

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η οικονομική αξιολόγηση στην υγειονομική περίθαλψη: τεκμηριωμένη ιατρική και τεκμηριωμένα οικονομικά της υγείας

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Η οικονομική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν κλάδο της οικονομικής επιστήμης ο οποίος ασχολείται με τη «συστηματική αξιολόγηση του οφέλους και του κόστους που προκύπτει από τη σύγκριση διαφορετικών τεχνολογιών υγείας». Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί περισσότερο έναν τρόπο σκέψης και επίλυσης προβλημάτων και λιγότερο ένα στείρο σύνολο ορολογίας ή μεθόδων που χρησιμοποιείται από τους οικονομολόγους υγείας. Πριν προχωρήσουμε στο τι πραγματεύεται, θα πρέπει να ορίσουμε το γενικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται, το οποίο είναι η ίδια η οικονομική επιστήμη.

Αποτελεί κοινή πεποίθηση ότι η οικονομική επιστήμη ασχολείται αποκλειστικά με τις διαδικασίες παραγωγής και διανομής του πλούτου, καθώς και τις ιδιότητες και την προέλευση του γνωστού μέσου των συναλλαγών μιας κοινωνίας, δηλαδή του χρήματος. Αυτή η προσέγγιση θα μπορούσε να γίνει ακόμη πιο ευρεία. Η οικονομική επιστήμη ασχολείται κυρίως με το μείγμα των επιλογών που πρέπει να υιοθετήσουμε προκειμένου να μεγιστοποιήσουμε την ευημερία μας υπό συνθήκες περιορισμένων πόρων. Χωρίς να εμπλακούμε σε μια θηικοκοινωνική ανάλυση της έννοιας «ευημερία», θα δηλώσουμε ότι ο όρος αυτός χρησιμοποιείται ελεύθερα από τους οικονομολόγους προκειμένου να περιγράψει τον βαθμό ευφορίας, αγαλλίασης, ευχαρίστησης κ.λπ. που προκύπτει ειδικά από την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών που διακινούνται στην αγορά.

Ένα νοικοκυριό, ένας εργαζόμενος ή μια επιχείρηση αντιμετωπίζουν όλοι παρόμοια προβλήματα «επιβίωσης» και καλούνται να κάνουν κάποιες επιλογές σχετικά με τη χρήση των πόρων που διαθέτουν, είτε ζουν σε μια κοινωνία της οποίας η οικονομία βασίζεται σε κάποιο μέσο συναλλαγών είτε σε μια ανταλλακτική κοινωνία. Σύμφωνα με την οικονομική επιστήμη, η συμπεριφορά όλων αυτών των φορέων πρέπει να καθορίζεται, μεταξύ άλλων, από ορισμένα απλά αξιώματα:

