



Επιλογές

Άρθρων Πολιτικής Υγείας

Διευθυντής: Αν. Καθηγητής Γ. Τούντας

Οκτώριος 2010, Φύλλο 5

Περιεχόμενα

- «Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ. Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ. Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ. Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ. Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

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

Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός

Λυκούργου Λιαρόπουλου, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Πηγή: «Η Καθημερινή», Τρίτη 15 Ιουλίου 2010

Η εκσυγχρονιστική περίοδος στην Υγεία άρχισε καθυστερημένα με την υπουργία Αλέκου Παπαδόπουλου και τον νόμο 2889/2001, όταν η αξιοκρατική επιλογή διοικήσεων και η περιφερειακή οργάνωση και ο έλεγχος του συστήματος έκαναν την πρώτη «δειλή» εμφάνισή τους στην Ελλάδα. Η αντίδραση του κομματικού-συνδικαλιστικού «βαθέος ΠΑΣΟΚ» ήταν άμεση, καθώς κρίσιμοι τομείς εξουσίας έμοιαζε να φεύγουν από τη σφαίρα επιρροής του. Την ιδιοτελή αυτή αντίδραση συνέδραμαν και ευκαιριακές «ανίερες» συμμαχίες με ετερόκλητες ομάδες, όπως οι πανεπιστημιακοί των ιατρικών σχολών. Ο αναχρονισμός κέρδισε σχετικά εύκολα, καθώς το νέο σύστημα ήταν πολύ άγουρο και έχασε την πολιτική του στήριξη στα μέσα του 2002. Από τότε μέχρι σήμερα ζούμε διαφορετικές εκδοχές του ίδιου φαινομένου, δηλαδή την ιδιοποίηση δημόσιας εξουσίας από ομάδες συμφερόντων, με κύρια έκφραση την κομματικοκρατία και την παραοικονομία. Το αποτέλεσμα ήταν η καταβράθρωση της εθνικής οικονομίας. Μόνη της η Υγεία είχε σωρεύσει το 2009 έλλειμμα 3% του ΑΕΠ σε σύνολο 13,7%. Σήμερα, είναι ο μόνος τομέας για τον οποίο η τρόικα επιμένει ότι απειλεί τη σωτηρία της οικονομίας. Η Υγεία αποτελεί εθνική απειλή, καθώς ήδη αρχίζουν να εμφανίζονται νέα χρέη, ενώ η όλη κατάσταση του δημόσιου τομέα υγείας είναι επιεικώς απελπιστική.

Το (κάθε) κόμμα είναι ένα αδηφάγο πολιτικό τέρας που τρέφεται με μικρά και μεγάλα «ρουσφέτια», μοιράζει θέσεις εξουσίας και διεκδικεί ρόλο κυρίως στις αποφάσεις που σχετίζονται με την καθημερινότητα και τη διανομή των κρατικών καταναλωτικών δαπανών. Το κόμμα πολύ λίγο ενδιαφέρεται για τα εθνικά θέματα, τις μεγάλες επενδύσεις και τη γενική κατάσταση της οικονομίας. Αντίθετα, εξηγείται κατά ρυθμίσεων στο ασφαλιστικό, αφού το 7,8% των συνταξιούχων, που καταναλώνει το 50% των συνολικών δαπανών για συντάξεις, 7,8% των συνταξιούχων, που καταναλώνει το 50% των συνολικών δαπανών για συντάξεις, είναι συνταξιούχοι του Δημοσίου και των ΔΕΚΟ, προνομιακών χώρων της ΑΔΕΔΥ και της ΓΣΕΕ. Ομοίως, το ιατρικό συνδικαλιστικό κατεστημένο «πέτυχε» από τον «πρόθυμο» κ. Αβραμόπουλο τεράστιες αυξήσεις στις αποδοχές του με τη «διευθυντοποίηση» των αναπληρωτών

διευθυντών και την περίφημη συλλογική σύμβαση. Όταν η εθνική οικονομία το 2009 «έγραφε» έλλειμμα άνω των 30 δισ. ευρώ και τα χρέη των νοσοκομείων «έκλειναν» στα 6,5 δισ. ευρώ, ορισμένοι γιατροί αμείβονταν με ως και 6.150 ευρώ μηνιαίως.

Η Υγεία είναι ο μοναδικός χώρος που απέμεινε, μετά το 2000, για να «βουλευτεί» το κομματικό-συνδικαλιστικό κατεστημένο με χιλιάδες θέσεις μικρής και μεγάλης εξουσίας, δηλαδή το «γράσο» που λιπαίνει τη λειτουργία του. Με τις ιδιωτικοποιήσεις των ΔΕΚΟ και των τραπεζών, το κόμμα «έχασε» ζωτικό χώρο, ενώ η Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν αποτελεί εναλλακτική λύση καθώς λειτουργεί διακομματικά. Η Υγεία, όμως, διαθέτει περίπου 350 υψηλόβαθμες θέσεις διοίκησης σε νοσοκομεία και οργανισμούς και πάνω από 1.000 σε διοικητικά συμβούλια που ενσωματώνουν όχι ασήμαντη εξουσία, κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Σήμερα διοικείται από παλιά και νέα κομματικά στελέχη με μηδενική εξειδίκευση, σχετική επαγγελματική εμπειρία και τυπικά και ουσιαστικά προσόντα. Εκτός από την εθνική οικονομία, η Υγεία καταβάρθρωσε ήδη και το «ορεσγον».

Με δεδομένη την οικονομική κατάσταση που παρέλαβε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ και την πέραν πάσης αμφιβολίας «ενοχοποίηση» της Υγείας για μεγάλο μέρος του ελλείμματος, θα περίμενε κανείς άμεσες παρεμβάσεις με κύριο στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και τη μείωση των κρατικών δαπανών. Θα περίμενε αξιοκρατική τοποθέτηση νέων διοικήσεων με επαναφορά των διατάξεων του ν. 2889/01, με ποσοτικούς στόχους και προσωποποίηση ευθύνης. Θα περίμενε άμεσες ενέργειες οικονομικού εξορθολογισμού, αναμόρφωση του νοσοκομειακού χάρτη με συγχωνεύσεις μικρών νοσοκομείων, αλλαγές στις προμήθειες και προώθηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων και ιατρικών πράξεων. Όλα αυτά, όμως, θα σήμαιναν δραστικό περιορισμό του ζωτικού χώρου και της εξουσίας του κόμματος και των συνδικαλιστών, που περιγράψαμε πιο πάνω. Τίποτε, συνεπώς, από αυτά δεν έγινε. Τυχαίο; Δεν νομίζω, όπως λέει και η ...διαφήμιση.

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

Περιεχόμενα

- «Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

Μία Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία

Δημητρίου Ροβίθη, Οικονομολόγου Υγείας στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης

Πηγή: «Η Καθημερινή» Παρασκευή 23 Ιουλίου 2010

Ο τομέας της υγείας ανέκαθεν αποτελούσε μια σημαντική επιβάρυνση για τον κρατικό προϋπολογισμό, αλλά πλέον απειλεί κυριολεκτικά να χρεοκοπήσει τη χώρα. Η αδυναμία τόσο της νέας κυβέρνησης, όσο και των προηγούμενων, να προχωρήσουν ακόμα και σε απλές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ, αποδεικνύουν με τον πλέον εύγλωττο τρόπο ότι το πρόβλημα στη χώρα μας δεν βρίσκεται στις προθέσεις, αλλά στην πράξη. Αν η ιστορία μας έχει διδάξει κάτι (π.χ. μεταρρυθμίσεις Παπαδόπουλου, Κλίντον και Ομπάμα), αυτό είναι ότι ο βαθμός υλοποίησης και κατ' επέκταση η αποτελεσματικότητα μιας μεταρρύθμισης σε ένα σύστημα υγείας, είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την διαπραγματευτική ισχύ των εμπλεκόμενων φορέων.

