



1837
2017
ΧΡΟΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών



Διαστάσεις βιοηθικής και δικαιοσύνης στην κατανομή των πόρων στην υγεία

Μιχάλης Ηγουμενίδης

RN, BA Philosophy, MA, PhD Law

migoumen@nurs.uoa.gr



Δικαιοσύνη και κατανομή πόρων

- Ο Αριστοτέλης ξεχωρίζει τη **διανεμητική** δικαιοσύνη, δηλαδή το πώς μοιράζονται τα αγαθά σε μία κοινωνία, από τη **διορθωτική** δικαιοσύνη, δηλαδή την αποκατάσταση αδικιών και τις τιμωρίες (ποινική δικαιοσύνη)
[Αριστοτέλης, Ηθικά Νικομάχεια II. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος, 1993, σελ. 23]
- Αυτές οι δύο έννοιες είναι αλληλένδετες: διότι η διανομή αγαθών με όσο το δυνατόν δικαιότερο τρόπο στοχεύει μεταξύ άλλων σε διόρθωση και αποκατάσταση καταστάσεων που εκλαμβάνονται ως άδικες σε μία κοινωνία
 - Το δίκαιο μπορεί να γίνεται συχνά αντιληπτό ως αυτό που είναι **λιγότερο άδικο**
[Kaufmann W 'Doubts About Justice' στο Kiefer HE, Munitz MK (eds), Ethics and Social Justice. Albany: State University of New York Press, 1970, σελ. 63]
- Όταν αναφερόμαστε σε **πόρους** στον χώρο της υγείας εννοούμε κάθε είδους αγαθά ή υπηρεσίες που περιλαμβάνει ένα σύστημα υγείας (δομές, φάρμακα, αναλώσιμα, εργατοώρες κλπ)
- Η κατανομή αυτών των πόρων μπορεί να αναφέρεται σε επίπεδο χάραξης πολιτικής υγείας (**μακρο-κατανομή**) ή σε επίπεδο λήψης αποφάσεων κατά την κλινική πράξη (**μικρο-κατανομή**)

Μακρο- και Μικρο-κατανομή

- Στη μακρο-κατανομή εμπλέκονται οι **διοικούντες** που χαράζουν **πολιτικές υγείας** και αναφέρονται σε συνολικούς **πληθυσμούς ή ομάδες ασθενών**, ενώ στη μικρο-κατανομή εμπλέκονται **επαγγελματίες υγείας** (που μπορούν να θεωρηθούν ως εκτελεστικά όργανα των διοικούντων, κατά μία έννοια), οι οποίοι λαμβάνουν **αποφάσεις κατά την κλινική πράξη** και αναφέρονται σε **εξατομικευμένους ασθενείς**
- Παραδοσιακά, το πρωταρχικό καθήκον ενός επαγγελματία υγείας περιστρέφεται γύρω από τους **ασθενείς που έχει υπό τη φροντίδα του**, υπάρχει όμως και ένα δεύτερο κυρίαρχο καθήκον που αφορά στον **εξορθολογισμό των δαπανών**
 - Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι κανενός ασθενή η φροντίδα δεν αποτελεί **απόλυτη προτεραιότητα** για έναν επαγγελματία υγείας αν αυτή θεωρηθεί **άδικη για το κοινωνικό σύνολο** [Waymack M. *Health Care as Business: The Ethic of Hippocrates Versus the Ethic of Managed Care*. *Business & Professional Ethics Journal* 1990;3&4:69-78]
- Η παραδοσιακή αντίληψη της παροχής φροντίδας υγείας, με τους πλήρως ανεξάρτητους επαγγελματίες έχει παρακμάσει στο **δημόσιο σύγχρονο σύστημα υγείας**
 - Όποιος ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας θεωρεί ότι το ηθικό του καθήκον έγκειται μόνο στον ασθενή βρίσκεται **σε ρήξη με τη νέα πραγματικότητα** της φροντίδας υγείας [Minogue B. *The Two Fundamental Duties of the Physician*. *Academic Medicine* 2000;75(5):431-42]

Βασικές παραδοχές για τον χώρο της υγείας

1) Οι πόροι είναι περιορισμένοι

- Αυτό καθιστά υποχρεωτική την ενασχόληση με το πρόβλημα της κατανομής, το οποίο ουσιαστικά είναι ένα πρόβλημα **συγκριτικής δικαιοσύνης**: αυτό σημαίνει ότι δεν αναρωτιόμαστε ποιο άτομο δικαιούται πόρους, αλλά ποιος δικαιούται **περισσότερους πόρους** σε σύγκριση με άλλα άτομα

