

Σύστημα υγείας: νηφάλιες σκέψεις μέσα σε θύελλα

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

MRCP(UK), DipPallMed, FCCP, Πνευμονολόγος

Πρόσφατα, με αφορμή την ψήφιση του πολυνομοσχεδίου για την υγεία, γίναμε μάρτυρες μιας επώδυνης και δυσάρεστης πραγματικότητας. Η μακροχρόνια κατάσταση στην υγεία, σε ΙΚΑ, νοσοκομεία κτλ. είναι βέβαια γνωστή σε όλους τους ασχολούμενους με τον χώρο. Το νέο στοιχείο ήταν η πρωτοφανής αντιπαράθεση συνδικαλιστών ιατρών με υπουργούς, με καταλήψεις, τηλεοπτικές αντεγκλήσεις και άλλες εκδηλώσεις, που δεν θα έπρεπε να έχουν καμία θέση σε ένα επάγγελμα που εξυπηρετεί πάσχοντες ανθρώπους και διακονείται από επιστήμονες με ανθρωπιστική αποστολή και ιδανικά. Προσπαθώντας να βρω το στίγμα μου ανάμεσα σε υπερμάχους και πολεμίους του νομοσχεδίου, δημοσίευσα κάποιες σκέψεις πάνω στο θέμα¹. Τις παρουσιάζω στη συνέχεια σε πιο ανεπτυγμένη μορφή, με την απαραίτητη διευκρίνιση ότι δεν έχω απολύτως καμία σχέση με πολιτικούς σχηματισμούς και κομματικά ή άλλα όργανα. Οι απόψεις μου είναι καθαρά προσωπικές, όπως διαμορφώθηκαν μέσα από θητεία πολλών ετών σε όλες τις βαθμίδες του βρετανικού NHS και ακόμη περισσότερων ετών στην ελληνική ιατρική πραγματικότητα, κυρίως στον ιδιωτικό χώρο.

Κατ' αρχάς, ένα σύστημα υγείας δεν δημιουργείται στο κενό. Για να δουλέψει, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις κρατούσες συνθήκες (κοινωνικές, οικονομικές, βιοτικό επίπεδο, αριθμό υπαρχόντων γιατρών, κατανομή πληθυσμού, γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της χώρας κτλ.) καθώς και τις συνήθειες που έχουν διαμορφωθεί με τον χρόνο. Από τα στοιχεία αυτά, κάποια θα αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου, κάποια θα εκλείψουν εκ των πραγμάτων, άλλα νέα θα δημιουργηθούν με την αναπόφευκτη εξέλιξη.

Στο επίπεδο της σχέσης ιατρού-ασθενούς η ιατρική φροντίδα πρέπει πάντα να παρέχεται με ανθρώπινο τρόπο. Ωστόσο ο σχεδιασμός ενός

συστήματος υγείας δεν μπορεί να βασίζεται στη «συναισθηματική λογική» (συνθήματα, πολεμικές ιαχές και οϊμωγές), αλλά να γίνεται με ρεαλισμό και σφροσύνη, ώστε να αποδίδει τα ζητούμενα χωρίς να ζημιώνει ούτε τους ασθενείς, ούτε το προσωπικό του, ούτε την κοινωνία στην οποία λειτουργεί.

Πώς θα φανταζόμουν ένα σύστημα στην Ελλάδα των 11 εκατομμυρίων πολιτών (χωρίς να υπολογίσουμε τους παρεπίδημους, που κι αυτοί έχουν ανάγκες υγείας) και των 70 και άνω χιλιάδων γιατρών; Για την οικονομία του λόγου, θα περιορισθώ στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα που γνωρίζω καλύτερα.

Βασική αφετηρία αποτελεί η ενιαία ασφάλιση υγείας, ανεξάρτητη από συντάξεις και άλλες παροχές. Δεν χρειάζονται πολλά λόγια εδώ (τα έχουμε ξαναπεί άλλωστε²): οι αρρώστιες είναι ίδιες για όλους και πρέπει να αντιμετωπίζονται με ενιαίο τρόπο. Οι εισφορές στο κοινό ταμείο υγείας θα πρέπει να είναι ανάλογες με το εισόδημα του ασφαλισμένου, ενώ οι παροχές ανάλογες με τις ανάγκες του. Η θεμελιώδης αυτή αρχή είναι απαραίτητη, ακρογωνιαίος λίθος για να είναι εθνικό το σύστημα.