Σε μια χώρα όπως η Ελλάδα, στην οποία διαχρονικά πρωταγωνιστούν η διαφθορά, οι πελατειακές σχέσεις και ο νεποτισμός, το περιθώριο για πραγματική αλλαγή μέσα στο ισχύον πλαίσιο είναι πρακτικά μηδενικό. Ένα τέτοιο σύστημα δεν είναι μόνο διεφθαρμένο, αλλά και ηθικά χρεοκοπημένο, αφού απλώς αναλώνεται στη δημιουργία επικοινωνιακών εντυπώσεων που αποκλειστικό στόχο έχουν τη διατήρηση του υπάρχοντος status quo, καταπνίγοντας ταυτόχρονα οποιαδήποτε δημιουργική πρωτοβουλία. Πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί ο διορισμός στις διοικήσεις των νοσοκομείων δασκάλων, απόστρατων αξιωματικών και πρώην δημάρχων μέσω της φαινομενικά αξιοκρατικής μεθόδου της ηλεκτρονικής υποβολής βιογραφικών.

Πραγματική αλλαγή απαιτεί τη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων στη δομή και διοίκηση του κράτους με στόχο την εφαρμογή μιας νέας φιλοσοφίας στη λήψη αποφάσεων και σε αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να κινηθεί η σημερινή κυβέρνηση. Βασικό χαρακτηριστικό της φιλοσοφίας αυτής είναι η λήψη αποφάσεων μέσω ανοιχτών και δημοκρατικών διαδικασιών βασισμένων σε επιστημονική ανάλυση και τεκμηρίωση, ενώ η εφαρμογή της προϋποθέτει χάραξη ξεκάθαρης πολιτικής για έρευνα και ανάπτυξη, υλοποίηση ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων (η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι μόνο το πρώτο βήμα), καθώς και πραγματική ανεξαρτητοποίηση θεσμών (π.χ. του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων). Εξυπακούεται ότι σε μια χώρα όπου όλοι δηλώνουν ειδικοί επί παντός επιστητού, την ηγεσία και στελέχωση αυτών των θεσμών θα πρέπει να αναλάβουν επιστήμονες υψηλού κύρους τόσο από την Ελλάδα όσο και το εξωτερικό, με συγκεκριμένο χρόνο υπηρεσίας και χωρίς καμία απολύτως πολιτική παρέμβαση.

Μια τέτοια προσέγγιση θα οριοθετήσει την ισχύ τόσο των πολιτικών κομμάτων (τα οποία διαχρονικά αδυνατούν να συνεννοηθούν μεταξύ τους, ενώ κατ' επανάληψη υποκύπτουν σε λογικές πελατειακών συναλλαγών), όσο και των διαφορετικών κοινωνικών/επαγγελματικών ομάδων, αλλά και κάθε λογής εξωθεσμικών παραγόντων. Έτσι, θα καταστεί μακροπρόθεσμα δυνατή μια ορθολογική και διαχρονικά συνεπής πολιτική υγείας στο πλαίσιο της οποίας θα υπάρχει συνεχής μέτρηση και αξιολόγηση του κόστους, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο, οι απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις θα γίνονται με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον και όχι τις συντεχνιακές απαιτήσεις επιμέρους ομάδων, ενώ δεν θα

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

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρυθμίση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

εγκαταλείπονται ή αντιστρέφονται με την εναλλαγή των πολιτικών κομμάτων στην εξουσία.

Είναι πραγματικά λυπηρό ότι όλες οι κυβερνήσεις μέχρι σήμερα έχουν εστιάσει σε «μεταρρυθμίσεις» διαχειριστικού και επικοινωνιακού χαρακτήρα. Μια τέτοια προσέγγιση όχι μόνο δεν μπορεί να λύσει τα προβλήματα του ΕΣΥ, αλλά στερείται και αναπτυξιακού οράματος.

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών

Θανάση Δρίτσα, Καρδιολόγου στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Πηγή: «Η Καθημερινή», Τετάρτη 4 Αυγούστου 2010

Στις αρχές του 20ού αιώνα ο φημισμένος καρδιολόγος Osler διατύπωνε την άποψη ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν πολύ συχνότερο στις υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και αυτή η άποψη είχε κυριαρχήσει μεταξύ των ειδικών ίσως μέχρι και τη δεκαετία του '70. Όμως η συστηματική επιστημονική έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες απέδειξε ότι η άποψη του μεγάλου Osler δεν ισχύει πλέον και σήμερα παθαίνουν πολύ συχνότερα έμφραγμα όσοι ανήκουν στις χαμηλές κοινωνικά και εισοδηματικά τάξεις. Μάλιστα φαίνεται ξεκάθαρα ότι σήμερα η νοσηρότητα και η θνησιμότητα (όχι μόνο στη στεφανιαία νόσο αλλά και σε πολλές άλλες ασθένειες) αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση των οικονομικών ανισοτήτων και το άνοιγμα της ψαλίδας.

Οι Βρετανοί επιδημιολόγοι Richard Wilkinson και Kate Pickett μελετούν εδώ και πολλές δεκαετίες τη σχέση μεταξύ κοινωνικών παραμέτρων και της υγείας των διαφόρων λαών και έχουν αποδείξει ότι σε περιοχές της γης με μεγάλη κοινωνικοοικονομική ανισότητα μειώνεται το προσδόκιμο της επιβίωσης, αυξάνεται η επίπτωση των λοιμώξεων, αυξάνεται η συχνότητα της παχυσαρκίας και της κατάθλιψης, αυξάνεται η συχνότητα χρήσης ναρκωτικών και η εγκληματικότητα. Έτσι σε κράτη όπως π.χ. οι ΗΠΑ, η Μ. Βρετανία και η Πορτογαλία, που εμφανίζουν μεγάλο δείκτη κοινωνικής ανισότητας (εκεί περίπου το 20% των πλουσιότερων έχει εισόδημα κατά 9 φορές μεγαλύτερο του 20% των φτωχότερων στρωμάτων) όλοι οι δείκτες υγείας είναι πολύ χειρότεροι σε σχέση με χώρες όπως π.χ. η Ιαπωνία, η Φινλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία, που έχουν πολύ μικρότερο δείκτη ανισότητας και συνολικά πολύ καλύτερη υγεία.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Wilkinson, ένα μωρό που θα γεννηθεί σήμερα στην Ελλάδα (με δεδομένα βέβαια πριν από την οικονομική κρίση) προβλέπεται ότι θα ζήσει πολύ περισσότερο από ένα μωρό που θα γεννηθεί στις ΗΠΑ, παρόλο που οι ΗΠΑ είναι από τα πλουσιότερα έθνη στον κόσμο και ξοδεύουν τεράστια ποσά στην υγεία. Ας μη θεωρείται, λοιπόν, αυτονόητο ότι κάποια ισχυρή και πλούσια χώρα κατοικείται από υγιείς πολίτες πριν κανείς εξετάσει πόσο διαφέρουν εισοδηματικά και κοινωνικά μεταξύ τους οι πολίτες αυτής της χώρας. Στο πρόσφατο βιβλίο τους με τίτλο *The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger* (2009) (μτφρ. Το Πνευματικό Επίπεδο: Γιατί η

μεγαλύτερη ισότητα δημιουργεί πιο δυνατές κοινωνίες) οι δύο προαναφερθέντες επιδημιολόγοι ισχυρίζονται ότι οι μεγάλες κοινωνικές ανισότητες δημιουργούν στα άτομα έντονο χρόνιο άγχος το οποίο προδιαθέτει για μεγάλη γενική νοσηρότητα.

Είναι επίσης βέβαιο ότι χώρες (όπως π.χ. οι Σκανδιναβικές) οι οποίες πιστεύουν στην άνευ όρων, έστω και με μεγάλη κρατική φορολογία, συντήρηση ενός αξιόπιστου συστήματος εθνικής υγείας δημιουργούν συνολικά μια μελλοντική κοινωνία υγιών πολιτών. Είναι επίσης διαπιστωμένο ότι όσο αυξάνεται η κοινωνικοοικονομική ψαλίδα τόσο περισσότερο αυξάνονται τα ποινικά αδικήματα, πολύ περισσότεροι άνθρωποι κλείνονται στη φυλακή και πολύ λιγότερες δαπάνες γίνονται για μόρφωση και παιδεία. Όσο, λοιπόν, γίνεται φτωχότερο ένα σύστημα εθνικής υγείας τόσο επιδεινώνεται η υγεία των φτωχότερων αρχικά αλλά σταδιακά όλων των πολιτών μιας χώρας.

