

02.2020

διαΝΕΟσις

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Γιάννης Τούντας

Γιάννης Κυριόπουλος, Χρήστος Λιονής, Μιλτιάδης Νεκτάριος,
Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Υφαντόπουλος, Τάσος Φιλαλήθης

Φεβρουάριος 2020

VERSION 17.09.2020

Συγγραφική Ομάδα

Συντονιστής

Γιάννης Τούντας

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ερευνητική Ομάδα

Γιάννης Κυριόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Μιλτιάδης Νεκτάριος

Καθηγητής Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κυριάκος Σουλιώτης

Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Γιάννης Υφαντόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, ΕΚΠΑ

Τάσος Φιλαλήθης

Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής – Προγραμματισμού Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Οι συγγραφείς της Έκθεσης ευχαριστούν για τη συμβολή τους τους Κώστα Αθανασάκη, Οικονομολόγο της Υγείας, Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, ΠαΔΑ, Ιωάννη Αποστολάκη, Ιατρική Πληροφορική PhD, ΕΔΙΠ, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Κατερίνα Γιαννοπούλου, Ψυχολόγο, M.Sc. στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας, Δάφνη Καϊτελίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Νοσηλευτικής Σχολή ΕΚΠΑ, Ηλία Κυριόπουλο, Fellow in Health Economics, Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science και Νικόλα Υφαντόπουλο, M.Sc. Health Economics Erasmus University of Rotterdam.

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ.....	7
ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ.....	10
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	22
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	23
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ	25
ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	25
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	26
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	28
1 ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	31
1.2. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΤΡΕΒΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	33
1.3. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	37
1.4. Η ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	41
1.5. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	44
1.6. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	45
1.7. Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	47
1.8. ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	49
1.9. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	50
1.10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	52
2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΡΧΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΩΝ	53
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	54
2.2. ΤΑ ΟΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΗΣ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	55
2.3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	57
2.4. Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	59
2.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60

3 ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ61

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	62
3.2. Ο ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΛΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	64
3.3. Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	66
3.4. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ.....	67
3.5. Η ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	69
3.6. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....	72
3.7. Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	73
3.8. ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	74
3.9. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ/Ε-HEALTH.....	75
3.10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	82

4 ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ86

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	87
4.2. ΤΟ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ.....	89
4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΣΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	91
4.4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	92
4.4.1. Οι ασφαλιστικές εισφορές.....	92
4.4.2. Η εισαγωγή του «κοινωνικού ΦΠΑ».....	93
4.4.3. Η συμβολή της ειδικής φορολογίας.....	94
4.5. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΜΕΣΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΩΝ.....	96
4.6. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ.....	98
4.7. Η ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.....	99
4.7.1. Η διαδικασία της τιμολόγησης.....	99
4.7.2. Οι τεχνικές αποζημίωσης.....	99
4.7.3. Η διαπραγμάτευση ανάμεσα στην ασφάλιση και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.....	100
4.8. ΤΙΜΕΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ.....	101
4.9. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΝΑ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΙΜΩΝ.....	102
4.10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	105

5 ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ 107

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	108
5.2. Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ.....	109
5.3. Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	114
5.4. ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	116
5.5. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ.....	118
5.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	121
5.7. ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΔΙΑΤΑΞΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΧΑΡΤΗ	123

6 ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) 137

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	138
6.2. Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	139
6.3. Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ...	142
6.4. ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	144
6.5. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	145
6.5.1. Το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και οργάνωσης των υπηρεσιών της ΠΦΥ.....	145
6.5.2. Μεταρρυθμιστικές προτάσεις σχετικές με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού.....	147
6.5.3. Η μεταρρύθμιση στη δημόσια υγεία	149
6.5.4. Η χρηματοδότηση και αποζημίωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.....	151
6.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	152
6.7. ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΑΝΑΔΙΑΤΑΞΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΦΥ	154

7 ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ 159

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	160
7.2. Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	161
7.2.1. Το ιατρικό δυναμικό.....	161
7.2.2. Το νοσηλευτικό δυναμικό.....	163
7.2.3. Τα άλλα επαγγέλματα υγείας.....	165
7.2.4. Το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό του ΕΣΥ	165
7.2.5. Η ειδίκευση του ιατρικού προσωπικού.....	166

7.3. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	169
7.3.1. Οι σπουδές στα επαγγέλματα υγείας.....	169
7.3.2. Τα προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών	170
7.3.3. Διά βίου εκπαίδευση.....	170
7.4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΙΑ.....	172
7.5. ΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	173
7.6. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ....	175
7.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	176
ΕΠΙΜΕΤΡΟ	178
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	181

Εισαγωγικό Σημείωμα

Το Νέο ΕΣΥ

Μια συνολική πρόταση της διαΝΕΟσις για την αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Λίγους μήνες πριν από την έναρξη της πανδημίας δόθηκε στη δημοσιότητα Έκθεση της διαΝΕΟσις για το «Νέο ΕΣΥ», την οποία συνέγραψαν επτά καθηγητές πανεπιστημίου από πέντε διαφορετικά ΑΕΙ. Το ΕΣΥ, παρά την αναμφισβήτητη προσφορά του, η οποία επιβεβαιώθηκε πρόσφατα και με την αποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη όσων νόσησαν από την Covid-19, δεν παύει να χαρακτηρίζεται από τις διαχρονικές παθογένειες της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης, της ανεπαρκούς διοίκησης και της έλλειψης σχεδιασμού, καθώς και από αξίες και προτεραιότητες που ανήκουν στην Ελλάδα του χθες και όχι στην Ελλάδα του σήμερα -και ακόμα λιγότερο στην Ελλάδα του αύριο.

Τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν ως αποτέλεσμα ένα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας, με ανεπαρκέστατη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και περιθωριοποιημένη Δημόσια Υγεία-Πρόληψη, ανίκανο να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας σημαντικού ποσοστού του ελληνικού πληθυσμού, με αποτέλεσμα η Ελλάδα σήμερα να είναι η χώρα με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε όλη την Ευρώπη.

Για όλους αυτούς τους λόγους, υπάρχει ανάγκη για ένα «Νέο ΕΣΥ», το οποίο θα διασφαλίζει την κλινική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη, με σύγχρονους θεσμούς οργάνωσης, διοίκησης, χρηματοδότησης.

Σε ό,τι αφορά την οργάνωση, η Έκθεση προτείνει την αύξηση των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ) από επτά που είναι σήμερα σε δεκατρείς, προκειμένου να αντιστοιχηθούν με τις υφιστάμενες δεκατρείς διοικητικές Περιφέρειες. Η αντιστοίχιση θα επιτρέψει τη συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης δευτέρου βαθμού στη λειτουργία των ΥΠΕ, καθώς και την ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε Περιφέρειας, προκειμένου αυτές να καταστούν υγειονομικά αυτόνομες.

Για τον σκοπό αυτό θα χρειαστεί επανασχεδιασμός του νοσοκομειακού χάρτη, με συγχωνεύσεις, αλλαγές χρήσης, δημιουργία νοσοκομειακών συμπλεγμάτων και δικτύων συνεργαζόμενων νοσοκομείων, καθώς και ανακατανομή κλινών, κλινικών και εργαστηρίων.

Η Έκθεση δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ολοκλήρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία αποτελεί τον αδύναμο κρίκο του συστήματος υγείας στη χώρα μας, αντί να είναι η ραχοκοκαλιά του, όπως συμβαίνει σε όλα τα προηγμένα συστήματα υγείας διεθνώς. Σημαντική πρόταση αποτελεί η υιοθέτηση του θεσμού της οικογενειακής ιατρικής, με επίκεντρο την οικογένεια και όχι το άτομο. Η οικογενειακή ιατρική θα παρέχεται από αντίστοιχες διατομεακές Δομές, με τη συμμετοχή των πρωτοβάθμιων μονάδων του ΕΣΥ, των μονάδων υγείας των Δήμων, καθώς και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα. Οι επιμέρους Δομές Οικογενειακής Ιατρικής θα συναποτελούν Μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες θα εντάσσονται σε Ολοκληρωμένα Δίκτυα ΠΦΥ, ανά Δήμο ή ανά διαμέρισμα μεγάλων Δήμων. Τα Δίκτυα θα διοικούνται από Δ.Σ. τα οποία θα συνάπτουν συμβολαιακές συνεργασίες με τον ΕΟΠΥΥ, βασισμένες σε υπηρεσίες και τιμές που θα έχουν συμφωνηθεί.

Σε ό,τι αφορά την οργάνωση, προτείνονται καινοτόμες υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, καθώς και δημιουργία νέων κέντρων χρονίως πασχόντων, υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι, κλινικών ημέρας, κ.ά. Σε κάθε περίπτωση, ενθαρρύνονται οι συνεργασίες και οι συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα, πρακτική που εφαρμόζεται ευρέως σε όλη την Ευρώπη, με σκοπό την αξιοποίηση χρηματοδοτικών εργαλείων και σύγχρονης τεχνολογίας προς όφελος του δημόσιου συστήματος υγείας.

Για τη δημιουργία αποτελεσματικής διοίκησης προτείνεται η δημιουργία Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης του ΕΣΥ, ενός ΝΠΙΔ το οποίο θα συλλέγει και θα επεξεργάζεται όλα τα δεδομένα από την καθημερινή λειτουργία των μονάδων του συστήματος και θα εισηγείται ανάλογα στα αρμόδια όργανα. Το υπουργείο Υγείας θα ασκεί επιτελικό και εποπτικό ρόλο σε όλη την επικράτεια και αντίστοιχο ρόλο θα ασκούν οι ΥΠΕ στις Περιφέρειες. Οι διοικητικές αρμοδιότητες μεταβιβάζονται στις διοικήσεις των μονάδων (νοσοκομεία, Δίκτυα ΠΦΥ, κ.ά.), ενώ στα νοσοκομεία προάγεται ισχυρή συναινετική διοίκηση με ενίσχυση των διοικητικών αρμοδιοτήτων της ιατρικής ιεραρχίας, και κυρίως των διευθυντών-συντονιστών.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατρέπονται σε ΝΠΙΔ (από ΝΠΔΔ που είναι σήμερα) προκειμένου να αποκτήσουν διαχειριστική αποτελεσματικότητα, διατηρώντας όμως τον δημόσιο χαρακτήρα τους ως θυγατρικές εταιρείες των ΥΠΕ (ΝΠΔΔ). Για τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών στα νοσοκομεία, προτείνεται η σύνδεση του μισθού τους με το προσφερόμενο έργο και η υιοθέτηση ποικίλων μορφών απασχόλησης, ανάλογα με τη θέση στην ιεραρχία και τις εκάστοτε ανάγκες του νοσοκομείου.

Για την υλοποίηση του «Νέου ΕΣΥ», απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης. Για τον σκοπό αυτό, εκτός από την αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας τουλάχιστον κατά 1% του ΑΕΠ, προτείνεται η μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε ενιαίο μοναδικό πληρωτή, με αποκλειστική διαχείριση των εθνικών πόρων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ θα συμβάλλεται με τις μονάδες του ΕΣΥ και του ιδιωτικού τομέα με κριτήρια κόστους και ποιότητας, δημιουργώντας με τον τρόπο αυτό περιβάλλον ελεγχόμενου ανταγωνισμού, το οποίο θα συμβάλλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προτείνονται επίσης, μεταξύ άλλων, η ενσωμάτωση των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών στην επίσημη χρηματοδοτική διαδικασία με τη μορφή συνασφάλισης ή συμπληρωματικής ασφάλισης, καθώς και η διαμόρφωση ενός δομικά σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών, με γνώμονα την άριστη χρήση των πόρων υγείας και τη μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας.

Η Έκθεση περιλαμβάνει, επίσης, προτάσεις για την ενίσχυση του τομέα της Δημόσιας Υγείας, παρά το γεγονός ότι αυτός αποτελεί πυλώνα της πολιτικής υγείας ξεχωριστό από το ΕΣΥ. Η αντιμετώπιση της πρόσφατης πανδημίας και η ανάδυση νέων επιδημιών τα τελευταία σαράντα περίπου χρόνια, καθώς και τα κρίσιμα ζητήματα των περιβαλλοντικών και εργασιακών κινδύνων και των κοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία, καθιστούν αναγκαία την αναβάθμιση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι επιχειρεί ο σχετικός νόμος που ψηφίστηκε λίγο πριν ξεσπάσει η πανδημία. Αυτό που κυρίως χρειάζεται είναι η άμεση δημιουργία κεντρικής υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας, με ισχυρές διευθύνσεις ανά ΥΠΕ, η οποία θα λειτουργεί σε στενή συνεργασία με την ΠΦΥ και την ΤΑ πρώτου και δεύτερου βαθμού.

Σε ό,τι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, εκτός από τις αναγκαίες προσλήψεις, πρωτίστως νοσηλευτικού προσωπικού, άμεσης προτεραιότητας μέτρα κρίνονται η έναρξη της ειδικότητας κοινωνικής ιατρικής-δημόσιας υγείας και η εκπαίδευση περισσότερων γενικών ιατρών οικογενειακής ιατρικής.

Γιάννης Τούντας

Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
23 Ιουλίου 2020

Επιτελική Σύνοψη

Α. Η Αναγκαιότητα Ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας

- Το ΕΣΥ σήμερα αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες και τις σύγχρονες προκλήσεις, λόγω των προβλημάτων υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης και κακοδιοίκησης, καθώς και λόγω της ανορθολογικής κατανομής των υφιστάμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία και διεύρυνση των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών. Επιπλέον, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από: (α) απουσία οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), (β) έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες χρονίως πασχόντων, (γ) περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών, (δ) απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και ποιότητας, (ε) ύπαρξη σημαντικής παραοικονομίας και (στ) ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού δυναμικού.
- Είναι σαφές ότι τα προβλήματα αυτά προσδίδουν τα χαρακτηριστικά μιας «επείγουσας αναγκαιότητας» για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στη χώρα. Αν σε αυτά τα προβλήματα προστεθούν και οι προβληματισμοί και επιφυλάξεις που απορρέουν από την προσπάθεια ταχείας εξόδου από την οικονομική κρίση, τις αρνητικές δημογραφικές τάσεις, την αύξηση των χρονίως πασχόντων, τη δυσκολία εφαρμογής πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, αλλά και τη δυσπιστία της κοινωνίας και ακόμη των «ομάδων πίεσης» και των συμφερόντων απέναντι σε κάθε επιχειρούμενη μεταρρύθμιση, γίνεται αντιληπτή η πολυπλοκότητα και η δυσχέρεια των απαιτήσεων του εγχειρήματος.
- Τα τελευταία χρόνια, πλήθος ερευνητικών πρωτοβουλιών έχουν καταδείξει την ύπαρξη σημαντικών εμποδίων στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Τα εμπόδια πρόσβασης αφορούν κυρίως τους χρονίως πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και αυτούς που έχουν χαμηλό εισόδημα. Ιδιαίτερα για αυτούς που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες έχουν αυξηθεί οι δυσκολίες πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας, πλήττοντας έτσι τα κριτήρια της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

- Ως εκ τούτου, στο σύστημα υγείας της χώρας συνυπάρχουν η υποχρησιμοποίηση των πόρων σε κάποιες δομές με την υπεραπασχόλησή τους σε πολλές άλλες - μία συνθήκη που διαμορφώνει ένα μη παραγωγικό και μη αποδοτικό περιβάλλον κατανομής των σπάνιων πόρων, στο πλαίσιο ενός μη ολοκληρωμένου και μη συντονισμένου συστήματος υγείας.

B. Οργάνωση-Διοίκηση

- Το ΕΣΥ παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και ανεπαρκούς διοίκησης. Ο έντονα συγκεντρωτικός και αναχρονιστικός χαρακτήρας διοίκησης μειώνει σημαντικά την αποδοτικότητα του συστήματος. Στον πυρήνα αυτού του φαινομένου βρίσκεται η απουσία συγκροτημένης διοίκησης και ο συχνός εναγκαλισμός της με την πλέον «πελατειακή» πτέρυγα του πολιτικού συστήματος, που θεωρεί ότι η διοικητική συνέχεια είναι πολιτικά απαράδεκτη. Η στάση της διοικητικής ιεραρχίας στις προσπάθειες εισαγωγής των διαρθρωτικών αλλαγών χαρακτηρίζεται από επιφυλακτικότητα έως και άρνηση, γεγονός που οδήγησε στην απώλεια μνήμης για τη διασφάλιση της διοικητικής συνέχειας.
- Η κατανομή των νοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων μονάδων δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας και στις προσδοκίες του πληθυσμού κάθε περιφέρειας. Ο χάρτης των δομών του ΕΣΥ παραμένει σχεδόν αμετάβλητος και δεν αναπροσαρμόζεται με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και τα σύγχρονα τεχνολογικά δεδομένα, με αποτέλεσμα να υπονομεύει την υγειονομική αυτοδυναμία πολλών περιφερειών και να υποχρεώνει τους πολίτες τους σε διαρκείς μετακινήσεις για την αναζήτηση φροντίδας, ενώ στερεί ταυτόχρονα από τις δομές των μεγάλων αστικών κέντρων τη δυνατότητα προγραμματισμού της ζήτησης.
- Για τον λόγο αυτό προτείνονται σημαντικές αλλαγές που στοχεύουν στον ορθολογικό σχεδιασμό, στην αποκέντρωση, στη σύγχρονη διοίκηση και στην αξιολόγηση σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και ένα νέο πλαίσιο συνεργασίας του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας, κατά τα πρότυπα άλλων, προηγμένων συστημάτων υγείας, όπως της Σουηδίας, του Καναδά, κ.ά.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Επιτελικός και εποπτικός ρόλος του υπουργείου Υγείας στο ΕΣΥ.
2. Δημιουργία «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης» ΕΣΥ.
3. Ανασυγκρότηση των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ) ως ΝΠΔΔ σε κάθε διοικητική περιφέρεια.
4. Ανάπτυξη σε κάθε ΥΠΕ των θεσμών του «Συμπλέγματος Νοσοκομείων», «Δικτύων Νοσοκομείων» και «Ανοικτών Νοσοκομείων».
5. Μετατροπή των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ως θυγατρικές εταιρίες των ΥΠΕ.
6. Ισχυρή συναινετική κλινική διοίκηση με την ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας και κυρίως των διευθυντών-συντονιστών.
7. Διοίκηση «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» από Διοικητικό Συμβούλιο.
8. Δημιουργία Ιατρικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής στο υπουργείο Υγείας.
9. Ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας (e-health).
10. Συμπληρωματική σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Γ. Η Χρηματοδότηση του Υγειονομικού Τομέα

- Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ο τομέας της υγείας αποτέλεσε το κατ' εξοχήν πεδίο εφαρμογής των περιοριστικών πολιτικών, με δεδομένη πρόθεση τη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ, και, ειδικότερα, της δημόσιας δαπάνης φαρμάκου στο 1% του ΑΕΠ. Με βάση τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, η συνολική δαπάνη υγείας παρουσίασε σημαντική μείωση κατά τα έτη 2012-2016, φτάνοντας τα 14,72 δισεκατομμύρια ευρώ ή, ποσοστιαία, στο 8,45% του ΑΕΠ από το 9,47% το 2009.
- Το σύστημα υγείας στη χώρα δεν προσομοιάζει με κανένα από τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα, λόγω του μίγματος εισροών της δημόσιας δαπάνης υγείας από τη φορολογία και την ασφάλιση, αλλά και από τη μεγάλη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης.

- Το σύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα παρουσιάζει σοβαρές στρεβλώσεις και είναι επείγον να αναταχθούν. Ίσως οι διαρθρωτικές αλλαγές στον τομέα αυτό να επιδράσουν ευεργετικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα ώστε να διασφαλιστεί σταθερή χρηματοδοτική βάση.
- Ο ΕΟΠΥΥ από «μοναδικός ενιαίος πληρωτής» κατέληξε σε ένα υβρίδιο «ταμειακού κόφτη», χωρίς καθολική κάλυψη και με μεγάλες ανισότητες μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, ενώ οι λανθασμένες εκτιμήσεις και άστοχοι χειρισμοί στην περίπτωση του ΠΕΔΥ οδήγησαν στη συρρίκνωση της δημόσιας εκδοχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Παράλληλα, πρέπει να κινητοποιηθούν αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης, διαπραγμάτευσης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την επίτευξη της αποδοτικής κατανομής και χρήσης των πόρων.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε ενιαίο μοναδικό πληρωτή με αποκλειστική διαχείριση του συνόλου των εθνικών πόρων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας.
2. Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών.
3. Εισαγωγή του «Κοινωνικού» ΦΠΑ και της ειδικής φορολογίας σε βλαπτικά προϊόντα.
4. Ενσωμάτωση των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών στην επίσημη χρηματοδοτική διαδικασία με τη μορφή συνασφάλισης ή συμπληρωματικής ασφάλισης.
5. Αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος με βάση εισοδηματικά κριτήρια και κριτήρια της ανάγκης για φροντίδα υγείας.
6. Ελάχιστη ή μηδενική συμμετοχή στο κόστος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
7. Αποζημίωση μονάδων ΠΦΥ με κατά κεφαλήν πληρωμή του καλυπτόμενου πληθυσμού σε συνδυασμό με το είδος της κατηγορίας επίσκεψης.
8. Εισαγωγή ασφαλιστικών τιμών αναφοράς, ως ανώτατο όριο κάλυψης.
9. Διαμόρφωση ενός δομικά σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών με γνώμονα την άριστη χρήση των πόρων υγείας και τη μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας.
10. Τιμολόγηση στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών (Resource-based relative value scale-RBRVS).

Δ. Ο Νοσοκομειακός Τομέας

- Περίπου το 65% των κλινών είναι στον δημόσιο τομέα και το 35% στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειοψηφία των ιδιωτικών κλινών είναι μικρές ή μεσαίες γενικές, μαιευτικές/γυναικολογικές ή ψυχιατρικές κλινικές με λιγότερες από 100 κλίνες, μικρό αριθμό ασθενών και χαμηλά ποσοστά στελέχωσης ανά τύπο προσωπικού. Τα νοσοκομεία συμβάλλονται κυρίως με τον ΕΟΠΥΥ, προσφέροντας υπηρεσίες μέτριας ποιότητας στους ασφαλισμένους.

- Το σύστημα υγείας στη χώρα είναι έντονα συγκεντρωμένο γύρω από τα νοσοκομεία που έχουν τη χαμηλότερη μέση διάρκεια παραμονής (5,2 ημέρες) στην ΕΕ και η πληρότητα κλινών (74%) είναι παρόμοια με τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα διαχείρισης, μεταξύ των οποίων η έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, η υποκειμενική λήψη ιατρικών αποφάσεων από τους γιατρούς και η αυξημένη χρήση υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας, κάτι που οδηγεί μερικές φορές σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών, αυξημένο κόστος και αναποτελεσματικότητα.
- Ισχυρή τάση ανάπτυξης παρουσιάζουν διεθνώς οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης: κλινικές και χειρουργεία ημέρας, ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, κλινικά κέντρα αναφοράς για χρόνιες παθήσεις και συγχωνεύσεις δομών με σταδιακή μείωση/υποκατάσταση κλινών.
- Τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα ανισοκατανομής κλινών, κλινικών, εργαστηρίων και προσωπικού, σημαντικές ελλείψεις προσωπικού, και αναχρονιστικές και αναποτελεσματικές μορφές διοίκησης. Για τη βελτίωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα προτείνονται θεσμικές αλλαγές στη νομική τους υπόσταση, ενίσχυση της αυτοδιοίκησής τους, αναβάθμιση της περιφερειακής τους διασύνδεσης και αναδιάρθρωση της κατανομής των υλικών και ανθρώπινων πόρων με βάση τις ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης του πληθυσμού κάθε διοικητικής περιφέρειας.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Διασφάλιση της ελεύθερης επιλογής των ασθενών και της ισότητας στη διάχυση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.
2. Συγχωνεύσεις και αλλαγές χρήσης νοσοκομείων, ιδιαίτερα των μικρών, πρώην νομαρχιακών νοσοκομείων.
3. Συγκρότηση «αντίπαλων» νοσοκομείων υψηλού κύρους για τη βελτίωση της αποδοτικότητας με επιστροφή σε οικονομίες κλίμακας.
4. Ανακατανομή των κλινικών και εργαστηρίων με συγχωνεύσεις ή καταργήσεις και ίδρυση νέων, με αλλαγή των υφιστάμενων οργανισμών και κανονισμών λειτουργίας.
5. Οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων σε επιχειρησιακή βάση με εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη (self-governing).
6. Εφαρμογή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών και αποζημίωση με βάση τις Ομογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (KEN/DRGs).
7. Διαχείριση κλειστού προϋπολογισμού κάθε κλινικής και εργαστηρίου από τους διευθυντές-συντονιστές, στο πλαίσιο αυξημένων διοικητικών-διαχειριστικών αρμοδιοτήτων.
8. Πλήρης λογιστική και διοικητική μηχανοργάνωση των νοσοκομείων και λειτουργία νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών.
9. Αξιοκρατική και τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων.
10. Διαφοροποίηση των αμοιβών των νοσοκομειακών στελεχών, ιδιαίτερα των γιατρών στη βάση οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας.

Ε. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και Δημόσια Υγεία

- Οι δομές ΠΦΥ στη χώρα είναι κατακερματισμένες με τη μορφή των Κέντρων Υγείας (ΚΥ) στις αγροτικές περιοχές, των ΠΕΔΥ και Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) στις αστικές περιοχές, στις οποίες λειτουργούν αρκετά ιδιωτικά ιατρεία, ενώ έχουν αναπτυχθεί και αρκετές υπηρεσίες ενσωματωμένες σε Δήμους ή άλλους οργανισμούς. Στη χώρα μας δεν υφίσταται μέχρι σήμερα κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο στο οποίο θα συνυπάρξουν και θα συλλειτουργήσουν όλες οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και οι πάροχοι.

- Ο ασθενής δεν αποτελεί το επίκεντρο της συζήτησης στην ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες σχεδιάζονται χωρίς αναφορά στις προσδοκίες, τις επιθυμίες, τις αξίες και τις ανάγκες του. Οι λέξεις πρόληψη και προαγωγή της υγείας εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ρητορικά, αφού ούτε η προπτυχιακή εκπαίδευση ούτε και η εκπαίδευση στην ειδικότητα εμπλουτίζει τον μελλοντικό οικογενειακό ιατρό με διαπροσωπικές δεξιότητες και δεξιότητες αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας, με συνέπεια η πρώτη επαφή συχνά να εξαντλείται σε διοικητικού τύπου διεκπεραιώσεις, που εξασθενούν βαθμιαία και τον κοινωνικό ρόλο του γιατρού. Η οικογένεια ως έννοια απουσιάζει από την προσέγγιση, ακόμα και από τη συλλογή της πληροφορίας.
- Τέλος, η επίσκεψη στο σπίτι και η φροντίδα ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που συχνά είναι περιορισμένα στο σπίτι, δεν αποτελεί συνήθη πρακτική και πολλές φορές άτομα με προχωρημένα χρόνια νοσήματα, πολλαπλή νοσηρότητα, ευπάθεια και αναπηρίες, εξαρτημένα πλήρως από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, μένουν χωρίς συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη.
- Η απουσία οργανωμένης ΠΦΥ συμβάλλει στη σταδιακή υποβάθμιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, και κατ' επέκταση στην αδυναμία ανταπόκρισης στα προβλήματα που αναδεικνύονται τα τελευταία χρόνια, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη μη εφαρμογή μέχρι πρόσφατα της αντικαπνιστικής νομοθεσίας, την αύξηση της παχυσαρκίας και την καθυστέρηση κάθε φορά στην ανταπόκριση στα κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου. Επιπλέον, τα προβλήματα υγείας που συνοδεύουν ή αναδεικνύονται από την μετανάστευση αντιμετωπίζονται από τις εθελοντικές οργανώσεις των αλληλέγγυων αντί να προλαμβάνονται από τις οργανωμένες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Πολιτείας.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Συγκρότηση «Δομής Οικογενειακής Ιατρικής» από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας του δημοσίου και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα υγείας.
2. Συγκρότηση «Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ» από συνλειτουργούσες «Δομές Οικογενειακής Ιατρικής».
3. Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων «Δικτύων ΠΦΥ» επί τη βάσει σχεδιασμένων συμβολαιακών αγορών.
4. Διαπραγμάτευση συμβολαιακών συνεργασιών και τιμών από τον ΕΟΠΥΥ με τη διαμεσολάβηση του Δ.Σ. του «Δικτύου ΠΦΥ».
5. Διαμόρφωση ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών υγείας οικογενειακής ιατρικής, η οποία θα περιλαμβάνεται στις συμβολαιακές δεσμεύσεις.
6. Ελεύθερη επιλογή από μέρους της οικογένειας (ή του ατόμου) του οικογενειακού του ιατρού με πληθυσμιακό πλαφόν ανά γιατρό.
7. Ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να είναι ειδικευμένος στην γενική/οικογενειακή ιατρική και στην ομάδα υγείας θα μπορεί να συνεπικουρείται από παιδίατρο και γυναικολόγο, κοινοτική νοσηλεύτρια/τη και επισκέπτη/τρια υγείας.
8. Μετάβαση από τον θεσμό του «Οικογενειακού Ιατρού» στην «Ολοκληρωμένη Οικογενειακή Ιατρική».
9. Ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων Πρόληψης, Προαγωγής Υγείας και Εγγραμματοσύνης Υγείας (health literacy).
10. Αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας ως Ιατρική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας-Κοινωνικής Ιατρικής με μία Διεύθυνση ανά διοικητική Περιφέρεια και ενισχυμένη επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση με τις ΥΠΕ.

ΣΤ. Ανθρώπινο Δυναμικό

- Όσον αφορά τη σύνθεση του υγειονομικού δυναμικού, παρατηρείται σημαντική ιδιομορφία της Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η χώρα μας έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών και τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους. Η Ελλάδα την περίοδο 2000-2016 παρουσίασε υπερδιπλάσια αύξηση του ιατρικού της δυναμικού, η οποία ανήλθε στο 51% παρά την ιατρική μετανάστευση.

- Η Ελλάδα παρουσιάζει τις μεγαλύτερες γεωγραφικές ανισότητες σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Από όλες τις υπάρχουσες μελέτες αναδεικνύεται η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, με μεγαλύτερα μεγέθη στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη, έπονται οι Περιφέρειες όπου λειτουργούν Τμήματα Ιατρικής στα αντίστοιχα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιπες Περιφέρειες έχουν τον μικρότερο αριθμό σε σχέση με τον πληθυσμό.
- Οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά στον δημόσιο τομέα, δεν είναι οι πλέον κατάλληλες. Η ανεπαρκής στελέχωση πολλών υπηρεσιών υγείας, λόγω μειωμένων προσλήψεων και πρόωρης συνταξιοδότησης, αλλά και η «γήρανση» όσων συνεχίζουν να υπηρετούν, καθιστούν δυσχερή τη λειτουργία τους.
- Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό, και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω έλλειψης προσωπικού.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Διαμόρφωση στρατηγικού προγραμματισμού στο ανθρώπινο δυναμικό από το υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας, με αναπροσαρμογή των αριθμών των εισακτέων στις Σχολές Επιστημών Υγείας.
2. Διαμόρφωση από την ΑΔΙΠ κριτηρίων για ένα ελάχιστο πρόγραμμα σπουδών στις επιστήμες υγείας.
3. Εκσυγχρονισμός του θεσμικού πλαισίου για τη χορήγηση ιατρικών ειδικοτήτων και προσδιορισμός του αναγκαίου αριθμού ειδικευμένων σε κάθε ιατρική ειδικότητα.
4. Στους γιατρούς, εφαρμογή του θεσμού της «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» μόνο στους διευθυντές-συντονιστές με βελτιωμένες αποδοχές και με δυνατότητα παροχής αμειβόμενου ιδιωτικού έργου εντός του νοσοκομείου. Για τους υπόλοιπους γιατρούς, να παρέχεται η δυνατότητα πλήρους αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης για να μπορούν να απασχολούνται σε δύο ή περισσότερα νοσοκομεία με βάση επιμέρους συμβόλαια εργασίας.
5. Δυνατότητα ιδιωτών γιατρών να συμβάλλονται με συμβάσεις με νοσοκομεία του ΕΣΥ με πλήρη ή μερική απασχόληση για έκτακτες ή εποχιακές ανάγκες.
6. Θεσμοθέτηση της κινητικότητας εντός του ΕΣΥ, ώστε να διατίθεται το αναγκαίο προσωπικό ανάλογα με τις ανάγκες σε κάθε περιοχή και σε κάθε μονάδα.
7. Ενίσχυση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού δυναμικού με νέα προγράμματα σπουδών και βελτιωμένες αποδοχές.
8. Εκσυγχρονισμό του πλαισίου χρηματοδότησης των συνεδρίων για τη μοριοδότηση τους και για τη «σύγκρουση συμφερόντων» όσων συμμετέχουν σε αυτά.
9. Επανεκτίμηση των αναγκών των θέσεων εργασίας και των συνθηκών εργασίας όλων των επαγγελματιών που υπηρετούν στο ΕΣΥ.
10. Ανάπτυξη στοχευμένων προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για όλα τα στελέχη των μονάδων του ΕΣΥ.

Z. Επίμετρο

- Για να καταστεί όμως εφικτή η ανασυγκρότηση, είναι απαραίτητη η διαμόρφωση ενός ρεαλιστικού αλλά ταυτόχρονα δεσμευτικού χρονο-διαγράμματος υλοποίησης, με συγκεκριμένους στόχους και διαδικασίες, προκειμένου να εφαρμοσθούν, με σύγχρονα εργαλεία διοίκησης οι διαρθρωτικές αλλαγές που θα υιοθετήσει τελικά η πολιτική ηγεσία. Κατά την εκτίμηση δε των συγγραφέων της παρούσας Έκθεσης, η διαδικασία της προτεινόμενης ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορεί να ολοκληρωθεί σε χρονικό διάστημα τριών ετών, προκειμένου να συνταχθούν αναλυτικά σχέδια αλλαγών, καθώς και για να υπάρξει ουσιαστική ενημέρωση και διάλογος για την επίτευξη των μεγαλύτερων δυνατών συναινέσεων.

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1.1.	Βασικές Νομοθετικές Ρυθμίσεις Υγείας (1983-2019).....	32
Πίνακας 4.1.	Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας Στην Ελλάδα (2014-2016) (Εκατ. €).....	86
Πίνακας 4.2.	Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας Στην Ελλάδα (2009-2016).....	87
Πίνακας 5.1.	Νοσοκομεία Ανά Νομικό Τύπο, Μορφή Ιδιοκτησίας Και Περιφέρεια (2017).....	107
Πίνακας 5.2.	Κλίνες Ανά Πληθυσμό Και Ανά ΥΠΕ (2012).....	109
Πίνακας 5.3.	Δείκτες Επίδοσης Νοσοκομείων Κεντρικής Και Δυτικής Μακεδονίας (2009-2010).....	122
Πίνακας 5.4.	Δείκτες Επίδοσης Στην Περιφέρεια Κεντρικής Και Δυτικής Μακεδονίας (2009-2010).....	123
Πίνακας 6.1.	Δομές ΕΣΥ Νομού Ηρακλείου (2009-2012).....	155
Πίνακας 7.1.	Ιατρικό Και Νοσηλευτικό Δυναμικό Ανά Πληθυσμό, Ανά Κλίνη Σε Κάθε ΥΠΕ (2012).....	164
Πίνακας 7.2.	Ιατροί Ανά 1.000 Κατοίκους Ανά Κύρια Ειδικότητα (2013-2017).....	166

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1.1	Προσδόκιμο Επιβίωσης Κατά Τη Γέννηση Στην Ελλάδα Και Σε Ομάδες Κρατών Της Ευρώπης (1970-2017).....	35
Γράφημα 3.1.	Η Δομή Του «Υφιστάμενου ΕΣΥ».....	82
Γράφημα 3.2.	Η Δομή Του «Νέου ΕΣΥ»	83
Γράφημα 4.1.	Συνολική Δαπάνη Υγείας Ως Ποσοστό Του ΑΕΠ Στην Ελλάδα Και Στον ΟΟΣΑ (2003-2017).....	85
Γράφημα 5.1.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Καστοριάς, Φλώρινας Και Γρεβενών (2013).....	126
Γράφημα 5.2.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Γρεβενών (2013).....	127
Γράφημα 5.3.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Καστοριάς (2013).....	128
Γράφημα 5.4.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Φλώρινας (2013).....	129
Γράφημα 5.5.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Έδεσσας Και Γιαννιτσών (2013).....	130
Γράφημα 5.6.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Πτολεμαΐδας Και Κοζάνης (2013).....	131
Γράφημα 5.7.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Νάουσας Και Βέροιας (2013).....	132
Γράφημα 5.8.	Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Παπανικολάου (2013).....	133

Γράφημα 5.9.	Χώροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου (2013).....	134
Γράφημα 6.1.	Καρκίνος Του Πνεύμονα, Εκτίμηση Του Φορτίου Νοσηρότητας Και Θνησιμότητας Ως Προς Δήμο Της Κρήτης (1992-2013).....	153
Γράφημα 6.2.	Καρκίνος Μαστού, Νοσηρότητα Και Θνησιμότητα Ως Προς Δήμο Της Κρήτης (1992-2013).....	154
Γράφημα 7.1.	Απασχόληση Στον Τομέα Της Υγείας Σε % Του Εργατικού Δυναμικού (2000 και 2016).....	159
Γράφημα 7.2.	Ιατροί Ανά 1.000 Κατοίκους (2000 και 2016).....	160
Γράφημα 7.3.	Νοσηλεύτές/τριες Ανά 1.000 Κατοίκους (2000 και 2016).....	161
Γράφημα 7.4.	Γενικοί Και Ειδικευμένοι Ιατροί Στην Ευρώπη (2016).....	165

Ευρετήριο Ακρωνυμίων

Ελληνικά ακρωνύμια

ΑΔΙΠ	Αρχή Διασφάλισης και Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Ανώτατη Εκπαίδευση
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΕΔΕΤ	Εθνικό Δίκτυο Έρευνας και Τεχνολογίας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΜΕΝΟ	Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΣΜΥ	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Μονάδων Υγείας
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΠΙ	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
ΙΣΑ	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
ΚΕΕΛ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΝΥ	Οργανισμός Νοσοκομειακών Υπηρεσιών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΟΠΣΥ	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας
ΠΓΝ	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΙΣ	Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
ΠΜΣ	Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠΓΝ	Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔΙΤ	Συμπράξεις Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών
ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

Ξενόγλωσσα ακρωνύμια

BI	Business Intelligence/ Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας
DRGs	Diagnostic Related Groups/ Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες
MTBF	Mean Time Between Failures/ Μέσος χρόνος μεταξύ βλαβών
MTTR	Mean Time to Repair/ Μέσος χρόνος αποκατάστασης βλάβης
NHS	National Health System/ Εθνικό Σύστημα Υγείας
RBRVS	Resource - Based Relative Value Scale/ Μέθοδος κοστολόγησης στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών
RIS	Radiology Information System/ Σύστημα Πληροφοριών Ακτινολογικού
PACS	Picture Archiving and Communication System/ Σύστημα Αρχειοθέτησης και Διανομής Εικόνων

SMR

Standardized Mortality Ratio/ Προτυποποιημένος Δείκτης
Θνησιμότητας

VNA

Vendor Neutral Archive/ Αποθετήριο Απεικονιστικών Εξετάσεων

Εισαγωγή

Η Έκθεση της διαΝΕΟσις «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας» αποτελεί συλλογική προσπάθεια επτά ακαδημαϊκών, οι οποίοι επί σειρά ετών έχουν ασχοληθεί συστηματικά ως ερευνητές και ως ακαδημαϊκοί δάσκαλοι, αλλά και από θέσεις ευθύνης, με τα ευρύτερα θέματα της οργάνωσης του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Η Έκθεση επιχειρεί να διατυπώσει μια ολοκληρωμένη και τεκμηριωμένη πρόταση για τις αναγκαίες αλλαγές που πρέπει να πραγματοποιηθούν για τη δημιουργία ενός σύγχρονου και αποκεντρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας, με βάση τα κριτήρια της κοινωνικής ισότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Το Νέο ΕΣΥ που προτείνεται βασίζεται στη διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση, στον ελεγχόμενο ανταγωνισμό, στην προοπτική χρηματοδότηση, καθώς και στην εφαρμογή κινήτρων και μηχανισμού τιμών.

Το γεγονός ότι μέσα από μία επίμονη διαδικασία διαλόγου διάρκειας περίπου δέκα μηνών, επήλθε μια εξαιρετικής ευρύτητας σύγκλιση στις βασικές προτάσεις που περιλαμβάνει η παρούσα Έκθεση, αφενός της προσδίδει ιδιαίτερη αξία και αφετέρου αποτελεί ισχυρή ένδειξη για την ωρίμανση των αναγκαίων αλλαγών σε συγκεκριμένες κατευθύνσεις.

Ανάλογες Εκθέσεις είχαν εκπονηθεί και κατά το παρελθόν, κυρίως όμως με πρωτοβουλία και κατ' ανάθεση του υπουργείου Υγείας. Οι περισσότερες από τις εκάστοτε προτεινόμενες αλλαγές δεν μπόρεσαν να υλοποιηθούν πρωτίστως λόγω της έλλειψης της αναγκαίας πολιτικής βούλησης και των αντιδράσεων κυρίως συντεχνιακών συμφερόντων. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, πως οι δύο πιο σημαντικές μεταρρυθμίσεις που εκκρεμούσαν εδώ και χρόνια, η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και η ένταξη των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στο ΕΣΥ, πραγματοποιήθηκαν στα χρόνια της κρίσης λόγω των μνημονιακών υποχρεώσεων.

Ωστόσο, οι χρήσιμες αυτές αλλαγές και όσες άλλες πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία δέκα χρόνια, δεν επαρκούν για τη διασφάλιση της εύρυθμης και βιώσιμης λειτουργίας του ΕΣΥ. Για τον σκοπό αυτό απαιτείται ο επανασχεδιασμός του συστήματος σε νέες, ορθολογικές βάσεις, που

να περιλαμβάνουν τα κρίσιμα ζητήματα της σύγχρονης οργάνωσης και αποτελεσματικής διοίκησης σε όλα τα επίπεδα με τη χρήση νέων τεχνολογιών, της επαρκούς χρηματοδότησης, της ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού, της νοσοκομειακής αναβάθμισης και της ολοκληρωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο πλαίσιο ενός νέου πρότυπου «δημοκρατικής» λειτουργίας, ελεγχόμενου από το κράτος «ανταγωνισμού» και συμπληρωματικών σχέσεων και συνεργειών του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Η γνώμη και των επτά συγγραφέων της Έκθεσης είναι ότι μόνο με την υιοθέτηση ενός νέου συνολικού προτύπου με ριζικές τομές σε όλες τις υφιστάμενες παθογένειες, θα μπορέσει το ΕΣΥ από κακοδιοικούμενη και αναποτελεσματική δημόσια υπηρεσία να μετατραπεί σε σύγχρονο και αποτελεσματικό δημόσιο οργανισμό, ικανό να εξασφαλίσει σε κάθε Έλληνα πολίτη την ελεύθερη επιλογή για την αναγκαία περίθαλψη και φροντίδα, χωρίς οικονομικούς και γεωγραφικούς φραγμούς.

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φεβρουάριος 2020

Η Αναγκαιότητα Ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας



1.1. Εισαγωγή

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αποτελούν πολύπλοκα προσαρμοστικά οικοσυστήματα με αλληλοεξαρτώμενα μέρη που αλληλεπιδρούν με μη γραμμικό τρόπο. Σημαντικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η ποικιλομορφία, η συσχέτιση, η ανάδραση και η αυτοοργάνωση, που προσδίδουν στα συστήματα αυτά την ικανότητα να αναδεικνύουν νέα πρότυπα. Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού σε όλο το φάσμα της φροντίδας (προστασία- πρόληψη-προαγωγή της υγείας, θεραπεία και αποκατάσταση), αλλά και ιατροκοινωνικής μέριμνας (Τούντας, 2008). Οι κοινωνίες, όμως, αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν και οι ανάγκες υγείας, οι αξίες και οι προσδοκίες για περίθαλψη και φροντίδα.

Για την αντιμετώπιση του σύγχρονου νοσολογικού προτύπου, έτσι όπως διαμορφώνεται εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού, της επικράτησης των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και της έξαρσης των ψυχικών διαταραχών, της ταχύτητας αλλαγής στη γνώση και στην αποτελεσματικότητα των νέων παρεμβάσεων, αλλά και της αύξησης των κοινωνικών ανισοτήτων, απαιτούνται διαφορετικές πολιτικές υγείας, νέα ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, και δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών (Κυριόπουλος, 2018). Οι πρόοδοι στην ιατρική επιστήμη και στη βιοϊατρική τεχνολογία αλλάζουν. Εισάγουν νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, με ενδεικτικά παραδείγματα τις γονιδιωματικές παρεμβάσεις, την πρόοδο στις νευροεπιστήμες, κλπ. Από την άλλη, η ολιστική θεώρηση του ανθρώπου σε σχέση με το περιβάλλον, δίνει μια άλλη προοπτική στην ιατρική και στην υγεία. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θα πρέπει να είναι έτοιμο να ανταπεξέλθει στις σύγχρονες αυτές προκλήσεις. Οι δημογραφικές, κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί τις τελευταίες δεκαετίες έχουν οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης και συνεπώς του κόστους περίθαλψης σε ένα περιβάλλον όμως με περιορισμένους πόρους, γεγονός που πλήττει τους τρεις θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας: την ιατρική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και την κοινωνική ισότητα (Υφαντόπουλος, 2006).

Τα συστήματα υγείας αντιδρούν στις νέες προκλήσεις με: (α) διαμόρφωση νέων σχέσεων του κράτους με την αγορά, (β) την ενίσχυση του ρόλου της

πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης και προαγωγής της υγείας, (γ) την ενδυνάμωση του ρόλου και της συμμετοχής των πολιτών, (δ) τη μετατόπιση μέρους των δαπανών προς την πλευρά της ζήτησης, (ε) την εφαρμογή αποτελεσματικών μορφών διοίκησης, (στ) την αξιοποίηση της νέας τεχνολογίας (e-health), (ζ) την αναζήτηση σύγχρονων και σύνθετων μορφών χρηματοδότησης, (η) την άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής περίθαλψης, (θ) την προώθηση της καθολικής κάλυψης και την ισότιμη πρόσβαση με βάση τις ανάγκες των πολιτών (ι) και την προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης και αξιοποίησης της οικογένειας και του κοινωνικού δικτύου (Σουλιώτης, 2019).

1.2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Στρεβλώσεις και Προβλήματα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί την πιο σημαντική μεταρρύθμιση της μεταπολίτευσης που εφαρμόστηκε σε κάποιο βαθμό γιατί: (α) ήταν σχεδόν καθολική απαίτηση της κοινωνίας η δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας, (β) υπήρχε πολιτική βούληση, (γ) εξασφαλίστηκε επαρκής χρηματοδότηση και ικανοποιητικά κίνητρα και (δ) υποστηρίχθηκε από μεγάλο μέρος του ιατρικού σώματος (Tountas, Stefananson, & Frissiras, 1995). Ο αρχικός σχεδιασμός του ΕΣΥ έδωσε έμφαση αποκλειστικά στην πλευρά της προσφοράς και αγνόησε πλήρως την ενδεχόμενη επίδραση της ζήτησης. Με την πάροδο του χρόνου, το ΕΣΥ δεν εκσυγχρονίστηκε και δεν προσαρμόστηκε ώστε να ολοκληρώσει το ήδη θεσπισμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) με την ένταξη των Πολυιατρείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ ως αστικά Κέντρα Υγείας, δεν ανανέωσε το ανθρώπινο δυναμικό του και δεν μπόρεσε τελικά να μετεξελιχθεί σε έναν σύγχρονο δημόσιο οργανισμό. Οι αξίες του εκφυλίστηκαν, με αποτέλεσμα να κυριαρχήσουν «ελκυστές» (γραφειοκρατική λειτουργία, τοξική κουλτούρα, μη αποδοχή αξιολόγησης, προβληματικές ηγεσίες, απουσία κινήτρων) που εμπόδισαν την ολοκλήρωση του.

