

Ε Κ Θ Ε Σ Η
ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΟΥΝΙΟΣ 1994

B. ABEL-SMITH

(πρόεδρος)

J. CALLTORP

M. DIXON

Ad. DUNNING

R. EVANS

W. HOLLAND

B. JARMAN

H. ΜΟΣΙΑΛΟΣ

(συντονιστής)

ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ

ΑΘΗΝΑ, 1994

Το κείμενο αυτό αποτελεί μετάφραση από τα Αγγλικά των προτάσεων που έκανε
η **Ειδική Επιτροπή των Εμπειρογνομόνων**
προς το **Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων**.

Ο τίτλος και οι συγγραφείς του πρωτοτύπου είναι:

«Report on the Greek Health Services»

B. Abel-Smith

J. Calltorp

M. Dixon

Ad. Dunning

R. Evans

W. Holland

B. Jarman

E. Mossialos

© ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ, 1994

ISBN 0-85328-207-2

ΕΚΔΟΣΗ

ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ

ΑΔΡΙΑΝΕΙΟΥ 15, 115 25 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: (01) 6713974, 6714596 • Fax (01) 6717282

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΜΕΡΟΣ Ι: Η παρούσα κατάσταση και η ανάγκη μεταρρύθμισης	17
Κεφ. 1: Η υγειονομική κατάσταση της Ελλάδας στο πλαίσιο της ΕΕ	19
Κεφ. 2: Η οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας	21
Κεφ. 3: Οι ατέλειες του ισχύοντος συστήματος και οι προηγούμενοι μεταρρυθμιστικοί σχεδιασμοί	27
ΜΕΡΟΣ ΙΙ: Ένα μελλοντικό όραμα	35
Κεφ. 4: Η βελτίωση της υγείας	37
Κεφ. 5: Η μελλοντική χρηματοδότηση και οργάνωση της υγειονομικής φροντίδας	48
Κεφ. 6: Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα	65
Κεφ. 7: Η οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ	80
Κεφ. 8: Οι υπηρεσίες ειδικοτήτων	91
Κεφ. 9: Τα φάρμακα	103
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: Η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων	111
Κεφ. 10: Η πρακτική και θεωρητική εκπαίδευση και η έρευνα	113
Κεφ. 11: Η μετάβαση	132
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	143

4 Περιεχόμενα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	147
I: Επισκέψεις εργασίας και μαρτυρίες	149
II: Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία	153
III: Πίνακες	157
IV: Διαγράμματα	165
V. Υγειονομικός χάρτης της Ελλάδας 1992	171

ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ

Καθηγητής Brian Abel-Smith, Emeritus Professor of Social Administration, LSE Health, London School of Economics (Πρόεδρος).

Καθηγητής Johan Calltorp, Professor of Health Services Management, Nordic School of Public Health, Sweden.

Δρ. Maureen Dixon, Director, Institute of Health Service Management Consultants Ltd.

Καθηγητής Ad. J. Dunning, Editor, Dutch Journal of Medicine.

Καθηγητής Robert Evans, Professor of Health Policy, University of British Columbia, Canada.

Καθηγητής Walter Holland, Professor of Public Health Medicine, St Thomas's Hospital, University of London.

Καθηγητής Brian Jarman, Professor of General Practice, St Mary's Medical School, University of London.

Δρ. Ηλίας Μόσιαλος, Director of Research, LSE Health, London School of Economics (Συντονιστής).

6 Έκθεση Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εισήγηση αυτή των ειδικών εμπειρογνομόνων δεν εκφράζει σε πολλά σημεία τις τις απόψεις του Υπουργείου Υγείας. Απεικονίζει όμως αρκετά λεπτομερώς την τραγική κατάσταση του Υγειονομικού Συστήματος της χώρας μας.

Μετά την ανάγνωση αυτού του κειμένου κάθε σκεπτόμενος πολίτης αντιλαμβάνεται ότι πρέπει να υιοθετηθούν μέτρα, που θα οδηγήσουν σε ριζική μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας.

Μεταρρύθμιση που πρέπει να στηριχτεί από τη μεγάλη πλειοψηφία του Ελληνικού λαού και να έχει διακομματική αποδοχή.

Τα μέλη της επιτροπής είναι διαπρεπείς Καθηγητές των μεγαλύτερων Πανεπιστημίων της Μεγάλης Βρετανίας, της Σουηδίας, του Καναδά και της Ολλανδίας, χωρών που διαθέτουν κατά γενική ομολογία τα επιτυχεότερα Συστήματα Υγείας και που οι ίδιοι είναι σύμβουλοι όχι μόνο των Κυβερνήσεων των χωρών τους αλλά και σύμβουλοι Συστημάτων Υγείας πολλών άλλων χωρών.

Η Επιτροπή αυτή αφού μελέτησε δύο τόμους που ετοιμάστηκαν στο Υπουργείο με όλα τα απαραίτητα στοιχεία, σχετικά με την κατάσταση του Συστήματος Υγείας της χώρας, επισκέφθηκε πολλά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Πολυϊατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών. Επιπλέον, συνομίλησε ελεύθερα με πολίτες, Διευθυντές Κλινικών και Κέντρων Υγείας, Καθηγητές Πανεπιστημίων, Προέδρους Οργανισμών, εκπροσώπους πολιτικών κομμάτων, συνδικαλιστές και εργαζόμενους και εξέφρασε ελεύθερα τις απόψεις και εισηγήσεις της σε αυτό το κείμενο.

Με πολύ προβληματισμό μου τόνισαν, προσωπικά, ότι για πρώτη φορά είδαν τέτοια αναρχία και αναποτελεσματικότητα σε «Σύστημα Υγείας». Πιστεύουν ότι, εάν δεν υπάρξει δεκάχρονο πρόγραμμα αναμόρφωσης που θα στηρίζεται από τις εκάστοτε κυβερνή-

σεις, η πιθανότητα εδραιώσεως ενός Συστήματος Υγείας υψηλών προδιαγραφών στη χώρα μας, είναι αδύνατη, έστω και εάν οι δαπάνες για την Υγεία αυξηθούν.

Ως Υπουργός Υγείας είμαι απόλυτα ικανοποιημένος που παραδίδω αυτό το κείμενο, ένα κείμενο σκληρής αλήθειας, προς τον Ελληνικό λαό και τον καλώ να προβληματιστεί και να στηρίξει τις πρωτοβουλίες του Υπουργείου Υγείας.

Δημήτριος Θ. Κρεμασινός
Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας
& Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται σε πορεία ανάπτυξης, με σοβαρά όμως στοιχεία αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς μέρους ιατρών και προσωπικού, με πληθωρισμό ιατρών ειδικοτήτων και εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία εξυπηρετείται κατά το μεγαλύτερο μέρος από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η δυσφορία του κοινού με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από ό,τι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρότι το ένα σχέδιο μεταρρύθμισης διαδέχεται το άλλο, κανένα δεν έχει βρει συνεχή ή αποφασιστική υποστήριξη από τις κατά καιρούς κυβερνήσεις. Στα όσα ακολουθούν εκθέτουμε το μακροπρόθεσμο όραμά μας για την ανάπτυξη του ελληνικού συστήματος υγείας.

- Η πρότασή μας είναι ότι η κυβέρνηση θα πρέπει να αναπτύξει **συγκροτημένο σχέδιο βελτιωτικών αλλαγών** στο σύστημα υγείας, με έμφαση στην **υγειονομική ενήμερωση και πρόληψη**. Κεντρικό στοιχείο στο σχέδιο αυτό, είναι η οικοδόμηση ενός **πολυτομεακού συστήματος υγείας**, που θα στελεχώνεται από εκπαιδευμένους ιατρούς του δημοσίου, τοποθετημένους σε όλα τα επίπεδά του.

- Προτείνουμε επίσης ότι τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να μεταβιβάσουν τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη σε ένα **Ενοποιημένο Ταμείο**, το οποίο θα χρηματοδοτεί την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλα τα μέλη τους. Η κυβέρνηση θα πρέπει να διοικητεύσει στο νέο ενιαίο ταμείο όλους εκείνους τους πόρους με τους οποίους τώρα χρηματοδοτεί, άμεσα ή έμμεσα, τη δημόσια υγεία. Το ταμείο αυτό θα υπόκειται στον άμεσο έλεγχο του Υπουργού Υγείας, αλλά δεν θα αποτελεί τμήμα του Υπουργείου.

- Θεμέλιο της παρούσας πρότασης για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας είναι η θέσπιση της **υπηρεσίας οικογενειακού ιατρού**. Ο πολίτης που υποστηρίζεται

από το Ενοποιημένο Ταμείο θα έχει τη δυνατότητα να επιλέγει τον δικό του ειδικά εκπαιδευμένο οικογενειακό ιατρό, ο οποίος θα είναι σε θέση να του παρέχει συνεχή ιατρική παρακολούθηση και να τον παραπέμπει σε όσες ειδικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες χρειάζεται. Οι οικογενειακοί ιατροί θα αμείβονται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων σε αυτούς ασθενών [capitation] και θα αποζημιώνονται για τα πρόσθετα έξοδα στα οποία υποβάλλονται κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους. Επιπλέον, στους οικογενειακούς ιατρούς θα εκχωρούνται συγκεκριμένα κονδύλια, τα οποία θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απευθείας αγορά αφενός ειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών για τους ασθενείς τους και αφετέρου των απαιτούμενων φαρμάκων. Οι οικογενειακοί ιατροί θα έχουν τη δυνατότητα είτε να ενοικιάζουν το δικό τους χώρο στα υπάρχοντα κέντρα υγείας και τις πολυκλινικές είτε να ασκούν την ιατρική στα δικά τους ιατρεία. Η καθαρή αμοιβή τους θα πρέπει να είναι τουλάχιστον ίση με εκείνη της οποιασδήποτε άλλης ειδικότητας.

- Εισηγούμεθα ακόμη ότι οι **ειδικευμένοι ιατροί** πέραν εκείνων που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, θα πρέπει να **πληρώνονται κατά πράξη** [fee-for-service]. Το ύψος των αμοιβών τους θα εξαρτάται από το μέγεθος των παρεχόμενων υπηρεσιών: μεγαλύτερος αριθμός υπηρεσιών θα συνεπάγεται μείωση της κατά πράξη αμοιβής, κατά τρόπο ώστε η συνολική πληρωμή των ειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών να περιορίζεται εντός προϋπολογισμένων ανώτατων ορίων. Το δικαίωμα της ιδιωτικής ιατρικής είτε θα απαγορευθεί σε όλους αδιακρίτως τους ιατρούς που απασχολούνται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είτε θα περιοριστεί μόνον σε ιατρούς των ανώτερων βαθμίδων, οι οποίοι θα δικαιούνται περιορισμένη κατά εβδομάδα άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής στα νοσοκομεία στα οποία ανήκουν. Εισηγούμεθα επίσης την αύξηση στους μισθούς των καθηγητών της ιατρικής, με σκοπό την αποζημίωσή τους για την απώλεια του δικαιώματος της ιδιωτικής απασχόλησης. Οι συμβάσεις που θα προσφέρονται στα διαγνωστικά κέντρα θα πρέπει να προσλάβουν νέα μορφή, ώστε να μην υπάρχουν κίνητρα για προκλητή ζήτηση. Εάν, παρά ταύτα, οι νέες αυτές ρυθμίσεις δεν έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τότε το ΕΣΥ θα πρέπει να αποκτήσει αυτοδυναμία στον συγκεκριμένο τομέα.

- Το Ενοποιημένο Ταμείο θα πρέπει να μεταβιβάσει πόρους στα **Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια** ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε περιοχής. Τα συμβούλια αυτά θα συντάσσουν τους προϋπολογισμούς για τα νοσοκομεία της δικαιοδοσίας τους και θα διαχειρίζονται τις συμβάσεις και τις αμοιβές των οικογενειακών ιατρών. Για κάθε Συμβούλιο θα πρέπει να υπάρχει ένας **ανεξάρτητος ελεγκτής** [ombudsman], ο οποίος θα είναι επιφορτισμένος με τη διερεύνηση των τυχόν παραπόνων που θα υποβάλλονται από τους ασθενείς.

- Προτείνουμε ακόμη ότι το κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να έχει το **δικό του Διοικητικό Συμβούλιο** και να διευθύνεται από έναν ειδικά εκπαιδευμένο Διευθυντή, ο οποίος θα είναι υπόλογος στο Συμβούλιο. Μακροπρόθεσμα, **οι εργαζόμενοι των νο-**

σοκομείων δεν θα πρέπει να έχουν τη δημοσιουπάλληλική ιδιότητα. Τα νοσοκομεία θα παραμείνουν στην κυριότητα του δημοσίου, αλλά θα έχουν την ευελιξία να διαχειρίζονται τους πόρους τους, επιλέγοντας τα ίδια ανάμεσα σε διαφορετικές εναλλακτικές χρήσεις, χωρίς να χρειάζεται η άδεια κάποιας υπερκείμενης αρχής. Οι διορισμοί θα διενεργούνται με αυστηρώς αξιοκρατικά κριτήρια. Θα πρέπει επίσης να ληφθούν εκείνα τα απαραίτητα μέτρα για την ορθολογική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών, ανάλογα με τις προτεραιότητες του κάθε νοσοκομείου. Τα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών θα πρέπει να αναπτυχθούν ανεξάρτητα από την λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων. Θα πρέπει επίσης να προβλεφθεί ολόκληρο φάσμα μέτρων για τους νοσηλευόμενους μακράς παραμονής.

- Προτείνουμε επίσης την σύνταξη **περιορισμένης θετικής λίστας φαρμάκων** για χρήση στο εσωτερικό του ΕΣΥ, καθώς και τον **σαφή προσδιορισμό των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων** [ΜΗΣΥΦΑ-ΟΤC]. Η συνταγογραφία του κάθε ιατρού θα υπόκειται σε διαρκή παρακολούθηση.

- Για την επίτευξη αυτής της μεταρρύθμισης, απαιτούνται **εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης για τα διοικητικά στελέχη, τους ιατρούς της δημόσιας υγείας και τους ιατρούς της γενικής ιατρικής**. Προτείνουμε επίσης την ίδρυση στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας μιας νέας ιατρικής σχολής με έμφαση στην οικογενειακή ιατρική και τη δημόσια υγεία, καθώς και την δραστική μείωση του μεγέθους της υπάρχουσας ιατρικής σχολής της Αθήνας. Η εισαγωγή στο ιατρικό επάγγελμα θα πρέπει να διενεργείται εντός προκαθορισμένων ορίων, ενώ η ειδίκευση στις παραδοσιακές ειδικότητες θα πρέπει να περιοριστεί και να τεθεί υπό τον έλεγχο ενός νέου Μεταπτυχιακού Ιατρικού Συμβουλίου. Η συνεχής επιμόρφωση και η ιατρική έρευνα θα πρέπει να διευρυνθούν με κυβερνητική χρηματοδότηση. Επιβάλλεται ακόμη η θέσπιση ενός **Ιατρικού Συμβουλίου**, αφενός για την εποπεία και αστυνόμευση του κώδικα δεοντολογίας προς τον οποίο θα πρέπει να συμμορφώνεται η άσκηση της ιατρικής και αφετέρου για την ριζική εξάλειψη κάθε μορφής χρηματισμού των ιατρών. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να αναπτυχθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ η ίδια η επαγγελματική ιδιότητα του νοσηλευτού θα πρέπει να αναβαθμιστεί.

- Το πρόσθετο **κόστος των μέτρων** που εισηγούμεθα μπορεί να καλυφθεί από τις προτεινόμενες περικοπές στο σημερινό σπάταλο καθεστώς κατανάλωσης φαρμάκων και διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθορισμός αρμοδιοτήτων

Η ανάθεση του έργου στη επιτροπή έγινε με σκοπό:

1. Να εξετάσει το σκεπτικό της δημιουργίας ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.
2. Να μελετήσει και να προσδιορίσει τους προγραμματικούς στόχους που πρέπει να διέπουν την πρόθεση να δημιουργηθεί ένα καινούργιο Σύστημα.
3. Να διακριβώσει τις προσδοκίες που τρέφουν ανώτατα κυβερνητικά στελέχη σχετικά με τους σκοπούς και το χαρακτήρα του Συστήματος.
4. Να βοηθήσει το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να προσδιορίσει, σε γενικές γραμμές, τις κύριες λειτουργίες του Υπουργείου και τις κύριες λειτουργίες του Συστήματος.
5. Να καθορίσει τους τρόπους με τους οποίους πρέπει να διευθετούνται οι πιθανές συγκρούσεις ανάμεσα στις αρμοδιότητες και τις ευθύνες του Υπουργείου και τις αντίστοιχες της διοίκησης του Συστήματος.

Ερμηνεία των αρμοδιοτήτων

Μετά από συζητήσεις με τον Υπουργό Υγείας, καταλήξαμε σε διασταλτική ερμηνεία των αρμοδιοτήτων που είχαν ανατεθεί στην Επιτροπή. Κατά τη μελέτη των λειτουργιών του Υπουργείου, υποχρεωθήκαμε να αντιμετωπίσουμε την έννοια της υγείας στις πλέον γενικές της διαστάσεις, που περιλαμβάνουν την δημόσια υγεία, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας. Οι συζητήσεις με ανώτατα κυβερνητικά στελέχη μας έπεισαν ότι υπάρχει μεγάλη δυσαρέσκεια με τον σημερινό τρόπο λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών. Η διαπίστωση μας οδήγησε σε ευρεία επανεξέταση των βασικών προβλημάτων που αφορούν στη χρηματοδότηση και την οργάνωση των υφιστάμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Ο Υπουργός Υγείας, καθώς και ο Πρωθυπουργός,

μας τόνισαν την παρούσα οικονομική δυσχέρεια της χώρας και την συνακόλουθη ανάγκη για την πλέον αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Προσπαθήσαμε, κατά συνέπεια, να εξεύρουμε τρόπους περικοπής των δαπανών, κατά τρόπον ώστε οι άμεσες βελτιώσεις που απαιτούνται να μπορούν να χρηματοδοτηθούν από την παράλληλη εξοικονόμηση πόρων.

Το σκεπτικό για την ύπαρξη Εθνικού Συστήματος Υγείας

Θεωρούμε δεδομένο ότι η Ελλάδα επιθυμεί να κάνει αποδεκτούς τους στόχους που τα περισσότερα από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) έχουν υιοθετήσει. Οι στόχοι αυτοί έχουν προσφάτως συνοψιστεί σε δημοσίευμα του ΟΟΣΑ ως εξής:^{*}

- Επαρκής και ισοδύναμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε στοιχειωδώς ικανοποιητική υγειονομική περίθαλψη.
- Μακροοικονομική αποδοτικότητα: το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης δεν θα πρέπει να υπερβαίνει ένα αποδεκτό ποσοστό των εθνικών πόρων.
- Μικροοικονομική αποδοτικότητα: η σύνθεση των υπηρεσιών που επιλέγονται θα πρέπει να εξασφαλίζει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα και την ικανοποίηση του καταναλωτή με το ελάχιστο δυνατό κόστος.

Υπό τις παρούσες συνθήκες, οι υπηρεσίες που παρέχονται σε διαφορετικά τμήματα του πληθυσμού διαφέρουν ως προς τον τρόπο και το είδος της προσφοράς. Η ικανοποίηση του κοινού είναι, όπως θα καταδειχθεί αργότερα, πολύ διαφορετική και από τον χαμηλότερο μέσο όρο όλων των κρατών-μελών της ΕΕ. Κατά συνέπεια, θεωρείται αυτονόητο ότι η κυβέρνηση επιθυμεί, πρωτίστως, την αύξηση της ικανοποίησης του κοινού χωρίς πρόσθετο οικονομικό κόστος. Ο σκόπος μας λοιπόν ήταν να προσπαθήσουμε να εξεύρουμε τρόπους για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Οι εργασίες της επιτροπής

Τα περισσότερα μέλη της επιτροπής έφθασαν στην Αθήνα στις 14 Απριλίου και αναχώρησαν στις 25 Απριλίου. Ένα μέλος της επιτροπής αφιέρωσε τρεις ημέρες πριν από την άφιξη των υπολοίπων σε προκαταρκτικές επισκέψεις σε υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ και άλλα μέλη της επιτροπής διενήργησαν πρόσθετες επισκέψεις στους χώρους που μνημονεύονται στο Παράρτημα Ι. Προφορικές μαρτυρίες προς την επιτροπή παρέσχαν οι εκπρόσωποι όλων των πολιτικών κομμάτων πλην ενός, το οποίο υπέβαλε γραπτή έκθεση. Λάβαμε επίσης τις γνώμες από τρεις πρώην Υπουργούς Υγείας, από τους διοικητές των τριών μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων, από τον Κοσμήτορα της Ιατρικής Σχολής της Αθήνας, από τον Πρόεδρο του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, α-

* OECD, *The Reform of Health Care: a comparative study of seven OECD countries*, Health Policy Studies No. 2, Paris, 1992.

πό εκπροσώπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και από εκπροσώπους της ΕΙΝΑΠ. Λιγότερο επίσημες μαρτυρίες ελήφθησαν από συνεντεύξεις με τα πρόσωπα που επίσης αναφέρονται στο Παράρτημα Ι.

Η διάρθρωση της παρούσας έκθεσης

Η έκθεση διαιρείται σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος, αφιερώνουμε ένα μικρό τμήμα στην γενική κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού, εξετάζουμε την υφιστάμενη οργάνωση και χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών και συνοψίζουμε τις υπάρχουσες εκτιμήσεις σχετικά με τις αδυναμίες των ρυθμίσεων που ισχύουν. Στο δεύτερο μέρος, εκθέτουμε εκείνο το σχήμα των μακροπρόθεσμων ρυθμίσεων που, κατά τη γνώμη μας, θα βελτίωνε δραστικά την παρούσα κατάσταση. Στο τελευταίο μέρος, ασχολούμεθα με τα άμεσα μέτρα που απαιτούνται για να αρχίσει η υλοποίηση του μακροπρόθεσμου σχεδιασμού.



**ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ**

Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΕ

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η διάρκεια ζωής

Το προσδόκιμο επιβίωσης στα διαφορετικά κράτη-μέλη της Κοινότητας φαίνεται στο Διάγραμμα 1. Με δεδομένο το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού, το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα φαίνεται ικανοποιητικό, μολονότι τα μεγέθη μπορεί να είναι κατά τι παραπλανητικά, επειδή δεν αναφέρονται όλοι οι θάνατοι παιδιών. Κυριαρχεί η εντύπωση ότι το υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης οφείλεται κυρίως στις ελληνικές διατολογικές συνήθειες. Η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης ανάμεσα στον αγροτικό και τον αστικό πληθυσμό είναι δύο χρόνια. Η διαφορά αυτή είναι μεγαλύτερη στις μικρές ηλικίες.

Οι κύριες αιτίες θανάτου είναι τα νεοπλάσματα, τα αγγειακά-εγκεφαλικά επεισόδια και οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Σε σχέση προς τα υπόλοιπα κράτη-μέλη, η Ελλάδα παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη θανάτων από φυματίωση, από μεταδοτικές ασθένειες, από νοσήματα του αίματος και του ουροποιογεννητικού συστήματος, ενώ παρουσιάζει τον μικρότερο δείκτη θανάτων από βρογχίτιδα, από εμφύσημα και άσθμα, από κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού, από αυτοκτονίες και από αυτοτραυματισμούς.

Καθ' όλην την διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η Ελλάδα παρουσίασε την υψηλότερη κατανάλωση καπνού στην Κοινότητα. Η κατανάλωση καπνού αυξήθηκε σταθερά από το 1975 έως το 1987, αλλά έκτοτε έχει αρχίσει κάπως να μειώνεται.

Η βρεφική, περιγεννητική και μητρική θνησιμότητα

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι θάνατοι βρεφών δεν καταγράφονται πλήρως. Τα υπάρχοντα στοιχεία πάντως δείχνουν πως, σε ό,τι αφορά στη βρεφική και περιγεννητική

θνησιμότητα, η Ελλάδα βρίσκεται σε καλύτερη θέση από την Πορτογαλία. Η διαφορά στην όψιμη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ του αγροτικού και του αστικού πληθυσμού αυξάνεται συνεχώς. Η μητρική θνησιμότητα είναι χαμηλότερη από ό,τι στην πρώην Δυτική Γερμανία, την Γαλλία, την Ιταλία, την Ολλανδία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Η Ελλάδα κατέχει την δεύτερη χαμηλότερη θέση μεταξύ των κρατών-μελών, σε ό,τι αφορά στο ποσοστό των παιδιών που εμβολιάζονται (βλ. Πίνακα 2). Υπάρχει, κατά συνέπεια, μεγάλο περιθώριο βελτιώσεων σε αυτόν τον τομέα. Κατά το χρόνο της επίσκεψής μας, σημειώθηκε έξαρση της ιλαράς.

ΑΠΟΦΕΥΞΙΜΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ

Οι αποφεύξιμοι θάνατοι συνιστούν το βασικό μέτρο για την αποτίμηση της παρεχόμενης περίθαλψης. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει εκείνους τους παράγοντες, οι οποίοι δεν θα πρέπει να οδηγούν στον θάνατο, αν έχουν ληφθεί εγκαίρως τα κατάλληλα μέτρα. Έτσι, αν τελικά σημειώνονται θάνατοι εξαιτίας αυτών των παραγόντων, τούτο σημαίνει αδυναμίες στην παροχή θεραπευτικής και προληπτικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Η επιτροπή της Ευρωπαϊκής Ένωσης που μελέτησε το ζήτημα των αποφεύξιμων θανάτων έχει ήδη παρουσιάσει μια σειρά από σχετικούς χάρτες. Στον πρώτο, περιλαμβάνονται δεκαεπτά παράγοντες, για τους οποίους υπάρχει διεθνής ομοφωνία. Στον Πίνακα 3, παρέχονται τα σχετικά στοιχεία για την περίοδο 1985-89 και φαίνεται η συγκριτική θέση της Ελλάδας προς τα άλλα κράτη-μέλη. Η Ελλάδα υπερβαίνει τον μέσο όρο της Ένωσης μόνον ως προς τέσσερα σημεία, που αφορούν όμως σε παράγοντες οι οποίοι προκαλούν μεγάλο αριθμό θανάτων, ενώ βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο ως προς τους υπόλοιπους δεκατρείς.

Η ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΟΥ AIDS

Η Ελλάδα, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 4, παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό στη συχνότητα εμφάνισης του AIDS από όλα τα κράτη-μέλη.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Υγειονομικές δαπάνες

Από τα μεγέθη που δηλώνονται στον ΟΟΣΑ, προκύπτει ότι οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ανήλθαν το 1991 στο 5,2% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (βλ. Πίνακα 5). Το ποσοστό αυτό είναι ένα από τα χαμηλότερα για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Έκτοτε έχει φανεί ότι τα σχετικά μεγέθη, τόσο για τις δαπάνες στην υγεία όσο και για το ύψος του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, είναι υποτιμημένα. Όπως όμως προκύπτει από τα πρόσφατα στοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών, το πραγματικό ποσοστό βρίσκεται πιθανώς γύρω στο 8%. Τούτο, με δεδομένο μάλιστα το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού, τοποθετεί συγκριτικά την Ελλάδα στην κατηγορία των χωρών που δαπανούν πολλά στην υγεία. Τα σχετικά μεγέθη για όλες τις χώρες της ΕΕ παρέχονται στον Πίνακα 5.

Η διόρθωση αυτή εντάσσει την Ελλάδα στην ίδια κατηγορία με πολύ πλουσιότερες χώρες, όπως το Βέλγιο, την πρώην Δυτική Γερμανία και την Ολλανδία. Το γεγονός λοιπόν ότι η κυβέρνηση δεν επιθυμεί περαιτέρω αύξηση των δαπανών είναι απολύτως κατανοητό.

Το 1991, το 42% των δαπανών στην υγεία προερχόταν από ιδιωτικές πληρωμές. Τούτο είναι το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικής χρηματοδότησης σε όλα τα κράτη-μέλη. Από το 58% των δημόσιων δαπανών στην υγεία, το 25% έως 30% προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και το 70% έως 75% από τη γενική φορολογία.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί που χρηματοδοτούν την υγειονομική περίθαλψη ανέρχονται σε 39. Οι περισσότεροι από αυτούς καλύπτουν, πέραν της ιατρικής περίθαλψης,

ολόκληρο το φάσμα της κοινωνικής ασφάλισης. Από τη δεκαετία του 1980, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί χρειάστηκαν μια συνεχώς αυξανόμενη κρατική χρηματοδότηση για να αντιμετωπίσουν τα ελλείμματά τους, μολονότι οι κλάδοι υγείας εμφανίστηκαν πλεονασματικοί, εξαιτίας του χαμηλού επιπέδου των πληρωμών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς προς τους προμηθευτές. Ειδικότερα, οι αμοιβές της νοσοκομειακής περίθαλψης υστερούν πολύ από το πραγματικό της κόστος. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων για τη νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτεται απευθείας από το κράτος. Το ΙΚΑ, που καλύπτει τους εργάτες και αρκετούς από εκείνους που παρέχουν εξηρημένη εργασία, χρηματοδοτείται, για την παρεχόμενη υγειονομική ασφάλιση, κατά 5,10% των αποδοχών από τον εργοδότη και κατά 2,55% από τον εργαζόμενο. Οι δημόσιοι υπάλληλοι δεν πληρώνουν εισφορές και το δημόσιο ως εργοδότης καταβάλλει για την υγειονομική ασφάλιση μόνον 1,8% των αποδοχών του εργαζόμενου: το υπόλοιπο καλύπτεται από την φορολογία. Οι εργαζόμενοι στην τοπική αυτοδιοίκηση είναι αναγκασμένοι να καταβάλλουν το 10,75% των αποδοχών τους και ο εργοδότης το 2,55% έως 3%. Οι εργαζόμενοι της Εμπορικής Τράπεζας καταβάλλουν το 6% και η Τράπεζα το 3%, ενώ στην Εθνική Ασφαλιστική ο εργαζόμενος πληρώνει 5,1% των αποδοχών και ο εργοδότης 0,8%. Οι αυτοαπασχολούμενοι καταβάλλουν από 3.386 δρχ. μέχρι 13.868 δρχ., ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρώτη κυβερνητική παρέμβαση στο χώρο της υγείας ήταν απλώς η ίδρυση νοσοκομείων. Η υποχρεωτική υγειονομική ασφάλιση δεν άρχισε παρά μόνο το 1934, οπότε και υπήρχαν ήδη πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, που κάλυπταν διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, οι οποίες είχαν αποκτήσει κατεστημένα συμφέροντα και παρέμεναν ανενόχλητες. Μέχρι τη νομοθεσία του 1983, οι κυβερνήσεις δεν είχαν φροντίσει ούτε για τη δημιουργία αγροτικών κέντρων υγείας, ούτε για την υγειονομική ασφάλιση του αγροτικού πληθυσμού με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ το παράλληλο σχέδιο για τη δημιουργία αστικών κέντρων υγείας εγκαταλείφθηκε για οικονομικούς και πολιτικούς λόγους.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ότι όσοι ζουν σε αστικές περιοχές και δεν ανήκουν σε ασφαλιστικούς οργανισμούς που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη, χρησιμοποιούν σε πρώτη φάση τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή τον ιδιωτικό τομέα. Αλλά στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και στον ιδιωτικό τομέα καταφεύγουν και όσοι ασφαλισμένοι θεωρούν ότι οι ρυθμίσεις των ασφαλιστικών τους οργανισμών για την πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι επαρκείς, είτε εξαιτίας της περιορισμένης διαθεσιμότητάς τους είτε επειδή δεν θεωρούνται ικανοποιητικές για άλλους λόγους. Εκτιμάται ότι οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία έχουν υπερδιπλασιαστεί στο διάστημα 1981-1991. Στα νοσοκομεία, εξαιτίας της εκ περιτροπής εφημερίας των ιατρών και της έλλειψης μηχανογραφημένων αρχείων για τους ασθενείς, δεν εξασφαλίζεται συνέχεια στη

φροντίδα. Επιπλέον, τα νοσοκομεία είναι τύποις ανοικτά οκτώ ώρες την ημέρα, αλλά στην πράξη ο χρόνος αυτός είναι μικρότερος. Για τις εκτός ωρών λειτουργίας ανάγκες, οι ασθενείς μπορούν να επισκεφθούν μόνον το νοσοκομείο που εφημερεύει. Δεν είδαμε ούτε ένα νοσοκομείο που να διαθέτει ξεχωριστό τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών. Οι ασθενείς απλώς πηγαίνουν στην ειδική κλινική ή πτέρυγα, την οποία οι ίδιοι θεωρούν κατάλληλη για την περίπτωση τους.

Στην περίπτωση των εσωτερικών ασθενών, οι κλίνες κατανέμονται είτε κατά ειδικότητα είτε σε συγκεκριμένους ιατρούς ειδικότητας. Έτσι, ορισμένες πτέρυγες μπορεί να είναι υπερπλήρεις, ενώ άλλες να διαθέτουν πολλές άδειες κλίνες. Κάτι που προκαλεί ιδιαίτερη έκπληξη είναι η έλλειψη ειδικών κλινών μακράς νοσηλείας, δεδομένου μάλιστα ότι το 14% του ελληνικού πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών. Η έλλειψη μάλιστα αυτή δεν οφείλεται σε άλλους λόγους, αφού δεν υπάρχει εκτεταμένο δίκτυο δημόσιων γηροκομείων ή οίκων ευγηρίας.

Το είδος των υπηρεσιών που οι ασφαλισμένοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν εξαρτάται από τις ειδικές ρυθμίσεις του ασφαλιστικού τους φορέα. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί εποπτεύονται στενά από το Υπουργείο Υγείας. Δεν υπάρχει όμως τίποτε που να εμποδίζει τον οποιοδήποτε ασθενή να πηγαίνει απευθείας σε κάποιο εξωτερικό ιατρείο ενός δημόσιου νοσοκομείου.

Το ΙΚΑ

Η κύρια υγειονομική φροντίδα του ΙΚΑ προσφέρεται μέσα από πολυκλινικές με μισθωτούς ειδικευμένους ιατρούς και οδοντιάτρους μερικής απασχόλησης. Οι ιατροί του ΙΚΑ δεν προσφέρουν υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας, αποκατάστασης ή προαγωγής της υγείας. Το ΙΚΑ διαθέτει, εκτός των 123 νομαρχιακών και τοπικών μονάδων υγείας (πολυκλινικές), 119 τοπικά ιατρεία, οκτώ σταθμούς πρώτων βοηθειών, 47 σταθμούς προστασίας μπτέρας και παιδιού και δέκα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Πολλές από τις πολυκλινικές του ΙΚΑ, δεν είναι κτιριακά επαρκείς. Η πολυκλινική την οποία επισκεφθήκαμε δεν αποτελούσε εξαίρεση: δεν υπήρχε «σύστημα ραντεβού» και έτσι οι ασθενείς προσέρχονταν προτού η πολυκλινική ανοίξει. Με την έναρξη της λειτουργίας, οι ασθενείς παραλάμβαναν αριθμημένα φύλλα καρτιού, σύμφωνα με τα οποία καθοριζόταν η σειρά προτεραιότητας για την επίσκεψη στον ιατρό της ειδικότητας που οι ίδιοι είχαν επιλέξει. Η κατάσταση αυτή ήταν επόμενο να προκαλεί διενέξεις μεταξύ των ασθενών για το ποιος είχε περισσότερο χρόνο αναμονής. Οι ασθενείς ήταν υποχρεωμένοι να περιμένουν συχνά ολόκληρες ώρες μέχρι να έλθει η σειρά τους, αφού οι ιατροί προσέρχονταν πολλές φορές καθυστερημένοι. Εάν χρειαζόταν άδεια λόγω ασθενείας, ο αριθμός ημερών απουσίας έπρεπε να εγκριθεί από έναν ελεγκτή ιατρό, ο οποίος βρισκόταν σε άλλο χώρο της πολυκλινικής.

Ο νυν διοικητής του ΙΚΑ μας είπε ότι στο παρελθόν επιχειρήθηκε η εισαγωγή σε ο-

ρισμένες πολυκλινικές ενός συστήματος ραντεβού, αλλά το εγχείρημα υπονομεύθηκε από τους ιατρούς στις περισσότερες από τις μισές κλινικές στις οποίες είχε δοκιμαστικά εφαρμοστεί. Οι ιατροί τοποθετούσαν εικονικούς ασθενείς στην αρχή ή στο τέλος των ραντεβού της ημέρας, περιορίζοντας έτσι το ωράριό τους στο ΙΚΑ και επιμηκύνοντας τον χρόνο τους για άσκηση ιδιωτικής ιατρικής. Επιπλέον, η δυνατότητα για τηλεφωνικό ραντεβού ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτη, επειδή τα τηλέφωνα ήταν κατεβασμένα!

Σε μερικές περιοχές λειτουργεί ένα σύστημα οικογενειακού ιατρού, το οποίο παρέχει τη δυνατότητα στους ιατρούς του ΙΚΑ να εξετάζουν ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Ο ανώτατος αριθμός για τον κάθε ιατρό είναι 1.800 ασθενείς. Οι ασθενείς επιλέγουν τον ιατρό τους, τον οποίο και μπορούν να αλλάξουν στο τέλος κάθε χρόνου. Στους ιατρούς αυτούς καταβάλλονται ο βασικός μισθός και δύο επιδόματα (κίνησης και ενοικίου). Η μισθοδοσία τους δεν είναι λοιπόν συνδεδεμένη με τον αριθμό των ασθενών που τους έχουν επιλέξει.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε πριν από μια πενταετία, οι επισκέψεις των ασφαλισμένων στις κλινικές ανέρχονταν, κατά μέσο όρο, σε επτά: μόνον 1% των ασφαλισμένων δεν χρησιμοποιούσαν ποτέ τις υπηρεσίες του ΙΚΑ, ενώ εκτιμήθηκε ότι γύρω στο 15% κατέφευγαν σε ιδιώτες ιατρούς για εξέταση και προσέρχονταν στο ΙΚΑ μόνον για τη συνταγή, ούτως ώστε να επιβαρυνθούν μόνο με το 25% του κόστους των φαρμάκων. Σε πιο πρόσφατη έρευνα*, αποδείχθηκε ότι τέσσερις στους δέκα ασθενείς επισκέπτονται ιδιωτικά ιατρεία ή οδοντιατρεία, τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, γιατί δεν εμπιστεύονται τους ιατρούς του ΙΚΑ ή «για να πάρουν μια δεύτερη γνώμη».

Σε ό,τι αφορά στον ιατρικό εξοπλισμό, το ΙΚΑ είναι αύταρκες μόνον σε ποσοστό 70% περίπου, ενώ διαθέτει δύο αξονικούς τομογράφους, οι οποίοι παθαίνουν συχνά βλάβες. Λόγω αυτών των ελλείψεων και προβλημάτων συμβάλλεται με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Ο σημερινός διοικητής του ΙΚΑ έχει λάβει μια σειρά από αξιόπαινα μέτρα για την αποτροπή του φαινομένου, όπου οι ασθενείς αναπέμπονται από ιατρούς που απασχολούνται στο ΙΚΑ στα κέντρα αυτά. Το ΙΚΑ διαθέτει ορισμένα δικά του νοσοκομεία ενώ είναι παράλληλα συμβεβλημένο με πολλές μικρές ιδιωτικές κλινικές, στις οποίες καταβάλλει το ίδιο χαμηλό νοσήλιο όπως και στα δημόσια νοσοκομεία.

Ο ΟΓΑ

Ο ΟΓΑ καλύπτει τον πληθυσμό των αγροτικών περιοχών και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι υπηρεσίες που παρέχει προσφέρονται αφενός μέσω κέντρων υγείας στελεχωμένων με μόνιμο προσωπικό και αφετέρου μέσω ενός δικτύου περιφερειακών ιατρείων στελεχωμένων με ιατρούς που κάνουν την ετήσια υποχρεωτική τους θητεία στην επαρχία κατά τον πρώτο χρόνο μετά την αποφοί-

* Θεοδώρου Μ., *Η Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη στο ΙΚΑ: Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού γιατρού*. Ινστιτούτο Μελέτης και Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, 1993.

τησή τους. Ο μέσος πληθυσμός ευθύνης ενός κέντρου υγείας είναι 15.000, ενώ δεν υπάρχει σύστημα ραντεβού ή σύστημα παραπομπής των ασθενών σε ειδικευμένους ιατρούς και νοσοκομεία. Επιπλέον, δεν παρέχεται επαρκής οδοντιατρική φροντίδα. Η στελέχωση των κέντρων υγείας σε ιατρικό προσωπικό φτάνει μόνο στο 50% των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων.

Το ΤΕΒΕ

Η κύρια ασφάλιση για τους αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες καλύπτει το 14,2% του συνολικού ασφαλισμένου πληθυσμού και παρέχει δικαίωμα επισκέψεων σε ιδιωτικούς ιατρούς εννέα ειδικοτήτων. Οι ιατροί αυτοί αμείβονται με βάση τον αριθμό των ασφαλισμένων για τους οποίους είναι υπεύθυνοι [capitation] και τους οποίους δέχονται για τέσσερις περίπου ώρες τα απογεύματα στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μαζί με τους άλλους ασθενείς τους. Οι αμοιβές είναι χαμηλές και αυτό καθιστά δύσκολη την εξεύρεση ιατρών που να είναι διατεθειμένοι να συμβληθούν με το ΤΕΒΕ. Από την άλλη πλευρά, οι μισές περίπου από τις επισκέψεις των ασφαλισμένων του ΤΕΒΕ γίνονται στα δημόσια νοσοκομεία, αφού οι συμβεβλημένοι με το ΤΕΒΕ ιατροί δεν είναι διαθέσιμοι το πρωί, αλλά μόνον το απόγευμα. Η κατανάλωση φαρμάκων, καθώς και η χρήση διαγνωστικών κέντρων από μέρος των ασφαλισμένων στο ΤΕΒΕ έχουν αυξηθεί, αλλά ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να παρακολουθήσει ή να ελέγξει τις συνεπαγόμενες δαπάνες. Με δεδομένη τη χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, το ΤΕΒΕ είναι συμβεβλημένο με ιδιωτικές κλινικές για τη νοσηλευτική περίθαλψη των μελών του. Εδώ το κόστος είναι υψηλό και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αμφιλεγόμενη. Ο νυν διευθυντής του ΤΕΒΕ σχεδιάζει τη δημιουργία τεσσάρων πολυκλινικών (δύο στην Αθήνα και από μία στην Θεσσαλονίκη και στην Λάρισα), οι οποίες θα είναι στελεχωμένες με οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων και θα παραμένουν ανοικτές ολόκληρο το εικοσιτετράωρο. Το ΤΕΒΕ δεν παρέχει οδοντιατρική φροντίδα.

Δημόσιο και Τράπεζες

Η ασφάλιση των δημοσίων υπαλλήλων καλύπτει περίπου το 4,5% του ασφαλισμένου πληθυσμού και παρέχει το δικαίωμα επισκέψεων σε συμβεβλημένους ιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη [fee-for-service]. Παρά ταύτα, το ύψος των παρεχομένων αμοιβών είναι χαμηλό και οι ασθενείς μπορεί να χρειασθεί να τις συμπληρώνουν με δικά τους χρήματα.

Οι τράπεζες παρέχουν την υψηλότερη υγειονομική περίθαλψη. Οι περισσότερες από αυτές πληρώνουν τους συμβεβλημένους ιατρούς κατά πράξη [fee-for-service]. Οι ασφαλισμένοι έχουν συνήθως πλήρη ελευθερία επιλογής ιατρού, οδοντιάτρου και νοσοκομείου. Τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία των τραπεζών λειτουργούν σε απολογιστική βάση [reimbursement].

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Επισκέψεις στο ιατρείο και φάρμακα

Ο ΟΟΣΑ δεν διαθέτει στοιχεία σχετικά με το ύψος των κατά κεφαλή επισκέψεων στο ιατρείο ή κατ'οίκον. Ο σχετικός αριθμός πρέπει να κυμαίνεται γύρω στο 8 (βλ. Πίνακα 6). Η κατανάλωση φαρμάκων είναι υψηλή: μόνο η Γαλλία παρουσιάζει μεγαλύτερη κατανάλωση.

Η χρησιμοποίηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ για τη χρησιμοποίηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών δεν επιδέχονται εύκολες συγκρίσεις μεταξύ των διαφορετικών χωρών, αφού είναι δύσκολο να καθιερωθεί ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει και υπηρεσίες για τη γηριατρική ή την ψυχιατρική φροντίδα. Τα διαθέσιμα στοιχεία πάντως υποδηλώνουν πως οι Έλληνες είναι από τους χαμηλότερους χρήστες νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (βλ. Πίνακα 7).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι έντονα προσανατολισμένο στη θεραπεία και βασίζεται υπερβολικά στη χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Δεν υπάρχει μεγάλη συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα, με την εξαίρεση μερικών από εκείνους τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τον ιδιωτικό τομέα. Δημιουργείται η εντύπωση ότι οι ασθενείς περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος, προκαλώντας περιπέτες επισκέψεις στην προσπάθειά τους να βρουν κάποιον ιατρό τον οποίο θα μπορούν να εμπιστευθούν. Εάν χρειαστούν ιατρό κατά τις νυκτερινές ώρες, θα πρέπει να ταλαιπωρηθούν πολύ περισσότερο για να εξυπηρετηθούν. Με τα διεθνή μέτρα, το κόστος της υγειονομικής φροντίδας, αν υπολογιστεί ορθά, είναι υψηλό για μια χώρα με το βιοτικό επίπεδο της Ελλάδας.

ΟΙ ΑΤΕΛΕΙΕΣ ΤΟΥ ΙΣΧΥΟΝΤΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ

Στο τμήμα αυτό απαριθμούμε σύντομα ορισμένα από τα αδύνατα σημεία των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών. Έχουμε συνείδηση του γεγονότος ότι η απλή απαρίθμησή τους δεν προσθέτει τίποτε καινούργιο. Τα περισσότερα από όσα εκθέτουμε εδώ είναι γνωστά σε όσους σχετίζονται με το ελληνικό σύστημα υγείας και συνιστούν χρόνιες καταστάσεις. Αρχίζουμε με τη μνεία δύο αδυναμιών, στις οποίες οι γνώμες που τέθηκαν υπόψη μας απέδωσαν τη μικρότερη σημασία: την αδυναμία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και τις αντιδεοντολογικές ή ανέντιμες συμπεριφορές.

Οι αδυναμίες στη δημόσια υγεία

Κατά τη μελέτη της εκπαίδευσης, των συνθηκών εργασίας και του αριθμού των ιατρών που φέρουν την ευθύνη για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα, εντυπωσιαστήκαμε από μια σειρά προβλημάτων και ατελειών. Παρά το γεγονός ότι οι επιμέρους νομαρχίες απασχολούν ιατρούς για τη δημόσια υγεία, οι ιατροί αυτοί έχουν μόλις αποφοιτήσει και βρίσκονται στο στάδιο της ετήσιας υποχρεωτικής θητείας τους. Στη χώρα υπάρχουν μόνο 15 ειδικευμένοι ιατροί δημόσιας υγείας. Η κατανομή των ιατρών που ασχολούνται με την δημόσια υγεία δεν είναι αντίστοιχη με τις ανάγκες του πληθυσμού. Ο ρόλος της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα βασίζεται, σε μεγάλο βαθμό, σε ξεπερασμένες αντιλήψεις, και έχει γραφειοκρατικό χαρακτήρα, αφού αφορά σε δραστηριότητες όπως η παροχή αδειών λειτουργίας σε εστιατόρια, κομμωτήρια, πισίνες κ.ο.κ.

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν έχουν πραγματικές αρμοδιότητες πάνω σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και, συνακόλουθα, οι ιατροί της δημόσιας υγείας δεν θεωρούν ότι φέρουν ανάλογες ευθύνες. Η σχέση μεταξύ των ιατρών δημόσιας υγείας με το υπόλοιπο ΕΣΥ έχει μάλλον γραφειοκρατικό, παρά επιχειρησιακό ή συναδελφικό χαρακτήρα. Έτσι, οι ιατροί δημόσιας υγείας δεν έχουν τη δικαιοδοσία να πα-

ρακολουθούν, να αναθεωρούν και να αξιολογούν τις υπηρεσίες των άλλων τομέων του συστήματος.

Η κοινωνική θέση, η αμοιβή και οι συνθήκες εργασίας των ιατρών δημόσιας υγείας βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο σε σχέση με τις αντίστοιχες των νοσοκομειακών ιατρών. Είναι λοιπόν επόμενο τα άτομα που εργάζονται στη δημόσια υγεία να θεωρούνται τελικά ιατροί «δεύτερης ποιότητας», που δεν κατάφεραν να ασχοληθούν με την κλινική ιατρική. Στις ιατρικές σχολές, η προπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία είναι, κατά τη γνώμη μας, ανεπαρκής, και ορισμένες φορές πληκτική. Από την άλλη πλευρά, η μεταπτυχιακή επιμόρφωση στην δημόσια υγεία κρίναμε ότι είναι εν μέρει καλή, μολονότι υστερεί σε αρκετά σημεία όντας προσανατολισμένη περισσότερο στη θεωρία παρά στην πράξη. Σύμφωνα με τις πληροφορίες μας, η συμμετοχή στο πρόγραμμα της Σχολής Δημόσιας Υγείας γίνεται περισσότερο για την απόκτηση τυπικών προσόντων, παρά επειδή έτσι υπηρετούνται αντίστοιχα ενδιαφέροντα ή ανάγκες.

Εκτός από λίγες εξαιρέσεις, δεν φαίνεται να προβληματίζουν καθόλου ούτε οι οργανωτικές αδυναμίες της δημόσιας υγείας, ούτε η αποσύνδεσή της από συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, ούτε η αδυναμία συστηματικής παρακολούθησης γεννήσεων και θανάτων, ούτε οι ελλείψεις σε εργαστηριακά μέσα για τον έλεγχο των επιδημιών, ούτε, τέλος, η αδιαφορία για την ανάγκη σύνδεσης της δημόσιας υγείας με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του ΕΣΥ. Δεν προκαλεί, κατά συνέπεια, καμμία έκπληξη ότι η θέση της Ελλάδας στο ζήτημα των εμβολιασμών είναι από τις χαμηλότερες στην ΕΕ και ότι έχουν σημειωθεί μεγάλες επιδημίες ασθενειών, όπως η ερυθρά και η γαστρεντερίτιδα, που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Η έλλειψη συστηματικής υγειονομικής πολιτικής σε εθνικό και τοπικό επίπεδο για την καταπολέμηση του καπνίσματος και του αλκοολισμού είναι εμφανής σε κάθε επισκέπτη. Ως προς αυτό το σημείο μάλιστα, είναι σκανδαλώδης η αδιαφορία που περιβάλλει το γεγονός ότι καπνίζουν ακόμη και όσοι ασχολούνται με την υγειονομική φροντίδα και την υγειονομική πολιτική. Η απουσία τακτικών αντικειμενικών εκτιμήσεων των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε τοπικό (ή εθνικό) επίπεδο με την υποβολή αναφορών για τη δημόσια υγεία μπορεί να οδηγήσει μόνο στην αύξηση των αναποτελεσματικών, ανεπαρκών και ακατάλληλων υπηρεσιών υγείας.

Είμαστε της άποψης ότι καμμία μέχρι στιγμής κυβέρνηση δεν έχει εξαγγείλει κάποια σαφή πολιτική για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού - κάποια πολιτική που να διέπεται από συγκεκριμένους δείκτες και στόχους, υλοποιώντας έτσι την πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, την οποία η Ελλάδα έχει προσυπογράψει.

Εάν η Ελλάδα επιθυμεί να αποκτήσει συγκροτημένη πολιτική υγείας και να διαθέσει ορθολογικά τους πόρους της σε όσους πράγματι έχουν ανάγκη, τότε χρειάζεται να επεξεργαστεί σχέδιο ανάπτυξης για τη δημόσια υγεία και τους λειτουργούς της. Ένα τέτοιο σχέδιο εκτίθεται στο Κεφάλαιο 4, παρακάτω.

Αντιδεοντολογικές συμπεριφορές

Μάθαμε ότι οι παρακάτω πρακτικές είναι συνηθισμένες. Από την ίδια τους τη φύση όμως δεν επιτρέπουν να εκτιμήσουμε ούτε την ακριβή τους έκταση ούτε τα συνολικά χρηματικά ποσά που συνεπάγονται.

1. Τα «φακελάκια» συνήθως δίδονται σε ορισμένους ιατρούς οι οποίοι εργάζονται στα νοσοκομεία ή αλλού και οι οποίοι μερικές φορές τα απαιτούν. Δίδονται επίσης μερικές φορές και στους νοσηλευτές. Ένας από τους ανθρώπους που κατέθεσαν στην επιτροπή διατύπωσε την άποψη ότι το εισόδημα από αυτήν την πηγή για τον ιατρό μπορεί να ανέρχεται σε 250.000 δρχ. το μήνα. Μεγάλες αμοιβές μπορεί να απαιτούνται από τον ασθενή, είτε για να χειρουργηθεί από κάποιον συγκεκριμένο ιατρό, είτε για να εξασφαλίσει έγκαιρη νοσηλεία. Αυτού του τύπου οι πληρωμές μπορεί να ανέρχονται και σε 1.000.000 δρχ.
2. Ορισμένες φαρμακευτικές εταιρείες είναι διατεθειμένες να πληρώνουν μετρητά κάθε μήνα σε όσους ιατρούς δίνουν συχνά συνταγές με τα δικά τους φάρμακα. Πληροφορηθήκαμε ότι οι σχετικές πληρωμές μπορεί να ανέρχονται σε 250.000 δρχ. το μήνα. Από την άλλη πλευρά, οι ιατροί μπορεί να πληρωθούν για το κόστος μετάβασης και διαμονής σε «συνέδρια» που οργανώνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες σε μακρινές και ακριβές περιοχές, εάν δεχθούν να δίνουν συνταγές με τα προϊόντα αυτών των εταιρειών.
3. Ο ιατρός μπορεί να χρηματίζεται για να παραπέμψει τον ασθενή σε συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο ή σε συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική. Δεν αποκλείεται ακόμη ο ιατρός να είναι ο ίδιος ένας από τους ιδιοκτήτες του διαγνωστικού κέντρου ή της κλινικής όπου παραπέμπει τους ασθενείς του.
4. Έχουν αναφερθεί περιστατικά, όπου ιατροί του ΙΚΑ χρηματίζονται, επειδή παρέπεμπαν τους ασθενείς τους σε συγκεκριμένα φαρμακεία.
5. Δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο για ιατρούς (είτε των πολυϊατρείων του ΙΚΑ είτε άλλων υπηρεσιών) να χρησιμοποιούν τη θέση τους για να κατευθύνουν τους ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
6. Ιδιαίτερα στους ασφαλισμένους του δημοσίου, οι ιατροί μπορεί να ζητούν αποζημίωση για περισσότερες από μία επισκέψεις.
7. Υπάρχει η υπόνοια ότι οι ιατροί αποφεύγουν να τηρούν ιατρικά αρχεία, για λόγους φοροδιαφυγής.
8. Όπως προαναφέρθηκε, οι ιατροί έχουν υπονομεύσει τις προσπάθειες για τη βελτίωση της εξυπηρέτησης των ασθενών στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ.

Οι παράνομες πληρωμές συνιστούν βασική αιτία της έλλειψης εμπιστοσύνης του κοινού προς τις υγειονομικές υπηρεσίες. Μολονότι οι πρακτικές αυτού του τύπου είναι γνωστές, κανένας ιατρός δεν έχει τιμωρηθεί για τέτοιες πράξεις τα τελευταία χρόνια, αν και υφίσταται σχετικός κώδικας ιατρικής δεοντολογίας.

Η έλλειψη ικανοποίησης και εμπιστοσύνης από το κοινό

Η δυσaréσκεια του κοινού φαίνεται από τον ίδιο τον τρόπο χρήσης των υπηρεσιών στην Ελλάδα σήμερα. Πολλοί ασθενείς, ενώ πληρώνουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές για υγειονομική περίθαλψη, δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το ταμείο τους. Αντιθέτως προσφεύγουν στα μεγάλα νοσοκομεία, ακόμη κι όταν δεν αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα υγείας. Πάρα πολλοί ασθενείς απλώς παρακάμπτουν τις υγειονομικές υπηρεσίες του τόπου διαμονής τους και προσφεύγουν απευθείας στα γνωστά νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων ή, αν έχουν τα χρήματα, σε γνωστούς ιδιώτες ιατρούς. Η δυσφορία του κοινού φαίνεται ακόμη από τη διαδεδομένη συνήθεια να πληρώνουν ορισμένους ιατρούς με «φακελάκια». Είναι κοινή πεποίθηση ότι οι ιατροί θα προσέξουν πραγματικά τον ασθενή, μόνον αν πάρουν «φακελάκι».

Οι απόψεις των πολιτών στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας τους συνοψίζονται στον Πίνακα 8. Τα ευρήματα προέρχονται από μια έρευνα [Eurobarometer] που έγινε το 1992. Στα κράτη-μέλη του Νότου, η πλειονότητα δεν θεωρεί ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες διακρίνονται από υψηλή ποιότητα. Αλλά και σε αυτή την κατηγορία η Ελλάδα ξεχωρίζει, αφού παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες και το υψηλότερο ποσοστό απόψεων που τις κρίνουν ανεπαρκείς. Τα δύο τρίτα του πληθυσμού δηλώνουν διατεθειμένα να επιβαρυνθούν με μεγαλύτερη φορολογία για την υγειονομική περίθαλψη.

Στην ίδια πάντοτε θεματική, θα πρέπει να συμπεριλάβουμε το χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών για τους ψυχικά ασθενείς και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Το συγκεκριμένο πρόβλημα συνιστά σοβαρό ζήτημα, αφού οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τη δυσaréσκειά τους. Ένα μεγάλο μέρος αυτών των υπηρεσιών παρέχεται ακόμη σε παλαιά κτίρια ασύλων του 19ου αιώνα «με το στίγμα της κοινωνικής απομόνωσης για τους ψυχικά ασθενείς και την υποτίμηση της ανθρώπινης αξίας».* Η Ελλάδα έχει καθυστερήσει στην υιοθέτηση της πολιτικής που είχε προ πολλού προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σχετικά με τη βελτίωση της άνισης κατανομής των πόρων για την ψυχική υγεία μεταξύ περιοχών και με την εισαγωγή αποτελεσματικού σχεδιασμού. Μια επιτροπή της ΕΕ το 1984 περιέγραψε την κατάσταση στο Δαφνί και στην Λέρο, όπου βρίσκονται τα μεγαλύτερα άσυλα, ως «μοναδική, που απαιτεί ειδική αντιμετώπιση». Σύμφωνα με την αναφορά της επιτροπής:

«Στην Λέρο τα προβλήματα επεκτείνονται πολύ πέραν των τειχών του θεραπευτηρίου και επηρεάζουν ολόκληρο το νησί. Η εντύπωση που αποκόμισε η ομάδα της ΕΕ είναι ότι η χρησιμοποίηση της Λέρου για τόσα πολλά χρόνια, ίσως αιώνες, ως σκουπιδότοπου για ανεπιθύμητους (λεπρούς, κατάδικους, πολιτικούς εξορίστους

* Yfantopoulos, J.N. "Social and economic policies in Mental Health Services" Schwefel, D. et.al. (eds.), *Costs and Effects of Managing Chronic Psychotic Patients*, Springer-Verlag, Berlin, 1988, pp. 51-75.

και, τώρα, καθυστερημένα παιδιά και ψυχασθενείς) έχει οδηγήσει στον εκφυλισμό της ζωής και του πολιτισμού ολόκληρου του νησιού».*

Τη στιγμή αυτή εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα που καλύπτει την περίοδο 1992-2000 και χρηματοδοτείται εν μέρει από την ΕΕ. Σκοπός του είναι η δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων, οι οποίες θα αποβλέπουν στην αποτροπή της εξέλιξης της ψυχικής ασθένειας σε χρόνια κατάσταση, στην επιστροφή των ασθενών στην κοινωνία και στην παροχή ειδικής εκπαίδευσης.** Επειδή το συγκεκριμένο θέμα έχει τόσο πρόσφατα μελετηθεί από διεθνή επιτροπή και έχει καταρτιστεί το σχετικό σταδιακό πρόγραμμα για την αντιμετώπισή του, δεν του αφιερώνουμε την προσοχή που κάτω από άλλες συνθήκες θα απαιτούσε.

Μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες

Ανάμεσα στις διαφορετικές περιοχές της χώρας υφίστανται πολύ μεγάλες διακυμάνσεις στην ποσότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τούτο οφείλεται εν μέρει μόνο στον τρόπο με τον οποίο ο πληθυσμός χρησιμοποιεί τις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι δημόσιες δαπάνες από τον προϋπολογισμό υγείας κυμαίνονται από 18.310 δρχ. κατά κεφαλή για την Κεντρική Ελλάδα σε 43.124 δρχ. για την Αττική. Στην Αττική αναλογεί ένας ιατρός κέντρου υγείας για 1.510 άτομα, ενώ στην Πελοπόννησο η αναλογία είναι ένας ιατρός για 3.284 άτομα. Η παροχή νοσοκομειακών κλινών κυμαίνεται από 2,9 κλίνες για 10.000 άτομα στη Δυτική Ελλάδα σε 6,9 κλίνες για 10.000 άτομα στην Αττική. Εάν συναθροίσουμε τους ιατρούς του ΕΣΥ και τους ιδιώτες ιατρούς, τότε ο αριθμός τους για την Αττική ανέρχεται σε 20.390, ενώ για την Δυτική Μακεδονία σε 476.

