

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

VEMA OF ASKLIPIOS

OCTOBER-DECEMBER 2002 VOLUME 1 No 4

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο
Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο
Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία
Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα
Εφαρμογή πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση
των κατακλίσεων
Κακόηθες μελάνωμα στομάχου

Palliative care for children
Palliative care in nausea and vomiting
Dissociative (psychogenic) amnesia
The course of the National Health System in Greece
The implementation of nursing protocol
for the management of pressure
Malignant melanoma of stomach



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99

ΒΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα**Από τη σύνταξη** 163**Ανασκοπήσεις****Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο.**
Α. Αυγέρης 164**Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο.** Ε. Θεοδοσοπούλου, Ζ. Τσαμπαλάκη 169**Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία. Κλινική περιγραφή, επιδημιολογία, αιτιολογικές υποθέσεις, διαγνωστικές-θεραπευτικές προσεγγίσεις.** Ν. Μόσχος 178**Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 19ο αιώνα μέχρι σήμερα και η ανάγκη ριζικών θεσμικών αλλαγών στη δομή και το ρόλο του.** Ε. Λαχανά, Σ. Κοτρώτσιου 186**Ερευνητική εργασία****Αποτελέσματα εφαρμογής νοσηλευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας.** Σ. Διαμάντη, Σ. Μποζώνη, Ε. Αποστολίδη, Α. Σαροπούλου, Ε. Αναστασοπούλου, Μ. Ανδριακοπούλου 194**Ενδιαφέρουσα περίπτωση****Κακόηθες μελάνωμα στομάχου. Παρουσίαση περιστατικού με άγνωστη πρωτοπαθή εστία.** Θ.Γ. Οικονόμου, Δ. Τσούτσος, Κ. Φραγκιά, Ε. Γκόγκα, Σ. Παπαδόπουλος, Β. Γεωργούντζος, Ι. Ιωάννοβιτς 201**Περιεχόμενα τόμου 1** 204**Οδηγίες για τους συγγραφείς** 207**Contents****From the editors** 163**Reviews****Palliative care in children with cancer**
A. Avgeris 164**Palliative care of nausea and vomiting in patients with cancer.** E. Theodosopoulou, Z. Tsabalaki 169**Dissociative (psychogenic) amnesia. Clinical description, epidemiology, etiological hypotheses, diagnostical-therapeutical approaches.** N. Moschos 178**The course of the National Health System in Greece from the 19th century until today and the necessity for radical statutorial modifications in this structure and its role.** E. Lachana, S. Kotrotsiou 186**Original paper****The outcomes of implementation of nursing protocol for pressure ulcers management in 251 Hellenic Air Force hospital.** S. Diamanti, S. Bozoni, E. Apostolidi, A. Saropoulou, E. Anastasopoulou, M. Andriakopoulou 194**Case report****Malignant melanoma of the stomach. Report of a case presenting with unknown primary lesion.** T.G. Iconomou, D. Tsoutsos, K. Frangia, H. Gogas, S. Papadopoulos, V. Georgountzos, J. Ioannovich 201**Contents of volume 1** 204**Instructions to authors** 207

Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 19ο αιώνα μέχρι σήμερα και η ανάγκη ριζικών θεσμικών αλλαγών στη δομή και το ρόλο του

Ε. Λαχανά,¹
Σ. Κοτρώτσιου²

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υποψήφια MSc,
Εργαστηριακή Συνεργάτιδα ΤΕΙ Λάρισας

²Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο
Λάρισας, Εργαστηριακή Συνεργάτιδα
ΤΕΙ Λάρισας, Λάρισα

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνική πολιτική, υγειονομικό σύστημα, νομοθετικά μέτρα, προβλήματα, αλλαγές

Περίληψη Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής και οποιαδήποτε μεταβολή στην ίδια τη φύση αλλά και το ρόλο αυτής επηρεάζει και τα επιμέρους συστατικά της άρα και την υγεία. Μια πρόταση για το ΕΣΥ είναι ολοκληρωμένη μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σ' ένα γενικότερο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής. Στη χώρα μας η πορεία της ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα είναι παράλληλη με την πορεία του ίδιου του Ελληνικού κράτους. Μια σειρά νομοθετικών μέτρων από το 19ο αιώνα μέχρι και σήμερα, διαμόρφωσαν ένα υγειονομικό σύστημα που παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Σήμερα, το ΕΣΥ χρειάζεται ριζικές θεσμικές αλλαγές αφού μετά την ποσοτική ανάπτυξη των τελευταίων ετών οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν προς την κατεύθυνση βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της εν γένει αποδοτικότητας. Η αποκέντρωση, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η περίθαλψη, η χρηματοδότηση και η κοινωνική δικαιοσύνη στη δομή του ΕΣΥ, είναι οι κύριοι τομείς που χρήζουν ριζικών θεσμικών αλλαγών. Κάθε υγειονομικό σύστημα είναι ένα «ανοιχτό σύστημα» που συνεχώς μεταβάλλεται και προσαρμόζεται στις κοινωνικές αλλαγές και στις εξελίξεις της τεχνολογίας χωρίς ποτέ να ολοκληρώνεται. Πάντα όμως θα υπάρχουν περιθώρια βελτιωτικών αλλαγών και μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, αρκεί τα μέτρα να είναι σαφή, ρεαλιστικά, μη δογματικά ώστε ο διάλογος να είναι συγκεκριμένος, ειδικρινής και αποτελεσματικός.