2) Οι πιθανοί τρόποι χρήσης αυτών των πόρων είναι απεριόριστοι

- Λόγω των περιορισμένων πόρων, η διάσωση της ζωής ενός ατόμου μπορεί να έχει ως κόστος ευκαιρίας τη μη δυνατότητα ελάφρυνσης του πόνου για κάποιο άλλο άτομο [Morris S, Devlin N, Parkin D, Spencer A. Η οικονομική ανάλυση στη φροντιδα υγείας (επιμέλεια: Αθανασάκης Κ, Κυριόπουλος Η). Nicosia: Broken Hill Publishers, 2017, σελ. 51]

3) Η ζήτηση πάντα υπερβαίνει την προσφορά

- Όσο μεγάλο προϋπολογισμό υγείας και να έχουμε, δεν μπορεί ποτέ να αγοραστεί αρκετή υγεία, διότι **η υγεία δεν έχει σαφή όρια** [Daniels N. Just Health Care. Cambridge: Cambridge University Press, 1985]. Αν λάβουμε υπόψη και την πρόοδο της τεχνολογίας, κατανοούμε ότι ποτέ δεν θα μπορέσουν να διαχωριστούν οριστικά οι **ανάγκες** υγείας από τις **επιθυμίες**

Ανάγκες και επιθυμίες

- Υπάρχουν βέβαια απόψεις που απορρίπτουν την απεριόριστη ζήτηση, επιχειρώντας να συγκεκριμενοποιήσουν τις ανάγκες υγείας και να τις διαχωρίσουν, έστω αυθαίρετα, από τις απλές επιθυμίες [Frankel S. Health needs, health-care requirements, and the myth of infinite demand. *Lancet* 1991;337:1588-90]
- Αν και οι ικανότητες διαφέρουν από τις αναπηρίες, μπορεί να θεωρηθεί ότι, γενικά, η αναπηρία είναι έλλειψη ικανότητας· μέχρι ποιο σημείο όμως; Μπορούμε να πούμε ότι κάποιος που δεν μπορεί να παίξει μπάσκετ σαν τον Τσαμπερλίν ή να ζωγραφίσει σαν τον Πιέρο πάσχει από μία **(ιδιαίτερα συνηθισμένη)** αναπηρία; [Ronald Dworkin. What is equality? Part 2: Equality of resources. *Philosophy & Public Affairs* 1981;10(4):283-345]



Το πρόβλημα της κατανομής είναι διαρκές

- Το κράτος πρέπει να κατανείμει **συγκεκριμένους πόρους υγείας** σε συγκεκριμένα άτομα με **διαφορετικές ανάγκες**, και με δεδομένο ότι δεν μπορούν να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες λόγω απεριόριστης ζήτησης, πρέπει να επιλεχθεί ο δικαιότερος τρόπος κατανομής
- Για να επιτευχθεί αυτό χρησιμοποιούνται ορισμένα **κριτήρια κατανομής**
 - Κανένα κριτήριο όμως δεν είναι **απόλυτο**
- Τα κριτήρια είναι ίδια στη μακροκατανομή και τη μικροκατανομή
 - Αν και η αμεσότητα της επαφής με τον ασθενή που έχουμε στη μικροκατανομή επηρεάζει τη **βαρύτητα των κριτηρίων** όπως την αντιλαμβάνεται ο κάθε επαγγελματίας υγείας σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά
- Επίσης, οι αποφάσεις μπορεί να λαμβάνονται οργανωμένα και με άνεση χρόνου, έτσι ώστε να επιτρέπεται η πολύπλευρη εξέταση ενός ζητήματος, ή υπό καθεστώς πίεσης
- Οι δυσκολότερες αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν είναι σε επίπεδο **μικροκατανομής** και αφορούν σε καταστάσεις που είναι **απειλητικές για τη ζωή**
 - Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ο επαγγελματίας που αποφασίζει να σώσει έναν ασθενή κατά προτεραιότητα μπορεί αυτόματα να καταδικάζει έναν άλλον, ενώ παράλληλα προσδίδει **διαφορετική αξία** στις ζωές των δύο ασθενών [Glover J. *Causing Death and Saving Lives*. Harmondsworth: Pelican, 1977, σελ. 218]

Βασικά κριτήρια κατανομής

1. Το κριτήριο του **αποκλεισμού**

- Με αυτό καθορίζεται ο αριθμός των ατόμων μεταξύ των οποίων πρέπει να γίνει η κατανομή, διαπιστώνεται δηλαδή ποιος δικαιούται να **συμμετέχει** στη διαδικασία της κατανομής και ποιος **αποκλείεται**

