

► Ασθενείς κουβαλούν μαζί τους υλικά, γάντια, σύριγγες, προκειμένου να εισαχθούν για νοσηλεία ή χειρουργείο, ενώ έφτασαν σε σημείο να αγοράζουν υγειονομικό υλικό μαθητές γυμνασίου από το χαρτζιλίκι τους και να το δωρίζουν σε νοσοκομεία. Κύρια εφημερεύοντα νοσοκομεία δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των

ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΙΚΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΟΕΔΗΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το ΕΣΥ στην εντατική σε... έρανο τα νοσοκομεία

ΤΗΣ ΜΑΡΙΑΣ ΜΟΣΧΟΥ

Πολλαπλά προβλήματα και συσσωρευμένες ελλείψεις υποδομών, εξοπλισμού, υλικών αλλά κυρίως ανθρώπινου δυναμικού αντιμετωπίζει το Σύστημα Υγείας στη χώρα μας. Το ΕΣΥ καταρρέει, οι παρεχόμενες υπηρεσίες συρρικνώνονται και οι πολίτες βάζουν ολοένα και πιο βαθιά το χέρι στην τσέπη. Δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν με...εράνους, δωρεές και παροχές ασθενών και εργαζομένων. Ασθενείς κουβαλάνε μαζί τους υλικά, γάντια, σύριγγες, προκειμένου να εισαχθούν για νοσηλεία ή χειρουργείο ενώ έφτασαν σε σημείο να αγοράζουν υγειονομικό υλικό μαθητές γυμνασίου από το χαρτζιλίκι τους και να το δωρίζουν σε νοσοκομεία.

Κύρια εφημερεύοντα νοσοκομεία δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των έκτακτων περιστατικών λόγω σημαντικών ελλείψεων προσωπικού και υλικών. Εφημερεύουν χωρίς να διαθέτουν Αιμοδυναμικά Εργαστήρια με αποτέλεσμα οι ασθενείς με εμφράγματα να αντιμετωπίζονται με μεγάλες καθυστερήσεις, δεν διαθέτουν Θωρακοχειρουργό Ιατρό, παρότι εφημερεύουν για τραύματα ή άλλες ειδικότητες ειδικευμένων Ιατρών.

Ιατρικά μηχανήματα δεν λειτουργούν ή δεν υπάρχουν, ακτινοθεραπευτικά μηχανήματα είναι εκτός λειτουργίας και οι ασθενείς διακομίζονται από νοσοκομείο σε νοσοκομείο να κάνουν Αξονική Τομογραφία.

Τα παραπάνω στοιχεία για τη δραματική κατάσταση του ΕΣΥ παρουσιάζει σχεδόν σε καθημερινή βάση η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία. Τα στοιχεία της



Τα κονδύλια για τις λειτουργικές δαπάνες του 2016 έχουν ήδη εξαντληθεί, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προμηθευτούν ακόμη και βασικά υλικά.

ΠΟΕΔΗΝ είναι αποκαλυπτικά: οι δαπάνες για την υγεία είναι στο 5% του ΑΕΠ, όταν το δεύτερο Μνημόνιο προέβλεπε 6% και ενώ στις άλλες χώρες της Ευρώπης είναι στο 7,5% του ΑΕΠ. Την ίδια στιγμή, το τελευταίο χρόνο, το προσωπικό του ΕΣΥ μειώθηκε κατά 4.050 άτομα παρά τις εξαγγελίες για προσλήψεις. Συνολικά υπηρετούν 45.000 εργαζόμενοι στα Νοσοκομεία και οι κενές οργανικές θέσεις ανέρχονται σε 35.000. Σύμφωνα μάλιστα με στοιχεία του υπουργείου Εσωτερικών, από το 2013 έως σήμερα μειώθηκε το προσωπικό κατά 15.000!

