

ΘΕΜΑΤΑ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης



Περιεχόμενα

Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 1: Εθνικές πολιτικές στην υγεία	13
1.1 Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα	13
1.2 Σχεδιασμός και Εφαρμογή Κινήτρων για την Προσέλκυση και Διατήρηση Ιατρικού Δυναμικού στα Κέντρα Υγείας των Αγώνων και Προβληματικών Περιοχών	18
1.3 Το ΕΣΥ Σήμερα: «Προβλήματα και Προοπτικές»	25
Κεφάλαιο 2: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	33
2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Παρούσα Κατάσταση και Προοπτικές...	33
Κεφάλαιο 3: Διαχείριση και συστήματα διασφάλισης ποιότητας στην υγεία ...	47
3.1 Συστήματα Διοίκησης Μονάδων Υγείας: Ιστορική Αναδρομή	47
3.2 Μέτρηση της Ποιότητας των Προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας στο Δημόσιο και τον Ιδιωτικό τομέα	67
3.3 Ανασκόπηση και Σχολιασμός των Νομοθετικών Ρυθμίσεων για τη Βελτίωση της Ποιότητας και της Οργάνωσης-Διοίκησης των Υπηρεσιών του ΕΣΥ κατά την Τελευταία Δεκαετία	75
Κεφάλαιο 4: Αξιολόγηση συστημάτων υπηρεσιών υγείας	81
4.1 Αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας των Κρατών-Μελών της ΕΕ	81
4.2 Αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη Κατά την Περίοδο 1998-2003	86
4.3 Εκτίμηση της Αποδοτικότητας Μονάδων Υγείας: Μια Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	94

Κεφάλαιο 5:	Οικονομικά και χρηματοδότηση της υγείας	109
5.1	Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, οι Παράγοντες Καθιέρωσης, οι Επιπτώσεις του στη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας και οι Προοπτικές.....	109
5.2	Η Υγεία σαν Βασική Συνισταμένη Κοινωνικής και Οικονομικής Ανάπτυξης.....	123
5.3	Χρηματοοικονομικοί Δείκτες και η Ανάλυση Βιωσιμότητας μιας Επιχείρησης	141
Κεφάλαιο 6:	Επιχειρησιακή έρευνα και υγεία	147
6.1	Μεθευρετικοί Αλγόριθμοι Βελτιστοποίησης στην Ιατρική: Το Πρόβλημα Ταξινόμησης των Κυττάρων που Λαμβάνονται Κατά το Τεστ Παπανικολάου	147
6.2	Μελέτη Ικανοποίησης Νοσηλευόμενων Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Χανίων	162
Κεφάλαιο 7:	Συμβολή της πληροφορικής στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	177
7.1	Η Συμβολή της Πληροφορικής στην Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.....	177
7.2	Πληροφορική και Υγεία	184
7.3	Οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών ως Εργαλείο Ποιοτικής και Αξιόπιστης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας	190
Κεφάλαιο 8:	e-Health	203
8.1	Ποιότητα και Μάθηση στην Υγεία: Οι Εικονικές Κοινότητες.....	203
	Ενδεικτική Βιβλιογραφία	215

Κεφάλαιο 1

Εθνικές πολιτικές στην υγεία

1.1 Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα

Γ. Φραγκιαδάκης, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πολυτεχνείου Κρήτης, Οικονομολόγος, Διοικητικός υπάλληλος Γ. Ν. Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος»

Καθηγητής Κ. Ζοπουνίδης, Διευθυντής Εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης Πολυτεχνείου Κρήτης

Γενικά

Από το 1983 ως σήμερα οι εκάστοτε κυβερνήσεις, ανεξαρτήτως πολιτικής απόχρωσης, προέβησαν σε αλλαγές του συστήματος υγείας. Οι αλλαγές αυτές προέκυψαν όχι μόνο με τη ψήφιση νόμων, αλλά και με την έκδοση υπουργικών αποφάσεων ή προεδρικών διαταγμάτων, μέσω των οποίων χαράσσεται η πολιτική υγείας του κράτους. Δυστυχώς όμως αυτή δεν ορίζεται μόνο από τις ανάγκες των πολιτών για υγεία, αλλά επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως η οικονομία, ο συνδικαλισμός, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το πολιτικό κόστος. Οι ενέργειες λοιπόν της εκάστοτε εκτελεστικής εξουσίας δεν κινούνται στα όρια του δέοντος, αλλά στα στενότερα όρια του εφικτού.

Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στη χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το ΕΣΥ από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα

διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας. Το σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «άτυπες» ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9% του ΑΕΠ για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής.

Πολιτική Υγείας - Ελληνική Πραγματικότητα

Η πολιτική υγείας (Health policy) είναι το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μια χώρα την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Τα χαρακτηριστικά της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα όπως εμφανίζονται στην έκθεση των εμπειρογνομόνων που μελέτησαν το ζήτημα, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- α) Στη μη ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων.
- β) Στις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες.
- γ) Στο πολυκερματισμό του συστήματος χρηματοδότησης μέσα από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών ταμείων, την υψηλή κρατική επιχορήγηση και τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες.
- δ) Στην ανεπαρκή διοίκηση – διαχείριση που οδηγεί στον περιορισμό της ευελιξίας στο προσωπικό, τους προϋπολογισμούς και τις τιμές και τέλος στην έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας.

Η ανυπαρξία εθνικής πολιτικής ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος σε κάθε πολίτη, η αυξητική τάση του ποσοστού των ατόμων που διαβιούν κάτω από τα όρια της φτώχειας και η χαμηλή ποιότητα και αποδοτικότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών χωρίς να γίνεται απόπειρα να τεθούν πρότυπα μέτρησης και αξιολόγησης έχουν καθορίσει το πλαίσιο το οποίο χαράσσεται η πολιτική υγείας στην Ελλάδα.

Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Μεταπολεμικά, ενώ στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες οι υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκαν και ολοκληρώθηκαν, η Ελλάδα έμεινε σε φάση υπανάπτυξης και όσες προσπάθειες έγιναν συνάντησαν έντονες αντιδράσεις.

Η Δεκαετία του '80: Η εφαρμογή του ΕΣΥ (1983-1989)

Από τις βασικότερες προτεραιότητες της κυβέρνησης που προέκυψε από τις εκλογές του 1981 ήταν η αναμόρφωση του συστήματος και η διαμόρφωση νέων αξόνων πολιτικής υγείας. Το Νόμο 1278/82 (σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, σύσταση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων) ακολούθησε ο 1397/83 που αποτελεί τη μεγαλύτερη

νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και ετίθετο οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η φιλοσοφία του βασίστηκε στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται δωρεάν, με ευθύνη του κράτους, στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής θέσης.

Η πολιτική για την υγεία που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα αυτή τη δεκαετία, αναβάθμισε σημαντικά τις υποδομές υγείας και τη στελέχωσή τους, βελτίωσε τη δυνατότητα προσπέλασης τους από τους πολίτες (ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές) και αύξησε τους διατιθέμενους για την υγεία πόρους. Όσον αφορά όμως σημαντικά θέματα όπως είναι η χρηματοδότηση (πολυδιάσπαση ταμείων, καθήλωση νοσηλίων), η διοίκηση – διαχείριση του κόστους και η αποδοτικότητα των πόρων (αύξηση παραοικονομίας), η ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα αστικά κέντρα, η κατάσταση παρέμεινε η ίδια ή επιδεινώθηκε. Ο «ιατροκεντρικός» και «νοσοκομειοκεντρικός» χαρακτήρας της πολιτικής υγείας δεν άλλαξε.

