

# Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών

Σ. Βλιάμος

## Εισαγωγή

Η Οικονομική Ανάλυση θεωρεί τα ιατρικά λάθη ως ένα ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παροχής ιατρικής φροντίδας το οποίο όμως παρουσιάζει μία σημαντική πιθανότητα να συμβεί με δυσμενή αποτελέσματα σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Σύμφωνα με δημοσίευμα (Εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, Μάιος 2000), τόσο στην χώρα μας όσο και σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο, τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους το χρόνο, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Στο forum με θέμα 'Υγεία και Πολιτικές Υγείας', που πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα στις 22-23/6/2000 με τη συμμετοχή διακεκριμένων επιστημόνων, αναφέρθηκε μεταξύ άλλων ότι περίπου 20-30 ασθενείς πεθαίνουν *κάθε μέρα* στην Ελλάδα και περίπου 200 παθαίνουν *καθημερινά* σοβαρές βλάβες στην υγεία τους, εξαιτίας ιατρικών λαθών, μεγάλο ποσοστό των οποίων θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Επίσης, σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά της Αμερικής δημοσιεύτηκαν έρευνες που αναφέρουν ότι «για τις ΗΠΑ τα ιατρικά λάθη είναι η *τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου προξενώντας 225.000 απώλειες ζωών κάθε χρόνο*». Σύμφωνα με πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ (American Institute of Medicine), τα ιατρικά λάθη παρουσιάζονται με διάφορες μορφές, κάθε μία από τις οποίες προκαλεί διαφορετικό αριθμό θανάτων *κάθε χρόνο*:

- α. περιττές χειρουργικές επεμβάσεις (12.000 θάνατοι)
- β. λάθη στην χορήγηση φαρμάκων στα νοσοκομεία (7.000 θάνατοι)
- γ. άλλα λάθη στα νοσοκομεία, κυρίως αμέλεια των ιατρών (20.000 θάνατοι)
- δ. λοιμώξεις στα νοσοκομεία (80.000 θάνατοι)
- ε. ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και ιατρογενείς ασθένειες που δεν οφείλονται σε λάθη αλλά σε σωστές από ιατρική άποψη πρακτικές (106.000 θάνατοι)

Επιπλέον, στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό American Family Physician, (1/11/1997) είχε αναφερθεί σε άρθρο με τίτλο «Ασθένειες Προκαλούμενες από Φάρμακα», ότι: «πρόσφατοι υπολογισμοί συμπεραίνουν ότι κάθε χρόνο περισσότερο από 1 εκατομμύριο ασθενείς παθαίνουν βλάβες στην υγεία τους ενώ ήδη νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και 180.000 περίπου πεθαίνουν εξαιτίας αυτών των βλαβών. Είναι γεγονός ότι η σχετιζόμενη με τα φάρμακα νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι συνήθεις καταστάσεις και υπολογίζεται ότι στοιχίζουν περισσότερο από 136 δις δολάρια το χρόνο...».

Τέλος, στην Μ. Βρετανία τα ιατρικά λάθη θεωρούνται υπεύθυνα για τον θάνατο περίπου 30.000 Βρετανών κάθε χρόνο, ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους εξαιτίας των ιατρικών λαθών (British Medical Journal). Υπάρχει σήμερα καταιγισμός καταγγελιών από πολίτες εναντίον βρετανών ιατρών και του βρετανικού ΕΣΥ.

Παρόμοια αποτελέσματα που αφορούν στα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ και στις υποψήφιες χώρες έχουμε από την έρευνα του **‘Ευρωβαρόμετρου’**, που έγινε στα τέλη του 2005 και παρουσιάστηκε τον Μάρτιο 2006, με σκοπό να μελετηθούν: Η γενική αντίληψη της έννοιας ‘ιατρικό λάθος’, η εμπειρία ιατρικού λάθους και οι πρακτικές συνέπειες όπως η μέτρηση της εμπιστοσύνης των πολιτών για τους επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία κ.λ.π. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση μεταξύ Κρατών με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στην Ιταλία (97%) και το χαμηλότερο στην Φινλανδία (48%). Δηλαδή κατά μέσο όρο, σχεδόν 4 στους 5 Ευρωπαίους πολίτες (78%) θεωρούν τα ιατρικά σφάλματα ως σοβαρό και υπαρκτό πρόβλημα στον χώρο της υγείας στη χώρα τους. Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 86%.. Όταν η ερώτηση αναφέρεται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, δηλαδή πόσο αυτοί πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα ιατρικού λάθους, το 48% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι πρέπει να ανησυχούν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες είναι το 75% των νοσηλευόμενων πρέπει να ανησυχεί για την περίπτωση ιατρικού λάθους, ενώ η Φινλανδία παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό, 35%.