Abstract The course of the National Health System in Greece from the 19th century until today and the necessity for radical statutory modifications in this structure and its role. E. Lachana,¹ S. Kotrotsiou.² ¹TE Nurse, MSc Candidate Laboratory Collaborator TEI Larisa, Department of Nursing, ²TE Nurse Larisa General Hospital Laboratory Collaborator TEI Larisa, Department of Nursing, Larisa, Greece. *Vema of Asklipios* 2002, 1(4):186-193. The health system consists a basic component of social politics and any alteration in its nature as well as its role affects its allocated components and therefore health also. In our country the health sectors' development and organization course is parallel to that of the Greek governments' itself. A sequence of legislative measures from the 19th century till today formed a health system that, despite the significant steps that were made these past few years, faces major organization, management, efficiency and performance problems. At present the NHS requires radical statutory modifications and due to the quantitative growth of the past years, efforts must focus towards the direction of the improvement in the quality and the efficiency of health services offered. The primary sections that require radical statutory modifications are decentralization, first-degree health care, nursing, financing and social justice in the NHS structure. Every health system is an "open health system" which constantly changes and adapts to social alterations and to technological evolution without it ever concluding. Margins for improvement alterations and reformational interventions will always exist just as long as they explicit, realistic, and non-dogmatic so that dialogue can be specific, honest and efficient.

Key words: Social politics, health system, statutory measures, problems, changes

Εισαγωγή

Πριν αναφερθούμε στα προβλήματα της δομής του ΕΣΥ και τη μελλοντική προοπτική του, είναι σκόπιμο πρώτα να παρουσιάσουμε τη σχέση του ΕΣΥ ως εξειδίκευση της κοινωνικής πολιτικής και το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται απ' αυτή.

Η σχέση της κοινωνικής πολιτικής με το ΕΣΥ

Κοινωνική πολιτική είναι η διορθωτική ή προληπτική παρέμβαση στην κοινωνική πραγματικότητα, με τη λήψη μέτρων που αποσκοπούν στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και την προαγωγή της κοινωνικής δικαιοσύνης.¹

Η επίτευξη της υγείας είναι ένας από τους κύριους στόχους της κοινωνικής πολιτικής. Η πολιτική υγείας είναι αυτή που αποσκοπεί στην επίτευξη της ευεξίας και της εναρμόνισης των μελών της κοινωνίας με το περιβάλλον τους, ενώ παράλληλα περιλαμβάνει συνδυάζει και συντονίζει τις βασικές λειτουργίες ενός συστήματος υγείας όπως τα προγράμματα πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης. Εξαρτάται δε τόσο απ' τις εν γένει πολιτικές δομές και διαπάλες μιας χώρας, όσο και από την οικονομική της κατάσταση, καθώς και από άλλες παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες διαβίωσης κ.ά.

Σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά την πολιτική υγείας, κάθε χώρα έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες, ανάγκες και δομικές δυνατότητες. Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής. Οποιαδήποτε μεταβολή στην ίδια τη φύση και στο ρόλο της κοινωνικής πολιτικής επηρεάζει τα επιμέρους συστατικά της άρα, και την υγεία.

Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα ήταν αποσπασματική και σε πολλές περιπτώσεις δεν εφαρμόσθηκε για να καλύψει πραγματικές κοινωνικές ανάγκες αλλά για να καλύψει το κράτος στις πελατειακές του ανάγκες. Ο τρόπος συγκρότησης των νοσοκομείων, η αδυναμία των ασθενών να εξυπηρετηθούν στα δημόσια νοσοκομεία, η έλλειψη γιατρών σε νησιά και παραμεθόριες περιοχές, υποδηλώνουν την αναποτελεσματικότητα και αποσπασματικότητά της στην Ελλάδα.

Σήμερα η φιλοσοφία της κοινωνικής πολιτικής είναι η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών όχι σε όλους αλλά σε συγκεκριμένες ομάδες-στόχους. Η ανάγκη της στροφής αυτής από την καθολική/παθητική κοινωνική πολιτική σε μια πιο επιλεκτική/ενεργητική μορφή είναι σήμερα επιτακτική λόγω της διόγκωσης της ανεργίας και της αύξησης των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων.

Συμπερασματικά μια πρόταση για το ΕΣΥ θα είναι ολοκληρωμένη μόνο στο βαθμό που θα εντάσσεται σ' ένα γενικότερο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής.

Ιστορική αναδρομή

Η κάθε χώρα στη διαδρομή του χρόνου και υπό την επίδραση μιας σειράς ιστορικών, πολιτικών, οικονομικών και γεωγραφικών παραμέτρων έχει διαμορφώσει το δικό της υγειονομικό σύστημα με τους ιδιαίτερους μηχανισμούς χρηματοδότησης.²

Οι εξελίξεις της πολιτικής υγείας στο διεθνή χώρο. Δύο θεμελιακά στοιχεία προσδιόρισαν σε ένα μεγάλο βαθμό τις υγειονομικές εξελίξεις και τη χάραξη της πολιτικής υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Το πρώτο σχετίζεται με τη διεθνή οικονομική συγκυρία και τη διεθνή οικονομική κρίση στα τέλη της δεκαετίας του '70. Η ανάγκη για περιοριστική πολιτική και περιορισμό² των δαπανών έβαλε στο μικροσκόπιο τον υγειονομικό τομέα και τις δημόσιες δαπάνες υγείας που τότε απορροφούσαν στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες το 7% του εθνικού τους εισοδήματος.³

