αποδέκτη, προσδιορίζει τις ανάγκες υγείας του και αρχίζει παρεμβάσεις με βάση την κοινότητα προκειμένου να αντιμετωπίσει αυτές τις ανάγκες (Nutting, 1990). Ένα πρόσφατο παράδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας προσανατολισμένης προς την κοινότητα αποτελεί η τακτική ορισμένων ιατρικών ομάδων να καταγράφουν όλους τους ασθενείς με συγκεκριμένη χρόνια ασθένεια, για παράδειγμα, διαβήτη, και να χρησιμοποιήσουν αυτόν τον κατάλογο για να έρχονται σ' επαφή μ' ασθενείς των οποίων η ασθένεια δεν ελέγχεται σωστά (Bodenheimer et al., 2002). Οι απόπειρες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας προσανατολισμένης προς την κοινότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες συχνά εμποδίστηκαν από δυσκολίες στον καθορισμό ενός σχετικού πληθυσμού σε ένα σύστημα που προβλέπει καταβολή αμοιβής κατά πράξη και πολλούς πληρωτές, με ασαφώς καθορισμένες ευθύνες για τα άτομα που αναλαμβάνουν την παραπομπή των ασθενών για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή πρωτοβάθμια φροντίδα σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο. Επιπλέον, τα ιστορικά αυστηρά όρια ανάμεσα στις δραστηριότητες της δημόσιας υγείας και την άσκηση ιατρικής στον ιδιωτικό τομέα έχουν αναδείξει ως κυρίαρχη την άποψη ότι η φροντίδα της υγείας του πληθυσμού περιλαμβάνεται στις αρμοδιότητες των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ακριβώς όπως αναμένεται απ' τους μηχανικούς των αυτοκινήτων να βασιστούν στις ικανότητές τους για να ασχοληθούν με τα αυτοκίνητα που τους φέρνουν για επισκευή, χωρίς να θεωρούνται αυτοί υπεύθυνοι για την παράλειψη των ιδιοκτητών να φέρουν τα αυτοκίνητά τους για ρύθμιση, μερικοί θεωρούν παράλογο να περιμένουμε απ' τους ιατρούς να είναι υπεύθυνοι για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού μίας κοινότητας αντί για την κατάσταση της υγείας μεμονωμένων ασθενών που αναζητούν υπηρεσίες.

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Το βιοϊατρικό μοντέλο

Η ανάπτυξη του μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας με χαλαρότερη οργάνωση στις Ηνωμένες Πολιτείες επηρεάστηκε από αρκετούς παράγοντες. Ένας παράγοντας ήταν η υπεροχή του βιοϊατρικού μοντέλου μεταξύ των ιατρικών εκπαιδευτών και των νεαρών ιατρών σ' όλη τη διάρκεια του εικοστού αιώνα. Ο συνδυασμός αυστηρότερων κρατικών νόμων για τη χορήγηση άδειας και μίας σημαίνουσας εθνικής μελέτης, της έκθεσης Flexner του 1906, οδήγησε στην εδραίωση της ιατρικής εκπαίδευσης σε ακαδημαϊκές ιατρικές σχολές (Starr, 1982). Αυτά τα ακαδημαϊκά κέντρα αποδέχτηκαν το βιοϊατρικό παράδειγμα που αποτελούσε κληροδότημα διάσημων Ευρωπαίων μικροβιολόγων του

δέκατου ένατου αιώνα όπως ο Pasteur και ο Koch. Εγκαταλείποντας τον εμπειρισμό και το μυστικισμό που χαρακτήριζε τις πιο πολλές πρακτικές ίασης πριν απ' τον εικοστό αιώνα, το βιοϊατρικό μοντέλο καλλιέργησε μία αισιοδοξία ότι η ένωση της τεχνολογικής καινοτομίας και της πείρας στη βασική επιστήμη θα δημιουργούσε θεραπείες για τα πιο πολλά ανθρώπινα βάσανα. Το αντιμικροβιακό μοντέλο «γέννησε» την πίστη ότι κάθε ασθένεια οφείλεται σε χωριστή αιτία που μπορούμε να τη μάθουμε τελικά και ότι «μαγικές σφαίρες» μπορούν να δημιουργηθούν για να εξαλείψουν αυτές τις παηγές της ασθένειας. Οι ιατροί εκπαιδεύτηκαν για να κατέχουν τέλεια τις παθοφυσιολογικές μεταβολές σ' ένα συγκεκριμένο σύστημα οργάνων, οδηγώντας στην εξέλιξη της εξειδίκευσης (Luce & Bygny, 1979).

Αυτοί που τάσσονται υπέρ ενός ευρύτερου ρόλου των γενικών ιατρών στο σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών δεν έχουν τόσο πολύ απορρίψει τις έννοιες της επιστημονικής ιατρικής και της επαγγελματικής εξειδίκευσης όσο έχουν αποπειραθεί να διευρύνουν την ερμηνεία αυτών των όρων. Απαίτησαν μια πιο εννοποιημένη επιστημονική προσέγγιση στην κατανόηση της υγείας και της ασθένειας που να ενσωματώνει πληροφορίες σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές εμπειρίες, το οικογενειακό και πολιτισμικό περιβάλλον και το χώρο του ατόμου, καθώς και για τη φυσιολογική και ανατομική ιδιοσυστασία (Engel, 1977). Η απόπειρα πιο αυστηρού προσδιορισμού της επιστημονικής και κλινικής βάσης των γενικών ιατρών συνέβαλε στην εμφάνιση της οικογενειακής ιατρικής τη δεκαετία του 1970, ως τομέα ειδικότητας αυτοδικαίως, και το γενικό πρώτο στάδιο ειδικότητας διάρκειας 1 έτους αντικαταστάθηκε από ένα ζετές πρόγραμμα ειδικότητας και εξετάσεις για την ειδικότητα.

Οικονομικά κίνητρα

Ένας δεύτερος, σχετικός παράγοντας που επηρεάζει τη δομή των υπηρεσιών υγείας ήταν το οικονομικό κίνητρο για την εξειδίκευση των ιατρών και την επέκταση των νοσοκομείων που σταδιακά άρχισε να λαμβάνει χώρα με διάφορους τρόπους.

1. Τα ασφαλιστικά επιδόματα που πρόσφερε πρώτα το Blue Cross κάλυπταν τις νοσοκομειακές δαπάνες αλλά όχι τις ιατρικές επισκέψεις και άλλες υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς.
2. Καθώς οι υπηρεσίες των ιατρών επρόκειτο να καλυφθούν αργότερα απ' το Blue Shield και άλλα προγράμματα, αναπτύχθηκε μία αυξανόμενη διαφορά στην αποζημίωση μεταξύ των γενικών και των ειδικών ιατρών. Νέες τεχνολογικές διαδικασίες, αλλά και άλλου είδους πράξεις συχνά απαιτούσαν σημαντικό χρόνο απ' τους ιατρούς όταν εισήχθησαν για πρώτη φορά και οι υψηλότερες αμοιβές ήταν δικαιολογημένες γι' αυτές. Ωστόσο, καθώς οι νέες αυτές διαδικασίες και πράξεις έγιναν ρουτίνα, οι αμοιβές παρέμειναν υψηλές, ενώ ο χρόνος και η προσπάθεια που χρειαζόταν για να τις πραγματοποιήσουν μειώθηκε (Starr, 1982). Αυτή η κατάσταση οδήγησε σε μία αυξανόμενη διαφορά εισοδήματος μεταξύ των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και των ειδικών ιατρών (Wassenaar και Thrar, 2001). Το υφιστάμενο μέγεθος αυτών των διαφορών παρουσιάζεται στον Πίνακα 6-2.

Πίνακας 6-2. Καθαρό μέσο εισόδημα των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες, 2001.^a

Όλοι οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας	149.000\$
Όλοι οι ειδικοί ιατροί	263.000\$
Οικογενειακή ιατρική	147.000\$
Γενική εσωτερική παθολογία	149.000\$
Καρδιαγγειακές νόσοι	362.000\$
Γενική χειρουργική	258.000\$
Ορθοπεδική χειρουργική	354.000\$
Παιδιατρική	150.000\$
Μαιευτική και γυναικολογία	231.000\$

^aΑπ' την έρευνα του 2002 του Συλλόγου Ιατρικών Ομάδων πάνω στην αποζημίωση και παραγωγή των Ιατρών.

3. Η ομοσπονδιακή ανάμειξη στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας έδωσε περαιτέρω ώθηση στην επέκταση της νοσοκομειακής φροντίδας και της εξειδίκευσης. Η Πράξη Κατασκευής Νοσοκομείων Hill- Burton του 1946 διέθεσε σχεδόν 4 δισεκατομμύρια δολάρια μεταξύ του 1946 και του 1971, περισσότερο για την αύξηση της χωρητικότητας των νοσοκομείων παρά για την ανάπτυξη των περιπατητικών υπηρεσιών (Starr, 1982). Η θέσπιση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid το 1965 διαίωνεσε την παράδοση της ιδιωτικής ασφάλισης που αφορούσε στην υψηλότερη αποζημίωση των ειδικών ιατρών που προσανατολιζόταν προς τις επεμβάσεις σε σύγκριση με τους γενικούς ιατρούς. Το Medicare ενθάρρυνε κι άλλο την εξειδίκευση μέσω της πολιτικής του που περιλάμβανε επιπλέον πληρωμές στα νοσοκομεία για να καλύπτονται οι δαπάνες που σχετίζονταν με την εξειδίκευση. Οι πληρωμές της διδασκαλίας απ' το Medicare ήταν συνδεδεμένες με το επίπεδο των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε εσωτερικούς ασθενείς αλλά όχι σε εξωτερικούς, δημιουργώντας ακόμη μία προκατάληψη ενάντια στην εκπαίδευση πάνω στην πρωτοβάθμια φροντίδα με βάση τον πληθυσμό της κοινότητας.

Η ανάπτυξη των νοσοκομείων και η ιατρική εξειδίκευση ήταν αλληλένδετες έννοιες. Καθώς η άσκηση της ιατρικής έγινε πιο εξειδικευμένη και περισσότερο εξαρτώμενη απ' την τεχνολογία, ο τόπος της φροντίδας όλο και περισσότερο έπαυε να είναι το σπίτι του ασθενούς ή το ιατρείο του εκάστοτε ιατρού, αλλά το νοσοκομείο. Η έμφαση στην εκτεταμένη νοσοκομειακή φροντίδα άσκησε επίδραση στο νοσηλευτικό επάγγελμα ανάλογη μ' εκείνη που ασκήθηκε στους ιατρούς. Ο Πρώτος Παγκόσμιος Πόλεμος ήταν μία περίοδος καθοριστική όσον αφορά στη μετάβαση της νοσηλείας από έναν προσανατολισμό με βάση τον πληθυσμό της κοινότητας σε έναν προσανατολισμό με βάση το νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια του πολέμου, γνωστοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία που σημείωσαν τα στρατιωτικά νοσοκομεία των Ηνωμένων στις βάσεις του εξωτερικού στη θεραπεία σοβαρών τραυματών του πολέμου. Στο τέλος του πολέμου, η χώρα συσπειρώθηκε πίσω από μία πολιτική προώθησης του τομέα των πολιτικών νοσοκομείων. Σύμφωνα με τη Rosemary Stevens (1989):

Πριν τον πόλεμο, η δημόσια νοσηλευτική αποτελούσε κορυφαίο τομέα. Οι νοσηλευτές συνέβαλαν καθοριστικά στις εκστρατείες ενάντια στη φυματίωση και υπέρ της ευημερίας των βρεφών...Αντίθετα, ο πόλεμος έδωσε έμφαση στην υπεροχή και τη λάμψη των νοσοκομείων...

οι νοσηλεύτες, όπως και οι ιατροί, ήταν εκπαιδευμένες -και έτοιμες- ούτως ώστε να αποδώσουν μέσα σ' ένα περισσότερο εξειδικευμένο, ιατρικό περιβάλλον οξέων παθήσεων παρά να επεκτείνουν τα ενδιαφέροντά τους στην κοινωνική ιατρική και τη δημόσια υγεία (Stevens, 1989).

Επαγγελματισμός

Ο τελευταίος και, με πολλούς τρόπους πιο καθοριστικός παράγοντας που ευθύνεται για την οργανωτική εξέλιξη της παροχής υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν η φύση του ελέγχου στην οργάνωση της υγείας. Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι μοναδικές όσον αφορά στη σχετική χαλαρότητα που υπάρχει στη δημόσια ρύθμιση των πόρων υγείας. Στις περισσότερες βιομηχανοποιημένες χώρες, οι κυβερνήσεις ασκούν σημαντικό έλεγχο στην οργάνωση της υγείας μέσω μέτρων, όπως η ρύθμιση της χωρητικότητας και της τεχνολογίας των νοσοκομείων, ο καταμερισμός των θέσεων ειδικότητας στους τομείς της γενικής και της ειδικής ιατρικής και ο συντονισμός της δημόσιας υγείας με τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κυβέρνηση έχει χρηματοδοτήσει σε μεγάλο βαθμό τη φροντίδα υγείας αλλά χωρίς να συνοδεύεται από κάποιο βαθμό διοικητικού ελέγχου. Το πρόγραμμα Hill-Burton, για παράδειγμα, δεν επιχορηγούσε κατασκευή των νοσοκομείων που να εξαρτάται από οποιοδήποτε αυστηρό κοινοτικό πρόγραμμα για περιφερειακές νοσοκομειακές υπηρεσίες. Η ομοσπονδιακή αναχρηματοδότηση για την επέκταση του εργατικού δυναμικού των ιατρών δεν όριζε καμία συγκεκριμένη κατανομή εκπαιδευτικών θέσεων ανάλογα με την ειδικότητα. Το εγχείρημα της κυβέρνησης όσον αφορά στην οργάνωση της υγείας τη δεκαετία του 1970 συνήθως είχε ελάχιστη εποπτική ισχύ και ασκούσε περιορισμένο έλεγχο στην οργάνωση των υπηρεσιών.

Με τους κυβερνητικούς ελέγχους να διατηρούνται σε μεγάλο βαθμό σε απόσταση, η επαγγελματική «κυριαρχία» των ιατρών εμφανίστηκε ως η διαπρεπής αρχή στη φροντίδα υγείας (Starr, 1982). Οι κοινωνίες τοποθετούν ορισμένες ασχολίες σε ειδική κοινωνική θέση και τις θεωρούν τα «επαγγέλματα» λόγω των μοναδικών γνώσεων και ικανοτήτων που απαιτούνται απ' τα μέλη του επαγγέλματος και της προσδοκίας ότι αυτές οι γνώσεις και οι ικανότητες θα εφαρμοστούν με ευεργετικό τρόπο (Friedson, 1970, Light & Levine, 1988). Ο επαγγελματισμός συνεπώς συνδέεται με ένα κοινωνικό συμβόλαιο, γιατί σε αντάλλαγμα για το προνόμιο της αυτονομίας, οι ιατροί φέρουν την ευθύνη της ενέργειας ως οι αντιπρόσωποι του ασθενούς και ως εκ τούτου πρέπει να προβαίνουν σε ρυθμίσεις ούτως ώστε να διατηρούν την εμπιστοσύνη του κόσμου.

Η επαγγελματική θέση των ιατρών τους έδωσε ειδική εξουσία να κατευθύνουν την ανάπτυξη του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Όπως έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 2, η πληρωμή από τρίτο συμβαλλόμενο των υπηρεσιών των ιατρών καθιερώθηκε με τον έλεγχο των ιατρών των αρχικών ασφαλιστικών προγραμμάτων Blue Shield. Η γνώμη των ιατρών για την ανάγκη τεχνολογίας και μεγαλύτερης χωρητικότητας για τους εσωτερικούς ασθενείς έδωσε ώθηση στην επέκταση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.

Ποιά ήταν η φύση του επαγγέλματος που επηρέασε σε τόσο μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη της οργάνωσης της φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών; Ήταν ένα

επάγγελμα, το οποίο, λόγω της πρωτοκαθεδρίας του βιοϊατρικού παραδείγματος και της φύσης των οικονομικών κινήτρων, έκλινε προς τη νοσοκομειακή και την εξειδικευμένη φροντίδα. Δεν είναι απορίας άξιο που το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών έδωσε έμφαση στην κορυφή της πυραμίδας όπου βρίσκεται η τριτοβάθμια φροντίδα και όχι στη βάση όπου βρίσκεται η πρωτοβάθμια φροντίδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο Jeff εγκαταλείπει ένα δημοτικό forum στο τοπικό ιατρικό κέντρο μπερδεμένος. Στο forum αυτό παρουσιάστηκαν δύο ομιλητές, ένας εκ των οποίων άσκησε κριτική στο ιατρικό κέντρο με το σκεπτικό ότι δεν έχει επαφή με τις ανάγκες της κοινότητας και ο άλλος υπερασπίστηκε την προσφορά του κέντρου στην κοινωνία. Ο Jeff θεώρησε τον πρώτο ομιλητή πολύ πειστικό σχετικά με την ανάγκη να δοθεί περισσότερη προσοχή στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την πρόληψη και τη δημόσια υγεία. Ποτέ δεν είχε τακτικό ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας και η ιδέα του να έχει έναν οικογενειακό ιατρό του άρεσε. Εντυπωσιάστηκε εξίσου απ' το δεύτερο ομιλητή, του οποίου η περιγραφή του τρόπου με τον οποίο η έρευνα στο ιατρικό κέντρο είχε οδηγήσει σε θεραπεία σωτήρια για τη ζωή των παιδιών με κληρονομική αιματολογική διαταραχή ήταν πολύ συγκινητική και του οποίου η περιγραφή του προγράμματος του νοσοκομείου για ένα νέο κέντρο απεικόνισης ήταν συναρπαστική. Ο Jeff αισθάνθηκε ότι αν ποτέ αρρώσταινε σοβαρά, θα ήθελε σίγουρα όλες τις εξειδικευμένες υπηρεσίες που το ιατρικό κέντρο έπρεπε να προσφέρει.

Το επαγγελματικό μοντέλο και το βιοϊατρικό παράδειγμα είναι υπεύθυνα για πολλά απ' τα εκκυστικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Το βιοϊατρικό μοντέλο έχει προκαλέσει το σεβασμό στην επιστημονική μέθοδο και έχει βοηθήσει στον περιορισμό του ιατρικού «τσαρλατανισμού». Ο επαγγελματισμός έχει οδηγήσει τους ιατρούς να λειτουργούν ως αντιπρόσωποι που ενεργούν με γνώμονα το καλύτερο συμφέρον των ασθενών τους και έχει κάνει την άσκηση της ιατρικής κάτι παραπάνω από απλά μία ακόμα επιχείρηση. Η επέκταση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων σημαίνει ότι τα άτομα με ασφάλιση υγείας έχουν άνετη πρόσβαση στις υπηρεσίες της τριτοβάθμιας φροντίδας και τη νέα τεχνολογία. Οι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν απ' τις γνώσεις, τις ικανότητες και τη διαθεσιμότητα πολλών και διαφορετικών ειδικών ιατρών. Σε πολλές περιπτώσεις, το σύστημα είναι καλά οργανωμένο ούτως ώστε να παρέχει τη «σωστή φροντίδα». Για έναν ασθενή με καρδιογενές σοκ, το σωστό μέρος είναι μία μονάδα εντατικής θεραπείας και για έναν ασθενή με αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, το ιατρείο ενός οφθαλμίατρου είναι το σωστό μέρος.

Ωστόσο, επικρατεί μία ευρέως διαδεδομένη ανησυχία ότι παρά τα οφέλη της βιοϊατρικής επιστήμης και του ιατρικού επαγγελματισμού, το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών χάνει επικίνδυνα την ισορροπία του. Ένα μοντέλο υπεροχής που εστιάζει στην εξειδίκευση, την τεχνολογία και τη θεραπευτική ιατρική έχει οδηγήσει σε σχετική απροσεξία στις βασικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων αναγκών όπως η πρόληψη της ασθένειας και η υποστηρικτική φροντίδα για ασθένειες με χρόνιες και ανίατες ασθένειες. Η αξία που παίρνει ο ατομικισμός και η

αυτονομία για τους επαγγελματίες και τα ιδρύματα ιατρικής φροντίδας έχει συνεισφέρει σ' ένα πλουραλιστικό σύστημα παροχής, στο οποίο η φροντίδα είναι συχνά τμηματική και χωρίς συντονισμό. Ένα σύστημα που θαυμάζει τους ειδικούς ιατρούς που επικεντρώνονται στα συστήματα οργάνων και τους ερευνητές που επικεντρώνονται στη διάσπαση των γονιδίων έχει προκαλέσει φόβο μήπως το σύστημα υγείας κατά κάποιον τρόπο δεν αντιμετωπίζει το άτομο και την κοινότητα ως σύνολα. Το καθαρό αποτέλεσμα είναι ένα σύστημα δομημένο ούτως ώστε να οδηγείται σε θαυμαστά επιτεύγματα για τα άτομα που είναι άρρωστα αλλά με μεγάλο κόστος και συχνά χωρίς να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στο πλήρες φάσμα των αναγκών για φροντίδα υγείας του συνόλου του πληθυσμού. Μέχρι το 2004, οι ανησυχίες ότι τα θεμέλια της πρωτοβάθμιας φροντίδας της χώρας ράγιζαν ήταν πάρα πολλές στις Ηνωμένες Πολιτείες (Grumbach & Bodenheimer, 2002). Οι εντάσεις στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε συνδυασμό με το διευρυνόμενο χάσμα ανάμεσα στα εισοδήματα των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και των ειδικών ιατρών συνέβαλαν στη μείωση των αριθμών των φοιτητών ιατρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες που επιλέγουν την πρωτοβάθμια φροντίδα ως ειδικότητα.

Η κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος και του ρόλου του στον έλεγχο της χαλαρότερης πορείας της πολιτικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες μόλις πρόσφατα αμφισβητήθηκε σοβαρά. Αν και οι ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες θεωρούν από καιρό την κυβέρνηση ως την κύρια απειλή στην επαγγελματική τους αυτονομία και εξουσία, η δύναμη που ξεκίνησε να «διαβρώνει» την επαγγελματική κυριαρχία δεν ήταν η κυβέρνηση αλλά οι μεγάλοι, ιδιωτικοί οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που δυναμικά διακήρυξαν την επιρροή τους τη δεκαετία του 1990. Σ' αυτούς τους ρόλους και στις σχέσεις ισχύος που μεταβάλλονται τον τελευταίο καιρό γίνεται αναφορά με περισσότερες λεπτομέρειες στο Κεφάλαιο 16.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Benson P et al: Preventive care and overall use of services: Are they related? *Am J Dis Child* 1984;138:74.
- Bindman AB et al: Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med* 1996;11:269.
- Bodenheimer T et al: Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775, 1909.
- Bodenheimer TS: Regional medical programs: No road to regionalization. *Med Care Rev* 1969;26:1125.
- Carey TS et al: The outcomes and cost of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. *N Engl J Med* 1995;333:913.
- Charney E et al: How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. *Pediatrics* 1967;40:188.
- Dawson W: Interim report on the future provision of medical and allied services. In: Sward EW (ed): *The Regionalization of Personal Health Services*. London, Prodist, 1975.
- Engel GL: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129.
- Frances CD et al: Does physician specialty affect the survival of elderly patients with myocardial infarction? *Health Serv Res* 2000;35:1093.
- Franks P, Clancy CM, Nutting PA: Gatekeeping revisited: Protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992;327:424.
- Franks P, Fiscella K: Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 1998;47:105.
- Friedson E: *Professional Dominance: The Social Structure of Medicine*. Atherton, CA, Atherton Publishing, 1970.
- Fry J: Primary care. In: Fry J (ed): *Primary Care*. London, William Heinemann, 1980.
- Green LA et al: The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021.
- Greenfield S et al: Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. *JAMA* 1995;274:1436.
- Greenfield S et al: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992;267:1624.
- Grumbach K et al: Primary care physicians' experience of financial incentives in managed care systems. *N Engl J Med* 1998;339:1516.
- Grumbach K, Bodenheimer T: A primary care home for Americans. *JAMA* 2002;288:889.
- Grumbach K et al: Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada: Geographic access, choice, and outcomes. *JAMA* 1995;274:1282.
- Grumbach K et al: Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999;282:261.
- Grumbach K, Fry J: Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *N Engl J Med* 1993;328:940.
- Halvorson GC, Isham GJ. *Epidemic of Care*. San Francisco, Jossey-Bass, 2003.
- Harrold LR et al: Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med* 1999;14:499.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C: Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819.
- Institute of Medicine: *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, National Academy Press, 1996.
- Jollis JG et al: Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician. *N Engl J Med* 1996;335:1880.
- Light D, Levine S: The changing character of the medical profession: A theoretical overview. *Milbank Mem Fund Q* 1988;66:10.
- Luce JM, Byyny RL: The evolution of medical specialism. *Perspect Biol Med* 1979;22:377.
- Macinko J et al: The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003;38:831.
- Maeseneer JM et al: Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003;1:144.
- Menken M: Generalism and specialism revisited: The case of neurology. *Health Aff* 1988;7(5):115.
- Nutting PA (ed): *Community Oriented Primary Care: From Principle to Practice*. Albuquerque, University New Mexico Press, 1990.
- Parchman ML et al: Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2002;40:137.
- Pasko T, Smart DR: *Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 2003–2004 Edition*. Chicago, American Medical Association, 2003.

- Rivo ML et al: Defining the generalist physician's training. *JAMA* 1994;271:1499.
- Rodwin VG: *The Health Planning Predicament*. Berkeley, CA, University of California Press, 1984.
- Roos N: Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry* 1979;16:73.
- Rosenblatt RA et al: The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA* 1998;279:1364.
- Rosenblatt R et al: Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. *Am J Public Health* 1997;87:344.
- Safran DG et al: Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47:213.
- Shea S et al: Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med* 1992; 327:776.
- Shear CL et al: Provider continuity and quality of medical care: A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. *Med Care* 1983;21:1204.
- Shi L et al: The relationship between primary care, income inequality, and mortality in U.S. States, 1980–1995. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:412.
- Sidel V, Sidel R: *A Healthy State*. New York, Pantheon Books, 1983.
- Somers AR: Who's in charge here? Alice searches for a king in Mediland. *N Engl J Med* 1972;287:849.
- Starfield B: *Primary Care*. New York, Oxford University Press, 1998.
- Starr P: The social transformation of American medicine. New York, Basic Books, 1982.
- Stevens R: *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*. New York, Basic Books, 1989.
- Stewart AL et al: Primary care and patient perceptions of access to care. *J Fam Pract* 1997;44:177.
- Toner R: The family doctor is rarely in. *New York Times*, February 6, 1994.
- Wachter RM, Goldman L: The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med* 1996; 335:514.
- Wassenaar JD, Thrar SL: *Physician Socioeconomic Statistics, 2000–2002 Edition*. Chicago, American Medical Association, 2001.
- Wasson JH et al: Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. *JAMA* 1984;252:2413.
- Weiss LJ, Blustein J: Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86:1742.
- Welch WP et al: Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* 1993; 328:621.
- White KL, Williams F, Greenberg BG: The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885.
- Wood RA: Pediatric asthma. *JAMA* 2002;288:745.

Οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας II

7

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, εξετάσαμε ορισμένες γενικές αρχές της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα επίπεδα της φροντίδας, η παροχή υπηρεσιών κατά περιφέρεια, οι ρόλοι των ιατρών και η ροή των ασθενών μέσα στο σύστημα. Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει πιο προσεκτικά τις πραγματικές δομές του συστήματος υγείας, με έμφαση στον τρόπο άσκησης της ιατρικής.

Έχει γίνει συχνή αναφορά στο παραδοσιακό μοντέλο του ιατρικού λειτουργήματος στις Ηνωμένες Πολιτείες, που χαρακτηρίζεται από λιγότερη οργάνωση ως «οικοτεχνία» των ανεξάρτητων ιδιωτών ιατρών, που εργάζονται μόνοι τους ή σε μικρές ομάδες. Υπάρχουν διάφορες εναλλακτικές μορφές οργάνωσης στις Ηνωμένες Πολιτείες, από κοινοτικά ιατρικά κέντρα μέχρι ιατρικές ομάδες που έχουν λάβει εκ των προτέρων πληρωμή. Το παραδοσιακό μοντέλο συναγωνίζεται ένα σύστημα μεγαλύτερων ιατρικών οργανισμών και δικτύων που έχει οργανωθεί σύμφωνα με ένα πιο «συλλογικό», συνεταιρικό μοντέλο παροχής ιατρικής φροντίδας.

Η ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιατροί & Νοσοκομεία

Ο Δρ. Harvey Commoner ολοκλήρωσε την ειδικότητά του στη γενική χειρουργική το 1956. Για τα επόμενα 30 χρόνια, αυτός και ένας άηθος χειρουργός ασκούσαν την ιατρική μαζί σ' ένα προάστιο όπου κυριαρχεί η μεσαία τάξη κοντά στο Νοσοκομείο St. Peter, ένα μη κερδοσκοπικό ίδρυμα της Εκκλησίας. Ο Δρ. Commoner έηθε τα πιο πολλή περιστατικά του από γενικούς ιατρούς και παθολόγους που ανήκαν στο ιατρικό προσωπικό του St. Peter. Μέχρι το 1965, ο αριθμός των χειρουργών που πραγματοποιούσαν επεμβάσεις στο St. Peter είχε αυξηθεί. Επειδή ο Δρ. Commoner δεν ήλπιζε αρκετά περιστατικά, αυτός και ο συνεργάτης του έγιναν μέλη του ιατρικού προσωπικού του Νοσοκομείου Top Dollar, ενός κερδοσκοπικού ιδρύματος σε απόσταση 3 μιλίων και του Νοσοκομείου University στο κέντρο της πόλης. Ένα πρωί όπως πάντα ο Δρ. Commoner πήγε με το αυτοκίνητο και στα τρία νοσοκομεία για να πραγματοποιήσει επεμβάσεις ή μετεχειρητικές επισκέψεις στους ασθενείς του. Πέρασε το απόγευμα εξετάζοντας ασθενείς στο ιατρείο του. Ήταν σε βάρδια κάθε δεύτερη νύχτα και κάθε δεύτερο σαββατοκύριακο.

Ο Δρ. Commoner συμμετείχε ενεργά στην εκτελεστική επιτροπή του ιατρικού προσωπικού του St. Peter και πρότεινε συχνά να αγοράσει το νοσοκομείο καινούριο εξοπλισμό για το θάλαμο των ακτινοβοηθιών και το χειρουργείο, διότι ήταν απαραίτητος προκειμένου να συμβαδίζουν με τις εξελίξεις στη χειρουργική. Επειδή το νοσοκομείο ήλπιζε εκατοντάδες χιλιάδες δολλάριαν κάθε χρόνο για την παροχή φροντίδας στους ασθενείς του Δρ. Commoner και επειδή αυτός είχε το δικαίωμα να κάνει εισαγωγή στους ασθενείς του στο Νοσοκομείο Top Dollar ή το University, η διοίκηση του St. Peter προμηθεύτηκε τελικά τα είδη που συνιστούσε ο ιατρός. Ο διοικητής του Νοσοκομείου Top Dollar έπραττε ανάλογα.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου που ο Δρ. Commoner ασκούσε το λειτουργήμα του, το μεγαλύτερο μέρος της ιατρικής φροντίδας το παρείχαν οι ιδιώτες ιατροί που λάμβαναν αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και οι οποίοι εργάζονταν μόνοι τους ή ανήκαν σε μικρές ιατρικές ομάδες. Τα περισσότερα νοσοκομεία ήταν ιδιωτικά, μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, που μερικές φορές συνδέονταν με ένα θρησκευτικό οργανισμό και περιστασιακά με μία ιατρική σχολή και συχνά διοικούνταν από ένα ανεξάρτητο συμβούλιο διαχειριστών που αποτελούνταν από επιφανή άτομα της κοινότητας. Οι περισσότεροι ιατροί που ανήκαν σε παραδοσιακές ομάδες, οι οποίες λάμβαναν αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεν ήταν υπάλληλοι κανενός νοσοκομείου αλλά γίνονταν μέλη του ιατρικού προσωπικού ενός ή αρκετών νοσοκομείων· ως εκ τούτου, κέρδιζαν το προνόμιο της εισαγωγής ασθενών στο νοσοκομείο και κατά καιρούς αναλάμβαναν την ευθύνη να βοηθήσουν το νοσοκομείο εργαζόμενοι σε επιτροπές του ιατρικού προσωπικού ή παρέχοντας φροντίδα σε ασθενείς που βρισκόταν στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών και δεν είχαν ιατρό.

Για πολλά χρόνια, οι ιατροί αποτελούσαν την κυρίαρχη δύναμη στο νοσοκομείο, επειδή αυτοί καθόριζαν τις εισαγωγές των ασθενών, οι οποίες ως γνωστόν αποτελούν τη βασική πηγή εσόδων τους. Επειδή οι ιατροί ήταν ελεύθεροι να κάνουν εισαγωγή στους ασθενείς τους σε περισσότερα από ένα νοσοκομεία, η υπονοούμενη απειλή ότι θα επιλέξουν άλλο νοσοκομείο τους έδινε δύναμη με την οποία ασκούσαν επιρροή. Στα πλαίσια της παραδοσιακής ιατρικής που ασκούσαν βάσει του συστήματος που προέβλεπε αμοιβή κατά πράξη, οι ιατροί χρησιμοποιούσαν ανεπίσημα δίκτυα παραπομπής, που συχνά περιλάμβαναν και άλλους ιατρούς

που ανήκαν στο ιατρικό προσωπικό του ίδιου νοσοκομείου. Σε μητροπολιτικές περιοχές με υψηλές αναλογίες ειδικών ιατρών προς τον πληθυσμό, οι παραπομπές θα μπορούσαν να αποτελέσουν κρίσιμο οικονομικό ζήτημα. Οι πιο πολλοί χειρουργοί αναλάμβαναν τα περιστατικά τους κατόπιν παραπομπής από ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ή ειδικούς. Χειρουργοί, όπως ο Δρ. Commoner, που δεν ήταν άμεσα διαθέσιμοι όταν τους καλούσαν, σύντομα ανακάλυψαν ότι ο αριθμός των περιστατικών τους μειωνόταν.

Η ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΟΜΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η λιγότερο οργανωμένη δομή των ανεξάρτητων ιδιωτικών ομάδων που λάμβαναν αμοιβή για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία δεν ήταν ανέκαθεν το κυρίαρχο μοντέλο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Όταν η σύγχρονη φροντίδα υγείας θεμελιώθηκε στο πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, διάφορες δομές άρθωσαν, όπως οι ιατρικές ομάδες με πολλές ειδικότητες, τα κοινοτικά κέντρα υγείας και οι ιατρικές ομάδες που έχουν αποζημιωθεί εκ των προτέρων. Μερικές από αυτές τις δομές ευδοκίμησαν αλλά κατόπιν έπαψαν να είναι δημοφιλείς, ενώ άλλες αποτέλεσαν τη βάση του μελλοντικού συστήματος υγείας του 21^{ου} αιώνα.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΜΕ ΠΟΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ (GROUP PRACTICES)

Το 1905, η Δρ. Geraldine Giemsa έγινε μέλος του παθολογικού τμήματος της Κλινικής Mayo. Αυτή η κλινική, που διηύθυναν οι αδελφοί William και Charles Mayo, εξεισώσαν σε ένα εθνικά διάσημο κέντρο παραπομπής για χειρουργικές επεμβάσεις και «στρατολογούσε» παθολόγους, μικροβιολόγους και άλλους εξειδικευμένους διαγνωστές προκειμένου να ενισχύσουν και να υποστηρίξουν το έργο της χειρουργικής ομάδας της κλινικής. Η Δρ. Giemsa έλαβε μισθό και έγινε μέλος της ιατρικής ομάδας. Με τον καιρό, έγινε ομόρρυθμη συνέταιρος και συνιδιοκτήτρια της Κλινικής Mayo.

Μαζί με τον πατέρα τους, οι αδερφοί Mayo, οι οποίοι ήταν γενικοί ιατροί ειδικευμένοι στις χειρουργικές τεχνικές, δημιούργησαν μία ιατρική ομάδα στη μικρή πόλη του Ρότσεστερ στη Μινεσότα τη δεκαετία του 1890. Καθώς η φήμη της κλινικής υπεροχής των αδερφών αυξανόταν, στην ομάδα προστέθηκαν αρκετοί χειρουργοί και ιατροί σε ειδικότητες που προσανατολιζόνταν προς τα εργαστήρια. Μέχρι το 1929, η Κλινική Mayo είχε πάνω από 375 ιατρούς και 900 μέλη βοηθητικό προσωπικό (Starr, 1982). Αν και η κλινική πλήρωνε το ιατρικό της προσωπικό με μισθό, η ίδια η κλινική χρέωνε τους ασθενείς και αργότερα τα ασφαλιστικά προγράμματα με τρίτο συμβαλλόμενο με βάση το σύστημα καταβολής αμοιβής κατά πράξη. Η Κλινική Mayo αποτέλεσε έμπνευση για άλλες ιατρικές ομάδες που δημιουργήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπως η Κλινική Menninger στην Τοπέκα στο Κάνσας και το Ιατρικό Ίδρυμα Palo Alto στην Καλιφόρνια. Αυτές οι κλινικές ανήκαν σε ιατρούς, τις διοικούσαν ιατροί και απασχολούσαν ιατρούς διάφορων ειδικοτήτων - αυτός είναι και ο λόγος που χρησιμοποιείται γενικά ο όρος *ιατρική ομάδα με πολλές ειδικότητες* στην περιγραφή αυτού του οργανωτικού μοντέλου. Όπως συμβαίνει στην περίπτωση της Κλινικής Mayo, αυτές οι ιατρικές ομάδες με πολλές ειδικότητες ήταν καινοτόμες όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο συγκέντρωναν μεγάλο αριθμό ιατρών κάτω από μία στέγη, με σκοπό την παροχή φροντίδας.

Με την επίσημη ενσωμάτωση ειδικών ιατρών σε μία κλινική, η ιατρική ομάδα επιχείρησε να προάγει ένα είδος φροντίδας που βασιζόταν στη στενή συνεργασιμότητα. Χωρίς ισχυρό ρόλο για τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας ως συντονιστή των υπηρεσιών, το μοντέλο της ιατρικής ομάδας με τις πολλές ειδικότητες επιχείρησε να χρησιμοποιήσει την ίδια τη δομή της ομάδας ως μέσο δημιουργίας ενός περιβάλλοντος συντονισμένης φροντίδας μεταξύ των ειδικών ιατρών. Η ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας ήταν επίσης αναμενόμενη, εφόσον υπήρχαν μεγαλύτερες ευκαιρίες για επίσημη και ανεπίσημη επιθεώρηση των μελών και για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όταν οι συναδελφοί εργάζονταν μαζί και μοιράζονταν την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών. Αυτοί που ασκούσαν κριτική στην πρακτική αυτή προειδοποίησαν ότι οι μεγάλες ομάδες θα έθεταν σε κίνδυνο τη στενή σχέση μεταξύ των ασθενών και των ιατρών που είναι δυνατόν να υπάρχει όταν οι ιατροί εργάζονται μόνοι τους ή σε μικρές ομάδες. Οι μεγάλες ομάδες θα υπέβαλλαν τους ασθενείς σε ένα απρόσωπο είδος φροντίδας, στο οποίο κανένας απολύτως ιατρός δεν θα ήταν ξεκάθαρα υπεύθυνος για την ευημερία του ασθενούς.

Το 1932, η βραβευμένη με κυανή ταινία Επιτροπή για τις Δαπάνες Υγείας (The Committee on the Costs of Medical Care) συνέστησε η παροχή της φροντίδας να οργανώνεται σε μεγάλες ιατρικές ομάδες (Starr, 1982). Οι οκτώ ιατροί που διατηρούσαν ιδιωτικά ιατρεία και ήταν μέλη της επιτροπής διαφώνησαν με την πρόταση ασκώντας ξεκάθαρη κριτική στο σύστημα αυτό. Ένα άρθρο σύνταξης (editorial) στο *Περιοδικό του αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου (Journal of the American Medical Association)* ήταν ακόμα πιο καυστικό στην επίθεσή του εναντίον της αναφοράς της πλειοψηφίας της Επιτροπής:

Οι ιατροί αυτής της χώρας δεν πρέπει να παρασύρονται από ουτοπικές φαντασιώσεις μίας μορφής ιατρικής ομάδας που θα εξίσωνε όθους τους ιατρούς τοποθετώντας σε ομάδες κάτω από μία διοίκηση. Το κοινό θα ανακαλύψει εκ πείρας, όπως έχει συμβεί και σε άλλες περιπτώσεις, πως τέτοια σχέδια δεν καλύπτουν την κρυμμένη επιθυμία που έχει ο κάθε άνθρωπος για ανθρώπινη ευγένεια, ανεκτικότητα και κατανόηση. Είναι καλύτερα για τους Αμερικανούς να θεραπεύονται οι περισσότερες ασθένειές τους από τους δικούς τους ιατρούς παρά από βιομηχανίες, οργανισμούς ή κλινικές (The Committee on the Costs of Medical Care, 1932).

Αρκετές ιατρικές ομάδες με πολλές ειδικότητες ευδοκίμησαν κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ των δύο Παγκόσμιων Πολέμων και μέχρι σήμερα παραμένουν μεταξύ των συστημάτων φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες, απολαμβάνοντας συχνά μεγάλης εκτίμησης. Ωστόσο, η ιατρική ομάδα με τις πολλές ειδικότητες δεν έγινε η κυρίαρχη οργανωτική δομή. Εν μέρει, η αντίδραση σ' αυτό το μοντέλο από επαγγελματικούς συλλόγους εμπόδισε τη δυνατότητα περαιτέρω ανάπτυξής του. Επιπλέον, καθώς τα νοσοκομεία ανέλαβαν κεντρικό ρόλο στην ιατρική φροντίδα, η ιατρική ομάδα έχασε ορισμένα από τα μοναδικά της θέλγητρα. Τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να παρέχουν τις επικουρικές υπηρεσίες που χρειαζόνταν οι ιατροί για το όλο και περισσότερο εξειδικευμένο και εξαρτημένο απ' την τεχνολογία έργο της ιατρικής επιστήμης. Τα νοσοκομεία επίσης λειτουργούσαν ως οργανωτικό κέντρο για τα ανεπίσημα δίκτυα παραπομπής που αναπτύσσονταν μεταξύ

των ιατρών, οι οποίοι ήταν ανεξάρτητοι και διατηρούσαν τα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Κοινοτικά κέντρα υγείας

Μία από τις μέγιστης σημασίας εναλλακτικές λύσεις στην άσκηση της ιατρικής με αμοιβή κατά πράξη αποτελεί το κοινοτικό κέντρο υγείας, ένας απ' τους στόχους του οποίου είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας προσανατολισμένης προς την κοινότητα (βλ. Κεφάλαιο 6), δεδομένου ότι αναλαμβάνει την ευθύνη για την κατάσταση της υγείας του συνόλου της περιοχής που εξυπηρετεί. Ένα παράδειγμα ενός τέτοιου ιδρύματος ήταν ο Σύλλογος Greater Community στο Κρέστον της Αϊόβα. Ο σύλλογος ένωσε πολιτικές, θρησκευτικές, εκπαιδευτικές ομάδες και ομάδες ιατρικής φροντίδας σε ένα συντονισμένο σύστημα με βάση το κοινοτικό νοσοκομείο που εξυπηρετούσε μία περιοχή έξι κομητειών με 100.000 κατοίκους. Το πρόγραμμα έδωσε μέγιστη έμφαση στα μέτρα προληπτικής φροντίδας και στα μέτρα για τη δημόσια υγεία που εφαρμόζονται απ' τους νοσηλευτές του τομέα δημόσιας υγείας. Περιγράφοντας το σύλλογο, ο Α. E. Kerford (1919) έγραψε:

Η αρχή του Συλλόγου Greater Community είναι «Εξυπηρέτηση». Μεταξύ των αρχών της διοίκησης του νοσοκομείου ισχύει ο κανόνας ότι θα μεσοληβήσει μεγάλο διάστημα από το κατώφλι του νοσοκομείου μέχρι το χειρουργείο...Εμείς έχουμε ένα νοσοκομείο που δεν επιχειρεί να ακολουθήσει το μοντέλο των μεγάλων ιδρυμάτων της πόλης αλλιά είναι οργανωμένο έτσι ώστε να καλύπτει τις ανάγκες μιας αγροτικής συνοικίας. Τα μέλη του Συλλόγου Greater Community έχουν μάθει να θεωρούν το νοσοκομείο ως «συνεργείο», απαραίτητο μόνο σε περιπτώσεις όπου η προληπτική ιατρική δεν είχε αποτέλεσμα (Kerford, 1919).

Το 1928, η Sherry Kidd έγινε μέλος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Frontier στα Απαλάχια ως βρεφοκόμος-μαία. Με 5\$ το χρόνο οι οικογένειες μπορούσαν να γίνουν μέλη της υπηρεσίας και να λαμβάνουν φροντίδα σχετική με την εγκυμοσύνη. Η Sherry ήταν υπεύθυνη για όλες τις εγγεγραμμένες οικογένειες σε ακτίνα 100 μιλίων. Παρέπεμπε ασθενείς που παρουσίαζαν επιπλοκές σ' ένα μαιευτήρα στο Λέξινγκτον του Κεντάκι, ο οποίος ήταν ο σύμβουλος ιατρός της υπηρεσίας.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία Frontier ιδρύθηκε απ' τη Mary Breckinridge, μία εκπαιδευμένη στην Αγγλία μαία, το 1925 (Dye, 1983). Η Breckinridge οργάνωσε την υπηρεσία έτσι ώστε να καλύπτει τις ανάγκες μιας φτωχής αγροτικής περιοχής στο Κεντάκι που δεν είχε βασική ιατρική και μαιευτική φροντίδα και παρουσίαζε υψηλές αναλογίες μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία Frontier είχε πολλά από τα χαρακτηριστικά στοιχεία του μοντέλου του Κρέστον της Αϊόβα. Συγκεκριμένα, παρείχε υπηρεσίες υγείας σε περιφερειακή βάση, έτσι, ώστε να εξυπηρετούνται οι αγροτικοί πληθυσμοί, με έμφαση στην εκπαίδευση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όπως το σύστημα του Κρέστον, η υπηρεσία βασιζόταν σε νοσηλευτές για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ οι ιατροί χρησιμοποιούνταν για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας με βάση τις παραπομπές.

Αντίστοιχα με τα αγροτικά προγράμματα ήταν τα αστικά προγράμματα σε κέντρα υγείας που εστίαζαν στις υπηρεσίες υγείας για τη μητέρα και το παιδί κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της δεκαετίας του 1900 (Rothman, 1978, Stoeckle & Candib, 1969). Οι κλινικές πρωταρχικά εξυπηρετούσαν πληθυσμούς σε περιφέρειες χαμηλού εισοδήματος σε μεγάλες πόλεις και συχνά ασχολούνταν με μεγάλους πληθυσμούς μεταναστών. Όπως και στα αγροτικά συστήματα, οι νοσηλευτές του τομέα της δημόσιας υγείας έπαιξαν κεντρικό ρόλο σ' ένα οργανωτικό μοντέλο που κατευθυνόταν προς την εκπαίδευση της υγείας, τη διατροφή και την υγιεινή. Και τα αστικά και τα αγροτικά μοντέλα των κοινοτικών κέντρων υγείας έπαψαν να ασκούν επιρροή στο μέσο αυτού του αιώνα. Η νοσηλευτική στον τομέα της δημόσιας υγείας υπέστη πλήγμα στο γόητρό της, καθώς τα νοσοκομεία έγιναν το κέντρο της δραστηριότητας για την εκπαίδευση και την εξάσκηση των νοσηλευτριών (Stevens, 1989). Ένα ομαδικό μοντέλο νοσηλευτριών που συνεργάζονταν με ιατρούς έπαψε να είναι δημοφιλές κάτω από ένα σύστημα ιεραρχικών επαγγελματικών ρόλων.

Το μοντέλο του κοινοτικού κέντρου υγείας αναβίωσε το 1965, όταν η Federal Office of Economic Opportunity, η υπηρεσία που δημιουργήθηκε για να κηρύξει τον «Πόλεμο στην Ανέχεια», έθεσε σε εφαρμογή το πρόγραμμά της για τα συνοικιακά κέντρα υγείας. Οι στόχοι του προγράμματος περιλάμβαναν το συνδυασμό ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας και δημόσιας υγείας για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας των προσδιορισμένων κοινοτήτων με χαμηλό εισόδημα, τη συγκρότηση πολυκλαδικών ομάδων για την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη συμμετοχή στη διοίκηση των κέντρων υγείας από μέλη της κοινότητας.

Ο Δρ. Franklin Jefferson ήταν καθηγητής αιματολογίας σε μία καταξιωμένη ιατρική σχολή. Η διακεκριμένη του καριέρα βασιζόταν στην εργαστηριακή έρευνα, τη διδασκαλία και την ιατρική εξάσκηση στην υποειδικότητα, εστιάζοντας στην δρεπανοκυτταρική αναιμία. Ο Δρ. Jefferson ένωθε πως η εργασία του εξυπηρετούσε την κοινότητά του αλλιά και πως θα ήθελε να κάνει περισσότερα. Το 1965, με την εφαρμογή του ομοσπονδιακού προγράμματος των συνοικιακών κέντρων υγείας, άφησε το εργαστήριο στα χέρια ενός καλά εκπαιδευμένου βοηθού και άρχισε να συζητάει με νητικά στελέχη της κοινότητας στη φτωχή συνοικία, μέσα στην οποία βρισκόταν η ιατρική σχολή. Ένα χρόνο αργότερα, η εμπιστοσύνη που είχε αναπτυχθεί μεταξύ του Δρ. Jefferson και μελών της συνοικίας οδήγησε σε μία απόφαση προσέγγισης του κοσμήτορα της ιατρικής σχολής σχετικά με μία κοινή αίτηση ιατρικής σχολής-κοινότητας που αφορούσε σε κεφάλαια για τη δημιουργία ενός συνοικιακού κέντρου υγείας. Δύο χρόνια αργότερα, το κέντρο άνοιξε τις πύλες του, με το Δρ. Jefferson στη θέση του πρώτου ιατρικού διευθυντή του.

Μέχρι τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1980, 800 συνοικιακά κέντρα υγείας λειτουργούσαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μερικά διοικούσαν από νοσοκομεία, ιατρικές σχολές ή τοπικά τμήματα δημόσιας υγείας και πολλά ήταν υπό τον έλεγχο κοινοτικών ομάδων, συχνά με συμβούλια εκλεγμένα από τη συνοικία ή από τους ασθενείς που ήταν εγγεγραμμένοι στο κέντρο υγείας. Πολλά απ' τα κέντρα εκπαιδεύαν μέλη της κοινότητας, προκειμένου να «υπηρετήσουν» την

κοινοτική υγεία¹. Τα άτομα αυτά έγιναν μέλη ομάδων ιατρικής φροντίδας που συμπεριλάμβαναν νοσηλευτές του τομέα δημόσιας υγείας, ιατρούς, άτομα που εργάζονταν στον τομέα της νοητικής υγείας και εκπαιδευτές υγείας. Μερικά κέντρα υγείας πραγματοποίησαν σοβαρή απόπειρα ανάμειξης των κλινικών υπηρεσιών με δραστηριότητες δημόσιας υγείας σε προγράμματα κοινοτικά προσανατολισμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας. Παραδείγματος χάριν, το αγροτικό κέντρο υγείας στο Mound Bayou του Μισισσιππή βοήθησε στην οργάνωση μιας συνεργατικής φάρμας, με σκοπό τη βελτίωση της διατροφής στην κομητεία, τη δημιουργία φρεάτων με σκοπό την παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού και την εκπαίδευση κατοίκων της κοινότητας έτσι, ώστε να γίνουν επαγγελματίες στον τομέα της υγείας.

Τα συνοικιακά κέντρα υγείας συνέβαλαν σημαντικά σε πολλούς τομείς. Με τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών χαμηλού εισοδήματος που βρίσκονταν στην εντατική, τα κέντρα μπόρεσαν να μειώσουν τη νοσηλεία και τις επισκέψεις των ασθενών τους στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών. Τα συνοικιακά κέντρα υγείας επίσης είχαν κάποια επιτυχία όσον αφορά στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας της κοινότητας, ιδιαίτερα μειώνοντας τους δείκτες θνησιμότητας των βρεφών και των νεογνών μεταξύ των Αφρο-αμερικανών (Geiger, 1984).

Παρά το γεγονός ότι σημειώθηκαν αυτές οι επιτυχίες, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, τα συνοικιακά κέντρα υγείας έπεσαν σε πολιτική δυσμένεια και η χρηματοδότησή τους έπαψε να ενθαρρύνεται απ' την ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Συνεπώς, τα κέντρα υγείας αναγκάστηκαν να παράγουν εισόδημα μέσω της χρέωσης ασθενών και ασφαλιστών (κυρίως των προγραμμάτων Medicare και Medicaid). Ωστόσο, η ενέργεια και η αφοσίωση των ατόμων που οργάνωναν την ιατρική φροντίδα σ' όλη τη χώρα μεταμόρφωσε εκατοντάδες κοινοτικά κέντρα υγείας (συνοικιακά κέντρα υγείας, κλινικές για τους μετανάστες εργάτες σε αγροτικές περιοχές, κλινικές για τους αστέγους και κλινικές για τους μετανάστες) σε οικονομικά βιώσιμους οργανισμούς που λειτουργούν ως «δίχτυ ασφαλείας» (Schaufler & Wollin, 1996). Το 2003, περίπου 900 κοινοτικά κέντρα υγείας σε 3.000 μέρη εξυπηρετούσαν 10 εκατομμύρια ανθρώπους, πολλοί εκ των οποίων δεν είχαν ασφάλιση υγείας.

Προπληρωμένες ιατρικές ομάδες και HMOs

Από ιστορική άποψη, η εναλλακτική λύση στις μικρές ομάδες, που έχουν ως βάση τα ιατρεία τους και λαμβάνουν αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες η οποία αποτέλεσε την κύρια πρόκληση για εκείνο το παραδοσιακό μοντέλο, ήταν η ιατρική ομάδα που έχει πληρωθεί εκ των προτέρων, η οποία ήταν ένα από τα μοντέλα, στα οποία βασίστηκε ο σύγχρονος οργανισμός υγείας.

Το 1929, η Κλινική Ross-Loos άρχισε να παρέχει υπηρεσίες υγείας για τους εργαζόμενους του Τμήματος Ύδατος και Ενέργειας του Λος Άντζελες σε προπληρωμένη βάση. Μέχρι το 1935, στην κλινική είχαν εγγραφεί 37.000 εργαζόμενοι και τα προστατευόμενα μέλη αυτών από τους οποίους ο καθένας πλήρωνε 2\$ το μήνα για μία καθορισμένη λίστα

υπηρεσιών. Επίσης, το 1929, ένας ιδεαλιστής ιατρός, ο Δρ. Michael Shadid οργάνωσε έναν ιατρικό συνεταιρισμό στο Ελκ Σίτι της Οκλαχόμα, βασισμένο σε τέσσερις αρχές: την ιατρική ομάδα, την προπληρωμή, την προληπτική ιατρική και τον έλεγχο απ' τους ασθενείς που ήταν μέλη του συνεταιρισμού. Στα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1940 ιδρύθηκαν πάνω από εκατό αγροτικοί ιατρικοί συνεταιρισμοί, πολλοί από τους οποίους στο Τέξας, αλλά έπαψαν να είναι δημοφιλείς, εν μέρει λόγω της άκαμπτης αντίστασης των εκπροσώπων της «οργανωμένης ιατρικής». Στη δεκαετία του 1950, μία άλλη εκδοχή της κατευθυνόμενης από τους ενδιαφερόμενους προπληρωμένης ιατρικής ομάδας προέκυψε στα Απαλάτσια, όπου οι Ηνωμένοι Εργάτες Ορυχείων καθιέρωσαν κλινικές στις οποίες η ιατρική ασκούνταν από ομάδες ιατρών και οι οποίες διοικούνταν απ' το σωματείο· η κάθε κλινική λάμβανε ένα χρηματικό ποσό από το ταμείο ιατρικής φροντίδας που ελεγχόταν απ' το σωματείο και χρηματοδοτούσαν απ' τη βιομηχανία άνθρακα. Εν τω μεταξύ, ο Σύλλογος για την Ομαδική Υγεία της Ουάσιγκτον (Group Health Association of Washington, DC) είχε οργανωθεί το 1937 ως ιατρική ομάδα που είχε προπληρωθεί, της οποίας το συμβούλιο εξελέγη από τα μέλη του συνεταιρισμού. Μερικά χρόνια αργότερα, στο Σιάτλ, ο Συνεταιρισμός για την Ομαδική Υγεία του Πάτζετ Σάουντ (Group Health Cooperative of Puget Sound) απέκτησε το δικό του νοσοκομείο, άρχισε να αναπτύσσεται και μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970 είχε 200.000 μέλη, ένας αριθμός που αντιστοιχούσε στο ένα πέμπτο του πληθυσμού της περιοχής του Σιάτλ. Το 1947, το Ασφαλιστικό Πρόγραμμα Υγείας της Νέας Υόρκης άρχισε να εφαρμόζεται, με 22 ιατρικές ομάδες και μέσα σε 10 χρόνια, τα μέλη έφτασαν τα 500.000 (Starr, 1982).

Η πιο επιτυχημένη απ' τις προπληρωμένες ιατρικές ομάδες που εμφανίστηκαν στις δεκαετίες του 1930 και του 1940 ήταν το Πρόγραμμα Υγείας Kaiser. Το 1938, ένας χειρουργός, ο Sidney Garfield, ξεκίνησε την παροχή προπληρωμένων ιατρικών υπηρεσιών στους υπαλλήλους του μεγαλοβιομήχανου Henry J. Kaiser, οι οποίοι εργάζονταν στο Φράγμα Κούλι στην Πολιτεία της Ουάσιγκτον. Αντί να λαμβάνει μισθό από τον Kaiser, ο Garfield λάμβανε εκ των προτέρων ένα καθορισμένο ποσό για κάθε υπάλληλο, ένα καθεστώς που αποτελούσε πρόδρομο της σύγχρονης κατά κεφαλήν αποζημίωσης. Ο Kaiser μετέφερε αυτή την αντίληψη σε 200.000 εργάτες στα ναυπηγεία του και στα χαλυβουργεία του στη Δυτική Ακτή κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (Starr, 1982, Garfield, 1970). Μ' αυτόν τον τρόπο, η χρηματοδοτούμενη απ' την εταιρεία φροντίδα υγείας σε μία απομακρυσμένη περιοχή οδήγησε στη σημερινή πιο πρόσφορη εναλλακτική λύση στην άσκηση ιατρικής που βασιζόταν στο σύστημα της κατά πράξης αποζημίωσης. Το πρόγραμμα Kaiser άρχισε να απευθύνεται στο ευρύ κοινό μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Μέχρι το 1997, το Kaiser είχε εγκαταστάσεις σε πολλές πόλεις των Ηνωμένων Πολιτειών και είχε πάνω από οκτώ εκατομμύρια μέλη.

Τα σύγχρονα συστήματα-«απόγονοι» του μοντέλου Kaiser και του μοντέλου καταναλωτικού συνεταιρισμού έχουν αρκετά και σημαντικά κοινά χαρακτηριστικά. Αντί να διαιωνίζουν το διαχωρισμό ανάμεσα στα ασφαλιστικά προγράμματα και τους παροχείς φροντίδας, αυτά τα μοντέλα επιχειρούν να εντάξουν τη χρηματοδότηση και την παροχή φροντίδας σε μια ενιαία οργανωτική δομή. Η καταβολή ασφαλιστρού υγείας σ' αυτή την προσέγγιση δεν σημαίνει απλά ότι ένας τρίτος συμβαλλόμενος πληρωτής

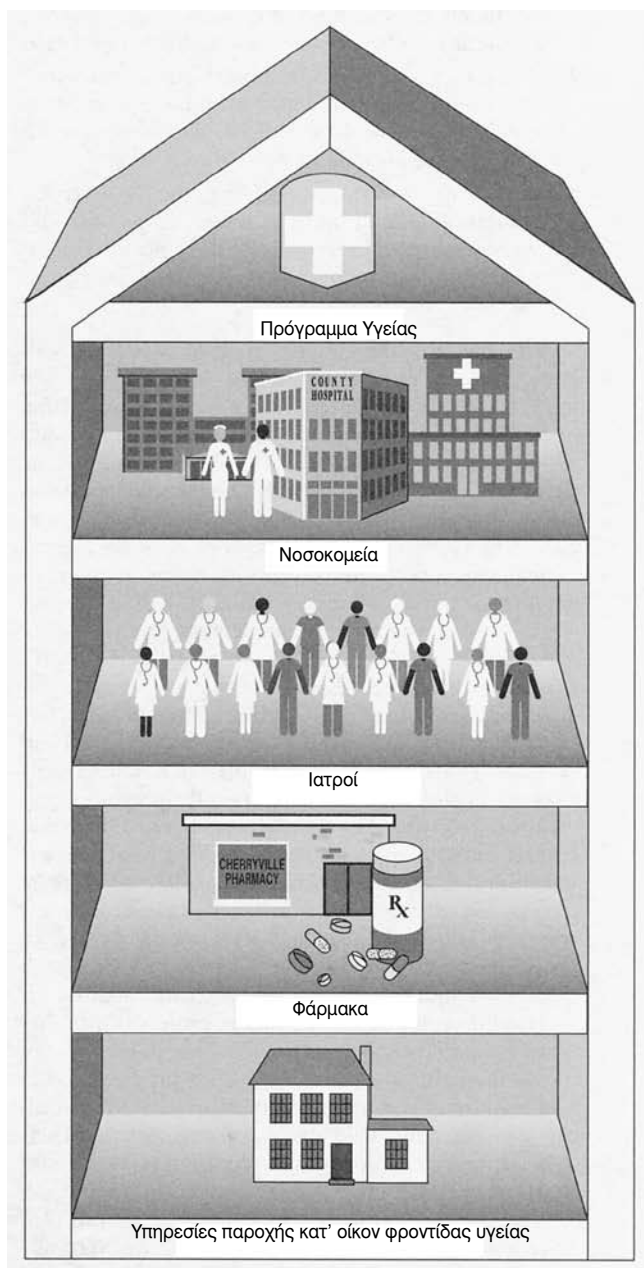
1 Τα άτομα αυτά απασχολούνταν σε νοσοκομεία, κοινοτικά κέντρα υγείας, σε οργανισμούς κοινωνικών υπηρεσιών, και αποτελούσαν συνδετικό κρίκο μεταξύ της κοινότητας και του συστήματος δημόσιας φροντίδας υγείας. Πρόσφεραν συμβουλές και προέβλλαν την αξία της υγείας.

θα εξοφλήσει ένα μέρος ή όλες τις δαπάνες της φροντίδας που παρέχεται από μεμονωμένους ιατρούς, αλλά ότι το ασφάλιστρο χρησιμεύει στην απευθείας αγορά, εκ των προτέρων, υπηρεσιών υγείας από ένα συγκεκριμένο σύστημα φροντίδας. Αυτή είναι η έννοια της «προπληρωμένης» φροντίδας που αποτελεί μία συνιστώσα του μοντέλου της προπληρωμένης ιατρικής ομάδας. (Όπως έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 2, το πρόγραμμα του Νοσοκομείου Baylor τη δεκαετία του 1930 αποτελούσε ανάλογη προσπάθεια ανάπτυξης ενός μοντέλου προπληρωμένης νοσοκομειακής φροντίδας). Η δεύτερη συνιστώσα είναι η φροντίδα που παρέχεται από μία μεγάλη ομάδα ιατρών, που εργάζονται στα πλαίσια μίας κοινής διοικητικής δομής - η παράμετρος

της «ομαδικής άσκησης του λειτουργήματος» στην προπληρωμένη ιατρική ομάδα.

Τα συστήματα, όπως το πρόγραμμα Kaiser και ο Συνεταιρισμός για την Ομαδική Υγεία του Πάτζετ Σάουντ αναφέρονταν συχνά ως «προπληρωμένες ιατρικές ομάδες» μέχρι τη δεκαετία του 1970, όταν η ορολογία άλλαξε στα πλαίσια μίας πολιτικής προσπάθειας να προωθήσουν στο κοινό και στο Κογκρέσο αυτό το μοντέλο φροντίδας ως το βασικό και πιο ενδιαφέρον χαρακτηριστικό των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας στο πλαίσιο της διακυβέρνησης Νίξον. Ο Paul Ellwood, ένας ιατρός απ' τη Μινεσότα και σύμβουλος της κυβέρνησης Νίξον πρότεινε οι προπληρωμένες ιατρικές ομάδες να αναφέρονται ως «οργανισμοί διατήρησης της

Κάθετα Ενοποιημένο Σύστημα



Σχήμα 7-1. Η κάθετη ενοποίηση συσπειρώνει τις υπηρεσίες υγείας κάτω από μια οργανωτική στέγη.

υγείας» (Health Maintenance Organizations-HMOs) (Ellwood et al., 1971, Starr, 1982). Αυτή η αλλαγή ονόματος ήταν σχεδιασμένη εν μέρει προκειμένου να αποκοπούν απ' την πολιτική κληρονομιά της προπληρωμένης ιατρικής ομάδας, μία κληρονομιά που χαρακτηριζόταν απ' τη δημαγωγία των συνεταιριστικών προγραμμάτων και ήταν ζημιωμένη από τη συνήθη κριτική που ασκούσε η «οργανωμένη ιατρική» στην προπληρωμένη ιατρική ομάδα ως «σοσιαλιστική απειλή». Ο όρος διατήρηση της υγείας προέκυψε, για να δηλώσει ότι αυτά τα συστήματα θα έδιναν μεγαλύτερη έμφαση στην προληπτική φροντίδα σε σχέση με το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο. Αν και οι HMOs αρχικά ήταν συνώνυμοι της προπληρωμένης ιατρικής ομάδας, μέχρι τη δεκαετία του 1980, προέκυψαν αρκετές παραλλαγές των προγραμμάτων τους, που απείχαν απ' την παραδοσιακή αυτή οργανωτική δομή. Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται περιγραφή του μοντέλου Kaiser, προκειμένου να δοθεί μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα του οργανισμού υγείας (HMO) πρώτης γενιάς και κατόπιν γίνεται αναφορά στους HMOs δεύτερης γενιάς, που είναι γνωστοί ως ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι (independent practice associations-IPAs) ή ως δίκτυο οργανισμών υγείας (network HMOs).

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΩΤΗΣ ΓΕΝΙΑΣ & ΚΑΘΕΤΗ ΕΝΟΠΙΟΗΣΗ: ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ KAISER-PERMANENTE

Ο Mario Fuentes ήταν καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια. Αυτός και η οικογένειά του ήταν εγγεγραμμένοι στο Πρόγραμμα Υγείας Kaiser και το πανεπιστήμιο πλήρωνε το ασφάλιστρο για την οικογένειά του. Ο Καθηγητής Fuentes κάποτε είχε σπάσει την κλείδα του και για το κάταγμα αυτό πήγε στην κλινική επείγουσας φροντίδας στο Νοσοκομείο Kaiser στο Όουκλαντ. Σε άλλες περιπτώσεις δεν είχε κάνει χρήση των εγκαταστάσεων του προγράμματος Kaiser. Η κυρία Fuentes υπέφερε από ρευματοειδή αρθρίτιδα και ο ιατρός της ήταν ένας έμμισθος ρευματολόγος στην Ιατρική Κλινική Permanente, στην ιατρική ομάδα στην οποία εργάζονται οι ιατροί του προγράμματος Kaiser. Ένας απ' τους γιούς του Fuentes, ο Juanito, είχε εμπλακεί σ' ένα αυτοκινητικό ατύχημα ένα χρόνο νωρίτερα κοντά σε μία πόλη 90 μίλια μακριά από το σπίτι του. Είχε διακομισθεί σε μία τοπική αίθουσα επείγοντων περιστατικών και είχε πάρει εξιτήριο. Το Kaiser είχε πληρώσει το λογαριασμό, επειδή δεν ήταν διαθέσιμη καμία εγκατάσταση του Kaiser στην πόλη. Τρεις μέρες μετά την επιστροφή στο σπίτι, ο Juanito εμφάνισε οξεία κεφαλαλγία, καθώς και μία νωθρότητα. Μεταφέρθηκε στην κλινική επείγουσας φροντίδας, έκανε αξονική τομογραφία και διαπιστώθηκε ότι πάσχε από υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Αμέσως διακομίστηκε στο περιφερειακό κέντρο νευροχειρουργικής του Kaiser στο Ρέντγουντ Σίτι της Καλιφόρνια, όπου υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση για να απορροφηθεί το αιμάτωμα.

Η Δρ. Roberta Short είχε ανάμικτα συναισθήματα σχετικά με την εργασία στο πρόγραμμα Kaiser. Της άρεσαν οι ώρες, ο μισθός και η ύπαρξη ελάχιστων διοικητικών καθηκόντων. Ιδιαίτερα της άρεσε να εργάζεται στο ίδιο κτίριο με άλλους γενικούς ιατρούς, παθολόγους και ειδικούς ιατρούς, γεγονός που της έδινε την ευκαιρία για συχνές συζητήσεις πάνω σε διαγνωστικά και θεραπευτικά

προβλήματα. Ωστόσο, δεν χαιρόταν που εξέταζε 5 ή 6 ασθενείς την ώρα. Αυτός ο ρυθμός της άφηνε ελάχιστο χρόνο για να μιλήσει στους ασθενείς ή να πραγματοποιήσει σημαντικά τηλεφωνήματα σε ασθενείς ή ειδικούς ιατρούς. Ήταν δύσκολο για τους ασθενείς της Δρ. Short να κλείσουν ραντεβού μαζί της και ήταν ακόμα δυσκολότερο να κανονίσουν άμεσα ραντεβού με ειδικούς ιατρούς που ήταν εξίσου απασχολημένοι μ' αυτήν. Επιπλέον, οι κανόνες για την έκδοση παραπεμπτικών για αξονική τομογραφία και άλλες ακριβές εξετάσεις ήταν αυστηροί, αν και σε γενικές γραμμές λογικοί. Γενικά, η Δρ. Short αισθανόταν ότι το πρόγραμμα Kaiser λειτουργούσε καλά, αλλά χρειαζόταν περισσότερους ιατρούς ανά εγγεγραμμένο ασθενή.

Το Πρόγραμμα Φροντίδας Υγείας Kaiser-Permanente αποτελεί το μεγαλύτερο HMO της χώρας που απαρτίζεται από προπληρωμένες ιατρικές ομάδες. Αποτελείται από τρεις αλληλένδετες διοικητικές μονάδες:

1. Το Πρόγραμμα Υγείας του Ιδρύματος Kaiser, το οποίο λειτουργεί ως ασφαλιστής υγείας, δηλαδή αναλαμβάνει την εγγραφή και ασχολείται και με άλλες παραμέτρους της χρηματοδότησης της φροντίδας,
2. Την Εταιρεία Νοσοκομείων του Ιδρύματος Kaiser, στην οποία ανήκουν και η οποία διοικεί τα νοσοκομεία του προγράμματος Kaiser (τα ίδια άτομα ανήκουν στα διοικητικά συμβούλια του Προγράμματος Υγείας και της Εταιρείας των Νοσοκομείων), και
3. Την Ιατρική Ομάδα Permanente, δηλαδή τον οργανισμό των ιατρών που διοικεί την ιατρική ομάδα και παρέχει ιατρικές υπηρεσίες στα μέλη του προγράμματος Kaiser στα πλαίσια ενός συμβολαίου κατά κεφαλήν αποζημίωσης με το πρόγραμμα Kaiser (Luft, 1987).

Το οργανωτικό μοντέλο που χαρακτηρίζει τον οργανισμό υγείας Kaiser- Permanente έχει γίνει γνωστό ως κάθετη ενοποίηση (Vertical integration). Η κάθετη ενοποίηση αναφέρεται στη συνένωση κάτω από ένα οργανωτικό πλαίσιο και κοινή ιδιοκτησία όλων των επιπέδων φροντίδας, από την πρωτοβάθμια μέχρι την τριτοβάθμια φροντίδα, και των εγκαταστάσεων και του προσωπικού που είναι απαραίτητο προκειμένου να παρέχουν πλήρη φροντίδα (Σχήμα 7-1). Αν και οι δομές διαφέρουν κάπως στα περιφερειακά προγράμματα υγείας του Kaiser, οι περισσότερες περιφερειακές μονάδες του Kaiser-Permanente έχουν τα δικά τους νοσοκομεία και κλινικές, μισθώνουν τους νοσηλευτές και το προσωπικό που επανδρώνει αυτές τις εγκαταστάσεις και συμβάλλονται με μία μόνο μεγάλη ιατρική ομάδα (την Ιατρική Ομάδα Permanente) ούτως ώστε να εξυπηρετούν αποκλειστικά ασθενείς που καλύπτονται από το πρόγραμμα υγείας Kaiser.

Ο οργανισμός υγείας Kaiser διαφέρει από τα παραδοσιακά μοντέλα καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο πληρώνει τους ιατρούς (μισθός) και τα νοσοκομεία (σφαιρικός προ-ϋπολογισμός). Επίσης διαφέρει στον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Πιο φανερή είναι η προπληρωμένη ιατρική ομάδα που έρχεται σε αντίθεση με την παραδοσιακή μορφή της ανεξάρτητης ιδιωτικής άσκησης της ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών. Επιπλέον, ο Kaiser συνήθως παρείχε υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας σε επιλεγμένο αριθμό εξειδικευμένων κέντρων και σε περιφερειακή-τοπική βάση. Για παράδειγμα, ο οργανισμός υγείας Kaiser της

Βόρειας Καλιφόρνια έχει συγκεντρώσει όλες τις υπηρεσίες νευροχειρουργικής φροντίδας μόνο σε δύο νοσοκομεία. Οι ασθενείς με τραύματα του νωτιαίου μυελού, όγκους στον εγκέφαλο και άλλες καταστάσεις νευροχειρουργικής φύσεως παραπέμπονται σ' αυτά τα κέντρα από άλλα νοσοκομεία του οργανισμού Kaiser της Βόρειας Καλιφόρνια. Η κατανομή των ειδικοτήτων στο ιατρικό προσωπικό στην Ιατρική Ομάδα Permanente είναι περίπου μισοί γενικοί ιατροί και μισοί ειδικοί ιατροί. Οι περισσότερες περιφέρειες έχουν επίσης ενσωματώσει και άτομα που δεν είναι ιατροί, όπως νοσηλεύτες και βοηθούς ιατρών στην ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Πολλοί παρατηρητές θεωρούν ότι αυτή η ικανότητα συνοχικού σχεδιασμού και οργάνωσης των υπηρεσιών με βάση τις περιοχές αποτελεί πολύ ισχυρό σημείο των συστημάτων που βασίζονται στην κάθετη ενοποίηση (Σχήμα 7-1). Σε αντίθεση με μία δημόσια περιφερειακή αρχή υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένας οργανισμός υγείας, όπως το πρόγραμμα Kaiser-Permanente, δεν φέρει ευθύνη για το σύνολο του πληθυσμού μίας περιοχής, αλλά αυτά τα ιδιωτικά, κάθετα ενοποιημένα συστήματα στις Ηνωμένες Πολιτείες όντως αναλαμβάνουν την ευθύνη της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών σ' έναν πληθυσμό μελών του προγράμματος. Η προπληρωμένη εγγραφή στο πρόγραμμα Kaiser επιτρέπει τον προσανατολισμό της φροντίδας του εν λόγω προγράμματος στην υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΕΝΙΑΣ & «ΔΥΝΑΜΙΚΗ² ΕΝΟΠΙΟΗΣΗ»: ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ

Το τηλέφωνο χτύπησε στις 3:15π.μ. Ήταν το τμήμα επειγόντων περιστατικών. «Έχουμε έναν ασθενή του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου Good Health, ονόματι Buster, με σοβαρό τραύμα στο πόδι. Μπορείτε να εγκρίνετε την επίσκεψη;» Η Δρ. Monica Byrne ήταν πάρα πολύ ενοχλημένη. Η κατάσταση αυτή επικρατούσε κάθε νύχτα που ήταν σε βάρδια. Ανόητα αιτήματα από την αίθουσα επειγόντων περιστατικών, για να χορηγηθεί άδεια εξέτασης ενός ασθενούς που προφανώς χρειαζόταν να εξεταστεί. Στις 3:45 π.μ. τηλεφώνησαν εκ νέου από την αίθουσα επειγόντων περιστατικών. «Ο Buster έχει κάταγμα στην κνήμη. Ποιον ορθοπεδικό θέλετε;» «Δεν ξέρω,» απάντησε βράζοντας από μέσα της η Δρ. Byrne, «εξαρτάται ποιος είναι στη λίστα παραπομπής του Good Health. Δεν κοιμάμαι με τη λίστα κάτω από το μαξιλάρι μου. Καθίστε οποιονδήποτε. Θα ξεκαθαρίσουμε την κατάσταση το πρωί.»

Τα προβλήματα της Δρ. Byrne δεν είχαν τελειώσει. Ο Buster τηλεφώνησε στις 6 π.μ. «Ο ορθοπεδικός που με εξέτασε χτες τη νύχτα δεν βρίσκεται στη λίστα του Good Health που έχω. Τι πρέπει να κάνω;» Ο διευθυντής του ιατρείου της ιατρικής ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας της Δρ. Byrne αφιέρωσε 2 ώρες εκείνο το πρωί, προκειμένου να λάβει έγκριση από το σύλλογο Good Health για την ορθοπεδική εκτίμηση που έλαβε χώρα στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών από ιατρό που δεν ήταν εγγεγραμμένος στη λίστα του συλλόγου, να

τηλεφωνήσει σε τέσσερις ορθοπεδικούς του Good Health προτού βρει κάποιον που θα εξέταζε το Buster εκείνη την ημέρα και να μιλήσει στο τηλέφωνο με τους υπεύθυνους του Good Health και το Buster επτά ακόμα φορές για τις σωστές επείγουσες εξουσιοδοτήσεις και οδηγίες προς τον ασθενή. Όπως είπε η Δρ. Byrne στο επτάχρονο παιδί της κατά τη διάρκεια του δείπνου εκείνο το βράδυ, «Ένα παιδί θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα καλύτερο σύστημα απ' αυτό.»

Το 1954, ο ιατρικός σύλλογος στην Κομητεία San Joaquin στην Καλιφόρνια δυσφορούσε για το ενδεχόμενο το πρόγραμμα Kaiser να εφαρμοστεί και στην κομητεία. Οι ασθενείς των ιδιωτικών ιατρών που κατέβαλλαν αμοιβή για τις παρεχόμενες σ' αυτούς υπηρεσίες ίσως εγγράφονταν στο Kaiser χαμηλότερου κόστους και τα εισοδήματα των ιατρών θα μειώνονταν. Γεννήθηκε μια ιδέα: προκειμένου να συναγωνιστεί το Kaiser, δημιουργήθηκε το Ίδρυμα για την Ιατρική Φροντίδα του San Joaquin, με σκοπό να συμβληθεί με εργοδότες για μηνιαία πληρωμή ανά μέλος. Κατόπιν, το ίδρυμα θα κατέβαλλε στους ιατρούς μειωμένες αμοιβές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και θα διενεργούσε επιθεωρήσεις και ελέγχους πληρωμών, για να αποθαρρύνει την υπερβολική φροντίδα (Starr, 1982). Υπήρχε η ελπίδα ότι το πρόγραμμα θα μείωνε τις δαπάνες στους εργοδότες που θα επέλεγαν το ίδρυμα αντί για το πρόγραμμα Kaiser. Το Ίδρυμα για την Ιατρική Φροντίδα του San Joaquin αποτέλεσε τον πρώτο ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο.

Όταν η Πράξη του 1973 για τους ΗΜΟς θεσπίστηκε ως νόμος, ως αποτέλεσμα της μεταρρυθμιστικής πολιτικής για την ιατρική φροντίδα του Προέδρου Νίξον, οι οργανισμοί υγείας που βασίζονταν στο μοντέλο του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου συμπεριλήφθησαν μαζί με τις προπληρωμένες ιατρικές ομάδες στους νόμιμους οργανισμούς υγείας. Ο νόμος περί οργανισμών υγείας έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη τους απαιτώντας από μεγάλες και μεσαίες επιχειρήσεις, που παρείχαν ασφάλιση υγείας στους υπαλλήλους τους, να προσφέρουν τουλάχιστον έναν οργανισμό υγείας που να πληροί τις ομοσπονδιακές προϋποθέσεις ως εναλλακτική λύση στην παραδοσιακή ασφάλιση που προβλέπει καταβολή αμοιβής για κάθε πράξη, εφόσον βέβαια υπήρχε ένας τέτοιος οργανισμός υγείας στην περιοχή (Starr, 1982). Η οργάνωση των ΗΜΟς που βασίζονταν στο μοντέλο του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου ήταν πολύ ευκολότερη σε σχέση μ' αυτήν των προπληρωμένων ιατρικών ομάδων. Ένας ιατρικός σύλλογος της κομητείας ή ένας κρατικός ιατρικός σύλλογος, ένα νοσοκομείο ή μία ασφαλιστική εταιρεία θα μπορούσε εύκολα να εντάξει τους ιατρούς, που ασκούσαν το λειτουργημά τους στην κοινότητα, λάμβαναν αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και είχαν ως βάση το ιατρείο τους, σ' έναν ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο και, ως εκ τούτου, να δημιουργήσει τη βάση για έναν ΗΜΟ. Οι ιατροί θα μπορούσαν επίσης να συνεχίζουν να εξετάζουν τους ασθενείς τους που δεν ανήκαν στον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Η ένταξη των οργανισμών υγείας με τη μορφή των ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων στη νομοθεσία του 1973 διασφάλισε ότι η δράση τους θα έδινε έμφαση σε αλλαγές στον τρόπο αποζημίωσης των ιατρών και των νοσοκομείων, αλλά δεν θα επέφερε ραγδαίες μεταβολές στον παραδοσιακό τρόπο παροχής της ιατρικής φροντίδας.

Μερικοί από τους πρώτους ΗΜΟς που βασίζονταν στο μοντέλο του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου, οργανώθηκαν βάσει του μοντέλου πληρωμής δύο επιπέδων, στο οποίο έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 4. Σύμφωνα μ' αυτό το μοντέλο,

ένας οργανισμός υγείας συμβάλλεται με πολλούς ανεξάρτητους ιατρούς, προκειμένου να παρέχεται φροντίδα στα μέλη του. Μερικοί οργανισμοί υγείας που βασιζόνταν στο μοντέλο του ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου εξελίχθηκαν σε μοντέλα που εφαρμόζουν πληρωμή τριών επιπέδων, ενώ ο οργανισμός υγείας δεν συμβάλλεται απευθείας με ανεξάρτητους ιατρούς, αλλά με μεγάλη ομάδα ιατρών. Αυτές οι ομάδες μπορεί να έχουν διάφορες μορφές. Μία απ' αυτές, ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος, απευθύνεται σ' ένα δίκτυο ιατρών που συμφωνούν να συμμετέχουν σε ένα σύλλογο, με σκοπό να συμβληθούν με ΗΜΟs και άλλα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (managed care plans). Οι ιατροί παραμένουν ιδιοκτήτες των ιατρείων τους, τα οποία και διοικούν. Ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος λειτουργεί ως μέσο διαπραγμάτευσης και διαχείρισης των συμβολαίων με τους οργανισμούς υγείας, δέχεται την κατά κεφαλήν πληρωμή από αυτούς και κατανέμει τα έσοδα στους ιατρούς-μέλη του. Ο σύλλογος διατηρεί το εσωτερικό του δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας και ειδικών ιατρών, ανεξάρτητα από το πρόγραμμα του ΗΜΟ του ασθενούς.

Σε αντίθεση με τη ρύθμιση ανάμεσα στο πρόγραμμα Kaiser και την Ιατρική Ομάδα Permanente, οι ιατροί μπορούν να υπογράψουν συμβάσεις με πολυάριθμους οργανισμούς υγείας και ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους. Το αποτέλεσμα αυτής της πιο «ανοιχτής» σχέσης μεταξύ οργανισμών υγείας και ιατρών είναι ότι μία σειρά από ομάδες ιατρών στην ίδια κοινότητα μπορούν να αναλάβουν, εν μέρει αλλά όχι τελείως, ασθενείς που καλύπτονται από διαφορετικούς οργανισμούς υγείας.

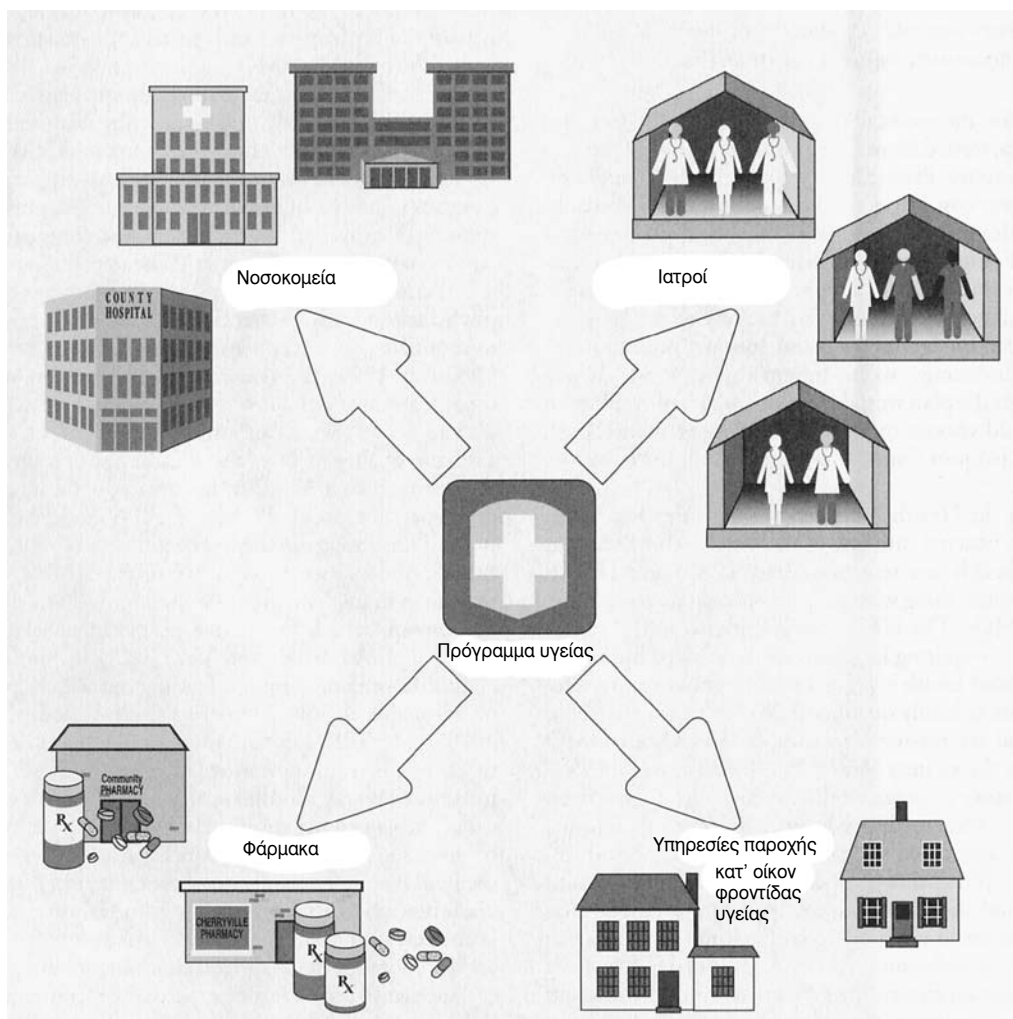
Οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι έκαναν κάτι περισσότερο από το να παίζουν απλά το ρόλο του μεσίτη ανάμεσα στους ιατρούς και τους οργανισμούς υγείας, αντικαθιστώντας την υποχρέωση που αναλάμβαναν οι ιατροί να διαπραγματεύονται συμβόλαια σε ατομική βάση. Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1980 και 1990, οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι ανέλαβαν μεγαλύτερο οικονομικό ρίσκο για τη φροντίδα (βλ. Κεφάλαια 4 και 5) και συμμετείχαν πιο ενεργά στην έγκριση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, στην εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το ποιοί ιατροί μπορούν να συμμετέχουν στον ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο. Σε αντίθεση με το μοντέλο του ΗΜΟ που βασιζόταν στην προπληρωμένη ιατρική ομάδα, ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλλογος δημιουργεί τα εξοργιστικά περιστατικά που αντιμετωπίζει η Δρ. Byrne. Ένας ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας που μπορεί να εξετάζει ασθενείς από αρκετούς οργανισμούς υγείας και να συμμετέχει σε περισσότερους από έναν ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, συχνά ανακαλύπτει ότι ένας ειδικός ιατρός ή ένα νοσοκομείο συμμετέχει στην ομάδα ιατρών για έναν οργανισμό υγείας ή ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο αλλά όχι για άλλον, προκαλώντας έτσι διάσπαση και σύγχυση, όταν έρχεται η στιγμή να αποφασιστεί ποιος ειδικός ιατρός ή νοσοκομείο πληροί τις προϋποθέσεις, ώστε να δεχτεί παραπομπή ασθενούς (Bodenheimer, 2000α). Πολλοί ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι εφαρμόζουν την τακτική, στην οποία έγινε αναφορά στο Κεφάλαιο 6, βάσει της οποίας ένας ιατρός αναλαμβάνει την παραπομπή για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα, όταν κρίνει πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο και απαιτεί από τους ασθενείς να εγγραφούν στη λίστα ενός ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας ο οποίος πρέπει να ξεκινήσει και να συντονίσει το σύνολο της φροντίδας υγείας του ασθενούς. Αυτός ο ρόλος του ιατρού να αναλαμβάνει την παραπομπή για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα, όταν κρίνει πως κάτι

τέτοιο είναι απαραίτητο, δίνει έμφαση στην ανάλυση των δαπανών, με αποτέλεσμα ο ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να λειτουργεί περισσότερο ως παράγοντας περιορισμού της πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα παρά ως παράγοντας διευκόλυνσης της πρόσβασης στις απαραίτητες υπηρεσίες και ως φορέας προώθησης της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας.

Μία άλλη δομή σχετική με τους οργανισμούς υγείας δεύτερης γενιάς είναι η ενοποιημένη ιατρική ομάδα. Οι ενοποιημένες ιατρικές ομάδες έχουν πιο «σφιχτή» οργανωτική δομή σε σχέση με τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και αποτελούνται από ομάδες, στις οποίες οι ιατροί δεν είναι πλέον ιδιοκτήτες των ιατρείων τους και δεν τους ανήκουν πλέον τα περιουσιακά τους στοιχεία, αλλά γίνονται υπάλληλοι ενός οργανισμού που έχει την ιδιοκτησία και τη διαχείριση των ιατρείων και της πελατείας τους. Μερικές σύγχρονες ενοποιημένες ομάδες είναι ό,τι έχει απομείνει από την αρχική κατηγορία των ιατρικών ομάδων με πολλές ειδικότητες, όπως η Κλινική Mayo και το Ιατρικό Ίδρυμα Palo Alto, για τα οποία έγινε αναφορά νωρίτερα. Άλλες ομάδες δεν έχουν την ιστορία αυτών των κλινικών και αποτελούνται από νέους οργανισμούς που δημιουργήθηκαν την εποχή της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Μερικοί από αυτούς τους νεότερους οργανισμούς δημιουργήθηκαν από μεγάλες εταιρείες που είχαν σκοπό το κέρδος, αγόραζαν τα ιατρεία πρώην ανεξάρτητων ιατρών και προσλάμβαναν αυτούς τους ιατρούς, για να εργαστούν ως υπάλληλοι της ιατρικής ομάδας (Robinson & Casalino, 1996). Όντας παρεμφερείς με τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους, οι ενοποιημένες ιατρικές ομάδες συμβάλλονται με πολλαπλά προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας.

Οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι και οι ενοποιημένες ιατρικές ομάδες αντιπροσωπεύουν μία εναλλακτική λύση στον κάθετο ενοποιημένο οργανισμό υγείας. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 7-2, οι σχέσεις που διαμορφώνονται στο πλαίσιο της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας εμπλέκοντας τους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και τις ιατρικές ομάδες, αποτελούνται από ένα δίκτυο συμβάσεων μεταξύ των οργανισμών υγείας και των αυτόνομων ιατρικών ομάδων, νοσοκομείων και άλλων μονάδων-παροχών φροντίδας, αντί για το μοντέλο της κάθετης ενοποίησης, βάσει του οποίου «τα πάντα βρίσκονται κάτω από την ίδια στέγη». Οι παρατηρητές έχουν ονομάσει τις δικτυακές μορφές ιδιωτικού οργανισμού παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης «δυναμική ενοποίηση», δηλώνοντας μ' αυτό μία ενοποίηση των υπηρεσιών με βάση τις συμβατικές σχέσεις αντί για τη συγκεντρωτική ιδιοκτησία (Robinson & Casalino, 1996). Σ' αυτά τα δυναμικά ενοποιημένα συστήματα, οι οργανισμοί υγείας δεν παρέχουν απευθείας υπηρεσίες υγείας μέσω των δικών τους νοσοκομείων και ιατρικών οργανισμών.

Για πολλά χρόνια, οι πολιτικοί αναλυτές προέβλεπαν ότι η οργανωτική αποτελεσματικότητα και συνοχή των κάθετα ενοποιημένων οργανισμών υγείας πρώτης γενιάς θα οδηγούσε αυτά τα συστήματα φροντίδας στην υπεροχή, καθώς η φροντίδα υγείας έμπαινε σε πιο ανταγωνιστική εποχή. Αυτές οι προβλέψεις δεν έχουν επαληθευτεί, αφού η εγγραφή σε δυναμικά ενοποιημένα συστήματα έχει ξεπεράσει την αντίστοιχη των παραδοσιακών οργανισμών υγείας. Οι τιμές των ασφαλιστών για μερικούς δυναμικά ενοποιημένους οργανισμούς υγείας έχουν πέσει κάτω από εκείνες για το Kaiser και άλλους παλιότερους οργανισμούς υγείας. Μερικοί παρατηρητές απέδωσαν αυτή την ανταγωνιστική επιτυχία στη μεγαλύτερη ευελιξία αυτών των νεότερων ΗΜΟs που



Σχήμα 7-2. Η ουσιαστική ενοποίηση περιλαμβάνει δεσμούς με συμβάσεις μεταξύ των οργανισμών υγείας και των ιατρικών ομάδων, των νοσοκομείων και των άηθλων μονάδων παροχέων.

ανταποκρίνονται πιο γρήγορα σε μία μεταβαλλόμενη αγορά υπηρεσιών υγείας με το να αναδιαπραγματεύονται γρήγορα συμβόλαια και, κάνοντας σκληρά παζάρια με τα νοσοκομεία και τις ιατρικές ομάδες, να πετυχαίνουν σημαντικές μειώσεις στις αμοιβές (Robinson & Casalino, 1996). Αυτοί οι οργανισμοί υγείας επίσης είναι απαλλαγμένοι από τις μακροπρόθεσμες επενδυτικές δαπάνες που συνοδεύουν την ουσιαστική ιδιοκτησία των νοσοκομείων και των ιατρικών ομάδων. Πρόσφατο θύμα της πολιτικής μειωμένης πληρωμής των δυναμικά ενοποιημένων οργανισμών υγείας είναι οι ιατρικοί οργανισμοί που δέχτηκαν τις χαμηλές τιμές της κατά κεφαλήν πληρωμής απ' αυτούς τους οργανισμούς υγείας. Πολλοί ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι και ενοποιημένες ιατρικές ομάδες κήρυξαν πτώχευση τη χρονική περίοδο 1998-2000. Αυτοί οι οργανισμοί είχαν επωμιστεί μεγάλο μέρος του οικονομικού κινδύνου της παροχής φροντίδας, αλλά δεν κατάφεραν να διατηρήσουν τις δαπάνες τους στα πλαίσια του προϋπολογισμού (Bodenheimer, 2000β).

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν την απροθυμία πολλών ασθενών να εγκλωβιστούν σ' ένα περιορισμένο δίκτυο

ιατρών και νοσοκομείων στα συμβατικά προγράμματα των οργανισμών υγείας, οι ασφαλιστές ανέπτυξαν ένα υβριδίο οργανισμού υγείας. Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος, ένας ασθενής μπορεί να έχει έναν πάροχο φροντίδας που δεν ανήκει στο δίκτυο παροχέων του HMO, αλλά, καταβάλλοντας μεγάλο μέρος της πληρωμής απευθείας. (Στα πλαίσια μίας συνηθισμένης πολιτικής των οργανισμών υγείας, ο ασθενής θα έπρεπε να καταβάλει το πλήρες κόστος των υπηρεσιών από έναν πάροχο εκτός προγράμματος.) Μία ακόμα πιο χαλαρή ρύθμιση υπάρχει στα προγράμματα υγείας των οργανισμών που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία (βλ. Κεφάλαιο 4). Όπως τα προγράμματα-υβρίδια HMOs, οι οργανισμοί PPOs ενθαρρύνουν τα μέλη τους να χρησιμοποιούν ιατρούς και νοσοκομεία που υπάγονται στο επιλεγμένο δίκτυό τους απαιτώντας υψηλότερες απευθείας πληρωμές για τη χρήση παροχέων εκτός προγράμματος. Όμως, σε αντίθεση με τους οργανισμούς υγείας που εφαρμόζουν το πρόγραμμα-υβρίδιο, οι οργανισμοί PPOs καταβάλλουν στις συμβαλλόμενες ομάδες παροχέων τους αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

τους και δεν μεταβιβάζουν τον οικονομικό κίνδυνο στους ιατρούς και τα νοσοκομεία. Οι παροχές στο δίκτυο των οργανισμών που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία δέχονται να λαμβάνουν μειωμένες αμοιβές από το πρόγραμμα υγείας ως την ελπίδα ότι το να είναι εγγεγραμμένοι απ' το πρόγραμμα υγείας ως «προτιμώμενοι» παροχές θα προσελκύσει περισσότερους στην ομάδα τους. Μέχρι το 2003, πάνω από εκατό εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες εγγράφηκαν σε PPOs, σε σύγκριση με τα εβδομήντα δύο εκατομμύρια στους HMOs. Ο γενικός όρος *διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας (managed care)* αναφέρεται στα προγράμματα και των PPOs και των HMOs.

ΘΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ-ΤΟΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;

Η ένταση γίνεται πιο ισχυρή ανάμεσα στην ιατρική ομάδα ως «οικοτεχνία» μικρών και ανεξάρτητων παροχών και την «εταιρική» μορφή της άσκησης της ιατρικής που βασίζεται σε μεγαλύτερα και ενοποιημένα συστήματα φροντίδας. Η χρήση του όρου *εταιρικός* δεν υπονοεί απαραίτητα πως είναι ανάγκη οι ιατρικές ομάδες να αποτελούν ιδιοκτησία εμπορικών και κερδοσκοπικών οργανισμών. Πολλές αρχικές προπληρωμένες ιατρικές ομάδες αναπτύχθηκαν με βάση ένα συνεργατικό μοντέλο υπό τον έλεγχο του καταναλωτή. Η λέξη *εταιρικός*, μ' αυτήν την έννοια, αναφέρεται σε οργανωτικές δομές στην παροχή ιατρικής φροντίδας που έχουν ικανοποιητικό μέγεθος και διοικητικό πεδίο, ώστε να χαρακτηριστούν ως οργανισμοί και όχι ως ομάδες ανεξάρτητων ιατρικών με χαλαρές οργανωτικές δομές. Οι εταιρικοί οργανισμοί μπορεί να κυμαίνονται από ένα κοινοτικό κέντρο υγείας που απασχολεί μερικούς μόνο επαγγελματίες του τομέα της υγείας, μέχρι έναν οργανισμό υγείας με χιλιάδες υπαλλήλους, που έχει στην ιδιοκτησία του αρκετά νοσοκομεία, ακόμα και στο μέγεθος ολόκληρου του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (British National Health Service-NHS). Μία από τις βασικές ανησυχίες όσον αφορά στα πιο εταιρικά μοντέλα φροντίδας υγείας είναι ότι το μικρό μπορεί να είναι καλύτερο, όταν πρόκειται για παροχή υπηρεσίας σε προσωπικό επίπεδο, όπως η ιατρική φροντίδα. Ένα από τα πιο προσφιλή χαρακτηριστικά της ποιοτικής φροντίδας υγείας είναι η σχέση ανάμεσα σ' έναν ανεξάρτητο παροχέα φροντίδας και έναν ασθενή. Υπάρχουν αρκετοί φόβοι μήπως, καθώς η ιατρική φροντίδα οργανώνεται σε μεγαλύτερες μονάδες, η φροντίδα θα γίνει πιο απρόσωπη. Χειριστές του πίνακα και συστήματα τηλεφωνητή σε κλινικές και οργανισμούς υγείας μπορεί να αντικαταστήσουν τη γνώριμη ρεσεψιονίστ στην άλλη άκρη της γραμμής, όταν μια οικογένεια τηλεφωνεί για ένα παιδί με πυρετό. Μόλις απαντηθεί η κλήση, μπορεί να κανονιστεί και να εξετάσει το παιδί ο «γιατρός της ημέρας» του τμήματος επείγουσας φροντίδας αντί για τον προσωπικό οικογενειακό ιατρό.

Ο κοινωνιολόγος David Mechanic (1976) συγκέντρωσε μερικά από τα αντισταθμίσιμα που μπορεί να προκύψουν καθώς τα συστήματα οδηγούνται προς μεγαλύτερες οργανωτικές δομές όπως οι οργανισμοί υγείας:

Οι οργανισμοί υγείας μπορεί να θεωρηθούν ως μεγάλες αθυσίδες καταστημάτων, όπως το Sears, το Penneys ή το Wards, που προωθούν ιατρικές υπηρεσίες αντί για

καταναλωτικά αγαθά. Όπως γνωρίζουν οι πελάτες τους, τα ψώνια σε αθυσίδες καταστημάτων έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Οι πελάτες νιώθουν κάποια σιγουριά πως τέτοια καταστήματα πουλάνε προϊόντα σε τιμές γενικά ανταγωνιστικές. Επιπλέον, πολλή διαφορετικά προϊόντα μπορεί να αγοραστούν στο ίδιο μέρος... Ωστόσο, είναι συχνά δύσκολο να βρεις προσωπικό του καταστήματος για να προωθήσεις μια πώληση, οι πωλητές συνήθως αγνοούν τα προϊόντα που προωθούν και οι καταναλωτές μπορεί να δαπανήσουν λίγο χρόνο και να απογοητευτούν (Mechanic, 1976).

Η κριτική για τα πολυκαταστήματα δεν είναι εντελώς αδικαιολόγητη. Σύμφωνα με μελέτες σχετικά με τις προτιμήσεις των ασθενών, η ικανοποίηση είναι η πλέον υψηλή, όταν η φροντίδα λαμβάνεται σε μικρά ιατρεία αντί για μεγάλες κλινικές εγκαταστάσεις (Rubin et al., 1993). Μία μελέτη ανακάλυψε πως οι ασθενείς έδιναν μεγαλύτερους βαθμούς σε ιατρούς με ιατρείο που λάμβαναν αμοιβή κατά πράξη παρά σε οργανισμούς υγείας με προπληρωμένες ιατρικές ομάδες και σε προγράμματα ανεξάρτητων ιατρικών συλλόγων, όσον αφορά στη δυνατότητα πρόσβασης στη φροντίδα, στη συνέχεια και την πληρότητα της φροντίδας (Safran et al., 1994). Ωστόσο, οι ιατροί σε προπληρωμένες ιατρικές ομάδες φαίνεται να κινητοποιούνται πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με τους ιατρούς στους ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και στις μικρές ομάδες που λειτουργούν ως «οικοτεχνίες» προκειμένου να υιοθετήσουν σύγχρονα εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας, όπως τα πιο συγκροτημένα συστήματα σχεδιασμού και συνέχισης της φροντίδας ασθενών με διαβήτη και άλλες χρόνιες ασθένειες (Grumbach et al., 2002). Για τους ιατρούς, τα πιο οργανωμένα συστήματα φροντίδας προσφέρουν το πλεονέκτημα των πιο τακτικών ωρών εργασίας και της λιγότερης ταλαιπωρίας, αλλά έχουν το μειονέκτημα της απώλειας του ελέγχου όσον αφορά στις συνθήκες εργασίας τους και της ευκαιρίας να είναι ο καθένας το αφεντικό στην εργασία του.

Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάστηκε το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ως ένα οργανωτικό μοντέλο που αποτελεί υπόδειγμα περιφερειακής δομής στην παροχή υπηρεσιών υγείας, βασισμένης στην πρωτοβάθμια φροντίδα (βλ. επίσης Κεφάλαιο 14). Παρόλες τις ενοχλητικές γραφειοκρατικές του πλευρές, το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) έχει με πολλούς τρόπους ελαχιστοποιήσει την «ατμόσφαιρα» του πολυκαταστήματος με το να παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω μικρών και αποκεντρωμένων ομάδων γενικών ιατρών και άλλων παροχών φροντίδας για το πρώτο επίπεδο φροντίδας.

Τρομερές εντάσεις εξακολουθούν να υπάρχουν στις Ηνωμένες Πολιτείες ανάμεσα στην έντονη δραστηριότητα προς οργανωμένα συστήματα φροντίδας και τη διατήρηση μίας λιγότερο οργανωμένης «οικοτεχνίας» ιατρικής φροντίδας. Μέχρι το 2001 ο ενθουσιασμός για πιο ενοποιημένα συστήματα φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες φαινόταν να μειώνεται. Όχι μόνο έχαναν έδαφος οι κάθετα ενοποιημένοι HMOs σε σχέση με τα δυναμικά ενοποιημένα δικτυακά μοντέλα οργανισμών υγείας, αλλά και η εγγραφή σε προγράμματα οργανισμών που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία ξεπερνούσε την εγγραφή σε όλες τις μορφές των οργανισμών υγείας. Η αντίδραση των καταναλωτών και των επαγγελματιών υγείας ενάντια στις περιοριστικές μορφές της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που κατευθύνεται από εμπορικά συμφέροντα ωθού-

σε τις Ηνωμένες Πολιτείες προς ένα λιγότερο συγκροτημένο οργανωτικό μοντέλο. Παραμένουν τα ερωτήματα σχετικά με το αν αυτή η τάση προαναγγέλλει την επιστροφή σ' αυτό που αναφέραμε στο Κεφάλαιο 6 ως «τη διάσπαση, το χάος και την αταξία» που μερικοί παρατηρητές είχαν αποδώσει στο παραδοσιακό αμερικανικό σύστημα ή αν ένα πιο συνεκτικό μοντέλο φροντίδας μπορεί ακόμα να προκύψει στις Ηνωμένες Πολιτείες. Εν μέσω της αναταραχής του παρόντος συστήματος υγείας θα σημειώσουν πρόοδο οι Ηνωμένες Πολιτείες όσον αφορά στην ανάπτυξη των θετικών αρχών της οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας που περιγράφηκαν λεπτομερώς στο Κεφάλαιο 6;

Θα παρέχεται φροντίδα στους ασθενείς στο κατάλληλο επίπεδο φροντίδας, δηλαδή πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια; Θα ρυθμίζεται η ροή των ασθενών ανάμεσα σ' αυτά τα επίπεδα με μεθοδικό τρόπο εντός κάθε γεωγραφικής περιοχής, δηλαδή θα υπάρχει περιφερειακή δομή; Θα είναι διαθέσιμοι αρκετοί παροχείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως ιατροί που ασκούν γενική ιατρική, βοηθοί των ιατρών και νοσηλεύτες, ώστε όλοι στις Ηνωμένες Πολιτείες να μπορούν να έχουν μία τακτική πηγή πρωτοβάθμιας φροντίδας που λαμβάνει υπόψη τη συνοχή και το συντονισμό της φροντίδας; Θα απαιτούν οι οργανισμοί υγείας και οι οργανισμοί που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία από τους ιατρούς τους να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την υγεία του εγγεγραμμένου πληθυσμού τους ή θα είναι πρόθυμοι οι ιατροί να φροντίζουν οποιονδήποτε περνάει την πόρτα τους; Ποιό αποτελεί το ιδανικό σύστημα παροχής φροντίδας; Διαφορετικοί άνθρωποι θα έδιναν διαφορετικές απαντήσεις. Όραμα αποτελεί ένα σύστημα στο οποίο οι άνθρωποι θα επιλέγουν τους δικούς τους παροχείς πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μικρές και αποκεντρωμένες προπληρωμένες ιατρικές ομάδες που θα συνδέονται με κοινοτικά νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών των ειδικών ιατρών που παρέχουν δευτεροβάθμια φροντίδα. Τα δύσκολα περιστατικά θα μπορούσαν να παραπέμπονται στο ακαδημαϊκό κέντρο τριτοβάθμιας φροντίδας στην περιοχή. Στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ομάδες παροχών φροντίδας υγείας θα προσπαθούσαν να παρέχουν υπηρεσίες σε όσους τις αναζητούν και επιπλέον θα ασχολούνταν με την κατάσταση της υγείας του συνόλου του πληθυσμού που καλύπτεται απ' την κάθε ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bodenheimer T: California's beleaguered physician groups—will they survive? *N Engl J Med* 2000b;342:1064.
- Bodenheimer T: Selective chaos. *Health Aff* 2000a;19(4):200.
- The Committee on the Costs of Medical Care: Editorial. *JAMA* 1932;99:1950.
- Dye NS: Mary Breckinridge, the Frontier Nursing Service and the introduction of nurse-midwifery in the United States. *Bull Hist Med* 1983;57:485.
- Ellwood PM et al: Health maintenance strategy. *Med Care* 1971;9:291.
- Garfield SR: The delivery of medical care. *Sci Am* 1970;222:15.
- Geiger HJ: Community health centers: Health care as an instrument of social change. In: Sidel VW, Sidel R (eds): *Reforming Medicine*. New York, Pantheon Books, 1984.
- Grumbach K et al: California Physicians 2002: Practice and Perceptions. San Francisco, CA, California Workforce Initiative at the UCSF Center for the Health Professions, December 2002. Available at http://www.futurehealth.ucsf.edu/pdf_files/Phass2.pdf
- Kepford AE: The Greater Community Association at Creston, Iowa. *Mod Hosp* 1919;12:342.
- Luft HS: *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*. New York, John Wiley & Sons, 1981.
- Mechanic D: *The Growth of Bureaucratic Medicine*. New York, John Wiley & Sons, 1976.
- Robinson JC, Casalino LP: Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Aff* 1996;15:7.
- Rothman SM: *Woman's Proper Place: A History of Changing Ideals and Practices*. New York, Basic Books, 1978.
- Rubin HR et al: Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. *JAMA* 1993;270:835.
- Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH: Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. *JAMA* 1994; 271:1579.
- Schauffler HH, Wolin J: Community health centers under managed competition: Navigating uncharted waters. *J Health Polit Policy Law* 1996;21:461.
- Starr P: *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982.
- Stevens R: *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*. New York, Basic Books, 1989.
- Stoeckle JD, Candib LM: The neighborhood health center: Reform ideas of yesterday and today. *N Engl J Med* 1969;280:1385.

Επώδυνος έναντι ανώδυνου ελέγχου των δαπανών υγείας

Ο Δρ. Joshua Worthy είναι επικεφαλής του νευρολογικού τμήματος ενός μεγάλου ΗΜΟ τύπου προσωπικού (staff-model) και λειτούργει ως ο εκπρόσωπος των ιατρών στην εκτελεστική επιτροπή του οργανισμού. Ένα εθνικό πρόγραμμα υγείας μόλις θεσπίστηκε, το οποίο επιβάλλει υποχρεωτικούς ελέγχους δαπανών. Ο προϋπολογισμός του οργανισμού υγείας για την ερχόμενη χρονιά θα παραμείνει στα επίπεδα της φετινής χρονιάς. Τα προηγούμενα χρόνια, η επίσημη αύξηση του προϋπολογισμού του οργανισμού κατά μέσο όρο ήταν 12%.

Ο γενικός διευθυντής του προγράμματος υγείας ξεκινάει τη συνεδρίαση της επιτροπής αναστενάζοντας και λέγοντας: «Αυτές οι περικοπές είναι δρακόντιες! Προκειμένου να προσεγγίσουμε τα νέα όρια του προϋπολογισμού, πρέπει να κάνουμε περικοπές προσωπικού και να περιορίσουμε την εφαρμογή τεχνολογιών που σώζουν ζωές. Οι ασθενείς θα υποφέρουν.» Ένα μέλος των καταναλωτών απαντά «Όλοι γνωρίζουμε πως υπάρχει υπερβολή στο σύστημα. Στην εφημερίδα τις προάλλες υπήρχε άρθρο σχετικά με το γεγονός ότι τα ποσοστά επεμβάσεων στην πλάτη είναι διπλάσια σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο. Και αν πρόκειται να μιλήσουμε για περικοπές, ίσως πρέπει να ξεκινήσουμε από την εξέταση του μισθού σας και του αριθμού των διοικητών που εργάζονται εδώ. Δεν είμαι και τόσο σίγουρος πως οι ασθενείς πρέπει να υποφέρουν απλά και μόνο επειδή υιοθετούμε τα λογικά όρια δαπανών που εφαρμόζονται στις περισσότερες χώρες.»

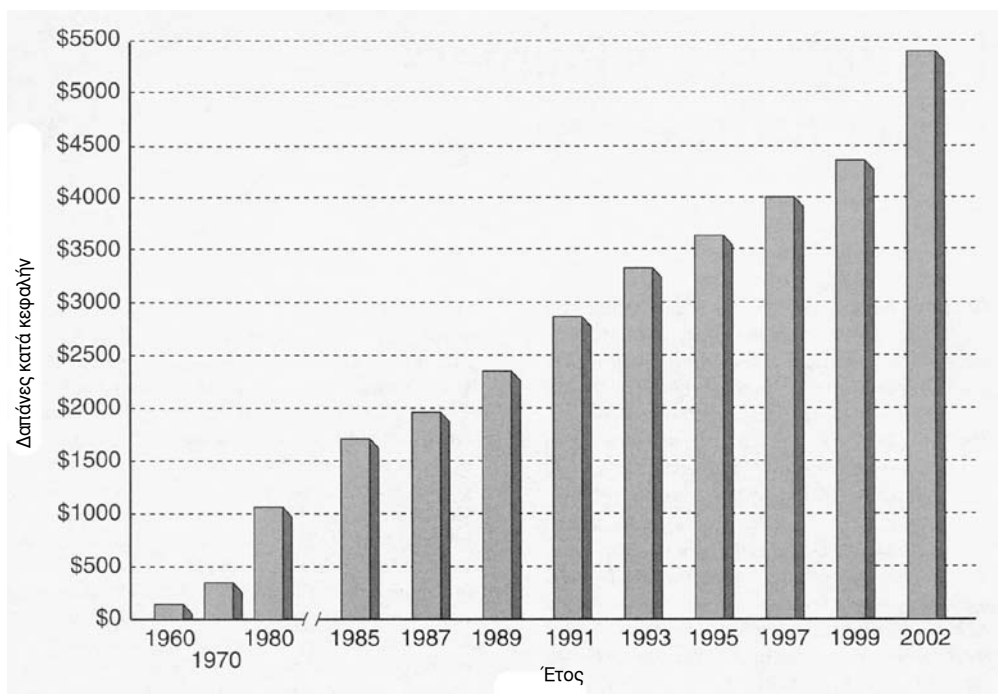
Ο Δρ. Worthy παραμένει σιωπηλός για μεγάλο μέρος της συνεδρίασης. Αναρωτιέται: «Έχει δίκιο ο γενικός διευθυντής; Αποτελεί η ανάσχεση δαπανών αναπόφευκτα μια επώδυνη διαδικασία που θα στερήσει από τους ασθενείς μας πολύτιμες υπηρεσίες υγείας; Ή θα μπορούσαμε να αξιοποιούμε καλύτερα τους πόρους που ήδη δαπανούμε; Υπάρχει τρόπος να εφαρμόσει ο οργανισμός μας αυτούς τους ελέγχους στις δαπάνες με σχετικά ανώδυνο τρόπο όσον αφορά στην υγεία των ασθενών μας;» Ερμηνεύοντας τη σιωπή του Δρ. Worthy ως ένδειξη μεγάλης σοφίας και κρίσης, η επιτροπή του αναθέτει να είναι επικεφαλής της ομάδας του οργανισμού που αναλαμβάνει την ανάπτυξη μιας στρατηγικής ελέγχου δαπανών προκειμένου να προσαρμοστεί ο οργανισμός στη νέα πραγματικότητα του προϋπολογισμού.

Στα θέματα που αφορούν στην πολιτική υγείας

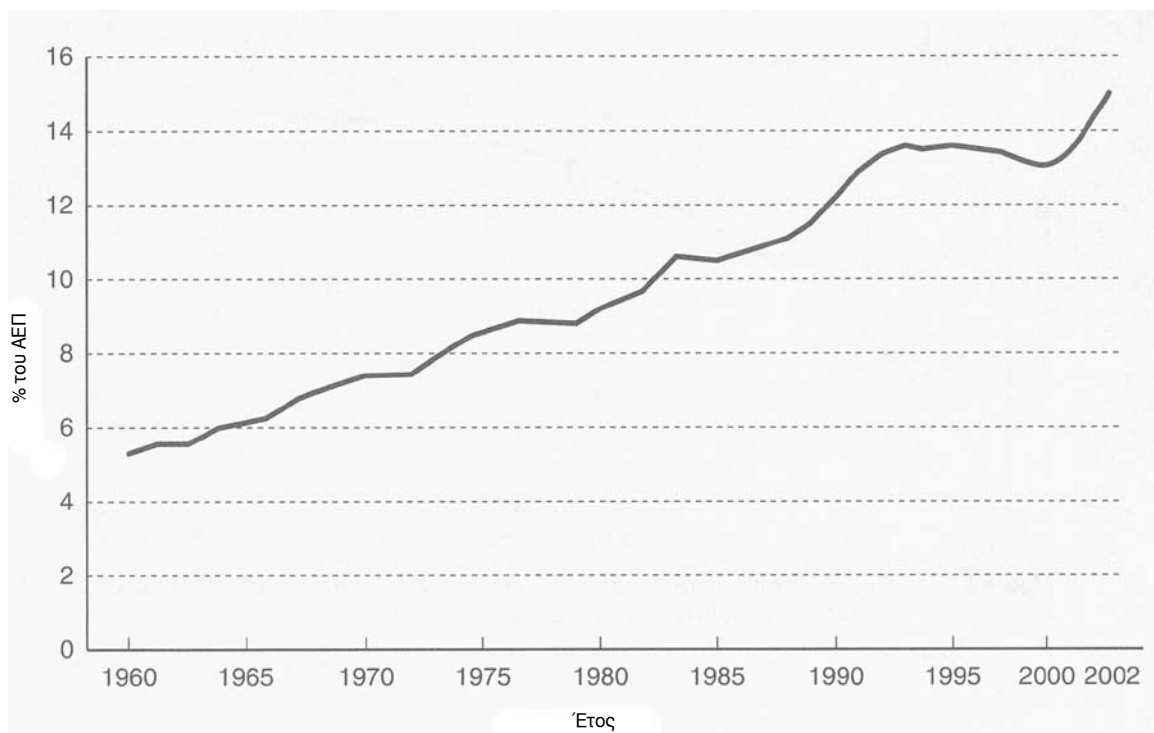
στις Ηνωμένες Πολιτείες κυριαρχεί η ανησυχία για την αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες. Άλλη μια πειστική ανησυχία που υπάρχει στον τομέα της πολιτικής υγείας- η έλλειψη επαρκούς ασφάλειας και πρόσβασης στην φροντίδα για δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπων- αποδίδεται εν μέρει στο πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών. Ο πληθωρισμός των υπηρεσιών υγείας έκανε την ασφάλιση υγείας και τις φροντίδες υγείας δυσβάσταχτες οικονομικά για πολλές οικογένειες και εργοδότες.

Οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι πληρωτές στις Ηνωμένες Πολιτείες έβαλαν στόχο τον πληθωρισμό των υπηρεσιών υγείας και παρουσίασαν πληθώρα καινοτόμων στρατηγικών στα πλαίσια της απόπειρας συγκράτησης του ρυθμού αύξησης των δαπανών, όπως ο σχεδιασμός νέων προσεγγίσεων στον έλεγχο των πληρωμών, η ενθάρρυνση της εγγραφής σε ΗΜΟs, η επινόνηση συστημάτων με διαγνωστικές ομάδες και άλλες βελτιώσεις στις πληρωμές των παροχών (βλ. Κεφάλαιο 4), καθώς και ένα μεγάλο αριθμό άλλων μέτρων. Αυτές οι προσεγγίσεις επέδρασαν σε μικρό βαθμό στο ρυθμό αύξησης των δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κατά κεφαλήν εθνικές δαπάνες για την υγεία τετραπλασιάστηκαν ανάμεσα στο 1980 και το 2002, σημειώνοντας μια αύξηση από 1.000 δολάρια περίπου σε πάνω από 5.400 δολάρια (Σχήμα 8-1). Σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), οι δαπάνες υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκαν από 8,8% το 1980 σε 14,9% το 2002 (Σχήμα 8-2). Ο ρυθμός του πληθωρισμού της φροντίδας υγείας πράγματι μειώθηκε κατά κάποιον τρόπο τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990. Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, μάλιστα, μειώθηκαν ανάμεσα στο 1995 και το 1999. Ωστόσο, αυτή η μείωση οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στη σημαντική οικονομική άνθηση των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου που δημιούργησε ραγδαία αύξηση στο συνολικό ΑΕΠ, το οποίο και ξεπέρασε την πιο συγκρατημένη αύξηση στις δαπάνες υγείας. Μέχρι το 2000, ο αυξημένος πληθωρισμός των υπηρεσιών υγείας είχε επανέλθει και οι εθνικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν πάνω από 8% ανά έτος από το 1999 μέχρι το 2002. Σημειώνεται ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αναμένεται να αυξηθούν στο 17,7% μέχρι το 2012 (Levitt et al., 2004, Heffler et al., 2003).

Οι παροχές υπηρεσιών υγείας ανακαλύπτουν πως πρέπει να προσαρμοστούν στην προοπτική της λειτουργίας τους σε μια λογική περιορισμένων πόρων. Όπως ο Δρ. Worthy, οι ιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας



Σχήμα 8-1. Κατά κεφαλήν δαπάνες ιατρικής φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Στοιχεία που λαμβάνονται από Heffler S et al: Health spending projections for 2002-2012. Health Aff 2003; Web Exclusives Supplement, January-June 2003:W3).



Σχήμα 8-2. Δαπάνες ιατρικής φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος. (Στοιχεία που λαμβάνονται από Heffler S et al: Health spending projections for 2002-2012. Health Aff 2003; Web Exclusives Supplement, January-June 2003:W3).

πρέπει να σκεφθούν προσεκτικά τον τρόπο με τον οποίο οι περιορισμοί στην αύξηση των δαπανών ίσως επηρεάσουν την υγεία των ασθενών. Πρέπει ο έλεγχος των δαπανών απαραίτητα να είναι επώδυνος, οδηγώντας σε περιορισμό των χρήσιμων υπηρεσιών; Ή μήπως υπάρχει ανώδυνος τρόπος ανάσχεσης δαπανών, μέσω του αποκλεισμού των μη απαραίτητων θεραπειών και της εξάλειψης των μη απαραίτητων διοικητικών δαπανών;

Στο παρόν κεφάλαιο, θα εξερευνήσουμε το θέμα του επώδυνου και του ανώδυνου ελέγχου δαπανών. Πρώτον, θα κατασκευαστεί ένα μοντέλο που θα περιγράφει τη σχέση ανάμεσα στις δαπάνες υγείας και τα οφέλη τους σε όρους βελτιωμένων εκβάσεων για την υγεία του πληθυσμού. Κατόπιν, θα αναλυθούν διαφορετικές γενικές προσεγγίσεις ανάσχεσης των δαπανών και η δυνατότητά τους για επίτευξη ανώδυνου ελέγχου δαπανών. Στο Κεφάλαιο 9, θα περιγράψουμε με περισσότερες λεπτομέρειες συγκεκριμένα μέτρα ελέγχου δαπανών.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πριν μπει στην Ιατρική, ο Δρ. Worthy εργάστηκε στο Ειρηνευτικό Σώμα σε μια απομακρυσμένη περιοχή της Κεντρικής Αμερικής. Όταν έφτασε την πρώτη φορά στην περιοχή, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ήταν αρκετά υψηλός, με πολλούς θανάτους να οφείλονται σε λοιμώδη γαστρεντερίτιδα. Ο Δρ. Worthy συμμετείχε στη δημιουργία ενός αποχετευτικού συστήματος και πηγών καθαρού πόσιμου νερού στην περιοχή, καθώς και ενός προγράμματος για την εφαρμογή τεχνικών χορήγησης υγρών από το στόμα στα βρέφη. Μέχρι το τέλος της δέκαχρονης παραμονής του, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας είχε μειωθεί σχεδόν κατά 25%. Το κόστος ολόκληρου του προγράμματος ανήλθε στα 15 σεντς κατά κεφαλήν και καλύφθηκε απ' τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Οι συνθήκες είναι πολύ διαφορετικές για τον Δρ. Worthy ως νευρολόγο που ασκεί το λειτούργημά του στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα τελευταία 5 χρόνια, πάνω από δώδεκα καινούριοι μαγνητικοί τομογράφοι έχουν τοποθετηθεί στην πόλη όπου βρίσκεται ο ΗΜΟ στον οποίο ανήκει, μια αστική περιοχή με πληθυσμό 800.000 κατοίκων. Ο Δρ. Worthy ανακάλυψε πως οι μαγνητικές τομογραφίες παρέχουν εικόνες καλύτερες από εκείνες των αξονικών τομογραφιών, γεγονός που του επιτρέπει να κάνει διάγνωση με μεγαλύτερη ακρίβεια σε καταστάσεις όπως π.χ. η σκλήρυνση κατά πλάκας στα πρώτα στάδια. Είναι όμως λιγότερο σίγουρος για το βαθμό στον οποίο αυτές οι εικόνες ανώτερης ποιότητας επιτρέπουν την παροχή φροντίδας ανώτερης ποιότητας στους ασθενείς του.

Από την πλευρά της κοινωνίας, η αξία των δαπανών υγείας βρίσκεται στην «αγορά» καλύτερης υγείας για τον πληθυσμό. Η έννοια της «καλύτερης υγείας» είναι ευρεία και περιλαμβάνει βελτιωμένη μακροζωία και ποιότητα ζωής, μειωμένους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας από συγκεκριμένες ασθένειες, ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία, αυξημένη ικανότητα ανεξάρτητης λειτουργίας για εκείνα τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και μείωση του φόβου της ασθένειας και του θανάτου. Συνεπώς, είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς αν η επένδυση περισσότερων πόρων σε αγορές για τη φροντίδα

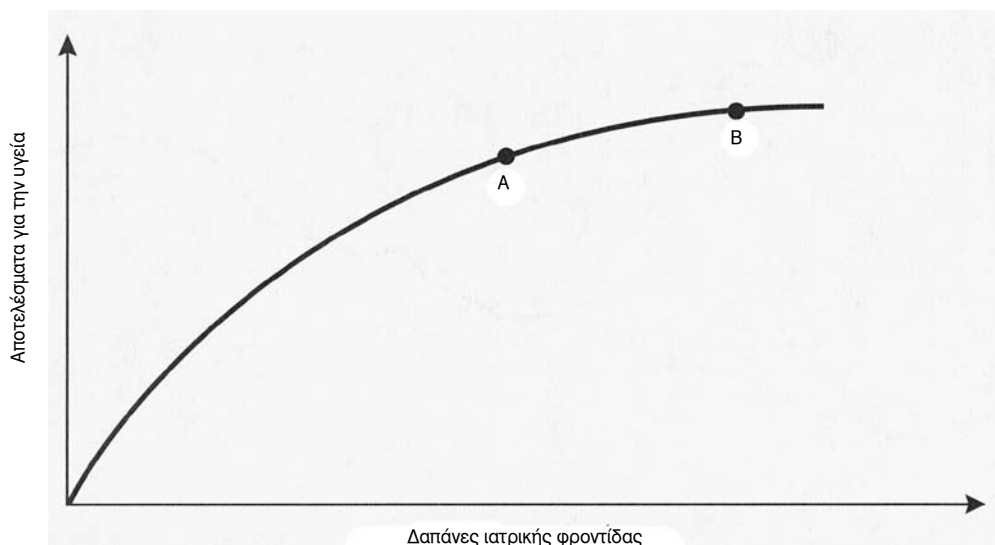
υγείας θα βελτιώνει τις εκβάσεις της υγείας για την κοινωνία και αν ισχύει κάτι τέτοιο, πώς το μέγεθος της βελτίωσης στις εκβάσεις μπορεί να είναι ποσότητας των πόρων που επενδύονται.

Το Σχήμα 8-3, που σχεδιάστηκε βάσει της εργασίας του Robert Evans (1984), παρουσιάζει μια θεωρητική σχέση ανάμεσα στην επένδυση πόρων για τη φροντίδα υγείας και στις εκβάσεις (ή αλλιώς εκροές) της υγείας. Αρχικά, καθώς αυξάνονται οι πόροι της φροντίδας υγείας, αυτές οι εκβάσεις βελτιώνονται αλλά, πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο, η κλίση της καμπύλης μειώνεται, γεγονός που υποδηλώνει πως οι αυξανόμενες επενδύσεις στη φροντίδα υγείας παράγουν πιο οριακά οφέλη. Όσον αφορά στις εμπειρίες του Δρ. Worthy, η περιοχή της Κεντρικής Αμερικής στην οποία εργάστηκε βρίσκεται στην απότομη κλίση της καμπύλης κόστους-οφέλους: Μία μικρή επένδυση πόρων για τη δημιουργία περισσότερων εγκαταστάσεων παροχής πόσιμου νερού και για τη χορήγηση μη ακριβής θεραπείας χορήγησης υγρών οδήγησε σε πάρα πολύ σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία. Απ' την άλλη πλευρά, η αγορά μαγνητικών τομογράφων, συμπληρωματικά στους αξονικούς τομογράφους, αφορά ένα σύστημα υγείας που λειτουργεί στο πιο επίπεδο τμήμα της καμπύλης: οι μεγάλες επενδύσεις πόρων σε νέες τεχνολογίες μπορεί να οδηγήσουν σε πιο οριακές βελτιώσεις στο σύνολο της υγείας ενός πληθυσμού που θα είναι δύσκολο να υπολογιστούν.

Όπως είναι φυσικό, οι διαφορετικές ιατρικές παρεμβάσεις βασίζονται σε πιο υψηλά (για παράδειγμα, εμβόλια κατά την παιδική ηλικία) ή πιο χαμηλά (για παράδειγμα, η δαπανηρή παράταση ζωής για ένα βρέφος χωρίς εγκεφαλική ανάπτυξη) τμήματα της καμπύλης. Η καμπύλη του Σχήμα 8-3 μπορεί να θεωρηθεί σύνθετη καμπύλη κόστους-οφέλους για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας ως συνόλου. Το σύστημα μπορεί να είναι μια ολόκληρη χώρα ή μια μικρότερη οντότητα, όπως ένας ΗΜΟ, με το δικό του καθορισμένο σύνολο εγγεγραμμένων μελών.

Συνολικά, το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών τώρα λειτουργεί κάπου κατά μήκος του πιο χαμηλού τμήματος της καμπύλης. Ας υποθέσουμε ότι το σύστημα του οργανισμού υγείας του Δρ. Worthy βρίσκεται στο σημείο Α στην καμπύλη του Σχήματος 8-3, με τις συνολικές δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο ανά μέλος να είναι ίδιες με το μέσο συνολικό κατά κεφαλήν κόστος της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες (περίπου 5.400 δολάρια το 2002). Αν νέες και αυστηρές τακτικές ανάσχεσης των δαπανών ανάγκαζαν τον οργανισμό υγείας να «παγώσει» ουσιαστικά τη δαπάνη στο σημείο Α αντί να αυξήσει τις ετήσιες δαπάνες στο συνηθισμένο τους ρυθμό για να υπάρξει μετακίνηση προς το σημείο Β, τότε το Σχήμα 8-3 υποδηλώνει πως ο οργανισμός υγείας θα θυσιάζει τη βελτίωση της υγείας των μελών του με ένα ποσό ισοδύναμο της απόστασης μεταξύ των σημείων Α και Β στον κάθετο άξονα.

Μια τέτοια ανάλυση θα επιβεβαίωνε τη γνώμη εκείνων που υποστηρίζουν ότι η ανάσχεση των δαπανών απαιτεί οδυνηρές επιλογές που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού. Μεταξύ των πιο ισχυρών υποστηρικτών αυτής της άποψης είναι ο Aaron και ο Schwartz (1984 και 1990) που περιέγραψαν την ανάσχεση δαπανών ως μια «οδυνηρή συνταγή ιατρού» που απαιτεί περιορισμό της ευεργετικής φροντίδας. Στο Σχήμα 8-3, η απόσταση μεταξύ των σημείων Α και Β στον άξονα ψ υπολογίζει πόσος «πόνος» για την υγεία συνοδεύει την απόφαση περιορισμού των δαπανών στο σημείο Α αντί να προχωρήσουμε στο σημείο Β. Κάποιο



Σχήμα 8-3. Ένα θεωρητικό μοντέλο δαπανών και αποτελεσμάτων για την υγεία. Η μετατόπιση από το σημείο Α στο σημείο Β στην καμπύλη σχετίζεται και με υψηλότερες δαπάνες και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

ποσοστό πόνου υπάρχει στην καμπύλη. Όπως παρατηρεί ο Evans (1984) «αν η κλίση του είναι παντού θετική, τότε σ' έναν κόσμο περιορισμένων πόρων, οι ανάγκες που δεν έχουν καλυφθεί είναι αναπόφευκτες.» Σ' όποιο σημείο της καμπύλης κι αν βρισκόμαστε, θα είναι πάντα αλήθεια πως αν ξοδεύαμε περισσότερα, θα μπορούσαμε να τα πάμε κάπως καλύτερα.

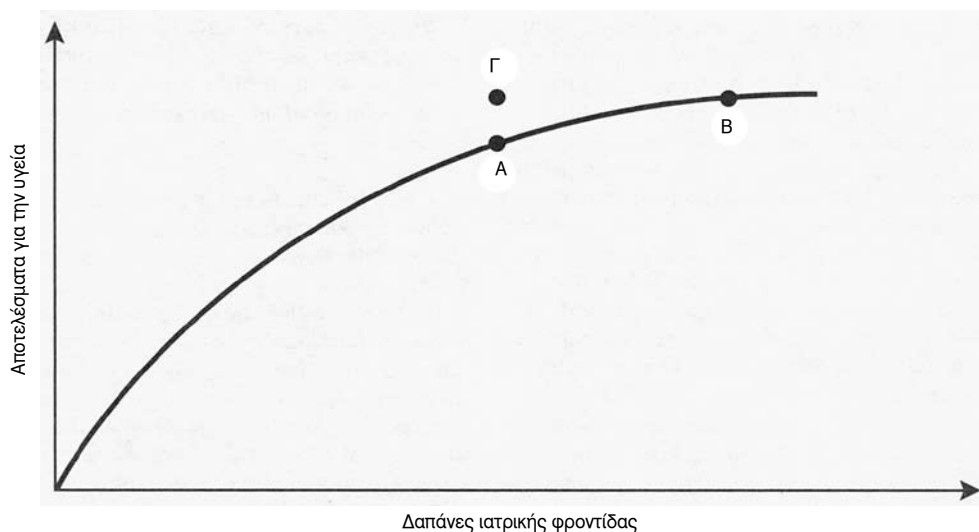
Στο Σχήμα 8-3, η απόσταση μεταξύ των σημείων Α και Β στον άξονα ψ είναι μικρή, δεδομένης της σχετικά χαμηλής κλίσης της καμπύλης σ' αυτά τα σημεία. Ωστόσο, ο εφησυχασμός για σχετικά ήπιο πόνο από την ανάσχεση δαπανών φέρνει στο νου τον ιατρό με το νυστέρι στο χέρι να στέκεται πάνω από έναν ασθενή και να δηλώνει πως «θα πονέσει μόνο λιγάκι.» Η ύπαρξη ελάχιστου πόνου, αν και μπορεί να είναι απαραίτητη, δεν είναι ίδια με την απουσία πόνου, ή όπως το θέτει ο Fuchs (1993) «η ιατρική 'με λίγα αποτελέσματα' δεν είναι ιατρική 'χωρίς αποτελέσματα'.»

Πριν επιστρέψουμε στους εαυτούς μας (και στον Δρ. Worthy) να πικραθούμε υπερβολικά από την αναπόφευκτη οδυνηρότητα της ανάσχεσης των δαπανών, ας προσθέσουμε τη νέα διάσταση της αποδοτικότητας. Μπορούμε να παρουσιάσουμε ένα σημείο Γ (Σχήμα 8-4) στο οποίο η δαπάνη είναι ίδια μ' αυτή στο σημείο Α αλλά οι εκβάσεις βελτιώνονται. Με ποιον τρόπο το μοντέλο εξηγεί το σημείο Γ, ένα σημείο εκτός καμπύλης;

Η κίνηση στο σημείο Γ απαιτεί μετατόπιση της καμπύλης (Σχήμα 8-5), παρουσιάζοντας μια νέα και πιο αποδοτική (ή παραγωγική) σχέση μεταξύ των δαπανών και των εκβάσεων της υγείας (Donabedian, 1988). Υπάρχουν πολυάριθμες δυνατές διαδρομές προς τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα. Παραδείγματος χάριν, το 2002, το 26% του συνόλου των γεννήσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή· το ποσοστό αυτό αποτελεί το υψηλότερο που έχει αναφερθεί ποτέ και είναι σχεδόν διπλάσιο σε σχέση με τις περισσότερες άλλες δυτικές βιομηχανοποιημένες χώρες (Centers for Disease Control, 2003). Σύμφωνα με πολλές μελέτες, τα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξάνουν τις δαπάνες υγείας χωρίς

να βελτιώνουν τις συνολικές εκβάσεις της υγείας ούτε του νεογνού ούτε της μητέρας μετά από τον τοκετό. Η μείωση του αριθμού των μη απαραίτητων καισαρικών θα μπορούσε να εξοικονομήσει πάνω από 1 δισεκατομμύριο δολάρια από χειρουργικές δαπάνες που δεν έγιναν και την παρατεταμένη παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο μετά τη γέννα, ενώ ταυτόχρονα θα βελτιώνει την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας (Stafford, 1990). Στο υπόλοιπο κεφάλαιο, θα εξετάσουμε με περισσότερες λεπτομέρειες τις διάφορες δυνατές μεθόδους που θα μπορούσε να σκεφτεί η ομάδα εργασίας του Δρ. Worthy για τον έλεγχο των δαπανών, όπως π.χ. η μείωση των μη απαραίτητων χειρουργικών επεμβάσεων, προκειμένου να αποκτήσουν μεγαλύτερη αξία τα χρήματα που δαπανώνται στην υγεία. Πριν επιστρέψουμε σ' αυτήν τη συζήτηση, ωστόσο, είναι απαραίτητο να εκφράσουμε με σαφήνεια τρεις υποθέσεις σχετικά μ' αυτό το μοντέλο δαπανών και εκβάσεων.

1. Σ' αυτό το μοντέλο υπάρχει η έννοια ότι το σχετικό αποτέλεσμα του ενδιαφέροντος είναι η συνολική υγεία ενός πληθυσμού και όχι οποιοδήποτε μεμονωμένου ασθενούς. Ορισμένοι συγγραφείς έδωσαν έμφαση στην ανάγκη των ιατρών να διευρύνουν τους οριζόντιους τους για να καλύπτουν την υγεία ενός γενικού πληθυσμού, καθώς και στο γεγονός ότι, κατά παράδοση, εστίαζαν στην παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας σε καθέναν από τους ασθενείς τους (Eddy, 1991, Greenlick, 1992). Το μοντέλο δαπανών και εκβάσεων που προσανατολίζεται προς τον πληθυσμό και απεικονίζεται στα Σχήματα 8-3, 8-4 και 8-5 μπορεί να μην ταιριάζει εύκολα με τις εμπειρίες πολλών ιατρών όσον αφορά στη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ασθενούς. Στο επίπεδο του μεμονωμένου ασθενούς, η έκβαση μπορεί να είναι όλα ή τίποτα (για παράδειγμα, ο ασθενής σχεδόν σίγουρα θα ζήσει αν χειρουργηθεί και θα πεθάνει αν δεν χειρουργηθεί) και μπορεί να μην τη σκεφτόμαστε εύκολα από την άποψη των καμπυλών και των κλίσεων. Αντί να εστιάζει σε οποιαδήποτε συγκεκριμένη παρέμβαση ή σε οποιοδήποτε συγκεκριμένο ασθενή, η καμπύλη

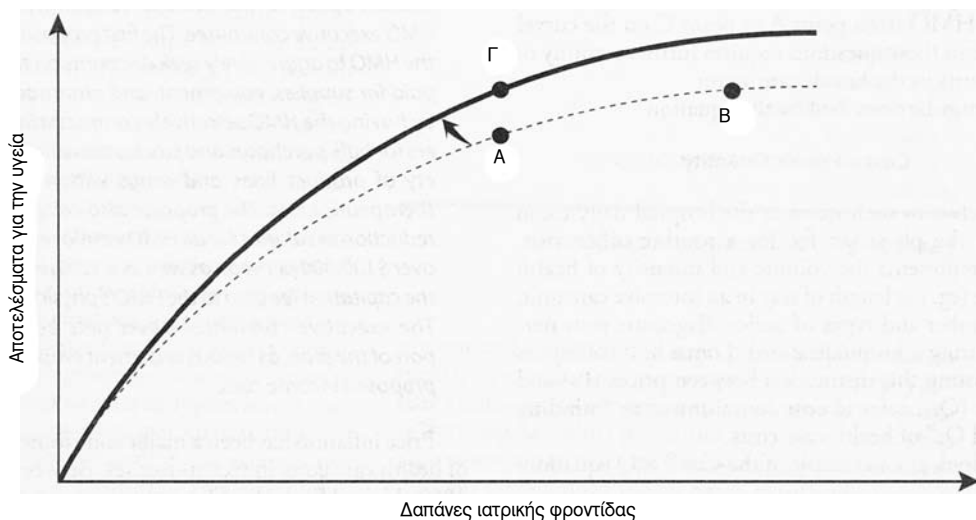


Σχήμα 8-4. Μετατόπιση εκτός καμπύλης. Το σημείο Γ αντιπροσωπεύει την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία χωρίς αυξημένες δαπάνες.

