



Περιεχόμενα

- «Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις», Κ.Σουλιώτη
- «Πολιτικές Υγείας σε Περίόδους Κρίσης» Α.Βοζίκη
- «Ιδού η Πρόκληση για την Αντιμετώπιση της Κρίσης», Δ.Φιλιώτη
- «Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας», Χ.Ζηλίδη
- «Δαπάνη Υγείας: Ένα Διπλό Πρόβλημα», Α.Δολγέρα
- «Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών», Θ.Κ.Κωνσταντινίδη

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

www.neahygeia.gr

Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις

Κυριάκου Σουλιώτη, Λέκτορα Σχολής Κοινωνικών Επιστημών Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Πηγή: *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, Τρίτη 9 Μαΐου 2010*

Οι παραοικονομικές συναλλαγές αποτελούν πρακτική ευρέως διαδεδομένη σε ένα μεγάλο φάσμα δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Οι αιτίες του φαινομένου είναι πολλαπλές και ανάγονται σε παράγοντες που έχουν να κάνουν τόσο με τη λειτουργία και κυρίως τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, όσο και με εγκατεστημένες συμπεριφορές και αντιλήψεις των πολιτών.

Το φαινόμενο έχει καταγραφεί εδώ και πολλά χρόνια τείνοντας να γίνει «παράδοση» για τις συναλλαγές υγείας στην Ελλάδα. Αυτό που διαφαίνεται, από πρόσφατη έρευνα, ως νέα τάση, αφορά στον περιορισμό της πρόθεσης για πρόσθετες πληρωμές από την πλευρά των πολιτών και την ανάδειξη των τελευταίων, είτε ως προϋπόθεση για την πρόσβαση στις διαθέσιμες φροντίδες, είτε ως αυτονόητη πρακτική-αίτημα για την επιβράβευση του αυτονόητου.

Επιπλέον, αυτό το οποίο χρήζει ιδιαίτερης διερεύνησης είναι το υψηλό ποσοστό που καταφεύγει σε παραοικονομικές συναλλαγές πριν την παροχή των υπηρεσιών έπειτα από σχετικό «αίτημα» από την πλευρά των ιατρών. Σημειώνεται ότι στα δημόσια νοσοκομεία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 40,5%, ανατρέποντας σε μεγάλο βαθμό τον όποιο σχεδιασμό αναφορικά με τη διαχείριση της ζήτησης.

Παράμετρος η οποία με τη σειρά της είναι άμεσα συνδεδεμένη με την πρόκληση μεγάλων αναμονών σε κάποια σημεία του συστήματος, ιδίως για αυτούς που δεν έχουν τις οικονομικές δυνατότητες ή την επιθυμία να προσφύγουν σε πρόσθετες, άτυπες πληρωμές. Αλλωστε το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με τον λόγο καταβολής των πρόσθετων, άτυπων αυτών πληρωμών που σε όλες τις δομές είναι η διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες και η μείωση του χρόνου αναμονής σε ποσοστό πάνω από 70%, αντανakλά την ύπαρξη εμποδίων στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας τα οποία υπερβαίνει κανείς μόνο με άτυπες πληρωμές.

Σε συνέχεια με αυτό, η μη λογιστική καταγραφή μεγάλου όγκου των συναλλαγών υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη όχι μόνο με την απώλεια εσόδων από το κράτος (φοροδιαφυγή) αλλά και με

μία «κρυφή» επιβάρυνση των νοικοκυριών η οποία επιβαρύνει το βιοτικό επίπεδο, χωρίς όμως κάτι τέτοιο να περιλαμβάνεται στις επίσημες μετρήσεις για την αγοραστική δύναμη και το κόστος ζωής. Η μελέτη άλλωστε, καταγράφει σημαντική επίπτωση του φαινομένου των πρόσθετων πληρωμών στο 27% όσων έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας το τελευταίο έτος.

Ωστόσο, πρέπει να υπογραμμισθεί ότι, λόγω της οικονομικής κρίσης που βιώνει η Ελλάδα την τελευταία περίοδο, το φαινόμενο αναμένεται να υποστεί τις πιέσεις δύο αντίρροπων συμπεριφορών: απ' τη μια οι πολίτες θα προβάλλουν αντιστάσεις στα αιτήματα για άτυπες -και όχι μόνο- πρόσθετες πληρωμές και από την άλλη οι ιατροί, οι οποίοι επίσης θα υποστούν τις οικονομικές συνέπειες της κρίσης, ενδέχεται να είναι ακόμη πιο επίμονοι στην έκφραση των σχετικών απαιτήσεων.

Σε κάθε περίπτωση, το τοπίο στις συναλλαγές υγείας θα ανατραπεί λόγω του δυσμενούς οικονομικού περιβάλλοντος αλλά και των ελλειμμάτων που ήδη έχουν συσσωρευτεί στο σύστημα υγείας. Συνεπώς, η «πειθαρχία» που πρέπει να επιδείξει η ελληνική οικονομία στο Πλαίσιο Σταθερότητας και Ανάπτυξης και η οποία απαιτεί περιορισμό στις δημόσιες δαπάνες, στον τομέα της υγείας μεταφράζεται σε αναγκαίες περικοπές στις συναλλαγές και σε έλεγχο του κόστους.

Ασφαλώς, δεδομένης της σημαντικότητας, επίσημης και ανεπίσημης, επιβάρυνσης των οικογενειακών προϋπολογισμών για υπηρεσίες υγείας, δεν υπάρχουν περιθώρια για περαιτέρω μετακύλιση του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας στα νοικοκυριά.

Αντιθέτως, μάλιστα, ένα νέο ρυθμιστικό πλαίσιο με μηχανισμούς ελέγχου και διασταύρωσης των συναλλαγών υγείας πρέπει να εφαρμοστεί, προκειμένου, τουλάχιστον, να περιοριστεί ο όγκος των παραοικονομικών συναλλαγών που τόσο πλήττουν τα ατομικά εισοδήματα αλλά και τον κρατικό προϋπολογισμό.

Εξάλλου, ο περιορισμός αυτός είναι απαραίτητος όχι μόνο για λόγους οικονομικούς αλλά, κατά βάση, για λόγους ηθικούς και αξιακούς που απορρέουν από την τεράστια κοινωνική σημασία της υγείας.

