

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΤΥΠΟΣ ΚΑΙ Ε.Σ.Υ.

(Ανασκόπηση ημερησίου Τύπου Α΄ εξαμήνου 2003)

Φοιτήτριες: **Μοσχάτση Δήμητρα**
Τάκου Χριστίνα

Επιβλ. καθηγήτρια: **κ. Φ. Ομπέση**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 4 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 6 |
| α. Γενικά | 6 |
| β. Κόστος της υγείας για την ελληνική οικογένεια | 7 |
| γ. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης | 10 |
| δ. Η μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας..... | 14 |
| ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ | |
| ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. | 18 |
| A. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. | 18 |
| 1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. | 18 |
| α. Γενικά..... | 18 |
| β. Οικογενειακός γιατρός..... | 20 |
| γ. Κέντρα Υγείας..... | 21 |
| δ. Αγροτικά ιατρεία | 26 |
| ε. Απογευματινά ιατρεία | 28 |
| στ. Σταθμοί Α΄ Βοηθειών..... | 29 |
| ζ. Βοήθεια στο σπίτι..... | 30 |
| η. ΕΚΑΒ..... | 31 |
| 2. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ Ε.Σ.Υ. | 38 |
| α. Γενικά..... | 38 |
| β. Χρέη Νοσοκομείων προς τους προμηθευτές | 39 |
| γ. Τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.)..... | 40 |
| δ. Νοσοκομεία Αττικής, Θεσσαλονίκης και Περιφέρειας..... | 41 |
| ε. Μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) | 61 |
| 1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ | 63 |
| α. Διαγνωστικά Κέντρα..... | 63 |
| 2. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ | 65 |
| α. Ιδιωτικές κλινικές..... | 65 |
| ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ | |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. | 70 |
| A. ΙΑΤΡΟΙ | 70 |
| 1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ | 70 |

| | |
|--|------------|
| α. Οι συνέπειες της έλλειψης ιατρικού προσωπικού | 71 |
| β. Οι απεργιακές κινητοποιήσεις ιατρών | 73 |
| γ. Οι επικουρικοί γιατροί..... | 75 |
| 2. ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ..... | 76 |
| B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ | 81 |
| α. Εξαγγελίες προσλήψεων νοσηλευτικού προσωπικού..... | 81 |
| β. Ελλείψεις του τομέα Οικονομικών της Εθν. Σχολής Δημ. Υγείας..... | 82 |
| γ. Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών | 83 |
| Γ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ | 86 |
| ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ | |
| ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. | 87 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ | 100 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 103 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την παρούσα εργασία με τίτλο «Τύπος και Εθνικό Σύστημα Υγείας» θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε την κατάσταση του Ε.Σ.Υ. της χώρας μας κατά το διάστημα του Α΄ Εξαμήνου του έτους 2003, όπως αυτή απεικονίζεται σε σχετικά άρθρα του ημερήσιου τύπου, και συγκεκριμένα τεσσάρων εφημερίδων: «ΤΑ ΝΕΑ», «ΤΟ ΒΗΜΑ», «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» και «ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ».

Πριν ξεκινήσουμε τη διαδικασία συλλογής των σχετικών άρθρων των εφημερίδων καταρτίσαμε ένα πλάνο εργασίας και αποφασίσαμε ποια θα είναι η δομή της εργασίας μας οπότε και καταλήξαμε στο ακόλουθο σχήμα:

Στο πρώτο μέρος εξετάζουμε τα πεπραγμένα στις Υπηρεσίες Υγείας του Ε.Σ.Υ. (Δημόσιες και Ιδιωτικές).

Στο δεύτερο μέρος αναπτύσσουμε τις εξελίξεις που αφορούν στους Επαγγελματίες Υγείας του Ε.Σ.Υ. (γιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό).

Στο τρίτο μέρος ασχολούμαστε με τους χρήστες Υγείας του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι αν και δεν ανήκουν στο σύστημα υγείας είναι οι αποδέκτες των υπηρεσιών του. Γι' αυτό το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι χρήστες από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το σύστημα υγείας, κρίνει και τον βαθμό επιτυχίας του, δηλαδή αν εξυπηρετεί τους σκοπούς του.

Βάση αυτού του πλάνου, έγινε η επιλογή των άρθρων, η κατάταξη και η ανάπτυξή τους από τις εφημερίες (ΝΕΑ, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, ΒΗΜΑ). Και οι τέσσερις εφημερίδες διατίθενται και σε ηλεκτρονική μορφή. Έτσι η συλλογή των σχετικών άρθρων έγινε με τη χρήση του διαδικτύου, πληκτρολογώντας λέξεις – κλειδιά και εκτυπώνοντας εκείνα τα οποία αφορούσαν στο θέμα της εργασίας μας.

Ο αριθμός των άρθρων που συγκεντρώσαμε ήταν αρκετά μεγάλος. Μετά τη διαλογή των άρθρων, ακολούθησε η ταξινόμησή τους, βάση του αρχικού σχεδιασμού.

Συγκεντρώσαμε συνολικά 77 άρθρα. Τα περισσότερα άρθρα (27) είχαν δημοσιευτεί στην εφημερίδα τα «ΝΕΑ», ακολουθεί ο «ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ» με 25 άρθρα, η «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» με 19 άρθρα και τέλος το «ΒΗΜΑ» με 6 άρθρα.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζουμε τον συνολικό αριθμό των άρθρων κατά εφημερίδα. Θα έχουμε έτσι συγκριτικά στοιχεία για το πόσο ασχολήθηκε κάθε εφημερίδα με το σημαντικό θέμα του Συστήματος Υγείας στη χώρα μας, αλλά και σε ποιους τομείς επικεντρώθηκε η προσοχή τους τη συγκεκριμένη περίοδο.

| | Υπηρεσίες Υγείας | | | Επαγγελματίες Υγείας | | | Χρήστες Υγείας |
|-------------|------------------|-------------|---------------|----------------------|--------|--------------|----------------|
| | Αριθ. άρθρ. | Δημ. τομέας | Ιδιωτ. Τομέας | Ιατροί | Νοσηλ. | Παραϊ-ατρικό | |
| ΝΕΑ | 27 | 16 | 6 | 5 | - | - | 2 |
| ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ | 19 | 11 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ | 25 | 12 | 4 | 10 | 1 | | 2 |
| ΒΗΜΑ | 6 | 5 | - | - | 1 | | - |
| Σύνολο | 77 | 44 | 11 | 19 | 6 | 1 | 5 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

α. Γενικά

Πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η WHO για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σ' ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge).

