

Αναζητώντας την ταυτότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας

Η φύση και η ιδιομορφία του αγαθού «υγεία» αποτέλεσε την αιτία ώστε να καταστεί στη χώρα μας, πεδίο έντονης πολιτικής αντιπαράθεσης τις τελευταίες δεκαετίες. Ως «Πολιτική Υγείας», σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, ορίζεται 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.¹ Παρότι τα συστήματα υγείας κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τον κοινωνικό τους προσανατολισμό², στην Ελλάδα το αντίστοιχο σύστημα υγείας φαίνεται πως ακόμα ψάχνει να βρει το πολιτικό, ιδεολογικό και κοινωνικό του στίγμα.

Οι αμφίσημες και σε πολλές περιπτώσεις αντιφατικές πολιτικές παρεμβάσεις διαχρονικά στην περίθαλψη των Ελλήνων πολιτών, συντέλεσε στο να αμφισβητηθούν και σε πολλές περιπτώσεις να επαναπροσδιοριστούν κατά το δοκούν, έννοιες που σε κάθε άλλη περίπτωση θα ήταν αντικειμενικές και μη επιδεχόμενες αυθαίρετων ερμηνειών ανάλογα με το εκάστοτε πολιτικό διακύβευμα.

Έτσι, επιχειρώντας να ορίσουμε με κοινά αποδεκτούς και επιστημονικά τεκμηριωμένους όρους αλλά και πέρα από κάθε χρησιμοθηρική υποκειμενική θεώρηση, το τι είναι ένα **«Σύστημα Υγείας»**, μπορούμε να πούμε ότι είναι ένα άθροισμα παραγόντων που καθορίζει το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας η οποία αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

3-5

Ερευνώντας τους παράγοντες ακόμα πιο διασταλτικά, μπορούμε να πούμε ότι η δημογραφική γήρανση, αναφέρεται στη σύγχρονη επιστημονική συζήτηση πολιτικής υγείας ως μία από τις προκλήσεις των κοινωνικοκρατικά δομημένων συστημάτων υγείας. Τα αποτελέσματα της τελευταίας απογραφής του 2021,⁶ ενισχύουν το παραπάνω με τον πιο εμφατικό τρόπο. Η πληθυσμιακή μείωση δε και η αλλαγή των ποιοτικών παραγωγικών δεικτών ανά ηλικιακή ομάδα, οδηγεί αβιάστα στο συμπέρασμα ότι η παροχή φροντίδας του μέλλοντος πρέπει να τροποποιηθεί, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στις δομές περίθαλψης των χρονίως πασχόντων και των ειδικοτήτων που σχετίζονται με την γηριατρική.

Καθοριστικής σημασίας, επίσης, αποτελούν όλα εκείνα τα στοιχεία που από τη σκοπιά της επιδημιολογίας και κοινωνικής ιατρικής αποτελούν τους προσδιοριστικούς παράγοντες υγείας.⁷⁻

8

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (1981), οι δείκτες υγείας είναι ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές που εφαρμόζονται στην υγεία και εξετάζουν τις άμεσες ή έμμεσες αλλαγές του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους.⁹

Προκειμένου λοιπόν να καθοριστεί η δομή και η λειτουργία των οργανισμών υγείας, λαμβάνονται υπόψη συγκεκριμένες ειδικές παράμετροι της εκάστοτε διοίκησης των οργανισμών υγείας. Σε αυτές κατατάσσεται η αυξημένη ή μειωμένη κρατική παρέμβαση, η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις, η ένταση της εργασίας, η ένταση της οργάνωσης και διαχείρισης και ο τρόπος επιμερισμού εξουσίας και ευθύνης.^{5,10} Στο πλαίσιο αυτό, διακρίνουμε και σαφείς αδυναμίες της Διοίκησης στην υγεία που σχετίζονται κυρίως με το χαμηλό πολιτικό ενδιαφέρον κατά την περίοδο των μεταρρυθμίσεων, το χαμηλό ενδιαφέρον από τους επαγγελματίες υγείας στην εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και την ανεπάρκεια των διοικητικών στελεχών υγείας να εφαρμόσουν αποτελεσματικές και σύγχρονες μεθόδους διοίκησης.⁴

