

Διαχειριστικά και Οικονομικά Προβλήματα στη φροντίδα της υγείας από τη γήρανση του πληθυσμού

του Γιάννη Κυριόπουλου

Χαίρομαι που μου δόθηκε η ευκαιρία να έχω μια συζήτηση μαζί σας, σε θέματα τα οποία παραμένουν σε προτεραιότητα, απασχολούν τη δημόσια γνώμη, αλλά αποτελούν και στοιχείο της κοινωνικής προβληματικής και της συζήτησης και στον επιστημονικό χώρο αλλά και σε ευρέα τμήματα του πληθυσμού.

Εισαγωγικά, θα μου επιτρέψετε να πω ότι είχα την τύχη να γνωρίσω την αείμνηστη Εφη Γεωργιάδη και να συνεργαστώ μαζί της. Από το βιογραφικό της φαίνεται ότι πριν από 15-20 χρόνια εισηγήθηκε, εμπνεύσθηκε και εργάστηκε μαζί με άλλους για πράγματα που σήμερα ακόμη θεωρούνται καινοτομικά. Κυρίως όμως, αυτό το οποίο με εντυπωσίασε στην αείμνηστη Έφη Γεωργιάδη ήταν το πείσμα της και η ανέκκλητη εμμονή της σε ορισμένες σταθερές αρχές και στην αυτοεκτίμηση και αξιοπρέπεια για τη δουλειά της. Της δόθηκε η δυνατότητα, στις αρχές της δεκαετίας του 80, να προαγάγει ορισμένα πράγματα. Θυμάμαι με πόση αξιοπρέπεια, μετά από μερικά χρόνια, αντιμετώπισε την απόπειρα όχι απλά επιστημονικής ή πολιτικής αμφισβήτησης του έργου που έκανε, αλλά της ίδιας της θέσης της ως διοικητικού υπεύθυνου για τις πολιτικές υγείας και πρόνοιας στην τρίτη ηλικία, τις οποίες η ίδια είχε εμπνευστεί. Αντί για τον έπαινο του δήμου, εισέπραξε την άρνηση των συναδέλφων της. Το αντιμετώπισε με αξιοπρέπεια.

Αυτό το οποίο ήθελα να υπογραμμίσω είναι το αίσθη-

μα ευθύνης, το πάθος, η αξιοπρέπεια, η έμπνευση, ο νεωτερισμός και η καινοτομία στη σκέψη της σχετικά με τα θέματα αυτά. Αφιερώθηκε στην τρίτη ηλικία, στην υποστήριξη των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας, και της αξίζει κάθε τιμή και αναγνώριση από τους συναδέλφους.

Το θέμα το οποίο συνοπτικά θα διαπραγματευτώ είναι τα διαχειριστικά και οικονομικά προβλήματα στη φροντίδα υγείας από τη γήρανση του πληθυσμού. Έχει βεβαιωθεί ότι η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται κυρίως στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, στην κοινωνική οικονομική και πολιτισμική ανάπτυξη. Δευτερευόντως και οριακώς έχει συμβάλει και η κλινική ιατρική, κατά 90%, στη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Αντιθέτως, αυτό το οποίο αποκαλούμε γενικά κοινωνική ανάπτυξη έχει συμβάλει σημαντικά, και πριν από τις θαυμάσιες εξελίξεις στη βιοϊατρική και φαρμακευτική τεχνολογία, είχαν τεθεί οι βάσεις για τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και από τα μέτρα δημόσιας υγείας, υγιεινής, αλλά κυρίως από τη βελτίωση του πολιτισμικού επιπέδου, της επένδυσης σε έτη εκπαίδευσης του πληθυσμού.

Βεβαίως και άλλοι παράγοντες, μικρότερης σημασίας, έχουν συμβάλει σ' αυτό το φαινόμενο, το οποίο, τις τελευταίες 10ετίες, αποτελεί υψηλή φροντίδα, εφιάλτη εντός εισαγωγικών, για τις κυβερνήσεις, τους διεθνείς οργανισμούς και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι βλέπουν το θέμα από μία ορισμένη δημοσιονομική

λογιστική πλευρά. Εγώ θα υπερασπιστώ τις επιστήμες των οικονομικών και όχι τις τεχνικές των λογιστικών.

