

ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε.

«Υγεία»

Αθήνα, 23 Ιανουαρίου 2009

Διαδικασία

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος (Ο.Κ.Ε.) ανέλαβε την έκδοση Γνώμης Πρωτοβουλίας με τίτλο "Υγεία", με βάση το άρθρο 4 του Νόμου 2232/1994, σύμφωνα με το οποίο "η Ο.Κ.Ε. μπορεί με δική της πρωτοβουλία να εκφράζει γνώμη και για άλλα θέματα κοινωνικοοικονομικής πολιτικής".

Μετά από απόφαση της Εκτελεστικής Επιτροπής της Ο.Κ.Ε., ορίστηκε η Επιτροπή Εργασίας αποτελούμενη από την **κα Λήδα Κοντογιάννη** και τους **κ.κ. Φώτη Κολεβέντη, Νικόλαο Λιόλιο, Κωνσταντίνο Παπαντωνίου, Βασίλειο Σωτηρακόπουλο και Γεώργιο Τσατήρη**.

Πρόεδρος της Επιτροπής Εργασίας ορίστηκε ο **κ. Κ. Παπαντωνίου**. Στις εργασίες της Επιτροπής Εργασίας μετείχαν ως

εμπειρογνώμονες οι **κ.κ. Νικόλαος Μπατάκης, ο Καθ. Σωτήριος Σούλης και ο Γεώργιος Στάθης**. Από πλευράς Ο.Κ.Ε., μετείχε η Επιστημονική Συνεργάτις **Δρ. Όλγα Αγγελοπούλου**, η οποία είχε και τον επιστημονικό συντονισμό της Επιτροπής. Ερευνητική στήριξη παρέιχε από πλευράς Ο.Κ.Ε. η **κα Δήμητρα Λαμπροπούλου**, οικονομολόγος.

Η Επιτροπή Εργασίας ολοκλήρωσε τις εργασίες της σε τέσσερις (4) συνεδριάσεις, ενώ η Εκτελεστική Επιτροπή διαμόρφωσε την εισήγησή της προς την Ολομέλεια στη συνεδρίαση της 19ης Ιανουαρίου 2009.

Η Ολομέλεια της Ο.Κ.Ε., στην οποία εισηγητής ήταν ο **κ. Κ. Παπαντωνίου**, αφού ολοκλήρωσε την συζήτηση για το θέμα στη συνεδρίαση της 23.1.2009, διατύπωσε την υπ' αριθ. **211 Γνώμη της Ο.Κ.Ε.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη

Κεφάλαιο Α΄

Εισαγωγή

1. Στόχος και περίγραμμα της Γνώμης Πρωτοβουλίας της ΟΚΕ για την Υγεία
2. Βασικές αρχές και Στόχοι για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας του πληθυσμού

Κεφάλαιο Β΄

Αποτύπωση της Παρούσας Κατάστασης - Γενικές Επισημάνσεις

1. Ανθρώπινο Δυναμικό
(Ιατροί-Οδοντίατροι-Φαρμακοποιοί, Νοσηλευτές, Managers κλπ.)
2. Κτιριακές Υποδομές - Εξοπλισμός
3. Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση
4. Ποιότητα

Κεφάλαιο Γ΄

Αποτύπωση της παρούσας κατάστασης κατά Τομέα

1. Γενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα.
2. Ιδιωτικός Τομέας Υγείας
3. Δημόσιος Τομέας Υγείας (ΕΣΥ)
 - 3^α. Δημόσια Υγεία (προαγωγή-αγωγή-πρόληψη, κλπ.)
 - 3^β. Πρωτοβάθμια Φροντίδα
 - 3^γ. Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Φροντίδα
 - 3^δ. Ιατροκοινωνικός τομέας υγείας
 - 3^ε. Ψυχική Υγεία
 - 3^{στ}. Φαρμακευτική Πολιτική

Κεφάλαιο Δ΄

Προτάσεις της Ο.Κ.Ε.

1. Γενικές Παρατηρήσεις
2. Ανθρώπινο Δυναμικό
3. Κτιριακές Υποδομές - Εξοπλισμός
4. Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση
5. Ποιότητα
6. Δημόσιος Τομέας Υγείας (ΕΣΥ)
 - 6^α. Δημόσια Υγεία
 - 6^β. Πρωτοβάθμια Φροντίδα
 - 6^γ. Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Φροντίδα
 - 6^δ. Ιατροκοινωνικός τομέας υγείας
 - 6^ε. Ψυχική Υγεία
 - 6^{στ}. Φαρμακευτική Πολιτική

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όπως τονίζεται στο **Κεφάλαιο Α΄** της παρούσας Γνώμης, βασικός στόχος της είναι, αφενός μια ευρύτερη προσέγγιση του ζητήματος της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού της χώρας και αφετέρου η διαμόρφωση προτάσεων για τη βελτίωση και την ανάπτυξη του Συστήματος Υγείας υπό την ευρεία συστημική δομή του, δηλαδή περιλαμβάνοντας το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, τη δημόσια υγεία και τον ιατρο-κοινωνικό τομέα (αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων, κοινωνικά αποκλεισμένων και αναπήρων).

Επιπλέον στο ίδιο Κεφάλαιο Α΄, η ΟΚΕ καταγράφει τις βασικές αρχές και τους κεντρικούς στόχους που γενικά πρέπει να χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας.

Στο **Κεφάλαιο Β΄**, η ΟΚΕ επιχειρεί την αποτύπωση της παρούσας κατάστασης σε ορισμένα γενικά ζητήματα που αφορούν στο Σύστημα Υγείας.

Συγκεκριμένα, ως προς τον τομέα του Ανθρώπινου Δυναμικού, η ΟΚΕ διαπιστώνει ότι, ενώ ορισμένες ειδικότητες υπερκαλύπτονται από τους υπάρχοντες επαγγελματίες (π.χ. ιατροί), άλλες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις (ιατροί γενικής ιατρικής, κοινωνικής ιατρικής και ιατρικής εργασίας, νοσηλεύτες) ή δεν υφίστανται καν (π.χ. βιοϊατρικοί μηχανικοί, πληροφορικοί υγείας). Σημαντική υστέρηση παρατηρήθηκε και στη συγκρότηση ενός σώματος ειδικευμένων και έμπειρων managers (διοικητών νοσοκομείων).

Ως προς τον τομέα των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού, παρατηρούνται τα εξής: η ανάπτυξη των δημόσιων νοσοκομείων δεν έγινε στη βάση κάποιου κεντρικού σχεδιασμού, γι' αυτό παρατηρούνται ποικίλες ανισορροπίες (σχέση πληθυσμού/κλινών, ποσοστά πληρότητας κλπ.). Πολλά δημόσια νοσοκομεία εξακολουθούν να στεγάζονται σε πεπαλαιωμένες και προβληματικές

κτιριακές εγκαταστάσεις. Παράλληλα, ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται διαρκώς ως προς τις κτιριακές υποδομές και ταυτόχρονα, υπερεπενδύει στην ακριβή βιοϊατρική τεχνολογία.

Στο πεδίο των δαπανών υγείας και χρηματοδότησης, παρατηρούνται πολλά σημαντικά προβλήματα, στα οποία συγκαταλέγονται το υψηλό συνολικό ποσοστό δαπανών υγείας (περί το 10% του ΑΕΠ) από το οποίο το 57% αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, η αδυναμία συγκράτησης των δαπανών, η ανυπαρξία δημόσιων δαπανών για οδοντιατρική περίθαλψη και η απουσία Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος.

Στις αιτίες του προβλήματος ανήκουν η έλλειψη συστήματος διοίκησης του δημόσιου τομέα υγείας, η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών που σημειώνεται και στους δύο τομείς (δημόσιο και ιδιωτικό) και η "μαύρη οικονομία" του υγειονομικού συστήματος.

Στο πεδίο της ποιότητας η Ελλάδα υστερεί εμφανώς. Οι σοβαρότερες υστερήσεις είναι οι εξής: (α) ανυπαρξία αξιολόγησης της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και των λειτουργιών υγείας, (β) χαμηλή ποιότητα παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας, (γ) περιφερειακές ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, (δ) απουσία άσκησης κλινικής οικογενειακής ιατρικής, και (ε) έντονες ανισότητες στις παροχές μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων.

Στο **Κεφάλαιο Γ΄**, η ΟΚΕ προβαίνει στην αποτύπωση της παρούσας κατάστασης στους συγκεκριμένους τομείς του συστήματος υγείας.

Αναφορικά με τη γενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι, ναι μεν η Ελλάδα κατατάσσεται ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της, στην πρώτη ομάδα των αναπτυγμένων χωρών, πλην όμως υπάρχουν ορισμένα αρνητικά χα-

ρακτηριστικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη στο πλαίσιο ενός ορθολογικότερου και αναγκαίου επανασχεδιασμού του Συστήματος Υγείας (π.χ. 70% των θανάτων οφείλεται πλέον στο νοσολογικό φάσμα των αναπτυγμένων χωρών, δηλαδή σε ασθένειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, στη δημογραφική γήρανση και στη μόλυνση του περιβάλλοντος).

Σχετικά με τον ιδιωτικό τομέα υγείας, παρατηρείται ότι, παρά τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας και την κάλυψη των αναγκών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.), η προσφορά υποβαθμισμένων ποιοτικά υπηρεσιών, μεγάλου χρόνου αναμονής και η πλήρης αδυναμία κάλυψης των αναγκών, οδήγησαν τον Έλληνα πολίτη στον ιδιωτικό πρωτοβάθμιο τομέα υγείας.

Αντίθετα με την Π.Φ.Υ., ο πληθυσμός στρέφεται κυρίως στη δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη. Το χαμηλό ποσοστό ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης του Ελληνικού πληθυσμού και το υψηλό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης έχουν οδηγήσει τη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες σε εντελώς αντίθετη πορεία από την Π.Φ.Υ.

Σε ό,τι αφορά το Δημόσιο Τομέα Υγείας, η ΟΚΕ προέβη στην αποτύπωση της παρούσας κατάστασης ξεκινώντας από το πεδίο της Δημόσιας Υγείας. Στο πεδίο αυτό διαπιστώνεται απουσία ολοκληρωμένου σχεδιασμού.

Ως προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) παρατηρείται καταρχάς, ότι σκοπός του συστήματος είναι ο απεγκλωβισμός των νοσοκομείων από το παρόν σύστημα εφημερίας, όπου όλος ο πληθυσμός απευθύνεται στα εξωτερικά τους ιατρεία για παροχή υπηρεσιών. Πλην όμως μεταξύ ΠΦΥ και Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης δεν υπάρχει συνεργασία ούτε δικτύωση, με συνέπεια υστερήσεις στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητα.

Στο πεδίο της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας (νοσοκομειακή περίθαλψη), υφίσταται σωρεία προβλημάτων: (α) ανεπάρκεια του ση-

μερινού συστήματος διοίκησης και ελέγχου, (β) ποσοτική ανεπάρκεια εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού (μη ιατρικού), (γ) ανισοκατανομή στις περιφέρειες της χώρας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, (δ) υστέρηση στην εκπαίδευση του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των νοσοκομείων, (ε) χαμηλή ποιότητα προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών, (ε) πλήρη αδράνεια λειτουργίας των επενδύσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας, (στ) αύξηση του χρόνου αναμονής (λίστα αναμονής) για εξειδικευμένες παρεμβατικές πράξεις, (ζ) αύξηση της παραοικονομίας.

Στον Ιατροκοινωνικό Τομέα και τον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, διαπιστώνεται έλλειψη συστήματος μετα-νοσοκομειακής φροντίδας ασθενών με χρόνια νοσήματα, αποκατάστασης και φροντίδας αναπήρων και ηλικιωμένων, προστατευόμενης διαβίωσης ηλικιωμένων (γηροκομεία).

Στο πεδίο της Ψυχικής Υγείας επισημαίνεται η τάση αύξησης ασθενειών, όπως ψυχιατρικές διαταραχές, νευρολογικές παθήσεις, αλκοολισμός και εξάρτηση από εθιστικές ουσίες. Απαιτείται η αναπροσαρμογή της κρατικής μέριμνας για την αντιμετώπιση των σχετικών κοινωνικών προβλημάτων. Παράλληλα, η μη αναπλήρωση των αρχικών εισροών από το Ελληνικό Δημόσιο και η μη ενεργοποίηση διαδικασιών ουσιαστικού ελέγχου, έχουν ως αποτέλεσμα την εμφανή οπισθοδρόμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ορατό τον κίνδυνο επανασυλοποίησης πολλών ατόμων αυτής της κατηγορίας.

Στο πεδίο της Φαρμακευτικής Πολιτικής διαπιστώνεται το κεντρικό πρόβλημα της αδυναμίας ελέγχου και συγκράτησης της αλόγιστης φαρμακευτικής συνταγογράφησης και εργαστήριο-διαγνωστικών εξετάσεων.