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

Περιεχόμενα

- «Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις», Κ.Σουλιώτη
- «Πολιτικές Υγείας σε Περίοδους Κρίσης» Α.Βοζίκη
- «Ίδου η Πρόκληση για την Αντιμετώπιση της Κρίσης», Δ.Φιλιώτη
- «Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας», Χ.Ζηλίδη
- «Δαπάνη Υγείας: Ένα Διπλό Πρόβλημα», Α.Δολγέρα
- «Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών», Θ.Κ.Κωνσταντινίδη

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

www.neahygeia.gr

Πολιτικές Υγείας σε Περίοδους Κρίσης

Αθανασίου Βοζίκη, Λέκτορα Οικονομικών της Υγείας και Πληροφοριακών Συστημάτων, Πανεπιστημίου Πειραιώς - Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

Πηγή: *Η Καθημερινή*, Σάββατο 15 Μαΐου 2010

Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων είναι ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα στην πολιτική υγείας, επειδή κανένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να ικανοποιήσει και χρηματοδοτήσει τις (θεωρητικά άπειρες) επιθυμίες, τις ανάγκες και τη ζήτηση των πολιτών του για αγαθά και υπηρεσίες υγείας. Οι πολιτικοί προτιμούν συνήθως την αναφορά στον όρο συγκράτηση ή περιορισμός των δαπανών, δηλαδή «η προσπάθεια να περιοριστούν οι δαπάνες υγείας σε προκαθορισμένο, συνήθως προϋπολογισμένο, ποσό για μια δεδομένη χρονική περίοδο» και αποτελεί, κυρίως, τεχνική οικονομικού ελέγχου. Από την άλλη, η περιοριστική διανομή, αναφέρεται λιγότερο στον οικονομικό έλεγχο και περισσότερο στην κατανομή των πόρων στην υγεία. Έχει περισσότερο ιδεολογική διάσταση από τη συγκράτηση του κόστους και αποδέχεται - αν όχι υιοθετεί - τον παρεμβατισμό στον χώρο της ιατρικής επιστήμης. Όταν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά συναντώνται σε ένα σύστημα υγείας, τότε εφαρμόζεται περιοριστική διανομή: Έλλειψη πόρων και εμφανής ανάγκη για κατανομή τους, λίστες αναμονής και μακρύς χρόνος αναμονής, άρνηση παροχής ποιοτικής περίθαλψης, διάκριση μεταξύ των ασθενών ανεξάρτητα από την ανάγκη.

Στην Ευρώπη, η εισαγωγή της περιοριστικής διανομής θεωρείται ως διαδικασία «αιρετική» και αντιμετωπίζεται ίσως με τον ίδιο τρόπο που αντιμετωπίζουν στις ΗΠΑ την «κοινωνικοποιημένη ιατρική», αν και σαν περιεχόμενο και διαδικασία ήδη εφαρμόζεται σε διαφορετικές μορφές και βαθμό. Στην Ελλάδα βασικά χαρακτηριστικά της περιοριστικής διανομής κάνουν αισθητή την παρουσία τους (τουλάχιστον τα τρία από τα παραπάνω), ενώ η δηλωμένη δυσαρέσκεια των πολιτών από το ΕΣΥ, σε συνδυασμό με τα προβλήματα στη χρηματοδότησή του, έχουν οδηγήσει σε μια άτυπη ιδιωτικοποίηση του συστήματος, με σημαντικότερες συνέπειες για τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγείας.

Η κυβερνητική αδυναμία επί σειρά δεκαετιών να επιτύχει άριστη κατανομή των πόρων, μέσα από διαδικασίες λήψης πολιτικών αποφάσεων, μπορεί να αποδοθεί σε τέσσερις κύριους λόγους:

Πρώτον, οι κυβερνήσεις δεν έχουν τη δυνατότητα (ή αποφεύγουν) να αναλαμβάνουν μακροχρόνιες δεσμεύσεις στον χώρο της υγείας.

Δεύτερον, οι διάφορες συνεργασίες σε πολιτικό επίπεδο των εμπλεκόμενων στον χώρο της υγείας, συχνά δεν οδηγούν σε άριστα αποτελέσματα, είτε γιατί το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης είναι υπαρκτό, είτε γιατί τέτοιου είδους συνεργασίες συνάπτονται υστερόβουλα, συνήθως στο πλαίσιο δυναμικών διαδικασιών διεκδικήσεων. Τρίτον, σε ατελείς αγορές (όπως η ελληνική), ο έντονος ανταγωνισμός μπορεί να οδηγεί σε μη άριστα αποτελέσματα.

Τέλος, η αβεβαιότητα ως προς τα αποτελέσματα και τις συνέπειες κάθε δραστηρικής παρέμβασης στον χώρο της υγείας, αποτρέπει συχνά την κυβέρνηση από την εφαρμογή πολιτικών ενδυνάμωσης του κοινωνικού προσώπου της. Με δεδομένη τη δραστηρική περικοπή των δαπανών, που θα βιώσουμε αναπόφευκτα για τα επόμενα χρόνια, παραθέτουμε απόσπασμα από το «European Health Care Reforms» της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ως οδηγό της πολιτικής ηγεσίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στον χώρο της υγείας: «Πάνω απ' όλα ευρίσκεται η υποχρέωση της εκλεγμένης κυβέρνησης να εκτιμήσει την προσφορότερη κατά την κρίση της λύση ως προς την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων».

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

Περιεχόμενα

- «Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις», Κ.Σουλιώτη
- «Πολιτικές Υγείας σε Περίοδοι Κρίσης» Α.Βοζίκη
- «Ίδου η Πρόκληση για την Αντιμετώπιση της Κρίσης», Δ.Φιλιώτη
- «Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας», Χ.Ζηλίδη
- «Δαπάνη Υγείας: Ένα Διπλό Πρόβλημα», Α.Δολγέρα
- «Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή ποιότητα παροχής Υπηρεσιών», Θ.Κ.Κωνσταντινίδη

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

www.neahygeia.gr

Ίδου η πρόκληση για την αντιμετώπιση της κρίσης

Διονυσίου Φιλιώτη, Προέδρου ΣΦΕΕ

Πηγή: *Ημερησία, Ειδική Έκδοση για την Υγεία, Τρίτη 25 Μαΐου 2010*

Ζούμε σε μια ιδιαίτερα κρίσιμη εποχή, αφού οι πρακτικές και οι μέθοδοι που υιοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν εδώ και δεκαετίες αμφισβητούνται και κλυδωνίζονται. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια από τις πιο δύσκολες και προκλητικές στιγμές της νεότερης ιστορίας της, εκτεθειμένη στη δίνη μιας εξαιρετικά μεγάλης κρίσης. Την ίδια στιγμή, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις πλήττονται από μία ομοβροντία μέτρων εκ των οποίων πιο σημαντικό είναι η ανατιμολόγηση των 6.500 φαρμάκων, με μείωση των τιμών τους κατά 27% με την εφαρμογή μεταβατικής αγορανομικής διάταξης. Το μέτρο αυτό είναι καταστροφικό για τους Έλληνες ασθενείς και τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, χωρίς να επιφέρει το αναμενόμενο όφελος για την εθνική οικονομία.

