

11.2021

διαΝΕΟσις

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας

Γιάννης Τούντας

Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Νοέμβριος 2021

1. Εισαγωγή

Ένας από τους βασικούς λόγους που οδήγησαν στην έγκαιρη λήψη των μέτρων για τον έλεγχο της πανδημίας COVID-19 στη χώρα μας υπήρξε η διάχυτη ανησυχία για τη δυνατότητα του ΕΣΥ να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην περίθαλψη μεγάλου αριθμού νοσούντων. Τη μεγαλύτερη ανησυχία δημιουργούσε η κατάσταση στις ΜΕΘ, λόγω του περιορισμένου αριθμού τους εξαιτίας της χρόνιας υποστελέχωσης και υποχρηματοδότησης.

Τελικά, και μέχρι τώρα που γράφονται οι γραμμές αυτές, το ΕΣΥ μπόρεσε να ανταποκριθεί σε μεγάλο βαθμό στην περίθαλψη των νοσούντων, παρά την οριακή επάρκεια των ΜΕΘ, χάρις στην αυταπάρνηση του προσωπικού του, αλλά και γιατί η Πολιτεία μπόρεσε με έκτακτα μέτρα και με την οικονομική υποστήριξη χορηγών να καλύψει σημαντικό μέρος των σημαντικών ελλείψεων σε προσωπικό και κλίνες ΜΕΘ. Το γεγονός αυτό, όμως, δεν αρκεί για να συσκοτίσει τις χρόνιες παθογένειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και κυρίως την αδυναμία του να δώσει αποτελεσματικά τη μάχη κατά της επιδημίας στην κοινότητα, προκειμένου να εμβολιαστεί εγκαίρως το αναγκαίο ποσοστό του γενικού πληθυσμού και να θεραπευτεί εξωνοσοκομειακά σημαντικό μέρος των ασθενών.

Η αδυναμία αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ανοργάνωτη και ανίσχυρη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και στον σχεδόν ανύπαρκτο τομέα της Δημόσιας Υγείας, ο οποίος είναι κατεξοχήν αρμόδιος για την αντιμετώπιση των επιδημιών με κεντρικές και αποκεντρωμένες υπηρεσίες Πρόληψης, Προστασίας της υγείας και Προαγωγής-Αγωγής Υγείας.

Εκτός, όμως, από τα κενά στην ΠΦΥ και στη Δημόσια Υγεία, το ΕΣΥ αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες και τις σύγχρονες προκλήσεις, λόγω των διαχρονικών προβλημάτων υποχρηματοδότησης, υποστελέχωσης και κακοδιοίκησης, καθώς και λόγω της ανορθολογικής κατανομής των υφιστάμενων υλικών και ανθρώπινων νοσοκομειακών πόρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία και διεύρυνση των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών. Επιπλέον, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από (α) παρωχημένες αρχές και αντιλήψεις, (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.

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, και κυρίως κοινωνικά άδικου συστήματος υγείας.

2. Υφιστάμενη κατάσταση

2.1 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.

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.

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.

2.2 Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ο τομέας της υγείας αποτέλεσε το κατεξοχήν πεδίο εφαρμογής των περιοριστικών πολιτικών, με δεδηλωμένη 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 €14,7 δισ. από τα €22,5 δισ. το 2009, ή ποσοστιαία στο 8,45% του ΑΕΠ από το 9,47% (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Εξέλιξη δαπάνης υγείας, 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%
Ιδιωτική δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	31,5%	30%	34,1%	33,6%	37,9%	41,8%	41,7%	38,7%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018.

Το σύστημα υγείας στη χώρα δεν προσομοιάζει σε κανένα από τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα, λόγω του μείγματος 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. Εκτός από τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, η δημόσια νοσοκομειακή και φαρμακευτική δαπάνη είναι δυσανάλογα μεγαλύτερη από τη δαπάνη για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Πρόληψη. 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 κάλυψη όλου του πληθυσμού και με μεγάλες ανισότητες μεταξύ των διάφορων ομάδων του, ενώ οι λανθασμένες εκτιμήσεις και οι 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.

2.3 Ο νοσοκομειακός τομέας

Η Ελλάδα διαθέτει 4,2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, καταγράφοντας υπερεπάρκεια κλινών. 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 124 δημόσια νοσοκομεία που έχουν σχετικά χαμηλή μέση διάρκεια παραμονής (5,2 ημέρες), ενώ η πληρότητα κλινών (74%) είναι παρόμοια με τον μέσο όρο της ΕΕ (Eurostat, 2017, Xenos et al., 2016, 2017). 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.

Αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στη χώρα μας, 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, με τα περισσότερα νοσοκομεία (34,6%) στην Αττική και στην Κεντρική Μακεδονία (16%), καθώς και 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.

2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και η 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 (ΤοΜΥ) 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 γιατρό 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.

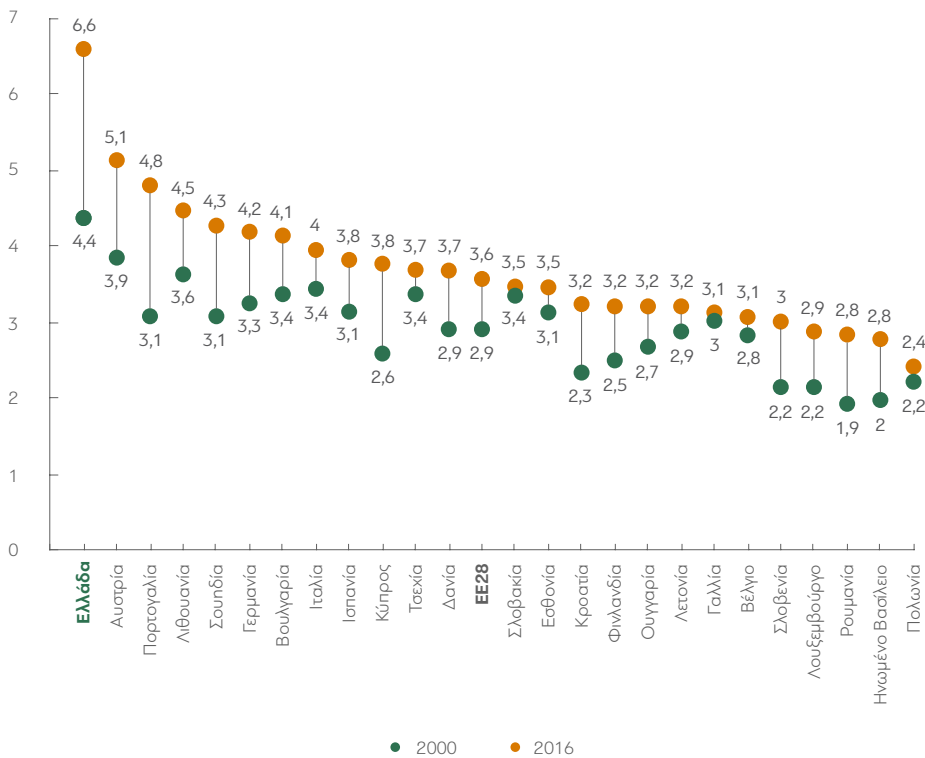
Τέλος, η επίσκεψη στο σπίτι και η φροντίδα ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που συχνά είναι περιορισμένες στο σπίτι, δεν αποτελεί συνήθη πρακτική και πολλές φορές άτομα με προχωρημένα χρόνια νοσήματα, πολλαπλή νοσηρότητα, ευπάθεια και αναπηρίες, εξαρτημένα πλήρως από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον 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 πρόσφατα την αδυναμία αποτελεσματικού ελέγχου της πανδημίας. 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.