Υπερσυγκεντρωτισμός και γραφειοκρατική διοίκηση

Η θέσπιση πολιτικών, η χρηματοδότηση και ο έλεγχος στρατηγικών θεμάτων στελέχωσης εκπορεύονται συγκεντρωτικά από το κέντρο. Οι νομαρχίες εξαρτώνται από το κέντρο για εκείνους τους πόρους που κατανέμουν στις κατά τόπους υγειονομικές υπηρεσίες.

Η έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες

Η δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα τόσο πολλών εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας οδηγεί σε άκαμπτες μισθολογικές κλίμακες και στην περιορισμένη δυνατότητα της τοπικής διοίκησης (στο βαθμό που υφίσταται) να ανταμείβει την ευσυνειδησία και να τιμωρεί την αμέλεια ή την αδιαφορία. Η έλλειψη κινήτρων αφορά όλες σχεδόν τις βαθ-

* Commission of the European Communities, *Reform of Public Mental Health Care in Greece*, Brussels, 1984.

** Madianos, M.G. and Yfantopoulos, J.N., *Final Monitoring Report on the Greek Psychiatric Reform*, Athens, 1991.

μίδες του προσωπικού. Το μοναδικό κίνητρο για τον εργαζόμενο είναι να φύγει όσο το δυνατόν νωρίτερα από τη δουλειά του.

Οι ιατροί αισθάνονται ελάχιστη επαγγελματική ικανοποίηση, όπως ελάχιστη ικανοποίηση νιώθουν και οι ασθενείς για την έλλειψη συνέχειας στην ιατρική φροντίδα, την απουσία φιλικής και ευγενικής αντιμετώπισης και την ταλαιπωρία που συνεπάγεται η προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας - και ιδιαίτερα στα κορεσμένα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία δεν διαθέτουν τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών. Τέλος, η εκπροσώπηση των «καταναλωτών» απουσιάζει παντελώς από τις υπηρεσίες υγείας.

Η έλλειψη ιατρικών αρχείων ή ενός αποτελεσματικού συστήματος ιατρικής πληροφόρησης

Το σύστημα δεν διαθέτει ιατρικά αρχεία ή δίκτυο ιατρικής πληροφόρησης, το οποίο να ενημερώνει για την κατανομή των υγειονομικών πόρων ή, κατά μείζονα λόγο, για τα τελικά αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας. Οι περισσότεροι ιατροί δεν τηρούν αρχεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ όσα αρχεία υπάρχουν δεν είναι προσπελάσιμα. Ένας από τους λόγους είναι ο φόβος ότι τα αρχεία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη σύλληψη της φοροδιαφυγής.

Η έλλειψη οικονομικής αποδοτικότητας

Μολονότι ο αριθμός του απασχολούμενου προσωπικού ελέγχεται αυστηρά, οι ετήσιοι προϋπολογισμοί δεν τηρούνται. Δεν υπάρχουν μέτρα για τον περιορισμό του κόστους είτε στην προσφορά είτε στην ζήτηση, εκτός από το 10% έως 25% της συμμετοχής του καταναλωτή στο κόστος των φαρμάκων. Οι νοσοκομειακές κλίνες χρησιμοποιούνται με σπάταλο τρόπο. Σε ορισμένα νοσοκομεία ή νοσοκομειακά τμήματα, παρατηρείται χαμηλή κάλυψη και τα χειρουργεία μιας ημέρας δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς. Όπως θα φανεί αργότερα, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις υπερκατανάλωσης φαρμάκων, ιδιαίτερα των υψηλού κόστους αντιβιοτικών τρίτης γενεάς, καθώς και παράλογη χρήση των δαπανηρών διαγνωστικών εξετάσεων. Όχι μόνον παρατηρείται απουσία κινήτρων για υψηλή επαγγελματική απόδοση, αλλά υπάρχουν θετικά κίνητρα για προκλητή ζήτηση υπηρεσιών από μέρους των προμηθευτών [provider-induced demand]. Οι πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης προκαλούν αδικαιολόγητα υψηλό διοικητικό κόστος και χαμηλό συντονισμό στο σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση.

Η ασύμμετρη σύνθεση του προσωπικού

Παρατηρείται αφενός υπερπροσφορά ιατρών (από τους οποίους ορισμένοι έχουν ελλιπή εκπαίδευση) και αφετέρου σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού από το οποίο μόνο μικρός αριθμός έχει εκπαιδευθεί σωστά. Η εκπαίδευση και των δύο κατηγοριών πρέπει να εκσυγχρονιστεί. Δεν υπάρχουν παρά ελάχιστοι γενικοί ιατροί, ενώ ο αριθμός των ειδικευμένων είναι υπερβολικός.

Ακόμη, δεν υπάρχει συνεχής επιμόρφωση ή χρηματοδότηση της έρευνας. Οι φοιτητές είναι άνισα κατανεμημένοι στις ιατρικές σχολές. Επιπρόσθετα, παρατηρείται μεγάλη ένταση μεταξύ των πανεπιστημιακών ιατρών και των ιατρών του ΕΣΥ, εξαιτίας των διαφορετικών όρων απασχόλησής τους: οι πανεπιστημιακοί ιατροί δικαιούνται να ασκούν και ιδιωτική ιατρική, ενώ οι ιατροί του ΕΣΥ είναι αποκλεισμένοι από το δικαίωμα αυτό.

Η έλλειψη εγγυήσεων ποιότητας

Τέλος, δεν υφίσταται στην ουσία κανένα σύστημα για την διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας -πόσο μάλλον της οικονομικής αποδοτικότητας- των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών. Στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που επισκεφθήκαμε δεν φάνηκε να υπάρχει κανένα σύστημα τήρησης ιατρικών φακέλων.

Θα πρέπει να τονιστεί πως οι παραπάνω αδυναμίες δεν παρατηρούνται παντού. Συναντήσαμε ιατρούς οι οποίοι εκτελούν τα καθήκοντά τους με ευσυνειδησία και καταδικάζουν όσους συναδέλφους τους συμπεριφέρονται αντιδεοντολογικά. Σε ένα από τα κέντρα υγείας που επισκεφθήκαμε, γίνεται ειδική προσπάθεια για τη διατήρηση υψηλών επιπέδων στην ιατρική φροντίδα, καθώς και για την εξάλειψη του παράνομου χρηματισμού. Επίσης, επισκεφθήκαμε ένα νοσοκομείο, το οποίο έχει αρχίσει να εισάγει σύστημα μηχανογράφησης.

ΟΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ

Τα σχέδια για τη μεταρρύθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών δεν έχουν λείψει. Ακόμη και κατά την διάρκεια της στρατιωτικής δικτατορίας, ο τότε Υπουργός Υγείας είχε προτείνει τη θέσπιση ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας, το οποίο θα σχεδίαζε την οργάνωση όλου του Τομέα Υγείας, θα εναρμόνιζε τους κανονισμούς των ασφαλιστικών ταμείων, θα άλλαζε την κατανομή των πόρων και θα αποκέντρωνε τις υγειονομικές υπηρεσίες. Προβλεπόταν επίσης η καθιέρωση συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας με οικογενειακούς ιατρούς που θα αμείβονταν με βάση τον αριθμό των ασθενών τους [capitation]. Καμμία από τις προτάσεις αυτού του σχεδίου δεν πραγματοποιήθηκε. Μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας, μια ομάδα εργασίας του ΚΕΠΕ επεσήμανε, το 1976, ότι η μέθοδος αμοιβής των ιατρών ενεθάρρυνε την αύξηση της προκλητής ζήτησης [provider-induced demand] και έθιξε το ζήτημα της παραοικονομίας στην υγειονομική φροντίδα. Η ομάδα πρότεινε την ενοποίηση των τριών βασικών ασφαλιστικών ταμείων.

Το 1980, ο τότε Υπουργός Υγείας προσπάθησε να περάσει νόμο ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση ενός οργανισμού για τον συντονισμό της παροχής υγειονομικής φροντίδας, τη δημιουργία δικτύου ομάδων πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας που θα βασίζονταν σε οικογενειακούς ιατρούς, τη μεταρρύθμιση του Υπουργείου και τη θέσπιση ανώτατου ορίου [numerus clausus] στην εισαγωγή των φοιτητών ιατρικής. Η πρόταση δεν υλοποιήθηκε ποτέ νομοθετικά.

Με την αλλαγή της κυβέρνησης, νομοθετήθηκε το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο απέβλεπε στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού και στη δικαιότερη κατανομή των υγειονομικών πόρων. Το Κράτος θα ήταν υπεύθυνο για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η χρηματοδότηση θα έπρεπε να διενεργείται από ενιαία πηγή και οι διάφορες υπηρεσίες θα όφειλαν να ενοποιηθούν και να αποκεντρωθούν με τοπική συμμετοχή. Τα μέτρα αυτά δεν εφαρμόστηκαν ποτέ. Ο νόμος προέβλεπε ακόμη την απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Πράγματι, ορισμένα από τα ήδη υπάρχοντα ιδιωτικά νοσηλευτήρια αγοράστηκαν από το κράτος, ενώ άλλα αναγκάστηκαν να διακόψουν τη λειτουργία τους εξαιτίας των χαμηλών νοσηλίων που κατέβαλλαν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Οι μισθοί των ιατρών του ΕΣΥ αυξήθηκαν σημαντικά, ενώ τους απαγορεύθηκε νομοθετικά η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής. Ο νόμος όμως αυτός δεν εφαρμόστηκε ποτέ αποτελεσματικά και δεν περιέλαβε τους πανεπιστημιακούς και στρατιωτικούς ιατρούς.

Μια εξέλιξη που δεν είχε προβλεφθεί ήταν η ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, τα οποία λειτουργούν σήμερα χωρίς ειδικούς κανονισμούς και τα οποία ανήκουν, κατά κύριο λόγο, σε ιατρούς. Πληροφορηθήκαμε πως στην Ελλάδα αναλογούν 12,5 αξονικοί τομογράφοι και 21,5 υπερηχογράφοι ανά 1.000.000 άτομα, ενώ στις άλλες χώρες της Ένωσης οι αναλογίες είναι, αντίστοιχα, 5 και 13,5. Η νομοθεσία προέβλεπε την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία θα βασιζόταν στους οικογενειακούς ιατρούς, καθώς επίσης και την ίδρυση κέντρων υγείας, τα οποία θα λειτουργούσαν με σύστημα παραπομπής. Πράγματι, ανεγέρθηκαν σχεδόν 200 αγροτικά κέντρα υγείας (παρότι δεν είναι όλα επαρκώς στελεχωμένα), αλλά το αντίστοιχο δίκτυο των αστικών κέντρων υγείας δεν υλοποιήθηκε ποτέ. Η πρόοδος που έγινε στην εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών είχε θλιβερά αργούς ρυθμούς.

Από το 1992, επιτράπηκε εκ νέου η ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, με τον όρο ότι θα πληρούσαν ορισμένες προδιαγραφές. Επιτράπηκε επίσης στους ιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων να επιλέξουν ανάμεσα στην αποκλειστική ή την μερική απασχόληση. Η επιλογή της μερικής απασχόλησης συνεπαγόταν πολύ χαμηλούς μισθούς, αλλά και το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Μόνο γύρω στους 400 ιατρούς επέλεξαν αυτό το καθεστώς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Δεν είμαστε βεβαίως οι πρώτοι που επισημαίνουμε τις αδυναμίες του ισχύοντος συστήματος. Κυβερνήσεις διαφορετικών κομματικών προελεύσεων έχουν προτείνει μεταρρυθμίσεις - ιδιαίτερα την ενοποίηση ή τον συντονισμό των ασφαλιστικών οργανισμών, την αποκέντρωση των υπηρεσιών και την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα αμείβεται με βάση τον αριθμό των ασθενών του [capitation]. Αλλά καμμία κυβέρνηση δεν έχει μέχρι στιγμής επιδείξει την αποφασιστικότητα που απαιτείται για την εφαρμογή παρόμοιων μεταρρυθμίσεων.

E

ΝΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟ ΟΡΑΜΑ

Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αυτό το Μέρος εκτίθεται ο δικός μας μακροπρόθεσμος οραματισμός σχετικά με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση της υγειονομικής φροντίδας. Σε ορισμένα σημαντικά θέματα προτείνουμε εναλλακτικές λύσεις. Αφήνουμε για το Μέρος III τη διαπραγμάτευση του ερωτήματος που αφορά στον τρόπο εξοικονόμησης των πόρων οι οποίοι θα απαιτηθούν για τις νέες δαπάνες που προτείνουμε.

Στο Μέρος III θα συζητηθεί ακόμη η διαδικασία της μετάβασης από το ισχύον καθεστώς στην κατάσταση που προδιαγράφουμε σε αυτό το Μέρος.

ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΕΠΙΔΙΩΞΕΙΣ

Αρχίζουμε με την απαρίθμηση των γενικών επιδιώξεων που θεωρούμε ότι πρέπει να διέπουν οποιαδήποτε μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Οι επιδιώξεις αυτές είναι οργανωμένες σε τρεις κατηγορίες:

1. Η δημιουργία ενιαίας πολιτικής για τη βελτίωση της υγείας, με διατομεακό συντονισμό και έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την υγειονομική πρόληψη.
2. Η αύξηση της ικανοποίησης του κοινού:
 - Με τη δυνατότητα του κάθε πολίτη να επιλέγει τον ειδικά εκπαιδευμένο οικογενειακό του ιατρό, ο οποίος θα παρέχει συνεχή φροντίδα στους ασθενείς του και θα έχει τα οικονομικά κίνητρα να τους διατηρεί εγγεγραμμένους στο μπρώο του. Το σημείο αυτό συνιστά το ουσιαστικό θεμέλιο της πρότασής μας για το σύστημα υγείας.
 - Με τη βελτίωση της διοίκησης και την παροχή κινήτρων για την αποδοτική λειτουργία όλου του συστήματος.
 - Με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (που μπορεί να επιτευχθεί με μεταρρυθμίσεις στην ιατρική εκπαίδευση) με τη συστηματική εφαρμογή εγ-

γυήσεων ποιότητας, με την προαγωγή της συνεχούς επιμόρφωσης, με τη βελτίωση της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και με την αναβάθμιση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού επαγγέλματος.

- Με την αποκέντρωση, την κοινωνική συμμετοχή και τη θέσπιση διαδικασιών για την αντιμετώπιση παραπόνων.
 - Με τη διασφάλιση ίσων δικαιωμάτων πρόσβασης στο σύστημα και από οικονομική και από γεωγραφική άποψη.
3. Η χρηματοδότηση των μεταρρυθμίσεων με τη δημιουργία κινήτρων οικονομικής αποδοτικότητας, με αλλαγές στα συστήματα αμοιβής των προμηθευτών, με την επιβολή ανωτάτων ορίων στους προϋπολογισμούς και με τον περιορισμό της τωρινής σπατάλης στην συνταγογραφία και την υπερβολική χρήση διαγνωστικών εξετάσεων.

Το υπόλοιπο τμήμα αυτού του Κεφαλαίου αφορά στον πρώτο σκοπό - τη βελτίωση της υγείας.

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

Μας προξένησε κατάπληξη το γεγονός ότι πολύ λίγοι από τους ανθρώπους που κατέθεσαν τις απόψεις τους στην επιτροπή αναφέρθηκαν στο γενικότερο σκοπό της βελτίωσης της υγείας.

Τα στοιχεία που προσκόμισαν αφορούσαν κυρίως στις επιμέρους αδυναμίες του συστήματος ιατρικής φροντίδας. Μόνον ένας από τους εκπροσώπους των πολιτικών κομμάτων αναφέρθηκε στο ζήτημα της βελτίωσης της υγείας με πολύ γενικό τρόπο, παρότι άλλοι (ανάμεσα στους οποίους και πρώην Υπουργοί) αναφέρθηκαν στη σημασία της πρόληψης είτε γενικά είτε μόνον από επαγγελματική σκοπιά. Κανένα από τα πρόσωπα που συζήτησαν με την Επιτροπή δεν έθιξε το σημαντικό ρόλο των λειτουργών της δημόσιας υγείας, παρότι πρόκειται, κατά τη γνώμη μας, για κεντρικό στοιχείο στην προσπάθεια να διασφαλιστεί ευρύτερη βελτίωση του επιπέδου υγείας. Εκείνο που μας ανησυχούσε περισσότερο από οτιδήποτε άλλο ήταν ότι ορισμένα από τα ανώτερα στελέχη του πανεπιστημιακού συστήματος φαίνεται να μην κατανοούν τη σπουδαιότητα της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, τη σημασία των ειδικευμένων λειτουργών της.

ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το περιβάλλον (όπως η στέγη, οι συγκοινωνίες και η απασχόληση) και η συμπεριφορά (όπως το κάπνισμα, οι διαιτητικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ) έχουν ίσως μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στη γενική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού από ό,τι η παροχή κλινικών υπηρεσιών. Παράγοντες κρίσιμης σημασίας στο πλαίσιο αυτό είναι, ακόμη, η κατανομή του εισοδήματος και η έκταση της φτώχειας.

Παρά ταύτα, οι υγειονομικές υπηρεσίες μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη

βελτίωση της ποιότητας ζωής και να προκαλέσουν αξιόλογες βελτιώσεις και σε άλλους τομείς της γενικής κατάστασης υγείας. Με δεδομένο το εύρος των αιτιολογικών παραγόντων, η δημόσια υγεία απαιτεί διεπιστημονικές προσεγγίσεις και ενέργειες.

Μια αποτελεσματική υπηρεσία υγείας οφείλει να επισημαίνει αμέσως τα προβλήματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία και να καταστρώνει ουσιαστικές στρατηγικές για την καταπολέμησή τους. Εάν και όπου δεν υπάρχουν δοκιμασμένες λύσεις, η υπηρεσία δημόσιας υγείας οφείλει να εξασφαλίζει τη διεξαγωγή της απαραίτητης έρευνας, ούτως ώστε να αποκτήσει την αναγκαία γνώση για την επισήμανση των προβλημάτων, τον προσδιορισμό των ενδεικνυόμενων λύσεων και την εξεύρεση των κατάλληλων μεθόδων εφαρμογής τους. Το σύστημα πληροφόρησης που η υπηρεσία θα πρέπει να αναπτύξει, οφείλει να παρέχει τους απαραίτητους μηχανισμούς για την υλοποίηση αυτών των στόχων.

Μολονότι η υγεία του ελληνικού πληθυσμού ποτέ δεν ήταν σε καλύτερα επίπεδα, διατυπώνονται παράπονα για τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Όσοι ασχολούνται με τη βελτίωση της δημόσιας υγείας προσκρούουν στην αδυναμία πρόβλεψης και μέτρησης των αποτελεσμάτων που επιφέρουν οι ενέργειες στις οποίες προβαίνουν, ενώ η ζήτηση για υπηρεσίες αυτού του τύπου υπερβαίνει τις δυνατότητες προσφοράς. Το αγαθό της δημόσιας υγείας πρέπει να βρίσκεται πάνω από πολιτικές ιδεολογίες.

Η στρατηγική προσέγγισης του υγειονομικού σχεδιασμού απαιτεί τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Όμως για την περιγραφή της παρούσας κατάστασης και την κατάστρωση σχεδίου προς την επίτευξη αυτών των στόχων, είναι συχνά αναγκαίος ο προσδιορισμός ενδιάμεσων αντικειμενικών σκοπών, όχι μόνο για την υγεία γενικώς, αλλά και για τις πλέον σημαντικές παραμέτρους της, καθώς και για τις διαδικασίες αλλαγών σε αυτές τις παραμέτρους. Τούτο πιθανώς οφείλεται στο ότι η ίδια η βελτίωση της υγείας επιτυγχάνεται αργά, ή στο ότι τα αποτελέσματα στον τομέα αυτό σχετίζονται κατά περίπλοκο τρόπο με πληθώρα αιτιολογικών παραγόντων - και, κατά συνέπεια, οι επεμβάσεις πρέπει να γίνονται με στόχο την αντιμετώπιση επιμέρους παραμέτρων παρά με στόχο την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων.

Εάν οι αντικειμενικοί σκοποί πρόκειται να αποτελέσουν οδηγό της πολιτικής και του προγραμματικού σχεδιασμού, τότε θα πρέπει να συνοδεύονται από μετρήσιμους δείκτες για την κατάσταση της υγείας, για τους παράγοντες που την επηρεάζουν και για τα επίπεδα παροχής των σχετικών υπηρεσιών. Οι δείκτες αυτοί οφείλουν επίσης να είναι ευαίσθητοι ως προς τις όποιες αλλαγές ενδέχεται να σημειωθούν στα προβλεπόμενα μεγέθη. Από τη στιγμή που οι δείκτες έχουν προσδιοριστεί, τότε είναι δυνατή η αποσαφήνιση των ρυθμών προσέγγισης των αντικειμενικών σκοπών με την ακριβή προδιαγραφή των απαιτούμενων σταδίων. Δεδομένου ότι η εφαρμογή οποιασδήποτε στρατηγικής δεν είναι αποτελεσματική αν δεν μπορεί να αξιολογηθεί, έπεται ότι η πρόβλεψη του κατάλληλου συστήματος πληροφόρησης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τον αποτελεσματικό στρατηγικό σχεδιασμό.

Αρκετές χώρες έχουν πράγματι επιλέξει να προσεγγίσουν το ζήτημα της βελτίωσης της υγείας γενικά (και όχι μόνον το ζήτημα της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών) με σχεδιασμούς σαφώς στρατηγικού χαρακτήρα, οι οποίοι συνεπάγονται την εκπόνηση συγκεκριμένων χρονοδιαγραμμάτων και τη θέσπιση των σχετικών δεικτών. Μιά τέτοια διαδικασία πρέπει να έχει άμεσους στόχους, όπως:

- Τον προσδιορισμό ορισμένου αριθμού έγκυρων δεικτών, οι οποίοι θα αποδίδουν τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάστασης της υγείας στην Ελλάδα, των καθοριστικών παραμέτρων της υγείας και της παροχής υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία.
- Την συλλογή πληροφοριών, όπου αυτό είναι δυνατό, σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας σε εθνικό επίπεδο, με τη χρήση αυτών των δεικτών, καθώς και με την επισήμανση των τομέων για τους οποίους δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.
- Τον καθορισμό συγκεκριμένων βελτιώσεων και τον έλεγχο της προόδου προς την πραγματοποίησή τους.

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι αυτής της προσπάθειας μπορεί να είναι:

- Ο συντονισμός της συγκέντρωσης και της χρήσης των πληροφοριών (λ.χ. με ετήσιες εκθέσεις).
- Η επισήμανση των ελλείψεων στην πληροφόρηση, σε ό,τι αφορά σε συγκεκριμένους τομείς, και η αντιμετώπιση αυτών των ελλείψεων.
- Η αποσαφήνιση των ευκαιριών που υπάρχουν για την πιθανή βελτίωση της κατάστασης της υγείας, σε σχέση με την προαγωγή της υγείας και με τα προγράμματα πρόληψης των ασθενειών.
- Η παροχή κεντρικής εξουσιοδότησης για τοπικά κίνητρα, όπου η τοπική πληροφόρηση είτε ελλείπει είτε υπόκειται σε μεγάλα δειγματοληπτικά σφάλματα.
- Η παρακολούθηση, με μετρήσιμους δείκτες, των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή τρεχουσών και μελλοντικών στρατηγικών για την υγεία.

Οι στόχοι μπορούν να χρησιμοποιούνται για την υπογράμμιση σημαντικών τομέων της στρατηγικής και για τη μετατροπή της συνολικής πολιτικής σε επιμέρους προγράμματα. Προσφέρουν ακόμη απτά μέσα για την παρακολούθηση της προόδου, ενώ μπορούν να λειτουργήσουν και ως ερεθίσματα για τη συγκέντρωση αξιόπιστων στοιχείων. Τα σχετικά μειονεκτήματα από τον προσδιορισμό των στόχων είναι το ενδεχόμενο να δοθεί λανθασμένη προτεραιότητα σε ό,τι είναι μετρήσιμο και το ενδεχόμενο να θεωρηθούν απλουστευτικοί, εξωπραγματικοί ή απραγματοποίητοι.

Παρόλο που οι σκοποί και οι στόχοι έχουν εθνικό πλαίσιο αναφοράς, οι μηχανισμοί για την πραγμάτωσή τους συχνά διαφέρουν ανάλογα με τις τοπικές ιδιαιτερότητες. Κατά συνέπεια, οι στόχοι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τρόπο που να υπαγορεύουν τα συγκεκριμένα αναγκαία προγράμματα για την επίτευξη των απαιτούμενων βελτιώσεων.

Στον κάθε επιμέρους τομέα, οι στόχοι θα πρέπει να υποδιαιρεθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Βελτίωση του επιπέδου υγείας.
- Μείωση των κινδύνων.
- Βελτίωση των υπηρεσιών και της προστασίας.
- Εποπτεία και ανάγκες συλλογής πληροφοριών.

Ορισμένα παραδείγματα τομέων προτεραιότητας για την Ελλάδα, παρόμοια με όσα ισχύουν και στην υπόλοιπη Ευρώπη, θα μπορούσαν να είναι:

1. Το κάπνισμα.
2. Το αλκοόλ και οι βλάβες που προκαλεί.
3. Οι ναρκωτικές ουσίες.
4. Η διατροφή.
5. Η σωματική άσκηση.
6. Η ψυχική υγεία.
7. Το υγιεινό φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.
8. Οι τραυματισμοί από ατυχήματα.
9. Η υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο εργασίας.
10. Ο έλεγχος των γεννήσεων.
11. Η μητρική και βρεφική υγεία.
12. Η παρακολούθηση και ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων, της ασθένειας του AIDS και των εμβολιασμών.
13. Ο έλεγχος της αρτηριακής υπέρτασης.
14. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο.
15. Η στοματική υγεία.
16. Οι φυσικές αναπηρίες και οι αναπηρίες των αισθητηρίων οργάνων.

Επιπρόσθετα, η Ελλάδα έχει και κληρονομικές ασθένειες, όπως οι θαλασσαιμίες.

Οι δείκτες και οι στόχοι πρέπει:

- Να είναι αξιόπιστοι.
- Να διακρίνονται από σαφήνεια.
- Να ιεραρχούνται από προτεραιότητες.
- Να μην αντιφάσκουν μεταξύ τους.
- Να είναι πραγματοποιήσιμοι.
- Να είναι ισορροπημένοι.
- Να μπορούν να μετρηθούν.
- Να είναι σύμφωνοι προς την ισχύουσα ηθική.

Ο προσδιορισμός τέτοιων στόχων θα επέτρεπε στην Ελλάδα να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας, ανάλογη με αυτή των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και θα έδινε τη δυνατότητα επιλογής διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων μέσα σε προσυμφωνημένο πλαίσιο.

ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η σύγχρονη πολιτική υγείας απαιτεί τη δημιουργία αποτελεσματικών πηγών πληροφόρησης για την συστηματική διαχείριση όλων των ζητημάτων που επηρεάζουν την υγεία του κοινού. Η λειτουργία αυτή επιτελείται από ειδικούς λειτουργούς της δημόσιας υγείας (οι οποίοι δεν είναι αναγκαίο να έχουν πάντα ιατρική εκπαίδευση) και περιλαμβάνει:

1. Τον καθορισμό και την ερμηνεία της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, καθώς και των επιμέρους παραγόντων που την επηρεάζουν.
2. Τον προσδιορισμό των απαιτήσεων της υγειονομικής φροντίδας, με στόχους την προαγωγή και το σχεδιασμό της παροχής υπηρεσιών, καθώς και την παρακολούθηση και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του όλου συστήματος.
3. Την ανάπτυξη υπηρεσιών πληροφόρησης για την παροχή στοιχείων που θα υποστηρίζουν το έργο του συστήματος και θα συμβάλλουν στο σχεδιασμό και τη διοίκησή του.
4. Την προαγωγή της υγείας μέσω της υγειονομικής εκπαίδευσης, του εμβολιασμού και της ανοσοποίησης, των διαγνωστικών εξετάσεων και της λήψης προληπτικών μέτρων γενικά.
5. Τον εντοπισμό των επιδημιών και τον έλεγχό τους, σε συνεργασία με όλους τους υπόλοιπους φορείς που φέρουν θεσμική ή επαγγελματική ευθύνη για τις μεταδοτικές ασθένειες.
6. Την επισήμανση των επιπτώσεων που έχουν στον πληθυσμό οι δυσμενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες και η ανάληψη πρωτοβουλιών για τον έλεγχο παρόμοιων κινδύνων, σε συνεργασία με άλλους φορείς που έχουν την ευθύνη για την περιβαλλοντική υγεία.
7. Την επισήμανση των αναγκών συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, όπως τα παιδιά, τα άτομα με σωματικές αναπηρίες, τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και οι ηλικιωμένοι.
8. Την παροχή συμβουλών σε θέματα, όπως ο προγραμματισμός του ιατρικού δυναμικού, η μεταπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση και ο σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων του συστήματος υγείας.
9. Την ανάπτυξη του κατάλληλου εκπαιδευτικού και ερευνητικού έργου.

Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Ως δημόσια υγεία ορίζεται η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας, με το συντονισμό των ενεργειών ολόκληρης της κοινωνίας. Οι βασικές ευθύνες της δημόσιας υγείας είναι η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, η διακρίβωση των υγειονομικών του αναγκών, η καλλιέργεια μέτρων που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας και η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Όπως προαναφέρθηκε, στο έργο της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται:

- Ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών και η περιβαλλοντική υγεία.
- Η εξυπηρέτηση ομάδων με ειδικές ανάγκες.
- Η διαχείριση των πόρων του συστήματος υγείας.
- Ο σχεδιασμός και η διοίκηση.
- Η έρευνα, η εκπαίδευση και η επιμόρφωση.

Στην Ελλάδα, όπως και σε όλες τις χώρες της ΕΕ απαιτείται η δημιουργία ενός πυρήνα ιατρών δημόσιας υγείας, οι οποίοι θα συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας και στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία και τις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι ιατροί δημόσιας υγείας συμβάλλουν, από ιατρική άποψη, στις ακόλουθες δραστηριότητες:

(1) Χρησιμοποιούν επιδημιολογικές μεθόδους για:

- Τον προσδιορισμό και την περιγραφή των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.
- Τον εντοπισμό των περιβαλλοντικών και κοινωνικών κινδύνων στην υγεία.
- Την αποσαφήνιση των αιτιών και των αιτιολογικών παραγόντων των ασθενειών.

(2) Αναλαμβάνουν την παρακολούθηση του ελέγχου των μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών.

(3) Συμβουλεύουν όσους φέρουν την ευθύνη για το σχεδιασμό και τις προτεραιότητες των σχετικών υπηρεσιών.

(4) Συμμετέχουν στην επεξεργασία της πολιτικής για την πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας και την υγειονομική διαφώτιση.

(5) Αξιολογούν την εφαρμογή και τα αποτελέσματα (αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα) της υγειονομικής πολιτικής και των υπηρεσιών που παρέχονται στον πληθυσμό.

Αποδίδουμε μεγάλη σημασία στην τέταρτη από τις παραπάνω λειτουργίες, επειδή, στην παρούσα φάση, το κοινό τρέφει υπερβολικές προσδοκίες για τις δυνατότητες του συστήματος και, κατ' επέκταση, δεν το χρησιμοποιεί σωστά. Ταυτόχρονα, οι Έλληνες ασθενείς είναι μάλλον δύσπιστοι απέναντι στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας γενικά, εξ αιτίας της άνισης προσπέλασης που έχουν σε αυτό, της συχνής απουσίας δεσμών ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή και των οικονομικών βαρών που προκαλεί. Από την άλλη πλευρά, ο καλός ιατρός αναζητείται, σε περίπτωση ασθένειας, είτε μέσω

των συστάσεων από τον οικογενειακό ή τον φιλικό περίγυρο, είτε με κριτήριο τη σχέση του με γνωστά νοσοκομεία.

Οι ίδιοι οι ασθενείς ζητούν τη χρησιμοποίηση νέων τεχνολογιών (όπως λ.χ. αξονικών τομογραφιών, υπερηχογραφήματων και άλλων διαγνωστικών μεθόδων) και είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερο, ακόμη και για προβλήματα τα οποία, στην πραγματικότητα, είναι ελάχιστος σημασίας. Ορισμένες φορές, οι ασθενείς απαιτούν την παροχή φαρμακευτικής αγωγής (συχνά με ακριβά νέα φάρμακα), μολονότι ενδέχεται να μην την ακολουθήσουν, ακόμη κι αν τους παρασχεθεί. Δεν υπάρχουν εν ενεργεία οργανώσεις ασθενών ή καταναλωτών που να παρέχουν στα μέλη τους πληροφορίες για την υγεία, την υγειονομική φροντίδα και την ποιότητα στον τρόπο παροχής της.

Το κοινό θα πρέπει να ενημερώνεται για τους κινδύνους της κατάχρησης των φαρμάκων, της λήψης φαρμάκων χωρίς συνταγή, καθώς και για τα όρια των διαγνωστικών εξετάσεων. Θα πρέπει επίσης να ενημερώνεται για τις επιζήμιες επιπτώσεις του καπνίσματος, των ναρκωτικών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Χρειάζεται, τέλος, να αναπτυχθεί η έννοια των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Η συλλογή πληροφοριών, που συχνά θα οδηγούν στην άσκηση κριτικής των εν ισχύει πρακτικών, πρέπει να διενεργείται από κάποια ανεξάρτητη αρχή, η οποία δεν θα είναι συνδεδεμένη ούτε με το Υπουργείο Υγείας, ούτε με τους διάφορους ιατρικούς συλλόγους. Η πληροφόρηση σε θέματα υγείας από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορεί να είναι αξιόπιστη, μόνον αν διενεργείται από πρόσωπα κύρους. Αυτό είναι, κατά συνέπεια, το κριτήριο με το οποίο η υπηρεσία ενημέρωσης του κοινού θα πρέπει να επιλέξει τα πρόσωπα του δημοσίου βίου που θα αναλάβουν το έργο της διάδοσης των μηνυμάτων της.

Η χρηματοδότηση της υπηρεσίας ενημέρωσης θα πρέπει να προέλθει από το Υπουργείο Υγείας. Ένας από τους στόχους της θα πρέπει να είναι η μείωση της περιττής ζήτησης υγειονομικών υπηρεσιών από πλευράς κοινού, τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η υπηρεσία θα πρέπει επίσης να προσπαθήσει να αλλάξει τη συμπεριφορά του κοινού. Οι δραστηριότητες αυτές που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας πρέπει να σχεδιαστούν με προσοχή. Για παράδειγμα, η υπερβολική έμφαση στους κινδύνους της υγείας μπορεί να επιφέρει τα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ως προς αυτό το σημείο, υπάρχει πλέον τεράστια διεθνής εμπειρία, που μπορεί να αξιοποιηθεί για την κατάστρωση της πολιτικής για την προαγωγή της υγείας στην Ελλάδα. Αυτού του τύπου η δραστηριότητα θα πρέπει να ιδωθεί ως αναγκαίο τμήμα της υπηρεσίας δημόσιας υγείας. Αλλά είναι αμφίβολο κατά πόσον θα μπορέσει να αποδώσει αποτελέσματα, αν δεν υποστηρίζεται σθεναρά από τον παράλληλο θεσμό του οικογενειακού ιατρού με έντονα προληπτική συνείδηση.

Η ιατρική της δημόσιας υγείας θα πρέπει, για να είναι αποτελεσματική, να θεσπιστεί μέσω:

- του Υπουργείου Υγείας,
- των τοπικών υγειονομικών αρχών,
- των νοσοκομείων και των υπολοίπων διοικητικών τμημάτων του συστήματος υγείας.

Ένας τρόπος για να προσδιοριστούν οι απαιτούμενες ενέργειες στο καθένα απ' αυτά τα επίπεδα μπορεί να είναι η εκπόνηση ειδικής μελέτης για την υγεία του πληθυσμού, από την οποία θα προκύπτουν σαφώς οι διάφορες κατηγορίες αναγκών που χρήζουν αντιμετώπισης, οι τομείς της ελλιπούς παροχής υπηρεσιών και οι δυνατότητες αποδοτικότερης χρησιμοποίησης των πόρων. Η εκπόνηση της μελέτης αυτής και, κατά συνέπεια, η εφαρμογή των πορισμάτων της για την αλλαγή του συστήματος είναι έργο της ιατρικής της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτών των στόχων και ευθυνών, μπορεί να προδιαγραφεί και η σχετική εκπαίδευση που απαιτείται (βλ. Παράρτημα II). Η εκπαίδευση έχει δύο στάδια. Το πρώτο αφορά στην εκπαίδευση στις βασικές επιστημονικές αρχές της δημόσιας υγείας, ενώ το δεύτερο αφορά στην πρακτική άσκηση.

Η ΔΟΜΗ

Η παρουσία της δημόσιας (σε επίπεδο σχεδιασμού) υγείας απαιτείται και στο κέντρο και στην περιφέρεια. Οι ειδικευμένοι λειτουργοί της δημόσιας υγείας πρέπει να βρίσκονται σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, αναλαμβάνοντας συντονιστικούς ρόλους στρατηγικού σχεδιασμού και επιχειρησιακούς ρόλους εφαρμογής των προκρινόμενων στρατηγικών.

Με δεδομένη τη σημαντική συμβολή των λειτουργών της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, είναι απαραίτητος ο διορισμός ανθρώπων οι οποίοι διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις και την αφοσίωση που απαιτεί το λειτούργημα. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν κατοχυρωθεί η θέση τους μέσα στο σύστημα, αν δεν βαρύνονται με περιττές γραφειοκρατικές υποχρεώσεις, αν αμείβονται τουλάχιστον όσο και οι άλλοι ειδικευμένοι ιατροί, αν βρίσκουν επαρκή υποστήριξη και αν έχουν τις κατάλληλες προοπτικές σταδιοδρομίας στην ιεραρχία.

Ο ακριβής αριθμός και η τοποθέτηση των ιατρών δημόσιας υγείας θα εξαρτάται από τη συγκεκριμένη διάρθρωση της υπηρεσίας. Παρά ταύτα, ισχύουν κι εδώ ορισμένες γενικές αρχές. Οι μονάδες δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο θα πρέπει να είναι υπεύθυνες για πληθυσμό 300.000 έως 800.000 ατόμων.

Το μέγεθος αυτό επιτρέπει την ανάπτυξη ορθολογικών συνδυασμών από ειδικότητες. Οι ομάδες των ιατρών δημόσιας υγείας θα χρειάζονται ένα Διευθυντή Δημόσιας Υγείας, καθώς και κάποιον αριθμό επιμέρους ειδικοτήτων, μία από τις οποίες θα έχει την ευθύνη για τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών. Οι υπόλοιπες ειδικότητες θα αναφέρονται στην επιδημιολογία, στην προαγωγή της υγείας, στην αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών ή/και στην ευθύνη για ιδιαίτερες γεωγραφικές περιοχές ή τμήματα του πληθυσμού (όπως λ.χ. οι ηλικιωμένοι ή τα άτομα με ειδικές ανάγκες).

Σε κεντρικό επίπεδο, οι κύριες λειτουργίες που πρέπει να επιτελούνται είναι:

- Η παρακολούθηση του επιπέδου υγείας και των αποτελεσμάτων της υγειονομικής φροντίδας σε εθνικό επίπεδο.
- Η διεύρυνση της κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, την ασθένεια και την ποιότητα ζωής.
- Η εφαρμογή των αλλαγών που απαιτούνται για την επίτευξη της βελτίωσης.

Στο Υπουργείο Υγείας χρειάζεται να τοποθετηθεί ένας Επόπης Δημόσιας Υγείας με τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Να παρακολουθεί το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού και να εισηγείται στο Υπουργείο μέτρα για τη βελτίωσή του.
- Να συμμετέχει στην ανάπτυξη, στη διαμόρφωση και στην εφαρμογή της πολιτικής που αφορά στην υγεία και τις υγειονομικές υπηρεσίες, γνωμοδοτώντας για όλες τις ιατρικές πλευρές της υγειονομικής φροντίδας.
- Να εισηγείται για όλα εκείνα τα ζητήματα της κυβερνητικής πολιτικής που επηρεάζουν την υγεία, όπως η παιδεία, η γεωργία, η βιομηχανία και το περιβάλλον.
- Να εκτελεί χρέη συνδέσμου με το ιατρικό επάγγελμα και άλλες συναφείς επαγγελματικές ομάδες της Ελλάδας και του εξωτερικού.

Η δημόσια υγεία είναι από κάθε άποψη και σε όλα τα επίπεδα συλλογική δραστηριότητα. Εκτός από τους ιατρούς δημόσιας υγείας, η υπηρεσία χρειάζεται να έχει στατιστικούς, οικονομολόγους, ειδικούς επιστήμονες κοινωνικής πολιτικής κ.λπ., καθώς επίσης και επαρκή γραμματειακή υποστήριξη, πρόσβαση στις πηγές πληροφοριών και μηχανοργάνωση.

Η ακριβής οργάνωση και ανάπτυξη αυτών των πόρων απαιτεί περαιτέρω ανάλυση. Ένα όμως από τα εντυπωσιακά μειονεκτήματα της Ελλάδας είναι η έλλειψη επαρκών στατιστικών στοιχείων για τον πληθυσμό, τα οποία έχουν τεράστια σημασία για την εφαρμογή των σύγχρονων μέτρων δημόσιας υγείας, όπως η ανοσοποίηση, οι διαγνωστικοί έλεγχοι και η αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών.

Μια πρόσθετη προϋπόθεση για την ικανοποιητική εφαρμογή των μέτρων είναι η πρόσβαση σε εργαστήρια δημόσιας υγείας, τα οποία θα μπορούν να μελετούν μεγάλο αριθμό δειγμάτων σε περιπτώσεις επιδημίας.

Ο αριθμός των απαιτούμενων ιατρών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα δεν μπορεί να εκτιμηθεί ακριβώς. Έχει όμως σημασία να υπάρξει ο σχεδιασμός για τη δημιουργία ειδικών τομέων στις ιατρικές σχολές - τομέων, τα οποία θα στελεχωθούν από ιατρικές και μη ιατρικές ειδικότητες και τα οποία θα φέρουν την ευθύνη για ένα μέρος του προκλινικού και του κλινικού κύκλου του προγράμματος σπουδών (τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες συνεχούς διδασκαλίας για τον κάθε κύκλο). Επιπρόσθετα, χρειάζεται να ενισχυθούν η επιστημονική οργάνωση και το προσωπικό των Σχολών Δημόσιας Υγείας.

Σε τοπικό επίπεδο, οι ομάδες ιατρών δημόσιας υγείας θα πρέπει, εάν είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν τουλάχιστον τέσσερις ειδικευμένους ιατρούς και τουλάχιστον τέσσερις ειδικούς επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων. Σε κεντρικό επίπεδο, θα χρειαστεί ανάλογος αριθμός στελεχών.

Για την κάλυψη των αυξημένων αυτών αναγκών σε προσωπικό, χρειάζεται ο κατάλληλος σχεδιασμός σε στάδια που είναι:

1. Η ανεύρεση ενός αριθμού από καλά εκπαιδευμένους ιατρούς και η επιμόρφωσή τους στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
2. Η προσέλκυση στη δημόσια υγεία νέων ιατρών υψηλής στάθμης και η παροχή σε αυτούς της ανάλογης εκπαίδευσης στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
3. Η ραγδαία πρόοδος προς την πλήρη ανάπτυξη, μόλις σχημαπισθεί ο μικρός πυρήνας των άριστα εκπαιδευμένων ειδικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1, η Ελλάδα έχει υψηλό επίπεδο υγείας σε σχέση με την οικονομική της ανάπτυξη. Είμαστε πεπεισμένοι ότι η επέκταση και ενίσχυση της λειτουργίας της δημόσιας υγείας αποτελεί τον πλέον αποδοτικό τρόπο για τη διασφάλιση περαιτέρω βελτιώσεων στην υγεία του πληθυσμού.

Η ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Καμμία από τις τρέχουσες ρυθμίσεις των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών δεν διασφαλίζει ικανοποιητική υγειονομική φροντίδα στα μέλη τους, σε ό,τι αφορά στην ά-νεση και την φιλικότητα της εξυπηρέτησης ή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο ότι ελάχιστοι από τους ιατρούς που παρέχουν τις σχετικές υ-πηρεσίες θεωρούν ότι οφείλουν αφοσίωση σε αυτό που κάνουν. Ο κατακερματισμός της χρηματοδότησης οδηγεί και σε κατακερματισμό της απασχόλησης και των ρόλων των ίδιων των ιατρών, οι οποίοι συχνά καλούνται να περιθάλψουν ασθενείς που δεν θα τους ξαναδούν ποτέ. Η πρόταση για την ενοποίηση της χρηματοδότησης της υγειονομι-κής φροντίδας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι βεβαίως παλαιά.

Θεωρούμε όμως πως αυτό αποτελεί καθοριστικής σημασίας παράγοντα για τη δη-μιουργία ενός νέου φορέα που θα έχει τη δυνατότητα και το κύρος να προβεί στις βελ-τιώσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

Ως προς αυτό το σημείο, ταυτιζόμαστε και με τις απόψεις που κατατέθηκαν από ό-σους συζήτησαν μαζί μας. Στην πρόταση της ενοποίησης αναφέρθηκαν ευθέως τρεις πρώην Υπουργοί και οι εκπρόσωποι τριών πολιτικών κομμάτων.

Η ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Βασικό στοιχείο στη συνολική διαδικασία της μεταρρύθμισης αποτελεί η ενοποίηση των χρηματοδοτικών πηγών σε ένα κοινό ταμείο, το οποίο θα διοι-κείται από έναν ενιαίο φορέα.

Το Ενοποιημένο Ταμείο θα πρέπει να λειτουργεί στη βάση της δικής του ξεχωριστής οργανωτικής και διοικητικής δομής. Θα ενεργεί, άμεσα ή έμμεσα, ως «αγοραστής» της ιατρικής φροντίδας, όχι όμως με την απλή πληρωμή των λογαριασμών που θα κατατίθενται σε αυτό, αλλά επιλέγοντας το ίδιο τους φορείς ή τα πρόσωπα στα οποία θα καταβάλλει πληρωμές καθώς και το είδος των υπηρεσιών που θα αγοράζει. Επιπλέον, το Ταμείο θα εισηγείται σχετικά με το συνολικό μέγεθος της χρηματοδότησης που απαιτείται για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

Ως αγοραστής υγειονομικής φροντίδας για την πλειονότητα του πληθυσμού, το Ενοποιημένο Ταμείο θα έχει την αρμοδιότητα για την αξιολόγηση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας, προβαίνοντας στις ανάλογες ενέργειες. Γι' αυτό απαιτείται ένα ισχυρό σύστημα υποστήριξης των αποφάσεών του, το οποίο θα είναι σε θέση να παρέχει λεπτομερέστερα και συνολικότερα στοιχεία σχετικά με τα καταναλωτικά πρότυπα που επικρατούν στη χρήση των υπηρεσιών και τα οποία δεν είναι σήμερα διαθέσιμα.

Απαιτείται ακόμη η δυνατότητα πρόσβασης σε ειδικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι αναγκαίες για την αξιολόγηση των καταναλωτικών αυτών προτύπων, αφού στόχος του Ταμείου θα είναι η ενθάρρυνση της αποδοτικής και αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών, με την άσκηση ελέγχων στο ύψος της χρηματοδότησής τους. Το Ενοποιημένο Ταμείο πρέπει να διαθέτει κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας. Παρά ταύτα, θα πρέπει να λογοδοτεί στον Υπουργό Υγείας.

Η ενοποίηση των πληρωμών δεν συνεπάγεται αναγκαστικά τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων. Τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να παραμείνουν ανεξάρτητα, αλλά θα πρέπει να καταβάλλουν, για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους, τις εισφορές τους στο Ενοποιημένο Ταμείο σε ισόποσα κονδύλια με εκείνα τα οποία τώρα δαπανούν για την υγειονομική φροντίδα. Το ύψος των απαιτούμενων εισφορών του κάθε ταμείου θα μπορεί να αναπροσαρμόζεται, ούτως ώστε να αντιστοιχεί στις μεταβολές του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται στα μέλη του. Το Ενοποιημένο Ταμείο θα έχει την αρμοδιότητα να εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας αυτές τις αναπροσαρμογές, οι οποίες θα διενεργούνται τελικά με υπουργική απόφαση.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί θα διατηρήσουν τις αρμοδιότητές τους στους εξής τομείς:

- Στις συντάξεις.
- Στα επιδόματα σε χρήμα.
- Σε ορισμένες συμπληρωματικές υγειονομικές παροχές (όπως τα γυαλιά οράσεως, η οδοντιατρική φροντίδα των ενηλίκων κ.λπ.).

Στους παραπάνω τομείς, οι παροχές των ταμείων διαφέρουν και δεν υπάρχει λόγος να επιβληθεί ομοιογένεια. Κατά συνέπεια, τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία θα συνεχίσουν να προσφέρουν διαφορετικές παροχές σε αυτούς τους τομείς. Θα διατηρήσουν επίσης τα περιουσιακά τους στοιχεία, υπό τη μοναδική προϋπόθεση ότι θα καταβάλλουν αδιάλειπτα τις εισφορές τους στο Ενοποιημένο Ταμείο.

Το Ενοποιημένο Ταμείο θα συμβάλλεται με (και θα πληρώνει για) όλες εκείνες τις βασικές νοσοκομειακές, ιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονται τώρα από τα υπάρχοντα ασφαλιστικά ταμεία. Οι συμβάσεις και οι πληρωμές θα διενεργούνται μέσω των Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων, τη λειτουργία των οποίων θίγουμε παρακάτω σε αυτό το Κεφάλαιο. Οι βασικές αυτές υπηρεσίες μπορεί να περιλαμβάνουν ορισμένες συμπληρωματικές παροχές, οι οποίες, ανάλογα με την κρίση του Ενοποιημένου Ταμείου, θα πρέπει να δοθούν σε όλα τα μέλη του. Έτσι, θα εξαιρούσαμε την οδοντιατρική φροντίδα των ενηλίκων από την κατηγορία των βασικών υπηρεσιών. Με την πάροδο του χρόνου, το φάσμα των βασικών υπηρεσιών μπορεί να μεταβληθεί: ορισμένες από τις υπάρχουσες υπηρεσίες μπορεί να περιοριστούν ή να σταματήσουν, ενώ μπορεί να προστεθούν νέες. Σε σχέση όμως με την αγορά των βασικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, πρέπει να τονιστεί ότι ο αγοραστής θα είναι μόνο το Ενοποιημένο Ταμείο και όχι τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία. Τα ασφαλιστικά ταμεία θα λειτουργούν μόνον ως αγωγός για τις δαπάνες στην υγειονομική φροντίδα, συλλέγοντας τις εισφορές των μελών τους και μεταβιβάζοντάς τις στο Ενοποιημένο Ταμείο. Συνεπώς, τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία δεν θα πληρώνουν πλέον απευθείας για την περίθαλψη των μελών τους. (Στην πραγματικότητα, τα ταμεία δεν πληρώνουν για την περίθαλψη των μελών τους ούτε σήμερα, αφού μεγάλο μέρος του κόστους καλύπτεται, άμεσα ή έμμεσα, με κρατική χρηματοδότηση).

Η κυβέρνηση θα μεταβιβάσει απευθείας στο Ενοποιημένο Ταμείο τα κονδύλια που σήμερα διοχετεύει μέσω των νομαρχιών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και στα Κ.Υ. καθώς και τα ποσά εκείνα με τα οποία επιδοτεί άμεσα ή έμμεσα τα επιμέρους ταμεία για την υγειονομική φροντίδα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το Ενοποιημένο Ταμείο θα είναι σε θέση να αγοράζει, μέσω διαφόρων συμβάσεων, τις υπηρεσίες αυτών των φορέων, καταβάλλοντας εκείνο το ποσό χρημάτων που αντιστοιχεί στο πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Υπό τις παρούσες συνθήκες, το ύψος των εισφορών των ασφαλισμένων, η αναλογία τους με τις εργοδοτικές εισφορές και το είδος των παροχών διαφέρουν από ταμείο σε ταμείο. Τούτο συνεπάγεται ότι εισφορές στα διαφορετικά ταμεία δεν αντανακλούν τις πραγματικές διαφορές στο εισόδημα ή στην δυνατότητα πληρωμής. Με την ισχύουσα νομοθεσία, οι μέθοδοι με τις οποίες υπολογίζονται οι εισφορές στα διάφορα ταμεία έχουν αρχίσει να αποκτούν κάποια ομοιομορφία. Η δημιουργία ενιαίου ταμείου για την αγορά υπηρεσιών σημαίνει λοιπόν πως το όλο σύστημα εισφορών και παροχών θα γίνει περισσότερο δίκαιο.

Αυτό όμως δεν είναι αναγκαίο στοιχείο της ίδιας της διαδικασίας ενοποίησης. Στην αρχή τουλάχιστον, το μόνο που χρειάζεται να κάνουν τα ασφαλιστικά ταμεία είναι να μεταβιβάσουν τα ποσά που τώρα δαπανούν για την υγειονομική φροντίδα των μελών τους. Κάτι τέτοιο δεν απαιτεί αλλαγές στα ισχύοντα συστήματα εισφορών των διαφόρων ταμείων. Σκοπός της μεταρρύθμισης είναι η ενοποίηση των σημερινών πληρωμών μέ-

σω ενός ενιαίου αγοραστή. Το ζήτημα της δικαιοσύνης σε ότι αφορά στο σύστημα εισφορών μπορεί να αντιμετωπισθεί με πολιτικές αποφάσεις σε μεταγενέστερο στάδιο.

Αυτό που σίγουρα θα αποκτήσει μεγαλύτερη ομοιομορφία είναι το είδος των υγειονομικών υπηρεσιών που θα παρέχονται. Με τη δημιουργία ενιαίου αγοραστικού φορέα για ολόκληρη τη χώρα, οι βασικές παροχές θα είναι ίδιες για όλους όσους καλύπτονται από το Ενοποιημένο Ταμείο και, ελπίζουμε, εξίσου προσιτές σε όλες τις περιοχές της χώρας. Η επιτυχία της μεταρρύθμισης θα κριθεί τότε από το κατά πόσον οι παροχές θα εξισωθούν «προς τα πάνω» και όχι «προς τα κάτω», ακόμη κι αν κάτι τέτοιο δεν μπορεί να επιτευχθεί αμέσως. Εάν η ενοποίηση εκληφθεί ως ζημιόγωνα από τα μέλη των μικρών και προνομιακών ταμείων, τότε είναι πιθανό να συναντήσει σημαντική πολιτική αντίσταση.

Ένα προφανές πρόβλημα είναι πώς μπορεί να επιτευχθεί η εξίσωση των παροχών «προς τα πάνω» χωρίς σημαντικές χρηματικές επιβαρύνσεις στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας, οι οποίες δεν είναι ούτε ως ή άλλως δυνατές υπό τις παρούσες οικονομικές συνθήκες. Πιστεύουμε ότι, μολονότι δεν χρησιμοποιούνται αποδοτικά, οι πόροι που ήδη διατίθενται στην υγειονομική φροντίδα στην Ελλάδα επαρκούν. Ορισμένες αλλαγές στο σύστημα παροχών που προτείνουμε θα προκαλέσουν την απελευθέρωση αυτών των πόρων για πιο αποδοτικές χρήσεις και θα καταστήσουν έτσι δυνατή την εξίσωση των παροχών «προς τα πάνω» εντός του σημερινού πλαισίου δαπανών.

Έχουμε ήδη τονίσει τη σημασία που έχει η ενοποίηση των κύριων χρηματοδοτικών πηγών σε έναν ενιαίο αγοραστή υπηρεσιών. Δεδομένου όμως ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού καλύπτεται από μικρό αριθμό ασφαλιστικών ταμείων, η δημιουργία του Ενοποιημένου Ταμείου μπορεί να γίνει με τη συμμετοχή μόνον του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΤΕΒΕ, του ΤΑΕ και των ασφαλιστικών ταμείων των δημοσίων υπαλλήλων. Γνωρίζουμε ότι, σήμερα, το κράτος καλύπτει χρηματοδοτικά και τη φροντίδα ορισμένων μειονεκτούντων κοινωνικά ατόμων, όπως των απόρων, των ανέργων και ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων στη βόρεια Ελλάδα. Τα κονδύλια αυτά θα πρέπει επίσης να ενταχθούν στο Ενοποιημένο Ταμείο, το οποίο θα αναλάβει έτσι την ευθύνη της αγοράς υγειονομικής φροντίδας για λογαριασμό των συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Από την πλευρά του όμως, το Ενοποιημένο Ταμείο δεν θα πρέπει να επιτρέψει οποιασδήποτε μορφής διακρίσεις στο εσωτερικό του πληθυσμού τον οποίο θα καλύπτει από υγειονομική άποψη. Πιο συγκεκριμένα, δεν θα πρέπει να υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία «απόρων».

Στους υπόλοιπους μικρούς ασφαλιστικούς οργανισμούς μπορεί να δοθεί η δυνατότητα είτε να ενταχθούν στο Ενοποιημένο Ταμείο είτε να διατηρήσουν οι ίδιοι την ευθύνη αγοράς υγειονομικών υπηρεσιών για τα μέλη τους. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η κρατική χρηματοδότηση θα διοχετεύεται πλέον στο Ενοποιημένο Ταμείο και όχι απευθείας στα νοσοκομεία, γεγονός που θα προκαλέσει αναπόφευκτα αύξηση των νοσηλίων για τους εκτός Ενοποιημένου Ταμείου ασθενείς, σε επίπεδα που θα αντιπροσωπεύουν το πραγματικό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Όσοι οργανισμοί επιλέξουν να μείνουν εκτός Ενοποιημένου Ταμείου θα είναι αναγκασμένοι να καταβάλλουν ολόκληρο το κόστος της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των μελών τους. Οι τιμές των υπηρεσιών αυτών δεν θα πρέπει πλέον να ορίζονται με υπουργική απόφαση και ανεξάρτητα από το πόσο πραγματικά κοστίζουν, αφού δεν θα υπάρχουν πιά ξεχωριστές εισφορές κρατικών κονδυλίων για την κάλυψη των ελλειμάτων των διαφόρων νοσοκομείων. Τα νοσήλια που θα χρεώνονται σε όσους δεν καλύπτονται από το Ενοποιημένο Ταμείο θα είναι διαφορετικά από το ένα νοσοκομείο στο άλλο, αντικατοπτρίζοντας τις διαφορές κόστους μεταξύ τους. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων θα χρεώνουν κι αυτά τους ασθενείς για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Τα νοσοκομεία θα χρειαστεί να θεσπίσουν τα κατάλληλα συστήματα κοστολόγησης για τον ακριβή υπολογισμό του συνολικού κόστους λειτουργίας τους, συμπεριλαμβανομένων αφενός της αναλογούσας απόσβεσης κεφαλαίου και αφετέρου του κόστους ευκαιρίας της αξίας χρήσης της γης.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες μας, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες χαίρουν περιορισμένης προνομιακής φορολογικής μεταχείρισης, αφού ο ασφαλισμένος έχει την δυνατότητα να αφαιρεί (μέχρι κάποιο ποσό) τις ασφαλιστικές εισφορές του από το φορολογητέο εισόδημά του. Εφόσον η ενοποίηση των χρηματοδοτικών πηγών αποτελεί θεμελιώδη αρχή της προτεινόμενης μεταρρύθμισης, αυτή η μορφή κρατικής επιδότησης μέσω φοροαπαλλαγών για την ιδιωτική ασφάλιση πρέπει να τερματισθεί. Τούτο δεν σημαίνει ότι δεν αναγνωρίζουμε τον ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης. Μερικοί πολίτες μπορεί κάλλιστα να είναι διατεθειμένοι να πληρώνουν στα νοσοκομεία περισσότερα χρήματα από όσα είναι σε θέση να καταβάλλουν οι υπόλοιποι συμπολίτες τους - με μονόκλινα δωμάτια, τηλεφώνο, τηλεόραση κ.ο.κ. Άλλοι πάλι μπορεί να θέλουν να εξασφαλίσουν τη δυνατότητα συγκεκριμένων τύπων νοσηλείας στο εξωτερικό. Ο τερματισμός όμως αυτού του τύπου επιδότησης συμφωνεί και με τις διεθνείς τάσεις (λ.χ. στην Αυστραλία το 1984, στη Δανία το 1986 και στη Φινλανδία το 1989). Η ευρωπαϊκή εμπειρία δείχνει πως η διατήρηση ενός μικρού τομέα ιδιωτικής ασφάλισης δεν είναι αναγκαίο να υπονομεύει την αποτελεσματική λειτουργία του «σχεδόν καθολικού» συστήματος υγείας.