επιχειρεί να αναπαραστήσει τη συνολική λειτουργία ενός συστήματος υγείας αθροιστικά για τον πληθυσμό τον οποίο καλύπτει. (Τα ηθικά ζητήματα του θέματος της υγείας του πληθυσμού αναλύονται στο Κεφάλαιο 13).

2. Στο μοντέλο διατυπώνεται η υπόθεση ότι είναι εφικτό να ποσοτικοποιηθεί η υγεία σε επίπεδο συνολικού πληθυσμού. Κατά παράδοση, η κατάσταση της υγείας σ' αυτό το επίπεδο έχει μετρηθεί με το ενδεχόμενο να είναι περίπου ακριβής, με την εφαρμογή δημογραφικών στατιστικών, όπως τα ποσοστά της πιθανής διάρκειας ζωής και της βρεφικής θνησιμότητας. Ενώ δείκτες όπως τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να αποτελούν ευαίσθητο και σημαντικό τρόπο αξιολόγη-

σης των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας και των προγραμμάτων δημόσιας υγείας στις αγροτικές περιοχές της Κεντρικής Αμερικής, πολλοί αναλυτές αμφισβήτησαν το αν τέτοιοι κατά προσέγγιση δείκτες υπολογίζουν με ακρίβεια την επίδραση των υπηρεσιών υγείας στις πλουσιότερες βιομηχανοποιημένες χώρες. Σ' αυτές τις χώρες, μεγάλο μέρος της φροντίδας υγείας εστιάζει σε «πιο ήπιες» εκβάσεις για την υγεία όπως η βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνιες ασθένειες, θέματα που είναι πιο δύσκολο να ελεγχθούν στο επίπεδο του πληθυσμού σε σχέση με τα ποσοστά θανάτων και τις ανάλογες δημογραφικές στατιστικές. Μ' άλλα λόγια, ίσως είναι δύσκολο να φανταστούμε μια κλίμακα στον άξονα ψ



Σχήμα 8-5. Μετατόπιση της καμπύλης. Η μετατόπιση της καμπύλης αντιπροσωπεύει την μετατόπιση σε μια πιο αποδοτική σχέση μεταξύ των δαπανών και των αποτελεσμάτων για την υγεία.

των Σχημάτων 8-3, 8-4 και 8-5 που να καταγράφει και τις επιδράσεις της γαστρεντερίτιδας που μαστίζει μια φτωχή χώρα και την προσθήκη μαγνητικών τομογράφων σε μια πόλη των Ηνωμένων Πολιτειών.

- Όταν αξιολογούμε την υγεία του πληθυσμού, είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιδράσεις της φροντίδας από τις επιδράσεις βασικών κοινωνικών παραγόντων, όπως η ανέχεια, η εκπαίδευση, ο τρόπος ζωής και η κοινωνική συνοχή (βλ. Κεφάλαιο 3). Χάριν της συζήτησής μας σχετικά με τον έλεγχο των δαπανών, θεωρούμε ότι οι καμπύλες που παρουσιάζονται στα Σχήματα 8-3, 8-4 και 8-5 αντιπροσωπεύουν τις λειτουργίες του συστήματος υγείας (συμπεριλαμβανομένης και της δημόσιας υγείας) εσωτερικά αντί του ευρύτερου οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Συνεπώς χρησιμοποιούμε τον όρο *εκβάσεις της υγείας* για να περιγράψουμε τον άξονα ψ, έναν όρο που σκοπό έχει να δηλώσει ότι αξιολογούμε εκείνες τις πλευρές της κατάστασης της υγείας που επηρεάζονται άμεσα από τη φροντίδα της. Ο άξονας χ αντίστοιχα αναπαριστά τις δαπάνες για τις επίσημες υπηρεσίες υγείας.

Τιμές & ποσότητες

Έχουμε δείξει πως ο ανώδυνος έλεγχος των δαπανών είναι θεωρητικά εφικτός. Αλλά μπορεί να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα στον αληθινό κόσμο; Τι στρατηγικές θα πρότεινε η ομάδα εργασίας του Δρ. Worthy προκειμένου να οδηγηθεί ο οργανισμός υγείας από το σημείο Α στο σημείο Γ στην καμπύλη; Η απάντηση σ' αυτά τα ερωτήματα απαιτεί περαιτέρω λεπτομερή εξέταση των δαπανών στον τομέα της υγείας.

Οι δαπάνες μπορούν να παρουσιαστούν στην εξίσωση

$$\text{Δαπάνη (Δ)} = \text{Τιμή} \times \text{Ποσότητα}$$

Η *τιμή* αναφέρεται σε παράγοντες, όπως η καθημερινή χρέωση του δωματίου στο νοσοκομείο ή η αμοιβή του ιατρού για μια επίσκεψη ρουτίνας στο ιατρείο. Η *ποσότητα* αναφέρεται στο μέγεθος και τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας (για παράδειγμα, στη διάρκεια της παραμονής σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας ή στον αριθμό και τα είδη των σημαντικών διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο). Ο Lomas και οι συναδέλφοί του (1989), σημειώνοντας αυτό το διαχωρισμό μεταξύ των τιμών (Τ) και των ποσοτήτων (Π), αναφέρονται στην ανάλυση των δαπανών ως η «προσοχή στις Τ και στις Π» των δαπανών για την υγεία.

Ας ρίξουμε μια ματιά σ' ένα παράδειγμα της εξίσωσης $\Delta = T \times \Pi$:

Η Blue Shield καταβάλλει στον Δρ. Morton 400 δολάρια για 10 επισκέψεις στο ιατρείο (η τιμή της κάθε επίσκεψης είναι 40 δολάρια). Τον επόμενο χρόνο, ο ασφαλιστής καταβάλλει στον Δρ. Morton 480 δολάρια για 10 επισκέψεις και η τιμή ανά επίσκεψη είναι 48 δολάρια. Η Prudential καταβάλλει στον Δρ. Norton 400 δολάρια για 10 επισκέψεις στο ιατρείο και την επόμενη χρονιά του δίνει 480 δολάρια για 12 επισκέψεις στην ίδια τιμή των 40 δολαρίων. Μία ίδια αύξηση των δαπανών αποτελεί αύξηση της τιμής για τον Δρ. Morton αλλά αύξηση της ποσότητας της φροντίδας για τον Δρ. Norton.

Οι αλλαγές στις τιμές και τις ποσότητες έχουν διαφο-

ρετικές επιπτώσεις για τους ασθενείς και τους παροχείς (Reinhardt, 1987). Στο προαναφερθέν παράδειγμα, και οι δύο ιατροί αυξάνουν το εισόδημά τους (και τα δυο ασφαλιστικά προγράμματα αυξάνουν τις δαπάνες τους) κατά 80 δολάρια, αν και στην περίπτωση της αύξησης της τιμής, το επιπλέον εισόδημα δεν απαιτεί περισσότερη εργασία. Για τον ασθενή, όμως, μόνο τα επιπλέον 80 δολάρια που δαπανώνται σε μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων αγοράζουν περισσότερες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. (Χάριν απλότητας, υποθέτουμε πως όλες οι επισκέψεις είναι ίδιες και πως η αύξηση της τιμής δεν αντανακλά αυξημένη ποιότητα υπηρεσιών αλλά απλά υψηλότερη τιμή για το ίδιο προϊόν.) Μία αύξηση των δαπανών που απλά αντανακλά υψηλότερες τιμές χωρίς επιπλέον ποσότητες ιατρικής φροντίδας αποτελεί αναποτελεσματική χρήση των πόρων από την πλευρά του ασθενούς. Για να επιστρέψουμε στα διαγράμματα στα Σχήματα 8-3 και 8-4, αν οι αληθινές δαπάνες σ' ένα σύστημα υγείας αυξάνονταν μόνο επειδή ο πληθωρισμός των τιμών των υπηρεσιών υγείας υπερέβαινε το γενικό πληθωρισμό των τιμών ενώ η ποσότητα της φροντίδας κατά κεφαλήν παρέμενε στατική, τότε οι αυξημένες δαπάνες για την υγεία δεν θα οδηγούσαν σε βελτιωμένες εκβάσεις αυτής και όλη η καμπύλη θα γινόταν εντελώς επίπεδη.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ο έλεγχος του πληθωρισμού των τιμών

Μετά από έντονη περιουλή, η ομάδα εργασίας του Δρ. Worthy υποβάλλει ένα πρόγραμμα για «ανώδυνη ανάλυση δαπανών» στην εκτελεστική επιτροπή του ΗΜΟ. Η πρώτη πρόταση απαιτεί από τον οργανισμό να αναζητήσει πειστικά εκπτώσεις στις τιμές των παροχών, του εξοπλισμού και των φαρμακευτικών προϊόντων συμβαλλόμενος επιθεκτικά με προμηθευτές για αγορές μεγάλων ποσοτήτων και αποθηκεύοντας μια πιο περιορισμένη ποικιλία από σειρές προϊόντων και φάρμακα της ίδιας θεραπευτικής ομάδας. Η πρόταση επίσης απαιτεί μείωση της τάξης του 10% στους μισθούς για όλους τους υπαλλήλους του οργανισμού υγείας που κερδίζουν πάνω από 100.000 δολάρια το χρόνο καθώς και μείωση της τάξης του 10% στην κατά κεφαλήν πληρωμή που καταβάλλεται στην ιατρική ομάδα του οργανισμού. Η εκτελεστική επιτροπή ποτέ δεν προχωράει πέρα από αυτό το μέρος του προγράμματος, καθώς ξεσπούν οργισμένες διαφωνίες για τις προτεινόμενες περικοπές εισοδήματος.

Ο πληθωρισμός των τιμών συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Ανάμεσα στο 1947 και το 1987, οι δαπάνες υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκαν κατά 2,5% ανά έτος γρηγορότερα σε σχέση με την αύξηση στο σύνολο της οικονομίας. Τα δύο τρίτα αυτού του υψηλότερου ρυθμού αύξησης, ή αλλιώς το 1,6%, οφείλονταν στις τιμές των υπηρεσιών υγείας που αυξάνονταν πιο γρήγορα σε σχέση με τις τιμές στο σύνολο της οικονομίας. Η εναπομείνουσα διαφορά του 0,9% οφειλόταν στις διαφορές στο ρυθμό αύξησης των ποσοτήτων στις υπηρεσίες αυτές σε σχέση με τις αυξήσεις στη συνολική ποσότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών (Fuchs, 1990).

Η ραγδαία αύξηση στις τιμές των υπηρεσιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες γίνεται φανερή σε διάφορες περιπτώσεις, όπως π.χ. στις τιμές για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που συχνά είναι πάνω από 50% υψηλότερες σε

σχέση με τις τιμές των ίδιων προϊόντων που πωλούνται σε άλλες χώρες. Επίσης, μέχρι πρόσφατα, τα εισοδήματα των ιατρών αυξάνονταν πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με τα εισοδήματα άλλων εργαζομένων. Ο περιορισμός αυτού του είδους του πληθωρισμού των τιμών είναι ένας τρόπος περιορισμού των δαπανών χωρίς να επιβαρύνεται η υγεία του πληθυσμού (Πίνακας 8-1).

Η εξάλειψη της αναποτελεσματικής & ακατάλληλης φροντίδας

Μετά από ένα σύντομο διάλειμμα για να υποχωρήσει η φρενίτιδα, η εκτελεστική επιτροπή του οργανισμού υγείας συνέρχεται εκ νέου. Ο Δρ. Worthy παρουσιάζει τη δεύτερη πρόταση της ομάδας εργασίας του που αφορά στην οργάνωση των οδηγιών για τη φροντίδα ούτως ώστε να είναι οι κατάλληλες, αφηγούμενος μία δική του κλινική εμπειρία. Συγκεκριμένα, όταν ήρθε για πρώτη φορά στον ΗΜΟ, οι νευρολόγοι κρατούσαν τους ασθενείς τους που είχαν υποστεί εγκεφαλικό στον κρεβάτι για 1 εβδομάδα πριν να ξεκινήσουν φυσικοθεραπεία. Αντίθετα, ο Δρ. Worthy ξεκίνησε να προγραμματίζει τη φυσικοθεραπεία και το εξιτήριο των ασθενών με εγκεφαλικό μόλις η νευρολογική τους κατάσταση ήταν σταθερή. Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων για τους ασθενείς του που είχαν υποστεί εγκεφαλικό ήταν 3 μέρες σε σύγκριση με τις 9 μέρες για τους άλλους νευρολόγους. Ο Δρ. Worthy πραγματοποίησε μια εβδομαδιαία συζήτηση πάνω στα πιο αμφιλεγόμενα συμβάντα του νοσοκομείου, στην οποία έδειχνε πως 4 μέρες άσκησης απαιτούνται για να ανακτηθεί η χαμένη δύναμη από κάθε μέρα κατάκλισης, εννοώντας πως η υγεία των ασθενών που είχαν υποστεί εγκεφαλικό θα είχε καλύτερη έκβαση και πως αυτοί οι ασθενείς θα χρησιμοποιούσαν λιγότερους πόρους, χάρη στις μικρότερης διάρκειας νοσηλείες σε νοσοκομεία οξέων παθήσεων και στη συντομότερη αποκατάσταση, αν τους φρόντιζε ο ίδιος και όχι οι συνάδελφοί του. Ο Δρ. Worthy αναφέρει αυτήν την περίπτωση απλά ως ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο ο οργανισμός υγείας μπορεί να αφιερώνει πόρους σε αναποτελεσματική ή ακόμα και επιβλαβή φροντίδα.

Αν ο έλεγχος των τιμών αποτελεί μία προσέγγιση στο πλαίσιο του ανώδυνου ελέγχου των δαπανών, μήπως υπάρχουν επίσης τρόποι συγκράτησης του συντελεστή Π (ποσότητα) κατά τρόπο που δεν θυσιάζει την ωφέλιμη φροντίδα; Νωρίτερα, αναφέρθηκαν τα ασυνήθιστα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στις Ηνωμένες Πολιτείες ως

Πίνακας 8-1. Παραδείγματα ανώδυνου ελέγχου δαπανών.

Έλεγχος των αμοιβών και των εισοδημάτων των παροχέων
Μείωση της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων και των άλλων παροχών
Μείωση της διοικητικής σπατάλης
Εξάλειψη των ιατρικών παρεμβάσεων που δεν έχουν κανένα όφελος
Αντικατάσταση με λιγότερο ακριβές τεχνολογίες που είναι εξίσου αποτελεσματικές
Αύξηση της παροχής εκείνων των προληπτικών υπηρεσιών που στοιχίζουν λιγότερο από τις ασθένειες τις οποίες προλαμβάνουν

παράδειγμα αναποτελεσματικής χρήσης των πόρων όσον αφορά στην ποσότητα των υπηρεσιών που, σε πολλές περιπτώσεις, αυξάνουν τις δαπάνες χωρίς να αυξάνουν τα οφέλη για την υγεία. Ορισμένοι ερευνητές παρουσίασαν πειστικές αποδείξεις για σημαντικές ποσότητες μη απαραίτητης φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Eisenberg, 1986, Brook & Lohr, 1986, Leape, 1992). Οι ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιούν πάρα πολλές ακατάλληλες πράξεις (Chassin et al., 1987, Schuster et al., 1998) και ένα μεγάλο ποσοστό των λεγόμενων «κατάλληλων» επιπέδων άσκησης της ιατρικής (βλ. Κεφάλαιο 12) δεν έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα (Wennberg, 1987, Roper et al., 1988, Grimes, 1993). Η κλίση της καμπύλης κόστους-οφέλους θα γινόταν πιο ευνοϊκή αν ένα σύστημα μπορούσε να εξαλείψει εκείνες τις συνιστώσες των αυξανόμενων δαπανών που έχουν χαμηλή κλίση (κανένα ιατρικό όφελος) ή αρνητική κλίση (η ζημία να υπερβαίνει το όφελος, όπως στην περίπτωση των ακατάλληλων καισαρικών τομών ή της παρατεταμένης κατάκλισης μετά από ένα εγκεφαλικό). Ωστόσο, η παράτρηση των ιατρών και των ασθενών να εξαλείφουν επιλεκτικά τη μη απαραίτητη φροντίδα δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Διοικητικές σπατάλες

Η τρίτη πρόταση στο πρόγραμμα ανώδυνης ανάλυσης των δαπανών του Δρ. Worthy στοχεύει στις διοικητικές δαπάνες του οργανισμού υγείας. Η ομάδα εργασίας προτείνει την εξάλειψη του προϋπολογισμού της διαφήμισης του οργανισμού από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο, την προσωρινή απόλυση του 25% του συνόλου του διοικητικού προσωπικού και την εκ νέου τοποθέτηση 25 από τα 50 μέλη του προσωπικού του τμήματος χειρισμού των συμβολαίων με τους εργοδότες σε ένα νέο τμήμα που σχεδιάστηκε με σκοπό την οργάνωση ενός προγράμματος που θα διασφαλίζει ότι ο οργανισμός παρέχει εξεπληγμένα παιδικά εμβόλια και σύγχρονες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας για ενήλικες στο 100% των μελών του προγράμματος. Ο διευθυντής μάρκετινγκ του οργανισμού υπομονετικά εξήγησε στον Δρ. Worthy πως, αν και σε γενικές γραμμές συμφωνεί μ' αυτές τις προτάσεις, θεωρεί πως δεν είναι προς το καλύτερο συμφέρον του οργανισμού ο περιορισμός των δαπανών κατά τρόπο που θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα του προγράμματος να διατηρήσει το ποσοστό μελών που του αντιστοιχεί.

Δεν είναι όλες οι ποσότητες στην εξίσωση των δαπανών για την υγεία κλινικής φύσεως. Τα τρομακτικά διοικητικά έξοδα του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών όλο και περισσότερο υφίστανται εξονυχιστικό έλεγχο τα τελευταία χρόνια ως πηγή αναποτελεσματικότητας των δαπανών. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Woolhandler και των συναδέλφων του (2003), ένα ποσό της τάξεως των 31 σεντς του κάθε δολαρίου από τις δαπάνες υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών πηγαίνει σε διοικητικές υπηρεσίες, όπως οι υπηρεσίες μάρκετινγκ των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας, η τιμολόγηση και η επεξεργασία των αξιώσεων, καθώς και ο έλεγχος των πληρωμών, παρά σε πραγματικές κλινικές υπηρεσίες. Οι διοικητικές δαπάνες στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι παραπάνω από διπλάσιες κατ' αναλογία με εκείνες σε χώρες όπως ο Καναδάς και αυξάνονται πιο ραγδαία από το ρυθμό του συνολικού εθνικού πληθωρισμού για την υγεία. Ενώ κάποιο επίπεδο διοικητικής υπηρεσίας είναι απαραίτητο για τη διαχείριση της χρηματοδότησης

των υπηρεσιών υγείας και για τις σχετικές δραστηριότητες, όπως η διασφάλιση της ποιότητας, λίγοι υποστηρίζουν πως οι αυξανόμενες διοικητικές δραστηριότητες και οι δραστηριότητες στον τομέα του μάρκετινγκ μεταφράζονται σε σημαντική βελτίωση της υγείας των πολιτών. Η μείωση των διοικητικών υπηρεσιών είναι άλλος ένας δρόμος για την ανώδυνη ανάσχεση των δαπανών.

Η εξάλειψη των καθαρά πολυδάπανων ποσοτήτων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, είτε είναι αναποτελεσματικές κλινικές υπηρεσίες είτε μη απαραίτητες διοικητικές δραστηριότητες, αποτελεί μια σχετικά απλή προσέγγιση στον ανώδυνο έλεγχο των δαπανών. Η αρχή αυτής της προσέγγισης είναι: «σταματήστε να κάνετε πράγματα χωρίς κλινικό όφελος». Πιο περίπλοκες είναι οι προσεγγίσεις προς την αποτελεσματικότητα που δεν περιλαμβάνουν απλά το να σταματήσουν εντελώς οι μη παραγωγικές δραστηριότητες, αλλά και το να ενεργούν διαφορετικά. Τα παραδείγματα αυτής της τελευταίας προσέγγισης περιλαμβάνουν καινοτομίες που αντικαθιστούν τη λιγότερο δαπανηρή φροντίδα με ίδιο όφελος, την προληπτική φροντίδα και την ανακατανομή των πόρων από υπηρεσίες με κάποιο όφελος σε υπηρεσίες με μεγαλύτερο όφελος ως προς τη δαπάνη.

Ας εξετάσουμε καθένα από αυτά τα παραδείγματα με τη σειρά.

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ένα μεγάλο μέρος της διαδικασίας αλλαγής στη φροντίδα υγείας περιλαμβάνει την έρευνα για την εύρεση λιγότερο δαπανηρών τρόπων για να οδηγηθούμε στις ίδιες ή καλύτερες εκβάσεις για την υγεία. Αναπτύσσεται ένα καινούριο φάρμακο που είναι λιγότερο ακριβό αλλά εξίσου δραστικό και καλά αποδεκτό όπως ένα συνηθισμένο φάρμακο. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από υψηλά αμειβόμενους ιατρούς μπορούν συχνά να παρέχονται με την ίδια ποιότητα από νοσηλευτές ή ιατρικούς βοηθούς. Μία κλινική δοκιμή τεκμηριώνει πως η χημειοθεραπεία για τη θεραπεία πολλών ειδών καρκίνου μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια σε άτομα που είναι εξωτερικοί ασθενείς, αποτρέποντας τη δαπάνη της παραμονής στο νοσοκομείο. Συχνά οι νέες τεχνολογίες αρχίζουν να εφαρμόζονται με την ελπίδα ότι τελικά θα αποδειχθεί πως είναι λιγότερο δαπανηρές από τις υπάρχουσες θεραπευτικές μεθόδους.

Ωστόσο, οι νέες τεχνολογίες συχνά δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες για εξοικονόμηση των δαπανών (Schwartz, 1987). Ένα πρόσφατο σχετικό παράδειγμα είναι αυτό της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Μέσω της χρήσης της νηματικής οπτικής τεχνολογίας, η χοληδόχος κύστη μπορεί να αφαιρεθεί με τη δημιουργία μιας πολύ μικρότερης τομής στην κοιλιακή χώρα σε σχέση μ' αυτήν που χρειάζεται κατά παράδοση για την χολοκυστεκτομή, μειώνοντας έτσι σημαντικά το χρόνο που απαιτείται για τη μετεγχειρητική ανάρρωση στο νοσοκομείο. Η μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μειώνει το συνολικό κόστος της επέμβασης, με βελτιωμένες εκβάσεις χάρη στο λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο και τη μετεγχειρητική αδυναμία και, έτσι, το παρόν παράδειγμα αποτελεί –φαινομενικά– μια κλασική περίπτωση «αποτελεσματικής αντικατάστασης» που μειώνει τις δαπάνες και βελτιώνει τις εκβάσεις της υγείας. Ωστόσο, υπάρχει μια παγίδα. Η αναγκαιότητα της επέμβασης στη χοληδόχο κύστη δεν είναι πάντα ξεκάθαρη για ασθενείς με χολόλιθους. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μόνο περιστασιακά και ήπια συμπτώματα και προτιμούν να ανέχονται αυτά τα συμπτώματα αντί να υποβληθούν σε

επέμβαση. Τα ποσοστά της χολοκυστεκτομής έχουν αυξηθεί σημαντικά ύστερα από την εφαρμογή της λαπαροσκοπικής τεχνικής, γιατί προφανώς η επέμβαση στη χοληδόχο κύστη πραγματοποιείται σε ασθενείς με πιο ήπια συμπτώματα. Σ' έναν ΗΜΟ, το ποσοστό της χολοκυστεκτομής αυξήθηκε κατά 59% ανάμεσα στο 1988 και το 1992, μετά την εισαγωγή της λαπαροσκοπικής τεχνικής. Ακόμα κι αν η μέση δαπάνη ανά χολοκυστεκτομή μειώθηκε κατά 25%, η συνολική δαπάνη για όλες τις χολοκυστεκτομές στον οργανισμό αυξήθηκε κατά 11% λόγω του αυξημένου αριθμού των επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν (Legorreta et al., 1993).

ΜΙΚΡΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Αν μια μικρή δόση πρόληψης αξίζει φροντίδα μίας λίρας, τότε η αντικατάσταση της ακριβής θεραπείας στο τελευταίο στάδιο με χαμηλού κόστους πρόληψη, θα φαινόταν ιδανικός υποψήφιος για το «βραβείο του ανώδυνου ελεγκτή δαπανών». Η επένδυση στην πρόληψη μερικές φορές δημιουργεί αυτήν την αποτελεσματικότητα στις δαπάνες υγείας (για παράδειγμα, η παροχή παιδικών εμβολίων στοιχίζει λιγότερο από τη φροντίδα των παιδιών με λοιμώξεις απειλητικές για τη ζωή τους) (White et al., 1985). Όμως, η ιστορία της πρόληψης δεν είναι πάντα τόσο απλή. Σε πολλές περιπτώσεις, το κόστος εφαρμογής ενός διαδεδομένου προγράμματος πρόληψης μπορεί να υπερβαίνει το κόστος για τη φροντίδα της ασθένειας στην πρόληψη της οποίας στοχεύει. Παραδείγματος χάριν, η διερεύνηση του γενικού πληθυσμού για τον εντοπισμό ανεβασμένης αρτηριακής πίεσης και η παροχή μακροπρόθεσμης θεραπείας σ' εκείνα τα άτομα με ήπια έως μέση υπέρταση με σκοπό την πρόληψη εγκεφαλικών και άλλων καρδιαγγειακών επιπλοκών βρέθηκε ότι κοστίζει περισσότερο από τη θεραπεία των ίδιων των τελικών επιπλοκών (Stason, 1987). Για μερικές ασθένειες, αυτό συμβαίνει λόγω του ότι οι επιπλοκές είναι ραγδαία ανατηγφώρες χωρίς να κοστίζουν τίποτα, ενώ, η επιτυχή πρόληψη οδηγεί σε μεγάλη διάρκεια ζωής με υψηλές όμως δαπάνες. Κατά παρόμοιο τρόπο, ένα πρόγραμμα μαστογραφίας και βιοψίας ρουτίνας μετά από μη φυσιολογικά αποτελέσματα εξετάσεων κοστίζει περισσότερα χρήματα απ' όσα εξοικονομεί με την ανίχνευση καρκίνου του μαστού σε πρώιμα στάδια. Τα προγράμματα ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και εντοπισμού καρκίνου του μαστού οδηγούν σε βελτιωμένη υγεία του πληθυσμού αλλά απαιτούν μια καθαρή επένδυση σε επιπρόσθετους πόρους.

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Μια τέταρτη πρόταση της ομάδας εργασίας του Δρ. Worthy περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού. Πολλοί ιατροί των ΗΜΟς προτείνουν περιοδική διερευνητική κολινοσκόπηση στους ασθενείς τους που είναι πάνω από 50 χρόνων για μια έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του ορθού. Όλοι οι ογκολόγοι του οργανισμού υγείας συνιστούν ανεπιφύλακτα τη χημειοθεραπεία για ασθενείς που εμφανίζουν μεταστατικό καρκίνωμα του ορθού. Η ανάληψη της αποδοτικότητας του κόστους έχει δείξει πως η διερευνητική κολινοσκόπηση εξασφαλίζει πολύ περισσότερο χρόνο ζωής για κάθε δολάριο που δαπανάται σε σχέση με τη χημειοθεραπεία για το μεταστατικό καρκίνωμα του ορθού. Ωστόσο, η χημειοθεραπεία επιτρέπει στους εκάστοτε ασθενείς των οποίων η ασθένεια κάνει μετάσταση να αποηύσουν

επιπλέον 6-12 μήνες ζωής. Η ομάδα εργασίας υποστηρίζει πως οι ιατροί του οργανισμού υγείας πρέπει να πραγματοποιούν διερευνητικές κοηνοσκοπήσεις αηλά και πως το ασφαλιστικό πρόγραμμα του οργανισμού δεν πρέπει να καλύπτει χημειοθεραπεία για μεταστατικό καρκίνωμα του ορθού.

Η πιο αμφιλεγόμενη στρατηγική προκειμένου να γίνει η φροντίδα υγείας πιο αποτελεσματική είναι η ανακατανομή των πόρων από υπηρεσίες με κάποιο όφελος σε υπηρεσίες με μεγαλύτερο όφελος σε σχέση με το κόστος. Αυτή η προσέγγιση συνήθως κατευθύνεται από την ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας, η οποία όπως ορίζεται από τον Eisenberg (1989),

...υπολογίζει το καθαρό κόστος της παροχής μιας υπηρεσίας (δαπάνες μείον εξοικονομήσεις) καθώς και τις εκβάσεις που προκύπτουν. Οι εκβάσεις αναφέρονται σε μια ενιαία μονάδα μέτρησης, είτε μια συμβατική κλινική έκβαση (για παράδειγμα, έτη που κερδίζονται στη ζωή κάποιου) είτε ένα μέτρο που να συνδυάζει αρκετές εκβάσεις σε μια κοινή κλίμακα (Eisenberg, 1989).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας αποτελεί η αξιολόγηση διαφορετικών στρατηγικών για την πρόληψη των καρδιακών νόσων από την οποία προκύπτει ότι το κόστος ανά έτος ζωής που κερδίζεται (σε δολάρια του 1984) ήταν περίπου 1.000 δολάρια για σύντομες συμβουλές σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης ρουτίνας στο ιατρείο, 24.000 δολάρια για τη θεραπεία της ήπιας υπέρτασης και σχεδόν 100.000 δολάρια για τη θεραπεία ανεβασμένων επιπέδων χοληστερόλης με φάρμακα (Cummings et al., 1989). Προκειμένου να αποκτήσουν μεγαλύτερη αξία τα χρήματα για την υγεία, σύμφωνα μ' αυτήν την ανάλυση, ένα σύστημα που λειτουργεί με περιορισμένους πόρους θα τα πήγαινε καλύτερα αυξάνοντας στο μέγιστο βαθμό τους πόρους για τη διακοπή του καπνίσματος πριν να επενδύσει στην ανίχνευση και τη θεραπεία της χοληστερόλης.

Η ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Αν τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται είναι ανακριβή, τα συμπεράσματα μπορεί να είναι λανθασμένα. Επιπλέον, η ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας μπορεί να κάνει διακρίσεις εις βάρος ανθρώπων με αναπηρίες. Είναι πιθανό οι ερευνητές να θεωρήσουν ότι αξίζει λιγότερο ένας χρόνος ζωής ενός αναπήρου απ' ό,τι θα πίστευε το ίδιο το άτομο, συνεπώς οι αναλύσεις που χρησιμοποιούν «χρόνια ζωής προσαρμοσμένα στην ποιότητα» μπορεί να εκφράζουν και μια προκατάληψη ενάντια σε άτομα με λιγότερες ικανότητες να λειτουργήσουν ανεξάρτητα (Menzel, 1992).

Ο Δρ. David Eddy (1991, 1992, 1993), σε μια σειρά προκλητικών άρθρων στο επιστημονικό περιοδικό του αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου *Journal of the American Medical Association*, έχει αναλύσει τις πρακτικές και ηθικές προκλήσεις της εφαρμογής της ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας στην άσκηση του λειτουργήματος της ιατρικής. Δύο από τα δοκίμια περιλαμβάνουν την περίπτωση ενός ΗΜΟ που προσπαθεί να αποφασίσει αν θα υιοθετήσει τη χρήση ρουτίνας χαμηλής οσμωτικότητας σκιαστικών ουσιών, ενός τύπου χρωστικής για ειδικές ακτινολογικές μελέτες που φέρει μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης αλλεργικών αντιδράσεων σε σχέση με τη φθηνότερη, συμβατική χρωστική. Με τη χρήση αυτής της ουσίας για όλες τις ακτινολογικές μελέτες με χρωστική, 40 μη θανατηφόρες αλλεργικές αντιδράσεις θα

αποφεύγονταν ετησίως και το κόστος για τον οργανισμό υγείας θα ήταν 3,5 εκατομμύρια δολάρια περισσότερα ανά έτος, σε σύγκριση με τις δαπάνες για την εφαρμογή των παλαιότερα χρησιμοποιούμενων ουσιών σε περιπτώσεις ρουτίνας και τη χρήση της χαμηλής οσμωτικότητας χρωστικής μόνο για ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αλλεργίας. Τα ίδια 3,5 εκατομμύρια δολάρια αν επενδύονταν σ' ένα διευρυμένο πρόγραμμα του οργανισμού για την ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου θα προλάμβαναν περίπου 100 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου ανά έτος.

Στα πλαίσια της αναζήτησης του καλύτερου δυνατού τρόπου αξιοποίησης αυτών των πόρων, ο Eddy τονίζει αρκετά σημεία που έχουν ιδιαίτερη σχέση με τους κλινικούς ιατρούς:

1. Πρέπει να συμφωνηθεί πως οι πόροι είναι αλήθεια περιορισμένοι. Αν και η σχέση κόστους-αποδοτικότητας της χαμηλής οσμωτικότητας σκιαστικής χρωστικής και της ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου είναι αρκετά διαφορετική, και τα δύο προγράμματα έχουν κάποιο όφελος (δηλαδή, δεν εκφράζουν μια ιατρική που βρίσκεται στα χαμηλά επίπεδα της καμπύλης). Αν δεν υπήρχαν περιορισμοί στους πόρους, η καλύτερη τακτική θα ήταν η επένδυση και στις δύο υπηρεσίες.
2. Αν οι πόροι είναι περιορισμένοι και πρόκειται να δημιουργηθούν αντισταθμίματα βασισμένα σε συλλογισμούς κόστους-αποδοτικότητας, αυτά τα αντισταθμίματα θα έχουν επαγγελματική νομιμότητα μόνο αν είναι ξεκάθαρο το ότι οι πόροι που εξοικονομήθηκαν από την άρνηση υπηρεσιών με χαμηλή αποδοτικότητα, θα επενδυθούν εκ νέου σε υπηρεσίες με μεγαλύτερη αποδοτικότητα και δεν θα διοχετευτούν για αναποτελεσματική φροντίδα ή μεγαλύτερα κέρδη.
3. Οι ηθικές εντάσεις υπάρχουν όσον αφορά στην αύξηση στο μέγιστο δυνατό βαθμό των εκβάσεων υγείας για μια ομάδα ή πληθυσμό και για το μεμονωμένο ασθενή. Ο ακτινολόγος βιώνει το τραύμα ασθενών που υφίστανται οξείες αλλεργικές αντιδράσεις στην έγχυση σκιαστικής χρωστικής. Η πρόληψη μελλοντικών θανάτων από καρκίνο του τραχήλου σε μια απροσδιόριστη ομάδα ασθενών που δεν βρίσκονται απευθείας υπό τη φροντίδα του ακτινολόγου φαίνεται να είναι ένα αφηρημένο και μακρικό όφελος από τη δική του πλευρά- ένα όφελος που κάποιος μπορεί να αντιληφθεί πως συγκρούεται με την υποχρέωση του ακτινολόγου να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς του.

Πολλοί αναλυτές, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αμφισβητούν τις μεθόδους της ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας, συμφωνούν με το συμπέρασμα του Eddy πως οι ιατροί πρέπει να διευρύνουν τις απόψεις τους, για να ισορροπήσουν, τις ανάγκες των μεμονωμένων ασθενών που βρίσκονται άμεσα υπό τη φροντίδα τους, με τις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετείται από το σύστημα της υγείας, τόσο συνολικά όσο και σε σχέση με τον πληθυσμό που καλύπτει ένας ΗΜΟ (βλ. Κεφάλαιο 13). Η επαγγελματική δεοντολογία πρέπει να ενσωματώσει την ευθύνη της κοινωνίας για τη χρήση των πόρων και την υγεία του πληθυσμού, καθώς και την κλινική ευθύνη για τη φροντίδα των μεμονωμένων ασθενών (Greenlick, 1992, Hiatt, 1975).

Η τελική πρόταση της ομάδας εργασίας του Δρ. Worthy είναι ο ΗΜΟ να προσάβει έναν εμπειρογνώμονα για να

δίνει συμβουλές στον οργανισμό για τη σχετική αποδοτικότητα των διαφορετικών υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός, με σκοπό να δοθεί προτεραιότητα στις περισσότερο αποδοτικές από άποψη κόστους δραστηριότητες. Εν αναμονή της αναφοράς του εμπειρογνώμονα, η ομάδα εργασίας προτείνει ο οργανισμός να ξεκινήσει την εφαρμογή αυτής της στρατηγικής παραχωρώντας ακόμα 5 ημετά σε κάθε ιατρικό ραντεβού ρουτίνας για τους ασθενείς που καπνίζουν, ούτως ώστε ο ιατρός, η νοσηλεύτρια ή ο ιατρικός βοηθός να έχουν χρόνο να συμβουλευθούν τους ασθενείς σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και ξεκινώντας είκοσι τέσσερα νέα ομαδικά τμήματα με βάση την κοινότητα, σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος για τα μέλη του ΗΜΟ. Οι δαπάνες αυτών των νέων δραστηριοτήτων πρόκειται να χρηματοδοτηθούν από τον υπάρχοντα προϋπολογισμό του οργανισμού για την επέμβαση «bypass» στεφανιαίων και ο αριθμός αυτών των επεμβάσεων πρόκειται να περιοριστεί σε δώδεκα λιγότερες απ' αυτές που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του τρέχοντος έτους. Την επόμενη μέρα από τη συνεδρίαση της εκτελεστικής επιτροπής, ο διευθυντής του τομέα της εκπαίδευσης πάνω σε θέματα υγείας από τον οργανισμό έκανε το μεσημέρι το τραπέζι στον Δρ. Worthy και τον συνεχάρη για τις «πεφωτισμένες» απόψεις του. Επιστρέφοντας από το μεσημεριανό φαγητό, ο επικεφαλής του καρδιολογικού τμήματος πληροφορεί τον Δρ. Worthy στο διάδρομο και του λέει, «Γιατί απλά δεν βγάζεις έξω και δεν πυροβολείς τους δώδεκα ασθενείς μου που πάσχουν από οξεία στεφανιαία νόσο; Τέλειωνε μ' αυτούς γρήγορα αντί να τους αρνούμαστε την επέμβαση που χρειάζονται και που θα τους σώσει τη ζωή».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις εκβάσεις της υγείας και στις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας δεν είναι απλή. Η καμπύλη κόστους-οφέλους εμφανίζει μια φθίνουσα πορεία, καθώς η αυξανόμενη επένδυση των πόρων επιφέρει πιο οριακές βελτιώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Η ίδια η καμπύλη μπορεί να μετακινείται προς τα πάνω ή προς τα κάτω, ανάλογα με την αποτελεσματικότητα με την οποία αξιοποιείται ένα δεδομένο επίπεδο πόρων.

Η ιδανική μέθοδος ανάσχεσης δαπανών είναι αυτή που επιτυγχάνει πρόοδο στις συνολικές εκβάσεις υγείας μέσω της «ανώδυνης» οδού της πιο αποτελεσματικής εκμετάλλευσης ενός υπάρχοντος επιπέδου πόρων. Τα παραδείγματα αυτής της προσέγγισης περιλαμβάνουν τον περιορισμό των αυξήσεων στις τιμές, τη μείωση της διοικητικής σπατάλης και την εξάλειψη των ακατάλληλων και των αναποτελεσματικών υπηρεσιών. Η «επώδυνη» ανάσχεση δαπανών αντιπροσωπεύει το άλλο άκρο, όταν οι έλεγχοι στις δαπάνες επιτυγχάνονται μόνο αν θυσιάσουν ποσότητες ιατρικά ωφέλιμων υπηρεσιών. Τη δημιουργία αντισταθμισμάτων στις υπηρεσίες που βασίζονται στη σχέση κόστους-αποδοτικότητας μπορεί να την αισθάνεται κανείς ανώδυνη ή επώδυνη, ανάλογα με το τί πιστεύει. Μερικοί μπορεί να βιώσουν πόνο από την άρνηση εν δυνάμει ωφέλιμων υπηρεσιών, αλλά με καθαρό όφελος για την υγεία του συνόλου του πληθυσμού μέσω πιο αποτελεσματικής αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων.

Η ανάσχεση δαπανών στον αληθινό κόσμο συνήθως βρίσκεται κάπου ανάμεσα στο εντελώς ανώδυνο υπόδειγμα

και στον εντελώς επώδυνο παρία (Ginzberg, 1983, Platt, 1983). Όπως αποκαλύπτουν οι εμπειρίες του Δρ. Worthy, η εφαρμογή στην πράξη του ανώδυνου ελέγχου των δαπανών μπορεί να εμποδιστεί από πολιτικά, οργανωτικά και τεχνικά εμπόδια. Οι έλεγχοι στις τιμές μπορεί να έχουν νόημα από οικονομικής πλευράς αλλά υπάρχει το ρίσκο της έντονης αντίδρασης από τους παροχείς. Τα διοικητικά αποθέματα μπορεί να βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό πέρα από τον έλεγχο οποιουδήποτε μεμονωμένου οργανισμού υγείας ή ομάδας παροχέων και να απαιτούν γενική επιθεώρηση ολόκληρου του συστήματος υγείας. Ο προσδιορισμός και η τροποποίηση των ακατάλληλων κλινικών πρακτικών αποτελεί τρομακτικό έργο, όπως και η παραχώρηση προτεραιότητας σε υπηρεσίες βάσει της αποδοτικότητάς τους. Αλλά ενώ μπορεί να είναι δύσκολο να πετύχουμε ανώδυνο έλεγχο κόστους, λίγοι θα υποστήριζαν πως η λειτουργία του συστήματος υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών τώρα πλησιάζει προς ένα μέγιστο επίπεδο αποτελεσματικότητας. Οι περιοχές της χώρας με υψηλότερες δαπάνες υγείας δεν έχουν καλύτερες εκβάσεις υγείας (Fisher et al., 2003). Η μη πειστική απόδοση της χώρας σε δείκτες όπως η βρεφική θνησιμότητα και η πιθανή διάρκεια ζωής δείχνει πως ο παραγωγικός βαθμός δαπάνης για τη φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν συνοδεύτηκε από ένα ανάλογο επίπεδο υπεροχής στην υγεία του πληθυσμού (Starfield, 2000). Η καλύτερη αξιοποίηση των υπάρχοντων πόρων πρέπει να αποτελεί την προτεραιότητα των στρατηγικών που εφαρμόζονται για τον έλεγχο των δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron H, Schwartz WB: Rationing health care: The choice before us. *Science* 1990;247:418.
- Aaron H, Schwartz WB: *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington, Brookings Institution, 1984.
- Brook RH, Lohr KN: Will we need to ration effective health care? *Issues Sci Tech* 1986;3:68.
- Centers for Disease Control and Prevention: Births: Preliminary Data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;51:11.
- Chassin MR et al: Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? *JAMA* 1987;258:2533.
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G: The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989;261:75.
- Donabedian A: Quality and cost: Choices and responsibilities. *Inquiry* 1988;25:90.
- Eddy DM: Applying cost-effectiveness analysis. *JAMA* 1992;268:2575.
- Eddy DM: Broadening the responsibilities of practitioners. *JAMA* 1993;269:1849.
- Eddy DM: The individual vs. society: Is there a conflict? *JAMA* 1991; 265:1446.
- Eisenberg JM: Clinical economics. *JAMA* 1989;262:2879.
- Eisenberg JM: *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Chicago, Health Administration Press, 1986.
- Evans RG: *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Butterworths, 1984.
- Fisher ES et al: The implications of regional variation in Medicare spending. *Ann Intern Med* 2003;138:273.
- Fuchs VR: No pain, no gain: Perspectives on cost containment. *JAMA* 1993;269:631.

- Fuchs VR: The health sector's share of the gross national product. *Science* 1990;247:534.
- Ginzberg E: Cost-containment: Imaginary and real. *N Engl J Med* 1983;308:1220.
- Greenlick MR: Educating physicians for population-based clinical practice. *JAMA* 1992;267:1645.
- Grimes DA: Technology follies: The uncritical acceptance of medical innovation. *JAMA* 1993;269:3030.
- Heffler S et al: Health spending projections for 2002–2012. *Health Aff* 2003; Web Exclusives Supplement, January–June 2003:W3.
- Hiatt HH: Protecting the medical commons: Who is responsible? *N Engl J Med* 1975;293:235.
- Leape LL: Unnecessary surgery. *Ann Rev Public Health* 1992; 13:363.
- Legorreta AP et al: Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *JAMA* 1993;270:1429.
- Levit K et al: Health spending rebound continues in 2002. *Health Aff* 2004;23(1):147.
- Lomas J et al: Paying physicians in Canada: Minding our Ps and Qs. *Health Aff* 1989;8(1):80.
- Menzel PT: Oregon's denial: Disabilities and the quality of life. *Hastings Center Rep* 1992;22:21.
- Platt R: Cost-containment: Another view. *N Engl J Med* 1983; 309:726.
- Reinhardt UE: Resource allocation in health care: The allocation of lifestyles to providers. *Milbank Mem Fund Q* 1987;65:153.
- Roper WL et al: Effectiveness in health care: An initiative to evaluate and improve medical practice. *N Engl J Med* 1988;319:1197.
- Schuster M et al: How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998;76:517.
- Schwartz WB: The inevitable failure of current cost-containment strategies. *JAMA* 1987;257:220.
- Stafford RS: Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* 1990;263:683.
- Starfield B: Is U.S. health really the best in the world? *JAMA* 2000;284:483.
- Stason WB: Economics in hypertension management: Cost and quality trade-offs. *J Hypertension* 1987;5(Suppl):S55.
- Wennberg JE: The paradox of appropriate care. *JAMA* 1987; 258:2568.
- White CC, Koplan JP, Orenstein WA: Benefits, risks, and costs of immunization for measles, mumps, and rubella. *Am J Public Health* 1985;75:739.
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D: Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med* 2003;349:768.

Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας

9

Στο Κεφάλαιο 8, αναλύθηκε η γενική σχέση ανάμεσα στις δαπάνες και τις εκβάσεις της υγείας και διερευνήθηκε η έντονη σχέση ανάμεσα στις επώδυνες και στις ανώδυνες μεθόδους ανάσχεσης των δαπανών. Στο παρόν κεφάλαιο, εξετάζονται συγκεκριμένοι μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών υγείας. Δίνεται έμφαση στη διάκριση μεταξύ των διαφορετικών μηχανισμών ελέγχου των δαπανών και στην κατανόηση του σκοπού τους και της λογικής τους. Εν συντομία, παρατίθενται στοιχεία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν να επηρεάσουν το κόστος και τις εκβάσεις της υγείας.

Οι οικονομικές συναλλαγές στα πλαίσια της ιδιωτικής ή της δημόσιας ασφάλισης υγείας (βλ. Κεφάλαιο 2, Σχήματα 2-2, 2-3 και 2-4) μπορούν να χωριστούν σε δυο συνιστώσες, και πιο συγκεκριμένα στη:

1. *Χρηματοδότηση*, τη ροή των δολαρίων (ασφάλιστρα ή φόροι) από άτομα και εργοδότες στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας (ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας ή κυβερνητικά προγράμματα), και στην
2. *Εξόφληση*, τη ροή των δολαρίων από ασφαλιστικά προγράμματα σε ιατρούς, νοσοκομεία και άλλους παροχείς.

Οι στρατηγικές ελέγχου δαπανών μπορούν να χωριστούν σ' εκείνες που στοχεύουν στη χρηματοδότηση και σε εκείνες που επηρεάζουν τη συνιστώσα της αποζημίωσης στη ροή της χρηματοδότησης (Σχήμα 9-1 και Πίνακας 9-1).

Έλεγχοι στη χρηματοδότηση

Οι έλεγχοι των δαπανών για χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας επιχειρούν να περιορίσουν τη ροή των κεφαλαίων στα προγράμματα ασφάλισης υγείας, με την προσδοκία πως τα προγράμματα αυτά θα «αναγκαστούν» να τροποποιήσουν τη ροή της εξόφλησης. Οι έλεγχοι στη χρηματοδότηση είναι δύο ειδών: ρυθμιστικοί και ανταγωνιστικοί.

Ρυθμιστικές στρατηγικές

*Ο Dieter Arbeiter, ένας ξυθουργός στο Βερολίνο της Γερμανίας είναι εγγεγραμμένος σ' ένα από τα ασφαλιστικά προγράμματα της χώρας του, στο «κεφάλαιο ασθενείας» ("sick fund") που παρέχεται από τη Συντεχνία των Ξυθουργών. Κάθε μήνα, ο Dieter καταβάλλει το 7% του μισθού του στο κεφάλαιο ασθενείας και ο εργοδότης συ-
νεισφέρει μ' ένα ισότιμο 7%. Η γερμανική ομοσπονδιακή*

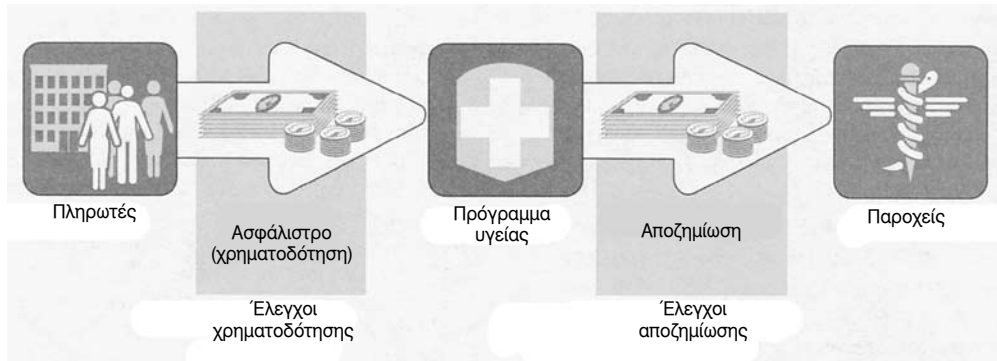
κυβέρνηση ρυθμίζει τους φορολογικούς συντελεστές για τη μισθοδοσία. Όταν η κυβέρνηση προτείνει την αύξηση του συντελεστή σε 8%, ο Dieter και οι συνάδελφοί του κάνουν πορεία προς το κτίριο του κοινοβουλίου για να διαμαρτυρηθούν για την αύξηση. Η κυβέρνηση υποχωρεί και ο συντελεστής παραμένει 7%. Συνεπώς, οι αμοιβές των ιατρών δεν αυξάνονται εκείνη τη χρονιά.

Σε χώρες με ασφάλιση υγείας που χρηματοδοτείται από φόρους, η κυβερνητική ρύθμιση των φόρων λειτουργεί ως ένας έλεγχος στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Αυτός ο ρυθμιστικός έλεγχος είναι πιο φανερός όταν ορισμένα κεφάλαια φόρων προορίζονται για την ασφάλιση υγείας, όπως στην περίπτωση των γερμανικών ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας (βλ. Κεφάλαιο 14) ή του Μέρους Α του προγράμματος Medicare στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στα πλαίσια αυτών των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, μια αύξηση στις δαπάνες υγείας απαιτεί σαφή νομοθεσία για να αυξηθεί ο συντελεστής των φόρων που προορίζονται για την ασφάλιση υγείας. Η δημόσια «αντιπάθεια» στις αυξήσεις των φόρων μπορεί να λειτουργήσει ως πολιτικό φρένο ενάντια στον πληθωρισμό της φροντίδας υγείας.

Ένα κάπως διαφορετικό μοντέλο χρηματοδοτικής ρύθμισης παρουσιάστηκε στα πλαίσια της πρότασης του 1994 για τη φροντίδα υγείας του Προέδρου Κλίντον (που ποτέ δεν πέρασε). Αυτή η πρόταση απαιτούσε κυβερνητική ρύθμιση των ασφαλιστρών που καταβάλλονταν στα ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας (Starr & Zelman, 1993).

Πίνακας 9-1. Κατηγορίες ελέγχων στις δαπάνες.

Έλεγχοι στη χρηματοδότηση
Ρυθμιστικοί: όρια σε φόρους ή ασφάλιστρα
Ανταγωνιστικοί
Έλεγχοι στην αποζημίωση
Έλεγχοι στις τιμές
Ρυθμιστικοί
Ανταγωνιστικοί
Έλεγχοι πληρωμών (ποσότητα)
Σύνθετες μονάδες πληρωμής: κατά κεφαλήν αποζημίωση, διαγνωστικές ομάδες, σφαιρικοί προϋπολογισμοί
Κατανομή των δαπανών των ασθενών
Έλεγχοι πληρωμών
Όρια στις παροχές
Μικτοί έλεγχοι



Σχήμα 9-1. Μηχανισμοί ελέγχου δαπανών μπρούν να εφαρμοστούν και στη χρηματοδοτική και την εξοφλητική συνιστώσα των δαπανών ιατρικής φροντίδας στα πλαίσια ενός συστήματος ασφάλειας υγείας.

Ανταγωνιστικές στρατηγικές

Μια εναλλακτική πρόταση των Ηνωμένων Πολιτειών για την ανάσχεση των δαπανών υγείας επιχειρεί να ελέγξει τη ροή της χρηματοδότησης μέσω μιας ανταγωνιστικής στρατηγικής. Η βασική πρόταση των ανταγωνιστικών στρατηγικών χρηματοδότησης είναι να αποκτήσουν οι εργοδότες μεγαλύτερη επίγνωση των δαπανών στις αγοραστικές αποφάσεις τους. Τα προγράμματα ασφάλισης υγείας θα ενθαρρύνονταν να ανταγωνίζονται με βάση την τιμή, με τα λιγότερο ακριβά προγράμματα να ανταμείβονται με μεγαλύτερο αριθμό μελών. Αντί να υπάρχει μια κυβερνητική υπηρεσία για να ρυθμίζει τη χρηματοδότηση, η ανταγωνιστική αγορά θα πιέζε τα προγράμματα να συγκρατήσουν τις τιμές των ασφαλιστρών τους και τις συνολικές δαπάνες.

Ο Giovanni Costa εργάζεται για την General Auto (GA). Βρισκόμαστε στο 1985 και αυτός και η οικογένειά του έχουν ασφάλιση υγείας Blue Cross που καλύπτει τις περισσότερες υπηρεσίες του παροχέα φροντίδας υγείας της επιλογής του, με κανένα αφαιρετέο ποσό. Ο Giovanni δεν γνωρίζει πόσο κοστίζει το πρόγραμμα υγείας του επειδή η GA πληρώνει το ασφαλιστρο. Μια φορά ρώτησε το φίλο του στο τμήμα υπαλληλικών επιδομάτων αν η εταιρεία ανησυχούσε για τις δαπάνες της ασφάλισης υγείας. «Είναι πρόβλημα», του είπαν, «αλλά δεν είναι πολύ άσχημα τα πράγματα γιατί τα δικά μας ασφαλιστρα είναι αφαιρετέα ποσά από τους φόρους για την εταιρεία. Επίσης, αν σας δώναμε υψηλότερο μισθό, θα έπρεπε να καταβάλλετε φόρους γι' αυτόν το μισθό αλλά αν σας παρέχουμε καλύτερη κάλυψη για τη φροντίδα υγείας, δεν πληρώνετε φόρους για την αξία αυτής της κάλυψης. Έτσι, είμαστε και οι δύο καλύτερα παρέχοντας γενναιοδωρα επιδόματα για ασφάλιση υγείας. Όταν φτάνουμε σ' αυτό το σημείο, η κυβέρνηση καταβάλλει ένα μέρος αυτών των ασφαλιστρών».

Όταν σκεφτόμαστε ανταγωνιστικές στρατηγικές που επιχειρούν να κάνουν τους αγοραστές να αποκτήσουν μεγαλύτερη ευαισθησία στο ζήτημα των τιμών, είναι σημαντικό να σκεφτούμε ποιο είναι στ' αλήθεια το άτομο που προβαίνει σε ασφάλιση υγείας. Για την ασφάλιση υγείας που παρέχεται από τον εργοδότη το άτομο αυτό είναι ο εργοδότης που επιλέγει ποιά προγράμματα υγείας θα προσφέρει στους υπαλλήλους ή ο μεμονωμένος υπάλληλος που αποφασίζει να εγγραφεί σ' ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα;

Όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Giovanni Costa και της GA, η απάντηση συχνά είναι η εξής: και οι δύο, γιατί η GA επιλέγει ποιά προγράμματα θα προσφέρει στους υπαλλήλους και ποιο μέρος του ασφαλιστρού να επιδοτήσει και ο Giovanni επιλέγει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα από εκείνα που του προσφέρει η GA.

Από ιστορικής πλευράς, αρκετοί παράγοντες έχουν επηρεάσει αρνητικά τη μελέτη της τιμής και από την πλευρά των εργοδοτών και από την πλευρά των εργαζομένων στο ζήτημα της αγοράς ασφάλισης υγείας (Enthoven, 1993). Για τους υπαλλήλους, το γεγονός πως οι εργοδότες συνήθως συμπληρώνουν την επιταγή για να αγοράσουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων έχει απαλλάξει τους ασφαλισμένους υπαλλήλους από αυτά τα έξοδα. Οι υπάλληλοι θεωρούν τα ασφαλιστρα υγείας δαπάνη για τον εργοδότη παρά δαπάνη που επιβαρύνει τους ίδιους. Στη πραγματικότητα, πολλοί υπάλληλοι μπορεί να λάβαιναν υψηλότερο μισθό αν οι δαπάνες της ασφάλισης υγείας ήταν χαμηλότερες αλλά οι υπάλληλοι γενικά δεν αντιλαμβάνονται τα επιδόματα ασφάλισης υγείας ως έναν προκαθορισμένο μισθό.

Επιπλέον, η ομοσπονδιακή πολιτική της αντιμετώπισης των επιδομάτων φροντίδας υγείας ως μη φορολογητέων και για τον εργαζόμενο και για τον εργοδότη, ωφελεί οικονομικά τον εργαζόμενο, αφού λαμβάνει γενναιοδωρα επιδόματα για τη φροντίδα του και μειώνει το βάρος της πληρωμής τέτοιων επιδομάτων από την πλευρά του εργοδότη. Ένα δολάριο που συνεισφέρει απευθείας ο εργοδότης σ' ένα πρόγραμμα υγείας χρηματοδοτεί σε μεγαλύτερο βαθμό την ασφάλιση υγείας σε σχέση με ένα δολάριο στο μισθό που σε πρώτο στάδιο φορολογείται ως εισόδημα και σε δεύτερη φάση δαπανάται από τον υπάλληλο για την ασφάλιση υγείας. Αυτή η δυναμική προστάτησε τους υπαλλήλους από την αληθινή τιμή της ασφάλισης υγείας και τους έδωσε ελάχιστα κίνητρα για να έχουν συναίσθηση του κόστους ως καταναλωτές όταν επιλέγουν ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα.

Για τους εργοδότες, ο πληθωρισμός των ασφαλιστρών υγείας τη δεκαετία του 1950 και του 1960 αποτελούσε αποδεκτό κομμάτι των συναλλαγών, όταν η οικονομία άνθιζε και οι δαπάνες από την ασφάλιση υγείας αποτελούσαν μόνο μικρό τμήμα των συνολικών δαπανών από τις συναλλαγές. Ωστόσο, καθώς οι ασφαλιστικές δαπάνες συνέχιζαν να κινούνται ανοδικά και η οικονομική ανάπτυξη παρουσίασε επιβράδυνση τη δεκαετία του 1980 και τα πρώτα χρόνια του 21^{ου} αιώνα, οι εργοδότες έγιναν πιο δραστήριοι στην

προσέγγισή τους προς τις δαπάνες για ασφάλιση υγείας (βλ. Κεφάλαιο 16).

Βρισκόμαστε στο 2000 και η GA τώρα προσφέρει στο Γιοναννί Costa τρεις επιλογές ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας: το πρόγραμμα του οργανισμού υγείας κοστίζει 300 δολάρια το μήνα, και η GA καταβάλλει το 80% και ο Γιοναννί το 20%, το πρόγραμμα του οργανισμού που συμβάλλεται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία αξίζει 400 δολάρια το μήνα και το πρόγραμμα που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες κοστίζει 500 δολάρια το μήνα. Αν ο Γιοναννί επιλέξει το πρόγραμμα του οργανισμού υγείας, η GA καταβάλλει 240 δολάρια (80%) και αυτός 60 δολάρια (20%). Αν υπογράψει για το πρόγραμμα του οργανισμού που συμβάλλεται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία και κοστίζει 400 δολάρια, η GA και πάλι καταβάλλει 240 δολάρια (80% του προγράμματος με το πιο χαμηλό κόστος) και αυτός πρέπει να πληρώσει 160 δολάρια. Αν θέλει να επιλέξει το πρόγραμμα που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η GA πληρώνει μόνο 240 δολάρια και ο Γιοναννί 260. Η GA διαπραγματεύτηκε και με τα τρία προγράμματα υγείας πως τα επίπεδα των ασφαλιστρών θα ήταν «παγωμένα» στους συντελεστές του 1995 για τα επόμενα τρία χρόνια. Ένα τέταρτο πρόγραμμα που προηγουμένως πρόσφερε η GA αρνήθηκε να συμφωνήσει μ' αυτόν τον όρο και η GA το απέσυρε από την ομάδα επιδομάτων για τους υπαλλήλους. Μετά το 2000, όμως, τα τρία προγράμματα υγείας απαίτησαν αυξήσεις ασφαλιστρών της τάξης του 12% ανά έτος και η δαπάνη της GA ανέβηκε και γι' αυτήν και για το Γιοναννί.

Η ανταγωνιστική προσέγγιση στη χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, που σταδιακά αναπτύσσεται στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενθαρρύνει και τον εργοδότη και τον υπάλληλο προς την αγορά που γίνεται με ευαισθησία προς τις τιμές. Για τους εργοδότες, η ανταγωνιστική στρατηγική καλεί τις επιχειρήσεις να γίνουν πιο επιθετικές στις διαπραγματεύσεις τους με προγράμματα υγείας στο ζήτημα των συντελεστών των ασφαλιστρών. Οι εργοδότες «παζαρεύουν» πιο ενεργά και προσφέρουν στους υπαλλήλους μόνο προγράμματα που κρατάνε τους συντελεστές τους κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο. Επιπλέον, οι εργοδότες κάνουν τους υπαλλήλους να έχουν περισσότερη επίγνωση του κόστους όταν επιλέγουν ένα πρόγραμμα υγείας, περιορίζοντας το ποσό του ασφαλιστρου που θα καταβάλει ο εργοδότης. Αντί να πληρώνουν ολόκληρο το ασφαλιστρο ή το μεγαλύτερο μέρος αυτού, πολλοί εργοδότες προσφέρουν σταθερή επιχορήγηση ασφάλισης -που συχνά ενσωματώνεται στο κόστος του πιο φθηνού προγράμματος υγείας- και υποχρεώνουν τους υπαλλήλους που επιλέγουν πιο δαπανηρά προγράμματα να πληρώνουν το επιπλέον ποσό. Ο οικονομολόγος Alain Enthoven, ένας από τους κύριους υποστηρικτές της ανταγωνιστικής προσέγγισης, ονόμασε αυτήν τη στρατηγική «ελεγχόμενο ανταγωνισμό» (“managed competition”) (Enthoven & Kronick, 1989, Enthoven 2003). Η στρατηγική επίσης είναι γνωστή και ως η προσέγγιση της «καθορισμένης συνεισφοράς» (βλ. Κεφάλαιο 16).

Καταφέρνει η εξελισσόμενη ανταγωνιστική προσέγγιση να ελέγχει τις δαπάνες; Κατά τη διάρκεια της επιβράδυνσης του ρυθμού των δαπανών υγείας, η αύξηση στα ασφαλιστρα φαίνεται να είναι πιο αργή σε πιο ανταγωνιστικές αγορές (Zwanziger & Melnick, 1996). Μερικοί σημαντικοί

εργοδότες σε πολιτείες όπως η Καλιφόρνια απέσπασαν διευκολύνσεις από μεγάλους ΗΜΟs για να μειώσουν τα ασφαλιστρα τους στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Enthoven & Singer, 1996). Ωστόσο, από το 2000 μέχρι το 2003, η τιμή των ασφαλιστρών υγείας αυξήθηκε κατά 10%-14% ανά έτος (Gabel et al., 2003). Ο Enthoven υποστηρίζει ότι ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός ποτέ δεν καθιερώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες και δεν μπορεί να κατηγορηθεί για την ανανεωμένη ραγδαία αύξηση στις δαπάνες (Enthoven, 2003). Αυτοί που ασκούν κριτική στον ανταγωνισμό υποστηρίζουν πως οι ασφαλιστικές εταιρείες αναπόφευκτα θα συμπεριφέρονται με τρόπους που θα υπερβούν την ικανότητα της αγοράς να παράγει ένα πιο αποτελεσματικό και λιγότερο δαπανηρό σύστημα υγείας. Μετά το 1998, πολλές μητροπολιτικές περιοχές κυριαρχήθηκαν από μερικούς μεγάλους ομίλους οργανισμών υγείας που κατάφεραν να αποσπάσουν αυξανόμενα ασφαλιστρα από τους εργοδότες (Pauly et al., 2002). Επιπλέον, ήταν ευκολότερο για τα ασφαλιστικά προγράμματα να ανταγωνίζονται την αγορά μέσω της επιλογής μελών χαμηλού κόστους, παρά υποχρεώνοντας τους παροχείς να προσφέρουν ένα προϊόν χαμηλότερου κόστους και υψηλότερης ποιότητας. Μελέτες έχουν δείξει πως οι ανταγωνιζόμενοι οργανισμοί υγείας του προγράμματος Medicare χρησιμοποίησαν με ακρίβεια αυτήν τη στρατηγική (Berenson, 2001, U.S. General Accounting Office, 1997).

Αν ο ανταγωνισμός μπορούσε να επιτύχει ανάσχεση των δαπανών, το αποτέλεσμα θα ήταν επώδυνος ή ανώδυνος έλεγχος δαπανών; Μια βασική ανησυχία σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις που προορίζονται για την αγορά είναι πως όποιος «πόνος» και αν δημιουργούνται όσον αφορά την ανεκτική κατάσταση της υγείας, αυτόν θα τον βίωναν πιο έντονα τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα. Στα πλαίσια του ανταγωνισμού, τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα θα ήταν πιο πιθανό να πληρώνουν τις δαπάνες των επιπλέον ασφαλιστρών για να εγγραφούν σε πιο ακριβά προγράμματα υγείας, ενώ τα άτομα με λιγότερα εισοδήματα δεν θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά τα επιπλέον ασφαλιστρα και θα υποβιβάζονταν στα προγράμματα με χαμηλότερο κόστος. Αν η διαφορά στις τιμές των ασφαλιστρών για τα διάφορα προγράμματα ήταν μεγάλη, τα μέλη των προγραμμάτων χαμηλότερου κόστους ίσως λάμβαναν φροντίδα κατώτερης ποιότητας και ίσως εμφάνιζαν χειρότερες εκβάσεις υγείας.

Οι αδυναμίες των ελέγχων στη χρηματοδότηση

Για να είναι αποτελεσματικοί οι έλεγχοι των δαπανών -είτε ρυθμιστικοί είτε ανταγωνιστικοί- στη χρηματοδοτική πλευρά της εξίσωσης της φροντίδας υγείας, αυτές οι στρατηγικές σε τελευταία ανάλυση πρέπει να επιφέρουν μειώσεις στη ροή των κεφαλαίων όσον αφορά στην εξόφληση. Μια κυβέρνηση μπορεί να προσπαθήσει να περιορίσει το επίπεδο των φόρων που προορίζονται για τη φροντίδα υγείας. Όμως, αν οι πληρωμές στους ιατρούς, στα νοσοκομεία και τους άλλους παροχείς συνεχίζουν να αυξάνονται ραγδαία, η δυσαναλογία ανάμεσα στο επίπεδο χρηματοδότησης και στο επίπεδο εξόφλησης θα δημιουργήσει ελλείμματα στον προϋπολογισμό και τελικά θα αναγκάσει την κυβέρνηση να αυξήσει τους φόρους. Κατά παρόμοιο τρόπο, στα πλαίσια του ανταγωνισμού, οι ασφαλιστές υγείας θα επιχειρήσουν να συγκρατήσουν τις αυξήσεις των ασφαλιστρών για να

κερδίσουν περισσότερους πελάτες. Αν όμως αυτά τα προγράμματα υγείας δεν μπορούν να ελέγξουν με επιτυχία τί πληρώνουν σε νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία και άλλους παροχείς, τότε οι ασφαλιστές θα αναγκαστούν να αυξήσουν τα ασφαλιστικά τους και η ανταγωνιστική ανακούφιση από τον πληθωρισμό των υπηρεσιών υγείας θα αποδειχτεί ασύλληπτη, όπως αποδεικνύεται από την αναγέννηση του πληθωρισμού των δαπανών για την υγεία μετά το 1998. Όσον αφορά στην αποζημίωση, οι κυβερνήσεις χωρών με χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο ασφαλιστικά προγράμματα δεν ρυθμίζουν απλά τη χρηματοδότηση της φροντίδας αλλά εμπλέκονται ενεργά στον έλεγχο της αποζημίωσης του παροχέα. Ο ανταγωνισμός θα επιβάρυνε τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας -αντί για μια δημόσια υπηρεσία- για να ρυθμίσουν τις δαπάνες αποζημίωσης. Τώρα θα εξετάσουμε τις επιλογές που είναι διαθέσιμες στους ιδιώτες ασφαλιστές ή στην κυβέρνηση για τον έλεγχο της ροής κεφαλαίων στη συναλλαγή της αποζημίωσης.

ΕΛΕΓΧΟΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Στο Κεφάλαιο 8, κάναμε διάκριση ανάμεσα στις τιμές (Τ) και στις ποσότητες (Π) των δαπανών υγείας. Επειδή το κόστος ισούται με την τιμή πολλαπλασιασμένη με την ποσότητα

$$K = T \times Π,$$

οι στρατηγικές για τον έλεγχο των δαπανών όσον αφορά στην αποζημίωση μπορούν πρωταρχικά να στοχεύουν είτε στις τιμές είτε στις ποσότητες (βλ. Πίνακα 9-1).

Έλεγχος στις τιμές

Στα πηλαίασια του προγράμματος Medicaid της Καλιφόρνια που βασίζεται στην καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η εξόφληση του Δρ. Vincent Lo για μια επίσκεψη ρουτίνας στο ιατρείο έχει παραμείνει στα 16 δολάρια τα τελευταία 8 χρόνια.

Το πρόγραμμα Medicare μείωσε την αμοιβή του Δρ. Ernest Ojo για επέμβαση καταρράκτη από 1.600 σε 900 δολάρια.

Αντί να πληρώνει σ' όλη τα νοσοκομεία της περιοχής την τρέχουσα τιμή της μαγνητικής τομογραφίας του εγκέφαλου (1.200 δολάρια), ο οργανισμός υγείας Apple a Day συμβάλλεται μόνο μ' εκείνα τα νοσοκομεία που συμφωνούν να πραγματοποιούν τομογραφίες για 800 δολάρια και δεν θα επιτρέψει στους ασθενείς του να κάνουν τις τομογραφίες σε κανένα άλλο νοσοκομείο.

Το Νοσοκομείο Metropolitan θέλει συμβόλαιο με τον οργανισμό Apple a Day με τιμή 1.400 δολάρια ανά ημέρα. Επειδή ο οργανισμός αυτός μπορεί να παρέχει νοσηλεία στους ασθενείς του στο Νοσοκομείο Crosstown για 1.100 δολάρια την ημέρα, το Metropolitan δεν έχει άλλη επιλογή από το να μειώσει την ημερήσια τιμή του προς τον Apple a Day στα 1.100 δολάρια για να πάρει το συμβόλαιο. Με τη σειρά του, το Metropolitan, για να αναπληρώσει το έλλειμμα των 300 δολαρίων ανά ημέρα, αυξάνει τις χρεώσεις του σε αρκετούς άλλους ιδιωτικούς ασφαλιστές.

Στον Καναδά και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, μια δημόσια ή σχεδόν δημόσια υπηρεσία ρυθμίζει ένα

ομοιόμορφο πρόγραμμα αμοιβών για τις πληρωμές των ιατρών και των νοσοκομείων. Συχνά, γίνονται διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους πληρωτές (πληρωτής είναι ο γενικός όρος που περιλαμβάνει και τους αγοραστές και τους ασφαλιστές- βλ. Κεφάλαιο 16) και τους επαγγελματίους οργανισμούς όσον αφορά στην καθιέρωση αυτών των προγραμμάτων αμοιβών (Glaser, 1991, Evans et al., 1989). Τα προγράμματα αμοιβών που καθορίζονται από τον πληρωτή είναι λιγότερο συνηθισμένα στις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 4, το Medicare, το Medicaid και πολλά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης αντικατέστησαν τις «συνήθεις και λογικές» ιατρικές αμοιβές με προκαθορισμένες τιμές για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Οι ανταγωνιστικές προσεγγίσεις στον έλεγχο των τιμών επιχειρήθηκαν επίσης στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τη δεκαετία του 1980, η Καλιφόρνια εισήγαγε την ανταγωνιστική προσφορά μεταξύ των νοσοκομείων για συμβόλαια Medicaid τα οποία τελικά προσφέρονταν σε νοσηλευτικά ιδρύματα με χαμηλότερες χρεώσεις την ημέρα. Πολλά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης επίσης εφάρμοσαν την ανταγωνιστική προσφορά για να διαπραγματευτούν μειώσεις στις αμοιβές ιατρών και νοσοκομείων.

Ο έλεγχος των τιμών είχε κάποια περιορισμένη επιτυχία στη συγκράτηση της αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας. Ο χαμηλότερος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας στον Καναδά σε σύγκριση μ' εκείνον των Ηνωμένων Πολιτειών έχει αποδοθεί στη ρύθμιση των αμοιβών των ιατρών στον Καναδά (Evans et al., 1989, Welch et al., 1996). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι πολιτείες που εφάρμοζαν είτε σε μεγάλο βαθμό ρυθμισμένες προσεγγίσεις είτε υψηλά ανταγωνιστικές προσεγγίσεις ελέγχου τιμών των νοσοκομειακών υπηρεσιών εμφάνισαν πιο αργούς ρυθμούς συνολικού πληθωρισμού νοσοκομειακών δαπανών σε σχέση με τις πολιτείες που δεν εφάρμοζαν καμία από τις δυο στρατηγικές ανάσχεσης των δαπανών (Zwanziger & Melnick, 1996). Όμως, δύο σοβαρά προβλήματα περιορίζουν την ισχύ των ελέγχων στις τιμές για την ανάσχεση του συνόλου των δαπανών, ιδιαίτερα όταν οι τιμές ρυθμίζονται στο επίπεδο της καταβολής αμοιβής κατά πράξη.

1. Το πρώτο πρόβλημα προκύπτει όταν οι έλεγχοι στις τιμές εφαρμόζονται αποσπασματικά από διαφορετικούς πληρωτές. Παροχείς, όπως το Νοσοκομείο Metropolitan, συχνά αντιδρούν στους ελέγχους των τιμών που επιβάλλονται από έναν πληρωτή αυξάνοντας τις χρεώσεις σε άλλους πληρωτές που εφαρμόζουν λιγότερο περιοριστικές πολιτικές στις αμοιβές - ένα φαινόμενο γνωστό ως μετατόπιση του κόστους. Το πρόβλημα της μετατόπισης του κόστους μπορεί να αποφευχθεί όταν χρησιμοποιείται ομοιόμορφο πρόγραμμα αμοιβών από όλους τους πληρωτές (όπως στη Γερμανία) ή από έναν πληρωτή (όπως στον Καναδά). Η δύναμη της μετατόπισης του κόστους μπορεί επίσης να μειωθεί από μια υψηλά ανταγωνιστική αγορά στην οποία οι πληρωτές είναι εξίσου προσηλωμένοι στη διαπραγμάτευση χαμηλότερων τιμών και τον περιορισμό του αριθμού των προγραμμάτων που είναι πρόθυμα να απορροφήσουν υψηλότερες τιμές για να αντισταθμίσουν μειώσεις που γίνονται σε άλλους πληρωτές.
2. Ακόμα και όταν εφαρμόζονται ομοιόμορφα προγράμματα τιμών, υπάρχουν αποδείξεις πως η ποσότητα των υπηρεσιών αυξάνεται ιδιαίτερα ραγδαία όταν οι τιμές ελέγχονται αυστηρά, γεγονός που οδηγεί μερικούς

αναλυτές στο συμπέρασμα ότι οι παροχές αντιδρούν στους ελέγχους των αμοιβών, προκαλώντας αυξημένη χρήση των υπηρεσιών για να διατηρούν κέρδη (Rice & Labelle, 1989).

Οι έλεγχοι των τιμών είναι ελκυστικοί γιατί είναι μια σχετικά ανώδυνη μορφή ελέγχου των δαπανών, στο βαθμό που δεν περιορίζουν την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όμως, η έλλειψη ομοιομορφίας στην εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την πρόσβαση στην φροντίδα για ορισμένες ομάδες πολιτών. Οι αμοιβές του Medicaid για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρών είναι πολύ πιο χαμηλές σε σχέση με τις τιμές της ιδιωτικής ασφάλισης στις περισσότερες πολιτείες, γεγονός που δυσκολεύει πολλούς ασθενείς του Medicaid να βρουν ιδιώτες ιατρούς πρόθυμους να τους αναλάβουν. Σε χώρες όπου εφαρμόζονται ομοιόμορφα προγράμματα αμοιβών, έχουν εκφραστεί ανησυχίες πως η απόλυτη μείωση των αμοιβών μπορεί να οδηγήσει σε αναστάτωση των ασθενών (μεγάλες ποσότητες σύντομων επισκέψεων), κάτι που θα έχει ως επακόλουθο την επιδείνωση στην ποιότητα της φροντίδας και την έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών.

Έλεγχοι στη χρήση (ποσότητα)

Επειδή η αποτελεσματικότητα των ελέγχων στις τιμές μπορεί να περιορίζεται από αυξήσεις στις ποσότητες των υπηρεσιών, οι πληρωτές χρειάζεται να σκέφτονται μεθόδους συγκράτησης της πραγματικής χρήσης υπηρεσιών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 9-1, υπάρχει ποικιλία μεθόδων βάσει των οποίων μπορεί να επιτευχθεί έλεγχος της χρήσης. Εξετάζεται μία στρατηγική, η αλλαγή της μονάδας πληρωμής που αναφέρθηκε για πρώτη φορά στο Κεφάλαιο 4. Κατόπιν περιγράφονται συμπληρωματικοί μηχανισμοί που επιχειρούν να συγκρατήσουν την ποσότητα των υπηρεσιών.

ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Ο Δρ. John Wiley είναι αναστατωμένος γιατί ο PPO με τον οποίο συνεργάζεται μειώνει την αμοιβή του από 35 σε 30 δολάρια ανά επίσκεψη. Για να διατηρήσει το εισόδημά του, παρατείνει την ημέρα του κατά μισή ώρα για να μπορέσει να προγραμματίσει περισσότερες επισκέψεις ασθενών.

Η Δρ. Jane Stuckey είναι θυμωμένη γιατί ο HMO μειώνει την κατά κεφαλήν πληρωμή της από 12 σε 10 δολάρια ανά ασθενή το μήνα. Δεν μπορεί να διατηρήσει το εισόδημά της εξετάζοντας περισσότερους ασθενείς, γιατί οι περισσότερες επισκέψεις ασθενών δεν της αποφέρουν περισσότερα χρήματα. Ελπίζει πως περισσότεροι ασθενείς του οργανισμού θα εγγραφούν στη λίστα των ασθενών της ούτως ώστε να μπορεί να λαμβάνει περισσότερες κατά κεφαλήν πληρωμές.

Ένας απλός τρόπος για να ελέγχουμε τον παράγοντα της ποσότητας είναι ο αναπροσδιορισμός της μονάδας πληρωμής. Στο Κεφάλαιο 4, αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες μπορούν να ενωθούν σε πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής, όπως η κατά κεφαλήν αμοιβή των ιατρών και η αμοιβή του νοσοκομείου με βάση το επεισόδιο ασθενείας και τη διαγνωστική ομάδα. Όσο πιο ενιαία είναι η μονάδα πληρωμής τόσο πιο προβλέψιμη τείνει να είναι η ποσότητα. Παραδείγματος χάριν, στην περίπτωση του Δρ. Wiley που λαμβάνει αμοιβή για κάθε υπηρεσία που προσφέρει,

υπάρχει μεγάλο ενδεχόμενο να αυξηθούν οι δαπάνες λόγω αυξήσεων στον αριθμό των επισκέψεων στον ιατρό, των χειρουργικών επεμβάσεων και των διαγνωστικών εξετάσεων. Όταν η πληρωμή είναι κατά κεφαλήν, όπως στην περίπτωση της Δρ. Stuckey, η ποσότητα δεν ορίζεται από τον αριθμό των επισκέψεων αλλά μάλλον από τον αριθμό των ατόμων που εγγράφονται στη λίστα ενός ιατρού ή σ' ένα πρόγραμμα. Από την πλευρά ενός προγράμματος υγείας, ο τύπος $K = T \times P$ ακόμα βρίσκει εφαρμογή όταν οι ιατροί πληρώνονται κατά κεφαλήν αλλά τώρα T είναι η κατά κεφαλήν αμοιβή και P ο αριθμός των ατόμων που καλύπτονται. Οι ιατροί όμως, δεν προβληματίζονται ιδιαίτερα προκειμένου να προκαλέσουν μεγαλύτερες «ποσότητες» στο επίπεδο της κατά κεφαλήν πληρωμής για το σύνολο του συστήματος υγείας. Κατά παρόμοιο τρόπο, στα πλαίσια του σφαιρικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων, το T αντιπροσωπεύει το μέσο σφαιρικό προϋπολογισμό ανά νοσοκομείο και το P τον αριθμό των νοσοκομείων.

Η μετατόπιση της πληρωμής σε μια πιο σύνθετη μονάδα είναι φανερά ελκυστική ως ένας τρόπος αντίδρασης των πληρωτών στον πληθωρισμό του κόστους λόγω του παράγοντα της ποσότητας. Όμως η ζωή δεν είναι ποτέ τόσο απλή. Στο Κεφάλαιο 4, αναλύθηκε ο τρόπος με τον οποίο οι πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής μεταβιβάζουν τον οικονομικό κίνδυνο στους παροχείς της φροντίδας. Άλλος ένας τρόπος περιγραφής αυτής της μετατόπισης κινδύνου είναι να θεωρήσουμε πως η λύση που βρίσκει ένα άτομο στο πρόβλημα της ποσότητας γίνεται το νέο πρόβλημα ποσότητας ενός άλλου ατόμου. Ένα νοσοκομείο που πληρώνεται από τον σφαιρικό προϋπολογισμό αντί να υπάρχει αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, πρέπει να ελέγχει τις δικές του εσωτερικές ποσότητες υπηρεσιών από φόβο μήπως αυτές οδηγήσουν το νοσοκομείο σε δαπάνες που υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό. Στο βαθμό που οι παροχείς δεν επιτυγχάνουν τη διαχείριση των πόρων σύμφωνα με περισσότερο σφαιρικές μορφές πληρωμής, οι πιέσεις αυξάνονται, για να αυξηθούν με τη σειρά τους και οι τιμές που καταβάλλονται σ' αυτές τις πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής.

Οι αλλαγές στις πολιτικές για τις μονάδες πληρωμής σπάνια συμβαίνουν ανεξάρτητα από άλλες μεταρρυθμίσεις στις στρατηγικές ελέγχου των δαπανών, γεγονός που καθιστά δύσκολη την απομόνωση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από την αλλαγή της μονάδας πληρωμής. Παραδείγματος χάριν, η κατά κεφαλήν πληρωμή των ιατρών συνήθως λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο άλλων οργανωτικών στοιχείων και χαρακτηριστικών ελέγχου των δαπανών σ' ένα πρόγραμμα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Μια μεγάλη μελέτη σε δείγμα 300 ΗΜΟs χρησιμοποίησε στατιστικές τεχνικές στην απόπειρά της να απομονώσει τα αποτελέσματα από τις διαφορετικές μονάδες πληρωμής των ιατρών από τα αποτελέσματα άλλων χαρακτηριστικών στοιχείων των οργανισμών υγείας (Hillman et al., 1989). Σύμφωνα με τη μελέτη, σε σύγκριση με την αποζημίωση κατά πράξη, τόσο η κατά κεφαλήν πληρωμή όσο και η πληρωμή με μισθό συνδέονταν με χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας των οργανισμών υγείας. Οι περισσότερες καλά τεκμηριωμένες μελέτες πάνω στην πληρωμή των ιατρών συνήθως ανακαλύπτουν πως οι ιατροί ασκούν ένα λιγότερο δαπανηρό είδος ιατρικής όταν πληρώνονται κατά κεφαλήν αντί όταν αμείβονται για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία (Hellinger, 1996).

Για τα νοσοκομεία, η αλλαγή που συντελέστηκε το 1983 όσον αφορά στις πληρωμές του Medicare από το σύστημα

καταβολής αμοιβής κατά πράξη στο σύστημα αμοιβής ανά επεισόδιο ασθένειας σύμφωνα με τη διαγνωστική ομάδα κατέληξε σε μια συγκρατημένη επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης των δαπανών του Τμήματος Α του προγράμματος Medicare. Ωστόσο, τα νοσοκομεία μπόρεσαν να μετατοπίσουν τις δαπάνες σε ιδιώτες πληρωτές για να μετανορθώσουν για τα χαμηλότερα εισοδήματα των διαγνωστικών ομάδων και το σύνολο των εθνικών δαπανών για την υγεία δεν επηρεάστηκε από το νέο μηχανισμό πληρωμών του Medicare (Rice, 1996). Πολλοί αναλυτές θεωρούν πως η Καναδική και η Ευρωπαϊκή στρατηγική του σφαιρικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων είναι βασικό στοιχείο της σχετικής επιτυχίας αυτών των χωρών όσον αφορά στη συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών ή τουλάχιστον στη διατήρηση ενός πιο αργού ρυθμού αύξησης από εκείνον στις Ηνωμένες Πολιτείες (Luft & Grumbach, 1994, Evans et al., 1989, U.S. General Accounting Office, 1991).

Το σύστημα φροντίδας υγείας στη Γερμανία και σε μερικές επαρχίες του Καναδά αντέδρασε στην άνευ ορίων δυναμική της πληρωμής κατά πράξη, εισάγοντας τον σφαιρικό προϋπολογισμό, ως ανώτατο όριο δαπανών για την πληρωμή των ιατρών (Barer et al., 1996). Στα πλαίσια του ανώτατου ορίου δαπανών για τον Καναδά, καθιερώνεται ένας προϋπολογισμός για όλες τις υπηρεσίες υγείας σε μια επαρχία. Αν και οι ανεξάρτητοι ιατροί συνεχίζουν να χρεώνουν το τοπικό πρόγραμμα υγείας λαμβάνοντας αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αν οι αυξήσεις στη χρήση υπηρεσιών οδηγήσουν τις συνολικές δαπάνες σε υπέρβαση του προϋπολογισμού, οι αμοιβές μειώνονται (ή «θυσιάζονται» οι αυξήσεις των αμοιβών για τον επόμενο χρόνο) προκειμένου να συμφωνηθούν με το όριο στις δαπάνες. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Καναδά, η εφαρμογή του ορίου δαπανών συνδέθηκε με τη σταθεροποίηση των δαπανών υγείας στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (Barer et al., 1996). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το πρόγραμμα Medicare υιοθέτησε μια λιγότερο αυστηρή εκδοχή του ορίου στις δαπάνες για τις ιατρικές αμοιβές, γνωστή ως η «σταθερά του όγκου της απόδοσης» (Rice, 1996). Τα όρια στις δαπάνες για τις πληρωμές των ιατρών επιτρέπουν στον πληρωτή να εστιάσει στο σύνθετο μέρος Κ της εξίσωσης και στην προκειμένη περίπτωση, στο συνολικό προϋπολογισμό για τους ιατρούς.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΑΠΑΝΗ

Ο Randy Payton έχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο με αφαιρετέο ποσό 2.000 δολάρια και 20% συν-πληρωμή για όλες τις υπηρεσίες. Αν δημιουργήσει δαπάνες υγείας 6.000 δολαρίων, πληρώνει τα πρώτα 2.000 δολάρια συν το 20% των 4.000 δολαρίων, για ένα σύνολο των 2.800 δολαρίων.

Η ασφάλιση του Joseph Mednick δεν καλύπτει τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Επειδή πάσχει από διαβήτη, υπέρταση και στεφανιαία νόσο, τα πολλὰ φάρμακά του κοστίζουν 2.400 δολάρια το χρόνο.

Ο όρος «συμμετοχή στη δαπάνη» σημαίνει πως οι ασθενείς πληρώνουν ένα μέρος της φροντίδας υγείας τους απευθείας από την τσέπη τους. Στον ελεγχόμενο ανταγωνισμό, η συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη λαμβάνει χώρα ως μέρος της χρηματοδοτικής συναλλαγής όταν αγοράζεται ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας. Σ' αυτό το μέρος, αναλύουμε την πιο παραδοσιακή έννοια της κατανομής δαπανών, τη χρήση αφαιρετέων ποσών, συν-πληρωμών

και μη καλυπτόμενων υπηρεσιών ως μέρος της συναλλαγής, προκειμένου οι ασθενείς να πληρώσουν ένα μέρος των εξόδων όταν λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας.

Ο σκοπός της συμμετοχής αυτών των ασθενών είναι η αποθάρρυνση της ζήτησης υπηρεσιών από μέρος τους. Όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 3, όταν τα άτομα έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες. Ενώ η προστασία από τον ατομικό οικονομικό κίνδυνο αποτελεί ένα από τα σημαντικά οφέλη της ασφάλισης, η ασφαλιστική κάλυψη, παράλληλα, απομακρύνει τον περιορισμό που προκαλείται από το σύστημα των άμεσων πληρωμών.

Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος μιας υπηρεσίας κατά τη στιγμή της παροχής της είναι μια από τις λίγες τεχνικές ανάσχεσης των δαπανών που υποβάλλονται στην αυστηρή αξιολόγηση ενός τυχαίου και ελεγχόμενου πειράματος. Στο Πείραμα Ασφάλισης Υγείας του οργανισμού RAND (Rand Health Insurance Experiment), τα άτομα τοποθετήθηκαν τυχαία σε προγράμματα ασφαλείας υγείας με διάφορα ποσοστά συμμετοχής των ασθενών στη δαπάνη. Τα άτομα που συμμετείχαν στο κόστος των φροντίδων πραγματοποίησαν περίπου κατά ένα τρίτο λιγότερες επισκέψεις και νοσηλεύτηκαν κατά ένα τρίτο λιγότερες φορές σε σχέση με τα άτομα που τοποθετήθηκαν στο πρόγραμμα χωρίς οικονομική συμμετοχή (Newhouse et al., 1981).

Αν και η τυχαία και ελεγχόμενη δοκιμή παρέχει ένα εξαιρετικό κριτήριο για την προσεκτική εξέταση της επίδρασης ενός μόνο μηχανισμού ανάσχεσης των δαπανών, μερικοί παρατηρητές προειδοποίησαν πως αυτά τα είδη «in vitro» αναλύσεων μπορεί να παράγουν αποτελέσματα που δεν μπορούν να γενικευτούν στον «in vivo» κόσμο της πολιτικής υγείας. Για παράδειγμα, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ένα από τα υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής των ασθενών στη δαπάνη υγείας σε σχέση με οποιαδήποτε χώρα και επίσης τις υψηλότερες συνολικές δαπάνες. Σύμφωνα με μελέτες, όταν η συμμετοχή αρχίζει να οδηγεί σε χαμηλότερη χρήση υπηρεσιών για ένα μεγάλο πληθυσμό ασθενών, οι παροχές μπορεί να προσαρμόσουν τις πελατείες τους και να αυξήσουν τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχονται σε ασθενείς που έχουν περισσότερες δυνατότητες να πληρώσουν ή έχουν καλύτερη ασφαλιστική κάλυψη (Beck & Horne, 1980, Fahs, 1992).

Το πείραμα RAND επίσης αξιολόγησε την επιρροή του μέτρου στην καταλληλότητα της φροντίδας και στις εκβάσεις της υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών στη δαπάνη υγείας δεν περιορίσε μόνο την ακατάλληλη από ιατρικής πλευράς χρήση υπηρεσιών αλλά αποθάρρυνε εξίσου και τη χρήση κατάλληλων φροντίδων (Siu et al., 1986). Τα άτομα (ιδιαίτερα εκείνα με χαμηλά εισοδήματα) με ασφαλιστικά προγράμματα που απαιτούν συμμετοχή στο κόστος λαμβάνουν λιγότερες προληπτικές υπηρεσίες και όχι καλό έλεγχο της υπέρτασής τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς υποχρέωση συν-πληρωμής (Brook et al., 1983). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να αγοράσουν απαραίτητα φάρμακα στα πλαίσια της πολιτικής αυτής και η αδυναμία απόκτησης αυτών των φαρμάκων οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά σοβαρών ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, όπως η νοσηλεία και η εισαγωγή σε ιδιωτική κλινική (Blustein, 2000, Tamblin et al., 2001). Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φροντίδων δεν αποτελεί ανώδυνη μορφή ελέγχου των δαπανών.

Πρόσφατες μελέτες εξέτασαν τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται στις αι-

θουσες επειγόντων περιστατικών σε δύο μεγάλους ΗΜΟ (Selby et al., 1996, Magid et al, 1997). Η συμμετοχή αυτή μείωσε την ακατάλληλη χρήση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης χωρίς να επηρεάζει αρνητικά την κατάλληλη χρήση ή την έκβαση της υγείας των ασθενών. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η συμμετοχή των ασθενών μπορεί να είναι ανώδυνη μορφή ελέγχου των δαπανών υγείας όταν χρησιμοποιείται σε λογικά πλαίσια, δεν εφαρμόζεται σε ασθενείς χαμηλού εισοδήματος και σχεδιάζεται για να ενθαρρύνει τους ασθενείς να χρησιμοποιούν χαμηλότερου κόστους πηγές φροντίδας (για παράδειγμα, κλινικές αντί για αίθουσες επειγόντων περιστατικών) και όχι να αποθαρρύνει τη χρήση υπηρεσιών συνολικά.

ΕΛΕΓΧΟΙ ΤΩΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η Thelma Graves πάσχει από σοβαρό υπερθυρεοειδισμό. Αυτή και ο ιατρός της συμφωνούν να υποβληθεί σε επέμβαση θυρεοειδούς. Πριν προγραμματίσουν την επέμβαση, ο ιατρός πρέπει να τηλεφωνήσει στην ασφαλιστική εταιρεία της κυρίας Graves για να λάβει προεξουσιοδότηση, χωρίς την οποία ο ασφαλιστής δεν θα πληρώσει την επέμβαση.

Ο Fred Brady νοσηλεύεται με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το νοσοκομείο επικοινωνεί με την εταιρεία ελέγχου των υπηρεσιών για τον ασφαλιστή του κυρίου Brady, που δίνει εξουσιοδότηση για 5 μέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Την τέταρτη μέρα, οι καρδιακοί παλμοί του κυρίου Brady είναι 36 ανά λεπτό, μια κατάσταση που απαιτεί τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη και παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο για 10 επιπλέον ημέρες. Μετα την πέμπτη μέρα νοσηλείας, ο ιατρός του κυρίου Brady πρέπει να τηλεφωνεί στην εταιρεία ελέγχου πληρωμών κάθε 2 μέρες για να δικαιολογή το λόγο που ο ασφαλιστής πρέπει να συνεχίσει να πληρώνει για τη νοσηλεία.

Ο Derek Jordan έχει νεανικό ζαχαρώδη διαβήτη και στα 42 του χρόνια πληροί τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα Medicare λόγω της μόνιμης αναπηρίας του από τις επιπλοκές του διαβήτη. Εισάγεται στο νοσοκομείο για θεραπεία ενός νεκρωμένου δακτύλου λόγω γάγγραινας. Στα πλαίσια της μεθόδου πληρωμής του Medicare με τη διαγνωστική ομάδα, το νοσοκομείο λαμβάνει την ίδια πληρωμή για τη νοσηλεία του Derek, άσχετα από το αν αυτή διαρκεί 2 μέρες ή 12 μέρες. Συνεπώς, το νοσοκομείο θέλει από τον ιατρό του να του δώσει εξιτήριο το συντομότερο δυνατό. Κάθε μέρα, μια νοσηλεύτρια που ανήκει στο προσωπικό του νοσοκομείου και ελέγχει τις πληρωμές εξετάζει το φάκελο παρακολούθησης του Derek και υποδεικνύει στον ιατρό πως ο ασθενής δεν χρειάζεται πλέον άμση νοσηλεία.

Ο έλεγχος (ή αλλιώς διαχείριση) των υπηρεσιών περιλαμβάνει την επιτήρηση αλλά και την παρέμβαση στις κλινικές δραστηριότητες των ιατρών, με σκοπό τον περιορισμό του κόστους (Grumbach & Bodenheimer, 1990). Σε αντίθεση με τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, που επιχειρεί να περιορίσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας επηρεάζοντας τη συμπεριφορά των ασθενών, ο έλεγχος των υπηρεσιών επιχειρεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ιατρών. Ο μηχανισμός επιρροής των ιατρικών αποφάσεων είναι απλός και άμεσος: άρνηση πληρωμής των υπηρεσιών που δεν θεωρούνται απαραίτητες.

Ο έλεγχος των υπηρεσιών σχετίζεται με τη μονάδα

πληρωμής ως εξής: Οποιοσδήποτε διατρέχει οικονομικό κίνδυνο (βλ. Κεφάλαιο 4) πραγματοποιεί τέτοιου είδους έλεγχο. Στο πλαίσιο της αποζημίωσης κατά πράξη, οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν έλεγχο των υπηρεσιών για να μειώσουν τις πληρωμές σε νοσοκομεία και ιατρούς. Το σύστημα των διαγνωστικών ομάδων παρακινεί τα νοσοκομεία που κινδυνεύουν να χάσουν χρήματα αν οι ασθενείς τους νοσηλευτούν για πολύ καιρό να ελέγξουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά το διάστημα της κάθε νοσηλείας. Στα πλαίσια ενός κατά κεφαλήν συμβολαίου ενός ΗΜΟ με μια ιατρική ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας, η τελευταία ελέγχει τις παρεχόμενες φροντίδες ούτως ώστε να μην πληρώνει στους ιατρούς περισσότερα απ' όσα λαμβάνει σε κατά κεφαλήν πληρωμές. Αν ένας ΗΜΟ καταβάλλει σ' ένα νοσοκομείο μία συγκεκριμένη αμοιβή ανά ημέρα, μπορεί να στέλνει στο νοσοκομείο αυτό μια νοσηλεύτρια, η οποία θα είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των υπηρεσιών καθώς και για τη συνολική παραμονή των ασθενών σε αυτό.

Η Micromanage Inc. διεξάγει έλεγχο υπηρεσιών για αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες. Κάθε μέρα, η Rebecca Hasselbach επιθεωρεί το φάκελο παρακολούθησης του κάθε ασθενούς για να προσδιορίσει αν οι ασθενείς είναι έτοιμοι να λάβουν εξιτήριο. Σε μερικές περιπτώσεις, συζητά την περίπτωση με τον ιατρικό της διευθυντή και με τον/ την θεράποντα ιατρό του ασθενούς. Συνήθως, αν ο/ η θεράπων ιατρός θέλει να παραμείνει ο ασθενής στο νοσοκομείο, η γνώμη του/ της γίνεται σεβαστή. Με την άσκηση πιέσεων για έγκαιρα εξιτήρια, η κυρία Hasselbach, οι συνάδελφοί της από τη Micromanage σ' όλη τη χώρα και ο επιστημονικός διευθυντής εξοικονομούν στους ασφαλιστές τους περίπου 500.000 δολάρια το χρόνο. Η ετήσια δαπάνη της διενέργειας ελέγχων πληρωμών είναι 495.000 δολάρια.

Αν και μερικές μελέτες περιπτώσεων ελέγχου υπηρεσιών έδειξαν κάποια βραχυπρόθεσμη μείωση στα ποσοστά νοσηλείας και επεμβάσεων, λίγες αποδείξεις υπάρχουν πως αυτή η προσέγγιση οδηγεί σε σημαντικές εξοικονομήσεις, ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται υπόψη τα γενικά έξοδα της διαχείρισης του ίδιου του προγράμματος ελέγχου (Wickizer, 1990). Αν ήταν επιτυχής ως προς την ανάσχεση δαπανών, ο έλεγχος της χρήσης υπηρεσιών θα φαινόταν ανώδυνη μορφή ελέγχου δαπανών επειδή στοχεύει στην επιλεκτική μείωση της ακατάλληλης ή της μη απαραίτητης φροντίδας. Ωστόσο, οι ελεγκτές συχνά λαμβάνουν αποφάσεις με βάση τη μία περίπτωση μετά την άλλη, χωρίς σαφείς οδηγίες ή κριτήρια, με αποτέλεσμα οι αποφάσεις ενδεχομένως να είναι αντιφατικές και μεταξύ διαφορετικών ελεγκτών για την ίδια περίπτωση και στον ίδιο ελεγκτή για διαφορετικές περιπτώσεις (Dippe et al., 1989, Light, 1994, Kerr et al., 1995).

Ο έλεγχος των καταναλισκόμενων φροντίδων έχει δεχθεί τα πυρά ως μια διαδικασία μικρο-διαχείρισης κλινικών αποφάσεων που εισβάλλει στη σχέση ιατρού-ασθενούς και θέτει ένα ανεπιθύμητο διαχειριστικό βάρος στους ιατρούς και σε άλλους παροχείς φροντίδας. Οι ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες δέχονται τις περισσότερες κριτικές και είναι φορτωμένοι με την πιο πολλή διοικητική-υποστηρικτική εργασία στις δυτικές βιομηχανοποιημένες δημοκρατίες (Lee & Etheredge, 1989). Σημαντικός ιατρικός χρόνος πηγαίνει στο να υποβάλλουν αρνήσεις και να πείθουν τους ασφαλιστές για την καταλληλότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μερικοί ιατροί γράφουν πολλές σημειώσεις στο φάκελο

παρακολούθησης του ασθενούς όχι για να τεκμηριώσουν μια ιατρική κατάσταση και τη θεραπεία της αλλά για να δικαιολογήσουν τη δαπάνη. Πολλοί ιατροί αισθάνονται πως ο έλεγχος των υπηρεσιών έχει μετατρέψει το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών σε ένα τεράστιο παιχνίδι ερωτήσεων τύπου «Μαμά μπουω;»

Αναπτύχθηκαν αρκετές μέθοδοι ελέγχου της χρήσης υπηρεσιών υγείας στην επιθεώρηση πληρωμών που επιχειρούν να αποφύγουν μερικά από τα επαχθή χαρακτηριστικά της διαδικασίας αυτής στις διάφορες περιπτώσεις. Η καταγραφή της πελατείας -και όχι η εστίαση σε μεμονωμένες περιπτώσεις- χρησιμοποιεί συνοπτικά στοιχεία για να προσδιοριστούν οι ιατροί με συνολική χρήση υπηρεσιών που παρεκκλίνει σημαντικά από τα πρότυπα που έχουν καθορίσει άλλοι ιατροί εντός της κοινότητας (Welch et al., 1994). Οι εφεδρικοί ιατροί που προσδιορίζονται από την καταγραφή της πελατείας υπόκεινται τότε σε διάφορες παρεμβάσεις. Στον Καναδά και τη Γερμανία, αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούνται από εκπαιδευτικές δραστηριότητες και δραστηριότητες παρακολούθησης που πραγματοποιούνται από περιφερειακές ιατρικές ομάδες (Glaser, 1991). Η δυσκολία με τα προφίλ της πελατείας είναι πως τα στοιχεία που προκύπτουν είναι συχνά ανακριβή, με αποτέλεσμα να οδηγούνται οι ιατροί στη δυσπιστία και όχι στη λήψη στοιχείων απ' αυτά (Bindman, 1999).

Η ανάθεση σε έναν ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (gatekeeper) της ευθύνης παραπομπής των ασθενών για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα αποτελεί μια παραλλαγή του ελέγχου των υπηρεσιών (βλ. Κεφάλαιο 6). Τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας ήλιζαν ότι η ανάθεση ενός τέτοιου ρόλου στους ιατρούς θα απέτρεπε τους ασθενείς από την απ' ευθείας χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών και ως εκ τούτου θα περιορίζε τις δαπάνες υγείας, κάτι όμως το οποίο δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί (Bodenheimer et al., 1999, Escarce et al., 2001, Forrest, 2003).

Οι λιγότερο «αδιάκριτες» μορφές ελέγχου των υπηρεσιών περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές δραστηριότητες και ανατροφοδότηση πάνω στον τρόπο παροχής των φροντίδων χωρίς πειθαρχικά μέτρα για τους θεράποντες. Αυτές οι εθελοντικές προσεγγίσεις δεν φάνηκαν να έχουν σημαντική επίδραση στην ανάσχεση των δαπανών (Greco & Eisenberg, 1993). Επειδή η παροχή ακατάλληλων (είτε περισσότερων είτε λιγότερων) ποσοτήτων φροντίδας υγείας συχνά έχει επιπτώσεις στην ποιότητα αυτής (βλ. Κεφάλαιο 12), οι δραστηριότητες του ελέγχου των υπηρεσιών και της βελτίωσης της ποιότητας συχνά συμπλέκονται.

ΟΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Ο Harry είναι ένας ασθενής εγγεγραμμένος στο Πρόγραμμα Υγείας Kaiser στο Λος Άντζελες. Εμφανίζει πόνο στην πλάτη, πραγματοποιεί αρκετές επισκέψεις στον οικογενειακό του ιατρό αλλά θέλει μαγνητική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης για να αποκλείσει την κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Ο ιατρός του αρνείται το αίτημά του επειδή, δεδομένου του περιορισμένου αριθμού των μαγνητικών τομογράφων για τα εγγεγραμμένα μέλη του Kaiser, τα ιατρικά ευρήματα του Harry δεν είναι αρκετά σοβαρά για να δικαιολογήσουν μαγνητική τομογραφία σύμφωνα με τα κριτήρια του Kaiser.

Ο Larry τραυματίζεται στο ποδόσφαιρο και το τραύμα αυτό του προκαλεί έντονο πόνο στην πλάτη που αντα-

νακλάται στο πόδι. Πηγαίνει στην κλινική επείγουσας φροντίδας του Kaiser και διαπιστώνεται ότι έχει απώλεια αίσθησης, δύναμης και αντανakηστικών στο αριστερό του πόδι. Ο ιατρός του Kaiser του συνιστά απόλυτη ανάπαυση στο κρεβάτι και κανονίζει επείγουσα μαγνητική τομογραφία σε 3 μέρες.

Ο Bob είναι ασθενής στην Καναδική επαρχία της Αλμπέρτα. Εμφανίζει πόνο στην πλάτη και μετά από αρκετές επισκέψεις στον οικογενειακό του ιατρό απαιτεί μαγνητική τομογραφία της σπονδυλικής του στήλης για να αποκλείσει κήλη του μεσοσπονδυλίου δίσκου. Ο ιατρός του που δεν υποπεύεται κάτι τέτοιο, συμφωνεί να τον βάλει στη λίστα αναμονής για μαγνητική τομογραφία, που για μη επείγουσες περιπτώσεις είναι 5 μήνες.

Ο Rob ζει στην Αλμπέρτα και αφού σήκωσε φορτίο 40 κιλών στη δουλειά του, αισθάνεται οξύ πόνο χαμηλά στην πλάτη που αντανakηστικά στο δεξί του πόδι. Ανακαλύπτοντας θετικό αντανakηστικό ανυψωμένου δεξιού ποδιού με απώλεια του αντανakηστικού της κάτω γνάθου, ο οικογενειακός ιατρός του τηλεφωνεί στον ακτινολόγο και καταφέρνει επείγουσα μαγνητική εντός 3 ημερών.

Όταν μιλάμε για όρια στην προσφορά υπηρεσιών εννοούμε ελέγχους στον αριθμό των ιατρών και άλλων παροχέων φροντίδας και στους υλικούς πόρους όπως ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ή των τομογράφων. Τα όρια στην προσφορά των υπηρεσιών μπορούν να θεθούν σ' ένα συγκεκριμένο ίδρυμα όπως ένας HMO στις Ηνωμένες Πολιτείες (τα παραδείγματα του Harry και του Larry) ή σε μια ολόκληρη γεωγραφική περιοχή όπως μια Καναδική επαρχία (τα παραδείγματα του Bob και του Rob).

Οι ερευνητές βρήκαν πως η αύξηση του αριθμού των χειρουργικών και ορθοπεδικών πράξεων συνδέεται με την αύξηση του δείκτη χειρουργών και ορθοπεδικών κατά κεφαλήν αντίστοιχα (Phelps, 2003, Fuchs, 1978, Bunker, 1970, Wennberg & Gittelsohn, 1973). Αυτό το φαινόμενο μερικές φορές ονομάζεται «προκλητή ζήτηση» ("supplier-induced demand") (Evans, 1984, Rice και Labelle, 1989, Phelps, 2003). Ο έλεγχος στην προσφορά ιατρών μπορεί να μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών τους και, συνεπώς, να συμβάλλει στην ανάσχεση των δαπανών.

Η προκλητή ζήτηση (από τον παροχέα) αντανakηστικά στο ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη για τους ασθενείς του Medicare που καταβάλλουν αμοιβή κατά πράξη είναι κατά 250% υψηλότερη σε μερικές περιφέρειες των Ηνωμένων Πολιτειών απ' ότι σε άλλες (Wennberg & Cooper, 1999). Αυτή η αξιοσημείωτη απόκλιση στις δαπάνες δεν εξηγείται από διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, τις τιμές των υπηρεσιών ή τα επίπεδα της ασθένειας αλλά οφείλεται στην ποσότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών. Οι κάτοικοι περιοχών με μεγαλύτερη κατά κεφαλήν διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών έχουν κατά 30% περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν σε σχέση μ' εκείνους σε περιοχές με λιγότερα κρεβάτια (Fisher et al., 2000). Το απόφθεγμα «τα άδεια κρεβάτια τείνουν να γεμίσουν» έγινε γνωστό ως ο νόμος του Roemer (Roemer & Shain, 1959). Αντίστροφα, η αυστηρή ρύθμιση του αριθμού των κέντρων στα οποία επιτρέπεται να πραγματοποιούνται επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς θέτει ένα όριο για το συνολικό αριθμό των επεμβάσεων καρδιάς που μπορούν να πραγματοποιηθούν. Σε καταστάσεις περιορισμένης προσφοράς, οι ιατροί πρέπει να καθορίσουν ποιού ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ανάγκη

τις περιορισμένες αυτές διαθέσιμες φροντίδες. Σε ιδανικές συνθήκες, εκείνοι που έχουν πραγματικά ανάγκη κερδίζουν την πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες (Larry & Rob), βασιζόμενοι στη «σοφία» των ιατρών να τους διακρίνουν ανάμεσα στο σύνολο όσων ζητούν υπηρεσίες (Harry & Bob). Σε λιγότερο ιδανικές περιστάσεις, οι διαθέσιμοι πόροι δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν όλους τους ασθενείς που έχουν ανάγκη και οι ιατροί και οι άλλοι παροχείς αναγκάζονται να δίνουν προτεραιότητα στους ασθενείς σύμφωνα με το βαθμό ιατρικής ανάγκης (βλ. Κεφάλαιο 13).

Αν και μπορεί να μην υπάρχει πάντα μια απευθείας γραμμική σχέση ανάμεσα στην προσφορά και τη χρήση των υπηρεσιών, υπάρχουν ξεκάθαρες περιπτώσεις όπου οι περιορισμοί στη διαθεσιμότητα συγκρατούν τη χρήση. Παραδείγματος χάριν, οι συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο δείχνουν μεγάλες παρεκκλίσεις στην εγχείρηση “bypass” στεφανιαίων, με σχετικά χαμηλό ποσοστό επεμβάσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο, ένα μεσαίο ποσοστό στον Καναδά και το πιο υψηλό ποσοστό στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτά τα ποσοστά αντιστοιχούν στο βαθμό που αυτές οι χώρες ρυθμίζουν (σε ελάχιστο βαθμό στην περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών) τον αριθμό των κέντρων που πραγματοποιούν επεμβάσεις καρδιάς (Mc Pherson, 1989, Rublee, 1994). Οι ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες που εισάγονται με έμφραγμα του μυοκαρδίου λαμβάνουν διαφορετικές θεραπείες ανάλογα με το αν εισάγονται σε νοσοκομεία με μονάδες καρδιακού καθετηριασμού και χειρουργικές μονάδες. Εκείνοι που εισάγονται σε νοσοκομεία με τέτοιες μονάδες είναι πολύ πιο πιθανό να λάβουν αγγειογραφία στεφανιαίων ή επέμβαση bypass σε σχέση με τους ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που εισάγονται σε νοσοκομεία χωρίς τέτοιες μονάδες (που πρέπει να μεταφέρουν τους ασθενείς σε άλλες εγκαταστάσεις για να πραγματοποιηθούν αυτές οι διαδικασίες) (Blustein, 1993, Every et al., 1993).

Σύμφωνα μ’ αυτές τις μελέτες, όταν αντιμετωπίζουν όρια στην προσφορά, οι ιατροί μπορεί να είναι σε θέση να δίνουν προτεραιότητα σε ασθενείς με κλινικές αιτιολογίες κατά τρόπο που επιλεκτικά μειώνει τις ανεπιθύμητες υπηρεσίες. Η καθιέρωση ορίων στην προσφορά, τα οποία απαιτούν από τους ιατρούς να δίνουν προτεραιότητα σε υπηρεσίες με βάση την καταλληλότητα και το επείγον της ανάγκης του ασθενούς, αντιπροσωπεύει μια πολύ διαφορετική (και λιγότερο επεμβατική) προσέγγιση στην ανάσχεση δαπανών σε σχέση με τον έλεγχο των φροντίδων, ο οποίος βασίζεται σε εξωτερικούς παράγοντες για να εξουσιοδοτήσουν ή να αρνηθούν μεμονωμένες υπηρεσίες σε ένα περιβάλλον σχετικά μη περιορισμένης διαθεσιμότητας.

ΕΛΕΓΧΟΙ ΣΤΟΝ ΤΥΠΟ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ

Μια συγκεκριμένη μορφή ελέγχου της προσφοράς είναι η ρύθμιση των *τύπων* (αντί για το συνολικό αριθμό) των παροχών. Στο Κεφάλαιο 6, διερευνήσαμε την ισορροπία ανάμεσα στον αριθμό των γενικών και των ειδικών ιατρών σ’ ένα σύστημα υγείας. Η αύξηση της αναλογίας των γενικών ιατρών μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονομήσεις για δύο λόγους (Grumbach & Lee, 1991). Πρώτον, οι γενικοί ιατροί έχουν χαμηλότερα εισοδήματα από τους ειδικούς. Δεύτερον, και με μεγαλύτερη επίδραση στις συνολικές δαπάνες, οι γενικοί ιατροί εμφανίζονται να ασκούν ένα είδος ιατρικής με λιγότερη έμφαση στους πόρους και παράγουν χαμηλότερες συνολικές δαπάνες υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης σε μικρότερο βαθμό των νοσοκομειακών και

των εργαστηριακών υπηρεσιών (Greenfield et al., 1992). Η έρευνα δεν έχει πείσει για το αν η αντικατάσταση των ιατρών με νοσηλεύτες / τριες, και ιατρικούς βοηθούς μπορεί να περιορίσει τις συνολικές δαπάνες (DeAngelis, 1994, Venning et al., 2000, Hooker, 2002). Σ’ αυτές τις καταστάσεις, οι χαμηλότερες δαπάνες για αμοιβή του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να αντισταθμιστούν από τη χαμηλότερη παραγωγικότητα.

ΜΙΚΤΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ

Στον αληθινό κόσμο, οι στρατηγικές ανάσχεσης των δαπανών εφαρμόζονται όχι ως απομονωμένα φαινόμενα σ’ ένα στατικό σύστημα αλλά ως μια σειρά από πολιτικές που ασχολούνται συνολικά με τους τρόπους χρηματοδότησης, τα μοντέλα παροχής φροντίδας υγείας και τους ελέγχους δαπανών. Τώρα γυρίζουμε σε δύο μελέτες περιπτώσεων που αποτελούν παράδειγμα για το κράμα των μεθόδων ανάσχεσης δαπανών: στη διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και στο Καναδικό σύστημα υγείας.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Ο όρος *διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας* αναφέρεται σε μια ετερογενή σειρά ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας που διαφέρουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό από την παραδοσιακή ασφάλιση υγείας. Προηγουμένως (βλ. Κεφάλαια 4, 5 και 7), αναλύσαμε τον τρόπο με τον οποίο τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας μπορεί να χαρακτηριστούν από την άποψη των οργανωτικών δομών τους και των μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών. Ωστόσο, άλλο ένα στοιχείο για την κατηγοριοποίηση των προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας είναι η προσέγγισή τους στην ανάσχεση των δαπανών (Πίνακας 9-2).

Τα προγράμματα των PPOs διαφέρουν στο μικρότερο δυνατό βαθμό από την παραδοσιακή μη οργανωμένη ασφάλιση υγείας. Για να ελέγχουν τις δαπάνες, αυτοί οι οργανι-

Πίνακας 9-2. Στρατηγικές ελέγχου των δαπανών στη διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας.

Οργανισμοί Επιθεγμένων Προμηθευτών (PPOs)

- Έλεγχο στις τιμές
- Έλεγχο υπηρεσιών
- Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των φροντίδων

Ανεξάρτητοι Ιατρικοί Σύλλογοι-Δικτυακές Μορφές Οργανισμών Υγείας (IPA-Network HMOs)

- Έλεγχο στις τιμές
- Έλεγχο υπηρεσιών
- Ιατρός ΠΦΥ με ρόλο παραπέμποντος (Gatekeeping)
- Αλληλαγία της μονάδας πληρωμής σε κατά κεφαλήν αποζημίωση
- Ρύθμιση της προσφοράς μέσω επιλεκτικής δημιουργίας συμβάσεων

Οργανισμοί Υγείας (HMOs) τύπου ομάδας (group-model) και τύπου προσωπικού (staff-model)

- Αλληλαγία μονάδας πληρωμής σε μισθό και σφαιρικούς προϋπολογισμούς
- Έλεγχο στην προσφορά
- Διαχειριστική απλότητα

σμοί βασίζονται σε μέτρα όπως ο έλεγχος των υπηρεσιών και οι εκπώσεις στις αμοιβές των ιατρών και των νοσοκομείων που αποζημιώνονται κατά πράξη. Οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι και οι δικτυακές μορφές ΗΜΟs συχνά αλλάζουν τη μονάδα πληρωμής σε πιο σύνθετο επίπεδο ως επιπρόσθετη στρατηγική ανάσχεσης δαπανών, συνήθως σε σχέση με την απαίτηση οι ασθενείς να επιλέγουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα τον ιατρό που θα τους παραπέμψει για περαιτέρω φροντίδα και ο οποίος μπορεί να ασκεί ένα λιγότερο δαπανηρό είδος ιατρικής.

Τα μοντέλα ομάδας και προσωπικού των ΗΜΟs, μέσω της αναδιοργάνωσης του συστήματος παροχής που επιφέρουν, έχουν επιπρόσθετα όπλα ελέγχου των δαπανών. Λόγω της πιο ολοκληρωμένης σχέσης τους με τους ιατρούς και τα νοσοκομεία, τα προγράμματα αυτά συνήθως πληρώνουν τους παροχείς χρησιμοποιώντας όσον το δυνατόν πιο σύνθετες μονάδες πληρωμής (δηλαδή, τους μισθούς για τους ιατρούς και τους σφαιρικούς προϋπολογισμούς για τα νοσοκομεία). Αυτοί οι οργανισμοί υγείας, επίσης, εισάγουν ελέγχους στην προσφορά ως ένα σημαντικό τρόπο ανάσχεσης των δαπανών. Τα περισσότερα μοντέλα ΗΜΟs σχεδιάζουν την προσφορά νοσοκομειακών κλινών και ιατρών με βάση σαφείς στόχους για τους δείκτες κρεβάτι ανά εγγεγραμμένο μέλος και ιατρός ανά εγγεγραμμένο μέλος. Επίσης μπορεί να περιορίζουν τον αριθμό των δαπανηρών πόρων, όπως οι μαγνητικοί τομογράφοι.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στη σύγχρονη πολιτική υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι αν τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας όντως ελέγχουν τις δαπάνες πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τα προγενέστερα προγράμματα της μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι ερευνητές αυτού του ζητήματος έχουν να αντιμετωπίσουν μεθοδολογικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων των δυσκολιών στον υπολογισμό των διαφορών στο βαθύτερο ιατρικό κίνδυνο μεταξύ των εγγεγραμμένων μελών του προγράμματος, στη λεπτομερή εξήγηση όλων των δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των διαχειριστικών γενικών δαπανών από την τσέπη των ασθενών, στην τυποποίηση των επιδομάτων που καλύπτονται από τα διαφορετικά προγράμματα και στον έλεγχο των δαπανών με το πέρασμα του χρόνου. Υπάρχει γενική συμφωνία πως, σε σύγκριση με τα παραδοσιακά μη οργανωμένα ασφαλιστικά προγράμματα, οι ΗΜΟs χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους για νοσοκομειακή φροντίδα λόγω των χαμηλότερων ποσοστών νοσηλείας. Αν και πολλές μελέτες ανακάλυψαν πως οι υπηρεσίες για τους εξωτερικούς ασθενείς χρησιμοποιούνται πιο συχνά στους οργανισμούς υγείας, αυτό το υψηλότερο ποσοστό χρήσης δεν φαίνεται να αντισταθμίζει πλήρως τις μειώσεις στη φροντίδα των εσωτερικών ασθενών (Luft, 1978, Miller & Luft, 1994, Miller & Luft, 2002).

Σε μια απόπειρα να αποφευχθούν μερικά από τα μεθοδολογικά προβλήματα, το Πείραμα Ασφάλισης Υγείας RAND τυχαία παραχώρησε άτομα σ' ένα οργανισμό υγείας ή ένα παραδοσιακό ασφαλιστικό πρόγραμμα. Η μελέτη RAND ανακάλυψε πως οι συνολικές δαπάνες ήταν περίπου κατά 25% χαμηλότερες για τα άτομα που ήταν εγγεγραμμένα στον ΗΜΟ (Manning et al., 1984). Πολλοί αναλυτές προειδοποιούν για τις γενικεύσεις από τη μελέτη RAND επειδή το πείραμα συμπεριέλαβε μόνο ένα ενιαίο πρόγραμμα οργανισμού υγείας, το Συνεταιρισμό για την Ομαδική Υγεία

του Πάτζετ Σάουντ. Ο Συνεταιρισμός για την Ομαδική Υγεία ήταν ένα επιτελικό μοντέλο ΗΜΟ που ιδρύθηκε το 1947 ως καταναλωτικός συνεταιρισμός και δεν είναι αντιπροσωπευτικός των περισσότερων προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980.

Μια συνοπτική έκθεση για την απόδοση της διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα πως η έρευνα «δεν παρέχει στους δημιουργούς των πολιτικών αρκετές ρεαλιστικές εκτιμήσεις των διαφορών στις δαπάνες ανά εγγεγραμμένο μέλος σε σύγκριση με τα παραδοσιακά ασφαλιστικά προγράμματα», αλλά απλά προτείνει δυνατές εξοικονομήσεις στις δαπάνες μεταξύ των προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Miller & Luft, 1994). Οι μειώσεις που μπορούν να γίνουν στις συνολικές δαπάνες με τα προγράμματα αυτά, οι οποίες απορρέουν από τη χαμηλότερη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, μπορεί να οδηγούν μόνο σε εξοικονομήσεις της μιας φοράς και αυτές οι εξοικονομήσεις μπορεί να αντισταθμιστούν από τις αυξανόμενες διοικητικές δαπάνες των ΗΜΟs και τους παροχείς που μεταβιβάζουν τις δαπάνες από τους οργανισμούς υγείας σε άλλους πληρωτές (Sullivan, 2000). Ακόμα και για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τα προγράμματα μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τώρα εμφανίζουν ένα ποσοστό ημερών παραμονής ανά μέλος, παρόμοιο μ' εκείνο των προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας (Weinick & Cohen, 2000). Μερικοί αναλυτές υποστήριξαν ότι η παρουσία προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας στην αγορά των υπηρεσιών υγείας μπορεί να δημιουργήσει ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον που καταστέλλει τον πληθωρισμό για όλα τα προγράμματα στην περιοχή, συμπεριλαμβανομένων και των προγραμμάτων μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Wickizer & Feldstein, 1995, Bamezai et al., 1999).

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα του Πειράματος Ασφάλισης Υγείας RAND είναι ενδεικτικά των διαφορούμενων ευρημάτων που συχνά προκύπτουν σε μελέτες δαπανών και εκβάσεων. Οι εκβάσεις για την υγεία όπως η μείωση των επιπέδων χοληστερόλης ήταν καλύτερες για ανθρώπους υψηλότερου εισοδήματος χωρίς προβλήματα υγείας στην αρχή της μελέτης, αν λάμβαναν φροντίδα από τον ΗΜΟ του Συνεταιρισμού για την Ομαδική Υγεία του Πάτζετ Σάουντ. Όμως, για ανθρώπους χαμηλού εισοδήματος με αρχικά προβλήματα υγείας, η κατάσταση της υγείας των ασθενών του οργανισμού υγείας κατέληξε να είναι χειρότερη από εκείνη των ασθενών στη λίστα ιατρών που λάμβαναν αμοιβή κατά πράξη (Ware et al., 1986).

Πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως για το γενικό πληθυσμό, οι εκβάσεις είναι συγκρίσιμες στα προγράμματα διαχειριζόμενης και μη φροντίδας υγείας (Miller & Luft, 2002). Όμως, μεταξύ των ηλικιωμένων με χρόνια ασθένεια, εκείνοι που ανήκουν σε ΗΜΟs έχουν διπλάσιες πιθανότητες (54% έναντι 28%) σε σχέση μ' εκείνους που λαμβάνουν φροντίδα και καταβάλλουν αμοιβή γι' αυτή να χειροτερέψει η υγεία τους σε μια χρονική περίοδο τεσσάρων χρόνων (Ware et al., 1996). Τα τελευταία αυτά ευρήματα προκάλεσαν ανησυχία πως η διαχειριζόμενη φροντίδα υγείας μπορεί να αποδίδει λιγότερο καλά στις περιπτώσεις των ασθενών με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας. Επιπλέον, τα μέλη προγραμμάτων διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας

συνήθως είναι λιγότερο ικανοποιημένα από την ποιότητα της φροντίδας και τις σχέσεις ασθενούς-ιατρού αλλά περισσότερο ικανοποιημένα από την οικονομική προστασία που προσφέρουν τα προγράμματα αυτά, υποδηλώνοντας ένα ενδεχόμενο αντιστάθμισμα ανάμεσα στις αξίες της ποιότητας και της οικονομικής δυνατότητας (Miller & Luft, 1997, Miller & Luft, 2002).

Το Καναδικό Σύστημα Υγείας

Ο Καναδάς έχει σύστημα μοναδικού πληρωτή της εθνικής ασφάλισης υγείας που διοικείται από τις επαρχιακές κυβερνήσεις (βλ. Κεφάλαιο 14). Η Καναδική προσέγγιση στην ανάσχεση των δαπανών δίνει έμφαση στη ρύθμιση των τιμών, την πληρωμή με σφαιρικούς προϋπολογισμούς και στα όρια στην προσφορά (Evans et al., 1989) (Πίνακας 9-3). Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος και ο έλεγχος των υπηρεσιών δεν προβλήθηκαν σημαντικά στην Καναδική στρατηγική ελέγχου των δαπανών. Η καταβολή αμοιβής κατά πράξη είναι η κυρίαρχη μέθοδος πληρωμής των ιατρών, με τα επαρχιακά προγράμματα να εφαρμόζουν τους ελέγχους αμοιβών ως μια στρατηγική συγκράτησης της αύξησης των δαπανών υγείας. Οι πολιτικές για το ανθρώπινο δυναμικό ρύθμισαν τις θέσεις για τις ιατρικές ειδικότητες για να πετύχουν μια ισορροπία κοντά στο 50:50 μεταξύ γενικών και ειδικών ιατρών. Οι πληρωμές στα νοσοκομεία λαμβάνουν χώρα μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για τις λειτουργικές δαπάνες. Τα περιφερειακά προγράμματα, επίσης, ρυθμίζουν όλα τα νέα κεφαλαιακά προγράμματα ως μέσο ελέγχου της προσφοράς σημαντικών τεχνολογιών, καταλήγοντας σε χαμηλότερη κατά κεφαλήν διαθεσιμότητα κέντρων για επεμβάσεις καρδιάς, μηχανημάτων λιθοτριψίας και αξονικών τομογράφων, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των Ηνωμένων Πολιτειών.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Από το 1970 -περίπου την εποχή που εφαρμόστηκε πλήρως η εθνική ασφάλιση υγείας στον Καναδά- μέχρι το 2001, οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), αυξήθηκαν κατά 38% στον Καναδά σε σύγκριση με το 200% στις Ηνωμένες Πολιτείες (www.oecd.org).

Μια από τις πιο σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο χώρες είναι το επίπεδο διοικητικών δαπανών, το οποίο ανέρχεται σε 31% των συνολικών δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε 17% στον Καναδά (Woolhandler et al., 2003). Αυτή η διαφορά στις διοικητικές δαπάνες είναι υπόλογο για περίπου το μισό της διαφοράς στις συνολικές δαπάνες υγείας στις δύο χώρες. Η προσέγγιση του μοναδικού πληρωτή στην ασφάλιση υγείας οδηγεί σε διοικητικές εξοικονομήσεις και στη χρηματοδότηση και στην αποζημίωση. Στη χρηματοδοτική πλευρά, ένα αδιαίρετο και χρηματοδοτούμενο από φόρους κυβερνητικό ασφαλιστικό

Πίνακας 9-3. Στρατηγικές ελέγχου των δαπανών στον Καναδά.

Έλεγχος στις τιμές
Αλλαγή της μονάδας πληρωμής
Νοσοκομεία: σφαιρικοί προϋπολογισμοί
Ιατροί: ανώτατα όρια στις δαπάνες
Έλεγχος στην προσφορά
Διαχειριστική απλότητα

πρόγραμμα προλαβαίνει την ανάγκη για δαπάνες μάρκετινγκ του ασφαλιστή, επιτρέπει την απλοποίηση της διαδικασίας ελέγχου της καταλληλότητας και της διαδικασίας εγγραφής, έχει ασφαλιστικά έσοδα χρησιμοποιώντας τις υπάρχουσες υπηρεσίες φοροείσπραξης και εξαλείφει τα κέρδη από ενδιάμεσους φορείς ιδιωτικής ασφάλισης που ανήκουν σε επενδυτές. Στην πλευρά της αποζημίωσης, η επεξεργασία των αξιώσεων εκουγχρονίζεται για τις υπηρεσίες στις οποίες ισχύει η καταβολή αμοιβής κατά πράξη και αποκλείεται για την πληρωμή των νοσοκομείων στα πλαίσια των σφαιρικών προϋπολογισμών. Η αποφυγή του μεμονωμένου ελέγχου των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών, επίσης, κρατά τις γενικές δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα και για τα περιφερειακά ασφαλιστικά προγράμματα και για τους παροχείς.

Εκτός από την ελαχιστοποίηση των διοικητικών δαπανών, η κυβερνητική ρύθμιση στον Καναδά έχει μειώσει το ρυθμό της αύξησης στις αμοιβές των ιατρών σε σχέση με τις αντίστοιχες τάσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μια χαμηλότερη αναλογία των Καναδών ιατρών ασκούν το λειτούργημά τους σε ειδικότητες που επιφέρουν υψηλότερο εισόδημα. Λόγω των διαφορών στα επίπεδα των αμοιβών και στη σύνθεση των ειδικοτήτων, οι συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες για υπηρεσίες υγείας είναι κατά 40% χαμηλότερες από αυτές των Ηνωμένων Πολιτειών, παρά το γεγονός ότι οι Καναδοί χρησιμοποιούν κατά 20% περισσότερες υπηρεσίες (Fuchs & Hahn, 1990, Welch et al., 1996). Το 1996, ο λόγος του μέσου εισοδήματος των Αμερικανών ιατρών προς το μέσο εισόδημα των υπαλλήλων στις Ηνωμένες Πολιτείες συνολικά ήταν 5,5 σε σύγκριση με το 3,2 για τον Καναδά (Reinhardt et al., 2002). Η επιβολή των ανώτατων ορίων στις δαπάνες (που εξηγήθηκε ωστόσο σ' αυτό το κεφάλαιο) στον Καναδά φαίνεται πως έχει μειώσει το ρυθμό αύξησης στον όγκο κάποιων ειδών υπηρεσιών, εκτός από τη διατήρηση του ελέγχου των ιατρικών αμοιβών (Katz et al., 1997α). Το Καναδικό σύστημα, επίσης, εφάρμοσε αυστηρότερα μέτρα στη δεκαετία του 1990 για να ελέγξει το συνολικό αριθμό των ιατρών (Barer et al., 1996).

Οι αναλύσεις των νοσοκομειακών δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά αποκαλύπτουν πως ο συνδυασμός του σφαιρικού προϋπολογισμού και της ρύθμισης της νέας τεχνολογίας κράτησε τις κατά κεφαλήν νοσοκομειακές δαπάνες κατά 20% χαμηλότερες στον Καναδά. Τα ποσοστά νοσηλείας και η διάρκεια της παραμονής είναι υψηλότερα στον Καναδά, τα συνολικά ποσοστά επεμβάσεων είναι παρόμοια για τις περισσότερες περιπτώσεις (συμπεριλαμβανομένης και της μεταμόσχευσης) και τα γενικά μοντέλα χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων σε εσωτερικούς ασθενείς φαίνονται συγκρίσιμα και στις δύο χώρες (Redelmeier & Fuchs, 1993, Anderson et al., 1989). Η στεφανιαία νόσος είναι μια κλινική κατάσταση για την οποία οι μελέτες έχουν τεκμηριώσει τη λιγότερο εντατική χρήση σημαντικών υπηρεσιών στον Καναδά. Το 1999, το ποσοστό εγχείρησης "bypass" στεφανιαίων στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν πάνω από 300% σε σχέση με εκείνο του Καναδά (Reinhardt et al., 2002). Τέλος, οι ομοσπονδιακές και επαρχιακές κυβερνήσεις ρυθμίζουν την τιμή των φαρμακευτικών προϊόντων στον Καναδά, με αποτέλεσμα το κόστος των ιδίων φαρμάκων και ο πληθωρισμός των δαπανών από τα φάρμακα να είναι χαμηλότερος στον Καναδά σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες (Menon, 2001).

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Τα στοιχεία που συγκρίνουν τις εκβάσεις στην υγεία στις διαφορετικές χώρες είναι ελλιπή. Οι δείκτες της δημόσιας υγείας, όπως τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και η πιθανή διάρκεια ζωής, είναι πολύ καλύτερα στον Καναδά απ' ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες (www.oecd.org). Όμως, όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 3, αυτοί οι δείκτες επηρεάζονται από πολλούς κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, όχι απλά από τις υπηρεσίες υγείας και, συνεπώς, μπορεί να μην αντανακλούν με ακρίβεια τις σχετικές αποδόσεις των συστημάτων φροντίδας υγείας. Λίγες μελέτες εκτίμησαν προσεκτικά τα αποτελέσματα της φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά για παρόμοιους τύπους ασθενών. Μια μελέτη που συνέκρινε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια στις δύο χώρες αποκάλυψε ότι οι ασθενείς στον Καναδά με παρόμοια σοβαρότητα νόσου σε σχέση μ' εκείνους στις Ηνωμένες Πολιτείες είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν ηπατικά μοσχεύματα αντί να παραμείνουν σε μακροπρόθεσμη αιμοκάθαρση. Επιπλέον, ο δείκτης θνησιμότητας για τους Καναδούς ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια ήταν χαμηλότερος σε σχέση με τους Αμερικανούς ασθενείς (Hornberger et al., 1997). Μια μελέτη ασθενών με νοητική ασθένεια έδειξε πως οι ασθενείς με τη μεγαλύτερη ανάγκη -εκείνοι με χαμηλά εισοδήματα και ήπια προς σοβαρή νοητική ασθένεια- είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν υπηρεσίες για τη νοητική τους υγεία στον Καναδά απ' ό,τι στις Ηνωμένες Πολιτείες (Katz et al., 1997β). Συγκρίσεις ασθενών με νοητική ασθένεια στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν ανίχνευσαν σημαντικές διαφορές στην επιβίωση και στα ποσοστά επαναλαμβανόμενου εμφράκτου παρά την πιο επιθετική θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, όμως οι ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποστούν στηθάγχη κόπωσης μετά τα εμφράκτα (Rouleau et al., Mark et al., 1994, Tu et al., 1997).

Αν και είναι δύσκολο να εξαχθούν ακλόνητα συμπεράσματα από περιορισμένα στοιχεία, αυτές οι μελέτες μπορεί να είναι σε λογικό βαθμό αντιπροσωπευτικές των τρόπων με τους οποίους η φροντίδα υγείας διαφέρει ανάμεσα στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το σύστημα υγείας του Καναδά στοχεύει περισσότερο στη βελτίωση των εκβάσεων υγείας του πληθυσμού, που επηρεάζονται από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε μεγαλύτερο βαθμό από τις Ηνωμένες Πολιτείες, δίνει προτεραιότητα στις υπηρεσίες που καλύπτουν μεγαλύτερες ανάγκες στα πλαίσια ενός συστήματος καθολικής κάλυψης, όπως δηλώνεται από τις συγκριτικές μελέτες ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια και νοητική ασθένεια στις δύο χώρες. Από την άλλη πλευρά, καμία χώρα δεν μπορεί να συναγωνιστεί με τις Ηνωμένες Πολιτείες στη διαθεσιμότητα της φροντίδας υψηλής τεχνολογίας για τους ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. Ενώ η πιο διαδεδομένη χρήση υπηρεσιών για την καρδιά μπορεί να μη βελτιώσει σημαντικά τους δείκτες θνησιμότητας, αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να ενισχύσουν τις καθημερινές λειτουργίες και την ποιότητα ζωής. Η πολιτική της Καναδικής κυβέρνησης να διατηρήσει σταθερές τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στη δεκαετία του 1990 επίσης φαίνεται να έχει οδηγήσει σε «απώλειες» όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης του κοινού από το σύστημα υγείας, χωρίς όμως κάτι τέτοιο να αποτυπώνεται και στους δείκτες εκβάσεων της υγείας. Το ποσοστό ικανοποίησης του κοινού από το σύστημα ιατρικής φροντίδας στον Καναδά μειώθηκε την περασμένη δεκαετία, ενώ τα παράπονα για τους χρόνους

αναμονής για τη λήψη υπηρεσιών και τους περιορισμούς στις παροχές αυξήθηκαν (Blendon et al., 2002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Δεν υπάρχει τέλειος μηχανισμός ελέγχου των δαπανών υγείας. Οι στρατηγικές πρέπει να κριθούν από τη σχετική τους επιτυχία στην ανάσχεση των δαπανών και στην όσο το δυνατόν πιο ανώδυνη εφαρμογή αυτής - χωρίς δηλαδή να τίθενται σε κίνδυνο οι εκβάσεις της υγείας. Σύμφωνα με τον Δρ. John Wennberg, το βασικό στοιχείο για τον έλεγχο των δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες

Δεν βρίσκεται στη μικρο-διαχείριση της σχέσης ιατρού-ασθενούς αλλή στη διαχείριση της διαθεσιμότητας και των προϋπολογισμών. Το πρόβλημα της Αμερικής είναι να βρει τη θέση να ρυθμίσει την ασφαλιστική δικλείδα κάπου σε λογικά πλαίσια (Wennberg, 1990).

Αν και τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών και τα Καναδικά επαρχιακά προγράμματα υγείας συχνά θεωρούνται διαμετρικά αντίθετα παραδείγματα για τη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας, και τα Καναδικά προγράμματα και τα ομαδικά και επιτελικά μοντέλα ΗΜΟs βασίζουν τις προσεγγίσεις τους για έλεγχο των δαπανών σ' αυτό που ο Wennberg ονομάζει «διαχείριση της διαθεσιμότητας και των προϋπολογισμών». Στον Καναδά, αυτή η διαχείριση υφίσταται δημόσιο έλεγχο, μέσω της ρύθμισης του αριθμού των ιατρών, των προϋπολογισμών για τους ιατρούς και τα νοσοκομεία και της τεχνολογίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα ιδιωτικά μοντέλα ΗΜΟs τύπου ομάδας και προσωπικού προσαρμόζουν τις δικές τους «δικλείδες», ορίζοντας τους δικούς τους προϋπολογισμούς και τους αριθμούς των ιατρών, των νοσοκομειακών κλινών και του ακριβού εξοπλισμού.

