Η ιστορία της υγειονομικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και στον κόσμο δείχνει ότι κάθε αλλαγή δεν είναι απλά μια δέσμη μέτρων πολιτικής για την υγεία αλλά μια κατεξοχήν πολιτική διαδικασία. Απαιτεί απόλυτη πεποίθηση ότι η υγεία αποτελεί πρωταρχικό πολιτικό στόχο που για να επιτευχθεί χρειάζεται χρόνο, κατάλληλο πολιτικό σχεδιασμό , προσήλωση στους επιλεγέντες στόχους, επιχειρησιακή ομάδα υποστήριξης με συνοχή, κομματική στήριξη, αντοχή στο μεσοπρόθεσμο κόστος. Κάθε πολιτική υγείας απαιτεί για να στηριχθεί, συγκρούσεις με μικρά και μεγάλα συμφέροντα, ταυτόχρονα με τη διαμόρφωση ευρύτερων συναινέσεων με τους χρήστες και τους παραγωγούς των υπηρεσιών του συστήματος, στη βάση συμφωνημένων σχέσεων και συμπεριφορών. Απαιτεί εξαντλητικό διάλογο, μετριοπάθεια, νηφαλιότητα και σεβασμό στις απόψεις όλων χωρίς δαιμονοποιήσεις και βεβαιότητες.

Η ομάδα του ΙΣΤΑΜΕ που συγκροτήθηκε για την επεξεργασία πολιτικών υγείας εργάσθηκε στο πλαίσιο των γενικών αρχών και του καταστατικού στόχου – θέση του ΠΑΣΟΚ «Ευημερία για όλους», όπου αναγνωρίζεται ότι η υγεία είναι κοινωνικό δικαίωμα του κάθε πολίτη ο οποίος θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Μετά από συζητήσεις προβληματισμούς και διαβουλεύσεις και μέσα από αντιθέσεις και συγκλίσεις οι οποίες κατέδειξαν για ακόμη μία φορά τη δυσκολία των θεμάτων της υγείας, η ομάδα κατέληξε στην υποβολή του κειμένου που ακολουθεί.

Το κείμενο αυτό φιλοδοξεί να ανοίξει το διάλογο γύρω από τα θέματα που πραγματεύεται, με ένα ευρύτερο κύκλο ενδιαφερομένων χωρίς δογματισμούς και αγκυλώσεις που τόσο μας δυσκόλεψαν το προηγούμενο πολιτικό διάστημα.

Περίληψη

Εισαγωγή

1.Τα τελευταία 20 χρόνια το δημόσιο Σύστημα Υγείας στη χώρα μας γνώρισε μια πρωτοφανή ανάπτυξη και άρχισε να εμφανίζει για πρώτη φορά τα χαρακτηριστικά ενός έστω και πρωτόλειου συστήματος υγείας. Στην προσπάθεια αυτή το ΠΑΣΟΚ προσέφερε όσο κανένα άλλο κόμμα στην ιστορία της συγκρότησης του ελληνικού κράτους σε ιδέες, κόπο, χρήμα και υπηρεσίες, κατέβαλλε ένα τεράστιο πολιτικό κεφάλαιο. **Η δημιουργία του ΕΣΥ το 1983 απετέλεσε μια πραγματική επανάσταση** για τα δεδομένα της κοινωνικής πραγματικότητας του '80, η δυναμική της οποίας φθάνει μέχρι τις μέρες μας. Όμως το Σύστημα Υγείας , παρά την ανάπτυξη και τη σημαντική προσφορά του στον Ελληνικό λαό, παρέμεινε κατά βάση σύστημα πολυδάπανο, νοσοκομειακό, ιατροκεντρικό, αναποτελεσματικό και με έλλειμμα ποιότητας, χαρακτηριστικά που αποτελούν τις μεγαλύτερες αδυναμίες του. Σήμερα το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται σε βαθιά **κρίση αποτελεσματικότητας και αξιοπιστίας.** Βρισκόμαστε μπροστά σε φαινόμενα **απορρύθμισης** που δημιουργούν την ανάγκη για συνολικό επαναπροσδιορισμό των κατευθύνσεων και των τακτικών επιλογών μας. Σήμερα πλέον δεν αρκούν, αλλά πολύ περισσότερο δεν ωφελούν, οι εξωραϊσμοί.

