

**Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΚΑΙ**

**Η ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

**Γ. Γιαννόπουλος**

## Βασική αρχή :

όλοι οι κάτοικοι της χώρας έχουν δικαίωμα σε ισότιμη πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας.

Το δικαίωμα αυτό εξασφαλίζεται με την πλήρη ανάπτυξη ενός δημόσιου συστήματος σε όλες του τις βαθμίδες.

Η ισότιμη πρόσβαση δεν αφορά μόνο στην εξασφάλιση του δικαιώματος ανεξάρτητα από το οικονομικό και ασφαλιστικό status ή ανεξάρτητα από φυλή, φύλο και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες (αυτά αφορούν στην συνταγματική / νομοθετική διάσταση της εξασφάλισης του δικαιώματος).

Η άλλη διάσταση της ισότιμης πρόσβασης, αυτή της καθολικής «διάχυσης» των παροχών, αφορά στον σχεδιασμό.

Ο **σχεδιασμός** πρέπει να εξασφαλίζει την

1. παροχή όλων των κοινωνικά αναγκαίων υπηρεσιών (έτσι όπως προκύπτουν μέσα από την ανάλυση των επιστημονικών συμπερασμάτων) ,
2. την υψηλή ποιότητα των παροχών
- και 3. την αποτελεσματική άρση των γεωγραφικών ανισοτήτων...

- Συνεπώς, τα κύρια στοιχεία του σχεδιασμού αφορούν στον καθορισμό των γεωγραφικών/ πληθυσμιακών ενότητων που θα αποτελούν την βάση του, με στόχο την «υγειονομική επάρκεια» της κάθε ενότητας, και μορφοποίηση / μετάφραση της επάρκειας αυτής σε υποδομές, εξοπλισμό και στελέχωση σε προσωπικό.

Η γεωγραφική/ πληθυσμιακή ενότητα για τον σχεδιασμό των τριτοβάθμιων υπηρεσιών θα μπορούσε αδρά να ταυτιστεί με αυτήν της **αιρετής αυτοδιοικητικής περιφέρειας** ( στόχος η επάρκεια σε τριτοβάθμιες υπηρεσίες, πχ αγγειοχειρουργική, νευροχειρουργική, επεμβατική ακτινολογία / αγγειογραφία, θωρακοχειρουργική ).

Για τον σχεδιασμό σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες, γεωγραφική / πληθυσμιακή βάση μπορεί να αποτελέσει η **περιφερειακή ενότητα (νομός)**.

(Συνέπεια των παραπάνω είναι ότι οι σημερινές 7 ΥΠΕ, λόγω της μεγάλης έκτασής τους, δεν μπορούν να αποτελέσουν βάση σχεδιασμού).

Ο προσδιορισμός του στόχου της επάρκειας :

1. Παρέμβαση στις κύριες αιτίες θανάτου και νοσηρότητας στον γενικό πληθυσμό (Ca μαστού, πνεύμονα, εντέρου, καρδιαγγειακά νοσήματα) με προληπτικά προγράμματα που θα εκπονούνται και θα υλοποιούνται για όλο τον πληθυσμό της περιοχής – από μια ηλικία και πάνω- με την συνεργασία πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών.

Αυτό σημαίνει συγκεκριμένες μορφές λειτουργικής διασύνδεσης ανάμεσα στις δομές αυτές , με την συγκρότηση συγκεκριμένων ομάδων υγείας , με ανάλογη για το κάθε πρόγραμμα σύνθεση από πλευράς ειδικοτήτων, με συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους.

2. Ποσοτική και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, εκεί που αυτές προσδιορίζονται ως χαμηλές (χαρακτηριστικό παράδειγμα η οδοντιατρική κάλυψη, η αποκατάσταση και η ιατρική της εργασίας – ανολοκλήρωτη ψυχιατρική μεταρρύθμιση).

**3. Έγκαιρη πρόσβαση** : Αυτό σημαίνει σαφή καθορισμό μέγιστης χρονικής διάρκειας για την πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες δομές, για την παροχή προνοσοκομειακής περίθαλψης, για την μετάβαση (διακομιδή) από την πρωτοβάθμια δομή στην δευτεροβάθμια.

Σημαίνει ακόμα καθορισμό μέγιστων χρόνων αναμονής για κλινική εκτίμηση στα ΤΕΠ (μέσα από ένα σύστημα επιλογής), για την τακτική κλινική και παρακλινική εξέταση και για τον επανέλεγχο, για την χειρουργική αντιμετώπιση, για ολοκλήρωση των ελέγχων στην διάρκεια της νοσηλείας κλπ.