Η παρατεταμένη κοινωνική κρίση, η αποτυχία του κράτους πρόνοιας να προσφέρει λύσεις στα νέα κοινωνικά προβλήματα, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, η συνεχής αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία, η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με την διεθνή οικονομική ύφεση οδήγησαν στην ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής υγείας στον ελληνικό χώρο και στην εφαρμογή στρατηγικών παραγωγικότερης και αποτελεσματικότερης χρήσης των ανθρώπων και υγιών πόρων. Εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών με ελεγχόμενο κόστος.

Οι ελλείψεις, οι αδυναμίες της πλήρους εφαρμογής του Ν. 1395/1983 που είχε ως βασικές αρχές ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης, με βασικούς στόχους, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο και την συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, τον ενιαίο προγραμματισμό, τη δυνατότερη κατανομή πόρων, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την καθιέρωση του

γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας, οδήγησαν την πολιτική υγείας στην Ελλάδα να παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα.

Αυτά αφορούν στην χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το Ε.Σ.Υ. από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το υπουργείο Υγείας.

Το Σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι άτυπες ιδιωτικές πλευρές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία.

Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9% του Α.Ε.Π. και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής¹.

β. Κόστος της υγείας για την ελληνική οικογένεια

- Τα αποκαλυπτικά πορίσματα έρευνας που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Ταξική η υγεία
- Το χάος στην κοινωνική ασφάλιση κοστίζει στις ελληνικές οικογένειες επτά δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο

Τη δεκαετία του '80 το τρωτό σημείο του Ε.Σ.Υ. ήταν η γεωγραφική άνιση κατανομή των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας. Πολλοί πίστευαν μεταξύ των οποίων και οι υπουργοί Υγείας, ότι ακόμα και ύστερα από 20 χρόνια, το ίδιο πρόβλημα θα ταλανίζει το σύστημα.

Και όμως, αλλού πάσχει η υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατης έρευνας οι Έλληνες πληρώνουν το χρόνο επτά δις ευρώ για υπηρεσίες υγείας, που υποτίθεται ότι παρέχονται δωρεάν από Ε.Σ.Υ.

¹ Κωνσταντοπούλου Α. Archive.gr — πολιτική υγείας στην Ελλάδα.

Παρ' όλα αυτά, οι οικογένειες με εισόδημα χαμηλότερο των 600 ευρώ το μήνα μένουν ουσιαστικά χωρίς κάλυψη σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Το 2,5% των ελληνικών νοικοκυριών, σε περίπτωση σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας, αναγκάζονται να ξοδέψουν περισσότερο από το μισό οικογενειακό προϋπολογισμό σε δαπάνες υγείας ζώντας στο εξής σε συνθήκες φτώχειας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το αντίστοιχο ποσοστό σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες δεν ξεπερνά το 0,5%.

Η προβληματική αυτή κατάσταση τροφοδοτείται και από τις «μαύρες τρύπες των Ταμείων», τα οποία σε πολλές περιπτώσεις διοχετεύουν στο Ε.Σ.Υ. αντί για τους ασφαλισμένους τους τα κεφάλαια του κλάδου Υγείας.

Ο πυρήνας του προβλήματος εντοπίζεται στην ανισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των προνομιούχων και μη, και στο βαθμό ανταπόκρισης των υπηρεσιών στις ανάγκες τους.

Εξαιτίας του ασφαλιστικού «χάους» που επικρατεί στη χώρα τα ελληνικά νοικοκυριά επιβαρύνονται με 7 δις ευρώ το χρόνο, ήτοι περίπου 2.000 ευρώ ανά οικογένεια.

Το αποτέλεσμα είναι ότι το ποσοστό της τάξης του 2,5% εξ αυτών υφίσταται καταστροφικές δαπάνες υγείας, πληρώνει δηλαδή για την υγεία πάνω από 54% του συνολικού εισοδήματός του, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε πτώχευση.

Αυτό αποδεικνύει η έρευνα με θέμα «Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό» που διεξήχθη το 2001 σε 5.000 νοικοκυριά απ' όλη την Ελλάδα, την οποία πραγματοποίησε το Τμήμα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ερευνητές: Ι. Κυριακόπουλος, Σουζάνα Γκρέγκορ, Χαράλαμπος Οικονόμου) σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Τα στοιχεία αυτά, θέτουν νέα βάση για μια νέα μελλοντική προσπάθεια μεταρρύθμισης του συστήματος, καθώς σ' αυτό που φαίνεται να υστερεί δεν είναι οι διοικητικές αλλαγές, αλλά η υιοθέτηση αποτελεσματικών πολιτικών

υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση επιχειρούνται τα τελευταία χρόνια μεταβολές στα εθνικά συστήματα υγείας χωρών όπως η Γερμανία, η Γαλλία, οι Σκανδιναβικές χώρες, ακόμη και η Μεγάλη Βρετανία.

Μεγάλες διαφορές σ' ότι αφορά στο εισόδημα μεταξύ διαφορετικών στρωμάτων του ελληνικού πληθυσμού γίνονται αντιληπτές εξαρχής από τα ποσοστά που εκφράζονται στο δείγμα του ατόμου που συμμετείχαν στην έρευνα.

- Το 24% των ερωτηθέντων δήλωσε ως μηνιαίο εισόδημα 440-800 ευρώ.
- Το 26% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι έχει εισόδημα 880-1467 ευρώ.
- Το 19% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι έχει εισόδημα 1467-2350 ευρώ.
- Το 91% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει το εισόδημά του ή δεν απάντησε.