Η χώρα μας, σύμφωνα με τις επιστημονικές εργασίες του Wilkinson, είχε μέχρι σήμερα ταξινομηθεί μεταξύ των προνομιούχων χωρών όσον αφορά τους δείκτες υγείας αλλά είναι πλέον βέβαιο ότι αφενός το άνοιγμα της εισοδηματικής ψαλίδας, που ήδη συμβαίνει ταχύτατα στη μετά ΔΝΤ εποχή, αφετέρου η κατάρρευση του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα επιδεινώσουν σημαντικά την υγεία των Ελλήνων πολιτών στα χρόνια που έρχονται. Ίσως μοναδική μας ελπίδα να παραμένει ο μεσογειακός ήλιος, η αισιόδοξη σκέψη, η επανάκτηση της χαμένης κοινωνικής αλληλεγγύης και η επιστροφή στη μεσογειακή διατροφή. *Ιδωμεν.*

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

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά

Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα

Μιχάλη Πιτσιλίδη, Διευθύντη του περιοδικού *Popular Medicine*

Πηγή: «*Η Καθημερινή*» Τρίτη 14 Σεπτεμβρίου 2010

Είναι Παρασκευή βράδυ ή, αν προτιμάτε, Σάββατο πρωί ή Κυριακή μεσημέρι. Αισθάνεστε μια αδιαθεσία. Ανησυχείτε και αναζητείτε ιατρική συμβουλή. Δυστυχώς, το σύστημα υγείας παρέχει μόνο μια δυνατότητα: το δημόσιο νοσοκομείο που εφημερεύει ή κάποιο ιδιωτικό θεραπευτήριο. Δεν υπάρχουν στην Ελλάδα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, 24ωρης λειτουργίας, με τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και την απλή υποδομή, που θα μπορούσαν να καλύψουν, άνετα, σύντομα και φθηνά, περισσότερο από το 90% των καθημερινών αναγκών σε υπηρεσίες υγείας. Παρατηρείται έτσι ένας απίστευτος συνωστισμός στα εφημερεύοντα νοσοκομεία, με εικόνες που θα μπορούσαν να δικαιολογηθούν μόνο αν αντιμετωπίζαμε λοιμό ή εμπόλεμη κατάσταση.

Η αλήθεια είναι σκληρή: η Ελλάδα δεν διαθέτει Εθνικό Σύστημα Υγείας, αφού δεν διαθέτει δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η εγγενής αυτή αναπηρία του συστήματος βρίσκεται πίσω από τη χρόνια ταλαιπωρία των ασθενών και των οικείων τους, αποτελώντας τον βασικό τροφοδότη της ιδιωτικής υγείας και την αιτία της αυξανόμενης απαξίωσης της δημόσιας.

Προβλήματα», Μ.
Πιτσιλίδη

- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας; Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

Τι μπορεί να κάνει, λοιπόν, ο νέος υπουργός Υγείας; Τα τελευταία δέκα χρόνια, οι υπουργοί Υγείας θυμίζουν τον ερασιτέχνη ηλεκτρολόγο: κάθε φορά που κλείνει το ραδιόφωνο που προσπαθεί να επισκευάσει, περισσεύουν βίδες και παξιμάδια. Κατ' αρχάς, οι αρμοδιότητες του υπουργού περιορίζονται στα κρατικά νοσοκομεία, τους ασφαλισμένους του Δημοσίου, το ΕΚΑΒ, τον ΟΚΑΝΑ, τον ΕΟΦ και μερικούς ακόμα οργανισμούς βολέματος, άνευ ουσίας και σημασίας. Η υγεία των περισσότερων Ελλήνων, του 70%-80%, αποτελεί αρμοδιότητα άσχετων με αυτήν υπουργείων, στα οποία υπάγονται ένα σωρό «Ταμεία», το καθένα από τα οποία πεισματικά προστατεύει την ανεξαρτησία του την ίδια ώρα που ροκανίζει τον κρατικό προϋπολογισμό για να επιβιώσει. Κορυφαίο παράδειγμα και παγκόσμια πρωτοτυπία, το ΙΚΑ. Αντί να λειτουργεί ως μεγάλος πάροχος υπηρεσιών υγείας που αγοράζει μαζικά και φθηνά από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα, διατηρεί νοσοκομεία (!) και ιατρεία, με στρατιές υπαλλήλων, πανάκριβες και άθλιες υπηρεσίες, γραφειοκρατία, τεμπελιά, βρωμιά, καθυστερήσεις και απύθμενη διαφθορά. Η απόφαση ώστε όλες αυτές οι δομές των Ταμείων να αποτελέσουν τον σκελετό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ προφανώς είναι πρωθυπουργικής αρμοδιότητας. Θα γίνει, λοιπόν, πράξη, αν και όταν εμφανιστεί ο ανάλογος βεληνεκός πρωθυπουργός, πράγμα απίθανο στο ορατό μέλλον.

Ενας άλλος τομέας υψηλής προτεραιότητας σήμερα, που δεν απαιτεί δαπάνες αλλά προσφέρει οικονομίες, είναι η διαχείριση των νοσοκομείων. Τα στρατιωτικά νοσοκομεία πρέπει να ενταχθούν στο ΕΣΥ. Σε καιρό ειρήνης, η διατήρησή τους δεν έχει νόημα, ενώ σε καιρό πολέμου, όλα τα νοσοκομεία είναι και στρατιωτικά. Πολλά νοσοκομεία, στο κέντρο και την επαρχία, πρέπει να κλείσουν ή να συρρικνωθούν γιατί υπολειτουργούν σε μεγάλο βαθμό. Η συνολική, αποφασιστική, γρήγορη και γενναία αναδιάταξη θα καλύψει τις ανάγκες της χώρας χωρίς να χρειαστούν προσλήψεις ή επενδύσεις σε εξοπλισμό. Είναι τραγικό, βάσει των δήθεν «αναγκών», να προσλαμβάνονται άνθρωποι σε νοσοκομεία με άδεια κρεβάτια. Υπάρχουν, επίσης, εξόφθαλμα προκλητικές καταστάσεις, όπως π.χ. η ύπαρξη ενός... δερματολογικού νοσοκομείου («Αν. Συγγρός») άνευ αντικειμένου, αφού η Ελλάδα δεν είναι χώρα της Αφρικής ή της Απω Ανατολής! Αν αναλογιστεί κανείς, παράλληλα, την αξία του οικοπέδου σε ένα από τα πιο ακριβά σημεία της Αθήνας, στο οποίο φιλοξενείται το συγκεκριμένο νοσοκομείο, αντιλαμβάνεται το μέγεθος της σπατάλης πολύτιμων πόρων. Θα μπορούσαν επίσης να μεταφερθούν νοσοκομεία που ασφυκτιούν («Ευαγγελισμός») ή είναι ετοιμόρροπα (Ιηποκράτειο) σε χώρους του Δημοσίου (π.χ. στο οικόπεδο του «Σωτηρία» ή ακόμα πιο μακριά) με τη μέθοδο της ανταλλαγής. Τα ίδια ισχύουν και για τη Θεσσαλονίκη.

Με γνώμονα την εξυπηρέτηση του πολίτη, θα πρέπει να ανοίξουν στην ιδιωτική πρωτοβουλία πολλές ή όλες οι δευτερεύουσες υπηρεσίες υγείας και να ενισχυθεί αποφασιστικά η νοσηλευτική, που σήμερα παραμελείται συστηματικά, παρά το γεγονός ότι διαθέτουμε πολλούς νοσηλευτές τετραετούς, πανεπιστημιακής μόρφωσης. Πρέπει να ανοίξουν αμέσως π.χ. η κοστολογημένη κατ' οίκον νοσηλεία και η μεταφορά ασθενών. Με το ίδιο πνεύμα πρέπει να εξεταστεί συνολικά η συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, χωρίς τα συνήθη εγκλήματα που γίνονται σε βάρος του ΕΣΥ. Για παράδειγμα, το ΙΚΑ πληρώνει 1.300 ευρώ για λαπαροσκοπικές επεμβάσεις στα κρατικά νοσοκομεία, αλλά το διπλάσιο ή και τριπλάσιο στα ιδιωτικά με τα οποία έχει συμβάσεις. Προφανώς, αυτό συνιστά περαιτέρω αποδυνάμωση του ΕΣΥ, το οποίο εξελίσσεται στον φτωχό συγγενή της Υγείας.