Βασικό πλαίσιο για τον στόχο της έγκαιρης πρόσβασης, αποτελεί η αρχή ότι η πρώτη επαφή με το σύστημα , πρέπει να επιτελείται κοντά στον τόπο κατοικίας ή εργασίας. Το ίδιο ισχύει και για την μετανοσηλευτική φροντίδα , γεγονός που αναδεικνύει και την σημασία ενός πλήρους δικτύου πρωτοβάθμιων δομών 24ωρης λειτουργίας, αλλά και νοσοκομείων που λειτουργούν για τακτικά περιστατικά και πέραν του πρωινού ωραρίου .

**Κάθε κάτοικος της χώρας θα πρέπει να βρίσκει την υπηρεσία/ ειδικότητα που έχει ανάγκη την στιγμή που πρέπει ....**



Με δεδομένη την παραπάνω στοχοθέτηση, ο σχεδιασμός θα έχει σαν συστατικό του στοιχείο την κατάλληλη χωροθέτηση, και στελέχωση των δομών, γεγονός που συνεπάγεται μικρής έκτασης αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και των ΚΥ των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, (σε συνδυασμό με την αναβάθμιση του στόλου του ΕΚΑΒ) , συνεπάγεται όμως μεγάλης έκτασης – ριζικού χαρακτήρα- αναδιοργάνωση της ΠΦΥ στα μεγάλα αστικά κέντρα....

Το βασικό πλαίσιο που θα πρέπει να καθορίσει τις παρεμβάσεις είναι ότι σε κάθε περιφερειακή ενότητα (νομό) συγκροτείται πλήρες δίκτυο πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και νοσοκομειακή υποδομή με όλες τις ιατρικές ειδικότητες (πλην αυτών που θεωρούνται τριτοβάθμιες) .

Η στελέχωση και ο εξοπλισμός θα στηρίζεται σε παραδεκτές αναλογίες ανά μονάδα πληθυσμού με βάση την εμπειρία προηγμένων συστημάτων.

Θα πρέπει ταυτόχρονα να λαμβάνεται υπόψη η δυσκολία πρόσβασης που δημιουργεί το ιδιαίτερο ανάγλυφο της χώρας μας και η νησιωτικότητα.

## ΔΙΟΚΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑ

Με εξαίρεση τις τριτοβάθμιες υπηρεσίες, σε κάθε νομό οι στόχοι θα πρέπει να υλοποιούνται μέσα από τον σχεδιασμό που θα εξειδικεύεται ανά μονάδα με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα

Για την αντιστοίχιση του σχεδιασμού με τις κοινωνικές ανάγκες, απαιτούνται και θεσμοί κοινωνικού ελέγχου σε συνδυασμό με την εμπέδωση μιας νέας κουλτούρας διοίκησης του συστήματος, με αποκεντρωμένο δημοκρατικό προγραμματισμό και την δημοκρατική νομιμοποίηση των αποφάσεων και τον κοινωνικό έλεγχο μέσα από την «ασθενοκεντρική» οπτική για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι στόχοι κάθε δημόσιας υγειονομικής μονάδας διαμορφώνονται με βάση τις τοπικές κοινωνικές ανάγκες, στα πλαίσια των συνολικότερων στόχων κάθε υγειονομικής περιφέρειας και της χώρας.

Η λογική που θα διαπερνά την καθημερινή λειτουργία των μονάδων υγείας θα είναι αυτή της ενεργητικής συμμετοχής όλων των εργαζομένων της μονάδας στην διαμόρφωση των στόχων και στην αποτίμηση τη υλοποίησής τους , μέσα από θεσμούς ανατροφοδότησης μεταξύ λειτουργών και αποδεκτών υπηρεσιών.

Η χρηματοδότηση της αναδιοργάνωσης του ΕΣΥ συνδυάζεται με μέτρα ορθολογικής διαχείρισης των πόρων , μέτρα που χαρακτηρίζονται από την διαφάνεια και την καταπολέμηση της σπατάλης και της διαφθοράς.

Αναμόρφωση του συστήματος προμηθειών.

Η διοικητική / θεσμική αναδιοργάνωση του συστήματος θα πρέπει να περιέχει ως συστατικό της τοπικά και περιφερειακά συμβούλια (με κοινωνική σύνθεση και συμμετοχή επιστημόνων) με ρόλο:

α) την παρακολούθηση της πορείας των δεικτών που αποτιμούν την υλοποίηση των στόχων για κάθε μονάδα χωριστά και για το σύνολο της περιφέρειας (οι κοινωνικοί φορείς ελέγχου και οι εργαζόμενοι των μονάδων γίνονται υποχρεωτικά κοινωνοί των συμπερασμάτων της επιτροπής αυτής) και

β) παρακολούθηση της διαχείρισης των πόρων από κάθε μονάδα και την υλοποίηση των προϋπολογισμών . Παρακολούθηση σε ποιους τομείς γίνονται σημαντικές υπερβάσεις σε σύγκριση με «ιστορικά» προηγούμενα και διεθνή δεδομένα , εντοπισμός των αιτιών των υπερβάσεων (πχ συστηματική παραβίαση διαγνωστικών ή θεραπευτικών αλγορίθμων, σπατάλη στις προμήθειες) και εισήγηση για διορθωτικές κινήσεις, αν χρειάζεται.