Από την έρευνα, προκύπτει το εξής παράδοξο, το οποίο θέτει για άλλη μια φορά το θέμα της «μαύρης τρύπας» των ασφαλιστικών ταμείων, όπου η καταγραφή των δεδομένων δεν είναι πολλές φορές ορθή, η ενημέρωση του αρχείου είναι ελλιπής, ενώ η πολλαπλή ασφαλιστική κάλυψη ...ζει και βασιλεύει.

Ποιο είναι το θέμα;

Τη στιγμή που σύμφωνα με τους κοινωνικούς προϋπολογισμούς, ο αριθμός των ασφαλισμένων υπερκαλύπτει τον πληθυσμό της χώρας, από την έρευνα προκύπτει το ακριβώς αντίθετο. Φαίνεται ότι ένα σεβαστό ποσοστό του δείγματος να μην έχει ασφαλιστική κάλυψη.

Παράδειγμα: Σύμφωνα με τον κοινωνικό προϋπολογισμό του 2001, οι άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένοι στον κλάδο ασθένειας ανέρχονται σε 10.363.859 άτομα, χωρίς να περιλαμβάνονται σ' αυτά όσα άτομα υπάγονται για ασφάλιση στο ΔΗΜΟΣΙΟ. Ενώ ο πληθυσμός της χώρας σύμφωνα με την απογραφή του 1991 ανέρχεται σε 10.259.900 άτομα². (Ο απολογισμός της ΕΣΥΕ για το 1998 ανέρχεται σε 10.516.366 άτομα).

² Ανυπόγραφο, Ταξική η υγεία, Το ΒΗΜΑ, 26/1/2003.

Την ίδια στιγμή, το ποσοστό ανασφάλιστων μεταξύ των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, ανέρχεται σε 14% για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και 46% για την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σε άλλη έρευνα που διενήργησε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Προσωπικού Οργανισμού Κοινωνικής Πολιτικής (ΠΟΠΟΚΠ) μεταξύ υπαλλήλων των ασφαλιστικών Ταμείων προέκυψαν τα εξής³:

- Ο κάθε υπάλληλος πλήρωσε κατά μέσο όρο 470 ευρώ από τις προσωπικές του οικονομίες το έτος 2002, για την ατομική του υγειονομική περίθαλψη (ιατρική, φαρμακευτική, νοσοκομειακή κ.ά.).
- Η αντίστοιχη οικογενειακή δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη ήταν 1720 ευρώ.

Σε έρευνα που διενήργησε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Προσωπικού Οργανισμού Κοινωνικής Πολιτικής και παρουσιάστηκε στο πλαίσιο του συνεδρίου Ομοσπονδίας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μια ελληνική οικογένεια για κάθε 100 ευρώ εισόδημα δαπανά 7 ευρώ για υγειονομική περίθαλψη πέρα από τις εισφορές που πληρώνει στο ταμείο της.

γ. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης

Το 1/3 των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων κατασπαταλώνται από την τεχνητή ζήτηση και όχι από την ανάγκη κάλυψης των αναγκών των ασφαλισμένων, με αποτέλεσμα τα ταμεία να χάνουν πάνω από 1,2 δις ευρώ ετησίως.

Αποκαλύψεις με πληθώρα στοιχείων για μαύρη τρύπα της υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλιστικών ταμείων με τις τεράστιες δαπάνες αλλά και τη χαμηλή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, έγιναν κατά τη διάρκεια ημερίδας της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Προσωπικού Οργανισμού Κοινωνικής Πολιτικής (ΠΟΚΟΚΠ) για το Ασφαλιστικό.

³ Ανυπόγραφο, Το 25% του εισοδήματος για ... «δωρεάν» παιδεία – υγεία, Τα ΝΕΑ, 8/4/2003.



Γεωργάκης Η.

«1,2 δις € το χρόνο για πλαστές εξετάσεις», Τα ΝΕΑ, 10.4.03

Οι σχετικές καταγγελίες έγιναν παρουσία του υπουργού Εργασίας – Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Δ. Ρέππας, ο οποίος επισήμανε ότι ο τερματισμός της προκλητής ή της πλασματικής ζήτησης των υπηρεσιών υγείας περνά μέσα από τον συντονισμό και την κοινή δράση των ασφαλιστικών ταμείων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν από την εισήγηση του Προέδρου της ΠΟΠΟΚΠ κου Γ. Κουτρουμάνη, παρατηρείται αφαιμάξη των πόρων των Ταμείων, ενώ υπάρχει σοβαρό πρόβλημα με τον έλεγχο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.

Πλαστογραφίες. Οι λιγοστοί έλεγχοι που έγιναν στα ασφαλιστικά ταμεία έχουν οδηγήσει στα παρακάτω:

- Δανεισμός βιβλιαρίων σε συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα.
- Πλαστογραφίες σε συνταγές και παραπεμπτικά με άλλα στοιχεία στο απόκομμα και άλλα στο στέλεχος του βιβλιαρίου.
- Διασύνδεση γιατρών και κατεύθυνση των ασθενών σε συγκεκριμένα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα.

- Πολλαπλές εξετάσεις σ' όλα τα μέλη της οικογένειας, χορήγηση φαρμάκων που δεν δικαιολογούνται από την κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου κ.ά.
- Εξετάσεις που δεν γίνονται σε γνώση του γιατρού και του εργαστηρίου, ίσως και του ασφαλισμένου, και όμως αναγράφονται στο παραπεμπτικό και πληρώνονται από τα Ταμεία.
- Χρέωση στα ασφαλιστικά ταμεία από ιδιωτικές κλινικές, αλλά και από ορισμένα κρατικά νοσοκομεία, ημερών νοσηλείας περισσότερων των πραγματικών για ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κ.ά.

Ο πρόεδρος της ΠΟΠΟΚΠ επισήμανε ότι βρίσκεται σε εξέλιξη έρευνα κατά την οποία σε Ταμείο διαπιστώθηκε ότι ομάδα γιατρών του (αλλά και ιδιωτικών) διενεργούσε προληπτικό ιατρικό έλεγχο σε ομάδα των εργαζομένων, υποβάλλοντάς τους σε 3-4 μαγνητικές τομογραφίες του καθένα.

