

# Τα οικονομικά της Υγείας από την οπτική του επιδημιολόγου

Άγγελος Χατζάκης

*Αναπλ. Καθηγητής Επιδημιολογίας  
Πανεπιστημίου Αθηνών*

---

**Η** εισήγησή μου θα είναι βιωματική, όπως μου ζητήθηκε από τον κ. Κυριόπουλο. Ανακάλυψα την επιδημιολογία μέσω των οικονομικών της υγείας πριν από 30 χρόνια. Εκείνη την εποχή με βασάνιζε πάρα πολύ το ερώτημα, γιατί μερικοί οικονομολόγοι της υγείας προσπαθούν να προσδιορίσουν το κόστος ζωής. Το θεωρούσα απαράδεκτο, ανήθικο και τελείως αναποτελεσματικό.

Έχοντας, λοιπόν, αυτή την πρόκληση προσπάθησα να δημιουργήσω μια φαρέτρα επιχειρημάτων ενάντια σε αυτές τις τοποθετήσεις. Και καθώς διάβαζα, όλο και περισσότερο καταλάβαινα το θεμελιώδες σφάλμα της προσέγγισης που έκανα και που κάνουν αρκετές δεκάδες ανθρώπων σαν εμένα. Τα οικονομικά της υγείας δεν προσπαθούν να προσδιορίσουν το κόστος της ζωής. Δεν κάνουν τέτοιο σφάλμα. Κατέληξα, έτσι, να πιστεύω ότι πολλές τοποθετήσεις ενάντια σε αυτή την επιστήμη είναι τελείως άδικες.

Ανακάλυψα, τότε, κάτι που πραγματικά επηρέασε πολύ την πορεία μου, ότι τα οικονομικά της υγείας προσπαθούν να δείξουν ότι με μια συγκεκριμένη δαπάνη και ανάλογα με το πρόγραμμα ή τη θεραπεία όπου απευθύνεται, μπο-

ρείς να κερδίσεις τόσα χρόνια ζωής. Έτσι φτιάχνουν έναν δείκτη ο οποίος είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον. Είναι ο δείκτης κόστους αποτελεσματικότητας. Αποτιμούν, δηλαδή, το κόστος κάθε προληπτικής ή θεραπευτικής δραστηριότητας η οποία συνεπάγεται κάποιο υγειονομικό όφελος.

Έχουν γίνει πάρα πολλές συζητήσεις για το ποιό είναι το καλύτερο υγειονομικό όφελος. Οι οικονομολόγοι της υγείας κατέληξαν στο ότι το όφελος αυτό είναι τα ποιοτικά έτη ζωής. Από τη στιγμή, λοιπόν, που βρέθηκε αυτός ο δείκτης, δηλαδή, για παράδειγμα, ότι ξοδεύεις ένα εκατομμύριο δραχμές ανά έτος ποιοτικής ζωής που κερδίζεις, επιτεύχθηκε, κατά τη γνώμη μου, κάτι πραγματικά επαναστατικό. Χωρίς να αποτιμούν το κόστος της ζωής, κατάφεραν να μας δώσουν έναν κοινό παρανομαστή σύγκρισης της οικονομικής αποδοτικότητας των διάφορων υγειονομικών ενεργειών.