Σε διαφορετική κατεύθυνση από την λογική των κλειστών προϋπολογισμών με τα σύνθετα ποσοτικοποιημένα «εργαλεία» παρακολούθησης του κόστους και κατανομής των πόρων (DRGs) (λογική επιχείρησης) .

Αντίληψη κατανομής με κύριο κριτήριο την αναδρομική αποτίμηση και την επιλεγμένη παρέμβαση στην σπατάλη .

Δείκτες όπως το κόστος ανά υπηρεσία , είναι χρήσιμοι για να κατευθύνουν συγκεκριμένες στοχοθεσίες αποτελεσματικής διαχείρισης, η χρήση τους όμως θα πρέπει να προϋποθέτει την επάρκεια σε προσωπικό και την επάρκεια σε υπηρεσίες, έτσι ώστε **περιστατικά που δεν πρέπει να «φεύγουν» για μεγαλύτερο νοσοκομείο , πράγματι να παραμένουν .**

(Ο δείκτης αυτός, που πράγματι αντανακλά την ανταπόκριση στις κοινωνικές ανάγκες, συνήθως αγνοείται στις πιλοτικές μελέτες κόστους/ αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων...)

Για τον επίλογο , τρεις γενικές παρατηρήσεις:

A) Δεν έγινε ειδική αναφορά στην **κρίση**. Δεν αμφισβητείται η ανάγκη να γίνονται κάποιες ιεραρχήσεις σε συνθήκες οικονομικής στενότητας (ανάταξη της κατάρρευσης που επέφερε η πολιτική των μνημονίων) , ο σχεδιασμός όμως θα πρέπει να είναι αποδεσμευμένος από την τρέχουσα συγκυρία και οι όποιες αναγκαίες ιεραρχήσεις προτεραιοτήτων να είναι συμβατές με αυτόν.



## B) Παραδοχή:

Στην χώρα μας οι γενικοί δείκτες υγείας είναι ικανοποιητικοί (σχετική επιδείνωση στα χρόνια των μνημονίων).

Τα προβλήματα εντοπίζονται κυρίως στην καθημερινότητα των πολιτών , κατά την επαφή τους με το σύστημα

(αυτό που περιγράφουμε με την φράση «διαχρονικές παθογένειες» )

Προκειμένου να διατηρείται το συνολικό επίπεδο υγείας ικανοποιητικό, οι πολίτες καταφεύγουν σε «άτυπες» διαδικασίες και ιδιωτικές πληρωμές.....

Γ) Η γενναία χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας (υψηλό κόστος) δεν είναι κατ' ανάγκη αντι-αναπτυξιακή. Μπορεί η καθολική και ποιοτική κάλυψη του πληθυσμού από δημόσιες υπηρεσίες (ζήτημα αρχής για μας, αφού είναι αυτή που εξασφαλίζει την ισοτιμία στην πρόσβαση) να λειτουργεί ανασταλτικά για την δραστηριοποίηση του ιδιωτικού / επιχειρηματικού τομέα στο πεδίο των υπηρεσιών, δημιουργεί όμως ένα ευρύ πεδίο ευκαιριών για την δραστηριοποίηση ελληνικών επιχειρήσεων κάθε είδους (δημόσιες, συνεταιριστικές, ιδιωτικές) στην «τροφοδοσία» του συστήματος υγείας με φάρμακα, υγειονομικό υλικό, ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό.

Για να το πούμε και με μαρξιστικούς όρους, η διεύρυνση του κράτους πρόνοιας από μόνη της, δεν αφαιρεί υποχρεωτικά υπεραξία από το κεφάλαιο . Εκείνο που είναι σημείο κλειδί, που θέτει το πρόσημο , είναι το ύψος της φορολογίας των μεγάλων επιχειρήσεων.

*« Το πραγματικό ερώτημα δεν είναι η ουδετερότητα των τεχνοκρατών, αφού κάτι τέτοιο δεν υπάρχει. Το πραγματικό ερώτημα είναι ποια πολιτική έχει συμφέρον να την επικαλείται» .....*

*Μ. Μαζάουερ*