Έτσι, μέσα σε ένα Σαββατοκύριακο προκλήθηκαν καταστροφικές στρεβλώσεις στη φαρμακευτική αγορά και είναι πλέον θέμα χρόνου, να υπάρξουν δραματικές ελλείψεις φαρμάκων στη χώρα μας και να μην μπορούν οι Έλληνες ασθενείς να βρουν τα φάρμακά τους (κυρίως λόγω επανεξαγωγής των). Πολλά φάρμακα πωλούνται πλέον στην Ελλάδα σε τόσο χαμηλή τιμή, που καθίσταται ασύμφορο για τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις να τα διαθέτουν στην αγορά. Παράλληλα, δημιουργούνται κερδοσκοπικά κίνητρα με αποτέλεσμα πολλά φάρμακα να επανεξάγονται σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπου οι τιμές τους είναι υψηλότερες.

Η αιφνιδιαστική εφαρμογή της μεταβατικής αυτής ρύθμισης θέτει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα πολλών φαρμακευτικών επιχειρήσεων, οι οποίες αναγκάζονται εκ των πραγμάτων και προχωρούν σε δραστηριότητα μείωσης των δραστηριοτήτων τους και των επενδύσεων τους. Η κατάσταση είναι ζοφερή και ασφυκτική. Πολλές επιχειρήσεις στενάζουν από την έλλειψη ρευστότητας, την αδυναμία του κράτους να ρυθμίσει τα υπέρογκα χρέη των νοσοκομείων, που ξεπερνούν τα 3 δις ευρώ, και τη συσσώρευση νέων χρεών.

Γι' αυτό είναι απαραίτητο το αρμόδιο Υπουργείο να επεξεργαστεί άμεσα τις ενστάσεις που υπέβαλαν οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις κατά του Δελτίου Τιμών και να διορθώσει τις τιμές των φαρμάκων προχωρώντας στην έκδοση διορθωτικού Δελτίου Τιμών. Θα πρέπει επίσης το Υπουργείο, εφαρμόζοντας την ισχύουσα νομοθεσία, να προχωρήσει άμεσα στην έκδοση νέου Δελτίου Τιμών καθορίζοντας τις τιμές των φαρμάκων με βάση το μέσο όρο των τριών χαμηλοτέρων τιμών στα κράτη μέλη της ΕΕ.

Επισημαίνω ότι η οριστική λύση του προβλήματος είναι να καθιερωθεί ένα νέο σύστημα τιμών, το οποίο λύνει οριστικά όλα τα προβλήματα τιμολόγησης των φαρμάκων και εγγυάται την ομαλή λειτουργία της αγοράς και μεγαλύτερη οικονομία κρατικών πόρων. Το σύστημα βασίζεται στην καθιέρωση μίας λογικής, ελεύθερης τιμής για κάθε φάρμακο και μίας σημαντικά χαμηλότερης, ασφαλιστικής τιμής, για την κάλυψη των φαρμάκων από την Κοινωνική Ασφάλιση και τα δημόσια νοσοκομεία, δηλαδή για τον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα.

Το σύστημα αυτό εξασφαλίζει οικονομία για το Δημόσιο Τομέα, συγχρόνως δε εγγυάται την επάρκεια των φαρμάκων για τους Έλληνες ασθενείς. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στη χρηματοδότηση της χαμηλής ασφαλιστικής τιμής από την ελεύθερη ανταγωνιστική τιμή. Έτσι το Δημόσιο εξασφαλίζει χαμηλή φαρμακευτική δαπάνη, ενώ συγχρόνως εξασφαλίζεται η επιχειρηματικότητα, η είσπραξη ΦΠΑ από την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, η απασχόληση στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, ασφαλιστικές εισφορές κλπ.

Ολοκληρώνοντας, τονίζω ότι αν θέλουμε να προασπίσουμε τη λειτουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας στη χώρα μας, πρέπει να διασφαλίσουμε τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας. Η Πολιτεία δεν θα αποκομίσει οφέλη πλήττοντας το φάρμακο που αποτελεί το 1/5 μόνο των δαπανών υγείας, πλήττοντας ένα κλάδο που προσφέρει εργασία αξιώσεων σε 15.000 επιστήμονες, διακρίνεται από την προοπτική να αναπτυχθεί, να επεκταθεί και να προσφέρει στην εθνική προσπάθεια ανασύνταξης της χώρας.

Η κρίση μπορεί να μεταβληθεί σε ευκαιρία για να απαλλαγούμε από όλα αυτά που μας έκαναν τόσο ευάλωτους στους κραδασμούς και τις εύκολες λύσεις αδιέξοδων διοικητικών αποφάσεων . Αν αυτό δεν το καταλάβουμε, τότε η κρίση μπορεί να γίνει η θρυαλλίδα για την ανατροπή μιας μεγάλης σειράς από κατακτήσεις της ελληνικής κοινωνίας και της επιχειρηματικής κοινότητας. Ίδου η πρόκληση, την οποία δεν έχουμε την πολυτέλεια να αγνοήσουμε.

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

Περιεχόμενα

- «Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις», Κ.Σουλιώτη
- «Πολιτικές Υγείας σε Περίοδο Κρίσης» Α.Βοζίκη
- «Ίδού η Πρόκληση για την Αντιμετώπιση της Κρίσης», Δ.Φιλιώτη
- «Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας», Χ.Ζηλίδη
- «Δαπάνη Υγείας: Ένα Διπλό Πρόβλημα», Α.Δόλγερα
- «Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών», Θ.Κ.Κωνσταντινίδη

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr
www.neahygeia

Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας

Χρήστου Ζηλίδη, Καθηγήτη Κοινωνικής Ιατρικής, Διοικήτη της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας

Πηγή: «Το Βήμα», 29 Μαΐου 2010

Το κύριο πρόβλημα στην ασφάλιση υγείας είναι η παντελής αδυναμία τήρησης προϋπολογισμού και η συνεχής δημιουργία ελλειμμάτων. Αυτό, καθιστά το σύστημα εξαιρετικά σπάταλο και αντιαποδοτικό, συντηρεί κοινωνικές ανισότητες και απειλεί το όλο οικοδόμημα της ασφάλισης υγείας.