2. Βασικός και αδιαπραγμάτευτος πυλώνας των επιλογών μας παραμένει πάντα ο **δημόσιος χαρακτήρας** του συστήματος εμπλουτισμένος από το **δικαίωμα και τη δυνατότητα του πολίτη στην ποιότητα και την επιλογή**. Παλιές αξίες όπως **η καθολικότητα , η ισότητα, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών, η προσβασιμότητα** εξακολουθούν να ισχύουν και να είναι επίκαιρες. Παράλληλα νέες αξίες όπως **το δικαίωμα του ασθενούς στην πληροφόρηση, η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα, η επάρκεια , ο σεβασμός και η ενδυνάμωση του πολίτη, η ασφάλεια, η ακεραιότητα, η κοινωνική λογοδοσία,** ενσωματώνονται και αποκτούν το δικό τους πολιτικό και πρακτικό ειδικό βάρος. Ο πολίτης από άβουλος καταναλωτής υπηρεσιών

υγείας που πολλές φορές αγγίζει το όριο της υπερκατανάλωσης, μετατρέπεται σε συμμέτοχο και συμπαραγωγό. Η δυνατότητα να γνωρίζει, να επιλέγει, να αποφασίζει αποκτά τη δική της δυναμική. Κέντρο και σκοπό του συστήματος αποτελεί ο ασθενής όχι μόνο ως άρρωστος αλλά και ως πολίτης συνολικά. Το σύστημα υγείας υπάρχει για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού, για να προλαμβάνει και να θεραπεύει. Οι δαπάνες υγείας αποτελούν επένδυση και οι υπηρεσίες υγείας έχουν προστιθέμενη αξία που προσφέρει στην ανάπτυξη. Η δυνατότητα του ιδιωτικού τομέα να συμμετέχει στο σύστημα αναγνωρίζεται θεσμικά, στη βάση κανόνων που αξιοποιούν το δυναμισμό του ιδιωτικού τομέα, δεν παράγουν όμως ανάγκες και δεν αυξάνουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Από τη σημερινή θεσμική εχθρότητα περνάμε στη συμμαχία και ποιότητας.

Το πλαίσιο των θέσεών μας για την υγεία

3. Η προσπάθεια να διατυπώσουμε τις πολιτικές θέσεις για την υγεία ξεκίνησε από τη διάθεση όχι μόνο να απαντήσουμε στις σημερινές κοινωνικές και νοσολογικές προκλήσεις αλλά και να προβλέψουμε το μέλλον, διαμορφώνοντας το μελλοντικό υγειονομικό περιβάλλον.

Οι προτάσεις μας και η στρατηγική μας οριοθετούνται από **τέσσερις θεμελιώδεις περιορισμούς** που χρησιμοποιούνται περίπου ως αξιώματα του πολιτικού σχεδίου μας για την υγεία.

Περιορισμός 1. Αλλαγή νοσολογικού προτύπου. Η μελέτη των νοσολογικών προτύπων του ελληνικού πληθυσμού μας οδηγεί στο αβίαστο συμπέρασμα πως το βασικό νοσολογικό πρόβλημα αφορά στα **χρόνια νοσήματα.** Κατά συνέπεια ο βασικός προσανατολισμός μιας σύγχρονης πολιτικής υγείας πρέπει να κατατείνει στην οργάνωση ενός συστήματος υγείας που θα αλλάζει σημαντικά τη ζωή αυτών που ζουν με την αρρώστια κάθε μέρα. Όσο ο τρόπος που σκεφτόμαστε το σύστημα υγείας περιορίζεται στο εύκολο μοντέλο του ασθενούς του οποίου το πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζεται και θεραπεύεται, ένας πολύ σημαντικός αριθμός ανθρώπων ζει την καθημερινότητα του κάτω από παθολογικές και συχνά δυσάρεστες συνθήκες. Διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, άσθμα, υπέρταση, κάποιες ψυχολογικές παθήσεις αναγκάζουν τους πάσχοντες να ζουν με αυτές για

