

Προβλήματα κατά τον έλεγχο κλινικών και νοσοκομείων

Ιωάννης Γεωργ. Ζαχάρωφ

Ειδ. Παθολόγος

Ελεγκτής του Ι.Κ.Α. και του Ταμείου Υγείας Πρ. Ε.Τ.Ε. (ΤΥΠΕΤ)

1. Έλεγχος και σκοπιμότητα

Το Ι.Κ.Α. έχει θεσπίσει τον έλεγχο των κλινικών νοσοκομείων και φαρμακείων, εδώ και δεκαετίες με πέντε στόχους:

α. Την τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας σ' ό,τι αφορά την ιατρική πράξη, δηλαδή την ενδεδειγμένη αγωγή στους ασφαλισμένους (φαρμακευτική, επεμβατική κ.λπ.).

β. Τη σκοπιμότητα της αγωγής που περιλαμβάνει όλο το πλέγμα των παρακλινικών εξετάσεων (μικροβιολογικές, απεικονιστικές, διαγνωστικές, επεμβατικές ως η στεφανιογραφία, εναλλακτικές μεθόδους ελέγχου του μυοκαρδίου, των νεοπλασμάτων διαφόρων οργάνων κ.λπ.).

γ. Η πρόοδος της ιατρικής έχει προσθέσει και προσθέτει στον τομέα αυτό πλήθος νέων και ακριβών μεθόδων που, θεωρητικά, συμπληρώνουν την ιατρική κλινική διάγνωση (ιστορικό, κλινική εξέταση, διαφορική διάγνωση).

δ. Την εξασφάλιση των αρρώστων ασφαλισμένων από τη λεγόμενη «ιατρογενή νοσηρότητα», όπως η «υπερδιάγνωση».

ε. Την ορθολογική, κατ' επέκταση, δαπάνη στις παρακλινικές εξετάσεις, στην αγωγή, στην αποθεραπεία των ασφαλισμένων ώστε να εξασφαλίζεται το ίδιο το Ι.Κ.Α. από περιττά έξοδα, αλλά και ο ασφαλισμένος από επικίνδυνες ή περιττές, κατά την ιατρική δεοντολογία, πράξεις.

στ. Την κάλυψη των αρρώστων από πλευράς ασφάλισης με την παροχή αδειών ανικανότητας, προσωρινής ή μόνιμης συνταξιοδότησης ως επακόλουθο της νόσου.

Για τους παραπάνω στόχους, πιθανόν να υπάρχουν και άλλοι που διαφεύγουν, έχει αναθέσει όλο τον έλεγχο σκοπιμότητας και δαπανών σε «ιατρούς ελεγκτές» ώστε ο ρόλος τους να συνάδει με την ιατρική δεοντολογία. Στον τομέα αυτό το Ι.Κ.Α. αποδείχθηκε πρωτοπόρο, αφού

τόσο σε διεθνή κλίμακα όσο και στην Ελλάδα, την τελευταία ίσως 20ετία, η διεύθυνση των ιατρικών-υγειονομικών μηχανισμών ανατέθηκε σε ιατρούς, οι οποίοι –θεωρητικά έστω– έχουν καλή γνώση των διοικητικών, νομικών, οικονομικών, κοινωνικών πλευρών στο πλέγμα που καλείται «κοινωνική ασφάλιση» με πιο γνωστή τη National Health Service (NHS) της Βρετανίας. Το Ι.Κ.Α. προηγήθηκε κατά μια 10ετία από την ημερομηνία εφαρμογής της NHS (1.7.1948), τουλάχιστον ως σύλληψη διανοητική.

2. Πραγματικές παρατηρήσεις

Οι πραγματικές παρατηρήσεις αναφέρονται συνοπτικά:

α) στην εκτίμηση των δυνατοτήτων εκπλήρωσης των διακηρυγμένων στόχων,

β) στον εντοπισμό των αιτιών αποτυχίας μερικής ή ολικής στην επίτευξη των στόχων,

γ) στην υπόδειξη, σύμφωνα με τα παραπάνω, λύσεων που θα διορθώσουν βραχυπρόθεσμα ή μεσοπρόθεσμα τις δυσλειτουργίες που παρατηρούνται.

3. Προβλήματα κατά τον έλεγχο

Σε ό,τι αφορά τους διακηρυγμένους στόχους οι πραγματικές παρατηρήσεις που αναφέρθηκαν πηγάζουν από συγκεκριμένες καταστάσεις.