Το ΕΣΥ σήμερα αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες και τις σύγχρονες προκλήσεις, λόγω των προβλημάτων υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης και κακοδιοίκησης, καθώς και λόγω της ανορθολογικής κατανομής των υφιστάμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία και διεύρυνση των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών. Επιπλέον, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από: (α) απουσία οργανωμένης ΠΦΥ, (β) έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες χρονίων πασχόντων, (γ) περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών, (δ) απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, ελέγχου και ποιότητας, (ε) ύπαρξη σημαντικής παραοικονομίας και (στ) ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού δυναμικού.

Ειδικά όσον αφορά την ΠΦΥ, είναι γεγονός ότι το ΕΣΥ απέτυχε να εξασφαλίσει σε ολόκληρο τον πληθυσμό αυτό που έχουν πετύχει εδώ και τρεις δεκαετίες περίπου όλες οι χώρες με προηγμένα συστήματα υγείας: τις υπηρεσίες του Γενικού/ Οικογενειακού Ιατρού που θα είναι, μαζί με την

ομάδα υγείας, διαθέσιμος 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα, για τη φροντίδα πρώτης επαφής (first contact care), την πρόληψη, τη συνέχεια στη φροντίδα, την παρακολούθηση των χρονίων νοσημάτων, την παραπομπή σε ειδικούς όποτε απαιτείται κλπ. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από Γενικούς/ Οικογενειακούς Ιατρούς που λειτουργούν σε ομάδες και όχι μεμονωμένα.

Οι επανειλημμένες προσπάθειες μεταρρυθμίσεων δεν είχαν τα επιθυμητά αποτελέσματα, κυρίως λόγω έλλειψης της αναγκαίας πολιτικής βούλησης, των περιορισμένων πόρων, του ανεπαρκούς σχεδιασμού και των ισχυρών συνδικαλιστικών αντιστάσεων (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2002). Από όλες τις νομοθετικές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που αναφέρονται στον Πίνακα 1.1., οι μόνες που μπόρεσαν να υλοποιηθούν πριν από τα μνημόνια, εκτός από την ίδρυση του ΕΣΥ, ήταν η θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), η μετατροπή των νοσοκομείων του ΕΣΥ από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ, η εφαρμογή του διοικητή μάνατζερ στα νοσοκομεία και η θεσμοθέτηση των απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία επί υπουργίας του Αλέκου Παπαδόπουλου (2001). Τα «Δίκτυα ΠΦΥ» που θεσμοθέτησαν οι υπουργοί Κώστας Γείτονας (1997) και Κώστας Στεφανής (2004) δεν υλοποιήθηκαν. Οι πιο σημαντικές μεταρρυθμίσεις που μπόρεσαν να πραγματοποιηθούν, κυρίως λόγω των μνημονιακών υποχρεώσεων, ήταν η ένταξη των πολυϊατρείων του ΙΚΑ στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Οι προτάσεις της τρόικας είχαν ως βασικό στόχο περισσότερο την περιστολή της δαπάνης παρά την επίτευξη της αποδοτικότητας μέσω ευρύτερων διαρθρωτικών αλλαγών. Δεν είχαν την αναγκαία πολιτική και επιστημονική τεκμηρίωση και δεν περιλάμβαναν πρόγραμμα πολιτικής και επικοινωνιακής διαχείρισης για αυτούς που κλήθηκαν να τις εφαρμόσουν (Yfantopoulos, & Yfantopoulos, 2015).

Πίνακας 1.1: Βασικές Νομοθετικές Ρυθμίσεις Υγείας (1983-2019)

Έτος	Τίτλος/Περιεχόμενο	Νόμος/Παρέμβαση	Υπουργός	Πρωθυπουργός
1983	• Ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)	Νόμος 1397 (ΦΕΚ 143, 13.10.1983)	Παρασκευάς Αυγερινός	Ανδρέας Παπανδρέου
1985	• Βελτιώσεις στο ΕΣΥ	Νόμος 1579 (ΦΕΚ 217, 23.12.1985)	Γιώργος Γεννηματάς	Ανδρέας Παπανδρέου
1992	• Εκσυγχρονισμός ΕΣΥ	Νόμος 2071 (ΦΕΚ 123, 15.7.1992)	Γιώργος Σούρλας	Κωνσταντίνος Μητσοτάκης
1994	• Αποκατάσταση του ΕΣΥ	Νόμος 2194 (ΦΕΚ 34, 16.3.1994)	Δημήτρης Κρεμαστινός	Ανδρέας Παπανδρέου
1997	• Εισαγωγή του θεσμού των γιατρών και αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας • Θεσμός νοσοκομειακών γενικών διευθυντών • Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας • Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας	Νόμος 2519 (ΦΕΚ 165, 21.8.1997)	Κώστας Γείτονας	Κώστας Σημίτης
2001	• Αποκέντρωση του συστήματος υγείας και δημιουργία των περιφερειακών υγειονομικών υπηρεσιών (ΠεΣΥ) • Μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ • Συγκρότηση ενιαίου φορέα χρηματοδότησης	Νόμος 2889 (ΦΕΚ 37, 2.3.2001)	Αλέκος Παπαδόπουλος	Κώστας Σημίτης
2003	• Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας	Νόμος 3172 (ΦΕΚ 197, 6.8.2003)	Κώστας Στεφανής	Κώστας Σημίτης
2004	• Εκσυγχρονισμός του πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Νόμος 3235 (ΦΕΚ 53, 18.2.2004)	Κώστας Στεφανής	Κώστας Σημίτης
2005	• Ανανέωση και εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας • Πλαίσιο βιοηθικής και δεοντολογίας	Νόμος 3370 (ΦΕΚ 176, 11.04.2005)	Νικήτας Κακλαμάνης	Κώστας Καραμανλής
2011	• Ενοποίηση κλάδου ασφάλισης υγείας και ιδρυτικός νόμος ΕΟΠΥΥ	Νόμος 3918 (ΦΕΚ 31, 2.3.2011)	Ανδρέας Λοβέρδος	Γιώργος Παπανδρέου
2014	• Δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ)	Νόμος 4238 (ΦΕΚ, 381, 7.2.2014)	Άδωνις Γεωργιάδης	Αντώνης Σαμαράς
2014	• Ρυθμίσεις για την κάλυψη της περίθαλψης των ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων	Νόμος 56342 (ΦΕΚ Β' 1753, 28.6.2014)	Άδωνις Γεωργιάδης	Αντώνης Σαμαράς
2016	• Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων	Νόμος 4368 (ΦΕΚ 21, 21.2.2016)	Ανδρέας Ξανθός	Αλέξης Τσίπρας
2017	• Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Νόμος 4486 (ΦΕΚ 115, 7.8.2017)	Ανδρέας Ξανθός	Αλέξης Τσίπρας
2019	• Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)	Νόμος 4633 (ΦΕΚ 161/Α, 16.10.2019)	Βασίλης Κικίλιας	Κυριάκος Μητσοτάκης

Πηγή: Κυριόπουλος & Τέλλογλου, 2019

Αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής διαχείρισης του τομέα της υγείας, είναι η διαμόρφωση μιας κατάστασης, η οποία χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Μεγάλο μέρος των αναγκών υγείας του πληθυσμού παραμένει ακάλυπτο, τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικές ομάδες ασθενών, ενώ σχετικές μελέτες διαπιστώνουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας, καθώς και μεγάλες ελλείψεις στις αναγκαίες υποδομές και υπηρεσίες.
- Η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών είναι χαμηλή με αποτέλεσμα η χώρα να έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες φροντίδες στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Η οικονομική επιβάρυνση των πολιτών για υπηρεσίες υγείας παραμένει πολύ υψηλή καθώς οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές συνεχίζουν να αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας πλήττουν κυρίως τα νοικοκυριά με τα χαμηλά εισοδήματα.
- Η απόδοση του συστήματος υγείας, ειδικά των νοσοκομείων, όσον αφορά την αποδοτική χρήση των πόρων, εκτέλεση προϋπολογισμών και παρακολούθηση οικονομικών καταστάσεων και αποτελεσμάτων εξακολουθεί να είναι χαμηλή, ως αποτέλεσμα του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος που δεν αντιστοιχεί στις ανάγκες και προσδοκίες του πληθυσμού.
- Από τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού απουσιάζουν οι πολιτικές κινήτρων και αξιολόγησης με αποτέλεσμα το προσωπικό να κατανέμεται άνισα, να εμφανίζει σημάδια κόπωσης και να αναζητά επαγγελματική διέξοδο εκτός συνόρων.

Είναι σαφές ότι τα προβλήματα αυτά προσδίδουν τα χαρακτηριστικά μιας «επείγουσας αναγκαιότητας» για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στη χώρα. Αν σε αυτά τα προβλήματα προστεθούν και οι προβληματισμοί και επιφυλάξεις που απορρέουν από την προσπάθεια ταχείας εξόδου από την οικονομική κρίση, τις αρνητικές δημογραφικές τάσεις, την αύξηση των χρονίως πασχόντων, τη δυσκολία εφαρμογής πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, αλλά και τη δυσπιστία της κοινωνίας και ακόμη των «ομάδων πίεσης» και των συμφερόντων απέναντι σε κάθε επιχειρούμενη μεταρρύθμιση, γίνεται αντιληπτή η πολυπλοκότητα και η δυσχέρεια των απαιτήσεων του εγχειρήματος.

1.3. Οι Ανάγκες Υγείας του Πληθυσμού

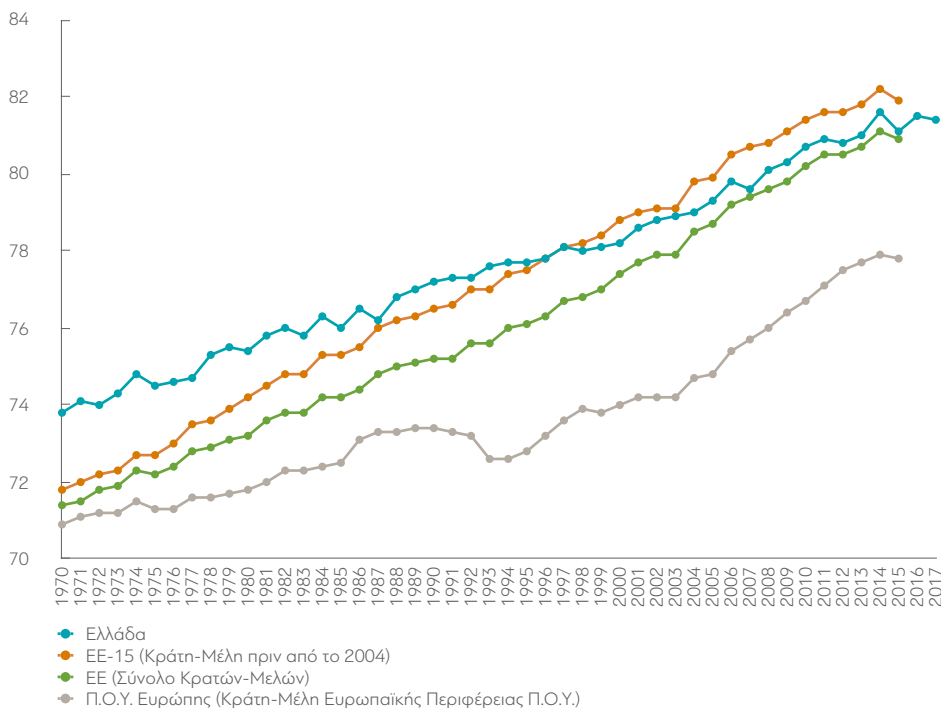
Αν και οι βασικοί δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού κατέχουν μια από τις σχετικά καλές υψηλότερες θέσεις μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η γήρανση του πληθυσμού, οι αρνητικές επιπτώσεις των δέκα ετών οικονομικής κρίσης, καθώς και η ανεπάρκεια του δημοσίου συστήματος υγείας, αυξάνουν και τροποποιούν τις ανάγκες υγείας. Συνεπώς, κατά τον αναγκαίο επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, είναι κρίσιμο να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:

Δημογραφικές εξελίξεις:

- Μείωση του ελληνικού πληθυσμού μετά το 2011, λόγω μείωσης της γονιμότητας και αύξησης της μετανάστευσης (brain drain), σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) στα οποία βασίστηκαν και οι δύο μελέτες της διαΝΕΟσις «Η Πληθυσμιακή Εξέλιξη της Ελλάδας, 2015-2020» και «Η χαμηλή γονιμότητα στην Ελλάδα, δημογραφική κρίση και πολιτικές ενίσχυσης της οικογένειας».
- Το προσδόκιμο επιβίωσης του ελληνικού πληθυσμού το 1970 ήταν 73,8 έτη, κατά 2 έτη υψηλότερο από ό,τι ο μέσος όρος των 15 κρατών-μελών που ήταν μέλη της ΕΕ πριν το 2004. Το 2015 το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα ήταν 81,9 έτη, αλλά αυτό ήταν 0,8 έτη χαμηλότερο από ό,τι ο Μ.Ο. των 15 (Γράφημα 1.1.). Ο βραδύτερος ρυθμός βελτίωσης αντανακλά κυρίως την απουσία βασισμένης σε τεκμηρίωση πολιτικής δημόσιας υγείας στη χώρα μας, ενώ στο φαινόμενο αυτό συνέβαλε κατά την τελευταία δεκαετία η δραστική μείωση του εθνικού και οικογενειακού εισοδήματος λόγω της οικονομικής κρίσης.
- Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα βελτιώθηκε λιγότερο από το αναμενόμενο λόγω απώλειας περίπου 270 επιπλέον θανάτων τον μήνα λόγω της κρίσης (Laliotis, Ioannidis, & Stavrakoulou, 2016).
- Κατά τη χρονική περίοδο 2009-2018, ο δείκτης των ετών υγιούς ζωής (προσδόκιμο ζωής απαλλαγμένο από ασθένεια ή αναπηρία) στην

ηλικία των 65 ετών μειώθηκε κατά ένα έτος για τους άνδρες και 2,5 έτη για τις γυναίκες (OECD, 2009, OECD, 2018b).

Γράφημα 1.1: Προσδόκιμο Επιβίωσης Κατά Τη Γέννηση Στην Ελλάδα Και Σε Ομάδες Κρατών Της Ευρώπης (1970-2017)



Πηγή: OECD, 2018a, WHO, 2018

Θνησιμότητα:

- Η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες μειώνεται σταδιακά στο διάστημα 2009-2017, αλλά με μικρότερους ρυθμούς από ό,τι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ λόγω οικονομικής κρίσης (Filippidis, Geronasili, Millet, & Tountas, 2017).
- Βασική αιτία θανάτου το 2017 με ποσοστό 39% επί του συνόλου, αποτέλεσαν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ακολουθούμενα από τα νεοπλάσματα με 28% και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 13% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Η κατάταξη αυτή, με μικρές μόνο διαφοροποιήσεις των επιμέρους ποσοστών, παραμένει σταθερή τα τελευταία τριάντα χρόνια.

Νοσηρότητα:

- Κατά την περίοδο 2009-2018 παρατηρείται αύξηση της τάξεως του 30% του αριθμού των εξιτηρίων που καταγράφηκαν στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Η αύξηση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε τρεις βασικές αιτίες: στη γήρανση του πληθυσμού στη συνακόλουθη αύξηση των αναγκών για νοσοκομειακή περίθαλψη, και στη μεγαλύτερη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες λόγω μεγάλης αδυναμίας προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.
- Σύμφωνα με την Έκθεση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα» (ΕΛΣΤΑΤ, 2015), συνολικά το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποια χρόνια πάθηση και το οποίο ανέρχεται σε 24%, παρουσιάζει αύξηση κατά την περίοδο 2009-2012.

Ψυχική υγεία:

- Σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας των Ελλήνων στη διάρκεια της κρίσης καταγράφει η μελέτη «Η υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης» της διαΝΕΟσις (2016).
- Σύμφωνα με το πρόγραμμα «ΥΔΡΙΑ» (2013-2014) (Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας, 2016), το 7% του πληθυσμού δήλωσε πως έχει ή είχε χρόνια κατάθλιψη, μία στις δέκα γυναίκες δήλωσε πως πάσχει ή έπασχε από χρόνια κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών, ενώ η συχνότητα της χρόνιας κατάθλιψης αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας.
- Επίσης, αύξηση της κατάθλιψης και του άγχους διαπιστώνει και η Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας (Ε.ΜΕ.ΝΟ.), που πραγματοποιήθηκε το 2014, στο πλαίσιο της οποίας επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία.

Παράγοντες κινδύνου:

- Παρά τη σημαντική μείωση στα ποσοστά των καπνιστών, περίπου κατά 10% στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η χώρα εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ακόμη από υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος και επίσης από υψηλά επίπεδα έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στους χώρους εργασίας αλλά και στους χώρους μαζικής εστίασης και φιλοξενίας, καθώς και στα νοικοκυριά. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε δημόσιους χώρους παρουσιάζει σημαντική μείωση μετά την εφαρμογή της πρόσφατης αντικαπνιστικής νομοθεσίας.

- Η χώρα μας, αν και εξακολουθεί να εφαρμόζει κανόνες «μεσογειακής διατροφής» σε υψηλότερα επίπεδα από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει απόκλιση από την προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή και την προστατευτική της δράση για την υγεία ειδικά στις νεότερες ηλικίες.
- Σύμφωνα με τη μελέτη ΥΔΡΙΑ (2013-2014), επτά στους δέκα ενήλικες στην Ελλάδα είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Οι άνδρες είναι συχνότερα υπέρβαροι, ενώ οι γυναίκες είναι συχνότερα παχύσαρκες.
- Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2016), το 38,1% των πολιτών εμφανίζονται ως σωματικά αδρανείς και μόνο το 48,5% ως έντονα σωματικά δραστήριοι.
- Κινδύνους εγκυμονεί, επίσης, η υψηλή και συχνά ακατάλληλη συνταγογράφηση, η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη των ενηλίκων, καθώς και η χαμηλή συμμόρφωση στις οδηγίες πρόληψης και φαρμακευτικής αγωγής.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα διαπιστώνονται αυξημένες ανάγκες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα, για καρκινοπαθείς και για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί επίσης, η ανάγκη αντιμετώπισης των κρίσιμων και μειζόνων παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, διατροφή, άσκηση, στρες), μέσω της ανάπτυξης των μηχανισμών της πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στο πλαίσιο ενός σύγχρονου και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας.

1.4. Η Κάλυψη των Αναγκών στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη

Τα τελευταία χρόνια, πλήθος ερευνητικών πρωτοβουλιών έχουν καταδείξει την ύπαρξη σημαντικών εμποδίων στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Τα εμπόδια πρόσβασης αφορούν κυρίως τους χρονίως πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και αυτούς που έχουν χαμηλό εισόδημα (Υφαντόπουλος, Χαντζάρας & Κωνσταντόπουλος, 2019). Ιδιαίτερα για αυτούς που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες έχουν αυξηθεί οι δυσκολίες πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στη συνέχεια του κεφαλαίου, πλήττοντας έτσι τα κριτήρια της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Εξάλλου στη διάρκεια της κρίσης οι ανισότητες διερευνήθηκαν σε βάρος των μη ευνοούμενων ομάδων πληθυσμού (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018a) και τα εμπόδια που παρουσιάζονται αποδίδονται σε δύο κυρίως παράγοντες, οι οποίοι αντανακλούν και τις επιλογές των πολιτών κατά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας:

- Το πρώτο εμπόδιο έχει ως αφετηρία την ελλειμματική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Lionis et al., 2009) και εκδηλώνεται με την περιορισμένη χρονικής διαθεσιμότητας προσφορά υπηρεσιών υπό ασφαλιστική κάλυψη (δηλαδή της κάλυψης μέσω του ΕΣΥ ή μέσω των γιατρών που έχουν συμβόλαιο και συμβάσεις).
- Το δεύτερο εμπόδιο σχετίζεται με το υφιστάμενο υπόδειγμα χρηματοδότησης, που χαρακτηρίζεται από τη μετακύλιση σημαντικού μέρους του κόστους της φροντίδας στα νοικοκυριά και εκδηλώνεται με την αδυναμία αυτών να καλύψουν μέρος ή και το σύνολο το κόστους της υπηρεσίας που αναζητούν. Το γεγονός αυτό με τη σειρά του επιφέρει επιδείνωση του βιοτικού τους επιπέδου εξαιτίας της οικονομικής επιβάρυνσης που προκαλεί στο άτομο ή στο νοικοκυριό το εκάστοτε πρόβλημα υγείας (Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas, & Niakas, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα εμπόδια τα οποία καταγράφονται αφορούν τόσο στο γενικό κοινό όσο και σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενειών, γεγονός το οποίο αντανακλά μια γενικευμένη δυσλειτουργία του συστήματος υγείας. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Όσον αφορά τον γενικό πληθυσμό, 1 στους 5 δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία, παρά τη σχετική ανάγκη, με κυριότερο εμπόδιο το κόστος σε ποσοστό άνω του 70% (Eurostat, 2017a).
- Επίσης 1 στους 3 ασθενείς με καρκίνο αντιμετώπισαν πρόβλημα στην πρόσβαση στον γιατρό τους και 1 στους 4 στην πρόσβαση στο φάρμακο (Souliotis, Parageorgiou, Politi, Ioakeimidis, & Sidiropoulos, 2014).
- Πάνω από το 60% των ασθενών με διαβήτη, υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και νόσο Alzheimer αντιμετώπισαν πρόβλημα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω του κόστους (Zavras, D., Zavras, A.I., Kyriopoulos, I.I. & Kyriopoulos, J., 2016).
- Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (ΕΣΔΥ, 2012), το 59% των πολιτών αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή/και εξαιτίας εμποδίων ως προς την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 4 στους 10 πολίτες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις.
- Σε τρεις πανελλαδικές έρευνες Hellas Health του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ, 2010, 2013, 2015), το υψηλό κόστος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας μη ικανοποίησης ιατρικών αναγκών στον γενικό πληθυσμό.
- Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ (2016), κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες πριν από τη διενέργεια της έρευνας, χρειάστηκε να λάβει αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα και καθυστέρησε να τη λάβει ή δεν την έλαβε καθόλου το 12,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης λίστας αναμονής. Το 6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μεταφορά. Το 9,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω έλλειψης ειδικοτήτων γιατρών και επαγγελματιών υγείας.
- Επίσης, οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχουν μειώσει κατά 50% τη δαπάνη για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά την τριετία 2011-2013.
- Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ (2016), χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,2% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω.

- Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Μελέτης Ε.ΜΕ.ΝΟ (2014), μαστογραφία έχει κάνει κάποια στιγμή το 68% των γυναικών και το 80% είχε κάνει Τεστ Παπ, ενώ για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου κολονοσκόπηση είχε κάνει μόνο το 20% του πληθυσμού άνω των 50 ετών. Ανάλογα αποτελέσματα καταγράφονται και σε έρευνες της Hellas Health (Pallikarona, Tzavara, Dimitrakaki, & Tountas, 2013).
- Μεταξύ 2008 και 2013 το ποσοστό του πληθυσμού του φτωχότερου πεμπτημορίου εισοδήματος, το οποίο δήλωσε ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες αποκλειστικά λόγω κόστους, διπλασιάστηκε (από 7% σε 14%) (ΕΛΣΤΑΤ, 2014).
- Η κατανομή των πόρων για τους φτωχούς, τους ηλικιωμένους, τους αναπήρους, τους χρόνιους πάσχοντες, για αυτούς που έχουν άνοια ή βρίσκονται σε τελικό στάδιο είναι 1% της συνολικής δαπάνης για την υγεία (14,7 δισ. ευρώ) -κυρίως από τα νοικοκυριά-, ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ ο μέσος όρος είναι 9% περίπου.

1.5. Η Ποιότητα και η Ικανοποίηση από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Η προβληματική πρόσβαση και «κίνηση» των πολιτών στο σύστημα υγείας, προκαλεί ευλόγως, χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης και ανταπόκρισης στις προσδοκίες των πολιτών. Σε πολλές σχετικές διεθνείς κατατάξεις η χώρα μας καταλαμβάνει χαμηλή θέση (Health Consumer Powerhouse, 2018), με τη χαμηλή ικανοποίηση και ανταποκρισιμότητα να καταγράφεται και σε εγχώριες μετρήσεις (Σουλιώτης, 2019). Αξίζει να τονιστεί ότι στις πρόσφατες μελέτες του Παρατηρητηρίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία (Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας, 2017, 2018) καταγράφεται για πρώτη φορά δυσaréσκεια για το σύστημα υγείας σε ίδιο ποσοστό τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας εγκατεστημένης γνώμης, η οποία δεν οφείλεται σε στερεότυπα και προκαταλήψεις αλλά επιβεβαιώνεται και κατά την επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας. Σημειώνεται, βέβαια, ότι η αρνητική αυτή εικόνα των πολιτών για το σύστημα υγείας δεν σχετίζεται μόνο με την πρόσβαση αλλά οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, τις συνθήκες που επικρατούν στις δομές του συστήματος, τη γραφειοκρατία που πολλές φορές συνοδεύει την άσκηση του ασφαλιστικού δικαιώματος και, ίσως πρωτίστως, την οικονομική επιβάρυνση των ίδιων των πολιτών για υπηρεσίες υγείας (Eurofound, 2017).

Πέραν του ζητήματος της ελλιπούς αλλά και προβληματικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, μια ερμηνεία για τη χαμηλή ανταπόκρισή του στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών μπορεί να δοθεί και από τη στρεβλή και αποσπασματική σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα. Ειδικότερα, αν και σε κάποιες περιοχές του συστήματος η συνεργασία είναι εκτεταμένη και επιφέρει θετικά αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα με τα φαρμακεία, σε μερικές άλλες έχει επικρατήσει μια άκρως περιοριστική λογική, με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιούνται τα διαθέσιμα σημεία παροχής της φροντίδας, να αναπτύσσονται μονοπωλιακές τάσεις και να καθίσταται ανεπαρκής η κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών.

1.6. Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας

Τα μέτρα δημοσιονομικής πειθαρχίας που έχουν ληφθεί τα τελευταία χρόνια στον υγειονομικό τομέα, έχουν προκαλέσει δραματική μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας που αποτελεί πλέον το 5% του ΑΕΠ από περίπου 7% που ήταν προ δεκαετίας, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχεται σε 7% (Eurostat, 2018a). Λόγω της μείωσης της δημόσιας δαπάνης υγείας, η υγεία απορροφά μόλις το 8,9% του συνόλου των κρατικών δαπανών, την ίδια στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό στον ΟΟΣΑ ανέρχεται σε 15,3% (OECD, 2018a). Η δε κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στη χώρα είναι 2.223 (\$ ΙΑΔ), ενώ η αντίστοιχη μέση δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ 4.003 (\$ ΙΑΔ). Κατά συνέπεια, παρά τη μείωση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων, εξακολουθεί να καλύπτεται από ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές ένα μεγάλο μέρος της δαπάνης υγείας.

Με βάση αυτά τα δεδομένα, είναι προφανές ότι το σύστημα υγείας υποχρηματοδοτείται. Η χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 20% από το 2010 στο 2011 και επιπλέον κατά 55% το 2012, παρά το γεγονός ότι υπήρξε αύξηση της χρήσης ψυχικών υπηρεσιών κατά 120% την περίοδο 2009-2012 (Anagnostopoulos & Soumaki, 2013).

Κύριες παρενέργειες των στρεβλώσεων και της υποχρηματοδότησης αυτού του συστήματος είναι:

- Η αδυναμία πλήρους και καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών.
- Το υψηλό διοικητικό κόστος, το κόστος του χρόνου που προκαλείται και το κοινωνικό κόστος γενικά στην καθυστέρηση στη ροή των πόρων, λόγω του διπλού υποδείγματος δημόσιας χρηματοδότησης (φορολογία και κοινωνική ασφάλιση).
- Η διατήρηση υψηλής αβεβαιότητας και κινδύνου για τους πολίτες οι οποίοι επιλέγουν την οδό των άμεσων πληρωμών και παραπληρωμών κατά την ανάγκη.

- Η αποεπένδυση του κλάδου της υγείας και η διαμόρφωση ενός περιοριστικού επενδυτικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του υγειονομικού τομέα.
- Η απώλεια ανταγωνιστικής τοποθέτησης του ΕΣΥ έναντι του ιδιωτικού τομέα και η απουσία συνεργειών-συμπράξεων του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα (ΣΔΙΤ).

Ο ΕΟΠΥΥ από «μοναδικός ενιαίος πληρωτής» κατέληξε σε ένα υβρίδιο «ταμειακού κόφτη», χωρίς καθολική κάλυψη και με μεγάλες ανισότητες μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, ενώ οι λανθασμένες εκτιμήσεις και άστοχοι χειρισμοί στην περίπτωση του ΠΕΔΥ οδήγησαν στη συρρίκνωση της δημόσιας εκδοχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Οι τιμές που επιχειρήθηκαν μέσω των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) στα νοσοκομεία, τα οποία προϋπολογίζουν μια συγκεκριμένη τιμή για κάθε νοσολογική κατηγορία σύμφωνα με τα διεθνή Diagnostic Related Groups (DRGs), είναι χωρίς επαρκή τεκμηρίωση και ανάλυση επειδή περιλαμβάνουν μόνο το κόστος των λειτουργικών εξόδων και των αναλωσίμων της υπηρεσίας που λαμβάνει ο ασθενής και όχι το σύνολο του κόστους και του επιχειρηματικού κέρδους, συμπεριλαμβανομένων δε και των αμοιβών του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, που είναι και στο μεγαλύτερο μέρος δαπάνη που καλύπτεται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Οι ονομαστικές τιμές συνήθως υπολείπονται των τιμών της αγοράς αλλά και των «σκιωδών κοινωνικών τιμών», αυτών που μπορεί να θεωρηθούν ως τιμές της αγοράς με κάποια προσέγγιση, κατά 50% έως 80%, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις είναι πολλαπλάσιες των τιμών αγοράς. Αυτή η κατάσταση ακυρώνει τις ανταλλαγές και ανοίγει τον δρόμο σε ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές.

1.7. Η Αποδοτική Χρήση των Πόρων

Η χαμηλή αποδοτικότητα, αλλά και ποιότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, έχει αποτελέσει αντικείμενο πλήθους μελετών (Xenos et al., 2017). Σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στις αλληλεπικαλύψεις μεταξύ δομών και υπηρεσιών, στην απουσία συστήματος παραπομπών και κίνησης του πολίτη εντός του συστήματος, αλλά και στην ελλειμματική σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όσον αφορά στη ροή των πόρων αλλά και των προϊόντων και υπηρεσιών, που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη ενός υγιούς ανταγωνισμού. Ειδικά ως προς το τελευταίο, φαίνεται ότι η κεντρική διοίκηση αγνοεί τις σχετικές προτιμήσεις των πολιτών, επιλέγει σε διάφορες περιοχές του συστήματος υγείας την επένδυση πρόσθετων πόρων, αντί της αξιοποίησης όλων των ήδη διαθέσιμων.

Με αφετηρία πρωτίστως τις οργανωτικές αδυναμίες, τα ελλείμματα στην αποδοτικότητα του συστήματος αντανakλώνται μεταξύ άλλων και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σε πρόσφατη έρευνα (Future Proofing Healthcare, 2018), η χώρα μας κατατάσσεται στη 19η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση (28) όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενώ, στον δείκτη που αποτυπώνει τις προοπτικές βιωσιμότητας και τις αντοχές του συστήματος σε σχέση με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, στην 24η. Αξιοσημείωτη, επίσης, είναι και η χαμηλή θέση της χώρας όσον αφορά τις επενδύσεις σε καινοτόμες θεραπευτικές και διαγνωστικές μεθόδους (22η θέση), με τον σχετικό δείκτη να προκύπτει στη βάση αξιολόγησης της δράσης της κεντρικής διοίκησης, αλλά και του ιδιωτικού τομέα.

Η προβληματική και μη αποδοτική χρήση των πόρων του συστήματος υγείας οδήγησε κατά την προ κρίσης περίοδο σε σπατάλη πόρων ενώ, μετά τη λήψη των μέτρων δημοσιονομικής πειθαρχίας, στη διαμόρφωση ενός οριακού τρόπου λειτουργίας του και σε μια αντίστοιχα οριακή κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών (Σουλιώτης, 2013, 2019). Έτσι, παρά τον δομικό εξορθολογισμό της πλευράς της ζήτησης με την ενοποίηση των φορέων ασφάλισης υγείας και τη δημιουργία και μερική λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, η αδυναμία υιοθέτησης ενός πλουραλιστικού υποδείγματος συνεργασιών του με την πλευρά της προσφοράς, περιόρισε τα οφέλη στα αμιγώς διαχειριστικά (όπως για παράδειγμα η προσπάθεια τήρησης του εγκεκριμένου προϋπολογισμού). Σήμερα διαπιστώνεται «βουβή ζήτηση» ή

και εμφανής για άλλες υπηρεσίες που δεν παράγονται επαρκώς, όπως για ογκολογικές θεραπείες, ενώ παρατηρείται υπερπαραγωγή άλλων που δεν συνιστούν προτεραιότητα, όπως για μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες.

1.8. Το Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας

Η στρεβλή ανάπτυξη και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό της πολιτικής υγείας στη χώρα, με πιο χαρακτηριστική τη δυσαναλογία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στο ΕΣΥ με αποτέλεσμα το υψηλότερο κόστος παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Σημαντική ευθύνη φέρει το εκπαιδευτικό σύστημα, το οποίο δεν λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του συστήματος σε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά ακολουθεί μια αυτόνομη πορεία προγραμματισμού θέσεων. Έτσι, παρατηρείται μια περιορισμένη συνεργασία ανάμεσα στο υπουργείο Παιδείας που είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και το υπουργείο Υγείας που παρέχει τις υπηρεσίες υγείας. Βέβαια, ακόμα πιο ανησυχητική είναι η περιορισμένη συνολική παρουσία του ανθρώπινου παράγοντα στο σύστημα υγείας της χώρας, στο οποίο απασχολείται το 5,4% του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ ξεπερνά το 10% (OECD, 2017). Δεδομένου δε ότι πρόκειται για έναν κλάδο, ο οποίος, παρά τη ραγδαία εξέλιξη της σχετικής τεχνολογίας, εξακολουθεί να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εργασία, η υποστελέχωσή του αφενός αντανακλά στη χαμηλή ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών και αφετέρου προκαλεί μια αρνητική εικόνα του συστήματος στους ίδιους τους επαγγελματίες του χώρου, οι οποίοι αναζητούν επαγγελματική διέξοδο κυρίως στο εξωτερικό. Οι αμοιβές του προσωπικού, που καλύπτουν περίπου το 45-50% του προϋπολογισμού, είναι ανεξάρτητες από τον όγκο και την ποιότητα του παραγόμενου έργου, λόγω απουσίας κινήτρων και σύνδεσης της αμοιβής με την απόδοση.

Το θέμα της «γήρανσης» του υγειονομικού πληθυσμού είναι επίσης σε προτεραιότητα, διότι η μαζική έξοδος του διευθυντικού δυναμικού σώματος των γιατρών του ΕΣΥ σε συνδυασμό με την μετανάστευση των νέων γιατρών ακολουθείται από ένα στρώμα γιατρών μέσα στο ΕΣΥ, το οποίο βρίσκεται σε ακραία επαγγελματική κόπωση. Δηλαδή δεν υπάρχει μηχανισμός ανανέωσης του προσωπικού –λόγω του θεσμού της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης– ώστε να εμπλουτιστεί με νεότερες γενιές, που δεν «θα βγάλουν απλώς τη δουλειά» αλλά θα συνεισφέρουν σε νέα γνώση και τεχνογνωσία.

1.9. Η Διοίκηση του Συστήματος Υγείας

Στον πυρήνα αυτού του φαινομένου βρίσκεται η απουσία συγκροτημένης διοίκησης και ο συχνός εναγκαλισμός της με την πλέον «πελατειακή» πτέρυγα του πολιτικού συστήματος, που θεωρεί ότι η διοικητική συνέχεια είναι πολιτικά απαράδεκτη (Athanasiadis, Ratsika, Trompoukis & Philalithis, 2018). Η στάση της διοικητικής ιεραρχίας στις προσπάθειες εισαγωγής των διαρθρωτικών αλλαγών χαρακτηρίζεται από επιφυλακτικότητα έως και άρνηση, γεγονός που οδήγησε στην απώλεια μνήμης για τη διασφάλιση της διοικητικής συνέχειας. Η δυνατότητα λήψης αποφάσεων σε επιχειρησιακό επίπεδο εντός του νοσοκομείου είναι πολύ περιορισμένη και οι παρεμβάσεις της κεντρικής διοίκησης είναι κατά κανόνα γραφειοκρατικές και αναποτελεσματικές. Η διοίκηση των νοσοκομείων παρέμεινε υπό τον πλήρη έλεγχο των κομμάτων εξουσίας (ΠΑΣΟΚ, ΝΔ, ΣΥΡΙΖΑ) με τον αποκλεισμό επαγγελματικών στελεχών με υψηλή επάρκεια.

Η ανάλυση που προηγήθηκε καταδεικνύει την ύπαρξη σημαντικών δομικών, οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων στο σύστημα υγείας της χώρας. Παρά τις νέες προκλήσεις, όπως για παράδειγμα η δημογραφική γήρανση, η ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας, το περιοριστικό οικονομικό περιβάλλον, η ανάγκη υποστήριξης και άλλων διαστάσεων της κοινωνικής προστασίας λόγω των συνεπειών της κρίσης όπως η στέγαση και η διατροφή, οι οποίες εντείνουν τις πιέσεις που ασκούνται στο σύστημα υγείας, η διαχείριση εξακολουθεί να είναι αναχρονιστική. Έχει σε μεγάλο βαθμό ως σημείο αναφοράς τις συνθήκες που επικρατούσαν κατά τη διαμόρφωση του ΕΣΥ, αφού, για παράδειγμα, ο δείκτης που εξακολουθεί να κατευθύνει την κεντρική διοίκηση κατά τη λήψη αποφάσεων στελέχωσης των δομών είναι η σχέση των οργανικών θέσεων του προσωπικού με τους υπηρετούντες.

Ομοίως, ο χάρτης των δομών του ΕΣΥ παραμένει σχεδόν αμετάβλητος και δεν αναπροσαρμόζεται με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και τα σύγχρονα τεχνολογικά δεδομένα, με αποτέλεσμα να υπονομεύει την υγειονομική αυτοδυναμία πολλών περιφερειών και να υποχρεώνει τους πολίτες τους σε διαρκείς μετακινήσεις για την αναζήτηση φροντίδας, ενώ στερεί ταυτόχρονα από τις δομές των μεγάλων αστικών κέντρων τη δυνατότητα προγραμματισμού της ζήτησης. Ως εκ τούτου, στο σύστημα

υγείας της χώρας συνυπάρχουν η υποχρησιμοποίηση των πόρων σε κάποιες δομές με την υπεραπασχόλησή τους σε πολλές άλλες - μία συνθήκη που διαμορφώνει ένα μη παραγωγικό και μη αποδοτικό περιβάλλον κατανομής των σπάνιων πόρων, στο πλαίσιο ενός μη ολοκληρωμένου και μη συντονισμένου συστήματος υγείας.

Ενώ τα παραπάνω προβλήματα αποτελούν διαχρονικά γνωρίσματα του συστήματος υγείας, αυτό το οποίο είναι νέο για την πολιτική υγείας στη χώρα είναι ότι δεν υπάρχει πλέον το χρονικό και οικονομικό περιθώριο για αδράνεια και αποφυγή της υλοποίησης των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων. Υπό αυτή την οπτική λαμβάνοντας υπόψη τους υφιστάμενους διοικητικούς και διαχειριστικούς περιορισμούς, η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη και τεκμηριωμένη πρόταση ρύθμισης συγκεκριμένων θεσμών και περιοχών του συστήματος υγείας, κρίσιμων για τη βιωσιμότητα και την περαιτέρω ανάπτυξή του, στο πλαίσιο ενός νέου «ΕΣΥ».

1.10. Συμπεράσματα

Συνοπτικά, το πολιτικό σύστημα δεν αποτόλμησε την εισαγωγή ανταγωνιστικών στοιχείων στην πλευρά της προσφοράς που επικυριαρχεί στο σύνολο των υγειονομικών αγορών και σε αυτήν εδράζεται το μείζον πρόβλημα της μη αποδοτικότητας των υγειονομικών πόρων. Υπό το πρίσμα αυτό, αντί της επιλογής ενός μεταρρυθμιστικού «Big Bang» αποφασίσθηκε η προτίμηση μιας ευχερούς προσέγγισης του τύπου «βλέποντας και κάνοντας». Η προσέγγιση αυτή όμως δεν μπόρεσε να ανατρέψει: α) το πολύ χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών/χρηστών, β) το χαμηλό επίπεδο αποδοτικότητας πόρων, ιδιαίτερα στα νοσοκομεία, γ) τις πολύ υψηλές ιδιωτικές δαπάνες. Κατά συνέπεια, υπό το βάρος μιας πενιχρής θεσμικότητας και των διαδρομών εξάρτησης, οι διαρθρωτικές αλλαγές στην υγεία παραμένουν ως μείζον πολιτικό και κοινωνικό μεταρρυθμιστικό αίτημα, ώστε το δίλημμα «κοινωνική μεταρρύθμιση versus κομματικός πραγματισμός» να αιωρείται πάνω από τη χώρα. Επιπροσθέτως, το ζήτημα της «δημοκρατίας στην υγεία» υπήρξε το μείζον πρόβλημα στην πρόσφατη περίοδο, δεδομένου ότι στη διαμόρφωση αυτών των πολιτικών απουσιάζουν παντελώς οι χρήστες και οι οργανώσεις των ασθενών (Σουλιώτης, 2014).

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φεβρουάριος 2020

Πλαίσιο Αρχών και Αξιών



2

2.1. Εισαγωγή

Η ακόλουθη σειρά προτάσεων συνιστά μια προσέγγιση αρχών και αξιών αλλά και αξόνων αναφοράς, που αποσκοπεί στην εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών στο υγειονομικό σύστημα με βάση τα κριτήρια της κλινικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της κοινωνικής ισότητας. Ο κύριος σκοπός είναι η ευρεία ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας, με στόχο τη διασφάλιση της ολοκληρωμένης κάλυψης των αναγκών υγείας και φροντίδας των ασφαλισμένων που θα πρέπει να είναι το σύνολο του πληθυσμού χωρίς αποκλεισμούς και εξαιρέσεις, της ευχερούς πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και της αποτροπής της καταστροφικής δαπάνης των νοικοκυριών. Η προσέγγιση αυτή κυρίως αποσκοπεί στην αναζήτηση αποδοχής μιας ακολουθίας μεταρρυθμιστικών προτάσεων για τη σύζευξη της ελευθερίας και της ισότητας στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη με σεβασμό των δικαιωμάτων, των προσδοκιών και των αξιών του ασθενούς.

Το σύστημα υγείας οφείλει να διατυπώνει με σαφήνεια την αποστολή του, και τις βασικές αξίες που διέπουν τη λειτουργία του, να καθορίζει μετρήσιμους στόχους κεντρικά και περιφερειακά αλλά και σε κάθε λειτουργία του, να εξασφαλίζει επάρκεια πόρων και τη δίκαιη κατανομή τους σύμφωνα με τις υφιστάμενες ανάγκες υγείας, να διαθέτει μηχανισμούς αξιολόγησης-ελέγχου-επιβράβευσης.

2.2. Τα Όρια και ο Χαρακτήρας της Κρατικής Παρέμβασης

Το κράτος εγγυάται την υγεία και τη φροντίδα των πολιτών και επενδύει σε αυτήν. Η διανομή των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας γίνεται με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αποδοτικότητας. Η εγγύηση αυτή υλοποιείται με την επένδυση στο «κεφάλαιο υγείας» των ατόμων και των νοικοκυριών για την ανάπτυξη του «ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου» της χώρας και του «αποθέματος της υγείας» της οικογένειας.

Σε όλους τους πολίτες και τα νοικοκυριά δίνεται η δυνατότητα ευχερούς πρόσβασης σε όλα τα σημεία του υγειονομικού τομέα. Η πρόσβαση δεν υπόκειται σε περιορισμούς και δεν αναιρείται από το σύστημα παραπομπής. Το κράτος δεσμεύεται να ασκεί «αντιμονοπωλιακές πολιτικές» με τη διεύρυνση της διαθεσιμότητας της πλευράς της προσφοράς, για τη μείωση του κόστους του χρόνου και του χρήματος της στιγμής της ανταλλαγής. Η διαδικασία πρόσβασης διασφαλίζεται με την ελεύθερη επιλογή των χρηστών και την ισότητα στην πρόσβαση για ίση ανάγκη, καθώς και με την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να διευκολύνουν τους πολίτες, ώστε να επιτυγχάνονται η συνέχεια και η ολοκλήρωση της φροντίδας υγείας. Οι κατάλληλες πολιτικές για τον σκοπό αυτό ασκούνται για την πρόσβαση σε όλα τα «δημόσια αγαθά» της υγείας, όπως είναι οι εμβολιασμοί, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η διαχείριση και ο έλεγχος των μειζόνων συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία, η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και ο θάνατος με αξιοπρέπεια.

Αποτελεί ευθύνη του κράτους η υιοθέτηση μέτρων και πολιτικών ελέγχου και διαχείρισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων που σχετίζονται με την υγεία και τη φροντίδα υγείας, ώστε η ισότητα να εκφράζεται στα αποτελέσματα και τις εκβάσεις της υγείας. Άλλωστε, ανάμεσα στους 21 στόχους που έθεσε ο ΠΟΥ για την Ευρώπη του 2020 ήταν η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών τουλάχιστον κατά το 1/3 και η μείωση των ανισοτήτων μεταξύ κοινωνικών ομάδων τουλάχιστον κατά το 1/4. Ο βαθμός επίτευξης των στόχων αυτών δεν έχει ακόμα καταγραφεί.

Οι υγειονομικές αρχές οφείλουν να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή της «καταστροφικής δαπάνης», ειδικά για τους ανασφάλιστους, τους φτωχούς και τους χρονίως πάσχοντες. Συμπληρωματικά, αναπτύσσονται οι αναγκαίοι μηχανισμοί αναπλήρωσης του εισοδήματος για την άμβλυνση της οικονομικής βλάβης των νοικοκυριών και την αποτροπή της φτωχοποίησης των νοικοκυριών από τις καταστροφικές δαπάνες.

Το κράτος υποχρεούται να παρέχει επαρκή πληροφόρηση στους πολίτες και τα νοικοκυριά για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη, αλλά και να διευρύνει την εγγραματοσύνη υγείας (health literacy) και των δεξιοτήτων τους να αποφασίζουν για την υγεία τους, προκειμένου να μπορούν να πραγματοποιούν ορθολογικές επιλογές και να πρωταγωνιστούν στις ανταλλαγές στην υγεία, δηλαδή τα σημεία συναλλαγής του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη για να προστατεύονται από τις καταχρηστικές πρακτικές της πλευράς προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, το κράτος εγγυάται και προωθεί τις αξίες της «τεκμηριωμένης βιοηθικής» και αναπτύσσει τις αρχές και τις πρακτικές της φιλοσοφίας και της κουλτούρας του ευρύτερου δημοσίου χώρου και του κοινωνικού συμφέροντος. Η φορολογική και ασφαλιστική πολιτική πρέπει να έχει προοδευτικό χαρακτήρα και οφείλει να είναι συνδεδεμένη με την υγεία και να διευκολύνει τους πολίτες, για την κάλυψη των αναγκών τους και την υιοθέτηση από μέρους τους θετικών επιλογών για την υγεία.