πολύ καιρό αφότου διαγνωσθούν. **Το νέο ΕΣΥ** διαρθρώνεται έτσι ώστε να περιορίζει τις συνέπειες αυτών των καταστάσεων στις ζωές των ασθενών. Θα πρέπει να ενδυναμώνει και να υποστηρίζει τους ανθρώπους στο να διαχειρίζονται τα προβλήματά τους με ένα τρόπο που τους ταιριάζει, αποφεύγοντας τις περιπλοκές, βελτιώνοντας την υγεία τους και την ποιότητα της ζωής τους και επιμηκύνοντας το χρόνο της. Καθώς η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας εγγύτερα στο σπίτι θα βελτιώνεται, θα μειώνονται οι έκτακτες εισαγωγές στα νοσοκομεία κάτι που δημιουργεί άγχος στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ταυτόχρονα θα αποσυμφορούνται τα νοσοκομεία, αυξάνοντας την αποτελεσματικότητά τους ως μονάδων πραγματικά δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Οι προτάσεις μας:

Βασική κατεύθυνση μας αποτελεί το **να φέρουμε την εξειδίκευση στο σημείο υποδοχής και να δώσουμε προτεραιότητα στον εξειδικευμένο γιατρό αναθέτοντας στον οικογενειακό γιατρό ένα νέο ρόλο.**

α)Η ανάπτυξη των δομών ΠΦΥ ακολουθεί την πολιτική υγείας σε Εθνικό και Περιφερειακό επίπεδο στη βάση ενιαίων κανόνων και προϋποθέσεων ασφάλειας και καλής λειτουργίας. Η ευθύνη για τον σχεδιασμό και τον έλεγχο της ανάπτυξης και της ποιότητας όλων των κατηγοριών και τύπων δομών ΠΦΥ ανήκει στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και απαντά στις ανάγκες υγείας και νοσηρότητας κάθε περιφέρειας αλλά και στα γενικότερα επιδημιολογικά γεωγραφικά, πληθυσμιακά, κοινωνικά και αναπτυξιακά χαρακτηριστικά (ειδικές συνθήκες εργασίας, τουρισμός κ.α) .

β)Οι υπηρεσίες ΠΦΥ **δεν μπορούν πια να παράγονται από τα ασφαλιστικά ταμεία ή άλλους φορείς ΝΠΔΔ που εμπλέκονται με την κατανάλωση** και αγορά υπηρεσιών υγείας στην κατεύθυνση πλήρους διαχωρισμού παραγωγού-χρήστη. Γι αυτό και δομές που ήδη λειτουργούν στην κατεύθυνση αυτή ενοποιούνται με τις καινούργιες.

γ)Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παράγονται από την **τοπική αυτοδιοίκηση**, από **ιδιώτες γιατρούς ή κοινοπραξίες ιδιωτών** που συμβάλλονται με αυτόν που πληρώνει στο όνομα του χρήστη, από ΝΠΙΔ που προβλέπεται στους καταστατικούς τους στόχους να παράγουν υπηρεσίες ΠΦΥ π.χ. **Ιδρύματα**

και φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και από το Δημόσιο Σύστημα υγείας.

Ειδικότερα η ΠΦΥ παράγεται από:

Τα Κέντρα Υγείας που αναπτύσσονται σε αγροτικές , ημιαστικές και αστικές περιοχές και λειτουργούν με ευθύνη των ΟΤΑ, η του Δημοσίου ανάλογα με τις ανάγκες υγείας όπως αυτές καταγράφονται από το αρμόδιο ΠεΣΥΠ.

