

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ ΚΑΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΤΡΕΠΕΙ ΤΗ ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΠΑΥΛΟΣ Σ. ΖΟΥΜΠΟΥΛΗΣ

Η ανάγκη για στροφή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν γεννήθηκε από την αυταπόδεικτη διαπίστωση ότι όσο πιο γρήγορα αντιμετωπισθεί η αρρώστια, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες επιτυχίας της θεραπευτικής αγωγής. Η λογική αυτή καταλήγει στην αναγκαιότητα της πρόληψης που είναι η μακροπρόθεσμα περισσότερο αποδοτική πολιτική υγείας. Η διάκριση πρόληψης και περίθαλψης είναι απαραίτητη στην αφετηρία αυτού του άρθρου που έχει σκοπό να δείξει την αναγκαιότητα, απο ιατρική και οικονομική σκοπιά, να στραφεί η περίθαλψη στο πρωτοβάθμιό της σκέλος.

Η ανάγκη για στροφή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη γεννιέται στις δυτικές κοινωνίες που ανέπτυξαν στην μεταπολεμική περίοδο κρατικά συστήματα περίθαλψης με άξονα το κεντρικό νοσοκομείο. Η οικονομική ανάπτυξη τους τις μεταπολεμικές δεκαετίες επέτρεψε αυτού του τύπου τις επενδύσεις και μπορούμε σήμερα να κρίνουμε συνολικά αυτόν τον τύπο της ανάπτυξης των συστημάτων περίθαλψης.

1. Οι σύγχρονες ιατρικές κατακτήσεις αναζητούν νέες οργανωτικές δομές

Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών δεν μπορεί εύκολα να καταμετρηθεί και να εκτιμηθεί γιατί δεν είναι μια απλή τεχνική λειτουργία. Έχει μία σύνθετη διάσταση, που είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με οικονομικούς όρους και είναι συνυφασμένη με τις κοινωνικές και ηθικές αξίες που επικρατούν σε κάθε χώρα. Οι αξίες αυτές είναι εξ ορισμού αδύνατο να εκτιμηθούν και βρίσκονται σε διαρκή μετασχηματισμό. Αυτό το εξελισσόμενο σύνολο αρχών συνδέεται με τις διοικητικές μεταρρυθμίσεις και τις ισορροπίες που διαμορφώνονται από τις κοινωνικές ομάδες που δρουν στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι διαφορετικές συνιστώσες και κοινωνικές εξαρτήσεις των συστημάτων περίθαλψης εξηγούν τη μοναδικότητα και τις ιδιαιτερότητες των συστημάτων περίθαλψης των διαφόρων χωρών.

Το σύστημα περίθαλψης είναι άμεσα συνδεδεμένο με την αρρώστια επειδή βρίσκεται στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της και μετασχηματίζεται σε πεδίο υλοποίησης των ιδεολογικών αρχών που διέπουν την αντιμετώπιση της αρρώστιας. Στο σύστημα περίθαλψης η κοινωνία υφίσταται τις οικονομικές συνέπειες αυτής της πολιτικής υγείας¹.

Στις δυτικές χώρες που τα συστήματα περίθαλψης δημιουργήθηκαν για να υπερασπίσουν τις ίδιες παραδοσιακές αρχές (πάλη με την αρρώστια, τον πόνο, τον θάνατο) παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στο ύψος των κεφαλαίων που διατίθενται για αυτά αλλά και μεγάλες διαφορές στην ποσοστιαία διανομή των ποσών στο εσωτερικό του συστήματος. Σε χώρες που έχουν συγκρίσιμα προσδόκιμα επιβίωσης, υπήρχαν, στην δεκαετία του 70 σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., σημαντικές διαφορές: Η Μεγάλη Βρετανία αποδείχθηκε λιγότερο σπάταλη (750 FF/ανά κάτοικο/έτος) ενώ η Σουηδία ξεπέρασε το τριπλάσιο αυτού του ποσού. Η κατανομή των δαπανών για την υγεία σε επί μέρους τμήματα ποικίλλει επίσης σημαντικά, χωρίς να προκύπτουν αξιόλογες διαφορές στο αποτέλεσμα, δηλαδή την νοσηρότητα και την θνησιμότητα των πληθυσμών. Έτσι στην Σουηδία το 80% του προϋπολογισμού για την υγεία καταναλώνεται στις νοσοκομειακές δαπάνες ενώ οι ίδιες δαπάνες απορροφούν μόλις το 30% στο Βέλγιο².