Στην εθνική πολιτική υγείας καθώς και στις περιφερειακές πολιτικές, οι αρχές και οι εμπλεκόμενοι φορείς οφείλουν να ενσωματώνουν πλην των κοινωνικών και οικονομικών δεδομένων, τις «ηθικές και πολιτισμικές αξίες» του πληθυσμού αναφοράς, αλλά και να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή της κοινότητας στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και στις σχετικές αποφάσεις.

2.3. Η Συμβολή των Υπηρεσιών Ιατρικής Περίθαλψης

Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση τον άριστο συνδυασμό των ανθρώπινων πόρων και της τεχνολογίας και την αποδοτική χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων. Οι υπηρεσίες υγείας του δημόσιου, ιδιωτικού και κοινωνικού τομέα λειτουργούν στο πλαίσιο «ελεγχόμενου -από το κράτος- ανταγωνισμού», υπό την εποπτεία και τον έλεγχο των δημοσίων αρχών με κοινούς κανόνες και όμοια κριτήρια. Η διοίκηση και η διαχείριση των κρατικών υγειονομικών μονάδων προσαρμόζεται στις τεχνικές της «αυτοκυβέρνησης» και της «αυτοδιαχείρισης». Εντός του κατάλληλου ανταγωνιστικού θεσμικού πλαισίου επιχειρηματικότητας με βάση την επιδίωξη του δημόσιου και κοινωνικού συμφέροντος, αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πολιτών/ασθενών. Το σύνολο των υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας υποχρεούται να συμμετέχει σε τακτές και οργανωμένες λειτουργίες «ιατρικού ελέγχου», τα αποτελέσματα του οποίου πρέπει να είναι προσβάσιμα και διαφανή.

Η χρηματοδότηση των υγειονομικών μονάδων υπακούει στις τεχνικές και τις μεθόδους της «προοπτικής χρηματοδότησης».¹ Στο πλαίσιο αυτό, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποζημιώνεται με κριτήριο την «κατά κεφαλή πληρωμή»² του καλυπτόμενου πληθυσμού ή/και «την πληρωμή με βάση το είδος της ομάδας επίσκεψης», ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη με κριτήριο τη «διαγνωστική ομάδα με βάση τη βαρύτητα της νόσου».³

Οι κλινικές πρακτικές υπόκεινται στις αξίες της ανθρωπιστικής ιατρικής και της «τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας», καθώς και της αξιοπρέπειας με βάση τις αρχές της συμπονετικής φροντίδας. Οι σχέσεις γιατρών και ασθενών βασίζονται στις αρχές της ελευθερίας, του σεβασμού των δικαιωμάτων και στην καλλιέργεια αισθημάτων αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Οι υπηρεσίες αξιολογούνται κατά βάση από χρήστες των υπηρεσιών. Η δε κεντρική διοίκηση

1. Με τον όρο «προοπτική χρηματοδότηση» νοείται η εκ των προτέρων συμφωνία τιμολόγησης ανάμεσα στους παρόχους και τους πληρωτές με βάση μια κοινή εκτίμηση των ποσοτήτων που θα καταναλωθούν.

2. Με τον όρο «κατά κεφαλήν πληρωμή» νοείται η αποζημίωση των παρόχων με βάση το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού ανεξάρτητα από τον όγκο της κατανάλωσης.

3. Με τους δύο τελευταίους όρους νοείται ότι στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη οι επισκέψεις και οι εισαγωγές ταξινομούνται και ομαδοποιούνται αντίστοιχα και τιμολογούνται κατά ομάδες και περιπτώσεις.

οφείλει να αναπτύξει πολιτικές «διπλωματίας στην υγεία», με τους διεθνείς οργανισμούς, τις όμορες χώρες και τους φορείς διεθνούς συνεργασίας και ανάπτυξης στην υγεία.

2.4. Η Διάσταση των Ανθρώπινων Πόρων

Στα συστήματα υγείας όλα τα μέρη προσαρμόζονται και μαθαίνουν να επιβιώνουν, σε μια τοπογραφία που διαμορφώνεται από συνυπάρχοντα αλλά διαρκώς μεταλλασσόμενα δυναμικά στοιχεία. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν τα άτομα (πολίτες, ασθενείς, επαγγελματίες υγείας), οι σχέσεις που αναπτύσσουν μεταξύ τους, οι αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον, η συνεχής παραγωγή γνώσης, η απόκτηση νέων δεξιοτήτων. Οι κοινωνικοί εταίροι και ειδικότερα οι ασθενείς πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστη και κύρια συνιστώσα σε όλα τα σημεία σχεδιασμού και λήψης αποφάσεων. Θα πρέπει, επίσης, να ενισχυθούν τα υφιστάμενα γραφεία προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών, τα οποία στα μεγάλα νοσοκομεία θα πρέπει να μετεξελιχθούν σε τμήματα. Οι δημόσιες αρχές έχουν την ευθύνη κινητοποίησης και υποστήριξης του «κοινωνικού κεφαλαίου» της χώρας στην υγεία και προώθησης του εθελοντισμού και της ανθρωπιστικής δράσης.

Οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών, των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας υπακούουν στα κριτήρια της αναζήτησης της αποδοτικής χρήσης των πόρων. Οι σχέσεις αυτές προσαρμόζονται κατά περίπτωση και με όλους τους δυνατούς τρόπους στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, καθώς και στους επιχειρησιακούς κανόνες και περιορισμούς των υπηρεσιών υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας, τα κλινικά και νοσηλευτικά τμήματα και οι διοικητικές αρχές υποχρεούνται στη «συλλογή ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων». Επίσης, στην «τήρηση αρχείων» σύμφωνα με τις οδηγίες των εποπτικών οργάνων, τα οποία πρέπει να είναι άμεσα και ευχερώς διαθέσιμα στις αρχές και στους πολίτες με όρους διαφάνειας και ευχερούς πρόσβασης.

2.5. Συμπεράσματα

Η παρούσα μεταρρυθμιστική πρόταση βασίζεται σε μια απόπειρα «γενετικής» τροποποίησης του υγειονομικού τομέα. Αποφεύγει τις αναδομήσεις μόνο «μηχανικού» χαρακτήρα (π.χ. διοικητικής αρχιτεκτονικής) που έχουν υψηλό κόστος μετάβασης και χαμηλό βαθμό επίδοσης. Αποδίδει πρόσθετο ειδικό βάρος στη διαφάνεια της διοίκησης διαμέσου της δημοσίευσης των δεδομένων και των εκβάσεων. Προσδίδει έμφαση στην υγειονομική δημοκρατία με την υποστήριξη της θέσης των πολιτών και αποδίδει πρωταγωνιστικό ρόλο στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας.

Με το προτεινόμενο σχέδιο, εκτός από την προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών επιδιώκεται: α) η δραστική βελτίωση της ικανοποίησης των πολιτών/χρηστών, β) η καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και των εισφορών γ) η ενίσχυση και αναβάθμιση του υγειονομικού προσωπικού, δ) η εισαγωγή τεχνολογιών αιχμής (e-health) και ε) η ανάπτυξη συμβολαϊκών συνεργιών και ανταγωνισμού δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας.

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φεβρουάριος 2020

Οργάνωση-Διοίκηση



3.1. Εισαγωγή

Το σημερινό ΕΣΥ περιλαμβάνει 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, περίπου 200 πρώην Πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές που έχουν ενταχθεί πρόσφατα στο ΕΣΥ συγκροτώντας μαζί με τα ΚΥ το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), καθώς και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές. Η διάρθρωση αυτή θεωρείται επαρκής όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ωστόσο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να υπολείπεται, ενώ και η πιο πρόσφατη παρέμβαση με την ίδρυση των Το.Μ.Υ. εφαρμόστηκε μόνο κατά το ήμισυ του αρχικού σχεδιασμού, με αποτέλεσμα να καλύπτεται μόνο το 1/5 του αστικού πληθυσμού.

Οι παραπάνω μονάδες υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες ασκούν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό και, σε μικρότερο βαθμό, διοικητικό ρόλο. Ουσιαστικά, παρά την αποκεντρωμένη δομή του, η διοίκηση του ΕΣΥ εξακολουθεί να ασκείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας με κυρίαρχο τον ρόλο της εκάστοτε ηγεσίας του υπουργείου. Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητές και Δ.Σ. που ορίζει το υπουργείο Υγείας και τα ΚΥ, που υπάγονται διοικητικά στις ΥΠΕ, από Διευθυντές ΕΣΥ οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ.

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται από τη γενική φορολογία κυρίως για την πληρωμή της μισθοδοσίας και από κοινωνική ασφάλιση για την αγορά των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η μόνη δομική μεταβολή η οποία έχει εφαρμοστεί στο πεδίο της χρηματοδότησης αφορά στην ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και, κατ' επέκταση, η υιοθέτηση ενιαίων κανόνων αποζημίωσης.

Η προτεινόμενη ανασυγκρότηση του ΕΣΥ αποσκοπεί στον άριστο συνδυασμό των ανθρώπινων πόρων, της τεχνολογίας και των σύγχρονων μορφών διοίκησης, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ικανοποίηση των αναγκών υγείας και φροντίδας, καθώς και των προσδοκιών των πολιτών/ασθενών, με ελευθερία, ισότητα και αποδοτικότητα. Βασικές οργανωτικές αρχές της ανασυγκρότησης του ΕΣΥ είναι η αποκέντρωση (Athanasiadis,

Kostopoulou & Philalithis, 2015), η δημοκρατία, η «αυτοκυβέρνηση» και ο ελεγχόμενος -από το κράτος- ανταγωνισμός σε ένα σύγχρονο πλαίσιο σχέσεων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

Για τον σκοπό αυτό προτείνονται αλλαγές στον ρόλο του υπουργείου Υγείας (ΥΥ), στην οργάνωση και λειτουργία των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ), στο θεσμικό καθεστώς, στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων, στην οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στη σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

3.2. Ο Στρατηγικός και Επιτελικός Ρόλος του Υπουργείου Υγείας

Είναι ανάγκη να διαχωριστεί η πολιτική ευθύνη από την επιχειρησιακή ευθύνη στη λειτουργία του ΕΣΥ (Νεκτάριος, 2019). Η επιχειρησιακή ευθύνη θα πρέπει να είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των οργάνων διοίκησης του ΕΣΥ σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Το υπουργείο Υγείας οφείλει να:

- (α) Καθορίζει τις αξίες που διέπουν το ΕΣΥ και να είναι ο θεσμοφύλακας τους.
- (β) Ασκεί επιτελικό και εποπτικό ρόλο στο ΕΣΥ.
- (γ) Θέτει τους στρατηγικούς στόχους και να έχει την ευθύνη της υλοποίησης του στρατηγικού σχεδιασμού σε εθνικό επίπεδο.
- (δ) Διαπραγματεύεται εντός της Κυβέρνησης τον ετήσιο προϋπολογισμό του ΕΣΥ, να τον κατανέμει στις ΥΠΕ και να ελέγχει την εκτέλεση του.
- (ε) Υλοποιεί τις πολιτικές κατανομής των ανθρώπινων και υλικών πόρων στις ΥΠΕ.
- (στ) Νομοθετεί, διασφαλίζει την πρόσβαση των πολιτών στις αναγκαίες υπηρεσίες και να ρυθμίζει τις σχέσεις του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.
- (ζ) Εκπονεί μακροπρόθεσμα σχέδια για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ.
- (η) Υποστηρίζει το έργο και τη λειτουργία των ΥΠΕ.
- (θ) Καθορίζει τις προδιαγραφές λειτουργίας, παρεχόμενων υπηρεσιών, κωδικοποιήσεων και διαλειτουργικότητας των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας (ΟΠΣΥ) των νοσοκομείων.

Η άσκηση των κλασικών πολιτικών του υπουργείου Υγείας, όπως η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρόληψης, πρέπει να εμπλουτιστεί με σειρά νέων θεσμικών παρεμβάσεων σε νέους τομείς πολιτικής, οι οποίοι έχουν παραμεληθεί στη χώρα μας. Η αναβάθμιση του στρατηγικού ρόλου του υπουργείου Υγείας θα πρέπει να συνδυαστεί με την απαλλαγή του από την ευθύνη διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, αλλά με ενίσχυση του επιτελικού και εποπτικού ρόλου του.

3.3. Η Θεσμοθέτηση του Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης

Το «Κέντρο» προτείνεται να είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) με γνωμοδοτικές αρμοδιότητες προς το ΥΥ στους εξής τομείς:

- (α) Σχεδιασμός ανθρώπινων και υλικών πόρων σε εθνικό επίπεδο.
- (β) Κατανομή ανθρώπινων και υλικών πόρων ανά ΥΠΕ.
- (γ) Παρακολούθηση της λειτουργίας του ΕΣΥ σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο (management reporting).
- (δ) Διαμεσολάβηση και διευκόλυνση των διαπραγματεύσεων για τη σύναψη συμβάσεων προμηθευτών (ΕΣΥ) αγοραστών (ΕΟΠΥΥ, ασφαλιστικών οργανισμών).
- (ε) Διαμεσολάβηση και διευκόλυνση (των διαπραγματεύσεων) για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ ΕΣΥ και παρόχων ιδιωτικού τομέα.
- (στ) Αξιολόγηση της λειτουργίας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα (εθνικό, περιφερειακό, νοσοκομεία, δίκτυα ΠΦΥ).

Για την επιτέλεση της αποστολής του το «Κέντρο»:

- (α) Αποτελεί τον πρώτο και βασικό φορέα συγκέντρωσης και αξιολόγησης όλων των πληροφοριών που αφορούν τη λειτουργία του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα.
- (β) Συντάσσει ετήσιες εκθέσεις απολογισμού της λειτουργίας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα.
- (γ) Δημιουργεί Δίκτυο συνεργαζόμενων ακαδημαϊκών και ερευνητικών κέντρων, για την επιστημονική υποστήριξη του έργου του.
- (δ) Στελεχώνεται από μέλη που έχουν επιστημονική ή/και επαγγελματική εμπειρία στους τομείς της διοίκησης, οργάνωσης, οικονομικών της υγείας.

3.4. Η Οργάνωση και Λειτουργία των Υγειονομικών Περιφερειών

Δημιουργούνται 13 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) ως ΝΠΔΔ σε κάθε μία από τις δεκατρείς διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Στο ΔΣ κάθε ΥΠΕ, συμμετέχουν εκπρόσωπος της διοικητικής περιφέρειας, εκπρόσωπος της Πανελλήνιας Ένωσης Ασθενών και εκπρόσωπος των εργαζομένων υγείας σε αυτήν.

Η ΥΠΕ (ως ΝΠΔΔ) έχει τον κύριο στρατηγικό, εκτελεστικό και συμβουλευτικό ρόλο για την παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας με την άσκηση περιφερειακής διοίκησης στις μονάδες και υπηρεσίες που υπάγονται σε αυτήν. Πιο συγκεκριμένα οι βασικές αρμοδιότητες των ΥΠΕ περιλαμβάνουν:

- Στρατηγικό σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών για τον αριθμό των νοσοκομείων, τη συγκρότηση των Συμπλεγμάτων και των Δικτύων Νοσοκομείων και την κατανομή τους ανά Υγειονομική Περιφέρεια, τον προσδιορισμό των ιατρικών ειδικοτήτων και το είδος των συμβάσεων συνεργασίας με τη σύμφωνη γνώμη του «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης».
- Στρατηγικό σχεδιασμό για τη συγκρότηση των Δικτύων ΠΦΥ.
- Εκτελεστικό ρόλο αναφορικά με τη σύναψη συμβάσεων συνεργασίας με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τη χρηματοδότηση, την πληρωμή, τις προμήθειες, τα κτίρια και τις υποδομές κλπ.
- Αξιολόγηση των αναγκών και των παρεχόμενων υπηρεσιών και ανάπτυξη/παροχή συμβουλευτικού έργου (ανάπτυξη και λειτουργία επαρκούς βάσης δεδομένων, δεικτών ζήτησης και προσφοράς -βάσει των αναγκών υγείας του πληθυσμού).
- Σύνταξη προϋπολογισμού της ΥΠΕ.

Ενδεικτικά οι Υπηρεσίες της ΥΠΕ περιλαμβάνουν:

- Την Υπηρεσία Συμβάσεων για την κατάρτιση των συμβάσεων συνεργασίας.

- Την Υπηρεσία Κτιρίων και Υποδομών για τον σχεδιασμό και την οργάνωση των κτιρίων και των υποδομών.
- Την Υπηρεσία/Επιτροπή Λοιμώξεων, Ασφάλειας Ασθενών και Προστασίας της Υγείας για τη ρύθμιση θεμάτων σχετικά με την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων και την προαγωγή της δημόσιας υγείας.
- Την Υπηρεσία Αγορών και Προμηθειών για τον προγραμματισμό και την εκτέλεση αγορών και προμηθειών με στόχο την εξοικονόμηση πόρων. Στην υπηρεσία μπορεί να περιλαμβάνεται και η υπηρεσία φαρμάκων και υγειονομικού υλικού για τη ρύθμιση θεμάτων σχετικά με τη φαρμακευτική πολιτική και τα προϊόντα υγείας.
- Την Υπηρεσία Πληροφοριακής Διασύνδεσης και Μηχανοργάνωσης των Νοσοκομείων.
- Την Οικονομική Υπηρεσία, συμπεριλαμβανομένου ενός τμήματος διερεύνησης και αξιοποίησης χρηματοδοτικών πόρων από πρόσθετες πηγές.

Επίσης, συγκροτούνται και Μη Εκτελεστικές Υπηρεσίες και Επιτροπές για την παροχή ανεξάρτητου συμβουλευτικού έργου, με τη σύσταση επιτροπών όπως η Υπηρεσία Ποιότητας και Πιστοποίησης, η Επιτροπή Εκπαίδευσης, η Επιτροπή Νομικών Υπηρεσιών και Διασφάλισης Διαδικασιών Τήρησης Προσωπικών Δεδομένων και άλλες σχετικές. Τέλος, προτείνεται να συσταθούν και Ειδικές Υπηρεσίες για την παροχή συμβουλευτικού έργου σε εξειδικευμένους τομείς όπως για παράδειγμα η Επιτροπή Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας και η Επιτροπή Διαχείρισης Αλλαγών. Οι προτεινόμενες Υπηρεσίες και Επιτροπές στελεχώνονται από άτομα με επιστημονικό ή/και επαγγελματικό έργο στα επιμέρους αντικείμενα.⁴

⁴ Στο πλαίσιο του σχετικού προβληματισμού που αναπτύχθηκε, ένα μέλος της Ομάδας συγγραφής της Έκθεσης υποστήριξε ότι υπό τις παρούσες συνθήκες θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε κρίσιμες αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ, όπως:

- Η διάσπαση της όλης ΥΠΕ (Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας) σε δύο, μια με έδρα την Πάτρα και μια με έδρα τα Ιωάννινα και διατήρηση ως έχουν των υπόλοιπων ΥΠΕ με ενίσχυση των συντονιστικών αρμοδιοτήτων τους, λόγω της ροής των ασθενών στις δύο αυτές πόλεις που διαθέτουν τρίτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο.
- Η δημιουργία σε κάθε ΥΠΕ Περιφερειακής Συμβουλευτικής Επιτροπής Υγείας, στην οποία συμμετέχουν, εκτός από τη διοίκηση της ΥΠΕ, εκπρόσωποι των Περιφερειών, των Δήμων και των Σχολών Επιστημών Υγείας που αντιστοιχούν σε αυτές, με σκοπό να βελτιωθεί η ανταπόκριση στις τοπικές ανάγκες, αλλά και η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και φροντίδας που υπάγονται στους ΟΤΑ. Επίσης, η ενίσχυση της σύνδεσης της παροχής υπηρεσιών με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και έρευνα.
- Η παραμονή των νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ, ενώ με κατάλληλες νομικές ρυθμίσεις μπορεί να γίνει εφικτή η αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ, όπως προτείνεται στο Κεφάλαιο 5, καθώς και οι νέες μορφές οργάνωσης του νοσοκομειακού τομέα, που προτείνονται στην παρούσα Έκθεση.

3.5. Η Συγκρότηση των Συμπλεγμάτων και των Δικτύων Νοσοκομείων

Σε κάθε ΥΠΕ (ως ΝΠΔΔ) προτείνεται η συγκρότηση ενός ή περισσότερων «Συμπλεγμάτων» και «Δικτύων» Νοσοκομείων. Το Σύμπλεγμα Νοσοκομείων (hospital trust) και το Δίκτυο Νοσοκομείων (hospital network) αποτελούν δομές συνεργαζόμενων μονάδων υγείας (νοσοκομείων) τα οποία παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό (Smith & Goddard, 2009), σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο Κεφάλαιο 5 «Ο Νοσοκομειακός Τομέας». Η αναδιοργάνωση της δομής των υπηρεσιών όσον αφορά την προτεινόμενη διαρθρωτική δομή που στον πυρήνα της έχει την αποκέντρωση και τη διοικητική συγχώνευση των Νοσοκομείων αναμένεται να συμβάλλει σημαντικά:

(α) Στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων κλινικών υπηρεσιών μέσω της ανάπτυξης των συνεργιών που πρόκειται να αναπτυχθούν μεταξύ των νοσοκομείων που θα απαρτίζουν τα «Συμπλέγματα» και τα «Δίκτυα» Νοσοκομείων και την αναμόρφωση και βελτιστοποίηση του τρόπου παροχής των υπηρεσιών.

(β) Στη βέλτιστη αξιοποίηση της νοσοκομειακής υποδομής και της τεχνολογίας αιχμής και την απόκτηση ή τη χρήση μέσω ΣΔΙΤ νέου σύγχρονου εξοπλισμού και υποδομής που δεν θα ήταν δυνατόν να αποκτηθεί από καθένα Νοσοκομείο μεμονωμένα.

(γ) Στη συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών με την αύξηση της αποδοτικής χρήσης των περιορισμένων πόρων αλλά και τη μείωση των λειτουργικών δαπανών και την αύξηση των εσόδων.

(δ) Στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των περιστατικών εντός του νοσοκομείου και στη μείωση των άσκοπων εισαγωγών από περιστατικά που μπορούν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

(ε) Στην ανάπτυξη εναλλακτικών δομών νοσηλείας όπως για παράδειγμα οι μετα-νοσοκομειακές υπηρεσίες και η κατ' οίκον νοσηλεία.

Πιο αναλυτικά, τα προτεινόμενα «Συμπλέγματα» και «Δίκτυα» Νοσοκομείων που θα προκύψουν (ανά Υγειονομική Περιφέρεια) θα είναι καλύτερα εξοπλισμένα με τεχνολογία αιχμής, η οποία θα προμηθεύεται από κοινού και όχι από κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά και θα παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε όλο το φάσμα των ιατρικών ειδικοτήτων μέσω των συνεργασιών, των συνεργιών, της συμπληρωματικότητας και των οικονομιών κλίμακας που θα αναπτυχθούν. Η διοικητική και λειτουργική αποκέντρωση που προτείνεται στοχεύει στην καλύτερη διασύνδεση με την ΠΦΥ ώστε να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατόν περισσότερα νοσήματα σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Ο στόχος αυτός θα επιτευχθεί με την εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και με την εκτεταμένη υλοποίηση ή/και ενίσχυση του θεσμού των Ημερήσιων Κλινικών, η οποία θα συμβάλλει και στη μείωση των κλινών ανά νοσοκομείο. Επίσης, οι εκτελεστικές υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν ενισχυμένο ρόλο στη λήψη και υλοποίηση των αποφάσεων, όπως για παράδειγμα η Υπηρεσία/Επιτροπή Λοιμώξεων, Ασφάλειας Ασθενών και Προστασίας της Υγείας για την παροχή συμβουλευτικού έργου σχετικά με την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθώς και την υποχρέωση της παρακολούθησης και της σύνταξης αναφορών (monitoring and reporting). Πρέπει, επίσης, να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη βελτίωση του σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού για τη στελέχωση των Νοσοκομείων, με ποσοτικοποίηση των αναγκών σύμφωνα με τις προβλεπόμενες ανάγκες, τον φόρτο εργασίας και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, την ανάπτυξη αξιόπιστων μητρώων για τις ροές και τις ανάγκες συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης του Ανθρώπινου Δυναμικού του τομέα της Υγείας (ΑΔΥ) και τη συστηματική παρακολούθηση και ανάλυση βασικών δεικτών απόδοσης του ΑΔΥ σε συνδυασμό με τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Επιπρόσθετα, για την επιτυχή έκβαση των προτεινόμενων μέτρων, είναι σημαντική:

(α) Η εγκαθίδρυση συστήματος ελέγχου μέσω της καταγραφής και παρακολούθησης των δεικτών ποιότητας, όπως η ενδονοσοκομειακή θνητότητα (μετά από επιλεγμένες παρεμβάσεις όπως η αρθροπλαστική ισχίου, γόνατος ή παθήσεις όπως το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), τα ποσοστά επιπλοκών και τα ποσοστά επανεισαγωγών εντός 30 ημερών στο πλαίσιο του συστήματος BI (Business Intelligence) του υπουργείου Υγείας.

(β) Η αξιολόγηση των οικονομικών αποτελεσμάτων λόγω της εξοικονόμησης που αναμένεται να επιτευχθεί από τη συνεργασία, τις συνέργειες και τις οικονομίες κλίμακας που μπορεί να επιφέρει η δημιουργία των «Συμπλεγμάτων» και «Δικτύων» Νοσοκομείων

ανά Υγειονομική Περιφέρεια (από την ενοποίηση των προμηθειών, τον περιορισμό των διοικητικών δαπανών, τη συγκέντρωση των υπηρεσιών, τη συγκράτηση των σταθερών δαπανών και το ενδεχόμενο κλείσιμο/αλλαγή χρήσης τμημάτων ή τη μετακίνηση προσωπικού, κ.ά.).

3.6. Συνεργασίες Μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Μέχρι σήμερα η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα είναι περιορισμένη είτε άμεσα για τη φύλαξη, καθαριότητα, σίτιση, κ.ά. των δημόσιων νοσοκομείων, είτε για την αγορά υπηρεσιών από τον συμβεβλημένο ιδιωτικό τομέα (γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές). Σημαντικά είναι και τα έσοδα δημόσιων νοσοκομείων για κλινικές μελέτες που επιχορηγούνται από τη φαρμακοβιομηχανία.

Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να αναπτυχθούν και να εγκαθιδρυθούν συνεργασίες με τον ιδιωτικό τομέα όπως για παράδειγμα συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές, συμβάσεις παροχής υπηρεσιών, συμβάσεις υπεργολαβίας, συμβάσεις διαχείρισης ή μίσθωσης εξοπλισμού, παραχωρήσεις, συμβάσεις εκχώρησης, και άλλες σχετικές. Πρέπει να οικοδομηθούν και να διατηρηθούν συνεργασίες με όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων αυτών του ιδιωτικού τομέα, με στόχο την επέκταση των υπηρεσιών για την προώθηση της καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας, την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού και την πρόβλεψη για την εφαρμογή του κατάλληλου ελεγκτικού και ρυθμιστικού πλαισίου. Οι προτεινόμενες συνέργειες θα επικυρώνονται από ένα πλαίσιο το οποίο θα ρυθμίζει λεπτομερώς τη φύση της σχέσης των νοσοκομείων με τους μη κρατικούς/ιδιωτικούς παρόχους, την τακτική επανεξέταση των πολιτικών και κατευθυντήριων γραμμών χρηματοδότησης, τους στόχους απόδοσης του συστήματος και τα πρότυπα ποιότητας τα οποία θα πρέπει να πληρούν οι μη κρατικοί φορείς.

3.7. Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Θα πρέπει να υιοθετηθούν οι κατάλληλες διαδικασίες διαπίστευσης και εξωτερικής διασφάλισης της ποιότητας με στόχο τη μέτρηση, την παρακολούθηση και τον έλεγχο προκειμένου να διατηρηθούν και να βελτιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας. Σήμερα, η διασφάλιση της ποιότητας περιορίζεται στην πιστοποίηση κατά ISO ορισμένων μονάδων του ΕΣΥ, κυρίως εργαστηρίων. Σε αυτό το πλαίσιο, οι προτεινόμενες ενέργειες περιλαμβάνουν την υιοθέτηση ενός εξωτερικού συστήματος διασφάλισης της ποιότητας που θα εξασφαλίζει ότι οι υποδομές ικανοποιούν τις απαιτήσεις και τα διεθνή πρότυπα λειτουργίας, τη δημιουργία ειδικής επιτροπής για τον καθορισμό των προδιαγραφών παροχής υπηρεσιών και λειτουργίας, των αναγκών πληροφόρησης και των απαιτήσεων υποβολής εκθέσεων για τα Νοσοκομεία και την προώθηση της κουλτούρας συμμόρφωσης με τη διαδικασία διαπίστευσης. Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται αναφορικά με τη διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων των ασθενών.

Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει την ύπαρξη συστήματος αξιολόγησης των υπηρεσιών που παρέχει και του ανθρώπινου δυναμικού που διαθέτει. Ως δραστηριότητα, η διασφάλιση ποιότητας θα υπάγεται στις αρμοδιότητες του προτεινόμενου «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης» και οι πολίτες, και όχι μόνο οι αρμόδιοι, θα είναι σε θέση να γνωρίζουν την απόδοση των μονάδων υγείας, ώστε να διασφαλίζεται η αναγκαία λογοδοσία.

3.8. Συνέχεια της Φροντίδας

Τέλος, είναι απαραίτητη η ενίσχυση της συνέχειας της φροντίδας με την ανάπτυξη μετα-νοσοκομειακών υπηρεσιών π.χ. υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (long term care), ανακουφιστικής φροντίδας (hospices – palliative care), αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας. Συνεπώς, οι ασθενείς που έχουν ανάγκη από τέτοιες υπηρεσίες δεν θα καταλαμβάνουν κλίνες οξείας νοσηλείας στα νοσοκομεία, φαινόμενο που στις μέρες μας είναι σε ιδιαίτερη έξαρση καθώς δεν υπάρχει ανάλογη δομή για να απευθυνθούν. Επίσης, είναι πολύ σημαντική η ανάπτυξη κλινών ΜΕΘ με την κατάλληλη στελέχωση καθώς υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη έλλειψη.

3.9. Ανάπτυξη της Ηλεκτρονικής Υγείας (e-health)

Στο πλαίσιο της προτεινόμενης ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της αναβάθμισης της οργάνωσης/διοίκησής του θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην υιοθέτηση τεχνολογιών αιχμής και ηλεκτρονικών υπηρεσιών προς την κατεύθυνση βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και απλούστευσης-βελτίωσης των διαδικασιών για τη διευκόλυνση των πολιτών.

Οι προτεινόμενες δράσεις θα πρέπει να εστιαστούν στα παρακάτω:

A: Θέματα Άμεσης Προτεραιότητας

1) Επέκταση του Έργου Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος Μονάδων Υγείας (ΕΠΣΜΥ)

Το έργο έχει υλοποιήσει η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης ΑΕ (ΗΔΙΚΑ) για όλα τα δημόσια και στρατιωτικά νοσοκομεία του ΕΣΥ. Το υπουργείο Υγείας έχει προμηθευτεί το εν λόγω Πληροφοριακό Σύστημα και η εξάπλωση του θα δημιουργήσει μια ενιαία «Ανθρωποκεντρική» πλατφόρμα διαχείρισης ιατρικών δεδομένων του πληθυσμού (Ιατρικός Φάκελος) στο πλαίσιο του ΕΣΥ και ενιαίο τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των νοσοκομείων.

Θα πρέπει να υπάρξει δυνατότητα ο πολίτης, μέσα από το κεντρικό σύστημα που έχει εγκατασταθεί και λειτουργεί στην ΗΔΙΚΑ, με χρήση του κωδικού του TAXISNET ή τη νέα Ηλεκτρονική Ταυτότητα (eID) και πιστοποίηση με τον ΑΜΚΑ, να διαχειρίζεται/λαμβάνει τις βιοπαθολογικές/απεικονιστικές του εξετάσεις και τα συνοδευτικά πορίσματα (διάγνωση) με τρόπο ηλεκτρονικό-ασφαλή, χωρίς την ανάγκη να επισκεφθεί για δεύτερη φορά το Νοσοκομείο, ή το Κέντρο Υγείας στο οποίο εκτέλεσε τις αναφερόμενες βιοπαθολογικές/απεικονιστικές εξετάσεις, καθώς και για να κλείνει ραντεβού για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων (με βάση διαθεσιμότητα πραγματικού χρόνου) κ.ά.

2) Επέκταση - Αναβάθμιση στο Σύστημα Επιχειρησιακής Ευφυΐας BI

Προτείνεται η ανάπτυξη/βελτίωση των υφιστάμενων υπηρεσιών επιχειρηματικής ευφυΐας (BI) του υπουργείου Υγείας στην κατεύθυνση της επεξεργασίας και αξιοποίησης των δεδομένων Ηλεκτρονικής Υγείας, Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) και ανάπτυξης πλαισίου διαλειτουργικότητας με στόχο:

- Εντοπισμό (σε πραγματικό χρόνο) και πρόβλεψη απάτης (fraud detection) (π.χ. κατευθυνόμενη συνταγογράφηση, υπερσυνταγογράφηση κλπ.).
- Διενέργεια Προγραμμάτων Προληπτικής Ιατρικής και Κλινικών Μελετών με βάση κλινικά δεδομένα (π.χ. υψηλό ποσοστό ογκολογικών περιστατικών σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή).
- Αξιολόγηση Μονάδων Υγείας, Κλινικών, Εργαστηρίων με βάση διεθνώς αναγνωρισμένους δείκτες ποιότητας.
- Υποστήριξη αποφάσεων για διοικητική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και επανασχεδιασμός του τρόπου παροχής των υπηρεσιών υγείας (π.χ. οργάνωση-ανάπτυξη κλινικών, συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα, οργάνωση πόρων κ.ά.).

3) Ικνηλασιμότητα, Έλεγχος Αντενδείξεων και Κωδικοποίηση Φαρμάκων και Αναλωσίμων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ

Στόχος της προτεινόμενης δράσης είναι η πλήρης ικνηλασιμότητα των φαρμάκων και αναλωσίμων, ο έλεγχος αντενδείξεων πριν από τη χορήγηση φαρμάκων σε ασθενή με βάση τα δεδομένα του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (π.χ. αλλεργίες, αντενδείξεις με υφιστάμενη-τρέχουσα παράλληλη φαρμακευτική αγωγή κ.ά.). Παράλληλα, θα πρέπει να υλοποιηθεί μητρώο και διαδικασίες ενιαίας κωδικοποίησης των αναλωσίμων υλικών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, με στόχο την ομογενοποίηση των προμηθειών, την περιστολή της δαπάνης και την παροχή δυνατότητας παρακολούθησης της διάθεσης φαρμάκων και αναλωσίμων σε επίπεδο ασθενή-περιστατικού νοσηλείας σε πραγματικό χρόνο. Έτσι, θα αποφευχθούν περιστατικά σπατάλης ή απάτης (π.χ. ογκολογικά φάρμακα, υπερκοστολόγηση αναλωσίμων κ.ά.), ενώ θα υπάρξει σημαντική εξοικονόμηση δαπανών για το ΕΣΥ.

4) Παρατηρητήριο-Αποθετήριο Τιμών Ιατρικών Πράξεων και Υπηρεσιών

Στόχος της προτεινόμενης δράσης είναι η ανάπτυξη Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών «Αποθετηρίου Τιμών», στο οποίο θα καταχωρούν αυτοματοποιημένα (μέσω WebServices) όλοι οι πάροχοι υγείας (δημόσιοι και ιδιωτικοί) τους τιμοκαταλόγους παροχής ιατρικών υπηρεσιών (π.χ. ΚΕΝ, ιατρικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις κλπ.). Ακολουθώντας, μέσα από εξωστρεφή εφαρμογή (Παρατηρητήριο) και κατάλληλη εφαρμογή για smart phones, οι αγοραστές (π.χ. ΕΟΠΥΥ, Ταμεία Επικουρικής Ασφάλισης, Ιδιωτικά Ασφαλιστικά Ταμεία, Ασφαλιστικές Εταιρείες, ιδιώτες, εταιρείες ιατρικού τουρισμού κλπ.) θα μπορούν να αναζητούν τα ανωτέρω δεδομένα προκειμένου να αποφασίσουν σε ποιον πάροχο υγείας θα κατευθύνουν τον ασθενή ανάλογα με τη διαθεσιμότητα, το κόστος αλλά και γεωγραφικά και άλλα κριτήρια.

Ακολουθώντας, το σύστημα θα περιλαμβάνει λειτουργικότητα «Αίτησης Προσφοράς», η οποία θα συνδυάζει στοιχεία συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών και χρονοπρογραμματισμού. Στο σύστημα αυτό θα αποστέλλουν σε ανταγωνιστικό περιβάλλον τις προσφορές τους οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, οι αγοραστές υπηρεσιών υγείας θα μπορούν συναξιολογώντας το κόστος, τη διαθεσιμότητα-χρονοπρογραμματισμό των προσφερομένων υπηρεσιών, αλλά και άλλους παράγοντες (π.χ. γεωγραφικά στοιχεία) να αποφασίζουν την αγορά-χρήση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας. Η εν λόγω δράση θα προάγει τον υγιή ανταγωνισμό των παρόχων υγείας επωφελεία των πολιτών και του Δημοσίου.

5) Δράσεις Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας

Στόχος της προτεινόμενης δράσης είναι η προώθηση προγραμμάτων πρόληψης και προγραμμάτων προαγωγής υγείας και ευεξίας στον πληθυσμό μέσα από ειδικές πλατφόρμες εξ αποστάσεως αξιολόγησης υγείας, καθώς και παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να αναπτυχθούν εργαλεία αυτοεκτίμησης του κινδύνου και διαχείρισης του νοσήματος, κυρίως των χρόνιων νοσημάτων. Έχει αποδειχθεί, τόσο από διεθνείς μελέτες όσο και από τη διεθνή εμπειρία, ότι η υλοποίηση ανάλογων προγραμμάτων βελτιώνει την ποιότητα και το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού, ενώ μειώνει δραστικά τις αντίστοιχες ιατρικές δαπάνες.

6) Συστήματα Διαχείρισης Απεικονιστικών Εξετάσεων (RIS/PACS) στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ και Διασύνδεση με τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ)

Θα πρέπει να εφαρμοστεί η νομοθεσία (Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ713/13.3.2012), να υπάρχει ενιαίο απεικονιστικό ιστορικό των ασθενών και να εφαρμοστεί η νομοθεσία περί τήρησης Ιατρικού Αρχείου. Θα υπάρξει σημαντική εξοικονόμηση πόρων από τη δραστική περικοπή αναλωσίμων. Η προτεινόμενη δράση σαν αντικείμενο έχει την πλήρη κάλυψη των Μονάδων Υγείας της χώρας με εφαρμογές RIS PACS. Σε κάθε μονάδα υγείας θα εγκατασταθεί ειδικός εξοπλισμός για τη λειτουργία των εφαρμογών αλλά και διαγνωστικός εξοπλισμός, ώστε οι ωφελούμενες μονάδες υγείας να μπορούν να διαχειρίζονται ηλεκτρονικά τις ακτινοδιαγνωστικές σειρές και εικόνες. Παράλληλα με την εγκατάσταση συστήματος RIS, θα παρέχεται σε όλες τις μονάδες υγείας η δυνατότητα να μεταφέρουν το σύνολο των δεδομένων της διαχείρισης ακτινοδιαγνωστικών εργαστηρίων ηλεκτρονικά και να αποθέτουν το σύνολο της πληροφορίας τόσο τοπικά όσο και κεντρικά μέσα από το νεφροϋπολογιστικό σύστημα Harmoni του Εθνικού Δικτύου Έρευνας και Τεχνολογίας (ΕΔΕΤ).

Το έργο θα έχει ως τελικό αποτέλεσμα τη διαχείριση του συνόλου των ακτινοδιαγνωστικών δεδομένων της χώρας κεντριοποιημένα, δίνοντας τη δυνατότητα στους πολίτες να έχουν πρόσβαση στις ακτινοδιαγνωστικές τους εξετάσεις μέσα από κεντριοποιημένη πύλη συμπληρωματικά με τον ατομικό φάκελο υγείας των πολιτών. Τέλος, εξαλείφεται το κόστος διατήρησης έντυπου αρχείου και η χρήσης φιλμ και λοιπών αναλωσίμων υλικών. Το πρώτο κόστος σε διοικητικό επίπεδο είναι ανυπολόγιστο ενώ το δεύτερο εκτιμάται στα 15-17 εκατ. ευρώ.

7) Διασύνδεση Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης με ΑΗΦΥ

Στόχος του έργου είναι η υλοποίηση της σχετικής ευρωπαϊκής προσέγγισης η οποία παρέχει τη δυνατότητα άμεσης πληροφόρησης και ελέγχου για τις εξετάσεις και τις αγωγές, καθώς και σύστημα προειδοποίησης για αλληλεπιδράσεις/αντενδείξεις φαρμάκων. Αναμένεται σημαντική εξοικονόμηση πόρων από τις αδικαιολόγητες εισαγωγές σε Νοσοκομεία. Θα πρέπει να υπάρξει προσαρμογή του συστήματος -με τις αντίστοιχες θεσμικές παρεμβάσεις- ώστε να επιτευχθεί ένα paperless περιβάλλον, γεγονός που θα επιφέρει σημαντική εξοικονόμηση πόρων από το χαρτί, αλλά και τη γραφειοκρατική διεκπεραίωση μετά τον φαρμακοποιοί, ενώ θα είναι δυνατός ο έλεγχος ταυτοπροσωπίας (π.χ. για φάρμακα, εξετάσεις) σε πρώτη φάση μέσω TAXISNET και ακολούθως μέσω των νέων ταυτοτήτων (eID).

8) Διασύνδεση Ασθενοφόρων ΕΚΑΒ με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Νοσοκομείων

Το έργο αποσκοπεί στο να προετοιμάζει το συγκεκριμένο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για την υποδοχή του περιστατικού αξιολογώντας το πριν φτάσει στο Νοσοκομείο (σενάριο χρήσης: τροχαίο ατύχημα με ακατάσχετη αιμορραγία οδηγεί σε ενεργοποίηση-προγραμματισμό ακτινοδιαγνωστικού και αιμοδυναμικού εργαστηρίου με βάση τα στοιχεία της πρώτης επιτόπιας διάγνωσης, ενώ εφόσον προκύψουν στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή από το ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ, το ιατρικό προσωπικό θα έχει μελετήσει ήδη τα στοιχεία ΑΗΦΥ, προκειμένου να ελέγξει τυχόν χρόνιες παθήσεις, αλλεργίες κλπ.). Σε κάθε περίπτωση θα γίνεται αυτοματοποιημένη διαλογή και θα ενεργοποιούνται πιθανές μονάδες του Νοσοκομείου (π.χ. χειρουργεία, ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια, αιμοδυναμικό εργαστήριο). Αναμένεται ορθολογικότερη διαχείριση ανθρώπινων πόρων και εξοπλισμού, καλύτερη προετοιμασία του προσωπικού για την υποδοχή του περιστατικού, αποφυγή περιττών εξετάσεων, εξοικονόμηση χρόνου, αλλά και εστιασμένη διακομιδή με άμεση και επαρκή εξυπηρέτηση του περιστατικού.

Β: Άλλες Παρεμβάσεις

1) Διαχείριση Παγίου Εξοπλισμού (Asset Management)

Στόχος της δράσης είναι η καταγραφή, διαχείριση κτηρίων-εγκαταστάσεων του υπουργείου Υγείας (ΥΥ) (ιατροτεχνολογικά μηχανήματα, μεταφορικά μέσα, έπιπλα, εξοπλισμός, ακινητοποιήσεις-ασώματες ακινητοποιήσεις), ώστε να γνωρίζει-ελέγχει το ΥΥ, οι ΥΠΕ και οι ΜΥ τον πάγιο εξοπλισμό που διατηρούν, την ποιοτική κατάστασή του, τους «μέσους χρόνους μεταξύ βλαβών» (MTBF), «μέσους χρόνους αποκατάστασης βλάβης» (MTTR), τη διαθεσιμότητα διαγνωστικών μηχανημάτων κλπ. Για παράδειγμα μεγάλο ποσοστό διαγνωστικών μηχανημάτων είναι εκτός λειτουργίας με αποτέλεσμα να ευημερούν γειτνιάζοντα ιδιωτικά διαγνωστικά. Το πρόγραμμα δύναται να χρηματοδοτηθεί από συγχρηματοδοτούμενα κονδύλια, περίπου της τάξεως του 1,5 δισ. ευρώ.

2) Αποθετήριο Απεικονιστικών Εξετάσεων (Vendor Neutral Archive - VNA)

Στόχος της δράσης είναι η ενσωμάτωση των απεικονιστικών δεδομένων των συμβεβλημένων διαγνωστικών κέντρων στα δεδομένα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και η ανάπτυξη λειτουργικότητας και παροχής Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών προκειμένου να επιτυγχάνεται:

- Παροχή online αποτελεσμάτων στους πολίτες χωρίς να απαιτείται να επισκεφθούν δεύτερη φορά το συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο.

- Παροχή Υπηρεσίας διάθεσης της εξέτασης για λήψη δεύτερης γνώμης στους πολίτες.
- Διάθεση Απεικονιστικών Εξετάσεων στο Ιατρικό Προσωπικό κατά την συνταγογράφηση.
- Έλεγχο εκτέλεσης των συνταγογραφούμενων εξετάσεων.
- Δραστική Μείωση Δαπανών ΕΟΠΠΥ λόγω αποφυγής άσκοπων επαναλήψεων εξετάσεων.

Δύναται να χρηματοδοτηθεί από συγχρηματοδοτούμενα κονδύλια, περίπου της τάξεως των 600 εκατ. ευρώ.

3) Αυτοματοποίηση Εργασιών

Σκοπός είναι η αυτοματοποίηση επαναλαμβανόμενων διεργασιών/διαδικασιών εντάσεως εργασίας χαμηλής προστιθέμενης αξίας του ανθρώπινου παράγοντα, με χρήση μεθόδων εντάσεως τεχνολογίας (π.χ. καταχώρηση τιμολογίων, παραστατικών νοσηλείας) με τη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών αιχμής (π.χ. Robotic Process Automation).

4) Εικονικά ΚΕΠ Υγείας

Σκοπός είναι η εξυπηρέτηση πολιτών τις μη εργάσιμες ημέρες και ώρες από Virtual ΚΕΠ, η λειτουργία του οποίου θα στηρίζεται στην υποδοχή και διεκπεραίωση των αιτημάτων των πολιτών ενδεικτικά για:

- α) Τηλεφωνικό κλείσιμο ραντεβού (χωρίς κόστος).
- β) Παροχή απλών - εξειδικευμένων πληροφοριών. (Π.χ. το παιδί οικογένειας διαγνώστηκε με σάρκωμα στο πόδι. Ποιος είναι ο κατάλληλος γιατρός για να κάνει την χειρουργική επέμβαση και σε ποιο νοσοκομείο;)

5) Ανάπτυξη Κέντρων Τηλεϊατρικής

Δημιουργία σε όλα τα Γενικά Νοσοκομεία Μονάδων Τηλεϊατρικής για την παροχή προνοσοκομειακής και μετανοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και επείγουσας Ιατρικής εξ αποστάσεως στις συνδεδεμένες περιφερειακές μονάδες (κυρίως μικρά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας απομονωμένων περιοχών). Σενάριο Χρήσης 1: Γιατρός του ΚΥ αποστέλλει στην καρδιολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Triplex για αξιολόγηση. Σενάριο Χρήσης 2: Γιατρός του ΚΥ αποστέλλει στην ακτινοδιαγνωστική κλινική αξονική τομογραφία ασθενή για ακτινοδιάγνωση. Με αυτόν τον τρόπο οι πολίτες εκτός αστικών κέντρων θα έχουν την δυνατότητα πρόσβασης

σε εξειδικευμένες-υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες χωρίς την ανάγκη φυσικής μετακίνησής τους.