Αν υπάρχει κάτι να μάθουμε από τις απόπειρες ελέγχου των δαπανών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες τις προηγούμενες δεκαετίες, είναι ότι είναι ανάγκη οι πολιτικές ανάσχεσης των δαπανών που επηρεάζουν την αποζημίωση των προμηθευτών να εστιάσουν περισσότερο στη μακρο-διαχείριση και λιγότερο στη μικρο-διαχείριση (Luft & Grumbach, 1994). Η προσπάθεια διαχείρισης των δαπανών στο επίπεδο των συναναστροφών με μεμονωμένους ασθενείς (δηλαδή, η ρύθμιση των αμοιβών για κάθε υπηρεσία, η επιθεώρηση των καθημερινών αποφάσεων στο λειτουργικό τους ή η επιβολή κατανομής δαπανών για κάθε συνταγή και επίσκεψη στον ιατρό) είναι επίπονη και σε μεγάλο βαθμό μάταιη στρατηγική ανάσχεσης των συνολικών δαπανών. Επιπλέον, ένα πληρωτής που μειώνει τις δαπάνες του μεταβιβάζοντάς τες σ' άλλον πληρωτή δεν οδηγεί σε εξοικονομήσεις δαπανών στο σύνολο του συστήματος. Οι πληρωτές στο μέλλον πρέπει όλο και περισσότερο να δίνουν έμφαση σε πιο σφαιρικά μέσα ανάσχεσης των δαπανών (δηλαδή στην κατά κεφαλήν πληρωμή ή στην πληρωμή με άλλες σύνθετες μονάδες, στον περιορισμό του μεγέθους και της ανάμιξης των ειδικοτήτων στο ιατρικό δυναμικό και στη συγκέντρωση των υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας στα περιφερειακά κέντρα). Η μελλοντική συζήτηση για την ανάσχεση των δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες θα εστιάζει στο αν αυτά τα μέσα τα χειρίζονται με τον καλύτερο τρόπο τα ιδιωτικά προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας που λειτουργούν σε μια αγορά ανταγωνιστική από πλευράς τιμών ή η δημόσια ρύθμιση των παροχών φροντίδας υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anderson GA, Newhouse JP, Roos LL: Hospital care for elderly patients with diseases of the circulatory system. A comparison of hospital use in the United States and Canada. *N Engl J Med* 1989;321:1443.
- Barer ML et al: Re-minding our Ps and Qs: Cost controls in Canada. *Health Aff* 1996;15(2):216.
- Bamezai A et al: Price competition and hospital cost growth in the United States (1989–1994). *Health Econ* 1999;8:233.
- Beck RG, Horne JM: Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Med Care* 1980;18:787.
- Berenson RA: Medicare + Choice: doubling or disappearing? *Health Aff Web Exclusive*, November 28, 2001.
- Blendon R et al: Inequities in health care: A five country survey. *Health Aff* 2002;21(3):182.
- Blustein J: Drug coverage and drug purchases by Medicare beneficiaries with hypertension. *Health Aff* 2000;19(2):219.
- Blustein J: High-technology cardiac procedures: The impact of service availability on service use in New York State. *JAMA* 1993;270:344.
- Bindman AB: Can physician profiles be trusted? *JAMA* 1999;281:2142.
- Bodenheimer T et al: Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA* 1999;281:2045.
- Brook RH et al: Does free care improve adults' health? *N Engl J Med* 1983;309:1426.
- Bunker J: Surgical manpower. *N Engl J Med* 1970;282:135.
- DeAngelis CD: Nurse practitioner redux. *JAMA* 1994;271:868.
- Dippe SE et al: A peer review of a Peer Review Organization. *West J Med* 1989;151:93.
- Enthoven AC: Employment-based health insurance is failing: now what? *Health Aff* 2003; Web Exclusives Supplement, January–June 2003;W3-237.
- Enthoven A, Kronick R: A consumer choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (Parts 1 and 2). *N Engl J Med* 1989;320:29.
- Enthoven AC: The history and principles of managed competition. *Health Aff* 1993(Suppl);12:24.
- Enthoven AC, Singer SJ: Managed competition and California's health care economy. *Health Aff* 1996;15(1):39.
- Escarce JJ et al: Medical care expenditures under gatekeeper and point-of-service arrangements. *Health Serv Res* 2001;36:1037.
- Evans RG et al: Controlling health expenditures: The Canadian reality. *N Engl J Med* 1989;320:571.
- Evans RG: *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Butterworths, 1984.
- Every NR et al: The association between on-site cardiac catheterization facilities and the use of coronary angiography after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993;329:546.
- Fahs MC: Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: The other side of the coin. *Health Serv Res* 1992;27:25.
- Fisher ES et al: Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of U.S. Medicare beneficiaries, controlling for socio-demographic factors. *Health Serv Res* 2000;34:1351.
- Forrest C: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003;326:692.
- Fuchs VR, Hahn JS: How does Canada do it? A comparison of expenditures for physicians' services in the United States and Canada. *N Engl J Med* 1990;323:884.
- Fuchs VR: The supply of surgeons and the demand for operations. *J Human Resour* 1978;13(Suppl):35.
- Gabel J et al: Health benefits in 2003: premiums reach thirteen-year high as employers adopt new forms of cost sharing. *Health Aff* 2003;22(5):117.
- Glaser WA: *Health Insurance in Practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 1991.
- Greco PJ, Eisenberg JM: Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993;329:1271.
- Greenfield S et al: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992;267:1624.
- Grumbach K, Bodenheimer T: Reins or fences: A physician's view of cost containment. *Health Aff* 1990;9(3):120.
- Grumbach K, Lee PR: How many physicians can we afford? *JAMA* 1991;265:2369.
- Hellinger FJ: The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence. *Med Care Res Rev* 1996;53:294.
- Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ: How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *N Engl J Med* 1989;321:86.
- Hooker RS: A cost analysis of physician assistants in primary care. *JAAPA* 2002;15:39.
- Hornberger JC et al: Mortality, hospital admissions, and medical costs of end-stage renal disease in the United States and Manitoba, Canada. *Med Care* 1997;35:686.
- Katz SJ et al: Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. *Inquiry* 1997b;34:38.
- Katz SJ et al: The growth of physician services for the elderly in the United States and Canada: 1987–1992. *Med Care Res Rev* 1997a;54:301.
- Kerr EA et al: Managed care and capitation in California. *Ann Intern Med* 1995;123:500.
- Lee PR, Etheredge L: Clinical freedom: Two lessons for the UK from U.S. experience with privatisation of health care. *Lancet* 1989;1:263.
- Light DW: Life, death, and the insurance companies. *N Engl J Med* 1994;330:498.
- Luft HS, Grumbach K: Global budgets and the competitive market. In Ginzberg E (ed): *Critical Issues in U.S. Health Reform*. Boulder, CO, Westview Press, 1994.
- Luft HS: How do health maintenance organizations achieve their savings? *N Engl J Med* 1978;317:1743.
- Magid DJ et al: Absence of association between insurance co-payments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. *N Engl J Med* 1997;336:1722.
- Manning WG et al: A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on the use of services. *N Engl J Med* 1984;310:1505.
- Mark DB et al: Use of medical resources and quality of life after acute myocardial infarction in Canada and the United States. *N Engl J Med* 1994;331:1130.
- McPherson K: International differences in medical care practices. *Health Care Fin Rev* 1989;Ann Suppl:9.
- Menon D: Pharmaceutical cost control in Canada. *Health Aff* 2001;20(3):92.

- Miller RH, Luft HS: Does managed care lead to better or worse quality of care? *Health Aff* 1997;16(5):7.
- Miller RH, Luft HS: HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997–2001. *Health Aff* 2002;21(4):63.
- Miller RH, Luft HS: Managed care plan performance since 1980: A literature analysis. *JAMA* 1994;271:1512.
- Newhouse JP et al: Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med* 1981;305:1501.
- Pauly MV, Hillman AL, Kim MS, Brown DR: Competitive behavior in the HMO marketplace. *Health Aff* 2002;21(1):194.
- Pelphs CE: *Health Economics*. Boston, Addison Wesley, 2003.
- Redelmeier DA, Fuchs VR: Hospital expenditures in the United States and Canada. *N Engl J Med* 1993;328:772.
- Reinhardt UE et al: Cross-national comparisons of health systems using OECD data. *Health Aff* 2002;21(3):169.
- Rice TH: Containing health care costs. In Andersen RM, Rice TH, Kominski GF (eds): *Changing the U.S. Health Care System*. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.
- Rice TH, Labelle RJ: Do physicians induce demand for medical services? *J Health Polit Policy Law* 1989;14:587.
- Roemer MI, Shain M: *Hospital Utilization Under Insurance*. Chicago, American Hospital Association, 1959.
- Rouleau JL et al: A comparison of management patterns after acute myocardial infarction in Canada and the United States. *N Engl J Med* 1993;328:779.
- Rublee DA: Medical technology in Canada, Germany, and the United States: An update. *Health Aff* 1994;13(4):113.
- Selby JV et al: Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1996;334:635.
- Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG: Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 1986;315:1259.
- Starr P, Zelman WA: Bridge to compromise: competition under a budget. *Health Aff* 1993;12(Suppl):7.
- Sullivan K: On the 'efficiency' of managed care plans. *Health Aff* 2000;19(4):139.
- Tamblyn R et al: Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001; 285:421.
- Tu JV et al: Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United States and Canada. *N Engl J Med* 1997;336:1500.
- U.S. General Accounting Office: *Health Care Spending Control: The Experience of France, Germany, and Japan, 1991*.
- U.S. General Accounting Office: *Medicare: Fewer and Lower-Cost Beneficiaries with Chronic Conditions Enroll in HMOs, August 1997*.
- Venning P et al: Randomized controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000;320:1048.
- Ware JE et al: Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. *Lancet* 1986;1:1017.
- Ware JE et al: Differences in four-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. *JAMA* 1996;276:1039.
- Weinick RM, Cohen JW: Leveling the playing field: managed care enrollment and hospital use, 1987–1996. *Health Aff* 2000; 19(3):178.
- Welch HG, Miller ME, Welch WP: Physician profiling: An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon. *N Engl J Med* 1994;330:607.
- Welch WP et al: A detailed comparison of physician services for the elderly in the United States and Canada. *JAMA* 1996;275:1410.
- Wennberg JE, Cooper MM: *The Dartmouth Atlas of Health Care, 1999*. Chicago, American Hospital Publishing, 1999.
- Wennberg JE, Gittelsohn A: Small area variations in health care delivery. *Science* 1973;182:1102.
- Wennberg JE: Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *N Engl J Med* 1990;323:1202.
- Wickizer TM, Feldstein PJ: The impact of HMO competition on private insurance premiums, 1985–1992. *Inquiry* 1995; 33:241.
- Wickizer TM: The effect of utilization review on hospital use and expenditures: A review of the literature and an update on recent findings. *Med Care Rev* 1990;47:327.
- Woolhandler S et al: Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med* 2003;349:768.
- Zwanziger J, Melnick G: Can managed care plans control health care costs? *Health Aff* 1996;15(2):185.

Ο Eddie Taylor ξύπνησε ένα πρωί στο σπίτι του στην Καλιφόρνια, ανίκανος να μιλήσει ή να κινήσει τη δεξιά πλευρά του σώματός του αλλά σε θέση να αντιλαμβάνεται τους άλλους. Μετά από 3 τρομακτικές νύχτες σ' ένα νοσοκομείο και 3 απογοητευτικές εβδομάδες σ' ένα κέντρο αποκατάστασης για ασθενείς με εγκεφαλικό, ο κύριος Taylor δεν παρουσίασε βελτίωση. Επειδή δεν χρειαζόταν πλέον νοσοκομειακή φροντίδα, έπαψε να πληροί τις προϋποθέσεις για κάλυψή του από το Medicare. Αφού ήταν καθηλωμένος σε αναπηρικό καροτσάκι με εκφυλιστική ρευματοειδή αρθρίτιδα και ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του, μεταφέρθηκε σε ιδιωτική κλινική. Το Medicare δεν κάλυψε τη δαπάνη των 115 δολαρίων ανά ημέρα. Μετά από 2 χρόνια το Medicaid άρχισε να αναλαμβάνει τους λογαριασμούς της κλινικής. Ένα μεγάλο μέρος των οικογενειακών οικονομιών μιας ζωής -που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια των 50 χρόνων που ο κύριος Taylor εργάστηκε σ' ένα κατάστημα ανδρικών ρούχων- δαπανήθηκε για να είναι σε θέση να πληροί τις προϋποθέσεις του Medicaid. Επειδή το Medicaid πλήρωνε μόνο 90 δολάρια ανά ημέρα, προσφέρονταν λίγες **ψυχαγωγικές δραστηριότητες** και ο κύριος Taylor περνούσε κάθε μέρα ξαπλωμένος στο κρεβάτι δίπλα σ' έναν παράφρων ασθενή που ούρληζε για ώρες. Ανίκανος να εκφράσει τα παράπονά του για τις απάνθρωπες συνθήκες της ζωής του, έπαθε οξεία κατάθλιψη, σταμάτησε να τρώει και μέσα σε 3 μήνες απεβίωσε.

Τη βραδιά της αποφοίτησης από το Λύκειο, ο Lyle γιόρτασε με μερικά ποτά και πήγε με το αυτοκίνητο στο σπίτι της φίλης του. Έχασε τον έλεγχο του αυτοκινήτου, χτύπησε σ' ένα δέντρο, έπαθε κάταγμα στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και δεν μπορούσε να κουνήσει τα χέρια ή τα πόδια του. Μετά από 9 μήνες σε μια μονάδα αποκατάστασης, ο Lyle έμεινε τετραπληγικός. Επέστρεψε στο σπίτι και ένα ιδιωτικό πρακτορείο κατ' οίκον φροντίδας του παρέιχε εικοσιτετράωρη φροντίδα με δαπάνη 200 δολαρίων ανά ημέρα, χωρίς να καλύπτεται από ασφάλιση. Ο πατέρας του Lyle, ένας επιχειρηματίας, όλο και περισσότερο θύμωνε με τη γυναίκα του, τη **Βασική Φλαουτίστα** στην επαγγελματική ορχήστρα της πόλης, επειδή αρνιόταν να αφήσει την ορχήστρα και να φροντίσει το Lyle. Μετά από 1 χρόνο και 75.000 δολάρια στις δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας του, οι γονείς του Lyle ήταν κοντά στο διαζύγιο. Μια νύχτα ο πατέρας του

ξύπνησε **πλουσμένος στον κρύο ιδρώτα, γιατί είχε δει όνειρο ότι είχε βάλει μια πλαστική σακούλα στο κεφάλι του γιου του και του είχε προκαλέσει ασφυξία.**

Κατ' επανάληψη οι ιατροί και άλλοι φορείς παροχής φροντίδας υγείας γίνονται μάρτυρες της τραγωδίας της μακροχρόνιας ασθένειας, η οποία επιβαρύνεται και από την αποτυχία του συστήματος υγείας της χώρας να καλύψει τις κοινωνικές ανάγκες που δημιουργεί η εκάστοτε ασθένεια. Η πρόκληση της μακροχρόνιας φροντίδας έχει δύο όψεις: χιλιάδες οικογένειες κάθε χρόνο χάνουν τις οικονομίες τους για να πληρώσουν για την χρόνια ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας και η σχετική φροντίδα συχνά λαμβάνει χώρα σε απάνθρωπα ιδρύματα που στερούν από τους ασθενείς τους τα τελευταία εναπομείναντα ίχνη ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας.

Η μακροχρόνια φροντίδα περιλαμβάνει εκείνες τις υπηρεσίες υγείας, στέγασης, μεταφοράς, τις κοινωνικές και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες που χρειάζονται τα άτομα με σωματικά, ψυχικά ή γνωστικά προβλήματα ικανά να θέσουν σε κίνδυνο την ανεξάρτητη ζωή τους. Η ανάγκη για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας συνήθως καθορίζεται από την αξιολόγηση της επίπτωσης του προβλήματος υγείας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (για παράδειγμα, στο φαγητό, στο ντύσιμο, στην τουαλέτα και στη δυνατότητα να ξαπλώσει ή να σηκωθεί από το κρεβάτι του και στο να καθίσει ή να σηκωθεί από μια καρέκλα) και στις δραστηριότητες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καθημερινή ζωή (όπως είναι, για παράδειγμα, το πλύσιμο των ρούχων, οι δουλειές του σπιτιού, η προετοιμασία του γεύματος, τα ψώνια ειδών μπακαλικής, η μετακίνηση, η διαχείριση των οικονομικών, η λήψη φαρμάκων και το τηλέφωνο). (Πίνακας 10-1). Δώδεκα εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες χρειάζονται βοήθεια σε μια ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες δραστηριότητες και μπορεί συνεπώς να θεωρηθεί πως χρειάζονται υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Απ' αυτούς τους ανθρώπους, περίπου 6 εκατομμύρια έχουν αναπηρία και είναι κάτω των 65 ετών (Feder et al, 2000).

Η εκτόξευση της αύξησης του ηλικιωμένου πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι τρομακτική. Το 2000, ο πληθυσμός των 65 χρόνων και άνω ήταν 35 εκατομμύρια και αυτός ο αριθμός αναμένεται να φτάσει τα 70 εκατομμύρια μέχρι το 2030. Ο αριθμός των ατόμων 85 χρόνων και άνω θα διπλασιαστεί από τα 4,2 εκατομμύρια το 2000 στα 8,9

Πίνακας 10-1. Δραστηριότητες για τις οποίες είναι απαραίτητη η βοήθεια στη μακροχρόνια φροντίδα.

Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (βασικές ανθρώπινες λειτουργίες)

Φαγητό
Ντύσιμο
Μπάνιο
Τουαλέτα

Δυνατότητα του ατόμου να σηκωθεί και να ξαπλώσει στο κρεβάτι/ να σηκωθεί και να καθίσει σε καρέκλα

Δραστηριότητες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην καθημερινή ζωή (δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να παραμείνει κάποιος ανεξάρτητος)

Οι δουλειές του σπιτιού και το πλύσιμο των ρούχων
Η προετοιμασία των γευμάτων
Τα ψώνια ειδών μπακαλικής
Η χρήση μέσων μεταφοράς
Η διαχείριση των οικονομικών
Η λήψη φαρμάκων
Το τηλέφωνο

εκατομμύρια το 2030. Αυτά τα άτομα 80 χρόνων και άνω είναι πιο πιθανό να χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα, επειδή το 58% αυτών πάσχουν από σοβαρή αναπηρία (Administration on Aging 2002). Καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα, οι απαντήσεις σε δύο ερωτήματα γίνονται όλο και πιο επιτακτικές: Πώς θα χρηματοδοτήσει η χώρα την εν λόγω φροντίδα; Πρέπει αυτή η φροντίδα να παρέχεται μέσω ιδρυμάτων ή στα σπίτια και στις κοινότητες των ανθρώπων;

ΠΟΙΟΣ ΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;

Η Rhoebe McKinnon ήταν καλή στην υγεία της ώσπου έπεσε, έσπασε το ισχίο της και έπαθε μετεχειρητική ριόμωξη άρθρωσης. Την υποχρέωσαν να είναι συνέχεια ξαπλωμένη στο κρεβάτι της και να λαμβάνει αντιβιοτικά από το στόμα για 3 μήνες και μετά από αυτό το διάστημα θα υποβαλλόταν σε άλλη μια επέμβαση. Η κυρία McKinnon ήταν χήρα και ζούσε μόνη της, με τη μοναχοκόρη της να ζει 1500 μίλια μακριά. Επειδή η κυρία McKinnon χρειαζόταν βοήθεια σε εικοσιτετράωρη βάση, η κοινωνική λειτουργός, αφού έκανε προσεκτική έρευνα στις οικονομικές επιλογές, απρόθυμα πρότεινε να περάσει η κυρία McKinnon τους 3 μήνες σε μια ιδιωτική κλινική. Η κυρία McKinnon και η κόρη της συμφώνησαν αλλά έπαθαν σοκ, όταν η κοινωνική λειτουργός τους εξήγησε ότι το κόστος θα ήταν 120 δολάρια ανά ημέρα και ο συνολικός λογαριασμός θα ήταν 11.000 δολάρια.

Πίνακας 10-2. Χρηματοδότηση Χρόνιας Φροντίδας, 2002^a.

	Απευθείας	Ιδιωτική Ασφάλιση	Medicare	Medicaid	Άλλες
Φροντίδα σε κλινική	25%	7%	13%	49%	6%
Κατ' οίκον φροντίδα	18%	19%	32%	23%	8%
Συνολική Χρόνια Φροντίδα	23%	10%	17%	43%	7%

^aLevit et al.: Η αναπήδηση των τιμών στις δαπάνες για την υγεία συνεχίζεται το 2002. Περιοδικό Health Affairs 2004; 23(2):147.

^bΑυτά τα στοιχεία δεν περιλαμβάνουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, όπως ημερήσια φροντίδα για ενήλικες, άλλες υπηρεσίες με βάση την κοινότητα, ανθεκτικό ιατρικό εξοπλισμό ή μη πληρωμένη φροντίδα που παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας στο σπίτι.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπάνησαν περίπου 139 δισεκατομμύρια δολάρια στη μακροχρόνια φροντίδα το 2002, συμπεριλαμβανομένων 103 δισεκατομμυρίων για τη φροντίδα σε ιδιωτικές κλινικές (Levit et al, 2004). Η παραμονή 1 έτους σε ιδιωτική κλινική το 2000 κόστισε κατά μέσο όρο 50.000 δολάρια (Treater, 2000).

Οι άμεσες πληρωμές των ασθενών και των οικογενειών τους χρηματοδοτούν το 23% των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ένα συνηθισμένο σενάριο είναι αυτό του Eddie Taylor: αφού ένα μέρος των οικονομικών ζωής τους δαπανάται στην εν λόγω φροντίδα, οι οικογένειες τελικά πληρούν τις προϋποθέσεις για την κάλυψη αυτού του είδους φροντίδας του Medicaid, το οποίο πληρώνει το 43% των δαπανών (Πίνακας 10-2). Πολλοί περιμένουν από το πρόγραμμα Medicare να πληρώσει την παραμονή σε ιδιωτικές κλινικές και, όπως η Rhoebe McKinnon και η κόρη της, εκπλήσσονται και σοκάρονται, όταν ανακαλύπτουν ότι το πρόγραμμα δεν θα τους βοηθήσει. Μόνο το 17% των δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας τελικά χρηματοδοτείται από το Medicare.

Οι άμεσες δαπάνες για τη φροντίδα υγείας που καταβάλλονται από τους ηλικιωμένους ανήλθαν στο 22% του οικογενειακού εισοδήματος το 2002 (Kaiser Family Foundation, 2003). Το ένα τρίτο αυτών των δαπανών αφορούσε σε ιδιωτικές κλινικές. Για τους χαμηλού εισοδήματος ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας οι άμεσες δαπάνες υγείας απορροφούν περισσότερο από το 35% του εισοδήματος (Frank, 2001).

Ποιοι είναι οι ακριβείς ρόλοι του Medicare, του Medicaid και της ιδιωτικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας;

Κάλυψη μακροχρόνιας φροντίδας medicare

Ο Glenn Whitehorse, ο οποίος ήταν διαβητικός, εμφάνισε γάγγραινα στο δεξί του πόδι και χρειαζόταν ακρωτηριασμό πάνω από το γόνατο. Μεταφέρθηκε από το τμήμα επειγόντων περιστατικών στην εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα του νοσοκομείου, όπου του προσφέρθηκαν υπηρεσίες φυσιοθεραπείας. Επειδή γενικά ήταν αδύναμος, δεν μπορούσε να μετακινηθεί από το κρεβάτι στην καρέκλα χωρίς βοήθεια. Οι φυσιοθεραπευτές και οι εργασιοθεραπευτές του πίστεψαν ότι ίσως θα τα πήγαινε καλύτερα στο σπίτι, όπου θα μπορούσε να λάβει φυσιοθεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα. Όλες αυτές οι υπηρεσίες καλύπτονταν από το Medicare.

Η κυρία Whitehorse είχε Πάρκινσον και δεν μπορούσε να βοηθήσει τον άνδρα της να κάνει μπάνιο, να σηκωθεί από το κρεβάτι και να πάει στο μπάνιο, οπότε αναγκάστηκε να προσλάβει κάποιον να βοηθήσει μ' αυτές τις λειτουργίες,

που δεν καλύπτονταν από το Medicare. Όταν ο κύριος Whitehorse δεν έδειχνε πλέον καμία τάση βελτίωσης, το Medicare διέκοψε την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι. Η κατάσταση έγινε πολύ δύσκολη και τον έβαλαν σε ιδιωτική κλινική για την ασφάλεια και τη φροντίδα του. Το Medicare δεν κάλυψε τις δαπάνες της κλινικής.

Ποιές από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε ένα χώρο νοσηλείας μακροχρόνιας φροντίδας ή στο σπίτι καλύπτονται από το Medicare; Η βασική διάκριση είναι ανάμεσα στη «φροντίδα που απαιτεί εξειδίκευση» για την οποία πληρώνει το Medicare και στη «φροντίδα φύλαξης» που συνήθως δεν καλύπτεται. Ένα σχετικό θέμα είναι αυτό της φροντίδας μετά την πάροδο του άμεσου κινδύνου έναντι της μακροχρόνιας φροντίδας. Το Medicare συνήθως καλύπτει τις υπηρεσίες που χρειάζονται για μερικές εβδομάδες ή μήνες μετά από μια επείγουσα νοσηλεία, αλλά συχνά δεν πληρώνει για τη φροντίδα που απαιτείται για χρόνια περιστατικά.

Μερικά παραδείγματα εξειδικευμένης φροντίδας σε αντιδιαστολή με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες: Οι νοσηλευτές σε μια κλινική νοσοκομείου, σε μια ιδιωτική κλινική ή σε ένα ιδιωτικό οργανισμό κατ' οίκον φροντίδας παρέχουν μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών, όπως η φροντίδα μιας πληγής, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, η ακρόαση της καρδιάς και των πνευμόνων για την ανίχνευση καρδιακής ανεπάρκειας ή πνευμονίας, ο έλεγχος του βαθμού συμμόρφωσης των ασθενών με τη λήψη των φαρμάκων και η παροχή εκπαίδευσης στους ασθενείς για το διαβήτη, την υπέρταση, την καρδιακή ανεπάρκεια και άλλες ασθένειες. Οι φυσιοθεραπευτές και οι εργασιοθεραπευτές φροντίζουν ασθενείς με εγκεφαλικές παθήσεις, κάταγμα στο ισχίο και άλλους ασθενείς, για να τους βοηθήσουν να φτάσουν στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας τους. Οι λογοθεραπευτές έχουν το δύσκολο καθήκον της διδασκαλίας του τρόπου επικοινωνίας στους ασθενείς με εγκεφαλικό που έχουν προβλήματα στην ομιλία. Αυτές είναι όλες υπηρεσίες που χρειάζονται εξειδίκευση και συνήθως καλύπτονται από το Medicare.

Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν βοήθεια σ' όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής αντί για θεραπεία ή φροντίδα αποκατάστασης σχετική με την ασθένεια, για δραστηριότητες όπως είναι το μαγειρέμα, η καθαριότητα του σπιτιού, τα ψώνια ή η βοήθεια ενός ασθενή στην τουαλέτα, υπηρεσίες δηλαδή που συνήθως παρέχονται από τους βοηθούς νοσηλευτές, από τις οικιακές βοηθούς ή τα μέλη της οικογένειας, θεωρείται ότι δεν χρειάζονται κάποια εξειδίκευση και συχνά δεν καλύπτονται από το Medicare. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 το Medicare είχε πιο ελαστικά κριτήρια για την κάλυψη της φροντίδας κατ' οίκον και πλήρωνε για διευρυμένη μακροχρόνια φροντίδα. Όμως, ο Νόμος για Ισοσκελισμένο Προϋπολογισμό του 1997 άλλαξε εντελώς αυτήν την πολιτική δημιουργώντας κίνητρα στους ιδιωτικούς οργανισμούς κατ' οίκον φροντίδας της υγείας να περιορίσουν τον όγκο της φροντίδας (Feder et al, 2000).

Κάλυψη μακροχρόνιας φροντίδας του medicaid

Ο Willie Robinson, που ζούσε μόνος του έπασχε από παραμορφωτική εκφυλιστική αρθρίτιδα και δεν μπορούσε να κάνει ο τίποτα πιο ενεργητικό από το να καθίσει στην καρέκλα. Επειδή ο κύριος Robinson δεν είχε ιατρικές ανάγκες για εξειδικευμένη φροντίδα, το Medicare δεν θα παρέχει καμία βοήθεια. Το Medicaid και η υπηρεσία

κοινωνικής πρόνοιας της κομητείας πλήρωσαν μια οικιακή βοηθό να παρέχει βοήθεια για 20 ώρες την εβδομάδα αλλά αυτό δεν ήταν αρκετό. Ο κύριος Robinson δεν είχε άλλη επιλογή από το να εισαχθεί σε μια ιδιωτική κλινική, επειδή αυτός ήταν ο μόνος τρόπος που θα μπορούσε να λαμβάνει εικοσιτετράωρη φροντίδα χρηματοδοτούμενη από το Medicaid.

Το Medicaid διαφέρει από το Medicare όσον αφορά στην κάλυψη δαπανών φροντίδας σε ιδιωτικές κλινικές. Για την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, όμως, το Medicaid γενικά δεν καλύπτει τις εικοσιτετράωρες υποστηρικτικές υπηρεσίες για άτομα ανίκανα να φροντίσουν τον εαυτό τους. Το γεγονός ότι το Medicaid καλύπτει πλήρως τις δαπάνες νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές, σε αντιδιαστολή με την περιορισμένη κάλυψη των δαπανών της κατ' οίκον φροντίδας, αναγκάζει πολλά άτομα χαμηλού εισοδήματος με αναπηρία, όπως ο Willie Robinson να εισαχθούν σε ιδιωτικές κλινικές, αν δεν έχουν οικογένειες ικανές να τους παρέχουν εικοσιτετράωρη υποστήριξη. Για να δικαιούνται κάλυψη των δαπανών ιδιωτικής κλινικής του Medicaid, οι οικογένειες ενδεχομένως αναγκάζονται να δαπανούν τις οικονομίες τους, οι οποίες μειώνονται σημαντικά, αν και σε μερικές πολιτείες το Medicaid επιτρέπει στους/ στις συζύγους των ατόμων που μένουν σε ιδιωτικές κλινικές να διατηρήσουν ορισμένα από τα περιουσιακά τους στοιχεία.

Η κάλυψη του Medicaid για τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας αυξήθηκε ως αποτέλεσμα των παραιτήσεων του 1915 (γ) σε ό,τι αφορά τη φροντίδα που έχει ως βάση το σπίτι και την κοινότητα, που αρχικά εγκρίθηκαν το 1981. Αυτό το πρόγραμμα που επιχειρεί να προλάβει τις εισαγωγές σε ιδιωτικές κλινικές, επιτρέπει στους δικαιούχους του Medicaid να λάβουν περισσότερες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας απ' ό,τι προηγουμένως. Ενώ το Όρεγκον διέθεσε 48% των δολαρίων του Medicaid για τη μακροχρόνια φροντίδα σ' αυτό το πρόγραμμα, πολλές πολιτείες δαπανούν λιγότερα από το 10% εκείνων των δολαρίων για τη φροντίδα που έχει ως βάση το σπίτι και την κοινότητα (Miller et al, 2002, Miller et al, 2001). Στη χώρα σαν σύνολο, το 86% των δολαρίων του Medicaid για τη μακροχρόνια φροντίδα δαπανάται στη φροντίδα σε ιδιωτικές κλινικές (Levit et al, 2004).

Ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας

Η Sue και ο Lew Mac Pherson, 72 χρόνων και οι δύο, ανησυχούσαν για το μέλλον τους. Θυμήθηκαν τον ξάδερφό τους που τού απέρριψαν την ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας λόγω της υψηλής αρτηριακής του πίεσης και αργότερα δαπάνησε όλες τις οικονομίες του σε λογαριασμούς ιδιωτικών κλινικών. Ελπίζοντας να προστατέψουν τις οικονομίες τους των 32.000 δολαρίων, αποφάσισαν να κάνουν αίτηση για ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας προτού κάποια ασθένεια τους οδηγήσει στο να μην πληρούν τις προϋποθέσεις. Ο ασφαλιστικός τους οργανισμός υπολόγισε το κόστος δύο ασφαλιστήριων συμβολαίων στα 6.000 δολάρια το χρόνο ή στο 30% του ετήσιου εισοδήματός τους των 20.000 δολαρίων. Με το ποσό αυτό, η Sue και ο Lew θα δαπανούσαν το μεγαλύτερο μέρος των οικονομιών τους σε ασφάλιστρα μέσα σε λίγα χρόνια. Αρνήθηκαν την ασφάλιση και εντάχθηκαν στους Γκρίζους Πάνθηρες, που αγωνίζονται για κάλυψη μακροχρόνιας φροντίδας από την κυβέρνηση.

Η ιδιωτική ασφάλιση διαδραματίζει μικρό ρόλο στη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτοντας μόλις το 10% των δαπανών της φροντίδας αυτής. Η εμπειρική κοστολόγηση (βλ. Κεφάλαιο 2) επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τη δυναμική της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας. Το πιο μεγάλο μερίδιο αγοράς γι' αυτόν τον τύπο ασφάλισης είναι ο ηλικιωμένος πληθυσμός. Στα πλαίσια της εμπειρικά κοστολογημένης ασφάλισης, οι ηλικιωμένοι χρεώνονται με υψηλά ασφάλιστρα, επειδή δι-ατρέχουν σημαντικό κίνδυνο να χρειαστούν υπηρεσίες της εν λόγω φροντίδας. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι έχουν μέσο εισόδημα λιγότερο από 40% του εισοδήματος του γενικού πληθυσμού (Frank, 2001). Συνεπώς, οι άνθρωποι που χρειάζονται ή είναι πιθανό να χρειαστούν μακροχρόνια φροντίδα είτε δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τα ασφάλιστρα της εμπειρικά κοστολογημένης ιδιωτικής ασφάλισης ή πρέπει να πληρώσουν περισσότερα από τους νεότερους ανθρώπους, ακόμα κι αν το εισόδημά τους πιθανά είναι μικρότερο. Δεδομένης αυτής της πραγματικότητας, η ιδιωτική χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες και για τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς και για τους ασφαλιζόμενους.

Για τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς είναι δύσκολο να διαθέσουν ασφαλιστήρια συμβόλαια μακροχρόνιας φροντίδας. Οι ασφαλιστικοί φορείς απορρίπτουν το 25%- 30% των αιτούντων αφού πρόκειται για άτομα που εμφανίζουν απολογικές καταστάσεις που καθιστούν μη αποδεκτή την ανάληψη του σχετικού κινδύνου. (Frank, 2001). Τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες κάτω των 65 χρόνων δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για ασφάλιση λόγω της προτερής μακροχρόνιας ασθένειάς τους. Η ελκυστικότερη ομάδα στόχος για τους συγκεκριμένους ασφαλιστικούς φορείς είναι ο πληθυσμός του νεότερου εργατικού δυναμικού – εντούτοις, μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτής της ομάδας ενδιαφέρεται για ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας, η οποία φαντάζει ιδιαίτερα μακρινή προοπτική. Ως αποτέλεσμα, οι ασφαλιστικοί φορείς αναγκάζονται να προωθούν δαπανηρά ασφαλιστήρια συμβόλαια σε υψηλό κίνδυνο ηλικιωμένων- ένα εγχείρημα με περιορισμένες πιθανότητες επιτυχίας.

Τα άτομα που επιλέγουν ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας ενδεχομένως να τη θεωρούν μη αποδοτική επένδυση. Μερικά ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια ορίζουν ότι ένας ασφαλισμένος πρέπει να εξαρτάται από άλλα άτομα για να πραγματοποιήσει τρεις ή περισσότερες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ώστε να διακρίνεται να επιδοτηθεί για υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Όμως, ποσοστό μικρότερο από το 10% του πληθυσμού κάτω των 85 χρόνων εμφανίζει προβλήματα που επηρεάζουν τρεις ή περισσότερες ανάλογες δραστηριότητες, γεγονός που θεωρείται σοβαρή αναπηρία. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι με προβλήματα που επηρεάζουν λιγότερες από τρεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χρειάζονται υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας χωρίς μάλιστα να μπορεί η σχετική φροντίδα να καλυφθεί από την ασφάλισή τους.

Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια για μακροχρόνια φροντίδα συνήθως έχουν μεγάλο ποσοστό συνασφάλισης για τη φροντίδα στις ιδιωτικές κλινικές (η οποία υπολογίζεται σε μέρες παραμονής σε αυτές) και τα περισσότερα καταβάλλουν μια σταθερή ημερήσια αποζημίωση αντί να καλύπτουν τις πραγματικές χρεώσεις. Ένα συνηθισμένο ασφαλιστήριο συμβόλαιο παρέχει 85 δολάρια την ημέρα μετά από απα-λαγή 60 ημερών. Το 2000 η μέση καθημερινή χρέωση της ιδιωτικής κλινικής ήταν 135 δολάρια, γεγονός που σημαίνει

ότι τα 50 δολάρια της διαφοράς υποχρεούται να τα καταβάλει ο εκάστοτε ασθενής. Αντίστοιχα, παραμονή ενός έτους απαιτεί δαπάνη συνολικού ύψους 23.350 δολαρίων (60 ημέρες x 135 δολάρια = 8.100 δολάρια συν 305 μέρες x 50 δολάρια = 15.250 δολάρια) επιπλέον της πληρωμής του ασφαλιστήριου. Τα περισσότερα ασφαλιστήρια συμβόλαια περιορίζουν την κάλυψη τους σε μερικά χρόνια γεγονός που βάζει ένα ανώτατο όριο στο ποσό που θα καταβάλλει η ασφάλεια. Το 2001, ένα συνηθισμένο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που παρείχε 150 δολάρια ανά ημέρα για 4 χρόνια, με απαλλαγή 90 ημερών και προστασία από τον πληθωρισμό είχε ετήσιο κόστος ασφαλιστήριου 2.275 δολαρίων για ένα άτομο ηλικίας 65 χρόνων και 7.590 δολαρίων για κάποιον ηλικίας 79 χρόνων (Σύλλογος για την Ασφάλεια Υγείας της Αμερικής –Health Insurance Association of America 2003). Σύμφωνα με μελέτες την ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να την αντέξει οικονομικά μόνο το 10%-20% των ηλικιωμένων (Niefield et al, 1999).

ΠΟΙΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ; Ανεπίσημοι φορείς παροχής φροντίδας

Αφού απεβίωσε ο άνδρας της, η κυρία Dora Whitney ζει μόνη της. Στα 71 της χρόνια, εμφάνισε προβλήματα μνήμης και μια μέρα άφησε αναμμένη την κουζίνα υγραερίου προκαλώντας φωτιά στην κουζίνα. Δύο μήνες αργότερα, δεν μπορούσε να βρει το δρόμο για το σπίτι της, αφού πήγε για ψώνια και τη βρήκε η αστυνομία να περιφέρεται στους δρόμους. Η κόρη της, η Kimberly, την πήγε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο, όπου της διέγνωσαν άνοια αιτιολογίας Αλτσχάιμερ. Μετά από μια ομαδική σύσκεψη με τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τον εργασιοθεραπευτή και τον κοινωνικό λειτουργό της μητέρας της, η Kimberly παραδέχτηκε πως η μόνη της επιλογή ήταν να εγκαταλείψει την καριέρα της δασκάλας για να τη φροντίσει. Η Kimberly αρνήθηκε να βάλει τη μητέρα της σε ιδιωτική κλινική και τα χρήματα δεν επαρκούσαν για να έχει την απαραίτητη βοήθεια σε εικοσιτετράωρη βάση.

Περίπου το 85% των ατόμων που χρειάζονται υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, τις λαμβάνουν από την οικογένεια και τους φίλους. Είκοσι οκτώ εκατομμύρια άνθρωποι λειτουργούν ως ανεπίσημοι φορείς παροχής μακροχρόνιας φροντίδας και η πλειοψηφία είναι γυναίκες. Οι γυναίκες παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα συνηθέστερα στους άνδρες τους, και οι κόρες στις μητέρες τους. Ένας αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων δεν διαθέτει μέλη της οικογένειας που ζουν αρκετά κοντά ώστε να τους παρέχει ανεπίσημη φροντίδα αυτού του τύπου, και η απουσία αυτή συνιστά το συνηθέστερο λόγο εισαγωγής σε ιδιωτικές κλινικές. Κατά μέσο όρο, το 1997, τα ανεπίσημα δίκτυα παροχής φροντίδας παρείχαν βοήθεια επί 18 ώρες την εβδομάδα, αξίας περίπου 200 δισεκατομμυρίων δολαρίων σε μη καταγεγραμμένη εργασία (Argo et al, 1999, Estes, 2001α). Το ποσοστό της ανεπίσημης παροχής φροντίδας φαίνεται να αυξάνεται, με τα δύο τρίτα των γυναικών ηλικίας 40-59 χρόνων να προβλέπουν ότι σύντομα θα καταστούν υπεύθυνες για τη φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενούς (Toner, 1999). Το ένα τρίτο των ανεπίσημων φορέων παροχής φροντίδας είναι ηλικίας άνω των 65 ετών, το ένα τρίτο είναι φτωχοί ή στα όρια της φτώχειας και το ένα τρίτο εμφανίζει συγχρόνως και το ίδιο προβλήματα υγείας. Πολλοί ανεπίσημοι φορείς

παροχής φροντίδας εγκαταλείπουν την εργασία τους ή μειώνουν τις ώρες αυτής και συνεπώς υφίστανται οικονομικές απώλειες, εκτός από το συναισθηματικό κόστος του χειρισμού των απαιτήσεων των μελών της οικογένειας που είναι άνθρωποι άρρωστοι, παράφρονες, με ακράτεια ή ζύπνιοι πολλές ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας. Συχνά, πρέπει να κρατήσουν μια ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες των ανήμπορων ηλικιωμένων και στις ανάγκες των παιδιών ή των εγγονιών τους (Levine, 1999).

Υπηρεσίες με βάση την κοινότητα & κατ' οίκον φροντίδα υγείας

H Ana Dominguez, επέμενε η κόρη της, Juana, να δεχτεί την υποτροφία του Πανεπιστημίου του Γένη. Αν και στα 49 της χρόνια, η κυρία Dominguez ήταν καθηλωμένη στο κρεβάτι της και στο αναπηρικό καροτσάκι, με σκληρή δουλειά κατά πλάκα, θα ένοιωθε πάρα πολλή τύψη αν η Juana παρέμενε στο Σαν Αντόνιο του Τέξας απλά για να τη φροντίζει. Πριν φύγει η Juana, κανόνισε με τον ιδιωτικό οργανισμό παροχής κατ' οίκον φροντίδας να μεταφέρει τη μητέρα της σ' ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας υγείας για ενήλικες για 3 μέρες την εβδομάδα, με περίθαλψη, φυσιοθεραπεία και εργασιοθεραπεία και για γεύματα στο καροτσάκι. Το Medicare πλήρωσε γι' αυτές τις υπηρεσίες, απλά η κυρία Dominguez χρειαζόταν κάποιον στο σπίτι 24 ώρες την ημέρα -μια υπηρεσία που δεν κάλυπτε το πρόγραμμα. Για 10 δολάρια την ημέρα, η Juana κατάφερε να προσλάβει τη Βίλμα, μια έφηβη από το Εϊ Σαλβαδόρ, χωρίς πιστοποιητικά, για να ζει στο σπίτι. Με την πληρωμή της Βίλμα και το κόστος του φαγητού της, η Juana υπολόγισε πως θα δαπανούσαν 30.000 δολάρια από τις οικονομίες τους θα δαπανούσαν 42.000 δολαρίων μέχρι να αποφοιτήσει από το Γένη.

Το AIDS είχε εξουθενώσει τον Brian Reynolds. Είχε επιζήσει από τρία επεισόδια πνευμονίας, από πνευμονοκύστη carinii, απλά δεν μπορούσε να πάρει τα νέα φάρμακα- αναστολείς των πρωτεϊνών. Είχε χάσει 30 κιλά, υπέφερε από βασιαντικούς πονοκεφάλους και συνεχή διάρροια και μπαινόβγαίνε στο νοσοκομείο. Ο εραστής του είχε απεβιώσει 3 μήνες νωρίτερα και ο οργανισμός του κατέρρεε. Ο Brian ήταν μαχητής απλά μετά από μια οξεία κατάθλιψη που προκάλεσε ο πόνος, η αδυναμία και η μοναξιά, αποφάσισε πως δεν άντεχε άλλο. Ο ιατρός του συμφώνησε με την απόφασή του, διέκοψε τα ενδοφλέβια φάρμακά του και τον παρέπεμψε σε ένα πρόγραμμα διαμονής σε ξενώνα προκειμένου να παρέχεται κατ' οίκον καταπραυντική φροντίδα χρηματοδοτούμενη από το Medicare. Απλά ο ξενώνας απαίτησε να είναι δίπλα του ένας ανεπίσημος φορέας φροντίδας 24 ώρες την ημέρα και ο Brian δεν είχε κανέναν. Ενώ ένας κοινωνικός λειτουργός αναζητούσε μια ιδιωτική κλινική που θα δεχόταν ασθενή με AIDS, ο Brian απβίωσε στο σπίτι, χωρίς την ανακούφιση της φροντίδας του ξενώνα.

Η μακροχρόνια φροντίδα με βάση την κοινότητα παρέχεται μέσω μιας ποικιλίας προγραμμάτων, όπως η κατ' οίκον φροντίδα, η ημερήσια φροντίδα ενηλίκων, τα γεύματα που παραδίδονται κατ' οίκον, οι πασιόν και τα ιδρύματα, η φροντίδα σε ξενώνες για τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο μιας νόσου, τα προγράμματα ψυχικής υγείας και άλλα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, το κίνημα που προωθούσε την ανεξάρτητη και αξιοπρεπή

ζωή των ατόμων με αναπηρίες συνέβαλε σημαντικά στην απομάκρυνση από την ιδρυματική φροντίδα (η οποία περιλαμβάνει νοσοκομεία και κλινικές), ενώ παράλληλα έδωσε ώθηση προς την κατ' οίκον φροντίδα και τη φροντίδα με βάση την κοινότητα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, οι ακτιβιστές του AIDS προώθησαν την ανάπτυξη προγραμμάτων με ξενώνες που παρείχαν υπηρεσίες εντατικής κατ' οίκον φροντίδας σε ανθρώπους με καρκίνο σε τελικό στάδιο και AIDS. Το σπίτι αποτελεί συνήθως ένα πολύ οικείο περιβάλλον, το οποίο λειτουργεί θεραπευτικότερα ή ανακουφιστικότερα σε σχέση με το νοσοκομείο ή την κλινική. Σύμφωνα με μια μελέτη που συνέκρινε τη νοσοκομειακή με την κατ' οίκον φροντίδα σε ό,τι αφορά ασθενείς με εγκεφαλικό, το κατ' οίκον πρόγραμμα οδήγησε σε μια ταχύτερη ανάκτηση των λειτουργιών και μείωση των δεικτών θνησιμότητας. Άλλες ασθένειες εμφανίζουν παρόμοιες εκβάσεις (Batavia, 1993).

Ενώ η κατ' οίκον φροντίδα αποτελεί συνήθως προτιμότερη εναλλακτική λύση σε σχέση με την παρατεταμένη νοσοκομειακή φροντίδα, πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους παραμονής των ηλικιωμένων ασθενών με περίπλοκες ιατρικές καταστάσεις στο νοσοκομείο και ανάμεσα στα οφέλη και τους κινδύνους αν πάρουν εξιτήριο για το σπίτι τους. Το σύστημα αμοιβής των νοσοκομείων στη βάση των διαγνωστικών ομάδων (βλ. Κεφάλαιο 4), στα πλαίσια του οποίου το καθαρό εισόδημα των νοσοκομείων αυξάνεται μέσω της μείωσης της διάρκειας νοσηλείας, οδήγησε σε πρόωρα εξερχόμενους ασθενείς που επιστρέφουν στο σπίτι τους άρρωστοι και έχουν, ως εκ τούτου, αυξημένες απαιτήσεις από τους ιδιωτικούς οργανισμούς κατ' οίκον φροντίδας.

Ως αποτέλεσμα της τωμής του δημοφιλούς κινήματος την κατ' οίκον φροντίδα και του κινήτρου που προέκυψε από τις διαγνωστικές ομάδες για τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας του προγράμματος Medicare, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας αναπτύχθηκαν ραγδαία από το 1980 μέχρι το 1997. Οι αντίστοιχες δαπάνες για τις υπηρεσίες αυτές αυξήθηκαν το ίδιο διάστημα από 2 σε 35 δισεκατομμύρια δολάρια. Ένας αυξανόμενος αριθμός ιδιωτικών οργανισμών κατ' οίκον φροντίδας της υγείας αποτελούσε ιδιοκτησία εμπορικών ομίλων εταιρειών (Harrington, 1996). Ωστόσο, η ανάπτυξη της κατ' οίκον φροντίδας υγείας διακόπηκε απότομα όταν - κατόπιν εντολής του Νόμου του 1997 για τον Ισοσκελισμένο Προϋπολογισμό- το πρόγραμμα Medicare μείωσε τις χρηματοδοτήσεις για την κατ' οίκον φροντίδα. Από το 1997 μέχρι το 1999 οι δαπάνες για την κατ' οίκον φροντίδα πραγματικά μειώθηκαν, καθώς η εξόφληση των σχετικών υπηρεσιών από το Medicare σταμάτησε να εφαρμόζεται μέσω ενός γενναιόδωρου συστήματος που είχε σαν βάση τις δαπάνες και άρχισε να εκτελείται μέσω ενός αυστηρά ελεγχόμενου μηχανισμού ενδιάμεσων πληρωμών (Levit et al, 2004).

Ξαφνικά, τα ηλικιωμένα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να λάβουν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας στα πλαίσια του Medicare, δεν είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί κατ' οίκον φροντίδας όλο και περισσότερο αρνούσαν να την παρέχουν, τη μείωναν ή και τη σταματούσαν σε ασθενείς με σοβαρές και χρόνιες ασθένειες (Demel και Baker, 2000), αν και μια σχετική μελέτη δεν εντόπισε επιβλαβή αποτελέσματα (Murtaugh et al, 2003). Εφαρμοζόμενο από το 2000, το πρόγραμμα Medicare θέσπισε ένα προοπτικό σύστημα πληρωμής για την κατ' οίκον φροντίδα με βάση ένα μοντέλο

ανά επεισόδιο ασθένειας (βλ. Κεφάλαιο 4). Στους ιδιωτικούς οργανισμούς κατ' οίκον φροντίδας καταβάλλεται συγκεκριμένο ποσό εφάπαξ (το οποίο, όπως οι πληρωμές των νοσοκομείων με το σύστημα των διαγνωστικών ομάδων, ποικίλλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της ασθένειας) για 60 ημέρες φροντίδας. Συνακόλουθα, οι δαπάνες της κατ' οίκον φροντίδας άρχισαν να αυξάνονται και πάλι, καθώς τα δολάρια του Medicare «έρευσαν» ξανά στη βιομηχανία της φροντίδας αυτής (Levit et al, 2004, Murtaugh et al, 2003). Υπάρχει η ελπίδα πως το προοπτικό σύστημα αμοιβής για κατ' οίκον φροντίδα θα επιφέρει μια ισορροπία ανάμεσα στις υπερβολικές πληρωμές της εποχής πριν από το 1997 και στην παροχή ελλιπούς φροντίδας των ετών 1997- 2000 (Callan & Zadoorian, 2000).

Πολλές από τις κατηγορίες προσωπικού του τομέα υγείας συνεργάζονται σε ομάδες για την αποτελεσματικότερη παροχή κατ' οίκον φροντίδας, όπως οι νοσοκόμες, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργασιοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές και οι φυσιοθεραπευτές με ειδικότητα στο αναπνευστικό σύστημα, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι διασώστες των επειγόντων περιστατικών και οι οδηγοί που παραδίδουν γεύματα σε καροτσάκι. Ωστόσο, η κατ' οίκον φροντίδα που συσπειρώθηκε για να βοηθήσει στην κάλυψη του κενού της υψηλής τεχνολογίας στο σύστημα υγείας και που βοηθάει τα άτομα με αναπηρίες στις καθημερινές για την καθημερινή ζωή τους δραστηριότητες γίνεται όλο και περισσότερο εξειδικευμένη. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί στην παρούσα φάση διαθέτουν ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, υπεύθυνες για τη χορήγηση ενδοφλέβιων ουσιών και την περιποίηση τραυμάτων, φυσιοθεραπευτές με ειδικότητα στο αναπνευστικό σύστημα και άλλους επαγγελματίες του τομέα υγείας που προσφέρουν ενδοφλέβιες εγχύσεις αντιβιοτικών, χορηγούν μορφίνη με αντλία, τοποθετούν in situ καθετήρα στη φλέβα (ο οποίος καταλήγει στο θωρακικό τμήμα της κοιλής φλέβας) ενώ παρέχουν κατ' οίκον αιμοκάθαρση. Αυτές οι εξελίξεις αποτελούν σημαντική πρόοδο ως προς τη μετατόπιση της φροντίδας υγείας από το νοσοκομείο στο σπίτι αλλά δεν συνοδεύτηκαν από αυξήσεις για την προσωπική φροντίδα που επιτρέπει στα άτομα με αναπηρίες να παραμένουν με ασφάλεια στα σπίτια τους. Κατά παρόμοιο τρόπο, η φροντίδα σε ξενώνες, ενώ παρέχει εξαιρετικές νοσηλευτικές υπηρεσίες σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο, είναι ωστόσο περιορισμένη σε ό,τι αφορά την υποστήριξη των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Τα προγράμματα των ξενώνων δεν δέχονται ασθενείς στο τελευταίο στάδιο χωρίς ανεπίσημο φορέα φροντίδας στο σπίτι, επομένως τα άτομα που μπορεί να χρειαστούν υπηρεσίες ξενώνα περισσότερο, όπως ο Brian Reynolds, γιατί είναι μόνα τους, δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές.

Λόγω των περιορισμών της κατ' οίκον φροντίδας, πολλά άτομα με αναπηρίες παίρνουν εξιτήριο από τα νοσοκομεία ενώ χρειάζονται υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας για να βοηθηθούν στις καθημερινές τους λειτουργίες, μη μπορώντας να πληρώσουν ως ιδιώτες αυτήν την φροντίδα αλλά και μη πληρώντας τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας για τους φορείς παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στην κοινότητα. Αυτά τα άτομα έχουν χαρακτηριστεί ότι ζούνε στη «ζώνη χωρίς φροντίδα» (Estes, 2001β).

Ιδιωτικές κλινικές

Κάθε πρωί περισσότερο από 1.250.000 Αμερικανοί ξυπνούν σε ιδιωτικές κλινικές. Οι περισσότεροί από αυτούς

είναι πολύ μεγάλοι σε ηλικία και πολύ αδύναμοι. Οι πιο πολλοί θα μείνουν εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για τους περισσότερους θα είναι το τελευταίο σπίτι τους... Οι ένοικοι των ιδιωτικών κλινικών περνούν τις τελευταίες μέρες τους σε μια κλειστή κοινωνία, χωρίς ιδιωτική ζωή, αξιοπρέπεια ή ευχαρίστηση, τρώγοντας φαγητά σε ελάχι στο βαθμό εύγεστα, ήμβανόντας πολλαπλά φαρμακικά και βλέποντας πολλή τηλεόραση- τελικά πεθαίνουν και μπορούμε να υποπτευθούμε ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει τουλάχιστον εν μέρει λόγω πηλίκης (Vladeck, 1980).

Συχνά, η ανεπίσημη βοήθεια και οι επίσημες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας αδυνατούν να παρέχουν τη φροντίδα που χρειάζονται τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες. Αυτά τα άτομα μπορεί να εισαχθούν σε ιδιωτικές κλινικές, όπου να τους παρέχεται εικοσιτετράωρη φροντίδα. Το 2002, 1,3 εκατομμύρια άνθρωποι έμειναν σε ιδιωτικές κλινικές στις Ηνωμένες Πολιτείες, αριθμός που έχει παραμείνει σταθερός για αρκετά χρόνια (Harrington et al, 2003). Το 75% των ενοίκων των ιδιωτικών κλινικών είναι γυναίκες, οι οποίες συχνότερα ζούν περισσότερα χρόνια από τους συζύγους τους. Συνήθως, αφού έχουν φροντίσει έναν άρρωστο σύζυγο στο σπίτι, θα αρρωστήσουν και αυτές και θα εισαχθούν σε μια κλινική, αφού δεν έχει μείνει κανένας να τις φροντίσει στο σπίτι. Έχει υπολογιστεί ότι οι γυναίκες στα 65 τους χρόνια έχουν 43% πιθανότητες να εισαχθούν σε ιδιωτική κλινική κάποια στιγμή στη ζωή τους (Frank, 2001).

Το 42% των ενοίκων των κλινικών πάσχουν από άνοια, το 23% πάσχει από συστολή των αρθρώσεων, το 50% πάσχει από ακράτεια και πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να περπατήσουν χωρίς βοήθεια (Harrington & Carrillo, 2001). Υπάρχουν δύο εξέχουσες διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, εντός και εκτός των κλινικών: οι ένοικοι των κλινικών δεν έχουν οικογένεια που μπορεί να τους βοηθήσει και ένα μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών σε κλινικές πάσχουν από άνοια, μια κατάσταση που χρειάζεται φροντίδα και είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί στο σπίτι από τα μέλη της οικογένειας.

Οι κλινικές ποικίλλουν ευρέως ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Ο Γενικός Νόμος του 1987 για το Συμβιβασμό των Προϋπολογισμών έθεσε κάποια στάνταρ για την ποιότητα των κλινικών και έδωσε εντολή για μελέτες προκειμένου αυτά να επιβληθούν. Συνακόλουθα, η ποιότητα βελτιώθηκε κάπως, αλλά εξακολουθούν να παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα. Το 1997, το 22% των κλινικών εμφάνιζαν ανεπαρκή υγιεινή των τροφίμων, το 17% αυτών δεν ήταν αρκετά ασφαλείς ώστε να αποτρέψουν τις πτώσεις ή άλλους τραυματισμούς, το 16% δεν προστάτευε τους ενοίκους από κακώσεις, το 13% δεν συνέβαλλε ούτως ώστε οι ένοικοι να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια τους κατά την παραμονή τους εκεί και το 11% χορήγησε στους ασθενείς φάρμακα μη απαραίτητα ή ακατάλληλα. Μόνο το 29% των κλινικών που συμμετείχαν στη μελέτη βρέθηκαν να συμμορφώνονται με τα ομοσπονδιακά στάνταρ. Το 1/4 των κλινικών σ' όλη τη χώρα είχαν ελλείψεις που είτε προκάλεσαν αληθινή βλάβη είτε είχαν τη δυνατότητα να οδηγήσουν σε θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό (Harrington & Carrillo, 2001).

Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα, των οποίων οι δαπάνες της κλινικής εξοφλούνται σε μόνιμη βάση από το πρόγραμμα Medicaid με χαμηλό ποσοστό εξόφλησης, διαμένουν σε στενούς χώρους με αρκετούς άλλους ασθενείς και εξαρτώνται απόλυτα από ένα προσωπικό που πληρώνεται

λιγότερο από το κανονικό και δεν έχει επαρκή εκπαίδευση. Μπορεί να περνούν ώρες ξαπλωμένοι στο κρεβάτι τους ή καθισμένοι σε μια καρέκλα μπροστά από μία τηλεόραση. Ενώ η ποιότητα ζωής ποικίλλει από τη μια κλινική στην άλλη, η τοποθέτηση σε μια κλινική σχεδόν πάντα ανατρέπει την ανθρώπινη επιθυμία για κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας σε δραστηριότητες και συντροφιά. Μια αίσθηση ματαιότητας κατακλύζει πολλούς ενοίκους κλινικών και η επιθυμία για ζωή συχνά μειώνεται.

Στην περιλήψη της αναφοράς του Ινστιτούτου Ιατρικής του 1986 για τις κλινικές αναφέρεται πως:

Οι ασθενείς πολλές φορές αντιμετωπίζονται με αυθάδεια, τους αρνούνται συχνά οποιοσδήποτε επιλογές στο φαγητό, στους συγκατοίκους, στην ώρα που ξυπνούν ή πάνε για ύπνο, στις δραστηριότητές τους, στα ρούχα που φοράνε, στον χρόνο και τον τόπο που μπορούν να τους επισκεφθούν τα μέλη της οικογένειάς τους και οι φίλοι τους (Institute of Medicine, 1986).

Για να κρατηθούν οι δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα, το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας στις κλινικές παρέχεται από βοηθούς νοσηλευτές που πληρώνονται με πολύ λίγα χρήματα, λαμβάνουν ελάχιστη εκπαίδευση, δεν εμποττεύονται στο βαθμό που πρέπει και χρειάζεται να φροντίζουν περισσότερους ασθενείς από αυτούς που μπορούν κανονικά να εξυπηρετήσουν. Η δουλειά του βοηθού σε κλινική είναι πολύ δύσκολη- συγκεκριμένα, κάνει μπάνιο και ταιξίζει τους ασθενείς, τους βοηθά να περπατήσουν, τους καθαρίζει όταν πάσχουν από ακράτεια, τους σηκώνει και ακούει τα παράπονά τους. Τα προσπατούμενα για την πρόσληψη του νοσηλευτικού προσωπικού είναι εξαιρετικά χαμηλά και δεν έχουν βελτιωθεί σημαντικά από το 1985 (Harrington, 1996). Το ποσοστό του τζίρου για τους βοηθούς των νοσηλευτών είναι πολύ υψηλό, ίσως 75% ανά έτος, και η αμοιβή είναι πολύ χαμηλή. Η ποιότητα ζωής συνδέεται στενά με την ποιότητα των σχέσεων προσωπικού- ασθενών και με το ζήτημα της ιδιωτικότητας. Οι πιο πολλές κλίνες δεν έχουν μόνο έναν ασθενή, γεγονός που κάνει την ποιότητα ζωής σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένη από τους συγκατοίκους που μπορεί να εμφανίζουν προβλήματα στη συμπεριφορά τους.

Το 71% του συνόλου των κλινικών λειτουργούν υπό καθεστώς εμπορικής ιδιοκτησίας με κερδοσκοπικό σκοπό και πολλές από αυτές λειτουργούν στα πλαίσια μεγάλων ομίλων εταιρειών. Η κερδοσκοπική ιδιοκτησία έχει συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα προσπατούμενων για πρόσληψη και χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας σε σύγκριση με τη μη κερδοσκοπική ιδιοκτησία (Harrington, 1996, O'Neill et al, 2003).

Η προσφορά μιας ανθρώπινης κατάστασης σε άτομα με σοβαρές αναπηρίες, που στεγάζονται μαζί σε στενούς χώρους, αποτελεί σχεδόν αδύνατο έργο. Σύμφωνα με μια άποψη που εκφράζεται για τη βελτίωση των κλινικών, μόνο η κατάργηση των περισσότερων από αυτές και η ανάπτυξη επαρκώς χρηματοδοτούμενης φροντίδας στο σπίτι και την κοινότητα μπορεί να λύσει το πρόβλημα.

Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η χρηματοδότηση της χρόνιας φροντίδας

Ο Boomer ήταν ξέσθηλος. Ως αυτοαπασχολούμενο άτομο, η κάλυψη της οικογένειάς του από τον οργανισμό υγείας του κόστιζε 400 δολάρια το μήνα, εκτός από τους λογαριασμούς του οδοντιάτρου που τους εξοφλούσε απευθείας

από την τσέπη του. Ακόμα χειρότερα, ένα μεγάλο τμήμα των πληρωμών της κοινωνικής του ασφάλισης πήγαινε στο Medicare κάθε χρόνο, για να μην αναφέρουμε και τους ομοσπονδιακούς και κρατικούς φόρους εισοδήματος και φόρους πωλήσεων που πήγαιναν στη χρηματοδότηση του Medicare και του Medicaid, ούτως ώστε οι άηθοι άνθρωποι να μπορούν να λαμβάνουν φροντίδα υγείας. Ενώ δαπανούσε όλα αυτά τα χρήματα, ο Boomer ήταν υγιής και δεν είχε επισκεφθεί ιατρό για 6 χρόνια.

Μια μέρα ο πατέρας του, ο Αβραάμ, υπέστη εκφυλιστική εγκεφαλοπάθεια. Μετά από εβδομάδες νοσηλείας στο νοσοκομείο, οι δαπάνες τις οποίες καλύφθηκαν σε μεγάλο ποσοστό από το Medicare, ο Αβραάμ μεταφέρθηκε σε κλινική. Επειδή το Medicare δεν καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας, η μητέρα του Boomer πλήρωσε τις δαπάνες από τις οικονομίες της μέχρι που το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων τελείωσε. Ο Αβραάμ τότε άρχισε να πληροί τις προϋποθέσεις για το Medicaid, το οποίο και ανέλαβε τις δαπάνες της κλινικής. Μετά από την ασθένεια του πατέρα του, ο Boomer σταμάτησε να παραπονιέται για τις πληρωμές της κοινωνικής του ασφάλισης και των φόρων που πηγαίνουν στην φροντίδα υγείας. Ακόμα κι αν ο Boomer πλήρωνε περισσότερα απ' όσα εισέπρατε, ο Αβραάμ εισέπρατε πολύ περισσότερα απ' όσα πλήρωνε. Ο Boomer ήταν ευγνώμων για τη φροντίδα που λάμβανε ο πατέρας του και σκέφτηκε πως θα μπορούσε να βρεθεί στην ίδια θέση κάποια μέρα.

Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1960 αναγνωρίστηκε πως η ιδιωτική ασφάλιση δεν μπορούσε να λύσει το πρόβλημα της χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας για άτομα άνω των 65 χρόνων. Οι δαπάνες υγείας για τους ηλικιωμένους ήταν πολύ μεγάλες, καθιστώντας τα εμπειρικά κοστολογημένα ασφαλιστρα υγείας δυσβάσταχτα οικονομικά για τους πιο πολλούς από αυτούς. Έτσι, θεσπίστηκε το Medicare, ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης (βλ. Κεφάλαιο 2). Ένα ίδιο πρόβλημα αντιμετωπίζει και η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας: όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι πιο πολλοί άνθρωποι που ίσως ήθελαν να κάνουν ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο με αρκετές παροχές. Στον Πίνακα 10-3 παρατίθενται μερικές προτάσεις για τη βελτίωση της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.

Η πιο σημαντική πρόσφατη ανάλυση της χρηματοδότησης της μακροχρόνιας φροντίδας προήλθε από την Επιτροπή Pepper (1990), ένα σώμα που δημιουργήθηκε από το Αμερικανικό Κογκρέσο και αποτελούνταν κυρίως από μέλη του Κογκρέσου και από τα δύο πολιτικά κόμματα. Η αναφορά της Επιτροπής Pepper του 1990 συνηγορούσε όλη η χώρα να ακολουθήσει το παράδειγμα του Medicare και να θεσπίσει ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης για τη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Αυτό το πρόγραμμα, όπως το Medicare Μέρος Α, θα μπορούσε να χρηματοδοτηθεί από μια αύξηση του ποσοστού των συνεισφορών της κοινωνικής ασφάλισης από εργοδότες και εργαζόμενους. Θα πλήρωνε τους φορείς παροχής για τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονταν τώρα από το Medicare, ιδιαίτερα τη βοήθεια με σίτιση μέσα στο σπίτι, το ντύσιμο, το σήκωμα ή το ξάπλωμα στο κρεβάτι, το μπάνιο, την τουαλέτα, το πλύσιμο των ρούχων, τις δουλειές του σπιτιού, τα ψώνια ειδών μπακαλικής, τις μετακινήσεις και κάθε άλλη

βοήθεια στις καθοριστικές για την καθημερινή ζωή δραστηριότητες. Μια παρόμοια πρόταση έγινε από τους Ιατρούς για ένα Εθνικό Πρόγραμμα Υγείας (Harrington et al, 1991).

Τι είναι η κοινωνική ασφάλιση; Η ασφάλιση μπορεί να χωριστεί στην ιδιωτική ασφάλιση που είναι εκουσία και την κοινωνική ασφάλιση που είναι υποχρεωτική. Το ασφαλιστικό ίδρυμα είναι μια ιδιωτική εταιρεία στην περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης και συνήθως μια δημόσια υπηρεσία στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης (Bodenheimer & Grumbach, 1992). Επειδή η κάλυψη της είναι υποχρεωτική, η κοινωνική ασφάλιση επεκτείνει τον οικονομικό κίνδυνο της ασθένειας σ' ολόκληρο τον πληθυσμό και δεν τον επικεντρώνει στα ηλικιωμένα άτομα. Αντί να πληρώνει ένας μικρός αριθμός ανθρώπων μεγάλα ποσά, ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων πληρώνει σχετικά μικρά ποσά για τη χρηματοδότηση του προγράμματος. Οι συνεισφορές της κοινωνικής ασφάλισης διαφέρουν από τη γενική φορολογία και μοιάζουν με τα ασφαλιστά της ιδιωτικής ασφάλισης από την άποψη ότι προορίζονται για συγκεκριμένη χρήση. Η κοινωνική ασφάλιση αντιπροσωπεύει μεταφορά εισοδήματος από τους νεότερους εργαζόμενους στους μεγαλύτερους ή σε άτομα που μένουν ανάπηρα πολύ νέα, γεγονός που την τοποθετεί στο μακροπρόθεσμο προσωπικό συμφέρον των συνεισφερόντων, πολλοί από τους οποίους πιθανόν να χρειαστούν τα οφέλη της καθώς μεγαλώνουν.

Η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας

Η Mei Soon Wang ήθελε απεγνωσμένα να επιστρέψει στο σπίτι της. Από τότε που ένας όγκος στον εγκέφαλο είχε παραλύσει την αριστερή πλευρά της και της είχε προκαλέσει ακράτεια, είχε περιοριστεί σε μια κλινική, αφού δεν είχε οικογένεια στο Σαν Φρανσίσκο για να τη φροντίσει. Η κόρη της που την επισκεπτόταν από το Πόρτλαντ άκουσε για το πρόγραμμα On Lok στην Τσάινατσουν στα ηλιόσια του οποίου παρεχόταν φροντίδα στους ηλικιωμένους με αναπηρία στα σπίτια τους. Το On Lok δέχθηκε την κυρία Wang, την έβαλε στο πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας ενηλίκων, κανόνισε να παραδίδονται τα γεύματα στο σπίτι της και πλήρωνε την βοήθεια μερικής απασχόλησης τα βράδια και τα σαββατοκύριακα.

Επειδή μια λογική ποιότητα ζωής και η προσωπική ανεξαρτησία, με τους περιορισμούς της ασθένειας ενός ατόμου, είναι τόσο δύσκολο να επιτευχθούν στο περιβάλλον της κλινικής, οι μεταρρυθμιστές της μακροχρόνιας φροντίδας συχνά υποστηρίζουν ότι το μεγαλύτερο μέρος αυτής πρέπει να παρέχεται στο σπίτι. Το πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση

Πίνακας 10-3. Προτάσεις για τη βελτίωση της χρόνιας φροντίδας.

Ανάπτυξη κοινωνικής ασφάλισης για τη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας
 Μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα στην κοινότητα μέσω βελτιωμένης χρηματοδότησης της τελευταίας Εκπαίδευση και υποστήριξη των μελών της οικογένειας ως φορέων παροχής φροντίδας
 Αύξηση του αριθμού των οθοκληρωμένων οργανισμών επειγούσας και μακροχρόνιας φροντίδας, έχοντας ως υπόδειγμα τις Υπηρεσίες για την Υγεία των Ηλικιωμένων του προγράμματος On Lok, που μειώνουν τις δαπάνες κρατώντας τους ηλικιωμένους εκτός νοσοκομείου όσο το δυνατόν περισσότερο.

αυτή είναι ένας μηχανισμός χρηματοδότησης για πιο ολοκληρωμένες υπηρεσίες στην κοινότητα και το σπίτι. Αναλόγως, η Επιτροπή Pepper του 1990 ενθάρρυνε την παροχή αυτής της φροντίδας στο σπίτι και στην κοινότητα περιορίζοντας την κάλυψη για φροντίδα στην κλινική.

Οι ιδανικοί φορείς παροχής αυτού του τύπου της φροντίδας είναι η οικογένεια και οι φίλοι του ασθενούς. Συνεπώς θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι η μεταρρύθμιση της μακροχρόνιας φροντίδας πρέπει να υποστηρίξει, να βοηθήσει και να πληρώσει τους άτυπους φορείς παροχής και όχι να τους αντικαταστήσει. Ομάδες νοσηλευτριών, φυσιοθεραπευτών και εργασιοθεραπευτών, ιατρών (που συχνά γνωρίζουν τα λιγότερα για τη μακροχρόνια φροντίδα), κοινωνικών λειτουργών και συνοδών μπορούν να εκπαιδευτούν και να εργαστούν με ανεπίσημους φορείς παροχής φροντίδας, και ένα προσωπικό μπορεί να είναι διαθέσιμο για να παρέχει και αυτό φροντίδα ούτως ώστε οι οικείοι να μπορούν να ανακουφιστούν λίγο από το βάρος των 24 ωρών την ημέρα και των 7 ημερών την εβδομάδα. Αν αυτοί δεν είναι διαθέσιμοι, μπορούν ακόμα να γίνουν όλες οι δυνατές προσπάθειες για να παρέχεται μακροχρόνια φροντίδα στα σπίτια των ασθενών αντί για τις κλινικές (Harrington et al, 1991).

Ένα καινοτόμο πρόγραμμα μακροχρόνιας φροντίδας που σημείωσε μεγάλη επιτυχία για κάποια χρόνια είναι το πρόγραμμα Υπηρεσιών Υγείας Ηλικιωμένων Ατόμων On Lok στο Σαν Φρανσίσκο. Η φράση *On Lok* είναι κινεζική και σημαίνει ειρηνική και ευτυχημένη διαμονή. Το πρόγραμμα αυτό άρχισε να εφαρμόζεται το 1971 στην Τσάινατσουν του Σαν Φρανσίσκο και συνδυάζει ημερήσιες υπηρεσίες φροντίδας ενηλίκων, φροντίδα στο σπίτι, κατ' οίκον παράδοση γευμάτων, βοήθεια στο σπίτι, πλήρη ιατρική φροντίδα, φροντίδα μικρής διάρκειας για την ανακούφιση των οικείων, νοσοκομειακή φροντίδα και φροντίδα από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες σε ένα πρόγραμμα. Τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις για το On Lok πάσχουν από χρόνια ασθένεια αρκετά σοβαρή για να τους καταστήσει δικαιούχους για εισαγωγή σε κλινική αλλά μόνο το 15% περνούν χρόνο σε κλινική. Μερικά άτομα μένουν στο Κτίριο On Lok, μια εγκατάσταση 54 μονάδων με κεντρική τραπεζαρία και ημερήσιο κέντρο υγείας. Οι πιο πολλοί μένουν στο σπίτι αλλά μπορεί περιστασιακά να μένουν για 2 εβδομάδες στο Κτίριο On Lok, για να ξεκουραστούν οι οικογένειές τους και τα άτομα που τους φροντίζουν. Οι υπηρεσίες για κάθε ασθενή συντονίζονται από μια ομάδα που περιλαμβάνει πολλές ειδικότητες, όπως ιατρούς, νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς, θεραπευτές για την αποκατάσταση και την ψυχαγωγία των ασθενών και διατροφολόγους.

Το 1983 το On Lok έγινε ο πρώτος οργανισμός στις Ηνωμένες Πολιτείες που ανέλαβε το πλήρες οικονομικό ρίσκο για τη φροντίδα αδύναμων ηλικιωμένων ανθρώπων, λαμβάνοντας μηνιαίες κατά κεφαλήν πληρωμές από το Medicare και το Medicaid για την κάλυψη του συνόλου των υπηρεσιών. Ενώ το 45% των δαπανών προσωπικής φροντίδας υγείας πηγαίνει στις υπηρεσίες του νοσοκομείου και της κλινικής, το On Lok δαπανά απλά ένα 17% σ' αυτές, καθιστώντας το 83% των χρημάτων για την φροντίδα υγείας διαθέσιμο για περιπατητικές υπηρεσίες με βάση το σπίτι και την κοινότητα. Ενώ οι υπηρεσίες του είναι πολύ πιο ολοκληρωμένες, οι δαπάνες του On Lok είναι χαμηλότερες από εκείνες για έναν παρόμοιο πληθυσμό αδύναμων και ηλικιωμένων ατόμων στα πλαίσια των παραδοσιακών προγραμμάτων Medicare και Medicaid (Eng et al, 1997, Bodenheimer, 1999). Ορισμέ-

να αντίστοιχα προγράμματα του On Lok υπάρχουν τώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες στα πλαίσια του Προγράμματος της Ολικής Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους (Wieland et al, 2000). Όμως, στα μέρη όπου εφαρμόζεται αυτό το πρόγραμμα παρέχεται φροντίδα μόνο σε 6.000 από τα 3 εκατομμύρια των αδύναμων και ηλικιωμένων ατόμων με αναπηρίες στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες, παρά τις συστάσεις της Επιτροπής Perregr, δεν έχουν ακόμα εφαρμόσει πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα. Όμως, άλλες χώρες ήταν πιο προνοητικές ως προς την αντιμετώπιση των αναγκών των πληθυσμών τους που μεγάλωναν σε ηλικία. Το 1995 η Γερμανία θέσπισε ένα σύστημα σχεδόν καθολικής κοινωνικής ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα- ένα πρόγραμμα που το κοινό αποδέχθηκε τόσο ως οικονομικά προσιτό όσο και ως ωφέλιμο (Harrington et al, 2002). Μια μεγάλη διεύρυνση της έννοιας του Προγράμματος Ολικής Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους σε συνδυασμό με την πλήρη κοινωνική ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα θα μπορούσε να παρέχει την εξαιρετικά απαραίτητη λύση στα προβλήματα της εν λόγω φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Administration on Aging: A Profile of Older Americans, 2002. U.S. Department of Health and Human Services, 2002.
- Arno PS et al: The economic value of informal caregiving. *Health Aff* 1999;18(2):182.
- Batavia AI: Health care reform and people with disabilities. *Health Aff* 1993;12(1):40.
- Bodenheimer T, Grumbach K: Financing universal health insurance: Taxes, premiums, and the lessons of social insurance. *J Health Polit Policy Law* 1992;17:439.
- Bodenheimer T: Long-term care for frail elderly people—the On Lok model. *N Engl J Med* 1999;341:1324.
- Callan M, Zadoorian J: Beyond prospective payment. *Care Manag J* 2000;2:38.
- Cohen MA, Kumar AKN: The changing face of long-term care insurance in 1994. *Inquiry* 1997;34:50.
- Demel B, Baker JR: Effects of the home health care interim payment system on access to home health care for people on Medicare. *Care Manag J* 2000;2:108.
- Eng C et al: Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE). *J Am Geriatr Soc* 1997;45:223.
- Estes CL: *Social Policy and Aging*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2001a.
- Estes CL: The uncertain future of home care. In Harrington C, Estes CL (eds): *Health Policy*. Boston, Jones and Bartlett, 2001b.
- Feder J et al: Long-term care in the United States: an overview. *Health Aff* 2000;19(3):40.
- Frank E: Aging and the market in the United States. *Int J Health Serv* 2001;31:133.
- Harrington C, Carrillo H: The regulation and enforcement of federal nursing home standards, 1991–1997. In Harrington C, Estes CL (eds): *Health Policy*. Boston, Jones and Bartlett, 2001.
- Harrington C et al: A national long-term care program for the United States: A caring vision. *JAMA* 1991;266:3023.
- Harrington C et al: Germany's long-term care insurance model: lessons for the United States. *J Public Health Policy* 2002;23:44.
- Harrington C et al: Nursing Facilities, Staffing, Residents, and Facility Deficiencies, 1996 through 2002. University of California at San Francisco, August, 2003 (www.nccnhr.newc.com).
- Harrington C: The nursing home industry: Public policy in the 1990s. In Brown P (ed): *Perspectives in Medical Sociology*. Long Grove, Illinois, Waveland Press, 1996.
- Health Insurance Association of America (HIAA): *A Guide to Long-Term Care Insurance*. HIAA, 2003.
- Institute of Medicine: *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*. National Academy Press, 1986.
- Kaiser Family Foundation. Medicare at a Glance. 2003 (www.kff.org).
- Levine C: The loneliness of the long-term care giver. *N Engl J Med* 1999;340:1587.
- Levit K et al: Health spending rebound continues in 2002. *Health Aff* 2004;23(1):147.
- Miller NA et al: Use of Medicaid 1915(c) home- and community-based care waivers to reconfigure state long-term care systems. *Med Care Res Rev* 2001;58:100.
- Miller NA et al: State predictors of Medicaid 1915c use and expenditures, 2002 (www.pascenter.org).
- Murtaugh CM et al: Trends in Medicare home health care use: 1997–2001. *Health Aff* 2003;22(5):146.
- Niefeld M et al: Long-term care: Medicaid's role and challenges. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, November 1999.
- O'Neill C et al: Quality of care in nursing homes: an analysis of relationships among profit, quality, and ownership. *Med Care* 2003;41:1315.
- The Pepper Commission: A Call for Action. U.S. Government Printing Office, 1990.
- Toner R: Long-term care merges political with personal. *New York Times*, July 26, 1999.
- Treaster JB: The insurance you really hope you will never need. *New York Times*, February 16, 2000.
- Vladeck BC: *Unloving Care: The Nursing Home Tragedy*. New York, Basic Books, 1980.
- Wieland D et al: Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1373.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ;

Το 2002 στις Ηνωμένες Πολιτείες δαπανήθηκαν 1,6 δισεκατομμύρια δολάρια στην φροντίδα υγείας. Το 3% αυτού του ποσού δαπανήθηκε στις κυβερνητικές δημόσιες δραστηριότητες για την υγεία που σχεδιάστηκαν με σκοπό την πρόληψη της ασθένειας.

Ο διάσημος ιατρικός ιστορικός Henry Sigerist, το 1941, κατέγραψε τα κύρια στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνονται σε ένα εθνικό πρόγραμμα υγείας. Τα τρία πρώτα στοιχεία ήταν η δωρεάν ενημέρωση, συμπεριλαμβανομένης και της ενημέρωσης σε ό,τι αφορά θέματα υγείας για όλους, οι όσο το δυνατόν καλύτερες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης και τα όσο το δυνατόν καλύτερα μέσα ξεκούρασης και ψυχαγωγίας. Η φροντίδα υγείας ήταν τέταρτη στη λίστα του (Terris, 1992α). Για το Sigerist (1941), η φροντίδα υγείας αποτελούσε:

Ένα σύστημα ιδρυμάτων υγείας και ιατρικού προσωπικού, διαθέσιμο σε όλους, υπεύθυνο για την υγεία των ανθρώπων, έτοιμο και ικανό να τους συμβουλεύσει και να τους βοηθήσει στη διατήρηση και στην αποκατάσταση αυτής, όταν η πρόληψη έχει καταρρεύσει (Sigerist, 1941).

Πολλοί άνθρωποι που εργάζονται στους τομείς της φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας πιστεύουν ότι «η πρόληψη καταρρέει» πάρα πολύ συχνά, μερικές φορές γιατί η σύγχρονη επιστήμη διαθέτει ανεπαρκείς γνώσεις για να προλάβει την ασθένεια αλλά πιο συχνά γιατί η κοινωνία έχει διαθέσιμη ανεπαρκή πόρους και δεν έχει δεσμευτεί όσο χρειάζεται για την πρόληψη της ασθένειας.

Η πρόληψη συχνά αναφέρεται ότι αποτελείται από τρεις συνιστώσες:

1. Η πρόληψη πρώτου βαθμού επιδιώκει να αποτρέψει την εμφάνιση μιας ασθένειας ή ενός τραύματος (για παράδειγμα, το εμβόλιο για την πολιομυελίτιδα, οι φόροι στην πώληση τσιγάρων με σκοπό να κάνουν τους ανθρώπους να μην μπορούν να τα αγοράσουν και, ως εκ τούτου, να μειώσουν τη χρήση τους).
2. Η πρόληψη δευτέρου βαθμού αναφέρεται στην έγκαιρη ανίχνευση μιας ασθένειας και στην παρέμβαση προκειμένου να αντιστραφεί ή να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της κατάστασης (για παράδειγμα, τα τεστ Παπανικολάου για την ανίχνευση προκαρκινωματωδών και καρκινωματωδών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας και οι

μαστογραφίες για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού).

3. Η πρόληψη τρίτου βαθμού είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις προσπάθειες που γίνονται με σκοπό την ελαχιστοποίηση των αποτελεσμάτων της ασθένειας και της αναπηρίας (για παράδειγμα, η χρήση της φυσιοθεραπείας για την πρόληψη των δυσμορφιών που σχετίζονται με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα) (Wallace, 1998).

Ουσιαστικά, η πρόληψη δεύτερου και τρίτου βαθμού δεν είναι πρόληψη αλλά υπηρεσίες φροντίδας υγείας που σχεδιάστηκαν με σκοπό τη μείωση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας όταν κάποια νόσος έχει εκδηλωθεί. Θα χρησιμοποιήσουμε τον όρο «πρόληψη δεύτερου βαθμού» στο παρόν κεφάλαιο γιατί όντως μιλάμε για αποτροπή της εξέλιξης μιας ασθένειας, αν και όχι της ίδιας της ασθένειας. Δεν θα χρησιμοποιήσουμε τον όρο «πρόληψη τρίτου βαθμού», επειδή συνδέεται ελάχιστα με την αληθινή πρόληψη.

Η προώθηση της καλής υγείας και η πρόληψη της ασθένειας περιλαμβάνουν τρία ευδιάκριτα επίπεδα ή στρατηγικές (Terris, 1986):

1. Το πρώτο και πιο ευρύ επίπεδο περιλαμβάνει τα μέτρα αντιμετώπισης των βασικών κοινωνικών αιτιών της ασθένειας. Όπως δείχνουν τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο Κεφάλαιο 3, το χαμηλότερο εισόδημα σχετίζεται με τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης και κοινωνικής δικαιοσύνης (για παράδειγμα, μέσω προγραμμάτων για τη δημιουργία θέσεων εργασίας, με σκοπό τη μείωση ή την εξάλειψη της ανεργίας) μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίδραση στην πρόληψη της ασθένειας από συγκεκριμένα προγράμματα για τη δημόσια υγεία ή υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
2. Το δεύτερο επίπεδο πρόληψης περιλαμβάνει παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία για να μειωθεί η συχνότητα της νόσου στο σύνολο του πληθυσμού. Παραδείγματα αποτελούν τα συστήματα καθαρισμού του νερού, η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας και η ενημέρωση για τη δημόσια υγεία στα σχολεία όσον αφορά την πρόληψη του ιού της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Αυτές οι στρατηγικές γενικά έχουν να κάνουν με την πρόληψη πρώτου βαθμού. Το ποσοστό 3%, που αναφέρθηκε στην πρώτη παράγραφο, αφορά αυτές τις δραστηριότητες της δημόσιας υγείας.

Πίνακας 11-1. Στρατηγικές πρόληψης.

Στρατηγική	Παραδείγματα
1. Βελτίωση στο επίπεδο διαβίωσης Αύξηση στον ελάχιστο μισθό	Δημιουργία θέσεων εργασίας
2. Παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία για να μειωθεί η συχνότητα της νόσου στον πληθυσμό	Συστήματα καθαρισμού του νερού σε υποανάπτυκτες χώρες Αυξημένοι φόροι στον καπνό για να μειωθεί η αγορά τσιγάρων Μαζική ενημέρωση για τους κινδύνους της διατροφής πλούσι- ας σε λιπαρά
3. Προληπτική φροντίδα υγείας από παροχές ιατρ. φροντίδας Περιοδικές εξετάσεις του μαστού και μαστογραφίες Προγεννητική φροντίδα	Έλεγχος και θεραπεία της υπέρτασης

3. Το τρίτο επίπεδο πρόληψης περιλαμβάνει τους μεμονωμένους παροχές φροντίδας υγείας που πραγματοποιούν προληπτικές παρεμβάσεις για μεμονωμένους ασθενείς. Αυτές οι δραστηριότητες μπορεί να αποτελούν πρόληψη είτε πρώτου είτε δεύτερου βαθμού. Η Ομάδα Εργασίας για τις Προληπτικές Υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών και άλλοι οργανισμοί έχουν καθιερώσει τακτικά προγράμματα για τις προληπτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Ομάδα Εργασίας για τις Προληπτικές Υπηρεσίες των Ηνωμένων Πολιτειών, 2004, Πίνακας 11-1).

Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ

Τα τελευταία χρόνια, οι λοιμώδεις νόσοι παρουσίαζαν τα μεγαλύτερα ποσοστά ασθενειών και θανάτου στους ανθρώπους. Η αρχική μείωση των δεικτών θνησιμότητας από λοιμώδεις νόσους έλαβε χώρα πριν ακόμα οι αιτίες αυτών των ασθενειών γίνουν κατανοητές. Το 18^ο και το 19^ο αιώνα, η παραγωγή τροφής αυξήθηκε φανερά σ' όλο το Δυτικό κόσμο. Μέχρι τα πρώτα χρόνια του 19^{ου} αιώνα, οι δείκτες θνησιμότητας από λοιμώδεις νόσους μειώνονταν στην Αγγλία, την Ουαλία και τη Σκανδιναβία πιθανόν λόγω της βελτίωσης της διατροφής που επέτρεπε στους ανθρώπους, ιδιαίτερα στα παιδιά να αντισταθούν στους λοιμογόνους παράγοντες. Συνεπώς, η αρχική επιτυχία της πρόληψης ασθενειών έλαβε χώρα μέσω της βελτίωσης των γενικών συνθηκών διαβίωσης παρά μέσω συγκεκριμένων παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία ή ιατρικών παρεμβάσεων (McKeown, 1990).

Το 19^ο αιώνα οι επιστήμονες και οι ιατροί του τομέα της δημόσιας υγείας ανακάλυψαν πολλούς από τους παράγοντες που προκαλούσαν λοιμώδεις νόσους. Μέσω της κατανόησης των αιτιών (όπως τα βακτήρια και οι ιοί) και των παραγόντων κινδύνου (όπως είναι, για παράδειγμα, η ανέχεια, ο συνωστισμός μεγάλου αριθμού ατόμων σε ένα χώρο, η κακή διατροφή ή το μολυσμένο νερό και φαγητό) που συνδέονται μ' αυτές τις ασθένειες, εφαρμόστηκαν μέτρα για τη δημόσια υγεία (όπως ο καθαρισμός του νερού, η διάθεση των λυμάτων και η παστερίωση του γάλακτος) που μείωσαν δραστικά τη συχνότητα εμφάνισης των ασθενειών. Ο Δρ. Milton Terris (1985) ονόμασε αυτές τις επιτυχίες ως την πρώτη επιδημιολογική επανάσταση.

Από το 1870 μέχρι το 1930 ο αριθμός θανάτων από λοιμώδεις νόσους μειώθηκε ραγδαία. Οι ιατρικές παρεμβάσεις, είτε τα εμβόλια είτε η θεραπεία με αντιβιοτικά, έγιναν μόνον αφού ένα μεγάλο μέρος των δεικτών θνησιμότητας από λοιμώδεις νόσους μειώθηκε. Η πρώτη αποτελεσματική

θεραπεία για τη φυματίωση, το αντιβιοτικό στρεπτομυκίνη, αναπτύχθηκε το 1947, αλλά η συμβολή αυτού του αντιβιοτικού στη μείωση του δείκτη θανάτων από φυματίωση τα πρώτα χρόνια του 19^{ου} αιώνα εκτιμάται ότι είναι μόνο 3%. Για τον κοκκύτη, την ιλαρά, την οστρακιά, τη βρογχίτιδα και την πνευμονία, οι δείκτες θνησιμότητας είχαν μειωθεί σε παρόμοια χαμηλά επίπεδα πριν γίνουν διαθέσιμα τα εμβόλια ή η θεραπεία με αντιβιοτικά. Η παστερίωση και ο καθαρισμός του νερού ήταν πιθανόν ο κύριος λόγος μείωσης των θανάτων από γαστρεντερίτιδα και συνολικής μείωσης των δεικτών βρεφικής θνησιμότητας (McKeown, 1990).

Μερικές μόνο ασθένειες αποτελούν εξαίρεση στον κανόνα ότι οι δείκτες θνησιμότητας από λοιμώδεις νόσους επηρεάζονται περισσότερο από τα βελτιωμένα επίπεδα διαβίωσης και τα μέτρα για τη δημόσια υγεία παρά από ιατρικές παρεμβάσεις. Τα εμβόλια της ευλογιάς, της πολιομυελίτιδας και του τετάνου καθώς και η αντιμικροβιακή θεραπεία για τη σύφιλη επηρέασαν σημαντικά τους δείκτες θνησιμότητας από αυτές τις νόσους. Όμως, αν συμπεριληφθούν οι λοιμώδεις νόσοι ως κατηγορία, τα ιατρικά μέτρα πιθανόν ευθύνονταν για λιγότερο από το 5% της μείωσης των δεικτών θνησιμότητας γι' αυτές τις νόσους τον αιώνα που πέρασε (McKeown, 1990, McKinlay et al, 1989).

Καθώς οι λοιμώδεις νόσοι έπαυαν σιγά-σιγά να παίζουν σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού του 20ου αιώνα και καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξανόταν, οι δείκτες των μη λοιμωδών χρόνιων ασθενειών αυξάνονταν ραγδαία. Έντεκα σημαντικές λοιμώδεις νόσοι ευθύνονταν για το 40% του συνόλου των θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1900 αλλά για λιγότερο από το 10% το 1980. Αντίθετα, η καρδιοπάθεια, ο καρκίνος και το εγκεφαλικό επεισόδιο (παρεγκεφαλική αγγειοπάθεια) ήταν υπεύθυνα για το 16% του συνόλου των θανάτων το 1900 αλλά για το 64% μέχρι το 1980 (McKinlay και άλλοι, 1989).

Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ

Πριν από πενήντα χρόνια οι επιδημιολόγοι δεν κατανοούσαν τις αιτίες των σημαντικών μη λοιμωδών χρόνιων ασθενειών. Σύμφωνα με το Δρ Terris,

Μη μπορώντας να προλάβουμε την εκδήλωση αυτών των ασθενειών, καταφύγαμε σε μια δεύτερη αμυντική γραμμή, δηλαδή την έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία, την επανομαζόμενη πρόληψη δεύτερου βαθμού. Αλλά αυτή η πρόληψη αποδείχθηκε απογοητευτική, με λίγες εξαιρέσεις, γιατί δεν μπορεί να συγκριθεί σε αποτελεσμα-

τικότητα με τα μέτρα για την πρόληψη πρώτου βαθμού. Η περιοδική σωματική εξέταση, το διαγνωστικό κέντρο για τον καρκίνο, ο πολυεπίπεδος έλεγχος και ένα πλήθος παραληθρών σ' αυτά τα θέματα επέφεραν τεράστιες δαπάνες για σχετικά ταπεινά οφέλη. Οι σημαντικές εξαιρέσεις είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας για τον οποίο η έγκαιρη διάγνωση αποδείχθηκε εξαιρετικά σημαντική και σε μικρότερο βαθμό ο καρκίνος του μαστού.

Με αφετηρία το 1950, εξαιρετικά αποφασιστικά βήματα πραγματοποιήθηκαν στην επιδημιολογία των μη ριιμωδών νόσων. Κατά τη διάρκεια των επόμενων τριών δεκαετιών, οι επιδημιολόγοι μας δημιούργησαν ισχυρά όπλα για να αγωνιστούν ενάντια στις περισσότερες σημαντικές αιτίες θανάτου. Κάνοντας κάτι τέτοιο, ξεκίνησαν μια δεύτερη επιδημιολογική επανάσταση η οποία, αν ενεργήσουμε με τον κατάλληλο τρόπο, θα περιορίσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τον πρόωρο θάνατο και την ανικανότητα των ανθρώπων (Terris, 1992B).

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης επιδημιολογικής επανάστασης έγινε γνωστό ότι οι σημαντικές ασθένειες στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ορισμένες κύριες αιτίες και σε μεγάλο βαθμό μπορούν να προληφθούν. Το 2000, 2,4 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν (Πίνακας 11-2). Ένας εντυπωσιακά μικρός αριθμός παραγόντων κινδύνου εμπλέκεται στο 38% αυτών των θανάτων. Έχει εκτιμηθεί ότι η κατανάλωση καπνού προκαλεί 435.000 θανάτους, η διατροφή πλούσια σε λιπαρά και η έλλειψη άσκησης συμβάλλουν σε επιπλέον 400.000 και το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για 85.000 θανάτους ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες (Mokdad et al, 2004). Με την ανακάλυψη των παραγόντων κινδύνου του καπνίσματος, της «πλούσιας» διατροφής και της έλλειψης άσκησης και την ενημέρωση του πληθυσμού πάνω σ' αυτούς, η δεύτερη επιδημιολογική επανάσταση ήδη είναι πάρα πολύ επιτυχημένη. Από το 1968 μέχρι το 1998 οι δείκτες θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο που επηρεάζονται από την ηλικία μειώθηκαν κατά ένα εκπληκτικό ποσοστό 63%. Αυτή η μείωση συνδέθηκε με τα μειωμένα ποσοστά της κατανάλωσης καπνού και τα μειωμένα μέσα επίπεδα χοληστερόλης

Πίνακας 11-2. Αιτίες θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες, 2000^α.

Σύνολο	2.403.000
Κορυφαίες 10 αιτίες	
Καρδιοπάθεια	711.000
Καρκίνος	553.000
Παρεγκεφαλιδική Αγγειοπάθεια	168.000
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	122.000
Απρόβλεπτα τραύματα	98.000
Διαβήτης	69.000
Πνευμονία και γρίπη	65.000
Νόσος Αλτσχάιμερ	50.000
Νεφροπάθεια	37.000
Σηψαιμία	31.000
Κορυφαίοι 3 παράγοντες που συμβάλλουν στη θνησιμότητα	
Καπνός	435.000
Διατροφή και έλλειψη άσκησης	400.000
Αλκοόλ	85.000

^αΑπό National Vital Statistics Report, Vol. 50, No. 16, September 16, 2002, www.cdc.gov; and Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL: Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291:1238.

στον ορό του αίματος στον πληθυσμό. Όπως συνέβη με τις λοιμώδεις νόσους έναν αιώνα νωρίτερα, αυτή η μείωση οφείλεται περισσότερο στις επεμβάσεις της δημόσιας υγείας σχετικά με το κάπνισμα και τη διατροφή παρά με τις προόδους της ιατρικής όπως οι μονάδες για τη φροντίδα της στεφανιαίας νόσου και η εγχείρηση στεφανιαίων (bypass) (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, 2003, Levy & Thom, 1998, Stamler, 1985). Η ατυχία αυτής της ιστορικής επιτυχίας είναι πως εκείνοι που είχαν λιγότερη ενημέρωση βίωσαν μικρότερη μείωση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο (Terris, 1996).

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ Η ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ;

Το ζήτημα της πρόληψης της χρόνιας νόσου μπορεί να εξεταστεί από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες, αυτή του ατόμου και αυτή του πληθυσμού (Rose, 1985). Το ιατρικό μοντέλο προσπαθεί να προσδιορίσει τα άτομα υψηλού κινδύνου και να τους προσφέρει ξεχωριστή προστασία, συχνά συμβουλευόντάς τα για ζητήματα, όπως η διακοπή του καπνίσματος και η χαμηλή σε λιπαρά διατροφή. Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας αγωνίζεται να μειώσει την ασθένεια στο σύνολο του πληθυσμού, χρησιμοποιώντας μεθόδους, όπως οι εκστρατείες μαζικής ενημέρωσης για να αντιμετωπίσουν το ζήτημα του αλκοόλ σε συνδυασμό με την οδήγηση, η φορολογία του καπνού για να αυξηθεί η τιμή του και η τοποθέτηση ετικετών στα τρόφιμα, για να φαίνεται η περιεκτικότητα σε λίπος και χοληστερόλη. Και οι δύο προσεγγίσεις έχουν αξία (Breslow, 1990), αλλά το ιατρικό μοντέλο έχει ορισμένα μειονεκτήματα.

Η προσέγγιση του ιατρικού μοντέλου με επίκεντρο το άτομο μπορεί να οδηγήσει σε στενότητα αντίληψης ως προς την αιτιότητα και συνεπώς την πρόληψη της ασθένειας. Ας πάρουμε το παράδειγμα της χοληστερόλης.

Ο Ancel Keys (1970) πραγματοποίησε μια ευρέως γνωστή μελέτη συσχετίζοντας τον επιπολασμό της στεφανιαίας νόσου σε διάφορες χώρες. Στη ανατολική Φινλανδία, η νόσος αυτή αποτελούσε συχνό φαινόμενο, το 20% των διατροφικών θερμίδων προέρχονταν από κορεσμένο λίπος και το 56% των ανδρών ηλικίας 40-59 χρόνων εμφάνιζαν επίπεδα χοληστερόλης πάνω από 250 mg/dL. Στην Ιαπωνία, η στεφανιαία νόσος αποτελούσε σπάνιο φαινόμενο, το 3% των θερμίδων προερχόταν από κορεσμένο λίπος και μόνο το 7% των ανδρών ηλικίας 40-59 χρόνων είχαν επίπεδα χοληστερόλης πάνω από 250 mg/dL. Αν συγκρίναμε δύο άτομα στην ανατολική Φινλανδία με την ίδια διατροφή, ένα με επίπεδο χοληστερόλης των 200 mg/dL και το άλλο με επίπεδο 300 mg/dL, ίσως καταλήγαμε στο συμπέρασμα πως η ποικιλία στα επίπεδα χοληστερόλης μεταξύ των ατόμων προκαλείται από γενετικούς ή άλλους παράγοντες, αλλά όχι από τη διατροφή. Αν, από την άλλη πλευρά, βγάλουμε τις παρωπίδες μας και εξετάσουμε πληθυσμούς στο σύνολό τους, μελετώντας το μέσο επίπεδο χοληστερόλης και το ποσοστό λίπους στη διατροφή στην ανατολική Φινλανδία και στην Ιαπωνία, θα καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι διατροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά συσχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και με τους υψηλούς δείκτες της στεφανιαίας νόσου.

Οι μεμονωμένες παραλλαγές μέσα σε κάθε χώρα συχνά είναι λιγότερο σημαντικές από τις παραλλαγές μεταξύ μιας χώρας και μιας άλλης. Τα στοιχεία για τις αιτίες των ασθενειών «πρέπει να αναζητηθούν στις διαφορές μεταξύ των πληθυσμών ή στις αλλαγές εντός των πληθυσμών με το πέρασμα του χρόνου» (Rose, 1985).

Οι παρεμβάσεις του ιατρικού μοντέλου μπορεί επίσης να στοχεύουν στα λάθος άτομα. Ας συνεχίσουμε με το παράδειγμα της χοληστερόλης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες οι περισσότεροι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα χοληστερόλης παραμένουν υγιείς για χρόνια και μερικοί με χαμηλά επίπεδα παθαίνουν καρδιακή προσβολή σε μικρή ηλικία. Γιατί συμβαίνει κάτι τέτοιο; Επειδή το ρίσκο της στεφανιαίας νόσου για τα άτομα με υψηλά ή χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης δεν είναι τόσο διαφορετικό· ακόμα και σε άτομο χαμηλού κινδύνου η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πιο πιθανή αιτία θανάτου. Όλοι στις Ηνωμένες Πολιτείες διατρέχουν κίνδυνο να προσβληθούν από αυτήν. Ένα «χαμηλό» επίπεδο χοληστερόλης της τάξεως των 180 mg/dL είναι χαμηλό με βάση τα στάνταρ στις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά υψηλό σε σύγκριση με τα επίπεδα στις φτωχές χώρες. Ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων με χαμηλό κίνδυνο να προσβληθούν από μια νόσο μπορεί να αυξήσουν τον αριθμό περιστατικών της νόσου σε σχέση με το μικρότερο αριθμό ατόμων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο (Brown et al, 1992). Το γεγονός αυτό περιορίζει την ωφέλεια της «υψηλού κινδύνου» προσέγγισης του ιατρικού μοντέλου στην πρόληψη. Μια προσέγγιση της δημόσιας υγείας (για παράδειγμα, μαζικές ενημερωτικές εκστρατείες για τις επιδράσεις στην υγεία των «πλούσιων» διατροφών και την τοποθέτηση ετικετών στα τρόφιμα) αγωνίζεται να μειώσει το μέσο επίπεδο χοληστερόλης του πληθυσμού. Μια μείωση της τάξης του 10% στην κατανομή της χοληστερόλης στον ορό του αίματος του συνόλου του πληθυσμού θα έκανε πολύ περισσότερα ώστε να μειώσει τη συχνότητα της καρδιοπάθειας από μια μείωση της τάξης του 30% στα επίπεδα χοληστερόλης εκείνων των σχετικά λίγων ατόμων με μετρήσεις μεγαλύτερες από 300 mg/dL.

Μια ανάλογη ιδεολογία αποτελεί τη βάση του ιατρικού μοντέλου της πρόληψης της χρόνιας νόσου, δηλαδή η έννοια πως στο χώρο της μη λοιμώδους χρόνιας νόσου, τα άτομα ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τις ασθένειές τους καθώς επιδίδονται στο κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και διατροφής πλούσια σε λιπαρά. Η φυσική συνέπεια αυτής της άποψης είναι πως οι δείκτες θνησιμότητας από χρόνιες νόσους μπορούν να μειωθούν, αν πιστεύουν τα άτομα αυτά να αλλάξουν τρόπο ζωής. Αυτές οι δηλώσεις είναι πραγματικές, αλλά δεν αποτελούν όλη την αλήθεια.

Σύμφωνα με μια εναλλακτική ιδεολογία που ταιριάζει πιο πολύ με την προσέγγιση της δημόσιας υγείας για την πρόληψη της χρόνιας νόσου, η σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία και όχι τα άτομα που ζούνε σ' αυτήν την κοινωνία, δημιουργεί τις συνθήκες που οδηγούν στις καρδιοπάθειες, στον καρκίνο, στα εγκεφαλικά επεισόδια και σε άλλες σημαντικές χρόνιες ασθένειες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Η καλλιέργεια και η διαφήμιση του καπνού σε μεγάλη κλίμακα, τα κατεργασμένα και πλούσια σε λιπαρά και σε αλάτι φαγητά σε «υπερμεγέθεις» μερίδες, η εύκολη διαθεσιμότητα των αλκοολούχων ποτών, το άγχος της κοινωνίας, τα άτομα που ζούνε στα αστικά κέντρα και τα προάστια και ταξιδεύουν με το αυτοκίνητο αντί να αθλούνται, μια φανερά άνιση κατανομή εισοδήματος και πλούτου αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία έχει εξελιχθεί η σύγχρονη επιδημιολογία της χρόνιας νόσου. Μια τέτοια παγκόσμια άποψη δίνει έμφαση στις κοινωνικές παρά στις ατομικές στρατηγικές για την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών (Fee και Krieger, 1993).

Τόσο το ιατρικό μοντέλο όσο και το μοντέλο της δημόσιας υγείας (η θεώρηση της ευθύνης τόσο ως ατομικής όσο και ως κοινωνικής) πρέπει να συμβάλλουν για την περαιτέρω εφαρμογή της δεύτερης επιδημιολογικής επανάστασης. Οι

παροχές φροντίδας του ιατρικού κλάδου πρέπει να επιχρησούν να αλλάξουν τον υψηλού κινδύνου τρόπο ζωής των μεμονωμένων ασθενών τους και η κοινωνία πρέπει να αναζητήσει τρόπους μείωσης της κατανάλωσης καπνού, αλκοόλ και «πλούσιων» φαγητών.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Προκειμένου να παραθέσουμε παραδείγματα διαφορετικών προσεγγίσεων ως προς την πρόληψη της ασθένειας, επιλέξαμε να αναλύσουμε τέσσερα σοβαρά ιατρικά προβλήματα στις Ηνωμένες Πολιτείες: τη στεφανιαία νόσο, τον καρκίνο του μαστού, τη διαπρωσθητική βία και το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

Στεφανιαία νόσος

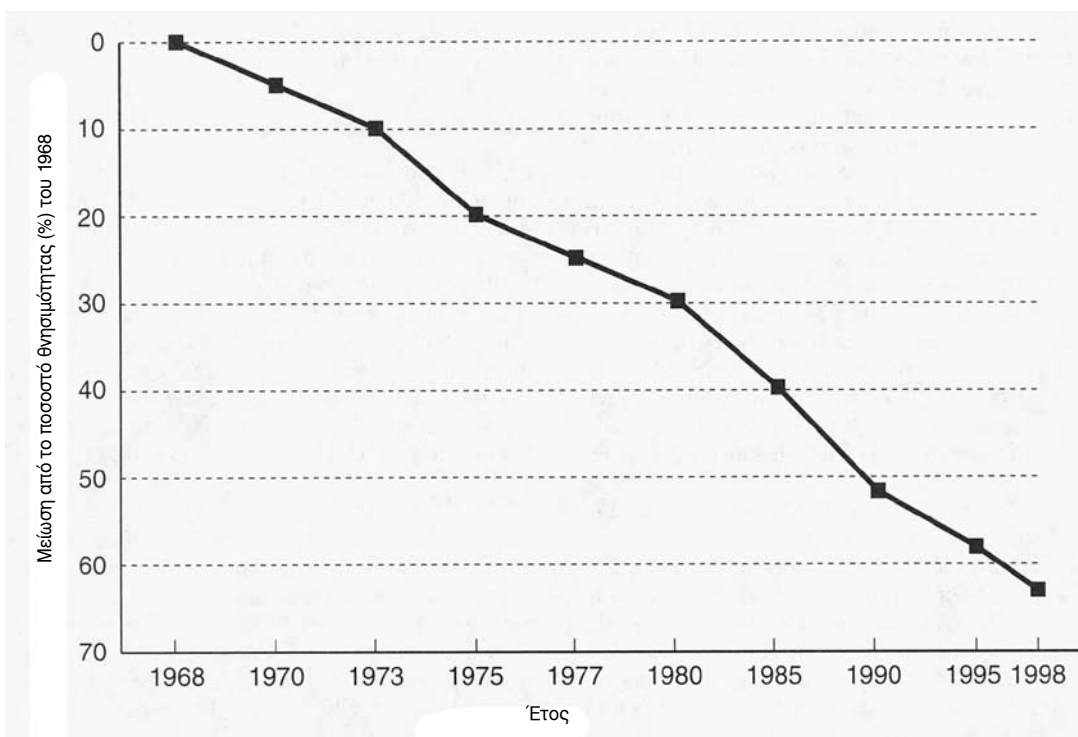
Η στεφανιαία νόσος συνδέεται με τέσσερις σημαντικούς παράγοντες κινδύνου: την «πλούσια» διατροφή (που αποτελεί πρωταρχική αιτία της επιδημίας αυτής), τα ανεβασμένα επίπεδα χοληστερόλης στον ορό του αίματος, το κάπνισμα και την υπέρταση (Stamler, 1992b).

Οι στρατηγικές πρόληψης πρώτου βαθμού είναι διαθέσιμες για τη στεφανιαία νόσο, επειδή οι αιτίες της νόσου είναι ευρέως γνωστές. Η πρόληψη πρώτου βαθμού από τη νόσο αυτή περιλαμβάνει μείωση των παραγόντων κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της διακοπής του καπνίσματος, της αντικατάστασης των φαγητών πλούσιων σε λιπαρά με αντίστοιχα σε χαμηλά λιπαρά και τον έλεγχο της υπέρτασης. Σ' αυτές τις στρατηγικές οφείλεται σε μεγάλο βαθμό η μεγάλη μείωση των δεικτών θανάτου από την εν λόγω νόσο (Σχήμα 11-1).

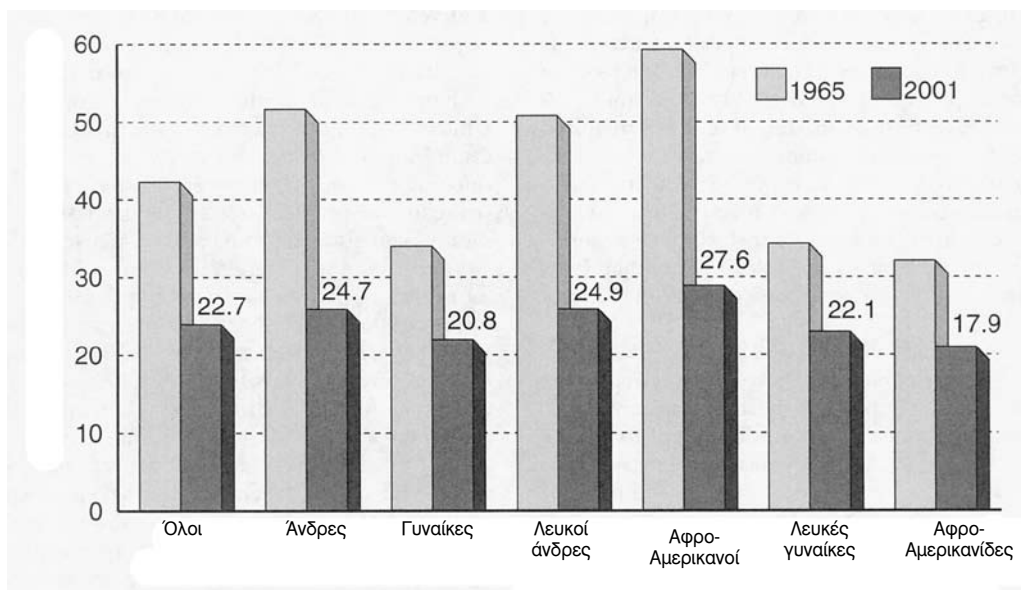
ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ο καπνός ονομάζεται ο «ιός της ευλογιάς» της χρόνιας εξελισσόμενης στεφανιαίας νόσου· ένας επιζήμιος παράγοντας του οποίου η εξάλειψη από τον πλανήτη θα ωφέλουσε το ανθρωπινό γένος (Fee & Krieger, 1993). Από τη δημοσίευση το 1964 της πρώτης Αναφοράς του Επικεφαλής της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών πάνω στις Επιπτώσεις του Καπνίσματος στην Υγεία, η συμπεριφορά των καπνιστών του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών έχει αλλάξει σημαντικά. Ανάμεσα στο 1965 και το 2001, το συνδεόμενο με την ηλικία ποσοστό των ανδρών που ήταν ενεργοί καπνιστές μειώθηκε από 51% σε 25% και για τις γυναίκες η μείωση ήταν από 34% σε 21% (Σχήμα 11-2). Αυτές οι μειώσεις στο κάπνισμα απέτρεψαν έναν εκτιμώμενο αριθμό 3 εκατομμυρίων θανάτων μεταξύ του 1964 και του 2000, κάτι που αποτελεί σημαντικό επίτευγμα της δημόσιας υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, 2003, Warner, 1989). Τα ποσοστά του καπνίσματος όμως έχουν φτάσει στα ανώτερα επίπεδα από το 1990 (Schroeder, 2004).

Σαραντα-έξι εκατομμύρια ενήλικες εξακολουθούν να καπνίζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες και η κατανάλωση καπνού αποτελεί ακόμα την κύρια αιτία θανάτου (American Cancer Society, www.cancer.org.). Οι εκστρατείες κατά του καπνίσματος είχαν σχετική επιτυχία για τους ανθρώπους με καλά επίπεδα ενημέρωσης, αλλά λιγότερη για τους ανθρώπους με χαμηλότερο επίπεδο ενημέρωσης που συνήθως είναι και φτωχότεροι. Μεταξύ του 1974 και του 1998, το κάπνισμα τσιγάρων μειώθηκε μόνο κατά 21% μεταξύ των ατόμων με λιγότερη ενημέρωση, ενώ μειώθηκε κατά 60% μεταξύ των



Σχήμα 11-1. Τάσεις στη συνδεδεμένη με την ηλικία θνησιμότητα από τη νόσο της στεφανιαίας στις Ηνωμένες Πολιτείες, 1968-1998.



Σχήμα 11-2. Κάπνισμα τσιγάρων σε άτομα 18 και άνω στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1965 (στήλης με σκίαση) και το 2001 (στήλης μαύρες). Τα ποσοστά είναι συνδεδεμένα με την ηλικία (Αναπαραγωγή κατόπιν αδείας, από U.S Department of Health and Human Services: Health United States 2003).

πιο ενημερωμένων. Το 2001, το 28% των ατόμων με την πιο χαμηλή ενημέρωση κάπνιζαν τσιγάρα, σε σύγκριση με ένα ποσοστό μόνο 10% των ατόμων με τη μεγαλύτερη ενημέρωση (Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών –Centre of Disease Control 2003α). Μια δυσάρεστη ανακάλυψη είναι ότι το κάπνισμα μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων αυξάνεται ραγδαία. Σε σύγκριση με το 23% του συνόλου των ενηλίκων, το 27% των ατόμων ανήκουν στην ηλικία ανάμεσα στα 18 και τα 24 χρόνια και το 23% των μαθητών γυμνασίου ήταν καπνιστές το 2001 (American Cancer Society, www.cancer.org). Αν αυτή η μόδα συνεχιστεί, θα μπορούσε να ανατρέψει τη μείωση του καπνίσματος που έγινε αντιληπτή σε προηγούμενες δεκαετίες (Rigotti et al, 2000, Stolberg, 1998).

Από την απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο το 1969, η βιομηχανία καπνού αύξησε τις δαπάνες διαφήμισής της σε πολύ μεγάλο βαθμό στα έντυπα μέσα και μέσω της χορηγίας δραστηριοτήτων της κοινότητας. Το 1999 οι δαπάνες διαφήμισης του καπνού ήταν 8,24 δισεκατομμύρια δολάρια, μια αύξηση της τάξης του 22% σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο (Bayer et al, 2002). Τα έντυπα της βιομηχανίας καπνού αποδεικνύουν ότι η κύρια ομάδα-στόχος για τη διαφήμιση τσιγάρων είναι οι νεαροί ενήλικες (Ling & Glantz, 2002). Η εκστρατεία κατά του καπνίσματος των προηγούμενων 30 χρόνων συγχώνευσε το ιατρικό μοντέλο πρόληψης και το μοντέλο πρόληψης του τομέα της δημόσιας υγείας. Τουλάχιστον το 70% των καπνιστών επισκέπτονται κάποιο χώρο παροχής φροντίδας υγείας κάθε χρόνο (Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel 2000). Σύμφωνα με ελεγχόμενες δοκιμές, η παροχή συμβουλών από τους ιατρούς μπορεί να επηρεάσει τους καπνιστές, ώστε να σταματήσουν το κάπνισμα. Όμως, λιγότεροι από τους μισούς καπνιστές αναφέρουν πως κάποια στιγμή έθεσαν ως θέμα συζήτησης τη διακοπή του καπνίσματος με τον ιατρό τους (Perez-Stable & Fuentes-Afflick, 1998). Τρεις παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας οι οποίες οργανώθηκαν με σκοπό τη μείωση του καπνίσματος ήταν αποτελεσματικές: η ενημέρωση του κοινού, οι φόροι στα τσιγάρα και ο περιορισμός του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους (Fichtenberg & Glantz, 2000, Wakefield et al, 2003). Οι φόροι στα τσιγάρα αποδείχθηκαν ότι μειώνουν σημαντικά την κατανάλωση αυτών (Liang et al, 2003, Schroeder, 2004). Ωστόσο, σε σύγκριση με τις περισσότερες άλλες αναπτυσσόμενες χώρες, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν σχετικά χαμηλούς φόρους στον καπνό (Houston & Kaufman, 2000).

«ΠΛΟΥΣΙΑ» ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μια «πλούσια» διατροφή είναι μια διατροφή με πολλά λιπαρά, κορεσμένο λίπος, χοληστερόλη, αλάτι και συχνά αλκοόλ- μια διατροφή με υψηλή πρόσληψη θερμίδων σε σχέση με την ποσότητα ενέργειας που καταναλώνεται (Stamler, 1992β). Η «πλούσια» δίαιτα προκαλεί στεφανιαία νόσο κυρίως προκαλώντας αύξηση της χοληστερόλης στον ορό του αίματος, ιδιαίτερα στο έμφρακτο που οφείλεται στην LDL (low-density-lipoprotein). Η μείωση των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης στον ορό του αίματος φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο καρδιακών προσβολών που προκαλούνται από τη στεφανιαία νόσο.

Τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1980, μια μεγάλη εθνική εκστρατεία πραγματοποιήθηκε από τα Εθνικά Ινστιτούτα της Υγείας με σκοπό τη μείωση των επιπέδων

χοληστερόλης στον ορό του αίματος. Αυτό το Εθνικό Πρόγραμμα Ενημέρωσης για τη χοληστερόλη βασίζεται στο ιατρικό μοντέλο, με τους παροχείς φροντίδας υγείας να ελέγχουν τα άτομα για αυξημένη χοληστερόλη και να θεραπεύουν ασθενείς με υπερλιπιδαιμία, με διατροφή ή φάρμακα που μειώνουν τη χοληστερόλη ή και με τους δύο τρόπους (Ansell et al, 1999). Το 2001, το πρόγραμμα απαιτήσε ακόμα πιο επιθετική θεραπεία για τη μείωση της χοληστερόλης με σκοπό την πρόληψη πρώτου βαθμού της στεφανιαίας νόσου (National Cholesterol Education Program 2001).

Οι αναλυτές του τομέα της δημόσιας υγείας έχουν ασκήσει κριτική στη στρατηγική των Εθνικών Ινστιτούτων για την Υγεία, ισχυριζόμενοι πως αυτά βασίζονται πάρα πολύ σ' ένα ιατρικό μοντέλο πρόληψης που είναι ακριβό και με ενδεχομένως περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Η προσέγγιση των Εθνικών Ινστιτούτων για την Υγεία στοχεύει σε 65 εκατομμύρια ανθρώπων που χρειάζονται διατροφικές αλλαγές και σε 36 εκατομμύρια ανθρώπους που θα επωφελούνταν από τη θεραπεία με φάρμακα. Πολλά άτομα στα οποία εντοπίστηκε υψηλή χοληστερόλη είναι πιθανό να εγκαταλείψουν τις διατροφικές παρεμβάσεις και θα δικαιούνταν θεραπεία με φάρμακα για να μειώσουν το επίπεδο της χοληστερόλης τους.

Η χρήση στατινών για τη θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας σε άτομα με γνωστή στεφανιαία νόσο (πρόληψη δεύτερου βαθμού) και χωρίς στεφανιαία νόσο (πρόληψη πρώτου βαθμού) φάνηκε να μειώνει τους θανάτους από τη νόσο αυτή και τους θανάτους από όλες τις αιτίες (Steinberg & Gotto, 1999). Όμως, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με φάρμακα είναι πολύ μεγαλύτερη, αν αυτή εφαρμόζεται στην πρόληψη δεύτερου και όχι πρώτου βαθμού. Για την πρόληψη πρώτου βαθμού, 53 ασθενείς θα πρέπει να λάβουν στατίνη για 5 χρόνια για να αποτρέψουν έναν ασθενή από το να πάθει ένα θανατηφόρο ή μη θανατηφόρο περιστατικό στεφανιαίας. Για την πρόληψη δεύτερου βαθμού (ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο), οι στατίνες μπορούν να προλάβουν περίπου 1 μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή θάνατο για κάθε 10 ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία, με πολύ χαμηλότερο κόστος για κάθε χρόνο ζωής που σώζεται (Pharoah & Hollingworth, 1996, Lloyd-Jones, 2001). Μια ανάλυση μετά το έμφραγμα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η πρόληψη πρώτου βαθμού με στατίνες παρέχει μόνο μικρή και από κλινικής πλευράς σχεδόν καθόλου σχετική βελτίωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας/θνησιμότητας» (Vreecer et al, 2003). Το ιατρικό μοντέλο πρόληψης πιθανόν είναι πιο κατάλληλο ως προληπτικό μέτρο δεύτερου και όχι πρώτου βαθμού για τη χοληστερόλη και τη στεφανιαία νόσο, στοχεύοντας στα άτομα που είναι ήδη ασθενείς με στεφανιαία νόσο, αντί να χορηγούν φάρμακα σε κατά τα άλλα υγιή άτομα, υποβάλλοντάς τα σε πολλά έτη θεραπείας με φάρμακα, εργαστηριακών εξετάσεων και ιατρικών ραντεβού.

Η αδυναμία της στρατηγικής των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας για τη μείωση της χοληστερόλης τονίζει το παράδοξο της πρόληψης πρώτου βαθμού: η πρόληψη σ' ένα πληθυσμό με υγιή άτομα μπορεί να παρέχεται καλύτερα και με χαμηλότερο κόστος μέσω ευρείας κλίμακας προσπάθειών του τομέα δημόσιας υγείας, με σκοπό τη μείωση του κινδύνου της πλειοψηφίας των ατόμων με μέσο ποσοστό κινδύνου, αντί να επικεντρώνει τις εντατικές ιατρικές παρεμβάσεις στο μικρότερο αριθμό ατόμων υψηλού κινδύνου (Rose, 1985, Brown et al, 1992). Ο παραδοσιακός προσανατολισμός των ιατρών προς τους μεμονωμένους ασθενείς (το ιατρικό

μοντέλο) οδήγησε το ιατρικό επάγγελμα και τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας να δώσουν έμφαση στον προσδιορισμό και τη θεραπεία των ατόμων υψηλού κινδύνου με ανεβασμένα επίπεδα χοληστερόλης. Η μείωση του μέσου επιπέδου χοληστερόλης του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών αντί για τη μείωση των ατομικών μετρήσεων χοληστερόλης των ασθενών με υπερλιπιδαιμία μπορεί να έχει καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ως προς την πρόληψη πρώτου βαθμού. Οι μελέτες επίσης έχουν δείξει πως αυτές οι προσεγγίσεις στο σύνολο του πληθυσμού αποτελούν πολύ περισσότερο αποδοτική μορφή πρόληψης πρώτου βαθμού σε σχέση με το αυστηρό ιατρικό μοντέλο. Παραδείγματος χάριν, μια πειραματική εκστρατεία για την ενημέρωση των ανθρώπων σε μια κοινότητα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου υπολογίστηκε ότι κοστίζει περίπου 3.000 δολάρια ανά έτος ζωής που σώζεται, και ένα μέρος του κόστους ανά έτος ζωής που σώζεται, να εφαρμοστεί τη θεραπεία της χοληστερόλης με φάρμακα ως μέθοδο πρόληψης πρώτου βαθμού (Tosteson et al, 1997).

Σήμερα, οι προσπάθειες του τομέα της δημόσιας υγείας για τη συγκράτηση της κατανάλωσης «πλούσιων» φαγητών δεν επιτυγχάνουν. Τα δύο τρίτα των ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα θεωρούνται υπέρβαρα ή παχύσαρκα, σε σύγκριση με ένα ποσοστό μικρότερο από 25% τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1960 (Manson & Bassuk, 2003). Η βιομηχανία τροφίμων δαπανά δισεκατομμύρια δολάρια στη διαφήμιση και ένα σημαντικό μέρος αυτών των χρημάτων δαπανάται στην προώθηση του “γρήγορου” φαγητού με πολλά λιπαρά. Έχουν γίνει προσπάθειες προκειμένου να εφαρμοστεί η ίδια στρατηγική που εφαρμόζεται στις εκστρατείες για την πρόληψη του καπνίσματος και στη μείωση της διαθεσιμότητας των φαγητών με πολλά λιπαρά. Επειδή το φαγητό, σε αντίθεση με τον καπνό, είναι απαραίτητο για την επιβίωση του ατόμου, μέτρα όπως η επιβολή φόρου σε φαγητά με πολλά λιπαρά ή ο περιορισμός του αριθμού των αλυσίδων φαστ-φουντ δεν έγιναν αποδεκτά από το κοινό. Η μείωση στην υψηλή περιεκτικότητα των σχολικών γευμάτων σε ζωικό λίπος και η εξάλειψη αυτόματων πωλήσεων γλυκών και αναψυκτικών στο χώρο του σχολείου αποτελούν μέτρα της πρόληψης πρώτου βαθμού που ενδεχομένως να κερδίσουν την αποδοχή του κόσμου. Οι εκστρατείες του τομέα της δημόσιας υγείας επίσης έβαλαν στόχο στην «τεράστια» μόδα του φαστ φουντ που έχει οδηγήσει σε σταθερά αυξανόμενες μερίδες γευμάτων (Nielsen & Popkin, 2003).

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Οι παράγοντες κινδύνου για την υπέρταση περιλαμβάνουν υψηλή πρόσληψη αλατιού, χαμηλή πρόσληψη καλίου, υψηλό κλάσμα διαιτητικής πρόσληψης νατρίου προς κάλιο, παχυσαρκία και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ και άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου πιθανόν να υπάρχουν. Πριν από τον ερχομό της σύγχρονης γεωργικής παραγωγής, η πρόσληψη νατρίου ήταν χαμηλή και η πρόσληψη καλίου υψηλή και τα υψηλά επίπεδα σωματικής άσκησης προλάμβαναν τα άτομα από την παχυσαρκία.

Ο κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου σχετίζεται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση, ακόμα και σε σχετικά μέτρια επίπεδα αύξησης αυτής. Τα άτομα με συστολική αρτηριακή πίεση 130-140 mm Hg διατρέχουν σχεδόν διπλάσιο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σχέση με εκείνα τα άτομα με συστολική αρτηριακή πίεση μικρότερη από 110 mm Hg. Το 1/4 των καρδιαγγειακών θανάτων που σχετίζονται με την υπέρταση

παρουσιάζονται μεταξύ των ασθενών με οριακή αρτηριακή πίεση και στις Ηνωμένες Πολιτείες το 90% των ανδρών ηλικίας 35-57 χρόνων εμφανίζουν επίπεδα αρτηριακής πίεσης που δημιουργούν τεράστιο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι η υψηλή αρτηριακή πίεση, ως παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο, αποτελεί πρόβλημα για το σύνολο του πληθυσμού και όχι απλά πρόβλημα για το 20%-25% του πληθυσμού με συστολική αρτηριακή πίεση > 140 mm Hg/ και διαστολική αρτηριακή πίεση > 90 mm Hg. Παρόμοια με την κατάσταση της χοληστερόλης, η μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση των δεικτών θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο που συνδέεται με την υπέρταση θα προέλθει από τη μείωση της αρτηριακής πίεσης μεγάλου αριθμού των ασθενών με οριακή αρτηριακή πίεση και όχι από την εστίαση αποκλειστικά στα άτομα με πολύ υψηλή αρτηριακή πίεση.

Η πρόληψη πρώτου βαθμού της υψηλής αρτηριακής πίεσης μπορεί να επιτευχθεί χάρη στη μείωση του κλάσματος της διαιτητικής πρόσληψης νατρίου προς το κάλιο από 3 (που παρατηρείται συνήθως στη διατροφή στις Ηνωμένες Πολιτείες) προς 1, τη μείωση του μέσου σωματικού βάρους της τάξης του 10% και τη διακοπή της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ.

Αυτά τα τρία μέτρα θα χαμήλωναν τη μέση συστολική αρτηριακή πίεση του πληθυσμού κατά 5,4 mm Hg, που κατόπιν θα μείωνε τους θανάτους από νόσο της στεφανιαίας κατά 9% και τους θανάτους από εγκεφαλικό κατά 14%. Μια μείωση του 50% στη μέση πρόσληψη αλατιού θα μείωνε παράλληλα και τη μέση αρτηριακή πίεση του πληθυσμού καθώς και τον αριθμό των περιστατικών φανερής υπέρτασης (Stamler, 1992α).

Η πρόληψη της υπέρτασης έχει εστιάσει στον έλεγχο και την έγκαιρη θεραπεία της ανεβασμένης αρτηριακής πίεσης. Αυτά τα μέτρα θεωρούνται πρόληψη δευτέρου βαθμού (η έγκαιρη διάγνωση και η παρέμβαση) σε σχέση με την υψηλή αρτηριακή πίεση ως νόσο, αλλά ταξινομούνται ως πρόληψη πρώτου βαθμού (αποτροπή της εμφάνισης της νόσου) σε σχέση με τη στεφανιαία νόσο ως ασθένεια. Δυστυχώς, η Αμερικανική Ιατρική έχει χαμηλές επιδόσεις όσον αφορά τη μείωση της ανεβασμένης αρτηριακής πίεσης και μόνο το 34% των υπερτασικών λαμβάνουν επαρκή θεραπεία (Chobanian et al, 2003).

Η πρόληψη πρώτου βαθμού της στεφανιαίας νόσου με τον έλεγχο και τη θεραπεία των ατόμων με σοβαρή υπέρταση (το ιατρικό μοντέλο) είναι ενδεχομένως πιο αποτελεσματική από την πρόληψη πρώτου βαθμού της νόσου αυτής μέσω της θεραπείας με φάρμακα της αυξημένης χοληστερόλης στον ορό του αίματος. Όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρή υπέρταση, 5 ασθενείς πρέπει να κάνουν θεραπεία για 1,5 χρόνο για να αποτραπεί θάνατος ή μη θανατηφόρο καρδιακό επεισόδιο και για τους ασθενείς με υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, 53 ασθενείς πρέπει να κάνουν θεραπεία για 5 χρόνια για να αποτραπεί καρδιακό επεισόδιο. Δεν είναι γνωστό ποιο είναι πιο αποτελεσματικό, το μοντέλο της δημόσιας υγείας (διατροφικές αλλαγές στο σύνολο του πληθυσμού και μείωση βάρους και κατανάλωσης αλκοόλ) ή το ιατρικό μοντέλο (ατομική θεραπεία της ανεβασμένης αρτηριακής πίεσης).

Καρκίνος του μαστού

Ενώ οι δείκτες θνησιμότητας για την καρδιαγγειακή νόσο μειώθηκαν από τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του

1960, οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο συνέχισαν να αυξάνονται τη δεκαετία του 1990. Ανάμεσα στο 1990 και το 2001, οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο παρουσίασαν ύφεση, πιθανόν ως αποτέλεσμα της ελάττωσης του καπνίσματος. Η συχνότητα (αριθμός νέων περιστατικών) εμφάνισης του καρκίνου επίσης μειώθηκε ελαφρώς από το 1990 μέχρι το 2000 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, 2003).

Η οργάνωση της αποτελεσματικής πρόληψης πρώτου βαθμού για μια νόσο γενικά εξαρτάται από την κατανόηση της επιδημιολογίας αυτής. Στην περίπτωση του καρκίνου των πνευμόνων, η ανακάλυψη της σχέσης με το κάπνισμα επέτρεψε την ανάπτυξη ενός διαδεδομένου προγράμματος πρόληψης πρώτου βαθμού, δηλαδή της αντικαπνιστικής εκστρατείας. Αλλά η δεύτερη επιδημιολογική επανάσταση ως εδώ δεν έχει καταφέρει να αποκαλύψει τις ακριβείς αιτίες πολλών ειδών καρκίνου, ως εκ τούτου εμποδίζοντας την εφαρμογή τεχνικών πρόληψης πρώτου βαθμού για τη μείωση των δεικτών συχνότητας και θνησιμότητας. Συνεπώς, οι προληπτικές στρατηγικές για πολλά είδη καρκίνου εφαρμόζουν την πρόληψη δεύτερου και όχι πρώτου βαθμού. Τα τεστ Παπανικολάου (test-Pap) για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, οι εξετάσεις για τον εντοπισμό λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα και η κολonosκόπηση για την ανίχνευση του καρκίνου του παχέως εντέρου αποτελούν παραδείγματα πρόληψης δεύτερου βαθμού. Τα τεστ Παπ αποτελούν το πιο επιτυχημένο πρόγραμμα πρόληψης δεύτερου βαθμού, έχοντας συμβάλει σε σημαντική μείωση των δεικτών θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού αυξήθηκε από το 1973 μέχρι το 1992 και έχει παραμείνει υψηλή. Οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έχουν παραμείνει σχετικά σταθεροί τα τελευταία 50 χρόνια, με μια ελαφριά μείωση για τις λευκές γυναίκες από το 1990. Οι δείκτες συχνότητας του καρκίνου του μαστού είναι υψηλότεροι για τις λευκές γυναίκες σε σχέση με τις Αφρο-αμερικανίδες αλλά οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού είναι υψηλότεροι για τις Αφρο-αμερικανίδες σε σχέση με τις λευκές γυναίκες (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, 2003).

Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού έχουν αποκαλυφθεί, εκ των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι η ηλικία άνω των 65 χρόνων, ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, άτυπη υπερπλασία σε βιοψία του μαστού και το να έχει γεννηθεί κανείς στη Βόρεια Αμερική ή τη Βόρεια Ευρώπη. Οι γυναίκες με περισσότερα χρόνια κύκλου εμμηνού ρύσεως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, παρουσιάζοντας ορμονική επίδραση στη νόσο.

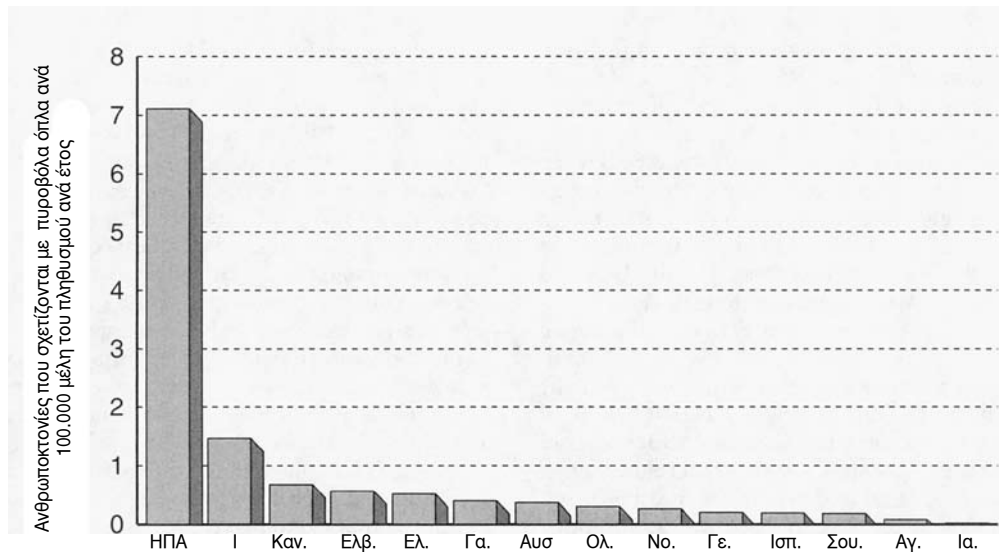
Όμως, μόνο το 1/4 των περιστατικών καρκίνου του μαστού μπορεί να εξηγηθεί από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου. Οι διαφορές ανάμεσα στον υψηλό και το χαμηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού που σχετίζεται με την ηλικία στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι μικρές σε σύγκριση με τις διαφορές ανάμεσα σε χώρες με υψηλή συχνότητα όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και χώρες με χαμηλή συχνότητα (γενικά υποανάπτυκτες). Ίσως άγνωστοι παράγοντες σχετικοί με τη σύγχρονη βιομηχανοποίηση είναι οι πρωταρχικές αιτίες αυτού του είδους καρκίνου, ενώ επιρροές, όπως οι θηλυκές ορμόνες είναι ενεργοποιητές δεύτερου βαθμού της νόσου. Τι θα ήταν ένας τέτοιος άγνωστος παράγοντας;

Το λίπος στη διατροφή είναι υποψήφιος παράγοντας, ιδιαίτερα διότι χώρες με χαμηλή πρόσληψη σε λίπος επί-

σης έχουν χαμηλή συχνότητα του καρκίνου του μαστού, ωστόσο οι μαρτυρίες που συνδέουν το λίπος με τον καρκίνο είναι αντιφατικές και ανίσχυρες (Kelsey & Bernstein, 1996). Σύμφωνα με μια άλλη άποψη, οι περιβαλλοντικές καρκινογόνες ουσίες αποτελούν πιθανή εξήγηση για την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και άλλων ειδών καρκίνου (Epstein, 1994, Sternglass & Gould, 1993). Από τη δεκαετία του 1940 μέχρι τη δεκαετία του 1980 η βιομηχανική παραγωγή συνθετικών οργανικών χημικών ουσιών αυξήθηκε από 1 δισεκατομμύριο σε 400 δισεκατομμύρια λίβρες ετησίως και ο όγκος των επικίνδυνων λυμάτων επίσης αυξήθηκε κατά 400 φορές κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου (Epstein, 1990). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μιας μελέτης, οι τοξικές χημικές ουσίες που υπήρχαν στους χώρους εργασίας ευθύνονται για το 20% όλων των ειδών καρκίνου στον άνθρωπο (Landrigan, 1992). Τα οιστρογόνα χρησιμοποιήθηκαν ως πρόσθετες ουσίες στην τροφή πουλερικών και βοοειδών και τα κατάλοιπα από τα ζιζανιοκτόνα περιέχουν ενώσεις που μοιάζουν με οιστρογόνα και τα οποία ενδεχομένως να συμβάλλουν στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Davis & Bradlow, 1995). Μερικές μελέτες έχουν συνδέσει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού με τα οργανοχλωριούχα εντομοκτόνα, τους πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες και τους οργανικούς διαλύτες αλλά η έρευνα πάνω σ' αυτές τις περιβαλλοντικές αιτίες του καρκίνου του μαστού είναι ανεπαρκής και αντιφατική (Brody & Rudel, 2003). Ο σχεδιασμός προγραμμάτων πρόληψης πρώτου βαθμού του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από την κατανόηση των κύριων αιτιών του. Η έλλειψη γνώσεων ανάγκασε τη σύγχρονη ιατρική να καταφύγει σε πρόληψη δεύτερου βαθμού (δηλαδή σε έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων στο μαστό και της μαστογραφίας) για τη μείωση των δεικτών θνησιμότητας στις γυναίκες που πάσχουν από αυτήν τη νόσο. Ευτυχώς ο καρκίνος του μαστού, όπως και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, προσφέρεται για τεχνικές πρόληψης δεύτερου βαθμού. Οι τακτικές εξετάσεις του μαστού από έναν πάροχο ιατρικής φροντίδας μαζί με τις περιοδικές μαστογραφίες μπορούν να μειώσουν τους δείκτες θνησιμότητας από αυτόν τον καρκίνο στις γυναίκες άνω των 50 χρόνων κατά 1/3. Ωστόσο, πολλοί ακτιβιστές για τον καρκίνο του μαστού επικρίνουν τα σχετικά ασήμαντα ποσά που δαπανώνται για τη βασική επιδημιολογική έρευνα με σκοπό τον καθορισμό των αιτιών του καρκίνου του μαστού.

Διαπροσωπική βία

Η διαπροσωπική βία έγινε σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η ανθρωποκτονία είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας 15-24 χρόνων και η κύρια αιτία για νεαρούς Αφρο-αμερικανούς. Το 1999, περίπου 16.000 άνθρωποι ήταν θύματα ανθρωποκτονίας και πέθαναν. Το αλκοόλ συνδέεται με περισσότερες από τις μισές ανθρωποκτονίες και σοβαρές επιθέσεις. Το 1999, περισσότερα από 560.000 βίαια εγκλήματα, συμπεριλαμβανομένων 10.000 ανθρωποκτονιών, διεπράχθησαν από όπλα (Wintemute et al, 2001). Στο σύνολο των θανάτων σε άτομα ηλικίας 15-24 χρόνων, το 26% συνδέονται με πυροβόλα όπλα. Σε αντίθεση με την καρδιαγγειακή νόσο και τον καρκίνο, οι ανθρωποκτονίες είναι πολύ πιο συνηθισμένες στις Ηνωμένες Πολιτείες απ' ό,τι σε άλλες αναπτυγμένες χώρες. Οι Αμερικανοί δολοφονούνται με όπλα σε ποσοστό φανερά υψηλότερο σε σχέση με το ποσοστό άλλων βιομηχανοποιημένων χωρών (Σχήμα 11-3). Συγκρίνοντας τις χώρες, μια



Σχήμα 11-3. Ανθρωποκτονίες που σχετίζονται με πυροβόλα όπλα 1990 - 1995, Αυσ.: Αυστραλία, Καν.: Καναδάς, Αγ.: Αγγλία, Γα.: Γαλλία, Γε.: Γερμανία, Ελ.: Ελθιάδα, Ι.: Ιταλία, Ια.: Ιαπωνία, Ολ.: Ολλανδία, Νο.: Νορβηγία, Ισπ.: Ισπανία, Σου.: Σουηδία, Ελβ.: Ελβετία, ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Αναπαράγωγή, κατόπιν αδείας από την Krug EG et al: Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *Int J Epidemiol* 1998;27:214).