Τα δημοτικά ιατρεία ή πολυϊατρεία που θα λειτουργούν με ευθύνη των ΟΤΑ και θα πάρουν σταδιακά, σε διάστημα 5-10 χρόνων, τη θέση των ιατρείων ή πολυϊατρείων του ΙΚΑ ή άλλων ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και, όπου αυτό είναι δυνατόν, των Περιφερειακών Ιατρείων που λειτουργούν σήμερα σε αγροτικές περιοχές .

Τα Ειδικά Κέντρα Αντιμετώπισης Χρόνιων Νοσημάτων τα οποία μπορούν να αναπτύσσονται εντός των Κέντρων Υγείας ή αυτόνομα και έχουν την ευθύνη της αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων. Βρίσκονται στον σκληρό πυρήνα της μεταρρύθμισης για την υγεία, αφού σηματοδοτούν τη στροφή του εθνικού συστήματος υγείας από τη νοσοκομειοκεντρική θεώρηση στην συγκρότηση και ανάπτυξη με βάση τις ανάγκες .

Τις κοινοπραξίες ιδιωτών ή τους ιδιώτες γιατρούς που λειτουργούν με ενιαίους κανόνες με αυτούς του δημόσιου συστήματος υγείας και χρηματοδοτούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία ανάλογα με τη μορφή που θα πάρουν αυτά.

Στην ΠΦΥ ανατίθεται **:**

Η κατ' οίκον φροντίδα που οργανώνεται και λειτουργεί με στόχο να κρατήσει τον ασθενή με αναπηρία, νέο ή ηλικιωμένο, στο σπίτι του, προσφέροντας σ'αυτόν και τους φροντιστές του, ποιοτική υποστήριξη από εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό, με σεβασμό στην ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά του. Στο σημείο αυτό δράσεις εθελοντισμού ,κοινωνικής εργασίας, αξιοποίησης ανθρώπων που έχουν βγει στη σύνταξη αλλά μπορούν να προσφέρουν έναντι μιας μικρής αμοιβής ή ατόμων που χρειάζονται λίγα ένσημα για να βγουν στη σύνταξη είναι δυνατόν να αξιοποιηθούν.

Οι δομές υποβοήθησης της διαβίωσης που αναφέρονται σε κατηγορίες πολιτών που δεν μπορούν να έχουν κάποια οικογενειακή υποστήριξη. Θα μπορούσαν να έχουν τη μορφή μικρών συγκροτημάτων κατοικιών ή διαμερισμάτων στα οποία θα προσφέρεται ξενοδοχειακή υποστήριξη, διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και 24ωρη επίβλεψη. Ιατρικές υπηρεσίες θα μπορούν να προσφέρονται με την περιοδική επίσκεψη ιατρών.

Η αποκατάσταση που είναι άλλος ένας τομέας του συστήματος υγείας ο οποίος υπολείπεται σημαντικά. Βέβαια, κάποιες εργασίες αποκατάστασης απαιτούν την ύπαρξη εξειδικευμένων δομών που λαμβάνουν ουσιωδώς τον χαρακτήρα περιφερειακών κέντρων, πολλές όμως δεν απαιτούν δομές έντασης τεχνολογίας και μπορούν να λάβουν χώρα σε απλούστερες υποδομές, ακόμη και στο σπίτι.

Η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών σε επίπεδο αποτελεσματικών πρώτων βοηθειών και πέρα από τον ολοκληρωμένο σχεδιασμό που πρέπει να έχει η προνοσοκομειακή φροντίδα μέσω του ΕΚΑΒ.