Θα επιτύχει κάτι σε κάποιον τομέα ο κ. Ανδρέας Λοβέρδος ή θα προσθέσει ένα ακόμα λιθαράκι στο τίποτα που άφησαν πίσω τους οι υπουργοί Υγείας της

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

τελευταίας δεκαετίας; Είναι πολύ νωρίς να το πούμε. Το γυαλί, αυτός ο κακός σύμβουλος, αποτελεί αχαλίνωτο, πραγματικό πάθος για τον νέο υπουργό, όπως και για την προκάτοχό του...

Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την Αντιμετωπίσουμε;

Γιώργου Βογιατζή, MD PhD, Επιστημονικού διευθυντή της «Genesis Pharma».

Πηγή: «Μεταρρύθμιση», Τρίτη 14 Σεπτεμβρίου 2010

Είναι πλέον φανερό ότι η παρατεινόμενη κατάσταση στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της κυβέρνησης. Αφ' ενός οι υψηλές δαπάνες υγείας και οι μεγάλες σπατάλες στον τομέα αυτόν (θα πρέπει να ορισθεί τι σημαίνει σπατάλη στην ιατρική) απειλούν το πρόγραμμα σταθεροποίησης της Ελληνικής κυβέρνησης και αφ' ετέρου η χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους πολίτες και η απαξίωση των εργαζομένων στο ΕΣΥ αυξάνουν τρομακτικά την δυσαρέσκεια τους, με συνέπεια το μείγμα στον τομέα της υγείας να είναι εκρηκτικό. Σύμφωνα με συντηρητικές προσεγγίσεις οι συνολικές δαπάνες υγείας ξεπερνούν τα 22 δις ευρώ (γύρω στο 10% του ΑΕΠ), από τις οποίες περίπου τα 13 δις είναι οι δημόσιες δαπάνες. Στους άλλους τομείς της οικονομίας μπορούν να γίνουν εξοικονομήσεις και περιορισμοί της σπατάλης σχετικά εύκολα, στον τομέα της υγείας αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο. Εάν θεωρήσουμε ότι ένα ποσοστό δαπανών υγείας, γύρω στο 9% του ΑΕΠ, είναι 'λογικό,' κατ' αναλογία του μέσου ποσοστού των ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών, τότε οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα για να προσεγγίσουν το επίπεδο και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας των ευρωπαϊκών κρατών θα πρέπει να ανέλθουν στα 24 δις ευρώ δεδομένου ότι το πραγματικό ΑΕΠ της Ελλάδας είναι 264 δις, συμπεριλαμβανομένου και μέρους της παραοικονομίας και όχι 220 δις.

Η κυβέρνηση έλαβε ή θα λάβει μία σειρά μέτρων που στοχεύουν στην μείωση των δαπανών υγείας (πχ μειώσεις στις τιμές φαρμάκων) και στον περιορισμό της σπατάλης (πχ ελέγχους στα νοσοκομεία, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ολοήμερο νοσοκομείο) με ικανοποιητικά αποτελέσματα μέχρι σήμερα. Ο φιλόδοξος στόχος είναι να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες κατά 2-2,5 δις ευρώ το χρόνο. Είναι φανερό, όμως, ότι τα μέτρα αυτά ακόμη και αν αποδώσουν δεν πρόκειται να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της αύξησης των δαπανών ούτε πρόκειται να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, το οποίο είναι ζητούμενο. Πολύ περισσότερο δεν πρόκειται να βελτιώσουν την απόδοση των δυσαρεστημένων εργαζομένων στο ΕΣΥ.

Οι δαπάνες υγείας θα εξακολουθήσουν να αυξάνονται, διότι αυτό πυροδοτείται από δυνάμεις που δεν ελέγχονται από την κυβέρνηση. Το μόνο που μπορεί να ελπίζει μία καλή κυβέρνηση είναι να πετύχει μείωση του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας τα επόμενα 15-20 χρόνια (θεωρώντας ότι οι μη αναγκαίες σπατάλες θα περιορισθούν σε λογικά πλαίσια, όπως συμβαίνουν σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη) Επιπλέον, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ενδέχεται να αυξάνονται πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, διότι στην Ελλάδα υπάρχουν εκατοντάδες χιλιάδες πολίτες οι οποίοι πάσχουν από

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

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

χρόνιες παθήσεις, οποίες είτε δεν έχουν διαγνωσθεί ακόμη είτε έχουν διαγνωσθεί αλλά η αρρώστια τους δεν ελέγχεται αποτελεσματικά με συνέπεια η βελτίωση του συστήματος να προκαλέσει αύξηση των δαπανών τα πρώτα χρόνια.

Το υπάρχον μοντέλο παροχής των υπηρεσιών είναι υπεύθυνο για τις μεγάλες αυξήσεις των δαπανών υγείας τα τελευταία 30 χρόνια, θα είναι και για τα επόμενα. Για να πετύχουμε σημαντική εξοικονόμηση πόρων θα πρέπει να αλλάξουμε το μοντέλο παροχής των υπηρεσιών υγείας (επιχειρησιακό μοντέλο-business model). Μόνο η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών -άρα και της έκβασης- μπορεί να επιφέρει συγκράτηση του ρυθμού αύξησης των δαπανών υγείας. Και όταν εννοούμε βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών εννοούμε γρήγορη και έγκυρη διάγνωση, κατάλληλη θεραπεία και σωστή παρακολούθηση από επαρκείς επαγγελματίες υγείας.

Το σημερινό μοντέλο παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι προσανατολισμένο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και δη των οξέων καταστάσεων, αγνοώντας την πρόληψη. Είναι βασισμένο στον γενικό γιατρό, στην ατομική άσκηση της ιατρικής και στο γενικό νοσοκομείο. Φυσική απόρροια είναι ότι η μέθοδος αποζημίωσης των υπηρεσιών που κυριαρχεί είναι η αμοιβή κατά πράξη. Δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την σημερινή χαώδη κατάσταση και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, επιπλέον στοιχίζει πανάκριβα. Έχει ήδη αποτύχει, οι αντιφάσεις του είναι τρομακτικές. Χαρακτηρίζεται ότι είναι μοντέλο της χειροτεχνικής εποχής του 19ου αιώνα, που προσπαθεί να παρέχει υπηρεσίες της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας του 21ου αιώνα. (St Shortell Accountable Care Systems for Comprehensive Health Care References, workshop Stanford University; March 2007). Η ανεπάρκεια του μοντέλου οδήγησε σε έκρηξη των δαπανών υγείας λόγω του χάους που κυριαρχεί στον τομέα της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η μόνη ενδεδειγμένη λύση στο χάος είναι η οργάνωση, κατά συνέπεια αναδύεται το ερώτημα τι πρέπει να κάνουμε. (T. Lee, D. Morgan «Chaos and organization in Health Care» MIT Press 2009).

Το χάος στις υπηρεσίες υγείας δημιουργείται από την συνύπαρξη τριών βασικών καταστάσεων που αλλάζουν:

- την επιδημιολογία: έχει αλλάξει η επιδημιολογία, επειδή υπάρχουν περισσότεροι ηλικιωμένοι και επειδή οι ηλικιωμένοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα, πολύ συχνά περισσότερα του ενός. Το 44% των Αμερικανών πάσχουν από μία χρόνια νόσο, το 25% των πολιτών άνω των 65 ετών πάσχουν από 4 ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Το 5% των ασθενών ξοδεύουν το 48% των συνολικών δαπανών υγείας, το 10% ξοδεύει το 70% των δαπανών. Είναι γεγονός ότι η συνολική αύξηση των δαπανών υγείας του Medicare στις ΗΠΑ μεταξύ 1987-2002 προήλθε από την αύξηση των δαπανών των αρρώστων με 5 ή περισσότερες χρόνια παθήσεις κατά 20%.

Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών με το υπάρχον μοντέλο παροχής υπηρεσιών είναι ανεπαρκής με αποτέλεσμα υψηλό κόστος, χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες και φυσικά δυσαρεστημένους ασθενείς. Αιτία είναι το γεγονός ότι οι οικογενειακοί -ιδιώτες ιατροί στην Ελλάδα- διαθέτουν ανεπαρκείς γνώσεις για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων καταστάσεων, εμπλέκονται πολλοί γιατροί χωρίς συντονισμό και υπευθυνότητα για την τελική έκβαση της θεραπείας και οι υψηλές προσδοκίες των ασθενών.

