

## ΤΟ ΚΥΡΙΟ ΑΙΤΙΟ ΑΥΞΗΣΕΩΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 1. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Οι δαπάνες παροχής υπηρεσιών υγείας αυξάνονται τελευταία με ταχύ ρυθμό. Ήδη αναλίσκεται σ' αυτές το 17% του υψηλού ακαθαρίστου εθνικού προϊόντος των ΗΠΑ από το μόλις 3% που ήτο το 1950. Το πρόβλημα είναι τόσο σημαντικό από οικονομικής πλευράς κα τόσο ευαίσθητο από κοινωνικής, ώστε απέκτησε ιδιαίτερη πολιτική σημασία.

Ο χειρισμός του περιλαμβάνεται πλέον στα προεκλογικά προγράμματα κομμάτων πολλών Κρατών και επηρεάζει την κρίση του κοινού. Είναι επομένως ενδιαφέρον να αναζητηθεί μεταξύ των αιτίων της αυξήσεως των δαπανών αυτών το κυριότερο ώστε να διαφανεί η πορεία προς την αντιμετώπισή του.

#### 1α. Δυσκολίες στην αναζήτηση των αιτίων.

Η μελέτη των αιτίων, όπως γίνεται από οικονομολόγους, αφορά κυρίως σε απολογιστικό έλεγχο του κόστους των διαφόρων σχετικών πράξεων, ώστε να δειχθεί ποιές εξ αυτών παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες αυξήσεις. Αλλά η σχέση κόστους - αποτελέσματος δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί με όμοιο τρόπο όπως σε μία επιχείρηση που παράγει ένα προϊόν. Τούτο διότι εν προκειμένω ο υπολογισμός της αξίας του αποτελέσματος έχει ιδιαίτερες δυσκολίες.

Πόσο αποτιμάται η ζωή ενός ανθρώπου και ποία είναι η αξία της ευεξίας του έχει επιχειρηθεί να καθορισθεί με διαφόρους τρόπους, όπως με υπολογισμό της εργασιακής του αποδόσεως, του κόστους των απαιτούμενων εργασιών για την προφύλαξή του από ατυχήματα στα μέσα μεταφοράς κ. ά. Οι προκύπτουσες τιμές έχουν μεγάλες αποκλίσεις.

Γι' αυτό και σπάνια συζητείται ο παράγων αυτός στη διαδικασία καθορισμού των δαπανών. Η κοινωνία, όταν προσπαθεί να περιορίσει το ύψος των δαπανών υγείας, απλώς ισχυρίζεται ότι η μείωση αφορά τις μη αναγκαίες δαπάνες.

Πώς ορίζονται οι «αναγκαίες» δαπάνες επιχειρεί τελευταία να μελετήσει, συναρτώσα το κόστος ωρισμένων πράξεων με αδρούς στόχους, όπως η σχέση με την θνητότητα ή την εμφάνιση συγκεκριμένων νόσων κ.λπ.

Άλλη δυσκολία προκύπτει όταν δαπάνες που αφορούν στη παραγωγή και διάθεση προϊόντων χρησιμοποιούμενων στον τομέα των υπηρεσιών υγείας ( φάρμακα, όργανα, μηχανήματα, ενθέματα κ.λπ. ) επιδιώκεται να συμπίεσθούν. Ο περιορισμός αυτός συνεπάγεται συχνά την μείωση της ερευνητικής προσπάθειας για ανακάλυψη ή τελειοποίηση προϊόντων. Ωρισμένες φαρμακευτικές εταιρείες έκλεισαν τα ερευνητικά τμήματα. Το πόσο θα περιορισθεί το κόστος

ώστε να αποφευχθούν τέτοιες επιπτώσεις, αποτελεί μία επί πλέον δυσκολία στον προσδιορισμό των αιτίων αυξήσεως των δαπανών.

Παρακάτω θα περιγραφούν τα σημαντικότερα γνωστά αίτια αυξήσεως των δαπανών.

