



Μέρος 1

Παροχή Υπηρεσιών Παιδιατρικής Περίθαλψης

- 1 Το σύστημα ιατρικής περίθαλψης
- 2 Ο παιδίατρος και η χρηματοδότηση της περίθαλψης
- 3 Οργάνωση του παιδιατρικού ιατρείου
- 4 Προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών με εφαρμογές στην ιατρική και πηγές πληροφόρησης από το διαδίκτυο
- 5 Η σύγχρονη επιστημονική γνώση στην υπηρεσία του αρρώστου
- 6 Βελτίωση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης
- 7 Επιτήρηση της υγείας του παιδιού
- 8 Η κατ' οίκον ιατρική παρακολούθηση
- 9 Προαγωγή της παιδικής υγείας σε όλο το εύρος της κοινότητας
- 10 Φροντίδα των οικογενειών που πρωτοέρχονται στις Ηνωμένες Πολιτείες
- 11 Ηθικά και νομικά ζητήματα για τον ιατρό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

κεφάλαιο 1

Το Σύστημα Ιατρικής Περιθαλψής

Christopher B. Forrest, MD, PhD

Η διαδικασία πρόσβασης των παιδιών στην ιατρική φροντίδα, το είδος, η ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται, και τα αποτελέσματα αυτής της φροντίδας, εντάσσονται συνολικά στο σύστημα περίθαλψης. Για να κατανοήσουμε με ποιο τρόπο οι ιατρικές υπηρεσίες μπορούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας του παιδικού πληθυσμού, θα πρέπει να ξεκινήσουμε διερευνώντας τη δομή της περίθαλψης που απευθύνεται στα παιδιά και τις διαδικασίες που προκύπτουν όταν οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή με το παιδί. Τα ευρήματα από το σχετικά πρόσφατο πεδίο μελέτης των υπηρεσιών υγείας για παιδιά, μας δίνουν μια ακριβέστερη και πληρέστερη εικόνα για το πώς η ιατρική περίθαλψη επιδρά στην ποιότητα της υγείας των παιδιών.¹

Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφεται η δομή του συστήματος περίθαλψης, η διαδικασία περίθαλψης και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της στον παιδικό πληθυσμό.² Η δομή αφορά τις οικονομικές και οργανωτικές ρυθμίσεις του συστήματος, που προηγούνται της συνάντησης του αρρώστου με τον ιατρό. Δομικά στοιχεία είναι το σύνολο των ατόμων που εργάζονται στον τομέα της παιδιατρικής, οι χώροι παροχής ιατρικής φροντίδας, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, και το σύνολο των μηχανισμών που θα εξασφαλίσουν την παροχή πλήρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα παιδιά. Η διαδικασία αναφέρεται στο αντικείμενο της παιδιατρικής πράξης, το περιεχόμενο των παιδιατρικών επισκέψεων, τις παραπομπές από τον παιδίατρο σε εξειδικευμένους ιατρούς, και το μέγεθος των διαφόρων υπηρεσιών που παρέχονται στα παιδιά. Το κεφάλαιο καταλήγει εξετάζοντας πώς συνδέεται η παιδιατρική περίθαλψη με την τελική έκβαση της υγείας των παιδιών.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Η υγειονομική περίθαλψη (στις ΗΠΑ) χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση, από τους εργοδότες με τη συνεισφορά των εργαζόμενων, και ατομικά από τον καταναλωτή. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, η κάθε πολιτεία, και η τοπική αυτοδιοίκηση, καλύπτουν σχεδόν το ήμισυ των οικονομικών αναγκών. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας –δηλ. οι ρυθμίσεις που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας εντός του συστήματος– καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το πώς οι επαγγελματίες αυτοί καλύπτονται οικονομικά. Η χρηματοδότηση αποτελεί βασικό παράγοντα της οργάνωσης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 επήλθαν μεταβολές, όταν εφαρμόστηκε το σύστημα της εκ των προτέρων υπολογιζόμενης δαπάνης από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, στα πλαίσια του προγράμματος Medicare. Οι αμοιβές για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες ενώ έως τότε υπολογιζόταν με βάση το εκάστοτε κόστος (η χρέωση για κάθε προσφερόμενη υπηρεσία κόστολογούταν από το νοσοκομείο) μετατράπηκαν σε προκαθορισμένες αμοιβές με βάση το κυρίως πρόβλημα που αντιμετωπίστηκε στη διάρκεια της νοσηλείας (και αναφέρεται ως σύστημα χρέωσης DRUG – diagnosis related group). Έτσι, το σύστημα DRG έδινε στα νοσοκομεία την ίδια αμοιβή για όλους τους ασθενείς με π.χ. σκωληκοειδίτιδα, ανεξάρτητα από τις ημέρες νοσηλείας ή τις υπηρεσίες που τους είχαν χορηγηθεί. Ο DRG τρόπος χρέωσης δημιούργησε οικονομικά κίνητρα για τον περιορισμό της διάρκειας νοσηλείας και για την προώθηση ιατρικών υπηρεσιών στον εξωνοσοκομειακό τομέα. Η εφαρμογή του συστήματος DRG στις νοσοκομειακές αμοιβές προκάλεσε την αυξημένη εμφάνιση μεγάλων ιατρικών κέντρων που λειτουργούν με εξωτερικά ιατρεία για μη νοσηλευόμενους ασθενείς, με λιγότερη έμφαση στη δημιουργία νοσοκομειακών κλινών. Σήμερα οι Ηνωμένες Πολιτείες, ως συνέπεια του συστήματος των προκαθορισμένων αμοιβών, εμφανίζουν ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά νοσοκομειακών εισαγωγών μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών.

Η διαδικασία της περίθαλψης αναφέρεται στα θέματα που προκύπτουν όταν ο αρρώστος έρχεται σε επαφή με τους επαγγελματίες υγείας. Ο αριθμός και το περιεχόμενο των ιατρικών επισκέψεων, το οικονομικό κόστος αυτών των υπηρεσιών, καθώς και το μέγεθος και ο τύ-

πος των χειρουργικών παρεμβάσεων, αποτελούν παραδείγματα που εντάσσονται στη διαδικασία της περίθαλψης.

Ο βαθμός στον οποίο η υγειονομική φροντίδα είναι συνεπής με τις καλύτερες υπάρχουσες ιατρικές δυνατότητες και συνδέεται με το επιθυμητό για την υγεία αποτέλεσμα, προσδιορίζει το επίπεδο της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης. Το τελικό αποτέλεσμα της όλης διαδικασίας είναι η έκβαση του αρρώστου, δηλ. οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, στη λειτουργικότητά του, και γενικά στο αίσθημα ευεξίας του.

Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**Οι εργαζόμενοι στον τομέα της παιδιατρικής**

Η παιδιατρική δεν είναι ταυτόσημη έννοια με την περίθαλψη των παιδιών. Υπηρεσίες υγείας στα παιδιά παρέχονται από έναν πλουραλιστικό συνδυασμό που συμμετέχουν παθολόγοι, οικογενειακοί ιατροί, ιατροί άλλων ειδικοτήτων με εξειδίκευση στα παιδιά, και μη ιατροί επαγγελματίες υγείας.³ Άτομα κάτω των 17 ετών επισκέπτονται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ποσοστό 23% τους οικογενειακούς ιατρούς, ενώ οι έφηβοι καταφεύγουν περισσότερο στους ιατρούς που δεν έχουν παιδιατρική εκπαίδευση παρά σε εκείνους που έχουν. Παρόλα αυτά, κυριαρχεί ευρέως η άποψη ότι η παιδιατρική αποτελεί την υπεύθυνη ειδικότητα για τη διαμόρφωση της πολιτικής της παιδιατρικής περίθαλψης, και εκείνη που εξασφαλίζει την υγεία των παιδιών σε εθνικό επίπεδο.

Στη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, το γεγονός ότι περισσότερα ηλικιωμένα άτομα ζητούν ιατρική φροντίδα έχει συνδυασθεί με την αύξηση του ποσοστού των παιδιών που απευθύνονται σε παιδίατρος, ενώ μειώθηκε ο αριθμός των παιδιών που επισκέπτονται τους οικογενειακούς ιατρούς. Οι κύριες τάσεις που αφορούν τους εργαζόμενους στον τομέα της παιδιατρικής, και συζητούνται στο παρόν κεφάλαιο είναι: (1) το σταθερό ενδιαφέρον των τελειόφοιτων της ιατρικής για το συγκεκριμένο πεδίο, (2) η ταχύτερη αύξηση του αριθμού των παιδίατρων σε σχέση με τον παιδικό πληθυσμό στις Ηνωμένες Πολιτείες, (3) η επικράτηση των γυναικών στο χώρο, (4) η σημασία των διεθνών τίτλων ιατρικών ειδικοτήτων για τα άτομα που εργάζονται στην παιδιατρική, και ιδιαίτερα όσον αφορά τις υποειδικότητες (5) η κακή γεωγραφική κατανομή των επαγγελματιών υγείας.

Το 2004 ο συνολικός αριθμός των ιατρών στις ΗΠΑ ήταν περίπου 870.000, με το 8% από αυτούς (περίπου 70.000) να αυτοπροσδιορίζονται ως παιδίατροι. Ο αριθμός των ιατρών παρουσίασε σταθερή αύξηση και μάλιστα με ρυθμό ταχύτερο από την αύξηση του συνολικού πληθυσμού. Περίπου 70% των αυτοχαρακτηριζόμενων παιδίατρων έχουν βεβαίωση ειδικότητας από την Αμερικανική Επιτροπή Παιδιατρικής (ABP – American Board of Pediatrics), και σήμερα 43.000 ιατροί έχουν τον τίτλο της παιδιατρικής. Από αυτούς τους ειδικευμένους γενικούς παιδίατρος, 1 στους 5 αποκτά τον επιπρόσθετο τίτλο κάποιας παιδιατρικής υποειδικότητας.^{4,5} Αν και τα νοσοκομεία και τα προγράμματα υγείας χρησιμοποιούν τον επίσημο τίτλο της ειδικότητας ως μέτρο αξιολόγησης της ικανότητας και της εμπειρίας του κλινικού ιατρού, δεν υπάρχει ωστόσο επαρκής τεκμηρίωση της αξίας αυτού του τίτλου όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης και την έκβαση του ασθενούς. Η έλλειψη τεκμηρίωσης ίσως οφείλεται στο ότι υπάρχουν πολύ λίγες σχετικές μελέτες, ανεπαρκείς μέθοδοι εκτίμησης της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, κριτήρια αξιολόγησης που δεν προσαρμόζονται εύκολα στις διάφορες περιπτώσεις, ή υπάρχει πρόβλημα στην ίδια τη διαδικασία της χορήγησης του τίτλου ειδικότητας που ίσως δεν έχει τη δυνατότητα να διακρίνει πραγματικά το βαθμό της κλινικής ικανότητας των υποψηφίων παιδίατρων.

Στο σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων το ποσοστό των γυναικών είναι 27%, αλλά στην παιδιατρική είναι πολύ μεγαλύτερο. Σήμερα, 69% των ειδικευόμενων στην παιδιατρική είναι γυναίκες, σε αντίθεση με μόνο 30% το 1975.⁴ Η αύξηση του αριθμού των γυναικών παιδίατρων αποτελεί μια από τις πλέον εντυπωσιακές και σημαντικές τάσεις που διαμορφώνουν το εργατικό δυναμικό στην παιδιατρική. Οι γυναίκες εργάζονται συχνότερα από τους άντρες με καθεστώς μερικής απασχόλησης, και αφιερώνουν συνολικά λιγότερες ώρες στην άμεση περίθαλψη του αρρώστου στη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής. Προκειμένου να διατηρηθεί η αντιστοιχία εργασίας με τους ιατρούς πλήρους απασχόλησης, θα χρειασθεί μελλοντικά να εκπαιδεύονται κάθε χρόνο περισσότεροι παιδίατροι, εάν η αναλογία

των γυναικών στην παιδιατρική παραμένει τόσο υψηλή ή και αυξηθεί περαιτέρω.^{4,5}

Το 2005, υπήρχαν στις ΗΠΑ 202 πιστοποιημένα προγράμματα εκπαίδευσης στη γενική παιδιατρική, και άλλα 16 στον Καναδά.⁴ Στα προγράμματα των ΗΠΑ συμμετείχαν 10.190 παιδιάτροι. Συγκρινόμενα με τα στοιχεία του 1991, υπάρχει μια αύξηση 37% του απόλυτου αριθμού των ειδικευόμενων στην παιδιατρική, ποσοστό που υπερβαίνει κατά πολύ την αναλογική αύξηση του αριθμού των παιδιών στη χώρα.⁶ Το ενδιαφέρον για την παιδιατρική ειδικότητα σαν επαγγελματική επιλογή εξακολουθεί να είναι έντονο. Περίπου το 14% των τελειόφοιτων των ιατρικών σχολών επιλέγουν να ακολουθήσουν κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης στην παιδιατρική.

Το 1967 η Αμερικανική Επιτροπή Παιδιατρικής και η Αμερικανική Επιτροπή Παθολογίας συμφώνησαν ότι οι ιατροί με 2 χρόνια εκπαίδευση στη γενική Παθολογία και 2 χρόνια στη γενική Παιδιατρική μπορούν να συμμετέχουν στις εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου και στις δύο ειδικότητες.⁴ Το 2005, περισσότερα από 90 προγράμματα συνδυασμού παθολογίας-παιδιατρικής στις ΗΠΑ διέθεταν 388 καινούργιες θέσεις ειδικότητας. Ωστόσο, ο αριθμός των θέσεων συνδυασμένης εκπαίδευσης στην παθολογία-παιδιατρική έχει μειωθεί, αφού το 1997 υπήρχαν διαθέσιμες 459 θέσεις για πρωτοετείς ειδικευόμενους. Το ποσοστό των γυναικών μεταξύ των ιατρών που εκπαιδεύονται στη γενική ιατρική-παιδιατρική είναι χαμηλότερο σε σχέση με αυτό στην αποκλειστική εκπαίδευση στην παιδιατρική, και έχει μείνει σταθερό τα τελευταία χρόνια, περίπου στο 50%. Στις αγροτικές περιοχές και στις μικρές πόλεις, οι γενικοί ιατροί-παιδιάτροι μπορεί να έχουν ρόλο στη φροντίδα των νεογνών υψηλού κινδύνου και των παιδιών με χρόνιες παθήσεις, ή να εργάζονται σαν νοσοκομειακοί ιατροί για παιδιά και για ενήλικες. Σε ένα πιο ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι γενικοί ιατροί-παιδιάτροι μπορούν να προσελκύσουν καινούργιους ασθενείς, ιδιαίτερα ανάμεσα στους έφηβους και τις οικογένειες που επιθυμούν να έχουν τον ίδιο ιατρό για όλα τα μέλη τους. Δεδομένου ότι οι παθολόγοι-παιδιάτροι ασκούν την ειδικότητά τους ανάλογα με τον ασθενή, πιθανότατα, και λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, θα μειωθεί η συνολική παιδιατρική φροντίδα που παρέχουν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας.

Μόνο 11% των παιδίατρων στις Ηνωμένες Πολιτείες εργάζονται σε αγροτικές κοινότητες και φροντίζουν το 29% του παιδικού πληθυσμού που ζει στις περιοχές αυτές. Αντίθετα, το 37% των παιδιών που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα δέχονται τις υπηρεσίες του 59% των παιδίατρων. Το υπόλοιπο 30% των παιδίατρων ζουν και εργάζονται στην περιφέρεια, και εξυπηρετούν το 34% του συνολικού παιδικού πληθυσμού. Η αύξηση που παρατηρήθηκε την τελευταία δεκαετία στον αριθμό των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τα παιδιά, δεν αποκατάστησε την ανομοιογένεια που υπάρχει στη γεωγραφική τους κατανομή. Με εξαίρεση τους παιδίατρος που εργάζονται σε αραιοκατοικημένες περιοχές στις οποίες υπάρχει περιορισμένη νοσοκομειακή και τεχνολογική υποστήριξη και λίγες παιδιατρικές υποειδικότητες, οι παιδίατροι ασκούν γενικά ομοιόμορφα το επάγγελμά τους σε όλη την επικράτεια των ΗΠΑ. Όπως συμβαίνει και με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες, υπάρχει η τάση να εγκαθίστανται σε περιοχές με υψηλό ανά κεφαλή εισόδημα.

Κατά μέσο όρο, συνολικά στις ΗΠΑ αντιστοιχεί ένας γενικός παιδίατρος σε 1700 παιδιά.⁴ Η αναλογία αυτή θεωρείται γενικά ότι παρέχει ικανοποιητική παιδιατρική κάλυψη, και ιδιαίτερα με το δεδομένο της παρατηρούμενης μεγαλύτερης αύξησης στον αριθμό των παιδίατρων συγκριτικά με τον ρυθμό αύξησης του παιδικού πληθυσμού. Τα στατιστικά δεδομένα όμως δεν αντανακλούν τις υπάρχουσες σημαντικές τοπικές διαφορές, με πολλές αγροτικές κοινότητες και υποβαθμισμένες περιοχές του κέντρου των πόλεων να παρουσιάζουν έλλειψη σε παιδίατρος. Περίπου 1 στα 10 παιδιά ζει σε περιοχή που δεν υπάρχει παιδίατρος. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή της επαγγελματικής εγκατάστασης παίζει ο χώρος στον οποίο ο ιατρός έκανε την ειδικότητά του: Οι πολιτείες των ΗΠΑ που διαθέτουν λιγότερες θέσεις για χορήγηση της παιδιατρικής ειδικότητας έχουν και τη μικρότερη αναλογία παιδίατρων/παιδικό πληθυσμό. Είναι ενδιαφέρον ότι οι περισσότερες γεωγραφικές διαφορές στην κατανομή των επαγγελματιών υγείας στις ΗΠΑ δεν οφείλονται σε έλλειψη ιατρών, αλλά είναι αποτέλεσμα της υπερπροσφοράς σε συγκεκριμένες περιοχές.

Ένα σημαντικό μέρος των εργαζόμενων στην παιδιατρική αποτελείται από άτομα που σπούδασαν εκτός των ΗΠΑ ή του Καναδά (IMGs – International medical graduates). Οι συνηθέστερες χώρες προέλευσης των IMGs είναι (κατά σειρά) οι Ηνωμένες Πολιτείες (δηλ. Αμερικανοί πολίτες που σπούδασαν στο εξωτερικό), η Ινδία, και το Πακιστάν. Το 1993 το 33% των πρωτοετών ειδικευόμενων στην παιδιατρική ήταν IMGs, αλλά το ποσοστό αυτό έπεσε το 2005 στο 24%. Το ποσοστό των IMGs είναι μεγαλύτερο στις υποειδικότητες. Σχεδόν 1 στους 3 παιδίατρος με υποειδικότητα είναι IMG. Οι υποειδικότητες με τα μεγαλύτερα ποσοστά IMGs είναι η νεφρολογία (41%), η νεογνολογία (40%), η ενδοκρινολογία (33%), και η γαστρεντερολογία (33%). Από τα δεδομένα αυτά προκύπτει ότι στο άμεσο μέλλον, στο σύνολο των επαγγελματιών στον τομέα της παιδιατρικής θα υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός IMGs τόσο σαν γενικοί παιδίατροι όσο και σαν παιδίατροι με υποειδικότητα.⁷

Εκπαίδευση, άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, τίτλος ειδικότητας

Οι επαγγελματίες υγείας θέτουν διαφορετικές προτεραιότητες από αυτές του γενικού πληθυσμού στις τρεις κύριες διεκδικήσεις που αφορούν το σύστημα ιατρικής περιθαλψής: (1) τη διασφάλιση της πρόσβασης στην περίθαλψη, (2) τον έλεγχο των δαπανών, (3) τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Το κόστος και η πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη είναι πρωταρχικής σημασίας για τους καταναλωτές, οι οποίοι έχουν την τάση να υποθέτουν ότι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας θα είναι οπωσδήποτε καλή. Αντίθετα, ούτε οι δυνατότητες πρόσβασης στην περίθαλψη ούτε το οικονομικό κόστος είναι σημαντικές συνιστώσες της ιατρικής εκπαίδευσης η οποία εστιάζεται σχεδόν αποκλειστικά στο πώς γίνεται η διάγνωση της νόσου. Με ποιους τρόπους η διάγνωση τεκμηριώνεται χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες πληροφορίες από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, και τα εργαστηριακά ευρήματα, και πώς χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Η φύση των περισσότερων εκπαιδευτικών χώρων (πανεπιστημιακά ιδρύματα ή ερευνητικά κέντρα, στα οποία οι καθηγητές έχουν συνήθως μεγάλη εξειδίκευση) ευθύνεται για μια διαδικασία ιατρικής εκπαίδευσης που ασχολείται κατά μεγάλο μέρος με τα βιολογικά αίτια των παθήσεων. Αντίθετα, αποδίδεται σχετικά μικρή σημασία στην κατανόηση των κοινωνικών, εργασιακών, και περιβαλλοντικών παραμέτρων των προβλημάτων υγείας, αν και είναι καθοριστικοί παράγοντες για διάφορα νοσήματα και δυσλειτουργίες καθώς και για τον τρόπο που ο ίδιος ο άρρωστος βιώνει την κατάσταση της υγείας του. Στο πλαίσιο ερευνητικών μελετών λαμβάνονται αξιόπιστες πληροφορίες από τα παιδιά σχετικά με την υγεία τους. Η εφαρμογή των μεθόδων αυτών στην κλινική πράξη είναι μια υποσχόμενη πρακτική που ενισχύει τη δυνατότητα των συστημάτων υγειονομικής περιθαλψής να ελέγχουν την αποτελεσματικότητά τους.

Το ιατρικό σώμα είχε πάντοτε την ευθύνη να ρυθμίζει την είσοδο των επαγγελματιών στις τάξεις του και να αξιολογεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αν και οι αρμόδιες σε κάθε πολιτεία των ΗΠΑ επιτροπές έχουν τη νομική δικαιοδοσία να χορηγούν τις άδειες ασκήσεως επαγγέλματος στους ιατρούς, όλες οι πολιτείες εξουσιοδοτούν αυτό το έργο στην ιατρική κοινότητα, η οποία προτείνει τους υποψήφιους στους οποίους η πολιτεία θα χορηγήσει ακολούθως την άδεια. Ο κάθε ιατρός θα πρέπει μόνο να καταθέσει το πτυχίο της ιατρικής και να επιτύχει στις θεωρητικές εξετάσεις που καθορίζει το ίδιο το ιατρικό σώμα, είτε σε κάθε πολιτεία (εξετάσεις επαγγελματικής άδειας στην πολιτεία) είτε σε εθνικό επίπεδο (National Board of Medical Examiners ή Federation of State Licensing Boards).

Η Αμερικανική Επιτροπή Παιδιατρικής (ABP – American Board of Pediatrics) ζητάει την ανανέωση του τίτλου της ειδικότητας κάθε 7 χρόνια για τους παιδίατρος με τίτλο ειδικότητας μετά το 1987. Αυτό συνεπάγεται την επιτυχή διεκπεραίωση του αντίστοιχου προγράμματος (PRCP – Program for Renewal of Certification in Pediatrics), το οποίο περιλαμβάνει ένα κύκλο μαθημάτων από το σπίτι και εξετάσεις είτε γραπτές με δυνατότητα χρησιμοποίησης βιβλίων είτε μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Οι έχοντες τον τίτλο της ειδικότητας πριν από το 1988 μπορούν εάν θέλουν να τον ανανεώσουν συμμετέχοντας στο πρόγραμμα PRCP.

Οι περισσότεροι ιατρικοί οργανισμοί χρησιμοποιούν τον τίτλο της ειδικότητας και τη βεβαίωση της ανανέωσής του ως κριτήρια επάρκειας, και απαιτούν από τους παιδίατρος είτε να έχουν τον τίτλο της ειδικότητας (έχοντας περάσει με επιτυχία τις γραπτές εξετάσεις) είτε να έχουν

τα προσόντα να συμμετέχουν σ' αυτές (έχοντας ολοκληρώσει 3 χρόνια άσκησης στην ειδικότητα της παιδιατρικής σε κάποιο αναγνωρισμένο παιδιατρικό κέντρο), ενώ ο τίτλος της ειδικότητας θα πρέπει να ληφθεί εντός 5 ετών από την συμπλήρωση της άσκησης τους στην παιδιατρική. Δεν απαιτείται από τους παιδίατρος να εξετασθούν όσον αφορά την ικανότητά τους στην κλινική πράξη, ούτε κατά την έναρξη της επαγγελματικής τους δραστηριότητας ούτε οποτεδήποτε στη συνέχεια.