Το φαινόμενο αυτό διαπιστώνεται και σε μικρο-οικονομικό επίπεδο. Για μία συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση η διάρκεια νοσοκομειακής περίθαλψης ποικίλλει σημαντικά, χωρίς η πολλαπλάσια σε ημερες παραμονή στο νοσοκομείο να συνεπάγεται λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές: ο αριθμός και η σοβαρότητα των επιπλοκών είναι πρακτικά ίσοι από χώρα όπου τηρείται μικρή παραμονή στο νοσοκομείο, σε χώρα που εφαρμόζει νοσοκομειακή παραμονή διπλάσιας διάρκειας, και βεβαίως πληρώνει το κόστος της. Άλλο τυπικό παράδειγμα σημαντικής διαφοράς στην διάρκεια νοσηλείας χωρίς αντίστοιχο υγειονομικό όφελος, είναι η νοσηλεία μετά τον τοκετό: χώρες που εφαρμόζουν τριπλάσια διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο από άλλες, δεν κατορθώνουν να επιδείξουν βελτίωση των δεικτών περιγεννητικής θνησιμότητας, της μητέρας ή του παιδιού³.

Η ιατρική τεχνολογία συνέδεσε την ανάπτυξή της με την εξέλιξη της σύγχρονης ιατρικής των δυτικών χωρών. Χάρη στους νέους εξοπλισμούς, η ιατρική μπορεί να επιδείξει νέα και θεαματικά επιτεύγματα. Η προσφυγή σε τεχνολογικές ιατρικές πράξεις ποικίλλει επίσης σημαντικά από χώρα σε χώρα. Πριν ακόμα αποδείξει την μακροπρόθεσμα αποτελεσματικότητά της, η χειρουργική των στεφανιαίων αγγείων εφαρμόζεται μαζικά στις Η.Π.Α αλλά πολύ λιγότερο στην Ευρώπη. Η τεχνική αυτή έγινε εφαρμόσιμη χάρη στις πολύπλοκες και πολυδάπανες εγκαταστάσεις εξωσωματικής κυκλοφορίας και δεν έχει ακόμα αποδείξει ότι βελτιώνει μακροπρόθεσμα το προσδόκιμο επιβίωσης ή την ποιότητα ζωής όλων των αρρώστων που έχουν

* Ακτινολόγος, Δρ της Ιατρικής Οικονομίας στο Πανεπιστήμιο PARIS I

υποστεί έμφραγμα ή έχουν ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων. Εξ άλλου οι διαφορετικές ιατρικές ομάδες που εργάζονται με αντικείμενο την μεταμόσχευση νεφρού σε διαφορετικές χώρες ή και στην ίδια χώρα, επιδεικνύουν συνήθως συγκρίσιμα ποσοστά επιτυχίας. Ο χρόνος νοσηλείας μετά την μεταμόσχευση ποικίλει σημαντικά, χωρίς ο διπλάσιος χρόνος να συνεπάγεται καλύτερη πρόληψη της απόρριψης του μεταμοσχευμένου οργάνου.

Όσον αφορά το πρόβλημα της επιλογής θεραπευτικής αγωγής στον χρόνιο νεφροπαθή, μεταξύ της εξωσωματικής κάθαρσης (τεχνητός νεφρός) και της μεταμόσχευσης, μένει πάντοτε εκκρεμές γιατί είναι δύσκολο να συνεκτιμηθούν οι ηθικές, ψυχολογικές, ιατρικές και οικονομικές προεκτάσεις της μιάς και της άλλης θεραπευτικής λύσης.

Η παράθεση των παραδειγμάτων αυτών δείχνει τις σημαντικές διαφορές στους προϋπολογισμούς υγείας των δυτικών χωρών, στον καταμερισμό τους στο εσωτερικό του συστήματος περίθαλψης και στην χρησιμοποίηση του από τα νοσοκομεία και τους γιατρούς. Η ιστορία των θεσμών, και των αντιπαράθεσεων μεταξύ των κοινωνικών ομάδων που εμπλέκονται στο σύστημα περίθαλψης, έχουν άμεσες προεκτάσεις στις δαπάνες για την υγεία και την οργάνωση του συστήματος. Σε αυτό το κοινωνιολογικό υπόβαθρο σχηματίζονται οι έννοιες –κοινές για τις δυτικές χώρες– της ποιότητας υπηρεσιών υγείας που οι πολιτικοί καλούνται να σεβαστούν. Μία άλλη ιδέα που καθορίζει τις επιλογές είναι η ισότητα στην παροχή περίθαλψης, που επίσης γίνεται, θεωρητικά τουλάχιστον, ομόφωνα δεκτή.