Η Δεκαετία του '90: Οι Μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ (1991-1997)

Η αλλαγή της πολιτικής κατάστασης της χώρας στις αρχές της δεκαετίας και η κυριαρχία της φιλελεύθερης ιδεολογίας, καθώς και οι οικονομικοί περιορισμοί (Ευρωπαϊκή Ένωση), επαναπροσδιόρισαν του άξονες της πολιτικής υγείας. Η έννοια της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αντικαθίστανται από την ελευθερία στην επιλογή και την εισαγωγή κανόνων «ελεύθερης» αγοράς. Ο νόμος 2071/92, επιτρέπει τη σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ, ενώ το κράτος αποκτά πλέον ένα μεγαλύτερο εποπτικό ρόλο, παρέχοντας την εγκριτική εξουσιοδότηση για την ίδρυση και λειτουργία νέων μονάδων. Την περίοδο αυτή αλλάζουν σημαντικά:

- α)** Η διοίκηση του συστήματος υγείας (εισαγωγή θεσμού Manager, υπαγωγή των Κ.Υ. στις Νομαρχίες).
- β)** Οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών του Ε.Σ.Υ. (δικαίωμα παράλληλης άσκησης ιδιωτικού έργου).
- γ)** Η οικονομική πολιτική στην υγεία (αύξηση νοσηλίου κατά 600%, συμμετοχή ασθενών στο κόστος).

Η παραπάνω πολιτική στην υγεία, όμως, περισσότερο μπορεί να αποδοθεί σε ιδεολογικά κίνητρα φιλελεύθερης απόχρωσης, παρά σε σχεδιασμένη παρέμβαση με σαφείς στόχους, η οποία να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα προβλήματα του συστήματος υγείας.

Η εκ νέου αλλαγή του πολιτικού σκηνικού το 1993 οδήγησε σε νόμους και διατάξεις (2194/94, 2519/97) που απέβλεπαν στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ., επαναφέροντας τη φιλοσοφία του δημόσιου χαρακτήρα του. Οι υ-

γειονομικές περιφέρειες, τα Πε.Σ.Υ., τα Κ.Υ., οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΕΣΥ, επανέρχονται στην μορφή που είχε καθοριστεί με το Ν. 1397/83. Οι συχνές αλλαγές υπουργών υγείας, η πολιτική συγκυρία και οι έντονες αντιδράσεις οδήγησαν, ουσιαστικά στην αναπαραγωγή των αδυναμιών του ΕΣΥ.

Μεταρρύθμιση του 2000

Ο άξονας της μεταρρύθμισης αναφερόταν στην άσκηση Εθνικής Πολιτικής Υγείας και υλοποιήθηκε σε μικρό βαθμό και μόνο ως προς ορισμένες παραμέτρους. Τα δύο σημαντικότερα μέτρα που υλοποιήθηκαν, αφορούν στην ενοποίηση των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και στην ίδρυση Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Επιπλέον, προωθήθηκαν μέτρα τα οποία αναφέρονται στην οργάνωση του διοικητικού μηχανισμού για το Χάρτη Υγείας, στην προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τέλος στην αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα. Ως μερική δραστηριότητα, με αμφιλεγόμενα όμως αποτελέσματα, υπήρξε αναφορικά με τις διαδικασίες συγκρότησης του Χάρτη Υγείας, ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων και την πολιτική για το φάρμακο.

Ο συνοπτικός αυτός υπολογισμός δείχνει καταρχήν την ύπαρξη ενός σημαντικού αριθμού δράσεων και πολιτικών, η υλοποίηση των οποίων καθυστέρησε, είτε για λόγους περιορισμένων εκτελεστικών δυνατοτήτων, είτε επειδή υπήρξε χαλάρωση της πολιτικής τους υποστήριξης. Για τις δράσεις αυτές, ως κρίσιμότερη παράμετρος στην πορεία της υλοποίησης τους αποδεικνύεται η πολιτική δέσμευση και επίμονη συνέχιση των προσπαθειών για την εφαρμογή τους.

Συμπεράσματα

Η εθνική πολιτική Υγείας θα πρέπει να έχει τη συναίνεση όλου του πολιτικού κόσμου και είναι αναγκαίο να επικεντρωθεί σε δυο βασικές παράλληλες αλληλοεξαρτώμενες δράσεις. Πρώτον, στην Περιφερειακή Ανάπτυξη της λελογισμένης προσφοράς Υπηρεσιών ανάλογα με την αποκεντρωμένη ζήτηση και λαμβάνοντας υπόψη την κλασική ελληνική τάση επιλογής γιατρού και δεύτερον στην πρόσβαση σε ελεγχόμενες με συγκεκριμένες προδιαγραφές και κριτήρια ποιοτικές υπηρεσίες ως κοινωνικό δικαίωμα τόσο σε επίπεδο περιφέρειας όσο και σε επίπεδο κέντρου.

Το 1983 διακηρύχθηκε ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Σήμερα, με την αλματώδη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, με τη γιγάντωση της παραοικονομίας και τη συχνά ανεξέλεγκτη – επεκτατική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα, η υγεία αποτελεί και ιδιωτικό αγαθό. Οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν επί όλων των κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα, δεν πέτυχαν την επικράτηση του δημόσιου τομέα και το περιορισμό του ιδιωτικού, που εξήγγειλαν και στόχευαν, ούτε εισήγαγαν στο

σύστημα αρχές του ελεύθερου ανταγωνισμού που διακήρυσσαν, και επιπλέον δεν καθιέρωσαν αποδεκτούς κανόνες μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής παραγωγής φροντίδων.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- ☞ Ν. 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ Α αρ.143, Αθήνα 1-10-1983.
- ☞ Ν. 1278/82, Σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ΦΕΚ Α 105/31.08.1982.
- ☞ Ν. 2071/92, Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας, ΦΕΚ Α 123/15.07.1992.
- ☞ Ν. 2194/94, Αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας και άλλες διατάξεις (ΕΣΥ), ΦΕΚ Α 34/16.3.1994.
- ☞ Ν. 2519/97, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του εθνικού συστήματος υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α 165/21.08.1997

1.2 Σχεδιασμός και Εφαρμογή Κινήτρων για την Προσέλκυση και Διατήρηση Ιατρικού Δυναμικού στα Κέντρα Υγείας των Άγονων και Προβληματικών Περιοχών

Καθηγητής Κ. Ζοπουνίδης, Διευθυντής Εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης Πολυτεχνείου Κρήτης

Γ. Φραγκιαδάκης, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πολυτεχνείου Κρήτης, Οικονομολόγος, Διοικητικός υπάλληλος Γ. Ν. Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος»

Εισαγωγή

Ο σχεδιασμός και προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί συνεχιζόμενη διαδικασία, που οφείλει να κινείται παράλληλα με την πρόοδο στη σύνταξη του χάρτη υγείας της χώρας και την ανάληψη ουσιαστικής υπευθυνότητας από τις ΔΥΠΕ. Το ιατρικό προσωπικό κατέχει πρωτεύοντα ρόλο για τη διαμόρφωση της ποιότητας και ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά σε πολλές επαρχιακές πόλεις υπάρχει σημαντικό πρόβλημα στελέχωσης των κρατικών υγειονομικών δομών. Η έλλειψη προγραμματισμού των ιατρών, συνεχιζόμενης εκπαίδευσής τους και θέσπισης κινήτρων έχει δημιουργήσει τεράστια ανισοκατανομή του ιατρικού πληθυσμού ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα.