Στο **Κεφάλαιο Δ'** η ΟΚΕ, έχοντας λάβει υπόψη τις υφιστάμενες υστερήσεις και προβλήματα σε κάθε τομέα, διατυπώνει συγκεκριμένες προτάσεις. Επειδή σε πολλά πεδία ο κατάλογος των προτάσεων είναι ιδιαίτερα

αναλυτικός, στην περίληψη αναφέρονται είτε ορισμένες ενδεικτικά είτε ορισμένα βασικά σημεία αυτών. Πρόκειται για τα εξής:

Ανθρώπινο Δυναμικό:

- Επεξεργασία μίας πολιτικής συγκράτησης του ιατρικού πληθωρισμού, αναδιάρθρωσης στις ιατρικές ειδικότητες, αναλογικής κατανομής ανά γεωγραφική περιφέρεια και σύνδεσης των ιατρικών αμοιβών με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της ιατρικής εργασίας
- Κοινωνική, οικονομική και εργασιακή αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος
- Διατομεακή πολιτική (υπουργείων υγείας - παιδείας), με ταυτόχρονη δημιουργία θέσεων εργασίας στις ειδικότητες που δεν υφίστανται σήμερα
- Νομοθετική ρύθμιση, κατάλληλα διαμορφωμένη για να εξασφαλίσει την απασχόληση ικανών διοικητών νοσοκομείων

Κτιριακές Υποδομές - Εξοπλισμός:

- Άμεση εκπόνηση ενός έγκυρου Υγειονομικού Χάρτη
- Αξιολόγηση κάθε δομής του ΕΣΥ και επαναπροσδιορισμός της αποστολής της.
- Αναδιάρθρωση των κλινικών και εργαστηριακών τμημάτων, με στόχο τη μεγιστοποίηση της εξυπηρέτησης των ασθενών και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων

Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση:

- Δαπάνες Υγείας στο 10% επί του ΑΕΠ. (Έλεγχος, Συγκράτηση Κόστους - Ποιοτικότερες Υπηρεσίες)
- Αύξηση Δαπανών Υγείας μόνο για Προστασία Περιβάλλοντος και Δημόσια Υγεία.
- Προμήθεια Φαρμάκων των Νοσοκομείων και των Ασφαλιστικών Ταμείων με Ποσοστό Έκπτωσης επί της Χονδρικής Τιμής Πώλησης. Επαναφορά της Λίστας. Τυχαίος Δειγματοληπτικός Ποιοτικός Έλεγχος Συνταγογράφησης.

- Πλήρης μηχανοργάνωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας ανά τμήμα, ιατρό και ασθενή.
- Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα και ένταξη της μισθοδοσίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων
- Σύστημα Προμηθειών, κ.α.

Ποιότητα:

- Περιοδική αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχει κάθε νοσοκομείο με βάση μετρήσιμα και συνεπώς συγκρίσιμα κριτήρια

Δημόσιος Τομέας Υγείας (ΕΣΥ), Δημόσια Υγεία:

- Αλληλοσυμπλήρωση με τη γενικότερη πολιτική της υγείας (π.χ. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) όσο και με άλλες κοινωνικές ανάγκες (π.χ. φτώχεια)
- Σύνδεση με δράσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό, την καταπολέμηση της βίας και κακομεταχείρισης παιδιών, την καταπολέμηση του AIDS/HIV, χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ
- Σύνδεση με τις πολιτικές στο χώρο του περιβάλλοντος, της υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους της εργασίας, της ασφάλειας των τροφίμων κ.α.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα:

- Ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. το οποίο θα λειτουργεί αποτελεσματικά, καλύπτοντας γρήγορα και ποιοτικά όλες τις ανάγκες στο επίπεδο αυτό χωρίς επιβάρυνση των νοσοκομείων, και το οποίο θα έχει βεβαίως έντονα αποκεντρωμένο χαρακτήρα.
- Ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας
- Στα μέτρα για την επίτευξη των ανωτέρω ανήκει η λειτουργία του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού ή μικρών κοινοτικών ιατρείων, βασικών ιατρικών ειδικοτήτων ή μονάδων οικογενειακής ιατρικής

Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Φροντίδα:

- Η δευτεροβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να προσλάβει έναν καθαρά αυτοδύναμο χαρακτήρα λειτουργίας με δυνατότητα διοικητικό-διαχειριστικής πρωτοβουλίας και ευελιξίας. Έτσι θα μπορεί να προβαίνει στα εξής:
 - ο Ενιαία Οργάνωση Διαχείρισης Πόρων Υγείας
 - ο Εξυγίανση του Κυκλώματος Νοσοκομειακών Προμηθειών
 - ο Δημιουργία και εφαρμογή σαφώς οριοθετημένου καθηκοντολογίου ανάλογα με την ειδικότητα και το εκπαιδευτικό επίπεδο
 - ο Υιοθέτηση ιατρικών πρωτοκόλλων, κ.α.

Ιατροκοινωνικός τομέας υγείας:

- Δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος μετα-νοσοκομειακής φροντίδας ασθενών (χρόνια πάσχοντες)
- Δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος αποθεραπείας και αποκατάστασης
- Δημιουργία και επάρκεια παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, κ.α.

Ψυχική Υγεία:

- Δημιουργία δομών ψυχικής μέριμνας για την παιδική και εφηβική ηλικία
- Εξασφάλιση των πόρων που θα διατηρήσουν τα προστατευόμενα εργαστήρια για τους ψυχικά ασθενείς
- Παροχή παρηγορητικής φροντίδας (π.χ. ιατρεία πόνου, μέριμνα για τους καρκινοπαθείς) στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κ.α.)

Φαρμακευτική Πολιτική:

- Πλήρης μηχανογράφηση όλων των εκφάνσεων διακίνησης του φαρμάκου
- Εξασφάλιση ακριβών δεδομένων για την καταγραφή της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης
- Εκπόνηση και εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, με συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για κάθε πάθηση
- Καθορισμός της κατηγορίας φαρμάκων που θα μπορούν να συνταγογραφούν οι ιατροί κάθε ειδικότητας και μηχανογραφική αξιολόγηση της "συνταγογραφικής" συμπεριφοράς κάθε ιατρού και συνέπειες για όσους ακολουθούν αθέμιτες πρακτικές, κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Στόχος και περίγραμμα της Γνώμης Πρωτοβουλίας της ΟΚΕ για την Υγεία.

Η απόφαση της ΟΚΕ να εκπονήσει Γνώμη Πρωτοβουλίας για την Υγεία δεν βασίζεται μόνον στην κοινή θέση ότι πρόκειται για το ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο, αλλά και στην ανάγκη ύπαρξης και λειτουργίας ενός συστήματος υπηρεσιών για την υγεία που θα μπορεί στην πράξη να εξασφαλίζει καλή υγεία σε όλο τον πληθυσμό της χώρας. Αν και στο παρελθόν η ΟΚΕ είχε αρκετές ευκαιρίες να τοποθετηθεί σε ζητήματα που αφορούν το ελληνικό σύστημα υγείας, με την παρούσα Γνώμη της επιδιώκει να τοποθετηθεί συνολικά επί των σχετικών θεμάτων, να επισημάνει τις δυσλειτουργίες και να διατυπώσει προτάσεις για ένα ζήτημα ύψιστης κοινωνικής, αλλά και οικονομικής σημασίας.

Με αυτά τα δεδομένα, η παρούσα Γνώμη δεν οριοθετείται σε απόψεις και προτάσεις που αφορούν μόνο το Ε.Σ.Υ., αλλά η Γνώμη **προσεγγίζει για πρώτη φορά ευρύτερα το ζήτημα της βελτίωσης της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού.**

Η Γνώμη έτσι ενδιαφέρεται, όχι μόνο για την αντιμετώπιση των κλασικών νοσολογικών προβλημάτων μέσω των υπηρεσιών πρωτοβάθμιων, δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών περίθαλψης, αλλά επικεντρώνεται παράλληλα στην αντιμετώπιση νοσογόνων παραγόντων που αιτιολογούνται από την αλόγιστη οικονομική βελτιστοποίηση και με-

γέθυνση του τομέα υγείας (υψηλές δαπάνες χωρίς αντίστοιχη πρόσβαση και ποιότητα).

Συνεπώς, βασικός στόχος της παρούσας Γνώμης είναι να διαμορφώσει προτάσεις για τη βελτίωση και την ανάπτυξη του Συστήματος Υγείας υπό την ευρεία συστημική δομή του και, ειδικότερα:

- για τις υπηρεσίες **περίθαλψης** τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα.
- για τις υπηρεσίες **πρόληψης και προστασίας της δημόσιας υγείας** στην αντιμετώπιση έντονων εξωτερικών επιδράσεων σε μια διεθνοποιημένη καθημερινότητα του πολίτη.
- για τον **ιατρο-κοινωνικό τομέα** στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων, κοινωνικά αποκλεισμένων και αναπήρων.

Η Ο.Κ.Ε. θεωρεί ότι θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη του ιατρο-κοινωνικού τομέα για την προστασία των ευπαθών κοινωνικά ομάδων που αντιμετωπίζουν ειδικά ή μακροχρόνια προβλήματα υγείας και την ανάδειξη ενός διαφορετικού κοινωνικο-πολιτισμικού γίνεσθαι της χώρας μας.

Στο πλαίσιο αυτό, η Γνώμη αναπτύσσει προτάσεις για τη βελτίωση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού¹ λαμβάνοντας υπόψη το δημοσιονομικό όριο του 10% των δαπανών για την Υγεία, την υπερπροσφορά του ιατρικού σώματος, τη χαμηλή παραγωγικότητα του Δημοσίου Τομέα, την υπερβολική

¹ Η ιδιαίτερη σημασία που αποδίδεται στην πρόληψη ασθενειών και στη μετάδοσή τους στο πλαίσιο της προστασίας της δημόσιας υγείας, διαφαίνεται και από τους τομείς των κατευθυντήριων πολιτικών της Ε.Ε. για την υγεία. Πρόκειται για τις δράσεις: (α) προστασίας της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, (β) κατά του καρκίνου, των ναρκωτικών, του καπνού, του αλκοόλ, (γ) ενάντια στις μεταδιδόμενες και σπάνιες ασθένειες και στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, στο AIDS, στη σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια βοειδών, στη γρίπη των πουλερικών (δ) για την προστασία του περιβάλλοντος (ατμόσφαιρα, πόσιμο ύδωρ, θάλασσες, δάση), (ε) ενάντια στα ατυχήματα, (στ) για την προστασία του καταναλωτή (τρόφιμα, φάρμακα, ιονίζουσα ακτινοβολία), (ζ) ενάντια στην υπερκατανάλωση τροφίμων και στην καθιστική ζωή, (η) για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, (θ) για τη διακίνηση μεταμοσχευτικών οργάνων, (ι) για την ασφάλεια και ποιότητα ουσιών ανθρώπινης προέλευσης (αίμα και παράγωγά του), (ια) για τους αυστηρούς όρους καλλιέργειας (μείωση ποσοστού φυτοφαρμάκων, ενίσχυση βιοκαλλιεργειών) και (ιβ) για τους αυστηρούς ελέγχους του κτηνιατρικού και φυτούγειονομικού τομέα.

προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και την απουσία ποιοτικής προσφοράς δημόσιων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2. Βασικές αρχές και Στόχοι για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας του πληθυσμού.

Κατά την ΟΚΕ, οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν γενικά ένα σύστημα υγείας είναι οι εξής:

- **Κοινωνική Αλληλεγγύη** - Καθολική κάλυψη σε υπηρεσίες
- **Ισότητα** - Ισότητα στην παροχή υπηρεσιών.
- **Προστασία της Δημόσιας Υγείας** - Πρόληψη, Ενημέρωση, Εκπαίδευση, Έλεγχος. Σε ό,τι αφορά τους στόχους που πρέπει να επιδιώκει ένα σύστημα υγείας είναι, κατά την ΟΚΕ, οι εξής:

A. Αποτελεσματικότητα - Αποδοτικότητα των υπηρεσιών

- Αξιοποίηση των πόρων του Συστήματος Υγείας με την παραγωγή ποιοτικότερου και μεγαλύτερου προϊόντος - υπηρεσιών, ώστε να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητά του και η βιωσιμότητά του.
- Αποκέντρωση και περιφερειακή ισοκατανομή Υπηρεσιών
- Σύγχρονα συστήματα Διοίκησης - Διαχείρισης.
- Αξιοποίηση των επιστημονικών μεθόδων ολοκληρωμένου κοινωνικού σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας.

B. Ποιότητα στις Υπηρεσίες

- Αξιολόγηση των υπηρεσιών και των λειτουργιών υγείας.
- Κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ασθενούς

- Σεβασμός στη συνολική προσωπικότητα του ατόμου κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Μείωση των παρενεργειών και επιπλοκών κατά την άσκηση του ιατρονοσηλευτικού και εργαστηριο-διαγνωστικού έργου.
- Βελτίωση κάλυψης των κοινωνικο-πολιτισμικών και οικονομικών αναγκών του ατόμου (οικογένεια, εργασία, ερωτικές σχέσεις, πολιτισμική δραστηριότητα, κ.ά.) με καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα.

Γ. Ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών

- στις νέες μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και στις νέες προκλήσεις. Οι μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας, τα σύγχρονα κοινωνικο-πολιτισμικά πρότυπα, οι περιβαλλοντικές αλλαγές, οι έντονες εξωτερικές επιδράσεις του αγαθού "υγεία" και οι παγκοσμιοποιημένες πλέον ανθρώπινες σχέσεις και η μεταναστευτική κίνηση, οι εμπορικές και πολιτισμικές σχέσεις αποτελούν σήμερα ένα πολυσύνθετο πλαίσιο που επηρεάζουν την υγεία ενός πληθυσμού. Οι προκλήσεις αυτές, όπως το AIDS, η νόσος των τρελών αγελάδων, η νόσος των πτηνών, η επάνοδος της φυματίωσης, η αύξηση των ηπατίτιδων, στρες, μυοσκελετικά κ.ά. απαιτούν πλέον επανεξέταση του υποσυστήματος προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

Δ. Διαθεσιμότητα - Προσβασιμότητα

- Επάρκεια των υπηρεσιών ανάλογα με τις εκδηλούμενες ανάγκες.
- Δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης και εξυπηρέτησης μέσω της χωροταξικής κατανομής και του συστήματος της τηλεματικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

Στο παρόν Κεφάλαιο, η ΟΚΕ επιχειρεί να καταγράψει τις συνθήκες που συνιστούν την παρούσα κατάσταση στη χώρα μας, σε συγκεκριμένα θέματα που δεν αφορούν μόνον ορισμένο τομέα παροχής υγείας (π.χ. πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια), αλλά όλους τους τομείς. Στο επόμενο Κεφάλαιο, η ΟΚΕ προβαίνει σε αντίστοιχες επισημάνσεις ανά τομέα.