Επίσης το 78% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρουν ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για τα ιατρικά σφάλματα. Σε αυτήν την ερώτηση οι Έλληνες κατέχουν την πρώτη θέση δηλώνοντας σε ποσοστό 90% ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα που γίνονται στη χώρα τους ενώ δηλώνουν μόνο κατά 13% ότι υπήρξε προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία ιατρικού λάθους. Στο σημείο αυτό λοιπόν φαίνεται καθαρά ότι η αντίληψη των Ελλήνων για την πιθανότητα ιατρικού σφάλματος (86%), δεν τεκμηριώνεται από αντίστοιχη εμπειρία αφού μόνο τα 13% αναφέρει κάτι τέτοιο.

«Αναμφίβολα η ερμηνεία των δεδομένων είναι δύσκολη και πολυπαραγοντική, κανείς όμως δεν μπορεί να αρνηθεί ότι στην Ελλάδα η αντίληψη διαμορφώνεται,

ίσως όχι πάντα αδικαιολόγητα, πρωταρχικά από την φημολογία και δευτερευόντως από την πραγματική εμπειρία.» [επισημαίνει η Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων **Μένη Μαλλιώρη** εφημερίδα **Πελοπόννησος** (25-4-06)].

Τα ιατρικά λάθη σε όλες τις μορφές έκφρασής τους (θάνατοι από περιττά φάρμακα και περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, αμέλεια των ιατρών) έχουν πολλές βασικά αιτίες. Πιστεύω όμως ότι οι ευθύνες των γιατρών δεν έχουν την πρώτη θέση στον κατάλογο αυτόν, αλλά είναι απλά συνέπεια κατά μεγάλο μέρος του συστημικού χαρακτήρα του προβλήματος. Μία συνιστώσα του προβλήματος αυτού, σύμφωνα με ομολογίες και μελέτες γιατρών και άλλων ειδικών, είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων, η οποία προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

### Ιατρικά Λάθη και Παροχή Υπηρεσιών Ιατρικής Φροντίδας

Ανωτέρω αναφέρθηκε ότι μεταξύ του κοινού αναπτύσσεται η πεποίθηση ότι τα ιατρικά λάθη και οι από αυτά προκαλούμενες βλάβες είναι εκτός ελέγχου, τότε και γι αυτό το λόγο πρέπει να υπάρξει μια διαρκής και έντονη απαίτηση για δράσεις εναντίον των γιατρών. Και είναι φυσικό το αίσθημα αυτό του κοινού να αντικατοπτρίζεται στο γράμμα της κείμενης νομοθεσίας, με το αιτιολογικό της διατήρησης της εμπιστοσύνης του κοινού στο νομικό πλαίσιο. Τότε όμως θα πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια ώστε οι αποζημιώσεις που θα επιδικάζονται δεν θα είναι κερδοσκοπικού ενδιαφέροντος, με την έννοια της επιβολής ποινών οι οποίες θα είναι σαφώς υψηλότερης αξίας από τη ζημιά που προκλήθηκε.

Δικαιολογημένα θεωρείται λοιπόν ότι τα ιατρικά λάθη προκαλούν μία 'κρίση' στον ιατρικό κόσμο. Πέρα από θέματα ηθικής και φήμης των ιατρών, που αυτή είναι η ποιοτική πλευρά των πραγμάτων, ποσοτικά η κρίση αυτή μπορεί να αποτυπωθεί όχι μόνο στη κατακόρυφη αύξηση των χρηματικών αποζημιώσεων για βλάβες στην υγεία που προκαλούνται από αμέλεια των ιατρών αλλά και στην άρνηση που παρατηρείται πολλές φορές από ασφαλιστικούς ομίλους να προχωρήσουν στην ασφάλιση των ιατρών έναντι αστικής ευθύνης προς τρίτους, όπως συνέβη πρόσφατα με μεγάλο ασφαλιστικό όμιλο στην Ελλάδα, ακόμα και έναντι μεγάλου ασφαλιστρού. Πράγματι, στην Β. Καρολίνα των ΗΠΑ, όπου η νομοθεσία θεωρείται ιδιαίτερα αυστηρή, οι σχετικές αποζημιώσεις ανήλθαν από 470.000 \$ το 1996 σε 1.000.000 \$ το 2000, δηλ. μόλις τέσσερα χρόνια αργότερα. Στην Ελλάδα σήμερα το μέγιστο ποσό για ιατρική (αστική) ευθύνη έναντι ιατρικού λάθους το οποίο αποδέχονται να ασφαλίσουν μεγάλοι ασφαλιστικοί οίκοι ανέρχεται σε 600 000 Ευρώ, με ετήσιο ασφάλιστρο που κρίνεται υψηλό και ανέρχεται σε 1200 Ευρώ και επί πλέον 150 Ευρώ Νομικής Προστασίας. Πολλοί θεωρούν ότι τα μεγέθη αυτά που προκύπτουν ως αποτέλεσμα των απαιτήσεων από τις υψηλές ποινές που επιβάλλονται