δ) Τα νοσοκομεία αποκτούν τον πραγματικό τους ρόλο ως δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

- Η **γεωγραφική κατανομή και το μέγεθος** των νοσοκομειακών μονάδων προσδιορίζονται σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και όχι στη βάση πρόσκαιρων πελατειακών σχέσεων.
- Τα νοσοκομεία μετατρέπονται σε **ανεξάρτητους –μη κερδοσκοπικούς (non-profit) οργανισμούς** που υπακούουν στο σχεδιασμό των ΠΕΣΥΠ και δεσμεύονται από συμβάσεις με αυτό ή και με το Ενοποιημένο Ταμείο (ή με τα Ταμεία μέσω contracting).
- Με το νέο χάρτη νοσοκομειακών υπηρεσιών η εκπόνηση ενός master-plan καθίσταται πια εφικτή και ο **έλεγχος των οικονομικών** των Νοσοκομείων διαφανής και υποχρεωτικός. Ο απαραίτητος κοινωνικός έλεγχος εξασφαλίζεται μέσω της δημοσιοποίησης των **ποιοτικών –κλινικών αποτελεσμάτων.**

- Η νέα πραγματικότητα απαιτεί προσαρμογές των νοσοκομείων που σχετίζονται με την **αναδιαμόρφωση των μονάδων παραγωγής-ιατρικών τμημάτων**, με βάση ομάδες ομοειδών νόσων που θα μπορούν να ενσωματώσουν όλη την υπάρχουσα εξειδικευμένη γνώση σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης φροντίδας.
- Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων καθορίζεται από το εκάστοτε νοσήλιο σύμφωνα με τα **πραγματικά DRGs** (ομάδες διαγνώσεων – ασθενειών) και από τον εγκεκριμένο συνολικό (προοπτικό – σφαιρικό) Προϋπολογισμό τους. Υιοθετούνται νέα πρότυπα για τη σύνταξη του Προϋπολογισμού με επιμερισμένες δαπάνες ανά κλινική, ειδική μονάδα, τμήμα κ.ο.κ.

ε)Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη του συστήματος αποτελεί να **προωθηθεί νέο μοντέλο επαρκούς χρηματοδότησης** σύμφωνα με την αρχή ότι οι δαπάνες υγείας αποτελούν επένδυση και έχουν προστιθέμενη αξία. Απαιτείται αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης παράλληλα με τον εξορθολογισμό και τη μείωση της σπατάλης. **Η αύξηση αυτή θα προκύψει και από την αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης και από την ανατροπή της σχέσης μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών. Η σχέση δημόσιων-ιδιωτικών δαπανών από το 50-50% που βρίσκεται σήμερα θα πρέπει να κυμανθεί άμεσα στο 70- 30%.** Ο συνδυασμός αυτός απαιτεί κατ' ελάχιστον εξοικονόμηση (μείωση κόστους) περίπου ½ δις. Ευρώ και «μεταφορά» πάνω από 1 δις. Ευρώ από τις ιδιωτικές δαπάνες νοικοκυριών (κυρίως τις αφορούσες την παραοικονομία) στις δημόσιες. Στα πλαίσια αυτά είναι εφικτή άμεσα και μία διαφανής εταιρική σχέση μεταξύ ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και δημοσίων νοσοκομείων με αυστηρούς όρους και προϋποθέσεις ώστε να μη δημιουργούνται ασθενείς δύο ταχυτήτων. Σε ότι αφορά τον τρόπο χρηματοδότησης προτείνονται τρεις εναλλακτικές λύσεις που όμως προϋποθέτουν τον άμεσο διαχωρισμό παραγωγού-χρήστη και την ύπαρξη δεσμευτικών συμβάσεων μεταξύ των δύο μερών. Αυτές ποικίλλουν από τη δημιουργία ενιαίου ταμείου χρηματοδότησης υγείας (ΕΝ.ΤΑ.Χ.Υ.), τη δημιουργία οργανισμού που θα διαχειρίζεται ενιαία τη δαπάνη υγείας των ταμείων (clearing house), έως την απευθείας διαπραγμάτευση των επιμέρους ταμείων με τους παραγωγούς υπηρεσιών

υγείας μέσω συμβολαίων (contracting). Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή του τρόπου χρηματοδότησης αποτελεί η εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής συναίνεσης εκ μέρους των ενδιαφερομένων μερών.