Είναι αλήθεια σήμερα ότι από τα δεδομένα του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, το 14% με 15% του πληθυσμού που αποτελεί την τρίτη και τέταρτη ηλικία καταναλώνει περισσότερο από 50% στις δυτικές βιομηχανικές χώρες των συνολικά παραγόμενων φροντίδων υγείας. Δηλαδή, τα μισά χρήματα που διαθέτουμε για την υγεία στη χώρα μας, και τα οποία προσεγγίζουν τα 2,5 τρις., είναι φροντίδα περίπου για την τρίτη ηλικία και μικρές ομάδες χρονίως πασχόντων. Δεν αποτελεί υπερβολή η ρήση μερικών κλινικών γιατρών οι οποίοι λέγουν ότι το 90% της δαπάνης για την υγεία, αυτό που μας αναλογεί από τον εθνικό πλούτο, το ξοδεύουμε σαν άτομα τους τελευταίους μήνες της ζωής μας. Συνοπτικά και σε αδρές γραμμές, φαίνεται από τα διαθέσιμα στοιχεία ότι οι ηλικιωμένοι καταναλώνουν 6 με 8 φορές περισσότερο υπηρεσίες κατά κεφαλή από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αυτό είναι μία αναπόφευκτη εξέλιξη, είναι μια οδυνηρή κατάληξη για τα δημόσια οικονομικά και τα οικονομικά της υγείας, είναι μία κατάληξη η οποία στερεί πόρους ενδεχομένως από άλλες προτεραιότητες της πολιτικής για την υγεία; Αυτά τα ερωτήματα έχουν τεθεί στη διεθνή επιστημονική κοινότητα και έχουν εγείρει όχι μόνο μια προβληματική και μια αντιπαράθεση μεταξύ των επιστημόνων για το πού τοποθετούμε, πού επενδύουμε, τους σπάνιους πόρους για την υγεία, αλλά έχουν εγείρει και μείζονα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Προβλήματα, τα οποία οι κλινικοί γιατροί δεν είναι σε θέση να απαντήσουν, αν έχουνε περιορισμένες δυνατότητες πού να τοποθετήσουν τα χρήματα, για τη σωτηρία ενός παιδιού, ενός νέου ή ενός ηλικιωμένου.

Θα έλεγε κανείς ότι η εξέλιξη αυτή συμβαδίζει και επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο με την επικράτηση στο επιδημιολογικό νοσολογικό πρότυπο των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων. Νεοπλάσματα, ισχαιμική καρδιοπάθεια, νοσήματα αγγείων του εγγεφάλου και άλλα εκφυλιστικά νοσήματα, είναι το κυρίαρχο πρότυπο στην επιδημιολογία, στο νοσολογικό πρότυπο του δυτικού βιομηχανικού κόσμου. Είναι το δίδυμο της γήρανσης του πληθυσμού. Δεν μπορεί το ένα να υπάρξει χωρίς το άλλο. Γιατί αυτά τα νοσήματα έχουνε μακρό χρόνο επώασης, και για να εμφανιστούν χρειάζονται μεγάλες ηλικίες. Σε αντίθεση με το παραδοσιακό, ξεπερασμένο πια, πρότυπο, το οποίο αφορούσε κυρίως στερητικά σύνδρομα ή λοιμώδη νοσήματα, τα οποία είχανε μικρό χρόνο επώασης, μικρή διάρκεια, φτηνή τεχνολογία αντιμετώπισης.

Ένα τρίτο στοιχείο το οποίο επιβαρύνει την κατάσταση είναι η συντριπτική και ταχύτατη διάλυση, στη χώρα μας τουλάχιστον, της κλασικής, παραδοσιακής, εκτεταμένης οικογένειας, η οποία, με ίδια παραγωγή ποιοτικών και φτηνών οικιακών φροντίδων για την υγεία, μετέθεσε, με την εξέλιξή της σε πυρηνική στενή οικογένεια, μεγάλο μέρος του βάρους της φροντίδας των ηλικιωμένων στο υγειονομικό σύστημα, μέσα από τις διαδικασίες ιατροποίησης. Πολλά από τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας

που σήμερα θεωρούνται ιατρικά δεν είναι ιατρικά, είναι προβλήματα τα οποία συμβαδίζουν με την ηλικία. Η ιατροποίηση τους δεν υπηρετεί μόνο τα συμφέροντα ενός στρώματος επαγγελματικού, αλλά διαστρέφει και σε μεγάλο βαθμό το επιστημολογικό πρότυπο της ιατρικής, όχι μόνο όσον αφορά την τρίτη ηλικία, αλλά όσον αφορά, γενικότερα, την αντιμετώπιση της αρρώστιας. Σήμερα γνωρίζουμε ότι πάρα πολύ μεγάλες επενδύσεις γίνονται για προβλήματα υγείας τα οποία δεν θάπρεπε να αποτελούν προτεραιότητες. Η προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων είναι πολύ μικρή σε σχέση με άλλες περιοχές στις οποίες επικρατεί φτώχεια. Το χαρακτηριστικό της σύγχρονης βιομηχανίας ιατρικής περίθαλψης είναι η πολύ μεγάλη σπατάλη, ακραίος δηλαδή πλούτος, και ακραία φτώχεια. Δεν χρειάζεται πολλή έρευνα για να γνωρίζει κανείς τα τελευταία χρόνια ότι περιοριστικές πολιτικές, προφανώς μονόπλευρες, δεδομένου ότι η πολιτική δύναμη των ηλικιωμένων είναι δυσανάλογα μικρή σε σχέση με τον πληθυσμό τους, κυρίως αφορούν στρώματα τα οποία δεν έχουν αυτή την κοινωνική και πολιτική δύναμη, και τέτοια στρώματα είναι οι ηλικιωμένοι. Οι πρώτες περικοπές που έγιναν στον ευρωπαϊκό χώρο στα προγράμματα ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών για την υγεία, όπως τα αποκαλούμε στην τεχνική γλώσσα, ή περιοριστικής πολιτικής, όπως τα αποκαλούμε στη γλώσσα την πολιτική, είχαν σαν στόχο τους τους χρόνια πάσχοντες και τους ηλικιωμένους, και μάλιστα σε χώρες που είχαν παραδοσιακά κράτος πρόνοιας, όπως ήταν η Δανία, οι Σκανδιναβικές χώρες αλλά και άλλες. Αντίθετα, στον τομέα της πανάκριβης βιοϊατρικής τεχνολογίας, της οποίας η ιατρική αποτελεσματικότητα και η οικονομική αποδοτικότητα συνοδεύεται με μεγάλα ερωτηματικά, όχι μόνο δεν έχουμε περικοπές, αλλά έχουμε ταυτόχρονα διόγκωση. Μια επιτάχυνση αυτού του φαύλου κύκλου, μεγάλη σπατάλη, προκλητικό πλούτο σε τεχνολογία, και ακραία φτώχεια στο εσωτερικό των υπηρεσιών υγείας.

Αλλά, θα έλεγε κανείς ότι και η κατεύθυνση των επαγγελματιών υγείας, οι σπουδές, οι επαγγελματικές δεξιότητες, και αυτές είναι μονόπλευρες. Στη χώρα μας δηλαδή θα μπορούσε κανείς να παρατηρήσει ότι από τις αρχές της 10ετίας του 80, δηλαδή μετά το Δοξιάδη, το Γεννηματά και άλλους, οι οποίοι επεχείρησαν ορισμένες καινοτομίες ή προσπάθησαν αρκετά, ώστε να παραμείνουν στη μνήμη μας, έχουμε μία ραγδαία μείωση του τμήματος εκείνου των υπηρεσιών υγείας που αφορά την καθημερινή, συνεχή, ολοκληρωμένη και κοντινή φροντίδα της οικογένειας των παιδιών και των ηλικιωμένων, μια συρρίκνωση του τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία, της υποστήριξης των ομάδων του πληθυσμού που βρίσκονται σε κίνδυνο, σε υψηλή τρωτότητα, και μία διόγκωση του τεχνολογικού μέρους που οι υπηρεσίες υγείας φωτογραφίζουν νέους, υγιείς, πλούσιους και ωραίους.