Αν και όλοι οι ιατροί θα πρέπει να αποδείξουν ότι έχουν τουλάχιστον ένα ελάχιστο υπόβαθρο θεωρητικών γνώσεων σαν προϋπόθεση για την απόκτηση της άδειας πριν την έναρξη άσκησης του επαγγέλματός τους, δεν υπάρχει σταθερή συσχέτιση μεταξύ της απόδοσής τους στις εξετάσεις και της επακόλουθης ποιότητας της δουλειάς τους. Ακόμη και η διαδικασία μέσω της οποίας οι ιατροί αποκτούν τον τίτλο του ειδικευμένου ιατρού αφήνει αμφιβολίες για το επίπεδο της ποιότητας. Η απόκτηση του τίτλου ειδικότητας, πέραν του συσχετισμού της με την μεγαλύτερης διάρκειας μεταπτυχιακή εκπαίδευση, φαίνεται ότι δεν συσχετίζεται με την ποιότητα της κλινικής πράξης. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η ανά διαστήματα ανανέωση της ειδικότητας που επιβάλλονται από την ιατρική κοινότητα δεν είναι πιθανόν να βελτιώσουν την κατάσταση, εκτός εάν διευρυνθεί το μοντέλο στο οποίο βασίζονται οι διαδικασίες της εκπαίδευσης και της χορήγησης της ειδικότητας, έτσι ώστε να περιλαμβάνει και την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών με βάση τα αποτελέσματά τους στην ποιότητα της υγείας.

Παιδιατρικές υποειδικότητες

Εκτός από τη γενική παιδιατρική, η ABP παρέχει τίτλο υποειδικότητας σε 16 τομείς της παιδιατρικής (Πίνακας 1-1). Όλο και περισσότεροι ιατροί φαίνεται ότι επιλέγουν να εργασθούν σαν εξειδικευμένοι παιδίατροι. Ο απόλυτος αριθμός των ασκούμενων σε κάποια υποειδικότητα αυξήθηκε κατά 46% στη χρονική περίοδο μεταξύ 1996 και 2003. Το 2005 από τους ιατρούς που πήραν τον πρώτο τίτλο γενικής παιδιατρικής, 66% επέλεξαν να εργασθούν σαν γενικοί παιδίατροι, 29% να στραφούν σε κάποια παιδιατρική υποειδικότητα, και 5% σε κάποια άλλη μη παιδιατρική ειδικότητα. Οι 5 πρώτες προτιμήσεις μεταξύ των παιδιατρικών υποειδικοτήτων είναι η νεογνολογία-περιγεννητική ιατρική, η εντατικολογία, η αιματολογία-ογκολογία, η καρδιολογία, και η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Οι νεότερες γυναίκες απόφοιτες ιατρικών σχολών επιλέγουν συχνότερα από τις παλαιότερες συναδέλφους τους να εργασθούν σε κάποια υποειδικότητα, αν και οι άνδρες ιατροί εξακολουθούν να πλειοψηφούν στις περισσότερες από αυτές, και ιδιαίτερα σε εκείνες με παρεμβατικές τεχνικές (π.χ. καρδιολογία, γαστρεντερολογία).

Μόνο το 59% του χρόνου των εξειδικευμένων παιδίατρων αφιερώνεται στην άμεση φροντίδα του αρρώστου. Ο υπόλοιπος αφορά διοικη-

τικά θέματα, την έρευνα, και τη διδασκαλία, καθόσον το 60% των εξειδικευμένων παιδίατρων εργάζεται σε πανεπιστημιακά νοσοκομειακά κέντρα, σε αντίθεση με τους ιατρούς που έχουν κάποια εξειδίκευση της γενικής παθολογίας οι οποίοι εργάζονται σ' αυτά σε ποσοστό μικρότερο του 33%. Από τους μη πανεπιστημιακούς, σχεδόν το 50% των ενδοκρινολόγων και των γαστρεντερολόγων ασκούν συγχρόνως και γενική παιδιατρική με καθεστώς μερικής απασχόλησης, όπως και το 73% όσων έχουν εξειδίκευση στη νεφρολογία.

Γενικοί νοσοκομειακοί ιατροί (hospitalists)

Το παραδοσιακό αμερικανικό σύστημα υγείας σύμφωνα με το οποίο οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχαν τη φροντίδα των νοσηλευόμενων ασθενών τους υφίσταται πλέον μια επαναστατική αλλαγή σε πολλές αστικές και προαστιακές περιοχές. Μια πρόσφατη εναλλακτική ρύθμιση επιτρέπει στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να παραχωρούν προαιρετικά τη φροντίδα των νοσηλευόμενων ασθενών τους σε μια καινούργια ομάδα νοσοκομειακών γενικών ιατρών που ονομάζονται *hospitalists*. Υπολογίζεται ότι 8000 Αμερικανοί ιατροί εργάζονται ως *hospitalists*, ενώ μόνο 600 από αυτούς, το 2002, ήταν παιδίατροι. Το 2003, 40% των παιδίατρων συνεργάζονταν με νοσοκομεία στα οποία υπήρχαν *hospitalists*. Αναμένεται ότι το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί μέσα στα επόμενα χρόνια.⁸

Οι νοσοκομειακοί αυτοί ιατροί έχουν σαν κύρια αρμοδιότητα τη γενική ιατρική περίθαλψη των νοσηλευόμενων ασθενών, αλλά μπορεί επίσης να ασχολούνται και με την εκπαίδευση, την έρευνα, και τη νοσοκομειακή διοίκηση. Οι ασθενείς παραπέμπονται από τους ιατρούς τους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ξαναγυρίζουν σ' αυτούς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Δίνεται μεγάλη έμφαση στην επικοινωνία μεταξύ των δύο τύπων ιατρών κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Στα μειονεκτήματα αυτής της ρύθμισης περιλαμβάνονται η διακοπή στη συνέχεια της φροντίδας του αρρώστου από τον ιατρό του της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και ο περιορισμός στο αντικείμενο της κλινικής πράξης του γενικού παιδίατρο.

Από την άλλη πλευρά, το μέτρο των νοσοκομειακών ιατρών επιτρέπει την αυξημένη παραγωγικότητα των παιδίατρων στο ιατρείο τους. Στις ώρες ιατρείου είναι δύσκολο για τον ιατρό να φεύγει από το γραφείο του, αφήνοντας τους ασθενείς να περιμένουν, προκειμένου να δει έναν νοσηλευόμενο ασθενή. Άλλα πλεονεκτήματα που αναφέρονται για τους *hospitalists* είναι η επάρκειά τους σε τεχνικές δεξιότητες (δεξιότητες που εύκολα χάνει ο ιατρός που επισκέπτεται μόνο περιστασιακά το νοσοκομείο), μικρότερης διάρκειας νοσηλείας λόγω της συνεχούς παρακολούθησης των νοσηλευόμενων ασθενών, και η άμεση διαθεσιμότητα του ιατρού για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (βλ. Κεφάλαιο 21 και Κεφάλαιο 20).

Μη ιατρικό προσωπικό

Πολλές τεκμηριωμένες μελέτες έχουν δείξει ότι το μη ιατρικό προσωπικό –νοσηλεύτες και βοηθοί ιατρών– προσφέρει, σε πολλές περιπτώσεις, φροντίδα στον άρρωστο ίσης ποιότητας με εκείνη που του παρέχουν οι ιατροί. Δεδομένου ότι η εκπαίδευσή τους έχει χαμηλότερο οικονομικό κόστος για την κοινωνία, και οι αμοιβές τους είναι μικρότερες των ιατρών, πολλοί ιατρικοί οργανισμοί και ασφαλιστικά ταμεία προσλαμβάνουν αυτούς τους επαγγελματίες υγείας στο ρόλο των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ως παραϊατρικό προσωπικό σε εξειδικευμένα ιατρεία. Από πολλές πολιτείες δίδεται μεγαλύτερη ανεξαρτησία στο μη ιατρικό προσωπικό, τάση που προκάλεσε την αύξηση των εργαζόμενων σ' αυτόν τον τομέα.

Οι νοσηλεύτες παιδιατρικής (PNPs – Pediatric Nurse Practitioners) συνήθως έχουν σπουδές σε επίπεδο master. Εκπαιδεύονται στη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων, η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση του ασθενούς και στις μεθόδους που μπορεί να χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει την αρρώστια του. Οι PNPs εργάζονται σε ποσοστό περίπου 90% σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ένα μικρό ποσοστό έχει κάποια εξειδίκευση. Εξετάζουν κλινικά τον άρρωστο, παίρνουν ιατρικό ιστορικό, κάνουν διαγνώσεις, αντιμετωπίζουν ελαφρές ασθένειες και μικρά τραύματα, παρακολουθούν τη θεραπεία συντήρησης χρόνιων παθήσεων, και προσφέρουν μια σειρά από συμβουλευτικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες. Σε πολλές πολιτείες, οι PNPs συ-

Πίνακας 1-1

Αριθμός των ιατρών με τίτλο υποειδικότητας της παιδιατρικής έως το 2005

Παιδιατρική υποειδικότητα	Αριθμός ιατρών
Εφηβική ιατρική (1994)*	505
Καρδιολογία (1961)	1870
Μονάδες εντατικής θεραπείας (1987)	1287
Αναπτυξιακή παιδιατρική (2002)	427
Τμήματα επειγόντων περιστατικών (1992)	1291
Ενδοκρινολογία (1978)	1055
Γαστρεντερολογία (1990)	872
Αιματολογία - ογκολογία (1974)	1874
Λοιμώδη νοσήματα (1994)	992
Τοξικολογία (1994)	30
Νεογνολογία - περιγεννητική ιατρική (1975)	4421
Νεφρολογία (1974)	668
Νευρολογικές/αναπτυξιακές διαταραχές (2001)	241
Πνευμονολογία (1986)	767
Ρευματολογία (1992)	215
Αθλητιατρική (1993)	108

* Η εντός παρενθέσεως χρονολογία αναφέρεται στο έτος που αναγνωρίστηκε η υποειδικότητα.

Από American Board of Pediatrics. Workforce Data: The American Board of Pediatrics, 2005-2006. Διαθέσιμο στο: www.abp.org/ABPWebSite/stats/wrkfrc/workforce05.pdf.

νταγογραφούν φάρμακα, δρομολογούν εισαγωγές και κάνουν επίσκεψη στο νοσοκομείο.

Οι βοηθοί ιατρών (PAs – Physician Assistants) είναι επαγγελματίες υγείας με διετή ή τριετή εκπαίδευση για να προσφέρουν βασικές υπηρεσίες υγείας που ανήκουν και στα καθήκοντα των ιατρών. Πρόκειται δηλ. για επαγγελματίες υγείας που έχουν την άδεια να ασκούν ιατρική κάτω από την επιτήρηση των ιατρών. Όπως και οι νοσηλεύτες, οι βοηθοί ιατρών ασχολούνται με την κλινική εξέταση του αρρώστου, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων, και τη συμβουλευτική για την πρόληψη των νοσημάτων. Επίσης μπορούν να συμμετέχουν σε χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες ιατρικές πράξεις. Σε 49 πολιτείες των ΗΠΑ οι βοηθοί ιατρών έχουν δικαίωμα συνταγογράφησης. Εξαιτίας της στενής εργασιακής σχέσης τους με τους ιατρούς, εκπαιδεύονται σύμφωνα με ένα μοντέλο σχεδιασμένο να συμπληρώνει την εκπαίδευση των ιατρών. Υπάρχει τεράστια ζήτηση για νοσηλεύτες παιδιατρικής (περίπου 10.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες) και για βοηθούς ιατρών (περίπου 6.000 στον παιδιατρικό τομέα). Υπολογίζεται ότι 33% των παιδιατρικών νοσηλευτών εργάζονται σε νοσοκομειακά ιατρεία, 23% σε ιδιωτικά παιδιατρικά ιατρεία, 13% σε προγράμματα της κοινότητας και κέντρα δημόσιας υγείας, και 30% σε σχολεία και ασφαλιστικά ταμεία. Σε ορισμένες υποβαθμισμένες και αγροτικές περιοχές, οι παιδιατρικοί νοσηλεύτες είναι οι μόνοι που προσφέρουν πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα.

Οι χώροι παροχής ιατρικής φροντίδας στα παιδιά

Υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα παιδιά σε μια μεγάλη ποικιλία χώρων εντός και εκτός των νοσοκομείων. Αν και οι κατ' οίκον επισκέψεις και η κατ' οίκον περίθαλψη αποτελούσαν παλαιότερα συνήθη πρακτική στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι εργαζόμενοι στην παιδιατρική στη μεγάλη πλειοψηφία τους δεν κάνουν πλέον επισκέψεις στα σπίτια. Σε άλλες ψφωστές, οι επισκέψεις των νοσηλευτών στο σπίτι, ιδιαίτερα σε οικογένειες με νεογνά και βρέφη, αποτελούν μέρος της τακτικής παιδιατρικής φροντίδας.

Οι δυνατότητες της νοσοκομειακής περίθαλψης

Τα νοσοκομεία, λόγω των οικονομικών πιέσεων για μείωση της διάρκειας νοσηλείας και του αριθμού των εισαγωγών, έχουν αλλάξει δραματικά τα τελευταία 20 χρόνια. Πολλά, προσφέρουν τώρα ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών, στις οποίες περιλαμβάνονται η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, διαγνωστικές διαδικασίες και χειρουργικές πράξεις σε εξωτερική βάση, και ιατρεία για μη νοσηλευόμενους ασθενείς. Αν και τα νοσοκομεία είναι οι αποκλειστικοί χώροι εσωτερικής νοσηλείας των αρρώστων, δεν αρκούνται πλέον μόνον σ' αυτή.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχουν περίπου 5.000 νοσοκομεία. Από αυτά, τα 250 (5%) θεωρούνται νοσοκομεία για παιδιά και διακρίνονται σε αμιγώς παιδιατρικά (περίπου 20%), παιδιατρικά τμήματα στο εσωτερικό μεγαλύτερων γενικών νοσοκομείων (περίπου 45%), ή στο πλαίσιο νοσοκομείων άλλων ειδικοτήτων όπως ορθοπαιδικής, αποκατάστασης, και ψυχιατρικής (περίπου 35%).⁹ Κάθε χρόνο νοσηλεύονται περίπου 3 εκατομμύρια παιδιά, και στα νοσοκομεία για παιδιά αντιστοιχεί το ένα τρίτο των εισαγωγών. Κατά συνέπεια η πλειοψηφία των παιδιών αντιμετωπίζεται σε γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν παιδιατρικές μονάδες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Agency for Healthcare Research and Quality, κάθε χρόνο νοσηλεύονται 7% των Αμερικανών αλλά μόνο 3% των παιδιών και εφήβων (8% των παιδιών ηλικίας μικρότερης των 6 χρονών εισάγονται στο νοσοκομείο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 6 ως 17 το ποσοστό αυτό είναι μόνο 2%).¹⁰ Παιδιά που διαμένουν σε υποβαθμισμένες κοινότητες είναι πιθανότερο να εισαχθούν στο νοσοκομείο μέσω του τμήματος επειγόντων περιστατικών, συγκριτικά με τα παιδιά υψηλότερου κοινωνικού επιπέδου. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στις φτωχότερες κοινότητες είναι πιο δύσκολη η πρόσβαση στους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας και επομένως είναι μεγαλύτερη η εξάρτηση από τα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Ο μέσος όρος παραμονής των παιδιών στο νοσοκομείο είναι 3 ως 4 ημέρες, αλλά υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάλογα με την αιτία εισαγωγής, το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης, και σε μικρότερο βαθμό τον τύπο του νοσοκομείου.

Μόνο 15% των νοσοκομείων έχουν φορολογικό χαρακτήρα κερδοσκοπικού οργανισμού, ενώ 58% είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, 22% ανήκουν στις πολιτείες και τις τοπικές κυβερνήσεις, και 5% ανήκουν στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Ο μη κερδοσκοπικός χαρακτήρας επιτρέπει στα ιδρύματα αυτά να μην πληρώνουν φόρους στην κυβέρνηση και να χρησιμοποιούν αφορολόγητα ομολογιακά δάνεια. Σε αντάλλαγμα αυτών των προνομίων τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία αναμένεται να προσφέρουν υπηρεσίες στην κοινότητα, ενδεχομένως με το να δέχονται όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από τη δυνατότητά τους να πληρώσουν, ή υποστηρίζοντας τα κοινικά προγράμματα για την υγεία.

Είκοσι τοις εκατό των νοσοκομείων έχουν και εκπαιδευτικό χαρακτήρα, δηλαδή συνδέονται με μία από τις 130 ιατρικές σχολές της χώρας. Σχεδόν το ήμισυ των νοσοκομείων στις Ηνωμένες Πολιτείες βρίσκεται σε αγροτικές περιοχές, όπου στη μεγάλη πλειοψηφία τους πρόκειται για μικρές εγκαταστάσεις με λιγότερες από 100 νοσοκομειακές κλίνες. Το 2004, η αναλογία στις ΗΠΑ ήταν λίγο μικρότερη από 1 κρεβάτι για κάθε 1000 παιδιά. Η πρόσβαση των παιδιών στις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες στις ΗΠΑ θεωρείται εξαιρετική.

Δυνατότητες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

Για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των παιδιών υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία δυνατοτήτων στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, με σημαντικότερες τα ιδιωτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας της κοινότητας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις υπηρεσίες υγείας των σχολείων, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τα μη νοσοκομειακά κέντρα αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών, και πιο πρόσφατα τα εξωτερικά ιατρεία που βρίσκονται σε φαρμακεία και μεγάλα εμπορικά καταστήματα.¹¹ Δυστυχώς, οι υπηρεσίες που παρέχονται για έναν συγκεκριμένο ασθενή στους διάφορους αυτούς χώρους δεν συντονίζονται επαρκώς μεταξύ τους, και δεν υπάρχει μια κεντρική υπηρεσία πληροφοριών, αποτίμησης των αναγκών, και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Εξαιτίας αυτής της έλλειψης συντονισμού, ορισμένοι συγγραφείς έχουν χαρακτηρίσει το σύστημα περίθαλψης των παιδιών σαν *περίθαλψη χωρίς σύστημα*.

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. Περίπου 70% των παιδιών επισκέπτονται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο τον ιατρό στο ιατρείο του, 6% επισκέπτονται τον ιατρό στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, και 12% πηγαίνουν στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών μία ή περισσότερες φορές.¹⁰ Έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες ότι οι επισκέψεις των παιδιών στον ιατρό είναι λιγότερες από τις συνιστώμενες από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής. Αυτό κυρίως οφείλεται σε διάφορους παράγοντες που εμποδίζουν την πρόσβαση στις μη νοσοκομειακές υπηρεσίες. Το σημαντικότερο εμπόδιο είναι οικονομικής φύσης. Για παράδειγμα, η οδοντιατρική φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ανεπαρκής, αφού μόλις 42% των παιδιών επισκέπτονται τον οδοντίατρο μία φορά τον χρόνο, σαν συνέπεια της απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης σ' αυτόν τον τομέα. Για άλλες υπηρεσίες υγείας, η υγειονομική ασφάλιση των παιδιών μπορεί να μην παρέχει πλήρη κάλυψη. (Η μερική ασφαλιστική κάλυψη σε αναγκαίες υπηρεσίες, συνιστά ένα πρόβλημα το οποίο έχει χαρακτηριστεί ως *υπο-ασφάλιση*). Άλλα εμπόδια στην πρόσβαση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι τα χωροταξικά προβλήματα (απουσία επαγγελματιών υγείας για παιδιά στην κοινότητα ή δυσκολίες στη μετάβαση σε περιοχές που διαθέτουν), καθώς και προβλήματα οργάνωσης (για παράδειγμα απουσία μεταφραστών για άτομα που δεν μιλούν αγγλικά, περιορισμένη πρόσβαση σε ώρες εκτός της εργασιακής απασχόλησης των γονιών, ή μεγάλη αναμονή στα ραντεβού).

Σήμερα η πλειοψηφία των οικογενειών στις ΗΠΑ είναι είτε με δύο εργαζόμενους γονείς είτε μονογονεϊκές.¹² Για να διευκολυνθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, χρειάστηκε εκτός από την τηλεφωνική κάλυψη τις νυχτερινές ώρες, να επεκταθεί το ωράριο των ιατρείων τις βραδινές ώρες και στη διάρκεια του σαββατοκύριακου. Η τάση αυτή αποτελεί ριζική αλλαγή στην παραδοσιακή λειτουργία των παιδιατρικών ιατρείων. Η εκτός ωραρίου εξέταση του αρρώστου γίνεται σε χώρους όπως το ιδιωτικό ιατρείο του παιδίατρο ή ένα ξεχωριστό δωμάτιο στο νοσοκομείο της κοινότητας. Πολλοί παιδίατροι συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους, και μοιράζονται τη φροντίδα των ασθενών εκτός ωραρίου και στη διάρκεια των αργιών. Καλύπτουν κυκλικά τις επισκέψεις

και τις τηλεφωνικές επικοινωνίες, ενώ ο άρρωστος παραπέμπεται άμεσα ξανά στον ιατρό του. Η τακτική αυτή παρέχει αποτελεσματική εκτός ωραρίου ιατρική περίθαλψη και συγχρόνως προσφέρει στον ιατρό περισσότερο χρόνο για ξεκούραση και ενασχόληση με τα προσωπικά του ενδιαφέροντα. Για τη βελτίωση των χωροταξικών προβλημάτων, οι παιδίατροι αποδέχθηκαν την ιδέα του δορυφορικού ιατρείου ανταποκρινόμενοι στη μετακίνηση των νέων οικογενειών σε προστασιακές περιοχές. Τα ιατρεία αυτά προσφέρουν την ίδια πλήρη παιδιατρική φροντίδα όπως και το κύριο ιατρείο αλλά πιο εύκολη πρόσβαση για τους κατοίκους των προαστίων. Τα δορυφορικά ιατρεία συχνά υπερβαίνουν σε μέγεθος το κύριο ιατρείο καθώς μεταβάλλονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των τοπικών κοινωνιών, και αποκτούν μια δική τους ξεχωριστή ταυτότητα.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ. Οι παιδίατροι κατά την άσκηση του επαγγελματίως τους μπορούν να ακολουθήσουν διάφορα οργανωτικά μοντέλα: ο κάθε παιδίατρος μόνος του, σαν μέλος μιας ομάδας (η οποία μπορεί να αποτελείται μόνο από γενικούς παιδίατρος ή να περιλαμβάνει γενικούς παιδίατρος και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων), σε ασφαλιστικά ταμεία, σε νοσοκομειακή βάση, ή σε κέντρα επειγόντων περιστατικών (που παρέχουν επείγουσα ιατρική βοήθεια, αλλά δεν νοσηλεύουν τους ασθενείς και τους παραπέμπουν εάν χρειάζεται σε συνεργαζόμενα νοσοκομεία). Οι χώροι λειτουργίας των παιδιατρικών ιατρείων, όπως καταγράφηκαν το 2000, αναφέρονται στον Πίνακα 1-2.¹³

Ενώ στο παρελθόν ήταν συνήθης πρακτική, σήμερα σαφώς λιγότεροι παιδίατροι εργάζονται ανεξάρτητα. Αυτός ο τρόπος εργασίας συναντάται σε 1 στους 10 ιατρούς, αλλά μόνο 1 στους 25 από τους νεοεισερχόμενους στο επάγγελμα επιλέγουν αυτή την πρακτική. Η στελέχωση του ιατρείου με μόνο έναν ιατρό προσφέρει στους ασθενείς καλύτερη συνέχεια στη φροντίδα τους από το ίδιο άτομο, και απαιτεί αυτονομία του ιατρού για τη λήψη αποφάσεων στον επιχειρηματικό τομέα της δουλειάς του. Αυτό ακριβώς το γεγονός της αυτονομίας είναι ελκυστικό για αρκετούς επαγγελματίες. Από την άλλη πλευρά, οι ιατροί που εργάζονται μόνοι τους δυσκολεύονται περισσότερο να ρυθμίσουν την κάλυψη των ασθενών τους εκτός ωραρίου εργασίας, τα σαββατοκύριακα, και στη διάρκεια των διακοπών, σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται ομαδικά. Οι παιδίατροι που μπαίνουν στην αγορά εργασίας, ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο όχι μόνο για το εισόδημά τους, αλλά και για θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής όπως είναι ο χρόνος που αφιερώνουν στο ιατρείο, οι διακοπές, και η ευελιξία στην κάλυψη των ασθενών τους. Άλλα πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας είναι η μείωση των λειτουργικών εξόδων, μεγαλύτερη σταθερότητα εισοδήματος, ισχυρότερες διαπραγματευτικές θέσεις για προγράμματα υγείας, μεγαλύτερα οικονομικά αποθέματα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε επενδύσεις για βελτίωση της παροχής υπηρεσιών όπως π.χ. η τεχνολογία της πληροφορικής εφαρμοσμένη στην ιατρική, και η δυνατότητα των ιατρών να αναπτύξουν τις γνώσεις τους σε εξειδικευμένα θέματα χρήσιμα τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και στην άσκηση των υποειδικοτήτων. Οι περισσότερες ιατρικές ομάδες στις ΗΠΑ απαρτίζονται από λιγότερα από 10 μέλη.