- Την τεχνολογία/ φάρμακα: η πρόοδος της επιστήμης έφερε επανάσταση στην ιατρική και ταυτόχρονα αύξησε το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών.

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

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

Το ιατρικό παράδοξο -εισαγωγή νέας τεχνολογίας με αύξηση του κόστους και όχι μείωση, σε αντίθεση με όλους τους άλλους τομείς της οικονομικής δραστηριότητας- εξηγείται από το γεγονός ότι στην ιατρική η εισαγωγή της νέας τεχνολογίας βελτιώνει την έκβαση της ιατρικής παρέμβασης και αλλάζει το αποτέλεσμα. Επιπροσθέτως, όπου η εισαγωγή της νέας τεχνολογίας επέφερε μείωση του κόστους, τελικά οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν, διότι επωφελήθηκαν περισσότεροι ασθενείς.

- την έκρηξη της γνώσης: η συσσώρευση γνώσης λόγω των επιτευγμάτων της επιστήμης και της ιατρικής είναι ανεπανάληπτη. Νέες γνώσεις προστίθενται με ασύλληπτη ταχύτητα, ενώ πρακτικές που μέχρι χθες θεωρούνταν best practice αποδεικνύεται ότι βλάπτουν αντί να ωφελούν. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε χάσμα μεταξύ της τεκμηριωμένης ιατρικής γνώσης και της καθημερινής άσκησης της ιατρικής. Επιπλέον, στην Ιατρική κυριαρχεί η αβεβαιότητα στις περισσότερες περιπτώσεις δεν γνωρίζουμε τι να κάνουμε, δεν κάνουμε ό,τι γνωρίζουμε και συχνά δεν το κάνουμε σωστά. Έρευνα στις ΗΠΑ -το ίδιο συμβαίνει και στις ευρωπαϊκές χώρες- απέδειξε ότι ο ασθενής έχει μόνο 55% πιθανότητα να δεχθεί υπηρεσίες, οι οποίες είναι σύμφωνες με τις γενικές θεραπευτικές οδηγίες. (R Bohmer, Harvard Business Review, April 2010). Το χάσμα μεταξύ της γνώσης και της πράξης εκτοξεύει το κόστος των υπηρεσιών, οδηγεί σε χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες, ιατρικά λάθη και πολλές φορές οι παρεχόμενες υπηρεσίες βλάπτουν παρά ωφελούν τον άρρωστο.

Το νέο μοντέλο παροχής υπηρεσιών

Η εισαγωγή του νέου μοντέλου (οργάνωση και πρακτέο) πρέπει να γίνει βαθμιαία με συνεκτικό πρόγραμμα και στόχους. Κάποιες αλλαγές μπορούν να γίνουν άμεσα και κάποιες αργότερα. Το πρόβλημα είναι ότι το νέο μοντέλο έρχεται σε σύγκρουση με το παλιό. Η εφαρμογή όμως του νέου μοντέλου είναι μονόδρομος αν το ΕΣΥ θέλει να μειώσει το κόστος των υπηρεσιών και ταυτόχρονα επιδιώκει να κερδίσει σημαντικό μερίδιο αγοράς (ολοήμερο νοσοκομείο) ανταγωνιζόμενο τον ιδιωτικό τομέα στον νοσοκομειακό, και εξωνοσοκομειακό τομέα και στην παροχή νέων καινοτόμων υπηρεσιών. Το εγχείρημα αυτό δεν μπορεί να στεφθεί με επιτυχία αν το ΕΣΥ εξακολουθήσει να λειτουργεί με το υπάρχον business model.

Είναι παράδοξο, όλοι αναγνωρίζουν ότι πρέπει να γίνουν αλλαγές, όμως τίποτε συστηματικό δεν γίνεται. Όλοι γνωρίζουν τι πρέπει να γίνει, όμως καμία σοβαρή πρωτοβουλία δεν αναλαμβάνεται. Για να περάσουμε στην φάση της δράσης το σύστημα ίσως πρέπει να σοκαρισθεί, να βγει από τον αυτισμό του, πράγμα το οποίο απαιτεί κάτι περισσότερο από την λογική αποδοχή του τι πρέπει να γίνει.

Στην αρχή πρέπει να δημιουργηθεί μία 'θετική' κρίση στο σύστημα, ένα αίσθημα επείγοντος. Δεν πρόκειται να επιτευχθούν οι στόχοι, αν το σύστημα εξακολουθήσει να δουλεύει με τον ίδιο τρόπο. Αλλαγές πρέπει να επέλθουν στην κουλτούρα, στην δομή των υπηρεσιών, στην διοίκηση, στην μέθοδο αποζημίωσης, στους ανθρώπους που καλούνται να υλοποιήσουν τις αλλαγές (προσόντα, ικανότητες, συμπεριφορές) και στα κίνητρα που θα παροτρύνουν τους εργαζόμενους να πετυχαίνουν τους στόχους.

Τρεις είναι οι πυλώνες του νέου μοντέλου παροχής υπηρεσιών:

- Η χρηματοδότηση/ αποζημίωση των υπηρεσιών: Ο σημερινός τρόπος χρηματοδότησης/ αποζημίωσης είναι έτσι δομημένος, ώστε να εξασφαλίζει το status quo. Από μόνη της η αλλαγή στον τρόπο αποζημίωσης των υπηρεσιών μπορεί να σοκάρει το σύστημα και να πυροδοτήσει τις αναγκαίες αλλαγές. Τα

ασφαλιστικά ταμεία πρέπει να παρεμβαίνουν ενεργητικά στην αγορά των υπηρεσιών διασφαλίζοντας κανόνες υγιούς ανταγωνισμού, να υπηρετούν τα συμφέροντα των ασφαλισμένων τους και όχι την πολιτική του Υπουργείου Υγείας. Θα αποζημιώνουν μόνο τους καλύτερους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας- ανεξάρτητα αν είναι ιδιώτες ή το δημόσιο- και δεν θα υποχρεώνουν τους ασφαλισμένους να δέχονται υπηρεσίες από 'κακούς' παραγωγούς υπηρεσιών. Συνεπώς, απαιτείται να υλοποιηθεί σύστημα αξιολόγησης των υπηρεσιών και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα. Πρέπει να μετακινηθούν βαθμιαία από την αποζημίωση κατά πράξη σε ποιο ανταγωνιστικά 'πακέτα' αμοιβών που συνδέουν το επίπεδο της υγείας του ασφαλισμένου με την αποζημίωση. Αμοιβές σύμφωνα με το αποτέλεσμα των παρεχομένων υπηρεσιών με στόχο την βελτίωση ή/και διατήρηση της υγείας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών/ασθενών.

Ο ρόλος του πολίτη/ ασθενή πρέπει να αλλάξει, να γίνει πιο ενεργητικός, με μεγαλύτερες ευθύνες στην διαχείριση των χρημάτων του ασφαλιστικού του ταμείου και του ιδίου. Είναι απαραίτητη η συνεργασία και η συμμετοχή του στην διαδικασία παροχής των υπηρεσιών σύμφωνα με το νέο μοντέλο.

Στα πλαίσια της χρηματοδότησης εντάσσονται και τα κίνητρα για τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας. Δεν είναι δυνατό να υπάρξει επιτυχημένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών δίχως ξεκάθαρα αξιοκρατικά, θεσμοθετημένα κίνητρα για τους εργαζομένους (όχι μόνο οικονομικά κίνητρα). Υψηλής απόδοσης συστήματα απαιτούν υψηλής απόδοσης συστήματα αμοιβών.

- Η νέα οργάνωση των υπηρεσιών: εφ' όσον οι ανάγκες υγείας των πολιτών συνδέονται με την διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και το συντριπτικό μέρος των δαπανών υγείας οφείλεται στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, πρέπει να δημιουργηθούν ειδικά κέντρα αντιμετώπισης των χρόνιων παθήσεων, σε πρώτη φάση για τα πιο κοινά από αυτά. Τα κέντρα θα είναι στελεχωμένα από ομάδες γιατρών και άλλων επιστημόνων με κατάλληλο εργαστηριακό εξοπλισμό, με εξειδίκευση στην χρόνια πάθηση ώστε ο ασθενής να μην ταλαιπωρείται αναζητώντας τους κατάλληλους γιατρούς. Το κέντρο θα έχει την αποκλειστική ευθύνη για την υγεία των ασθενών του και θα αμείβεται με βάση το επίπεδο υγείας τους. Όσο καλύτερα πηγαίνουν οι ασθενείς τόσο θα μεγιστοποιείται η αμοιβή του κέντρου.