1. Ο οικονομικός φορέας θέλει να επιβιώσει και να επιτύχει ένα άπειρο επίπεδο ευημερίας (θέλει να μεγιστοποιήσει την ευημερία του). Εδώ δεν συμπεριλαμβάνονται οι άνθρωποι που δεν θέλουν να επιβιώσουν, που δεν σκέφτονται ορθολογικά κ.λπ., ενώ η έννοια της «ευημερίας» εξετάζει συνήθως το άτομο υπό μια «ατομιστική» έννοια, χωρίς να γίνεται μνεία σε ζητήματα αλτρουισμού, κοινωνικής ευθύνης κ.λπ.
2. Στη συνήθη περίπτωση, η οικονομική επιστήμη υποθέτει ότι «η μεγαλύτερη κατανάλωση αγαθών φέρνει και μεγαλύτερη ευημερία», χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν ζητήματα κορεσμού.
3. Η συνδυασμένη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών (που μπορούν να αγοραστούν με τους δεδομένους πόρους) μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει, ανάλογα με το μείγμα της, την ευημερία, ενώ υπάρχει ένα συγκεκριμένο μείγμα επιλογών που είναι το ιδανικό για κάθε δεδομένη περίπτωση (επειδή μεγιστοποιεί την ευημερία), ανάλογα με το εισόδημά και τις προτιμήσεις.
4. Οι πόροι είναι περιορισμένοι και τα οικονομικά αγαθά έχουν κόστος.
5. Οι οικονομικοί φορείς είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν ένα μέρος της κατανάλωσης ενός αγαθού που διαθέτουν σε μεγάλη ποσότητα προκειμένου να αποκτήσουν μια μικρή ποσότητα από ένα άλλο επιθυμητό αγαθό το οποίο καταναλώνουν σε μικρότερο βαθμό. Αυτό ονομάζεται «αρχή της κυρτότητας» (convexity) στα οικονομικά, διότι η διαγραμματική περιγραφή της αρχής αυτής απεικονίζεται με μια κυρτή μαθηματική καμπύλη.
- Το 5ο αξιώμα βασίζεται σε μια αρχή των οικονομικών, σύμφωνα με την οποία η κατανάλωση οποιουδήποτε επιθυμητού αγαθού προσφέρει μια ευημερία που είναι στην αρχή μεγάλη, αλλά κατόπιν μειώνεται (φθίνουσα χρησιμότητα). ως εκ τούτου, θα ήταν συνετό να απέχει κανείς από την επιπρόσθετη αυτή κατανάλωση (και το συνακόλουθο κόστος) προκειμένου να καταναλώσει κάτι άλλο από το οποίο θα αντλούσε μεγαλύτερη ευημερία. Αυτή η αρχή υποδεικνύει ότι, σε γενικές γραμμές, οι οικονομικοί φορείς αποφέύγουν τη «μονομερή κατανάλωση» και προτιμούν να καταναλώνουν «λίγο απ' όλα» τα αγαθά, όχι όμως απαραίτητα στην ίδια αναλογία.
6. Υπάρχουν συγκεκριμένες προτιμήσεις που μπορούν να καθοριστούν με σαφήνεια.

Από αυτά τα απλά αξιώματα φαίνεται ότι η επίτευξη άπειρης ευημερίας είναι ένας ανέφικτος στόχος, όμως η μεγιστοποίηση της ευημερίας με τα διαθέσιμα μέσα είναι κάτι που μπορεί να επιτευχθεί. Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος, σύμφωνα με το δικό του πρότυπο μεγιστοποίησης, καταναλώνει τα χρήματα που διαθέτει για να προμηθευτεί ένα «καλάθι» αγαθών (τρόφιμα, ενδύματα, ψυχαγωγία, περιθαλψη κ.λπ.), σταθμίζοντας τις τιμές της αγοράς έναντι των προτιμήσεών του.

Χωρίς να ασχοληθούμε περαιτέρω με τις αρχές της οικονομικής επιστήμης, θα πρέπει να σημειώσουμε επίσης ότι ένα ορισμένο ύψος ευημερίας μπορεί να επιτευχθεί με διαφορετικούς συνδυασμούς κατανάλωσης αγαθών οι οποίοι δεν έχουν το ίδιο κόστος, ενώ υπάρχει ένας ορισμένος συνδυασμός που πετυχαίνει ένα επίπεδο ευημερίας-στόχο με το ελάχιστο κόστος. Αν μας ενδιέφερε π.χ. να εξετάσουμε την ευημερία ενός ατόμου, θα μπορούσαμε να βρούμε πολλούς συνδυασμούς με τα αγαθά «κατανάλωση υπηρεσιών υγείας» και «διαθέσιμο

εισόδημα για λοιπές υπηρεσίες» που θα μας προσέφεραν μια ορισμένη ευημερία -στόχο. Αυτό φυσικά μπορεί να επιτευχθεί αυξάνοντας την κατανάλωση του ενός αγαθού σε βάρος του άλλου και αντίστροφα, για κάθε μείγμα επιλογών. Σε όλες βέβαια τις περιπτώσεις θα πρέπει να είναι ρητά διατυπωμένες οι προτιμήσεις των οικονομικών φορέων και δεδομένες οι τιμές, ώστε να προβούμε σε μια τέτοια εκτίμηση.