Τα κέντρα υγείας της κοινότητας αποτελούν μέρος του προγράμμα-

τος Health Center Program που συντονίζεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και περιλαμβάνει επίσης τα κέντρα υγείας για τους άστεγους, τους διαμένοντες σε δημόσια ιδρύματα, και τους μετανάστες. Για περισσότερα από 30 χρόνια, ο Τομέας Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ παρέχει ομοσπονδιακή στήριξη στα προγράμματα που αφορούν τα κέντρα υγείας.¹⁴ Οι πόροι αυτοί χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση της περίθαλψης των πληθυσμιακών ομάδων με ανεπαρκή υγειονομική κάλυψη, όπως είναι τα παιδιά που δεν έχουν ασφάλεια υγείας και οι οικογένειές τους, οι μετανάστες και οι εποχιακά εργαζόμενοι σε αγροκαλλιέργειες και οι οικογένειές τους, οι άστεγοι, οι διαμένοντες σε δημόσια ιδρύματα, και όσοι έχουν ανάγκη τις σχολικές υπηρεσίες υγείας. Τα κέντρα υγείας της κοινότητας έχουν κύριο στόχο την παροχή πλήρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους κατοίκους των περιοχών με ανεπαρκή ιατρική κάλυψη. Από το σύνολο των παιδιατρικών επισκέψεων πρωτοβάθμιας φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 4% λαμβάνουν χώρα στα κέντρα υγείας της κοινότητας, 8% σε νοσοκομειακά ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και οι υπόλοιπες (88%) στα ιδιωτικά ιατρεία.¹⁵ Το ποσοστό των επισκέψεων στα κέντρα υγείας της κοινότητας και στα νοσοκομειακά ιατρεία είναι πολύ υψηλότερο για τους ανασφάλιστους και τις μειονοτικές φυλετικές και εθνικές πληθυσμιακές ομάδες, εξαιτίας της δυσκολίας τους στην πρόσβαση των ιδιωτικών ιατρείων.

Διάφοροι άλλοι οργανισμοί του δημόσιου τομέα προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε παιδιά ανασφάλιστα ή με ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη. Οι οργανισμοί αυτοί περιλαμβάνουν τοπικά κέντρα δημόσιας υγείας, κέντρα υγείας της κοινότητας και κέντρα που απευθύνονται στους μετανάστες, δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα, και ιατρεία των σχολείων. Επιπλέον, πολλές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις βοηθούν στην κάλυψη των ιατρικών αναγκών των παιδιών που δεν έχουν υγειονομική ασφάλιση.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ. Περισσότερα από 90% των παιδιών αντιμετωπίζονται συνήθως στον ίδιο ιατρικό χώρο, τόσο για θέματα πρόληψης όσο και για τη θεραπεία των νοσημάτων. Τα παιδιά που έχουν μια σταθερή πηγή περίθαλψης χρησιμοποιούν σπανιότερα τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών, είναι πιο ευχαριστημένα από την ιατρική φροντίδα, και έχουν βραχύτερη παραμονή στα νοσοκομεία, σε σχέση με τα αντίστοιχα παιδιά που δεν αντιμετωπίζονται σταθερά στον ίδιο χώρο. Στο ζήτημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αφιερώνεται όλο και περισσότερο η αναπτυξιακή πολιτική και οι δραστηριότητες που αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

Ακόμη όμως και όταν χρησιμοποιείται σταθερά η ίδια πηγή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δεν μπορεί να καλύψει πάντοτε όλες τις ανάγκες, ούτε μπορεί πάντοτε να ενσωματώσει τις υπηρεσίες που έχει δεχθεί το παιδί σε άλλους χώρους. Πολλά παιδιά απευθύνονται και σε άλλους επαγγελματίες υγείας όταν έχουν ανάγκη διάφορων ιατρικών υπηρεσιών. Ο ιατρός τους μπορεί να μην είναι ενήμερος των άλλων ιατρικών επισκέψεων, παρά το ότι μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανταπόκριση του αρρώστου στην επακόλουθη αγωγή. Επίσης, πολλές φορές τα παιδιά χρειάζεται να αλλάξουν ιατρό όταν οι γονείς τους αλλάζουν ασφαλιστικό ταμείο.

Η αντιμετώπιση αυτής της διασπασμένης, μη συντονισμένης περίθαλψης συνιστά μείζονα πρόκληση για το ιατρικό σώμα. Εάν οι ιατροί, τα προγράμματα υγείας, και οι ιατρικοί οργανισμοί, συνεχίζουν να λειτουργούν ανεξάρτητα, χωρίς συντονισμό, και εάν οι άρρωστοι αναζητούν ιατρική φροντίδα από διάφορες πηγές, τότε θα αναπαράγονται οι ίδιες προσφερόμενες υπηρεσίες, με διαρκώς αυξανόμενο κόστος περίθαλψης χωρίς το ανάλογο όφελος. Στην πραγματικότητα, είναι πιθανόν η αποτελεσματικότητα να μειώνεται δεδομένου ότι οι διάφοροι ιατροί συχνά δίνουν στους ασθενείς αντικρουόμενες οδηγίες και θεραπεία. Η ιδέα της συνολικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνίσταται στην προσπάθεια ρύθμισης αυτών των προβλημάτων, ενώ τα επιθυμητά χαρακτηριστικά της έχουν δημοσιοποιηθεί από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής.¹⁶

Η συνολική παιδιατρική πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σημαντική για όλα τα παιδιά, και όχι μόνο για εκείνα που χρειάζονται μακροχρόνια ειδική ιατρική αντιμετώπιση. Εκτός από τα συνήθη μέτρα πρόληψης (π.χ. εμβολιασμοί), την καθοδήγηση για μελλοντικά ζητήματα, και την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων, η ιδέα της συνολικής περίθαλψης προ-

Πίνακας 1-2

Χώροι παιδιατρικών ιατρείων, το έτος 2000

Τύπος ιατρείου	Ποσοστά επί του συνόλου των παιδιατρικών ιατρείων
Ο παιδίατρος έχει μόνος του το ιατρείο του	10
Ομάδα με δύο ιατρούς	6
Ομάδα παιδίατρων	26
Ομάδα με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων	12
Ασφαλιστικά ταμεία	5
Πανεπιστημιακά κέντρα	15
Ιδιωτικά νοσοκομεία	11
Δημόσια νοσοκομεία ή ιατρεία	6
Άλλα (π.χ. ιατρεία παροχής πρώτων βοηθειών, κέντρα υγείας της κοινότητας)	11

Από American Academy of Pediatrics. Socio-economic Survey of Pediatricians. Διάθεσιμο στο: www.aap.org/research/periodicsurvey/ps43soci.htm

σθέτει διάφορα επιπλέον στοιχεία στο συμβατικό μοντέλο του πρωτοβάθμιου παιδιατρικού ιατρού: αρχεία ασθενών με ιδιαίτερες παθήσεις ώστε να ρυθμίζεται καλύτερα η χρόνια αντιμετώπισή τους· συντονισμός των διαδικασιών που θα φέρουν σε επικοινωνία τα παιδιά και τις οικογένειες με τις κατάλληλες ιατρικές, κοινωνικές, και κοινοτικές υπηρεσίες· δυναμική και συνολική διαχείριση των προβλημάτων του αρρώστου με τη συνεργασία των ιατρών της πρωτοβάθμιας και της εξειδικευμένης περίθαλψης· εκπαίδευση των αρρώστων, ιδιαίτερα εκείνων με χρόνια ή ψυχολογικά προβλήματα. Το μοντέλο αυτό της συντονισμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμο από τους ασθενείς, να προάγει την αδιάσπαστη φροντίδα του αρρώστου, να προσφέρει ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών που να καλύπτουν τις περισσότερες ανάγκες των παιδιών, και να συντονίζει τις διάφορες αρμόδιες υπηρεσίες υγείας. Οι λειτουργίες αυτές –πρόσβαση στο σύστημα υγείας, συνέχεια στη φροντίδα του αρρώστου, πλήρης κάλυψη των αναγκών του, και συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών– αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως ορίζονται από το Institute of Medicine.¹⁷ Από τη σχετική έρευνα έχει αποδειχθεί ότι όταν οι λειτουργίες αυτές ικανοποιούνται σε μεγάλο βαθμό, μειώνεται η πιθανότητα εισαγωγής των παιδιών στο νοσοκομείο για προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν σε εξωτερική βάση, οι οικογένειες δηλώνουν πιο ευχαριστημένες, και μειώνονται οι δαπάνες για την περίθαλψη.¹⁸ (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το μοντέλο συνολικής πρωτοβάθμιας φροντίδας του αρρώστου, βλ. Κεφάλαιο 8).

ΚΕΝΤΡΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΩΝ ΚΛΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ Ή ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΤΟΣ ΩΡΑΡΙΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ. Κέντρα τηλεφωνικών κλήσεων ή προγράμματα εκτός ωραρίου των ιατρείων (AHPs – after hours programs) έχουν δημιουργηθεί σε όλη την επικράτεια των ΗΠΑ Για τους ασθενείς είναι πολύ σημαντικό να έχουν άμεση πρόσβαση σε ιατρική καθοδήγηση και εκτός του ωραρίου λειτουργίας των ιατρείων, ανάγκη που έχει γίνει πιο επιτακτική με την αύξηση του αριθμού των γονιών που εργάζονται και οι δύο, δεδομένου ότι οι υποχρεώσεις των παιδίατρων απέναντι στους ασθενείς τους δεν σταματούν με το κλείσιμο του ιατρείου, και επειδή πολλές κλήσεις δεν αφορούν επείγοντα θέματα.

Τα AHPs είναι επανδρωμένα με εκπαιδευμένο προσωπικό και λειτουργούν τις νυχτερινές ώρες, τα σαββατοκύριακα, και τις αργίες. Δίνουν οδηγίες για συμπτωματική αντιμετώπιση και ανανέωση των κατάλληλων ιατρικών συνταγών, δρομολογούν παραπομπές σε τμήματα επείγοντων περιστατικών ή σε εφημερεύοντα παιδιατρικά ιατρεία, ή συστήνουν να επισκεφθεί ο αρρώστος τον ιατρό του σε ώρες ιατρείου. Τα AHPs λειτουργούν υπό την εποπτεία επαγγελματιών υγείας, και εφαρμόζουν πρωτόκολλα που παρέχονται από τους παιδίατρους που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τους. Σε πολλές περιπτώσεις, τα κέντρα αυτά επιδοτούνται από τους παιδιατρικούς τομείς του συστήματος υγείας, λόγω της αποτελεσματικότητάς τους και της εξοικονόμησης των δαπανών που αποδίδεται στο έργο τους.

Σε μία μεγάλη πολυκεντρική μελέτη, 65% των γονιών δήλωσαν ότι δεν είχαν καμία προτίμηση στο να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά με ιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας στις ώρες εκτός λειτουργίας των ιατρείων, αλλά 28% είπαν ότι προτιμούν να μιλήσουν με κάποιον ιατρό.¹⁹ Περισσότεροι από 80% των γονιών ακολούθησαν πλήρως τις οδηγίες που τους δόθηκαν από τους επαγγελματίες του κέντρου.

Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η διαδικασία της φροντίδας για την υγεία δομείται από την αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Από την πλευρά του ιατρού, τα καθοριστικά στοιχεία της διαδικασίας είναι: η αναγνώριση νέων προβλημάτων και ο προληπτικός έλεγχος για την ανίχνευσή τους, η εκπαίδευση του αρρώστου, η παροχή υπηρεσιών που είναι κατάλληλες για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ατόμου, και η διάγνωση της νόσου με βάση το σκεπτικό του ιατρού, τις εργαστηριακές εξετάσεις, και τον απεικονιστικό έλεγχο. Ο ιατρός ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να συστήνει προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση, να ενημερώνει και να δίνει οδηγίες, να χορηγεί φάρμακα, ή να ακολουθεί άλλες θεραπευτικές πρακτικές. Παρακολουθεί την εξέλιξη του προβλήματος, παραπέμπει σε εξειδικευμένους ιατρούς ή κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας

της κοινότητας, και δρομολογεί την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Από την πλευρά του ασθενούς και της οικογένειας, καθοριστικά στοιχεία είναι η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και η επιλογή των υπηρεσιών υγείας που θα χρησιμοποιήσουν, η αποκάλυψη των πληροφοριών που αφορούν τα θέματα υγείας και η διατύπωση σχετικών ερωτήσεων, η διαχείριση των παρατεινόμενων προβλημάτων από τον ίδιο τον ασθενή, η συμμετοχή του στο σχέδιο αντιμετώπισης της νόσου, και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Αντικείμενο της παιδιατρικής πράξης

Η άσκηση της παιδιατρικής εξακολουθεί να παρουσιάζει ενδιαφέρον και να αποτελεί πρόκληση για τον παιδίατρο, αν και δρομολογείται διαφορετικά σε σχέση με το παρελθόν. Σε όλη τη διάρκεια των αρχών και του μέσου του 20ου αιώνα, ο γενικός παιδίατρος ήταν ο ειδήμονας που καθημερινά ήταν στη διάθεση των οικογενειών που τον είχαν ανάγκη, κάνοντας συχνά επισκέψεις στο σπίτι και στο νοσοκομείο. Αντιμετώπιζε πρόωρα βρέφη, υγιή και άρρωστα νεογνά, υγιή και άρρωστα μεγαλύτερα παιδιά, εντός και εκτός του νοσοκομείου. Οι γενικοί παιδίατροι έκαναν τη διάγνωση και έδιναν θεραπεία στον ρευματικό πυρετό, τη σπειραματονεφρίτιδα, όλα τα λοιμώδη νοσήματα, και τις περισσότερες καρδιολογικές, νευρολογικές, και αλλεργικές παθήσεις. Με λίγα λόγια, ο γενικός παιδίατρος αντιμετώπιζε όλες τις απλές και τις περισσότερες από τις σοβαρές παθολογικές καταστάσεις. Οι εξειδικευμένοι παιδίατροι ήταν λίγοι, και συνήθως μόνο σε πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα. Έννοιες όπως αυτές της πρωτοβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης ήταν άγνωστες, και δεν υπήρχαν παιδίατροι εντατικολόγοι, νεογνολόγοι, και άλλων υποειδικοτήτων, στα μη ομοσπονδιακά νοσοκομεία. Ο χρόνος για την εκπαίδευση των γονιών στα θέματα υγείας ήταν περιορισμένος, διότι ο παιδίατρος έπρεπε να αντιμετωπίσει εξολοκλήρου ουσιαστικά κάθε πρόβλημα των ασθενών του στο ιατρείο, στο σπίτι, και στο νοσοκομείο.

Σήμερα, ο παιδίατρος που ασκεί πρωτοβάθμια περίθαλψη στο ιατρείο του έχει να αντιμετωπίσει καταστάσεις που είναι μόνο δυνητικά σοβαρές, και διαθέτει μεγάλο μέρος από το χρόνο του για την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας των παιδιών. Βλέπει τους αρρώστους του σχεδόν πάντα στο ιατρείο, σπάνια στο νοσοκομείο, και σχεδόν ποτέ στο σπίτι. Το εύρος των νοσημάτων που αντιμετωπίζονται από τον παιδίατρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας σήμερα δεν μοιάζει καθόλου με αυτό του παρελθόντος. Σε ποσοστό 75%-85% πρόκειται για λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, προβλήματα του κατώτερου αναπνευστικού μέσης βαρύτητας, διατροφικά προβλήματα, γαστρεντερικές διαταραχές, και ελαφρούς τραυματισμούς. Μεγάλο μέρος του επαγγελματικού χρόνου αφιερώνεται πλέον στην παρακολούθηση των υγιών παιδιών, στη δυναμική της οικογένειας, και σε ένα νέο πεδίο νοσηρότητας που αφορά τις νοητικές διαταραχές, την παχυσαρκία, και τις μαθησιακές δυσκολίες. Το αντικείμενο της σύγχρονης πρωτοβάθμιας παιδιατρικής πράξης αναφέρεται συνοπτικά στο Πλαίσιο 1-1.

Οι αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης και πρόληψης των οξέων λοιμώξεων θα επιδράσουν σημαντικά, ίσως και δραματικά, το αντικείμενο της παιδιατρικής στο μέλλον. Οι συστάσεις για περιορισμό της χρήσης των αντιβιοτικών στην αντιμετώπιση των ιογενών νοσημάτων και της μέσης ωτίτιδας, οδήγησαν σε μείωση της συνταγογράφησης και των ιατρικών επισκέψεων για αυτές τις καταστάσεις. Τα νέα εμβόλια θα αποφορτίσουν ακόμη περισσότερο την παιδιατρική πράξη από το βάρος των οξέων παθήσεων, δίνοντας τη χρονική δυνατότητα στους παιδίατρος να προσφέρουν πληρέστερες υπηρεσίες για την προαγωγή της υγείας και της ανάπτυξης των παιδιών. Μπορούν έτσι να βοηθήσουν την υγιή μετάβαση του παιδιού στη σχολική ζωή, στην εφηβεία, και αργότερα στην ενήλικη ζωή. Να προσφέρουν ανακούφιση σε δυσκολίες που συνοδεύουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τέλος, να συνεργάζονται με την οικογένεια ώστε για το κάθε παιδί να μεγιστοποιούνται οι πιθανότητες να γίνει ένας ευτυχισμένος ενήλικας.

Το ποσοστό των παιδίατρων που εργάζονται με καθεστώς μερικής απασχόλησης αυξήθηκε, από 11% το 1993 σε 20% το 2000. Ωστόσο, στο διάστημα αυτό έμειναν κατά μέσον όρο σταθερές οι ποσοστιαίες αναλογίες στον τρόπο με τον οποίο διαθέτουν τον επαγγελματικό τους χρόνο (Εικόνα 1-1). Οι παιδίατροι που έχουν ιατρείο εργάζονται 52 ώρες την εβδομάδα, και από αυτές αφιερώνουν περίπου 40 ώρες στην άμεση φροντίδα των ασθενών. Βλέπουν τους αρρώστους τους κυρίως στο

ΠΛΑΙΣΙΟ

1-1

Το αντικείμενο της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης

- Προγεννητική συμβουλευτική στις οικογένειες που περιμένουν τη γέννηση του παιδιού τους.
- Εμβολιασμός όλων των ηλικιακών ομάδων που ανήκουν στην παιδιατρική φροντίδα, αφού προηγουμένως γίνει ενημέρωση για το όφελος, τον πιθανό κίνδυνο, και τις εναλλακτικές επιλογές εάν υπάρχουν.
- Αντιμετώπιση των οξέων παθήσεων (αναμονή και παρακολούθηση, χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων, εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, περαιτέρω παρακολούθηση της πορείας του αρρώστου).
- Πρόληψη των ατυχημάτων (οδηγίες για τις ζώνες ασφαλείας στα αυτοκίνητα, τους ανιχνευτές καπνού, την ασφάλεια του καταναλώσιμου νερού, μέτρα που σχετίζονται με την κατοικία, αποφυγή δηλητηριάσεων, κράνος κατά τη χρήση ποδηλάτων).
- Αντιμετώπιση ελαφρών τραυματισμών.
- Συντονισμός των υπηρεσιών περίθαλψης για τα παιδιά που έχουν σύνθετες ιατρικές ανάγκες.
- Άσκηση του επαγγέλματος με τρόπο που να παρέχεται μια συνολική πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Συνεργασία με την οικογένεια για να ενισχυθεί η επίτευξη των μαθησιακών στόχων από τη βρεφική ηλικία και έως το τέλος της εφηβείας.
- Δεξιότητα σε θέματα που αφορούν την πρόληψη της βίας και την αποφυγή της κακοποίησης.
- Συμβουλές και υποστήριξη σε περιπτώσεις διαζυγίου, προβλημάτων του γάμου, ή απώλειας μελών της οικογένειας.
- Συμβουλευτική της οικογένειας σε σχέση με τον τρόπο ζωής, όπως η ανάγκη να υπάρχει χρόνος αφιερωμένος στην οικογένεια, η συνειδητοποίηση

από τους γονείς των χρονικών περιορισμών και των εντάσεων που σχετίζονται με την εργασία τους, και τρόποι με τους οποίους η οικογένεια μπορεί να αντιμετωπίσει τις σχετικές δυσκολίες.

- Ενίσχυση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με συμβουλές για τις διατροφικές συνήθειες, την άσκηση, και την υγεία των δοντιών.
- Συστάσεις για την αποφυγή συνθηκών που έχουν αρνητικές συνέπειες για την υγεία όπως η καθιστική ζωή, η υπερβολική παρακολούθηση τηλεόρασης και ηλεκτρονικών παιχνιδιών, και το κάπνισμα των γονιών.
- Αναγνώριση και αντιμετώπιση αναπτυξιακών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων: ανιχνευτικός έλεγχος, θεραπευτική προσέγγιση μέσω της συζήτησης με την οικογένεια και το παιδί, ασφαλής και αποτελεσματική χρήση φαρμάκων, παραπομπή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και από κοινού με αυτούς φροντίδα του αρρώστου και της οικογένειας, σύνδεση της οικογένειας με τις κατάλληλες υπηρεσίες της κοινότητας.
- Ενθάρρυνση των πρωτοβουλιών που προάγουν την υγεία, γνωρίζοντας και χρησιμοποιώντας τα διαθέσιμα μέσα, και συμμετέχοντας σε σχολικά και αθλητικά προγράμματα, εκκλησιαστικές ομάδες, και υπηρεσίες της τοπικής κοινότητας.
- Φροντίδα των εφήβων και των νέων ενηλίκων, με στόχο την καθοδήγηση και την πρόληψη των προβλημάτων σε τομείς όπως η σεξουαλικότητα, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η χρήση φαρμακευτικών ουσιών και αλκοόλ, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία, καθώς και συμβουλές για την εκπαίδευση και τους επαγγελματικούς στόχους.
- Υποστήριξη της οικογένειας έτσι ώστε να γίνει το κάθε παιδί ένας ευτυχισμένος και δημιουργικός ενήλικας.

χώρο του ιατρού, αλλά επίσης περνούν περίπου 5 ώρες την εβδομάδα στα νοσοκομεία, αρκετές ώρες σε τηλεφωνικές συνομιλίες με τους γονείς, και ένα μικρό μέρος του χρόνου τους στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στις αίθουσες τοκετών. Οι παιδίατροι πλήρους απασχόλησης εργάζονται περίπου 55 ώρες την εβδομάδα, ενώ οι μερικής απασχόλησης 35 ώρες την εβδομάδα.

Παραπομπές: Σύνδεση ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και την εξειδικευμένη περίθαλψη

Οι ιατροί της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης έχουν την ευθύνη για πολλά θέματα πρόληψης και θεραπείας, και για το συντονισμό της φροντίδας που δέχονται οι άρρωστοί τους από άλλους ιατρούς. Στις περιπτώσεις που χρειάζονται βοήθεια για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, ή επιθυμούν να γίνει μια εξειδικευμένη εξέταση ή ιατρική πράξη (π.χ. ενδοσκόπηση, χειρουργική επέμβαση), ή θεωρούν ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς βρίσκεται εκτός του αντικείμενου της δικής τους πρακτικής, αναζητούν τη γνώμη εξειδικευμένων ιατρών και παραπέμπουν τον άρρωστο (βλ.