Κρίνουμε πως η ενοποίηση των χρηματοδοτικών πηγών που περιγράψαμε παραπάνω θα επενεργήσει με αρκούντως θετικό τρόπο στην εφαρμογή και των υπόλοιπων μεταρρυθμίσεων που προτείνουμε, παρότι θα ήταν προτιμότερη η συνολική ενοποίηση όλων των κονδυλίων που διοικούνται στην υγειονομική φροντίδα. Θα ήταν όμως ιδιαίτερα άστοχο ή μάλλον εξαιρετικά άδικο εάν επιτρεπόταν στα ασφαλιστικά ταμεία που επιθυμούν να παραμείνουν εκτός του ενοποιημένου συστήματος να πληρώνουν κάτω του κόστους για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που αγοράζουν. Τα μέλη αυτών των ταμείων μπορεί να θεωρήσουν ότι ο τερματισμός των επιδοτήσεων τα «εξαναγκάζει» να προσχωρήσουν στο Ενοποιημένο Ταμείο. Όμως η επιλογή θα είναι δική τους: το μόνο που θα τους ζητηθεί είναι η καταβολή του πραγματικού κόστους που συνεπάγεται η όποια επιλογή τους.

Η ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΤΑΜΕΙΟ

Η παγίωση της αγοραστικής λειτουργίας προϋποθέτει τη διάκρισή της από την παροχή της φροντίδας. Ο διαχωρισμός του αγοραστή από τον προμηθευτή συνιστά κεντρικό στοιχείο της υγειονομικής μεταρρύθμισης στη Σουηδία, τη Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, έχει ήδη προταθεί στην Ισπανία και έχει από καιρό υιοθετηθεί στο Βέλγιο, τη Γερμανία, τη Γαλλία και την Ολλανδία. Στην ελληνική περίπτωση, ο αγοραστής θα είναι το Ενοποιημένο Ταμείο και όχι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.

Έτσι, τα ταμεία που σήμερα έχουν τις δικές τους κλινικές και άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, όπως λ.χ. το ΙΚΑ, θα τις διατηρήσουν, αλλά οι πληρωμές θα γίνονται πλέον από το Ενοποιημένο Ταμείο και όχι από το ΙΚΑ. Κατά τον ίδιο τρόπο, τα κέντρα υγείας που ανήκουν στην κυριότητα του δηmosίου και χρηματοδοτούνται από αυτό θα συνεχίσουν να ανήκουν στο δημόσιο, αλλά θα χρηματοδοτούνται πλέον από το Ενοποιημένο Ταμείο και όχι από το κράτος. Θα είναι έτσι αναγκασμένα, για να προσελκύσουν ασθενείς να ανταγωνιστούν τους άλλους προμηθευτές υγειονομικής φροντίδας.

Μια άλλη επιλογή που προσφέρεται στους σημερινούς ιδιοκτήτες των κλινικών και των κέντρων υγείας είναι η μίσθωσή τους σε άλλους οργανισμούς και φορείς. Οι μισθωτές θα συμβάλλονται με το Ενοποιημένο Ταμείο, με την υποχρέωση να παρέχουν υγειονομική φροντίδα συγκεκριμένου τύπου ή/και σε συγκεκριμένα τμήματα του πληθυσμού. Όμως το Ενοποιημένο Ταμείο θα χρησιμοποιήσει την αγοραστική του δύναμη για να αλλάξει τον τρόπο παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Το σημερινό καθεστώς παροχής υγειονομικής φροντίδας δεν θα είναι, κατά τη γνώμη μας, αποδεκτό.

Πρέπει όμως να καταστεί σαφές πως, αν το ΙΚΑ ή οποιοδήποτε άλλο ταμείο επιλέξει να συνεχίσει να λειτουργεί ως παραγωγός υγειονομικής φροντίδας, τότε δεν θα μπορεί να παρέχει υπηρεσίες μόνον στα δικά του μέλη. Αντίθετα, θα υποχρεωθεί να συμβληθεί με το Ενοποιημένο Ταμείο όπως ακριβώς και όλοι οι άλλοι προμηθευτές, ούτως ώστε να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς, που, αδιάφορα αν είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, πληρώνουν τις εισφορές τους μέσω του ενιαίου φορέα.

ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ

Το Ενοποιημένο Ταμείο θα μπορεί να συμβάλλεται με τους προμηθευτές υγειονομικής φροντίδας κατά ποικίλους τρόπους, όμως οι συμβάσεις αυτές θα πρέπει να διέπονται από ορισμένες αρχές.

Κατά πρώτο λόγο, **οι πόροι θα πρέπει να ακολουθούν τον ασθενή**. Η αρχή αυτή τηρείται διεθνώς, επειδή ενθαρρύνει την ανάπτυξη του «φιλικού» προς τον χρήστη κλίματος παροχής υπηρεσιών. Το ιδανικό θα ήταν οι προμηθευτές της υγειονομικής φροντίδας να αισθάνονται ευχαρίστηση όταν βλέπουν τον ασθενή και ικανοποίηση όταν του παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Η αγενής, αδιάφορη, ανεπαρκής και όχι άμεσα

διαθέσιμη προσφορά υπηρεσιών θα πρέπει να συνεπάγεται την απώλεια των ασθενών και, συνακόλουθα, τη χρηματοδότηση που τους ακολουθεί. Εδώ βρίσκεται η ισχύς του συστήματος της πληρωμής κατά πράξη [fee-for-service]. Δυστυχώς, το σύστημα έχει και εξίσου γνωστές αδυναμίες. Το σύστημα της πληρωμής βάσει του αριθμού των εγγεγραμμένων μελών [capitation] επίσης ενθαρρύνει την παροχή ικανοποιητικών υπηρεσιών στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η αρχή όμως αυτή δεν πρέπει να ισχύσει χωρίς παράλληλες προβλέψεις για την περιφερειακή κατανομή των πόρων. Οι πόροι που θα συγκεντρωθούν στο Ενοποιημένο Ταμείο θα πρέπει, μακροπρόθεσμα, να κατανεμηθούν στις διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας ανάλογα με το μέγεθος και τις ανάγκες των τοπικών πληθυσμών, με σχετικές ρυθμίσεις λ.χ. για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ποσοστό της θνησιμότητας που κατά περίπτωση επικρατούν. Θα πρέπει όμως να υφίσταται κάποια μορφή ελέγχου για τον τρόπο που δαπανώνται τα σχετικά ποσά σε περιφερειακό επίπεδο. Ένας από τους στόχους της μεταρρύθμισης είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στην περιφέρεια, ούτως ώστε να εξαλειφθεί η εντύπωση ότι μόνο στα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην Αθήνα, είναι δυνατή η εξεύρεση καλής και αξιόπιστης περίθαλψης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι κάτοικοι της περιφέρειας, ακόμη κι αν συνεχίσουν να έρχονται στην Αθήνα ή σε άλλα πανεπιστημιακά κέντρα, δεν θα είναι κατ' ανάγκην σε θέση να αντλούν το ανάλογο μερίδιο των πόρων που έχει κατανεμηθεί περιφερειακά.

Κατά δεύτερο λόγο, **η πληρωμή θα πρέπει να συνδεθεί με την απόδοση**. Η έννοια της αποδοτικότητας μπορεί να περικλείει την έννοια της παραγωγικότητας, αλλά πηγαίνει και πέραν αυτής. Στο σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες και οι διαδικασίες δεν έχουν αξία από μόνες τους. Αποκτούν αξία μόνον στο βαθμό που ανταποκρίνονται με αποτελεσματικό τρόπο στα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενούς. Έχει λοιπόν σημασία οι προμηθευτές της υγειονομικής φροντίδας να είναι ικανοί, δραστήριοι και παραγωγικοί ενώ ο τρόπος με τον οποίο αμείβονται θα πρέπει να ενισχύει την ανάπτυξη αυτών των ιδιοτήτων. Είναι όμως αληθές (παρότι δυστυχώς δεν αντικατοπτρίζεται πάντοτε στην κλινική πρακτική) ότι οι ιατρικές επεμβάσεις μπορεί να αποδειχθούν άχρηστες ή ακόμη και επιζήμιες, ανεξάρτητα από την τεχνική τους αρτιότητα ή αποδοτικότητα. Το «να κάνεις το σωστό» είναι εξίσου σημαντικό με το «να το κάνεις σωστά» και ορισμένες φορές το «σωστό» -δηλαδή η καλύτερη δυνατή φροντίδα- είναι να μην κάνεις τίποτε.

Σε τελική ανάλυση, «απόδοση» σημαίνει επίτευξη βελτιωμένων αποτελεσμάτων στην υγεία και όχι απλώς δημιουργία μεγάλου αριθμού υπηρεσιών και διαδικαστικών ρυθμίσεων. Οι ασθενείς εκλαμβάνουν αβίαστα τα υψηλά επίπεδα της ιατρικής επέμβασης (όπως οι ηλεκτρονικές και άλλες εξετάσεις ή οι πολύπλοκες φαρμακευτικές αγωγές) ως τεκμήρια υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικής φροντίδας, ιδιαίτερα όταν παρόμοιες επεμβάσεις συνεπάγονται την χρήση περίπλοκων μηχανημάτων και σύγχρονων τεχνικών. Πολύ συχνά μάλιστα, στο ίδιο λάθος υποπίπτουν και οι κλινικοί ιατροί,

ιδιαίτερα όταν αμείβονται, άμεσα ή έμμεσα, για την παροχή τέτοιων φροντίδων. Αδιάφορα όμως από την τεχνολογική και επιστημονική τους πολυπλοκότητα, οι ιατρικές ενέργειες που δεν έχουν ορατό θετικό αποτέλεσμα για την υγεία του ασθενούς θα πρέπει να αποφεύγονται. Κανονικά, δεν θα πρέπει να γίνονται και σίγουρα δεν θα πρέπει να πληρώνονται από το Ενοποιημένο Ταμείο, από τον ασθενή ή από οποιονδήποτε άλλο. Εκτιμούμε ότι η ακατάλληλη παροχή εξελιγμένων και δαπανηρών ιατρικών επεμβάσεων αποτελεί σοβαρό και συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα του ελληνικού συστήματος υγείας. Το τωρινό χρηματοδοτικό σύστημα (κατακερματισμένο, διάτρητο και δίχως ελέγχους αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας) συμβάλλει σημαντικά στη διαίωσιση αυτού του προβλήματος. Το Ενοποιημένο Ταμείο θα πρέπει να αναπτύξει δείκτες αποδοτικότητας, οι οποίοι θα βασίζονται στα αποτελέσματα της προσφερόμενης φροντίδας. Σε άλλες χώρες, υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον γύρω από το πρόβλημα της μέτρησης των αποτελεσμάτων της υγειονομικής φροντίδας. Παρότι οι σχετικές επιστημονικές τεχνικές έχουν αναπτυχθεί μόνον εν μέρει, η πρακτική εμπειρία από τη διοίκηση των συστημάτων υγείας έχει αυξηθεί, αποβλέποντας στον αναπροσανατολισμό της προσφοράς υπηρεσιών από τον όγκο δραστηριότητας στη βελτίωση των πραγματικών αποτελεσμάτων για την υγεία. Όπως όμως θα εκτεθεί παρακάτω, αυτού του τύπου η διοικητική διαχείριση προϋποθέτει σημαντική διεύρυνση και τελειοποίηση της στατιστικής και άλλης πληροφόρησης, στην οποία θα έχουν πρόσβαση το Ενοποιημένο Ταμείο και οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές.

Κατά τρίτο λόγο, **οι δαπάνες υγείας θα πρέπει να συγκρατηθούν σφαιρικά ή να περιοριστούν κάτω από κάποιο ανώτατο όριο.** Αν αφεθούν ανεξέλεγκτες, θα αυξάνονται απεριόριστα.* Μέχρι στιγμής δεν έχει εφευρεθεί κάποιος μηχανισμός αυτο-σταθεροποίησης. Κατά συνέπεια, όλες σχεδόν οι βιομηχανικές χώρες που έχουν σύγχρονα συστήματα υγείας αναγκάζονται να εφαρμόσουν κάποια μορφή σφαιρικής συγκράτησης των δαπανών και όλες σχεδόν έχουν επιτύχει κάποιον βαθμό ελέγχου του κόστους. Η κυριότερη εξαίρεση στον κανόνα είναι εκείνη των Ηνωμένων Πολιτειών, όπου διατυπώνεται περιοδικά η άποψη ότι η εφαρμογή, στη μια ή την άλλη μορφή, των «αρχών της αγοράς» και του «ανταγωνισμού» επαρκεί για την αυτο-σταθεροποίηση του συστήματος, δίχως την ανάγκη άμεσης κρατικής παρέμβασης. Παρά ταύτα, οι δαπάνες στις ΗΠΑ συνεχίζουν να αυξάνονται χωρίς εμφανείς περιορισμούς, με συνέπεια τις αυξημένες απαιτήσεις στο δημόσιο και τους ιδιωτικούς προϋπολογισμούς, τη μείωση της αποδοτικότητας, τη διεύρυνση της κοινωνικής αδικίας και τα υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας του κοινού.

Όπως προαναφέρθηκε, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι στην πραγματικότητα υψηλότερες από εκείνες που αναφέρονται στον ΟΟΣΑ και συνεχώς αυξάνονται, με φανερό ή άδηλο τρόπο, μέσω δημοσίων και ιδιωτικών καναλιών. Οι συνέπειες, μολονότι

* Η πρόταση αυτή διατυπώθηκε από τον Aaron Wildavsky το 1977, ως «Νόμος του Ιατρικού Χρήματος».

μικρότερης κλίμακας, είναι παράλληλες με εκείνες που έχουν καταγραφεί τόσο εκτεταμένα στις Ηνωμένες Πολιτείες: πιέσεις στον προϋπολογισμό, επιδείνωση της αποδοτικότητας και της ισότητας και αυξανόμενη δυσαρέσκεια του κοινού.

Η εφαρμογή των παραπάνω αρχών συνεπάγεται ελάττωση της σταθερότητας στη χρηματοδότηση όλων των φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Εάν τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή και το ύψος τους εξαρτάται από την απόδοση, τότε η θεσμική συμμετοχή στο σφαιρικά συγκρατημένο προϋπολογισμό υγείας μπορεί να αυξάνεται ή να μειώνεται. Στη διοίκηση του συστήματος υγείας πρέπει να εκχωρηθεί η δικαιοδοσία να ανταποκρίνεται σε αυτές τις αλλαγές ή να τις προβλέπει. Η διοικητική αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει την επέκταση ή τον τερματισμό λειτουργίας συγκεκριμένων υπηρεσιών, τη δημιουργία νέων και την αλλαγή προσωπικού.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ

Όπως έχουμε προαναφέρει, ένα από τα κύρια σημεία της κριτικής που ασκείται στο σύστημα υγείας αφορά στον υπερβολικά συγκεντρωτικό χαρακτήρα του. Ακόμη και δευτερεύουσας σημασίας αποφάσεις (όπως λ.χ. η αγορά υλικού και ο διορισμός προσωπικού) πρέπει συχνά να πάνε για έγκριση από το τοπικό νοσοκομείο στη Νομαρχία και από εκεί στο Υπουργείο. Η κατάσταση αυτή προκαλεί μεγάλες καθυστερήσεις και αποδυναμώνει σημαντικά τους τοπικούς διευθυντές. Επιπλέον, είναι σαφές ότι όσοι έχουν προσωπική πρόσβαση στο κέντρο κατορθώνουν να παρακάμψουν το σύστημα. Χρειάζεται λοιπόν να υιοθετηθούν δραστικά μέτρα για την υπέρβαση του υπερβολικού αυτού συγκεντρωτισμού.

Η εφαρμογή της αρχής ότι τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή συνεπάγεται την περιφερειακή κατανομή των πόρων, με κριτήριο το μέγεθος του πληθυσμού και όχι την χωροθεσία του προμηθευτή - μέτρο, που υιοθετείται όλο και περισσότερο σε πολλές χώρες, όπως η Φινλανδία, η Ιταλία, η Νέα Ζηλανδία, η Νορβηγία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Το μέτρο αυτό συνεπάγεται επίσης τη δικαιότερη κατανομή πόρων μεταξύ των περιφερειών, αφού τα διαθέσιμα κονδύλια για την υγειονομική φροντίδα, αδιάφορα από το πού αυτή τελικά παρέχεται, δεν εξαρτώνται καθεαυτά από τον τόπο κατοικίας του κάθε ατόμου. Όταν τα κονδύλια διοχετεύονται, όπως τώρα, απευθείας στους προμηθευτές υγειονομικής φροντίδας, αυτό σημαίνει πως αυτοί συγκεντρώνονται σε λίγα κέντρα και πως οι κάτοικοι των κέντρων αυτών απολαμβάνουν δυσανάλογο μερίδιο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, δεν θα συνιστούσαμε το Ενοποιημένο Ταμείο να συμβάλει απευθείας με προμηθευτές και να κατανέμει πόρους, χωρίς να λαβαίνει υπόψη τον τόπο λειτουργίας τους.

Όμως αυτή καθεαυτή η αρχή της περιφερειακής κατανομής των πόρων με γεωγραφικά κριτήρια δεν παραπέμπει αναγκαστικά στην ανάγκη δημιουργίας περιφερειακών φορέων για την διαχείριση των πόρων. Το Ενοποιημένο Ταμείο θα μπορούσε να κατανέμει απευθείας τους πόρους, αφού λάβει υπόψη το μέγεθος και τις ανάγκες του πλη-

θυσμού της κάθε περιοχής. Μακροπρόθεσμα όμως, προτείνουμε ότι το Ενοποιημένο Ταμείο πρέπει να μοιράζει τα διαθέσιμα κονδύλια σε έναν ορισμένο αριθμό περιφερειακών φορέων, με κριτήριο το μέγεθος και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είτε των αντίστοιχων πληθυσμών είτε των προμηθευτών υγειονομικής φροντίδας που λειτουργούν εντός των ορίων της τοπικής δικαιοδοσίας των φορέων αυτών. Στη συνέχεια, οι κατά τόπους φορείς θα μπορούν να αποφασίζουν από ποιούς και τί είδους υπηρεσίες θα αγοράζουν. Οι περιφερειακοί φορείς θα λογοδοτούν στο κέντρο για το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας, την κατανομή των πόρων και την αποτίμηση της απόδοσης του συστήματος υγείας στις αντίστοιχες περιφέρειες.

Υπό τις παρούσες συνθήκες, τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο μέσω προϋπολογισμών. Εισπράτουν όμως και τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών για τις ημέρες της παρεχόμενης φροντίδας - νοσήλια, τα οποία βρίσκονται σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα του κόστους. Δεν προτιμούμε αυτήν τη μορφή πληρωμής, επειδή ενθαρρύνει την μακρά παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο. Μια εναλλακτική λύση θα ήταν η πληρωμή με βάση την κατηγορία διαγνώσεων. Τα συστήματα πληρωμής με κριτήριο την διαγνωστική κατηγορία χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ (για το πρόγραμμα Medicare), στη Σουηδία και στην Αυστραλία, και εν μέρει στην Πορτογαλία για την κατανομή πόρων μέσω προϋπολογισμών. Πρόκειται για περίπλοκα στην λειτουργία τους συστήματα, τα οποία έχουν ορισμένα μειονεκτήματα. Δεν προκρίνουμε την υιοθέτηση ενός τέτοιου συστήματος στο άμεσο μέλλον για την ελληνική περίπτωση, εξαιτίας της ανάγκης να αναβαθμιστεί η ποιότητα και ο βαθμός αποδοχής των νοσοκομείων που λειτουργούν εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων. Προτείνουμε λοιπόν ότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν ενιαίους προϋπολογισμούς. Αλλά θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς συμβάσεις με την κάθε περιφέρεια, στις οποίες να καθορίζονται συγκεκριμένοι στόχοι για τη χρήση του προϋπολογισμού, όπως η μείωση του χρόνου αναμονής και η παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Η δυνατότητα για τη δημιουργία ενός ιστού περιφερειακών υγειονομικών αρχών παρέχεται, καταρχήν, από την παρούσα νομοθεσία και βρίσκει σύμφωνους τους περισσότερους από τους συνομιλητές μας. Εάν η πρότασή μας υιοθετηθεί, απομένει η επίλυση μιας σειράς ζητημάτων (σχετικά με την λογοδοσία και την αρμοδιότητα των περιφερειακών αρχών), τα οποία εξετάζουμε παρακάτω. Υποθέτουμε ότι, μακροπρόθεσμα, ορισμένες υπηρεσίες (όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα) θα λαμβάνουν ένα συγκεκριμένο και διασφαλισμένο μέρος του προϋπολογισμού.

Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ

Πώς θα πρέπει να προσδιοριστούν οι περιφέρειες; Για διοικητικούς λόγους η χώρα είναι διαιρεμένη σε 51 νομαρχίες και 13 διαμερίσματα περιφερειακής ανάπτυξης. Σε ό,τι αφορά στην υγειονομική φροντίδα, οι 51 νομαρχίες είχαν ή συνεχίζουν να έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

- Την κατανομή των προϋπολογισμών για την υγεία στα νοσοκομεία και στους άλλους φορείς του ΕΣΥ στην περιοχή τους, σύμφωνα με τις αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας.
- Ορισμένες πτυχές της περιβαλλοντικής και της δημόσιας υγείας.

Από το 1993 έως το 1994, η διοίκηση των κέντρων υγείας υπαγόταν στις νομαρχίες. Η ισχύουσα ρύθμιση εντάσσει εκ νέου τα κέντρα υγείας στον «διοικητικό έλεγχο» των κατά τόπους νοσοκομείων. Ως έχουν μέχρι στιγμής τα πράγματα, οι Νομάρχες διορίζονται από την Κυβέρνηση. Από τον Οκτώβριο όμως του 1994 θα αρχίσει να λειτουργεί ο θεσμός της τοπικής αυτοδιοίκησης δευτέρου βαθμού και οι νομαρχιακοί εκπρόσωποι θα είναι αιρετοί. Το νέο καθεστώς θα επιφέρει προφανείς αλλαγές στη σχέση ανάμεσα στις νομαρχίες και τους πληθυσμούς που βρίσκονται υπό την δικαιοδοσία τους. Οι πιθανές επιδράσεις αυτής της εξέλιξης στο σύστημα της υγειονομικής φροντίδας είναι μέχρι στιγμής άγνωστες.

Το Προεδρικό Διάταγμα 51/6-3-1986 θέσπισε 13 διαμερίσματα για το σχεδιασμό και το συντονισμό της περιφερειακής ανάπτυξης στη χώρα. Την περίοδο εκείνη, το Υπουργείο Εσωτερικών διόρισε και τους αντίστοιχους Γενικούς Γραμματείς των περιφερειών (Περιφερειάρχες). Ο Νόμος 1622/14-6-86 προσδιορίζει ως εξής τη σύνθεση των Περιφερειακών Συμβουλίων:

- Ο Γενικός Γραμματέας της περιφέρειας ως Πρόεδρος.
- Οι Νομάρχες της περιφέρειας.
- Οι Πρόεδροι των Νομαρχιακών Συμβουλίων, που έχουν εκλεγεί με άμεση ψηφοφορία (με τη νέα νομοθεσία αυτό θα ισχύει και για τους Νομάρχες).
- Ένας εκπρόσωπος των δήμων και των κοινοτήτων της Νομαρχίας. Αυτού του τύπου η εκπροσώπηση είναι υψηλότερη στην Αττική παρά οπουδήποτε αλλού.

Οι αρμοδιότητες των Συμβουλίων Περιφερειακού Σχεδιασμού είναι:

- Η υποβολή εισηγήσεων στην κεντρική κυβέρνηση (στον Υπουργό Εσωτερικών, το Υπουργικό Συμβούλιο κ.λπ.).
- Η προετοιμασία και υποβολή σχεδίων περιφερειακής ανάπτυξης από την περιφέρεια στο κέντρο.
- Η κατανομή των πόρων από τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων στις Νομαρχίες.

Οι αρμοδιότητες του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας είναι:

- Η εκπροσώπηση της κυβέρνησης σε τοπικό επίπεδο.
- Η εποπτεία των δημοσίων υπηρεσιών της περιφέρειας.
- Η ευθύνη της δια-νομαρχιακής διοίκησης και του συντονισμού των νομαρχιών και της περιφέρειας με το Υπουργείο.

Σε ό,τι αφορά στο σύστημα της υγειονομικής φροντίδας, ο Νόμος 1397 του 1983 άφηνε περιθώρια για τη δημιουργία εννέα Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων,

τα οποία έγιναν 13 με το Νόμο 2061 του 1992 και ξανά έγιναν εννέα με το Νόμο 2194 του 1994. Η πρόσφατη αυτή κατάταξη φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα:

Ο πληθυσμός των εννέα περιφερειών

Μακεδονία (συμπεριλαμβανομένης της Θεσσαλονίκης)	2.523.256
Θράκη	360.436
Ήπειρος	339.628
Θεσσαλία	634.846
Στερεά Ελλάδα (συμπεριλαμβανομένης της Αθήνας)	4.394.669
Πελοπόννησος	1.026.023
Κρήτη	540.054
Ιόνια	193.634
Νησιά Αιγαίου	456.612

Η λειτουργία και η σύνθεση των Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων περιγράφονται στο Νόμο του 1983. Όμως, οι περιφέρειες αυτές και τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια δεν λειτούργησαν ποτέ.

Υπάρχει ήδη ολοκλήρη σειρά προτάσεων σχετικά με το πώς οι υγειονομικές περιφέρειες θα πρέπει να προσδιοριστούν γεωγραφικά. Οι προτάσεις αυτές, πολύ ορθά, δεν βασίζονται σε αυθαίρετες αντιλήψεις με μόνο κριτήριο το μέγεθος του πληθυσμού. Η διεθνής πείρα διδάσκει ότι δεν υπάρχει «μαγικός αριθμός» που να παρέχει την τέλεια βάση για τον υγειονομικό σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων. Πιο σημαντικά είναι άλλα κριτήρια, όπως:

- Τα συγκοινωνιακά δίκτυα και η ροή των ασθενών (γεωγραφική προσπέλαση).
- Η παρουσία γενικού νοσοκομείου με το σύνθετο φάσμα δευτερευουσών υπηρεσιών (και, πιθανώς, με ορισμένες τριτοβάθμιες υπηρεσίες που εξυπηρετούν περισσότερες από μια περιοχές).
- Η ύπαρξη «κρίσιμης μάζας» από οικογενειακούς ιατρούς και συναφείς υπηρεσίες.
- Η σχέση προς τα όρια της τοπικής αυτοδιοίκησης.
- Η σχέση προς άλλης μορφής διοικητικά όρια. Όπως προαναφέρθηκε, οι 13 ήδη υπάρχουσες περιφέρειες σχεδιασμού μπορούν να παράσχουν αυτόν τον σύνδεσμο.

Από τα παραπάνω κριτήρια προκύπτει ότι οι νομαρχίες είναι πολύ μικρές σε μέγεθος για να λειτουργήσουν ως υγειονομικές περιφέρειες. Στον Χάρτη του Παραρτήματος V φαίνεται η κατανομή του πληθυσμού και οι υγειονομικοί πόροι (κλίνες, προσωπικό) στις 13 περιφέρειες. Εάν υιοθετηθεί αυτή η μορφή της διοικητικής διαίρεσης, τότε θα χρειαστεί να αποσαφηνιστεί η σχέση ανάμεσα στην περιφέρεια και τον Περιφερειάρχη αφενός και στην περιφερειακή υγειονομική αρχή αφετέρου.

Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ

Οι περιφερειακοί υγειονομικοί φορείς θα ελέγχονται από τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια (ΠΥΣ), για να χρησιμοποιήσουμε την ορολογία της ισχύουσας νομοθεσίας.

Τα ΠΥΣ θα πρέπει να είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, συλλογικώς υπόλογα στο Ενοποιημένο Ταμείο.

Πιστεύουμε πως προκύπτουν πλεονεκτήματα από το διαχωρισμό εκείνων που παράγουν υπηρεσίες από εκείνους που επιλέγουν τί να αγοράσουν (αγοραστές). Τα ΠΥΣ θα πρέπει να αποφασίζουν, εκπροσωπώντας την πλευρά του «ενημερωμένου καταναλωτή» τί θα αγοράζουν, με βάση τα κριτήρια της καταναλωτικής αποδοχής, της ποιότητας και των τιμών. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, στη Νέα Ζηλανδία οι υγειονομικές υπηρεσίες υπόκεινται σε διαφορετικό Υπουργείο από εκείνο που υπάγονται οι φορείς που είναι υπεύθυνοι για το τί θα αγοράσουν.

Ο Υπουργός Υγείας θα πρέπει να προβεί σε ορισμένους διορισμούς στα ΠΥΣ, με βάση τις προτάσεις των σχετικών φορέων της κάθε περιοχής (λ.χ. της τοπικής αυτοδιοίκησης). Ορισμένοι διορισμοί μπορεί να γίνουν από τα πανεπιστήμια (με τον όρο ότι οι διοριζόμενοι δεν θα είναι πανεπιστημιακοί ιατροί) και από τα εμπορικά επιμελητήρια. Άλλοι μπορούν να γίνουν από το Ενοποιημένο Ταμείο. Οι διορισμοί θα πρέπει να είναι πενταετούς θητείας, αλλά αρχικά, θα μπορούσαν να γίνουν για τρία ή τέσσερα χρόνια για την εξασφάλιση κάποιας συνέχειας. Τα διορισμένα μέλη δεν θα πρέπει να θεωρούνται εκπρόσωποι ή αντιπρόσωποι των φορέων που τα έχουν προτείνει. Αντίθετα, θα πρέπει να επιλέγονται για την ικανότητα, τη γνώση και την εμπειρία τους στα δημόσια πράγματα και ιδιαίτερα στην υγειονομική φροντίδα. Όσοι σχετίζονται επαγγελματικά με την υγειονομική φροντίδα θα πρέπει να βρίσκονται στη μειοψηφία των ΠΥΣ, ενώ ο Πρόεδρος δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να είναι εν ενεργεία ιατρός.

Η λογοδοσία των Νοσοκομείων

Σε ποιόν ακριβώς θα πρέπει να είναι υπόλογα τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων; Μια λύση είναι όλες οι μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών να λειτουργούν ως ημιαυτόνομοι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί, στο εσωτερικό όμως του ΕΣΥ. Το μοντέλο αυτό θα απαιτούσε σαφείς νομοθετικούς προσδιορισμούς. Η εμπειρία πάντως του Ηνωμένου Βασιλείου δείχνει ότι οι αυτοδιοικούμενοι προμηθευτές του ΕΣΥ πρέπει με κάποιον τρόπο να λογοδοτούν εντός του συστήματος, αλλιώς επιζητούν μόνο τη δική τους επιβίωση και επιτυχία εις βάρος του δημοσίου συμφέροντος. Δεδομένου ότι η διάκριση μεταξύ αγοραστή και προμηθευτή θα ισχύει σε τοπικό επίπεδο, τα νοσοκομεία πρέπει να είναι υπόλογα στα ΠΥΣ, τα οποία, με τη σειρά τους, θα λογοδοτούν στο Ενοποιημένο Ταμείο. Οι προϋπολογισμοί θα παρέχονται στους φορείς βάσει εγκεκριμένων σχεδίων (βλ. Διάγραμμα 2).

Το έργο των ΠΥΣ

Το έργο των ΠΥΣ πρέπει να αναλάβουν μικρές, αλλά ικανές ομάδες προσωπικού. Θα ήταν άστοχο να δοθεί εδώ λεπτομερής περιγραφή του τρόπου με τον οποίο θα είναι οργανωμένο το προσωπικό σε περιφερειακό επίπεδο. Παρ' όλα αυτά, οι ακόλουθες ειδικότητες θα είναι μάλλον απαραίτητες:

- δημόσια υγεία / επιδημιολογία
- υγειονομικός σχεδιασμός
- χρηματοδότηση
- ανάπτυξη κεφαλαίου
- διοίκηση - διαχείριση

Σε ό,τι αφορά σε ζητήματα όπως η συνεχιζόμενη ιατρική επιμόρφωση, η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού κ.λπ., προτείνουμε τη δημιουργία συμβουλευτικών επιτροπών, στις οποίες θα μετέχουν αρμόδιοι παράγοντες του ΕΣΥ, ώστε οι περιφερειακές ιδιαιτερότητες και ανάγκες να λαμβάνονται πλήρως υπόψη.

Ο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΚΤΗΣ [Ombudsman]

Προτού φύγουμε από το θέμα της περιφέρειας, προτείνουμε την τοποθέτηση στην κάθε περιφέρεια ενός Ελεγκτή με νομική κατάρτιση, που θα διορίζεται για μια πενταετία από τον Υπουργό Δικαιοσύνης στον οποίο και θα είναι υπόλογος. Το έργο του Ελεγκτή θα είναι η διαχείριση παραπόνων από μέρους του κοινού για *διοικητικά ζητήματα*. Ο Ελεγκτής θα είναι απολύτως ανεξάρτητος από τον Υπουργό Υγείας και το Περιφερειακό Υγειονομικό Συμβούλιο, το οποίο όμως θα έχει την υποχρέωση να του παρέχει γραφείο και γραμματειακή υποστήριξη. Ο κάθε Ελεγκτής θα δίνει κάθε χρόνο στη δημοσιότητα έκθεση πεπραγμένων για τα πλέον σημαντικά παράπονα που του έχουν υποβληθεί. Εάν υπάρχουν κατηγορίες για αντιδεοντολογική συμπεριφορά ή επαγγελματική αμέλεια, ο Ελεγκτής θα τις παραπέμπει στο Ιατρικό Συμβούλιο (βλ. Κεφάλαια 10 και 11). Στην επίσημη έκθεσή του, ο Ελεγκτής θα περιλαμβάνει και τις αποφάσεις του Συμβουλίου για όσα ζητήματα θα έχει ο ίδιος παραπέμπει σε αυτό.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ

Η τωρινή οργάνωση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων φαίνεται παρακάτω. Τα τμήματα που φέρουν την ευθύνη των επιμέρους τομέων της υγείας κατανέμονται στις αντίστοιχες Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας και, μέχρι ενός βαθμού, στη Διεύθυνση Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Προφανώς, οι προτάσεις μας για τη συγκέντρωση των πόρων για την υγεία από τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία και η δημιουργία του Ενοποιημένου Ταμείου, συνεπάγονται την ευρύτερη αναδιοργάνωση του Υπουργείου. Έχοντας μελετήσει μια σειρά ε-

ναλλακτικών λύσεων και έχοντας λάβει υπόψη την πιεστική ανάγκη της αποκέντρωσης, εκθέτουμε παρακάτω τις δικές μας προτάσεις για την αναδιοργάνωση της κεντρικής διοίκησης.

Η ενοποίηση Υγείας και Πρόνοιας

Επειδή η υγεία και η κοινωνική πρόνοια είναι τόσο στενά συνυφασμένες με την ανθρώπινη ζωή, θα πλεονεκτούσε σημαντικά η λύση της δημιουργίας ενιαίας κεντρικής πολιτικής για τη φροντίδα ειδικών πληθυσμιακών ομάδων. Οι ηλικιωμένοι προσφέρουν το καλύτερο ίσως παράδειγμα της αλληλεξάρτησης των αναγκών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Μεγάλο μέρος της φροντίδας προς τους ηλικιωμένους δεν θα έπρεπε να έχει σχέση με την ιατρική και τους ιατρούς. Όμως πολλοί ηλικιωμένοι χρειάζονται πράγματι την κατάλληλη ιατρική φροντίδα, ιδιαίτερα προς το τέλος της ζωής τους. Ακόμη ένα παράδειγμα είναι εκείνο της ψυχικής υγείας, όπου η ενοποίηση των μέτρων για την υγεία και για την κοινωνική πρόνοια μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα.

Σήμερα, οι ξεχωριστοί κλάδοι για την Υγεία και την Πρόνοια στο Υπουργείο διευθύνονται από αντίστοιχους Υφυπουργούς. Υποθέτουμε ότι μεταξύ των δύο Υφυπουργείων υπάρχει συντονισμός στο σχεδιασμό και την άσκηση της πολιτικής, αλλά η πείρα άλλων χωρών δείχνει ότι κάτι τέτοιο δεν είναι πάντοτε εύκολο. Μια άλλη συνέπεια του διαχωρισμού μεταξύ υγείας και πρόνοιας είναι ότι η κατάρτιση μιας εθνικής πολιτικής για την υγεία και την πρόνοια δεν μπορεί να υλοποιηθεί κάτω από το επίπεδο του Υπουργού.

Από την ανάλυση αυτή, απορρέουν **δύο εναλλακτικές λύσεις**. Η πρώτη θα ήταν η συγχώνευση των δύο χαρτοφυλακίων (Υγείας και Πρόνοιας) σε ένα Υφυπουργείο. Η οργάνωση του νέου και ενιαίου αυτού Υφυπουργείου θα πρέπει αναμφίβολα να προβλέπει κάποια εσωτερική διάκριση μεταξύ των δύο τομέων, αλλά ο συντονισμός τους στη διαμόρφωση της πολιτικής θα ήταν ευκολότερος. Η δεύτερη εναλλακτική λύση είναι η διατήρηση του ισχύοντος καθεστώτος. Αν όμως διατηρηθούν τα δύο ξεχωριστά υφυπουργεία, τότε το Υφυπουργείο Υγείας θα πρέπει να αναδιοργανωθεί ριζικά. Η έμφαση στα ανώτερα επίπεδα θα πρέπει να δοθεί στη διαμόρφωση ενιαίας πολιτικής σε ό,τι αφορά στις κατηγορίες των ατόμων με ειδικές ανάγκες, όπως αυτές των ηλικιωμένων και των ψυχασθενών.

Το Ενοποιημένο Ταμείο

Ανεξάρτητα από το ποιο από τα δύο αυτά μοντέλα προκριθεί, παραμένει το ζήτημα της σχέσης με την οποία το Ενοποιημένο Ταμείο θα συνδέεται με τον Υπουργό και το Υπουργείο. Στο πρόβλημα αυτό διαβλέπουμε δύο εναλλακτικές λύσεις, το Μοντέλο Α και το Μοντέλο Β, όπως αποδίδονται σχηματικά στο Διάγραμμα 3Α και στο Διάγραμμα 3Β, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με το Μοντέλο Α, το Ενοποιημένο Ταμείο ενσωματώνεται στην οργανωτική δομή του Υπουργείου και άρα δεν θα έχει ξεχωριστή θεσμική υπόσταση ως αυτόνομος φορέας με το δικό του Διοικητικό Συμβούλιο. Τα πλεονεκτήματα αυτού του Μοντέλου απορρέουν από την ενοποιημένη διαδικασία αποφάσεων σχετικά με τη χρηματοδότηση και λειτουργία του συστήματος υγείας. Θα μπορεί έτσι να επιτευχθεί η διαμόρφωση κοινής πολιτικής στο εσωτερικό της παρούσας οργάνωσης υπό τον αρμόδιο Υφυπουργό.

Σύμφωνα με το Μοντέλο Β, το Ενοποιημένο Ταμείο καθίσταται αυτόνομος φορέας που λογοδοτεί απευθείας στον Υπουργό. Τα πλεονεκτήματα αυτού του μοντέλου απορρέουν από το διαχωρισμό των αρμοδιοτήτων για την λειτουργία του συστήματος υγείας από την αρμοδιότητα της χρηματοδότησής του. Το Ενοποιημένο Ταμείο θα έχει το δικό του Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο θα επεξεργάζεται συνολικά τη χρηματοδοτική στρατηγική και θα υποβάλλει τις ανάλογες εισηγήσεις απευθείας στον Υπουργό.

Τα σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των δύο εναλλακτικών μοντέλων θα πρέπει να εξεταστούν λεπτομερώς. Συγκριτικά, η πλειονότητα της δικής μας επιτροπής τάσσεται υπέρ του Μοντέλου Β. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι οποιοδήποτε μοντέλο κι αν εφαρμοστεί, θα προκαλέσει τη μείωση των ανώτερων κλιμακίων της ιεραρχίας, τα οποία είναι σήμερα πάρα πολλά.

Η ιεραρχία του προσωπικού στο Υπουργείο

Δεν διαθέταμε τον χρόνο να επεξεργαστούμε λεπτομερείς οργανωτικές προτάσεις για την εσωτερική συγκρότηση του Υπουργείου, παρότι έχουμε ήδη υποδείξει ορισμένες γενικές αρχές που πρέπει να ισχύσουν. Υπάρχουν όμως ορισμένα σημαντικά αξιώματα, που δεν φαίνεται να έχουν σαφείς αρμοδιότητες στη σημερινή οργανωτική δομή του υπουργείου.

Ένας Επόπτης Δημόσιας Υγείας (βλ. Κεφάλαιο 4).

Ένας Επιστημονικός Διευθυντής για το συντονισμό της κλινικής ιατρικής, της δημόσιας υγείας και της έρευνας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Ένας Διευθυντής Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων [Human Resources Director] για την επεξεργασία της πολιτικής εθνικής απασχόλησης και των πρωτοβουλιών διοικητικής ανάπτυξης.

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας [Central Health Council]

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1982 με το Νόμο 1278/82. Το ΚΕΣΥ είναι συμβουλευτικό, προς τον Υπουργό, σώμα για την οργάνωση και τη λειτουργία του ΕΣΥ. Απαρτίζεται:

- Από τρεις εκπρόσωπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου.
- Από έναν εκπρόσωπο καθενός από τους συλλογικούς φορείς των οδοντιάτρων,

των φαρμακοποιών, των νοσηλευτών, της τοπικής αυτοδιοίκησης, των εργατών, των αγροτών, των εμπόρων, των χημικών, βιολόγων και φυσικών, των δημοσίων υπαλλήλων, της ιατρικής σχολής, της οδοντιατρικής σχολής, της φαρμακευτικής σχολής και της στρατιωτικής ιατρικής.

- Από τον Διοικητή του ΙΚΑ.
- Από τον Διοικητή του ΟΓΑ.
- Από τον Πρόεδρο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.
- Από τρία μέλη που διορίζονται από τον Υπουργό και προέρχονται από τον επιστημονικό και κοινωνικό χώρο.

Ο Πρόεδρος του ΚΕΣΥ εκλέγεται μόνον από τα μέλη του Συμβουλίου που έχουν την ιατρική ιδιότητα. Υπό την αιγίδα του ΚΕΣΥ λειτουργούν αρκετά επιμέρους συμβούλια και επιτροπές.

Θεωρούμε πως ο ρόλος του ΚΕΣΥ είναι σημαντικός και πρέπει να συνεχιστεί, αλλά θα θέλαμε να διατυπώσουμε ορισμένες προτάσεις. Κατά την άποψή μας, το ΚΕΣΥ δεν θα έπρεπε απλώς να ανταποκρίνεται στις αιτήσεις του Υπουργού για συμβουλευτικές εισηγήσεις, αλλά θα έπρεπε να τις ενθαρρύνει, ώστε από μόνο του να επισημαίνει ζητήματα προς διερεύνηση και να αναλαμβάνει τη μελέτη τους. Τα κριτήρια επιλογής των προβλημάτων που διερευνώνται καθώς και οι εκθέσεις με τα πορίσματα των μελετών θα πρέπει να δημοσιοποιούνται όσο το δυνατόν ευρύτερα. Κατά δεύτερο λόγο, πιστεύουμε ότι η σύνθεση του ΚΕΣΥ και των υπο-επιτροπών του δεν πρέπει να βασίζεται στην εκπροσώπηση ομάδων ειδικών συμφερόντων και συνδικαλιστικών οργανώσεων. Τα μέλη θα πρέπει να επιλέγονται με κριτήριο την προσωπική τους επιστημονική κατάρτιση και πείρα, ενώ ο Πρόεδρος δεν θα πρέπει ούτε να είναι ιατρός ούτε να συνδέεται επαγγελματικά καθ' οιονδήποτε τρόπο με το ΕΣΥ. Επιπλέον, θα πρέπει να υπάρχουν δύο τουλάχιστον μέλη του Συμβουλίου που να εκπροσωπούν τους ασθενείς / χρήστες / καταναλωτές του ΕΣΥ. Αναγνωρίζουμε στο σημείο αυτό τη δυσκολία που απορρέει από το γεγονός ότι η συλλογική εκπροσώπηση των ασθενών και των καταναλωτών δεν είναι αναπτυγμένη στην Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά, το δικαίωμα της συμμετοχής από την πλευρά όσων χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες, καθώς και των οικογενειών τους, θα αποκτήσει συνεχώς μεγαλύτερη σημασία. Η παρούσα σύνθεση του ΚΕΣΥ δεν νομίζουμε ότι επιτρέπει αυτήν την εξέλιξη. Κατά τρίτο λόγο, δεν πιστεύουμε ότι το παρόν Συμβούλιο είναι ο καταλληλότερος φορέας για τη χρηματοδότηση της έρευνας. Ο ρόλος της έρευνας εξετάζεται στο Κεφάλαιο 10.

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η Ελλάδα εφεύρε την έννοια του οικογενειακού ιατρού - τώρα είναι καιρός να την επανεφεύρει. Κατά τη γνώμη μας, το μοντέλο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα πρέπει να βασίζεται στην αρχή ότι όλοι οι κάτοικοι της χώρας (με εξαίρεση τα μέλη εκείνων των ασφαλιστικών οργανισμών που θα αποφασίσουν να παραμείνουν εκτός συστήματος) θα έχουν το δικαίωμα να εγγράφονται στο μπρώο ασθενών ενός οικογενειακού ιατρού, τον οποίο οι ίδιοι επιλέγουν. Οι οικογενειακοί ιατροί πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι και να διατηρούν υψηλό κλινικό επίπεδο.

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

Την πρόταση αυτήν υιοθετούν σθεναρά όσοι κατέθεσαν στην επιτροπή μας. Οι τρεις πρώην Υπουργοί την ανέφεραν στην αρχή των καταθέσεών τους, ενώ τονίστηκε ιδιαίτερα και από τους εκπροσώπους των πολιτικών κομμάτων. Δύο από τα έξι αυτά πρόσωπα προσέθεσαν ότι οι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να αμείβονται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών [capitation], ενώ ένα αμφιπαλαντευόταν ανάμεσα στη λύση του μισθού και στη λύση της αμοιβής κατά πράξη [fee-for-service].

ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σε ολόκληρο τον κόσμο σχεδιάζεται η μεταφορά μέρους της υγειονομικής φροντίδας από το δεύτερο στον πρώτο βαθμό. Η τάση αυτή είναι σύμφωνη με την πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα είναι εξω-νοσοκομειακή «πρώτης επαφής» φροντίδα, πέραν φυσικά εκείνης που προσφέρεται στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών. Παρέχεται από οικογενειακούς ιατρούς και, σε ορισμένες χώρες, όπως η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, από

νοσοκόμες και άλλους λειτουργούς σε κοινοτικό επίπεδο, που εργάζονται ως μέλη ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι οικογενειακοί ιατροί ασκούν γενική ιατρική και προσεγγίζουν τα προβλήματα των ασθενών τους και των οικογενειών των ασθενών τους κατά ολοκληρωμένο, σφαιρικό τρόπο, από ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Ο οικογενειακός ιατρός βλέπει τους ασθενείς του για οποιοδήποτε πρόβλημα αυτοί παρουσιάζουν. Είναι σε θέση να δώσει λύση στο 90% περίπου των προβλημάτων, χωρίς να χρειαστεί να παραπέμψει τον ασθενή εκτός του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή σε ιατρούς ειδικοτήτων, σε ειδικές εξετάσεις ή σε νοσοκομεία. Επειδή οι ασθενείς έχουν την πρώτη τους επαφή με τον οικογενειακό ιατρό, αυτός είναι σε θέση να διαπιστώνει όλο το φάσμα των ασθενειών που επικρατούν στην κοινότητα.

Η Ελλάδα πρέπει να ακολουθήσει αυτήν την τάση προς την πρωτοβάθμια φροντίδα. Ο πρώτος λόγος είναι για να μπορεί να διατηρεί υπό έλεγχο το κόστος της υγειονομικής φροντίδας, αφού οι οικογενειακοί ιατροί χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους από ό,τι οι άλλες ειδικότητες. Αυτό συμβαίνει, επειδή ο οικογενειακός ιατρός γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή, τον εργασιακό του χώρο, και την οικογένειά του. Ο οικογενειακός ιατρός έχει μπροστά του ολόκληρο το ιστορικό με τα προηγούμενα προβλήματα υγείας του ασθενούς του και μπορεί να λειτουργήσει ως φύλακας [gatekeeper] αποφασίζοντας κατά πόσον ο ασθενής χρειάζεται πράγματι περισσότερο ειδικευμένη και δαπανηρή φροντίδα. Ένας από τους στόχους των ΠΥΣ θα είναι να εξασφαλίσουν την παροχή αποτελεσματικής και αποδοτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας, παράλληλα με άλλες υγειονομικές υπηρεσίες. Τούτο θα απαιτήσει διοικητικές ικανότητες υψηλού επιπέδου.

Ένας δεύτερος λόγος συνίσταται στο ότι το μητρώο ασθενών του οικογενειακού ιατρού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εφαρμογή αποτελεσματικής πολιτικής στο θέμα της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών. Ένα οργανωμένο σύστημα γενικής ιατρικής θα συμβάλει στη βελτίωση του σημερινού χαμηλού επιπέδου των εμβολιασμών στην Ελλάδα, καθώς και στην αύξηση των τραχηλικών κυτταρολογικών εξετάσεων.

Οι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να έχουν την ευθύνη ελέγχου της υγείας των παιδιών και των ασθενών άνω των 75 χρονών, που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τους. Θα πρέπει ακόμη να έχουν τα οικονομικά κίνητρα που θα τους επιτρέψουν να λειτουργούν ιατρεία προαγωγής της υγείας ενάντια στην υπέρταση, τον σακχαροδιαβήτη και το κάπνισμα. Η ιατρική για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να σχεδιάζεται σε τοπικό επίπεδο και να συνδυάζεται με τη γενική ιατρική, χρησιμοποιώντας, όπου αυτό είναι δυνατό, το μηχανογραφημένο υλικό πληροφοριών που αφορά στους ασθενείς, οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα των οικογενειακών ιατρών της κάθε περιοχής.

Μακροπρόθεσμα, προβλέπουμε τη δημιουργία κέντρων υγείας ή άλλων κέντρων συλλογικής ιατρικής φροντίδας, τα οποία θα είναι εξοπλισμένα με τα τεχνικά μέσα για μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, επιδέσεις, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, τραχηλικές κυτταρολογι-

κές εξετάσεις και αιμοληψίες (τα δείγματα των οποίων θα μπορούν να συλλέγονται και να αποστέλλονται για ανάλυση είτε στο τοπικό νοσοκομείο είτε στο κέντρο υγείας).

Οι ακτινολογικές εξετάσεις θα μπορούν να γίνονται στα κέντρα υγείας ή στο τοπικό νοσοκομείο. Οι οικογενειακοί ιατροί θα έχουν το δικαίωμα να παραπέμπουν τους ασθενείς τους για σχεδόν ολόκληρο το φάσμα απεικονιστικών εξετάσεων (ακόμη και υπερηχογραφήματα και ακτινολογικές εξετάσεις σκιαγραφικής αντίθεσης με βάριο), αλλά οι παραπομπές για αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες θα πρέπει προηγουμένως να εγκρίνονται από ειδικευμένους ιατρούς, που θα αποφασίζουν για την αναγκαιότητά τους. Θα ήταν ακόμη επιθυμητό αν ορισμένοι ειδικευμένοι ιατροί από τα νοσοκομεία μπορούσαν να επισκέπτονται περιοδικά τα κέντρα υγείας, μετά από πρόσκληση των οικογενειακών ιατρών, για να παρέχουν ενημέρωση σε συγκεκριμένα θέματα, όπως η παιδιατρική, η ρευματολογία/ορθοπαιδική και η ψυχιατρική.

Όπως διαπιστώσαμε, η οικογενειακή ιατρική στην Ελλάδα αποτελεί σήμερα κλάδο χαμηλού γοήτρου και χαμηλού εισοδήματος. Έχουμε ήδη αναφέρει ότι οι ασθενείς πηγαίνουν απευθείας στους ειδικούς. Ορισμένοι από αυτούς έχουν την τάση να θεωρούν τους συναδέλφους τους της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως ιατρούς «δεύτερης κατηγορίας», οι οποίοι χρησιμοποιούν πολύ περιορισμένα και τεχνολογικά παρωχημένα μέσα. Ο ικανός και φιλόδοξος ιατρός στην Ελλάδα δεν επιθυμεί να ακολουθήσει την γενική ιατρική. Ακόμη και η ιδανική προοπτική της καθηγεσίας σε μια ιατρική σχολή δεν είναι ελκυστική αν το αντικείμενο είναι η γενική ιατρική ή η δημόσια υγεία. Όμως στο σύγχρονο κόσμο, η εσωτερική αυτή ιεραρχία είναι παρωχημένη και αλλάζει ραγδαία. Ένας από τους κύριους στόχους της μεταρρύθμισης πρέπει να είναι η αναβάθμιση της ικανότητας, του γοήτρου και του κύρους του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος πρέπει να γίνει ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας.

ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ

Στις επόμενες παραγράφους εκθέτουμε αρκετά λεπτομερώς ένα πιθανό πρότυπο λειτουργίας του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα. Το πρότυπο βασίζεται στο αντίστοιχο σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου. Γνωρίζουμε ότι παρόμοια συστήματα λειτουργούν εξίσου καλά και σε άλλες χώρες με ανάλογες μεθόδους αμοιβών, όπως η Ολλανδία και, πιο πρόσφατα, η Ιρλανδία και η Σουηδία. Σε όλες τις περιπτώσεις, ο οικογενειακός ιατρός είναι εκείνος που παραπέμπει τον ασθενή σε ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, αν ο ίδιος το κρίνει αναγκαίο. Μια επίσκεψη σε αυτές τις χώρες ίσως θα ήταν χρήσιμη, προτού αποφασιστεί ποιο είναι το καταλληλότερο διοικητικό σύστημα για την Ελλάδα.

Η εγγραφή των ασθενών

Όλοι οι κάτοικοι της Ελλάδας θα έχουν το δικαίωμα να εγγραφούν στο μητρώο ενός οικογενειακού ιατρού του ΕΣΥ τον οποίο οι ίδιοι θα έχουν επιλέξει. Οι μόνοι που

θα εξαιρεθούν από αυτό το δικαίωμα θα είναι οι ασφαλισμένοι εκείνων των ασφαλιστικών ταμείων που θα έχουν επιλέξει την παραμονή εκτός του νέου συστήματος. Στον κάθε ασθενή θα δίδεται ένας αριθμός μητρώου του ΕΣΥ, ο οποίος μπορεί να είναι ίδιος με τον αριθμό της αστυνομικής του ταυτότητας. Ο αριθμός αυτός θα χρησιμοποιείται και για την εισαγωγή του ασθενούς στα νοσοκομεία. Στα νεογέννητα θα παρέχεται αριθμός μητρώου κατά τη γέννησή τους, ενώ στα παιδιά που έχουν ήδη γεννηθεί θα πρέπει να παρασχεθούν επί τούτου αριθμοί μητρώου.

Το μητρώο ασθενών του οικογενειακού ιατρού θα πρέπει να καταχωρείται στο ηλεκτρονικό αρχείο της οικείας περιφέρειας. Τα επιμέρους περιφερειακά αρχεία θα συγκεντρώνονται σε κεντρικό ηλεκτρονικό υπολογιστή. Για την εγγραφή των ασθενών θα ήταν ίσως χρήσιμη η υιοθέτηση ενός από τα ηλεκτρονικά συστήματα αρχειοθέτησης που είναι ήδη σε χρήση.

Η εκπαίδευση

Είναι πλέον κοινή συνείδηση ότι οι οικογενειακοί ιατροί χρειάζονται εκτεταμένη ειδική εκπαίδευση εξαιτίας της πολυπλοκότητας των υπηρεσιών που καλούνται να παράσχουν. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει, κατά γενική ομολογία, να διαρκεί τουλάχιστον τρία χρόνια μετά τον ένα χρόνο της πρακτικής νοσοκομειακής εκπαίδευσης που ακολουθεί την αποφοίτηση από τις ιατρικές σχολές. Η ειδική εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών συνίσταται συνήθως σε δύο χρόνια θεωρητικής εκπαίδευσης στις ειδικότητες που σχετίζονται με την οικογενειακή ιατρική (γενική ιατρική, παιδιατρική, μαιευτική, γυναικολογία, ψυχιατρική, γηριατρική, δερματολογία κ.λπ.) και σε ένα χρόνο πρακτικής εκπαίδευσης.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες μας, στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα μόνο 560 περίπου ιατροί γενικής ιατρικής, από τους οποίους μερικοί έχουν εκπαιδευθεί πολύ λίγο. Η υπηρεσία που προβλέπεται να δημιουργηθεί θα απαιτήσει γύρω στους 5.000 με 6.000 οικογενειακούς ιατρούς, οι οποίοι θα πρέπει να εκπαιδευθούν κατάλληλα. Μακροπρόθεσμα, η ειδικότητα της γενικής (ή οικογενειακής) ιατρικής θα πρέπει να συνοδεύεται από μεταπτυχιακά προγράμματα τριετούς διάρκειας (δύο χρόνια σε νοσοκομειακές ειδικότητες και ένα χρόνο σε πρακτική εξάσκηση), όπως άλλωστε προτείνει και η Ευρωπαϊκή Ένωση. Μόνον οι ιατροί που θα έχουν υποβληθεί σε αυτού του τύπου την εκπαίδευση θα έχουν το δικαίωμα να εγγράφουν ασθενείς στα μητρώα του. Θα πρέπει ακόμη να δημιουργηθεί ένας κεντρικός φορέας οικογενειακής ιατρικής, στον οποίο θα αντιπροσωπεύεται η διοίκηση του ΕΣΥ και στον οποίο θα εκχωρηθούν αφενός η αρμοδιότητα για τις εξετάσεις που οι νέοι ιατροί θα οφείλουν να δίνουν, ώστε να μπορούν να ειδικευθούν στην γενική ιατρική, και αφετέρου η αρμοδιότητα της απονομής της ειδικότητας του οικογενειακού ιατρού μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της απαιτούμενης εκπαίδευσης. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, οι ειδικευόμενοι στην γενική ιατρική θα αμείβονται με το 70% περίπου του πλήρους εισοδήματος του οικογενειακού

ιατρού. Οι ιατροί - εκπαιδευτές θα πρέπει επίσης να αμείβονται για το εκπαιδευτικό έργο που θα παρέχουν. Θα επιτρέπεται ένας εκπαιδευόμενος ανά ιατρείο, το οποίο κρίθηκε ότι πληρεί τις απαιτήσεις για παροχή εκπαίδευσης. Ανάμεσα στα κριτήρια με τα οποία θα επιλέγονται οι εκπαιδευτές θα πρέπει να είναι κι εκείνο της ακριβούς από μέρους τους τήρησης της ιατρικής δεοντολογίας και των αρχείων των ασθενών τους.

Η εκπαίδευση στη γενική ιατρική θα πρέπει να εισαχθεί και στο προπτυχιακό και στο μεταπτυχιακό επίπεδο της ιατρικής παιδείας. Η ποιότητά της, καθώς και η υποστήριξη της από τις ιατρικές σχολές έχουν ζωική σημασία. Το Υπουργείο Παιδείας και το Ιατρικό Συμβούλιο (στο οποίο θα αναφερθούμε στο Κεφάλαιο 10) θα φέρουν την ευθύνη για τις εισαγωγές αυτών των αλλαγών στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Σε κάθε ιατρική σχολή θα πρέπει να ιδρυθεί τμήμα οικογενειακής ιατρικής με ειδικό καθηγητή στο γνωστικό αυτό αντικείμενο. Το προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών πρέπει να προβλέπει τουλάχιστον έξι εβδομάδες πρακτικής εκπαίδευσης στην οικογενειακή ιατρική, κατά προτίμηση σε αγροτικές περιοχές, όπου οι νέοι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών συνήθως καλούνται να ασκήσουν το λειπούργημά τους. Σταδιακά, η εκπαίδευση στην οικογενειακή ιατρική θα πρέπει να διενεργείται από ιατρούς που έχουν ήδη ειδικευθεί στο αντικείμενο. Οποιαδήποτε νέα ιατρική σχολή στην Ελλάδα θα πρέπει να αποδίδει ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση στην οικογενειακή ιατρική, κατά τρόπο ώστε να αποβλέπει στην αύξηση του αριθμού των οικογενειακών ιατρών και στη μείωση του αριθμού των άλλων ειδικοτήτων.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης των οικογενειακών ιατρών θα περιλαμβάνει και την τήρηση ιατρικών αρχείων. Ο φάκελος του ασθενούς θα μεταβιβάζεται στο νέο ιατρό, στην περίπτωση που ο ασθενής αποφασίσει να αλλάξει τον παλαιό του οικογενειακό ιατρό. Οι ιατροί που επανειλημμένα αποτυγχάνουν να ανταπεξέλθουν στις προδιαγραφές της οικογενειακής ιατρικής, θα πρέπει να βοηθούνται, ώστε να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους με προγράμματα επιμόρφωσης. Όσοι όμως σημειώνουν συνεχώς χαμηλά επίπεδα απόδοσης, θα πρέπει να χάνουν το δικαίωμα της άσκησης της οικογενειακής ιατρικής στο πλαίσιο του ΕΣΥ.