Το δεύτερο και εξίσου σημαντικό στοιχείο ήταν η διαπίστωση ότι ο όγκος των διατιθέμενων υγειονομικών και οικονομικών πόρων δεν συσχετιζόταν απαραίτητα με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.^{4,5}

Απ' την άλλη μεριά η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συνεχώς αυξάνεται και αυτό οφείλεται σε αρκετούς εξωγενείς παράγοντες (η αύξηση του αριθμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας, η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, ο τρόπος ζωής των ανθρώπων στις βιομηχανικές κοινωνίες κ.ά.) καθώς επίσης και σε ενδογενείς παράγοντες του υγειονομικού συστήματος όπως οι νέες τεχνολογίες και η ανάλογη ζήτηση γι' αυτές.⁶

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας είναι παράλληλη με την πορεία του ίδιου του ελληνικού κράτους.

Η συγκρότηση του υγειονομικού τομέα ανάγεται στο 19ο αιώνα και ακολουθεί τις ιδιοτυπίες της οργάνωσης του ελληνικού κράτους και της διοίκησής του. Λαμβάνονται νομοθετικά μέτρα τα οποία χαρακτηρίζονται από έλλειψη ορθολογικού σχεδιασμού, αποσπασματικότητα στη λήψη των αποφάσεων και επανάληψη των ρυθμίσεων. Αυτό έχει αποτέλεσμα κατά τη διάρκεια περίπου ενάμισι αιώνα να διαμορφωθεί ένα μεικτό, υποβαθμισμένο και ανεπαρκές υγειονομικό σύστημα ιατρικής περίθαλψης, ενώ ο ιδιωτικός φιλανθρωπικός και κερδοσκοπικός τομέας αναπτύσσεται υπέρογκα και ανεξέλεγκτα ήδη από την εποχή του Τρικούπη.

Οι ασταθείς και συχνά δυσμενείς πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικράτησαν στη

διάρκεια του 20ού αιώνα στη χώρα μας (δύο Παγκόσμιοι πόλεμοι, εμφύλιοι, δικτατορίες κ.ά.) το πολιτικό και κοινωνικό μοντέλο των πελατειακών σχέσεων που κυριάρχησε μεταπολεμικά, αλλά και η εμμονή σε ξένα υγειονομικά πρότυπα, επιδείνωσαν την ήδη βεβαρυμένη κατάσταση.

Η κρατική πολιτική εξαντλήθηκε στη ψήφιση ειδικών νόμων και διαταγμάτων που συναντούσαν τεράστιες δυσκολίες κατά την εφαρμογή τους. Αντίθετα, για να καλύψει τα δημιουργούμενα κενά, στηρίχτηκε κατά κύριο λόγο στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος αναπτύχθηκε άναρχα και υπέρογκα, επειδή το κράτος δεν είχε την ικανότητα ουσιαστικού σχεδιασμού, εποπτείας και ελέγχου.

Η κρίση που εκδηλώθηκε διεθνώς τη δεκαετία του '70 έκανε ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη για μετασχηματισμό του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Η νομοθετική προσπάθεια στα χρόνια της μεταπολίτευσης αποτελεί σταθμό για την υγεία:⁷

- Με το Σύνταγμα του 1975 κατοχυρώθηκε ουσιαστικά στην Ελλάδα το κοινωνικό κράτος δικαίου
- Από το 1980 και ύστερα εμφανίστηκαν στο κοινωνικό πεδίο δύο αντιλήψεις για την υγεία οι οποίες συγκρούστηκαν έντονα: η φιλελεύθερη και σοσιαλιστική⁸
- Με τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 για το ΕΣΥ διερευνήθηκαν τα όρια του κοινωνικού κράτους και θεσπίστηκε ένα μεικτό σύστημα υγείας με έντονα στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού και κύρια χαρακτηριστικά την ενδυνάμωση του δημοσίου συστήματος υγείας και την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος ιδιωτικά⁹
- Η έλευση στην εξουσία της παράταξης της ΝΔ το 1990 είχε συνέπεια την κατάργηση/φιλελευθεροποίηση του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ και την τροποποίηση της φιλοσοφίας του με την ψήφιση του Ν. 2071/1192 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας
- Η επάνοδος του ΠΑΣΟΚ στην κυβέρνηση το 1993 και η ανανέωση της λαϊκής εντολής το 1996 οδήγησαν στην «επιστροφή» στο ΕΣΥ. Με τον Ν. 2194/1994 για την «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» καταργήθηκαν ορισμένες διατάξεις του Ν. 2071/1992 και τέθηκαν εκ νέου σε ισχύ διατάξεις του Ν. 1397/1983
- Με τον Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», δεν επέρχονται βέβαια ριζικές αλλαγές στο ΕΣΥ, ρυθμίζονται ωστόσο ορισμένα θέματα που εκκρεμούν επί χρόνια.