2.5 Ανθρώπινο δυναμικό

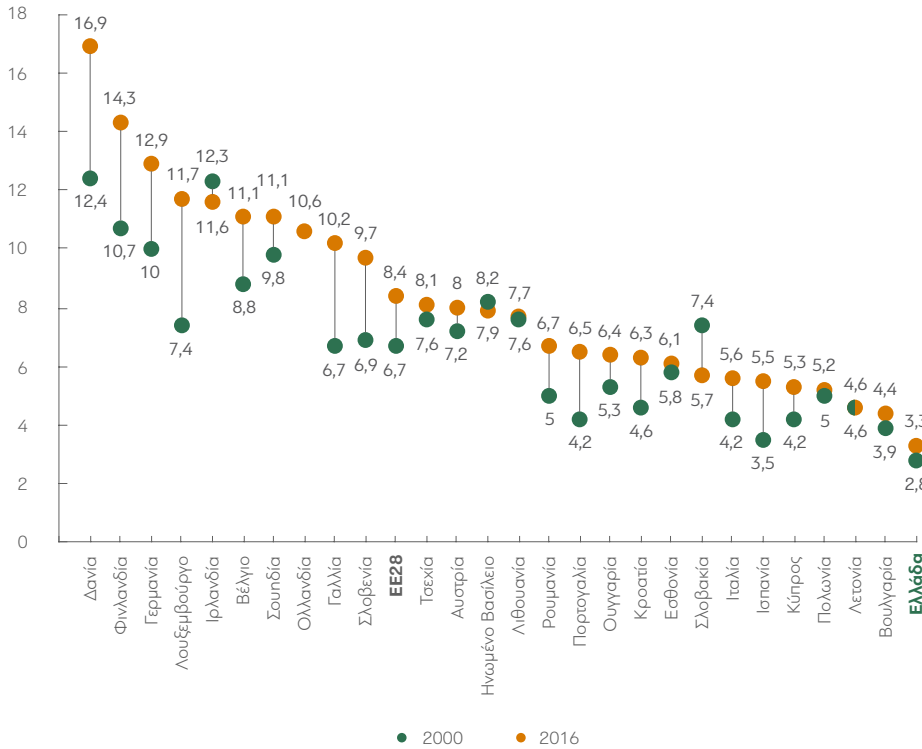
Όσον αφορά τη σύνθεση του υγειονομικού δυναμικού, παρατηρείται σημαντική ιδιομορφία της Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η χώρα μας έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών και τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους. Η Ελλάδα την περίοδο 2000-2016 παρουσίασε υπερδιπλάσια αύξηση του ιατρικού δυναμικού της, η οποία ανήλθε στο 51% παρά την ιατρική μετανάστευση (Διαγράμματα 1 και 2).

Διάγραμμα 1. Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού.

Διάγραμμα 2. Νοσηλευτές/-τριες ανά 1.000 κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού.

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.

Πίνακας 2. Ιατρικό και νοσηλευτικό δυναμικό ανά πληθυσμό, ανά κλίνη σε κάθε ΥΠΕ (2012)

	Πληθυσμός 2011	Ανεπτυγμένες κλίνες	Ιατρικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό/ 1.000 κατοίκους	Ιατρικό προσωπικό/ κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό/ κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό/ 1.000 κατοίκους
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	1,6	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.

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 προσωπικό. Οι μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτές αντιμετωπίστηκαν μερικώς, ενώ οι συνεχιζόμενες ελλείψεις σε γιατρούς καθιστούν προβληματική τη λειτουργία πολλών τμημάτων, περιλαμβανομένων και των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

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.

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. Το 2016 μόνο 2.888 γιατροί είχαν αυτή την ειδικότητα, σαφώς λιγότεροι από τις άλλες βασικές ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Πίνακας 3). Ποτέ δεν εφαρμόστηκε με συνέπεια μια πολιτική αύξησης των θέσεων ειδικευομένων για την κάλυψη του αριθμού.

Πίνακας 3. Αριθμός γιατρών για τις έξι κυριότερες κατηγορίες ειδικοτήτων, 2016

	2016
Παθολόγοι	4.473
Παιδίατροι	3.566
Ιατρ. βιοπαθολόγοι (μικροβιολόγοι)	3.403
Καρδιολόγοι	3.337
Μαιευτήρες-γυναικολόγοι	2.980
Γενικής Ιατρικής	2.888

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2017.

3. Νέο περιβάλλον – νέες προκλήσεις

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 της ιατροκοινωνικής μέριμνας. 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, της εξάρσης των ψυχικών διαταραχών και της ανάδυσσης νέων επιδημιών, 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. Η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη και στη βιοϊατρική τεχνολογία αλλάζει τα δεδομένα και θέτει νέες προτεραιότητες. Εισάγονται νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, με ενδεικτικά παραδείγματα τις γονιδιωματικές παρεμβάσεις, την πρόοδο στις νευροεπιστήμες, τα εμβόλια νέας τεχνολογίας 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.