Ο χώρος άσκησης της οικογενειακής ιατρικής

Πολλοί οικογενειακοί ιατροί θα ασκούν την οικογενειακή ιατρική από τα αγροτικά κέντρα υγείας. Οι ασθενείς θα εγγράφονται στο μητρώο του ιατρού της προτίμησής τους στο κέντρο υγείας: θα έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν οποιονδήποτε από τους ιατρούς της ομάδας που ανήκει στο κέντρο υγείας. Προτείνουμε τα κέντρα υγείας να αυτονομηθούν από τα νοσοκομεία και οι οικογενειακοί ιατροί των αγροτικών κέντρων υγείας να αμείβονται από την Περιφέρεια, με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων σε αυτούς ασθενών. Ένα μεγάλο μέρος των υποχρεώσεων του οικογενειακού ιατρού αφορά στην παραπεμπτική διαδικασία, που αποβλέπει στην ορθολογική χρήση των νοσοκομειακών και των άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών - κάτι τέτοιο όμως δεν μπορεί

να γίνει αποτελεσματικά όσο ο οικογενειακός ιατρός είναι εξαρτημένος οικονομικά ή διοικητικά από το νοσοκομείο.

Ο οικογενειακός ιατρός ενδέχεται να κρίνει ότι ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί, σε πρώτη φάση, όχι στο νοσοκομείο, αλλά σε κάποιον ιατρό ειδικότητας που βρίσκεται στο ίδιο κέντρο υγείας. Αυτήν την στιγμή υπάρχουν αγροτικοί ιατροί χωρίς καμμία ειδικότητα στα 1.400 περίπου περιφερειακά ιατρεία. Οι θέσεις αυτές πρέπει μακροπρόθεσμα να καλυφθούν με οικογενειακούς ιατρούς και τα ιατρεία θα πρέπει να βρουν την υποστήριξη που περιγράφουμε παρακάτω. Θα πρέπει ακόμη να παρασχεθούν ειδικά κίνητρα (όπως λ.χ. τα έξοδα κινήσεως και η δυνατότητα αναπληρώσεων για μακρές περιόδους αδειών), στους συγκεκριμένους οικογενειακούς ιατρούς για να παραμείνουν στις αγροτικές αυτές περιοχές.

Οι οργανωτικές ρυθμίσεις που αφορούν στους οικογενειακούς ιατρούς μπορεί να είναι αρκετά ελαστικές. Στα αστικά κέντρα, ο οικογενειακός ιατρός θα μπορεί να ενοικιάζει από τις πολυκλινικές του ΙΚΑ τον χώρο στον οποίο θα ασκεί την ιατρική ή να χρησιμοποιεί το δικό του ιατρείο. Όπως θα αυξάνεται η τάση για ομαδική άσκηση της ιατρικής, ο οικογενειακός ιατρός θα αρχίσει να ασκεί το λειτουργημά τους όχι ατομικά και μεμονωμένα, αλλά σε χώρους όπου θα συγκεντρώνονται και άλλοι συνάδελφοί του. Οι χώροι αυτοί μπορεί να ενοικιάζονται είτε ανεξάρτητα είτε στα υπάρχοντα πολυϊατρεία. Είναι πιθανόν ένας οικογενειακός ιατρός ή μια ομάδα οικογενειακών ιατρών να συνεχίσουν να ασκούν την ιατρική σε ήδη υπάρχοντα ιατρεία ή πολυϊατρεία: στην περίπτωση αυτή, οι ιατροί (που θα αμείβονται πάντοτε ανάλογα με τον αριθμό των εγγραφών στα μπτρώα τους [capitation]) θα συμβάλλονται με τον ιδιοκτήτη των εγκαταστάσεων, καταβάλλοντας το αντίστοιχο τίμημα και θα έχουν τη δυνατότητα ακόμη και να αναλάβουν συλλογικά τη διεύθυνση ολόκληρου του ιατρείου. Στις αγροτικές περιοχές, ομάδες οικογενειακών ιατρών θα μπορούν να εκμισθώνουν τις εγκαταστάσεις των κέντρων υγείας από το δημόσιο.

Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες θα παρέχονται από οδοντιάτρους που θα εργάζονται στις νοσοκομειακές κλινικές και στα κέντρα υγείας και που θα πρέπει, όπως έχουμε ήδη προτείνει, να επικεντρώνουν τις δραστηριότητές τους στην οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών. Οι οδοντίατροι θα συνεχίσουν να αμείβονται με μισθό.

Το νομικό καθεστώς

Οι οικογενειακοί ιατροί του ΕΣΥ θα απασχολούνται στο ΕΣΥ όχι ως δημόσιοι υπάλληλοι, αλλά ως δημόσιοι λειτουργοί. Η διεθνής εμπειρία όμως του οικογενειακού ιατρού που αμείβεται με μισθό ήταν αρνητική σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Κατά τη διάρκεια λειτουργίας ενός κέντρου υγείας, ο πειρασμός της παραπομπής ενός ασθενούς σε όποιον ιατρό είναι εκείνη τη στιγμή διαθέσιμος, είναι μεγάλος. Κατ' αυτόν τον τρόπο όμως, οι ιατροί χάνουν την επαφή με τους ασθενείς τους και δεν μπορούν να παρακολουθήσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας τους. Η κατάσταση αυτή δεν είναι

ικανοποιητική από επαγγελματική άποψη, ενώ αποπροσωποποιεί τη σχέση ιατρού και ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, αν ο ιατρός ασκεί και ιδιωτικά την ιατρική, τότε μπαίνει εύκολα στον πειρασμό να θεωρεί την ιδιωτική ιατρική πιο ενδιαφέρουσα και προσοδοφόρα - και αυτό έχει συμβεί όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και αλλού. Έτσι, ο ιατρός τείνει να πηγαίνει αργά στο κέντρο υγείας και να φεύγει νωρίς. Γι' αυτό, σύμφωνα με την εναλλακτική λύση που προκρίνουμε, ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να είναι ένας ανεξάρτητος επαγγελματίας συμβεβλημένος με τους ασθενείς τους και θα πρέπει να αμειβεται ως αυταπασχολούμενος επαγγελματίας.

Τούτο δεν σημαίνει απαραίτητα πως ο οικογενειακός ιατρός θα ασκεί μεμονωμένα το λειτούργημά του. Αντιθέτως, θα πρέπει να παρασχεθούν ειδικά οικονομικά επιδόματα στους ιατρούς που επιλέγουν να εργάζονται σε ομάδες, με συναδέλφους με τους οποίους νιώθουν άνετα και με τους οποίους μοιράζονται τον ίδιο χώρο και το ίδιο βοηθητικό προσωπικό. Για την αποτροπή του ενδεχόμενου να μετατραπεί αυτού του τύπου η ομαδική άσκηση της οικογενειακής ιατρικής σε γραφειοκρατική και απρόσωπη διαδικασία, προτείνουμε ο αριθμός των οικογενειακών ιατρών σε μια ομάδα να μην υπερβαίνει τους δέκα, αν και η προτίμηση των περισσότερων οικογενειακών ιατρών προβλέπεται να είναι για ομάδες των τριών ή των τεσσάρων ατόμων. Στα μεγάλα κέντρα υγείας και στις πολυκλινικές, όπως αυτές του ΙΚΑ, θα μπορούν να λειτουργούν πολλές ομάδες οικογενειακών ιατρών, η καθεμιά με την δική της αίθουσα αναμονής και την δική της ξεχωριστή, αν είναι δυνατόν, είσοδο.

Η διατήρηση της ποιότητας

Για τη διατήρηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών απαιτείται ο καθορισμός ανώτατου αριθμού ασφαλισμένων που θα μπορούν να εγγράφονται στο μητρώο του οικογενειακού ιατρού. Προτείνουμε ο αριθμός αυτός να είναι 3.000 άτομα ανά οικογενειακό ιατρό. Ο μέσος όρος εγγραφών στο μητρώο θα είναι περίπου 2.000 και θα πρέπει να επιδιωχθεί η διατήρησή τους μεταξύ 1.800 και 2.200 ατόμων. Θα χρειαστεί επίσης η καταβολή πρόσθετης αμοιβής στους ιατρούς που θα επιλέξουν να ασκήσουν το λειτούργημά τους σε αραιοκατοικημένες περιοχές, επιδιώκοντας το μέγεθος της λίστας ασθενών κάθε ιατρού να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα, θα πρέπει να επιβληθούν περιορισμοί στον αριθμό των οικογενειακών ιατρών του ΕΣΥ που θα επιτρέπεται να ασκούν την ιατρική στις πυκνοκατοικημένες περιοχές. Για την καταβολή της πλήρους αμοιβής του οικογενειακού ιατρού, θα απαιτείται η εγγραφή 1.000 τουλάχιστον ασθενών στο μητρώο του. Για τον σκοπό αυτόν, θα πρέπει να προβλεφθεί ο αναγκαίος χρόνος που χρειάζεται, ώστε ο κάθε οικογενειακός ιατρός να φθάσει τις εγγραφές του σε αυτό τουλάχιστον το επίπεδο. Θα πρέπει ακόμη να υπάρξουν ειδικές ρυθμίσεις (ανάλογες με αυτές που ισχύουν σε άλλες χώρες) για τους οικογενειακούς ιατρούς που εργάζονται σε απομονωμένες νησιωτικές και ορεινές περιοχές.

Ο οικογενειακός ιατρός του ΕΣΥ θα πρέπει να είναι διαθέσιμος για την παροχή υ-

πηρεσιών στους ασθενείς του ολόκληρο το 24ωρο και καθ' όλην την διάρκεια του χρόνου. Ο χρόνος που αφιερώνει στη φροντίδα των ασθενών του (εξετάσεις, τήρηση αρχείων, παραπεμπτικά σημειώματα) θα ανέρχεται σε 40 ώρες την εβδομάδα, χωρίς σε αυτές να προσμετράται ο χρόνος των κατ' οίκον επισκέψεων. Τέλος, οι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να φροντίζουν ώστε, όποτε είναι σε άδεια, οι ασθενείς τους να έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν άλλους συναδέλφους τους, που θα ορίζονται εκ περιτροπής.

Η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών μπορεί να παρακολουθείται:

- Με τον περιοδικό έλεγχο της συνταγογραφίας και των παραπομπών μέσω μηχανογραφημένων συστημάτων πληροφόρησης.
- Με τη σύγκριση τυχαίων δειγμάτων από τα ιατρικά αρχεία, ήτοι οι οικογενειακοί ιατροί θα είναι υποχρεωμένοι να τηρούν, προς τα ιατρικά πρωτόκολλα των 50 πλέον διαδεδομένων ασθενειών (τα πρωτόκολλα αυτά για τους οικογενειακούς ιατρούς υπάρχουν ήδη σε άλλες χώρες).
- Με τον έλεγχο αφενός της διαθεσιμότητας του ιατρού εντός και εκτός ιατρείου και αφετέρου της λειτουργίας του «συστήματος ραντεβού».

Διοικητικές ρυθμίσεις

Η υπηρεσία της οικογενειακής ιατρικής θα διευθύνεται από τα ΠΥΣ (παρότι μπορεί να χρειαστεί η διοικητική υποδιαίρεση ορισμένων περιοχών). Για την πρωτοβάθμια φροντίδα, θα χρειαστεί να υπάρχει ξεχωριστός και σαφώς προκαθορισμένος προϋπολογισμός, απολύτως ανεξάρτητος από το νοσοκομειακό τομέα και σε περιφερειακό και σε εθνικό επίπεδο.

Οι ασθενείς θα είναι ελεύθεροι να επιλέξουν οποιονδήποτε ιατρό της περιοχής τους επιθυμούν, αλλά οι ιατροί θα πρέπει να αναλάβουν επίσημα τη δέσμευση ότι είναι διατεθειμένοι να κάνουν επισκέψεις κατ' οίκον όποτε η περίπτωση το απαιτεί ή ο ασθενής το ζητήσει. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ιατροί θα αρνούνται να εγγράψουν στο μητρώο τους ασθενείς που κατοικούν πολύ μακριά. Ο ασθενής θα έχει το δικαίωμα να αλλάξει τον οικογενειακό του ιατρό όποτε το επιθυμεί, αλλά στην πρώτη μεταβατική περίοδο ίσως χρειαστεί το δικαίωμα αυτό να περιοριστεί σε μία το πολύ αλλαγή κάθε τρεις μήνες. Όπως ακριβώς ο ασθενής θα δικαιούται να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, έτσι και ο οικογενειακός ιατρός προτείνουμε να έχει το δικαίωμα να αρνείται την εγγραφή στο μητρώο του. Αν ο ασθενής αδυνατεί να βρει οικογενειακό ιατρό, τότε θα του διατίθεται ιατρός από το ΠΥΣ, ο οποίος θα είναι υποχρεωμένος να διατηρήσει τον ασθενή στο μητρώο του για τρεις τουλάχιστον μήνες.

Όποτε ο οικογενειακός ιατρός κρίνει ότι χρειάζεται είτε η γνώμη ενός ειδικού (ο οποίος έχει αποκλειστική πρόσβαση στην προχωρημένη διαγνωστική τεχνολογία) είτε η εισαγωγή σε νοσοκομείο, θα συντάσσει το αντίστοιχο παραπεμπτικό σημείωμα. Ο ασθενής μπορεί να ερωτηθεί σχετικά με τη δική του χρονική διαθεσιμότητα για τις ειδικές ε-

ξετάσεις που απαιτούνται. Στο παραπεμπτικό σημείωμα θα εκτίθενται το σύντομο ιστορικό του ασθενούς, η προσωρινή διάγνωση του οικογενειακού ιατρού και οι ενέργειες που ζητούνται από τον ειδικό. Ο ειδικός θα αναλαμβάνει τότε την συγκεκριμένη περίπτωση, έως ότου αναπέμψει τον ασθενή στον οικογενειακό του ιατρό με την συνοδεία του σχετικού σημειώματος επιστροφής, στο οποίο θα αναγράφει τη δική του διάγνωση, την παρασχεθείσα αγωγή και τις συστάσεις του για τα επόμενα στάδια της θεραπείας.

Οι συνταγές για φάρμακα κ.λπ. θα γράφονται σε ειδικά έντυπα συνταγών του ΕΣΥ. Μόνον οι συνταγές του ΕΣΥ θα πληρώνονται από τον προϋπολογισμό του ΕΣΥ. Η χορήγηση πολύ δαπανηρών φαρμάκων θα ελέγχεται μέσα από διαδικασίες παρακολούθησης του συνολικού κόστους συγκεκριμένων ακριβών φαρμάκων.

Στο Κεφάλαιο 9, προτείνουμε ότι θα πρέπει να καταρτιστεί μια θετική λίστα φαρμάκων και άλλου υγειονομικού υλικού, από την οποία ο οικογενειακός ιατρός θα επιλέγει την φαρμακευτική αγωγή η οποία θα καλύπτεται από το ΕΣΥ. Οι οικογενειακοί ιατροί του ΕΣΥ θα χρησιμοποιούν ειδικά έντυπα για την παραπομπή των ασθενών για ειδικές ιατρικές εξετάσεις στα εργαστήρια και τα διαγνωστικά κέντρα του ΕΣΥ. Στο μεσοδιάστημα, το ΕΣΥ θα μπορεί να συμβάλλεται με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα γι' αυτόν τον σκοπό, όπως αναλύουμε στο Κεφάλαιο 8.

Πριν φύγουμε από το θέμα των φαρμάκων, θα πρέπει να αναφερθούμε στην εμφάνιση, διεθνώς, των «κοινοτικών φαρμακοποιών», που αποτελούν τμήμα της ομαδικής άσκησης της οικογενειακής ιατρικής. Το σύστημα αυτό δεν είναι ακόμη γνωστό στην Ελλάδα. Έργο των φαρμακοποιών αυτών είναι, μεταξύ άλλων, η παροχή συμβουλών για την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή. Θα διατυπώσουμε την πρόταση να επισκεφθούν αρκετοί Έλληνες φαρμακοποιοί τις χώρες που έχουν εφαρμόσει αυτό το σύστημα, ώστε κατά την επιστροφή τους να αναπτύξουν πρότυπους οργανισμούς αυτού του τύπου στην Ελλάδα.

Η ΑΜΟΙΒΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Ορισμένα εθνικά συστήματα υγείας χρηματοδοτούν την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, αμείβοντας τους οικογενειακούς ιατρούς και τις άλλες ειδικότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά πράξη [fee-for-service]. Χώρες, όπως η Γερμανία και ο Καναδάς, επιβάλλουν ανώτατο όριο στις αμοιβές αυτού του τύπου, προσαρμόζοντας τις αμοιβές, κατά τρόπο που να περιορίζονται οι δαπάνες εντός των προκαθορισμένων ορίων του προϋπολογισμού. Ο έλεγχος αυτού του τύπου προϋποθέτει ότι οι ιατροί του συστήματος δεν επιτρέπεται ούτε να χρεώνουν τους ασθενείς τους πάνω από τον τιμοκατάλογο αμοιβών [fee schedule], ούτε να ασκούν ιδιωτική ιατρική. Σε άλλες χώρες πάλι (όπως στη Γαλλία για το 30% των ιατρών και στις ΗΠΑ) δεν υπάρχει ανώτατο όριο στο σύστημα πληρωμών. Με την προσεκτική οργάνωση του τιμολογίου αμοιβών και της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι δυνατή (όπως στον Καναδά) η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ οικογενειακών ιατρών και ιατρών άλλων ειδικοτήτων (χονδρικά

50/50). Η πρωτοβουλία του ασθενούς να πηγαίνει μόνος του στον ειδικό δίχως παραπεμπτικό σημείωμα από τον οικογενειακό του ιατρό μπορεί να αποθαρρυνθεί με λογικές πιθανότητες επιτυχίας, εάν η αμοιβή του ειδικού σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μικρότερη από την κανονική (δηλαδή, όταν υπάρχει παραπεμπτικό σημείωμα).

Ένα καλώς ελεγχόμενο και διοικούμενο σύστημα αμοιβών κατά πράξη μπορεί λοιπόν να λειτουργήσει με σχετική επιτυχία σε ορισμένες περιπτώσεις. Κατά συνέπεια, μπορεί να αποτελέσει μια από τις επιλογές και στην ελληνική περίπτωση. Όμως η διοικητική πολυπλοκότητα της λειτουργίας ενός τέτοιου συστήματος δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί. Θα πρέπει ακόμη να τονιστεί ότι ένα ανεξέλεγκτο σύστημα αμοιβών αυτού του τύπου χωρίς ανώτατο όριο καταλήγει, όπως συνέβη στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην πλέον δαπανηρή και λιγότερο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών. Η αμοιβή κατά πράξη ενθαρρύνει έντονα τους ιατρούς να ικανοποιούν τους ασθενείς τους και να εργάζονται δραστήρια και αποδοτικά. Εάν βεβαίως η παραγωγικότητα μετράται μόνον από τον αριθμό των ιατρικών πράξεων, τότε οι ιατροί αυτοί είναι πράγματι παραγωγικοί, όπως συμβαίνει στον Καναδά, την Γερμανία και τις ΗΠΑ. Ακόμη όμως και στις καλύτερες των περιπτώσεων, το σύστημα αμοιβών κατά πράξη παρέχει φροντίδα που είναι προσανατολισμένη στην κλινική και κατασταλτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Σε ένα τέτοιο σύστημα, τα κίνητρα για τον οικογενειακό ιατρό ως «θυρωρό» μέσω του συστήματος παραπομπών είναι κάπως συγκεχυμένα. Από τη μια πλευρά, ο ασθενής πρέπει πρώτα να πάει στον οικογενειακό ιατρό και αυτό περιορίζει κάποιες μη αναγκαίες επισκέψεις. Από την άλλη όμως, εάν (όπως συνήθως συμβαίνει) οι οικογενειακοί ιατροί θεωρούν πως οι αμοιβές τους είναι πολύ χαμηλές, τότε αντιδρούν με το να περικόπουν το χρόνο των επισκέψεων και να επιβάλλουν πρόσθετες επισκέψεις στους ασθενείς τους (παρόμοια συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί στον Καναδά). Αυτού του τύπου «ιατρική της περιστρεφόμενης θύρας» συνδέεται με υψηλά ποσοστά παραπομπών για διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε ειδικούς και συνταγογραφίες φαρμάκων. Στο βαθμό λοιπόν που το ελληνικό σύστημα υγείας εκδηλώνει αυτά ακριβώς τα προβλήματα, η επέκταση του συστήματος αμοιβών κατά πράξη δεν πρόκειται να αλλάξει τις κατεστημένες συμπεριφορές.

Η κυρίαρχη πλέον άποψη είναι ότι, επειδή σήμερα η πραγματική πρωτοβάθμια φροντίδα δεν συνίσταται απλώς σε μια δέσμη υπηρεσιών, θα πρέπει ο ιατρός να αμείβεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του ασθενών [capitation], όπως συμβαίνει για πολλά χρόνια στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία. Το σύστημα αυτό έχει προσφάτως υιοθετηθεί και σε αρκετές άλλες χώρες. Η Ιταλία προσχώρησε καθολικά το 1980 και ακολούθησαν το 1984 η Σουηδία και το 1989 η Ιρλανδία. Ακόμη, οι νέοι οικογενειακοί ιατροί στην Φινλανδία και την Νορβηγία πληρώνονται εν μέρει στη βάση των εγγεγραμμένων στα μπρῶα τους ασθενών. Το σύστημα έχει αρχίσει να κερδίζει υποστηρικτές ακόμη και στις ΗΠΑ, όπου τα «ολοκληρωμένα συστήματα παροχών» στην Καλιφόρνια και τις νοτιοδυτικές πολιτείες αναγνωρίζουν στην πράξη πως η πρωτοβάθ-

μια φροντίδα που αμειβεται με βάση το αριθμό των ασθενών είναι το κλειδί της επιτυχούς διοίκησης όλων των υπηρεσιών φροντίδας για έναν συγκεκριμένο πληθυσμό. Προωθούνται έτσι ριζικές και ταχύτατες αλλαγές στο σύστημα πληρωμών με την ουσιαστική κατάργηση του συμβατικού συστήματος των απεριορίστων αμοιβών κατά πράξη [open-ended fee-for-service]. **Κατά την κρίση μας, η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να προσανατολιστεί σε αυτήν ακριβώς τη λύση της θέσπισης υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής που θα αμειβονται στη βάση του αριθμού των εγγεγραμμένων ασθενών [capitation].**

Αλλά οι αμοιβές αυτού του τύπου δεν χρειάζεται να είναι οι μόνες. Επί παραδείγματι, θα προτείναμε το εισόδημα των οικογενειακών ιατρών να μπορεί να αυξηθεί με πρόσθετα επιδόματα, που θα εξαρτώνται από:

- Τον αριθμό και την κατηγορία των εγγεγραμμένων ασθενών (κατά 80%). Οι αμοιβές για τους ασθενείς άνω των 65 χρονών θα είναι υψηλότερες από αυτές για τους υπόλοιπους ασθενείς.
- Το είδος συγκεκριμένων παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως οι εμβολιασμοί, οι κατ' οίκον επισκέψεις τις νυκτερινές ώρες (10μμ - 8πμ) και άλλες προκαθορισμένες δραστηριότητες (κατά 20%).

Πιστεύουμε πως η κυβέρνηση θα πρέπει να προβεί στις αναγκαίες ρυθμίσεις ώστε το εισόδημα των οικογενειακών ιατρών καθ' όλην την διάρκεια της σταδιοδρομίας τους να ισοδυναμεί, αν δεν υπερβαίνει, το συνολικό μέσο όρο του ιατρικού εισοδήματος (από οποιαδήποτε πηγή) όλων των άλλων ειδικοτήτων - και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών ειδικοτήτων. Οι ρυθμίσεις αυτές προϋποθέτουν την καταβολή υψηλότερων αμοιβών (κατά 20% τουλάχιστον) στους οικογενειακούς ιατρούς έναντι των νοσοκομειακών, κατά τα πρώτα έτη της υπηρεσίας τους.

Ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να αποζημιώνεται μέχρι ενός προκαθορισμένου ορίου για το κόστος των εγκεκριμένων ιατρικών εγκαταστάσεων και του εγκεκριμένου βοηθητικού προσωπικού (γραμματέων, ρεσεψιονίστ, νοσηλευτών κ.λπ.) που χρησιμοποιεί. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, παιδιά, σύζυγος) του οικογενειακού ιατρού δεν θα δικαιούνται αποζημιώσεις αυτού του τύπου. Τέλος, ο οικογενειακός ιατρός θα πρέπει να αποζημιώνεται και για το κόστος των λειτουργικών εξόδων που οι υπηρεσίες του συνεπάγονται (π.χ. για την χρήση αυτοκινήτου, για τηλεφωνήματα κ.λπ.).

Προϋπόθεση αυτής της σύμβασης πληρωμής είναι ότι ο οικογενειακός ιατρός δεν θα έχει το δικαίωμα να ασκεί ιδιωτική ιατρική με ασθενείς που καλύπτονται από το Ενοποιημένο Ταμείο. Όσοι επιθυμούν να αμειβονται ιδιωτικά καθ' οιονδήποτε τρόπο από τους ασθενείς τους δεν θα έχουν πλέον τη δυνατότητα να ασκούν την ιατρική στο σύστημα οικογενειακής ιατρικής του Ενοποιημένου Ταμείου. Οι ιατροί του ΕΣΥ όμως θα έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν ιδιωτικά τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς άλλων κατηγοριών (όπως είναι τα μέλη των ασφαλιστικών ταμείων που δεν συμμετέχουν στο Ενοποιημένο Ταμείο, οι τουρίστες κ.λπ.), στο βαθμό που κάτι τέτοιο δεν επηρεάζει

τις βασικές τους υποχρεώσεις προς τους ασθενείς του ΕΣΥ. Ο οικογενειακός ιατρός που αμείβεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στο μητρώο του ασθενών [capitation] θα πρέπει να αποζημιώνεται επιπρόσθετα για όποιες υπηρεσίες χρειαστεί να παράσχει επειγόντως σε ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι αλλού. Σε ανάλογες περιπτώσεις, το Ενοποιημένο Ταμείο ίσως κρίνει ότι πρέπει να αφαιρείται το αντίστοιχο ποσό από την αμοιβή των οικείων οικογενειακών ιατρών.

Η παραπεμπτική διαδικασία παίζει κεντρικό ρόλο στη σύνδεση των οικονομικών κινήτρων και της βελτιωμένης απόδοσης και, γι' αυτό, η ανάπτυξή της έχει κρίσιμη σημασία στην προτεινόμενη μεταρρύθμιση. Ο οικογενειακός ιατρός καλείται να λειτουργήσει ως συντονιστής, αλλά και ως φύλακας όλων των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως είναι οι υπηρεσίες του ειδικού εντός και εκτός νοσοκομείου, η συνταγογραφία φαρμάκων και οι διαγνωστικές εξετάσεις. Η παραπομπή στο νοσοκομείο (εισαγωγή ή εξωτερικά ιατρεία) και σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (σε κέντρα υγείας ή πολυκλινικές) θα γίνεται μόνον μέσω του οικογενειακού ιατρού του ΕΣΥ (εκτός από ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά). Οι λεπτομέρειες (στις απαιτούμενες ρυθμίσεις) μπορεί να μεταβάλλονται, αλλά η γενική αρχή που πρέπει να ισχύσει είναι ότι αυτές οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πληρώνονται (ολικώς ή μερικώς) από το Ενοποιημένο Ταμείο, μόνον αν υπάρχει συνταγή ή προηγούμενο παραπεμπτικό σημείωμα από οικογενειακό ιατρό. Εάν δεν έχει προηγηθεί επίσκεψη σε οικογενειακό ιατρό, τότε ο ασθενής θα καλείται να καταβάλει ολόκληρο το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών τις οποίες θα έχει απολάβει παρακάμπτοντας αυτοβούλως την παραπεμπτική διαδικασία. Οι ασθενείς θα είναι βεβαίως σε θέση να επηρεάζουν την παραπεμπτική διαδικασία που τους αφορά: ο οικογενειακός ιατρός που αγνοεί τις προτιμήσεις του ασθενούς του κινδυνεύει να τον χάσει από το μητρώο του. Αλλά ο ασθενής που με δική του πρωτοβουλία πηγαίνει για θεραπεία στην Αθήνα θα πάψει να επιδοτείται από το δημόσιο ταμείο.

Ο οικογενειακός ιατρός δεν θα μπορεί να έχει οικονομικά συμφέροντα (άμεσα ή έμμεσα) στις υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπει τους ασθενείς του. Μακροπρόθεσμα, το ΕΣΥ δεν θα πρέπει να συμβάλλεται με τον ιδιωτικό τομέα. Στο ενδιάμεσο διάστημα, οι παραπομπές στον ιδιωτικό τομέα θα αποζημιώνονται από το ΕΣΥ μόνον αν αφορούν ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα των οικογενειακών ιατρών του ΕΣΥ. Οι οικογενειακοί ιατροί δεν θα έχουν το δικαίωμα να εκδίδουν αναδρομικά παραπεμπτικά σημειώματα για την απευθείας χρήση άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που γίνεται χωρίς προηγούμενη δική τους έγκριση - και το μέτρο αυτό θα είναι ένα από τα στοιχεία με τα οποία θα αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών του οικογενειακού ιατρού.

ΤΑ ΚΟΝΔΥΛΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Με το προτεινόμενο σύστημα είναι φυσικό να υπάρχει ο πειρασμός για τον οικογενειακό ιατρό να κάνει κατάχρηση της παραπεμπτικής διαδικασίας, ιδιαίτερα για εκείνους τους ασθενείς του που θεωρεί «δύσκολους» και χρονοβόρους. Γι' αυτό και τα πε-

ρισσότερα μέλη της επιτροπής τάσσονται υπέρ της ανάγκης να υπάρξουν, μακροπρόθεσμα, πρόσθετες ρυθμίσεις στο σύστημα. Στον κάθε οικογενειακό ιατρό θα εκχωρείται συγκεκριμένο κονδύλιο για παραπομπές. Τα κονδύλια αυτά θα βρίσκονται υπ' ευθύνη της κάθε περιφέρειας και θα πιστώνονται στους λογαριασμούς των οικογενειακών ιατρών. Το ύψος των κονδυλίων θα εξαρτάται από το μέγεθος και τις ιδιαιτερότητες του εγγεγραμμένου πληθυσμού της περιφέρειας. Θα χρησιμοποιούνται για την πληρωμή των ειδικών υπηρεσιών που παρέχονται στους εγγεγραμμένους ασθενείς στα νοσοκομεία και τα εξωτερικά τους ιατρεία και για την πληρωμή των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν ζητηθεί απευθείας από τον οικογενειακό ιατρό ή από τον ειδικό ιατρό στον οποίο ο ασθενής έχει ήδη παραπεμφθεί από τον οικογενειακό του ιατρό. Στο τέλος του χρόνου, τα τυχόν πλεονάσματα από αυτά τα κονδύλια θα μπορούν, με αίτηση στην περιφέρεια, να διοχετεύονται σε άλλους σκοπούς, όπως η επιμόρφωση ή η επέκταση του ιατρείου. Η υπέρβαση του κατανεμημένου κονδυλίου θα αφαιρείται, εν μέρει, από την αμοιβή του οικογενειακού ιατρού, εκτός αν αυτός είναι σε θέση να αποδείξει ότι αυτό έγινε δικαιολογημένα.

Στον οικογενειακό ιατρό θα πρέπει επίσης να εκχωρείται ένα δεύτερο, ξεχωριστό κονδύλιο για τη συνταγογραφία φαρμάκων. Και στην περίπτωση αυτή, τα κονδύλια θα κρατούνται από την περιφέρεια για λογαριασμό των οικογενειακών ιατρών. Τα κονδύλια για τα φάρμακα πρέπει να παραμείνουν ξεχωριστά, αφενός επειδή αφορούν στον τομέα όπου παρατηρούνται οι μεγαλύτερες σπατάλες και αφετέρου επειδή η κατανομή τους θα πρέπει να επιδέχεται λεπτές αναπροσαρμογές ανάλογα με τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι σε συγκεκριμένους ιατρούς.

Η κατανομή αυτών των κονδυλίων αποτελεί ένα από τα μέσα για την ενθάρρυνση της συντηρητικής και οικονομικής συμπεριφοράς που πρέπει να επικρατήσει και σε ό,τι αφορά στη συνταγογραφία των φαρμάκων και στην παραπεμπτική διαδικασία. Με τη θέσπιση κονδυλίων θα αντιμετωπισθούν οι οικονομικές και άλλες πιέσεις που ασκούνται στους ιατρούς ώστε να ενδίδουν στην υπερβολική, περιπτή και δαπανηρή χρήση υπηρεσιών και φαρμάκων. Αναγνωρίζουμε ότι οι κίνδυνοι της εξαπάτησης και της υποβάθμισης της υγειονομικής φροντίδας δεν εξαλείφονται απολύτως, αλλά πιστεύουμε ότι αυτοί θα περιοριστούν, λόγω της δυνατότητας του ασθενούς να επιλέγει ελεύθερα τον οικογενειακό του ιατρό. Θα πρέπει όμως παράλληλα να εφαρμοσθούν συστηματικοί έλεγχοι για την αποτροπή αυτών των κινδύνων. Επιπλέον, οι μεταρρυθμιστικές μας προτάσεις εδράζονται και στην ανάγκη της ανάδειξης οικογενειακών ιατρών που θα διαθέτουν πολύ υψηλότερη εκπαίδευση και αναπτυγμένο επαγγελματισμό - ιδιότητες, που θα καλλιεργούν στους ιατρούς τη συνείδηση αφενός ότι υπάρχουν όρια στην ιατρική επέμβαση και αφετέρου ότι πρέπει να ασκούν το λειτούργημά τους αδιαφορώντας για τα όποια αθέμιτα οικονομικά κίνητρα. Παράλληλα, οι περιφέρειες θα πρέπει να αναπτύξουν συστήματα ελέγχου της συμπεριφοράς των οικογενειακών ιατρών, σε ό,τι αφορά στη συνταγογραφία των φαρμάκων και στις παραπομπές. Παρόμοια συστήματα

ελέγχου εφαρμόζονται ήδη σε άλλες χώρες, με σκοπό αφενός τον εντοπισμό των αντιδεδοντολογικών συμπεριφορών και αφετέρου την συλλογή πληροφοριών που θα χρησιμοποιούνται στην επαγγελματική επιμόρφωση και την βελτίωση των οικογενειακών ιατρών.

Για να λειτουργήσει σωστά αυτό το σύστημα, χωρίς ο οικογενειακός ιατρός να αναλαμβάνει τον κίνδυνο επειδή έτυχε ένας ή περισσότεροι ασθενείς του να χρειάζονται δαπανηρή και μακροχρόνια νοσηλεία, είναι αναγκαίο να υπάρξουν δύο πρόσθετες εγγυήσεις. Η πρώτη έχει να κάνει με την ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της οικογενειακής ιατρικής, που εξασφαλίζει την διάχυση του κινδύνου. Η ομαδική άσκηση της οικογενειακής ιατρικής μπορεί να προσλάβει πολλές μορφές. Οι οικογενειακοί ιατροί μπορεί λ.χ. να εργάζονται στον ίδιο χώρο και να μοιράζονται από κοινού τα λειτουργικά τους έξοδα και τα κονδύλια που τους έχουν κατανεμηθεί. Μπορεί όμως να αποφασίσουν να συμπήξουν, οικειοθελώς, κοινοπραξίες που θα διαχειρίζονται ένα κοινό κονδύλιο, χωρίς να χρειάζεται να εργάζονται μαζί. Στην περίπτωση αυτή, θα καταβάλλουν κάποιο ποσό στη γραμματεία της κοινοπραξίας, η οποία θα τους πληροφορεί για τους μηνιαίους ρυθμούς της ατομικής τους άντλησης από τα κοινά κονδύλια, κατά τρόπο που να επιτρέπει τον συστηματικό έλεγχο της χρήσης τους. Η δεύτερη εγγύηση μπορεί να παρασχεθεί με την θέσπιση ορίων υπατιότητας των οικογενειακών ιατρών. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με δύο τρόπους. Είτε με την θέσπιση χρηματικού ορίου στο κόστος κάλυψης του κάθε περιστατικού από το εκκωρούμενο κονδύλιο είτε με την εξαίρεση ορισμένων κατηγοριών θεραπειών (όπως η αιμοκάθαρση, ορισμένοι καρκίνοι και οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις), που θα καλύπτονται κεντρικά από το Ενοποιημένο Ταμείο.

Η εκκώρση κονδυλίων παρέχει ευθέως στους οικογενειακούς ιατρούς τα οικονομικά κίνητρα για συντηρητική άσκηση της ιατρικής. Τούτο όμως μπορεί να έχει ως συνέπεια αφενός την παροχή ελλιπούς θεραπείας και αφετέρου τη δυσπιστία του κοινού σε ό,τι αφορά στα ελατήρια των οικογενειακών ιατρών. Θα ήταν βεβαίως ευχής έργο αν τα προβλήματα αυτά μπορούσαν να αποτραπούν εντελώς με μοναδική εγγύηση τον υψηλό επαγγελματισμό των ιατρών. Αντιλαμβανόμαστε όμως ότι υπό τις παρούσες συνθήκες τα οικονομικά κίνητρα για καταχρήσεις στην συνταγογραφία και στις παραπομπές είναι τόσο διαδεδομένα και εδραιωμένα, ώστε να προέχει η δημιουργία οικονομικών αντι-κινήτρων. Αναγνωρίζουμε πως οι προτάσεις μας συνεπάγονται δραστικές μεταβολές στο ελληνικό σύστημα - αλλαγές, που προϋποθέτουν την ύπαρξη καλά εκπαιδευμένων οικογενειακών ιατρών και την ριζική αλλαγή της κυρίαρχης νοοτροπίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Έχουμε προτείνει τρεις εναλλακτικές οδούς για τη θέσπιση της υπηρεσίας οικογενειακού ιατρού στην Ελλάδα. Δεν προτιμούμε την αμοιβή του οικογενειακού ιατρού κατά πράξη, παρότι είναι βέβαιο ότι το ιατρικό επάγγελμα θα πιέσει για τη θέσπισή της.

Εκείνο που χρειάζεται να τονιστεί είναι ότι η κυβέρνηση θα πρέπει να εξετάσει αυτήν την επιλογή μόνον υπό τον όρο ότι οι αμοιβές κατά πράξη δεν θα υπερβαίνουν κάποιο ανώτατο όριο ετήσιας χρηματοδότησης. Ο πρόσθετος αυτός όρος μπορεί να καταστήσει την επιλογή της αμοιβής κατά πράξη λιγότερο ελκυστική. Η λύση που προκρίνουμε είναι η αμοιβή των οικογενειακών ιατρών να γίνεται κυρίως, με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στα μητρώα τους ασθενών [capitation]. Το πλεονέκτημα αυτής της επιλογής από την πλευρά των ιατρών είναι ότι τα έξοδά τους θα καλύπτονται σε ικανοποιητικό βαθμό - αυτό αποτελεί εξάλλου μέρος των συνολικών μας προτάσεων. Η πλειονότητα των μελών της επιτροπής θεωρεί ότι η οικονομική και αποτελεσματική διαχείριση του συστήματος υγείας θα πρέπει να στηριχθεί στην πρόβλεψη για εκχώρηση ειδικών κονδυλίων για τα φάρμακα και τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιατροί ειδικοτήτων στα νοσοκομεία.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ

Ένα νοσοκομείο δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιεί τους πόρους του αποτελεσματικά, παρά μόνον αν μπορεί να τους καταναείμει ανάμεσα σε διαφορετικές χρήσεις. Παρότι η κατάρτιση προϋπολογισμού στις αρχές του χρόνου μπορεί να είναι χρήσιμη, το κάθε νοσοκομείο πρέπει να έχει την αρμοδιότητα να αλλάζει το ύψος των δαπανών μεταξύ των επιμέρους κωδικών του προϋπολογισμού. Η δυνατότητα αυτή πρέπει να υπόκειται σε σαφείς περιορισμούς και να αξιοποιείται μόνον όταν υπάρχουν επιτακτικές ανάγκες. Για παράδειγμα, υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε εθνικό επίπεδο. Αν κάποιο νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα να προσελκύσει πολλούς νοσηλευτές, δεν θα πρέπει να μπορεί να το κάνει αναξέλεγκτα, γιατί θα προκαλέσει μεγαλύτερες ελλείψεις προσωπικού σε άλλα νοσοκομεία. Επίσης, το οποιοδήποτε νοσοκομείο δεν θα πρέπει να μπορεί να αγοράζει ιατρικό εξοπλισμό κάποιου συγκεκριμένου τύπου, αν υπάρχει κίνδυνος κάτι τέτοιο να προκαλέσει περιορισμένη αξιοποίηση παρόμοιου εξοπλισμού σε άλλα νοσοκομεία.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι προτείνουμε μια μείζονα μεταβίβαση οικονομικών και διοικητικών αρμοδιοτήτων στα νοσοκομεία. Για τον σκοπό αυτό απαιτούνται ουσιαστικές αλλαγές στο καθεστώς διοίκησης των νοσοκομείων, ούτως ώστε η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων να διασφαλίζεται και με τη μεταβίβαση των ανάλογων ευθυνών.

Δεν υπάρχει όμως κάποιο γενικό μοντέλο που να ταιριάζει σε όλες τις περιπτώσεις. Συνεπώς, τα όσα ακολουθούν περιέχουν τις γενικές αρχές οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων, οι οποίες θα πρέπει να βρουν διαφορετικές κατά περίπτωση εφαρμογές, που θα ανταποκρίνονται στις κατά τόπους ανάγκες των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

ΟΡΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Εάν οι προτάσεις της παρούσας έκθεσης έχουν κάποια ελπίδα εφαρμογής, αυτή εξαρτάται από την επίλυση ενός θεμελιώδους προβλήματος: της ασφάλειας στην απα-

σχόληση που απολαμβάνουν όλοι όσοι φέρουν την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου. Εκτιμούμε ότι συνταγματικοί και νομικοί περιορισμοί, καθώς και σοβαροί πολιτικοί και κοινωνικοί λόγοι καθιστούν δύσκολη οποιαδήποτε αλλαγή σ' αυτό το ζήτημα. Αν μη τι άλλο, υπάρχει το ενδεχόμενο να προκληθούν αλυσιδωτές αντιδράσεις στον υπόλοιπο δημόσιο τομέα. Παρά ταύτα, η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και ευθυνών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί δίχως την εφαρμογή των παρακάτω διαδικασιών στο σύστημα διοίκησης αναφορικά με τους εργαζόμενους:

- Οι θέσεις πρέπει να προκηρύσσονται με ανοικτή διαδικασία και να καλύπτονται με ανταγωνιστικά κριτήρια.
- Η απόδοση των μελών του προσωπικού σε ολόκληρη τη διοικητική ιεραρχία θα πρέπει να υπόκειται σε αξιολόγηση. (Υπάρχουν πολλά συστήματα αξιολόγησης, από τα οποία θα μπορούσε να γίνει επιλογή και προσαρμογή στις τοπικές συνθήκες).
- Η αξιολόγηση θα πρέπει να συνοδεύεται από κίνητρα και κυρώσεις.
- Η προαγωγή θα πρέπει να βασίζεται στην αποδεδειγμένη απόδοση και ικανότητα.
- Όσοι, παρά την παροχή των κατάλληλων ευκαιριών εκπαίδευσης, αποδεικνύονται ανεπαρκείς, θα πρέπει να απομακρύνονται από τη θέση τους.

Κανένας οργανισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά χωρίς την εφαρμογή των βασικών αυτών αρχών. Οι διευθυντές όλων των επιπέδων θα πρέπει να έχουν πραγματικά τη δυνατότητα να διευθύνουν, όπως θα πρέπει να φέρουν και την ευθύνη για τη δική τους απόδοση. Υπό τις υπάρχουσες συνθήκες, η προαγωγή είναι συχνά ζήτημα αρχαιότητας ή εύνοιας. Οι σημερινοί διευθυντές δεν είναι σε θέση να επηρεάσουν αποτελεσματικά τα πράγματα, επειδή οι εργαζόμενοι γνωρίζουν ότι, αδιάφορα από την ανεπάρκεια της απόδοσής τους, απολαμβάνουν την ασφάλεια της μονιμότητας. Από την άλλη πλευρά, οι εργαζόμενοι που έχουν εξαιρετικές επιδόσεις δεν είναι βέβαιοι ότι θα ανταμειφθούν οικονομικά ή βαθμολογικά.

Δεν ήταν βεβαίως δυνατόν να ερευνήσουμε σε βάθος τις νομικές και συνταγματικές επιπτώσεις των αλλαγών που προτείνουμε. Πληροφορηθήκαμε πάντως ότι για το δημόσιο υπάλληλο η ασφάλεια της μονιμότητας αποτελεί κατοχυρωμένο συνταγματικό δικαίωμα, θα έπρεπε όμως να σημειώσουμε ότι σε ορισμένα συστήματα υγείας (όπως σε εκείνο του Ηνωμένου Βασιλείου) το προσωπικό του ΕΣΥ δεν φέρει την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα, σε αντίθεση με το προσωπικό του Υπουργείου Υγείας. Το προσωπικό του ΕΣΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο υπόκειται σε ειδικό καθεστώς απασχόλησης σε ό,τι αφορά στην αμοιβή, τη συνταξιοδότηση, τις συμβάσεις εργασίας κ.ο.κ. Προτείνουμε λοιπόν την άμεση διερεύνηση των επιπτώσεων που θα προκύψουν από την αλλαγή στο καθεστώς απασχόλησης των εργαζομένων στο ΕΣΥ. Η διερεύνηση πρέπει να κινηθεί προς δύο κατευθύνσεις:

- Την εξέταση του κατά πόσον είναι ορθή η διατήρηση της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων σε όλες τις βαθμίδες. Οι περισσότερες χώρες έχουν ήδη ε-

γκαταλείπει ή εγκαταλείπουν το καθεστώς της μονιμότητας για τους δημοσίους υπαλλήλους, επειδή η μονιμότητα οδηγεί, στην καλύτερη περίπτωση, σε μειωμένη αποδοτικότητα και, στην χειρότερη, σε κατάχρηση εξουσίας.

- Τον επαναπροσδιορισμό της ιδιότητας των εργαζομένων στο ΕΣΥ (το οποίο πρέπει να είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης στην χώρα) ως υπαλλήλων του ΕΣΥ ή «δημοσίων λειτουργών», που εργάζονται υπό ειδικό καθεστώς και ξεχωριστούς όρους απασχόλησης.

Στο μεταξύ, μπορεί να παρασχεθεί η δυνατότητα στα νοσοκομεία να απασχολούν ειδικό προσωπικό, το οποίο θα προσλαμβάνεται με συμβάσεις εργασίας και θα αμειβεται κατά τρόπο που να αντισταθμίζει την απουσία της ασφάλειας που παρέχει η παραδοσιακή δημοσιοϋπαλληλική μονιμότητα. Οι συμβάσεις εργασίας θα καθορίζουν τις απαιτήσεις της συγκεκριμένης θέσης, το ύψος της αμοιβής, το σύστημα αξιολόγησης και τις αμοιβαίες προϋποθέσεις για την λύση τους.

ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Προτού προδιαγράψουμε το διοικητικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων, έχει σημασία να τονίσουμε την ανάγκη για τη θέσπιση σαφών οργανωτικών ρυθμίσεων, οι οποίες θα καταλογίζουν συγκεκριμένες ευθύνες με βάση την αποδοτικότητα, ούτως ώστε να αναβαθμιστεί η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Όπως και στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, έτσι και στα νοσοκομεία αυτό που έχει σημασία είναι η θέσπιση υψηλών προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών, η παρακολούθηση της εφαρμογής τους και η λήψη διορθωτικών μέτρων στην περίπτωση που δεν εκπληρώνονται.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται συστήματα διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου των ιατρικών πράξεων. Σε πολλά νοσοκομεία έχουν εισαχθεί προγράμματα της αποκαλούμενης διαχείρισης ολικής ποιότητας (ΔΟΠ) και έχει αναπτυχθεί η νέα ειδικότητα του συντονιστή/διευθυντή ποιότητας.

Τα περισσότερα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας καλύπτουν:

- Τις κλινικές προδιαγραφές: νοσηρότητα, ποσοστά αναμολύνσεων, ποσοστά αναπαραπομπών, διάρκεια νοσηλείας κ.λπ.
- Τα συστήματα ασθενών: υποδοχή, χρόνος αναμονής, ιατρικά αρχεία, μεταφορά, ενημέρωση κ.λπ.
- Την επαγγελματική εκπαίδευση και τα επαγγελματικά προσόντα: αναλογία εκπαιδευμένου προσωπικού, επιμόρφωση, εξωτερική διαπίστευση κ.λπ.
- Τα συστήματα διοίκησης και διεύθυνσης προσωπικού: πολιτικές στελέχωσης και επιλογής, μηχανισμοί αξιολόγησης, συνδικαλιστική συμμετοχή, ίσες ευκαιρίες κ.λπ.

Όλες αυτές οι πλευρές της διασφάλισης ποιότητας είναι συνδεδεμένες και με κάποιο σύστημα διακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και των οικογενει-

ών τους, ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία που διοικούνται καλά, είτε είναι δημόσια είτε ιδιωτικά, διαθέτουν σήμερα μηχανισμούς αφενός για την παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και τις οικογένειές τους σχετικά με τη νοσοκομειακή νοσηλεία και αφετέρου για τον έλεγχο του επιπέδου ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Μερικά από τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα ενημερωτικά φυλλάδια, οι έρευνες αγοράς, οι δειγματοληπτικοί έλεγχοι, οι συνεντεύξεις με ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και οι οργανωμένες υπηρεσίες παραπόνων.

Παρά την απουσία καλής οργάνωσης των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, όλα τα παραπάνω συνιστούν θετικές εξελίξεις στον τομέα της διασφάλισης ποιότητας. Η έμφαση όμως στην ποιότητα απαιτεί την εφαρμογή αυτών των συστημάτων σε εθνικό επίπεδο, με την παράλληλη προώθηση πολιτικών και μηχανισμών ελέγχου από το Υπουργείο, το ΕΣΥ και τα ΠΥΣ. Ένας από τους πρώτους στόχους του νέου Κεντρικού Υγειονομικού Συμβουλίου (βλ. Κεφάλαιο 5) μπορεί να είναι ακριβώς η αξιολόγηση των διαφορετικών προσεγγίσεων στο ζήτημα της διασφάλισης ποιότητας, που άλλα συστήματα υγείας ακολουθούν.

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η ισχύουσα δομή του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, σύμφωνα με τον Νόμο 1397 του 1983 είναι: τέσσερα μέλη που διορίζονται από τον Υπουργό, ένα μέλος που προτείνεται από την τοπική αυτοδιοίκηση, ένα αιρετό μέλος από το ιατρικό προσωπικό και ένα αιρετό μέλος από το υπόλοιπο προσωπικό. Ο πρόεδρος εκλέγεται από τα επτά αυτά μέλη, αν όμως είναι ιατρός, δεν μπορεί να εργάζεται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Συνήθως, στα επτά μέλη, δύο τουλάχιστον και πιθανώς τέσσερα ή πέντε έχουν την ιατρική ιδιότητα.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, το Διοικητικό Συμβούλιο εμμέσως καλείται να εκπροσωπεί τις διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες του νοσοκομείου, ενώ, ταυτόχρονα, ευθύνεται και για τη συνολική λειτουργία του νοσοκομείου. Αυτού του τύπου τα διοικητικά συμβούλια «διπλού σκοπού» υπήρξαν ή υπάρχουν ακόμη και σε άλλα δημόσια συστήματα υγείας. Η γενική εμπειρία πάντως από αυτό το μοντέλο είναι ότι δεν μπορεί να διασφαλίσει ούτε πραγματική εκπροσώπηση των διαφόρων ομάδων συμφερόντων ούτε σαφή υπευθυνότητα για τη διοίκηση του ιδρύματος.

Η πρότασή μας λοιπόν είναι τα διοικητικά συμβούλια να αποτελούνται από μέλη που θα επιλέγονται με κριτήριο την κοινωνική τους επιφάνεια, την ικανότητά τους και τη γνώση τους σχετικά με τις τοπικές κοινότητες. Το προσωπικό του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρών, δεν θα πρέπει να συμμετέχει στο Διοικητικό Συμβούλιο με δικαίωμα ψήφου. Αντίθετα θα πρέπει να υπάρξουν οι κατάλληλοι εκείνοι μηχανισμοί παροχής συμβουλών που θα επιτρέπουν στους εκπροσώπους των εργαζομένων να συνεισφέρουν θετικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων από μέρους του Δι-

οικητικού Συμβουλίου. Το ισχύον σύστημα αποζημίωσης του Προέδρου και του Αντιπροέδρου θα πρέπει να επεκταθεί και στα υπόλοιπα μέλη.

Σε ό,τι αφορά στο μέλος που σύμφωνα με τον Νόμο 1397 προτείνεται από την τοπική αυτοδιοίκηση, πρέπει να υπογραμμιστεί η σημασία της σχέσης που τα νοσοκομεία χρειάζεται να έχουν με τους φορείς της. Εν όψει όμως της δημιουργίας διοικητικών συμβουλίων που θα έχουν ενιαία νομική υπόσταση και θα εκπροσωπούνται συλλογικά από τις απόψεις της εκάστοτε πλειοψηφίας, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η εκπροσώπηση της τοπικής αυτοδιοίκησης δεν πρέπει να συνεχιστεί. Το ζήτημα αυτό απαιτεί περαιτέρω συζήτηση. Για την προστασία των συμφερόντων των καταναλωτών, έχουμε ήδη προτείνει, στο Κεφάλαιο 5, την θέσπιση Ελεγκτή [Ombudsman] σε περιφερειακό επίπεδο.

Οι λειτουργίες του Διοικητικού Συμβουλίου

Ο περιορισμός της αρμοδιότητας του Διοικητικού Συμβουλίου στη στρατηγική διεύθυνση του νοσοκομείου έχει ζωική σημασία. Η εμπειρία άλλων χωρών διδάσκει πως τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου εύκολα αναλώνονται σε λεπτομέρειες. Έχει λοιπόν σημασία η παροχή σαφών οδηγιών στα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου σχετικά με τον ακριβή τους ρόλο, καθώς και η εκπαίδευση στο ρόλο αυτό πριν από την εγκατάστασή τους.

Οι στρατηγικές λειτουργίες του Διοικητικού Συμβουλίου πρέπει να είναι:

- Ο σχεδιασμός της συνολικής πολιτικής του νοσοκομείου.
- Η επιλογή των υπηρεσιών που θα παρέχονται και των αλλαγών που μπορεί να απαιτούνται με το χρόνο.
- Η παρακολούθηση της συνολικής απόδοσης του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής διαχείρισης.
- Η μεταβίβαση εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στο Γενικό Διευθυντή (βλ. παρακάτω).
- Η δημιουργία των κατάλληλων μηχανισμών που θα επιτρέπουν στο προσωπικό να επηρεάζει την λειτουργία του νοσοκομείου (βλ. παρακάτω).

Εν καιρώ, το Διοικητικό Συμβούλιο θα πρέπει να είναι συλλογικώς υπόλογο στο Περιφερειακό Υγειονομικό Συμβούλιο. Το ΠΥΣ θα πρέπει, με τη σειρά του, να δημοσιεύει ετήσιες εκθέσεις σχετικά με την λειτουργία και τις δραστηριότητες του κάθε νοσοκομείου της δικαιοδοσίας του. Θα πρέπει επίσης να εξασφαλίζει θεμιτούς τρόπους εκπροσώπησης των τοπικών κοινωνιών μέσω δημόσιων συγκεντρώσεων, συσκέψεων σε κοινοτικό επίπεδο κ.λπ. Το Διοικητικό Συμβούλιο ίσως δεν χρειάζεται να συνεδριάζει επίσημα περισσότερο από μία φορά το μήνα. Οι συνεδριάσεις του θα πρέπει, υπό φυσιολογικές συνθήκες, να είναι ανοικτές στο κοινό και τα μέσα ενημέρωσης.

Η νομική υπόσταση του Νοσοκομείου

Οι επιπτώσεις των προτάσεών μας στη νομική υπόσταση και την κυριότητα των νοσοκομείων αποτέλεσαν θέμα επανειλημμένων μεταξύ μας συζητήσεων. Παρότι οι νομι-

κές γνώσεις των μελών της επιτροπής είναι περιορισμένες, πιστεύουμε ότι δεν θα υπάρξουν δυσκολίες στη διατήρηση των νοσοκομείων υπό την κυριότητα του δημοσίου. Μια πιθανή λύση είναι τα νοσοκομεία να γίνουν ανώνυμες εταιρείες, στις οποίες το κράτος θα διατηρήσει το 99% των μετοχών και το υπόλοιπο 1% θα παραχωρηθεί στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η λύση αυτή θα είναι ιδιαίτερα επωφελής, στο βαθμό που θα παρέχει στα νέα Διοικητικά Συμβούλια την δυνατότητα να προσλαμβάνουν προσωπικό (και από εκείνους που εργάζονταν στα νοσοκομεία πριν από την μεταβολή αυτή) χωρίς τον περιορισμό της δημοσιοϋπαλληλικής μονιμότητας.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ο Νόμος του 1983 προέβλεπε τη δημιουργία θέσεων Γενικών Διευθυντών στα νοσοκομεία, αλλά η διάταξη αυτή δεν υλοποιήθηκε. Τα περισσότερα νοσοκομεία έχουν την παραδοσιακή οργανωτική δομή, σύμφωνα με την οποία το διοικητικό, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό «λογοδοτούν» στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, ο οποίος καθίσταται έτσι εκ των πραγμάτων Γενικός Διευθυντής μερικής απασχόλησης. Συναντήσαμε γενική ομοφωνία ως προς το ότι η παρούσα κατάσταση δεν είναι ικανοποιητική και ότι επιβάλλεται ο άμεσος διορισμός Γενικών Διευθυντών. Ο Νόμος του 1983 περιέγραφε το ρόλο του Γενικού Διευθυντή ως «συντονιστικό». Ωστόσο, η πρότασή μας προβλέπει την εκχώρηση ουσιαστικών αρμοδιοτήτων στο Γενικό Διευθυντή. Η άποψή μας είναι επίσης ότι η θέση του Γενικού Διευθυντή θα πρέπει να είναι πλήρους απασχόλησης. Ο Γενικός Διευθυντής θα λογοδοτεί στο Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο θα αξιολογεί την απόδοσή του σε τακτά διαστήματα. Παρότι ο Γενικός Διευθυντής δεν θα προΐσταται άμεσα του ιατρικού προσωπικού, θα πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ιδιαιτερότητες του κλινικού έργου και τις ευαισθησίες των ιατρών.

ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το καθεστώς απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών διαφέρει θεμελιωδώς από το αντίστοιχο καθεστώς των άλλων κατηγοριών του προσωπικού, επειδή οι ιατροί είναι προσωπικά υπεύθυνοι έναντι των ασθενών τους. Γι' αυτό το λόγο, οι ιατροί δεν είναι δυνατόν να «διοικηθούν» με τη συνήθη σημασία του όρου - δεν μπορούν, δηλαδή, να λογοδοτούν για το κλινικό τους έργο σε κάποιο διοικητικό διευθυντή. Αλλά ούτε και ο οποιοσδήποτε ειδικευμένος ιατρός μπορεί να κάνει τίποτε περισσότερο από το να εποπτεύει την κλινική πρακτική των συναδέλφων του.

Αυτή η «κλινική ελευθερία» είναι χαρακτηριστικό των περισσότερων αναπτυγμένων συστημάτων υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Πράγματι, η «ανεξαρτησία» του κάθε ιατρού αποτελεί σημαντική εγγύηση για τον ασθενή. Το προνόμιο όμως αυτό συνεπάγεται συγκεκριμένες υποχρεώσεις και δικαιώματα. Οι υποχρεώσεις του ιατρού περιλαμβάνουν την άσκηση του λειτουργήματός του μέσα στο πλαίσιο των οικονομικών δυνα-

ιοτήτων του νοσοκομείου, τη συμμόρφωσή του με την πολιτική του νοσοκομείου, τη συνεργασία του με τις άλλες ειδικότητες, την εποπεία της απόδοσης των συναδέλφων του κ.ο.κ. Τα δικαιώματα του ιατρού περιλαμβάνουν το δικαίωμα να διατυπώνει τη γνώμη του για το ποιές υπηρεσίες πρέπει να αναπτυχθούν και ποιές πρέπει να καταργηθούν, το δικαίωμα να απαιτεί υπηρεσίες από τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, οι οποίες θα είναι επαρκείς και θα παρέχονται έγκαιρα, το δικαίωμα να διαμορφώνει κλινική πολιτική κ.ο.κ. Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι στις παρούσες συνθήκες οι μηχανισμοί επιβολής των υποχρεώσεων και άσκησης των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ιατρού δεν είναι καθόλου αποτελεσματικοί.