για ιατρικά λάθη, συνοδεύονται από παράλληλες σημαντικές αυξήσεις του κόστους παροχής υγείας. Το κόστος αυτό περιέχει στοιχεία όπως, δαπάνες για προμήθεια νέου και σύγχρονου μηχανολογικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού, δαπάνες για επιμόρφωση των ιατρών, δαπάνες για την ασφαλιστική κάλυψη έναντι λαθών. Όσον αφορά το τελευταίο στοιχείο, ας σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ τα ασφάλιστρα για τα ενδεχόμενα ιατρικά λάθη αυξήθηκαν κατά 127% μέσα σε ένα χρόνο από το 2001 στο 2002 και κατά 100% από το 2002 στο 2003. Φυσικά, το κόστος της ασφάλισης είναι ευθέως ανάλογο του ποσού της αποζημίωσης.

Όπως προαναφέρθηκε τα ιατρικά λάθη είναι το ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παραγωγής ιατρικής φροντίδας. Η 'παραγωγική διαδικασία' ιατρικής φροντίδας παρουσιάζει μεγάλες πιθανότητες πρόκλησης λάθους από εξωγενείς ή ενδογενείς παράγοντες. Επομένως το λάθος καθίσταται ένα 'ασφαλίσσιμο αγαθό' και γι αυτόν ακριβώς το λόγο έχει αναπτυχθεί παγκοσμίως μια σημαντική αγορά γι αυτό.

Από την άποψη της οικονομικής επιστήμης τώρα, απαιτείται μία εξέταση των σχέσεων μεταξύ της διάπραξης ιατρικού λάθους (άρα και του κόστους της πρόληψής του) και της αξίας της ζημίας που προκλήθηκε στο άτομο και την κοινωνία, με κριτήρια την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την οικονομική αποτελεσματικότητα, ώστε να μεγιστοποιείται η κοινωνική ευημερία.

## Ιατρικά λάθη και οικονομικό κόστος

Όπως αναφέρθηκε, τα κόστη που σχετίζονται με την παροχή υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες για την υγεία έχουν πολλαπλασιαστεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ.

Επί πλέον οι υψηλές αποζημιώσεις για ιατρικά λάθη, που επιβάλλονται σε ορισμένες χώρες αντικατοπτρίζουν την σπουδαιότητα της ιατρικής πρακτικής για την υπόλοιπη οικονομία υπό την έννοια της θεμελιώδους επίδρασης αυτής στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, την ποιότητα της ζωής και την ατομική εξάρτηση.

Επομένως δεν προκαλεί καμία έκπληξη το γεγονός ότι σε πολλές χώρες το κόστος ασφάλισης έναντι των ιατρικών λαθών έχει αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, στην μαιευτική και γυναικολογία, μία κατ'εξοχήν ευπρόσβλητη ειδικότητα, το ασφάλιστρο πολλές φορές μπορεί να υπερβεί το 20% του ακαθαρίστου εισοδήματος που πραγματοποιούν οι γιατροί αυτής της ειδικότητας. Είπαμε όμως ότι η αύξηση των ασφαλίσεων αυτών έχει προκαλέσει μια μικρή 'κρίση' στο ιατρικό επάγγελμα και έχει αυξήσει σημαντικά το κόστος της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Εν τούτοις οι γνώμες για αυτήν την αύξηση διίστανται: Οι ασφαλιστές την δικαιολογούν λόγω της υψηλής αποζημίωσης που επιβάλλουν τα δικαστήρια (3,5 εκατ. \$ μόνο για την Β. Καρολίνα των ΗΠΑ για το 2003), με αποτέλεσμα πολλές εξειδι-

κευμένες ασφαλιστικές εταιρίες να χρεοκοπούν ή να πωλούνται όταν – όπως συμβαίνει συχνά – το σύνολο των απαιτήσεων κατ' αυτών υπερβαίνει την ικανότητα τους προς πληρωμή. Άλλοι ισχυρίζονται πως η αύξηση των ασφαλιστρών για ιατρικά λάθη παρασύρθηκε προς τα πάνω από την καθολική υπερβολική αύξηση των ασφαλιστρών για το σύνολο των ασφαλιστικών υπηρεσιών. Τούτο είναι το αποτέλεσμα της κακής πρόβλεψης από την πλευρά των ασφαλιστικών εταιρειών σχετικά με τα χρηματοδοτικά προϊόντα που οι εταιρίες αυτές διαχειρίζονται. Όπως είναι γνωστό οι ασφαλιστικές εταιρίες συνήθως επενδύουν τα αποθεματικά τους στις χρηματαγορές με την πεποίθηση ότι η αγορά θα παραμείνει υψηλά με σημαντικές αποδόσεις. Και όσο διαρκεί αυτή η πεποίθηση, τα ασφάλιστρα παραμένουν χαμηλά. Δεδομένου όμως ότι τον τελευταίο καιρό οι σχετικές αυτές αποδόσεις φθίνουν για διάφορους λόγους [όπως π.χ. παροχή δανείων μειωμένων εγγυήσεων και εξασφαλίσεων (subprime loans), κλπ], τα ασφάλιστρα αυξάνονται ως αντιστάθμισμα των απωλειών στην χρηματαγορά. Επομένως η διακύμανση των ασφαλιστρών είναι αντίστροφη της διακύμανσης της χρηματαγοράς.