Αφαίμαξη πόρων. Έρευνα της Ομοσπονδίας σχετικά με την αφαίμαξη των πόρων των Ταμείων οδήγησε στο συμπέρασμα ότι με βάση τα στοιχεία των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων σημειώθηκε το διάστημα 1990-2002 αύξηση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη κατά 529% σε τρέχουσες τιμές ή κατά 142% σε σταθερές τιμές.

Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η αύξηση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη – ανέρχεται στο 744% σε τρέχουσες τιμές ενώ η φαρμακευτική περίθαλψη σημειώνει αύξηση κατά 538%.

Κατά τη διάρκεια ημερίδας που παρουσιάστηκε από την ΠΟΠΟΚΠ στις 9/3/2003 κάθε εργαζόμενος δαπανά για κάθε 100 €: 15 € για ασφάλιση (επικουρική, υγεία), 7 € δαπανώνται για περίθαλψη (από εισφορές).

Εξαγγελίες Ρέππα. Μιλώντας στην ίδια ημερίδα, ο υπουργός Εργασίας – Κοινωνικών Ασφαλίσεων κ. Δημ. Ρέππας εξήγγειλε την προετοιμασία της κοινοπραξίας ΙΚΑ – ΟΓΑ – ΟΑΕΕ – ΟΛΑΔ στον κλάδο Υγείας με στόχο την περιστολή της σπατάλης. Δεν θα υπάρχει περικοπή δαπανών αλλά περικοπή της τεχνητής ζήτησης⁴.

⁴ Γεωργιάκης Η, «1,2 δις € το χρόνο για πλαστές εξετάσεις», Τα ΝΕΑ, 10/4/2003.

Οι συνήθειες ... άρρωστοι

Περισσότεροι από τους μισούς Έλληνες (53,9%) εμφανίζονται πολύ έως πάρα πολύ δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες Υγείας της χώρας, όταν ερωτώνται σε έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το πώς ανταποκρίνεται το σύστημα Υγείας στις ανάγκες τους.

Βαθμό κάτω από τη βάση παίρνουν από τους πολίτες οι οργανωτικές και οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων. Οι ιατρικές υπηρεσίες αντιθέτως κρίνονται σε γενικές γραμμές ως αρκετά υψηλής ποιότητας. «Μετρίως» ικανοποιημένοι παρουσιάζονται οι Έλληνες σύμφωνα πάντα με τα ίδια στοιχεία σε ότι αφορά στο ιατρικό και νοσηλευτικό μέρος των προσφερομένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ ελάχιστα ικανοποιημένοι είναι και από το διοικητικό και διαχειριστικό κομμάτι.

Το αποτέλεσμα είναι ότι οι 7 στους 10 δηλώνουν διατεθειμένοι να πληρώσουν κάποιο πρόσθετο ποσό για τη βελτίωση της ποιότητας των λαμβανόμενων υπηρεσιών υγείας. Από αυτούς, το ¼ δέχεται να πληρώνει περισσότερα χρήματα στους γιατρούς, άλλο ¼ στους ασφαλιστικούς φορείς και οι υπόλοιποι είτε στον ιδιωτικό τομέα ή οπουδήποτε αλλού.

Στην πραγματικότητα κανείς δεν θα δεχτεί αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία καθώς το σύστημα δεν προσφέρει εδώ και πολύ καιρό καμία αξιοπιστία...

Τα στοιχεία της έρευνας που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας δείχνουν ότι οι περισσότεροι δυσαρεστημένοι, σε ότι αφορά την ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες τους, είναι και πάλι όσοι έχουν τα χαμηλότερα εισοδήματα (έως 880 €). Τα άτομα αυτά εκφράζουν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σε όλους τους τομείς που καθορίζουν την αποκλούμενη ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας (αξιοπρέπεια, αυτονομία, έγκαιρη προσοχή, εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, επικοινωνία, επιλογή, κοινωνική υποστήριξη, περιβάλλον).

Είναι χαρακτηριστικό ότι μόνο οι μισοί εξ αυτών κρίνουν ως καλή και πολύ καλή την παράμετρο της αξιοπρέπειας, τέσσερις στους δέκα την παράμε-

τρο της αυτονομίας και της έγκαιρης προσοχής ενώ μόνο λίγοι περισσότεροι από 30% την παράμετρο του περιβάλλοντος.

Σε όλες τις υπόλοιπες ομάδες σε ό,τι αφορά το εισόδημα (από 880-2.347 €) και άνω, η διαφορά στην ικανοποίηση σε όλους τους τομείς παρουσιάζει άνοδο της τάξης του 10%. Για παράδειγμα, στον σημαντικό τομέα της έγκαιρης προσοχής, έξι στους δέκα (6:10) από την ομάδα με εισόδημα 880-1467 € και επτά στους δέκα (7:10) από την ομάδα με εισόδημα 1467 ως 2.347 € μηνιαίως απάντησαν ότι η την κρίνουν καλή και πολύ καλή⁵.

δ. Η μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας

Ε.Σ.Υ. Η μεταρρύθμιση της μεταρρύθμισης

Η κυβέρνηση έλαβε το μήνυμα ότι το σύστημα βρίσκεται σε αδιέξοδο, συγκεντρώνοντας σε πολύ υψηλά ποσοστά τη δυσαρέσκεια των πολιτών.

Από το τέλμα επιχειρούν να βγάλουν την κυβέρνηση, το θέμα της υγείας, και μάλιστα, με επείγουσες διαδικασίες.

Η μεταρρύθμιση του προηγούμενου υπουργού Υγείας κ. Α. Παπαδόπουλου έχει αδρανήσει, το σύστημα βρίσκεται σε αδιέξοδο, συγκεντρώνοντας σε πολύ υψηλά ποσοστά τη δυσαρέσκεια των πολιτών. Στο τραπέζι των συζητήσεων έχουν τεθεί διάφορες προτάσεις για δομικές και λειτουργικές μεταβολές στο σύστημα υγείας καθώς και για αντικαταστάσεις στελεχών, εκκινώντας από τους προέδρους των ΠΕΣΥ και τους διοικητές των νοσοκομείων.