Θεωρούμε πως ο διορισμός Γενικού Διευθυντή έχει κρίσιμη σημασία για την επιβολή των υποχρεώσεων και την άσκηση των δικαιωμάτων αυτών. Ο ρόλος του Γενικού Διευθυντή θα αποτελέσει αφενός το μέσο δια του οποίου οι ιατροί θα ασκούν επιρροή στην λειτουργία του νοσοκομείου και αφετέρου το διοικητικό μηχανισμό δια του οποίου θα ασκείται επιρροή στη συμπεριφορά των ίδιων των ιατρών.

Για την υποβοήθηση του διπλού αυτού ρόλου, το κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να αποκτήσει μια ιατρική συμβουλευτική επιτροπή ή ομάδα, τα μέλη της οποίας θα εκλέγονται από τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Ο Πρόεδρος της επιτροπής θα πρέπει να βρίσκεται σε συχνή επαφή με το Γενικό Διευθυντή και με το Διοικητικό Συμβούλιο, αλλά, όπως ήδη προαναφέρθηκε, δεν θα πρέπει ο ίδιος να είναι μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου με δικαίωμα ψήφου. Οι εναλλακτικές λύσεις για τη δομή αυτών των ιατρικών συμβουλευτικών οργάνων είναι πολλές, αλλά η γενική αρχή που πρέπει να τα διέπει συνίσταται στην ανάγκη να αναγνωρισθεί και ταυτόχρονα να ελεγχθεί η σημαντική εξουσία του ιατρικού προσωπικού. Τα όργανα αυτά θα αντικαταστήσουν τις υφιστάμενες Επιστημονικές Επιτροπές.

Η ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΑΝΩΤΕΡΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΙΩΝ

Έχει σημασία να τονίσουμε πως δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο εσωτερικής οργάνωσης που να είναι κατάλληλο για όλες τις περιπτώσεις, αφού το κάθε νοσοκομείο έχει τις δικές του εσωτερικές υποδιαιρέσεις και διοικητικές ρυθμίσεις. Όμως η παρούσα οργάνωση των περισσότερων ελληνικών νοσοκομείων μειονεκτεί σε πολλά και εμφανή σημεία, τα οποία απαιτούν αντιμετώπιση.

Υποθέτουμε ότι επί του παρόντος οι παραδοσιακές επαγγελματικές ή/και λειτουργικές ιεραρχίες κάτω από το επίπεδο του Γενικού Διευθυντή θα διατηρηθούν. Έχει όμως σημασία να λάβουμε υπόψη την τάση άλλων χωρών για μεταβίβαση αρμοδιοτήτων στο εσωτερικό του νοσοκομείου, που σκοπό έχει τη διοίκηση ξεχωριστών υπηρεσιών σε πολυκλαδική βάση. Οι κλινικές αυτές «υποδιευθύνσεις» μπορούν να προσλάβουν πολλές μορφές και πρέπει να θεωρηθούν το μελλοντικό βήμα προς την αυξανόμενη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων εντός του νοσοκομείου.

Η οικονομική διαχείριση

Όπως έχουμε ήδη υπαινικθεί, τα περισσότερα νοσοκομεία θα χρειαστούν σημαντική αναβάθμιση των οικονομικών τους λειτουργιών. Το κάθε νοσοκομείο πρέπει να αποκτήσει αποτελεσματικά συστήματα οικονομικής διαχείρισης, κατάρτισης προϋπολογισμών, λογιστικού ελέγχου και παρακολούθησης της αποδοτικότητας. Τούτο όμως συνεπάγεται ότι η οικονομική λειτουργία των νοσοκομείων θα αποκτήσει μεγαλύτερη σημασία και δεν θα είναι ενσωματωμένη στη γενική διοικητική λειτουργία. Στα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία λοιπόν θα πρέπει να υπάρχει Οικονομικός Διευθυντής, ο οποίος θα είναι υπόλογος στο Γενικό Διευθυντή και ο οποίος θα διαθέτει τις απαραίτητες τεχνικές δεξιότητες, καθώς και την αναγκαία γνώση των ιδιαιτεροτήτων των νοσοκομείων και της υγειονομικής φροντίδας.

Η διαχείριση πληροφοριών

Καταλαβαίνουμε ότι τα συστήματα διαχείρισης πληροφοριών στα νοσοκομεία είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, φτωχά ή εντελώς ανύπαρκτα. Από κλινική άποψη, τα ιατρικά αρχεία, όπου αυτά τηρούνται, χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια και έλλειψη μηχανογράφησης. Η διαχείριση των πληροφοριών είναι μηδαμινή και δεν συναρτάται με τις πληροφορίες που παρέχουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Το πληροφοριακό υλικό δεν είναι ενιαίο ούτε σε ό,τι αφορά στον κάθε ασθενή ούτε σε ό,τι αφορά στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα. Όμως οποιαδήποτε προσπάθεια για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των νοσοκομείων, για τη διασφάλιση της συνεργασίας μεταξύ των επιμέρους τομέων του συστήματος και για την εφαρμογή αποδοτικότερων μηχανισμών σχεδιασμού και συντονισμού απαιτεί την αξιόπιστη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις δραστηριότητες των νοσοκομειακών τμημάτων και των εξωτερικών ιατρείων. Η ακριβής πληροφόρηση είναι το κλειδί για τη σύγχρονη διοίκηση των νοσοκομείων. Η αναβάθμιση λοιπόν των υπηρεσιών πληροφόρησης συνιστά έναν από τους πλέον άμεσους στόχους για το ελληνικό σύστημα υγείας.

Η στρατηγική για την αναβάθμιση του συστήματος πληροφόρησης πρέπει να ξεκινήσει από το βασικό επίπεδο: οι πληροφορίες που συλλέγονται πρέπει να διακρίνονται από ακρίβεια και πληρότητα. Η ασφαλέστερη μέθοδος για την επίτευξη αυτού του σκοπού συνίσταται στην ανάπτυξη μηχανισμών ανατροφοδότησης, διά των οποίων πληροφορίες σχετικά με την κλινική πρακτική (όπως λ.χ. οι τάσεις που καταγράφονται στη φαρμακευτική συνταγογραφία, στις διαγνωστικές εξετάσεις και στις μεθόδους θεραπείας) θα γνωστοποιούνται έγκαιρα σε τμηματικές ή νοσοκομειακές συσκέψεις και θα τίθενται υπόψη των ιατρών. Το δίκτυο της συνεχούς ανατροφοδότησης των πληροφοριών δημιουργεί το πρώτο και σημαντικότερο πεδίο ενημέρωσης: «πώς ασκούμε την ιατρική;» «ποιά είναι τα αποτελέσματα;» «ποιό είναι το κόστος;». Η σύνδεση των πληροφοριών για την ιατρική και νοσηλευτική πρακτική με το μέγεθος των πόρων που διατέθηκαν έχει ουσιώδη σημασία. Σημασία επίσης έχει και η σύνδεση της ανατροφοδοτού-

μενης αυτής πληροφόρησης με την υπάρχουσα βάση πληροφοριών σχετικά με την αποδοτικότητα των διαφορετικών ιατρικών επεμβάσεων.

Δεν προτείνεται πάντως η Ελλάδα να προσπαθήσει να δημιουργήσει συνδυαστικό σύστημα τηλε-ιατρικής πληροφόρησης, επειδή κάτι τέτοιο είναι υπερβολικά φιλόδοξο. Πολλές απόπειρες βεβιασμένων κινήσεων προς αυτήν την κατεύθυνση έχουν καταλήξει σε ιδιαίτερα πολυέξοδες αποτυχίες. Είμαστε λοιπόν της γνώμης ότι η Ελλάδα θα πρέπει να προχωρήσει σταδιακά, χρησιμοποιώντας δοκιμασμένες μεθόδους και τεχνολογίες.

Έχουμε, επί παραδείγματι, πληροφορηθεί ότι είναι πολύ διαδεδομένη η διεξαγωγή πολλαπλών εξετάσεων υπερήχων σε εγκύους που δεν παρουσιάζουν ανησυχητικές ενδείξεις, καθώς και η διεξαγωγή μαστογραφιών σε γυναίκες κάτω των 50 και άνω των 69 ετών. Σε ό,τι όμως αφορά στις δύο αυτές τεχνολογίες, υπάρχουν πλέον, σε διεθνές επίπεδο, έγκυρα στοιχεία που επιβάλλουν μεγαλύτερο περιορισμό στην χρήση.

Ένα χρήσιμο μέτρο που θα πρέπει να θεσπιστεί όσο το δυνατόν ταχύτερα είναι η εφαρμογή του κλινικού/ιατρικού λογιστικού ελέγχου, που θα διενεργείται με εξωτερικές και εσωτερικές μεθόδους. Τούτο κατ' ουσίαν σημαίνει τον έλεγχο επιλεγμένων ιατρικών/νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που επιχειρούνται σε δείγμα ασθενών ή ομάδα ασθενών, και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων από τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις με τα ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών.

Σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, η συλλογή και η ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στην απόδοση θα πρέπει να αποτελούν οργανικά τμήματα του όλου συστήματος ελέγχου και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Στο επίπεδο αυτό πάντοτε, μπορεί να δημιουργηθεί η βάση σύγκρισης της κλινικής και οικονομικής απόδοσης μεταξύ νοσοκομείων και μεταξύ ειδικοτήτων. Για το σκοπό αυτό, χρειάζεται να υπάρξουν ειδικές μονάδες συλλογής, ανάλυσης και διάδοσης των πληροφοριών.

Ως προς το ζήτημα της διοικητικής ένταξης της υπηρεσίας πληροφόρησης στο κάθε νοσοκομείο, υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές λύσεις. Ορισμένες φορές οι υπηρεσίες πληροφόρησης αποτελούν τμήμα των οικονομικών υπηρεσιών. Ένα άλλο πρότυπο (που αποδίδει προτεραιότητα στην τήρηση των αρχείων των ασθενών και στην ακρίβεια των κλινικών πληροφοριών), προβλέπει θέση Διευθυντή Πληροφόρησης, ο οποίος υπάγεται στο Γενικό Διευθυντή.

Το νοσηλευτικό προσωπικό και τα άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα

Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει μεγάλες ελλείψεις συνολικά, αλλά και έλλειψη εκπαιδευμένων και ειδικευμένων νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές, οι μαίες και οι ιατρικοί επισκέπτες έχουν χαμηλό γόπτρο και εισόδημα. Όπως οι νοσοκομειακοί ιατροί του ΕΣΥ, έτσι και οι νοσηλευτές δεν μπορούν, από το Νόμο, να εργαστούν ιδιωτικά. Το ωράριο των νοσηλευτών, όπως εξάλλου και το ωράριο της πλειονότητας του προσωπικού των νοσοκομείων γενικά, είναι ανεπαρκώς οργανωμένο. Παρουσιάζονται,

συνεπώς, σοβαρά προβλήματα τις νυκτερινές κυρίως ώρες, κατά τις οποίες οι ασθενείς είναι αναγκασμένοι να προσφεύγουν στις δαπανηρές υπηρεσίες ιδιωτικών νοσηλευτών, γνωστών ως «αποκλειστικών». Στο Κεφάλαιο 10 περιέχονται οι προτάσεις μας σχετικά με την αναβάθμιση της εκπαίδευσης, των συνθηκών εργασίας και των επαγγελματικών προδιαγραφών των νοσηλευτών.

Σε ό,τι αφορά στην οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο, ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας θα πρέπει να υπάγεται στο Γενικό Διευθυντή και να ανήκει στο ανώτερο διοικητικό επιτελείο. Θα πρέπει ακόμη να συμμετέχει στη διαμόρφωση της πολιτικής και στη συνολική λειτουργία του νοσοκομείου, όπως θα πρέπει να φέρει και την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών της δικαιοδοσίας του ολόκληρο το εικοσιτετράωρο.

Τα υπόλοιπα παραϊατρικά επαγγέλματα που είναι ή θα έπρεπε να είναι άμεσα αναμειγμένα στην κλινική φροντίδα στο νοσοκομείο περιλαμβάνουν το τεχνικό προσωπικό των εργαστηρίων, των ακτινολογικών μηχανημάτων, των νοσοκομειακών φαρμακείων κ.λπ., καθώς και τους θεραπευτές (φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, λογοθεραπεία). Οι κατηγορίες αυτές διοικούνται, γενικά, από σχετικά χαμηλές βαθμίδες της νοσοκομειακής ιεραρχίας και ασκούν μικρή επιρροή στην κλινική πρακτική. Τούτο εν μέρει εξηγεί το ακατάλληλο μίγμα ειδικοτήτων που υπάρχει σε πολλούς κλινικούς τομείς. Ειδικότερα μάλιστα στην περίπτωση της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας, δεν υπάρχει ανώτερος επαγγελματίας φαρμακοποιός που να σχεδιάζει και να εποπτεύει συστήματα ελέγχου της συνταγογραφίας των ιατρών του νοσοκομείου.

Προτείνουμε λοιπόν τη δημιουργία ενός ανώτερου διοικητικού αξιώματος, αυτού του Διευθυντή των Κλινικών Βοηθητικών Υπηρεσιών, στον οποίο θα ανατεθεί η ευθύνη της διεύθυνσης των συναφών υπηρεσιών. Ο Διευθυντής αυτός θα υπάγεται στο Γενικό Διευθυντή και θα είναι πλήρους απασχόλησης - δεν θα είναι, δηλαδή, ιατρός που ταυτόχρονα ασκεί κλινική ιατρική.

Θα πρέπει επίσης να δημιουργηθεί ένας μηχανισμός καθιέρωσης κλινικών πρωτοκόλλων, διαδικασιών εισαγωγής στο νοσοκομείο και εξαγωγής από αυτό, και κλινικών προτύπων. Στη διαδικασία αυτή πρέπει να μετέχουν οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι άλλες κατηγορίες του κλινικού προσωπικού.

Οι υπηρεσίες διαμονής

Υπό τις παρούσες συνθήκες, οι «υπηρεσίες διαμονής» του νοσοκομείου (καθαριότητα, τροφοδοσία, συντήρηση κ.λπ.) υπάγονται στις διοικητικές υπηρεσίες. Ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες παραχωρούνται με σύμβαση σε ιδιώτες. Προτείνουμε, και σε αυτήν την περίπτωση, την ενοποίηση όλων των σχετικών υπηρεσιών υπό έναν κατάλληλο προϊστάμενο ή, στα μεγάλα νοσοκομεία, υπό έναν ειδικό προς τούτο Διευθυντή, ο οποίος θα υπάγεται στο Γενικό Διευθυντή. Υποθέτουμε ότι η υπηρεσία προμηθειών θα μπορούσε κι αυτή να οργανωθεί με παρόμοιο τρόπο.

Η διοίκηση του προσωπικού

Καθ' όσα γνωρίζουμε, η διοίκηση του προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν είναι ορθά αναπτυγμένη. Με τον όρο «διοίκηση προσωπικού» εννοούμε το όργανο εκείνο που είναι στελεχωμένο με ειδικούς, οι οποίοι φέρουν την ευθύνη όλων των θεμάτων που σχετίζονται με τους εργαζόμενους και την απασχόλησή τους: πρόσληψη και επιλογή, επιμόρφωση, πολιτική απασχόλησης, υπηρεσίες προσωπικού κ.λπ. Στον τομέα αυτόν, πολλές από τις προτάσεις της παρούσας έκθεσης θα επιτρέψουν τη δημιουργία περισσότερων τοπικών παραλλαγών στην οργάνωση των νοσοκομείων. Εάν τελικά οι ιατροί συνάψουν συμβάσεις απασχόλησης με το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, η ανάγκη για τη δημιουργία τοπικών τμημάτων προσωπικού θα γίνει ακόμη μεγαλύτερη. Κατά συνέπεια, η παρουσία ανώτερων στελεχών διοίκησης προσωπικού θα αποκτήσει ζωτική σημασία. Η ιδανική εξέλιξη θα προέβλεπε, κατά τη γνώμη μας, τη θέσπιση θέσης Διευθυντή Προσωπικού, ο οποίος θα διαθέτει τη δική του διοικητική υποστήριξη και θα αποτελεί μέρος της ανώτερης διοικητικής ιεραρχίας.

Στο Διάγραμμα 4 παρέχεται ένα ενδεικτικό οργανωτικό σχήμα. Δεν πρόκειται βεβαίως για πρότυπο γενικής ισχύος, αλλά για πρόταση που μπορεί να προσαρμοσθεί στις συνθήκες του κάθε νοσοκομείου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εξέταση στην οποία υποβάλαμε τις ισχύουσες οργανωτικές ρυθμίσεις των νοσοκομείων κατέληξε σε αυστηρή κριτική του συστήματος. Αναγνωρίζουμε ότι η παρούσα κατάσταση οφείλεται εν μέρει στη διαδεδομένη αντίληψη ότι οποιαδήποτε θεμελιακή αλλαγή είναι αδύνατη. Το απρόσφορο καθεστώς της δημοσιοϋπαλληλικής μονιμότητας θεωρείται ότι δεν μπορεί να αλλάξει και γι' αυτό οποιοσδήποτε εκσυγχρονισμός των οργανωτικών δομών με το διορισμό διευθυντών δεν θα έχει μεγάλη σημασία, αφού ο ρόλος του διευθυντή θα είναι αναπόφευκτα αναποτελεσματικός, δίχως την πραγματική εξουσία που του χρειάζεται για να ασκήσει τα καθήκοντά του. Ως εξωτερικοί παρατηρητές, δυσκολευόμαστε να πιστέψουμε ότι δεν μπορεί να βρεθεί κάποιος τρόπος να παρακαμφθούν τα σοβαρά αυτά εμπόδια σε οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής, αφού άλλες χώρες που ξεκίνησαν από παρόμοιες αφετηρίες κατάφεραν τελικά να υιοθετήσουν σύγχρονα συστήματα οργάνωσης και λειτουργίας.

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Στο προηγούμενο Κεφάλαιο περιγράψαμε τη σχέση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τους ιατρούς ειδικοτήτων [specialists] με την όλη νοσοκομειακή οργάνωση. Στο Κεφάλαιο αυτό ασχολούμεθα με την εσωτερική οργάνωση αυτών των υπηρεσιών και, ειδικότερα, με το σύστημα αμοιβής των ιατρών ειδικότητας και με τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα. Δεν καλύπτουμε όλα τα πιθανά προβλήματα που σχετίζονται με το θέμα, αλλά μόνο όσα ετέθησαν υπόψη μας.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού

Η αρχή των προσλήψεων με βάση αξιοκρατικά και μόνον κριτήρια δεν ισχύει μόνο για το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου, αλλά και για τους ίδιους τους ιατρούς. Όλες οι θέσεις πρέπει να προκηρύσσονται με πλήρη περιγραφή των απαιτούμενων προσόντων. Οι προσλήψεις και οι προαγωγές πρέπει να γίνονται από ειδικές επιτροπές. Στις επιτροπές αυτές θα προεδρεύει ο πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου ή ο αναπληρωτής του και θα μετέχει ένας εκπρόσωπος των ιατρών του νοσοκομείου. Όμως η πλειοψηφία των μελών αυτών των επιτροπών πρέπει να απαρτίζεται από εξωτερικούς κριτές, οι οποίοι θα προέρχονται από την υπό κρίση ειδικότητα και θα επιλέγονται από ιατρούς της ειδικότητας και όχι από το νοσοκομείο.

Η κατανομή των κλινών

Μια ματιά στις στατιστικές των νοσοκομείων σήμερα δείχνει ότι οι κλίνες κατανέμονται με πολύ άσχημο τρόπο μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων. Ορισμένες νοσοκομειακές πτέρυγες χρειάζεται να προσθέσουν «ράντζα», ενώ άλλες πτέρυγες παρουσιάζουν πολύ χαμηλή κάλυψη. Η ευθύνη για την ορθολογική κατανομή των κλινών δεν φαίνε-

ται να ανήκει σε κανέναν. Το ζήτημα είναι λεπτό και οι συμβουλευτικές ιατρικές επιτροπές μπορεί να προτιμούν να μην «ταράζουν τα στάσιμα νερά», για να μην προκαλέσουν την αντίδραση των μελών τους. Πιστεύουμε πως κάποιος πρέπει να έχει τη σαφή ευθύνη και αρμοδιότητα να επιληφθεί αυτού του προβλήματος. Κατά τη γνώμη μας η ευθύνη πρέπει να ανήκει στους προέδρους των ενοποιημένων τμημάτων - του παθολογικού, του χειρουργικού, του ψυχιατρικού, της μονάδας εντατικής θεραπείας κ.λπ. Ο πρόεδρος του κάθε τμήματος θα είναι ένας από τους προϊσταμένους και θα επιλέγει τους προϊσταμένους των επιμέρους μονάδων. Οι πρόεδροι των ενοποιημένων τμημάτων θα πρέπει να συναπαρτίζουν ειδική επιτροπή, έργο της οποίας θα είναι η ορθολογική κατανομή των κλινών μεταξύ των διαφόρων τμημάτων.

Σε προηγούμενο σημείο της έκθεσης έχουμε ήδη αναφερθεί στην έλλειψη κλινών για τους ασθενείς μακράς νοσηλείας. Πιστεύουμε ότι για το σκοπό αυτό θα πρέπει να διατίθενται ιδιαίτερες κλίνες, υπό τον έλεγχο ιατρών που είναι ειδικευμένοι στην παθολογία. Με τον καιρό, θα πρέπει επίσης να αναπτυχθεί και η ειδικότητα της γηριατρικής. Οι ειδικές αυτές κλίνες πρέπει να υπάρχουν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, ούτως ώστε οι ασθενείς να βρίσκονται κοντά στις οικογένειές τους. Οι υπηρεσίες αυτής της κατηγορίας θα πρέπει να παρέχονται και στα νοσοκομεία οξείας νοσηλείας (τα οποία τις έχουν ανάγκη), αλλά και σε μικρά νοσοκομεία ή σε ειδικούς οίκους ευγηρίας, οι οποίοι θα εποπτεύονται από οικογενειακούς ιατρούς που θα λαμβάνουν, εκτός από την κανονική τους αμοιβή, μισθό μερικής απασχόλησης για τα πρόσθετα αυτά καθήκοντα.

Τα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών

Έχουμε επίσης αναφερθεί στην έλλειψη ειδικών τμημάτων για τα ατυχήματα και τα επειγόντα περιστατικά. Τα τμήματα αυτά πρέπει να δημιουργηθούν στα μεγάλα νοσοκομεία, να διευθύνονται από ειδικευμένους ιατρούς ανώτερων βαθμίδων και να στελεχώνονται από άλλους ειδικευμένους ιατρούς σε άμεση διάθεση ή εφημερία. Η στελέχωση των τμημάτων αυτών έχει μεγάλη σημασία, αφού από την καλή λειτουργία τους εξαρτώνται πολλές ζωές. Η ανάπτυξη της συγκεκριμένης ειδικότητας θα απαιτήσει κάποιο χρόνο. Στις μεγάλες πόλεις, μπορεί να υπάρξει ένα σύστημα εκ περιτροπής εφημερίας των σχετικών τμημάτων, στα οποία θα πηγαίνουν τα ασθενοφόρα με τις σοβαρές περιπτώσεις ατυχημάτων. Ένα τέτοιο σύστημα θα επέτρεπε στο νοσοκομείο που εφημερεύει να έχει στη διάθεσή του όλες τις ειδικότητες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας χρειάζεται σημαντική αναβάθμιση: πλήρη εξοπλισμό με ασυρματική επικοινωνία και στελέχωση με ειδικά εκπαιδευμένα πληρώματα.

Η ΑΜΟΙΒΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Η εξεύρεση του καταλληλότερου τρόπου για την αμοιβή των ειδικευμένων ιατρών εντός ή εκτός νοσοκομείου παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα. Αυτό οφείλεται ιδιαίτερα

στο γεγονός ότι η Ελλάδα υποφέρει από σοβαρή υπερπροσφορά ιατρικών ειδικοτήτων, ενώ αντίθετα παρουσιάζει μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και ιατρούς γενικής ιατρικής. Στο βαθμό βεβαίως που έχει επιτραπεί (και συνεχίζει να επιτρέπεται) η παραγωγή τόσο μεγάλου αριθμού ιατρών ειδικοτήτων, είναι επόμενο να μην υπάρχει κάποια μέθοδος αμοιβής που να γεφυρώνει το χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των ειδικευμένων ιατρών αφενός και στους διαθέσιμους πόρους αφετέρου. Το πρόβλημα δεν είναι μόνο ελληνικό, αλλά εμφανίζεται και σε πολλές άλλες χώρες την τελευταία εικοσαετία. Στην Ελλάδα όμως το πρόβλημα παρουσιάζεται ιδιαίτερα οξυμένο, επειδή, σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα διαθέτει πολύ περισσότερους ιατρούς και πολύ λιγότερους πόρους.

Σε κάπως θετικότερο τόνο πάντως, θα πρέπει να θυμηθούμε ότι, το ύψος των πόρων που διατίθενται στην υγειονομική φροντίδα στην Ελλάδα είναι ήδη αρκετά υψηλό (ως ποσοστό του ΑΕΠ), εφόσον βεβαίως μετρηθεί σωστά, σε σύγκριση προς άλλες χώρες της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ. Αν όμως υπήρχε μεγαλύτερη διαφάνεια σε ό,τι αφορά στα εισοδήματα των ιατρών (με την εξάλειψη της αθέμιτης χρήσης της συνταγογραφίας και των παραπομπών), τότε θα προέκυπταν σοβαρές οικονομίες από τη μείωση των περιπών και δαπανηρών μορφών θεραπείας. Η εξοικονόμηση αυτή θα επέτρεπε, με τη σειρά της, την αύξηση του ιατρικού εισοδήματος από το τωρινό του επίπεδο, ενώ θα επενεργούσε θετικά στη συνολική οικονομική διαχείριση ολόκληρου του συστήματος υγείας.

Η αμοιβή των ειδικευμένων ιατρών είναι ζήτημα ιδιαίτερα πολύπλοκο εξαιτίας της ποικιλομορφίας που χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες τους και το περιβάλλον στο οποίο αυτές παρέχονται μέσα στο σύγχρονο σύστημα υγειονομικής φροντίδας. Οι ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες δεν προσφέρονται μόνο στο χώρο του νοσοκομείου. Σε πολλές χώρες έχουν αναπτυχθεί διάφορες μορφές «ελεύθερων» διαγνωστικών και θεραπευτικών υποδομών (όπως είναι λ.χ. τα χειρουργικά κέντρα μιας ημέρας ή τα διάφορα διαγνωστικά κέντρα), που παρέχουν υπηρεσίες ανάλογες με εκείνες που προσφέρονται στα νοσοκομεία. Οι ειδικευμένοι ιατροί μπορεί να είναι οι ίδιοι ιδιοκτήτες ή απλώς εργαζόμενοι σε τέτοια κέντρα, μπορεί να παραπέμπουν ασθενείς ή να φέρνουν τους ασθενείς τους σε αυτά.

Το ζήτημα λοιπόν της αμοιβής των ειδικευμένων ιατρών είναι συνυφασμένο με την πληρωμή των ιδρυμάτων. Μια μέθοδος είναι η πληρωμή του ιδρύματος, το οποίο στη συνέχεια αμείβει τον ιατρό - αυτό ισχύει σήμερα στην Ελλάδα, σε ό,τι αφορά στα νοσοκομεία. Μια άλλη μέθοδος συνίσταται στην ξεχωριστή αμοιβή και του ειδικευμένου ιατρού και του ιδρύματος - αυτό συμβαίνει όταν αμειβόμενοι κατά πράξη [fee-for-service] ιδιώτες ιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς τους σε διαγνωστικά κέντρα. Μια τελευταία μέθοδος είναι η πληρωμή του ειδικευμένου ιατρού για ολόκληρη δέσμη ιατρικών και τεχνικών υπηρεσιών, όταν ο ιατρός συμβαίνει να είναι και ο ιδιοκτήτης ή να είναι συμβεβλημένος με αυτό.

Τα μειονεκτήματα της αμοιβής των ιατρών με μισθό

Τα προβλήματα της αμοιβής των ιατρών με μισθό φαίνονται στην Ελλάδα από την εμπειρία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των πολυκλινικών του ΙΚΑ. Οι περισσότεροι νοσοκομειακοί ιατροί είναι μισθωτοί πλήρους απασχόλησης και δεν έχουν το δικαίωμα να ασκούν ιδιωτική ιατρική, παρότι πολλοί από αυτούς το πράττουν. Η άσκηση όμως της ιδιωτικής ιατρικής επιτρέπεται σε όσους νοσοκομειακούς ιατρούς είναι μέλη ΔΕΠ των πανεπιστημίων ή προέρχονται από την στρατιωτική ιατρική. Αντιληφθήκαμε επίσης ότι πολλοί ιατροί δεν εργάζονται ολόκληρο το ωράριό τους. Στις κλινικές του ΙΚΑ οι ιατροί είναι μερικής απασχόλησης, αλλά, στην πραγματικότητα, πολλοί από αυτούς προσφέρουν τις υπηρεσίες τους λιγότερες ώρες από ότι προβλέπεται στη σύμβασή τους. Η εργασία σε κλινική του δημοσίου, μολονότι κακοπληρωμένη, χρησιμοποιείται σε ορισμένες περιπτώσεις από τους ιατρούς για άγρια ασθενών, τους οποίους δέχονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Υπάρχουν λοιπόν σοβαρά οικονομικά κίνητρα που ενθαρρύνουν την ελαχιστοποίηση του χρόνου και της προσπάθειας των μισθωτών ιατρών του δημοσίου και την συνακόλουθη αφοσίωσή τους στην ιδιωτική ιατρική, παρότι απαγορεύεται. Η σημερινή μορφή διοίκησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων δεν διαθέτει ούτε τη δύναμη ούτε τα κίνητρα για να επιβάλει την ευσυνείδητη παροχή υπηρεσιών από μέρους των μισθωτών ιατρών. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι ότι, παρά την πληθώρα ιατρών σε εθνικό επίπεδο, οι ασθενείς συναντούν δυσκολίες πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κλινικών του δημοσίου.

Δύο είναι οι εναλλακτικοί τρόποι αμοιβής των ειδικευμένων ιατρών - παρότι μπορεί κανείς να σχεδιάσει διάφορες παραλλαγές αυτών. Ο κάθε ένας έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του, ορισμένα από τα οποία επισημαίνονται εδώ. **Ο πρώτος τρόπος** είναι η συνέχιση της προσπάθειας προς την ορθολογική οργάνωση του ισχύοντος καθεστώτος, με την αμοιβή των ειδικευμένων ιατρών μέσω των νοσοκομείων. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων θα καταρτίζονται σε σφαιρική βάση, πιθανώς με ένα αναπροσαρμολύσιμο τμήμα τους, ανάλογα με τον εκάστοτε φόρτο εργασίας, όπως λίγο πολύ συμβαίνει και σήμερα. Η διαφορά από την σημερινή κατάσταση θα είναι ότι όλα τα κονδύλια θα προέρχονται από το Ενοποιημένο Ταμείο μέσω των Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων. Οι ειδικευμένοι ιατροί θα συνεχίσουν να είναι μισθωτοί εργαζόμενοι του νοσοκομείου. Οι πολυκλινικές του ΙΚΑ θα μπορέσουν έτσι να γίνουν πολυκλινικές ειδικευμένων υπηρεσιών, αφού η ευθύνη για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας θα έχει διαχωριστεί και θα έχει περιέλθει στους νέους οικογενειακούς ιατρούς. Οι νέες αυτές πολυκλινικές ειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών θα δέχονται επ' αμοιβή παραπομπές [paid referrals] από τους οικογενειακούς ιατρούς. Θα μπορούν επίσης είτε να είναι συνδεδεμένες με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είτε να διατηρήσουν οικονομική αυτοτέλεια, αλλά με συγκεκριμένο προϋπολογιστικό όριο. Προβλέπουμε πως, όταν το νέο σύστημα οικογενειακής ιατρικής βρίσκεται πλέον σε πλήρη

λειτουργία, οι παραπομπές σε ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες θα μειωθούν σημαντικά και, συνακόλουθα, θα χρειάζονται πολύ λιγότερες πολυκλινικές αυτού του είδους.

Η διεθνής εμπειρία δείχνει πως, αν οι ιατροί αμείβονται με μισθό, τότε είναι πολύ δύσκολη, αν όχι αδύνατη, η εξάλειψη της ιδιωτικής ιατρικής. Οι βρετανοί ειδικευμένοι ιατροί, καθώς και οι γερμανοί ιατροί - καθηγητές πανεπιστημίων έχουν κατορθώσει να διατηρήσουν το προνόμιο της ιδιωτικής ιατρικής, μέσα όμως σε συστήματα υγείας που διοικούνται και ελέγχονται με πολύ πιο αυστηρό τρόπο από ό,τι το ελληνικό σύστημα σήμερα ή στο άμεσο μέλλον. Τα περιθώρια επιλογής λοιπόν περιορίζονται ανάμεσα είτε στην πλήρη απαγόρευση της ιδιωτικής ιατρικής (με τη γνώση ότι, ακόμη κι αν η πρόταση υιοθετηθεί επίσημα, είναι πολύ δύσκολο να εφαρμοστεί αποτελεσματικά στην πράξη) είτε στην υπό όρους και περιορισμένη ανοχή της ιδιωτικής ιατρικής (με την ελπίδα ότι έτσι θα εξαλειφθούν τα χειρότερα συμπτώματά της).

Ο τρόπος αμοιβής των ιατρών και των ιδρυμάτων στα οποία εργάζονται πρέπει να ενθαρρύνει (ή τουλάχιστον, να μην αποθαρρύνει από) την αφοσιωμένη και αποδοτική άσκηση της ιατρικής. Γι' αυτό, θα πρέπει να ενισχύει όλες εκείνες τις βελτιώσεις που έχουμε ήδη προτείνει, σχετικά με την εποπτεία, τη διεύθυνση και την αξιολόγηση της ιατρικής απόδοσης. Τούτο μπορεί να επιτευχθεί με την αυστηρότερη διοίκηση των νοσοκομείων και των άλλων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, στα οποία οι μισθοδοτούμενοι ειδικευμένοι ιατροί θα αναγκαστούν να διατηρούν υψηλά επίπεδα απόδοσης. Με δεδομένο τον πληθωρισμό ειδικευμένων ιατρών στην Ελλάδα, μια πραγματικά αυστηρή στρατηγική διοίκησης του συστήματος πρέπει να περιλαμβάνει την απόλυση εκείνων που παρέχουν χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες ή είναι ανίκανοι, ασκούν παράνομα ιδιωτική ιατρική ή αυξάνουν με μη νόμιμους τρόπους το εισόδημά τους. Ο ιατρός που απολύεται δεν θα έχει το δικαίωμα οποιασδήποτε αμοιβής, άμεσης ή έμμεσης, από το Ενοποιημένο Ταμείο, είτε για κάποιο χρονικό διάστημα είτε μόνιμα. Ο κίνδυνος αυτός θα ενισχύσει την απαγόρευση των ιατρών του δημοσίου να παρέχουν σε ιδιωτική βάση υπηρεσίες σε ασθενείς που καλύπτονται από το Ενοποιημένο Ταμείο. Όσοι ιατροί επιλέξουν να παραμείνουν εκτός αυτού του συστήματος θα έχουν βεβαίως το δικαίωμα να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε οποιονδήποτε επιθυμούν και με οποιαδήποτε αμοιβή, αλλά δεν θα πληρώνονται από το Ενοποιημένο Ταμείο.

Η ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ

Ο άλλος τρόπος αμοιβής των ειδικευμένων ιατρών θα σήμαινε ριζική αλλαγή στα όσα ισχύουν στην Ελλάδα, παρότι έχει ήδη εφαρμοσθεί στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες και, εν μέρει, στη Γαλλία. Ο τρόπος αυτός συνίσταται στη μεταφορά των ειδικευμένων ιατρών στο σύστημα της αμοιβής κατά πράξη. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται τη θέσπιση ενιαίου τιμολογίου υπηρεσιών, καθώς και του αντίστοιχου συστήματος συλλογής πληροφοριών. Το τιμολόγιο αμοιβών μπορεί να είναι το ίδιο για ολόκληρη τη χώρα ή να διαφέρει από περιφέρεια σε περιφέρεια, κατά τρόπο που να αντιπροσωπεύει τις το-

πικές διαφορές στο κόστος άσκησης της ιατρικής, αλλά και να ενθαρρύνει την εγκατάσταση ειδικευμένων ιατρών σε περιοχές που σήμερα δεν εξυπηρετούνται πλήρως.

Ο ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Η κατά πράξη αποζημίωση των ειδικευμένων ιατρών μπορεί τελικά να συνιστά λιγότερο ριζοσπαστική αλλαγή στις εν ισχύει ρυθμίσεις από ό,τι εν πρώτοις φαίνεται. Κι αυτό, διότι η κατά πράξη αμοιβή εφαρμόζεται σήμερα κρυφά και παράνομα στην ιδιωτική ιατρική. Μια μεγάλη όμως διαφορά από τη σημερινή κατάσταση θα είναι η φορολόγηση όλων των κατά πράξη αμοιβών, αφού σήμερα τα εισοδήματα των ιατρών από αυτήν την πηγή δεν γνωστοποιούνται, κατά τεκμήριο, στην Εφορία. Εάν τελικά οι ειδικευμένοι ιατροί αμείβονται κατά πράξη από το Ενοποιημένο Ταμείο, τότε δεν θα έχουν το δικαίωμα να ζητούν πρόσθετη αμοιβή από τους ασθενείς που καλύπτονται από το Ταμείο αυτό. Οι ιατροί θα έχουν βεβαίως το δικαίωμα να παραμείνουν εκτός του ΕΣΥ και να δέχονται ασθενείς σε απολύτως ιδιωτική βάση, με όποιους όρους οι ίδιοι επιθυμούν. Σε αυτήν την περίπτωση όμως, ούτε οι ίδιοι ούτε οι ασθενείς τους θα αποζημιώνονται από το Ενοποιημένο Ταμείο.

Ο απόλυτος διαχωρισμός της δημόσιας από την ιδιωτική ιατρική μπορεί να αποδειχθεί προβληματικός, αν πολλοί από τους γνωστούς ιατρούς επιλέξουν να παραιτηθούν από τις πανεπιστημιακές τους θέσεις και να μείνουν στον ιδιωτικό τομέα. Αντιρρήσεις αυτού του τύπου στις εδώ προτεινόμενες αλλαγές είναι πράγματι βέβαιο ότι θα διατυπωθούν. Από την άλλη όμως πλευρά, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η Ελλάδα δεν είναι πλούσια χώρα. Συνεπώς, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι η επιλογή του ιδιωτικού τομέα θα προσφέρει στους περισσότερους ιατρούς ικανοποιητικό εισόδημα. Επιπλέον, μπορεί να αυξηθεί ο μισθός των πανεπιστημιακών ιατρών, αφενός ως ανταμοιβή των πρόσθετων υποχρεώσεών τους στην διδασκαλία και την έρευνα και αφετέρου ως αποζημίωση για την απώλεια του δικαιώματος να χρεώνουν πάνω από το γενικό τιμολόγιο αμοιβών. Μπορεί βεβαίως να προβληθεί το επιχείρημα ότι η αύξηση του μισθού των καθηγητών της ιατρικής δεν μπορεί να παρασχεθεί δίχως αντίστοιχες αυξήσεις στους μισθούς όλων των πανεπιστημιακών. Θεωρούμε πως το επιχείρημα αυτό δεν είναι βάσιμο. Πολλές χώρες παρουσιάζουν σήμερα σημαντικές μισθολογικές διαφορές μεταξύ των καθηγητών της ιατρικής και των άλλων κατηγοριών των πανεπιστημιακών δασκάλων.

Δεν αποκλείουμε τη δυνατότητα να επιτραπούν και άλλες μορφές αποζημίωσης των ιατρών από τα νοσοκομεία, πέραν των αμοιβών κατά πράξη. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να αποζημιώνουν επιπρόσθετα τους ιατρούς τους για διοικητικά καθήκοντα που συνεπάγονται μείωση του χρόνου τον οποίο θα αξιοποιούσαν για παροχή αμειβόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Έτσι, στα μέλη των συμβουλευτικών ιατρικών επιτροπών, στους προϊστάμενους των κλινικών τμημάτων και σε όσους μετέχουν στις ειδικές επιτροπές προσλήψεων θα πρέπει να καταβάλλονται ειδικές αμοιβές. Επίσης, τα νοσοκομεία της περιφέρειας θα πρέπει να προσφέρουν ειδικές αμοιβές, καθώς και τα έξοδα μετάβα-

σης σε γνωστούς ιατρούς, με σκοπό να τους προσελκύουν σε εβδομαδιαίες επισκέψεις εργασίας. Η περιοδική παρουσία των ιατρών αυτών στα περιφερειακά νοσοκομεία θα συμβάλλει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχουν οι τοπικοί ιατροί και στην αποσυμφόρηση των πιέσεων από μέρους των ασθενών για την παραπομπή τους στα νοσοκομεία των μεγάλων κέντρων. Κατά παρόμοιο τρόπο, ομάδες οικογενειακών ιατρών μπορούν να προσφέρουν αμοιβές σε ειδικευμένους ιατρούς, οι οποίοι θα επισκέπτονται τακτικά τα ιατρεία των πρώτων για μισή ημέρα, για να εξετάζουν τους ασθενείς τους. Μια τέτοια ρύθμιση όχι μόνον θα είναι βολικότερη για τους ασθενείς, αλλά θα υπηρετεί και τον σκοπό της συνεχούς επιμόρφωσης των οικογενειακών ιατρών.

Η συγκράτηση του κόστους των κατά πράξη αμοιβών

Η συνύπαρξη των κατά πράξη αμοιβών με τους περιορισμούς της σφαιρικής χρηματοδότησης της υγειονομικής φροντίδας από το Ενοποιημένο Ταμείο, θα απαιτεί την τακτική (ίσως ετήσια) αναπροσαρμογή των κατά πράξη αμοιβών σύμφωνα με τα προκαθορισμένα ανώτατα όρια της ετήσιας χρηματοδότησης. Η προσέγγιση αυτή (που έχει υιοθετηθεί στη Γερμανία και υιοθετείται όλο και περισσότερο στον Καναδά) συνίσταται στον καθορισμό του τιμολογίου αμοιβών με μέτρο όχι τα νομισματικά μεγέθη (σε δολάρια, μάρκα ή δραχμές) ανά υπηρεσία ή πράξη, αλλά με ειδικές μονάδες μέτρησης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το τιμολόγιο αμοιβών αυτού του τύπου αποκαλείται συνήθως Κλίμακα Σχετικής Αξίας, ενώ οι αξίες που αναλογούν σε κάθε είδος που περιλαμβάνεται στο τιμολόγιο ονομάζονται Μονάδες Σχετικής Αξίας (ΜΣΑ). Η νομισματική αξία της κάθε ΜΣΑ υπολογίζεται στο τέλος της κάθε απολογιστικής περιόδου, κατά τρόπο ώστε να ισοδυναμεί με τη συνολική αξία των απολογισμών, στη βάση του ποσού που το Ενοποιημένο Ταμείο έχει προϋπολογίσει για την ιατρική φροντίδα.

ΟΙ ΑΜΟΙΒΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ

Ανάμεσα σε αυτές τις δύο κύριες στρατηγικές επιλογές, θα μπορούσαν να προβλεφθούν και διάφοροι τύποι αμοιβών των ειδικευμένων ιατρών στα νοσοκομεία και τις κλινικές, με κριτήριο την απόδοσή τους. Οι αμοιβές αυτού του είδους θα μπορούσαν να συνδυαστούν με τους βασικούς μισθούς κατά διάφορους τρόπους. Η παροχή αυτών των πρόσθετων αμοιβών θα συνεπικουρεί (αλλά δεν θα αντικαθιστά) το διοικητικό έλεγχο που απαιτείται για να διασφαλιστεί η πραγματική εργασία των ιατρών - ότι δηλαδή, προσφέρουν, εν τέλει, τις ώρες και την προσπάθεια για τις οποίες αμείβονται.

Ένα πρόβλημα με τις αμοιβές με κριτήριο την απόδοση, όπως εξάλλου και με τις αμοιβές κατά πράξη, είναι ότι τείνουν εν τέλει να επιβραβεύουν όχι την ποιότητα, αλλά την ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών. Περισσότερες υπηρεσίες δεν σημαίνουν πάντοτε και καλύτερες υπηρεσίες, αν και συνεπάγονται πάντοτε περισσότερες δαπάνες. Στην Βόρεια Αμερική γίνεται λόγος για την προκατάληψη που υπάρχει υπέρ της «επιθετικής» ιατρικής συμπεριφοράς. Η πιο πολύτιμη όμως και αποτελεσματική ενέρ-

γεια του ιατρού μπορεί να είναι να μην κάνει τίποτε άλλο, παρά να παρακολουθεί και να σκέφτεται για να επέμβει στο ελάχιστο, αλλά με ακρίβεια. Η σκέψη όμως είναι δραστηριότητα που δύσκολα παρατηρείται ή προσμετράται. Αντιθέτως, είναι πολύ ευκολότερη η μέτρηση και η αμοιβή τυποποιημένων ενεργειών, αδιάφορα από το αν τελικά κάνουν καλό στον ασθενή. Αυτού του τύπου οι προκαταλήψεις είναι, σύμφωνα με τις πληροφορίες μας, ένα εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα στην Ελλάδα σήμερα, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στον ιδιωτικό τομέα.

Το ζήτημα δεν είναι απλώς η διόγκωση του κόστους χωρίς ωφέλεια. Όλες οι ιατρικές επεμβάσεις μπορεί να έχουν και αρνητικά αποτελέσματα. Ακόμη και μια εξέταση που δεν προκαλεί από μόνη της βλάβη μπορεί να καταλήξει, εξαιτίας της εγγενούς ανακρίβειας όλων των εξεταστικών μεθόδων, σε «ψευδώς θετικά αποτελέσματα», κατατάσσοντας έτσι, από λάθος, καθ' όλα υγιείς ανθρώπους σε κατηγορίες ασθένειας, επικινδυνότητας ή ανωμαλίας. Πέρα από την ανησυχία και το άγχος που προκαλούν τέτοιοι λανθασμένοι χαρακτηρισμοί, τα θετικά αποτελέσματα οδηγούν σε περαιτέρω επεμβάσεις, που έχουν το δικό τους κόστος και τους δικούς τους κινδύνους. Κατά συνέπεια, η περιπή και η ακατάλληλη φροντίδα συνιστά κίνδυνο για την υγεία και οικονομικό βάρος. Οι κίνδυνοι μάλιστα αυξάνονται, αν η φροντίδα αυτή παρέχεται στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος λειτουργεί υπό ανεπαρκές καθεστώς κανονισμών και ελέγχεται ελλιπώς.

ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Τα όσα προηγήθηκαν μας φέρνουν στο ζήτημα των σχέσεων ανάμεσα αφενός στις εγκαταστάσεις και τους ιατρούς του ΕΣΥ και αφετέρου στις αντίστοιχες εγκαταστάσεις και τους ιατρούς του ιδιωτικού τομέα. Το πρόβλημα ισχύει, με διαφορετικές μορφές, και στις δύο στρατηγικές επιλογές. Εάν όλες οι ιατρικές υπηρεσίες ειδικοτήτων αμειβόνται κατά πράξη, τότε μήπως θα έπρεπε και τα ιδιωτικά κέντρα να έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν κατά πράξη αμοιβές από το Ενοποιημένο Ταμείο για λογαριασμό του πληθυσμού που αυτό καλύπτει; Η μήπως, όταν η αμοιβή των ιατρικών υπηρεσιών διενεργείται μέσω των νοσοκομείων, θα πρέπει να επιτραπεί στους νοσοκομειακούς ιατρούς να παραπέμπουν τους ασθενείς τους στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα;

Τα ερωτήματα αυτά θα πρέπει να απαντηθούν από το Ενοποιημένο Ταμείο, αδιάφορα από το σύστημα αμοιβών που τελικά θα προκριθεί. Θα πρέπει μάλιστα να απαντηθούν, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως το κόστος, η ποιότητα, η ευκολία προσπέλασης και οι εκάστοτε ανάγκες. Σύμφωνα με τις πληροφορίες μας, πολλές διαγνωστικές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων υπολειτουργούν ή παρουσιάζουν βλάβες με μεγάλη συχνότητα, ενώ οι ασθενείς παραπέμπονται σε ιδιωτικά κέντρα, από τα οποία ο αποστέλλων ιατρός μπορεί να λαμβάνει κάποιας μορφής αμοιβή. Η μακροπρόθεσμη αντίδραση σ' αυτήν την κατάσταση συνίσταται στην επαρκή παροχή αυτών των υπηρεσιών από το δημόσιο τομέα και στην απαγόρευση της πληρωμής των ιδιωτικών κέν-

ντρων από το δημόσιο ταμείο. Οι υφιστάμενες δημόσιες υπηρεσίες αυτού του τύπου θα μπορούν να λαμβάνουν πρόσθετες αποζημιώσεις για υπερωρίες, υπό τον όρο ότι χρησιμοποιούν πλήρως τις κανονικές ώρες εργασίας για τη διενέργεια συγκεκριμένου αριθμού εξετάσεων.

Βραχυπρόθεσμα, θα προτείναμε τη σύναψη νέων τύπων συμβάσεων με τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία θα επιλέγονται με κριτήριο την ποιότητά τους. Η σύμβαση θα παρέχει στο Κέντρο ένα κατ' αποκοπήν ποσό για συγκεκριμένο όγκο εργασιών, που θα προσδιορίζεται προκαταβολικά για ολόκληρο το έτος. Εάν οι υπηρεσίες που έχουν παραπεμφθεί στο κέντρο υπερβαίνουν τον προβλεπόμενο όγκο, τότε οι πρόσθετες εξετάσεις θα πληρώνονται με βάση όχι το μέσο, αλλά το οριακό κόστος. Το ίδιο επίπεδο αμοιβής ανά εξέταση θα ισχύει για τον υπολογισμό εκπώσεων, εάν οι παραπεμφθείσες εργασίες υπολείπονται του προβλεπόμενου όγκου. Οι ρυθμίσεις αυτές περιορίζουν τα κίνητρα του ιδιωτικού κέντρου για προσέλκυση όλο και περισσότερων εξετάσεων. Τα διαγνωστικά κέντρα εγκεκριμένης ποιότητας θα καλούνται, κάθε χρόνο, να υποβάλουν προσφορές για συμβάσεις αυτού του τύπου. Οι συμβάσεις θα συνάπτονται κατόπιν επιλογής, που θα βασίζεται, ανάμεσα σε άλλα, και στο κριτήριο της προσφερόμενης τιμής. Εάν το σύστημα αυτό κατορθώσει να λειτουργήσει χωρίς καταστρατηγήσεις, τότε μπορεί να συνεχιστεί και μακροπρόθεσμα. Αλλιώς, ο δημόσιος τομέας θα πρέπει να γίνει αυτάρκης ως προς το σημείο αυτό.

ΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ ΑΜΟΙΒΗΣ

Πιστεύουμε ότι πέντε λόγοι συνηγορούν υπέρ της εφαρμογής ενός συστήματος κατά πράξη αμοιβών. **Πρώτον**, ένα τέτοιο σύστημα θα πρέπει να εφαρμοστεί για την πληρωμή των επισκέψεων που θα προκαλούνται από τις παραπομπές των οικογενειακών ιατρών στους ιατρούς ειδικοτήτων, με τη μόνη διαφορά ότι τα χρήματα θα πηγαίνουν στο νοσοκομείο και όχι στον ιατρό. Επειδή οι οικογενειακοί ιατροί θα είναι υπεύθυνοι για την πληρωμή όλων των επισκέψεων που γίνονται κατόπι δικής τους παραπομπής (εκτός από τα επείγοντα περιστατικά), θα έχουν λόγους να ελέγχουν την ποιότητα αυτών των επισκέψεων (διάρκεια και αναγκαιότητα της επίσκεψης). Εάν ο ασθενής παραπονεθεί ότι ο ειδικευμένος ιατρός δεν του αφιέρωσε αρκετό χρόνο κατά την εξέτασή του, τότε την επόμενη φορά ο οικογενειακός του ιατρός θα τον παραπέμψει αλλού.

Δεύτερον, το παρόν νοσοκομειακό σύστημα φαίνεται ότι χαρακτηρίζεται από ακατάλληλες μορφές χρήσης. Παρότι πληροφορηθήκαμε ότι οι δείκτες χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι χαμηλοί στην Ελλάδα, δεν εμπιστευόμαστε τα στοιχεία που τέθηκαν υπόψη μας. Την στιγμή αυτή, υπάρχει παγκοσμίως η τάση για τη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο, η οποία οφείλεται εν μέρει στη διαδεδομένη υιοθέτηση του χειρουργείου μιας ημέρας. Απορρίπτουμε ρητώς την άποψη ότι η Ελλάδα χρειάζεται συνολικά περισσότερα νοσοκομειακά κρεβάτια. Ίσως χρειάζεται αύξηση στα εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων νοσοκομεία, αν θα ήταν δυνατόν να στελεχωθούν

και να εξοπλιστούν κατάλληλα, κερδίζοντας έτσι την εμπιστοσύνη του κοινού και επιφέροντας αντίστοιχη μείωση της προσέλευσης στα μεγάλα κέντρα, ιδιαίτερα στην Αθήνα. Από την άλλη πλευρά, έχουμε υπόψη μας ότι ορισμένα από τα νοσοκομεία της Αθήνας είναι παλαιά, μικρά και δεν ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες. Ίσως λοιπόν χρειαστεί η αντικατάστασή τους με ένα μεγαλύτερο σύγχρονο νοσοκομείο.

Παρά ταύτα, θα συνιστούσαμε μεγάλη προσοχή, επειδή οι αλλαγές σημειώνονται σήμερα με πολύ μεγάλη ταχύτητα. Παρατηρήσαμε λ.χ. ότι η εγχείρηση καταρράκτη διενεργείται ακόμη με κανονική εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και εσωτερική νοσηλεία για αρκετές μέρες. Αυτό δείχνει ότι η Ελλάδα δεν παρακολούθησε σ' αυτό τη σύγχρονη πρακτική, αφού σήμερα η διαδικασία αυτή συνήθως συνεπάγεται μιας ημέρας χειρουργείο. Το γεγονός πάλι ότι η νοσηλεία στον ιδιωτικό τομέα διαρκεί περισσότερο απ' ό,τι στον δημόσιο δείχνει ότι κυριαρχεί το κίνητρο για αύξηση των κερδών και όχι η ιατρική αναγκαιότητα. Ένα άλλο παράδειγμα παρέχει το έμφραγμα του μυοκαρδίου, όπου η διάρκεια νοσηλείας είναι κατά πολύ μεγαλύτερη συγκριτικά με άλλες χώρες. Γενικά, το χειρουργείο μιας ημέρας έχει ελάχιστα αναπτυχθεί. Ένα σύστημα αμοιβών που παροτρύνει τους ιατρούς σε υψηλά ποσοστά ταχείας διακίνησης ασθενών, ασκεί έμμεση πίεση στη διοίκηση των νοσοκομείων για τη μείωση της διάρκειας νοσηλείας και την ταχύτερη διεκπεραίωση των περιπτώσεων. Μια τέτοια πίεση από μέρους των ιατρών μπορεί να ενισχύσει την προσπάθεια του Ενοποιημένου Ταμείου να επιβάλει αποδοτικότερες μεθόδους νοσοκομειακής διοίκησης, είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω της διαδικασίας του προϋπολογισμού.

Το **τρίτο** πλεονέκτημα είναι ότι, η συνεχής λειτουργία του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια ολόκληρης της εργάσιμης ημέρας θα είναι πλέον προς το συμφέρον των ίδιων των ιατρών, ενισχύοντας έτσι την προσπάθεια της διοίκησης να εξασφαλίσει τη συνέχεια στη λειτουργία, αντί του σημερινού καθεστώτος, όπου ακριβά μηχανήματα παραμένουν ακρησιμοποίητα από νωρίς το απόγευμα. Η απότομη μείωση στην εκπαίδευση ιατρών στις παραδοσιακές ειδικότητες που προτείνουμε στο Κεφάλαιο 10, θα επιφέρει την αύξηση του όγκου εργασίας για όσους ιατρούς έχουν ήδη αποκτήσει ειδικότητα, διαφορετικά θα αυξηθούν οι χρόνοι αναμονής για νοσοκομειακή θεραπεία. Ένα σύστημα αμοιβών κατά πράξη θα καταστήσει αυτόν τον πρόσθετο όγκο εργασίας πιο ελκυστικό στους εναπομείναντες ιατρούς. Ο **τέταρτος** λόγος είναι ότι η παραγωγικότητα των ιατρών στο δημόσιο τομέα θα αυξηθεί στα επίπεδα παραγωγικότητας που σήμερα χαρακτηρίζουν τον ιδιωτικό τομέα. Το **πέμπτο** πλεονέκτημα είναι πως ένα ξεκάθαρο σύστημα αμοιβών κατά πράξη θα μειώσει την τάση προς την ιδιωτική ιατρική, που ασκείται σήμερα από τους ιατρούς πέραν των μισθωτών τους υπηρεσιών. Στην ουσία, όλοι οι ιατροί γίνονται ιδιώτες, αλλά υπό ελεγχόμενες συνθήκες και με αμοιβές που προέρχονται όχι από το ατομικό εισόδημα του χρήστη, αλλά από συλλογική χρημαδότηση.

Θα είναι όμως πολιτικά πραγματοποιήσιμη η θέσπιση και, ακόμη περισσότερο, η ε-

φαρμογή της σαφούς διάκρισης των ιατρών του ΕΣΥ (που δεν θα έχουν δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής) από τους ιατρούς που θα παραμείνουν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα; Εάν η εισήγησή μας δεν τύχει της κυβερνητικής αποδοχής, θα προτείναμε μια άλλη εναλλακτική λύση: η χρήση των δημόσιων νοσοκομείων προς όφελος ιδιωτών ασθενών θα μπορούσε να επιτραπεί στους ιατρούς ανώτερων βαθμίδων και στους πανεπιστημιακούς ιατρούς, σε αυστηρά περιορισμένη βάση, για ένα ή δύο απογεύματα την εβδομάδα (ανάλογα με τη βαθμίδα του ιατρού) και με το μοίρασμα των χρημάτων που εισπράττονται στον ιατρό, το προσωπικό υποστήριξης και το νοσοκομείο. Ο κάθε ιατρός, στην περίπτωση αυτή, θα όριζε ο ίδιος το ύψος της αμοιβής του, η χρέωση όμως του ασθενούς θα γινόταν όχι από τον ιατρό, αλλά από το νοσοκομείο. Ταυτόχρονα, προτείνουμε την αποτελεσματική πάταξη της ιδιωτικής ιατρικής εκ μέρους των υπολοίπων ιατρών του ΕΣΥ, έστω κι αν κάτι τέτοιο δεν θα είναι καθόλου ευχάριστο. Τίποτε δεν μπορεί να είναι χειρότερο από την παρούσα κατάσταση, όπου η ιατρική μετατρέπεται από ορισμένους ιατρούς σε εκ των πραγμάτων ιδιωτική ιατρική.

Αποδίδουμε μεγάλη σημασία στην αρχή της συνεχούς διαθεσιμότητας των ιατρών στο χώρο της εργασίας τους. Οι ανάγκες των ασθενών δεν έχουν ωράριο. Είναι λοιπόν προτιμότερο ο αρμόδιος ιατρός να είναι διαθέσιμος μέσα στο νοσοκομείο, παρά να χρειάζεται να κληθεί από κάποια ιδιωτική κλινική. Αν λ.χ. οι χειρουργοί θεωρούν πως οι εγκαταστάσεις των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων υπερτερούν, τότε υπάρχει άμεση προτεραιότητα για πρόσθετες δαπάνες, με σκοπό την βελτίωση των χειρουργείων, του προσωπικού και των θαλάμων ανάρρωσης στα δημόσια νοσοκομεία.

Η αλλαγή προς ένα σύστημα κατά πράξη αμοιβών για τους ειδικευμένους ιατρούς έχει και τα προβλήματά της. Θα ενθαρρύνει βεβαίως την αύξηση της παραγωγικότητας, και θα δώσει λύση στο πρόβλημα του χάσματος που υπάρχει ανάμεσα στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, αν συνδυαστεί με ανώτατα όρια σφαιρικής χρηματοδότησης, το σύστημα των κατά πράξη αμοιβών δεν οδηγεί αναπόφευκτα σε ανεξέλεγκτη κλιμάκωση του κόστους. Αλλά η αμοιβή κατά πράξη καθεαυτή δεν αντιμετωπίζει το ζήτημα της καταλληλότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ παρουσιάζει συχνά μεγαλύτερες δυσκολίες στον έλεγχο, στην αξιολόγηση και, ιδιαίτερα, στη βελτίωση της ατομικής απόδοσης του ιατρού.