Σίγουρα η εξήγηση βρίσκεται ανάμεσα στις δύο αυτές θέσεις. Βραχυχρόνια, το ασφαλιστικό κόστος δέχεται τις επιδράσεις αιφνίδιων απρόσμενων μεταβολών στο οικονομικό περιβάλλον. Μακροχρόνια εν τούτοις, το ασφάλιστρο κατά των ιατρικών λαθών, θα εξαρτάται βασικά από τα ποσά που οι ασφαλιστικές εταιρίες θα πρέπει να καταβάλλουν και όχι από μακροοικονομικά μεγέθη ή τάσεις των οικονομικών προβλέψεων. Όπως και αν είναι το πράγμα, οι αποζημιώσεις που επισύρουν τα ιατρικά λάθη αποτελεί ένα σημαντικό μέρος μιας βιομηχανίας, η οποία στο σύνολό της για τις ΗΠΑ δημιουργεί απαιτήσεις που υπερβαίνουν το 10% του ΑΕΠ.

Το ερώτημα λοιπόν που τίθεται είναι: Υπάρχει τρόπος ελέγχου του μεγέθους της χρηματικής ποινής ώστε να κρατηθούν τα ασφάλιστρα σε ένα μη απαγορευτικό επίπεδο για τον προσφέροντα την ιατρική φροντίδα;

## Οι Ορθές Πολιτικές

Η κρατική πολιτική εναντίον των ιατρικών λαθών μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, οι οποίοι μπορούν να ποικίλουν από τον καθορισμό ενός ελαχίστου προκαθορισμένου επιπέδου ποιότητας προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών μέχρι την επιβολή αυστηρών ποινών για τις προξενηθείσες βλάβες.

Ας δούμε όμως τα πράγματα με τη σειρά. Εκτός των βλαβών που προκύπτουν στο 'θύμα' του ιατρικού λάθους, προκαλούνται επίσης άλλες δύο ομάδες κοινωνικού κόστους: (1) κόστος από την διαδικασία απονομής δικαιοσύνης που επιβαρύνει τα ενδιαφερόμενα μέρη και το κράτος και (2) κόστος από τη μείωση της 'αξίας' της ζωής (της ύπαρξης). Το θέμα της χρηματικής αποτίμησης της ανθρώπινης ζωής αναφέρεται σε καθαρά ηθικές έννοιες στις κοινωνικές επιστήμες. Εν τούτοις πολλοί οικονομολόγοι έχουν αναπτύξει διάφορες προσεγγίσεις στην αποτίμηση της αν-

θρώπινης ζωής. Μερικοί από αυτούς υπολογίζουν την οικονομική αποτίμηση της ζωής του ατόμου στην κοινωνία σε όρους των προσδοκώμενων κερδών του κατά τη διάρκεια της ζωής του ή του μεγέθους της κατανάλωσης την οποία θα κάνει. Άλλοι λαμβάνουν υπόψη τους την επιθυμία του ατόμου να πληρώσει για την μείωση της πιθανότητας θανάτου του ή της επιθυμίας να αποδεχθεί κάποια πληρωμή σε ανταλλαγή ενός αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας. (Π.χ. πληρωμή υψηλότερου τιμήματος για την καλύτερη νοσηλεία, ή συμφωνία υψηλότερης αμοιβής για περισσότερο επικίνδυνη εργασία).

Πολλές χώρες αντιμετωπίζουν αυτά τα κοινωνικά κόστη ελέγχοντας το σύνολο του συστήματος αντιμετώπισης των ιατρικών λαθών με το να περιορίζουν την δυνατότητα πρόσβασης στα δικαστήρια αναγνωρίζοντας μεν την βλάβη αλλά περιορίζοντας όμως την ποινή για την αποκατάσταση, μέχρι ενός συγκεκριμένου ύψους ποσού.