Η ανάγκη πλήρωσης τέτοιων θέσεων είναι πειστική, λόγω του γενικότερου κενού στην πρωτοβάθμια φροντίδα και των επιτακτικών τοπικών αναγκών Δημόσιας Υγείας, δεδομένης της αυξημένης επίπτωσης χρόνιας νοσηρότητας, αναπηρίας και ατυχημάτων σε απομακρυσμένες περιοχές. Πρόβλημα αποτελεί η ελλειμματικότητα στον προγραμματισμό και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, όπως αντικατοπτρίζεται από την ανεπαρκή κάλυψη οργανικών θέσεων στην περιφέρεια, παρά την υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού στα αστικά κέντρα. Ο στόχος της εργασίας αυτής είναι η εφαρμογή και ο σχεδιασμός ενός πλέγματος κινήτρων (Πίνακας 1.2.1) που πρέπει θα διαρθρωθεί σε κεντρικό επίπεδο (επιτελική πλαισίωση, ρυθμιστικές παρεμβάσεις), επίπεδο ΔΥΠΕ (επιχειρησιακή οργάνωση) και τοπικό επίπεδο (υποστήριξη και ενίσχυση κινητοποίησης από τη Νομαρχιακή και Τοπική Αυτοδιοίκηση) με γνώμονα τις κατά τόπους υγειονομικές ανάγκες.

Ενότητα 1: Σημερινή εικόνα

Παρά το μέγεθος του Ιατρικού δυναμικού της χώρας μας, και τη σχετική ανεργία των τελευταίων ετών, οι γιατροί εξακολουθούν να δείχνουν απροθυμία εγκατάστασης στις περιοχές αυτές. Οι ανισότητες στην κατανομή σε βάρος των αγροτικών περιοχών της χώρας είναι αξιοσημείωτες. Στην Αττική όπου κατοικεί το 34% του ελληνικού πλη-

θυσμού εξασκεί το λειτούργημα του το 54% των ιατρών, ενώ αντίθετα στη Στερεά Ελλάδα όπου κατοικεί το 8% του πληθυσμού λειτουργεί το 3% του ιατρικού σώματος.

Στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ¹ υπήρχε πρόβλεψη παροχής κινήτρων για τη στελέχωση δομών υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές και στα χρόνια που ακολούθησαν, τέθηκαν σε ισχύ σχετικές διατάξεις. Τα ισχύοντα κίνητρα όμως αποδείχτηκαν ελλιπή ενώ όλες οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες μετά το νόμο του ΕΣΥ δεν έτυχαν ιδιαίτερης προσοχής. Η κάλυψη των αναγκών στις απομακρυσμένες περιοχές βασίστηκε περισσότερο στον υποχρεωτικό χαρακτήρα της υπηρεσίας υπαίθρου («αγροτικό») και λιγότερο στην κινητοποίηση ειδικευμένων ιατρών για εγκατάσταση στην ύπαιθρο.

Η δε παροχή κινήτρων ακολούθησε την «παραδοσιακή τακτική» υποκίνησης, με οικονομικά και υπηρεσιακά οφέλη (π.χ. μοριοδότηση προϋπηρεσίας για μετακίνηση αργότερα σε αστικό κέντρο), χωρίς όμως συστηματική προσέγγιση της ανάπτυξης ιατρικού δυναμικού στην περιφέρεια. Οι περισσότερες οργανικές θέσεις των Κέντρων Υγείας² πληρώθηκαν από «υπερχείλιση» πλεονάζοντος ιατρικού δυναμικού από τα αστικά κέντρα, παρά ως αποτέλεσμα δομημένης στρατηγικής προσέλκυσης, καθώς τα κίνητρα δεν είχαν ειδική στόχευση στη μακρόχρονη συγκράτηση ειδικευμένου προσωπικού στην επαρχία. Έτσι η στελέχωση της περιφέρειας χαρακτηρίζεται από ταχεία ανακύκλωση ιατρών, που βλέπουν την εκεί υπηρεσία τους ως προθάλαμο διορισμού σε αστικό κέντρο.

Στοχοθέτηση

Ο στόχος του ΕΣΥ όπως προαναφέρθηκε ήταν η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της λειτουργίας των Κ.Υ. και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα κίνητρα επομένως, πρέπει να αποσκοπούν στην πραγματοποίηση του στόχου λειτουργίας των συγκεκριμένων νοσοκομειακών μονάδων στην επαρχία, ενώ πρέπει να αποτελούν παράλληλα κίνητρο για τους ιατρούς που θα στελεχώσουν τις μονάδες αυτές.

Σκοπός της θέσπισης κινήτρων για τη στελέχωση δομών υγείας σε προβληματικές περιοχές πρέπει να είναι η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και όχι απλώς η κάλυψη των θέσεων. Επομένως τα κίνητρα πρέπει να σχεδιαστούν με στόχο:

¹ Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1397 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αγωγή και προαγωγή της υγείας.

² Τα Κ.Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας) και ο ρόλος τους εστιάζεται στην άσκηση υγειονομικής πολιτικής, στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

- A. Την προσέλκυση ιατρικού δυναμικού αριθμητικά και ποιοτικά επαρκούς για τις τοπικές ανάγκες φροντίδας, και
- B. Τη διατήρηση του ιατρικού δυναμικού, ώστε να υπάρχει συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα.

Ενότητα 2: Προτάσεις υποκίνησης για την επαρχία

Κυβερνητικό επίπεδο

Για την κάλυψη των βασικών αναγκών των απομονωμένων περιοχών, κίνητρα πρέπει να δοθούν σε μεγαλύτερο αριθμό νέων ιατρών βασικών ειδικοτήτων με πλαισίωσή τους από μικρότερο αριθμό παλαιότερων και εμπειρότερων ιατρών.