Το νοσοκομειακό σύμπλεγμα στη χώρα παίρνει το 60% περίπου των συνολικών δαπανών, ενώ 25% παίρνουν

τα φάρμακα και 15% η συνεχής και ολοκληρωμένη φροντίδα, ο γενικός μας οικογενειακός γιατρός, η διαχείριση των προβλημάτων μέσα στην οικογένεια. Αυτή η διόγκωση των δαπανών, αντί να μας ωθεί στο προσδοκώμενο της μείωσης της ψαλίδας των ανισοτήτων στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, επέφερε μια διεύρυνση της ψαλίδας μεταξύ ηλικιωμένων, φτωχών, ανέργων, μεταναστών από τη μια, και ανώτερου τμήματος της μεσαίας τάξης από την άλλη. Ότι καινούργιο επενδύεται στον οικονομικό τομέα πάει σχεδόν αποκλειστικά, κατά 90%, ως διανεμόμενο τελικό κατά κεφαλή όφελος στα μεσαία στρώματα, και ταυτόχρονα δημιουργεί ένα κόστος ευκαιρίας, στερεί πόρους και επενδύσεις από την άλλη πλευρά.

Απέναντι σ'αυτά τα φαινόμενα το πολιτικό κοινωνικό σύστημα στέκεται με δύο τρόπους. Ο ένας τρόπος είναι οι προσπάθειες ελέγχου των δαπανών για δημοσιονομικούς λόγους, για ανακατανομή του εισοδήματος, που καταλήγει σε βάρος των ηλικιωμένων και των φτωχών. Κάνει περικοπές από τις υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται στη τρίτη ηλικία. Αυτή είναι η μία στάση, έχει πολιτικά, κοινωνικά και ενδεχομένως και ιδεολογικά χαρακτηριστικά, δεν είναι ο ρόλος μου να την κρίνω. Μία δεύτερη θέση είναι η προσπάθεια μεταρρυθμίσεων στο εσωτερικό του υγειονομικού τομέα, δυστυχώς αναιμικών, λυμφατικών μέχρι αυτή τη στιγμή, επαναπροσανατολισμού της πολιτικής υγείας, και αποκατάστασης της ισορροπίας ανάμεσα στην τεχνολογική ιατρική και τη φροντίδα υγείας. Δείγματα τέτοιου επαναπροσανατολισμού είναι η ανοιχτή φροντίδα για τους ηλικιωμένους, όχι μόνο με τη μορφή, που νομίζω ότι είναι αρκετά περιορισμένη, των ΚΑΠΗ, αλλά με διεύρυνση του ρόλου των ΚΑΠΗ, με τη δημιουργία άλλων ανοιχτών δομών και κυρίως με τη στήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό μπορεί να εξασφαλίσει ολοκληρωμένη φροντίδα, όχι τμήματα, ενδιάμεσα προϊόντα της ιατρικής παραγωγής, εξετάσεις,

ιατρικά τμήματα γνωματεύσεων, με τα οποία δεν γίνεται κανείς καλά. Γίνεται καλά με το τελικό αποτέλεσμα αυτών, με τη σύνθεση τους, με τη φροντίδα. Αυτό δεν μπορεί να το εξασφαλίσει το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα. Μπορεί να το εξασφαλίσει η πρωτοβάθμια φροντίδα, η ανοιχτή προστασία, η ιδρυματική φροντίδα, όπου ο βαθμός εξάρτησης είναι πάρα πολύ υψηλός και το ψυχολογικό, κοινωνικό και άλλο κόστος για την οικογένεια και την κοινότητα είναι δυσβάσταχτο. Και βεβαίως όλα αυτά χρειάζονται ένα επαναπροσανατολισμό στις ιατρικές σπουδές.

Πρόσφατα, ένα γαλλικό περιοδικό άνοιξε ένα ευρωπαϊκό διάλογο σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού και τον ιατρικό πληθωρισμό στις χώρες της νότιας Ευρώπης. Παραδόξως, όλοι συμφώνησαν ότι ευτυχώς που υπάρχει και ο μεγάλος αριθμός των γιατρών. Είναι ευκαιρία, με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, και με τη διεύρυνση των αναγκών για ήπιες φροντίδες υγείας, για μαλακή ιατρική, να στρέψουμε αυτό το πλεονάζον ιατρικό δυναμικό σ'αυτό που αποκαλούσαμε πιο παραδοσιακά ή κλασικά: γηριατρική. Σήμερα είναι πάρα πολύ διευρυμένο, ίσως χρειάζεται και κάποιο νέο εννοιολογικό προσανατολισμό, πολλά επαγγέλματα χωρούν μέσα σ'αυτό. Να φροντίσουμε να στρέψουμε αυτό το πλεονάζον ιατρικό δυναμικό στη φροντίδα της τρίτης ηλικίας, στις ήπιες φροντίδες που δεν προκαλούν σπατάλη πόρων και χαμηλή ποιότητα, αλλά που μπορεί να γίνουν σε συνεργασία με την οικογένεια με υψηλή ποιότητα, φτηνό κόστος και καλή ιατρική αποτελεσματικότητα. Διότι έχει πολύ μεγάλη σημασία να φροντίζει κανείς ώστε ο περίγυρός του, οι συνάνθρωποί του, οι πελάτες του, να φεύγουν πλήρεις και με αξιοπρέπεια. Γιατί αν είναι άδικο να φεύγει κανείς νωρίτερα από την ώρα του, είναι δύο φορές άδικο να φεύγει κάτω από συνθήκες έλλειψης φροντίδας και αγάπης. Και αυτό είναι που χαρακτηρίζει σήμερα το υγειονομικό μας σύστημα αυτό πρέπει να ανατραπεί.