Τέλος, τον Ιούλιο του 2000 κατατίθεται σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη» από τον υπουργό υγεί-

ας κ. Παπαδόπουλο με προτάσεις για μια σειρά μέτρων που αφορούν κυρίως την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και το πλαίσιο λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα, αφήνοντας περιθώρια ουσιαστικού διαλόγου με τους αρμόδιους φορείς πριν την ψήφισή του.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας σήμερα

Η δεκαετία του '80 έχει αλλάξει ριζικά το χαρακτήρα της παροχής των φροντίδων υγείας. Το στοιχείο αυτό που είναι έκδηλο στη συνείδηση του ελληνικού πληθυσμού, συνδυάζεται βεβαίως με οργανωτικά, διαχειριστικά και οικονομικά προβλήματα. Παρόλα αυτά μπορεί να συγκριθεί περισσότερο με τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών και λιγότερο μ' εκείνα των χωρών της πρώην ανατολικής Ευρώπης ή των Βαλκανίων.¹⁰

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα θεωρείται σήμερα έντονα νοσοκομιοκεντρικό και ιατροκεντρικό, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και όχι στην πρόληψη. Αυτό το φαινόμενο οφείλεται σε κοινωνικούς, πολιτισμικούς, πολιτικούς και οικονομικούς λόγους. Οι λέξεις κλειδιά που οροθετούν το σύστημα υγείας απ' τον ευρύτερο υγειονομικό τομέα είναι οι κανόνες και οι αρχές, ο προγραμματισμός και η οργάνωση, οι στόχοι και οι προτεραιότητες που αποσκοπούν στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας.

Γενικά χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Μεικτό σύστημα δημοσίου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες. Ιστορικά, το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark). Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που εξαρτάται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge). Στην ουσία αποτελεί ένα μεικτό σύστημα δημοσίου χαρακτήρα, όπως όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα σήμερα, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο, τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο, ενώ ο ιδιωτικός τομέας επίσημα αγνοείται αλλά απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών εξόδων υγείας.

Διαφορετικά υποσυστήματα με επικαλύψεις και υγειονομικές ανισότητες. Εκτός του ΕΣΥ συνυπάρχουν και λειτουργούν με σχετική αυτονομία άλλα δύο εντελώς διαφορετικά και ασύνδετα υποσυστήματα, του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα. Αυτά συγκροτούν έναν κατακερματισμένο υγειονομικό τομέα που συνεπάγεται: αδυναμία σχεδιασμού και άσκηση ενιαίας εθνικής υγειονομικής πολιτικής, επικαλύψεις και σπατάλες που οδηγούν σε περιορισμένη αποδοτικότητα των πόρων και υγειονομικές ανισότητες στην πρόσβαση, στην ποιότητα και στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος. Το όλο σύστημα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη, οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι επαρκείς.

Κτίρια και τεχνολογία: η κατάσταση βελτιώνεται. Όσον αφορά την κτιριακή και τεχνολογική υποδομή η κατάσταση τείνει να βελτιωθεί σημαντικά με την ολοκλήρωση της εκτέλεσης του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης στην υγεία. Για τη σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, από άποψη βαρέως εξοπλισμού και εξειδικευμένων κέντρων το σύστημα παρουσιάζει σημαντική βελτίωση.

Προβλήματα που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας:

- α. Μεγάλος αριθμός ιατρών, φαρμακοποιών, οδοντιάτρων και απουσία πολιτικών ελέγχου της παραγωγής τους
- β. Άνιση κατανομή των ιατρών μεταξύ κέντρου και περιφέρειας αλλά και ελλείψεις σε βασικές ειδικότητες που απαιτούνται για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας
- γ. Μεγάλες ελλείψεις σε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό
- δ. Πλήρης απουσία μάντζερ, επιχειρησιακών ερευνητών, κλινικών μηχανημάτων κ.ά.
- ε. Απουσία του θεσμού της συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εργαζομένων.

Χαμηλή παραγωγικότητα, αντιοικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων. Η παραγωγικότητα του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων του ΕΣΥ αντιοικονομική, αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινικών μικρότερη του 50%.

Επιπλέον δεν προσφέρονται κίνητρα στο προσωπικό για βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μεγάλη παραοικονομία. Η χρηματοδότηση του συστήματος παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα αφού απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημοσίου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά ιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση τεχνολογίας υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης και προκλητικής ζήτησης, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και ευνοούν τη παραοικονομία.

Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία. Οργανωτικά/διοικητικά το σύστημα παραμένει έντονα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό. Ο πόλος της περιφέρειας, της νομαρχίας και της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι σήμερα πολύ περιορισμένος.

Το πρώτο οργανωτικό πρόβλημα είναι ότι ο υγειονομικός τομέας στη χώρα μας συντίθεται ουσιαστικά σε τρία διαφορετικά υποσυστήματα (τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, τις υπηρεσίες δημοσίου χαρακτήρα και τις υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα) με χαλαρή μεταξύ τους σύνδεση, χωρίς να ισχύουν ενιαίοι κανόνες ανάπτυξης, οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης.

Το δεύτερο οργανωτικό πρόβλημα είναι η έλλειψη αποτελεσματικού συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης (κυρίως από το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία) με συνέπεια να απουσιάζουν, η ορθολογικότητα και η διαφάνεια στην κατανομή των πόρων, ο έλεγχος και η αξιολόγηση της διαχείρισής τους, η υπευθυνότητα και η αποτελεσματική διαχειριστική και διευθυντική δομή των υπηρεσιών υγείας.