Η κύρια αιτία της αδυναμίας τήρησης προϋπολογισμού είναι η κατά πράξη πληρωμή, η οποία σε ορισμένα ταμεία (π.χ. ΟΠΑΔ) έχει πλήρη εφαρμογή, ενώ σε άλλα εκτεταμένη. Η κατά πράξη αμοιβή (α) μετατρέπει τους γιατρούς σε απειράριθμα και ανεξέλεγκτα «κέντρα κόστους», και (β) δημιουργεί κίνητρα προκλητής ζήτησης, αφού η αμοιβή των γιατρών συνδέεται με τον αριθμό των ιατρικών πράξεων.

Είναι σαφές, ότι αυτό που έχουμε ανάγκη, είναι μια μεταρρύθμιση η οποία να εξασφαλίζει:

- Δυνατότητα τήρησης προϋπολογισμού
- Ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού
- Αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην ασφάλιση υγείας.

Το κλειδί για την τήρηση προϋπολογισμού και την αποφυγή ελλειμμάτων είναι η γενική αντικατάσταση της κατά πράξη πληρωμής με "προϋπολογιστικά" συστήματα πληρωμών.

Οι θεμελιώδεις κατευθύνσεις μιας τέτοιας μεταρρύθμισης είναι:

1. Η ενιαία και αποτελεσματική διαχείριση των πόρων υγείας των ταμείων. Η δημιουργία ενός Κοινοπρακτικού Οργανισμού υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, ο οποίος θα διαχειρίζεται με ενιαίο τρόπο τους πόρους και τις παροχές υγείας των ταμείων αποτελεί την πιο ρεαλιστική λύση. Τα ταμεία θα περιορισθούν αποκλειστικά σε ρόλο ασφαλιστικού φορέα.

Ο ΟΠΑΔ μαζί με τον διοικητικό μηχανισμό του κλάδου υγείας του ΙΚΑ, μπορούν να αποτελέσουν τον οργανωτικό κορμό του νέου οργανισμού. Ο Κοινοπρακτικός Οργανισμός θα αναλάβει (α) την οργάνωση του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού και (β) τον ανασχεδιασμό της συνεργασίας και των συμβάσεων με τον ιδιωτικό τομέα, στο πλαίσιο του προϋπολογισμού.

2. Η καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού, που θα οικοδομηθεί με βάση την ετήσια κατά κεφαλή αποζημίωση (capitation), μέθοδο που εξασφαλίζει την τήρηση προϋπολογισμού χωρίς να δημιουργεί κίνητρα προκλητής ζήτησης. Ο Οικογενειακός Γιατρός δεν είναι μια επιπλέον παροχή που απαιτεί απαραίτητα επιπλέον πόρους. Ο θεσμός θα αντικαταστήσει το σημερινό σπάταλο και χαοτικό σύστημα, εξασφαλίζοντας (α) υψηλότερη αποτελεσματικότητα και (β) έλεγχο των δαπανών με δημοσιονομική πειθαρχία. Η οργάνωση και χρηματοδότηση του θεσμού θα πρέπει να γίνει από τον Κοινοπρακτικό Οργανισμό.

3. Η οργάνωση ενιαίου δικτύου πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών στις πόλεις, το οποίο θα παρέχει (α) υπηρεσίες ιατρικών ειδικοτήτων και (β) εργαστηριακές εξετάσεις.

Το δίκτυο θα οικοδομηθεί με κορμό τα ιατρεία του ΙΚΑ, πλαισιωμένο με ένα σύνολο συμβάσεων με τον ιδιωτικό τομέα.

Τα ιατρεία του ΙΚΑ θα πρέπει να διαχωρισθούν από το ΙΚΑ και να

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

www.neahygeia

Περιεχόμενα

- «Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις», Κ.Σουλιώτη
- «Πολιτικές Υγείας σε Περίοδοι Κρίσης», Α.Βοζίκη
- «Ίδου η Πρόκληση για την Αντιμετώπιση της Κρίσης», Δ.Φιλιώτη
- «Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας», Χ.Ζηλίδη
- «Δαπάνη Υγείας: Ένα Διπλό Πρόβλημα», Α.Δόλγερα
- «Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών», Θ.Κ.Κωνσταντινίδη

αποτελέσουν κατά ομάδες (π.χ. κατά δήμο) ανεξάρτητα ΝΠΔΔ εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας, διατηρώντας το ισχύον καθεστώς εργασιακών σχέσεων.

4. Νέο πλαίσιο συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα. Στις νέες συμβάσεις, θα πρέπει να αποφευχθεί με κάθε τρόπο η κατά πράξη πληρωμή - γιατί αυτό θα οδηγούσε εκ νέου σε προκλητή ζήτηση, αύξηση δαπανών και δημιουργία ελλειμμάτων - και να εφαρμοσθούν προϋπολογιστικά συστήματα πληρωμών. Το συνολικό ύψος των συμβάσεων μπορεί να περιορισθεί στο 50% του σημερινού.

Με τα παραπάνω θα έχουμε πετύχει:

- (α) Ενοποίηση της ασφάλισης υγείας και μερική κατάργηση ασφαλιστικών ανισοτήτων,
- (β) Πληρέστερη πρωτοβάθμια φροντίδα,
- (γ) Αποτελεσματικότερη διαχείριση πόρων,
- (δ) Τήρηση προϋπολογισμού και αποφυγή ελλειμμάτων.

Φτάνουν οι διαθέσιμοι πόροι για μια τέτοια μεταρρύθμιση; Μολονότι θα μπορούσε να διαβεβαιώσει κανείς ότι επαρκούν, εντούτοις, η απάντηση στο ερώτημα είναι διαφορετική: Πρέπει να ασκήσουμε πολιτική με όσους πόρους διαθέτουμε. Όχι με περισσότερους, ούτε με ελλείμματα. Άρα, το ερώτημα δεν είναι «πόσοι πόροι απαιτούνται», αλλά «πώς θα διαχειριστούμε τους διαθέσιμους πόρους για να κάνουμε αυτά που θέλουμε».