Τα συστήματα υγείας αντιδρούν στις νέες προκλήσεις με:

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

Στις σύγχρονες προκλήσεις θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και η ανάδειξη, τα τελευταία σαράντα περίπου χρόνια, ενός νέου κύματος ιογενών επιδημιών. Ο ιός του Έμπολα τη δεκαετία του 1970, του AIDS τις δεκαετίες του 1980 και 1990, της γρίπης των πτηνών, του SARS, του MERS τα τελευταία είκοσι χρόνια και τώρα της COVID-19, επαναφέρουν την αντιμετώπιση των επιδημικών λοιμώξεων στο επίκεντρο της ασκούμενης πολιτικής υγείας σε υπερεθνικό και εθνικό επίπεδο, καθιστώντας άμεση προτεραιότητα την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και την ενίσχυση των δημόσιων συστημάτων υπηρεσιών υγείας, και ειδικότερα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

4. Προτάσεις

Στη μελέτη της διαΝΕΟσις για το « Νέο ΕΣΥ»¹ αναλύονται και τεκμηριώνονται σειρά ολοκληρωμένων προτάσεων για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ σε κάθε έναν από τους τομείς που το συγκροτούν. Ακολουθούν επιγραμματικά οι βασικότερες προτάσεις, προτάσσοντας τα ζητήματα οργάνωσης και διοίκησης, τα οποία αποτελούν τον πυρήνα των υφιστάμενων προβλημάτων.

4.1 Οργάνωση - διοίκηση

1. Επιτελικός και εποπτικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας στο ΕΣΥ.
2. Συγκρότηση αξιοκρατικών οργάνων Διοίκησης σε όλα τα επίπεδα.
3. Δημιουργία «Κέντρου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης» στο ΕΣΥ.
4. Ανασυγκρότηση των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ) ως ΝΠΔΔ σε κάθε διοικητική περιφέρεια.
5. Ανάπτυξη σε κάθε ΥΠΕ των θεσμών του «Συμπλέγματος Νοσοκομείων», «Δικτύων Νοσοκομείων» και «Ανοικτών Νοσοκομείων».
6. Μετατροπή των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ως θυγατρικές εταιρίες των ΥΠΕ.
7. Ισχυρή συναινετική κλινική διοίκηση με την ενίσχυση των αρμοδιοτήτων και των μέσων λήψης αποφάσεων της ιατρικής ιεραρχίας και κυρίως των διευθυντών-συντονιστών.
8. Διοίκηση «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» από Διοικητικό Συμβούλιο.

¹ Τούντας Γ., Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Νεκτάριος Μ., Σουλιώτης Κ., Υφαντόπουλος Γ., Φιλαλήτης Τ., (2020), «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», διαΝΕΟσις.

9. Δημιουργία Ιατρικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής στο Υπουργείο Υγείας.
10. Ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας (e-health).
11. Συμπληρωματική σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

4.2 Χρηματοδότηση

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).

4.3 Νοσοκομειακός τομέας

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 των 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.

4.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Δημόσια Υγεία

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 γιατρού με πληθυσμιακό πλαφόν ανά γιατρό.
7. Ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να είναι ειδικευμένος στη γενική/οικογενειακή ιατρική και στην ομάδα υγείας θα μπορεί να συνεπικουρείται από παιδίατρο και γυναικολόγο, κοινοτικό νοσηλεύτη/-τρια και επισκέπτη/-τρια υγείας.
8. Μετάβαση από τον θεσμό του «οικογενειακού γιατρού» στην «ολοκληρωμένη οικογενειακή ιατρική».
9. Ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής υγείας και εγγραμματοσύνης υγείας (health literacy).
10. Δημιουργία ισχυρής κρατικής υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο.
11. 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.

4.5 Ανθρώπινο δυναμικό

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. Εκσυγχρονισμός 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 διά βίου εκπαίδευσης για όλα τα στελέχη των μονάδων του ΕΣΥ.

4.6 Προτεραιότητες για την αντιμετώπιση της πανδημίας

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 εφαρμοσθούν με σύγχρονα εργαλεία διοίκησης οι διαρθρωτικές αλλαγές που θα υιοθετήσει τελικά η πολιτική ηγεσία. Κατά την εκτίμηση δε του συγγραφέα 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.

Από όλες τις παραπάνω προτάσεις που περιλαμβάνει η μελέτη της διαΝΕΟσις για το «Νέο ΕΣΥ», άμεσης προτεραιότητας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας της COVID-19 είναι:

- α) Η ανάπτυξη του τομέα της Δημόσιας Υγείας ως ολοκληρωμένη κρατική υπηρεσία, με ισχυρές κεντρικές, περιφερειακές και τοπικές υπηρεσίες.
- β) Η αναβάθμιση του ΕΟΔΥ σε αποκλειστικά επιστημονικό Οργανισμό, ο οποίος θα σχεδιάζει και θα αξιολογεί πολιτικές Δημόσιας Υγείας, θα καταγράφει και θα επιτηρεί τους δείκτες υγείας του πληθυσμού και θα στηρίζει την έρευνα σε συνεργασία με αρμόδιους ακαδημαϊκούς και ερευνητικούς φορείς.