Έκτοτε, παρόλο που με συγκίνησε μια τέτοια γνώση, τελικά ασχολήθηκα με την κλινική ιατρική και τελικά με την επιδημιολογία. Ποια η σχέση όλων αυτών μεταξύ τους; Κάποια πράγματα τα θεωρούμε αυτονόητα, αλλά καλό είναι να τα ορίζουμε. Οι επιδημιολόγοι κάνουν τέσσερα πράγματα. Πρώτον, βοηθούν τους γιατρούς να προσδιορίσουν τα νοσήματα. Πρόκειται για σπάνια δραστηριότητα, αλλά πολύ σημαντική, αφού, για παράδειγμα, το τι είναι το AIDS δεν το όρισαν οι κλινικοί γιατροί, αλλά οι επιδημιολόγοι. Δεύτερο σημαντικό είναι, ότι βοηθούν τους κλινικούς ή τους εργαστηριακούς γιατρούς, να προσδιορίσουν τις αιτίες των νοσημάτων. Τρίτον, βοηθούν τους γιατρούς να προσδιορίσουν την πρόγνωση των νοσημάτων, δηλαδή από τη στιγμή που κάποιος αρρωσταίνει το φυσικό ερώτημα είναι πόσο θα ζήσει; Τέλος, μετρούν τη συχνότητα των νοσημάτων. Αυτό που αποκαλείται επιδημιολογική επιτήρηση, είναι κατ' εξοχήν δουλειά του επιδημιολόγου. Η επιδημιολογία είναι μια από τις βασικές επιστήμες στον χώρο της υγείας και επηρεάζει γνωσιολογικά κάθε γιατρό.

Οι γιατροί γενικότερα ασχολούνται με δύο πράγματα: περιθάλπουν, ασχολούνται δηλαδή ατομικά με το πρόβλημα κάθε ασθενή και ασχολούνται με τη δημόσια υγεία –κάνουν δηλαδή ιδιαίτερα οι επιδημιολόγοι.

Η έννοια της δημόσιας υγείας έχει ταλαιπωρηθεί από την καθημερινότητα. Υπάρχει συχνά στον Τύπο, το εξής σφάλμα: ότι η δημόσια υγεία έχει να κάνει με την κρατική φροντίδα υγείας. Η δημόσια υγεία είναι ουσιαστικά ένα σύνολο, ένα πλέγμα δραστηριοτήτων, που αποσκοπούν στο να βελτιώσουμε το προσδόκιμο επιβίωσης, την ποιότητα ζωής και το κύριο ενδιαφέρον της –εδώ αντιπαρατίθεται προς την περίθαλψη– είναι ότι ασχολείται με πληθυσμούς.

Συνοπτικά, η δημόσια υγεία ασχολείται με πληθυσμούς ενώ η περίθαλψη με άτομα. Βέβαια, στην πράξη διαπλέκονται. Υπάρχουν προβλήματα δημόσιας υγείας, τα οποία επιλύονται σε μεγάλο βαθμό μέσω της περίθαλψης. Όπως με το AIDS, το οποίο γνωρίζω αρκετά καλά, τα παγκόσμια προγράμματα δημόσιας υγείας δεν αφορούν μόνο την πρόληψη, αλλά και την περίθαλψη. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η δημόσια υγεία και η περίθαλψη διαπλέκονται, παρόλα αυτά όμως στις περισσότερες φορές είναι δύο διαφορετικά πράγματα.

Ένα άλλο σφάλμα είναι ότι με τη δημόσια υγεία ασχολούνται οι γιατροί. Το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας υγείας δεν αφορά γιατρούς, αφορά ένα τεράστιο πλέγμα επιστημών, που το μόνο κοινό που έχουν είναι οι σπουδές σε μεταπτυχιακό επίπεδο ώστε να μπορούν να συνεννοούνται. Το μέγιστο πρόγραμμα δημόσιας υγείας που λειτουργεί σήμερα σε κάθε χώρα είναι η ασφάλεια του νερού και των τροφίμων. Ελάχιστα έχει να κάνει με τους γιατρούς.

Επανερχομαι όμως στο θέμα μας. Ο επιδημιολόγος είναι, σε σχέση με τα οικονομικά της υγείας, μια διχασμένη προσωπικότητα. Αυτό συμβαίνει επειδή η παιδεία του τον ετοιμάζει να ασχοληθεί με την κλινική επιδημιολογία, πιο απλά με την επιδημιολογία της περίθαλψης και όλων των συναφών πραγμάτων. Η πιο συχνή δραστηριότητά του είναι η οργάνωση και συμμετοχή στις κλινικές δοκιμές των φαρμάκων. Αυτή είναι η κύρια δραστηριότητά του στον χώρο της περίθαλψης παγκοσμίως.