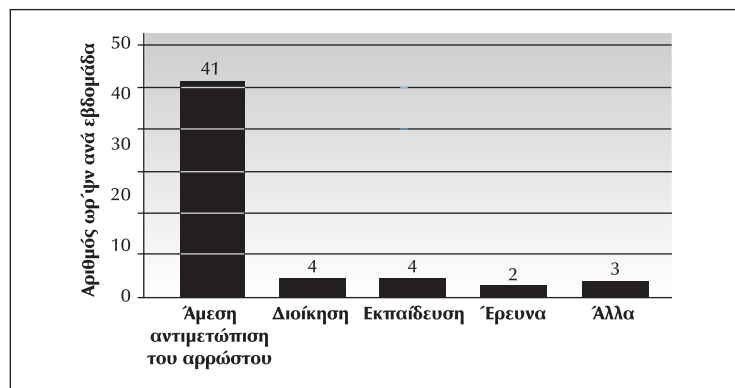
Κεφάλαιο 19). Περίπου 2% από το σύνολο των επισκέψεων στον γενικό παιδίατρο οδηγούν σε παραπομπή, ενώ οι παιδίατροι κάνουν περίπου μία παραπομπή την ημέρα.²⁰ Παραπομπές γίνονται επίσης μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τους γονείς, σε ποσοστό 25% του συνολικού τους αριθμού. Στο 75% των περιπτώσεων οι παιδίατροι προσδοκούν να συμμετέχουν στη φροντίδα του αρρώστου, και όχι να την μεταβιβάζουν εξ ολοκλήρου στον ειδικό ιατρό. Δυστυχώς, αυτό δεν επιτυγχάνεται συχνά.

Τα 15 συνηθέστερα προβλήματα τα οποία οι γενικοί παιδίατροι παραπέμπουν σε ειδικούς ιατρούς και το είδος της ειδικότητας ανάλογα με το πρόβλημα, αναγράφονται στον Πίνακα 1-3. Περίπου μία στις 10 παραπομπές γίνεται για την αντιμετώπιση της μέσης ωτίτιδας. Οι περισσότερες δεν αφορούν χρόνια νοσήματα ή παιδιά με ειδικές ανάγκες περίθαλψης, αλλά προβλήματα περιορισμένης χρονικής διάρκειας που προέρχονται από το μυοσκελετικό, το δέρμα, τα μάτια, τα αυτιά, τη μύτη, και το λαιμό. Είναι αξιοσημείωτο το μεγάλο ποσοστό των παραπομπών που γίνονται για ψυχοκοινωνικά και αναπτυξιακά προβλήματα, τα οποία εάν υπολογισθούν όλα μαζί θα μπορούσε να συνιστούν το συχνότερο αίτιο παραπομπής. Πολλές ειδικότητες έχουν αλληλεπικλυπτόμενα πεδία πρακτικής, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1-3. Για παράδειγμα, οι παιδίατροι στέλνουν τους αρρώστους τους με κήλη ή υδροκήλη τόσο σε γενικούς χειρουργούς όσο και σε ουρολόγους. Αυτό εξαρτάται από τις προσωπικές προτιμήσεις του παιδίατρου και τις σχέσεις που μπορεί να έχει με τους εξειδικευμένους συναδέλφους του.

Οι επισκέψεις στον παιδίατρο

Το εθνικό κέντρο στατιστικής για θέματα υγείας των ΗΠΑ αναφέρει ότι το 2004 πραγματοποιήθηκαν 910 εκατομμύρια επισκέψεις σε γραφεία ιατρών, και το 13% από αυτές ήταν σε παιδίατρους. Ο ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων των παιδιών και εφήβων συσχετίζεται στενά με την ηλικία: 6,7 επισκέψεις ανά άτομο για τα μικρότερα του έτους παιδιά, 2,8 για τα παιδιά 1 έως 4 ετών, και 1,9 επισκέψεις για τις ηλικίες μεταξύ 5 και 14 ετών.

Το 1993, οι παιδίατροι ανέφεραν κατά μέσον όρο 103 επισκέψεις την εβδομάδα, ενώ ο αριθμός αυτός μειώθηκε το 2000 σε 94, δηλ. περίπου 19 ασθενείς την ημέρα. Ο μέσος χρόνος ανά επίσκεψη είναι 15 λεπτά, αν και η διάρκεια αυτή ποικίλει σημαντικά ανάλογα με το σκοπό της εξέτασης. Για παράδειγμα, οι συναντήσεις που αφορούν μια πλήρη εξέτα-



ΕΙΚΟΝΑ 1-1. Αριθμός ωρών ανά εβδομάδα που αφιερώνονται από το σύνολο των παιδίατρων που έχουν ολοκληρώσει την εκπαίδευσή τους, στην άμεση φροντίδα του αρρώστου, στη διοίκηση, στην ιατρική εκπαίδευση, στην ιατρική έρευνα, και σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. εθελοντική εργασία). (American Academy of Pediatrics. Socio-economic Survey of Pediatricians. Διαθέσιμο στο: www.aap.org/research/periodicsurvey/ps43soci.htm.)

Πίνακας 1-3

Τα 15 συνηθέστερα προβλήματα για τα οποία οι γενικοί παιδίατροι παραπέμπουν τους αρρώστους τους σε άλλους εξειδικευμένους ιατρούς ή σε μη ιατρούς επαγγελματίες υγείας με ειδικές γνώσεις στο αντικείμενο

Πρόβλημα για το οποίο γίνεται η παραπομπή	Ποσοστό επί του συνόλου των παραπομπών που γίνονται από τους γενικούς παιδίατρος	Οι δύο συνηθέστεροι τύποι ειδικότητας στις οποίες παραπέμπεται ο ασθενής (Ποσοστό επί του συνόλου)
Μέση ωτίτιδα	9,2	ΩΡΛ (95,3) Ακοολόγοι (3,5)
Διαθλαστικές ανωμαλίες	5,6	Οφθαλμίατροι (67,3) Οπτικό (32,7)
Συμπτώματα από το μυοσκελετικό	5,0	Ορθοπαιδικοί (71,0) Φυσιοθεραπευτές (11,8)
Απλές δερματικές παθήσεις/βλάβες	4,5	Δερματολόγοι (80,7) Πλαστικοί χειρουργοί (10,8)
Προβλήματα συμπεριφοράς	3,5	Ψυχολόγοι (58,5) Ψυχίατροι (18,5)
Κατάγματα	2,9	Ορθοπαιδικοί (92,5) ΩΡΛ (7,5)
Προβλήματα στις αρθρώσεις που σχετίζονται με τραυματισμούς	2,7	Ορθοπαιδικοί (87,8) Φυσιοθεραπευτές (12,2)
Αναπτυξιακή καθυστέρηση	2,6	Νευρολόγοι (20,8) Ορθοπαιδικοί (12,5)
Βαρηκοΐα	2,5	Ακοολόγοι (71,3) ΩΡΛ (28,3)
Στραβισμός, αμβλυωπία	2,5	Οφθαλμίατροι (97,8) Οπτικό (2,2)
Μυρμηκίες, μολυσματική τέρμινθος	2,5	Δερματολόγοι (87,0) Ποδίατροι (8,7)
Κήλη του κοιλιακού τοιχώματος και υδροκήλη	2,3	Παιδοχειρουργοί ή γενικοί χειρουργοί (90,7) Ουρολόγοι (9,3)
Κατάθλιψη και άγχος	2,3	Ψυχίατροι (52,4) Ψυχολόγοι (40,4)
Αλλεργία	2,1	Αλλεργιολόγοι (89,5) Οφθαλμίατροι (5,3)
Χρόνια φαρυγγίτιδα και αμυδαλίτιδα	2,0	ΩΡΛ (94,6) Λογοθεραπευτές (2,7)

Από Forrest CB, Glade GB, Baker A, et al. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153:705-714. Copyright © American Medical Association. Ανατύπωση κατόπιν αδείας.

ση προληπτικής φροντίδας διαρκούν πολύ περισσότερο, από εκείνες που γίνονται για την επανεκτίμηση μιας νόσου.

Τα κύρια αίτια για παιδιατρική εξέταση αναφέρονται συνοπτικά στον Πίνακα 1-4. Περίπου το ένα τρίτο αφορά την παρακολούθηση υγιών παιδιών και την πρόληψη των νοσημάτων, άλλο ένα τρίτο είναι για τη διάγνωση και τη θεραπεία σωματικών προβλημάτων, και το υπόλοιπο για μια ποικιλία διάφορων άλλων λόγων. Με τις υφιστάμενες αλλαγές στο αντικείμενο της παιδιατρικής πράξης, το ποσοστό των επισκέψεων που γίνονται για την αντιμετώπιση οξέων σωματικών παθήσεων (σήμερα περίπου 30%) αναμένεται να μειωθεί, ενώ η παρακολούθηση και η διαχείριση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων θα αυξηθεί.

Όσον αφορά τα μικρά παιδιά, οι επισκέψεις σε ιατρούς με παιδιατρική υποειδικότητα και οι επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς που δεν έχουν κάνει άσκηση στην παιδιατρική, γίνονται σε ίση αναλογία. Στην εφηβεία ωστόσο, είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των επισκέψεων σε μη παιδία-

τρους εξειδικευμένους ιατρούς. Οι παιδιατρικές εταιρείες προασπίζονται τη θέση ότι η εξειδικευμένη περίθαλψη (παθολογική και χειρουργική) των παιδιών και των εφήβων θα πρέπει να παρέχεται από εξειδικευμένους ιατρούς που έχουν εκπαιδευθεί στην παιδιατρική. Για παράδειγμα, το 2002 το Surgical Advisory Panel της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής διεκδίκησε την παραπομπή σε παιδοχειρουργό όλων των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 χρονών που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.²¹

Προγράμματα ελέγχου των ιατρικών πράξεων και ιατρική ευθύνη

Μία από τις συνηθέστερες μεθόδους για την αντιμετώπιση της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι τα προγράμματα ελέγχου των ιατρικών πράξεων και ιατρικών σφαλμάτων, αν και η τελική τους επίδραση στην ποιότητα της περίθαλψης των παιδιών δεν είναι σημαντική. Σε ορισμένες χώρες, υπάρχουν κυβερνητικές υπηρεσίες που διαπραγματεύονται τη δυσαρέσκεια και τα παράπονα των ασθενών με αποτέλεσμα είτε την αθώωση είτε την επιβολή αποζημίωσης (συνήθως χρηματικής) στον ιατρό. Το ιατρικό σώμα στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν κατάφερε ουσιαστικά να εφαρμόσει πειθαρχικούς κανόνες στα μέλη του διότι δεν βρέθηκε τρόπος να επιβάλει άλλες κυρώσεις πέραν της ανάκλησης της επαγγελματικής άδειας, γεγονός που συμβαίνει σπάνια. Μέχρι τώρα, τόσο το ιατρικό όσο και το νομοθετικό σώμα δεν κατάφεραν να διευθετήσουν αυτό το ζήτημα.

Οι παιδίατροι εργάζονται σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από την απότομη αύξηση των διεκδικήσεων που αφορούν την επαγγελματική ευθύνη, ενώ σε μερικές κοινότητες οι ασφαλιστικοί φορείς δεν καλύπτουν πλέον το ιατρικό σφάλμα στο πεδίο της παιδιατρικής.²² Μερικοί ιατροί πληρώνουν ετήσια ασφάλιστρα έως και 25.000 δολάρια, ποσόν που αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ακαθάριστου εισοδήματός τους. Αν και οι παιδίατροι έχουν μικρότερες πιθανότητες από τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων να προσαχθούν στη δικαιοσύνη, το ύψος των χρηματικών αποζημιώσεων που οι ασφάλειες πληρώνουν για τους

Πίνακας 1-4

Αίτια επίσκεψης στον παιδίατρο

Αίτια της επίσκεψης	Ποσοστό
Τακτική επίσκεψη παρακολούθησης του υγιούς παιδιού ή μέτρα πρόληψης (εμβολιασμοί)	37
Σωματικά προβλήματα: διάγνωση, θεραπεία ή και τα δύο	30
Παραπομπή ή εξειδικευμένη επίσκεψη	2
Παρακολούθηση ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας	15
Ψυχοκοινωνικά προβλήματα: διάγνωση, θεραπεία ή και τα δύο	8
Ασαφής προβλήματα	6
Άλλα	2

Από την American Academy of Pediatrics. Socio-economic Survey of Pediatricians. Διαθέσιμο στο: www.aap.org/research/periodicsurvey/ps43soci.htm; Forrest CB, Glade GB, Baker A, et al. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:705-714.

παιδιάτρους είναι από τα μεγαλύτερα κάθε άλλης ειδικότητας. Περίπου οι μισές αποζημιώσεις αφορούν τους νεότερους (κάτω από 45 χρονών) παιδιάτρους. Συνήθη αίτια νομικών δώξεων για ιατρικά σφάλματα από παιδιάτρους είναι: προβλήματα που σχετίζονται με την καταγραφή όλων των δεδομένων (κλινικών και εργαστηριακών) του αρρώστου, ανεπάρκεια στη διάγνωση της μηνιγγίτιδας και της σηψαιμίας, καθυστέρηση στη διάγνωση του συγγενούς εξαρθήματος του ισχίου και του συγγενούς υποθυρεοειδισμού, λάθη στην αντιμετώπιση της λαρυγγίτιδας και της επιγλωττίτιδας, και λάθη στη χορήγηση φαρμάκων. Λόγω των διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα στις πολιτείες σχετικά με τον χρόνο παραγραφής για την κατάθεση αγωγής που αφορά ιατρικό σφάλμα εις βάρος ανηλίκων, και επειδή δεν έχουν τεθεί όρια στις δικαστικές αποφάσεις για τη χρηματική αποζημίωση από ιατρικά λάθη, οι παιδιάτροι κινδυνεύουν όχι μόνο από υψηλά πρόστιμα, αλλά και από τη διευθέτηση του υποτιθέμενου σφάλματος πολλά χρόνια μετά από το γεγονός.

Το 2001, η εκτίμηση της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής ήταν ότι τα τελευταία 15 χρόνια δεν υπήρξε καμία μεταβολή στη φύση και τη συχνότητα των δικαστικών προσφυγών για ιατρικά σφάλματα από παιδιάτρους. Ένας παιδίατρος προσάγεται στη δικαιοσύνη κατά μέσον όρο 1,7 φορές. Περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων οι ενάγοντες αποσύρουν τις διεκδικήσεις τους, και άλλο ένα τρίτο των υποθέσεων φθάνουν σε συμφωνία εκτός δίκης. Εάν η υπόθεση καταλήξει στα δικαστήρια οι παιδιάτροι έχουν τριπλάσια πιθανότητα από τους ενάγοντες να κερδίσουν τη δίκη. Οι δικαστικές προσφυγές γίνονται συχνότερα από ασθενείς που εξετάστηκαν από ιατρό που αντικαθιστούσε τον δικό τους, και από νοσηλευμένους ασθενείς.

Προκειμένου να αποφύγουν τις νομικές εμπλοκές, οι παιδιάτροι θα πρέπει να κάνουν με σύνεση τις παραπομπές των αρρώστων τους, να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες διαγνωστικές μεθόδους, να διατηρούν καλά ενημερωμένα αρχεία ασθενών, να αφιερώνουν αρκετό χρόνο στον άρρωστο, να ακούν προσεκτικά και να εκφράζουν διεξοδικά τις σκέψεις τους, και να χρησιμοποιούν και άλλες μεθόδους που περιγράφονται στο Πλαίσιο 1-2. Ωστόσο, δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά μέτρα για την μείωση των δικαστικών προσφυγών ούτε η υιοθέτηση των εν λόγω μεθόδων ούτε η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη διαχείριση των σχετικών κινδύνων. Η αμυντική ιατρική (δηλ. η εφαρμογή πρακτικών που έχουν σχεδιαστεί για να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα μελλοντικών δικαστικών εμπλοκών) έχει οικονομικές επιπτώσεις διότι αυξάνονται οι δαπάνες της περιθαλψής. Εκτιμάται ότι στις ΗΠΑ η αμυντική ιατρική προκαλεί αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία περίπου 0,5% έως 4%. Μερικές από αυτές τις πρακτικές μπορεί να βελτιώνουν τη φροντίδα των ασθενών, ενώ άλλες δεν είναι ίσως απαραίτητες ή μπορεί να είναι και επιζήμιες. Λόγω της αλλαγής που προκαλείται στη σχέση ιατρού-αρρώστου από την απειλή της νομικής ευθύνης, υποβαθμίζεται η ευχαρίστηση από την άσκηση

της ιατρικής. Ρυθμίσεις που να είναι σωστές και δίκαιες τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για το ιατρικό σώμα, εξαρτώνται από το κοινωνικό αντίκτυπο αυτού του δύσκολου προβλήματος.

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στόχος της φροντίδας για την υγεία δεν είναι μόνο η δημιουργία συστημάτων παροχής υπηρεσιών. Οι πολίτες αποβλέπουν σε μια παιδιατρική περίθαλψη που να αναβαθμίζει την υγεία, τις επιδόσεις, και την ευημερία των παιδιών. Έτσι, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παιδιατρικής φροντίδας συνδέεται με το αντίκτυπο των παρεχόμενων υπηρεσιών σ' αυτές τις παραμέτρους.

Η έννοια της υγείας των παιδιών βασίζεται στην αναχρονιστική θεωρία ότι τα παιδιά είναι μικροί ενήλικες. Το κύριο θέμα είναι ο ορισμός του υγιούς ατόμου. Εάν θεωρούμε ότι τα παιδιά είναι μικροί ενήλικες, τότε η μικρότερη επιβάρυνσή τους από διάφορα νοσήματα είναι φυσικά ένας δείκτης καλύτερης υγείας. Μόνο 10% των παιδιών έχουν κάποια από τις μακροχρόνιες διαταραχές που περιλαμβάνονται τυπικά στις σχετικές μελέτες (διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, άσθμα). Η χαμηλή συχνότητα εμφάνισης πολλών παθήσεων θέτει υπό αμφισβήτηση την καταλληλότητα της εφαρμογής στα παιδιά του συμβατικού μοντέλου που ορίζει την υγεία με βάση την ασθένεια. Ασφαλώς, η περίθαλψη των παιδιών με χρόνιες παθήσεις αξίζει ιδιαίτερης προσοχής. Ωστόσο, εάν στόχος είναι η αναβάθμιση της συνολικά καλής κατάστασης όλων των παιδιών, τότε οι αρμόδιοι ιατροί χρειάζεται να διαμορφώσουν έναν τρόπο σκέψης που να εμπεριέχει τη μεταβλητότητα της έννοιας της υγείας μέσα στο γενικό πληθυσμό.

Η δυναμική της αναπτυξιακής πορείας στην παιδική ηλικία και η σημασία της οικογένειας στην εξέλιξη του παιδιού, είναι επιπρόσθετοι λόγοι που δικαιολογούν την ανάγκη διαμόρφωσης ενός πλαισίου αξιολόγησης των παροχών υγείας που να απευθύνεται ειδικά στο παιδί. Αναγνωρίζεται πλέον ότι οι κοινά αποδεκτές απόψεις για την υγεία συμπεριλαμβάνουν την έννοια του χρόνου και την ανάγκη θεώρησης των παραγόντων που απειλούν ή αντίθετα προάγουν την μελλοντική ευημερία. Σύμφωνα με αυτή τη γενικότερη έννοια της υγείας, περισσότερα από 50% των παιδιών εκτιμάται ότι έχουν ουσιαστικές ανάγκες όταν σ' αυτές περιλαμβάνονται η ευημερία και η αυτοεκτίμηση, η ποιότητα ζωής, η αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών, και η ικανότητα να αντεπεξέρχονται σε δύσκολες ψυχολογικές ή κοινωνικές καταστάσεις.

Η χρονική διάσταση στην έννοια της περιθαλψής υποδηλώνει την ανάγκη να εστιασθεί η προσοχή στους πιθανούς κινδύνους για την υγεία – δηλ. σε καταστάσεις και συμπεριφορές που θα μπορούσαν να προαναγγέλλουν τη νοσηρότητα, την πρόκληση βλαβών και την εμφάνιση νοσημάτων στο μέλλον. Αν και οι συνέπειες μπορεί να μην εκδηλωθούν πριν από την ενήλικη ζωή, οι προδιαθεσικοί παράγοντες διαμορφώνονται στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, ενώ πολλές επικίνδυνες συμπε-

ΠΛΑΙΣΙΟ

1-2

Τρόποι πρόληψης των νομικών συνεπειών του ιατρικού λάθους

Βασικές αρχές

Ακολουθείστε τις επίσημες θέσεις της ιατρικής (δηλ. σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών όπως αναφέρεται στα κλασικά ιατρικά βιβλία, σε άρθρα επιστημονικών περιοδικών, ή σε τεκμηριωμένες ιατρικές μελέτες) και πρακτικές που καθορίζονται από την εμπειρία (δηλ. συμφωνες με την άσκηση της ιατρικής στον συγκεκριμένο τύπο).

Επικοινωνία

- Στην επικοινωνία με τον ασθενή και τους γονείς δείξτε σεβασμό, κατανόηση, ενδιαφέρον, και συναισθηματική συμμετοχή.
- Φροντίστε το προσωπικό του ιατρείου σας να δείχνει πάντοτε ευαισθησία στις ανάγκες του αρρώστου.
- Φροντίστε ώστε το υπεύθυνο άτομο στο ιατρείο σας να διευθετεί σωστά τις τηλεφωνικές κλήσεις των ασθενών και να καταχωρεί κάθε εισερχόμενη ή εξερχόμενη τηλεφωνική επικοινωνία, περιλαμβανομένης της καταγραφής του προβλήματος του αρρώστου και των οδηγιών που δόθηκαν.

Τεκμηρίωση

- Καταγράψτε τη διαδικασία της περίθαλψης όσο το δυνατόν πληρέστερα
 1. Καταγράψτε στην πρώτη σελίδα του ιστορικού του αρρώστου τις αλλαγές σε φάρμακα και έναν κατάλογο των προβλημάτων του.
 2. Σε κάθε επίσκεψη καταγράψτε το ιστορικό, τα ευρήματα από την κλινική

κή εξέταση (καθώς και τα αρνητικά ευρήματα που έχουν σημασία), τις διαγνωστικές εξετάσεις που προγραμματίστηκαν (και τα αποτελεσματά τους), και τη θεραπευτική αγωγή που δόθηκε, με αρκετές λεπτομέρειες ώστε να είναι εφικτή η ανάκληση πληροφοριών.

3. Καταγράψτε όλα τα εμβόλια που έχουν γίνει και τα αποτελέσματα όλων των προληπτικών ελέγχων.
 4. Καταγράψτε κάθε τηλεφωνική κλήση κατά την οποία πήρατε οποιαδήποτε ιατρικής φύσης πληροφορία για τον ασθενή ή δώσατε οποιαδήποτε ιατρική οδηγία. Καταγράψτε την ημερομηνία και την ώρα.
- Για την καταγραφή χρησιμοποιείτε είτε ηλεκτρονικό αρχείο ασθενών είτε χειρόγραφο όσο το δυνατόν πιο ευανάγνωστο.

Βάλτε στον φάκελο του αρρώστου τις συνοπτικές αναφορές από τις τυχόν νοσηλείες καθώς και τα γράμματα παραπομπής και τις απαντήσεις των ειδικών ιατρών. Ποτέ να μην αλλάζεται τα στοιχεία που υπάρχουν στον φάκελο του αρρώστου εάν προκύψει κάποια νομική διεκδίκηση. Εάν δικαιολογείται κάποια αλλαγή στο νόημα των καταγραμμένων στοιχείων λόγω της ύπαρξης καινούργιων ευρημάτων ή επειδή θυμηθήκατε κάποιες πληροφορίες, τότε γράψτε μια νέα σημείωση με την τρέχουσα ημερομηνία και κάνοντας αναφορά στην προγενέστερη καταγραφή, χωρίς όμως να την τροποποιήσετε.