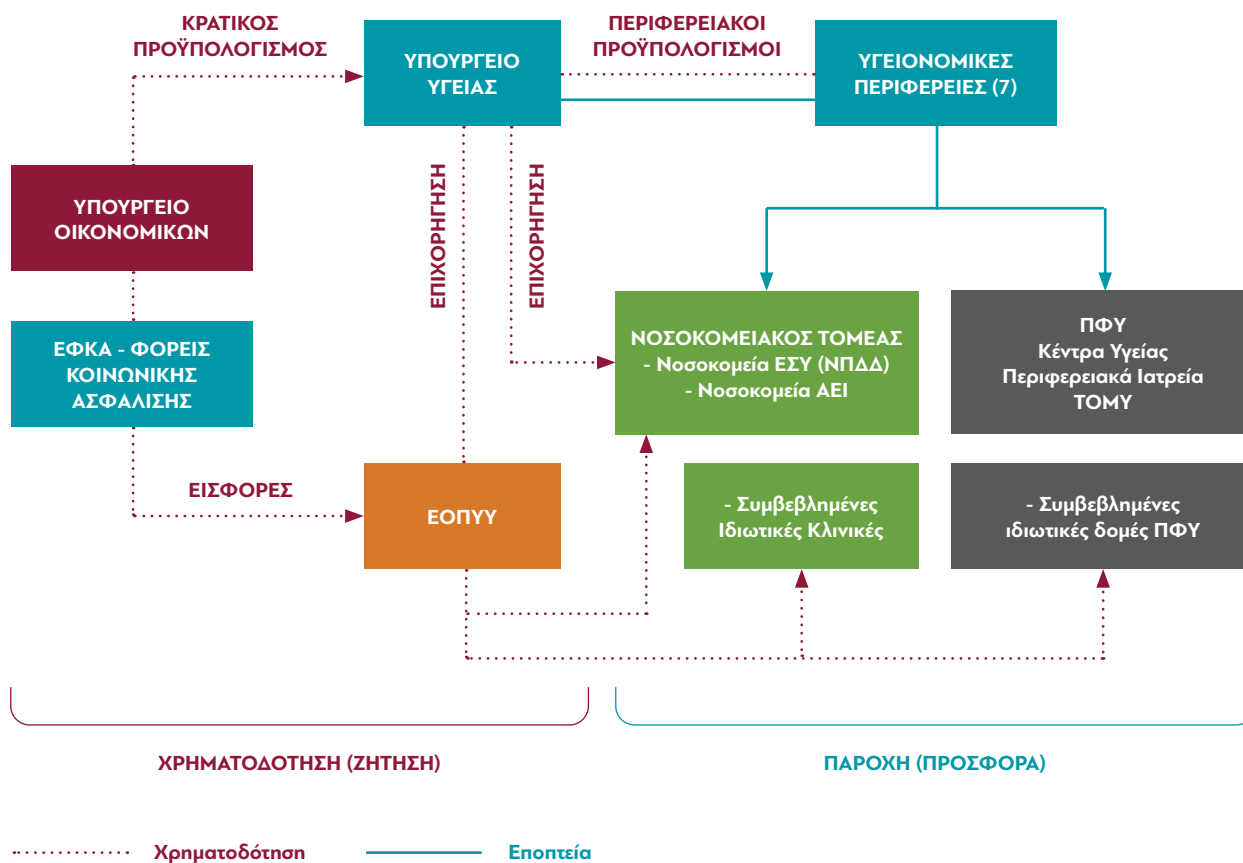
3.10 Συμπεράσματα

Το ΕΣΥ παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και ανεπαρκούς διοίκησης. Η κατανομή των νοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων μονάδων δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας και στις προσδοκίες του πληθυσμού κάθε περιφέρειας. Ο έντονα συγκεντρωτικός και αναχρονιστικός χαρακτήρας διοίκησης μειώνει σημαντικά την αποδοτικότητα του συστήματος. Για τον λόγο αυτό προτείνονται σημαντικές αλλαγές που στοχεύουν στον ορθολογικό σχεδιασμό, στην αποκέντρωση, στη σύγχρονη διοίκηση και στην αξιολόγηση σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και ένα νέο πλαίσιο συνεργασίας του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας, κατά τα πρότυπα άλλων, προηγμένων συστημάτων υγείας, όπως της Σουηδίας, του Καναδά, κ.ά.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

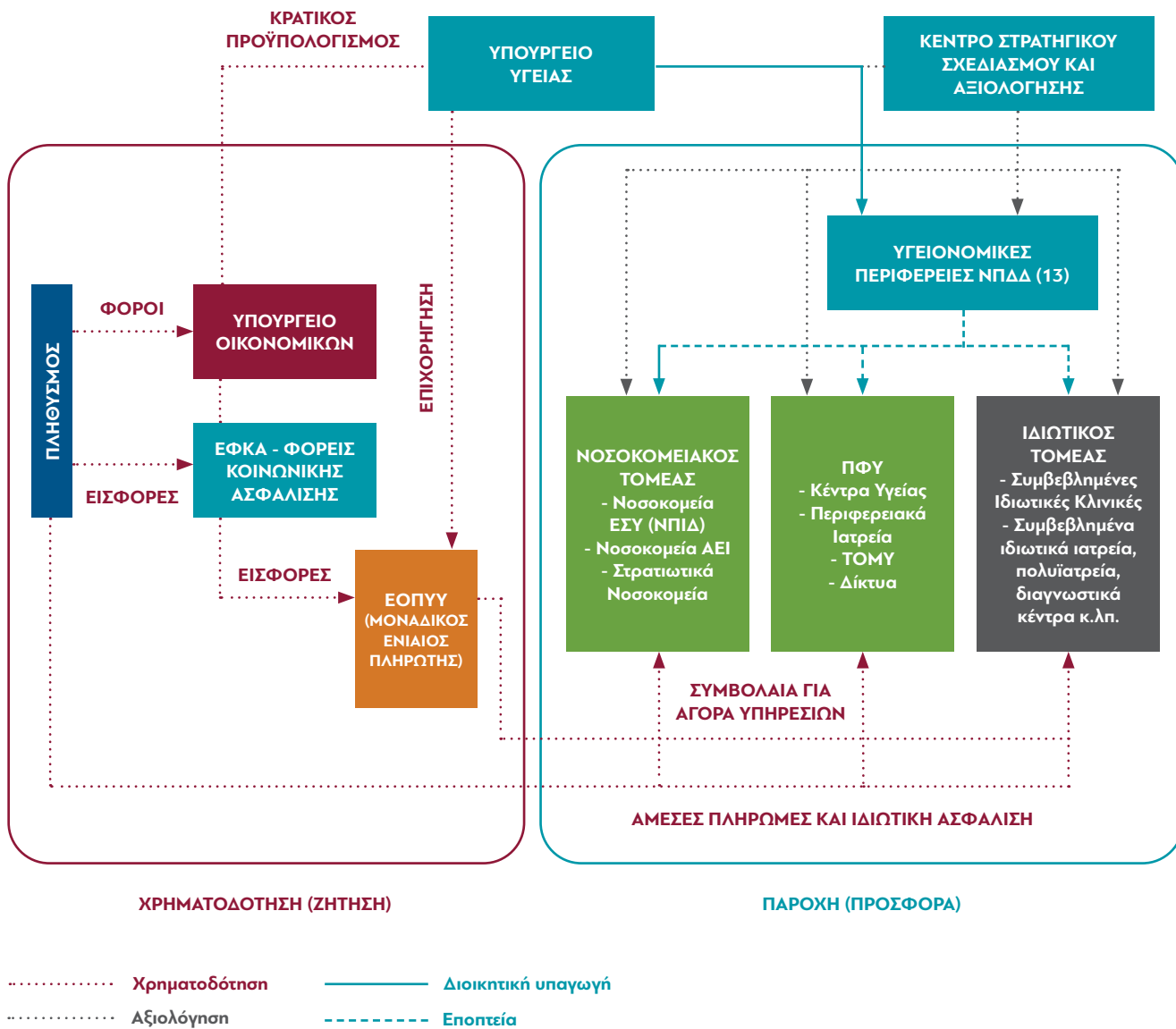
1. Επιτελικός και εποπτικός ρόλος του υπουργείου Υγείας στο ΕΣΥ.
2. Δημιουργία «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης» ΕΣΥ.
3. Ανασυγκρότηση των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ) ως ΝΠΔΔ σε κάθε διοικητική περιφέρεια.
4. Ανάπτυξη σε κάθε ΥΠΕ των θεσμών του «Συμπλέγματος Νοσοκομείων», «Δικτύων Νοσοκομείων» και «Ανοικτών Νοσοκομείων».
5. Μετατροπή των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ως θυγατρικές εταιρίες των ΥΠΕ.
6. Ισχυρή συναινετική κλινική διοίκηση με την ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας και κυρίως των διευθυντών-συντονιστών.
7. Διοίκηση «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» από Διοικητικό Συμβούλιο.
8. Δημιουργία Ιατρικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής στο υπουργείο Υγείας.
9. Ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας (e-health).
10. Συμπληρωματική σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Γράφημα 3.1. Η Δομή Του «Υφιστάμενου ΕΣΥ»



Πηγή: Συγγραφική ομάδα

Γράφημα 3.2. Η Δομή Του «Νέου ΕΣΥ»



Πηγή: Συγγραφική ομάδα

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Φεβρουάριος 2020

Η Χρηματοδότηση του Υγειονομικού Τομέα

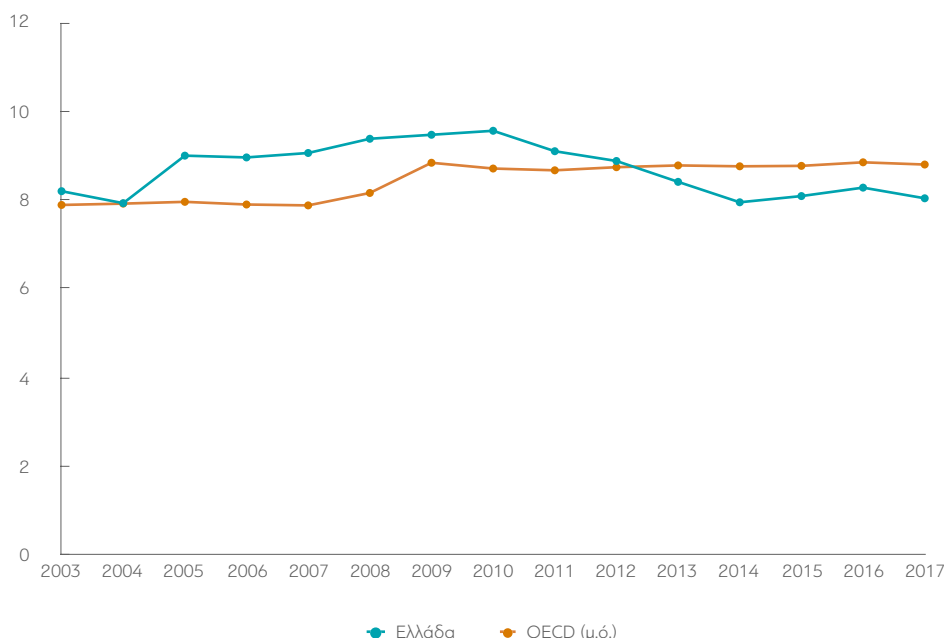


4.1. Εισαγωγή

Η οικονομική συγκυρία που διέρχεται η χώρα μας σήμερα αποτελεί μείζονα απειλή για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και της ασφάλισης ασθενείας. Παρά ταύτα είναι ταυτόχρονα και μια εξαιρετική ευκαιρία σχεδιασμού και εφαρμογής μεταρρυθμίσεων που μπορεί να υποστηρίξουν την επιβίωση του συστήματος υγείας σήμερα και την ευστάθεια και βελτίωση της οικονομικής του αποδοτικότητας στο μέλλον.

Στην χώρα μας, η συνολική δαπάνη υγείας παρουσίασε σταθερή αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες και μέχρι το 2010.

Γράφημα 4.1: Συνολική Δαπάνη Υγείας Ως Ποσοστό Του ΑΕΠ Στην Ελλάδα Και Στον ΟΟΣΑ (2003-2017)



Πηγή: OECD, 2019

Από τις σποραδικές εκτιμήσεις της δεκαετίας του 1970 (5,5% του ΑΕΠ) έως τις συστηματικές μετρήσεις στα έτη που προηγήθηκαν της οικονομικής κρίσης, η συνολική δαπάνη υγείας ανήλθε το 2009 στο 9,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ποσοστό κάτω του μέσου όρου του ΟΟΣΑ

για το ίδιο έτος (9,7%), αλλά συγκρίσιμο με χώρες με κοινά χαρακτηριστικά οργάνωσης του συστήματος υγείας και ασφάλισης και παρόμοια δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ο τομέας της υγείας αποτέλεσε το κατ' εξοχήν πεδίο εφαρμογής των περιοριστικών πολιτικών, με δεδωμένη πρόθεση τη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ, και, ειδικότερα, της δημόσιας δαπάνης φαρμάκου στο 1% του ΑΕΠ. Με βάση τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, η συνολική δαπάνη υγείας παρουσίασε σημαντική μείωση κατά τα έτη 2012-2016, φτάνοντας τα 14,72 δισεκατομμύρια ευρώ ή, ποσοστιαία, στο 8,45% του ΑΕΠ από το 9,47% το 2009 (ΕΛΣΤΑΤ, 2018α).

Πίνακας 4.1: Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας Στην Ελλάδα (2014-2016) (Εκατ. €)

	2014	2015	2016	Ποσοστιαία μεταβολή 2015-2014	Ποσοστιαία μεταβολή 2016-2015
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (1)	4.210,5	4.195,5	4.595,9	-0,4%	9,5%
ΟΚΑ (2)	4.056,5	4.224,6	4.438,8	4,1%	5,1%
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)	8.267,0	8.420,1	9.034,7	1,9%	7,3%
Ιδιωτική Ασφάλιση (3)	534,9	541,3	567,5	1,2%	4,8%
Ιδιωτικές πληρωμές (4)	5.202,9	5.224,1	5.057,9	0,4%	-3,2%
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)	5.737,8	5.765,4	5.625,4	0,5%	-2,4%
Λοιπές Δαπάνες	198,4	262,1	67,2	32,1%	-74,4%
Συνολική Χρηματοδό- τηση Δαπανών Υγείας (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	14.203,2	14.447,6	14.727,3	1,7%	1,9%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

4.2. Το Υφιστάμενο Πλαίσιο Χρηματοδότησης

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της ΕΛΣΤΑΤ, η δημόσια δαπάνη υγείας βρίσκεται ήδη από το 2011 κάτω του στόχου του 6% ενώ στη συνέχεια προσέγγισε περίπου το 5%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας εμφανίζεται ως αρκετά «ανθεκτική» στην ύφεση, με σχετικά χαμηλότερα ποσοστά μείωσης. Ένα πλήθος σχετικών δεδομένων για την Ελλάδα, αναδεικνύουν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της σύνθεσης της δαπάνης υγείας που σχετίζεται με την υψηλή συμβολή της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, η ιδιωτική δαπάνη υγείας στη χώρα προσεγγίζει διαχρονικά το 35-40% της συνολικής δαπάνης υγείας.

Πίνακας 4.2: Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας Στην Ελλάδα (2009-2016)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Συνολική δαπάνη υγείας (εκατ. €)	22.491	21.609	18.836	16.984	15.201	14.203	14.448	14.727
Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,47%	9,56%	9,1%	8,88%	8,41%	7,95%	8,19%	8,45%
Δημόσια δαπάνη υγείας (εκατ. €)	15.412	14.921	12.425	11.286	9.445	8.267	8.420	9.035
Δημόσια δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	68,5%	69%	65,9%	66,4%	62,1%	58,2%	58,3%	61,3%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

Τα μόνα έτη που η ιδιωτική δαπάνη «έπεσε» στο 30% ήταν τα έτη που η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη εκτόξευσε τη συνολική δημόσια δαπάνη.

Ένα ιδιαίτερο, επίσης, ζήτημα εστιάζεται στην επιμέρους σύνθεση της ιδιωτικής δαπάνης, δεδομένου ότι λιγότερο από το 10% της ιδιωτικής δαπάνης αφορά σε χρηματοδοτικές ροές μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Παράλληλα το 90% της ιδιωτικής δαπάνης προέρχεται από απευθείας πληρωμές από τους ίδιους τους χρήστες. Το γεγονός αυτό είναι ενδεικτικό των ιδιαίτερων δομικών χαρακτηριστικών του συστήματος, των

καταναλωτικών προτιμήσεων των χρηστών και της εστίασης αμφότερων σε υπηρεσίες περισσότερο θεραπείας και λιγότερο πρόληψης, καθώς οι ιδιωτικές απευθείας πληρωμές σπανίως αφορούν σε συστηματικές δράσεις προληπτικού χαρακτήρα.

Στην χώρα μας, το σύστημα υγείας κατατάσσεται επισήμως (σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ) στα συστήματα τύπου Beveridge,⁵ κυρίως λόγω της ίδρυσης του ΕΣΥ το 1983 (WHO, 1996). Παρά το γεγονός αυτό, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην πραγματική της διάσταση απέχει σημαντικά από την τυπολογία της εθνικής υπηρεσίας υγείας, τουλάχιστον στο τμήμα το οποίο αφορά τις ροές προς το σύστημα. Με βάση τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (2000-2017), από το σύνολο της δημόσιας δαπάνης υγείας, η οποία προσεγγίζει το 61,3% της συνολικής, το 30% αφορά σε πόρους οι οποίοι προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση (εργοδοτικές και εργατικές εισφορές) και το 31% σε πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία).

Το σύστημα υγείας στη χώρα δεν προσομοιάζει σε κανένα από τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα, λόγω του μίγματος εισροών της δημόσιας δαπάνης υγείας από τη φορολογία και την ασφάλιση, αλλά και από τη μεγάλη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης. Η κατάσταση αυτή, η οποία παραμένει σταθερή σε διαχρονική βάση, προσδιορίζει σε μείζονα βαθμό τον χαρακτήρα των ανταλλαγών και τον τρόπο, με τον οποίο επιτυγχάνεται η ισορροπία στις υγειονομικές αγορές στη χώρα μας. Η επισήμανση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία δεδομένου ότι αποτελεί τη βάση της προσέγγισης για μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, οι οποίες δεν είναι δυνατό να διεξαχθούν “εν κενώ”, καθώς μια τέτοια προσέγγιση προαναγγέλλει την αποτυχία τους. Αντιθέτως, η πολυσυλλεκτική προσέγγιση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας οφείλει να ληφθεί υπόψη και να αποτελέσει το σημείο εκκίνησης των εναλλακτικών πολιτικών υγείας. Παράλληλα, η προσέγγιση εναλλακτικών μέτρων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητές του, οι οποίες αφορούν σε χρόνιες και εγκατεστημένες επιλογές και καταναλωτικές συμπεριφορές, με κυριότερη εξ αυτών, την ύπαρξη της εκτεταμένης ιδιωτικής δαπάνης υγείας και της «ελευθερίας επιλογής» από μέρους των χρηστών.

5. Κρατικό σύστημα ασφάλισης με κεντρική διεύθυνση και χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία, σε αντίθεση με το ασφαλιστικό σύστημα τύπου Bismark που βασίζεται στις ασφαλιστικές εισφορές.

4.3. Ο Ρόλος του ΕΟΠΥΥ στη Χρηματοδότηση

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ υπό την υβριδική μορφή του πληρωτή-διαμεσολαβητή που συγκεντρώνει τις εισφορές και αποζημιώνει μέρος των υπηρεσιών, αναπαράγει και διαιωνίζει τη λειτουργία της προηγούμενης κατάστασης. Επιπλέον, περιοδικά, επιλέγεται μια ιδιότυπη μορφή συμψηφισμού των απαιτήσεων του ΕΣΥ από τον ΕΟΠΥΥ στο ύψος της κρατικής χρηματοδότησης του πρώτου, η οποία ουσιαστικά στερεί από την πλευρά του πληρωτή οποιαδήποτε δυνατότητα ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων φροντίδων προς τους ασφαλισμένους του. Οι ιδιωτικοί πόροι του ΕΣΥ εξακολουθούν να είναι περιορισμένοι καθώς δεν υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο συνεργασίας με την ιδιωτική ασφάλιση. Υπό την έννοια αυτή, η ολοκλήρωση των διαρθρωτικών αλλαγών στο πεδίο αυτό περιλαμβάνει πρωτίστως τη μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε ενιαίο μοναδικό πληρωτή, πράγμα που σημαίνει την αποκλειστική διαχείριση, αγορά και κατανομή του συνόλου των εθνικών πόρων, συμπεριλαμβανομένων και των φορολογικών εσόδων, με ένα σύστημα «κλειστών»⁶ περιφερειακών προϋπολογισμών και τιμών αποζημίωσης σε ένα σχήμα προοπτικής χρηματοδότησης. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι αναγκαίο να ολοκληρωθούν και να διευκρινιστούν οι σχέσεις του ΕΟΠΥΥ και η ανεξαρτησία του σε σχέση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που τον υποστηρίζουν, αλλά και την κεντρική διοίκηση (Νεκτάριος, 2019).

Εκτός από τους υφιστάμενους πόρους, στον δημόσιο διάλογο έχουν κατατεθεί και ορισμένες προτάσεις για συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης που σχετίζονται με τις ασφαλιστικές εισφορές, τον «κοινωνικό» ΦΠΑ και την ειδική φορολογία.

⁶. Με τον όρο αυτόν νοείται το σύστημα προϋπολογισμού που προκύπτει μετά από διαπραγματεύσεις και συμφωνία για ένα συγκεκριμένο παραγωγικό αποτέλεσμα.

4.4. Συμπληρωματικές Πηγές Χρηματοδότησης της Ιατρικής Περίθαλψης

4.4.1. Οι ασφαλιστικές εισφορές

Η οικονομική συγκυρία χαρακτηρίζεται από μεγάλη και παρατεταμένη ύφεση, υψηλά ποσοστά ανεργίας και εκτεταμένες αλλαγές των εργασιακών σχέσεων, κατάσταση η οποία καθιστά τις ασφαλιστικές εισφορές προς τον ΕΟΠΥΥ παρακινδυνευμένες και επισφαλείς. Υπό αυτή την έννοια η ανάγκη αναπροσαρμογής είναι επιτακτική. Προς τούτο η αναζήτηση ενός σχήματος το οποίο συνδυάζει τον αριθμό των απασχολούμενων μιας επιχείρησης με την προστιθέμενη αξία την οποία αυτή παράγει, ενδεχομένως να είναι μια κατάλληλη επιλογή. Επιπλέον, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία για την αγορά εργασίας, η πλειονότητα των απασχολούμενων στη χώρα εργάζονται σε μικρές και πολύ μικρές επιχειρήσεις. Οι επιχειρήσεις αυτές, ως επί το πλείστον, είναι έντασης εργασίας και επωμίζονται δυσανάλογα το βάρος της ύφεσης και της ασφαλιστικής χρηματοδότησης σε σχέση με τον κύκλο εργασιών τους. Με δεδομένα τα παραπάνω, η ανάγκη αναπροσαρμογής του υποδείγματος υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών είναι επιτακτική.

Προς την κατεύθυνση αυτή, έχουν κατατεθεί στον σχετικό επιστημονικό διάλογο δύο εναλλακτικά σχήματα πριμοδότησης της απασχόλησης μέσω της μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών. Κατά τη μία προσέγγιση, αυτό προτείνεται να γίνει με τον συνδυασμό του αριθμού των απασχολούμενων μιας επιχείρησης με την προστιθέμενη αξία την οποία αυτή παράγει και, με βάση την τελευταία, να υπολογίζεται και η σχετική μείωση των εργοδοτικών ασφαλιστικών εισφορών. Η σχέση δε αυτή (κατά κεφαλήν και με βάση την προστιθέμενη αξία) μπορεί να προκύψει μετά από μελέτη των τεχνικών στοιχείων και των σχετικών μεγεθών και βεβαίως μετά από διαπραγματεύσεις.

Κατά τη δεύτερη προσέγγιση, στο πλαίσιο της οποίας επισημαίνεται ο κίνδυνος της δημιουργίας θέσεων εργασίας χαμηλής αμοιβής, εφόσον χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά ο αριθμός των εργαζομένων ως δείκτης μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών, προτείνεται η διαμόρφωση ενός συστήματος εισφορών στη βάση του ποσοστού μισθοδοσίας επί του κύκλου εργασιών μιας επιχείρησης (Σουλιώτης, 2019). Σύμφωνα δε με

το υπόδειγμα αυτό, «επιδοτείται» τόσο η δημιουργία θέσεων εργασίας όσο και η αύξηση των αποδοχών των εργαζομένων, ανεξάρτητα από το μέγεθος της επιχείρησης.

Εν κατακλείδι, το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών για κάθε επιχείρηση μπορεί να καθορίζεται αντιστρόφως ανάλογα ή/και του κόστους μισθοδοσίας σε σχέση με τον συνολικό κύκλο εργασιών της, ώστε να τονωθεί η απασχόληση και ευθέως ανάλογα της προστιθέμενης αξίας των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, ώστε να σταθεροποιηθεί η απασχόληση και να διασφαλίζεται η καταβολή των εισφορών. Το μέτρο αυτό δεν προβλέπεται να έχει αυξητική επίδραση στις ασφαλιστικές εισφορές συνολικά (στον βαθμό κατά τον οποίο η ύφεση και η ανεργία παραμένουν), αλλά μπορεί να ανακόψει μια περαιτέρω δυσμενή εξέλιξη των μικρών επιχειρήσεων και να διασφαλίσει σταθερότητα στις ασφαλιστικές εισφορές. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι πολλές μικρές επιχειρήσεις βρίσκονται σε κίνδυνο διακοπής λειτουργίας. Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Γενικού Εμπορικού Μητρώου, ο αριθμός των επιχειρήσεων οι οποίες ιδρύονται υπήρξε για μακρό διάστημα μικρότερος του αντίστοιχου αριθμού επιχειρήσεων οι οποίες διακόπτον. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διακοπή λειτουργίας μεγάλου αριθμού μικρών επιχειρήσεων συμβάλλει στην αύξηση της (μη καταγεγραμμένης) ανεργίας, και κατά συνέπεια στη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών των αυτοαπασχολούμενων.

Κατά συνέπεια, το αρχικό σχέδιο συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ χρειάζεται ριζική αναμόρφωση σχετικά με την αναπροσαρμογή των εισφορών στους πρώην ασφαλισμένους των Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) κλπ. και ακόμη απαιτείται η σχετική πρόβλεψη για την κάλυψη των ανέργων αλλά και των αυτοαπασχολούμενων που δεν έχουν ασφαλιστική ικανότητα και οι οποίοι διακόπτουν την εργασιακή τους δραστηριότητα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Η κάλυψη αυτή μπορεί να γίνει διαμέσου του ΕΟΠΥΥ, με ειδικά προγράμματα τα οποία υποστηρίζονται και χρηματοδοτούνται από το κράτος. Στην παρούσα συγκυρία, η διαπίστωση αυτή συνιστά κρίσιμη συνιστώσα της κοινωνικής πολιτικής και η αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης είναι επείγουσα.

4.4.2. Η εισαγωγή του «κοινωνικού ΦΠΑ»

Μια εναλλακτική πρόταση για τη χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας η οποία έχει αξία να τεθεί υπό συζήτηση είναι η εφαρμογή ενός «Κοινωνικού ΦΠΑ» (Αθανασάκης, 2012). Η βασική ιδέα σχετικά με τον «κοινωνικό ΦΠΑ» εντοπίζεται στην αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα που προέρχονται από τον Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ).

Προτείνεται δηλαδή η μετακύληση ενός τμήματος της χρηματοδότησης της ασφάλισης από τις εισφορές υγείας προς την κατανάλωση αντί των εργασιακών εισφορών με στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας λόγω μείωσης του κόστους εργασίας. Κατά αυτή την έννοια, μέρος του υφιστάμενου ΦΠΑ μπορεί να αποδίδεται αποκλειστικά στην κοινωνική ασφάλιση. Ο «Κοινωνικός ΦΠΑ» προβλέπει: (α) στη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών και συνεπώς του κόστους εργασίας, ενώ εκτιμάται ότι η μείωση της εργοδοτικής εισφοράς μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της υπόγειας εργασίας και της εισφοροδιαφυγής, (β) στη μείωση του κόστους παραγωγής των εγχώριων προϊόντων, ώστε να γίνουν περισσότερο ανταγωνιστικά σε σχέση με τα εισαγόμενα προϊόντα, (γ) στον περιορισμό της επίδρασης της ανεργίας και της ύφεσης στη χρηματοδότηση της ασφάλισης, (δ) στη μεταφορά «εντός του συστήματος» των απωλεσθεισών εισφορών λόγω «μαύρης» εργασίας.

Το βασικό μειονέκτημα της πρότασης αυτής αποτελεί ο μη αναδιανεμητικός χαρακτήρας του μέτρου (οι πόροι αυτοί προέρχονται από την έμμεση φορολογία), γεγονός το οποίο καθιστά απαραίτητη τη συνύπαρξη ενός προοδευτικού συστήματος άμεσης φορολογίας.

4.4.3. Η συμβολή της ειδικής φορολογίας

Η ειδική φορολόγηση προϊόντων με αποδεδειγμένη αρνητική επίδραση στην υγεία του πληθυσμού αποτελεί μια επιπλέον παρέμβαση προς την κατεύθυνση ανεύρεσης πόρων για επενδύσεις στην υγεία. Η εισαγωγή ειδικής φορολόγησης συμβάλλει επίσης στη μείωση της ζήτησης και συνεπώς της κατανάλωσης βλαπτικών για την υγεία προϊόντων και ως εκ τούτου στη μείωση της επίδρασής τους στο φορτίο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ως, εκ τούτου μπορεί να εξετασθεί η αύξηση του φόρου (α) στον καπνό, (β) τα οινοπνευματώδη ποτά, (γ) τα αναψυκτικά με υψηλή συγκέντρωση σακχάρου και (δ) στα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε άλας και κορεσμένα λιπαρά, και η μεταφορά των εσόδων από την επιβολή του πρόσθετου φόρου στον ΕΟΠΥΥ. Αντίστοιχο μέτρο έχει θεσμοθετηθεί προ ετών αναφορικά με τα προϊόντα καπνού, αλλά αυτά τα έσοδα από το μέτρο δεν έχουν αποδοθεί στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ή γενικότερα στον υγειονομικό τομέα.

Δεδομένης της κατανάλωσης και της δαπάνης για προϊόντα καπνού και οινοπνευματωδών ποτών και άλλων βλαπτικών ουσιών και τροφίμων εκτιμάται ότι η υιοθέτηση του μέτρου με αύξηση των τιμών του τελικού καταναλωτή μπορεί να εξοικονομήσει πόρους για τον ΕΟΠΥΥ ή να συνδυαστεί με τη χρηματοδότηση μιας αντίστοιχης μείωσης σε αγαθά, τα οποία είναι συμβατά με την καλή υγεία, όπως για παράδειγμα φρούτα

και λαχανικά. Ως εκ τούτου, ο συνδυασμός «φόρων αμαρτίας» για βλαπτικές καταναλώσεις και συμπεριφορές και «φόρων αρετής» για θετική στάση στα θέματα της υγείας μπορεί να δώσουν σημαντικά αποτελέσματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις (με χαρακτηριστική την κατανάλωση καπνού), η αύξηση των τιμών (διά της ειδικής φορολογίας) έχει επιφέρει θετικά και άμεσα αποτελέσματα σε όρους δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση της τιμής κατά 10% στα προϊόντα καπνού επιφέρει μείωση της κατανάλωσης κατά 4%.

4.5. Η Αντιμετώπιση των Άμεσων Ιδιωτικών Πληρωμών και Παραπληρωμών

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το σύστημα υγείας στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από την υψηλού βαθμού συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στη συνολική. Επιβαρυντικό της κατάστασης αυτής είναι το γεγονός ότι η σύνθεση της ιδιωτικής δαπάνης στην Ελλάδα αφορά σε συντριπτικό βαθμό απευθείας πληρωμές, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, όπου η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία απαρτίζεται κυρίως από ασφαλιστικές εισφορές σε ιδιωτική ασφάλιση ή άλλα προπληρωμένα σχήματα ιατρικής περίθαλψης.

Η εκτεταμένη ιδιωτική δαπάνη αποτελεί έναν από τους λόγους της εμφάνισης ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, της ύπαρξης καταστροφικών δαπανών και της απουσίας χρηματοδοτικής δικαιοσύνης, φαινόμενα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Επιβαρυντικό, επίσης, της κατάστασης είναι το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας αντιστοιχεί σε άτυπες πληρωμές, δηλαδή σε πληρωμές που καταβάλλονται χωρίς απόδειξη και επομένως αποτελούν παραοικονομικές συναλλαγές. Οι άτυπες πληρωμές αφορούν κυρίως πληρωμές για παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και πληρωμές σε γιατρούς, που σχετίζονται με ειδικές υπηρεσίες και υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να παρακάμψουν τη σειρά αναμονής ή να εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών. Οι πληρωμές αυτές, αν και δεν καταγράφονται λογιστικά, μπορεί να εκτείνονται έως και στο 20% της συνολικής δαπάνης των οικογενειακών προϋπολογισμών (Souliotis, & Kyriopoulos, 2003) και προκαλούν όχι μόνο απώλεια φορολογικών εσόδων στο κράτος, αλλά και σημαντική οικονομική επιβάρυνση στα νοικοκυριά, η οποία δεν περιλαμβάνεται στις επίσημες μετρήσεις για την αγοραστική δύναμη και το κόστος ζωής.

Προς αναίρεση του φαινομένου αυτού είναι αναγκαίο να εξεταστεί η ενσωμάτωση των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών στην επίσημη χρηματοδοτική διαδικασία (με τη μορφή συνασφάλισης ή συμπληρωμής), με την προσαρμογή τους με βάση εισοδηματικά κριτήρια και κριτήρια της ανάγκης για φροντίδα υγείας. Ως εκ τούτου, προτείνεται η αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος και η διαμόρφωσή της αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της

ανάγκης, ώστε να υπηρετείται ταυτόχρονα και το κριτήριο της ισότητας. Στην κατεύθυνση αυτή είναι χρήσιμη η επανεξέταση του υφιστάμενου σχήματος συμμετοχής στο κόστος, το οποίο αποτρέπει τη χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη μεταφορά της στη νοσοκομειακή περίθαλψη με: (α) την εφάπαξ και κατά κεφαλήν ετήσια εγγραφή στο δίκτυο γιατρών πρώτης επαφής και (β) τη συμμετοχή στο κόστος αγαθών και υπηρεσιών υψηλής βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας επί των οποίων έχουν καταγραφεί υπερβάσεις οι οποίες δεν τεκμηριώνονται στη νοσηρότητα και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό, η ελάχιστη ή μηδενική συμμετοχή στο κόστος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμβάλλει στον προσανατολισμό των χρηστών, ενώ παράλληλα, η εισαγωγή τιμών-εμποδίων στην πρόσβαση στα νοσοκομεία ενισχύει τις πολιτικές υποκατάστασης.

Επιπροσθέτως είναι σκόπιμο να εξετασθεί η εισαγωγή της τεχνικής της μερικής εξαίρεσης κάλυψης (deductible) με βάση εισοδηματικά κριτήρια όπου τα άτομα τα οποία εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή καλούνται να καλύπτουν τα έξοδα των αγαθών και υπηρεσιών υγείας, τα οποία καταναλώνουν, έως ενός προκαθορισμένου χρηματικού ορίου, πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό τους δικαίωμα. Το μέτρο αυτό εκτιμάται ότι μπορεί να είναι δικαιότερο σε κλιμακωτή βάση ανάλογα με το εισόδημα και να μην περιλαμβάνει όσους έχουν χαμηλό εισόδημα ή βεβαρμένη υγεία.

Η ενδεχόμενη εισαγωγή αυτών των μέτρων οφείλει να εκτιμήσει την κατάσταση των νοικοκυριών και να εστιάσει στα εισοδηματικά κλιμάκια, τα οποία έχουν αυτή τη δυνατότητα και ειδικότερα στο ανώτερο 30% των νοικοκυριών, των οποίων οι ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές στις υπηρεσίες υγείας υπερβαίνουν τα 2 δισ. ευρώ, σύμφωνα με εκτιμήσεις στη βάση των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ. Σχετικά με τις τεχνικές συμμετοχής στο κόστος, ιδιαίτερα στη φαρμακευτική περίθαλψη, τις ιατρικές συσκευές και τις διαγνωστικές εξετάσεις, είναι αναγκαίο να εξεταστεί η εισαγωγή ασφαλιστικών τιμών αναφοράς (δηλαδή το ανώτατο όριο κάλυψης), ώστε να εκφράζονται οι προτιμήσεις των καταναλωτών, η ελευθερία συνταγογράφησης του γιατρού αλλά ταυτόχρονα να προφυλάσσεται η ασφάλιση από βλάβες ηθικού κινδύνου δεδομένου ότι η διαφορά μπορεί να καλύπτεται από τις αποφάσεις των χρηστών.

4.6. Η Επίδραση των Καταστροφικών Δαπανών

Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη αποτελεί μια σταθερά συνιστώσα στον υγειονομικό τομέα, ανεξαρτήτως των παρεμβάσεων της κεντρικής διοίκησης. Στο πλαίσιο αυτό, πλην της προφανούς δραστηριότητας που διαφεύγει την εθνικολογιστική καταμέτρηση, προκαλείται μείζων βλάβη στα νοικοκυριά διαμέσου των καταστροφικών δαπανών που υφίστανται, όταν δαπανούν περισσότερο του 20% του εισοδήματός τους για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και οι οποίες ωθούν σε φτωχοποίηση μεγάλου μέρους των νοικοκυριών.

Σε πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ευρώπη (OECD, 2018b), η Ελλάδα εμφανίζει από τα υψηλότερα ποσοστά καταστροφικών δαπανών για την υγεία από τα νοικοκυριά (9,7%), ενώ αντίστοιχα υψηλά ποσοστά εμφανίζει η χώρα και σε έκθεση του ΠΟΥ που περιλαμβάνει τις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας (WHO, 2019, Chantzaras & Yfantopoulos, 2018b). Η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των ετών της υπό εξέταση χρονικής περιόδου. Σύμφωνα με άλλα στοιχεία για τα έτη 2010-2015 (Kyriopoulos, 2018), οι καταστροφικές δαπάνες υγείας φαίνονται, επίσης, να σημειώνουν αύξηση μεταξύ των ετών της συγκεκριμένης περιόδου, καθώς το 2010 ήταν 3,46% ενώ το 2015 ανήλθαν στο 5,55%. Το δε ποσοστό φτωχοποίησης ήταν 3,4%, ενώ στους πολίτες άνω των 60 ετών το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 10%. Στα φαινόμενα αυτά ιδιαίτερα σημαντική επίπτωση έχουν νοσήματα μακράς διάρκειας και υψηλού νοσολογικού φορτίου (νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά νοσήματα).⁷

⁷ Αναλυτικά στοιχεία για τη φτώχεια την περίοδο της οικονομικής κρίσης αναφέρονται στη μελέτη της διαΝΕΟσις (2017), Μια Αποδοτικότερη Πολιτική για την Καταπολέμηση της Ακραίας Φτώχειας.

4.7. Η Τιμολόγηση των Υπηρεσιών Ιατρικής Περίθαλψης

4.7.1. Η διαδικασία της τιμολόγησης

Η αγορά υπηρεσιών υγείας διαφέρει σημαντικά από τις λοιπές αγορές αγαθών και υπηρεσιών, μεταξύ άλλων στη διαδικασία καθορισμού της τιμής των προσφερόμενων αγαθών. Στις υγειονομικές αγορές οι οποίες σε μεγάλο βαθμό χαρακτηρίζονται από τον δημόσιο έλεγχο, η διαδικασία καθορισμού των τιμών γίνεται συνήθως κεντρικά και στη συνέχεια ακολουθείται από τη διαμόρφωση της προσφοράς και της ζήτησης, μέσω της επίδρασης των τιμών στα κίνητρα των προμηθευτών.

Η χώρα δε διαθέτει μια τεκμηριωμένη βάση τιμολόγησης που υποστηρίζεται από τις διεθνείς ταξινομήσεις ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων και σταθμίζονται ως προς τη δέσμευση τεχνολογικών πόρων και εργασίας. Η απουσία των εργαλείων τιμολόγησης ενισχύει την ασυμμετρία πληροφόρησης για τους καταναλωτές και την άγνοια για τους προμηθευτές και ως εκ τούτου δυσχεραίνει τις ανταλλαγές και εμποδίζει την επίτευξη της αποδοτικότητας.

4.7.2. Οι τεχνικές αποζημίωσης

Η αποζημίωση αναφέρεται στην πληρωμή, εκ μέρους ενός ασφαλιστικού οργανισμού σε έναν προμηθευτή για υπηρεσίες υγείας που παρήγαγε ή πρόκειται να παραγάγει (ISPOR, 2003), αναλόγως της οργάνωσης του συστήματος πληρωμής των προμηθευτών (αναδρομικής ή προοπτικής χρηματοδότησης). Η διαδικασία αποζημίωσης μπορεί να λάβει πολλές μορφές και περιλαμβάνει τη συμμετοχή ή μη του ασθενούς στο κόστος της υπηρεσίας με τη μορφή συμπληρωμής ή συνασφάλισης. Στην προσέγγιση της αποζημίωσης έχει μεγάλη σημασία η διάσταση του χρόνου. Στο πλαίσιο αυτό, οι τεχνικές αναδρομικής (a posteriori) αποζημίωσης ευνοεί τους προμηθευτές και την ανάπτυξη πληθωρισμού ιατρικών πράξεων και προκλητής ζήτησης. Αντίθετα, οι μέθοδοι προοπτικής και εκ των προτέρων (a priori) αποζημίωσης υποστηρίζουν σχήματα προσυμφωνίας ως προς τις τιμές και ενίοτε τις ποσότητες και διασφαλίζουν σταθερότητα στη διαχείριση και τον έλεγχο των προϋπολογισμών.

4.7.3. Η διαπραγμάτευση ανάμεσα στην ασφάλιση και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας

Σε ένα πλαίσιο διαπραγμάτευσης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί επιχειρούν να εκμεταλλευτούν το μέγεθός τους στην αγορά προκειμένου να επιτύχουν χαμηλότερες τιμές είτε για μεμονωμένες υπηρεσίες είτε για «πακέτα» υπηρεσιών, ώστε να αυξήσουν την οικονομική τους αποδοτικότητα. Η διαπραγματευτική ικανότητα ενός φορέα ασφάλισης αποτελεί θετική συνάρτηση του αριθμού ασφαλισμένων και της ισχύος της αντιπροσωπευτικότητας, καθώς και του πλαισίου παροχών σε σχέση με το εύρος της προσφοράς μιας υπηρεσίας στην αγορά. Κατά αυτή την έννοια η υψηλή αντιπροσωπευτικότητα των ασφαλιστικών οργανισμών οδηγεί σε καταστάσεις ολιγοψωνίου στην αγορά και αύξησης της διαπραγματευτικής τους δύναμης. Η κατάσταση αυτή αποτελεί μια προφανή ευκαιρία και για το ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα μας, λόγω της υψηλής αντιπροσωπευτικότητας του ΕΟΠΥΥ. Συγκεκριμένα ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να επιτύχει οικονομικά οφέλη και αύξηση της αποδοτικότητας, σε περίπτωση κοινών παρεμβάσεων στη ζήτηση (κοινή/συνολική αγοραστική πολιτική), λόγω της σχεδόν καθολικής αντιπροσώπευσης του πληθυσμού). Όμως, η πρόσφατη εμπειρία από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ έδειξε ότι η απουσία ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών και η έλλειψη προοπτικής χρηματοδότησης ακυρώνουν την ολιγοψωνιακή ισχύ του οργανισμού.

4.8. Τιμές και Κίνητρα των Προμηθευτών

Ο καθορισμός των τιμών στο σύστημα οφείλει να λαμβάνει υπόψη την παραγωγικότητα των προμηθευτών και το σημείο ισορροπίας στο οποίο η τιμή είναι ανάλογη του μέσου κόστους των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης. Οι τιμές σήμερα ορίζονται ιστορικά και δεν φθίνουν με τον χρόνο όπως συμβαίνει με τις τεχνολογίες που παλιώνουν σε ολόκληρο τον κόσμο. Στον δημόσιο τομέα, όπου δεν υπάρχουν ανταλλαγές κλασσικού τύπου, οι «τιμές» διαμορφώνονται σήμερα από το κόστος παραγωγής με αποτέλεσμα η αξονική τομογραφία, για παράδειγμα, να έχει κόστος παραγωγής στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία περίπου 30-40€ ενώ στα επαρχιακά >100€. Ο στόχος είναι μια αγορά «ελεγχόμενου ανταγωνισμού». Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις, οι τιμές που τίθενται στην αγορά υπηρεσιών θα οδηγούν σε συρρίκνωση ή μεγέθυνση του τομέα υγείας, αναλόγως των αποκλίσεων από τα κοστολογικά δεδομένα. Προσπάθεια ενδεχόμενης κάλυψης της μη αποδοτικής λειτουργίας ορισμένων δημόσιων προμηθευτών, όπως είναι νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας σε νησιωτικές και ορεινές περιοχές με μικρό πληθυσμό ή άλλες που δεν συγκρατούν τον πληθυσμό της περιοχής λόγω κακής λειτουργίας και οργάνωσης, είναι σχεδόν βέβαιο ότι επιφέρει αποτελέσματα αντίθετα του αναμενομένου. Τελικώς, οι τιμές απαιτείται να προσδιορίζονται με γνώμονα την άριστη χρήση των πόρων υγείας και τη μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας. Σε διαφορετική περίπτωση, η επικυριαρχία της πλευράς της προσφοράς (προμηθευτές) έναντι της ζήτησης (ασθενείς και ασφαλιστικοί οργανισμοί) μπορεί να είναι συντριπτική.

Οι επισημάνσεις αυτές έχουν ιδιαίτερη σημασία για το σύστημα τιμών στη χώρα μας, το οποίο βασίζεται σε έναν πεπαλαιωμένο κατάλογο τιμών μικρού αριθμού πράξεων και εξετάσεων με ανύπαρκτη τεκμηρίωση. Αντιθέτως σποραδικά και ευκαιριακά κατά περίπτωση τιμολογούνται εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας σε σχετικά υψηλές τιμές, την ίδια στιγμή που η καθήλωση των τιμών παλαιότερων ιατρικών αμοιβών και πράξεων «νομιμοποιεί» τη διαμόρφωση μιας «ελεύθερης» αγοράς που ισορροπεί διαμέσου των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών των ίδιων των χρηστών.

4.9. Η Αναγκαιότητα για Ένα Ορθολογικό Σύστημα Τιμών

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι η ύπαρξη ενός δομικά σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών αποτελεί ανάγκη για την ορθολογική λειτουργία ενός οργανωμένου συστήματος υγείας. Πέραν των πολύπλευρων οικονομικών επιπτώσεων, η ύπαρξη τιμών απεμπλέκει τις ανταλλαγές στο σύστημα, επιτρέπει την έκφραση των προτιμήσεων των ασθενών και καθιστά δυνατή τη χρηστή διαχείριση του συστήματος, δρώντας ως ένα σύστημα καταγραφής της δραστηριότητας και λογοδοσίας των προμηθευτών υπηρεσιών.