Περιορισμός 2. Η αποτελεσματικότητα της πρόληψης. Τη διαφορά στη νέα προσπάθεια την κάνει η δραματική έμφαση στη πρόληψη και τη προαγωγή υγείας. Η πρόληψη για μας παύει πια να θεωρείται ως επίφαση κοινωνικού και πολιτισμικού ενδιαφέροντος, ως άλλοθι μοντερνισμού και νεωτερικότητας που πολλές φορές αγγίζει τα όρια της γραφικότητας και εξαντλείται σε αναποτελεσματικές αντικαπνιστικές εκστρατείες και τοποθετείται στο σκληρό πυρήνα της μεταρρύθμισης. Διατομεακές πολιτικές υγείας προωθούνται προκειμένου να περιορισθούν οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Σύγχρονες πολιτικές προαγωγής και αγωγής υγείας θα πρέπει να διατρέχουν όλο το φάσμα της κοινωνικής πολιτικής και όχι μόνο αυτής του Υπουργείου Υγείας. Τα σχολεία, τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία, δημόσιες υπηρεσίες, ΟΤΑ, ιδιωτικοί φορείς κ.λ.π. αποτελούν κέντρα εφαρμογής στοχευμένων δράσεων προαγωγής και αγωγής υγείας αλλά και παροχής πληροφοριών πρόληψης. Επιδίωξη και στόχος των πολιτικών αυτών είναι η θετική αλλαγή των καθημερινών στάσεων και συνηθειών που και εφικτή είναι και εξαιρετικά αποτελεσματική. Στόχος μας είναι τα ποσοστά εμφάνισης και θνησιμότητας των συχνότερων χρόνιων νοσημάτων να μειωθούν τα επόμενα χρόνια σύμφωνα με συγκεκριμένους και απόλυτα μετρήσιμους στόχους.

Οι προτάσεις μας:

- Κάθε χρόνο εξαγγέλλονται από τον αρμόδιο Υπουργό Υγείας οι στόχοι για τη Δημόσια Υγεία. Προδιαγράφονται οι εθνικές πολιτικές και τα προγράμματα για την πρόληψη και τον προσυμπτωματικό έλεγχο των ασθενειών και την προαγωγή των υγιεινών τρόπων ζωής.
- Ένα ανώτατο όργανο χάραξης πολιτικής υγείας λειτουργεί ως Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας για να προετοιμάζει έκθεση σχετικά

με την ετήσια εθνική πολιτική για τη Δημόσια Υγεία, αλλά και για να επεξεργάζεται στοιχεία που θα περιγράφουν τους υγειονομικούς κινδύνους και τα προβλήματα δημόσιας υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

- Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας θα συντάσσει και θα συντηρεί κάθε χρόνο τον υγειονομικό χάρτη της χώρας που είναι απαραίτητος για την ποιοτική αναβάθμιση του Συστήματος Υγείας και τις εθνικές πολιτικές διαχείρισης των σημαντικότερων υγειονομικών κινδύνων (καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης, ογκολογικά νοσήματα, αναπνευστικές ανεπάρκειες κλπ) αλλά και επίκαιρων απειλών όπως επιδημίες κλπ.