δυνατή και στατιστικά σημαντική σχέση υπάρχει ανάμεσα στη διαθεσιμότητα των όπλων και στα ποσοστά ανθρωποκτονιών (Hemenway & Miller, 2000, Krug et al, 1998).

Η έρευνα των αιτιών της διαπροσωπικής βίας παραμένει ανακριβής επιστήμη, δημιουργώντας διαφωνίες για τα μέτρα που προτείνονται για την πρόληψη της βίας. Τρεις στρατηγικές πρόληψης της βίας περιλαμβάνουν προσεγγίσεις της ποινικής δικαιοσύνης, της δημόσιας υγείας και τις ευρύτερες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις. Πολλοί επαγγελματίες της ποινικής δικαιοσύνης συνήθως θεωρούν τη βίαιη συμπεριφορά ως μεμονωμένο ελάττωμα του χαρακτήρα και συνεπώς συνηγορούν υπέρ της μακροχρόνιας παραμονής στη φυλακή, για να μένουν οι παραβάτες απομονωμένοι από την υπόλοιπη κοινωνία. Οι άλλες στρατηγικές θέτουν μεγαλύτερη προτεραιότητα στην κοινωνική ευθύνη σε αντίθεση με την ατομική ευθύνη για τη βία. Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας υποδεικνύουν τη σχέση των όπλων, του αλκοόλ και των παράνομων ναρκωτικών με τη βία και προτείνουν λύσεις στους τομείς: ελέγχου των όπλων, ενημέρωσης για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά καθώς και της θεραπείας από αυτά (Cole, 2001).

Ένας νόμος του 1976 της Περιφέρειας της Κολούμπια που περιόριζε την αγορά και κατοχή όπλων σχετίστηκε με μια απότομη μείωση της τάξης σχεδόν του 25% στο ποσοστό των ανθρωποκτονιών από πυροβόλο όπλο, ένα αποτέλεσμα που έμεινε σταθερό για 11 χρόνια (Teret & Wintemute, 1993). Στη Βοστώνη, οι ανθρωποκτονίες που σχετίζονταν με όπλα μειώθηκαν σημαντικά, όταν η αστυνομία άρχισε να συλλαμβάνει εμπόρους όπλων κλείνοντας τις διόδους μέσω των οποίων τα πυροβόλα όπλα περνάνε από τη νόμιμη αγορά σε χέρια εγκληματιών (Wintemute, 2000). Ο Νόμος

Brady για την Πρόληψη της Βίας από Όπλα, που απαιτούσε από εμπόρους πυροβόλων όπλων να τηρούν περίοδο αναμονής και να αρχίσουν έναν έλεγχο του περιβάλλοντος των αγοραστών για τις πωλήσεις των όπλων, δεν μείωσε τα ποσοστά ανθρωποκτονιών (Ludwig & Cook, 2000), αλλά το 71%-95% του κοινού υποστηρίζει μια ποικιλία κυβερνητικών κανονισμών για τον έλεγχο των όπλων (Teret et al, 1998). Όμως, η ύπαρξη άνω των 200 εκατομμυρίων πυροβόλων όπλων στα χέρια ιδιωτών κάνει τον αποτελεσματικό έλεγχο των όπλων τρομακτική ευθύνη.

Μια άλλη προτεινόμενη παρέμβαση της δημόσιας υγείας για τη μείωση του ποσοστού ανθρωποκτονιών είναι η εξάλειψη της τηλεοπτικής βίας. Το μέσο παιδί στις Ηνωμένες Πολιτείες παρακολουθεί 8.000 φόνους και 100.000 βίαιες πράξεις στην τηλεόραση πριν τελειώσει το δημοτικό (Shalala, 1993). Οι μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση ανάμεσα στην εγκληματική βία και την έκθεση στην τηλεοπτική βία (Mitka, 2001).

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές που μελέτησαν την εντυπωσιακή διαφορά στα ποσοστά ανθρωποκτονιών ανάμεσα στις Ηνωμένες Πολιτείες και άλλες βιομηχανοποιημένες χώρες, η κοινωνικο-οικονομική ανισότητα, η οικονομική διάκριση σε βάρος μειονοτικών ομάδων και η εθνολογική ετερογένεια συνδέονται με αυξημένα ποσοστά ανθρωποκτονιών. Αν αυτές αποτελούν σημαντικές μεταβλητές, οι προσεγγίσεις της ποινικής δικαιοσύνης και της δημόσιας υγείας είναι πιθανό να έχουν περιορισμένη επιτυχία στην πρόληψη της βίας. Θα χρειαζόταν ένα μεγάλης σημασίας πρόγραμμα ως προς την ανακατανομή του εισοδήματος και την προώθηση της φυλετικής ισότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hawkins, 1993).

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Το AIDS φάνηκε να παρουσιάζεται από ένα ιστορικό πλῆθισο, ταυτόχρονα εντελής καινούριο και παλιό. Κανονικά ανήκε σε ένα μακρινό και λιγότερο βολικό παρεπθόν, προτού η οικονομική και επιστημονική πρόοδος συνδυαστούν για να διώξουν τις αρχαίες πηηγές (Fee & Krieger, 1993).

Το AIDS αμφισβήτησε τη διχοτόμηση του εικοστού αιώνα μεταξύ των λοιμωδών νόσων των υποανάπτυκτων χωρών και των χρόνιων ασθενειών στις βιομηχανοποιημένες χώρες. Συνέδεσε τους δύο κόσμους σε μια παγκόσμια μάστιγα, μιμούμενο τις επιδημίες του παρελθόντος, όπως η χολέρα, ο κίτρινος πυρετός, η λέπτα, η σύφιλη και η πανώλη (Fee & Krieger, 1993). Ωστόσο, το AIDS αποτελεί διαφορετική μορφή μάστιγας: είναι λιγότερα μεταδοτικό και η πορεία του διαρκεί περισσότερα χρόνια. Κατά μια έννοια, η πρόληψή του ανήκει και στην πρώτη και στη δεύτερη επιδημιολογική επανάσταση.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 40 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο μολύνθηκαν από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) το 2003. Το 2003, 3 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από AIDS και 5 εκατομμύρια μολύνθηκαν πρόσφατα από τον ιό (WHO, 2003).

Ένας αριθμός μεταξύ 800.000 και 900.000 ατόμων μολύνονται στις Ηνωμένες Πολιτείες, με συχνότητα 40.000 νέων μολύνσεων ανά έτος. Η δημογραφία της μόλυνσης με τον ιό του HIV/AIDS άλλαξε δραματικά: στα πρώτα στάδια της επιδημίας, τα μολυσμένα άτομα ήταν σε συντριπτικό ποσοστό ομοφυλόφιλοι άνδρες, ενώ τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990, τα περισσότερα νέα περιστατικά ήταν αποτέλεσμα χρήσης ναρκωτικών σε ενέσιμη μορφή και ετεροφυλικής σεξουαλικής επαφής, με μια δυσανάλογη εκπροσώπηση των μειονοτικών πληθυσμών ανδρών και γυναικών (Centers for Disease Control, 2003β).

Ο έλεγχος της επιδημίας του AIDS απαιτεί μέτρα πρόληψης πρώτου βαθμού. Αν και έχουν γίνει σημαντικά βήματα στον τομέα της πρόληψης δεύτερου βαθμού του AIDS (δηλαδή έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία για την επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου) μέσω της χρήσης δραστικών φαρμάκων που αναστέλλουν την αναπαραγωγή του ιού και προλαμβάνουν πολλές από τις επιπλοκές της λοίμωξης με τον εν λόγω ιό, μια θεραπεία για το AIDS παραμένει άπιαστο όνειρο. Το υψηλό κόστος των φαρμάκων για την καταπολέμηση της νόσου επίσης κάνει την πρόληψη δεύτερου βαθμού δυσβάσταχτη οικονομικά επιλογή για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, που έχουν μερικά από τα πιο υψηλά ποσοστά μόλυνσης με τον ιό του AIDS παγκοσμίως.

Η ενημέρωση για το AIDS είχε κάποια επιτυχία, αλλά είναι περιορισμένη από τη δυσκολία αλλαγής της συμπεριφοράς σε μεγάλες χρονικές περιόδους. Μια στρατηγική-κλειδί για την πρόληψη της νόσου είναι η μείωση του ενδεχομένου εξάπλωσης του ιού από το ένα άτομο στο άλλο. Ένα παράδειγμα αποτελεί το κλείσιμο των λουτρών για ομοφυλόφιλους στο Σαν Φρανσίσκο, καταργώντας μ' αυτόν τον τρόπο ένα χώρο μη ελεγχόμενων σεξουαλικών πράξεων μεταξύ ατόμων υψηλού κινδύνου (Shilts, 1987). Όμως, σε μια πρόσφατη έρευνα, περίπου το 50% των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες δήλωσαν ότι είχαν αναμειχθεί σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Koblin et al, 2003). Η διενέργεια εξετάσεων για τον ιό του AIDS στην παροχή αίματος των κατοίκων μιας χώρας, είναι αποτελεσματικό μέσο στη

μείωση της εξάπλωσης της νόσου μέσω μεταγγίσεων. Τα προγράμματα αντικατάστασης χρησιμοποιημένων βελονών, που παρέχουν αποστειρωμένες βελόνες για χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, είναι επίσης αποτελεσματικά στη μείωση της εξάπλωσης της μόλυνσης από τον ιό (Ksobiech, 2003, Coates & Feldman, 1997).

Επειδή η ενημέρωση και τα μέτρα για τη μείωση της εξάπλωσης του ιού είναι περιορισμένα ως προς την ικανότητά τους να σταματήσουν την εξάπλωσή του, μελετάται η υιοθέτηση υποχρεωτικών μέτρων δημόσιας υγείας. Αυτή η προσέγγιση έχει χρησιμοποιηθεί σε προγράμματα όπως οι προγαμιαίες εξετάσεις του ορού αίματος για σύφιλη, οι εμβολιασμοί στα παιδιά, η ακούσια νοσοκομειακή περιθάλψη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε βία και το δικαίωμα της κυβέρνησης, που έχει υποστηριχθεί και σε υποθέσεις δικαστηρίου, να απομονώνει τους ανθρώπους σε ενεργό στάδιο φυμάτωσης που αποτελούν κίνδυνο για την υγεία των υπολοίπων (Brandt, 1990, Anpas, 1993). Η πιο αυστηρή και υποχρεωτική προσέγγιση της δημόσιας υγείας για την πρόληψη του AIDS εφαρμόζεται στην Κούβα, όπου ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχει υποβληθεί σε εξετάσεις και τα άτομα που βρέθηκαν να είναι θετικά στον ιό του AIDS εγκλειστήκαν σε καραντίνα για μια περίοδο 6 μηνών τουλάχιστον, μια πολιτική που έγινε λιγότερο αυστηρή το 1994 (Hansen & Groce, 2003). Τα άτομα που ήταν σε καραντίνα έλαβαν εντατική φροντίδα για τον ιό του AIDS. Το 2002 η Κούβα ανέφερε επιπολασμό του ιού της τάξης του 0,03%, ποσοστό δέκα φορές χαμηλότερο από εκείνο στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hansen & Groce, 2003). Η προσέγγιση της Κούβας περιορίσει με επιτυχία την επιδημία περιορίζοντας ταυτόχρονα και τα ανθρωπίνια δικαιώματα των μολυσμένων ατόμων στην προσπάθειά της να προστατεύσει αυτούς που δεν είχαν μολυνθεί (Scheper-Hughes, 1993, Granich, 1995). Οι επικριτές της κουβανέζικης πολιτικής υποστήριξαν ότι τα οφέλη για τη δημόσια υγεία δεν δικαιολογούν το συμβιβασμό της ατομικής ελευθερίας των ατόμων σε καραντίνα.

Περίληψη

Τα παραδείγματα της στεφανιαίας νόσου, του καρκίνου του μαστού, της διαπρωσωπικής βίας και του AIDS απεικονίζουν διάφορες πλευρές της πρόληψης ασθενειών. Η πρόληψη πρώτου βαθμού υπήρξε επιτυχής στη μείωση των δεικτών θνησιμότητας της στεφανιαίας νόσου. Η πρόληψη δεύτερου βαθμού είχε κάποια επιτυχία στη μείωση των δεικτών θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, αλλά η συχνότητα της νόσου παραμένει υψηλή και η πρόληψη πρώτου βαθμού είναι επιτακτικά απαραίτητη. Τόσο για τη διαπρωσωπική βία, όσο και για τον καρκίνο του μαστού, οι αιτίες δεν είναι τόσο κατανοητές και είναι δύσκολο να οργανωθούν οι στρατηγικές πρόληψης πρώτου βαθμού. Στην περίπτωση του AIDS, η αιτία της νόσου είναι γνωστή, αλλά η αποτελεσματική πρόληψη πρώτου βαθμού συνεχίζει να αποτελεί άπιαστο όνειρο.

ΜΕΙΩΝΕΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ;

Η επιρροή της πρόληψης στις δαπάνες της φροντίδας υγείας είναι περίπλοκη. Ως κανόνας, η πρόληψη πρώτου βαθμού που χρησιμοποιεί μέτρα της δημόσιας υγείας είναι πολύ πιο αποδοτική απ' ό,τι η πρόληψη πρώτου βαθμού

μέσω της ιατρικής φροντίδας. Τα μέτρα της δημόσιας υγείας δεν χρειάζονται πολλά εκατομμύρια δαπανηρών προσωπικών επαφών με παροχές ιατρικής φροντίδας.

Στην арένα της πρόληψης των ατομικών κινδύνων, μερικά μέτρα εξοικονομούν χρήματα ενώ μερικά όχι. Κάθε δολάριο που επενδύεται στα εμβόλια για την ιλαρά, την παρωτίτιδα και την ερυθρά εξοικονομεί πολλά περισσότερα δολάρια σε μη απαραίτητες δαπάνες ιατρικής φροντίδας. Η παροχή συμβουλών από τους ιατρούς σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος είναι χαμηλού κόστους δραστηριότητα που μπορεί να μειώσει το κόστος φροντίδας πολλών δισεκατομμυρίων δολαρίων για άτομα με ασθένεια που σχετίζεται με την κατανάλωση καπνού. Αυτές οι δραστηριότητες πρόληπτικής φροντίδας όντως μειώνουν τις δαπάνες για τη φροντίδα της υγείας μακροπρόθεσμα. Αντίθετα, οι παρεμβάσεις και η φροντίδα για τη μείωση της χοληστερόλης και της υψηλής αρτηριακής πίεσης είναι πιθανό να καταλήξουν σε σημαντικές εξοικονομήσεις για το σύστημα φροντίδας υγείας.

Η πρόληψη πρώτου βαθμού μέσω ενεργειών της δημόσιας υγείας μπορεί να είναι σε τεράστιο βαθμό αποτελεσματική στη μείωση του βάρους του ανθρώπινου πόνου και του κόστους της θεραπείας της ασθένειας. Από το 1900 μέχρι το 1940, οι προσπάθειες της δημόσιας υγείας της χώρας πέτυχαν μείωση της τάξης του 97% στο ποσοστό θανάτου από τυφοειδή πυρετό, του 97% από διφθερίτιδα, του 92% από λοιμώδη διάρροια, του 91% από ιλαρά, οστρακιά και κοκκύτη και 77% από φυματίωση (Winslow, 1944). Η επιβολή αύξησης 2 δολαρίων ανά πακέτο στο φόρο του καπνού θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά το ετήσιο κόστος των 50 και άνω δισεκατομμυρίων δολαρίων στις νόσους που συνδέονται με την κατανάλωση καπνού και ταυτόχρονα να αποφέρει δεκάδες δισεκατομμύρια δολάρια ανά έτος σε κέρδη από φόρους—ένα ιδανικό πρόληπτικό μέτρο που πραγματικά φέρνει χρήματα. Αν οι τρεις μέθοδοι πρόληψης πρώτου βαθμού που είναι γνωστό ότι μειώνουν τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου, του καρκίνου και του εγκεφαλικού (δηλαδή η μείωση του καπνίσματος, των επιπέδων χοληστερόλης και της αρτηριακής πίεσης) εφαρμόζονταν πιο εντατικά, οι δαπάνες της φροντίδας υγείας αυτών των ασθενειών θα μπορούσαν να μειωθούν κατά 50%. Αυτές οι τρεις ασθένειες είναι υπεύθυνες για το 20% των προσωπικών δαπανών φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες (πάνω από 300 δισεκατομμύρια δολάρια το 2002) και η μείωση της συχνότητάς τους θα μπορούσε να αποφέρει εξοικονόμηση δαπανών της τάξης των 150 δισεκατομμυρίων δολαρίων ανά έτος (Terris, 1984). Όμως, αυτές οι εξοικονομήσεις μεγαλοποιούνται, επειδή τα χρήματα που εξοικονομούνται με την πρόληψη της νόσου Χ τελικά θα δαπανηθούν για τη θεραπεία της νόσου Υ ή Ω, γεγονός που θα εντυπωσιάσει εκείνα τα άτομα που γλίτωσαν από τη νόσο Χ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι στόχοι της πρόληψης ασθενειών είναι η καθυστέρηση της ανικανότητας και του θανάτου και η αύξηση των ετών μιας υγιούς ζωής. Οι βελτιώσεις στα επίπεδα διαβίωσης, τα μέτρα της δημόσιας υγείας και η πρόληπτική ιατρική φροντίδα έχουν συμβάλει σε τεράστιο βαθμό στην επίτευξη αυτών των στόχων. Οι περαιτέρω βελτιώσεις στο σύνολο της υγείας των ανθρώπων σε μια κοινωνία πιθανόν θα εξαρτώνται από τη μείωση του αυξανόμενου χάσματος μεταξύ πλουσίων και φτωχών και τη μεταβίβαση μιας με-

γαλύτερης αναλογίας της χρηματοδότησης της υγείας για την πρόληψη των ασθενειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Cancer Society (www.cancer.org).
- Annas GJ: Control of tuberculosis: The law and the public's health. *N Engl J Med* 1993;328:585.
- Ansell BJ et al: An evidence-based assessment of the NCEP adult treatment panel II guidelines. *JAMA* 1999;282:2051.
- Bayer R et al: Tobacco advertising in the United States. *JAMA* 2002;287:2990.
- Brandt AM: AIDS in historical perspective: Four lessons from the history of sexually transmitted diseases. In Lee PR, Estes CL (eds): *The Nation's Health*. Boston, Jones & Bartlett, 1990.
- Breslow L: A health promotion primer for the 1990s. *Health Aff* 1990;9(2):6.
- Brody JG, Rudel RA: Environmental pollutants and breast cancer. *Environ Health Perspect* 2003;111:1007.
- Brown EY, Viscoli CM, Horwitz RI: Preventive health strategies and the policy makers' paradox. *Ann Intern Med* 1992; 116:593.
- Centers for Disease Control and Prevention: A Glance at the HIV Epidemic, 2003b (www.cdc.gov).
- Centers for Disease Control and Prevention: Cigarette smoking among adults—United States, 2001. *Morb Mortal Wkly Rep* 2003a;52:953.
- Chobanian AV et al: The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003;289:2560.
- Coates TJ, Feldman MD: An overview of HIV prevention in the United States. *J Acquired Immune Deficiency Syndromes Hum Retrovirology* 1997;14(Suppl 2):S13.
- Cole TB: Complementary strategies to prevent firearm injury. *JAMA* 2001;285:1071.
- Davis DL, Bradlow HL: Can environmental estrogens cause breast cancer? *Sci Am* 1995;273:167.
- Epstein SS: Environmental and occupational pollutants are avoidable causes of breast cancer. *Int J Health Serv* 1994;24:145.
- Epstein SS: Losing the war against cancer: Who's to blame and what to do about it. *Int J Health Serv* 1990;20:53.
- Fee E, Krieger N: Thinking and rethinking AIDS: Implications for health policy. *Int J Health Serv* 1993;23:323.
- Fichtenberg CM, Glantz SA: Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *N Engl J Med* 2000;343:1772.
- Granich R et al: Cuba's national AIDS program. *West J Med* 1995; 163:139.
- Hansen H, Groce N: Human immunodeficiency virus and quarantine in Cuba. *JAMA* 2003;290:2875.
- Hawkins DF: Inequality, culture, and interpersonal violence. *Health Aff* 1993;12(4):80.
- Hemenway D, Miller M: Firearm availability and homicide rates across 26 high-income countries. *J Trauma* 2000;49:985.
- Houston T, Kaufman NF: Tobacco control in the 21st century. *JAMA* 2000;284:752.
- Kelsey JL, Bernstein L: Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public Health* 1996;17:47.

- Keys A: Coronary heart disease in seven countries. *Circulation* 1970; 41(Suppl 1):11.
- Koblin BA et al: High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities. *Am J Public Health* 2003;93:926.
- Krug EG et al: Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *Int J Epidemiol* 1998;27:214.
- Ksobiach K: A meta-analysis of needle sharing, lending, and borrowing behaviors of needle exchange program attendees. *AIDS Educ Prev* 2003;15:257.
- Landrigan PJ: Commentary: Environmental disease: A preventable epidemic. *Am J Public Health* 1992;82:941.
- Levy D, Thom TJ: Death rates from coronary disease—progress and a puzzling paradox. *N Engl J Med* 1998;339:915.
- Liang L et al: Prices, policies and youth smoking. *Addiction* 2003; 98(Suppl 1):105.
- Ling PM, Glantz SA. Using tobacco industry marketing research to design more effective tobacco control campaigns. *JAMA* 2002; 287:2983.
- Lloyd-Jones DM et al: Applicability of cholesterol-lowering primary prevention trials to a general population. *Arch Intern Med* 2001;161:949.
- Ludwig J, Cook PJ: Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *JAMA* 2000;284:585.
- Manson JE, Bassuk SS: Obesity in the United States. *JAMA* 2003; 289:229.
- McKeown T: Determinants of health. In Lee PR, Estes CL (eds): *The Nation's Health*. Boston, Jones & Bartlett, 1990.
- McKinlay JB, McKinlay SM, Beaglehole R: A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *Int J Health Serv* 1989; 19:181.
- Mitka M: Watch what kids are watching, says AAP. *JAMA* 2001; 285:27.
- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL: Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA* 2004;291:1238.
- National Cholesterol Education Program: Executive Summary of The Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults. *JAMA* 2001;285:2486.
- Nielsen SJ, Popkin BM: Patterns and trends in food portion size, 1977–1998. *JAMA* 2003;289:450.
- Perez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E: Role of clinicians in cigarette smoking prevention. *West J Med* 1998;169:23.
- Pharoah PD, Hollingworth W: Cost effectiveness of lowering cholesterol concentration with statins in patients with and without pre-existing coronary heart disease. *Br Med J* 1996; 312:1443.
- Rigotti NA et al: US college students' use of tobacco products. *JAMA* 2000;284:699.
- Rose G: Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14:32.
- Scheper-Hughes N: AIDS, public health, and human rights in Cuba. *Lancet* 1993;342:965.
- Schroeder SA: Tobacco control in the wake of the 1998 master settlement agreement. *N Engl J Med* 2004;350:293.
- Shalala DE: Addressing the crisis of violence. *Health Aff* 1993; 12(4):30.

Κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, εκατομμύρια άνθρωποι επισκέπτονται νοσοκομεία, ιατρούς και άλλους παροχείς φροντίδας και λαμβάνουν φροντίδα υγείας εξαιρετικής ποιότητας. Όμως το θέμα δεν σταματάει σε αυτό το σημείο. Οι σχέσεις μερικών ασθενών με το σύστημα φροντίδας υγείας παρουσιάζουν προβλήματα.

Ένα σύνολο 44.000- 98.000 ατόμων πεθαίνουν κάθε χρόνο σε νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών ως αποτέλεσμα ιατρικών λαθών που θα μπορούσαν να προληφθούν (Ινστιτούτο Ιατρικής –Institute of Medicine, 1999). Επιπλέον, σύμφωνα με εκτιμήσεις, 57.000 άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες πεθαίνουν επειδή δεν λαμβάνουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα- στις περισσότερες περιπτώσεις, επειδή συνήθεις ιατρικές καταστάσεις όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση ή η ανεβασμένη χοληστερόλη δεν ελέγχονται επαρκώς (Εθνική Επιτροπή για την Διασφάλιση της Ποιότητας –National Committee for Quality Assurance, 2003). Δεν είναι γνωστός ο αριθμός των θανάτων και των βλαβών που οφείλονται σε λάθη που μπορούν να προληφθούν σε χώρους εκτός νοσοκομείων. Ένα ποσοστό μεταξύ του 8% και του 24% των περιπατητικών ασθενών λαμβάνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα που είναι ακατάλληλα ή αντενδείκνυται (Rothschild et al, 2000). Τα θανατηφόρα λάθη από φάρμακα στους εξωτερικούς ασθενείς διπλασιάστηκαν μεταξύ του 1983 και του 1993 (Philips et al, 1998). Το 45% των ενηλίκων δεν λαμβάνει την προτεινόμενη χρόνια και προληπτική φροντίδα και το 30% που αναζητούν φροντίδα για οξεία προβλήματα λαμβάνουν θεραπεία που αντενδείκνυται (Schuster et al, 1998, McGlynn et al, 2003). Μόνο το 34% των ατόμων με υπέρταση λαμβάνουν επαρκή θεραπεία (Chobanian, 2003). Το 63% των ατόμων με διαβήτη έχουν επίπεδα αιμοσφαιρίνης A1c (HbA_{1c}) υψηλότερα από 7,0% (Saydah et al, 2004). Το 1/3 των μη φυσιολογικών εργαστηριακών εξετάσεων μπορεί να μη συνοδεύεται από επίσκεψη σε ιατρούς (Brook et al, 1989).

Σε πολλές μελέτες, οι ασθενείς που ανήκουν σε φυλετικές και εθνικές μειονότητες λαμβάνουν κατώτερης ποιότητας φροντίδα σε σύγκριση με τους λευκούς ασθενείς (Ινστιτούτο Ιατρικής –Institute of Medicine, 2003). Το ενδεχόμενο οι ασθενείς να υφίστανται βλάβη λόγω ιατρικής αμέλειας είναι σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερο στα νοσοκομεία που εξυπηρετούν σε μεγάλο βαθμό ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και ασθενείς που ανήκουν σε φυλετικές μειονότητες απ' ότι στα νοσοκομεία με πιο πλούσιους ασθενείς (Ayanian, 1994,

Burstin et al, 1993α, Fiscella et al, 2000). Μια σημαντική αναφορά του 2001 του Ινστιτούτου Ιατρικής –Institute of Medicine κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ανάμεσα σ' αυτό που ξέρουμε και σ' αυτό που κάνουμε δεν υπάρχει απλά κενό, αλλά χάσμα. Προβλήματα ποιότητας θεωρούνται η υπερβολική φροντίδα, η κατώτερη από το επιτρεπτό όριο φροντίδα και η κακή ποιότητας φροντίδα (Chassin et al, 1998). Θα εξετάσουμε πρώτα τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή ποιότητα και μετά θα εξερευνήσουμε τι θα μπορούσε να εφαρμοστεί ώστε να φτάσει το σύνολο της φροντίδας υγείας στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο ποιότητας.

ΟΙ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Τι είναι ιατρική φροντίδα υψηλής ποιότητας; Είναι η φροντίδα που βοηθάει τους υγιείς ανθρώπους να παραμείνουν υγιείς, θεραπεύει τις οξείες ασθένειες των ανθρώπων και επιτρέπει στους ανθρώπους με χρόνιες ασθένειες να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο πολύ και πιο ικανοποιητικά. Ποιες είναι οι συνιστώσες της ιατρικής φροντίδας υψηλής ποιότητας (Πίνακας 12-1);

Επαρκής Πρόσβαση στη Φροντίδα

Η Lydia και η Laura ήταν φίλες σε ένα γυμνάσιο που βρισκόταν σε αγροτική περιοχή. Και οι δυο έμειναν έγκυες. Οι μεσοαστικοί γονείς της Lydia την πήγαν σε έναν κοντινό μαιευτήρα, ενώ η Laura που προερχόταν από οικογένεια που δεχόταν τη φροντίδα της κοινωνικής πρόνοιας δεν μπορούσε να βρει ιατρό που θα δεχόταν το πρόγραμμα Medicaid. Η Lydia έγινε μητέρα ενός υγιούς βρέφους αλλά η Laura που δεν είχε λάβει προγεννητική φροντίδα γέννησε ένα μωρό με χαμηλό βάρος και σοβαρά προβλήματα στους πνεύμονες.

Προκειμένου να λάβουν ποιοτική φροντίδα, οι άνθρωποι πρέπει να έχουν πρόσβαση σ' αυτήν. Οι άνθρωποι με μειωμένη πρόσβαση στη φροντίδα είναι πιθανό να έχουν χειρότερα αποτελέσματα στην υγεία τους σε σύγκριση με εκείνους που έχουν πλήρη πρόσβαση- το ποιοτικό πρόβλημα της φροντίδας κάτω από τα επιτρεπτά όρια (βλ. Κεφάλαιο 3). Η ποιότητα απαιτεί ισότητα (Schiff et al, 1994).

Πίνακας 12-1. Συνιστώσες της υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Πρόσβαση στη φροντίδα
Επαρκείς επιστημονικές γνώσεις
Ικανοί Παροχείς Φροντίδας Υγείας
Διαχωρισμός οικονομικών και κλινικών αποφάσεων
Οργάνωση των ιδρυμάτων φροντίδας υγείας για μεγιστοποίηση της ποιότητας

Επαρκείς επιστημονικές γνώσεις

Η Brigitte Levy, καθηγήτρια οικογενειακού δικαίου, ξεκίνησε αντικατάσταση με οιστρογόνα το 1960, όταν έφτασε στην εμμηνόπαυση. Ο Ιατρός της τής χορήγησε με συνταγή τα χάπια ορμονών για 10 χρόνια. Το 1979, της διαγνώστηκε διηθητικός καρκίνος της μήτρας, που έκανε μετάσταση σ' ολόκληρη την κοιλιτική κοιλότητα παρά τη θεραπεία με χειρουργική επέμβαση και την ακτινοβολία. Πέθανε το 1980, σε ηλικία 68 χρόνων, στο ζενίθ της καριέρας της.

Πρέπει να υπάρχει ένα **σώμα γνώσεων** ώστε να πληροφορεί τους ιατρούς σχετικά με το τι να κάνουν με το πρόβλημα του ασθενούς. Αν οι ξεκάθαρες επιστημονικές γνώσεις δεν ξεχωρίζουν την αποτελεσματική από την αναποτελεσματική ή επιζήμια φροντίδα, η ποιότητα ίσως τίθεται σε κίνδυνο. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, η ιατρική επιστήμη δίδαξε πως η αντικατάσταση με οιστρογόνα, χωρίς τη χορήγηση προγεστερόνων, ήταν ασφαλής. Δυστυχώς, περιπτώσεις καρκίνου της μήτρας που προκαλούνταν από την αντικατάσταση με οιστρογόνα δεν εμφανίστηκαν πάρα πολλά χρόνια αργότερα. Ο Ιατρός της Brigitte Levy παρείχε την καθιερωμένη φροντίδα της εποχής εκείνης αλλά το ιατρικό επάγγελμα στο σύνολό του βασιζόταν σε ανεπαρκείς επιστημονικές γνώσεις. Ένα μεγάλο μέρος της εργασίας των ιατρών δεν έχει ποτέ αξιολογηθεί με αυστηρές κλινικές δοκιμές (Eddy, 1993) και πολλές θεραπείες δεν έχουν εξεταστεί επαρκώς για παρενέργειες. Θεραπείες αβέβαιης ασφάλειας και αποτελεσματικότητας μπορεί να προκαλέσουν βλάβη και να στοιχίσουν δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο.

Ικανοί παροχείς φροντίδας υγείας

Η Ceci Yu, ηλικίας 77 χρόνων, ξυπνούσε τη νύχτα μη μπορώντας να αναπνεύσει και με συριγμό. Ο Ιατρός της τής είπε πως είχε άσθμα και της χορήγησε συνταγή με αλβουτερόλη, ένα βρογχοδιασταλτικό. Δύο μέρες αργότερα, η κυρία Yu εισήχθη στη νοσοκομειακή μονάδα στεφανιαίας νόσου με καρδιακή προσβολή. Σε γράμμα του προς τον επικεφαλής της Ιατρικής υπηρεσίας, ο καρδιολόγος κατήγγειλε ότι ο Ιατρός της κυρίας Yu είχε κάνει λάθος διάγνωση για το συριγμό της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και τής είχε χορηγήσει λάθος θεραπεία για άσθμα. Ο καρδιολόγος κατήγγειλε ότι η θεραπεία μπορεί να είχε επισπεύσει τη καρδιακή προσβολή.

Ο πάροχος φροντίδας πρέπει να έχει τις ικανότητες να διαγνώσει προβλήματα και να επιλέξει τις κατάλληλες θεραπείες. Ένα ανεπαρκές επίπεδο ικανοτήτων οδήγησε σε φροντίδα χαμηλής ποιότητας για την κυρία Yu. Ένα ποσοστό ιατρών της τάξης του 5%- 15% δεν είναι πλήρως ικανοί να εξασκήσουν την ιατρική είτε λόγω ανεπαρκών ιατρικών

ικανοτήτων, βλάβης που προκλήθηκε από τη χρήση ναρκωτικών ή την κατανάλωση αλκοόλ, ή ελαττωμάτων λόγω νοητικής ασθένειας. Σε πολλές πολιτείες, τα συμβούλια χορήγησης ιατρικών αδειών έδειξαν χαλαρότητα ως προς την τιμωρία ή την ανάκληση αδειών μη ικανών ιατρών ή προβληματικών ιατρών (Morrison & Wickersham, 1998).

Στα πλαίσια της μελέτης της Ιατρικής Ομάδας του Χάρβαρντ επιθεωρήθηκαν 30.000 ιατρικά ιστορικά σε 51 νοσοκομεία στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης το 1984 (Studdert et al, 2004). Η μελέτη ανακάλυψε ότι σε ένα ποσοστό της τάξεως περίπου του 4% των εισαγωγών στο νοσοκομείο, ο ασθενής υπέστη ιατρική βλάβη (δηλαδή, ένα ιατρικό πρόβλημα που προκλήθηκε στα πλαίσια της αντιμετώπισης μιας ασθένειας παρά από την ίδια την ασθένεια) και αυτό είναι το ποιοτικό πρόβλημα της κακής φροντίδας. Οι ιατρικές βλάβες μπορούν να χωριστούν σ' αυτές που προκαλούνται από αμέλεια και σ' αυτές που δεν προκαλούνται από αμέλεια.

Στο Jack χορηγήθηκε συνταγή για φαρμακευτικό σκεύασμα που περιείχε θείο. Όταν πήρε το πρώτο χάπι, έγινε κόκκινος σαν παντζάρι, άρχισε να αγκομαχά και έπεσε στο πάτωμα. Ο φίλος του κάλεσε το 166 και ο Jack έλαβε θεραπεία στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών για αναφυλακτικό σοκ, μια εν δυνάμει θανατηφόρα αλλεργική αντίδραση. Ο Ιατρός στα επειγόντα έμαθε ότι ο Jack είχε βγάψει ένα εξάνθημα την τελευταία φορά που έλαβε φαρμακευτικό σκεύασμα που περιείχε θείο. Ο Ιατρός του Jack δεν τον είχε ρωτήσει αν ήταν αλλεργικός στο θείο και ο ίδιος ο Jack δεν συνειδητοποίησε ότι το φάρμακο περιείχε θείο.

Στο Mack χορηγήθηκε με συνταγή ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που περιείχε θείο και μετά τη λήψη του έπαθε αναφυλακτικό σοκ. Πριν του γράψει τη συνταγή, ο Ιατρός του τον είχε ρωτήσει αν ήταν αλλεργικός στο θείο και ο Mack είχε απαντήσει «όχι».

Η ιατρική αμέλεια ορίζεται ως αποτυχία επίτευξης του καθιερωμένου επιπέδου στην εξάσκηση του λειτουργήματος ενός ιατρού με μέσα προσόντα και με την ίδια ειδικότητα. Η αντίδραση του Jack στο φάρμακο πρέπει να θεωρηθεί αμέλεια ενώ η αντίστοιχη αντίδραση του Mack όχι. Το 28% των ιατρικών βλαβών που ανακαλύφθηκαν στα πλαίσια της μελέτης του Χάρβαρντ οφειλόταν σε αμέλεια. Το 51% εκείνων των βλαβών που επέφεραν το θάνατο περιελάμβανε αμέλεια. Οι πιο συνηθισμένες βλάβες ήταν οι αντιδράσεις σε φάρμακα (19%) και οι μολύνσεις πηλών (14%). Το 8% των βλαβών περιελάμβανε αποτυχία διάγνωσης μιας κατάστασης, εκ των οποίων το 75% οφειλόταν σε αμέλεια. Το 70% των ασθενών που υφίστανται όλες τις μορφές ιατρικών λαθών ανάρρωσε πλήρως σε 6 μήνες ή λιγότερο αλλά το 47% των ασθενών στους οποίους έγινε λάθος στη διάγνωση, υπέστη σοβαρές αναπηρίες (Brennan et al, 1991, Leape et al, 1991).

Η αμέλεια δεν μπορεί να εξισωθεί με την ανικανότητα. Οποιοσδήποτε καλός Ιατρός μπορεί να «αφαιρεθεί» προσωρινά, να είναι υπερβολικά κουρασμένος ύστερα από μακρά νύχτα στη μονάδα εντατικής θεραπείας ή να μην ενημερώθηκε για μια νέα σημαντική ερευνητική ανακάλυψη.

Τα χρήματα & η ποιότητα της φροντίδας

Η Nina Brown έφτασε σε μια κλινική περιπατητικής φροντίδας ενός μεγάλου οργανισμού υγείας παραπονούμενη για πόνο στο θώρακα που αντανάκλαιζε στην πλάτη. Μια ειδικευμένη νοσοκόμα την περιέγραψε ως κλημιά και

ιδρωμένη και την έβαθε στο οξυγόνο. Ο Ιατρός εξέτασε την κυρία Brown, της έκανε ηλεκτροκαρδιογράφημα, που δεν έδειξε ξεκάθαρα σημάδια καρδιακής προσβολής, διέγνωσε μυοσκελετικό πόνο και την έστειλε σπίτι της. Πέντε λεπτά αργότερα στο πάρκινγκ, η κυρία Brown υπέστη καρδιακή προσβολή, κατέρρευσε και την επανέφεραν, με οξεία εγκεφαλική βλάβη. Πέθανε 1 εβδομάδα αργότερα.

Απολύτως υγιής, στα 45 του χρόνια, ο Henry Fung απόθυμα υπεβλήθη σε τεστ κοπώσεως σε κυλιόμενο τάπητα στην τοπική YMCA. Τα αποτελέσματα του τεστ δεν ήταν φυσιολογικά και ο κύριος Fung του οποίου η ασφάλιση πληρωνόταν βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αναζήτησε τη συμβουλή ενός καρδιολόγου. Ο καρδιολόγος γνώριζε ότι το τεστ κοπώσεως είναι μερικές φορές θετικό στους υγιείς ανθρώπους. Διέταξε στεφανιογράφημα που ήταν απολύτως φυσιολογικό. Τρεις ώρες μετά την εξέταση, ένας θρόμβος σχηματίστηκε στη μηριαία αρτηρία στη θέση ένθεσης του καθετήρα και χρειάστηκε επείγουσα χειρουργική επέμβαση για τη σωτηρία του ποδιού του κυρίου Fung.

Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει τι ώθησε τον ιατρό του οργανισμού υγείας HMO να στείλει την κυρία Brown στο σπίτι της όταν η καρδιακή προσβολή αποτελούσε πιθανή διάγνωση (φροντίδα κάτω από το επιτρεπτό όριο), ούτε μπορεί κανείς να μαντέψει τι οδήγησε τον καρδιολόγο που λάμβανε αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες να πραγματοποιήσει ένα επεμβατικό στεφανιογράφημα αμφισβητήσιμης καταλληλότητας στον κύριο Fung (υπερβολική φροντίδα). Ένας παράγοντας στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη προσοχή είναι η επίδραση των οικονομικών συλλογισμών στην ποσότητα (και συνεπώς την ποιότητα) της ιατρικής φροντίδας (Rodwin, 1993). Όπως επισημάνθηκε στο Κεφάλαιο 4, η εξόφληση βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενθαρρύνει τους ιατρούς να παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες ενώ η κατά κεφαλήν πληρωμή ανταμειβεί εκείνους που παρέχουν λιγότερες υπηρεσίες. Η αναζήτηση φροντίδας υψηλής ποιότητας πρέπει να περιλαμβάνει αναζήτηση για λήψη οικονομικά ουδέτερων κλινικών αποφάσεων (Schiff et al, 1994).

Περισσότερα από 20 χρόνια πριν, ο John Bunker (1970) ανακάλυψε ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιούνταν ο διπλάσιος αριθμός χειρουργικών διαδικασιών κατά κεφαλήν σε σχέση με τη Μεγάλη Βρετανία. Έθεσε ως δεδομένο ότι αυτή η διαφορά μπορούσε να ερμηνευτεί από το μεγαλύτερο αριθμό χειρουργών κατά κεφαλήν στις Ηνωμένες Πολιτείες και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «η μέθοδος πληρωμής φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό, αν και ανυπολόγιστο, ρόλο». Οι περισσότεροι χειρουργοί στις Ηνωμένες Πολιτείες αμείβονταν κατά πράξη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενώ οι περισσότεροι απ' αυτούς στη Μεγάλη Βρετανία πληρώνονταν με μισθό. Στο άρθρο του «Τι δίνει ορμή στη χειρουργική;», ο χειρουργός της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ, Francis Moore (1970) σχολίασε ότι τα ευρήματα του Bunker «ενισχύουν την πεποίθηση ότι το αμερικανικό σύστημα πληρωμής σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με τη συχνότητα των επεμβάσεων». Θέτουν σε κίνδυνο οι υπερβολικές χειρουργικές επεμβάσεις την ποιότητα της φροντίδας; Ο Δρ. Moore αισθανόταν ότι αυτό συμβαίνει: «Οι μη απαραίτητες χειρουργικές επεμβάσεις που προκαλούν αναστάτωση συμβαδίζουν με τη χαμηλής ποιότητας χειρουργική φροντίδα». Ένα ποσοστό της τάξης του 8%-

86% των επεμβάσεων- ανάλογα με τον τύπο- έχουν βρεθεί να είναι μη απαραίτητες και έχουν προκαλέσει σημαντικό αριθμό θανάτων και αναπηριών που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί (Leape, 1992).

Ήταν ένα ωραίο δείπνο, με οικοδεσπότη τον ακτινολόγο του νοσοκομείου και πληρωμένο από την εταιρεία κατασκευής μαγνητικών τομογράφων. Μετά από το γεύμα έγινε η εξής ερώτηση: «Αν εσείς οι ιατροί επενδύετε χρήματα, μπορούμε να πάρουμε έναν μαγνητικό τομογράφο κοντά στο νοσοκομείο μας. Αν ο μαγνητικός τομογράφος έχει κέρδη, όλοι εσείς συμμετέχετε στα κέρδη.» Ένας παθολόγος εξήγησε αργότερα ότι «Αφού επένδυσες τα 10.000 δολάρια μου, ήταν δύσκολο να αντισταθώ και να μην δώσω εντολή για μαγνητικές τομογραφίες. Με τους πονοκεφάλους, τον πόνο στην πλάτη και τα προβλήματα στο γόνατο, οι ενδείξεις για μαγνητικές δεν είναι πολύ ξεκάθαρες. Μπορείτε να δώσετε ή να μη δώσετε εντολή για μαγνητική. Τώρα, εγώ δίνω εντολή για μαγνητικές.»

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, πολλοί ιατροί σχημάτιζαν ομάδες και κοινές επιχειρήσεις που τους έδινε μερική ιδιοκτησία στα εργαστήρια, τους μαγνητικούς τομογράφους και στα χειρουργικά κέντρα των εξωτερικών ασθενών. Το 40% των ιατρών της Φλόριντα που ασκούσαν το λειτούργημά τους μπορούσαν να παρέχουν τις υπηρεσίες στις οποίες παρέπεμπαν τους ασθενείς τους. Το 93% των εγκαταστάσεων διαγνωστικής απεικόνισης, το 76% των χειρουργικών κέντρων για περιπατητικούς ασθενείς και το 60% των κλινικών εργαστηρίων στην πολιτεία ανήκαν εξολοκλήρου ή εν μέρει σε ιατρούς. Τα ποσοστά χρήσης μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών ήταν υψηλότερα στις εγκαταστάσεις που ανήκαν σε ιατρούς σε σχέση με τις αντίστοιχες που δεν ανήκαν σε ιατρούς (Mitchell & Scott, 1992). Στα πλαίσια μιας Αμερικανικής μελέτης, οι ιατροί που λάμβαναν αμοιβή για την πραγματοποίηση ακτινογραφιών και υπερηχογραφήματων στα ιατρεία τους διεξήγαγαν αυτές τις εξετάσεις τέσσερις φορές πιο συχνά σε σχέση με τους ιατρούς που παρέπεμπαν τους ασθενείς για την πραγματοποίηση αυτών των εξετάσεων σε ακτινολόγους και δεν πληρώνονταν για τις μελέτες. Οι ασθενείς στις δύο ομάδες ήταν παρόμοιοι (Hillman et al, 1990). Συνεπώς, οι ιατροί δίνουν εντολή για περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις αν έχουν κέρδος από αυτήν την ενέργειά τους. Σύμφωνα με το Δρ. Arnold Relman,

...τα οικονομικά κίνητρα τώρα διαδραματίζουν πολύ πιο σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της συμπεριφοράς των περισσότερων ιατρών...Η τεχνολογική «έκρηξη» παρείχε τα εργαλεία και η ασφάλεια απομάκρυνε τους οικονομικούς περιορισμούς της χρήσης τους που μπορεί να είχαν βιώσει ιατροί ή ασθενείς παλιότερα...Σ' αυτό το κλίμα, η σύγκρουση συμφερόντων που πάντα υπήρχε στο σύστημα καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες παίρνει μεγαλύτερες και πιο ενοχλητικές διαστάσεις... (Relman, 1983).

Στην άλλη πλευρά του φάσματος της υπερβολικής φροντίδας και της φροντίδας κάτω από το επιτρεπτό όριο, η κατά κεφαλήν πληρωμή ή η έμμισθη απασχόληση από μια κερδοσκοπική επιχείρηση μπορεί να δημιουργήσει κλίμα εχθρικό στην παροχή επαρκών υπηρεσιών. Τη δεκαετία του 1970, μια σειρά οργανισμών υγείας, τα προπληρωμένα προγράμματα υγείας, εμφανίστηκαν ξαφνικά για να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς του Medicaid στην Καλιφόρνια. Η ποι-

ότητα της φροντίδας σε αρκετά προπληρωμένα προγράμματα υγείας προκάλεσε μεγάλο σκάνδαλο στην Καλιφόρνια. Σε ένα ανάλογο πρόγραμμα, οι διαχειριστές αυτού έστειλαν γραπτό μήνυμα στους παροχείς ιατρικής φροντίδας: «Κάντε όσο το δυνατόν λιγότερα πράγματα μπορείτε για τον ασθενή του προγράμματος», και οι φάκελοι των ασθενών που ελέγχθηκαν από την Υπηρεσία Υγείας της Καλιφόρνια αποκάλυψαν πολλές περιπτώσεις θεραπείας κάτω από το επιτρεπτό όριο. Τα προπληρωμένα προγράμματα υγείας λάμβαναν εφάπαξ για κάθε εγγεγραμμένο ασθενή, γεγονός που σήμαινε ότι όσο χαμηλότερη ήταν η δαπάνη των υπηρεσιών που πράγματι παρέχονταν, τόσο μεγαλύτερα ήταν τα κέρδη του προπληρωμένου προγράμματος υγείας (Γερουσία των Ηνωμένων Πολιτειών –U.S. Senate, 1975).

Η ποσότητα και η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας είναι πάρα πολύ στενά συνδεδεμένες. Η υπερβολική ή η πολύ λίγη φροντίδα μπορεί να είναι επιζήμια. Η έρευνα του Wennberg (1986) και των Fisher & Wennberg (2003) έδειξε ότι παρόμοιοι πληθυσμοί σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές έχουν ευρέως ποικίλα ποσοστά χειρουργικών επεμβάσεων και ημερών νοσοκομειακής περίθαλψης, χωρίς διαφορά στα κλινικά αποτελέσματα μεταξύ εκείνων στις περιοχές με υψηλά και χαμηλά ποσοστά φροντίδας.

Τα συστήματα φροντίδας υγείας & η ποιότητα της φροντίδας

Οι περικοπές προσωπικού ήταν τρομερές και το προσωπικό είχε μειωθεί από τέσσερις εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες ανά βάρδια σε δύο, με μόνο δύο βοηθούς να παρέχουν βοήθεια. Η Shelley Rush, εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια, είχε καθυστερήσει 2 ώρες στη χορήγηση φαρμάκων και είχε να κάνει πέντε ενέσεις ινσουλίνης, με περίπλοκα προγράμματα δόσεων. Μέλος μιας οικογένειας όρμησε στο χώρο των νοσηλευτριών λέγοντας «Η κυρία στο δωμάτιο της μητέρας μου δείχνει να μην είναι καλή». Η Shelley έτρεξε εκεί και βρήκε την ασθενή σε κωματώδη κατάσταση. Γρήγορα έβλεξε το σάκχαρο στο αίμα, το οποίο ήταν καταστροφικά χαμηλό στα 20 mg/dL. Η Shelley χορήγησε 50% γλυκόζη και η ασθενής ξύπνησε. Τότε το συνειδητοποίησε- είχε κάνει ένεση ινσουλίνης στο λάθος ασθενή.

Τα ιδρύματα παροχής φροντίδας υγείας πρέπει να είναι καλά οργανωμένα, με επαρκές και ικανό προσωπικό. Η Shelley Rush ήταν υπέροχη νοσηλεύτρια αλλά η έλλειψη προσωπικού την οδήγησε να κάνει σοβαρό λάθος. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα νοσοκομεία με περισσότερες εγγεγραμμένες νοσηλεύτριες στο προσωπικό έχουν χαμηλότερα ποσοστά χειρουργικών επιπλοκών (Kovner & Gergen, 1998) και χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας (Aiken et al, 2002).

Το βιβλίο *Θεραπεύοντας την Ιατρική Φροντίδα (Curing Health Care)* των Berwick, Godfrey & Roessner (1990) ξεκινά με ένα σπαρακτικό περιστατικό:

Πέθανε αηλιά δεν χρειαζόταν να γίνει κάτι τέτοιο. Ο ειδικευόμενος καθόταν και σχεδόν έκλαιγε στο πληκτικό γραφείο πίσω από το χώρο των νοσηλευτών στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Ήταν 2:00 π.μ. και πάλευε για 32 ώρες να σώσει τη ζωή της εικοσιτριάρχωνης απόφοιτης που μόλις είχε υποστεί την τελευταία καρδιακή προσβολή.

Ο ειδικευόμενος έσυρε ένα μεγάλο φάκελο από στρατό-

χαρτο (manila) στην επιφάνεια του γραφείου. «Ρίξε μια ματιά σ' αυτό» είπε. «Ακτινογραφία θώρακα ρουτίνας που βγήκε πριν από δέκα μήνες. Ο όγκος είναι ακριβώς εκεί και ήταν θεραπεύσιμος- τότε. Μέχρι τη στιγμή που βγήκε η δεύτερη ακτινογραφία οκτώ μήνες αργότερα, επειδή παραπονιόταν για πόνο, ήταν πολύ αργά. Ο όγκος είχε κάνει παντού μετάσταση και οι πιθανότητες ήταν απεισιστικά εναντίον της. Ό, τι κάναμε από τότε ήταν απλά στ' αλήθεια ευσεβείς πόθοι. Χάσαμε την ευκαιρία μας και έχασε την ευκαιρία της.» Εξαντλημένος, ο ειδικευόμενος έκρυψε το πρόσωπό του με τα χέρια του και έκλαιγε.

Δύο μήνες αργότερα, η Επιτροπή για την Εξασφάλιση της Ποιότητας ολοκλήρωσε την έρευνά της... «Θεωρούμε την φροντίδα των εσωτερικών ασθενών αξιόπαινη σ' αυτό το τραγικό περιστατικό», κατέληξε η σύντομη αναφορά, «αν και η αποτυχία αναγνώρισης του όγκου σ' ένα στάδιο που ήταν δυνατή η θεραπεία δέκα μήνες νωρίτερα ήταν ατυχής...». Πουθενά σ' αυτήν την αναφορά δεν αναφέρθηκε με σαφήνεια ο λόγος που τα αποτελέσματα της πρώτης ακτινογραφίας θώρακα δεν είχαν οδηγήσει σε ενέργειες. Κανένας δεν γνώριζε.

Ένα χρόνο αργότερα... Ήταν 2:00 π.μ. και ο νυχτερινός φύλακας καθάριζε το γραφείο του ακτινολόγου. Καθώς μετακινούσε μια αρχαιοθήκη για να σκουπίσει το χώρο από πίσω, πήρε το μάτι του ένα σκονισμένο, σκούρο φάκελο που είχε κολλήσει ανάμεσα στην αρχαιοθήκη και στον τοίχο. Ο φάκελος περιείχε ένα κίτρινο φύλλο ακτινολογικού πορίσματος και η ημερομηνία- σχεδόν δύο χρόνια νωρίτερα- έπαισε το φύλλακα ότι επρόκειτο πράγματι για σκουπίδια...Το έριξε στα υπόλοιπα σκουπίδια και τέσσερις ώρες αργότερα αποτεφρώθηκε μαζί με άλλα άχρηστα αντικείμενα...(Berwick et al, 1990).

Αυτή η ασθενής ίσως να είχε τέλεια πρόσβαση στη φροντίδα για μια ασθένεια με θεραπεία επιστημονικά αποδεδειγμένη και ίσως να είχε επισκεφτεί ιατρό που να ήξερε πώς να κάνει τη διάγνωση και να χορηγήσει την κατάλληλη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά η ποιότητα της φροντίδας της ήταν καταστροφικά ελλιπής. Αρκετοί άνθρωποι και εκατοντάδες διαδικασίες επηρεάζουν τη φροντίδα ενός ανθρώπου που πάσχει από κάποια ασθένεια. Στην περίπτωση της, ένα άτομο- ίσως ένας υπάλληλος του αρχείου με σχεδόν τέλειο ιστορικό χειρισμού χιλιάδων ακτινολογικών πορισμάτων- έχασε ένα πόρισμα και το ιατρείο δεν είχε σύστημα ελέγχου παραλαβής ή μη των ακτινολογικών πορισμάτων. Το αποτέλεσμα ήταν το πιο τραγικό από τις παραλείψεις στον τομέα της ποιότητας- ο θάνατος ενός νέου ατόμου που δεν ήταν απαραίτητο να συμβεί.

Ο τρόπος οργάνωσης των συστημάτων και των ιδρυμάτων φροντίδας υγείας επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας. Παραδείγματος χάριν, οι μονάδες εντατικής θεραπείας που δεν χρειάζονταν καθημερινές επισκέψεις από έναν εντατικολόγο συνδέθηκαν με τριπλάσια αύξηση στην ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα σε επεμβάσεις κοιλιακής αορτής (Pronovost et al, 1999). Όταν οι εντατικολόγοι παρέιχαν συνεχή φροντίδα στους ασθενείς είτε επιτόπου είτε με μεθόδους τηλεπαρακολούθησης, η θνησιμότητα, η οποία σχετιζόταν με την σοβαρότητα του περιστατικού, στη μονάδα εντατικής θεραπείας μειώθηκε σε ποσοστό 46%- 68%, σε σύγκριση με τη συνηθισμένη φροντίδα (Rosenfeld et al, 2000).

Ο Oliver Hart ζούσε σε μια πόλη 80.000 κατοίκων. Εισήχθη

στο Νοσοκομείο Primary Care με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια που προκλήθηκε από ελαττωματική μιτροειδή βαλβίδα. Του είπαν ότι χρειαζόταν ημι-επείγουσα επέμβαση καρδιάς για να αντικατασταθεί η βαλβίδα. Ο καρδιολόγος είπε «Μπορείτε να πάτε στο Νοσοκομείο University 30 μίλια μακριά ή να κάνετε την επέμβαση εδώ» αλλή δεν είπε ότι το Νοσοκομείο Primary Care πραγματοποίησε μόνο επτά επεμβάσεις καρδιάς τον προηγούμενο χρόνο. Ο κύριος Hart επέλεξε να παραμείνει για τη διαδικασία και κατά τη διάρκεια της επέμβασης ένα σημαντικό μηχανήμα έπαθε βλάβη και αυτός πέθανε στο χειρουργικό τραπέζι.

Η ποιότητα της φροντίδας πρέπει να εξεταστεί στα πλαίσια των περιφερειακών συστημάτων φροντίδας (βλ. Κεφάλαιο 6) και όχι απλά εντός κάθε ιδρύματος φροντίδας υγείας. Στα πλαίσια μίας μελέτης, το 27% των θανάτων που συνδέονταν με την επέμβαση bypass σε νοσοκομεία με μικρό αριθμό τέτοιων επεμβάσεων θα μπορούσε να είχε προληφθεί με παραπομπή αυτών των ασθενών σε νοσοκομεία που πραγματοποιούσαν περισσότερες ανάλογες επεμβάσεις (Dudley et al, 2000). Ενώ η σημασία του χάσματος ποιότητας που αφορά στο μικρό και το μεγάλο αριθμό επεμβάσεων είναι υπό συζήτηση (Peterson et al, 2004), σε γενικές γραμμές υπάρχει συμφωνία ως προς το ότι η ποιότητα βελτιώνεται με την εμπειρία αυτών που παρέχουν τη φροντίδα (Luft et al, 1990, Kizer, 2003). Αν κάποιος είχε αναφέρει στον κύριο Hart τους σχετικούς δείκτες χειρουργικής θνησιμότητας στο Νοσοκομείο University, το οποίο πραγματοποιούσε 500 επεμβάσεις καρδιάς κάθε χρόνο, και τους αντίστοιχους δείκτες στο Νοσοκομείο Primary Care, θα είχε επιλέξει να μεταφερθεί 30 μίλια παρακάτω. Όχι μόνο έχει σημασία ο όγκος των επεμβάσεων σε ένα νοσοκομείο αλλά εξίσου σημαντικός είναι και ο όγκος των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται από το συγκεκριμένο χειρουργό (Birkmeyer, 2003).

Τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1980, ο Δρ. Donald Berwick (1989) και άλλοι συνειδητοποίησαν ότι η ποιότητα της φροντίδας δεν είναι απλά θέμα του αν ένας ιατρός ή κάποιος πάροχος φροντίδας είναι ικανός ή όχι. Αν δεν είναι καλά οργανωμένα, τα περίπλοκα συστήματα εντός των ιατρικών ιδρυμάτων μεταξύ αυτών μπορούν να καταστρέψουν τις καλύτερες προσπάθειες των επαγγελματιών για παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Υπάρχουν δύο προσεγγίσεις στο πρόβλημα της βελτίωσης της ποιότητας... (Η μία είναι) η θεωρία των Χαλασμένων Μήλων –Theory of Bad Apples, επειδή εκείνοι που συμφωνούν μ' αυτήν πιστεύουν ότι η ποιότητα επιτυγχάνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο αν ανακαλύψουμε τα χαλασμένα μήλα και τα απομακρύνουμε από το σωρό... Η θεωρία των Χαλασμένων Μήλων δίνει ώθηση γρήγορα σ' αυτό που μπορεί να ονομαστεί η αντίδραση «το μήλο μου είναι μια χαρά, ευχαριστώ»...και δεν αναζητά την κατανόηση αλλή τη διαφυγή. (Η άλλη είναι) η θεωρία της Συνεχούς Βελτίωσης –Theory of Continuous Improvement. Τα αξιώματά της είναι απλά...Ακόμα και όταν οι άνθρωποι έφταναν στη ρίζα των ελαττωμάτων,...το πρόβλημα σε γενικές γραμμές δεν είχε να κάνει με το κίνητρο ή την προσπάθεια αλλή μάλλον με τον κακό σχεδιασμό της εργασίας, την αδυναμία των αρχηγών ή τον ασαφή σκοπό. Η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί πολύ περισσότερο όταν οι άνθρωποι υποτίθεται ότι προσπαθούν ήδη σκληρά και δεν κατηγορούνται για νωθρότητα. Ο φόβος του είδους που

γεννιέται από την πειθαρχική προσέγγιση δηλητηριάζει τη βελτίωση της ποιότητας αφού οδηγεί αναπόφευκτα στην απώλεια της ευκαιρίας για μάθηση.

Η αθηθινή βελτίωση στην ποιότητα εξαρτάται ... από τη συνεχή βελτίωση σ' ολόκληρο τον οργανισμό μέσω της συνεχούς προσπάθειας μείωσης της σπατάλης, των αλλαγών και της περιπλοκότητας. Όταν κάποιος είναι ξεκάθαρος και σταθερός στο σκοπό του, όταν ο φόβος δεν ελέγχει την ατμόσφαιρα (και συνεπώς τα δεδομένα), όταν η μάθηση καθοδηγείται από ακριβείς πληροφορίες... και όταν η καρδιά και το ταλέντο όλων των εργαζομένων στρατεύονται στην αναζήτηση καλύτερων μεθόδων, η δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας είναι σχεδόν απεριόριστη... Ένα αποτέλεσμα εξέτασης που χάθηκε, ένας ειδικός ιατρός που δεν μπορεί να προσεγγιστεί, μια χαμένη ή παρερμηνευμένη εντολή, διπλή γραφική εργασία, ένα εξαφανισμένο ιστορικό, μια μεγάλη αναμονή για την αξονική τομογραφία, ένα αναξιόπιστο σύστημα επισκέψεων αποτελούν πολύ γνωστά παραδείγματα σπατάλης, αλλαγών, περιπλοκότητας και λαθών στην καθημερινή ζωή του ιατρού...Για το μέσο ιατρό, η ποιότητα λείπει όταν τα συστήματα αποτυγχάνουν (Berwick, 1989).

Η ανάλυση του Δρ. Berwick οδήγησε πολλά ιδρύματα παροχής ιατρικής φροντίδας να ενστερνιστούν τη θεωρία της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας ως τεχνική ενίσχυσης της ποιότητας της φροντίδας (βλ. παρακάτω).

Συνοψίζοντας, η καλή ποιότητα της φροντίδας μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο με πολλούς τρόπους.

Η Angie Roth πάσχει από νόσο της στεφανιαίας και μπορεί να χρειαστεί επέμβαση bypass. Παρακάτω τίθενται μερικά ζητήματα στην περίπτωση της: (1) Αν είναι ανασφάλιστη και δεν μπορεί να πάει σε ιατρό, είναι αδύνατο να λάβει ποιότητα υψηλής φροντίδας, (2) Αν δεν υπάρχουν ξεκάθαρες κατευθυντήριες γραμμές σε σχέση με το ποιος επωφελείται από την επέμβαση bypass και ποιος όχι, ο ιατρός της μπορεί να κάνει λάθος επιλογή. (3) Ακόμα κι αν υπάρχουν ξεκάθαρες κατευθυντήριες γραμμές, αν ο ιατρός της Angie Roth δεν αξιολογήσει σωστά την ασθένειά της ή την παραπέμψει σε χειρουργό με περιορισμένες χειρουργικές ικανότητες, η ποιότητα μπορεί επηρεαστεί αρνητικά. (4) Αν οι ενδείξεις για επέμβαση δεν είναι ξεκάθαρες στην περίπτωση της αλλή ο χειρουργός θα έχει οικονομικό όφελος από τη διαδικασία, η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί, ενώ δεν είναι απαραίτητο. (5) Ακόμα κι αν η επέμβαση είναι κατάλληλη και πραγματοποιηθεί από έναν εξαιρετικό χειρουργό, ο ελαττωματικός εξοπλισμός στο χειρουργείο ή ένα νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς εκπαίδευση που θα του δίνει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει χειρουργικές επιπλοκές μπορούν να οδηγήσουν σε κακό αποτέλεσμα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Σε αρκετά νήπια σε ένα νοσοκομείο χορηγήθηκε επινεφριδίνη κατά λάθος και υπήρξαν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους. Μια ανάλυση αποκάλυψε ότι αρκετοί φαρμακοποιοί είχαν κάνει το ίδιο λάθος. Το πρόβλημα προκλήθηκε από την ίδια εμφάνιση των μπουκαλιών που περιείχαν Βιταμίνη E και επινεφριδίνη στο φαρμακείο. Αυτό ήταν λάθος του συστήματος.

Μια επιδημία απροσδόκτων θανάτων στον καρδιοπνευμονικό θάλαμο ερευνηθήκαν. Οι ώρες των θανάτων συσχετίστηκαν με τα πρόγραμμα του προσωπικού, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι ήταν υπεύθυνη μία νοσοκόμα. Αποδείχθηκε ότι χορηγούσε θανατηφόρες δόσεις διγοσίνης στους ασθενείς. Αυτό δεν αποτελούσε λάθος του συστήματος.

Τα ζητήματα της ποιότητας πρέπει να ερευνηθούν για να προσδιοριστεί αν αποτελούν λάθη του συστήματος ή προβλήματα με συγκεκριμένο πάροχο φροντίδας. Κατά παράδοση, η εξασφάλιση της ποιότητας έχει εστιάσει σε μεμονωμένους παροχείς φροντίδας και μεμονωμένα ιδρύματα σε μια προσέγγιση «χαλασμένου μήλου» που βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε κυρώσεις. Πιο πρόσφατα, η ποιότητα έχει εξεταστεί υπό το πρίσμα του μοντέλου συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας που αναζητά να ενισχύσει την κλινική απόδοση όλων των συστημάτων φροντίδας και όχι μόνο τους εξωτερικούς παράγοντες με εξαιρετικά φτωχή ποιότητα φροντίδας. Η κίνηση προς ένα μοντέλο συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας απαιτεί ανάπτυξη πιο τυποποιημένων στάνταρ φροντίδας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως σημεία αναφοράς για τη μέτρηση της ποιότητας και πιο συστηματική συλλογή στοιχείων για τη μέτρηση της γενικής απόδοσης και όχι απλά της απόδοσης σε μεμονωμένα περιστατικά.

Η παραδοσιακή προσέγγιση στη διασφάλιση της ποιότητας: ο προσδιορισμός των χαλασμένων μήλων και η επιβολή κυρώσεων

Κατά παράδοση, το σύστημα φροντίδας υγείας εμπιστεύεται σε μεγάλο βαθμό τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και τις υπηρεσίες χορήγησης αδειών και διαπίστευσης υπηρεσιών, προκειμένου να διασφαλιστεί η ικανότητα παροχής φροντίδας υγείας των ατόμων και των ιδρυμάτων. Οι επαγγελματίες της υγείας χρειάζεται να υποβληθούν σε αυστηρό πρόγραμμα εκπαίδευσης και να περάσουν ειδικές εξετάσεις για χορήγηση άδειας προκειμένου να διασφαλιστεί πως οι παροχείς της φροντίδας κατέχουν τουλάχιστον ένα βασικό επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων. Όμως, έχει καταστεί σαφές ότι δεν είναι όλα τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία την εκπαίδευσή τους και έχουν περάσει τις καθιερωμένες εξετάσεις για χορήγηση άδειας ικανοί κλινικοί ιατροί. Σε μερικές περιπτώσεις, αυτό αντανακλά αποτυχία των συστημάτων εκπαίδευσης και χορήγησης άδειας και σε άλλες οι κλινικοί ιατροί μπορεί να ήταν ικανοί ιατροί όταν έδωσαν εξετάσεις αλλά οι ικανότητές τους περιορίστηκαν. Οι περισσότεροι επαγγελματίες του τομέα της υγείας ακολουθούν το γνωμικό «Μόλις πάρεις την άδεια, την έχεις για πάντα».

Οι υπηρεσίες χορήγησης αδειών σε επαγγελματίες του τομέα της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν απαιτούν περιοδικές επανεξετάσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συμβούλια αδειών μόνο απαντούν σε παράπονα ασθενών ή επαγγελματιών του τομέα της υγείας για αμελή ή αντιεπαγγελματική συμπεριφορά. Πολλοί οργανισμοί που απονέμουν πιστοποίηση του συμβουλίου χορήγησης ιατρικής ειδικότητας απαιτούν από τους ιατρούς να δίνουν εξετάσεις περιοδικά για να έχουν ενεργή πιστοποίηση της ειδικότητας. Όμως, στην πιστοποίηση της ειδικότητας δεν χρειάζεται να χορηγηθεί άδεια και η απώλεια της πιστοποίησης σπάνια έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ικανότητα συνέχισης εξάσκησης του επαγγέλματος.

Η παραδοσιακή προσέγγιση στην εξασφάλιση της ποιότητας έχει επίσης βασιστεί σε μεγάλο βαθμό στην πίεση από συναδέλφους εντός των νοσοκομείων, των οργανισμών υγείας και της ιατρικής κοινότητας γενικά. Η επιθεώρηση από συναδέλφους είναι η αξιολόγηση από ιατρούς της καταλληλότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από άλλους ιατρούς, συνήθως ίδιας ειδικότητας. Η επιθεώρηση από συναδέλφους αποτελεί τμήμα της ιατρικής για δεκαετίες (για παράδειγμα, οι επιτροπές διαχείρισης μοσχευμάτων μελετούν τα χειρουργικά δείγματα για να καθορίσουν αν με τις σκληροκοιλιδοτομές ή τις υπερτεκτομές έχουν όντως αφαιρεθεί άρρωστα όργανα, οι επιτροπές για τα πιστοποιητικά επιθεωρούν τα προσόντα των ιατρών για προνόμια νοσοκομειακού προσωπικού και οι επιτροπές ιατρικής δεοντολογίας εξετάζουν πιθανές παραβιάσεις δεοντολογίας). Αλλά η επιθεώρηση από τους συναδέλφους ήρθε στο προσκήνιο με την ψηφίωση του νόμου που θέσπιζε το πρόγραμμα Medicare το 1965.

Το Medicare έδωσε στην Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (που μετονομάστηκε σε Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης Οργανισμών Φροντίδας Υγείας) την εξουσία να διακόπτει τη συνεργασία νοσοκομείων με το πρόγραμμα Medicare αν η ποιότητα της φροντίδας διαπιστωνόταν να είναι ελλιπής. Η Επιτροπή απαιτεί από το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων να δημιουργήσει επιτροπές επιθεώρησης από συναδέλφους με σκοπό τη διατήρηση της ποιότητας της φροντίδας.

Αυτή η Επιτροπή κατά παράδοση εφαρμόζε τα κριτήρια της δομής και της διαδικασίας αλλά όχι του αποτελέσματος για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Τα κριτήρια της δομής περιλαμβάνουν παράγοντες όπως η καθαριότητα του νοσοκομείου και το αν ο απινιδωτής της αίθουσας επειγόντων περιστατικών λειτουργεί κανονικά. Τα κριτήρια της διαδικασίας περιλαμβάνουν το αν τα ιατρικά ιστορικά υπαγορεύονται και υπογράφονται εγκαίρως ή αν η επιτροπή για τα πιστοποιητικά αρχειοθετεί τα πρακτικά των συνεδριάσεων της. Πιο πρόσφατα, η Επιτροπή έδωσε επίσης έμφαση στα αποτελέσματα και συμπεριέλαβε κριτήρια, όπως οι δείκτες θνησιμότητας για τις χειρουργικές διαδικασίες, οι αναλογίες θανάτων που μπορούν να προληφθούν και τα ποσοστά παρενεργειών από φάρμακα και μολύνσεων των τραυμάτων.

Το 1972, το Medicare δημιούργησε μία νέα δομή ελέγχου της ποιότητας, τους επαγγελματικούς οργανισμούς επιθεώρησης των στάνταρ, που αντικαταστάθηκαν το 1982 από οργανισμούς επιθεώρησης από ιατρούς, οι οποίοι ιδρύθηκαν σε κάθε πολιτεία ή περιφέρεια για να ελέγχουν τις εισαγωγές στα νοσοκομεία για την καταλληλότητα και την ποιότητα αυτών. Με δυνατότητα άρνησης πληρωμής από το Medicare σε νοσοκομεία για εισαγωγές που θεωρούνται ακατάλληλες, αυτοί οι οργανισμοί εμφανίστηκαν να είναι μηχανισμός ελέγχου δαπανών με τη μορφή προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας. Πιο πρόσφατα, το Medicare αναμόρφωσε τους εν λόγω οργανισμούς σε αληθινούς οργανισμούς βελτίωσης της ποιότητας.

Η Angela Lopez, 57 χρόνων, υπέφερε από μεταστατικό καρκίνο των ωοθηκών αηλιά αισθανόταν καλή και προσευχόταν να ζήσει 9 μήνες ακόμα. Ο γιος της ήταν το πρώτο μέλος της οικογένειας που πήγε ποτέ στο πανεπιστήμιο και ήλπιζε να τον δει να αποφοιτά. Είχε αποφασίσει να γίνει έγχυση της χημειοθεραπείας απευθείας στην περιτοναϊκή κοιλότητά της. Καθώς γινόταν έγχυση του διαλύματος στην κοιλιά της, αισθάνθηκε αυξανόμενη

πίση, ζήτησε από τη νοσηλεύτρια να σταματήσει το υγρό και αυτή κάλεσε τον ιατρό, ο οποίος είπε να μην ανησυχούν. Δύο ώρες αργότερα, η κυρία Lopez βλαχάνισε και απαίτησε να σταματήσει η έγχυση του υγρού. Η νοσηλεύτρια κάλεσε εκ νέου τον ιατρό αλλήλ μια ώρα αργότερα η κυρία Lopez πέθανε. Η κοιλιά της ήταν τεταμένη από το υγρό που πίεζε τους πνεύμονές της και σταμάτησε την κυκλοφορία μέσω της κάτω κοιλίας φλέβας της. Η επιτροπή διασφάλισης της ποιότητας έκρινε το περιστατικό ως θάνατο που μπορούσε να προληφθεί και άσκησε κριτική στον ιατρό για τη χορήγηση υπερβολικής ποσότητας υγρού και για αδυναμία επαρκούς ανταπόκρισης στην κλήση της νοσηλεύτριας. Ο ιατρός απάντησε ότι δεν έφταιγε και ότι η νοσηλεύτρια δεν του είχε αναφέρει πόσο άρρωστη ήταν η ασθενής. Η υπόθεση έκλεισε.

Το 1989, ένα νοσοκομείο έθεσε το Δρ. Apple υπό επιτήρηση γιατί πραγματοποίησε έναν υπερβολικά μεγάλο αριθμό βρογχοσκοπήσεων και η επιτήρηση έληξε μετά από 6 μήνες. Το 1991, ο Δρ. Apple ακόμα πραγματοποιούσε βρογχοσκοπήσεις σχεδόν σε όλους τους ασθενείς του με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, μια κατάσταση για την οποία γενικά η βρογχοσκόπηση δεν ενδείκνυται. Ο Δρ. Apple συχνά δεν πραγματοποιούσε τις καθιερωμένες μη διηθητικές διαγνωστικές εξετάσεις, όπως οι εξετάσεις πνευμονικής λειτουργίας. Μια νοσοκομειακή επιτροπή συνέταξε τις ενδείξεις για βρογχοσκόπηση αλλήλ το 1993 αυτός ακόμα δεν συμμορφωνόταν με τις κατευθυντήριες γραμμές, τα προνόμιά του ως μέλος του προσωπικού έπαψαν να ισχύουν, μετακόμισε σε άλλη πόλη και αναζήτησε πρόνοια σε άλλο νοσοκομείο.

Μέχρι σήμερα, οι παραδοσιακές στρατηγικές της χορήγησης αδειών και της επιθεώρησης από συναδέλφους με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας δεν αποτελούσαν ιδιαίτερα αποτελεσματικά εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

1. Η επιθεώρηση από συναδέλφους συχνά εμμένει στη Θεωρία των Χαλασμένων Μήλων, επιχειρώντας να τιμωρήσει τους ιατρούς (να τους μετακινήσει από το βαρέλι με τα μήλα) για τα λάθη τους αντί να βελτιώσει τις ικανότητές τους στην εξάσκηση του επαγγέλματος μέσω εκπαίδευσης. Ο ιατρός που προκάλεσε τον θάνατο της κυρίας Lopez που θα μπορούσε να προληφθεί αντέδρασε στην κριτική των συναδέλφων κατηγορώντας τη νοσηλεύτρια αντί να διδαχθεί από το λάθος του. Μια μελέτη του 1990 ανακάλυψε ότι οι οργανισμοί επιθεώρησης από συναδέλφους του Medicare δεν χρησιμοποιούσαν θετικά κίνητρα για να αλλάξουν την εξάσκηση του επαγγέλματος και βασιζόνταν σε αναποτελεσματικές ποινικές μεθόδους (Lohr, 1990). Σε μια επίδειξη του έσχατου αποτελέσματος που προκαλεί ο φόβος της τιμωρίας, αρκετά νοσοκομεία ερευνήθηκαν για αλλοίωση των σημειώσεων από τις συσκέψεις για τη διασφάλιση της ποιότητας, προκειμένου να κρύψουν προβλήματα ποιότητας από την Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης Οργανισμών Φροντίδας Υγείας –JCAHO (Gottlieb, 1992) και οι ιατροί έχουν συμπεριφερθεί ανάλογα (Prosser, 1992). Η απόκρυψη των λαθών αντί για τη διόρθωσή τους αποτελεί το κληροδότημα ενός ποινικού μηχανισμού διασφάλισης της ποιότητας (Leape, 1994).
2. Σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενης αμέλειας, μιας κατάστασης που δεν άλλαξε από εκπαιδευτικές προ-

σπάθειες (παραδείγματος χάριν, ο Δρ. Apple που στ' αλήθεια έπρεπε να είχε απομακρυνθεί από το σωρό), πολλές επιτροπές διασφάλισης της ποιότητας αρνούνται να ενεργήσουν αυστηρά.

3. Ακόμα κι αν οι κυρώσεις για τα αληθινά «χαλασμένα μήλα» είχαν περισσότερη ισχύ, αυτά τα μέτρα δεν θα έδιναν λύση στο πρόβλημα της ποιότητας. Η απομάκρυνση των αδιαμφισβήτητα «χαλασμένων μήλων» από το σωρό δεν αφορά όλα τα προβλήματα ποιότητας που προκύπτουν από ικανούς παροχείς φροντίδας που δεν αποδίδουν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Τα συστήματα φροντίδας υγείας στ' αλήθεια χρειάζονται τρόπους διασφάλισης της βασικής κλινικής ικανότητας και της δυνατής επιβολής κυρώσεων σε παροχείς φροντίδας που, παρά τις προσπάθειες βελτίωσης δεν μπορούν να λειτουργήσουν με βασικά στάνταρ αποδεκτής εξάσκησης του επαγγέλματος. Ωστόσο, τα μέτρα χρειάζονται επίσης για να μετατοπίσουν την καμπύλη της συνολικής κλινικής απόδοσης σε ένα υψηλότερο επίπεδο ποιότητας και όχι απλά να απομακρύνουν τους εξωτερικούς παράγοντες εξαιρετικά φτωχής ποιότητας.
4. Οι επιθεωρητές των συναδέλφων τους ιατρών συχνά διαφωνούν ως προς το αν η ποιότητα της φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις είναι επαρκής ή όχι (Laffel & Berwick, 1993). Μια μελέτη ενός Αμερικανικού οργανισμού επιθεώρησης από ιατρούς κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι κρίσεις για την ποιότητα της φροντίδας από τον εν λόγω οργανισμό και οι επιθεωρητές της μελέτης συμφώνησαν λίγο περισσότερο από το αναμενόμενο κατά τύχη (Rubin et al, 1992). Λόγω αυτών των περιορισμών, γίνονται τώρα προσπάθειες τυποποίησης των στάνταρ της φροντίδας με την εφαρμογή κατευθυντήριων γραμμών στην εξάσκηση της ιατρικής και μετακίνησης από την επιθεώρηση μεμονωμένων περιστατικών σε πιο συστηματικό έλεγχο των μοτίβων συνολικής εξάσκησης επαγγέλματος.

Κατευθυντήριες γραμμές στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος

Ο Δρ. Benjamin Waters ήταν απογοητευμένος από ασθενείς που τον επισκέπτονταν με ακράτεια ούρων. Ποτέ δεν έμαθε για το πρόβλημα αυτό όταν ήταν φοιτητής και έτσι απλά παρέπεμπε τους συγκεκριμένους ασθενείς σε ουρολόγο. Στο δικό του πρόγραμμα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ήταν γνωστό ότι παρέπεμπε ασθενείς σε υπερβολικό βαθμό, έτσι ένιωθε ότι βρισκόταν σε αδιέξοδο. Δεν μπορούσε να χειριστεί το πρόβλημα, ωστόσο δεν ήθελε να παραπέμψει αλλού τους ασθενείς. Βρήκε λύση στο δίλημά του χορηγώντας με συνταγή ταμπόν για την ακράτεια και πάνες αλλήλ δεν ένιωθε κατ' αυτό.

Η Δρ. Denise Drier έμαθε για την ακράτεια ούρων ως ειδικευόμενη στην οικογενειακή ιατρική αλλήλ δεν ένιωθε ασφαλής ώστε να αντιμετωπίζει το εν λόγω πρόβλημα. Ένας ασθενής της έφερε ένα φυλλάδιο με τίτλο Ακράτεια Ούρων σε Ενήλικες, Οδηγός για Ασθενείς, από την Υπηρεσία Ερευνών και Ποιότητας για τη Φροντίδα Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών. Η Δρ. Drier το διάβασε και ζήτησε αλλήλ ένα ακόμα έντυπο, τις Κατευθυντήριες Γραμμές στην Εξάσκηση της Ιατρικής για την Ακράτεια Ούρων σε Ενήλικες. Μελέτησε το υλικό

και το εφάρμοσε στους ασθενείς της που έπασχαν από ακράτεια. Μετά από μερικά ικανοποιητικά αποτελέσματα, αυτή και οι ασθενείς της αισθάνονταν καλύτερα με τον εαυτό τους.

Σε πολλές ιατρικές καταστάσεις υπάρχει ένας καλύτερος και ένας χειρότερος τρόπος διάγνωσης και χορήγησης θεραπείας. Οι ιατροί μπορεί να μη γνωρίζουν τον καλύτερο τρόπο λόγω αδυναμιών στην εκπαίδευσή τους, περιορισμένης εμπειρίας ή ανεπαρκούς χρόνου ή κινήτρου για εκμάθηση νέων τεχνικών. Γι' αυτά τα προβλήματα, οι κατευθυντήριες γραμμές στην εξάσκηση της ιατρικής μπορεί να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Το 1989, το Κογκρέσο ίδρυσε την Υπηρεσία για την Πολιτική και Έρευνα στη Φροντίδα Υγείας που τώρα ονομάζεται Υπηρεσία Ερευνών και Ποιότητας για τη Φροντίδα Υγείας - Agency for Health Care Research and Quality, με σκοπό την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών στην εξάσκηση της ιατρικής, μεταξύ άλλων καθηκόντων. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές αποτελούν δημιούργημα εξειδικευμένων ομάδων και κάνουν συγκεκριμένες συστάσεις στους ιατρούς σχετικά με τον τρόπο θεραπείας κλινικών καταστάσεων όπως ο διαβήτης, η οστεοπόρωση, η ακράτεια ούρων και ο καταρράκτης. Πολλοί οργανισμοί έχουν συντάξει ανάλογες κατευθυντήριες γραμμές ποικίλης επιστημονικής αξιοπιστίας (Kassirer, 1993). Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές δεν είναι κατάλληλες για πολλές κλινικές καταστάσεις. Η αβεβαιότητα ξεπερνάει την κλινική ιατρική και αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές είναι εφαρμόσιμες μόνο σ' εκείνες τις περιπτώσεις όπου απολαμβάνουμε «νησιά γνώσεων μέσα στις θάλασσες της άγνοιας μας» (islands of knowledge in our seas of ignorance). Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές μπορούν να βοηθήσουν αλλά όχι και να αντικαταστήσουν την κρίση των ιατρών στην αναζήτηση ποιότητας υψηλής φροντίδας (Brook, 1989).

Ο Pedro Urrutia, 59 χρόνων, παρατήρησε νυκτουρία ήπιας μορφής και συχνότητα στην ούρηση. Ο φίλος του είχε καρκίνο του προστάτη και αυτός ανησύχησε. Ο ουρολόγος είπε ότι ο προστάτης του ήταν μόνο ελαφρά διογκωμένος, το PSA του, βάσει των εξετάσεων αίματος, ήταν φυσιολογικό και η επέμβαση δεν ήταν απαραίτητη. Ο κύριος Urrutia ήθελε την επέμβαση και βρήκε άλλον ουρολόγο να την πραγματοποιήσει.

Στα 82 του χρόνια, ο James Chin παρατήρησε νυκτουρία και επίσχεση ούρων. Ήπια δύο ποτήρια κρασί στα γενέθλια της γυναίκας του και αργότερα εκείνη τη νύχτα δεν μπορούσε να ουρήσει. Πήγε στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών, ανακάηψαν ότι έχει μεγάλο προστάτη χωρίς οζίδια και του έβαλαν καθετήρα. Ο ουρολόγος του συνέστησε επίμονα εκτομή του προστάτη διαμέσου της ουρήθρας, ο κύριος Chin αρνήθηκε, σκεπτόμενος ότι η κατακράτηση ούρων προκαλούνταν από το αλκοόλ και πέντε χρόνια αργότερα ήταν κακά στην υγεία του, με τον προστάτη του ακέραιο.

Η δυσκολία όσον αφορά στη δημιουργία ενός συνόλου ενδείξεων για επέμβαση, όπως είναι για παράδειγμα η επέμβαση για καλοήγη διόγκωση του προστάτη, συνίσταται στο ότι οι προτιμήσεις των ασθενών ποικίλλουν έντονα. Μερικοί, όπως ο κύριος Urrutia επιθυμούν επέμβαση προστάτη ακόμα κι αν αυτή δεν είναι ξεκάθαρα απαραίτητη και άλλοι όπως ο κύριος Chin έχουν σοβαρούς λόγους για επέμβαση αλλά δεν τη προτιμούν. Οι κατευθυντήριες γραμμές πρέπει

να λάβουν υπόψη όχι μόνο τα επιστημονικά στοιχεία αλλά και τις επιθυμίες των ασθενών (Wennberg, 1990).

Βελτιώνουν αυτές οι γραμμές εξάσκησης της ιατρικής από μόνες τους την ποιότητα της φροντίδας; Οι περισσότερες μελέτες αποκαλύπτουν ότι είναι ανεπιτυχείς στην επιρροή στους ιατρούς ως προς τον τρόπο εξάσκησης του επαγγέλματός τους (Cabana et al, 1999). Όμως, αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές είναι σημαντικό συστατικό σε πιο επιτυχημένες στρατηγικές που πάνε παραπέρα από την απλή ενημερωτική διάδοση των κατευθυντήριων γραμμών προς πιο ενεργητική ενίσχυση αυτών των στόνων για «την καλύτερη εξάσκηση επαγγέλματος» (Bero et al, 1998). Παραδείγματα πιο ενεργών στρατηγικών αποτελούν τα συστήματα των υπολογιστών για την υπενθύμιση στους ιατρούς του πότε οι ασθενείς χρειάζονται ορισμένες υπηρεσίες σύμφωνα με μια εντολή, παραδείγματος χάριν, ένα σύστημα υπενθύμισης σχετικά με τις γυναίκες που πρέπει να κάνουν μαστογραφία. Άλλες στρατηγικές που επίσης ανακαλύφθηκαν για να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα των κατευθυντήριων γραμμών είναι οι έμπιστοι συνάδελφοι («τα άτομα που εκφράζουν τις βασικές απόψεις») και οι επισκέπτες ειδικοί, (οι οποίοι παρέχουν την υπηρεσία του «academic detailing»- μια διαδικασία βάσει της οποίας οι εκπαιδευτές του τρέμης της υγείας επισκέπτονται το γραφείο τους, για να παρέμβουν μέσω ενός εκπαιδευτικού ζητήματος, για μια χρονική περίοδο 15- 20 λεπτών), που πραγματοποιούν μικρές ομαδικές συνεδρίες με κλινικούς ιατρούς για να επιθεωρήσουν και να ενισχύσουν τις κατευθυντήριες γραμμές εξάσκησης της ιατρικής (Soumerai et al, 1998).

Αξιολόγηση των προτύπων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος

Ένα από τα κεντρικά δόγματα της Προσέγγισης της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας είναι η ανάγκη συστηματικού ελέγχου του πόσο καλά οι μεμονωμένοι παροχείς φροντίδας υγείας, τα ιδρύματα και οι οργανισμοί αποδίδουν. Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι δεικτών που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κλινικής απόδοσης: η διαδικασία και το αποτέλεσμα. Η διαδικασία της φροντίδας αναφέρεται στους τύπους των υπηρεσιών εκείνων που παρέχονται από παροχείς φροντίδας, όπως είναι παραδείγματος χάριν η χορήγηση ασπιρίνης με συνταγή σε ασθενείς με νόσο της στεφανιαίας ή η περιστροφή των ακίνητων ασθενών στα κρεβάτια του νοσοκομείου τακτικά για να αποτραπεί το έλκος της κατάκλισης. Τα αποτελέσματα είναι ο θάνατος, τα συμπτώματα, η πνευματική υγεία, οι σωματικές λειτουργίες και οι σχετικές εκδοχές της κατάστασης υγείας και αποτελούν τη χρυσή τομή αξιολόγησης της ποιότητας. Όμως, τα αποτελέσματα (ιδιαίτερα εκείνα που έχουν να κάνουν με την ποιότητα ζωής και όχι απλά τη θνησιμότητα) είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Πιο εύκολα υπολογισίμα αποτελέσματα όπως η θνησιμότητα μπορεί να είναι σπάνια και συνεπώς να μην παρέχουν πληροφορίες για την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας για πολλές καταστάσεις που δεν είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή. Επίσης, τα αποτελέσματα μπορεί να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη βαθύτερη σοβαρότητα της ασθένειας και τα σχετικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και όχι απλά από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που έλαβαν οι ασθενείς (Luce et al, 1994, Donabedian, 1988). Όταν υπολογίζουμε τα αποτελέσματα για τους ασθενείς, είναι απαραίτητο να «προσαρμόζουμε στον κίνδυνο» εκείνες τις μετρήσεις αποτελεσμάτων για να εντοπίσουμε τις διαφορές στα βαθύτερα

χαρακτηριστικά των εκάστοτε ομάδων των ασθενών. Λόγω αυτών των προκλήσεων στη χρήση των αποτελεσμάτων ως μέτρων ελέγχου της ποιότητας της φροντίδας, το μέτρο της διαδικασίας τείνει να εφαρμόζεται συχνότερα. Προκειμένου να είναι τα μέτρα αυτά έγκυροι δείκτες ποιότητας πρέπει πρώτα να υπάρχει επαρκής έρευνα που να αποδεικνύει ότι όντως οι διαδικασίες επηρεάζουν τα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Οι κατευθυντήριες γραμμές άσκησης της ιατρικής στηρίζονται σ' αυτήν την ιατρική προσέγγιση με βάση τεκμήρια, προκειμένου να περιγράψουν τις καλύτερες πρακτικές που αναμένεται ότι θα οδηγήσουν σε ιδανικά αποτελέσματα για τους ασθενείς για συγκεκριμένες καταστάσεις.

Η Δρ. Susan Cutter δεν ένιωθε καλά. Η υστερεκτομή θεωρείται ρουτίνα. Κατά κάποιον τρόπο είχε τραυματίσει από προσεξία το παχύ έντερο της ασθενούς, μιας γυναίκας 45 χρόνων με ινοειδή συμπτώματα της μήτρας αλλά με κατά τα άλλα καλή υγεία πριν την επέμβαση. Τα βακτήρια από το έντερο είχαν εισχωρήσει στην κοιλιά της και μετά από μια παρατεταμένη μάχη στη μονάδα εντατικής θεραπείας η ασθενής πέθανε από σηπτικό σοκ.

Η Δρ. Cutter συναντήθηκε με τον Επικεφαλής του Χειρουργικού Τμήματος στο νοσοκομείο και αυτός επιθεώρησε την περίπτωση αυτής αλλά επίσης έβγαλε μια αναφορά που έδειχνε τις στατιστικές όλων των χειρουργικών περιστατικών της τα τελευταία 5 χρόνια. Σύμφωνα με την αναφορά, οι δείκτες θνησιμότητας και επιπλοκών της Δρ. Cutter ανήκαν στους χαμηλότερους όλων των χειρουργών του νοσοκομείου. Όμως, αυτός όντως παρατήρησε ότι ένας άλλος χειρουργός, ο Δρ. Dehiscence είχε δείκτη επιπλοκών πολύ υψηλότερο από εκείνον όλων των άλλων χειρουργών του προσωπικού. Ο Επικεφαλής του Χειρουργικού ζήτησε από τη Δρ. Cutter να συμμετέχει σε μια επιτροπή του τμήματος για να επιθεωρήσει τα περιστατικά του Δρ. Dehiscence και να συναντηθεί μαζί του για να σκεφτούν τρόπους αντιμετώπισης της χαμηλής του απόδοσης.

Η σύγχρονη προσέγγιση στον έλεγχο της ποιότητας κινείται πέρα από την εξέταση μερικών μεμονωμένων περιστατικών, προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης διαδικασιών ή αποτελεσμάτων που αφορά ένα μεγάλο πληθυσμό ασθενών. Παραδείγματος χάριν, μια παραδοσιακή προσέγγιση της επιθεώρησης ιατρών είναι η επιθεώρηση κάθε περίπτωσης ασθενούς που πεθαίνει κατά τη διάρκεια επέμβασης. Η επιθεώρηση ενός μεμονωμένου περιστατικού μπορεί να βοηθήσει ένα χειρουργό και τη χειρουργική ομάδα να κατανοήσουν πού ενδεχομένως έγιναν λάθη. Όμως, δεν δείχνει αν το περιστατικό αντιπροσώπευε ένα ασυνήθιστο κακό αποτέλεσμα για ένα χειρουργό ή μια ομάδα που συνήθως έχουν καλά χειρουργικά αποτελέσματα ή αν η περίπτωση είναι ενδεικτική πιο διευρυσμένων προβλημάτων. Για να δοθεί απάντηση σ' αυτά τα ερωτήματα είναι απαραίτητη η εξέταση των στοιχείων όλων των ασθενών που χειρουργήθηκαν από το χειρουργό και την ομάδα του ώστε να υπολογιστεί το συνολικό ποσοστό των χειρουργικών επιπλοκών και η ύπαρξη κάποιων σημείων αναφοράς που να δείχνουν αν το ποσοστό είναι υψηλότερο από το αναμενόμενο για παρόμοιους τύπους ασθενών.

Ο Mel Litus ήταν ο υπεύθυνος νοσηλευτής για την εκπαίδευση πάνω στο διαβήτη για μια μεγάλη ιατρική ομάδα. Αφού είδε ακόμα έναν ασθενή να επιστρέφει

στην κλινική ενώ του είχαν ακρωτηριάσει το πόδι ή είχε υποστεί καρδιακή προσβολή, ο Mel αναρωτήθηκε πώς η κλινική ομάδα θα μπορούσε να προλάβει τις επιπλοκές του διαβήτη. Η ιατρική ομάδα είχε πρόσφατα εφαρμόσει ένα νέο σύστημα κλινικών πληροφοριών με υπολογιστή. Ο Mel συναντήθηκε με τον επικεφαλής της διαχείρισης του συστήματος των υπολογιστών και κανόνισε να έχει τυπωμένο ένα κείμενο με όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις παραπομπές και τα φάρμακα για τους διαβητικούς ασθενείς της ιατρικής ομάδας. Όταν επιθεώρησε το κείμενο, παρατήρησε ότι πολλοί ασθενείς δεν πήγαιναν στα ραντεβού πολύ τακτικά και δεν λάμβαναν σημαντικές υπηρεσίες όπως οι τακτικές οφθαλμολογικές επισκέψεις και τα φάρμακα που προστατεύουν τα νεφρά από τις βλάβες του διαβήτη. Ο Mel συναντήθηκε με τον επιστημονικό διευθυντή για τη βελτίωση της ποιότητας προκειμένου να συζητήσουν ένα πρόγραμμα για να μοιραστούν αυτές τις πληροφορίες με το προσωπικό της κλινικής και να δημιουργήσουν ένα σύστημα πιο στενού ελέγχου της φροντίδας των διαβητικών ασθενών.

Πολλοί ιατρικοί σύλλογοι, από τις μικρές ομάδες ιατρών με ιατρεία μέχρι τους τεράστιους, κάθετα ενοποιημένους οργανισμούς υγείας, ξεκινούν να ελέγχουν τα πρότυπα της φροντίδας και να παρέχουν ανατροφοδότηση πάνω σ' αυτήν τη φροντίδα στους ιατρούς και στο υπόλοιπο προσωπικό των οργανισμών. Ο σκοπός της εν λόγω ανατροφοδότησης είναι να θέσει σε επιφυλακή τους παροχείς και τους οργανισμούς ιατρικής φροντίδας σχετικά με τα πρότυπα της φροντίδας που δεν πετυχαίνουν τα ιδανικά στάνταρ, προκειμένου να προκαλέσουν προσπάθειες βελτίωσης των διαδικασιών. Η αντίδραση μπορεί να συνίσταται σε μεμονωμένους ιατρούς που συστηματικά επιθεωρούν τη φροντίδα ορισμένων τύπων ασθενών και κλινικών καταστάσεων μέχρι ολόκληρους οργανισμούς που επανασχεδιάζουν το σύστημα της φροντίδας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της σκιαγράφησης της εξάσκησης του επαγγέλματος είναι η καταμέτρηση του ποσοστού λήψης ενδεδειγμένων υπηρεσιών από διαβητικούς ασθενείς, όπως οι ετήσιες οφθαλμολογικές εξετάσεις, η περιοδική εξέταση των επιπέδων HbA_{1c} και η αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας. Η αποτύπωση της διαδικασίας της φροντίδας θέτει σε επαγρύπνηση τους μεμονωμένους παροχείς φροντίδας για συγκεκριμένους διαβητικούς ασθενείς που χρειάζεται να ειδοποιηθούν για ορισμένες εξετάσεις και τονίζει πρότυπα φροντίδας που δηλώνουν ότι ο οργανισμός πρέπει να εφαρμόσει συστηματικές μεταρρυθμίσεις όπως τα αναπτυσσόμενα προγράμματα διαχείρισης περιστατικών για διαβητικούς ασθενείς με ανεπαρκή έλεγχο της κατάστασής τους (McCulloch et al, 1998).

Ο ερχομός των συστημάτων πληροφορικής με υπολογιστές δημιούργησε τεράστιες ευκαιρίες ελέγχου της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της φροντίδας για ολόκληρους πληθυσμούς, σε πολλές περιπτώσεις αντικαθιστώντας την επίπονη μέθοδο της επιθεώρησης των ατομικών ιατρικών φακέλων των ασθενών που αποτελούσε χαρακτηριστικό των παραδοσιακών προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας. Όλες σχεδόν οι διαδικασίες της φροντίδας υγείας τώρα λαμβάνουν χώρα μέσω εντολών από υπολογιστή που δημιουργούν μια έτοιμη πηγή δεδομένων που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξέταση των προτύπων των υπηρεσιών. Τα ηλεκτρονικά ιατρικά ιστορικά δημιουργούν ακόμα πιο περιεκτικές τράπεζες κλινικών πληροφοριών στους υπολογιστές για μεγάλους αριθμούς ασθενών. Σε με-

ρικές περιπτώσεις, τα ηλεκτρονικά ιατρικά ιστορικά επίσης παράγουν τα συστήματα υπενθύμισης που αναφέρθηκαν παραπάνω. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα της φροντίδας βελτιώνεται όταν χρειάζεται οι ιατροί να εισάγουν τις εντολές του νοσοκομείου απευθείας σε υπολογιστή αντί να τις γράφουν με το χέρι και ο υπολογιστής θέτει σε επαγρύπνηση τον ιατρό αν αυτός δώσει εντολή για ακατάλληλη δόση φαρμάκου ή για φάρμακο στο οποίο είναι γνωστό ότι ο ασθενής είναι αλλεργικός (Kuperman & Gibson, 2003). Η Ομάδα Leapfrog, ένα σύνολο εταιρειών που αγοράζουν ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους τους έχει προσυπογράψει την καταχώρηση σε υπολογιστή των εντολών ως μια μεταρρύθμιση που χρειάζεται σε όλα τα νοσοκομεία (Kaushal et al, 2003).

Η μεγιστοποίηση της υπεροχής για τους μεμονωμένους επαγγελματίες της φροντίδας υγείας αποτελεί μόνο ένα συστατικό της συνταγής για φροντίδα υγείας υψηλής ποιότητας. Η βελτίωση των ιδρυμάτων είναι το άλλο, μέσω τεχνικών για συνεχή βελτίωση της ποιότητας, η οποία περιλαμβάνει την αναγνώριση συγκεκριμένων προβλημάτων και το σχηματισμό διεπιστημονικών ομάδων για τη συγκέντρωση πληροφοριών και την πρόταση και εφαρμογή λύσεων στα προβλήματα.

Στο Νοσοκομείο LDS στο Σοϊτ Λέικ Σίτι, η ποικιλία στα ποσοστά μόλυνσης των τραυμάτων από διαφορετικούς ιατρούς συνδέθηκε με το χρόνο προφυλακτικής χορήγησης αντιβιοτικών. Οι ασθενείς που έλαβαν αντιβιοτικά 2 ώρες πριν από την επέμβαση παρουσίασαν πιο χαμηλά ποσοστά μόλυνσεων. Το χειρουργικό τμήμα υιοθέτησε μια πολιτική σύμφωνα με την οποία όλοι οι ασθενείς θα λάμβαναν αντιβιοτικά ακριβώς 2 ώρες πριν την επέμβαση και το ποσοστό των μετεγχειρητικών μόλυνσεων των τραυμάτων μειώθηκε από 1,8% σε 0,4% (Blumenthal, 1993).

Αυτές οι επιτυχίες απλά σημειώνονται αλλά δεν κυριαρχούν στο τοπίο της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Η Θεωρία Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας οδήγησε σε μικρή βελτίωση αλλά δεν υπάρχουν ακόμα αποδείξεις μια ευρείας επίδρασης στην ποιότητα (Shortell et al, 1998, Solberg et al, 2000). Αυτή η Θεωρία Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Σε κλινικές και νοσοκομεία με οικονομικά προβλήματα και προσωπικό λιγότερο από το απαιτούμενο, η διαθεσιμότητα χρόνου από την πλευρά των διοικητών για οργάνωση ομάδων Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας και από την πλευρά των υπαλλήλων- μελών αυτών των ομάδων κοινής συνάντησης αποτελεί σημαντικό εμπόδιο. Οι Ιατροί, τα πρόσωπα- «κλειδιά» στα εν λόγω προγράμματα Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας, συχνά δεν συμμετέχουν. Τα κερδοσκοπικά ιδρύματα μπορεί να μην θεωρούν ότι η Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας επηρεάζει το κατώτατο όριό τους. Η μακροπρόθεσμη υπόσχεση της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας είναι η δυνατότητά της όχι μόνο να βελτιώσει την ποιότητα αλλά και να μειώσει τις δαπάνες να εξοικονομήσει και χρήματα.

Το άνευ συνοχής σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών επίσης δημιουργεί προβλήματα στα αναπτυσσόμενα συστήματα αποτελεσματικού ελέγχου. Πολλά ιατρικά προγράμματα, ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι και άλλοι οργανισμοί στέλνουν στους ιατρούς πληροφορίες πάνω στο πρότυπο της άσκησης του επαγγέλματος σχετικά με το πώς αυτοί αποδίδουν σε διαδικασίες φροντίδας όπως οι προληπτικές υπηρεσίες και η φροντίδα των ασθενών με χρόνια ασθένεια. Όμως, αυτά τα πρότυπα συχνά δεν

συνδέονται με συστηματικές προσπάθειες εργασίας με παροχές φροντίδας για τη βελτίωση των διαδικασιών της φροντίδας. Επιπλέον, οι ιατροί συχνά αντιμετωπίζουν μπαράζ αιτιώσεων στοιχείων για το πρότυπο της άσκησης του επαγγέλματος που προέρχονται από πολλαπλά προγράμματα, και το κάθε πρόγραμμα συχνά καλύπτει μόνο λίγους ασθενείς από αυτούς που εξυπηρετεί ο ιατρός. Τα στοιχεία επίσης είναι ανακριβή λόγω του υψηλού τζίρου των ασθενών στα προγράμματα υγείας και από συστήματα δεδομένων που δεν έχουν ομοιομορφία και αξιοπιστία (Hofer et al, 1999).

Η Θεωρία της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας μπορεί να εισάγει λειτουργικά συστήματα στα ιδρύματα και εξίσου σημαντικό είναι να ενώσει τα ιδρύματα σε λειτουργικά συστήματα. Προς αποφυγή προβλημάτων ποιότητας των χειρουργικών μονάδων με μικρό αριθμό διαδικασιών, κάθε μηχανήμα υψηλής τεχνολογίας πρέπει να υπάρχει σε έναν επιλεκτο αριθμό μονάδων υγείας σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Ένα ισχυρό πρόγραμμα περιφερειακού σχεδιασμού θα μπορούσε να εξαλείψει την περιττή αντιγραφή των υποδομών - που είναι βαθιά «ριζωμένη» σε καταστροφικές ανταγωνιστικές ρυθμίσεις μεταξύ των ιδρυμάτων για τη φροντίδα της υγείας- που υπονομεύει την ποιότητα υψηλής φροντίδας. Δεν έχει νόημα να εφαρμόζει κανείς μεθόδους Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας για να αναβαθμιστεί η ποιότητα μιας καρδιοχειρουργικής μονάδας που πρέπει να κλείσει.

Το Ινστιτούτο για τη Βελτίωση της Ιατρικής Φροντίδας χρηματοδοτεί συλλόγους για να βοηθήσει τα ιδρύματα και τις ομάδες ιδρυμάτων να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας και την πρόσβαση σ' αυτήν ενώ μειώνει ιδανικά τις δαπάνες (www.ihf.org). Εκατοντάδες οργανισμοί για τη φροντίδα της υγείας έχουν συμμετάσχει σε συλλόγους που ασχολούνται με ζητήματα όπως η βελτίωση της φροντίδας στις χρόνιες ασθένειες, η μείωση των χρόνων αναμονής, η βελτίωση της φροντίδας στο τέλος της ζωής και η μείωση των παρενεργειών από τα φάρμακα. Οι σύλλογοι περιλαμβάνουν και συνεδρίες μάθησης κατά τη διάρκεια των οποίων ομάδες από διάφορα ιδρύματα συναντιούνται και συζητούν την εφαρμογή μιας μεθοδολογίας ταχείας αλλαγής εντός των ιδρυμάτων. Μερικές από τις επιτυχίες του εν λόγω Ινστιτούτου έλαβαν χώρα στον τομέα των χρόνιων ασθενειών, με μια ποικιλία ιδρυμάτων- από μεγάλα ενοποιημένα συστήματα παροχής υπηρεσιών μέχρι τα μικροσκοπικά αγροτικά, κοινοτικά κέντρα υγείας- να εφαρμόζουν ένα νέο, χρόνο μοντέλο βελτίωσης αποτελεσμάτων για καταστάσεις όπως ο διαβήτης, το άσθμα και η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Wagner et al, 2001, Bodenheimer et al, 2002). Μένει να δούμε αν αυτές οι επιτυχίες μπορούν να διατηρηθούν στο πέρασμα του χρόνου και να εφαρμοστούν ευρύτερα στο σύστημα φροντίδας υγείας.

Κάρτες αναφοράς της ποιότητας

Η Προσέγγιση της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας δίνει έμφαση στο συστηματικό έλεγχο της φροντίδας προκειμένου να παρέχει εσωτερική ανατροφοδότηση στους ιατρούς και στους οργανισμούς υγείας για την παρακίνηση βελτιωμένων διαδικασιών φροντίδας. Μια διαφορετική προσέγγιση του έλεγχου της ποιότητας είναι η κατεύθυνση αυτών των πληροφοριών προς το κοινό. Αυτή η προσέγγιση θεωρεί τη δημοσίευση συστηματικών μέτρων της ποιότητας της φροντίδας- που συνήθως

αναφέρονται ως «κάρτες αναφοράς» της Ιατρικής φροντίδας- ως εργαλείο εξουσιοδότησης των ατόμων που λαμβάνουν ιατρική φροντίδα προκειμένου να επιβέβουν υψηλότερης ποιότητας παροχές φροντίδας και ιδρύματα. Οι υποστηρικτές αυτής της πιο βασισμένης στην αγορά προσέγγισης υποστηρίζουν ότι όντας οπλισμένοι με αυτήν την πληροφορία, οι ασθενείς και τα άτομα που αγοράζουν την φροντίδα της υγείας τους θα λαμβάνουν πιο ενημερωμένες αποφάσεις και θα είναι σε προνομιακή θέση ώστε να αναζητούν οργανισμούς φροντίδας υγείας με καλύτερους βαθμούς στις κάρτες αναφοράς. Μια πρώτη κάρτα αναφοράς ήταν το πρόγραμμα της Διαχείρισης της Χρηματοδότησης της Ιατρικής Φροντίδας για τη δημοσίευση των δεικτών νοσοκομειακής θνησιμότητας μεταξύ των ασθενών του Medicare, ανά νοσοκομείο. Η κάρτα αναφοράς δέχθηκε οξεία κριτική επειδή τα νοσοκομεία με τα πιο άρρωστα άτομα βεβαίως είχαν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας και η εικόνα τους στα μάτια του κόσμου ήταν χειρότερη. Το πρόγραμμα εγκαταλείφθηκε όταν η Διαχείριση Χρηματοδότησης της Ιατρικής Φροντίδας αποφάσισε- ακόμα και αφού προσπάθησε να προσαρμόσει τα δεδομένα για τη σοβαρότητα της ασθένειας- ότι τα δεδομένα ήταν υπερβολικά ανακριβή για να είναι χρήσιμα (Blumenthal, 1996).

Ένα σημαντικό πείραμα στις κάρτες αναφοράς των μεμονωμένων ιατρών εγκαινιάστηκε από την Υπηρεσία Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης το 1990. Η υπηρεσία δημοσιοποίησε στοιχεία για τους δείκτες θνησιμότητας για επέμβαση bypass, με βάση τον κίνδυνο, που πραγματοποιούνται σε κάθε νοσοκομείο στην πολιτεία και το 1992 οι δείκτες θνησιμότητας επίσης δημοσιεύτηκαν για τον κάθε καρδιοχειρουργό. Η λίστα της κάθε χρονιάς αποτελούσε σημαντική ειδηση και ήταν σε μεγάλο βαθμό αμφιλεγόμενη. Η απόπειρα προσαρμογής των στοιχείων περί θνησιμότητας για την σοβαρότητα της ασθένειας είναι αρκετά εκλεπτυσμένη για να αναγνωρίζεται ως το χρυσό σημείο μεταξύ των συστημάτων αυτού του είδους αλλά ακόμα και με αυτό το επίπεδο εκλεπτύσεως, η μεθοδολογία της προσαρμογής στον κίνδυνο είναι περιορισμένη. Τα προβλήματα γίνονται πιο εμφανή όταν κάποιος λάβει υπόψη ότι σε 1 χρόνο, το 46% των χειρουργών έχει μετακινηθεί από το ένα μισό της βαθμολογημένης λίστας στο άλλο.

Αρκετά εντυπωσιακά αποτελέσματα προέκυψαν από το εν λόγω πρόγραμμα: (1) Οι ασθενείς δεν άλλαζαν τα νοσοκομεία με υψηλούς δείκτες θνησιμότητας για εκείνα με τους χαμηλότερους. (2) Είκοσι επτά χειρουργοί με μικρό αριθμό επεμβάσεων και προσαρμοσμένους στον κίνδυνο δείκτες θνησιμότητας 2,5 με 5 φορές το μέσο όρο της πολιτείας σταμάτησαν να πραγματοποιούν επεμβάσεις bypass στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης. (3) Σε 4 χρόνια, η συνολική θνησιμότητα της επέμβασης bypass προσαρμοσμένης στον κίνδυνο μειώθηκε κατά 41% στην πολιτεία της Νέας Υόρκης. Η θνησιμότητα από αυτήν την επέμβαση επίσης μειώθηκε σε πολιτείες χωρίς κάρτες αναφοράς αλλά όχι τόσο πολύ. (4) Μερικοί χειρουργοί, ανήσυχτοι για τις κάρτες αναφοράς, ίσως να είχαν επιλέξει να μην κάνουν επέμβαση στους ασθενείς που διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο προκειμένου να βελτιώσουν τη βαθμολογία τους στις κάρτες αναφοράς. Είναι πιθανό να προέκυψε αυτή η μείωση στη χειρουργική θνησιμότητα εν μέρει από την άρνηση της επέμβασης στα ασθενέστερα άτομα. (5) Παίζοντας με το σύστημα, τα νοσοκομεία αύξησαν σημαντικά την αναφορά ιατρικών

καταστάσεων που συνυπήρχαν (κάνοντας τους ασθενείς να φαίνονται ασθενέστεροι), ως εκ τούτου χρεώνοντας πιο πολύ τις επεμβάσεις τους, προκαλώντας πιο ριψοκίνδυνες προσπάθειες, και επιτρέποντας στους δείκτες θνησιμότητας τους να προσαρμόζονται σε πτωτική φορά.

Το πείραμα της κάρτας αναφοράς της πολιτείας της Νέας Υόρκης φαίνεται να είχε μικρότερη επίδραση στην αλλαγή των αποφάσεων αγοράς ασθενών και αγοραστών παρά στην υποκίνηση βελτιώσεων στην ποιότητα των νοσοκομείων με άσχημα χειρουργικά αποτελέσματα. Αν και η δημοσιοποίηση των στοιχείων απόδοσης ίσως να μην είχε προκαλέσει την επιλογή νοσοκομείων από πλευράς καταναλωτών με βάση την ποιότητα, ίσως να ήταν εξαιρετικό κίνητρο για μερικά νοσοκομεία να «αγκαλιάσουν» πιο ανεπιφύλακτα τις δραστηριότητες για τη βελτίωση της ποιότητας (Marshall et al, 2000, Chassin et al, 1996).

Το πιο σημαντικό πείραμα κάρτας αναφοράς είναι το Σύνολο Πληροφοριών και Στοιχείων των Εργοδοτών για Προγράμματα Υγείας –Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS), που δημιουργήθηκε από την Εθνική Επιτροπή για τη Διασφάλιση της Ποιότητας –National Committee for Quality Assurance (NCQA), έναν ιδιωτικό οργανισμό που ελέγχεται από μεγάλους οργανισμούς υγείας HMOs και σημαντικούς εργοδότες. Το εν λόγω σύνολο (HEDIS) είναι μια λίστα με περισσότερους από 50 δείκτες απόδοσης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των οργανισμών υγείας HMOs. Τα μέτρα ποιότητας της λίστας αυτής (HEDIS) περιλαμβάνουν το ποσοστό των παιδιών που κάνουν εμβόλια, το ποσοστό των μελών ορισμένων ηλικιών που έχουν κάνει τεστ Παπ, έλεγχο του παχύς εντέρου και μαστογραφίες, το ποσοστό των εγκύων γυναικών που έλαβαν προγεννητική φροντίδα το πρώτο τρίμηνο, το ποσοστό των διαβητικών που έκαναν εξετάσεις αμφιβληστροειδούς χιτώνα και το ποσοστό των καπνιστών για τους οποίους οι ιατροί κατέβαλαν προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος (www.ncqa.org).

Η εν λόγω λίστα (HEDIS) είναι ένα βήμα προόδου όσον αφορά στην τοποθέτηση της ποιότητας πιο ψηλά στην ημερήσια διάταξη της ιατρικής φροντίδας, αλλά οι οργανισμοί υγείας HMOs μπορούν να επιλέξουν να μην κάνουν τη λίστα τους διαθέσιμη στο κοινό. Αυτοί οι οργανισμοί υγείας HMOs που επιλέγουν να μην κάνουν δημόσια αναφορά έχουν πολύ χειρότερους δείκτες απόδοσης της ποιότητας απ' ό,τι οι οργανισμοί που κάνουν την αναφορά (NCQA, 2003). Σε σύγκριση με τους οργανισμούς υγείας που έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα της φροντίδας, τα προγράμματα με χαμηλότερες βαθμολογίες είναι πιο πιθανό να σταματήσουν την αποκάλυψη των στοιχείων ποιότητάς τους τον επόμενο χρόνο (McCormick et al, 2002). Επιπλέον, μόνο το 3% των 2.800 εργοδοτών που εξετάστηκαν στα πλαίσια της έρευνας το 2003 βασίστηκε στα στοιχεία της ποιότητας όταν επέλεγε ιατρικά προγράμματα· η διαπάλη είναι ο κινητήριος παράγοντας στις περισσότερες αποφάσεις των εργοδοτών (Ίδρυμα Κάιζερ για την Οικογένεια –Kaiser Family Foundation, 2003).

Οι κάρτες αναφοράς βασίζονται σε μια φιλοσοφία που λέει «αν δεν μπορείς να το μετρήσεις, δεν μπορείς και να το βελτιώσεις.» Ο Άλμπερτ Αϊνστάιν εξέφρασε μια εναλλακτική φιλοσοφία που θα μπορούσε να δια φωτίσει την επιχείρηση «κάρτες αναφοράς»: «Δεν έχουν σημασία όλα όσα μπορούν να μετρηθούν και δεν μπορούν να μετρηθούν όλα όσα έχουν σημασία.»

Οικονομικά ουδέτερη λήψη κλινικών αποφάσεων

Σε ένα περιβάλλον κλινικής αβεβαιότητας, οικονομικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και όντως επηρεάζουν την ποσότητα και την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Η αναζήτηση ποιοτικής φροντίδας περιλαμβάνει έρευνα για μια οικονομική δομή που δεν ανταμείβει την θεραπεία πάνω ή κάτω από το επιτρεπτό όριο και η οποία διαχωρίζει τα προσωπικά εισοδήματα των ασθενών από τις κλινικές τους αποφάσεις. Τα ισορροπημένα κίνητρα (βλ. Κεφάλαιο 4), που συνδυάζουν στοιχεία κατά κεφαλή πληρωμής ή μισθού και καταβολής κμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, μπορεί να έχουν την καλύτερη ευκαιρία ελαχιστοποίησης της συσχέτισης πληρωμής-θεραπείας (Robinson, 1999), ενθαρρύνοντας τους ιατρούς να κάνουν περισσότερες ενέργειες αληθινά ωφέλιμες για τους ασθενείς, μην προκαλώντας ακατάλληλες και επιζήμιες υπηρεσίες. Η εντελώς οικονομικά ουδέτερη λήψη αποφάσεων θα αποτελεί πάντα ιδανικό και όχι πραγματικότητα.

Μέχρι το 2003, μια νέα έννοια- «η πληρωμή για την απόδοση» -“pay for performance”- κέρδιζε ευρέως την αποδοχή στον τομέα της φροντίδας υγείας (Erstein et al, 2004). Μια εξέχουσα ομάδα εργοδοτών που αποτελούσαν την ομάδα Leapfrog και ένας αριθμός προγραμμάτων υγείας υποστήριζαν τις επιπλέον πληρωμές στους συλλόγους των ιατρών που εμφάνιζαν βελτίωση στους δείκτες ποιότητας (Berwick et al, 2003). Η ομάδα Leapfrog επίσης ελπίζει να ανταμείψει τα υψηλής ποιότητας ιδρύματα για τη φροντίδα της υγείας κατευθύνοντας περισσότερους ασθενείς σε αυτά (Mello et al, 2003).

ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΙ Η ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΗΣ ΠΛΗΜΜΕΛΟΥΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ;

Κατά τη διάρκεια ενός στεφανιογραφήματος, τα έμβοθα έφτασαν στον εγκέφαλο του Ivan Romanov και προκάλεσαν σοβαρό εγκεφαλικό, με απώλεια της χρήσης του αριστερού του χεριού και ποδιού. Το στεφανιογράφημα ήταν κατάλληλο και πραγματοποιήθηκε χωρίς καθόλου τεχνικά λάθη. Ο κύριος Romanov είχε υποστεί ιατρική βλάβη (δηλαδή βλάβη που προκλήθηκε στα πλαίσια της θεραπείας του) αληθιά το γεγονός αυτό δεν οφειλόταν σε αμέλεια.

Κατά τη διάρκεια μιας διαστολής και απόξεσης, ο ιατρός της Judy Morrison εν αγνοία του τρύπησε τη μήτρα της και τραυμάτισε το παχύ της έντερο. Η κυρία Morrison ανέφερε οξύ πόνο αληθιά την έστειλαν στο σπίτι της χωρίς περαιτέρω αξιολόγηση. Επέστρεψε 1 ώρα αργότερα στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών με επίμονο πόνο και εσωτερική αιμορραγία. Χρειάστηκε χειρουργική αποκατάσταση σε δύο στάδια τους επόμενους 4 μήνες. Διαπιστώθηκε από το νομικό σύστημα ότι το ιατρικό λάθος οφειλόταν σε αμέλεια.

Μια ιδιόμορφη ομάδα ιδρυμάτων που απαρτίζουν το λεγόμενο σύστημα ευθυνών για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων αποτελεί σημαντικό τμήμα της φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (Mohr, 2000). Οι στόχοι αυτού του συστήματος ευθυνών για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων είναι δύο: να αποζημιώσει οικονομικά τα άτομα τα οποία, στην πορεία της αναζήτησης φροντίδας υγείας, υπέστη-

σαν ιατρικές βλάβες και να αποτρέψει τους ιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό της φροντίδας υγείας από το να προκαλέσουν βλάβη εξ αμελείας στους ασθενείς τους.

Το υπάρχον σύστημα ευθυνών για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων «παίρνει κακό βαθμό» και στα δύο προαναφερθέντα σημεία. Σύμφωνα με τη Μελέτη της Ιατρικής Ομάδας του Χάρβαρντ, μόνο το 2% των ασθενών που υφίστανται παρενέργειες από ιατρική αμέλεια υποβάλλουν αγωγές για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων που θα τους επιτρέψουν να λάβουν αποζημίωση, γεγονός που σημαίνει ότι το εν λόγω σύστημα ευθυνών αποτυγχάνει στον πρώτο του στόχο. Επιπλέον, το σύστημα αυτό δεν ασχολείται με το 98% των πράξεων που προκαλούνται από αμέλεια των ιατρών, γεγονός που καθιστά δύσκολη την επίτευξη του δεύτερου στόχου. Το σύστημα ευθυνών για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων δεν είναι μόνο μια αποτυχία όσον αφορά τους δικούς του στόχους αλλά έχει και σοβαρές παρενέργειες στην άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος. (Localio et al, 1991) (Πίνακας 12-2).

1. Το σύστημα υποθέτει ότι η τιμωρία, η οποία συνήθως περιλαμβάνει την πληρωμή από την πλευρά των ιατρών μεγάλων χρηματικών ποσών σε έναν ασφαλιστή πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων και το να υπομένουν το υπερβολικό άγχος μιας δίκης για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων, είναι μια λογική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Η ανάλυση του Berwick για τη Θεωρία των Χαλασμένων Μήλων υποδηλώνει ότι ο φόβος μιας αγωγής κάνει τους ιατρούς να μη σκέφτονται τη βελτίωση και προκαλεί μια απάντηση του τύπου «Δεν το έκανα εγώ». Όλο το κλίμα που δημιουργείται από τη δικαστική διαμάχη για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων θαμπώνει την ξεκάθαρη αναλυτική εκτίμηση της ποιότητας.
2. Το σύστημα είναι πολυδάπανο, με λιγότερα από τα μισά ασφάλιστρα πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων που καταβάλλονται από ιατρούς και άλλους παροχείς να φτάνουν όντως στους ασθενείς με τη μορφή αποζημίωσης. Το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων για πλημμελή εκτέλεση καθηκόντων δαπανάται σε δικηγόρους, δικαστικές δαπάνες και ασφάλιση γενικά. Υπενθυμίζουμε τη Μελέτη της Ιατρικής Ομάδας του Χάρβαρντ, όπου μόνο το 28% των ιατρικών λαθών περιελάμβανε όντως αμέλεια (Brennan et al, 1991). Πολλές αγωγές δεν έχουν αξία αλλά δημιουργούν τεράστιες σπάταλες και μη απαραίτητο άγχος στους ιατρούς. Οι ασθενείς που λαμβάνουν αποζημιώσεις κατόπιν πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων από τους ιατρούς συχνά δεν λαμβάνουν αμελή φροντίδα και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αμελή φροντίδα συχνά δεν λαμβάνουν αποζημιώσεις από τους ιατρούς (Brennan et al, 1996).
3. Το σύστημα βασίζεται στην υπόθεση ότι η δίκη ενώπιον ορκωτού δικαστηρίου είναι η καλύτερη μέθοδος καθορισμού της ύπαρξης αμέλειας, που αποτελεί μια υπόθεση αμφισβητήσιμη σε πολύ μεγάλο βαθμό.
4. Οι άνθρωποι με χαμηλότερα εισοδήματα σε γενικές γραμμές λαμβάνουν μικρότερα ποσά (επειδή ο μισθός που χάθηκε λόγω ιατρικού λάθους είναι μικρότερος) και είναι συνεπώς λιγότερο ελκυστικοί στους δικηγόρους που πληρώνονται σε γενικές γραμμές με ποσοστό των χρημάτων αυτών. Ανάλογα, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα που υφίστανται περισσότερες ιατρικές βλάβες είναι λιγότερο πιθανό σε σχέση με τους πλουσιότερους

Πίνακας 12-2. Αγωγές για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων και ποιότητα φροντίδας.^a

Σε 1 εκατομμύριο εισαγωγές στο νοσοκομείο, 37.000 ασθενείς υφίστανται ιατρικές βλάβες που προκαλούνται στα πλαίσια της ιατρικής αντιμετώπισης της κατάστασής τους.

Από τις 37.000 ιατρικές βλάβες, οι 10.212 οφείλονται σε αμέλεια.

Η αμέλεια είναι η αποτυχία να φτάσει κάποιος το καθιερωμένο όριο στην εξάσκηση λειτουργήματος ενός ιατρού με μέσα προσόντα της ίδιας ειδικότητας.

Από τους 10.212 ασθενείς που υφίστανται ιατρικές βλάβες εξ αμελείας, οι 204 υποβάλλουν αγωγή για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων.

Από τα 204 άτομα που υποβάλλουν αγωγή για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων, περίπου τα 102 λαμβάνουν κάποια αποζημίωση.

Συνεπώς,

Μόνο το 1% (οι 102 από τους 10.212) των ασθενών που υφίστανται ιατρικές βλάβες εξ αμελείας, λαμβάνει οποιαδήποτε αποζημίωση για την εν λόγω βλάβη. Το 99% δεν λαμβάνει καμία αποζημίωση.

Από τις 100 αγωγές για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων, μόνο οι 17 περιλαμβάνουν περιστατικά ιατρικής αμέλειας. Το 83% των αγωγών για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων δεν περιλαμβάνει ιατρική αμέλεια.

Συνεπώς,

Το 99% των ασθενών που έχουν υποστεί βλάβη εξ αμελείας δεν λαμβάνουν καμία αποζημίωση και το 83% των ιατρών που μηνύονται για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων δεν έχουν ενεργήσει από αμέλεια. Το σύστημα ευθυνών για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων φαίνεται να μην έχει αποτλησμάτα ούτε για τους ασθενείς ούτε για τους ιατρούς.

^aΣτοιχεία που ελήφθησαν από Brennan TA et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med 1991;324:370; Localio AR et al: Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. N Engl J Med 1991;325:245; and Weiler PC, Newhouse JP, Hiatt HH: Proposal for medical liability reform. JAMA 1992;267:2355.

ανθρώπους να υποβάλλουν αγωγές για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων.

Εν κατακλείδει, το σύστημα ευθυνών για πλημμελή εκτέλεση καθκόντων επιβαρύνεται με δαπανηρούς και αβάσιμους δικαστικούς αγώνες που ταλαιπωρούν τους ιατρούς που δεν έχουν κάνει κανένα λάθος και ταυτόχρονα δεν καταφέρνουν να πειθαρχήσουν ή να εκπαιδεύσουν τους περισσότερους ιατρούς που διαπράττουν σ' αλήθεια ιατρική αμέλεια ώστε να αποζημιώσουν τα περισσότερα πραγματικά θύματα αμέλειας.

Ο Mei Tagaloa υπεβλήθη σε νευροχειρουργική επέμβαση για συμπίεση του νωτιαίου μυελού του από έναν αυχενικό δίσκο. Μόλις ξύπνησε μετά την επέμβαση, ο κύριος Tagaloa δεν μπορούσε να κινήσει καθόλου τα πόδια του ή τα χέρια του. Ύστερα από 3 μήνες αποκατάστασης κατέληξε παραληλητικός σε αναπηρικό καροτσάκι. Έκανε μήνυση στον νευροχειρουργό και στον οικογενειακό του ιατρό. Ο ασφαλιστής πλημμελούς εκτέλεσης καθκόντων των ιατρών πλήρωσε δικηγόρους για να τους υπερασπιστούν. Ο δικηγόρος του κυρίου Tagaloa εφάρμοσε το σύστημα της αμοιβής «υπό αίρεση», με το οποίο θα λάμβανε μόνο το ένα τρίτο του διακανονισμού αν ο κύ-

ριος Tagaloa κέρδιζε την υπόθεση αλλιώς δεν θα λάμβανε τίποτα αν αυτός έχανε.

Μετα από 18 μήνες, η υπόθεση πήγε στο δικαστήριο, οι ιατροί άφησαν τους ασθενείς τους και παρευρέθησαν στην αίθουσα του δικαστηρίου για 3 εβδομάδες. Ο κάθε ιατρός αφιέρωσε πολλή ώρα στην εξέταση ιστορικών και στην συζήτηση της υπόθεσης με τους δικηγόρους. Ο οικογενειακός ιατρός που δεν είχε καμία σχέση με την επέμβαση ήταν τόσο αναστατωμένος με την αγωγή που εμφανίσε έλκος. Οι ένορκοι βρήκαν τον οικογενειακό ιατρό αθώο και το νευροχειρουργό ένοχο αμέλειας. Ο οικογενειακός ιατρός έχασε 8.000 δολάρια από το εισόδημά του επειδή απουσίαζε από την εργασία του. Ο ασφαλιστής πλημμελούς εκτέλεσης καθκόντων του νευροχειρουργού κατέβαλε 900.000 δολάρια στον κύριο Tagaloa, ο οποίος κατέβαλε 300.000 δολάρια στο δικηγόρο.

Έχει γίνει μια λίστα από προτάσεις βελτίωσης του συστήματος πλημμελούς εκτέλεσης καθκόντων.

Διόρθωση των αδικοπραξιών

Η αδικοπραξία είναι μια άδικη πράξη ή βλάβη που γίνεται εσκεμμένα ή εξ αμελείας. Η αμέλεια αναφέρεται στην έλλειψη φροντίδας ή ενδιαφέροντος. Συνεπώς, η πλημμελής εκτέλεση των ιατρικών καθκόντων εντάσσεται στο ευρύτερο νομικό πλαίσιο αδικοπραξιών. Ο Μεταρρυθμιστικός Νόμος της Καλιφόρνια περί Αποζημιώσεως των Ιατρικών Βλαβών και ο Νόμος της Ιντιάνα περί Πλημμελούς Εκτέλεσης των Ιατρικών Καθκόντων αποτελούν παραδείγματα διόρθωσης των αδικοπραξιών και αυτοί οι νόμοι έχουν θέσει όρια στην αποζημίωση που καταβάλλεται στα άτομα που έχουν υποστεί βλάβες αλλά και περιορισμούς στις αμοιβές «υπό αίρεση» των δικηγόρων. Η διόρθωση των αδικοπραξιών μπορεί να βοηθήσει τους ιατρούς μειώνοντας το ρυθμό αύξησης των ασφαλιστρών πλημμελούς εκτέλεσης καθκόντων - τα ασφαλιστρα που εκτοξεύτηκαν στα ύψη σε τουλάχιστον 18 πολιτείες κατά τη διάρκεια των ετών 2001-2003. Όμως, τα ανώτατα όρια στις αμοιβές μπορεί να είναι άδικα προς τους ασθενείς, περιορίζοντας τις πληρωμές σ' εκείνους με τα επιβλαβέστερα λάθη (Mello et al, 2003) (Πίνακας 12-3).

Εναλλακτική επίλυση της διαμάχης

Αυτά τα προγράμματα θα αντικαθιστούσαν τη μεσολάβηση, τη διαιτησία ή τους ιδιωτικούς διακανονισμούς κατόπιν διαπραγματεύσεων για τις δίκες ενώπιον ορκωτού δικαστηρίου στην περίπτωση ιατρικών λαθών. Οι εναλλακτικές λύσεις στη δίκη ενώπιον ορκωτού δικαστηρίου θα μπορούσαν να αποφέρουν μεγαλύτερη αποζημίωση στα άτομα που έχουν υποστεί βλάβη, μειώνοντας τις νομικές δαπάνες και ίσως μετατόπιζαν το διακανονισμό της διαμάχης σε έναν πιο επιστημονικό και λιγότερο συναισθηματικό χώρο.

Μικτή διόρθωση πλημμελούς εκτέλεσης καθκόντων

Έχουν γίνει προτάσεις να μετατοπιστεί η αποζημίωση για ιατρικά λάθη από το σύστημα αδικοπραξιών σε ένα μικτό πρόγραμμα (Studdert & Brennan, 2001). Στα πλαίσια της μικτής πλημμελούς εκτέλεσης καθκόντων, οι ασθενείς που υφίστανται ιατρικές βλάβες θα λάμβαναν αποζημίωση είτε

Πίνακας 12-3. Επιβιογές διόρθωσης της πηλημεθούς εκτέλεσης καθηκόντων.

Διόρθωση των αδικοπραξιών	Τοποθέτηση ορίων στα ποσά πηλημεθούς εκτέλεσης καθηκόντων που καταβάλλονται στους ασθενείς
Εναλλακτική επίλυση της διαμάχης	Αντικατάσταση της μεσοδιάβασης και της διαιτησίας για τις δίκες ενώπιον ορκωτού δικαστηρίου
Χρήση κατευθυντήριων γραμμών στην άσκηση του επαγγέλματος	Βελτίωση της ικανότητας προσδιορισμού του αν ένας ιατρός δείχνει αμέλεια
Μικτή διόρθωση	Παροχή αποζημίωσης σε ασθενείς που υφίστανται ιατρικές βλάβες ανεξάρτητα από το αν η βλάβη οφείλεται σε αμέλεια
Ευθύνη των Επιχειρήσεων	Δημιουργία ευθύνης σε ιδρύματα (νοσοκομεία και οργανισμούς υγείας) για καταβολή αποζημίωσης για ιατρικές βλάβες σε μικτή βάση, ως εκ τούτου δημιουργώντας κίνητρα για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας από αυτά τα ιδρύματα

το λάθος οφειλόταν σε αμέλεια είτε όχι. Χωρίς τις υψηλές αμοιβές των δικηγόρων και τις δίκες ενώπιον ορκωτού δικαστηρίου, η δαπάνη θα μειωνόταν από ένα ποσοστό που ξεπερνά το 50%, περίπου στο 20%. Ένα μικτό σύστημα θα αποζημίωνε πολύ περισσότερους ανθρώπους και θα κόστιζε περίπου τα ίδια χρήματα με το τωρινό σύστημα αδικοπραξιών (Johnson et al, 1992). Επιπλέον, η μικτή προσέγγιση ίσως επέτρεπε στους ιατρούς να τείνουν περισσότερο προς τον προσδιορισμό και την ανοιχτή συζήτηση των ιατρικών λαθών με σκοπό τη διόρθωσή τους (Studdert et al, 2004).

Ευθύνη των επιχειρήσεων

Μια σχετικά νέα ιδέα για διόρθωση της πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων είναι η δημιουργία ιδρυμάτων φροντίδας υγείας- κυρίως νοσοκομείων και οργανισμών υγείας- υπεύθυνων για την αποζημίωση των ιατρικών λαθών (Weiler et al, 1992, Studdart et al, 2004). Όπως και με τις μικτές προτάσεις, οι ασθενείς που υφίστανται ιατρική βλάβη θα αποζημιώνονται ανάλογα με το αν η βλάβη είναι εξ' αμελείας ή όχι. Η ευθύνη των επιχειρήσεων εξελίσσει την έννοια της μικτής, υποχρεώνοντας τα ιδρύματα να καταβάλλουν υψηλότερα ασφάλιστρα αν είναι το μέρος όπου γίνονται περισσότερες ιατρικές βλάβες (είτε προκαλούνται από αποτυχία του συστήματος είτε από ιατρικό λάθος). Έτσι, τα νοσοκομεία και οι οργανισμοί υγείας θα είχαν οικονομικό κίνητρο βελτίωσης της ποιότητας των συστημάτων τους και των επαγγελματιών τους. Οι δίκες ενώπιον ορκωτού δικαστηρίου και οι τεράστιες νομικές αμοιβές θα αποτρέπονταν επειδή δεν θα υπήρχε ανάγκη απόδειξης της αμέλειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κάθε χρόνο, οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες πραγματοποιούν πάνω από 1 δισεκατομμύριο επισκέψεις σε ιατρεία και δαπανούν πάνω από 100 εκατομμύρια μέρες σε νοσοκομεία εντατικής φροντίδας. Ενώ η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις είναι εξαιρετική, ο σκοπός του συστήματος φροντίδας υγείας πρέπει να είναι η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας καθημερινά σε κάθενα ασθενή. Αυτός ο σκοπός παρουσιάζει μια ατελείωτη πρόκληση σε κάθε

πάροχο φροντίδας στον τομέα υγείας και σε κάθε ίδρυμα φροντίδας. Οι ιατροί λαμβάνουν εκατοντάδες αποφάσεις κάθε μέρα, συμπεριλαμβανομένων των ερωτήσεων που θα κάνουν σχετικά με το ιστορικό του ασθενούς, ποια μέρη του σώματος θα εξετάσουν κατά τη διάρκεια της σωματικής εξέτασης, για ποιες εργαστηριακές εξετάσεις και ακτινογραφίες θα δώσουν εντολή και πόσο επείγον είναι αυτό, ποιες διαγνώσεις θα μελετήσουν, ποιες θεραπείες θα προσφέρουν, πότε θα επιστρέψει ο ασθενής για επαναληπτικές εξετάσεις και αν πρέπει να συμβουλευτούν άλλους ιατρούς. Οι νοσηλεύτριες, οι ιατρικοί βοηθοί και οι άλλοι παροχείς φροντίδας αντιμετωπίζουν παρόμοιους αριθμούς αποφάσεων. Είναι ανθρωπίνως αδύνατον να ληφθούν σωστά όλες αυτές οι αποφάσεις σε καθημερινή βάση. Προκειμένου η ιατρική φροντίδα να είναι υψηλής ποιότητας, τα λάθη πρέπει να ελαχιστοποιούνται, τα λάθη με σοβαρές συνέπειες να αποφεύγονται και τα συστήματα να είναι σωστά ώστε να ελαχιστοποιούν, να ανιχνεύουν και να διορθώνουν τα λάθη στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό (Leape, 1994). Ακόμα και όταν όλες οι αποφάσεις είναι ακριβείς από τεχνικής πλευράς, αν οι παροχείς φροντίδας δεν έχουν ευαισθησία ή δεν επιτυγχάνουν στο να παρέχουν στον ασθενή μια πλήρη γκάμα ενημερωμένων επιλογών, η ποιότητα πλήττεται.

