

ΕΛΛΑΔΑ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

ΑΘΗΝΑ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2002

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ¹

1. ΠΡΟΣΒΑΣΗ

1.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1.1.1. Μηχανισμοί για την εγγύηση της πρόσβασης

Σκιαγραφείστε εν συντομία τη γενική δομή και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας (π.χ. καθολικό δικαίωμα ή ασφάλιση βάσει υποχρεωτικής συμμετοχής). Περιγράψτε τους μηχανισμούς που εξασφαλίζουν ότι το σύστημα παρέχει καθολική πρόσβαση. Περιγράψτε τους στόχους του συστήματος όσον αφορά το πεδίο εφαρμογής και την κάλυψη. Ερωτήματα σχετικά με το πεδίο εφαρμογής θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν:

- Περιορισμούς όσον αφορά το είδος της υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτεται π.χ. με βάση μια εκτίμηση των πιο επείγουσών ιατρικών αναγκών.
- Καλύπτει το σύστημα το συνολικό κόστος της θεραπείας ή ποιες εισφορές/χρηματοδότηση πρέπει να παρέχονται από τον ασθενή.

Ερωτήσεις όσον αφορά την κάλυψη μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Καλύπτει το σύστημα το σύνολο του πληθυσμού;
- Ποιες ομάδες δεν καλύπτονται ή καλύπτονται μόνο εν μέρει;
- Υπάρχουν ξεχωριστές διατάξεις με βάση το εισόδημα ή τα μέσα/ικανότητα πληρωμής;

Περιγράψτε κάθε ειδική διάταξη που σχετίζεται είτε με το πεδίο εφαρμογής είτε με την κάλυψη του συστήματος που στοχεύει στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους ηλικιωμένους. Είτε στο τμήμα αυτό είτε στο ερώτημα 1.2.2, περιγράψτε πως συντονίζονται και ενσωματώνονται οι παροχές υγειονομικής περίθαλψης στους ηλικιωμένους και οι πολιτικές για τη μακροχρόνια φροντίδα.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα **μικτό σύστημα**, με στοιχεία και χαρακτηριστικά τόσο του μοντέλου Bismarck (ενεργό ρόλο και παρουσία της κοινωνικής ασφάλισης) όσο και του μοντέλου Beveridge (κύρια πηγή χρηματοδότηση ο κρατικός προϋπολογισμός). Τα βασικά συστατικά του στοιχεία είναι:

Ο **τομέας της ασφάλισης** (λειτουργούν 30 κλάδοι υγείας ή φορείς ασφάλισης υγείας) μέσω του οποίου κατοχυρώνεται η ασφάλιση υγείας και διασφαλίζεται η ελεύθερη πρόσβαση και δωρεάν χρήση των υπηρεσιών υγείας και αφετέρου ο **τομέας της παροχής** (οι υπηρεσίες υγείας) που συντίθεται από **(α)** τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας - ΕΣΥ (κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας), **(β)** τις μονάδες που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία και πρωτίστως στο ΙΚΑ, (πολυϊατρεία, ιατρεία και ειδικά κέντρα) και **(γ)** τον συμβεβλημένο με ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικό τομέα (γιατρούς ειδικοτήτων, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια).

Στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ασφαρίζονται όλοι όσοι παρέχουν εργασία εντός των ορίων της χώρας Έλληνες και αλλοδαποί (μισθωτοί και ελεύθεροι επαγγελματίες καθώς και

¹ Απάντηση στο Ερωτηματολόγιο της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας SPC/2002/APR/01 En/rev 1. Πρωτότυπο στα Ελληνικά.

οι συνταξιούχοι. Επιπλέον καλύπτονται τα μέλη της οικογένειας των ανωτέρω εφόσον δεν έχουν ίδιο δικαίωμα ασφάλισης καθώς και οι άνεργοι υπό κάποιες προϋποθέσεις. Όσοι τέλος για οποιονδήποτε λόγο είναι ανασφάλιστοι, έχουν δυνατότητα προαιρετικής υπαγωγής στην ασφάλιση, εφόσον συγκεντρώνουν κάποιες ελάχιστες προϋποθέσεις. Επίσης δικαιούνται δωρεάν περίθαλψης και οι άνω των 65 ετών ανασφάλιστοι, εφόσον το ετήσιο εισόδημά τους δεν υπερβαίνει για το έτος 2002 τα 2.185,82. Για τις ελάχιστες περιπτώσεις οικονομικά αδυνάτων και ανέργων, χορηγείται ειδικό βιβλιάριο υγείας, και το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης αναλαμβάνει απευθείας ο κρατικός προϋπολογισμός. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει καθολική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Επιπλέον προβλέπεται η κάλυψη των επείγουσών ιατρικών αναγκών των τουριστών καθώς και όσων διαμένουν παράνομα στη χώρα, χωρίς την οικονομική συμμετοχή τους.

Οι παροχές υγείας που καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς περιλαμβάνουν πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα παρέχεται:

- Πρωτοβάθμια ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα
- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Πρόσθετη περίθαλψη (βηματοδότες, εμφυτεύσιμα υλικά, ορθοπεδικά είδη, συσκευές κλπ)

Στο **εύρος της κάλυψης** δεν υπάρχουν πλην μικρών εξαιρέσεων σημαντικές διαφοροποιήσεις από ταμείο σε ταμείο. Οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στην οδοντιατρική φροντίδα, όπου για παράδειγμα οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ δεν δικαιούνται σχεδόν καμίας οδοντιατρικής φροντίδας, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έχουν περιορισμένη κάλυψη και δικαίωμα προσφυγής μόνο στα οδοντιατρεία του ΙΚΑ και οι δικαιούχοι κάποιων άλλων ταμείων πλήρη κάλυψη και δικαίωμα προσφυγής στους συμβεβλημένους και μη ιδιώτες οδοντίατρους.

Η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών όλων των δικαιούχων **γίνεται κατά κανόνα χωρίς την οικονομική επιβάρυνσή τους στον τόπο και στο χρόνο της παροχής**. Σε μερικές περιπτώσεις και σε κάποια ταμεία προβλέπεται **μικρή συμμετοχή του χρήστη – ασθενή**. Αναφερόμαστε κυρίως στην κατά 25% συμμετοχή όλων των ασφαλισμένων στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και στην κατά 25% συμμετοχή επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου των ασφαλισμένων του Οργανισμού Απασχόλησης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) για ακτινοδιαγνωστικές και μικροβιολογικές εξετάσεων. Επιπλέον στην πρόσθετη περίθαλψη και για κάποια είδη όπως είναι οι βηματοδότες, πλαστικά μοσχεύματα αγγείων, συσκευές εισπνοών, βοηθητικά θεραπευτικά μέσα και ορθοπεδικά είδη κλπ, προβλέπεται συμμετοχή του ασθενή, το ύψος της οποίας ποικίλλει από ταμείο σε ταμείο. Πρέπει να αναφερθεί όμως ότι σε μερικές περιπτώσεις, και ιδιαίτερα στα χειρουργικά περιστατικά παρατηρείται το φαινόμενο των «άτυπων» πληρωμών, δηλαδή πληρωμών κάτω από το τραπέζι που γίνονται από τους συγγενείς του ασθενή προς το γιατρό με στόχο είτε να επιταχύνουν την χειρουργική επέμβαση, όπου υπάρχουν λίστες αναμονής, είτε να «ευχαριστήσουν» τον γιατρό. Πάντως επισημαίνεται ότι η νομοθεσία προβλέπει αυστηρές κυρώσεις για τέτοιου είδους συμπεριφορές.

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους, προβλέπεται η χαμηλότερη συμμετοχή στη φαρμακευτική φροντίδα (10%) για συνταξιούχους, δικαιούχους του επιδόματος κοινωνικής αλληλεγγύης (ΕΚΑΣ) ή μηδενική συμμετοχή για επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και για συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως η μητρότητα και το εργατικό ατύχημα. Μηδενική συμμετοχή προβλέπεται και για τους κατέχοντες βιβλιάριο απορίας ασθενείς, εφόσον προμηθεύονται τα φάρμακα από τα νοσοκομεία. Πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι τα όποια προγράμματα, δράσεις και παρεμβάσεις κυρίως επιδοματικού χαρακτήρα απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες όπως αυτές των συνταξιούχων, των απόρων, των ανέργων, των ανασφάλιστων, των αναπήρων κλπ, και όχι σε ηλικιακές ομάδες όπως είναι για παράδειγμα οι άνω των 65 ετών. Συνεπώς για την κατηγορία των ηλικιωμένων, στην οποία εμπίπτουν, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο,

άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, υπάρχουν μεν δημογραφικά στοιχεία αλλά όχι συγκεκριμένες δράσεις και παρεμβάσεις με στόχους την καλύτερη πρόσβαση στις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας, την ποιότητα κλπ.

Η **χρηματοδότηση** του συστήματος προέρχεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και τα ασφαλιστικά ταμεία (εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών). Οι δύο αυτές πηγές καλύπτουν το κόστος λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων και κέντρων υγείας, των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ και του συμβεβλημένου με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικού τομέα. Παρόλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας που προσεγγίζει το 40% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές, με τάσεις μάλιστα αυξητικές τα τελευταία χρόνια.

Οι υποδομές υγείας του ιδιωτικού τομέα, κυρίως ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα, έχουν ρόλο συμπληρωματικό στις υποδομές του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών ταμείων. Το μεγαλύτερό του τμήμα είναι συμβεβλημένο με τα ασφαλιστικά ταμεία, καλύπτοντας ανάγκες κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας των ασφαλισμένων τους ενώ παράλληλα προσφέρει υπηρεσίες και σε ιδιωτική βάση σε ιδιώτες ασθενείς ή και σε ασθενείς που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει στη χώρα μας εθελοντικό χαρακτήρα και ρόλο συμπληρωματικό. Η ανάπτυξή της καθορίζεται από παράγοντες όπως είναι το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, τα φορολογικά κίνητρα που δίνονται σε αυτούς που ασφαλίζονται, η ευκολία πρόσβασης και η ποιότητα των υπηρεσιών του ΕΣΥ και βέβαια η επιθυμία του ατόμου να έχει συμπληρωματική κάλυψη και ελεύθερη πρόσβαση σε ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και κλινικές. Παρά το ότι το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε., εντούτοις τα τελευταία χρόνια, η αγορά αυτή παρουσιάζει ανοδικές τάσεις.

1.1.2 Αξιολόγηση

Υπάρχουν δείκτες όσον αφορά την απόδοση σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, π.χ.

- *Λίστες αναμονής*
- *Ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση σε ορισμένες «ανώτερες» ή νεοεμφανιζόμενες θεραπείες;*
- *Περιφερειακές ανισότητες ή ανισότητες που συνδέονται με το εισόδημα.*
- *Συγκεκριμένες ομάδες που είναι πιθανόν να μην καλύπτονται πλήρως.*

Η τελική συγκρότηση του υπό διαμόρφωση Χάρτη Υγείας θα συνδράμει στην ολοκλήρωση ενός δομημένου και επαρκούς συνόλου δεικτών, ώστε να αξιολογούνται τόσο οι βασικές παράμετροι που αφορούν τη δυνατότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη όσο και η αποτελεσματικότητα του συστήματος και η αποδοτικότητα των διαθέσιμων πόρων.

Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία διαπιστώνεται ότι, ενώ θεσμικά δεν προβλέπονται διακρίσεις ή περιορισμοί όσον αφορά την πρόσβαση οποιουδήποτε ατόμου ή πληθυσμιακής ομάδας στις υπηρεσίες υγείας, η «**ανταποκρισιμότητα**» του συστήματος απέναντι στους πολίτες δεν είναι πολύ υψηλή. Από έρευνες που έχουν γίνει καταγράφεται τα τελευταία χρόνια ένα σταθερά υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας, ένα από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Αυτό θεωρείται ότι είναι απόρροια τόσο των ανεπαρειών του υγειονομικού μας συστήματος όσο και της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στις σταθερά αυξανόμενες τα τελευταία χρόνια προσδοκίες των πολιτών.

Οι **λίστες αναμονής**, κυρίως σε συγκεκριμένα και εξειδικευμένα τμήματα, κλινικές και εργαστήρια δεν είναι μεγάλες και δεν δημιουργούν σημαντικά προβλήματα πρόσβασης, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες της Ε.Ε. Μια καταγραφή των λιστών αναμονής που έγινε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στις αρχές του 2001 σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία

της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης έδειξε ότι αυτές εμφανίζονται σε ένα σχετικά μικρό αριθμό ειδικοτήτων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, σε λίγες εξειδικευμένες κλινικές και σε μικρό αριθμό ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων. Οι λίστες αυτές κυμαίνονται μεταξύ 10 και 30 ημερών και μόνο σε 3-4 περιπτώσεις υπερβαίνουν τους έξι μήνες. Χωρίς να υπάρχουν νεώτερες μετρήσεις, είναι βέβαιο ότι οι λίστες αναμονής έχουν από 1/1/2002 μικρύνει ακόμη περισσότερο λόγω της λειτουργίας στα περισσότερα νοσοκομεία του ΕΣΥ απογευματινών ιατρείων. Τα απογευματινά ιατρεία είναι ένας καινούργιος θεσμός που προβλέπεται από τον πρόσφατο νόμο της μεταρρύθμισης και λειτουργεί από τις αρχές του 2002. Η λειτουργία τους εκτός των άλλων αυξάνει την ελευθερία επιλογής του ασθενή και βελτιώνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Στα **πολυϊατρεία του ΙΚΑ** οι λίστες αναμονής περιορίζονται σε πολύ λίγες ειδικότητες, ο δε χρόνος αναμονής δεν συνιστά σημαντικό περιοριστικό παράγοντα στην πρόσβαση. Η λειτουργία μάλιστα τα τελευταία δύο χρόνια **τηλεφωνικού ραντεβού** σε αρκετά πολυϊατρεία του ΙΚΑ, με στόχο μέσα στον επόμενο χρόνο να έχει επεκταθεί στις μονάδες υγείας του ΙΚΑ σε όλη τη χώρα, βοηθά στη σωστή κατανομή των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια του ωραρίου λειτουργίας των μονάδων, μειώνοντας τους χρόνους αναμονής κατά τις πρωινές ώρες αιχμής. Τα πρώτα αποτελέσματα έχουν δείξει ότι το τηλεφωνικό ραντεβού διευκολύνει τους ασφαλισμένους και βελτιώνει την πρόσβαση στις μονάδες υγείας και στους γιατρούς.