Το τρίτο οργανωτικό πρόβλημα αφορά την περιφερειακή διάρθρωση του συστήματος. Οι πολιτικές, οι στόχοι, οι προτεραιότητες, η χρηματοδότηση, η στελέχωση κ.ά. εκπορεύονται σχεδόν συγκεντρωτικά και αποκλειστικά από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Ο χρήστης/ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετοχή στο σύστημα. Αυξημένη δυσαρέσκεια του ασθενή. Ο χρήστης/ασθενής παραμένει στο ελληνικό σύστημα υγείας πλήρως αποδυναμωμένος, χωρίς λόγο και δυνατότητα παρέμβασης στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής. Από την άλλη είναι συχνά απροστάτευτος από την ανευθυνότητα, την αυθαιρεσία και την αντιδεοντολογική συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας.

Συνέπεια των παραπάνω είναι η περιορισμένη αξιοπιστία του συστήματος και η χαμηλή ικανοποίηση του χρήστη/ασθενή, ο οποίος αναγκάζεται συχνά να περιπλανάται στο σύστημα χωρίς σταθερό σημείο αναφοράς και να αναζητά μια δεύτερη ή τρίτη γνώμη προκαλώντας πληθωρισμό επισκέψεων και διαγνωστικών εξετάσεων.

Γιατί υπάρχει ανάγκη για ριζικές θεσμικές αλλαγές στο ΕΣΥ;

Τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότεροι ομιλούν για κρίση του ΕΣΥ και προσπαθούν να προτείνουν λύσεις αναμόρφωσης ή και ριζικού μετασχηματισμού του. Η οποιαδήποτε προσπάθεια αναδιαμόρφωσης του θεσμού έχει πιθανότητες επιτυχίας στο βαθμό που έχουν εντοπιστεί τα αίτια της κρίσης.

Απ' τις αρχές της δεκαετίας του '90 ήταν φανερό ότι ο υγειονομικός τομέας στη χώρα μας εμφανίζει σοβαρά

προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας του στη χρηματοδότηση και αποτελεσματικότητά του, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, με ελλιπή δημόσια υγεία, με ατελή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με ανισοκατανομή των επαγγελματιών υγείας και αντιδεοντολογική συμπεριφορά.

Το σημερινό αναχρονιστικό και γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης οδηγεί σε μια «οργανωμένη ανευθυνότητα» και δεν αφήνει περιθώρια για τις αναγκαίες παρεμβάσεις που θα βελτίωναν τη λειτουργία των μονάδων υγείας.

Οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν προς την κατεύθυνση βελτίωσης της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της εν γένει αποτελεσματικότητας του συστήματος.

Πώς πρέπει να είναι η δομή του ΕΣΥ στην Ελλάδα σήμερα;

Ένα σύστημα υγείας πρέπει να λειτουργεί με κανόνες, αρχές και αξίες. Πρέπει να έχουμε ένα δημόσιο σύστημα υγείας που είναι πραγματικά δημόσιο, που σημαίνει πως πρέπει να κινείται με κάποιες αρχές, να αντιμετωπίζει με αξιοπρέπεια τον ασθενή ο οποίος θέλει τη δυνατότητα της ελεύθερης πρόσβασης, τα νοσοκομεία να είναι ναοί της ιατρικής και ανταγωνιστικά στον ιδιωτικό τομέα.¹¹

Οι θεσμικές αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα πρέπει να είναι σύμφωνες με τα τέσσερα κυρίαρχα κριτήρια-στόχους που καθορίζουν την υγειονομική πολιτική:¹²

- α. Την συνολική αποτελεσματικότητα του υγειονομικού τομέα
- β. Την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων (θεραπεία, φάρμακα, τεχνολογία)
- γ. Την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- δ. Την πρόσβαση-ισότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Σήμερα υπάρχει μια βαθιά διάρθρωση, εμπορευματοποίηση και μια «αμοιβαδοποίηση» στο σύστημα και αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα που δεν επιτρέπουν στο διάλογο να γίνει ουσιαστικός.

Πώς το ΕΣΥ μπορεί να προάγει την υγεία;

Τα βασικά σημεία στα οποία πρέπει να επικεντρωθούν οι θεσμικές αλλαγές ώστε να προαχθεί η υγεία είναι:

Αποκέντρωση-περιφερειακή συγκρότηση. Η αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος ήταν το ακανθώδες πρόβλημα της υγειονομικής πολιτικής του ελληνικού κράτους. Για να επιτευχθεί αποκέντρωση, απαιτούνται τόσο η σύσταση αποφασιστικών οργάνων, όσο και

η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων σ' αυτά με στόχο τη διαμόρφωση εθνικής και τοπικής πολιτικής υγείας καθώς και την εφαρμογή της.

Η σύσταση των ΠΕΣΥ σε κάθε υγειονομική περιφέρεια αποτελεί σωστό και αναγκαίο μέτρο αρκεί η διοίκησή τους να μην είναι υπουργοκεντρική και να συμμετέχουν σ' αυτήν εκπρόσωποι των Υγειονομικών φορέων και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το όλο σύστημα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι επαρκείς.