2. Το κριτήριο της **αναγκαιότητας**

- Με αυτό **αναγνωρίζεται** και **συγκεκριμενοποιείται** ένα πρόβλημα υγείας από ειδικούς επαγγελματίες, οι οποίοι ξεκινούν τη διαδικασία της κατανομής πραγματοποιώντας τις κατάλληλες παρεμβάσεις (άρα **ξοδεύοντας** πόρους) για το συγκεκριμένο πρόβλημα

3. Το κριτήριο της **χρονικής προτεραιότητας**

- Αυτό αποτελεί μία πολύ συνηθισμένη έκφραση δικαιοσύνης στην ανθρώπινη κοινωνία: όποιος **έτυχε** (ή **φρόντισε**) να βρίσκεται στον τόπο παροχής υπηρεσιών πριν από τους άλλους θα εξυπηρετηθεί πρώτος

Δευτερεύοντα κριτήρια κατανομής

4. Το κριτήριο της **ηλικίας**

- Έχει γίνει κατά καιρούς αντικείμενο έντονων αντιπαραθέσεων, καθώς δρα **μεροληπτικά** υπέρ των νεότερων ατόμων και προσδίδει **μικρότερη αξία** στη ζωή των ηλικιωμένων

5. Το κριτήριο της **ευθύνης**

- Με αυτό επιχειρείται να διαχωριστούν οι «**αθώοι**» από τους «**ένοχους**» ασθενείς, δηλαδή αυτοί οι οποίοι δεν ευθύνονται για τα προβλήματα της υγείας τους από όσους ευθύνονται (έως έναν βαθμό)

6. Το κριτήριο της **κοινωνικής αξίας**

- Με αυτό αποδίδεται προτεραιότητα σε ορισμένους ασθενείς που είναι πιο **χρήσιμοι στην κοινωνία**, είτε σε **επίπεδο κοινωνικού συνόλου** (πχ ένας σπουδαίος επιστήμονας) είτε σε πιο **προσωπικό επίπεδο** (πχ ένας οικογενειάρχης με εξαρτώμενα μέλη)

Σημαντικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο

- Όπως θα δούμε και στη συνέχεια, εκτός από τα προηγούμενα κριτήρια, η κατανομή επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, κυρίως σε **επίπεδο μικροκατανομής**: αλλιώς σχεδιάζονται οι παρεμβάσεις σε γραφεία και αλλιώς εφαρμόζονται στην πράξη
- Οι δύο σημαντικότεροι παράγοντες που πρέπει να έχουμε υπόψη είναι ο **ανθρώπινος παράγοντας** και ο **παράγοντας της τύχης**
- Οι επαγγελματίες υγείας είναι άνθρωποι με **αδυναμίες και συναισθήματα**, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την ορθολογική κρίση και τη σχεδιαζόμενη κατανομή με πολλούς τρόπους
- Ο παράγοντας της τύχης είναι και το σημαντικότερο στοιχείο που επηρεάζει γενικά τη ζωή – πολλοί πιστεύουν ότι ένα απόλυτα δίκαιο σύστημα θα έπρεπε είτε να **στηρίζεται αποκλειστικά** στην τύχη, είτε να **εξαλείφει εντελώς** την τύχη [<https://plato.stanford.edu/entries/justice-bad-luck/>]

1) Το κριτήριο του αποκλεισμού

- Ένα σύστημα υγείας είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να εξυπηρετεί **συγκεκριμένο αριθμό ατόμων**
 - Εκτός αν αναφερόμαστε σε παρεμβάσεις **δημόσιας υγείας** (πχ χλωρίωση νερού) που αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού χωρίς εξαιρέσεις
- Συνήθως το δικαίωμα φροντίδας προκύπτει από τις **φορολογικές υποχρεώσεις** και τις **ασφαλιστικές εισφορές** των ατόμων, διαφορετικά εναπόκειται στην **κοινωνική πρόνοια** του κράτους
 - Φαίνεται ίσως άδικο για όσους πληρώνουν περισσότερους φόρους ή μεγαλύτερες εισφορές στα ταμεία τους, όμως αυτή είναι μία αδυναμία του συστήματος η οποία παραβλέπεται για χάρη των ασθενέστερων ομάδων [[Τζων Ρωλς, Θεωρία της Δικαιοσύνης. Αθήνα: Πόλις, 2006, 1971, σελ. 40](#)]
- Ακόμα και οι πολίτες άλλων χωρών έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αφού μπορεί να υπάρχουν συμφωνίες των χωρών μεταξύ τους
 - Για παράδειγμα, η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ)
- Τι γίνεται όμως με όσους είναι τελείως **ανασφάλιστοι** και **δεν** υπάγονται στην κρατική πρόνοια;