### **1β. Η αύξηση των διαθεσίμων υπηρεσιών υγείας**

Είναι γεγονός ότι κατά το δεύτερο ήμισυ του προηγούμενου αιώνας υπήρξε πρωτοφανής στην ιστορία εξέλιξη της Ιατρικής, τόσο στην διαγνωστική μεθοδολογία όσο και στη θεραπευτική και στην πρόληψη. Αυτό ήτο επακόλουθο της γενικότερης τεχνολογικής προόδου σε πολλούς τομείς της ανθρωπίνης δραστηριότητας ( φυσική, χημεία, μηχανική, πληροφορική κ.ά. ) η οποία εβοήθησε την Ιατρική στην κατασκευή νέων οργάνων, στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων κ.λπ. Αφ'ετέρου η διευκόλυνση των επικοινωνιών κατέστησε δυνατή την ακριβέστερη τεκμηρίωση των ιατρικών ενεργειών με την συγκέντρωση πληροφοριών από πολυεθνικές μελετες και την ταχύτερη διάδοση των νέων επιτευγμάτων παγκοσμίως. Επί πλέον επιστήμονες και τεχνικοί άλλων κλάδων εργάσθηκαν σε τομείς βασικής έρευνας , σχετικής με ιατρικά προβλήματα, συντελούντος και του γεγονότος ότι ήτο ευχερεστέρα η χρηματοδότηση από τον κοινωνικά ευαίσθητο τομέα της υγείας.

Πρέπει να τονισθεί όμως, ότι οι εξελίξεις αυτές στην εφαρμογή τους δεν ακολουθούν αναλογική σχέση μεταξύ δαπάνης και αποτελέσματος. Μεγάλος αριθμός νέων δαπανηρών εφαρμογών έχει δυσαναλόγως περιορισμένη δυνατότητα οφέλους. Δηλαδή υψηλές δαπάνες απαιτούνται συχνά για να επιτευχθεί μικρή παράταση ζωής ή αμφι- σβητουμένη βελτίωση της ποιότητάς της. Υπολογίζεται π.χ. ότι για την παράταση της ζωής για ένα χρόνο 500.000 καρκινοπαθών στις ΗΠΑ απαιτούνται 440 δισεκατομύρια δολάρια, δηλαδή 800.000 για κάθε άρρωστο.

Οι δαπάνες αυτές όμως δικαιολογούνται από τους ιατρούς, αλλά και απαιτούνται από τους αρρώστους και το περιβάλλον τους έναντι του απροσδιορίστου ή περιορισμένης αξίας αποτελέσματος , και λόγω της ισχυούσης ακόμη νοοτροπίας του παρελθόντος, ότι η Ιατρική έχει υποχρέωση να προσφέρει κάθε βοήθεια στον άρρωστο, ανεξαρτήτως ποσοτικής εκτιμήσεως του αποτελέσματος.

Οι δαπάνες ανακαλύψεως, κατασκευής και εμπορίας προϊόντων που χρησιμοποιούνται στην ιατρική πράξη είναι δυνατόν βεβαίως να συμπιεσθούν. Τούτο συνεπάγεται την μείωση ή επιβράδυνση της παραγωγής νέων προϊόντων. και καθυστέρηση στην πρόοδο της Ιατρικής. Αφ' ετέρου όμως δαπάνες προβολής των προϊόντων είναι σκόπιμο να περιορίζονται, διότι είναι ενδεχόμενο να επηρεάζονται οι ιατροί προς την κατεύθυνση μη αναγκαίας αυξημένης καταναλώσεως.

### **1γ. Η αύξηση του πληθυσμού και του χρόνου ζωής**

Η ραγδαία αύξηση του πληθυσμού της γης στις τελευταίες δεκαετίες, κατά ένα δισεκατομύριο κάθε 13-14 χρόνια, δεν συμβαδίζει με την αύξηση της παραγωγικότητας. Το γεγονός αυτό έχει αντίκτυπο και στο ποσοστό αυξήσεως των δαπανών υγείας έναντι του ακαθαρίστου εθνικού προϊόντος.

Ο χρόνος επιβιώσεως των ανθρώπων αποτελεί άλλη αιτία αυξήσεως των δαπανών. Γενικά η νοσηρότης συνολικά του πληθυσμού έχει μειωθεί, και ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου έχει

αυξηθεί. Από 50 περίπου έτη που ήτο το 1950 στα ανεπτυγμένα Κράτη, έφθασε στα 80 το 2010 λόγω των προόδων της Ιατρικής και της βελτιώσεως των συνθηκών διαβιώσεως .Η αύξηση αυτή του αριθμού των ατόμων μεγάλων ηλικιών αύξησε ιδιαίτερα τις δαπάνες υγείας, διότι η νοσηρότης των είναι σημαντικά μεγαλύτερη.