Ένας τρόπος εξορθολογισμού αυτού του (κοινωνικού) κόστους είναι ο καθορισμός ενός ελαχίστου επιπέδου προσφοράς ιατρικής φροντίδας, ώστε η υποχρεωτική τήρηση αυτού να αποθαρρύνει ή παρεμποδίζει τους διατεθειμένους να καταγγείλουν την διάπραξη λάθους, τουλάχιστον από αμέλεια. Δηλαδή να παρεμποδίζεται μία ενέργεια η οποία, όπως θα δούμε παρακάτω, επιβαρύνει το κοινωνικό κόστος. Όπως επίσης θα δούμε παρακάτω, η πολιτική αυτή αντιμετώπισης του κόστους των ιατρικών λαθών στην ιδεατή περίπτωση θα μπορούσε να σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη να μπορούν να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους (σύμφωνα με το θεώρημα του Coase) ώστε να μεγιστοποιείται η οικονομική αποτελεσματικότητα. Επομένως θα πρέπει να διερευνηθεί με ποιό τρόπο τα διάφορα μέρη του οικονομικού 'παιχνιδιού' θα αντιδράσουν ώστε να μεγιστοποιήσουν την χρησιμότητά τους, υποκείμενα σε διάφορους περιορισμούς νομικούς ή οικονομικούς). Εν τούτοις πολλές φορές η ανυπαρξία του ιδεατού κόσμου προκαλεί μη ορθολογική συμπεριφορά με αυξημένα οικονομικά κόστη.

### • Από την πλευρά του ενάγοντος

Ο ενάγων δεν έχει πάντοτε την ικανότητα της αντίληψης του πραγματικού μεγέθους της κατάστασης την οποία βιώνει. Αυτή η έλλειψη του συνόλου των πληροφοριών που τον αφορούν δεν καθιστά δυνατή τον χαρακτηρισμό των ενεργειών του από ορθολογικότητα. Οι ενέργειές του περιορίζονται από το προσωπικό κόστος στο οποίο θα υποβληθεί και συνήθως παρεμποδίζονται από την αδυναμία του να παρουσιάσει αποδείξεις για την ευθύνη του κατηγορουμένου. Ακόμα, η ταπεινωτική (πολλές φορές απάνθρωπη) συμπεριφορά στην οποία πολλές φορές υπόκειται το θύμα του ιατρικού λάθους συχνά εξουδετερώνει το δημιουργούμενο κίνητρο να καταφύγει στα δικαστήρια επειδή η 'κακομεταχείριση' την οποία θα υποστεί μπορεί να κάμψη την βούλησή του να αντιδράσει.

### • Από την πλευρά του κατηγορουμένου

Η εξυπηρέτηση ασθενών χαμηλού εισοδήματος καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο για τον ιατρό την προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών με την ταυτόχρονη πραγματοποίηση ικανοποιητικής αμοιβής. Η υποχρεωτική παροχή ενός ελαχίστου επιπέδου ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών δεν διασφαλίζει μία ικανοποιητική συναλλαγή μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Χαμηλού εισοδήματος ασθενείς δεν αποδέχονται και ένα χαμηλό επίπεδο ιατρικής φροντίδας σε αντιστάθμισμα χαμηλότερης οικονομικής αμοιβής. Δηλαδή το γεγονός ότι οι χαμηλού εισοδήματος ασθενείς δεν καταβάλλουν υψηλές αμοιβές προς τους παρέχοντας την ιατρική φροντίδα, αυτό δεν δικαιολογεί στα μάτια τους χαμηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες.

### Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών

Τα Ιατρικά Λάθη πάντοτε κατείχαν μία ιδιαίτερη θέση στο δίκαιο των αδικοπραξιών. Έως πρόσφατα η αντιμετώπισή τους περιοριζόνταν στις διατάξεις του δικαίου αυτού η οποία κατέληγε στην επιβολή κάποιου χρηματικού προστίμου ή ποινής η οποία προβλεπόταν από τις κείμενες διατάξεις. Τα τελευταία χρόνια όμως η ανάπτυξη του κλάδου που έχει αποκληθεί «Οικονομική Ανάλυση του Δικαίου», ο οποίος περιγράφει και αναλύει τις σχέσεις μεταξύ Οικονομίας και Δικαίου, παρέχει την δυνατότητα προσέγγισης του θέματος από μία διαφορετική μεθοδολογική αντιμετώπιση περισσότερο ολοκληρωμένη που λαμβάνει υπόψη όλα τα δεδομένα του συμβάντος – νομικά, κοινωνικά, οικονομικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι η θεωρία της Οικονομικής Ανάλυσης του Δικαίου θεωρείται σήμερα από τις σημαντικότερες σχολές της αμερικανικής νομικής σκέψης, εμφανίστηκε δε κατά την δεκαετία του 1950 στη Νομική Σχολή του Σικάγο παράλληλα με το ρεύμα του φιλελευθερισμού στην Οικονομική Επιστήμη. Μέσα λοιπόν σε αυτό το «νέο» επιστημονικό πλαίσιο, αντιμετωπίζονται ερωτήματα τα οποία παλαιότερα δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπισθούν με επιστημονικό τρόπο, όπως π.χ. «κατά ποιό τρόπο η επιβολή ποινής επηρεάζει την συμπεριφορά του υποκειμένου;»