Πίνακας 1-5

Στοιχεία που αφορούν την πορεία της υγείας των παιδιών και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση του συστήματος περίθαλψης, ταξινομημένα σε 8 πεδία

Αποτελέσματα	Μέτρα εκτίμησης (παραδείγματα)
Επιβίωση Επιβίωση	<ul style="list-style-type: none"> • Βρεφική θνησιμότητα: αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν πριν από τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου της ζωής τους, ανά 1000 γεννήσεις ζώντων • Προσδόκιμο επιβίωσης: αριθμός των ετών που αναμένεται να ζήσει ένα νεογνό • Πενταετής επιβίωση για συγκεκριμένα νοσήματα, όπως ο καρκίνος • Θνησιμότητα σε σχέση με συγκεκριμένες παθήσεις, όπως π.χ. η θνησιμότητα από το άσθμα
Τραυματισμοί και νόσοι Τραυματισμοί	<ul style="list-style-type: none"> • Βλάβες από μη ηθελημένα ατυχήματα • Προκλητές βλάβες • Κακοποίηση των παιδιών και βλάβες από αμέλεια
Εμφάνιση νοσημάτων	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνότητα των αυτοκτονιών μεταξύ των νέων • Λοιμώξεις που μπορούν να αποφευχθούν με εμβολιασμό, όπως ιλαρά, ηπατίτιδα Β, κοκκύτης • Νέα περιστατικά συγκεκριμένων παθήσεων, όπως άσθμα, κατάθλιψη, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής, διαβήτης τύπου 2, επιληπτικές διαταραχές, αλλεργίες, ακμή, μεταβολικό σύνδρομο, άγχος
Επιπλοκές των παθήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Βαριά αφυδάτωση • Αυτοκτονία σε συσχέτιση με κατάθλιψη • Ιατρογενείς επιπλοκές σε σχέση με χειρουργικές επεμβάσεις • Ιατρογενείς επιπλοκές σε σχέση με φαρμακευτική αγωγή • Συνέπειες μη θεραπευμένων ή ανεπαρκώς αντιμετωπιζόμενων λοιμώξεων, όπως η μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα, η αρθρίτιδα από <i>Borrelia</i> (lyme αρθρίτιδα), φλεγμονώδεις γυναικολογικές παθήσεις
Βαρύτητα των παθήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • Απουσίες στο σχολείο λόγω ασθένειας • Για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης • Για τους ασθενείς με άσθμα, εκπνεόμενος όγκος σε 1 sec (σπειρομετρία) • Για τα παιδιά με υπέρταση, επίπεδα συστολικής και διαστολικής πίεσης • Το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση
Σωματική αύξηση Σωματική αύξηση	<ul style="list-style-type: none"> • Βάρος γέννησης: χαμηλό βάρος γέννησης (<2500 g) και πολύ χαμηλό βάρος γέννησης (<1500 g) • Χαμηλό βάρος σώματος και καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης: βάρος σώματος μικρότερο ή ίσο από την 5η εκατοστιαία θέση για το φύλο και την ηλικία • Υπερβολικό βάρος σώματος: βάρος σώματος μεγαλύτερο ή ίσο από την 95η εκατοστιαία θέση για το φύλο και την ηλικία
Ανάπτυξη και λειτουργικότητα Κινητικότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Αναπτυξιακά στάδια κινητικότητας ανά ηλικία (π.χ. η ηλικία στην οποία περπάτησε) • Ημέρες περιορισμένης δραστηριότητας
Αυτοεξυπηρέτηση	<ul style="list-style-type: none"> • Μέγεθος και συχνότητα των φυσικών δραστηριοτήτων • Επίτευξη των ανά ηλικία σημαντικών ικανοτήτων αυτονομίας (π.χ. να ντύεται μόνο του) • Συνήθειες ύπνου • Συμπεριφορές που αφορούν τη λήψη τροφής • Στοματική υγιεινή
Επικοινωνία	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες • Επίτευξη των ανά ηλικία σημαντικών σταδίων κατανόησης της γλώσσας • Επίτευξη των ανά ηλικία σημαντικών σταδίων λεκτικής έκφρασης
Διαπροσωπικές σχέσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία φιλικών σχέσεων που ικανοποιούν το παιδί • Δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων από τους έφηβους και τους νέους ενήλικες
Νοητικές επιδόσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Ετοιμότητα του παιδιού να αρχίσει τη σχολική ζωή • Σχολικές επιδόσεις, όπως βαθμοί και σχολική τάξη • Ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
Οικογένεια Επιδράσεις στην οικογένεια από το παιδί	<ul style="list-style-type: none"> • Απώλεια ημερών εργασίας των γονιών λόγω ασθένειας του παιδιού • Ανησυχίες των γονιών για την υγεία του παιδιού
Σχέσεις γονιών - παιδιού	<ul style="list-style-type: none"> • Χρόνος που αφιερώνουν οι γονείς σε δραστηριότητες με τα παιδιά τους, όπως παιχνίδι, ψυχαγωγία, γεύματα • Ποιότητα και συχνότητα των συζητήσεων μεταξύ γονιών και παιδιού σχετικά με τη ζωή του παιδιού • Παρακολούθηση από τους γονείς των δραστηριοτήτων των παιδιών μέσα και έξω από το σπίτι
Παράγοντες επικινδυνότητας Επικίνδυνες συμπεριφορές	<ul style="list-style-type: none"> • Κάπνισμα • Αλκοόλ • Φαρμακευτικές ουσίες • Πρώιμη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας • Μη χρήση της ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο • Μη χρήση του κράνους όταν είναι στο ποδήλατο
Συμπτώματα και ποιότητα ζωής Συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none"> • Εντυπώσεις, αισθήματα, συμπτώματα, που βιώνονται σωματικά, και είναι αποτέλεσμα μιας νόσου • Εντυπώσεις, αισθήματα, συμπτώματα, που βιώνονται ψυχικά, και είναι αποτέλεσμα μιας νόσου
Ποιότητα ζωής	<ul style="list-style-type: none"> • Εντυπώσεις, αισθήσεις, και συμπτώματα, που βιώνονται σωματικά, και τα οποία δεν συσχετίζονται με κάποια γνωστή νόσο • Εντυπώσεις, αισθήσεις, και συμπτώματα που βιώνονται ψυχικά, και τα οποία δεν συσχετίζονται με κάποια γνωστή νόσο
Ευημερία Ευημερία	<ul style="list-style-type: none"> • Ευχαρίστηση • Αυτοεκτίμηση • Εκπλήρωση επιθυμιών και στόχων • Ζωή που να έχει νόημα για το άτομο

ριφορές έχουν έναρξη στην εφηβεία. Ο συνδυασμός των παραγόντων "σωματικό βάρος - φυσική δραστηριότητα - διατροφή" επιδρά χαρακτηριστικά στις προοπτικές της ζωής του ατόμου. Στην παιδική ηλικία δημιουργούνται οι συνθήκες –διατροφικές συνήθειες και σωματική άσκηση– που προδιαθέτουν σε παχυσαρκία. Έως το τέλος της παιδικής ηλικίας και την αρχή της εφηβείας, περίπου 1 στα 6 άτομα είναι υπέρβαρα, με αυξημένο κίνδυνο για μελλοντικά νοσήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι συνέπειες της παχυσαρκίας –διαβήτη, άσθμα, οσφυαλγία, αρτηριακή υπέρταση, και καρδιακά νοσήματα– δεν αποτελούν πρόβλημα πριν από την ενήλικη ζωή, αν και μερικές φορές εμφανίζονται στη διάρκεια της εφηβείας ή ακόμη και στην παιδική ηλικία.

Η προαγωγή της υγείας των παιδιών έχει αξία γι' αυτά, αλλά επίσης δημιουργεί οφέλη και για την ενήλικη ζωή. Η φροντίδα για την υγεία σαν έννοια που αφορά όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου αναφέρεται ως *δια βίου μοντέλο για την υγεία*. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η κατάσταση της υγείας διαμορφώνεται σε όλη την πορεία της ζωής, αλλά η παιδική ηλικία είναι μια κρίσιμη περίοδος. Υπάρχουν μοναδικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης, και μερικές απ' αυτές μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην μελλοντική κατάσταση της υγείας του.

Συμπερασματικά, η εκτίμηση της επίδρασης του συστήματος υγείας στην εξέλιξη του παιδιού θα πρέπει να κινείται σε ένα πλαίσιο που να προσδιορίζει ειδικά τις ξεχωριστές ανάγκες και τα βιώματα των παιδιών, να αναγνωρίζει με ευαισθησία τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, να εμπεριέχει τη συνιστώσα του χρόνου, και να αποτελεί την αφετηρία ενός μοντέλου υγείας για όλη την πορεία της ζωής. Στον Πίνακα 1-5 παρουσιάζεται ένα τέτοιο πλαίσιο εργασίας, στο οποίο αναφέρονται οι κύριες έννοιες στην εξέλιξη του παιδιού και παραδείγματα τρόπων αξιολόγησης. Στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου αναπτύσσεται το κάθε ένα από τα 8 πεδία του Πίνακα 1-5, και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον πώς συνδέεται με τις υπηρεσίες υγείας.

Προσδόκιμο επιβίωσης

Η σημαντική μείωση της θνησιμότητας στη διάρκεια του περασμένου αιώνα μπορεί να αποδοθεί περισσότερο στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, παρά στις ειδικές τεχνολογικές προόδους που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση μεμονωμένων αρρώστων. Η ανακάλυψη των αντιβιοτικών είναι η μόνη επιστημονική εξέλιξη που, εφαρμοσμένη σε μεμονωμένους ασθενείς, προκάλεσε μέγιστη επίδραση στην αύξηση της διάρκειας της ζωής. Η σημαντική βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης στη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας. Η βρεφική θνησιμότητα άρχισε να μειώνεται πολύ πριν να διαμορφωθούν ειδικές ιατρικές παρεμβάσεις, και ήταν αποτέλεσμα των γενικών βελτιώσεων στην προστασία της δημόσιας υγείας, στη μητρική διατροφή, στις συνθήκες υγιεινής, και στη διατροφή των βρεφών. Τα εμβόλια αποτελούν έναν σημαντικό, αν και όχι τον πρωταρχικό, παράγοντα που συνέβαλε σ' αυτή τη μείωση. Μετά από τη βρεφική ηλικία, οι θάνατοι των παιδιών είναι σχετικά τόσο σπάνιοι που δεν αποτελούν ευαίσθητο δείκτη της αξίας των ιατρικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές οι στατιστικές που αναφέρονται σε συγκεκριμένες παθήσεις, όπως π.χ. η πενταετής επιβίωση στον καρκίνο, είναι οι πιο αξιόπιστες για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος διότι συσχετίζονται άμεσα με την επάρκεια της θεραπείας.

Νοσήματα και σωματικές βλάβες

Αν και οι παιδίατροι μπορεί να μην έχουν δυνατότητα παρέμβασης στην πρόληψη των περισσότερων παθήσεων, θα πρέπει να είναι ικανοί να τις αναγνωρίζουν όταν εμφανισθούν. Για την εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων χρειάζεται κατ' αρχήν να εντοπίζονται τα υπαρκτά ή τα δυνητικά προβλήματα. Έχει αποδειχθεί ότι συχνά, πολλά από τα προβλήματα υγείας παραβλέπονται. Για παράδειγμα, οι ιατροί είναι πάντοτε λιγότερο ικανοί να αντιλαμβάνονται την ύπαρξη προβλημάτων συμπεριφοράς ή την παρουσία κοινωνικών παραμέτρων που σχετίζονται με παθολογικές καταστάσεις, συγκριτικά με την αναγνώριση των προβλημάτων που έχουν προφανείς παθοφυσιολογικές ή ανατομικές εκδηλώσεις. Αλλά ακόμη και οργανικά προβλήματα μπορεί να παραβλεφθούν. Πολλά παιδιά, όπως επίσης και ενήλικες, έχουν πα-

θήσεις τις οποίες οι ιατροί τους δεν μπόρεσαν να διαπιστώσουν ακόμη και όταν ήταν δυνατόν να έχουν την ανάλογη πληροφόρηση. Η ανεπάρκεια των ιατρών να αναγνωρίσουν τα προβλήματα των ασθενών τους αποτελεί μια σοβαρή αδυναμία της ιατρικής περιθαλψής.

Η αναγνώριση των προβλημάτων αφορά και την πρόληψη των παθήσεων. Ένας τύπος πρόληψης, η *πρωτοπαθής πρόληψη*, είναι παραδοσιακή για τους παιδίατρος. Πρόκειται για την αναγνώριση της πιθανότητας προσβολής από μια νόσο και την εφαρμογή μέτρων για την αποφυγή της. Αν και το εμφανέστερο παράδειγμα πρωτοπαθούς πρόληψης είναι οι εμβολιασμοί, η λήψη προληπτικών μέτρων επεκτείνεται σε ένα πολύ ευρύτερο πεδίο. Σε αρκετές περιπτώσεις, μόνο ορισμένα άτομα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιου νοσήματος αργότερα στη ζωή τους. Οι παιδίατροι πρέπει να κατευθύνουν τις προσπάθειές τους στο να ανακαλύψουν ποια είναι αυτά τα άτομα, να τα έχουν υπό παρακολούθηση, και να προσπαθούν να εξαλείψουν τις συνθήκες που θα επέτρεπαν στη νόσο να παρουσιασθεί. Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως *δευτεροπαθής πρόληψη*. Όσο αναγνωρίζεται ότι διάφοροι κοινωνικοί, επαγγελματικοί, και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και συγκεκριμένες συμπεριφορές, προδιαθέτουν στην εμφάνιση πολλών χρόνιων νοσημάτων, τόσο περισσότερο θα ενέχονται οι παιδίατροι σε δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποφυγή τους.

Μέχρι σήμερα, η δευτεροπαθής πρόληψη δεν έχει γίνει τρέχουσα πρακτική των παιδίατρων, και τα παιδιά υψηλού κινδύνου εντοπίζονται συνήθως από προγράμματα της πολιτείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Παραδείγματα τέτοιων προσπαθειών είναι ο προληπτικός έλεγχος διαταραχών της όρασης και της ακοής που διενεργείται στα σχολεία, ειδικά προγράμματα ανιχνευτικού ελέγχου για συγκεκριμένες παθήσεις σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (δρεπανοκυτταρική αναιμία, νόσος Tay-Sachs), και τα υποχρεωτικά κρατικά προγράμματα προληπτικού ελέγχου των νεογνών για κληρονομικές μεταβολικές διαταραχές (π.χ. φαινυλκετονουρία). Μεγάλη πρόκληση για τους παιδίατρος είναι να αναγνωρίσουν και να διευθετήσουν τους παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται με το επάγγελμα των γονιών, όταν οι γονείς χωρίς να το γνωρίζουν εκθέτουν τα παιδιά τους σε τοξικές ουσίες που μεταφέρονται στο σπίτι από τον χώρο εργασίας.

Ένα μεγάλο μέρος της περιθαλψής ασχολείται με την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων των προβλημάτων υγείας στην ποιότητα ζωής. Η μείωση του αντίκτυπου των τραυματισμών περιορίζοντας το χρόνο ανικανότητας του ατόμου είναι κάτι στο οποίο μπορεί να επιδράσει το σύστημα περίθαλψης, αν και η λειτουργική αποκατάσταση του τραυματία δεν εξαρτάται μόνο από τις υπηρεσίες υγείας. Ομοίως, η περίθαλψη αποσκοπεί στην πρόληψη ή τον περιορισμό των επιπλοκών, και στη σταθεροποίηση της ίδιας της νόσου με στόχο τη μείωση των επιπτώσεών της. Επειδή η διαχείριση των νοσημάτων (συνθετότητα των προβλημάτων, σταθεροποίηση της νόσου, επιπλοκές) είναι σημαντικό μέρος της παιδιατρικής πράξης, οι δείκτες επάρκειας αυτών των χειρισμών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση του συστήματος περίθαλψης.

Είναι γνωστό ότι πολλές από τις συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές μεθόδους δεν είναι αποδεδειγμένα χρήσιμες και ίσως είναι ακόμη και επικίνδυνες. Για παράδειγμα, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι πολύ υψηλότερη από εκείνη σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, χωρίς όμως να υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη, όπως φαίνεται από τη συχνότητα των σχετικών παθήσεων. Αλλά ακόμη και στο εσωτερικό των ΗΠΑ, ο αριθμός των εισαγωγών στα νοσοκομεία, η διάρκεια νοσηλείας, και η συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων ποικίλουν σημαντικά από περιοχή σε περιοχή, χωρίς αυτό να συσχετίζεται με διαφορές στις ιατρικές ανάγκες. Η ενδεχομένως υπερβολική χρήση ειδικών υπηρεσιών υγείας μπορεί στην πραγματικότητα να οδηγήσει σε χειρότερα αποτελέσματα, με περισσότερους απ' όσους είναι αναγκαίοι αρρώστους να εκτίθενται σε ιατρογενείς επιπλοκές. Άλλο ένα πρόβλημα είναι η κακή χρήση των φαρμάκων. Για πολλούς ιατρούς, η κύρια πηγή πληροφόρησης για τα νέα φάρμακα είναι οι αντιπρόσωποι και οι διαφημιστές των φαρμακευτικών εταιρειών. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι γενικά οι ιατροί δεν αξιολογούν επαρκώς τους κινδύνους από πολλά φάρμακα, και ότι υπάρχει μεγάλη αδικαιολόγητη χρήση φαρμάκων. Στον προσδιορισμό της ωφελιμότητας των θεραπευτικών μεθόδων, όπως και στον καθορι-

σμό των οδηγιών για σωστή χρήση των φαρμάκων, βοηθούν τα δεδομένα από την έκβαση των αρρώστων.

Για να εξασφαλισθεί ότι η διαγνωστική και η θεραπευτική αντιμετώπιση ήταν οι κατάλληλες, και ότι η επίλυση των προβλημάτων ήταν η αναμενόμενη, οι άρρωστοι θα πρέπει να βρίσκονται σε σωστή παρακολούθηση. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως *αξιολόγηση της έκβασης*. Στα κλασικά ιατρικά βιβλία και στην ιατρική εκπαίδευση σπανίως περιλαμβάνονται πληροφορίες που θα βοηθήσουν τον ιατρό να προσδιορίσει τα κατάλληλα χρονικά διαστήματα για την περιοδική επανεκτίμηση συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας. Αυτή η γνώση θα πρέπει να προέρχεται από προσεκτικές μελέτες της φυσικής πορείας των προβλημάτων του ασθενούς, με και χωρίς παρέμβαση, και τέτοιες μελέτες είναι σπάνιες. Επιπλέον, δεν γνωρίζουμε καλά σε ποιο βαθμό οι ιατροί παρακολουθούν την πορεία των διαταραχών που θεραπεύουν. Όταν αυτό το θέμα μελετήθηκε, διαπιστώθηκε ότι η ανεπάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών που πήραν θεραπεία οδηγεί στη μη επίλυση πολλών προβλημάτων. Έτσι παράγεται ένα σύστημα περίθαλψης το οποίο είναι τουλάχιστον αναποτελεσματικό: δαπανώνται χρήματα, αλλά δεν προκύπτει όφελος. Είναι πιθανό ότι η αξιολόγηση της έκβασης θα οδηγήσει τελικά σε κοινωνικές διεκδικήσεις για μεγαλύτερη υπευθυνότητα του ιατρικού σώματος.

Αναμένεται ότι στο μέλλον οι ιατροί θα ενθαρρύνονται, και ίσως θα υποχρεούνται, να διατηρούν ένα είδος αρχείου των παιδιών που βλέπουν στα ιατρεία τους. Ένα σύνολο δεδομένων που θα χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία για κάθε ασθενή που εισάγεται, και ένα αντίστοιχο για τους εξωτερικούς ασθενείς, έχει γίνει αποδεκτό από το National Center for Health Statistics και συνιστάται για ευρεία χρήση. Στα δεδομένα αυτά περιλαμβάνονται στοιχεία του ασθενούς (αριθμός μητρώου του ασθενούς, όνομα, διεύθυνση, ημερομηνία γέννησης, φύλο, φυλή, οικογενειακή κατάσταση) και στοιχεία από την ιατρική επίσκεψη (αριθμός αναγνώρισης της συγκεκριμένης ιατρικής υπηρεσίας, αριθμός αναγνώρισης του ιατρού, προσωπικός αριθμός του ασθενούς, ασφαλιστικό ταμείο, ημερομηνία της επίσκεψης, αίτιο της επίσκεψης, η διάγνωση του ιατρού, διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αρρώστου). Η υιοθέτηση αυτού του μέτρου ή άλλων παρόμοιων μεθόδων συλλογής και ταξινόμησης των πληροφοριών, θα διευκολύνει την κατανόηση των φυσιολογικών και παθολογικών διεργασιών και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται από την ιατρική περίθαλψη. (Για περισσότερες λεπτομέρειες βλ. Κεφάλαιο 6, Βελτίωση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης.)

Αύξηση

Η παρακολούθηση της σωματικής αύξησης των παιδιών αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης. Θα πρέπει να αξιολογούνται οι αποκλίσεις άνωθεν και κάτωθεν των φυσιολογικών τιμών. Είναι βέβαιο ότι οι παιδίατροι έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν τις διαταραχές της αύξησης. Δεν είναι εξίσου σαφές εάν ασκούν σημαντική επίδραση στην πρόληψη αυτών των προβλημάτων. Σήμερα, περίπου 1 στα 6 παιδιά είναι υπέρβαρα. Οι παρεμβάσεις των παιδίατρων για την πρόληψη της παχυσαρκίας, είναι ανεπαρκείς. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το χαμηλό σωματικό βάρος αντιμετωπίζονται πιο εύκολα. Ωστόσο, μένει να αποδειχθεί σε ποιο βαθμό ένα σύστημα υγείας μπορεί να έχει επίδραση στη φυσιολογική αύξηση ολόκληρου του πληθυσμού (βλ. Κεφάλαιο 299, Παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο).

Ανάπτυξη και δραστηριότητες

Οι ικανότητες των παιδιών που αφορούν την αυτονομία, την κινητικότητα, την επικοινωνία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, και τις νοητικές λειτουργίες τροποποιούνται με γρήγορο ρυθμό, ενώ η απόκτηση νέων δεξιοτήτων χαρακτηρίζει τα στάδια της ανάπτυξης, και συνιστά έναν από τους στόχους της παρακολούθησης από τις ιατρικές υπηρεσίες. Η αξιολόγηση του αναπτυξιακού σταδίου ανάλογα με την ηλικία και η παρέμβαση στα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα σε οποιονδήποτε τομέα, αποτελούν βασικό πεδίο της παιδιατρικής φροντίδας.

Η ελάττωση των ημερών περιορισμένης δραστηριότητας, εξαιτίας π.χ. μιας οξείας νόσου ή του άσθματος, είναι συχνά πρωταρχικό ζήτημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Όταν τα παιδιά και οι νέοι ερω-

τούνται τι σημαίνει να *είσαι υγιής*, απαντούν "να μπορώ να κάνω ότι θέλω, να παίζω όπως θέλω, και να βλέπω τους φίλους μου". Επίσης, τα παιδιά γνωρίζουν ότι είναι σημαντικό για την υγεία τους να έχουν σωστές προσωπικές συνήθειες, και οι σχετικές οδηγίες αποτελούν μέρος σχεδόν κάθε παιδιατρικής επίσκεψης. Στη λεγόμενη "*νέα νοσηρότητα*" ανήκει ένα από τα προβλήματα που απασχολούν περισσότερο τους παιδίατρος και αφορά τη μαθησιακή και νοητική εξέλιξη. Οι παιδίατροι τονίζουν στους γονείς τη σημασία που έχει το διάβασμα για τα μικρά παιδιά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, στη διασκέδαση, και στην προετοιμασία για τη μάθηση όταν το παιδί θα πάει στο σχολείο. Έχουν δημιουργηθεί προγράμματα όπως το Reach Out and Read (www.reachoutandread.org) που βοηθούν τους ιατρούς να προάγουν την ανάγνωση βιβλίων στην πρώτη παιδική ηλικία.

Καθώς το παιδί μεγαλώνει, ο παιδίατρος συνεργάζεται μαζί του και με την οικογένεια ώστε να μπαίνουν στόχοι στη διαδικασία της μάθησης. Παρακολουθεί την επίδοση του παιδιού στο σχολείο, και συζητά με τους έφηβους για την μελλοντική επαγγελματική τους ζωή. Ίσως ο καλύτερος δείκτης για την υγεία ενός παιδικού πληθυσμού είναι το ποσοστό των νέων που τελειώνουν το γυμνάσιο, και περνούν με επιτυχία στην ενήλικη ζωή.

