

Σκέψεις για τους γιατρούς, το ΕΣΥ και την υγεία, με αφορμή το κείμενο της ΠΑΣΚ ιατρών

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης
Παθολόγος-Πνευμονολόγος

Πολλές φορές έχω γράψει στις σελίδες του περιοδικού για τα ιατρικά δρώμενα της χώρας μας, συχνά σε συσχέτισμό με το αγγλικό σύστημα που έζησα για αρκετά χρόνια. Δεν νομίζω ότι έβαλα ποτέ κάποιου είδους κομματική απόχρωση στα γραφόμενά μου και αυτό ελπίζω να κάνω και στο παρόν σημείωμα, έστω κι αν αφορμή του ήταν ένα παραταξιακής προέλευσης κείμενο που βρήκα πρόσφατα στο γραμματοκιβώτιό μου (όπως, υποθέτω, και όλοι οι συνάδελφοι). Επειδή οι συντάκτες του κειμένου αυτού δίνουν την εντύπωση ότι πρόσφατα ήλθαν στην Ελλάδα και ανακαλύπτουν για πρώτη φορά τον «τροχό» του χώρου της υγείας, επιθυμώ να κάνω ορισμένες επισημάνσεις, χωρίς καμιά διάθεση αντιπαράθεσης.

Δηλώνω εξαρχής ότι θεωρώ τη φροντίδα υγείας (όπως και την παιδεία, την εθνική άμυνα, τη δημόσια διοίκηση, την ασφάλεια κ.λπ.) ως μια λειτουργία του κράτους που (πρέπει να) υφίσταται, παράγει το έργο της, στελεχώνεται, ανανεώνεται και συμβάλλει στη γενική ευημερία ανεξάρτητα από το πόσο συχνά γίνονται εκλογές και ποιās απόκλισης πολιτικοί έχουν το πάνω χέρι σε κάθε περίοδο διακυβέρνησης. Η υγεία είναι αγαθό άμεσα συνυφασμένο με την καλή ψυχοφυσική κατάσταση του ατόμου (και κατ' επέκταση του κοινωνικού συνόλου), την ευεξία και την ποιότητα της ζωής του (της οποίας αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση). Συνεπώς η φροντίδα της υγείας αποτελεί βασικό μηχανισμό επίτευξης και διατήρησης της ευημερίας μιας κοινωνίας.

Το «πιστοποιητικό γέννησης» του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ο νόμος 1397/1983) με βρήκε στο αγροτικό ιατρείο. Έτσι θα έλεγε κανείς ότι είμαστε επαγγελματικά «συνομήλικοι». Ενώ όμως σε προσωπικό επίπεδο στο διάστημα αυτό έκανα δυο ειδικότητες, μια διδακτορική διατριβή, ένα πρόσθετο μεταπτυχιακό, μια μακρά άμισθη επι-

στημονική συνεργασία με το Πανεπιστήμιο και αρκετά χρόνια ελεύθερου επαγγέλματος, το Σύστημα έμεινε περίπου στάσιμο: νοσοκομεία, κέντρα υγείας, και μετά; (ή μήπως θα έπρεπε να πω «πριν» από αυτά;). Μέσα σε 23 χρόνια δεν θα περίμενε κανείς κάτι παραπάνω; Αν το ΕΣΥ ήταν ιδιωτική επιχείρηση, δεν θα άντεχε όχι 23, αλλά ούτε τρία έτη στασιμότητας στην πορεία του.

Τι βήματα εξέλιξης θα περίμενα να έχει κάνει ένα σύστημα υγείας μέσα σε 23 χρόνια;