Παράδειγμα: παράτυποι μετανάστες

- Στη χώρα μας υπάρχουν μετανάστες που έχουν καταγραφεί και παράτυποι μετανάστες που δεν έχουν έγγραφα
- Τα σύνορα των ΗΠΑ παραβιάζονται καθημερινά από μετανάστες χωρίς άδεια
- Βάσει νόμου (σε επίπεδο μακροκατανομής), προβλέπεται ότι αυτά τα άτομα μπορούν να προσέρχονται σε ΤΕΠ νοσοκομείων για αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, αλλά δεν δικαιούνται να νοσηλευτούν
 - Ακόμα και το τι θεωρείται έκτακτη κατάσταση είναι υπό συζήτηση, αλλά υπάρχουν και ανθρωπιστικοί λόγοι παροχής φροντίδας [Grimm JW, Wells JL. *Illegal immigrants in the emergency department: an ethical dilemma for nurses?* Journal of Emergency Nursing 2009;35(2):127-8]
- Προβλέπονται επίσης εξαιρέσεις για όσους πάσχουν από σοβαρά λοιμώδη νοσήματα, όπως AIDS, και για τα παιδιά
 - Μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό συμφέρει το σύστημα, αφού αλλιώς τα λοιμώδη θα εξαπλώνονταν περισσότερο [Dang BN et al. *Sociocultural and structural barriers to care among undocumented Latino immigrants with HIV infection.* Journal of Immigrant and Minority Health 2012;14(1):124-31] – και ίσως συμφέρει επίσης γενικά να προλαμβάνουμε παρά να περιμένουμε τις έκτακτες καταστάσεις [Potter JL. *Providing accessible healthcare to migrants is morally right and cost effective.* BMJ. 2015;351:h3775]



2) Το κριτήριο της αναγκαιότητας

- **Αναγκαιότητα** σημαίνει ότι υπάρχει λόγος (έτσι όπως πιστοποιείται από τον ειδικό επαγγελματία υγείας) να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός διάθεσης ορισμένων πόρων προς όφελος ενός συγκεκριμένου ατόμου
- Και πάλι, η παρουσία του **ανθρώπινου παράγοντα** στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων αναιρεί αυτομάτως την πεποίθηση ότι η κατανομή των πόρων υγείας μπορεί να πραγματοποιείται με απόλυτα δίκαιο τρόπο
 - Οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να λειτουργήσουν με **μηχανιστικό** τρόπο, αντιμετωπίζοντας δηλαδή τους ασθενείς απλώς ως προβλήματα κυμαινόμενης βαρύτητας, χωρίς να επηρεάζονται συναισθηματικά ή χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τη συνολικότερη εικόνα
- Επιπλέον, το πώς θα μετατραπεί το κάθε πρόβλημα σε ανάγκη εξαρτάται κατά πολύ από τον **εκάστοτε επαγγελματία υγείας**
 - Για παράδειγμα, ο ιατρός Α μπορεί να διαγνώσει ένα υπαρκτό πρόβλημα και να δημιουργήσει έτσι μία νέα ανάγκη υγείας για κάποιον ασθενή εκεί όπου ο ιατρός Β μπορεί να αποτύγχανε στη διάγνωση του προβλήματος και να έστελνε τον ασθενή στο σπίτι του, χωρίς να δημιουργείται έτσι κάποια ανάγκη – για την ώρα τουλάχιστον. Θα μπορούσε επίσης ο ιατρός Β να διαγνώσει ένα ανύπαρκτο πρόβλημα και να δημιουργήσει έτσι μία νέα ανάγκη υγείας για κάποιον ασθενή (που χαρακτηρίζεται λανθασμένα ως ασθενής λόγω της αυθαιρεσίας του ιατρού) εκεί όπου ο ιατρός Α θα έστελνε τον «ασθενή» στο σπίτι του

Παράδειγμα: συγγενείς και φίλοι



- Γενικά είναι συνετό να αποφεύγεται η δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων μεταξύ ατόμων που έχουν σχέσεις συναισθηματικού περιεχομένου, κυρίως γιατί **το συναίσθημα μπορεί να επηρεάσει την ορθή κλινική κρίση**
- Η συναισθηματική εμπλοκή όμως μπορεί να λειτουργήσει κυρίως υπέρ του εκάστοτε ασθενή και εις βάρος των άλλων, καθώς είναι λογικό και αναμενόμενο να υπάρξει μεγαλύτερο ενδιαφέρον από πλευράς επαγγελματία υγείας για τη φροντίδα του δικού του ανθρώπου
- Μπορεί όμως ο επαγγελματίας υγείας να ενδιαφερθεί περισσότερο για έναν ασθενή που **τυχαίνει για κάποιον λόγο** να του είναι πιο συμπαθής, χωρίς να τον γνώριζε από πριν