1. Ανθρώπινο Δυναμικό (Ιατροί-Οδοντίατροι-Φαρμακοποιοί, Νοσηλευτές, Διοίκηση κλπ.)

Στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα μας διαπιστώνεται το εξής πολύ σοβαρό ζήτημα· ενώ ορισμένες ειδικότητες υπερκαλύπτονται από τους υπάρχοντες επαγγελματίες, άλλες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις ή δεν υφίστανται καν.

Στην Ελλάδα δεν εφαρμόσθηκε ποτέ κάποιο σχέδιο προγραμματισμού της παραγωγής, εξειδίκευσης και κατανομής του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, παρ' ότι υπήρξαν σχετικές επισημάνσεις μελετητών ήδη από τη δεκαετία του 1970. Σήμερα η χώρα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υπερπάρκειας, ανεπάρκειας και ανυπαρξίας ειδικευμένου προσωπικού υγείας, ανάλογα με τον κλάδο, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις, αφενός στο ύψος των συνολικών δαπανών υγείας, αφετέρου στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Κατ' αρχήν, οι ιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ και τη Eurostat σε 55.556. Όπως δε υπολογίζεται με βάση άλλες εκτιμήσεις οι ιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου σε 70.000². Παράλληλα, υφίσταται ανισοκατανομή μεταξύ

των ιατρικών ειδικοτήτων σε αντίθεση με τις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού.

Παρόλα αυτά, υπάρχει ανάγκη **να αυξηθεί ο αριθμός των ιατρών με ειδικότητα τη γενική ιατρική, την κοινωνική ιατρική και την ιατρική της εργασίας**, ειδικότητες όπου παρατηρείται σημαντική υστέρηση στη χώρα μας³.

Όσον αφορά στους Οδοντιάτρους, η Ελλάδα είναι πρώτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση (σχέση οδοντιάτρων/πληθυσμού), με μεγάλη διαφορά από όλες τις υπόλοιπες χώρες, διαθέτοντας περίπου 15.000. Ενδεχομένως μάλιστα να είναι ή να καταστεί σύντομα και πρώτη στον κόσμο (το 2004 ήταν ήδη πέμπτη).

Τέλος, τα φαρμακεία που λειτουργούν στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου σε 12.500 (1 ανά 920 κατοίκους) και οι πτυχιούχοι φαρμακοποιοί σε 15.000 περίπου.

Αντίθετα, **οι διαθέσιμοι νοσηλευτές ανώτατης εκπαίδευσης στην Ελλάδα είναι πολύ λιγότεροι των πραγματικών αναγκών**. Μεγάλο ποσοστό των εισερχόμενων στα εκπαιδευτικά ιδρύματα εγκαταλείπουν τις νοσηλευτικές σπουδές, ενώ μεγάλο ποσοστό των αποφοίτων αρνείται ν' ακολουθήσει το επάγγελμα. **Το φαινόμενο οφείλεται, κυρίως, στην κοινωνική απαξίωση, την οικονομική υποβάθμιση και τη βαρύτητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, σε συνδυασμό με την έλλειψη επεξεργασμένης, αντίρροπης πολιτικής**.

Ορισμένα άλλα υγειονομικά επαγγέλματα, που είναι σημαντικά για τον εξορθολογισμό του ελληνικού συστήματος υγείας, ουσιαστικά δεν υφίστανται στη χώρα μας.

² Γ. Στάθης: Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, εκδόσεις MediForce, Αθήνα, 2005, σελ. 35-42.

³ Βλ. Γνώμη 60, "Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006" Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης - Κ.Π.Σ., (vo. 2)", Οκτώβριος 2001, Γνώμη 195, "Παράταση ειδικών επιδοτήσεων και άλλες διατάξεις", Μάιος 2008.

Παραδειγματικά, αναφέρονται οι βιοϊατρικοί (κλινικοί) μηχανικοί, οι πληροφορικοί υγείας, οι βιοστατιστικοί, οι οικονομολόγοι υγείας κλπ.

Ορισμένα στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των εργαζομένων στα νοσοκομεία αφορούν και στο επίπεδο της εκπαίδευσής τους. Έτσι σύμφωνα με στοιχεία του ΥΓΚΑ, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ υπηρετούσαν (Οκτώβριος 2005) 98.226 άτομα και επιπλέον πανεπιστημιακοί και στρατιωτικοί ιατροί. Ο συνολικός αριθμός ιατρών ανερχόταν σε 23.400 περίπου.

Στη γενική κατηγορία του νοσηλευτικού προσωπικού καταγράφηκαν 41.750 άτομα, αλλά μόνο το 43,2% είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Το διοικητικό προσωπικό αριθμούσε 8.450 άτομα, από τα οποία είχε πτυχίο πανεπιστημίου το 18,25% και πτυχίο ΤΕΙ το 14,51%.

Στην ευρύτερη κατηγορία του τεχνικού και υποστηρικτικού (βοηθητικού) προσωπικού υπηρετούσαν 16.130 άτομα, από τα οποία το 48,24% είναι υποχρεωτικής και το 46,18% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Μόνο το 3,32% έχει πτυχίο ΤΕΙ και το 2,26% έχει αποφοιτήσει από πανεπιστήμιο (μηχανικοί όλων των ειδικοτήτων).

Τέλος, στην Ελλάδα στάθηκε αδύνατο μέχρι σήμερα, να συγκροτηθεί ένα ευάριθμο σώμα ειδικευμένων και **έμπειρων Managers** (διοικητών νοσοκομείων), παρά την ύπαρξη αρκετών εγχώριων μεταπτυχιακών πανεπιστημιακών προγραμμάτων και τη συναφή εκπαίδευση Ελλήνων επιστημόνων σε τρίτες χώρες. Το φαινόμενο οφείλεται αποκλειστικά στο γεγονός ότι οι θέσεις των Διοικητών νοσοκομείων στελεχώνονται από πρόσωπα που συχνά δεν προέρχονται από το χώρο της υγείας και αντικαθιστάμενα πολύ συχνά, που δεν δημιουργούν επαγγελματικούς δεσμούς με τον υγειονομικό τομέα. Οι επιπτώσεις αυτής της τακτικής είναι δραματικές και οφθαλμοφανείς σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

2. Κτιριακές Υποδομές - Εξοπλισμός

Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 317 θεραπευτήρια με 53.701 κλίνες, χωρίς να περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία⁴.

Στον ευρύτερο δημόσιο τομέα υπάγονται 147 Νοσοκομεία με 38.619 κλίνες και στον ιδιωτικό τομέα 170 κλινικές με 15.082 κλίνες.

Η ανάπτυξη των δημόσιων Νοσοκομείων (ΕΣΥ) δεν έγινε στη βάση κάποιου κεντρικού σχεδιασμού, γι' αυτό παρατηρούνται ποικίλες ανισορροπίες (σχέση πληθυσμού/κλινών, ποσοστά πληρότητας κλπ.). Αρκετά δημόσια νοσοκομεία έχουν ανεγερθεί ή εκσυγχρονισθεί κατά την τελευταία 25ετία, πολλά άλλα όμως εξακολουθούν να στεγάζονται σε πεπαλαιωμένες και προβληματικές κτιριακές εγκαταστάσεις.

Επίσης, στα πλαίσια του δημόσιου τομέα (ΕΣΥ) λειτουργούν, σύμφωνα με εκτιμήσεις, 215 περίπου Κέντρα Υγείας (στη συντριπτική πλειοψηφία τους αγροτικού τύπου) και 1.500 περίπου Περιφερειακά Ιατρεία.

Στον ιδιωτικό τομέα παρατηρείται συνύπαρξη μεγάλων σύγχρονων, κτιριακά άρτιων και εξοπλισμένων Κλινικών, με μικρά παλαιά θεραπευτήρια που λειτουργούν σε ακατάλληλα κτίρια. Όμως σε γενικές γραμμές, ο ιδιωτικός τομέας βρίσκεται σε φάση εργώδους ανάπτυξης νέων κτιριακών υποδομών, για την υποδοχή και εξυπηρέτηση των πολιτών. Προφανώς, στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα οφείλεται η αυξητική τάση της αναλογίας κλινών/πληθυσμού που σημειώνεται στην Ελλάδα μετά το 2004, σε αντίθεση με την πτωτική τάση που παρατηρείται στη Δυτική Ευρώπη. Στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα λειτουργούν επίσης, σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου 400 διαγνωστικά κέντρα, 25.000 περίπου ιατρεία και εργαστήρια, 12.500 περίπου οδοντιατρεία και 10.000 φαρμακεία.

Όσον αφορά στο Βιοϊατρικό Εξοπλισμό, ο ιδιωτικός τομέας αξιοποιεί την ευελιξία του και προηγείται χρονικά του ΕΣΥ στην εισαγωγή των τεχνολογικών καινοτομιών. Ταυτό-

⁴ ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα 2006.

χρονα, όμως, υπερεπενδύει στην ακριβή βιοϊατρική τεχνολογία, εκμεταλλευόμενος τη δυνατότητα υψηλότερων κερδών από την προκλητή ζήτηση υπηρεσιών και την προβληματική λειτουργία του ΕΣΥ. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ελλάδα (2005) λειτουργούν 25.8 αξονικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο κατοίκων, ενώ στην Ελβετία 18.2, στη Γερμανία 16.2, στην Ισπανία 13.5, στον Καναδά 11.5, στη Γαλλία 9.8 και στη Μεγ. Βρετανία 7.5! Την ίδια χρονιά (2005) υπήρχαν στην Ελλάδα 13.2 μαγνητικοί τομογράφοι ανά εκατομμύριο κατοίκων, ενώ στη Γερμανία 7.1, στο Βέλγιο 7.0, στην Ολλανδία 6.6, στον Καναδά 5.7, στη Μεγ. Βρετανία 5.4 και στη Γαλλία μόλις 4.7! (ΟΟΣΑ, 2008).

3. Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση

Στα κρίσιμα πεδία των δαπανών υγείας και της χρηματοδότησης, τα σημαντικότερα προβλήματα είναι τα εξής:

- Υψηλό Ποσοστό Δαπανών Υγείας (περί το 10% του ΑΕΠ), από το οποίο το 57% είναι το Ποσοστό για Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας
- Αδυναμία Συγκράτησης των Δαπανών Υγείας και ιδιαίτερα της Φαρμακευτικής Δαπάνης
- Αυξημένη χρησιμοποίηση ιδίων πόρων από τα νοικοκυριά - Παραοικονομία (μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ δεδομένων των εθνικών λογαριασμών και της έρευνας οικογενειακών προϋπολογισμών).
- Χαμηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών για Π.Φ.Υ. και Υψηλό ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών
- Ανυπαρξία δημοσίων δαπανών για οδοντιατρική περίθαλψη.
- Απουσία Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ⁵, οι συνολικές (δημόσιες και ιδιωτικές) δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανήλθαν το 2005 στο 10,1% του ΑΕΠ, υπερβαίνοντας κατά πολύ το μέσο όρο των 30 χωρών του ΟΟΣΑ

(9,0%). Για το 2006 το ποσοστό επί του ΑΕΠ περιορίστηκε στην Ελλάδα σε 9,1% (μέσος όρος χωρών ΟΟΣΑ 8,9%), ήδη δε υπολογίζεται με βάση άλλες εκτιμήσεις ότι φέτος θα ανέλθει στο 9,7%. Τα ποσοστά αυτά ωστόσο, είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα της Μεγ. Βρετανίας, Νορβηγίας, Αυστραλίας, Ισπανίας, Ιαπωνίας, Φινλανδίας, Ιρλανδίας, Λουξεμβούργου κλπ.

Μεγάλο μέρος των ήδη πραγματοποιούμενων δαπανών οφείλεται, αφενός στην **έλλειψη συστήματος διοίκησης** του δημόσιου τομέα υγείας, αφετέρου στην **προκλητή ζήτηση υπηρεσιών** που σημειώνεται και στους δύο τομείς (δημόσιο και ιδιωτικό).

Το πραγματικό πρόβλημα εντοπίζεται στην εσωτερική σύνθεση των συνολικών δαπανών υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) που σημειώνεται στην Ελλάδα και αναδεικνύει τις σοβαρές στρεβλώσεις ("**μαύρη οικονομία**") του υγειονομικού συστήματος.

Συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες υγείας, ως ποσοστό των συνολικών, ανέρχονταν σε 55% το 1980, σε 53% το 1990, σε 44% το 2000 και σε 43% το 2005⁶. **Το τελευταίο αυτό ποσοστό είναι το μικρότερο μεταξύ των 30 χωρών του ΟΟΣΑ, στις οποίες ο μέσος όρος των δημοσίων δαπανών υγείας, ως ποσοστό του συνόλου, ανέρχεται (2005) σε 71%, έναντι 74% που ήταν το 1980. Ενώ δηλαδή στις χώρες του ΟΟΣΑ, κατά την περίοδο 1980-2005 σημειώθηκε μέση μείωση του ποσοστού των δημοσίων δαπανών υγείας κατά 4%, στην Ελλάδα η μείωση έφτασε το 22%.**

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το **ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται σε συνεχή και επιταχυνόμενη πορεία "ιδιωτικοποίησης"**, με την έννοια ότι ο πληθυσμός υποχρεώνεται σε άμεσες πληρωμές για την κάλυψη των αναγκών του, παρ' ότι έχει ήδη προπληρώσει μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Εκτιμάται ότι υπό τις παρούσες συνθήκες, ακόμη και αν αυξηθούν οι δημόσιες

⁵ OECD, Health Data 2008 (Version June 2008).

