

ΦΩΤΙΟΣ Ν. ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ-ΑΡΧΙΑΤΡΟΣ ε.α.
Πρόεδρος ΠΟΣΚΕ
ΕΕΚΕ – ΣΑ/ΣΣΑΣ
Ταμίας ΙΣΑ

ΘΕΜΑ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μία μεταρρύθμιση που στηρίζεται σε εμμονές και ιδεοληψίες

Το τελευταίο διάστημα πολύς λόγος γίνεται για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και τις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν. Έτσι λοιπόν εκπονήθηκε από την παρούσα κυβέρνηση ένα σχέδιο νόμου που τέθηκε σε διαβούλευση και που σχεδόν σύσσωμος ο Ιατρικός κόσμος (μεταξύ αυτών ο ΙΣΑ, η ΠΟΣΚΕ και η ΕΕΚΕ) το απέρριψαν ζητώντας διαπραγμάτευση από μηδενική βάση.

Φυσικά κάποιος μπορεί να σκεφτεί ότι αυτό ενδεχομένως γίνεται για αντιπολιτευτικούς και συντεχνιακούς λόγους (παρά το γεγονός ότι οι αποφάσεις είναι σχεδόν ομόφωνες παντού) και όχι για λόγους που εκπορεύονται από την κοινή λογική ή την ανάγκη για καλύτερη υγεία των πολιτών. Μία απλή όμως προσέγγιση του νομοσχεδίου σε αντιπαραβολή με την λογική έχει να δείξει τα κάτωθι:

- 1) Δημιουργούνται εντός του 2017-18, 239 ΤΟΜΥ που για να λειτουργήσουν χρειάζονται όπως αναφέρει το Υπουργείο, 80.000.000-100.000.000 ευρώ που θα βρεθούν από ΕΣΠΑ για 2 χρόνια και πιθανώς άλλα 2 χρόνια μετά. Και μετά από αυτά τα 2 + 2 χρόνια τα λεφτά θα δοθούν από Εθνικούς πόρους (ποιούς ;)
- 2) Για να λειτουργήσει πλήρως η δημόσια ΠΦΥ με τις ΤΟΜΥ χρειάζονται συνολικά 900-1000 για να καλύψουν τον ενήλικα αλλά και παιδικό πληθυσμό που αυτόματα αυτό ανάγει σε συνολικό κόστος λειτουργίας 320.000.000-400.000.000 ευρώ τα οποία θα πρέπει εξ ολοκλήρου να απορροφηθούν από εθνικούς πόρους που φυσικά μετά από τέσσερα χρόνια, που στην καλύτερη περίπτωση θα λήξει το ΕΣΠΑ, δεν θα υπάρχουν. Ακόμα και αν βάλουμε ως χρονικό όριο για την πλήρη λειτουργία των ΤΟΜΥ το 2025 πιστεύει κανείς ότι θα υπάρχουν διαθέσιμα 400.000.000 τότε;
- 3) Στα παραπάνω έξοδα των ΤΟΜΥ δεν συμπεριλαμβάνεται το κόστος κατασκευής-εξοπλισμού και συντήρησης των μονάδων, αφού οι μονάδες αυτές πλην των απλών επίπλων που χρειάζονται θα πρέπει να διαθέτουν στοιχειώδη εξοπλισμό από υπολογιστές, ηλεκτροκαρδιογράφο, αιμοληπτήριο, οξύμετρα, απινιδωτές και άλλα στοιχειώδη μηχανήματα για να λέγονται φορείς ΠΦΥ που απαιτεί από τους ιδιωτικούς φορείς το κράτος. Φυσικά οι χώροι θα πρέπει να είναι ανάλογοι με αυτά που προτείνει το ΠΔ/84-01 για τους ιδιωτικούς φορείς ΠΦΥ εκτός αν υπάρχουν άλλα μέτρα και σταθμά μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να τονίσω την προφανή αδικία και διάκριση υπέρ του δημόσιου τομέα, όταν στους μεν ιδιωτικούς φορείς απαγορεύονται ρητά τα απλά αιμοληπτήρια ενώ αυτά επιτρέπονται στις ΤΟΜΥ οι οποίες θα στέλνουν τα δείγματα στα κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια. Θα πρέπει να ληφθεί επιτέλους μία απόφαση κοινή που να ισχύει και στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αν θέλουμε να λέμε ότι έχουμε δημοκρατία και όλοι είναι ίσοι έναντι του νόμου.