Θα επιδιωχθεί περιορισμός της ατομικής άσκησης της ιατρικής η οποία θεωρείται πηγή αναποτελεσματικότητας για το σύστημα με ενίσχυση της ομαδικότητας. Θα ενθαρρυνθούν οι ιδιώτες γιατροί να συμπράξουν (είτε να σχηματίσουν δίκτυα) και να δημιουργήσουν και αυτοί ειδικά κέντρα χρόνιων παθήσεων, αρκεί να πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις.

Όσον αφορά τα νοσοκομεία: στα νοσοκομεία συνυπάρχουν δύο διακριτά διαφορετικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών: υπάρχουν οι ιατρικές καταστάσεις που είναι προγραμματισμένες και γνωρίζουμε τι ακριβώς να πράξουμε, υπάρχουν και οι καταστάσεις που δεν γνωρίζουμε από την αρχή τι πρέπει να κάνουμε (αβεβαιότητα).

Στην πρώτη περίπτωση η υποδομή που χρειάζεται για την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών δεν είναι 'βαριά'. Δεν απαιτούνται μεγάλες επενδύσεις ούτε σε κτίρια ούτε σε εργαστηριακό εξοπλισμό ούτε σε άλλα μηχανήματα ούτε σε "βαριές" εντατικές μονάδες θεραπείας. Κατά συνέπεια και επειδή αυτές οι παρεμβάσεις προγραμματίζονται σε βάθος χρόνου, είναι σπατάλη πόρων, χώρων και χρόνου οι επεμβάσεις να γίνονται σε μεγάλα νοσοκομεία με βαριά υποδομή. Η χολοκυστεκτομή είναι ασύμφορο να διενεργείται στον Ευαγγελισμό. Επιπλέον, επειδή στην ιατρική η άσκηση τελειοποιεί την τέχνη του γιατρού, η συγκέντρωση αυτών των επεμβάσεων σε λίγες μονάδες έχει το πλεονέκτημα της

παροχής γρήγορης εξυπηρέτησης και επίτευξης υψηλού επιπέδου υπηρεσιών, δίχως επιπλοκές, παράταση του χρόνου νοσηλείας ή επανεισαγωγών. Η αποσυμφόρηση των μεγάλων νοσοκομείων από αυτού του είδους τις επεμβάσεις θα απελευθερώσει πολύτιμους πόρους και χώρους.

Τα μεγάλα νοσοκομεία / κλινικές / γιατροί πρέπει να εξειδικευθούν. Δεν είναι δυνατόν όλοι να κάνουν τα πάντα. Πρέπει να επιλέξουν ποιους αρρώστους θα εξυπηρετούν, τι θα προσφέρουν σε αυτούς, με τον αποτελεσματικότερο τρόπο. Αυτά είναι θεμελιώδη γνωρίσματα ενός business model. Είναι πολύ δύσκολο να συνυπάρξουν αρμονικά και τα δύο διαφορετικά μοντέλα κάτω από την ίδια στέγη.

Υιοθετώντας το νέο μοντέλο, καθίσταται σαφές ότι τα μικρά επαρχιακά νοσοκομεία- αλλά και τα των μεγάλων αστικών κέντρων- θα πρέπει να αλλάξουν προσανατολισμό: δεν μπορούν να παραμείνουν γενικά νοσοκομεία και να παρέχουν το σύνολο των ιατρικών υπηρεσιών (και βεβαίως να υπολειπώνονται). Οι ανάγκες υγείας των πολιτών που υπηρετούν απαιτούν την δημιουργία κλινικών που θα διαγνώσκουν και θα αντιμετωπίζουν τα πάσης φύσεως οξέα ιατρικά περιστατικά και τις εξάρσεις των χρόνιων παθήσεων (δεν χρειάζεται να αντιμετωπίζουν τα επείγοντα, διότι τα επείγοντα θα αντιμετωπίζονται από ειδικές μονάδες επειγόντων περιστατικών, που έχουν άλλες υποδομές και γεωγραφική κατανομή). Οι κλινικές αυτές στελεχωμένες με γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων θα αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση όλων των οξέων περιστατικών της κοινότητας που εξυπηρετεί το νοσοκομείο και ανάλογα με το περιστατικό και την διάγνωση, είτε θα το αντιμετωπίζει επί τόπου, είτε θα το νοσηλεύει αν απαιτείται, είτε θα το παραπέμπει σε μεγαλύτερες εξειδικευμένες μονάδες. Επιπλέον, κάθε επαρχιακό νοσοκομείο ανάλογα με το προσωπικό, την παράδοση, τις υποδομές του και τον εθνικό σχεδιασμό, θα εξειδικευθεί σε διαφορετικές παθήσεις και θα υπηρετεί πολίτες από διαφορετικές πόλεις/περιφέρειες: π.χ. θα δημιουργηθούν κλινικές προγραμματισμένων χειρουργικών παθήσεων, μονάδες αποκατάστασης, ειδικές μονάδες για παθολογικές ή νευρολογικές παθήσεις, παιδιατρικά τμήματα κλπ. Με τον τρόπο αυτό οι παραπάνω κλινικές θα αποκτήσουν το προσωπικό και τις υποδομές, αλλά κυρίως τον κρίσιμο αριθμό των περιστατικών που απαιτούνται για την αποδοτική -οικονομική- λειτουργία τους, την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, και τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την συνεχή εκπαίδευση και δια βίου μάθηση του προσωπικού τους.

- Η διοίκηση: το ΕΣΥ πρέπει επιτέλους να αποκτήσει κεντρική διοίκηση. Δεν είναι δυνατόν η μεγαλύτερη επιχείρηση της χώρας με 106.000 εργαζόμενους και προϋπολογισμό μεγαλύτερο από 13 δις ευρώ να
 - μην έχει κεντρική 'ανεξάρτητη' διοίκηση, όραμα, στρατηγικούς στόχους, σχέδιο υλοποίησης και πολιτική κινήτρων
 - διοικείται από ανθρώπους που πολλές φορές δεν έχουν τα κατάλληλα προσόντα και
 - να μην υπάρχουν οι κατάλληλες διαδικασίες διορισμού και εξέλιξης,
 - τέλος, να στερείται αφ' ενός συστήματος αξιολόγησης του προσωπικού και των παρεχομένων υπηρεσιών, κι αφ' ετέρου να μην συνδέει τις αμοιβές του προσωπικού με το προσφερόμενο έργο. Δεν είναι η μονιμότητα το μεγάλο πρόβλημα του ΕΣΥ, αλλά η ισοπέδωση των αμοιβών και η έλλειψη κινήτρων. Όταν διαφοροποιηθούν οι αμοιβές του προσωπικού και συνδεθούν με την απόδοση και τους στόχους, τότε και μόνον τότε θα αυξηθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και κατά συνέπεια θα μειωθεί το κόστος των υπηρεσιών υγείας και θα αναγκασθούν να τεθούν στο περιθώριο οι εργαζόμενοι που δεν προσπαθούν να βελτιώσουν την απόδοσή τους. Οι άνθρωποι δεν

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

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

αλλάζουν τρόπο δουλειάς, επειδή κάποιος θα τους το πει. Θα αλλάξουν μόνο εάν έχουν τα κατάλληλα κίνητρα και την σωστή κουλτούρα και αξίες, άρα το σωστό εργασιακό περιβάλλον (C. C. Markides Game-changing strategies, Jossey-Bass 2008).

Οι Τιμές των Φαρμάκων

Στέφανου Μάνου, Προέδρου της ΔΡΑΣΗΣ.

Πηγή: «Η Καθημερινή», Κυριακή 26 Σεπτεμβρίου 2010

Πριν από 10 ημέρες ταξίδεψα στη Βιέννη με την Aegean. Στην αίθουσα αναμονής του «Ελ. Βενιζέλος» ήταν αρκετοί νέοι, προφανώς φοιτητές. Ένας με πλησίασε και ρώτησε:

Φοιτητής: Είστε ο κ. Μάνος;

Σ.Μ.: Είμαι. Τι είναι αυτό, καλό ή κακό;

Φ: Σας παρακολουθώ, αλλά δεν είμαι νεοφιλελεύθερος.