Αν στα παραπάνω προσθέσουμε και την οικονομική διάσταση, η «θολή» εικόνα του δικού μας ΕΣΥ γίνεται απολύτως κατανοητή: Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία από την περίοδο των μνημονίων μέχρι και σήμερα, ανέρχονται γύρω στο 5% του ΑΕΠ χωρίς να φαίνεται σημείο ανάσχεσης. Επιπλέον στην Ελλάδα μόνο το 61% των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές, ενώ το 35 % χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε τις «ιδιωτικές πληρωμές» και τις «άτυπες πληρωμές». Στον βαθμό που οι τελευταίες αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, σε συνάρτηση με το διαχρονικά παρατηρούμενο υψηλό ποσοστό των άμεσων πληρωμών (**out of pocket**) στην Ελλάδα, το γεγονός αυτό εγείρει σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά τη διασφάλιση ίσων ευκαιριών πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας.¹¹

Έτσι, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι πέραν της ανάγκης για γενναία ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ με παράλληλη αύξηση της χρηματοδότησης, είναι υπαρκτή και η ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος λήψης αποφάσεων και καθορισμού προτεραιοτήτων υψηλής ικανότητας κατανόησης και επίλυσης πολύπλοκων ζητημάτων, μακριά από πολιτικές σκοπιμότητες.^{4,8,12}

Εν κατακλείδι, η αντιμετώπιση της υγείας ως υπέρτατου δημόσιου αγαθού, είναι μονόδρομος για όσους χαράσσουν την πολιτική του μέλλοντος, δίνοντας έμφαση στην πρόσβαση των μη προνομιούχων στις υπηρεσίες υγείας, θεμελιώνοντας έτσι το αίσθημα της δικαιοσύνης στους πολίτες, ειδικά σε έναν τόσο ευαίσθητο τομέα πάνω στον οποίο εδραιώνεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Ο επανασχεδιασμός των δημοσιονομικών αναγκών της χώρας και η επαναξιολόγηση των προτεραιοτήτων των κυβερνήσεων, με ταυτόχρονη διαφάνεια στη διαχείριση των οικονομικών πόρων, είναι η απάντηση σε όσους ακόμα αμφιταλαντεύονται περί της ταυτότητας της υγείας ως δημόσιου ή ιδιωτικού αγαθού.

Αριστείδης Δάγλας

Καθηγητής Δευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης
Τομέα Υγείας Πρόνοιας και Ευεξίας, κλάδου Νοσηλευτικής (ΠΕ 8702),
Εκπαιδευτής Ενηλίκων,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Health Systems Governance. Who.int. 2022 [cited 17 August 2022]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>
2. Athanasiadis A, Kostopoulou S, Philalithis A. Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality. Global Journal of Health Science. 2015;7(6).
3. Barbazza E, Tello J. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy. 2014;116(1):1-11.
4. Κυριόπουλος Ι. Η αναζήτηση ομοφωνίας για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη. Archives of Hellenic Medicine. 2020;37(1):7-14.
5. Κουκουφιλίππου Ι, Παπαβασιλείου Ε, Κοΐνης Α. Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. Το Vima του Asklipiou. 2016;15(4):346-364.
6. Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού - Κατοικιών 2021 - ELSTAT [Internet]. Statistics.gr. 2022 [cited 17 August 2022]. Available from: <https://www.statistics.gr/2021-census-pop-hous-results>
7. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing; 2019.
8. Τούντας Ι. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας [Internet]. Dianeosis.org. 2020 [cited 17 August 2022]. Available from: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/PP_to-neo-ESY_final.pdf
9. World Health Organization. Development of indicators for monitoring progress towards Health for All by the Year 2000. World Health Organization; 1981.
10. Μπισκανάκη Ε, Χαραλάμπους Γ. Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Το Vima του Asklipiou. 2017;16(4):258-270.



11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece: assessment report. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019.
12. Ramesh M, Wu X, Howlett M. Policy capacity and governance: Assessing governmental competences and capabilities in theory and practice. palgrave macmillan; 2018.