⁶ OECD, Factbook 2008.

δαπάνες υγείας, δεν θα υπάρξει αντιστροφή του φαινομένου, εξαιτίας της **παντελούς έλλειψης συστήματος επιστημονικής διοίκησης και ελέγχου της σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας.**

4. Ποιότητα

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι σύνθετη έννοια λόγω της πολυπλοκότητας του υγειονομικού τομέα. Ωστόσο, από τις αρχές του 20ου αιώνα αναζητήθηκαν διεθνώς διαδικασίες και πρότυπα μέτρησής της και σήμερα σχεδόν όλες οι προηγμένες χώρες έχουν επισημοποιήσει συγκεκριμένους ορισμούς και κριτήρια ποιότητας (πρόσβαση, ισότητα, κάλυψη προσδοκιών, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, κλπ.).

Δυστυχώς, η Ελλάδα υστερεί εμφανώς στο συγκεκριμένο τομέα. Ειδικότερα στο Ε-ΣΥ λίγες προσπάθειες έχουν καταγραφεί (με ατομική πρωτοβουλία συγκεκριμένων επαγγελματιών) σε επιμέρους τμήματα δημοσίων νοσοκομείων⁷. Ο Ν.2889/2001 αναφερόταν στην δημιουργία τμημάτων ποιοτικού ελέγχου στα Νοσοκομεία, στις ΔΥ.ΠΕ. και στις υπηρεσίες υγείας γενικότερα. Επίσης έχει εξαγγελθεί προ ετών η ψήφιση σχεδίου νόμου για την ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών, το οποίο ωστόσο δεν έχει ακόμα κατατεθεί στη Βουλή. **Επιση-**

μαίνεται ότι η Ελλάδα είναι η πληθυσμιακά μεγαλύτερη χώρα της Ευρώπης χωρίς επίσημο πρόγραμμα πιστοποίησης των νοσοκομείων⁸.

Κατ' αποτέλεσμα, στο πεδίο της ποιότητας υφίστανται πολλές και σοβαρές υστερήσεις, μεταξύ των οποίων και οι εξής:

- Ανυπαρξία Αξιολόγησης της Ποιότητας των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Υγείας και των Λειτουργιών Υγείας.
- Χαμηλή Ποιότητα Παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.
- Περιφερειακές Ανισότητες στην Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας.
- Απουσία Άσκησης Κλινικής Οικογενειακής Ιατρικής.
- Έντονες Ανισότητες στις Παροχές μεταξύ Ασφαλιστικών Ταμείων.

Η εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει ουσιαστικά, την πολιτική απόφαση επανασχεδιασμού του ελληνικού υγειονομικού συστήματος με ασθενοκεντρική προσέγγιση.

Η εφαρμογή ποιοτικών προτύπων αποσκοπεί στην ύπαρξη μετρήσιμων δεικτών της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζεται μέσω διαδικασιών πιστοποίησης και μπορεί, σε ένα βαθμό, να κατευθύνει ορθολογικότερα την κατανομή των πόρων.⁹

⁷ Στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν σε σεμινάριο του Υπουργείου Υγείας στο πλαίσιο του Ε.Π. "Υγεία - Πρόνοια 2000 - 2006" με τίτλο "Ειδικά θέματα Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα - Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Μέθοδοι για την Προαγωγή της Δημόσιας Υγείας", έγιναν ορισμένα βήματα πιστοποίησης παρεχόμενων υπηρεσιών στα ακόλουθα Νοσοκομεία: Ευαγγελισμός (πρόγραμμα αξιολόγησης στις εργαστηριακές εξετάσεις), ΑΧΕΠΑ (ομάδα ποιότητας στο αναισθησιολογικό τμήμα), Ερρίκος Ντυνάν (σε ορισμένα τμήματα), Νοσοκομείο Κυπαρισσίας (Μονάδα Τεχνητού Νεφρού), ΠΓ Ιωαννίνων (πιστοποίηση 4 τμημάτων κατά ISO), κλπ.

⁸ Asger Hansen: Hospital Accreditation, 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, 9-12 Οκτ. 2008, Χαλκιδική.

⁹ Γνώμη 198, "Κατάρτιση της Εθνικής Έκθεσης Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη 2008 2010", Ιούλιος 2008.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΜΕΑ

1. Γενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα κατατάσσεται ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της στην πρώτη ομάδα των αναπτυγμένων χωρών. Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες και γυναίκες ξεπερνά τα 79 έτη (76 και 80,9 αντίστοιχα) και θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό. Σημειώνεται όμως ότι ο ρυθμός αύξησης του δείκτη αρχίζει να μειώνεται σημαντικά ενοχοποιώντας κυρίως παράγοντες που αφορούν τον υπερκαταναλωτικό τρόπο ζωής και το περιβάλλον. Επιπλέον, η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε το 2007 κάτω του 4‰, με συνέπεια να βρίσκεται στις κορυφαίες θέσεις στην παγκόσμια κατάταξη. Είναι φανερό ότι τα τελευταία 30 χρόνια η αύξηση του εισοδήματος, του εκπαιδευτικού-μορφωτικού επιπέδου, αλλά και η σημαντική βελτίωση του συστήματος υγείας συνετέλεσαν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

Παρά τα ανωτέρω θετικά εις ό,τι αφορά το επίπεδο υγείας, εντούτοις παρατηρούνται πλέον αρνητικά χαρακτηριστικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη στο πλαίσιο ενός ορθολογικότερου και αναγκαίου επανασχεδιασμού του συστήματος υγείας.

Το επίπεδο του δείκτη της γενικής θνησιμότητας αυξήθηκε από 7,3‰ το 1960 σε 9,5‰ το 2005 με τάση όμως σταθεροποίησης από το 1980 (9,1‰).

Το 70% των θανάτων οφείλεται πλέον στο νοσολογικό φάσμα των αναπτυγμένων χωρών, δηλαδή σε ασθένειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, στη δημογραφική γήρανση και στη μόλυνση του περιβάλλοντος, όπως νεοπλασίες και καρδιο-εγκεφαλικά νοσήματα.

Η υπερβολική κατανάλωση θερμίδων, η αυξημένη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και ο δείκτης τροχαίων ατυχημάτων φέρουν την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις στον Ευρωπαϊκό χώρο, ανατρέποντας τις μέχρι σήμερα

μεσογειακές διατροφικές συνήθειες, αντιγράφοντας κακέκτυπα πρότυπα με χαμηλή κοινωνική συνοχή, ενώ η κυκλοφοριακή αγωγή, αλλά και οι υποδομές ανατρέχουν σε νοσοτροπία και συμπεριφορές αναπτυσσόμενων χωρών. Άλλωστε το ποσοστό της παχυσαρκίας με 43,3% κατατάσσει την Ελλάδα στην 1η θέση στην ΕΕ-27.

Ως πρώτο συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί από τα ανωτέρω είναι, ότι οφείλουμε να επαναπροσδιορίσουμε τους αιτιολογικούς παράγοντες του σημερινού νοσολογικού φάσματος και παράλληλα να σταθούμε με προσοχή στις νέες κοινωνικό-πολιτισμικές συμπεριφορές.

2. Ιδιωτικός Τομέας Υγείας

Οι δημογραφικές εξελίξεις με την αύξηση των ομάδων όχι μόνον των ατόμων άνω των 65 ετών, αλλά και των ατόμων άνω των 75 ή ακόμα και των 80 ετών, καθώς και το νοσολογικό πρότυπο με τις χρόνιες ασθένειες, αποτέλεσαν ένα αλληλοεπιδρώμενο αιτιολογικό φάσμα αύξησης της ζήτησης και των αναγκών υγείας τόσο για την πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και για την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σε ό,τι αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.), το δημόσιο σύστημα υγείας στη χώρα μας φάνηκε τη δεκαετία του '80 να αντιμετωπίζει τη ζήτηση για υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας. Εντούτοις, η πλήρης σημερινή υποβάθμιση τους, η πολιτική αδυναμία υλοποίησης των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου, η μη ένταξη των κλάδων ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων στο ΕΣΥ, η χαμηλή χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ. σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραιιατρικού δυναμικού, είχαν ως αποτέλεσμα τη προσφορά υποβαθμισμένων ποιοτικά υπηρεσιών, μεγάλου χρόνου αναμονής και πλήρη αδυναμία κάλυψης των αναγκών.

Τα ανωτέρω **οδήγησαν τον Έλληνα πολίτη στον ιδιωτικό πρωτοβάθμιο τομέα υγείας**. Η υπερπροσφορά γιατρών, η υπερπροσφορά ιδιωτικών εργαστηριο-διαγνωστικών κέντρων, η υπερπροσφορά σύγχρονης βιοιατρικής τεχνολογίας, η πλήρης απουσία δημοσίας οδοντιατρικής περίθαλψης και η απουσία ουσιαστικού ελέγχου του ιδιωτικού τομέα μέσω ενός ηλεκτρονικού συστήματος παρακολούθησης κάθε ιατρο-εργαστηριακής πράξης, συντέλεσαν στην έκρηξη της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και στην αναστροφή της σχέσης δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Π.Φ.Υ. Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη στο σύνολο των δημοσίων δαπανών για υγεία ανέρχεται σε 24%, ενώ των ιδιωτικών σε 66%. Για οδοντιατρική περίθαλψη η αντιστοιχία είναι 1,2% και 34% αντίστοιχα.

Αντίθετα με την Π.Φ.Υ. στη χώρα μας, η νοσοκομειακή περίθαλψη μπόρεσε, σε μεγάλο βαθμό, να καλύψει τη ζήτηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω κυρίως των δημοσίων ιδρυμάτων (αυξάνοντας τους συνολικά εξελθόντες ασθενείς από 969.695 το 1972 σε 1.116.324 το 1982, σε 1.552.940 το 1997, και σε 2.036.052 το 2004).

Παρά την παραπάνω ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας κυρίως σε ποιοτικές υποδομές, το χαμηλό ποσοστό ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης του Ελληνικού πληθυσμού και το υψηλό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης έχουν οδηγήσει τη ζήτηση για δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες σε εντελώς αντίθετη πορεία από την Π.Φ.Υ. Η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στο σύνολο των δημοσίων δαπανών απορροφά το 56%, ενώ η αντίστοιχη ιδιωτική περίπου το 13%. Αυτή η εξέλιξη βεβαίως δείχνει ότι ο δημόσιος τομέας δευτεροβάθμιας φροντίδας μπόρεσε να ανταποκριθεί στη ζήτηση, αλλά πάσχει από σοβαρά προβλήματα που δεν του επιτρέπουν να λειτουργήσει πραγματικά αποτελεσματικά

- όπως αναλύεται κατωτέρω στο τμήμα για τη δευτεροβάθμια φροντίδα - ενώ η ικανοποίηση των ασθενών για την δευτεροβάθμια φροντίδα είναι ιδιαίτερος χαμηλή.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας προσελκύει τους πολίτες που μπορούν να ζητήσουν τις υπηρεσίες του ακριβώς επειδή είναι ασθενοκεντρικός. Επιπλέον εμφανίζει σημεία υπεροχής σε σχέση με το δημόσιο, όπως (α) η υψηλή ταχύτητα ανταπόκρισής του ως προς την κάλυψη των αναγκαίων υποδομών και κυρίως στην ενσωμάτωση της ιατροτεχνολογικής καινοτομίας και των νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και (β) το μειωμένο "κόστος χρόνου" και την καλή ποιότητα ξενοδοχειακών υπηρεσιών που παρέχει ο ιδιωτικός τομέας στους καταναλωτές (ασθενείς). Βεβαίως στον ιδιωτικό τομέα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να στραφεί μια μικρή μόνον μερίδα των πολιτών εξαιτίας του πολύ υψηλού του κόστους.

3. Δημόσιος Τομέας Υγείας (ΕΣΥ)

3^ο. Δημόσια Υγεία (προαγωγή-αγωγή-πρόληψη, κλπ.)

Στο πεδίο αυτό διαπιστώνεται απουσία ολοκληρωμένου σχεδιασμού προστασίας της Δημόσιας Υγείας. Σε μια εποχή που οι παράγοντες κινδύνου για τη δημόσια υγεία ολοένα και αυξάνουν (π.χ. παχυσαρκία, κάπνισμα, τροχαία ατυχήματα, μη υγιεινά διατροφικά πρότυπα, μόλυνση περιβάλλοντος, φτώχεια, ανεργία κ.α.) είναι επιβεβλημένη η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, όπως αυτή ορίζεται μέσα από τη σύγχρονη διευρυμένη έννοιά της. Η σύγχρονη Δημόσια Υγεία έχει υπερβεί προ πολλού τα περιορισμένα όρια της υγιεινής και πρόληψης, ενώ περιλαμβάνει όλες εκείνες τις δράσεις, οι οποίες αποσκοπούν σε μια ενεργητική παρέμβαση ελαχιστοποίησης των προαναφερθέντων κινδύνων, μετασχηματίζοντας τον τρόπο ζωής, αλλά και τον οικολογικό και κοινωνικό περίγυρο¹⁰. Ειδικά το ζή-

¹⁰ Βλ. Γνώμη της ΟΚΕ υπ' αριθμ. 92, Ιούλιος 2003, "Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις".

τημα της πρόληψης θα πρέπει να προσεγγιστεί με ιδιαίτερη προσοχή και λαμβανομένων υπόψη των υφιστάμενων αναγκών π.χ. εργαζόμενοι στις βιομηχανικές περιοχές.