Η θεσμοθέτηση νέων μέτρων πρέπει να περιλαμβάνει την πρόληψη, την αγωγή υγείας, την κοινωνική φροντίδα και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, γιατί αφενός απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο σε ασθενείς και αφετέρου κοστίζει λιγότερο απ' τη νοσοκομειακή περίθαλψη και περιορίζει σημαντικά την προσφυγή των ασθενών σ' αυτή.¹³

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα είδος «φίλτρου» ή «θυρωρού», έτσι ώστε η ζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών να μην γίνεται άσκοπα.¹⁴

Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία. Τα κέντρα υγείας συστήθηκαν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες νομαρχιακών νοσοκομείων σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Ομοίως και τα περιφερειακά ιατρεία συστήθηκαν ως υπηρεσίες των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένες και ημιαποκεντρωμένες μονάδες τους.¹⁵

Σήμερα προβλέπεται αναβάθμιση των κέντρων υγείας αρκεί να ληφθεί υπόψη ότι πρέπει:

- Να αποτελούν αυτοτελείς διοικητικές μονάδες
- Να αποτελούν αυτοτελείς οικονομικές μονάδες
- Να ορίζονται οι εργασιακές σχέσεις που θα διέπουν τις κατηγορίες προσωπικού.

Ελευθερία επιλογής ιατρού στους ασθενείς–Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ελευθερία του ασθενή αντιμάχεται την οικονομική αποδοτικότητα και κανένα δημόσιο σύστημα υγείας οποιασδήποτε μορφής ή τυπολογίας δεν διασφαλίζει στον ασθενή πλήρη ελευθερία.

Το ζήτημα είναι πάντα εκείνο το σημείο τομής στο οποίο διασφαλίζεται για τον ασθενή η μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής με τις μικρότερες δυνατές αρνητικές συνέπειες στην αποδοτικότητα των πόρων. Προς αυτή την κατεύθυνση οι κυβερνήσεις τα τελευταία χρόνια επιστρατεύουν μια σειρά από μηχανισμούς, μέτρα και πολιτικές με σημαντικότερο το θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ως ισθμού του ΕΣΥ.

Η αντιμετώπιση της επείγουσας φροντίδας. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας συστήθηκε ως ΝΠΔΔ με το Ν. 1597/1985, και ο κύριος σκοπός του ήταν η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις, η επείγουσα ιατρική αρωγή και η διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην πράξη όμως περιορίστηκε μόνο στην επείγουσα διακομιδή και μεταφορά στα νοσοκομεία.

Παρά τον προσανατολισμό του στην επείγουσα ιατρική και όχι στη φροντίδα, σήμερα το ΕΚΑΒ αντιμετωπίζει προβλήματα δυσλειτουργίας αποδοτικότητας και οργάνωσης και χρήζει αναβάθμισης κυρίως στην περιφέρεια.

Αγωγή Υγείας. Η αγωγή υγείας και γενικά ο τομέας της πρόληψης είναι οι κύριοι άξονες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Παρά τη μεγάλη σημασία που έχει η ενημέρωση του πληθυσμού με σκοπό την πρόληψη ασθενειών και όχι μόνο, η χώρα μας δεν έδωσε την απαραίτητη προσοχή στον τομέα αυτό. Το 1992 με τον Ν. 2071 με τη σύσταση της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (ΕΣΑΥ) έγινε μια προσπάθεια ώστε να υποβάλλονται στον υπουργό υγείας προτάσεις που αφορούν την πρόληψη και την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής με τις πολιτικές διεθνών οργανισμών και φορέων. Όμως τομείς όπως η σχολική αγωγή υγείας που θα περιελάμβανε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης και θα αποσκοπούσε στην ενημέρωση των μαθητών και των γονέων τους πάνω σε θέματα αγωγής υγείας δεν έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα.

Νοσοκομειακή περίθαλψη. Ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων αποτελεί το κύριο πρόβλημα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας. Κάθε νέος νόμος για το ελληνικό σύστημα υγείας επικεντρωνόταν στο νοσοκομείο, όχι μόνο επειδή το σύστημα ήταν νοσοκομειοκεντρικό, αλλά γιατί ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας παρουσίαζε στοιχεία υπανάπτυξης.

Στις νέες μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα παρακάτω:

- α. Ακαδημαϊκά νοσοκομεία να χαρακτηρίζονται οι νοσοκομειακές μονάδες με μόνο κριτήριο το είδος και την ποιότητα των δραστηριοτήτων που αναπτύσσεται και όχι τον αριθμό των κλινών
- β. Για το θεσμό των μάντζερ στα νοσοκομεία με τριετή θητεία να προβλεφθεί η ανανέωση της θητείας τους και η δυνατότητα απομάκρυνσης από το νοσοκομείο ή τουλάχιστον μετακίνησής τους σε περίπτωση που αυτός δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του
- γ. Για το διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου να προβλεφθεί διάρκεια θητείας με δυνατότητα

ανανέωσής της καθώς και αντικατάστασής του σε περίπτωση που δεν ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις του

- δ. Να δημιουργηθεί τμήμα υποδοχής ασθενών το οποίο θα είναι διοικητικά ενταγμένο στην οργανωτική δομή του νοσοκομείου και θα διευθύνεται από Διευθυντή Ιατρό.
- ε. Για την 24ωρη συνεχή λειτουργία των νοσοκομείων επιβάλλεται η θέσπιση της εφημερίας στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας όσο και της διοικητικής καθώς και η καθιέρωση συγκεκριμένου χρόνου της ημέρας, για την ενημέρωση των συγγενών των ασθενών από τους θεράποντες ιατρούς και η αυστηρή τήρησή του.

Ανθρώπινο δυναμικό και υποκίνηση. Ο τομέας της υγείας είναι ένα σύστημα έντασης εργασίας αφού βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον συντελεστή «εργασία». Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τη σημαντικότερη εισροή και απορροφά τη μερίδα του λέοντος απ' τους οικονομικούς πόρους.