Το σύστημα υγείας τα τελευταία χρόνια εκσυγχρονίζεται συνεχώς και ενσωματώνει ομαλά και ταχύτατα κάθε **σύγχρονη τεχνολογία και νεοεμφανιζόμενη θεραπεία**. Μάλιστα η ταχύτητα ενσωμάτωσης αυτής της τεχνολογίας, αλλά και η ανεξέλεγκτη διάχυσή της μέσα στο σύστημα, ιδιαίτερα αξονικών και μαγνητικών τομογράφων, δημιουργεί συνθήκες αύξησης της προκλητής ζήτησης και των δαπανών υγείας. Σε κάθε περίπτωση τόσο η σύγχρονη τεχνολογία, όσο και οι νεοεμφανιζόμενες θεραπείες είναι προσπελάσιμες και παρέχονται χωρίς οικονομική συμμετοχή και χωρίς εξαίρεση σε όλους όσους τις έχουν ανάγκη. Όσον αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη, κανένα καινούργιο φάρμακο δεν έχει εξαιρεθεί από την εθνική λίστα φαρμάκων. Ειδικότερα, τα νέα αντιρετροϊκά φάρμακα για την αντιμετώπιση του *aids*, προσφέρονται σε όλους τους ασθενείς και τους οροθετικούς δίχως οικονομική επιβάρυνσή τους.

Ασθενείς με προβλήματα υγείας που δύσκολα μπορούν να διαγνωστούν ή να αντιμετωπιστούν στην Ελλάδα, μπορούν κατόπιν εγκρίσεως του ασφαλιστικού τους ταμείου να προσφύγουν σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού. Το ασφαλιστικό ταμείο σ' αυτές τις περιπτώσεις καλύπτει όλα τα έξοδα διάγνωσης και θεραπείας καθώς και τα έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενούς και ενός συνοδού του. Οι περιπτώσεις αυτές μειώνονται θεαματικά τα τελευταία χρόνια. Να αναφερθεί μόνο ότι ενώ το 1991 οι ασθενείς – ασφαλισμένοι του ΙΚΑ (ασφαλιστικό ταμείο που καλύπτει το 50% του πληθυσμού της χώρας) που προσέφυγαν με την έγκριση του ταμείου τους σε χώρες του εξωτερικού για περίθαλψη ανέρχονταν σε 2.738 άτομα, το αντίστοιχο νούμερο το 2000 μειώθηκε σε 900 άτομα.

Εκ των πραγμάτων και λόγω των **γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων** της χώρας, οι κάτοικοι μικρών και απομονωμένων νησιών αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση, ιδιαίτερα σε εξειδικευμένους γιατρούς, εργαστήρια και βέβαια νοσοκομεία. Συχνά πολίτες με χρόνια προβλήματα υγείας, κάτοικοι αυτών των περιοχών, αναγκάζονται είτε να μετοικήσουν μόνιμα σε αστικά κέντρα είτε να αναλαμβάνουν κάθε φορά το κόστος της μετακίνησης και προσωρινής παραμονής τους εκεί όπου υπάρχουν οι κατάλληλες για την περίπτωσή τους υπηρεσίες υγείας. Σε μερικές περιπτώσεις και ανάλογα με τον φορέα ασφάλισης, μέρος των εξόδων μετακίνησης καλύπτεται εκ των υστέρων από το ασφαλιστικό ταμείο. Σε κάθε περίπτωση οι δυσκολίες στην πρόσβαση αυτών των περιπτώσεων συνιστούν μια σημαντική υγειονομική ανισότητα. Τα τελευταία χρόνια με τη αστικοποίηση της χώρας και την αντίστοιχη μείωση του αγροτικού πληθυσμού, τη δημιουργία σύγχρονων οδικών αξόνων, την ανάπτυξη και εξάπλωση των μεταφορικών μέσων, αλλά και τη χρήση της τηλεϊατρικής, την επέκταση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΚΑΒ, ιδιαίτερα με την απόκτηση πρόσφατα σύγχρονων κινητών

μονάδων και πέντε κατάλληλα εξοπλισμένων ελικοπτέρων για την ταχεία μεταφορά επειγόντων περιστατικών, τη δυνατότητα στελέχωσης των μονάδων υγείας σε περιόδους αυξημένων αναγκών από καταλόγους ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων οι οποίοι δεν ανήκουν στο δυναμικό του ΕΣΥ, αλλά και τη συνολικότερη αναβάθμιση των μονάδων υγείας αυτών των περιοχών, οι υγειονομικές ανισότητες αυτού του τύπου έχουν περιοριστεί. Γνωρίζουμε πολύ καλά ότι παρά τα σημαντικά βήματα προόδου που έχουμε κάνει προς αυτή την κατεύθυνση οι ανισότητες αυτές δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθούν πλήρως.

Ανισότητες στην πρόσβαση που συνδέονται με το **εισόδημα** και το **επίπεδο εκπαίδευσης** μπορεί να μην είναι ευδιάκριτες ούτε και σε μεγάλη έκταση, αλλά πάντοτε διαπιστώνονται από σχετικές επιστημονικές έρευνες και καταγραφές. Πρόσφατη έρευνα που έγινε στη χώρα μας από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας διαπίστωσε ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος και εκπαίδευσης αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους αρκετά χαμηλότερα σε σύγκριση με εκείνους των υψηλών εισοδημάτων και της εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένδειξη για τις μεγαλύτερες ανάγκες υγείας που έχουν αυτές οι ομάδες. Αναδεικνύεται έτσι η έλλειψη σωστών και αποτελεσματικών πολιτικών πρόληψης και η ανάγκη υιοθέτησης κατάλληλων παρεμβάσεων για να διασφαλιστεί σ' αυτούς η εύκολη και απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες και φροντίδες υγείας. Ακόμη, από διεθνή έρευνα σε 14 χώρες του ΟΟΣΑ, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, βρέθηκαν σημαντικές ανισότητες που συνδέονται με το εισόδημα όσον αφορά την προσφυγή σε γιατρούς ειδικοτήτων.

Πέραν όμως αυτών, σ' ένα σύστημα υγείας όπως είναι το Ελληνικό, όπου καταγράφεται ένα υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών, αρκετές από τις οποίες υπό μορφή άτυπων πληρωμών, είναι προφανές ότι προκαλούνται ανισότητες στην πρόσβαση εις βάρος των ατόμων χαμηλού εισοδήματος, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι χρονίως πάσχοντες και οι συνταξιούχοι. Η προσπάθεια για την καταπολέμηση του φαινομένου απαιτεί μακροχρόνια προσπάθεια και αυξημένα μέσα, μια που αφορά κατεστημένες από χρόνια συμπεριφορές και πρακτικές που εκπορεύονται όχι μόνο από τους γιατρούς αλλά συχνά και από τους ίδιους τους ασθενείς.

Ανισότητες στην πρόσβαση υπάρχουν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και μεταξύ δικαιούχων διαφορετικών **ασφαλιστικών φορέων**. Οι διαφορετικοί κανονισμοί ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων επιτρέπουν ποσοτικές αλλά και ποιοτικές διαφοροποιήσεις, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας. Η προσφυγή για παράδειγμα στον ιδιωτικό τομέα είναι ένα δικαίωμα που έχουν μόνο ασφαλισμένοι σε κάποια ταμεία και αυτό από μόνο του συνιστά μια ποιοτικού χαρακτήρα ανισότητα.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες **πληθυσμιακές ομάδες**, από τους νόμιμα διαμένοντες στη χώρα μας, που να μην έχουν καθόλου πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, πέραν αυτών που έχουν ήδη αναφερθεί. Ακόμη και για τους λαθρομετανάστες υπάρχει πρόβλεψη για την κάλυψη των επειγουσών υγειονομικών τους αναγκών. Ούτε όμως υπάρχει και συγκροτημένη και ξεχωριστή πολιτική υγείας που να αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους και τα προβλήματα υγείας τους.

1.1.3 Προκλήσεις

Ποιες είναι οι κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζετε όσον αφορά την παροχή πρόσβασης;

Η εύκολη και απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κυρίαρχο ζητούμενο και πρωτεύοντα στόχο κάθε πολιτικής υγείας για κάθε χώρα. Υπό αυτή την ευρεία έννοια κάθε πολιτική υγείας που σχεδιάζεται και κάθε μέτρο και παρέμβαση πρέπει να συνεισφέρει άμεσα ή έμμεσα προς αυτή την κατεύθυνση. Συνεπώς όλες οι παρεμβάσεις που έγιναν ή γίνονται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας όπως η ανέγερση νέων νοσοκομείων και κέντρων υγείας, ο εκσυγχρονισμός και η συμπλήρωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η

δημιουργία νέων εξειδικευμένων τμημάτων όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας, οι μονάδες τεχνητού νεφρού αλλά και η καλύτερη στελέχωση του συστήματος αναβαθμίζουν και προάγουν την ίδια την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.

Η κάλυψη των σημαντικών ελλείψεων σε υποδομές νοσηλείας μακράς διάρκειας, καθώς και σε υποδομές αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ατόμων, συνιστά πρόκληση για το υγειονομικό μας σύστημα. Επιπλέον, για την αντιμετώπιση των μεγάλων ζητημάτων της δημόσιας υγείας που αφορούν ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, ο διαβήτης, τα ψυχικά νοσήματα και η γεροντική άνοια, κρίνεται αναγκαία η **οργάνωση υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας. Βασικό ζητούμενο αποτελεί η μετατόπιση του προσανατολισμού του υγειονομικού μας συστήματος από τη θεραπεία στη πρόληψη.**

1.1.4 Προγραμματιζόμενες αλλαγές πολιτικής

Περιγράψτε όλες τις προγραμματιζόμενες αλλαγές στο συνολικό σύστημα ή τους μηχανισμούς υπό εξέταση.

Η διασφάλιση πλήρους δέσμης υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό αποτελεί για την Ελληνική κυβέρνηση μια σημαντική προτεραιότητα. Αυτό φαίνεται από τη συνεχή, τα τελευταία χρόνια, αύξηση των δαπανών υγείας, αλλά και από τη μεγάλη προσπάθεια που συνεχίζεται στα πλαίσια του κοινοτικού πλαισίου στήριξης για τη συμπλήρωση και τον εκσυγχρονισμό των υποδομών και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των νοσοκομείων και των λοιπών μονάδων υγείας. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας, τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν λειτουργήσει πολλά νέα νοσοκομεία, προσθέτοντας στο ΕΣΥ περισσότερες από 5.000 σύγχρονες κλίνες. Επιπλέον σημαντικοί πόροι έχουν διατεθεί:

- Για την επέκταση και τον εκσυγχρονισμό του **Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ)** με την αγορά πέντε ελικοπτέρων για τις αερομεταφορές, ανανέωση και συμπλήρωση του στόλου των ασθενοφόρων και των κινητών μονάδων, ανέγερση σύγχρονων κτιριακών υποδομών στην επαρχία (Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, Τρίπολη, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο Κρήτης) για την επέκταση του ΕΚΑΒ και προμήθεια ψηφιακών τηλεφωνικών κέντρων.
- Για την **ψυχιατρική μεταρρύθμιση**. Μετά τα επιτυχή αποτελέσματα της πρώτης φάσης που ξεκίνησε το 1984 και ολοκληρώθηκε το 1995, σήμερα συνεχίζεται με μεγάλη επιτυχία το πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», για αποσυλοποίηση όσο το δυνατό μεγαλύτερου αριθμού ψυχικά ασθενών. Ήδη έχουν λειτουργήσει 20 ξενώνες και 15 προστατευόμενα διαμερίσματα με στόχο μέχρι το 2006 να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν 30 ενδιάμεσες δομές για τη νοσηλεία και την φροντίδα μέσα στην κοινότητα των ψυχιατρικών περιστατικών. Με την ολοκλήρωση της δεύτερης φάσης της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα είμαστε σε θέση να προσφέρουμε καλύτερες συνθήκες περίθαλψης σε όλους τους ψυχικά ασθενείς. Στόχος μας παραμένει η αποσυλοποίηση όσον το δυνατό περισσότερων ψυχικά ασθενών και η σταδιακή κοινωνική επανένταξη όσων από αυτούς κρίνεται ότι μπορούν να επανενταχθούν.
- Για τη **Δημόσια Υγεία** με τη δημιουργία ενός Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας και 5 Περιφερειακών, καθώς και του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας.
- Για την **καταπολέμηση των Ναρκωτικών** με τη λειτουργία νέων Μονάδων Υποκατάστασης με Μεθαδόνη, Κέντρο Βοήθειας για χρήστες, Κέντρα Πρόληψης σε όλους τους νομούς της χώρας, Κινητή Μονάδα στη Θεσσαλονίκη και Μονάδες για Εφήβους.
- Για την **τηλεϊατρική σύνδεση** απομονωμένων κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων με μεγάλα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Με την απορρόφηση των κονδυλίων που προβλέπονται από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, αλλά και από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων θα έχουν ολοκληρωθεί μέχρι το 2006 σημαντικά έργα και μεγάλες βελτιωτικές παρεμβάσεις σε τομείς όπως είναι οι **υποδομές, οι εξοπλισμοί, η μηχανοργάνωση και η διαχείριση των Νοσοκομείων, του ΕΚΑΒ, των υπηρεσιών πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας, η ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και η εκπαίδευση των επαγγελματιών της υγείας και της πρόνοιας**. Οι παρεμβάσεις αυτές συνιστούν όχι μόνο μια απλή ποσοτική μεγέθυνση του συστήματος αλλά και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι με τα έργα αυτά διευκολύνεται η πρόσβαση των πολιτών σε σύγχρονες δομές και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες. Η λειτουργία για παράδειγμα του Αττικού νοσοκομείου στο Χαϊδάρι, βελτιώνει σημαντικά την πρόσβαση 500.000 και πλέον χιλιάδων ατόμων των δυτικών προαστίων της Αθήνας σε νοσοκομειακές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Ακόμα, καταβάλλονται προσπάθειες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που πηγάζουν από τη γεωγραφική ιδιαιτερότητα της ύπαρξης εκτεταμένων και πολυπληθών νησιωτικών συμπλεγμάτων. Παράδειγμα αποτελεί η ανέγερση νοσοκομείου στη Νάξο, έργο που εξυπηρετεί τους κατοίκους του νησιού αυτού που μέχρι πρόσφατα ήσαν υποχρεωμένοι να μετακινηθούν στο νοσοκομείο της Σύρου ή τα νοσοκομεία των Αθηνών.