- γ) Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας..
- δ) Η εφαρμογή υπηρεσιών-προγραμμάτων ηλεκτρονικής υγείας (e-health).
- ε) Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και άλλων εμπλεκόμενων επαγγελματιών στην αντιμετώπιση των επιδημικών λοιμώξεων.

4.6.1. Δημόσια Υγεία

Ειδικότερα για την αποκατάσταση μιας σύγχρονης και αποτελεσματικής δημόσιας υγείας, θα πρέπει οι υφιστάμενες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας 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 (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2021).

Η λύση αυτή 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 γιατρών δημόσιας υγείας-κοινωνικής ιατρικής, λειτουργώντας ως κίνητρο για την προσέλκυση νέων γιατρών 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 γιατρών. Η λειτουργία ευδιάκριτων και ισχυρών μελλοντικά Ιατρικών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας – Κοινωνικής Ιατρικής που θα ανταποκρίνονται στο απαιτητικό έργο της πρόληψης, τόσο των μεταδιδόμενων 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.

4.6.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Για την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας βασική πρόταση αποτελεί η ανάπτυξη των Ολοκληρωμένων Δικτύων ΠΦΥ με διασυνδέσεις περισσότερο λειτουργικές παρά διοικητικές και επί τη βάση σχεδιασμένων συμβολαιακών αγορών, οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα να συνάπτονται επιμέρους συμβάσεις μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών, κυρίως με κριτήρια κόστους και ποιότητας (Souliotis & Lionis, 2004). Στα δίκτυα, που θα μπορούν να αναφέρονται σε γεωγραφικά όρια εντός της υγειονομικής περιφέρειας 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 φτάνουν 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 γιατρό, ως συντονιστή που συνεπικουρείται από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που περιλαμβάνει τουλάχιστον έναν/μία νοσηλεύτη/-τρια και έναν/μία επισκέπτη/-τρια υγείας (στην ελάχιστη σύνθεσή της) και αποτελεί την ακροτελεύτια δομή ΠΦΥ (εφεξής Δομή Οικογενειακής Ιατρικής). Αυτή μπορεί να εξυπηρετεί έναν ορισμένο αριθμό ατόμων ή και οικογενειών με το μέγεθος αυτό να εξαρτάται από δημογραφικά δεδομένα και δεδομένα αναγκών υγείας και φροντίδας.

Περισσότερες της μίας δομές οικογενειακής ιατρικής συναθροιζόμενες και από κοινού λειτουργούσες αποτελούν την Τοπική Μονάδα ΠΦΥ, ενώ περισσότερες της μίας 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 ΤοΜΥ εκτός ελάχιστων εξαιρέσεων. Οι ιδιωτικές μονάδες (ιατρεία) θα πρέπει να προσαρμοστούν στο παραπάνω οργανωτικό σχήμα (Δομή Οικογενειακής Ιατρικής), παρέχοντας την ίδια δέσμη υπηρεσιών με τις αντίστοιχες προϋποθέσεις.

Η ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών υγείας, που θα αποτελέσει και το συμβόλαιο του οικογενειακού γιατρού με τις υπηρεσίες ΠΦΥ, θα πρέπει να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την επιδημιολογική επιτήρηση σε συνεργασία με τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τον ΕΟΔΥ και κυρίως την υλοποίηση των εμβολιαστικών προγραμμάτων σύμφωνα με τα εκάστοτε εθνικά πρωτόκολλα.

Σημειώνεται ότι στην επίτευξη των παραπάνω θα πρέπει να 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.

4.6.3. Καινοτόμες Υπηρεσίες ΠΦΥ και Δημόσιας Υγείας

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 που αφορούν κατά προτεραιότητα την αντιμετώπιση των επιδημικών λοιμώξεων θα πρέπει να εστιαστούν στα παρακάτω:

- A. Στην 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, μεταξύ των οποίων για την επιτυχή υλοποίηση των εμβολιαστικών πρωτοκόλλων. Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να αναπτυχθούν εργαλεία αυτό-εκτίμησης του κινδύνου και διαχείρισης του νοσήματος, κυρίως των χρόνιων. 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.