2. Το νοσοκομείο επιστέγασμα ενός τύπου ανάπτυξης

Παρ' όλες τις επι μέρους τεχνικές ή μεθοδολογικές διαφορές που αναφέρθηκαν τα δυτικά κράτη συγκέντρωσαν την προσοχή τους, και τις κρατικές επενδύσεις για τη δημόσια υγεία, σε ένα νοσοκομειοκεντρικό πρότυπο ανάπτυξης που ήταν ο κοινός παρανομαστής των προσπαθειών για την βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης τις μεταπολεμικές δεκαετίες. Η ιατρική αποτελεσματικότητα αυτού του τύπου ανάπτυξης τίθεται σε αμφισβήτηση όταν οι κρατικοί φορείς διαπιστώνουν την στασιμότητα των δεικτών υγείας των πληθυσμών, παρ' όλες τις θεαματικές νοσοκομειακές επενδύσεις.⁴

Το νοσοκομειακό κρεβάτι θεωρήθηκε το επίκεντρο της υγειονομικής προσπάθειας και γύρω του συγκεντρώθηκαν γιατροί και μηχανήματα, εστιάζοντας το ενδιαφέρον τους στον οριζοντιωμένο άρρωστο. Γύρω του συγκεντρώθηκε, με την αμέριστη συμπαράσταση των κυβερνήσεων και την συναίνεση του κοινού, μεγάλος αριθμός επαγγελματιών υγείας που εκπαιδεύτηκε και ανδρώθηκε στην νοσοκομειακή λογική. Γύρω από το ίδιο νοσοκομειακό κρεβάτι συγκεντρώθηκαν πολλά διαγνωστικά και θεραπευτικά μηχανήματα που έδρασαν στην ήδη προχωρημένη αρρώστια και πέτυχαν ένα βαθμό αποκατάστασης. Η εύνοια που παρατηρήθηκε στην διόγκωση των νοσοκομειακών μονάδων και στον εξοπλισμό τους στηρίχθηκε στην βεβαιότητα της αύξησης της αποδοτικότητάς τους και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ανάλογα συμπεράσματα απορρέουν εξάλλου από άλλους τομείς οικονομικής δραστηριότητας, όπου η αύξηση του μεγέθους των μονάδων παραγωγής και ο τεχνολογικός εξοπλισμός αυξάνουν κατά κανόνα την απόδοση. Οι κρατικές υπηρεσίες των Δυτικών Χωρών θεώρησαν ότι αυτός ο γενικός κανόνας μπορούσε να εφαρμοσθεί και στον τομέα της υγείας. Η απαίτηση των πολιτών για νοσηλεία καλής ποιότητας, τα επαγγελματικά κίνητρα των γιατρών, και οι περισσότερο πολύπλοκες ανάγκες της βιομηχανικής κοινωνίας που αναζητά αγορές για τα τεχνολογικά της προϊόντα, ενθάρρυναν αυτή την νοσοκομειοκεντρική ανάπτυξη που θεωρήθηκε φυσιολογική πρόοδος. Η ιατρική έγινε πράγματι συ-

γκεντρωτική και τεχνοκρατική: Κάθε ιατρική ειδικότητα έχει έδρα της το νοσοκομείο και εξοπλίζεται διαρκώς με νέα εργαλεία. Συγκέντρωση στο νοσοκομείο και τεχνολογική ανάπτυξη είναι αλληλένδετα χαρακτηριστικά της σύγχρονης ιατρικής.

3. Το νοσοκομείο διαψεύδει τις ελπίδες

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος περίθαλψης εξαρτάται από τις δομές και την ενεργοποίηση των εργαζομένων στο χώρο αυτό που εξασφαλίζουν την λειτουργία του και πραγματοποιούν τις όποιες μεταρρυθμίσεις.

Σ' αυτή την περίοδο ελεύθερης ανάπτυξης το νοσοκομείο και η τεχνολογία του απογοήτευσαν τις ελπίδες που τους είχαν εναποτεθεί. Είναι αναμφίβολο ότι πέτυχε σημαντική βελτίωση της ασφάλειας και της άνεσης στην νοσηλεία, χάρη στο προσαρμοσμένο στις ανάγκες εξοπλισμό, αλλά το σύγχρονο νοσοκομείο δεν απέδειξε την τελική του αποτελεσματικότητα που θα μπορούσε να μετρηθεί με μείωση της νοσηρότητας ή της θνησιμότητας, τουλάχιστον από τις κυριώτερες σύγχρονες αρρώστιες.