Εκτός αυτών από το 2001 βρίσκεται σε εξέλιξη μια μεγάλη προσπάθεια μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος με ευρείας κλίμακας παρεμβάσεις σε όλους τους τομείς και τα επίπεδα της περίθαλψης. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν **(α)** την αποκέντρωση και περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ με τη δημιουργία 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), **(β)** τον οργανωτικό και διοικητικό εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων με τον διορισμό διοικητών – managers σε όλα τα νοσοκομεία και τη λειτουργία ειδικών τμημάτων που δημιουργούν ένα ευνοϊκό περιβάλλον αποτελεσματικής διοίκησης, **(γ)** τη δυνατότητα εξυπηρέτησης των πολιτών, κατόπιν οικονομικής συμμετοχής τους, στα εξωτερικά ιατρεία, τα εργαστήρια και τα χειρουργεία τις απογευματινές ώρες **(δ)** την περιοδική αξιολόγηση των γιατρών με στόχο την ποιοτική αναβάθμιση της νοσοκομειακής περίθαλψης, **(ε)** τον καλύτερο έλεγχο των υπηρεσιών υγείας με τη σύσταση και λειτουργία του σώματος ελεγκτών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και τη θεσμοθέτηση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, όπως και **(στ)** την ταχύτητα, διαφάνεια και αποτελεσματικότητα στις προμήθειες των νοσοκομείων. Επίσης, προβλέπεται να ρυθμισθεί από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων ενιαία για όλους τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς το είδος, η έκταση και ο τρόπος χορήγησης των οδοντιατρικών παροχών.

Για την **καλύτερη οργάνωση της ΠΦΥ**, όπου υπάρχει κατακερματισμός, ανισότητες και επικαλύψεις, εκπονείται σχέδιο δράσης για την ενιαιοποίηση των υπηρεσιών, την εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού και την δημιουργία Ενιαίου Φορέα Χρηματοδότησης.

Όλες αυτές οι καινούργιες παρεμβάσεις που έχουν γίνει ή βρίσκονται σε πορεία υλοποίησης αναβαθμίζουν τη διοικητική και λειτουργική ικανότητα του συστήματος και ιδιαίτερα των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την καλύτερη εξυπηρέτηση και τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη.

1.2 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.2.1 Πρόσβαση στη μακροχρόνια φροντίδα

Σκιαγραφείστε σύντομα τις δομές και τους μηχανισμούς υποστήριξης της παροχής μακροχρόνιας φροντίδας (π.χ. άμεση παροχή μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, κάλυψη της ανάγκης για φροντίδα μέσω καθολικής κάλυψης, κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικής ενίσχυσης ή/και ιδιωτικής ασφάλισης, υποστήριξη για ανεπίσημη παροχή φροντίδας). Οι παροχές αυτές είναι συνεκτικές όσον αφορά την κάλυψή τους (στοχεύουν στο σύνολο του πληθυσμού που έχει ανάγκη φροντίδας ή μόνο σε αυτούς που διαφορετικά δεν είναι σε θέση

να τη λάβουν) και συνεκτικές όσον αφορά το πεδίο εφαρμογής (στοχεύουν να καλύψουν όλες τις μορφές φροντίδας και το πλήρες κόστος τους ή μόνο ορισμένες μορφές φροντίδας και το κόστος τους).

Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας είναι μικτού τύπου, αφού περιλαμβάνει τόσο άμεση παροχή μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, όσο και κάλυψη της ανάγκης για φροντίδα μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και περιορισμένη υποστήριξη για ανεπίσημη παροχή φροντίδας μέσω κυρίως φορολογικών ελαφρύνσεων.

Οι τυπικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από το Κράτος, Ιδιωτικούς Οργανισμούς Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα και Ιδιωτικούς Οργανισμούς Κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Το Κράτος παρέχει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, Ιδρυμάτων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ο συνολικός αριθμός αυτών ανέρχεται σε 30, εκ των οποίων τα 8 αφορούν σε ψυχιατρική μακροχρόνια φροντίδα. Η πλειοψηφία των φορέων βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και χρηματοδοτούνται σε τακτική βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, από νοσήλια που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και από άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Στους φορείς δημοσίου δικαίου κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002, ο συνολικός αριθμός ατόμων 60 ετών και άνω που φιλοξενούνται σε κρατικές μονάδες κλειστής περίθαλψης ανέρχεται σε 2660 άτομα, εκ των οποίων 671 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60-65 ετών, 483 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 66-70, ενώ 1506 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι παρότι ως ηλικιωμένοι θεωρούνται τα άτομα 65 ετών και άνω, οι φορείς αυτοί μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα μικρότερης ηλικίας.

Όσον αφορά στον Ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα, λειτουργούν 57 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και τα έσοδά τους προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (νοσήλια), αν και οι περισσότεροι φορείς χρηματοδοτούνται σημαντικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης έχουν και άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Και σε αυτή την περίπτωση κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Οι Μονάδες αυτές, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002 φιλοξενούν 2805 άτομα, εκ των οποίων 146 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60 - 65 ετών, 247 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65-70 ετών, ενώ 2412 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι και σε αυτήν την κατηγορία, οι φορείς μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα κάτω των 65 ετών.

Για τον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό Τομέα, δεν υπάρχουν πλήρη και ακριβή στοιχεία, από πρόχειρους υπολογισμούς όμως ο αριθμός των φιλοξενούμενων 65 ετών και άνω εκτιμάται σε περίπου 3200 άτομα. Η αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αυτών των Μονάδων δεν καλύπτεται ασφαλιστικά και προέρχεται από ιδιωτικούς πόρους.

Πέραν της κλειστής νοσηλείας, παρέχεται μακροχρόνια φροντίδα τύπου ανοικτής προστασίας, ιδίως μέσω του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι." Μέχρι τις αρχές του 2002 λειτουργούσαν 284 Μονάδες σε 253 Δήμους, εξυπηρετώντας περίπου 9000 άτομα άνω των 65 ετών, αν και δεν αφορούσαν όλες οι περιπτώσεις σε μακροχρόνια φροντίδα ιατρικού τύπου. Το συνολικό κόστος του Προγράμματος καλύπτεται από δημόσιους πόρους. Παράλληλα, ο νέος θεσμός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων αναμένεται να συμβάλει στην κάλυψη της ανάγκης για παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους κατά τις εργασίμες ώρες.

Η αναλογία των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται σε Ιδρύματα που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα (8665 άτομα) ή τους παρέχεται φροντίδα στο σπίτι (περίπου 9000 άτομα) είναι πάρα πολύ μικρή σε σχέση με το συνολικό αριθμό ηλικιωμένων. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι ο συνολικός αριθμός ατόμων άνω των 60 ετών στην Ελλάδα το 2002 είναι της τάξης των 2.539.000 ατόμων (πηγή ΟΗΕ - World Population Prospects: The 2000 Revision, vol. I). Όμως στην Ελλάδα η οικογένεια εξακολουθεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων, έστω και αν η δομή της ελληνικής οικογένειας μεταλλάσσεται γρήγορα λόγω των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών. Έτσι στην τυπική μακροχρόνια φροντίδα θα πρέπει να προστεθεί και η άτυπη που παρέχεται στο πλαίσιο του θεσμού της οικογένειας. Στην περίπτωση αυτή παρέχονται κυρίως φορολογικές ελαφρύνσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρέχονται βοηθήματα από ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη εξόδων π.χ. αποκλειστικής νοσοκόμας για τα εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα.

Πέραν των προαναφερομένων, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρέχουν στους ασφαλισμένους τους τα ακόλουθα:

- Επίδομα συμπαράστασης ετέρου προσώπου, για τα άτομα που χρειάζονται συμπαράσταση και περιποίηση τρίτου προσώπου, που ανέρχεται στο 50% του ποσού της βασικής τους σύνταξης, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζονται από τη νομοθεσία.
- Κατ' οίκον περίθαλψη (σε περιορισμένη έκταση) για ασθενείς χρονίως πάσχοντες και κατ' οίκον φυσικοθεραπεία, ενεσοθεραπεία κλπ. στους κληήρεις, από το ΙΚΑ (ασφαλιστικός οργανισμός που καλύπτει περίπου το 50% των ασφαλισμένων)
- Επίδομα λουτροθεραπείας, για ασφαλισμένους που πάσχουν από συγκεκριμένες παθήσεις και εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις. Το ποσό του επιδόματος ποικίλει ανά ασφαλιστικό οργανισμό και πάντως καλύπτει τα έξοδα μετάβασης, διαμονής, διατροφής και λούσεων για διάστημα 15-20 ημερών.
- Θεραπευτικός κοινωνικός τουρισμός, για χαμηλοσυνταξιούχους του ΙΚΑ που έχουν ανάγκη λουτροθεραπείας. Κάθε δικαιούχος μπορεί να συνοδεύεται και από ένα συνοδό και επιδοτείται η παραμονή τους, ενώ καταβάλλεται και ημερήσιο επίδομα. Σε αυτό το πρόγραμμα τη θερινή περίοδο 2002 συμμετείχαν 21.000 συνταξιούχοι.

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της προσπάθειας πραγματικής ενίσχυσης του εισοδήματος των χαμηλοσυνταξιούχων, η Πολιτεία χορηγεί το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ). Υπό προϋποθέσεις, παρέχονται και άλλα βοηθήματα όπως η στεγαστική συνδρομή. Σε περίπτωση πιστοποίησης αναπηρίας, χορηγούνται διάφορα είδη αναπηρικών επιδομάτων που ποικίλουν ως προς το ύψος ανάλογα με την αναπηρία και το βαθμό της, τόσο από το δημόσιο όσο και από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα επιδόματα - βοηθήματα αυτά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την κάλυψη αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας, αν και δεν θεσμοθετήθηκαν για αυτό το σκοπό.

Θεωρητικά, πρόσβαση στην μακροχρόνια φροντίδα έχουν όλοι οι ηλικιωμένοι, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε είναι ανασφάλιστοι. Θεσμικά δεν υπάρχουν διακρίσεις ούτε και περιορισμοί πρόσβασης, εφόσον τα άτομα διαμένουν νόμιμα στη χώρα. Στην πράξη όμως παρατηρούνται αποκλίσεις από το καθολικό μοντέλο, αφού σε γενικές γραμμές παρατηρείται συγκέντρωση των φορέων παροχής στα αστικά κέντρα και ελλείψεις στις ημι-αστικές και αγροτικές περιοχές, όπως και ελλείψεις εξειδικευμένων φορέων (π.χ. φορέων Αποθεραπείας - Αποκατάστασης). Στις περιοχές αυτές ο συνεκτικός οικογενειακός ιστός συμβάλει στην, κατά μεγάλο μέρος, κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων

1.2.2 Αξιολόγηση

Υπάρχουν δείκτες απόδοσης όσον αφορά την πρόσβαση στη μακροχρόνια φροντίδα, π.χ.

- *Λίστες αναμονής για θέσεις φροντίδας κατ' οίκον*
- *Περιφερειακές ισότητες ή ανισότητες που συνδέονται με το εισόδημα*
- *Συγκεκριμένες ομάδες που είναι δυνατό να μην καλύπτονται πλήρως.*

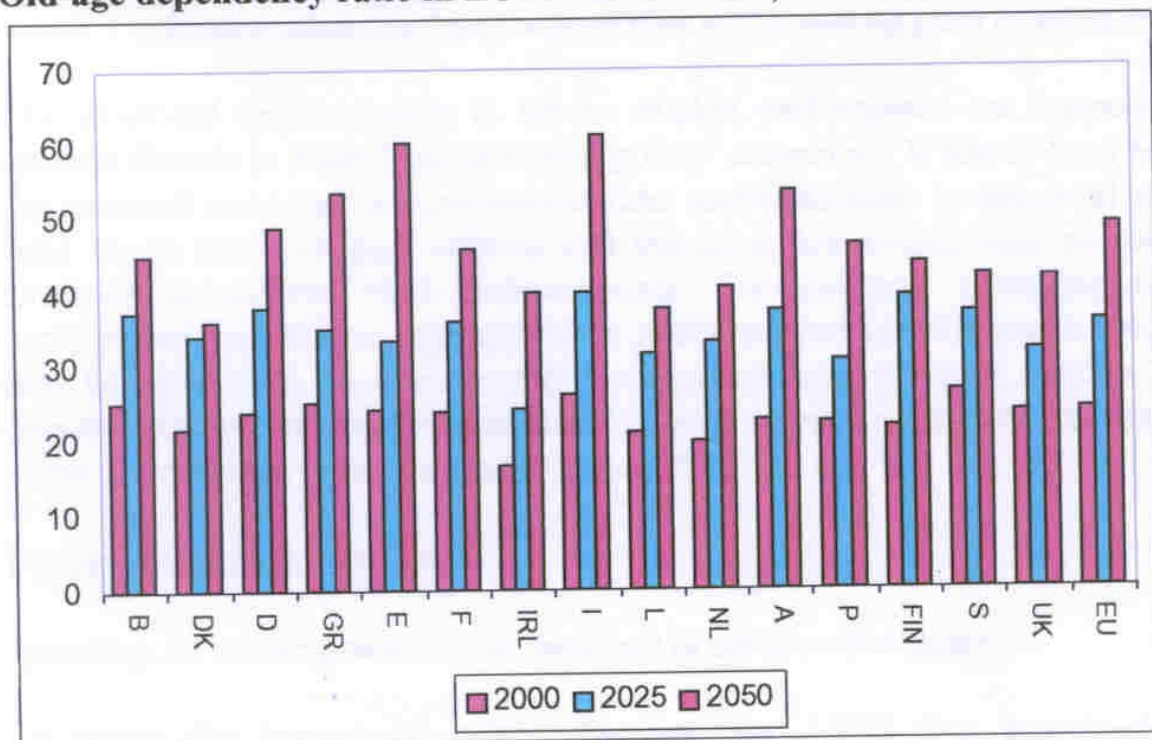
Πέραν των προαναφερόμενων στοιχείων, δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι δείκτες απόδοσης όσον αφορά στην πρόσβαση στη μακροχρόνια φροντίδα, αν και με τον υπό διαμόρφωση Χάρτη Πρόνοιας βραχυπρόθεσμα θα καθιερωθούν δείκτες και μεσοπρόθεσμα θα παρουσιαστούν τα πρώτα αποτελέσματα.