Το υφιστάμενο σύστημα «επίσημης» τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών στηρίζεται στη μεθοδολογία της ιστορικής τιμολόγησης. Δηλαδή την αναπροσαρμογή (με ασαφή όμως κριτήρια) ενός ήδη υπάρχοντος καταλόγου τιμών, δίχως να λαμβάνονται στην απόφαση παράμετροι της διαδικασίας παραγωγής καθώς και οικονομικά μεγέθη. Όπως αναμένεται, η τιμολόγηση με βάση τις ιστορικές τιμές έχει κληροδοτήσει στο σύστημα υγείας όλα τα εγγενή προβλήματα αυτού του τύπου καθορισμού των τιμών, τα οποία, όμως, πλαισιώνονται από μια σειρά προστιθέμενων μειονεκτημάτων. Ενδεικτικά αναφέρονται ότι: (α) Οι υπάρχουσες τιμές, στο μεγαλύτερό τους μέρος, καθιερώθηκαν στο σύστημα το 1991. Η μόνη σημαντική τους μεταβολή, πλην ελαχίστων και κατά περίπτωση εξαιρέσεων, αφορά στη μετατροπή των ονομαστικών αξιών σε ευρώ έναντι της δραχμής. (β) Με βάση αυτή την παραδοχή εύλογα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι τιμές αποκλίνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό από το πραγματικό κοστολόγιο.

Υπό το πρίσμα αυτών των παρατηρήσεων, το σύστημα τιμολόγησης στη χώρα μας έχει μείζονα προβλήματα, τα οποία σε αδρές γραμμές είναι:

(α) δεν ενσωματώνει τις ονομαστικές μεταβολές των τιμών, συνεπεία της γενικότερης τιμαριθμικής αναπροσαρμογής,

(β) δεν ενσωματώνει τις οικονομίες κλίμακες που μπορούν να επιτευχθούν στο σύστημα με τη συγκέντρωση της παραγωγής κατά περίπτωση,

(γ) δεν υπολογίζει μια σειρά τεχνολογιών που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στο σύστημα τα τελευταία χρόνια και οι οποίες χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό, όπως αυτοματισμοί στην παραγωγή, τηλεϊατρική και τηλεματική διάγνωση και αξιολόγηση,

(δ) σε σύνδεση με τα προηγούμενα, δεν προσαρμόζει το κόστος των τεχνολογιών που βαίνουν προς υποκατάσταση, και

(ε) δεν αντιπροσωπεύει το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από αυτό προκύπτει ότι το ισχύον σύστημα τιμών χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού ακαμψία, απαρχαιωμένη δομή και κατά περίπτωση τμηματικές και επιλεκτικές αναθεωρήσεις. Η επιλεκτική υπέρ- ή υπο- τιμολόγηση μιας σειράς πράξεων χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος παροχής (με απουσία, δηλαδή, κάποιας μορφής κοστολόγησης) και χωρίς εμφανή αιτιολογία έχει κατά περίπτωση δημιουργήσει είτε κινδύνους ελλειμματικής λειτουργίας, στις περιπτώσεις όπου η αναγραφόμενη τιμή ("τιμή ΦΕΚ") υπολείπεται της πραγματικής δαπάνης παραγωγής, είτε σημαντικές επιχειρηματικές ευκαιρίες, στις περιπτώσεις όπου συμβαίνει το αντίστροφο.

Οι παρατηρήσεις αυτές σε συνδυασμό με τις εγκατεστημένες στρεβλώσεις του συστήματος υγείας στη χώρα μας, οι οποίες αναφέρθηκαν εκτενώς σε προηγούμενες παραγράφους, καθιστούν αναγκαία τη θεσμοθέτηση μιας διαδικασίας καθορισμού των τιμών, σύμφωνα με τα σύγχρονα συστήματα τιμολόγησης τα οποία ακολουθούνται διεθνώς. Το σημαντικότερο και πλέον χρησιμοποιούμενο εξ αυτών, ήτοι η τιμολόγηση στη βάση της σχετικής συμβολής των συντελεστών παραγωγής, έχει ήδη αξιολογηθεί, προσαρμοστεί και βρίσκεται διαθέσιμο ως πρόταση συζήτησης για την περίπτωση της χώρας μας (Αθανασάκης, Κυριόπουλος, & Σουλιώτης, 2018).

Συγκεκριμένα, η τιμολόγηση στη βάση της σχετικής συμβολής των συντελεστών παραγωγής στηρίζεται θεωρητικά και πρακτικά στη μέθοδο κοστολόγησης στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών (Resource - based relative value scale - RBRVS), όπως αυτή χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ, τον Καναδά, τη Γαλλία και αλλού. Ειδικότερα, το σύστημα RBRVS στηρίζεται στην αρχή ότι κάθε υπηρεσία που παράγεται αποτελείται από τρεις συνιστώσες. Οι δύο πρώτες αντιπροσωπεύουν τους βασικούς παραγωγικούς συντελεστές (κεφάλαιο και εργασία) οι οποίοι εξειδικεύονται για τις υπηρεσίες υγείας και αποτελούν μεταβλητές υπό τις γενικές κατηγορίες «εργασία ιατρικού προσωπικού» και «δαπάνες ιατρικής πρακτικής», με τη δεύτερη να αφορά, ουσιαστικά, στις υποδομές που είναι απαραίτητες για την παραγωγή-παροχή μιας υπηρεσίας. Η τρίτη συνιστώσα αφορά στην αβεβαιότητα, έννοια η οποία διαπερνά κάθε λειτουργία του υγειονομικού

τομέα, δοθέντος ότι είναι σύμφυτη με τη φύση του αγαθού υγεία. Κάθε παρεχόμενη υπηρεσία προκύπτει ως συνισταμένη των τριών αυτών διαστάσεων, το μέτρο καθεμιάς εκ των οποίων συντίθεται από μια σειρά μεταβλητών που λαμβάνονται υπόψη στη διαδικασία κάθε πράξης.

Δεδομένου ότι η μηχανιστική μεταφορά προτύπων από τη διεθνή εμπειρία ενέχει προβλήματα εφαρμογής, η ενδεχόμενη εγκατάσταση ενός τέτοιου συστήματος τιμολόγησης οφείλει να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες της υγειονομικής πραγματικότητας της χώρας μας και της αντίστοιχης παραγωγικής διαδικασίας. Προς τούτο, ως βάση για τη θεώρηση των πράξεων και το περιεχόμενό τους χρησιμοποιείται το σύστημα κωδικοποίησης του συνόλου των διενεργούμενων πράξεων. Η τιμή μιας δεδομένης ιατρικής πράξης, βάσει του προτεινόμενου συστήματος, προκύπτει από τον συνυπολογισμό του σχετικού βάρους της ιατρικής εργασίας, της ιατρικής πρακτικής και της αβεβαιότητας όπως έχουν εκτιμηθεί για το σύνολο των πράξεων που περιγράφονται στο σύστημα κωδικοποίησης, τη βαθμίδα της υπηρεσίας στην οποία διενεργείται η πράξη (τριτοβάθμια νοσοκομεία, δευτεροβάθμια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, κέντρα υγείας, ανοικτή περίθαλψη), τυχόν διαφορές της ιατρικής εργασίας της πρακτικής ή της αβεβαιότητας με βάση τη διαφορά στην τοποθεσία (γεωγραφικός συντελεστής διαφοροποίησης) και έναν συντελεστή νομισματικής προσαρμογής (έναν αριθμό σε €, ο οποίος πολλαπλασιάζεται με το άθροισμα των σχετικών βαρών ώστε να εκτιμηθεί το ύψος των τιμών των αντίστοιχων ιατρικών πράξεων).

Η τελική τιμή, το ύψος, δηλαδή, του νομισματικού συντελεστή μετατροπής, αποτελεί το βασικό εργαλείο παρέμβασης των υπευθύνων λήψης αποφάσεων στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τους στόχους (μείωση των εξόδων, σταθεροποίηση ή μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα), οι οποίοι τίθενται από την πολιτική ηγεσία. Ο νομισματικός συντελεστής δεν διαμορφώνει μόνο το ύψος των τιμών, αλλά το σύνολο της αγοράς, δημόσιας και ιδιωτικής.

Το προτεινόμενο σύστημα κοστολόγησης και τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων, δίχως αμφιβολία αποτελεί πολύ μεγάλη αλλαγή σε σχέση με την ισχύουσα πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης στο ΕΣΥ και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ο τελικός καθορισμός των τιμών (καθορισμός του συντελεστή μετατροπής) ανεξαρτήτως του ύψους το οποίο θα λάβουν, αναμένεται να μεταβάλει σε μεγάλο βαθμό τις σχετικές τιμές που καταγράφονται σήμερα, γεγονός που ενδεχομένως να αλλάξει το μίγμα των παραγόμενων υπηρεσιών, μέσω της ζήτησης. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, το πλαίσιο της ζήτησης αναμένεται να εξορθολογιστεί, καθώς μπορεί να αντικατοπτρίζει τις πραγματικές-σημερινές απαιτήσεις σε εργασία και τεχνολογία, έναντι του ισχύοντος τιμολογίου, το οποίο βασίζεται σε αόριστα, στην καλύτερη περίπτωση, κριτήρια.

4.10. Συμπεράσματα

Το σύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα παρουσιάζει σοβαρές στρεβλώσεις και είναι επείγον να αναταχθεί. Εκτός από την ενίσχυση της χρηματοδότησης, απαιτούνται διαρθρωτικές αλλαγές στον τομέα που θα επιδράσουν ευεργετικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα, ώστε να διασφαλιστεί σταθερή χρηματοδοτική βάση.

Παράλληλα, πρέπει να κινητοποιηθούν αλλαγές στον τρόπο τιμολόγησης, διαπραγμάτευσης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την επίτευξη της αποδοτικής κατανομής και χρήσης των πόρων.

Με τις προτεινόμενες αλλαγές επιδιώκεται συνδυαστικά η αύξηση εσόδων με:

- προσαρμογή ασφαλιστικών εισφορών με βάση το κόστος μισθοδοσίας και προστιθέμενης αξίας της επιχείρησης,
- κοινωνικό ΦΠΑ και μείωση εργοδοτικών εισφορών,
- ειδικός φόρος στα επιβλαβή προϊόντα, και μείωση κόστους με:
 - αύξηση διαπραγματευτικής δύναμης ΕΟΠΥΥ,
 - νέο σύστημα τιμών και ιατρικών υπηρεσιών,
 - νέο σύστημα συμμετοχής ασθενών στο κόστος,
 - μερική εξαίρεση κάλυψης (deductible).

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε ενιαίο μοναδικό πληρωτή με αποκλειστική διαχείριση του συνόλου των εθνικών πόρων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας.
2. Αναπροσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών.
3. Εισαγωγή του «Κοινωνικού ΦΠΑ» και της ειδικής φορολογίας σε βλαπτικά προϊόντα.
4. Ενσωμάτωση των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών στην επίσημη χρηματοδοτική διαδικασία με τη μορφή συνασφάλισης ή συμπληρωματικής ασφάλισης.
5. Αναπροσαρμογή της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος με βάση εισοδηματικά κριτήρια και κριτήρια της ανάγκης για φροντίδα υγείας.
6. Ελάχιστη ή μηδενική συμμετοχή στο κόστος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
7. Αποζημίωση μονάδων ΠΦΥ με κατά κεφαλήν πληρωμή του καλυπτόμενου πληθυσμού σε συνδυασμό με το είδος της κατηγορίας επίσκεψης.
8. Εισαγωγή ασφαλιστικών τιμών αναφοράς, ως ανώτατο όριο κάλυψης.
9. Διαμόρφωση ενός δομικά σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών με γνώμονα την άριστη χρήση των πόρων υγείας και τη μεγιστοποίηση της οικονομικής αποδοτικότητας.
10. Τιμολόγηση στη βάση σχετικών αξιών των συντελεστών (Resource-based relative value scale-RBRVS).

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φεβρουάριος 2020

Ο Νοσοκομειακός Τομέας



5

5.1. Εισαγωγή

Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα δημόσια νοσοκομεία στη χώρα μας χαρακτηρίζονται ως γενικά ή ειδικά. Τα πρώτα περιλαμβάνουν τα τμήματα ιατρικής, χειρουργικής, παιδιατρικής και μαιευτικής/γυναικολογίας, που υποστηρίζονται από διαγνωστικές υπηρεσίες και παθολογικά τμήματα. Τα μεγάλα γενικά νοσοκομεία βρίσκονται κυρίως σε μεγάλες αστικές περιοχές, τα περιφερειακά νοσοκομεία στην κύρια διοικητική περιοχή και τα μικρότερα νοσοκομεία σε ημιαστικές περιοχές και πόλεις. Τα νοσοκομεία που συνδέονται με τις ιατρικές σχολές της χώρας προσφέρουν τις πιο σύνθετες και τεχνολογικά προηγμένες υπηρεσίες (Economou, Kaitelidou, Karanikolas, & Maresso, 2017).

5.2. Η Υφιστάμενη Κατάσταση στον Νοσοκομειακό Τομέα

Περίπου το 65% των κλινών είναι στον δημόσιο τομέα και το 35% στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειοψηφία των ιδιωτικών κλινών είναι μικρές ή μεσαίες γενικές, μαιευτικές/γυναικολογικές ή ψυχιατρικές κλινικές με λιγότερες από 100 κλίνες, μικρό αριθμό ασθενών και χαμηλά ποσοστά στελέχωσης ανά τύπο προσωπικού. Τα νοσοκομεία συμβάλλονται κυρίως με τον ΕΟ-ΠΥΥ, προσφέροντας υπηρεσίες μέτριας ποιότητας στους ασφαλισμένους (Economou et al., 2017).

Πίνακας 5.1. Νοσοκομεία Ανά Νομικό Τύπο, Μορφή Ιδιοκτησίας Και Περιφέρεια (2017)

Περιφέρειες	Σύνολο		Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου		Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου		Ιδιωτικές κλινικές	
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
	Αριθμός Θεραπευτηρίων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός κλινικών	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας
Σύνολο	277	45.267	125	29.495	5	894	147	14.878
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	17	2.420	6	1.555	0	0	11	865
Κεντρική Μακεδονία	44	8.466	17	4.839	1	651	26	2.976
Δυτική Μακεδονία	9	1.101	5	666	0	0	4	435
Ήπειρος	7	1.439	6	1.424	0	0	1	15
Θεσσαλία	32	3.953	5	1.659	0	0	27	2.294
Στερεά Ελλάδα	10	880	8	826	0	0	2	54
Ιόνιοι Νήσοι	6	601	5	549	0	0	1	52
Δυτική Ελλάδα	16	1.998	11	1.614	0	0	5	384
Πελοπόννησος	10	1.266	8	1.216	0	0	2	50
Αττική	96	19.040	35	11.637	3	224	58	7.179
Βόρειο Αιγαίο	7	630	5	576	0	0	2	54
Νότιο Αιγαίο	8	1.057	6	929	1	19	1	109
Κρήτη	15	2.416	8	2.005	0	0	7	411

Μια δεύτερη κατηγορία ιδιωτικών κλινών βρίσκεται σε ένα μικρό αριθμό υψηλής φήμης και κόστους νοσοκομείων με 150-400 κλίνες, που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ιδιώτες και ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση (Kondilis et al., 2011). Ένα χαρακτηριστικό του ιδιωτικού τομέα είναι ο υψηλός βαθμός συγκέντρωσής του, με λιγότερα ιδιωτικά νοσοκομεία που κατέχουν όλο και περισσότερο το μερίδιο αγοράς (Boutsoli, 2007). Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι περίπου το 43% του συνολικού αριθμού των νοσοκομειακών κλινών στη χώρα βρίσκεται στην Αττική, καλύπτοντας το 35% του ελληνικού πληθυσμού και της πρωτεύουσας της Αθήνας. Η Κεντρική Μακεδονία (η οποία περιλαμβάνει τη Θεσσαλονίκη, τη δεύτερη μεγαλύτερη πόλη στην Ελλάδα) κατέχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό (17,8%) των συνολικών κλινών.

Το 2011, μια σειρά από προτάσεις για αναδιάρθρωση νοσοκομείων υποβλήθηκε από επιτροπή εμπειρογνομόνων που διορίστηκε από τον υπουργό Υγείας (Liaropoulos et al., 2012) καθώς και από άλλες πηγές (ΕΣΔΥ, 2011), με στόχο την επίτευξη οικονομιών κλίμακας, τη βέλτιστη κατανομή των πόρων, την αποδοτικότερη λειτουργία και το χαμηλότερο συνολικό κόστος. Μετά από δημόσια διαβούλευση στις διάφορες περιφερειακές υγειονομικές διοικήσεις, στις οποίες συμμετείχαν διευθυντές υγείας και άλλοι επαγγελματίες του τομέα υγείας, το τελικό σχέδιο ανακοινώθηκε τον Ιούλιο του 2011 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012). Τα διοικητικά συμβούλια των δημόσιων νοσοκομείων αντικαταστάθηκαν από συνολικά 82 συμβούλια που ήταν υπεύθυνα για τη διοίκηση όλων των νοσοκομείων. Επιπλέον, πέντε νοσοκομεία που ανήκαν στο ΙΚΑ μεταφέρθηκαν στο ΕΣΥ και έγιναν υποκαταστήματα πέντε βασικών κρατικών νοσοκομείων. Ο συνολικός αριθμός των κλινών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκαν στις 30.157. Ο αριθμός των ιατρικών τμημάτων και μονάδων μειώθηκε κατά 600 και έγιναν αλλαγές στη χρήση οκτώ μικρών νοσοκομείων, τα οποία μετατράπηκαν σε αστικά κέντρα υγείας, μονάδες υποστήριξης και ανακουφιστικής φροντίδας και Νοσοκομεία για βραχυχρόνια νοσηλεία και αποκατάσταση (Nikolentzos, Kontodimopoulos, Polyzos, Thireos, & Tountas, 2015).

Το σύστημα υγείας στη χώρα είναι έντονα συγκεντρωμένο γύρω από τα νοσοκομεία που έχουν τη χαμηλότερη μέση διάρκεια παραμονής (5,2 ημέρες) στην ΕΕ και η πληρότητα κλινών (74%) είναι παρόμοια με τον μέσο όρο της ΕΕ (Eurostat, 2017b, Xenos et al., 2016, 2017). Ωστόσο, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα διαχείρισης (Minogiannis, 2012), μεταξύ των οποίων η έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, η υποκειμενική λήψη ιατρικών αποφάσεων από τους γιατρούς και η αυξημένη χρήση υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας, κάτι που οδηγεί μερικές φορές σε υπερκατανάλωση υπηρεσιών, αυξημένο κόστος και αναποτελεσματικότητα. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι περίπου το ένα τρίτο των εισαγωγών έκτακτης ανάγκης σε ένα γενικό νοσοκομείο για χειρουργικά, ΩΡΛ, οφθαλμολογικά και γυναικολογικά περιστατικά, καθώς και το 40% των ορθοπεδικών, θα

μπορούσαν να αντιμετωπίζονται από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Marinos et al., 2009, Vasileiou et al., 2009). Οι πολιτικές υποκατάστασης για την αντικατάσταση της περίθαλψης στα νοσοκομεία με λιγότερο δαπανηρή εξωνοσοκομειακή φροντίδα, την κατ' οίκον φροντίδα και την ημερήσια φροντίδα είναι αρκετά περιορισμένες και ο βαθμός ολοκλήρωσης μεταξύ των φορέων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας είναι χαμηλός.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το πρόβλημα της ανισοκατανομής κλινών, καθώς και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (βλέπε Κεφάλαιο 8). Σε ό,τι αφορά τις κλίνες του ΕΣΥ, η κατανομή τους ανά ΥΠΕ παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε σχέση με πληθυσμιακούς δείκτες (2,05-3,51), σύμφωνα με μελέτη του 2012 (Πίνακας 5.2.).

Πίνακας 5.2. Κλίνες Ανά Πληθυσμό Και Ανά ΥΠΕ (2012)

	Περιοχή Κάλυψης	Πληθυσμός 2011	Κλίνες	Κλίνες ανά 1.000 κατοίκους
ΥΠΕ1	Αθήνα Ανατολική Αττική	2.551.170	8.952	3,51
ΥΠΕ2	Πειραιάς Δυτική Αττική Αιγαίο	1.767.580	4.098	2,32
ΥΠΕ3	Κεντρική Μακεδονία Δυτική Μακεδονία	1.143.290	3.473	3,04
ΥΠΕ4	Ανατολική Μακεδονία Θράκη	1.619.590	4.909	3,03
ΥΠΕ5	Θεσσαλία Στερεά Ελλάδα	1.277.600	2.613	2,05
ΥΠΕ6	Πελοπόννησος Ιόνιοι Νήσοι Ήπειρος Δυτική Ελλάδα	1.805.290	5.108	2,83
ΥΠΕ7	Κρήτη	621.340	2.144	3,45
ΣΥΝΟΛΟ		10.785.860	31.297	2,9

Πηγή: ΙΚΠΙ, 2012

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.2. η 5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας-Στερεάς Ελλάδας) με 2,04 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους και η 2η ΥΠΕ (Πειραιάς-Δυτική Αττική-Αιγαίο) με 2,32 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, υπολείπονται σημαντικά από την 1η ΥΠΕ (Αθήνα-Ανατολική Αττική) με 3,5 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, 3,45 στην 7η ΥΠΕ (Κρήτη) και 3,04 στην 3η ΥΠΕ (Κεντρική-Δυτική Μακεδονία) (ΙΚΠΙ, 2012).

Λαμβάνοντας υπόψη τα διεθνή δεδομένα, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ θα έπρεπε να έχουν περίπου 3 κλίνες ανά 1.000. Με βάση αυτόν τον δείκτη είναι εμφανές σε ποιες ΥΠΕ υπάρχει πλεόνασμα κλινών και σε ποιες έλλειμμα.

Επιπλέον προβλήματα που εντοπίζονται από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγκεινται κυρίως:

(α) στην αυξημένη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Νοσοκομείων για την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο και των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) των νοσοκομείων για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο λόγω της υπο-ανάπτυξης και υπο-λειτουργίας της ΠΦΥ στη χώρα.

(β) στην αναντιστοιχία των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού που καθορίζονται από δείκτες που αφορούν τη γήρανση του πληθυσμού, τις συνοσηρότητες, την εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων και τον αριθμό των μεταναστών, την ψυχική υγεία, κλπ.

(γ) στην έλλειψη ειδικών μονάδων όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).

(δ) στην έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού όσον αφορά στην ανάπτυξη των νοσοκομείων, που επικεντρώνεται κυρίως στην εξυπηρέτηση τοπικών συμφερόντων όπως οι πολιτικοί λόγοι που συχνά δεν συνάδουν με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και έχουν ως αποτέλεσμα:

- την υποστελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων,
- την έλλειψη σημαντικών ιατρικών ειδικοτήτων, ειδικότερα στα περισσότερα από τα επαρχιακά νοσοκομεία και
- την έλλειψη ιατρικού/διαγνωστικού εξοπλισμού σύγχρονης διαγνωστικής και επεμβατικής τεχνολογίας (με αποτέλεσμα απλά περιστατικά να μεταφέρονται σε μεγάλα νοσοκομεία αστικών κέντρων) ή/και την υπο-αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής.

(ε) στην απουσία ενιαίου πρότυπου τρόπου οργάνωσης και επιχειρηματικής λειτουργίας των νοσοκομείων.

(ζ) στην ύπαρξη κατακερματισμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων, ενέχεται στην ανάπτυξη αντιστοιχιών κλίμακας, γεγονός που δημιουργεί την ανάγκη αναδιάρθρωσης των οργανισμών και κανονισμών λειτουργίας των νοσοκομείων και κυρίως την επανασυγκρότηση της κλινικής ιατρικής ιεραρχίας στις κλινικές και τα εργαστήρια.

(η) στη δυσμενή οικονομική κατάσταση της χώρας και τους δημοσιονομικούς περιορισμούς που δημιουργούν την ανάγκη για αύξηση της τεχνικής αποδοτικότητας και την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών πόρων.

(στ) στην ύπαρξη αποκλίσεων μεταξύ των ανεπτυγμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων και τους νομίμως λειτουργούντων (εντός ΦΕΚ Οργανισμού).

Όπως φαίνεται και από τις προηγούμενες αναφορές, είναι πολλαπλά τα προβλήματα που προτάσσουν ως επιτακτική ανάγκη την αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα και συναντώνται σε πολλές χώρες που προχωρούν σε ανασχεδιασμό και αναθεώρηση της οργάνωσης του νοσοκομειακού τομέα τους.

5.3. Η Διεθνής Εμπειρία και Πρακτική στη Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Ισχυρή τάση ανάπτυξης παρουσιάζουν διεθνώς οι εναλλακτικές μορφές περίθαλψης: κλινικές και χειρουργεία ημέρας, ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, κλινικά κέντρα αναφοράς για χρόνιες παθήσεις και συγχωνεύσεις δομών με σταδιακή μείωση/υποκατάσταση κλινών.

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων επιφέρουν κατά κανόνα θετικά αποτελέσματα κυρίως στη διοίκηση, στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, και στην εξοικονόμηση πόρων, ενώ παρατηρούνται προβλήματα προσβασιμότητας λόγω μείωσης των μονάδων. Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων ή αλλαγές χρήσης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως το κόστος μετακινήσεων, το κόστος χρόνου, το φορτίο νοσηρότητας, και την αντιμετώπιση επαγόντων περιστατικών.

Η μείωση των κλινών δεν επιδρά αρνητικά στην πρόσβαση των ασθενών και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς το ποσοστό επανεισαγωγών και των επισκέψεων στους γιατρούς και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αναφοράς παραμένουν σταθερά. Οικονομίες κλίμακας παρουσιάζουν συνήθως τα νοσοκομεία μεγέθους 100-200 κλινών, ενώ τα μεγαλύτερα νοσοκομεία (300-600 κλίνες) παρουσιάζουν αντιοικονομίες κλίμακας. Ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα καταγράφονται επίσης όπου μικρές νοσοκομειακές μονάδες, ειδικά σε αγροτικές περιοχές, μετατρέπονται σε μεγάλα κέντρα υγείας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν ορισμένοι σχετικά νέοι νοσοκομειακοί θεσμοί όπως:

(α) Σύμπλεγμα Νοσοκομείων (hospital trust) με ενιαίο νομικό και διοικητικό καθεστώς.

(β) Δίκτυο Νοσοκομείων (hospital network) με προγραμματικές συμφωνίες μεταξύ νοσοκομείων και ενδεχομένως κοινό management.

(γ) Ανοικτό Νοσοκομείο (open hospital) με δυνατότητα μερικής εποχιακής ή έκτακτης πρόσληψης προσωπικού και συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα.

Πολλά από τα παραπάνω εφαρμόζονται με επιτυχία σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Πιο συγκεκριμένα στη Δανία, από το 2007 ξεκίνησε η αναδιαμόρφωση του νοσοκομειακού τομέα με τη συγκέντρωση νοσοκομειακών μονάδων σε λιγότερες και μεγαλύτερες μονάδες και τη δημιουργία νοσοκομείων εξειδικευμένων υπηρεσιών (π.χ. εξειδικευμένα χειρουργεία). Σύμφωνα με τους Kristensen, Bogetoft και Pedersen (2010), οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων αποφέρουν κατά μέσον όρο 19,5% - 22,5% εξοικονόμηση πόρων.

Στη Μεγάλη Βρετανία, από το 1997 έχουν πραγματοποιηθεί 99 συγχωνεύσεις νοσοκομείων (trusts), 14 από τις οποίες πραγματοποιήθηκαν στο Λονδίνο. Τα αποτελέσματα των συγχωνεύσεων ήταν (Fulop et al., 2002) τα βελτιωμένα συστήματα διοίκησης, κλινικής αξιολόγησης και ελέγχου, η ενίσχυση των επαγγελματικών δικτύων, μεγαλύτερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και συνακόλουθα επαγγελματικής ανέλιξης και εξοικονόμηση £178.700 τον πρώτο χρόνο και £346.800 τον δεύτερο χρόνο, μετά από τη συγχώνευση (αρχικός στόχος των £500.000/έτος).

Στη Νορβηγία, οι Kjekshus και Hagen (2007) μελέτησαν τις συνέπειες επτά συγχωνεύσεων σε 17 μη ψυχιατρικά νοσοκομεία την περίοδο 1992-2000. Όσον αφορά στην επίδραση των συγχωνεύσεων στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων, όλα τα νοσοκομεία εμφάνισαν αύξηση της αποδοτικότητάς τους σε ποσοστό 3,6% - 12,9% στο διάστημα πριν από τις συγχωνεύσεις (αυτό ίσως οφείλεται στην εντεινόμενη συνεργασία πριν από τις συγχωνεύσεις), ενώ οι συνέπειες των συγχωνεύσεων των νοσοκομείων στην τεχνική αποδοτικότητα ήταν σχεδόν μηδενικές (Tsavalias, Siskolu & Liaropoulos, 2012).

5.4. Οι Βασικοί Στόχοι της Πολιτικής για τη Νοσοκομειακή Περίθαλψη

(α) Επαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού κάθε διοικητικής Περιφέρειας.

(β) Διασφάλιση της ελεύθερης επιλογής των ασθενών και της ισότητας στη διάχυση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

(γ) Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των χρηστών.

(δ) Μετατροπή των νοσοκομείων σε ΝΠΙΔ και υπαγωγή τους ως θυγατρικών σχημάτων στις ΥΠΕ (ως ΝΠΔΔ) ανά διοικητική Περιφέρεια.

(ε) Συγχωνεύσεις και αλλαγές χρήσης νοσοκομείων, ιδιαίτερα των μικρών νομαρχιακών.

(στ) Συγκρότηση «αντίπαλων» νοσοκομείων υψηλού κύρους, ώστε να επιτευχθεί το «κρίσιμο μέγεθος» και η επιστροφή σε οικονομίες κλίμακας, αύξουσας οριακής αποδοτικότητας και μείωση των μονοπωλιακών τάσεων.

(ζ) Ανακατανομή των κλινικών και εργαστηρίων με συγχωνεύσεις ή καταργήσεις και ίδρυση νέων, με αλλαγή των υφιστάμενων οργανισμών και κανονισμών λειτουργίας των νοσοκομείων.

(η) Οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων σε επιχειρησιακή βάση, δηλαδή με εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη (self-governing).

(θ) Ισχυρή συναινετική κλινική διοίκηση με την ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας.

(ι) Αποζημίωση με βάση Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ).

(ια) Εισαγωγή κινήτρων μέσω των ΚΕΝ, σε συνδυασμό με την εφαρμογή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών, ώστε τα «χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς» για την αντιμετώπιση της χαμηλής αποδοτικότητας και της μονοπωλιακής συμπεριφοράς των νομαρχιακών νοσοκομείων.

(ιβ) Ψηφιοποίηση/έλεγχος-παρακολούθηση του παραγόμενου έργου.

(ιγ) Έλεγχος-Τιμολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών σε πραγματικό χρόνο.

Η βελτίωση της αποδοτικότητας (efficiency) των κρατικών νοσοκομείων, δηλαδή η σχέση αποτελέσματος προς το κόστος, αποτελεί στρατηγικό στόχο διότι θα συμβάλει στην ορθολογική χρήση των πόρων στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και θα περιορίσει δραστικά τις αγορές υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Η αποδοτικότητα των νοσοκομείων του ΕΣΥ κυμαίνεται από περίπου 50% έως 70% στα μικρά και μεσαία νοσοκομεία λόγω κυρίως της χαμηλής μέσης ημερήσιας κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, γεγονός που καθιστά σημαντικό αριθμό των υφιστάμενων κλινών ανενεργό, ενώ μόνο το 25% των νοσοκομείων (κυρίως τα μεγάλα) έχουν υψηλότερη αποδοτικότητα. Επομένως, υπάρχει χωρητικότητα σε μεγάλη κλίμακα στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων μπορεί να προέλθει από την βελτίωση της διοίκησης καθώς και από την καλύτερη διαχείριση των υφιστάμενων εξοπλισμών και του προσωπικού (technical and technological efficiency). Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η επίτευξη του καίριου στόχου της βελτίωσης της αποδοτικότητας των παραγωγικών μονάδων απαιτεί και τους κατάλληλους θεσμούς οργάνωσης και λειτουργίας.

Κύρια προϋπόθεση για την επίτευξη του παραπάνω στόχου είναι η αλλαγή της νομικής προσωπικότητας των νοσοκομείων. Η νομική μορφή των νοσοκομείων προτείνεται να είναι αυτή του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, για λόγους διοικητικής και οικονομικής «ευλυγισίας» που προάγει την αποδοτική κατανομή.

5.5. Η Μεταρρύθμιση στον Νοσοκομειακό Τομέα

Κύρια προϋπόθεση για την επίτευξη της μεταρρύθμισης του νοσοκομειακού τομέα είναι η αλλαγή της νομικής προσωπικότητας των νοσοκομείων, με τη μετατροπή τους σε θυγατρικές εταιρείες των ΥΠΕ ως ΝΠΔΔ. Η νομική μορφή των νοσοκομείων προτείνεται να είναι αυτή του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Δεν είναι τυχαίο ότι τα νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη, τα οποία στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι είτε δημόσια είτε κοινωφελή ιδρύματα, έχουν τη νομική μορφή του ΝΠΙΔ Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η προτεινόμενη μετατροπή των νοσοκομείων σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, θα έχει πολλά πλεονεκτήματα εφόσον διασφαλιστούν τα πλήρη δικαιώματα των υφιστάμενων εργαζομένων, με τον ίδιο τρόπο που ρυθμίστηκαν τα δικαιώματα των εργαζομένων στο νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», αλλά και σε άλλες δημόσιες επιχειρήσεις που μετατράπηκαν σε ΝΠΙΔ, χωρίς να απειληθεί το υφιστάμενο εργασιακό τους καθεστώς, καθώς επίσης, εφόσον προβλεφθεί ειδική διαδικασία επιλογής των διοικήσεων των νοσοκομείων, χωρίς πολιτικές παρεμβάσεις. Τα νοσοκομεία «Παπαγεωργίου» και «Ωνάσειο», όπως και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία για διαφορετικούς λόγους, αποτελούν καλά παραδείγματα εύρυθμης λειτουργίας.

Ως προς τα πλεονεκτήματα:

(α) Η προτεινόμενη αλλαγή της νομικής μορφής των νοσοκομείων θα προσελκύσει αξιόλογα και έμπειρα στελέχη από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

(β) Με τη νέα τους νομική μορφή τα κρατικά νοσοκομεία θα είναι υποχρεωμένα να εγκαταστήσουν σύγχρονα λογιστήρια και συστήματα διοικητικής πληροφόρησης, τα οποία θα βασίζονται σε ενιαίο κλαδικό πρότυπο λογιστικής και διοικητικής οργάνωσης νοσοκομείων ΕΣΥ. Θα δημοσιεύουν ισολογισμούς και αποτελέσματα χρήσεως, θα μπορούν να κοστολογούν όλες τις υπηρεσίες τους, και θα είναι σε θέση να παρακολουθούν σε ημερήσια βάση την παραγωγικότητα των υπηρεσιών τους.

(γ) Η ΥΠΕ ως ΝΠΔΔ θα είναι σε θέση να υποστηρίξει τον προγραμματισμό των προμηθειών των νοσοκομείων με εξαιρετική αποτελεσματικότητα και με μείωση της δαπάνης. Τόσο η πλήρης μηχανοργάνωση των νοσοκομείων (ΥΥ-ΗΔΙΚΑ) όσο και η λειτουργία ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών του τομέα υγείας (με την αυτονόμη προϋπόθεση ενιαίας κωδικοποίησης από το ΥΥ), μπορούν να ολοκληρωθούν σύντομα.

(δ) Η νέα νομική μορφή των κρατικών νοσοκομείων θα δώσει τη δυνατότητα να υπερβούν τις αγκυλώσεις του ενιαίου μισθολογίου του δημοσίου και να θεσπίσουν κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας που θα διαφοροποιήσουν τις αμοιβές των γιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας.

(ε) Τέλος, η αύξηση της παραγωγής και της παραγωγικότητας των νοσοκομείων των ΥΠΕ ως ΝΠΔΔ, σε συνδυασμό με την τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων, θα έχουν θετικά αποτελέσματα: στην αύξηση της προσέλευσης ασθενών, στην αύξηση των εσόδων, στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στον περιορισμό των δαπανών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, και κυρίως στη μείωση της σπατάλης.

Συνοπτικά, τα προτεινόμενα μέτρα είναι τα εξής:

(α) Η νομική μορφή των νοσοκομείων θα πρέπει να είναι αυτή του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

(β) Η πλήρης λογιστική και διοικητική μηχανοργάνωση των νοσοκομείων και η λειτουργία ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών του τομέα υγείας.

(γ) Τα κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας θα διαφοροποιήσουν τις αμοιβές των γιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας.

(δ) Τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων.

(ε) Κάθε νοσοκομείο μπορεί να συμμετάσχει σε ένα ενιαίο Σύμπλεγμα Νοσοκομείων (hospital trust), ή σε Δίκτυο Νοσοκομείων (hospital network) ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε ΥΠΕ.

Για να μπορέσουν να υλοποιηθούν οι προτεινόμενες αλλαγές θα πρέπει να αλλάξει και η εργασιακή κουλτούρα των εργαζομένων στο ΕΣΥ και να αναβαθμιστεί ο ρόλος τους, προκειμένου να ικανοποιηθούν βασικές

ανθρώπινες ανάγκες, όπως αναγνώριση, αυτοεκτίμηση, κοινωνική καταξίωση, επιστημονική ανέλιξη. Μόνο όταν θα έχουν την αίσθηση ότι ανήκουν σε έναν οργανισμό που φροντίζει τους εργαζομένους θα είναι πρόθυμοι να υποστηρίξουν τις προτεινόμενες αλλαγές.

Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό οι γιατροί να αναλάβουν την ευθύνη του κλινικού προϋπολογισμού, ώστε να επωμιστούν κρίσιμες διαχειριστικές αρμοδιότητες, αλλά και για να αναλάβουν την ευθύνη για το κόστος που επισύρουν οι αποφάσεις τους. Έτσι, θα καταστούν υπεύθυνοι για την εφαρμογή των αναγκαίων αλλαγών που απαιτούνται για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για τον σκοπό αυτό προτείνεται ο επικεφαλής της ιατρικής υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου να είναι συνυπεύθυνος για το κλινικό έργο του νοσοκομείου και να διαχειρίζεται τον κλινικό προϋπολογισμό. Οι δε συντονιστές διευθυντές-γιατροί να έχουν αντίστοιχη αρμοδιότητα υλοποίησης κλειστού προϋπολογισμού της κλινικής ή του εργαστηρίου που διευθύνουν, καθώς και ουσιαστική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την κλινική ή το εργαστήριό τους.

Στις αποφάσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται ο έλεγχος των συνεδρίων και η επιλογή των συμμετεχόντων, η αξιολόγηση των ειδικευόμενων ιατρών (logbook), η υλοποίηση ερευνητικών πρωτοκόλλων και η επιλογή επικουρικών ιατρών βάσει βιογραφικών.⁸

8. Στο πλαίσιο του σχετικού προβληματισμού που αναπτύχθηκε, ένα μέλος της Ομάδας συγγραφής της Έκθεσης υποστήριξε την υπαγωγή των νοσοκομείων, με τη μορφή των συγκροτούμενων Ομάδων/Συστάδων Νοσοκομείων, στον Οργανισμό Νοσοκομειακών Υπηρεσιών-ΕΣΥ (ΟΝΥ-ΕΣΥ), όπως περιγράφεται παρακάτω και τη διερεύνηση του βέλτιστου θεσμικού και νομικού πλαισίου λειτουργίας τους. Πιο συγκεκριμένα, προτάθηκε η σύσταση του Οργανισμού Νοσοκομειακών Υπηρεσιών-ΕΣΥ (ΟΝΥ-ΕΣΥ) με αυτόνομη και αποκεντρωμένη λειτουργία, ο οποίος θα υπάγεται στο υπουργείο Υγείας και θα εποπτεύει τις Ομάδες/Συστάδες Νοσοκομείων (Hospital Clusters), οι οποίες θα μπορούσαν να συγκροτούνται ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Ο ΟΝΥ-ΕΣΥ θα έχει τον κύριο στρατηγικό, εκτελεστικό και συμβουλευτικό ρόλο για την παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας. Ειδικότερα, θα έχει την ευθύνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό και την κατανομή των μονάδων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα έχει εκτελεστικό ρόλο αναφορικά με τη σύναψη συμβάσεων συνεργασίας, και θα αξιολογεί τις ανάγκες και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Κάθε Ομάδα/Συστάδα Νοσοκομείων θα διοικείται από ένα Δ.Σ. με αυξημένες διοικητικές αρμοδιότητες και σημαντικό βαθμό αυτονομίας και λογοδοσίας προς τον ΟΝΥ-ΕΣΥ. Κάθε Νοσοκομείο, μέλος της Ομάδας/Συστάδας Νοσοκομείων θα μπορούσε να διοικείται από έναν Επιχειρησιακό Διευθυντή (Chief Operating Officer). Στο πλαίσιο της δικτύωσης/διασύνδεσης των Ομάδων/Συστάδων Νοσοκομείων με τον Θεσμό των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Networks) και τις δομές Μετανοσοκομειακής και Μακροχρόνιας φροντίδας, κάθε Ομάδα/Συστάδα Νοσοκομείων θα λειτουργεί ως ένα «μικρής κλίμακας Σύστημα Υγείας».

5.6. Συμπεράσματα

Τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα ανισοκατανομής κλινών, κλινικών, εργαστηρίων και προσωπικού, σημαντικές ελλείψεις προσωπικού, και αναχρονιστικές και αναποτελεσματικές μορφές διοίκησης. Για τη βελτίωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα προτείνονται θεσμικές αλλαγές στη νομική τους υπόσταση, ενίσχυση της αυτοδιοίκησής τους, αναβάθμιση της περιφερειακής τους διασύνδεσης και αναδιάρθρωση της κατανομής των υλικών και ανθρώπινων πόρων με βάση τις ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης του πληθυσμού κάθε διοικητικής περιφέρειας.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Διασφάλιση της ελεύθερης επιλογής των ασθενών και της ισότητας στη διάχυση των νοσοκομειακών υπηρεσιών.
2. Συγκωνεύσεις και αλλαγές χρήσης νοσοκομείων, ιδιαίτερα των μικρών, πρώην νομαρχιακών νοσοκομείων.
3. Συγκρότηση «αντίπαλων» νοσοκομείων υψηλού κύρους για τη βελτίωση της αποδοτικότητας με επιστροφή σε οικονομίες κλίμακας.
4. Ανακατανομή των κλινικών και εργαστηρίων με συγκωνεύσεις ή καταργήσεις και ίδρυση νέων, με αλλαγή των υφιστάμενων οργανισμών και κανονισμών λειτουργίας.
5. Οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων σε επιχειρησιακή βάση με εκτεταμένη αυτονομία και ευθύνη (self-governing).
6. Εφαρμογή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών και αποζημίωση με βάση τις Ομογενείς Διαγνωστικές Ομάδες (KEN/DRGs).
7. Διαχείριση κλειστού προϋπολογισμού κάθε κλινικής και εργαστηρίου από τους διευθυντές-συντονιστές, στο πλαίσιο αυξημένων διοικητικών-διαχειριστικών αρμοδιοτήτων.
8. Πλήρης λογιστική και διοικητική μηχανοργάνωση των νοσοκομείων και λειτουργία νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών.
9. Αξιοκρατική και τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων.
10. Διαφοροποίηση των αμοιβών των νοσοκομειακών στελεχών, ιδιαίτερα των γιατρών στη βάση οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας.

5.7. Υπόδειγμα Αξιολόγησης και Αναδιάταξης Νοσοκομειακού Χάρτη⁹

Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια προσπάθεια αναδιάταξης του νοσοκομειακού χάρτη σύμφωνα με το επισυναπτόμενο υπόδειγμα προτεινόμενων αλλαγών στην Περιφέρεια Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας και με βάση τους προαναφερθέντες βασικούς στόχους.

Για τον σκοπό αυτό μελετήθηκαν έντεκα νοσοκομεία του ΕΣΥ στους νομούς Θεσσαλονίκης (2), Γρεβενών (1), Ημαθίας (2), Κοζάνης (2), Καστοριάς (1), Πέλλας (2), Φλώρινας (1) και υπολογίστηκαν δείκτες αποδοτικότητας, με βάση τους πόρους και τη χρήση, για το 2009 και το 2010 (Πίνακας 5.3.).

Συγκρίνοντας τα δύο Τριτοβάθμια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (Παπαγεωργίου και Παπανικολάου) με τα υπόλοιπα εννέα δευτεροβάθμια -νομαρχιακά νοσοκομεία εντοπίζονται ορισμένα κρίσιμα σημεία μη αποδοτικής λειτουργίας και μικρής ανταπόκρισης στις προσδοκίες και τις προτιμήσεις των χρηστών.

Ειδικότερα,

(α) μεγάλη ροή ασθενών από το σύνολο σχεδόν των νομών προς Θεσσαλονίκη κυρίως και σε σημαντικό βαθμό στα Γιάννενα για την αναζήτηση νοσηλείας σε τριτοβάθμια νοσοκομεία,

(β) χαμηλή τεχνική αποδοτικότητα στα νομαρχιακά νοσοκομεία καθώς επίσης και μικρή κάλυψη κλινών, όπως φαίνεται στους πίνακες 5.3. και 5.4.

Τα φαινόμενα αυτά οφείλονται στη μείωση των ανθρωπίνων πόρων, αλλά και στη μονοπωλιακή επικυριαρχία της πλευράς της προσφοράς η οποία εκδηλώνεται με δυο διαφορετικούς τρόπους.

Τα τριτοβάθμια πανεπιστημιακά νοσοκομεία Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΓΝ) Παπαγεωργίου και Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό

⁹ Το προτεινόμενο υπόδειγμα βασίζεται στα στοιχεία και την επεξεργασία της μελέτης «Η Αναδιάταξη των Υπηρεσιών Υγείας: η Περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων», που πραγματοποίησε το 2013 ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Νοσοκομείο (ΠΠΓΝ) Παπανικολάου με βάση ελεύθερη επιλογή των χρηστών και εξαιτίας της υψηλής “ελκυστικότητας” (πανεπιστημιακές κλινικές και βιοϊατρική τεχνολογία) δέχονται αυξημένη ζήτηση από το σύνολο των δύο περιφερειών η οποία επιφέρει αύξηση του κόστους του χρόνου και του χρήματος για τους πολίτες.