- 4) Εφαρμόζεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού που φυσικά είναι καλοδεχούμενος αλλά πρέπει να είναι δικαίωμα και όχι υποχρέωση του πολίτη. Ο ρόλος του όμως πρέπει να είναι σαφής ως συμβούλου υγείας του κάθε πολίτη, τηρώντας τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας που πρέπει επιτέλους να δημιουργηθεί και δίνοντας συμβουλές στους πολίτες για τους οποίους θα είναι υπεύθυνος στα πλαίσια πρόληψης νοσημάτων και περιοδικών ελέγχων. Ο ρόλος του Gatekeeper που πάει να δοθεί στον οικογενειακό ιατρό σε μία χώρα με πληθώρα ειδικών ιατρών που έχουμε πληρώσει οι φορολογούμενοι για να εκπαιδευτούν και γίνονται ανάρπαστοι από άλλες χώρες, δεν στέκει σε κριτική και λογική. Γιατί πώς να δικαιολογήσει κάποιος την εμμονή να γυρίσουμε σε ένα παρωχημένο σύστημα που εφαρμόζεται σε ελάχιστες χώρες και που σε αυτές εγκαταλείπεται. Πώς να δικαιολογήσει κάποιος ότι βάσει του σχεδίου ΠΦΥ (αν τελικά εφαρμοστεί όπως υπογράφηκε στο τελευταίο προ ημερών μνημόνιο ή συμφωνία), θα πρέπει κάθε ασθενής για οποιαδήποτε νοσηλεία σε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο να πρέπει υποχρεωτικά να περάσει από τον Gatekeeper οικογενειακό ιατρό. Πώς να δικαιολογήσει κάποιος ότι για μία χρόνια πάθηση π.χ. χειρουργηθείσα στεφανιαία νόσο (Bypass) θα πρέπει κάποιος για να πάει στον Καρδιολόγο για τον καθιερωμένο έλεγχο θα πρέπει να πάει πρώτα στον Gatekeeper οικογενειακό ιατρό για να πάρει παραπεμπτικό. Εκτός αν δεν έχει κανείς σκεφτεί ότι έτσι πιθανόν να αυξάνεται η διαφθορά και οι παράνομες δΟΣΟΛΗΨΙΣ.
- 5) Ένα ερώτημα είναι γιατί δεν χρησιμοποιούνται για την ΠΦΥ οι έτοιμες δομές της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, για τις οποίες δεν θα δαπανηθούν ποσά για αγορά παγίων στοιχείων και εν γένει εξοπλισμού, αφού ήδη υπάρχουν από τους φορείς και φυσικά με πολύ λιγότερα λεφτά θα έχουμε πολύ καλύτερα αποτελέσματα. Το προσωπικό αυτών των φορέων υπάρχει και με ένα συγκεκριμένο προϋπολογισμό, με καθιέρωση και φυσικά σωστό έλεγχο των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, που θα λειτουργούν, και με την διαρκή συνεργασία των Ιατρικών Συλλόγων και επαγγελματικών και επιστημονικών Ενώσεων των Ιατρών, θα κάνουν σημαντική οικονομία στο σύστημα υγείας. Γιατί τα λεφτά αυτά να μην διατεθούν στην πρόσληψη νοσοκομειακών ιατρών σε ένα γερασμένο ΕΣΥ στο οποίο χρειάζονται να προσληφθούν τουλάχιστον 6000 νέοι ιατροί, πριν και οι υπάρχοντες καταρρεύσουν και οι οποίοι δουλεύουν με αυταπάρηση στα όρια εξουθένωσης.
- 6) Η ελεύθερη επιλογή ιατρού κατά πράξη και περίπτωση είναι ένα δικαίωμα του ασθενή στις ελεύθερες χώρες. Πρέπει πλέον να αφήσουμε τις ιδεοληψίες και εμμονές και να κοιτάξουμε μπροστά μακριά από εμμονές που μόνο κακό κάνουν. Η αντιποίηση του ιατρικού επαγγέλματος που επιχειρείται να γίνει θα φέρει οικτρά αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών. Ας μην ξεχνάμε ότι σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Lancet η Ελλάδα καταλαμβάνει την 20^η θέση στον δείκτη ποιότητας υγείας μέσα σε 195 χώρες για τα έτη από το 1990-2015 πάνω από Γερμανία, ΗΠΑ και άλλες χώρες. Άραγε η μεταρρύθμιση για την ΠΦΥ όπως επιχειρείται να γίνει θα βελτιώσει αυτή την θέση ή θα την επιδεινώσει;

Μάϊος 2017

Φώτιος Ν. Πατσουράκος
Καρδιολόγος - Αρχίατρος ε.α.
Πρόεδρος ΠΟΣΚΕ
ΕΕΚΕ – ΣΑ/ΣΣΑΣ
Ταμίας ΙΣΑ