Αν διευρύνουμε την εφαρμογή του παραδείγματος, βλέπουμε πώς μια κοινωνία μπορεί να αποφασίσει ότι θα επιτύχει τη μέγιστη ευημερία εφαρμόζοντας ένα δημόσιο σύστημα υγείας όπου θα παρέχεται δωρεάν περιθαλψη, αλλά με «θυσία» μέρους του εισοδήματος των πολιτών της, αφού το κόστος ασφάλισης και φορολογίας θα αποσπά μέρος του εισοδήματος που είναι διαθέσιμο για κατανάλωση προκειμένου να το επενδύσει σε δομές δημόσιας υγείας.

Άλλες κοινωνίες με περισσότερο ιδιωτικά προσανατολισμένα συστήματα υγείας παρέχουν «λιγότερη δημόσια περιθαλψη», αλλά σε αντιστάθμιση αυτού αποσπούν μικρότερο μέρος του εισοδήματος, το οποίο είναι τώρα διαθέσιμο για κατανάλωση, αποταμίευση κ.λπ. Όπως υπαγορεύει το 5ο αξίωμα, συνήθως οι κοινωνίες αποφεύγουν τις τελείως ακραίες επιλογές και δεν δέχονται τον «πλήρως ιδιωτικό» ή «πλήρως δημόσιο» χαρακτήρα της υγείας, αλλά ένα μείγμα των δύο. Παρότι η ανάλυση είναι απλοϊκή και δεν λαμβάνει υπ' όψιν τις ομάδες ειδικών συμφερόντων, το πολιτικό σκηνικό κ.λπ., είναι προφανές ότι κάθε κράτος, οικονομικός φορέας ή άτομο πρέπει να προσδιορίσει όλες τις διαθέσιμες επιλογές που έχει και να τις κατατάξει ως προς το επίπεδο ευημερίας που του παρέχουν. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «αξιολόγηση».

Όταν μιλάμε, συνεπώς, για «αξιολόγηση» αναφερόμαστε σε μια διαδικασία σύγκρισης διαφόρων επιλογών με σκοπό να τις κατατάξουμε (με βάση κάποιο κριτήριο) ως προς την ελκυστικότητά τους. Σε ένα πολύ πιο περιορισμένο επίπεδο, η ίδια διαδικασία αξιολόγησης πραγματοποιείται στο πλαίσιο ενός συστήματος υγείας ή (ακόμη στενότερα) ενός μέρους του συστήματος υγείας (π.χ. νοσοκομεία) ή και μεταξύ των διαφόρων μεθόδων αντιμετώπισης μιας ορισμένης πάθησης (διαθέσιμος προϋπολογισμός, θεραπευτικές επιλογές, μεγιστοποίηση της ευημερίας των ασθενών/φορολογούμενων κ.λπ.). Στο βιβλίο αυτό θα εξετάσουμε εκτενώς ποια είναι τα κριτήρια με βάση τα οποία λαμβάνονται αποφάσεις στον τομέα της υγείας.

Μέσα στον ορισμό της οικονομικής αξιολόγησης που δώσαμε στην αρχή αναφέρεται η λέξη «συστηματική». Είναι προφανές ότι οι αναλύσεις που βασίζονται σε απλοϊκά κριτήρια σύγκρισης του κόστους μεταξύ θεραπειών, όπως π.χ. η τιμή ενός σκευάσματος σε σχέση με ένα άλλο, και δεν ενσωματώνουν το σύνολο της οικονομικής επιβάρυνσης αλλά ούτε του οφέλους που τις συνοδεύει, δεν είναι συστηματικές. Στην οικονομική αξιολόγηση μάς ενδιαφέρει η πλήρης, εμπεριστατωμένη και ορθή σύγκριση μεταξύ των εναλλακτικών επιλογών προκειμένου να αποφανθούμε για την ελκυστικότητά τους και έτσι να τις κατατάξουμε. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η οικονομική αξιολόγηση συνδυάζει αντικειμενικά δεδομένα (τιμές των συντελεστών παραγωγής, ιατρική τεχνολογία κ.λπ.) με δεδομένα προτιμήσεων προκειμένου να αποφανθεί σχετικά με το ποιες από τις διαθέσιμες επιλογές μεγιστοποιούν την ευημερία της κοινωνίας γενικά ή επιμέρους ομάδων ασθενών συγκεκριμένα.