Πίνακας 5.3. Δείκτες Επίδοσης Νοσοκομείων Κεντρικής Και Δυτικής Μακεδονίας (2009-2010)

Υγειονομική Περιφέρεια	Νομός	Δήμος (Καλλικράτης)	Νοσοκομείο	Βαθμός νοσοκομείου	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Ποσοστό κάλυψης	Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) (DEA) 2009	Τεχνική Αποδοτικότητα (TE) Α' εξάμηνο 2010
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	Παύλος Μελάς	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	3	4,44	78,2	100	100
	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	Χορτιάτης	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	3	3,01	67,9	68	99
	ΓΡΕΒΕΝΑ	Γρεβενά	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ	2	2,71	50,6	61	80
	ΗΜΑΘΙΑ	Βεργίνα	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ	2	3,31	77,1	86	98
	ΗΜΑΘΙΑ	Νάουσα	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΟΥΣΑΣ	2	3,92	54,8	63	66
	ΚΑΣΤΟΡΙΑ	Καστοριά	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	2	3,45	58,3	100	100
	ΚΟΖΑΝΗ	Εορδαία	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑΣ ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ	2	3,50	52,8	73	99
	ΚΟΖΑΝΗ	Κοζάνη	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΖΑΝΗΣ ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ	2	6,24	74,4	64	62
	ΠΕΛΛΑ	Έδεσσα	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ	2	3,17	60,1	58	78
	ΠΕΛΛΑ	Πέλλα	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ	2	3,90	59,0	90	81
	ΦΛΩΡΙΝΑ	Φλώρινα	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	2	2,70	47,2	96	77

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

Πίνακας 5.4. Δείκτες Επίδοσης Στην Περιφέρεια Κεντρικής Και Δυτικής Μακεδονίας (2009-2010)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕΙΚΤΩΝ	ΔΕΙΚΤΕΣ				
Δείκτες Επίδοσης	Μέση διάρκεια νοσηλείας*		4,49		
	Ποσοστό κάλυψης κλινών*		84,7		
	Ρυθμός εισροής*		68,9		
	Διάστημα εναλλαγής*		0,8		
	Μέτρηση αποδοτικότητας		Τριτοβάθμια Νοσοκομεία	Δευτεροβάθμια Νοσοκομεία	Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας
	2009	Τεχνική αποδοτικότητα (TE) ¹⁰	84	74	-
		Καθαρά τεχνική αποδοτικότητα (PTE) ¹¹	85	77	-
		Αποδοτικότητα κλίμακος (SE)	98	97	-
	2010	Τεχνική αποδοτικότητα (TE)	100	79	-
		Καθαρά τεχνική αποδοτικότητα (PTE)	100	84	-
		Αποδοτικότητα κλίμακος (SE)	100	95	-
	Ιατροί/ κλίνη*		0,62		
	Νοσηλευτές/κλίνη*		1,08		
	Λοιπό προσωπικό/κλίνη *		0,65		
	Συνολικό προσωπικό/κλίνη *		2,34		
Αριθμός νοσοκομείων		17			

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

*Δεν συμπεριλαμβάνονται τα νοσοκομεία ειδικών παθήσεων

10. Η τεχνική αποδοτικότητα αξιολογεί την επίτευξη μιας καθορισμένης ποσότητας προϊόντος με τη χρήση των ελάχιστων δυνατών εισροών σε φυσικές μονάδες ή την επίτευξη του μέγιστου δυνατού προϊόντος με τη χρήση καθορισμένων πόρων.

11. Η καθαρή τεχνική αποδοτικότητα αποτελεί συνιστώσα της τεχνικής αποδοτικότητας και αντανακλά τη διοικητική επίδοση στην οργάνωση των εισροών στην παραγωγική διαδικασία.

Τα νομαρχιακά νοσοκομεία της περιφέρειας εμφανίζουν χαμηλή αποδοτικότητα η οποία οφείλεται κυρίως στη μη βέλτιστη χρήση των πόρων και στην απουσία κινήτρων αναζήτησης μεθόδων βελτίωσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Η αποδοτικότητα μιας μονάδας υγείας καθορίζεται όχι μόνο από το μέγεθός της αλλά και άλλους παράγοντες όπως το είδος των υπηρεσιών υγείας που παρέχει το νοσοκομείο, η βαρύτητα των περιστατικών που δέχεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια η απόφαση για τη συγχώνευση νοσοκομειακών μονάδων ή τη μείωση των κλινών δεν πρέπει να στηρίζεται αποκλειστικά σε οικονομικά μεγέθη και εκτιμήσεις. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως για παράδειγμα το οικονομικό κόστος μετακίνησης των ασθενών στις μονάδες υγείας, το κόστος χρόνου, καθώς και την ανάγκη ύπαρξης μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας σε μια περιοχή με βάση το φορτίο νοσηρότητας ή την ανάγκη δημιουργίας μιας μονάδας επείγοντων περιστατικών. Η ανάλυση δείχνει ότι τα τριτοβάθμια νοσοκομεία -παρά τη σχετική επάρκεια πόρων- εμφανίζουν δυσχέρειες ανταπόκρισης στην αυξημένη ζήτηση εξαιτίας των μεγάλων ροών από την περιφέρεια.

Παράλληλα, σε μερικά από αυτά διαπιστώνονται φθίνουσες αποδόσεις και αντιστοιχίες κλίμακας και φάσματος. Τα νοσοκομεία αυτά έχουν δεσπόζουσα θέση στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη των υγειονομικών περιφερειών. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία καθώς και αυτά τα οποία χαρακτηρίζονται ως ειδικά πάσχουν στην τεχνική αποδοτικότητα εξαιτίας της απουσίας κατάλληλου μανάτζμεντ (χαρακτηριστικό σχεδόν του συνόλου των νοσοκομείων), της έλλειψης κινήτρων και της μονοπωλιακής θέσης τους στην περιοχή ευθύνης.

Η ύπαρξη κατακερματισμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων (ως ιδιότυπη έκφραση απουσίας διοίκησης και επιχειρησιακών στόχων) ευθύνεται για την ανάπτυξη αντιστοιχιών κλίμακος και φάσματος στο σύνολο των νοσοκομειακών μονάδων. Η κατάσταση αυτή ωθεί προς την κατεύθυνση αναδιάρθρωσης των οργανισμών και κανονισμών των νοσοκομείων και κυρίως επανασυγκρότησης της κλινικής ιατρικής ιεραρχίας στο επίπεδο του κλινικού και εργαστηριακού τομέα.

Οι διαπιστώσεις αυτές ωθούν προς την κατεύθυνση ανακατανομής των υγειονομικών πόρων για την επίτευξη της αποδοτικότητας. Προς τούτο (και δεδομένης της υψηλής ζήτησης στα τριτοβάθμια νοσοκομεία) η επίτευξη της επιθυμητής ισορροπίας ωθεί στην κατεύθυνση συγκρότησης “αντίπαλων” νοσοκομείων υψηλού κύρους (εντός του πολεοδομικού συγκροτήματος της Θεσσαλονίκης και ενδεχομένως της σταδιακής εξέλιξης των νοσοκομείων Κοζάνης-Πτολεμαΐδας ώστε να επιτευχθεί το “άριστο μέγεθος” και η επιστροφή σε οικονομίες κλίμακας, φάσματος, αύξουσας οριακής αποδοτικότητας και μείωσης των μονοπωλιακών τάσεων.

Η χαμηλή αποδοτικότητα και η μονοπωλιακή συμπεριφορά των νομαρχιακών νοσοκομείων μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με την εισαγωγή κινήτρων με βάση τα πραγματοποιούμενα ΚΕΝ, μετά την εφαρμογή τους σε συνδυασμό με την εισαγωγή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών, ώστε τα “χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς”.

Έχει εξαιρετικό ενδιαφέρον να εξετασθεί η εισαγωγή του θεσμού του Ανοικτού Νοσοκομείου (Open Hospital) στη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη σύμφωνα με τον οποίο ιατροί οι οποίοι δεν έχουν εξαρτημένη σχέση εργασίας με το νοσοκομείο δύνανται υπό προϋποθέσεις να εμπλέκονται στη φροντίδα νοσοκομειακών ασθενών.

Τα νοσοκομεία της δευτεροβάθμιας ή της τριτοβάθμιας περίθαλψης δύνανται να συνδέονται με συμβολαιακού τύπου συμβάσεις και συνεργασίες, με τη μορφή δικτύου νοσοκομείων, αλλά με διατήρηση της σχετικής αυτονομίας των επιμέρους μονάδων.

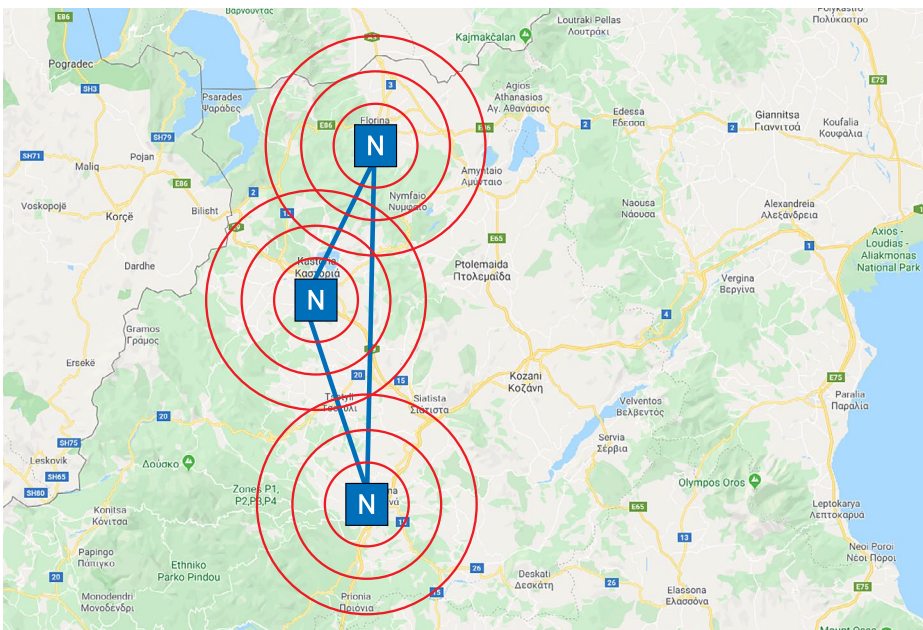
Στην τριτοβάθμια περίθαλψη και κυρίως στις περιπτώσεις ύπαρξης μικρών νομαρχιακών νοσοκομείων πρέπει να εξετασθεί η συγκρότηση του Νοσοκομειακού Συμπλέγματος (Hospital Trust) ως ενιαίου σχήματος στο ανθρώπινο δυναμικό, τον προϋπολογισμό και την κατανομή των πόρων. Ακόμη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι αναγκαίο να εισαχθεί ο θεσμός των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Networks), ώστε όλες οι διαθέσιμες υπηρεσίες να συνεργούν υπό τον συντονισμό και τη διεύθυνση του Κέντρου Υγείας.

Η διατύπωση αυτή έχει σημασία δεδομένου ότι η σύσταση και παραπομπή των ασθενών για νοσοκομειακή περίθαλψη γίνεται σε μεγάλο βαθμό από γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (γιατροί ασφαλιστικών ταμείων, κέντρων υγείας και γιατροί του ιδιωτικού τομέα). Τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας απορροφούν το 42% της εθνικής δαπάνης για την υγεία έναντι 30% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Το ποσοστό αυτό στο εσωτερικό των νοσοκομείων κατανέμεται: 90% στην κλασική κλειστή νοσηλεία και 10% στην ανοικτή φροντίδα, τις εναλλακτικές μορφές περίθαλψης στην εκπαίδευση και την έρευνα. Η κατανομή αυτή πρέπει να αλλάξει δεδομένου ότι τα νοσοκομεία στις ευρωπαϊκές χώρες δαπανούν 60% για κλασική κλειστή νοσηλεία, 20% για εναλλακτική περίθαλψη (κλινική ημέρας, νοσηλεία στο σπίτι) και 20% σε συμβουλευτική υποστήριξη, εκπαίδευση και έρευνα.

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις και αξιολογικές επισημάνσεις προτείνονται οι εξής αναδιαρθρώσεις:

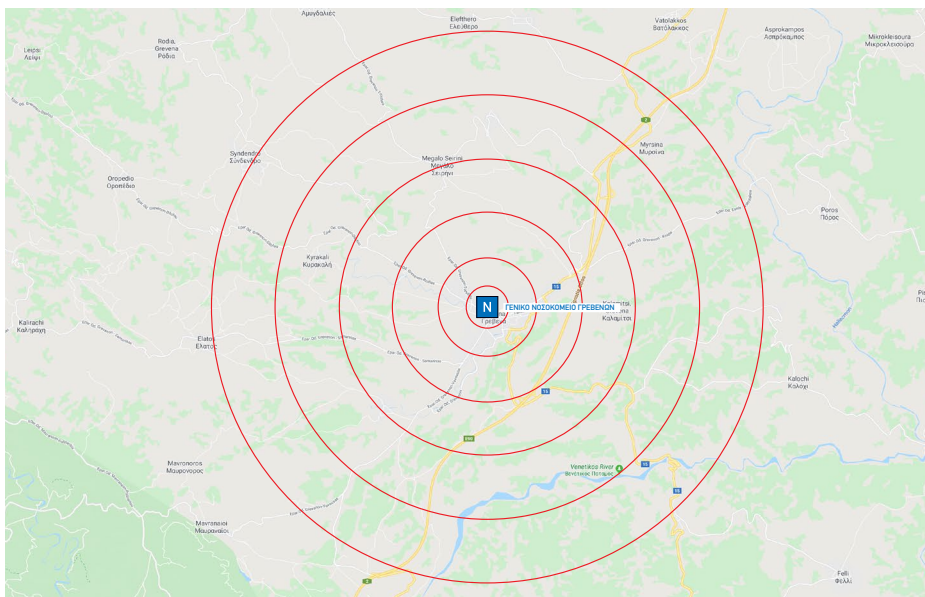
1. Τα νοσοκομεία της Καστοριάς, της Φλώρινας και των Γρεβενών μπορούν να λειτουργήσουν και ως ένα Δίκτυο Νοσοκομείων που συνεργάζονται από κοινού με βάση ένα συμβόλαιο το οποίο περιγράφει τις δραστηριότητές τους (Γράφημα 5.1.).

Γράφημα 5.1. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Καστοριάς, Φλώρινας Και Γρεβενών (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

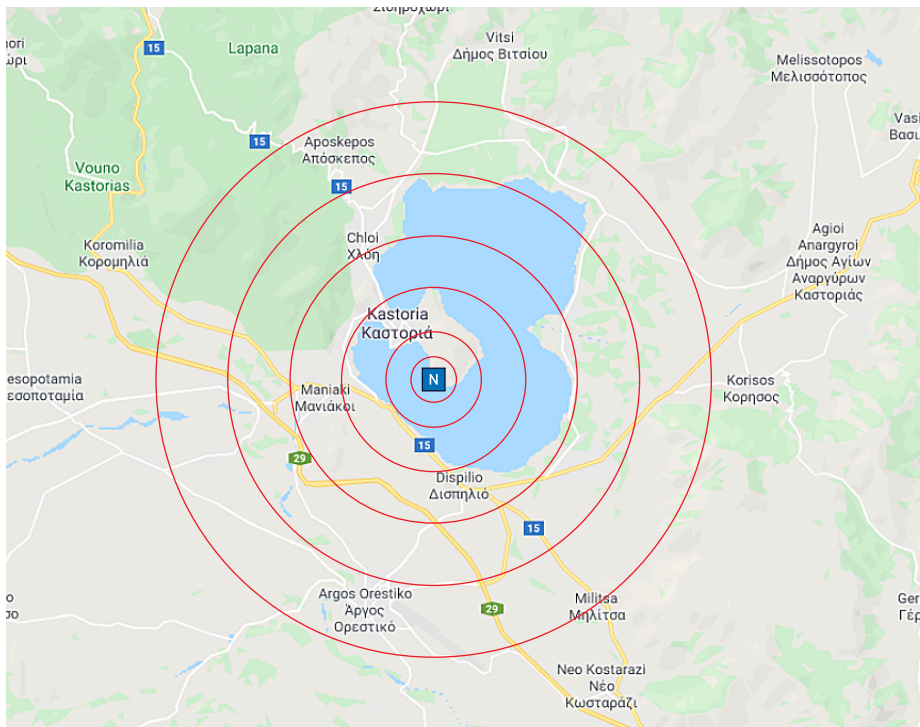
- Γράφημα 5.2.** Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Γρεβενών (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

3. Το ΓΝ Καστοριάς έχει σχετική επάρκεια πόρων και υψηλή επίδοση αλλά είναι αναγκαίο να αναπτύξει τις δραστηριότητές του με τη συγκρότηση Μονάδας Διαγνωστικής Τεχνολογίας, Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι χρήσιμο να εξετασθεί η εξέλιξή του σε Ανοικτό Νοσοκομείο (Open Hospital) (Γράφημα 5.3.).

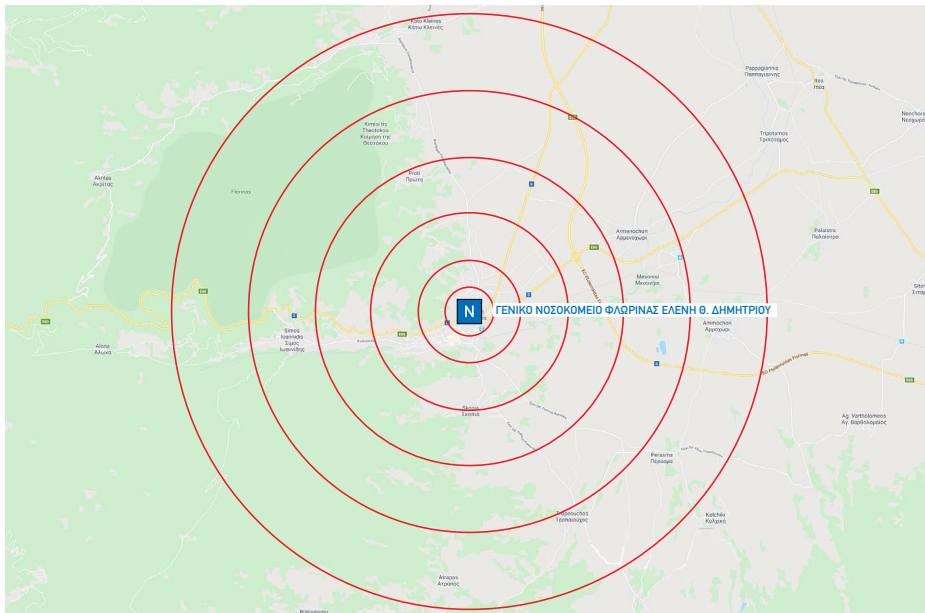
Γράφημα 5.3. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Καστοριάς (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

4. Το ΓΝ Φλώρινας έχει σχετική επάρκεια πόρων και υψηλή επίδοση αλλά είναι αναγκαίο να αναπτύξει τις δραστηριότητές του με τη συγκρότηση Μονάδας Διαγνωστικής Τεχνολογίας, Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι χρήσιμο να εξετασθεί η εξέλιξή του σε Ανοικτό Νοσοκομείο (Open Hospital) (Γράφημα 5.4.).

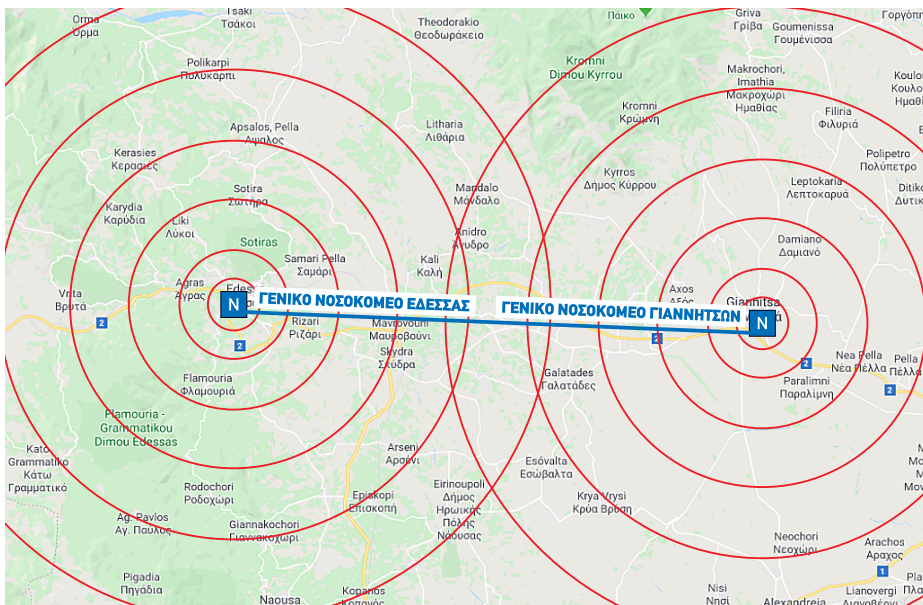
Γράφημα 5.4. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Φλώρινας (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

5. Το ΓΝ Έδεσσας και το ΓΝ Γιαννιτσών συγκροτούνται ως Hospital Trust καθώς έχουν σχετική επάρκεια πόρων και σημαντικά περιθώρια βελτίωσης και επέκτασης της δραστηριότητάς τους. Είναι αναγκαίο να εξετασθεί η ανάπτυξη Μονάδας Διαγνωστικής Τεχνολογίας, Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι χρήσιμο να εξετασθεί επίσης η εξέλιξή τους σε Ανοικτό Νοσοκομείο (Open Hospital) (Γράφημα 5.5.).

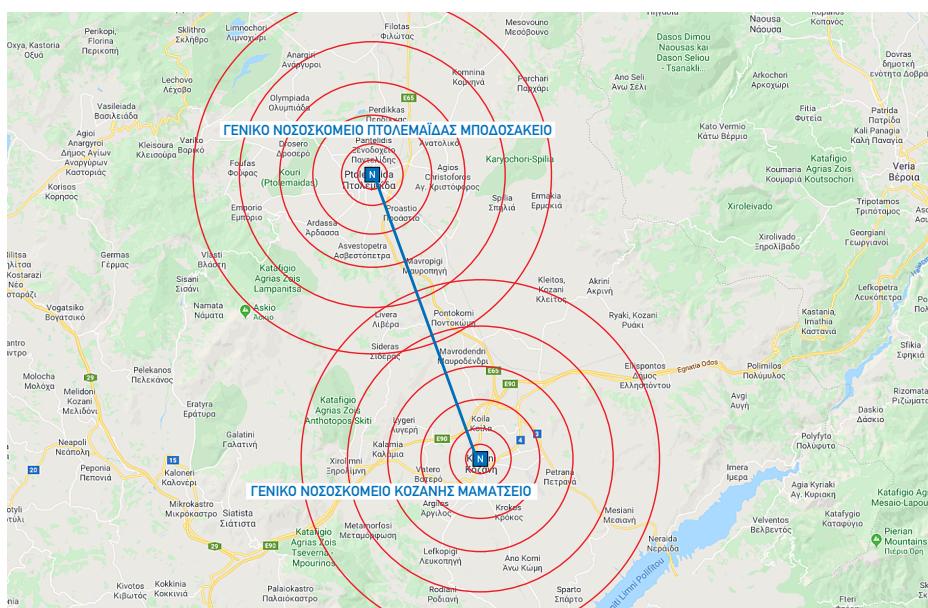
Γράφημα 5.5. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Έδεσσας Και Γιαννιτσών (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

6. Το ΓΝ Κοζάνης και το ΓΝ Πτολεμαΐδας συγκροτούνται ως Hospital Trust καθώς έχουν σχετική επάρκεια πόρων και σημαντικά περιθώρια βελτίωσης και επέκτασης της δραστηριότητάς τους. Είναι αναγκαίο να εξετασθεί η ανάπτυξη Μονάδας Διαγνωστικής Τεχνολογίας, Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι χρήσιμο να εξετασθεί η σταδιακή εξέλιξή τους σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο Αναφοράς, Εκπαίδευσης και Έρευνας ως «αντίπαλο» νοσοκομείο του Κεντρικού Άξονα Θεσσαλονίκης, ο οποίος υποδέχεται μεγάλη ροή ασθενών από την ευρύτερη περιοχή. Προτείνεται, επίσης, η σύνδεσή τους με μία Σχολή Επιστημών της Υγείας (κατά προτίμηση Νοσηλευτική) ή η ενσωμάτωση Παραρτημάτων Πανεπιστημιακών Κλινικών (Γράφημα 5.6).

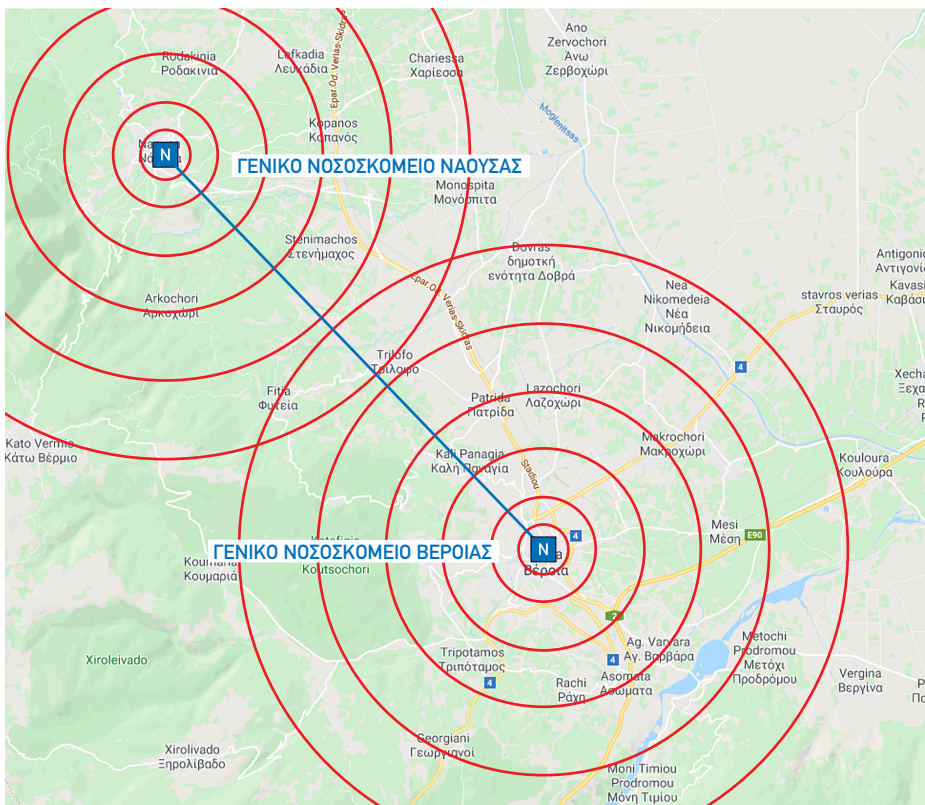
Γράφημα 5.6. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Πτολεμαΐδας Και Κοζάνης (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

7. Το ΓΝ Νάουσας και το ΓΝ Βέροιας συγκροτούνται ως Hospital Trust καθώς έχουν σχετική επάρκεια πόρων και σημαντικά περιθώρια βελτίωσης και επέκτασης της δραστηριότητάς τους. Είναι αναγκαίο να εξετασθεί η ανάπτυξη Μονάδας Διαγνωστικής Τεχνολογίας, Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας. Είναι χρήσιμο να εξετασθεί επίσης η εξέλιξή τους σε Ανοικτό Νοσοκομείο (Open Hospital) (Γράφημα 5.7.).

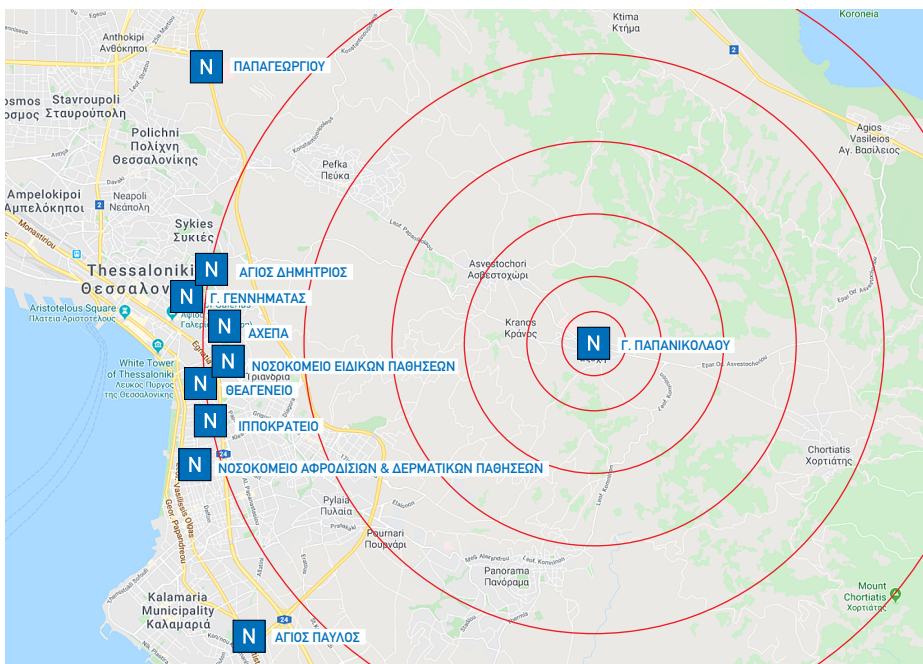
Γράφημα 5.7. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Των Νοσοκομείων Νάουσας Και Βέροιας (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

8. Το ΠΓΝ Γ. Παπανικολάου ανασυγκροτείται ως Νοσοκομείο Αναφοράς και Εκπαίδευσης με εσωτερική αναδιάρθρωση (εμφανίζει αντιοικονομίες κλίμακος και φάσματος και φθίνουσες αποδόσεις), σταδιακή μείωση κλινών (15-20%) και ανάπτυξη Μονάδας Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας (Γράφημα 5.8.).

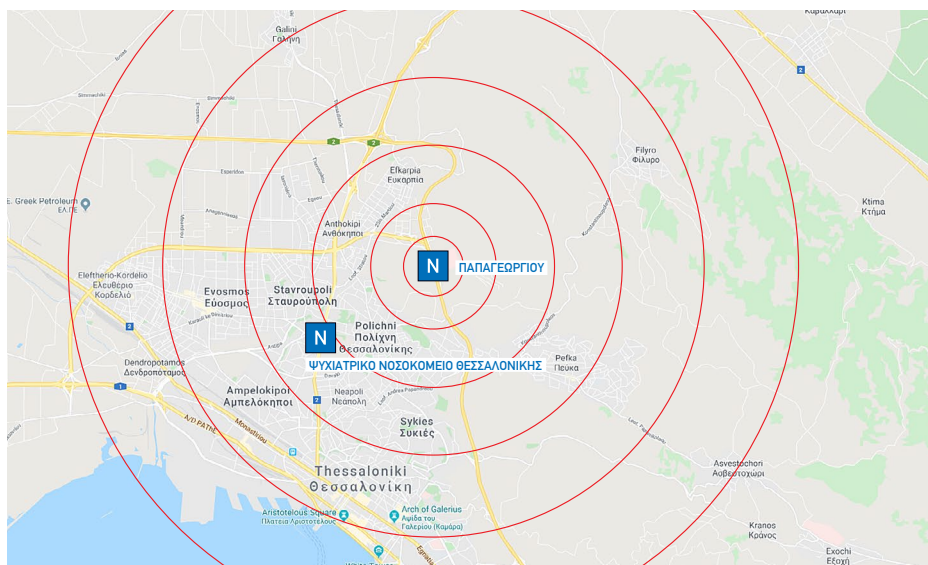
Γράφημα 5.8. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Παπανικολάου (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

9. Το ΠΓΝ Παπαγεωργίου συγκροτείται ως Κέντρο Αναφοράς, Έρευνας και Εκπαίδευσης και αναπτύσσει Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών και Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Γράφημα 5.9.).

Γράφημα 5.9. Χωροταξία Των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων Στην Κεντρική Και Δυτική Περιφέρεια Μακεδονίας: Η Περίπτωση Του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου (2013)



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φεβρουάριος 2020

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)



6.1. Εισαγωγή

Οι δομές ΠΦΥ στη χώρα είναι κατακερματισμένες με τη μορφή των Κέντρων Υγείας (ΚΥ) στις αγροτικές περιοχές, των ΠΕΔΥ και Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.) στις αστικές περιοχές, στις οποίες λειτουργούν αρκετά ιδιωτικά ιατρεία, ενώ έχουν αναπτυχθεί και αρκετές υπηρεσίες ενσωματωμένες σε Δήμους ή άλλους οργανισμούς. Στη χώρα μας δεν υφίσταται μέχρι σήμερα κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο στο οποίο θα συνυπάρξουν και θα συλλειτουργήσουν όλες οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και οι πάροχοι (Sifaki-Pistolla et al., 2017). Σύμφωνα με τη μελέτη του Ινστιτούτου NIVEL, που εξέτασε την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ στις χώρες της Ευρώπης, η ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας έλαβε χαμηλή βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις που μετρήθηκαν, όπως η πρόσβαση, η ολοκληρωμένη φροντίδα και η συνέχεια στη φροντίδα (Kringos et al., 2013).

6.2. Η Υφιστάμενη Κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί στη βάση του πελάτη/επισκέπτη, με τον γιατρό να περιμένει την επίσκεψη του ασθενούς και να διαχειρίζεται την υγεία του αποσπασματικά, είτε αφορά το ίδιο το άτομο είτε την οικογένειά του (Λιονής, 2018α, 2018β). Έτσι, συχνά οι υπηρεσίες ΠΦΥ περιορίζονται στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων όταν αυτά γίνουν αντιληπτά από το ίδιο το άτομο στη διαχείριση οξέων καταστάσεων, συνήθως λοιμώδους αιτιολογίας, στην παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων, στο πλαίσιο διαγνωστικών ελέγχων ρουτίνας, και στη συνταγογράφηση. Απουσιάζει πλήρως η διαχείριση του κινδύνου και της συμπεριφοράς υγείας που σχετίζεται με τα χρόνια νοσήματα και την πολυφαρμακία.

Ο ασθενής δεν αποτελεί το επίκεντρο της συζήτησης στην ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες σχεδιάζονται χωρίς αναφορά στις προσδοκίες, τις επιθυμίες, τις αξίες και τις ανάγκες του, όπως τις αναζητά το Ινστιτούτο Υγείας στις ΗΠΑ όταν συζητά τον ορισμό της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας. Από ελληνική μελέτη που δημοσιεύτηκε πριν από λίγα χρόνια (Lionis et al., 2017) φάνηκε ότι ο Έλληνας ασθενής επιθυμεί να γνωρίζει τον γιατρό που θα επισκεφτεί, να του δίνεται ο χρόνος που χρειάζεται, να μην του συμπεριφέρονται ως πρόβλημα αλλά ως πρόσωπο και ο γιατρός του να γνωρίζει το ιστορικό του. Κάθε άνθρωπος έχει ανάγκη σεβασμού του προσώπου του και των αξιών του, που όμως και αυτές δεν έχουν οριστεί, ιδιαίτερα σε μία πολυπολιτισμική Ελλάδα που αλλάζει όχι μόνο από τις μετακινήσεις του πληθυσμού, αλλά από νέα βιώματα από την πολύπλευρη κρίση.

Οι λέξεις πρόληψη και προαγωγή της υγείας εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ρητορικά, αφού ούτε η προπτυχιακή εκπαίδευση ούτε και η εκπαίδευση στην ειδικότητα εμπλουτίζει τον μελλοντικό οικογενειακό ιατρό με διαπροσωπικές δεξιότητες και δεξιότητες αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας, με συνέπεια η πρώτη επαφή συχνά να εξαντλείται σε διοικητικού τύπου διεκπεραιώσεις, που εξασθενούν βαθμιαία και τον κοινωνικό ρόλο του γιατρού. Αντίστοιχα, οι ασφαλιστικοί φορείς και κυρίως ο ΕΟΠΥΥ, δεν έχουν αναγνωρίσει την προστιθέμενη αξία της πρόληψης στη βελτίωση της υγείας των ασφαλισμένων και στη μείωση του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η οικογένεια ως έννοια απουσιάζει από την προσέγγιση, ακόμα και από τη συλλογή της πληροφορίας. Αυτή συχνά εστιάζεται σε μια τυποποιημένη καταγραφή νοσημάτων χωρίς διερεύνηση της παρουσίας και της επίδρασης της οικογένειας και της εργασίας στη ζωή και στην ευτυχία του προσώπου, ούτε και των δυναμικών που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της, αλλά και σε αυτά που συνθέτουν το κοινωνικό δίκτυο του κάθε ανθρώπου.

Τέλος, η επίσκεψη στο σπίτι και η φροντίδα ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού που συχνά είναι περιορισμένα στο σπίτι, δεν αποτελεί συνήθη πρακτική και πολλές φορές άτομα με προχωρημένα χρόνια νοσήματα, πολλαπλή νοσηρότητα, ευπάθεια και αναπηρίες, εξαρτημένα πλήρως από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, μένουν χωρίς συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη.

Αναφορικά με τη συνέχεια στη φροντίδα, αυτή απουσιάζει από όλα τα επίπεδα της φροντίδας τόσο στις υπηρεσίες ΠΦΥ όσο και σε αυτές στα νοσοκομεία. Οι συνέπειες είναι πολλές και ξεφεύγουν του δημόσιου διαλόγου, κατέχουν όμως σημαντικό μερίδιο στην τालαιπωρία του πληθυσμού, με κόστος σε χρόνο αναμονής, σε έξοδα συχνά μη απαραίτητων διαγνωστικών δοκιμασιών και σε έγκαιρη διάγνωση. Ως έννοια και ως πρακτική, ως συνέχεια εννοείται η παρακολούθηση από το ίδιο πρόσωπο ή από την ίδια ομάδα μέσα στον χρόνο, όπως εξελίσσεται η ηλικία, η τεχνολογία αλλά και τα προβλήματα υγείας.

Το έλλειμμα στη συνέχεια είναι συνδεδεμένο με αυτό της ολοκληρωμένης φροντίδας. Η ολοκληρωμένη (comprehensive) φροντίδα ως έννοια αλλά και ως περιεχόμενο δεν έχει ευρύτητα συζητηθεί στον βαθμό που θα έπρεπε, τόσο στην ακαδημαϊκή κοινότητα, όσο και στους επιστημονικούς κλάδους που συνθέτουν την ΠΦΥ στη χώρα μας. Έτσι, η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν περιλαμβάνει ούτε τη συνεχή φροντίδα (διά βίου) του προσώπου από την ημέρα της γέννησης μέχρι τα γηρατειά (με τη γενική ιατρική δυστυχώς να περιορίζεται στη φροντίδα των ενηλίκων), αλλά και δεν ενσωματώνει στις υπηρεσίες της τη φροντίδα της οικογένειας, χάνοντας έτσι μεγάλο μέρος από τη δυναμική της, ιδιαίτερα στην αλλαγή της συμπεριφοράς πάνω στην οποία θα θεμελιωθεί η υγεία του ελληνικού πληθυσμού στις επόμενες δεκαετίες.

Επίσης, η ΠΦΥ στη χώρα μας υπολείπεται και στο είδος των υπηρεσιών της ολοκληρωμένης φροντίδας αλλά και στο κατάλληλο μίγμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής υγείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής (υποστηρικτικής) φροντίδας σε προχωρημένες περιπτώσεις. Δεν έχει επίσης συζητηθεί η αντιστοίχιση των υπηρεσιών αυτών (και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού) με τα μείζονα προβλήματα υγείας του ελληνικού πληθυσμού και φυσικά με τη μείωση του φορτίου νοσήματος και τη μείωση της αναπηρίας, στερώντας έτσι από την ΠΦΥ τη δυνατότητα γεφύρωσής της με τη δημόσια υγεία (Lionis et al., 2018).

Το έλλειμμα στην πρόσβαση ή στην πρώτη επαφή καλύτερα, δεν εστιάζεται στη δυνατότητα μιας άμεσης, πρώτης επίσκεψης όταν τη χρειαστεί ο ασθενής, αλλά κυρίως στην καταλληλότητα της πρώτης επικοινωνίας, που από μέρους του γιατρού απαιτεί διαπροσωπικές δεξιότητες, δεξιότητες ενσυναίσθησης και συμπόνιας, και τη χρήση μιας γλώσσας που ενθαρρύνει και προτρέπει στην ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης.

Το έλλειμμα στον συντονισμό που αφορά κυρίως τη διασύνδεση και τη λειτουργική απαρτίωση (integration) ίσως είναι και το σημαντικότερο θέμα που υπολείπεται η θεσμική αντιμετώπισή του (Οικονομού & Τountas, 2011). Έτσι, οι υπηρεσίες ΠΦΥ εξακολουθούν να υπολείπονται σε θεσμοθετημένες και προτυποποιημένες διασυνδέσεις με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, την ψυχική υγεία και τη δημόσια υγεία, οι παραπομπές γίνονται χωρίς πρωτόκολλα και συνήθως είναι μονής κατεύθυνσης όσον αφορά την ενημέρωση.

Το μεγάλο όμως έλλειμμα στη διασύνδεση και στη λειτουργική ολοκλήρωση καταγράφεται στη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα σε προχωρημένο στάδιο που αναζητούν υπηρεσίες υποστήριξης στο σπίτι, ανακούφισης του πόνου και παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και αποκατάστασης μετά από μείζονες χειρουργικές παρεμβάσεις. Απουσιάζουν οι δομές εξωνοσοκομειακής υποστήριξης και οι διεπιστημονικές ομάδες που θα συνέδεαν τις υπηρεσίες ΠΦΥ με αυτές της νοσοκομειακής φροντίδας και θα στήριζαν τις οικογένειες και τους φροντιστές των χρονίων ασθενών.

6.3. Η Υφιστάμενη Κατάσταση στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχουν την ευθύνη της προστασίας της υγείας του πληθυσμού, της επιδημιολογικής επιτήρησης και της εφαρμογής μέτρων πρόληψης της ασθένειας. Παραδοσιακά, οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας λειτουργούσαν στις Νομαρχίες και ήταν αποκεντρωμένες διευθύνσεις του υπουργείου Υγείας, με προϊστάμενο τον Νομίατρο. Όταν η νομαρχία καθιερώθηκε ως δευτεροβάθμιος οργανισμός τοπικής αυτοδιοίκησης (Ν. 2218/1994), οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας «πέρασαν» στον εκλεγμένο Νομάρχη, και όταν οι Νομαρχίες εντάχθηκαν ως Περιφερειακές Ενότητες στις εκλεγμένες Περιφέρειες με το σχέδιο Καλλικράτης (Ν. 3852/2010), οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας «πέρασαν» στον εκλεγμένο Περιφερειάρχη. Το αποτέλεσμα αυτό αποδυνάμωσε την πολιτική πρόληψης και προστασίας της υγείας καθότι η εποπτεία του υπουργείου Υγείας ασκείται μέσω της εκλεγμένης Περιφερειακής αρχής και όχι άμεσα, όπως συμβαίνει στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον, η έλλειψη ικανού αριθμού κατάλληλα εκπαιδευμένων ιατρών Δημόσιας Υγείας στη χώρα οδήγησε συχνά στην τοποθέτηση υπαλλήλων που δεν είναι γιατροί στη θέση προϊσταμένων των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας.

Κατά καιρούς έγιναν προσπάθειες ανασυγκρότησης της Δημόσιας Υγείας: Ο Ν. 2519/1997 δημιούργησε τον κλάδο Ιατρών Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, ο Ν. 3172/2003 επιχείρησε να αναδιοργανώσει τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας αλλά δεν εφαρμόστηκε και ο Ν. 3370/2005 θεσμοθέτησε τη θέση του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας αλλά δεν ολοκληρώθηκε η εφαρμογή των υπόλοιπων διατάξεών του.

Σημαντική εξέλιξη αποτέλεσε η δημιουργία του «Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων» (ΚΕΕΛ) με τον Ν. 2071/1992, η διεύρυνση του αντικειμένου του με τη μετονομασία του σε «Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων» (ΚΕΕΛΠΝΟ) με τον Ν. 3370/2005 και η νεότερη μετεξέλιξή του σε «Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας» (ΕΟΔΥ) με τους Ν. 4600/2019 και Ν. 4633/2019. Όμως, οι αλλαγές αυτές δεν συνοδεύτηκαν από την αναγκαία επέκταση των δράσεων πέραν του τομέα των λοιμωδών νοσημάτων.

Η απουσία οργανωμένης ΠΦΥ συμβάλλει στη σταδιακή υποβάθμιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, και κατ' επέ-

κταση στην αδυναμία ανταπόκρισης στα προβλήματα που αναδεικνύονται τα τελευταία χρόνια, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη μη εφαρμογή μέχρι πρόσφατα της αντικαπνιστικής νομοθεσίας, την αύξηση της παχυσαρκίας και την καθυστέρηση κάθε φορά στην ανταπόκριση στα κρούσματα του ιού του Δυτικού Νείλου. Επιπλέον, τα προβλήματα υγείας που συνοδεύουν ή αναδεικνύονται από τη μετανάστευση αντιμετωπίζονται από τις εθελοντικές οργανώσεις των αλληλέγγυων αντί να προλαμβάνονται από τις οργανωμένες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Πολιτείας.

6.4. Οι Βασικές Προκλήσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Οι βασικές προκλήσεις σήμερα είναι:

- (α) Ο ορισμός του οικογενειακού ιατρού και της ομάδας υγείας με όρους υποχρεώσεων και συμβολαίου που περιλαμβάνει και την αποζημίωση και κινητοποίησή του.
- (β) Οι παρεμβάσεις στην οικογένεια και στη διαμόρφωση ενός τρόπου ζωής που μειώνει τον κίνδυνο για χρόνια νόσο και αναπηρία, καθώς και στην αλλαγή της συμπεριφοράς ως κύριες εστίαι των υπηρεσιών ΠΦΥ.
- (γ) Η ανάπτυξη ενός διασυνδεδεμένου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ που υπό τη μορφή του δικτύου υπηρεσιών θα διασφαλίσει καθολική και ισότιμη κάλυψη αναγκών υγείας και φροντίδας.
- (δ) Η επεξεργασία και υιοθέτηση τεκμηριωμένης και συνεπούς πολιτικής υγείας, που θα στοχεύει στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας σε πληθυσμιακό επίπεδο.

6.5. Μεταρρυθμιστικές Προτάσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα

6.5.1. Το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και οργάνωσης των υπηρεσιών της ΠΦΥ

Βασική πρόταση αποτελεί η ανάπτυξη των Ολοκληρωμένων Δικτύων ΠΦΥ με διασυνδέσεις περισσότερο λειτουργικές παρά διοικητικές και επί τη βάση σχεδιασμένων συμβολαιακών αγορών (Souliotis & Lionis, 2004). Στα δίκτυα, που θα μπορούν να αναφέρονται σε γεωγραφικά όρια εντός της υγειονομικής περιφέρειάς τους (χωρίς όμως αυτό να είναι απαραίτητο), θα μπορούν να ενταχθούν οποιασδήποτε μορφής (δημόσια ή ιδιωτική) δομή ή υπηρεσία ΠΦΥ που θα υπηρετεί τις προσδιορισμένες ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού. Βασική αρχή και προϋπόθεση που θα κατευθύνει τον σχεδιασμό και την οργάνωση των δικτύων είναι ότι κάθε πολίτης έχει δικαίωμα στην πρόσβαση μιας ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που προσφέρεται από τις υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής. Οι υπηρεσίες αυτές, που ξεκινούν από τη γέννηση και φθάνουν μέχρι το τέλος της ζωής, περιλαμβάνουν δράσεις πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, περίθαλψης οξέων και χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υγείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής και υποστηρικτικής φροντίδας που προσφέρονται στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικές δομές υγείας και φροντίδας στην κοινότητα.

Η υπηρεσία οικογενειακής ιατρικής περιλαμβάνει τουλάχιστον έναν οικογενειακό ιατρό, ως συντονιστή που συνεπικουρείται από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που περιλαμβάνει τουλάχιστον μια/έναν νοσηλεύτρια/τή και μια/έναν επισκέπτη/α υγείας (στην ελάχιστη σύνθεσή της) και αποτελεί την ακροτελεύτια δομή ΠΦΥ (εφεξής Δομή Οικογενειακής Ιατρικής). Αυτή μπορεί να εξυπηρετεί ένα ορισμένο αριθμό ατόμων ή και οικογενειών με το μέγεθος αυτό να εξαρτάται από δημογραφικά δεδομένα και δεδομένα αναγκών υγείας και φροντίδας.