Οικογένεια

Η τελική έκβαση της υγείας των παιδιών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την οικογένειά τους. Η οικογένεια και η ζωή στο σπίτι είναι το σημαντικότερο περιβάλλον για την ποιότητα της υγείας των παιδιών και την προαγωγή της ανάπτυξής τους. Ο ρόλος της οικογένειας και ο τρόπος που οι γονείς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμοι παράγοντες για τη ζωή του ατόμου. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι όταν τα βιώματα της παιδικής ηλικίας είναι η διαφόρων μορφών κακοποίησης ή σοβαρά προβλήματα μέσα στην οικογένεια, συσχετίζονται άμεσα με την αυξημένη εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και αρκετών χρόνιων νοσημάτων που θα παρουσιασθούν αργότερα στη ζωή. Φαίνεται ότι η κακοποίηση μεταβάλλει τις δομές και λειτουργίες του παιδικού εγκεφάλου καθώς και τον τρόπο που το σώμα απαντά στο στρες. Οι διαταραχές της σχέσης γονιών - παιδιού (και ιδιαίτερα η απόρριψη) προκαλούν οργανικές μεταβολές οι οποίες αλληλεπιδρούν με μελλοντικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα με αποτέλεσμα την εμφάνιση νοσημάτων στην ενήλικη ζωή.

Η κατάσταση της υγείας του παιδιού μπορεί να επηρεάζει την οικογένεια επιδρώντας στα συναισθήματα και τη διάθεση των γονιών (π.χ. υπερβολική ανησυχία για το άρρωστο παιδί, καταθλιπτική διάθεση στους γονείς που αφιερώνουν πολύ χρόνο στο παιδί με ειδικές ανάγκες φροντίδας), καθώς και στην παραγωγικότητα των γονιών στο χώρο της εργασίας τους. Οι συνέπειες αυτές μπορεί στη συνέχεια να επηρεάζουν την υγεία των παιδιών με μια αμφίδρομη δυναμική συσχέτιση.

Επικίνδυνες συμπεριφορές

Όταν ένα παιδί ή ένας νέος επιδίδεται σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, αυξάνει την πιθανότητα μελλοντικού τραυματισμού ή νόσου. Μη φερόντας κράνος όταν κάνει ποδήλατο υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης σε περίπτωση ατυχήματος. Το κάπνισμα στη διάρκεια της εφηβείας επιδρά αρνητικά στην αναπνευστική λειτουργία και προκαλεί μια σειρά παθολογικών συνεπειών στην απώτερη καρδιαγγειακή και πνευμονική δομή και λειτουργικότητα. Η πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας αυξάνει την πιθανότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και εγκυμοσύνης στη διάρκεια της εφηβείας.

Στη διάρκεια των τακτικών επισκέψεων των εφήβων θα πρέπει πάντοτε να θίγεται το θέμα των επικίνδυνων συμπεριφορών. Σημαντικά αποτελέσματα από αυτές τις στρατηγικές, (κυρίως την πληροφόρηση και τη συμβουλευτική), στη συχνότητα και το ρυθμό της εξέλιξης των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, δεν έχουν φανεί από τις διάφορες μελέτες. Χρειάζεται τεκμηρίωση για τον τρόπο που θα δρομολογηθούν καλύτερα οι σχετικές παρεμβάσεις. Έως ότου υπάρχουν διαθέσιμα αυτά τα δεδομένα, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν θα ήθελαν να θεωρούνται υπεύθυνοι για το επίπεδο της επικινδυνότητας των συμπεριφορών της πληθυσμιακής ομάδας που περιθάλπουν.

Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων

Το να μην αισθάνεται ένα άτομο καλά, σωματικά ή ψυχικά, μπορεί να

συνδέεται ή να μην συνδέεται με κάποια νόσο. Σχεδόν οι μισές από τις επισκέψεις των ασθενών στο ιατρείο εμπριέχουν ως ένα βαθμό το αίτημα της αντιμετώπισης συμπτωμάτων. Τα παιδιά που δεν νοιώθουν καλά συμμετέχουν λιγότερο στις δραστηριότητες που τους αρέσουν, έχουν περισσότερες απουσίες στο σχολείο, και είναι λιγότερο ευτυχημένα. Η ανακούφιση από τον πόνο που συνοδεύει την αρρώστια είναι κύρια αποστολή των υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια το πώς αισθάνεται μια ομάδα πληθυσμού ή η επιβάρυνση μιας ομάδας ασθενών από τη νόσο τους και η ποιότητα της ζωής τους, αποτελούν σαφείς δείκτες της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Αίσθηση ευεξίας

Η αίσθηση ευεξίας (well being) έχει δύο συνιστώσες. Η πρώτη έννοια είναι, με απλά λόγια, το αίσθημα της ευχαρίστησης – ο βαθμός στον οποίο οι εμπειρίες της ζωής ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του ατόμου. Το σύστημα υγείας συνεισφέρει στην ευημερία των παιδιών εξασφαλίζοντας ότι ο κίνδυνος ατυχήματος ή νόσου είναι όσο το δυνατόν χαμηλότερος, και οι συνέπειες από τα προβλήματα που προκύπτουν σε περιπτώσεις τραυματισμών και νόσων ελαχιστοποιούνται μέσα από την πρόληψη των επιπλοκών και τη διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υποστήριξης. Το σύστημα περίθαλψης συνεισφέρει επίσης προάγοντας τη φυσιολογική σωματική αύξηση και ανάπτυξη, καθοδηγώντας τις συμπεριφορές (για την άμεση βελτίωση της υγείας και για την αποφυγή βλάβης), και υποστηρίζοντας τις οικογένειες στη φροντίδα των παιδιών τους.

Η δεύτερη συνιστώσα είναι αυτή που κάνει τη ζωή να έχει νόημα, να μην την αισθάνεται το άτομο ως απειλητική και απρόβλεπτη, αλλά να είναι δημιουργική και παραγωγική. Τα υγιή –με την ευρεία έννοια– παιδιά οραματίζονται και σχεδιάζουν το μέλλον τους, και όσα άτομα είχαν μια υγιή παιδική ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν ευτυχισμένοι και παραγωγικοί ενήλικες.

Αποτελέσματα της ιατρικής περίθαλψης και υπηρεσίες υγείας

Ορισμένες από τις παραμέτρους που αναφέρονται στον Πίνακα 1-5 υπόκεινται περισσότερο από άλλες στην επίδραση των υπηρεσιών υγείας. Γνωρίζουμε καλύτερα τη σχέση του συστήματος περίθαλψης με την έκβαση των αρρώστων, όταν πρόκειται για αποτελέσματα που αφορούν οργανικές παραμέτρους – επιβίωση, νόσος, σωματική αύξηση. Περιέργως, δεν υπάρχει ομοφωνία για τα μέτρα ποσοτικής εκτίμησης της επίδρασης που μπορεί να έχει το σύστημα υγείας σε συγκεκριμένα ζητήματα. Για ποια αποτελέσματα θα έπρεπε το σύστημα ιατρικής περίθαλψης να θεωρείται πλήρως υπεύθυνο, μερικώς υπεύθυνο, ή καθόλου υπεύθυνο; Το ερώτημα παραμένει εν πολλοίς αναπάντητο, γεγονός που περιορίζει σοβαρά τη δυνατότητα του ιατρικού σώματος να χρησιμοποιήσει την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για να βελτιώσει τις υπηρεσίες του. Στο μέλλον, η οργάνωση της περίθαλψης των παιδιών θα πρέπει να προσανατολίζεται περισσότερο προς αυτή την κατεύθυνση. Οι αποφάσεις σχετικά με τις παραμέτρους των οποίων η έκβαση θα ληφθεί υπόψη για τη διαμόρφωση των νέων συστημάτων περίθαλψης, είναι μια επείγουσα αποστολή όλων των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών στελεχών που ασχολούνται με τα παιδιά.



Βοηθήματα

Για τον ασθενή και την οικογένεια

- *Learn More About Pediatric Subspecialists Fact Sheets* (fact sheets), American Academy of Pediatrics (www.aap.org/family/pedspecfactsheets.htm).

Για τους επαγγελματίες υγείας

- *American Board of Pediatrics* (Web page), American Board of Pediatrics (www.abp.org/abpwebsite/). Subspecialty Workforce Data and Resources (Web page), American Academy of Pediatrics (www.aap.org/workforce/copwssw.htm).
- *The Mapping Health Care Delivery for America's Children Project* (interactive tool), American Academy of Pediatrics and Dartmouth Medical School, Center for the Evaluative Clinical Sciences (www.aap.org/mapping/).
- *Women in Pediatrics* (Web page), American Academy of Pediatrics (www.aap.org/womenpeds/).

Διαχείριση και συντονισμός της περίθαλψης

- *Developing a Telephone Triage and Advice System for a Pediatric Office Practice* (book), American Academy of Pediatrics (www.aap.org/bookstore).
- *Pediatric Call Centers and the Practice of Telephone Triage and Advice: Critical Success Factors* (report), American Academy of Pediatrics (www.aap.org/sections/telecare/11_98.pdf).
- *Pediatric Telephone Protocols, Office Version, 11th ed* (book), American Academy of Pediatrics and Schmitt, BD (www.aap.org/bookstore).
- *Practice Management Online* (Web page), American Academy of Pediatrics (practice.aap.org/).



Οι θέσεις της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής

American Academy of Pediatrics and the Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110(1):184-186. (aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;110/1/186).

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Enhancing the racial and ethnic diversity of the pediatric workforce. *Pediatrics*. 2000;105(1):129-131. (aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;105/1/129).

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Pediatrician workforce statement. *Pediatrics*. 2005;116(1):263-269. (aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;116/1/263).

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Scope of practice issues in the delivery of pediatric health care. *Pediatrics*. 2003;111(2):426-435. (aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;111/2/426).

American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. The pediatrician workforce: current status and future prospects. *Pediatrics*. 2005;116(1):e156-e173. (pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/116/1/e156).



Βιβλιογραφία

1. Forrest CB, Simpson L, Clancy C. Child health services research: challenges and opportunities. *JAMA*. 1997;277:1787-1793.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743-1748.
3. Freed GL, Nahra TA, Wheeler JRC. Which physicians are providing health care to the nation's children? Trends and changes during the past 20 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:22-26.
4. Althouse LA, Stockman JA. Pediatric workforce: a look at general pediatrics data from the American Board of Pediatrics. *J Pediatr*. 2006;148:166-169.
5. American Board of Pediatrics. Workforce Data: The American Board of Pediatrics, 2005-2006. Available at: www.abp.org/ABPWebSite/stats/wrkfrc/workforce05.pdf. Accessed February 21, 2007.
6. Goodman DC and the Committee on Pediatric Workforce. The pediatrician workforce: current status and future prospects. *Pediatrics*. 2005;116:156-173.
7. Mayer ML, Preisser JS. The changing composition of the pediatric medical subspecialty workforce. *Pediatrics*. 2005;116: 833-840.
8. Freed GL, Uren RL. Hospitalists in children's hospitals: what we know now and what we need to know. *J Pediatr*. 2006; 148:296-299.
9. National Association of Children's Hospitals and Related Institutions. Children's Hospitals provide advanced clinical care for all children. Available at: www.nachri.org. Accessed February 21, 2007.
10. Simpson L, Owens PL, Zodet MW, et al. Health care for children and youth in the United States: annual report on patterns of coverage, utilization, quality, and expenditures by income. *Ambul Pediatr*. 2005;5:6-44.
11. American Academy of Pediatrics, Retail-Based Clinic Policy Work Group. AAP principles concerning retail-based clinics. *Pediatrics*. Dec 2006;118(6): 2561-2562.
12. DeNavas-Walt C, Proctor BD, Lee CH, US Census Bureau. *Current Population Reports P60-229. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005.
13. American Academy of Pediatrics. Socio-economic Survey of Pediatricians. Available at: www.aap.org/research/periodicsurvey/ps43soci.htm. Accessed on February 17, 2007.
14. O'Malley AS, Forrest CB, Politzer RM, et al. Health center trends, 1994-2001: what do they portend for the federal growth initiative? *Health Aff*. 2005;24:465-472.

15. Forrest CB, Whelan EM. Primary care safety-net delivery sites in the United States: a comparison of community health centers, hospital outpatient departments, and physicians' offices. *JAMA*. 2000;284:2077-2083.
16. American Academy of Pediatrics. Medical home initiatives for children with special health care needs, policy statement, organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110:184.
17. Donaldson M, Yordy KD, Lohr KN, et al., eds. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academies Press; 1996.
18. Cooley WC. Redefining primary pediatric care for children with special health care needs: the primary care medical home. *Curr Opin Pediatr*. 2004;16:689-692.
19. Kempe A, Luberti AA, Hertz AR, et al. Delivery of pediatric after-hours care by call centers: a multicenter study of parental perceptions and compliance. *Pediatrics*. 2001;108:E111.
20. Forrest CB, Glade GB, Baker A, et al. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:705-714.
21. American Academy of Pediatrics, Surgical Advisory Panel. Guidelines for referral to pediatric surgical specialists. *Pediatrics*. Jul 2002;110(1):187-191.
22. American Academy of Pediatrics, Committee on Medical Liability. Malpractice claim review offers mixed news for pediatricians. *AAP News*. 2001;18(4):154.

κεφάλαιο 2

Ο Παιδίατρος και η Χρηματοδότηση της Περιθαλψής

Christopher B. Forrest, MD, PhD • Thomas K. McInerney, MD

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

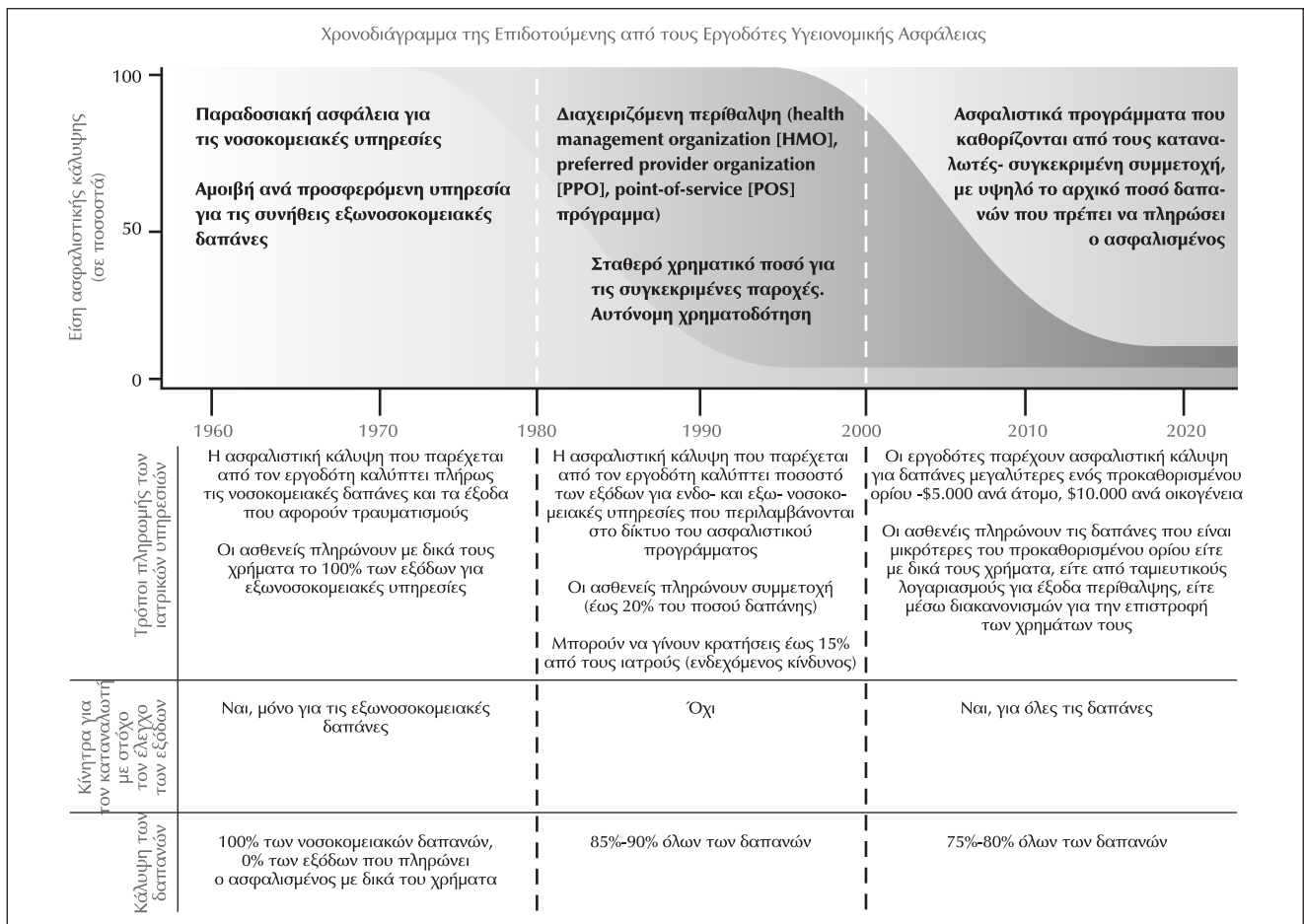
Η μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν κάποιες μορφές ασφάλεια υγείας που καλύπτει ένα σημαντικό ποσοστό

των εξόδων για τις επισκέψεις στο ιατρείο, τα εμβόλια, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τους απεικονιστικούς ελέγχους, τα φάρμακα, και φυσικά, τις νοσοκομειακές δαπάνες και διάφορες άλλες ανάγκες περιθαλψής. Δεδομένου ότι περισσότερα από 70% των παιδιών στις ΗΠΑ έχουν ασφαλιστική κάλυψη που επιδοτείται από τους εργοδότες των γονέων τους, αυτός ο τύπος ασφάλισης θα είναι ο πρώτος που θα συζητηθεί στο παρόν κεφάλαιο και κατόπιν. Στη συνέχεια, θα συζητηθούν η Medicaid, το Κρατικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Παιδών (State Children's Health Insurance Program) και το πρόβλημα των μη ασφαλισμένων παιδιών.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ

Υπάρχουν αναρίθμητα ασφαλιστικά προγράμματα, ενώ οι παραλλαγές στα ήδη υπάρχοντα πληθαίνουν με γεωμετρική πρόοδο. Εξαιτίας της γρήγορης αύξησης των δαπανών για την υγεία το τελευταίο τέταρτο του 20ου αιώνα και την πρώτη δεκαετία του 21ου, οι εργοδότες και οι κυβερνητικές αρχές συνεργάστηκαν με τις ασφαλιστικές εταιρείες για την ανεύρεση τρόπων μείωσης του κόστους της περιθαλψής, όπως είναι, για παράδειγμα, η απόφαση των σωματίων επαγγελματιών να περιορίσουν τις ασφαλιστικές επιδοτήσεις των εργαζομένων και των προστατευόμενων μελών τους (Εικόνα 2-1). Στην πραγματικότητα, το ενδιαφέρον της αγοράς μετατοπίστηκε από την πλευρά των ασφαλιστών προς την πλευρά των ασφαλισμένων, αντανακλώντας τη στροφή προς μεγαλύτερο καταναλωτισμό.

Αρχικά, η λύση φάνηκε να έρχεται από τα προγράμματα διαχειριζόμενης περιθαλψής (managed care – πρόκειται για ασφαλιστικά προγράμματα με τα οποία είναι συμβεβλημένοι οι επαγγελματίες υγείας, για την παροχή περιθαλψής στους ασφαλισμένους με χαμηλότερο κόστος). Αλλά όταν οι καταναλωτές αντέδρασαν στους αυστηρούς ελέγχους χρήσης ιατρικών υπηρεσιών, και όταν οι ετήσιες αυξήσεις των μηνιαίων εισφορών έφθασαν σε διψήφια νούμερα, πολλοί εργοδότες απομακρύνθηκαν από τα ασφαλιστικά προγράμματα που εμπεριείχαν οικονομικούς και οργανωτικούς περιορισμούς (όπως είναι το σύστημα προκαθορισμένης αμοιβής του ιατρού ανά συμβεβλημένο ασθενή για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, το σύστημα παραπομπής σε εξειδικευμένους



ΕΙΚΟΝΑ 2-1. Χρονοδιάγραμμα της επιδοτούμενης από τους εργοδότες υγειονομικής ασφάλειας.

επαγγελματίες υγείας μέσω των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και ο έλεγχος της χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών από την ασφαλιστική εταιρεία). Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση του κόστους της περίθαλψης προκάλεσε μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση στις οικογένειες, οδηγώντας στην εμφάνιση ασφαλιστικών προγραμμάτων που ονομάζονται προγράμματα καθοδηγούμενα από τους καταναλωτές (consumer-driven) και επιτρέπουν στα μέλη τους να χρησιμοποιούν λογαριασμούς ταμιευτηρίου που δημιουργούνται ειδικά για τις ιατρικές ανάγκες, με μια πολιτική που απαιτεί μικρότερες εισφορές από τον ασφαλισμένο αλλά και υψηλότερα μεγέθη στα ποσά των αρχικών δαπανών που οφείλει να πληρώσει ο καταναλωτής πριν να αρχίσει να πληρώνει η ασφάλειά του.

Ο σχεδιασμός των ασφαλιστικών προγραμμάτων ακολουθεί τις ιδιαίτερες απαιτήσεις κάθε εργοδότη, με συνέπεια μια πλειάδα ασφαλιστικών προγραμμάτων που προκαλούν σύγχυση με τις διαφορές τους στα ποσοστά συμμετοχής στις δαπάνες, τα διάφορα μεγέθη των αρχικών δαπανών που θα καλύψει ο ασφαλισμένος, τα είδη των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και τους περιορισμούς στη χρήση τους, ή την ανάγκη προηγηθείσας έγκρισης από την ασφαλιστική εταιρεία για τα έξοδα της περίθαλψης. Ως εκ τούτου, ο παιδίατρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει συχνά σύμβαση με περισσότερες από 20 ασφαλιστικές εταιρείες και εκατοντάδες είδη ασφαλιστικών προϊόντων. Η παρακολούθηση των κανονισμών και των όρων δεν είναι εύκολη, αλλά πρέπει να γίνεται για την οικονομική ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και του ιατρού. Στο παρόν κεφάλαιο αναλύονται σε γενικές γραμμές τα κυριότερα ασφαλιστικά προγράμματα και η θέση των παιδιάτρων σ' αυτά. Οι παιδίατροι ωστόσο θα πρέπει να είναι ενήμεροι και για τις λεπτομέρειες των ασφαλιστικών προγραμμάτων που χρησιμοποιούν οι πελάτες τους. Για το έργο αυτό απαιτείται σχεδόν πάντοτε η συμμετοχή ενός επαγγελματία (λογιστή, δικηγόρος, οικονομικός σύμβουλος) με ειδικές γνώσεις στην υγειονομική ασφάλιση. Επιπλέον, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής διαθέτει στον διαδικτυακό της τόπο έναν εκτεταμένο κατάλογο πηγών πληροφόρησης (www.aap.org/sections/soarpm/soarpm_home.html) και (www.practice.aap.org).