Η άλλη πλευρά του είναι αυτή του επιδημιολόγου της δημόσιας υγείας. Εδώ υπάρχει μεγάλη αντίθεση. Στις Η.Π.Α., για παράδειγμα, από το σύνολο των δαπανών για την υγεία το 97% πηγαίνει στην περίθαλψη και το 3% στη δημόσια υγεία. Ένας επιδημιολόγος, όταν δουλεύει σε ένα πρόγραμμα ανά-

πτυξης φαρμάκων, δεν έχει καμία επαφή και καμία σχέση με τα οικονομικά της υγείας. Σε ένα πρόγραμμα στο οποίο η ανάπτυξη φαρμάκου κοστίζει 200 μέχρι και 800 εκατομμύρια δολάρια, το οικονομικό είναι το τελευταίο που τον ενδιαφέρει. Εξάλλου, άλλοι παίρνουν τις αποφάσεις. Όταν όμως ο ίδιος επιδημιολόγος βρεθεί να δουλεύει σε έναν οργανισμό δημόσιας υγείας, συμβαίνει κάτι το καταπληκτικό, από τον χώρο της αφθονίας περνάει στον χώρο της απόλυτης στέρσης.

Σε αυτόν τον χώρο, επειδή οι πόροι είναι σπάνιοι, τα προβλήματα πολύ μεγάλα και οι συγκρούσεις πολλές, ο επιδημιολόγος ανακαλύπτει τα οικονομικά της δημόσιας υγείας. Προσπαθεί, τότε, με επιστημονικό τρόπο, να ιεραρχήσει σωστά τι πρέπει να γίνει. Η σημαντικότερη δραστηριότητα που ασκούν ο οργανισμοί δημόσιας υγείας, ή οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, είναι η πρόληψη.

Γενικά, έχουν περιγραφεί πολλά προληπτικά προγράμματα. Σε μία πρόσφατη έκθεση αναφέρονταν 50, αλλά μάλλον είναι περισσότερα. Η αξιολόγησή τους γίνεται με δύο κριτήρια. Το ένα κριτήριο, που απασχολεί τους γιατρούς, είναι το πόσα χρόνια ζωής κερδίζουμε ποιοτικά με ένα προληπτικό πρόγραμμα. Το άλλο κριτήριο είναι οι δείκτες κόστους αποτελεσματικότητας, το κόστος ανά έτος ποιοτικής ζωής.

Μέσα από αυτές τις αναλύσεις καταρρέει ένας μύθος. Ο μύθος λέει ότι με την πρόληψη, πάντοτε κερδίζουμε λεφτά. Συνήθως η πρόληψη κοστίζει λεφτά. Το καλό, όμως, με την πρόληψη –αυτό μπορούμε να το υποστηρίξουμε πολύ πειστικά με δεδομένα– είναι τα χρόνια ζωής που κερδίζουμε, δηλαδή ο δείκτης κόστους αποτελεσματικότητας, είναι πάρα πολύ ευνοϊκότερος από ότι σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ουσιαστικά, υπάρχουν μόνο τρεις προληπτικές διαδικασίες, από τις οποίες αποδεδειγμένα η κοινωνία, όταν τις υιοθετεί, κερδίζει χρήματα, τρία προληπτικά προγράμματα. Το ένα είναι οι παιδικοί εμβολιασμοί, το δεύτερο ο έλεγχος για διαταραχές της όρασης σε ενήλικα άτομα άνω των 65 ετών και το τρίτο η συμβουλευτική των εφήβων για την πρόληψη και τη διακοπή χρήσης αλκοόλ και τοξικών ουσιών.

Δηλαδή από τα 50 προγράμματα τα οποία έχουμε αναλύσει με δείκτες κόστους οφέλους, με δείκτες κόστους αποτελεσματικότητας, με δείκτες χρόνων ζωής που κερδίζουμε, μόνο τα τρία αποφέρουν στην κοινωνία χρήματα. Για όλα τα άλλα, η κοινωνία πρέπει να βάλει χρήματα. Δηλαδή δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η πρόληψη κοστίζει.