α) Το ελεγκτικό έργο αναφερόταν σε μικρό με τα σημερινά δεδομένα αριθμό ασφαλισμένων, 200.000 το 1952, άνω των 7.000.000 σήμερα. Επιπλέον, ενώ νομοθετικά προβλεπόταν ο έλεγχος να διενεργείται από ιατρούς μονίμους και υψηλόβαθμους, αυτοί λείπουν.

β) Σχετικά με το ισχύον οργανόγραμμα και την παλαιότερη περιγραφή καθηκόντων η ανάπτυξη των ιατρικών υπηρεσιών από τις αρχές της δεκαετίας του '90 έχει ξεπεράσει ως έννοια

και ως δυνατότητα τον έλεγχο, λόγω

- κατακόρυφης αύξησης των διαγνωστικών θεραπευτικών κ.ά. μεθόδων, ως πράξεις
- ανάλογης αύξησης και αδυναμίας κοστολόγησης των δαπανών εν μέρει και λόγω εμπλοκής περισσότερων φορέων (ΚΕΣΥ, ΙΦΕΤ κ.λπ.)
- κατακερματισμένης νομοθεσίας/κανονιστικών διαταγών/επεξηγηματικών εγκυκλίων κ.λπ.
- έλλειψης ενιαίου-τροποποιημένου κατά περίπτωση «κώδικα καθηκόντων»
- προσθήκης διοικητικών πράξεων ως η «διαπίστωση μετακίνησης» στα νοσοκομεία κ.λπ.

γ) Λόγω έλλειψης μηχανοργάνωσης δεν καθίσταται δυνατή η διαπίστωση της κίνησης των ασθενών ούτε η εκτέλεση των ελεγκτικών έργων.

Ενδεικτικά στο Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ εξετάσθηκαν και αρκετοί νοσηλεύτηκαν κατά το 2008, 64.000 άτομα. Δεδομένου ότι το Ι.Κ.Α. καλύπτει περίπου το 67% των ασφαλισμένων, ένας πρόχειρος υπολογισμός έχει ως εξής, με τους ελεγκτές (2) να εναλλάσσονται ανά 2μηνο.

Έστω 60.000 άτομα

Ποσοστό ασφ.

Ι.Κ.Α. (χονδρικά) 70%

ήτοι 42.000

εφόσον εκτελούν ελεγκτικό έργο ανά 2μηνο 2 ελεγκτές προκύπτει $42.000:6 = 7000$ ή 3.500/ελεγκτή. Είναι πρακτικά αδύνατος ο έλεγχος των φακέλλων.

δ) Ο ιδιωτικός τομέας πάλι με τις συμβάσεις που υπογράφει με το Ι.Κ.Α. υποχρεώνεται να παρέχει καθημερινά «τις προς διάθεση κλίνες» (4 κλινα, 3κλινα, δίκλινα δωμάτια ανάλογα), να κοστολογεί τις πράξεις κατά το ανάλογο Π.Δ., να νοσηλεύει, παρακολουθεί πάντοτε τους ασφαλισμένους σύμφωνα με κάποιους όρους της σύμβασης όπου περιλαμβάνεται ενδεικτικά:

η ξενοδοχειακή υποδομή

το διαιτολόγιο

η ιατρική παρακολούθηση

οι συμπληρωματικές (ενδεχομένως) πράξεις:

λ.χ., φυσικοθεραπείες

το παραϊατρικό / νοσηλευτικό προσωπικό.

Αυτά ευρίσκονται υπό τον έλεγχο των ελεγκτών.

Στην πράξη όμως οι όροι των συμβάσεων πολλές φορές καταστρατηγούνται με επιβάρυνση κυρίως των ασφαλισμένων αλλά και του Ι.Κ.Α.

Ανωτέρω παραδείγματα

Ι. Μπορεί ν' αναφερθεί αδυναμία διάθεσης,

λ.χ., τετράκλινου θαλάμου (οι περισσότερες νέες ή ανακαινισμένες ιδ. κλινικές έχουν 2κλινους θαλάμους). Με «υπεύθυνη δήλωση» ο ασφαλισμένος, συνήθως σε δύσκολη ψυχολογική κατάσταση, αναλαμβάνει να πληρώσει τη «διαφορά θέσεως» μερικών εκατοντάδων €.