Πρώτο και βασικό βήμα: **εξομείωση όλων των κατοίκων της χώρας ως προς τις παροχές υγείας**. Έχω γράψει πρόσφατα αλλού¹ για την αναγκαιότητα της ενιαίας και ισότιμης ασφάλειας υγείας, που θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από επαγγελματική δραστηριότητα και από συντάξεις. Η αντιμετώπιση του ασθενούς από τον γιατρό δεν μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με τον ασφαλιστικό του φορέα, ιδίως όταν όλοι αυτοί οι φορείς είναι λίγο-πολύ κρατικοί (= αρμέγουν το ίδιο πορτοφόλι). Κριτήριο για τις παροχές υγείας και τον τρόπο εφαρμογής τους πρέπει να είναι μόνο η ιατρική ανάγκη του ασθενούς και όχι το αν αυτός υπάγεται στον ΟΠΑΔ, το ΙΚΑ, τον ΟΓΑ ή κάποιο άλλο από τη λεγεώνα των ταμείων. Κάτι τέτοιο θα σήμαινε εξορθολογισμό του ασφαλιστικού συστήματος, σημαντική μείωση της γραφειοκρατίας, αλλά και καλύτερο έλεγχο των δαπανών υγείας. Ήταν λίγα 23 χρόνια για να γίνει έστω και μια εισήγηση για την εξομείωση αυτή, χωρίς την οποία το Σύστημα δεν δικαιούται να λέγεται «Εθνικό»;

Δεύτερο βήμα: η πολύπαθη **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**. Καθόλου απλή στην εφαρμογή της, διότι προϋποθέτει παιδεία αφενός των ιατρών (όχι σωρηδόν αναμονή στις ειδικότητες, με αποτέλεσμα τις ατέλειωτες λίστες και όποιος προλάβει) και αφετέρου των πολιτών της χώρας,

που όταν νοσήσουν δεν έχουν ένα σαφές ιατρικό σημείο αναφοράς, αλλά πιάνουν τον Χρυσό Οδηγό (ή τα νεόκοπα αντίγραφα του), τον ξάδελφο που πήγε πέρυσι σε κάποιον καλό γιατρό, τη γειτόνισσα που προχθές έκανε «μπαλονάκι» (και πάει λέγοντας). Μη ξέροντας πολλές φορές ποιό όργανο ή σύστημα είναι το πάσχον, αρχίζουν από εκεί που οι ίδιοι νομίζουν ότι θα βρουν λύση στο πρόβλημα που τους απασχολεί. Με δεδομένο τον ιατρικό πληθωρισμό και την όχι σπάνια πιεστική ανάγκη των γιατρών για βιοπορισμό (που δεν επιτρέπεται να «διώχνει» κανείς εύκολα τον ασθενή), μπορεί να πελαγοδρομήσουν αρκετά με εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονίσεις και 2-3 φαρμακευτικές δοκιμές πριν πάρουν τον δρόμο για κάποιον άλλο ειδικό. Το αποτέλεσμα είναι γενικά κακή φροντίδα υγείας (με κατάτησή της σε πολλούς ειδικούς χωρίς συντονισμό), τάλαιπωρία του αρρώστου και διόγκωση του κόστους της περίθαλψης. Ήταν λίγα 23 χρόνια για να δρομολογηθεί η ανάλογη παιδεία ιατρών και ασθενών και να αρχίσει η εφαρμογή της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας;

Τρίτο βήμα: η **κατάρτιση του υγειονομικού χάρτη της χώρας**, με σαφή καταγραφή των υπαρχουσών δομών και του αριθμού των λειτουργών υγείας ανά γεωγραφική περιφέρεια και θέσπιση κινήτρων για την κάλυψη των αναγκών που δημιουργούν οι δύσκολες γεωγραφικές συνθήκες της πατρίδας μας². Υποπτεύομαι ότι αν ο χάρτης αυτός κάποτε καταρτισθεί, θα μοιάζει με παθολογικό σπινθηρογράφημα: θα δείχνει μερικές μεγάλες «καυτές» εστίες στα αστικά κέντρα και αραιές σκόρπιες «κρούσεις» σαν υπόβαθρο στην υπόλοιπη χώρα. Ήταν λίγα 23 χρόνια για να γίνει μια τέτοια καταγραφή;

Τέταρτο βήμα: η **εκλογίκευση των ιατρικών δαπανών**, με την καθιέρωση όχι «ταμειακής» λίστας φαρμάκων (με ταυτόχρονη θεσμική κατάρτησή της με τη μαγική λέξη «αναντικατάστατο»), αλλά φαρμακολογικής (και όχι εμπορικής) συνταγογράφησης τουλάχιστον στα νοσοκομεία³, τα οποία να διαθέτουν περιορισμένο αριθμό φαρμακευτικών σκευασμάτων (εσωτερικό συνταγολόγιο) που θα προμηθεύονται με μειοδοτικούς διαγωνισμούς. Παράλληλη **θεσμοθέτηση του ιατρικού ελέγχου** (medical audit)^{4,5}, που θα έδειχνε π.χ. τη συγκριτική κατανάλωση φαρμάκων μεταξύ διαφόρων νοσοκομείων και διαφόρων κλινικών του ίδιου νοσοκομείου, ώστε να επισημαίνονται (και στη συνέχεια να διορθώνονται) καταχρηστι-