Ένα άλλο στοιχείο που είναι ενδιαφέρον, είναι ότι σήμερα οι ειδικοί έχουν καταλήξει στο εξής: Η αξιολόγηση των προγραμμάτων θα γίνεται με δύο δείκτες. Ο ένας είναι ο δείκτης κόστους αποτελεσματικότητας, που είναι βέβαια το ψωμοτύρι των οικονομολόγων της υγείας και ο άλλος είναι τα χρόνια που κερδίζουμε. Με βάση αυτούς τους δείκτες, καταλήγουμε σε μια σειρά καταλόγων και προτάσεων, με τη βοήθεια των οποίων προετοιμάζεται η Παγκόσμια Πολιτική Υγείας.

Τελευταία, γίνεται μια τεράστια προσπάθεια προς την κατεύθυνση του καπνίσματος. Παρότι πολλά πράγματα γύρω από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος είναι γνωστά εδώ και πολλά χρόνια, επιτέλους έγινε αντιληπτό από τις αρχές δημόσιας υγείας σε ανώτατο επίπεδο και από τους πολιτικούς ότι όπως προσέχουμε να εμβολιάζουμε τα παιδιά μας, έτσι πρέπει να υπάρχει συμβουλευτική για την αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος. Αυτό αποτελεί τεράστια κοινωνική επένδυση σήμερα στον χώρο της υγείας.

Όπως ανέφερα, αυτές είναι δραστηριότητες από τις οποίες η κοινωνία κερδίζει χρήματα. Βέβαια, υπάρχουν αρκετές αντιδράσεις στις προσεγγίσεις αυτές και τις οποίες θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε κριτικά.

Αν πάρουμε τους δείκτες κόστους αποτελεσματικότητας, τότε καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν θεραπευτικές προσεγγίσεις τις οποίες θα έπρεπε να παραμελούμε και να αφήνουμε τους ανθρώπους να πεθάνουν. Τα προγράμματα αιμοκάθαρσης, για παράδειγμα, δεν αντέχουν από πλευράς δείκτη κόστους αποτελεσματικότητας. Κοστίζουν τεράστια ποσά, αλλά παρόλα αυτά είναι κοινωνικά. Η θεραπεία των αιμορροφιλικών κοστίζει στο κράτος εκατομμύρια κάθε χρόνο, αλλά τα καλύπτει. Εντέλει, υπάρχουν κάποια όρια στην οικονομική θεώρηση αυτών των ζητημάτων.

Όσον αφορά θεραπευτικές προσεγγίσεις που άπτονται των προβλημάτων, που έχουν να κάνουν με την άμεση επιβίωση, πρέπει να δούμε τους δείκτες αυτούς με κάποια προσοχή και να μην προσπαθούμε να υπερτιμήσουμε τη σημασία τους. Επίσης, οι εκτιμήσεις αυτές κόστους αποτελεσματικότητας είναι αρκετά αβέβαιες. Υπάρχουν όμως μεθοδολογικές δυνατότητες βελτίωσης. Τέτοιες εκτιμήσεις, δυστυχώς, δεν γίνονται στην Ελλάδα. Ενώ, δηλαδή, καταλαβαίνουμε ότι είναι μια περιοχί έρευνας τρομερά σημαντική για να πάρουμε αποφάσεις δημόσιας υγείας, δεν υπάρχουν πληροφορίες από τις οποίες θα μπορούσαμε να πάρουμε δεδομένα και να σχεδιάζουμε το σύστημα υγείας, πέραν των ερευνών του κ. Κυριόπουλου.