Από την πλευρά τους, οι νοσοκομειακοί γιατροί εκπέμπουν σήμα κινδύνου για τη δραματική κατάσταση στο χώρο της Υγείας. Όπως υποστηρίζουν, χωρίς ούτε ένα ευρώ στα ταμεία τους καλούνται να λειτουργήσουν μέχρι το τέλος του έτους αρκε-

τά δημόσια νοσοκομεία. Τα κονδύλια για λειτουργικές δαπάνες για το 2016 έχουν ήδη εξαντληθεί με αποτέλεσμα να μην μπορούν να προμηθευτούν ακόμη και βασικά υλικά. Σύμφωνα με την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (ΟΕΝΓΕ), οι ελλείψεις σε προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, σε φάρμακα, αναλώσιμα υλικά, αναγκαίο εξοπλισμό και υποδομές είναι τραγικές και σε αρκετές περιπτώσεις τα νοσοκομεία παρουσιάζουν εικόνα διάλυσης. Το «ταβάνι» της χρηματοδότησης για τα δημόσια νοσοκομεία είναι στο ανεπαρκέστατο ποσό των 1,154 δις., αναφέρει η Ομοσπονδία υπογραμμίζοντας ότι «η οικονομική ασφυξία των νοσοκομείων παραμένει. Τα κονδύλια των λειτουργικών δαπανών για το 2016 έχουν ήδη εξαντληθεί». Το πρόσφατο κλείσιμο των χειρουργείων στο νοσοκομείο της Λαμίας - λόγω έλλειψης αναισθησιολόγων - είναι ένα μόνο από τα πολλά παραδείγματα που καταδεικνύουν τις σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό.

Σύμφωνα μάλιστα με τους νοσοκομειακούς γιατρούς, η προκήρυξη 2.000 θέσεων μόνιμων γιατρών για το 2017 - τις οποίες έχει προαναγγείλει η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας - δεν φτάνουν για να καλύψουν τα κενά που θα προκύψουν από τις απολύσεις των επικουρικών, τις παραιτήσεις και τις συνταξιοδοτήσεις. Καταγγέλλουν δε ότι η κυβέρνηση προσπαθεί να «μπαλώσει» όπως όπως τα κενά με...περιπλανώμενους υγειονομικούς από τη μία μονάδα υγείας στην άλλη, «με εξαναγκασμό σε εξοντωτική, απλήρωτη σε αρκετές περιπτώσεις υπερραγσία».

ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ, Αναπληρωτής Κοσμήτορας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Σύστημα οργανωμένο με επίκεντρο τον ασθενή



Πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών μέσα από την δημιουργία δικτύου καλά επανδρωμένων κέντρων και οικογενειακών ιατρών και στην λειτουργική διασύνδεση του με το δευτεροβάθμιο σύστημα, ώστε συνδυαστικά να προσφέρουν ολοκληρωμένη, συνεχή, συντονισμένη και τεκμηριωμένη φροντίδα για τις παθήσεις των ασθενών και όχι απλά μεμονωμένες ανεξάρτητες ιατρικές πράξεις και υπηρεσίες. Το σύστημα πρέπει να είναι οργανωμένο με επίκεντρο και γύρω από τον ασθενή. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη ενός πληροφοριακού συστήματος που θα εμπεριέχει το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και το οποίο επίσης θα παράγει στοιχεία και δείκτες

χρήσης, κόστους, ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, που θα δημοσιεύονται. Τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να μετατραπούν σε αυτόνομες μονάδες και θα πρέπει να υπάρξει αναδιάρθρωση των δομών τους, στην βάση της ζήτησης, και δημιουργία κέντρων ολοκληρωμένης και εξειδικευμένης φροντίδας. Η χρηματοδότηση τους πρέπει να γίνεται συνολικά και ενιαία από μία αρχή με συνδυασμό κλειστών προϋπολογισμών και προοπτικών μεθόδων αποζημίωσης υπηρεσιών (DRGs). Πρέπει να υπάρχει ανταγωνισμός και ελευθερία πρόσβασης στους ιδιωτικούς φορείς και αποζημίωση τους με βάση τους ίδιους όρους με τους δημοσίους. Η αρχή χρηματοδότησης θα πρέπει να αξιολογεί όλους τους φορείς, να τους συγκρίνει, να συμβάλλεται ανάλογα και να αποζημιώνει με βάση την ποσότητα και ποιότητα του παραγόμενου έργου και την ικανοποίηση των ασθενών. Αναποτελεσματικοί ιδιωτικοί φορείς πρέπει να αποκλείονται από συμβάσεις και σε αναποτελεσματικούς δημόσιους φορείς πρέπει να αλλάζει το μάνταζιμεντ και να τίθενται υπό εποπτεία έως βελτιωθεί η απόδοσή τους. Τέλος πρέπει επίσης να επενδυθούν πόροι σε προγράμματα προαγωγής υγείας και δημόσιας υγείας και να προαχθεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής

Χάραξη πολιτικής υγείας με



Οι εποχές όπου η πολιτική συζήτηση -και οι σχετικές διαμάχες- γύρω από την υγεία επικεντρώνονταν σε ζητήματα που αφορούσαν την ικανοποίηση αιτημάτων από πλευράς κυρίως των επαγγελματιών και των ομάδων συμφερόντων του χώρου ανήκουν στο μακρινό, πλέον, παρελθόν. Αυτό διότι, υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης, η οποία μεταξύ άλλων επέβαλε την αναγνώριση της σημασίας και κατ'επέκταση την υιοθέτηση αξιόπιστων μεθόδων καταγραφών (Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση, ΕΣΥ NET, Μητρώα Ασθενών κ.λπ.), προέκυψαν "αναγκαστικές" συναινέσεις, κυρίως όσον αφορά τη στροβιλή διαχείριση του παρελθόντος. Ωστόσο, η εμμονή σε

έκτακτων περιστατικών λόγω σημαντικών ελλείψεων προσωπικού και υλικών. Εφημερεύουν χωρίς να διαθέτουν Αιμο-

δυναμικά Εργαστήρια. Ιατρικά μηχανήματα δεν λειτουργούν ή δεν υπάρχουν, ακτινοθεραπευτικά μηχανήματα είναι

εκτός λειτουργίας και οι ασθενείς διακομίζονται από νοσοκομείο σε νοσοκομείο να κάνουν αξονική τομογραφία.

Στα χρόνια της κρίσης, η δημόσια δαπάνη μειώθηκε 35%

Αυξάνονται ραγδαία οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην χώρα μας, σε βάρος των δημοσίων δαπανών. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας το 2016 επέστρεψαν στα επίπεδα του 2009, με τον μέσο Έλληνα να δαπανά περί τα 813 ευρώ κάθε χρόνο από την τσέπη του, τον Γερμανό να δαπανά 725 ευρώ και τον Ιταλό 736 ευρώ! Τα παραπάνω στοιχεία προκύπτουν από την αναθεωρημένη έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για το 2015. Ειδικότερα, οι επιστήμονες του ΟΟΣΑ μέτρησαν σε απόλυτες τιμές (ευρώ ανά πολίτη) και σε ισοσταθμισμένο δείγμα το ετήσιο κόστος για όλο το φάσμα της δαπάνης, δηλαδή νοσηλεία, φάρμακα και πρωτοβάθμια φροντίδα.

Όπως προκύπτει από την έρευνα, στην αρχή της κρίσης, τα νοικοκυριά αναγκάστηκαν να «κόψουν» την ατομική δαπάνη από 1.118 ευρώ το 2008, στα 838 ευρώ το 2009. Η μείωση συνεχίστηκε για μία τετραετία, έως και το 2012. Ακολούθησε, το 2013, μία δέσμη μέτρων από την πλευρά της Πολιτείας, τα οποία οδήγησαν σε αυξημένη συμμετοχή των πολιτών, κυρίως στα φάρμακα. Η πτωτική τάση των πληρωμών από τα νοικοκυριά έγινε ανοδική, επιστρέφοντας πέρυσι στα επίπεδα του 2009! Και ενώ η δαπάνη των πολιτών αυξάνεται, η πορεία των πόρων που διατίθενται από το κράτος για την υγεία κάθε πολίτη μειώνονται δραματικά. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, στα χρόνια της κρίσης, η δημόσια δαπάνη μειώθηκε κατακόρυφα (κατά 35%) φτάνοντας πέρυσι στα 1.248 ευρώ, έναντι 1.908 ευρώ το 2009.

Το ποσοστό αυτό κατατάσσει την χώρα μας σε μία από τις χειρότερες θέσεις στην σχετική κατάταξη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Ενδεικτικό είναι ότι η δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη της χώρας μας είναι σχεδόν η μισή από τον μέσο όρο του Οργανισμού (1.248 ευρώ έναντι 2.590), με την ιδιωτική να απέχει μόλις 9% (813 έναντι 912). Το σύστημα Υγείας σαφώς υποχρηματοδοτείται στη χώρα μας, καθώς το συνολικά διατιθέμενο ποσό (δημόσιος τομέας και ιδιώτες) υστερεί κατά 41,1% από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (2.061 ευρώ έναντι 3.502).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας το 2016 επέστρεψαν στα επίπεδα του 2009, με τον μέσο Έλληνα να δαπανά περί τα 813 ευρώ κάθε χρόνο από την τσέπη του, τον Γερμανό να δαπανά 725 ευρώ και τον Ιταλό 736 ευρώ!