Τέλος οι εξελίξεις στην Ιατρική διατηρούν εν ζωή αρρώστους επί πολλά έτη , οι οποίοι χρειάζονται συνεχή διαγνωστική παρακολούθηση και συνήθως πολυδάπανη θεραπευτική αγωγή.

### **1δ. Η οργάνωση της υποδομής**

Η οργάνωση της υποδομής για την ασκηση της Ιατρικής επηρεάζει το ύψος και τον ρυθμό αυξήσεως των δαπανών. Η ίδρυση, η λειτουργία και ο διαρκής εκσυγχρονισμός νοσοκομείων και ειδικών εργαστηρίων και μονάδων σε περιοχές με μικρό αριθμό πληθυσμού συνεπάγεται υπολειτουργία και ελλιπή εκμετάλλευση των μέσων και του προσωπικού. Η έλλειψη ξενοδοχειακών μονάδων κοντά στα νοσοκομεία οδηγεί σε χρησιμοποίηση νοσοκομειακών κλινών από άτομα που δεν έχουν ανάγκη.

### **1ε. Το κόστος της προληπτικής αγωγής**

Οι πρόοδοι της Ιατρικής εδημιούργησαν δυνατότητες προλήψεως των νόσων αλλά και εφαρμογής « προληπτικής θεραπευτικής » αγωγής. Κατά γενική αρχή η πρόληψη είναι οικονομικότερη της αντιμετώπισης των νόσων. Διαδικασίες όμως προλήψεως στο γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι δεν έχουν πάντοτε τεκμηριωμένο όφελος. Τελευταίες μελέτες έχουν δείξει ότι καθιερωμένες προληπτικές ενέργειες , όπως η περιοδική εξέταση του προστάτου ή του παχέος εντέρου, σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού, όχι μόνο δεν είναι οικονομικά αποδοτική αλλά μπορεί να είναι και επιβλαβής.

Τελευταία εισάγεται στην πρόληψη και η γονιδιακή ανάλυση του υγιούς πληθυσμού, με σκοπό να προκαθορίσει την πιθανότητα νοσήσεως και να καταστήσει επιτακτικό τον περιοδικό έλεγχο για την έγκαιρη αντιμετώπιση. Παρ' όλο ότι έχουν εγερθεί και φιλοσοφικά ερωτήματα αν θα πρέπει να υποβάλλονται σε τετοιες διαδικασίες υγιή άτομα, οι εφαρμογές αυτού του είδους συνεχώς επεκτείνονται και αν γενικευθούν , η αύξηση των δαπανών θα είναι τεράστια.

### **1στ. Ο σύγχρονος τρόπος ασκήσεως της Ιατρικής.**

Το κυριότερο αίτιο αυξήσεως των δαπανών υγείας, αλλά και το δυσκολότερο να αντιμετωπισθεί, είναι ο σημερινός τρόπος ασκήσεως της Ιατρικής. Πολλοί παράγοντες οδήγησαν σε σημαντική αλλαγή στη λειτουργία του συστήματος ιατρού-αρρώστου.

Πρώτον , ως προς το ένα σκέλος , τους ιατρούς , η ανάπτυξη σημαντικού αριθμού εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων εξέτρεψε σε ένα διαφορετικό δρόμο την πρακτική διαγνωστική και θεραπευτική προσπέλαση του αρρώστου, με ενίσχυση του τεχνικού μέρους έναντι του ανθρωπιστικού. Κατ' αρχήν η χρήση των εξετάσεων αυτών , συνεχώς αυξανόμενη , απαλλάσσει τον ιατρό σε μεγάλο βαθμό από του να εφαρμόσει την

κλασσική , κλινική διαδικασία διαγνώσεως και θεραπείας., η οποία χρειάζεται περισσότερο χρόνο και «κοπιώδη» κλινική σκέψη, με προαπαιτούμενη σωστή εκπαίδευση και ικανή εμπειρία. Η όχι ασυνήθης πνευματική οκνηρία και η απόδοση ιδιαίτερης σημασίας στα αριθμητικά - και πλέον αντικειμενικά; - ευρήματα των εξετάσεων ωθεί προς την αλλαγή της κλασσικής μεθόδου. Επί πλέον η χρήση «όλων των μέσων» θεωρείται γενικά ως απόδειξη της πληρότητας και της μή παραλείψεως των καταλλήλων ενεργειών. Στοιχεία επαγγελματισμού δεν αποκλείεται να συντελούν σε ωρισμένες περιπτώσεις προς την κατεύθυνση ασκήσεως αυτού του είδους της Ιατρικής.