- Ως πρώτο κίνητρο συνιστάται επομένως η αμεσότητα του διορισμού σε Κ.Υ. προβληματικών περιοχών, με θεσμοθέτηση της ταχείας κατά προτεραιότητα διεκπεραίωσης προκηρύξεων για θέσεις σε προβληματικές περιοχές. Αν δοθεί η δυνατότητα σε ιατρούς, που μόλις απέκτησαν τίτλο ειδικότητας, να διοριστούν άμεσα στην ύπαιθρο, σημαντικό ποσοστό αναμένεται να επιλέξει αυτή τη διεξοδό.
- Προτείνεται επίσης η εφαρμογή της μοριοδότησης για εντοπιότητα και στις οργανικές θέσεις σε Κ.Υ. προβληματικών περιοχών, καθώς και η επέκτασή της και σε όμορους νομούς. Θα πρέπει λοιπόν, να υποστηριχτούν ιατροί με εντοπιότητα στην άγονη περιοχή, καθόσον αυτοί έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παραμείνουν στη θέση.
- Επιπλέον, αναγκαία είναι η δυνατότητα ανανέωσης της εξαμηνιαίας ως ετήσιας σήμερα θητείας επικουρικών ιατρών σε άγονες περιοχές ή η μετατροπή της σε διετή, προς ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας ως προς τον κίνδυνο ανεργίας. Βοηθητική θα ήταν και η εφαρμογή μοριοδότησης συνυπηρέτησης συζύγων και στους επικουρικούς ιατρούς απομονωμένων περιοχών.
- Ένα κίνητρο επίσης, τόσο για τους έμπειρους ιατρούς όσο και για τους νέους αποτελεί η εξέλιξη στην εργασία. Συγκεκριμένα γρηγορότερη εξέλιξη στο σύστημα και προαγωγή της καριέρας αναπτύσσοντας ένα σύστημα εξέλιξης – ιεραρχίας το οποίο θα δίνει το κίνητρο στον ιατρό για ανάληψη εργασίας στην επαρχία.
- Θα πρέπει να δοθούν κίνητρα για την προσωπική ανάπτυξη του ιατρού, ώστε να αντιστραφεί η αντίληψη της εργασίας στην ύπαιθρο ως περιθωριοποίηση και αποκοπή από τις εξελίξεις με τη θεσμοθέτηση των εξής μέτρων:
 1. Χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών, με αποδοχές και οικονομική κάλυψη.

2. Ευκαιρίες στην εκπαίδευση και συμμετοχή σε μεταπτυχιακά προγράμματα. (διάθεση κονδυλίου για υποτροφίες μετεκπαίδευσης ιατρών, που υπηρετούν ήδη για εύλογο χρονικό διάστημα σε οργανικές θέσεις προβληματικών περιοχών.)
 3. Συμπληρωματικά, πρέπει να δοθούν κίνητρα επιστημονικής “περιέργειας”. Τα αρμόδια όργανα των ΔΥΠΕ θα πρέπει να παρέχουν κονδύλια στους ιατρούς μέσω των Κ.Υ. για επιστημονικές έρευνες που θα αποσκοπούν στην αναβάθμιση της ποιότητας υγείας. Ενώ τα αποτελέσματα των ερευνών θα πρέπει να δημοσιεύονται στο τύπο και στο διαδίκτυο.
- Ως μακροπρόθεσμη προοπτική, προτείνεται επίσης, η μεταρρύθμιση της ακαδημαϊκής εκπαίδευσης (ουσιαστική ένταξη Δημόσιας Υγείας, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Επείγουσας Ιατρικής στο πρόγραμμα ιατρικών σπουδών) και του τρόπου ειδίκευσης (υποχρεωτικό κομμάτι ειδικότητας σε Κ.Υ. και δευτεροβάθμια Νοσοκομεία) θα αντιστρέψει την απαξιοτική σήμερα αντίληψη πολλών ιατρών για αυτές της ειδικότητες, ως λιγότερο επιστημονικών και χωρίς ακαδημαϊκή προοπτική.
 - Τέλος, προτείνονται ορισμένα επιπλέον οικονομικά κίνητρα από τα οποία κάποια δίδονται ήδη ενώ μπορούν να προστεθούν νέα όπως:
 1. Η αύξηση των επιδομάτων ανά συμπληρούμενη 3ετία ή 5ετία σε άγονη περιοχή.
 2. Η θέσπιση φοροαπαλλαγών ειδικά για ιατρούς άγονων περιοχών πέραν αυτών που ισχύουν γενικά για μόνιμους κατοίκους

Επίπεδο ΔΥΠΕ

Οι κεντρικές ρυθμιστικές παρεμβάσεις παρέχουν το θεσμικό πλαίσιο, ωστόσο ο ρόλος του κεντρικού επιπέδου οφείλει να παραμένει επιτελικός, ενώ οι ΔΥΠΕ αποτελούν πλέον τις δομές-κλειδί για το επιχειρησιακό μέρος της κινητοποίησης.

- Ως αρχικό κίνητρο, προτείνεται η παράκαμψη της γραφειοκρατικής καθυστέρησης της κρίσης άγονων θέσεων, καθώς και στην πρόβλεψη κενών θέσεων και προώθησή τους ως επείγον για προκήρυξη. Έτσι παραμένει ενεργό το κίνητρο του άμεσου διορισμού και κάλυψης βασικών αναγκών.
- Δεύτερο κίνητρο μπορεί να αποτελέσει η ανάπτυξη υποδομών τηλεϊατρικής στα Κ.Υ. με αξιοποίηση των δυνατοτήτων που παρέχει το Κοινοτικό Πλαίσιο στήριξης «Κοινωνία της Πληροφορίας».
- Σημαντική είναι η δημιουργία σχέσης του Κέντρου Υγείας με αντίστοιχο πανεπιστημιακό νοσοκομείο για τη διατήρηση της επιστημονικής επάρκειας και της συνεχούς εκπαίδευσης των ιατρών. Προτείνεται, η αξιοποίηση των Κέντρων Ε-

παγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ) καθώς και η οργάνωση σεμιναρίων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας με τους τοπικούς Ιατρικούς Συλλόγους.

- Οι ΔΥΠΕ μπορούν να συνδυάσουν το διπλό στόχο της κάλυψης υγειονομικών αναγκών και της κινητοποίησης ιατρών σε απομακρυσμένες περιοχές ενεργοποιώντας ειδικά προγράμματα αγωγής υγείας αξιοποιώντας τη δυνατότητα σύνδεσης περιφερειακών δομών υγείας με Πανεπιστημιακά κέντρα και υποστηρίζοντας τη σύνδεση με το ακαδημαϊκό περιβάλλον και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών που στελεχώνουν αυτές της δομές.
- Υποχρεωτική αναβάθμιση του ρόλου των Κ.Υ. Κρίνεται αναγκαίο να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα έτσι ώστε τα Κ.Υ. να έχουν ενεργό συμμετοχή στα κέντρα λήψης των αποφάσεων. Η συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού των Κ.Υ. στα επιστημονικά συμβούλια των Νοσοκομείων και των ΔΥΠΕ θα ενισχύσουν σημαντικά το ρόλο τους και θα αναγνωριστεί ο σκοπός και το νόημα του έργου τους.
- Η ενίσχυση των Κ.Υ. από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω κονδυλίων και του Εθνικού κρατικού προϋπολογισμού για την βελτίωση των κτιριακών και υλικοτεχνικών υποδομών. Με λίγα λόγια οι ΔΥΠΕ πρέπει να εξασφαλίσουν κονδύλια για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των ιατρών με την παροχή του κατάλληλου επιστημονικού εξοπλισμού.
- Το ιατρικό σώμα θα πρέπει να αξιολογείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, με την έννοια της αξιολόγησης της απόδοσης σε κλινικό έργο και της ενθάρρυνσης της συνέχισης κάθε αξιολογής προσφοράς

Τοπικό Επίπεδο (Νομαρχιακή/Τοπική Αυτοδιοίκηση)

- Σε τοπικό επίπεδο μπορούν να δοθούν κίνητρα προσωπικής εξέλιξης όπως η παροχή υποτροφίας από τοπικό κληροδότημα για εξ' αποστάσεως μετεκπαίδευση σε ιατρούς με μακρά θητεία στην περιοχή.
- Κίνητρα αναγνώρισης προσπάθειας από την τοπική κοινωνία.
- Κίνητρα σε μορφή οικονομικής ενίσχυσης όπως η παροχή στέγης από το Δήμο, εξασφάλιση των παιδικών σταθμών για τους ιατρούς που έχουν οικογένεια και τη διευκόλυνση στις μετακινήσεις τους.
- Χρηματοδότηση επιπλέον εξοπλισμού από δωρεές των κατοίκων της περιοχής.
- Την ανάθεση οργάνωσης και συντονισμού τοπικών προγραμμάτων αγωγής υγείας σε ιατρούς με ανάγκη για εξουσία και ανάθεση επιστημονικής πλαισίωσης σχολικής υγείας σε ιατρούς με προσανατολισμό στην επίτευξη στόχων.