Οι περιπτώσεις πρόκλησης ζημίας σε τρίτον είναι πολλές. Σε ένα ιδεατό κόσμο όπου τα **συναλλακτικά κόστη (transaction costs) είναι μηδενικά**, δηλαδή δεν υπάρχουν δαπάνες συλλογής πληροφοριών, διαπραγματεύσεων, κατάρτισης συμβάσεων και ελέγχου της εκτέλεσής τους, κλπ, και εφόσον τα δικαιώματα των ενδιαφερομένων μερών είναι σαφώς προσδιορισμένα (δηλ. ποιος έχει από το νόμο την υποχρέωση να αποτρέψει ή το δικαίωμα να ζητήσει την αποτροπή της βλάβης), τα μέρη είναι δυνατόν να συμφωνήσουν μεταξύ τους εκ των προτέρων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των πιθανών ζημιών (π.χ. συναίνεση για συγκεκριμένη ρύθμιση σε περίπτωση πρόκλησης ατυχήματος κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής) (**θεώρημα Coase - θετική εκδοχή**). Στην περίπτωση αυτή η έννομη τάξη, που κατανέμει δικαιώματα και υποχρεώσεις δεν έχει καμιά επίδραση

στην κατανομή των παραγωγικών πόρων που κινούνται προς τις αποτελεσματικές χρήσεις τους με *συναλλακτικές πράξεις* των οικονομικών μονάδων. Ωστόσο στον πραγματικό κόσμο, τα **συναλλακτικά κόστη είναι ιδιαίτερα υψηλά**, που παρεμποδίζουν ή και αποκλείουν *συναλλακτικές πράξεις*. Άρα, τέτοιες συμφωνίες δεν είναι δυνατές (π.χ. ένας ιατρός δεν είναι δυνατόν να συμφωνήσει με όλους τους πελάτες - ασθενείς του σχετικά με την αντιμετώπιση πιθανού ατυχήματος). Η έννομη τάξη αποκτά ιδιαίτερη σημασία αφού διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό το ύψος αυτού του ίδιου του συναλλακτικού κόστους και την τελική και κοινωνικά άριστη κατανομή των παραγωγικών πόρων. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να εφαρμοστεί **το θεώρημα Coase στην κανονιστική του μορφή**, που διατύπωσε ο Richard Posner, σύμφωνα με την οποία ο νομοθέτης ή ο δικαστής πρέπει να μιμηθούν την αγορά, δηλαδή να επιλέξουν τη ρύθμιση που μεγιστοποιεί την κοινωνική ευημερία. Στο πλαίσιο αυτό, στην περίπτωση του ατυχήματος, η κατανομή της ευθύνης είναι σκόπιμο να γίνει με τρόπο έτσι ώστε **το κόστος του ατυχήματος να αναλαμβάνεται από εκείνο το μέρος το οποίο είναι στην θέση να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τη ζημία**.

Σε αντίθεση λοιπόν με τις συμβάσεις, όπου η επαφή είναι αμοιβαίως επωφελής, εδώ δεν υπάρχει συναίνεση από κανέναν (αν και ο ένας με τη θέλησή του αναλαμβάνει μια επικίνδυνη δραστηριότητα και ο άλλος αποζημιώνεται – όχι όμως πλήρως). Λόγω του μεγάλου κόστους συναλλαγών στις αδικοπραξίες, θα πρέπει το δικαιο να δώσει τη λύση.

**Συνεπώς:** Στόχος της οικονομικής ανάλυσης του δικαίου των αδικοπραξιών είναι η ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους που τα ατυχήματα προκαλούν στο κοινωνικό σύνολο.

Και τοποθετώντας το στο σημερινό θέμα των ιατρικών λαθών το ερώτημα διατυπώνεται ως εξής: «εάν κάποια ποινή με τη μορφή πλήρους αποζημίωσης για τις θετικές και αποθετικές ζημιές που προκλήθηκαν (στις Ηνωμένες Πολιτείες τίθεται και το θέμα της τιμωρητικής αποζημίωσης -punitive damages- για την περίπτωση αυτή, που εκτινάσσει στα ύψη το τελικό ποσό που επιδικάζεται) επιβληθεί σ' αυτόν που την έχει προκαλέσει, το ερώτημα που ανακύπτει είναι πόσο ασφαλέστερη θα είναι στο μέλλον η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών και σε ποια τιμή θα προσφέρονται αυτές;» Για τους οικονομολόγους οι ποινές είναι όπως οι τιμές και οι άνθρωποι αντιδρούν στις ποινές με τον ίδιο τρόπο που αντιδρούν στις τιμές. Σύμφωνα με τον πολύ γνωστό μας Νόμο της Ζήτησης, στις υψηλές τιμές οι καταναλωτές καταναλώνουν λιγότερο και επομένως αναλογικά, σε υψηλές ποινές οι ιατρικοί φορείς θα προσφέρουν ολιγότερη ποσότητα από την υπηρεσία που υπόκειται στην ποινική δίωξη. Ας υποθέσουμε λοιπόν, ότι όλοι όσοι προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες θεωρούν ότι είναι ενδεχόμενο σε κάποια στιγμή της επαγγελματικής τους ζωής να προκαλέσουν βλάβη ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής τους δραστη-