Οι εκφυλιστικές ασθένειες των οστών και των αρθρώσεων, οι χρόνιες βλάβες των αγγείων και της καρδιάς, με συχνότερες αιτίες τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπέρταση, τα νεοπλάσματα, οι χρόνιες αναπνευστικές βλάβες, ήταν οι κύριες αιτίες που οδήγησαν μεγάλες ομάδες πληθυσμού στο νοσοκομειακό κρεβάτι για αποκατάσταση της βλάβης. Χάρη στις θεαματικές προόδους της διαγνωστικής τεχνολογίας, (την υπερηχογραφία, την αξονική τομογραφία, τον μαγνητικό συντονισμό, την ψηφιακή ακτινολογία, την ενδοσκόπηση, τα μονοκλωνικά αντισώματα...) μπορούμε τώρα να αποκαλύπτουμε ακόμα και πολύ μικρές βλάβες σε όλα σχεδόν τα όργανα του σώματος. Δεν υπάρχουν όμως αντίστοιχα θεραπευτικά οφέλη, τουλάχιστον για τις συχνότερες εκφυλιστικές αρρώστιες. Επειδή το υπάρχον νοσοκομειακό σύστημα δεν μπορεί να δράσει στις αιτίες των νόσων αυτών για να παρέμβει έγκαιρα, αρκείται να δρά με θεαματικά μέσα αλλά συχνά χωρίς τελική αποτελεσματικότητα. Όταν ο άρρωστος φθάσει στο νοσοκομείο, η ασθένειά του έχει πια προχωρήσει. Σ' αυτό το στάδιο τα νοσοκομειακά τεχνολογικά μέσα μπορούν να διαπιστώσουν την βλάβη, αλλά σπάνια μπορούν να την αποκαταστήσουν.

4. Το νοσοκομείο κοστίζει

Οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και ο βαρύς εξοπλισμός τους στοιχίζουν. Η ιατρική τεχνολογία είναι Capital and Labor Intensive και προκάλεσε, φυσιολογικά, κατακόρυφη αύξηση των δαπανών περίθαλψης. Το νοσοκομείο και ο εξοπλισμός του απαιτούν, εκτός από την αρχική επένδυση, την συντήρηση και το κόστος λειτουργίας, εξειδικευμένο και πολυάριθμο προσωπικό και αυτό εξηγεί την αύξηση του κόστους της κάθε ιατρικής πράξης. Οι μεγάλες αυτές μονάδες είναι εξάλλου ικανές να πραγματοποιούν ανεξέλεγκτα μεγάλο αριθμό πράξεων. Προκύπτει τελικά για τον προϋπολογισμό ένας μεγάλος αριθμός ακριβών ιατρικών πράξεων.

Στη δεκαετία του 80 η οικονομική συγκυρία έχει πια αντιστραφεί και επιβάλλονται περιορισμοί στις δαπάνες περίθαλψης. Παράλληλα δυο άλλα κοινωνικά φαινόμενα επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων:

— Η γήρανση του πληθυσμού που καθιστά στατιστικά συχνότερες τις εκφυλιστικές νόσους που αναφέρθηκαν.

— Η ενθάρρυνση για προσφυγή στο νοσοκομείο για κάθε πρόβλημα υγείας, που άλλοτε δεν είχε την ανάγκη του. Από την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, η θεαματική αύξηση του αριθμού των γιατρών, που είναι πρόθυμοι να πολλαπλασιάσουν την δραστηριότητά τους, ενθαρρύνει επίσης την εξάρτηση του πολίτη από το σύστημα περίθαλψης.⁵

Η διαπιστωμένη αναποτελεσματικότητα του νοσοκομειοκεντρικού τύπου ανάπτυξης και η κατακόρυφη αύξηση των δαπανών, που συνδέονται με τον βαρύ εξοπλισμό του νοσοκομείου και την λειτουργία του, επιβάλλουν την στρατηγική στροφή σε περίθαλψη μακριά από το νοσοκομείο.