3^α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) αποτελεί την πύλη εισόδου στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ). Παρέχει ιατρικές υπηρεσίες προς κάθε πολίτη. Υπό τον όρο "μονάδα Π.Φ.Υ" εννοούμε το σύνολο των παρεχομένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που παρέχονται σε έναν ασθενή ο οποίος δεν χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, ενημέρωσης και ψυχιατρικής φροντίδας.

Στην Π.Φ.Υ εντάσσονται: (α) Οι μονάδες του Ι.Κ.Α και λοιπών ασφαλιστικών ταμείων, δημοτικών ιατρείων κ.λ.π σε λειτουργικές μονάδες Π.Φ.Υ., ενώ (β) μονάδες Π.Φ.Υ δύναται να ιδρύουν γιατρός ή ομάδα γιατρών (ιατρεία, πολυιατρεία, διαγνωστικά κέντρα).

Ο οικογενειακός γιατρός συνιστά το σημείο αναφοράς του ασθενούς και καθορίζει την παραπέρα πορεία του είτε της κατ' οίκον νοσηλείας είτε της παραπομπής σε μονάδα Π.Φ.Υ είτε ακόμη και στο νοσοκομείο. Καθήκοντα οικογενειακού γιατρού ασκούν οι γενικοί γιατροί και μέχρι κάλυψης των κενών δύναται να ασκούν παθολόγοι και παιδίατροι, ενώ για τις λοιπές ειδικότητες ο κάθε πολίτης δύναται να επιλέγει από λίστα γιατρών των ανάλογων ειδικοτήτων, οι οποίοι έχουν συμβληθεί με το σύστημα.

Σκοπός του συστήματος είναι ο απεγκλωβισμός των νοσοκομείων από το παρόν σύστημα εφημερίας όπου όλος ο πληθυσμός απευθύνεται στα εξωτερικά τους ιατρεία για παροχή υπηρεσιών. **Στο πεδίο αυτό διαπιστώνεται απουσία ουσιαστικής διασύνδεσης ΠΦΥ και Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης. Μεταξύ των δύο αυτών συστημάτων περίθαλψης δεν υπάρχει συνεργασία ούτε δικτύωση, με συνέπεια υστερήσεις στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητα.**

3^β. Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Φροντίδα

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία από το 1980 έως το 2000 διπλασιάσαν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τους, βελτίωσαν τις υποδομές και τον τεχνολογικό εξοπλισμό και δημιούργησαν στα πολύ μεγάλα αστικά κέντρα υπερσύγχρονα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Προβλήματα ωστόσο, υπάρχουν, με κεντρικό αυτό της **αδυναμίας επιβολής σύγχρονων διοικητικο-διαχειριστικών μεθόδων στα νοσοκομεία**, η οποία συνιστά παράλληλα και μια από τις κεντρικές αιτίες για την αδυναμία του ΕΣΥ να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Τα πραγματικά προβλήματα της δημόσιας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης δεν έγκεινται - όπως προαναφέρθηκε - στην έλλειψη ιατρών, επαρκών νοσοκομειακών κλινών ή πόρων (με δεδομένη την υψηλότερη δαπάνη υγείας για την οποία έγινε λόγος ανωτέρω). Στην καρδιά των προβλημάτων βρίσκεται **η ανεπάρκεια του σημερινού συστήματος διοίκησης και ελέγχου**, η οποία φτάνει ως το σημείο ακόμα και να ακυρώνει τη χρησιμότητα μιας ενδεχόμενης αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας.

Παράλληλα, κεντρικό πρόβλημα είναι η προαναφερθείσα **ποσοτική ανεπάρκεια εκπαιδευμένου νοσηλευτικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού (μη ιατρικού)**, που θα μπορούσε να προσδώσει ποιότητα και αποτελεσματικότητα στο δημόσιο νοσοκομειακό πλέγμα.

Παράλληλα σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό της **παραοικονομίας**. Είναι λυπηρό ότι - σύμφωνα με σειρά σφυγμομετρήσεων της κοινής γνώμης και συναφείς επιστημονικές μελέτες κατά την τελευταία δεκαετία - τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ συγκαταλέγονται στους τομείς της κρατικής δραστηριότητας που καταγγέλλονται συνηθέστερα για διαφθορά, γραφειοκρατία και αναποτελεσματικότητα.

Σε ό,τι αφορά το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων, παρατηρείται **το πρόβλημα της ανισοκατανομής στις περιφέρειες της**

χώρας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου η υστέρηση στην εκπαίδευση του διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού των νοσοκομείων.

Σε ό,τι αφορά τη λειτουργία των ίδιων των νοσοκομείων του ΕΣΥ, αξίζει να υπενθυμιστεί ότι ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83) κατέστησε τα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα που επιχορηγούνταν, άμεσα ή έμμεσα, από το ελληνικό δημόσιο, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Με το Ν. 2889/01 τα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), που μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) με τον Ν. 3329/2005, με τον οποίο τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα μετατράπηκαν και πάλι σε ανεξάρτητα ΝΠΔΔ.

Τα δημόσια νοσοκομεία συνιστούν, με άλλα λόγια, δημόσιες υπηρεσίες σύμφωνα με το καθεστώς που τα διέπει. Τα νοσοκομεία παρέχουν πληθώρα υπηρεσιών και μάλιστα εξειδικευμένα ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς, ενώ για να παρέχουν καλές τέτοιες υπηρεσίες χρειάζονται καλή διαχείριση, υγιή οικονομικά και απλή λειτουργία. Παράλληλα προς την παροχή φροντίδας υγείας, τα νοσοκομεία παρέχουν στους ασθενείς και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (διαμονή, διατροφή, ιματισμό, καθαριότητα, φύλαξη κλπ.), γεγονός που καθιστά περισσότερο πολύπλοκη τη λειτουργία τους, διότι η διαχείρισή τους πρέπει να εξειδικευθεί σε ετερόκλητους κλάδους δραστηριότητας και να αντιμετωπίσει επιτυχώς διαφορετικές συμπεριφορές και επιδιώξεις των επιμέρους κατηγοριών προσωπικού, αλλά και ποικιλία απαιτήσεων των "πελατών" (ασθενών, συνοδών) που επιπλέον, είναι ψυχολογικά φορτισμένοι εξαιτίας των προβλημάτων τους.

Είναι συνεπώς αναμφισβήτητο ότι, **ιδίως**

στη σύγχρονη εποχή της προηγμένης τεχνολογίας, τα δημόσια νοσοκομεία οφείλουν να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής οργάνωσης και διοίκησης και τις σύγχρονες τεχνολογίες.

Σήμερα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, αλλά και για άλλους περισσότερο ή λιγότερο συναφείς, όπως η έλλειψη αποτελεσματικής διοίκησης, το χαμηλό μισθολόγιο ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού και οι ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες εργασίας του (ωράριο, εφημερίες, υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας), η απουσία πλήρους ηλεκτρονικής παρακολούθησης των ιατρικών, διαγνωστικών, νοσηλευτικών, τεχνολογικών και διοικητικών πράξεων, είχε ως αποτέλεσμα:

- **τη χαμηλή ποιότητα προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών,**
- **την πλήρη αδράνεια λειτουργίας των επενδύσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας**
- **την αύξηση του χρόνου αναμονής (λίστα αναμονής) για εξειδικευμένες παρεμβατικές πράξεις, και**
- **την αύξηση της παραοικονομίας.**

Κατ' αποτέλεσμα ο Έλληνας Πολίτης νιώθει σε τέτοιο βαθμό ανασφάλεια για την αντιμετώπιση σοβαρών αναγκών υγείας, η ικανοποίηση του από τη προσφορά υπηρεσιών βρίσκεται σε τόσο χαμηλό επίπεδο και επιθυμεί να επιτευχθούν σημαντικές μεταρρυθμίσεις, όπως αποδεικνύουν τόσο οι ευρωπαϊκές έρευνες όσο και το σύνολο των ερευνών των Ελληνικών Πανεπιστημίων και των ΤΕΙ. Ειδικά το πρόβλημα της λίστας αναμονής είναι εντονότατο και προκαλεί μεγάλα προβλήματα στους ασθενείς. Παράλληλα παρατηρείται μια πλήρης εργασιακή απογοήτευση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί πλέον το κύριο χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού προσωπικού¹¹.

¹¹ Δεν είναι τυχαίο ότι ο βαθμός φιλικότητας των υπηρεσιών υγείας προς το πολίτη κατατάσσει τη χώρα μας για το 2008 στην 19η θέση σε 31 Ευρωπαϊκές Χώρες (Health Consumer Power House) επιβεβαιώνοντας το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη χρήση των υπηρεσιών.

Η επίλυση των ανωτέρω προβλημάτων είναι απαραίτητη, ώστε μέσα από μία γενναία αναθεώρηση των οργανωτικών πλαισίων του ΕΣΥ, να αποκατασταθεί ο πολίτης-ασθενής ως κεντρικό πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου οφείλει να υπάρχει και να λειτουργεί το σύστημα.

3^ο. Ιατροκοινωνικός τομέας υγείας

Στην Ελλάδα παρατηρείται **σοβαρότατη υστέρηση** στους τομείς της "μετά" και εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης, της αποκατάστασης και της φροντίδας των αναπήρων και των ηλικιωμένων.

Δεν υπάρχει δημόσιο σύστημα μετα-νοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών με χρόνια νοσήματα (κατ' οίκον νοσηλεία), εκτός 1-2 περιπτώσεων εθελοντικής ανάπτυξης από τμήματα νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Τα προγράμματα "Βοήθειας στο σπίτι" που λειτουργούν οι ΟΤΑ τα τελευταία χρόνια αφορούν, σχεδόν αποκλειστικά, μερικούς μόνον από τους ηλικιωμένους που έχουν πραγματικές ανάγκες, όχι όμως και αξιοσημείωτο αριθμό ΑμΕΑ. Η λειτουργία τους στηρίζεται κατά βάση σε κοινοτικούς πόρους, χωρίς να υπάρχει κάποια δέσμευση χρηματοδότησης μετά τη λήξη των κοινοτικών ενισχύσεων, πέραν από το γεγονός ότι οι υπάρχουσες δομές είναι ανεπαρκείς.

Στον τομέα της αποθεραπείας και αποκατάστασης (πολυτραυματίες, εγκεφαλικά επεισόδια κλπ.) η συμβολή του δημόσιου τομέα είναι ιδιαίτερα υποτονική και οι ανάγκες καλύπτονται κυρίως από ιδιωτικές μονάδες και στις βαρύτερες περιπτώσεις, με μεταφορά των ασθενών στο εξωτερικό. Το δημόσιο διαθέτει συνολικά 186 κλίνες, διαμοιρασμένες σε ένα ειδικό ίδρυμα (127) και σε τέσσερα τμήματα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ισάριθμων νοσοκομείων της Αττικής (59). Ο ιδιωτικός τομέας έχει ήδη αναπτύξει μονάδες στη Λάρισα (3), Θεσσαλονίκη, Κομοτηνή, Βόλο, Πάτρα, Αθήνα (2), Λαμία,

Σπάρτη, Χανιά με 900-1.000 κλίνες, ενώ ετοιμάζονται 5 τουλάχιστον νέα κέντρα¹².

Τέλος, η προστατευόμενη διαβίωση των ηλικιωμένων (οίκοι ευγηρίας, γηροκομεία) έχει παραχωρηθεί, κατά πλειοψηφία, στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς επιπλέον να ασκείται ο αναγκαίος έλεγχος τήρησης του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου, ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Μόνον ένας μικρός αριθμός ιδιωτικών μονάδων καλύπτει επαρκώς τα ποιοτικά κριτήρια διαβίωσης των ενοίκων, ενώ οι συνθήκες στη μεγάλη πλειοψηφία τους είναι απαράδεκτες.

3^ο. Ψυχική Υγεία

Σύμφωνα με την Έκθεση για την παγκόσμια υγεία που συντάχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στο τέλος του 20ου αιώνα, 450 εκ. άνθρωποι θα υποφέρουν από ψυχιατρικές διαταραχές, νευρολογικές παθήσεις, αλκοολισμό και εξάρτηση από εθιστικές ουσίες (2001).

Η καταθλιπτική συνδρομή μείζονος τύπου αποτελεί την τέταρτη μεγαλύτερη επιβάρυνση στη Δημόσια Υγεία και εκτιμάται ότι το 2020 θα ανέλθει στη δεύτερη θέση.

Παράλληλα προς τις κλασσικές ψυχικές διαταραχές που προαναφέρθηκαν, οι νέοι ψυχικά πάσχοντες από αλκοολισμό, διάφορες μορφές άνοιας και τοξικομανίες εκτιμάται ότι αποτελούν πλέον τις νέες κατηγορίες ασθενειών για τις οποίες επιβάλλεται συγκεκριμένη προετοιμασία για την αποτελεσματική περίθαλψή τους. Απαιτείται αναπροσαρμογή της κρατικής μέριμνας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από αυτές τις νοσηρές καταστάσεις.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα στη χώρα μας είναι παρεμφερή με αυτά του εξωτερικού. Φαίνεται όμως, ότι δεν έχει γίνει αντιληπτό από την πολιτική ηγεσία της χώρας το μέγεθος του προβλήματος και οι ανελαστικές ανάγκες για ψυχιατρική περίθαλψη, οι οποίες

¹² Ημερήσια εφημερίδα "Η Καθημερινή", έρευνα κ. Πέννυς Μπουλούτζα: "Μετ' εμποδίων η αποκατάσταση των αναπήρων", 9 Νοε. 2008.

δημιουργούνται για την προσεχή 20ετία.