Παρόλ' αυτά, ποτέ καμιά κυβέρνηση δεν πρότεινε, εφόσον είναι ένα εξαιρετικά επείγον υγειονομικό πρόβλημα και πρόβλημα πολιτικής υγείας, να δημιουργήσουμε τους δείκτες αυτούς. Για να μπορούμε να συνηνοούμαστε και να αξιολογούμε σε επίπεδο κοινωνίας, σε επίπεδο πολιτών, πρέπει να δημιουργήσουμε τους αντίστοιχους ελληνικούς δείκτες.

Η τοποθέτησή μου ως επιδημιολόγου είναι ευνοϊκή, αλλά δεν έχω μόνο αντικειμενικά κριτήρια, κινούμαι και από έναν προσωπικό φόβο. Ζούμε μια εποχή, στην οποία οι ιατρικές εξελίξεις είναι ιλιγγιώδεις. Οι προσφερόμενες εναλλακτικές τεχνολογίες για τη λύση ιατρικών προβλημάτων, αυξάνουν επιθετικά. Αυτό σημαίνει ότι αν δεν δημιουργήσουμε ταχύτατα αυτές τις πληροφορίες, θα βρεθούμε σε μια δεινή θέση. Και μιλώ ως λειτουργός της δημόσιας υγείας, ο οποίος θέλει να διαφυλάξει το 3% του προϋπολογισμού της υγείας και αν μπορεί, να το κάνει 5.

Αυτή τη στιγμή, αν ο χώρος της δημόσιας υγείας, ο χώρος των επιδημιολόγων, ο χώρος των οικονομολόγων της υγείας, δεν δημιουργήσει αυτούς τους βασικούς δείκτες, θα βρεθούμε σε δεινή θέση και ίσως προκύψουν στο μέλλον σενάρια τα οποία παρακολουθήσαμε σε άλλες χώρες πρόσφατα, όταν κατέρρευσαν τα συστήματα δημόσιας υγείας.

Εδώ δεν πρόκειται να καταρρεύσουν επειδή δεν θα υπάρχει φροντίδα, αλλά διότι θα καταρρεύσουν οι προϋπολογισμοί από το βάρος άκριτων υιοθετήσεων τεχνολογιών, στον χώρο της υγείας, οι οποίες παρέχονται προκλητικά.

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο πιστεύω πως το ζήτημα ενδιαφέρει περισσότερο τους κλινικούς γιατρούς, είναι ότι ο σημερινός καταναλωτής της υγείας, αλλάζει δραματικά, αλλάζει τόσο γρήγορα που εγώ πραγματικά μένω κατάπληκτος. Μέχρι πριν πέντε χρόνια κανένας ασθενής δεν ήρθε να μου κάνει παρατήρηση, επειδή αυτό που του είπα ίσως να μην ήταν απόλυτα σωστό. Τα τελευταία τρία-τέσσερα χρόνια, μένω κατάπληκτος από τους αρρώστους, οι οποίοι μπαίνουν στο διαδύκτιο, διαβάζουν τις αμερικάνικες, τις βρετανικές, τις γαλλικές οδηγίες και όταν έρχονται πολλές φορές συζητούν ή αμφισβητούν αυτά που τους λέμε. Αρχίζει πλέον να διαφαίνεται και αυτή η τάση και καλό θα είναι να το ξέρουμε. Πολύ γρήγορα θα δημιουργήσει ένα καθεστώς. Έχουν πληροφορίες και τελικά αναρωτιούνται «γιατρέ αυτό που πας να μου κάνεις, μήπως κοστίζει πάρα πολύ ακριβά;» Και ο συγκεκριμένος κύριος, αφού συζήτησα μαζί του, μου είπε ότι έμπαινε στην περίφημη ιστοσελίδα N.I.C.E και διάβαζε.

Ως κλινικοί γιατροί πρέπει να συμβιβαστούμε με την ιδέα και να μάθουμε κάποια στοιχεία οικονομικών της υγείας. Ακριβώς όπως μάθαμε στατιστική, γενετική, όπως τώρα τελευταία διαβάζουμε για να μάθουμε μοριακή βιολογία, καλό είναι να μάθουμε και κάποια στοιχειώδη οικονομικά της υγείας.