Αποφάσεις ωστόσο δεν έχουν ληφθεί εν όψει της συνεδρίασης της Διυπουργικής Επιτροπής για την Υγεία με θέμα την πρωτοβάθμια περίθαλψη στις 7 Φεβρουαρίου και τη σύγκληση του υπουργικού συμβουλίου όπου θα συζητηθεί το θέμα της υγείας στις 13 Φεβρουαρίου.

Ο υπουργός Υγείας κ. Στεφανής πάντως, αν και ουσιαστικά προανήγγειλε αλλαγές στη συνάντηση που είχε την περασμένη εβδομάδα με τους προέδρους των ΠΕΣΥ (την πρώτη από τότε που ανέλαβε καθήκοντα) δεν άφησε να διαφανούν οι προθέσεις του.

⁵ Ανυπόγραφο, Ταξική η υγεία, Το ΒΗΜΑ, 26/1/2003.

Το πρόβλημα που αντιμετωπίζει σήμερα το Ε.Σ.Υ. έχει δύο διαστάσεις: Η μία αφορά στα πραγματικά δεδομένα του συστήματος, η οποία όπως καταδείχτηκε από την έρευνα που διεξήγαγε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για λογαριασμό της (Π.Ο.Υ.), διαφέρει σημαντικά από αυτά που λαμβάνονται υπόψη σε όλες τις προσπάθειες μεταρρύθμισης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θέτουν νέες πολιτικές προτεραιότητες οι οποίες αντιμετωπίζονται κυρίως με πολιτικές αποφάσεις και όχι με διοικητικές μεταβολές στο σύστημα, καθώς ο πυρήνας του προβλήματος είναι οικονομικός και ασφαλιστικός.

«Είναι μάταιο να επιμείνουμε για 29^η χρονιά στην ίδια λογική, τη στιγμή που σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες έχει επιλεγεί άλλο μοντέλο για το σύστημα υγείας τους, επικεντρωμένο στο ποιος πληρώνει τις υπηρεσίες και όχι στο ποιος τις παράγει» παρατηρεί ένα μέλος της επιτροπής. Και μάλιστα, όταν, όπως δείχνουν τα στοιχεία, η κάθε οικογένεια συνεισφέρει 2000 € ως ιδιωτική δαπάνη υγείας και χαμηλά εισοδήματα μένουν στην ουσία χωρίς ασφάλιση.

Κατανομή πόρων. Την ίδια στιγμή η παράλληλη ασφάλιση, η μη τήρηση αρχείων και η κακή καταγραφή των στοιχείων των ασφαλισμένων δημιουργούν μαύρες τρύπες στα Ταμεία. Το ίδιο και οι ομάδες πίεσης εντός των τειχών του Ε.Σ.Υ., οι οποίες για να αντιμετωπίσουν άμεσα χρηματοδοτικά προβλήματα των υπηρεσιών τους (π.χ. χρέη) και για να αυξήσουν τον προϋπολογισμό για επενδύσεις σε κτήρια και εξοπλισμό, έχοντας συνείδηση ότι οι πόροι δεν είναι απεριόριστοι, προχώρησαν για μεγάλο διάστημα σε μια πρακτική αύξησης του προϋπολογισμού τους. Χρησιμοποίησαν δηλαδή κεφάλαιο από τον κλάδο υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) ήταν μια πρόταση του κ. Παπαδόπουλου για να οργανωθεί η κατάσταση εντός του Ε.Σ.Υ., οφέλη όμως για τους ασφαλισμένους μπορεί να προκύψουν άμεσα μέσα από προγραμματικές συμβάσεις μεταξύ των Ταμείων. Με συμφωνίες μεταξύ των Ταμείων του Υπουργείου Υγείας και, χωρίς να καταργείται η οικονομία των πρώτων, πιθανόν να επιχειρηθεί η αλλαγή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στη

συζήτηση επανέρχονται τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, πρόταση που είχε γίνει αρχικά από τον υπουργό κ. Γείτονα.

Με αυτά τα δεδομένα γίνεται φανερό ότι τα προβλήματα στην υγεία απαιτούν πολιτικές καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, με παράλληλη αναμόρφωση του φορολογικού και του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος, ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Πολιτική διάσταση. Η άλλη διάσταση του προβλήματος είναι τη δεκαετία του '80 και ως το 1993-94 η στάση του κόσμου απέναντι στην πολιτική υγείας του ΠΑΣΟΚ, όπως φαινόταν από τις δημοσκοπήσεις αλλά και από έρευνες συνδικαλιστικών οργανώσεων στο χώρο της υγείας (π.χ. ΠΟΕΔΗΝ) ήταν θετική σε ποσοστό που άγγιζε το 74%. Σήμερα, το 22% των πολιτών υιοθετεί τις προτάσεις της Ν.Δ. Έτσι το ΠΑΣΟΚ χάνει ένα σημαντικό πλεονέκτημα το οποίο είχε παραδοσιακά ως σοσιαλιστικό κόμμα. Πέραν αυτών, η υγεία αναμένεται να καταστεί κρίσιμο μέγεθος για τις προσεχείς πολιτικές εξελίξεις.

Από τις συσκέψεις φαίνεται να διαμορφώνονται τρεις τάσεις, η κάθε μία με τη δική της πρόταση, για το τι πρέπει να γίνει με το Σύστημα Υγείας.