5. Αποκέντρωση της περίθαλψης: ιατρικά και οικονομικά επιχειρήματα

Το ζητούμενο για ένα σύστημα περίθαλψης είναι η πραγματοποίηση των κατάλληλων ιατρικών πράξεων την κατάλληλη στιγμή για να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ιατρική αποτελεσματικότητα, χωρίς κίνδυνο για τον ασθενή και με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Είναι εύκολα κατανοητή η θέληση του πολίτη να διαθέτει προσιτές υπηρεσίες περίθαλψης κοντά στον τόπο κατοικίας του και είναι γνωστή η απέχθειά του για το απρόσωπο, συχνά απάνθρωπο, και αναγκαστικά μακρινό νοσοκομείο. Εκτός από τους ανθρωπιστικούς λόγους, ιατρικές και οικονομικές συνιστώσες επιβάλλουν την λογική της αποκεντρωμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η αποκεντρωμένη περίθαλψη, που μπορεί να επεκταθεί και στο σπίτι του αρρώστου, επιτρέπει την σύνδεση του περιβάλλοντος του αρρώστου με το πρόβλημα υγείας και την πραγματική κινητοποίηση των οικείων του που είναι συχνά πιο προσαρμοσμένη και περισσότερο αποτελεσματική από την νοσηλευτική κάλυψη που προσφέρουν τα παραϊατρικά επαγγέλματα στα νοσοκομεία.

Η προφανής προληπτική λειτουργία, που μπορούν να έχουν οι φορείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν θα αναφερθεί στα πλαίσια αυτού του άρθρου.

Είναι όμως δυνατόν να παραχθούν ιατρικές πράξεις καλής ποσότητας έξω από το νοσοκομείο; Πολλές αρρώστιες, όταν γίνουν έγκαιρα αντιληπτές και αντιμετωπισθούν κατάλληλα, μπορούν πράγματι να αντιμετωπισθούν στο σπίτι του αρρώστου ή στο ιατρείο, ή σε μικρή περιφερειακή μονάδα περίθαλψης με στοιχειώδη εξοπλισμό.

Πολλές διαγνωστικές εξετάσεις, που αποκαλύπτουν την εστία της αρρώστιας και άρα επιτρέπουν την θεραπεία της, μπορούν να γίνουν αποκεντρωμένα. Είναι άλλωστε γνωστό ότι αυτές οι διαγνωστικές εξετάσεις επιμηκύνουν παράλογα τον χρόνο νοσηλείας και επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Εκτός από τις διαπιστώσεις αυτές, που ίσχυαν πάντοτε, νέα δεδομένα επιτρέπουν την διεύρυνση των δραστηριοτήτων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ιατρική τεχνολογία εξόπλισε το νοσοκομείο με βαριά μηχανήματα, αλλά στον αντίποδα παράγονται όλο και περισσότερο «ελαφρά» μηχανήματα που δεν υπολείπονται σε αποτελεσματικότητα. Χάρη στη σύγχρονη ελαφρά τεχνολογία ένας γιατρός γίνεται αυτόκλητος στην διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση μεγάλης ομάδας συχνών ασθενειών.⁶

Πράγματι η διαγνωστική του προσπάθεια διευκολύνεται πολύ γιατί μπορεί να διαθέτει ένα μικρό κινητό μικροβιολογικό εργαστήριο με τα απαραίτητα υλικά στιγμιαίας χρήσης. Μια απλή εμβάπτιση αντιδραστηρίων αρκεί σήμερα για να απαντήσει στα ερωτήματα σειράς βιοχημικών και μικροβιολογικών αναλύσεων. Αν ο γιατρός κρίνει ότι χρειάζεται απεικονιστική εξέταση για να συμπληρώσει την κλινική εικόνα της αρρώστιας, ένας μικρός υπερηχογράφος, προϊόν της απεικονιστικής ακουστικής τεχνολογίας, μπορεί να γίνει η προέκταση του χεριού του, μπορεί να δει τα περισσότερα εσωτερικά όργανα και να διαπιστώσει την αιτία της διαταραχής. Ένα στοιχειώδες ενδοσκόπιο, προϊόν της ινο-οπτικής (Fiber-Optics) τεχνολογίας μπορεί επίσης να προεκτείνει το ιατρικό βλέμμα στις κοιλότητες του σώματος και να ανακαλύψει την βλάβη. Τα διαγνωστικά αυτά εργαλεία μπορούν να είναι φορητά, ή, αν απαιτούνται

λεπτομερέστερες πληροφορίες, μπορούν να είναι εγκατεστημένα σε μικρές περιφερειακές μονάδες.

Διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις μπορούν να γίνουν περισσότερες και πληρέστερες αν ο γιατρός πλαισιώνεται από μικρή ομάδα άλλων επαγγελματιών υγείας (νοσοκόμος, φυσιοθεραπευτής, μαία).

Όλες σχεδόν οι ειδικότητες προσφέρονται ιδιαίτερα για παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης: παθολογία, παιδιατρική, καρδιολογία, ογκολογία, αιματολογία, γυναικολογία, μαιευτική, ενδοκρινολογία, ωτορινολαρυγγολογία, γηριατρική... Ο γιατρός εξοπλισμένος με τα κατάλληλα εργαλεία που του έχει προμηθεύσει η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία, μπορεί να είναι αποτελεσματικός και δεν έχει ανάγκη την προστασία των τοίχων του νοσοκομείου, ούτε τον βαρύ και πολυδάπανο εξοπλισμό του. Το ζητούμενο βέβαια μένει η πληρότητα στην εκπαίδευσή του γιατί η τεχνολογία που θα χρησιμοποιήσει απαιτεί ιδιαίτερη γνωστική επένδυση.

Η εξωνοσοκομειακή εξάσκηση της ιατρικής μπορεί να πάρει πολλές μορφές: περίθαλψη στο σπίτι, λειτουργία εξωτερικών ιατρείων, περιοδική παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, νοσοκομείο ημέρας με ολιγόωρη μόνο νοσηλεία. Η προσφυγή στο νοσοκομειακό κρεβάτι θα μείνει η τελική απόφαση του γιατρού αν κρίνει πως η κατάσταση δεν επιτρέπει εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή αν έχει εξαντλήσει τα μέσα που διαθέτει.

Εμπειρίες άλλων χωρών που ενεθάρρυναν θεσμούς εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αποδεικνύουν τις δυνατότητές της.

Η Αμερικανική Εταιρεία Χειρουργικής έχει αποδείξει ότι 40% των εγχειρήσεων δεν απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη. Η Εταιρεία αυτή επέδρασε 700.000 επεμβάσεις που έγιναν έξω από το νοσοκομειακό χειρουργείο και καταμέτρησε ανάλογη ελάττωση στα έξοδα.

Στη Μεγάλη Βρετανία μια εργασία παρουσιάζει συγκριτικά τα αποτελέσματα θεραπευτικής αγωγής εμφράγματος του μυοκαρδίου στο νοσοκομείο και το σπίτι. Οι δυο ομάδες ήταν στατιστικά συγκρίσιμες από την άποψη της ηλικίας, των προηγούμενων καρδιακών επεισοδίων και των άλλων προδιαθετικών παραγόντων. Μετά ένα μήνα η ομάδα που θεραπεύτηκε κατ' οίκον παρουσίασε θνησιμότητα 12% ενώ η ομάδα που θεραπεύτηκε στο νοσοκομείο 14%. Μετά 330 ημέρες η θνησιμότητα έγινε αντίστοιχα 20 και 27%. Η εργασία καταλήγει ότι η διάγνωση και θεραπεία του μη επιλεγόμενου εμφράγματος είναι προτιμητέο να γίνει στο σπίτι από τον γενικό γιατρό, εφόσον είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος και διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό. Ανάλογες τεκμηριωμένες απόψεις καταρρίπτουν τις καθιερωμένες ιδέες που επέβαλαν την εισαγωγή κάθε αρρώστου με έμφραγμα σε μονάδα εντατικής θεραπείας.⁷

Στον Καναδά ένα ερευνητικό πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας απέδειξε ότι 35% των επεμβάσεων που γίνονται στα νοσοκομεία μπορούν να γίνουν σε χειρουργείο μιας ημέρας, όπου ο ασθενής μένει στο νοσοκομείο λίγες ώρες, καταργώντας ουσιαστικά την προ-εγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλεία. Το 1980 υπήρχαν στο Quebec 66 «εξωτερικά» χειρουργεία αυτού του τύπου. Η πρωτοβουλία αυτή απέφερε οικονομία 10.000 ημερών νοσηλείας σε ένα χρόνο. Στον κατάλογο των επεμβάσεων αυτών των χειρουργείων υπάρχουν καθητηριασμοί καρδιάς, αποξέσεις μήτρας, και διάφορες ενδοσκοπήσεις με βιοψία.⁸

Στη Γαλλία αρχίζει να εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία και σχεδιάζονται οι τρόποι χρηματοδότησής της από τον Κρατικό Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης. Σε ένα δοκιμαστικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε σε μικρή επαρχιακή πόλη παρατηρήθηκαν:

— Κατά 34% αποσυμφόρηση των κρεβατιών των νοσοκομείων «μακράς νοσηλείας». Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που συνήθως καταλαμβάνουν αυτά τα κρεβάτια, μπόρεσαν, κατά το ποσοστό που αναφέρθηκε, να επιστρέψουν στο σπίτι τους, όπου υ-

πήρχε νοσηλευτική υποστήριξη.