3) Το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας

- Οι **λίστες αναμονής** και οι **ουρές** μπροστά από κάθε είδους υπηρεσίες αποτελούν εκφάνσεις του κριτηρίου της χρονικής προτεραιότητας
- Αυτό γίνεται αποδεκτό σχεδόν αυτόματα στον πολιτισμένο κόσμο, αρκεί να υπάρχει η πεποίθηση ότι τελικά **όλοι θα εξυπηρετηθούν** με αποτελεσματικότητα
- Λόγω ανεπαρκών πόρων, στον χώρο της υγείας δεν είναι ποτέ βέβαιο ότι ο ασθενής που περιμένει τη σειρά του θα εξυπηρετηθεί με τον πλέον κατάλληλο τρόπο· επίσης, η κατάσταση της υγείας ενός ασθενούς σχεδόν πάντα επιδεινώνεται όσο περνά η ώρα
- Άρα είναι αναμενόμενο ότι το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας δεν θα χρησιμοποιείται πάντα με τον ομαλό τρόπο που ισχύει, για παράδειγμα, σε ένα εστιατόριο – όπου κατά κανόνα σερβίρεται πρώτος όποιος ήρθε πρώτος

Παράδειγμα 1: αναμονή για εξετάσεις

- Αν επιχειρήσει κανείς να επωφεληθεί των διαγνωστικών εξετάσεων που προσφέρουν τα ταμεία στους ασφαλισμένους τους χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση, θα διαπιστώσει ότι πρέπει να εφοδιαστεί με πολύ μεγάλη υπομονή
- Ένα τακτικό ραντεβού μπορεί να καθυστερεί για μήνες, εκτός βέβαια αν ο ασθενής είναι διατεθειμένος να πληρώσει επιπλέον εισφορές ή να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα: σε τέτοια περίπτωση το ραντεβού μπορεί άνετα να κανονιστεί για την αμέσως επόμενη ημέρα
- Άρα η **οικονομική επιφάνεια** είναι ένας παράγοντας που μπορεί να απαξιώσει το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας: όσοι αδυνατούν να πληρώσουν έκτακτες εισφορές αναμένουν απλά τη σειρά τους, με δυνητικά σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους – όταν γίνεται λόγος για αναμονή μηνών, είναι αρκετά πιθανό για μία νόσο που παραμένει χωρίς διάγνωση να έχει εξελιχθεί με άσχημο τρόπο ή ακόμα και να καθίσταται αδύνατη η αντιμετώπισή της, όταν τελικά πραγματοποιηθούν οι εξετάσεις

Παράδειγμα 2: αναμονή στα ΤΕΠ

- Σε κάποιο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών οι ασθενείς περιμένουν τη σειρά τους με αριθμό προτεραιότητας
- Αυτός που έχει έρθει τελευταίος ξαφνικά χάνει τις αισθήσεις του· τότε μπορεί να διαπιστωθεί εύκολα ιατρική αναγκαιότητα και ο τελευταίος να γίνει πρώτος, με τη σύμφωνη – κατά πάσα πιθανότητα – γνώμη όλων όσων του παραχωρούν τη σειρά τους. Τέτοιου είδους αλληλεγγυή είναι αναμενόμενη
- Ακόμα κι αν δεν υπάρξει παρέμβαση κάποιας αυθεντίας, ενός νοσηλευτή ή ενός ιατρού που θα κρίνουν επιτακτικό το να παρακαμφθεί το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας για χάρη του ατόμου που δείχνει να βρίσκεται σε μεγαλύτερη ανάγκη, το πιθανότερο είναι ότι θα το κάνουν οι συνάνθρωποί του, εφόσον κρίνουν και από μόνοι τους ότι η δική τους κατάσταση δεν επείγει τόσο πολύ



Παράδειγμα 3: κλήση ασθενοφόρου

- Τα ασθενοφόρα του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) δεν είναι απεριόριστα
- Ιδιαίτερα σε ορισμένες απομονωμένες περιοχές, ο αριθμός τους μπορεί να είναι εξαιρετικά περιορισμένος
- Η κλήση ενός ασθενοφόρου δεν εγγυάται και την άμεση ανταπόκριση, αφού τα ασθενοφόρα μπορεί να είναι απασχολημένα στο να εξυπηρετούν άλλα άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη, και των οποίων οι κλήσεις προηγήθηκαν χρονικά
- Το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας φαίνεται να διαθέτει αρκετή ισχύ σε τέτοιες περιπτώσεις, εφόσον δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί τηλεφωνικά η κατάσταση του ατόμου που ισχυρίζεται ότι βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης

ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΤΑΞΙ



ΤΟ ΚΑΛΟΥΜΕ ΟΤΑΝ :

**ΕΧΟΥΜΕ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟ
ΑΙΜΟΡΡΑΓΕΙ Η ΜΥΤΗ ΜΑΣ
ΕΧΟΥΜΕ ΚΟΨΕΙ ΤΟ ΔΑΚΤΥΛΟ
ΕΧΟΥΜΕ ΜΕΘΥΣΕΙ**

ΑΥΤΟ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ



ΤΟ ΚΑΛΟΥΜΕ ΟΤΑΝ :

**ΕΧΟΥΜΕ ΠΑΘΕΙ ΕΜΦΡΑΓΜΑ
ΕΧΟΥΜΕ ΠΑΘΕΙ ΤΡΟΧΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
ΜΑΣ ΕΧΟΥΝ ΠΥΡΟΒΟΛΗΣΕΙ
ΕΧΟΥΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ**

ΜΑΘΕ ΤΗΝ ΔΙΑΦΟΡΑ

4) Το κριτήριο της ηλικίας

- Ιστορικά, πολλές κοινωνίες φαίνεται να μην θεωρούσαν τους ηλικιωμένους ως ισότιμα μέλη τους, αφού οι ζωές τους ήταν πιο εύκολο να τερματιστούν
 - Η αρχική χρήση του κώνειου στην αρχαία Ελλάδα μπορεί να σχετιζόταν με τον ανθρωπιστικό τερματισμό της ζωής των γεροντότερων [Battin M. Age rationing and the just distribution of health care: Is there a duty to die? *Ethics* 1987;97:317-40]
- Οι ηλικιωμένοι κοστίζουν πολύ σε ένα σύστημα υγείας λόγω των ιδιαίτερων νοσημάτων τους, αλλά και λόγω της ειδικής φροντίδας που απαιτούν
- Υπάρχει και το επιχείρημα ότι έχουν ζήσει αρκετά κι έχουν ήδη πάρει το μερίδιο ζωής τους (fair innings – δίκαιη πρόσοδος)
 - Ορισμένοι συγγραφείς έχουν υποστηρίξει ότι το δικαιότερο είναι να στοχεύουμε σε μια **ελάχιστη ίση περίοδο ζωής για όλους**, ως πούμε μέχρι την ηλικία των 70, κι ότι από εκεί και πέρα η ζωή πρέπει να θεωρείται ως ένα «μπόνους», το οποίο μπορεί ανά πάσα στιγμή να ακυρωθεί, προκειμένου να βοηθηθεί κάποιος άλλος να φτάσει το όριο των 70 [Harris J. *The Value of Life* (2nd ed). London: Routledge & Kegan Paul, 2002: σελ. 91]
- Τα **QALYs** είναι ένα εργαλείο λήψης αποφάσεων σε επίπεδο μακροκατανομής: υπολογίζουν το κέρδος σε **ποιότητα ζωής** και **χρόνο επιβίωσης** που αποκομίζουμε από κάθε παρέμβαση υγείας, ώστε να αποφασιστεί αν θα καταναλωθούν δημόσιοι πόροι ή όχι [Williams A. *QALYs and ethics: a health economist's perspective. Social Science and Medicine* 1996;43(12):1795-1804]
 - Έτσι πάντα ευνοούνται οι νεότεροι ασθενείς σε σχέση με τους ηλικιωμένους: η έννοια των QALYs ίσως παραβιάζει τη συνταγματική υποχρέωση του κράτους να προστατεύει με ίσο τρόπο τις ζωές όλων των πολιτών, καθώς επικεντρώνεται σε **μονάδες ζωής** (έτη ζωής) και όχι στις **ίδιες τις ζωές** [Harris J. *QALYfying the value of life. Journal of Medical Ethics* 1987;13:117-123]

Παράδειγμα

- Ας υποθέσουμε ότι καταστρέφονται οικονομικά ο **Μπιλ Γκέιτς** και ο **Ανδρέας**. Είναι προφανές ότι τα χρηματικά ποσά που θα έχουν χαθεί σε αυτές τις δύο περιπτώσεις θα διαφέρουν σημαντικά, αλλά ουσιαστικά, **και οι δύο θα έχουν χάσει το ίδιο πράγμα**, δηλαδή ο καθένας όλα του τα χρήματα.
- Δεδομένου ότι όλοι επιθυμούν να ζήσουν, υπάρχει κάτι το οποίο αξιολογούν όλοι το ίδιο κι αν μην είναι σίγουροι ούτε για την πραγματική του αξία, ούτε για τη διάρκειά του. Αυτό το κάτι είναι **το υπόλοιπο της ζωής τους**, και όλοι αδικούνται το ίδιο αν τους αφαιρεθεί – ανεξάρτητα από το τι πιστεύουμε εμείς ως εξωτερικοί παρατηρητές