Περιορισμός 3. Οι σύγχρονες κοινωνικές απαιτήσεις. Κεντρική κατεύθυνση των αλλαγών που προτείνονται αποτελεί η παροχή ποιοτικής και εξατομικευμένης φροντίδας για τον πάσχοντα. Ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκει γρήγορα, αποτελεσματικά με ασφάλεια και με αξιοπρέπεια τη φροντίδα που δικαιούται και του αξίζει. Σήμερα πια δεν αρκεί η αίσθηση ότι όλο και κάποιος γιατρός θα σε δει, ότι στο τέλος θα βρει ο καθένας μόνος του «την άκρη» χρησιμοποιώντας γνωστούς, πολιτικούς ή και καταφεύγοντας σε αδιαφανή μέσα χρηματισμού και διαφθοράς. Δεν αρκεί επίσης η προσδοκία της θεραπείας σε ακατάλληλες, ανεπαρκείς, αναποτελεσματικές και μη αξιοπρεπείς συνθήκες χωρίς γνώση των εναλλακτικών επιλογών ακόμα και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων από τη μεριά των ασθενών. Δεν μπορεί πλέον η φροντίδα και τα προβλήματα της τέταρτης ηλικίας ή των ατόμων με ειδικές ανάγκες να αποτελούν ευθύνη της γυναίκας ή συνολικά της οικογένειας .Η πραγματική και αποτελεσματική φροντίδα αυτών των περιπτώσεων είναι δουλειά των ειδικών και υποχρέωση του κράτους .

Οι προτάσεις μας :

Για τη διασφάλιση της ποιότητας δημιουργείται ένας εθνικός οργανισμός ποιότητας και αξιολόγησης του Συστήματος Υγείας που έχει την ευθύνη της παραγωγής των όρων, των προϋποθέσεων και των κανόνων με τους οποίους θα γίνεται η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την ευθύνη του ελέγχου για την προσκόλληση των παραγωγών υπηρεσιών υγείας σ' αυτούς, το **Κέντρο για τη Διασφάλιση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (ΚΕΔΙΠΥΥ).** Το ΚΕΔΙΠΙΥΥ θα έχει ως σκοπούς τη θέσπιση ετήσιων

μετρήσιμων στόχων βελτίωσης της ποιότητας, την καθιέρωση δεικτών απόδοσης για κάθε δραστηριότητα του Συστήματος Υγείας του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα, την ετήσια αξιολόγηση των υπηρεσιών με βάση τους δείκτες απόδοσης, την απαίτησή του ως κέντρο αναφοράς για την έκδοση κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών σε συνεργασία με επιστημονικούς και ακαδημαϊκούς ιατρικούς φορείς, την υλοποίηση στρατηγικών πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας των μονάδων και υπηρεσιών υγείας, την οικονομική αξιολόγηση των νέων υγειονομικών παρεμβάσεων. Για τη διασφάλιση της Ποιότητας θα προβλέπεται η υλοποίηση προγραμμάτων στα νοσοκομεία που θα καλύπτουν κλινικές προδιαγραφές (διάρκεια νοσηλείας, ποιότητα και αποτελεσματικότητα της θεραπείας), συστήματα διαχείρισης ασθενούς (υποδοχή, χρόνος αναμονής, ιατρικά αρχεία, ενημέρωση), επαγγελματική εκπαίδευση και επαγγελματικά προσόντα, επιμόρφωση, συνεχιζόμενη κατάρτιση σε συνεργασία με τους συνδικαλιστικούς φορείς και τις επιστημονικές ενώσεις των εργαζομένων στο ΕΣΥ, συστήματα διοίκησης και διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού (πολιτικές στελέχωσης και επιλογής, διαχείριση της εργασιακής σχέσης, μηχανισμοί αξιολόγησης). Στους κανόνες που θα θεσπίζονται θα συμπεριλαμβάνονται και οι κατευθυντήριες οδηγίες που θα προκύπτουν από τη βασισμένη σε σχετικές αποδείξεις ιατρική επιστήμη.