Τόσο ο μεγάλος αριθμός γιατρών όσο και η απουσία πολιτικών ελέγχου της παραγωγής τους, προσδίδουν στο σύστημα ιατροκεντρικό χαρακτήρα και δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αύξησης των δαπανών υγείας, κυρίως μέσω της προκλητής ζήτησης. Παρά το μεγάλο αριθμό ειδικευμένων ιατρών, κρίσιμες ειδικότητες, απαραίτητες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας κρίνονται ανεπαρκείς. Επιπλέον δεν προσφέρονται κίνητρα στο προσωπικό για βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και την ίση κατανομή προσωπικού μεταξύ κέντρου και περιφέρειας.¹⁶

Πώς το ΕΣΥ μπορεί να είναι οικονομικά αποτελεσματικό;

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα αποτελεί ένα μείγμα δημοσίου μοντέλου με συμβάσεις και δημοσίου ολοκληρωμένου μοντέλου. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από δημόσιους πόρους (από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση), οι προμηθευτές είναι κυρίως δημοσίου χαρακτήρα, ενώ σημαντική είναι η παρουσία των συμβεβλημένων ιδιωτών ιδιαίτερα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Στη χώρα μας, το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται αποκλειστικά και μόνο από τη ζήτηση, χωρίς να λαμβάνεται κανένα μέτρο ή να προσφέρεται κάποιο κίνητρο συγκράτησης των δαπανών. Η έλλειψη αποτελεσματικού συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης (κυρίως απ' το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία) είναι ένα από τα σημαντικότερα οργανωτικά προβλήματα. Ο τρόπος χρηματοδότησης και κατανομής των πόρων δεν

επιτρέπει κανένα προγραμματισμό που να θέτει προτεραιότητες και υγειονομικούς στόχους κατά επίπεδο περιθαλψής, υγειονομικής περιφέρειας και διαφορετικές πληθυσμιακές ή κοινωνικές ομάδες.

Τα προβλήματα αυτά θα μπορούσαν να επιλυθούν με τη δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας, αφού οι στόχοι του θα ήταν η ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματική κατανομή και διαχείριση των πόρων και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Πώς το ΕΣΥ μπορεί να είναι κοινωνικά δίκαιο;

Δύο απ' τους κοινούς στόχους των υγειονομικών συστημάτων είναι:

- α. Η επίτευξη της ισορροπίας στη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού
- β. Η επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση και η προστασία του εισοδήματος του ασθενή.

Ποια πρέπει να είναι σχέση δημόσιου-ιδιωτικού. Κανένα δημόσιο σύστημα υγείας δεν μπορεί να μηδενίσει τις ιδιωτικές δαπάνες. Δεν είναι πρακτικά εφικτό, αλλά ούτε και σκόπιμο γιατί θα περιόριζε την ελευθερία του ασθενή. Έτσι και σε χώρες με οργανωμένο και πλήρες δημόσιο σύστημα υγείας (π.χ. Σουηδία, Μ. Βρετανία, Νορβηγία κ.ά.) το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 10–20% των συνολικών δαπανών. Για τη χώρα μας το αντίστοιχο ποσοστό προσεγγίζει το 40%, ιδιαίτερα υψηλό για μία χώρα με δημόσιο σύστημα υγείας.

Αυτό οφείλεται πρωτίστως στις οργανωτικές και λειτουργικές ανεπάρκειες του δημόσιου συστήματος και δευτερευόντως στο μεγάλο ιδιωτικό τομέα και δρα ανταγωνιστικά και επιδιώκει με κάθε τρόπο την αύξηση των εσόδων του. Ένας άλλος λόγος μπορεί να αναζητηθεί στα πολιτιστικά πρότυπα που κατευθύνουν τον Έλληνα ασθενή στον ιδιωτικό τομέα παρότι θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί εξίσου καλά και από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Σήμερα έχουμε μια υπόγεια διασύνδεση του δημοσίου συστήματος υγείας με το ιδιωτικό υπέρ όμως του ιδιωτικού. Πρέπει να δοθεί έμφαση στη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα και να δημιουργηθεί ένα νέο θεσμικό πλαίσιο στο οποίο θα υπάρχουν μορφές συνεργασίας με το δημόσιο. Μ' αυτόν τον τρόπο θα οριοθετηθεί οριστικά και αμετάκλητα ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας.

Ποιά πρέπει να είναι η σχέση του πολίτη με το υγειονομικό σύστημα. Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (άρθρο 1) ανέφερε ότι έθετε υπό την προστασία του το σύνολο των πολιτών¹⁷ και καθιέρωνε ενιαίο και αποκεντρωτικό σύστημα υγείας το οποίο παρέχει ισότιμα υπηρεσίες υγείας κάθε πολίτη.⁹ Όμως δεν είναι λίγες οι φορές που ο πολίτης βρίσκεται απροστάτευτος μπροστά σ' ένα

ΕΣΥ λόγω των διακρίσεων, των ανισοτήτων, της παραοικονομίας κ.λπ.