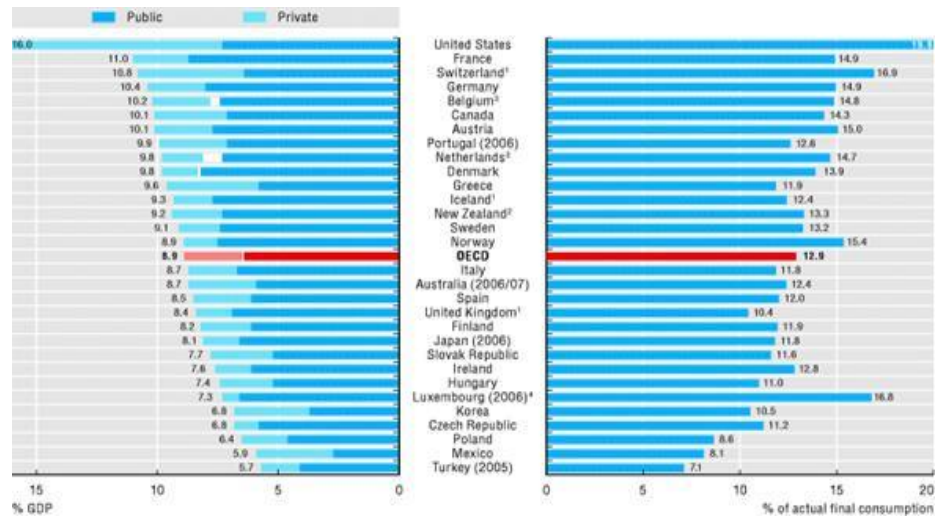
Δαπάνη υγείας: ένα διπλό πρόβλημα Εκρηκτική Αύξηση

Απόστολος Δόλγερας, Επιστημονικός Συνεργάτης του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Πηγή: ηλεκτρονικό περιοδικό «Μεταρρύθμιση», www.metarithmisi.gr

Η δαπάνη υγείας έχει μεγεθυνθεί τα τελευταία χρόνια σε τέτοιο βαθμό, που έχει εξελιχθεί σε διπλό πρόβλημα. Αφενός είναι υπεύθυνη σε σημαντικό βαθμό για τον δημοσιονομικό εκτροχιασμό της χώρας και αφετέρου αποτελεί τροχοπέδη σε οποιαδήποτε απόφαση για αλλαγή ή μεταρρύθμιση του διασπασμένου και γερασμένου συστήματος φροντίδας υγείας. Εκτός του ότι καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του ΑΕΠ, μεγαλύτερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, 9,6% για το 2007 και το 11,9 της τελικής ενεργού κατανάλωσης (Πίνακας 1), αυξάνει με υψηλούς ρυθμούς, μεγαλύτερους από αυτούς της αύξησης του ΑΕΠ και από τους μεγαλύτερους των χωρών του ΟΟΣΑ (Πίνακας 2), 6,6% για τα έτη 1997-2007.

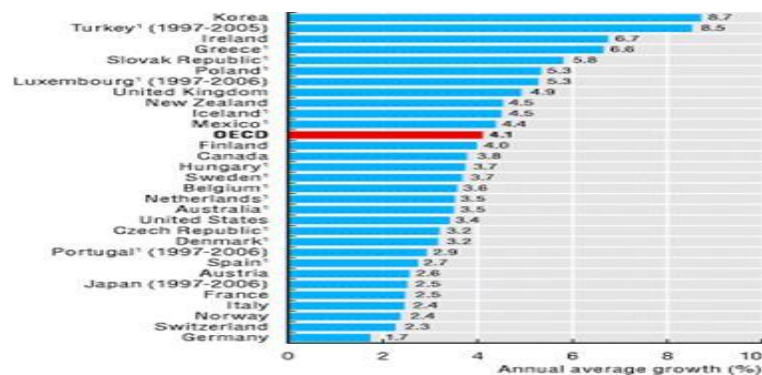
Πίνακας 1. Η συνολική, η δημόσια και η ιδιωτική δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, ως % επί του ΑΕΠ και της κατανάλωσης το 2007



Πηγή: OECD/Statistics/Health at a glance, 2009

Η σχέση δημόσιας-ιδιωτικής δαπάνης παραμένει σταθερή τις τελευταίες δεκαετίες, 60-40%. Τις δημόσιες, απαρτίζουν εξ ημισίας οι δαπάνες της κυβέρνησης και της κοινωνικής ασφάλισης. Η ετήσια εκρηκτική αύξηση κατά 6,6%, ιδιαίτερα στο ποσοστό που αναλογεί στη δημόσια δαπάνη, δημιουργεί τα δημοσιονομικά προβλήματα και συμπιέζει άλλες επιλογές της ελληνικής κοινωνίας.

Πίνακας 2. Ετήσια αύξηση της δαπάνης υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ 1997-2007



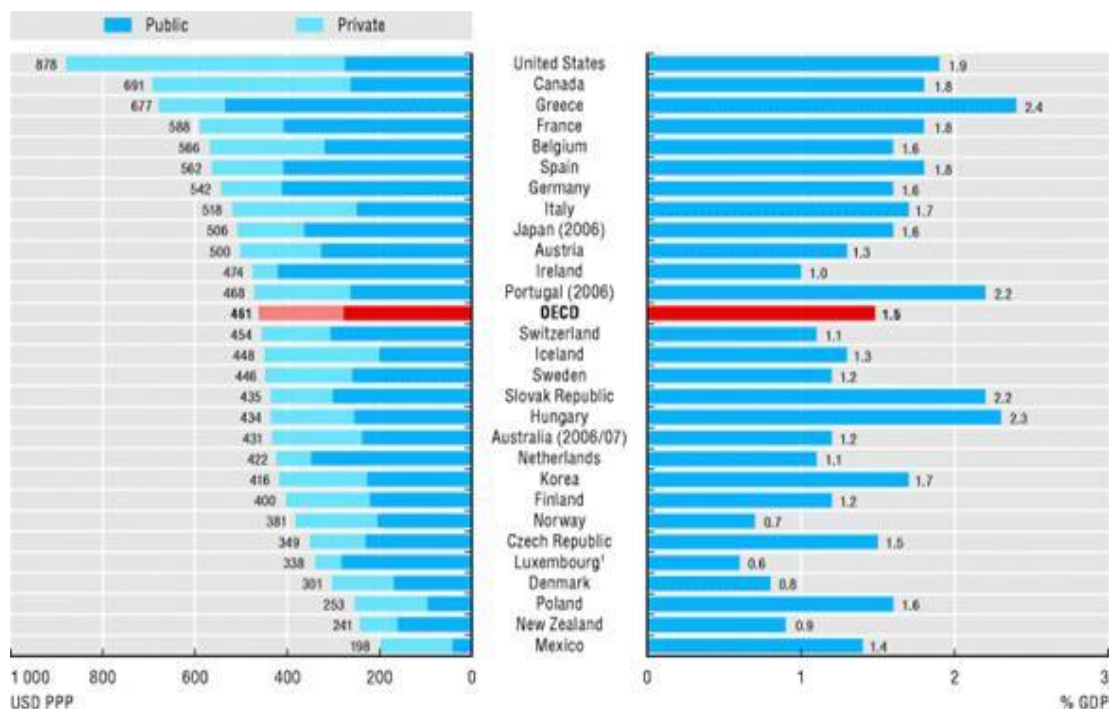
Πηγή: OECD/Statistics/Health at a glance, 2009