Συμπεράσματα

Τελειώνοντας, επιβάλλεται και επείγει να υπάρξει κρατική ρυθμιστική παρέμβαση, τόσο για την αντιμετώπιση του πληθωρισμού των ιατρών, όσο και για την ορθολογική κατανομή τους στην επικράτεια και στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες. Επιβάλλεται η λήψη μέτρων με παροχή κινήτρων ώστε να διοχετευθεί το ούτως ή άλλως πλεονάζων ιατρικό προσωπικό στην ύπαιθρο. Η πολιτεία έχει χρέος να υποκινήσει τον ιατρικό πληθυσμό αν έχει σκοπό να αναβαθμίσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να φθάσει στο επίπεδο των άλλων ευρωπαϊκών κρατών.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

☞ Ν. 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ Α αρ.143, Αθήνα 1-10-1983.

Πίνακας 1.2.1

Κυβερνητικό επίπεδο - ρυθμιστικές παρεμβάσεις		
Κίνητρα διευκόλυνσης εύρεσης εργασίας	Κίνητρα προσέλκυσης ιατρικού δυναμικού	Κίνητρα παραμονής ιατρικού δυναμικού
Ταχείες διαδικασίες κρίσης θέσεων	Ταχύτερη βαθμολογική εξέλιξη	Κλιμάκωση επιδομάτων ανάλογα με χρόνο παραμονής στην ύπαιθρο
Μοριοδότηση εντοπιότητας	Αναβάθμιση πρωτοβάθμιας φροντίδας	Φοροαπαλλαγές
Επιμήκυνση θητείας επικουρικών ιατρών	Ένταξη πρωτοβάθμιας σε πρόγραμμα σπουδών	
	Αύξηση χρόνου εκπαιδευτικών αδειών / έτος	
	Υποτροφίες	
	Κινητικότητα	
Επίπεδο ΔΥΠΕ - επιχειρησιακή οργάνωση		
Επιτάχυνση προκηρύξεων και ταχεία διεκπεραίωση	Προγράμματα αγωγής υγείας	Εκπαίδευση στις συνθήκες υπαίθρου
	Ερευνητικά πρωτόκολλα	Τηλεϊατρική
	Εμπλοκή στο σχεδιασμό και υλοποίηση υγειονομικών στόχων	Παροχή εξοπλισμού

Ανάθεση οργάνωσης/ συντονισμού προγραμμάτων/ πρωτοκόλλων Σύνδεση δομών με Πανεπιστήμιο Κυκλική επιμόρφωση Περαιτέρω παιδεία και στήριξη ιατρών με αξιόλογο έργο			Ορθολογική υγειονομική πολιτική Αξιολόγηση και θετική ανατροφοδότηση για ποιοτικό έργο
Επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης			
Κίνητρα διευκόλυνσης εύρεσης εργασίας	Κίνητρα προσέλκυσης ιατρικού δυναμικού	Κίνητρα παραμονής ιατρικού δυναμικού	
	Υποτροφίες Βράβευση προσφοράς. Διατήρηση επαφής μετά την αναχώρηση ιατρού	Παροχή στέγης Πρόσθετος εξοπλισμός Συντήρηση εγκαταστάσεων Αναζήτηση γνώμης ιατρού σε κοινοτικά θέματα, πρόσκληση σε εκδηλώσεις δήμου Παροχή διευκολύνσεων για σύζυγο, παιδιά	

1.3 Το ΕΣΥ Σήμερα: «Προβλήματα και Προοπτικές»

Γ. Φραγκιαδάκης, Υποψήφιος Διδάκτωρ Πολυτεχνείου Κρήτης, Οικονομολόγος, Διοικητικός υπάλληλος Γ. Ν. Χανίων «Ο Αγ. Γεώργιος»

Καθηγητής Κ. Ζοπουνίδης, Διευθυντής Εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης Πολυτεχνείου Κρήτης

Γενικά

Σήμερα, ο δημόσιος τομέας υγείας στη χώρα μας παρά τα σημαντικά βήματα προόδου που έγιναν τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζει ακόμη σημαντικά προβλήματα οργάνωσης, διαχείρισης, ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή των υπηρεσιών του. Την τελευταία δεκαετία έγιναν πολλές προσπάθειες να ρυθμιστούν νομοθετικά αλλαγές που προέκυψαν από δημογραφικές εξελίξεις, το νέο επιδημιολογικό πρότυπο, τις νέες τεχνολογίες, τις μεγάλες μετακινήσεις των πληθυσμών και τη διεθνοποίηση του κεφαλαίου αλλά με ανύπαρκτο επιχειρησιακό και κυβερνητικό προγραμματισμό.

Το μέγεθος της πολυπλοκότητας του υγειονομικού τομέα αντικατοπτρίζεται από το κόστος λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων, το οποίο ανέρχεται στο ήμισυ περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, απορροφώντας έτσι ετησίως πολλές εκατοντάδες δισεκατομμύρια από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις λοιπές πηγές χρηματοδότησης. Βασικοί διαχειριστές των οικονομικών αυτών πόρων είναι το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων, στους οποίους ενδεχομένως δεν δίνονται κατάλληλα κίνητρα ώστε να λειτουργούν πάντοτε προς όφελος της ευρύτερης κοινωνίας.

Τα βασικά προβλήματα του ΕΣΥ έτσι όπως καταγράφεται από το υγειονομικό χάρτη της χώρας και τα στελέχη που διοικούν τις δημόσιες υγειονομικές μονάδες είναι ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων. Τα κυριότερα προβλήματα εστιάζονται στην διαχείριση των υλικών και ανθρώπινων πόρων και πιο συγκεκριμένα στον ελλιπή σχεδιασμό εθνικής στρατηγικής για την κοινωνική ασφάλιση, στην μη αποτελεσματικότητα του τρόπου χρηματοδότησης των μονάδων υγείας, στην απουσία κινήτρων για αυξημένη παραγωγικότητα και τέλος στην μη εδραίωση ενός συστήματος διασφάλισης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κοινωνική Ασφάλιση

Ο κατακερματισμός του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης σε ένα μεγάλο αριθμό ταμείων προκαλεί προβλήματα οικονομικής αποτελεσματικότητας. Η χωριστή οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε επαγγελματική βάση σημαίνει ότι η μοίρα πολλών ταμείων καθορίζεται από αυτή των αντίστοιχων τομέων της οικονομίας. Φθίνοντες κλάδοι αντιμετωπίζουν δυσμενείς δημογραφικές τάσεις και τα ταμεία τους

προβλήματα βιωσιμότητας. Ο κατακερματισμός των φορέων ασφάλισης υγείας με την απουσία θεσμών συλλογικής εκπροσώπησης τους σε επίπεδο περιφέρειας ή σε εθνικό επίπεδο αποδυναμώνει τη «μονοψωνιακή ισχύ» που καταρχήν διαθέτουν απέναντι στο συλλογικό μονοπώλιο του ιατρικού σώματος και στο oligopώλιο των ιδιωτικών μονάδων παροχής νοσοκομειακών και διαγνωστικών υπηρεσιών.