Παράλληλα, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση (απο-ασυλοποίηση) στο βαθμό που επιχειρήθηκε στην Ελλάδα, στόχευε στην έξοδο των εγκλείστων στα άσυλα ασθενών και στηρίχθηκε κατά μέγιστο ποσοστό στην κοινοτική χρηματοδότηση. Κυρίως από Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του ιδιωτικού τομέα (ξενώνες, διαμερίσματα, οικοτροφεία κλπ.) αναλήφθηκαν στο παρελθόν πολλά κονδύλια, που ωστόσο δεν διατέθηκαν πάντοτε στους σκοπούς για τους οποίους δόθηκαν, γεγονός το οποίο δεν απετράπη από τα ελεγκτικά όργανα του κράτους.

Ήδη όμως, το ελληνικό Δημόσιο δεν αναπληρώνει τις αρχικές εισροές κοινοτικών πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό, με ταυτόχρονη ενεργοποίηση διαδικασιών ουσιαστικού ελέγχου και διασφάλισης της χρήσης των επιδοτήσεων υπέρ των ασθενών, προβαίνοντας σε υπέρμετρες περικοπές. Το αποτέλεσμα είναι ότι σημειώνεται **εμφανής οπισθοδρόμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, με ορατό τον κίνδυνο επανασυλοποίησης πολλών ατόμων αυτής της κατηγορίας.**

3^ο. Φαρμακευτική Πολιτική

Στο πεδίο αυτό διαπιστώνεται το πρόβλημα

της αδυναμίας ελέγχου και συγκράτησης της αλόγιστης φαρμακευτικής συνταγογράφησης και εργαστηριο-διαγνωστικών εξετάσεων.

Η ασκούμενη πολιτική φαρμάκου έχει ιδιαίτερη σημασία τόσο για τις υγειονομικές δαπάνες όσο και για την υγεία των πολιτών.

Δεδομένου ότι στην αγορά του φαρμάκου δεν λειτουργεί ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης, η ρυθμιστική κρατική παρέμβαση είναι απολύτως επιβεβλημένη.

Το 1996 υιοθετήθηκε και στην Ελλάδα ο θεσμός "της λίστας φαρμάκων", για τα οποία τα ασφαλιστικά ταμεία κατέβαλαν το κόστος. Ο θεσμός δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, παρά μόνο σε πολύ μικρό βαθμό. Το 2006 η "λίστα" καταργήθηκε τελείως, παρά το γεγονός ότι εφαρμόζεται σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χωρίς όμως να υιοθετηθεί και να εφαρμοσθεί κάποια εναλλακτική μέθοδος ελέγχου της συνταγογραφίας, της πολυφαρμακίας και της σπατάλης.

Το περιοριστικό μέτρο της "λίστας" θα μπορούσε να έχει και στο μέλλον χρησιμότητα, σαν μεταβατική πολιτική, μέχρις ότου υιοθετηθούν και εγκατασταθούν σύγχρονοι, τεχνολογικά προηγμένοι και επιστημονικά άρτιοι μηχανισμοί συγκράτησης του κόστους και προστασίας της υγείας των πολιτών¹³.

¹³ Η Ο.Κ.Ε. με τη Γνώμη της υπ' αριθμ. 148, "Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης", Ιανουάριος 2006, εξέφρασε την άποψη ότι η κατάργηση της λίστας φαρμάκων και η κατάργηση της προηγούμενης θεώρησης των συνταγών από τους οικείους ασφαλιστικούς φορείς αποτελούν δύο κατ' αρχήν ορθά μέτρα, ωστόσο εκφράζει προβληματισμό ως προς τις "παρενέργειες" που δύναται να υπάρξουν από το γεγονός ότι η μετάπτωση από το ισχύον στο νέο καθεστώς φαρμακευτικής περίθαλψης γίνεται χωρίς μεταβατική περίοδο προσαρμογής και κυρίως, χωρίς τα μέτρα της κατάργησης της λίστας και του προληπτικού ελέγχου να συμπίπτουν χρονικά με την εφαρμογή του νέου συστήματος προσδιορισμού τιμών και ενιαίων διαδικασιών συνταγογράφησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ Ο.Κ.Ε.

1. Γενικές παρατηρήσεις.

Από τα όσα προαναφέρθηκαν προκύπτει ήδη ότι πολλά από τα υφιστάμενα προβλήματα είναι χρόνια και ακόμα δεν έχουν επιλυθεί στην πράξη. Επιπλέον πρέπει να υπογραμμιστεί το εξής: πολλά από τα μέτρα που ήταν προς τη σωστή κατεύθυνση είχαν νομοθετηθεί στο παρελθόν και στο θεσμικό τουλάχιστον επίπεδο είχαν γίνει προβλέψεις για την κατοχύρωσή τους (π.χ. οι διατάξεις του νόμου 2519/97 για την ίδρυση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας). **Παρά ταύτα, δεν έχουν εφαρμοστεί αποτελεσματικά οι νόμοι που διέπουν το ελληνικό Σύστημα Υγείας.** Η Ο.Κ.Ε. θεωρεί ότι, εάν είχαν εφαρμοστεί πλήρως στην πράξη πολλές από τις νομοθετικές διατάξεις που διέπουν το ελληνικό Σύστημα Υγείας, πολλά από τα υφιστάμενα προβλήματα θα είχαν επιλυθεί προ πολλού.

Η Ο.Κ.Ε. θεωρεί ότι απαραίτητη προϋπόθεση για να σημειωθεί πραγματική και ουσιαστική πρόοδος στους εκάστοτε τομείς και συνολικά, στο Σύστημα Υγείας, είναι η δημιουργία πολιτικής συνεννόησης γύρω από τους στόχους, τα μέτρα και τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθηθούν. Το ζήτημα της υγείας του πληθυσμού είναι τόσο καίριο που η διεξαγωγή ενός εθνικού διαλόγου με τη συμμετοχή όλων ανεξαιρέτως των ενδιαφερομένων πρέπει να γίνει άμεσα και με κεντρικό στόχο την εφαρμογή κοινά αποδεκτών λύσεων. **Στο πλαίσιο ενός τέτοιου διαλόγου θα πρέπει να διερευνηθούν οι κατευθύνσεις ανασυγκρότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, οι αναγκαίες παρεμβάσεις, η ιεράρχησή τους, αλλά και η επιτυχής εφαρμογή τους στην πράξη.** Η ΟΚΕ είναι πρόθυμη να συμβάλλει σε έναν τέτοιο διάλογο και εύχεται η παρούσα Γνώμη

της να αποτελέσει το έναυσμα για τη διεξαγωγή του.

2. Ανθρώπινο Δυναμικό

2^α. Ιατροί.

Ως ζήτημα κρίσιμης σημασίας θεωρείται η επεξεργασία μιας πολιτικής συγκράτησης του ιατρικού πληθωρισμού, αναδιάταξης στις ιατρικές ειδικότητες, αναλογικής κατανομής ανά γεωγραφική περιφέρεια και σύνδεσης των ιατρικών αμοιβών με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της ιατρικής εργασίας.

Προς αυτές τις κατευθύνσεις προτείνονται μέτρα όπως:

α) η λήψη κάθε μέτρου για την εξασφάλιση της επάρκειας ιατρών στις ειδικότητες όπου υφίστανται ελλείψεις, όπως η γενική ιατρική, η κοινωνική ιατρική και η ιατρική της εργασίας¹⁴.

β) ο επαναπροσδιορισμός των θέσεων λήψης ειδικότητας, με δραστικό περιορισμό για τις κορεσμένες και πολλαπλασιασμό για τις ειδικότητες που είναι αναγκαίες (γενική - οικογενειακή ιατρική, κοινωνική ιατρική, ιατρική της εργασίας, γηριατρική, αθλητιατρική κλπ.).

γ) η θέσπιση συστήματος ιατρικών αμοιβών στο Δημόσιο Τομέα που θα συνδέεται μετά από ένα πλαφόν με την ποιότητα και την ποσότητα της ιατρικής εργασίας (π.χ. αριθμός επεμβάσεων κατ' είδος, εφημέρευση στα ΤΕΠ, εκπαίδευση ειδικευομένων, ερευνητικές δημοσιεύσεις, συγκράτηση κόστους νοσηλείας κλπ.),

δ) η θέσπιση ισχυρών κινήτρων μακροχρόνιας στελέχωσης περιφερειακών ιατρείων, Κέντρων Υγείας και ακριτικών νοσοκομείων.

ε) ο σαφής προσδιορισμός της εκπαιδευτικής ικανότητας των νοσοκομείων.

¹⁴ Ειδικά για τους ιατρούς εργασίας, η ΟΚΕ έχει διατυπώσει συγκεκριμένες προτάσεις στη Γνώμη της υπ' αριθμ. 195, "Παράταση ειδικών επιδοτήσεων και άλλες διατάξεις", Μάιος 2008.

2^β. Νοσηλευτές.

Είναι επιτακτική ανάγκη να καταστεί ελκυστικό για τους νέους το νοσηλευτικό επάγγελμα, με δραστικά μέτρα που θ' αποβλέπουν στην κοινωνική, οικονομική και εργασιακή αναβάθμισή του. Απαραίτητα μέτρα είναι:

α) η γενίκευση και αποκλειστική παροχή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα Ιδρύματα Ανώτατης Εκπαίδευσης και στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με

β) την οικονομική αναβάθμιση των νοσηλευτών, μέσω της ειδικής αμοιβής για την ιδιαιτερότητα του επαγγέλματός τους και των εργαζόμενων στις υπηρεσίες των νοσοκομείων

γ) πρέπει επίσης να εξετασθεί πολύ σοβαρά η εξομοίωση των εργασιακών συνθηκών των νοσηλευτών με εκείνες των ιατρών του δημόσιου τομέα (πρωινό τακτικό ωράριο και πρόσθετη αμειβόμενη εφημερία).

δ) πρέπει να γίνει η εξειδίκευση των νοσηλευτών.

2^γ. Άλλες Ειδικότητες.

Για την παραγωγή Βιοϊατρικών (κλινικών) Μηχανικών, πληροφορικών υγείας, βιοστατιστικών, οικονομολόγων υγείας κλπ., είναι απαραίτητο να υπάρξει διατομεακή πολιτική (Υπουργείων υγείας - παιδείας), με ταυτόχρονη δημιουργία θέσεων εργασίας στους υγειονομικούς σχηματισμούς, όπου δεν υπάρχουν ήδη. Για την κάλυψη άμεσων αναγκών μπορούν να χορηγηθούν εκπαιδευτικές υποτροφίες.

2^δ. Managers Νοσοκομείων και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας.

Απαιτείται νομοθετική ρύθμιση που θα προσδώσει τα απαραίτητα επαγγελματικά χαρακτηριστικά στις συγκεκριμένες θέσεις (διοίκηση νοσοκομείων, διάρκεια συμβολαίων, επιχειρησιακά σχέδια με συγκεκριμένους στόχους κλπ.) και θα θεσπίσει αξιοκρατικές διαδικασίες επιλογής και ανάλογα επίπεδα ανταγωνιστικών αμοιβών, συνδυασμέ-

νων με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, το μέγεθος των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και την αποτελεσματικότητα των ανώτατων στελεχών.

Εκτιμάται ότι σε πρώτη φάση απαιτείται μια δεξαμενή στελεχών, με αποδεδειγμένη επιτυχή εμπειρία ή/και μεταπτυχιακή επιστημονική κατάρτιση για την άσκηση παρόμοιων καθηκόντων στα 2-3 ανώτερα επίπεδα της διοικητικής νοσοκομειακής πυραμίδας του ελληνικού Δημόσιου Τομέα Υγείας. Σύμφωνα με εμπειρικές εκτιμήσεις, σημαντικό τμήμα αυτού του δυναμικού να είναι άμεσα διαθέσιμο, ενώ η πλήρης κάλυψη των παραπάνω ή και μεγαλύτερων αναγκών μπορεί να επιτευχθεί με συντονισμένες ενέργειες.

3. Κτιριακές Υποδομές - Εξοπλισμός.

Μέτρα για τη βελτίωση των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού είναι τα εξής:

α. Άμεση εκπόνηση ενός έγκυρου Υγειονομικού Χάρτη που, εκτός όλων των άλλων, θα περιλαμβάνει την πλήρη καταγραφή των υφισταμένων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η καταγραφή πρέπει να είναι λεπτομερής (λειτουργούντα τμήματα, βιοϊατρικός εξοπλισμός, στελέχωση ανά ειδικότητα, στατιστικά δεδομένα κλπ.) και να επικαιροποιείται κάθε χρόνο.

β. Αξιολόγηση κάθε δομής του ΕΣΥ (παραγόμενο έργο σε σχέση με το κόστος, εκπαιδευτικές δυνατότητες, κλπ.) και επαναπροσδιορισμός της αποστολής της. Χρειάζονται καλύτερα και πληρέστερα νοσοκομεία. Ο υπάρχων αριθμός κλινών κρίνεται ικανοποιητικός συγκριτικά με τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και της αύξησης της πληρότητας νοσοκομειακών κλινών. Απαιτείται όμως ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομειακών κλινών και των ξενοδοχειακών υποδομών.

γ. Αναδιάταξη των κλινικών και εργαστηριακών τμημάτων, με στόχο τη μεγιστοποίηση της εξυπηρέτησης των ασθενών και τη βελτίωση της πληρότητας, αποτελεσματικό-

τητας και αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

δ. Θέσπιση αυστηρής διαδικασίας ως προς τη χορήγηση αδειών εγκατάστασης βιοϊατρικής τεχνολογίας στα πλαίσια των διεθνώς παραδεκτών αναλογιών ως προς τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό.