Περισσότερες της μιας δομές οικογενειακής ιατρικής συναθροιζόμενες και από κοινού λειτουργούσες αποτελούν την Τοπική Μονάδα ΠΦΥ, ενώ περισσότερες της μιας Τοπικές Μονάδες ΠΦΥ αποτελούν το Δίκτυο ΠΦΥ. Το Δίκτυο πέρα από τις δραστηριότητες σχεδιασμού, συντονισμού και διασύνδεσης μεταξύ των Μονάδων που επιμελείται, καθώς και αξιολόγησης της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, εξετάζει και αναπτύσσει υπηρεσίες εργαστηριακής ιατρικής, αποκατάστασης, παρηγορητικής φροντίδας και κοινωνικής φροντίδας των ατόμων που εξυπηρετούν οι Τοπικές Μονάδες ΠΦΥ, συμπληρώνοντας έτσι τις υπηρεσίες των βασικών δομών.

Η διαπραγμάτευση των συμβολαιακών συνεργασιών και των τιμών, γίνεται από τον ΕΟΠΥΥ με τη διαμεσολάβηση του Συμβουλίου του Δικτύου. Το Δίκτυο διοικείται από ένα Διοικητικό Συμβούλιο με Πρόεδρο που ορίζεται μετά από ανοικτό διαγωνισμό από το υπουργείο Υγείας και μέλη τους υπευθύνους των Τοπικών Μονάδων ΠΦΥ και των Δομών Οικογενειακής Ιατρικής σε περίπτωση που δεν έχουν ομαδοποιηθεί σε Τοπικές Μονάδες. Τα σημερινά Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε Τοπικές Μονάδες ΠΦΥ και με ανάλογο τρόπο τα ΠΕΔΥ και οι Το.Μ.Υ. εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων. Οι ιδιωτικές μονάδες (ιατρεία) θα πρέπει να προσαρμοστούν στο παραπάνω οργανωτικό σχήμα (Δομή Οικογενειακής Ιατρικής).

Η ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών υγείας, που θα αποτελέσει και το συμβόλαιο του οικογενειακού γιατρού με τις υπηρεσίες ΠΦΥ, θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω υπηρεσίες (Σουλιώτης & Λιονής, 2003):

- Διαχείριση των περισσότερων συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας.
- Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, διαταραχές των λιπιδίων, παχυσαρκία.
- Διενέργεια εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων.
- Έγκαιρη διάγνωση συγκεκριμένων μορφών καρκίνου.
- Εκτίμηση κατάστασης υγείας ηλικιωμένων και ατόμων με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες.
- Παρακολούθηση ανάπτυξης βρεφών και παιδιών, καθώς και παρακολούθηση εγκύων.
- Φροντίδα μικρών τραυμάτων και κακώσεων, εκτέλεση μικρών χειρουργικών πράξεων και παροχή πρώτων βοηθειών.
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο ιατρείο.
- Εκτέλεση ενός ελάχιστου αριθμού διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων στο σπίτι.

6.5.2. Μεταρρυθμιστικές προτάσεις σχετικές με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού

Ένα αποτελεσματικό σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να περιλαμβάνει έναν σαφώς προσδιορισμένο ρόλο του Γενικού/Οικογενειακού γιατρού με αναφορά στις υποχρεώσεις του που θα πρέπει να εξειδικεύονται σε ένα συμβόλαιο που περιλαμβάνει μετρήσιμες δεσμεύσεις με δυνατότητα αποζημίωσης των επιτεύξεών του. Η αναφορά και η ανάθεση στον οικογενειακό γιατρό σε οικογένειες και όχι σε άτομα είναι μία ενδιαφέρουσα πρόκληση που θα πρέπει να μελετηθεί. Υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα ελεύθερης επιλογής από μέρους της οικογένειας (ή του ατόμου) του οικογενειακού τους ιατρού. Σημαντική θέση στην λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού έχει η διεπαφή του με την ομάδα υγείας της ΠΦΥ της οποίας η σύνθεση, οι δεσμεύσεις και η αξιολόγηση θα πρέπει να μελετηθούν και διατυπωθούν σαφώς.

Ο τελευταίος νόμος για την ΠΦΥ (Ν 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας υπουργείου Υγείας», ΦΕΚ 115/7-8-2017 τ.Α΄) αναφέρεται στον οικογενειακό ιατρό που τον ορίζει είτε ως γενικό ιατρό ή παθολόγο για τους ενήλικες ή ως παιδίατρο για τα παιδιά. Στην πρόταση αυτή ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να είναι ειδικευμένος στη γενική/οικογενειακή ιατρική, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, και στην ομάδα υγείας θα μπορεί να συνεπικουρείται από παιδίατρο και γυναικολόγο με βάση το μέγεθος του πληθυσμού και τις προσδιορισμένες ανάγκες του. Επαγγέλματα υγείας που θα πρέπει να πλαισιώνουν την ομάδα υγείας είναι νοσηλεύτης/τρια και επισκέπτης/τρια υγείας μετά από εξειδίκευση στην κοινότητα, εκπαίδευση που θα παρέχεται από αναγνωρισμένα εκπαιδευτικά κέντρα με την αρωγή των πανεπιστημίων. Η ομάδα υγείας αυτή θα συνεπικουρείται από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, φυσικοθεραπευτή και φαρμακοποιό, η παρουσία των οποίων θα καθορίζεται από το μέγεθος του πληθυσμού και τις προσδιορισμένες ανάγκες του πληθυσμού, και θα λειτουργεί στο πλαίσιο της Δομής Οικογενειακής Ιατρικής ή της Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ που ήδη αναφέρθηκαν.

Η διαδρομή αυτή από τον θεσμοθετημένο οικογενειακό γιατρό στο προτεινόμενο παραπάνω σχήμα ολοκληρωμένης ιατρικής θα πρέπει να συμπεριλάβει διάφορα στάδια, όπως τα παρακάτω:

(α) Επανεκπαίδευση αυτών που έχουν αναλάβει υπηρεσία οικογενειακού γιατρού (ειδικευμένοι τετραετούς διάρκειας, άλλες ειδικότητες) σε πεδία που αντιστοιχούν στις ανάγκες υγείας και φροντίδας του ελληνικού πληθυσμού αλλά και σε σύγχρονες προσεγγίσεις τόσο της οικογένειας αλλά και της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής.

(β) Προγράμματα διαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης όλων των υπηρετούντων σε θέση οικογενειακού γιατρού.

Θα πρέπει να καθιερωθεί ένα κέντρο διαρκούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης στα πρότυπα του Πανεπιστημίου York και του National Health System (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο (Centre for Reviews and Dissemination, ένα Ινστιτούτο που παράγει έρευνα σχετική με την πολιτική και καινοτόμες μεθόδους με σκοπό την υποστήριξη της χρήσης της τεκμηρίωσης που βασίζεται στην έρευνα για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, <https://www.york.ac.uk/crd/>). Το κέντρο αυτό σε συνεργασία με τις ακαδημαϊκές μονάδες του τελευταίου Νόμου για την υγεία, εφόσον φυσικά αυτές έχουν αναπτυχθεί, θα μπορούσε να αναλάβει τις παραπάνω εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Ο ρόλος των ακαδημαϊκών μονάδων που έχουν προβλεφθεί από τον τελευταίο νόμο θα πρέπει επίσης να αξιοποιηθεί.

(γ) Προτάσεις σχετικές με την υποστήριξη της κλινικής απόφασης στην ΠΦΥ (ηλεκτρονικός φάκελος, αρχεία, πρωτόκολλα).

Στην ενότητα αυτή χρειάζεται να συζητηθούν μέτρα υποβοήθησης της κλινικής απόφασης του οικογενειακού ιατρού και των άλλων επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα αυτά που αφορούν τον ηλεκτρονικό φάκελο, τα αρχεία καταγραφής των χρονίων νοσημάτων του πληθυσμού, τα κλινικά πρωτόκολλα και την τεχνολογία υγείας στην ΠΦΥ.

(δ) Προτάσεις για τον έλεγχο της πολυφαρμακίας. Μέτρα για τη μείωση της ζήτησης στα συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Η συνεργασία μεταξύ γιατρών, φαρμακοποιών και ασθενών είναι απαραίτητη και θα βοηθήσει αρκετά με την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής διασύνδεσης που θα δώσει δυνατότητα πρόσβασης του φαρμακοποιού με τον συντονισμό του ασθενή. Στην κατεύθυνση αυτή θα συμβάλλει η ενημέρωση αλλά και η εκπαίδευση του ασθενούς τόσο από τον γενικό (οικογενειακό) ιατρό, όσο και από τον φαρμακοποιό για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις από την πολυφαρμακία, την ακατάλληλη συνταγογράφηση και τη λήψη φαρμάκων χωρίς οδηγίες.

(ε) Μέτρα για τη βελτίωση της ορθής συνταγογραφικής πρακτικής και τη μείωση της ακατάλληλης συνταγογράφησης με έλεγχο των αντενδείξεων, την προώθηση της δημόσιας εκπαίδευσης και την ενδυνάμωση των ασθενών ώστε να λαμβάνουν κατάλληλες αποφάσεις. Στην κατεύθυνση αυτή θα μπορούσαν να συμβάλλουν εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση και στην κλινική άσκηση σε υπηρεσίες τόσο της ΠΦΥ όσο και του νοσοκομείου με εστίαση στον ασθενή, στην ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στην ασφάλειά τους (Lionis et al, 2014).

(στ) Εστίαση στην πρόληψη της νόσου και στην εκπαίδευση υγειονομικών, ατόμων και πληθυσμού.

Η συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στον σχεδιασμό προγραμμάτων και υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας είναι σημαντική. Η ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αλλαγής της συμπεριφοράς, με εστίαση στην έννοια του αντιλαμβανόμενου κινδύνου (Brown, 2014) και στους μείζονες παράγοντες κινδύνου και η μετεγγραφή τους σε προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών ΠΦΥ, είναι πρόδηλη και επιτακτική.

Η αυτοδιαχείριση των ζητημάτων της υγείας μέσα στην οικογένεια πρέπει να ενθαρρύνεται με τη θέσπιση του «επιδόματος υγείας» στα νοικοκυριά, ώστε όταν επιχειρούν για τη βελτίωση της υγείας και ιδιαίτερα των παιδιών τους, καθώς και από μια δέσμη κινήτρων και ευνοϊκών ρυθμίσεων, όπως είναι η εγγραμματοσύνη υγείας (health literacy), η οποία συμβάλλει στην κατανόηση της πληροφορίας και στην αποτίμηση της σημασίας της, προκειμένου να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους.

Η ιατρική αποτελεσματικότητα των πόρων διασφαλίζεται με τη θέσπιση «εθνικών προγραμμάτων δράσης» στα μείζονα προβλήματα υγείας (νεοπλασίες, καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, υπέρταση, αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλα) και «οριζόντιων προϋπολογισμών» για την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

(ζ) Η σύζευξη με τη δημόσια υγεία και την κοινωνική φροντίδα. Η ανάγκη συζήτησης μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης που θα καλύψει δράσεις δημόσιας υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας αποτελεί επείγουσα προτεραιότητα στη νέα πολιτική υγείας και θα πρέπει να εξεταστεί έστω και με όρους λειτουργικής διασύνδεσης (Lionis et al, 2018; Lionis et al, 2019).

Σημειώνεται ότι στην επίτευξη των παραπάνω συνδράμουν τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές δομές και επαγγελματίες υγείας, κάτω από συγκεκριμένες, προκαθορισμένες προϋποθέσεις διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων και στη βάση προδιαγεγραμμένων διαδικασιών αποζημίωσης. Επίσης, προτείνεται η δημιουργία ενός μηχανισμού διαρκούς αξιολόγησης των δομών αυτών, με το αποτέλεσμα της σχετικής διαδικασίας να συνδέεται με την αποζημίωση των υπηρεσιών.

6.5.3. Η μεταρρύθμιση στη δημόσια υγεία

Για την αποκατάσταση μιας σύγχρονης και αποτελεσματικής δημόσιας υγείας, θα μπορούσαν να εξεταστούν τρεις εναλλακτικές λύσεις:

(α) να ανασυσταθούν οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ως αποκεντρωμένες Διευθύνσεις που υπάγονται απ' ευθείας στο υπουργείο Υγείας,

(β) να συγχωνευθούν με τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ),

(γ) να αναδιοργανωθούν ως Ιατρικές Υπηρεσίες Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας – Κοινωνικής Ιατρικής, με μια Διεύθυνση ανά Περιφέρεια, που διατηρεί την οργανική της ένταξη στην Περιφέρεια, αλλά ενισχύει την επιστημονική και λειτουργική της διασύνδεση με το υπουργείο Υγείας.

Από τις προτεινόμενες εκδοχές, η πρώτη μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα μεταξύ της Περιφέρειας και του υπουργείου Υγείας, το ίδιο και η δεύτερη, με πρόσθετο μειονέκτημα ότι η Δημόσια Υγεία και η Περίθαλψη (Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) αποτελούν διακριτές δραστηριότητες που δεν είναι δόκιμο να εντάσσονται στην ίδια αρχή. Η τρίτη λύση αποτελεί μια «χρυσή τομή», καθότι διατηρεί την ένταξη των κοινωνικών υπηρεσιών στις Περιφέρειες, ενώ παράλληλα:

- ενισχύει τη διασύνδεση και συνεργασία των υπηρεσιών των Περιφερειών με αυτές της κεντρικής διοίκησης, δηλαδή με το υπουργείο Υγείας και τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ, πρώην ΚΕΕΛΠΝΟ),
- διαχωρίζει το αμιγές επιστημονικό έργο της πρόληψης και προαγωγής της υγείας από το διοικητικό έργο που συχνά καλούνται να διεκπεραιώσουν οι σημερινές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας,
- συμβάλλει στον καλύτερο συντονισμό του συνόλου των υπηρεσιών υγείας στις Περιφέρειες και στις Περιφερειακές Ενότητες,
- αναβαθμίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των ιατρών Δημόσιας Υγείας – Κοινωνικής Ιατρικής, λειτουργώντας ως κίνητρο για την προσέλκυση νέων ιατρών και οδοντιάτρων προς την ειδικότητα αυτή.

Η υιοθέτηση αυτού του μέτρου θα πρέπει να συμπληρωθεί με τη δημιουργία αντίστοιχης Ιατρικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής στο υπουργείο Υγείας, καθώς επίσης και στον ΕΟΔΥ, με τη δυνατότητα μετακίνησης των υπηρετούντων σε αυτές ιατρών. Η λειτουργία ευδιάκριτων και ισχυρών μελλοντικά Ιατρικών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας – Κοινωνικής Ιατρικής που θα ανταποκρίνονται στο απαιτητικό έργο της πρόληψης, τόσο των μεταδιδόμενων νοσημάτων όσο και των μη-μεταδιδόμενων νοσημάτων που αυξάνονται στον πληθυσμό της χώρας, αποτελεί προϋπόθεση για τη συνεχή βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την αντιστροφή της κάμψης που έχει πρόσφατα καταγραφεί.

6.5.4. Η χρηματοδότηση και αποζημίωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα

Όσον αφορά την αποζημίωση και χρηματοδότηση των μονάδων ΠΦΥ αυτή προτείνεται να γίνεται με κριτήριο την κατά κεφαλήν πληρωμή του καλυπτόμενου πληθυσμού σε συνδυασμό με το είδος της κατηγορίας επίσκεψης (Ambulatory Patient Groups/αποζημίωση με κριτήριο την ομαδοποίηση των ιατρικών επισκέψεων), σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο τέταρτο κεφάλαιο «Η Χρηματοδότηση του Υγειονομικού Τομέα».

6.6. Συμπεράσματα

Παρά τις δυσκολίες που συναντά η ανάπτυξη της ΠΦΥ στη χώρα μας, ιδιαίτερα σε μια δύσκολη κοινωνική και οικονομική περίοδο, με επαγγελματικά θέματα που απασχολούν τους εργαζόμενους στις Το.Μ.Υ. αλλά και με το σημαντικό έλλειμμα στην οργάνωση, κουλτούρα και προπτυχιακή εκπαίδευση, η στροφή στην ΠΦΥ είναι επιβεβλημένη, όχι μόνο λόγω των διεθνών οδηγιών αλλά και εξαιτίας της μεγάλης υστέρησής της στη χώρα μας.

Η επιτυχία του εγχειρήματος προϋποθέτει την αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων δομών, καθώς και την υιοθέτηση ενός οργανωμένου υποδείγματος κίνησης του πολίτη εντός των δομών του συστήματος υγείας.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Συγκρότηση «Δομής Οικογενειακής Ιατρικής» από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας του δημοσίου και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα υγείας.
2. Συγκρότηση «Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ» από συνλειτουργούσες «Δομές Οικογενειακής Ιατρικής».
3. Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων «Δικτύων ΠΦΥ» επί τη βάσει σχεδιασμένων συμβολαιακών αγορών.
4. Διαπραγμάτευση συμβολαιακών συνεργασιών και τιμών από τον ΕΟΠΥΥ με τη διαμεσολάβηση του Δ.Σ. του «Δικτύου ΠΦΥ».
5. Διαμόρφωση ολοκληρωμένης δέσμης υπηρεσιών υγείας οικογενειακής ιατρικής, η οποία θα περιλαμβάνεται στις συμβολαιακές δεσμεύσεις.
6. Ελεύθερη επιλογή από μέρους της οικογένειας (ή του ατόμου) του οικογενειακού του ιατρού με πληθυσμιακό πλαφόν ανά γιατρό.
7. Ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να είναι ειδικευμένος στην γενική/οικογενειακή ιατρική και στην ομάδα υγείας θα μπορεί να συνεπικουρείται από παιδίατρο και γυναικολόγο, κοινοτική νοσηλεύτρια/τη και επισκέπτη/τρια υγείας.
8. Μετάβαση από τον θεσμό του «Οικογενειακού Ιατρού» στην «Ολοκληρωμένη Οικογενειακή Ιατρική».
9. Ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων Πρόληψης, Προαγωγής Υγείας και Εγγραμματοσύνης Υγείας (health literacy).
10. Αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας ως Ιατρική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας-Κοινωνικής Ιατρικής με μία Διεύθυνση ανά διοικητική Περιφέρεια και ενισχυμένη επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση με τις ΥΠΕ.

6.7. Υπόδειγμα Αναδιάταξης Μονάδων ΠΦΥ

Ως υπόδειγμα αναδιάταξης θεωρήθηκε ο Νομός Ηρακλείου στην Κρήτη. Για τη σύνταξη αυτής της πρότασης χρησιμοποιήθηκαν ως πηγές δεδομένων:

- (1) Πίνακες και δεδομένα από το Αρχείο Καταγραφής του Καρκίνου Κρήτης.
- (2) Δεδομένα νοσηρότητας για την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και τους μείζονες παράγοντες κινδύνου από μελέτες της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- (3) Πίνακες, δεδομένα και προτάσεις αναδιάταξης που παραχωρήθηκαν από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2009-2012).
- (4) Δεδομένα από τις λειτουργούσες Το.Μ.Υ. στην ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου.

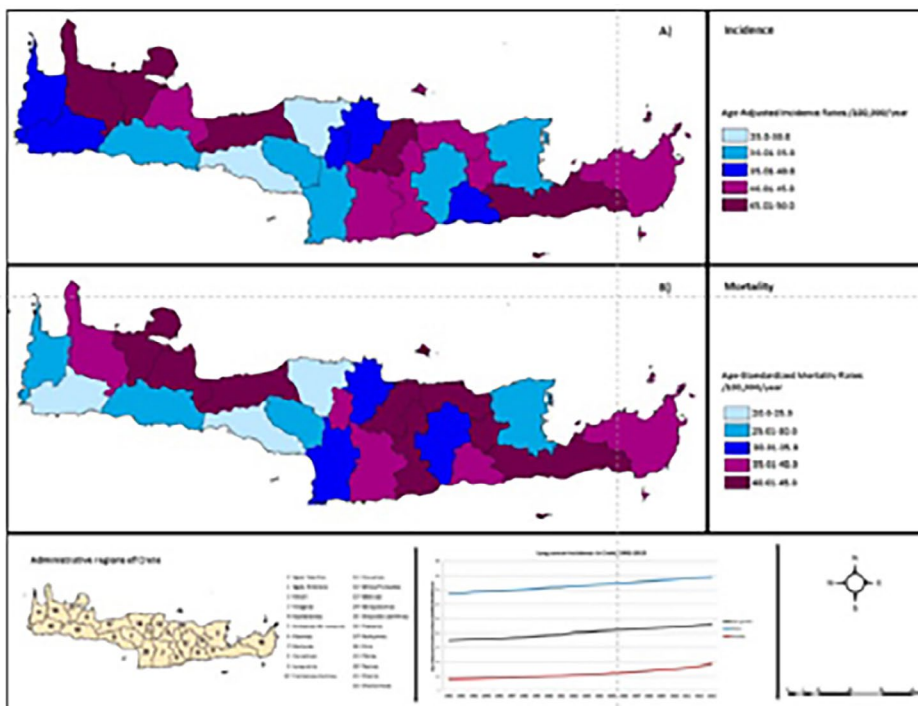
Με βάση τα στοιχεία από τις παραπάνω πηγές διαπιστώθηκαν τα εξής σε ό,τι αφορά τα φορτία νοσηρότητας για τους οκτώ Δήμους του νομού Ηρακλείου:

- 1. Δήμος Ηρακλείου:** Η μεγαλύτερη αστική περιοχή με ιδιαίτερη επιβάρυνση σε χρόνια νοσήματα, όπως καρδιαγγειακά και καρκίνο, καθώς και πληθυσμό μεταναστών αλλά και οικονομικά δυσπραγούντων πληθυσμών.
- 2. Δήμος Μαλεβιζίου:** Δήμος με αστικό και αγροτικό πληθυσμό και επιβάρυνση σε συγκεκριμένα νοσήματα, όπως καρκίνος μαστού και άλλες κακοήθειες.
- 3. Δήμος Χερσονήσου:** Μεγάλη αστική περιοχή με ιδιαίτερο προσανατολισμό στις τουριστικές επιχειρήσεις, μικρότερης επιβάρυνσης σε νοσηρότητα από χρόνια νοσήματα σε σχέση με το αστικό Ηράκλειο.
- 4. Δήμος Μινώα Πεδιάδος:** Δήμος χωρίς ιδιαίτερη νοσολογική επιβάρυνση.

- 5. Δήμος Αρχανών Αστερουσίων:** Μεγάλη περιοχή με αστικό και αγροτικό ιστό.
- 6. Δήμος Φαιστού:** Περιοχή με ιδιαίτερη επιβάρυνση σε επίπεδο νοσηρότητας/θνησιμότητας και υψηλή περιβαλλοντική έκθεση του πληθυσμού.
- 7. Δήμος Γόρτυνας:** Περιοχή και αυτή με ιδιαίτερη επιβάρυνση σε επιλεγμένους δείκτες υγείας.
- 8. Δήμος Βιάννου:** Η περισσότερο νότια περιοχή του Νομού με ιδιαίτερη επιβάρυνση σε επιλεγμένους δείκτες/καρκίνους.

Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα νοσηρότητας και θνησιμότητας, όπως για παράδειγμα για τον καρκίνο του πνεύμονα όπου εμφανίζεται αυξημένη θνησιμότητα στον Δήμο Ηρακλείου (Γράφημα 6.1.) και τον καρκίνο του μαστού όπου εμφανίζεται αυξημένη επίπτωση στο Δήμο Ηρακλείου και αυξημένη θνησιμότητα στους Δήμους Μαλεβιζίου και Ηρακλείου (Γράφημα 6.2.), και τις ιδιαιτερότητες κάθε Δήμου, καθώς και τις δομές ΠΦΥ του νομού Ηρακλείου (Πίνακας 6.1.), προτείνονται οι εξής αναδιατάξεις των μονάδων ΠΦΥ:

Γράφημα 6.1. Καρκίνος Του Πνεύμονα, Εκτίμηση Του Φορτίου Νοσηρότητας Και Θνησιμότητας Ως Προς Δήμο Της Κρήτης (1992-2013)



A) Επίπτωση

- Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν ($p=0,02$) μεταξύ των δεικτών επίπτωσης ανά δήμο

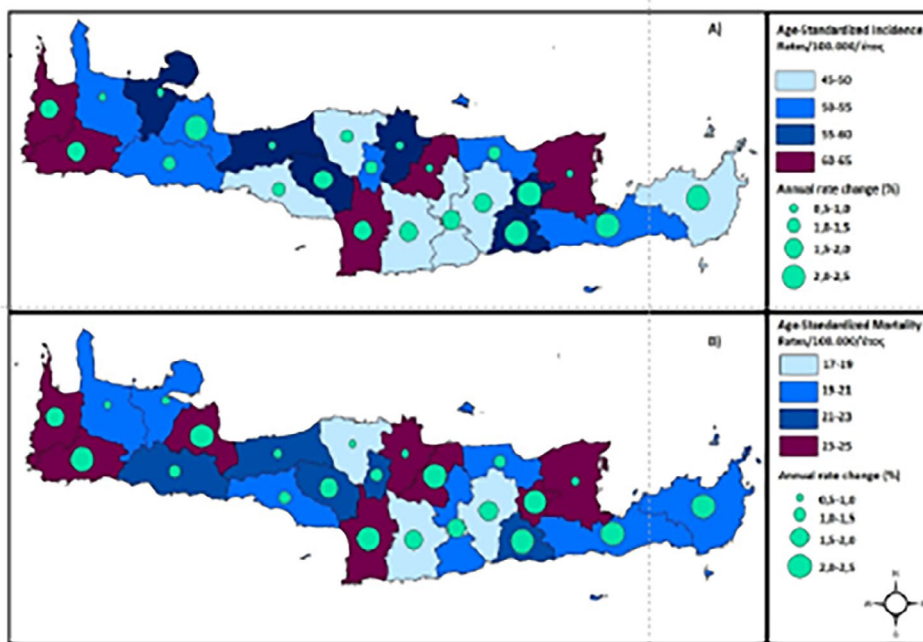
- Δήμοι της νοτιοανατολικής Κρήτης εμφάνισαν αυξημένο φορτίο καρκίνου του πνεύμονα (σταθμισμένος κατά ηλικία δείκτης επίπτωσης = 40,01-45/100.000/έτος)

B) Θνησιμότητα

- Ομοίως με την επίπτωση, η θνησιμότητα βρέθηκε να είναι υψηλότερη στις νοτιοανατολικές περιοχές του νησιού, σε δήμους του Ηρακλείου, Αρχανών-Αστερουσίων, Χερσονήσου, Οροπεδίου Λασιθίου, Ιεράπετρα, Ρέθυμνο, Αποκορώνου και Χανιά

Sifaki-Pistolla, D., Koinis, F., Georgoulis, V., Lionis, C., Kyriakidis, P., Aggelaki, S., & Tzanakis, N. (2016). Lung cancer geographical variation in Crete, 1992-2013. Insights from a population-based registry: Dimitra Sifaki-Pistolla. The European Journal of Public Health, 26 (suppl_1), ckw175-089, ISO 690

Γράφημα 6.2. Καρκίνος Μαστού, Νοσηρότητα Και Θνησιμότητα Ως Προς Δήμο Της Κρήτης (1992-2013)



A) Οι δήμοι Κισσάμου, Καντάνου - Σέλλινου, Φαιστού, Ηρακλείου και Αγ. Νικολάου εμφάνισαν την υψηλότερη επίπτωση για την περίοδο 1992-2013 (ASIR=60-65/100.000/έτος)

B) Αντίστοιχα, τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας παρατηρούμε στους Δήμους Κισσάμου, Καντάνου-Σέλλινου, Αποκορώνου, Μαλεβιζίου, Ηρακλείου, Φαιστού, Οροπεδίου και Αγ. Νικολάου (ASMR=23-25/100.000/έτος)

Οι δήμοι Αποκορώνου, Οροπεδίου, Βιάννου, Ιεράπετρας και Σπείας παρουσίασαν το μεγαλύτερο ετήσιο ρυθμό μεταβολής της επίπτωσης (APC=2,0-2,5%) για την περίοδο 1992-2013

Εικόνα: Γεωγραφική κατανομή νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στη Κρήτη (1992-2013)

Πηγή: Αρχείο Καταγραφής του Καρκίνου Κρήτης

Πίνακας 6.1. Δομές ΕΣΥ Νομού Ηρακλείου (2009-2012)

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ			ΙΚΑ		
Δήμος (Καλλικράτης)	Πληθυσμός	ΜΟΝΑΔΕΣ	ΜΟΝΑΔΕΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΛΟΙΠΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ- ΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΕΣ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΛΟΙΠΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛ- ΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
Αχαρνών & Αστερου- σίων	17.531		1	9	4			
Βιάνου	5.983		1	8	3			
Γότυνας	17.626		1	10	15			
Ηρακλείου	163.115	2				2	124	78
Μαλεβιζίου	20.735							
Μινώα Πεδι- άδας	18.692		2	23	23			
Φαιστού	23.882		1	11	19	1	6	
Χερσονήσου	23.864							

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009-2012, (Σύστημα Παραγωγής Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη)

1. Δομές ΠΦΥ στον Δήμο Ηρακλείου

Λειτουργούν ήδη 4 Το.Μ.Υ. με την 1η και την 4η Το.Μ.Υ. ήδη να έχουν οριστεί να υπηρετήσουν τους σκοπούς της Ακαδημαϊκής Μονάδας της 7ης ΥΠΕ Κρήτης. Λειτουργεί επίσης και μια δομή ΠΦΥ (πρώην ΙΚΑ, πρώην ΠΕ.Δ.Υ., σημερινό Κ.Υ. Ηρακλείου). Προτείνεται η 1η, 3η και 4η Το.Μ.Υ. να συστήσουν ένα Δίκτυο ΠΦΥ μαζί με επιλεγμένες δομές οικογενειακής ιατρικής που θα υπηρετήσει τους σκοπούς της σημερινής Ακαδημαϊκής Μονάδας. Το σημερινό Κ.Υ. Ηρακλείου στο οποίο στεγάζεται η 5η ΥΠΕ (με ελλιπή στελέχωση) και με επιλεγμένες δομές οικογενειακής ιατρικής θα μπορούσαν να συστήσουν το 2ο Δίκτυο ΠΦΥ. Ο Δήμος αυτός θα μπορούσε ακόμη να ενισχυθεί και με ένα τρίτο Δίκτυο ΠΦΥ.

2. Δομές ΠΦΥ στον Δήμο Μαλεβιζίου

Λειτουργεί ήδη μια Το.Μ.Υ. στο Γάζι (έχει ενσωματώσει το Περιφερειακό Ιατρείο) και προτείνεται η σοβαρή ενίσχυση του Δήμου με δομές οικογενειακής ιατρικής σε επιλεγμένες κοινότητες με μεγάλους πληθυσμούς και η ανάπτυξη μιας 2ης Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ που μαζί με την υφισταμένη Μονάδα και τις μη ομαδοποιημένες δομές οικογενειακής ιατρικής θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα Δίκτυο ΠΦΥ.

3. Δομές ΠΦΥ Δ. Χερσονήσου

Εδώ λειτουργεί η Το.Μ.Υ. Χερσονήσου που μετατρέπεται σε Τοπική Μονάδα ΠΦΥ που χρειάζεται όμως σοβαρή ενίσχυση και με την ανάπτυξη ενός μεγάλου δικτύου ιατρικών οικογενειακής ιατρικής. Η σύσταση μιας Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ στα Μάλλια θα μπορούσε επίσης να εξετασθεί και παράλληλα να εξετασθεί η ανάπτυξη και ενός Δικτύου ΠΦΥ.

4. Δομές ΠΦΥ Δ. Μινώα Πεδιάδος

Εδώ λειτουργούν 2 ΚΥ τα οποία μετατρέπονται σε Τοπικές Μονάδες ΠΦΥ και μαζί με ένα αριθμό δομών οικογενειακής ιατρικής θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα Δίκτυο ΠΦΥ.

5. Δομές ΠΦΥ Δ. Αρχανών Αστερουσίων

Εδώ λειτουργεί ένα ΚΥ (Χάρακα) και υπάρχει ένα Περιφερειακό Ιατρείο (Αρχάνες). Προτείνεται η σύσταση μιας Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ στις Αρχάνες που μαζί με επιλεγμένες δομές οικογενειακής ιατρικής θα μπορούσαν να συστήσουν ένα Δίκτυο ΠΦΥ.

6. Δομές ΠΦΥ Δ. Φαιστού

Εδώ λειτουργεί ένα ΚΥ (Μοίρες) και ένα πολυδύναμο ιατρείο (Τυμπάκι). Προτείνεται η μετατροπή του τελευταίου σε Τοπική Μονάδα ΠΦΥ και μαζί με την Τοπική Μονάδα ΠΦΥ των Μοιρών και αρκετές δομές οικογενειακής ιατρικής να αποτελέσουν ένα Δίκτυο ΠΦΥ.

7. Δομές ΠΦΥ Δ. Γόρτυνας

Εδώ λειτουργεί το Κ.Υ. Αγίας Βαρβάρας και θα μπορούσε να εξετασθεί η ομαδοποίηση επιλεγμένων δομών οικογενειακής ιατρικής με πιθανή σύσταση και 2ης Τοπικής Μονάδας ΠΦΥ και ενός Δικτύου ΠΦΥ.

8. Δομές ΠΦΥ Δ. Βιάννου

Εδώ λειτουργεί το ΚΥ Βιάννου και θα μπορούσε να εξετασθεί η ανάπτυξη επιλεγμένων δομών οικογενειακής ιατρικής. Οι μονάδες αυτές θα μπορούσαν να λειτουργήσουν κάτω από το Δίκτυο που θα δημιουργηθεί στις δομές ΠΦΥ Δ. Αρχανών Αστερουσίων.

ΤΟ ΝΕΟ ΕΣΥ: Η ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φεβρουάριος 2020

Ανθρώπινο Δυναμικό



7.1. Εισαγωγή

Η παραγωγή των υπηρεσιών Υγείας στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βασίζεται σε έναν συνδυασμό ανάμεσα στη σύγχρονη τεχνολογία και στο υγειονομικό δυναμικό. Η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας στη διάγνωση και στη θεραπεία των νόσων υπήρξε ένας θεμελιώδης παράγοντας που συνέβαλε στην επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης των Ευρωπαίων πολιτών. Ωστόσο, η παραγωγή υπηρεσιών υγείας παραμένει ένας κλάδος «εντάσεως εργασίας». Βασίζεται κυρίως στη γνώση, στην εκπαίδευση, στην έρευνα και στην εξειδίκευση του υγειονομικού δυναμικού.

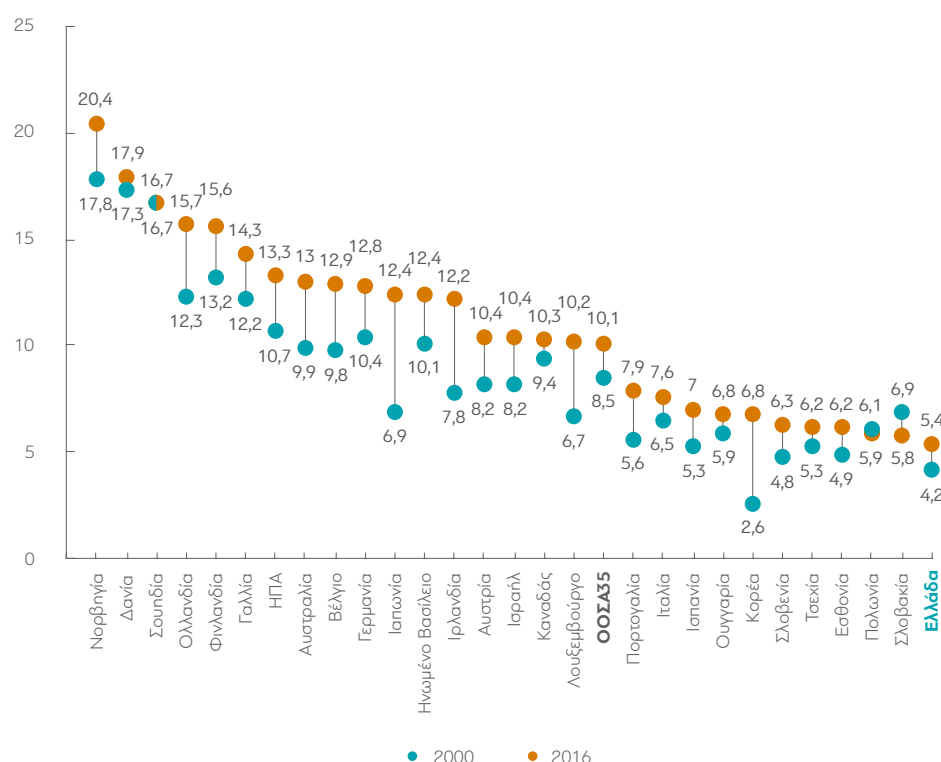
Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να διερευνηθεί η άριστη δυνατή σύνθεση του ιατρικού, νοσηλευτικού, τεχνικού, και διοικητικού προσωπικού, ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο αποτέλεσμα που είναι η προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η περιορισμένη εκπαίδευση του υγειονομικού δυναμικού, η ελλιπής θεωρητική και κλινική κατάρτιση, η ανεπαρκής έρευνα και η έλλειψη καινοτομίας στον τομέα υγείας αποτελούν σημαντικά στοιχεία υπανάπτυξης. Για την αντιμετώπισή της χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός και μελέτη για τη συνεχή εκπαίδευση και παραγωγική αξιοποίηση του ανθρώπινου κεφαλαίου στα συστήματα υγείας. Εξάλλου, ο ΠΟΥ υποστηρίζει ότι οι εθνικές και οι περιφερειακές ανάγκες υγείας του πληθυσμού της χώρας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον προγραμματισμό του υγειονομικού δυναμικού. Η εργασιακή απασχόληση στην υγεία πρέπει να είναι συνάρτηση των υγειονομικών αναγκών (WHO, 2019).

7.2. Η Υφιστάμενη Κατάσταση

7.2.1. Το ιατρικό δυναμικό

Στις χώρες του ΟΟΣΑ, ο τομέας της υγείας απορροφά το 10,1% του συνόλου του εργατικού δυναμικού (Γράφημα 7.1.). Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες-μέλη, με τις Σκανδιναβικές χώρες (Νορβηγία 20,4%, Δανία 18%, Σουηδία 16,7%) να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά απασχόλησης στον τομέα της υγείας, ενώ η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά (μόλις στο 5,4% του εργατικού δυναμικού της χώρας).

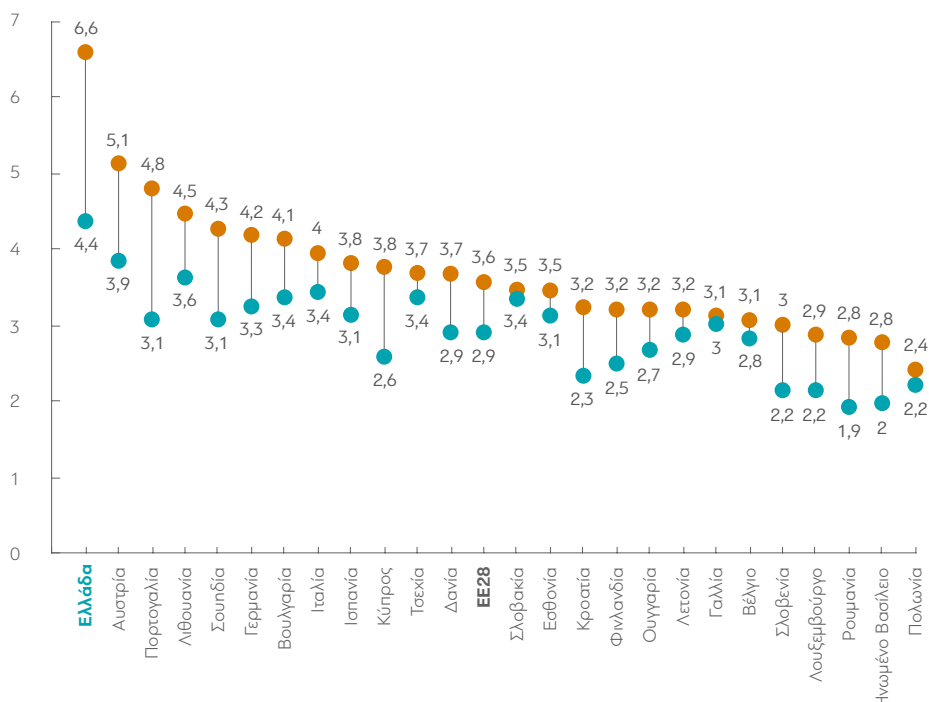
Γράφημα 7.1. Απασχόληση Στον Τομέα Της Υγείας Σε % Του Εργατικού Δυναμικού (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού

Όσον αφορά τη σύνθεση του υγειονομικού δυναμικού, παρατηρείται σημαντική ιδιομορφία της Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η χώρα μας έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών και τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους (Zilidis et al., 2015).

Γράφημα 7.2 Ιατροί Ανά 1.000 Κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού

Η Ελλάδα την περίοδο 2000-2016 παρουσίασε υπερδιπλάσια αύξηση του ιατρικού της δυναμικού, η οποία ανήλθε στο 51% παρά την ιατρική μετανάστευση. Δηλαδή αύξηση από 4,47 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους το 2000 στους 6,59 ιατρούς το 2016. Σύμφωνα με τα στοιχεία του OECD ο αριθμός των εγγεγραμμένων ιατρών στους ιατρικούς συλλόγους της χώρας μας ανέρχεται το έτος 2017 στους 65.499. Παρατηρείται μια μικρή μείωση στον αριθμό των ιατρών σε σχέση με το 2016 που εκτιμάται στο -1% και αποδίδεται κυρίως στη διαρροή του ιατρικού δυναμικού (brain drain) προς το εξωτερικό.

Η Ελλάδα παρουσιάζει τις μεγαλύτερες γεωγραφικές ανισότητες σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Από όλες τις υπάρχουσες μελέτες αναδεικνύεται η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, με μεγαλύτερα μεγέθη στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη, έπονται οι Περιφέρειες όπου λειτουργούν Τμήματα Ιατρικής στα αντίστοιχα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιπες Περιφέρειες έχουν και τον μικρότερο αριθμό σε σχέση με τον πληθυσμό. Αυτό σε κάποιο βαθμό δικαιολογείται από την ύπαρξη υποδομών και υψηλής ιατρικής τεχνολογίας.

7.2.2. Το νοσηλευτικό δυναμικό

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό δυναμικό, η χώρα έχει τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΕ-28 και παρουσιάζει διαχρονικά τη μικρότερη αύξηση στο νοσηλευτικό της δυναμικό.

Γράφημα 7.3. Νοσηλευτές/τριες Ανά 1.000 Κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού

Σε πολλές χώρες της Ευρώπης ο μέσος ετήσιος αριθμός ανάπτυξης του νοσηλευτικού δυναμικού είναι υψηλότερος από τον αντίστοιχο ρυθμό του ιατρικού δυναμικού. Στην Ελλάδα οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν τόσο το 2000 όσο και το 2016 οι χαμηλότεροι της Ευρώπης με τιμές 2,8 νοσηλευτές/τριες ανά 1.000 κατοίκους το 2000 και 3,3 το 2016. Η αντίστοιχη αύξηση στο νοσηλευτικό δυναμικό της χώρας μας στο διάστημα αυτό ήταν 17,9%.

Η έλλειψη επαρκούς αριθμού νοσηλευτών/τριών είναι γνωστή και αναδεικνύεται σε όλες τις σχετικές μελέτες. Σε κάποιο βαθμό αυτή οφείλεται στο ότι οι θέσεις εκπαίδευσης δεν επαρκούν. Όμως, κυρίως οφείλεται στους υψηλούς ρυθμούς πρόωρης αποχώρησης από το επάγγελμα, λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης που αναδεικνύεται σε πολλές σχετικές μελέτες (Brofidi, Vlasidis & Philalithis, 2018).

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι η παραγωγή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα βασίζεται σε ένα σύστημα υγείας που είναι «εντάσεως ιατρικού δυναμικού». Αντίθετα, οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης έχουν υιοθετήσει συστήματα υγείας που βασίζονται περισσότερο στην αξιοποίηση και τη χρήση του νοσηλευτικού δυναμικού.

7.2.3. Τα άλλα επαγγέλματα υγείας

Τα επαγγέλματα υγείας περιλαμβάνουν, εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που ήδη αναφέρθηκε, άλλα επαγγέλματα υγείας, π.χ. οδοντιατρική, φαρμακευτική, επισκεπτών υγείας, κοινωνική εργασία, φυσιοθεραπεία, ψυχολογία, κτηνιατρική, κλπ. Επίσης, στον τομέα υγείας σημαντική είναι η συνεισφορά των επιστημών της διοίκησης, των οικονομικών, της πληροφορικής της υγείας. Όμως, στον τομέα υγείας απασχολείται, εκτός από τους πτυχιούχους ΑΕΙ, προσωπικό τεχνικής εκπαίδευσης, προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και προσωπικό υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Η απαρίθμηση όλων των κατηγοριών εμπεριέχει τον κίνδυνο να παραλειφθούν –και κατά συνέπεια, να αδικηθούν– κάποιοι κλάδοι, ενώ καθίσταται δύσκολη από την απουσία συγκεκριμένων δεδομένων για τον αριθμό και τους κλάδους απασχόλησης όλων των εργαζομένων τόσο στο ΕΣΥ όσο και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά στον δημόσιο τομέα, δεν είναι οι πλέον κατάλληλες (Rovithis et al., 2017). Η ανεπαρκής στελέχωση πολλών υπηρεσιών υγείας, λόγω μειωμένων προσλήψεων και πρόωρης συνταξιοδότησης, αλλά και η «γήρανση» όσων συνεχίζουν να υπηρετούν, καθιστούν δυσχερή τη λειτουργία τους. Επιπλέον, ο προγραμματισμός ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού, όπως ήδη αναφέρθηκε για το ιατρικό και νοσηλευτικό σώμα, είναι περιστασιακός, δεν στηρίζεται σε μελέτες των αναγκών υγείας (με βάση την εξέλιξη της νοσηρότητας από τη μία και της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας από την άλλη) ή των τάσεων που διαμορφώνονται διεθνώς, και κατά συνέπεια είναι χωρίς μακροπρόθεσμο ή μεσοπρόθεσμο προγραμματισμό των θέσεων εκπαίδευσης και απασχόλησης των επαγγελματιών υγείας των πολλών και διαφορετικών κλάδων.

Όμως, το θέμα των επαγγελματιών υγείας αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και για την προοπτική ανάπτυξής τους, ιδιαίτερα όταν ληφθεί υπόψη η ταχύτατη ανάπτυξη της τεχνολογίας, της πληροφορικής και της τεχνητής νοημοσύνης που (αρχίζει να) χρησιμοποιείται στη φροντίδα των ασθενών.

7.2.4. Το ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό του ΕΣΥ

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό, και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω ελλείψεως προσωπικού. Πάνω από 20.000 υπολογίζονται οι αναγκαίες νέες προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού. Οι προσλήψεις νοσηλευτών μέσω ΑΣΕΠ χρειάζονται 18-24 μήνες για να ολοκληρωθούν, ενώ το αρμόδιο υπουργείο Οικονομικών καθυστερεί ή αναβάλλει τις σχετικές διαδικασίες για λόγους δημοσιονομικής πολιτικής. Έτσι σήμερα η σχέση νοσηλευτικού προς ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι περίπου 1,3, όταν διεθνώς ως άριστη σχέση θεωρείται το 2-3 νοσηλευτές προς 1 ιατρό ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος.

Πέραν των μεγάλων ελλείψεων, ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκεται αποσπασμένος σε διοικητικές θέσεις, εντός αλλά και εκτός του υγειονομικού συστήματος, παρά τις εκάστοτε κυβερνητικές εξαγγελίες περί άμεσης επιστροφής στις θέσεις τους. Παράλληλα, υπάρχει συνεχής ροή νοσηλευτικού προσωπικού από τα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας. Μεγάλα κενά παρουσιάζονται και στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες. Οι προσλήψεις στις υπηρεσίες αυτές είναι ελάχιστες και τα κενά συχνά συμπληρώνονται με μετατάξεις μη κατάλληλου προσωπικού.