1.2.3 Προκλήσεις

Ποιες είναι οι κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζετε όσον αφορά την παροχή πρόσβασης;

Στην Ελλάδα, όπως στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αυξάνεται. Η δημογραφική κατάσταση χαρακτηρίζεται από χαμηλή γεννητικότητα και αύξηση του προσδόκιμου ζωής και οι τάσεις δείχνουν ότι ο πληθυσμός θα συνεχίσει να γηράσκει. Ο πληθυσμός άνω των 60 ετών το 2002 ανέρχεται σε 2.539.000 ενώ το 2050 εκτιμάται σε 3.652.000. Σε ποσοστά επί του γενικού πληθυσμού αυτό αντιστοιχεί σε 21% και 36% αντίστοιχα. (πηγή: OHE - World Population Prospects: The 2000 Revision, vol. I). Σύμφωνα μάλιστα με τις προβολές της Eurostat η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία και την Ιταλία θα έχουν για το 2050 πολύ υψηλά ποσοστά εξάρτησης ηλικιωμένων, όπως φαίνεται και στο ιστόγραμμα που ακολουθεί.

Old-age dependency ratio in EU Member States, 2000-2050



Population aged 65+ as % of population aged 15 to 64

Source: Eurostat, central scenario

Η γηράσκουσα κοινωνία είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της Ελλάδας καθώς και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Οι άνθρωποι σήμερα ζουν περισσότερο και καλύτερα απ' ό τι ζούσαν στο παρελθόν. Αλλά οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ομοιογενή πληθυσμό. Οι διαφορές στην οικογενειακή κατάσταση, στην κατοικία, στο εκπαιδευτικό επίπεδο, στην κατάσταση της υγείας, στο εισόδημα, καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Επίσης παρουσιάζονται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στη γήρανση, για παράδειγμα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Και παρά την αναμφισβήτητη αύξηση του προσδόκιμου ζωής, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στη

θνησιμότητα, νοσηρότητα, ανικανότητα, και φυσικά στην ευημερία. Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων δηλώνει ικανοποιημένος από τη ζωή του, αλλά εξίσου μεγάλος αριθμός αντιμετωπίζει ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως αίσθηση απομόνωσης, επαγγελματικής και κοινωνικής απαξίωσης, καθώς και φαινόμενα παθολογικής γήρανσης. Τα νοικοκυριά που αποτελούνται από μοναχικά ηλικιωμένα άτομα με κίνδυνο εγκατάλειψης και κοινωνικής απομόνωσης αυξάνονται, λόγω των γενικότερων αλλαγών στη σύνθεση της οικογένειας, της αστυφιλίας κλπ. Αυτή η πραγματικότητα συνιστά πρόκληση για την υιοθέτηση πολιτικών που αντανάκλουν καλύτερα τις διαφορές στην κοινωνική θέση των ηλικιωμένων, όπως δηλαδή πολιτικές που κινητοποιούν με καλύτερο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους και οι οποίες καταπολεμούν αποτελεσματικότερα τους κινδύνους του κοινωνικού αποκλεισμού που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι.

Το αυξανόμενο κόστος που συνεπάγεται η γήρανση του πληθυσμού δεν αποτελεί θέμα εύκολων συμπερασμάτων όσον αφορά στην επερχόμενη δοκιμασία των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, εφόσον προωθώντας την υγιή γήρανση και την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων, δημιουργούνται δυνατότητες για περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας ζωής, και ταυτόχρονα μειώνεται το κόστος για τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική φροντίδα. Πάντως η συνεχής αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα των πολύ ηλικιωμένων, οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης σε υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας όσο και σε επιμήκυνση του χρόνου φροντίδας. Ιδιαίτερα το σύστημα φροντίδας θα πρέπει αφενός να αναπτυχθεί με ταχείς ρυθμούς για να ανταποκριθεί στη ζήτηση υπηρεσιών, αφετέρου να αναπτυχθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να περιοριστεί η αύξηση της εξάρτησης και αυτό θα γίνει προωθώντας την υγιή γήρανση, προλαμβάνοντας τα ατυχήματα και παρέχοντας αγωγή αποκατάστασης αμέσως.

Μέσα στα πλαίσια ευθύνης για τη διατήρηση, ποιοτική αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό του κοινωνικού κράτους η ελληνική Κυβέρνηση προσπαθεί να αναμορφώσει / βελτιώσει ποιοτικά και ποσοτικά / συντονίσει τις υπηρεσίες φροντίδας. Στόχος είναι η αποτελεσματική παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη και που πρέπει να τύχουν ισότιμης, αλλά ταυτόχρονα ενεργητικής προστασίας και υποστήριξης, ώστε να ενταχθούν στις κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες και να αποτραπεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού.

1.2.4 Προγραμματιζόμενες αλλαγές πολιτικής

Περιγράψτε κάθε προγραμματισμένη αλλαγή στο σύστημα

Οι υπηρεσίες φροντίδας για τους ηλικιωμένους έχουν αλλάξει δομή τα τελευταία χρόνια. Το φάσμα των υπηρεσιών έχει διευρυνθεί και συμπληρωθεί με υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι. Υπάρχει συνεχής απομάκρυνση από τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική φροντίδα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και αυτές δεν εφαρμόζονται όταν πρέπει. Καταβάλλεται προσπάθεια για την εύκολη πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες των ατόμων και διατηρούν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων ως προεξάρχουσα ιδέα.

Ο νέος τρόπος αντιμετώπισης θεωρεί ως προτεραιότητα την επέκταση της θεραπείας και της πρόληψης προβλημάτων, για τα οποία απουσίαζαν μέχρι σήμερα προγράμματα. Ο γενικός στόχος είναι η απομάκρυνση από το «κλινικό» μοντέλο και η υιοθέτηση του «κοινωνικού» μοντέλου, το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα. Πέρα από την προσδοκώμενη εξοικονόμηση πόρων, υπάρχει ένας άλλος πολύ σημαντικός λόγος για τον οποίο πρέπει να αποφεύγεται η ιδρυματική αντιμετώπιση: η επιθυμία των ηλικιωμένων να παραμείνουν στο σπίτι τους, όταν διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες ενεργούν αποτρεπτικά στην εκεί παραμονή τους.

Το πρώτο πρόγραμμα που αναπτύχθηκε κάτω από τις νέες αντιλήψεις ήταν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) κατά τη δεκαετία του 1980. Είναι αποδεδειγμένο ότι η μακρόχρονη παρουσία των ΚΑΠΗ στον ελληνικό χώρο έχει επιδράσει θετικά στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων. Τη δεκαετία του 1990 ξεκίνησε να δίνεται έμφαση στις οικογενειακές πολιτικές, αφού άρχισαν να εμφανίζονται φαινόμενα αποδόμησης στο θεσμό της οικογένειας. Ταυτόχρονα, δοκιμάστηκε και εφαρμόστηκε επιτυχώς το Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" για τους ηλικιωμένους που στερούνται οικογένειας, ή μένουν μακριά ή είναι αποκομμένοι από αυτήν, με στόχο την παροχή φροντίδας στο σπίτι των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα στους αδύναμους ή μοναχικούς, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθεί η αυτονομία και η ανεξαρτησία τους.

Οι βασικοί άξονες ανάπτυξης των πολιτικών για τους ηλικιωμένους παραμένουν σταθεροί τα τελευταία χρόνια, και είναι:

- η διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης,
- η αναβάθμιση και ο εμπλουτισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας,
- η ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας)
- η προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως και η παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους και
- η διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- Η ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας

Έτσι, η εξαιρετική επιτυχία του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» όπως αυτή διαπιστώθηκε από την αξιολόγηση του Προγράμματος, οδήγησε την Κυβέρνηση στην απόφαση επέκτασης του προγράμματος και ενίσχυσης των υποδομών του. Την άνοιξη του 2001 σχεδιάστηκε το Δίκτυο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που προβλέπει τόσο την ποιοτική ανάπτυξη, όσο και την αριθμητική - γεωγραφική επέκταση του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι", με στόχο έως το τέλος του 2002 να λειτουργούν 1000 Μονάδες σε όλη τη χώρα, που θα καλύψουν ικανοποιητικά τις ανάγκες. Μέχρι στιγμής έχουν εγκριθεί περίπου 800 προγράμματα, ενώ άλλα 200 προβλέπεται να εγκριθούν μέχρι το τέλος του έτους.

Με βάση τους παραπάνω άξονες αναπτύσσεται ένας ακόμη νέος θεσμός: τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων, τα οποία θα συμβάλουν στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής, διευκολύνοντας τα μέλη της οικογένειας, κυρίως τις εργαζόμενες γυναίκες, που έχουν επιφορτιστεί με τη φροντίδα του μη αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου μέλους της οικογένειας. Τα Κέντρα είναι μικρές δομές ημερήσιας φιλοξενίας και λειτουργούν έτσι ώστε να καλύπτουν επαρκώς τις ώρες εργασίας των μελών της οικογένειας. Έχει σχεδιαστεί η ανάπτυξη 80 Κέντρων σε όλες τις Περιφέρειες της χώρας σε αστικά και ημιαστικά κέντρα.

Επιπλέον, η ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας στοχεύει στην υποστήριξη των ατόμων που βρέθηκαν αντιμέτωποι με κάποια επείγουσα μορφή κινδύνου και χρειάζονται στήριξη.

Η εξασφάλιση της διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι θεμελιώδης. Στις προτεραιότητες περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη περισσότερων εξειδικευμένων Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) που υπάγονται στα περιφερειακά συστήματα υγείας και στόχο έχουν τη μετανοσοκομειακή στήριξη, φροντίδα και αποκατάσταση.

Ακόμη, αναπτύσσονται Κοινωνικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο Δήμων. Οι Κοινωνικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες θα παίξουν ιδιαίτερο ρόλο και στη ζωή των ηλικιωμένων. Με βάση το σχεδιασμό, κοινωνικοί επιστήμονες καταγράφουν τις ανάγκες στο χώρο ευθύνης, διαγιγνώσκουν και εισηγούνται τη συμμετοχή ατόμων σε ειδικά προγράμματα κοινωνικής ένταξης, σε συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο πολίτη. Είναι συνεργάτες και σύμβουλοι της τοπικής αυτοδιοίκησης και ταυτόχρονα ανταποκριτές της Κεντρικής Διοίκησης.

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ

2.1 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.1.1 Πρότυπα

Υπάρχουν εθνικά πρότυπα σχετικά με την ποιότητα, στόχοι όσον αφορά την πρόσβαση σε επαγγελματίες του τομέα της ιατρικής, κλίνες νοσοκομείων; Είναι καθορισμένα τα δικαιώματα των ασθενών;

Σήμερα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένοι και ολοκληρωμένοι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας, ούτε συγκεκριμένα εθνικά πρότυπα και στόχοι όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στην απουσία αξιόπιστων στοιχείων και δεδομένων, με βάση τα οποία θα μπορούσαμε να καθορίσουμε πρότυπα, στόχους, διαδικασίες και ιατρικά πρωτόκολλα. Η ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων, που βρίσκεται σε εξέλιξη, θα βοηθήσει σημαντικά και θα δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Γίνονται μεμονωμένες προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας σε περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων και κλινικών, αλλά σε καμιά περίπτωση αυτές δεν συγκροτούν μια ολοκληρωμένη πολιτική σε εθνικό επίπεδο. Στα πλαίσια των ενεργειών για την ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών ελέγχου εντάσσεται και η θεσμοθέτηση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο βρίσκεται στη διαδικασία πιστοποίησης.

Όσον αφορά τα **δικαιώματα των ασθενών** υπάρχει στη χώρα μας μια σχετική πρόοδος. Ήδη από το 1992 έχουν κατοχυρωθεί νομοθετικά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και το 1997 θεσπίστηκαν τα όργανα προστασίας αυτών των δικαιωμάτων. Πιο συγκεκριμένα προβλέπεται η σύσταση και λειτουργία:

(α) Αυτοτελούς υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στο Υπουργείο, με έργο την παρακολούθηση και τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς. **(β)** Επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στο Υπουργείο με έργο τη διερεύνηση καταγγελιών ασθενών και την υποβολή πορίσματος στον Γενικό Γραμματέα, ο οποίος αποφασίζει για τις περαιτέρω ενέργειες. **(γ)** Γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη με αρμοδιότητες μεταξύ των άλλων και την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους καθώς και τριμελής επιτροπή προάσπισης των δικαιωμάτων του ασθενή σε κάθε νοσοκομείο. **(δ)** Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας. Ακόμη, προβλέπεται αυτοτελές τμήμα ποιότητας για νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 400 κλινών.

Παράλληλα και στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προβλέπεται η σύσταση στο Υπουργείο αυτοτελούς υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ενός γραφείου για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών και ειδικής επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων στα πλαίσια της επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

Τέλος στη χώρα μας λειτουργεί και ο θεσμός του Συνηγόρου του Πολίτη, στον οποίο μπορούν να προσφύγουν οι ασθενείς εκείνοι, οι οποίοι θεωρούν ότι παραβιάζονται τα βασικά δικαιώματα τους στην υγεία. Ο Συνήγορος του Πολίτη «ερευνά ατομικές διοικητικές πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες οργάνων των δημόσιων υπηρεσιών που παραβιάζουν δικαιώματα ή προσβάλλουν νόμιμα συμφέροντα φυσικών ή νομικών προσώπων».