Για τον κλινικό ιατρό, η κάθε απόφαση που επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας μπορεί να είναι απλή, αλλά το σύνολο των αποφάσεων όλων των παροχών φροντίδας που επηρεάζουν τη νόσο του ασθενούς κάνει την επίτευξη φροντίδας υψηλής ποιότητας δύσκολη. Προκειμένου να προστατευτεί η ποιότητα της φροντίδας, χρειάζονται νόμοι και κανονισμοί, συμπεριλαμβανομένων και προτύπων για την εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα υγείας, κανονισμών για χορήγηση αδειών, συμβουλίων με εξουσία πειθαρχικής ξεκάθαρων παραβατών και ομάδων εκτίμησης του τρόπου λειτουργίας ενός νοσοκομείου ή μιας ομάδας ιατρών. Αλλά η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας δεν μπορεί να βασίζεται μόνο σε ρυθμιστές στην Ουάσινγκτον, στις πρωτεύουσες των πολιτειών ή στα πλαίσια της πόλης· πρέπει να προέρχεται μέσα από κάθε ίδρυμα, είτε αυτό είναι τεράστιος οργανισμός υγείας, κοινοτικό νοσοκομείο ή ιατρείο με τρεις ιατρούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiken L et al: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288:1987.
- Ayanian JZ: Race, class, and the quality of medical care. *JAMA* 1994; 271:1207.
- Bero L et al: Getting research findings into practice. *Br Med J* 1998; 317:465.
- Berwick DM: Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53.
- Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J: *Curing Health Care*. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
- Berwick DM et al: Paying for Performance (letter). *Health Aff* 2003; 22(6):8.
- Birkmeyer JD et al: Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;349:2117.
- Blumenthal D: Quality of care: What is it? *N Engl J Med* 1996; 335:891.
- Blumenthal D: Total quality management and physicians' clinical decisions. *JAMA* 1993;269:2775.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775, 1909.
- Brennan TA et al: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991;324:370.
- Brennan TA, Sox CM, Burstin HR: Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *N Engl J Med* 1996;335:1963.
- Brook RH: Practice guidelines and practicing medicine: Are they compatible? *JAMA* 1989;262:3027.
- Bunker J: Surgical manpower. *N Engl J Med* 1970;282:135.
- Burstin HR et al: Do the poor sue more? *JAMA* 1993b;270:1697.
- Burstin HR et al: The effect of hospital financial characteristics on quality of care. *JAMA* 1993a;270:845.
- Cabana MD et al: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA* 1999;282:1458.
- Chassin MR et al: The urgent need to improve health care quality. *JAMA* 1998;280:1000.
- Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA: Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med* 1996; 334:394.
- Chobanian AV et al: The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003;289:2560.
- Donabedian A: The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743.
- Dudley RA et al: Selective referral to high-volume hospitals: estimating potentially avoidable deaths. *JAMA* 2000;283:1159.
- Eddy DM: Three battles to watch in the 1990s. *JAMA* 1993;270:520.
- Epstein AM et al: Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med* 2004;350:406.
- Fiscella K et al: Inequality in quality. *JAMA* 2000;283:2579.
- Fisher ES, Wennberg DE et al: The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003;138:273.
- Gottlieb M: Hospitals are warned not to rewrite records. *New York Times*, May 10, 1992.
- Hillman BJ et al: Frequency and costs of diagnostic imaging in office patients: A comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. *N Engl J Med* 1990;323:1604.
- Hofer TP et al: The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA* 1999;281:2098.
- Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academies Press, 2001.
- Institute of Medicine: *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 1999.
- Institute of Medicine: *Unequal Treatment*. Washington: National Academies Press, 2003.
- Johnson WG et al: The economic consequences of medical injuries: Implications for a no-fault insurance plan. *N Engl J Med* 1992; 267:2487.
- Kaiser Family Foundation: *Annual Employer Health Benefits Survey*, 2003.
- Kassirer JP: The quality of care and the quality of measuring it. *N Engl J Med* 1993;329:1263.
- Kaushal R et al: Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety. *Arch Intern Med* 2003;163:1409.
- Kizer K: The volume-outcome conundrum. *N Engl J Med* 2003; 349:2159.
- Kovner C, Gergen PJ: Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image J Nurs Sch* 1998;30:315.
- Kuperman GJ, Gibson RF: Computer physician order entry: benefits, costs, and issues. *Ann Intern Med* 2003;139:31.
- Laffel GL, Berwick DM: Quality health care. *JAMA* 1993;270:254.
- Leape LL et al: The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991;324:377.
- Leape LL: Error in medicine. *JAMA* 1994;272:1851.
- Leape LL: Unnecessary surgery. *Ann Rev Public Health* 1992;13:363.
- Localio AR et al: Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *N Engl J Med* 1991;325:245.
- Lohr KN (ed): *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, National Academy Press, 1990.
- Luce JM, Bindman AB, Lee PR: A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *West J Med* 1994;160:263.
- Luft HS et al: *Hospital Volume, Physician Volume, and Patient Outcomes: Assessing the Evidence*. Chicago, Health Administration Press, 1990.
- Marshall MN, et al: The public release of performance data. *JAMA* 2000;283:1866.
- McCormick D et al: Relationship between low quality-of-care scores and HMOs' subsequent public disclosure of quality-of-care scores. *JAMA* 2002;288:1484.
- McCulloch DK et al: A population-based approach to diabetes management in a primary care setting. *Effective Clin Pract* 1998; 1:12.
- McGlynn EA et al: The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635.
- Mello MM et al: The Leapfrog standards. *Health Aff* 2003; 22(2):46.

- Mello MM et al: The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med* 2003;348:2281.
- Mitchell JM, Scott E: New evidence of the prevalence and scope of physician joint ventures. *JAMA* 1992;268:80.
- Mohr JC: American medical malpractice litigation in historical perspective. *JAMA* 2000;283:1731.
- Moore F: What puts the surge in surgery? *N Engl J Med* 1970; 282:162.
- Morrison J, Wickersham P: Physicians disciplined by a state medical board. *JAMA* 1998;279:1889.
- National Committee for Quality Assurance: The State of Health Care Quality, 2003. NCQA, 2003 (www.ncqa.org).
- Peterson ED et al: Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004;291:195.
- Phillips DP et al: Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet* 1998;351:643.
- Pronovost PJ et al: Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA* 1999;281:310.
- Prosser RL: Alteration of medical records submitted for medicolegal review. *JAMA* 1992;267:2630.
- Relman AS: The future of medical practice. *Health Aff* 1983; 2(2):5.
- Robinson JC: Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999;282:1258.
- Rodwin MA: *Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest*. New York, Oxford University Press, 1993.
- Rosenfeld BA et al: Intensive care unit telemedicine: alternate paradigm for providing continuous intensivist care. *Crit Care Med* 2000;28:3925.
- Rothschild JM et al: Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med* 2000;160:2717.
- Rubin HR et al: Watching the doctor-watchers: How well do peer review organization methods detect hospital care quality problems? *JAMA* 1992;267:2349.
- Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC: Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA* 2004;291:335.
- Schiff GD et al: A better quality alternative: Single payer national health reform. *JAMA* 1994;272:803.
- Schuster MA et al: How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998;76:517.
- Shortell SM et al: Assessing the impact of continuous quality improvement in clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;67:593.
- Solberg LI et al: Failure of a continuous quality improvement intervention to increase the delivery of preventive services. *Eff Clin Pract* 2000;3:105.
- Soumerai SB et al: Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;279:1358.
- Studdert DM, Brennan TA: No-fault compensation for medical injuries. *JAMA* 2001;286:217.
- Studdert DM et al: Medical malpractice. *N Engl J Med* 2004;350:283.
- U.S. Senate: Hearings before the Permanent Subcommittee on Investigations, Committee on Government Operations, March 13 and 14, 1975. Prepaid Health Plans. U.S. Government Printing Office, 1975.
- Wagner EH et al: Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001;20(6):64.
- Weiler PC, Newhouse JP, Hiatt HH: Proposal for medical liability reform. *JAMA* 1992;267:2355.
- Wennberg JE: Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *N Engl J Med* 1990;323:1202.
- Wennberg J: Which rate is right? *N Engl J Med* 1986;314:310.

Η ιατρική δεοντολογία και ο περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Οι ηθικές αξίες έχουν ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα που εργάζονται στα επαγγέλματα υγείας. Το συγκεκριμένο περιεχόμενο του όρου «ιατρική δεοντολογία» καθορίστηκε για πρώτη φορά πριν από αιώνες, με βάση τα ρητά του Ιπποκράτη και των υπολοίπων. Η επεξεργασία του εν λόγω όρου συνεχίζεται μέχρι σήμερα από τους εν ενεργεία παροχείς φροντίδας υγείας, τους συλλόγους των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, τους θρησκευτικούς συλλόγους και τους μεμονωμένους ηθικολόγους. Όπως σημειώνονται αλλαγές στην ιατρική τεχνολογία, τη χρηματοδότηση και την οργάνωση της φροντίδας υγείας, κατά τον ίδιο τρόπο πρέπει να αλλάζει και το περιεχόμενο του όρου «ιατρική δεοντολογία», προκειμένου να αναγνωρίζονται νέες περιστάσεις και να υπάρχει καθοδήγηση όσον αφορά αυτές.

ΟΙ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Με το πέρασμα των χρόνων, οι συμμετέχοντες και οι παρατηρητές της φροντίδας υγείας έχουν επεξεργαστεί ευρέως αποδεκτές ανθρώπινες πεποιθήσεις σχετικά με τη θεραπεία ασθενών και τις έχουν κατατάξει σε τέσσερις σημαντικές ηθικές αρχές: την ευεργεσία, τη μη πρόκληση βλάβης, την αυτονομία και τη δικαιοσύνη (Beauchamp & Childress, 2001) (Πίνακας 13-1).

Με τον όρο «ευεργεσία», εννοούμε την υποχρέωση των παροχών φροντίδας υγείας να βοηθούν τα άτομα που έχουν ανάγκη.

Ο Δρ. Rolando Bueno είναι ένας σκληρά εργαζόμενος οικογενειακός ιατρός που ασκεί το λειτούργημά του σε μια γειτονιά μεγάλης πόλης, όπου κατοικούν άτομα χαμηλού εισοδήματος. Ενδιαφέρεται για τους ασθενείς του, οι γνώσεις και η κρίση του είναι σεβαστές από τους συναδέλφους του, τόσο τους ιατρούς όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό. Σ' ένα περιστατικό, εκλήθη πριν από την επιτροπή αξιολόγησης της ποιότητας του νοσοκομείου όταν μια ασθενής του πέθανε απροσδόκτα. Συμφώνησε πως είχε κάνει λάθος στη φροντίδα της και ενσωμάτωσε τα διδάγματα που αποκόμισε από το εν λόγω περιστατικό στη δουλειά του στο μέλλον.

Ο Δρ. Bueno προσπαθεί να ανταποκριθεί στο ιδανικό της ευεργεσίας. Δεν τα καταφέρνει πάντα και, όπως όλοι οι ιατροί, μερικές φορές κάνει κλινικά λάθη. Γενικά, κουρά-

ρει τους ασθενείς του στο μέγιστο των ικανοτήτων του. Η αρχή της ευεργεσίας στα επαγγέλματα υγείας είναι η υποχρέωση παροχής βοήθειας σε άτομα με προβλήματα στην υγεία τους.

Η μη πρόκληση βλάβης είναι το καθήκον των παροχών φροντίδας υγείας -να μην προκαλέσουν βλάβη.

Η κυρία Lucy Knight υποφέρει από αϋπνία και νόσο του Parkinson. Η αϋπνία δεν την ενοχλεί επειδή της αρέσει να διαβάσει τη νύχτα, αλλά ενοχλεί το σύζυγό της. Ο κύριος Knight απαιτεί από τον ιατρό της συζύγου του να της χορηγήσει ισχυρά υπνωτικά χάπια αλλά ο ιατρός αρνείται, λέγοντας ότι ο συνδυασμός υπνωτικών χαπιών και της νόσου του Parkinson θέτει την κυρία Knight σε μεγάλο κίνδυνο για σοβαρή εξασθένηση του οργανισμού της.

Η σύγχρονη διάταξη των ιατρικών παρεμβάσεων έχει την ικανότητα να κάνει καλό, κακό ή και τα δύο, ως εκ τούτου περιπλέκοντας την αρχή της μη πρόκλησης βλάβης με την αρχή της ευεργεσίας. Στην περίπτωση της κυρίας Knight, η χορήγηση με συνταγή ιατρού ηρεμιστικών έχει πολύ περισσότερες δυνατότητες πρόκλησης βλάβης παρά ωφέλειας, ιδιαίτερα επειδή ο κύριος Knight δεν θεωρεί την αϋπνία της πρόβλημα.

Η αυτονομία είναι το δικαίωμα ενός ατόμου να επιλέγει και να ακολουθεί το δικό του πρόγραμμα ζωής και δράσης.

Ο κύριος Winter είναι ένας αδύναμος άνδρας 88 χρόνων, στον οποίο έγινε διάγνωση από το Δρ. James Washington, τον οικογενειακό του ιατρό, ότι πάσχει από καρκίνο του κόλπου, που έχει κάνει μετάσταση στο σπυκώτι του. Ο καρκίνος δεν προκαλεί συμπτώματα. Ένας ογκολόγος του παρουσιάζει την επιλογή των μεταγίσεων, της παρεντερικής θρέψης και της χειρουργικής επέμβασης, συνοδευόμενης από χημειοθεραπεία ή της προσεκτικής αναμονής με καταπραϋντικά φάρμακα και της φροντίδας σε ξενώνα όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα. Ο κύριος Winter τρομοκρατείται από τα νοσοκομεία και προτιμάει να παραμείνει στο σπίτι του. Αισθάνεται ότι ίσως ζήσει άνετα περίπου δύο χρόνια πριν ο καρκίνος απειλήσει τη ζωή του. Αφού το συζήτησε με το Δρ. Washington, επέλεξε τη δεύτερη εναλλακτική λύση.

Η αρχή της αυτονομίας προσθέτει ακόμα ένα ζήτημα στις αλληλένδετες αρχές της ευεργεσίας και της μη πρόκλησης βλάβης. Θα απολάμβανε ο κύριος Winter περισσότερα

Πίνακας 13-1. Οι τέσσερις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας.

Ευεργεσία	Η υποχρέωση των παροχών φροντίδας υγείας να βοηθούν τα άτομα που έχουν ανάγκη
Μη πρόκληση βλάβης	Το καθήκον των παροχών φροντίδας υγείας να μην προκαθούν βλάβη
Αυτονομία	Το δικαίωμα των ασθενών να κάνουν επιλογές σχετικά με τη φροντίδα της υγείας τους
Δικαιοσύνη	Η έννοια της θεραπείας όλων των ανθρώπων με δίκαιο τρόπο

χρόνια ζωής αν υπέβαλλε τον εαυτό του σε επιθετική θεραπεία του καρκίνου που θα προκαλούσε βλάβη προκειμένου να έχει ωφέλειες ή μήπως αισθάνεται ότι το κακό ίσως ξεπεράσει το καλό; Ο κάθε ιατρός σε καθημερινή βάση έρχεται αντιμέτωπος με την ισορροπία των κινδύνων και των ωφελειών (Eddy, 1990). Ωστόσο η απόφαση δεν μπορεί να ληφθεί μόνο μέσω μιας ανάλυσης των κινδύνων και των ωφελειών. Η προτίμηση του ασθενούς αποτελεί σημαντική προσθήκη στην εξέταση.

Η αυτονομία βασιζέται στη συνολική επιθυμία των περισσότερων ανθρώπων να ελέγχουν τη μοίρα τους, να έχουν επιλογές στη ζωή τους και να ζουν σε μια κοινωνία που δίνει αξία στην ελευθερία του κάθε ατόμου. Στην ιατρική δεοντολογία, η αυτονομία αφορά το δικαίωμα των ικανών ενηλίκων ασθενών να δίνουν τη συγκατάθεσή τους ή να αρνούνται τη θεραπεία. Ενώ ο ιατρός έχει υποχρέωση να σέβεται τις επιθυμίες του ασθενούς, έχει επίσης το δικαίωμα να πληροφορεί λεπτομερώς τον ασθενή για τις πιθανές συνέπειες των επιθυμιών του. Στις περιπτώσεις παιδιών και ενηλίκων που δεν μπορούν να λάβουν ιατρικές αποφάσεις, ένας γονιός, κηδεμόνας, ένα άλλο μέλος της οικογένειας ή ένας αναπληρωτής λήπτης αποφάσεων που ορίζεται σε νομικό έγγραφο, γίνεται ο αυτόνομος εκπρόσωπος εκ μέρους του ασθενούς.

Η δικαιοσύνη αναφέρεται στην ηθική έννοια της θεραπείας όλων των ανθρώπων με δίκαιο τρόπο.

Ο Joe, ένας ηλικιωμένος επιχειρηματίας και κάτοικος προαστίου, αισθάνεται εξουθενωτικό πόνο στο θώρακα και εντός 5 ημερών διακομίζεται σε μια κοντινή ιδιωτική αίθουσα επειγόντων περιστατικών, όπου υποβάλλεται σε άμεση αγγειοπλαστική της στεφανιαίας και υπερσύγχρονη θεραπεία για καρδιακή προσβολή. Πέντε μήλια πιο μακριά, σε μια φτωχή γειτονιά, η Josephine, μια Αфро-αμερικανίδα, αισθάνεται οξύ πόνο στο θώρακα, καλεί το 166, περιμένει 25 λεπτά να φτάσει η βοήθεια και διακομίζεται σ' ένα δημόσιο νοσοκομείο του οποίου το προσωπικό της μονάδας επειγόντων περιστατικών παρέχει φροντίδα σε άηλους πέντε ασθενείς με οξείες παθήσεις. Πριν τύχει της κατάλληλης προσοχής, πεθαίνει από αρρυθμία.

Η αρχή της δικαιοσύνης, όπως εφαρμόζεται στην ιατρική δεοντολογία, είναι μεταγενέστερη, πιο αμφιλεγόμενη και πιο δύσκολο να καθοριστεί σε σχέση με τις αρχές της ευεργεσίας, της μη πρόκλησης βλάβης και της αυτονομίας. Κατά μία γενική έννοια, τα άτομα λαμβάνουν θεραπεία δίκαια όταν λαμβάνουν αυτό που αξίζουν. Είναι άδικο να μην απονέμεις ιατρικό δίπλωμα σε κάποιον που αποφοιτά από την ιατρική σχολή και επιτυγχάνει σε όλες τις απαραίτητες εξετάσεις. Είναι άδικο

να τιμωρείται ένα άτομο που δεν διέπραξε έγκλημα. Κατά μια άλλη έννοια, η δικαιοσύνη αναφέρεται σε καθολικά δικαιώματα: να λαμβάνεις αρκετό φαγητό, να σου προσφέρεται στέγη, να έχεις πρόσβαση στη βασική ιατρική φροντίδα και εκπαίδευση και να μπορείς να μιλάς ελεύθερα. Αν σου αρνούνται αυτά τα δικαιώματα, η δικαιοσύνη έχει παραβιαστεί. Ωστόσο, σύμφωνα με μια άλλη εκδοχή, η δικαιοσύνη υποδηλώνει ίσες ευκαιρίες: όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες να συνειδητοποιήσουν τις ανθρωπίνες δυνατότητές τους. Η δικαιοσύνη θα μπορούσε να συνδεθεί με το χρυσό κανόνα: να συμπεριφέρεσαι στους άλλους όπως θα ήθελες να σου συμπεριφέρονται και αυτοί. Ενώ δεν υπάρχει ξεκάθαρη συμφωνία ως προς την ακριβή σημασία της δικαιοσύνης, οι περισσότεροι άνθρωποι θα συμφωνούσαν πως η διαφορετική θεραπεία του Joe και της Josephine είναι άδικη.

Διανεμητική δικαιοσύνη

Στα πλαίσια της εξερεύνησης της έννοιας της δικαιοσύνης, ένας τομέας που προκαλεί ανησυχία είναι ο επιμερισμός των επιδομάτων και των βαρών στην κοινωνία. Αυτό το «βασίλειο» της ηθικής σκέψης ονομάζεται διανεμητική δικαιοσύνη και περιλαμβάνει ερωτήματα του τύπου: ποιος λαμβάνει μέρος του πλούτου, της εκπαίδευσης ή της ιατρικής φροντίδας και σε τι ποσοστό και ποιος πληρώνει φόρους;

Η αρχή της δικαιοσύνης συνδέεται με την ιδέα της τιμιότητας. Στην αρένα της διανεμητικής δικαιοσύνης, δεν υπάρχει καμία συμφωνία ως προς το ποιά φόρμουλα για τον επιμερισμό των επιδομάτων και των δαπανών είναι δίκαιη. Πρέπει κάθε άνθρωπος να λαμβάνει ίσο μερίδιο. Πρέπει εκείνοι που δουλεύουν σκληρότερα να λαμβάνουν περισσότερα; Πρέπει η σωστή φόρμουλα να είναι «στον καθένα ανάλογα με την ικανότητά του να πληρώσει», όπως καθορίστηκε από μια ελεύθερη αγορά; Ή να είναι «στον καθένα ανάλογα με την ανάγκη»; Ως προς τον επιμερισμό των δαπανών, πρέπει ο καθένας να πληρώνει ίσο μερίδιο ή πρέπει εκείνοι με τον περισσότερο πλούτο να πληρώνουν περισσότερα; Οι περισσότερες κοινωνίες κατασκευάζουν ένα μίγμα με αυτές τις φόρμουλες επιμερισμού. Για τα επιδόματα ανεργίας λαμβάνεται υπόψη η προσπάθεια (το ότι είχες δουλειά) και η ανάγκη (το ότι έχασες τη δουλειά). Τα επιδόματα της κοινωνικής πρόνοιας βασίζονται πρωτίτως στην ανάγκη. Οι προαγωγές στη δουλειά μπορεί να βασιστούν στα προσόντα. Πολλά αγαθά κατανέμονται ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής. Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση στη θεωρία (αλλά όχι πάντα στην πράξη) βασίζεται στην πίστη ότι όλοι πρέπει να λαμβάνουν ίσο μερίδιο (Beauchamp & Childress, 2001, Jonsen et al, 1998).

Πώς διατυπώνεται η αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης για την ιατρική φροντίδα; Μέσα στην ιστορία του αναπτυσσόμενου κόσμου, η έννοια πως η φροντίδα υγείας είναι ένα προνόμιο που πρέπει να επιμερίζεται ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής έχει συναγωνιστεί με την ιδέα ότι η φροντίδα υγείας αποτελεί δικαίωμα και πρέπει να κατανέμεται ανάλογα με την ανάγκη. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, ο επιμερισμός της φροντίδας υγείας ανάλογα με την ανάγκη έχει γίνει το κυρίαρχο πολιτικό πιστεύω, όπως φάνηκε από την ψήφιση παγκόσμιων ή σχεδόν παγκόσμιων νόμων για την ασφάλιση υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η αποτυχία των 100 χρόνων μάχης για θέσπιση εθνικής ασφάλισης υγείας μαρτυρά τη συνεχιζόμενη διαμάχη ανάμεσα στην ικανότητα πληρωμής και στην ανάγκη (βλ. Κεφάλαιο 15). Για δεκαετίες, η πλειοψηφία του

κοινού, σε αντίθεση με ομάδες ισχυρών συμφερόντων που ασκούν και μεγαλύτερη επιρροή στην πολιτική διαδικασία, έχει επιδοκιμάσει την ιδέα ότι η βασική φροντίδα υγείας πρέπει να επιμερίζεται ανάλογα με την ανάγκη (Blendon & Benson, 2001).

Αν, σύμφωνα με την ισχυρή άποψη που επικρατεί στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η φροντίδα υγείας πρέπει να επιμερίζεται ανάλογα με την ανάγκη, τότε όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση σ' ένα λογικό επίπεδο φροντίδας υγείας χωρίς οικονομικούς φραγμούς (δηλαδή, οι άνθρωποι πρέπει να έχουν δικαίωμα στην φροντίδα υγείας). Στο παρόν κεφάλαιο, συνεπώς, θεωρούμε πως η αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης απαιτεί όλοι οι άνθρωποι να λαμβάνουν εξίσου ένα λογικό όριο ιατρικών υπηρεσιών με βάση την ιατρική ανάγκη χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ικανότητα πληρωμής.

ΠΑΛΙΑ & ΝΕΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Τα ηθικά διλήμματα (Lo, 2000) είναι καταστάσεις στις οποίες ένας πάροχος φροντίδας υγείας αναγκάζεται να λάβει μια απόφαση που παραβιάζει μία από τις τέσσερις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας προκειμένου να προσκολληθεί σε άλλη αρχή. Τα ηθικά διλήμματα πάντα περιλαμβάνουν διαμάχες όπου και οι δύο πλευρές διαθέτουν απόψεις με ηθικό υπόβαθρο. Αντιθέτως, οι οικονομικές διαμάχες συμφερόντων από την πλευρά των ιατρών (βλ. Κεφάλαια 4, 5 και 12) αντιπαραθέτουν την ηθική συμπεριφορά στο ατομικό κέρδος και δεν αποτελούν ηθικά διλήμματα.

Ο Anthony, ένας Μάρτυρας του Ιεχωβά 22 χρόνων, εισάγεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας με γαστρεντερική αιμορραγία. Η αρτηριακή του πίεση είναι 80/60 mm Hg και τις τελευταίες 4 ώρες ο αιματοκρίτης του έπεσε από 38% σε 21%. Ο ειδικευόμενος ιατρός τον εκθίπαρει να δεχθεί τις σωτήριες για τη ζωή του μεταγγίσεις αλλιά αυτός αρνείται λέγοντας ότι η θρησκεία του του διδάσκει πως ο θάνατος είναι προτιμώτερος από τη λήψη προϊόντων αίματος. Όταν η αρτηριακή πίεση μειωθεί στα 60/20 mm Hg, ο απειλησιμένος ειδικευόμενος αποφασίζει να δώσει το αίμα ενώ ο Anthony είναι αναισθητός. Ο θεράπων ιατρός ασκεί βέτο στο σχέδιο, λέγοντας ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία, ακόμα κι αν οδηγηθεί σε θάνατο που μπορεί να αποφευχθεί.

Στην περίπτωση του Anthony, το ηθικό διλήμμα είναι μια σύγκρουση ανάμεσα στην ευεργεσία και την αυτονομία. Το ποια αρχή έχει προτεραιότητα εξαρτάται από το συγκεκριμένο περιστατικό και σ' αυτήν την περίπτωση η αυτονομία εκτοπίζει την ευεργεσία. Αν ο ασθενής ήταν παιδί χωρίς επαρκείς γνώσεις ή ικανότητα συλλογισμού για να κάνει μια ενημερωμένη επιλογή, ο ιατρός δεν θα ήταν υποχρεωμένος να εμποδίζει τις μεταγγίσεις, ακόμα κι αν η οικογένεια το απαιτούσε (Jonsen et al, 1998).

Ο Pedro Navarro πάσχει από καρκίνο των πνευμόνων που έχει κάνει μετάσταση στον εγκέφαλό του. Καμία αποτελεσματική θεραπεία δεν είναι διαθέσιμη και ο κύριος Navarro μηδενεύεται και δεν μπορεί να κατανοήσει την ιατρική του κατάσταση. Η κυρία Navarro απαιτεί να υποβληθεί ο σύζυγός της σε κρανιοτομία για να αφαιρεθεί ο όγκος. Ο νευροχειρουργός αρνείται, υποστηρίζοντας ότι η επέμβαση δεν θα κάνει καθόλου καλό στον κύριο Navarro και θα τον κάνει να υποφέρει περισσότερο.

Η περίπτωση του κυρίου Navarro αντιπαραθέτει την αρχή της αυτονομίας στην αρχή της μη πρόκλησης βλάβης. Το άτομο που νόμιμα λαμβάνει αποφάσεις για τον κύριο Navarro, η σύζυγός του, θέλει μια συγκεκριμένη θεραπεία αλλά ο νευροχειρουργός γνωρίζει ότι αυτή η θεραπεία θα προκαλέσει στον κύριο Navarro σημαντική βλάβη και δεν θα του κάνει καθόλου καλό. Σ' αυτήν την περίπτωση, κυριαρχεί η μη πρόκληση βλάβης. Ενώ η αυτονομία του ασθενούς προσφέρει το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας, δεν περιλαμβάνει το δικαίωμα απαίτησης επιζήμιας ή αναποτελεσματικής θεραπείας.

Τα παραδοσιακά διλήμματα που αναλύονται σε πολλά άρθρα και βιβλία περί ιατρικής δεοντολογίας παρουσιάζουν την ευεργεσία ή τη μη πρόκληση βλάβης σε σύγκρουση με την αυτονομία. Στις περιπτώσεις δύο «διάσημων» ιατρικών διλημάτων, οι οικογένειες της Karen Ann Quinlan και της Nancy Cruzan, νεαρών γυναικών με οξεία εγκεφαλική βλάβη (μόνιμη κατάσταση αφασίας), ζήτησαν από τους ιατρούς να διακόψουν τη λειτουργία του αναπνευστήρα (στην περίπτωση της Quinlan) και τη χρήση του σωλήνα σιτίσας (στην περίπτωση της Cruzan). Και τα δύο περιστατικά κρίθηκαν στα δικαστήρια. Η απόφαση για την Quinlan προώθησε το δικαίωμα των ασθενών ή των ατόμων που λαμβάνουν αποφάσεις γι' αυτά να διακόψουν τη θεραπεία, ακόμα κι αν αυτή είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ζωής. Η έκβαση της υπόθεσης Cruzan έθεσε όρια στην αυτονομία, ζητώντας η θεραπεία που υποστηρίζει τις ζωές λειτουργίες να μπορεί να διακόπτεται μόνο όταν ένας/ μία ασθενής έχει εκφράσει τις επιθυμίες του/ της με σαφήνεια εκ των προτέρων (Annas, 1993). Σε γενικές γραμμές, η ιατρική δεοντολογία έχει προχωρήσει στην κατεύθυνση παροχής προτεραιότητας στην αρχή της αυτονομίας και όχι στην αρχή της ευεργεσίας.

Τα τελευταία χρόνια του εικοστού αιώνα μια νέα γενιά ηθικών διλημάτων προέκυψε, προχωρώντας πέρα από τη σχέση μεμονωμένου ιατρού-ασθενούς ώστε να περιλαμβάνει την ευρύτερη κοινωνία. Αυτά τα κοινωνικο-ηθικά προβλήματα προκύπτουν από τη νέα πραγματικότητα, με βάση την οποία τα χρήματα μπορεί να μην είναι διαθέσιμα για την πληρωμή ενός λογικού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών για όλους τους ανθρώπους. Όταν τα χρήματα και οι πόροι υπάρχουν σε αφθονία, το ζήτημα της διανεμητικής δικαιοσύνης αφορά την ισότητα πρόσβασης στη φροντίδα και στις εκβάσεις στην υγεία (βλ. Κεφάλαιο 3). Είναι δίκαιο να μην μπορούν μερικοί άνθρωποι να λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα επειδή δεν έχουν χρήματα και ασφάλεια; Όταν τα χρήματα και οι πόροι εμφανίζουν έλλειψη, το ζήτημα της δικαιοσύνης παίρνει νέα τροπή. Πρέπει να τεθούν όρια στις θεραπείες που παρέχονται σε άτομα με ιατρικές ανάγκες υψηλού κόστους προκειμένου να μπορούν να λαμβάνουν βασικές υπηρεσίες άλλοι άνθρωποι; Αν όχι, θα ήταν δυνατόν για την φροντίδα υγείας να δαπανώνται τόσος πόρος που να θυσιάζονται άλλες κοινωνικές ανάγκες; Αν πρέπει να τεθούν όρια, ποιος αποφασίζει γι' αυτά;

Η Angela και η Amy Lakeberg Ιαθηνά ονόματα ήταν Σιαμαία δίδυμα με την ίδια καρδιά. Αν δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση, θα πέθαιναν σύντομα· αν υποβλήθηκαν σε επέμβαση, η Amy θα πέθαινε και η πιθανότητα επιβίωσης της Angela θα ήταν μικρότερη από 1%. Στις 20 Αυγούστου 1993, μια ομάδα 18 ιατρών και νοσηλευτριών στο Νοσοκομείο Παιδών της Φιλαδέλφειας πραγματοποίησε επέμβαση διάρκειας μιας ολόκληρης ημέρας για να διαχω-

ρίσει τα δίδυμα. Η Amy πέθανε. Το κόστος της θεραπείας ήταν 1 εκατομμύριο δολάρια. Το πρόγραμμα Medicaid κάλυψε 700- 1000 δολάρια ανά ημέρα και το νοσοκομείο ανέλαβε το υπόλοιπο των δαπανών. Στις 9 Ιουνίου 1994, η Angela πέθανε, έχοντας περάσει τη σύντομη ζωή της στο νοσοκομείο συνδεδεμένη με αναπνευστήρα.

Η νέα οικονομική πραγματικότητα δημιούργησε δύο σχετικά διλήμματα:

1. Το πρώτο αφορά στη σύγκρουση ανάμεσα στο καθήκον του ιατρού να ακολουθήσει τις αρχές της ευεργεσίας και της μη πρόκλησης βλάβης και στην ενισχυόμενη άποψη ότι οι ιατροί πρέπει να δίνουν προσοχή σε ζητήματα διανεμητικής δικαιοσύνης. Στην περίπτωση των διδύμων Lakeberg, το νοσοκομείο και οι χειρουργοί προσκολλήθηκαν αυστηρά στην αρχή της ευεργεσίας: θεωρούσαν ότι ακόμα και για την παραμικρή πιθανότητα βοήθειας σ' ένα από τα δίδυμα άξιζε τον κόπο η προσπάθεια. Οι υπεύθυνοι του νοσοκομείου θα μπορούσαν να έχουν δειλιάσει, ισχυριζόμενοι ότι η χρηματοδότηση της επέμβασης από το νοσοκομείο θα μεταβιβαζόταν άδικα σε άλλους πληρωτές. Οι χειρουργοί θα μπορούσαν να έχουν αρνηθεί να πραγματοποιήσουν την επέμβαση με τη δικαιολογία ότι τα χρήματα που θα δαπανώνταν στα δίδυμα Lakeberg θα μπορούσαν να έχουν δαπανηθεί αποδοτικότερα σε ασθενείς με μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης. Ωστόσο, όπως θα μπορούσαν να ισχυριστούν οι χειρουργοί, ποιος μπορεί να εγγυηθεί ότι τα χρήματα που θα εξοικονομούνταν θα χρησιμοποιούνταν με καλύτερο τρόπο;
2. Η δεύτερη κατηγορία κοινωνικο- ηθικού διλήμματος είναι η σύγκρουση ανάμεσα στο δικαίωμα αυτονομίας του μεμονωμένου ασθενούς και στην αξίωση της κοινωνίας για διανεμητική δικαιοσύνη. Στην περίπτωση Lakeberg, επικράτησε η ατομική αυτονομία. Οι γονείς των διδύμων θα μπορούσαν να έχουν αποφασίσει ότι η δαπάνη 1 εκατομμυρίου δολαρίων από τα χρήματα της κοινωνίας για μια πιθανότητα σωτηρίας μικρότερη του 1% για το ένα από τα δύο νήπια ήταν υπερβολική και θα μπορούσε έμμεσα να βλάψει άλλους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, οι περισσότεροι γονείς δεν θα είχαν κάνει αυτό που έκαναν οι γονείς των διδύμων Lakeberg;

Οι ιατροί αρχίζουν την άσκηση του λειτουργήματος της ιατρικής αναγνωρίζοντας ότι καθήκον τους είναι να βοηθούν και όχι να βλάπτουν τους ασθενείς τους. Οι άνθρωποι διεκδικούν το δικαίωμα στην ιατρική φροντίδα και δεν θέλουν άλλα άτομα να θέτουν περιορισμούς σ' αυτήν τη φροντίδα. Ωστόσο, η αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης (η αναγνώριση ότι οι πόροι για την φροντίδα υγείας είναι περιορισμένοι και θα πρέπει να επιμερίζονται δίκαια σ' ολόκληρο τον πληθυσμό) θα μπορούσε να οδηγήσει σε ιατρούς που αρνούνται νόμιμες υπηρεσίες ή σε ασθενείς που παραμερίζουν τις νόμιμες αξιώσεις για θεραπεία.

Η βάση της αρχής της δικαιοσύνης είναι η επιθυμία πολλών ανθρώπων να ζουν σε μια πολιτισμένη κοινωνία. Προκειμένου να ζει σε ένα κράτος αρμονίας, ο καθένας πρέπει να ισορροπήσει τις μεμονωμένες ανησυχίες με τις ανάγκες της ευρύτερης κοινότητας. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση στην ερώτηση αν η επέμβαση στα δίδυμα Lakeberg έπρεπε να έχει γίνει αλλά η επέμβαση πρέπει να αντιμετωπίζεται ως επιλογή. Το 1 εκατομμύριο δολάρια που

δαπανήθηκε στα δίδυμα θα μπορούσε να έχει δαπανηθεί στον εμβολιασμό 10.000 παιδιών, με μεγαλύτερο συνολικό όφελος. Όταν είναι ελλιπείς οι πόροι για την υγεία, η αρχή της δικαιοσύνης δημιουργεί ηθικά διλήμματα που αγγίζουν πολλούς ανθρώπους εκτός από εκείνους που εμπλέκονται στη σχέση μεμονωμένου ιατρού- ασθενούς. Η υποχρέωση για έλεγχο δαπανών τοποθέτησε την αρχή της δικαιοσύνης στο προσκήνιο της πολιτικής της υγείας στη συζήτηση για τον περιορισμό στην παροχή υπηρεσιών της φροντίδας υγείας.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ;

Ο Δρ. Everett Wall εργάζεται σ' έναν οργανισμό υγείας ΗΜΟ. Η Betty Ailes πήγε σ' αυτόν με πονοκέφαλο και ήθελε μαγνητική τομογραφία. Ύστερα από μια πλήρη ενημέρωση για το ιστορικό της και σωματική εξέταση, ο Δρ. Wall τής χορήγησε φάρμακα με συνταγή και αρνήθηκε να πραγματοποιήσει τη μαγνητική τομογραφία. Η κυρία Ailes έγραψε στον επιστημονικό διευθυντή, εκφράζοντας το παράπονο ότι ο Δρ. Wall περιόριζε τις υπηρεσίες προς αυτήν.

Ο Perry Hiler φθάνει στο Νοσοκομείο Vacant με πυρετό και έντονο βήχα. Η ακτινογραφία θώρακα δείχνει διήθημα κοντά στην πύλη του πνεύμονα που υποδηλώνει πνευμονία ή όγκο. Αφού ο κύριος Hiler δεν έχει ασφάλιση, ο ιατρός στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών τον στέλνει στο περιφερειακό νοσοκομείο. Εκείνο το διάστημα, το Νοσοκομείο Vacant διαθέτει 35 άδεια κρεβάτια και αρκετό προσωπικό. Όταν ο κύριος Hiler ανάρρωσε, τηλεφώνησε στην εφημερίδα για να διαμαρτυρηθεί. Την επόμενη μέρα, εμφανίζεται ο εξής τίτλος στην εφημερίδα: «Το Νοσοκομείο Vacant Περιορίζει την Παροχή Φροντίδας».

Ο Jim Delacour είναι ένας άνδρας 50 χρόνων με μυοκαρδιοπάθεια στο τελικό στάδιο. Ο ιατρός του τον στέλνει σε ένα κέντρο μεταμοσχεύσεων, όπου κατόπιν αξιολόγησης, βγαίνει το συμπέρασμα ότι αποτελεί ιδανικό υποψήφιο για καρδιακό μόσχευμα. Επειδή ο αριθμός των υποψηφίων για μόσχευμα είναι πολύ μεγαλύτερος από τη διαθέσιμη παροχή σε καρδιές, ο κύριος Delacour μπαίνει στη λίστα αναμονής. Αφού περίμενε για 6 εβδομάδες, πέθανε.

Όταν τηλεφώνησαν από την αίθουσα επειγόντων περιστατικών, ο Δρ. Marco Intensivo αναστατώθηκε. Η μονάδα εντατικής θεραπείας των οκτώ κλινών είναι γεμάτη με πολύ άρρωστα άτομα, όλα τους ικανά να αναρρώσουν πλήρως αν επιζήσουν από τις οξείες ασθένειές τους. Ανησυχούσε όλη την ημέρα για έναν άηθο ασθενή που είχε ανάγκη εντατικής φροντίδας, έναν 55χρονο με καρδιακή προσβολή που την έκαναν πιο περίπλοκη οι ασταθείς αρρυθμίες. Ποιά από τα εννέα επείγοντα περιστατικά δεν θα λάβει εντατική φροντίδα; Ο Δρ. Intensivo χρειάζεται να λάβει μια απόφαση γρήγορα.

Το γενικό κοινό και τα μέσα ενημέρωσης συχνά θεωρούν τον περιορισμό στην παροχή υπηρεσιών ως περιορισμό της φροντίδας υγείας τέτοιο που «δεν παρέχεται σε όλους τους ασθενείς όλη η φροντίδα που αναμένεται να είναι ωφέλιμη» (Aaron & Schwartz, 1984). Μια τέτοια άποψη εξηγεί μόνο εν μέρει την έννοια του περιορισμού στην παροχή υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, περιορισμός στην παροχή

Πίνακας 13-2. Δύο ορισμοί του περιορισμού στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Δημοφιλής χρήση του όρου «περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών»:

Τέτοιος περιορισμός της φροντίδας υγείας ώστε να μην παρέχεται σε όλους τους ασθενείς το σύνολο της φροντίδας που αναμένεται να είναι ωφέλιμη.

Ακριβής χρήση του όρου «περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών»:

Τέτοιος περιορισμός των πόρων, συμπεριλαμβανομένων και των χρημάτων, που προορίζονται για την φροντίδα υγείας ώστε να μην παρέχεται σε όλους τους ασθενείς το σύνολο της φροντίδας που αναμένεται να είναι ωφέλιμη, και η κατανομή αυτών των περιορισμένων πόρων με δίκαιο τρόπο.

υπηρεσιών σημαίνει συνειδητή πολιτική δίκαιης κατανομής των απαραίτητων πόρων που βρίσκονται σε περιορισμένη διαθεσιμότητα (Reagan, 1988) (Πίνακας 13-2). Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, μπορεί να θεωρηθεί ότι μόνο τα τελευταία δύο περιστατικά που παρουσιάστηκαν προηγούμενως αφορούν περιορισμό στην παροχή υπηρεσιών. Στο πρώτο περιστατικό, ο Δρ. Wall θεώρησε ότι η μαγνητική τομογραφία δεν ήταν υπηρεσία που χρειαζόταν η κυρία Ailes και στο δεύτερο η άρνηση του Νοσοκομείου Vacant να φροντίσει τον Perry Hiler ήταν απλά μια απόφαση από την πλευρά ενός ιδιωτικού ιδρύματος να θέσει την οικονομική του ευημερία πάνω από την υγεία ενός ασθενούς, χωρίς να υπάρχει έλλειψη πόρων για την ιατρική φροντίδα. Στα περιστατικά του καρδιακού μόσχευματος και της μονάδας εντατικής θεραπείας, αντίθετα, υπήρχε όντως έλλειψη σε καρδιές και σε κρεβάτια στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Για τον κύριο Delacour, η έλλειψη αφορούσε όλη τη χώρα και ήταν παρατεταμένη και για το Δρ. Intensivo, η έλλειψη υπήρχε σ' ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Και στα δύο περιστατικά, έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την κατανομή εκείνων των πόρων.

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η ανεπαρκής βενζίνη ήταν διαθέσιμη τόσο για να θέσει σε λειτουργία τις στρατιωτικές μηχανές όσο και για να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις των ιδιοκτητών αυτοκινήτων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η κυβέρνηση μοίραζε με δελτίο τη βενζίνη, δίνοντας προτεραιότητα στο στρατό αλλά επιτρέποντας και στον κάθε πολίτη να αποκτήσει μια περιορισμένη ποσότητα καυσίμου. Σε μια αγροτική περιοχή, μπορεί να υπάρχει έλλειψη παροχών φροντίδας υγείας, σε ένα υπερπλήρες αστικό δημόσιο νοσοκομείο, μπορεί να μην υπάρχουν αρκετά κρεβάτια και στην περίπτωση των μόσχευμάτων η παροχή οργάνων από δότες είναι όντως περιορισμένη. Αυτά είναι περιστατικά έλλειψης προϊόντων, όπου η διαθεσιμότητα συγκεκριμένων ειδών είναι περιορισμένη.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι χώρα με επαρκή παροχή νοσοκομειακών κλινών και ιατρών· η έλλειψη προϊόντων στον τομέα της φροντίδας υγείας είναι η εξαίρεση. Ωστόσο, αρχίζει να υπάρχει έλλειψη σε ένα διαφορετικό είδος πόρων υγείας, δηλαδή στα χρήματα. Εκείνοι που πληρώνουν τους λογαριασμούς επιμένουν να είναι περιορισμένη η ροή των χρημάτων στον τομέα της υγείας. Στις περισσότερες συζητήσεις για τον περιορισμό των υπηρεσιών στον τομέα της φροντίδας υγείας λαμβάνεται ως δεδομένο η έλλειψη χρημάτων και όχι η έλλειψη προϊόντων (Morreim, 1989).

Εν κατακλείδι, περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών

φροντίδας υγείας σημαίνει περιορισμός των πόρων, συμπεριλαμβανομένων και των χρημάτων, που προορίζονται για την φροντίδα υγείας ώστε να μην παρέχεται σε όλους τους ασθενείς το σύνολο της φροντίδας που αναμένεται να είναι ωφέλιμη, και δίκαιη κατανομή αυτών των περιορισμένων πόρων.

**ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ:
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ**

Ενώ η έλλειψη χρημάτων είναι η πιο συνηθισμένη μορφή περιορισμού πόρων, η έλλειψη προϊόντων προσφέρει ένα ενδεικτικό παράδειγμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ δεοντολογίας και περιορισμού στην παροχή υπηρεσιών της φροντίδας υγείας.

Ο κύριος George Olds είναι ένας 76χρονος μη καπνιστής συνταξιούχος (πρώην στέλεχος επιχείρησης) με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Εμφανίζει καλή πνευμονική και νεφρική λειτουργία και δεν είναι διαβητικός, συνεπώς από ιατρικής πλευράς αποτελεί καλό υποψήφιο για καρδιακό μόσχευμα. Η πιθανή διάρκεια ζωής του χωρίς μόσχευμα είναι 1 μήνας. Έχει μια στοργική οικογένεια με την οικονομική δυνατότητα να καλύψει τη δαπάνη των 100.000 δολαρίων που απαιτεί η διαδικασία.

Ο κύριος Matt Younger είναι ένας διαζευγμένος άνεργος άνδρας 46 χρόνων που έχασε τη δουλειά του ως υπάλληλος στην αυτοκινητοβιομηχανία πριν από 3 χρόνια. Έχει ιστορικό καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ. Παθαίνει καρδιακή προσβολή, εμφανίζει μη ελεγχόμενη καρδιακή ανεπάρκεια και θα πεθάνει μέσα σε 1 μήνα χωρίς καρδιακό μόσχευμα. Εμφανίζει καλή πνευμονική και νεφρική λειτουργία και δεν είναι διαβητικός, γεγονός που τον καθιστά καλό υποψήφιο για τη διαδικασία.

Ο κύριος Olds και ο κύριος Younger βρίσκονται στο ίδιο νοσοκομείο και τους φροντίζει ο ίδιος καρδιολόγος που ζήτησε καρδιές εκ μέρους και των δύο ασθενών την ίδια μέρα. Ο καρδιολόγος δέχεται τηλεφώνημα πως μία καρδιά-ισοσυμβατή και με τους δυο ασθενείς-έγινε διαθέσιμη. Ποιος πρέπει να τη λάβει;

Το 1951, πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στη Μασαχουσέτη. Ωστόσο, η σύγχρονη ιατρική εισήλθε πλήρως στην εποχή της μεταμόσχευσης το 1967 όταν ο Δρ. Christiaan Barnard τοποθέτησε μια καρδιά ζώντος ασθενούς στο θώρακα ενός ατόμου που έπασχε από καρδιά-πάθεια τελικού σταδίου. Από τότε, χιλιάδες άνθρωποι έχουν παραμείνει ζωντανοί για πολλά χρόνια μέσω της μεταμόσχευσης των νεφρών, καρδιών, πνευμόνων και ηπάτων των συνανθρώπων τους. Το 2001, πραγματοποιήθηκαν 14.000 μεταμοσχεύσεις νεφρών, 2.200 μεταμοσχεύσεις καρδιάς, 5.000 μεταμοσχεύσεις ήπατος και 1.000 μεταμοσχεύσεις πνευμόνων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στα περισσότερα περιστατικά οι μεταμοσχεύσεις σώζουν στ' αλήθεια ζωές. Το 70%- 80% των ασθενών που λαμβάνουν καρδιακά ή ηπατικά μόσχευματα επιβιώνουν τουλάχιστον 5 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση (Ηνωμένο Δίκτυο Παροχής Οργάνων –United Network for Organ Sharing (UNOS), www.unos.org).

Η μεταμόσχευση οργάνων αποτελεί και ιατρικό θαύμα και ηθικό σταυροδρόμι. Έχει οδηγήσει σε δημόσιες συζητήσεις για τα ακόλουθα θέματα: Πότε είναι στ' αλήθεια νεκροί οι άνθρωποι (ούτως ώστε τα όργανά τους να μπορούν να

ληφθούν για περαιτέρω χρήση σε μεταμοσχεύσεις); Ποια είναι η ευθύνη των οικογενειών των εγκεφαλικά νεκρών ατόμων ώστε να επιτρέψουν τη λήψη των οργάνων τους; Ποιος πληρώνει και ποιος πληρώνεται για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων; Ποιος πρέπει να λαμβάνει όργανα στα οποία υπάρχει έλλειψη (Jonsen, 1989); Θα εστιάσουμε μόνο στο τελευταίο από αυτά τα ζητήματα.

Ο αριθμός των ατόμων στην εθνική λίστα αναμονής για μοσχεύματα οργάνων αυξήθηκε από 16.000 το 1988 σε 84.000 το 2004, ωστόσο το σύνολο των εν δυνάμει δωρητών οργάνων υπολογίζεται στα 13.000 (Sheehy et al, 2003). Έξι χιλιάδες άτομα πέθαναν ενώ περίμεναν καρδιακά, ηπατικά, πνευμονικά και νεφρικά μοσχεύματα το 2001 (Ηνωμένο Δίκτυο Παροχής Οργάνων –United Network for Organ Sharing (UNOS), www.unos.org).

Ακόμα κι αν όλοι οι εν δυνάμει δωρητές γίνονταν πραγματικοί δωρητές, ο αριθμός των οργάνων που θα μπορούσαν να ληφθούν κάθε χρόνο είναι πολύ μικρότερος από τον απαιτούμενο (Sheehy et al, 2003). Η μεταμόσχευση αποτελεί κλασικό περιστατικό έλλειψης προϊόντων: υπάρχει ανεπαρκής προσφορά προκειμένου να καλυφθεί η ζήτηση. Ο ακριβής περιορισμός¹ – ένα σύστημα που καθορίζει ποιος λαμβάνει όργανα και ποιος όχι – είναι αναπόφευκτος. Για τα καρδιακά, τα πνευμονικά και τα ηπατικά μοσχεύματα, ο περιορισμός είναι όλα ή τίποτα: εκείνοι που λαμβάνουν όργανα ίσως ζήσουν, ενώ εκείνοι που δεν λαμβάνουν θα πεθάνουν.

Δεδομένης της έλλειψης ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, ποιοι εν δυνάμει ασθενείς για μεταμόσχευση όντως λαμβάνουν νέα όργανα; Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1980, το μεγαλύτερο κέντρο καρδιακών μεταμοσχεύσεων στο Πανεπιστήμιο Στάνφορντ απέκλειε άτομα με «ιστορικό αλκοολισμού, αστάθειας στην εργασία, αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή ψυχιατρικής ασθένειας», και απαιτούσε από τους λήπτες μοσχευμάτων να απολαμβάνουν «ένα σταθερό και ικανοποιητικό οικογενειακό και/ή επαγγελματικό περιβάλλον». Οι λήπτες του Στάνφορντ είχαν πιθανότητα μεγαλύτερη του 50% να επιβιώσουν 5 χρόνια, φανερώνοντας ότι η αποδοχή ή η απόρριψη από το πρόγραμμα ήταν ζήτημα ζωής και θανάτου. Υπήρξε προβληματισμός στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών σχετικά με τα κριτήρια επιλογής του Στάνφορντ, που ευνοούσαν εκείνα τα μεσοαστικά ή πλούσια άτομα με ικανοποιητικές εργασίες. Επιπλέον, η δαπάνη των 100.000 δολαρίων περιόριζε τα καρδιακά μοσχεύματα σε εκείνα τα άτομα με ασφαλιστική κάλυψη ή ικανότητα απευθείας πληρωμής. Τόσο τα κοινωνικά όσο και τα οικονομικά κριτήρια για την πρόσβαση σ' αυτήν τη σωτήρια για τη ζωή επέμβαση δημιούργησαν σοβαρά ζητήματα διανεμητικής δικαιοσύνης.

Μετά την ψήφιση του Εθνικού Νόμου Περί Μεταμοσχεύσεως Οργάνων του 1984, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση διόρισε το Ηνωμένο Δίκτυο Παροχής Οργάνων (UNOS) ως εθνικό σύστημα για το «ταίριασμα» των οργάνων που έχουν δωρηθεί και των εν δυνάμει ληπτών. Σύμφωνα με την Ομάδα Εργασίας για τη Μεταμόσχευση Οργάνων (1986), η κατανομή των οργάνων πρέπει να διέπεται από ιατρικά κριτήρια και οι σημαντικότεροι παράγοντες να είναι το επείγον της

ανάγκης και η πιθανότητα επιτυχίας. Σύμφωνα με πρόταση της Ομάδας Εργασίας, αν δύο ή περισσότεροι ασθενείς είναι εξίσου καλοί υποψήφιοι για ένα όργανο σύμφωνα με τα ιατρικά κριτήρια, το χρονικό διάστημα παραμονής τους στη λίστα αναμονής είναι ο πιο δίκαιος τρόπος πραγματοποίησης της τελικής επιλογής.

Γενικά, το Ηνωμένο Δίκτυο Παροχής Οργάνων (UNOS) ακολουθεί αυτές τις συστάσεις, τοποθετώντας τους εν δυνάμει λήπτες μοσχευμάτων στη λίστα αναμονής στον υπολογιστή του. Δίνεται προτεραιότητα στους λήπτες ανάλογα με μια κλίμακα βασισμένη στη σοβαρότητα της ασθένειας, το χρονικό διάστημα παραμονής στη λίστα αναμονής και την πιθανότητα επιτυχούς έκβασης (Hauptman & O'Connor, 1997). Εμφανίστηκαν προβλήματα με το σύστημα του Ηνωμένου Δικτύου Παροχής Οργάνων (UNOS): για παράδειγμα, οι άνθρωποι σε περιοχές με περισσότερους δωρητές οργάνων ήταν πιο πιθανό να λάβουν ηπατικά μοσχεύματα σε σχέση με ασθενείς με υψηλότερη προτεραιότητα σε άλλες περιοχές. Αλλά, σε γενικές γραμμές, έγινε σοβαρή προσπάθεια προκειμένου να κατανεμηθούν τα όργανα που βρίσκονται σε έλλειψη με βάση κριτήρια δικαιοσύνης.

Το ζήτημα της ικανότητας πληρωμής «στοιχειώνει» τη δεοντολογία της διαδικασίας προτεραιότητας. Ένα καρδιακό, πνευμονικό ή ηπατικό μόσχευμα μπορεί να στοιχίζει 250.000 δολάρια. Τα κέντρα μεταμοσχεύσεων απαιτούν από τους λήπτες να πληρώνουν τοις μετρητοίς εκ των προτέρων ή να εμφανίζουν στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφαλιστική τους κάλυψη. Σήμερα, το πρόγραμμα Medicare, μερικά προγράμματα του Medicaid και ένας αριθμός ιδιωτικών ασφαλιστών πληρώνουν για τα απαραίτητα μοσχεύματα. Οι ανασφάλιστοι δεν έχουν πρόσβαση στη μεταμόσχευση (Lo, 2000).

ΕΛΛΕΙΨΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ & ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΡΩΝ

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η τεχνολογική πρόοδος στον τομέα της ιατρικής σε συνδυασμό με τη ραγδαία αύξηση στις δαπάνες της φροντίδας υγείας οδήγησαν στην άποψη ότι ο περιορισμός στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας εξαρτώνταν από τους ιατρούς. Τα ηθικά ζητήματα που δημιούργησε η μεταμόσχευση οργάνων έχουν γενικευτεί στο σύνολο της φροντίδας υγείας. Όμως, μεγάλες διαφορές χωρίζουν την περίπτωση των μοσχευμάτων από εκείνη της ιατρικής φροντίδας ως συνόλου.

1. Στον τομέα της φροντίδας υγείας γενικά δεν παρουσιάζονται ελλείψεις. Στις περισσότερες περιοχές, οι εγκαταστάσεις και το προσωπικό υπάρχουν σε υπεραφθονία.
2. Ενώ υπάρχει ένα εθνικό σύστημα για να αποφασίσει ποιος θα λάβει μόσχευμα, δεν υπάρχει ανάλογο σύστημα για την φροντίδα υγείας στο σύνολο της.

Η Δρ. Ernest που εργάζεται σε έναν κερδοσκοπικό οργανισμό υγείας θέλει να συμβάλει ούτως ώστε να διατηρήσει χαμηλές τις δαπάνες υγείας. Χορηγεί με συνταγή χαμηλού κόστους αμοξικιλίνη στα 20 σεντς ανά κάψουλα αντί για κιπροφλοξασκίνη που κοστολογείται στο 1,50 δολάριο ανά δόση. Διδάσκει στους ασθενείς με πόνο στην πλάτη ασκήσεις για το σπίτι δωρεάν αντί να τους στέλνει για φυσιοθεραπείες με κόστος των 75 δολαρίων ανά συνεδρία. Στο τέλος κάθε χρόνου, απολαμβάνει να υπολογίζει πόσες χιλιάδες δολάρια έχει εξοικονομήσει σε σύγκριση με έναν από τους συναδέλφους της που αγνοεί

¹ Ο ακριβής περιορισμός αφορά στις αποφάσεις που λαμβάνονται από μια διοικητική αρχή ως προς τις ποσότητες και τους τύπους των διαθέσιμων πόρων, τους πληθυσμούς που πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας και τους συγκεκριμένους κανόνες για την κατανομή.

τις δαπάνες στη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Λόγω των προσπαθειών της και των αντίστοιχων προσπαθειών άλλων ιατρών με συναίσθηση των δαπανών, ο λογαριασμός του φαρμακείου του οργανισμού υγείας μειώνεται και η διοίκηση του οργανισμού μπορεί να αποθύσει προσωρινά ένα φυσιοθεραπευτή, ως εκ τούτου αυξάνοντας το περιθώριο κέρδους του.

Ενώ η Δρ. Ernest μπορεί να επαινέθει για την προσπάθειά της να μειώσει τις δαπάνες χωρίς να θυσιάσει την ποιότητα, η εξοικονόμηση των δαπανών της δεν είχε επίδραση στις συνολικές εθνικές δαπάνες για την φροντίδα υγείας και ούτε χρησιμοποιήθηκαν οι εξοικονομήσεις για την παροχή περισσότερων παιδικών εμβολίων ή για να προσληφθεί ένας βοηθός ιατρού σε μια κοντινή αγροτική κοινότητα όπου δεν υπάρχει κανένας πάροχος φροντίδας υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, δεν υπάρχει καμία δομή εντός της οποίας να επιτευχθεί ένα αντιστάθμισμα μεταξύ των εξοικονομήσεων σ' έναν τομέα και των ωφελειών σ' έναν άλλο. Σύμφωνα με τον αναλυτή Joshua Wiener (1992),

Σε χώρες που έχουν έναν κοινωνικά καθορισμένο προϋπολογισμό για την υγεία, οι περικοπές σε έναν τομέα μπορούν να δικαιολογηθούν με το σκεπτικό ότι τα χρήματα μπορούν να δαπανηθούν σε άλλες υπηρεσίες υψηλότερης προτεραιότητας. Αυτό το κλειστό σύστημα χρηματοδότησης παρέχει ένα ηθικό υπόβαθρο για την κατανομή των πόρων σε μια σειρά εν δυνάμει απεριόριστων απαιτήσεων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι δύσκολο να αρνηθεί κανείς τους επιπλέον πόρους για τους ασθενείς επειδή δεν είναι βέβαιο ότι τα κεφάλαια θα χρησιμοποιηθούν αποδοτικότερα σε κάποιο άλλο τομέα (Wiener, 1992).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το να πείσει κανείς τους ιατρούς να εξοικονομούν χρήματα από έναν ασθενή για να βελτιωθούν οι υπηρεσίες για κάποιον άλλο είναι το ίδιο παράλογο με το να λες σε ένα παιδί να φάει όλο το φαγητό που υπάρχει στο πιάτο του επειδή τα παιδιά στην Αφρική λιμοκτονούν (Cassel, 1985).

Προκειμένου παροχέις φροντίδας υγείας όπως η Δρ. Ernest να κάνουν την εξοικονόμηση στις δαπάνες τους κοινωνικά ωφέλιμη, χρειάζονται δύο πράγματα: ένα κλειστό σύστημα χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας, είτε κυβερνητικό μέσω ενός παγκόσμιου προϋπολογισμού, είτε ιδιωτικό μέσω ενός δικτύου οργανισμών υγείας, και ένα σύστημα λήψης αποφάσεων που να ελέγχει τη χρηματοδότηση με τέτοιο τρόπο που να έχει την ευθύνη της δίκαιης κατανομής των προϋπολογισμών στις παρεμβάσεις για την φροντίδα υγείας.

Για τους σκοπούς της ακόλουθης συζήτησης, ας υποθέσουμε ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες εμφανίζουν έλλειψη χρημάτων και ότι υπάρχει ένας μηχανισμός δίκαιης κατανομής των πόρων για την φροντίδα υγείας από ένα άτομο ή πληθυσμιακή ομάδα σε ένα άλλο άτομο ή σε μια άλλη πληθυσμιακή ομάδα. Ποιες ηθικές συγκρούσεις προκύπτουν ανάμεσα στην ευεργεσία, τη μη πρόκληση βλάβης και την αυτονομία από τη μια πλευρά και τη δικαιοσύνη (δίκαιη κατανομή πόρων) από την άλλη;

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ας υποθέσουμε ότι το Limittown, στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει έναν καθορισμένο προϋπολογισμό 250 εκατομμυρίων δολαρίων για την φροντίδα υγείας το 2004. Το Limittown διαθέτει τρεις οργανισμούς υγείας ΗΜΟς, ο καθένας εκ των οποίων είναι εξοπλισμένος με μαγνητικό τομογράφο που χρησιμοποιείται μόνο 4 ώρες τις καθημερινές. Σε καμία από τις ιατρικές εγκαταστάσεις δεν πραγματοποιείται μεταμόσχευση μυελού των οστών, μια διαδικασία που μπορεί φανερά να παρατείνει τη ζωή μερικών ασθενών με λευχαιμία. Το 2003 το Limittown δαπάνησε 5 εκατομμύρια δολάρια για την εξόφληση μοσχευμάτων μυελού των οστών σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο 50 μίλια μακριά.

Η επίτροπος υγείας του Limittown προβλέπει ότι οι δαπάνες για την φροντίδα υγείας το 2004 θα είναι 5 εκατομμύρια δολάρια πάνω από τον προϋπολογισμό και πρέπει να θέσει σε εφαρμογή εξοικονομήσεις δαπανών. Σκέφτεται δύο επιλογές: (1) Μπορεί να διακοπεί η λειτουργία των δύο από τους τρεις μαγνητικούς τομογράφους, γεγονός που θα επιτρέψει τη σημαντική μείωση της δαπάνης ανά διαδικασία του τομογράφου που θα εξακολουθεί να λειτουργεί ή (2) το Limittown θα μπορούσε να σταματήσει την πληρωμή μεταμοσχεύσεων μυελού των οστών για τους ασθενείς με λευχαιμία.

Είναι ο περιορισμός στην φροντίδα υγείας το ίδιο με την ανάσχεση δαπανών; Ορίσαμε τον εν λόγω περιορισμό στην φροντίδα υγείας ως περιορισμό των πόρων, συμπεριλαμβανομένων και των χρημάτων, που προορίζονται για την φροντίδα υγείας κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρέχεται σε όλους τους ασθενείς όλη η φροντίδα που αναμένεται να είναι ωφέλιμη, και δίκαιη κατανομή αυτών των περιορισμένων πόρων. Ενώ ο περιορισμός των χρημάτων που προορίζονται για την φροντίδα υγείας αποτελεί ανάσχεση δαπανών, η ανάσχεση δαπανών στο σύνολό της δεν μειώνει την ωφέλιμη φροντίδα προς τους ασθενείς. Στην περίπτωση του Limittown, και οι δύο επιλογές για την εξοικονόμηση 5 εκατομμυρίων δολαρίων μπορούν να θεωρηθούν ανάσχεση δαπανών αλλά μόνο η άρνηση της κάλυψης των μοσχευμάτων μυελού χρειάζεται περιορισμό. Η ύπαρξη μαγνητικού τομογράφου σε μια εγκατάσταση θα επέτρεπε την πραγματοποίησή του ίδιου αριθμού τομογραφιών αλλά με σημαντικά μικρότερο κόστος. Ο περιορισμός σχετίζεται με επώδυνο έλεγχο δαπανών (μείωση της αποτελεσματικότητας ιατρικής φροντίδας) αλλά η ανάσχεση δαπανών (βλ. Κεφάλαιο 8) μπορεί να είναι ή επώδυνη ή ανώδυνη (όχι μείωση της αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας) (Πίνακας 13-3). Η έκταση της μη απαραίτητης φροντίδας (Κεφάλαιο 1) και η διοικητική σπατάλη (Κεφάλαιο 9) οδήγησαν πολλούς ειδικούς του τομέα της υγείας τις προηγούμενες δύο δεκαετίες στο συμπέρασμα ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί να μη χρειάζονται να περιορίσουν τις αποτελεσματικές ιατρικές υπηρεσίες (Brook & Lohr, 1986, Relman, 1990). Άλλοι ειδικοί στον τομέα της πολιτικής για την υγεία αισθάνονται ότι ο ακριβής περιορισμός είναι απαραίτητος (Eddy, 1994). Είτε είναι απαραίτητος ο περιορισμός είτε όχι, σήμερα, η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας εγγυάται ότι ο εν λόγω περιορισμός των ιατρικά αποτελεσματικών υπηρεσιών θα

Πίνακας 13-3. Περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών της φροντίδας υγείας και έλεγχος δαπανών.

Δεν αποτελεί το σύνολο του ελέγχου των δαπανών περιορισμό.

Ο ανώδυνος έλεγχος δαπανών δεν είναι περιορισμός επειδή δεν τίθεται κανένας περιορισμός στην φροντίδα υγείας που αναμένεται να είναι ωφέλιμη.

Ο επώδυνος έλεγχος δαπανών μπορεί να χρειαστεί περιορισμό επειδή τίθενται όρια στην φροντίδα υγείας που αναμένεται να είναι ωφέλιμη.

είναι απαραίτητος στο μέλλον. Αλλά προκειμένου να μεγιστοποιήσουμε την ευεργεσία και την αυτονομία χωρίς να παραβιάσουμε τη διανεμητική δικαιοσύνη, κανένας περιορισμός των ωφέλιμων υπηρεσιών δεν πρέπει να λάβει χώρα μέχρι να περικοπούν όλες οι πολυδάπανες δραστηριότητες· ο ανώδυνος έλεγχος δαπανών πρέπει να προηγηθεί του επώδυνου.

Η φροντίδα που παρέχεται σε βαριά άρρωστους ανθρώπους

Η Lula Rogers είναι μια 84χρονη διαβητική γυναίκα με ακρωτηριασμένα και τα δυο της πόδια· τα πολλαπλά εγκεφαλικά την έχουν καταστήσει ανίκανη να κινηθεί, να καταπιεί, να κατανοήσει και να μιλήσει. Βρίσκεται σε ιδιωτική κλινική για 3 χρόνια και σ' αυτό το χρονικό διάστημα η ιατρική της κατάσταση έχει επιδεινωθεί με αργούς ρυθμούς. Ο γιος της επιθυμεί να της αφαιρεθεί ο σωλήνας σίτισής αλλή ο ιατρός της και το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύουν ότι είναι σκληρό να προκαλέσουν το θάνατό της λόγω υποσιτισμού και αφυδάτωσης. Η κυρία Rogers συνεχίζει να ζει για ακόμα 3 χρόνια. Η φροντίδα στην ιδιωτική κλινική κοστίζει 300.000 δολάρια.

Ένα ζήτημα που προκαλεί έντονες δημόσιες συζητήσεις είναι ο όγκος της φροντίδας υγείας που πρέπει να παρέχεται στους ανθρώπους με βαριές και ανίατες ασθένειες. Είχαν δίκιο οι παροχείς φροντίδας της Lula Rogers που παρέτειναν μια ζωή που είχε αξία γι' αυτήν ή μήπως παρέτειναν τον πόνο της και αρνούσαν έναν ήρεμο θάνατο; Πρέπει το κόστος να αποτελεί παράγοντα σε τέτοιες αποφάσεις ή πρέπει τέτοια ζητήματα ζωής και θανάτου να διέπονται από αυτονομία, ευεργεσία και μη πρόκληση βλάβης μόνο (Luce, 1990);

Το 27% του προϋπολογισμού του Medicare δαπανάται σε άτομα που διανύουν τον τελευταίο χρόνο της ζωής τους και σχεδόν τα μισά από αυτά τα κεφάλαια (35 δισεκατομμύρια δολάρια το 2002) δαπανώνται τις τελευταίες 60 μέρες (Hogan et al, 2001, Lubitz & Riley, 1993) (Σχήμα 13-1). Δεν είναι σαφές αν θα μπορούσαν να επιτευχθούν σημαντικές εξοικονομήσεις με τη βελτίωση της φροντίδας στο τέλος της ζωής του ασθενούς (Emanuel et al, 2002). Το 2000, ένα υπολογισμένο ποσοστό 67% των ατόμων που πέθαναν έλαβαν την τελευταία τους φροντίδα στο νοσοκομείο ή στην ιδιωτική κλινική και το 33% πέθανε στο σπίτι, με τους μισούς θανάτους στο σπίτι να υποστηρίζονται από προγράμματα ξενώνων (Teno et al, 2004). Οι ασθενείς που ανήκουν σε προγράμματα ξενώνων έχουν χαμηλότερες δαπάνες στο τέλος της ζωής τους σε σχέση μ' εκείνους που δεν ανήκουν σε τέτοια προγράμματα (Emanuel et al, 2002) και τα μέλη των οικογενειών των ασθενών που

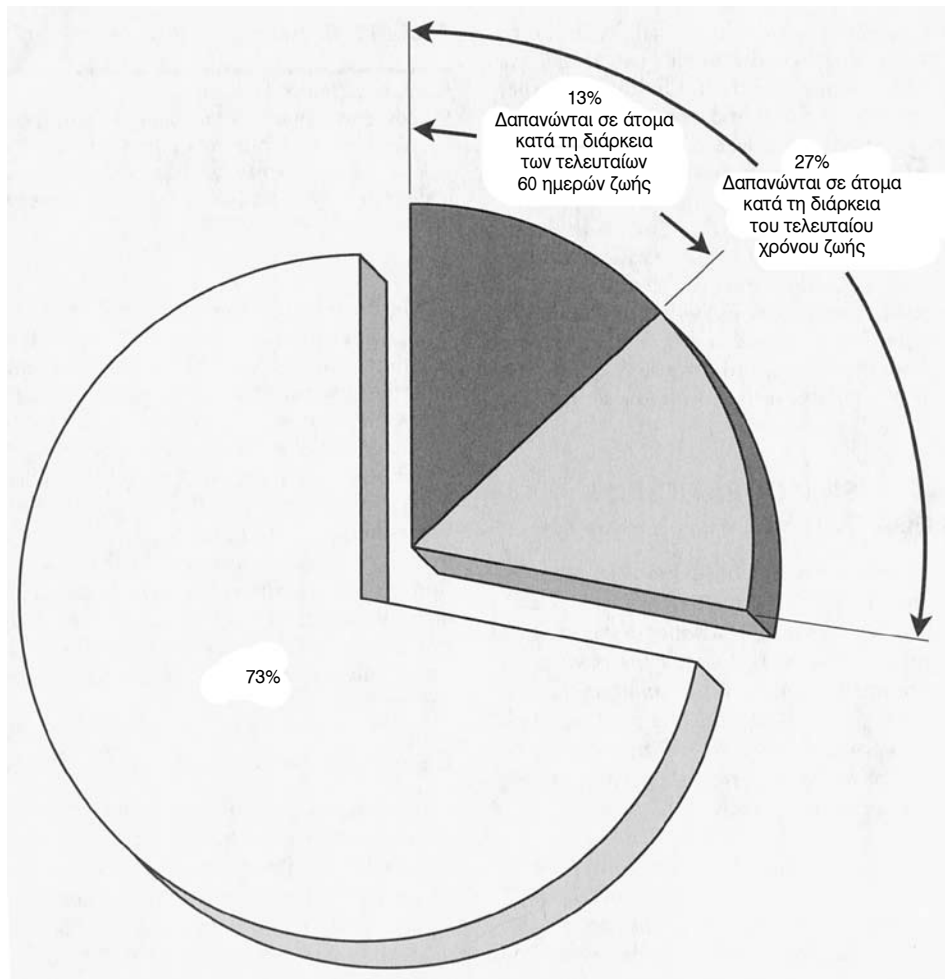
λαμβάνουν φροντίδα από ξενώνες κατ' οίκον είναι πιο ικανοποιημένα από τη φροντίδα σε σχέση με τις οικογένειες ασθενών που πεθαίνουν σε νοσοκομεία ή κλινικές (Teno et al, 2004). Συνεπώς, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα οι μειωμένες δαπάνες να συμβαδίζουν με την καλύτερη φροντίδα. Αν αυτές οι οικονομίες μπορούσαν να μεταφερθούν σε πιο αποτελεσματικές θεραπείες για άλλους ανθρώπους, τότε η βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με ανίατες ασθένειες θα μπορούσε να προάγει και τις τέσσερις ηθικές αρχές, την ευεργεσία, τη μη πρόκληση βλάβης, την αυτονομία και τη διανεμητική δικαιοσύνη.

Οι αρχές της ευεργεσίας και της μη πρόκλησης βλάβης κατευθύνουν την έννοια ότι η μάταιη θεραπεία που δεν έχει όφελος και ίσως προκαλέσει βλάβη δεν πρέπει να λαμβάνει χώρα. Η δυσκολία μ' αυτήν την άποψη βρίσκεται στον ορισμό της ιατρικής ματαιότητας. Αν μια ιατρική παρέμβαση έχει πιθανότητα μικρότερη του 1% να είναι επιτυχημένη, είναι μάταιη (Schneiderman et al, 1994); Η λέξη «επιτυχημένη» σημαίνει να παραμείνει ο ασθενής απλά ζωντανός ή μήπως πρέπει να υπάρχει ένα λογικό επίπεδο λειτουργιών; Πόση βαρύτητα πρέπει να δίνεται στην αυτονομία του ασθενούς όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων για την ιατρική ματαιότητα; Αν ένας ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου επιθυμούσε να ζήσει επιπλέον ένα μήνα, πρέπει να ληφθούν όλα τα δυνατά μέτρα, ασχέτως δαπάνης, προκειμένου να ικανοποιηθεί αυτή η επιθυμία ή μήπως μια τέτοια φροντίδα θα ήταν μάταιη; Τόσο η απόφαση του δικαστηρίου του 1994, η οποία υποστήριζε την επιθυμία μιας οικογένειας από τη Βιρτζίνια να διατηρήσει τη ζωή του παιδιού της που είχε γεννηθεί με εγκεφαλική υποπλασία (δεν είχε το μεγαλύτερο μέρος του εγκεφάλου του και ήταν μόνιμα αναισθητό) και ζούσε με πλήρη υποστήριξη των ζωών λειτουργιών του, όσο και η απόφαση του 1994 ενός νοσοκομείου στη Φλόριδα να πληρώσει τη φροντίδα ενός εγκεφαλικά νεκρού εφήβου μαρτυρούν την πρωτοκαθεδρία της αυτονομίας σε νομικές αποφάσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, ασχέτως του κόστους προς το σύνολο της κοινωνίας. Εξακολουθεί να υπάρχει διαμάχη σχετικά με το ηθικό ερώτημα: μπορεί ένας ιατρός με δική του πρωτοβουλία μόνο να διακόψει τη θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς ή της οικογένειάς του αν πιστεύει ότι η εν λόγω θεραπεία είναι μάταιη (Helft et al, 2000);

Ο ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΕΣΩ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Είδαμε ότι η ανάσχεση δαπανών δεν ισοδυναμεί απαραίτητα με περιορισμό και ότι η εξάλειψη των διοικητικών και ιατρικών δαπανών και των ανεπιθύμητων παρεμβάσεων για τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές και ανίατες ασθένειες πριν τον περιορισμό των απαραίτητων υπηρεσιών κάνει πράξη με τον καλύτερο τρόπο τις αρχές της ευεργεσίας και της δικαιοσύνης. Όμως, αν ο περιορισμός των αληθινά ωφέλιμων υπηρεσιών χρειάζεται, τα ζητήματα γίνονται ακόμα πιο δύσκολα. Αν ένα σύστημα ή πρόγραμμα φροντίδας υγείας πρέπει να «θέσει σε κίνδυνο» την ευεργεσία λόγω αληθινής έλλειψης χρημάτων, πώς μπορεί κάτι τέτοιο να γίνει κατά τρόπο που θα προκαλέσει τη μικρότερη βλάβη και θα την κατανείμει με όσο το δυνατόν πιο δίκαιο τρόπο;

Η Joy Fortune εμφανίζει νόσο του Hodgkin, ή αθλιώς καρκίνο του ηεμφικού συστήματος. Υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία και θεραπεύεται. Η Jessica Turner είναι



Σχήμα 13-1. Κεφάλαια του Medicare που δαπανώνται στο τέλος της ζωής.

ετοιμοθάνατη από προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο του παγκρέατος. Υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία και πεθαίνει εντός 3 ημερών.

Στην περίπτωση του περιορισμού, η επιστήμη είναι ο καλύτερος οδηγός: η παροχή ή η διακοπή της φροντίδας ιδανικά καθορίζεται από την πιθανότητα η θεραπεία να μεγιστοποιήσει τα οφέλη και να ελαχιστοποιήσει τη βλάβη, δηλαδή, από το κριτήριο της ιατρικής αποτελεσματικότητας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί συχνά να θεραπεύσει τη νόσο του Hodgkin αλλά η χημειοθεραπεία είναι απίθανο να έχει πολλά οφέλη σε ανθρώπους με πολύ προχωρημένο καρκίνο του παγκρέατος. Αν είναι απαραίτητος ο περιορισμός και μπορεί να προσφερθεί μόνο μία από αυτές τις θεραπείες, μια απόφαση με βάση το κριτήριο της ιατρικής αποτελεσματικότητας θα επέτρεπε τη θεραπεία της νόσου του Hodgkin αλλά όχι του καρκίνου του παγκρέατος σε τελικό στάδιο.

Αν η παρέμβαση Α αυξάνει για τους ανθρώπους τα χρόνια ζωής τους με μια λογική ποιότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από την παρέμβαση Β, τότε η παρέμβαση Α είναι πιο αποτελεσματική από ιατρικής πλευράς. Η δαπάνη των δύο παρεμβάσεων δεν λαμβάνεται υπόψη. Η αποδοτικότητα του κόστους προσθέτει δολάρια στην εξίσωση: Αν η παρέμβαση

Α αυξάνει για τους ανθρώπους τα χρόνια ζωής τους με μια λογική ποιότητα ανά δολάριο που δαπανάται σε μεγαλύτερο βαθμό από την παρέμβαση Β, στην περίπτωση αυτή είναι πιο αποτελεσματική. Ποιο αποτελεί καλύτερο στάνταρ για τον περιορισμό της φροντίδας υγείας, η ιατρική αποτελεσματικότητα ή η αποδοτικότητα του κόστους;

Αν δεν υπήρχε έλλειψη χρημάτων, η ιατρική αποτελεσματικότητα (η μεγιστοποίηση του οφέλους και η ελαχιστοποίηση της βλάβης) θα ήταν το ιδανικό στάνταρ με βάση το οποίο θα γίνονταν ο περιορισμός της φροντίδας (δηλαδή, όσο λιγότερο αποτελεσματική η θεραπεία, τόσο χαμηλότερη η προτεραιότητά της στη λίστα των θεραπειών που πρόκειται να προσφερθούν). Αλλά, αν δεν υπήρχε έλλειψη χρημάτων, δεν θα χρειαζόταν να προβούμε σε περιορισμό. Δεν είναι ρεαλιστικό να υποκρινόμαστε πως μπορούμε να αγνοήσουμε τις δαπάνες (Eddy, 1992). Ας υποθέσουμε ότι η μεταμόσχευση μυελού των οστών εξοικονομεί στους ανθρώπους τόσα χρόνια ζωής εφόσον θεραπεύει μορφές καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο όσα και η πενικιλίνη που θεραπεύει την πνευμονία. Η πρώτη θεραπεία κοστίζει 150.000 δολάρια ενώ η δεύτερη μπορεί να λάβει χώρα με 10 δολάρια. Δεν υπάρχει λόγος να προβούμε σε περιορισμό της πενικιλίνης, καθώς το κόστος της είναι αμελητέο, ενώ

είναι δαπανηρό να κάνουμε τη μεταμόσχευση του μυελού των οστών προσβάσιμη κατά τον ίδιο τρόπο. Συνεπώς, η ιατρική αποτελεσματικότητα είναι ανεπαρκής ως μέσο για να αποφασίσουμε ποιες υπηρεσίες να περιορίσουμε.

Ο περιορισμός για το σύνολο της κοινωνίας

Ο καρκίνος του μαστού της κυρίας Smith έχει κάνει μετάσταση στο ήπαρ και στα οστά της. Της είπαν ότι η μόνη ελάχιστη ελπίδα της είναι η υψηλή χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών, που κοστίζει 150.000 δολάρια. Ακόμα και με την αισιόδοξη υπόθεση ότι η εν λόγω αγωγή έχει ποσοστό ίασης 5%, η μαστογραφία είναι οκτώ φορές πιο αποδοτική σε κόστος σε σχέση με αυτήν την αγωγή ως προς τα χρόνια που εξοικονομούνται για την ασθενή.

Το 1991, ο Δρ. David Eddy (1991a) δημοσίευσε ένα συναρπαστικό άρθρο με τίτλο «Το Άτομο Κατά της Κοινωνίας: Υπάρχει Σύγκρουση;» - «The Individual Society: Is there a Conflict?». Ο Δρ. Eddy παραθέτει το προαναφερθέν περιστατικό με την κυρία Smith. Αν πρέπει να περιορίσουμε την φροντίδα υγείας, φαίνεται λογικό να δαπανηθούν κεφάλαια για μαστογραφία αντί για υψηλή χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών επειδή η πρώτη παρέμβαση έχει μεγαλύτερη αποδοτικότητα κόστους. Όμως, ο Δρ. Eddy δεν περιορίζει την ανάλυσή του στην αποδοτικότητα κόστους, αλλά προχωράει στα ηθικά ζητήματα.

Ο καθένας από εμάς μπορεί να βρίσκεται σε δύο θέσεις όταν κρίνουμε την αξία διαφορετικών δραστηριοτήτων για τη φροντίδα της υγείας. Βρισκόμαστε στη μία θέση όταν είμαστε υγιείς, αναλογιζόμενοι τις ασθένειες από τις οποίες θα μπορούσαμε να πάσουμε και ετοιμάζοντας επιταγές για φόρους και ασφάλιστρα. Ας ονομάσουμε αυτήν την κατάσταση «πρώτη θέση». Είμαστε σε διαφορετική θέση όταν όντως πάσουμε από μια ασθένεια, βρισκόμαστε στο ιατρείο ενός ιατρού και έχουμε ήδη πληρώσει τους φόρους και τα ασφάλιστρά μας (η «δεύτερη θέση»)... Φανταστείτε ότι είστε μια 50χρονη που προσλαμβάνεται από την εταιρεία της κυρίας Smith... Η εταιρεία εξετάζει δύο επιλογές: (1) να καλύψει τη μαστογραφία για τον καρκίνο του μαστού... ή (2) να καλύψει την υψηλή χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών... Τώρα φανταστείτε ότι βρίσκεστε στην πρώτη θέση... εφόσον δεν έχετε ακόμα την ασθένεια (την πρώτη θέση), η επιλογή 1 πάντα θα έχει μεγαλύτερο όφελος με χαμηλότερο κόστος σε σχέση με την επιλογή 2... Τώρα, ας σας βάλουμε στη δεύτερη θέση. Φανταστείτε ότι πάσχετε ήδη από καρκίνο του μαστού και μόλις σας είπαν ότι έχει κάνει μετάσταση και βρίσκεται σε τελικό στάδιο... Η αξία της επιλογής της μαστογραφίας για εσάς έχει μειωθεί κατακόρυφα επειδή ήδη πάσχετε από καρκίνο του μαστού και δεν μπορείτε πλέον να επωφεληθείτε από τη μαστογραφία...

Η μεγιστοποίηση της φροντίδας για τους μεμονωμένους ασθενείς επιχειρεί να μεγιστοποιήσει τη φροντίδα για τα άτομα όταν αυτά βρίσκονται στη δεύτερη θέση. Η μεγιστοποίηση της φροντίδας για την κοινωνία επεκτείνει το φάσμα της ανησυχίας ώστε να περιλαμβάνει άτομα όταν αυτά βρίσκονται στην πρώτη θέση. Όπως εξηγεί αυτό

το παράδειγμα, το πρόγραμμα που έχει το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για την κοινωνία (επιλογή 1) δεν είναι απαραίτητα το καλύτερο για το μεμονωμένο ασθενή (επιλογή 2) και αντίστροφα. Αλλά όπως επιπλέον εξηγεί αυτό το παράδειγμα, οι μεμονωμένοι ασθενείς και η κοινωνία δεν είναι ξεχωριστές οντότητες, αλλά μάλλον αντιπροσωπεύουν τις διαφορετικές θέσεις στις οποίες θα βρίσκεται ο καθένας από εμάς σε διάφορες στιγμές στη ζωή μας. Όταν βοηθούμε τον εαυτό μας στη δεύτερη θέση, μπορούμε να τον βλάψουμε στην πρώτη (Eddy, 1991).

Σε γενικές γραμμές, οι ιατροί φροντίζουν ασθενείς που ανήκουν στη δεύτερη θέση σύμφωνα με το Δρ. Eddy, δηλαδή όταν είναι ασθενείς. Ωστόσο, αν η δαπάνη της θεραπείας αυτών που βρίσκονται στη δεύτερη θέση μειώνει τους πόρους που είναι διαθέσιμοι για την πρόληψη της ασθένειας για τον πολύ μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων που βρίσκονται στην πρώτη θέση (που μπορεί να μην επισκέπτονται ιατρούς επειδή αισθάνονται καλά), οι μεμονωμένες αρχές της ευεργεσίας και της αυτονομίας παραγκωνίζουν την κοινωνική αρχή της δικαιοσύνης. Θα μπορούσε ακόμα και να πει κανείς ότι η επιλογή ατόμων που βρίσκονται στη δεύτερη θέση παραβιάζει την ευεργεσία προς εκείνους που βρίσκονται στην πρώτη θέση. Από την άλλη πλευρά, αν όλοι οι πόροι πηγαίνουν σε εκείνους στην πρώτη θέση (για παράδειγμα, σε οικονομικά αποδοτικό έλεγχο αντί για θεραπεία όπου χρησιμοποιείται η τεχνολογία σε μεγάλο βαθμό) για εκείνα τα άτομα με απειλητική για τη ζωή ασθένεια, διαπράττεται αδικία προς την άλλη κατεύθυνση με το να αγνοούμε τις δαπανηρές ανάγκες των βαριά ασθενών.

Είναι σαφές ότι δεν υπάρχει ιδανική μέθοδος περιορισμού της φροντίδας υγείας. Η χρήση της αποδοτικότητας κόστους ως μέτρου δημιουργεί ηθικά προβλήματα και, λόγω της δυσκολίας καθορισμού της αποδοτικότητας κόστους των διαφορετικών παρεμβάσεων, έχει επιστημονικούς περιορισμούς (βλ. Κεφάλαιο 8). Όλες οι προσπάθειες πρέπει να γίνονται με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών ανώδυνα πριν καταφύγουμε στον επώδυνο περιορισμό της αποτελεσματικής φροντίδας υγείας. Αλλά αν ο περιορισμός είναι αναπόφευκτος, πρέπει να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των πολλών δικαιολογημένων αναγκών: των ανησυχιών των υγιών ατόμων για πρόληψη των ασθενειών, της επιτακτικής ανάγκης των ατόμων με οξείες παθήσεις να λάβουν διάγνωση και θεραπεία και της υποχρέωσης παροχής φροντίδας και άνεσης σε εκείνους με ανίατες χρόνιες ασθένειες.

Ο περιορισμός στα πλαίσια ενός προγράμματος υγείας: το πρόγραμμα Όρεγκον

Η προηγούμενη ανάλυση του περιορισμού της φροντίδας υγείας σε ολόκληρη τη χώρα προϋποθέτει ένα μηχανισμό που ανακατευθύνει τα χρήματα που εξοικονομούνται από τους παρεμβάσεις που δεν πραγματοποιούνται προς πιο αποδοτικές υπηρεσίες. Στην πραγματικότητα, ένας τέτοιος μηχανισμός δεν υπάρχει σ' ολόκληρη τη χώρα. Μόνο σε συγκεκριμένα προγράμματα φροντίδας υγείας βρίσκουμε μηχανισμό λήψης αποφάσεων για την κατανομή των δαπανών. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί το Πρόγραμμα Υγείας του Όρεγκον (Bodenheimer, 1997).

Το 1994, στο Όρεγκον προστέθηκαν 100.000 φτωχοί ανασφάλιστοι πολίτες στο πρόγραμμα Medicaid. Προκειμένου να ελέγχονται οι δαπάνες, δημιουργήθηκε λίστα υπηρεσιών με προτεραιότητα και το νομοθετικό σώμα της

πολιτείας αποφάσιζε πόσες υπηρεσίες θα καλύπτονταν. Η λίστα προτεραιότητας βασίστηκε στο μέγεθος της βελτίωσης στη διάρκεια και την ποιότητα της ζωής που ήταν πιθανό να οδηγήσει η θεραπεία. Η τελική λίστα περιλάμβανε 745 ζευγάρια κατάστασης-θεραπείας και η Πολιτεία του Όρεγκον τώρα πληρώνει για υπηρεσίες πάνω από τον αριθμό 574 της λίστας, ενώ τα περιστατικά κάτω από τον αριθμό αυτό δεν καλύπτονταν (Kilborn, 1999). Ποιες είναι μερικές από τις ηθικές επιπτώσεις του Προγράμματος Υγείας του Όρεγκον;

1. Το πρόγραμμα ήταν κάτι περισσότερο από μια πρόταση περιορισμού: το βασικό χαρακτηριστικό του ήταν η επέκταση της κάλυψης της φροντίδας υγείας σε 100.000 επιπλέον ανθρώπους. Αυτή η πλευρά του προγράμματος του Όρεγκον προωθεί την αρχή της δικαιοσύνης.
2. Ένα άλλο θετικό χαρακτηριστικό στοιχείο του προγράμματος ήταν η προσπάθειά του να δώσει προτεραιότητα σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας με βάση την αποτελεσματικότητα, που αποτελεί λογική μέθοδο απόφασης σχετικά με το ποιές υπηρεσίες πρέπει να αποκλειστούν, αν είναι απαραίτητος ο περιορισμός.

Τα άλλα χαρακτηριστικά στοιχεία του προγράμματος του Όρεγκον πρέπει να θεωρηθούν ότι επιδρούν αρνητικά στη διανεμητική δικαιοσύνη ή την ίση πρόσβαση στη φροντίδα χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ικανότητα πληρωμής.

1. Το 1996, το 12% των δικαιούχων ανέφεραν ότι τούς αρνήθηκαν υπηρεσίες επειδή βρίσκονταν σε θέση κάτω από τη γραμμή στη λίστα προτεραιότητας. Από αυτά τα άτομα, το 78% ανέφερε ότι η άρνηση είχε οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας τους (Mitchell & Bentley, 2000). Οι ιατρικές υπηρεσίες περιορίστηκαν για τους φτωχούς του Όρεγκον αλλά όχι για κάποιον άλλον.
2. Το πρόγραμμα στόχευε σε ωφέλιμες ιατρικές υπηρεσίες σε μια πολιτεία με σημαντικές δαπάνες υγείας. Το 1988, πολλές περιοχές του Όρεγκον κατά μέσο όρο εμφάνιζαν ποσοστά πληρότητας στο νοσοκομείο κάτω από 50%. Η απομάκρυνση των μη απαραίτητων νοσοκομειακών κλινών θα μπορούσε να έχει εξοικονομήσει 50 εκατομμύρια δολάρια ανά έτος, αρκετά για να πληρωθούν μερικές από τις θεραπείες που αποκλείστηκαν από το πρόγραμμα (Fisher et al, 1992). Το Όρεγκον δεν εξέτλησε τις επιλογές του για ανώδυνο έλεγχο δαπανών πριν προχωρήσει σε εν δυνάμει επώδυνο περιορισμό.

Ο περιορισμός μέσα σε ένα ίδρυμα: η μονάδα εντατικής θεραπείας

Η κυρία Wilson είναι μια γυναίκα 71 χρόνων στην οποία πρόσφατα έγινε διάγνωση καρκίνου των πνευμόνων. Ο όγκος φράσσει ένα βρόγχο και προκαλεί πνευμονία και η κυρία Wilson εισάγεται στο νοσοκομείο στην αγροτική της πόλη. Η κατάστασή της επιδεινώνεται και πέφτει σε κώμα, με αποτέλεσμα να χρειάζεται αναπνευστήρα. Την όγδοη μέρα νοσηλείας της δεν εμφανίζει βελτίωση. Εκείνη τη μέρα, ο Louis Ford, ένας προηγούμενος υγιής 27χρονος μεταφέρεται στο νοσοκομείο με σπασμένο θώρακα και πνευμονοθώρακα συνεπεία αυτοκινητιστικού ατυχήματος. Ο κύριος Ford χρειάζεται άμεσα αναπνευστήρα. Κανένας από τους έξι ασθενείς στη μονάδα εντατικής θεραπείας δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα· αν γίνει κάτι τέτοιο θα πεθάνουν. Από τους έξι, στην κυρία

Wilson έγινε η χειρότερη πρόγνωση. Δεν έχει οικογένεια και επιπλέον δεν υπάρχουν άλλοι αναπνευστήρες σε ακτίνα 50 μιλίων (Jonsen, 1998). Πρέπει η κυρία Wilson να αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα για χάρη του κυρίου Ford;

Οι πόροι μπορεί να είναι ελλιπείς σε μια ολόκληρη χώρα ή σε ένα μικρό νοσοκομείο. Η μακροκατανομή² αναφέρεται στην ποσότητα και την κατανομή των πόρων εντός μιας κοινωνίας, ενώ η μικροκατανομή² αναφέρεται στους περιορισμούς των πόρων στο επίπεδο ενός μεμονωμένου ιατρού ή ιδρύματος. Οι αποφάσεις της μακροκατανομής μπορεί να είναι πιο σημαντικές και να επηρεάζουν χιλιάδες ή εκατομμύρια ανθρώπων. Οι επιλογές της μικροκατανομής μπορεί να είναι πιο σοβαρές και να φέρνουν τα ηθικά διλήμματα στο αυστηρό και αδιάλλακτο επίκεντρο και να θέτουν ζητήματα κατανομής πόρων ακριβώς στα χέρια του ιατρού που εκείνη την ώρα ασκεί το λειτούργημά του. Η επιλογή της μικροκατανομής που περιλαμβάνει την κυρία Wilson ενσωματώνει και τις τέσσερις ηθικές αρχές που πρέπει να «ζυγιστούν» εντός λεπτών: (1) Ευεργεσία: Για ποιον; Αυτό το ιδανικό δεν μπορεί να γίνει πραγματικότητα και για τους δύο ασθενείς, (2) Μη πρόκληση βλάβης: Αν η κυρία Wilson αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα, της προκαλείται βλάβη αλλά το τίμημα της μη πρόκλησης βλάβης σ' αυτήν είναι μεγάλο για τον κύριο Ford, (3) Αυτονομία: Η διακοπή της θεραπείας απαιτεί τη συγκατάθεση του ασθενούς ή της οικογένειάς του, κάτι που είναι αδύνατο στην περίπτωση της κυρίας Wilson, (4) Δικαιοσύνη: Πρέπει οι πόροι να κατανέμονται με βάση το καθεστώς της εξυπηρέτησης πρώτα του ατόμου που φτάνει πρώτο ή ανάλογα με την ανάγκη;

Αυτές είναι τραγικές αποφάσεις. Πολλοί ιατροί θα αποσυνέδεαν την κυρία Wilson από τον αναπνευστήρα και θα έκαναν όλες τις προσπάθειες για να σώσουν τον κύριο Ford. Το κύριο ζήτημα θα ήταν η ιατρική αποτελεσματικότητα: η πιθανότητα να ζήσει η κυρία Wilson περισσότερο από λίγους μήνες είναι μικρή ενώ ο κύριος Ford θα μπορούσε να θεραπευτεί και να ζήσει για πολλές δεκαετίες.

Λιγότερο σοβαρές αλλά παρόμοιες αποφάσεις καλούνται να λάβουν οι ιατροί σε καθημερινή βάση. Μια μέρα με πολλή δουλειά, ποιοί ασθενείς απασχολούν περισσότερη ώρα τον ιατρό; Σε έναν οργανισμό υγείας με λίστα αναμονής για μαγνητική τομογραφία, τότε πρέπει ένας ιατρός να καλέσει τον ακτινολόγο και να υποστηρίξει την πραγματοποίηση μιας επείγουσας μαγνητικής, ως εκ τούτου τοποθετώντας άλλους ανθρώπους παρακάτω στη λίστα αναμονής; Τα περιστατικά που περιλαμβάνουν μικροκατανομή φανερώνουν το λόγο που, στην αληθινή ζωή, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ισορροπήσει ανάμεσα στα συμφέροντα του ενός και του άλλου ασθενούς και ανάμεσα στα συμφέροντα των ατόμων και στις επιτακτικές ανάγκες της κοινωνίας.

² Η μακροκατανομή αφορά αποφάσεις σχετικά με την κατανομή των πόρων φροντίδας υγείας από κυβερνητικές υπηρεσίες, ασφαλιστικές εταιρείες, ιδιωτικά ιδρύματα κλπ, ενώ η μικροκατανομή αποφάσεις σχετικά με την κατανομή ανάλογων πόρων σε συγκεκριμένους ασθενείς από προσωπικό συγκεκριμένων νοσοκομείων, μεμονωμένους επαγγελματίες, κλπ.

ΕΝΑ ΒΑΣΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΓΓΥΗΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΦΕΛΩΝ

Ο Don Rich είναι στέλεχος τραπεζίης που λαμβάνει τη φροντίδα του μέσω ενός οργανισμού υγείας HMO της Νέας Υόρκης. Εμφανίζει στηθάγχη που παραμένει σταθερή για πάνω από ένα χρόνο. Ένα τεστ κοπώσεως δείχνει ότι πάσχει από ήπια νόσο της στεφανιαίας. Αν και αυτή η αξιολόγηση δείχνει ότι η κατάστασή του μπορεί να αντιμετωπιστεί με ασφάλεια με φάρμακα, ο κύριος Rich ζητά από τον καρδιολόγο του να κανονίσει στεφανιογράφημα με αγγειοπλαστική της στεφανιαίας ή επέμβαση bypass αν χρειαστεί και αυτός του λέει ότι ο οργανισμός υγείας HMO έχει περιορισμένους πόρους για τέτοιες διαδικασίες και περιορίζει τη χρήση τους σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη ή με αρκετά προβληματικά αποτελέσματα στα τεστ κοπώσεως, για τους οποίους οι διαδικασίες είναι και πιο αποτελεσματικές. Ο κύριος Rich πάει αεροπορικώς στο Τέξας, συμβουλεύεται έναν ιδιώτη καρδιοχειρουργό και κάνει στεφανιογράφημα με δικά του έξοδα.

Οι περισσότεροι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες πιστεύουν ότι η φροντίδα υγείας πρέπει να αποτελεί δικαίωμα. Αλλά πόσης έκτασης πρέπει να είναι η φροντίδα υγείας; Αν ο κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στο σύνολο της ωφέλιμης φροντίδας υγείας, η χώρα ίσως να μη μπορεί να πληρώσει το λογαριασμό ή μπορεί να αναγκαστεί να περιορίσει άλλα δικαιώματα όπως η εκπαίδευση, η αστυνομική προστασία και η προστασία από τις φωτιές. Μια προσέγγιση στο εν λόγω πρόβλημα είναι ο περιορισμός του δικαιώματος της φροντίδας υγείας σε ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών. (Στην περίπτωση του οργανισμού υγείας HMO του Don Rich, το στεφανιογράφημα για τη σταθερή στηθάγχη δεν περιλαμβάνεται στο βασικό πακέτο). Οποιοσδήποτε υπηρεσίες πέρα από τις βασικές μπορούν να αγοραστούν από άτομα που επιλέγουν να διαπληκτούν τα δικά τους λεφτά. Αυτή η λύση δημιουργεί ένα ηθικό πρόβλημα. Αν μια υπηρεσία που δεν έχει ιατρικό όφελος δεν περιλαμβάνεται στο βασικό πακέτο ή την αρνείται ο επιστημονικός διευθυντής μιας ασφαλιστικής εταιρείας, η εν λόγω υπηρεσία γίνεται διαθέσιμη μόνο σε εκείνους που μπορούν να την αντέξουν οικονομικά. Σε ποιο σημείο πρέπει η κοινωνία να θέσει το όριο ανάμεσα σε ένα βασικό επίπεδο φροντίδας που θα πρέπει να είναι εξίσου διαθέσιμο σε όλους και σε «κάτι παραπάνω από βασικές» υπηρεσίες που μπορεί να αγοράζονται σύμφωνα με την ατομική ικανότητα και την προθυμία να πληρώσει κανείς (Eddy, 1991b); Αν δεν καλύπτει το βασικό πακέτο όλες τις ωφέλιμες υπηρεσίες υγείας, θα τεθεί σε κίνδυνο η αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης, σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι λαμβάνουν εξίσου ένα λογικό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών ανεξαρτήτως της ικανότητάς τους να πληρώσουν.

Η ΗΘΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρώτη καρδιακή προσβολή της Yoshiko Takahashi ήρθε στην ηλικία των 59 χρόνων. Δεν ήταν σοβαρή και αισθάνθηκε καλύτερα την επόμενη μέρα. Τότε ήρθε το αληθινό σοκ: λόγω της υψηλής αρτηριακής της πίεσης, το ιδιωτικό ασφαλιστήριο συμβόλαιό της θεωρεί την εν λόγω ασθένεια του καρδιαγγειακού συστήματος προϋ-

πάρχουσα κατάσταση και δεν θα καλύψει τα έξοδα της θεραπείας της. Απαιτεί να πάει σπίτι της για να περιορίσει τις δαπάνες του νοσοκομείου της. Δώδεκα ώρες αργότερα, παθαίνει τη δεύτερη καρδιακή προσβολή που είναι σοβαρή, εισάγεται εκ νέου στη μονάδα εντατικής θεραπείας και παραμένει στο νοσοκομείο για ακόμα 8 ημέρες. Λόγω του επίμονου πόνου, είναι υποψήφια για στεφανιογράφημα το οποίο αρνείται λόγω του κόστους. Όταν έκανε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, η κυρία Takahashi δεν είχε κατανοήσει τους όρους του γιατί δεν κατείχε καλά την αγγλική γλώσσα.

Οι αποφάσεις των ιατρών περιλαμβάνουν μόνο μια πλευρά της κατανομής των πόρων, ότι οι πληρωτές της φροντίδας υγείας έχουν μεγάλη δύναμη ως προς την κατανομή της. Οι πολιτικές της βιομηχανίας των ιδιωτικών ασφαλειών που καλύπτουν το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες δημιουργούν σημαντικά ηθικά ζητήματα. Στην περίπτωση της Yoshiko Takahashi, η ασφαλιστική εταιρεία και όχι οι ιατροί της καθόρισαν ευρέως το είδος της ιατρικής φροντίδας που η ίδια έλαβε.

Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να είναι εμπειρικά κοστολογημένη (βλ. Κεφάλαιο 2), με τα ασφαλιστρα να κοστίζουν περισσότερο για άτομα ή ομάδες με μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας. Στα πλαίσια της εφαρμογής του συστήματος της εμπειρικής κοστολόγησης, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα τα άτομα που χρειάζονται ιατρική φροντίδα περισσότερο (επειδή πάσχουν από χρόνια ασθένεια) να μπορούν να αγοράσουν ασφάλιση υγείας, την οποία θα μπορούν να αντέξουν οικονομικά. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ότι οι ιδιωτικοί ασφαλιστές παραβιάζουν την αρχή της δικαιοσύνης επειδή τα άτομα που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη των υπηρεσιών έχουν την πιο μικρή πιθανότητα να κερδίσουν κάλυψη για αυτές.

Τα στελέχη του τομέα της ασφάλισης υγείας, όμως, έχουν διαφορετική άποψη και πιστεύουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι δίκαιη. Σύμφωνα με μια διαφήμιση με σπόνσορα την ασφαλιστική βιομηχανία,

Αν οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν κατέτασσαν τους ανθρώπους σε ομάδες κινδύνου (εμπειρική κοστολόγηση), το γεγονός αυτό θα σήμαινε ότι τα άτομα χαμηλού κινδύνου αυθαίρετα θα ανακατεύονταν με άτομα υψηλού κινδύνου...και ίτα άτομα χαμηλού κινδύνου θα έπρεπε να πληρώσουν μεγαλύτερα ποσά. Κάτι τέτοιο θα ήταν άδικο για όλους (Light, 1992).

Σύμφωνα μ' αυτήν την έννοια, είναι άδικο να υποχρεώσουμε ένα άτομο ή μια ομάδα να πληρώσει τις ανάγκες ή τα βάρη ενός άλλου ατόμου ή μιας άλλης ομάδας. Μια εναλλακτική άποψη, που παρέθετε την αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης, υποστηρίζει ότι οι νέοι και υγιείς άνθρωποι πρέπει να καταβάλλουν περισσότερα χρήματα σε δαπάνες για την υγεία σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν τελικά, ούτως ώστε οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και λιγότερο υγιείς άνθρωποι να μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας με λογικό κόστος. Ακόμα και από την πλευρά του μακροπρόθεσμου προσωπικού συμφέροντος ενός ατόμου, ίσως είναι πιο λογικό να πληρώνει κανείς περισσότερα για την φροντίδα υγείας όσο είναι νέος και υγιής και λιγότερα όταν η προχωρημένη ηλικία δημιουργεί μεγαλύτερο ρίσκο εκδήλωσης ασθένειας.

Ένα πολυσυζητημένο θέμα περιλαμβάνει τα άτομα των οποίων η συμπεριφορά, ιδιαίτερα το κάπνισμα, η ανθυγιεινή

διατροφή και η κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ, θεωρείται ότι συμβάλλει στην κακή τους υγεία.

Ο Jim Butts, ένας μανιώδης καπνιστής, εμφανίζει εμφύσημα και νοσηλεύεται πολύ συχνά με αναπνευστική ανεπάρκεια· πολλές μέρες είναι συνδεδεμένος με αναπνευστήρα. Ο Randy Schirr, πρώην εργάτης στα ναυπηγεία, εμφανίζει σχετική με τη δουλειά του αμιαντίαση και νοσηλεύεται συχνά με αναπνευστική ανεπάρκεια· και εκείνος πολλές μέρες είναι συνδεδεμένος με αναπνευστήρα. Πρέπει ο Jim να πηρώσει περισσότερα από το Randy για την ασφάλιση υγείας;

Ο Gene ακολουθεί διατροφή χαμηλή σε λιπαρά, γυμνάζεται τακτικά αθλά έχει βαρύ οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας. Παθαίνει καρδιακή προσβολή στα 44. Ο Mac τρέφεται με φαγητό από φαστ-φουντ, δεν γυμνάζεται και παθαίνει και αυτός καρδιακή προσβολή στα 44. Πρέπει ο Mac να πηρώσει περισσότερα από το Gene για κάλυψη της φροντίδας υγείας;

Σύμφωνα με μια άποψη, τα άτομα που αρρωσταίνουν λόγω συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου όπως το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της κατανάλωσης αλκοόλ, και η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά, είναι εξολοκλήρου υπεύθυνα για τη συμπεριφορά τους και πρέπει να πληρώσουν υψηλότερα ασφάλιστρα στα συμβόλαια για την υγεία τους. Οι αντίπαλοι αυτής της άποψης θεωρούν ότι κάτι τέτοιο είναι σαν να «κατηγορείται το θύμα» και υποστηρίζουν ότι οι αιτίες των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου είναι περίπλοκες και μπορεί να περιλαμβάνουν γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου του ανεξέλεγκτου εθισμού. Παραθέτουν έναν αριθμό γεγονότων για να υποστηρίξουν την άποψή τους. Η βιομηχανία τροφίμων δαπανά δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο στις τηλεοπτικές διαφημίσεις, το μέσο παιδί βλέπει χιλιάδες διαφημιστικά για τροφές κάθε χρόνο και τα περισσότερα από αυτά αφορούν προϊόντα με μικρή θρεπτική αξία. Η βιομηχανία καπνού σε μεγάλο βαθμό διαφημίζει τα προϊόντα της στους εφήβους. Η παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών συνδέεται με την ανέχεια, την απελπισία και την εύκολη διαθεσιμότητα των ουσιών αυτών. Με βάση κάποια αποδεικτικά στοιχεία ανακαλύπτεται μια γενετική προδιάθεση προς τον αλκοολισμό. Στο βαθμό που τα άτομα δεν ευθύνονται εξολοκλήρου για την συμπεριφορά υψηλού κινδύνου που εκδηλώνουν, θα ήταν άδικο να τα χρεώσουμε περισσότερο για την ασφάλιση υγείας. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται λογικό οι καπνιστές και τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ να πληρώνουν μέσω των φόρων που επιβάλλονται σ' αυτά τα προϊόντα.

ΠΟΙΟΣ ΚΑΤΑΝΕΜΕΙ ΤΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ;

Η δυσάρεστη κατάσταση των περιορισμένων πόρων έχει παρομοιαστεί με μια αγέλη ζώων που βόσκουν σε ένα συνηθισμένο λιβάδι. Το συνολικό λιβάδι μπορεί να θεωρηθεί ως το σύνολο των οικονομικών πόρων στις Ηνωμένες Πολιτείες και ένα μικρότερο κοπάδι, οι ιατρικοί πόροι, περιλαμβάνει εκείνο το κομμάτι του λιβαδιού που είναι αφιερωμένο στην φροντίδα υγείας. Η αγέλη αντιπροσωπεύει τους ιατρούς της χώρας που χρησιμοποιούν τους ιατρικούς πόρους στα πλαίσια της διαδικασίας παροχής φροντίδας στους ασθενείς. Οι ιατροί, καθοδηγούμενοι από την ηθική προ-

σταγή της ιατρικής να «κάνουν ό,τι είναι δυνατόν για τον ασθενή» συνεχώς επιχειρούν να επεκτείνουν τα όρια των ιατρικών πόρων. Αλλά οι κοινότητες εκτός του μεριδίου που αντιστοιχεί στους ιατρούς έχουν νόμιμες αξιώσεις σε κοινοτικούς πόρους και θεωρούν ότι η αγέλη καταχράται τους πόρους που είναι απαραίτητοι για άλλους σκοπούς (Hiatt, 1975, Grumbach & Bodenheimer, 1990).

Ποιος αποφασίζει για το μέγεθος των πόρων που είναι αφιερωμένοι στην φροντίδα υγείας; Οι ιατροί και οι άλλοι παροχείς φροντίδας υγείας, των οποίων οι παρεμβάσεις εκ μέρους των ασθενών τους προσθέτουν στο σύνολο των ιατρικών πόρων που χρησιμοποιούνται, το σύνολο των επιλογών των μεμονωμένων καταναλωτών που λειτουργούν μέσω μιας ελεύθερης αγοράς, τα προγράμματα ασφάλισης υγείας που προστατεύουν το δικό τους ιδιαίτερο μερίδιο από τους πόρους για την υγεία, ή μήπως η κυβέρνηση που χρησιμοποιεί την πολιτική διαδικασία για να θέσει δημοσιονομικά όρια σ' ολόκληρο το σύστημα φροντίδας υγείας;

Κατά παράδοση, οι ιατροί και οι ασθενείς έχουν πολλά να πουν για το μέγεθος των ιατρικών πόρων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι ιατρικοί πόροι αποτελούν ανοιχτό πεδίο. Η ποσότητα και η τιμή των ιατρικών επισκέψεων, των ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο, των χειρουργικών επεμβάσεων, των διαγνωστικών μελετών, των φαρμακευτικών προϊόντων και άλλων τέτοιων παρεμβάσεων καθορίζουν τις συνολικές δαπάνες της φροντίδας υγείας. Η κατάσταση αυτή δεν ισχύει σε άλλες χώρες όπου οι κυβερνητικοί προϋπολογισμοί για την φροντίδα υγείας αποτελούν ένα «φράχτη» γύρω από τους ιατρικούς πόρους, θέτοντας ένα ξεκάθαρο όριο στην ποσότητα των διαθέσιμων πόρων. Μερικοί υποστηρικτές της δημιουργίας «φράχτη» στις Ηνωμένες Πολιτείες σκέφτονται τη διανομή των ιατρικών πόρων σε πολυάριθμα μικρότερα «λιβάδια»: το καθένα από αυτά θα αντιπροσωπεύει έναν οργανισμό υγείας ΗΜΟ ή ένα άλλο οργανωμένο σύστημα ιατρικής φροντίδας που λειτουργεί εντός των ορίων των καθορισμένων και προεξοφλημένων προϋπολογισμών. Δεν θα ήταν όλα τα λιβάδια ίδιου μεγέθους και οι φράχτες θα είχαν τρύπες που θα επέτρεπαν στους ασθενείς να αγοράζουν επιπρόσθετες υπηρεσίες εκτός των οργανωμένων συστημάτων φροντίδας.

Τα ηθικά ζητήματα παίζουν ρόλο και στα ανοιχτά και στα κλειστά συστήματα φροντίδας υγείας. Στο ανοιχτό σύστημα των Ηνωμένων Πολιτειών, οι αρχές της ευεργεσίας και της αυτονομίας έχουν το πάνω χέρι, τείνοντας προς ένα επεκτεινόμενο, αν και όχι δίκαιο, σύστημα. Αντίθετα, τα κλειστά συστήματα διατηρούν μια ισορροπία ανάμεσα στις πιο επεκτατικές αρχές της ευεργεσίας και της αυτονομίας και στις απαιτήσεις της διανεμητικής δικαιοσύνης, προκειμένου να καταναείμουν τους πόρους εντός του ιατρικού πεδίου.

Αν οι Ηνωμένες Πολιτείες κινούνται προς ένα πιο κλειστό σύστημα ιατρικών πόρων, θα χρειαστεί να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με το ποιός παίρνει τί. Κάνουν όλοι οι 90χρονοι με πολλαπλή οργανική ανεπάρκεια αιμοκάθαρση που μπορεί να αυξήσει το χρόνο ζωής τους μόνο κατά μερικούς μήνες; Παρέχεται στα νήπια που γεννήθηκαν με πολύ χαμηλό βάρος εντατική θεραπεία για νεογνά ακόμα και με πιθανότητες μικρότερες του 5% να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή; Οι μεμονωμένοι ιατροί, που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με τους ασθενείς τους, έχουν τον τελικό λόγο στη λήψη αυτών των αποφάσεων; Πρέπει οι κοινωνικές ομάδες, όπως η κυβέρνηση, οι επιτροπές των ενδιαφερόμενων μερών ή οι επαγγελματικοί σύλλογοι να ορίσουν τους κανόνες;

Τα ζητήματα της μικροκατανομής συνοψίζονται σε

καθημερινές κλινικές αποφάσεις σχετικά με το ποιοί μεμονωμένοι ασθενείς θα λάβουν ποιές μορφές φροντίδας (Lo, 2000). Οι ιατροί και οι άλλοι παροχείς φροντίδας μπορούν κάλλιστα να αποσυρθούν από την προοπτική της διακοπής μιας ιατρικά ωφέλιμης θεραπείας, λόγω του κόστους της εν λόγω θεραπείας σε κάποιον άλλον και όχι στον ασθενή, επειδή πιστεύουν ότι η επιμεριστική λήψη αποφάσεων θέτει σε υπερβολικά μεγάλο κίνδυνο τη δέσμευσή τους προς τις αρχές της ευεργεσίας και της αυτονομίας. Ο Levinsky (1984) υποστήριξε ότι οι ιατροί πρέπει να διατηρήσουν την αφοσίωσή τους σ' ένα συγκεκριμένο σκοπό ως προς τη μεγιστοποίηση της φροντίδας για τον κάθε ασθενή:

Υπάρχει αυξανόμενη πίεση στους ιατρούς να υπηρετούν δύο αφέντες. Οι ιατροί που ασκούν το ληιτούργημα τους υποχρεούνται να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες της κοινωνίας και τις ανάγκες του κάθε ασθενούς όταν καθούνται να αποφασίσουν τι είδος φροντίδας υγείας να παρέχουν και σε τι ποσότητα... Όταν ασκούν την ιατρική, οι ιατροί δεν μπορούν να υπηρετούν δύο αφέντες. Είναι προς όφελος και της κοινωνίας και των μελών της οι ιατροί να διατηρούν την ιστορική αφοσίωσή τους σ' ένα συγκεκριμένο σκοπό. Ο αφέντης του ιατρού πρέπει να είναι ο ασθενής (Levinsky, 1984).

Ωστόσο, αν οι ιατροί απέχουν από την αρένα της λήψης αποφάσεων μακροκατανομής, ποιος πρέπει να αποφασίσει; Τώρα, αυτές οι αποφάσεις συχνά λαμβάνονται από τους επιστημονικούς διευθυντές ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και τους επικεφαλής των προγραμμάτων Medicare και Medicaid. Μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι ανάλογες αποφάσεις ποικίλλουν από πρόγραμμα σε πρόγραμμα και ακόμα και στα πλαίσια ενός μόνο ασφαλιστικού προγράμματος ένας επιστημονικός διευθυντής μπορεί να λάβει διαφορετικές αποφάσεις σε διαφορετικές μέρες για παρόμοιους ασθενείς (Light, 1994). Αν οι ιατροί αρνηθούν να δεχθούν δύο αφέντες, τότε η ιατρική θα παραχωρεί τη λήψη αποφάσεων μικροκατανομής σε υπαλλήλους ασφαλιστικών εταιρειών και κυβερνητικούς υπαλλήλους. Ο ιατρός του 21^{ου} αιώνα θα εξακολουθεί να αντιμετωπίζει ευθύνες για μεμονωμένους ασθενείς αλλά θα βρίσκει δυσκολίες ως προς τη διαφυγή του από την υποχρέωση εξισορρόπησης των επιθυμιών των μεμονωμένων ασθενών και των ευρύτερων αναγκών της κοινωνίας (Cassel, 1985, Morreim, 1989).

Αν οι ιατροί πρόκειται να υπηρετούν δύο αφέντες (δηλαδή, να διατηρούν την αφοσίωσή τους σε μεμονωμένους ασθενείς ενώ ταυτόχρονα να διαχειρίζονται υπεύθυνα πόρους), χρειάζονται κανόνες για να τους βοηθήσει. Αυτοί οι κανόνες πρέπει να λειτουργούν σε επίπεδο τόσο του πληθυσμού όσο και των μεμονωμένων ατόμων. Στο επίπεδο του πληθυσμού, η κοινωνία πρέπει ιδανικά να αποφασίσει ποιες γενικές θεραπείες είναι να πληρωθούν συλλογικά, μέσω της διαδικασίας της καθολικής ασφάλισης υγείας. Στο ατομικό επίπεδο, οι κανόνες χρειάζονται για να καθοδηγούν αποφάσεις σχετικά με την προτεραιότητα των πόρων προς συγκεκριμένους ασθενείς. Οι εργασίες στον τομέα της μεταμόσχευσης οργάνων παρέχουν ένα μοντέλο του τρόπου με τον οποίο οι ιατροί μπορούν να εξυπηρετήσουν δύο αφέντες: κάνουν ό,τι είναι δυνατό για να βρουν όργανα για τους ασθενείς τους που χρειάζονται μεταμόσχευση αλλά επίσης δέχονται τους κανόνες του συστήματος που επιχειρούν να κατανείμουν τα όργανα με δίκαιο τρόπο (Benjamin et al, 1994). Ο σύγχρονος ιατρός παγιδεύεται σε ένα καθολικό ηθικό δίλημμα. Αφενός, οι

ασθενείς και οι οικογένειές τους περιμένουν το καλύτερο που μπορεί να προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία, που πληρώνεται μέσω ιδιωτικής ή δημόσιας ασφάλισης. Οι επιταγές της ευεργεσίας, της μη πρόκλησης βλάβης και της αυτονομίας εξουσιάζουν τον περιορισμό των ιατρικών υπηρεσιών από τους ιατρούς. Αφετέρου, σοβαρές αδικίες λαμβάνουν χώρα σε καθημερινή βάση: ένα ανασφάλιστο νεαρό άτομο με ασθένεια που θεραπεύεται δεν μπορεί να πληρώσει για τη φροντίδα του ενώ ένα ασφαλισμένο και κληήρες θύμα εγκεφαλικού δημιουργεί τεράστιους ιατρικούς λογαριασμούς κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων της ζωής του που σβήνει. Δεν θα πρέπει ο ιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή με εγκεφαλικό να ανησυχεί και για τους δύο ασθενείς; Με όποιον τρόπο και αν δοθεί λύση σ' αυτό το δίλημμα, η αρχή της δικαιοσύνης θα «παρακολουθεί» αμείλικτα τον ιατρό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron HJ, Schwartz WB: *The Painful Prescription*. Washington, The Brookings Institution, 1984.
- Annas GJ: *Standard of Care: The Law of American Bioethics*. New York, Oxford University Press, 1993.
- Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, 2001.
- Benjamin M, Cohen C, Grochowski E: What transplantation can teach us about health care reform. *N Engl J Med* 1994;330:858.
- Blendon RJ, Benson JM: Americans' views on health policy: A fifty-year historical perspective. *Health Aff* 2001;20:33.
- Bodenheimer T: The Oregon Health Plan: Lessons for the nation. *N Engl J Med* 1997;337:651, 720.
- Brook RH, Lohr KN: Will we need to ration effective health care? *Issues Sci Technol* 1986;3:68.
- Cassel CK: Doctors and allocation decisions: A new role in the new Medicare. *J Health Polit Policy Law* 1985;10:549.
- Eddy DM: Comparing benefits and harms: The balance sheet. *JAMA* 1990;263:2493.
- Eddy DM: Cost-effectiveness analysis: A conversation with my father. *JAMA* 1992;267:1669.
- Eddy DM: Rationing resources while improving quality. *JAMA* 1994;272:817.
- Eddy DM: The individual vs society: Is there a conflict? *JAMA* 1991a;265:1446.
- Eddy DM: What care is "essential?" What services are "basic?" *JAMA* 1991b;265:782.
- Emanuel EJ et al: Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med* 2002;162:1722.
- Fisher ES, Welch HG, Wennberg JE: Prioritizing Oregon's hospital resources. *JAMA* 1992;267:1925.
- Grumbach K, Bodenheimer T: Reins or fences: A physician's view of cost containment. *Health Aff* 1990;9:120.
- Hauptman PJ, O'Connor KJ: Procurement and allocation of solid organs for transplantation. *N Engl J Med* 1997;336:422.
- Helft PR et al: The rise and fall of the fertility movement. *N Engl J Med* 2000;343:293.
- Hiatt HH: Protecting the medical commons: Who is responsible? *N Engl J Med* 1975;293:235.
- Hogan C et al: Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff* 2001;20:188.

- Jonsen AR: Ethical issues in organ transplantation. In Veatch RM (ed): *Medical Ethics*. Boston, Jones & Bartlett, 1989.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: *Clinical Ethics*. New York, McGraw-Hill, 1998.
- Kilborn PT: Oregon falters on a new path to health care. *New York Times*, January 3, 1999.
- Levinsky NG: The doctor's master. *N Engl J Med* 1984;311:1573.
- Light DW: Life, death, and the insurance companies. *N Engl J Med* 1994;330:498.
- Light DW: The practice and ethics of risk-rated health insurance. *JAMA* 1992;267:2503.
- Lo B: *Resolving Ethical Dilemmas*. Baltimore, Williams & Wilkins, 2000.
- Lubitz JD, Riley GF: Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* 1993;328:1092.
- Luce JM: Ethical principles in critical care. *JAMA* 1990;263:696.
- Mitchell JB, Bentley F: Impact of Oregon's priority list on Medicaid beneficiaries. *Med Care Res Rev* 2000;57:216.
- Morreim EH: Fiscal scarcity and the inevitability of bedside budget balancing. *Arch Intern Med* 1989;149:1012.
- Reagan MD: Health care rationing: What does it mean? *N Engl J Med* 1988;319:1149.
- Relman AS: Is rationing inevitable? *N Engl J Med* 1990;322:1809.
- Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS: Beyond futility to an ethic of care. *Am J Med* 1994;96:110.
- Sheehy E et al: Estimating the number of potential organ donors in the United States. *N Engl J Med* 2003;349:667.
- Task Force on Organ Transplantation: Issues and Recommendations. U.S. Department of Health and Human Services, 1986.
- Teno JM et al: Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004;291:88.
- United Network for Organ Sharing (www.unos.org).
- Wiener JM: Rationing in America: Overt and covert. In Strosberg MA et al (eds): *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond*. Washington, The Brookings Institution, 1992.

Η φροντίδα υγείας σε τέσσερις χώρες

14

Η χρηματοδότηση και η οργάνωση της φροντίδας υγείας σ' ολόκληρο τον ανεπτυγμένο κόσμο καλύπτει ένα ευρύ φάσμα (Roemer, 1993). Στις περισσότερες χώρες, το σύνολο των υπηρεσιών της φροντίδας υγείας χρηματοδοτείται από το δημόσιο τομέα ή παρέχεται στον εν λόγω τομέα (ή και τα δύο), ενώ σε άλλες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, οι περισσότεροι άνθρωποι πληρώνουν για τη φροντίδα τους και τη λαμβάνουν μέσω ιδιωτικών ιδρυμάτων.

Στο παρόν κεφάλαιο, αναλύονται τα συστήματα ιατρικής φροντίδας τεσσάρων χωρών: της Γερμανίας, του Καναδά, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ιαπωνίας. Η καθεμία από αυτές τις χώρες βρίσκεται σε ένα διαφορετικό σημείο του διεθνούς φάσματος της φροντίδας υγείας. Η εξέταση των διαφορετικών συστημάτων τους μπορεί να μας βοηθήσει στην έρευνά μας για ένα κατάλληλο σύστημα φροντίδας υγείας για τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Ας θυμηθούμε από το Κεφάλαιο 2 τους τέσσερις διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας: τις απευθείας πληρωμές, την ατομική ιδιωτική ασφάλιση, την ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη και την κυβερνητική χρηματοδότηση. Η Γερμανία, ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιαπωνία εφαρμόζουν τους δύο πρώτους τρόπους πληρωμής μόνο σ' έναν ελάχιστο βαθμό. Η Γερμανία χρηματοδοτεί την φροντίδα υγείας μέσω ιδιωτικής ασφάλισης εντεταλμένης από την κυβέρνηση και παρεχόμενης από τον εργοδότη, αν και η ιδιωτική ασφάλιση της χώρας αυτής απέχει πάρα πολύ από την αντίστοιχη στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Καναδάς και το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζουν συστήματα χρηματοδοτούμενα από την κυβέρνηση. Η χρηματοδότηση της Ιαπωνίας βρίσκεται ανάμεσα στη γερμανική μέθοδο ιδιωτικής χρηματοδότησης και στο κυβερνητικό μοντέλο του Καναδά και του Ηνωμένου Βασιλείου. Όσον αφορά στην παροχή της φροντίδας υγείας, το γερμανικό, το ιαπωνικό και το καναδικό σύστημα είναι βασικά ιδιωτικά, ενώ το βρετανικό σύστημα είναι σε μεγάλο βαθμό δημόσιο.

Αν και οι τέσσερις αυτές χώρες εμφανίζουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο χρηματοδότησης και οργάνωσης της φροντίδας υγείας, σ' ένα θέμα εμφανίζουν ομοιότητα: όλες

τους παρέχουν καθολική κάλυψη φροντίδας υγείας και ως εκ τούτου εγγυώνται στους πληθυσμούς τους πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Ασφάλιση υγείας

Ο Hans Deutsch είναι ταμίας σε τράπεζα και ζει στη Γερμανία. Αυτός και η οικογένειά του λαμβάνουν ασφάλιση υγείας μέσω ενός ταμείου υγείας που ασφαλίζει και άλλους υπαλλήλους και τις οικογένειές τους στην τράπεζά του και σε άλλους χώρους εργασίας στην πόλη του. Όταν ο Hans πήγε να εργαστεί στην τράπεζα, υποχρεώθηκε από το νόμο να εγγραφεί στο ταμείο υγείας που επηλέγη από τον εργοδότη του.

Η τράπεζα συνεισφέρει ένα ποσοστό 7% του μισθού του Hans στο ταμείο υγείας και ένα επιπρόσθετο 7% κρατείται από το μισθό του και καταβάλλεται στο ταμείο. Το ταμείο υγείας του Hans συγκεντρώνει το ίδιο ποσοστό της τάξης του 14% της συνεισφοράς εργοδότη-εργαζομένου για όλα τα εγγεγραμμένα μέλη του. Μερικοί τραπεζικοί υπάλληλοι αντιδρούσαν πριν από 2 χρόνια επειδή το ταμείο υγείας αύξησε το ποσοστό από 12% σε 14%, αλλά ο Hans νιώθει σχετικά τυχερός. Έχει φίλους που ανήκουν σε άλλα ταμεία υγείας με ποσοστό συνεισφοράς 16%- το μισό προέρχεται από τον εργοδότη και το άλλο μισό από τον υπάλληλο.

Η Γερμανία ήταν η πρώτη χώρα που θέσπισε νομοθεσία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Ο πρωτοποριακός νόμος του 1883 απαιτούσε από ορισμένους εργοδότες και υπαλλήλους να κάνουν πληρωμές σε υπάρχοντα εθελοντικά ταμεία υγείας, τα οποία θα πλήρωναν για την ιατρική φροντίδα των υπαλλήλων με ασφαλιστική κάλυψη. Αρχικά, μόνο οι μισθωτοί του βιομηχανικού τομέα με εισοδήματα μικρότερα των 500 δολαρίων ανά έτος συμπεριλαμβάνονταν· ο πληθυσμός που πληρούσε τα κριτήρια επιλεξιμότητας αυξήθηκε τα επόμενα χρόνια.

Περίπου το 90% των Γερμανών τώρα λαμβάνουν την

ασφάλιση υγείας τους μέσω των υποχρεωτικών ταμείων υγείας (Σχήμα 14-1). Οι περισσότεροι άνθρωποι ανήκουν στο ίδιο ταμείο ολόκληρη τη ζωή τους αν και πραγματοποιούνται αλλαγές. Υπάρχουν αρκετές κατηγορίες ταμείων υγείας. Το 40% των ανθρώπων (κυρίως εργάτες και οι οικογένειές τους) ανήκουν σε ταμεία οργανωμένα ανά γεωγραφική περιοχή, το 27% (για το μεγαλύτερο μέρος των οικογενειών των υπαλλήλων) ανήκουν σε εθνικά «αναπληρωματικά» ταμεία, το 12% είναι υπάλληλοι ή εξαρτώμενα μέλη υπαλλήλων που εργάζονται σε 700 εταιρείες που διαθέτουν τα δικά τους ταμεία υγείας και ένα άλλο ποσοστό 12% ανήκει σε ταμεία που καλύπτουν όλους τους εργάτες μιας συγκεκριμένης τέχνης.

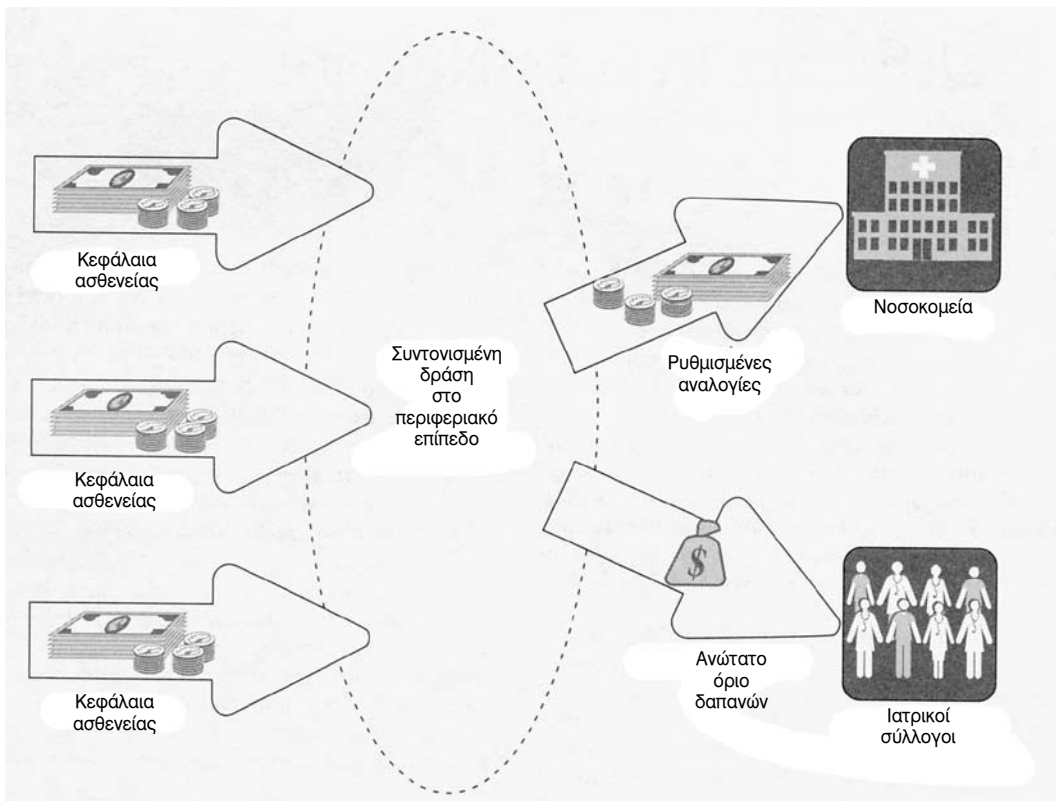
Τα ταμεία υγείας είναι μη κερδοσκοπικοί φορείς με σχολαστικούς κανονισμούς που ανήκουν κάπου ανάμεσα στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα. Τα ταμεία συλλέγουν χρήματα από τα μέλη τους και τους υπαλλήλους των μελών τους και πληρώνουν τη φροντίδα των μελών τους. Στη Γερμανία υπάρχουν περίπου 300 ταμεία υγείας (Brown & Amelung, 1999, Busse, 2004). Τα ταμεία δεν επιτρέπεται να αποκλείουν άτομα λόγω ασθένειας ή να αυξήσουν τα ποσοστά συνεισφοράς ανάλογα με την ηλικία ή την ιατρική κατάσταση, δηλαδή, ίσως δεν θα χρησιμοποιήσουν την εμπειρική κοστολόγηση. Απαιτείται από τα ταμεία να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα παροχών, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών, των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, της οδοντιατρικής και προληπτικής φροντίδας και της φροντίδας εγκύων. Οι συμπληρωμές δεν είναι υπερβολικές (Iglehart, 1991).

Ο πατέρας του Hans, ο Peter Deutsch, πήρε σύνταξη

από τη δουλειά του ως χειριστής μηχανών σ' ένα χαλυβουργείο. Όταν δούληε, η οικογένειά του λάμβανε ασφάλιση υγείας μέσω ενός ταμείου υγείας για τους υπαλλήλους της χαλυβουργίας. Το ταμείο διοικούνταν από ένα συμβούλιο· στο εν λόγω συμβούλιο, τα μισά μέλη αντιπροσώπευαν τους υπαλλήλους και τα άλλα μισά τον εργοδότη. Μετά τη συνταξιοδότηση, η οικογένεια του Peter συνέχισε την κάλυψή της μέσω του ίδιου ταμείου υγείας χωρίς καμία αλλαγή στις παροχές. Το εν λόγω ταμείο συνεχίζει να πληρώνει περίπου το 60% των δαπανών ιατρικής φροντίδας της οικογένειάς του (που επιχορηγούνται από τις συνεισφορές των εν ενεργεία εργαζομένων και του εργοδότη) και το 40% πληρώνεται από το ταμείο συνταξιοδότησης του Peter.

Ο Hans έχει έναν ξάδερφο, τον Georg, που εργαζόταν προηγουμένως σ' ένα πρατήριο βενζίνης στην πόλη του Hans αλλά τώρα είναι άνεργος. Ο Georg παρέμεινε στο ταμείο υγείας του αφού έχασε τη δουλειά του. Η συνεισφορά του στο ταμείο καταβάλλεται από την κυβέρνηση. Στον καλύτερο φίλο του Hans στην τράπεζα έγινε διάγνωση ήμφωματος και απέκτησε μόνιμη αναπηρία και αδυναμία να εργαστεί. Παρέμεινε στο ταμείο υγείας και η συνεισφορά του καταβαλλόταν από την κυβέρνηση.

Με τη συνταξιοδότηση ή την απώλεια εργασίας οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους εξακολουθούν να είναι μέλη στα ταμεία υγείας τους. Η ασφάλιση υγείας στη Γερμανία, όπως και στις Ηνωμένες Πολιτείες, παρέχεται από τον εργοδότη. Ωστόσο, η γερμανική ασφάλιση υγείας, αντίθετα με την αντίστοιχη στις Ηνωμένες Πολιτείες, πρέπει



Σχήμα 14-1. Το Γερμανικό σύστημα Εθνικής Ασφάλισης Υγείας.

να συνεχίσει να καλύπτει τα μέλη της είτε αυτά αλλάξουν εργασία ή σταματήσουν να εργάζονται για οποιοδήποτε λόγο είτε όχι.

Ο θεός του Hans, ο Karl, είναι βοηθός αντιπροέδρου στην τράπεζα. Λόγω του ότι κερδίζει πάνω από 40.000 δολάρια ανά έτος, δεν χρειάζεται να γίνει μέλος ταμείου υγείας, αλλά μπορεί να επιλέξει να κάνει ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αν επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση, δεν θα μπορεί να γίνει μέλος ταμείου υγείας στο μέλλον. Οι περισσότεροι υπάλληλοι με μεγαλύτερους μισθούς επιλέγουν ταμείο υγείας και δεν χρειάζεται να γίνουν μέλη του ταμείου που επέλεξε ο εργοδότης τους για τους υπαλλήλους με χαμηλότερους μισθούς, αλλά μπορούν να γίνουν μέλη σ' ένα από τα 15 εθνικά «αναπηρωματικά» ταμεία.

Το 8% των Γερμανών, όλοι τους με εισοδήματα άνω των 40.000 δολαρίων, επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση. Οι ιδιωτικοί ασφαλιστές πληρώνουν σημαντικά υψηλότερες αμοιβές σε ιατρούς από τα ταμεία υγείας και συχνά επιτρέπουν στους κατόχους συμβολαίων δικών τους να λαμβάνουν προνομιακή μεταχείριση όταν επισκέπτονται ιατρό (Iglehart, 1991). Εν κατακλείδι, στη Γερμανία, το 90% του πληθυσμού ανήκουν στο σύστημα του υποχρεωτικού ταμείου υγείας, το 8% επιλέγουν ιδιωτική ασφάλιση, το 2% λαμβάνουν ιατρικές υπηρεσίες ως μέλη των ενόπλων δυνάμεων ή της αστυνομίας και ένα ποσοστό μικρότερο του 0,2% (όλοι τους πλούσιοι) δεν έχουν κάλυψη (Files & Murray, 1995).

Η Γερμανία χρηματοδοτεί την φροντίδα υγείας μέσω ενός συγχωνευμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και δημόσιας βοήθειας (βλ. Κεφάλαια 2, 10 και 15 για ανάλυση αυτών των εννοιών), στο οποίο δεν γίνονται διακρίσεις μεταξύ εργαζομένων που συνεισφέρουν στην ασφάλιση υγείας τους και ανέργων των οποίων η συνεισφορά γίνεται από την κυβέρνηση. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία είναι λίγο διαφορετική από την αντίστοιχη του προγράμματος Medicare στις Ηνωμένες Πολιτείες: οι πληρωμές του εργοδότη και των υπαλλήλων στη Γερμανία πηγαίνουν σε οιονεί δημόσια ταμεία υγείας παρά στην κυβέρνηση.

Η μέθοδος χρηματοδότησης της Γερμανίας συνήθως είναι παλινδρομική. Ο Hans Deutsch συμβάλλει μ' ένα ποσοστό 7% του μισθού του στο ταμείο υγείας του, ενώ άλλοι υπάλληλοι συμβάλλουν με μεγαλύτερο ή μικρότερο ποσοστό. Όσο υψηλότερο είναι το μέσο επίπεδο μισθού των μελών ενός ταμείου υγείας τόσο χαμηλότερο είναι το ποσοστό των πληρωμών που χρειάζεται για την κάλυψη των δαπανών υγείας. Συνεπώς, οι εργαζόμενοι με χαμηλότερο μισθό συνήθως καταβάλλουν μεγαλύτερο ποσοστό του μισθού τους για την φροντίδα υγείας σε σχέση με τους υπαλλήλους με υψηλότερο μισθό. Το 1994, η Γερμανία θέσπισε μια μέθοδο περιορισμού αυτών των διαφορών. Τα ταμεία υγείας με εγγεγραμμένα μέλη που έχουν υψηλότερα εισοδήματα και λιγότερες ιατρικές ανάγκες πρέπει να επιστρέφουν ένα μέρος των εισοδημάτων απ' το μισθό τους σ' ένα εθνικό κοινό ταμείο. Η κυβέρνηση τότε κατανέμει τα χρήματα από αυτό το κοινό ταμείο για περιπτώσεις κινδύνου σε ταμεία υγείας με φτωχότερα και πιο άρρωστα μέλη. Από τότε που εφαρμόστηκε το εν λόγω πρόγραμμα, η διαφορά στα ποσοστά συνεισφορών μισθοδοσίας μεταξύ των διάφορων ταμείων υγείας έχει μειωθεί, με τα ποσοστά να μειώνονται κάπως για τους πληθυσμούς με χαμηλότερο εισόδημα και

να αυξάνονται για τις ομάδες υψηλότερου εισοδήματος (Files & Murray, 1995). Το 2002, η Γερμανία αύξησε αυτήν τη μέθοδο προσαρμογής του κινδύνου, παρέχοντας στα ταμεία υγείας ακόμα μεγαλύτερα οικονομικά κίνητρα προκειμένου να εγγράψουν άτομα με χρόνια νόσο και να αναπτύξουν προγράμματα αντιμετώπισης ασθενειών για τους εν λόγω ασθενείς (Busse, 2004).

Ιατρική φροντίδα

Ο Hans Deutsch εμφανίζει πόνο στο θώρακα ενώ περπατά και δεν αισθάνεται καλά. Δεν έχει ιατρό και ένας φίλος του του συστήνει έναν παθολόγο, το Δρ. Helmut Arzt. Επειδή ο Hans είναι ελεύθερος να επισκεφθεί οποιονδήποτε ιατρό περιπατητικής φροντίδας επιλέξει, όντως επισκέπτεται το Δρ. Arzt που διαγιγνώσκει στηθάγχη-νόσο της στεφανιαίας. Ο Δρ. Arzt χορηγεί με συνταγή μερικά φάρμακα και μια δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, αλλά ο πόνος επιμένει. Ένα πρωί, ο Hans ξυπνάει με οξύ και ασφυκτικό πόνο στο θώρακα. Τηλεφωνεί στο Δρ. Arzt, ο οποίος καλεί ασθενοφόρο για να τον μεταφέρει σ' ένα κοντινό νοσοκομείο. Ο Hans εισάγεται στο νοσοκομείο με καρδιακή προσβολή και τον φροντίζει ο καρδιολόγος Δρ. Edgar Hertz. Ο Δρ. Arzt δεν επισκέπτεται το Hans στο νοσοκομείο. Μόλις παίρνει εξιτήριο, ο Δρ. Hertz στέλνει μια αναφορά στο Δρ. Arzt, ο οποίος τότε αρχίζει εκ νέου την ιατρική φροντίδα του Hans. Ο Hans ποτέ δεν έλαβε τις δαπάνες.