Για τη βελτίωση του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης απαιτείται ανασυγκρότηση του ΕΣΥ με περιορισμό των κλινών, συγχώνευση και κατάργηση μονάδων

Διεθνώς η δαπάνη υγείας αυξάνει με πιο γρήγορους ρυθμούς από το ΑΕΠ. Αυτό συμβαίνει λόγω της γήρανσης της κοινωνίας, της εισαγωγής νέας ακριβής τεχνολογίας και φαρμάκων, της αυξημένης προσδοκίας των πολιτών και των προμηθευτών. Στη χώρα μας, όπως προαναφέρθηκε, η δημόσια δαπάνη υγείας τα τελευταία χρόνια τρέχει με εκρηκτικούς ρυθμούς. Φαίνεται ότι αυτό οφείλεται σε κάποιο πρόσθετο λόγο, τη «σπατάλη», που αφορά κυρίως τη φαρμακευτική και τη νοσοκομειακή δαπάνη. Το φάρμακο στην Ελλάδα αφορά κυρίως τη δημόσια δαπάνη και ιδιαίτερα αυτή της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ το νοσοκομείο, τη δαπάνη της κεντρικής κυβέρνησης.

Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, καταλαμβάνει την τρίτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και την πρώτη θέση, ως ποσοστό του ΑΕΠ, (Πίνακας 3). Το φαινόμενο της πολυφαρμακίας οφείλεται σε δύο λόγους. Πρώτον, η πολιτική συγκράτησης των δαπανών εστιάζεται αποκλειστικά στις τιμές, ενώ οι μηχανισμοί ελέγχου που θα έπρεπε να συγκρατήσουν τον όγκο, είναι ανύπαρκτοι και απαρχαιωμένοι (είμαστε μακράν πρώτοι στη κατανάλωση αντιβιοτικών στις χώρες του ΟΟΣΑ). Δεύτερον, έχει συγκροτηθεί μια πολύ ενεργητική συμμαχία

Πίνακας 3 Κατά κεφαλή συνολική, δημόσια και ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη και ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2007

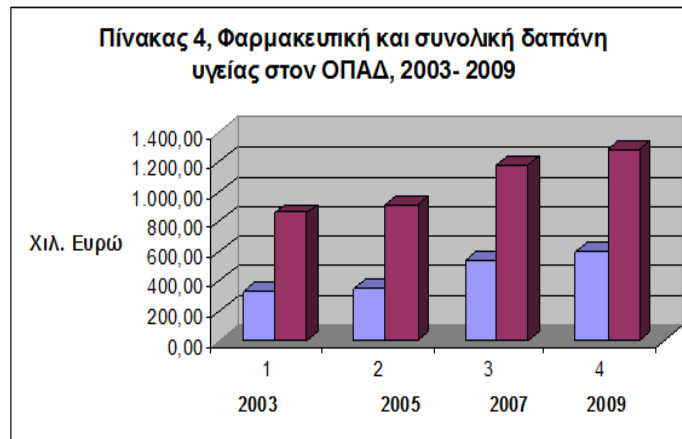


Πηγή: OECD/Statistics/Health at a glance, 2009

γιατρών -φαρμακοποιών/ φαρμακευτικών εταιρειών, που περιλαμβάνει και ένα παθητικό τρίτο μέρος, αυτό των ασθενών, που αδιαφορεί για τη δαπάνη του φαρμάκου από τη στιγμή που έχει σχεδόν μηδενικές τιμές την ώρα της ανταλλαγής.

Η συμμαχία αυτή αποτελεί σημαντικό πελάτη του πολιτικού συστήματος. Ακόμη και σήμερα, παρά τις τρομακτικές δημοσιονομικές πιέσεις, δεν έχει γίνει τίποτε, ή σχεδόν τίποτε, προς την κατεύθυνση της συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης, που εξακολουθεί να τρέχει με αυξημένους ρυθμούς για τα ασφαλιστικά ταμεία. Η εξαγγελθείσα μείωση των τιμών κατά 30% στο 50% των κυκλοφορούντων σκευασμάτων, εξακολουθεί να επενδύει σε μια αποτυχημένη πολιτική συγκράτησης της δαπάνης. Δεν θα αποδώσει τα προϋπολογισθέντα οφέλη, επειδή οι φαρμακευτικές εταιρείες ελέγχουν τη συνταγογράφηση των φαρμάκων από τους γιατρούς, με δύο τρόπους. Πρώτον, τη σχεδόν αποκλειστική παροχή των φαρμακολογικών πληροφοριών και δεύτερον, την παροχή οικονομικών κινήτρων. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο στόχος της μείωσης της δαπάνης κατά 1 δις ευρώ το 2010, φαντάζει ανέφικτος.

Τα ανωτέρω γίνονται πιο σαφή αν εξετάσουμε ένα παράδειγμα, την εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τη συνολική δαπάνη υγείας στον Οργανισμό Περιθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, ΟΠΑΔ, (Πίνακας 4). Το 2003, η φαρμακευτική δαπάνη αποτελούσε περίπου το 1/3 της συνολικής, ενώ το 2009 το 1/2, παρά το ότι και οι υπόλοιπες δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά. Τι συνέβη; Αυξήθηκαν οι ασφαλισμένοι; Αυξήθηκαν οι τιμές; Αυξήθηκε ο μέσος όρος της ηλικίας



των ασφαλισμένων; Έγιναν σε κάποιο μέτρο όλα αυτά, αλλά δεν μπορούν να εξηγήσουν το διπλασιασμό της δαπάνης από το 2003 στο 2009, μάλλον κάποιο πάρτι είχε η πελατεία του τότε κυβερνώντος κόμματος.