Παρά το επαρκές νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο, για τη διασφάλιση και το σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών στην πράξη χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση των πολιτών και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών της υγείας.

2.1.2 Αξιολόγηση

Περιγράψτε μηχανισμούς αξιολόγησης των υψηλών επιπέδων ποιότητας της θεραπείας και καθορισμού και παρακολούθησης των υψηλών προτύπων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας.

Ποιοι μηχανισμοί υπάρχουν για την αξιολόγηση της ποιότητας των ιατρικών θεραπειών; Ποια κριτήρια χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή αυτών των αξιολογήσεων;

Δεν λειτουργούν μηχανισμοί ούτε έχουν διατυπωθεί σαφή κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας. Αυτό αφορά το σύνολο της υγειονομικής περίθαλψης και βέβαια της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων. Η πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση για τη σύσταση καταλόγου εθνικών κριτών ανά ειδικότητα για τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης των γιατρών του ΕΣΥ μπορεί έμμεσα να βοηθήσει στην αναβάθμιση του επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι κατάλογοι των εθνικών κριτών έχουν ήδη συγκροτηθεί, έχουν τεθεί τα κριτήρια αξιολόγησης και προβλέπεται σύντομα να αρχίσει η αξιολόγηση των γιατρών, που γίνεται για πρώτη φορά για τους ήδη υπηρετούντες στο ΕΣΥ γιατρούς.

2.1.3. Προώθηση των ενισχύσεων της ποιότητας

Ποιοι μηχανισμοί υπάρχουν για την ανάπτυξη, την προώθηση και την εξασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικά ορθές πρακτικές; Υπάρχει ιδιαίτερη επικέντρωση στην ανάπτυξη, προώθηση και εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης στις πρακτικές αυτές για την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων;

Ούτε εδώ υπάρχουν μηχανισμοί για την εξασφάλιση πρόσβασης σε ποιοτικά ορθές πρακτικές, αφού όπως έχει ήδη αναφερθεί δεν υπάρχουν καθορισμένα πρότυπα ή κριτήρια, αλλά ούτε και επαρκή και τεκμηριωμένα στοιχεία που να μας επιτρέπουν να εντοπίσουμε και να πιστοποιήσουμε αυτές τις ποιοτικά ορθές πρακτικές. Οι ασθενείς επιλέγουν τον γιατρό, την κλινική ή το νοσοκομείο με βάση τις πληροφορίες που έχουν μέσω συγγενών και φίλων και γενικά μέσω της «αγοράς».

Η πρόβλεψη για ειδικά κέντρα ή κέντρα αναφοράς συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας ή υπηρεσίας υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας και μπορούν ύστερα από αξιολόγηση να αναχθούν σε «**Κέντρα Αριστείας**» θα μπορούσαν να δημιουργήσουν μέσα στο σύστημα τους πρώτους θύλακες ποιοτικά αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας.

2.1.4 Προκλήσεις

Ποιες είναι οι κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζετε όσον αφορά την προαγωγή της ποιότητας;

Η διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση για όλες τις χώρες και βέβαια για το Ελληνικό σύστημα υγείας, ιδιαίτερα λόγω των αυξημένων απαιτήσεων σε κόστος και ποιότητα που συνεπάγεται η παρατηρούμενη γήρανση του πληθυσμού. Συγχρόνως όμως η εμπειρία έχει δείξει ότι αυτό αποτελεί σε κάθε περίπτωση ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα. Η κλινική αποτελεσματικότητα, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και η ιατρική που βασίζεται στην τεκμηριωμένη γνώση είναι κυρίαρχες προκλήσεις και βασικά ζητούμενα για κάθε υγειονομικό σύστημα.

2.1.5 Προγραμματισμένες αλλαγές πολιτικής

Περιγράψτε κάθε προγραμματισμένη αλλαγή στο σύστημα.

Η σταδιακή αξιολόγηση των γιατρών και των υπηρεσιών που προσφέρουν, η έναρξη λειτουργίας του σώματος επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και η ολοκλήρωση της μηχανογράφησης των μονάδων υγείας αποτελούν μέτρα που θα βοηθήσουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ακόμη η λειτουργία του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας στα πλαίσια του Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί σημαντική προτεραιότητα της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2.2 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.2.1 Πρότυπα

Υπάρχουν εθνικά πρότυπα σχετικά με την ποιότητα; Είναι καθορισμένα τα δικαιώματα των αποδεκτών φροντίδας;

Οι προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία φορέων κοινωνικής πρόνοιας κατά κατηγορία φορέων και το περιεχόμενο των παρεχόμενων προς αυτά υπηρεσιών, τους χώρους, τον εξοπλισμό, τον αναγκαίο αριθμό προσώπων όσο και τα απαιτούμενα προσόντα καθορίζονται από σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις. Σωματεία, οργανισμοί, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, γενικά φορείς που ασκούν κοινωνική πρόνοια, καθώς και ιδιώτες δεν επιτρέπεται να παρέχουν οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες που έχουν σχέση με την προστασία ηλικιωμένων ή ανιάτων ή χρονίως πασχόντων, ή να ασκούν παρεμφερείς δραστηριότητες πριν από την έκδοση σχετικής άδειας λειτουργίας από την οικεία νομαρχιακή αυτοδιοίκηση. Ακόμη, από το 1995 οι οίκοι ευγηρίας, τα "Γηροκομεία" και οι με άλλες ονομασίες λειτουργούσες επιχειρήσεις κλειστής περίθαλψης και φροντίδας ηλικιωμένων μετονομάζονται σε "Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων" και οι άδειες λειτουργίας εκδίδονται μόνο με τη χρήση αυτού του τίτλου.

Έχουν ήδη καθορισθεί οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα)" και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Επίσης καθορίστηκαν αντίστοιχα ο ορισμός και ο σκοπός των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, η διαδικασία (και τα δικαιολογητικά) άδειας ίδρυσης, το κτιριολογικό πρόγραμμα (ελάχιστα μετρικά στοιχεία), τα μέτρα ασφαλείας, τα χαρακτηριστικά των θαλάμων και των κοινόχρηστων χώρων, οι ελάχιστες εγκαταστάσεις, καθώς επίσης και το προσωπικό. Άμεσα ή έμμεσα καθορίζονται από τα παραπάνω και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας. Συμπληρωματικά, έχει συσταθεί αυτοτελής Υπηρεσίας Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών που λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας. Η υπηρεσία αυτή καλύπτει και τα δικαιώματα αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας.

Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων ψυχικά ασθενών, έχουν θεσπισθεί ρυθμίσεις για:

- Καθορισμό του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες) και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων" που σκοπό έχουν την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης ατόμων με ψυχικές διαταραχές όταν δεν

έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον. Σε αυτή την Απόφαση μεταξύ άλλων καθορίζονται οι προϋποθέσεις λειτουργίας, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, οι χώροι, το προσωπικό.

- Καθορισμό κριτηρίων, προϋποθέσεων, δικαιολογητικών, διαδικασίας και κάθε άλλης λεπτομέρειας για έγκριση σκοπιμότητας και χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και Μη Κερδοσκοπικό Τομέα.
- Καθορισμό των προϋποθέσεων, του τρόπου και της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον.
- Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας, με την οποία ρυθμίζονται μεταξύ άλλων οι προϋποθέσεις, η οργάνωση και λειτουργία των Κινητών Μονάδων, αλλά και η πιστοποίηση των υπηρεσιών που παρέχουν.
- Καθορισμός των προϋποθέσεων, της οργάνωσης, της λειτουργίας, των αρχών, καθώς και κάθε λεπτομέρειας των προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών, που ρυθμίζει μεταξύ άλλων τα δικαιώματα ασθενούς, τη διαδικασία εκπαίδευσης της φιλοξενούσας οικογένειας, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα της φιλοξενούσας οικογένειας.

Από όλα τα παραπάνω καθορίζονται άμεσα ή έμμεσα και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ψυχικά ασθενών αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας. Συμπληρωματικά, έχει συσταθεί στο Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας αυτοτελής υπηρεσία "Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές."

Τέλος, η συνεχιζόμενη κατάρτιση προσωπικού για τη φροντίδα ηλικιωμένων παρέχεται μόνο από πιστοποιημένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης.

2.2.2 Παρακολούθηση και προαγωγή της ποιότητας

Υπάρχει σύστημα αξιολόγησης και επίσημης αναγνώρισης των ατόμων που παρέχουν φροντίδα και των ιδρυμάτων που παρέχουν φροντίδα;

Όταν υποστηρίζεται η άτυπη φροντίδα, υπάρχουν πολιτικές υπέρ της ποιότητας (π.χ. οικονομική υποστήριξη για την υποδομή / αναπροσαρμογή των σπιτιών, κατάρτιση των άτυπων ατόμων που παρέχουν φροντίδα);

Η επίβλεψη και η παρακολούθηση υπηρεσιών που παρέχουν οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων Κερδοσκοπικού ή Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα ως προς την ποιότητα και επάρκεια αυτών ασκείται από τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις μέσω του "Κοινωνικού Συμβούλου". Οι Κοινωνικοί Σύμβουλοι πραγματοποιούν επισκέψεις στους φορείς που εποπτεύουν οι οικείες νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις και συντάσσουν εκθέσεις. Θα πρέπει να διαθέτουν εμπειρία στην οργάνωση και λειτουργία προνοιακών υπηρεσιών και φορέων, εξειδίκευση στις μεθόδους και τεχνικές αξιολόγησης των υπηρεσιών και εξοικείωση με τις σύγχρονες τάσεις και εξελίξεις στο χώρο της πρόνοιας και ειδικότερα στη φροντίδα των αναπήρων και των ηλικιωμένων.

Σημαντικές αλλαγές στην παρακολούθηση και προαγωγής της ποιότητας επήλθε με τη σύσταση από το 2001 του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Το Σώμα διαθέτει ειδικό τομέα ελέγχου φορέων πρόνοιας, στην αρμοδιότητα του οποίου - μεταξύ άλλων - περιλαμβάνεται:

- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος για τη διαπίστωση της ποιότητας και της επάρκειας των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των προσφερόμενων υπηρεσιών από τις δημόσιες υπηρεσίες, από τις υπηρεσίες πρόνοιας των Δήμων, των Νομαρχιών, των Περιφερειών και από τις υπηρεσίες των εποπτευόμενων νομικών προσώπων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα που παρέχουν υπηρεσίες στον τομέα της πρόνοιας, όπως οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης και τα Ιδρύματα Χρονίως Πασχόντων.

- Η επιθεώρηση και ο έλεγχος για τη διαπίστωση της τήρησης από όλους τους φορείς των υγειονομικών διατάξεων και των αναγκαίων μέτρων ασφάλειας για την υγιεινή διαβίωση των περιθαλπομένων και του προσωπικού.

Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι οι έλεγχοι γίνονται είτε αυτεπάγγελτα, είτε μετά από εντολή των αρμοδίων οργάνων του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας, είτε μετά από αίτημα του Συνηγόρου του Πολίτη εάν είναι θέμα γενικότερου ενδιαφέροντος. Άλλο ενδιαφέρον στοιχείο είναι η αρχική και συνεχιζόμενη κατάρτιση σε τακτά χρονικά διαστήματα των Επιθεωρητών, πέραν των αυξημένων προσόντων που πρέπει να διαθέτουν.

Η αναγνωρισμένη τριτοβάθμια (ΑΕΙ, ΤΕΙ) εκπαίδευση των επαγγελματιών γίνεται μέσα από το δημόσιο εκπαιδευτικό σύστημα. Πέραν αυτών, οι επαγγελματίες έχουν και άλλες δυνατότητες εκπαίδευσης (π.χ. δημόσια και ιδιωτικά ΙΕΚ), αλλά αναγνωρισμένα πτυχία χορηγούνται μόνο μετά από κρατικές εξετάσεις. Για πολλά επαγγέλματα απαιτείται η έκδοση σχετικής άδειας. Η επίσημη αρχική ή συνεχιζόμενη κατάρτιση γίνεται μόνο από ειδικώς πιστοποιημένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης.

Σε ότι αφορά στον Μη Κυβερνητικό, μη κερδοσκοπικό εθελοντικό τομέα, έχει καθιερωθεί από το 1998 η πιστοποίηση των φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, όπως και Μητρώο Πιστοποιημένων Οργανώσεων. Η πιστοποίηση και η εγγραφή στο Μητρώο αποτελούν προϋποθέσεις για κρατική χρηματοδότηση από οποιαδήποτε πηγή.

2.2.3 Προκλήσεις

Ποιες είναι οι κυριότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζετε όσον αφορά την παροχή ποιοτικής μακροχρόνιας φροντίδας

Για την ποιότητα έχουν γίνει αρκετές παρεμβάσεις και τουλάχιστον νομοθετικά υπάρχει ένα ικανοποιητικό πλαίσιο. Απομένει όμως η πραγματική υλοποίηση των διατάξεων, αφού πολλές φορές μεσολαβεί αρκετό διάστημα από την υιοθέτηση μέχρι την εφαρμογή τους. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι παρότι ο θεσμός του Κοινωνικού Συμβούλου έχει θεσμοθετηθεί από το 1995, ωστόσο υπάρχουν ακόμη και σήμερα αρκετές Νομαρχίες που δεν έχουν προβεί σε στελέχωση, ή διαθέτουν ελλιπή στελέχωση.

Από την άλλη πλευρά, η παρακολούθηση και ο έλεγχος τόσων πολλών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ενίοτε είναι εξαιρετικά δυσχερές. Ιδιαίτερα για τους δημόσιους φορείς, παρουσιάζεται το φαινόμενο τελείως διαφορετικών καταστάσεων ποιότητας. Υπάρχουν δημόσιοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, αλλά υπάρχουν και πολλοί φορείς με πολύ χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πρόκληση είναι η ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες θα πρέπει να είναι πάνω από ένα ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο σε όλους τους τομείς παροχής κάθε φορέα. Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη βελτίωση του δημόσιου τομέα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αποϊδρυματοποίηση των ορισμένων προνοιακών Ιδρυμάτων. Επιδιώκεται με αυτόν τον τρόπο η εξασφάλιση ποιοτικά σωστών υπηρεσιών στήριξης, χωρίς να αποκόπτεται το άτομο από την οικογένειά του και τον κοινωνικό ιστό.