Η ελληνική πραγματικότητα έχει μεγάλο αριθμό γιατρών στον ιδιωτικό χώρο. Κανένας σχεδιασμός δεν μπορεί να περιλάβει όλο αυτό το δυναμικό σε ένα κρατικής δομής σύστημα, παρά μόνο με καθεστώς ειλώτων. Εξάλλου, είναι κεκτημένη συνήθεια των Ελλήνων να επιλέγουν τον γιατρό τους και να συνάπτουν προσωπική σχέση μαζί του, στην οποία σχέση ακόμη και η λογική και νόμιμη αμοιβή αποτελεί δομικό στοιχείο. Αν αυτό θα αλλάξει μέσα στην τρέχουσα οικονομική πραγματικότητα, θα το δείξει ο χρόνος. Προς το παρόν όμως, ο σχεδιασμός θα πρέπει να θεσμοθετεί την παράλληλη λειτουργία δημόσιας και ιδιωτικής ιατρικής, με κοινούς κανόνες και δικαι-

ώματα, και διαφοροποίηση μόνο ως προς την αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών. Τι σημαίνει πρακτικά αυτό;

Το σύστημα οπωσδήποτε χρειάζεται ένα δίκτυο κρατικών γιατρών, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που θα εδρεύουν σε πολυϊατρεία, κέντρα υγείας κτλ., που θα μισθοδοτούνται επαρκώς και αποκλειστικά από την πολιτεία χωρίς να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα (ώστε να αποφεύγεται η σύγκρουση οικονομικών συμφερόντων) και που θα μπορούν να εξυπηρετούν τον κάθε προσερχόμενο σε ενιαία βάση, χωρίς καμία πρόσθετη αμοιβή από τον ασθενή.

Παράλληλα με το κρατικό δίκτυο, θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής, με κανόνες ανάλογους με εκείνους των κρατικών γιατρών, με πλήρη ισοτιμία υπογραφής και ιατρικής γνώμης, με πλήρη δυνατότητα αναγραφής εξετάσεων και φαρμάκων (κατά ειδικότητα), και με μόνη διαφορά το γεγονός ότι ο ασθενής θα πληρώνει την επίσκεψη ή τις ιατρικές πράξεις που θα επιλέξει να κάνει στον ιδιώτη ιατρό.

Η ασφαλιστική κάλυψη από το ταμείο υγείας δεν καταργείται με την προσέλευση στον ιδιώτη. Θα υπάρχει επίσημος αναλυτικός κατάλογος αμοιβών κατά πράξη, με βάση τον οποίο το ταμείο θα αποζημιώνει τον ασθενή. Ο κατάλογος αναγκαστικά θα είναι ενδεικτικός και όχι δεσμευτικός για τον γιατρό, αλλά εδώ θα πρέπει να αφηθούν να λειτουργήσουν και οι νόμοι της αγοράς. Αν, π.χ., η ενδεικτική τιμή της επίσκεψης είναι 20 ευρώ κι εγώ χρεώνω 40, οι ασθενείς που θα επιλέξουν να με επισκεφθούν θα πρέπει να έχουν πεισθεί ότι η εργασία μου αξίζει το πρόσθετο κόστος (value for money), αλλιώς θα με αποφύγουν, κι εγώ σύντομα θα αναγκασθώ να αναπροσαρμόσω το τιμολόγιό μου. Σε κάθε περίπτωση, και εφόσον δεν αποζημιώνονται απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα, οι δαπάνες υγείας θα εκπίπτουν στο ακέραιο από το φορολογητέο εισόδημα. Η «πάγια μηνιαία αντιμισθία» του γιατρού, ανεξάρτητη από αριθμό εξεταζόμενων ασθενών, δεν είναι αποδεκτή ως τρόπος αμοιβής διότι, ως τελείως ανεπαρκής, σύντομα και νομοτελειακά θα οδηγήσει σε αναζήτηση ή απαίτηση πρόσθετων «μαύρων» αμοιβών.

Ας σημειώσουμε παρεμπιπτόντως ότι είναι ίσως καιρός να αναθεωρηθεί (και όχι απλώς να αντιγράφεται υπό τύπον κλωνοποίησης) ο πίνακας των ιατρικών πράξεων, ώστε να μην υπάρχουν α-

ναφορές σε εφαρμογή τεχνητού πνευμοθώρακα και πνευμοπεριτοναίου, σε σπηλαιόστομία και σε άλλες «αρχαιολογικής» αξίας θεραπευτικές και διαγνωστικές ενέργειες, που δυστυχώς εξακολουθούν να εμφανίζονται ακόμη και στην επίσημη ιστοσελίδα του ΟΠΑΔ (άραγε αν γράψω «τεχνητός πνευμοθώρακας» σε βιβλιάριο ασφαλισμένου με διάγνωση φυματίωσης θα μου τον εγκρίνουν οι ελεγκτές;). Οι αναθεωρητικές προτάσεις που έχουν υποβληθεί κατά καιρούς από τις διάφορες επιστημονικές εταιρείες μάλλον δεν έφθασαν ποτέ στον προορισμό τους, ή απλώς αγνοήθηκαν.