→ Η μία πρόταση – τάση, η οποία συσπειρώνει ευρύτερες δυνάμεις στο χώρο της υγείας, όχι μόνο από το ΠΑΣΟΚ, προβλέπει εκλογίκευση της μεταρρύθμισης με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος και τολμηρές αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο όπου αυτό γίνεται εμπόδιο:

- μείωση των ΠΕΣΥ από 17 σε 13 σε συσχετισμό με αλλαγές στην περιφερειακή αυτοδιοίκηση
- επανακαθορισμό και ενίσχυση των αρμοδιοτήτων τους και προσδιορισμό των νοσοκομείων πανελλαδικής εμβέλειας, τα οποία θα υπαχθούν στην δικαιοδοσία της κυβέρνησης

→ Η άλλη πρόταση, η οποία επιχειρεί να διατηρήσει τις ισορροπίες, προβλέπει τη μεταφορά όσων αρμοδιοτήτων είναι συμβατές με το σημερινό νομικό καθεστώς, λειτουργία των ΠΕΣΥ προς τα νοσοκομεία

ώστε αυτά να κινούνται με μεγαλύτερη ευελιξία στην καθημερινή τους λειτουργία. Επίσης, αλλαγή των 9 από τους 17 προέδρους των ΠΕΣΥ.

- Η τρίτη πρόταση που ακούστηκε και υποστηρίζεται κυρίως από το περιβάλλον του Κ. Παπαδόπουλου, προβλέπει μικρές αλλαγές του ΠΕΣΥ, κυρίως σε ότι αφορά τη μεταφορά αρμοδιοτήτων στα νοσοκομεία και αλλαγή το πολύ τριών - τεσσάρων προέδρων των ΠΕΣΥ. Στην περίπτωση που τα πράγματα μείνουν ως έχουν, οι συνδικαλιστές του ΠΑΣΟΚ από το χώρο της υγείας προβλέπουν ότι η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας θα αφηθεί χωρίς πολιτική και κοινωνική στήριξη στις επεκτάσεις που θα δεχθεί. «Το καλύτερο που μπορεί να ελπίζει είναι η ανοχή», λένε.

Κρίσεις διοικητών. Αναταραχή υπάρχει και στους διοικητές του Νοσοκομείου καθώς πλησιάζει και το 18μηνο για να κριθούν. Οι περισσότεροι διοικητές ζητούν την τροποποίηση του νόμου που προβλέπει ότι η αξιολόγηση τους γίνεται από τους προέδρους των ΠΕΣΥ, διότι η πρακτική έδειξε ότι οι περισσότεροι πρόεδροι των ΠΕΣΥ δεν έβλεπαν θετικά τη δυναμική που επιχειρούσαν να αναπτύξουν οι διοικητές και τις επαφές τους απευθείας με το Υπουργείο Υγείας⁶.

⁶ Κρουστάλη Δ., - Τσώλη Θ., Ε.Σ.Υ.: Η μεταρρύθμιση της μεταρρύθμισης, Το ΒΗΜΑ, 26/1/2003.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Α. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

α. Γενικά

Το πρόβλημα των πολιτών με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αρχίζει ήδη πριν την είσοδό τους στα δημόσια νοσοκομεία. Δεν υπάρχει ίση πρόσβαση του πολίτη στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Όλα εξαρτώνται από το ταμείο στο οποίο είναι ασφαλισμένοι, ενώ θα έπρεπε όλοι να έχουν ίσες παροχές.

Η εικόνα που παρουσιάζουν σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία είναι κακή, η αναμονή πολύωρη για τους ασθενείς. Κι' αυτό γιατί δεν έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα ένα σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ώστε να μην πηγαίνουν όλα τα περιστατικά στα νοσοκομεία ανεξάρτητα με την σοβαρότητά τους.

Γι' αυτό και το Υπουργείο Υγείας επιχειρεί να ρίξει το βάρος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), προκειμένου να ανατρέψει το αρνητικό κλίμα που συνεχίζει να επικρατεί σ' ότι αφορά το έργο του.

Προτεραιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), έχει ζητήσει να δοθεί και ο ίδιος ο πρωθυπουργός κ. Σημίτης, από τον Υπουργό Υγείας κ. Στεφανή με στόχο να συμμαζευτούν τα πράγματα.

Έτσι στις αρχές Φεβρουαρίου ο υπουργός Υγείας θα κληθεί να παρουσιάσει το πιο αποτελεσματικό σχέδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Έτσι όπως προέκυψε από τις συζητήσεις της επταμελούς επιτροπής

που συνέστησε για το θέμα αυτό και η οποία θα κληθεί να παρουσιάσει το πόρισμά της.

Η επιτροπή ωστόσο δεν παρέδωσε ένα αλλά δύο πορίσματα στον κ. Στεφανή, μαρτυρώντας έτσι την αντιφατικότητα που επικρατεί σε όλα τα επίπεδα. Η πλειονότητα των μελών της επιτροπής ετάχθη υπέρ της εμπλοκής των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ώστε να υπάρχει διευρυμένη χρηματοδοτική βάση για την υλοποίηση των αλλαγών με κύρια τη δημιουργία δικτύων ενιαίας φροντίδας για τους πολίτες, στο πρότυπο άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Το βασικό σκεπτικό των μελών που συνέταξαν το πόρισμα ήταν ότι η κατάσταση των ασφαλιστικών ταμείων δεν επιτρέπει τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος καθώς κάτι τέτοιο θα προϋπέθετε μεγάλο χρόνο μετάβασης και ιλιγγιώδη ποσά (περίπου 3-4 δισεκατομμύρια €).

Συγχρόνως οι αλλαγές αυτές θα έπλητταν την ελεύθερη επιλογή των ασθενών ως προς τους γιατρούς τους και θα μετέβαλλαν ριζικά τις εργασιακές σχέσεις και το επίπεδο αμοιβών των γιατρών.

Η μειονότητα τάχθηκε υπέρ της υπαγωγής των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων σε ενιαίο σχήμα με στόχο τη δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΥΠ), ο οποίος αποτελούσε έναν από τους κεντρικούς άξονες της μεταρρύθμισης του κ. Αλέκου Παπαδόπουλου. Δεν απάντησε ωστόσο στο ερώτημα πως θα εξασφαλισθεί η χρηματοδότηση για ένα τέτοιο σχέδιο.

Αξίζει να σημειωθεί σε ότι αφορά το έργο του υπουργείου, βουλευτές αλλά και συνδικαλιστές της ΓΣΕΕ και της ΑΔΕΔΥ έχουν συνταχθεί με την πλειονότητα της Επιτροπής^{7, 8}.