Οι νέες μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να είναι προσανατολισμένες ώστε να υπάρχει ισότητα στην πρόσβαση και αναδιανομή εισοδήματος μέσω διαφόρων μηχανισμών (κοινωνική ασφάλιση, φορολογία και αποταμίευση). Σε περίπτωση που παραβιάζονται τα δικαιώματα των ασθενών ή υπάρχουν προβλήματα κατά την ιατρική πράξη, ο ασθενής να ζητάει προστασία μέσω της δικαστικής οδού, του Συνηγόρου του Πολίτη ή την οργάνωση προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών που ιδρύθηκε με το Ν. 2519/1997.

Αναγκαίες τροποποιήσεις

Αυτό που χρειάζεται και μοιάζει απολύτως αναγκαίο να είναι:

- α. Η προσαρμογή της πολιτικής υγείας στις κάθε φορά διαμορφούμενες συνθήκες
- β. Η χρηματοδότηση αλλά και αξιοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων
- γ. Η μελέτη και προσαρμογή της διεθνούς εμπειρίας στην ελληνική πραγματικότητα
- δ. Ο προσανατολισμός και η επικέντρωση των υπηρεσιών της υγείας του πολίτη
- ε. Η ενημέρωσή του για την υπεύθυνη στάση του στα θέματα που άμεσα τον αφορούν.
- στ. Η επιδίωξη υλοποίησης των κριτηρίων-στόχων της υγειονομικής πολιτικής, αποδοτικότητα, ισότητα, αποτελεσματικότητα και ποιότητα και όλα αυτά μαζί σ' ένα ανθρώπινο περιβάλλον που σέβεται την προσωπικότητα και τα δικαιώματα του ασθενή.

Επίμετρο

Κάθε υγειονομικό σύστημα είναι ένα «ανοιχτό σύστημα» που συνεχώς μεταβάλλεται και προσαρμόζεται στις κοινωνικές αλλαγές και στις εξελίξεις της τεχνολογίας, χωρίς ποτέ να ολοκληρώνεται. Πάντα θα υπάρχουν περιθώρια βελτιωτικών αλλαγών και μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων αρκεί τα μέτρα να είναι σαφή, ρεαλιστικά, μη δογματικά ώστε ο διάλογος να είναι ειλικρινής, συγκεκριμένος και αποτελεσματικός.

Η κατάσταση του επιπέδου της υγείας του ελληνικού πληθυσμού δεν είναι τόσο άσχημα όσο προΐδεάζουν τα πράγματα μεγάλα προβλήματα. Η χώρα μας έχει καλούς δείκτες σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ.

Έχει καταδειχτεί ότι δεν μας λείπουν ούτε οι μελέτες και τα πορίσματα ούτε οι ολοκληρωμένοι νόμοι και τα όποια θεσμικά πλαίσια. Αυτό που ουσιαστικά απουσιάζει είναι η πολιτική βούληση και πρακτική, ώστε να εφαρμοστούν επιτυχώς πολιτικές που αναδιανέμουν

εξουσία και οικονομικούς πόρους που θίγουν κεκτημένα που συγκρούονται με συντεχνιακές αντιλήψεις και αγκυλώσεις του παρελθόντος. Η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει ότι τέτοιου είδους αλλαγές και τέτοιας έκτασης απαιτούν σταθερή πολιτική βούληση, κατάλληλη κουλτούρα, σωστή επικοινωνιακή πολιτική και μεγάλα χρονικά περιθώρια.

Βιβλιογραφία

1. Τσαούσης Δ. *Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας*. Εκδ. Gutenberg, 1984
2. McLahlan C, Mayharrd A. *The Public/Private Mix for Health*. Nuffielt Provincial Hospital Trust, London, 1982
3. Νιάκας Δ. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού Υγειονομικού συστήματος σε σχέση με τις Διεθνείς Εξελίξεις. Στο: Κυριόπουλος Γ (Συντ.) «*Η πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα*». Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1999:189-211
4. Cochrane A et al. Health Service Input and Mortality Output in Developed Countries. *J Epidem Comm Health* 1978, 32: 200-205
5. McKewon T. *The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Basil Balckwell, Oxford, 1979
6. McGurle A et al. *The Economics of Health: An Introductory Text*. Routlege and Kegan Paul, London, 1987
7. Bourdieu D et al. *Travail et travailleurs en Algerie*. Εκδ. Les Haye, Paris, 1963
8. Καμμά Α. «Ελληνική υγεία: έτος μηδέν». *Υγεία*, 1985:85
9. Κρεμαλής Κ. *Το δικαίωμα για προστασία της υγείας*, 1987
10. OECD. *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of seven OECD Countries, Health Policy*. Studies 2, OECD, Paris, 1992
11. Εφημερίδα «*Το Έθνος*». 17.9.2000, Αρ. Φύλλου 937 (Α΄ Έκδοση)
12. OECD. *Financing and Delivering Health Care: A comparative Analysis of OECD Countries*. Paris, 1987
13. WHO. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. World Health Organisation, Geneve, 1981
14. Μωραϊτης Ε. «Μία ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα». Στο: Κυριόπουλος Γ, Φιλαλήθης Τ (Συντ.) *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1996:194
15. Τάχος Α. *Ελληνικό διοικητικό δίκαιο*. Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1993
16. Antoniou AS, Davidson MG. «*Sources of stress and coping strategies in greek junior hospital doctors*». Presentation in the 9th European Conference on Personality, University of Surrey, UK, 1998
17. Ράικος Α. *Παραδόσεις συνταγματικού δικαίου*. Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 1983

Corresponding author: E. Lachana, 3 B. Soutlouki street,
GR-412 21 Larisa, Greece
e-mail: lahana@teilar.gr