ριότητας. Το πρώτο ερώτημα που αντιμετωπίζουν (αν και πολύ ακραίο) είναι κατά πόσο είναι συμφέρον να ασκήσουν το επάγγελμά τους. Για τον καλό επαγγελματία όμως ο οποίος, όπως όλοι μας άλλωστε, επιδιώκει μεγιστοποίηση των εσόδων του, (εξάλλου πάνω στην αρχή της ορθολογικής ή μεγιστοποιητικής συμπεριφοράς θεμελιώνεται η συμπεριφορά του καταναλωτή από τη νεοκλασική θεωρία) η απάντηση εξαρτάται από το σχετικό μέγεθος δύο ειδών κόστους: το πρώτο είναι το πραγματικό κόστος της προσφοράς υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών και το δεύτερο ένα «θεωρητικό» (ενδεχόμενο) κόστος το οποίο θα προκύψει από το μέγεθος της βλάβης εφ' όσον προκληθεί κάτι τέτοιο στον ασθενή. Ο παρέχων λοιπόν την ιατρική υπηρεσία οφείλει να συγκρίνει το κόστος παροχής αυτής της υπηρεσίας με το κόστος στο οποίο πιθανώς θα υποβληθεί από την επιβολή της ποινής σε περίπτωση διάπραξης λάθους.

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, για να υπάρξει ισορροπία στη «αγορά» ιατρικών υπηρεσιών και για να επιτευχθεί το άριστο μέγεθος παροχής αυτών, η δαπάνη στην οποία ο παρέχων την υπηρεσία θα υποβληθεί για τη βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών που θα προσφέρει, θα ανέλθει μέχρι του σημείου εξίσωσης αυτής με το κόστος της ποινής που θα αποφευχθεί από την βελτιωμένη παροχή των υπηρεσιών αυτών.

Σύμφωνα με τον Guido Calabresi, [Το κόστος των ατυχημάτων: Μια Νομική και Οικονομική Ανάλυση (The Costs of Accidents: A Legal and Economic Analysis), New Haven: Yale University Press, 1970], υπάρχουν τρεις μορφές του κόστους των ατυχημάτων:

**Πρωτογενές κόστος**, το οποίο ισοδυναμεί με την βλάβη του ζημιωθέντος (προσωπικές ιατρικές δαπάνες για την αποκατάσταση της βλάβης, απώλεια προσωπικού εισοδήματος λόγω νοσηλείας και απουσίας από την εργασία, δαπάνες για προσωπική ασφάλιση κατά ατύχηματος, κ.α).

**Δευτερογενές κόστος**, το οποίο αφορά το κοινωνικό κόστος των ατυχημάτων (κόστος περίθαλψης που ενδεχομένως θα καλυφθεί από δημόσιους πόρους, απώλεια εθνικού εισοδήματος από την αποχή από την εργασία του ζημιωθέντος, κ.α.). Είναι διαφορετικό ένα άτομο να υφίσταται ζημία 50.000 ευρώ και διαφορετικό κάθε ένα από 50.000 άτομα να υφίσταται ζημία 1 ευρώ. Για τη μείωση του δευτερογενούς κόστους ενδείκνυται η ασφάλιση του φορέα κατά του ατυχήματος, η οποία ενδεχομένως όμως αυξάνει το πρωτογενές κόστος.

**Τριτογενές κόστος**, το οποίο αφορά το κόστος εφαρμογής του δικαίου των αδικπραξιών. Π.χ. Αστυνομία που καλείται στον τόπο του ατυχήματος, έξοδα για τον υπολογισμό της ζημίας, έξοδα δικηγόρου, γενικότερα ο κόπος και ο χρόνος που συνδέεται με την άσκηση αγωγής αποζημίωσης και απονομής δικαιοσύνης.

Αν τεθεί ως στόχος η μείωση του τριτογενούς κόστους (π.χ. με την καθιέρωση ενός καθεστώτος μη ευθύνης), τότε πρέπει να αυξηθεί το πρωτογενές κόστος. Το

ίδιο συμβαίνει αν τεθεί ως στόχος και η μείωση του δευτερογενούς κόστους.