Η γερμανική ιατρική διατηρεί έναν αυστηρό διαχωρισμό ιατρών περιπατητικής φροντίδας και νοσοκομειακών ιατρών. Οι περισσότεροι ιατροί περιπατητικής φροντίδας απαγορεύεται να θεραπεύουν ασθενείς στα νοσοκομεία και οι περισσότεροι νοσοκομειακοί ιατροί δεν διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία για τη θεραπεία εξωτερικών ασθενών. Οι άνθρωποι συχνά έχουν το δικό τους ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά κατά παράδοση τούς επιτρέπεται να κλείνουν ραντεβού για να επισκεφθούν ειδικούς ιατρούς περιπατητικής φροντίδας χωρίς να έχουν παραπεμφθεί από τον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτή η πρακτική τώρα διαφοροποιείται, με τις επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς όλο και περισσότερο να χρειάζεται να συνοδεύονται από μια παραπομπή από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 55% των ιατρών της Γερμανίας είναι γενικοί ιατροί, σε σύγκριση μ' ένα ποσοστό μόνο 35% στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το γερμανικό σύστημα συνήθως χρησιμοποιεί το μοντέλο που χαρακτηρίζεται από λιγότερη οργάνωση της ιατρικής φροντίδας και αποτελεί χαρακτηριστικό των Ηνωμένων Πολιτειών (βλ. Κεφάλαιο 6), με ελάχιστο συντονισμό μεταξύ των ιατρών περιπατητικής φροντίδας και των νοσοκομείων.

Η πληρωμή ιατρών & νοσοκομείων

Ο Δρ. Arzt ήταν συνηθισμένος να χρεώνει τον τοπικό ιατρικό σύλλογο και να λαμβάνει αμοιβή για κάθε επίσκεψη ασθενούς και κάθε διαδικασία που διενεργείται κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Το 1986, σοκαρίστηκε όταν ανακάλυψε ότι είχαν τεθεί ανώτατα όρια δαπανών στο συνολικό προϋπολογισμό για περιπατητικούς ιατρούς. Αν στο πρώτο τρίμηνο του χρόνου οι ιατροί στον ιατρικό του σύλλογο χρέωναν για περισσότερες υπηρεσίες σε ασθενείς από το αναμενόμενο, η κάθε αμοιβή αναλογικά θα μειωνόταν στο επόμενο τρίμηνο. Αν ο όγκος των

υπηρεσιών εξακολουθούσε να αυξάνεται, οι αμοιβές θα μειώνονταν ξανά το τρίτο και τέταρτο τρίμηνο του χρόνου. Ο Δρ. Arzt συζήτησε την κατάσταση με το φίλο του Δόκτορα Hertz αθήα ο Δρ. Hertz, ως νοσοκομειακός ιατρός, λάμβανε μισθό και δεν επηρεαζόταν από το ανώτατο όριο στις δαπάνες.

Οι ιατροί της περιπατητικής φροντίδας χρειαζόταν να γίνουν μέλη του τοπικού τους ιατρικού συλλόγου. Αντί να πληρώνουν τους ιατρούς απευθείας, τα ταμεία υγείας πληρώνουν ένα σφαιρικό ποσό κάθε χρόνο στον ιατρικό σύλλογο της περιοχής τους, ο οποίος με τη σειρά του πληρώνει τους ιατρούς με βάση ένα πρόγραμμα λεπτομερούς αμοιβής. Από το 1986, οι ιατρικοί σύλλογοι σε μια προσπάθεια παραμονής εντός των σφαιρικών προϋπολογισμών τους, μείωσαν τις αμοιβές σε μια τριμηνιαία βάση αν ο όγκος των υπηρεσιών που παρέχεται από τους ιατρούς τους ήταν πολύ μεγάλος. Τα ταμεία υγείας πληρώνουν τα νοσοκομεία βάσει ενός συστήματος παρόμοιου με τις διαγνωστικές ομάδες του αμερικανικού προγράμματος Medicare. Ο μισθός των νοσοκομειακών ιατρών συμπεριλαμβάνεται σ' αυτήν την δαπάνη.

Έλεγχος των δαπανών

Ο γερμανικός Νόμος Ανάσχεσης Δαπανών –German Cost Containment Act του 1977 δημιούργησε ένα σώμα που ονομάζεται Συντονισμένη Δράση και αποτελείται από αντιπροσώπους των παροχών ιατρικής φροντίδας, των ταμείων υγείας, των εργοδοτών, των συνδικάτων και των διαφορετικών επιπέδων της κυβέρνησης της χώρας. Η Συντονισμένη Δράση συγκαλείται δύο φορές κάθε χρόνο και κάθε άνοιξη, καθορίζει κατευθυντήριες γραμμές για τις αμοιβές των ιατρών και των νοσοκομείων, τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και άλλες παροχές. Με βάση αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές, γίνονται διαπραγματεύσεις σε επίπεδο πολιτείας, περιφέρειας και σε τοπικό επίπεδο ανάμεσα στα ταμεία υγείας σε μια περιφέρεια, στον τοπικό ιατρικό σύλλογο και στα νοσοκομεία με σκοπό τον καθορισμό ιατρικών και νοσοκομειακών αμοιβών που αντανάκλουν τις κατευθυντήριες γραμμές της Συντονισμένης Δράσης. Από το 1986, όχι μόνο έχουν ελεγχθεί οι ιατρικές αμοιβές, αλλά, όπως αναφέρεται στο παραπάνω παράδειγμα για το Δρ. Arzt, έχει τεθεί ανώτατο όριο στο συνολικό ποσό χρημάτων που καταβάλλεται στους ιατρούς. Ως αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών, οι δαπάνες για την υγεία στη Γερμανία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) όντως μειώθηκαν ανάμεσα στο 1985 και το 1991, από το 8,7% στο 8,5%.

Όμως, το 1991, οι δαπάνες ιατρικής φροντίδας στη Γερμανία άρχισαν εκ νέου να αυξάνονται ραγδαία, προετοιμάζοντας το έδαφος για ένα νόμο ελέγχου δαπανών του 1993 που περιόριζε την αύξηση των προϋπολογισμών των ταμείων υγείας. Η Γερμανία πρόσφατα επιχείρησε να εισάγει περισσότερο ανταγωνισμό στο ασφαλιστικό της σύστημα παρέχοντας στα άτομα μεγαλύτερη ελαστικότητα στην επιλογή ενός ταμείου υγείας, αντί να περιορίζονται στο ταμείο υγείας με το οποίο είναι συμβεβλημένος ο χώρος εργασίας τους ή ο δήμος τους. Η προσδοκία ήταν τα άτομα να αναζητήσουν ταμεία υγείας με χαμηλότερες δαπάνες και αυτή η δυναμική της «επιλογής των καταναλωτών» να κινητοποιήσει όλα τα ταμεία υγείας να γίνουν πιο ανταγωνιστικά ως προς τις τιμές τους. Όπως σημειώθηκε

προηγουμένως, ο μεγαλύτερος ανταγωνισμός δημιούργησε μεγαλύτερη ανάγκη προσαρμογής των πληρωμών στα ταμεία υγείας ώστε να περιορίσουν τα ταμεία που κάνουν επιλεκτική διαλογή στα υγιή μέλη. Το 2001, οι δαπάνες της ιατρικής φροντίδας αποτελούσαν ένα ποσοστό της τάξης του 10,7% του ΑΕΠ, το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό στον κόσμο (Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη, www.oecd.org).

ΚΑΝΑΔΑΣ

Ασφάλιση υγείας

Η οικογένεια Maple έχει στην ιδιοκτησία της ένα μικρό μακάθικο στο Outer Snowshoe, μια μικρή πόλη στον Καναδά. Ο παππούς Maple έχει ένα πρόβλημα με την καρδιά του και επισκέπτεται τακτικά τη Δρ. Rebecca North, την οικογενειακή του ιατρό. Τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας είναι υγιή και επισκέπτονται τη Δρ. North για μικρά προβλήματα και προληπτική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των παιδικών εμβολίων. Ούτε ως εργοδότες ούτε ως καταναλωτές στον τομέα της υγείας δεν ανησυχούν οι Maple για την ασφάλιση υγείας. Λαμβάνουν μια πλαστική κάρτα από την επαρχιακή τους κυβέρνηση, την οποία δείχνουν όταν επισκέπτονται τη Δρ. North.

Οι Maple δεν ανησυχούν για τους φόρους. Ο ομοσπονδιακός φόρος προσωπικού εισοδήματος, ο φόρος αγαθών και υπηρεσιών του 1991 και οι διάφοροι επαρχιακοί φόροι απορροφούν σχεδόν το 40% του οικογενειακού εισοδήματος. Αλλά οι Maple δεν θα επέτρεπαν ποτέ κανέναν να τους διακόψει το σύστημα ασφάλισης υγείας τους.

Το 1947, η επαρχία του Saskatchewan έθεσε σε εφαρμογή το πρώτο δημόσια χρηματοδοτούμενο καθολικό πρόγραμμα νοσοκομειακής ασφάλισης στη Βόρεια Αμερική. Και άλλες επαρχίες έπραξαν κατά τον ίδιο τρόπο και το 1957 η καναδική κυβέρνηση ψήφισε την Πράξη Νοσοκομειακής Ασφάλισης που είχε τεθεί σε πλήρη εφαρμογή μέχρι το 1961. Καλύπτονταν οι νοσοκομειακές, αλλά όχι και οι ιατρικές υπηρεσίες. Το 1963, το Saskatchewan πήρε ξανά το προβάδισμα και θέσπισε ένα πρόγραμμα ιατρικής ασφάλισης για τις υπηρεσίες υγείας. Η καναδική ομοσπονδιακή κυβέρνηση ψήφισε την παγκόσμια ιατρική ασφάλιση το 1966 και το πρόγραμμα είχε τεθεί σε πλήρη εφαρμογή μέχρι το 1971 (Taylor, 1990).

Στον Καναδά εφαρμόζεται ένα δημόσιο, χρηματοδοτούμενο από φόρους και με έναν και μόνο πληρωτή σύστημα φροντίδας υγείας. Σε κάθε επαρχία του Καναδά, ο ένας και μόνο πληρωτής είναι η επαρχιακή κυβέρνηση (Σχήμα 14-2). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, οι ομοσπονδιακοί φόροι χρηματοδοτούσαν το 50% των ιατρικών υπηρεσιών αλλά το ομοσπονδιακό μερίδιο μειώθηκε στο 22% μέχρι το 1996 (Naylor, 1999), δημιουργώντας ένταση ανάμεσα στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις επαρχιακές κυβερνήσεις. Σε απάντηση προς αυτήν την πολιτική δημόσια συζήτηση, οι ομοσπονδιακές συνεισφορές άρχισαν να αυξάνονται το 2001 (Tuohy, 2002, Detsky & Naylor, 2003). Οι επαρχιακοί φόροι ποικίλλουν ως προς τον τύπο από επαρχία σε επαρχία και περιλαμβάνουν τους φόρους εισοδήματος, τους φόρους επί του συνολικού μισθού και τους φόρους επί των πωλήσεων. Δύο επαρχίες, η Βρετανική Κολομβία και η Αλμπέρτα, χρεώνουν ένα υποχρεωτικό ασφαλιστρο φροντίδας υγείας, για να χρηματοδοτήσουν ένα μικρό μερίδιο των προϋπολογισμών τους για την υγεία.

Σε αντίθεση με τη Γερμανία, στον Καναδά δεν υπάρχει πλέον συσχετισμός ανάμεσα στην εργασία και την ασφάλιση υγείας. Πλούσιος ή φτωχός, εργαζόμενος ή άνεργος, συνταξιούχος ή κάτω των 18 χρόνων, ο κάθε Καναδός λαμβάνει την ίδια ασφάλιση υγείας, χρηματοδοτούμενη κατά τον ίδιο τρόπο. Κανένος Καναδός ούτε καν θα φανταζόταν ότι το να εγκαταλείψει, να αλλάξει, να χάσει την δουλειά του ή να πάρει σύνταξη έχει κάποια σχέση με την ασφάλιση υγείας. Στον Καναδά, δεν γίνεται καμία διάκριση ανάμεσα στους δύο μηχανισμούς δημόσιας χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης (στα πλαίσια της οποίας μόνο αυτοί που συνεισφέρουν έχουν παροχές) και της δημόσιας βοήθειας (στα πλαίσια της οποίας οι άνθρωποι ωφελούνται με βάση την ανάγκη και όχι τη συνεισφορά τους). Όλοι συνεισφέρουν μέσω του συστήματος των φόρων και όλοι έχουν παροχές.

Το φάσμα των παροχών από τις καναδικές επαρχίες είναι ευρύ και περιλαμβάνει νοσοκομειακές, ιατρικές και επικουρικές υπηρεσίες. Τα επαρχιακά προγράμματα επίσης πληρώνουν για τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών, αν και το φάσμα της φαρμακευτικής κάλυψης- και επίσης τα οφέλη από τη φροντίδα μεγάλης διάρκειας- ποικίλλει μεταξύ των επαρχιών.

Το Καναδικό σύστημα φροντίδας υγείας είναι μοναδικό ως προς την απαγόρευση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για την κάλυψη των υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνονται στα επαρχιακά προγράμματα υγείας. Τα νοσοκομεία και οι ιατροί που λαμβάνουν πληρωμές από τα επαρχιακά προγράμματα υγείας δεν επιτρέπεται να χρεώνουν τους ιδιωτικούς ασφαλιστές για τέτοιες υπηρεσίες, ως εκ τούτου αποφεύγοντας την προνομιακή μεταχείριση ασθενών με ιδιωτική ασφάλιση που λαμβάνει χώρα στα πλαίσια πολλών συστημάτων φροντίδας υγείας. Ένας μικρός αριθμός Καναδών με υψηλότερο εισοδήμα κάνουν ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας για τα λίγα κενά στην κάλυψη των επαρχιακών προγραμμάτων υγείας ή για παροχές όπως τα δωμάτια σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Ιατρική φροντίδα

Ο παππούς Maple ξυπνά ένα πρωί μ' ένα αίσθημα παλημών στο θώρακά του. Τηλεφωνεί στη Δρ. North που του λέει να την επισκεφθεί αμέσως. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφανίζει γρήγορο κοιλιακό ρυθμό, ένα μη φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό. Επειδή ο κύριος Maple ανέχεται τον γρήγορο ρυθμό, η Δρ. North τον κουράει με διγοξίνη στο ιατρείο, του λέει να ξαναπάει την επόμενη και του γράφει ένα παραπεμπτικό σημείωμα να επισκεφτεί το Δρ. Jonathan Hartwell, τον καρδιολόγο σε μια μικρή κοντινή πόλη.

Ο Δρ. Hartwell κανονίζει τεστ κοπώσεως στο τοπικό νοσοκομείο για να αξιολογήσει την αρρυθμία του κυρίου Maple, ανακαλύπτει σοβαρή στεφανιαία ισχαιμία και του εξηγεί ότι οι στεφανιαίες αρτηρίες εμφανίζουν στένωση. Συστήνει στεφανιογράφημα και ενδεχόμενο bypass. Επειδή η κατάσταση του κυρίου Maple δεν εμφανίζει κάτι το επείγον, ο Δρ. Hartwell κανονίζει για τον ασθενή του να μπει στη λίστα αναμονής στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στην επαρχιακή πρωτεύουσα 50 μίλια μακριά. Ένα μήνα αργότερα, ο κύριος Maple ξυπνά στις 2 π.μ. ηυασημένος στον κρύο ιδρώτα και αγωνίζεται να αναπνεύσει. Η κόρη του τηλεφωνεί στη Δρ. North που στέλνει επειγόντως ασθενοφόρο για να τον μεταφέρει στο Πανεπιστημιακό

Νοσοκομείο. Εκεί ο κύριος Maple εισάγεται στην μονάδα στεφανιαίας νόσου, η κατάστασή του σταθεροποιείται και υποβάλλεται σε επείγον bypass την επόμενη μέρα. Δέκα μέρες μετά, επιστρέφει στο σπίτι, παραπονούμενος για πόνο στην τομή που του έγινε· κατά τα άλλα, αισθανόταν καλά.

Το 55% των Καναδών ιατρών είναι παθολόγοι ή οικογενειακοί ιατροί που λειτουργούν ως τα άτομα εκείνα στο σύστημα παροχής της ιατρικής φροντίδας που αναλαμβάνουν να παραπέμψουν για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνουν ότι κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο. Οι Καναδοί έχουν ελευθερία στην επιλογή ιατρού. Είναι κανόνας ότι επισκέπτονται τον παθολόγο τους για ιατρικά προβλήματα ρουτίνας και τους ειδικούς ιατρούς μόνο κατόπιν παραπομπής από τον παθολόγο. Οι ειδικοί ιατροί επιτρέπεται να εξετάζουν ασθενείς χωρίς παραπομπή αλλά λαμβάνουν την υψηλότερη αμοιβή ειδικού ιατρού μόνο αν συμπεριλάβουν το παραπεμπτικό σημείωμα στο λογαριασμό τους· γι' αυτόν το λόγο, οι περισσότεροι ειδικοί ιατροί επιμένουν να μην εξετάζουν ασθενείς χωρίς παραπομπή. Περίπου οι μισοί Καναδοί ιατροί είναι παθολόγοι ή οικογενειακοί ιατροί (σε αντίθεση με τις Ηνωμένες Πολιτείες όπου μόνο το 35% των ιατρών ασκεί τη γενική ιατρική). Σε αντίθεση με το ευρωπαϊκό μοντέλο διαχωρισμού περιπατητικών και νοσοκομειακών ιατρών, οι Καναδοί οικογενειακοί ιατροί επιτρέπεται να φροντίζουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομεία. Λόγω της στενής επιστημονικής ανταλλαγής μεταξύ Καναδά και Ηνωμένων Πολιτειών, η εξάσκηση της ιατρικής στον Καναδά είναι παρόμοια με την αντίστοιχη στις Ηνωμένες Πολιτείες και οι διαφορές εντοπίζονται στο σύστημα χρηματοδότησης και στην πολύ μεγαλύτερη χρήση των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας ως των ατόμων εκείνων που αναλαμβάνουν να παραπέμψουν για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνουν ότι είναι απαραίτητο. Η θεραπεία του καρδιακού επεισοδίου του κυρίου Maple δεν εμφανίζει σημαντικές διαφορές από την κατάσταση που θα επικρατούσε στις Ηνωμένες Πολιτείες, με εξαίρεση ότι οι διαδικασίες όπου εφαρμόζεται η υψηλή τεχνολογία όπως οι χειρουργικές επεμβάσεις καρδιάς και οι μαγνητικές τομογραφίες γίνονται σ' έναν περιορισμένο αριθμό μονάδων υγείας και πραγματοποιούνται με μικρότερη συχνότητα σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες (Reinhardt et al, 2002, Grumbach et al, 1995).

Οι Καναδοί κατά μέσο όρο περιμένουν περισσότερο για προαιρετικές επεμβάσεις σε σχέση με τους ασφαλισμένους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hurst & Siciliani, 2003), αν και πιο σημαντικές επεμβάσεις όπως οι μεταμοσχεύσεις νεφρών και μυελού των οστών πραγματοποιούνται πιο έγκαιρα σε γενικές γραμμές στον Καναδά σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρά τη λίστα ατόμων για προαιρετικές διαδικασίες, μόνο ένας μικρός αριθμός Καναδών περνά τα σύνορα για να αναζητήσει φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες (Katz et al, 2002).

Το καθολικό ασφαλιστικό πρόγραμμα του Καναδά δημιούργησε ένα περισσότερο δίκαιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι χαμηλού εισοδήματος Καναδοί έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες από τους αντίστοιχους Αμερικανούς χαμηλού εισοδήματος να αναφέρουν ότι βίωσαν οικονομικούς φραγμούς στην φροντίδα υγείας (Blendon et al, 2002). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι χαμηλού εισοδήματος Καναδοί λαμβάνουν περισσότερες υπηρεσίες από τους Καναδούς που ανήκουν σε ομάδες υψηλότερου

εισοδήματος- που συμφωνούν με το μεγαλύτερο βάρος της ασθένειας σε ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος- ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες οι ομάδες υψηλότερου εισοδήματος λαμβάνουν περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τις ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος (Anderson et al, 1993, Katz et al, 1996, Katz et al, 1997). Ωστόσο, κάποιες ανισότητες στην πρόσβαση στη φροντίδα ανάλογα με την κοινωνικο- οικονομική κατάσταση εξακολουθούν να υπάρχουν στον Καναδά παρά την καθολική ασφαλιστική κάλυψη (Alter et al, 1999).

Πληρωμή Ιατρών & νοσοκομείων

Για τη Δρ. Rebecca North, η συγκέντρωση αμοιβών είναι απλό θέμα. Κάθε βδομάδα στέλνει μια δισκέτα στην επαρχιακή κυβέρνηση όπου αναφέρει τους ασθενείς που εξέτασε και τις υπηρεσίες που παρείχε. Μέσα σ' ένα μήνα πληρώνεται στο ακέραιο ανάλογα μ' ένα πρόγραμμα καταβολής αμοιβών. Η Δρ. North εύχεται να ήταν υψηλότερες οι αμοιβές αλλά αγαπά και την απλότητα της διαδικασίας χρέωσης. Το προσωπικό της περνά 2 ώρες την εβδομάδα στη χρέωση σε σύγκριση με τις 30 ώρες προσωπικού που χρειάζεται η φίλη της Δρ. South στο Μίσιγκαν για τη χρέωση.

Η Δρ. North είναι λιγότερο ευτυχοισμένη με την προσέγγιση του global budget που εφαρμόζεται στην πληρωμή των νοσοκομείων. Συχνά εκληπαρεί το διοικητή του νοσοκομείου να προσλάβει περισσότερους φυσιοθεραπευτές προκειμένου να επιταχυνθεί η αναφορά των εργαστηριακών αποτελεσμάτων και να θεσπίσει ένα πρόγραμμα μαθημάτων σε διαβητικούς. Ο διοικητής της απαντά ότι ηαμβάνει καθορισμένη πληρωμή από την επαρχιακή κυβέρνηση κάθε χρόνο και ότι δεν υπάρχουν επιπλέον χρήματα.

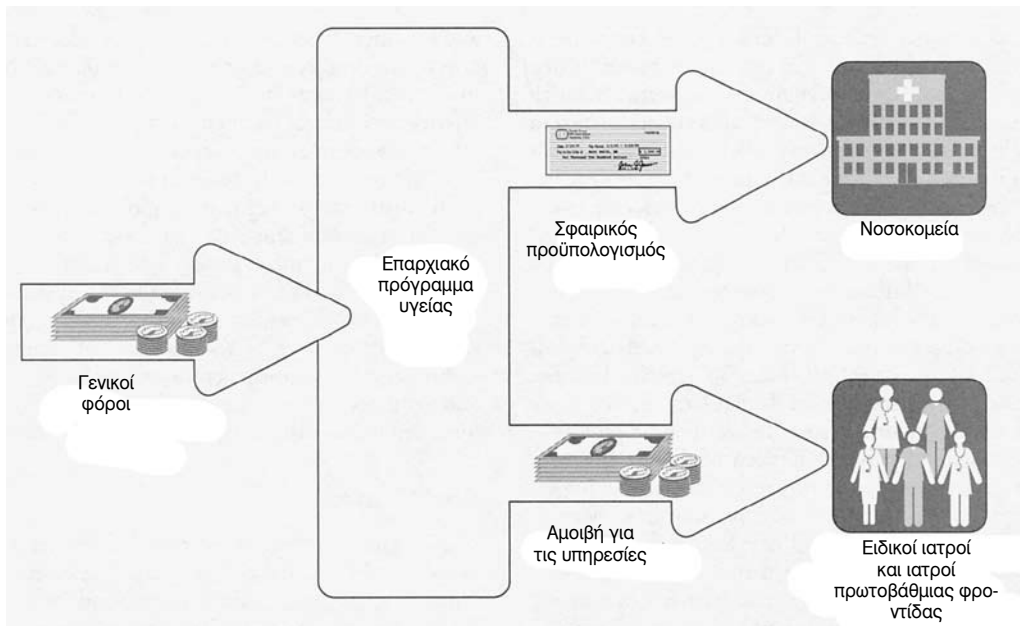
Οι περισσότεροι ιατροί στον Καναδά, τόσο οι πα-

θολόγοι όσο και οι ειδικοί ιατροί, λαμβάνουν αμοιβή για τις προσφερόμενες υπηρεσίες τους, με επίπεδα αμοιβών που διαπραγματεύονται οι επαρχιακές κυβερνήσεις και οι επαρχιακοί ιατρικοί σύλλογοι (Σχήμα 14-2). Οι ιατροί που συμμετέχουν στα επαρχιακά προγράμματα πρέπει να δεχτούν την κυβερνητική τιμή ως πληρωμή στο ακέραιο και δεν μπορούν να χρεώνουν τους ασθενείς απευθείας για επιπλέον πληρωμή. Μερικοί Καναδοί αναλυτές πιστεύουν ότι η πληρωμή των ιατρών βάσει της μεθόδου καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες δίνει σημαντική ώθηση στον πληθωρισμό των ιατρικών δαπανών (Evans, 1990, Rachlis & Kushner, 1989). Ως μέσο αντιμετώπισης, οι επαρχίες πρέπει να εφαρμόσουν ανώτατα όρια στις πληρωμές των ιατρών παρόμοια μ' εκείνα της Γερμανίας (Barer et al, 1996) και πειραματίστηκαν με εναλλακτικές μορφές πληρωμής όπως ο μισθός ή η κατά κεφαλήν πληρωμή για τους ιατρούς που ανήκουν σε ομάδες ή σε κλινικές και νοσοκομεία.

Τα νοσοκομεία στον Καναδά, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι ιδιωτικά και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, διαπραγματεύονται έναν σφαιρικό προϋπολογισμό με την επαρχιακή κυβέρνηση κάθε χρόνο. Τα νοσοκομεία δεν έχουν ανάγκη να προετοιμάζουν τους αναλυτικούς λογαριασμούς των ασθενών που είναι τόσο δαπανηροί από διοικητικής πλευράς στις Ηνωμένες Πολιτείες· επίσης, τα νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν έγκριση από το επαρχιακό τους πρόγραμμα υγείας για νέα κεφαλαιακά προγράμματα, όπως η αγορά ακριβής νέας τεχνολογίας ή η κατασκευή νέων εγκαταστάσεων. Ο Καναδάς επίσης ρυθμίζει τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και τα επαρχιακά προγράμματα διατηρούν τα συνταγολόγια των φαρμάκων των οποίων η κάλυψη έχει εγκριθεί.

Έλεγχος των δαπανών

Το Καναδικό σύστημα έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ατόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες επειδή, σε αντίθεση μ'



Σχήμα 14-2. Το Καναδικό σύστημα Εθνικής Ασφάλισης Υγείας.

αυτήν τη χώρα, οι Καναδοί βρήκαν τρόπο να παρέχουν περιεκτική φροντίδα σ' ολόκληρο τον πληθυσμό τους με πολύ μικρότερο κόστος. Το 1970, το έτος πριν εφαρμοστεί πλήρως το σύστημα του ενός και μόνο πληρωτή του Καναδά, ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπάνησαν περίπου το ίδιο ποσοστό των ΑΕΠ τους στην ιατρική φροντίδα- 7,2% και 7,4% αντίστοιχα. Μέχρι το 1991, οι δαπάνες υγείας του Καναδά είχαν αυξηθεί στο 10% του ΑΕΠ σε σύγκριση με το 13,2% των Ηνωμένων Πολιτειών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, οι δαπάνες ιατρικής φροντίδας του Καναδά ως ποσοστό του ΑΕΠ όντως μειώθηκαν, φτάνοντας στο κατώτατο σημείο του 9,5% το 1998. Οι δαπάνες του Καναδά για την υγεία τότε άρχισαν να επιταχύνουν και αυξήθηκαν στο 9,7% του ΑΕΠ το 2001 σε σύγκριση με το 13,9% για τις Ηνωμένες Πολιτείες (Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη, www.oecd.org). Ιδιαίτερα, όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 9, οι διαφορές στις δαπάνες μεταξύ Ηνωμένων Πολιτειών και Καναδά δεν είναι αποτέλεσμα του γεγονότος ότι οι Καναδοί λαμβάνουν συνολικά λιγότερες υπηρεσίες. Στην πραγματικότητα, οι Καναδοί κατά μέσο όρο περνούν περισσότερες μέρες στο νοσοκομείο και επισκέπτονται ιατρούς συχνότερα σε σχέση με τους ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Welch et al, 1996). Τρία στοιχεία αποτελούν εξήγηση στις χαμηλότερες δαπάνες στον Καναδά: 1) οι διοικητικές δαπάνες που είναι υψηλότερες σε ποσοστό μεγαλύτερο του 300% κατά κεφαλήν στις Ηνωμένες Πολιτείες, 2) η δαπάνη ανά ημέρα παραμονής ασθενούς στα νοσοκομεία που αντανακλά μια μεγαλύτερη ένταση στην παροχή υπηρεσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες και 3) οι αμοιβές των ιατρών και οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων που είναι πολύ υψηλότερες στις Ηνωμένες Πολιτείες (Woolhandler et al, 2003, Danzon, 2003, Reinhardt et al, 2002). Όμως, οι πολιτικές οικονομικής λιτότητας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης τη δεκαετία του 1990 φαίνεται να έχουν κλονίσει το κατά παράδοση υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης του κοινού στο καναδικό σύστημα ιατρικής φροντίδας. Οι δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης στον Καναδά την προηγούμενη δεκαετία αποκαλύπτουν αυξανόμενα παράπονα για τους χρόνους αναμονής για προαιρετικές χειρουργικές επεμβάσεις και αυξανόμενη επιθυμία για αναμόρφωση του συστήματος (Blendon et al, 2002). Αυτή η ανησυχία στην κοινή γνώμη έχει με τη σειρά της προκαλέσει έντονη δημόσια συζήτηση στον Καναδά σχετικά με το αν πρέπει να επιτραπεί μεγαλύτερη ιδιωτική χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας, να αυξηθούν οι φόροι για να αυξηθεί η δημόσια χρηματοδότηση ή να αναδομηθούν οι υπηρεσίες για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα. Το 2003, οι ομοσπονδιακές και επαρχιακές κυβερνήσεις κατέληξαν σε μια νέα συμφωνία για την υγεία με τις δύο ακόλουθες επιλογές, αρχικά τη δέσμευση σημαντικών αυξήσεων στα ομοσπονδιακά κεφάλαια για τα επαρχιακά προγράμματα υγείας, σε συνδυασμό με μια αναμόρφωση της οργάνωσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και των άλλων υπηρεσιών (Detsky & Naylor, 2003).

ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Ασφάλιση υγείας

Ο Roderick Pound είναι ιδιοκτήτης ενός μικρού καταστήματος επισκευής ποδηλάτων στη βόρεια Αγγλία και ζει με τη γυναίκα του και τα δύο παιδιά του. Η αδελφή του η Jennifer είναι δικηγόρος στη Σκωτία, ο μικρότερος αδερ-

φός του είναι φοιτητής στο πανεπιστήμιο της Οξφόρδης και η χήρα μητέρα τους, συνταξιούχος πωλήτρια, ζει στο Λονδίνο. Η ξαδέρφη τους η Anne έχει παραπληγία και μόνη αναπηρία συνεισφέρει ενός τραγικού αυτοκινητιστικού ατυχήματος. Ένας μακρινός συγγενής που έγινε Αμερικανός πολίτης πριν από 15 χρόνια έφθασε πρόσφατα για να βοηθήσει στη φροντίδα της Anne.

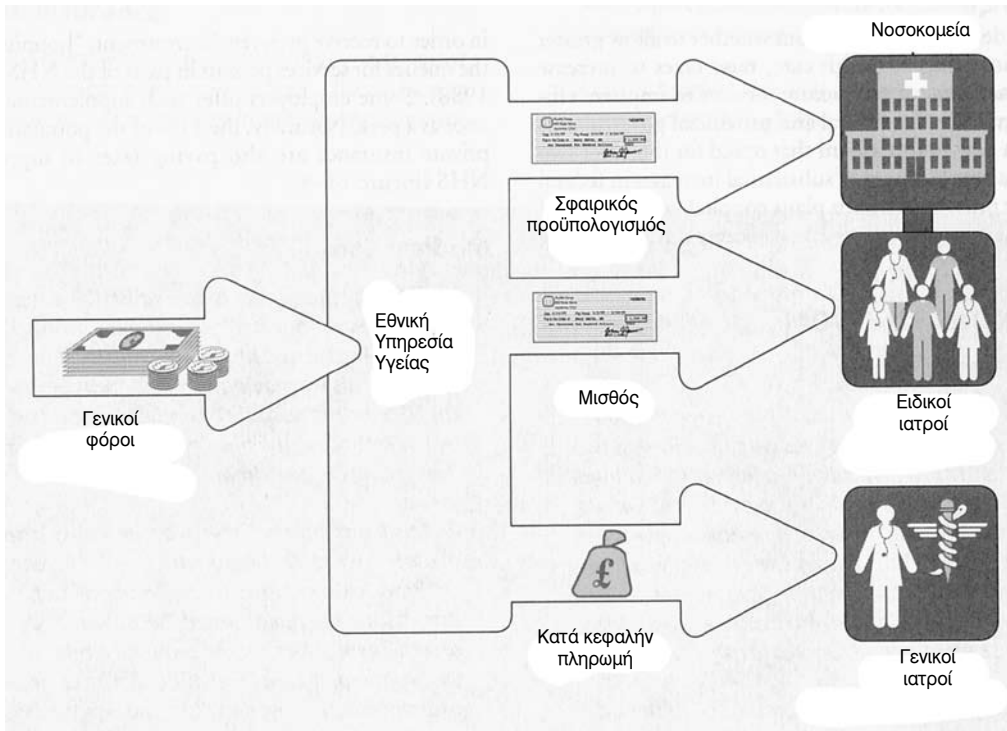
Απλή λόγω της ύπαρξης σε βρετανικό έδαφος, είτε εργαζόμενος, συνταξιούχος, ανάπηρος ή ξένος επισκέπτης, το κάθε μέλος της οικογένειας Round δικαιούται να λαμβάνει υποστηριζόμενη από φόρους φροντίδα υγείας μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS).

Το 1911, η Μεγάλη Βρετανία θεμελίωσε ένα σύστημα ασφάλισης υγείας παρόμοιο μ' αυτό της Γερμανίας. Περίπου ο μισός πληθυσμός καλύφθηκε και οι ασφαλιστικές ρυθμίσεις ήταν πολύ περίπλοκες με τις συνεισφορές να ρέουν σε «φιλικές εταιρείες», στα ταμεία των εργατικών ασφαλίσεων και τα ταμεία των εργοδοτών, σε εμπορικούς ασφαλιστές και σε περιφερειακές επιτροπές ασφαλιστικών θεμάτων. Το 1942, η πιο γνωστή παγκοσμίως πραγματεία πάνω στην κοινωνική ασφάλιση δημοσιεύτηκε από το Σερ William Beveridge. Η Αναφορά Beveridge πρότεινε να χρηματοδοτούνται και να παρέχονται με βάση ένα απλό και ομοιόμορφο σύστημα τα διάφορα περίπλοκα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης και δημόσιας βοήθειας της Βρετανίας, συμπεριλαμβανομένων των επιδομάτων συνταξιοδότησης, αναπηρίας και ανεργίας, των πληρωμών της πρόνοιας και της ιατρικής φροντίδας. Μία πλευρά του οράματος του Beveridge ήταν η δημιουργία εθνικής υπηρεσίας υγείας για το σύνολο του πληθυσμού. Το 1948 ξεκίνησε η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS).

Το 82% της άντλησης κεφαλαίων για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) προέρχεται από φόρους, το 13% από συνεισφορές εργοδοτών- εργαζομένων παρόμοιες με τις πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης στις Ηνωμένες Πολιτείες και το 4% από τέλη χρηστών (Maynard & Bloor, 1996). Όπως και στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο διαχωρίζει εντελώς την ασφάλιση υγείας από την εργασία και δεν υπάρχει διάκριση ανάμεσα στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης και της δημόσιας υγείας. Σε αντίθεση με τον Καναδά, στο Ηνωμένο Βασίλειο επιτρέπεται οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να κάνουν ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας για υπηρεσίες που καλύπτονται επίσης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Ένας αριθμός πλούσιων ανθρώπων κάνουν ιδιωτική ασφάλιση για να λαμβάνουν προνομιακή θεραπεία, παρακάμπτοντας τις ουρές για υπηρεσίες που υπάρχουν σε τμήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) (Lister, 1988). Μερικοί εργοδότες προσφέρουν ανάλογη συμπληρωματική ασφάλιση ως πρόσθετο όφελος. Φυσικά, το 11% του πληθυσμού με ιδιωτική ασφάλεια πληρώνει επίσης φόρους για να υποστηρίξει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) (Σχήμα 14-3).

Ιατρική Φροντίδα

Ο Δρ. Timothy Broadman είναι Άγγλος παθολόγος με λίστα ασθενών που αριθμεί 1.750 άτομα. Στη λίστα του συμπεριλαμβάνεται και ο Roderick Pound με την οικογένειά του. Μια μέρα, ο γιος του Roderick έσπασε το πόδι του παίζοντας ποδόσφαιρο. Διακομίστηκε στο περιφερειακό νοσοκομείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) με ασθενοφόρο και τον κούραρε ο Δρ. Pettibone,



Σχήμα 14-3. Η Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας: παραδοσιακό μοντέλο.

ο ορθοπαιδικός του νοσοκομείου, χωρίς ποτέ να τον εξετάσει ο Δρ. Broadman.

Η μητέρα του Roderick πάσχει από οξεία εκφυλιστική αρθρίτιδα του μηρού και τη φροντίζει ο Δρ. Broadman. Πριν από ένα χρόνο, ο Δρ. Broadman την έστειλε στο Δρ. Pettibone για να την αξιολογήσει για χειρουργική αντικατάσταση της άρθρωσης του ισχίου. Επειδή η περίπτωση της δεν ήταν επείγουσα, η κυρία Round χρειαζόταν παραπεμπτικό από το Δρ. Broadman για να επισκεφθεί το Δρ. Pettibone. Ο ορθοπαιδικός εξέτασε το μηρό της, έβγαλε ακτινογραφία και συμφώνησε πως χρειαζόταν χειρουργική αντικατάσταση της άρθρωσης του ισχίου αλλά δεν ήταν κάτι επείγον. Η κυρία Round βρίσκεται στη λίστα αναμονής για την επέμβασή της πάνω από 6 μήνες· έχει μια πλούσια φίλη με ιδιωτική ασφάλιση υγείας που της έκανε την ίδια επέμβαση μέσα σε 3 εβδομάδες ο Δρ. Pettibone, ο οποίος απασχολείται και σε δικό του ιδιωτικό ιατρείο εκτός από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS).

Πριν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας παρέχόταν από γενικούς ιατρούς. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) διατήρησε αυτήν την παράδοση και τυποποίησε ένα σύστημα ατόμων που αναλαμβάνουν να παραπέμψουν για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνουν ότι κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο, μέσω του οποίου οι εξειδικευμένες και νοσοκομειακές υπηρεσίες (εκτός από τα επείγοντα περιστατικά) είναι διαθέσιμες μόνο κατόπιν παραπομπής από γενικό ιατρό. Το κάθε άτομο στο Ηνωμένο Βασίλειο που επιθυμεί να κάνει χρήση του Εθνικού

Συστήματος Υγείας (NHS) πρέπει να είναι εγγεγραμμένο στη λίστα ενός γενικού ιατρού. Υπάρχει ελεύθερη επιλογή παθολόγου (εκτός κι αν είναι πλήρης η λίστα ασθενών του ιατρού) και τα άτομα μπορούν (αλλά σπάνια το κάνουν) να αλλάζουν γενικούς ιατρούς.

Ενώ η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) το 1948 άφησε την πρωτοβάθμια φροντίδα ουσιαστικά αναλλοίωτη, έφερε επανάσταση στον τομέα των νοσοκομείων στη Βρετανία. Όπως και στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα νοσοκομεία υπήρξαν κυρίως ιδιωτικά και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα ή διοικούσαν από την τοπική αυτοδιοίκηση· τα περισσότερα από αυτά έγιναν δημόσια και οργανώθηκαν κατά διοικητικές περιοχές. Λόγω του γεγονότος ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ενοποίησε τα νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας σε εθνικό πλαίσιο, ήταν δυνατόν να θεσπιστεί ένα αληθινό περιφερειακό πρόγραμμα (βλ. Κεφάλαιο 6).

Η ροή των ασθενών σ' ένα περιφερειακό σύστημα συνήθως πηγαιίνει από τον γενικό ιατρό (πρωτοβάθμια φροντίδα για συνηθισμένες ασθένειες) στα τοπικά νοσοκομεία (δευτεροβάθμια φροντίδα για πιο σοβαρές ασθένειες) και από εκεί στα περιφερειακά ή στα εθνικά νοσοκομεία εκπαίδευσης (τριοβάθμια φροντίδα για περίπλοκες ασθένειες). Κατά παράδοση, οι περισσότεροι ειδικοί ιατροί είχαν τα ιατρεία τους μέσα στα νοσοκομεία. Όπως και στη Γερμανία, οι γενικοί ιατροί δεν παρέχουν φροντίδα εντός των νοσοκομείων. Οι γενικοί ιατροί παραδοσιακά συνεργάζονται στενά με κοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας και η κατ' οίκον παροχή φροντίδας είναι ανεπτυγμένη σε μεγάλο βαθμό στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Πληρωμή Ιατρών & νοσοκομείων

Ο Δρ. Timothy Broadman δεν λαμβάνει και πολύ υπόψιν του τα χρήματα όταν πάει στο ιατρείο του κάθε πρωί. Εισπράττει αμοιβή από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) για να καλύψει μέρος της δαπάνης λειτουργίας του ιατρείου του και κάθε μήνα λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμή για καθέναν από τους 1.750 ασθενείς της λίστας του. Επειδή δεν μπορεί να παρεμβαίνει στον αριθμό των ατόμων στη λίστα, δεν μπορεί να κάνει πολλά πράγματα για να αλλιάξει το εισόδημά του. Τελευταία, το 10% του εισοδήματός του προέρχεται από επιπλέον αμοιβές που λαμβάνει όταν εμβολιάζει παιδιά, όταν κάνει τεστ Παπ, οικογενειακό προγραμματισμό ή παρέχει και άλλες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας. Επίσης, λαμβάνει επιπλέον πληρωμή για πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων μετά τις ώρες της κανονικής εργασίας.

Από τα πρώτα χρόνια του εικοστού αιώνα, η βασική μέθοδος πληρωμής των Βρετανών γενικών ιατρών είναι η κατά κεφαλήν πληρωμή (βλ. Κεφάλαιο 4). Αυτός ο τρόπος πληρωμής δεν άλλαξε όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) άρχισε να λειτουργεί το 1948. Η εν λόγω υπηρεσία όντως πρόσθεσε ορισμένες πληρωμές βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ως μέσου ενθάρρυνσης της παροχής ορισμένων προληπτικών υπηρεσιών και κατ' οίκον επισκέψεων κατά τη διάρκεια της νύχτας και των σαββατοκύριακων. Οι εμπειρογνώμονες (ειδικοί ιατροί) είναι έμμισθοι υπάλληλοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), αν και μερικοί από αυτούς επιτρέπεται να εξετάζουν επιπλέον ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση, τους οποίους χρεώνουν βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Έλεγχος των δαπανών

Οι δαπάνες για την υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν υπεύθυνες για το 7,6% του ΑΕΠ το 2001 και η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο αντιστοιχεί σε ποσοστό μόνο 40% εκείνης στις Ηνωμένες Πολιτείες (Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη, www.oecd.org).

Δυο σημαντικοί παράγοντες επιτρέπουν στο Ηνωμένο Βασίλειο να διατηρήσει χαμηλές τις δαπάνες της ιατρικής φροντίδας: η δύναμη του ενός και μόνο κυβερνητικού πληρωτή να περιορίζει τους προϋπολογισμούς και ο τρόπος εξόφλησης των ιατρών. Ενώ ο Καναδάς επίσης έχει έναν και μόνο πληρωτή των υπηρεσιών υγείας, πληρώνει τους περισσότερους ιατρούς βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και μόνο πρόσφατα έχει μετακινηθεί προς τα ανώτατα όρια στις ιατρικές δαπάνες (όπως η Γερμανία), σε μια προσπάθεια να ελέγξει τις πληθωριστικές τάσεις της αποζημίωσης βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αντίθετα, το Ηνωμένο Βασίλειο βασίζεται κυρίως στην κατά κεφαλήν πληρωμή και στο μισθό για την πληρωμή των ιατρών· η πληρωμή μπορεί να ελέγχεται πιο εύκολα με τον περιορισμό των αυξήσεων στις κατά κεφαλήν πληρωμές και τους μισθούς. Επιπλέον, επειδή οι εμπειρογνώμονες (ειδικοί ιατροί) στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι υπάλληλοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), η εν λόγω υπηρεσία μπορεί να περιορίσει και όντως περιορίζει αυστηρά τον αριθμό των κενών θέσεων για εμπειρογνώμονες, συμπεριλαμβανομένων και των χειρουργών. Συνεπώς, έχουν δημιουργηθεί ουρές

για μη επείγουσες επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και προαιρετικές χειρουργικές επεμβάσεις (Hurst & Siciliani, 2003). Το 1999, το ποσοστό bypass στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν μόνο το 20% του αντίστοιχου ποσοστού στις Ηνωμένες Πολιτείες (Reinhardt et al, 2002). Γενικά, στο Ηνωμένο Βασίλειο ελέγχονται οι δαπάνες μέσω του ελέγχου της παροχής προσωπικού και εγκαταστάσεων και του προϋπολογισμού για τους ιατρικούς πόρους. Το 2000, ο Πρωθυπουργός Tony Blair παραδέχτηκε ότι η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) ήταν ανεπαρκής και ανακοίνωσε μεγάλη αύξηση στον προϋπολογισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Klein, 2004).

Εν γνώσει του χαμηλού επιπέδου των δαπανών υγείας, το Ηνωμένο Βασίλειο συχνά θεωρείται μια χώρα που περιορίζει ορισμένα είδη ιατρικής φροντίδας. Στην πραγματικότητα, η πρωτοβάθμια και η προληπτική φροντίδα δεν περιορίζονται και ο μέσος χρόνος αναμονής προκειμένου να εξεταστεί κάποιος από γενικό ιατρό πιθανόν δεν είναι μεγαλύτερο από τις καθυστερήσεις για παρόμοια ραντεβού σε πολλά μέρη των Ηνωμένων Πολιτειών. Ακόμα και μερικές υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας (παραδείγματος χάριν, η θεραπεία με ακτινοβολίες για τον καρκίνο και η μεταμόσχευση μυελού των οστών) παρέχονται στα ίδια ποσοστά με τις Ηνωμένες Πολιτείες. Αλλά ο χρόνος αναμονής για την εξέταση από εμπειρογνώμονες για μη επείγοντα προβλήματα μπορεί να είναι σημαντικός και το 38% των ασθενών περιμένουν περισσότερο από 4 μήνες για προαιρετικές χειρουργικές επεμβάσεις (Hurst & Siciliani, 2003). Η αιμοκάθαρση λαμβάνει χώρα με πολύ μικρότερη συχνότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες (Reinhardt et al, 2002), μια πρακτική που έχει δεχθεί κριτική από Αμερικανούς παρατηρητές (Aaron & Schwartz, 1984). Σε γενικές γραμμές, ένα εντυπωσιακό χαρακτηριστικό της βρετανικής ιατρικής είναι η οικονομική της φύση. Οι Βρετανοί ιατροί εφαρμόζουν την έννοια «λιγότερο» σ' όλες τις δραστηριότητές τους· πραγματοποιούν λιγότερες επεμβάσεις, χορηγούν συνταγή με λιγότερα φάρμακα και δίνουν εντολή για λιγότερες ακτινογραφίες. Επίσης, αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερο σκεπτικισμό τις νέες τεχνολογίες σε σχέση με τους Αμερικανούς ιατρούς (Payer, 1988).

Ο τύπος του ενός και μόνο πληρωτή του συστήματος της ιατρικής φροντίδας, βάσει των παραδειγμάτων που μας προσφέρει το Ηνωμένο Βασίλειο, είναι ικανός να διατηρήσει χαμηλές τις δαπάνες για την υγεία. Όμως, δεν έχουν όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας με έναν και μόνο πληρωτή χαμηλές κατά κεφαλήν δαπάνες: οι κατά κεφαλήν δαπάνες του Καναδά είναι σχετικά υψηλές. Εν μέρει, το Ηνωμένο Βασίλειο αφιερώνει λιγότερα στην φροντίδα υγείας λόγω της κακής οικονομικής του κατάστασης. Ως γενικός κανόνας, χώρες σαν το Ηνωμένο Βασίλειο, με χαμηλό ΑΕΠ κατά κεφαλήν, δαπανούν μικρότερο ποσοστό του εν λόγω ΑΕΠ στη φροντίδα υγείας (Reinhardt et al, 2002).

Πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS)

Προβλήματα που προκαλούν δυσαρέσκεια, όπως οι μεγάλες λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις, είναι πολιτικά αγχώδη για αρκετούς Βρετανούς πρωθυπουργούς, με τις υποσχέσεις στα πλαίσια των εκστρατειών για νέο και βελτιωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) να εμφανίζονται σε περίβλεπτη θέση στις πρόσφατες εθνικές εκλογές. Το 1990, η Συντηρητική Πρωθυπουργός Margaret Thatcher

προώθησε μια σημαντική πρωτοβουλία για ασφάλιση, για να δημιουργήσει μεγαλύτερο ανταγωνισμό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), σε μια προσπάθεια να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και ανταπόκριση εκ μέρους των ασθενών. Σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την εκλογή του το 1997 ο Εργατικός Πρωθυπουργός Tony Blair εξέδωσε το δικό του ενημερωτικό έγγραφο για τη μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) με τίτλο «Το Νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS): Σύγχρονο, Αξιοπίστο» που εξομάλυνε ορισμένα από τα ανταγωνιστικά ζητήματα των τακτικών της Thatcher, ενώ συνέχιζε να αναδιοργανώνει πλευρές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) και να αυξάνει τα κεφάλαια γι' αυτήν. Αν και καμία από αυτές τις μεταρρυθμίσεις, είτε από συντηρητικές είτε από φιλελεύθερες κυβερνήσεις, δεν έχουν αλλάξει ουσιαστικά τις βασικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας ως δημόσια χρηματοδοτούμενου, καθολικού συστήματος φροντίδας υγείας, εντούτοις το έχουν αναδιοργανώσει.

Ένα αποτέλεσμα αυτών των πολλών μεταρρυθμίσεων είναι ότι έδωσε στα νοσοκομεία μεγαλύτερη δημοσιονομική και διευθυντική αυτονομία, με λιγότερο απευθείας έλεγχο από τις τοπικές διοικητικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Γενικά, τα νοσοκομεία πρέπει τώρα να είναι πιο υπεύθυνα για την ποιότητα και την επικαιρότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, με τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία ώστε να μετατοπίζουν την παροχή κεφαλαίων σε διαφορετικά νοσοκομεία με κριτήριο την απόδοση του νοσοκομείου.

Η γενική ιατρική έχει υποστεί συνεχή αναθεώρηση την προηγούμενη δεκαετία. Τώρα, όλα τα ιατρεία των γενικών ιατρών είναι υποχρεωμένα να συμβάλλονται με τοπικούς Οργανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, μια νέα στρατηγική με σκοπό την αύξηση της ανάμιξης των γενικών ιατρών στον προϋπολογιστικό προγραμματισμό και την προώθηση της μεγαλύτερης υπευθυνότητας των γενικών ιατρών για την ποιότητα της φροντίδας (Le Grand, 2002, Klein, 2004). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) έχει επιφορτίσει τους οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας με την ευθύνη του συλλογικού προγραμματισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας στις περιοχές τους, της σύναψης σύμβασης με νοσοκομεία και νοσοκομειακούς εμπειρογνώμονες για εξειδικευμένη φροντίδα, της προσεκτικής εξέτασης των μοτίβων άσκησης του λειτουργήματος των γενικών ιατρών και της εφαρμογής δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας (Bindman et al, 2001). Ο μέσος οργανισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας αριθμεί περίπου 50 γενικούς ιατρούς - μέλη καθώς και επιπρόσθετους αντιπρόσωπους πρωτοβάθμιας φροντίδας από άλλα επαγγέλματα και καλύπτει έναν πληθυσμό περίπου 100.000 εγγεγραμμένων ασθενών (Σχήμα 14-4).

Ένα αγγλικός οργανισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας μοιάζει μ' έναν αμερικανικό ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο σε μερικά σημεία. Όπως συμβαίνει και με έναν ανεξάρτητο ιατρικό σύλλογο, οι γενικοί ιατροί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) διατηρούν την ιδιοκτησία των ιδιωτικών τους ιατρείων ή των μικρών ομαδικών ιατρείων τους ενώ συμμετέχουν σ' ένα δίκτυο ιατρών. Όμως, σε αντίθεση με τις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Βρετανοί γενικοί ιατροί χρειάζεται να συμμετέχουν στον οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιοχή τους και η κάθε περιοχή έχει μόνο έναν οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον, ενώ οι ανεξάρτητοι

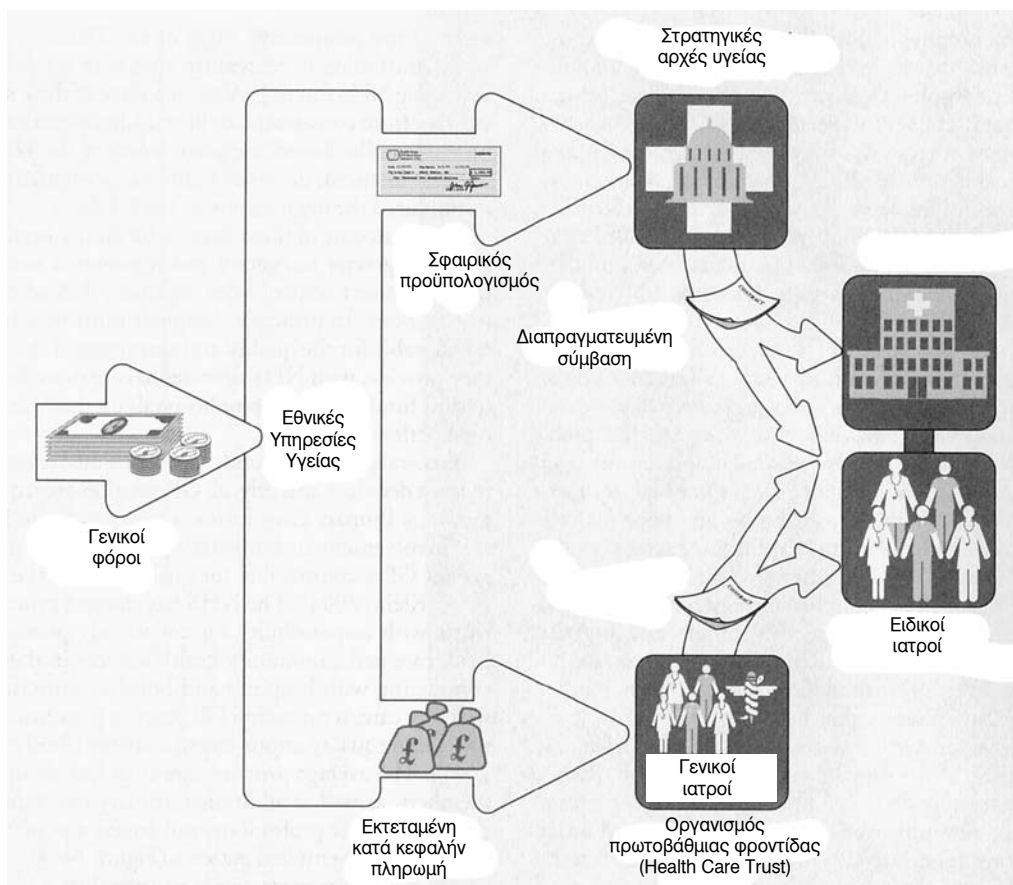
ιατρικοί σύλλογοι στις Ηνωμένες Πολιτείες συνήθως έχουν την οικονομική επιβίωση ως πρώτο και κύριο στόχο τους και σε μεγάλο βαθμό επικεντρώνονται στις διαπραγματεύσεις συμβάσεων με προγράμματα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την επεξεργασία των πληρωμών σε συμμετέχοντες ιατρούς, οι οργανισμοί πρωτοβάθμιας φροντίδας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) στρέφονται περισσότερο προς τον προγραμματισμό των αναγκών υγείας του πληθυσμού τους και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Παραδείγματος χάριν, αναμένεται από τους οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας να επιλέξουν κλινικούς δείκτες (παραδείγματος χάριν, η θεραπεία ασθενών με νόσο της στεφανιαίας με ασπιρίνη), να επανεξετάσουν τα μοτίβα άσκησης λειτουργήματος για τους γενικούς ιατρούς για τον εν λόγω δείκτη και να αναπτύξουν στρατηγικές βελτίωσης των πρακτικών για το δείκτη. Σε σύγκριση με τις περίπλοκες ρυθμίσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, με τους ιατρούς να συμμετέχουν σε πολλούς ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους και χωρίς να υπάρχει ένα ενιαίο δίκτυο που να συνδέει όλους τους ασθενείς μιας γεωγραφικής περιοχής, οι βρετανικοί οργανισμοί πρωτοβάθμιας φροντίδας εστιάζουν όντως στην υγεία του πληθυσμού και είναι υπεύθυνοι για το σύνολο του πληθυσμού εντός μιας γεωγραφικής περιοχής. Πολλοί υποστηρικτές των οργανισμών πρωτοβάθμιας φροντίδας ελπίζουν ότι αυτή η οργανωτική δομή θα βοηθήσει στη θεσμοθέτηση της προσανατολισμένης προς την κοινότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας (βλ. Κεφάλαιο 6) και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, αν και η μεταρρύθμιση είναι πολύ πρόσφατη για να γνωρίζουμε αν οι εν λόγω οργανισμοί θα κρατήσουν την υπόσχεσή τους. Όσοι ασκούν κριτική έχουν εκφράσει ανησυχία ότι οι γενικοί ιατροί δεν θα έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό για να χειριστούν τις διευθυντικές ευθύνες του προγραμματισμού της κοινοτικής υγείας και της βελτίωσης της ποιότητας, ότι δεν θα τους δοθεί πληρωμένος «χρόνος άδειας» από τα ιατρεία τους για να ανταποδώσουν τις μεγαλύτερες προσδοκίες που έχουν οι άλλοι γι' αυτούς και πως ακόμα και με την αυξημένη ροή κεφαλαίων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), οι οικονομικοί περιορισμοί θα εμποδίσουν την εφαρμογή προγραμμάτων για τη βελτίωση της υγείας και την κοινοτική φροντίδα.

ΙΑΠΩΝΙΑ

Ασφάλιση υγείας

Η Akiko Tanino εργάζεται στο λογιστήριο της αυτοκινητοβιομηχανίας Mazda στο Τόκιο. Όπως όλοι οι υπάλληλοι της Mazda, είναι εγγεγραμμένη στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας που χειρίζεται απευθείας η Mazda. Κάθε μήνα, ένα ποσοστό 3,5% αφαιρείται από το μισθό της και καταβάλλεται στο πρόγραμμα υγείας της Mazda. Η Mazda κάνει μια συμπληρωματική πληρωμή στο πρόγραμμα υγείας ισοδύναμη με το 4,5% του μισθού της Akiko.

Ο πατέρας της Akiko, ο Takeshi, πρόσφατα συνταξιοδοτήθηκε αφού είχε εργαστεί για πολλά χρόνια ως μηχανικός στη Mazda. Όταν συνταξιοδοτήθηκε, η ασφάλιση υγείας του άφησε και από το πρόγραμμα της Mazda πήγε στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας των πολιτών που διαχειρίζεται η τοπική αυτοδιοίκηση της πόλης όπου ζει. Όμως, η Mazda κάνει πληρωμές στο πρόγραμμα ασφάλισης υγείας των πολιτών για να βοηθήσει στην πληρωμή των δαπανών ιατρικής φροντίδας των συνταξιούχων της



Σχήμα 14-4. Η Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας. Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις.

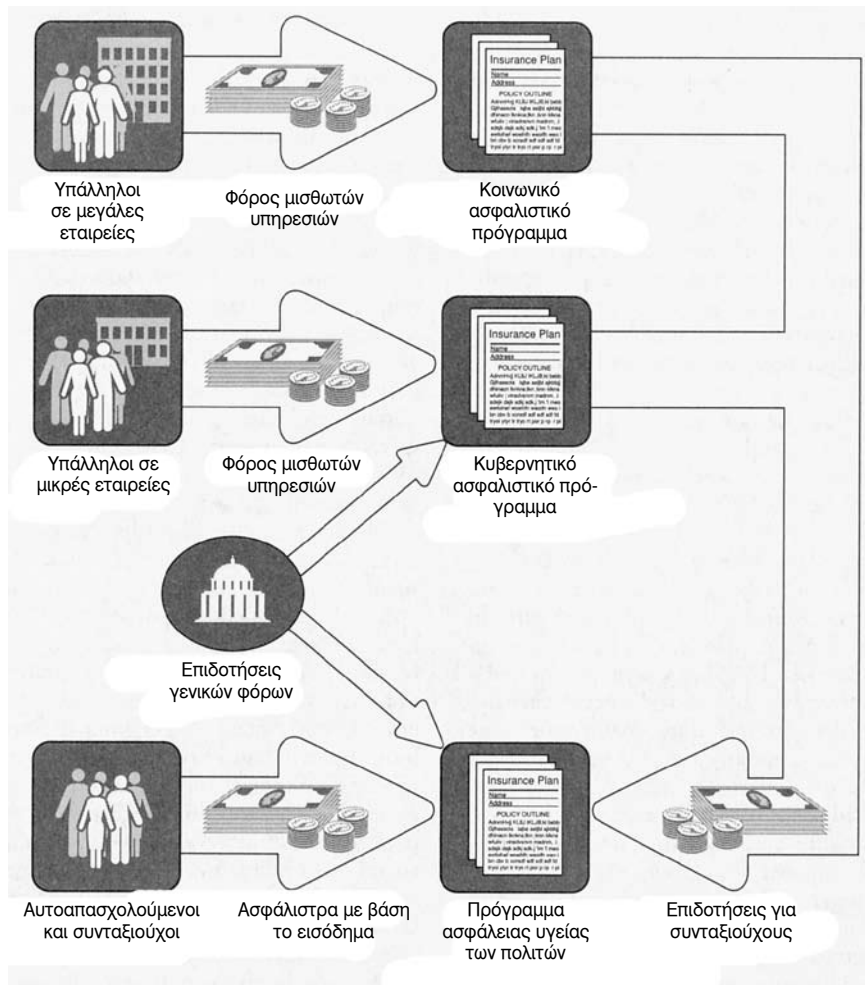
εταιρείας. Επιπλέον, το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας των πολιτών απαιτεί ο Takeshi να πληρώσει στο πρόγραμμα ένα ασφάλιστρο προσαρμοσμένο στο εισόδημά του.

Ο αδερφός της Akiko, ο Kazuo, είναι μηχανικός σε ένα μικρό συνεργείο αυτοκινήτων στο Τόκιο. Αυτόματα εγγράφεται στο διαχειριζόμενο από την κυβέρνηση πρόγραμμα ασφάλισης υγείας που διαχειρίζεται η εθνική κυβέρνηση της Ιαπωνίας. Ο Kazuo και ο εργοδότης του συνεισφέρουν ο καθένας στο κυβερνητικό πρόγραμμα πληρωμές ίσες με το 4,25% του μισθού του Kazuo.

Αν και η κοινωνία της Ιαπωνίας έχει μια πολιτιστική ιστορία διαφορετική από τις άλλες χώρες στις οποίες έγινε αναφορά στο παρόν κεφάλαιο, το σύστημα φροντίδας υγείας της έχει σε μεγάλο βαθμό στοιχεία από τις ευρωπαϊκές και τις βορειοαμερικανικές παραδόσεις. Όπως και στη Γερμανία, το σύγχρονο σύστημα ασφάλισης υγείας της Ιαπωνίας έχει τις ρίζες του σ' ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης από τον εργοδότη. Η Ιαπωνία πρώτη θέσπισε την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση από τον εργοδότη για πολλούς εργάτες το 1922, στηριζόμενη σε προϋπάρχοντες συλλόγους εθελοντικής αμοιβαίας βοήθειας. Το σύστημα σταδιακά επεκτάθηκε ώπου επετεύχθη η καθολική κάλυψη το 1961 με την ψήφιση του Νόμου περί Εθνικής Ασφάλισης Υγείας. Το ιαπωνικό ασφαλιστικό σύστημα διαφέρει από

το γερμανικό μοντέλο επειδή έχει διαφορετικές κατηγορίες προγραμμάτων υγείας με ακόμα περισσότερα ατομικά προγράμματα και λιγότερη ευελιξία στην επιλογή προγράμματος (Σχήμα 14-5).

Οι εργοδότες με 700 ή περισσότερους υπαλλήλους απαιτείται να θέτουν σε εφαρμογή προγράμματα αυτασφάλισης για τους υπαλλήλους τους και τα εξαρτώμενα μέλη τους, γνωστά ως εταιρικά ασφαλιστικά προγράμματα. Αν και αυτά τα προγράμματα μοιάζουν με τα γερμανικά ταμεία υγείας που είναι συγκεκριμένα για τη βιομηχανία, η κάθε εταιρεία πρέπει να διαχειρίζεται το δικό της ανεξάρτητο πρόγραμμα υγείας. Υπάρχουν περίπου 1800 διαφορετικά προγράμματα από τον εργοδότη. Το 85% αυτών των εταιρικών προγραμμάτων τελούν υπό τη διαχείριση ανεξάρτητων εταιρειών, με την ισορροπία να λειτουργεί ως κοινά προγράμματα μεταξύ δύο ή περισσότερων εργοδοτών, αν και κανένα δεν περιλαμβάνει τόσες πολλές εταιρείες όσες το αντιπροσωπευτικό γερμανικό ταμείο υγείας. Τα διοικητικά συμβούλια των εταιρικών προγραμμάτων αποτελούνται κατά 50% από εκπροσώπους των υπαλλήλων και κατά 50% από εκπροσώπους των εργοδοτών. Οι υπάλληλοι και τα εξαρτώμενα μέλη τους απαιτείται να εγγραφούν στο πρόγραμμα της εταιρείας τους και ο υπάλληλος και ο εργοδότης πρέπει να συνεισφέρουν ένα φόρο επί του συνολικού μισθού ώστε να χρηματοδοτήσουν την εταιρεία. Επειδή η



Σχήμα 14-5. Το Ιαπωνικό Σύστημα Υγείας.

κάθε πρόγραμμα είναι πρόγραμμα αυτασφάλισης, ο φόρος επί του συνολικού μισθού ποικίλλει ανάλογα με το μέσο εισόδημα και τον κίνδυνο για την υγεία των υπαλλήλων της εταιρείας, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικές αδικίες (Imai, 2002). Τα εταιρικά ασφαλιστικά προγράμματα καλύπτουν το 26% του πληθυσμού της Ιαπωνίας.

Οι υπάλληλοι και τα εξαρτώμενα μέλη σε εταιρείες με λιγότερους από 700 υπαλλήλους υποχρεωτικά εγγράφονται σ' ένα ενιαίο εθνικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για μικρές επιχειρήσεις που διαχειρίζεται η κυβέρνηση της χώρας. Αυτό το κυβερνητικό ασφαλιστικό πρόγραμμα, που πρωτίστως χρηματοδοτείται από ένα φόρο επί του συνολικού μισθού σε εργοδότες και υπαλλήλους, καλύπτει το 30% του πληθυσμού. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση επίσης εφαρμόζει τα έσοδα από γενικούς φόρους για να επιδοτεί το κυβερνητικό ασφαλιστικό πρόγραμμα.

Ωστόσο, ένας τρίτος τύπος ασφάλισης υγείας, το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για πολίτες, καλύπτει τους αυτοαπασχολούμενους υπαλλήλους και τους συνταξιούχους (το 35% του πληθυσμού). Η κάθε τοπική αυτοδιοίκηση στην Ιαπωνία διαχειρίζεται ένα τοπικό ασφαλιστικό πρόγραμμα για πολίτες και επιβάλλει ένα υποχρεωτικό ασφάλιστρο στους αυτοαπασχολούμενους εργαζόμενους και στους συ-

νταξιούχους στη δικαιοδοσία της. Επιπλέον, το κάθε εταιρικό ασφαλιστικό πρόγραμμα από τον εργοδότη και το ενιαίο διαχειριζόμενο από την κυβέρνηση ασφαλιστικό πρόγραμμα πρέπει να κάνουν πληρωμές στο ταμείο του προγράμματος ασφάλισης υγείας για πολίτες προκειμένου να επιδοτήσει τις δαπάνες για τους συνταξιούχους. Περίπου το 40% της χρηματοδότησης για το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για πολίτες προέρχεται από συνεισφορές από τα εταιρικά και τα κυβερνητικά ασφαλιστικά προγράμματα, γεγονός που κάνει τους εργοδότες υπόλογους για ένα μεγάλο μέρος των δαπανών της ιατρικής φροντίδας των συνταξιούχων υπαλλήλων τους. Επιπρόσθετα κεφάλαια για το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για πολίτες προέρχονται από τα έσοδα από γενικούς φόρους.

Ένα συνοθύλευμα μικρότερων ασφαλιστικών προγραμμάτων υπάρχει για τους κυβερνητικούς υπαλλήλους και άλλες ειδικές κατηγορίες εργαζομένων και μοιάζει με τα εταιρικά ασφαλιστικά προγράμματα. Τα άτομα που μένουν άνεργα παραμένουν εγγεγραμμένα στο πρόγραμμα υγείας τους και έχουν απαλλαγή από το φόρο επί του συνολικού εισοδήματος. Όλα τα προγράμματα απαιτείται να παρέχουν συγκεκριμένα περιεκτικά οφέλη, συμπεριλαμβανομένης της αμοιβής των νοσοκομειακών και ιατρικών υπηρεσιών,

των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, της φροντίδας των εγκύων και της οδοντιατρικής φροντίδας. Επιπλέον, το 2000 η Ιαπωνία έθεσε σε εφαρμογή ένα νέο ασφαλιστικό πρόγραμμα μεγάλης διάρκειας, χρηματοδοτούμενο από τα έσοδα από γενικούς φόρους και ένα νέο δεσμευμένο φόρο εισοδήματος, που παρέχει περιεκτικά οφέλη σε ενήλικες με αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένης της πληρωμής της κατ' οίκον φροντίδας, της διαχείρισης περιστατικών και των υπηρεσιών που παρέχονται στα διάφορα ιδρύματα.

Εν κατακλείδι, η Ιαπωνία, όπως η Γερμανία, δημιουργεί με βάση ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης από τον εργοδότη, εφαρμόζοντας επιπρόσθετες επιχορηγήσεις από το γενικό φόρο για να δημιουργήσει ένα καθολικό ασφαλιστικό πρόγραμμα. Σε σύγκριση με τη Γερμανία, η κυβέρνηση της χώρας και οι τοπικές αυτοδιοικήσεις στην Ιαπωνία εμπλέκονται περισσότερο στην απευθείας διαχείριση προγραμμάτων υγείας και μια πλειοψηφία Γιαπωνέζων καλύπτονται από κυβερνητικά προγράμματα παρά από ιδιωτικά προγράμματα από τον εργοδότη (Ikegami & Campbell, 1999, Kemporen, 1999).

Ιατρική Φροντίδα

Το γόνατο του Takeshi Tanino πονάει για αρκετές εβδομάδες. Κλείνει ραντεβού σε μια κλινική που τη διευθύνει ένας χειρουργός ορθοπαιδικός. Στην κλινική, ο Takeshi εξετάζεται από ιατρό, του κάνουν ακτινογραφία στο γόνατο και του ορίζουν ένα πρόγραμμα για τακτική φυσιοθεραπεία. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ο ορθοπαιδικός παρατηρεί ότι η αρτηριακή πίεση του Takeshi είναι υψηλή και του συστήνει να τον εξετάσει ένας εσωτερικός παθολόγος σε μια διαφορετική κλινική γι' αυτό το πρόβλημα.

Έξι μήνες αργότερα, ο Takeshi έχει βήχα και πυρετό. Κλείνει ραντεβού στην ιατρική κλινική ενός κοντινού νοσοκομείου που διοικείται από το Δρ. Suzuki, του δι-αγιγνώσκουν πνευμονία και νοσηλεύεται. Η θεραπεία του γίνεται με ενδοφλέβια αντιβιοτικά για 2 εβδομάδες και παραμένει στο νοσοκομείο για ακόμα 2 εβδομάδες αφού ολοκληρώθηκε η θεραπεία με τα αντιβιοτικά, για περαιτέρω ενδοφλέβια ενυδάτωση και νοσηλευτική φροντίδα.

Τα προγράμματα υγείας δεν θέτουν περιορισμούς στην επιλογή νοσοκομείου και ιατρού και δεν απαιτούν εξουσιοδότηση εκ των προτέρων πριν τη χρήση ιατρικών υπηρεσιών. Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας υγείας βασίζεται σε τρεις τύπους εγκαταστάσεων: (1) στις ανεξάρτητες κλινικές, με την καθεμία να αποτελεί ιδιοκτησία ενός ιατρού και το προσωπικό της να αποτελείται από τον ιατρό και άλλους υπαλλήλους· πολλές κλινικές επίσης έχουν μικρούς θαλάμους για εσωτερικούς ασθενείς, (2) μικρά νοσοκομεία με τμήματα για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, ιδιοκτησίας ενός ιατρού και με απασχολούμενο ιατρικό προσωπικό και (3) μεγαλύτερα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία με τμήματα για εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς και έμμισθο ιατρικό προσωπικό. Οι εγκαταστάσεις οργανώνονται ανά ειδικότητα, με τα μεγαλύτερα νοσοκομεία να έχουν μεγάλη ποικιλία ειδικοτήτων και τα μικρότερα νοσοκομεία και οι κλινικές να προσφέρουν μια πιο περιορισμένη επιλογή τμημάτων ειδικότητας. Η φροντίδα παρέχεται ανάλογα με την ειδικότητα και ελάχιστα ιδρύματα εφαρμόζουν ένα προσανατολισμένο προς την πρωτοβάθμια φροντίδα μοντέλο

ατόμου που αναλαμβάνει να παραπέμψει για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνει πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο (Smith et al, 1997).

Η ιατρική επιχειρηματικότητα αποτελεί δυνατό στοιχείο στην οργάνωση της φροντίδας υγείας στην Ιαπωνία. Το μεγαλύτερο μέρος των κλινικών και των μικρών νοσοκομείων είναι οικογενειακές επιχειρήσεις που ιδρύθηκαν από ανεξάρτητους ιατρούς, οι οποίοι και τις διοικούν. Σε αντίθεση με τις κλινικές στις Ηνωμένες Πολιτείες όπως η Κλινική Mayo και το Ιατρικό Ίδρυμα Palo Alto που ξεκίνησαν ως οικογενειακά ιδρύματα αλλά εξελίχθηκαν σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, με την ιδιοκτησία μοιρασμένη ανάμεσα σε μια μεγαλύτερη ομάδα ιατρών-συνεργατών, οι περισσότερες κλινικές στην Ιαπωνία παρέμειναν στην ιδιοκτησία ενός μόνο ιατρού και συχνά μεταξύ των μελών μιας οικογένειας μεταβιβάζονται από τη μια γενιά στην άλλη. Πολλοί ιατροί μετέτρεψαν τις κλινικές τους σε μικρά νοσοκομεία αλλά η κυβέρνηση κατασκευάζει και λειτουργεί τα μεγαλύτερα ιατρικά κέντρα. Η διαφορά ανάμεσα στις κλινικές και τα νοσοκομεία στην Ιαπωνία δεν είναι τόσο μεγάλη όσο στις περισσότερες χώρες. Οι κλινικές επιτρέπεται να διαθέτουν κρεβάτια για εσωτερικούς ασθενείς και κατατάσσονται μεταξύ των νοσοκομείων μόνο όταν διαθέτουν περισσότερα από 20 κρεβάτια. Περίπου το 30% των κλινικών στην Ιαπωνία διαθέτουν κρεβάτια για εσωτερικούς ασθενείς. Ουσιαστικά, όλοι οι ιατροί είτε είναι ιδιοκτήτες κλινικών και νοσοκομείων είτε είναι υπάλληλοι μιας κλινικής ή ενός νοσοκομείου και ασκούν το λειτούργημά τους μόνο μέσα στο ίδρυμά τους. Αν και πολλές κλινικές και νοσοκομεία που αποτελούν ιδιοκτησία ιατρών είναι μικρές εγκαταστάσεις, υπάρχουν και μεγαλύτερα ιδρύματα που προσφέρουν μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς προβάλλοντας την πιο εξελιγμένη βιοιατρική τεχνολογία, τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία και την αυτόματη διανομή φαρμάκων.

Τα ποσοστά εισαγωγών στο νοσοκομείο είναι σχετικά χαμηλά στην Ιαπωνία και τα ποσοστά των χειρουργικών επεμβάσεων αντιστοιχούν μόνο στο 1/3 περίπου του ποσοστού στις Ηνωμένες Πολιτείες (Ikegami & Campbell, 1999). Ένας πολιτιστικός κανόνας που κάνει τους ασθενείς απρόθυμους να υποβληθούν σε επεμβατικές διαδικασίες εν μέρει εξηγεί το χαμηλό ποσοστό επεμβάσεων στην Ιαπωνία. Όταν νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, οι ασθενείς παραμένουν κατά μέσο όρο 33 μέρες- μια ασυνήθιστα μεγάλη παραμονή σε σύγκριση με τη συνηθισμένη διάρκεια παραμονής στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες (Kemporen, 1999). Οι ασθενείς επιτρέπεται να παραμείνουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο νοσοκομείο προκειμένου να αναρρώσουν.

Αμοιβή Ιατρών & Νοσοκομείων

Ένα μήνα μετά την επιστροφή του στο σπίτι από το νοσοκομείο, ο Takeshi Tanino εμφανίζει στομαχόπονο που τον ξυπνάει αρκετά βράδια. Κλείνει ραντεβού στη γενική κλινική που διοικείται από το Δρ. Sansei· αυτός του κάνει μια ενδοσκόπηση που αποκαλύπτει γαστρίτιδα. Ο Δρ. Sansei χορηγεί με συνταγή έναν Η2 αποκλειστή και κανονίζει ο Takeshi να πηγαίνει στην κλινική κάθε 4 εβδομάδες για τους επόμενους 6 μήνες. Ο στομαχόπονος βελτιώνεται μετά από λίγες μέρες λήψης του φαρμάκου. Σε κάθε επαναληπτική εξέταση, ο Δρ. Sansei ρωτά τον Takeshi για τα συμπτώματά του και του χορηγεί εκ νέου φάρμακα για μια χρονική περίοδο 4 εβδομάδων.

Τα προγράμματα υγείας πληρώνουν και τους ιατρούς και τα νοσοκομεία βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η κυβέρνηση ρυθμίζει αυτές τις αμοιβές καθώς και τις τιμές των φαρμάκων στα πλαίσια της εντολής του Κεντρικού Ιατρικού Συμβουλίου Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι ιατροί, τα προγράμματα υγείας και το κοινό εκπροσωπούνται στο Κεντρικό Συμβούλιο, με τον Ιαπωνικό Ιατρικό Σύλλογο να διορίζει τους ιατρούς-μέλη. Από πολλές απόψεις, το πρόγραμμα αμοιβών είναι το αντίθετο των αμερικανικών αμοιβών: στην Ιαπωνία, συνήθως επιβάλλονται υψηλότερες αμοιβές για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σχέση με τις πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως οι χειρουργικές διαδικασίες και οι μελέτες απεικόνισης (Ikegami & Campbell, 1999).

Οι ιατροί επιτρέπεται να δίνουν απευθείας φάρμακα, όχι απλά να τα χορηγούν με συνταγή, και επίσης να λαμβάνουν αμοιβή γι' αυτήν την υπηρεσία. Πολλές επισκέψεις στους ιατρούς είναι σύντομες και όπως στην περίπτωση της κρίσης γαστρίτιδας του Takeshi Tanino εστιάζουν κυρίως στην ανανέωση των φαρμάκων. Τα άτομα στην Ιαπωνία πραγματοποιούν 2 ^{1/2} φορές πιο πολλές επισκέψεις σε ιατρό κάθε χρόνο σε σχέση με τους ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Γερμανία, τον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο μέσος κλινικός ιατρός στην Ιαπωνία εξετάζει 66 ασθενείς κάθε μέρα (Smith et al, 1997).

Έλεγχος των δαπανών

Όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι δαπάνες φροντίδας υγείας στην Ιαπωνία αντιστοιχούσαν μόνο στο 7,6% του ΑΕΠ το 2001. Ωστόσο, οι ανησυχίες για την αύξηση των δαπανών φροντίδας υγείας ήρθαν στην επιφάνεια στα μέσα της δεκαετίας του 1990, καθώς η Ιαπωνία εισήλθε σε μια παρατεταμένη οικονομική ύφεση. Επιπλέον, η μεταβαλλόμενη δημογραφία της Ιαπωνίας προβάλλει με έμφαση ένα σύστημα χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας που βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους φόρους επί του συνολικού εισοδήματος. Με ένα ποσοστό γεννήσεων που μειώνεται κατακόρυφα και την πιο μεγάλη πιθανή διάρκεια ζωής σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη χώρα στον κόσμο, ο πληθυσμός της Ιαπωνίας γερνάει γρηγορότερα σε σχέση με τον πληθυσμό άλλων αναπτυγμένων χωρών. Η αναλογία των Γιαπωνέζων άνω των 65 προβλέπεται ότι θα αυξηθεί από 10% το 1985 σε 26% το 2020. Συγκριτικά, η αναλογία του αμερικανικού πληθυσμού άνω των 65 θα αυξηθεί πολύ πιο συγκερατημένα από το 12% σε 16% κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου (Kemporen, 1999).

Το 1997, η κυβέρνηση επέβαλε μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των εισφορών σε μια προσπάθεια ανάσχεσης δαπανών. Για τα περισσότερα προγράμματα, οι συν-πληρωμές αυξήθηκαν από το 10% σε 20% του συνόλου των υπηρεσιών, αν και οι ηλικιωμένοι ασθενείς απαλλάχθηκαν από τη συμμετοχή στην καταβολή εισφορών για τα φάρμακα. Αυτή η πολιτική είχε ελάχιστη επίδραση και υπέστη πολλά από τα αναμενόμενα προβλήματα της συμμετοχής στην καταβολή εισφορών (βλ. Κεφάλαιο 9). Παραδείγματα χάριν, λόγω των ανησυχιών για τα υπερβολικά βάρη στους ασθενείς με σοβαρές ασθένειες, το ανώτατο μηνιαίο όριο στις άμεσες δαπάνες ορίστηκε σε περίπου 500 δολάρια. Η συμμετοχή επομένως των ασφαλισμένων στην καταβολή των εισφορών δεν συνέβαλε σημαντικά για να αλλάξει τα καταστροφικά ιατρικά έξοδα που είναι υπεύθυνα για την πλειοψηφία των δαπανών

φροντίδας υγείας. Τώρα, η κυβέρνηση της Ιαπωνίας και τα προγράμματα υγείας συνεξετάζουν άλλες στρατηγικές ανάσχεσης δαπανών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Βασικά ζητήματα στην αξιολόγηση και τη σύγκριση των συστημάτων φροντίδας υγείας αποτελούν η πρόσβαση στη φροντίδα, το επίπεδο των δαπανών για την υγεία, η δημόσια ικανοποίηση από την φροντίδα υγείας και η συνολική ποιότητα της φροντίδας όπως εκφράζεται από την υγεία του πληθυσμού. Η Γερμανία, ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιαπωνία παρέχουν καθολική οικονομική πρόσβαση στην φροντίδα υγείας μέσω των κυβερνητικά διαχειριζόμενων ή των εντεταλμένων από την κυβέρνηση προγραμμάτων. Οι τέσσερις αυτές χώρες έχουν ελέγξει τις δαπάνες φροντίδας υγείας με μεγαλύτερη επιτυχία σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες (Πίνακες 14-1 & 14-2), αν και αυτές οι τέσσερις χώρες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην ανάσχεση των δαπανών τους.

Στα πλαίσια μιας έρευνας του 1990 σε 10 χώρες, ο Καναδάς κατετάγη πρώτος στη δημόσια ικανοποίηση με το σύστημα φροντίδας υγείας, η Γερμανία τρίτη, η Ιαπωνία έβδομη, το Ηνωμένο Βασίλειο όγδοο και οι Ηνωμένες Πολιτείες τελευταίες (Blendon et al, 1990). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, η εμπιστοσύνη του κόσμου στο Καναδικό και το Γερμανικό σύστημα μειώθηκε, αν και η ικανοποίηση παρέμεινε υψηλότερη σε σχέση με τις Ηνωμένες Πολιτείες (Donelan et al, 1999). Οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι πολύ πιο πιθανό σε σχέση με τους ανθρώπους στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο να αναφέρουν πρόβλημα στην πληρωμή των ιατρικών λογαριασμών τους (Blendon et al, 2002). Παρά την ελαστικότητα στους χρόνους αναμονής ως πολιτικό θέμα, μόνο το 12% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν ότι ήταν «πολύ ανήσυχου» για ενδεχόμενες μεγάλες αναμονές για μη επείγουσα φροντίδα, ποσοστό παρόμοιο μ' εκείνο στις Ηνωμένες Πολιτείες (Donelan et al, 1999). Μια έρευνα του 2000 με ιατρούς σε διαφορετικές χώρες ανακάλυψε ότι περίπου το 1/4 των ιατρών στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο πίστευαν ότι το σύστημα φροντίδας υγείας τους «λειτουργεί καλά και χρειάζονται μόνο μικρές αλλαγές», σε σύγκριση με το 17% των Αμερικανών ιατρών (Blendon et al, 2001). Οι Γερμανοί ιατροί σε μια προηγούμενη έρευνα ήταν οι πιο πιθανοί να αξιολογήσουν το σύστημά τους με μεγάλο βαθμό (Blendon et al, 1993). Παρόμοια μοτίβα προέκυψαν από μια έρευνα του 1999 με νοσηλεύτριες στα νοσοκομεία σ' αυτές τις χώρες. Η ικανοποίηση και η κούραση από την εργασία ήταν οι πιο υψηλές μεταξύ των νοσηλευτριών στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενδιάμεσες μεταξύ αυτών στον Καναδά και το Ηνωμένο Βασίλειο και οι πιο χαμηλές μεταξύ αυτών στη Γερμανία (Aiken et al, 2001). Μια πλειοψηφία νοσηλευτριών και στις τέσσερις χώρες εξέφρασε ανησυχίες για ανεπαρκή στελέχωση με νοσηλεύτριες στα νοσοκομεία.

Οι συγκρίσεις μεταξύ των χωρών ως προς την ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι επικίνδυνες αφού είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε τις επιδράσεις των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και της φροντίδας υγείας στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Έτσι, τέτοιες συγκρίσεις μπορούν να μη δημιουργήσουν τις σωστές εντυπώσεις σχετικά με το αν ένα σύστημα φροντίδας υγείας λειτουργεί σε λογικό επίπεδο ποιότητας. Βάσει του Πίνακα 14-3 γίνεται σαφές ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας

Πίνακας 14-1. Συνοδικές δαπάνες υγείας ως Ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), 1970- 2001.^α

	1970	1980	1985	1990	1995	2001
Γερμανία	5,5	7,9	8,7	8,3	10,4	10,7
Ηνωμένο Βασίλειο	4,5	5,8	6,0	6,2	6,9	7,6
Καναδάς	7,2	7,4	8,5	9,5	9,6	9,7
Ιαπωνία	4,1	6,0	6,2	6,0	7,1	7,6
Ηνωμένες Πολιτείες	7,4	9,2	10,5	12,2	13,6	13,9

^α Στοιχεία από τον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (www.oecd.org).

Πίνακας 14-2. Κατά Κεφαλήν Δαπάνη Υγείας σε Δολάρια Ηνωμένων Πολιτειών, 2001.^α

Γερμανία	\$2808
Ηνωμένο Βασίλειο	\$1992
Καναδάς	\$2792
Ιαπωνία	\$1984
Ηνωμένες Πολιτείες	\$4887

^α Στοιχεία από τον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (www.oecd.org).

υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο της Γερμανίας, του Καναδά, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ιαπωνίας, με το ποσοστό της Ιαπωνίας να είναι το πιο χαμηλό. Η Ιαπωνία επίσης έχει τα πιο υψηλά ποσοστά πιθανής διάρκειας ζωής για άνδρες και γυναίκες τη στιγμή της γέννησής τους. Πιστεύεται από μερικούς παρατηρητές ότι το ποσοστό πιθανής διάρκειας ζωής στην ηλικία των 60 χρόνων υπολογίζει την επίδραση της φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα τη συνιστώσα της με την πιο εξελιγμένη τεχνολογία, περισσότερο από όσο υπολογίζει τις γενικές κοινωνικο-οικονομικές επιδράσεις. Με βάση αυτό το στάνταρ, οι Ηνωμένες Πολιτείες ανεβαίνουν στην κατάταξη (Anderson & Hussey, 2001).

Ακριβώς όπως οι επιδημιολογικές μελέτες συχνά αποκομίζουν τις πιο ουσιαστικές εικόνες τους από συγκρίσεις διαφορετικών πληθυσμών (βλ. Κεφάλαιο 11), η έρευνα πάνω στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να συλλέξει εικόνες από την εμπειρία άλλων χωρών. Όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες αντιμετωπίζουν την πρόκληση της επίτευξης καθολικής

πρόσβασης στη σύγχρονη φροντίδα υγείας σε ένα κόστος που μπορούν οι άνθρωποι να το αντέξουν οικονομικά, μπορούμε να πάρουμε μαθήματα από την εξέταση του τρόπου με τον οποίο άλλες χώρες έχουν αντιμετωπίσει την εν λόγω πρόκληση με μεγαλύτερη επιτυχία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron HJ, Schwartz WB: *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington, The Brookings Institution, 1984.
- Aiken LH et al: Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff* 2001;20(3):43.
- Alter DA et al: Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999;341:1359.
- Anderson G, Hussey PS: Comparing health system performance in OECD countries. *Health Aff* 2001;20(3):219.
- Anderson GM et al: Use of coronary artery bypass surgery in the United States and Canada. *JAMA* 1993;269:1661.
- Barer ML, Lomas J, Sanmartin C: Re-minding our Ps and Qs: Medical cost controls in Canada. *Health Aff* 1996;15(2):216.
- Bindman AB, Weiner JP, Majeed A: Primary care groups in the United Kingdom. *Health Aff* 2001;20(3):132.
- Blendon RJ et al: Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff* 2002;21(3):182.
- Blendon RJ et al: Physicians' perspectives on caring for patients in the United States, Canada, and West Germany. *N Engl J Med* 1993;328:1011.
- Blendon RJ et al: Physicians' views on quality of care: a five-country comparison. *Health Aff* 2001;20(3):233.

Πίνακας 14.3. Μετρήσεις Αποτελεσμάτων για την Υγεία^α

	Βρεφική Θνησιμότητα ^β	Πιθανή διάρκεια ζωής όταν γεννιούνται		Πιθανή διάρκεια ζωής στα 60	
		Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Γερμανία	4,4	74,7	80,7	19,0	23,3
Ην. Βασίλειο	5,6	75	79,8	18,8	22,6
Καναδάς	5,3	76,3	81,7	20,0	24,2
Ιαπωνία	3,2	77,6	84,6	21,0	26,4
ΗΠΑ	7,1	73,9	79,4	19,6	23,1

Τα στοιχεία περί βρεφικής θνησιμότητας και τα στοιχεία περί πιθανής διάρκειας ζωής είναι για το 1999 ή το 2000.

^α Στοιχεία από τον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (www.oecd.org).

^β Ανά 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.

- Blendon RJ et al: Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Aff* 1990;9(2):185.
- Brown LD, Amelung VE: "Manacled competition:" Market reforms in German health care. *Health Aff* 1999;18(3):76.
- Busse R: Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Aff* 2004;23(3):56.
- Danzon PM, Furukawa MF: Prices and availability of pharmaceuticals: evidence from nine countries. *Health Affairs Web Exclusive*, October 29, 2003.
- Detsky AS, Naylor CD: Canada's health care system—reform delayed. *N Engl J Med* 2003;349:804.
- Donelan K et al: The cost of health care system change: Public discontent in five nations. *Health Aff* 1999;18(3):206.
- Evans RG: Tension, compression, and shear: Directions, stresses, and outcomes of health care cost control. *J Health Polit Policy Law* 1990;15:101.
- Files A, Murray M: German risk structure compensation: Enhancing equity and effectiveness. *Inquiry* 1995;32:300.
- Grumbach K et al: Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada. *JAMA* 1995;274:1282.
- Hurst J, Siciliani L: Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- Iglehart JK: Germany's health care system. *N Engl J Med* 1991;324:503.
- Ikegami N, Campbell JC: Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Aff* 1999;18(3):56.
- Imai Y: Health Care Reform in Japan. Organisation for Economic Co-operation and Development, February 2002 (www.oecd.org).
- Katz SJ et al: Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. *Inquiry* 1997;34:38.
- Katz SJ et al: Phantoms in the snow: Canadians' use of health care services in the United States. *Health Aff* 2002;21(3):19.
- Katz SJ et al: Physician use in Ontario and the United States: The impact of socioeconomic status and health status. *Am J Public Health* 1996;86:520.
- Kemporen (National Federation of Health Insurance Societies): *Health Insurance and Health Insurance Societies in Japan*, 1999. Kemporen, 1999.
- Klein R: Britain's National Health Service revisited. *N Engl J Med* 2004;350:937.
- Le Grand J: Further tales from the British National Health Service. *Health Aff* 2002;21(3):116.
- Lister J: Prospects for the National Health Service. *N Engl J Med* 1988;318:1473.
- Lomas J et al: Paying physicians in Canada: minding our Ps and Qs. *Health Aff* 1989;8(1):80.
- Maynard A, Bloor K: Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service. *N Engl J Med* 1996;334:604.
- Naylor CD: Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress. *Health Aff* 1999;18(3):9.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (www.oecd.org).
- Payer L: *Medicine and Culture*. New York, Henry Holt, 1988.
- Rachlis M, Kushner C: *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto, Collins, 1989.
- Reinhardt UE et al: Cross-national comparisons of health systems using OECD data. *Health Aff* 2002;21(3):169.
- Roemer MI: *National Health Systems of the World*, Vols. 1 and 2. New York, Oxford University Press, 1993.
- Smith BWH et al: Family medicine in Japan. *Arch Fam Med* 1997;6:59.
- Taylor MG: *Insuring National Health Care. The Canadian Experience*. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1990.
- Tuohy CH: The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada. *Health Aff* 2002;21(3):32.
- Welch WP et al: A detailed comparison of physician services for the elderly in the United States and Canada. *JAMA* 1996;275:1410.
- Woolhandler S et al: Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med* 2003;349:768.

Για 90 χρόνια, οι μεταρρυθμιστές στις Ηνωμένες Πολιτείες συζητούν για την ψήφιση εθνικού ασφαλιστικού προγράμματος υγείας, μιας κυβερνητικής εγγύησης ότι ο καθένας είναι ασφαλισμένος και μπορεί να εξασφαλίζει τη βασική φροντίδα υγείας. Ωστόσο, το 2004, οι Ηνωμένες Πολιτείες παρέμειναν η μόνη βιομηχανοποιημένη χώρα του δυτικού κόσμου χωρίς ανάλογη εγγύηση.

Το ζήτημα της εθνικής ασφάλισης υγείας έχει περάσει από πέντε περιόδους έντονης νομοθετικής δραστηριότητας, σε εναλλαγή με περιόδους πολιτικής αμέλειας. Κατά τη διάρκεια των περιόδων 1912- 1919, 1946- 1949, 1963- 1965, 1970- 1974 και 1991- 1994, αποτελούσε ζήτημα σοβαρών εθνικών συζητήσεων. Το 1916, το 1949, το 1974 και το 1994, το ζήτημα της εθνικής ασφάλισης υγείας «υπέστη ήττα» και προσωρινά έπαψε να αποτελεί προτεραιότητα της χώρας. Η εγγυημένη κάλυψη της υγείας για δύο ομάδες- τους ηλικιωμένους και μερικούς άπορους- θεσπίστηκε το 1965 μέσω των προγραμμάτων Medicare και Medicaid. Η ασφάλιση υγείας για μερικά παιδιά χαμηλού εισοδήματος θεσπίστηκε το 1997. Εθνική ασφάλιση υγείας σημαίνει εγγύηση ασφάλισης υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας. Ο πρωταρχικός στόχος οποιασδήποτε πρότασης εθνικής ασφάλισης υγείας είναι η ρύθμιση της χρηματοδότησης της καθολικής ασφάλισης υγείας. Τα ζητήματα του τρόπου πληρωμής ιατρών και νοσοκομείων, του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας υγείας και του τρόπου ελέγχου των δαπανών δεν συμπεριλαμβάνονται απαραίτητα σ' ένα πρόγραμμα εθνικής ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, λόγω της στενής σχέσης μεταξύ της χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας, της εξόφλησης των παροχών, της οργάνωσης της φροντίδας υγείας και της ανασχεσης δαπανών, πολλές προτάσεις για εθνική ασφάλιση υγείας όντως ασχολούνται με τα εν λόγω ζητήματα. Όμως, η ουσία οποιουδήποτε προγράμματος εθνικής ασφάλισης υγείας είναι ο τρόπος χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας.

Οι αντιπαραθέσεις που προκύπτουν με αφορμή την καθολική κάλυψη της φροντίδας υγείας γίνονται πιο απλές και μπορούν να γίνουν κατανοητές αν ανατρέξει κανείς στους τέσσερις βασικούς τρόπους χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας που σκιαγραφήθηκαν στο Κεφάλαιο 2: την απευθείας πληρωμή, την ατομική ιδιωτική ασφάλιση, την ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη και την κυβερνητική χρηματοδότηση. Υπάρχει μια γενική συμφωνία πως η απευθείας πληρωμή δεν λειτουργεί ως η αποκλειστική μέθοδος χρηματοδότησης της σύγχρονης δαπανηρής φρο-

ντίδας υγείας. Η εθνική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει την αντικατάσταση των απευθείας πληρωμών από μία εκ των τριών άλλων μεθόδων χρηματοδότησης ή ένα συνδυασμό αυτών.

Στα πλαίσια των χρηματοδοτούμενων από την κυβέρνηση προγραμμάτων εθνικής ασφάλισης υγείας, τα κεφάλαια συλλέγονται από ένα κυβερνητικό ή οιοσδήποτε κυβερνητικό ταμείο, το οποίο με τη σειρά του πληρώνει νοσοκομεία, ιατρούς, οργανισμούς υγείας και άλλους παροχείς φροντίδας υγείας. Στα πλαίσια της ατομικής ιδιωτικής ή από τον εργοδότη εθνικής ασφάλισης υγείας, τα κεφάλαια συλλέγονται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ή οργανισμούς υγείας που κατόπιν πληρώνουν τους παροχείς της φροντίδας.

Από ιστορικής πλευράς, η χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας ξεκίνησε με την απευθείας πληρωμή και εξελίχθηκε μέσω της ατομικής ιδιωτικής ασφάλισης, της ασφάλισης από τον εργοδότη και τελικά της κυβερνητικής χρηματοδότησης (για το Medicare και το Medicaid). Στην ιστορία της εθνικής ασφάλισης υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, η χρονολογική αλληλουχία ανατρέπεται. Οι πρώτες απόπειρες νομοθεσίας περί εθνικής ασφάλισης υγείας πρότειναν κυβερνητικά προγράμματα: η ιδιωτική εθνική ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη δεν αντιμετωπιζόταν σοβαρά μέχρι το 1971 και η καθολική κάλυψη που αποκτούσε ο καθένας μόνος του δεν προτάθηκε μέχρι τη δεκαετία του 1980 (Πίνακας 15-1). Μετά από αυτήν την ιστορική πρόοδο, θα αναλύσουμε πρώτα την κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη εθνική ασφάλιση υγείας, κατόπιν την ιδιωτική από τον εργοδότη και τελικά την καθολική κάλυψη που αποκτούσε ο καθένας μόνος του.

ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Το Πρόγραμμα του Αμερικανικού Συλλόγου για τη Νομοθέτηση της Εργασίας Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1900, το 25%- 40% των ατόμων που αρρώσταναν δεν λάμβαναν καθόλου φροντίδα υγείας. Το 1915, ο Αμερικανικός Σύλλογος για τη Νομοθέτηση της Εργασίας έδωσε στη δημοσιότητα μια πρόταση εθνικής ασφάλισης υγείας για την παροχή φροντίδας υγείας, την καταβολή επιδόματος ασθενείας και την κάλυψη των δαπανών της κηδείας σε εργαζόμενους με χαμηλότερο μισθό, δηλαδή σε εκείνους που κέρδιζαν λιγότερα από 1.200 δολάρια το χρόνο, και

Πίνακας 15-1. Απόπειρες θέσπισης εθνικής ασφάλισης υγείας.

1912- 1919	Αμερικανικός Σύλλογος για τη Νομοθέτηση της Εργασίας –American Association for Labor Legislation
1946- 1949	Νομοσχέδιο Wagner- Murray- Dingell με την υποστήριξη του Προέδρου Truman
1963- 1965	Το Medicare και το Medicaid ψηφίστηκαν ως το πρώτο βήμα προς την εθνική ασφάλιση υγείας
1970- 1974	Προτάσεις Kennedy και Nixon
1991- 1994	Μια ποικιλία προτάσεων παρουσιάστηκαν, συμπεριλαμβανομένου του προγράμματος του Προέδρου Clinton

στα εξαρτώμενα μέλη τους. Το πρόγραμμα θα ήταν υπό τη διαχείριση των πολιτειών και όχι της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και θα χρηματοδοτούνταν από μια συνεισφορά που θα έμοιαζε με το φόρο επί του γενικού εισοδήματος από τους εργοδότες και τους υπαλλήλους, ενδεχομένως με μια επιπρόσθετη συνεισφορά από τις κυβερνήσεις των πολιτειών. Οι πληρωμές θα πήγαιναν στα περιφερειακά ταμεία (όχι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) στα πλαίσια εκτεταμένου κυβερνητικού ελέγχου. Τα ταμεία θα πλήρωναν ιατρούς και νοσοκομεία. Συνεπώς, η πρώτη πρόταση εθνικής ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες- λόγω του γεγονότος ότι τα χρήματα συλλέγονταν από οιονεί δημόσια ταμεία, μπορεί να θεωρηθεί κυβερνητικά χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα (Starr, 1982, Myers, 1970).

Το 1910, ο Edgar Peoples εργαζόταν ως υπάλληλος στη Standard Oil και κέρδιζε 800 δολάρια το χρόνο. Ζούσε με τη γυναίκα του και τους τρεις γιους του. Στα πλαίσια της πρότασης του Αμερικανικού Συλλόγου για τη Νομοθέτηση της Εργασίας, η Standard Oil και ο κύριος Peoples θα κατέβαλλαν ο καθένας 13 δολάρια ανά έτος στο περιφερειακό ταμείο ασφάλισης υγείας, με την κυβέρνηση της πολιτείας να συνεισφέρει 6 δολάρια. Το συνολικό ποσό των 32 δολαρίων (το 4% του μισθού) θα κάλυπτε την οικογένεια Peoples.

Η πορεία του Αμερικανικού Συλλόγου για τη Νομοθέτηση της Εργασίας προς την εθνική ασφάλιση υγείας ακολούθησε το παράδειγμα των ευρωπαϊκών χωρών, που συχνά ξεκινούσαν τα προγράμματά τους με εργαζόμενους με χαμηλότερο μισθό και σταδιακά επέκτειναν την κάλυψή τους σε άλλες ομάδες του πληθυσμού. Βασικό στοιχείο για τη χρηματοδότηση της εθνικής ασφάλισης υγείας ήταν η υποχρεωτική φύση της και η κάλυψη από την πλευρά της μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού· οι υποχρεωτικές πληρωμές επρόκειτο να γίνουν εκ μέρους κάθε ατόμου που πληρούσε τις προϋποθέσεις, ως εκ τούτου εξασφαλίζοντας επαρκή κεφάλαια στο πρόγραμμα για την πληρωμή εκείνης της μερίδας των ατόμων που αρρώσταιαν.

Η πρόταση του Αμερικανικού Συλλόγου για τη Νομοθέτηση της Εργασίας αρχικά είχε την υποστήριξη της ηγεσίας του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου και σε αρκετές πολιτείες έλαβαν χώρα σημαντικές πρωτοβουλίες για την ψήφιση του προγράμματος. Όμως, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος άλλαξε στάση και ο συντηρητικός εργατικός κλάδος, η Αμερικανική Ομοσπονδία Εργασίας, μαζί με τα επιχειρηματικά συμφέροντα, εναντιώθηκαν στο πρόγραμ-

μα (Starr, 1982). Η πρώτη απόπειρα για εθνική ασφάλιση υγείας απέτυχε.

Το Νομοσχέδιο Wagner- Murray- Dingell

Το 1943, οι Δημοκρατικοί Γερουσιαστές Robert Wagner από τη Νέα Υόρκη και James Murray από τη Μοντάνα και ο Αντιπρόσωπος John Dingell από το Μίσιγκαν παρουσίασαν ένα νομοσχέδιο εθνικής ασφάλισης υγείας στο Κογκρέσο. Το νομοσχέδιο Wagner-Murray-Dingell οργανώθηκε ως επέκταση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που είχε θεσπιστεί το 1935. Οι συνεισφορές εργοδοτών και υπαλλήλων για την κάλυψη της ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας θα καταβάλλονταν στο ομοσπονδιακό ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο με τη σειρά του θα πλήρωνε τους παροχείς φροντίδας στην υγεία.

Τη δεκαετία του 1940, η κόρη του Edgar Peoples, η Elena, εργαζόταν σ' ένα εργοστάσιο της General Motors που κατασκεύαζε φορτηγά για να χρησιμοποιηθούν στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η Elena κέρδιζε 3.500 δολάρια το χρόνο. Στα πλαίσια του νομοσχεδίου Wagner-Murray-Dingell του 1943, η General Motors θα πλήρωνε το 6% του μισθού της μέχρι τα 3.000 δολάρια στο καταπιστευματικό ταμείο της κοινωνικής ασφάλισης για τη συνταξιοδότηση, την αναπηρία, την ανεργία και την ασφάλιση υγείας. Ένα ίδιο ποσοστό 6% θα λάμβανόταν από το μισθό της Elena για τον ίδιο σκοπό. Το 1/2 αυτού του συνολικού ποσού (90 δολάρια) θα καταβαλλόταν στο μερίδιο της κοινωνικής ασφάλισης για την ασφάλιση υγείας. Αν η Elena ή τα παιδιά της αρρώσταιαν, το καταπιστευματικό ταμείο της κοινωνικής ασφάλισης θα εξοφλούσε τον ιατρό και το νοσοκομείο τους.

Ο Edgar Peoples στα 70 του επίσης θα λάμβανε ασφάλιση υγείας στα πλαίσια του νομοσχεδίου Wagner-Murray-Dingell, επειδή ήταν δικαιούχος της κοινωνικής ασφάλισης.

Ο μικρότερος αδελφός της Elena, ο Marvin, είχε μόνιμη αναπηρία και δεν μπορούσε να εργαστεί. Στα πλαίσια του νομοσχεδίου Wagner-Murray-Dingell, δεν θα είχε λάβει κυβερνητική ασφάλιση υγείας, αν η πολιτεία του δεν είχε προσθέσει τους ανέργους στο πρόγραμμα.

Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 2, η κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη ασφάλιση υγείας μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες. Στα πλαίσια του μοντέλου της κοινωνικής ασφάλισης, μόνο εκείνοι που έχουν πληρώσει για να εγγραφούν στο πρόγραμμα, συνήθως μέσω συνεισφορών κοινωνικής ασφάλισης, πληρούν τις προϋποθέσεις για τις παροχές του προγράμματος. Στα πλαίσια του μοντέλου δημόσιας βοήθειας (πρόνοιας), η επιλεξιμότητα βασίζεται σε μια εξέταση των ιδίων πόρων· εκείνοι που βρίσκονται κάτω από ένα συγκεκριμένο εισόδημα μπορεί να λαμβάνουν βοήθεια. Στο μοντέλο πρόνοιας, εκείνοι που επωφελούνται ενδεχομένως να μη συνεισφέρουν απαραίτητα και εκείνοι που όντως συνεισφέρουν (συνήθως μέσω φόρων) μπορεί να μην επωφελούνται (Bodenheimer & Grumbach, 1992). Το νομοσχέδιο Wagner-Murray-Dingell, όπως και η πρόταση του Αμερικανικού Συλλόγου για τη Νομοθέτηση της Εργασίας, ήταν μια πρόταση κοινωνικής ασφάλισης. Οι εργαζόμενοι και τα εξαρτώμενα μέλη τους πληρούσαν τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας επειδή έκαναν συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης και οι συνταξιούχοι που λάμβαναν επιδόμα-

τα κοινωνικής ασφάλισης πληρούσαν τις προϋποθέσεις επειδή είχαν εγγραφεί στην κοινωνική ασφάλιση πριν τη συνταξιοδότησή τους. Οι μόνιμα άνεργοι δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις και απαιτούνταν να αναζητήσουν φιλανθρωπική φροντίδα σε δημόσια νοσοκομεία ή να πληρώνεται η φροντίδα τους από ένα πολιτειακό πρόγραμμα πρόνοιας.

Το 1945, ο Πρόεδρος Harry S. Truman, εσπερινιζόμενος τις γενικές αρχές της νομοθεσίας Wagner-Murray-Dingell, έγινε ο πρώτος Αμερικανός πρόεδρος που υποστήριξε σθεναρά την εθνική ασφάλιση υγείας. Μετά την εκλογή-έκπληξη του Truman το 1948, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος οργάνωσε μια μαζική και πολυδάπανη εκστρατεία για να ανατρέψει το νομοσχέδιο Wagner-Murray-Dingell· το κατάφερε και το 1950, η εθνική ασφάλιση υγείας επέστρεψε στην αφάνεια (Starr, 1982, Poen, 1979).

Τα προγράμματα Medicare & Medicaid

Τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1950, ένα ποσοστό ηλικιωμένων μικρότερο του 15% είχε ασφάλιση υγείας (βλ. Κεφάλαιο 2) και ένα ισχυρό κοινωνικό κίνημα διαμαρτυρόταν έντονα και απαιτούσε η ομοσπονδιακή κυβέρνηση να βρει μια λύση. Ο νόμος του 1965 του Medicare πήρε την προσέγγιση Wagner-Murray-Dingell για την εθνική ασφάλιση υγείας και την περιόρισε στην κάλυψη ατόμων άνω των 65. Το Medicare χρηματοδοτήθηκε μέσω συνεισφορών κοινωνικής ασφάλισης, ομοσπονδιακών φόρων εισοδήματος και ατομικών ασφαλιστρών. Το Κογκρέσο επίσης θέσπισε το πρόγραμμα Medicaid το 1965, ένα μοντέλο κυβερνητικής ασφάλισης για τη δημόσια βοήθεια ή την «πρόνοια» που κάλυπτε μια μερίδα πληθυσμού χαμηλού εισοδήματος. Το Medicaid πληρωνόταν από γενικούς ομοσπονδιακούς και πολιτειακούς φόρους.

Το 1966, η Elena Peoples, στα 66 της χρόνια, αυτόματα εγγράφηκε στο πρόγραμμα νοσηλευτικής ασφάλισης Medicare Μέρος Α της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και επέλεξε να εγγραφεί στο πρόγραμμα ιατρικής ασφάλισης Medicare Μέρος Β καταβάλλοντας ένα μηνιαίο ασφαλιστρο 3 δολαρίων στη Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο γιος της, ο Tom, και ο εργοδότης του βοήθησαν στη χρηματοδότηση του Μέρους Α του Medicare· ο καθένας κατέβαλε το 0,5% του μισθού του (έως ένα επίπεδο μισθού 6.600 δολαρίων ανά έτος) σ' ένα καταπιστευματικό ταμείο του Medicare στα πλαίσια του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Η κάλυψη του Μέρους Β της Elena χρηματοδοτήθηκε εν μέρει από ομοσπονδιακούς φόρους εισοδήματος και εν μέρει από τα μηνιαία ασφαλιστροά της. Σε περίπτωση ασθένειας, το Medicare θα πλήρωνε το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομειακών και ιατρικών δαπανών της.

Ο ανάπηρος μικρότερος αδερφός της Elena, ο Marvin, στα 60 του, ήταν ποθι νέος για να πληροί τις προϋποθέσεις για το Medicare το 1966. Αντίθετα, έγινε λήπτης του Medicaid, του ομοσπονδιακού-πολιτειακού προγράμματος για ορισμένες ομάδες ατόμων χαμηλού εισοδήματος. Όταν χρειάστηκε ιατρική φροντίδα, το πολιτειακό πρόγραμμα Medicaid πλήρωσε το νοσοκομείο, τον ιατρό και τα φάρμακα και η ομοσπονδιακή κυβέρνηση ανέλαβε ένα σημαντικό μέρος των δαπανών της πολιτείας.

Το Medicare είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης που απαιτεί από τα άτομα ή τις οικογένειες να έχουν πραγ-

ματοποιήσει συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης προκειμένου να κερδίσουν την επιλεξιμότητα για το πρόγραμμα. Το Medicaid, αντίθετα, είναι ένα πρόγραμμα δημόσιας βοήθειας που δεν απαιτεί από τους λήπτες να κάνουν συνεισφορές, αλλά χρηματοδοτείται από τα έσοδα από γενικούς φόρους. Λόγω της ραγδαίας αύξησης των δαπανών του Medicare, η συνεισφορά της κοινωνικής ασφάλισης αυξήθηκε σημαντικά. Το 1966, το Medicare απορρόφησε το 1% των μισθών έως ένα επίπεδο 6.600 δολαρίων (ο εργοδότης και ο υπάλληλος κατέβαλαν ο καθένας από 0,5%). Το 2004, οι πληρωμές είχαν αυξηθεί στο 2,9% του συνόλου των μισθών. Το ασφαλιστρο του Μέρους Β έχει αυξηθεί από 3 δολάρια το μήνα το 1966 σε 66,60 δολάρια το μήνα το 2004.

Το Νομοσχέδιο Kennedy του 1970 & το πρόγραμμα ενός και μόνο πληρωτή της δεκαετίας του 1990

Πολλοί άνθρωποι αισθάνθηκαν ότι το Medicare και το Medicaid ήταν ένα πρώτο βήμα προς την εθνική ασφάλιση υγείας. Οι ευρωπαϊκές χώρες άρχιζαν να εφαρμόζουν τα δικά τους προγράμματα εθνικής ασφάλισης υγείας καλύπτοντας ένα μέρος του πληθυσμού και αργότερα επεκτείνοντας την κάλυψη σε όλο και περισσότερους ανθρώπους. Το Medicare και το Medicaid έμοιαζαν να ταυριάζουν με την παράδοση. Σε σύντομο χρονικό διάστημα αφού το Medicare και το Medicaid έγιναν νόμοι, ο Γερουσιαστής Edward Kennedy της Μασαχουσέτης και η Αντιπρόσωπος Martha Griffiths από το Μίσιγκαν σχεδίασαν τη νομοθεσία ώστε να καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού μέσω ενός προγράμματος εθνικής ασφάλισης υγείας. Ο Νόμος Kennedy-Griffiths του 1970 περί Ασφάλισης Υγείας ακολούθησε τα χνάρια του νομοσχεδίου Wagner-Murray-Dingell, απαιτώντας ένα ενιαίο και διαχειριζόμενο από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση πρόγραμμα ασφάλισης υγείας που θα αντικαθιστούσε όλα τα δημόσια και ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας (Somers, 1971).

Στα πλαίσια του Προγράμματος Kennedy-Griffiths του 1970 περί Ασφάλισης Υγείας, ο Tom Peoples, που εργαζόταν για το Great Books, ένα μικρό εκδότη βιβλίων, θα εξακολουθούσε να επισκέπτεται τον οικογενειακό του ιατρό όπως και πριν. Αντί να λαμβάνει πληρωμή από την ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία του Tom, ο ιατρός του θα πλήρωνόταν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, ίσως μέσω ενός περιφερειακού μεσάζοντα. Ο εργοδότης του Tom δεν θα έκανε πλέον συνεισφορά κοινωνικής ασφάλισης στο Medicare (που θα ενσωματωνόταν στο Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας), αντίθετα, θα έκανε μεγαλύτερη συνεισφορά 3% του μισθού για ένα επίπεδο μέχρι 15.000 δολάρια για κάθε υπάλληλο. Η συνεισφορά του Tom ως υπαλλήλου ορίστηκε στο 1% για ένα επίπεδο μισθού μέχρι 15.000 δολάρια. Αυτές οι συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης θα πλήρωναν περίπου το 60% του προγράμματος και οι ομοσπονδιακοί φόροι εισοδήματος θα πλήρωναν το εναπομείναν 40%.

Ο θείος του Tom, ο Marvin, λήπτης του Medicaid από το 1966, θα συμπεριλαμβανόταν στο Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας, όπως και όλοι οι κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών. Το Medicaid θα αποσυρόταν σταδιακά ως χωριστό πρόγραμμα δημόσιας βοήθειας.

Ο Νόμος Kennedy-Griffiths περί Ασφάλισης Υγείας προ-

χώρησε ένα βήμα παραπέρα σε σχέση με την πρόταση του Αμερικανικού Συλλόγου για τη Νομοθέτηση της Εργασίας και την πρόταση των Wagner, Murray και Dingell: συνδύασε τις προσεγγίσεις της κοινωνικής ασφάλισης και της δημόσιας βοήθειας σ' ένα ενοποιημένο πρόγραμμα. Εν μέρει λόγω της σθεναρής αντίθεσης του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου και της βιομηχανίας της ιδιωτικής ασφάλισης, το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας είχε την εξέλιξη των προηγούμενων: πολιτική ήττα.

Το 1989, ο οργανισμός «Ιατροί για ένα Εθνικό Πρόγραμμα Υγείας» έκανε μια νέα πρόταση για κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη εθνική ασφάλιση υγείας. Το πρόγραμμα έγινε γνωστό ως το πρόγραμμα με έναν και μόνο πληρωτή επειδή θα καθιέρωνε ένα ενιαίο κυβερνητικό ταμείο σε κάθε πολιτεία για την πληρωμή νοσοκομείων, ιατρών και άλλων παροχών φροντίδας υγείας, αντικαθιστώντας το τωρινό σύστημα των πολλών πληρωτών στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και στους οργανισμούς υγείας (Himmelstein & Woolhandler, 1989). Αρκετές εκδοχές του προγράμματος με έναν και μόνο πληρωτή παρουσιάστηκαν στο Κογκρέσο στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, και το καθένα από αυτά έωνε το σύνολο του πληθυσμού σ' ένα σύστημα χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας, συγχωνεύοντας τις προσεγγίσεις της κοινωνικής ασφάλισης και της δημόσιας βοήθειας (Πίνακας 15-2).

ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Σε απάντηση στην παρουσίαση του Δημοκρατικού Γερουσιαστή Edward Kennedy του Νόμου του 1970 περί Ασφάλισης Υγείας, ο Ρεπουμπλικάνος Πρόεδρος Richard M. Nixon αντιπαραθέσε ένα δικό του πρόγραμμα, την πρώτη πρόταση της χώρας για εθνική ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη και ιδιωτική διαχείριση (Somers, 1971). Για 3 χρόνια, οι προσεγγίσεις Nixon και Kennedy συναγωνίζονταν στο «πεδίο μάχης» του Κογκρέσου, όμως, λόγω του γεγονότος ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού καλυπτόταν από ιδιωτική ασφάλιση, το Medicare ή το Medicaid, ασκούσαν σχετικά λίγη δημόσια πίεση στο Κογκρέσο. Το 1974, η ρομή για εθνική ασφάλιση υγείας έπαψε να υπάρχει και δεν υπήρξε σημαντική αναβίωση μέχρι τη δεκαετία του 1990.

Η ουσία της πρότασης Nixon ήταν η εντολή του εργοδότη, στα πλαίσια της οποίας η ομοσπονδιακή κυβέρνηση απαιτεί από τους εργοδότες (ή τους δίνει εντολή) να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους τους.

Η Ξαδέρφη του Tom Peoples, η Blanche, ήταν ρεσεψιονίστ σ' ένα ιατρείο το 1971. Ο ιατρός δεν παρείχε ασφάλιση υγείας στους υπαλλήλους του. Στα πλαίσια του προγράμματος Nixon του 1971, θα απαιτούνταν από τον εργοδότη

της Blanche να καταβάθει το 75% του ασφαλιστήριου της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για τους υπαλλήλους του και αυτοί θα κατέβαλλαν το εναπομείναν 25%.

Το αγόρι της Blanche, ο Al, είχε αποθυσθεί προσωρινά από την εργασία του το 1970, ήλμβανε επιδόματα ανεργίας και δεν είχε ασφάλιση υγείας. Στα πλαίσια της πρότασης Nixon, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα πλήρωνε ένα μέρος του ασφαλιστήριου της ασφάλισης υγείας του.

Η εθνική ασφάλιση υγείας πλέον δεν έμπαινε στην ίδια μοίρα με την κυβερνητική χρηματοδότηση. Τα προγράμματα με εντολή εργοδότη διατηρούν και επεκτείνουν το ρόλο της βιομηχανίας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ενώ τα κυβερνητικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα μειώνουν ή εξαλείφουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Συνεπώς, η πρόταση Nixon άλλαξε το σύνολο του πολιτικού τοπίου της εθνικής ασφάλισης υγείας, μετατοπίζοντάς την προς τον ιδιωτικό τομέα. Στα επόμενα χρόνια, ο Γερουσιαστής Kennedy ενστερνίστηκε και αυτός την προσέγγιση της εντολής από τον εργοδότη, φοβούμενος μήπως η αντίθεση της ασφαλιστικής βιομηχανίας και της οργανωμένης ιατρικής θα «σκοτώνε» οποιαδήποτε απόπειρα νομοθέτησης κυβερνητικά χρηματοδοτούμενης εθνικής ασφάλισης υγείας.

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1980 και του 1990, ο αριθμός των ατόμων στις Ηνωμένες Πολιτείες χωρίς καμία ασφάλιση υγείας αυξήθηκε από 25 σε πάνω από 40 εκατομμύρια (βλ. Κεφάλαιο 3). Περίπου τα 3/4 των ανασφάλιστων ήταν εργαζόμενοι ή εξαρτώμενα μέλη αυτών. Η ραγδαία αυξανόμενη δαπάνη των ασφαλιστών της ασφάλισης υγείας έκανε την ασφάλιση δυσβάσταχτη οικονομικά για πολλές επιχειρήσεις.

Αντιδρώντας σ' αυτήν την κρίση που αφορούσε στην πρόβλεψη στην ιατρική φροντίδα, ο Πρόεδρος Bill Clinton υπέβαλε μια νομοθεσία στο Κογκρέσο το 1993 ζητώντας καθολική ασφάλιση υγείας μέσω εντολής από τον εργοδότη. Όπως και η πρόταση που παρουσιάστηκε από τον Πρόεδρο Nixon, η ουσία του προγράμματος Clinton ήταν η απαίτηση οι εργοδότες να πληρώνουν το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλιστών της ιδιωτικής ασφάλισης των υπαλλήλων τους (Starr & Zelman, 1993).

Μια παραλλαγή στην εντολή από τον εργοδότη στην εθνική ασφάλιση υγείας είναι η εθελοντική προσέγγιση. Αντί να απαιτείται από τους εργοδότες να αγοράζουν ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους τους, δίνονται κίνητρα στους εργοδότες όπως πιστώσεις φόρου για να καλύψουν τους υπαλλήλους τους εθελοντικά. Όμως, η απόπειρα μερικών πολιτειών να εφαρμόσουν την εθελοντική προσέγγιση απέτυχε να μειώσει σημαντικά τους αριθμούς των ανασφάλιστων εργαζομένων.

Πίνακας 15-2. Κατηγορίες προγραμμάτων εθνικής ασφάλισης υγείας.

- Κυβερνητικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα ασφάλισης υγείας-** Τα χρήματα συλλέγονται μέσω φόρων ή ασφαλιστών από ένα δημόσιο ή οιονεί δημόσιο ταμείο που αποζημιώνει τους παροχείς φροντίδας υγείας.
- Προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με εντολή εργοδότη-** η κυβέρνηση απαιτεί από τους εργοδότες να πληρώνουν για το σύνολο ή ένα μέρος των ασφαλιστηρίων για ιδιωτική ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους τους.
- Προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με ατομική εντολή-** Η κυβέρνηση απαιτεί από τα άτομα να αγοράζουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, με επιχορηγήσεις για τα άτομα χαμηλού εισοδήματος.
- Συνδυασμός των προαναφερθέντων προγραμμάτων-** Κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη ασφάλιση για τους ηλικιωμένους και τους απόρους, ιδιωτική ασφάλιση με εντολή εργοδότη για τους υπαλλήλους και τα εξαρτώμενα μέλη τους, ιδιωτική ασφάλιση με ατομική εντολή για τα άτομα χωρίς εργασία.

Μια άλλη εθελοντική καινοτομία αποτελεί η πρόταση του λογαριασμού καταθέσεων ταμειευτηρίου για ιατρικές δαπάνες, με την υποστήριξη του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου, των συντηρητικών Ρεπουμπλικάνων και των ιδιωτικών ασφαλιστών μη οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι λογαριασμοί καταθέσεων ταμειευτηρίου για ιατρικές δαπάνες μπορούν να προσφερθούν από τους εργοδότες ως εναλλακτική λύση σε μια άλλη κάλυψη. Παραδείγματος χάριν, ένας εργοδότης ίσως πληρώσει ένα λογικό ασφαλιστρο για ένα οικογενειακό ασφαλιστήριο συμβόλαιο με αφαιρετέο ποσό 4.000 δολάρια ανά έτος και να καταθέσει 1800 δολάρια το χρόνο στο λογαριασμό καταθέσεων ταμειευτηρίου για δαπάνες υγείας της οικογένειας. Η οικογένεια πρέπει να καταβάλει τα πρώτα 4000 δολάρια των δαπανών υγείας κάθε χρόνο και μπορεί να χρησιμοποιήσει τα χρήματα από τον εν λόγω λογαριασμό για να βοηθήσει στην πραγματοποίηση αυτών των πληρωμών. Οι οικογένειες που δεν κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας μπορούν να κρατήσουν τα χρήματα για τα επόμενα χρόνια. Οι υποστηρικτές των εν λόγω λογαριασμών ταμειευτηρίου επιθυμούν να τους κάνουν φορολογικά εκπιπτόμενους αν τα χρήματα χρησιμοποιούνται για δαπάνες υγείας και ισχυρίζονται ότι οι ασθενείς θα περιόριζαν περισσότερο τις δαπάνες φροντίδας υγείας τους, αν μπορούσαν να επωφεληθούν οικονομικά από την αναζήτηση μικρότερης φροντίδας. Ο Νόμος του 1996 περί Δυνατότητας Μεταφοράς και Υπευθυνότητας της Ασφάλισης Υγείας, ο Νόμος του 1997 περί Ισοσκελισμένου Προϋπολογισμού και ο Νόμος του 2003 περί Βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού των Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων του Medicare περιλάμβαναν νομοθετική γλώσσα που επέτρεπε τους φορολογικά εκπιπτόμενους λογαριασμούς καταθέσεων ταμειευτηρίου για δαπάνες υγείας (που επίσης ονομάζονται λογαριασμοί καταθέσεων ταμειευτηρίου για δαπάνες υγείας) για ορισμένους υπαλλήλους και δικαιούχους του Medicare. Όμως, λίγοι άνθρωποι έχουν εγγραφεί σ' αυτά τα προγράμματα.

Οι υγιείς άνθρωποι συνήθως θα επέλεγαν ανάλογους λογαριασμούς, επειδή θα διατηρούσαν τα χρήματα των λογαριασμών που δεν δαπανήθηκαν στην φροντίδα υγείας, ενώ τα άτομα με χρόνιες ασθένειες θα ήταν απίθανο να επιλέξουν αυτούς τους λογαριασμούς επειδή τα κεφάλαια στους λογαριασμούς αυτούς δεν θα κάλυπταν τις δαπάνες υγείας τους κάτω από το αφαιρετέο ποσό. Αν εκατομμύρια υγιών εγγεγραμμένων μελών σε προγράμματα ασφάλισης υγείας στρέφονταν προς τους εν λόγω λογαριασμούς, αφήνοντας τα προγράμματα υγείας με έναν αριθμό ατόμων πιο άρρωστων και με μεγαλύτερες δαπάνες, τα προγράμματα υγείας θα ήταν αναγκασμένα να αυξήσουν τα ασφαλιστρά τους κατά ένα υπολογισμένο ποσοστό 60% (Thorpe, 1995). Οι λογαριασμοί καταθέσεων ταμειευτηρίου για δαπάνες υγείας χωρίζουν τον πληθυσμό σε ομάδες χαμηλού και υψηλού κινδύνου: τα άτομα χαμηλού κινδύνου δεν θα επιχρηγήσουν τα άτομα υψηλού κινδύνου και τα άτομα υψηλού κινδύνου θα βίωναν μια άνευ προηγουμένου αύξηση στις δαπάνες της ασφάλισης υγείας τους. Αφού η μεγάλη πλειοψηφία των δαπανών της φροντίδας υγείας επικεντρώνεται σ' ένα μικρό αριθμό ατόμων με οξείες ή χρόνιες ασθένειες, το κίνητρο που δημιουργήθηκε από τους λογαριασμούς καταθέσεων ταμειευτηρίου για δαπάνες υγείας για τις οικογένειες, προκειμένου να περιορίσουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας θα είχε μικρή επίδραση στις δαπάνες υγείας της χώρας.

Εθνική ασφάλιση υγείας από μεμονωμένα άτομα

Το 1989, ένα νέο είδος εθνικής ασφάλισης υγείας έκανε την εμφάνισή του, χρηματοδοτούμενο από το συντηρητικό Ίδρυμα Κληρονομιάς –Heritage Foundation: μια ατομική εντολή. Ακριβώς όπως πολλές πολιτείες απαιτούν από τους οδηγούς μηχανοκίνητων οχημάτων να αγοράζουν ασφάλιση αυτοκινήτου, το Πρόγραμμα Κληρονομιάς ζήτησε από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση να απαιτήσει από όλους τους κατοίκους των Ηνωμένων Πολιτειών (ή να τους δώσει εντολή) να κάνουν ατομικά συμβόλαια ασφάλισης υγείας. Οι πιστώσεις φόρου θα ήταν διαθέσιμες σε μια αναλογική κλίμακα στα άτομα και τις οικογένειες που ήταν πάρα πολύ φτωχές για να αντέξουν οικονομικά τα ασφαλιστρά από την ασφάλιση υγείας (Butler, 1991). Μερικοί φιλελεύθεροι οργανισμοί και αναλυτές πολιτικής, αν και αντιτίθενται στη μετατροπή ολόκληρου του συστήματος σε πρόγραμμα ατομικών εντολών για ασφάλιση, υποστήριξαν τις ατομικές εντολές ως μέρος μιας πολύπλευρης προσέγγισης κάλυψης των ανασφαλιστών. Μια ατομική εντολή με πιστώσεις φόρου θα στόχευε σε μια μερίδα των ανασφαλιστών, όπως τα αυτοαπασχολούμενα άτομα, ενώ τα κυβερνητικά προγράμματα θα επεκτεινόταν και σ' άλλους ανασφαλιστούς, και θα αναμενόταν από τους εργοδότες να επιχορηγήσουν την κάλυψη της πλειοψηφίας του πληθυσμού (Davis & Schoen, 2003).

Ο Tom Peoples έλαβε ασφάλιση υγείας μέσω του εργοδότη του, του Great Books. Στα πλαίσια του προγράμματος Κληρονομιάς, θα απαιτούνταν από νομική πλευράς από τον Tom να αγοράσει ασφάλιση υγείας για την οικογένειά του. Ο Great Books θα ήταν υποχρεωμένος να προσφέρει πρόγραμμα υγείας στον Tom και στους συναδέλφους του αλλήλ δεν θα απαιτούνταν από αυτόν να συνεισφέρει ο,τιδήποτε στο ασφαλιστρο. Αν ο Tom αγόραζε ιδιωτική ασφάλιση υγείας για την οικογένειά του με κόστος 4.000 δολαρίων το χρόνο, θα λάμβανε πίστωση φόρου 800 δολαρίων (δηλαδή, θα πλήρωνε 800 δολάρια λιγότερα σε φόρους εισοδήματος). Ο θείος του Tom, ο Marvin, που παλιότερα ήταν μέλος του Medicaid, θα λάμβανε ένα κουπόνι προκειμένου να κάνει ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Με την ασφάλιση υγείας από ατομική εντολή, οι πιστώσεις φόρου ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό στο ποσό και τα χαρακτηριστικά τους. Σε μια περίπτωση γεναιοδωρίας, μια οικογένεια θα λάμβανε πίστωση φόρου 5.000 δολαρίων και θα επιχορηγούνταν το μεγαλύτερο μέρος του ασφαλιστρο της ασφάλισης υγείας. Αν η φορολογική υποχρέωση της οικογένειας είναι μικρότερη από την αξία της πίστωσης φόρου, η κυβέρνηση θα κατέβαλλε στην οικογένεια τη διαφορά ανάμεσα στη φορολογική υποχρέωση και τα 5.000 δολάρια. Ένα σοβαρό πρόβλημα είναι ότι πολλοί εργοδότες που παρέχουν ασφάλιση μέσω της εργασίας ίσως σταματούσαν την παροχή ασφάλισης, γνωρίζοντας ότι οι υπάλληλοί τους θα μπορούσαν να λαμβάνουν τις ατομικές πιστώσεις φόρου. Αφού πολλοί ασφαλισμένοι, μαζί με τους ανασφαλιστούς, θα λάμβαναν πιστώσεις φόρου, η δαπάνη της πρότασης ανά καινούριο ασφαλισμένο άτομο θα ήταν 4.900 δολάρια, σημαντικά υψηλότερη από τη δαπάνη των 2.100 δολαρίων (υπολογισμένη το 2000) ενός μέσου ατομικού ασφαλιστηρίου υγείας. Οι περισσότερες προτάσεις

πίστωσης φόρου, παραδείγματος χάριν το πρόγραμμα Διαχείρισης Bush, παρέχουν σημαντικά λιγότερα χρήματα από το προαναφερθέν παράδειγμα (Gruber & Levitt, 2000). Μια καλοσχεδιασμένη ανάλυση της έννοιας της πίστωσης φόρου αποκάλυψε ότι σχεδόν όλοι οι ανασφάλιστοι, ιδιαίτερα οι μεγαλύτερης ηλικίας και πιο άρρωστοι άνθρωποι, θα πλήρωναν υψηλότερες δαπάνες για την φροντίδα υγείας αν εκμεταλλεύονταν τις πιστώσεις φόρου που προτείνονται τώρα απ' ότι αν παρέμεναν ανασφάλιστοι (Reschovsky & Hadley, 2004).

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρώτη διαφορά μεταξύ των προσεγγίσεων της εθνικής ασφάλισης υγείας είναι ο τρόπος χρηματοδότησης: η κυβερνητική ασφάλιση υγείας έναντι της ασφάλισης υγείας από τον εργοδότη έναντι της ατομικής ασφάλισης υγείας. Ένα πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει ένα συνδυασμό αυτών των τρόπων, παραδείγματος χάριν, το πρόγραμμα Clinton του 1993 συγχώνευσε την κυβερνητική χρηματοδότηση (Medicaid και Medicare) για τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους, μια εντολή εργοδότη για τους εργαζόμενους και μια ατομική εντολή για τα άτομα χωρίς εργασία που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για το Medicare ή το Medicaid. Όσο περίπλοκο κι αν είναι ένα πρόγραμμα εθνικής ασφάλισης υγείας, μπορεί πάντα να διασπαστεί σ' έναν ή περισσότερους από αυτούς τους τρεις τρόπους χρηματοδότησης.

Η πολυπλοκότητα των προγραμμάτων εθνικής ασφάλισης υγείας συχνά πηγάζει από τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά τους στοιχεία, δηλαδή εκείνα τα χαρακτηριστικά του προγράμματος που τροποποιούν το βασικό μηχανισμό χρηματοδότησης ή τού προσθέτουν στοιχεία (Πίνακας 15-3). Ποια είναι μερικά από αυτά τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά στοιχεία;

Πακέτο παροχών

Η Elena Peoples είναι δικαιούχος των Μερών Α και Β του Medicare που τής καλύπτουν τις περισσότερες νοσοκομειακές και ιατρικές υπηρεσίες αλλιά όχι και τα φάρμακα ως εξωτερική ασθενής ή τη φροντίδα μεγάλης διάρκειας. Ο αδελφός της ο Marvin λαμβάνει το Medicaid που του πληρώνει τις περισσότερες νοσοκομειακές και ιατρικές υπηρεσίες, συν πολλή φάρμακα ως εξωτερικό ασθενή και τη φροντίδα μεγάλης διάρκειας.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στοιχείο οποιουδήποτε προγράμματος υγείας είναι το πακέτο παροχών του. Οι περισσότερες προτάσεις για εθνική ασφάλιση υγείας καλύπτουν τη νοσοκομειακή φροντίδα, τις επισκέψεις στον ιατρό, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις ακτινογραφίες, τη φυσιοθεραπεία και την εργασιοθεραπεία, τα φάρμακα των εσωτερικών ασθενών και άλλες υπηρεσίες, συνήθως δίνοντας έμφαση στην φροντίδα επειγόντων περιστατικών. Τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών και η φροντίδα μεγάλης διάρκειας συχνά δεν συμπεριλαμβάνονται και οι υπηρεσίες νοητικής υγείας μπορεί να καλύπτονται με έναν περιορισμένο αριθμό επισκέψεων ανά έτος. Η χειροπρακτική φροντίδα και ο βελονισμός μπορεί να είναι ή να μην είναι μέρος του πακέτου. Στο παρελθόν, πολλά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης και το Medicare δεν κάλυψαν την προληπτική φροντίδα ρουτίνας αλλά οι περισσότεροι οργανισμοί υγείας και οι περισσότερες προτάσεις για εθνική ασφάλιση υγείας τώρα συμπεριλαμβάνουν κλινικές προληπτικές υπηρεσίες.

Συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των εισφορών

Το 1972, ο Tom Peoples άνοιξε την τηλεόρασή του και πέτυχε μια δημόσια συζήτηση μεταξύ των υποστηρικτών των προγραμμάτων εθνικής ασφάλισης υγείας του Kennedy και του Nixon. Μια μεγάλη διαφορά μεταξύ των προγραμμάτων τράβηξε την προσοχή του. Στα πλαίσια του προγράμματος του Nixon, θα πλήρωνε το 25% του ασφαλιστήριου του, τη συνολική δαπάνη των 2 πρώτων ημερών του νοσηριασμού του νοσοκομείου, ένα αφαιρετέο ποσό 100 δολαρίων για κάθε μέλος της οικογένειας σε νοσηριασμούς ιατρών και 25% συνασφάλιση σε όλους τους ιατρικούς νοσηριασμούς μέχρι 5.000 δολάρια το χρόνο. Αντίθετα, το πρόγραμμα του Kennedy θα απορροφούσε περίπου το 1% του μισθού του σ' ένα φόρο κοινωνικής ασφάλισης αλλιά δεν θα του χρέωνε αφαιρετέα ποσά ή πληρωμές συνασφάλισης όταν χρειαζόταν βοήθεια.

Η συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των εισφορών περιλαμβάνει πληρωμές που γίνονται από ασθενείς τη στιγμή που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Μερικές φορές διευρύνεται για να περιλαμβάνει εκείνο το μέρος των ασφαλιστήριων υγείας που καταβάλλονται από τον υπάλληλο και όχι από τον εργοδότη. Όπως είναι φυσικό, το εύρος του πακέτου παροχών επηρεάζει το ποσό της συμμετοχής στην καταβολή των εισφορών: όσο περισσότερες υπηρεσίες δεν καλύπτονται, τόσο περισσότεροι οι ασθενείς πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη τους

Πίνακας 15-3. Χαρακτηριστικά στοιχεία των προγραμμάτων εθνικής ασφάλισης υγείας.

Βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο	
Πώς χρηματοδοτείται το πρόγραμμα	Κυβέρνηση, εντολή εργοδότη ή ατομική εντολή;
Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά στοιχεία	
Πακέτο παροχών	Ποιες υπηρεσίες καλύπτονται;
Συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των εισφορών	Απαιτεί το πρόγραμμα αφαιρετέα ποσά, συν-πληρωμές ή και τα δύο;
Επίδραση στα υπάρχοντα προγράμματα	Συνεχίζουν το Medicare, το Medicaid και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές ρυθμίσεις στην τωρινή τους μορφή;
Ανάσχεση δαπανών	Εισάγονται έλεγχοι δαπανών και αν ισχύει κάτι τέτοιο τι είδους έλεγχοι (βλ. Κεφάλαιο 9);

απευθείας. Πολλά προγράμματα επιβάλλουν απαιτήσεις συμμετοχής στην καταβολή των εισφορών, συνήθως με τη μορφή αφαιρετέων ποσών (ένα εφάπαξ ποσό κάθε χρόνο), πληρωμών συνασφάλισης (ένα ποσοστό της δαπάνης της υπηρεσίας) ή συν-πληρωμών (μια καθορισμένη αμοιβή, παραδείγματος χάριν 10 δολάρια ανά επίσκεψη ή ανά συνταγή). Σε γενικές γραμμές, οι προτάσεις που βασίζονται σε ατομικές εντολές ή σε πιστώσεις φόρου έχουν υψηλά επίπεδα συμμετοχής των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των εισφορών, παραδείγματος χάριν, ένα αφαιρετέο ποσό 5.000 δολαρίων ανά έτος. Τα κυβερνητικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα συνήθως μειώνουν την ανάλογη συμμετοχή των ασθενών.