ΙΙ. Διενεργούνται ή εκτελούνται περιττές παρακλινικές εξετάσεις, στη θέση της ανύπαρκτης πλέον κλινικής διάγνωσης. Ο ασφαλισμένος έχει γίνει «καταναλωτής υπηρεσιών», απλά πελάτης προσοδοφόρος.

ΙΙΙ. Ειδικότερα στην καρδιολογία, αγγειολογία και ορθοπεδική χρεώνοντας υλικά που ακόμη και ανατομικά δεν είναι δυνατή η εφαρμογή τους, 5-7 ήλων, λ.χ., στην κεφαλή της κνήμης, ή 10 stents στην αριστερά στεφανιαία ή η μόνιμη χρήση σε κάθε περίπτωση ηλεκτροδίου εξάχνωσης ιστών κ.ο.κ.

ΙV. Όσον αφορά τα φάρμακα, ενώ ο ασφαλισμένος μπορεί να λάβει μερικά δισκία, χρεώνονται ολόκληρα εμβλλάγια. Τα αντινεοπλασματικά, οι αυξητικοί παράγοντες προαγωγής της αιμοποίησης, ενδεικτικά, αποτελούν «αγαπημένες» και «ακριβές» – αδικαιολόγητες πολλές φορές – εστίες αύξησης του κόστους.

V. Ανάλογα, μπορούν να αντιμετωπισθούν και οι απεικονιστικές επεμβατικές διαγνωστικές/θεραπευτικές μέθοδοι. Από έρευνα στη φτωχότερη πολιτεία των Η.Π.Α. βρέθηκε ότι η εγκατάσταση 3 καρδιοδιαγνωστικών κέντρων (Αλαμπάμα) συνοδεύτηκε μέσα σε μια δεκαετία από την εγκατάσταση 10 καρδιοχειρουργικών μονάδων. Σε μας, σχεδόν εθιμικά, ένα test κοπώσεως ή μια στεφανιογραφία ακολουθείται από το «μπαλονάκι» ή το by pass. Εδώ η δεοντολογία βαδίζει στην κόψη του ξυραφιού.

VI. Για τις MRI, CAT, υπερηχοτομογραφήματα κατ' αντίστροφη σειρά κόστους παρατηρείται, ορισμένες φορές, αδικαιολόγητη ιατρικά κατάχρηση.

Προτάσεις

- Το 1996, οι ελεγκτές κ.κ. Στέργιος Μπουλίκας, συνταξιούχος σήμερα, και Ιωάννης Ζαχάρωφ είχαν προτείνει ως λύση τη γενική μηχανοργάνωση του Ι.Κ.Α. και τον έλεγχο των στοιχείων μέσω Η/Υ με σταδιακή κατάργηση των ελεγκτών του παλιού οργανογράμματος. Το Ι.Κ.Α. ως ασφαλιστικός οργανισμός θα έπρεπε τουλάχιστον στον τομέα της Προνοίας Υγείας να έχει προχω-

ρήσει. Δυστυχώς δεν έγινε μέχρι τώρα.

– Σήμερα, για να υπάρξει κάποιος έλεγχος με δραστικό περιορισμό της γραφειοκρατίας, για να υπάρξει κάποια ουσιαστική διαδικασία, μόνον ενδεικτικός έλεγχος χωρεί.

Π.χ., ομάδα ιατρού, φαρμακοποιού, διοικητικού υπαλλήλου της οικονομικής υπηρεσίας, νοσηλευτού, πραγματοποιεί, κατά το υπόδειγμα των Δ.Ο.Υ., αιφνιδιαστικούς περιοδικούς ελέγχους των φακέλων νοσηλευθέντων ή νοσηλευο-

μένων ασφαλισμένων. Η ειλικρίνεια ή η ανειλικρίνεια, αφού συντρέχει το κριτήριο της τιμότητας θα αποδεικνύεται από τη συμφωνία των παραστατικών στοιχείων με τις δαπάνες.

– Εννοείται ότι οι τιμές των ιατρικών πράξεων θα έχουν κοστολογηθεί επαρκώς και οι δαπάνες του Ι.Κ.Α. θα πρέπει κάπως να προσεγγίζουν το τρέχον καθεστώς κόστους στις χώρες της Ε.Ε.

Ι.Γ.Ζ. 8-10/2/2009