Δεύτερον, στην επικράτηση της τακτικής αυτής δεν πρέπει να υποτιμηθεί η συμβολή των αρρώστων. Πράγματι ο σημερινός άρρωστος , προφανώς διότι δεν έχει τις γνώσεις ή την ενημέρωση , αποδίδει συνεχώς και μικρότερη σημασία στην κλινική εξέταση και τις δυνατότητές της αλλά ακόμη και στην συντηρητική αντιμετώπιση της νόσου του .

Πολύ συχνά δεν πείθεται στην απλή γνώμη του ιατρού , παρά μόνο αν έχει προηγηθεί εσμός εξετάσεων , ουδέ καν στην αποτελεσματικότητα των μή επεμβατικών μεθόδων. Ο σύγχρονος άρρωστος επαφίεται όχι τόσο στις ικανότητες του ιατρού της εμπιστοσύνης του αλλά στην εγκυρότητα των αριθμών και των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και θεωρεί αδιαφορία για το πρόβλημά του ή πλημμελή άσκηση της Ιατρικής, την μή χρησιμοποίηση όλων των μέσων και μεθόδων έστω και αχρήστων. Συχνά ακόμη και επεμβατική ή και χειρουργική αγωγή θεωρείται από αρρώστους ότι εξασφαλίζει ασφαλέστερη πρόγνωση για την πάθησή των. Ο καταναλωτισμός έχει εισχωρήσει στον τομέα των υπηρεσιών υγείας όσο και σε άλλες εκδηλώσεις της ζωής και ο ευσυνείδητος και κατηρητισμένος ιατρός χρειάζεται μεγάλη δύναμη αντιστάσεως ώστε να αντιτίθεται στις απαιτήσεις των αρρώστων ή και υγιών, που θα θεωρήσουν ότι η στάσή του δηλώνει αδιαφορία ή απροθυμία εξυπηρετήσεώς του. Η προσφυγή αρρώστων απ' ευθείας σε ειδικούς ιατρούς, ακόμη και σε Κράτη που έχουν οργανωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη, όχι μόνο αυξάνει τις δαπάνες αλλά μεταφέρει συχνά εσφαλμένα από τον ιατρό στον άρρωστο την απόφαση περί του ποίας ειδικότητας ιατρού χρειάζεται για την διερεύνηση των ενοχλημάτων.

## **2. ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

Παρά την συναισθηματική τάση των κοινωνιών να ενισχύουν την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας αλλά και την σκοπιμότητα της εξυγιάνσεως προς αύξηση της αποδοτικότητας του ατόμου, οι δαπάνες έχουν αυξηθεί σε τέτοιο ύψος ώστε αρχίζουν να συνεπάγονται περιορισμό των διαθέσιμων πόρων για άλλους ευαίσθητους τομείς της κοινωνικής ζωής. Αναζητούνται λοιπόν ευλόγως τρόποι περιορισμού των δαπανών αυτών χωρίς – αν είναι δυνατόν – την ποιοτική και ποσοτική μείωση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Οι σχετικές προσπάθειες κατευθύνονται κυρίως προς τον έλεγχο του κόστους προϊόντων χρησιμοποιούμενων στην Ιατρική. Ο έλεγχος του συστήματος αρρώστου – ιατρού προς περιορισμό της καταναλώσεως είναι δυσχερέστερος. Κίνητρα έχουν επινοηθεί διάφορα που αφορούν στον ιατρό ή στον άρρωστο.

### **2α. Μέτρα που αφορούν στον άρρωστο**

Η συχνότης προσελεύσεως των αρρώστων προς τους ιατρούς , το πρώτο βήμα της ζητήσεως των υπηρεσιών υγείας, έχει επιχειρηθεί να επηρεασθεί με διάφορα μέτρα. Κύριο μεταξύ αυτών είναι η καταβολή από τον άρρωστο μέρους της δαπάνης, έστω και μικρού. Αλλα μέτρα είναι η διαμόρφωση της διαδικασίας προσφυγής κατά τρόπο που ταλαιπωρεί τον ασθενή ,

όπως η επιπρόσθετη έγκριση από άλλους ιατρούς ή επιτροπές που παρεμβάλλονται προ της διενέργειας εξετάσεων ή προμηθειών ή επεμβάσεων, η επί μακρό χρόνο αναμονή των αρρώστων, η καταβολή της δαπάνης από τους αρρώστους με εκ των υστέρων κάλυψη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς κ.ά. Περιορισμοί του είδους των παρεχομένων υπηρεσιών ( όπως τα περιοριστικά συνταγολόγια ) έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί από ασφαλιστικούς φορείς.

