

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: η επαγγελία μιας αδύνατης μεταρρύθμισης

Ανάργυρος Μαριόλης

Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Αρεόπολης, Πρόεδρος Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής

Ιωάννης Κυριόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας (ΕΣΔΥ)

Μάιος 2015

1. Το πρόβλημα

Ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού πλέον του 14%, σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΟΣΑ δεν είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο μέρος το οποίο υπερβαίνει το 37%, εκφράζει τη θέση ότι έχει οικονομικά εμπόδια για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τα φαινόμενα αυτά είναι πλέον έντονα στους χρονίως πάσχοντες, τους ηλικιωμένους, σε αυτούς οι οποίοι ευρίσκονται στις χαμηλές βαθμίδες της κοινωνικής κλιμάκωσης και βεβαίως σε όσους έχουν απολέσει de jure την ασφαλιστική κάλυψη οι οποίοι ανέρχονται σε ποσοστό άνω του 21% ή/και ακόμη περισσότερο, όσοι δεν έχουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης του ασφαλιστικού δικαιώματος (de jure και de facto), οι οποίοι προσεγγίζουν το 30% του συνολικού πληθυσμού.

2. Τα συμπτώματα

Οι χρόνιες στρεβλώσεις, η επιβάρυνση της οικονομικής κρίσης και κυρίως οι λανθασμένες απαντήσεις για την αντιμετώπισή τους, έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της χρήσης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ως εκ τούτου τη χρονική υστέρηση ή/και ματαίωση στη λήψη ιατρικής υποστήριξης, την πλημμελή διαχείριση των χρονίων νοσημάτων και την υποκατάσταση της ανοικτής φροντίδας με υπερβάλλουσα χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης (αύξηση κατά 28% στην περίοδο 2009-2013). Κατά συνέπεια, τα φαινόμενα αυτά ευνοούν την κατασπατάληση σπανίων πόρων σε συνθήκες

δημοσιονομικής και οικονομικής δυσπραγίας και πλην της βλαπτικής επίδρασης σε όρους υγείας και υπηρεσιών υγείας έχουν σωρευτική επίπτωση στη διαδικασία απονομιμοποίησης του υγειονομικού τομέα και ευρύτερα του κοινωνικού και πολιτικού status.

3. Η διάγνωση

Οι πολιτικές υγείας στη χώρα - κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών- εστιάζονται κυρίως στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία δεσμεύει το 47% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, έναντι 31% του αντίστοιχου μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, διαφορά η οποία έχει διευρυνθεί κατά την πρόσφατη περίοδο της διεθνούς επιτήρησης. Αντιθέτως, η δαπάνη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη κυμαίνεται σε 20% της συνολικής δαπάνης, έναντι 31% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, μεγέθη τα οποία συνιστούν αποδεικτικά στοιχεία του γεγονότος ότι η ανοικτή πρωτοβάθμια φροντίδα δεν συνιστά προτεραιότητα στα πλαίσια της εθνικής πολιτικής υγείας. Η κατάσταση αυτή έχει επιδεινωθεί δεδομένου ότι η δημόσια δαπάνη έχει μειωθεί κατά 38,5% και αντίστοιχα η ιδιωτική κατά 57,5%. Η εξέλιξη αυτή έχει οδηγήσει σε κατάρρευση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ως εκ τούτου προκαλούνται φαινόμενα "αντίστροφης υποκατάστασης", με μεταφορά της ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη, κυρίως στο δημόσιο τομέα υγείας, επειδή η μείωση της προσφοράς από τις πολιτικές περιστολής των πόρων έχει προκαλέσει αύξηση των ποσοστών συνασφάλισης και των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών (χρόνου, χρήματος και διαμεσολάβησης) για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

4. Η θεραπεία

Η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων και των μέτρων πολιτικής για την οργάνωση και τη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καταμαρτυρεί την έλλειψη πολιτικής δέσμευσης και κατά συνέπεια υποστήριξης του εγχειρήματος διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας. Στον πυρήνα αυτών των φαινομένων ανευρίσκεται η κατάληψη του μηχανισμού λήψης αποφάσεων από τμήματα του συλλογικού ιατρικού μονοπωλίου, τα οποία συνδέονται με το ιατροτεχνολογικό σύμπλεγμα ελέγχου και