Τα παραπάνω αναφέρονται κατ' αρχάς στις κλινικές ειδικότητες, αλλά μπορούν να εφαρμοσθούν με τροποποιήσεις και στις εργαστηριακές. Βασικός κανόνας (που ισχύει σε όλες τις πολιτισμένες χώρες) είναι ότι ο ασθενής μπορεί να κάνει «εξετάσεις» μόνο με παραπομπή κλινικού γιατρού, ο οποίος παίρνει τα αποτελέσματα και τα ερμηνεύει μέσα στο πλαίσιο του προβλήματος για το οποίο τα έχει ζητήσει³. Στο σύστημα υγείας ορισμένες ιατρικές πράξεις και εξετάσεις «ρουτίνας» θα μπορούν να γίνονται χωρίς έγκριση (π.χ., απλές αιματολογικές εξετάσεις και ακτινογραφίες), ενώ άλλες θα απαιτούν προέγκριση βάσει αιτιολογημένης γνωμάτευσης (π.χ., εξειδικευμένες απεικονιστικές εξετάσεις). Για να γίνει αντιληπτό το σημερινό παράλογο, ας σκεφθούμε μόνο ότι η μέτρηση του χρόνου προθρομβίνης (που μπορεί να χρειάζεται να γίνεται ακόμη και κάθε μέρα μέχρι να ρυθμισθεί η αντιπηκτική αγωγή) απαιτεί την ίδια γραφειοκρατική ταλαιπωρία με την εκτέλεση μιας μαγνητικής τομογραφίας. Η εξαίρεση για ένα επείγον πρόβλημα θα κρίνεται εκ των υστέρων ως προς την επαρκή αιτιολόγησή της.

Η απόδοση του συστήματος (δημόσιου και ιδιωτικού) θα πρέπει να υπόκειται σε έλεγχο (audit) ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών και την ορθή χρήση των πόρων, και ως προς την οικονομική του απόδοση^{4,5}. Η ύπαρξη ενιαίων κανόνων άσκησης της ιατρικής μέσα στο σύστημα αυτό θα καθιστά ευκολότερη την εφαρμογή ενός τέτοιου ελέγχου και την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση συστηματικής καταδολίευσης. Ας σημειώσουμε εδώ ότι η σπατάλη δεν αποτελεί αποκλειστικό «προνόμιο» του ενός ή του άλλου χώρου, αλλά έχει να κάνει περισσότερο με τη σωστή επιστημονική κατάρτιση και δεοντολογική πρακτική των ανθρώπων που υπηρετούν είτε

εδώ είτε εκεί.

Εφόσον στο σύστημα θα εξομοιώνονται οι δυνατότητες για τους ασθενείς και οι αρμοδιότητες και δικαιοδοσίες για τους γιατρούς, είναι εύλογο ότι στην επιλογή του ενός ή του άλλου φορέα δεν θα λειτουργήσουν κριτήρια του τύπου «Ποιος γιατρός μπορεί να μας γράφει τα φάρμακα;», αλλά περισσότερο ποιοτικά, όπως επιστημονική επάρκεια, ευκολία πρόσβασης, καλή συμπεριφορά, υποδομή κτλ. Αυτού του είδους ο «ανταγωνισμός» ίσως τελικά βοηθήσει στην άνοδο του επιπέδου των υπηρεσιών και στις δυο πλευρές. Οπωσδήποτε όμως στο σύστημα θα ισχύει ο κώδικας δεοντολογίας που απαγορεύει τις αθέμιτες συναλλαγές μεταξύ ιατρών για διανομή αμοιβών, χορήγηση ποσοστών, περιττές παραπομπές ασθενών κτλ.⁶

Για να δουλέψει το σύστημα θα πρέπει να υπάρχει επαρκής ενημέρωση τόσο των λειτουργών όσο και των ασθενών για τους κανόνες πρόσβασης. Έτσι όλοι θα ξέρουν τι περιμένουν από το σύστημα και πώς θα το επιτύχουν, και δεν θα έχουν παράλογες και εξωπραγματικές (ή και παράνομες) απαιτήσεις από αυτό. Στη Βρετανία η ιατρική εκπαίδευση είναι προσανατολισμένη στο ισχύον σύστημα, ενώ όλοι οι πολίτες μαθαίνουν τους κανόνες πρόσβασης στη φροντίδα υγείας από τη μικρή τους ηλικία⁷.