Αρνηση της δαπάνης για πράξεις , για τις οποίες δεν υπάρχουν μελέτες που να αποδεικνύουν την υπεροχή των έναντι άλλων διαθεσίμων, έχει εφαρμοσθεί.

## **2β. Μέτρα που αφορούν στον ιατρό.**

Μέτρα προς επηρεασμό της στάσεως των ιατρών έναντι του προβλήματος έχουν προταθεί πολλά ,αλλά προσκρούουν στο ενδεχόμενο να θίξουν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών εις βάρος των αρρώστων. Επί πλέον η στάση του ιατρού είναι δύσκολο να ελεγχθεί, διότι κάθε σχετική ενέργεια συνεπάγεται μετάθεση της ευθύνης ως προς την πορεία της νόσου από τον ιατρό προς τον ελέγχοντα. Κατευθυντήριες οδηγίες ή πρωτόκολλα νοσοκομειακής νοσηλείας , εκδιδόμενα από επιστημονικές εταιρείες, είναι δύσκολο να εφαρμοσθούν υποχρεωτικά, δεδομένης της ιδιαιτερότητας των προβλημάτων του κάθε αρρώστου. Ενδεικτική είναι η καταδίκη ιατρού από αμερικανικό διακαστήριο, παρά το γεγονός ότι εφήρμοσε αποδεδειγμένα τις επίσημες οδηγίες.

Θετικά και αρνητικά κίνητρα έχουν χρησιμοποιηθεί για να επηρεάσουν τη στάση των ιατρών. Επιδόματα έχουν δοθεί από ασφαλιστικά συστήματα σε όσους δεν υπερβαίνουν καθορισμένο ύψος δαπανών, με πρόσχημα την προσπάθεια βελτιώσεως της ποιότητας των υπηρεσιών. Κατάργηση συμβάσεων ή απολύσεις ιατρών, οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένο ύψος δαπανών ή τις υψηλότερες δαπάνες έναντι συναδέλφων τους του ίδιου εργασιακού αντικειμένου,έχουν επίσης εφαρμοσθεί.

Μείωση του αριθμού των ιατρών κατ' αναλογία πληθυσμού επάγεται κατά κανόνα την μείωση των δαπανών. Πρόσφατες αποφάσεις ιατρικών συλλόγων υποδεικνύουν την ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης των φοιτητών και ιατρών στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, προς κατατόπισή των στις οικονομικές διαφορές μεταξύ των υπαρχουσών μεθόδων συναρτήσει του αναμενομένου οφέλους.

## **2γ. Ο τρόπος ασκήσεως της Ιατρικής**

Η όλη αναφερθείσα ανωτέρω μεθοδολογία προφανώς δεν έχει αποδόσει και προκαλεί την δυσαρέσκεια των εμπλεκομένων. Καθίσταται επομένως αναγκαίο να αντιμετωπισθεί ο κύριος λόγος αυξήσεως των δαπανών υγείας, που είναι ο σύγχρονος τρόπος ασκήσεως της Ιατρικής. Προβληματική είναι η ενίσχυση της εμπιστοσύνης του πληθυσμού προς τον ιατρό και όχι προς τις «εξετάσεις». Ο περιορισμός του αριθμού των ιατρών, η εντατική εκπαίδευσή των στον τρόπο ασκήσεως της Ιατρικής με έμφαση την χρήση της κλινικής σκέψεως , η σοβαρότης στις σχέσεις με τον άρρωστο μπορεί να συντελέσουν στην καθοδήγηση του αρρώστου ώστε να ακολουθήσει τον σωστό δρόμο, και την ορθή χρήση των διαφόρων μεθόδων, όχι όλων συλλήβδην αλλά κατά σειρά αναγκαιότητας.