— 4% μείωση των ημερών νοσηλείας σε κρεβάτια ειδικοτήτων.

— 20% μείωση των ημερών νοσηλείας σε κρεβάτια γενικής ιατρικής.

— 33% μείωση των ημερών νοσηλείας των κατάκοιτων αρρώστων με νοσηλευτική υποστήριξη στο σπίτι εφ' όσον οι οικείοι δεν μπορούσαν να προσφέρουν αυτή την κάλυψη.⁹

6. Η Ελληνική εκδοχή.

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο νέος καταμερισμός δραστηριότητας μεταξύ των ενδο-και έξω νοσοκομειακών μονάδων περίθαλψης έχει επηρεάσει τον σχεδιασμό του Ε.Σ.Υ. Το νοσοκομειοκεντρικό πρότυπο επικυρώνεται από πρόσφατες επιλογές και την ομόφωνη προτροπή για αύξηση του αριθμού των κρεβατιών. Η έμφαση που δίνεται στην στελέχωση των νοσοκομείων με το θεσμό του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, επικυρώνει αυτή την κατεύθυνση. Η κριτική στην σύσταση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας σαν μονάδων περίθαλψης στην περιφέρεια δεν μπορεί να γίνει στα πλαίσια αυτού του άρθρου. Δυο επισημάνσεις μπορούν πάντως να επιχειρηθούν:

— Το Κέντρο Υγείας όπως σχεδιάστηκε εξοπλίστηκε και στελεχώθηκε κινδυνεύει να δράσει μόνο σαν σταθμός διακίνησης αρρώστων προς το κεντρικό νοσοκομείο.

— Η θεαματική αύξηση κρεβατιών που υπολειπόμενα δεν μπορεί παρά να αυξήσει το κόστος περίθαλψης χωρίς αντίστοιχα οφέλη στην υγεία του πληθυσμού.

Επιλεγόμενα

Η τελική αποτελεσματικότητα της ιατρικής δραστηριότητας πρέπει να γίνει ο άξονας και η επιδίωξη του συστήματος περίθαλψης. Το σύγχρονο μεγάλο νοσοκομειακό κέντρο που υπηρετεί την θεραπευτική ιατρική έχει αποδειχθεί αναποτελεσματικό για τις περισσότερες σύγχρονες αρρώστιες και πρέπει να εγκαταληφθεί σαν πρότυπο ανάπτυξης. Ιδιαίτερα τώρα που η ιατρική τεχνολογία επιτρέπει την τέλεση αποτελεσματικών πράξεων χωρίς νοσοκομειακή υποδομή.

Η οικονομική διάσταση της ιατρικής δραστηριότητας γίνεται απειλητική για τις δυτικές κοινωνίες, ιδιαίτερα όταν δεν εξασφαλίζεται η αποδοτικότητα των επενδύσεων και δεν επιτυγχάνεται βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η εφαρμογή του συνολικού κράτους πρόνοιας και του πλήρους κρατικού συστήματος περίθαλψης, θα εμποδιστεί από τον οικονομικό παράγοντα.

Η στροφή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη προκύπτει σαν οικονομική αναγκαιότητα και η ιατρική τεχνολογία δίνει τα μέσα για αποκεντρωμένες ιατρικές πράξεις καλής ποιότητας που μπορούν να είναι αποτελεσματικές χωρίς την προσφυγή στο βαρύ και ακριβό νοσοκομειακό εξοπλισμό. Η κινητοποίηση σ' αυτή την κατεύθυνση μπορεί να χρησιμοποιήσει και τον ιδιώτη γιατρό που μπορεί σήμερα να δρα σαν μονάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και να προσφέρει προληπτικό έργο, εφ' όσον βέβαια διαθέτει την ανάλογη παιδεία και τον κατάλληλο εξοπλισμό. Η λειτουργική σύνδεσή του με το Κέντρο Υγείας ή το περιφερειακό νοσοκομείο θα αποδώσει με τον διαχωρισμό και την ανάληψη της ευθύνης του περιστατικού που μπορεί να νοσηλευθεί εκτός νοσοκομείου από εκείνο που επιβάλλεται να εισαχθεί.