Επιπλέον, περισσότερα ταμεία (λόγω του μικρού μεγέθους τους) δεν είναι σε θέση να ασκήσουν αποτελεσματική διοίκηση όπως για παράδειγμα να καταρτίσουν προϋπολογισμό και να παρακολουθήσουν την εφαρμογή του. Επομένως, η αύξηση και αναπροσαρμογή, απλά, του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου καθώς και η απουσία ενιαίας εθνικής στρατηγικής δεν θα λύσει το πρόβλημα, αλλά θα διαιωνίζει την απώλεια πόρων και θα επιβαρύνει δυσβάστακτα τα ασφαλιστικά ταμεία και τον κρατικό προϋπολογισμό.

Οικονομική Διαχείριση - Χρηματοδότηση

Το υφιστάμενο σύστημα χρηματοδότησης του τομέα υγείας στην Ελλάδα έχει διαμορφώσει τα χαρακτηριστικά του κάτω από την επίδραση της ιστορικής διαδρομής της κοινωνικής ασφάλισης υγείας στη χώρα. Ως προς την αποζημίωση οι μέθοδοι αναδρομικού προσδιορισμού, που χρησιμοποιούνται ακόμη στην Ελλάδα, έχουν αποδειχθεί διεθνώς ατελέσφορες και πληθωριστικές ενώ οι μέθοδοι εκ των προτέρων προσδιορισμού (προοπτική χρηματοδότηση) της νοσοκομειακής αποζημίωσης έχουν επικρατήσει διεθνώς και φαίνεται ότι αποδίδουν ως προς τη συγκράτηση του κόστους, χωρίς να επηρεάζουν κατ' ανάγκη την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης τυπικά γίνεται με βάση το συμβασιακό σύστημα όπου τα ταμεία υγείας καταβάλλουν νοσήλια για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα νοσοκομεία ΕΣΥ. Βέβαια, τα νοσήλια είναι καθορισμένα σε επίπεδα σαφώς κατώτερα του πραγματικού κόστους νοσηλείας. Για το λόγο αυτό, στην πραγματικότητα η βασικότερη πηγή εσόδων για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω των τακτικών και έκτατων επιχορηγήσεων. Το νοσήλιο, που καθορίζεται από την κυβέρνηση, εκτός της υποτίμησης του, αναμορφώνεται σε πολύ αραιά χρονικά διαστήματα (κάθε 8-10 χρόνια), με αποτέλεσμα την περαιτέρω σταδιακή απομάκρυνση του από το πολλαπλάσιο πραγματικό κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η σχέση μεταξύ τιμής κλειστού νοσηλίου και πραγματικού κόστους, κατρακύλησε από το 49% το 1980, στο 7,5% το 1989, για να ακολουθήσει μικρή αύξηση τα επόμενα χρόνια. Για παράδειγμα, μια ημέρα νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κοστίζει περίπου 580 ευρώ, αλλά το κόστος που καλύπτεται από τα ταμεία δεν ξεπερνά τα 190 ευρώ. Μια γενική εξέταση αίματος ενώ κοστίζει 15-20 ευρώ, τα ταμεία πληρώνουν στο νοσοκομείο περίπου 2,45 ευρώ, με τις διαφορές να παραμένουν ση-

μαντικές και για τις άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Τα παραπάνω νοσήλια δημιουργούν τεράστια νοσοκομειακά ελλείμματα αφού τα έσοδα του νοσοκομείου από τα νοσήλια αποτελούν μόλις το 25-35% των συνολικών του εσόδων. Αναπόφευκτα η χρηματοδότηση στηρίζεται ουσιαστικά σε ανοικτούς προϋπολογισμούς τους οποίους τα νοσοκομεία υπερβαίνουν, καταφέροντας να παίρνουν πρόσθετες επιχορηγήσεις ή απλώς να συσσωρεύουν ελλείμματα.

Συμπερασματικά, ο τρόπος αυτός της αναδρομικής αποζημίωσης δημιουργεί τα εξής προβλήματα: α) κίνητρα για ανεξέλεγκτες δαπάνες αφού υπάρχει διαρκής παροχή συμπληρωματικών επιχορηγήσεων, β) ευνοεί τις μεγάλες σε χρονική διάρκεια νοσηλείες αφού τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις μέρες νοσηλείας, γ) δεν προωθεί την παραγωγικότητα αφού δεν παρέχει κίνητρα στο προσωπικό και δ) δεν προάγει την ποιότητα και ευνοεί την παραοικονομία αφού απουσιάζουν τα κίνητρα για παραγωγική αξιοποίηση των πόρων και αύξηση της αποδοτικότητας του προσωπικού.

Διαχείριση Ανθρώπινου Προσωπικού

Ο σχεδιασμός και προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί συνεχιζόμενη διαδικασία, που οφείλει να κινείται παράλληλα με την πρόοδο στη σύνταξη του χάρτη υγείας της χώρας και την ανάληψη ουσιαστικής υπευθυνότητας από τις ΔΥΠΕ. Το ιατρικό προσωπικό κατέχει πρωτεύοντα ρόλο για τη διαμόρφωση της ποιότητας και ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά σε πολλές επαρχιακές πόλεις υπάρχει σημαντικό πρόβλημα στελέχωσης των κρατικών υγειονομικών δομών. Η έλλειψη προγραμματισμού των ιατρών, συνεχιζόμενης εκπαίδευσής τους και θέσπισης κινήτρων έχει δημιουργήσει τεράστια ανισοκατανομή του ιατρικού πληθυσμού ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα.

Πρόβλημα αποτελεί η ελλειμματικότητα στον προγραμματισμό και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, όπως αντικατοπτρίζεται από την ανεπαρκή κάλυψη οργανικών θέσεων στην περιφέρεια, παρά την υπερπροσφορά ιατρικού δυναμικού στα αστικά κέντρα. Οι ανισότητες στην κατανομή σε βάρος των αγροτικών περιοχών της χώρας είναι αξιοσημείωτες. Στην Αττική όπου κατοικεί το 34% του ελληνικού πληθυσμού εξασκεί το λειτούργημα του το 54% των ιατρών, ενώ αντίθετα στη Στερεά Ελλάδα όπου κατοικεί το 8% του πληθυσμού λειτουργεί το 3% του ιατρικού σώματος.

Στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ¹ υπήρχε πρόβλεψη παροχής κινήτρων για τη στελέχωση δομών υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές αλλά τα ισχύοντα κίνητρα αποδείχτηκαν ελλιπή ενώ όλες οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες μετά το νόμο του ΕΣΥ δεν έτυχαν ιδιαίτερης προσοχής. Η κάλυψη των αναγκών στις απομακρυσμένες περιοχές δεν βασίστηκε στην ουσιαστική κάλυψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά την επικράτεια αλλά βασίστηκε στο υποχρεωτικό χαρακτήρα της υπηρεσίας υπαίθρου («α-

γροτικό») και λιγότερο στην κινητοποίηση ειδικευμένων ιατρών για εγκατάσταση στην ύπαιθρο.