Παρεμβάσεις

Η Εφη Μπέκου, Γενική Γραμματέας Ισότητας, που αναφέρθηκε στο προσδόκιμο όριο ζωής για τις γυναίκες, που είναι 5 με 10 χρόνια μεγαλύτερο εκείνου των ανδρών, και στις αιτίες του φαινομένου. Δήλωσε ότι στα πλαίσια του 3ου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για τη χώρα μας γίνεται προσπάθεια της Γ.Γ.Ι. να περάσουν θετικές δράσεις και πολιτικές για όλες τις κατηγορίες των γυναικών, ηλικιακές ή άλλες, ζήτησε να καταγραφούν προτάσεις και ιδέες που θα προκύψουν από τη συζήτηση και δεσμεύθηκε να προσπαθήσει να υλοποιήσει τις προτάσεις αυτές.

Η Μαρία Κυπριωτάκη, τ. Υφυπουργός Πρόνοιας, η οποία μίλησε με θερμά λόγια για την παλιά της συνεργάτιδα Έφη Γεωργιάδη και το μεγάλο έργο της στη δημιουργία του θεσμικού πλαισίου για την ανακούφιση των ηλικιωμένων.

Η Μερόπη Βιολάκη-Παρασκευά, τ. Γενική Διευθύντρια Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Πρόεδρος της Ελληνικής Γεροντολογικής Εταιρείας, που αναφέρθηκε στο αξιόλογο έργο της Έφης Γεωργιάδη, καθώς και στο θέμα της ειδικότητας του γηριάτρου-γεροντολόγου, που δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη στη χώρα μας.