Σ.Μ.: Τι σας ταιριάζει;

Φ: Η σουηδική σοσιαλδημοκρατία.

Σ.Μ.: Σπουδάζετε στη Βιέννη;

Φ: Όχι στη Μπρατισλάβα.

Σ.Μ.: Σε ποια γλώσσα;

Φ: Στα Αγγλικά (διότι, βλέπετε, σε καμία άλλη χώρα της Ευρώπης δεν έχουν κατασκευάσει το συνταγματικό άρθρο 16 για να προστατεύουν τη συντεχνία των ντόπιων καθηγητών).

Σ.Μ.: Και τι σπουδάζετε;

Φ: Φαρμακευτική.

Σ.Μ.: Θέλετε να γίνετε φαρμακοποιός;

Φ: Ναι, ο πατέρας μου έχει φαρμακείο.

Σ.Μ.: Τώρα θα ανοίξουν το επάγγελμα.

Φ: Το ξέρω, και θα μας αφανίσουν.

Στο σημείο αυτό μας κάλεσαν να επιβιβαστούμε και ο διάλογος διεκόπη πριν μπορέσω να του πω τι περιθώρια κέρδους δίνει η σοσιαλδημοκρατική Σουηδία στους φαρμακοποιούς.

Με πολλές τυμπανοκρουσίες ανακοινώθηκαν από την κυβέρνηση οι νέες τιμές των φαρμάκων. Μειώθηκαν είπε η κυβέρνηση αλλά, αν κατάλαβα καλά, αυξήθηκε η φαρμακευτική δαπάνη. Για τα φάρμακα υπάρχουν δύο κυρίως τιμές: η τιμή στην οποία αγοράζει το φάρμακο ο φαρμακοποιός και η τιμή στην οποία το πουλάει. Το κράτος όρισε τις χονδρικές τιμές για κάθε φάρμακο και ταυτόχρονα προσδιόρισε ένα ενιαίο σταθερό ποσοστό κέρδους 35% για τον φαρμακοποιό. Έτσι, για παράδειγμα, το Salospir 100 mg έχει ορισμένη χονδρική τιμή 0,74 συν 11% ΦΠΑ, άρα σύνολο 0,82 ευρώ. Σε αυτή την τελική τιμή χονδρικής συν ΦΠΑ, ο φαρμακοποιός προσθέτει 35% και πουλάει το Salospir στην αγορανομικά καθορισμένη λιανική τιμή των 1,11 ευρώ. Με τον ίδιο ακριβώς τρόπο βρίσκονται οι λιανικές τιμές όλων των φαρμάκων. Για παράδειγμα, το Somatuline με χονδρική τιμή 1.120,32 ευρώ, συν ΦΠΑ 11%,

δηλαδή σύνολο 1.243,56 καταλήγει, αφού προστεθεί το περιθώριο 35% του φαρμακοποιού, να πωλείται λιανικά στα 1.678,80 ευρώ. Με την πώληση μιας ένεσης Somatuline ο φαρμακοποιός αποκομίζει ένα κέρδος 435,24 ευρώ. Τα Ταμεία πληρώνουν στα φαρμακεία τη λιανική τιμή.

Στη σοσιαλδημοκρατική Σουηδία ορίζουν και εκεί, όπως εδώ, τις χονδρικές τιμές και τις λιανικές τιμές. Μολονότι μπορεί να είναι κουραστικό θα παραθέσω τα στοιχεία της σουηδικής πρακτικής:

Για όσα φάρμακα έχουν χονδρική τιμή (μαζί με τον ΦΠΑ) μέχρι 7 ευρώ η λιανική τιμή διαμορφώνεται με προσαύξηση της τιμής κατά 20% πλέον ενός σταθερού ποσού 2,91 ευρώ. Με αυτό το σύστημα το Salospir στη Σουηδία θα είχε λιανική τιμή 3,89 ευρώ. Για φάρμακα με χονδρική τιμή από 7 μέχρι 30 ευρώ, ο φαρμακοποιός προσαυξάνει τη χονδρική τιμή κατά 3% και προσθέτει 4,09 ευρώ για να διαμορφώσει την λιανική τιμή. Από 30 έως 550 ευρώ, η χονδρική τιμή προσαυξάνεται κατά 2% και προστίθενται 4,37 ευρώ. Τέλος, για τα ακριβά φάρμακα πέραν των 550 ευρώ, η λιανική τιμή προκύπτει από την πρόσθεση 15,53 ευρώ στη χονδρική τιμή. Το Somatuline στη Σουηδία θα είχε λιανική τιμή 1.259,09 που είναι το άθροισμα της χονδρικής με ΦΠΑ συν το περιθώριο των 15,53 ευρώ.

Ο Σουηδός φαρμακοποιός κάθε φορά που διαθέτει Somatuline κερδίζει 15,53 ευρώ, ενώ ο Έλληνας συνάδελφός του κερδίζει 435,24 ευρώ.

Με βάση αυτά τα πραγματικά στοιχεία, προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα:

1. Υπάρχουν πολλά φαρμακεία στην Ελλάδα επειδή το επάγγελμα –χάρη στο τρόπο με τον οποίο το κράτος ορίζει τις τιμές– είναι προσοδοφόρο και άρα ελκυστικό.

2. Αν εφαρμοστεί το σουηδικό σύστημα διαμόρφωσης των λιανικών τιμών (α) θα περιοριστεί κατακόρυφα η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, (β) θα περιοριστεί μέχρι μηδενισμού το κίνητρο συνταγογράφησης ακριβών φαρμάκων και (γ) θα εξαλειφθεί το κίνητρο της υπερσυνταγογράφησης στην οποία καταφεύγουν μερικοί ασυνείδητοι γιατροί και φαρμακοποιοί (σκεφτείτε ότι υπάρχουν εκατοντάδες σκευάσματα με περιθώριο κέρδους μεγαλύτερο από 100 ευρώ).

Και ακόμη, στη Σουηδία, για να βοηθηθεί η κυκλοφορία των φαρμάκων κοινόχρηστης ονομασίας (generics), αφού οριστεί η λιανική τιμή όπως ήδη περιέγραψα, προστίθεται ένα ευρώ έτσι ώστε ο φαρμακοποιός να έχει κίνητρο να χορηγήσει το φθηνότερο φάρμακο.

Με το σουηδικό σύστημα, τα χρεοκοπημένα Ταμεία θα εξοικονομούσαν 1 και πλέον δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Βεβαίως, θα θίγονταν βάνουσα οι φαρμακοποιοί. Όπως και οι ιδιοκτήτες φορτηγών Δ.Χ. με την απελευθέρωση. Όπως οι εργαζόμενοι στον ΟΣΕ, που κατά μέσον όρο κερδίζουν 65.000 ευρώ ετησίως και πρέπει να μειώσουν κατακόρυφα τις αποδοχές τους. Δυστυχώς δεν γίνεται αλλιώς.

Στον φοιτητή της Φαρμακευτικής και επίδοξο φαρμακοποιό διευκρινίζω ότι δεν είμαι σοσιαλδημοκράτης ούτε νεοφιλελεύθερος. Είμαι απλά φιλελεύθερος. Πιστεύω στην ελευθερία και προσπαθώ να είμαι πρακτικός. Κοιτάζω γύρω μου τι είναι σωστό, λειτουργικό και δίκαιο και προσπαθώ να το εφαρμόσω. Προτιμώ το σουηδικό σύστημα διαμόρφωσης των λιανικών τιμών των φαρμάκων και νομίζω ότι πρέπει να το υιοθετήσουμε.