Επιβάλλεται και επείγει να υπάρξει κρατική ρυθμιστική παρέμβαση, τόσο για την αντιμετώπιση του πληθωρισμού των ιατρών, όσο και για την ορθολογική κατανομή τους στην επικράτεια και στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες. Επιβάλλεται η λήψη μέτρων με παροχή κινήτρων ώστε να διοχετευθεί το ούτως ή άλλως πλεονάζων ιατρικό προσωπικό στην ύπαιθρο. Η πολιτεία έχει χρέος να υποκινήσει τον ιατρικό πληθυσμό αν έχει σκοπό να αναβαθμίσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να φθάσει στο επίπεδο των άλλων ευρωπαϊκών κρατών.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας, σε ότι αφορά τις δημόσιες υποδομές, γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω ενός «δικτύου», το οποίο αποτελείται από 200 περίπου Κέντρα Υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και 250 περίπου πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές. Πιο συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μέσα στα πλαίσια του ΕΣΥ εξυπηρετείται από ένα πλέγμα υγειονομικών σχηματισμών όπως τα αγροτικά ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και τα κέντρα υγείας αστικού τύπου (όπως αυτό του Βύρωνα). Παρόλο αυτά, ΠΦΥ δυστυχώς παραμένει μακριά από τις προδιαγραφές των περισσότερων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των επιταγών που ορίζει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η στροφή της περιόδου 1983-1987, οπότε νομοθετήθηκε η λειτουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και οικοδομήθηκε με ταχύ ρυθμό ένα δίκτυο ΠΦΥ στην ελληνική ύπαιθρο, ήταν συμβατή με το γενικό πνεύμα της Διακήρυξης της Alma-Ata². Αν όμως συγκριθούν οι λεπτομερείς προβλέψεις της Διακήρυξης με την πρακτική που ακολουθήθηκε στη χώρα μας, προκύπτουν σημαντικές αποκλίσεις.

Πρακτικά, οι μόνες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, είναι τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Όλες οι υπόλοιπες δομές ή οργανωτικά σχήματα είναι αρμοδιότητας άλλων Υπουργείων, όπως του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (που εποπτεύει το ΙΚΑ, τον ΟΓΑ, τον ΤΥΔΚΥ κλπ), του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας (που εποπτεύει τον ΟΠΑΔ), του Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας (που εποπτεύει τον Οίκο Ναύτου) κ.α. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης αυτής και της κατάτμησης αρμοδιοτήτων είναι η παντελής απουσία επιτελικού σχεδιασμού, η ανάπτυξη των υπηρεσιών όσο και η παραγωγή και παροχή φροντίδων. Παράλληλα, ο ασφαλιστικός πληθυσμός των ταμείων τα οποία δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτεται μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και γιατρούς, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ απουσιάζουν δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας και μετά-νοσοκομειακής φροντίδας.

Τα πιο σημαντικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η απουσία του θεσμού του Προσωπικού (ή Οικογενειακού) Γιατρού με αποτέλεσμα την ανεπαρκή διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπλέον ο προσανατολισμός της στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και η έλλειψη πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας ενώ παράλληλα επικρατεί η ανισότητα στις παροχές, στις δυνατότητες πρόσβασης και στην ποιότητα των υπηρεσιών τα οποία δημιουργούν το αίσθημα της κοινωνικής αδικίας. Τέλος η υπανάπτυξη, η ανεπάρκεια των υπηρεσιών και η έλλειψη οργάνωσης έχουν ως αποτέλεσμα τις ουρές αναμονής και το συνωστισμό των ιατρείων.

Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η πρώτη αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται στο Ν.2519/1997 με την πρόβλεψη σύστασης του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο 9 Ν.2519/1997). Παρότι η ορολογία είναι σχετική με τον έλεγχο και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς, ότι δεν έχει γίνει κανένα ουσιαστικό βήμα από τους αρμόδιους φορείς προς την κατεύθυνση αυτή. Στη χώρα μας το 2002 γίνεται η πρώτη, ουσιαστικά, προσπάθεια προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας ως προς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου των νοσοκομείων.

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) ιδρύεται με το Ν.2920/2001 τεύχος Α΄ ΦΕΚ 131/27.6.2001 και αρχίζει να λειτουργεί στις 16/09/2002 (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001). Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα (σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) της χώρας και σκοπός του είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και ιδίως των αιτιών κακής λειτουργίας, κακής διοίκησης και διαχείρισης και υψηλού κόστους λειτουργίας, ή άλλων παραγόντων που μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών. Παρά ότι το ΣΕΥΥΠ εμφανίζεται ιδιαίτερα αναβαθμισμένο σε σχέση με τα αντίστοιχα σώματα επιθεώρησης του εξωτερικού, η κύρια λειτουργία του συνδέεται με την καταγραφή παθογόνων αιτιών και την διατύπωση προβλημάτων στα νοσοκομεία και όχι με διαδικασίες αξιολόγησης της αποδοτικότητας με τη χρησιμοποίηση στατιστικών (μη χρηματοοικονομικών) δεικτών.

Πίνακας 1.3.1: Συνολική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

	1980	1990	2000
Αυστρία	7,6	7,1	7,7
Βέλγιο	6,4	7,4	8,8
Βρετανία	5,6	6,0	7,3
Δανία	9,1	8,5	8,4
Φινλανδία	6,4	7,8	6,7
Γαλλία	7,1	8,6	9,3
Γερμανία	8,7	8,5	10,6
Ελλάδα	6,6	7,4	9,7
Ιρλανδία	8,4	6,1	6,4
Ισπανία	5,4	6,7	7,5
Ιταλία		8,0	8,1
Λουξεμβούργο	5,9	6,1	5,5
Ολλανδία	7,5	8,0	8,2
Πορτογαλία	5,6	6,2	9,2
Σουηδία	9,1	8,4	8,4
Ουγγαρία			7,1
Πολωνία		4,9	5,7
Τσεχία		5,0	7,1
Σλοβακία			5,5
Ισλανδία	6,2	8,0	9,2
Νορβηγία	7,0	7,7	7,7
Ελβετία	7,3	8,3	10,4
Τουρκία	3,3	3,6	6,6
Αυστραλία	7,0	7,8	9,0
Νέα Ζηλανδία	5,9	6,9	7,9
Ιαπωνία	6,5	5,9	7,6
Κορέα		4,2	4,6
Μεξικό		4,8	5,6
Καναδάς	7,1	9,0	8,9
ΗΠΑ	8,7	11,9	13,1

Πηγή: OECD Health Data (3rd edition) 2004.

- (1) Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1397 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αγωγή και προαγωγή της υγείας.
- (2) Στις 12 Σεπτεμβρίου 1978 η Διεθνής Συνάντηση για τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που συνήλθε στην Alma-Ata της τότε ΕΣΣΔ, διακήρυξε ότι η «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το μέσο που επιτρέπει την επίτευξη του στόχου Υγεία για όλους το 2000».