ε. Εξασφάλιση της 24ωρης λειτουργίας της εξειδικευμένης τεχνολογίας στο Δημόσιο Τομέα.

4. Δαπάνες υγείας και χρηματοδότηση

Πιθανά μέτρα για τις Δαπάνες Υγείας:

1. Δαπάνες Υγείας στο 10% επί του ΑΕΠ. (Έλεγχος, Συγκράτηση Κόστους - Ποιοτικότερες Υπηρεσίες)

2. Αύξηση Δαπανών Υγείας μόνο για Προστασία Περιβάλλοντος και Δημόσιας Υγείας. (Περιβάλλον, Διατροφική Αλυσίδα, Νερό), δηλαδή αύξηση των Δαπανών Υγείας για αντιμετώπιση βαθύτερων αιτιολογικών παραγόντων γέννησης της νόσου.

3. Προμήθεια Φαρμάκων των Νοσοκομείων και των Ασφαλιστικών Ταμείων με Ποσοστό Έκπτωσης επί της Χονδρικής Τιμής Πώλησης. Επαναφορά της Λίστας. Τυχαίος Δειγματοληπτικός Ποιοτικός Έλεγχος Συνταγογράφησης.

4. Πλήρης μηχανοργάνωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας ανά τμήμα, ιατρό και ασθενή. Στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έργου και κόστους και συγκριτική αξιολόγηση ομοειδών τμημάτων πανελλαδικά, λαμβανομένων υπόψη των ποιοτικών δεικτών (θνητότητα, επιπλοκές, επανεισαγωγές κλπ.).

5. Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα και ένταξη της μισθοδοσίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

6. Σύστημα προμηθειών. Καμιά προμήθεια Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Υγειονομικού Υλικού ή άλλων αγαθών. Υγεία σε τιμή ανώτερη από τη Μέση Τιμή των 3 φθηνότερων ευρωπαϊκών χωρών της Ευρωζώνης για την ίδια ποιότητα.

7. Επιχορήγηση των ταμείων που δεν μπορούν να καταβάλλουν το ορθά κοστολο-

γημένο νοσήλιο αντί επιχορήγησης των νοσοκομείων (χρηματοδότηση που οδηγεί σε μείωση των ανισοτήτων).

8. Νοσήλια ανάλογα με την κατηγορία ασθενειών (έρευνα και προσδιορισμός σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα του μέσου κόστους ανά κατηγορία ασθένειας).

9. Εφαρμογή του "σφαιρικού προϋπολογισμού", δηλαδή προϋπολογισμού με βάση τις ανάγκες, εισροές και εκροές και σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχονται από τα κέντρα κόστους. Έως σήμερα ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων δεν είναι παρά αυτός του προηγούμενου έτους με την προσθήκη του πληθωρισμού.

10. Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα.

11. Αύξηση της παραγωγικότητας των Βιοιατρικών Μηχανημάτων με Σταθερά Συστήματα Συντήρησης και Πρόσληψη Εξειδικευμένων Ανθρωπίνων Πόρων.

12. Σύνταξη ετήσιων προϋπολογισμών ανά κλινικό ή εργαστηριακό τμήμα κάθε νοσοκομείου, ο οποίος θα πρέπει να τηρείται υπό την ευθύνη του Διευθυντού του νοσοκομείου και της προϊσταμένης νοσηλεύτριας.

13. Δημιουργία στα νοσοκομεία "κέντρων κόστους" (σημεία καταγραφής κόστους) ανά διεύθυνση, τομέα και τμήμα.

14. Ετήσιοι Ισολογισμοί των Νοσοκομείων.

15. Ανακατανομή Προσωπικού στα Νοσοκομεία και μεταξύ Πρωτοβάθμιων και Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών.

16. Αύξηση του Μισθολογίου του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού συνδεδεμένο με Συστήματα Ελέγχου Αποτελεσματικότητας και Αξιολόγησης της Ποιότητας των Υπηρεσιών.

17. Επαναφορά της Κλινικής Ιατρικής μέσσω του Οικογενειακού Γενικού Ιατρού και Αναβάθμιση του Ρόλου των Κέντρων Υγείας με μείωση Διακομιδής των Περιστατικών προς τα Νοσοκομεία.

18. Μεταφορά Κονδυλίων από το Σύστημα Περίθαλψης στο Σύστημα Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας.

19. Μεταφορά Φορολογικών Εσόδων από πώληση αγαθών που προκαλούν Μόλυνση του Περιβάλλοντος και από τη Χρήση Ουσιών που επιδεινώνουν το Νοσολογικό Επίπεδο προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

20. Παροχή δυνατότητας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ να αναπτύξουν δράσεις που θα τους αποφέρουν πρόσθετα έσοδα π.χ. πώληση δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες σε ανταγωνιστικότερες τιμές των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

5. Ποιότητα

Ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η Ο.Κ.Ε. έχει προτείνει να υπάρχει περιοδική αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχει κάθε νοσοκομείο με βάση μετρήσιμα και συνεπώς συγκρίσιμα κριτήρια¹⁵.

Μέτρα που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι τα εξής:

α. Ενεργοποίηση ανεξάρτητου φορέα έρευνας και ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αξιολόγησης των λειτουργιών υγείας (συναφής πρόβλεψη Ν. 2519/97) και θέσπιση κριτηρίων και προτύπων.

β. Τακτική αξιολόγηση όλων των δημοσίων και ιδιωτικών υγειονομικών δομών και κατηγοριοποίησή τους ανάλογα με τα αποτελέσματά, χορήγηση πιστοποίησης.

γ. Τακτική αξιολόγηση του ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού, με ενιαία πανελλαδική διαδικασία, με πρόβλεψη υποχρεωτικής μετεκπαίδευσης όσων αποτυγχάνουν.

δ. Δημιουργία και ενεργοποίηση μηχανισμών αξιοποίησης της γνώμης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, με στόχο τη βελτίωση των τελευταίων και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

ε. Δημιουργία μηχανισμών για την προστα-

σία των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα δικαιώματα των χρηστών υγείας (π.χ. ενημέρωσης, προστασίας προσωπικότητας, αποζημίωσης κ.α.) θα πρέπει να τύχουν πλήρους κατοχύρωσης και προστασίας στην πράξη, πράγμα που προϋποθέτει, τόσο την εφαρμογή υφιστάμενων νόμων όσο και την αποτελεσματική λειτουργία παρόμοιων μηχανισμών.

στ. Βελτίωση της ξενοδοχειακής υποδομής των νοσοκομείων.

6. Δημόσιος Τομέας Υγείας (ΕΣΥ)

6^ο. Δημόσια Υγεία

Η πολιτική της δημόσιας υγείας θα πρέπει να συνδυάζεται και να αλληλοσυμπληρώνεται, τόσο με τη γενικότερη πολιτική της υγείας (π.χ. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας) όσο και με θέματα τα οποία θεωρούνται κοινωνικές ανάγκες υψηλής προτεραιότητας, όπως για παράδειγμα, την καταπολέμηση της φτώχειας και την ενίσχυση των πληθυσμιακών εκείνων ομάδων που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, όπως π.χ. άτομα με αναπηρίες και γυναίκες¹⁶. Επίσης, οι πολιτικές για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να εκτείνονται και σε δράσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό, την καταπολέμηση της βίας και κακομεταχείρισης παιδιών, την καταπολέμηση του AIDS/HIV, χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ κλπ¹⁷.

Η δημόσια υγεία πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο υψηλής και μόνιμης προτεραιότητας και να μην αποτελεί αντικείμενο δημόσιου προβληματισμού περιστασιακά, όταν δηλαδή ξεσπάνε κάποιες κρίσεις και για όσο διάστημα αυτές διαρκούν. Στο πλαίσιο αυτό, θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα, ώστε οι πολιτικές δημόσιας υγείας να συνδυάζονται με τις πολιτικές στο χώρο του περιβάλλοντος, της υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους της εργασίας, της ασφάλειας των τροφίμων κ.α.¹⁸

¹⁵ Γνώμη 50 "Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας", Δεκέμβριος 2000.

¹⁶ Γνώμες 41, "Η Φτώχεια στην Ελλάδα", Ιούλιος 2000 και 60, "Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία - Πρόνοια 2000-2006", Οκτώβριος 2001.

¹⁷ Γνώμη 149, "Ενίσχυση της οικογένειας και άλλες διατάξεις", Ιανουάριος 2006.

¹⁸ Γνώμη 132, "Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις", Μάιος 2005, Γνώμη 192, "Περιβάλλον- Κλιματική Αλλαγή", Ιανουάριος 2008.

6^α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Η πολιτική για την Π.Φ.Υ. πρέπει διέρχεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου και των βασικών δικαιωμάτων του για προστασία και προαγωγή της υγείας του. Με αυτό το δεδομένο, η πολιτική Π.Φ.Υ. οφείλει να λαμβάνει υπόψη της:

- τις εξατομικευμένες ανάγκες υγείας
- την ολιστική και συστημική προσέγγιση των αιτιολογικών παραγόντων διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας, και
- την ανάπτυξη της σχέσης γιατρού - ασθενή για την επίτευξη της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης.

Με αυτά τα δεδομένα θα πρέπει να αναπτυχθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα Π.Φ.Υ., το οποίο θα λειτουργεί αποτελεσματικά, καλύπτοντας γρήγορα και ποιοτικά όλες τις ανάγκες στο επίπεδο αυτό χωρίς επιβάρυνση των νοσοκομείων και το οποίο θα έχει βεβαίως έντονα αποκεντρωμένο χαρακτήρα. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση ενός τέτοιου συστήματος είναι η ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας, ο οποίος θα καταγράφει τις ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας, τις ανάγκες σε υποδομές και τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό.

Στο πλαίσιο αυτό τα μέτρα που θα μπορούσαν να αποδώσουν κατά συστηματικό τρόπο μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Οικογενειακός γιατρός ή μικρά κοινωνικά ιατρεία βασικών ιατρικών ειδικοτήτων ή μονάδες οικογενειακής ιατρικής.

Η εναλλακτική αυτή πρόταση δεν στηρίζεται τόσο στο οργανωτικό σχήμα της μιας ή της άλλης πρότασης, αλλά στηρίζεται κυρίως στο τρόπο λειτουργίας και στο βαθμό δημιουργίας μηχανισμών ελέγχου εφαρμογής. Η επιτυχία εφαρμογής της ανωτέρω πρότασης θα δημιουργήσει το πρώτο βήμα: (α) για τον έλεγχο των ιατρο-διαγνωστικών εξετάσεων, (β) την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας και την επαναφορά του κλινικού έργου, (γ) τη συνέχεια στην ιατρική φροντίδα, (δ) την ουσιαστική διασύνδεση πρωτο-

βάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, και (ε) τη μείωση παροχής πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης από τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες.

2. 24ωρη λειτουργία των κέντρων υγείας.

3. Δικτύωση και συνέργεια όλων των φορέων Π.Φ.Υ.

3. Διασύνδεση υπηρεσιών Π.Φ.Υ με τον ιατρο-κοινωνικό τομέα

4. Αυτοδυναμία λειτουργίας των κέντρων υγείας, ενίσχυση του ρόλου τους και ενδυνάμωσής τους σε ανθρώπινους και τεχνολογικούς πόρους.

5. Ιατρικά πρωτόκολλα (εφαρμογή συγκεκριμένων ιατρο-νοσηλευτικών ενεργειών ανάλογα με τη διαγνωσθείσα αιτία της ασθένειας)

6. Ικανοποίηση παραγωγών, κυρίως ιατρών και νοσηλευτών μέσω αύξησης των αμοιβών ανάλογα με το υιοθετούμενο τρόπο αμοιβής (ανά πράξη, κατά κεφαλή, κ.ά.).

7. Κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων

8. Σύστημα διαρκούς και συστηματικής αξιολόγησης κάθε ιατρικο-νοσηλευτικής και εργαστηριο-διαγνωστικής πράξης, καθώς και του φαρμακευτικού συνταγολογίου.

9. Ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς και ανάπτυξη συστήματος προστασίας των ευαίσθητων δεδομένων υγείας.

10. Ανάπτυξη υπηρεσιών E-HEALTH

11. Θέσπιση ανωτάτου ορίου ιατρικών επισκέψεων ανά ιατρό με στόχο τη διασπορά ιατρικών επισκέψεων στα μεγάλα αστικά κέντρα.

12. Οδοντιατρική προληπτική ιατρική - φθορίωση πόσιμου ύδατος.

13. Σχολική ιατρική

14. Διασυνδετική μεταξύ Π.Φ.Υ. και προγραμμάτων, όπως "Βοήθεια στο Σπίτι".

15. Μηχανισμοί σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών.

6^β. Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Φροντίδα

Σύμφωνα με τα όσα προαναφέρθηκαν ανωτέρω για τα δημόσια νοσοκομεία, η ΟΚΕ θεωρεί ότι θα πρέπει να απεμπλακούν από α-

γκυλώσεις που δεν τους επιτρέπουν να λειτουργήσουν αποδοτικά και αποτελεσματικά. **Η δευτεροβάθμια περίθαλψη θα πρέπει συγκεκριμένα, να προσλάβει έναν καθαρά αυτοδύναμο χαρακτήρα λειτουργίας με δυνατότητα διοικητικο-διαχειριστικής πρωτοβουλίας και ευελιξίας.**

Η απαραίτητη λειτουργική αποτελεσματικότητα για τις διοικήσεις των δημόσιων νοσοκομείων θα πρέπει να τους επιτρέπει π.χ.