Αν ως προτεραιότητα τεθεί ο στόχος της μείωσης του πρωτογενούς κόστους, δηλαδή των ιδιωτικών δαπανών που προκύπτουν από την ενδεχόμενη βλάβη απαραίτητη είναι η λήψη μέτρων αποτροπής του ατυχήματος, τα οποία επίσης κοστίζουν. Πολλές φορές μάλιστα το κόστος αποτροπής του ατυχήματος είναι μεγαλύτερο από το κόστος που προκαλεί το ίδιο το ατύχημα. Ο στόχος της οικονομικής αποτελεσματικότητας αφορά την ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους (κόστος ατυχήματος + κόστος αποτροπής).

Επομένως το *Αποτελεσματικό Επίπεδο Ατυχημάτων*, δηλαδή αυτό που θα ελαχιστοποιήσει το συνολικό κόστος, μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι εκείνο όπου το οριακό κόστος αποτροπής = οριακό όφελος από αποτροπή.

Δηλαδή, **μέτρα αποτροπής της ζημίας** πρέπει να λαμβάνονται έως το σημείο στο οποίο η δαπάνη για τη λήψη μιας επιπλέον μονάδας από τα μέτρα αποτροπής να μην υπερβαίνει από το ύψος του ποσού που εξοικονομείται από τη μείωση της ζημίας που επιφέρει. Άρα, τα επί πλέον μέτρα αποτροπής που θα ληφθούν θα πρέπει να μειώνουν τη ζημία κατά μέγεθος μεγαλύτερο ή ίσο από το κόστος τους.

Αντίστοιχα καθορίζεται και το *Αποτελεσματικό Επίπεδο Δραστηριότητας*: Μια επιπλέον μονάδα δραστηριότητας πρέπει να επιχειρείται όταν το όφελος από αυτή υπερβαίνει το κόστος της.

Πώς επιτυγχάνεται αυτό; Με την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης, δηλαδή με το να αναλαμβάνει το κόστος των ατυχημάτων ο δράστης. Σύμφωνα με την κανονιστική εκδοχή του θεωρήματος Coase, το κόστος του ατυχήματος αναλαμβάνεται από εκείνο το μέρος που είναι στην καλύτερη θέση για να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τη ζημία, δηλαδή τον υπαίτιο.

### Ποιος λοιπόν είναι υπαίτιος; Πως ορίζεται αυτός και ποια ευθύνη έχει;

Σημαντικό ρόλο παίζει η **προβλεψιμότητα της ζημίας**. Αν ο δράστης δεν ήταν δυνατόν να προβλέψει το είδος της ζημίας που προκλήθηκε, τότε δεν θα μπορούσε να είχε λάβει μέτρα για την αποτροπή της. Γι' αυτό δεν έχει νόημα, από πλευράς οικονομικής ανάλυσης του δικαίου να υποχρεούται σε αποζημίωση για αυτή. (Διαφορετικό είναι το ζήτημα όταν ο δράστης μπορούσε να προβλέψει το είδος της ζημίας αλλά όχι την ακριβή της έκταση). Γι' αυτό το θέμα σε συγκεκριμένη περίπτωση έχει γίνει χρήση της σχέσης που ο δικαστής **Learned Hand** διατύπωσε κατά την εκδίκαση υπόθεσης και έμεινε γνωστή ως **Κανόνας ή formula Learned Hand**. Η σχέση αυτή συσχετίζει το αναμενόμενο κόστος της βλάβης με το κόστος αποτροπής της ζημίας. Σύμφωνα λοιπόν με τον κανόνα Learned Hand, αμέλεια υπάρχει αν οι δαπάνες (το κόστος) που γίνονται για την αποτροπή της ζημίας είναι μικρότερες από το προσδοκώμενο χρηματικό όφελος που προκύπτει από την αποφυγή της ζημίας.

Learned Hand formula:  $pL > B$

όπου,

$p$  = πιθανότητα πρόκλησης της ζημιάς

$L$  = το μέγεθος της ζημιάς

$B$  = δαπάνες (κόστος) για την αποτροπή της ζημιάς

$PL$  = αναμενόμενο κόστος της βλάβης / ζημιάς

Με άλλα λόγια ο υπαίτιος θα μπορούσε να είχε αποφύγει τη ζημιά και να είχε επιτύχει το 'άριστο' επίπεδο επιμέλειας αν οι δαπάνες (το κόστος) που θα κατέβαλε για την αποτροπή του ατυχήματος ισούταν με το αναμενόμενο όφελος (κόστος) από την μη πρόκληση της βλάβης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Institute of Medicine. To err is human. Washington DC: National Academy Press, 2000
2. Holland EG, Degruy FV. Drug-induced disorders. Am Fam Physician. 1997 Nov 1;56(7):1781-8, 1791-2.
3. Medical errors 'kill thousands'. BBC. 2000 Mar 18; Available from: [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/682000.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/682000.stm)
4. Special Eurobarometer 241. Medical Errors. European Commission 2006.
5. Calabresi G. The costs of accidents; a legal and economic analysis. New Haven,; Yale University Press; 1970
6. Brown, JP. Toward an Economic Theory of Liability. J Legal Stud 1973: 323-349