Όπως είπαμε στην αρχή, ένα σύστημα υγείας δεν είναι στατικό, αλλά εξελίσσεται με τον χρόνο. Μπορεί, π.χ., στην πράξη η προσέλευση στον ιδιωτικό τομέα να είναι τόσο χαμηλή, ώστε σύντομα οι λειτουργοί του να τον εγκαταλείψουν ως μη αποδοτικό. Ενδέχεται όμως να συμβεί και το αντίστροφο. Μόνο η λειτουργία ενός συστήματος θα αποδείξει πόσο καλύπτει τις ανάγκες της κοινωνίας για την οποία σχεδιάσθηκε, και αυτή η λειτουργία θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά, με τακτική συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων και δημόσια ανακοίνωσή τους με σκοπό τη βελτίωση του συστήματος και την απόδοση των υπηρεσιών του κτλ. Και κάτι ακόμη: Όσο απλούστερα είναι κάποια πράγματα και διαδικασίες, τόσο καλύτερα εφαρμόζονται και τόσο καλύτερα αποτελέσματα έχουν.

Άφησα ως τελευταία, αλλά όχι ελάχιστη, προϋπόθεση για ένα σωστό σύστημα υγείας την απαλλαγή από ιδεολογικές αγκυλώσεις και κομματικές αντιπαραθέσεις, που μόνο κακό έχουν κάνει στην υγεία και στους ασθενείς όλα αυτά τα

χρόνια. Το σύστημα υγείας (όπως και εκείνο της εθνικής παιδείας) δεν είναι υπόθεση μιας τετραετίας ούτε μπορεί να αποτελεί «μπαλάκι» κομματικής αντισφαίρισης ή «άσσο» στο προεκλογικό μανίκι της Α ή της Β παράταξης, εντός ή εκτός ιατρικών συλλόγων. Εκτός των άλλων κακών, μια τέτοια συμπεριφορά αμαυρώνει την όλη εικόνα του ιατρικού σώματος, και βέβαια μόνο τη συμπάθεια των ασθενών δεν μπορεί να κινήσει.

Οι παραπάνω σκέψεις δεν διεκδικούν ούτε την πληρότητα ούτε το αλάθητο. Θα μπορούσε κανείς να σκεφθεί και άλλα στοιχεία που θα συμπλήρωναν ένα τέτοιο σύστημα στις λεπτομέρειές του. Στη Βρετανία το NHS γεννήθηκε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, σε εποχή που τα τρόφιμα και τα καύσιμα μοιράζονταν με το δελτίο. Η κρίση που περνάει σήμερα η Ελλάδα μας προσφέρει μια ευκαιρία να απαλλαγούμε από αδυναμίες, στρεβλώσεις και κακές συνήθειες πολλών δεκαετιών που αλλοιώνουν την εικόνα του συστήματος υγείας και κοστίζουν πανάκριβα σε όλους μας. Αν αφαιρέσουμε τις κάθε είδους παρωπίδες και θελήσουμε να στήσουμε ένα σύστημα με κύρος και διάρκεια, που να σέβεται τόσο τους ασθενείς όσο και τους λειτουργούς του, η ευκαιρία ίσως είναι μοναδική.

Υστερόγραφο. Είχα ολοκληρώσει το σημείωμα αυτό όταν δημοσιεύθηκε στην «Ελευθεροτυπία» (9/2/2011) επιστολή των τριών ιατρών-βουλευτών του κυβερνώντος κόμματος με την οποία εισηγούνται το άνοιγμα του «κλειστού επαγγέλματος» του συμβεβλημένου «συνταγογράφου» γιατρού. Μόνο θετικά μπορεί να σχολιάσει κανείς την πρόταση αυτή, που δείχνει προς τη σωστή κατεύθυνση. Ωστόσο, δεν είδα να έχει κάποια συνέχεια το θέμα.

Παραπομπές

1. Παπαγιάννης Α. Προτάσεις Υγείας. *Καθημερινή* 15/2/2011, σ. 12 (επιστολή).
2. Παπαγιάννης Α. Ενιαία ασφάλιση υγείας: μια απαραίτητη μεταρρύθμιση. *Το Βήμα*, 9/12/2008, σ. 11.
3. Παπαγιάννης Α. Η ιατρική στην υπηρεσία της τεχνολογίας. *Ιατρικά Θέματα* 2009 (55): 10-11.
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. Παραπέμποντες και ανταποδόσεις. *Ιατρικά Θέματα* 2008 (52): 20-21.
7. Παπαγιάννης Α. Εντυπώσεις από το βρετανικό NHS: όνειρο θερινής νυκτός για την ελληνική πραγματικότητα. *Ιατρικά Θέματα* 1997 (6): 6-7.