Υγείας*

ευρείες συνααινέσεις

δογματικές - ιδεολογικές ή άλλου τύπου αγκυλώσεις δεν φαίνεται να επιτρέπουν την επέκταση αυτών των συνααινέσεων προς την κατεύθυνση της διαμόρφωσης ενός μακροπρόθεσμου σχεδίου αποκατάστασης της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Το τελευταίο, κυρίως λόγω των χρηματοδοτικών πιέσεων αλλά σε μεγάλο βαθμό και λόγω της διαχρονικής πολιτικής ατολμίας για παρεμβάσεις διαρθρωτικού χαρακτήρα λειτουργεί σε οριακά επίπεδα, αδυνατώντας να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Στο σκληρό αυτό, η χάραξη πολιτικής υγείας με ευρείες κοινωνικές και πολιτικές συνααινέσεις φαντάζει ως η μοναδική επιλογή για την βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Και, δυστυχώς, και σε αυτή την περίπτωση, λόγω της διαμορφωθείσας πολιτικής κατάστασης, οι πιθανότητες για μια τέτοια εξέλιξη είναι ελάχιστες.

Εκτός και αν υπό την πίεση των επιστημονικών ευρημάτων, ιδίως δε αυτών που αφορούν στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών υγείας των πολιτών, προκύψει για μία ακόμα φορά μια "αναγκαστική συναίνεση". Κάτι είναι κι αυτό...

* & Αναπληρωτής Πρύτανης Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Επιστημονικός Συνεργάτης - Επισκέπτης Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΤΟΥΝΤΑΣ, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής*

Κεντρική Διοίκηση με αξιοκρατικά κριτήρια



Το ΕΣΥ καταρρέει κάτω από το βάρος των διαχρονικών προβλημάτων και των δυσμενών συνθηκών που δημιούργησε η κρίση. Η διάσωση και ανόρθωση του απαιτεί πολύπλευρες και ιεραρχημένες πολιτικές, ενταγμένες σε ένα εθνικό σχέδιο για την υγεία. Από τις πολιτικές αυτές οι πιο σημαντικές είναι η συγκρότηση κεντρικής διοίκησης του ΕΣΥ με αξιοκρατικά και τενοκρατικά κριτήρια, ώστε να πάψει το ΕΣΥ να διοικείται με κομ-

ματικά κριτήρια από το γραφείο του εκάστοτε Υπουργού Υγείας, ο επανασχεδιασμός του δημοσίου νοσοκομειακού χάρτη με συνενώσεις κλινικών και εργαστηρίων και ανακατανομή του προσωπικού, καθώς και η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με Τοπικά Δίκτυα στα οποία θα συμμετέχουν οι μονάδες του ΠΕΔΥ (Κέντρα Υγείας και πρώην Πολυιατρεία του ΙΚΑ), τα δημοτικά Πολυιατρεία, τα Κέντρα Πρόληψης και οι συμβεβλημένες ιδιωτικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Όλο το σύστημα θα πρέπει να προσανατολιστεί κυρίως στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και στην Πρόληψη-Προαγωγή Υγείας, αξιοποιώντας σε κάθε περίπτωση και σε κάθε τομέα τη σύγχρονη τεχνολογία της ηλεκτρονικής υγείας.

* Διευθυντής Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

ΛΥΚΟΥΡΓΟΣ ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ομ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Το ΕΣΥ χρειάζεται επανασχεδιασμό



Η υποβάθμιση του ΕΣΥ είναι καταθλιπτική. Το σύστημα δεν διορθώνεται αλλά ανασχεδιάζεται με απάντηση σε τρία ερωτήματα.