Καμιά κοινωνία δεν μπορεί σήμερα να πληρώνει την πολυτέλεια δύο παράλληλων συστημάτων περίθαλψης, του δημόσιου και του ιδιωτικού. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να γίνει αφορμή και αφετηρία σύνδεσης και συντονισμού του δημόσιου και του ιδιωτικού φορέα, με την εποπτεία του πρώτου, που σίγουρα θα είναι αποδοτικότερη λύση από την αντιπαράθεσή τους.

Στο τέλος αυτού του αιώνα το κρεβάτι του νοσοκομείου πρέπει να πάψει να αποτελεί το επίκεντρο του συστήματος περίθαλψης. Ίσως στην αρχή της επόμενης χιλιετηρίδας, όταν αναπτυχθεί η προληπτική ιατρική και αποδώσει, τα ιατρικά επαγγέλματα θα πάνε, με τη σειρά τους, να αποτελούν το επίκεντρο του μελλοντικού συστήματος διαφύλαξης της υγείας.

Βιβλιογραφία

1. KERVASDOUE J. DE KIMBERLY J. (1977) Are organizations culture free? The case of hospital innovations in the U. S. and France. Communication in «Cross cultural studies on organizational functioning». Honolulu, Hawai.
2. KLARMAN H E (1974) Application of cost-benefit analysis to health services and technological innovation. Intern. J. of Health Services, 2.
3. COCHRANE A L (1977) L' inflation medicale, Galilee ed, Paris.
4. STEUDLER F (1974) L' hopital en observation, Armand Colin ed, Paris.
5. STEPHAN J C (1978) Economie et Pouvoir Medical, Economica ed, Paris
6. FARKEAU M., GREFFE X. (1981). Le devenir des politiques de santé: la rationalité économique à l' épreuve de la technologie médicale. Communication, Paris.
7. MATHER H G and MORGAN D C (1976) Myocardial infarctus: Comparison of home and hospital treatment. Br. Med. J. 1, 925.
8. FAGES C et SEVAL L (1981) Les substituts à l' hospitalisation traditionnelle au Québec. Rapport de mission.
9. LE GARREC Y, AMAYEN M (1986). Le service de soins a domicile de l' hôpital de Loches. Après - demain, 280, 32.

Η ΥΓΕΙΑ
ΟΙΚΟΛΟΓΙΑ

ΣΤΟ ΤΕΥΧΟΣ 27, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1986

ΠΑΛΑΙΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

- Μιχάλης Δερμιτζάκης και P.Y. Sondaar: Προϊστορικές μορφές ζωής στη Μεσόγειο.

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΙ

- Αχιλλέας Φακατσέλης: Ο σοβιετικός πόλεμος των άστρων.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

- Πάνος Πλαγιαννάκος: Σκάνδαλα και δημόσιος τομέας.

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

- T.E.E. Κεντρικής Μακεδονίας: Η Θεσσαλονίκη πίσω από τη βιτρίνα.

ΧΑΛΚΗ

- Μανόλης Κούκιος: Δράμα σε τρεις πράξεις
- Γιώργος Ράλλης: Απολογισμός της Χάλκης

ΟΙΚΟΓΕΩΓΡΑΦΙΑ

- Μιχάλης Μοδινός: Οι Μάγια Λακαντόν

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

- Ηλίας Ευθυμίουπουλος: Η Ευρώπη των μεγάλων ταχυτήτων

ΕΝΕΡΓΕΙΑ

- Κώστας Καρατζόγλου, Ηλίας Ευθυμίουπουλος: Οι ανημοκινήτες του Λασαθίου.

ΔΑΣΗ

- Γιώργος Ευτυχίδης: Οι ελεγχόμενες πυρκαγιές

Ο ΠΟΛΙΤ(Ο)ΙΚΟΛΟΓΟΣ

- Ο νεκρός του Σταθμού Λαρίσης
- Οικολογία: Πολιτική ή επιστήμη

ΚΟΙΝΩΝΙΑ

- Μιχάλης Μοδινός: Το σεξ από τηλέφωνα

Μαυρομιχάλη 39, Αθήνα 106 80, τηλ. 36.19.837