Β. Στην αντιμετώπιση των επιδημιών σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν τα εικονικά ΚΕΠ υγείας. Σκοπός τους 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

Γ. Με τη 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 πνευμονολογική κλινική του γενικού νοσοκομείου ακτινογραφία θώρακα για αξιολόγηση. Σενάριο Χρήσης 2: Γιατρός του ΚΥ αποστέλλει στην ακτινοδιαγνωστική κλινική αξονική τομογραφία ασθενή για ακτινοδιάγνωση. Με αυτό τον τρόπο οι πολίτες εκτός αστικών κέντρων θα έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένες, υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες χωρίς την ανάγκη φυσικής μετακίνησής τους.

Δ. Τέλος, σε ό,τι αφορά την κατάρτιση του αναγκαίου υγειονομικού προσωπικού, άμεσης προτεραιότητας είναι η ενίσχυση της ιατρικής ειδικότητας της κοινωνικής ιατρικής – δημόσιας υγείας, που αν και έχει θεσμοθετηθεί από το 1988 μόλις πρόσφατα άρχισε να παρέχεται. Επίσης, θα πρέπει να αυξηθεί η κατάρτιση γενικών/οικογενειακών γιατρών για να καλύψουν τις νέες αυξημένες ανάγκες της ΠΦΥ, καθώς και να οργανωθούν περισσότερα Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών στους τομείς της Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην επιδημιολογία, την Πρόληψη και την Προαγωγή Υγείας.

5. Επίμετρο

Η πανδημία δημιούργησε νέα δεδομένα στον τομέα της υγείας και έθεσε νέες προτεραιότητες στη χάραξη της πολιτικής για την υγεία. Πάνω από όλα ανέδειξε, με τον πλέον emphaticό τρόπο, την ανάγκη ύπαρξης ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας. Πολιτεία και πολίτες συνειδητοποίησαν σε μεγαλύτερο βαθμό τις διαχρονικές παθογένειες του ΕΣΥ, αλλά και την απουσία ενός οργανωμένου τομέα δημόσιας υγείας με αποτελεσματικές υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας, προστασίας της υγείας και προαγωγής Υγείας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα πιο ευνοϊκό περιβάλλον για να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες αλλαγές. Αρκεί να υπάρξει η απαραίτητη πολιτική βούληση για να αντιμετωπιστούν τα εμπόδια και οι αντιστάσεις, οι οποίες κατά το παρελθόν κυρίως προέρχονταν από το υγειονομικό συνδικαλιστικό κίνημα.

Θα χρειαστεί, επίσης, ένα συνολικό σχέδιο προκειμένου οι επιμέρους παρεμβάσεις να μην είναι αποσπασματικές, αλλά να συναρθρώνονται σε ένα νέο βιώσιμο μοντέλο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Τέλος, τόσο το συνολικό σχέδιο όσο και οι επιμέρους διαρθρωτικές αλλαγές θα πρέπει να αντιστοιχούν στις σημερινές ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε Περιφέρειας, λαμβάνοντας όμως υπόψη τις επερχόμενες δημογραφικές αλλαγές και το μεταβαλλόμενο νοσολογικό πρότυπο.

6. Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Souliotis, K., & Lionis, C., (2004), Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective, *Journal of Medical Systems*, 28, 643-652.

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 2009-2011, *Cost effectiveness and resource allocation*, 15, 6. doi:10.1186/s12962-017-0068-5.

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).

Ελληνόγλωσση

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

ΕΛΣΤΑΤ, (2018), Δελτίο Τύπου Σύστημα Λογαριασμών Υγείας έτους 201, Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/documents/20181/0bb6d9da-3fe7-4b4e-9579-d3f7aeb0ef35>

ΕΛΣΤΑΤ, (2017), Δελτίο Τύπου Παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων Έτος 2016, Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE09/2016>

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 κατανομής 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, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ).

Κυριόπουλος Γ. & Σουλιώτης Κ. (2021). *Η Περιπέτεια της Πανδημίας COVID-19: Μαθήματα για την Πολιτική Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Τούντας Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος Γ., Φιλαλήθης, Τ., (2020), «Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας», διαΝΕΟσις. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosis.org/research/greek_health/.



diaNEOsis



diaNEOsis



dianeosis_org



diaNEOsis



diaNEOsis

διαNEOsis

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