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η παλαιότερη μορφή ασφάλειας υγείας, που ξεκίνησε από τα μέσα του 20ου αιώνα, ονομάζεται *παραδοσιακή ασφάλεια* (*traditional indemnity*) (γνωστή επίσης και ως παραδοσιακός τρόπος αμοιβής ανά ιατρική υπηρεσία ή συμβατική ασφάλεια). Αυτό το ασφαλιστικό πρόγραμμα αποσκοπεί στην κάλυψη των νοσοκομειακών δαπανών των ασφαλισμένων, αλλά με μικρή ή καμία κάλυψη των εξονοσοκομειακών εξόδων. Υπάρχει ένα προκαθορισμένο αρχικό ποσό δαπανών που επιβαρύνει εξολοκλήρου τον ασφαλισμένο, και ακολούθως ένα ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες μέχρι ένα ανώτατο όριο. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του προγράμματος είναι ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει οποιονδήποτε ιατρό χωρίς περιορισμούς από το ασφαλιστικό του συμβόλαιο. Αν και έχει αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό από το πρόγραμμα διαχειριζόμενης περίθαλψης και από άλλα ασφαλιστικά προγράμματα, η παραδοσιακή ασφάλεια καλύπτει ακόμη ένα ποσοστό περίπου 10% των ασφαλισμένων. Οι περισσότερες από τις υπηρεσίες που παρέχονται στο ιατρείο από τους παιδίατρους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προς τους ασθενείς με παραδοσιακή ασφάλεια, όπως τα εμβόλια και η βασική προληπτική φροντίδα, δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό τους συμβόλαιο και πρέπει να πληρωθούν από τον ίδιο τον ασθενή. Οι σημαντικότερες εξαιρέσεις, που καλύπτονται από την παραδοσιακή ασφάλεια, είναι οι ιατρικές υπηρεσίες για τραυματισμούς όπως εξαρθήματα και κατάγματα. Όλα σχεδόν τα ασφαλιστικά προγράμματα σήμερα θα πρέπει να θεωρηθούν ως διαχειριζόμενα, δεδομένου ότι για τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών προηγείται κάποιος έλεγχος από την ασφαλιστική εταιρεία, όπως για παράδειγμα η προαπαιτούμενη έγκριση για νοσηλεία. Αν και είναι σχετικά απλό να χρεώνονται απευθείας οι ασθενείς για τις ιατρικές υπηρεσίες που έχουν δεχθεί, μπορεί να προκύπτουν προβλήματα στην εξόφληση των λογαριασμών, ιδιαίτερα από τους ασθενείς με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες. Δυστυχώς, ορισμένες φορές ο παιδίατρος θα πρέπει να καταφύγει στη βοήθεια κάποιου πρακτορείου που δραστηριοποιείται στη συλλογή οφειλών, ενώ σπάνια μπορεί να αναγκασθεί να διακόψει

την περίθαλψη ασθενών που καθυστερούν τις πληρωμές σε χρόνια βάση. (Οι παιδίατροι θα πρέπει να ακολουθούν αυστηρά τους κανονισμούς της πολιτείας σχετικά με τη διακοπή της περίθαλψης, για να μη θεωρηθεί ότι εγκατέλειψαν τον ασθενή και υποστούν τις νομικές κυρώσεις.) Φυσικά, εάν ο ασθενής που έχει παραδοσιακή ασφάλεια εισαχθεί στο νοσοκομείο, ο παιδίατρος θα πληρωθεί από την ασφαλιστική εταιρεία για τις νοσοκομειακές του υπηρεσίες.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Καθώς τα ποσοστά εισαγωγής στο νοσοκομείο και οι νοσοκομειακές δαπάνες αυξήθηκαν δραματικά τη δεκαετία του 1970, σε συνδυασμό με την απουσία ουσιαστικών οικονομικών κινήτρων για τον περιορισμό της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, οι εργοδότες ήταν όλο και περισσότερο δυσαρεστημένοι από τις αυξήσεις των ετήσιων ασφαλιστικών εισφορών που τους επέβαλαν οι ασφαλιστές. Για την αντιμετώπιση αυτού του θέματος, οι ασφαλιστές σχεδίασαν προγράμματα για μείωση των δαπανών μέσω της διαχείρισης της περίθαλψης, και παρέχοντας κίνητρα για μικρότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα της δαπανηρής νοσοκομειακής περίθαλψης και ιατρικής τεχνολογίας. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της διαχειριζόμενης περίθαλψης είναι ότι συνδέει τη χρηματοδότηση με κάποιους τομείς της υγειονομικής φροντίδας. Δυστυχώς, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σ' αυτά τα ταχέως επεκτεινόμενα ασφαλιστικά προγράμματα, δεν συμμετείχαν στον σχεδιασμό τους, και δεν είναι ενήμεροι των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Κατά συνέπεια, πολλοί ιατροί συμπεριλαμβανομένων και των παιδιάτρων, υπογράφουν συμβόλαια με οργανισμούς διαχειριζόμενης περίθαλψης (όπως οι MCOs – managed care organizations και HMOs – health maintenance organizations), γνωρίζοντας λίγο ή καθόλου τα χαρακτηριστικά αυτών των συμβάσεων, και εκθέτουν τα ιατρεία τους σε σημαντικό οικονομικό κίνδυνο. Αν και τα προγράμματα της διαχειριζόμενης περίθαλψης χάνουν έδαφος στην αγορά, εξακολουθούν να αποτελούν το 25% ως 50% των ασφαλιστικών προϊόντων που προσφέρουν οι εργοδότες στους εργαζόμενους.

Είναι απαραίτητο να κατανοήσουν οι παιδίατροι τις λεπτομέρειες των ασφαλιστικών συμβολαίων των ασθενών τους, ώστε να πληρώνονται σωστά για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Στη συνέχεια του κεφαλαίου δίδεται μια σύντομη περιγραφή των κυριότερων χαρακτηριστικών της διαχειριζόμενης περίθαλψης. Αναλυτικότερη ενημέρωση παρέχεται από το *The Pediatrician's Guide to Managed Care* που δημοσιεύθηκε από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής και γράφηκε από την Academy's Committee on Child Health Financing. (Για περισσότερες πληροφορίες βλ. "Βοηθήματα" στο τέλος του κεφαλαίου.)

Ο παιδίατρος πρέπει να μάθει την έννοια διαφόρων συντομογραφιών και τα χαρακτηριστικά των ασφαλιστικών προγραμμάτων (Πλαίσιο 2-1, Πίνακας 2-1).

ΠΛΑΙΣΙΟ

2-1

Ακρωνύμια και χαρακτηριστικά των ασφαλιστικών προγραμμάτων για την περίθαλψη

HMO (health maintenance organization) – συνδυασμός μιας ασφαλιστικής εταιρείας και ενός δικτύου συμβεβλημένων ιατρών.

MCO (managed care organization) – συνώνυμο με το HMO.

IPA (independent [or sometimes individual] practice organization) – μια ομάδα επιστημόνων υγείας, η οποία διαπραγματεύεται με τους ασφαλιστές την περίθαλψη των εγγεγραμμένων σε ένα πρόγραμμα HMO με καθεστώς αμοιβής ανά άρρωστο, και η οποία αναλαμβάνει το ρίσκο οικονομικής απώλειας από τις κρατήσεις που επιβαρύνουν τους ιατρούς.

PHO (physician hospital organization) – ομάδα ιατρών που συνεργάζονται με τα νοσοκομεία, η οποία διαπραγματεύεται με τους ασφαλιστές για την περίθαλψη ενός συνόλου ασθενών (συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομειακών δαπανών).

POS (point of service) – ένας τύπος HMO με τον οποίο ο ιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παραπέμπει ασθενείς σε συγκεκριμένους εξειδικευμένους ιατρούς και νοσοκομεία.

PPO (preferred provider organization) – μια ομάδα επιστημόνων υγείας συμβεβλημένων με κάποια ασφαλιστική εταιρεία για την παροχή υπηρεσιών σε χαμηλότερες τιμές.

Πίνακας 2-1

Χαρακτηριστικά ασφαλιστικών προγραμμάτων

Παράμετροι	Παραδοσιακή ασφάλεια	PPO	POS	IPA ή δίκτυο HMO	Ομαδική HMO
Αρμόδιοι ιατροί	Σχεδόν όλοι	Σχεδόν όλοι (δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών)	Συμβεβλημένοι ιατροί εντός του δικτύου για την αρχική αντιμετώπιση. Παραπομπές σε ιατρούς εκτός του δικτύου	Μόνο συμβεβλημένοι ιατροί	Μόνο συμβεβλημένοι ιατροί
Αμοιβή των ιατρών	Αμοιβή ανά προσφερόμενη υπηρεσία	Χαμηλότερες αμοιβές ανά προσφερόμενη υπηρεσία	Για τους συμβεβλημένους ιατρούς όπως και στο HMO. Για τους ιατρούς εκτός του δικτύου: αμοιβή ανά προσφερόμενη υπηρεσία	Προκαθορισμένη αμοιβή ανά άρρωστο ή μεικτό σύστημα προκαθορισμένης αμοιβής/ αμοιβής ανά προσφερόμενη υπηρεσία	Μηνιαίος μισθός
Συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες	Μέτρια	Χαμηλή για τους συμβεβλημένους ιατρούς. Μέτρια για τους υπόλοιπους	Χαμηλή για τους συμβεβλημένους ιατρούς. Πολύ υψηλή για τους υπόλοιπους	Χαμηλή για τους συμβεβλημένους ιατρούς. Υψηλή για τους υπόλοιπους	Χαμηλή για τους συμβεβλημένους ιατρούς. Υψηλή για τους υπόλοιπους
Αρμοδιότητες της ασφαλιστικής εταιρείας	Πληρωμή των λογαριασμών	Πληρωμή των λογαριασμών. Διαμόρφωση του δικτύου	Όπως και στο HMO.	Πληρωμή των λογαριασμών. Διαμόρφωση του δικτύου. Παρακολούθηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας	Παροχή περίθαλψης
Περιορισμοί στη χρήση του ασφαλιστικού προγράμματος	Αφορούν τους ασφαλισμένους	Αφορούν τους ασφαλιστές (τιμολόγια)	Αφορούν τους ασφαλιστές (για τους ιατρούς εντός του δικτύου). Αφορούν τους ασφαλισμένους (για τους ιατρούς εκτός του δικτύου)	Αφορούν τους ασφαλιστές (τιμολόγια, μέγεθος υπηρεσιών)	Αφορούν τους ασφαλιστές (τιμολόγια, μέγεθος υπηρεσιών)

HMO: Health maintenance organization, IPA: Independent practice association, POS: Point of service, PPO: Preferred provider organization.

Από Newhouse JP. Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press; 2002. Κατόπιν αδείας.

Εν συντομία, η βασική αρχή της διαχειριζόμενης περίθαλψης είναι ότι η ασφαλιστική εταιρεία καλύπτει τον εργοδότη αναλαμβάνοντας το ρίσκο του πιθανά μεγάλου κόστους της περίθαλψης, και το ενδεχόμενο αυτό το διαχειρίζεται με διάφορους τρόπους. Στην περίπτωση των HMOs, ο ασφαλιστής μεταβιβάζει ένα μέρος του ρίσκου στους ιατρούς, μέσω του συστήματος της προκαθορισμένης ανά ασθενή αμοιβής και μέσω των κρατήσεων. Με το μοντέλο αυτό, οι ιατροί σαν ομάδες ή σαν σύλλογοι συμβεβλημένων με το πρόγραμμα επαγγελματιών, διαπραγματεύονται με τους ασφαλιστές την ανάληψη της φροντίδας ενός αριθμού ασθενών, με μια προκαθορισμένη χρηματική αμοιβή ανά ασφαλισμένο ασθενή, ανά μήνα. Τα ιατρεία λαμβάνουν από την ασφαλιστική εταιρεία ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό σε μηνιαία βάση για να καλύπτουν τα έξοδα της περίθαλψης των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμα. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ιδιώτες ιατροί πληρώνονται με βάση τον παραδοσιακό τρόπο αμοιβής ανά παρεχόμενη υπηρεσία, αλλά παρακρατείται και αποταμιεύεται ένα ορισμένο ποσοστό (συνήθως 15%) από τα χρήματα που δίνει η ασφαλιστική εταιρεία, ώστε να καλυφθούν οι όποιες δαπάνες υπερβούν τον προϋπολογισμό των συλλόγων των συμβεβλημένων ιατρών. Το στοιχείο αυτό δίνει πιθανώς κίνητρα στους ιατρούς να περιορίσουν τα έξοδα της περίθαλψης, ούτως ώστε στο τέλος του χρόνου να μπορεί να τους επιστραφεί το πλήρες ποσό που έχει παρακρατηθεί από τις αμοιβές τους, αφού γίνει ο απολογισμός του συνόλου των δαπανών. Να σημειωθεί ότι για τους περισσότερους ιδιώτες παιδίατρους των οποίων άνω του 50% του ακαθάριστου εισοδήματος καλύπτει τα έξοδα του ιατρείου, η μη επιστροφή κρατήσεων 15% μειώνει το εισόδημα από το συγκεκριμένο ασφαλιστικό πρόγραμμα στο 30% ή και περισσότερο. Ωστόσο η συνολική επίδραση από τις κρατήσεις φαίνεται ότι είναι μικρή ή και αμελητέα διότι οι περισσότεροι παιδίατροι έχουν συμβάσεις με πολλά ασφαλιστικά προγράμματα, εκ των οποίων μόνο λίγα τις χρησιμοποιούν. Έτσι η συμμετοχή οποιουδήποτε μεμονωμένου ασφαλιστικού προγράμματος στη διαμόρφωση του εισοδήματος συνήθως είναι μικρή.

Επιπλέον, αυτού του τύπου τα ασφαλιστικά προγράμματα επιζητούν να μειώσουν τις δαπάνες απαιτώντας προέγκριση για τις παραπομπές σε εξειδικευμένους ιατρούς, και για ορισμένες ιατρικές πράξεις, διαγνωστικές εξετάσεις, ή νοσηλείες σε νοσοκομεία. Πρόσφατα, καθώς το κόστος των φαρμάκων που καλύπτονται από τις ασφάλειες άρχισε να ανεβαίνει

δραματικά, οι ασφαλιστικές εταιρείες έδωσαν κίνητρα σε ιατρούς και ασθενείς για τη συνταγογράφηση φθηνότερων σκευασμάτων δημιουργώντας βιβλία συνταγών και λίστες φαρμάκων. Τέλος, οι περισσότεροι ασφαλιστές και σύλλογοι συμβεβλημένων ιατρών ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1980 να πληρώνουν τους ιατρούς με βάση το σύστημα σχετικών αξιών RBRVS (resource-based relative value scale) χρησιμοποιώντας τους κωδικούς από την *Current Procedural Terminology* του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου, το σύστημα RBRVS της Medicare, και τις αντίστοιχες μονάδες σχετικής αξίας, προκειμένου να κοστολογήσουν τους διάφορους τύπους επισκέψεων στο ιατρείο και τις διάφορες ιατρικές πράξεις (περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το RBRVS αναφέρονται στην παράγραφο "Αμοιβή των ιατρών"). Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των μέτρων είναι ότι οι ιατροί έχασαν ένα μέρος από τον έλεγχο του τρόπου περίθαλψης των αρρώστων τους ή του τρόπου κοστολόγησης της εργασίας τους. Δυστυχώς, πολλοί παιδίατροι δεν μελετούν προσεκτικά τα λεπτομερή συμβόλαια 20-30 σελίδων, απλώς τα υπογράφουν, πολλές φορές χωρίς ούτε να τα διαβάσουν, για να διαπιστώσουν τελικά ότι είχαν σημαντικές οικονομικές απώλειες επειδή δεν κατανόησαν τους όρους της σύμβασης. Είναι συνεπώς πολύ σημαντικό οι ιατροί να διαβάζουν τα κείμενα πολύ προσεκτικά, παίρνοντας συμβουλές από ειδικούς επαγγελματίες και διαπραγματευόμενοι με την ασφαλιστική εταιρεία, για την τροποποίηση των μη ευνοϊκών όρων του συμβολαίου. Πράγματι, σε μερικές περιπτώσεις, είναι προτιμότερο για τον παιδίατρο να μην υπογράψει καθόλου μια ασύμφορη σύμβαση (βλ. "Βοηθήματα" στο τέλος του κεφαλαίου, "Many Questions Pediatricians Should Ask Before Signing a Managed Care Contract"). Φυσικά, στην περίπτωση αυτή ο παιδίατρος δεν θα μπορεί να αναλάβει τους ασθενείς που καλύπτονται από το συγκεκριμένο ασφαλιστικό πρόγραμμα, γεγονός που δυσχεραίνει την απόφασή του. Μερικές φορές ωστόσο οι υπεύθυνοι του προγράμματος μπορεί να αποδεχθούν τους όρους του παιδίατρου εάν αισθάνονται αναγκασμένοι να συμπεριλάβουν το συγκεκριμένο ιατρείο στον κατάλογο των συμβασισύχων τους.

Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων, τα ασφαλιστικά προγράμματα ή οι σύλλογοι συμβεβλημένων ιατρών δεν συμμετέχουν στη διαδικασία κάλυψης της περίθαλψης, έτσι ώστε ο ιατρός που έχει λάβει μια συγκεκριμένη αμοιβή ανά ασφαλισμένο ασθενή να διακινδυνεύει εξ ολοκλήρου την πιθανότητα υπέρβασης των εξόδων. Η κατάσταση αυτή μπορεί να αποβεί οικονομικά καταστροφική εάν ο ιατρός δεν είναι πλήρως ενήμερος για

το ύψος των δαπανών της περίθαλψης των αρρώστων του, και απολύτως βέβαιος ότι η προσυμφωνημένη αμοιβή καλύπτει αυτά τα έξοδα. Γενικά, αυτός ο τύπος ασφαλιστικού συμβολαίου θα πρέπει να αποφεύγεται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ιδιαίτερα ικανοί στην οικονομική διαχείριση.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΥΤΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η κλιμακούμενη αύξηση των εισφορών για την περίθαλψη τα τελευταία 20 χρόνια ανάγκασε τους εργοδότες να αναζητήσουν λύσεις για τον έλεγχο των δαπανών.¹ Η διαχειριζόμενη περίθαλψη ήταν μια απάντηση σ' αυτές τις διογκούμενες δαπάνες. Μία άλλη είναι τα προγράμματα αυτασφάλισης (self-funded ή self-insured plans). Σχεδόν το 50% των εργοδοτών χρησιμοποιούν τις μεθόδους αυτασφάλισης, οι οποίες είναι ευρύτερα διαδεδομένες στις μεγαλύτερες επιχειρήσεις διότι οι ενδεχόμενες υπέρμετρες δαπάνες για κάποιον ασφαλισμένο διαχέονται σε ένα μεγάλο αριθμό εργαζομένων. Τα προγράμματα αυτασφάλισης δεν υπόκεινται στις κυβερνητικές διατάξεις για τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, και κοστίζουν λιγότερο διότι έχουν μικρότερες διοικητικές δαπάνες σε σύγκριση με τα προγράμματα στα οποία ο εργοδότης καταβάλλει ένα μηνιαίο χρηματικό ποσό στον ασφαλιστή ο οποίος και αναλαμβάνει το ρίσκο από την υγειονομική κάλυψη των εργαζομένων. Οι εργοδότες μπορούν να προσαρμόζουν τη δομή της ασφαλιστικής κάλυψης με βάση τις ανάγκες των εργαζομένων, γεγονός που επίσης μπορεί εξασφαλίσει κάποιο κέρδος εάν δεν προσφέρονται ορισμένες υπηρεσίες. Ένα σημαντικό για τους παιδίατρους στοιχείο είναι ότι επειδή τα προγράμματα αυτασφάλισης δεν υπόκεινται στις κυβερνητικές διατάξεις, δεν είναι απαραίτητο να καλύπτουν τις τακτικές επισκέψεις παρακολούθησης του υγιούς παιδιού και τους εμβολιασμούς (αυτό αναφέρεται και ως εξαίρεση ERISA, από το Employee Retirement Income Security Act του 1974). Επειδή οι εργοδότες διατηρούν τον έλεγχο των χρηματικών αποθεμάτων για την περίθαλψη, έχουν επιπρόσθετο όφελος από τους τόκους. Στα εν λόγω προγράμματα οι εργοδότες αναλαμβάνουν ολόκληρη την οικονομική ευθύνη της περίθαλψης των εργαζομένων τους, αντί να πληρώνουν μια μηνιαία εισφορά σε κάποια ασφαλιστική εταιρεία που θα καλύψει ενδεχόμενες απώλειες. Συνήθως οι εργοδότες συνεργάζονται με ασφαλιστές οι οποίοι δρουν σαν ανεξάρτητοι διαχειριστές για τις συμβάσεις με ιατρούς, νοσοκομεία, και άλλους επαγγελματίες υγείας, και για τη διευθέτηση των διεκδικήσεων των ασφαλισμένων, γεγονός που επιτρέπει στο πρόγραμμα να έχει διαφάνεια για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΚΟΣΤΟΣ

Ένας άλλος τύπος της διαχειριζόμενης περίθαλψης είναι το πρόγραμμα PPOs (Preferred Provider Organizations). Πρόκειται για ομάδες ιατρών (δίκτυο) που έχουν συμφωνήσει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε χαμηλότερες τιμές. Οι εργαζόμενοι και οι οικογένειές τους που είναι εγγεγραμμένοι σ' αυτό το ασφαλιστικό πρόγραμμα έχουν συμφέρον να επισκέπτονται τους ιατρούς των PPOs διότι πληρώνουν μόνο μια μικρή συμμετοχή, ενώ έχουν μικρότερη ή καθόλου κάλυψη για τους εκτός του δικτύου ιατρούς. Μια παραλλαγή αυτού του προγράμματος είναι το σύστημα POS (Point-Of-Service) στο οποίο οι ασθενείς έχουν μικρότερη συμμετοχή στην αμοιβή των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το πρόγραμμα, σε σύγκριση με τους εκτός POS. Για τους παιδίατρους, τα προγράμματα PPOs και POS έχουν το πλεονέκτημα να μην γίνονται κρατήσεις από την αμοιβή τους, αλλά και το μειονέκτημα να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε χαμηλότερες τιμές. Ένα σημαντικό ζήτημα είναι εάν συμμετέχουν στο δίκτυο αυτών των προγραμμάτων εξειδικευμένοι παιδίατροι και παιδοχειρουργοί, καθώς και τα παιδιατρικά νοσοκομεία. Στην αντίθετη περίπτωση, ο παιδίατρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να αποφασίσει είτε να παραπέμψει τον ασθενή σε μη παιδίατρο εξειδικευμένο ιατρό ή σε γενικό νοσοκομείο όπου η περίθαλψη θα καλύπτεται από το πρόγραμμα, είτε να τον παραπέμψει σε εξειδικευμένο παιδίατρο ή παιδιατρικό νοσοκομείο που όμως δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα, με αποτέλεσμα η οικογένεια του ασθενούς να πληρώσει με δικιά της χρήματα ένα μέρος ή το σύνολο των εξόδων της περίθαλψης. Σαφώς, οι παιδίατροι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να καταβάλουν προσπάθεια να πείσουν τους ασφαλιστές και τους εργοδότες να συμπεριλαμβάνουν τις παιδιατρικές υποειδικότητες

και τα παιδιατρικά νοσοκομεία σ' αυτά τα προγράμματα. Είναι σημαντικό να τονισθεί ξανά ότι οι συμβάσεις θα πρέπει να μελετώνται προσεκτικά ώστε ο παιδίατρος να κατανοεί πλήρως ποιες παροχές περιλαμβάνονται και ποιες αποκλείονται, και πώς το ασφαλιστικό πρόγραμμα μπορεί να επηρεάσει τις παραπομπές των ασθενών. Επιπλέον, πολλές ασφαλιστικές εταιρείες είναι πιθανό να δεσμεύουν τους παιδίατρους να προσχωρήσουν *σιωπηρά στο δίκτυο PPOs*, που σημαίνει ότι το πρόγραμμα PPOs καλύπτεται από την ασφαλιστική εταιρεία αλλά αυτό δεν αναφέρεται σαφώς στη σύμβαση. Στις εν λόγω περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν διαφορές στις αμοιβές των ιατρών και στις παροχές, και όλα αυτά να προκαλέσουν σημαντικά προβλήματα. Συνεπώς οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι βέβαιοι ότι η σύμβασή τους δεν τους δεσμεύει να είναι *σιωπηρά μέλη του δικτύου PPOs*.

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

Στις αρχές του 21ου αιώνα, το κόστος της περίθαλψης συνέχιζε να αυξάνεται με ρυθμούς που χαρακτηρίστηκαν από τους εργοδότες ως μη αποδεκτοί, ενώ οι οικονομολόγοι σε θέματα υγείας επισήμαιναν ότι τα υπάρχοντα συστήματα στην πραγματικότητα δεν πρόσφεραν κανένα σημαντικό κίνητρο στους εργαζόμενους για να περιορίσουν τη χρήση των μη απαραίτητων υπηρεσιών υγείας. Οι εργοδότες συμπεράναν ότι τα προγράμματα της διαχειριζόμενης περίθαλψης στο τέλος του 20ου αιώνα δεν ήταν αποτελεσματικά για τη συγκράτηση των δαπανών εντός των ορίων του προϋπολογισμού. Η επόμενη εκδοχή ασφαλιστικού προγράμματος που εμφανίστηκε, καθιστά τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους παράγοντες διαχείρισης των δαπανών. Τα προγράμματα αυτά αναφέρονται με διάφορα ονόματα, αλλά μπορούν γενικά να ονομαστούν προγράμματα καθοδηγούμενα από τους καταναλωτές (CDHPs, Consumer-Driven Health Plans). Τα CDHPs συνδυάζουν δύο σημαντικά χαρακτηριστικά τα οποία σχεδιάστηκαν για να παρακινούν τους εργαζόμενους να χειρίζονται συνετά τα χρήματα για την περίθαλψή τους. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι ότι το αρχικό ποσό των δαπανών που καλείται να πληρώσει μόνος του ο ασφαλισμένος είναι υψηλό (μεταξύ \$1000 και \$5000). Το ποσό αυτό που δαπανήθηκε μπορεί να αντισταθμισθεί από έναν *αποθεματικό λογαριασμό για την περίθαλψη* που χρηματοδοτείται από τον εργαζόμενο, ή από έναν *λογαριασμό για την επιστροφή των χρημάτων* που δαπανήθηκαν που χρηματοδοτείται από τον εργοδότη ώστε να τοποθετούνται αφορολόγητα χρήματα σε λογαριασμούς ταμειωτηρίου, που θα χρησιμοποιηθούν για να καλυφθούν οι δαπάνες που πληρώσε μόνος του ο εργαζόμενος. Θεωρητικά, επειδή ο ασφαλισμένος πληρώνει με δικιά του χρήματα ή καταφεύγει σε αποθεματικό λογαριασμό, θα αναζητήσει και θα βρει μόνο τις απαραίτητες υπηρεσίες και στις χαμηλότερες διαθέσιμες τιμές. Σε πολλές περιπτώσεις, τα αποθεματικά χρήματα αυτών των προγραμμάτων είναι προσβάσιμα μέσω ειδικών χρεωστικών καρτών, και αυτό έχει σημασία για το παιδιατρικό ιατρείο. Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό των CDHPs είναι ότι προσφέρουν πληροφορίες για τις τιμές και, όταν είναι δυνατόν, και για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Όταν οι καταναλωτές αποκτούν καλύτερη συνείδηση του κόστους και αυξάνεται η πληροφόρησή τους για τα προϊόντα που αγοράζουν, προάγεται η ανταγωνιστικότητα της περίθαλψης.