Περιορισμός 4. Η εκρηκτική εξέλιξη της γνώσης και η διάχυση της πληροφορίας. Τίποτε από τα παραπάνω δεν μπορεί να συμβεί αν δεν επενδύσουμε στη γνώση και τις νέες τεχνολογίες. Η διάχυση της πληροφορίας συνιστά πλέον την κινητήριο δύναμη του νέου ΕΣΥ και ταυτόχρονα τη δύναμη προσαρμογής του στις καινούργιες κάθε φορά συνθήκες. Η επένδυση στην ανάπτυξη ηλεκτρονικών συστημάτων σε ολόκληρο το φάσμα του τομέα της υγείας αποτελεί πρώτη πολιτική επιλογή .

Οι προτάσεις μας:

- **τήρηση ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών** με τη μορφή «έξυπνης κάρτας» που θα ακολουθεί τον ασθενή και θα διασφαλίζει τη προστασία των προσωπικών δεδομένων.

- **ηλεκτρονική συνταγογράφηση**
- **πληροφοριακά δίκτυα υγείας** που επιτρέπουν στον ασθενή την απευθείας πρόσβαση στην πληροφορία.
- **προτυποποίηση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας** ώστε τα όποια εργαλεία ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας αναπτυχθούν, να είναι λειτουργικά σε ολόκληρο το εύρος του ευρωπαϊκού χώρου και όχι μόνο στη χώρα ανάπτυξης.
- **Οι πόροι** που απαιτούνται θα πρέπει να καλύπτουν κατ ελάχιστο το 0,3-0,5% του ΑΕΠ ή το 5% των δαπανών για την υγεία.

Τέλος ,

Καμία αποτελεσματική αλλαγή δεν μπορεί να υλοποιηθεί εάν δεν προωθηθεί **η κατάλληλη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.** Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το 60% των δαπανών υγείας και είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία των υπηρεσιών και κατ' επέκταση συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Απαιτείται μία συνολική πολιτική διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων που θα προκύπτει από συνεννόηση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας .Θα **προγραμματίζει τις ανάγκες σε υγειονομικό δυναμικό και θα αναπροσαρμόζει τα εκπαιδευτικά προγράμματα των πανεπιστημιακών σχολών υγείας.** Στο πλαίσιο αυτό είναι αναγκαία η **επανοριοθέτηση** των επαγγελμάτων υγείας παράλληλα με την επιβεβλημένη αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νέο ΕΣΥ πρέπει να προσφέρει στους εργαζόμενους που δουλεύουν σ' αυτό. Πρέπει να αναγνωρίζει το ρόλο τους και τη συμβολή τους, να κατανοεί τη διάθεση τους να εργάζονται σε ένα περιβάλλον που προσφέρει **ευκαιρίες** και δίνει **κίνητρα** για συνεχή βελτίωση της ατομικής απόδοσης. Πρέπει να **απορρίπτει την ισοπέδωση και την ομοιομορφία,** να δημιουργεί **μια νέα κουλτούρα ομαδικότητας, αξιοκρατίας. αλληλοσεβασμού** και ένα περιβάλλον που ευνοεί την δημιουργία ευκαιριών, προωθεί τη **συνεργασία** με άλλους συναδέλφους ή/και με ομάδες συναδέλφων για τον καθορισμό **νέων στόχων**, την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών, την επίτευξη υψηλών επιστημονικών επιδόσεων. Το νέο ΕΣΥ

πρέπει να δίνει κίνητρα για την αναγνώριση και την συνεχή εφαρμογή βελτιωμένων υπηρεσιών προς όφελος των πολιτών που εξυπηρετούνται από αυτό. Πρέπει να δίνει **ανταμοιβές και αναγνώριση** για κάθε σημαντικό και δημιουργικό επίτευγμα, **βοήθεια σε όλους τους εργαζόμενους** για να επιτύχουν και να αναπτύξουν όλες τις ικανότητες τους και το ταλέντο τους στην εργασία τους. Πρέπει να κατοχυρώνει θεσμικά **το διάλογο και την επικοινωνία** ανοικτά , έντιμα , ειλικρινά με όλους τους εργαζόμενους σε τακτά χρονικά διαστήματα.