Σε ό,τι αφορά την ιατρική υπηρεσία, παρουσιάζονται κενά που δυσχεραίνουν τη λειτουργία κρίσιμων τμημάτων. Οι καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των κρίσεων είναι πολύ μεγάλες -έως και 3 χρόνια- με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τείνει να μετατραπεί σε «γερασμένο» και κουρασμένο σώμα λειτουργών, χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο προσφοράς.

Οι εργαζόμενοι όλων των υπηρεσιών των νοσοκομείων, εκτός από τον μεγάλο φόρτο εργασίας που δέχονταν εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, επιβαρύνονται και από τους ιδιαίτερα χαμηλούς μισθούς, αλλά και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας.

Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί και το πρόβλημα της ανισοκατανομής του προσωπικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών. Διαχρονικά παρατηρείται συγκέντρωση του ιατρικού κυρίως δυναμικού στα δύο αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Πίνακας 7.1. Ιατρικό Και Νοσηλευτικό Δυναμικό Ανά Πληθυσμό, Ανά Κλίνη Σε Κάθε ΥΠΕ (2012)

	Πληθυσμός 2011	Ανεπτυγμένες Κλίνες	Ιατρικό προ- σωπικό	Ιατρικό προσωπικό / 1.000 κατοί- κους	Ιατρικό προσωπικό/ κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό / κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό / 1.000
ΥΠΕ1	2.551.170	8.952	5.077	1,99	0,57	5.630	0,63	2,21
ΥΠΕ2	1.767.580	4.098	1.934	1,09	0,47	2.394	0,58	1,35
ΥΠΕ3	1.143.290	3.473	1.561	1,37	0,45	2.000	0,58	1,75
ΥΠΕ4	1.619.590	4.909	2.292	1,42	0,47	3.089	0,63	1,91
ΥΠΕ5	1.277.600	2.613	1.177	0,92	0,45	1.863	0,71	1,46
ΥΠΕ6	1.805.290	5.108	2.278	1,26	0,45	3.091	0,61	1,71
ΥΠΕ7	621.340	2.144	994	1,60	0,46	1.253	0,58	2,02
ΣΥΝΟΛΟ	10.785.860	31.297	15.313	1,42	0,49	19.320	0,62	1,79

Πηγή: ΙΚΠΙ, 2012

Όσον αφορά τους ιατρούς, η 1η ΥΠΕ (Αθήνα-Ανατολική Αττική) με 1,99 γιατρούς ανά 1.000 κατοίκους και η 7η ΥΠΕ (Κρήτη) με 1,6 είναι πάνω από τον πανελλαδικό μέσο όρο (1,42), ενώ η 5η ΥΠΕ (Θεσσαλία-Στερεά Ελλάδα) με 0,92 και η 2η ΥΠΕ (Πειραιάς-Δυτ. Αττική-Αιγαίο) με 1,09 υπολείπονται σε σημαντικό βαθμό (ΙΚΠΙ, 2012). Σε ό,τι αφορά τους ιατρούς ανά κλίνη, η 1η ΥΠΕ παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερο δείκτη (0,57) (Πίνακας 7.1.).

Την ίδια περίπου εικόνα ανισοκατανομής παρουσιάζουν και οι νοσηλευτές/τριες. Η 1η ΥΠΕ με 2,21 νοσηλευτές/τριες ανά 1.000 κατοίκους, η 7η ΥΠΕ με 2,02 και η 4η ΥΠΕ (Ανατ. Μακεδονίας-Θράκης) με 1,91 σαφώς υπερέχουν της 5ης ΥΠΕ (Θεσσαλία-Στερεά Ελλάδα) με 1,46 και της 2ης ΥΠΕ (Πειραιάς-Δυτ. Αττική-Αιγαίο) με 1,35 νοσηλευτές/τριες ανά 1.000 κατοίκους. Στους νοσηλευτές ανά κλίνη, η 5η ΥΠΕ παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη (0,71) και τον χαμηλότερο οι 2η, 3η (Κεντρική και Δυτική Μακεδονία) και 7η ΥΠΕ (Πίνακας 7.1.).

7.2.5. Η ειδίκευση του ιατρικού προσωπικού

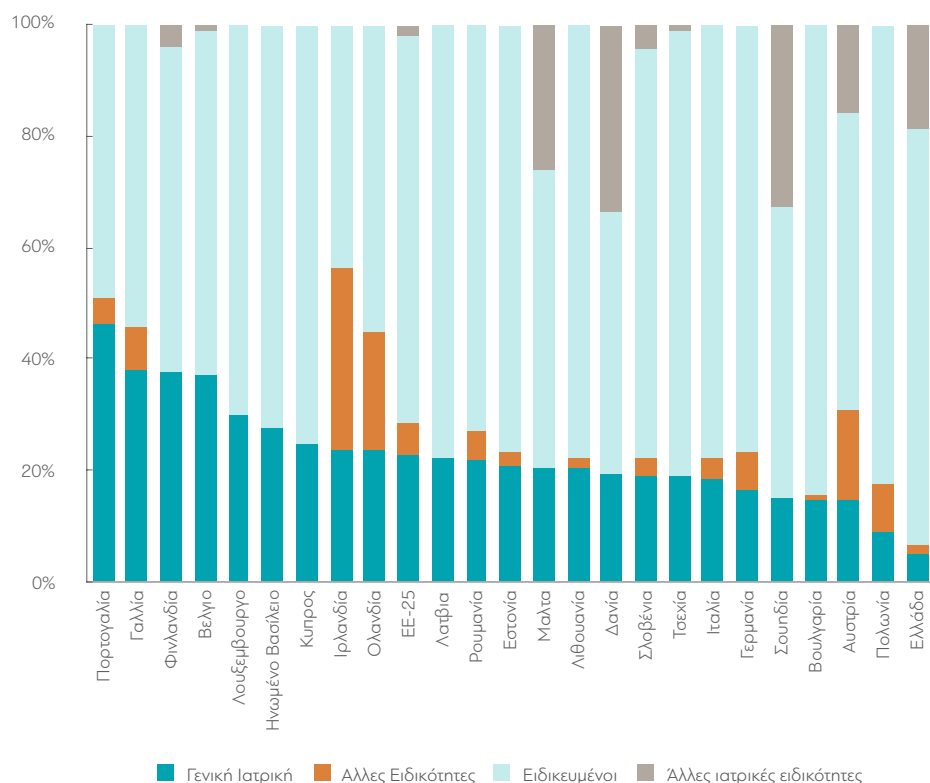
Το θεσμικό πλαίσιο των ιατρικών ειδικοτήτων παραπέμπει ουσιαστικά στη δεκαετία του 1950. Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης σε κάθε ειδικότητα επικαιροποιείται περίπου κάθε 20 χρόνια, αλλά η αναγνώριση των εκπαιδευτικών κέντρων, η διάρκεια εκπαίδευσης και ο αριθμός των ειδικευομένων σε κάθε κλινική ή εργαστήριο γίνονται με διαδικασίες που δεν εμπεριέχουν ουσιαστική αξιολόγηση των δυνατοτήτων του κάθε κέντρου:

ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η διαδικασία αναγνώρισης λαμβάνει υπόψη της κριτήρια λειτουργίας του κέντρου και επάρκειας των εκπαιδευτών κατά την πρώτη αναγνώριση και ενδεχόμενα κατά τη δεύτερη, και στη συνέχεια θεωρείται «δεδομένη». Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας επιχείρησε σε τρεις περιόδους να εισάγει ένα πιο σύγχρονο πλαίσιο για τη διαδικασία αυτή, το 2002-2004, το 2010-2012 και το 2016-2019. Κάθε φορά εκφράστηκαν έντονες αντιρρήσεις, κυρίως από τις επιστημονικές ιατρικές εταιρείες, που τελικά δεν επέτρεψαν να προχωρήσει η προτεινόμενη μεταρρύθμιση.

Επιπλέον, ο συνολικός αριθμός των ειδικευμένων ιατρών, τόσο στο σύνολο όσο και κατά ειδικότητα, είναι αποτέλεσμα ιστορικών και τυχαίων γεγονότων και δεν αποτελεί προϊόν συγκεκριμένου σχεδιασμού που να λαμβάνει υπόψη του τον αριθμό ειδικευμένων γιατρών ανά ειδικότητα που είναι κατάλληλος για την κάλυψη των αναγκών του συστήματος υγείας.

Στις χώρες του ΟΟΣΑ αλλά και της Ευρώπης παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση στη σύνθεση του ιατρικού δυναμικού σε γενικούς και ειδικούς γιατρούς. Χώρες με αναπτυγμένα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, απασχολούν σε υψηλά ποσοστά γενικούς ιατρούς, όπως η Πορτογαλία (46%), η Γαλλία (38%), η Φινλανδία (38%) και το Βέλγιο (37%). Η Ελλάδα είναι η χώρα με το χαμηλότερο ποσοστό γενικών ιατρών (4,98%) (Γράφημα 7.4.).

Γράφημα 7.4. Γενικοί Και Ειδικευμένοι Ιατροί Στην Ευρώπη (2016)



Αξίζει να αναφερθεί ότι στην περίπτωση της χώρας μας ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία, παρατηρείται σημαντική έλλειψη, εκτός από την ειδικότητα της Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, στις ειδικότητες της Ιατρικής της Εργασίας και της Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής (όπως πρόσφατα μετονομάστηκε), ενώ δεν υφίστανται άλλες ειδικότητες όπως της γηριατρικής και της αποκατάστασης.

Πίνακας 7.2. Ιατροί Ανά 1.000 Κατοίκους Ανά Κύρια Ειδικότητα (2013-2017)

	2013	2014	2015	2016	2017
Σύνολο	5,9	5,9	5,9	6,1	6,1
Γενική Ιατρική	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Παιδιατρική	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Μαιευτική-Γυναικολογία	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Ψυχιατρική	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Νοσοκομειακές ειδικότητες	2	2	2,1	2,2	2,2
Χειρουργική	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2
Λοιπές ειδικότητες	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5

Πηγή: Eurostat, 2018b

Στην Ελλάδα, η ειδικότητα της Γενικής/Οικογενειακής ιατρικής αποτελεί κομβικό σημείο αναφοράς για την αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη δημιουργία του θεσμού του Οικογενειακού γιατρού. Μόνο 2.760 ιατροί έχουν αυτή την ειδικότητα, ενώ είναι γνωστό ότι χρειάζονται περίπου 6.000-7.000 γιατροί Γενικής Ιατρικής. Ποτέ δεν εφαρμόστηκε με συνέπεια μια πολιτική αύξησης των θέσεων ειδικευομένων για την κάλυψη του αριθμού.

7.3. Η Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας

7.3.1. Οι σπουδές στα επαγγέλματα υγείας

Η Ιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα παρέχεται από επτά πανεπιστημιακές σχολές. Ο αριθμός των εισακτέων φοιτητών για το 2019 ανέρχεται στους 945 φοιτητές. Στις ιατρικές σχολές παρατηρείται διαχρονική μείωση των αποφοίτων την περίοδο 2008-2013 κατά 28%. Παρόμοια μείωση παρατηρείται και στους αποφοίτους των οδοντιατρικών σχολών που εκτιμάται στο 26%. Οι απόφοιτοι των νοσηλευτικών σχολών παρουσιάζουν διαχρονική σταθερότητα με 2.600 απόφοιτους νοσηλευτές και 1.600 περίπου βοηθούς νοσηλευτές ετησίως (ΕΛΣΤΑΤ, 2018β). Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια σημαντική διαρροή φοιτητών που σπουδάζουν σε αγγλόφωνες ιατρικές, οδοντιατρικές και νοσηλευτικές σχολές των Ανατολικών κυρίως χωρών της Ευρώπης (Ουγγαρία, Τσεχία, Βουλγαρία, Ρουμανία) καθώς και σε ελληνόφωνα πανεπιστήμια της Κύπρου.

Είναι γνωστό ότι η ίδρυση τμημάτων και η διασπορά τους ανά την επικράτεια δεν γίνεται με βάση μια εμπεριστατωμένη μελέτη για τις ανάγκες της αγοράς εργασίας στον τομέα της υγείας και τις προόδους στην επιστήμη και στην τεχνολογία, αλλά εξυπηρετεί κυρίως την κάλυψη τοπικών πελατεϊκών αναγκών, ενώ ο αριθμός των εισακτέων υπερβαίνει κατά κανόνα τον μέγιστο αριθμό που τα Τμήματα θεωρούν κατάλληλο για την εξασφάλιση σπουδών υψηλής ποιότητας.

Την ευθύνη του ορισμού του περιεχομένου των σπουδών έχουν τα πανεπιστημιακά τμήματα και από τις εκθέσεις εξωτερικής αξιολόγησης που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο της Αρχής Διασφάλισης και Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Ανώτατη Εκπαίδευση (ΑΔΙΠ) τεκμαίρεται ότι αυτά πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις. Όμως, οι εκθέσεις αυτές επικεντρώνουν στην αξιολόγηση των υφισταμένων προγραμμάτων και δεν υπεισέρχονται στην πιστοποίηση των προγραμμάτων σπουδών, καθότι δεν έχουν οριστεί τα απαραίτητα κριτήρια που πρέπει να πληροί ένα πρόγραμμα σπουδών για να πιστοποιηθεί. Επιπλέον, υπάρχει προβληματισμός κατά πόσο ικανοποιούνται πλήρως τα κριτήρια που έχει θέσει η διαδικασία της Μπολόνια και του Ευρωπαϊκού Χώρου Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης που αποσκοπούν στην επίτευξη μεγαλύτερης συνοχής μεταξύ των συστημάτων

τρίτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ευρώπη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Το αποτέλεσμα είναι ότι τα προγράμματα σπουδών σε όλες τις επιστήμες υγείας δεν περιέχουν επαρκή διδασκαλία στις τεχνικές της επικοινωνίας, στην έννοια της ενσυναίσθησης και στη διαδικασία της παρέμβασης στον ασθενή, προκειμένου να υιοθετήσει ένα θετικό πρότυπο τρόπου ζωής και να μειώσει τις συνήθειες που επιδεινώνουν τους παράγοντες κινδύνου για χρόνια νοσήματα. Επίσης, αποτέλεσμα είναι ότι τα Τμήματα Ιατρικής δεν έχουν ενσωματώσει στα προγράμματα σπουδών την εκπαίδευση στην Γενική/Οικογενειακή Ιατρική, με εξαίρεση το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (από το 1990) και το Τμήμα Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (από το 2008). Ανεπαρκώς, επίσης, καλύπτεται η προπτυχιακή εκπαίδευση στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Αξιοσημείωτη είναι και η απουσία δομών και προγραμμάτων προπτυχιακής εκπαίδευσης που προωθούν τη διαεπαγγελματική και διεπιστημονική εκπαίδευση τύπου Σχολών Επιστημών Υγείας.

7.3.2. Τα προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών

Εκτός από την παραδοσιακή λειτουργία των διδακτορικών σπουδών, τα τελευταία χρόνια έχουν οργανωθεί πολλά Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) σε αντικείμενα που εμπίπτουν στο σύνολο των επιστημών της υγείας. Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν αξιολογικά ΠΜΣ στους τομείς της Δημόσιας Υγείας, των Οικονομικών της Υγείας και της Διοίκησης των Υπηρεσιών Υγείας, αρκετά από τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω των περιοριστικών ρυθμίσεων που προβλέπονται στον Ν. 4485/2017. Ούτε για αυτά τα προγράμματα υπάρχει σύστημα πιστοποίησης, που όχι μόνο θα σέβεται την ακαδημαϊκή ελευθερία των ιδρυμάτων, αλλά, επιπλέον, θα παρέχει στους πτυχιούχους και στην αγορά τη βεβαιότητα ότι οι τίτλοι σπουδών τους πληρούν ελάχιστα κριτήρια ποιότητας.

Από την άλλη, αυξανόμενος αριθμός Ελλήνων φοιτούν σε ελληνόφωνα ΠΜΣ του τομέα της υγείας στην Κύπρο και σε αγγλόφωνα ΠΜΣ σε πολλές χώρες της Ευρώπης, ορισμένα εκ των οποίων με ιδιαίτερα προσιτά διδάκτρα. Θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για την ανάπτυξη ανταγωνιστικών ΠΜΣ προς τις άλλες χώρες της Ευρώπης και της Κύπρου για την προσέλκυση μεταπτυχιακών φοιτητών.

7.3.3. Διά βίου εκπαίδευση

Η συνεχής πρόοδος της ιατρικής και της βιοϊατρικής τεχνολογίας επιβάλλουν στους ιατρούς αλλά και σε όλους τους επιστήμονες της υγείας την παρακολούθηση των εξελίξεων και τη συνεχή ενημέρωση. Το έργο αυτό έχει, εν πολλοίς, αφεθεί στην πρωτοβουλία των ίδιων των ιατρών, συνεπικουρούμενων από τους επιστημονικούς φορείς και τις φαρμακευτικές εταιρείες που οργανώνουν συνέδρια, ημερίδες, συμπόσια, κ.λπ. Παράλληλα, έχει θεσπι-

στεί ένα πλαίσιο για τη χορήγηση μορίων για τη συμμετοχή σε συνέδρια, την ευθύνη του οποίου έχει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, και έχουν θεσπιστεί κανόνες σχετικά με τη χρηματοδότηση των συνεδρίων από τις φαρμακευτικές εταιρείες, την ευθύνη του οποίου είχε ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ν. 1316/1983) που πρόσφατα μεταφέρθηκε στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Υπουργική Απόφαση Γ5/Γ.Π.οικ.59390/13-8-2019), αλλά στη συνέχεια ανεστάλη η εφαρμογή αυτής της ρύθμισης (Υπουργική Απόφαση Γ5α/ΓΠοικ.46340/18-6-2019). Όμως, όλο αυτό το πλαίσιο είναι «το ελάχιστο αναγκαίο» για τη στοιχειώδη λειτουργία του συστήματος, και είναι απαραίτητο να επανεξεταστεί το όλο σύστημα, να τεθούν κριτήρια ποιότητας, να γίνουν πιο σαφείς και συγκεκριμένοι οι όροι «σύγκρουσης συμφερόντων» που διέπουν τη συμμετοχή σε συνέδρια και να αξιοποιείται το σύστημα μοριοδότησης κατά την επιλογή και αξιολόγηση των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας, και κατά την αξιολόγηση των κέντρων εκπαίδευσης για τη χορήγηση ειδικότητας.

7.4. Ιατρική Μετανάστευση και Ανεργία

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ) και του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) («ΙΣΑ: Πάνω από 17.500 Έλληνες γιατροί εργάζονται στο εξωτερικό», 2018), περισσότεροι από 18.000 Έλληνες ιατροί έχουν μεταναστεύσει λόγω της οικονομικής κρίσης και εργάζονται στο εξωτερικό. Από εκτιμήσεις στελεχών του ΙΣΑ προκύπτει ότι περισσότεροι από 10.000 ιατροί μέλη του ΙΣΑ έχουν αποχωρήσει για το εξωτερικό την τελευταία δεκαετία. Το μεγαλύτερο ρεύμα μετανάστευσης των ιατρών κατευθύνεται προς τη Γερμανία. Ένας στους τέσσερις γιατρούς μέλη του ΙΣΑ είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι. Το 2015 ο μέσος ετήσιος μισθός των ειδικευμένων ιατρών στην Ελλάδα ήταν 42.000 ευρώ ενώ στην Γερμανία ήταν 133.100 ευρώ (138% υψηλότερος).

Εκτός, όμως, από την ιατρική μετανάστευση παρατηρείται επίσης και μεγάλη νοσηλευτική μετανάστευση, παρά τη σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού στη χώρα μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας, από το 2016 έως και το 2019 έφυγαν για εργασία στο εξωτερικό 1.207 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, εκ των οποίων το 80% στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η ιατρική, αλλά και η νοσηλευτική μετανάστευση, επιφέρουν δύο σημαντικές ζημιές στην ελληνική κοινωνία. Η πρώτη αφορά στο μεγάλο κόστος εκπαίδευσης λόγω των σημαντικών πόρων που επενδύονται, ιδιαίτερα για την εκπαίδευση των γιατρών, και η δεύτερη στη διαφυγούσα παραγωγικότητα ικανών στελεχών.

7.5. Οι Εργασιακές Σχέσεις

Οι μελέτες για την οργανωσιακή κουλτούρα και πρακτική στις υπηρεσίες υγείας αναδεικνύουν τα αισθήματα ανασφάλειας, αμυντικής αντιμετώπισης των καταστάσεων και ματαιώσης, αντί να υπερισχύει το πνεύμα θετικής προσφοράς, συνεργασίας και πρωτοβουλιών που ενισχύει την ικανοποίηση των εργαζομένων και την απόδοση των υπηρεσιών.

Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι οι περισσότερες δημοσιευμένες εργασίες για την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και την αξιολόγηση από τους ίδιους της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν δίνουν απογοητευτικά ποσοστά ικανοποίησης, χαμηλού βαθμού οργανωσιακή κουλτούρα και υψηλά ποσοστά burn out. Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας που συμβάλλει στη γήρανση και την κόπωση του ανθρώπινου δυναμικού στο ΕΣΥ, εκτός από τις ελλείψεις και τους χαμηλούς μισθούς, είναι ο θεσμός πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

7.6. Προτεινόμενες Βελτιώσεις στη Διαχείριση και την Εκπαίδευση του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία

- Να αναπτυχθεί στενότερη συνεργασία μεταξύ του υπουργείου Υγείας και του υπουργείου Παιδείας για την αποτίμηση των αναγκών και για τη διαμόρφωση στρατηγικού προγραμματισμού στο ανθρώπινο δυναμικό.
- Να αναπροσαρμοστούν οι αριθμοί των εισακτέων στις Σχολές Επισημών Υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του τομέα υγείας, τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού, αλλά και των δυνατοτήτων των ΑΕΙ, μεταξύ άλλων με μείωση του αριθμού των εισακτέων στην ιατρική και αύξηση στη νοσηλευτική και να δοθούν κίνητρα για την παραμονή των νοσηλευτών στο επάγγελμα.
- Να αναλάβει η ΑΔΙΠ τη διαμόρφωση κριτηρίων για ένα ελάχιστο πρόγραμμα σπουδών (core curriculum) στις επιστήμες υγείας, να ελέγχει την εφαρμογή του και να το επικαιροποιεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα, δίνοντας έμφαση στη διεπιστημονική και διεπαγγελματική εκπαίδευση.
- Να εκσυγχρονιστεί το πλαίσιο για τη χρηματοδότηση των συνεδρίων, για τη μοριοδότησή τους και για τη «σύγκρουση συμφερόντων» όσων συμμετέχουν σε αυτά.
- Να ακυρωθούν οι πρόσφατες περιοριστικές ρυθμίσεις στα ΠΜΣ.
- Να δοθούν περισσότερα κίνητρα για την ανάπτυξη μεταπτυχιακών σπουδών σε ανταγωνιστικά πλαίσια με τις άλλες χώρες της Νότιας και Δυτικής Ευρώπης.
- Να εκσυγχρονιστεί το θεσμικό πλαίσιο για τη χορήγηση ιατρικών ειδικοτήτων και ειδικότερα ως προς τη διαδικασία και τα κριτήρια αναγνώρισης των εκπαιδευτικών κέντρων, τον αριθμό των ειδικευομένων και την περιοδική αξιολόγηση της επάρκειας των κέντρων.
- Να γίνει μελέτη για τον αναγκαίο αριθμό ειδικευμένων σε κάθε ειδικότητα για τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας της χώρας, έτσι ώστε οι

θέσεις των ειδικευομένων να οδηγούν στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών, και όχι στην συγκυριακή εξυπηρέτηση της λειτουργίας κάθε νοσοκομείου.

- Στον δημόσιο τομέα, μόνο τα στελέχη που προορίζονται να έχουν υψηλές διευθυντικές θέσεις, άρα και αυξημένο βάρος στη λήψη αποφάσεων και στην κατανομή των πόρων, τα ιατρικά διευθυντικά στελέχη θα πρέπει να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και, βεβαίως, να εμφορούνται από τη φιλοσοφία του «δημόσιου χώρου», που δεν θα είναι μόνο σύγχρονη από τεχνολογική άποψη αλλά και κοινωνικά αποδεκτή. Αντίθετα, ένα μεγάλο μέρος του λοιπού προσωπικού θα μπορούσε να είναι μερικής απασχόλησης, ανάλογα δηλαδή με το έργο τους, ή ακόμα να είναι εποχιακής απασχόλησης.

7.7. Συμπεράσματα

Παρά τα προβλήματα που παρουσιάζονται (θεσμικά, οργανωτικά, λειτουργικά και άλλα) πρέπει να σημειωθεί ότι στο ανθρώπινο δυναμικό συμπεριλαμβάνονται επαγγελματίες που παρακολουθούν τις επιστημονικές εξελίξεις, εργάζονται ευσυνείδητα και παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες στους ασθενείς τους. Αυτό τεκμαίρεται από την διεθνή ερευνητική δραστηριότητα και ικανοποιητική μέχρι καλή κατάσταση των δεικτών υγείας που αντανakλούν τις εκβάσεις των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Σύνοψη Βασικών Προτάσεων

1. Διαμόρφωση στρατηγικού προγραμματισμού στο ανθρώπινο δυναμικό από το υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας, με αναπροσαρμογή των αριθμών των εισακτέων στις Σχολές Επιστημών Υγείας.
2. Διαμόρφωση από την ΑΔΙΠ κριτηρίων για ένα ελάχιστο πρόγραμμα σπουδών στις επιστήμες υγείας.
3. Εκσυγχρονισμός του θεσμικού πλαισίου για τη χορήγηση ιατρικών ειδικοτήτων και προσδιορισμός του αναγκαίου αριθμού ειδικευμένων σε κάθε ιατρική ειδικότητα.
4. Στους γιατρούς, εφαρμογή του θεσμού της «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» μόνο στους διευθυντές-συντονιστές με βελτιωμένες αποδοχές και με δυνατότητα παροχής αμειβόμενου ιδιωτικού έργου εντός του νοσοκομείου. Για τους υπόλοιπους γιατρούς, να παρέχεται η δυνατότητα πλήρους αλλά όχι αποκλειστικής απασχόλησης για να μπορούν να απασχολούνται σε δύο ή περισσότερα νοσοκομεία με βάση επιμέρους συμβόλαια εργασίας.
5. Δυνατότητα ιδιωτών γιατρών να συμβάλλονται με συμβάσεις με νοσοκομεία του ΕΣΥ με πλήρη ή μερική απασχόληση για έκτακτες ή εποχιακές ανάγκες.
6. Θεσμοθέτηση της κινητικότητας εντός του ΕΣΥ, ώστε να διατίθεται το αναγκαίο προσωπικό ανάλογα με τις ανάγκες σε κάθε περιοχή και σε κάθε μονάδα.
7. Ενίσχυση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού δυναμικού με νέα προγράμματα σπουδών και βελτιωμένες αποδοχές.
8. Εκσυγχρονισμό του πλαισίου χρηματοδότησης των συνεδρίων για τη μοριοδότησή τους και για τη «σύγκρουση συμφερόντων» όσων συμμετέχουν σε αυτά.
9. Επανεκτίμηση των αναγκών των θέσεων εργασίας και των συνθηκών εργασίας όλων των επαγγελματιών που υπηρετούν στο ΕΣΥ.
10. Ανάπτυξη στοχευμένων προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης για όλα τα στελέχη των μονάδων του ΕΣΥ.

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Η παρούσα Έκθεση έρχεται να επιβεβαιώσει τις χρόνιες παθογένειες του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα μας, το οποίο, εξαιτίας της θεσμικής ανεπάρκειας, της έλλειψης σχεδιασμού και αξιολόγησης, της κακοδιοίκησης, της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης και της αποσπασματικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Πρόληψης, όχι μόνο αδυνατεί να ανταποκριθεί επαρκώς στις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, αλλά αποτελεί και σημαντική πηγή σπατάλης δημόσιων πόρων και κοινωνικών ανισοτήτων.

Για την αντιμετώπιση των χρόνιων αυτών παθογενειών του ΕΣΥ και με στόχο την οργάνωση και λειτουργία ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού δημόσιου συστήματος υγείας, η παρούσα Έκθεση προτείνει την υιοθέτηση ενός νέου προτύπου οργάνωσης και λειτουργίας, το οποίο υπηρετεί τις αρχές της κοινωνικής ισότητας, και της ελεύθερης επιλογής, με βάση τις αρχές της κοινωνικής ισότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας, του ελεγχόμενου ανταγωνισμού και της συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Για τον σκοπό αυτό η Έκθεση διατυπώνει σειρά προτάσεων που αποτελούν ριζικές αλλαγές στην οργάνωση, διοίκηση και χρηματοδότηση του ΕΣΥ, εκ των οποίων οι πλέον βασικές συνοψίζονται στις εξής:

- Δημιουργία «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης» του ΕΣΥ ως ΝΠΙΔ.
- Ανασυγκρότηση των ΥΠΕ ως ΝΠΔΔ και αντιστοίχισή τους στις διοικητικές περιφέρειες.
- Μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων του ΕΣΥ σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ως θυγατρικές εταιρίες των ΥΠΕ, καθώς και συγχωνεύσεις και αλλαγές χρήσης, κυρίως των μικρών νοσοκομείων, με παράλληλη ανακατανομή υλικών και ανθρώπινων πόρων.
- Ενίσχυση της διοικητικής αυτοτέλει των νοσοκομείων και μεταφορά διοικητικών διαχειριστικών αρμοδιοτήτων στην κλινική ιεραρχία και κυρίως στους διευθυντές των κλινικών εργαστηρίων.

- Ανάπτυξη της «Οικογενειακής Ιατρικής» και δημιουργία «Τοπικών Μονάδων ΠΦΥ» και «Δικτύων ΠΦΥ» με τη συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Ελεύθερη επιλογή του οικογενειακού ιατρού από μέρους του ατόμου ή της οικογένειας.
- Ανάπτυξη Εθνικών Προγραμμάτων Πρόληψης, Προαγωγής Υγείας και Εγγραμματοσύνης Υγείας.
- Αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών και κυρίως της ηλεκτρονικής υγείας σε όλους τους τομείς.
- Αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού χάρτη με ορθολογική κατανομή κλινών και ανθρώπινων πόρων, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας.
- Μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε ενιαίο μοναδικό πληρωτή με αποκλειστική διαχείριση του συνόλου των εθνικών πόρων για τις δημόσιες δαπάνες υγείας.
- Διαμόρφωση ενός οικονομικά σταθερού και λειτουργικού πλαισίου τιμών.
- Εφαρμογή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία και αποζημίωση με βάση τις Ομογενείς Διαγνωστικές Ομάδες.
- Διαφοροποίηση της αμοιβής των νοσοκομειακών στελεχών, ιδιαίτερα των γιατρών, στη βάση της οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας.
- Εφαρμογή του θεσμού της «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης» μόνο στους διευθυντές-συντονιστές, με βελτιωμένες αποδοχές και με δυνατότητα παροχής αμειβόμενου ιδιωτικού έργου εντός του νοσοκομείου.
- Θεσμοθέτηση της κινητικότητας εντός του ΕΣΥ και παροχή της δυνατότητας ιδιωτών γιατρών να συμβάλλονται με νοσοκομεία του ΕΣΥ με πλήρη ή μερική απασχόληση.
- Ενίσχυση και αναβάθμιση του νοσηλευτικού δυναμικού με νέα προγράμματα σπουδών και βελτιωμένες αποδοχές.

Η διατύπωση των προτάσεων της Έκθεσης φιλοδοξεί να συμβάλλει στον δημόσιο διάλογο για τις αναγκαίες αλλαγές στο ΕΣΥ, προκειμένου η πολιτική ηγεσία, αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ, να μπορέσουν να προχωρήσουν χωρίς άλλες καθυστερήσεις στην εθνικά επιβεβλημένη ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Για να καταστεί όμως εφικτή η ανασυγκρότηση, είναι απαραίτητη η διαμόρφωση ενός ρεαλιστικού αλλά ταυτόχρονα δεσμευτικού χρονοδιαγράμματος υλοποίησης, με συγκεκριμένους στόχους και διαδικασίες, προκειμένου να εφαρμοστούν με σύγχρονα εργαλεία διοίκησης οι διαρθρωτικές αλλαγές που θα υιοθετήσει τελικά η πολιτική ηγεσία. Κατά την εκτίμηση δε των συγγραφέων της παρούσας Έκθεσης, η διαδικασία της προτεινόμενης ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορεί να ολοκληρωθεί σε χρονικό διάστημα τριών ετών, προκειμένου να συνταχθούν αναλυτικά σχέδια αλλαγών, καθώς και για να υπάρξει ουσιαστική ενημέρωση και διάλογος για την επίτευξη των μεγαλύτερων δυνατών συναινέσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσσον

- Anagnostopoulos, D. C., & Soumaki, E. (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(2), 131-134.
- Athanasiadis, A., Kostopoulou, S., & Philalithis, A. (2015). Regional decentralisation in the Greek health care system: Rhetoric and reality. *Global Journal of Health Science*, 7(6):55-67.
- Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C., & Philalithis A. (2018). The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective. *International Journal of Health Governance*, 23:316-329.
- Boutsioli, Z. (2007). Concentration in the Greek private hospital sector: a descriptive analysis. *Health Policy*, 82(2), 212-225.
- Brofidi, K., Vlasidis, K., & Philalithis, A. (2018) Greek Hospital Environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 32(3):645-652.
- Brown, V. J. (2014). Risk perception. *Environmental Health Perspectives*, 122(10), A277-279.
- Chantzaras, A., Yfantopoulos J., (2018a). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis *Social Science & Medicine* 211 pp 338-351.
- Chantzaras, A., Yfantopoulos J., (2018b). Income-related health inequalities among the migrant and native-born populations in Greece during the economic crisis: a decomposition analysis. *European Journal of Public Health*, 1-8 supplement.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolas, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), 1-192.
- Eurofound. (2017). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Eurostat. (2017a). *European Union Statistics on Income and Living Condition*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>
- Eurostat. (2017b). *Hospital beds by type of care*. Retrieved from http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bds&lang=en
- Eurostat. (2018a). *Government expenditure on health*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health
- Eurostat. (2018b). *Health Data* [online database]. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Filippidis, T. F., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *International Journal of Scientific Reports*, 7, 46423.
- Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., & Walters R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ*, 325(7358), 246.
- Future Proofing Healthcare. (2018). *The Sustainability Index*. Retrieved from <https://futureproofinghealthcare.com/sustainability-index>
- Health Consumer Powerhouse. (2018). *Euro Health Consumer Index 2017*. Retrieved from <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- ISPOR. (2003). *Health care cost, quality, and outcomes: ISPOR book of terms*. Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.
- Kjekshus, L., & Hagen, T. (2007). Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(4), 230-235.
- Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., & Benow, A. (2011). Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Services Research*, 11, 234.

- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., & Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616), e742–e750. doi:10.3399/bjgp13X674422.
- Kristensen, T., Bogetoft, P., & Pedersen, K. M. (2010). Potential gains from hospital mergers in Denmark. *Health Care Management Science*, 13(4), 334–345.
- Kyriopoulos, I. (2018, June). *Paying out-of-pocket for health care: implications for financial protection*. Presented at the 17th Healthworld, American-Hellenic Chamber of Commerce in Athens, Greece. Retrieved from <https://www.amcham.gr/wp-content/uploads/2018/05/KYRIOPOULOS-ILIAS.pdf>
- Laliotis, I., Ioannidis, J. P. A., & Stavropoulou, C. (2016). Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis. *Lancet Public Health*, 1(2), e56–e65.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kontodimopoulos, N., Kaitelidou, D., Lazarou, P., Spinthouri, M., & Tsavalias, K. (2012). Restructuring the hospital sector in Greece in order to improve effectiveness and efficiency. *Social Cohesion and Development*, 7(1), 53–68.
- Lionis, C., Symvoulakis, E., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K., & Kyriopoulos, J. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1–14.
- Lionis, C., Petelos, E., Shea, S., Bagiartaki, G., Tsiligianni, I. G., Kamekis, A., Tsiantou, V., Papadakaki, M., Tatsioni, A., Moschandreas, J., Saridakis, A., Bertsias, A., Faresjö T, Faresjö A, Martinez L, Agius D, Uncu Y, Samoutis G, Vlcek J, Abasaeed A, & Merkouris, B. (2014). Irrational prescribing of over-the-counter (OTC) medicines in general practice: testing the feasibility of an educational intervention among physicians in five European countries. *BMC Fam Pract*, 17, 15:34.
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsias, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., Boerma, W., Schäfer, W., Greek QUALICOPC team. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC health services research*, 17(1), 255. doi:10.1186/s12913-017-2189-0.
- Lionis, C., Petelos, E., Papadakis, S., Tsiligianni, I., Anastasaki, M., Angelaki, A., Bertsias, A., Mechili, E. A., Papadakaki, M., Sifaki-Pistolla, D., &

- Symvoulakis, E. (2018). Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: experiences from Crete. *Public Health Panorama*, 4, 699-714.
- Lionis C, Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., Papadakakis, M., Souliotis, K., & Tziraki, C. (2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e113), 1–7. doi: 10.1017/S1463423619000446.
- Marinos, G., Vasileiou, I., Katsargyris, A., Klonaris, C. P., Korombelis, P., Michail, O., Valatsou, A., Grimiatsos, J., Vlasis, K., Siasos, G., Souliotis, K., & Konstantopoulos, K. (2009). Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice. *Rural Remote Health*, 9(4), 1019.
- Minogiannis, P. (2012). Tomorrow's public hospital in Greece: managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and Development*, 7(1), 69-80.
- Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos, N., Thireos, E., & Tountas, Y. (2015). Reengineering NHS Hospitals in Greece: Redistribution Leads to Rational Mergers. *Global journal of health science*, 7(5), 272–287. doi:10.5539/gjhs.v7n5p272.
- OECD. (2009). *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- OECD. (2018a). *Health Data* [online database]. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- OECD. (2018b). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD. (2019). *Health Statistics* [online database]. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9552c910-el>.

- Oikonomou, N., & Tountas, Y. (2011). The greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet*, 377, 28-29.
- Pallikarona, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y. (2013). Sociodemographic determinants in preventive tests for cardiovascular diseases in a representative sample of the adult Greek population. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 20(2),81-7.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y. & Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 2017-27.
- Rovithis, M., Linardakis, M., Merkouris, A., Patiraki, E., Vassilaki, M., & Philalithis A. (2017). Organizational culture among levels of health care services in Crete (Greece). *Applied Nursing Research*, 36:9–18.
- Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.E., Markaki, A., Kritikos, K., Petelos, E., & Lionis, C. (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC health services research*, 17(1), 788. doi:10.1186/s12913-017-2702-5.
- Smith, P., & Goddard, M. (2009). *The English National Health Service: An Economic Health Check. OECD Economics Department Working Papers*, No. 716. Paris: OECD Publishing.
- Souliotis, K., & Kyriopoulos, J. (2003). The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(3), 129-34.
- Souliotis, K., & Lionis, C. (2004). Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective. *Journal of Medical Systems*, 28, 643-652.
- Souliotis, K., Papageorgiou, M., Politi A., Ioakeimidis, D., & Sidiropoulos, P. (2014). Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis-the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatol Int*, 34, 25-33.
- Tountas, Y., Stefansson, H., & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(4), 283-304.

- Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the Reform – The Greek National Health System in Transition. *Health Policy*, 62(1), 15-29.
- Tsavalias, K., Siskou, O., & Liaropoulos, L. (2012). Hospital mergers in Europe: The experience of Greece and future prospects. *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes*, 29(2), 233-239.
- Vasileiou, I., Giannopoulos, A., Klonaris, C., Vlasis, K., Marinos, S., Koutsonasios, I., Katsargyris, A., Konstantopoulos, K., Karamoutsos, C., Tsitsikas, & A., Marinos, G. (2009). The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece. *Quality in Primary Care*, 17(2), 145–148.
- WHO. (1996). *Health care systems in transition: Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108390/E72454.pdf>
- WHO. (2016). Prevalence of insufficient physical activity by WHO region. Global Health Observatory Data Repository [online database]. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2463?lang=en>
- WHO. (2018). *European Health for All Database* [online database]. Retrieved from <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
- WHO. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>
- Xenos, P., Nektarios, M., Constantopoulos, A., Yfantopoulos, J. (2016). Two-stage hospital efficiency analysis including qualitative evidence: A Greek case. *Journal of Hospital Administration*, 5(3).
- Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009-2012. *Cost effectiveness and resource allocation*, 15, 6. doi:10.1186/s12962-017-0068-5.
- Yfantopoulos, P., & Yfantopoulos, J. (2015). The Greek Tragedy in the Health Sector: Social and Health Implications *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 84:03, 165–182.

Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16, 309. doi:10.1186/s12913-016-1557-5.

Zilidis, C., Kastanioti, C., Polyzos, N., & Yfantopoulos, J., (2015). Development of a Health Work force Monitoring System in Greece. *Journal of Investment and Management*, 4 (5), 256-263. Doi: 10.11648/j.jim.20150405.27.

Ελληνόγλωσσον

Αθανασάκης, Κ. (2012). Το σύστημα ασφάλισης σε άμεσο κίνδυνο: μπορεί ο «κοινωνικός ΦΠΑ» να αποτελέσει λύση; *Σακχαρώδης Διαβήτης*, 26, 24-26.

Αθανασάκης, Κ., Κυριόπουλος, Γ. & Σουλιώτης, Κ. (2018), *Σύστημα τιμολόγησης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Πρόταση για ένα σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Mindwork. Ανακτήθηκε από <https://eledypy.gr/microsite/index.html>

Αρχείο Καταγραφής του Καρκίνου Κρήτης.

Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού. Ανακτήθηκε από <http://www.oecd.org/sdd/na/>

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009-2012, (Σύστημα Παραγωγής Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη)

Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας. (2016). Πρόγραμμα ΥΔΡΙΑ: Συμπεράσματα – Παρατηρήσεις και Προτάσεις Μέτρων Πολιτικής. Αθήνα: Ελληνικό Ίδρυμα Υγείας σε συνεργασία με το ΚΕΕΛΠΝΟ. Ανακτήθηκε από <http://www.hhf-greece.gr/%5C/hydria-nhns.gr/index.html>

ΕΛΣΤΑΤ. (2014). *Εισόδημα και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC)*. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2014>

ΕΛΣΤΑΤ. (2015). *Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα*. Ανακτήθηκε από <http://www.statistics.gr/living-conditions-in-greece>

ΕΛΣΤΑΤ. (2016). *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας Έτος 2014*. Αθήνα: Πειραιάς. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE22/->

- ΕΛΣΤΑΤ. (2017). *Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός)*, 2017. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/2017>
- ΕΛΣΤΑΤ. (2018α). *Δελτίο Τύπου: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας έτους 2016*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <http://www.statistics.gr/documents/20181/0bb6d9da-3fe7-4b4e-9579-d3f7aeb0ef35>
- ΕΛΣΤΑΤ. (2018β). *Δελτίο Τύπου: Παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων: Έτος 2017*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE09/2017>
- Ε.ΜΕ.ΝΟ. (2014). *Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου*. <http://emenog.gr/>
- ΕΣΔΥ. (2011). *Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας: η περίπτωση των νοσοκομείων*. Αθήνα: Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Ανακτήθηκε από http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy
- ΕΣΔΥ. (2012). *Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Ανακτήθηκε από http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy
- ΕΣΔΥ. (2013). *Η Αναδιάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων*. Αθήνα: Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2019). *Η διαδικασία της Μπολόνια και ο Ευρωπαϊκός Χώρος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης*. Ανακτήθηκε από https://ec.europa.eu/education/policies/higher-education/bologna-process-and-european-higher-education-area_el
- ΙΚΠΙ. (2010). *Πανελλαδική Έρευνα Υγείας Hellas Health IV*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.
- ΙΚΠΙ. (2012). *Μελέτη καταγραφής νοσοκομειακών μονάδων και του ανθρώπινου δυναμικού τους στα πλαίσια του Υποέργου 1: «Εκπόνηση μελέτης για την καταγραφή και τη βελτιστοποίηση των κατανομών των νοσοκομειακών κλινικών και εργαστηρίων του δημοσίου τομέα και του προσωπικού τους» της Πράξης «Μελέτη για την καταγραφή της κατανομής των νοσοκομειακών μονάδων του δημοσίου τομέα και τον ορθολογικό επανασχεδιασμό τους» με MIS 332750*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ).

- ΙΚΠΙ. (2013). *Πανελλαδική Έρευνα Υγείας Hellas Health V*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.
- ΙΚΠΙ. (2015). *Πανελλαδική Έρευνα Υγείας Hellas Health VI*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.
- Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας. (2017). Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2017. Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας.
- Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας. (2018). Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2018. Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας.
- ΙΣΑ: Πάνω από 17.500 Έλληνες γιατροί εργάζονται στο εξωτερικό. (2018, 26 Νοεμβρίου). *Ναυτεμπορική*. Ανακτήθηκε από <https://www.naftemporiki.gr/story/1418050/isa-pano-apo-17500-ellines-giatroi-ergazontai-sto-eksoteriko>
- Κυριόπουλος, Γ. (2018). *Θεωρία και πολιτική στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τέλλογλου, Τ. (2019). *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. Ο Γιάννης Κυριόπουλος και ο Τάσος Τέλλογλου συζητούν για το Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Λιονής, Χ. (2018α, 25 Αυγούστου). Οικογενειακός Γιατρός: σημερινές προκλήσεις και αναγκαία βήματα. *Healthview*. Ανακτήθηκε από <https://www.healthview.gr/45183/ikogiakos-giatros-simerines-proklisis-ke-anagkea-vimata-vima-pebto-tou-christou-lioni/>
- Λιονής, Χ. (2018β, 18 Δεκεμβρίου). Ο οικογενειακός ιατρός στο επίκεντρο της συζήτησης: Σκέψεις για μια αποτελεσματική εφαρμογή του. *Healthview*. Ανακτήθηκε από <https://www.healthview.gr/63211/o-oikogeneiakos-iatros-sto-epikentro-tis-syzitisis-skepseis-gia-mia-apotelesmatiki-efarmogi-toy-toy-christoy-lioni/>
- Μιλτιάδης, Ν. (2019). *ΥΓΕΙΑ: Αναδόμηση και Ανασχεδιασμός Λειτουργίας*. Αθήνα: Κέντρο Φιλελεύθερων Μελετών.
- Σουλιώτης, Κ., & Λιονής, Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση της διεξόδου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 466-476.

Σουλιώτης, Κ. (2013). *Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Από το αδιανόητο στο αυτονόητο*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Σουλιώτης, Κ. (2014). Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας. Στο Σουλιώτης Κ. (επιμ.) *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας* (σελ. 23-51). Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών, Αθήνα: Παπαζήσης.

Σουλιώτης, Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2012). Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013. Γενική Γραμματεία ΥΓΚΑ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανακτήθηκε από <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwju0dK-0cjlAhXR1qQKHRCcDyEQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.moh.gov.gr%2Farticles%2Fhlektronikes-efarmoges-e-s-y%2F1332-ethsia-ekthesh-2011%3Ffdl%3D4415&usg=AOvVaw3eUQ0HNAWrAlMoFJjBc0Ug>

Υφαντόπουλος, Ν. Γ. (2006). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Υφαντοπουλος, Γ., Χαντζαρης, Α., & Κωνσταντοπουλος, Α. (2019). *Πολιτικές Φαρμάκου και Φτωχοποίηση των Νοικοκυριών κατά την Οικονομική Κρίση*. Αθήνα: Τυπωθήτω (Υπό έκδοση).



diaNEOsis

diaNEOsis

diaNEOsis

diaNEOsis

diaNEOsis