κές συνταγογραφικές πρακτικές³. Ο έλεγχος μπορεί να εφαρμοσθεί και σε άλλα θέματα (χρήση ακριβών παρακλινικών εξετάσεων, χορήγηση οξυγόνου και άλλων ιατρικών συσκευών και βοηθημάτων, διάρκεια νοσηλείας, διάρκεια αναμονής για ιατρικές επεμβάσεις κ.λπ.). Ακόμη, η ασφαλιστική εξομοίωση (βλ. πρώτο βήμα) θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά τις δαπάνες υγείας με την εφαρμογή ενιαίων κανόνων αναγραφής φαρμάκων και εξετάσεων και με ανάλογη μηχανοργάνωση. Ήταν λίγα 23 χρόνια για να αρχίσει έστω να γίνεται μια προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή;

Πέμπτο βήμα: η **ορθή αξιοποίηση της εξωνοσοκομειακής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας**⁶. Πρόκειται για το είδος της ιατρικής που ασκούν οι περισσότεροι ιδιώτες γιατροί, και που συμπληρώνει, σε μεγάλο βαθμό, τα κενά και τις ελλείψεις του δημόσιου τομέα. Για να λειτουργεί σωστά και να αποδίδει τα αναμενόμενα, χρειάζεται έλεγχος του παραγομένου αριθμού και της ποιοτικής κατάρτισης των ειδικών γιατρών, πρόνοια για τη διατήρηση της επάρκειας για συνεχιζόμενη άσκηση της ειδικότητας, κατοχύρωση του θεσμικού κύρους των ιατρών και λογική αποζημίωση των παρεχομένων υπηρεσιών από τους ασφαλιστικούς φορείς (= το κράτος με τα διάφορα ψευδώνυμά του). Ήταν λίγα 23 χρόνια για να γίνει κάτι ουσιαστικό στα θέματα αυτά;

Έκτο βήμα: η **αριθμητικά και ποιοτικά επαρκής στελέχωση του ΕΣΥ**, που πρέπει να γίνεται με βάση τις συγκεκριμένες λειτουργικές ανάγκες του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, με διαδικασίες συνοπτικές, αδιάβλητες και όσο γίνεται λιγότερο γραφειοκρατικές, με κριτήρια ιατρικά-επιστημονικά και όχι με την επίδειξη κομματικής ταυτότητας οποιουδήποτε χρώματος, ούτε με παρεμβάσεις πολιτικών προσώπων. Έχω αναφερθεί σε παλαιότερα σημειώματα στις προκηρύξεις των θέσεων⁷ και στις συνεντεύξεις⁸. Ήταν λίγα 23 χρόνια για να αποσυνδέσουμε εαυτούς και αλλήλους από το σύνδρομο των «δικών μας» και των «άλλων» και να δώσουμε στα νοσοκομεία την αυτοτέλεια που χρειάζονται για να λειτουργήσουν σωστά;

Έβδομο βήμα: ο **ακαδημαϊκός χώρος να γίνει ανεξάρτητος από κομματικές σκοπιμότητες**. Εδώ αναγκαστικά θα γίνω κυνικός. Μπήκα στην Ιατρική το 1974, αμέσως μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας στην Ελλάδα. Από τότε δεν έχω δει δημόσιο χώρο ή φορέα που να μην διέπεται από κομματικά προσδιοριζόμενες φατρίες, πρωταρχικός σκοπός των οποίων είναι να προσπορί-

σουν πολιτικά οφέλη στην αντίστοιχη παράταξη. Η κομματοκρατία είναι κάτι σαν τους οργανωμένους συνδέσμους φιλάθλων: όλα τα σωματεία τους «ξορκίζουν» για τα κακά που γίνονται στα γήπεδα, αλλά και τους υποθάλπουν για να προάγουν τις επιδιώξεις τους. Για τον λόγο αυτό και μόνη η αναφορά σε «κομματισμό στις ιατρικές σχολές» στο κείμενο που κρατώ στα χέρια μου προκαλεί μια πικρή θυμηδία. Γνωρίζοντας ότι το πρόβλημα είναι βαθιά ριζωμένο στα γονιδιά μας, δεν περιμένω να λυθεί ούτε σε 23 ούτε σε 123 χρόνια, εκτός αν γίνει κάποια αυτόματη μετάλλαξη.