Επιδράσεις στα προγράμματα Medicare και Medicaid & στην Ιδιωτική Ασφάλιση

Ως συνταξιούχος το 1993, η Elena Peoples πάντα ανησυχούσε για το δικό της πρόγραμμα Medicare. Γινόταν τόσος θόγος για την περικοπή ορισμένων παροχών του προγράμματος. Στα έντυπα που λάμβανε από οργανισμούς για συνταξιούχους διάβαζε ότι μερικά προγράμματα, όπως το πρόγραμμα με έναν και μόνο πληρωτή, θα εξάλειφαν το Medicare και το Medicaid, εντάσσοντάς τα σ' ένα ενιαίο καθολικό σύστημα φροντίδας υγείας. Άλλα προγράμματα θα διατηρούσαν το Medicare σε ξεχωριστή θέση. Το πρόγραμμα του Προέδρου Clinton βρισκόταν κάπου στη μέση, δίνοντας στις πολιτείες την επιλογή να ενσωματώσουν το Medicare στους αγοραστικούς συνεταιρισμούς. Δεν ήξερε ποιά προτιμούσε αληθώς ανησυχούσε για οποιαδήποτε δυνατή αλλαγή.

Οποιοδήποτε πρόγραμμα εθνικής ασφάλισης υγείας πρέπει να αλληλεπιδρά με τα υπάρχοντα προγράμματα φροντίδας υγείας, είτε είναι το Medicare, το Medicaid, είτε τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης. Οι προτάσεις για ένα και μόνο πληρωτή πραγματοποιούν τις πιο μεγαλύτερες αλλαγές: το Medicare, το Medicaid και η ιδιωτική ασφάλιση εξαλείφονται στην τωρινή τους μορφή και συγχωνεύονται στο ενιαίο ασφαλιστικό πρόγραμμα. Οι ατομικές εντολές θα είχαν σημαντική επίδραση στην ιδιωτική ασφάλιση: με τη μετατόπιση από την ασφάλιση από τον εργοδότη (ο τωρινός κυρίαρχος τρόπος χρηματοδότησης) προς την ασφάλιση με ατομική εντολή, θα υπήρχε αναστάτωση στην αγορά της ασφάλισης υγείας. Το Medicare και το Medicaid θα επηρεάζονταν σε μικρότερο βαθμό. Οι εντολές από τον εργοδότη, που επεκτείνουν αντί να υποσκελίζουν την κάλυψη που παρέχεται από αυτόν, συνήθως ασκούν την πιο μικρή επίδραση στην υπάρχουσα ροή δολαρίων στο σύστημα της φροντίδας υγείας.

Ανάσχεση δαπανών

Ο γιος του Tom Peoples, ο Chris, έκανε μια αναφορά για το μάθημα της αγωγής του πολίτη στο γυμνάσιο το 1994, με θέμα τις δαπάνες της φροντίδας υγείας. Μπερδεμένος από τη ρητορική και στομφώδη γλώσσα, μίλησε στον πατέρα του ένα βράδυ. «Θυμάμαι μια δημόσια συζήτηση το 1972», είπε ο Tom. «Οι άνθρωποι του Νίχον διαφωνούσαν με τους ανθρώπους του Ted Kennedy. Οι άνθρωποι του Νίχον υποστήριζαν ότι υπήρχαν μόνο δυο τρόποι για να διατηρηθούν οι δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα: να κάνεις τους ανθρώπους να πληρώσουν περισσότερα απευθείας

από την τσέπη τους και να πληρώνεις τους ιατρούς για να σε κρατήσουν υγιή μέσω αυτών των ιδρυμάτων που λέγονται οργανισμοί υγείας. Οι άνθρωποι του Kennedy έβλεπαν ότι δεν θα είχε αποτέλεσμα. Χρειάζοταν να καταθέσεις δυναμικά έναν προϋπολογισμό για το σύνολο του συστήματος της φροντίδας υγείας και να κάνεις τους ασθενείς, τους ιατρούς και τα νοσοκομεία να ζουν με βάση αυτόν τον προϋπολογισμό, επειδή αυτά είναι όλη κι όλη τα χρήματα και δεν θα υπάρξουν άλλα».

«Όλα αυτά ακούγονται σαν και αυτά που λέγονται το 1994», τόνισε να πει ο Chris. «Οι υποστηρικτές του οργανισμού υγείας ισχυρίζονται ότι αν οι άνθρωποι πρέπει να πληρώσουν περισσότερα χρήματα για τα ασφάλιστρα της ασφάλισης υγείας τους, θα επιλέξουν οικονομικότερα προγράμματα. Και με μια μεγάλη συνασφάλιση, θα πηγαίνουν στον ιατρό λιγότερες φορές. Τα πιο φθηνά προγράμματα υγείας θα είναι από οργανισμούς υγείας που σταματούν να καταβάλλουν περισσότερα χρήματα στους ιατρούς επειδή κάνουν περισσότερες εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις. Τα προγράμματα υγείας θα συναγωνιστούν προσφέροντας φθηνότερα ασφάλιστρα σε σχέση με άλλα προγράμματα και οι δαπάνες θα μειωθούν. Το ονομάζουν 'διευθυνόμενο ανταγωνισμό' – "managed competition"».

«Ακούγεται σαν μια σύγχρονη εκδοχή της φιλοσοφίας του Νίχον», τον διέκοψε ο Tom. «Αλλά ήξει κανείς σήμερα αυτά που έλεγε ο Kennedy;»

«Όπως σε βλέπω και με βλέπεις», είπε ο Chris. «Οι άνθρωποι που είναι υπέρ του ενός και μόνο πληρωτή υποστηρίζουν ότι ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός δεν έχει δοκιμαστεί ποτέ και πουθενά και χρειαζόμαστε έναν global budget προκειμένου να ελέγξουμε τις δαπάνες της φροντίδας υγείας. Αλλά αυτοί που υποστηρίζουν το διευθυνόμενο ανταγωνισμό υποστηρίζουν ότι global budget σημαίνει περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας και κυβερνητική γραφειοκρατία. Δεν ξέρω τι να πιστέψω».

Αυξάνοντας την πρόσβαση των ανθρώπων στην φροντίδα υγείας, η εθνική ασφάλιση υγείας έχει την ικανότητα να προκαλέσει ραγδαία αύξηση στις εθνικές δαπάνες για την υγεία, όπως το Medicare και το Medicaid (βλ. Κεφάλαιο 2). Μέχρι τη δεκαετία του 1990, οι ασφαλιστές αναγνώρισαν ότι μια αύξηση στην πρόσβαση πρέπει να ισορροπηθεί με μέτρα ελέγχου δαπανών.

Οι διαφορετικές προτάσεις για εθνική ασφάλιση υγείας εμφανίζουν τεράστιες διαφορές ως προς τις μεθόδους ανάσχεσης δαπανών. Οι προτάσεις που αφορούν την ατομική ασφάλιση και την ασφάλιση από τον εργοδότη συνήθως εφαρμόζουν τη συμμετοχή των ασθενών στην καταβολή εισφορών και το διευθυνόμενο ανταγωνισμό ως τους κύριους μηχανισμούς ανάσχεσης δαπανών (βλ. Κεφάλαιο 9). Αντίθετα, τα κυβερνητικά χρηματοδοτούμενα προγράμματα βασίζονται περισσότερο στον παγκόσμιο προϋπολογισμό για να διατηρήσουν τις δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα. Τα προγράμματα με έναν και μόνο πληρωτή που συγκεντρώνουν τα κεφάλαια της φροντίδας υγείας σ' ένα ενιαίο δημόσιο ασφαλιστή μπορούν πιο εύκολα να καθιερώσουν μια προσέγγιση global budget σε σχέση με τα προγράμματα με πολλούς ιδιωτικούς ασφαλιστές.

ΠΟΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΑΛΥΤΕΡΟ;

Από ιστορικής πλευράς, στις Ηνωμένες Πολιτείες η κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη οδός προς την εθνική ασφάλιση- που τώρα ονομάζεται η πρόταση με έναν και μόνο πληρωτή- είναι η πιο παλιά και η πιο διαδεδομένη από τις τρεις προσεγγίσεις. Οι υποστηρικτές της κυβερνητικής χρηματοδότησης παραθέτουν την καθολικότητά της: όλοι είναι ασφαλισμένοι στο ίδιο πρόγραμμα απλά λόγω του ότι είναι πολίτες των Ηνωμένων Πολιτειών. Η απλότητά της δημιουργεί μια ενδεχόμενη συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή εισφορών: το 25% των δαπανών υγείας που δαπανάται στη διαχείριση θα μπορούσε να μειωθεί και συνεπώς να προκύψουν διαθέσιμα κεφάλαια για την επέκταση της ασφάλισης υγείας στους ανασφαλιστούς. Οι εργοδότες θα ανακουφίζονταν από το βάρος της παροχής ασφάλισης υγείας στους υπαλλήλους τους και οι υπάλληλοι θα κέρδιζαν εκ νέου ελεύθερη επιλογή ιατρού, μια επιλογή που χάνεται καθώς οι εργοδότες επιλέγουν ποιά προγράμματα υγείας (και συνεπώς ποιοί ιατροί) είναι διαθέσιμα για το εργατικό τους δυναμικό. Η ασφάλιση υγείας θα έπαυε να είναι συνδεδεμένη με την εργασία, ούτως ώστε οι άνθρωποι που αλλάζουν εργασία ή τη χάνουν να μην αναγκάζονται να αλλάξουν ή να χάσουν την κάλυψη της υγείας τους. Οι υποστηρικτές του ενός και μόνο πληρωτή, παραθέτοντας την εμπειρία άλλων χωρών, υποστηρίζουν ότι ο έλεγχος των δαπανών έχει αποτέλεσμα μόνο όταν το σύνολο των δαπανών της φροντίδας υγείας διχοτεύονται μέσω ενός ενιαίου μηχανισμού με την ικανότητα καθορισμού προϋπολογισμών (Himmelstein & Woolhandler, 1989). Ενώ οι πολέμιοι κατηγορούν την κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη προσέγγιση ως μια πρόσκληση στη γραφειοκρατία, οι υποστηρικτές του ενός και μόνο πληρωτή τονίζουν ότι οι ιδιωτικοί ασφαλιστές έχουν μέσο όρο διοικητικών δαπανών της τάξης του 14%, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τα κυβερνητικά προγράμματα όπως το Medicare με τη διοικητική δαπάνη του 2%. Ένα πλεονέκτημα ελέγχου δαπανών που υπάρχει στα χρηματοδοτούμενα από φόρους συστήματα στα οποία μια δημόσια υπηρεσία λειτουργεί ως ο ένας και μόνος πληρωτής της φροντίδας υγείας είναι η διοικητική αποτελεσματικότητα της συγκέντρωσης και διάθεσης των εσόδων στα πλαίσια αυτής της ρύθμισης.

Οι επικριτές του ενός και μόνο πληρωτή προσάπτουν την κατηγορία ότι ένας ενιαίος κυβερνητικός πληρωτής θα είχε πάρα πολλή εξουσία πάνω στις επιλογές που κάνουν οι άνθρωποι για την υγεία τους και θα υπαγόρευε στους ιατρούς και τους ασθενείς ποιές θεραπείες μπορούν να λάβουν και ποιές όχι, γεγονός που θα οδηγούσε σε ουρές αναμονής και περιορισμό των υπηρεσιών της φροντίδας υγείας. Οι πολέμιοι επίσης δηλώνουν ότι η μετατόπιση στη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας από τις ιδιωτικές πληρωμές (απευθείας από την τσέπη, ατομική ασφάλιση και ασφάλιση απεθον εργοδότη) στους φόρους θα ήταν μη αποδεκτή σε μια κοινωνία αντίθετη με τη φορολογία. Επιπλέον, οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν μεγάλη ιστορία πολιτικών και κυβερνητικών υπηρεσιών που επηρεάζονται σε υπερβολικό βαθμό από πλούσια ιδιωτικά συμφέροντα και το γεγονός αυτό συνέβαλε στην καλλιέργεια δυσπιστίας του κοινού προς την κυβέρνηση.

Η προσέγγιση της εντολής από τον εργοδότη- που απαιτεί από όλους τους εργοδότες να πληρώνουν την ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων τους- αντιμετωπίζεται από τους υποστηρικτές της ως ο μόνος τρόπος συγκέντρωσης αρκε-

τών κεφαλαίων προκειμένου να ασφαλιστούν οι ανασφαλιστοί χωρίς τεράστιες αυξήσεις φόρων (αν και οι εντολές από τους εργοδότες έχουν ονομαστεί κρυμμένοι φόροι). Λόγω του γεγονότος ότι οι περισσότεροι άνθρωποι κάτω των 65 τώρα λαμβάνουν την ασφάλιση υγείας τους μέσω του εργοδότη τους, ίσως είναι λιγότερο διασπαστικό να επεκτείνουμε αυτήν τη διαδικασία αντί να την αλλάξουμε.

Τόσο οι συντηρητικοί υποστηρικτές της ατομικής ασφάλισης όσο και οι φιλελεύθεροι υποστηρικτές των προγραμμάτων με ένα και μόνο πληρωτή ασκούν κριτική στα προγράμματα με εντολή από τον εργοδότη, λέγοντας ότι ο εξαναγκασμός των μικρών επιχειρήσεων- πολλές εκ των οποίων δεν ασφαλίζουν τους υπαλλήλους τους- να επωμιστούν το οικονομικό βάρος της ασφάλισης των ανασφαλιστών είναι άδικος και καταστροφικός από οικονομικής σκοπιάς. Αντί να αγοράζουν ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους τους, πολλές μικρές επιχειρήσεις μπορούν απλά να απολύσουν προσωρινά εργαζομένους, ως εκ τούτου αντιπαραθέτοντας την ασφάλιση υγείας στην εργασία. Επιπλέον, επειδή εκατομμύρια ανθρώπων αλλάζουν τη δουλειά τους σε μια δεδομένη στιγμή, η ασφάλιση υγείας που συνδέεται με την εργασία από διοικητικής πλευράς είναι άβολη και επισφαλής για τους υπαλλήλους με ασφάλιση που εξαρτάται από την εργασία τους. Τέλος, οι επικριτές τονίζουν ότι στα πλαίσια της προσέγγισης της εντολής από τον εργοδότη, «το αφεντικό σου και όχι η οικογένειά σου επιλέγει τον ιατρό σου»: οι αλλαγές στα προγράμματα υγείας που προσφέρονται από τους εργοδότες συχνά αναγκάζουν τους υπαλλήλους και τις οικογένειές τους να αλλάζουν ιατρούς που μπορεί να μην ανήκουν στα προγράμματα υγείας που προσφέρονται.

Οι υποστηρικτές της ατομικής εντολής ισχυρίζονται ότι η προσέγγισή τους θα αποδέσμευε τους εργοδότες από την υποχρέωση να παρέχουν ασφάλιση υγείας και θα παρείχε στα άτομα μια σταθερή πηγή ασφάλισης υγείας είτε έχουν εργασία, αλλάζουν δουλειά ή γίνονται ανάπηρα. Δεν θα υπήρχε καμία ανάγκη ούτε να επιβαρυνθούν οι μικρές επιχειρήσεις με νέα έξοδα και ως εκ τούτου να διαταραχθεί η αύξηση της εργασίας αλλά ούτε και να αυξηθούν οι φόροι σημαντικά. Ενώ οι πολέμιοι της άποψης αυτής υποστηρίζουν ότι οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος δεν θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά την υποχρεωτική αγορά ασφάλισης υγείας, οι υποστηρικτές της ισχυρίζονται ότι οι πιστώσεις φόρου που σχετίζονται με το εισόδημα αποτελούν μια δίκαιη και αποτελεσματική μέθοδο βοήθειας αυτών των οικογενειών (Butler, 1991).

Η προσέγγιση της ατομικής εντολής δέχεται κριτική ως αναποτελεσματική, με την κάθε οικογένεια να πρέπει να αγοράσει τη δική της ασφάλιση υγείας. Η επιβολή απαίτησης ότι το κάθε άτομο πρέπει να αγοράζει κάλυψη θα ήταν ακόμα πιο δύσκολη στην περίπτωση της ασφάλισης υγείας και όχι στην περίπτωση της ασφάλισης αυτοκινήτου. Επιπλέον, προκειμένου να μειώσουν την τιμή των ασφαλιστρών τους, πολλές οικογένειες θα αγόραζαν κάλυψη με χαμηλό κόστος και υψηλό αφαιρετέο ποσό με περιορισμένο πακέτο παροχών (που μερικοί ονομάζουν ασφάλιση «που προσφέρει ψίχουλα»¹), ως εκ τούτου αφήνοντας τις οικογένειες χαμηλότερου εισοδήματος με εν δυνάμει δυσβάσταχτες οικονομικά άμεσες δαπάνες. Η προσέγγιση εθελοντικής πίστωσης φόρου θα ασφαλίζε ένα μικρό αριθμό ανασφαλιστών με μεγάλη δαπάνη.

1 Η εν λόγω ασφάλιση έχει περιορισμένες παροχές αλλά και χαμηλότερο ασφαλιστρο συνήθως.

Προκαλεί θλίψη το γεγονός ότι η δημόσια συζήτηση για την εθνική ασφάλιση υγείας δεν θα κριθεί με τη λογική ή με πειθώ. Το 1994, οι περισσότεροι παρατηρητές πρόβλεψαν ότι το Κογκρέσο, υπό την ηγεσία του Προέδρου Clinton, θα θέσπιζε κάποια μορφή εθνικής ασφάλισης υγείας ή τουλάχιστον θα έκανε ένα σημαντικό βήμα προς την καθολική κάλυψη. Δεν ψηφίστηκε καμία νομοθεσία. Το κοινό «πολιορκήθηκε» και μπερδεύτηκε από έξυπνες και συχνά ανακριβείς τηλεοπτικές διαφημίσεις παραγωγής ομάδων ισχυρών συμφερόντων, όπως ο Σύλλογος Ασφάλισης Υγείας της Αμερικής. Οι ομάδες ειδικού συμφέροντος δαπάνησαν πάνω από 100 εκατομμύρια δολάρια προκειμένου να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της νομοθέτησης (Skocpol, 1995).

Η φροντίδα υγείας είναι μια βιομηχανία δισεκατομμυρίων δολαρίων και ακόμα παραπάνω και αυτά τα δολάρια «αντιπροσωπεύουν» το εισόδημα ή τα κέρδη για ασφαλιστές υγείας, οργανισμούς υγείας, νοσοκομεία, κλινικές, παρασκευαστές φαρμάκων, ιατρούς και άλλους παροχείς φροντίδας υγείας. Την ίδια στιγμή, αυτά τα δισεκατομμύρια αντιπροσωπεύουν τις δαπάνες για ισχυρά επιχειρηματικά συμφέροντα που πληρώνουν ένα μέρος της ασφάλισης υγείας των υπαλλήλων τους. Ο κάθε εμπλεκόμενος στα οικονομικά της φροντίδας υγείας έχει έντονο ενδιαφέρον στη διατήρηση ή τη βελτίωση της οικονομικής της κατάστασης. Στο υποκινούμενο από το χρήμα πολιτικό περιβάλλον στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι ομάδες ισχυρών συμφερόντων θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση οποιουδήποτε μελλοντικού προγράμματος εθνικής ασφάλισης υγείας.

Προκειμένου να υπερνικηθούν οι ομάδες πλούσιων συμφερόντων θα χρειαζόταν ένα εκλογικό σώμα που θα κινητοποιούνταν για να υποστηρίξει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα εθνικής ασφάλισης υγείας αλλά ένα τέτοιο εκλογικό σώμα δεν υπάρχει στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2000, το 56% του κοινού υποστήριξε την εθνική ασφάλιση υγείας που χρηματοδοτούνταν από τα χρήματα των φόρων, ποσοστό μικρότερο από το 66% το 1992 (Blendon & Benson, 2001). Τον ίδιο χρόνο, μόνο το 30% εμπιστεύτηκε την κυβέρνηση ότι θα κάνει το σωστό (Schroeder, 2001). Η δύναμη των αντιφορολογικών και αντι-κυβερνητικών συναισθημάτων του κοινού διαβρώνει την υποστήριξη στην έννοια της εθνικής ασφάλισης υγείας ως συνόλου.

Η έννοια της εθνικής ασφάλισης υγείας βασίζεται στην αντίληψη ότι όλοι πρέπει να συμβάλλουν στη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας και όλοι πρέπει να επωφελούνται. Οι άνθρωποι που πληρώνουν περισσότερο απ' ό,τι επωφε-

λούνται είναι πιθανόν να επωφεληθούν περισσότερο απ' ό,τι πληρώνουν 10 χρόνια αργότερα όταν αντιμετωπίσουν ένα δαπανηρό πρόβλημα υγείας. Η επίτευξη εθνικής ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί να διδαχτεί από την καλλιέργεια αντίστοιχων νοοτροπιών με ενδιαφέρον για το σύνολο της κοινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blendon RJ, Benson JM: Americans' views on health policy: a fifty-year historical perspective. *Health Aff* 2001;20(2):33.
- Bodenheimer T, Grumbach K: Financing universal health insurance: Taxes, premiums, and the lessons of social insurance. *J Health Polit Policy Law* 1992;17:439.
- Butler SM: A tax reform strategy to deal with the uninsured. *JAMA* 1991;265:2541.
- Davis K, Schoen C: Creating consensus on coverage choices. *Health Affairs Web exclusive*, April 23, 2003.
- Gruber J, Levitt L: Tax subsidies for health insurance: costs and benefit. *Health Aff* 2000;19(1):72.
- Himmelstein DU, Woolhandler S: Writing Committee of Physicians for a National Health Program: A national health program for the United States: A physicians' proposal. *N Engl J Med* 1989; 320:102.
- Myers RJ: *Medicare*. Homewood, IL, Richard D. Irwin, 1970.
- Poen MM: *Harry S Truman Versus the Medical Lobby*. Columbia, MO, University of Missouri Press, 1979.
- Reschovsky JD, Hadley J: The effect of tax credits for nongroup insurance on health spending by the uninsured. *Health Affairs Web exclusive*, February 25, 2004.
- Schroeder SA: Prospects for expanding health insurance coverage. *N Engl J Med* 2001;344:847.
- Skocpol T: The rise and resounding demise of the Clinton plan. *Health Aff* 1995;14(1):66.
- Somers AR: *Health Care in Transition: Directions for the Future*. Hospital Research and Educational Trust, 1971.
- Starr P: *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982.
- Starr P, Zelman WA: A bridge to compromise: competition under a budget. *Health Aff* 1993;12(Suppl):7.
- Thorpe KE: Medical savings accounts: Design and policy issues. *Health Aff* 1995;14(3):254.

Συγκρούσεις & αλληλαγές στο σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών

Καθώς στο παρόν βιβλίο βρισκόμαστε στα τελευταία κεφάλαια, αξίζει να μην ασχοληθούμε άλλο με τις λεπτομερείς λειτουργίες του συστήματος φροντίδας υγείας προκειμένου να εξετάσουμε το σύστημα ως ευρύτερο σύνολο. Ποιοι είναι οι βασικοί συντελεστές του; Πώς ήταν η συνεργασία τους τις δεκαετίες που προηγήθηκαν; Τι μπορεί να επιφυλάσσει το μέλλον;

ΟΙ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ

Ο τομέας φροντίδας υγείας της οικονομίας της χώρας είναι ένα σύστημα δισεκατομμυρίων δολαρίων που χρηματοδοτεί, συντονίζει και παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας στους ανθρώπους των Ηνωμένων Πολιτειών. Υπάρχουν τέσσερις βασικοί συντελεστές (Πίνακας 16-1):

1. Οι αγοραστές διαθέτουν τα κεφάλαια. Εδώ περιλαμβάνονται οι μεμονωμένοι καταναλωτές φροντίδας υγείας, οι επιχειρήσεις που πληρώνουν την ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων τους και η κυβέρνηση που πληρώνει τη φροντίδα μέσω δημόσιων προγραμμάτων, όπως το Medicare και το Medicaid. Στην πραγματικότητα, όλοι οι αγοραστές φροντίδας υγείας είναι σε τελική ανάλυση άνθρωποι, επειδή οι άνθρωποι χρηματοδοτούν τις επιχειρήσεις αγοράζοντας τα προϊόντα τους και παρέχουν κεφάλαια στην κυβέρνηση πληρώνοντας φόρους. Ωστόσο, οι επιχειρήσεις και η κυβέρνηση αποκτούν ειδική σημασία ως οι οργανωμένοι αγοραστές της φροντίδας υγείας της χώρας.
2. Οι ασφαλιστές λαμβάνουν χρήματα από τους αγοραστές και εξοφλούν τους παροχείς. Οι παραδοσιακοί ασφαλιστές λαμβάνουν χρήματα από τους αγοραστές (άτομα ή επιχειρήσεις), παίρνουν ρίσκο και πληρώνουν τους παροχείς όταν οι ασφαλισμένοι χρειάζονται βοήθεια. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις, ασφαλιστές και αγοραστές είναι το ίδιο πράγμα: η κυβέρνηση μπορεί να θεωρηθεί ασφαλιστής ή αγοραστής στα προγράμματα Medicare και Medicaid και οι επιχειρήσεις που αυτασφαλίζουν τους υπαλλήλους τους μπορούν κατά τον ίδιο τρόπο να έχουν και τους δύο ρόλους. (Σε προηγούμενα κεφάλαια, χρησιμοποιήσαμε τον όρο «πληρωτής» για να αναφερθούμε και στους αγοραστές και τους ασφαλιστές.)
3. Οι παροχείς, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των ιατρών, των νοσοκόμων, των κλινικών νοσηλευ-

τριών, των ιατρικών βοηθών, των φαρμακοποιών, των υπηρεσιών παροχής κατ' οίκον φροντίδας και των φαρμακείων, όντως παρέχουν τη φροντίδα. Ενώ οι οργανισμοί υγείας είναι σε γενικές γραμμές ασφαλιστές, μερικοί είναι επίσης και παροχείς, που έχουν στην ιδιοκτησία τους νοσοκομεία και προσλαμβάνουν ιατρούς.

4. Οι προμηθευτές είναι οι φαρμακοβιομηχανίες και οι βιομηχανίες φαρμακευτικών ειδών που κατασκευάζουν εξοπλισμό, προμήθειες και φάρμακα που χρησιμοποιούνται από τους παροχείς για τη θεραπεία των ασθενών.

Οι ασφαλιστές, οι παροχείς και οι προμηθευτές στελεχώνουν τη βιομηχανία της φροντίδας υγείας. Το κάθε δολάριο που δαπανάται στην φροντίδα υγείας αντιπροσωπεύει δαπάνη για τους αγοραστές και κέρδος για τη βιομηχανία της φροντίδας υγείας. Στο παρελθόν, οι αγοραστές θεωρούσαν την εν λόγω δαπάνη επένδυση, χρήματα που δαπανώνταν για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και ως εκ τούτου την οικονομική και κοινωνική ζωτικότητα της χώρας. Αλλά πιο πρόσφατα, μια βασική διαμάχη έχει ενταθεί μεταξύ των αγοραστών και της βιομηχανίας της φροντίδας υγείας: οι αγοραστές επιθυμούν να μειώσουν και η βιομηχανία επιθυμεί να αυξήσει τα χρήματα που δα-

Πίνακας 16-1. Οι τέσσερις βασικοί συντελεστές.

Αγοραστές

Άτομα
Επιχειρήσεις
Κυβέρνηση

Ασφαλιστές

Blue Cross και Blue Shield
Εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες
Οργανισμοί υγείας

Παροχείς

Νοσοκομεία
Ιδιωτικές κλινικές
Υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας
Φαρμακεία
Ιατροί
Άλλοι παροχείς φροντίδας

Προμηθευτές

Φαρμακευτικές εταιρείες
Εταιρείες φαρμακευτικών ειδών

πατώνται στην φροντίδα υγείας. Τώρα θα εξερευνήσουμε τις μεταβαλλόμενες σχέσεις μεταξύ αγοραστών, ασφαλιστών, παροχέων και προμηθευτών όπως εξελίχθηκαν από ιστορική πλευρά.

ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ 1945- 1970: Η ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΠΑΡΟΧΟΥ- ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ

Μέχρι πρόσφατα, τα μεμονωμένα νοσοκομεία και τα μικρά ιδιωτικά ιατρεία- βάσει των ιατρών αποτελούσαν το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες (βλ. Κεφάλαιο 7). Υπήρχαν μερικά μεγάλα ιδρύματα, τα οποία συνδύαζαν τη νοσοκομειακή και την ιατρική φροντίδα (π.χ. το σύστημα Kaiser- Permanente, η κλινική Mayo και τα αστικά συγκροτήματα ιατρικών σχολών) αλλά αυτά απετέλουσαν εξαίρεση (Starr, 1982). Ο ανταγωνισμός μεταξύ των παροχέων φροντίδας υγείας ήταν μηδαμινός, επειδή οι περισσότερες γεωγραφικές περιοχές δεν διέθεταν πάρα πολύ μεγάλο αριθμό εγκαταστάσεων και προσωπικού. Το σύστημα χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας περιλάμβανε εκατοντάδες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, σε συνδυασμό με τα κυβερνητικά προγράμματα Medicare και Medicaid που θεσπίστηκαν το 1965. Οι Ηνωμένες Πολιτείες είχαν μια βιομηχανία φροντίδας υγείας που χαρακτηριζόταν από σχετικά μικρότερη οργάνωση.

Ο Bert Neighbor ήταν ένας 63χρονος άνδρας που εμφάνισε κοιλιαήγία το 1962. Αφού είχε ικανοποιητική ασφάλιση από το Blue Cross, ο ιατρός του τον τοποθέτησε στο Νοσοκομείο Metropolitan για διαγνωστικές εξετάσεις. Την έκτη μέρα του στο νοσοκομείο, έγινε χειρουργική αφαίρεση καρκίνου του κόλου. Τη δέκατη πέμπτη μέρα, ο κύριος Neighbor επέστρεψε στο σπίτι του. Το νοσοκομείο έστειλε το λογαριασμό των 1.200 δολαρίων στο Blue Cross που πλήρωσε το νοσοκομείο για το σύνολο των δαπανών της φροντίδας του. Ως προς τον υπολογισμό των δαπανών του κυρίου Neighbor, το Νοσοκομείο Metropolitan συμπεριέλαβε ένα μικρό μέρος της δαπάνης του νέου υπό ανέγερση κτιρίου με τις 80 κλίνες.

Σε μια επόμενη συνεδρίαση του διοικητικού συμβουλίου του Blue Cross, ο διοικητής του νοσοκομείου (επίσης διευθυντής του Blue Cross) τέθηκε ως ερώτημα αν ήταν λογικό να συμπεριληφθεί η δαπάνη των βελτιώσεων κεφαλαίων στην προετοιμασία ενός λογαριασμού. Άλλοι διευθυντές του Blue Cross, επίσης διοικητές νοσοκομείων με κατασκευαστικά προγράμματα, υποστήριξαν ότι ήταν σωστό και σταμάτησε η κουβέντα για το συγκεκριμένο ζήτημα. Στην ίδια συνάντηση, οι διευθυντές ψήφισαν αύξηση 34% στα ασφάλιστρα του Blue Cross. Δεκαέξι χρόνια αργότερα, μια μελέτη αποκάλυψε ότι η μητροπολιτική περιοχή είχε πλεόνασμα 300 νοσοκομειακές κλίνες, με την πληρότητα του νοσοκομείου να έχει μειωθεί από το 82% στο 60% στη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας.

Ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό της βιομηχανίας της φροντίδας υγείας ήταν η συμμαχία των ασφαλιστών και των παροχέων φροντίδας. Αυτή η συμφωνία παρόχου-ασφαλιστή κατοχυρώθηκε με τη δημιουργία του Blue Cross και του Blue Shield, του μεγαλύτερου συστήματος ασφάλισης υγείας της χώρας για μισό αιώνα (βλ. Κεφάλαιο 2). Το Blue Cross δημιουργήθηκε από τον Αμερικανικό Σύλλογο Νοσοκομείων και το Blue Shield ήταν υπό τη διαχείριση πολιτειακών ιατρικών συλλόγων- μελών του Αμερικανικού

Ιατρικού Συλλόγου. Συνεπώς, στην περίπτωση του Blue Cross και του Blue Shield, η σχέση παρόχου-ασφαλιστή ήταν κάτι παραπάνω από πολιτική συμμαχία: περιελάμβανε νομικό έλεγχο των ασφαλιστών από τους παροχείς. Όπως και στην περίπτωση του Νοσοκομείου Metropolitan, οι παροχείς καθόριζαν γενικούς κανόνες εξόφλησης και το Blue Cross και το Blue Shield διευθέτησαν τις πληρωμές χωρίς να κάνουν πολλές ερωτήσεις (Νόμος 1974). Οι εμπορικοί ασφαλιστές συνήθως ενεργούσαν σύμφωνα με τους ήδη διαμορφωμένους κανόνες εξόφλησης από τους ιατρούς, τα νοσοκομεία, το Blue Cross και το Blue Shield που πλήρωναν τις υπηρεσίες υγείας χωρίς να ζητούν από τους παροχείς να δικαιολογήσουν τις τιμές τους ή τους λόγους παροχής των υπηρεσιών.

Μέχρι τη δεκαετία του 1960, η δύναμη της συμφωνίας παρόχου-ασφαλιστή ήταν τόσο μεγάλη που τα νοσοκομεία και το Blue Cross ουσιαστικά συνέταξαν τις διατάξεις εξόφλησης του Medicare και του Medicaid, με την εγγύηση ότι οι ιατροί και τα νοσοκομεία θα πληρώνονταν με τις ίδιες πλουσιοπάροχες φόρμουλες που χρησιμοποιούνταν για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση (Νόμος 1974). Με σχετικά αορίστου χρόνου πολιτικές εξόφλησης, οι δαπάνες φροντίδας υγείας αυξήθηκαν ραγδαία.

Η ανιδιοτέλεια του κύριου οργανωμένου αγοραστή (δηλαδή, των επιχειρήσεων) προερχόταν από δύο πηγές, την υγιή οικονομία και την επιχορήγηση από φόρους για την ασφάλιση υγείας. Από το 1945 μέχρι το 1970, η επιχείρηση των Ηνωμένων Πολιτειών έλεγχε τις τοπικές και τις ξένες αγορές με ελάχιστο ξένο ανταγωνισμό. Τα εργατικά σωματεία σε ορισμένες βιομηχανίες είχαν κερδίσει με επιτυχία γενναϊόδωρο μισθό και επιδόματα και οι επιχειρήσεις θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά αυτές τις δαπάνες, επειδή τα κέρδη ήταν υψηλά και η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη ισχυρή (Kennedy, 1987, Kuttner, 1980). Η δαπάνη της ασφάλισης υγείας για τους υπαλλήλους αποτελούσε ένα μικρό ποσοστό των συνολικών δαπανών των επιχειρήσεων. Επιπλέον, οι πληρωμές από τις επιχειρήσεις για την ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων θεωρούνταν εκπιπτόμενη επιχειρησιακή δαπάνη, ως εκ τούτου μετριαζόταν οποιαδήποτε οικονομική αφαίμαξη στις επιχειρήσεις (Reinhardt, 1993). Για τους λόγους αυτούς, οι αυξανόμενες δαπάνες που δημιουργήθηκαν από τους παροχείς και εξοφλήθηκαν από τους ασφαλιστές μεταβιβάστηκαν στις επιχειρήσεις που με λίγα παράπονα κατέβαλλαν όλο και υψηλότερα ασφάλιστρα για την ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων, ως εκ τούτου χρηματοδότησαν το επεκτεινόμενο σύστημα φροντίδας υγείας. Καμία αντισταθμιστική δύναμη δεν έβαλε φρένο στον ενθουσιασμό που ένωσε τους παροχείς και το κοινό στην υποστήριξη μιας ιατρικής βιομηχανίας που αγωνιζόταν να μετατρέψει τη διάδοση των βιοϊατρικών σημαντικών ανακαλύψεων σε βελτίωση της ζωής των ανθρώπων.

Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1970: ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΕΝΤΑΣΕΙΣ

Ο Jerry Neighbor, γιος του Bert, εμφάνισε κοιλιαήγία το 1978. Επειδή το Blue Cross δεν πλήρωνε πλέον την ενδονοσοκομειακή διαγνωστική εξέταση, ο ιατρός του έδωσε εντολή για ακτινογραφίες εκτός νοσοκομείου. Όταν διαγνώστηκε καρκίνος του κόλου, ο Jerry Neighbor εισήχθη στο Νοσοκομείο Metropolitan το πρωί της επέμβασης του. Έμεινε στο νοσοκομείο συνοδικά 9 ημέρες, 6 μέρες λιγότερο από τον πατέρα του το 1962. Από το

1962, οι δαπάνες της φροντίδας υγείας είχαν αυξηθεί περίπου κατά 10% το χρόνο. Το Blue Cross πλήρωσε στο Νοσοκομείο Metropolitan 460 δολάρια για καθεμία από τις 9 ημέρες που πέρασε ο Jerry στο νοσοκομείο, για μια συνοδική δαπάνη 4.140 δολαρίων. Το διοικητικό συμβούλιο του Blue Cross, το οποίο το 1977 συμπεριέλαβε για πρώτη φορά περισσότερες επιχειρήσεις σε σχέση με τους αντιπροσώπους του νοσοκομείου, υπέβαλλε επίσημη πρόταση στην περιφερειακή υπηρεσία προγραμματισμού της υγείας να μειώσει τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινικών στην περιφέρεια, για να διατηρήσει τις νοσοκομειακές δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα. Το συμβούλιο της υπηρεσίας προγραμματισμού είχε πλειοψηφία εκπροσώπων του νοσοκομείου και των ιατρών ενώ εκείνοι καταψήφισαν την πρόταση.

Τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1970, οι Ηνωμένες Πολιτείες δεν είχαν πια την οικονομική κυριαρχία που είχαν την μεταπολεμική περίοδο, καθώς η δυτική Ευρώπη και η Ιαπωνία απορρόφησαν τις αγορές (όχι μόνο στο εξωτερικό αλλά και στις Ηνωμένες Πολιτείες) που πρωτύτερα ελέγχονταν από αμερικανικές εταιρείες. Το αμερικανικό μερίδιο της παγκόσμιας βιομηχανικής παραγωγής μειωνόταν, από το 60% το 1950 στο 30% το 1980. Εκτός από λίγα χρόνια στα μέσα της δεκαετίας του 1980, ο πληθωρισμός ή η ανεργία ήταν μάλιστα για τις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1970 μέχρι τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990.

Η νέα οικονομική πραγματικότητα ήταν σημαντικός «κινητήρας» αλλαγής στο σύστημα φροντίδας υγείας. Με λιγότερα χρήματα στη διάθεσή τους, οι μεμονωμένοι καταναλωτές της φροντίδας υγείας, οι επιχειρήσεις και η κυβέρνηση προβληματίστηκαν με την επιταχυνόμενη ροή δολαρίων στην φροντίδα υγείας. Οι εξέχουσες εφημερίδες που προσανατολιζόνταν προς τις επιχειρήσεις δημοσίευαν σημαντικές κριτικές για τη βιομηχανία της φροντίδας υγείας και τις αυξανόμενες δαπάνες της (Bergthold, 1990). Ένας νέος προβληματισμός σε ό,τι αφορά την κοινοτική και την προληπτική ιατρική, στις οποίες φαινόταν να μη δίνεται έμφαση σε αντίθεση με την εξειδικευμένη και τη νοσοκομειακή φροντίδα, διαδόθηκε στους κύκλους των επαγγελματιών υγείας. Αυτές οι εξελίξεις δημιούργησαν εντάσεις στα πλαίσια της ίδιας της βιομηχανίας υγείας.

Όντας αντιμετώπιμα με αυξήσεις ασφαλιστών του Blue Cross από 25% μέχρι 50% σ' ένα μόνο χρόνο, τα ανάστατα μέλη του Blue Cross διαμαρτυρήθηκαν σε πολιτειακές ακροαματικές διαδικασίες, σε ανατολικές και μεσοδυτικές πολιτείες και αμφισβήτησαν το νοσοκομειακό έλεγχο στα συμβούλια του Blue Cross (Νόμος 1974). Μερικές πολιτειακές κυβερνήσεις άρχιζαν να ρυθμίζουν με κανονισμούς την κατασκευή νοσοκομείων και μερικές πολιτείες έθεσαν σε εφαρμογή κανονισμούς για τις τιμές των νοσοκομείων. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καθιέρωσε ένα δίκτυο υπηρεσιών προγραμματισμού υγείας, σε μια προσπάθεια να επιβραδυνθεί η αύξηση του αριθμού των νοσοκομείων. Η αξιολόγηση από συναδέλφους καθιερώθηκε για να ελέγχεται η καταλληλότητα των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια του Medicare. Συνεπώς, οι αγοραστές ανέλαβαν έναν επιπλέον ρόλο ως ρυθμιστές της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, η βιομηχανία της φροντίδας υγείας αντιστάθηκε σ' αυτές τις προσπάθειες των αγοραστών να ελέγχουν τις δαπάνες της φροντίδας υγείας. Ο ιατρικός πληθωρισμός συνέχισε με ρυθμό πολύ υψηλότερο από τον πληθωρισμό της γενικής οικονομίας (Starr, 1982).

Ωστόσο, αυτές οι πρώτες πρωτοβουλίες από τους αγοραστές επηρέασαν τη συμφωνία παρόχου-ασφαλιστή. Καθώς η πίεση να μην αυξήσουν τα ασφαλιστρα συσσωρευόταν στους ασφαλιστές, αυτοί με τη σειρά τους απαίτησαν να παρέχονται οι υπηρεσίες αυτές σε χαμηλότερο κόστος. Το Blue Cross, στο οποίο ασκήθηκε σε μεγάλο βαθμό κριτική ότι παίζει ρόλο μεσάζοντα που ψήφισε τις αυξημένες νοσοκομειακές δαπάνες σ' ένα αβοήθητο κοινό, διαχωρίστηκε νομικά από τον Αμερικανικό Σύλλογο των Νοσοκομείων το 1972 (Νόμος 1974). Οι πολιτειακοί ιατρικοί σύλλογοι αναγκάστηκαν να παραχωρήσουν μέρος του ελέγχου τους στα προγράμματα Blue Shield. Ξέσπασαν διαμάχες ανάμεσα στους παροχείς και τους ασφαλιστές, καθώς οι δεύτεροι επέβαλαν διαδικασίες επιθεώρησης πληρωμών προκειμένου να μειώσουν τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία που είχαν μέχρι τότε αγοράσει την πιο εξελιγμένη διαγνωστική και χειρουργική τεχνολογία που επιθυμούσαν οι ιατροί για το ιατρικό τους προσωπικό, άρχισαν να αρνούνται τέτοιες απαιτήσεις, επειδή οι ασφαλιστές δεν θα εγγυώταν πλέον την εξόφλησή τους. Επιπλέον, η πληθώρα των νοσοκομειακών κλινικών και των ειδικών ιατρών που είχε δημιουργηθεί από τις ελκυστικές εξοφλήσεις της δεκαετίας του 1960 και την επιρροή του βιοϊατρικού μοντέλου στην ιατρική εκπαίδευση (βλ. Κεφάλαιο 6), έγινε μπουμέρανγκ καθώς τα μισο-άδεια νοσοκομεία και οι ημι-απασχολημένοι χειρουργοί άρχιζαν να συναγωνίζονται μεταξύ τους για ασθενείς.

Μέχρι τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1970, η αύξηση της οικονομικής κρίσης δημιούργησε μια αποστροφή προς τη φορολογία σ' ολόκληρη τη χώρα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι κυβερνήσεις να επιχειρήσουν να μειώσουν τη δαπάνη προγραμμάτων όπως η ιατρική φροντίδα (Kuttner, 1980). Αλλά μια σημαντική αλλαγή περίμενε ακόμα την άφιξη του πιο ισχυρού αγοραστή: των επιχειρήσεων.

Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980: Η «ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗ» ΤΩΝ ΑΓΟΡΑΣΤΩΝ

Το 1989, ο Ryan Neighbor, αδερφός του Jerry, ανησύχησε όταν παρατήρησε αίμα στα κόπρανά του και αποφάσισε να επισκεφτεί ιατρό. Έξι μήνες ωρίτερα, η εταιρεία του είχε αυξήσει το ετήσιο αφαιρετό ποσό για την ασφάλιση υγείας στα 1.000 δολάρια, το οποίο θα μπορούσε να αποφευχθεί αν γινόταν μέλος σ' έναν από τους οργανισμούς υγείας που προσφέρονταν από την εταιρεία. Ο Ryan Neighbor επέλεξε τον οργανισμό υγείας του Blue Cross, στον οποίο όμως δεν ανήκε ο οικογενειακός του ιατρός και ο κύριος Neighbor έπρεπε να επιλέξει διαφορετικό ιατρό από τη λίστα του οργανισμού. Ο ιατρός διέγινωσε καρκίνο του κόλου. Στον Ryan Neighbor δεν επιτρεπόταν να επισκεφτεί το χειρουργό που είχε χειρουργήσει τον αδερφό του αλλά παραπέμφθηκε σ' ένα χειρουργό του οργανισμού υγείας του Blue Cross. Ενώ ο κύριος Neighbor σεβόταν το Νοσοκομείο Metropolitan, η χειρουργική του επέμβαση προγραμματίστηκε στο Νοσοκομείο Crosstown. Το Blue Cross είχε αρνηθεί να υπογράψει συμβόλαιο με το Metropolitan όταν το νοσοκομείο δεν διαπραγματεύτηκε ποσό μικρότερο των 1.800 δολαρίων ανά ημέρα. Το σύνολο της παραμονής του Ryan στο Νοσοκομείο Crosstown ήταν 5 μέρες και ο οργανισμός υγείας πλήρωσε 7.500 δολάρια στο νοσοκομείο, με βάση το συμβόλαιο των 1.500 δολαρίων ανά ημέρα.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, ο κόσμος δέχτηκε ένα ισχυρό σοκ: η δαπάνη των χρηματοδοτούμενων από τον εργοδότη προγραμμάτων υγείας σημείωσε αύξηση 18,6% το 1988 και 20,4% το 1989 (Cantor et al, 1991). Μεταξύ του 1976 και του 1988, το ποσοστό του συνολικού μισθού που κατεβλήθη για τα επιδόματα υγείας σχεδόν διπλασιάστηκε, από 5% σε 9,7% (Bergthold, 1991). Μια άλλη εξέλιξη είναι ότι πολλοί μεγάλοι οργανισμοί άρχισαν να παρέχουν αυτοσφάλιση. Αντί να καταβάλλουν χρήματα σε ασφαλιστικές εταιρείες για την κάλυψη των υπαλλήλων τους, οι εργοδότες όλο και περισσότερο ανέλαβαν την ασφάλιση υγείας οι ίδιοι και χρησιμοποίησαν τις ασφαλιστικές εταιρείες μόνο για την επεξεργασία των αξιώσεων και σχετικές διοικητικές εργασίες. Το 1991, το 40% των υπαλλήλων που λάμβαναν χρηματοδοτούμενα από τον εργοδότη επιδόματα υγείας ανήκε σε προγράμματα αυτοσφάλισης. Η αυτοσφάλιση έβαλε τους εργοδότες σε κίνδυνο για τις δαπάνες φροντίδας υγείας και τους ανάγκασε να είναι πιο προσεκτικοί στο ζήτημα της. Αυτές οι τρεις εξελίξεις- η παραγμένη οικονομία, οι αυξανόμενες δαπάνες της φροντίδας υγείας και η αυτοσφάλιση- εκτόξευσαν τις μεγάλες επιχειρήσεις στο επίκεντρο της δημόσιας συζήτησης για τις πολιτικές υγείας, με τον έλεγχο των δαπανών ως έκκληση για συντονισμένη δράση. Οι επιχειρήσεις, ο κυρίαρχος ιδιωτικός αγοραστής της φροντίδας υγείας, έγιναν ο κινητήριος μοχλός μιας άνευ προηγουμένου αλλαγής (Bergthold, 1990). Οι επιχειρήσεις αξιοποίησαν τη δύναμή τους στην οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ιδιαίτερα στους οργανισμούς υγείας, ως μηχανισμό ελέγχου δαπανών. Με την μετατόπιση από την καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην κατά κεφαλήν εξόφληση, η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα μπορούσε να μεταφέρει μέρος του ρίσκου των δαπανών της υγείας από τους αγοραστές και τους ασφαλιστές στους παροχείς (βλ. Κεφάλαιο 4).

Οι μεμονωμένοι καταναλωτές της φροντίδας υγείας, στο ρόλο τους ως αγοραστές, επίσης έδειξαν κάποια δύναμη κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων της δεκαετίας του 1980. Επειδή οι εργοδότες μετατόπιζαν τις πληρωμές της φροντίδας υγείας στους υπαλλήλους, τα εργατικά σωματεία άρχισαν να παραπονούνται με δριμύτητα για τις δαπάνες της φροντίδας υγείας και πραγματοποιήθηκαν μεγάλες απεργίες για το ζήτημα των επιδομάτων της. Πάνω από το 70% των ατόμων που ερωτήθηκαν στα πλαίσια μιας μελέτης του 1992 του Louis Harris ήταν υπέρ των σοβαρών ελέγχων δαπανών της φροντίδας υγείας (Smith et al, 1992). Η αυξανόμενη τάση των ιδιωτικών ασφαλιστών υγείας να μειώσουν τους κινδύνους τους με πολύ μεγάλες αυξήσεις ασφαλιστρών και ακυρώσεις συμβολαίων για τους ασφαλισμένους με χρόνιες νόσους δημιούργησε μια σειρά ιστοριών τρόμου στα μέσα μαζικής ενημέρωσης που μετέτρεψαν τις ασφαλιστικές εταιρείες για την υγεία σε μη δημοφιλή ιδρύματα σε μεγάλο βαθμό.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η κυβέρνηση αντιμετώπιζε την αποστροφή στους φόρους και τα ελλείμματα του προϋπολογισμού και έλαβε μέτρα σχεδιασμένα για την επιβράδυνση των αυξανόμενων δαπανών του Medicare και του Medicaid με περιορισμένη όμως επιτυχία. Το Σύστημα Μελλοντικών Πληρωμών (Medicare Prospective Payment System) του Medicare του 1983 (διαγνωστικές ομάδες -DRGs) κατά κάποιον τρόπο μείωσε το ρυθμό αύξησης των νοσοκομειακών δαπανών του προγράμματος αλλά ως αντίδραση

οι δαπάνες των εξωτερικών ασθενών του Medicare και οι δαπάνες που επωμίζονταν οι ιδιωτικοί ασφαλιστές κλιμακώθηκαν. Το 1989, οι πληρωμές των ιατρών του Medicare ελέγχθηκαν πιο αυστηρά, γεγονός που οδήγησε στις δαπάνες των εν λόγω ιατρών να αυξηθούν σε μόνο 5,3% ανά έτος από το 1991 μέχρι το 1993, σε σύγκριση με το 11,3% ανά έτος από το 1984 μέχρι το 1991 (Davis & Burner, 1995). Πολυάριθμες πολιτείες μείωσαν τα δικά τους προγράμματα Medicaid αλλά λόγω της οικονομικής ύφεσης και της αυξανόμενης κρίσης της έλλειψης ασφάλισης (βλ. Κεφάλαιο 3), η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αναγκάστηκε να διευρύνει την κριτήρια επιλογής για την ένταξη στο Medicaid και οι δαπάνες του αυξήθηκαν γρηγορότερα από οποιαδήποτε άλλη φορά. Οι κυβερνήσεις άρχισαν να πειραματίζονται με την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για το Medicare και το Medicaid ως μηχανισμό ελέγχου δαπανών.

Η πιο σημαντική εξέλιξη της δεκαετίας του 1980 ήταν η αύξηση της σύναψης επιλεκτικών συμβολαίων. Οι αγοραστές και οι ασφαλιστές είχαν συνήθως εξοφλήσει οποιονδήποτε, τόσο τους ιατρούς όσο και τα νοσοκομεία. Στα πλαίσια της σύναψης επιλεκτικών συμβολαίων, οι αγοραστές και οι ασφαλιστές επιλέγουν ποιους παροχείς θα πληρώσουν και ποιούς όχι (Bergthold, 1990). Το 1982, παραδείγματος χάριν, η Καλιφόρνια ψήφισε ένα νόμο που αφορά τη σύναψη επιλεκτικών συμβολαίων στο πρόγραμμα Medicaid της πολιτείας και στα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Ο νόμος ψηφίστηκε εφόσον οι μεγάλοι οργανισμοί της Καλιφόρνια σχημάτισαν πολιτικό συνασπισμό, ώστε να προκαλέσει τα συμφέροντα των ιατρών και των νοσοκομείων και επειδή οι ασφαλιστές εγκατέλειψαν τους προηγουμένους παροχείς- συμμάχους τους και ενώθηκαν με τους αγοραστές (Bergthold, 1990). Το μήνυμα της σύναψης επιλεκτικών συμβολαίων ήταν ξεκάθαρο: οι αγοραστές και οι ασφαλιστές θα συνεργαστούν μόνο με τους παροχείς που διατηρούν τις δαπάνες χαμηλές. Αυτή η εξέλιξη, ιδιαίτερα όταν συνδέεται με τις κατά κεφαλήν πληρωμές που έθεταν τους παροχείς σε κίνδυνο, άλλαξε ολόκληρη τη δυναμική στα πλαίσια της βιομηχανίας της φροντίδας υγείας. Για τους ασθενείς σήμαινε ότι, όπως και ο Ryan Neighbor, είχαν χάσει την ελεύθερη επιλογή ιατρού επειδή οι εργοδότες θα μπορούσαν να απαιτήσουν από τους υπαλλήλους να αλλάξουν τα προγράμματα υγείας, συνεπώς και ιατρούς. Για τη βιομηχανία της φροντίδας υγείας, η σύναψη επιλεκτικών συμβολαίων σήμαινε σκληρό ανταγωνισμό για τα συμβόλαια και κατάρρευση της συμφωνίας παροχέα- ασφαλιστή.

Ως αποτέλεσμα της «επανάστασης» των αγοραστών, η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αποτέλεσε μια ανερχόμενη κίνηση στην φροντίδα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Μέχρι το 1990, το 95% των ασφαλισμένων υπαλλήλων ήταν εγγεγραμμένοι σε κάποια μορφή προγράμματος οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με επιθεώρηση πληρωμών, των οργανισμών που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και συγκεκριμένα νοσοκομεία και των οργανισμών υγείας. Η αύξηση των προγραμμάτων οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ιδιαίτερα των οργανισμών υγείας, που ανταγωνίζονταν μεταξύ τους για συμβόλαια με επιχειρήσεις και την κυβέρνηση άλλαξε το σύνολο της πολιτικής εικόνας της φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (Πίνακας 16-2).

Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1990: Ο ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΠΑΡΟΧΟΥ-ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ

Το 1994, η Pamela Neighbor, ξαδέρφη του Ryan, εμφάνισε δυσκοιλιότητα. Νωρίτερα εκείνο το χρόνο, η νομική της εταιρεία είχε αλληλέσει τον οργανισμό υγείας του Blue Cross για τον οργανισμό υγείας του Apple a Day, επειδή τα ασφαλιστικά ήταν χαμηλότερα και όλοι οι υπάλληλοι αναγκάστηκαν να αλληλέσουν τους ιατρούς τους. Ο Apple a Day συνεβλήθη μόνο με το Νοσοκομείο Crosstown του οποίου οι τιμές ήταν χαμηλότερες από τις αντίστοιχες του Metropolitan, με αποτέλεσμα το Metropolitan να κάνει ασθενείς και να κλείσει. Η νέα ιατρός της κυρία Neighbor διέγινωσε καρκίνο του κόλπου και προγραμματίσει εισαγωγή στο Νοσοκομείο Crosstown για χειρουργική επέμβαση. Το ιατρείο της ήταν απέναντι από το τώρα κλειστό Metropolitan και δεν εξέταζε τους ασθενείς της στο Νοσοκομείο Crosstown, αντίθετα, μετέφερε τη φροντίδα των νοσηλεύμενων ασθενών της σ' έναν έμμισθο ιατρό για εσωτερικούς ασθενείς που ονομαζόταν νοσοκομειακός ιατρός και ο οποίος φρόντιζε την κυρία Neighbor κατά τη διάρκεια της τετραήμερης παραμονής της στο νοσοκομείο. Ο Apple a Day κατέβαλε στο Νοσοκομείο Crosstown 6.000 δολάρια, 1.500 ανά ημέρα.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, πολλές μητροπολιτικές περιοχές στις Ηνωμένες Πολιτείες και μερικές μικρότερες πόλεις και κωμοπόλεις βίωσαν αιφνίδιες μεταβολές στο τοπίο της φροντίδας υγείας τους. Τα ανεξάρτητα νοσοκομεία αντικαταστάθηκαν από νοσοκομειακά συστήματα. Στις πιο «ώριμες» αγορές οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τρία ή τέσσερα δίκτυα φροντίδας υγείας ανταγωνίζονταν για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση, Medicare ή Medicaid. Η σύναψη επιλεκτικών συμβολαίων επέτρεψε στους αγοραστές και τους ασφαλιστές να θέσουν

τιμές εξόφλησης στους παροχείς φροντίδας υγείας. Οι οργανισμοί υγείας που απαιτούσαν υψηλότερα ασφαλιστικά από τους εργοδότες δεν λάμβαναν συμβόλαια και έχασαν τα εγγεγραμμένα μέλη τους. Οι παροχείς που απαιτούσαν υψηλότερες πληρωμές από τους οργανισμούς υγείας αποκλείστηκαν από τα συμβόλαια των οργανισμών υγείας και έχασαν πολλούς από τους ασθενείς τους.

Η σύναψη επιλεκτικών συμβολαίων έχει την τάση να αποδιοργανώνει αντί να οργανώνει τα μοτίβα της φροντίδας υγείας. Οι ιατροί μπορεί να αναγκαστούν να εισάγουν ασθενείς από έναν οργανισμό σ' ένα νοσοκομείο και τους ασθενείς από άλλο οργανισμό σε διαφορετικό νοσοκομείο. Οι εργαστηριακές, ακτινολογικές και εξειδικευμένες υπηρεσίες που παρέχονται κοντά στο ιατρείο του εκάστοτε ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας, μπορεί να μην καλύπτονται με συμβόλαια μέσω του οργανισμού υγείας, για τους ασθενείς του ίδιου, αναγκάζοντας έτσι τους ασθενείς να παραπέμπονται στην άλλη πλευρά της πόλης. Σε μια πολύ δημοσιοποιημένη περίπτωση με τραγικό αποτέλεσμα, ο οργανισμός υγείας είπε στους γονείς ενός νηπίου 6 μηνών με βακτηριακή μηνιγγίτιδα να μεταφέρουν το παιδί τους με το αυτοκίνητο σχεδόν 40 μίλια σ' ένα νοσοκομείο συμβεβλημένο με τον εν λόγω οργανισμό, προσπερνώντας αρκετά υψηλής ποιότητας νοσοκομεία στη διαδρομή (Anders, 1996).

Η δεκαετία του 1990 ήταν μια περίοδος κυριαρχίας των αγοραστών στην φροντίδα υγείας. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση σταμάτησε τον πληθωρισμό του Medicare μέσω των αυστηρών διατάξεων του Νόμου του 1997 περί Ισοσκελισμένου Προϋπολογισμού. Η μέση ετήσια αύξηση των δαπανών του Medicare μειώθηκε από το 12% τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, στο μηδέν το 1999 και 2000. Στον ιδιωτικό τομέα, οι εργοδότες διαπραγματεύτηκαν σκληρά με τους οργανισμούς υγείας μειώνοντας την ετήσια αύξηση στα ασφαλιστικά από 13% το 1990 σε 3% το 1995 και 1996. Στην Καλιφόρνια, οι εργοδότες- αγοραστές

Πίνακας 16-2. Ιστορική επισκόπηση της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες.

1945- 1970 Συμφωνία παρόχου-ασφαλιστή

Ανεξάρτητα νοσοκομεία και μικρά ιδιωτικά ιατρεία
Πολλοί ιδιωτικοί ασφαλιστές

Οι παροχείς συνήθως κυριαρχούσαν επί των ασφαλιστών, ιδιαίτερα στο Blue Cross και το Blue Shield
Οι αγοραστές (άτομα, επιχειρήσεις και, μετά το 1965, η κυβέρνηση) είχαν σχετικά μικρή δύναμη
Οι αποζημιώσεις για τους παροχείς ήταν γενναιοδωρες

Η δεκαετία του 1970: παρουσιάζονται εντάσεις

Οι αγοραστές (ιδιαίτερα η κυβέρνηση) ανησυχούσαν για τις δαπάνες της φροντίδας υγείας
Κάτω από την πίεση των αγοραστών, οι ασφαλιστές άρχισαν να αμφισβητούν τις γενναιοδωρες αποζημιώσεις των παροχέων

Η δεκαετία του 1980: «επανάσταση» των αγοραστών

Οι αγοραστές (οι επιχειρήσεις ενώνονται με την κυβέρνηση) ανησυχούν πολύ με τις αυξανόμενες δαπάνες της φροντίδας υγείας

Γίνονται προσπάθειες να μειωθεί ο πληθωρισμός των ιατρικών δαπανών μέσω των διαγνωστικών ομάδων του Medicare, των προγραμμάτων αμοιβών, των κατά κεφαλήν οργανισμών υγείας και της σύναψης επιλεκτικών συμβολαίων

Η δεκαετία του 1990: Διαχωρισμός της συμφωνίας παρόχου-ασφαλιστή

Υποκινούμενη από τους αγοραστές, η σύναψη επιλεκτικών συμβολαίων εξαπλώνεται σε μεγάλο βαθμό ως μηχανισμός μείωσης δαπανών

Εισάγεται ο ανταγωνισμός των τιμών

Σχηματίζονται μεγάλα ενοποιημένα δίκτυα υγείας

Εμφανίζονται μεγάλες ιατρικές ομάδες

Οι ασφαλιστικές εταιρείες κυριαρχούν σε πολλές αγορές οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Η σημασία των κερδοσκοπικών ιδρυμάτων αυξάνεται

Οι ασφαλιστές κερδίζουν όλο και περισσότερη δύναμη επί των παροχέων, γεγονός που δημιουργεί σύγκρουση και οδηγεί σε διακοπή της συμφωνίας παρόχου-ασφαλιστή

ενώθηκαν σε συνασπισμούς για να διαπραγματευτούν με τους οργανισμούς υγείας. Η Φιλειρηνική Επιχειρηματική Ομάδα για την Υγεία (που διαπραγματευόταν για 400.000 υπαλλήλους) και το Σύστημα Συνταξιοδότησης για Υπαλλήλους του Δημοσίου της Καλιφόρνιας (που αντιπροσώπευε ένα εκατομμύριο δημόσιους υπάλληλους) ανάγκασαν τους οργανισμούς υγείας να μειώσουν τα ασφαλιστικά τους κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Οι εγγραφές στον οργανισμό υγείας αυξήθηκαν ραγδαία τη δεκαετία του 1990 και επεκτάθηκαν από 40 εκατομμύρια μέλη το 1990 στα 80 εκατομμύρια το 1999.

Συνένωση στην αγορά της φροντίδας υγείας

Ο έντονος ανταγωνισμός της δεκαετίας του 1990 κινητοποίησε τη συνένωση μεταξύ των αγοραστών, των ασφαλιστών και των παροχών, καθώς ο καθένας αγωνιζόταν να βελτιώσει τη διαπραγματευτική του δύναμη. Οι μεγάλοι οργανισμοί υγείας εξαγόρασαν μικρότερους και συγχωνεύτηκαν. Το 1998, έξι προγράμματα οργανισμών υγείας έλεγχαν το 40% της αμερικανικής αγοράς και στην Καλιφόρνια, πέντε οργανισμοί υγείας είχαν το 90% των μελών των οργανισμών υγείας. Σε πολλές πόλεις, οι εργοδότες είχαν επιλογή μόνο δύο ή τριών οργανισμών υγείας για τους υπαλλήλους τους.

Οι παροχές επίσης συνενώθηκαν και μάλιστα τα νοσοκομεία περισσότερο από τους ιατρούς. Μέχρι το 2000, το 80% των νοσοκομείων ήταν μέλη «πολυ-νοσοκομειακών» συστημάτων και σε πολλές πόλεις, δύο ή τρία ανταγωνιζόμενα νοσοκομειακά συστήματα περιλάμβαναν όλα τα νοσοκομεία. Στη νότια Καλιφόρνια, οι μεγάλες ενοποιημένες ιατρικές ομάδες συνεβλήθησαν με οργανισμούς υγείας και απολάμβαναν την αρχική οικονομική επιτυχία αναλαμβάνοντας το ρίσκο για τους ασθενείς των οργανισμών υγείας (Κεφάλαιο 5). Οι περισσότεροι ιατροί, όμως, παρέμεναν σε μικρά ιδιωτικά ιατρεία, «χαλαρά» ενοποιημένοι σε ανεξάρτητους ιατρικούς συλλόγους.

Η συνένωση συμβάδιζε με τους οργανισμούς που μετατρέπονταν από μη κερδοσκοπικούς σε κερδοσκοπικούς καθώς επιχειρούσαν να συγκεντρώσουν κεφάλαιο για εξαγορές, επέκταση της αγοράς και οργανωτική υποδομή. Οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί που ήδη είχαν 35%-40% των υπηρεσιών και των εγκαταστάσεων φροντίδας υγείας το 1990 (Relman, 1992) επέκτειναν το φάσμα τους κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Οι εννέα από τους δέκα μεγαλύτερους οργανισμούς υγείας ήταν κερδοσκοπικοί το 1994 (Zelman, 1996). Οι μετοχές των οργανισμών υγείας εκτοξεύτηκαν στα ύψη τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990 και τα διοικητικά στελέχη ανταμείβονταν με τεράστια πακέτα αποζημιώσεων. Το 1996, παραδείγματος χάριν, ο Γενικός Διευθυντής των Προγραμμάτων Υγείας Oxford έλαβε 29 εκατομμύρια δολάρια, ο Γενικός Διευθυντής της CIGNA έλαβε 12 εκατομμύρια δολάρια και 15 ακόμα διοικητικά στελέχη οργανισμών υγείας λάμβαναν το καθένα μεταξύ 3 και 8 εκατομμυρίων δολαρίων (Ίδρυμα FAMILIES USA, 1998). Ο Γενικός Διευθυντής της U.S. Healthcare Leonard Abramson διαπραγματεύτηκε ένα πακέτο αξίας 967 εκατομμυρίων δολαρίων ως μέρος της αγοράς εκείνης της εταιρείας από την Aetna. Περίπου την εποχή της πώλησης, η U.S. Healthcare δαπανούσε μόνο το 68% των εσόδων της στην φροντίδα υγείας και το υπόλοιπο ποσοστό πήγαινε στη διαχείριση, τα κέρδη και την αποζημίωση των διοικητικών στελεχών (Anders, 1996).

Πάνω από 100 μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία πέρασαν σε κερδοσκοπικές αλυσίδες νοσοκομείων, με εξέχουσα την

Columbia/ HCA, μεταξύ του 1993 και του 1996. Τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία παρέχουν λιγότερη φιλανθρωπική φροντίδα, κουράρουν λιγότερους ασθενείς του Medicaid και έχουν υψηλότερες διοικητικές δαπάνες σε σχέση με τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία (Kuttner, 1996, Woolhandler & Himmelstein, 1997). Παραλληλίζοντας τις κερδοσκοπικές αλλαγές των οργανισμών υγείας και των νοσοκομείων, μερικοί ιατροί ανέλαβαν με σύμβαση ή μεταβίβασαν με πώληση τη διαχείριση των ιατρείων τους σε κερδοσκοπικούς οργανισμούς διαχείρισης ιατρείων όπως η Med Partners, η Phycor και η FPA Medical Management. Ήδη το 1990, το 77% των ιδιωτικών κλινικών και το 50% των υπηρεσιών παροχής φροντίδας κατ' οίκον ήταν κερδοσκοπικά ιδρύματα (Relman, 1991).

Όλες αυτές οι εξελίξεις οδήγησαν στη διακοπή της συμφωνίας παρόχου-ασφαλιστή τα προηγούμενα 50 χρόνια. Οι ασφαλιστές, ανίκανοι να μεταβιβάσουν τις αυξημένες δαπάνες στους αγοραστές, περιόρισαν την εξόφληση ιατρών και νοσοκομείων. Η διαμάχη για τα χρήματα δημιούργησε μεγάλο ρήγμα μεταξύ ασφαλιστών και παροχών. Οι ασφαλιστές κατηγορήσαν τους παροχείς ότι σπαταλούσαν χρήματα σε μη απαραίτητες υπηρεσίες ενώ οι παροχείς παραπονούνταν με δριμύτητα για τα κέρδη και τις διοικητικές δαπάνες των ασφαλιστικών προγραμμάτων, τα οποία διοχέτευαν τα χρήματα σε διαφορετικό τομέα από αυτόν που αφορούσε την απευθείας φροντίδα των ασθενών. Τη δεκαετία του 1990, η συμφωνία παρόχου-ασφαλιστή όπου κυριαρχούσαν οι παροχείς αντικαταστάθηκε από μεταξύ τους πόλεμο που προκλήθηκε από τους αγοραστές και στον οποίο κυριάρχησαν τελικά οι ασφαλιστές.

Η φαρμακευτική βιομηχανία

Οι αυξανόμενες εντάσεις μεταξύ αγοραστών, ασφαλιστών και παροχών επεκτάθηκαν για να «καταποντίσουν» το βασικό προμηθευτή της φροντίδας υγείας: τη φαρμακευτική βιομηχανία. Το 1988, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα ήταν υπεύθυνα για το 5,5% των εθνικών δαπανών υγείας και αυξάνονταν στο 8,5% ετησίως, με πιο αργό ρυθμό σε σχέση με τη συνολική αύξηση των δαπανών υγείας. Με το 71% των δαπανών των φαρμάκων να καλύπτονται απευθείας από την τσέπη των ατόμων και μόνο το 18% να πληρώνεται από τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα, οι εν λόγω δαπάνες δεν επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τους ασφαλιστές.

Αντίθετα, μέχρι το 2002, οι δαπάνες των συνταγογραφούμενων φαρμάκων είχαν αυξηθεί στο 10,5% του συνόλου των δαπανών υγείας και διογκώνονταν πάνω από 15% ανά έτος, ποσοστό διπλάσιο σε σχέση με το ποσοστό αύξησης των δαπανών της φροντίδας υγείας ως συνόλου. Με τους ιδιωτικούς ασφαλιστές να παρέχουν μεγαλύτερη κάλυψη σε συνταγογραφούμενα φάρμακα απ' ό,τι προηγούμενος, τα ασφαλιστικά προγράμματα πλήρωναν μόνο το 43% των δαπανών των φαρμάκων (Iglehart, 2001). Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτελούσαν βασικό παράγοντα της μείωσης της αποδοτικότητας των οργανισμών υγείας και της χρεοκοπίας πολλών ιατρικών ομάδων τα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1990 (Bodenheimer, 2000). Για την αυτοκινητοβιομηχανία Chrysler, η δαπάνη για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα των υπαλλήλων αυξήθηκε κατά 86% από το 1993 μέχρι το 1998. Η ραγδαία αυξανόμενη δαπάνη των φαρμάκων για τους ηλικιωμένους έγινε βασικό εθνικό ζήτημα. Η φαρμακευτική βιομηχανία μετατρεπόταν σε υπ' αριθμόν ένα δημόσιο εχθρό (Harris, 2001).

Για χρόνια, οι φαρμακευτικές εταιρείες είναι η πιο επικερδής επιχείρηση στις Ηνωμένες Πολιτείες και έχουν καθαρά κέρδη μετά τη φορολογία κοντά στο 20% των εσόδων, σε σύγκριση με το 5% συμπεριλαμβανομένων και των 500 εταιρειών που συμπεριλήφθηκαν στη λίστα του περιοδικού Fortune. Σύμφωνα με εκπροσώπους της φαρμακευτικής βιομηχανίας, οι τιμές των φαρμάκων δικαιολογούνται από τις δαπάνες της για την έρευνα και την ανάπτυξη νέων φαρμάκων. Στην πραγματικότητα, η έρευνα και η ανάπτυξη για τις μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες απορρόφησε μόνο το 14% των εσόδων το 2002, ενώ το μάρκετινγκ και η διαχείριση ήταν υπόλογα για το 33% και τα καθαρά κέρδη μετά τη φορολογία για το 21% (Reinhardt, 2004). Η φαρμακευτική βιομηχανία έχει προστατευτεί από τον ανταγωνισμό των τιμών και από τους κανονισμούς για τις τιμές, γεγονός που εξασφαλίζει υψηλές τιμές και υψηλά κέρδη. Σε αντίθεση με πολλές χώρες, η κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών δεν επιβάλλει καθορισμένες τιμές στα φάρμακα. Οι κυβερνητικοί κανονισμοί στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι χρήσιμοι κυρίως ως προς τη μείωση του ανταγωνισμού μέσω ενός συστήματος προστασίας της πατέντας. Η εταιρεία που παρασκευάζει ένα νέο φάρμακο με εμπορική ονομασία διατηρεί την πατέντα για 20 χρόνια από την ημερομηνία που πρωτοκολλήθηκε η αίτησή της και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου καμία άλλη εταιρεία δεν μπορεί να παρασκευάσει το ίδιο φάρμακο. Μόλις πάψει να ισχύει η πατέντα, οι παρασκευαστές γενόσημων φαρμάκων μπορούν να συναγωνιστούν και το κάνουν πουλώντας το ίδιο προϊόν σε πολύ χαμηλότερες τιμές. Παραδείγματος χάριν, το 1999 το φάρμακο για το έλκος με εμπορική ονομασία Tagamet κόστιζε 2,77 δολάρια ανά ημέρα, σε σύγκριση με τα 36 σεντς ανά ημέρα για την ίδια γενόσημη μορφή, τη σιμετιδίνη.

Ένας αριθμός φαρμακευτικών εταιρειών έχουν δαπανήσει μεγάλα ποσά σε νομικούς αγώνες για να καθυστερήσουν τις λήξεις της πατέντας στα προϊόντα τους με εμπορικές ονομασίες ή έχουν πληρώσει παρασκευαστές γενόσημων φαρμάκων για να μην διαθέσουν στην αγορά εναλλακτικά γενόσημα φάρμακα (Stolberg & Gerth, 2000, Hall, 2001). Επιπλέον, η βιομηχανία επιχειρεί να πείσει τους ιατρούς και τους ασθενείς να χρησιμοποιούν προϊόντα με εμπορική ονομασία δαπανώντας 16 δισεκατομμύρια δολάρια το 2000 σε επισκέψεις αντιπροσώπων πωλήσεων σε ιατρούς, διαφημίσεις στις εφημερίδες, χορηγία επαγγελματικών συναντήσεων και σε τηλεοπτικές διαφημίσεις απευθείας προς τους καταναλωτές (Kreling et al, 2001). Είναι φανερό ότι η κυριαρχία των αγοραστών στη δεκαετία του 1990 στην φροντίδα υγείας δεν επεκτάθηκε στο φαρμακευτικό τομέα, όπου οι προμηθευτές έχουν την πλήρη κυριαρχία.

Η ΝΕΑ ΧΙΛΙΕΤΙΑ: Η ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΛΟΝΙΖΕΤΑΙ

Το 2000, η Pamela Neighbor, που αισθανόταν καλά, έκλεισε ραντεβού για την ετήσια επαναληπτική της εξέταση για τον καρκίνο του κόλου. Ο ανεξάρτητος ιατρικός σύλληγος στον οποίο δραστηριοποιούνταν ο ιατρός της είχε πρόσφατα χρεοκοπήσει και κλείσει. Ο οργανισμός υγείας Apple a Day της όρισε νέο ιατρό. Προγραμματίστηκε κοινόσκόπηση στο Νοσοκομείο Crosstown. Τέσσερις μέρες πριν από τη διαδικασία, ένας τίτλος εφημερίδας διακήρυξε ότι ο Apple a Day και το Νοσοκομείο Crosstown δεν είχαν συμφωνήσει σε συμβόλαιο. Η κοινόσκόπηση

ακυρώθηκε και η Pamela Neighbor περίμενε να δει τι θα συνέβαινε στη συνέχεια.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι περισσότεροι αναλυτές της φροντίδας υγείας ήταν βέβαιοι ότι ένα αυστηρό σύστημα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περιθαλψης- με αγοραστές και ασφαλιστές να κυριαρχούν στους παροχείς φροντίδας υγείας- είχε γίνει το νέο υπόδειγμα φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μέχρι το 2001, αυτή η βεβαιότητα είχε εγκαταλειφθεί (Robinson, 2001). Το 2000, η εγγραφή στους οργανισμούς υγείας μειώθηκε για πρώτη φορά στην ιστορία. Οι οργανισμοί που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία ασφάλισαν περισσότερους Αμερικανούς σε σχέση με τους οργανισμούς υγείας. Το 1998, 6 εκατομμύρια δικαιούχοι του Medicare ήταν εγγεγραμμένοι σε οργανισμούς υγείας. Μέχρι το 2002, 2,4 εκατομμύρια αυτών των ηλικιωμένων ασθενών αναγκάστηκαν να αναζητήσουν νέες ασφαλιστικές ρυθμίσεις, καθώς οι οργανισμοί υγείας τους αποσύρθηκαν από το πρόγραμμα Medicare. Το αυστηρό σύστημα της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περιθαλψης- ειδικά το μοντέλο των οργανισμών υγείας- κλονιζόταν.

Αυτή η δραματική τροπή των γεγονότων οφείλεται στην αντεπανόσταση των παροχών. Τα νοσοκομεία συνενώθηκαν σε νοσοκομειακά συστήματα και απαίτησαν μεγάλες αυξήσεις στις τιμές των οργανισμών υγείας. Οι αυξανόμενες τιμές των φαρμάκων διαίρεσαν τα κέρδη των οργανισμών υγείας. Τα αυστηρά προγράμματα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περιθαλψης δεν παρείχαν πια πλεονέκτημα σε σχέση με πιο «χαλαρά» από οργανωτική πλευρά προγράμματα ως προς τη μείωση της χρήσης των νοσοκομείων από εσωτερικούς ασθενείς (Weinick & Cohen, 2000). Το 1999, η δαπάνη του μέσου οργανισμού που συμβαλλόταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία ήταν 3.494 δολάρια ανά υπάλληλο το χρόνο, μόλις λίγο παραπάνω από τη δαπάνη του μέσου οργανισμού υγείας των 3.215 δολαρίων (Orbach & dePeyster, 1999).

Πάνω από το 50% των οργανισμών υγείας έχασαν χρήματα το 1997 και το 1998. Ο οργανισμός Harvard Pilgrim Health Care, που κατετάγη ως ο καλύτερος οργανισμός υγείας της χώρας, έχασε 170 εκατομμύρια δολάρια το 1999. Αφού έχασε 90 εκατομμύρια δολάρια, το πρόγραμμα υγείας Kaiser έκλεισε τις εγκαταστάσεις του στη βορειοανατολική περιφέρεια το 1999, γεγονός που είχε αντίκτυπο σε 575.000 ανθρώπους. Την ίδια χρονιά, το πρόγραμμα υγείας HIP του Νιου Τζέρσι, με 200.000 μέλη, χρεοκόπησε και σταμάτησε. Το πρόγραμμα υγείας Oxford που κάλυπτε 1,9 εκατομμύρια άτομα, έχασε 300 εκατομμύρια δολάρια το 1997, με αποτέλεσμα η μετοχή του να μειωθεί κατά 62%. Οι τιμές των μετοχών, δύο από τους μεγαλύτερους οργανισμούς υγείας της χώρας, της Aetna U.S. Healthcare και της Humana, μειώθηκαν κατά 40% και 60% αντίστοιχα, από τον Ιανουάριο μέχρι το Σεπτέμβριο του 1999. Ανοδική πορεία σημείωσε μόνο ο αριθμός των άνεργων διοικητικών στελεχών των οργανισμών υγείας.

Οι ιατρικές ομάδες που αναλάμβαναν ρίσκο και οι ανεξάρτητοι ιατρικοί σύλλογοι (Κεφάλαιο 5) τα πήγαν ακόμα χειρότερα (Bodenheimer, 2000). Πολλοί από αυτούς τους ιατρικούς συλλόγους έκλεισαν μεταξύ του 1998 και του 2000 στην Καλιφόρνια, με χρέος εκατομμυρίων δολαρίων προς τους ιατρούς και αφήνοντας τους ασθενείς να αναζητούν νέους ιατρούς. Δύο από τις μεγαλύτερες εταιρείες διαχείρισης ιατρικών, η MedPartners και η FPA Medical

Management, υπέστησαν οικονομική κατάρρευση (Reinhardt, 2000), δημιουργώντας σημαντικές αναστατώσεις σε εκατοντάδες ιατρούς και εκατοντάδες χιλιάδες ασθενείς. Το μεγαλύτερο ενοποιημένο σύστημα παροχής φροντίδας της Πενσυλβανίας, το Ίδρυμα Allegheny για την Υγεία, την Εκπαίδευση και την Έρευνα, με περισσότερους από 700.000 εγγεγραμμένους ασθενείς χρεοκόπησε το 1998 και έπαυσε να λειτουργεί (Burns et al, 2000). Για τους οργανισμούς υγείας και τους οργανισμούς παροχών που αναλάμβαναν ρίσκο, τα χαμηλά ασφάλιστρα των μέσων της δεκαετίας του 1990 και οι αυξανόμενες δαπάνες των συναλλαγών δημιούργησαν οικονομική αστάθεια και χάος στην φροντίδα υγείας.

Η οικονομική ύφεση στην απόδοση των οργανισμών υγείας συνέπεσε με την αυξανόμενη δημόσια και ιατρική δυσανεμία με την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε μια έρευνα του 1999, το 72% του κοινού ανησυχούσε ότι ο οργανισμός υγείας τους ενδιαφερόταν περισσότερο για την εξοικονόμηση χρημάτων και λιγότερο για την παροχή της καλύτερης θεραπείας. Το 63% ένιωθαν ότι το πρόγραμμα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο οποίο ανήκαν τους δυσκόλευε να επισκεφτούν ειδικούς ιατρούς και το 61% ότι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μείωνε το χρόνο που θα μπορούσαν να συζητήσουν με τον ιατρό τους. Οι ιατροί επίσης αντιπαθούσαν την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα το 1999, το 95% παραπονέθηκαν ότι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αύξανε τη γραφική εργασία τους, το 83% ανέφεραν ότι μείωνε το χρόνο που αφιέρωναν στους ασθενείς τους και το 72% πίστευαν ότι έβλαπτε την ποιότητα. Οι διαπραγματεύσεις μεταξύ των παροχών φροντίδας υγείας και των οργανισμών έγιναν όλο και περισσότερο εχθρικές, με τη μία ή την άλλη πλευρά να αρνείται συχνά να υπογράψει συμβόλαια.

Προκειμένου να λύσουν τα οικονομικά τους προβλήματα, οι οργανισμοί υγείας απαιτούσαν περισσότερα χρήματα από τους εργοδότες. Τα ασφάλιστρα των οργανισμών υγείας αυξήθηκαν κατά 15% το 2003, την τρίτη συνεχόμενη χρονιά των διψήφιων αυξήσεων (Gabel, 2003). Οι αγοραστές άρχισαν να αμφισβητούν την ικανότητα ελέγχου δαπανών των οργανισμών υγείας.

ΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΥΜΒΕΙ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ;

Το 2001, η Pamela Neighbor έκλησε ακόμα ένα ραντεβού για την ετήσια επαναληπτική της εξέταση για τον καρκίνο του κόλπου. Η νομική εταιρεία που την προσέλαβε δεν συμβαλλόταν πλέον μ' έναν οργανισμό υγείας και αντί γι' αυτό επέτρεπε στους υπαλλήλους να επιλέξουν την ασφάλιση υγείας τους στα πλαίσια ενός προγράμματος με προκαθορισμένη εισφορά. Αν έμενε στον οργανισμό υγείας της, η Pamela θα πλήρωνε 50 δολάρια το μήνα και ο εργοδότης θα πλήρωνε τα υπόλοιπα. Αν άλλαζε και πήγαινε σ' έναν οργανισμό που συμβαλλόταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία, που κόστιζε 30 δολάρια το μήνα περισσότερο από τον οργανισμό, η Pamela θα πλήρωνε 80 δολάρια το μήνα για το μερίδιο του ασφαλιστρού της. Είχε γίνει μέλος ενός τέτοιου οργανισμού γιατί δεν ήταν ικανοποιημένη από τον ογκολόγο του οργανισμού υγείας. Όμως, έπρεπε να καταβάλει η ίδια τα πρώτα 2.000 δολάρια ανά έτος σε ιατρικούς λο-

γαριασμούς (αφαιρετέο ποσό 2.000 δολάρια) εκτός από το ασφάλιστρο των 80 δολαρίων το μήνα.

Το μέλλον των οργανισμών υγείας θα καθοριστεί από τις αποφάσεις των μεγάλων εργοδοτών και του προγράμματος Medicare. Μιλώντας υπέρ των πολλών εργοδοτών, ένας αρθρογράφος της *Wall Street Journal* έγραψε, «Όχι πολύ καιρό πριν, μερικοί αισιόδοξοι ασφαλιστές πρόβλεψαν ότι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα ήταν το αντίδοτο της χώρας στις ανεξέλεγκτες δαπάνες της φροντίδας υγείας. Όχι πια...Αν το σύστημα της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης δεν διαχειρίζεται πλέον τις δαπάνες, τι είδους μέλλον μπορεί να έχει;» (Rundle, 1999). Ο Robert Galvin (1999) διευθυντής του τομέα φροντίδας υγείας της General Electric, πρόσθεσε: «Με τις δαπάνες της φροντίδας υγείας σαφώς να αυξάνονται ξανά και την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη της πρώτης γενιάς να ωριμάζει και να οδηγεί την αγορά σε αδιέξοδο, είναι αναπόφευκτη μια δεύτερη «επανάσταση» των εργοδοτών.» Τί θα είναι η δεύτερη επανάσταση των εργοδοτών; Πιθανόν, η «επανάσταση» θα ονομάζεται «καθορισμένη εισφορά». Στην ουσία, αυτό σημαίνει ότι οι εργοδότες θα περιορίσουν την έκθεσή τους στις αυξανόμενες δαπάνες της φροντίδας υγείας μετατοπίζοντας τις αυξήσεις των δαπανών στους υπαλλήλους τους.

Καθορισμένη εισφορά

Στα πλαίσια της προσέγγισης της καθορισμένης εισφοράς, ο εργοδότης συνεισφέρει ένα καθορισμένο ποσό για την ασφάλιση υγείας του κάθε υπαλλήλου με τον υπάλληλο να καταβάλλει το υπόλοιπο- λιγότερα για ένα πρόγραμμα με χαμηλές δαπάνες και περισσότερα για ένα πρόγραμμα με υψηλές δαπάνες. Σε μερικά προγράμματα με καθορισμένη εισφορά (που επίσης ονομάζονται «προγράμματα υγείας από τους καταναλωτές»), ένα μέρος της εισφοράς του εργοδότη πηγαίνει σ' έναν λογαριασμό καταθέσεων ταμειωτήριου για ιατρικές δαπάνες (βλ. Κεφάλαιο 15). Οι εργοδότες ανησυχούν λιγότερο για τις δαπάνες της φροντίδας υγείας από τότε που είναι καθορισμένη η εισφορά τους και μπορούν να επιτρέπουν στους υπαλλήλους ελεύθερη επιλογή προγράμματος υγείας, αν και αυτή η επιλογή είναι αναπόφευκτα περιορισμένη για τους χαμηλόμισθους υπαλλήλους που δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά τα προγράμματα με υψηλότερες τιμές. Η καθορισμένη εισφορά μοιάζει πολύ με τον «διαχειριζόμενο ανταγωνισμό» (βλ. Κεφάλαιο 9), αν και αυτό το νέο μοντέλο είναι περισσότερο «ανταγωνισμός» παρά «διαχειριζόμενος»: οι εργοδότες φαίνονται να ενδιαφέρονται περισσότερο να αποσυνδεθούν από την φροντίδα υγείας παρά να τη διαχειριστούν.

Μερικοί εργοδότες έχουν αλλάξει προς ένα σύστημα καθορισμένης εισφοράς και πάνω από 50% σχεδιάζουν να μεταφερθούν σε ένα τέτοιο σύστημα στα επόμενα δέκα χρόνια (Christianson et al, 2002). Οι εργοδότες χρειάστηκαν 20 χρόνια για να διοχετεύσουν τους υπαλλήλους σε οργανισμούς υγείας· η αλλαγή προς την καθορισμένη εισφορά θα είναι εξίσου σταδιακή.

Με την καθορισμένη εισφορά, τι θα συνέβαινε στους οργανισμούς υγείας; Αν οι οργανισμοί υγείας εξακολουθούν να κοστίζουν περίπου το ίδιο με τους οργανισμούς που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία, οι περισσότεροι υπάλληλοι θα επέλεγαν τους λιγότερο

περιοριστικούς από αυτούς τους οργανισμούς. Οι οργανισμοί υγείας ΗΜΟ- με ελαφρώς φθηνότερα ασφαλιστρα και καθόλου αφαιρετέα ποσά- θα μπορούσαν να γίνουν τα προγράμματα υγείας για τους ανθρώπους με χαμηλό εισόδημα, ενώ οι οργανισμοί που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία θα ασφάλιζαν εκείνους με τα υψηλότερα εισοδήματα. Ως εναλλακτική λύση, οι οργανισμοί υγείας θα μπορούσαν να μεταμορφωθούν σε οργανισμούς οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης με λιγότερη οργάνωση που μοιάζουν με τους οργανισμούς που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία. Οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν ένα συνεκτικό σύνολο προϊόντων, συμπεριλαμβανομένων αρκετών τύπων οργανισμών υγείας και οργανισμών που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία.

Η προσέγγιση της καθορισμένης εισφοράς μπορεί να μην περιορίζεται στην ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη. Ο Πρόεδρος Bush και πολλά μέλη του Κογκρέσου και από τα δύο πολιτικά κόμματα τάσσονται υπέρ της μετατροπής του Medicare σε πρόγραμμα καθορισμένης εισφοράς. Ο νόμος του 2003 του Medicare ίσως αποτελεί βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση. Σύμφωνα με μια εκδοχή, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θα έδινε σε κάθε δικαιούχο του Medicare ένα κουπόνι για περίπου 5.000 δολάρια το χρόνο, αφήνοντας σε κάθε δικαιούχο να αγοράσει ασφάλιση υγείας σε μια ρυθμιζόμενη βάση κανονισμών αγοράς. Το κουπόνι θα κάλυπτε μέρος, αλλά όχι το σύνολο, του ασφαλιστρού υγείας (Oberlander, 2000). Οι δαπάνες του Medicare θα ήταν ίσες με τον αριθμό των δικαιούχων πολλαπλασιασμένο με την αξία του κουπονιού. Αυτές οι δαπάνες θα μπορούσαν εύκολα να ελεγχθούν από το Κογκρέσο το οποίο θα καθόριζε κάθε χρόνο την αξία του κουπονιού. Ενώ ενδεχομένως προετοιμάζει το έδαφος για μια προσέγγιση καθορισμένης εισφοράς, ο νόμος του 2003 του Medicare επίσης ανανεώνει την υποστήριξη του για τους οργανισμούς υγείας και τους οργανισμούς που συμβάλλονταν με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία του Medicare αυξάνοντας τις πληρωμές προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστές για κάθε εγγεγραμμένο δικαιούχο του Medicare.

Δεν μπορούμε να προβλέψουμε αν τα προγράμματα καθορισμένης εισφοράς- μέσω των εργοδοτών ή του Medicare- θα αποτελέσουν κυρίαρχο τρόπο χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας. Αυτά τα προγράμματα απομακρύνουν το κίνητρο από τους εργοδότες και την κυβέρνηση να ελέγχουν τις συνολικές δαπάνες της φροντίδας υγείας αφού αυτοί οι αγοραστές επικεντρώνονται στον περιορισμό της δικής τους μερίδας από την πίτα του προϋπολογισμού. Τα ασφαλιστρα αναπόφευκτα θα αυξάνονταν πιο γρήγορα από την αξία της εισφοράς του εργοδότη ή της κυβέρνησης, ως εκ τούτου δημιουργώντας μεγάλες αυξήσεις στις πληρωμές της ασφάλισης υγείας των καταναλωτών. Οι ανισότητες στην κάλυψη θα διευρύνονταν καθώς οι άνθρωποι με πιο διαθέσιμο εισόδημα συμπλήρωναν τις εισφορές με τις δικές τους πληρωμές για να γίνουν μέλη σε πιο ακριβά προγράμματα, ενώ οι άνθρωποι με πιο περιορισμένα οικονομικά μέσα θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά μόνο ό,τι θα μπορούσε να αγοράσει ένα κουπόνι καθορισμένης εισφοράς.

Ιδρύματα παροχών

Το μέλλον των ιδρυμάτων παροχών είναι αμφίβολο. Η συνένωση των νοσοκομείων σε νοσοκομειακά συστήματα δεν θα ανατραπεί αλλά οι περισσότεροι ιατροί δεν έχουν

ενταχθεί σε μεγαλύτερους οργανισμούς. Θα συνεχίσουν οι περισσότεροι ασθενείς να έχουν ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας για να συντονίζει τη φροντίδα τους ή θα επιστρέψει η ιατρική φροντίδα των Ηνωμένων Πολιτειών στο σύστημα που επικρατούσε πριν από την οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, χωρίς συντονισμό και υποκινούμενο από τις ειδικότητες; Θα εξακολουθήσουν οι περισσότεροι ιατροί να ασκούν το λειτούργημά τους σε μικρά ιατρεία ή θα ριζώσουν και θα αναπτυχθούν ομάδες ιατρών με πολλές ειδικότητες; Υπάρχει λαμπρό μέλλον για ένα ενοποιημένο σύστημα παροχής φροντίδας που θα συγχωνεύει τα νοσοκομεία και τα ιατρεία; Σ' αυτήν τη μεταβατική περίοδο, κανείς δεν μπορεί να είναι σίγουρος για τις απαντήσεις σ' αυτά τα ερωτήματα.

Οποιοδήποτε οργανισμοί και οποιεσδήποτε διαδικασίες υπερισχύσουν στη φροντίδα του 21^{ου} αιώνα, οι περισσότεροι οργανισμοί παρόχων θα είναι ιδιωτικοί. Δεν είναι σαφές αν οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί θα αναπτυχθούν ή θα παρακμάσουν· τα μεγάλα σκάνδαλα της δόλιας χρέωσης, των μη απαραίτητων χειρουργικών επεμβάσεων και της οικονομικής κακοδιαχείρισης οδήγησαν δύο από τις μεγαλύτερες αλυσίδες κερδοσκοπικών νοσοκομείων – την Columbia/ HCA και την Tenet- να περιορίσουν το μέγεθος των νοσοκομειακών τους συστημάτων.

Οι οργανωμένοι αγοραστές, ιδιαίτερα οι εργοδότες, θα είναι λιγότερο άμεσα αναμεμιγμένοι στη διαχείριση των προγραμμάτων υγείας και των δαπανών υγείας, αφήνοντας τους μεμονωμένους καταναλωτές να παλεύουν με την αγορά της ιατρικής φροντίδας υγείας. Οι ανισότητες στην κάλυψη μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων θα διευρυνθούν και ο έλεγχος των δαπανών πιθανόν θα παραμείνει άπιαστο όνειρο. Η επιχειρηματικότητα στην ιατρική ή εξακολουθήσει να δημιουργεί διαμάχες μεταξύ της επαγγελματικής δέσμευσης των παροχών φροντίδας υγείας προς την ευημερία των ασθενών και της πιστωτικής υπευθυνότητας των διευθυντών των επιχειρήσεων να κερδίζουν χρήματα για τα ιδρύματα και τους επενδυτές τους. Η δέσμευση όλων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας προς τις ηθικές αρχές της ευημερίας, της μη πρόκλησης βλάβης, της αυτονομίας των ασθενών και της διανεμητικής δικαιοσύνης θα δοκιμαστεί σε καθημερινή βάση στο περιβάλλον της φροντίδας υγείας του 21^{ου} αιώνα στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου θα κυριαρχούν οι επιχειρήσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anders G: *Health Against Wealth: HMOs and the Breakdown of Medical Trust*. Boston, Houghton Mifflin Company, 1996.
- Bergthold L: *Purchasing Power in Health*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1990.
- Bergthold L: The fat kid on the seesaw: American business and health care cost containment, 1970–1990. *Ann Rev Public Health* 1991;12:157.
- Bodenheimer T: California's beleaguered physician groups—will they survive? *N Engl J Med* 2000;342:1064.
- Burns LR et al: The fall of the house of AHERF: the Allegheny bankruptcy. *Health Aff* 2000;19(1):7.
- Cantor JC et al: Business leaders' views on American health care. *Health Aff* 1991;10(1):98.
- Christianson JB et al: Defined-contribution health insurance products: development and prospects. *Health Aff* 2002;21(1):49.

- Davis MH, Burner ST: Three decades of Medicare: What the numbers tell us. *Health Aff* 1995;14(4):231.
- Families USA Foundation: Premium Pay. Washington, Families USA Foundation, 1998.
- Gabel J et al: Health benefits in 2003. *Health Aff* 2003;22(5):117.
- Galvin R: An employer's view of the U.S. health care market. *Health Aff* 1999;18(6):166.
- Hall SS: Prescription for profit. *New York Times Magazine*, March 11, 2001.
- Harris G: Adverse reaction. *The Wall Street Journal*, April 23, 2001.
- Iglehart JK: Medicare and prescription drugs. *N Engl J Med* 2001; 344:1010.
- Kennedy P: *The Rise and Fall of the Great Powers*. New York, Random House, 1987.
- Kreling DH et al: Prescription Drug Trends: A Chartbook Update. Kaiser Family Foundation, 2001.
- Kuttner R: Columbia/HCA and the resurgence of the for-profit hospital business. *N Engl J Med* 1996;335:362, 446.
- Kuttner R: *Revolt of the Haves*. New York, Simon & Schuster, 1980.
- Law SA: *Blue Cross: What Went Wrong?* New Haven, CT, Yale University Press, 1974.
- Oberlander J: Is premium support the right medicine for Medicare? *Health Aff* 2000;19(5):84.
- Orbach NF, dePeyster J: Will PPOs knock down the competition? *Business Health* 1999;17:27.
- Reinhardt UE: Reorganizing the financial flows in U.S. health care. *Health Aff* 1993;12(Suppl):172.
- Reinhardt UE: The rise and fall of physician practice management industry. *Health Aff* 2000;19(1):42.
- Relman AS: Shattuck lecture: The health care industry: Where is it taking us? *N Engl J Med* 1991;325:854.
- Relman AS: The choices for healthcare reform. Pennsylvania Blue Shield Institute, 1992.
- Reinhardt UE: An information infrastructure for the pharmaceutical market. *Health Aff* 2004;23(1):107.
- Robinson JC: The end of managed care. *JAMA* 2001;285:2622.
- Rundle RL: Can managed care manage costs? *The Wall Street Journal*, August 9, 1999.
- Smith MD et al: Taking the public's pulse on health system reform. *Health Aff* 1992;11(2):125.
- Starr P: *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982.
- Stolberg SG, Gerth J: How companies stall generics and keep themselves healthy. *New York Times*, July 23, 2000.
- Weinick RM, Cohen JW: Leveling the playing field: managed care enrollment and hospital use, 1987–1996. *Health Aff* 2000; 19(3):178.
- Woolhandler S, Himmelstein DU: Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997;336:769.
- Zelman WA: *The Changing Health Care Marketplace*. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

Ένα σύστημα φροντίδας υγείας είναι τόσο καλό όσο και οι άνθρωποι που εργάζονται σ' αυτό. Ο πιο πολύτιμος πόρος στην φροντίδα υγείας δεν είναι η πιο εξελιγμένη τεχνολογία ή οι εγκαταστάσεις, αλλά οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας και οι άλλοι εργαζόμενοι που αποτελούν τους ανθρώπινους πόρους του συστήματος φροντίδας υγείας. Το εργατικό δυναμικό της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες δουλεύει σκληρά στο μεταβαλλόμενο σκηνικό ενός συστήματος σε μεταβατικό στάδιο. Τι προμηνύουν αυτές οι αλλαγές για τους ιατρούς, τις νοσηλεύτριες και τους άλλους επαγγελματίες του τομέα υγείας; Αν και το περιβάλλον της φροντίδας υγείας του 2004 είναι διαφορετικό από το αντίστοιχο του 1994, είναι δύσκολο να προβλέψουμε τη μορφή του συστήματος φροντίδας υγείας του 2014. Αυτή η αβεβαιότητα «θαμπώνει» μια από τις πιο βασικές ερωτήσεις για την πολιτική του εργατικού δυναμικού της φροντίδας υγείας: πόσους ιατρούς, νοσηλεύτριες, φαρμακοποιούς και άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας χρειάζονται οι Ηνωμένες Πολιτείες; Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι ειδικοί προέβλεψαν ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες κατευθύνονταν προς μια πληθώρα ιατρών και νοσηλευτριών, πιστεύοντας ότι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα μείωνε τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών και της νοσοκομειακής φροντίδας (Επιτροπή Pew για τα Επαγγέλματα Υγείας –Pew Health Professions Commission, 1995). Μέχρι το 2001, υπήρχε ομοφωνία πως οι Ηνωμένες Πολιτείες αντιμετώπιζαν μια έλλειψη σε νοσηλεύτριες και οι αναλυτές ξεκίνησαν νέο γύρο δημόσιων συζητήσεων σχετικά με το αν η χώρα είχε πάρα πολλούς ή πολύ λίγους ιατρούς ή το σωστό αριθμό αυτών.

Στο παρόν κεφάλαιο, αναλύονται τα τρία μεγαλύτερα επαγγέλματα υγείας της χώρας- οι νοσηλεύτριες, οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί (Πίνακας 17-1). Γίνεται μια επισκόπηση των τάσεων στην παροχή των εν λόγω επαγγελματιών και αναλύονται αυτές οι τάσεις στο πλαίσιο των εκτιμήσεων της απαιτούμενης ανάγκης. Επιπλέον, το κεφάλαιο εστιάζεται στη δημογραφία των επαγγελματιών αυτών, ειδικά στους αυξανόμενους αριθμούς γυναικών επαγγελματιών της φροντίδας υγείας και στη συνεχιζόμενη πρόκληση της παραγωγής ενός εργατικού δυναμικού φροντίδας υγείας που αντανακλά την πλούσια φυλετική και εθνολογική ποικιλία του πληθυσμού της χώρας.

ΠΡΟΣΦΟΡΑ & ΖΗΤΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ιατροί

Η Susan Gasser πέρασε στην ιατρική το 1997. Κατά τη διάρκεια των σπουδών της, είχε εργαστεί στο εργαστήριο ενός αναισθησιολόγου, γεγονός που την έκανε να σκεφτεί σοβαρά μια καριέρα στη συγκεκριμένη ειδικότητα. Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ιατρικής, οι έντονες συζητήσεις μεταξύ των τεταρτοετών φοιτητών αφορούσαν στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες εργασίας στην αναισθησιολογία τείνουν να γρήγορα. Οι οργανισμοί υγείας ήθελαν περισσότερους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας και όχι περισσότερους ειδικούς ιατρούς. Σχεδόν κανένας από τους τεταρτοετείς φοιτητές δεν έκανε αίτηση για προγράμματα ειδίκευσης στην αναισθησιολογία εκείνη τη χρονιά. Η Susan άρχισε να σκέφτεται περισσότερο να γίνει ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στο τρίτο έτος, είχε μια ευχάριστη εμπειρία στα πλαίσια της εναλλακτικής και της ενασχόλησης με την οικογενειακή ιατρική εργαζόμενη σ' ένα κοινοτικό κέντρο υγείας και

Πίνακας 17-1. Αριθμός εν ενεργεία εργαζομένων σε επιβεβλημένα επαγγέλματα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, ανά επάγγελμα και έτος.

Νοσηλευτές (2000)	2.201.813
Νοσηλευτές με εξειδίκευση	196.279
Ιατροί (1999)	777.607
Φαρμακοποιοί (2000)	196.011
Οδοντίατροι (1998)	130.836
Φυσιοθεραπευτές (1998)	111.480
Χειροπρακτικοί (1996)	57.558
Ψυχολόγοι (1998)	29.937
Ιατρικοί βοηθοί (1999)	28.433
Οπτομέτρες (1998)	23.500

Παρατηρήσεις: οι νοσηλευτές με εξειδίκευση είναι μια υποομάδα νοσηλευτών. Η μέτρηση των ιατρών αποκλείει τους ιατρούς που προσλαμβάνονται από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση.

(Πηγές: Pasko T., Seidman B., Birkhead S.: Physician Characteristics and Distribution in the U.S.: 2000-2001 Edition. American Medical Association, 2001; Bureau of Health Professions, 2000; Bureau of Health Professions, 2001; Bureau of Health Professions, State Health Workforce Profiles, 2000, available at www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/profiles/default/htm.)

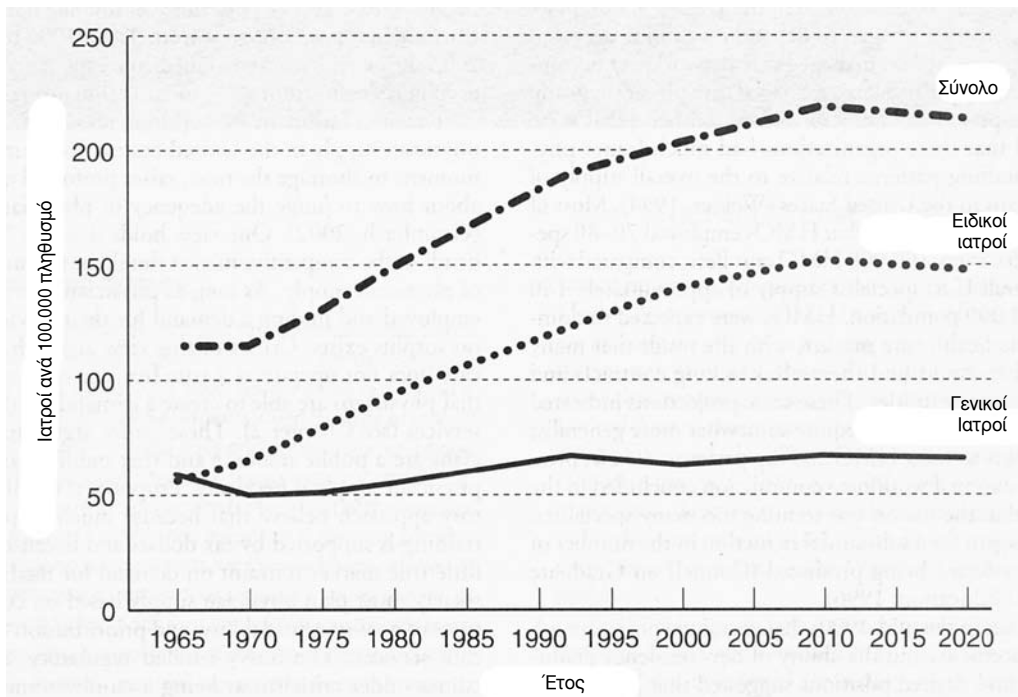
άρχιζε να σχεδιάζει να κάνει αίτηση για εξειδίκευση στην οικογενειακή ιατρική.

Στην αρχή του τέταρτου έτους, η Susan πέρασε ένα μήνα στο ιατρείο ενός οικογενειακού ιατρού στα προάστια, του Δρ. Woe, ο οποίος συχνά τής επεσήμαινε τις πιέσεις που αισθανόταν να ξεετάζει περισσότερους ασθενείς και τον τρόπο με τον οποίο το εισόδημά του είχε μειωθεί λόγω των μειωμένων αμοιβών από τα προγράμματα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ανέφερε ότι η τοπική ομάδα αναισθησιολόγων αντιμετώπιζε δυσκολίες στο να βρει ένα νέο αναισθησιολόγο να γίνει μέλος αυτής για να βοηθήσει να συμβαδίσουν με το σύνολο των επεμβάσεων που πραγματοποιούνταν στην περιοχή. Η ομάδα εγγυώταν μισθό πρώτου έτους διπλάσιο απ' αυτόν που κέρδιζε ο Δρ. Woe ως έμπειρος οικογενειακός ιατρός. Η Susan γρήγορα άρχισε να σκέφτεται ξανά να κάνει αίτηση για τα προγράμματα ειδίκευσης στην αναισθησιολογία.

Περίπου 780.000 ιατροί είναι επαγγελματίες εν ενεργεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Περίπου ένας στους εννιά ιατρούς στη χώρα αυτή εκπαιδεύεται ακόμα και είναι εγγεγραμμένος σ' ένα πρόγραμμα ειδικότητας ή υποτροφίας. Από τους ιατρούς που έχουν ολοκληρώσει την ειδικότητα, πάνω από το 90% είναι εν ενεργεία πρωταρχικά ως ιατρικοί επαγγελματίες που ασχολούνται με την φροντίδα των ασθενών και το υπόλοιπο ποσοστό είναι πρωταρχικά εν ενεργεία στη διδασκαλία, την έρευνα ή τη διοίκηση (Pasko et al, 2000). Η προσφορά ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία 50 χρόνια, ξεπερνώντας την αύξηση του πληθυσμού της χώρας. Το 1965, υπήρχαν 115 εν ενεργεία ιατροί ανά 100.000 ανθρώπους, εκτός από τους ιατρούς

που ακόμα ειδικεύονταν. Το 2000, η αναλογία είχε αυξηθεί στους 200 εν ενεργεία ιατρούς ανά 100.000 ανθρώπους (Σχήμα 17-1), μια αύξηση στην προσφορά των ιατρών της τάξης σχεδόν του 75%, ακόμα και αφού αναλύθηκε η αύξηση στον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών. Ουσιαστικά το σύνολο της αύξησης στον αριθμό των ιατρών κατά κεφαλήν εξηγείται από μια αύξηση στον αριθμό των ειδικών ιατρών. Ένα σύστημα εκπαίδευσης που εκτιμά την εξειδίκευση και η γοητεία των μεγαλύτερων εισοδημάτων προσέλκυσαν μια αυξανόμενη αναλογία πτυχιούχων φοιτητών ιατρικής στις ειδικότητες. Μεταξύ του 1965 και του 2000, ο αριθμός των ειδικών ιατρών κατά κεφαλήν τριπλασιάστηκε, ενώ ο αριθμός των γενικών ιατρών παρέμεινε σχετικά σταθερός. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο λόγος των ειδικών ιατρών προς τους γενικούς ιατρούς στις Ηνωμένες Πολιτείες να αυξηθεί από 1:1 το 1965 σε 2:1 το 2000.

Το 1981, μια εξέχουσα εθνική επιτροπή εργατικού δυναμικού προειδοποίησε ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες δημιούργουσαν πολύ μεγάλο αριθμό ειδικών ιατρών και ζήτησε δημοσίους κανονισμούς για τη συγκράτηση της περαιτέρω αύξησης (Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή Αποφοίτων Ιατρικής Εκπαίδευσης –Graduate Medical Education National Advisory Committee, 1981). Η επιτροπή βάσισε τις συστάσεις της σε μια περιεκτική ανάλυση των τύπων των ιατρικών υπηρεσιών που θεωρούνταν κατάλληλες για τη χώρα και της παραγωγικότητας των εν ενεργεία ιατρών, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η χώρα εκπαιδεύει περισσότερους ιατρούς απ' ό τι χρειαζόταν. Πολλοί αναλυτές υποστήριξαν ότι η συνεχής αύξηση της παροχής των ιατρών θα επιβάρυνε τις δαπάνες φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών χωρίς απαραίτητα να ενισχύει την πρόσβαση των ασθενών



Σχήμα 17-1. Εν ενεργεία ιατροί στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σημείωση: Τα στοιχεία, πέρα από το 1992 είναι εκτιμημένες προβολές με βάση τη συνέχιση των μοτίβων εκπαίδευσης και συνταξιοδότησης του 1992. (Πηγή: Council on Graduate Medical Education (COGME): Patient care physician supply and requirements: testing COGME recommendations. U.S. Department of Health and Human Services, 1996 IHRSA-P-DM 95-31.).

στην κατάλληλη φροντίδα (Grumbach & Lee, 1991).

Οι περισσότερες χώρες επιτρέπουν στις δημόσιες υπηρεσίες να ρυθμίζουν τον αριθμό των θέσεων εκπαίδευσης σε αντάλλαγμα της χρηματοδότησης των δαπανών των φροντίδας υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όμως, οι απόπειρες θέσπισης αυτού του τύπου κανονισμού έχουν κατ' επανάληψη απορριφθεί παρά τα δισεκατομμύρια των δολαρίων των φόρων που δαπανά η ομοσπονδιακή κυβέρνηση κάθε χρόνο στην ιατρική εκπαίδευση. Ενώ κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και των πρώτων χρόνων της δεκαετίας του 1990 εκφράστηκαν ανησυχίες για εμφανιζόμενο πλεόνασμα ιατρών και ανισορροπία στην κατανομή των ειδικοτήτων, οι ιατρικές σχολές και τα νοσοκομεία της χώρας εξακολουθούσαν να «παράγουν» όλο και περισσότερους ειδικούς ιατρούς. Το σύστημα της φροντίδας υγείας γρήγορα απορρόφησε αυτούς τους νέους ιατρούς, με τα ιατρικά εισοδήματα να αυξάνονται σταθερά. Οι περισσότεροι ιατροί εξακολουθούσαν να έχουν εργασία και είχαν άφθονες ευκαιρίες άσκησης του λειτουργήματος, αν και προέκυψαν αμφιβολίες σχετικά με το αν όλες οι υπηρεσίες που παρείχαν ήταν κατάλληλες από ιατρικής πλευράς.

Η υπεροχή της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τη δεκαετία του 1990 έδωσε ώθηση σ' ένα νέο κύμα ανησυχιών σχετικά με τον κορεσμό από ειδικούς ιατρούς (Grumbach, 2002). Αν και προηγούμενες προσπάθειες καθορισμού του κατάλληλου αριθμού ιατρών για τη χώρα βασίζονταν σε περίπλοκα αναλυτικά μοντέλα που επιχειρούσαν να εκτιμήσουν τις ανάγκες της φροντίδας υγείας του πληθυσμού και να μεταφέρουν αυτές τις ανάγκες στο μέλλον, η συζήτηση του εργατικού δυναμικού για την εποχή της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κατέληξε σ' ένα απλούστερο ζήτημα: θα ήταν ικανοί οι ιατροί να βρουν δουλειές σε μια αγορά φροντίδας υγείας όπου κυριαρχούσαν τα μεγάλα προγράμματα οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης; Καθώς η ορμή της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αυξανόταν στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι ευκαιρίες άσκησης του λειτουργήματος άρχιζαν να εξαρτώνται από την απόκτηση πρόσβασης σε επιλεκτικά συμβόλαια στα δίκτυα της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή από το να γίνει κάποιος υπάλληλος μεγάλης ιατρικής ομάδας οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (βλ. Κεφάλαιο 16). Μελέτες καλά εδραιωμένων οργανισμών υγείας έδειξαν ότι αυτοί οι οργανισμοί είχαν πολύ ανίσχυρα μοτίβα ιατρικού προσωπικού σχετικά με τη συνολική προσφορά των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες (Weiner, 1994). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες έδειξαν ότι οργανισμοί υγείας HMO προσλάμβαναν 70- 80 ειδικούς ιατρούς για κάθε 100.000 μέλη τους, σε σύγκριση με τη συνολική προσφορά ιατρών στη χώρα των περίπου 140 ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού. Αναμενόταν από τους οργανισμούς υγείας HMO να κυριαρχήσουν στην αγορά της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα πολλοί ειδικοί ιατροί να βρίσκονται χωρίς συμβόλαια και ευκαιρίες εργασίας. Σύμφωνα μ' αυτές τις ίδιες προβλέψεις, η χώρα θα χρειαζόταν κατά κάποιο τρόπο περισσότερους γενικούς ιατρούς για να ταιριάζει με τα μοτίβα ιατρικού προσωπικού των οργανισμών υγείας HMO. Μια νέα και περίβληπη εθνική επιτροπή εργατικού δυναμικού κατέληξε στο συμπέρασμα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 ότι η χώρα εκπαιδεύει πάρα πολλούς ειδικούς ιατρούς και έκανε έκκληση ξανά για σημαντική μείωση στον αριθμό των νέων ιατρών που δημιουργούνται (Συμβούλιο για την Ιατρική Εκπαίδευση των Αποφοίτων

–Council on Graduate Medical Education, 1996).

Σύμφωνα με μελέτες στα μέσα της δεκαετίας του 1990 που εξέτασαν τις αγγελίες για ιατρούς και την ικανότητα για τους νέους αποφοίτους των ειδικοτήτων να βρουν επιθυμητές θέσεις, οι προβλέψεις για περιορισμένες ευκαιρίες εργασίας για τους ειδικούς ιατρούς όντως έβγαιναν πραγματικότητα (Seifer, 1996, Miller et al, 1997). Οι σπουδαστές της ιατρικής ανταποκρίθηκαν σ' αυτά τα καλέσματα της αγοράς και ο αριθμός των αποφοίτων που επέλεγαν ορισμένες ειδικότητες υψηλού προφίλ μειώθηκε κατακόρυφα. Ο αριθμός των τεταρτοετών ιατρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες που επέλεγαν την αναισθησιολογία μειώθηκε από 163 το 1994 σε 43 το 1996 και ο αριθμός αυτών που επέλεγαν την ακτινολογία μειώθηκε από 243 το 1996 σε μόνο 79 ένα χρόνο αργότερα (Pugno et al, 2003). Κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου, ο αριθμός των αποφοίτων που επέλεγαν τα προγράμματα γενικής ιατρικής για ειδικότητα σταθερά αυξανόταν.

Ακριβώς όταν η χώρα φαινόταν να κινείται ορμητικά προς μια νέα εποχή στην οποία μια ισχυρή συμμαχία φιλάργυρων αγοραστών και ασφαλιστών θα αναδιαμόρφωνε το ιατρικό εργατικό δυναμικό, τα ρεύματα της αγοράς της φροντίδας υγείας απότομα άλλαξαν κατεύθυνση. Όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 16, οι οργανισμοί υγείας κλονίζονται εν όψει μιας αντίδρασης της οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το σύστημα φροντίδας υγείας της Αμερικής φαίνεται να κατευθύνεται προς μια άλλη επεκτατική φάση αυξανόμενων δαπανών και λιγότερης οργάνωσης και να υποχωρεί από ένα περιφερειακό μοντέλο φροντίδας, το οποίο προσανατολιζόταν προς την πρωτοβάθμια φροντίδα. Το 2001, είχε λάβει χώρα μια ανανέωση των ευκαιριών εργασίας για τους ειδικούς ιατρούς. Μελέτες που έγιναν σε ό,τι αφορά τους αποφοίτους ειδικότητας έδειξαν ότι οι περισσότεροι απόφοιτοι αυτοί αντιμετώπιζαν μικρή δυσκολία στην εύρεση επιθυμητής θέσης για αρχική εξάσκηση του λειτουργήματος. Ο αριθμός των αποφοίτων από ιατρικές σχολές των Ηνωμένων Πολιτειών που επέλεγαν προγράμματα ειδικότητας ανέκαμψε. Το 2000, η «βουτιά» στους αριθμούς των ατόμων για τις ειδικότητες της αναισθησιολογίας και της ακτινολογίας είχε σταματήσει (Pugno et al, 2003). Την ίδια στιγμή, η εγγραφή των αποφοίτων από ιατρικές σχολές των Ηνωμένων Πολιτειών σε προγράμματα γενικής ιατρικής άρχιζαν να μειώνονται. Το ποσοστό των μη συμπληρωμένων θέσεων για εξειδίκευση στην οικογενειακή ιατρική αυξήθηκε από 9% το 1996 σε 24% το 2003. Η εσωτερική ιατρική πρωτοβάθμιας φροντίδας βίωσε μείωση της τάξης του 44% στους ειδικευόμενους από το 1997 ως το 2003 (Pugno et al, 2003).

Η αμφιταλάντευση στις αντιλήψεις σχετικά με το καθεστώς της παροχής των ιατρών στις Ηνωμένες Πολιτείες, από το πλεόνασμα τη μια στιγμή στην έλλειψη την επόμενη, δημιουργεί καίρια ερωτήματα σχετικά με το πώς να κρίνεται η επάρκεια της παροχής αυτών (Grumbach et al, 2002). Σύμφωνα με μια άποψη, το «αόρατο χέρι» της ανταγωνιστικής αγοράς πρέπει να είναι ο μόνος ρυθμιστής στην προσφορά των ιατρών. Εφόσον οι ιατροί προσλαμβάνονται, έχουν κέρδος και υπάρχει ζήτηση για τις υπηρεσίες τους, δεν υπάρχει πλεόνασμα. Αυτοί που ασκούν κριτική σ' αυτήν την άποψη υποστηρίζουν ότι η φροντίδα υγείας δεν λειτουργεί ως σύστημα αληθινής ελεύθερης αγοράς και ότι οι ιατροί μπορούν να δημιουργήσουν ζήτηση για τις υπηρεσίες τους (βλ. Κεφάλαιο 2). Τα άτομα που ασκούν κριτική υποστηρίζουν ότι οι ιατροί είναι δημόσιος πόρος

και πως είναι απαραίτητος ο δημόσιος σχεδιασμός της παροχής ιατρών. Οι υποστηρικτές αυτής της ρυθμιστικής προσέγγισης πιστεύουν ότι επειδή ένα μεγάλο μέρος της ιατρικής εκπαίδευσης υποστηρίζεται από τα δολάρια των φόρων και επειδή υπάρχει ελάχιστος αληθινός περιορισμός της αγοράς στη ζήτηση για φροντίδα υγείας, η κοινωνία πρέπει να σχεδιάσει την παροχή των ιατρών με βάση τα ζητήματα της ποιότητας, της προτεραιότητας και του οικονομικά προσιτού των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η καταπιεστική ρυθμιστική προσέγγιση υφίσταται κριτική πως είναι μηελαϊδική διαδικασία που μπορεί να μην ανταποκρίνεται εγκαίρως σ' ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον φροντίδας υγείας και μπορεί να δεσμευτεί από ομάδες έννομων συμφερόντων. Χρειάζεται ισορροπία μεταξύ του αόρατου χεριού της αγοράς και του καταπιεστικού και αυστηρού κυβερνητικού κανονισμού για τον καθορισμό μιας πολιτικής για το ιατρικό εργατικό δυναμικό (Grumbach, 2002).

Νοσηλεύτές

Η Felicia Comfort έχει εργαστεί 20 χρόνια ως πτυχιούχος αδελφή νοσηλεύτρια σε νοσοκομειακούς ιατρικούς-χειρουργικούς θαλάμους. Αν και η δουλειά πάντα ήταν δύσκολη, η Felicia το βρήκε ικανοποιητικό να φροντίζει ασθενείς όταν είναι σοβαρά άρρωστοι και χρειάζονται τις κλινικές ικανότητες και τη συμπόνια μιας καλής νοσηλεύτριας. Αλλά τελευταία η δουλειά φαίνεται ακόμα πιο δύσκολη. Οι πιέσεις να βάζουν και να βγάζουν τους ασθενείς από το νοσοκομείο όσο το δυνατόν συντομότερα έχει σαν αποτέλεσμα οι μόνοι ασθενείς που καταλαμβάνουν νοσοκομειακές κλίνες να είναι εκείνοι που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες και χρειάζονται τεράστια νοσηλευτική φροντίδα. Στα 45 της, η Felicia θεωρεί ότι η πλάτη της δεν μπορεί να αντέχει το σωματικό κόπο της μετακίνησης ασθενών στο κρεβάτι τους. Ακόμα χειρότερα, το νοσοκομείο πρόσφατα αποφάσισε να αναδιοργανώσει το προσωπικό του ως μέθοδο ανάσχεσης δαπανών και προέλαβε περισσότερες βοηθούς νοσηλεύτριες και λιγότερες πτυχιούχους νοσηλεύτριες, γεγονός που αυξάνει τις ευθύνες της Felicia, με αποτέλεσμα να αποφασίσει ότι είναι καιρός για αλλαγή. Πάνει δουλειά ως επισκέπτρια νοσηλεύτρια σε μια υπηρεσία παροχής κατ' οίκου φροντίδας στην υγεία και παρέχει υπηρεσίες στους ασθενείς αφού πάβουν εξιτήριο από το νοσοκομείο. Τής αρέσει ο ρυθμός της καινούριας της δουλειάς και θεωρεί ότι η μεγαλύτερη κλινική ανεξαρτησία είναι αναζωογονητική μετά από τα χρόνια που πέρασε να ασχολείται με την αυστηρή νοσοκομειακή οργάνωση για τις νοσοκόμες και τους ιατρούς.

Οι πτυχιούχοι νοσηλεύτές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο επάγγελμα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2000, χορηγήθηκε άδεια σχεδόν σε 2.700.000 πτυχιούχοι νοσηλεύτές στη χώρα (Γραφείο Επαγγελματών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2001). Περίπου το 80% των νοσηλευτών- κατόχων άδειας απασχολούνται ενεργά σε δουλειές του κλάδου τους και οι περισσότεροι έχουν πλήρες ωράριο απασχόλησης. Ο αριθμός των νοσηλευτών με πλήρες ωράριο απασχόλησης που αντιστοιχεί σε 100.000 άτομα του πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ του 1975 και του 1995 (Σχήμα 17-2). Όμως, η αύξηση σταμάτησε τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990. Το 2000, το 59% των νοσηλευτών

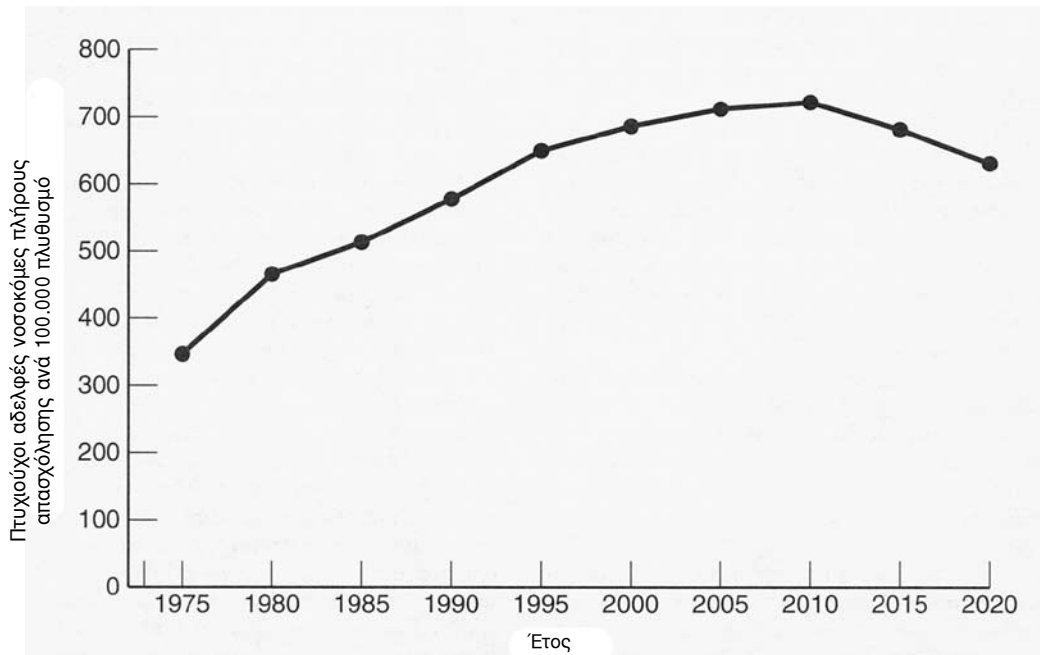
εργάζονταν σε νοσοκομεία, κάτω από τα 2/3 πριν από μια δεκαετία (Γραφείο Επαγγελματών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2001). Ο πιο ραγδαία αναπτυσσόμενος τομέας απασχόλησης για τους νοσηλευτές τις δεκαετίες του 1980 και του 1990 ήταν η κατ' οίκου φροντίδα υγείας.

Το 1998, τα νοσοκομεία άρχισαν να βιώνουν σημαντική έλλειψη σε νοσηλευτές (Spetz & Given, 2003). Καθώς οι επιλογές για καριέρα για τις γυναίκες είχαν διευρυνθεί (συμπεριλαμβανομένων των ευκαιριών να γίνουν ιατροί), η εγγραφή νεαρών γυναικών σε νοσηλευτικές σχολές μειώθηκε (Buerhaus et al, 2000). Το αποτέλεσμα είναι ένα νοσηλευτικό δυναμικό που γερνά με ραγδαίους ρυθμούς. Η μέση ηλικία των εργαζόμενων νοσηλευτών αυξήθηκε από τα 37,9 χρόνια το 1980 στα 42,4 το 2000 και προβλέπεται ότι θα φτάσει τα 45 χρόνια το 2010 (Buerhaus et al, 2000, Buerhaus et al, 2003). Το 2010, οι μισοί πτυχιούχοι νοσηλευτές αναμένεται να είναι πάνω από 50 χρόνων (Buerhaus et al, 2003).

Πολλοί από τους ίδιους που πίστευαν ότι η οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα αναδιοργάνωνε το ιατρικό εργατικό δυναμικό επίσης πρόβλεψαν μείωση της ανάγκης για νοσηλευτές στα νοσοκομεία. Μια σταθερή τάση προς τη μείωση των νοσοκομείων προβλεπόταν καθώς γινόταν πιο σύντομη η διάρκεια παραμονής των εσωτερικών ασθενών, οι χειρουργικές επεμβάσεις από νοσηλείες εσωτερικών ασθενών άλλαξαν και γίνονταν περιπατητικές διαδικασίες εξωτερικών ασθενών και η διαχείριση των πληρωμών ασκούσε πίεση στις μη απαραίτητες εισαγωγές στο νοσοκομείο. Αυτές οι τάσεις ήταν βραχύβιες και η απαίτηση για πτυχιούχους νοσηλευτές στα νοσοκομεία θα αυξηθεί κατά 40% τα επόμενα 20 χρόνια (Γραφείο Επαγγελματών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2002).

Τα νοσοκομεία αντέδρασαν αυξάνοντας τους μισθούς των πτυχιούχων νοσηλευτών προκειμένου να προσελκύσουν περισσότερους (Spetz & Given, 2003). Οι πιο ηλικιωμένες νοσηλεύτριες που είχαν πάρει σύνταξη και οι νοσηλεύτριες που ήρθαν από το εξωτερικό έχουν ενσωματωθεί στο εργατικό δυναμικό, με αποτέλεσμα η πρόσληψη των διπλωματούχων νοσηλευτών να αυξάνεται κατά 100.000 ανάμεσα στο 2001 και το 2002. Αυτές οι εξελίξεις παρέχουν προσωρινή ανακούφιση από την έλλειψη νοσηλευτών αλλά μακροπρόθεσμα η κρίση θα γίνει πιο βαθιά αν δεν αποφοιτήσουν περισσότερες νεαρές γυναίκες και περισσότεροι νεαροί άνδρες από νοσηλευτικές σχολές. Η τωρινή δυσχέρεια είναι η έλλειψη κενών θέσεων στις νοσηλευτικές σχολές. Το 2002 δεν επετράπη η εγγραφή σε νοσηλευτικές σχολές σε περισσότερους από 5.000 αιτούντες που διέθεταν τα προσόντα (Buerhaus et al, 2003).

Επειδή το μειωμένο νοσηλευτικό προσωπικό σχετίζεται με την αυξημένη θνησιμότητα των εσωτερικών ασθενών, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (Aiken et al, 2002, Spetz & Given, 2003), για το θέμα της στελέχωσης του προσωπικού με πτυχιούχους νοσηλευτές έχουν γίνει δυναμικοί αγώνες. Αν και ο αριθμός των αντίστοιχων νοσηλευτών με πλήρες ωράριο απασχόλησης που εργάζονται στα νοσοκομεία μειώθηκε τη δεκαετία του 1990, ο αριθμός των ασθενών στα νοσοκομεία επίσης μειώθηκε. Οι περισσότερες μελέτες δεν εντόπισαν μείωση στον αριθμό των πτυχιούχων νοσηλευτών σχετικών με τον αριθμό των ασθενών που καταλαμβάνουν τις νοσοκομειακές κλίνες (Buerhaus & Staiger, 1999, Spetz, 1999, Spetz, 2000). Επομένως πώς εξηγείται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μειώθηκε στα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών; Μια εξήγηση είναι ότι οι μελέτες του συνόλου των τάσεων του



Σχήμα 17-2. Εν ενεργεία νοσηλεύτριες ανά 100.000 πληθυσμό στις ΗΠΑ.

νοσηλευτικού προσωπικού δεν λαμβάνουν υπόψη την τεράστια παραλλαγή στη στελέχωση μεταξύ των μεμονωμένων νοσοκομείων. Μερικά νοσοκομεία όντως μείωσαν τους νοσηλευτές ανά ημέρα νοσηλείας του ασθενούς, ενώ αλλά αύξησαν το προσωπικό τους. Η ανησυχία για την ανεπαρκή στελέχωση μπορεί να προέρχεται κυρίως από τη μειοψηφία των νοσοκομείων με τα πιο χαμηλά επίπεδα προσωπικού.

Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών που απαιτείται για κάθε ασθενή που νοσηλεύεται έχει κατά πάσα πιθανότητα αυξηθεί λόγω συντομότερων περιόδων παραμονής και πιο σοβαρών ασθενειών μεταξύ των νοσοκομειακών ασθενών. Οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι θεραπείες, η ανάρρωση και οι άλλες κλινικές δραστηριότητες που συνήθως λάμβαναν χώρα σε μια περίοδο νοσηλείας 7 ημερών τώρα συνωστίζονται σε μια περίοδο 3- 4 ημερών. Αν και η έρευνα δεν δείχνει γενική μείωση των νοσηλευτών ανά ημέρα νοσηλείας του ασθενούς, μια «ημέρα νοσηλείας του ασθενούς» περιλαμβάνει περισσότερη δουλειά απ' ό τι προηγούμενως.

Ανεξάρτητα από τις αμφιβολίες υπάρχουν για τα πρόσφατα μοντέλα στελέχωσης από πτυχιούχους νοσηλευτές των νοσοκομείων, το μέλλον των νοσηλευτών στα νοσοκομεία παραμένει δυσοίωνο. Αν δεν βρουν οι ασφαλιστές στις Ηνωμένες Πολιτείες τρόπο αύξησης των εγγραφών σε νοσηλευτικές σχολές, το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό που γεννά θα επιφέρει σοβαρή έλλειψη σε νοσηλευτές τις επόμενες δεκαετίες, καθώς ένας αυξανόμενος αριθμός φτάνει στη συνταξιοδότηση.

Η εκπαίδευση περισσότερων νοσηλευτών αποτελεί σημαντικό ζήτημα για την πολιτική υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μια στενά σχετιζόμενη ανησυχία είναι ο τύπος

της εκπαίδευσης που πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές. Από ιστορικής πλευράς, πολλοί νοσηλευτές έλαβαν την εκπαίδευσή τους σε επαγγελματικά προγράμματα που διαχειρίζονταν τα νοσοκομεία και τα οποία δεν ήταν ενσωματωμένα σε επίσημα κολέγια και σχολές όπου δίδασκονταν τα επαγγέλματα της υγείας. Αυτά τα προγράμματα χορηγούν διπλώματα νοσηλευτικής αντί για πτυχία και συνήθως έχουν λιγότερο απαιτητικά προγράμματα μαθημάτων. Πολλοί νοσηλευτές επίσης εκπαιδεύονται σε κολεγιακό επίπεδο, είτε σε προγράμματα 2 χρόνων που τα διαχειρίζονται κοινοτικά κολέγια τα οποία και χορηγούν ακαδημαϊκά πτυχία είτε σε προγράμματα με απολυτήριο που τα διαχειρίζονται κολέγια 4ετους φοίτησης. Από τους εν ενεργεία νοσηλευτές του 2000, το 30% έλαβε τη βασική του νοσηλευτική εκπαίδευση σε προγράμματα που απονέμουν ένα δίπλωμα, το 40% σε προγράμματα από κοινοτικά κολέγια που απονέμουν ακαδημαϊκά πτυχία και το 29% σε προγράμματα με απολυτήριο. Τις προηγούμενες δεκαετίες, η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει μετατοπιστεί από τα προγράμματα που απονέμουν δίπλωμα προς τα προγράμματα από κοινοτικά κολέγια που απονέμουν ακαδημαϊκά πτυχία και τα προγράμματα με απολυτήριο. Πολλά ανώτερα στελέχη του κλάδου της νοσηλευτικής έχουν ζητήσει να μετατοπιστεί η νοσηλευτική εκπαίδευση σχεδόν ολοκληρωτικά στα προγράμματα επιπέδου απολυτηρίου. Τουλάχιστον μια μελέτη ανακάλυψε ότι τα αποτελέσματα για τους ασθενείς είναι καλύτερα όταν τα νοσοκομεία είναι στελεχωμένα με νοσηλευτές με εκπαίδευση απολυτηρίου (Aiken et al, 2003). Όμως, τα προγράμματα από κοινοτικά κολέγια που απονέμουν ακαδημαϊκά πτυχία παρέμειναν μια πιο οικονομικά προσιτή και πιο προσβάσιμη επιλογή για την εκπαίδευση των πτυχιούχων νοσηλευτών για πολλούς φοιτητές.

Κλινικοί νοσηλευτές

Η Felicia Comfort εργάζεται τώρα ως νοσηλεύτρια παροχής κατ' οίκου φροντίδας για 2 χρόνια. Έχει αναλάβει αυξανόμενες ευθύνες ως διαχειρίστρια περιστατικών για ποηλήους ασθενείς που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα και πάσχουν από χρόνιες και εξουθενωτικές ασθένειες και συντονίζει τις υπηρεσίες μεταξύ των ιατρών, των φυσιοθεραπευτών, των κοινωνικών λειτουργών και του υπόλοιπου προσωπικού που εμπλέκεται στη φροντίδα του κάθε ασθενούς. Αποφασίζει πως θέλει να γίνει ο πάροχος πρωτοβάθμιας φροντίδας για αυτούς τους ασθενείς και κάνει αίτηση σ' ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για κλινικές νοσηλεύτριες στην περιοχή της. Αφού ολοκλήρωσε τα 2 χρόνια της εκπαίδευσής της, βρίσκει δουλειά ως κλινικός νοσηλευτής πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια γηριατρική κλινική.

Το 7% του συνόλου των πτυχιούχων νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει λάβει ανώτερη εκπαίδευση άσκησης λειτουργήματος εκτός από τη βασική (Bureau of Health Professions, 2001). Οι «προχωρημένοι» νοσηλευτές συμπεριλαμβάνουν τους ειδικευόμενους νοσηλευτές, τους νοσηλευτές αναισθησιολογίας, τους κλινικούς βρεφοκόμους-μαίες και τους κλινικούς νοσηλευτές. Οι περίπου 100.000 κλινικές νοσηλεύτριες στις Ηνωμένες Πολιτείες αντιπροσωπεύουν την μόνη μεγάλη ομάδα «προχωρημένων» νοσηλευτών.

Η εκπαίδευση των κλινικών νοσηλευτών τυπικά περιλαμβάνει ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα 2 χρόνων για αυτούς που είναι ήδη πτυχιούχοι. Η εκπαίδευση έχει κατά παράδοση δώσει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την πρόληψη και την προώθηση της υγείας και προετοιμάζει τους κλινικούς νοσηλευτές για ένα ευρύ φάσμα κλινικής εργασίας, αν και μερικά εκπαιδευτικά προγράμματα επίσης τους προετοιμάζουν για εργασία σε πεδία της μη πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πολλά προγράμματα για κλινικούς νοσηλευτές καθιερώθηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, με την ομοσπονδιακή χρηματοδότηση να αποτελεί μέρος της εθνικής προσπάθειας ενίσχυσης του αριθμού των κλινικών ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε μια εποχή όπου οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας θεωρούνταν ότι βρίσκονταν σε περιορισμένη διαθεσιμότητα, οι κλινικοί νοσηλευτές αντιμετώπιζονταν ως αναπληρωματικό προσωπικό για πολλές- αν όχι για τις περισσότερες- εργασίες που πραγματοποιούν οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας, ως εκ τούτου υποστηρίζοντας την επέκταση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πληθυσμούς που τις έχουν ανάγκη ανάγκη. Η διετής εκπαίδευση των κλινικών νοσηλευτών συγκρίθηκε με ευνοϊκούς όρους με τα 7 χρόνια της εκπαίδευσης (ιατρική σχολή συν την ειδικότητα) που απαιτούνταν για να δημιουργηθεί ένας νέος οικογενειακός ιατρός. Οι κανονισμοί περιόριζαν την κλινική ανεξαρτησία των κλινικών νοσηλευτών, με τις περισσότερες πολιτείες να απαιτούν από αυτές εργάζονται υπό την επιτήρηση ιατρών.

Η δεκαετία του 1990 ήταν μια εποχή νέας άνθησης για τα εκπαιδευτικά προγράμματα των κλινικών νοσηλευτών καθώς και μια περίοδος φιλελευθεροποίησης των κανονισμών που αφορούσαν στο «status» και στο φάσμα των εργασιών των κλινικών νοσηλευτών. Ο αριθμός των εν λόγω προγραμμάτων υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ του 1992 και του 1997. Ενώ 1.500 κλινικές νοσηλεύτριες αποφοίτησαν το 1992, πάνω από 7.000 αποφοίτησαν το 2001 (Hooker

& Berlin, 2002). Η παροχή εν ενεργεία κλινικών νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες προβλέπεται να αυξηθεί από τις 34 ανά 100.000 άτομα το 1995 στις 75 ανά 100.000 άτομα το 2015 (Cooper et al, 1998α). Πολλές πολιτείες έχουν τροποποιήσει τους νόμους περί άσκησης λειτουργήματος ώστε να παρέχεται στους εν λόγω νοσηλευτές μεγαλύτερη αυτονομία στην εργασία τους και ένα ευρύτερο φάσμα δραστηριοτήτων, όπως η χορήγηση φαρμάκων με συνταγή χωρίς την επίβλεψη ιατρού (Cooper et al, 1998β).