Το σύστημα των κατά πράξη αμοιβών απαιτεί ευρεία, ακριβή και έγκαιρη πληροφόρηση. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος, κατά τρόπο που να εξασφαλίζει ταχείες πληρωμές, θα πάρει αναπόφευκτα χρόνο. Όλες οι αιτήσεις αμοιβής για παρασχεθείσες υπηρεσίες θα πρέπει να κατατίθενται αμέσως μετά το τέλος κάθε μήνα και να διεκπεραιώνονται ταχύτατα, ούτως ώστε να είναι δυνατή η σύγκρισή τους με το αντίστοιχο ποσοστό του επίσιου προϋπολογισμού. Η καταβολή ενδιάμεσων πληρωμών μπορεί να διενεργείται με βάση κάποια προσωρινή τιμή των μονάδων σχετικής αξίας, ώστε να αποτρέπεται η υπέρβαση του σφαιρικού προϋπολογισμού.

Η εισαγωγή της κλίμακας σχετικής αξίας

Ο προσδιορισμός των μονάδων σχετικής αξίας θα προκαλέσει, αναπόφευκτα, αντιδράσεις. Με βάση τη διεθνή εμπειρία, θα προτείνουμε την εφαρμογή των παρακάτω αρχών στο ζήτημα αυτό:

- Το κύριο κριτήριο θα πρέπει να είναι ο απαιτούμενος χρόνος απασχόλησης του ιατρού, παρότι πρέπει να υπάρξουν ειδικές προβλέψεις για τις απαιτούμενες δεξιότητες και την πολυπλοκότητα της κάθε διαδικασίας.
- Ο προσδιορισμός του χρόνου που προβλέπεται για την εξέταση του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις χρονικές απαιτήσεις που απορρέουν από την ανάγκη λήψης του ιστορικού του ασθενούς, από την πλήρη επικοινωνία ασθενούς και ιατρού, και από την ανάγκη τήρησης των ιατρικών αρχείων. Πολλές από τις υπάρχουσες κλίμακες υποτιμούν τη σημασία της εξέτασης του ασθενούς αποδίδοντας μονομερή έμφαση στις θεραπευτικές διαδικασίες. Έτσι όμως ο ιατρός βρίσκει περισσότερο συμφέρουσα την λύση των αλληπάλληλων θεραπευτικών διαδικασιών που αφορούν στον ίδιο ασθενή από το να εξετάσει κάποιον άλλον. Γι' αυτό και προτείνουμε τη γενναία ενίσχυση του ρόλου της ιατρικής εξέτασης και τη μείωση της έμφασης στις μετέπειτα διαδικασίες.
- Οι συναφείς ιατρικές πράξεις και θεραπευτικές ενέργειες θα πρέπει να ομαδοποιηθούν, κατά τρόπο που να αποτρέπεται η κλιμάκωση των μονάδων σχετικής αξίας πέραν των 2.000.

Από τη στιγμή του προσδιορισμού της, η κλίμακα πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά ως προς τα αποτελέσματά της. Όλες οι κλίμακες δημιουργούν, αναπόφευκτα, και ορισμένα ανεπιθύμητα κίνητρα. Αυτά πρέπει να επισημαίνονται αμέσως και να οδηγούν στην αναπροσαρμογή της κλίμακας. Ο προσδιορισμός της κλίμακας πρέπει να γίνει από ειδική επιτροπή εργασίας, στην οποία θα ήταν χρήσιμο να μετέχουν ένας εκπαιδευμένος οικογενειακός ιατρός και ένας εκπαιδευμένος ιατρός δημόσιας υγείας, αφού κανένας τους δεν πρόκειται να ωφεληθεί από την κλίμακα που θα προτιμηθεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Εν κατακλείδι, θεωρούμε πως το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής για τους ειδικευμένους ιατρούς παρουσιάζει τα περισσότερα σχετικά πλεονεκτήματα. Η καθιέρωσή του ανταποκρίνεται στην ανάγκη να ξεπεραστούν οι τωρινές αδυναμίες των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρουν οι ειδικευμένοι γιατροί. Το σύστημα πρέπει να ισχύσει και για τη νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο και για τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Υπάρχουν, όπως έχουμε ήδη επισημάνει, κίνδυνοι και σε αυτό το σύστημα, όπως υπάρχουν κίνδυνοι σε οποιαδήποτε επιλογή. Προτείνουμε λοιπόν ως σημαντική ασφαλιστική δικλείδα τη συνεχή επανεξέταση της λειτουργίας του συστήματος με βάση την καλά οργανωμένη επιχειρησιακή έρευνα. Το ζήτημα αυτό θίγεται στο Κεφάλαιο 10.

ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία που υποβάλλονται στον ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα η κατά κεφαλή κατανάλωση φαρμάκων είναι η δεύτερη υψηλότερη στην ΕΕ (βλ. Πίνακα 6). Ο αριθμός των κατά κεφαλή φαρμάκων (κουτιά) στο ΙΚΑ ανέρχεται σε επτά. Εάν τα μεγέθη του ΟΟΣΑ είναι ακριβή, τότε αυτό σημαίνει ότι η αγορά φαρμάκων ελεύθερα και απευθείας από τα φαρμακεία είναι πολύ μεγάλη ή/και ότι τα ποσοστά της κατανάλωσης φαρμάκων από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι πολύ υψηλά (παρότι μερικές από τις αγορές προορίζονται για άλλες χώρες). Τα μεγέθη του ΟΟΣΑ δείχνουν πως σημαντικές οικονομίες μπορούν να επιτευχθούν σε αυτόν ακριβώς τον τομέα. Σύμφωνα με έρευνα του ΙΚΑ, το 30% των φαρμακευτικών σκευασμάτων που πωλήθηκαν δεν χρησιμοποιήθηκαν τελικά καθόλου, ενώ από το 18% των πωληθέντων σκευασμάτων καταναλώθηκαν μόνον μια ή δύο δόσεις. Υπάρχει λοιπόν, όπως εξάλλου έχουμε προαναφέρει, υπερβολική κατάχρηση στη συνταγογραφία ακριβών αντιβιοτικών.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες υπολογίζονται στο 38% των συνολικών δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών στην υγεία, για το 1992. Μια ακόμη σχετικότερη σύγκριση είναι εκείνη ανάμεσα στις φαρμακευτικές δαπάνες και το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν.

Στον Πίνακα 9 φαίνεται πως, οι φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα είναι υπερβολικές, αφού αντιπροσωπεύουν το 2% του ΑΕΠ, την στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό σε πολλές χώρες είναι 1% ή λιγότερο. Το πλησιέστερο προς το ελληνικό ποσοστό παρουσίασε η πρώην Δυτική Γερμανία, όπου οι δαπάνες αντιστοιχούσαν στο 1,8% του ΑΕΠ - στη Γερμανία όμως οι τιμές των φαρμάκων δεν υπόκεινται σε έλεγχο.

Υπολογίζεται πως ο μέσος Έλληνας άνω των 50 ετών καταναλώνει σε μόνιμη βάση γύρω στα τέσσερα φάρμακα. Η απουσία ιατρικών και μηχανογραφικών φαρμακευτικών αρχείων έχει ως αποτέλεσμα τις βλαβερές παρενέργειες πολλών από τα φάρμακα αυτά, γεγονός που καθιστά την υπερβολική συνταγογραφία ιδιαίτερα επικίνδυνη.

ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα διαφέρει από την πλειονότητα των κρατών-μελών της ΕΕ στα ακόλουθα σημαντικά σημεία:

- Δεν υπάρχει μέχρι στιγμής αναγνώριση της πνευματικής ιδιοκτησίας και, κατ' επέκταση, των φαρμακευτικών πρωτοτύπων. Η Ελλάδα θα πρέπει να συμμορφωθεί με τους κανόνες της ΕΕ στο ζήτημα αυτό, μέχρι το 1998. Η συμμόρφωσή της όμως θα αφορά μόνον στα νέα προϊόντα που θα διοχετευθούν στην αγορά από το 1998.
- Δεν υπάρχει ακόμη καμιά διάκριση μεταξύ των φαρμακευτικών προϊόντων που μπορούν να παρασχεθούν χωρίς συνταγή [ΜΗΣΥΦΑ - ΟΤC] και των προϊόντων που δίδονται μόνο με ιατρική συνταγή, όπως ισχύει στις άλλες χώρες της ΕΕ. Μια κατηγορία όμως φαρμάκων φέρει διακριτική κόκκινη γραμμή, η οποία απαγορεύει την πώλησή τους στα φαρμακεία δίχως τη συνταγή ιατρού. Αλλά η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει μόνον τα φάρμακα που είτε είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα είτε προκαλούν εθισμό. Σύμφωνα βεβαίως με το Νόμο, όλα σχεδόν τα φάρμακα προϋποθέτουν ιατρική συνταγή, αλλά, στην πράξη, πολλά φαρμακεία πωλούν φαρμακευτικά προϊόντα (πλην εκείνων που διακρίνονται από την κόκκινη γραμμή) δίχως συνταγή.
- Δεν υπάρχει θετική ή αρνητική λίστα για όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Το ΙΚΑ διαθέτει μια πολύ μεγάλη θετική λίστα, αλλά ακόμη κι αυτή σε μεγάλο βαθμό δεν τηρείται. Πρόκειται για λίστα που χρησιμοποιείται και από τον ΟΓΑ. Η πρακτική στις άλλες χώρες της ΕΕ ως προς αυτό το ζήτημα προκύπτει από τον Πίνακα 10.
- Τα μη πρωτότυπα φάρμακα (γνώστά στην Ελλάδα ως «αντίγραφα») κυκλοφορούν στην Ελλάδα με διάφορες εμπορικές ονομασίες και διακινούνται από διάφορες ελληνικές και ξένες εταιρείες. Ως αποτέλεσμα, τα φαρμακευτικά προϊόντα αυτού του τύπου πωλούνται με βάση την εμπορική τους ονομασία και όχι τη δραστική τους ουσία. Δεν υπάρχει λοιπόν η δυνατότητα μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών με την προαγωγή της όσο το δυνατόν μεγαλύτερης χρήσης μη πρωτοτύπων φαρμάκων. Οι ενέργειες των άλλων χωρών της ΕΕ στον τομέα αυτόν φαίνονται στον Πίνακα 11.
- Δεν υπάρχει αποτελεσματική μέθοδος εποπτείας της συνταγογραφίας όσων ιατρών παρέχουν υπηρεσίες σε ασφαλισμένους ασθενείς. Αυτό συμβαίνει παρά την εξαιρετική πρόοδο που έχει σημειωθεί στην ανάπτυξη της στατιστικής παρακολούθησης της εθνικής αγοράς φαρμάκων (σε προσδιορισμένες ημερήσιες δόσεις) από τη ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ - θυγατρική εταιρεία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Στις περισσότερες όμως χώρες της ΕΕ, η συνταγογραφία των ιατρών παρακολουθείται συστηματικά.

- Παρά τους νομικούς περιορισμούς στη διαφήμιση των φαρμάκων, πληροφορούμεθα ότι δεν είναι καθόλου ασύνηθες για τις φαρμακευτικές εταιρείες να προσφέρουν στον ιατρό που δείχνει, κατά τη συνταγογράφηση, μεροληπτική προτίμηση στα προϊόντα τους διάφορες αμοιβές - ιδιαίτερα υπό τη μορφή χρηματοδοτημένων προσκλήσεων σε «ιατρικά συνέδρια», που οργανώνονται από τις εταιρείες σε εξωτικές τοποθεσίες στο εξωτερικό.

Τα πρωτότυπα φάρμακα

Η κατοχύρωση της πνευματικής περιουσίας μπορεί να παροτρύνει και τις ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες να μπου στην αγορά με νέα προϊόντα. Οι δυνατότητες για κάτι τέτοιο είναι μεγάλες, ιδιαίτερα αν οι υπάρχουσες εταιρείες συνεργαστούν με επιστήμονες που απασχολούνται στα ελληνικά πανεπιστήμια.

Υπάρχουν όμως και κίνδυνοι. Ακόμη κι αν η κατοχύρωση της πνευματικής ιδιοκτησίας καλύπτει μόνον τα νέα φάρμακα, οι εταιρείες του εξωτερικού ενδέχεται να αποφασίσουν πρώτες να μπου στην αγορά με νέα προϊόντα στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου (και ιδιαίτερα στην Ελλάδα), επειδή στις χώρες αυτές ο έλεγχος της διαφήμισης και προώθησης των νέων προϊόντων είναι ανεπαρκής. Ένα άλλο ενδεχόμενο είναι ότι οι παραγωγοί των φαρμάκων θα αρχίσουν να παράγουν οριακές παραλλαγές παλαιών προϊόντων ή συνδυαστικά προϊόντα, τα οποία θα προωθούν στην αγορά ως τύποις νέα φάρμακα. Γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία η Ελλάδα να θεσπίσει αυστηρούς ελέγχους μέχρι το 1998 και να καταρτίσει μια σαφή και περιοριστική θετική λίστα για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Αλλιώς, υπάρχει ο κίνδυνος ότι, στην καλύτερη περίπτωση, θα συνταγογραφούνται αθρόα τα νέα και πολύ ακριβά προϊόντα για ασθένειες που αντιμετωπίζονται εξίσου καλά και με παλαιότερα φάρμακα.

Η διάκριση ανάμεσα στα συνταγογραφούμενα και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

Σύμφωνα με τα όσα πληροφορηθήκαμε, έχει υπάρξει σημαντική πρόοδος σε ό,τι αφορά στην προετοιμασία μιας λίστας για τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ). Θα προτεινάμε, όπως αυτό ισχύει και σε αρκετές άλλες χώρες της ΕΕ, η λίστα αυτή να καταρτισθεί και με στόχο τη διάκριση ανάμεσα στα προϊόντα που καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας και στα προϊόντα που ο καταναλωτής μπορεί να αγοράζει ελεύθερα χωρίς κίνδυνο: τα περισσότερα από τα τελευταία δεν είναι ακριβά. Εάν η πώληση ΜΗΣΥΦΑ επιτρεπόταν νομικά, θα επενεργούσε θετικά στην αποσυμφόρηση των επισκέψεων στον ιατρό για ελάσσονα παράπονα, τα οποία προσθέτουν στο φόρτο εργασίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Η απελευθέρωση θα είχε θετικά αποτελέσματα και σε ότι αφορά στην οικονομική ανακούφιση των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία, σε ορισμένες περιπτώσεις, δαπανούν περισσότερα στη διοικητική διαδικασία της πληρωμής των φαρμακείων από το ίδιο το ποσό της πληρωμής.

Ένα από τα ζητήματα που προκύπτουν είναι κατά πόσον τα ΜΗΣΥΦΑ πρέπει να απελευθερωθούν από τον έλεγχο τιμών, με την ελπίδα ότι ο ανταγωνισμός τους στην αγορά θα προκαλέσει πώση των τιμών. Δεν είμαστε υπέρ της απελευθέρωσης, διότι η ανάλογη εμπειρία της Γαλλίας έδειξε ότι η κατάργηση του ελέγχου μπορεί να επιφέρει τα ακριβώς αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, οδηγώντας όχι σε μείωση, αλλά σε αύξηση των τιμών. Ένα άλλο ερώτημα που γεννάται είναι κατά πόσον τα ΜΗΣΥΦΑ μπορούν να πωλούνται και εκτός φαρμακείων. Δεν υπάρχει, πιστεύουμε, λόγος που να απαγορεύει, γενικά, κάτι τέτοιο.

Η σύνταξη θετικής λίστας για όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς

Μια ενιαία θετική λίστα με τα φάρμακα που θα κάλυπταν όλα τα ασφαλιστικά ταμεία μπορεί να μειώσει τα έξοδα των ασφαλιστικών προγραμμάτων. Η λίστα θα πρέπει να καταρτισθεί από ειδική επιτροπή που θα έχει την υποστήριξη του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, θα περιλαμβάνει εκπροσώπους των ασφαλιστικών οργανισμών, των φαρμακοποιών, των εργοδοτών και των εργαζομένων και θα βασιστεί στη λίστα φαρμάκων του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Η λίστα μπορεί να περιέχει δύο μέρη. Το πρώτο μέρος θα αφορά στα φάρμακα που θα χρησιμοποιούνται στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και τα νοσοκομεία δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Το δεύτερο μέρος θα αφορά σε φάρμακα που θα μπορούν να παρέχονται από συγκεκριμένους ιατρούς και σε συγκεκριμένα τμήματα νοσοκομείων τριτοβάθμιας περίθαλψης. Στην περίπτωση που η συνταγή για τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας προέρχεται από άλλους πλην των εγκεκριμένων ιατρούς, ο ασθενής θα καλείται να καταβάλει ο ίδιος το πλήρες κόστος. Η λίστα θα πρέπει να περιέχει μεγάλο αριθμό μη πρωτοτύπων φαρμάκων, τα οποία θα έχουν εκ των προτέρων κριθεί ως βιο-ισοδύναμα βάσει ενδεδειγμένων αιματολογικών εξετάσεων.

Η ανάπτυξη της αγοράς μη πρωτοτύπων φαρμάκων

Η αγορά των μη πρωτοτύπων φαρμάκων μπορεί απλώς να υιοθετηθεί στην Ελλάδα είτε από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είτε από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, με την περιοδική προκήρυξη πρόσκλησης διεθνούς ενδιαφέροντος για την προμήθεια μεγάλων ποσοτήτων μη πρωτότυπων φαρμακευτικών προϊόντων, που θα καταλογογραφούνται με βάση τη δραστική τους ουσία. Οι εγχώριοι παραγωγοί «αντιγράφων» θα μπορούν βεβαίως να καταθέτουν κι αυτοί τις προσφορές τους. Τα προϊόντα που αγοράζονται θα αποθηκεύονται στην Κεντρική Φαρμακαποθήκη και θα μεταπωλούνται στα φαρμακεία. Τα φάρμακα αυτά θα αποκτούν άδεια κυκλοφορίας, αφού κριθούν βιο-ισοδύναμα με την προηγούμενη κατάθεση αιματολογικών δειγμάτων που θα αναλύονται από το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (θυγατρική του ΕΟΦ).

Η παρακολούθηση της συνταγογραφίας των ιατρών

Τα στατιστικά στοιχεία της ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ και του ΙΚΑ θα μπορούσαν να διευρυνθούν, ούτως ώστε να παρέχουν τα μηνιαία προφίλ συνταγογραφίας των ιατρών, τα οποία θα προωθούνται στο Ενοποιημένο Ταμείο. Οι πληροφορίες που συλλέγονται μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τους παρακάτω σκοπούς, οι οποίοι δεν είναι βεβαίως οι μόνοι δυνατοί:

- Για την προειδοποίηση των ιατρών ότι η συνταγογραφία τους έχει υπερβεί το μέσο όρο. Τούτο θα μπορούσε να ενισχυθεί με τη θέσπιση κυρώσεων, οι οποίες θα πρέπει, να επιβάλλονται. Τέτοιες κυρώσεις μπορεί να είναι η επιβολή προστίμου για υπερβολική συνταγογραφία, ή η προειδοποίηση για ενδεχόμενη αφαίρεση του δικαιώματος παροχής συνταγών στο πλαίσιο του ασφαλιστικού συστήματος υγείας.
- Για την επιλογή εκείνων των ιατρών που συνταγογραφούν κατ' οικονομία, με σκοπό την τοποθέτησή τους σε ανώτερες θέσεις ή την αναβάθμιση των συμβάσεων εργασίας τους.
- Για την κατοχύρωση της δυνατότητας των περιφερειακών αρχών να κατανέμουν τα κονδύλια στον κάθε ιατρό της δικαιοδοσίας τους, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του. Το μέτρο αυτό εφαρμόζεται στη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι ιατροί θα λαμβάνουν μηνιαίες εκθέσεις, οι οποίες θα καταδεικνύουν το κόστος της συνταγογραφίας τους σε σχέση προς το κονδύλιο φαρμάκων που τους έχει εκχωρηθεί.
- Για την παροχή κινήτρων που θα ενθαρρύνουν την κατ' οικονομία συνταγογραφία των ιατρών. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ένα τέτοιο κίνητρο μπορεί να είναι η χρησιμοποίηση, μέσω ειδικού λογαριασμού, του πλεονάσματος από το προβλεπόμενο κονδύλιο φαρμάκων είτε για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων του ιατρού είτε για την αμοιβή (όπου αυτό είναι αναγκαίο) άλλου ιατρού που θα τον αναπληρώνει, όσο ο ίδιος θα παρακολουθεί μεταπτυχιακά μαθήματα, που θα εγκρίνονται από ένα κεντρικό όργανο συγκροτημένο γι' αυτόν ακριβώς το σκοπό.
- Για τον εντοπισμό όσων ιατρών παρέχουν συνταγές, από τις οποίες φαίνεται ότι μεροληπτούν υπέρ των προϊόντων συγκεκριμένης φαρμακευτικής εταιρείας - στοιχείο που δείχνει ότι η συνταγογραφία τους μπορεί να μην χαρακτηρίζεται από ανιδιοτέλεια.

Ο έλεγχος της προώθησης των πωλήσεων

Η προώθηση των πωλήσεων μπορεί να ελεγχθεί με τη θέσπιση ορίου 10% επί της συνολικής αξίας των πωλήσεων: όλες οι εταιρείες που λειτουργούν στην Ελλάδα θα είναι υποχρεωμένες να δαπανούν για την προώθηση των προϊόντων τους μόνο μέχρι αυτό το ποσοστό. Άλλα μέτρα ελέγχου είναι:

- Η ενημέρωση του κοινού ότι η πολυφαρμακία είναι αναποτελεσματική και επικίνδυνη.
- Ο ισχύων περιορισμός των φαρμακευτικών δειγμάτων που δίδονται στον ιατρό μόνο σε όσα απαιτούνται για την ενημέρωσή του.
- Ο περιορισμός του κόστους για τη «φιλοξενία» που παρέχεται στους ιατρούς.
- Ο περιορισμός της αξίας των διαφόρων δώρων που προσφέρονται στους ιατρούς.
- Η θέσπιση του όρου ότι οι ιατροί που διενεργούν έρευνα η οποία χρηματοδοτείται από φαρμακευτικές εταιρείες πρέπει προηγουμένως να έχουν την έγκριση ειδικής επιτροπής δεοντολογίας που θα συσταθεί γι' αυτόν ακριβώς το σκοπό.
- Η αναγραφή στην άδεια κυκλοφορίας του κάθε φαρμακευτικού προϊόντος των επιτρεπόμενων χρήσεων, των παρενεργειών και της τιμής του. Όλες οι έντυπες διαφημίσεις του προϊόντος θα πρέπει να παρέχουν τις παραπάνω πληροφορίες με ευανάγνωστα στοιχεία ορισμένου μεγέθους. Επιπρόσθετα, οι εμπορικοί αντιπρόσωποι των φαρμακευτικών εταιρειών θα είναι υποχρεωμένοι να θέτουν εξαρχής υπόψη του ιατρού αυτές τις πληροφορίες.
- Η προηγούμενη έγκριση οποιασδήποτε μορφής διαφημιστικού υλικού από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων.
- Η διασφάλιση της απόλυτης αντιστοιχίας ανάμεσα στην παροχή ενός φαρμακευτικού προϊόντος και στις ενδείξεις για τις οποίες προορίζεται.

Ο έλεγχος των τιμών

Υπό τις παρούσες συνθήκες, οι τιμές ελέγχονται από ειδική επιτροπή που υπάγεται στον Υπουργό Εμπορίου, ενώ απαιτείται η σύμφωνη γνώμη του Υπουργού Οικονομικών και του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η επιτροπή αυτή δεν έχει πρόσβαση σε ειδικές γνώσεις φαρμακολογίας. Γι' αυτόν και άλλους λόγους, προτείνουμε η επιτροπή στο μέλλον να υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και να υποστηρίζεται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων - φορέα ο οποίος έχει τη δυνατότητα να ελέγχει όλα τα σχετικά με το ζήτημα αυτό στοιχεία.

Για λόγους που δεν κατανοούμε, οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων σημείωσαν αύξηση το 1991 και το 1992, τέτοια ώστε το 1992 η αύξηση να είναι της τάξης του 325% σε σχέση με το 1987, ενώ η αντίστοιχη αύξηση του δείκτη τιμών καταναλωτή ήταν μόλις 200%. Η κατάσταση έφτασε σε αυτό το σημείο παρά την έκδοση διατάγματος, το οποίο προέβλεπε ότι οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων δεν θα έπρεπε να υπερβαίνουν τις αντίστοιχες χαμηλότερες σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

Θεωρητικά, οι τιμές προσδιορίζονται με βάση το κόστος της κύριας δραστικής ουσίας, και προσαυξάνονται ανάλογα με το κόστος της τυποποίησης, της προώθησης των πωλήσεων, της διακίνησης κ.λπ. Στον αρχικό παραγωγό του προϊόντος υποτίθεται ότι

παραχωρείται ειδική προσαύξηση 14%. Η διαδικασία αυτή αφήνει την κοστολόγηση εκτεθειμένη στο φαινόμενο των διαδοχικών υπερτιμολογήσεων της αξίας της δραστικής ουσίας. Την ίδια στιγμή, καθιστά επίσης πιο προσοδοφόρα την εισαγωγή προϊόντων παρά την εγκώρια παραγωγή τους, εφόσον η επιτροπή είναι φυσικό να συναντά περισσότερες δυσκολίες κατά τον προσδιορισμό του κόστους δραστικής ουσίας των φαρμάκων που έχουν παρασκευασθεί στο εξωτερικό. Το γεγονός αυτό έχει στερήσει την Ελλάδα από θέσεις εργασίας (τις οποίες έχει μεγάλη ανάγκη), αφού το ποσοστό των πωλήσεων παραγόμενων φαρμακευτικών προϊόντων έχει μειωθεί από 81,7% το 1987, σε 61,6% το 1992.

Κατά την άποψή μας, το σύστημα του προσδιορισμού των τιμών που επηρεάζεται από τις διαδοχικές υπερτιμολογήσεις της αξίας της δραστικής ουσίας θα πρέπει να εγκαταλειφθεί, επειδή ενθαρρύνει τις εισαγωγές φαρμάκων. Σε αντικατάστασή του, θα πρέπει να θεσπιστεί ένα σύστημα, σύμφωνα με το οποίο οι τιμές θα προσδιορίζονται με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών εργοστασίου του κάθε φαρμάκου στα κράτη - μέλη της ΕΕ. Μια πρόσθετη προσαύξηση έως 20% θα πρέπει να επιτρέπεται σε όσα φάρμακα κατατάσσονται στην κατηγορία Α, σύμφωνα με το ελληνικό σύστημα ταξινόμησης. Εάν ένα νέο προϊόν (που δεν είναι ούτε πολυδραστικό ούτε υπάρχον φάρμακο με νέα χρήση) πρωτοεισαχθεί στην ελληνική αγορά, τότε η τιμή του θα πρέπει να βασίζεται στην αποτίμησή του θεραπευτικού οφέλους σε σύγκριση με τα ήδη εν χρήσει φάρμακα για παρόμοιες περιπτώσεις. Παρά ταύτα, πιστεύουμε, ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες θα πρέπει να δημοσιοποιούν τα κέρδη τους και θα πρέπει να υφίστανται έλεγχο αν ανακοινώνουν ζημίες. Οι ζημίες συνιστούν ενδεικτικό στοιχείο ότι η εταιρεία διαστέλλει τις υπερτιμολογήσεις, ούτως ώστε να παρουσιάσει αρνητικό ισολογισμό.

Επιπρόσθετα, προτείνουμε ότι τα φάρμακα θα πρέπει να ομαδοποιηθούν σε ξεχωριστές κατηγορίες, με κριτήριο το ισοδύναμο θεραπευτικό αποτέλεσμα τους και όχι αναγκαστικά τη βιο-ισοδυναμία τους. Το Ενοποιημένο Ταμείο θα πρέπει να εξοφλεί τους φαρμακοποιούς σε ποσοστό που δεν θα υπερβαίνει το 10% επί της χαμηλότερης τιμής στην κάθε κατηγορία. Ο ασθενής θα είναι υποχρεωμένος να καταβάλλει και την οποιαδήποτε διαφορά στην τιμή, (εκτός από την εισφορά του 25% επί της τιμής που τα ΠΥΣ θα καταβάλλουν στον φαρμακοποιό). Τα περιθώρια κέρδους του φαρμακοποιού θα πρέπει να αυξάνονται με φθίνοντες ρυθμούς: όσο υψηλότερη είναι η τιμή του φαρμάκου, τόσο χαμηλότερο θα πρέπει να είναι το ποσοστό κέρδους.

Στις περιπτώσεις νέων φαρμάκων, τα οποία είναι προϊόντα έρευνας και ανάπτυξης που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα είτε από ελληνική είτε από πολυεθνική εταιρεία, θα πρέπει να υφίσταται ταχύτατη ειδική διαδικασία αξιολόγησης, για την παροχή άδειας κυκλοφορίας στην αγορά. Κατά τη χρηματοδότηση της έρευνας (βλ. Κεφάλαιο 10), το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να δίνει κάποια προτεραιότητα στη βασική έρευνα, η οποία θα συμβάλλει μακροπρόθεσμα στην παραγωγή νέων φαρμάκων.

Τα νοσοκομειακά φαρμακεία

Έχουμε την εντύπωση ότι πολλά νοσοκομειακά φαρμακεία δεν είναι ούτε καλά οργανωμένα, ούτε μηχανογραφημένα, ούτε ασφαλή, αφού συχνά δεν επιβλέπονται με κατάλληλο τρόπο. Αλλά ούτε και ο νοσοκομειακός φαρμακοποιός φέρει πάντοτε την ευθύνη της αποθήκευσης των φαρμάκων. Ο έλεγχος της συνταγογραφίας, ιδιαίτερα των σημαντικότερων αντιβιοτικών είναι ελλιπής, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη μεγάλου αριθμού ανθεκτικών στελεχών. Όλα τα σχετικά μεγάλα νοσοκομεία θα πρέπει να διαθέτουν το δικό τους ειδικά εκπαιδευμένο φαρμακοποιό, ο οποίος θα πρέπει να έχει ανώτερη βαθμίδα και να φέρει την ευθύνη για τη δημιουργία και την εποπτεία συστημάτων ελέγχου της συνταγογραφίας. Στις συνταγές ορισμένων αντιβιοτικών θα πρέπει, κατά τη γνώμη μας, να υπάρχουν δύο υπογραφές. Επίσης, η κατανάλωση φαρμάκων θα πρέπει να παρακολουθείται από επιτροπή, η οποία θα συσταθεί γι' αυτόν το σκοπό και στην οποία θα μετέχει ο φαρμακοποιός του νοσοκομείου με δικαίωμα ψήφου. Τέλος, θα πρέπει να διενεργούνται τακτικές μετρήσεις επιπέδων αίματος στις περιπτώσεις των δυνάμει τοξικών φαρμάκων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι προτάσεις μας αποσκοπούν κυρίως στην περικοπή της σπατάλης. Αποσκοπούν όμως και στην προστασία των ιατρών (και των ασθενών τους) από ανεπιθύμητες πρακτικές πωλήσεων. Οι πιθανές οικονομίες στο σημερινό καθεστώς συζητούνται στο Κεφάλαιο 11.



**ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ**

Η ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΕΡΕΥΝΑ

Στα όσα προηγήθηκαν, αναπτύξαμε το μακροπρόθεσμο όραμά μας για την οργάνωση των ελληνικών υπηρεσιών υγείας. Είναι πολύ πιο δύσκολο να εξηγήσεις πώς θα επιτευχθεί αυτή η μετάβαση από μια κατάσταση σε κάποια άλλη. Στο Κεφάλαιο αυτό ασχολούμεθα με τις αναγκαίες αλλαγές στα προγράμματα πρακτικής εκπαίδευσης, που θα επιτρέψουν τη δημιουργία προσωπικού με τα απαιτούμενα προσόντα για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Στο επόμενο Κεφάλαιο, προτείνουμε τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επιτευχθεί η μετάβαση. Στο παρόν Κεφάλαιο πραγματευόμαστε τα εξής ζητήματα: την εκπαίδευση των διοικητικών στελεχών, τις αλλαγές στην ιατρική παιδεία (με ιδιαίτερη έμφαση στην παραγωγή νέων ιατρών οικογενειακής ιατρικής και δημόσιας υγείας) και, τέλος, την εκπαίδευση του νοσηλευτικού και του υπόλοιπου προσωπικού.

Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΝΕΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ

Όλοι όσοι συζήτησαν με την Επιτροπή συμφωνούν ότι το ΕΣΥ πάσχει από έλλειψη διοικητικής κουλτούρας. Αυτή είναι προφανώς η γενική εικόνα σε ολόκληρο το δημόσιο τομέα. Στα νοσοκομεία, η διοίκηση εκλαμβάνεται ως γραφειοκρατική λειτουργία, ενώ οι διοικητικοί ρόλοι επιτελούνται, όπως και στα κέντρα υγείας, από ιατρούς. Η κατάσταση δεν είναι ασυνήθης και σε συστήματα υγείας άλλων χωρών. Δείχνει όμως ότι το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει από μια σημαντική έλλειψη ηγεσίας - πέραν της ιατρικής ηγεσίας. Κατά συνέπεια, η δημιουργία ενός πυρήνα ειδικών διοικητικών στελεχών (που μπορεί να προέρχονται από διαφορετικούς επαγγελματικούς χώρους) συνιστά άμεση ανάγκη, ούτως ώστε να υπάρξει η απαιτούμενη ηγεσία για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

Δεν πρέπει όμως να υποτεθεί, όπως έχει συμβεί αλλού, ότι αυτός ο εμβολιασμός του συστήματος υγείας με την αναγκαία διοικητική ικανότητα μπορεί να επιτευχθεί με

την απλή μεταφορά θεωριών για τη διοίκηση επιχειρήσεων ή με την απλή μετάθεση διοικητικών στελεχών από τον ιδιωτικό τομέα και από επαγγελματικούς χώρους που δεν έχουν σχέση με την υγεία. Είναι βέβαιο ότι πολλές από τις γενικές αρχές της διοίκησης επιχειρήσεων ισχύουν σε όλους τους τύπους διοικητικής δραστηριότητας. Αλλά τα διοικητικά στελέχη στο χώρο της υγείας χρειάζεται να διαθέτουν σύνθετη αντίληψη των προβλημάτων της υγειονομικής φροντίδας, καθώς και την ευαισθησία για να κατανοήσουν τον ιδιαίτερο ρόλο των ιατρών στους υγειονομικούς οργανισμούς. Συνεπώς, η ανάδειξη διοικητικών στελεχών της υγείας πρέπει να βασιστεί, κατά κύριο λόγο, σε όσους εργάζονται ήδη μέσα στο σύστημα ή μαζί με το σύστημα.

Θα πρέπει λοιπόν να υπάρξει μια εθνική στρατηγική για τη δημιουργία διοικητικών στελεχών της υγείας. Η στρατηγική αυτή οφείλει:

- Να στοχεύει σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ανάδειξης διοικητικών στελεχών σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο, με την πλέον οικονομική και αποτελεσματική αξιοποίηση περιορισμένων πόρων.
- Να ενθαρύνει επενδύσεις για την εγχώρια παραγωγή διοικητικών στελεχών και για τη δημιουργία ελληνικής διοικητικής τεχνογνωσίας.
- Να εντάσσει τα διοικητικά στελέχη και τους επαγγελματίες της υγείας μέσα στη μαθησιακή διαδικασία, σε εναλλασσόμενους ρόλους «εκπαιδευτή» και «εκπαιδευόμενου».

Στο Κεφάλαιο 5, σχολιάσαμε την ανάγκη θέσπισης, στο Υπουργείο Υγείας, της θέσης του Διευθυντή Προσωπικού, ένα από τα καθήκοντα του οποίου θα είναι και η συνεχής προαγωγή της εκπαίδευσης για την ανάδειξη διοικητικών στελεχών. Η κατάσταση μιας στρατηγικής για τη δημιουργία νέων διοικητικών στελεχών υγείας θα πρέπει να ανήκει στις πρώτες προτεραιότητες του Διευθυντή Προσωπικού.

Ανάλυση αναγκών

Προτείνουμε να γίνει ανάλυση αναγκών για την επισήμανση των διοικητικών ειδικοτήτων που λείπουν από το ελληνικό ΕΣΥ. Βασιζόμενοι στις περιορισμένες πληροφορίες που κατορθώσαμε να συγκεντρώσουμε, θεωρούμε ότι οι ανάγκες αυτές αφορούν στους εξής τομείς:

- Βασικές διοικητικές ειδικότητες: επιλογή και αξιολόγηση προσωπικού, κατάρτιση προϋπολογισμών, αξιολόγηση της απόδοσης εργασίας, μεταβίβαση αρμοδιοτήτων, διαχείριση πληροφοριών.
- Γενική διοίκηση: ικανότητα διοίκησης πολυκλαδικών τμημάτων ή οργανισμών, επιχειρησιακός σχεδιασμός, υλοποίηση αλλαγών, δημόσιες σχέσεις.
- Οικονομική διαχείριση: λογιστική, διαχείριση διοικητικών και κλινικών προϋπολογισμών, κοστολόγηση, διαχείριση πόρων.
- Κατηγορίες στόχων.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τον προσδιορισμό των στόχων που αφορούν στην ανάπτυξη της διοικητικής λειτουργίας στο χώρο της υγείας:

- Με βάση τη μορφή ή μονάδα οργάνωσης (Υπουργείο, περιφέρειες, φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας κ.λπ.).
- Με βάση το επάγγελμα (νοσηλευτική, ιατρική, οικονομική διαχείριση/λογιστική κ.λπ.).
- Με βάση την εσωτερική διοικητική ιεραρχία του κάθε οργανισμού (ανώτερα, μεσαία και κατώτερα στελέχη).
- Με βάση τον τομέα υγειονομικής φροντίδας (πρωτοβάθμια φροντίδα, ψυχιατρική φροντίδα, προαγωγή υγείας, οξεία νοσηλεία κ.λπ.).

Παρέμβαση προς όλα αυτά τα μέτωπα αδιακρίτως, δεν είναι ούτε οικονομικώς εφικτή ούτε διοικητικώς ωφέλιμη. Γι' αυτό, προτείνουμε ότι η εθνική στρατηγική θα πρέπει να απομονώσει εκείνες τις κατηγορίες στόχων που έχουν την μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας για τη συνολική αναβάθμιση της διοικητικής λειτουργίας του συστήματος. Ο προσδιορισμός αυτών των προτεραιοτήτων δεν είναι έργο των πανεπιστημιακών, αλλά των ανθρώπων που εργάζονται ήδη μέσα στο σύστημα υγείας και άρα θα κληθούν να εφαρμόσουν οποιοδήποτε πρόγραμμα τελικά υιοθετηθεί. Είναι πολύ εύκολο λ.χ. για κάποιον εξωτερικό παρατηρητή να υποθέσει ότι οι στοχεύσεις οι οποίες επικεντρώνονται στα ανώτερα στελέχη (που συμβαίνει να είναι και νοσοκομειακοί ιατροί) έχουν τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα. Όμως μια πιο έμπειρη και εμπειριστατωμένη ανάλυση των αναγκών του συστήματος μπορεί να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η προτεραιότητα πρέπει λ.χ. να δοθεί στα μεσαία διοικητικά στελέχη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας.

Για να αποτραπούν λοιπόν οι αρνητικές εξελίξεις ως προς αυτό το σημείο, πιστεύουμε ότι η βραχυπρόθεσμη στρατηγική πρέπει να επικεντρωθεί:

- Στα ανώτερα διοικητικά στελέχη, σε ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής φροντίδας.
- Στα μεσαία διοικητικά στελέχη, τα οποία έχουν και την πλέον άμεση επίδραση στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.
- Σε όσους φέρουν την ευθύνη της εκπαίδευσης διοικητικών στελεχών μέσα στο σύστημα υγείας και μέσα στα πανεπιστήμια.
- Στους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν γενικούς διοικητικούς ρόλους.
- Στα μέλη των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων και, αργότερα, στα μέλη των Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Τα ελάχιστα προγράμματα που αφορούν στην εκπαίδευση διοικητικών στελεχών υγείας στην Ελλάδα απαιτούν συνεχή παρακολούθηση και, κατά συνέπεια, συνεπάγονται μακρές άδειες απουσίας από την εργασία. Όσοι πάλι είναι στο εξωτερικό για μεταπτυχιακές σπουδές (στα οικονομικά της υγείας, την κοινωνική πολιτική, τη δημόσια υ-

γεία κ.λπ.) προφανώς απουσιάζουν από την εργασίας τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σε άλλες όμως χώρες, όπου τα εκπαιδευτικά προγράμματα ανταποκρίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό στις ανάγκες των διοικητικών οργανισμών και των διοικητικών στελεχών, η τάση είναι διαφορετική: τα προγράμματα προβλέπουν τη μερική απασχόληση των εκπαιδευομένων και αποβλέπουν κυρίως στην πρακτική εκμάθηση των ικανοτήτων που πρέπει να διακρίνουν ένα σύγχρονο διοικητικό στέλεχος. Αυτή η μέθοδος επιτρέπει την άμεση μεταφορά και εφαρμογή γνώσεων και δεξιοτήτων στον εργασιακό χώρο. Η εφαρμογή της μάλιστα σε πολλές χώρες έχει επηρεάσει ριζικά τη διαμόρφωση του προγράμματος σπουδών για συγκεκριμένους μεταπτυχιακούς τίτλους (λ.χ. Master's in Business Administration και Master's in Hospital Administration), οι οποίοι παρέχονται πλέον στη βάση της μερικής απασχόλησης. Η τάση αυτή συνοδεύεται από μεγαλύτερη έμφαση στη συνεχή επιμόρφωση των διοικητικών στελεχών, με σεμινάρια, με σειρές μαθημάτων μικρής διάρκειας, με προγράμματα ειδικού προσανατολισμού [modular programmes], με ανοικτές και εξ αποστάσεως διδασκαλίες κ.ο.κ.

Μια άλλη πλευρά της ανάλυσης αναγκών είναι η αναγκαιότητα για την κατάρτιση προγραμμάτων με διεπιστημονική κατεύθυνση. Αν η ανάπτυξη της διοικητικής λειτουργίας δεν ισοδυναμεί με απλή εμπειρική εκγύμναση, τότε είναι προφανές ότι τα διεπιστημονικά προγράμματα αποδίδουν καλύτερα αποτελέσματα: οι εκπαιδευόμενοι έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν, να ανταλλάσσουν γνώσεις και αξίες, να αλληλοσυμπληρώνονται με την προσαγωγή της πρακτικής τους εμπειρίας που απορρέει από την καθημερινή τριβή με τα πραγματικά προβλήματα της διοίκησης.

Τούτο δεν σημαίνει βεβαίως ότι εκλείπει παντελώς ο λόγος ύπαρξης εκείνων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που απευθύνονται αποκλειστικά σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες. Η εμπειρία διδάσκει ότι οι ιατροί ωφελούνται ιδιαίτερα από την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων μιας κατεύθυνσης, ιδίως όταν τα αντικείμενα της διδασκαλίας αφορούν σε βασικές διοικητικές γνώσεις, όπως η διαχείριση του χρόνου, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αξιολόγηση του προσωπικού κ.λπ. Το ίδιο επιχείρημα μπορεί να έχει εφαρμογή και σε άλλες επαγγελματικές κατηγορίες, όπως αυτή των νοσηλευτών. Ωστόσο, όσο υψηλότερα στην ιεραρχία βρίσκονται οι εκπαιδευόμενοι και όσο στρατηγικότερο είναι το περιεχόμενο του προγράμματος, τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η ανάγκη της μαθησιακής διαδικασίας για συνδυαστικές προσεγγίσεις.

Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Η ανάγκη για την ανάπτυξη μεγάλου φάσματος από μαθήματα και εκπαιδευτικά προγράμματα διοίκησης στην Ελλάδα είναι επιτακτική. Οι φορείς που μπορούν να αναλάβουν την προσφορά τους είναι τα Πανεπιστήμια, τα ΤΕΙ και ο ιδιωτικός τομέας. Επιπρόσθετα, το ίδιο το ΕΣΥ θα πρέπει να αρχίσει να δραστηριοποιείται στο χώρο αυτό, χρησιμοποιώντας έμπειρα διοικητικά και επαγγελματικά στελέχη σε συνεργασία με πανεπιστημιακούς.

Οι φορείς που πρόκειται να αναλάβουν εκπαιδευτικό ρόλο, θα πρέπει να είναι σε θέση να αποδεικνύουν ότι τα προγράμματα που προσφέρουν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του ΕΣΥ. Τα σχετικά κριτήρια αξιολόγησης, σε αυτές τις περιπτώσεις, μπορούν να περιλαμβάνουν:

Το πρόγραμμα

- Η ομάδα ή οι ομάδες στις οποίες στοχεύει το πρόγραμμα.
- Η άμεση συνάφεια μεταξύ του περιεχομένου του προγράμματος και των υπό στόχευση ομάδων.
- Οι προϋποθέσεις εισαγωγής στο πρόγραμμα.
- Η περιοχή ή η περιφέρεια την οποίαν εξυπηρετεί το πρόγραμμα.
- Η προηγούμενη έρευνα αγοράς.
- Οι δεσμοί με άλλα (πιθανώς θυγατρικά) εκπαιδευτικά κέντρα στην ίδια περιοχή ή περιφέρεια.
- Οι δεσμοί με τοπικούς ιατρικούς και επαγγελματικούς φορείς.
- Η ευελιξία των ρυθμίσεων (προγράμματα μερικής απασχόλησης, ευέλικτοι όροι εισαγωγής κ.λπ.)
- Η ανταπόκριση του προγράμματος σε τοπικές ανάγκες.
- Η πολυμορφία των εκπαιδευτικών προσεγγίσεων.
- Η διεπιστημονική σύνθεση όσων μετέχουν στο πρόγραμμα.
- Οι ρυθμίσεις που αφορούν στον εξωτερικό έλεγχο και τον έλεγχο ποιότητας.

Το προσωπικό του Προγράμματος

- Τα ειδικά προσόντα του διδακτικού προσωπικού στη διοίκηση συστημάτων υγείας.
- Η συμμετοχή του διδακτικού προσωπικού σε συναφείς έρευνες, σε επιτροπές εμπειρογνομώνων και στον πολιτικό σχεδιασμό σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.
- Η εξειλιξιμότητα του διδακτικού προσωπικού.

Η προφανής ανυπαρξία ενός φορέα, ο οποίος θα μπορούσε να προωθήσει αμέσως τις παραπάνω προτάσεις, μας αναγκάζει να εισηγηθούμε τη δημιουργία, από το Υπουργείο, ενός ειδικού οργάνου, το οποίο θα αναλάβει την κατάστρωση της στρατηγικής για την ανάπτυξη της διοικητικής λειτουργίας και το έργο του συντονισμού για την εφαρμογή της.

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα δύο πλέον εντυπωσιακά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας είναι, αφενός, η υπερπροσφορά ιατρών και, αφετέρου, η αναπαισιότητα που υφίσταται ανάμεσα στην πληθώρα ειδικευμένων ιατρών και στην έλλειψη οικογενειακών ιατρών. Η κατάσταση αυτή οφείλεται στην ανυπαρξία εθνικού σχεδιασμού για το ιατρικό επάγγελμα.

Ο εθνικός σχεδιασμός θα έπρεπε να συναρτά τα μακροπρόθεσμα σχέδια ανάπτυξης και ανακατανομής των πόρων στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας με την πρακτική και θεωρητική εκπαίδευση. Δεν φαίνεται όμως να υπάρχει συνείδηση αυτής της αναγκαιότητας για την ύπαρξη εθνικού σχεδιασμού, ενώ απουσιάζει και ο απαραίτητος συντονισμός μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας.

Ο εκσυγχρονισμός και η ανάπτυξη της βασικής ιατρικής εκπαίδευσης σύμφωνα με τις διεθνείς τάσεις συνιστούν αναγκαίες ενέργειες, οι οποίες πρέπει να στραφούν σε τρεις κατατετευθύνσεις: στην έγκαιρη επαφή του εκπαιδευομένου ιατρού με τον ασθενή, στη διαλογική διδασκαλία και στην έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Το σύστημα εκπαίδευσης των ειδικευμένων ιατρών χρειάζεται ανάπτυξη, συντονισμό, έλεγχο ποιότητας και ενσωμάτωση στη γενική πολιτική απασχόλησης. Με τους συνολικούς πολιτικούς σχεδιασμούς και στόχους πρέπει επίσης να εναρμονιστούν το σύστημα των εξετάσεων και το σύστημα παροχής αδειών για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Ο σχεδιασμός του υγειονομικού προσωπικού

Βασικό συστατικό οποιασδήποτε προσπάθειας για την εφαρμογή υγειονομικής πολιτικής είναι ο σχεδιασμός του στελεχειακού δυναμικού. Το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό (όπως οι ιατροί και οι νοσηλευτές) αποτελεί το πλέον δαπανηρό τμήμα του συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Με την λήψη κλινικών αποφάσεων, οι ιατροί και οι νοσηλευτές επηρεάζουν τη χρήση των πόρων, ενώ με τις βασικές τους γνώσεις διαμορφώνουν τη συνολική απόδοση του συστήματος. Τέλος, οι αξίες που εντυπώνονται κατά την εκπαιδευτική διαδικασία διαπλάθουν τη μετέπειτα επαγγελματική συμπεριφορά και δεοντολογία.

Έχει μεγάλη σημασία να συνδεθούν τα παρακάτω (έως σήμερα ασύνδετα μεταξύ τους) στοιχεία:

- Το σύστημα της ιατρικής εκπαίδευσης και το πρόγραμμα σπουδών.
- Ο αριθμός των φοιτητών.
- Ο αριθμός των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας.
- Η εισαγωγή ξένων φοιτητών.
- Το σύστημα εξετάσεων, ο τρόπος παροχής άδειας άσκησης της ιατρικής και η συνεχής επιμόρφωση.

Το πρώτο βήμα στην όλη διαδικασία είναι η διαμόρφωση μακροπρόθεσμων στόχων για την ανάπτυξη των επιμέρους τομέων του συστήματος (διερεύνηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, επιθυμητή κατανομή των διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων κ.λπ.). Οι στόχοι αυτοί πρέπει βεβαίως να συναρτώνται προς το συνολικό οργανωτικό σχεδιασμό σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο: επιθυμητός αριθμός νοσοκομείων, κατανομή ειδικοτήτων στο εσωτερικό τους, επιθυμητό μέγεθος της υποδομής για την πρωτοβάθμια φροντίδα κ.ο.κ. Ο σχεδιασμός της υποδομής πρέπει να συνδέεται με

τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους. Η όλη διαδικασία θα συμβάλει στην ανάδειξη των αναγκών που απαιτούν ανακατανομή των πόρων (ιδιαίτερα του ανθρώπινου δυναμικού). Σε γενικές γραμμές πάντως, οι αποφάσεις για τον αριθμό των φοιτητών της ιατρικής και για τον αριθμό των αποφοίτων που εκπαιδεύονται στις διάφορες ειδικότητες θα πρέπει να βασίζονται στο συνολικό υπολογισμό του αριθμού των ιατρών που ο προγραμματισμός του συστήματος επιτρέπει. Με δεδομένη τη διάρκεια της πλήρους κατάρτισης ενός ιατρού, ο προγραμματισμός πρέπει να έχει εικοσαετή προοπτική και να καθορίζει ολόκληρο το σύστημα της ιατρικής εκπαίδευσης.

Στοιχεία όπως συνταξιοδότηση, μερική απασχόληση, εναλλακτικές δραστηριότητες των ιατρικών ειδικοτήτων κ.ο.κ. έχουν επίσης μεγάλη σημασία, ενώ εξίσου σημαντική είναι και η συνολική σύνθεση του υγειονομικού προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό).

Η ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εισαγωγή φοιτητών

Τη στιγμή αυτή, υπάρχουν επτά ιατρικές σχολές στην Ελλάδα, με μεγαλύτερη εκείνη του Πανεπιστημίου Αθηνών. Υποτίθεται ότι λειτουργεί κάποιο σύστημα ελέγχου του αριθμού των εισαγομένων φοιτητών. Στην πράξη όμως, ο τελικός αριθμός διπλασιάζεται ή τριπλασιάζεται, εξαιτίας των αθρόων μεταγραφών φοιτητών από το εξωτερικό. Ο Νόμος επιτρέπει στους φοιτητές της ιατρικής από το εξωτερικό να μεταγραφούν στα ελληνικά πανεπιστήμια μετά το τέλος του πρώτου χρόνου φοίτησης και με βάση διάφορα κοινωνικά κριτήρια (λ.χ. πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηροι γονείς, ανάπηροι φοιτητές κ.λπ.). Φαίνεται πως οι ιατρικές σχολές είναι υποχρεωμένες να δεχθούν αυτούς τους φοιτητές, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα επιβολής αυστηρών εξετάσεων, για να διακριβωθούν τα αναγκαία προσόντα των μεταγραφομένων. Στην πράξη λοιπόν, δεν υπάρχει αποτελεσματικός προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού: η κατάσταση είναι απλώς ανεξέλεγκτη. Το σύστημα επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι όσοι αποφοιτήσουν από ιατρικές σχολές του εξωτερικού έχουν το δικαίωμα, να αποκτήσουν μετά την επιστροφή τους άδεια άσκησης της ιατρικής στην Ελλάδα. Η συνολική παραγωγή από όλες αυτές τις πηγές ανέρχεται σε 1.300 περίπου νέους ιατρούς κάθε χρόνο.

Έχουμε την αίσθηση πως, αν διενεργείτο ακριβής υπολογισμός των αναγκών σε ιατρούς, θα κατέληγε στον υποδιπλασιασμό, τουλάχιστον, του αριθμού εισαγωγής για την επόμενη δεκαετία. Κατά την άποψή μας, η ιατρική σχολή των Αθηνών, με περίπου 400 νέες εισαγωγές ετησίως, είναι υπερτροφική και θα πρέπει, κατ' επέκταση, να υποστεί τις μεγαλύτερες περικοπές. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με την αναβάθμιση των κριτηρίων εισαγωγής ή με πολύ αυστηρές εξετάσεις στο τέλος του πρώτου έτους σπουδών (όπως γίνεται στην Γαλλία) και με ιδιαίτερα αυστηρές εξετάσεις για όσους ζητούν να μετα-

γραφούν από το εξωτερικό. Ο έλεγχος της εισροής φοιτητών και αποφοίτων από το εξωτερικό είναι απολύτως αναγκαίος, επειδή την στιγμή αυτή αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή παραγωγής ιατρών. Οι λόγοι που επιβάλλουν την άμεση επέμβαση στο σημείο αυτό δεν είναι μόνον ποσοτικοί, αλλά και ποιοτικοί. Η αντιμετώπιση του όλου ζητήματος απαιτεί αποφασιστική και σύντομη δράση από μέρους της κυβέρνησης.

Το πρόγραμμα σπουδών

Το πρόγραμμα σπουδών στην ιατρική σχολή καλύπτει μία εξαετία και βασίζεται στην παραδοσιακή διάκριση του πρώτου κύκλου της θεωρητικής εκπαίδευσης στις βασικές επιστήμες, η οποία ακολουθείται από το δεύτερο κύκλο της κλινικής εκπαίδευσης. Οι φοιτητές της ιατρικής έρχονται σε επαφή με πολύ λίγους ασθενείς, ενώ δεν επισκέπτονται πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα. Το έκτο έτος σπουδών είναι αφιερωμένο στην εκ περιτροπής κλινική κατάρτιση σε ορισμένες ειδικότητες και καταλήγει στις τελικές εξετάσεις για την απόκτηση του πτυχίου. Μόνο στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Κρήτης υπάρχει συστηματική διδασκαλία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, ενώ κανένα άλλο πανεπιστήμιο δεν διαθέτει τομέα ή ειδική έδρα Γενικής Ιατρικής.

Μετά τα έξι έτη φοίτησης και τις εσωτερικές εξετάσεις στην ιατρική σχολή, ο απόφοιτος αποκτά αμέσως και χωρίς κανέναν άλλον περιορισμό την άδεια ασκήσεως της ιατρικής. Δεν υπάρχει ανώτατο όριο στον αριθμό επανάληψης των τελικών εξετάσεων για όποιο φοιτητή αποτυγχάνει συστηματικά.

Το πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών σχολών χρειάζεται να εκσυγχρονιστεί σύμφωνα με τις τάσεις που επικρατούν διεθνώς και να προβλέπει την έγκαιρη επαφή του φοιτητή με τον ασθενή, τη διαλογική διδασκαλία, καθώς και τη διδασκαλία νέων μαθημάτων, όπως είναι η ιατρική κοινωνιολογία και η ιατρική δεοντολογία. Κρίσιμη σημασία για κάθε ιατρική σχολή έχει η ίδρυση τομέων γενικής ιατρικής. Όπως τονίσαμε στο Κεφάλαιο 6, η εκπαίδευση όλων των φοιτητών στην οικογενειακή ιατρική πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον έξι εβδομάδες διδασκαλίας. Όπως, πάλι, αναφέραμε στο Κεφάλαιο 4, τα τμήματα της δημόσιας υγείας πρέπει να στελεχωθούν με ειδικούς επιστήμονες, οι οποίοι δεν θα προέρχονται μόνον από την ιατρική επιστήμη. Ο καθένας από τους δύο κύκλους του προγράμματος σπουδών (προκλινικός και κλινικός) πρέπει να προβλέπει τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες συνεχούς εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία.

Κατά την άποψή μας, ο απόφοιτος της ιατρικής σχολής πρέπει να παίρνει προσωρινή (και όχι απεριόριστη ή μόνιμη όπως συμβαίνει σήμερα) άδεια άσκησης της ιατρικής. Κατά τον πρώτο χρόνο μετά την αποφοίτησή του, ο νέος ιατρός θα πρέπει να βρίσκεται σε δόκιμη υπηρεσία, κατά προτίμηση ως εσωτερικός βοηθός σε νοσοκομεία που διαθέτουν καλή εκπαιδευτική υποδομή.

Η δόκιμη αυτή θητεία πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις μήνες στην οικογενειακή ιατρική και τρεις μήνες στη χειρουργική. Η αποπεράτωση του έτους της δόκι-

μης θητείας πρέπει να οδηγεί σε πανελλήνιες εξετάσεις, η επιτυχία στις οποίες θα είναι η τελική προϋπόθεση για τη χορήγηση πλήρους άδειας.

Η πρακτική εκπαίδευση στα αγροτικά κέντρα υγείας

Σύμφωνα με τον ισχύοντα Νόμο, ο ιατρός που μόλις έχει αποκτήσει άδεια άσκησης είναι υποχρεωμένος να υπηρετήσει για ένα έτος σε αγροτικές περιοχές. Είναι βεβαίως προφανές ότι ο νέος ιατρός δεν διαθέτει καμμία σχετική πείρα για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στους πληθυσμούς των περιοχών αυτών. Το όλο σύστημα ελέγχεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας, που ανακοινώνει, σε τακτά διαστήματα, τις κενές θέσεις, από τις οποίες ο νέος ιατρός μπορεί να επιλέξει. Παρότι σε πολλές απομακρυσμένες περιοχές υπάρχουν κενές θέσεις, η ζήτηση για θέσεις κοντά στα μεγάλα αστικά κέντρα παραμένει μεγάλη. Μια άλλη εναλλακτική λύση για τον νέο ιατρό είναι να επιλέξει τις ένοπλες δυνάμεις για τον υποχρεωτικό αυτόν χρόνο υπηρεσίας. Προτείνουμε ότι πριν από την ανάληψη αυτής της υπηρεσίας, πρέπει να προηγηθεί μια σύντομη σειρά μαθημάτων στην οικογενειακή ιατρική.

Η ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Στα νοσοκομειακά τμήματα προβλέπονται ειδικές θέσεις μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Μολονότι υπάρχουν γενικές προϋποθέσεις για την διάρκεια της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στις κύριες ιατρικές ειδικότητες, δεν υφίσταται κάποιο οργανωμένο σύστημα εκπαίδευσης στις υπο-ειδικότητες.

Η εκπαίδευση γίνεται συνήθως σε ένα μόνο νοσοκομειακό τμήμα. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών και η εκπαίδευση ολοκληρώνεται με την εξέταση ενώπιον ειδικών επιτροπών που ορίζονται από το Υπουργείο.

Το μεταπτυχιακό πρόγραμμα άσκησης σε ειδικότητες θα πρέπει να διευρυνθεί με εκπαιδευτικές διακλαδώσεις σε συναφείς υπο-ειδικότητες. Οι υπο-ειδικότητες θα πρέπει να καθοριστούν από ένα ειδικό σώμα σε εθνικό επίπεδο, όπως προτείνουμε παρακάτω. Η ύλη των μεταπτυχιακών εξετάσεων θα διαμορφώνεται με βάση αυτές τις υπο-ειδικότητες. Οι μεταπτυχιακές εξετάσεις θα διενεργούνται μετά το πέρας της εκπαίδευσης, υπό την εποπτεία του προαναφερθέντος ειδικού σώματος. Το σύστημα κατανομής θέσεων ανά ειδικότητα θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες που υπάρχουν σε συγκεκριμένες ειδικότητες. Στις μελλοντικές εξελίξεις, απόλυτη προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στις ειδικότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας. Στο Παράρτημα II εκθέτουμε τις προϋποθέσεις για τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία.