1. Ποιος «πληρώνει».
 2. Πώς παρέχουμε υπηρεσίες χωρίς ταλαιπωρία ή εκμετάλλευση του πολίτη;
 3. Ποια πολιτική και διαχειριστική «δομή» απαιτείται;
- Στο πρώτο, απάντηση είναι η Εθνική Ασφάλιση Υγείας με κατάργηση εισφορών για ένα πακέτο υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς παρό-

χους. Ως ένα όριο εισοδήματος υπάρχει δωρεάν φροντίδα και μετά κλιμακωτή επιβάρυνση. Προϋπόθεση η ηλεκτρονική διαχείριση όλων των χρεώσεων από δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές. Στο δεύτερο απάντηση είναι η Πρωτοβάθμια και η Επείγουσα Φροντίδα. Η πρώτη επαφή του πολίτη γίνεται από την ΠΦΥ με προγραμματισμένη εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο. Για το ατύχημα ή το έμφραγμα δημιουργούνται αυτόνομα Τμήματα Επειγόντων (ΤΕΠ) με εξειδικευμένο προσωπικό και λειτουργία 24/7.

Τρίτο, ένα Επιτελικό Υπουργείο με Υπουργό 5ετούς θητείας και 100 άτομα βάζει στόχους, νομοθετεί, αξιολογεί και εποπτεύει Εθνικούς Οργανισμούς. Ο ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει την οικονομική διαχείριση μέσω των Περιφερειακών Διοικήσεων που ορίζουν Διοικήσεις νοσοκομείων. Με κωδικοποίηση της νομοθεσίας καταργούνται «φωτογραφικές» διατάξεις και απλοποιούνται διαδικασίες, με βάση την ηλεκτρονική διακυβέρνηση παντού.

ΝΙΚΟΣ ΠΟΛΥΖΟΣ, Καθηγητής Διοίκησης & Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας, ΤΚΔΠΕ, ΔΠΘ

Πέντε βάσεις απόδοσης του συστήματος



Είναι γνωστές οι διαπιστώσεις για την υγεία στη χώρα μας. Υπέρμετρες αυξήσεις δαπανών προηγούμενης 10ετίας κατέληξαν σε ανάλογες μειώσεις τη τρέχουσα. Παρόλληλα υποχωρούν δείκτες δημόσιας υγείας όταν αυτοί αξιολογούνται.

Πολιτικοί ταγοί, διαχειριστές μονάδων (δημόσιων - ιδιωτικών), ακαδημαϊκοί, τενοκράτες και επαγγελματίες υγείας πρέπει άμεσα να (συν)εργασθούν για τη βελτίωση της πρόσβασης - ικανοποίησης των πολιτών στις εξής βάσεις απόδοσης του συστήματος:

1. 90 δημόσια νοσοκομεία, 30.000 κλινών περίπου σε 2.000 ιατρο-νησηλευτικά τμήματα, 90.000 σωστά κατανε-

μημένων εργαζόμενων, με αξιοκρατικές διοικήσεις, όλων των κατηγοριών, που θα έχουν πλάνο, και θα παρουσιάζουν λειτουργικά (κι όχι μόνο οικονομικά) αποτελέσματα (esy.net, observe.net).

2. πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας κάθε δήμου (από υπάρχουσες ανάλογα αναδιοργανωμένες), που οι διευθυντές τους (με επαρκές προσωπικό), θα συντονίζουν & εξωτερικούς γενικούς γιατρούς - παιδίατρος, που θα συμβάλλονται ετήσια, όπως τα πιστοποιημένα διαγνωστικά κέντρα (ΕΟΠΥΥ).

3. ιδιωτικός τομέας που θα ακολουθεί την εθνική πολιτική υγείας δρώντας συμπληρωματικά, π.χ. οι καλύτερες ιδιωτικές κλινικές συμβάλλοντας με βάση (σωστά) ΚΕΝ με ΕΟΠΥΥ, που θα αναλάβει όλη τη δημόσια χρηματοδότηση.
4. φαρμακευτική πολιτική που δε θα βασίζεται μόνο στα δελτία τιμών και σε εξαγγελίες, αλλά θα χρησιμοποιεί την αξιολόγηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μαζί με στήριξη εγχώριας καλής παραγωγής.

5. στόχοι και δείκτες δημόσιας υγείας, που ανάλογοι εγχώριοι οργανισμοί (συμβουλευόμενοι & διεθνείς) θα δίνουν στην πολιτική ηγεσία, για να οριοθετεί ετησίως ανακοινώνοντας, αντί συντονίζοντας τα πάντα στο ΕΣΥ.