διαχείρισης της υψηλής (και δαπανηρής) βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας. Συνεπώς, η μετακίνηση των προτεραιοτήτων συνιστά πρωτίστως πολιτικό ζήτημα, του οποίου η αντιμετώπιση είναι προαπαιτούμενο για την προαγωγή τεχνικών διευθετήσεων, οι οποίες σε πάσα περίπτωση οφείλουν να βασίζονται στην ενεργοποίηση και χρήση του συνόλου των ανθρωπίνων και τεχνολογικών πόρων σε πλαίσιο ελεγχόμενου (από την κεντρική διοίκηση), ανταγωνισμού ώστε οι τιμές χρήματος, χρόνου και "διαμεσολάβησης" στην πρωτοβάθμια φροντίδα να κυμαίνονται σε (σχεδόν) μηδενικά ή εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα.

Η μεταφορά εξουσίας στους χρήστες δύναται να επιτευχθεί με τη δυνατότητα επιλογής και την πρόκληση ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των γιατρών- προμηθευτών. Κατά συνέπεια, η εισαγωγή τεχνικών ελεγχόμενου ανταγωνισμού στη βάση κλειστών προϋπολογισμών σε (σταθμισμένο) πληθυσμό ευθύνης μπορεί να διασφαλίσει την επίτευξη της κοινωνικής ισότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας για τον έλεγχο (α) των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία, (β) των χρονίων νοσημάτων, (γ) της διαχείρισης του ασθενούς και του νοσήματος και (δ) της πλοήγησης των χρηστών στο σύστημα υγείας.

Το οργανωτικό, διοικητικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο οφείλει να προσαρμοσθεί στην "τεχνολογία των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας" και στην αλλαγή "παραδείγματος" προς την κατεύθυνση της "Ολικής Διακήρυξης της Alma-Ata" του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη Στρατηγική Υγείας για Όλους με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη δημόσια υγεία σε μια σύγχρονη τεχνολογική και προηγμένη εκδοχή.

Στον πυρήνα αυτού του εγχειρήματος, η θέση του "γιατρού πρώτης επαφής" (κυρίως γενικός-οικογενειακός γιατρός ή γιατρός άλλης ειδικότητας σε διαδικασία job training) συνιστά κορυφαία επιλογή υπό την έννοια του "εγχειρήματος ολοκλήρωσης" της "διασπασμένης" κλινικής διαδικασίας, καθώς επίσης και τη διαχείριση της νόσου και του ασθενούς.

5. Η αποκατάσταση

Τα φαινόμενα αντιμεταρρύθμισης του υγειονομικού τομέα (διάλυση ΙΚΑ, εγκατάλειψη Κέντρων Υγείας, αποτυχία του μονοψωνιακού εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ και συγκρότηση ψευδομονοπωλίου στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δια του ΠΕΔΥ) έχουν επιφέρει μείζονα πλήγματα σε στρατηγικά σημεία των υπηρεσιών υγείας.

Η επαναφορά σε μια γραφειοκρατική, "στρατοπεδική" οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρόκειται να επιδεινώσει τα εκφυλιστικά φαινόμενα.

Η έκταση και η ένταση της κρίσης απαιτεί ένα νέο "παράδειγμα" και άλλες "εναλλακτικές" πολιτικές, οι οποίες οφείλουν να βασίζονται στα κριτήρια της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας, οι οποίες επικυρώνονται σε μια διαδικασία ευχερούς (μικρό κόστος χρόνου) και ελεύθερης (μηδενικό ή ελάχιστο κόστος χρήματος), στην οποία οι επιβαρύνσεις είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης. Πρόκειται για μια πρόταση ελευθερίας και ισότητας, η οποία υπερβαίνει τη συνήθη πολιτική ρητορική, την επαγγελία της ψευδο-ουτοπίας και επαναφέρει στην agenda της πολιτικής υγείας το πραγματικό νόημα των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία και στην κοινωνία.