Ακόμη δυσκολότερος είναι ο επηρεασμός του πληθυσμού ώστε να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη του προς τον ιατρό και να αποδεχθεί το σύστημα της κατευθυνομένης διερευνήσεως και της

αποφυγής των μη αναγκαίων και ενίοτε επικινδύνων εξετάσεων. Ειδική επικοινωνιακή δημοσιότητα ως προς την προτιμότερη στάση έναντι των προβλημάτων υγείας, πρέπει να αποτελέσει ουσιαστικό μέλημα των ασφαλιστικών, ιδιωτικών ή κρατικών οργανισμών.

Προφανώς η απαιτούμενη μεταβολή συνηθειών και τάσεων δεν είναι ευχερής. Αν δεν υπάρξει όμως αλλαγή νοοτροπίας στη διαδικασία ασκήσεως της Ιατρικής, οι άλλες μέθοδοι δεν θα επαρκέσουν για τον περιορισμό των δαπανών και δεν είναι απίθανο να χρειασθεί η καθιέρωση « δελτίου παροχής υπηρεσιών υγείας » αντίστοιχου με το « δελτίο τροφίμων » των πολεμικών περιόδων.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Στο εξαιρετικά πολύπλοκο πρόβλημα της αύξησεως των δαπανών για την υγεία , δύο κατευθύνσεις αντιμετώπισεως του δεν έχουν επαρκώς ενεργοποιηθεί. Πρώτον η κοινωνία δεν έχει ενημερωθεί επί του ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι δυνατόν να είναι απεριόριστες και ότι θα πρέπει να καθορισθεί ένα συγκεκριμένο ύψος δαπάνης, όσο επιτρέπουν οι υπόλοιπες κοινωνικές ανάγκες , το οποίο θα αναλύσεται στις αποδεδειγμένης χρησιμότητας διαδικασίες.

Δεύτερον ιατροί και κοινό θα πρέπει να συμβάλλουν, ώστε να συνειδητοποιηθεί από όλους ότι σημαντικός αριθμός σχετικών πράξεων έχει πολύ μικρή ή καμμία χρησιμότητα ή ακόμη και κίνδυνο και ότι η παράληψή των θα βοηθήσει στον περιορισμό των δαπανών , χωρίς ουσιώδη επηρεασμό του επιπέδου της υγείας. Σχετική προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή πρέπει να αρχίσει από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα πανεπιστήμια και τις κρατικές υπηρεσίες.

Τρίτον ειδικές μελέτες επί ευρέος δείγματος πληθυσμού είναι αναγκαίες, ώστε να συλλεγούν περισσότερα στοιχεία περί της χρησιμότητας των διαφόρων σχετικών υπηρεσιών.

Τέταρτον η αλλαγή του τρόπου ασκήσεως της Ιατρικής και της σχέσεως ιατρού-αρρώστου, η εξύψωση του κύρους των ιατρών και η αύξηση της εμπιστοσύνης των αρρώστων αποτελούν ουσιώδεις στόχους στην προσπάθεια εξορθολογισμού και οριοθέτησεως των δαπανών για την υγεία.

## **ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Brook R. : Can the patient – centered outcomes research become relevant to controlling medical costs and improving value ? Journal American Medical Association 2011; 306: 2020-2021.

2. Chou R, Crosswell R, Dana J et al: Screening for prostate cancer- a review of the evidence for the United States preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, Annals.org: 7 Oct 2011.
3. Fojo T, Grady C: How much is life worth: Cetuimab , non small cell lung cancer and the 440 billion question. *Journal National Cancer Institute* 2009; 101: 1044-1048.
4. Franklin G, Budenholzer B : Implementing evidence – based health policy in Washington State. *New England Journal of Medicine* 2009; 361: 1722-1725.
5. Gatesman M, Smith T : The shortage of essential chemotherapy drugs in the United States. *New England Journal of Medicine* 2011; 365: 1653-1655.
6. Lesco L: Personalized Medicine: elusive dream or imminent reality? *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2007; 81:807- 816.
7. Μουλόπουλος Σ.Δ. Περιοριστικά συνταγολόγια. Θεραπευτικές Εξελίξεις. *Παρισιάνος*, 1980 ; 11-14.
8. Mouloupoulos S.D.: Internal Medicine in 2003 or the specialty of invisible diseases. *European Journal of Internal Medicine*. 2004 ; April 15 : 77-78 (editorial)
9. Scott R: Global health cannot be achieved without efforts to curb population growth. *British Medical Journal* 2011; 343:bmjd,7003.