Περιεχόμενα

- Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός», Λ. Λιαρόπουλου
- «Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία», Δ.Ροβίθη
- «Η Φτώχεια της Υγείας και η Υγεία των Φτωχών», Θ.Δρίτσα
- «Υγεία: Νέος Υπουργός, Παλιά Προβλήματα», Μ. Πιτσιλίδη
- «Αύξηση των Δαπανών Υγείας: Μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε;», Γ.Βογιατζή
- «Οι τιμές των φαρμάκων», Σ.Μάνου
- «Τρεις προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας», Νίκου Β. Καρατζά

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

Τρεις Προτεραιότητες για το Σύστημα Υγείας

Νίκου Β. Καρατζα, Καρδιολόγου, Υφηγητή Πανεπιστημίων Αθήνας και Καλιφόρνιας

Πηγή: «Η Καθημερινή», Τρίτη 28-09-10

Η αναμπουμπούλα της κρίσης δημιουργεί και ευκαιρίες. Ολόκληρο το σύστημα Υγείας της χώρας μας είναι χρεοκοπημένο, όχι μόνο τα νοσοκομεία του. Ξοδεύουμε σε ποσοστό ΑΕΠ περισσότερο από τον μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών (OECD 2010) και αναλογικά με τις δαπάνες βρισκόμαστε ποιοτικά στην 32η θέση μεταξύ 33 ευρωπαϊκών χωρών. Τι θα μπορούσε να γίνει για να αλλάξει η κατάσταση; Τρία βασικά μέτρα είναι πρόδηλα: αναδιοργάνωση του δικτύου νοσοκομείων, δηλαδή νοσοκομειακός «Καλλικράτης», εισαγωγή συγχρόνου επαγγελματικού μάντζμεντ στα νοσοκομεία και εγκατάσταση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας Υγείας.

Πρώτον: Το δίκτυο των 140 περίπου νοσοκομείων της χώρας είναι ένα ιστορικό κατάλοιπο απροσάρμοστο στις σημερινές ανάγκες. Στην Αθήνα, σε απόσταση 2 χιλιομέτρων λειτουργούν 12 ανεξάρτητα νοσοκομεία, μα κανένα αύταρκες. Έχουμε επίσης νοσοκομεία στην Τρίπολη, το Αργος, την Κόρινθο και το Ναύπλιο, σε αποστάσεις που ένα ασθενοφόρο καλύπτει σε 35 λεπτά. Ωστόσο, εάν ο ασθενής σε ένα από αυτά χρειαστεί μια ειδική φροντίδα, θα πρέπει να μεταφερθεί στην Αθήνα.

Σε όλο το κόσμο τα μικρά νοσοκομεία έχουν κλείσει ή έχουν μετατραπεί σε χρόνιας φροντίδας, ενώ τα μεγάλα έχουν συγχωνευθεί. Ένα νοσοκομείο για να είναι επαρκές, πρέπει να είναι μεγάλο και αύταρκες. Τέτοια στην Ελλάδα έχουμε ελάχιστα. Χρειάζεται μια μελέτη με βάση πληθυσμό, νοσηρότητα, αποστάσεις και γεωγραφία, για τον σχεδιασμό του νοσοκομειακού δικτύου, με τη βοήθεια ξένων ειδικών. Στο μεταξύ, γειτονικά νοσοκομεία θα πρέπει να συγχωνευθούν και μερικά να κλείσουν. Για την Αττική θα χρειαστεί να κτιστεί ένα μεγάλο νοσοκομείο στη Ανατολική Αθήνα.

Δεύτερον: Η διοίκηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι μια φαρσοκωμωδία διάρκειας 30 ετών. Κάθε φορά που αλλάζει υπουργός αλλάζουν και οι διοικήσεις των νοσοκομείων, όπου τοποθετούνται οι πλέον άσχετοι. Τα νοσοκομεία σήμερα αναγνωρίζονται ως οι πλέον περίπλοκοι οργανισμοί υψηλής τεχνολογίας και εξειδίκευσης, έχοντας ξεπεράσει κάθε άλλο συγκρότημα ανθρώπινης δραστηριότητας. Οφείλουν να διοικούνται από καλά σπουδασμένους, καλά πληρωμένους και αποτελεσματικούς επαγγελματίες μάντζερ. Η αποτελεσματικότητά τους κρίνεται με τα ίδια κριτήρια, όπως στο επιχειρηματικό περιβάλλον και εάν δεν αποδίδουν απομακρύνονται. Τέτοιους μάντζερ δεν έχουμε, ούτε μπορεί να παραχθούν από τη μια στιγμή στην άλλη. Για να διοικηθούν τα ελληνικά νοσοκομεία πρέπει να τα αναλάβουν ξένοι φορείς, κοντά

στους οποίους θα μπορεί να εκπαιδευτούν οι δικοί μας επαγγελματίες.

Στο μεταξύ, ας επιστρέψουμε στη δεκαετία του '60, όταν μερικά από τα νοσοκομεία μας ήταν ισάξια με της Ευρώπης και διοικούνταν από ισχυρές αυταρχικές, αλλά αποτελεσματικές, ιατρικές προσωπικότητες. Ικανοί, τίμιοι, ακομμάτιστοι γιατροί δεν πρόκειται βέβαια να καταθέσουν βιογραφικά. Θα πρέπει να αναζητηθούν και να πεισθούν να υπηρετήσουν.

Τρίτον: Τα νοσοκομεία είναι μεν κυρίαρχα, αλλά όχι τα μόνα συστατικά ενός συστήματος Υγείας. Στη χώρα μας μιλάμε για ΕΣΥ, αλλά ούτε Εθνικό ούτε Σύστημα είναι. Πρόκειται για ένα μοντέλο σοβιετικού τύπου. Σχεδιάστηκε από μια ομάδα νεαρών γιατρών του κόμματος για να εξασφαλίσουν για τους εαυτούς τους μονιμότητα και προαγωγές χωρίς αξιολόγηση και το πέτυχαν. Στήθηκε με ένα νομοσχέδιο που όριζε τις θέσεις των γιατρών ως μόνιμες και δήθεν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ μπόρεσε να ξεκινήσει χάρις στην υπόσχεση της παραβίασης της αρχής του: «Ελάτε να ενταχθείτε στο σύστημα και βρε αδελφέ δεν πρόκειται να σας κυνηγήσει κανείς εάν δεν κλείσετε τα ιατρεία σας» (προσωπική μαρτυρία). Οι συνέπειες είναι γνωστές: γιγάντωση του ιδιωτικού τομέα, δαπάνες από την τσέπη των ασθενών πάνω από το 50% του συνόλου, το μεγαλύτερο ποσοστό στην Ευρώπη. Πειρατική, αφορολόγητη, ιδιωτική ιατρική, φακελάκια, μίζες προμηθευτών και ποσοστά από φάρμακα και παραπομπές, υπερβολικές δαπάνες, χαμηλή ποιότητα. Και αυτά παρά την αυτοθυσιαστική προσφορά μεγάλης μερίδας άριστων και έντιμων νοσοκομειακών γιατρών.

Πρέπει λοιπόν να βρεθεί τι σύστημα Υγείας θέλει και μπορεί να υποστηρίξει η κοινωνία μας. Τα συστήματα Υγείας χονδρικά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: εκείνα που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία (μοντέλο Beveridge, από τον εισηγητή του βρετανικού συστήματος) και εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck από τον Γερμανό πολιτικό που εισήγαγε την κοινωνική ασφάλιση). Εμείς έχουμε ένα υβριδικό μπάχαλο. Τα συστήματα και των δύο μοντέλων βασίζουν τη λειτουργία τους στην ύπαρξη ενός δικτύου ιατρών πρώτης επαφής, τους λεγόμενους κλειδοκράτορες (gatekeepers). Είναι γιατροί γενικής ιατρικής, ή ιατρικές ομάδες, που λειτουργούν έχουν σύμβαση με τα εθνικά συστήματα, δεν τους ανήκουν. Πληρώνονται είτε κατά κεφαλήν είτε ανά πράξη, με δίκαιη και ορθολογική τιμολόγηση. Καλή ιατρική άλλωστε δεν γίνεται από δημόσιους υπαλλήλους.

Ο σχεδιασμός ενός αποτελεσματικού και εφικτού συστήματος Υγείας στην Ελλάδα δεν μπορεί να είναι κομματική, ούτε συντεχνιακή υπόθεση αλλά ούτε και να εξαρτάται από πολιτικές ιδεολογίες. Η μόνη ιδεολογία είναι η αρχή της προσφοράς προσβάσιμων, προσιτών, ποιοτικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών για όλους.

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

www.neahygeia.gr

Επικοινωνία: chsr@med.uoa.gr