Έκβαση θεραπείας/υπηρεσίας	Μειωμένο κόστος περίθαλψης	Αμετάβλητο κόστος περίθαλψης	Δυνητικό κόστος περίθαλψης
Βελτίωση			
Σταθερότητα			
Επιδείνωση			

Εικόνα 1.1 Το πλαίσιο αξίας. Η αξία εκφράζεται με μια σχέση μεταξύ κόστους και εκβάσεων περίθαλψης. Οι παρεμβάσεις υψηλής αξίας παρουσιάζονται με πράσινο χρώμα, οι παρεμβάσεις χαμηλότερης αξίας με κίτρινο και οι παρεμβάσεις με απαράδεκτη αξία παρουσιάζονται με κόκκινο χρώμα. Οι παρεμβάσεις υψηλής αξίας πρέπει να υλοποιούνται άμεσα. Οι απαράδεκτες παρεμβάσεις θα πρέπει να καταργούνται. Για τα κίτρινα κελιά, χρειάζεται στάθμιση του βαθμού μεταβολής της έκβασης έναντι του κόστους προκειμένου να προσδιοριστεί κατά πόσον η συγκεκριμένη παρέμβαση είναι αποδεκτή για τον εκάστοτε φορέα.

ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αποτελεί συχνή παρανόηση η άποψη ότι η οικονομική αξιολόγηση ασχολείται μόνο με τον –έστω και συστηματικό– προσδιορισμό του κόστους ή της διαφοράς του κόστους μεταξύ θεραπευτικών παρεμβάσεων, χωρίς να ασχολείται καθόλου με την αποτελεσματικότητά τους. Αν ήταν έτσι, η οικονομική αξιολόγηση θα υποβαθμίζοταν σε μια απλή «λογιστική» εκτίμηση της επιβάρυνσης, παραβλέποντας την κοινωνική διάσταση αυτής της επιστήμης.

Για μια ορθή, φιλόδοξη και πλήρη ανάλυση, όμως, κάτι τέτοιο δεν θα ήταν ακριβές. Η οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας συνδυάζει τα δεδομένα του κόστους και του οφέλους για να βοηθήσει τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στην αξιολόγησή τους. Υπό αυτό το πρίσμα, η οικονομική αξιολόγηση δεν απευθύνεται μόνο στους οικονομολόγους, αλλά και στους κλινικούς επιστήμονες και στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής προκειμένου να τους ενημερώσει σχετικά τις διαθέσιμες επιλογές (και τις επιπτώσεις από την υιοθέτησή τους για την υγεία του πληθυσμού και τον κρατικό προϋπολογισμό). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και αλλού, αυτός ο συνδυασμός ονομάζεται «αξία». Μπορούμε να θεωρήσουμε την αξία ως μια έκφραση της σχέσης μεταξύ των εκβάσεων και του κόστους, και μπορούμε να τη σχεδιάσουμε σε γράφημα (Εικόνα 1.1) (Williams, 2014). Η βασισμένη-στην-αξία υγειονομική περίθαλψη αναδεικνύεται κεντρικό δόγμα της μεταρρύθμισης στην υγεία, κάτι που καθιστά απαραίτητη την ορθολογική εφαρμογή της συστηματικής οικονομικής αξιολόγησης.

Αυτό το σημείο χρειάζεται αναλυτικότερη ερμηνεία. Σε γενικές γραμμές, είμαστε όλοι λίγο ή πολύ εξοικειωμένοι με την έννοια της τεκμηριωμένης ιατρικής (evidence-based medicine, EBM). Η EBM συνήθως είναι συνώνυμη