Την ίδια περίπου εικόνα ακολουθεί και η νοσοκομειακή δαπάνη.

Ο προϋπολογισμός της νοσοκομειακής δαπάνης γίνεται με ιστορικά στοιχεία και όχι με τις πραγματικές ανάγκες των νοσοκομείων. Παρατηρείται ένα μόνιμο φαινόμενο παραγωγής ελλειμμάτων τις τελευταίες δεκαετίες. Στην τετραετία 2005 έως και 2008, το φαινόμενο γιγαντώνεται και παράγονται ελλείμματα περί τα 6,2 δις.

Σε ποιο βαθμό τα ελλείμματα οφείλονται σε κακοδιαχείριση και διαφθορά και σε ποιο στον ελλειπή προϋπολογισμό, επιχειρεί να απαντήσει η πρόσφατη έρευνα «Σπατάλες στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας», που πραγματοποίησε ο καθηγητής Γιάννης Τούντας και οι συνεργάτες του. Σύμφωνα με τα πρώτα ευρήματα της έρευνας αυτής, «Οι μεγαλύτερες σπατάλες, με βάση τον μέσο όρο αύξησης των δαπανών και στα 26 νοσοκομεία, καταγράφηκαν στην κατηγορία "λοιπά είδη" (λειτουργικές δαπάνες εκτός μισθοδοσίας, όπως φύλαξη, καθαριότητα, πλύση ιματισμού, διανομή γευμάτων, εκπαίδευση, οδοιπορικά κ.λπ.) με μέσο όρο αύξησης 118,3%. Ακολουθεί το ορθοπεδικό υλικό με 71,5%, τα αντιδραστήρια με 56,79%, τα φάρμακα με 46,81% και τέλος το υγειονομικό υλικό με 31,11%». Αυτό αποτελεί ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον εύρημα, γιατί κόντρα στις κατεστημένες πεποιθήσεις δείχνει ότι τα ελλείμματα κυρίως παράγονται από τις ίδιες τις διοικήσεις των νοσοκομείων, αφού αφορούν τις πιο ελέγξιμες προμήθειες.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Τούντα, το 30% των δαπανών αποτελούν σπατάλη που οφείλεται «στη διαφθορά, τις υπερτιμολογήσεις, την κακοδιοίκηση» και κάνει λόγο για μίζες 30% στην προμήθεια υλικών.

Για τη βελτίωση του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης απαιτείται ανασυγκρότηση του ΕΣΥ με περιορισμό των κλινών, συγχώνευση και κατάργηση μονάδων. Μερικά παραδείγματα: Η ύπαρξη σε ένα μικρό νομό τριών νοσοκομείων,

δημιουργεί, εκτός από δομική σπατάλη, και χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών. Στην Αθήνα, το Αττικό νοσοκομείο δημιουργήθηκε για να υποκαταστήσει τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία Αρεταίειο, Αιγινήτειο και Αλεξάνδρα, τα οποία εξακολουθούν να λειτουργούν παράλληλα. Το παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Νταού Πεντέλης έχει περί τους 10 μόνιμους ασθενείς-τρόφιμους και δεκάδες γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς, κηπουρούς κ.λ.π. Παρά τις επανειλημμένες εξαγγελίες για το κλείσιμό του, που επιτάσσεται και από το πρόγραμμα της αποασυλοποίησης, εξακολουθεί να υπάρχει και να απορροφά σπάνιους πόρους που θα μπορούσαν να κατανεμηθούν σε νοσοκομεία που έχουν πραγματική ανάγκη.

Αρκετά από τα ανωτέρω φαντάζουν αυτονόητα και εύκολα, αλλά αποδείχτηκε ότι δεν είναι. Ίσως η ανάγκη δημοσιονομικής πειθαρχίας να αποτελέσει την ευκαιρία εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και των κλάδων περίθαλψης των ασφαλιστικών ταμείων, αν και το επείγον του πράγματος μπορεί να προκαλέσει εύκολες αποφάσεις που θα επιπέσουν επί δικαίων και αδίκων.

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

- «Κατεστημένες Συμπεριφορές και Αντιλήψεις», Κ.Σουλιώτη
- «Πολιτικές Υγείας σε Περιόδους Κρίσης», Α.Βοζίκη
- «Ίδού η Πρόκληση για την Αντιμετώπιση της Κρίσης», Δ.Φιλιώτη
- «Τι Είδους Μεταρρύθμιση Χρειαζόμαστε στην Ασφάλιση Υγείας», Χ.Ζηλίδη
- «Δαπάνη Υγείας: Ένα Διπλό Πρόβλημα», Α.Δόλγερα
- «Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών», Θ.Κ.Κωνσταντινίδη

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

www.neahygeia.gr

Οι Υπερτιμημένες Ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας Στοχεύουν σε Χαμηλή Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Θ.Κ. Κωνσταντινίδη, Αν. Καθηγήτριά της Ιατρικής Σχολής του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος, tconstan@med.duth.gr

Πηγή: ΕΡΓΑΣΙΑ&ΥΓΕΙΑ (περιοδική έκδοση έντυπη και ηλεκτρονική της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος), τεύχος 4, Μάιος 2010