2.2.4 Προγραμματιζόμενες αλλαγές πολιτικής

Περιγράψτε κάθε προγραμματισμένη αλλαγή σχετικά

Το Σώμα Επιθεωρητών θεσμοθετήθηκε πρόσφατα και πρέπει να δοκιμαστεί σαν πράξη. Μέσα από το Σώμα θα προκύψουν οι προτάσεις για αλλαγές στην πολιτική για την ποιότητα. Έτσι προς το παρόν δεν έχουν προγραμματιστεί σημαντικές αλλαγές, πέραν της περιφερειακής αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Με την επιχειρούμενη νομοθετική παρέμβαση, όλα τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου περιέχονται ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες Μονάδες στην αρμοδιότητα των οικείων

Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας, σε μία προσπάθεια διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, καλύτερης παρακολούθησης της επάρκειας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και περαιτέρω βελτίωσης των δημόσιων φορέων.

Γενικά το ζήτημα της ποιότητας αποτελεί αντικείμενο συνεχούς προβληματισμού και μελέτης.

3. ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ

3.1 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

3.1.1 Δαπάνες και χρηματοδότηση

Περιγράψτε τα τρέχοντα επίπεδα δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και τις πρόσφατες και μελλοντικές τάσεις. Εάν είναι δυνατόν να υποβληθούν ξεχωριστά στοιχεία για την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων παρακαλείσθε να το γράψετε.

Περιγράψτε τους μηχανισμούς χρηματοδότησης (εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, γενική φορολογία, εθελοντική ασφάλιση συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων του φόρου όπου χρειάζεται, χρεώσεις ασθενών). [Σημείωση: αυτά ενδέχεται να έχουν ήδη περιγραφεί στη σύντομη περιγραφή του συστήματος στο τμήμα 1.1.1]

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη οι συνολικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας για το έτος **2001 ανέρχονταν στο 9,1% επί του ΑΕΠ**, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο των 15 χωρών της Ε.Ε. Περίπου το 60% των δαπανών αυτών (5,5% επί του ΑΕΠ) είναι δημόσιες και προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο 40% (3,6% επί του ΑΕΠ) από ιδιωτικές πληρωμές. Στις συνολικές δαπάνες δεν περιλαμβάνονται ποσά που προέρχονται από την Ε.Ε. στα πλαίσια του κοινοτικού πλαισίου στήριξης.

Από τα αδρά αυτά νούμερα μπορούμε να παρατηρήσουμε τα εξής: **(α)** οι συνολικές δαπάνες κινούνται κοντά σ' εκείνα των άλλων 14 χωρών της Ε.Ε., **(β)** υπάρχει πρόβλημα στην κατανομή μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών, με τις τελευταίες να βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα για μια χώρα, όπως είναι η Ελλάδα με δημόσιο σύστημα υγείας. Αντίστοιχα οι δημόσιες δαπάνες είναι σχετικά χαμηλές και το δημόσιο σύστημα φαίνεται να υποχρηματοδοτείται.

Από τις δημόσιες δαπάνες το 54% προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και το υπόλοιπο 46% από την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, συνταξιούχων και εργοδοτών). Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι περισσότερες δαπάνες κατευθύνονται στο δημόσιο τομέα. Αντίθετα, το ελλειπές και κατακερματισμένο σύστημα στη πρωτοβάθμια φροντίδα και ο πληθωρισμός των γιατρών είναι οι κύριοι λόγοι για τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες στην εξωνοσοκομειακή και οδοντιατρική φροντίδα. Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις ιδιωτικές δαπάνες αφορά οδοντιατρική φροντίδα (34%), το 31% πρωτοβάθμια φροντίδα, το 15% φαρμακευτική και το 12% νοσοκομειακή.

Οι **τάσεις την τελευταία δεκαετία** είναι αυξητικές τόσο για τις συνολικές δαπάνες όσο και για τις επιμέρους δημόσιες και ιδιωτικές. Μόνο που το βήμα αύξησης των ιδιωτικών δαπανών είναι μεγαλύτερο από εκείνο για τις δημόσιες. Πιο συγκεκριμένα οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν το 1991 στο 7,9% του ΑΕΠ για να φτάσουν το 2001 στο 9,1%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις δημόσιες δαπάνες (κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση μαζί) ήταν το 1981 4,8% και το 1991 5,5%, ενώ για τις ιδιωτικές 3,1% και 3,6%.

Δυστυχώς δεν υπάρχουν επαρκή και αξιόπιστα στοιχεία που θα μας επέτρεπαν να εκτιμήσουμε σε τι ποσοστό αυτές οι δαπάνες αφορούν την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Με δεδομένα όμως ότι **(α)** το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση είναι στη χώρα μας από τα υψηλότερα στην Ευρώπη και ο δείκτης γονιμότητας από τους χαμηλότερους, παράγοντες που οδηγούν σε συνεχή αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων άνω των 65 ετών επί του συνολικού πληθυσμού και **(β)** ότι οι ανάγκες υγείας και συνεπώς

και το κόστος περίθαλψης των ηλικιωμένων είναι πολλαπλάσιο σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι προφανές ότι ένα πολύ μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας αφορά τους ηλικιωμένους.

Οι **τρόποι και οι μηχανισμοί χρηματοδότησης** συνθέτουν ένα πολύπλοκο σύστημα τιμολογήσεων, χρηματικών ροών και πληρωμών, όπου εμπλέκονται κρατικός προϋπολογισμός, ασφαλιστικά ταμεία, δημόσια νοσοκομεία, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και ο ιδιωτικός τομέας. Πιο συγκεκριμένα και πολύ συνοπτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής:

1. Η **ασφάλιση υγείας** γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία εισπράττουν τις **εισφορές εργαζομένων/συνταξιούχων και εργοδοτών**. Τα ασφαλιστικά ταμεία στη συνέχεια αναλαμβάνουν τυπικά την υποχρέωση για την κάλυψη των αναγκών υγείας των δικαιούχων τους. Στην πράξη όμως έχουν ρόλο ουσιαστικό μόνο για την κάλυψη των αναγκών ΠΦΥ, όπου είτε διαθέτουν και λειτουργούν δικές τους μονάδες όπως είναι το ΙΚΑ με τα πολυϊατρεία του, είτε συμβάλλονται με τον ιδιωτικό τομέα, όπως είναι ο ΟΑΕΕ, ο ΟΠΑΔ, ο Οίκος Ναύτου κ.α.. Εξαιρέση σ' αυτό τον κανόνα αποτελεί ο ΟΓΑ, που καλύπτει τις ανάγκες του εξ ολοκλήρου από τις υποδομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
2. Η **χρηματοδότηση της ΠΦΥ**, γίνεται στην περίπτωση του ΙΚΑ, από δικούς του πόρους, μέσα από τους οποίους συντηρεί και λειτουργεί τα πολυϊατρεία του. Τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία, συμβάλλονται με ιδιώτες γιατρούς και εργαστήρια. Ο τρόπος αμοιβής μπορεί να είναι κατά πράξη με καθορισμένες από το κράτος τιμές (κρατικό τιμολόγιο) όπως συμβαίνει με τον ΟΠΑΔ και τον Οίκο Ναύτου ή κατά κεφαλή όπως είναι στον ΟΑΕΕ. Σε κάθε περίπτωση υπάρχουν προβλήματα καταστρατηγήσεων και προκλητής ζήτησης. Τέλος ο ΟΓΑ, που δεν εισπράττει περιορισμένα έσοδα από εισφορές, προσφεύγει για πρωτοβάθμια φροντίδα στα κέντρα υγείας του ΕΣΥ και στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, εντελώς δωρεάν.
3. Για τις ανάγκες **νοσοκομειακής περίθαλψης** όλοι οι δικαιούχοι προσφεύγουν κυρίως στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, με τα οποία είναι συμβεβλημένα όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Η μέθοδος αποζημίωσης καθορίζεται με τρεις τρόπους. Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο ήταν η πρακτική που ακολουθήθηκε τις προηγούμενες δεκαετίες. Το ύψος του καθορίζεται από το κράτος και είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό κόστος. Το αποτέλεσμα αυτού του τρόπου ήταν η δημιουργία τα τελευταία χρόνια μεγάλων ελλειμμάτων στα νοσοκομεία, τα οποία καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό. Στα πλαίσια της υιοθέτησης κινήτρων για τη συγκράτηση των δαπανών, προβλέπεται επίσης το συνολικό ενοποιημένο νοσήλιο ανά διαγνωστική κατηγορία και η αμοιβή του νοσοκομείου για συγκεκριμένα σύνολα εξετάσεων κατόπιν συμφωνίας των Ασφαλιστικών Ταμείων με τα νοσοκομεία. Στην πράξη το σύνολο της μισθοδοσίας του προσωπικού των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων του ΕΣΥ καλύπτονται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα λειτουργικά έξοδα από τα νοσήλια των ασφαλιστικών ταμείων.
4. Όσοι από τους ασφαλισμένους προσφύγουν για νοσηλεία σε **ιδιωτικό νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική** κατά κανόνα συμμετέχουν στο κόστος. Το ύψος της συμμετοχής ποικίλει και εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι ο κανονισμός ασθένειας του ασφαλιστικού ταμείου, από το εάν το νοσοκομείο είναι ή όχι συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό ταμείο, εάν το περιστατικό ήταν έκτακτο / επείγον ή όχι κλπ. Η οικονομική επιβάρυνση του νοσηλευόμενου είναι σημαντική στην περίπτωση επιθυμίας για αναβάθμιση της προβλεπόμενης θέσης νοσηλείας.
5. Οι λίγοι σε ποσοστό πολίτες με **ιδιωτική / εθελοντική ασφάλιση υγείας** συνήθως προσφεύγουν σε συμβεβλημένους με την ασφαλιστική εταιρεία ιδιώτες γιατρούς και νοσοκομεία. Ο τρόπος αμοιβής των γιατρών είναι κατά πράξη και ανάλογα με τους όρους του συμβολαίου μπορεί στο κόστος να έχει κάποια συμμετοχή και ο ασφαλισμένος ασθενής.
6. Ο μεγάλος **ιδιωτικός τομέας υγείας**, (ιατρεία, οδοντιατρεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα κλπ) που υπάρχει στη χώρα λόγω κυρίως του πληθωρισμού γιατρών και οδοντιάτρων, αντλεί έσοδα είτε μέσω συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία και με

καθορισμένο τιμολόγιο είτε κατευθείαν από τους ασφαλισμένους, οι οποίοι συχνά προτιμούν τη λύση του ιδιώτη. Η αμοιβή στις περιπτώσεις αυτές είναι κατά πράξη και με τιμές που διαμορφώνει ελεύθερα η αγορά. Οι μεγαλύτερες «διαρροές» ασθενών ασφαλισμένων προς τον ιδιωτικό τομέα, το κόστος των οποίων επωμίζεται εξ' ολοκλήρου ο ασθενής είναι κυρίως για υπηρεσίες παιδιάτρων, γυναικολόγων και οδοντιάτρων.

3.1.2 Τάσεις δαπανών

Δώστε μια εκτίμηση όσον αφορά τις τάσεις στο κόστος και στην απαιτούμενη χρηματοδότηση. Πως μπορεί αυτό να συνδυαστεί με άλλους στόχους της πολιτικής, π.χ. τις βιώσιμες δημόσιες δαπάνες ενόψει της γήρανσης του πληθυσμού;

Οι δαπάνες υγείας στο δημόσιο τομέα (ΕΣΥ και πολυϊατρεία ΙΚΑ) διαμορφώνονται κυρίως από τον αριθμό και βέβαια τους μισθούς των εργαζομένων και ιδιαίτερα των γιατρών. Η σφικτή εισοδηματική πολιτική της κυβέρνησης τα τελευταία χρόνια δεν επέτρεψε σημαντικές αυξήσεις στους μισθούς. Όμως οι συνεχείς και πιεστικές ανάγκες στελέχωσης νέων νοσοκομείων και ειδικών μονάδων (ΜΕΘ, ΜΑΦ, Τεχνητού Νεφρού κλπ), οδηγούν σε μια συνεχή αύξηση του προσωπικού υγείας. Επιπλέον, σημαντικοί παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας στη χώρα μας είναι η πολυφαρμακία σε συνδυασμό με την ανεξέλεγκτη διάχυση και χρήση της τεχνολογίας υψηλού κόστους στο σύστημα.

Από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας βλέπουμε ότι η εξέλιξη του **δείκτη τιμών υπηρεσιών υγείας** συμβαδίζει με την εξέλιξη του **γενικού δείκτη τιμών καταναλωτή**. Με έτος βάσης το 1994 (1994 = 100) ο δείκτης τιμών υπηρεσιών υγείας το 1999 ανήλθε στο 134,2 ενώ ο γενικός δείκτης τιμών καταναλωτή στο 133,7. Με εξαίρεση το δείκτη τιμών φαρμάκων και φαρμακευτικών προϊόντων, όπου την περίοδο 1994 - 99 σημειώνει πτώση, στις υπόλοιπες κατηγορίες ιατρικών υπηρεσιών οι σχετικοί δείκτες παρουσιάζουν αύξηση. Για την εκτίμηση της μελλοντικής πορείας των δαπανών πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία ποσοτικής μεγέθυνσης αλλά και τεχνικού και διοικητικού εκσυγχρονισμού στη προσπάθεια κάλυψης των υφιστάμενων ελλείψεων. Ακόμα, η γήρανση του πληθυσμού, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και η διατήρηση παραγόντων όπως η πολυφαρμακία, η υπερβάλλουσα και συχνά αναίτια χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας, η προκλητή ζήτηση σε συνδυασμό με τον πληθωρισμό γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, αλλά και οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι αυξητικές τάσεις πρόκειται να συνεχισθούν και στα επόμενα χρόνια.