Η ραγδαία αύξηση της διαθεσιμότητας κλινικών νοσηλευτών φέρνει στο προσκήνιο το ζήτημα του ρόλου που αυτοί θα διαδραματίσουν στο μελλοντικό σύστημα φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα σε σχέση με τους ιατρούς. Τις δεκαετίες του 1970 και του 1980, φαινόταν να υπάρχει πολύς χώρος για πολλούς κλινικούς νοσηλευτές να ενταχθούν στο σύστημα της φροντίδας υγείας δεδομένης της φανεράς έλλειψης ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 2001, η αγορά για τους κλινικούς ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας είχε γίνει πιο περιορισμένη. Η τάση αυτή δεν σήμαινε πλέον απλά διευκόλυνση των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά εν δυνάμει και τον εκτοπισμό των εν λόγω ιατρών. Με την έρευνα να φανερώνει ότι οι κλινικοί νοσηλευτές παρέχουν υψηλό επίπεδο κλινικής φροντίδας (Horrocks et al, 2002), θα γίνουν οι εν λόγω νοσηλευτές εναλλακτική λύση για τη μείωση κόστους για τους οργανισμούς υγείας;

Μια διαφορετική άποψη του ρόλου των κλινικών νοσηλευτών τους αντιμετωπίζει λιγότερο ως αντικαταστάτες των ιατρών και περισσότερο ως συμπληρωματικά άτομα σε μια ομάδα φροντίδας υγείας που περιλαμβάνει διάφορες ειδικότητες από πλευράς προσωπικού. Σύμφωνα μ' αυτήν την άποψη, οι αντιπρόσωποι του κάθε επαγγέλματος έχουν τη δική τους μοναδική εκπαίδευση και τις ικανότητες για να δημιουργήσουν μια ομάδα φροντίδας υγείας στην οποία το σύνολο είναι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του (Wagner, 2000). Παραδείγματος χάριν, η φροντίδα των ασθενών με χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης ενισχύεται από ομάδες με πολλές ειδικότητες (Grumbach & Bodenheimer, 2004). Οι κλινικοί νοσηλευτές μπορούν να παίξουν ηγετικό ρόλο αναλαμβάνοντας τη διαχείριση περιστατικών, προωθώντας την υγεία και δίνοντας οδηγίες για την φροντίδα του ασθενούς χωρίς να τον βοηθά κανείς, ενώ οι ιατροί θα μπορούσαν να επικεντρώνονται περισσότερο στη διαχείριση των φαρμάκων και στη θεραπεία των σοβαρών επιπλοκών. Καθώς η διαθεσιμότητα των κλινικών νοσηλευτών εξακολουθεί να αυξάνεται στις επόμενες δεκαετίες, ένα βασικό ζήτημα θα είναι αν θα υπερισχύσει η ανταγωνιστική αντικατάσταση για τους ιατρούς ή η συμπληρωματική ομαδική συνεργασία.

Φαρμακοποιοί

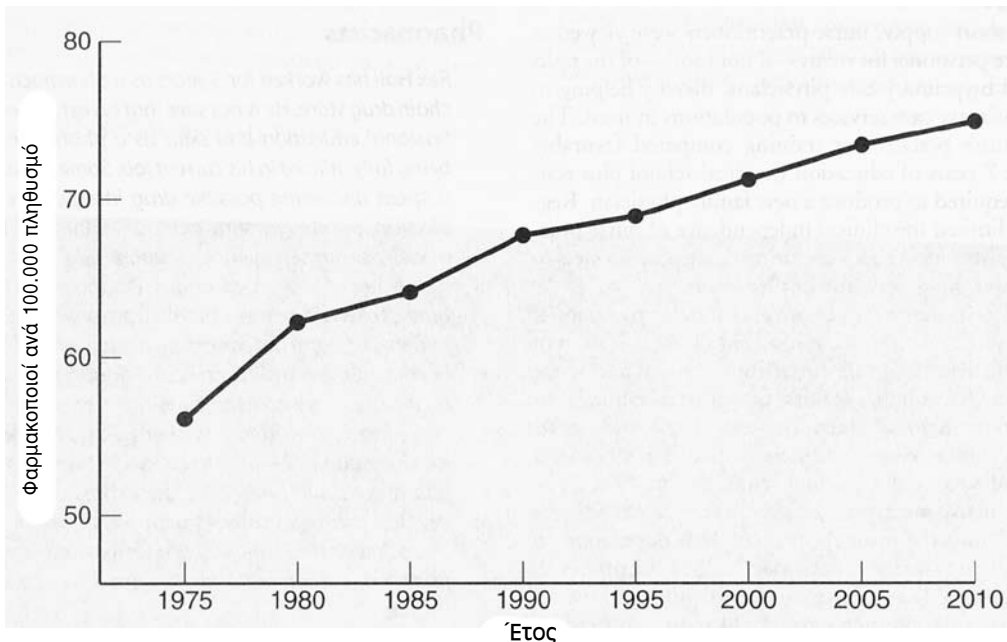
Ο Rex Hall εργάστηκε για 5 χρόνια ως φαρμακοποιός σε μια αθυσίδα φαρμακείων. Δεν είναι σίγουρος ότι η εκτεταμένη του επαγγελματική εκπαίδευση και οι ικανότητές του ως φαρμακοποιού χρησιμοποιούνται πλήρως στην τωρινή του εργασία. Ένα μέρος του χρόνου του δαπανάται στη συζήτηση με τους ιατρούς πιθανών αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων και στις προτάσεις για εναλλακτικές φαρμακευτικές αγωγές, καθώς και στην παροχή συμβουλών σε ασθενείς σχετικά με τις παρενέργειες και τη σωστή λήψη των φαρμάκων τους. Αλλά ένα πολύ μεγάλο μέρος του χρόνου του απορροφάται στην

απάντηση κλήσεων από ιατρούς και ασθενείς που δίνουν εντολή για επαναληπτικές συνταγές, στην καταμέτρηση χαπιών, στο γέμισμα μπουκαλιών για χάπια και στην προσπάθεια να καταλάβει ποιά φάρμακα καλύπτονται από ποιο πρόγραμμα υγείας. Βλέπει μια αγγελία για μια νέα θέση φαρμακοποιού στο τοπικό νοσοκομείο. Σύμφωνα με την περιγραφή της εργασίας, ο φαρμακοποιός θα επιθεωρεί τη κατανόηση φαρμάκων στο νοσοκομείο και θα αναπτύσσει στρατηγικές εργασίας με ιατρούς, νοσοκόμες και άλλα μέλη του προσωπικού για να ελαχιστοποιούνται τα φαρμακευτικά λάθη και οι ακατάλληλες πρακτικές χορήγησης φαρμάκων με συνταγή. Ο Rex αποφασίζει να κάνει αίτηση για τη δουλειά.

Οι φαρμακοποιοί αποτελούν το τρίτο μεγαλύτερο επάγγελμα υγείας της χώρας. Σχεδόν 200.000 φαρμακοποιοί ασκούσαν ενεργά το επάγγελμά τους το 2000 (Γραφείο Επαγγελματιών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2000). Μεταξύ του 1975 και του 2000, η παροχή φαρμακοποιών κατά κεφαλήν αυξήθηκε σχεδόν κατά 50%, με πιο αργό ρυθμό αύξησης να προβλέπεται για την περίοδο 2000- 2010 (Σχήμα 17-3). Αν και από ιστορικής πλευράς οι περισσότεροι φαρμακοποιοί έλαβαν εκπαίδευση μέσω των προγραμμάτων με απολυτήριο, μέχρι το 2004 θα απαιτηθεί από όλα τα προγράμματα να επεκτείνουν την περίοδο εκπαίδευσης κατά 1- 2 χρόνια και να χορηγούν Διδακτορικό στη Φαρμακευτική. Τα 2/3 των φαρμακοποιών εργάζονται σε φαρμακεία λιανικής πώλησης, κυρίως ως υπάλληλοι παρά ως ιδιοκτήτες (Γραφείο Επαγγελματιών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2000). Τις προηγούμενες δεκαετίες, οι αλυσίδες φαρμακείων όπως το Walgreens και το Longs έχουν εκτοπίσει σε μεγάλο βαθμό τα ανεξάρτητα ιδιόκτητα φαρμακεία. Τα νοσοκομεία είναι ο δεύτερος πιο μεγάλος εργοδότης των φαρμακοποιών, με τους οργανισμούς υγείας HMOs και τους άλλους οργανισμούς οργανωμένης ιατρο-

φαρμακευτικής περίθαλψης, τις εγκαταστάσεις φροντίδας μεγάλης διάρκειας και τις κλινικές επίσης να αποτελούν περιβάλλον εργασίας για αυτούς.

Παρά τη σημαντική αύξηση στην προσφορά φαρμακοποιών τις προηγούμενες δεκαετίες, δύο πρόσφατες τάσεις έχουν δημιουργήσει ανησυχία σχετικά με το αν η διαθεσιμότητα αυτών στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι επαρκής: (1) αύξηση του αριθμού των χορηγούμενων συνταγογραφούμενων φαρμάκων και (2) ένας διευρυμένος κλινικός ρόλος για τους φαρμακοποιούς στο σύστημα της φροντίδας υγείας (Cooksey et al, 2002). Περίπου 4 δισεκατομμύρια συνταγές θα εκδοθούν το 2004, αριθμός διπλάσιος σε σχέση με το 1992 (Cooksey et al, 2002). Ο υπολογισμένος αριθμός των συνταγών που εκτελούνται ανά φαρμακοποιό στα φαρμακεία λιανικής πώλησης αυξήθηκε από 17.400 το 1992 σε 22.900 το 1999 (Γραφείο Επαγγελματιών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2000). Οι οργανισμοί υγείας αναγνωρίζουν το ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι φαρμακοποιοί πέρα από τη χορήγηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων και την παροχή συμβουλών σε ασθενείς στα φαρμακεία λιανικής πώλησης, ιδίως καθώς οι περισσότεροι φαρμακοποιοί αποφοιτούν με την επιπρόσθετη κλινική εκπαίδευση που έλαβαν στα διδακτορικά προγράμματα της Φαρμακευτικής. Η Αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής –Institute of Medicine report «Το να σφάλλεις είναι Ανθρώπινο: Δημιουργία ενός Ασφαλέστερου Συστήματος Υγείας» έδωσε έμφαση στο βασικό ρόλο των φαρμακοποιών σε ό,τι αφορά τη μείωση των λαθών στα φάρμακα που μπορεί να ευθύνονται για έναν αριθμό θανάτων της τάξης των 7.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο και τα οποία δημιουργούν δαπάνες φροντίδας υγείας, της τάξης των 100 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως (Ινστιτούτο Ιατρικής –Institute of Medicine, 2000). Οι νέοι ρόλοι για τους φαρμακοποιούς συμπεριλαμβάνουν παροχή συμβουλών σε ασθενείς σχετικά με τα φάρμακα που λαμβάνουν, έλεγχο της λήψης φαρμάκων



Σχήμα 17-3. Εν ενεργεία φαρμακοποιοί ανά 100.000 πληθυσμό στις ΗΠΑ (Πηγή: Bureau of Health Professions: The pharmacist workforce. A study of the supply and demand for pharmacists. Health Resources and Services Administration, 2000).

για τα προγράμματα διαχείρισης χρόνιων ασθενειών και συμμετοχή σε κλινικές ομάδες με πολλές ειδικότητες, στα νοσοκομεία και σε περιβάλλον περιπατητικής φροντίδας, σε αναγνώριση του γεγονότος ότι οι φαρμακοποιοί συνήθως γνωρίζουν περισσότερα για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα σε σχέση με πολλούς ιατρούς.

Μεταξύ του 1998 και του 2000, ο αριθμός των μη συμπληρωμένων θέσεων φαρμακοποιών σε αλυσιδές φαρμακείων κάτι παραπάνω από διπλασιάστηκε. Τα νοσοκομεία και οι άλλες εγκαταστάσεις ανέφεραν επίσης αυξανόμενη δυσκολία στην κάλυψη κενών θέσεων για φαρμακοποιούς (Γραφείο Επαγγελματιών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2000, Cooksey et al, 2002). Αν και οι ασφαλιστές και οι εκπαιδευτές σκέφτονται αν θα δώσουν ώθηση στη δημιουργία φαρμακοποιών στις Ηνωμένες Πολιτείες σε αντίδραση στην εν λόγω κατάσταση, μερικοί παρατηρητές αμφισβήτησαν το αν απασχολούνται οι υπάρχοντες φαρμακοποιοί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Πολλοί φαρμακοποιοί ακόμα δαπανούν πολύ χρόνο στην πραγματοποίηση των βασικών εργασιών «καταμέτρησης των χαπιών» στην παροχή φαρμάκων. Πρέπει οι φαρμακοποιοί να εξακολουθήσουν να πραγματοποιούν τις πιο πολλές λειτουργίες εκτέλεσης ή η εκτεταμένη τους εκπαίδευση θα αξιοποιούνταν καλύτερα σε δραστηριότητες με μεγαλύτερη πρόκληση από κλινικής πλευράς; Η εργασία του τεχνικού φαρμακείων έχει αναπτυχθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες για να βοηθηθούν οι ιατροί στη χορήγηση φαρμάκων (Cooksey et al, 2002). Ένα υπολογισμένο ποσοστό 69% του χρόνου των φαρμακοποιών δαπανάται σε δραστηριότητες που οι σωστά καταρτισμένοι φαρμακοποιοί θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν -καταμέτρηση, συσκευασία και κόλλημα ετικετών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και επίλυση ασφαλιστικών θεμάτων με τρίτα μέρη. Η μεγαλύτερη αξιοποίηση των σωστά επιτηρούμενων τεχνικών φαρμακείων ίσως αυξήσει την παραγωγικότητα των υπάρχοντων φαρμακοποιών. Επιπλέον, οι καινοτομίες στον αυτοματισμό της χορήγησης φαρμάκων θα μπορούσαν να μειώσουν το φόρτο εργασίας των φαρμακοποιών.

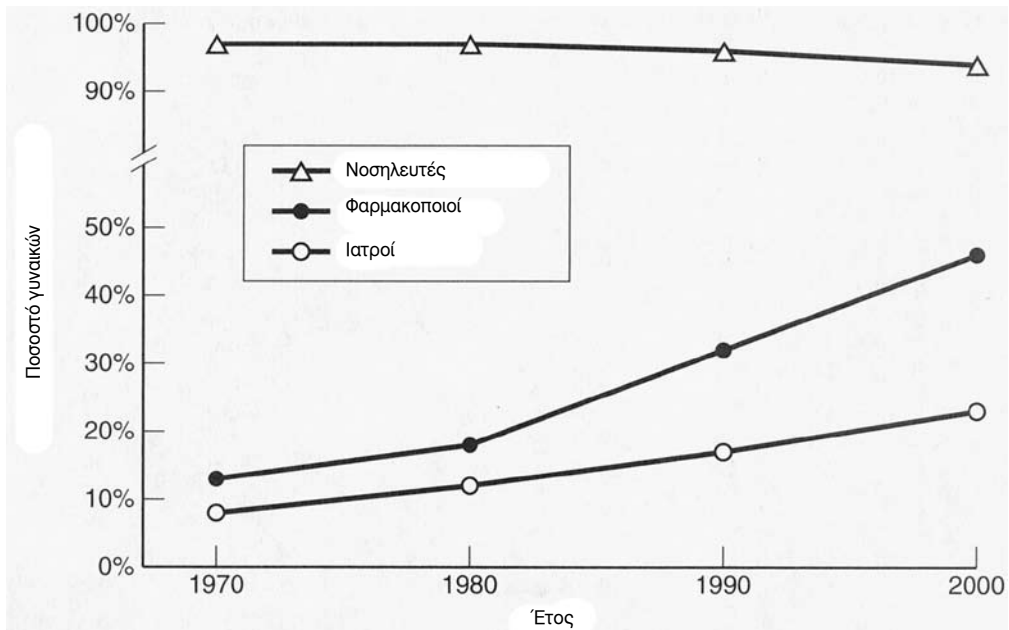
Γυναίκες στα επαγγέλματα υγείας

Η Δρ. Jenny Wong εργάζεται ως γενική εσωτερική ιατρός για την Ιατρική Ομάδα Suburbia. Ποτέ δεν χρειάζεται να ελέγχει το πρόγραμμά της εκ των προτέρων επειδή γνωρίζει ότι το κάθε ραντεβού είναι πάντα κλεισμένο, χωρίς να χρειάζεται να αναφέρουμε τα ραντεβού που κλείνονται την τελευταία στιγμή. Καθώς είναι η μία από τις δύο μόνο γυναίκες σε μια ομάδα έντεκα ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχει ζήτηση. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες ασθενείς στη λίστα την αναζητούν για να γίνει η δική τους ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ενώ είναι ευχαριστημένη που ανταποκρίνεται στη ζήτηση, η Δρ. Wong θεωρεί ότι είναι και λίγο εκφοβιστικό. Αισθάνεται ότι οι ασθενείς της περιμένουν από αυτήν να περνά περισσότερο χρόνο μαζί τους για να εξηγή τις διαγνώσεις και τις θεραπείες και να συζητά τη συνολική τους ευεξία. Αλλά η Δρ. Wong αφιερώνει τα ίδια 15 λεπτά στα ραντεβού της όπως και κάθε άλλος ιατρός της ομάδας και συνεχώς διαπιστώνει ότι καθυστερεί στο πρόγραμμά της. Σήμερα αισθάνεται ιδιαίτερα αγχωμένη. Είναι προγραμματισμένο να συναντηθεί την ώρα του μεσημεριανού

φαγητού με το διευθυντή της Ιατρικής Ομάδας Suburbia για να συζητήσουν τα πλάνα για την επικείμενη άδεια μητρότητάς της. Γνωρίζει ότι αυτός δεν θα πάρει με καλό μάτι την πρόθεσή της να πάρει 4 μήνες άδεια μετά τη γέννηση του παιδιού της.

Από ιστορικής άποψης, οι περισσότεροι ιατροί και φαρμακοποιοί στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν άνδρες και οι περισσότερες νοσοκόμες γυναίκες. Για τους ιατρούς και τους φαρμακοποιούς, αυτό το δημογραφικό μοτίβο βρίσκεται στη μέση μιας δραματικής αλλαγής. Το 1970, το 8% των ιατρών και το 13% των φαρμακοποιών ήταν γυναίκες. Μέχρι το 2000, αυτά τα ποσοστά είχαν αυξηθεί στο 23% για τους ιατρούς και στο 46% για τους φαρμακοποιούς (Σχήμα 17-4). Το 2010, το 30% των ενεργείων ιατρών και το 58% των φαρμακοποιών θα είναι γυναίκες. Τα νούμερα είναι ακόμα πιο δραματικά όταν εξετάζεται η σύνθεση των τωρινών φοιτητών στην κατάρτιση της φροντίδας υγείας: οι γυναίκες αποτελούσαν το 42% των ιατρικών φοιτητών και το 65% των φοιτητών φαρμακευτικής το 1999 (Pasko et al, 2000, Baransky, 2000, Γραφείο Επαγγελματιών Υγείας –Bureau of Health Professions, 2000). Αντίθετα, η νοσηλευτική για πολύ καιρό είναι επάγγελμα που αποτελείται κυρίως από γυναίκες και φαίνεται ότι παραμένει έτσι. Το 2000, μόνο το 5,4% των πτυχιούχων αδελφών νοσοκόμων ήταν άνδρες, ποσοστό ελαφρά αυξημένο σε σχέση με το ποσοστό του 4,9% το 1996.

Η αυξανόμενη αναλογία των γυναικών ιατρών και φαρμακοποιών έχει δημιουργήσει αρκετά ζητήματα πολιτικής. Τόσο στην ιατρική όσο και στη φαρμακευτική, η γυναίκα κατά μέσο όρο εργάζεται λιγότερες ώρες την εβδομάδα σε σχέση με τους άνδρες και είναι πιο πιθανό να εργάζονται με ωράριο μερικής απασχόλησης. Η ανάλυση της διαθεσιμότητας των επαγγελματιών υγείας κατά παράδοση βασίζεται σε απλές «καταμετρήσεις κεφαλών» για να μετρηθεί ο αριθμός των ιατρών και των φαρμακοποιών στο εργατικό δυναμικό. Οι προβλέψεις που βασίζονται σε καταμετρήσεις κεφαλών μπορεί να υπερεκτιμήσουν την αληθινή προσφορά ιατρών και φαρμακοποιών με ωράριο πλήρους απασχόλησης, καθώς περισσότερες γυναίκες μπαίνουν σ' αυτά τα επαγγέλματα. Η εργασία των ανδρών και των γυναικών επαγγελματιών υγείας δεν διαφέρει μόνο στον αριθμό των ωρών εργασίας αλλά και σε άλλα σημεία. Οι γυναίκες ιατροί προσελκύουν περισσότερες γυναίκες ασθενείς, εν μέρει επειδή οι γυναίκες ασθενείς σε μεγάλο βαθμό εκτιμούν τον περισσότερο χρόνο που δαπανάται και τις πιο ξεκάθαρες εξηγήσεις από τους ιατρούς τους σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς και οι γυναίκες ιατροί περνούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς τους σε σχέση με τους άνδρες ιατρούς. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες ιατροί παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες ιατρούς, ιδιαίτερα για τις γυναίκες ασθενείς τους (Lurie et al, 1993). Οι γυναίκες ιατροί φαίνεται να επικοινωνούν διαφορετικά με τους ασθενείς τους και με τους ενήλικες και με τα παιδιά και είναι πιο πιθανό να συζητούν τις ανησυχίες για τον τρόπο ζωής και την κοινωνία και να δίνουν περισσότερες πληροφορίες και εξηγήσεις κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης (Elderkin- Thompson & Waitzkin, 1999, Roter et al, 2002). Οι γυναίκες ιατροί είναι πιο πιθανό να συμπεριλάβουν τους ασθενείς στη λήψη ιατρικών αποφάσεων σε σχέση με τους άνδρες ιατρούς (Cooper- Patrick et al, 1999).



Σχήμα 17-4. Οι γυναίκες ως ποσοστό ιατρών, νοσηλευτών και φαρμακοποιών στις ΗΠΑ. (Πηγή: Bureau of Health Professions: The pharmacist workforce. A study of the supply and demand for pharmacists. Health Resources and Services Administration, 2000; Pasko T, Seidman B, Birkhead S: Physician Characteristics and Distribution in the U.S.: 2000-2001 Edition. American Medical Association, 2000; Bureau of Health Professions: United States Health Workforce Personnel Factbook, 2001 (<http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/factbook.html>).

Μειονότητες με περιορισμένη εκπροσώπηση στα επαγγέλματα υγείας

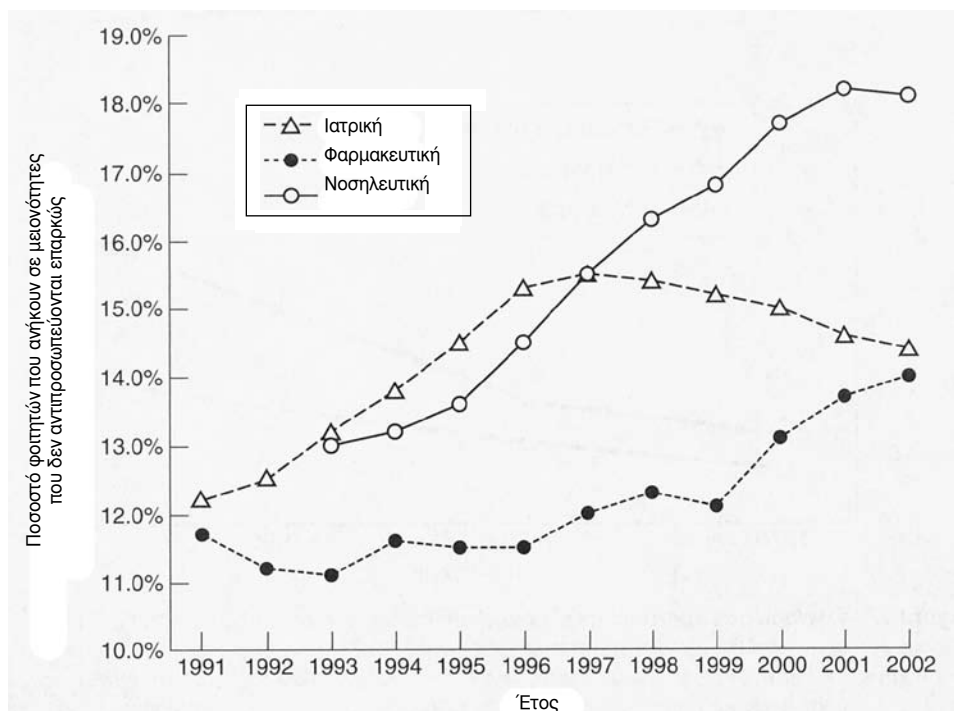
Η Cynthia Cuidado είναι το πρώτο άτομο στην οικογένειά της που πήγε στο κολλέγιο και μάλιστα η πρώτη που θα γίνει επαγγελματίας του τομέα της υγείας. Πολλά μέλη της οικογένειάς της γιορτάζουν την αποφοίτησή της από το μεταπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσης για οικογενειακές κλινικές νοσηλεύτριες. Αν και οι οργανισμοί υγείας στην πόλη όπου εκπαιδεύτηκε η Cynthia είχαν αρκετές κενές θέσεις για κλινικές νοσηλεύτριες, αυτή αποφάσισε να πιάσει δουλειά σε μια κλινική για μετανάστες εργάτες σε φάρμα σε μια αγροτική κοινότητα κοντά στην περιοχή που μεγάλωσε.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι μια χώρα αυξανόμενης φυλετικής και εθνολογικής ποικιλομορφίας. Στοιχεία από την Απογραφή των Ηνωμένων Πολιτειών του 2000 δείχνουν ότι οι Αφρο-αμερικανοί, οι Λατίνοι και οι γηγενείς Αμερικανοί σήμερα αντιστοιχούν στο ένα τέταρτο του πληθυσμού, ωστόσο τα επαγγέλματα υγείας δεν αντανακλούν την πλούσια φυλετική και εθνολογική ποικιλία του πληθυσμού της χώρας. Ένα ποσοστό μικρότερο του 10% των ιατρών, των νοσηλευτών και των φαρμακοποιών προέρχεται από αυτές τις τρεις φυλετικές και εθνολογικές ομάδες που δεν αντιπροσωπεύονται όσο πρέπει.

Τα επαγγέλματα υγείας έχουν καταβάλει προσπάθειες να αυξήσουν τον αριθμό των μειονοτήτων με περιορισμένη εκπροσώπηση που εγγράφονται στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα. Στη νοσηλευτική και τη φαρμακευτική, αυτές οι προσπάθειες φαίνεται να αποδίδουν (Σχήμα 17-5). Οι μειονότητες με περιορισμένη εκπροσώπηση ως αναλογία φοιτητών στα νοσηλευτικά προγράμματα απολυτηρίου

αυξήθηκαν από το 12,2% το 1991 στο 18,1% το 2002. Οι φαρμακευτικές σχολές έδειξαν πιο μέτρια αύξηση στους φοιτητές από μειονότητες με περιορισμένη εκπροσώπηση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, με το 12,5% των φοιτητών φαρμακευτικής να προέρχονται από τέτοιες μειονότητες το 1990 και το 14,0% το 2002. Οι ιατρικές σχολές βίωσαν διαφορετική τάση τη δεκαετία του 1990. Οι εν λόγω μειονότητες ως ποσοστό των φοιτητών ιατρικής αυξήθηκαν τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990, από το 12,2% το 1991 σε 15,5% το 1997. Όμως, το ποσοστό των φοιτητών ιατρικής από τις εν λόγω μειονότητες μειώθηκε μετά το 1997 και έφτασε στο 14,4% το 2002. Η μείωση στην εγγραφή φοιτητών από μειονότητες με περιορισμένη εκπροσώπηση σε ιατρικές σχολές που ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του 1990 συνέπεσε με το ξεκίνημα ενός κύματος τακτικών αντι-θετικής διάκρισης, όπως η Πρόταση 209 στην Καλιφόρνια και η απόφαση του ομοσπονδιακού δικαστηρίου για την υπόθεση *Horwood κατά Texas* η οποία περιόρισε την ικανότητα των πανεπιστημιακών επιτροπών για τις εισαγωγές φοιτητών να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στη φυλή και την εθνολογική καταγωγή των αιτούντων (Grumbach et al, 2001, Cohen et al, 2002).

Το πρόβλημα με τις εν λόγω μειονότητες στα επαγγέλματα υγείας είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για τους δημόσιους ασφαλιστές. Όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 3, οι κοινότητες των μειονοτήτων βιώνουν τη χειρότερη υγεία και την πρόσβαση στην φροντίδα υγείας σε σύγκριση με τις κοινότητες που απαρτίζονται κυρίως από μη Λατίνους λευκούς. Τα μέλη των μειονοτήτων είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επαρκή προσφορά επαγγελματιών του τομέα της υγείας που εργάζονται στις κοινότητές τους. Μια σημαντική έρευνα έχει τεκμηριώσει ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας που προέρχονται από μειονότητες είναι



Σχήμα 17-5. Μειονότητες που δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς ως ποσοστό φοιτητών σε επιλεγμένα επαγγελματικά υγείας στις Η.Π.Α.

πιο πιθανό να εργαστούν σε μη προνομιούχες κοινότητες μειονοτήτων και να εξυπηρετούν ασθενείς που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση όπως οι ανασφάλιστοι και εκείνοι που καλύπτονται από το Medicaid (Moy & Bartman, 1995, Cantor et al, 1996, Komaromy et al, 1996, Mertz & Grumbach, 2001). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι πολλοί άνθρωποι από ομάδες μειονοτήτων προτιμούν να λαμβάνουν φροντίδα από ιατρούς της ίδιας φυλής ή εθνικής καταγωγής και είναι πιο ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που παρέχεται από τους ιατρούς της δικής τους φυλής ή εθνολογικής καταγωγής (Saha et al, 1999, Saha et al, 2000). Συνεπώς, η περιορισμένη αντιπροσώπευση των μειονοτήτων δεν είναι απλά θέμα ισότητας ευκαιριών, αλλά έχει και ισχυρούς υπαινιγμούς για φυλετικές και εθνολογικές ανισότητες στην πρόσβαση στη φροντίδα και στην κατάσταση της υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πρόσβαση, το κόστος και η ποιότητα είναι τρία ζητήματα στην φροντίδα υγείας που χρήζουν προτεραιότητας. Και τα τρία είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένα με τις τάσεις στο εργατικό δυναμικό. Οι ασθενείς ήδη δυσκολεύονται να αποκτήσουν γρήγορη πρόσβαση στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αν εξακολουθήσουν να υπάρχουν αυτές οι τάσεις, λιγότεροι φοιτητές ιατρικής θα ενταχθούν στους τομείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και θα μειωθεί περαιτέρω η πρόσβαση. Αντίθετα, η αύξηση στις κλινικές νοσηλεύτριες βοηθά στην αύξηση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα και μπορεί να φέρει μια ομαδική προσέγγιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η συνεχιζόμενη αύξηση, μετά από μια σύντομη παύση, στον αριθμό των

ειδικών ιατρών είναι πιθανό να οδηγήσει σε αύξηση των δαπανών της φροντίδας υγείας, αφού οι ακριβές διαδικασίες συμβαδίζουν με την εξειδικευμένη φροντίδα. Το μέλλον της κίνησης προς τη βελτιωμένη ποιότητα μπορεί να κριθεί από την επιτυχία ή την αποτυχία της χώρας να ξεπεράσει τις απειλητικές ελλείψεις σε νοσοκόμες και φαρμακοποιούς. Μια επαρκής προσφορά νοσοκόμων και φαρμακοποιών- όπως και ιατρών- με επαρκή χρόνο για να πραγματοποιήσουν τις εργασίες τους χωρίς υπερβολικό άγχος είναι ουσιαστική για την ποιοτική φροντίδα. Όπως ειπώθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου, ένα σύστημα φροντίδας υγείας είναι μόνο τόσο καλό όσο και οι άνθρωποι που εργάζονται σ' αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiken L et al: Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003;290:1617.
- Aiken LH et al: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288:1987.
- Baransky B et al: Educational programs in U.S. medical schools, 1999–2000. *JAMA* 2000;284:1114.
- Buerhaus PI et al: Implications of an aging registered nurse workforce. *JAMA* 2000;283:2948.
- Buerhaus PI et al: Is the current shortage of hospital nurses ending? *Health Aff* 2003;22(6):191.
- Buerhaus PI, Staiger DO: Trouble in the nurse labor market? Recent trends and future outlook. *Health Aff* 1999;18(1):214.
- Bureau of Health Professions: Projected Supply, Demand, and Shortages of Registered Nurses, 2000–2020. *Health Resources and Services Administration*, 2002.

- Bureau of Health Professions: The registered nurse population. National Sample Survey of Registered Nurses—March 2000. Health Resources and Services Administration, 2001.
- Cantor JC et al: Physician service to the underserved: Implications for affirmative action in medical education. *Inquiry* 1996;33:167.
- Cohen JJ et al: The case for diversity in the health care workforce. *Health Aff* 2002;21(5):90.
- Cooksey JA et al: Challenges to the pharmacist profession from escalating pharmaceutical demand. *Health Aff* 2002;21(5):182.
- Cooper RA et al: Current and projected workforce of nonphysician clinicians. *JAMA* 1998a;280:788.
- Cooper RA et al: Roles of nonphysician clinicians as autonomous providers of patient care. *JAMA* 1998b;280:795.
- Cooper-Patrick L et al: Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999;282:583.
- Council on Graduate Medical Education (COGME): Eighth Report: Patient Care Physician Supply and Requirements: Testing COGME Recommendations. Council on Graduate Medical Education, 1996.
- Elderkin-Thompson B, Waitzkin H: Differences in clinical communication by gender. *J Gen Int Med* 1999;14:112.
- Graduate Medical Education National Advisory Committee: Summary Report. Washington, 1981, DHHS Pub. No. (HRA) 81-651.
- Grumbach K, Bodenheimer T: Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004;291:1246.
- Grumbach K et al: Trends in underrepresented minority participation in health professions schools. University of California, San Francisco Center for California Health Workforce Studies, 2001.
- Grumbach K: Fighting hand to hand over physician workforce policy. *Health Aff* 2002;21(5):13.
- Grumbach K, Lee PR: How many physicians can we afford? *JAMA* 1991;265:2369.
- Hooker RS, Berlin LE: Trends in the supply of physician assistants and nurse practitioners in the United States. *Health Aff* 2002; 21(5):174.
- Horrocks S et al: Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819.
- Institute of Medicine: To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press, 2000.
- Komaromy M et al: The role of black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. *N Engl J Med* 1996;334:1305.
- Lurie N et al: Preventive care for women: Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993;329:478.
- Mertz EA, Grumbach K: Identifying communities with low dentist supply in California. *J Pub Health Dentistry* 2001;61:172.
- Miller RS et al: Initial employment status of resident physicians completing training in 1995. *JAMA* 1997;277:1699.
- Moy E, Bartman BA: Physician race and care of minority and medically indigent patients. *JAMA* 1995;273:1515.
- Pasko T, Seidman B, Birkhead S: Physician Characteristics and Distribution in the U.S.: 2000–2001 Edition. American Medical Association, 2000.
- Pew Health Professions Commission: Critical Challenges. Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century. December 1995.
- Pugno P et al: Results of the 2003 National Resident Matching Program: Family Practice. *Fam Med* 2003;35:564.
- Roter D et al: Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288:756.
- Saha S et al: Do patients choose physicians of their own race? *Health Aff* 2000;19(4):76.
- Saha S et al: Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Arch Intern Med* 1999; 159:997.
- Seifer SD et al: Changes in marketplace demand for physicians: A study of medical journal recruitment advertisements. *JAMA* 1996;276:695.
- Spetz J, Given R: The future of the nursing shortage: will wage increases close the gap? *Health Aff* 2003;22(6):199.
- Spetz J: Hospital use of nursing personnel: Holding steady through the 1990s. *J Nurs Admin* 2000;30:344.
- Spetz J: The effects of managed care and prospective payment on the demand for hospital nurses: Evidence from California. *Health Serv Res* 1999;34:993.
- Wagner EH: The role of patient care teams in chronic disease management. *Br Med J* 2000;320:569.
- Weiner JP: Forecasting the effects of health care reform on U.S. physician workforce requirements: Evidence from HMO staffing patterns. *JAMA* 1994;272:222.

Το τέλειο σύστημα φροντίδας υγείας μοιάζει με την τέλεια υγεία- μια ευγενής φιλοδοξία που είναι αδύνατον να γίνει πραγματικότητα. Στα προηγούμενα κεφάλαια, αναλύθηκαν πολλά βασικά ζητήματα και αρχές που περιλαμβάνονται στο ζήτημα της διαμόρφωσης πολιτικής για την φροντίδα υγείας. Ένα επανεμφανιζόμενο ζήτημα είναι η έννοια πως είναι δύσκολο να βρεθούν μαγικές λύσεις. Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 2, οι πολιτικές συνήθως εξελίσσονται σε μια κυκλική διαδικασία εύρεσης λύσεων που δημιουργούν νέα προβλήματα τα οποία με τη σειρά τους απαιτούν νέες λύσεις. Οι αλλαγές στις πολιτικές μπορεί να προσφέρουν ανακούφιση ως ένα βαθμό σε πιεστικά προβλήματα, όπως η ανεπαρκής πρόσβαση στην φροντίδα αλλά επίσης συχνά δίνουν ώθηση σε ποικίλες παρενέργειες, όπως η εμφάνιση του πληθωρισμού των δαπανών φροντίδας υγείας.

Όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας έρχονται αντιμέτωπα με τις ίδιες προκλήσεις: τη βελτίωση της υγείας, τον έλεγχο των δαπανών, την προτεραιότητα στην κατανομή των πόρων, την ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας και τη δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών. Αυτές οι προκλήσεις απαιτούν τη διαχείριση των διάφορων τάσεων που υπάρχουν στο σύστημα φροντίδας υγείας (O' Neil & Seifer, 1995). Ο σκοπός της πολιτικής για την υγεία είναι η εύρεση των σημείων ισορροπίας που δημιουργούν το βέλτιστο σύστημα φροντίδας υγείας (Πίνακας 18-1).

Η Δρ. Madeleine Longview είναι αρχιιδιευκόμενη ιατρός στον τομέα της επείγουσας φροντίδας και επιβλέπει τη μονάδα εντατικής θεραπείας ενός μεγάλου δημοτικού νοσοκομείου. Είναι 5:30 π.μ. και η ομάδα της μονάδας εντατικής θεραπείας επιτέλους σταθεροποίησε την κατάσταση ενός 15χρονου που είχε εισαχθεί το προηγούμενο βράδυ με τραύματα από πυροβολισμό στην κοιλιακή χώρα και το θώρακα. Η Δρ. Longview κάθεται στο γραφείο των νοσηλευτριών και επιθεωρεί τους άηλους ασθενείς στη μονάδα: μια 91χρονη γυναίκα που διακομίστηκε από μια κλινική με σπυραιμία κατόπιν ουρολοίμωξης, έναν 50χρονο άνδρα με πνευμονικό σοκ λόγω φαρμάκων που καταναλώθηκαν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας και μια 32χρονη γυναίκα με ερυθματώδη ήλιο που απορρίπτεται το δεύτερο νεφρικό της μόσχευμα. Η Δρ. Longview αισθάνεται προσωπικά υπεύθυνη για τη φροντίδα του καθένα απ' αυτούς τους ασθενείς και ήξει στον εαυτό της ότι θα κάνει ό,τι καλύτερο μπορεί για να βοηθήσει τον καθένα από αυτούς να επιβιώσει.

Καθώς η Δρ. Longview κοιτάζει έξω από τα παράθυρα της μονάδας εντατικής θεραπείας, οι ποδηλατοκίβες που περιβάλλουν το νοσοκομείο παίρνουν σχήμα με το χάραμα. Αναρωτιέται: ποιο συγκρότημα θα είναι το σκηνικό του επόμενου συμβάντος πυροβολισμού από αυτοκίνητο και εγκατάλειψης θύματος ή επεισοδίου κακοποίησης συζύγου; Ποιο παντζούρι κρύβει έναν περιορισμένο στο σπύτι ηλικιωμένο, ξαπλωμένο στο πάτωμα, αφυδατωμένο και ανίκανο να κινηθεί, που περιμένει κάποιον να τον βρει και να τον μεταφέρει στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών; Ποιο από τα μη εμβολιασμένα παιδιά στη γειτονιά μια μέρα θα μεταφερθεί εσπευσμένα στη μονάδα αδύναμο λόγω μηνιγγίτιδας; Σε ποιο δωμάτιο ανάβει κάποιος το πρώτο τσιγάρο της μέρας; Η Δρ. Longview κατά κάποιον τρόπο αισθάνεται υπεύθυνη για όλους αυτούς τους μελλοντικούς ασθενείς, καθώς και για τους ασθενείς που είναι ξαπλωμένοι στα κρεβάτια του νοσοκομείου γύρω της. Μετά από αυτές τις άγρυπνες νύχτες που έχει εφημερία, αρχίζει να έχει αμφιβολίες για την αξία όλης της δουλειάς που κάνει στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Οραματίζεται ότι κλείνει τη μονάδα και βάζει όλα τα χρήματα στην πρόσληψη νοσηλευτριών του τομέα της δημόσιας υγείας στην κοινότητα ή ίσως μόνο στην πληρωμή ενός καλύτερου ηυκείου στη γειτονιά. Αηλιά

Πίνακας 18-1. Βασικές τάσεις στην φροντίδα υγείας.^a

Υγεία του μεμονωμένου ασθενούς	Υγεία του πληθυσμού
Τριτοβάθμια φροντίδα	Πρωτοβάθμια φροντίδα
Επείγουσα φροντίδα	Χρόνια και προληπτική φροντίδα
Άγνοια των δαπανών στο ιατρικό επάγγελμα	Επίγνωση των δαπανών
Απεριόριστες προσδοκίες για φροντίδα	Οικονομικά προσιτή φροντίδα
Μεμονωμένος ιατρός	Οργανωμένη ομάδα ιατρικής φροντίδας
Διαχείριση από επαγγελματίες	Εταιρική διαχείριση
Ανταγωνισμός της αγοράς	Κυβερνητική παρέμβαση ρύθμιση
Αδίκαιη στην κατανομή	Δίκαιη κατανομή

^aΠροσαρμοσμένα κατόπιν αδειάς O'Neil E, Seifer S: Health care reform and medical education: Forces towards generalism. Acad Med 1995;70:337.

τότε τι θα συνέβαινε στους ασθενείς που χρειάζονται τη φροντίδα της τώρα αμέσως;

Μια από τις πιο βασικές τάσεις που επηρεάζουν τους ιατρούς και τους άλλους παροχείς φροντίδας είναι η τάση ανάμεσα στη φροντίδα για το μεμονωμένο ασθενή και τη φροντίδα για μια ευρύτερη κοινότητα ή πληθυσμό. Πολλές από τις πιο σημαντικές αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν στην πολιτική της υγείας, όπως η κατανομή των πόρων της φροντίδας υγείας, η απασχόληση με το κοινωνικό πλαίσιο της υγείας και της ασθένειας και η αύξηση των δραστηριοτήτων στην πρόληψη και τη δημόσια υγεία, εξαρτώνται από τη διεύρυνση της οπτικής του ιατρού, ούτως ώστε να περιλαμβάνει την προοπτική της υγείας του πληθυσμού. Η πρόκληση για τους ιατρούς και τους άλλους κλινικούς θα είναι η δημιουργία χώρου γι' αυτήν την διευρυμένη προοπτική ενώ θα εξακολουθούν να έχουν το ηθικό καθήκον της φροντίδας των μεμονωμένων ασθενών για τους οποίους είναι υπεύθυνοι.

Όπως η Δρ. Longview, το σύστημα φροντίδας υγείας ως σύνολο θα συνεχίσει να αγωνίζεται για την εξεύρεση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ της παροχής υπηρεσιών και επείγουσας φροντίδας και των υπηρεσιών προληπτικής και χρόνιας φροντίδας, καθώς και για τη δημιουργία σωστής ισορροπίας μεταξύ των επιπέδων τριτοβάθμιας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Λίγοι παρατηρητές θα ενθάρρυναν τη Δρ. Longview να υποκύψει στην απελπισία της, να κλείσει όλες τις μονάδες εντατικής φροντίδας και να απομακρύνει όλους τους υποειδικευμένους ιατρούς του τομέα της επείγουσας φροντίδας από το σύστημα φροντίδας υγείας. Ωστόσο, οι περισσότεροι θα ισχυρίζονταν ότι η φροντίδα υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει απομακρυνθεί πάρα πολύ από το άκρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας στον άξονα τριτοβάθμιας φροντίδας- πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ο Δρ. Tom Ransom πραγματοποίησε αυτό που κατά τη γνώμη του είναι μια ηθικά εξονυχιστική εξέταση για την κοιτλιαγία και τη μειωμένη όρεξη του Ned, συμπεριλαμβανομένου ενός ηεπτομερούς ιστορικού και μιας εξονυχιστικής σωματικής εξέτασης, μιας σειράς ακτινογραφιών στην ανώτερη γαστρεντερική οδό και κοιτλιακού υπέρηχου· όλα ήταν φυσιολογικά. Όταν ο Δρ. Ransom ήξευε στο Zed ότι θα χρειαστεί να συνεργαστούν για να ρυθμίσουν τα συμπτώματά του, ο Zed τού ήξευε ότι θέλει μια ακόμα εξέταση, μια αξονική στην κοιτλιακή χώρα. Τού αναφέρει ακόμα ότι είχε έναν ξάδερφο με παρόμοια συμπτώματα που τελικά του διαγνώστηκε ήμφωμα σε προχωρημένο στάδιο, αφού παραπονιόταν για πόνο πάνω από ένα χρόνο.

Ο Δρ. Ransom βρίσκεται σε αδιέξοδο. Το θεωρεί εξαιρετικά απίθανο να έχει ο Zed σοβαρές παθολογικές μεταβολές στην κοιτλιακή του χώρα που θα ανιχνευτούν με την αξονική. Θα μπορούσε να δώσει εντολή για αξονική αλλήλ σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχει το ζήτημα του κόστους. Δεν μπορεί να θυμηθεί αν ο Zed είναι καθημμένος από πρόγραμμα που ηεπιουργεί βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή από έναν από τους οργανισμούς υγείας που πληρώνει με βάση το σύστημα της κατά κεφαλήν πληρωμής και βάζει το Δρ. Ransom σε οικονομικό κίνδυνο για όλες τις ακτινολογικές εξετάσεις για τις οποίες θα δοθεί εντολή. Αρχίζει να ρωτά το Zed για την κάλυψή του αλλήλ αισθάνεται τύψεις που επιτρέπει σ' αυτές τις οικονομικές σκέψεις να επηρεάζουν την κλινική του κρίση.

Η επιθυμία (και σε πολλές περιπτώσεις η προσδοκία) των ασθενών να λάβουν όλη την εν δυνάμει ωφέλιμη φροντίδα και η απροθυμία των ιδίων ατόμων ως αγοραστών να δαπανούν απεριόριστα ποσά για τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας δημιουργούν ένταση σε όλους τους παροχείς φροντίδας και σε όλα τα συστήματα φροντίδας. Οι ιατροί όλο και περισσότερο καλούνται να λάβουν υπόψη ζητήματα κόστους όταν λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις. Η δημόσια συζήτηση θα συνεχιστεί με θέμα τους καλύτερους τρόπους ενθάρρυνσης των ιατρών ώστε να είναι πιο υπεύθυνοι για τις δαπάνες της φροντίδας κατά τρόπο κοινωνικά υπεύθυνο που δεν θα επεμβαίνει αδικαιολόγητα στην ικανότητά τους να εξυπηρετούν το μεμονωμένο ασθενή. Είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται μέθοδοι πληρωμών που θέτουν τους ιατρούς σε ατομικό οικονομικό κίνδυνο για τις αποφάσεις που λαμβάνουν για θεραπείες προκειμένου να ελέγχονται οι δαπάνες; Είναι περισσότερο καθολικές μέθοδοι διαθέσιμες ούτως ώστε να παρακινήσουν τους ιατρούς και τους άλλους παροχείς φροντίδας να ασκούν το λειτούργημά τους κατά τρόπο που θα δηλώνει ότι έχουν συναίσθηση των δαπανών; Αν ο Zed δεν κάνει αξονική, μιλάμε για επώδυνο ή ανώδυνο έλεγχο δαπανών;

Παραμονές της συνταξιοδότησής του, ο Δρ. Melvin Steadman αναποθεί με το γιο του, το Δρ. Kevin Steadman. Ο μεγαλύτερος Δρ. Steadman έχει εργαστεί ως παιδίατρος μόνος του για περισσότερα από 40 χρόνια στην ίδια πόλη. Το μόνο αφεντικό που γνώρισε στην επαγγελματική του ζωή είναι ο εαυτός του. Υπνρέτησε ως πρόεδρος του τοπικού ιατρικού συλλόγου, ηγήθηκε προσπαθειών να κατασκευαστεί ειδική παιδιατρική πτέρυγα στο τοπικό νοσοκομείο και προκάλεσε την εχθρότητα αρκετών από τους συναδέλφους του όταν πίεσε για αλληαγή στην πολιτική του νοσοκομείου που απαιτούσε μέχρι τότε από τους ιατρούς να παρακοηθούν επιπλέον συνεχιζόμενα μαθήματα ιατρικής εκπαίδευσης προκειμένου να διατηρήσουν τα νοσοκομειακά τους προνόμια. Ο Mel ορκίστηκε ότι δεν θα συνταξιοδοτούνταν ποτέ· ορκίστηκε όμως ακόμα ότι δεν θα επέτρεπε ποτέ στις ασφαλιστικές εταιρείες να του υποδειξουν πώς να ασκήσει την ιατρική. Αρνήθηκε να υπογράψει οποιαδήποτε συμβόλαιο οργανωμένης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Όταν ήρθε αντιμέτωπος μ' έναν αριθμό ασθενών που γίνονταν όλο και μικρότεροι, αποφάσισε να σταματήσει.

Ο γιος του ο Kevin είναι επίσης παιδίατρος και ως ιατρός είναι μέλος του ιατρικού προσωπικού ενός μεγάλου κερδοσκοπικού οργανισμού υγείας που πρόσφατα άνοιξε ιατρείο στην πόλη. Ο Kevin θυμάται τις πολλές νύχτες που ο πατέρας του επέστρεφε στον σπύτι από τη δουλειά αφού αυτός είχε πάει για ύπνο. Οι ώρες δουλειάς του Kevin είναι πιο σταθερές στον οργανισμό υγείας HMO και έχει εφημερία μόνο ένα σαββατοκύριακο κάθε δύο μήνες. Θεωρεί την προσέγγιση του πατέρα του προς την ιατρική παιδιομοδίτικη από πολλής απόψεις· ήταν υπερβολικά πατερναλιστικός προς τους ασθενείς και παράλογο περιφρονητικός προς τις κλινικές νοσηλεύτριες του παιδιατρικού τμήματος που εργάζονται με τον Kevin. Ωστόσο, όντως ζηλεύει την επαγγελματική ανεξαρτησία του πατέρα του. Μόλις αυτήν την εβδομάδα, ο οργανισμός υγείας HMO αρνήθηκε να εγκρίνει μια μεταμόσχευση μεσθού των οστών για έναν ασθενή του με σπάνια διαταραχή στο αίμα. Ο οργανισμός επίσης μόλις τον ειδοποίησε ότι θα πρέπει να μοιράσει το χρόνο του ανάμεσα στο τωρινό του

ιατρείο και σ' ένα νέο χώρο που σύντομα θα άρχιζε να λειτουργεί σ' ένα προασιακό εμπορικό κέντρο. Το πρόγραμμά του θα είναι περιορισμένο σε δεκάλεπτα σύντομα ραντεβού στο νέο χώρο, αντί για το είδος εργασίας που προωθεί μια αίσθηση συνέχειας και θα του επιτρέπει με τον καιρό να γνωρίσει τους ασθενείς του.

Ένα σύστημα φροντίδας υγείας στο οποίο προηγουμένως η διαχείριση γινόταν σύμφωνα μ' ένα επαγγελματικό μοντέλο από ανεξάρτητους ιατρούς μετακινείται προς ένα εταιρικό μοντέλο φροντίδας με χαρακτηριστικό τους μεγάλους οργανισμούς που τους διευθύνουν διοικητές. Καθώς ο ρόλος των εμπορικών και κερδοσκοπικών φορέων διευρύνεται, οι παραδοσιακές ευθύνες προς τους ασθενείς και τις τοπικές κοινότητες συναγωνίζονται τις νέες υποχρεώσεις προς τους μετόχους. Οι σχέσεις ισχύος μεταβάλλονται, με τις ασφαλιστικές εταιρείες και τους οργανωμένους αγοραστές να αποτελούν πρόκληση για την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος. Μια μετατόπιση προς την εξάσκηση του λειτουργήματος από ομάδες πολλών ειδικοτήτων ίσως δώσει περισσότερες ευκαιρίες στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να εργαστούν υπεύθυνα και συναδελφικά και να εφαρμόσουν νέες προσεγγίσεις βελτίωσης της ποιότητας προκειμένου να προαχθεί η αξιοσύνη όλων των παροχών φροντίδας υγείας. Την ίδια στιγμή, ένα ανταγωνιστικό και κερδοσκοπικό περιβάλλον φροντίδας υγείας μπορεί να παρακινήσει τους ιατρούς να θέσουν σε κίνδυνο την ανθρωπιά τους και να στραφούν προς το μοντέλο του «οικονομικού ανθρώπου/ homo economicus», βάσει του οποίου οι κλινικές αποφάσεις στηρίζονται εν μέρει σε οικονομικούς παράγοντες.

Η Aurora δεν μπορεί να περιμένει άλλη στη συνωστισμένη αίθουσα επειγόντων περιστατικών του περιφερειακού νοσοκομείου. Ήδη βρίσκεται εκεί 6 ώρες και ο ιατρός δεν την έχει ακόμα εξετάσει. Ακόμα πονάει στην κάτω κοιλιακή χώρα αηλιά φαντάζεται ότι αηλιά θα πρέπει να ανεχτεί τον πόνο για ηίγες ακόμα μέρες. Στ' αλήθεια δεν έχει πολλές επιλογές. Φτωχή και ανασφάλιστη, που αηλιά θα μπορούσε να πάει; Έχει δύο μικρά παιδιά στο σπίτι που πρέπει να τα βάλει για ύπνο. Σε μισή ώρα ο πατέρας τους πρέπει να πάει στη νυχτερινή του εργασία ως μέλος προσωπικού ασφαλείας. Καθώς μπαίνει στο διαμέρισμά της, χάνει τις αισθήσεις της λόγω εσωτερικής αιμορραγίας με αίτιο ρήξη εγκυμοσύνης στην ωαγωγό της σάηπιγγα. Ο σύζυγός της αηλόφρων τηλεφωνεί στο 166 και προσεύχεται να μην πεθάνει η γυναίκα του.

Ίσως καμία τάση στο σύστημα φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών δεν απέχει τόσο πολύ από την επίτευξη ενός βαθμού ικανοποιητικής ισορροπίας όσο η επίτευξη ενός βασικού επιπέδου αμεροληψίας στην κατανομή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στο βάρος της

χρηματοδότησης αυτών των υπηρεσιών. Παρά τα 2 χρόνια έντονης δημόσιας συζήτησης με θέμα τη μεταρρύθμιση της φροντίδας υγείας μετά την προεδρική εκλογή του 1992, περισσότεροι άνθρωποι στη χώρα ήταν ανασφάλιστοι το 2000 σε σχέση με το 1994, με «θολές» προοπτικές για επίτευξη καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης αυτών τον αιώνων. Λόγω των διαρκών οικονομικών κωλυμάτων, περισσότεροι ασθενείς θα στερηθούν την έγκαιρη ανίχνευση εν δυνάμει ιάσιμων μορφών καρκίνου, περισσότεροι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες θα νοσηλευτούν στο νοσοκομείο λόγω έλλειψης έγκαιρης φροντίδας ως εξωτερικοί ασθενείς, περισσότεροι υπερτασικοί ασθενείς θα μείνουν χωρίς τα φάρμακα που θα μπορούσαν να αποτρέψουν την εκδήλωση εγκεφαλικών και νεφρικής ανεπάρκειας και περισσότερα μωρά θα γεννηθούν πρόωρα και θα περάσουν τις πρώτες εβδομάδες της ζωής τους σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας για νεογνά. Οι φτωχοί θα εξακολουθήσουν να πληρώνουν μεγαλύτερη αναλογία του εισοδήματός τους για την φροντίδα υγείας σε σχέση με περισσότερες πλούσιες οικογένειες και οι καταστροφικές δαπάνες της φροντίδας υγείας θα καταστρέψουν αναριθμητές οικογένειες της μεσαίας τάξης.

Οι άνθρωποι που παρέχουν και λαμβάνουν φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες πρέπει να συνεργαστούν για να επιτύχουν ένα καλύτερο μέλλον για το σύστημα φροντίδας υγείας της χώρας. Η αλλαγή του μέλλοντος θα απαιτήσει από τους ανθρώπους να κοιτάξουν πέρα από την άμεση ιδιοτελείά τους για να μπορέσουν να δουν το κοινό καλό ενός συστήματος φροντίδας υγείας που είναι προσιτό και υψηλής ποιότητας για όλους, καθώς και μέσα στις οικονομικές δυνατότητές τους. Θα χρειαστεί ένα ανεβασμένο επίπεδο δημόσιας συζήτησης, με άτομα καλύτερα πληροφορημένα και πιο ενεργά αναμεμιγμένα στη διαμόρφωση του μέλλοντος του δικού τους συστήματος φροντίδας υγείας. Οι αφηρημένες έννοιες της πολιτικής της υγείας θα χρειαστεί να αναλυθούν και να συζητηθούν δημόσια κατά τρόπο που συνδέεται με την καθημερινή πραγματικότητα που βιώνουν ασθενείς και παροχείς φροντίδας. Οι στάσεις και οι δράσεις των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών του τομέα της υγείας θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του μέλλοντος της φροντίδας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες. Με τις ηγετικές ικανότητες και την προνοητικότητα των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, οι Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί κάποτε στο μέλλον να επιτύχουν τη δημιουργία ενός συστήματος που θα επιτρέπει στα πιο αξιόπαινα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας να ευδοκιμήσουν.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

O'Neil E, Seifer S: Health care reform and medical education: Forces towards generalism. Acad Med 1995;70:337.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Ποιοι είναι οι τέσσερις τρόποι χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας; Αναλύστε τον καθένα από αυτούς.
2. Αναλύστε την αντιστρόφως ανάλογη, την αναλογική και την προοδευτική χρηματοδότηση. Εξηγήστε πώς το καθένα από τα παρακάτω είναι αντιστρόφως ανάλογη, αναλογική και προοδευτική χρηματοδότηση: απευθείας πληρωμές, εμπειρικά κοστολογημένη ατομική ιδιωτική ασφάλιση, ατομική ιδιωτική ασφάλιση με την αρχή της κοινής αρχής ασφαλιστών, ασφάλιση υγείας αγορασμένη 100% από τον εργοδότη (με την υπόθεση ότι οι υπάλληλοι όντως πληρώνουν για την ασφάλιση υγείας όπως αναφέρθηκε) και ομοσπονδιακός φόρος εισοδήματος.
3. Ο Harvey, που έχει εργαστεί όλη του τη ζωή στη General Electric, πλησιάζει τα 65. Δεν συνταξιοδοτείται. Πληροί τις προϋποθέσεις για το Μέρος Α ή το Μέρος Β του Medicaid; Έξι μήνες αργότερα, η σύζυγός του που δεν έχει εργαστεί ποτέ πλησιάζει τα 65. Πληροί τις προϋποθέσεις για το Μέρος Α ή το Μέρος Β του Medicaid; Πώς γίνεται η πληρωμή των Μερών Α και Β;
4. Ο Hubert έλαβε κοινωνική ασφάλιση για ανικανότητα για 24 μήνες γιατί πάσχει από AIDS. Πληροί τις προϋποθέσεις για το Medicaid;
5. Η Rena εμφάνισε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και άρχισε αιμοκάθαρση πριν από δύο εβδομάδες. Αισθάνεται καλά και εργάζεται. Πληροί τις προϋποθέσεις για το Medicaid;
6. Η Heidi, 72 χρόνων, που ανήκει στα Μέρη Α και Β του Medicare, χωρίς Medicaid ή συμβόλαιο Medigap, νοσηλεύεται με εγκεφαλικό που έγινε πιο περίπλοκο από θρόμβωση της εν τω βάθει φλέβας στο πόδι και πνευμονική εμβολή. Βρίσκεται στο νοσοκομείο οξέων παθήσεων για 70 ημέρες και τη φροντίζει ένας οικογενειακός ιατρός και ένας νευρολόγος. Εμφανίζει κάποια βελτίωση και διακομίζεται στην εξειδικευμένη κλινική για αποκατάσταση. Παραμένει εκεί για 30 μέρες, εμφανίζει ακόμα σοβαρή αναπηρία και δεν μπορεί να πάει σπίτι. Διακομίζεται σε μια ιδιωτική κλινική για φροντίδα φύλαξης και παραμένει εκεί 3 μήνες. Παραδόξως, εμφανίζει βελτίωση και επιστρέφει σπίτι της όπου λαμβάνει εξειδικευμένες υπηρεσίες φυσιοθεραπείας από μια

υπηρεσία παροχής κατ' οίκον φροντίδας και επίσης έρχεται μια οικιακή βοηθός 4 ώρες την ημέρα για να αγοράσει φαγητό, να μαγειρέψει και να καθαρίσει το σπίτι. Λαμβάνει τρία συνταγογραφούμενα φάρμακα στο σπίτι. Τι πληρώνει η Heidi και τι το Medicare: το νοσοκομείο οξέων παθήσεων, την εξειδικευμένη κλινική, την ιδιωτική κλινική, την κατ' οίκον φροντίδα, τους ιατρούς, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, όταν ήταν στο νοσοκομείο και τα φάρμακα όταν είναι στο σπίτι;

Θέματα για συζήτηση

1. Συζητήστε τις εμπειρίες σας με την ασφάλιση υγείας που σας παρέχονταν από έναν εργοδότη σας. Πώς λάβατε την ασφάλιση; Πληρώσατε μέρος του ασφαλιστήριου; Υπήρχαν αφαιρετέα ποσά ή συν-πληρωμές; Πόσες επιλογές προγραμμάτων είχατε; Τι συνέβη όταν αφήσατε την εργασία σας;
2. Χωριστείτε σε δύο ομάδες: μία ασφαλιστική εταιρεία που πουλά συμβόλαια ασφάλισης υγείας με βάση την αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστών και η άλλη να πουλά εμπειρικά κοστολογημένα συμβόλαια. Η κάθε πλευρά πρέπει να προσπαθήσει να πείσει τον εκπαιδευτή να αγοράσει το συμβόλαιό της πρώτα ως νέο και υγιές άτομο και μετά ως μεγαλύτερο σε ηλικία άτομο με διαβήτη. Ποιό συμβόλαιο είναι πιο πιθανό να επιλέξει το νεαρό άτομο και ποιό το μεγαλύτερο σε ηλικία;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Περιγράψτε τις δύο κύριες κατηγορίες ατόμων χωρίς ασφάλιση υγείας.
2. Γιατί η έλλειψη ασφάλισης αυξάνεται τα τελευταία 15 χρόνια;
3. Συγκρίνετε την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας για τα άτομα με ιδιωτική ασφάλιση, τους δικαιούχους του Medicaid και τα άτομα χωρίς ασφάλιση. Δώστε παραδείγματα.
4. Συγκρίνετε τα αποτελέσματα για την υγεία όσον αφορά τα άτομα με ιδιωτική ασφάλιση, τους δικαιούχους του Medicaid και τα άτομα χωρίς ασφάλιση. Δώστε παραδείγματα.
5. Περιγράψτε έξι κατηγορίες υπασφάλισης.

Θέματα για συζήτηση

1. Για ποιούς λόγους ο Ace Banks ήταν υγιής στα 48 και ο Bill Downes πέθανε στην ίδια ηλικία;
2. Οι γυναίκες κατά μέσο όρο πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις σε ιατρούς σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό σημαίνει ότι η πρόσβαση των γυναικών στην φροντίδα υγείας είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την αντίστοιχη των ανδρών;
3. Συζητήστε τους πιθανούς λόγους για τους οποίους οι ασθενείς με νόσο της στεφανιαίας που προέρχονται από μειονότητες λαμβάνουν λιγότερες διαδικασίες φροντίδας, όπως η επέμβαση bypass, σε σχέση με τους λευκούς ασθενείς.
4. Ποιά είναι η σχέση μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (συμπεριλαμβανομένων παραγόντων όπως το εισόδημα, η παιδεία και το επάγγελμα) και της υγείας; Γιατί υπάρχει μια τέτοια σχέση;
5. Ποιές θα ήταν οι καλύτερες στρατηγικές βελτίωσης της κατάστασης της υγείας των Αφρο-αμερικανών στις Ηνωμένες Πολιτείες;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ

1. Εξηγήστε τον κάθε τρόπο εξόφλησης των ιατρών: την καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ανά επεισόδιο ασθένειας, την κατά κεφαλήν πληρωμή και το μισθό. Εξηγήστε τον κάθε τρόπο εξόφλησης των νοσοκομείων: την καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την πληρωμή ανά ημέρα και ανά επεισόδιο ασθένειας (διαγνωστική ομάδα -DRG), την κατά κεφαλήν πληρωμή και το σφαιρικό προϋπολογισμό.

Θέματα για συζήτηση

1. Είστε ένας ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας που φροντίζετε μια νεαρή γυναίκα με νέα «επίθεση» έντονων πονοκεφάλων, αμνηρόρια και φυσιολογικές σωματικές εξετάσεις. Ποιά είναι τα οικονομικά κίνητρα και αντικίνητρα που θα σας οδηγούσαν να δώσετε ή να μη δώσετε εντολή για μαγνητική τομογραφία σε περίπτωση που η ανάγκη για τη μαγνητική ήταν αμφίβολη;
 - (α) στα πλαίσια του παραδοσιακού συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες,
 - (β) στα πλαίσια του συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με επιθεώρηση των πληρωμών,
 - (γ) στα πλαίσια ενός ανεξάρτητου ιατρικού συλλόγου (IPA)- πρότυπου οργανισμού υγείας (HMO) στον οποίο λαμβάνετε κατά κεφαλήν πληρωμή που σας βάζει σε κίνδυνο για εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και παραπομπές σε ειδικούς ιατρούς,
 - (δ) στα πλαίσια ενός επιτελικού μοντέλου οργανισμού υγείας (HMO) με λίστα αναμονής 2 μηνών για τις προαιρετικές μαγνητικές τομογραφίες;

Στην περίπτωση του επιτελικού μοντέλου οργανισμού υγείας (HMO), τι θα κάνατε αν πιστεύατε ότι χρειάζεται να κάνετε τη μαγνητική εντός 48 ωρών;
2. Τελειώνετε την ειδικότητα στην οικογενειακή ιατρική σε ένα πολύ γνωστό πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο και αναζητάτε τον καλύτερο τρόπο να αρχίσετε την καριέρα σας ως ιατρός. Είστε εντυπωσιασμένος από

την αφοσίωση μιας ομάδας έξι ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCPs) και γίνεστε μέλος αυτής. Σύντομα μαθαίνετε ότι η ομάδα έχει σύμβαση με τον οργανισμό υγείας HMO MiniCare και λαμβάνει 35 δολάρια το μήνα ανά εγγεγραμμένο ασθενή, ποσό λογικό για να καλύψει τις ανάγκες φροντίδας υγείας του μέσου ασθενούς. Από αυτό το κεφάλαιο, η ομάδα πληρώνει για τις παραπομπές σε εργαστήρια, ακτινολογικές εξετάσεις, ειδικούς ιατρούς και για τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών. Τον πρώτο σας μήνα, δίνετε εντολή για εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας σ' όλους τους νέους ασθενείς σας του MiniCare, παραπέμπετε 17 ασθενείς του MiniCare για μαστογραφία, πέντε για αξονική τομογραφία, τρεις για μαγνητική, οκτώ σε ειδικούς ιατρούς και χορηγείτε με συνταγή ένα ακριβό φάρμακο για μείωση της χοληστερόλης σε οκτώ ασθενείς του MiniCare. Στο τέλος του μήνα, ο διοικητής της ομάδας σας συναντά και σας λέει ότι το εισόδημα της ομάδας από τους δικούς σας 100 ασθενείς του MiniCare ανήλθε στα 3.500 δολάρια αλλά και ότι οδηγήσατε την ομάδα στη δαπάνη 8.500 δολαρίων σε διαγνωστικές εξετάσεις, παραπομπές και συνταγογραφούμενα φάρμακα. Σας λένε ότι ο αληθινός κόσμος δεν μοιάζει με την πανεπιστημιακή ιατρική και πως πρέπει να μειώσετε τις δαπάνες της φροντίδας σας. Τι κάνετε;

3. Είστε διοικητής στο νοσοκομείο και το νοσοκομείο σας αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες. Πρόκειται να μιλήσετε στο ιατρικό προσωπικό και να τους παρακαλέσετε να βοηθήσουν το νοσοκομείο οικονομικά. Τα παλαιότερα χρόνια, το μόνο που είχατε να πείτε ήταν «Να κάνετε εισαγωγή όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών και να τους κρατάτε στο νοσοκομείο όσο το δυνατόν περισσότερο» αλλά οι καιροί έχουν αλλάξει. Για κάποιες μεθόδους αποζημίωσης, θέλετε οι ιατροί να κάνουν εισαγωγή σε περισσότερους ασθενείς ενώ σε άλλες όχι. Για μερικές μεθόδους, θέλετε οι ασθενείς να παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ενώ για άλλες όχι. Τι λέτε στο ιατρικό προσωπικό σχετικά με:
 - (α) τους ασθενείς (της διαγνωστικής ομάδας -DRG) του Medicare,
 - (β) τους ασθενείς (ανά ημέρα) του Medicaid,
 - (γ) τους ασθενείς (ανά ημέρα) του οργανισμού υγείας HMO, και
 - (δ) τους ασθενείς (κατά κεφαλήν πληρωμής) του οργανισμού υγείας HMO;

Για καθεμία από αυτές τις κατηγορίες ασθενών, βοηθάει ή κάνει ζημιά στο νοσοκομείο όταν οι ιατροί

 - (α) κάνουν εισαγωγή σε περισσότερους ασθενείς,
 - (β) τους κρατάνε στο νοσοκομείο περισσότερες μέρες, και
 - (γ) δίνουν εντολή για περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΣΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πώς απελευθερώνει η κατά κεφαλήν πληρωμή τους ασφαλιστές από τον κίνδυνο; Πώς μετατοπίζει η κατά κεφαλήν πληρωμή τον κίνδυνο στους παροχείς της φροντίδας;

2. Περιγράψτε τη ροή των χρημάτων σ' έναν οργανισμό υγείας ΗΜΟ που μοιάζει με Ανεξάρτητο Ιατρικό Σύλλογο. Με στρογγυλούς αριθμούς, πόσα χρήματα ανά μέλος το μήνα λαμβάνει ο οργανισμός υγείας ΗΜΟ και πόσα πληρώνει; Πόσα χρήματα πηγαίνουν στη νοσοκομειακή φροντίδα και πόσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, την εξειδικευμένη και την επικουρική φροντίδα;
3. Πώς λειτουργεί ο τρόπος εξόφλησης με την κατά κεφαλήν πληρωμή συν το bonus;
4. Ποιά είναι τα επιχειρήματα για τις κατά κεφαλήν πληρωμές που υπολογίζονται με βάση τον κίνδυνο;
5. Αν και οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCPs) και οι ειδικοί ιατροί λαμβάνουν κατά κεφαλήν πληρωμή, ποια είναι τα οικονομικά κίνητρα του καθένα από τους ιατρούς σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών;
6. Πώς λειτουργούν τα ταμεία για περιπτώσεις κινδύνου του νοσοκομείου στα συμβόλαια πλήρους κινδύνου των οργανισμών υγείας ΗΜΟ που μοιάζουν με Ανεξάρτητους Ιατρικούς Συλλόγους; Πώς λειτουργούν τα συμβόλαια μοιρασμένου κινδύνου;

Θέματα για συζήτηση

1. Πώς μπορείτε να αντισταθείτε ως πάροχος ιατρικής φροντίδας στο να επιτρέψετε στα χρήματα να επηρεάζουν τις ιατρικές σας αποφάσεις;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ι

Θέματα για συζήτηση

1. Είστε 63 χρόνων και αρχίζετε να αισθάνεστε πόνο στο θώρακα όταν περπατάτε. Δεν έχετε ιατρό. Ένας φίλος σας λέει ότι χρειάζεστε bypass και προτείνει έναν καρδιοχειρουργό στην ιατρική σχολή. Τι κάνετε:
 - (α) στα πλαίσια ενός μοντέλου παροχής ιατρικής βοήθειας που χαρακτηρίζεται από λιγότερη οργάνωση; και
 - (β) στα πλαίσια ενός περιφερειακού μοντέλου;
2. Δώστε μερικά παραδείγματα για τη φράση «Οι συνηθισμένες διαταραχές προκύπτουν συνήθως, ενώ οι σπάνιες συμβαίνουν σπάνια». Ποιά είναι η σημασία αυτής της δήλωσης για το λόγο των γενικών ιατρών προς τους ειδικούς ιατρούς στις Ηνωμένες Πολιτείες;
3. Στη Μεγάλη Βρετανία, το 65% των ιατρών είναι παθολόγοι. Στον Καναδά, το 50% των ιατρών είναι παθολόγοι. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου το 1/3 των ιατρών είναι γενικοί ιατροί (παθολόγοι και οικογενειακοί ιατροί, γενικοί εσωτερικοί παθολόγοι και γενικοί παιδίατροι). Ας υποθέσουμε ότι είστε Πρόεδρος της Υποεπιτροπής Υγείας της Επιτροπής Μέσων και Πόρων της Βουλής των Αντιπροσώπων των Ηνωμένων Πολιτειών. Ποια νομοθεσία ίσως προτείνετε για να αυξηθεί η αναλογία των γενικών ιατρών;
4. Συζητήστε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του να απαιτείται από όλους να εντάσσονται στο σύστημα φροντίδας υγείας μέσω ενός παρόχου φροντίδας υγείας που αναλαμβάνει να παραπέμψει για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνει πως κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο (αυτός μπορεί να είναι γενικός ιατρός, κλινική νοσηλεύτρια ή βοηθός ιατρού).
5. Είστε παιδίατρος σ' έναν οργανισμό υγείας ΗΜΟ και

παρέχετε φροντίδα υψηλής ποιότητας στα παιδιά που εξετάζετε στο ιατρείο σας. Ο επιστημονικός διευθυντής θέτει σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα κοινοτικά προσανατολισμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τι κάνετε που είναι διαφορετικό σε σχέση μ' αυτά που κάνατε προηγουμένως;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΙ

1. Ποιές είναι οι δύο γενιές οργανισμών υγείας ΗΜΟ; Δώστε παραδείγματα για την καθεμία (αν είναι δυνατόν, στην κοινότητά σας).
2. Τι είναι η κάθετη ενοποίηση; Τι είναι η δυναμική ενοποίηση;
3. Ποιά είναι η διαφορά ανάμεσα σ' έναν Ανεξάρτητο Ιατρικό Σύλλογο (IPA) και μια ενοποιημένη ιατρική ομάδα;
4. Ποιά είναι η διαφορά ανάμεσα σ' έναν οργανισμό υγείας (ΗΜΟ) και έναν οργανισμό που συμβάλλεται με συγκεκρίμενους ιατρούς και νοσοκομεία;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΕΠΩΔΥΝΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΑΝΩΔΥΝΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Δώστε παραδείγματα ιατρικών παρεμβάσεων που τοποθετούνται στις πιο απότομες κλίσεις της καμπύλης κόστους- οφέλους και παρεμβάσεων που βρίσκονται σε πιο επίπεδα σημεία. Είναι η εξάλειψη των δεύτερων επώδυνος ή ανώδυνος έλεγχος δαπανών;
2. Δώστε παραδείγματα ανώδυνου ελέγχου δαπανών. Μιλάμε για ανώδυνο έλεγχο για όλους;

Θέματα για συζήτηση

1. Η CABGville έχει τέσσερις καρδιοχειρουργικές μονάδες: μια μονάδα που πραγματοποιεί 300 bypass κάθε χρόνο και τις άλλες που πραγματοποιούν κατά μέσο όρο 40 το χρόνο. Οι καρδιοχειρουργοί μπορούν να προγραμματίσουν bypass όποτε επιθυμούν. Οι μικρές μονάδες έχουν ποσοστό εγχειρητικής θνησιμότητας της τάξης του 7% σε σύγκριση με το 4% για τη μεγάλη μονάδα. Για να ελεγχθούν οι δαπάνες, το συμβούλιο προγραμματισμού της υγείας της CABGville κλείνει τις τρεις λιγότερο παραγωγικές καρδιοχειρουργικές μονάδες. Τα προαιρετικά bypass τώρα έχουν λίστα αναμονής 1 μήνα και λόγω του αυστηρού προγράμματος οι χειρουργοί είναι λιγότερο πιθανό να πραγματοποιούν επεμβάσεις. Ο αριθμός των bypass μειώνεται από 420 σε 340 ανά έτος. Τόσο οι συνολικές δαπάνες του bypass όσο και η μονάδα κόστους ανά bypass μειώνονται καθώς και ο δείκτης θνησιμότητας. Πέτυχε η CABGville επώδυνο ή ανώδυνο έλεγχο δαπανών;
2. Οι συνολικές δαπάνες φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών έχουν αποκτήσει ένα ανώτατο όριο και ελέγχονται από μια επιτροπή υπηρεσιών υγείας. Λόγω των αυστηρών προϋπολογιστικών περιορισμών, η επιτροπή πρέπει να αποφασίσει αν θα χρηματοδοτήσει ένα υπέρτατο πρόγραμμα μαστογραφίας ή θα περιορίσει τις μαστογραφίες και θα χρηματοδοτήσει στη θέση τους την υψηλή χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών για τους ασθενείς

με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, μια αγωγή της οποίας η αποτελεσματικότητα δεν έχει αποδειχθεί αλλά που θα μπορούσε να βοηθήσει ορισμένες υποομάδες γυναικών. Σύμφωνα με την πρώτη επιλογή, αρκετές χιλιάδες περιστατικά καρκίνου του μαστού σε πρώτα στάδια θα μπορούσαν να θεραπευτούν με θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις κάθε χρόνο αλλά οι γυναίκες που πάσχουν τώρα από καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο δεν θα είχαν όφελος. Ποια είναι η πιο επώδυνη επιλογή ελέγχου δαπανών από την πλευρά των γυναικών χωρίς καρκίνο του μαστού, των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού και την πλευρά της κοινωνίας ως σύνολου; Ποια από αυτές τις δύο ομάδες γυναικών πρέπει να έχει προτεραιότητα στην απόφαση αυτή;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Θέματα για συζήτηση

1. Φανταστείτε ότι ένας νόμος περί διαχειριζόμενου ανταγωνισμού ψηφίζεται από το Αμερικανικό Κογκρέσο και γίνεται νόμος αφού υπογραφεί από τον Πρόεδρο. Ο νόμος δεν απευθύνεται στο Medicare, το Medicaid και στα προγράμματα υγείας που δεν παρέχονται από τον εργοδότη. Σύμφωνα με τον εν λόγω νόμο, οι εργοδότες είναι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση ασφάλισης υγείας για τους υπαλλήλους σε ποσοστό 50% του προγράμματος με την πιο χαμηλή δαπάνη στη γεωγραφική περιοχή και οποιοσδήποτε επιπλέον πληρωμές του εργοδότη θα φορολογούνται. Το Πρόγραμμα LowCost ορίζει το ασφάλιστρό του στα 100 δολάρια το μήνα, το ασφάλιστρο του MidCost είναι 200 δολάρια μηνιαίως και το Πρόγραμμα HighCost χρεώνει 300 δολάρια το μήνα. Πόσα θα πληρώσουν εργοδότης και υπάλληλος για την ασφάλεια υγείας σύμφωνα με το κάθε πρόγραμμα;
2. Δύο χρόνια μετά την ψήφιση του νόμου περί διαχειριζόμενου ανταγωνισμού, οι δαπάνες φροντίδας υγείας σ' όλη τη χώρα συνεχίζουν να διογκώνονται σε ποσοστά πάνω από 10% ανά έτος και οι γερουσιαστές επιθυμούν να ακυρώσουν το νόμο. Ως γερουσιαστής που υποστηρίζει την ακύρωση, εξηγήστε γιατί ο διαχειριζόμενος ανταγωνισμός δεν πέτυχε να διατηρήσει χαμηλές τις δαπάνες. Ως γερουσιαστής που τάσσεται κατά της ακύρωσης υποστηρίξτε γιατί θα έπρεπε να έχει δοθεί περισσότερος χρόνος στη στρατηγική του διαχειριζόμενου ανταγωνισμού.
3. Είστε πρόεδρος του συμβουλίου προγραμματισμού υγείας της CABGville, μιας πόλης που εξακολουθεί να πλήττεται από την κρίση στις δαπάνες της φροντίδας υγείας. Η πόλη έχει 30 ιατρούς και ο καθένας εξετάζει 30 ασθενείς την ημέρα με δαπάνη 30 δολαρίων ανά επίσκεψη. Η συνολική ημερήσια δαπάνη είναι $30 \times 30 \times 30 = 27.000$ δολάρια. Ποιές μέθοδοι είναι διαθέσιμες για τη μείωση του συνολικού κόστους των ιατρικών υπηρεσιών; Θα είχε αποτέλεσμα η μείωση της αμοιβής ανά επίσκεψη από 30 σε 20 δολάρια; Αν εφαρμοζόταν στρατηγική ανώτατου ορίου δαπανών (δεσμεύοντας τις αμοιβές με τον όγκο), θα υπήρχε αποτέλεσμα;
4. Το συμβούλιο προγραμματισμού υγείας της CABGville

αλλάζει τον τρόπο εξόφλησης των ιατρών από την καταβολή αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην κατά κεφαλήν πληρωμή: 20 δολάρια ανά ασθενή το μήνα προς τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, με 20 ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας να έχουν ο καθένας 2.000 ασθενείς (οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας πληρώνουν τους ειδικούς ιατρούς από τα 20 δολάρια της κατά κεφαλήν πληρωμής). Η συνολική δαπάνη το μήνα είναι 800.000 δολάρια (περίπου 27.000 δολάρια την ημέρα). Πώς θα μπορούσε το συμβούλιο προγραμματισμού υγείας να μειώσει τη μηνιαία δαπάνη; Θα μπορούσαν οι δαπάνες των ιατρών να αυξάνονται ακόμα παρά αυτήν τη μέθοδο ελέγχου δαπανών; Γιατί ναι ή γιατί όχι;

5. Τελειώσατε την ειδικότητά σας στην εσωτερική παθολογία και έχετε την επιλογή να εργαστείτε στο Kaiser ή σ' ένα ιδιωτικό ιατρείο που αποτελεί μέρος ενός Ανεξάρτητου Ιατρικού Συλλόγου (IPA). Σας ανησυχεί ιδιαίτερα η ικανότητά σας να δίνετε εντολή για εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και να λαμβάνετε συμβουλές από ειδικούς ιατρούς. Στο Kaiser, μαθαίνετε ότι έχετε την ελευθερία να δίνετε εντολή για εξετάσεις και να λαμβάνετε συμβουλές, αλλά και πως οι ασθενείς μπορεί να χρειαστεί να περιμένουν (εκτός από επείγουσες καταστάσεις) λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας εξοπλισμού, όπως οι μαγνητικοί τομογράφοι και των περιορισμένων ραντεβού με ειδικούς ιατρούς. Στον Ανεξάρτητο Ιατρικό Σύλλογο (IPA), πρέπει να απαιτήσετε προ-εξουσιοδότηση για ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις και για συμβουλές από ειδικούς ιατρούς, αλλά μόλις δοθεί η προ-εξουσιοδότηση, οι χρόνοι αναμονής είναι αρκετά σύντομοι. Ποιά εργασιακή κατάσταση θα προτιμούσατε και ποιά νομίζετε ότι έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα ελέγχου δαπανών;
6. Είστε Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών και η πρώτη σας θητεία τελειώνει σ' ένα χρόνο. Ο μηχανισμός ελέγχου δαπανών που θεσπίσατε πριν από δύο χρόνια, βασισμένος στη συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή εισφορών και στον διαχειριζόμενο ανταγωνισμό, δεν είχε αποτέλεσμα και οι Αμερικανοί είναι αναστατωμένοι με τον «επίμονο» πληθωρισμό της φροντίδας υγείας. Προετοιμάζεστε για μια μεγάλη τηλεοπτική ομιλία για τις δαπάνες της φροντίδας υγείας. Τι θα προτείνετε; Μπορείτε να πείσετε το κοινό ότι η στρατηγική σας είναι στρατηγική ανώδυνου ελέγχου δαπανών;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1. Τι ονομάζουμε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τι ανεξάρτητες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;
2. Τι ποσοστό υπηρεσιών χρόνιας φροντίδας χρηματοδοτείται από πηγές κεφαλαίων και ποιές είναι αυτές;
3. Ποιές υπηρεσίες χρόνιας φροντίδας καλύπτονται από το Medicare και ποιές όχι; Ποιές καλύπτονται από το Medicaid;

Θέματα για συζήτηση

1. Είστε πρόεδρος της Ασφαλιστικής Εταιρείας LTC και καταθέτετε σε μια επιτροπή της Γερουσίας για τη χρόνια φροντίδα. Σας ρωτούν γιατί μόνο μερικά εκατομμύρια

- άνθρωποι έχουν ιδιωτική ασφάλιση για χρόνια φροντίδα και σας καλούν να απαντήσετε στα παράπονα που διατυπώνουν οι ομάδες υπεράσπισης των συνταξιούχων σχετικά με τους όρους των συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης για χρόνια φροντίδα. Τι λέτε στην επιτροπή;
2. Η νόσος Αλτσχάιμερ της μητέρας σας χειροτερεύει και αυτή περιφέρεται στη γειτονιά, μερικές φορές ανήμπορη να βρει το δρόμο για να επιστρέψει στο σπίτι. Κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας, μένει ξύπνια το μεγαλύτερο μέρος της νύχτας και έχει εμφανίσει ακράτεια. Ο πατέρας σας πέθανε πριν από δύο χρόνια. Εσείς και ο σύζυγός σας εργάζεστε, έχετε τρία παιδιά σε ηλικία που πηγαίνουν στο σχολείο και έχετε ένα επιπλέον δωμάτιο στο σπίτι σας. Ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου τηλεφωνεί και σας λέει ότι η μητέρα σας χρειάζεται 24ωρη βοήθεια. Οι επιλογές σας είναι:
 - α. να προσλάβετε μια οικιακή βοηθό για να ζει με τη μητέρα σας με 16.000 δολάρια το χρόνο,
 - β. να βάλετε τη μητέρα σας σε ιδιωτική κλινική με λογαριασμό που θα πληρώνεται από το Medicaid,
 - γ. να πάρετε τη μητέρα σας να ζει μαζί σας. Τι αποφασίζετε;
 Ποιές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα χρόνιας φροντίδας της Αμερικής θα σας είχαν ωφελήσει στην εν λόγω κατάσταση; Πώς πρέπει να χρηματοδοτούνται τέτοιες μεταρρυθμίσεις;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1. Γιατί η φυματίωση μειώθηκε πριν από την εξακρίβωση του βακίλου της φυματίωσης; Γιατί μειώθηκαν η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από την πολιομυελίτιδα; Γιατί η θνησιμότητα από τη νόσο του Hodgkin μειώθηκε τα τελευταία χρόνια του εικοστού αιώνα; Από αυτά τα παραδείγματα, ποιές είναι οι τρεις σημαντικές στρατηγικές πρόληψης;
2. Τι είναι η πρώτη και η δεύτερη επιδημιολογική επανάσταση;

Θέματα για συζήτηση

1. Δύο άνθρωποι κάνουν εκστρατεία για το συμβούλιο καταναλωτών του οργανισμού υγείας τους. Ο κατέχων νομότυπα την υπεύθυνη θέση ενεργεί βάσει ενός προγράμματος χρέωσης στους καπνιστές υψηλότερων ασφαλιστρών από τους μη καπνιστές λόγω του γεγονότος ότι η κατανάλωση καπνού κοστίζει στον οργανισμό υγείας (HMO) περισσότερα χρήματα. Ο αντίπαλος πιστεύει ότι η κοινωνία και όχι τα άτομα είναι υπεύθυνα για τον εθισμό στον καπνό και ότι ο οργανισμός υγείας πρέπει να αναμειχθεί στην κοινωνική δράση ενάντια στο κάπνισμα. Πραγματοποιήστε μια δημόσια συζήτηση μεταξύ των δύο αυτών ατόμων.
2. Πώς εξηγείτε το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός καρδιακών προσβολών λαμβάνουν χώρα σε νεαρές ηλικίες στους ανθρώπους με επίπεδα χοληστερόλης κάτω από το μέσο επίπεδο για τις Ηνωμένες Πολιτείες και το ότι οι καρδιακές προσβολές σπάνια εκδηλώνονται στις εν λόγω ηλικίες στην Ιαπωνία; Ποιά είναι η σημασία για την πρόληψη πρώτου βαθμού της νόσου της στεφανιαίας;

3. Σας έκαναν επικεφαλής του τομέα πρόληψης του καρκίνου του μαστού των Αμερικανικών Κέντρων για τον Έλεγχο και την Πρόληψη της Νόσου –U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Τι προγράμματα πρόληψης πρώτου και δεύτερου βαθμού θα υποστηρίζατε για να μειώσετε τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού και τη θνησιμότητα από την ασθένεια αυτή;
4. Σας ζητήθηκε να συζητήσετε με έναν ομιλητή από το Εθνικό Σύλλογο Όπλων –National Rifle Association. Ο ομιλητής αυτός επιχειρηματολογεί εναντίον του ελέγχου των όπλων και καταλήγει με τις δηλώσεις «Τα όπλα δεν σκοτώνουν τους ανθρώπους αλλά οι εγκληματίες. Αν θέσουμε εκτός νόμου τα όπλα, μόνο όσοι είναι παράνομοι θα έχουν όπλα». Πώς απαντάτε;
5. Ο Δήμαρχος του Σικάγο σας έκανε επικεφαλής του προγράμματος για την πρόληψη του AIDS στην πόλη. Η συχνότητα της λοίμωξης από τον ιό HIV αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, ειδικά ανάμεσα σε γυναίκες και σε μειονότητες. Ποιές στρατηγικές πρόληψης πρώτου βαθμού επιλέγετε για να καταπολεμήσετε τη λοίμωξη;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Θέματα για συζήτηση

1. Έχετε βιώσει ποτέ ή έχετε υπάρξει μάρτυρας ενός περιστατικού ιατρικής φροντίδας χαμηλής ποιότητας; Τι κάνατε γι' αυτό; Τι έπρεπε να είχατε κάνει;
2. Στο παράδειγμα για τη Shelley Rush, ποιός νομίζετε ότι ήταν υπεύθυνος για το λάθος στη χορήγηση ινσουλίνης στο λάθος ασθενή;
3. Στο παράδειγμα για τη Nina Brown, αν δούλευε ο ιατρός βάσει συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αντί για έναν οργανισμό υγείας με επίγνωση των δαπανών, νομίζετε ότι θα είχε κάνει εισαγωγή στην κυρία Brown στο νοσοκομείο;
4. Διαβάστε ξανά την περίπτωση του 23χρονου αποφοίτου του οποίου χάθηκε η ακτινογραφία. Αν ήσασταν ο διοικητής του νοσοκομείου, τί θα κάνατε για να προλάβετε ένα τέτοιο λάθος από το να συμβεί εκ νέου; Αν ήσασταν ο διευθυντής στο γραφείο του εσωτερικού παθολόγου που δεν έλαβε ποτέ την ακτινογραφία, τι θα κάνατε για να αποφύγετε επανεμφάνιση αυτού του προβλήματος;
5. Τι πάει στραβά με το σύστημα πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων; Τι θα κάνατε για να το διορθώσετε;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ Ο ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Θέματα για συζήτηση

1. Ας υποθέσουμε ότι η οικογένεια Lakeberg στην οποία έγινε αναφορά στο κεφάλαιο αυτό ανήκει σ' έναν οργανισμό υγείας HMO και εσείς είστε ο επιστημονικός διευθυντής αυτού. Οι γονείς Lakeberg θέλουν την επέμβαση για να διαχωριστούν τα Σιαμαία δίδυμα δαπάνης 1 εκατομμυρίου δολαρίων. Η λίστα των παροχών που καλύπτονται από το σύμβολο του οργανισμού υγείας HMO τους, ούτε επιβεβαιώνει ούτε αρνείται το δικαίωμά

- τους για επέμβαση, έτσι η ευθύνη έγκρισης ή απόρριψης της επέμβασης μεταβιβάζεται σ' εσάς. Τι αποφασίζετε; Αν εγκρίνετε την επέμβαση, ποιός θα καταλήξει να υποστεί τις συνέπειες; Υπάρχει ή όχι ηθικό δίλημμα εδώ;
- Είστε ο Δρ. Marco Intensivo, όπως αναφέρθηκε στο παράδειγμα από το απόσπασμα «Τι είναι περιορισμός των υπηρεσιών της φροντίδας υγείας;». Τι κάνετε;
 - Στην περίπτωση των κυρίων Olds και Younger που αναφέρονται στο απόσπασμα περί μεταμοσχεύσεων οργάνων, ποιός ασθενής πρέπει να λάβει το καρδιακό μόσχευμα;
 - Είστε ο ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCP) του Rodolfo, ενός 58χρονου άνδρα που υπέστη εγκεφαλική αιμορραγία και βρίσκεται σε μια μόνιμη κατάσταση αφασίας για 18 μήνες. Μένει σε ιδιωτική κλινική, χρειάζεται τροφοδοσία με σωληνάκι και προσοχή των νοσηλευτριών όλες τις ώρες ενώ η φροντίδα του πληρώνεται από το Medicaid. Η κόρη του είναι νοσηλεύτρια στη μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου σας. Η σύζυγός του είναι βαθιά θρησκευόμενη και πιστεύει ότι ο Rodolfo θα καλύτερέψει.
Περίπου κάθε 6 εβδομάδες, ο Rodolfo εμφανίζει ουρολοίμωξη με σηψαιμία και πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο- συχνά στη μονάδα εντατικής θεραπείας- για θεραπεία. Με το πέρασμα 2 χρόνων, η φροντίδα του έχει κοστίσει 260.000 δολάρια. Η επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου συζήτησε την περίπτωση και συνέστησε να σταματήσει η παροχή φαγητού με σωληνάκι ή το επόμενο επεισόδιο σηψαιμίας να μη θεραπευτεί, ως εκ τούτου αφήνοντάς τον να πεθάνει. Όταν συζητήσατε τις προτάσεις της επιτροπής δεοντολογίας με την οικογένεια, η κόρη συμφώνησε αλλά η σύζυγος απαίτησε να γίνει ό,τι είναι δυνατόν για να εξακολουθήσει να ζει ο Rodolfo. Ως ιατρός του, τι κάνετε; Ποιά ηθικά δίλημματα υπάρχουν; Η αυτονομία κατά της ευεργεσίας; Η αυτονομία κατά της μη πρόκλησης βλάβης; Η αυτονομία κατά της διανεμητικής δικαιοσύνης; Η ευεργεσία κατά της επιμεριστικής δικαιοσύνης; Αν η φροντίδα του Rodolfo σταματούσε, τί θα γινόταν με τα χρήματα που θα εξοικονομούσαν;
 - Τα στοιχεία από τις δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης δείχνουν ότι οι άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες θέλουν το δικαίωμα στην φροντίδα υγείας αλλά δεν θέλουν να το πληρώνουν.
Τα μεσάνυχτα, μια νεαρή μητέρα ξυπνά και ακούει το 2 εβδομάδων νήπιο να ουρλιάζει. Μητέρα και μωρό είναι δικαιούχοι του Medicaid. Αν η μητέρα ήταν έμπειρη, θα γνώριζε ότι το ουρλιαχτό είναι φυσιολογικό αλλά εκείνη φοβάται. Τηλεφωνεί στα επείγοντα και ζητά να πάει το μωρό για εξέταση. Καμία από τις τηλεφωνικές συμβουλές δεν φαίνεται να την καθησυχάζει. Το δικαίωμα στην φροντίδα υγείας περιλαμβάνει και το γεγονός ότι η κοινωνία πληρώνει για την επίσκεψή της στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών; Ποιός πληρώνει στ' αλήθεια; Πρέπει η μητέρα να λάβει συμβουλές για να έρθει στην αίθουσα επειγόντων περιστατικών αν είναι ανασφάλιστη και πλούσια ή ανασφάλιστη και φτωχή;
 - Στο Όρεγκον, το πρόγραμμα Medicaid επεκτάθηκε σε χιλιάδες πολίτες που προηγουμένως ήταν ανασφάλιστοι. Για να βοηθηθεί η πληρωμή αυτής της επέκτασης, το εύρος των διαθέσιμων υπηρεσιών στους δικαιούχους του Medicaid μειώθηκε και αυτοί έχασαν την πρόσβαση σε ένα μέρος της φροντίδας που θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη. Είστε ο Κυβερνήτης του Όρεγκον και πρέπει

να καταθέσετε σε μια δίκη όπου υπάρχει ο ισχυρισμός ότι το πρόγραμμα είναι άδικο επειδή στερεί από τους δικαιούχους του Medicaid ορισμένες υπηρεσίες που απολαμβάνουν οι άνθρωποι με ιδιωτική ασφάλιση. Ποιά είναι η απάντησή σας;

- Πρέπει οι ιατροί να είναι υπεύθυνοι και να υπηρετούν έναν «αφέντη»- τον ασθενή τους- ή δύο- τον ασθενή τους και τις ευρύτερες ανάγκες της κοινωνίας; Στην ανάλυσή σας, λάβετε στοιχεία από τις περιπτώσεις των Lakeberg, του Δρ. Intensivo και του Rodolfo. Πώς προσπάθησε το σύστημα κατανομής για τη μεταμόσχευση οργάνων να εξισορροπήσει αυτούς τους δύο «αφέντες»;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14:

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΧΩΡΕΣ

- Είστε γραμματέας σε μια μεγάλη εταιρεία στη Γερμανία (στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο ή την Ιαπωνία). Πώς πληρώνεται φροντίδα υγείας σας; Αρρωσταίνετε και είστε αναγκασμένη να αποσυρθείτε από την εργασία σας. Πώς πληρώνεται η ιατρική σας φροντίδα στη Γερμανία (στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο ή την Ιαπωνία);
- Αν εμφανίζατε ουρολοίμωξη, τι θα κάνατε στη Γερμανία (στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο ή την Ιαπωνία); Τί θα κάνατε αν χρειαζόσασταν επέμβαση για καρδιά και τί αν νιώθατε ξαφνική κοιλιαλγία στο μέσο της νύχτας; Τι θα γινόταν αν εμφανίζατε λευχαιμία και χρειαζόσασταν μόσχευμα μυελού των οστών; Σε καθεμία από αυτές τις περιπτώσεις, ποιός ιατρός θα σας φρόντιζε και πού θα λάβαινε χώρα η φροντίδα;
- Είστε παθολόγος στη Γερμανία (στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο, ή την Ιαπωνία). Πώς πληρώνεστε; Είστε ειδικός ιατρός στις εν λόγω χώρες. Πώς πληρώνεστε; Είστε διοικητής νοσοκομείου σ' αυτές τις χώρες. Πώς πληρώνεται το νοσοκομείο σας;
- Πώς ελέγχονται οι δαπάνες στις τέσσερις χώρες;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15:

ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

- Περιγράψτε πώς ένα χρηματοδοτούμενο από την κυβέρνηση πρόγραμμα εθνικής ασφάλισης υγείας, ένα πρόγραμμα με εντολή από τον εργοδότη και ένα πρόγραμμα με ατομική εντολή θα λειτουργούσαν.
- Ποιά είναι η διαφορά ανάμεσα σε μια προσέγγιση κοινωνικής ασφάλισης και δημόσιας βοήθειας προς την κυβερνητικά χρηματοδοτούμενη εθνική ασφάλιση υγείας; Χρησιμοποιείστε το Medicare και το Medicaid ως παραδείγματα.

Θέματα για συζήτηση

- Είστε ο συγγραφέας του λόγου δύο υποψηφίων για την προεδρική υποψηφιότητα των Δημοκρατικών. Ο ένας υποψήφιος ευνοεί την εντολή από τον εργοδότη και ο άλλος την προσέγγιση του ενός και μόνο πληρωτή. Ποιά θέματα θα θέτατε στον κάθε υποψήφιο ώστε να θίξει τις δυνάμεις της θέσης του/ της και τις αδυναμίες της θέσης του άλλου υποψηφίου;
- Γιατί νομίζετε ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι η μόνη αναπτυσσόμενη χώρα στον κόσμο χωρίς καθολική ασφάλιση υγείας;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16: ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ & ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΕΙΩΝ

1. Περιγράψτε τον τρόπο με τον οποίο οι πληρωτές των υπηρεσιών φροντίδας υγείας αύξησαν τη δύναμή τους μεταξύ του 1945 και του 1995.
2. Περιγράψτε τις αλλαγές στις σχέσεις ιατρών και ασφαλιστικών εταιρειών μεταξύ του 1945 και του 1995.
3. Περιγράψτε την αντίδραση της περιόδου 1995- 2000 ενάντια στην οργανωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Θέματα για συζήτηση

1. Αναλύστε τις ενδεχόμενες συγκρούσεις μεταξύ του κινήτρου του κέρδους και των αρχών της ευεργεσίας και της μη πρόκλησης βλάβης στις ακόλουθες περιπτώσεις:
 - α) ένας ιδιώτης χειρουργός που αποζημιώνεται βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες,
 - β) ένας ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια μικρή ιατρική ομάδα που λαμβάνει κατά κεφαλήν πληρωμές που καλύπτουν την πρωτοβάθμια φροντίδα, τις εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και τις παραπομπές σε ειδικούς ιατρούς,
 - γ) ένας ιατρός που είναι ο επιθεωρητής των πληρωμών ενός μεγάλου κερδοσκοπικού οργανισμού υγείας ΗΜΟ που λαμβάνει απαιτήσεις από τους ιατρούς-υπαλλήλους της για να εξουσιοδοτήσει τις ακριβές μαγνητικές τομογραφίες για τους ασθενείς τους,

- δ) ο διοικητής ενός μη κερδοσκοπικού νοσοκομείου που έχει υπολογίσει ότι μια νέα καρδιοχειρουργική μονάδα θα είναι επικερδής ακόμα και αν πραγματοποιείται μόνο μια επέμβαση την εβδομάδα,
- ε) ο γενικός διευθυντής ενός οργανισμού υγείας ΗΜΟ που αποφασίζει αν θα δεχθεί ασθενείς του Medicaid για τους οποίους η πολιτειακή κυβέρνηση πληρώνει ασφάλιστρα 30% χαμηλότερα από τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση.

Τί αλλαγές στην οργάνωση της φροντίδας υγείας θα μπορούσαν να γίνουν που θα ελαχιστοποιούσαν αυτές τις συγκρούσεις;

2. Αναλύστε τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται η φροντίδα υγείας στην κοινότητά σας- ποιοί είναι οι πληρωτές, οι ασφαλιστές και οι παροχείς; Σε ποιο βαθμό το τοπικό σας σύστημα φροντίδας υγείας έχει μετατοπιστεί από μια ομάδα ιδρυμάτων με λιγότερη οργάνωση σε ένα μικρό αριθμό κάθετα ή δυναμικά ενοποιημένων συγκροτημάτων φροντίδας υγείας;
3. Σε ποιο σημείο στο σύστημα φροντίδας υγείας του 21^{ου} αιώνα θα θέλατε να βρίσκεστε- ως παροχέας και σε ποιο ως ασθενής; Ποιοί είναι οι φόβοι και οι ελπίδες σας για το μέλλον;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17: ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Αναλύστε προγενέστερες και μελλοντικές τάσεις του εργατικού δυναμικού από ιατρούς, «εργαζόμενους σε μια μέση θέση», νοσηλευτές και φαρμακοποιούς.

Ευρετήριο

- A**
Αγορά φροντίδας υγείας, συνένωση, 180
Αγοραστές, 175
 «επανάσταση» κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, 177-178
Aetna U.S. Healthcare (Οργανισμός υγείας Aetna U.S. Healthcare), 180, 181
Ακατάλληλη φροντίδα, εξάλειψη, 80
Αμέλεια, 120
Αμερικανικός Σύλλογος για τη Νομοθέτηση της Εργασίας, πρόγραμμα εθνικής ασφάλειας υγείας, 166-167
Αμερικανικός Σύλλογος Νοσοκομείων, 7, 37, 177
Ανά ημέρα πληρωμές στα νοσοκομεία, 30, 37
Αναλογικοί φόροι, 11
Ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας, 80-82
Αναφορά Beveridge, 156
Αναφορά του Λόρδου Dawson, 48-50
Ανεξάρτητοι Ιατρικοί Σύλλογοι, 68-71
 έλεγχος δαπανών, 93
 παρακμή, 181
 σύστημα κατά κεφαλήν αποζημίωσης, 33-34
Ανεπαρκής φροντίδα, 1-2
 κατά κεφαλήν αποζημίωση, 121
Ανεπίσημοι φορείς παροχής φροντίδας υγείας, 101
Ανταγωνιστικές στρατηγικές χρηματοδότησης για τον έλεγχο των δαπανών, 84-86
Αντιοτρόφος προοδευτικοί φόροι, 84
Ανώτατα όρια στις δαπάνες, 88
Αξιολογήσεις των διαδικασιών, 126-128
Αξιολόγηση των υποδειγμάτων άσκησης λειτουργήματος, 126-128
Απευθείας πληρωμές, 4-6, 13
 ανάγκη ασθενών να απαντούν σε συστάσεις των ιατρών, 5-6
 ανάγκη εναντίον πολυτέλειας και, 4
 μη προβλεπτικότητα της ανάγκης και της δαπάνης, 4
 φροντίδα μεγάλης διάρκειας, 99
Αποζημίωση από τον προϋπολογισμό Αποτελέσματα, 126-128
Αποτελέσματα για την υγεία
 ασφάλιση, 20
 δαπάνες, 75-78, 95
 επίδραση της οργανωμένης φροντίδας υγείας, 93
 στο καναδικό σύστημα ιατρικής φροντίδας, 95
 Medicaid, 20, 21
 μετρήσεις, 126-128
 οργανωμένη φροντίδα υγείας, 92-94
Αποτελεσματικότητα της φροντίδας
 εξάλειψη της αναποτελεσματικής φροντίδας, 79
 περιορισμός των υπηρεσιών υγείας, 142-145
 εντός ενιαίων ιδρυμάτων, 145
 στα πλαίσια ενιαίων προγραμμάτων υγείας, 144-145
 για το σύνολο της κοινωνίας, 142-144
Αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστρών, 8, 13
Ασθενείς, ανακάλυψη των αιτιών, 108
Ασιάτες Αμερικανοί. *βλ.* Φυλή
Ασφάλιση αστικής ευθύνης, 6
Ασφάλιση υγείας
 αγοραστές, 175, 177-178*βλ. επίσης*
 Αγοραστές
 ανασφάλεια για την κάλυψη, 21-23
 ανεπαρκής, 21-23
 από τον εργοδότη, εθνική, 166-169
 από τον εργοδότη ιδιωτικές διακοπές στην κάλυψη, 17
 από τον εργοδότη, ιδιωτική, 72
 αποκλεισμοί από την κάλυψη, 22
 αστική ευθύνη, 6
 ασφαλιστές, 176-181 *βλ. επίσης*
 Ασφαλιστές
 αυξανόμενες δαπάνες, 15-17
 αφαιρετέα ποσά, 22
 γερμανική, 151-152
 εθνική. *βλ.* Εθνική ασφάλιση υγείας
 έλεγχος δαπανών, 84-86
 έλλειψη, 15-17 *βλ. επίσης* Έλλειψη ασφάλειας
 ένας και μόνο πληρωτής, 173-174
 στο Ηνωμένο Βασίλειο, 156
 ιαπωνική, 159-163
 ιδιωτικά, προγράμματα εθνικής ασφάλισης υγείας, 172
 ιδιωτική, 151-152, 153
 Καναδική, 153-156
 κοινωνικός, 105 *βλ. επίσης* Medicaid, Medicare
 μεμονωμένη, 173-174
 μεμονωμένη, 6
 Νόμος Επαναπροσδιορισμού Σταθερού Προϋπολογισμού «προγράμματα Medigap», 9-12
 συν-πληρωμές, 22
 χρήση υπηρεσιών υγείας, 20
Ασφάλιση. *βλ.* Ασφάλιση Υγείας, ασφάλιση φροντίδας μεγάλης διάρκειας, εθνική ασφάλιση υγείας, έλλειψη ασφάλισης, προγράμματα συγκεκριμένης ασφάλισης
Ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη
 εθνική, 169-170
 ιδιωτική, 6-9
 διακοπές στην κάλυψη, 6-9, 17
 έλεγχος δαπανών, 84-86
Ασφάλιση φροντίδας μεγάλης διάρκειας στις Ηνωμένες Πολιτείες, 99-101
Ιαπωνική, 162
Ασφαλιστές, 175
 διάλυση της συμφωνίας με τους παροχείς κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, 179-180
 εντάσεις που προκύπτουν με τους παροχείς κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, 176-177
 συμμαχία με τους παροχείς κατά τη διάρκεια της περιόδου 1945-1970, 176
Αυτονομία, 135-136
Αφαιρετέα ποσά, 22
Αφρο-αμερικανοί. *βλ.* Φυλή
- B**
Βία, διαπροσωπική, πρόληψη, 114-115
Βιοϊατρικό μοντέλο, 57-58
Βοηθοί νοσηλευτών, σε ιδιωτικές κλινικές, 103
Βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας *βλ.* Εθνική Υπηρεσία Υγείας
- Γ**
Γενικός Νόμος του 1987 για το Συμβιβασμό των Προϋπολογισμών, 103
Γένος. *βλ. επίσης* Γυναίκες
 πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, 23-24
Γερμανικό σύστημα υγείας, 150-153
 αποζημίωση ιατρών και νοσοκομείων, 152
 ασφάλιση υγείας, 150-153
 έλεγχος δαπανών, 153
 ιατρική φροντίδα, 152
Γυναίκες, ως παροχείς υπηρεσιών υγείας, προσφορά και ζήτηση, 192
- Δ**
Δαπάνες υγείας
 αποτελέσματα υγείας, 75-78
 αύξηση, 73-75
 έλεγχος. *βλ.* Έλεγχος δαπανών ποσότητες, 78
 τιμές, 78-79
Δεοντολογία
 ανάλυση κόστους-αποδοτικότητας, 81
 ιατρική
 αρχές, 135-136
 ηθικά διλήμματα, 137-138
 περιορισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας. *βλ.*

- Περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, 146-147
- Δευτεροβάθμια φροντίδα, 50
- Διαγνωστικές ομάδες, 31, 37, 178
- επίδραση στις δαπάνες, 88, 90
- Διανεμητική δικαιοσύνη, 136-137
- Διαπροσωπική βία, 114-115
- Διατροφή, πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, 112-113
- Δικαιοσύνη
- διανεμητική, 136-137
 - ως ηθική έννοια, 136
- Διοικητικές δαπάνες, εξάλειψη, 79-82
- Διόρθωση αδικοπραξιών, 131
- Ε**
- Εγγυημένες παροχές υγείας, βασικό επίπεδο, 146
- Εθνική ασφάλιση υγείας. *Βλ. επίσης* Medicaid, Medicare
- αγορασμένη από ιδιώτες, 170
 - από τον εργοδότη, 169-170
 - δευτερεύοντα χαρακτηριστικά, 171-172
 - επιλογή μεταξύ προγραμμάτων, 173-174
 - επιλογή μεταξύ προγραμμάτων κατηγορίες, 169
 - επιλογή μεταξύ προγραμμάτων χαρακτηριστικά στοιχεία, 171
 - νομοθετικές προσπάθειες, 166-168
 - χρηματοδοτούμενη από την κυβέρνηση, 166-168
- Εθνική Υπηρεσία Υγείας, 38, 156-159
- αποζημίωση ιατρών και νοσοκομείων, 158
 - ασφάλιση υγείας, 156
 - έλεγχος δαπανών, 158
 - μοντέλο περιοχικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, 50-51, 72
 - πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, 158-159
 - φροντίδα υγείας, 156-157
- Εθνικός Νόμος του 1984 περί Μεταμοσχεύσεως Οργάνων, 140
- Ειδικοί ιατροί, κατά κεφαλήν αποζημίωση, 44
- Εισόδημα, κατάσταση υγείας, 25
- Έιτζ (AIDS), πρόληψη, 116
- Έλεγχοι εξόφλησης, 87-92
- έλεγχοι τιμών, 87
 - έλεγχοι στη χρήση, 87-92
- Έλεγχοι στη χρηματοδότηση, 84-86
- αδυναμίες, 86
 - ανταγωνιστικές στρατηγικές, 84-86
 - ρυθμιστικές, 84
- Έλεγχοι στη χρήση, 31, 87-92
- επιθεώρηση πληρωμών, 90-91
 - μεταβαλλόμενη μονάδα πληρωμής, 88
 - όρια παροχής, 91-92
 - συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των
- εισφορών, 89
 - τύπος ελέγχου της παροχής, 92
- Έλεγχος των δαπανών, 73-82, 84-95
- ανάλυση προτεραιότητας και αποδοτικότητας κόστους, 80-82
 - γερμανικός, 153
 - διαχείριση των προϋπολογισμών, 95
 - έλεγχοι εξόφλησης, 87-92
 - έλεγχοι στη χρήση, 87-92
 - έλεγχοι τιμών, 87
 - έλεγχοι χρηματοδότησης, 84
 - αδυναμίες του, 86
 - ανταγωνιστικές στρατηγικές, 84-86
 - ρυθμιστικές, 84
 - έλεγχος του πληθωρισμού των τιμών, 78-79
 - εξάλειψη διοικητικής σπατάλης, 79-82
 - εξάλειψη της αναποτελεσματικής και μη κατάλληλης φροντίδας, 79
 - στο Ηνωμένο Βασίλειο, 158
 - ιαπωνικός, 163
 - καινοτομία, 80
 - καναδικός, 94-95, 155-156
 - μικτοί έλεγχοι, 92-94
 - καναδική προσέγγιση, 94-95
 - οργανωμένη φροντίδα υγείας, 93
 - περιορισμός των υπηρεσιών υγείας, 141-142
 - φροντίδα για τους βαριά πάσχοντες, 141-142
 - προγράμματα εθνικής ασφάλισης υγείας, 172
 - προληπτική φροντίδα, 80
 - πρόληψη, 80, 116
- Έλλειψη ασφάλισης, 15-17
- αναγνώριση των ανασφαλιστών, 17-19
 - λόγοι, 15-17
 - τάση, 15
- Έλλειψη πόρων, περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας, 140-141
- Έλλειψη χρημάτων, περιορισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, 33-34, 139-140
- Εμπειρική κοστολόγηση, 7-9
- δαπάνες ασφάλισης σχετικές, 13
- Εναλλακτική επίλυση της διαμάχης, 131
- Εξόφληση από τον προϋπολογισμό στους ιατρούς, 55
- στα νοσοκομεία, 55
- Εξόφληση βάσει του συστήματος καταβολής αμοιβών κατά πράξη, 30
- για τα νοσοκομεία, 37
 - για τα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας υγείας, 31
- Εξωλογιστικές δαπάνες, 41, 43
- Επαγγελματίες του τομέα της υγείας, προσφορά και ζήτηση, 185-194
- Επαγγελματισμός, οργανισμοί φροντίδας υγείας, 59
- Επεισόδιο εξόφλησης ασθενείας, 20, 31, 32
- Επιθεώρηση πληρωμών, 90-91
- Επίπεδα φροντίδας, 48-50, 72
- εξισορρόπηση, 52-53
- Επιστημονικές γνώσεις, ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, 120
- Επιτροπή Pepper, 105
- Εργοδότες
- «επανάσταση» κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, 177-178
 - προσέγγιση καθορισμένης εισφοράς, 182
- Ευεργεσία, 132
- Ευθύνη των επιχειρήσεων, 132
- Η**
- Ηνωμένο Βασίλειο. *Βλ.* Εθνική Υπηρεσία Υγείας
- Ηνωμένο Δίκτυο Παροχής Οργάνων, 139, 140
- Humana, 181
- Θ**
- Θεραπεία κάτω από το κανονικό όριο, 1-2
- κατά κεφαλήν αποζημίωση, 121
- Ι**
- Ιαπωνικό σύστημα υγείας, 159
- αποζημίωση ιατρών και νοσοκομείων, 162
 - ασφάλιση υγείας, 159-162
 - ασφάλιση φροντίδας μεγάλης διάρκειας, 162
 - έλεγχος δαπανών, 163
 - φροντίδα υγείας, 162
- Ιατρική δεοντολογία
- αρχές, 135-137
 - ηθικά διλήμματα, 137-138
 - περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας. *Βλ.* Περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας
- Ιατρική Κλινική Kaiser- Permanente, 67, 68
- Ιατρική ομάδα
- παρακμή, 181
 - πολλές ειδικότητες, 63
 - που έχει πληρωθεί εκ των προτέρων, 65
 - κάθετη ενοποίηση, 33-34
- Ιατρικός Σύλλογος Καλιφόρνιας, 7
- Ιατροί
- ανάγκη ασθενών να απαντούν σε συστάσεις, 5-6
 - επαγγελματισμός των οργανισμών φροντίδας υγείας, 59
 - επίδραση των οικονομικών κινήτρων, 121
 - ιατροί με σύμβαση, 68
 - παραδοσιακή δομή της ιατρικής φροντίδας, 62
 - παραδοσιακή δομή της φροντίδας υγείας, 51-52
 - πληρωμή, 30-37

ανά ασθενή με δομές δύο επιπέδων, 33
 ανά ασθενή με δομές τριών επιπέδων, 33-36
 ανά επεισόδιο ασθένειας, 32
 Γερμανοί, 152
 για τους ειδικούς ιατρούς, 44
 των έμμισθων, 31, 36-37
 στο Ηνωμένο Βασίλειο, 158
 Ιάπωνες, 162
 Καναδοί, 153-154
 κατά κεφαλήν αποζημίωση, 41, 44
 καταβολή αμοιβής κατά πράξη, 30, 31-32
 με μισθό, 31, 36-37
 μπόνους, 41
 σφαιρικοί προϋπολογισμοί, 88
 προσφορά και ζήτηση, 185-188
 πρωτοβάθμιας φροντίδας, 3
 ρόλοι πρωτοβάθμιας φροντίδας, 48-50
 σφαιρικοί προϋπολογισμοί, 88
 σχέσεις με νοσοκομεία στα πλαίσια της κατά κεφαλήν αποζημίωσης, 44
 σχέσεις με νοσοκομεία στα πλαίσια της κατά κεφαλήν πληρωμής, 45-46
 Ιδιωτικές κλινικές, 103
 Ιδιωτική ασφάλιση «προγραμμάτων Medigap», 9-12
 Ίδρυμα Allegheny για την Υγεία, την Εκπαίδευση και την Έρευνα, 181
 Ίδρυμα San Joaquin για την Φροντίδα Υγείας, 68
 Ιδρύματα παρόχων, 175, 183
 Ινστιτούτο για τη Βελτίωση της Φροντίδας Υγείας, 128
 Ισπανόφωνοι Αμερικανοί. Βλ. Μειονότητες, Φυλή

Κ
 Κάθετη ενοποίηση στην ιατρική ομάδα που έχει λάβει εκ των προτέρων αποζημίωση, 67-68
 Καινοτομία, εξοικονόμηση δαπανών, 80
 Κάλυψη ελαχιστοποίησης ζημιών, κατά κεφαλήν αποζημίωση, 43
 Καναδικό σύστημα ιατρικής υγείας, 153-156
 ανώτατα όρια δαπανών, 88
 αποζημίωση ιατρών και νοσοκομείων, 155
 ασφάλιση υγείας, 153-154
 έλεγχος δαπανών, 94-95
 φροντίδα υγείας, 154-155
 Κανονισμός για τον έλεγχο των δαπανών, 84
 Κάπνισμα, πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, 110-112
 Καρκίνος του μαστού, πρόληψη, 113-114
 Κάρτες αναφοράς ποιότητας, 128-129
 Κατά κεφαλήν αποζημίωση, 30, 31, 40-47

για τους ειδικούς ιατρούς, 44
 για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, 45
 για τα νοσοκομεία, 44
 επαφή, 44
 θεραπεία λιγότερη από το κανονικό, 121
 με δομές δύο επιπέδων, 33
 αμερικανικό σύστημα, 33
 βρετανικό σύστημα, 33
 με δομές τριών επιπέδων, 33-36
 για τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, 41, 45
 των ειδικών ιατρών, 44
 εξωλογιστικές δαπάνες
 πρωτοβάθμιας φροντίδας, 43
 κάλυψη απώλειας δαπανών, 43
 σχέσεις ιατρών- νοσοκομείων, 44
 υπολογισμένα με βάση τον κίνδυνο, 43-44
 μετατόπιση κινδύνου, 40-41
 μοιρασμένος κίνδυνος, 44, 46
 «πλήρης κινδύνου», 44, 45
 Κατά κεφαλήν πληρωμή από την επαφή, 53
 Κατανομή πόρων, 147-148
 περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας, 147-148
 Κατάσταση της υγείας
 εισόδημα, 25
 πρόσβαση στη φροντίδα της υγείας, 27-28
 φυλή, 26-27
 φροντίδα υγείας σχετική, 26-28
 Καταστροφικές δαπάνες, έλλειψη κάλυψης, 22
 Κατευθυντήριες γραμμές στην εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, 125-126
 Κάτοικοι νησιών του Ειρηνικού Ωκεανού. Βλ. Μειονότητες, φυλή
 Κέννεντυ Έντουαρντ, 168
 Κλίμακα σχετικών αξιών βασισμένη στους πόρους, 32
 Κλινικές Ηνωμένων Εργατών Ορυχείων, 65
 Κλινική Mayo, 63
 Κλινική Ross- Loos, 65
 Κλινικοί νοσηλεύτες και νοσηλεύτριες, προσφορά και ζήτηση, 190
 Κλίντον, Μπιλ, 169
 Κοινή γνώμη για το σύστημα υγείας, 3
 Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης Νοσοκομείων, 124
 Κοινή Επιτροπή Διαπίστευσης Οργανισμών Φροντίδας Υγείας, 124, 125
 Κοινοτικά κέντρα υγείας, 64-65
 Κοινωνική ασφάλιση, 105
 Κουίνλαν Κάρεν Ανν, 137
 Κρούθαν, Νάνσυ, 137
 Κυβερνητική χρηματοδότηση, 9-12
 για την εθνική ασφάλιση υγείας, 166-169

Λ

Λατίνοι. Βλ. Φυλή
 Λήψη κλινικών αποφάσεων, οικονομικά ουδέτερον, 130
 Λογαριασμοί καταθέσεων ταμειωτηρίου για δαπάνες υγείας, 169-170
 Λοιμώδεις νόσοι, ανακάλυψη των αιτιών, 108

Μ

Μεγάλη Οικονομική Κρίση (Κραχ), 7
 Medicaid, 10-11, 168
 αποτελέσματα υγείας, 20-21
 έλλειψη ασφάλισης, 15, 16
 επιλεξιμότητα, 17
 κάλυψη φροντίδας υγείας μεγάλης διάρκειας, 100
 προγράμματα εθνικής ασφάλισης υγείας, 168, 172, 178
 προσπάθειες ελέγχου δαπανών της δεκαετίας του 1980, 178
 χρήση υπηρεσιών υγείας, 21
 Medicare, 10-11, 168
 έλλειψη ασφάλισης, 015
 επίδραση στις δαπάνες, 88, 90
 κάλυψη μεγάλης διάρκειας, 105
 κενά στην παρεχόμενη κάλυψη, 21-23
 κλίμακα σχετικών αξιών βασισμένη στους πόρους, 32
 νόμος του 2003 του Medicare, 182
 οργανισμοί επιθεώρησης από συναδέλφους, 124, 125
 οργανισμοί φροντίδας υγείας, 9-12
 προγράμματα εθνικής ασφάλισης υγείας, 172, 199
 προσπάθειες ελέγχου δαπανών της δεκαετίας του 1980, 178
 σύστημα ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων, 37, 178
 υπηρεσίες παροχής κατ' οίκον φροντίδας, 99-100
 MedPartners, 181
 κατάρρευση, 40, 181
 Μέθοδοι αποζημίωσης, 30
 Μειονότητες. Βλ. Φυλή, Γυναίκες ως Παροχείς ιατρικής φροντίδας
 Μελέτη της Ιατρικής Ομάδας του Χάρβαρντ, 120
 Μετρήσεις αποτελεσμάτων, 126-128
 για την υγεία, 164
 Metropolitan Life, 6
 Μη λοιμώδεις νόσοι, ανακάλυψη αιτιών, 108-109
 Μη πρόκληση βλάβης, 132
 Μικτή διόρθωση πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων, 130-132
 Μισθοί για την αποζημίωση των ιατρών, 31, 36-37, 67
 Μονάδες πληρωμής, 30-31
 αλλαγές για τον έλεγχο των δαπανών, 88
 Μοντέλο περιοχικής οργάνωσης της

φροντίδας υγείας, 69-71

N

- Νίξον, Ρίτσαρντ, Μ., 169
 Νόμος του 1970 περί Ασφάλισης Υγείας των Kennedy- Griffiths, 168
 Νόμος του 1973 περί Οργάνωσης των Οργανισμών Υγείας, 68
 Νόμος του 1985 περί Επαναπροσδιορισμού του Σταθερού Προϋπολογισμού, 17
 Νόμος του 1996 περί Δυνατότητας Μεταφοράς και Υπευθυνότητας της Ασφάλειας Υγείας, 170
 Νόμος του 1997 περί Ισοσκελισμένου Προϋπολογισμού, 190
 Νόμος του 2003 του Medicare περί Βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού των Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων, 170
 Νομοσχέδιο Wagner- Murray- Dingell, 167
 Νοσηλευτική Υπηρεσία Frontier, 64
 Νοσοκομεία
 αποζημίωση, 37-38
 ανά ημέρα, 30, 37
 αποζημίωση από προϋπολογισμό, 31, 38
 γερμανικά, 152
 στο Ηνωμένο Βασίλειο, 158
 ιαπωνικά, 162
 канаδικά, 155
 κατά κεφαλήν αποζημίωση, 38
 καταβολή αμοιβής κατά πράξη, 37
 μέθοδος διαγνωστικών μεθόδων, 35, 88, 90, 178
 μέθοδος σφαιρικού προϋπολογισμού, 30, 38, 67
 παραδοσιακή δομή της φροντίδας υγείας, 62
 σχέσεις με τους ιατρούς στα πλαίσια της κατά κεφαλήν αποζημίωσης, 44, 45-46
 Νόσος της στεφανιαίας, πρόληψη, 110-113

O

- Οικονομικά κίνητρα, οργανισμοί φροντίδας υγείας, 58-59
 Ομάδα Leapfrog, 127, 130
 Οργανικά μοσχεύματα, έλλειψη οργάνων, 139-140
 Οργανισμοί βελτίωσης της ποιότητας, 124, 126, 127
 Οργανισμοί Επιθεώρησης από Συναδέλφους, 124, 125
 Οργανισμοί που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία
 ανάπτυξη, 181
 αποζημίωση ιατρών, 31
 έλεγχος δαπανών, 93
 Οργανισμοί Υγείας, 31
 διάλυση συμφωνίας ασφαλιστών-

- παροχών κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, 179-180
 κάθετη ενοποίηση, 67
 κατά κεφαλήν αποζημίωση και. *βλ. επίσης* Κατά κεφαλήν αποζημίωση
 επιτελικό μοντέλο, αποζημίωση ιατρών, 34
 θεραπεία κάτω από τα κανονικά επίπεδα, 121
 λογαριασμοί καταθέσεων ταμειευτηρίου για δαπάνες υγείας, 169-170
 Medicare, 9-12
 μέλλον, 183
 μοντέλο Ανεξάρτητου Ιατρικού Συλλόγου, 69-71
 ομαδικό μοντέλο, αποζημίωση ιατρών, 34
 οργανισμοί που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και συγκεκριμένα νοσοκομεία. *βλ.* Οργανισμοί που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και συγκεκριμένα νοσοκομεία
 οργάνωση φροντίδας υγείας, 67-68
 παρακή, 181, 182
 πρόγραμμα με Σημείο Συναλλαγής, 71
 προσέγγιση καθορισμένης εισφοράς, 182
 συνένωση, 180
 Σύνολο Πληροφοριών και Στοιχείων των Εργοδοτών για Προγράμματα Υγείας, 130
 σύστημα κατά κεφαλήν αποζημίωσης, 33-36
 υποδείγματα στελέχωσης με ιατρικό προσωπικό, 187
 Οργανισμός Υγείας Harvard Pilgrim Health Care, 181
 Οργανισμός φροντίδας υγείας. *βλ. επίσης* οργανισμοί υγείας· οργανισμοί που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία
 επίδραση των οργανισμών φροντίδας υγείας, 67-68
 ιατρική ομάδα που έχει λάβει εκ των προτέρων αποζημίωση, 65
 ιατρική ομάδα πολλών ειδικοτήτων, 63
 ιατροί με σύμβαση, 68
 κινητήριες δυνάμεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, 58-59
 βιοϊατρικό μοντέλο, 57-58
 επαγγελματισμός, 59
 οικονομικά κίνητρα, 58-59
 κοινοτικά κέντρα υγείας, 64-65
 μοντέλα, 49-57
 αξιολόγηση, 52
 δομημένη ροή ασθενών, 56-57
 επίπεδα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, 49-50
 μοντέλα εξισορρόπησης της

- φροντίδας, 52-53
 περιοχικά, 50-51
 που χαρακτηρίζεται που χαλαρή οργάνωση, 51-52, 72
 ρόλοι των ιατρών, 53-54
 ρόλος του ατόμου που αναλαμβάνει την παραπομπή για ιατρούς ή νοσοκομεία αν το κρίνει απαραίτητο, 56-57
 υπευθυνότητα για την φροντίδα υγείας, 57
 παραδοσιακά, 62
 Οργανωτικό μοντέλο της φροντίδας υγείας που χαρακτηρίζεται από λιγότερη οργάνωση, 51-52
 δυνάμεις που οδηγούν στην αύξηση, 58-59
 υπευθυνότητα, 57
 Όρια παροχών για τον έλεγχο των δαπανών, 91-92

Π

- Πακέτα παροχών των προγραμμάτων εθνικής ασφάλισης υγείας, 171
 Παιριτήσεις Medicaid, 11
 Παροχές ιατρικής φροντίδας, 175 *βλ. επίσης* Ιατροί
 αποζημίωση, 30-39
 διάλυση της συμφωνίας με τους ασφαλιστές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, 179-180
 εντάσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 με τους ασφαλιστές, 176-177
 ικανή, ποιότητα φροντίδας υγείας, 120
 προσφορά και ζήτηση, 185-192
 για γυναίκες, 192
 για ιατρούς, 185-188
 για κλινικές νοσηλεύτριες, 190
 για μειονότητες, 193-194
 για πτυχιούχους νοσηλευτές, 188-189
 για φαρμακοποιούς, 190-192
 συμμαχία με τους ασφαλιστές κατά τη διάρκεια των περιόδων 1946-1970, 176
 Παροχή, τύπος ελέγχου, για τον έλεγχο δαπανών, 92
 Πείραμα Ασφάλισης Υγείας του οργανισμού RAND, 89, 93
 Πελατείες ιατρών, 90
 Περιορισμός στην παροχή υπηρεσιών υγείας, 138-148
 από ιατρική αποτελεσματικότητα, 142-145
 για την κοινωνία ως σύνολο, 142-144
 στα πλαίσια ενιαίων προγραμμάτων υγείας, 144-145
 στα πλαίσια ενιαίων ιδρυμάτων, 145
 βασικό επίπεδο εγγυημένων παροχών υγείας, 146

- δεοντολογία της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, 146-147
- έλλειψη προϊόντων, 139-140
- έλλειψη χρημάτων και κατανομή των πόρων, 140-141
- ευθύνη κατανομής των πόρων υγείας, 147-148
- ορισμοί, 138-139
- σχέση με τον έλεγχο των δαπανών, 141-142
- φροντίδα των βαριά πασχόντων, 141-142
- Πλημμελής εκτέλεση καθηκόντων, 131
- Πληρωμές μπόνους για τους ιατρούς, 41
- Πληρωμή με βάση ένα σύστημα αμοιβής κατά πράξη των ιατρών, 31-32, 41
- για τα νοσοκομεία, 37
- υπερβολική θεραπεία, 121
- Ποιότητα φροντίδας υγείας, 119-132
- βελτίωση
- αξιολόγηση των υποδειγμάτων άσκησης λειτουργήματος, 126-128
 - κάρτες αναφοράς ποιότητας, 128-129
 - κατευθυντήριες γραμμές στην εξάσκηση του ιατρικού λειτουργήματος, 125-126
 - λήψη οικονομικά ουδέτερων κλινικών αποφάσεων, 130
 - παραδοσιακή προσέγγιση, 124-125
- διόρθωση πλημμελούς εκτέλεσης καθηκόντων, 130-132
- συνιστώσες, 119-123
- επαρκείς επιστημονικές γνώσεις, 120
 - επαρκής πρόσβαση στη φροντίδα, 119
 - ικανοί εργαζόμενοι υπηρεσιών υγείας, 120
 - συστήματα φροντίδας υγείας, 122-123
 - χρήματα, 120-122
- Πολιτειακό Ασφαλιστικό Πρόγραμμα για την Παιδική Υγεία, 11
- Πρόγραμμα «ένος και μόνου πληρωτή», 168
- Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας της Νέας Υόρκης, 65
- Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας του Νιου Τζέρσι, 181
- Πρόγραμμα Κληρονομιάς, 170
- Πρόγραμμα Ολικής Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους, 105
- Πρόγραμμα Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Baylor, 7
- Πρόγραμμα με Σημείο Συναλλαγής, 71
- Πρόγραμμα Υγείας του Ιδρύματος Kaiser, 67
- Πρόγραμμα Υγείας Kaiser, 38, 65
- βρειοανατολική περιοχή, 181
- Πρόγραμμα Υγείας Oxford, 181
- κατάρρευση, 180
- Πρόγραμμα υγείας Όρεγκον, 144-145
- Πρόγραμμα Υπηρεσιών Υγείας Ηλικιωμένων Ατόμων On Lok, 105
- Προγράμματα Blue Cross
- αρχή της κοινής τιμής ασφαλιστών, 8
 - εμπειρικής κοστολόγησης, 7-9
 - εντάσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 με τους παρόχους, 177
 - καθιέρωση, 7
 - Medicare, 37
- Προγράμματα Blue Shield
- εμπειρικής κοστολόγησης, 7-9
 - εντάσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 με τους παρόχους, 177
 - Καθιέρωση, 7
- Προγράμματα οργανωμένης φροντίδας υγείας, 2, 92-94
- επίδραση στα αποτελέσματα, 93
 - επίδραση στις δαπάνες, 92-94
 - καταβολή αμοιβής κατά πράξη, 31
 - οργανισμοί που συμβάλλονται με συγκεκριμένους ιατρούς και νοσοκομεία
 - οργανισμοί υγείας. *βλ.* Οργανισμοί Υγείας παρακμή, 181
 - προσφορά και ζήτηση ιατρών, 187
- Πρόληψη, 107-117
- ανακάλυψη των αιτιών της ασθένειας, 107-109
 - ατομικής προοπτικής εναντίον προοπτικής του πληθυσμού, 109-110
 - έλεγχος δαπανών, 80
 - επίδραση στις δαπάνες, 116
 - μοντέλα, 110
 - διαπροσωπική βία, 114-115
 - Έιτς (AIDS), 116
 - καρκίνος του μαστού, 113-114
 - στεφανιαία νόσος, 110-113
 - πρόληψη δεύτερου βαθμού, 107
 - πρόληψη πρώτου βαθμού, 107, 116
 - πρόληψη τρίτου βαθμού, 107
- Προμηθευτές, 175
- Προοδευτικά αυξανόμενη φροντίδα, 11
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, 15-29
- ασφάλεια, 73
 - ασφάλιση, 15-23
 - γένος, 23-24
 - κατάσταση της υγείας, 26-28
 - ποιότητα της φροντίδας υγείας, 119
 - φυλή, 24-25
- Προσέγγιση καθορισμένης εισφοράς, 182
- Προτεραιότητα για τον έλεγχο των δαπανών, 80-82
- Προϋπάρχουσες ασθένειες, αποκλεισμός από την ασφαλιστική κάλυψη, 22
- Πρωτοβάθμια φροντίδα, 50
- προσανατολισμένη προς την κοινότητα, 57
 - ρόλοι ιατρών, 48-50
- Πτυχιούχοι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, προσφορά και ζήτηση, 188
- Σ**
- Σύλλογος Greater Community (Κρέστον, Αϊόβα), 63
- Σύλλογος Ιατρικής Διαχείρισης FPA (FPA Medical Management), κατάρρευση, 40, 181
- Σύλλογος για την Ομαδική Υγεία της Ουάσιγκτον, 65
- Συμμετοχή των ασφαλισμένων ασθενών στην καταβολή των εισφορών, 89
- ασθενής, 89
- εθνικά προγράμματα ασφάλειας υγείας, 171
 - προγράμματα εθνικής ασφάλισης υγείας, 171
- Συμφωνία παρόχου-ασφαλιστή 1945-1970, 176
- Σύναψη επιλεκτικών συμβολαίων, εξέλιξη κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, 179-180
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανοσοανεπάρκειας (AIDS), πρόληψη, 116
- Συνεταιρισμός για την Ομαδική Υγεία του Πάτζετ Σάουντ, 65, 93
- Συνετός, 6
- Συνεχής βελτίωση ποιότητας, 123-124, 126, 127, 128
- Σύνηθες και λογικό σύστημα, 31
- Σύνολο Πληροφοριών και Στοιχείων των Εργοδοτών για Προγράμματα Υγείας, 130
- Συν-πληρωμές, 22
- Συνταγογραφούμενα φάρμακα, έλλειψη κάλυψης του Medicare, 23
- Σύστημα στα πλαίσια του οποίου συγκεκριμένα άτομα αναλαμβάνουν την παραπομπή για εξειδικευμένες υπηρεσίες ή νοσοκομειακή φροντίδα όταν κρίνουν ότι κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο, 33, 56-57, 90
- Συστήματα υγείας. *βλ.* *επίσης συγκεκριμένες χώρες*
- ικανοποίηση, 162
 - κοινή γνώμη, 3
 - κρίση, 3
 - μεταρρύθμιση, στο Ηνωμένο Βασίλειο, 158-159
 - ποιότητα φροντίδας, 122-123
 - προκλήσεις που αντιμετωπίζονται, 196-198
 - σημαντικοί παράγοντες, 175
- Σφαιρικοί προϋπολογισμοί για την αποζημίωση των ιατρών, 88
- για την αποζημίωση των νοσοκομείων, 30, 38, 67
- Τ**
- Τίμες, 75-78
- έλεγχος, 78-79, 87

Τριτοβάθμια φροντίδα, 50
 Τρόποι αποζημίωσης, 4-14
 απευθείας πληρωμές, 4-6
 ατομική ιδιωτική ασφάλιση, 6
 ιδιωτική ασφάλιση από τον εργοδότη,
 6-9
 κυβερνητική χρηματοδότηση, 9-12
 Τρούμαν, Χάρι Σ., 167

Υ

Υπασφάλιση, 1, 2, 21-23, 73
 επιδράσεις, 23
 Υπερβολική θεραπεία, αποζημίωση με
 βάση το σύστημα καταβολής
 αμοιβής κατά πράξη, 121
 Υπερβολική φροντίδα, 2
 Υπερβολική χρήση της φροντίδας, 2, 121
 Υπέρταση, πρόληψη της στεφανιαίας
 νόσου, 113
 Υπευθυνότητα, οργανισμοί φροντίδας
 υγείας, 57
 Υπηρεσία για την Έρευνα και την
 Ποιότητα της Φροντίδας Υγείας,
 125
 Υπηρεσίες με βάση την κοινότητα,
 φροντίδα μεγάλης διάρκειας,
 102-103
 Υπηρεσίες παροχής κατ' οίκον φροντίδας
 στα πλαίσια του Medicare, 99-100
 φροντίδα μεγάλης διάρκειας
 παρεχόμενη, 102-103

Υπολογισμός με βάση τον κίνδυνο, κατά
 κεφαλήν αποζημίωση, 43-44

Φ

Φάρμακα, έλλειψη κάλυψης του Medi-
 care, 23
 Φαρμακευτική βιομηχανία, 180
 Φαρμακοποιοί, προσφορά και ζήτηση,
 190-192
 Φόροι
 αναλογικοί, 11
 αντιστρόφως προοδευτικοί, 11
 προοδευτικοί, 11
 Φόροι εισοδήματος. *Βλ.* Φόροι
 Φροντίδα μακροχρόνια, 98-106
 έλλειψη κάλυψης Medicare, 23
 παροχή, 101-104
 από τους ανεπίσημους παροχείς
 φροντίδας, 101
 βελτίωση, 104-106
 από τις ιδιωτικές κλινικές, 103
 από τις υπηρεσίες υγείας με βάση
 την κοινότητα και το σπίτι, 102-
 103
 χρηματοδότηση
 βελτίωση, 104-105
 από την ιδιωτική ασφάλιση, 100-
 101
 από το Medicaid, 100
 από το Medicare, 99-100
 Φροντίδα Υγείας

γερμανική, 152
 στο Ηνωμένο Βασίλειο, 156-157
 ιαπωνική, 162
 καναδική, 154-155
 νέα δομή, 62-67
 παραδοσιακή δομή, 62
 περιοχική, 71-72
 Φυλή
 κατάσταση της υγείας, 26-27
 πρόσβαση στην φροντίδα υγείας,
 24-25
 σχετική, 24-25

Χ

Χρήματα. *Βλ.* επίσης Έλεγχος
 δαπανών, έλεγχοι
 χρηματοδότησης, δαπάνες
 υγείας, ασφάλιση υγείας,
 ασφάλιση φροντίδας μεγάλης
 διάρκειας
 ποιότητα φροντίδας και, 120-122
 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών
 υγείας. *Βλ.* επίσης Ασφάλιση
 υγείας, ειδικά ασφαλιστικά
 προγράμματα
 δεοντολογία, 146-147
 για εθνική ασφάλιση υγείας, 166-
 169
 κυβέρνηση, 9-12
 Χρήση των υπηρεσιών υγείας
 ασφάλιση, 20
 Medicaid, 21

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Διοίκηση - Γραφικές Τέχνες: Ιωάννου Ράλλη 21, 14452 Μεταμόρφωση
Τηλ. 210 28.55.183, Fax: 210 28.17.264, 210 33.06.880, 210 36.10.519