Harris J. *The Value of Life* (2nd ed). London: Routledge & Kegan Paul, 2002: σελ. 91



5) Το κριτήριο της ευθύνης

- Θα έπρεπε αυτοί που φαίνονται υπεύθυνοι για την κακή κατάσταση της υγείας τους να έχουν την ίδια προτεραιότητα με όσους φαίνονται πιο αθώοι, με δεδομένο ότι οι πόροι φροντίδας υγείας είναι περιορισμένοι;
- Η κοινή γνώμη φαίνεται να είναι υπέρ της χρήσης του παράγοντα [\[Wittenberg E et al. Rationing decisions and individual responsibility for illness: are all lives equal? Medical Decision Making 2003;23:194-211\]](#) και πολλοί σημειώνουν ότι ένα τέτοιο κριτήριο **δικαιώνει τους συνετούς**, δεν τιμωρεί τους ανεύθυνους [\[Moss AH, Siegler M. Should alcoholics compete equally for liver transplantation? JAMA 1991;265:1295-98\]](#)
- Από την άλλη πλευρά, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο να μην ευθύνονται αυτοί για τον εθισμό τους [\[Odgen J. Psychological theory and the creation of the risky self. Social Science and Medicine 1995;40\(3\):409-15\]](#), ενώ υπάρχει και ο κίνδυνος ενίσχυσης του κοινωνικού ρατσισμού [\[Harris J. Could we hold people responsible for their own adverse health? Journal of Contemporary Health Law and Policy 1995;12:147\]](#)

Παραδείγματα

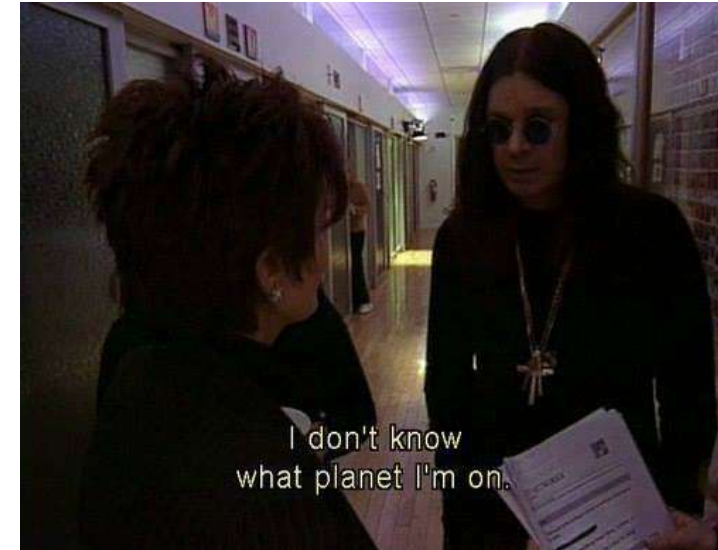
- Όταν υπάρχει μόνο ένα μόσχευμα ήπατος διαθέσιμο, το δικαιούται περισσότερο ο εγκρατής και νηφάλιος ασθενής σε σχέση με τον αλκοολικό;
- Όταν υπάρχει ένα μόνο διαθέσιμο κρεβάτι σε ΜΕΘ, το δικαιούται περισσότερο ο πολυτραυματίας που οδηγούσε υπό την επήρεια μέθης και προκάλεσε το δυστύχημα ή ο αθώος πεζός που είδε ξαφνικά ένα αυτοκίνητο να κατευθύνεται προς το μέρος του;
- Σε αυτούς μπορούν να προστεθούν οι **καπνιστές**, οι **χρήστες παράνομων ουσιών**, οι άνθρωποι που δεν προσέχουν τη **δίαιτά** τους, οι **εργασιομανείς** με αυξημένα επίπεδα stress, όσοι επιδίδονται σε **επικίνδυνα αθλήματα** και πολλοί άλλοι

[Ηγουμενίδης Μ, Σαράφης Π. Ανεπαρκείς πόροι υγείας και επιπόλαιοι ασθενείς: ο παράγοντας της προσωπικής ευθύνης. Στο: Κανελλοπούλου-Μπότη Μ, Παναγοπούλου-Κουτναντζή Φ. Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Λευκωσία: Broken Hill Publishers, 2014, σσ. 143-154]



Ο George Best ήταν αλκοολικός και υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση ήπατος με έξοδα του εθνικού συστήματος της Αγγλίας το 2002. Το γεγονός ότι βρέθηκε μόσχευμα για αυτόν και όχι για άλλους πυροδότησε αντιδράσεις, ενώ ο ίδιος εξακολούθησε να πίνει και μετά την επέμβαση, και τελικά πέθανε το 2005.