⁷ Πατούλης Γ., «Το κομφούζιο των νοσοκομείων» ΤΑ ΝΕΑ, 15.01.03

⁸ Ανυπόγραφο, «Το κυβερνητικό πρόγραμμα... φροντίδα», ΒΗΜΑ, 26.01.03.

β. Οικογενειακός γιατρός

Σύμφωνα με τον καθηγητή Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, πρώην υπουργό Υγείας κ. Δημήτρη Κρεμαστινό, είναι απαραίτητος ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

Τα υπάρχοντα νοσοκομεία, ακόμη και τα καινούρια, είναι καταδικασμένα να υπολειπώνονται και τελικά να καταρρέουν υπό το βάρος των αρρώστων που καταφθάνουν απευθείας σ' αυτά.

Για να δουλέψει σωστά ένα σύστημα υγείας χρειάζεται τον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος θα αντιμετωπίζει τα βασικά προβλήματα των αρρώστων και θα τους παραπέμπει στο πλήρως εξοπλισμένο και στελεχωμένο κέντρο υγείας, όπου θα ανήκουν – και όχι απευθείας στα νοσοκομεία. Εάν δεν αντιμετωπισθεί αυτό το πρόβλημα, δεν υπάρχει ελπίδα να μειωθούν οι άρρωστοι στις λίστες αναμονής, να λειτουργήσει το Ε.Σ.Υ.

Το Δεκέμβριο του 1995 είχε κατατεθεί προς ψήφιση στη Βουλή ένας νόμος που προέβλεπε τη δημιουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, την αναβάθμιση των κέντρων υγείας από πλευράς ειδικοτήτων και προσωπικού και τη συγκρότηση ενιαίας πολιτικής των Ταμείων Υγείας απέναντι στο Ε.Σ.Υ. Τελικά, λόγω της παραίτησης του Ανδρέα Παπανδρέου, ο νόμος αυτός δεν προχώρησε.

Αυτά που προέβλεπε, όμως, ήταν ιδιαίτερος σημαντικά. Σήμερα, ο κύριος χρηματοδότης των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, τα οποία ουσιαστικά ασκούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μεγάλες πόλεις, είναι τα δημόσια ταμεία και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Αν συνεχιστεί αυτό, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα θα υποκαταστήσουν πλήρως τα κέντρα υγείας και εν μέρει τον οικογενειακό γιατρό, αλλά χωρίς τη δυνατότητα διασυνδέσεως με τα δημόσια νοσοκομεία, ώστε να γίνεται αναχαίτιση των αρρώστων και επίλυση των προβλημάτων τους. Έτσι στην πράξη βλέπουμε αρρώστους που έχουν κάνει όλες τις εξετάσεις στον ιδιωτικό τομέα να τις επαναλαμβάνουν στο δημόσιο νοσοκομείο.

Ουσιαστικό πρόβλημα επίσης είναι η έλλειψη συνεχούς και ενιαίας εκπαίδευσης στα νοσοκομεία, ώστε οι ασθενείς να εμπιστεύονται όποιον γιατρό τους εξετάζει, ακόμα και στο κέντρο υγείας. Δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη εκπαίδευση αυτή που παρέχεται τα Σαββατοκύριακα στα ξενοδοχεία με χρηματοδότηση από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Όταν, όμως, θα είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών και αυτών στα κέντρα ο επικεφαλής κάθε κλινικής των δημόσιων νοσοκομείων και μάλιστα σε ενιαίο πρόγραμμα μετεκπαίδευσης, τότε είναι βέβαιο ότι η επιστημονική ποιότητα των γιατρών θα είναι περίπου η ίδια και η εμπιστοσύνη του κόσμου ασφαλώς μεγαλύτερη⁹.

γ. Κέντρα Υγείας

Το σχέδιο νόμου «Βελτίωση και εσकुγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» και ο «Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας» (Π.Φ.Υ. & ΟΔΠΥ) αποτελείται κυρίως από δύο κεφάλαια και 22 άρθρα.

Προβλέπει την ένταξη των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) και τη δημιουργία Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) που θα συγκεντρώνει τους πόρους των κλάδων Υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και θα τους διοχετεύει στο Σύστημα Υγείας. Ειδικότερα:

Σε κάθε ΠΕΣΥ συγκροτείται αυτοτελές τμήμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το οποίο έχει αρμοδιότητα για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της περιφερειακής πολιτικής στον τομέα αυτόν.

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούνται από ένα κεντρικό πολυϊατρείο και αριθμό περιφερειακών ιατρείων και ιδρύονται με κοινές αποφάσεις των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του αντίστοιχου ΠΕΣΥ. Με όμοιες αποφάσεις τα Κέντρα Υγείας μπορούν να συγχωνεύονται, να καταργούνται ολικά ή μερικά, να επεκτείνονται ή να τροποποιούνται.

⁹ Τσουλέα Ρ., Κουκλάκη Δ., «Η ώρα των ευθυνών», ΤΑ ΝΕΑ, 19.06.03.

Τα Κέντρα Υγείας διακρίνονται ανάλογα με τον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης τους, στους εξής τύπους: Α΄ για πληθυσμό ευθύνης ως 15.000 κατοίκους, Β΄ για πληθυσμό ευθύνης 15.000 – 30.000 κατοίκους και Γ΄ για πληθυσμό ευθύνης 30.000 – 50.000 κατοίκους ή ανεξαρτήτως πληθυσμού, έναν τουλάχιστον νομό. Τα Κέντρα Υγείας τύπου Γ΄ χαρακτηρίζονται «αστικά».

Στα Κέντρα Υγείας τύπου Α΄ θα απασχολούνται 52 εργαζόμενοι, εκ των οποίων έξι θα είναι γενικοί ιατροί, δύο οδοντίατροι, δέκα νοσηλευτές και βοηθοί, δύο μαίες και τέσσερις τραυματιοφορείς.

Στα Κέντρα Υγείας τύπου Β΄ θα απασχολούνται περίπου εκατόν πέντε (105) εργαζόμενοι. Οι γενικοί ιατροί θα είναι οκτώ, οι παιδίατροι τρεις, οι παθολόγοι τέσσερις, οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους δέκα έξι.