Οι υποψήφιοι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να παίρνουν ειδική έγκριση, προτού τους επιτραπεί να ακολουθήσουν τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε αυτήν την ειδικότητα. Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους, θα πρέπει πάλι να λαμβάνουν ειδική άδεια άσκησης της οικογενειακής ιατρικής.

Οι δύο αυτές λειτουργίες (χορήγηση έγκρισης και χορήγηση αδείας) θα πρέπει να είναι το έργο ειδικού σώματος, το οποίο θα απαρτίζεται από επαγγελματίες οικογενειακούς ιατρούς και στο οποίο θα μετέχουν εκπρόσωποι του ΕΣΥ και των ιατρικών σχολών. Θα προτείναμε, ακόμη, μια πρόσθετη σειρά εξετάσεων για την ένταξη των οικογενειακών ιατρών στον Ενοποιημένο Ταμείο. Η πρόταση αυτή βασίζεται σε δύο λόγους: πρώτον, επειδή, όπως έχουμε εισηγηθεί οι νέοι οικογενειακοί ιατροί πρέπει να αναλάβουν διευρυμένες αρμοδιότητες και ευθύνες και, δεύτερον, επειδή η επαγγελματική κατάρτιση των Ελλήνων ιατρών χαρακτηρίζεται σήμερα από μεγάλη πολυμορφία. Η πρόσθετη αυτή σειρά εξετάσεων θα εξασφαλίζει την πλήρη κατανόηση των πρωτοκόλλων και των χρήσεων της νέας θετικής λίστας φαρμάκων από μέρους των οικογενειακών ιατρών του Ενοποιημένου Ταμείου.

Θα πρέπει, τέλος, να δημιουργηθεί Μεταπτυχιακό Ιατρικό Συμβούλιο - ένα νέο, ανεξάρτητο σώμα, στο οποίο θα περιέλθει η συνολική ευθύνη της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, σε εθνικό επίπεδο.

Το Μεταπτυχιακό Ιατρικό Συμβούλιο θα διατηρεί δεσμούς με το Υπουργείο Υγείας για λόγους τεχνικής υποστήριξης, αλλά θα έχει απόλυτη λειτουργική ανεξαρτησία. Το Υπουργείο θα διατηρήσει την ευθύνη για το σχεδιασμό των αναγκών σε διαφορετικές ειδικότητες, αφού, όπως έχουμε επανειλημμένα τονίσει, υπάρχει σήμερα υπερπροσφορά ειδικοτήτων. Είναι βέβαιο ότι η ζήτηση ειδικοτήτων θα σημειώσει στο μέλλον μείωση, καθώς οι οικογενειακοί ιατροί θα διευρύνουν το ρόλο τους και θα λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους οικονομικούς περιορισμούς των κονδυλίων που διαθέτουν για παραπομπές σε ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες. Για τους λόγους αυτούς, προσδοκούμε ότι, κατά την επόμενη δεκαετία, πολύ λίγοι ιατροί θα χρειαστεί να ακολουθήσουν τις παραδοσιακές ειδικότητες.

Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα για τη συνεχή ιατρική επιμόρφωση. Οι περισσότερες δραστηριότητες αυτού του τύπου λαμβάνουν χώρα είτε στο εσωτερικό του νοσοκομειακού τμήματος, όπου εργάζεται ο κάθε ιατρός, είτε σε επιστημονικές συναντήσεις που διοργανώνονται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Η δυνατότητα του ιατρού να παρακολουθήσει κάποια διεθνή επιστημονική συνάντηση φαίνεται να εξαρτάται, κατά μεγάλο μέρος, από τις χορηγίες των φαρμακευτικών εταιρειών. Δεν υπάρχει μηχανισμός για την αναθεώρηση της χορήγησης αδειών άσκησης της ιατρικής.

Προτείνουμε τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος συνεχούς ιατρικής επιμόρφωσης. Η ευθύνη για την λειτουργία αυτού του συστήματος θα πρέπει, κατά προτίμηση, να εκχωρηθεί στους ίδιους του ιατρούς, μέσω του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Νομίζουμε ότι, αντί για κάποιον μηχανισμό αναθεώρησης στη χορήγηση αδειών, θα πρέπει να προτιμηθεί ένα σύστημα το οποίο θα προβλέπει 50 λ.χ. ώρες διαπιστευμένης συνεχούς επιμόρφωσης ανά δύο έτη. Θα προτείναμε, επίσης, ότι στο κάθε Περι-

φερειακό Υγειονομικό Συμβούλιο θα πρέπει να προβλέπεται ένα μικρό ξεχωριστό κονδύλιο, με το οποίο θα χρηματοδοτούνται οι ιατροί της δικαιοδοσίας του, για να μπορούν να παρακολουθούν επιλεγμένα διεθνή συνέδρια της ειδικότητάς τους.

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνα και η εκπαίδευση είναι αναπόσπαστες. Η κυβερνητική υποστήριξη προς την ιατρική έρευνα είναι πολύ περιορισμένη στην Ελλάδα και, κατά συνέπεια, οι όποιες ερευνητικές δραστηριότητες λαμβάνουν χώρα μόνον σε λίγα πανεπιστημιακά τμήματα. Από ό,τι φαίνεται, στην Ελλάδα δεν υπάρχει συστηματική χρηματοδότηση της έρευνας που αφορά στις υπηρεσίες υγείας.

Η ιατρική έρευνα μπορεί να διακριθεί στις εξής κατηγορίες:

- (α) Η βασική επιστημονική έρευνα - αναζήτηση της γνώσης με ή χωρίς συγκεκριμένες εφαρμογές και στοχοθεσίες.
- (β) Η κλινική έρευνα - η έρευνα που συνεπάγεται την συμμετοχή ασθενών και απαιτεί ξεχωριστή υποδομή για τη φροντίδα των ασθενών και για τη διενέργεια των ερευνητικών δραστηριοτήτων. Ένα μεγάλο μέρος όσων ασχολούνται με αυτόν το τύπο της έρευνας χρειάζεται να διαθέτει κλινική εμπειρία.
- (γ) Η έρευνα στη δημόσια υγεία - οποιασδήποτε μορφής στρατηγική και εφαρμοσμένη έρευνα που αφορά γενικά στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.
- (δ) Η έρευνα στις υπηρεσίες υγείας - η εφαρμοσμένη έρευνα που αφορά ειδικά στην αποδοτικότητα της παροχής υπηρεσιών, της διοίκησης και της διαχείρισής τους.

Κοινός στόχος όλων αυτών των τύπων έρευνας είναι η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Χάρη στις προόδους της ιατρικής και της συσσώρευσης της γνώσης αναφορικά με ζητήματα δημόσιας υγείας, οι χρηματοδοτικές απαιτήσεις για την έρευνα σημειώνουν συνεχή αύξηση. Για τον λόγο αυτό, η κάθε χώρα χρειάζεται να δημιουργήσει μηχανισμούς για την υποστήριξη των ερευνητικών δραστηριοτήτων.

Σε άλλες χώρες, οι κύριες πηγές χρηματοδότησης για την ιατρική έρευνα είναι:

- Η βιομηχανία φαρμάκων.
- Ειδικά κληροδοτήματα για την έρευνα σε συγκεκριμένες ασθένειες, όπως λ.χ. τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι ψυχασθένειες, η δυσφασία κ.λπ.
- Το Υπουργείο Υγείας.
- Οι τοπικές υγειονομικές αρχές.
- Το Υπουργείο Παιδείας.
- Τα ερευνητικά ιδρύματα.

Δεν είχαμε καμμία πληροφόρηση σχετικά με την κατανομή της χρηματοδότησης από αυτές τις πηγές στην Ελλάδα.

Σε όλες τις χώρες, των οποίων την υγειονομική κατάσταση γνωρίζουμε, διατυπώνονται παράπονα σχετικά με την ανεπαρκή χρηματοδότηση της έρευνας, με τις περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές τις οποίες συνεπάγεται η ερευνητική σταδιοδρομία και με τις απαιτήσεις της κλινικής φροντίδας των ασθενών, οι οποίες εμποδίζουν την ερευνητική δραστηριότητα. Δεν υπάρχει επίσης μεγάλη ευαισθησία από μέρους των Υπουργείων και των συστημάτων υγείας σε ό,τι αφορά στη σημασία της ιατρικής έρευνας και στις ιδιαίτερες ανάγκες σε χρόνο και πόρους που απαιτούνται για την προαγωγή της. Στην Ευρώπη, όπως και αλλού, οι κυβερνήσεις δεν θεωρούν ότι η ιατρική έρευνα (και, κατά μείζονα λόγο, η έρευνα στις υπηρεσίες υγείας) έχουν ξεχωριστή προτεραιότητα. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι τα πορίσματα της ιατρικής έρευνας είτε αγνοούνται είτε δεν ανακοινώνονται με κατάλληλους τρόπους, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται φαινόμενα άλλοτε επανάληψης κι άλλοτε κατάχρησης των τεχνολογιών, των υπηρεσιών και των θεραπευτικών μεθόδων. Αρκετές εκδηλώσεις αυτών των φαινομένων (όπως λ.χ. η υπερβολική χρήση αντιβιοτικών και υπερηχογραφημάτων ή οι περιττές μαστογραφίες) συναντήσαμε και στην Ελλάδα.

Ο συντονισμός της έρευνας, πρέπει συνεπώς να επικεντρωθεί στην αξιολόγηση της τεχνολογίας, με την παροχή οδηγιών που θα αφορούν στην κατάλληλη προσφυγή σε διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες. Η Ελλάδα θα μπορούσε να αντλήσει διδάγματα και εφαρμογές από τη διεθνή εμπειρία, σχετικά με το τί είναι αποτελεσματικό, κατάλληλο και οικονομικό.

Για την αύξηση της αποδοτικότητας της ιατρικής έρευνας, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις. Η πρώτη έχει να κάνει με την έρευνα που καθοδηγείται από τις αναζητήσεις της επιστήμης και αποδίδει σημασία στον ατομικό ερευνητή, ο οποίος διανοίγει νέους δρόμους στην ιατρική γνώση. Η δεύτερη προσέγγιση έχει να κάνει με την έρευνα που είναι προσανατολισμένη στην επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων και που, κατ' επέκταση, αποδίδει σημασία στην μελέτη της υγείας του πληθυσμού, και των εν χρήσει θεραπευτικών μεθόδων, ως μέσων, αφενός, για την καθοδήγηση της έρευνας προς την αντιμετώπιση των πλέον σοβαρών ασθενειών και, αφετέρου, για την προαγωγή των (υφισταμένων ή νέων) ιατρικών υπηρεσιών στο ανώτατο δυνατό επίπεδο.

Η ιατρική έρευνα που βασίζεται αποκλειστικά στην πρώτη προσέγγιση δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική. Γι' αυτό και πρέπει να υπάρχουν κάποιες προτεραιότητες, ιδιαίτερα όταν πολύ καλές επιστημονικές ιδέες υπερβαίνουν τα χρηματοδοτικά όρια που απαιτούνται για την περαιτέρω διερεύνησή τους. Οι ανάγκες του ΕΣΥ αλλάζουν συνεχώς και οι ερευνητικές προτεραιότητες πρέπει να αντικατοπτρίζουν αυτές τις αλλαγές. Το κοινό ορθώς προσδοκά κάποια απάντηση στα νέα προβλήματα, όπως είναι λ.χ. το AIDS. Ένα σύστημα λοιπόν που βασίζεται αποκλειστικά στην πρωτοβουλία του κάθε ερευνητή, δημιουργεί αναπόφευκτα χάσματα, τα οποία, μετά από ένα σημείο, αρχίζουν να αναπαράγονται. Γι' αυτό απαιτείται η έγκαιρη επισήμανση των χασμάτων, ούτως ώ-

στε η ιατρική έρευνα να οικοδομείται πάνω στις σωστές ειδικότητες. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίο να καθοριστούν κάποιες προτεραιότητες και να δοθεί έμφαση στην ιατρική έρευνα που είναι προσανατολισμένη στην επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων. Πρέπει λοιπόν να εξευρεθεί ένας μηχανισμός για την ιεράρχηση και το συντονισμό των διαφόρων φορέων που χρηματοδοτούν την ιατρική έρευνα.

Στην Ελλάδα, όπως και αλλού, διάφοροι τομείς, που δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς στους ερευνητές, χρηματοδοτούνται ανεπαρκώς. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος, όπου οι πόροι δεν επαρκούν και οι καλοί ερευνητές μεταναστεύουν σε άλλα ερευνητικά πεδία. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η βάση της έρευνας στενεύει. Το φαινόμενο αποδίδεται συχνά στις ανεπαρκείς ερευνητικές προτάσεις που κατατίθενται σε αυτούς τους τομείς - και έτσι το πρόβλημα αναπαράγεται. Τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση όχι μόνον της κλινικής έρευνας, αλλά και της έρευνας στις υπηρεσίες υγείας και τη δημόσια υγεία είναι ιδιαίτερος σοβαρά. Το ΕΣΥ αφιερώνει πολύ μικρό μέρος των κονδυλίων του στην εξεύρεση μέσων για τη βελτίωση της ίδιας της λειτουργίας. Και είναι πράγματι αναγκαίο (οποιαδήποτε κι αν είναι τελικά η κυβερνητική επιλογή σχετικά με τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας) να εξακριβωθεί με συστηματική έρευνα ο βαθμός υλοποίησης των μεταρρυθμιστικών μέτρων. Ένα μεγάλο πρόβλημα στην υποστήριξη της ιατρικής έρευνας είναι οι σοβαρές ελλείψεις του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και η έλλειψη σταθερών επαγγελματικών προοπτικών για όσους αποφασίσουν να ακολουθήσουν ερευνητική σταδιοδρομία εκτός των πανεπιστημίων.

Δύο είναι οι μέθοδοι διά των οποίων μπορεί να αξιολογηθεί η ποιότητα της έρευνας. Η πρώτη συνίσταται στην εξέταση και την αποτίμηση της ποιότητας της προκρινθείσας μεθοδολογίας, ενώ η δεύτερη συνίσταται στην εξέταση της συνέπειας των πορισμάτων με εκείνα παρόμοιων ερευνών σε συναφείς τομείς. Στη δεύτερη περίπτωση, οι αποκλίσεις συνιστούν βάσιμο στοιχείο για την αμφισβήτηση της ποιότητας του ερευνητικού έργου. Όμως εδώ το πρόβλημα είναι πως η ποιότητα δεν μπορεί να προσδιοριστεί με εύκολο τρόπο και έχει σε μεγάλο βαθμό να κάνει με τις αντιλήψεις του παρατηρητή. Συνήθως, υπάρχουν δύο στάδια στη διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας μιας ερευνητικής πρότασης ή μιας ερευνητικής εργασίας.

Το πρώτο έχει να κάνει με την κριτική εξέταση των ερευνητικών απαιτήσεων ενός ερευνητή από ομοιοβάθμους συναδέλφους του και το δεύτερο έχει να κάνει με την παρόμοια κριτική εξέταση των άρθρων που έχουν κατατεθεί για δημοσίευση.

Σε μια σχετικώς μικρή χώρα, όπως είναι η Ελλάδα, είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός συντονιστικού φορέα για ολόκληρο το φάσμα της ιατρικής έρευνας, με έμφαση στις αποφάσεις που αφορούν στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και στη χρηματοδότηση. Επειδή υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλωθούν προκαταλήψεις κατά την αξιολόγηση των ερευνητικών προτάσεων, θεωρούμε πως είναι επιθυμητή η προσφυγή σε κριτές από το εξωτερικό. Στις μικρές χώρες είναι αναπόφευκτο να υπάρχουν κατεστημένες σχολές σκέψης, καθώς και διαφωνίες μεταξύ ερευνητών και πανεπιστημιακών. Κά-

τι τέτοιο είναι επόμενο να επηρεάζει την χρηματοδότηση και την υιοθέτηση συγκεκριμένων ερευνητικών μεθόδων. Ορισμένες χώρες, όπως η Δανία, έχουν εισαγάγει ένα διεθνές σύστημα αξιολόγησης της ιατρικής έρευνας και έχουν ωφεληθεί από την ρύθμιση αυτή.

Οι απόψεις κριτών από το εξωτερικό έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι πιο αντικειμενικές και να επηρεάζονται λιγότερο από προσωπικές σχέσεις, από ό,τι οι κρίσεις που προέρχονται από συναδέλφους της ίδιας εθνικότητας. Οι εξωτερικοί κριτές μπορεί να ασκήσουν θετική επίδραση και για έναν άλλο λόγο - επειδή οι πολιτικοί προσέχουν τις απόψεις τους περισσότερο από ότι θα πρόσεχαν τις απόψεις που θα προέχονταν από το εσωτερικό.

Για όλους αυτούς τους λόγους, προτείνουμε όχι μόνον τη δημιουργία ενός επαρκούς χρηματοδοτικού φορέα για την ιατρική έρευνα (με σαφείς διακρίσεις μεταξύ βασικής έρευνας, κλινικής έρευνας, έρευνας στη δημόσια υγεία και επιχειρησιακής έρευνας), αλλά και τη χρησιμοποίηση μιας ομάδας εξωτερικών κριτών, οι οποίοι θα εγγυώνται την πρωτοτυπία και την ποιότητα του ερευνητικού έργου. Από την στιγμή όμως που κάποιος ιατρός του ΕΣΥ λάβει ένα ερευνητικό κονδύλιο, προτείνουμε την προσαύξηση αυτού του κονδυλίου με επιμίσθιο μερικής απασχόλησης, ούτως ώστε να αποζημιώνεται για την απώλεια χρόνου τον οποίο θα αξιοποιούσε οικονομικά είτε για κατά πράξη αμοιβές (αν είναι ιατρός ειδικότητας) είτε για το ποσό που είναι αναγκασμένος να καταβάλλει στον αναπληρωτή του (αν είναι οικογενειακός ιατρός ή ιατρός που μισθοδοτείται).

Η ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ

Το να δηλώσουμε (όπως κάναμε παραπάνω) τί πιστεύουμε ότι πρέπει να γίνει είναι αρκετά εύκολο. Η τεράστια όμως δυσκολία με την οποία θα βρεθεί αντιμέτωπη η κυβέρνηση αν αποφασίσει να υιοθετήσει τις προτάσεις μας, είναι η υλοποίηση των προτεινόμενων αλλαγών. Η προηγούμενη εμπειρία δεν είναι καλή. Η απόφαση για την δημιουργία αγροτικών κέντρων υγείας το 1983 δεν συνοδεύτηκε από ένα πρόγραμμα επέκτασης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

Το άμεσο μέλημά μας είναι η εξεύρεση ενός τρόπου για την ταχεία ανάπτυξη των δύο συνδεδεμένων μεταξύ τους ειδικοτήτων - της οικογενειακής ιατρικής και της δημόσιας υγείας. Ολόκληρο το μεταρρυθμιστικό μας σχέδιο εδράζεται στην υπόθεση ότι, κατά την επόμενη δεκαετία, μπορούν πράγματι να παραχθούν μεγάλοι αριθμοί οικογενειακών ιατρών. Ακόμη όμως κι αν οι αμοιβές είναι καλές, οι άξιοι ιατροί μάλλον δεν θα δείξουν ενθουσιασμό για τις δύο αυτές ειδικότητες, αν, κατά τη βασική ιατρική τους εκπαίδευση, αποκτούν από τους διδασκάλους τους την αντίληψη ότι πρόκειται για ειδικότητες δεύτερης κατηγορίας. Αυτό είναι ακριβώς το σύστημα αξιών που χαρακτηρίζει πολλούς διδάσκοντες στις υπάρχουσες ιατρικές σχολές.

Αισθανθήκαμε απογοήτευση, όταν ανακαλύψαμε πως ελάχιστοι πανεπιστημιακοί στις ανώτερες βαθμίδες φαίνεται να αντιλαμβάνονται την ανάγκη για αλλαγές προς αυτές τις κατευθύνσεις. Με έναν από αυτούς συζητήσαμε εκτενώς την ανάγκη να υπάρχει καθηγητής γενικής ιατρικής. Στο τέλος όμως της συζήτησης μείναμε με την αίσθηση πως δεν είχαμε κατορθώσει ούτε να του δώσουμε να καταλάβει τί ακριβώς σημαίνει η έννοια της γενικής ιατρικής ούτε να τον πείσουμε για την ανάγκη της ένταξής της στο πρόγραμμα σπουδών. Ακόμη όμως κι αν όλοι οι Κοσμήτορες των ιατρικών σχολών υποστήριζαν τη συγκεκριμένη αλλαγή με ενθουσιασμό, θα είχαμε αμφιβολίες για το κατά πόσο θα ήταν σε θέση να την πραγματοποιήσουν. Ακόμη κι αν οι ιατρικές σχολές επείθονταν να προκηρύξουν καθηγητικές θέσεις στα δύο αυτά γνωστικά αντικείμενα, φοβούμεθα ότι θα χρησιμοποιούσαν τα παραδοσιακά κριτήρια κρίσης και, τελικά, θα κήρυσσαν άγονες τις εκλογές.

Ίσως μια εκπαιδευτική επίσκεψη από μέρους Ελλήνων Πανεπιστημιακών των ανώτερων βαθμίδων σε ορισμένες ρηξικέλευθες ιατρικές σχολές του εξωτερικού (όπως αυτές του McMaster, του Maastricht και ορισμένες στο Ηνωμένο Βασίλειο) να διέυρνε τις κατεστημένες αντιλήψεις. Θα μπορούσε βεβαίως να δημιουργηθεί μια επιτροπή για τη μελέτη των ενδεδειγμένων αλλαγών στην ιατρική εκπαίδευση, με ειδική οικονομική ενίσχυση που θα επέτρεπε στα μέλη της να αξιολογήσουν τις νέες εξελίξεις στο εξωτερικό. Κάτι τέτοιο όμως θα ήταν χρονοβόρο, ενώ η ανάγκη της αλλαγής είναι επείγουσα. Κρίνουμε πως η όλη κατάσταση είναι σοβαρή. Αν τα άλλα κράτη-μέλη γνώριζαν τον τρόπο εισαγωγής ορισμένων φοιτητών στις ιατρικές σχολές, τα μαθήματα και τον τρόπο διδασκαλίας ή τις προϋποθέσεις για την παροχή άδειας άσκησης της ιατρικής, τότε ίσως απαιτούσαν ειδική σειρά εξετάσεων για όσους Έλληνες ιατρούς προσπαθούσαν να ενταχθούν στα δικά τους συστήματα υγείας - όπως λίγο-πολύ κάνουν σήμερα με την επιβολή περιορισμών στους φοιτητές της ιατρικής που προέρχονται από χώρες του Τρίτου Κόσμου.

Εισηγούμεθα ότι η Κυβέρνηση θα πρέπει να θεσπίσει ένα Ιατρικό Συμβούλιο, το οποίο θα έχει την ευθύνη της επικύρωσης των προγραμμάτων σπουδών στην ιατρική, όπως συμβαίνει λ.χ. με το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Όποια ιατρική σχολή κρίνεται ότι έχει ανεπαρκές πρόγραμμα σπουδών, θα αντιμετωπίζει την απειλή της διακοπής της χρηματοδότησής της. Μια άλλη αρμοδιότητα του Ιατρικού Συμβουλίου θα ήταν η αντιμετώπιση όσων ιατρών ρέπουν προς αντιδεοντολογικές ή αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές. Η επιλογή των μελών του Συμβουλίου θα πρέπει να γίνει με προσοχή. Είναι βεβαίως ευτύχημα ότι τρεις πρώην Υπουργοί Υγείας αναγνωρίζουν την σπουδαιότητα της γενικής ιατρικής. Υπάρχουν επίσης ορισμένοι καθηγητές της ιατρικής με σημαντική εμπειρία εκτός Ελλάδας, οι οποίοι υποστηρίζουν ενθέρμως αυτές τις αλλαγές. Επιπλέον, τα μέλη του Συμβουλίου θα πρέπει να είναι ανυποχώρητα στο ζήτημα της αναβάθμισης της δεοντολογικής συμπεριφοράς των ιατρών. Ένα τέτοιο όργανο, παρότι ελεύθερο από κυβερνητικές εξαρτήσεις, θα χρειαστεί τη σύντομη υπο-

στήριξη ολόκληρης της κυβέρνησης, για να μπορέσει να ασκήσει αποτελεσματικά τις εξουσίες του.

Μια συμπληρωματική προσέγγιση, την οποία υποστηρίζουμε, είναι η ίδρυση νέας ιατρικής σχολής στην περιοχή της Αθήνας - κατά προτίμηση στον Πειραιά. Οι λόγοι για τη διατύπωση αυτής της πρότασης έχουν να κάνουν με το μεγάλο μέγεθος της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και με την ανάγκη δημιουργίας, δίπλα στην ήδη υπάρχουσα, μιας νέας σχολής, η οποία θα αποδίδει πρωτεύουσα σημασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Στη νέα αυτή ιατρική σχολή, ομάδες φοιτητών θα αποστέλλονται, στα αρχικά στάδια της φοίτησής τους, σε αγροτικές κοινότητες, για να διαγιγνώσκουν και να προσδιορίζουν ποσοτικά τα τοπικά προβλήματα υγείας, καθώς και για να εξιχνιάζουν τις αιτίες που τα γεννούν. Μόνον έτσι θα είναι σε θέση να εκτιμούν την κεντρική σπουδαιότητα της δημόσιας υγείας και την πρωτεύουσα σημασία του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Η νέα ιατρική σχολή θα πρέπει να προσπαθήσει να προσελκύσει διδακτικό προσωπικό που θα ενισχύει την προσπάθεια αυτή. Θα μπορεί επίσης να προσκαλεί Έλληνες ιατρούς που επιθυμούν να επιστρέψουν μετά από δόκιμη και μακρά υπηρεσία στο εξωτερικό. Δεν εννοούμε βεβαίως ότι η νέα ιατρική σχολή θα παράγει μόνον ιατρούς για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Ελπίζουμε ωστόσο ότι οι μισοί ή και παραπάνω απόφοιτοί της θα προτιμούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

ΤΟ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από την ορθολογική κατανομή του εκπαιδευμένου προσωπικού, ούτως ώστε οι υπηρεσίες που παρέχονται να είναι επαρκείς. Οι επαγγελματίες της υγείας απορροφούν περίπου το 60% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία, γι' αυτό και η αποδοτική προσφορά τους προϋποθέτει τον κατάλληλο καταμερισμό εργασίας.

Είχαμε δυστυχώς το χρόνο να μελετήσουμε μόνον την θέση του νοσηλευτικού προσωπικού στο σύστημα και εκφράζουμε την λύπη μας που δεν είμαστε σε θέση να διατυπώσουμε προτάσεις για τα παραϊατρικά επαγγέλματα.

Στην Ελλάδα, ο συνολικός αριθμός των ειδικευμένων ιατρών (γύρω στις 25.000), των ειδικευόμενων ιατρών (γύρω στις 7.000) και των απλών αποφοίτων ιατρικής (γύρω στις 7.000) είναι σχεδόν ίσος με τον αριθμό των νοσηλευτών (γύρω στις 40.000). Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, σχεδόν οι μισές οργανικές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού είναι ακάλυπτες. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος προγραμματισμός, ενώ απουσιάζουν οι εκπαιδευτικοί στόχοι και η κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού είναι ελλιπέστατη. Προφανώς, δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται:

- Στο μοναδικό πανεπιστημιακό τμήμα (Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής) στο Πανεπιστήμιο Αθηνών βάσει προγράμματος σπουδών τετραετούς φοίτησης. Οι νοσηλευτές με πανεπιστημιακό δίπλωμα ανέρχονται περίπου στους 150 με 180.
- Σε ειδικές σχολές νοσηλευτικής στις οποίες εκπαιδεύονται επί τρία έτη και ασκούνται πρακτικά επί έξι μήνες η πλειονότητα των νοσηλευτών (περίπου το 60%). Πολλοί από τους εισαγόμενους στη Σχολή έχουν αποτύχει στις εισαγωγικές εξετάσεις για το Πανεπιστήμιο.
- Στις σχολές νοσηλευτικής των Νοσοκομείων, στις οποίες η φοίτηση είναι δύο χρόνια. Πολλοί από εκείνους που φοιτούν σ' αυτές δεν έχουν τελειώσει ούτε το Λύκειο.

Μετά την αποφοίτηση, ένα 50%-60% των νοσηλευτών εγκαταλείπουν το επάγγελμα. Περίπου το 80% όσων παραμένουν απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, μόλις το 3,6% στα κέντρα υγείας και το 10,9% σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

Πολλοί είναι οι λόγοι για το χαμηλό γόητρο του νοσηλευτικού επαγγέλματος και των νοσηλευτών. Οι σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι συχνά κακές, εξαιτίας της υπερπροσφοράς των ιατρών και των διαφορών τους σε εκπαίδευση, γόητρο και αμοιβές. Εξαιτίας των ελλείψεων των νοσηλευτών στα νοσοκομεία, δεν υπάρχει χρόνος για συνεχή επιμόρφωση ή για εξειδίκευση, παρότι οι οδηγίες της ΕΕ προβλέπουν την ύπαρξη τεσσάρων νοσηλευτικών ειδικοτήτων. Δεν υπάρχει ενιαίο πρόγραμμα σπουδών, και στις νοσηλευτικές σχολές των νοσοκομείων ο κάθε ιατρός διδάσκει αυτοβούλως ό,τι ο ίδιος θεωρεί σημαντικό. Οι δυνατότητες εκπαίδευσης στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, την κατ'οίκον φροντίδα και τη δημόσια υγεία είναι πολύ περιορισμένες, αφού το εκπαιδευτικό πρόγραμμα βασίζεται απολύτως στα νοσοκομεία.

Συνθήκες εργασίας

Τα νοσοκομεία έχουν απόλυτη αυτονομία, σε ότι αφορά στο πρόγραμμα νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Εξαιτίας του πληθωρισμού των ιατρών και της έλλειψης των νοσηλευτών, δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ των καθηκόντων και των υποχρεώσεων των δύο ομάδων. Όταν οι ελλείψεις γίνονται οξύτερες, προσλαμβάνεται μη εκπαιδευμένο προσωπικό σε νοσηλευτικούς ρόλους. Η κατανομή ρόλων και υποχρεώσεων δεν γίνεται με μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, αλλά ευκαιριακά και πυροσβεστικά. Παρότι υπάρχει κώδικας δεοντολογίας για τους νοσηλευτές, δεν επιβάλλονται κυρώσεις σε όσους είναι ανεκπαιδευτοι, χρηματίζονται ή δείχνουν αμέλεια.

Η εκπαίδευση σε διοικητικές ικανότητες, η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και οι προαγωγές είναι, στην πράξη, σπάνιες. Οι πόροι είναι άνισα κατανεμημένοι και οι νοσηλευ-

τές δεν επιθυμούν να εργαστούν σε απομακρυσμένες περιοχές. Παρά τις σοβαρές ελλείψεις, οι αμοιβές τους δεν έχουν βελτιωθεί.

Οι μαίες εκπαιδεύονται ως ειδικό νοσηλευτικό προσωπικό και μπορούν να ασκήσουν το λειτούργημά τους χωρίς την εποπτεία μαιευτήρα ιατρού μόνο σε απομακρυσμένες περιοχές. Στις περιπτώσεις αυτές, σπανίως έχουν υποστήριξη από νοσοκομεία ή ιατρούς.

Οι προτάσεις μας

Η βελτίωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο εσωτερικό του ΕΣΥ απαιτεί τη διαμόρφωση και εφαρμογή κοινής πολιτικής από μέρους του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας. Η πολιτική αυτή θα πρέπει να αποσκοπεί στην αύξηση των νοσηλευτικών σχολών και του αριθμού των εκπαιδευομένων νοσηλευτών. Θα πρέπει λοιπόν να ιδρυθούν νοσηλευτικά τμήματα και στα άλλα πανεπιστήμια. Θα πρέπει επίσης να υπάρξει πρόβλεψη για ειδική διετή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία, στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην κατ' οίκον φροντίδα, ούτως ώστε η πρωτοβάθμια περίθαλψη των υπηρεσιών υγείας να στελεχωθεί με καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Στην άλλη άκρη του φάσματος, θα χρειαστεί μεγάλος αριθμός νοσηλευτών με πρακτική εκπαίδευση μικρότερης διάρκειας, ιδιαίτερα για την κατ' οίκον φροντίδα, τη δημόσια υγεία και την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα. Η πρακτική αυτή εκπαίδευση πρέπει να διενεργείται σε νοσοκομειακές σχολές, αλλά βάσει ενός ενιαίου για όλη την επικράτεια προγράμματος σπουδών, το οποίο θα δίδει έμφαση στις απλές, πρακτικές νοσηλευτικές δεξιότητες.

Οι αμοιβές και των δύο κατηγοριών πρέπει να αυξηθούν. Θα πρέπει επίσης να παρασχεθούν πρόσθετα επιδόματα για την προσέλκυση νοσηλευτών σε απομακρυσμένες περιοχές, ώστε να ανατραπεί η σημερινή άνιση γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού. Η έλλειψη εκπαιδευμένων νοσηλευτών (μόνον το 30% του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων του ΕΣΥ έχει λάβει πλήρη εκπαίδευση), οι χαμηλές αμοιβές, το υποβαθμισμένο γόπτρο και η φτωχή ικανοποίηση που προσφέρει το νοσηλευτικό επάγγελμα μπορούν να βελτιωθούν με την αλλαγή της αναλογίας ιατρών/νοσηλευτών στην εκπαίδευση και με την αναβάθμιση της νοσηλευτικής παιδείας και των αμοιβών των νοσηλευτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κεντρικό ρόλο στις προτάσεις μας έχουν η ανάπτυξη της εκπαίδευσης των διοικητικών στελεχών, οι αλλαγές στη σύνθεση του προσωπικού υγείας και ο εκσυγχρονισμός της επαγγελματικής εκπαίδευσης. Ολόκληρο το πλέγμα των μεταρρυθμίσεων βασίζεται σε αυτές τις προτάσεις. Κανένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά δίχως ειδικά εκπαιδευμένα διοικητικά στελέχη. Ο συνολικός αριθμός των ια-

τρών πρέπει να μειωθεί, ενώ πρέπει να αυξηθεί το ποσοστό των ιατρών που ακολουθούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Η νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να διευρυνθεί σε μεγάλο βαθμό και να υποστηριχθεί από νοσηλευτές που έχουν εκπαιδευθεί βάσει ενός ενιαίου, σε όλην την επικράτεια, προγράμματος σπουδών.

Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ

Στο Κεφάλαιο αυτό, περιγράφουμε πώς μπορεί να επιτευχθεί η μετάβαση στο νέο τύπο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η μετάβαση δεν μπορεί να γίνει γρήγορα. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας θα διαρκέσει τουλάχιστον δέκα χρόνια. Η επιτυχία των μεταρρυθμίσεων θα εξαρτηθεί από την οικοδόμηση της συναίνεσης των πολιτικών κομμάτων στις βασικές απαιτήσεις των αναγκαίων αλλαγών.

Η δέσμη των προτάσεών μας δεν είναι δυνατόν να ταυτιστεί με κάποια συγκεκριμένη ιδεολογία. Κι αυτό, διότι οι προτάσεις μας συνδυάζουν στοιχεία επεμβατικής πολιτικής με στοιχεία εσωτερικής αγοράς (από αντιλήψεις που επικρατούν στις ΗΠΑ) και στοιχεία από τις μεταρρυθμίσεις του βρετανικού ΕΣΥ. Οι προτάσεις βασίζονται στις εμπειρίες άλλων χωρών, τις οποίες αξιοποιούν σε συγκεκριμένη δέσμη μεταρρυθμίσεων.

Η ΑΝΤΙΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Θα ήταν δύσκολο η συζήτηση των προβλημάτων της μετάβασης να μην άρχιζε από το ζήτημα της αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς. Αν αυτή συνεχίσει ως έχει, τότε η μεταρρύθμιση είναι αδύνατη. Γιατί ο οποιοσδήποτε ιατρός να θέλει να εγκαταλείψει μια νοσοκομειακή θέση για να ενταχθεί στο πρόγραμμα επανεκπαίδευσης στη γενική ιατρική (όπου η ιδιωτική άσκηση της ιατρικής σε ασθενείς του Ενοποιημένου Ταμείου θα απαγορεύεται), όταν μπορεί να συνεχίσει ως έχει, συμπληρώνοντας το νόμιμο εισόδημά του με σημαντικές αφορολόγητες προσαυξήσεις από «φακελάκια» και αθέμιτες αμοιβές από διαγνωστικά κέντρα ή ακόμη και από φαρμακευτικές εταιρείες; Η υπηρεσία οικογενειακής ιατρικής δεν θα έχει σοβαρές πιθανότητες να προσφέρει την ίδια υγειονομική φροντίδα σε όλους τους ασθενείς, αν μερικοί από αυτούς συνεχίσουν να προσφέρουν «φακελάκια» στον ιατρό τους.

Γνωρίζουμε καλά ότι, μετά τις σημαντικές μισθολογικές αυξήσεις που δόθηκαν στους ιατρούς πριν από μια δεκαετία, το ιατρικό εισόδημα άρχισε να υπολείπεται των

αυξήσεων που σημειώθηκαν έκτοτε στο κόστος ζωής. Αντιλαμβανόμαστε ακόμη ότι οι εκδηλώσεις αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς έχουν λάβει πολύ μεγάλη έκταση τα τελευταία εννέα χρόνια. Δεν πιστεύουμε όμως ότι οι περισσότεροι ιατροί στην Ελλάδα έχουν χαμηλές αμοιβές. (Αναφέραμε πάντως ότι χρειάζεται να αυξηθούν οι αμοιβές των καθηγητών της ιατρικής). Η σύγκριση, με βάση τις συναλλαγματικές ισοτιμίες, του ιατρικού εισοδήματος στην Ελλάδα με το ιατρικό εισόδημα σε άλλες χώρες είναι παραπλανητική. Η μόνη έγκυρη μέθοδος σύγκρισης ανάμεσα στα δύο μπορεί να γίνει με βάση τη συσχέτιση του ιατρικού εισοδήματος προς το μέσο κατά κεφαλή εισόδημα στο εσωτερικό της χώρας. Η κάθε χώρα μπορεί να πληρώσει μόνον όσα είναι σε θέση να πληρώσει και, άρα, αυτό που έχει σημασία είναι η εσωτερική συσχέτιση των αμοιβών.

Μια διεθνής μελέτη* συγκρίνει το εισόδημα των ιατρών της γενικής ιατρικής σε διαφορετικές χώρες με το μέσο κατά κεφαλή ΑΕΠ. Επιχειρήσαμε ανάλογη σύγκριση για την Ελλάδα του 1992, χρησιμοποιώντας ένα ιατρό του ΙΚΑ (με προσαρμογή του εισοδήματος από πεντέμισο μέχρι οκτώ ώρες εργασίας) και ένα νοσοκομειακό Επιμελητή Α με πέντε χρόνια προϋπηρεσίας.** Ο τελευταίος υποτίθεται ότι δέχεται εξωτερικούς ασθενείς, όπως κι ένας Διευθυντής νοσοκομειακής κλινικής. Το γεγονός ότι τα στοιχεία για άλλες χώρες αναφέρονται στο 1985 δεν έχει σημασία, επειδή τόσο το ιατρικό εισόδημα όσο και το εθνικό προϊόν θα έχουν αυξηθεί ανάλογα από τότε. Στους υπολογισμούς μας δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη για τις πραγματικές ώρες εργασίας. Η σύγκριση φαίνεται στον Πίνακα 12, από όπου προκύπτει ότι οι ιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα είναι από τους υψηλότερα αμειβομένους σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ακόμη όμως κι αν οι Έλληνες ιατροί είχαν τόσο χαμηλές αμοιβές όσο και οι Ιταλοί συναδέλφοί τους, κάτι τέτοιο δεν θα συνιστούσε, κατά την γνώμη μας, λόγο απαλλαγής από τις κατηγορίες περί αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς.

Σε άλλες χώρες, οι ιατρικοί σύλλογοι έχουν θεσπίσει και επιβάλει κώδικες ιατρικής δεοντολογίας, οι οποίοι απαγορεύουν τον «διαμοιρασμό αμοιβών» ή την αποδοχή μέρους της πληρωμής άλλου ιατρού ως ανταμοιβή για παραπομπές ασθενών. Η δωροδοκία των ιατρών θεωρείται ακόμη σοβαρότερο παράπτωμα. Είναι βεβαίως φυσικό οι ιδιωτικές επιχειρήσεις (όπως οι φαρμακευτικές εταιρείες και τα διαγνωστικά κέντρα) να προσπαθούν να βρουν τρόπους, για να παρακάμψουν το οποιοδήποτε σύστημα περιορισμών και ελέγχων, ώστε να προωθήσουν τα συμφέροντά τους. Όμως το ιατρικό σώμα αποδέχεται συλλογικά την υποχρέωση, που απορρέει από το δικαίωμα της λειτουργικής ανεξαρτησίας του, να τηρεί το ίδιο αυστηρούς κανόνες δεοντολογίας. Στα άλλα κράτη-μέλη, το διαβόητο «φακελάκι» θα συνιστούσε βαρύτατο παράπτωμα - στην ουσία, τα «φακελάκια» είναι άγνωστα σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ.

* Groenewegen, P., Van der Zee, J., Van Haalten R., *Remuneration General Practitioners in Western Europe*, Avebury, Aldershot, 1991.

** Ο βασικός μηνιαίος μισθός των 260.000 δρχ. πολλαπλασιάστηκε επί 14 (τους πραγματικούς μήνες μισθοδοσίας), ενώ τα υπόλοιπα επιδόματα πολλαπλασιάστηκαν επί 12.

Παρόμοιες συμπεριφορές προσβάλλουν ευθέως τον λόγο ύπαρξης του ΕΣΥ, που συνίσταται στην ισότιμη προσφορά υγειονομικής φροντίδας σε όλους αδιακρίτως τους πολίτες. Όταν ένας ασθενής τυγχάνει προνομιακής μεταχείρισης, κάποιος άλλος ασθενής ζημιώνεται. Ακόμη πιο αντιδεοντολογικό είναι αν ο ιατρός επιτρέπει κριτήρια οικονομικής ιδιοτέλειας να υπεισέρχονται στις επιστημονικές επιλογές του και τις θεραπευτικές συστάσεις του προς τους ασθενείς. Η συμπεριφορά αυτή συνιστά ρήξη των δεσμών εμπιστοσύνης που αποτελούν τη βάση για την ορθή επιτέλεση κάθε επαγγελματικού καθήκοντος.

Κατά τη γνώμη μας, όλα αυτά είναι ζητήματα που δεν πρέπει κανονικά να αντιμετωπίζονται με κυβερνητικές επεμβάσεις και νομικές κυρώσεις, παρά μόνον σε ακραίες περιπτώσεις. Βεβαίως, μια αποφασιστική κυβέρνηση έχει τη δυνατότητα να εξαλείψει πλήρως παρόμοια φαινόμενα. Αλλά οι μέθοδοι που απαιτούνται γι' αυτόν τον σκοπό (λ.χ. η αποστολή δήθεν ασθενών ή εμπορικών αντιπροσώπων, για να ανακαλύψουν αν ο ιατρός υποκύπτει σε πειρασμούς) είναι εξίσου απεχθείς με τις ίδιες τις αθέμιτες πρακτικές που προσπαθούν να εκριζώσουν. Ίσως η αδυναμία των ιατρικών συλλόγων να πάρουν θέση απέναντι σε αυτά τα φαινόμενα να οφείλεται στον κατακερματισμό τους και στη μεταξύ τους αντιπαλότητα. Πιστεύουμε ότι το Ιατρικό Συμβούλιο (τη δημιουργία του οποίου προτείναμε παραπάνω) θα πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για την εφαρμογή των κανόνων της δεοντολογικής συμπεριφοράς. Οι κυρώσεις για την παράβαση αυτών των κανόνων θα συνίστανται στην αφαίρεση του δικαιώματος για την άσκηση της ιατρικής, για χρονικά διαστήματα η διάρκεια των οποίων θα εξαρτάται από τη σοβαρότητα και τη συχνότητα των παραπτώματων.

Η ΕΞΟΙΚΟΝΟΜΗΣΗ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ

Όπως έχουμε καταστήσει σαφές, οι κύριες εστίες εξοικονόμησης πόρων είναι η συνταγογραφία φαρμάκων και η χρήση διαγνωστικών κέντρων. Οι προτάσεις μας αναφορικά με τα δύο αυτά ζητήματα θα μπορούσαν βεβαίως να υλοποιηθούν και χωρίς καμμία άλλη μεταρρύθμιση στο ΕΣΥ.

Η συνταγογραφία των φαρμάκων

Πρόκειται για τομέα, στον οποίο είναι δυνατή η άμεση επέμβαση της κυβέρνησης. Οι μεταρρυθμίσεις σε αυτόν τον τομέα δεν εξαρτώνται από αλλαγές σε άλλους τομείς. Το πρώτο βήμα συνίσταται στην δημιουργία, από την κυβέρνηση, μιας επιτροπής που θα αναλάβει τη σύνταξη μιας περιορισμένης λίστας φαρμάκων για χρήση στο πλαίσιο της υγειονομικής ασφάλισης, καθώς και μιας λίστας μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τα οποία ο ασθενής θα επιτρέπεται να αγοράζει από τα φαρμακεία. Η θετική λίστα θα πρέπει να περιλαμβάνει ευρύ φάσμα μη πρωτότυπων φαρμάκων, στα οποία δεν

ισχύει πλέον αποκλειστικό δικαίωμα και τα οποία θα πρέπει να περιγράφονται με βάση τη διεθνώς καθιερωμένη δραστική τους ουσία, ώστε να μπορούν να αγοράζονται με διεθνείς διαγωνισμούς. Η επιτροπή θα πρέπει να λάβει υπόψη όχι μόνον την λίστα φαρμάκων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, αλλά και τις λίστες που χρησιμοποιούνται στα άλλα κράτη - μέλη και, ιδιαίτερα, στη Δανία. Θα πρέπει επίσης να οργανωθούν τα σχετικά σεμινάρια ενημέρωσης των ιατρών για τους τρόπους αξιοποίησης της λίστας. Τέλος, ίσως θα πρέπει να υπάρξουν πρωτόκολλα στα οποία θα δηλώνονται οι ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπισθούν με συγκεκριμένα προϊόντα της λίστας.

Κατά δεύτερο λόγο, θα πρέπει να διευρυνθούν τα στατιστικά στοιχεία που αυτήν τη στιγμή τηρούνται από τη ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ, κατά τρόπον που να επιτρέπει την παρακολούθηση της συνταγογραφίας των ιατρών στο πλαίσιο της υγειονομικής ασφάλισης ξεχωριστά από τη συνταγογραφία στον ιδιωτικό τομέα. Η συλλογή αυτών των στοιχείων θα αποδλέπει:

- Στον εντοπισμό των ιατρών που δείχνουν υπερβολική προτίμηση στα προϊόντα συγκεκριμένων φαρμακευτικών εταιρειών, κατά τρόπο που να δημιουργεί υποψίες για την ανιδιοτέλεια των κινήτρων που διέπουν τη συνταγογραφία τους.
- Στον εντοπισμό των ιατρών που επιδίδονται σε καταχρηστικές συνταγογραφικές πρακτικές (λ.χ. με την υπερβολική χρήση ακριβών αντιβιοτικών τρίτης γενεάς).

Η αρχική αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων θα συνίσταται σε επισκέψεις εκπροσώπων του ΕΟΦ στους εν λόγω ιατρούς, στους οποίους θα προσάγονται τα σχετικά στοιχεία και θα επισημαίνεται ότι η συνταγογραφία τους δεν ευθυγραμμίζεται με την συνταγογραφία των υπολοίπων ιατρών. Εάν υπάρχουν ενδείξεις παρουσίας οικονομικών ελατηρίων, ο ιατρός θα πρέπει να προειδοποιείται και, αν δεν συμμορφωθεί, να παραπέμπεται στο Ιατρικό Συμβούλιο.

Το τρίτο στάδιο ενεργειών αφορά στη μείωση και τον έλεγχο της προώθησης των πωλήσεων των φαρμάκων, καθώς και στην αναμόρφωση του συστήματος προσδιορισμού των τιμών των φαρμάκων. Εκτιμούμε ότι με αυτόν τον τρόπο θα εξοικονομηθούν τουλάχιστον οι μισές από τις τωρινές δαπάνες. Όλες αυτές οι μεταρρυθμίσεις μπορούν, με σύντομη δράση, να ολοκληρωθούν μέσα σε δύο χρόνια.

Τα διαγνωστικά κέντρα

Το πρώτο βήμα θα είναι η επιλογή εκείνων των κέντρων που πληρούν υψηλές προδιαγραφές ποιότητας και ικανότητας. Το επόμενο βήμα θα είναι οι διαπραγματεύσεις με αυτά τα κέντρα για την σύναψη νέων συμβάσεων, σύμφωνα με όσα έχουν προταθεί παραπάνω. Τα διαγνωστικά κέντρα θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι η άρνησή τους να συμμετάσχουν στη νέα αυτή διαδικασία θα συνεπάγεται την ενίσχυση της παροχής των διαγνωστικών υπηρεσιών από μέρος του δημοσίου και την απαγόρευση της χρησιμοποίησής τους. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να αναπτυχθεί η στατιστική έρευνα, από την οποία θα προκύπτει αφενός ποιοί ιατροί χρησιμοποιούν συγκεκριμένα διαγνωστικά κέντρα

ντρα και αφετέρου ποιοί ιατροί είναι συνδεδεμένοι με συγκεκριμένα διαγνωστικά κέντρα ως μέτοχοι. Οι πολύ ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να έχουν την έγκριση ενός περιορισμένου αριθμού από επιλεγμένους ιατρούς ειδικοτήτων. Ο στόχος όλων αυτών των μέτρων είναι η κατά το ήμισυ μείωση των δαπανών για διαγνωστικές εξετάσεις.

Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

Αν οι γενικές αρχές των προτάσεών μας γίνουν αποδεκτές, απαιτείται λεπτομερειακή εργασία για την εφαρμογή τους. Το έργο αυτό μπορεί να ανατεθεί σε οικεία επιτροπή του ΕΣΥ, η οποία (διαιρούμενη σε διαφορετικές ομάδες εργασίας που θα αναλάβουν τους διάφορους τομείς των μεταρρυθμίσεων) θα εισηγηθεί στον Υπουργό Υγείας τις μεθόδους υλοποίησης των αναγκαίων αρχικών στόχων.

Ο σχεδιασμός της εκπαίδευσης

Το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας θα πρέπει να έλθουν σε συνεννόηση με τα πανεπιστήμια και τα Τ.Ε.Ι. για το σχεδιασμό της εκπαίδευσης των διοικητικών στελεχών και για την επανεκπαίδευση των υπάρχοντων ιατρών ως οικογενειακών ιατρών. Θα πρέπει να γίνει σαφές ότι για τον σκοπό αυτό θα διατεθούν ειδικά κονδύλια.

Στο μεταξύ, προτείνουμε τη σύσταση ειδικής επιτροπής, που θα αναλάβει το έργο της ανάλυσης αναγκών για την εκπαίδευση των διοικητικών στελεχών. Η επιτροπή θα εντοπίσει ποιά από τα διοικητικά στελέχη χρειάζονται εκπαίδευση. Θα χρειαστούν ακόμη συνεντεύξεις για την αξιολόγηση της ικανότητας συγκεκριμένων στελεχών για περαιτέρω εξέλιξη. Τα κριτήρια αξιολόγησης θα περιλαμβάνουν τη βασική εκπαίδευση των εν λόγω ατόμων, την ποιότητα της απόδοσής τους στις θέσεις όπου σήμερα υπηρετούν και τη διάθεσή τους να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ανάπτυξης των διοικητικών υπηρεσιών.

Η αλλαγή των πανεπιστημιακών προγραμμάτων σπουδών για τη συμπερίληψη της βασικής εισαγωγής στη γενική ιατρική θα πάρει χρόνο. Από την άλλη πλευρά, η νέα ιατρική σχολή, την ίδρυση της οποίας έχουμε προτείνει, δεν μπορεί να λειτουργήσει αμέσως. Στο μεταξύ όμως, μπορεί να σημειωθεί κάποια άμεση πρόοδος, εάν δοθεί στους ιατρούς που σήμερα υπηρετούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα η δυνατότητα να εκπαιδευτούν εκ νέου και να προαχθούν σε πλήρεις οικογενειακούς ιατρούς. Αυτή βεβαίως η διαδικασία επανεκπαίδευσης θα διαρκέσει λιγότερο (περίπου οκτώ έως δώδεκα μήνες) από ό,τι θα απαιτείται κανονικά από τους μελλοντικούς οικογενειακούς ιατρούς.

Το κίνητρο για την προσέλκυση των πρώτων υποψηφίων οικογενειακών ιατρών θα είναι ο καθορισμός του ύψους των καθαρών αμοιβών τους από την κυβέρνηση - ύψος, το οποίο πρέπει να γίνει εξαρχής γνωστό. Θα πρέπει επίσης να καταστεί σαφές ότι η ευκαιρία της επανεκπαίδευσης σε οκτώ μήνες είναι εφάπαξ προσφορά, η οποία δεν

πρόκειται να επαναληφθεί: μετά την ολοκλήρωση αυτού του προγράμματος, όλοι οι μελλοντικοί ιατροί που εισέρχονται για πρώτη φορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει να έχουν ακολουθήσει πλήρες πρόγραμμα σπουδών στην οικογενειακή ιατρική, το οποίο θα διαρκεί τρία έτη.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, προσδοκούμε ότι οι ιατροί που έχουν προηγουμένως υπηρετήσει ως νοσοκομειακοί παθολόγοι θα ζητήσουν να επανεκπαιδευθούν ή να εξελιχθούν σε οικογενειακούς ιατρούς. Ορισμένοι παιδίατροι μπορεί επίσης να επιθυμούν να επανεκπαιδευθούν ως οικογενειακοί ιατροί/παιδίατροι, που θα αναλάβουν την παιδιατρική φροντίδα μέσα σε ομάδες οικογενειακών ιατρών. Αν έχουν προηγούμενες γνώσεις γενικής ιατρικής, για την ίδια εξέλιξη μπορεί να κριθούν κατάλληλοι και ορισμένοι χειρουργοί ή γυναικολόγοι. Θα χρειασθεί βεβαίως ειδική σειρά εξετάσεων για την εισαγωγή σε αυτό το πρόγραμμα επανεκπαίδευσης. Προβλέπουμε ότι οι ιατροί που υπηρετούν σήμερα στο ΙΚΑ θα αποτελέσουν ένα μεγάλο ποσοστό εκείνων που θα ζητήσουν επανεκπαίδευση και, άρα, ένα μεγάλο ποσοστό των νέων οικογενειακών ιατρών.

Θεωρούμε ότι η έναρξη του νέου προγράμματος επανεκπαίδευσης στη γενική ιατρική και του προγράμματος ανάπτυξης της διοικητικής λειτουργίας μπορεί να γίνει μέσα σε ένα χρόνο.

Η ΠΡΟΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΕΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ

Η νομική υπόσταση των νοσοκομείων και του νοσοκομειακού προσωπικού

Το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να μελετήσει διεξοδικά τα νομικά προβλήματα που προκύπτουν από την αυτονόμηση των νοσοκομείων και από τον αποχαρακτηρισμό των νοσοκομειακών λειτουργών ως δημοσίων υπαλλήλων. Οι αλλαγές αυτές είναι, πιστεύουμε, αναγκαίες για την μακροπρόθεσμη δημιουργία αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας.

Η δημιουργία κλίμακας σχετικών αξιών για την αμοιβή των ειδικευμένων ιατρών

Ένα αρχικό βήμα προς την ανάπτυξη του νέου συστήματος πρέπει να είναι η ίδρυση μιας ειδικής επιτροπής η οποία θα επεξεργασθεί την κλίμακα σχετικών αξιών για το μελλοντικό τρόπο αμοιβής των ειδικευμένων ιατρών. Η επιτροπή θα πρέπει να λάβει υπόψη της την κλίμακα που τίθεται αυτόν τον καιρό σε εφαρμογή από το πρόγραμμα Medicare στις ΗΠΑ και που έχει βασιστεί σε εμπειρικά στοιχεία. Η επιτροπή μπορεί να αποφασίσει ότι χρειάζεται να μελετήσει τα αρχικά στοιχεία βάσει των οποίων έγινε ο υπολογισμός αυτής της κλίμακας από την ομάδα εργασίας του Πανεπιστημίου του Harvard, υπό της εποπεία του καθηγητή Hsiao. Τονίζουμε πάντως ότι η κλίμακα για την Ελλάδα θα είναι κατά πολύ απλούστερη από αυτήν που χρησιμοποιείται στην Αμερική. Παράλληλα προς το έργο αυτό, θα πρέπει να οργανωθεί η στελέχωση και η εκ-

παίδευση του προσωπικού που θα διεκπεραιώνει τις αμοιβές των ιατρών βάσει της νέας κλίμακας. Η κλίμακα μπορεί να είναι έτοιμη μέσα σε 18 μήνες.

Περιφερειοποίηση

Μολονότι η ενοποίηση των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων μπορεί να πραγματοποιηθεί σχετικά γρήγορα, η δημιουργία της νέας υποδομής θα διαρκέσει περισσότερο. Η ενοποίηση πρέπει λοιπόν να καθυστερήσει, έως ότου έχει πρώτα δημιουργηθεί η σχετική υποδομή. Αφού η κυβέρνηση προσδιορίσει τον αριθμό και τα όρια των νέων περιφερειών, τα νέα περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια θα μπορούν να οριστούν μέσα σε ένα χρόνο και τα μέλη τους να παρακολουθήσουν ειδική εκπαίδευση πριν από την εγκατάστασή τους. Προτού αναλάβουν τα καθήκοντά τους, τα Συμβούλια θα χρειαστεί να στελεχωθούν με προσωπικό, το οποίο πρέπει να εκπαιδεύσουν. Πιο συγκεκριμένα, τα ΠΥΣ θα χρειαστούν μπιρβά ασθενών με τους ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας που οι ίδιοι θα έχουν επιλέξει. Τα μπιρβά θα χρησιμοποιούνται για την μηνιαία αμοιβή των ιατρών με βάση τον αριθμό των ασθενών τους [capitation]. Τα προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών που θα απαιτηθούν μπορούν να αναπτυχθούν από ειδικούς εμπειρογνώμονες που θα συμβληθούν με τα ΠΥΣ γι' αυτόν τον σκοπό. Τα ΠΥΣ θα χρειαστούν επίσης μια βάση πληροφοριών, δια της οποίας, με τη βοήθεια του Υπουργείου, θα μπορούν να υπολογίζουν την κατανομή των κονδυλίων στα νοσοκομεία της δικαιοδοσίας τους.

Προτείνουμε ότι το νέο σύστημα κατανομής των κονδυλίων θα πρέπει να εισαχθεί σε σταδιακές φάσεις. Το πρώτο στάδιο θα είναι ο προσδιορισμός των περιφερειακών κατανομών από μέρους του Ενοποιημένου Ταμείου και με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας, κατά τρόπον που να εξασφαλίζει τη διοχέτευση των κονδυλίων σε όλα τα φυσικά και νομικά πρόσωπα που παρέχουν υγειονομική φροντίδα στους κατοίκους της κάθε περιφέρειας, ανάλογα με το μερίδιό τους στο συνολικό όγκο εργασιών της περιφέρειας.

Η δημιουργία του νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας

Κατά τη μεταβατική περίοδο, αμέσως μετά την ενοποίηση των ασφαλιστικών οργανισμών, το Ενοποιημένο Ταμείο θα είναι αναγκασμένο να πληρώνει απευθείας το κόστος των πολυκλινικών και των κέντρων υγείας που δεν θα έχουν ακόμη ενταχθεί στο σύστημα της οικογενειακής ιατρικής. Στα πρώτα στάδια της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας, το πρόβλημα δεν θα είναι μόνον η έλλειψη οικογενειακών ιατρών, αλλά και το γεγονός ότι στις αστικές περιοχές η «πρωτοβάθμια φροντίδα» παρέχεται από τις πολυκλινικές και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, που είναι κατά κύριο λόγο στελεχωμένα από ιατρούς ειδικοτήτων. Οι ιατροί αυτοί πρέπει να συνεχίσουν να προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα για κάποιο τουλάχιστον διάστημα. Οι νέοι οικογενειακοί ιατροί δεν μπορούν να γεννηθούν ξαφνικά και πλήρως εξοπλισμένοι από το κεφάλι μιας επιτροπής ειδικών, σαν να ήταν η θεά Αθηνά. Από την άλλη όμως πλευρά, έχει

ζωπική σημασία όλες οι προσωρινές ρυθμίσεις να προάγουν την επίτευξη του τελικού σκοπού και να μην δημιουργούν μόνιμες καταστάσεις, που θα εμποδίζουν την περαιτέρω εξέλιξη.