με την αναζήτηση γνώσεων (αναφορικά με την αποτελεσματικότητα) μέσω συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, προκειμένου να εντοπιστούν και να προταθούν οι βέλτιστες πρακτικές για ένα σύστημα υγείας. Σκοπός της είναι να πληροφορήσει αυτούς που ασκούν κλινικό έργο σχετικά με αυτές τις πρακτικές και να αλλάξει τις υφιστάμενες πρακτικές, αν δεν είναι βέλτιστες. Μιλώντας φορμαλιστικά, θα λέγαμε ότι η EBM είναι η θεμελίωση των ιατρικών αποφάσεων πάνω στη διαδικασία της συστηματικής αναζήτησης, αξιολόγησης και εφαρμογής των ευρημάτων της σύγχρονης έρευνας. Το «κίνημα» αυτό, στενά συνδεδεμένο με τις αρχές και τη φιλοσοφία της αξιολόγησης, υποστηρίζει την άποψη πως η EBM θα πρέπει να αντλεί τα συμπεράσματά της από έρευνες έκβασης (outcome research) (Braslow, 1999; Claridge και Fabian, 2005; Sur και Dahm, 2011).

Κατ' αυτόν τον τρόπο, η EBM επιδιώκει να συνδέσει τις ενδείξεις της με την ιατρική πρακτική με σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας σε εξατομικευμένο επίπεδο. Η εφαρμογή των αρχών της προϋποθέτει την ενσωμάτωση της προσωπικής κλινικής εμπειρίας με τα πλέον ισχυρά επιστημονικά κλινικά δεδομένα. Ιστορικά αναφέρουμε ότι η μέθοδος της αυτοεκπαίδευσης των ιατρών στην άσκηση της EBM αναπτύχθηκε στο McMaster University του Καναδά, ενώ στην Ευρώπη σημαντικό έργο συντελείται στην Οξφόρδη, στο αντίστοιχο κέντρο NHS Research and Development Centre for EBM (Cohen, 1996; Hadley et al., 2007). Οι Ηνωμένες Πολιτείες, αντιθέτως, δεν διαθέτουν κανένα κέντρο αφιερωμένο στην EBM. Αντί γι' αυτό, διάφοροι φορείς έχουν αναλάβει σχετικούς ρόλους: μεταξύ αυτών είναι η κυβέρνηση (π.χ. οι υπηρεσίες Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], <http://www.ahrq.gov>, Health Resources and Services Administration [HRSA], <http://www.hrsa.gov>), κοινοπραξίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Patient Centered Outcomes Research Institute [PCORI], <http://www.pcori.org>, United States Preventive Services Task Force [USPSTF], <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>) και επαγγελματικές ενώσεις.

Σε πολλές περιπτώσεις όμως, η διάκριση μεταξύ «օρθής κλινικής πρακτικής» και «διαθέσιμων οικονομικών πόρων» (που στοχεύουν στην εφαρμογή της) είναι αμφισβήτησιμη, ενώ συχνά δίνει αποτελέσματα αντίθετα από αυτά που αρχικά αναμένονταν. Για παράδειγμα, η υιοθέτηση πρακτικών που προσφέρουν πολύ μικρό θεραπευτικό όφελος με δυσβάστακτη επιβάρυνση ενδέχεται να υποσκάπτει τη συνολική ικανότητα του συστήματος υγείας να περιθάλπει ασθενείς στο εγγύς μέλλον, πολύ περισσότερο δε την επόμενη γενιά. Σε άλλες περιπτώσεις, η κοινωνία επιθυμεί –μέσω του συστήματος υγείας της– να μεταβιβάσει πόρους στους λιγότερο προνομιούχους, ανεξάρτητα από το αν αυτή η μεταβιβάση πόρων θα επιτύχει μικρή αύξηση της συνολικής κοινωνικής ευημερίας. Τέτοιες κοινωνικές ομάδες συνήθως δεν είναι σε θέση να «αντλήσουν ευημερία» το ίδιο εύκολα με τις πιο εύπορες ομάδες του πληθυσμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η παροχή βοήθειας σε τέτοιες ομάδες δεν είναι συμπεριφορά που θα οδηγήσει σε μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας. Ωστόσο, η κοινωνία μπορεί να επιλέξει να καθοδηγείται από την έννοια της ισότητας εις βάρος της μεγιστοποίησης της αποδοτικότητας, γεγονός που ενδεχομένως δεν θα λαμβανόταν υπ' όψιν από την EBM.