- Για πολλούς ο παράγοντας **τύχη και γονίδια** υπερτερεί έναντι της προσωπικής ευθύνης και αντιμετωπίζεται πολύ δύσκολα [Crossley M. Could you please pass one of those health leaflets along? *Social Science & Medicine* 2002;55:1471-83]
 - Ο Ronald Dworkin έχει εισαγάγει τις έννοιες της **τύχης κατ' επιλογή** (option luck) και της **καθαρής τύχης** (brute luck), ανάλογα με το αν κανείς είναι υπεύθυνος για την τύχη του ή όχι [Dworkin R. What is equality? Part 2: equality of resources. *Philosophy and Public Affairs* 1981;10:283-345]
- Επίσης, η νοοτροπία της κοινωνίας μας είναι μία **κουλτούρα πιστώσεων**, που κάνει κάτι τώρα και το πληρώνει αργότερα, είτε αυτό είναι φαγητό και ποτό, είτε η αγορά αυτοκινήτων και σπιτιών [Dietrich F. Causal responsibility and rationing in medicine. *Ethical Theory and Moral Practice* 2002;5:113-131]
- Πολλά κράτη επιλέγουν να χρησιμοποιούν τον παράγοντα προσωπικής ευθύνης **προληπτικά**, επιβάλλοντας υψηλούς φόρους (**sin taxes**) σε προϊόντα που θεωρούνται επικίνδυνα για την υγεία, όπως ο καπνός, το αλκοόλ και οι τροφές με ζάχαρη [Reubi D. Of neoliberalism and global health: human capital, market failure and sin/social taxes. *Crit Public Health*. 2016 Oct 19;26(5):481-486]



6) Το κριτήριο της κοινωνικής αξίας

- Το συγκεκριμένο κριτήριο είναι πολύ προβληματικό: ένας στρατιώτης έχει χαμηλότερη κοινωνική αξία από έναν στρατηγό, ένας άνεργος από έναν εργαζόμενο, ένας αναλφάβητος από έναν επιστήμονα, ένα άσημο πρόσωπο από ένα διάσημο, ένας εργένης από έναν πατέρα τριών παιδιών, κλπ
- Επίσημα δεν χρησιμοποιείται
 - Το ιατρικό λειτούργημα... απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας [ΚΙΔ άρθρο 2]
 - Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου [ΚΝΔ άρθρο 6]
- Παρά το ότι υπάρχει μία φυσική τάση να ενδιαφερόμαστε περισσότερο για κάποιον που έχει παιδιά να φροντίσει (ένα φυσικό ένστικτο **έμμεσης** προστασίας των παιδιών προστατεύοντας **άμεσα** τον πατέρα τους) η αδικία που μπορεί να προκύψει σε μία τέτοια περίπτωση είναι αρκετά έκδηλη – το ίδιο ισχύει και στις άλλες περιπτώσεις

Υποθετική περίπτωση

- Ο Α και ο Β χρειάζονται ένα καρδιακό μόσχευμα επειγόντως, αλλά μόνο ένα είναι διαθέσιμο. Όλα τα άλλα κριτήρια στα οποία στηριζόμαστε για την απόφαση είναι ίδια και για τους δύο, εκτός από το ότι ο Α έχει ένα γιο, ενώ ο Β δεν έχει παιδιά ή φίλους ή κάποιον να νοιάζεται. Ο γιος του Α επιθυμεί να πάρει την καρδιά ο πατέρας του και να ζήσει, οπότε αυτόματα (και έμμεσα) επιθυμεί παράλληλα και τον θάνατο του Β.
- Ας υποθέσουμε τώρα ότι, για διάφορους λόγους, ο γιος του Α θα προτιμούσε να πεθάνει ο πατέρας του. Αν εμείς μαθαίναμε αυτήν του την επιθυμία, θα μας επηρέαζε καθόλου ώστε να δώσουμε την καρδιά στον Β;
- Όμως, αφού η επιθυμία αυτού του τρίτου μπορεί να μετρήσει εναντίον του Β (αν ήθελε να σωθεί ο πατέρας του), γιατί να μην μπορεί να μετρήσει και εναντίον του Α (αν δεν ήθελε να σωθεί ο πατέρας του);

Ευχαριστώ για την προσοχή σας