Ένα σημαντικό πρόβλημα, το οποίο πρέπει να αντιμετωπισθεί είναι η τεράστια ανομοιογένεια μεταξύ των νοσοκομείων, έστω και αν πρόκειται για νοσοκομεία της ίδιας βαθμίδας (π.χ. Νομαρχιακά), ως προς την ποιότητα, το μέγεθος και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, αν και είναι γνωστό ότι η Ελλάδα διαθέτει περίπου 5 νοσοκομειακές κλίνες ανά 10.000 κατοίκους, δηλαδή αναλογία παρόμοια με αυτή της Ολλανδίας, της Μεγάλης Βρετανίας και της Σουηδίας, οι κλίνες δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένες ανά την επικράτεια, αλλά ούτε και ομοιόμορφα καλυμμένες. Απεναντίας, υπάρχει συσσώρευση ασθενών στα κεντρικά νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, για τρέχοντα και συνήθη ιατρικά προβλήματα. Ανεπάρκεια, ευθυνοφοβία, έλλειψη κινήτρων, αποκοπή από τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, απουσία βασικών ιατρικών υπό-ειδικοτήτων και πλημμελής εργαστηριακή υποστήριξη της περιφέρειας, είναι τα κυριότερα αίτια για τη ροή των ασθενών προς το κέντρο, τα οποία και θα πρέπει να αντιμετωπισθούν.

Συμπεράσματα

Είναι φανερό ότι η πολιτική για την υγεία στην Ελλάδα, βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία αλλαγών χωρίς όμως σαφώς καθορισμένους στόχους, χωρίς σαφή πολιτική βούληση και πρακτική. Ο πυρήνας των περισσότερων προβλημάτων που αναφέρονται σήμερα, παραμένει αμετάβλητος από την δεκαετία του '80 και οι βασικές προτάσεις επαναλαμβάνονται. Παρά τις συνεχείς νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις ρυθμίσεις, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει σημαντικά μειονεκτήματα στην οργάνωση και την λειτουργία του, στη χρηματοδότηση και στην αναποτελεσματικότητα του με μεγάλες ανισότητες και προβληματική δημόσια υγεία. Η δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας και παροχή ενιαίας πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας με τη συμμετοχή όλου του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας είναι προϋποθέσεις για οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τέλος η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τα νοσοκομεία της χώρας θεωρούνται πλέον σύγχρονες επιχειρησιακές και οικονομικές μονάδες και πρέπει να παρακολουθούν τα σύγχρονα θέματα και τις τάσεις του επιστημονικού μάνατζμεντ. Οι βασικές αρχές της διοίκησης επιχειρήσεων, διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων, μάρκετινγκ, διαχείρισης τεχνολογίας και προμηθειών, και χρηματοοικονομικού μάνατζμεντ, πρέπει να διέπουν όλα τα επίπεδα διοίκησης κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Τη δυσκολία για μια πιο αποτελεσματική διοίκηση των νοσοκομείων της χώρας επιβεβαιώνει το γεγονός ότι αυτά που ανήκουν στο ΕΣΥ, ποσοστό περίπου 37%, διαθέτουν διπλόγραφικό σύστημα λογιστικής βάσει του οποίου μπορεί να γίνει κάθε ανάλυση των κριτηρίων αποδοτικότητας, επιδόσεων, ρευστότητας και φερεγγυότητας (βλ. Ζοπουνίδης, 2003, *Βασικές Αρχές και Σύγχρονα Θέματα του Χρηματοοικονομικού Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος).

Με βασικό στόχο να αναλυθούν, να εξεταστούν και να προταθούν λύσεις για τα παραπάνω προβλήματα, πραγματοποιήθηκε η έκδοση του βιβλίου αυτού που περιέχει άρθρα ανθρώπων που προέρχονται από το χώρο της υγείας και προσεγγίζουν τη διάσταση μάνατζμεντ τόσο από θεωρητικής όσο και από πρακτικής σκοπιάς. Το βιβλίο αυτό έρχεται να καλύψει νέα θέματα του management των υπηρεσιών υγείας και προσφέρει νέα μαθηματικά εργαλεία από το χώρο της επιχειρησιακής έρευνας και της πληροφορικής. Λειτουργεί ως συμπληρωματικό βιβλίο άλλων εκδόσεων, Ελλήνων και ξένων επιστημόνων, που ασχολούνται με το μάνατζμεντ των υπηρεσιών υγείας.

Το βιβλίο απευθύνεται σε επιστήμονες – ερευνητές που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας, υποψήφιους διδάκτορες μεταπτυχιακούς και προπτυχιακούς φοιτητές, καθώς επίσης και σε στελέχη που ενδιαφέρονται να γνωρίσουν νέα εργαλεία και μεθόδους επίλυσης σημαντικών και πολύπλοκων προβλημάτων του συστήματος υγείας.

Ο συγγραφέας



Ο Κωνσταντίνος Ζοπουνίδης είναι Καθηγητής, τ. Πρόεδρος του Τμήματος Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης και Διευθυντής του Εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης του Πολυτεχνείου Κρήτης. Είναι Editor in Chief των Διεθνών Επιστημονικών Περιοδικών *Operational Research: An International Journal* (Springer), *The Journal of Financial Decision Making* (Klidarithmos) και *The Journal of Computational Optimization in Economics and Finance* (Nova Publishers). Είναι επίσης Associate Editor των περιοδικών *New Mathematics and Natural Computation* (World Scientific), *Optimization Letters* (Springer), *International Journal of Banking, Accounting and Finance* (Inderscience) και *European Journal of Operational Research* (Elsevier).

Στα πλαίσια της ερευνητικής του δραστηριότητας του έχουν απονεμηθεί πολλές τιμητικές διακρίσεις μεταξύ των οποίων: (1) το 1996, το Διεθνές Ίδρυμα MOISIL (MOISIL International Foundation) του απένειμε το Χρυσό Μετάλλιο και Δίπλωμα Κοινωνικών Επιστημών και Επιστημών του Ανθρώπου για το ερευνητικό του έργο στην ανάπτυξη πολυκριτηρίων ευφών συστημάτων υποστήριξης αποφάσεων και την εφαρμογή τους στον επιστημονικό χώρο του χρηματοοικονομικού μάνατζμεντ και της εκτίμησης των χρηματοοικονομικών κινδύνων, (2) το 2000 του απονεμήθηκε το Βραβείο καλύτερης διπλωματικής εργασίας από το Decision Sciences Institute. Έχει πλούσιο συγγραφικό έργο το οποίο μέχρι στιγμής αποτελείται από 50 βιβλία που έχουν εκδοθεί από ελληνικούς και διεθνείς εκδοτικούς οίκους και περισσότερες από 400 επιστημονικές εργασίες σε διεθνή έργα και περιοδικά στους τομείς της επιχειρησιακής έρευνας, της διαχείρισης χρηματοοικονομικών κινδύνων, της πολυκριτηριακής ανάλυσης και του χρηματοοικονομικού μάνατζμεντ, χώροι στους οποίους επικεντρώνονται τα βασικά ερευνητικά ενδιαφέροντά. Έχει πραγματοποιήσει πολλές διαλέξεις και μαθήματα ως Προσκεκλημένος Καθηγητής σε Ευρωπαϊκά Πανεπιστήμια.



ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΚΛΕΙΔΑΡΙΘΜΟΣ

Στουρνάρη 27Β, 10682 Αθήνα, Τηλ. 210-3632044

Επισκεφθείτε μας στο Internet
www.klidarithmos.gr

ISBN 978-960-461-100-3



9 789604 611003