Τα CDHPs συνιστούν πράγματι μια μεγάλη αλλαγή στον τρόπο χρηματοδότησης της περίθαλψης, διότι παρέχουν στον εργαζόμενο ένα σταθερό χρηματικό ποσό για τις δαπάνες της περίθαλψης (καθορισμένη συνεισφορά - defined contribution), αντί για έναν κατάλογο υπηρεσιών υγείας τις οποίες καλύπτει το ασφαλιστικό πρόγραμμα (καθορισμένες παροχές - defined benefit). Πολλοί πιστεύουν ότι αυτός ο τύπος προγραμμάτων οδήγησε στην *εμπνευματοποίηση* της ιατρικής, ότι δηλαδή η ιατρική περίθαλψη αντιμετωπίζεται ακριβώς όπως οποιοδήποτε άλλο εμπόρευμα, π.χ. τα αυτοκίνητα ή τα πλυντήρια. Στην πράξη, υπάρχουν πολλοί προβληματισμοί σχετικά με τους εργαζόμενους ή τους ασθενείς που ενεργούν σαν δραστηριοποιημένοι καταναλωτές της δικιάς τους ιατρικής φροντίδας.²

Ιδιαίτερη σημασία για τον παιδίατρο έχει το γεγονός ότι τα CDHPs, αντίθετα με τα προγράμματα διαχειριζόμενης περίθαλψης, μπορεί να μη

καλύπτουν τις υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας, με αποτέλεσμα οι επισκέψεις τακτικής παρακολούθησης του υγιούς παιδιού και οι εμβολιασμοί να πρέπει να πληρώνονται με χρήματα του ίδιου του καταναλωτή. Επιπλέον, είναι πιθανό οι γονείς να αρνούνται εργαστηριακές εξετάσεις, ιατρικές πράξεις, ή παραπομπές σε εξειδικευμένους ιατρούς, τις οποίες συνιστά ο παιδίατρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επειδή οι ασφαλισμένοι ενδιαφέρονται να επενδύουν το αποθεματικό κεφάλαιο που δεν καταναλώνεται κάθε χρόνο, οι γονείς μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν αυτά τα χρήματα για την προληπτική περίθαλψη ή άλλες μη επείγουσες ή οξείες καταστάσεις. Έτσι, πολλοί επιστήμονες διατυπώνουν σοβαρές ανησυχίες ότι, καθώς η δημοτικότητα αυτών των προγραμμάτων μεγαλώνει, θα μειώνεται η φροντίδα των παιδιών στον τομέα της πρόληψης, περιλαμβανομένων των εμβολιασμών, και τα παιδιά με χρόνιες παθήσεις δεν θα έχουν επαρκή κάλυψη από τις παιδιατρικές υποειδικότητες. Αν και τα προγράμματα CDHPs αφορούσαν περίπου μόνο το 5% της αγοράς το 2006, αναμένεται ότι θα επεκταθούν γρήγορα τα επόμενα χρόνια. Συνεπώς οι εργαζόμενοι στο χώρο της παιδιατρικής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι σχετικά, ωθώντας τους ασθενείς, τους εργοδότες, και τους ασφαλιστές, να φροντίζουν ώστε το ασφαλιστικό πρόγραμμα να καλύπτει τις υπηρεσίες πρόληψης, και να υπάρχουν οι μηχανισμοί που θα προάγουν τη σωστή αντιμετώπιση των παιδιών με χρόνιες παθήσεις ώστε να αποτρέπονται οι επιπλοκές.³

Η ΑΜΟΙΒΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Οι ιατροί πληρώνονται με διάφορους τρόπους, όπως η αμοιβή ανά παρεχόμενη υπηρεσία, η μηνιαία προκαθορισμένη αμοιβή ανά ασφαλισμένο ασθενή, ο συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων, ο μηνιαίος μισθός, και η αμοιβή ανάλογα με την απόδοση του ιατρού (Πίνακας 2-2). Η κάθε μέθοδος πληρωμής εμπεριέχει χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη χρησιμοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών. Με την αμοιβή ανά παρεχόμενη υπηρεσία ο ιατρός πληρώνεται για κάθε ιατρική πράξη, οπότε δημιουργούνται οικονομικά κίνητρα για να εργασθεί περισσότερο. Το ύψος της αμοιβής του καθορίζεται μετά από διαπραγμάτευση με ανεξάρτητους οργανισμούς (τρίτα πρόσωπα). Συνήθως οι ασθενείς που δεν έχουν ασφάλεια πληρώνουν (παραδόξως) περισσότερο από τους αντίστοιχους ασφαλισμένους, διότι οι ασφαλιστικές εταιρείες πιέζουν για χαμηλότερες αμοιβές σαν αποτέλεσμα της αγοραστικής δύναμης των πελατών τους. Η μέθοδος αυτή, της πληρωμής ανά παρεχόμενη υπηρεσία, είναι η συνηθέστερη στις ΗΠΑ όσον αφορά τους ιατρούς.

Πολλοί λίγοι άρρωστοι ζητούν να μάθουν εκ των προτέρων πόσο κοστίζει μια ιατρική υπηρεσία. Οι επικριτές της αμοιβής ανά ιατρική πράξη θεωρούν ότι το σύστημα αυτό στερείται διαφάνειας, και προσθέτουν ότι το κόστος της περίθαλψης θα πρέπει να είναι διαθέσιμο στον ασθε-

νή ακριβώς όπως το κόστος ενός αυτοκινήτου, ή οποιουδήποτε άλλου καταναλωτικού αγαθού. Εάν δεν υπάρχει η ανάλογη πληροφόρηση η περίθαλψη δεν θα γίνει ποτέ πραγματικά ανταγωνιστική, διότι ο ανταγωνισμός προϋποθέτει ότι οι αγοραστές συγκρίνουν τις υπηρεσίες και τα προϊόντα σύμφωνα με την υποκειμενική εκτίμηση της αξίας τους ανά μονάδα κόστους. Άλλοι αναλυτές δεν συμφωνούν με την άποψη ότι η περίθαλψη μπορεί να λειτουργήσει σαν προϊόν αγοράς διότι (1) πολλά προβλήματα υγείας δεν είναι προβλέψιμα και μπορεί να προκύψουν ξαφνικά, μη δίνοντας μεγάλα περιθώρια σκέψης για τη λήψη αποφάσεων, (2) οι άνθρωποι δεν παίρνουν ορθολογιστικές αποφάσεις όταν πρόκειται για την υγεία τους, (3) όταν αποτιμάται η αξία της περίθαλψης, οι παράμετροι της ποιότητας είναι εξίσου σημαντικές με το κόστος, και ο τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί πλήρως, και (4) η λήψη αποφάσεων για την περίθαλψη είναι αρκετά σύνθετη σε πολλά ζητήματα υγείας, και χρειάζεται ουσιαστική συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς, και τις οικογένειές τους.

Η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στη μέθοδο πληρωμής ανά χορηγούμενη υπηρεσία έγινε το 1992, όταν η ομοσπονδιακή κυβέρνηση υιοθέτησε το σύστημα σχετικών αξιών της αποζημίωσης, προκειμένου να πληρώνονται οι ιατροί για την περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων που είναι εγγεγραμμένοι στο πρόγραμμα Medicare. Το σύστημα αυτό ονομάζεται RBRVS και αξιολογεί 4 παραμέτρους της εργασίας: (1) χρόνος, (2) πνευματική προσπάθεια και κρίση, (3) τεχνικές δεξιότητες και σωματική προσπάθεια, και (4) ψυχική ένταση. Υψηλότερες αμοιβές χορηγούνται για τις πιο σύνθετες υπηρεσίες. Για κάθε διαδικασία προσδιορίζεται η σχετική αξία της (RVU – Relative Value Unit), που είναι ένα μέτρο αποτίμησης της νοητικής και πρακτικής εργασίας, σε μία κλίμακα αξιών. Οι μονάδες σχετικής αξίας (RVUs) μεταφράζονται σε χρηματικό ποσό πολλαπλασιάζοντάς τες με ένα συντελεστή. Για παράδειγμα, η επίσκεψη στο ιατρείο ενός νέου ασθενούς για πλήρη ιατρική εκτίμηση αξιολογείται με τιμή RVU τριπλάσια από αυτή της επίσκεψης παρακολούθησης ενός γνωστού αρρώστου που βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση. Για να υπολογισθεί η αμοιβή του ιατρού, εφαρμόζεται σε αυτές τις RVUs ο ίδιος συντελεστής μετατροπής. Δεδομένου ότι οι RVUs είναι ίδιες για όλες τις ειδικότητες, η γενίκευση της εφαρμογής της μεθόδου RBRVS θα επέτρεπε τη σύγκριση του κόστους της περίθαλψης μεταξύ των διάφορων ιατρών. Χρειάζεται μόνο να δημοσιοποιήσουν τα ιατρεία τους συντελεστές μετατροπής που χρησιμοποιούν. Το νούμερο αυτό και μόνο θα επέτρεπε στους ασθενείς να συγκρίνουν άμεσα το κόστος της επίσκεψης μεταξύ των ιατρών. Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος υποστήριξε αυτή την προσέγγιση για να προάγει την ανταγωνιστικότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τους ιατρούς, και αντιστοιχούν περίπου στο ένα πέμπτο των συνολικών δαπανών για την περίθαλψη.

Το σύστημα RBRVS δεν επέδρασε σημαντικά στην εξομίωση των

Πίνακας 2-2

Μέθοδοι αμοιβής των ιατρών και πιθανές συνέπειες στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών

Μέθοδος πληρωμής	Περιγραφή της μεθόδου	Ενδεχόμενη επίπτωση στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών
Αμοιβή ανά προσφερόμενη υπηρεσία	Ο ιατρός πληρώνεται για κάθε ιατρική πράξη, όπως επίσκεψη στο ιατρείο, διαγνωστική εξέταση, ή παρεμβάσεις όπως χειρουργικές ή ενδοσκοπικές. Η πληρωμή είναι αναδρομική – γίνεται μετά την τέλεση της ιατρικής πράξης	Αύξηση
Προκαθορισμένη αμοιβή ανά άρρωστο	Ο άρρωστος είναι η μονάδα υπολογισμού της αμοιβής. Αυτός ο τρόπος πληρωμής μπορεί να αφορά ένα πακέτο ιατρικών υπηρεσιών, όπως την πρωτοβάθμια περίθαλψη μόνο. Η αμοιβή δίνεται εκ των προτέρων (δηλ. πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη για τον ασφαλισμένο)	Μείωση
Μισθός	Μονάδα υπολογισμού της αμοιβής είναι ο χρόνος. Οι ιατροί πληρώνονται ανάλογα με τις ώρες που οφείλουν να εργασθούν σύμφωνα με το συμβόλαιο που υπέγραψαν	Μείωση
Μεικτή μέθοδος	Μπορεί να γίνει συνδυασμός της προκαθορισμένης αμοιβής και της αμοιβής ανά προσφερόμενη υπηρεσία (π.χ. προκαθορισμένη αμοιβή για την οξεία περίθαλψη αλλά αμοιβή ανά προσφερόμενη υπηρεσία για την προληπτική περίθαλψη). Μπορεί επίσης να πληρώνεται ο ιατρός ένα μέρος του μισθού (π.χ. το 90%) με επιπρόσθετη αμοιβή ανάλογα με την παραγωγικότητα (αριθμός ασθενών ή αριθμός μονάδων σχετικής αξίας)	Τείνει να εξισορροπήσει τα κίνητρα μεταξύ παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας
Αμοιβή ανάλογα με την αποδοτικότητα	Η αμοιβή, που συχνά δίνεται υπό μορφή μπόνους, είναι ανάλογη με το μέγεθος της ποιότητας και το βαθμό στον οποίο επετεύχθησαν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα	Αύξηση των ιατρικών πράξεων οι οποίες περιλαμβάνονται στην αξιολόγηση της ποιότητας για τον υπολογισμό της αμοιβής Μείωση των υπόλοιπων υπηρεσιών

αμοιβών, μέσω της μείωσης του κόστους των τεχνικών διαδικασιών και της αύξησης του κόστους των νοητικών υπηρεσιών. Έως το 2000, είχαν δημιουργηθεί πολλοί παιδιατρικοί RBRVS κωδικοί, ώστε να μπορούν οι παιδίατροι να πληρώνονται σύμφωνα με τις αρχές με τις οποίες διαμορφώθηκε το σύστημα. Πολλές συμβάσεις των ιατρών με ασφαλιστικές εταιρείες βασίζονται στην κλίμακα RBRVS.

Η αμοιβή ανά άρρωστο αναφέρεται στη μέθοδο με την οποία για κάθε ασφαλισμένο καταβάλλεται ένα εφάπαξ ποσό για μια χρονική περίοδο, παράδειγμα για ένα μήνα. Οι ιατροί κερδίζουν περισσότερα χρήματα αναλαμβάνοντας περισσότερους αρρώστους, και όχι παρέχοντας περισσότερες υπηρεσίες σε κάθε έναν άρρωστο. Οι ιδιώτες ιατροί συνήθως δεν χρησιμοποιούν αυτό το σύστημα, εκτός εάν εργάζονται μόνοι τους στο ιατρείο τους. Σε πολλές περιπτώσεις, το χρηματικό ποσό καταβάλλεται σε ενδιαμέσους μεσολαβητές όπως τα ιατρικά σωματεία τα οποία μπορούν να επιλέξουν να πληρώνουν τους ιδιώτες ιατρούς ανάλογα με τη συμβολή τους στο σύνολο των μονάδων RVUs που αποκομίστηκαν από το ιατρείο, ή με κάποια άλλη μέθοδο. Θεωρητικά, το πρόγραμμα της αμοιβής ανά ασφαλισμένο θα μπορούσε να μειώσει τις ιατρικές δαπάνες, επιτρέποντας στους ιατρούς να αναλαμβάνουν περισσότερους αρρώστους και να μειώνουν τη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Στην πράξη ωστόσο δεν απέδωσε ικανοποιητικά εξαιτίας της συνθετότητάς του, και για το λόγο αυτό η χρήση του μειώνεται.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΜΟΙΒΗΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ

Στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες, υπάρχει τεράστιο ενδιαφέρον για την αλλαγή του τρόπου πληρωμής των ιατρών με στόχο να προαχθεί η υψηλότερη ποιότητα της περίθαλψης και η καλύτερη έκβαση των αρρώστων. Έχει πλέον αναγνωρισθεί το γεγονός ότι τα έως τώρα συστήματα αμοιβής (ανά παρεχόμενη υπηρεσία, ανά άρρωστο και ανά συγκεκριμένη χρονική περίοδο με προκαθορισμένη τιμή, και με μηνιαίο μισθό), δεν κατάφεραν να συντονίσουν τα οικονομικά κίνητρα με την άριστη απόδοση στην κλινική πράξη. Οι καταναλωτές, και κυρίως οι εργοδότες, διεκδικούν μεγαλύτερη υπευθυνότητα στον τομέα της ποιότητας και όχι μόνο στην παρουσία των υπηρεσιών υγείας, φοβούμενοι ότι η αύξηση των δαπανών δεν μεταφράζεται σε καλύτερη ποιότητα της περίθαλψης ή καλύτερη υγεία των εργαζομένων.

Προγράμματα αμοιβής ανάλογα με την απόδοση (PFP, Pay-For-Performance) μπορούν να ορισθούν εκείνα που χρησιμοποιούν κίνητρα για να ενθαρρύνουν και να ενισχύσουν την επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική πράξη και την αλλαγή του συστήματος υγείας, που θα συμβάλλουν στην όσο το δυνατόν πιο αποδοτική επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων.⁴ Ο όρος κίνητρα χρησιμοποιείται για να δηλώσει ανταμοιβές, δηλαδή οτιδήποτε ενισχύει την εμφάνιση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς, ή σε οργανωτικό επίπεδο τη δημιουργία μιας επιθυμητής δομικής μεταβολής.

Πολλά νοσοκομεία έχουν σήμερα συμβάσεις με ασφαλιστικά προγράμματα σύμφωνα με τα οποία ένα μέρος της αμοιβής των ιατρών συνδέεται με την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Ορισμένοι οργανισμοί υγείας έχουν αρχίσει, σε περιορισμένη κλίμακα, να αμειβούν τους ιατρούς που πληρούν ποιοτικά κριτήρια. Εκτιμάται ότι ποσοστό μικρότερο του 5% της αμοιβής των ιατρών που συμμετέχουν στα προγράμματα PFP προέρχεται από την επιπρόσθετη πληρωμή τους για επιβράβευση της ποιότητας. Ωστόσο, είναι πιθανό στο άμεσο μέλλον να αυξηθούν ουσιαστικά τόσο ο αριθμός των ιατρών όσο και το ποσό των χρημάτων που θα σχετίζονται με κάποιο πρόγραμμα PFP, αν και δεν είναι σαφές το τελικό αντίκτυπο αυτής της διαδικασίας στο εισόδημα των ιατρών.⁵

Από τα προγράμματα PFP μπορεί να προκύψουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα. Η αμοιβή των ιατρών σε συνάρτηση με την αναβάθμιση της ποιότητας μπορεί να έχει σημαντική θετική επίδραση στα αποτελέσματα. Ο αντίλογος είναι ότι τα PFP μπορεί να αλλάξουν την ολιστική, προσανατολισμένη στον άρρωστο προσέγγιση, εάν η περίθαλψη βασίζεται περισσότερο σε μια διαχειριστική αντίληψη και όχι στον ίδιο τον άρρωστο. Επίσης, μπορεί να εκπέσει η ποιότητα της περίθαλψης για παθήσεις που δεν συμπεριλαμβάνονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εξαιτίας των δευτερογενών απωλειών στη λειτουργία του ιατρείου – να αντιμετωπίζεται δηλαδή μια μικρή ομάδα παθήσεων εις βάρος της περίθαλψης άλλων νοσημάτων. Τέλος, τα έξοδα διαχείρισης του ιατρείου μπο-

ρεί να αυξηθούν εάν δεν επιχορηγούνται τα μέτρα για την αναβάθμιση της ποιότητας.

Στα επόμενα χρόνια, είναι πιθανό το σύστημα PFP να είναι ένας από τους συνηθέστερους τρόπους πληρωμής των ιατρών στις ΗΠΑ. Σήμερα στο Ηνωμένο Βασίλειο όλοι οι γενικοί ιατροί συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα PFP και ένα σημαντικό ποσοστό των εισοδημάτων τους προέρχεται από αυτές τις επιπρόσθετες αμοιβές.

ΤΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Το 2004, 16% του συνόλου των Αμερικανών δεν είχαν ασφάλεια υγείας, αλλά το ποσοστό αυτό ήταν 11% στα παιδιά και τους εφήβους, σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκέντρωσε το US Census Bureau.⁶ Το χαμηλότερο αυτό ποσοστό στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες είναι αποτέλεσμα δύο προγραμμάτων που επιδοτήθηκαν από την κυβέρνηση, του Medicaid και του SCHIP, τα οποία καλύπτουν έναν μεγάλο αριθμό παιδιών που ζουν σε οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα.

Οι ΗΠΑ, παρά την ευημερία τους, είναι το μόνο μεταξύ των ανεπτυγμένων κρατών που δεν έχει εθνικό πρόγραμμα ασφάλειας υγείας. Η ύπαρξη ανασφάλιστων πολιτών βιομηχανικής χώρας είναι ένα πρόβλημα αποκλειστικά των Ηνωμένων Πολιτειών. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης συσχετίζεται με την αναβολή απαραίτητων ιατρικών πράξεων, μη συμμετοχή στην πρόληψη, χαμηλότερη ποιότητα της περίθαλψης, μεγαλύτερη πιθανότητα για εισαγωγές στο νοσοκομείο που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, και μεγαλύτερη βρεφική θνησιμότητα.⁷

ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ MEDICAID ΚΑΙ STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PLAN (SCHIP)

Το πρόγραμμα Medicaid ιδρύθηκε το 1965 σύμφωνα με το κεφάλαιο XIX της νομοθετικής πράξης κοινωνικής ασφάλειας. Δημιουργήθηκε για να παρέχει ασφαλιστική κάλυψη σε ορισμένες κατηγορίες ατόμων με χαμηλά εισοδήματα. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται και από τις πολιτείες και από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.⁸ Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θέτει τις κατευθυντήριες συστάσεις για τη διαχείριση του Medicaid, αλλά η κάθε πολιτεία έχει τη δικαιοδοσία να διαχειρισθεί αυτόνομα το πρόγραμμά της. Η εφαρμογή των ομοσπονδιακών συστάσεων παρακολουθείται από τα Centers for Medicare & Medicaid Services. Οι πολιτείες έχουν την ευχέρεια να καθορίζουν ορισμένα κριτήρια για τις προϋποθέσεις εγγραφής στο Medicaid, τον τρόπο αμοιβής των ιατρών, την κάλυψη ορισμένων επιλεκτικών υπηρεσιών υγείας, και για τη δυνατότητα εγγραφής των δικαιούχων στα προγράμματα διαχειριζόμενης περίθαλψης. Αν και τα παιδιά και οι γονείς τους αποτελούν το 75% των δικαιούχων, ευθύνονται μόνο για το 36% των εξόδων του προγράμματος. Οι περισσότερες δαπάνες στο Medicaid αφορούν την περίθαλψη των ατόμων με αναπηρίες.

Το SCHIP δημιουργήθηκε το 1997 σύμφωνα με το κεφάλαιο XXI της νομοθετικής πράξης κοινωνικής ασφάλειας. Χορηγεί ομοσπονδιακούς πόρους στις πολιτείες οι οποίες επιζητούν να επεκτείνουν την ασφαλιστική κάλυψη των παιδιών με χαμηλά εισοδήματα, και επιθυμούν να επενδύσουν κεφάλαια της πολιτείας για το σκοπό αυτό.⁹ Όπως και το Medicaid, το πρόγραμμα SCHIP είναι προϊόν συνεργασίας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και της κάθε πολιτείας, ενώ η διαχείριση του προγράμματος ανήκει στις πολιτείες με ομοσπονδιακή επίβλεψη. Σήμερα, οι 50 πολιτείες και η πόλη της Ουάσινγκτον συμμετέχουν στο SCHIP. Στόχος του SCHIP ήταν να επεκτείνει την ασφαλιστική κάλυψη στα παιδιά όλης της χώρας, και οι εκτιμήσεις που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια υπολογίζουν ότι αυτός ο πρωταρχικός στόχος έχει επιτευχθεί. Το 2006, περισσότερα από 4 εκατομμύρια παιδιά (δηλ. το 5% του συνόλου των παιδιών) ήταν εγγεγραμμένα στο πρόγραμμα SCHIP. Τα περισσότερα από τα συστήματα SCHIP είναι παρόμοια με εκείνα της διαχειριζόμενης περίθαλψης, με παροχές όπως των ασφαλιστικών προγραμμάτων που επιδοτούνται από τους εργοδότες, αλλά όχι τόσο πλήρη όσο το πακέτο του Medicaid με την ονομασία Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT). Έτσι, οι εργαζόμενες άπορες οικογένειες που είναι εγγεγραμμένες στο SCHIP μπορεί να υποχρεούνται να πληρώσουν με δικά τους χρήματα σημαντικές δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλειά τους. Οι περισσότεροι παιδίατροι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συμμετέχουν στα προγράμ-