Το Υπουργείο Οικονομικών και Οικονομίας κατέθεσε το έτος 2001 στην Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής (Economic Policy Committee) προβολές που αφορούν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, αν υποθεθεί ότι: α) οι ρυθμοί γονιμότητας παραμείνουν κάτω από τα απαιτούμενα για την ανανέωση του πληθυσμού ή για τη σταθεροποίηση της ηλικιακής δομής, β) ότι το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται και για τα δύο φύλα περίπου κατά ένα έτος τη δεκαετία και γ) ότι συνεχίζεται η εισροή μεταναστών, τότε αναμένεται αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία από 1,6 % έως 1,7% επί του ΑΕΠ μεταξύ των ετών 2000 και 2050. Ειδικότερα, αναμένεται αύξηση κατά 1,1% τόσο για την ηλικιακή ομάδα 65 -79 ετών όσο και για αυτή των 80 και άνω, ενώ για την ομάδα κάτω των 65 ετών αναμένεται μείωση κατά 0,5%. Σημειώνεται ότι αυτή η προβολή καλύπτει μόνο την νοσοκομειακή φροντίδα, δηλαδή αναφέρεται σε ένα ποσοστό δαπανών της τάξης του 4,8% του ΑΕΠ. Η επεξεργασία των προβολών για τις συντάξεις, την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα συνεχίζεται, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητά τους και να καλυφθεί το σύνολο των ζητούμενων παραμέτρων.

Τα περιθώρια εξοικονόμησης πόρων υπάρχουν και είναι μεγάλα για το υγειονομικό μας σύστημα. Η εξοικονόμηση μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τον εξορθολογισμό στη συνταγογράφηση και κατανάλωση φαρμάκων, τον καλύτερο έλεγχο διάχυσης στο σύστημα

και χρήσης της ακριβής βιοϊατρικής τεχνολογίας, τη διαφάνεια στις προμήθειες και βέβαια τον περιορισμό των καταστρατηγήσεων και της προκλητής ζήτησης, φαινόμενα που ενδημούν εκεί όπου η μέθοδος αμοιβής του γιατρού ή του εργαστηρίου είναι κατά πράξη.

3.1.3 Μηχανισμοί ελέγχου του κόστους

Περιγράψτε τους μηχανισμούς για τον έλεγχο των δαπανών:

- ο ρόλος των τελών ως μέσου για τον έλεγχο των δαπανών
- χρηματοοικονομικά κίνητρα/μηχανισμοί αγοράς για την εξασφάλιση του ελέγχου του κόστους κατά την παροχή
- μηχανισμοί για την ευαισθητοποίηση των ιατρικών και επαγγελματιών στον τομέα της υγείας ως προς το κόστος κατά την επιλογή μιας θεραπείας
- έλεγχος του κόστους των υλικών και των προϊόντων όπως τα φάρμακα
- ο ρόλος της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης των ασθενειών και ιδίως η προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής για τους ηλικιωμένους.

Είναι αρκετά δύσκολο να αναφερθούμε σε μέτρα που έχουν ληφθεί και μηχανισμούς που έχουν εγκατασταθεί για το έλεγχο του κόστους και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας, όπως ίσως θα μπορούσαμε να το κάνουμε για άλλα ανεπτυγμένα και «ώριμα» υγειονομικά συστήματα χωρών της Ε.Ε.. Και αυτό γιατί από τα μέσα της δεκαετίας του '70 έως τις αρχές τις δεκαετίας του '90 δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου τομέα υγείας. Η αύξηση των δαπανών που συνεπάγεται αυτή η επιλογή δεν συνδυάστηκε με την εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου του κόστους. Η ενδυνάμωση του δημόσιου τομέα υγείας με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ το 1983 και η ανάληψη εκ μέρους του κράτους κυρίαρχου ρόλου στον τομέα της παροχής αποτέλεσαν τους λόγους της αύξησης και όχι του περιορισμού των δαπανών υγείας.

Από την άλλη πλευρά η συνεχής **υπερπαραγωγή γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών**, δημιούργησε τα τελευταία χρόνια εκρηκτικές καταστάσεις στον ιδιωτικό τομέα, όπου οι δυνατότητες ελέγχων είναι ακόμη λιγότερες απ' ότι στο δημόσιο τομέα. Οι μεγάλες πιέσεις που ασκούνται προς τα ασφαλιστικά ταμεία για συμβάσεις με όσο το δυνατό μεγαλύτερο αριθμό γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακείων, πολύ μεγαλύτερο από εκείνο που υπαγορεύουν οι ανάγκες υγείας και η ελευθερία επιλογής του ασθενή, βοήθησαν σημαντικά στην υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας, όπως η χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας, και στην αύξηση των δαπανών. Για παράδειγμα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία όπως είναι ο ΟΠΑΔ και ο Οίκος Ναύτου είναι σήμερα συμβεβλημένοι με ένα αδικαιολόγητα μεγάλο αριθμό ιδιωτών γιατρών για την κάλυψη αναγκών εξωνοσοκομειακής φροντίδας των ασφαλισμένων τους. Είναι δε τεκμηριωμένο ότι ο αριθμός των συμβεβλημένων γιατρών συνδέεται θετικά με τη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Οι διοικητικές αδυναμίες των ασφαλιστικών ταμείων να ελέγξουν αποτελεσματικά τους συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς, όσον αφορά τουλάχιστον στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους, δημιούργησαν ευνοϊκές συνθήκες ανάπτυξης φαινομένων προκλητής ζήτησης και καταστρατηγήσεων.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια και τις συνθήκες, η απουσία μέτρων και παρεμβάσεων περιορισμού του κόστους στην **πλευρά της προσφοράς**, θα μπορούσε να είναι και δικαιολογημένη. Γιατί όταν οι περισσότερες χώρες έκλειναν νοσοκομεία εμείς έπρεπε να καλύψουμε το χαμένο έδαφος με την ανέγερση και λειτουργία νέων νοσοκομείων και κέντρων υγείας, καθώς και εξειδικευμένων τμημάτων, μονάδων και εργαστηρίων εξοπλισμένων με σύγχρονη και μαζί δαπανηρή τεχνολογία. Όσον αφορά την αγορά εργασίας στον τομέα της υγείας δεν λήφθηκε κανένα μέτρο για τον περιορισμό των γιατρών και οδοντιάτρων με αποτέλεσμα σήμερα η χώρα να διαθέτει υπερδιπλάσιους γιατρούς και οδοντιάτρους από όσους απαιτούνται. Επιπλέον, ο κατακερματισμός του συστήματος με τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία, την πληθώρα προμηθευτών αλλά και πηγών χρηματοδότησης

χωρίς συντονισμό και ουσιαστικούς ελέγχους ευνοούν καταστάσεις υπερκατανάλωσης, καταστρατηγήσεων, επικαλύψεων και σπατάλης, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια δεν μπορούμε να αναφερθούμε σε κάποια συγκροτημένη πολιτική συγκράτησης του κόστους και ελέγχου των δαπανών υγείας. Μπορούμε όμως να αναφερθούμε σε μεμονωμένα μέτρα που προέρχονται είτε από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είτε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, είτε και από τα ίδια τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και σε προσπάθειες που βρίσκονται σε εξέλιξη χωρίς ακόμη να έχουν αποδώσει ή μέτρα και παρεμβάσεις που βρίσκονται στο στάδιο της επεξεργασίας και του σχεδιασμού και εντάσσονται στη μεγάλη προσπάθεια της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Πιο συγκεκριμένα:

Από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που υπάγεται στο **Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων** έχει συσταθεί και εντός του 2002 θα στελεχωθεί και θα λειτουργήσει η **Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης** με κύριο έργο:

- την εποπτεία και το συντονισμό των ενεργειών για τον έλεγχο των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όλων των ασφαλιστικών φορέων και κλάδων υγείας.
- Τον έλεγχο όλων των υπηρεσιών υγείας που προς τους δικαιούχους
- Τον συντονισμό των ελέγχων για παροχές υγείας που απαιτείται έγκριση ελεγκτή γιατρού.
- Τον σχεδιασμό και την ανάθεση μηχανογραφικών εφαρμογών σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο για την παρακολούθηση της κατανάλωσης υπηρεσιών και γενικά παροχών υγείας.
- Τη συγκέντρωση και στατιστική επεξεργασία στοιχείων που έχουν σχέση με παροχές υγείας.

Επιπλέον επεκτείνονται μηχανογραφικές εφαρμογές σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία για την παρακολούθηση και τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Ακόμη γίνεται προσπάθεια για αλλαγή του τρόπου συμβάσεων των ασφαλιστικών ταμείων με φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, με την καθιέρωση ενιαίου τύπου σύμβασης, με συγκεκριμένα καθήκοντα και υποχρεώσεις.

Άλλα μέτρα που έχουν ληφθεί από τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία είναι:

- Στον **Οργανισμό Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)** υπάρχει η κατά 25% συμμετοχή των ασθενών στο κόστος για ακτινοδιαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις. Επιπλέον οι συμβεβλημένοι γιατροί ειδικοτήτων αποζημιώνονται με ένα συγκεκριμένο ποσό μηνιαίως, το οποίο διαμορφώνεται ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους δικαιούχων. Ο συνδυασμός αυτών των δύο μέτρων φαίνεται να λειτουργεί αποτελεσματικά, αποτρέποντας τους γιατρούς από φαινόμενα προκλητής ζήτησης και τους ασθενείς από συμπεριφορές υπερβάλλουσας ζήτησης και υπερκατανάλωσης. Δεν είναι τυχαίο το ότι ο ΟΑΕΕ έχει μια από τις χαμηλότερες κατά κεφαλή ετήσιες δαπάνες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σύγκριση με άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Να αναφέρουμε όμως εδώ ότι συμμετοχή του ασθενή στο κόστος μπορεί αν είναι ένα σχετικά εύκολο μέτρο στην εφαρμογή του, δημιουργεί όμως ανισότητες και πλήττει κατά κανόνα τα άτομα χαμηλού εισοδήματος και πρωτίστως τους συνταξιούχους και τους ηλικιωμένους, οι οποίοι είναι συνήθως χαμηλού εισοδήματος και υψηλής κατανάλωσης χρήστες.
- Το **ΙΚΑ** επίσης καταφέρει να διατηρεί τις δαπάνες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σχετικά χαμηλά επίπεδα, γιατί διαθέτει δικές του υπηρεσίες υγείας. Για τον έλεγχο της υπερκατανάλωσης ή της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών που προσφέρονται από συμβεβλημένα ακτινοδιαγνωστικά κέντρα και θεραπευτήρια έχει καθορίσει μηνιαίο πλαφόν για κάθε ένα από αυτά, το οποίο δεν μπορεί να ξεπεραστεί. Επίσης το ΙΚΑ μέσα από τακτικούς ελέγχους των ιατρικών προφίλ των γιατρών αποτρέπει φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης.

- Τέλος για τον έλεγχο της **φαρμακευτικής δαπάνης** έχει καθιερωθεί η κατά 25% συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των φαρμάκων, η οποία υπενθυμίζεται ότι είναι χαμηλότερη (10%) για τους συνταξιούχους δικαιούχους του ΕΚΑΣ και μηδενική για κάποιες κατηγορίες χρόνια πασχόντων. Επίσης θεσπίστηκε η υιοθέτηση ενιαίας για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία θετικής λίστας φαρμάκων, η τήρηση οδηγιών για τον αριθμό των εμβολαγίων ιδιοσκευάσματος ανά συνταγή καθώς και η υιοθέτηση σε ορισμένα νοσοκομεία της ατομικής ανά ασθενή συνταγής. Ακόμη εντός του 2002 ξεκινά η μηχανογράφηση όλων των συνταγών του ΙΚΑ καθώς και η μηχανογράφηση των εντολών μέσω των οποίων θα δημιουργείται το ιατρικό προφίλ όλων των γιατρών του ΙΚΑ.

Από το **Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας** τα μέτρα που μέχρι σήμερα έχουν ληφθεί αφορούν κυρίως την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων μέσα από τον διορισμό για πρώτη φορά σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία **Διοικητή – Μάνατζερ**. Η επιλογή των Διοικητών γίνεται με επαγγελματικά κριτήρια και με την ανάληψη των καθηκόντων του υπογράφει συμβόλαιο αποδοτικότητας με συγκεκριμένους στόχους μεταξύ των οποίων και ο έλεγχος του κόστους. Επιπλέον η ολοκλήρωση της **μηχανοργάνωσης** των νοσοκομείων και η εισαγωγή του **διπλογραφικού λογιστικού συστήματος**, μεγάλες παρεμβάσεις που βρίσκονται στο στάδιο της υλοποίησης προβλέπεται ότι θα επιτρέψουν την καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων και κατ' επέκταση των δαπανών των νοσοκομείων. Όσον αφορά τον τρόπο κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων και της νοσηλείας, έχει προβλεφθεί, πέραν του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου, η δυνατότητα αποζημίωσης βάσει του συνολικού ενοποιημένου νοσηλίου ανά διαγνωστική κατηγορία και η αμοιβή του νοσοκομείου για συγκεκριμένα σύνολα εξετάσεων κατόπιν συμφωνίας των Ασφαλιστικών Ταμείων με τα νοσοκομεία. Στόχος αυτών των ρυθμίσεων είναι η δημιουργία θετικών δημοσιονομικών επιπτώσεων και η προστασία των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, ο πρόσφατος νόμος για τις προμήθειες των νοσοκομείων θα περιορίσει φαινόμενα υπερκοστολόγησης και αδιαφάνειας, αλλά και ταχύτητα στην προμήθεια και την πληρωμή του προμηθευτή, στοιχεία που εφόσον περιοριστούν μπορούν να μειώσουν και το συνολικό κόστος των προμηθειών.

3.1.4 Προκλήσεις

Σκιαγραφείστε τις κύριες προκλήσεις όσον αφορούν τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η συνεχής και ανεξέλεγκτη τα τελευταία χρόνια αύξηση των δαπανών υγείας, και μάλιστα με ρυθμούς μεγαλύτερους από εκείνους της αύξησης του ΑΕΠ, είναι προφανές ότι θέτουν σε κίνδυνο όχι μόνο τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης που αποτελεί βασικό πυλώνα του ίδιου του κράτους πρόνοιας, αλλά και την ίδια την οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Γι' αυτό και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν δεν πρέπει να περιορίζονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αντίθετα απαιτούνται παρεμβάσεις και σε τομείς όπως είναι η αγορά εργασίας και η απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση, η οικονομία και και το φορολογικό σύστημα.

Στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης τα μέτρα που θα σχεδιαστούν και θα ληφθούν δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ή να περιορίζουν την κοινωνική αλληλεγγύη. Ίσως αυτή να είναι η ουσιαστικότερη πρόκληση για όλες τις χώρες της Ε.Ε.

Για την Ελλάδα οι προκλήσεις που συνδέονται με την χρηματοδότηση αλλά και κατ' επέκταση τη βιωσιμότητα του συστήματος είναι:

- Η λήψη μέτρων για τον έλεγχο του ιατρικού πληθωρισμού, φαινόμενο που έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις με δυσμενείς συνέπειες στις δαπάνες υγείας.

- Η αξιολόγηση και ο έλεγχος της εγκατάστασης, διάχυσης και χρήσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας, που ενοχοποιείται σε μεγάλο βαθμό για τη συνεχή αύξηση των δαπανών υγείας.
- Η λήψη μέτρων για την καταπολέμηση της πολυφαρμακίας.
- Η αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, μέσα στις οποίες θα ενσωματώνονται κίνητρα και μέτρα ελέγχου της ζήτησης για τον περιορισμό του κόστους.
- Ο καλύτερος συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης και οι αυστηρότεροι έλεγχοι που θα περιορίζουν φαινόμενα υπερκατανάλωσης, σπατάλης, επικαλύψεων και προκλητής ζήτησης.
- Η πλήρης μηχανοργάνωση των ταμείων υγείας και των νοσοκομείων και η τήρηση στοιχείων για κάθε γιατρό και κάθε κλινική σχετικά με τη συνταγογράφηση, τις παραπομπές, κλπ.
- Η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ, με οικογενειακό γιατρό σε ρόλο
- Η αναζήτηση λύσεων μέσα από την ενδυνάμωση του θεσμού της οικογένειας και την ενθάρρυνση του εθελοντισμού. Μέτρα προς αυτές τις δύο κατευθύνσεις «ανακουφίζουν» σημαντικά το δημόσιο σύστημα κοινωνικής προστασίας απελευθερώνοντας πολύτιμους πόρους, ανθρώπινους και οικονομικούς.
- Η μεγαλύτερη ισότητα του συστήματος, ιδιαίτερα απέναντι σε άτομα όπως είναι οι άποροι και οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι κατά κανόνα θίγονται από μέτρα εξορθολογισμού των δαπανών υγείας.

3.1.5 Προγραμματιζόμενες αλλαγές πολιτικής

Περιγράψτε κάθε προγραμματιζόμενη αλλαγή, ιδίως κάθε πρωτοβουλία που εστιάζεται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ηλικιωμένους.

Έχει ήδη αναφερθεί ότι δεν υπάρχει ξεχωριστή πολιτική υγείας που να αφορά μόνο τους ηλικιωμένους. Αντίθετα υπάρχουν επιμέρους δράσεις και πρωτοβουλίες που απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού με ειδικά προβλήματα υγείας, για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτούνται εξειδικευμένες υπηρεσίες. Αναφερόμαστε στα άτομα με ειδικές ανάγκες, στα άτομα που έχουν χρόνια προβλήματα και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, τα άτομα με ανίατα νοσήματα που βρίσκονται σε τελικό στάδιο κ.α. Για αυτά τα άτομα υπάρχουν ή βρίσκονται σε εξέλιξη προγράμματα και πρωτοβουλίες δημιουργίας δομών και υποδομών, για τα οποία υπάρχουν σχετικές λεπτομέρειες στα ερωτήματα που αφορούν την μακροχρόνια φροντίδα.

3.2 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.2.1 Δαπάνες και χρηματοδότηση

Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα, δώστε εκτιμήσεις του τρέχοντος κόστους λαμβάνοντας υπόψη κατά το δυνατό πληρέστερα τον αντίκτυπο στους διάφορους τομείς πολιτικής.

Περιγράψτε, όταν υπάρχουν, τους ειδικούς μηχανισμούς χρηματοδότησης της μακροχρόνιας φροντίδας (π.χ. στοχοθετημένες εισφορές κοινωνικής ασφάλισης).

Λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα της μακροχρόνιας φροντίδας, των ποικίλων και διαφορετικών φορέων και μορφών παροχής της, αλλά και της έλλειψης ικανοποιητικού ορισμού, κοινού και αποδεκτού σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, δεν είναι δυνατό να δοθεί εκτίμηση για το συνολικό ύψος των σχετικών δαπανών.

Σε κάθε περίπτωση επαναλαμβάνεται ότι μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας είναι άτυπης μορφής και παρέχεται από την οικογένεια, και οποιοδήποτε προσπάθεια αποτίμησης

του συνολικού κόστους δεν θα ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα εάν δεν συμπεριληφθεί και το κόστος της άτυπης φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αναλογία των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται σε φορείς που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα ή τους παρέχεται επίσημη φροντίδα στο σπίτι είναι πολύ μικρή.

Για την τυπική φροντίδα, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα, το σύστημα χρηματοδότησης είναι μικτού τύπου (κρατικός προϋπολογισμός - δημόσιοι πόροι, κοινωνική ασφάλιση, αλλά και ιδιωτικοί πόροι). Το ποσοστό χρηματοδοτικής κάλυψης από τις διάφορες πηγές διαφέρει ανάλογα με το εάν πρόκειται για κλειστή ή ανοικτή φροντίδα και ανάλογα με το νομικό καθεστώς του φορέα παροχής (δημοσίου δικαίου, ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα).

Ανακεφαλαιώνοντας:

- Οι δημόσιοι φορείς κλειστής φροντίδας χρηματοδοτούνται σε τακτική βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά πολύ μεγάλο ποσοστό και δευτερευόντως από νοσήλια που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Στους φορείς δημοσίου δικαίου κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή των ηλικιωμένων.
- Για τον Ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα, το κόστος καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (νοσήλια), αν και οι περισσότεροι φορείς χρηματοδοτούνται σημαντικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Για τον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό Τομέα, το κόστος καλύπτεται στην πλειοψηφία των φορέων από ιδιωτικούς πόρους.
- Για τη βοήθεια στο σπίτι που εφαρμόζει το Κράτος, το κόστος καλύπτεται από δημόσιους πόρους, ενώ για τη βοήθεια στο σπίτι που εφαρμόζουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί το κόστος καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση.
- Τα κρατικά επιδόματα καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα επιδόματα των ασφαλιστικών οργανισμών από την κοινωνική ασφάλιση

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχει ενιαίο κλειστό συμβατικό νοσήλιο ή κόστος νοσηλευτικής πράξης για το δημόσιο ή για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Καταβάλλονται προσπάθειες συναίνεσης για κοινό ύψος νοσηλίου, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης όπου σύντομα θα καθοριστεί ενιαίο νοσήλιο.

3.2.2 Μηχανισμοί ελέγχου κόστους

Ο ρόλος των τελών στον έλεγχο της ζήτησης για επίσημη φροντίδα.

Πώς να εξασφαλίσετε τη συνεκτίμηση του κόστους στο σχεδιασμό και την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας: υπάρχουν συγκριτικές εκτιμήσεις των διαφόρων προσεγγίσεων) ιδρυματικές/με βάση το σπίτι, επίσημες/άτυπες; Υπάρχουν μηχανισμοί ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και των αρμόδιων λήψης αποφάσεων (π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί) ως προς τα ζητήματα κόστους;

Υπάρχουν μηχανισμοί αξιολόγησης του κόστους της μακροχρόνιας φροντίδας και της υγειονομικής περίθαλψης κατά ολοκληρωμένο τρόπο.

Ο τομέας ελέγχου του κόστους δεν είναι ανεπτυγμένος και δεν υπάρχουν κατά ολοκληρωμένο τρόπο μηχανισμοί αξιολόγησης του κόστους της μακροχρόνιας φροντίδας.

Πάντως, όσον αφορά στον καθορισμό τελών για τον έλεγχο της ζήτησης για επίσημη φροντίδα, τα νοσήλια που έχουν καθιερωθεί είναι συμβατικά, διαφέρουν ανάμεσα στο δημόσιο και στους ασφαλιστικούς οργανισμούς, αλλά και ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και δεν ανταποκρίνονται στο τελικό κόστος της φροντίδας, σαν μία προσπάθεια ελέγχου του κόστους και περιορισμού των δαπανών.

Συμπληρωματικά, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης κατάρτισης προσωπικού τα τελευταία χρόνια υλοποιούνται διατομεακά προγράμματα κατάρτισης σε θέματα κόστους, για την καλύτερη σύνταξη του προϋπολογισμού και ελέγχου των δαπανών.

3.2.3 Προκλήσεις

Σκιαγραφείστε τις κύριες προκλήσεις όσον αφορά τη βιωσιμότητα των διατάξεων για τη μακροχρόνια φροντίδα.

Η δημογραφική γήρανση έχει θετικό αλλά και αρνητικό αντίκτυπο στις δημόσιες δαπάνες. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που ζουν ανεξάρτητοι χωρίς προβλήματα επιφέρει μείωση των δαπανών φροντίδας, αλλά η γενικότερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής και του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων επιφέρει αύξηση των δαπανών φροντίδας.

Η αξιολόγηση της κατάστασης των ηλικιωμένων, της νοσηρότητας, αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης με καλή υγεία και χωρίς ανάγκη φροντίδας είναι καθοριστικοί παράγοντες που διαμορφώνουν το κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας, αφού οι δαπάνες συγκεντρώνονται στα τελευταία έτη της ζωής. Η άνοδος του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας, άρα και στη μετατόπιση της ηλικίας κατά την οποία ένα άτομο χρειάζεται περίθαλψη και φροντίδα και στη μείωση των κινδύνων εξάρτησης των ηλικιωμένων και συμπερασματικά στη μείωση των συνολικών δαπανών φροντίδας. Όμως η μείωση αυτή θα πρέπει να συγκριθεί με την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών και του κόστους, λόγω της διόγκωσης του γηράσκοντος πληθυσμού.

Το όλο και μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων, δημιουργεί νέα ζήτηση για παροχή μακροχρόνιας φροντίδας. Οι παθήσεις που συνδέονται με την ηλικία και την εξάρτηση (παθολογική γήρανση) να μεν απαιτούν λιγότερη περίθαλψη με την καθαρά ιατρική έννοια, ταυτόχρονα όμως απαιτούν μεγαλύτερη περίθαλψη με την κοινωνικο-ιατρική έννοια, που σημαίνει μικρότερο σχετικά κόστος αλλά για πολύ μεγαλύτερο διάστημα. Από την άλλη μεριά, η άτυπη φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας και βασίζεται στην αλληλεγγύη, λόγω της αυξανόμενης αστάθειας των οικογενειακών δομών και του μικρότερου μεγέθους των οικογενειών, αποδυναμώνεται και δυσχεραίνει η παραμονή των ηλικιωμένων στο οικογενειακό περιβάλλον. Κατά συνέπεια αυξάνεται η ζήτηση τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας, όπως και ο χρόνος παροχής της.

Οι νέες συνθήκες ζήτησης, σε συνδυασμό με την επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο, αλλά και την παράμετρο της καθολικής πρόσβασης για αυτούς που έχουν ανάγκη, απαιτούν ένα αυξανόμενο επίπεδο χρηματοδότησης, προκειμένου να παρέχονται αποτελεσματικές, ποιοτικές υπηρεσίες. Η αύξηση της ζήτησης και του κόστους επιφέρει πολλαπλασιασμό των δαπανών, στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν τα δημοσιονομικά συστήματα, εκτός εάν αυξηθούν τα έσοδα ή εάν δεν ληφθούν μέτρα για το περιορισμό των δαπανών.

Η ζήτηση θα μπορούσε να περιοριστεί με επικέντρωση στη βελτίωση της υγείας και της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων, η οποία θα πρέπει να αρχίζει από νεώτερη ηλικία. Κυρίως όμως η ζήτηση μπορεί να περιοριστεί είτε με αύξηση των κοινωνικών ή φορολογικών εισφορών, είτε με αυξανόμενη συμμετοχή των αποδεκτών φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι ο ρυθμός εξέλιξης των δαπανών είναι μέσα στα επιτρεπτά όρια, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η ποιότητα και οι επιδόσεις του συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Μάλιστα, ορισμένες μορφές φροντίδας πρέπει να παρέχονται ανεξαρτήτως κόστους, στο πλαίσιο του κοινωνικού κράτους και της αποτελεσματικής παροχής φροντίδας στους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη. Ακόμη, ζητήματα ηθικής και βιοηθικής δυσχεραίνουν τη λήψη αποφάσεων με αποκλειστικό γνώμονα το κόστος ή το δημόσιο συμφέρον.

Τέλος, η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας θα πρέπει επίσης να ειπωθεί ως παράμετρος της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού, αλλά και του φορολογικού συστήματος, αφού μεγάλο μέρος των δαπανών της καλύπτεται από αυτά.

3.2.4 Προγραμματιζόμενες αλλαγές πολιτικής

Περιγράψτε κάθε προγραμματιζόμενη αλλαγή.

Η βιωσιμότητα της μακροχρόνιας φροντίδας είναι θέμα νέο και βρίσκεται σε συνεχή εξέταση γιατί συνδέεται με αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες ανάγκες. Με τη διαμόρφωση του Χάρτη Πρόνοιας και τη συνεχή επικαιροποίησή του θα έχουμε τους δείκτες που χρειαζόμαστε για το σωστό κοινωνικό μας σχεδιασμό και τις αλλαγές πολιτικής. Βασικός μας στόχος είναι η ανάπτυξη ενός σύγχρονου, αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Οι προγραμματιζόμενες αλλαγές για την αποτελεσματικότητα του δικτύου προϋποθέτουν:

- Τη δυνατότητα αναγνώρισης αναγκών και αξιολόγησης εφαρμοζόμενων προγραμμάτων.
- Τη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας και αυτοδιοίκησης.
- Τη συνεργασία όλων των αρμόδιων φορέων που εμπλέκονται σε αυτό.
- Την πρόληψη των προβλημάτων.