Σημείωσα από την αρχή ότι δεν επιθυμώ να δώσω κομματικό χρώμα στο κείμενό μου, ούτε να κάνω «αντιπολίτευση στην αντιπολίτευση». Οι επισημάνσεις αναφέρονται στην πορεία και τη μη εξέλιξη του ΕΣΥ τα προηγούμενα 23 χρόνια, ανεξάρτητα από το ποιός είχε τη διαχείρισή του (όποιος νιώθει ότι θίγεται από τα γραφόμενα, ας αναλογισθεί τις δικές του ευθύνες για την τρέχουσα κατάσταση του συστήματος). Γίνεται όμως φανερό ότι τα παραπάνω βήματα δεν μπορούν να δρομολογηθούν μονοκομματικά, αλλά χρειάζονται **συλλογική προσπάθεια**, πάνω από τεχνητές διαχωριστικές γραμμές, και **με ορίζοντα πολλών τετραετιών, χωρίς την επιδίωξη πολιτικού/εκλογικού κέρδους** (αν αυτό δεν αποτελεί «χίμαιρα» για τα ελληνικά πράγματα). Αν κάποιοι –Πράσι-

νοι, Βένετοι ή και οι δυο, ακόμη καλύτερα— από αυτούς που θα διαβάσουν τις παραπάνω γραμμές (που βασίζονται μόνο σε προσωπική εμπειρία και σκέψη και όχι σε ειδικές γνώσεις πολιτικής και οικονομίας της υγείας) θελήσουν να προβληματισθούν και να κάνουν την αναγκαία υπέρβαση των όποιων σκοπιμοτήτων, πιστεύω ότι θα βρουν σύμφωνους τους περισσότερους πολίτες αυτής της χώρας και αρκετούς από τους λειτουργούς της υγείας. Διαφορετικά, κάθε τόσο (ιδίως όταν διαφαίνονται εκλογές στον ορίζοντα) θα διαβάζουμε ανάλογες λίστες με προβλήματα και προτεινόμενες λύσεις, θα ρίχνουμε ο ένας στον άλλο τα βάρη και θα θρηνούμε (ως γνήσιοι κροκόδειλοι) τις χαμένες ευκαιρίες του παρελθόντος.

Παραπομπές

1. Παπαγιάννης Α. «Η αναγκαιότητα και τα οφέλη της ενιαίας ασφάλισης υγείας». *Ιατρικό Βήμα* 2005, τ. 100: 58-59.
2. Παπαγιάννης Α. «Οι χήρες και τα ορφανά του Συστήματος Υγείας μας». *Ιατρικά Θέματα* 2004 (34): 17-18.
3. Παπαγιάννης Α. «Ο φαρμακοποιός και το φάρμακο στην αγγλική νοσοκομειακή πράξη». *Ιατρικά Θέματα* 1998 (10): 11-12.
4. Σύκας Ν, Παπαγιάννης Α. «Ο ιατρικός έλεγχος (medical audit) και η συμβολή του στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας». *Ιατρικά Θέματα* 2000 (19): 34-39.
5. Παπαγιάννης Α. «Βασικές αρχές και πρακτική εφαρμογή του ιατρικού ελέγχου». *Ιατρικά Θέματα* 2002 (27-28): 12-14.
6. Παπαγιάννης Α. «Εξωνοσοκομειακή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας». *Ιατρικά Θέματα* 2001 (23): 31-32.
7. Παπαγιάννης Α. «Εθνικές εκλογές και Εθνικό Σύστημα Υγείας». *Ιατρικά Θέματα* 2004 (36): 25-26.
8. Παπαγιάννης Α. «Η Συνέντευξη». *Ιατρικά Θέματα* 2005 (37): 24-25.