Στη χώρα μας, με τις γνωστές υστερήσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες, από το 1985 καθιερώθηκε η ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας και από το 1995 άρχισε η εκπαίδευση Ειδικών Ιατρών Εργασίας, με ελάχιστες οργανικές θέσεις ειδικευομένων στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Για χρόνια διαδίδονταν η εκδοχή ότι οι ανάγκες σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας στην Ελλάδα είναι 1000-1200. Η μεγιστοποίηση του αριθμού αυτού έδινε το άλλοθι της εμπλοκής ιατρών άλλων ειδικοτήτων στην παροχή υπηρεσιών ιατρικής της εργασίας, η οποία ασφαλώς δημιουργεί υστερήσεις ως προς την ποιότητα, που προφανώς οδηγεί στην πλημμελή επιτήρηση από ιατρική θεώρηση των συνθηκών εργασίας στους χώρους παραγωγής, αλλά και σε υστερήσεις που αφορούν την υγεία των εργαζομένων. Θα πρέπει να υποθέσει κανείς ότι δεν είναι σκόπιμο του παρόντος σημειώματος να συζητηθεί η αναγκαιότητα της ύπαρξης μιάς ιατρικής ειδικότητας, που είναι καθιερωμένη εδώ και δεκαετίες σε άλλες αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες και υφίσταται στη χώρα μας από το 1985. Ωστόσο, μια στοιχειώδης ανασκόπηση των αντικειμένων της θα οδηγούσε κάθε ανεξάρτητο παρατηρητή στο ότι πολύ συχνά δεν τηρούνται απαραίτητες υποχρεώσεις στη χώρα μας, όπως η συμμετοχή του ιατρού που ασκεί καθήκοντα ιατρικής της εργασίας στη σύνταξη μελέτης επικινδυνότητας κατά θέση εργασίας, η απουσία ιατρικών πιστοποιητικών ικανότητας προς εργασία, η σύνδεση της νοσηρότητας με το επάγγελμα, η καταγραφή της επαγγελματικής νοσηρότητας και πλειάδα άλλων ζητημάτων. Κατά πάσα πιθανότητα, είναι απαραίτητο να είναι κανείς καταρτισμένος στα θέματα αυτά. Κατάρτιση που προφανώς αποκτάται μέσω της ιατρικής ειδικότητας. Είναι σαν να προτίθεται ευγενώς ένας ιατρός να φέρει σε πέρας καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, χωρίς τη σχετική κατάρτιση, που μόνο μέσω της εκπαίδευσης στη σχετική ειδικότητα μπορεί να αποκτήσει. Ετσι, η όλη συζήτηση θα μπορούσε να εστιάσει στο πώς πρέπει να εκπαιδεύεται ένας ιατρός εργασίας, αλλά και πόσοι ιατροί εργασίας είναι απαραίτητο να εκπαιδεύονται στη χώρα μας (με βάση τις απαιτήσεις της αγοράς). Αντί για μια τέτοιου τύπου συζήτηση, το ενδιαφέρον συχνά εστιάζεται σε επιχειρηματικά και οικονομικά ζητήματα, που αφορούν ασφαλώς την άσκηση καθηκόντων με βάση τον περιορισμό του κόστους και όχι την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ασφαλώς και είναι σύννομη η λειτουργία επιχειρήσεων που παρέχουν τις σχετικές υπηρεσίες, αλλά θα ήταν ιδιότυπο να περιμένει κανείς να στελεχώσει ένα Ιατρικό Διαγνωστικό Κέντρο που ασχολείται με μικροβιολογικές εξετάσεις, με ειδικούς χειρουργούς ή ένα κέντρο εξωσωματικής γονιμότητας με οφθαλμιάτρους.

Ίσως θα άξιζε τον κόπο να μιλήσει κανείς και για τον πληθικό αριθμό των αναγκών σε Ειδικούς Ιατρούς Εργασίας με επιστημονική μεθοδολογία. Πρόσφατη μελέτη της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος σε συνεργασία με το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας, έδειξε ότι με βάση τις στατιστικές απασχόλησης οι ανάγκες δεν ξεπερνούν τους 300-400 ιατρούς. Επομένως ο μύθος των 1000 ή και διπλάσιων ιατρών που συχνά αναφέρεται, μόνη πρόθεση έχει την εύρεση λύσης, μέσω ετεροαπασχόλησης ιατρών άλλων ειδικοτήτων στο αντικείμενο μιάς υπαρκτής ειδικότητας. Άλλωστε, όσες κι αν είναι οι ανάγκες, ο ισχνός αριθμός ειδικευόμενων δεν προκύπτει από την ανυπαρξία ενδιαφέροντος για τη συγκεκριμένη ειδικότητα από τους νέους ιατρούς, αλλά από τον πολύ μικρό αριθμό οργανικών θέσεων ειδικευόμενων Ιατρικής της Εργασίας στα νοσοκομεία της πατρίδας μας. Την ευθύνη για το ζήτημα αυτό, ασφαλώς την έχουν οι πολιτικές ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (τουλάχιστον από το 1995 και μετά), που παρά τη σχετική φιλολογία περί πληθωρισμού ειδικών κλινικών και εργαστηριακών ιατρών δεν ενδιαφέρθηκαν για ευχέρεια εναλλακτικών ευχερειών ιατρικής εξειδίκευσης με ανάπτυξη ειδικοτήτων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως η Ιατρική της Εργασίας και η Κοινωνική Ιατρική. Κλείνοντας το σημείωμα αυτό θα πρέπει να μιλήσει κανείς και για το δύσκολο ζήτημα της αμοιβής, που ασφαλώς φέρνει σε δυσχέρεια όποιον μοιάζει να αναφέρεται στη δική του αμοιβή και φυσικά έχει συντεχνιακό χαρακτήρα. Σχετίζεται όμως και αυτό το ζήτημα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και με αυτήν την έννοια η πρόταση της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος είναι να αντιστοιχεί η ωριαία απολαβή στο ισόποσο των τριών επισκέψεων δημοσίου – με την έννοια, άλλωστε, ότι τόσες τουλάχιστο εξετάσεις εργαζομένων πρέπει να πραγματοποιούνται κατά την άσκηση καθηκόντων ιατρού εργασίας στο χώρο εργασίας. Πάντως, ποσά της τάξης των 10-15 ευρώ την ώρα για την απασχόληση ενός ιατρού, μάλλον προσβάλλουν την αξιοπρέπεια των συναδέλφων, αλλά υπονοούν πιθανόν και διαφορετικές εργασιακές απολαβές... που πιθανόν υπερχρεώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, μέσω υπερσυνταγογράφησης στα πλαίσια της τεχνητής πρόκλησης, όπως ονομάζεται στα Οικονομικά της Υγείας το φαινόμενο αυτό. Ο Ειδικός Ιατρός Εργασίας δεν έχει λόγο (ούτε ιδιοτέλεια) να συνταγογραφεί ασκόπως, ούτε να ελπίζει να αποκτήσει «πελάτες» από τη «δεξαμενή» των εργαζόμενων σε μια βιομηχανία. Ο ρόλος του είναι να μεριμνά για την πρόληψη των νοσημάτων – πρωτίστως των επαγγελματικών – και επομένως το κύριο μέλημά του είναι η αγωγή και προαγωγή της υγείας στους χώρους εργασίας, άρα κάθε εμφάνιση νοσούντος είναι αποτυχία του.

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