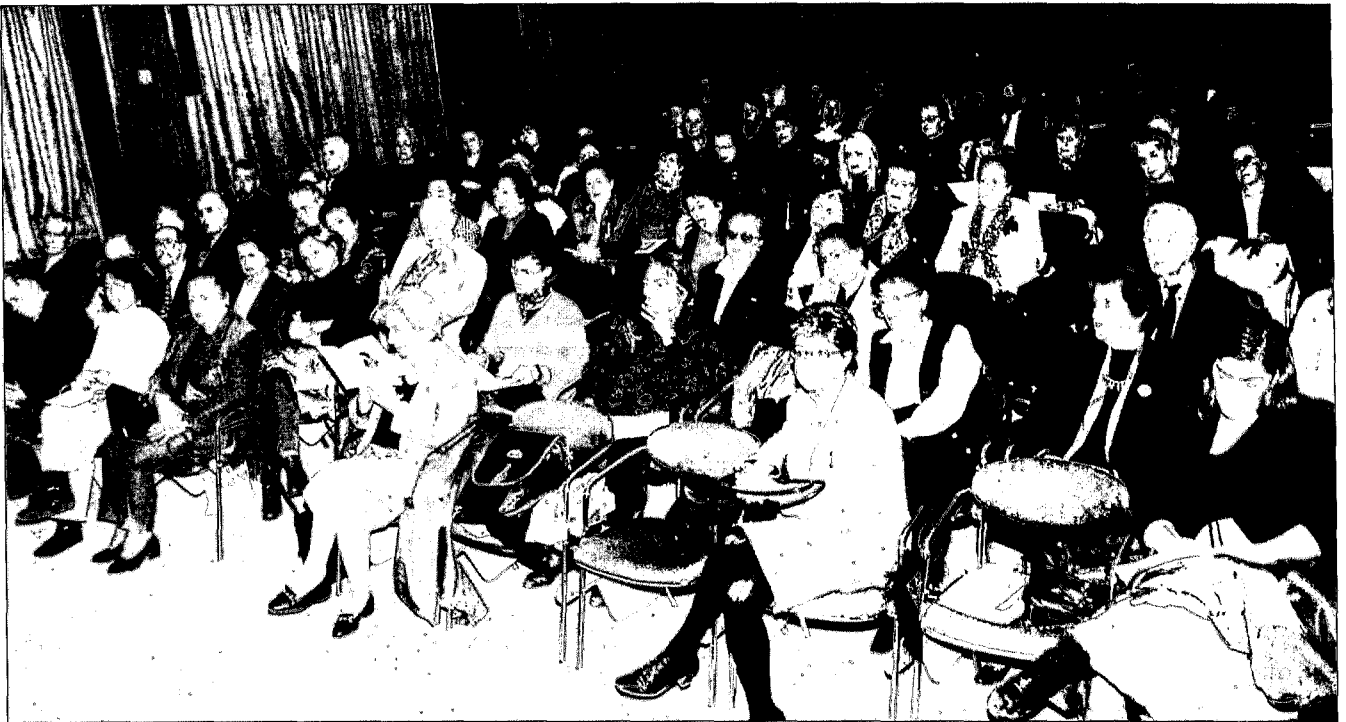
Ο Αναστάσιος Δοντάς, της Ελληνικής Γεροντολογικής Εταιρείας, ο οποίος αναφέρθηκε στη λαμπρή συνεργασία του με την Έφη Γεωργιάδη, καθώς και στη μη αναγνώριση της γηριατρικής ως ειδικότητας στην Ελλάδα, υπεστήριξε ότι δεν έχει επέλθει ουσιαστική παράταση του χρόνου ζωής αλλά αποφυγή των πρώιμων θανάτων και συνεπώς μια παράταση ζωής στα μεγάλα χρόνια, και πρέπει να ετοιμαστούμε για να αντιμετωπίσουμε τις ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων.

Η Σούλα Παναρέτου, Αντιπρόεδρος του Συνδέσμου για τα Δικαιώματα της Γυναίκας, η οποία αναφέρθηκε στο σύγχρονο προβληματισμό των δικαιωμάτων του πο-

λίτη στην τρίτη ηλικία. Επεσήμανε ότι τα πράγματα εξελίσσονται αντιφατικά, όταν, ενώ οι ανάγκες των πολιτών της τρίτης ηλικίας βοούν για μια κοινωνία κοινωνικής αλληλεγγύης και ανθρωπισμού, η παγκοσμιοποίηση οδηγεί σε φοβερό ανταγωνισμό και απελευθέρωση κάθε καθεστώτος προστασίας.

Η **Αλίκη Γιωτοπούλου Μαραγκοπούλου**, Πρόεδρος του ΣΔΓ, που αναφέρθηκε κατ'αρχήν στην τάση συρρίκνωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων και στην παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, η οποία οδηγεί σε τρομερά κοινωνικά προβλήματα. Επεσήμανε ότι δεν πρέπει να επιτραπεί στην οικονομική ολιγαρχία να συρρικνώσει τα

δικαιώματα των αδυνάτων σε όλες τις χώρες του κόσμου. Είπε ότι ο πλούτος συγκεντρώνεται στα χέρια ελαχίστων, ενώ μία μόνη χώρα, έχοντας το μεγαλύτερο πλούτο στα χέρια της είναι ο μόνος αφέντης του κόσμου. Η εξέλιξη αυτή δημιουργεί τρομερούς κινδύνους. Στο θέμα της τρίτης ηλικίας παρατήρησε ότι ο ηλικιωμένος μπορεί να είναι κοινωνικά χρήσιμος και παραγωγικός, και σ'αυτό πρέπει να στραφεί η προσοχή της κοινωνίας. Πρέπει να μελετηθεί σοβαρά η χρησιμοποίηση των μεγάλων ανθρώπων σε τόσα κοινωνικά προβλήματα που υπάρχουν έστω και χωρίς αμοιβή.



*Στη πρώτη σειρά διακρίνονται η Μαρία Κυπριωτάκη, τ. Υφυπουργός,
η Αλίκη Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου, η Έφη Μπέκου, Γεν. Γραμματέας Ισότητας*