Κατά συνέπεια, είναι σημαντική η άμεση εισαγωγή του νέου συστήματος πληρωμών για την πρωτοβάθμια φροντίδα, ακόμη κι αν υπάρχουν ελάχιστοι εκπαιδευμένοι οικογενειακοί ιατροί. Το νέο σύστημα πληρωμών θα μεταβάλει την στάση των ιατρών προς τους ασθενείς τους. Εάν επιθυμούν να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν μητρικό δικό τους ασθενών (έως, το πολύ, 3.000), θα πρέπει να αρχίσουν να προσφέρουν προσπελάσιμες και φιλικές υπηρεσίες. Οι ιατροί που απασχολούνται σήμερα στο ΙΚΑ ή στα άλλα ταμεία με καθεστώς μερικής απασχόλησης, θα πρέπει να αποφασίσουν εάν θέλουν να ενταχθούν στη νέα υπηρεσία της οικογενειακής ιατρικής.

Μόνο οι ιατροί που θα έχουν προηγουμένως εκπαιδευθεί ή αναβαθμιστεί σε οικογενειακούς ιατρούς, θα έχουν το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες στο πλαίσιο του ΕΣΥ και να αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών του ΕΣΥ. Οι ιατροί που έχουν ήδη αποκτήσει κάποια ειδικότητα, θα εξαιρεθούν από την παρακολούθηση εκείνου του τμήματος της εκπαίδευσης που αφορά στη δική τους ειδικότητα. Στο μέλλον πάντως, οι ιατροί ειδικότητας δεν θα έχουν το δικαίωμα να ασχολούνται με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η αντίληψη που επικρατεί είναι ότι οι ιατροί ειδικοτήτων πρέπει να εργάζονται σε νοσοκομεία ή (αν δημιουργηθούν στο μέλλον) σε χειρουργικές κλινικές μιας ημέρας [surgical day clinics]. Οι ιατροί ειδικότητας που απασχολούνται σήμερα στα κέντρα υγείας και στις πολυκλινικές θα έχουν τέσσερις επιλογές:

- Είτε να ζητήσουν να εκπαιδευθούν ως οικογενειακοί ιατροί (ιδιαίτερα αν έχουν ασχοληθεί με τη γενική ιατρική), όπως περιγράψαμε παραπάνω.
- Είτε να ενταχθούν στην υπηρεσία των νοσοκομείων στη δική τους ειδικότητα (ιδιαίτερα όσοι έχουν σπάνιες ειδικότητες).
- Είτε να συνεχίσουν να εργάζονται στον ίδιο χώρο, αν οι υπηρεσίες τους χρειάζονται σε εργαστηριακές εξετάσεις (ακτινολόγοι και παθολόγοι).
- Είτε να προσχωρήσουν εξ ολοκλήρου στην ιδιωτική ιατρική.

Κατά την εισαγωγή της νέας επαγγελματικής εκπαίδευσης στη μεταβατική φάση, οι ασθενείς θα μπορούν να εγγράφονται στα μητρώα εκείνων των ιατρών που θα έχουν προαχθεί σε οικογενειακούς ιατρούς. Κατά την περίοδο αυτή, θα υπάρχει ένα μίγμα από ήδη εκπαιδευμένους οικογενειακούς ιατρούς, από ιατρούς που θα περιμένουν να εκπαιδευθούν στην οικογενειακή ιατρική και από άλλους ιατρούς (λ.χ. ιατρούς άλλων ειδικοτήτων) που θα συνεχίσουν να παρέχουν, προσωρινά, πρωτοβάθμια φροντίδα. Θα υπάρξει επίσης ένα διάστημα, κατά το οποίο άλλοι ασθενείς θα είναι ήδη εγγεγραμμένοι στα μητρώα των οικογενειακών ιατρών και άλλοι θα περιμένουν να εγγραφούν. Αποσαφηνίζουμε, ακόμη μια φορά, ότι οι ασθενείς θα πρέπει εξαρχής να εγγράφονται σε συγκεκριμένο ιατρό, όχι σε πολυκλινική, ακόμη κι αν ο ιατρός τους εργάζεται στον χώρο κάποιας πολυκλινικής. Ο κάθε ασθενής πρέπει να αισθάνεται ότι έ-

χει τον δικό του ιατρό, ο οποίος εξαρτάται από τον ίδιο για το εισόδημά του. Γι' αυτόν τον λόγο, η εγγραφή σε κάποιον ανώνυμο οργανισμό, όπως είναι οι πολυκλινικές, αντιβαίνει στο πνεύμα του συστήματος προσωπικής ιατρικής. Ορισμένοι, βεβαίως, οικογενειακοί ιατροί θα εργάζονται στο χώρο των πολυκλινικών, άλλοι πάλι στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, ενώ άλλοι μπορεί να προτιμήσουν να ασκούν την οικογενειακή ιατρική στα δικά τους ιατρεία. Σε όλες τις περιπτώσεις, θα πρέπει να πληρώνουν ενοίκιο για τους χώρους στους οποίους εργάζονται, μέρος του οποίου θα τους καταβάλλεται από το Ενοποιημένο Ταμείο.

Προτού αρχίσει η λειτουργία του νέου συστήματος, η κάθε περιφέρεια θα πρέπει να καταρτίσει κατάλογο με όλους τους ιατρούς που έχουν αποφασίσει να ενταχθούν στην οικογενειακή ιατρική. Έξι μήνες πριν από την έναρξη της λειτουργίας, τα ονόματα και οι χώροι εργασίας των οικογενειακών ιατρών θα πρέπει να κοινοποιηθούν σε όλους τους πολίτες που καλύπτονται από το Ενοποιημένο Ταμείο, με την πρόσκληση να επιλέξουν τον οικογενειακό τους ιατρό και να αναφέρουν την επιλογή τους στο Περιφερειακό Υγειονομικό Συμβούλιο. Το έργο της κοινοποίησης μπορεί να ανατεθεί στα ασφαλιστικά ταμεία που θα έχουν αποφασίσει να προσχωρήσουν στο Ενοποιημένο Ταμείο: τα ταμεία θα αποστείλουν τους κατά περιφέρεια καταλόγους των οικογενειακών ιατρών στα μέλη τους. Η μόνη δυσκολία στην όλη διαδικασία θα παρουσιαστεί με τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ, επειδή δεν είναι οι ίδιοι καταλογογραφημένοι. Τα σχετικά έντυπα αιτήσεων για τη νέα υπηρεσία θα παρέχονται στα κέντρα υγείας και σε όλες τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ το νέο σύστημα θα παρουσιάζεται και θα αναλύεται στα μέσα ενημέρωσης σε ειδικό και τοπικό επίπεδο.

Η μεταρρύθμιση στα νοσοκομεία

Προτείνουμε ότι η μεταβίβαση μεγαλύτερων αρμοδιοτήτων στα νοσοκομεία θα πρέπει να γίνει σταδιακά, καθώς το κάθε νοσοκομείο θα αποκτά το νέο και ειδικά εκπαιδευμένο Γενικό Διευθυντή του και το αντίστοιχο προσωπικό διοικητικής υποστήριξης. Έτσι, βεβαίως, πολλά νοσοκομεία θα συνεχίσουν, κατά τη μεταβατική περίοδο, να εξαρτώνται από τις κατά τόπους νομαρχίες για την αξιοποίηση των πόρων τους. Αφού του όμως εγκατασταθούν τα νέα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια, η μεταβατική αυτή δικαιοδοσία θα περιέλθει σε αυτά. Στη συνέχεια, το κάθε Περιφερειακό Συμβούλιο θα αποφασίζει κατά πόσον η διοικητική λειτουργία των νοσοκομείων επιτρέπει τη μεταβίβαση μεγαλύτερων αρμοδιοτήτων στα οικεία Διοικητικά Συμβούλια.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Το πρώτο βήμα συνίσταται στην ίδρυση του Ενοποιημένου Ταμείου και στη δημιουργία της νέας υποδομής. Το Ενοποιημένο Ταμείο μπορεί να απορροφήσει μέρος του προσωπικού που ασχολείται ήδη με την υγειονομική φροντίδα στα υφιστάμενα ασφαλιστικά ταμεία. Όλες όμως οι θέσεις θα πρέπει να προκηρύσσονται με σαφή περι-

γραφή των προσόντων και των υποχρεώσεων και να συμπληρώνονται με αξιολογικά και μόνον κριτήρια.

Το δεύτερο βήμα είναι η παροχή της δυνατότητας στους υπάρχοντες ασφαλιστικούς οργανισμούς να αποφασίσουν αν θέλουν να προσχωρήσουν στο νέο σύστημα. Ορισμένα από τα μικρότερα ασφαλιστικά ταμεία που προσφέρουν υψηλότερες παροχές, μπορεί να αποφασίσουν ότι δεν επιθυμούν την ένταξή τους στο νέο συνδυαστικό σύστημα. Την ημέρα ενοποίησης των ταμείων, θα γίνει η μεταβίβαση στο Ενοποιημένο Ταμείο των κονδυλίων με τα οποία επιδοτούνται τα νοσοκομεία, καθώς και η μεταβίβαση εκείνων των άδηλων και κρυφών πόρων που το Υπουργείο Υγείας παρέχει σήμερα στα ταμεία για την υγειονομική φροντίδα. Η διαδικασία αυτή θα παράσχει στο Ενοποιημένο Ταμείο τους αρχικούς πόρους, τους οποίους θα πρέπει στη συνέχεια να καταναείμει στα Περιφερειακά Συμβούλια, που, με τη σειρά τους, θα αναλάβουν τις επιμέρους κατανομές στα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Από το σημείο αυτό, τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία θα καταβάλλουν τις εισφορές τους για την υγειονομική φροντίδα απευθείας στο Ενοποιημένο Ταμείο.

Η απευθείας κατανομή των πόρων με βάση τα πληθυσμιακά μεγέθη, όπως προτάθηκε στο κεφάλαιο 5, δεν είναι εξαρχής εφαρμόσιμη. Η υπάρχουσα υγειονομική υποδομή είναι πολύ άνισα κατανομημένη ανάμεσα στις περιφέρειες, γι' αυτό η αρχή της κατανομής των πόρων με βάση το μέγεθος του πληθυσμού της κάθε περιφέρειας θα πρέπει να εφαρμοστεί σταδιακά, μέσα σε συνολική περίοδο δέκα χρόνων. Στον πρώτο χρόνο, η αρχή θα ισχύσει για το 10% των πόρων, στον δεύτερο για το 20% κ.ο.κ., ούτως ώστε με το πέρας της δεκαετίας να έχει εφαρμοστεί απολύτως σε ποσοστό 100%.

Ένα από τα πλέον δύσκολα έργα του Ενοποιημένου Ταμείου θα είναι ο ακριβής προσδιορισμός του κονδυλίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα ανά περιφέρεια. Βασικό κριτήριο για τον προσδιορισμό αυτό θα είναι το επιδιωκόμενο καθαρό εισόδημα των οικογενειακών ιατρών. Ένα δεύτερο κριτήριο θα είναι οι σχετικές προβλέψεις για το ύψος των κονδυλίων που θα εκχωρηθούν στους οικογενειακούς ιατρούς για τις παραπομπές και τα φάρμακα.

ΕΝΑ ΤΟΠΙΚΟ ΠΕΙΡΑΜΑ;

Μια ενδεχόμενη λύση είναι η δοκιμή του νέου συστήματος σε ένα από τα μεγάλα νησιά, λ.χ. στην Κρήτη. Τούτο σημαίνει ότι θα δοθεί προτεραιότητα στην εκπαίδευση ιατρών και διοικητικών στελεχών που θα εργαστούν εκεί. Η δοκιμή ίσως μπορεί να αρχίσει με πλήρως εκπαιδευμένους οικογενειακούς ιατρούς, ιατρούς δημόσιας υγείας και διοικητικά στελέχη, χωρίς δηλαδή τη σταδιακή εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων που αναπόφευκτα απαιτείται να υπάρξει, αν το νέο σύστημα εισαχθεί σε ολόκληρη την επικράτεια.

Τα επιχειρήματα ενάντια στον πειραματισμό σε τοπικό επίπεδο είναι, πρώτον, ότι η οποιαδήποτε δοκιμή θα καθυστερήσει την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης, η οποία πρέπει, κατά την γνώμη μας, να γίνει επείγοντως. Επιπλέον, η οποιοδήποτε δοκιμή

μπορεί να εκληφθεί ως έλλειψη εμπιστοσύνης από μέρους της κυβέρνησης στις μεταρρυθμιστικές αλλαγές που η ίδια έχει προγραμματίσει. Τέλος, δεν υπάρχουν κοινώς αποδεκτά κριτήρια για την αξιολόγηση της επιτυχίας ενός τέτοιου εγχειρήματος: έτσι, οι οποιοσδήποτε αρχικές δυσκολίες (που είναι και εν πολλοίς αναπόφευκτες) θα παρερμηνευθούν από όσους έχουν συμφέρον να υπονομεύσουν τη μεταρρύθμιση ως τεκμήρια αποτυχίας της όλης προσπάθειας. Από την άλλη όμως πλευρά, ο πειραματισμός θα επιτρέψει την αποτίμηση των προσλήψεων του νέου συστήματος οικογενειακής ιατρικής από το ίδιο το κοινό, με τη διενέργεια δημοσκοπήσεων. Για όλους αυτούς τους λόγους, προτείνουμε ότι η μεταρρύθμιση θα πρέπει να προχωρήσει σε εθνικό επίπεδο, με τη δυνατότητα κάποιων τοπικών παραλλαγών ως προς τον ακριβή τρόπο εφαρμογής των γενικών αρχών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Γνωρίζουμε ότι η εφαρμογή της μεταρρύθμισης εξαρτάται από πλήθος διαφορετικών προπαρασκευαστικών ενεργειών, οι οποίες θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί μέσα σε συγκεκριμένη χρονική κλίμακα. Δεν υποτιμούμε την πολυπλοκότητα των προβλημάτων που θα χρειαστεί να επιλυθούν. Όμως με τη σύντομη προσπάθεια όλων των εμπλεκόμενων μερών, η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων μπορεί να αρχίσει σε δύο χρόνια από τη στιγμή που η κυβέρνηση θα καταλήξει στη μορφή των αλλαγών που επιθυμεί να υιοθετήσει. Δεν χρειάζεται να σημειωθεί ότι το χρονοδιάγραμμα αυτό είναι εξαιρετικά σφιχτό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Παρουσιάσαμε ένα σύνολο από διαπλεκόμενες προτάσεις, βασισμένες στην ανάλυση της ισχύουσας κατάστασης. Πολλές από τις προτάσεις αυτές δεν είναι, βεβαίως, πρωτότυπες: αντικατοπτρίζουν, σύμφωνα με τις οδηγίες του Υπουργού, τις γενικές τάσεις που επικρατούν στην ανάπτυξη των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας στη δυτική Ευρώπη, τις ΗΠΑ και τον Καναδά. Ορισμένες από τις προτάσεις έχουν ήδη διατυπωθεί, σε διάφορες εκδοχές, από πρόσωπα ή ομάδες που δρουν στην Ελλάδα. Εκείνο πάντως που παραμένει ως κυρίαρχο ζήτημα είναι ο τρόπος εφαρμογής εξαιρετικά αναγκαίων αλλαγών. Διαφορετικές ομάδες και πολλά κατεστημένα φαίνεται ότι φέρνουν εμπόδια σε οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων στην Ελλάδα καθορίζεται εν πολλοίς από κομματικές μέριμνες και τις εκάστοτε ανάγκες της πολιτικής διαμάχης.

Πιστεύουμε ότι χρειάζεται να διαμορφωθούν πιο αντικειμενικά κριτήρια στη λήψη αποφάσεων, σε όλα τα επίπεδα του συστήματος. Είναι επίσης αναγκαία η ευρύτερη δημόσια συζήτηση για τα ζητήματα της υγειονομικής πολιτικής - μια συζήτηση, που πρέπει να βασίζεται σε αντικειμενικά στοιχεία και στην ανάλυση εναλλακτικών επιλογών. Πιστεύουμε, τέλος, ότι επιβάλλεται να υπάρξει δημόσια κοινή συναίνεση γύρω από το σχεδιασμό των μεταρρυθμίσεων, ούτως ώστε να μην καταστούν αντικείμενο ψηφοθηρίας, όπως συνέβη για πολλά χρόνια στην Αυστραλία.

Τα βασικά στοιχεία της μεταρρυθμιστικής μας πρότασης είναι τα εξής:

- Η ενίσχυση και ο συντονισμός της δημόσιας υγείας.
- Η ενοποίηση των κυριοτέρων ασφαλιστικών ταμείων.
- Η σταδιακή κατάργηση του δημοσιούπαλληλικού καθεστώτος για το προσωπικό των νοσοκομείων.
- Η εκχώρηση μεγαλύτερης αυτονομίας στα νοσοκομεία, τα οποία όμως θα πρέπει να παραμείνουν στην κυριότητα του δημοσίου.

- Η μείωση του αριθμού των φοιτητών της ιατρικής και, ιδιαίτερα, η μείωση του αριθμού των ειδικευομένων στις παραδοσιακές ειδικότητες.
- Η αναμόρφωση του προγράμματος σπουδών των ιατρικών σχολών.
- Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.
- Η αναβάθμιση του ποσοστού, της εκπαίδευσης και του επαγγελματικού γοήτρου των οικογενειακών ιατρών.
- Η παροχή κινήτρων για την αποδοτικότερη αξιοποίηση των πόρων.
- Η ενίσχυση της ιατρικής δεοντολογίας.
- Η αναβάθμιση του επαγγελματικού γοήτρου και, ελπίζουμε, της στελέχωσης και της συνοχής του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η επαγγελματοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών της υγείας.
- Η προσφορά προσωπικής φροντίδας από οικογενειακούς ιατρούς σε όσους ενταχθούν στο νέο σύστημα.
- Η παροχή κινήτρων στους ιατρούς ειδικότητας.

Κατά την άποψή μας το κόστος αυτών των μεταρρυθμίσεων μπορεί να καλυφθεί από την εξοικονόμηση πόρων στη συνταγογραφία των φαρμάκων και στη χρήση διαγνωστικών εξετάσεων.

Αναγνωρίζουμε ότι το πρόγραμμα των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων είναι μεγάλο και ότι η υλοποίησή του θα διαρκέσει δέκα και παραπάνω χρόνια.

Οι άμεσοι στόχοι, που, κατά την γνώμη μας, απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση, είναι:

- Η έναρξη της επανεκπαίδευσης των υπάρχοντων ιατρών ως οικογενειακών ιατρών.
- Η θέσπιση της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στις ειδικότητες της οικογενειακής ιατρικής και της δημόσιας υγείας.
- Η αναμόρφωση της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης.
- Η έναρξη της εκπαίδευσης διοικητικών στελεχών.
- Η σύνταξη και εφαρμογή της θετικής λίστας φαρμάκων.
- Η ίδρυση του νέου Ιατρικού Συμβουλίου για την επιβολή κανόνων δεοντολογίας.
- Η δημιουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων και η ενοποίηση των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων.

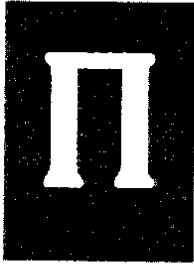
Η κατανόηση από μέρους του κοινού, της λογικής που διέπει αυτές τις μεταρρυθμίσεις έχει κρίσιμη σημασία. Οι μεταρρυθμίσεις συνεπάγονται σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών και τούτο μπορεί αρχικά να τις καταστήσει αντιδημοφιλείς. Υπό τις παρούσες συνθήκες, οι ασθενείς είναι συνηθισμένοι να πηγαίνουν απευθείας σε ιατρούς ειδικότητας, ιδιαίτερα στα νοσοκομεία. Μπορεί λοιπόν να θεωρήσουν την υποχρέωση να επισκεφθούν πρώτα τον οικογενειακό ιατρό ως αδικαιολόγητο περιορισμό του δικαιώματος της επιλογής. Η οικοδόμηση της εμπιστοσύνης στους νέους οικογενειακούς ιατρούς είναι φυσικό να αργήσει. Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία να τονι-

στούν τα πλεονεκτήματα της συνεχούς φροντίδας και να εκτιμηθεί το γεγονός ότι ο οικογενειακός ιατρός μεριμνά συνολικά για την υγεία των ασθενών του - ιδιαίτερα με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Η κυβέρνηση πρέπει να περάσει το μήνυμα ότι το σύστημα της υγειονομικής φροντίδας δεν είναι κατάσταση επιδιορθώσεων, ότι δεν υπάρχει κάτι για την κάθε ασθένεια και ότι όλοι πρέπει να μάθουν να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την κατάσταση της υγείας τους.

Θεωρούμε πως όλες αυτές οι μεταρρυθμίσεις συνδέονται μεταξύ τους με μια συνεκτική εσωτερική λογική. Ελπίζουμε ότι η κυβέρνηση δεν θα επιλέξει αποσπασματικά μόνον εκείνες τις μεταρρυθμίσεις που θα προκαλέσουν τις μικρότερες αντιδράσεις. Σε ολόκληρη την έκθεσή μας παρουσιάζουμε τις διάφορες εναλλακτικές επιλογές, χωρίς όμως να διστάσουμε να εκφράσουμε την εκάστοτε (ομόφωνη ή κατά πλειοψηφία) πρότίμησή μας.

Δεν τρέφουμε αυταπάτες σχετικά με τις δυσκολίες που συνεπάγεται η αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, όπου η δημόσια διοίκηση δεν έχει ισχυρή παράδοση αποτελεσματικότητας και αυτονομίας από πολιτικές πιέσεις. Κατά συνέπεια, η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων απαιτεί ισχυρή αποφασιστικότητα από μέρους της κυβέρνησης, καθώς και τη βούληση αξιοποίησης όλων των απαραίτητων γνώσεων και εμπειριών, οπουδήποτε αυτές μπορεί να εξευρεθούν.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ακόμη μια φορά την κυβέρνηση για την εξαιρετική προετοιμασία της επίσκεψής μας, καθώς επίσης την ομάδα έρευνας και την Ελληνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τη θαυμάσια υποστήριξη που παρέσχαν στο έργο μας.



ΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

**ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ**

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ του ΙΚΑ (Παγκράτι).
- ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ του ΙΚΑ (Ζωγράφου).
- ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (συνάντηση με τον Πρόεδρο κ. Κ. Καρούτσο, επισκέψεις στις κλινικές).
- Επισκέψεις σε οικογενειακούς ιατρούς του ΙΚΑ στα ιατρεία τους.
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ (συνάντηση με τον Πρόεδρο κ. Θεοδώρου, επισκέψεις στις κλινικές).
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (συνάντηση με τον Πρόεδρο κ. Παπαστρατή, επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και τις κλινικές).
- ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟ «ΥΓΕΙΑ» (συνάντηση με τον Γενικό Διευθυντή κ. Κ. Κιτσιώνα, επισκέψεις στις κλινικές).
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ (συνάντηση με τον Πρόεδρο καθηγητή κ. Φιλοκύπρου, επισκέψεις στις κλινικές).
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Αγία Σοφία» (συνάντηση με τον Πρόεδρο κ. Ν. Ντάνο, επισκέψεις στις κλινικές).
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ (συνάντηση με τον Πρόεδρο κ. Δ. Πανταζή, επισκέψεις στις κλινικές).
- ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΕΝΤΡΟ (συνάντηση με τον Γενικό Διευθυντή Καθηγητή κ. Κονταράτο, επισκέψεις στις κλινικές).
- ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (συνάντηση με τους Καθηγητές κ.κ. Levett, Κυριόπουλο, Παπαευσταγγέλου, την Καθηγήτρια κ. Τριχοπούλου και τον Διευθυντή Δημόσιας Υγείας της περιοχής Αττικής Δρ. Τσαντήρη).
- ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ
- ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ

- Ο Πρόεδρος του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας Καθηγητής κ. Παπαδημητρίου.
- Ο Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Δρ. Καραγκούνης.
- Η Πρόεδρος ΕΙΝΑΠ Δρ. Παπανικολάου.
- Οι εκπρόσωποι του ΠΑΣΟΚ βουλευτές κκ. Σ. Τζουμάκας και Φ. Παπαδέλης.
- Ο εκπρόσωπος της Πολιτικής Άνοιξης κ. Α. Καμάς.
- Οι εκπρόσωποι του ΚΚΕ κ. Ζαχορογιάννης και κ. Ζιάγκος.
- Οι εκπρόσωποι του Συνασπισμού κκ. Αδαμόπουλος, Γκόγκογλου και Μπαλάφας.
- Ο Διοικητής του ΙΚΑ κ. Σολωμός.
- Η Διοικητής του ΟΓΑ κ. Κυπριωτάκη-Περράκη.
- Ο Διοικητής του ΤΕΒΕ κ. Κόντος.
- Ο πρώην Υπουργός Υγείας του ΠΑΣΟΚ κ. Μαγκάκης.

- Ο πρώην Υπουργός Υγείας του ΠΑΣΟΚ κ. Φλώρος.
- Ο ευρωβουλευτής και πρώην Υπουργός Υγείας του ΠΑΣΟΚ Δρ. Π. Αυγερινός.
- Ο πρόεδρος του ΔΣ του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά Δρ. Ανδρουλάκης.
- Ο Πρόεδρος του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών Καθηγητής κ. Σιάφακας.
- Ο πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων κ. Καββαδίας.
- Ο Κοσμήτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Καθηγητής κ. Προυκάκης.
- Ο Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Μουλόπουλος.
- Ο Δρ. Παναγιωτόπουλος (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού).
- Ο Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ιωσηφίδης.
- Ο Πρόεδρος του Συλλόγου Γενικών Ιατρών Δρ. Μερκούρης Μποδοσάκης.
- Ο Δρ. Χρήστος Λιονής, Διευθυντής Κ.Υ. Σπηλίου Κρήτης.
- Ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας Δρ. Παπουτσάκης.
- Η κλινικός φαρμακοποιός του Νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ Δρ. Οικονόμου.
- Ο Επίκουρος Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γ. Τούντας.

* Η επιτροπή έλαβε επίσης γραπτό υπόμνημα από το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας.

**Η ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Η ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία έχει δύο στάδια. Το πρώτο αφορά την επιστημονική βάση της ιατρικής της δημόσιας υγείας, η οποία προϋποθέτει κλινικές γνώσεις.

Τα κυριότερα μαθήματα της πρώτης φάσης είναι περιληπτικά τα εξής:

1. Επιδημιολογία
 - α. Επιδημιολογία συγκεκριμένων ασθενειών
 - β. Μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης των ασθενειών
 - γ. Σχεδιασμός και ερμηνεία των επιδημιολογικών μελετών
 - δ. Επιδημιολογικές προσεγγίσεις στην αξιολόγηση των αναγκών, της χρήσης και των αποτελεσμάτων της υγειονομικής φροντίδας
2. Πρόληψη ασθενειών και προαγωγή υγείας
 - α. Γενετική
 - β. Διατροφή
 - γ. Περιβαλλοντικές παράμετροι των ασθενειών
 - δ. Μεταδιδόμενες ασθένειες
 - ε. Αρχές και πρακτική της προαγωγής της υγείας
 - στ. Διάγνωση
 - ζ. Νομικό πλαίσιο
 - η. Επικοινωνία
3. Υγειονομική ενημέρωση
 - α. Πληθυσμός
 - β. Ασθένεια και υγεία
 - γ. Εφαρμογές
4. Στατιστικές μέθοδοι
 - α. Αρχές
 - β. Περιγραφική στατιστική
 - γ. Στατιστικές τεχνικές
 - δ. Σχεδιασμός και ερμηνεία μελετών
5. Ιατρική Κοινωνιολογία και Ψυχολογία της Υγείας
 - α. Έννοιες της υγείας και της ασθένειας
 - β. Απιολογικοί παράγοντες
 - γ. Υγειονομική φροντίδα
 - δ. Παρεκκλίσεις
6. Κοινωνική Πολιτική και Οικονομικά της Υγείας
 - α. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας
 - β. Δικαιοσύνη, ιστιμία και πολιτική

7. Οργάνωση και διοίκηση της υγειονομικής φροντίδας
 - α. Η κατάσταση της λειτουργίας των οργανισμών
 - β. Διοίκηση και αλλαγή
 - γ. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών
 - δ. Η αξιολόγηση της υγειονομικής φροντίδας
 - ε. Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού
 - στ. Η αυτο-διοίκηση

Μετά από την ολοκλήρωση της θεωρητικής εκπαίδευσης στις βασικές επιστήμες, ο υποψήφιος ιατρός δημόσιας υγείας πρέπει να εκπαιδευτεί πρακτικά, εντός της υπηρεσίας, στις ειδικές γνώσεις, εμπειρίες και αξίες που απαιτούνται στην εργασία του. Η πρακτική εκπαίδευση πρέπει να οργανώνεται σε ατομική βάση, για τον κάθε υποψήφιο ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπόψη την προηγούμενη εμπειρία του και τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά του, καθώς επίσης και τις τοπικές δυνατότητες. Μετά την ολοκλήρωση της πρακτικής εκπαίδευσης, ο υποψήφιος πρέπει να έχει αποκτήσει τις ειδικές γνώσεις, εμπειρίες και αξίες που απαιτούνται για την άσκηση της ιατρικής της δημόσιας υγείας. Τούτο μπορεί να εξακριβωθεί με τη διεξαγωγή ειδικών εξετάσεων, κατά τις οποίες ο υποψήφιος θα υποβάλει δύο εκτεταμένες εκθέσεις που θα αναφέρονται στην επισήμανση ενός προβλήματος δημόσιας υγείας, στο ιστορικό του προβλήματος, στο σχεδιασμό του τρόπου αντιμετώπισής του, και στην παράθεση των σχετικών αποτελεσμάτων, της συζήτησης, της ερμηνείας, και των συμπερασμάτων που προέκυψαν από την όλη διαδικασία. Επιπρόσθετα, ο υποψήφιος θα υποβάλλεται και σε εκτεταμένες προφορικές εξετάσεις.

Η εκπαίδευση των ιατρών δημόσιας υγείας θα πρέπει να διαρκεί τέσσερα χρόνια, ώστε να συμμορφώνεται με τα αντίστοιχα πρότυπα της ΕΕ. Ο θεωρητικός κύκλος της εκπαίδευσης μπορεί να διεξάγεται στη Σχολή Δημόσιας Υγείας, η οποία διαθέτει ικανούς πανεπιστημιακούς που διδάσκουν ορισμένα από τα αναγκαία γνωστικά αντικείμενα. Θεωρούμε ότι η σχεδιαζόμενη αναδιοργάνωση της Σχολής συνιστά θετική εξέλιξη, παρότι ορισμένες γνωστικές περιοχές χρειάζονται μεγαλύτερη ενίσχυση, ώστε το πρόγραμμα σπουδών να ανταποκριθεί πλήρως στις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες της δημόσιας υγείας. Εκείνο πάντως που προέχει είναι η εξεύρεση και οργάνωση των χώρων πρακτικής εκπαίδευσης των υποψηφίων ιατρών της δημόσιας υγείας.

Η υλοποίηση αυτού του σχεδίου στην Ελλάδα πρέπει να γίνει σε δύο φάσεις. Η πρώτη αφορά στην εκπαίδευση των μελλοντικών εκπαιδευτών και στη διασπορά τους στους κατάλληλους χώρους από όπου θα μπορούν να εκπαιδεύουν ιατρούς δημόσιας υγείας. Η πρώτη ομάδα εκπαιδευτών θα χρειαστεί να έλθει σε επαφή με τις εκπαιδευτικές διαδικασίες που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες της ΕΕ, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία. Μετά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης, πρέπει να αναπτυχθούν οι κατάλληλες μέθοδοι για τη διαπίστευση, τον έλεγχο, την αξιολόγηση και τις εξετάσεις εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων. Τα μοντέλα που ήδη χρησιμοποιούνται σε άλλες χώρες μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα ως προς αυτό το σημείο.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Βρεφική, Περιγεννητική και Μητρική Θνησιμότητα, 1985-9

	Βρεφική θνησιμότητα	Περιγεννητική θνησιμότητα	Μητρική θνησιμότητα
Βέλγιο	9,31*	10,20*	3,96*
Γερμανία	8,08	7,10	8,18
Δανία	7,92	8,61	5,23
Ισπανία	8,66*	9,99*	4,76*
Γαλλία	7,79	9,76	9,82
Ελλάδα	10,41	12,78	5,38
Ιρλανδία	8,48	10,93	4,12
Ιταλία	9,56	6,06	6,08
Λουξεμβούργο	8,45	8,40	4,54
Ολλανδία	7,51*	9,53*	7,43*
Πορτογαλία	14,49	18,38*	9,24*
Ηνωμένο Βασίλειο	8,96	9,09	7,78

* 1986-88.

Πηγή: Η τρίτη έκδοση του EU Atlas of "Avoidable Death" (στο τυπογραφείο).

Πίνακας 2: Ποσοστά των Εμβολιαζομένων Παιδιών (1991)

Χώρα	Διφθερίδα	Τέτανος	Κοκκύτης	Ερυθρά	Πολιομυελίτις
Βέλγιο	94,2	94,2	94,2	66,6	99,5
Γερμανία	95,0	95,0	95,0	86,0	95,0
Δανία	97,0	97,0	94,0	86,0	97,0
Ισπανία	98,7	98,7	98,7	98,0	98,0
Γαλλία	92,0	92,0	89,0	77,0	92,0
Ελλάδα	90,0	90,0	84,0*	76,0*	77,0
Ιρλανδία	82,0	82,0	62,0	75,0	82,0
Ιταλία	95,0	95,0	40,0	50,0	98,0
Λουξεμβούργο	95,0	95,0	97,0*	80,0	98,0
Ολλανδία	97,0	97,0	97,0	94,0	97,0
Πορτογαλία	96,0	96,0	95,4	96,4	94,9
Ηνωμένο Βασίλειο	90,0	90,0	90,0	94,4*	95,0

*1992.

Πηγή: Η βάση δεδομένων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, με διορθώσεις για την Ισπανία και Ιρλανδία.

Πίνακας 3: Αποφεύξιμη Θνησιμότητα (1985-89)

Κατάσταση	Θάνατοι στην Ελλάδα	Ποσοστό της Ελληνικής θνησιμότητας σε σχέση με τη θνησιμότητα στις χώρες της ΕΕ
Φυματίωση (ηλικία 5-64)	298	93,8
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (15-64)	439	88,3
Καρκίνος του τραχήλου και του σώματος της μήτρας (15-64)	439	88,3
Νόσος του Hodgkin's (5-64)	333	118,3
Χρόνια ρευματοειδής καρδιοπάθεια (5-44)	24	40,5
Νόσοι του αναπνευστικού συστήματος (1-14)	125	79,9
Άσθμα (5-44)	22	13,1
Σκωληκοειδίτιδα(5-64)	2	6,9
Κοιλιοκήλη (5-64)	12	21,6
Χολολιθίαση και χολοκυστίτιδα (5-64)	37	38,7
Υπέρταση & εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια (35-64)	6.926	112,0
Καρκίνος του μαστού (25-64)	3.427	81,3
Ισχαιμική καρδιοπάθεια (35-64)	14.191	104,1
Έλκος στομάχου (25-64)	96	26,7
Μητρική θνησιμότητα	32	47,0
Περιγεννητική θνησιμότητα	7.680	109,6
Όλες οι περιπτώσεις	62.917	58,7

Πηγή: W. Holland, European Community Atlas of Avoidable Deaths, (3η έκδοση).

Πίνακας 4: Περιπτώσεις και Επίπτωση του AIDS, κατά εκατομμύριο πληθυσμού, χώρα και έτος διάγνωσης, που σημειώθηκαν το 1987 και το 1992 και σύνολο περιπτώσεων για την περίοδο 1987-30/6/1993

Χώρα	Έτος διάγνωσης				Σύνολο (1987-30/6/93)
	1987		1992		
	Περιπτώσεις	Επίπτωση	Περιπτώσεις	Επίπτωση	Περιπτώσεις
Βέλγιο	120	12,1	221	22,1	1.411
Δανία	100	19,6	197	37,9	1.225
Γαλλία	2.232	40,1	4.439	78,0	25.459
Γερμανία	1.078	13,9	1.403	17,4	9.997
Ελλάδα	53	5,3	162	15,7	800
Ιρλανδία	20	5,7	77	22,0	341
Ιταλία	1.016	17,7	3.937	67,9	17.864
Λουξεμβούργο	3	7,5	12	30,0	67
Ολλανδία	241	16,5	481	31,6	2.678
Πορτογαλία	72	7,0	281	26,8	1.307
Ισπανία	1.020	26,2	3.815	98,8	19.815
Ην. Βασίλειο	669	11,8	1.330	23,0	7.699
ΣΥΝΟΛΟ	6.624		16.355		88.663

Πηγή: WHO-EU Collaborating Centre on AIDS, *AIDS Surveillance in the European Community Countries*, Paris, 1993.

Πίνακας 5: Οι Δαπάνες στην Υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ

Χώρα	1971	1981	1986	1988	1989	1990	1991
Βέλγιο	4,2	7,2	7,6	7,7	7,6	7,6	7,9
Δανία	6,4	6,8	6,0	6,5	6,5	6,3	6,5
Γερμανία	6,3	8,7	8,6	8,8	8,3	8,3	8,5
Ισπανία	4,1	5,8	5,6	6,0	6,3	6,6	6,7
Γαλλία	6,0	7,9	8,5	8,6	8,7	8,8	9,1
Ελλάδα	4,0	4,5	5,4	5,0	5,4	5,4	5,2
Ιρλανδία	6,6	8,8	8,1	7,3	6,9	7,0	7,3
Ιταλία	5,5	6,7	6,9	7,6	7,6	8,1	8,3
Λουξεμβούργο	4,6	7,1	6,7	7,2	6,9	7,2	7,2
Ολλανδία	6,4	8,2	8,1	8,2	8,1	8,2	8,3
Πορτογαλία	na	6,4	6,6	7,1	7,2	6,7	6,8
Ηνωμένο Βασίλειο	4,6	6,1	6,1	6,1	6,1	6,2	6,6

Πηγή: Βάση Δεδομένων για την Υγεία του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 6: Χρησιμοποίηση Υπηρεσιών το 1989

Χώρα	Κατά κεφαλή επισκέψεις στο ιατρείο και κατ' οίκου	Κατά κεφαλή κατανάλωση φαρμάκων ⁽¹⁾
Βέλγιο	7,6	9,3
Γερμανία	11,5**	12,2**
Δανία	5,6	6,1***
Ισπανία	6,2	-
Γαλλία	7,2	38
Ελλάδα	-	21
Ιρλανδία	6,6*	9,9**
Ιταλία	11*	20,1
Λουξεμβούργο	-	-
Ολλανδία	5,5	8
Πορτογαλία	2,8	16,5
Ηνωμένο Βασίλειο	5,7	7,5

*1988, **1987, ***1986, (1) σε συσκευασίες.

Πηγή: Βάση Δεδομένων για την Υγεία του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 7: Δείκτες Παροχής και Χρήσης Νοσοκομειακών Πόρων στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 1989

Χώρα	Διαθέσιμες κλίνες ανά 1000 κατοίκους	Κατά κεφαλήν ημέρες νοσηλείας	Εισαγωγές ανά 100 κατοίκους
Λουξεμβούργο	12,3	3,7	20,9
Ολλανδία	11,6	3,8	11
Γερμανία	10,8	3,4	21,5
Γαλλία	9,9	2,9	22,8
Βέλγιο	9,8	2,6	22,8
Ιταλία	7,2	1,8	15,3
Ηνωμένο Βασίλειο	6,4	2	15,9*
Ιρλανδία	6	2,8	15,2*
Δανία	5,9	1,8	21,1
Ελλάδα	5,1	1,3	12,6
Πορτογαλία	4,6	1,1	10,6
Ισπανία	4,3	1,2	9,8
Μέσος όρος ΕΕ	7,8	2,4	16,2

*1988.

Πηγή: Βάση Δεδομένων για την Υγεία του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 8: Έρευνα της Κοινής Γνώμης για τις Υγειονομικές Υπηρεσίες το 1992 (Ποσοστά αποκρίσεων)

Χώρα	«Καλές» Υπηρεσίες ¹	Ανεπαρκείς υπηρεσίες ²	Λιγότερο καλές στο μέλλον ³	Προθυμία να πληρώσουν περισσότερο ⁴
Βέλγιο	92	37	54	47
Γερμανία	91	27	53	32
Δανία	93	46	67	54
Ισπανία	36	72	39	51
Γαλλία	95	36	49	38
Ελλάδα	25	82	47	65
Ιρλανδία	74	58	65	37
Ιταλία	34	82	55	52
Λουξεμβούργο	89	32	27	61
Ολλανδία	93	32	57	45
Ηνωμένο Βασίλειο	81	43	64	54
ΕΕ (12)	71	50	53	45

1. «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή;»
2. «Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε.»
3. «Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.»
4. «Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες, ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.»

Πηγή: Ferrera, M., *EC Citizens and Social Protection: main results from a Eurobarometer survey*, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες, 1993.

Πίνακας 9: Κατανάλωση Φαρμάκων ως ποσοστό του ΑΕΠ

Χώρα	Έτος	Κατανάλωση φαρμάκων ως % του ΑΕΠ
Ελλάδα	1991	2,0
Γερμανία	1988	1,8
Γαλλία	1990	1,5
Ιταλία	1989	1,5
Ισπανία	1987	1,1
Ολλανδία	1990	0,8
Σουηδία	1989	0,7
Ηνωμένο Βασίλειο	1989	0,6

Πίνακας 10: Θετική και Αρνητική Λίστα Φαρμάκων στην ΕΕ

Χώρα	Λίστα	
	Θετική	Αρνητική
Βέλγιο	Ναι	Όχι
Γερμανία	Ναι από το 1996	Ναι
Δανία	Ναι	Όχι
Ισπανία	Όχι	Ναι
Γαλλία	Ναι	Όχι
Ιρλανδία	Όχι	Ναι
Ιταλία	Ναι	Όχι
Λουξεμβούργο	Όχι	Ναι
Ολλανδία	Ναι	Όχι
Πορτογαλία	Ναι	Όχι
Ηνωμένο Βασίλειο	Όχι	Ναι

Πίνακας 11: Η Προαγωγή της Χρήσης μη Πρωτοτύπων Φαρμάκων

Αποφασιστικά	Ναι	Όχι
Γερμανία	Δανία	Βέλγιο
Ολλανδία	Πορτογαλία	Ελλάδα
Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία

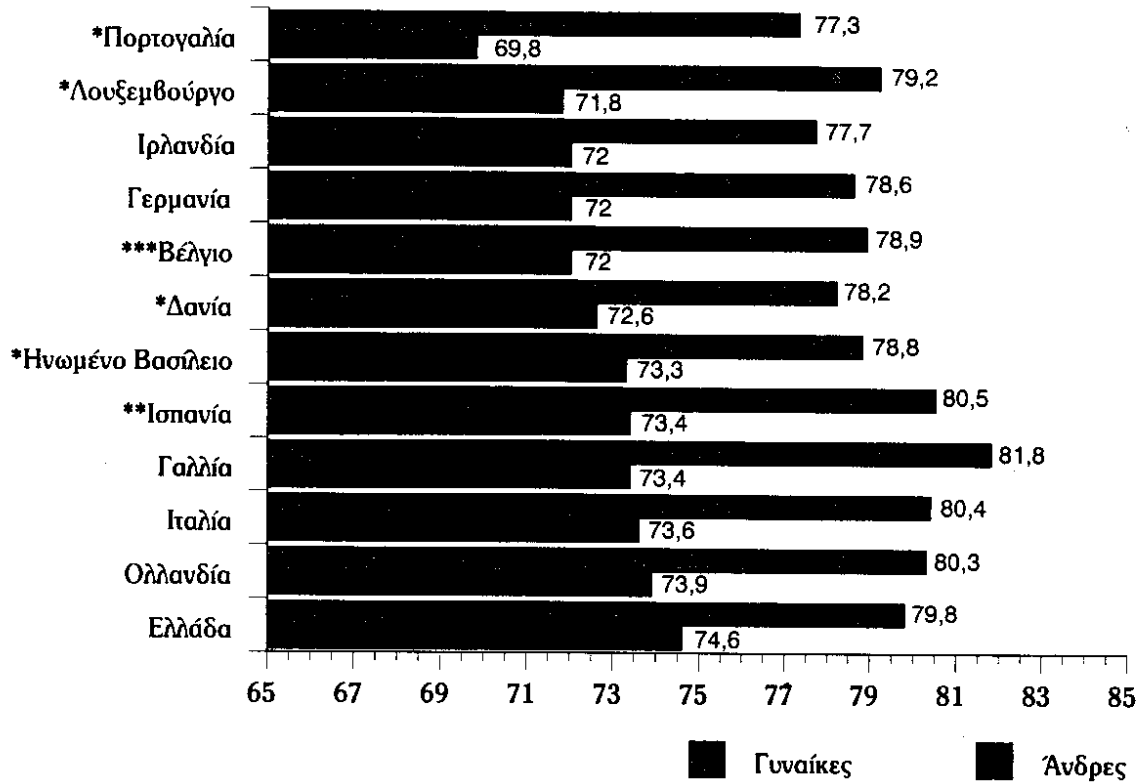
Πίνακας 12: Σύγκριση του εισοδήματος των ιατρών στην Ελλάδα (1992) με το αντίστοιχο σε άλλες χώρες της Ευρώπης το 1985

Χώρα	Εισόδημα των ιατρών (προ φόρων) διαιρούμενο με το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ελλάδα	ΙΚΑ - 2,5*, Επιμελητής Α - 4,2
Γερμανία	4,9
Ολλανδία	4,9
Ηνωμένο Βασίλειο	4,4
Δανία	3,8
Γαλλία	3,8
Βέλγιο	3,1
Φινλανδία	2,9
Νορβηγία	2,9
Σουηδία	2,7
Ιταλία	2,1

*Το νούμερο είναι 3,63 εάν πρόκειται για πλήρη απασχόληση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

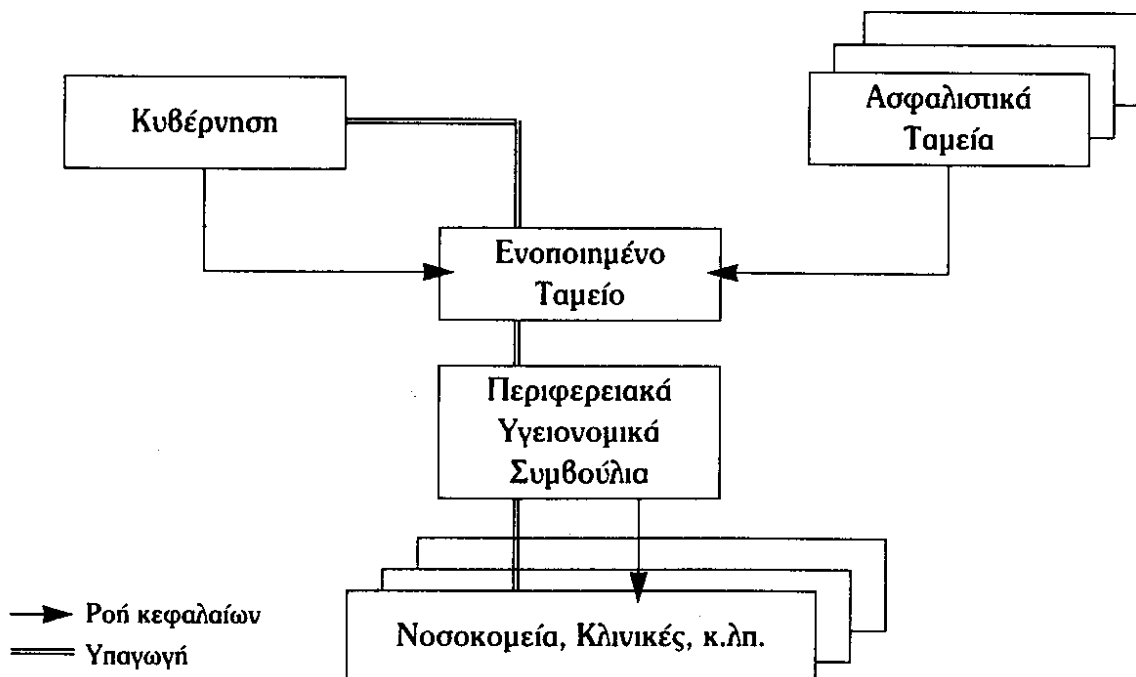
Διάγραμμα 1: Προσδοκώμενη Διάρκεια Ζωής κατά τη Γέννηση για Άνδρες και Γυναίκες στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 1990



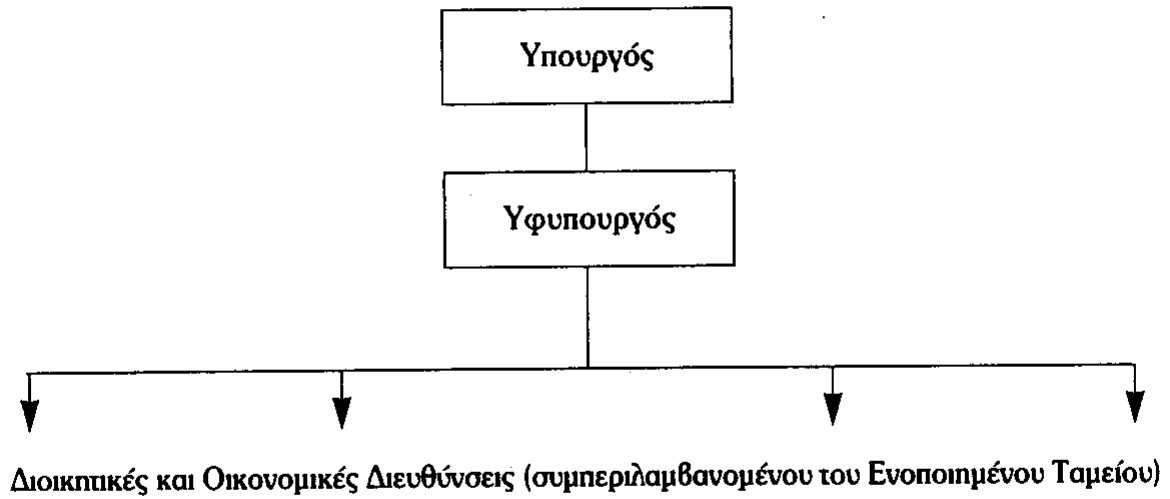
*1991 **1989 ***1987.

Πηγή: ΠΟΥ, Health for All Data-Base.

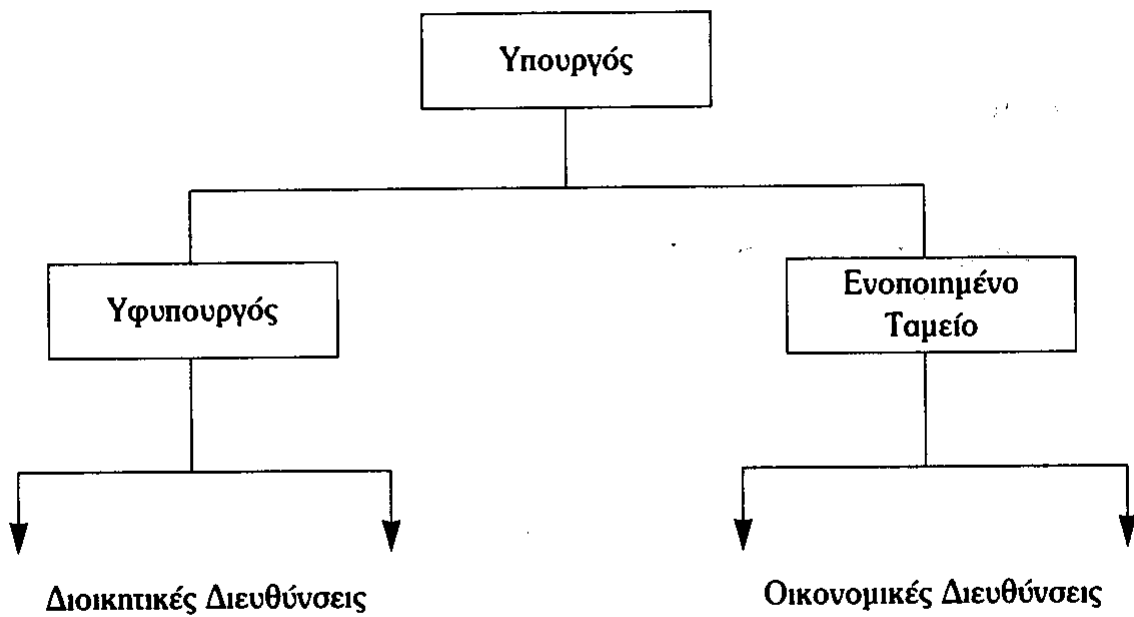
Διάγραμμα 2:



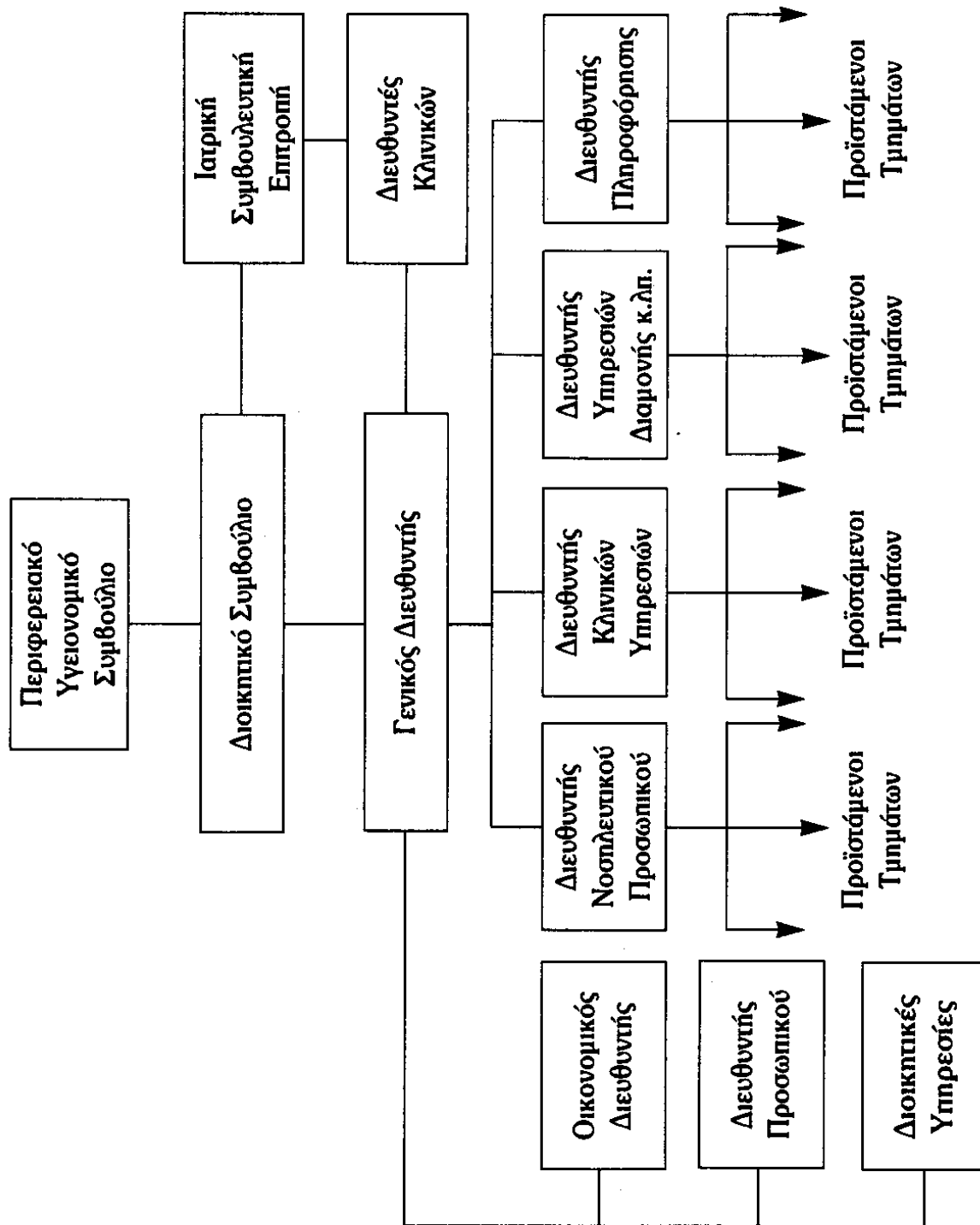
Διάγραμμα 3Α: Η Κεντρική Οργάνωση - Μοντέλο Α



Διάγραμμα 3Β: Η Κεντρική Οργάνωση - Μοντέλο Β



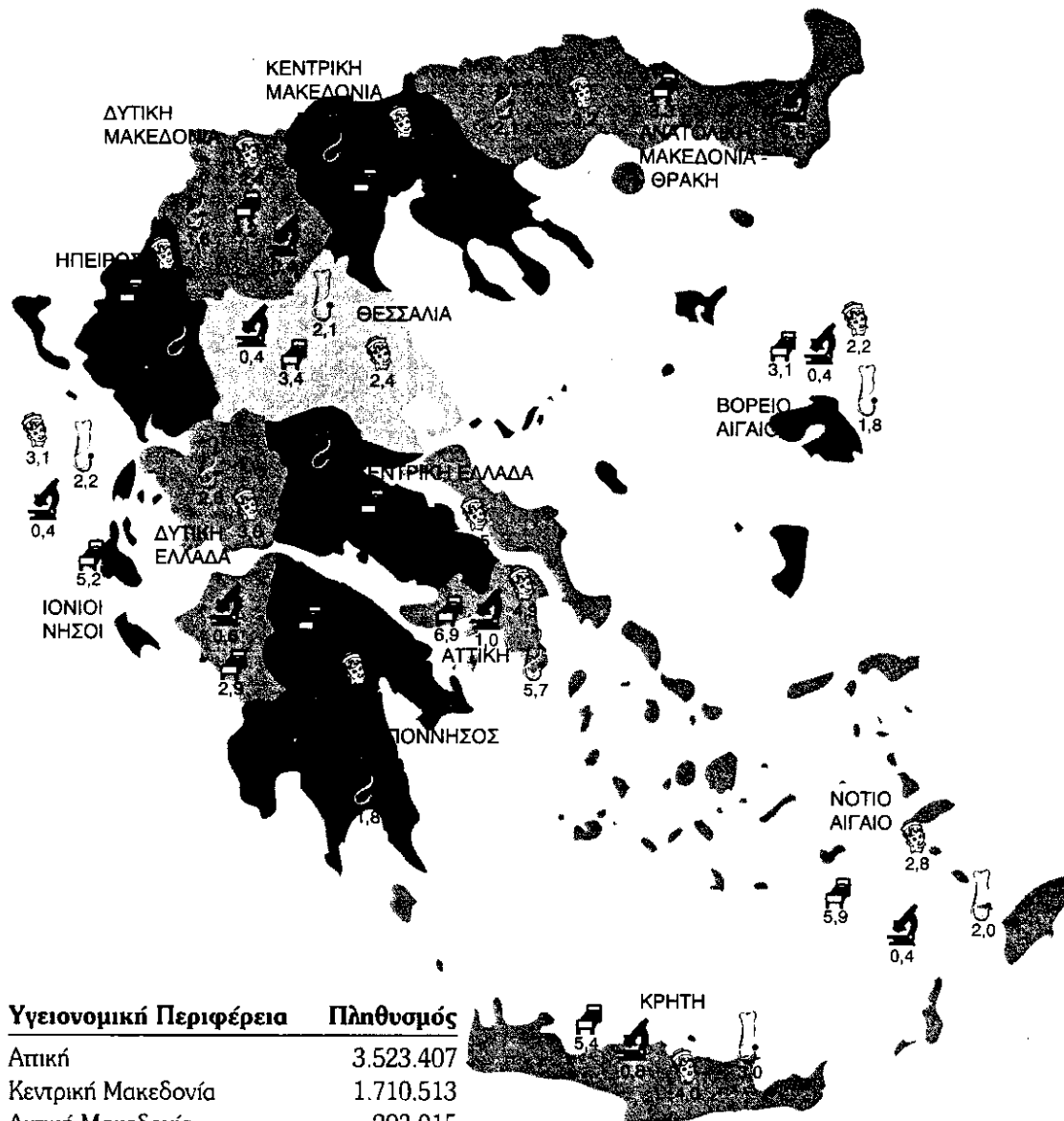
Διάγραμμα 4: Παράδειγμα της ανώτερης οργανωτικής δομής του νοσοκομείου







**ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ 1992**

Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδας 1992:

Ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό προσωπικό και κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους και ανά υγειονομική περιφέρεια.



Υγειονομική Περιφέρεια	Πληθυσμός
Αττική	3.523.407
Κεντρική Μακεδονία	1.710.513
Δυτική Μακεδονία	293.015
Αν. Μακεδονία - Θράκη	570.496
Κεντρική Ελλάδα	582.280
Δυτική Ελλάδα	707.687
Ήπειρος	339.728
Θεσσαλία	734.846
Πελοπόννησος	607.428
Ιόνια Νησιά	193.734
Βόρειο Αιγαίο	199.231
Νότιο Αιγαίο	257.481
Κρήτη	540.054

-  Ιατρικό προσωπικό
-  Νοσηλευτικό προσωπικό
-  Κρεβάτια
-  Παραϊατρικό προσωπικό

Τα στοιχεία περιλαμβάνουν Νοσοκομεία του ΕΣΥ και του ιδιωτικού τομέα, Κέντρα Υγείας και Υγειονομικές Υπηρεσίες του ΙΚΑ.