- Ενιαία Οργάνωση Διαχείρισης Πόρων Υγείας
- Εξυγίανση του Κυκλώματος Νοσοκομειακών Προμηθειών
- Δημιουργία και εφαρμογή σαφώς οριοθετημένου καθηκοντολογίου ανάλογα με την ειδικότητα και το εκπαιδευτικό επίπεδο (ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικού προσωπικού κλπ)
- Υιοθέτηση ιατρικών πρωτοκόλλων.
- Ηλεκτρονική διαχείριση κλινών.
- Δημιουργία ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων.
- Ανάπτυξη της έρευνας και επιδότηση των εργαστηρίων με σαφή και αναγνωρισμένα ερευνητικά αποτελέσματα.
- Διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων και συμμετοχή στην κοινοτική αειφόρο ανάπτυξη.
- Εξορθολογισμό του Νοσηλίου
- Κοστολόγηση των Ιατρικών Πράξεων
- άλλες παρεμβάσεις που θα διευκολύνουν τη διαφάνεια των οικονομικών της Υγείας στην Ελλάδα.
- Ανάθεση της διοίκησης σε εξειδικευμένα στελέχη αποδεδειγμένης επαγγελματικής ικανότητας τα οποία θα πρέπει να έχουν διασφαλισμένες εργασιακές σχέσεις και υψηλές αμοιβές συνδεδεμένες με τα μεγέθη και τα οικονομικά και ποιοτικά αποτελέσματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στα οποία υπηρετούν.
- Δυνατότητα εφαρμογής πειθαρχικών ελέγχων.
- Ανάπτυξη μέτρων για τον έλεγχο των Νοσοκομειακών λοιμώξεων.

- Πλήρης λειτουργία του συνόλου των Μ.Ε.Θ. μέσω εξειδικευμένων προσλήψεων προσωπικού αποκλειστικά και μόνο για τις εν λόγω μονάδες.

- Εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων κτήσης, χρήσης και απόσβεσης κύριου εξοπλισμού, αλλά και αναλωσίμων

- Διερεύνηση της δυνατότητας συνεργασίας με τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες, σε προνομιακές τιμές προς όφελος των ασθενών.

Προϋπόθεση για την επιτυχία των ανωτέρω μέτρων είναι η μείωση των εισαγωγών λόγω ανάπτυξης της Π.Φ.Υ.

6^ο. Ιατροκοινωνικός τομέας υγείας

Υπάρχει άμεση ανάγκη για την εφαρμογή στην πράξη μέτρων για την αντιμετώπιση των ελλείψεων σε υπηρεσίες και σε εξειδικευμένες δομές μακροχρόνιας φροντίδας. Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν τα εξής:

α) δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος μετα-νοσοκομειακής φροντίδας ασθενών (χρόνια πάσχοντες)

β) δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος αποθεραπείας και αποκατάστασης

γ) δημιουργία και επάρκεια παροχών μακροχρόνιας φροντίδας σε όλους όσους την έχουν ανάγκη, επειδή δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (παιδιά, ενήλικες, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία) είτε η φροντίδα αυτή είναι κλειστή (π.χ. γηροκομεία) είτε ανοιχτή (βοήθεια στο σπίτι).

δ) διασύνδεση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. ΟΑΕΔ) και του συστήματος υγείας και το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας.

ε) εξασφάλιση της πρόσβασης όλων όσων χρήζουν των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σε αυτές

στ) προώθηση της ποιότητας στην υγειονομική και μακροχρόνια περίθαλψη μέσω διαδικασιών πιστοποίησης και μετρήσιμων δεικτών της ποιότητας που κατευθύνουν ορθολογικότερα την κατανομή των πόρων.

6^ο. Ψυχική Υγεία

Στην Ελλάδα μέχρι και τις αρχές του 1980, το σύστημα ψυχικής υγείας χαρακτηρίζονταν συγκεντρωτικό, στάσιμο και αναποτελεσματικό για την κάλυψη των αναγκών των ψυχικά ασθενών¹⁹. Την τελευταία εικοσαετία η χώρα μας με τη συμμετοχή και της Ε.Ε. έχει κάνει βήματα προόδου. Προς την κατεύθυνση αυτή η Ο.Κ.Ε. σημείωσε ως θετική την προσπάθεια βελτίωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος 2000-2006, και ιδίως μέσω του 2^{ου} Άξονα που αφορά την ψυχική υγεία, καθώς και μέσω της υλοποίησης του Προγράμματος "Ψυχαργός", στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης²⁰.

Ένας από τους στόχους της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν η απο-ασυλοποίηση και η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα. Για το θέμα αυτό η ΟΚΕ είχε επισημάνει στο παρελθόν ότι τέτοιου είδους ενέργειες δεν έχουν υιοθετηθεί από τη χώρα μας σε ικανοποιητικό βαθμό στο πλαίσιο της κοινωνικής της πολιτικής, κυρίως λόγω σημαντικών ελλείψεων σε τέτοιες υπηρεσίες, οι οποίες θα είναι κατάλληλα στελεχωμένες στο επίπεδο της κοινότητας²¹.

Δυστυχώς στο παρόν στάδιο φαίνεται να κινδυνεύουν ακόμα και λίγες δομές που είχαν λειτουργήσει προς την κατεύθυνση της απο-ασυλοποίησης και της ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα. Η παύση της κοινοτικής χρηματοδότησης δεν ακολουθήθηκε από την εξασφάλιση της μακροχρόνιας βιωσιμότητας των δομών αυτών, με αποτέλεσμα την υποβάθμισή τους και την εγκατάλειψη των ατόμων που έβρισκαν φροντίδα σε αυτές.

Εν όψει τούτων, η ΟΚΕ προτείνει τα εξής:

α) τη δημιουργία δομών ψυχικής μέριμνας για την παιδική και εφηβική ηλικία που λείπει σήμερα από τη χώρα μας

β) την εξασφάλιση των πόρων που θα διατηρήσουν τα προστατευόμενα εργαστήρια για τους ψυχικά ασθενείς

γ) τη δημιουργία ενός πλαισίου κοινωνικής εργασίας / απο-ασυλοποίησης που θα εξασφαλίσει τους στόχους αυτής, καθώς και την ψυχοκοινωνική φροντίδα

δ) τον ορισμό δεικτών προστασίας, διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας²².

ε) την παροχή παρηγορητικής φροντίδας (π.χ. ιατρεία πόνου, μέριμνα για τους καρκινοπαθείς) στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

στ) Ολοκλήρωση των προγραμματισμένων υποδομών των Ψυχιατρικών Τμημάτων όπου υπάρχει χρηματοδότηση.

ζ) Ίδρυση Ψυχιατροδικαστικών Κλινικών.

η) Επαναπροσδιορισμός λειτουργίας Κέντρων Ψυχικής Υγείας και έλεγχος λειτουργίας αυτών.

θ) Οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας.

6^ο. Φαρμακευτική Πολιτική

Η ΟΚΕ θεωρεί ότι η όποια φαρμακευτική πολιτική θα πρέπει να προσεγγίζει το **φάρμακο ως κοινωνικό αγαθό και όχι μόνο ως καταναλωτικό ή ακόμα βιομηχανικό αγαθό, στην κατεύθυνση της καλύτερης προάσπισης της υγείας των πολιτών και της εξάλειψης της γραφειοκρατικής ταλαιπωρίας τους**²³.

Πάντως κατά την ΟΚΕ η επιτυχία της όποιας πολιτικής για την αποτελεσματική λειτουργία της αγοράς του φαρμάκου και της συγκράτησης των δαπανών υγείας γενικότερα, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό και από την καταναλωτική συμπεριφορά των ίδιων των ασθενών απέναντι στα φάρμακα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρξει μια

¹⁹ Βλ. Γνώμη της Ο.Κ.Ε. υπ' αριθμ. 20, Σεπτέμβριος 1998, "Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας".

²⁰ Βλ. Γνώμη υπ' αριθμ. 60, Οκτώβριος 2001 "Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία - Πρόνοια 2000-2006".

²¹ Βλ. Γνώμη της ΟΚΕ υπ' αριθμ. 20, Σεπτέμβριος 1998, "Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας".

²² Βλ. την ανωτέρω υπ' αριθμ. 20 Γνώμη της ΟΚΕ.

²³ Γνώμη υπ' αριθμ. 148, Ιανουάριος 2006 "Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης".

καλά επεξεργασμένη πολιτική διαπαιδαγώγησης των πολιτών από τη σχολική ηλικία μέχρι και την τρίτη ηλικία, η οποία θα καταστήσει κοινή πεποίθηση ότι η χρήση φαρμάκων θα πρέπει να είναι η έσχατη λύση σε οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας και κατόπιν εντολής του ιατρού²⁴.

Μέτρα για τη συγκράτηση του κόστους από τα φάρμακα και ταυτόχρονα για την προστασία της υγείας των πολιτών είναι:

α) η πλήρης μηχανογράφηση όλων των εκφάνσεων διακίνησης του φαρμάκου,

β) εξασφάλιση ακριβών δεδομένων για την καταγραφή της δημόσιας φαρμακευτι-

κής δαπάνης

γ) η εκπόνηση και εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων με συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για κάθε πάθηση,

δ) ο καθορισμός της κατηγορίας φαρμάκων που θα μπορούν να συνταγογραφούν οι ιατροί κάθε ειδικότητας και μηχανογραφική αξιολόγηση της "συνταγογραφικής" συμπεριφοράς κάθε ιατρού και συνέπειες για όσους ακολουθούν αθέμιτες πρακτικές, κλπ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ Ο.Κ.Ε.

Χρήστος Πολυζωγόπουλος

²⁴ Βλ. την ανωτέρω υπ' αριθμ. 148 Γνώμη της ΟΚΕ.

Στην Ολομέλεια της 23^{ης} Ιανουαρίου 2009 παρέστησαν τα κάτωθι Μέλη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής:

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Πολυζωγόπουλος Χρήστος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΙ

Στεφάνου Ιωάννης
Εκπρόσωπος ΣΕΒ

Παπαντωνίου Κωνσταντίνος
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.

Λιόλιος Νικόλαος
Μέλος Δ.Σ. ΠΑ.Σ.Ε.ΓΕ.Σ.

Α΄ ΟΜΑΔΑ

Μπαρδάνη Ρένα
Εκπρόσωπος ΣΕΒ

Αντζινάς Νικόλαος
Εκπρόσωπος Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.

Λέντζος Δημήτριος
Β΄ Αντιπρόεδρος Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.

Ντουντούμης Γεώργιος
Εκπρόσωπος Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.
σε αναπλήρωση του
Ασημακόπουλου Δημητρίου
Προέδρου Δ.Σ. Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.

Σκορίνης Νικόλαος
Γενικός Γραμματέας Δ.Σ. Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.

Κεφάλας Χαράλαμπος
Εκπρόσωπος Ε.Σ.Ε.Ε.

Αμβράζης Γεώργιος
Εμπορικός Διευθυντής Π.Ο.Ξ.

Τσατήρης Γεώργιος
Ένωση Ελληνικών Τραπεζών

Αλέπης Μιχάλης
Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Σ.Α.Τ.Ε.

Β΄ ΟΜΑΔΑ

Βουλγαράκης Δημήτριος
Γ.Σ.Ε.Ε.

Γκουτζαμάνης Κωνσταντίνος
Γ.Σ.Ε.Ε.

Κολεβέντης Φώτης
Γ.Σ.Ε.Ε.
σε αναπλήρωση του
Πουπάκη Κώστα
Γ.Σ.Ε.Ε.

Κουτσιμπογιώργος Γεώργιος
Γ.Σ.Ε.Ε.

Λιονάκης Μανούσος
Γ.Σ.Ε.Ε.

Πεπόνης Εμμανουήλ
Γ.Σ.Ε.Ε.

Πολίτης Δημήτρης
Γ.Σ.Ε.Ε.

Ταυρής Φίλιππος
Γ.Σ.Ε.Ε.

Τούσης Αθανάσιος
Γ.Σ.Ε.Ε.

Αποστολόπουλος Αναστάσιος
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.

Ηλιόπουλος Ηλίας
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.

Σπανού Δέσποινα
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.
σε αναπλήρωση του
Βρεττάκου Ηλία
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.

Ξενάκης Βασίλειος
Α.Δ.Ε.Δ.Υ.

Γ΄ ΟΜΑΔΑ

Αλεξανδράκης Νικόλαος
Εκπρόσωπος ΠΑ.Σ.Ε.ΓΕ.Σ.

Κουκουλάκης Ζαχαρίας
Μέλος Δ.Σ. ΓΕ.Σ.Α.Σ.Ε.

Σωτηρακόπουλος Βασίλειος
Μέλος Δ.Σ. Π.Ι.Σ.

Οικονομίδης Δημήτριος
Εκπρόσωπος Ο.Ε.Ε.
σε αναπλήρωση του
Γιαννόπουλου Παρασκευά
Αντιπροέδρου Ο.Ε.Ε.

Δροσοπούλου Σοφία
Σύμβουλος Δ.Σ.Α.

Τσεμπερλίδης Νικόλαος
Πρόεδρος Δ.Σ. ΚΕ.Π.ΚΑ.

Γαζή Γιώτα
Μέλος Δ.Σ. Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Γιαννακόπουλος Βασίλειος
Εκπρόσωπος Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Σωτηρίου Ιωάννης
Εκπρόσωπος Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Παπανίκος Γρηγόριος

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ & ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΤΗΣ Ο.Κ.Ε.

Για κάθε πληροφορία σχετικά με το έργο και τη λειτουργία της Ο.Κ.Ε. είναι στη διάθεσή σας το Τμήμα Δημοσίων & Διεθνών Σχέσεων της Επιτροπής, υπό τη διεύθυνση της Δρ. Μάρθας Θεοδώρου.

Τηλ.: 210 9249510-2, Fax: 210 9249514, e-mail: ipr@oke-esc.eu