Στα Κέντρα Υγείας τύπου Γ΄ θα απασχολούνται 167 εργαζόμενοι, εκ των οποίων δώδεκα θα είναι γενικοί γιατροί, έξι παθολόγοι, τέσσερις παιδίατροι και τρεις οι καρδιολόγοι, οι γενικοί χειρουργοί, οι ορθοπαιδικοί, οι γυναικολόγοι, οι ουρολόγοι, οι οφθαλμίατροι, οι ΩΡΛ και οι ακτινολόγοι. Επίσης θα απασχολούνται 27 νοσηλευτές και βοηθοί, 6 μαίες και 10 τραυματιοφορείς.

Σε όλα τα Κέντρα Υγείας οι άλλες ειδικότητες θα καλύπτονται από έναν ή δύο γιατρούς. Οι θέσεις του ιατρικού και λοιπού προσωπικού καλύπτονται σε πρώτη φάση με μετατάξεις, αποσπάσεις και μετακινήσεις γιατρών από τα νοσοκομεία ή άλλα Κέντρα Υγείας της περιφέρειας του ΠΕΣΥ.

Κάθε Κέντρο Υγείας συντάσσει δικό του προϋπολογισμό, τον οποίο υποβάλλει στη διοίκηση του ΠΕΣΥ προκειμένου να ενταχθεί στον ενιαίο προϋπολογισμό του.

Κάθε Κέντρο Υγείας διατηρεί αυτοτελές ταμείο με την πρόβλεψη στον προϋπολογισμό των ειδικών κωδικών αριθμών και τήρηση ειδικού λογαριασμού σε αναγνωρισμένη τράπεζα. Σκοπός του ταμείου είναι η άμεση αντιμετώπιση τρεχουσών ή εκτάκτων δαπανών συντήρησης και λειτουργίας κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής, καθώς και η έκτακτη προμήθεια μικρών

ποσοτήτων υγειονομικού υλικού. Στο ταμείο περιέχονται και τα έσοδα από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μη δικαιούχους του ΟΔΙΠΥ ηλικίας άνω των 18 ετών.

Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν πέντε ημέρες την εβδομάδα, δέκα-τέσσερις ώρες καθημερινά και εφημερεύουν τις υπόλοιπες μέρες και ώρες.

Σε έκτακτες ανάγκες κάθε γιατρός του Κέντρου Υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από το διευθυντή.

Στα Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.

Το έργο γιατρών και οδοντιάτρων των Κέντρων Υγείας και των άλλων μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αξιολογείται συστηματικά ως προς την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά του.

Με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας Πρόνοιας καθορίζονται ειδικά επιστημονικά ή οικονομικά κίνητρα.

Από 1-1-2003 καταργούνται οι μονάδες παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των πέντε ασφαλιστικών οργανισμών που θα μετέχουν στο ΟΔΙΠΥ (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΔΕΕ, Οίκος Ναύτη) και μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες του οικείου ΠΕΣΥ. Το δικαίωμα χρήσης της κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής, μαζί με τα αναλώσιμα υλικά των μονάδων περιέρχεται στα ΠΕΣΥ. Η κυριότητα των κτιριακών ή άλλων υποδομών παραμένει στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Την ίδια ημερομηνία ξεκινά η λειτουργία των Αστικών Κέντρων Υγείας, η ανάπτυξη των οποίων βασίστηκε στη διαπίστωση των παραπάνω μονάδων.

Όμως παρά το παραπάνω σχέδιο νόμου τα περισσότερα Κέντρα Υγείας και περιφερειακά ιατρεία στο Αιγαίο και στο Ιόνιο λειτουργούν με σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό. Θέσεις για γιατρούς συγκεκριμένων ειδικοτήτων και νοσηλευτές προκηρύσσονται αλλά ελλείψει κινήτρων παραμένουν ακάλυπτες. Έτσι τα περισσότερα Κέντρα Υγείας και περιφερειακά Ιατρεία λειτουργούν με

σημαντικές ελλείψεις σε βασικές ιατρικές ειδικότητες, σε νοσηλευτές, τραυματιοφορείς και παραϊατρικό προσωπικό, αλλά και σε μηχανολογικό εξοπλισμό. Ακόμη όμως και σε αυτά που είναι εξοπλισμένα με ακτινολογικά μηχανήματα, καρδιογράφους και υπερήχους απουσιάζουν οι ειδικευμένοι γιατροί και τεχνικοί. Τη δε απουσία νοσηλευτικού προσωπικού καλούνται συχνά να καλύψουν οι ίδιοι οι γιατροί και την έλλειψη τραυματιοφορέων οι οδηγοί των ασθενοφόρων.

Ειδικότερα, Κέντρα Υγείας:

- **Κάρπαθος – Κάσος:** Με μόνιμους 7.000 κατοίκους λειτουργεί Κέντρο Υγείας (τα διεθνή στάνταρ μιλούν για 25.000 κατοίκους) με ιατρεία και προσωπικό 40 άτομα. Εξ αυτών επτά ιατροί με ειδικότητες και εννέα αγροτικοί. Υπάρχουν ακόμη μαία, τέσσερις νοσοκόμες, παρασκευαστριες, έξι οδηγοί ασθενοφόρων, δύο ασθενοφόρα, τρία εξοπλισμένα οδοντιατρεία του Ε.Σ.Υ. ακτινολογικό, αυτόματος βιοχημικός αναλυτής, ηλεκτρονικό σπειρόμετρο, υπέρηχος, καρδιογράφος, τέντα οξυγόνου παιδιατρική, σύνδεση τηλεϊατρική με το «Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών».
- **Σαντορίνη:** Το Κέντρο Υγείας του νησιού έχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Πρόσφατα η μονάδα απέκτησε παιδοχειρουργό, ενώ ακόμη αναμένεται ο διορισμός ορθοπεδικού και καρδιολόγου.
- **Τήνος:** Από το Κέντρο Υγείας Τήνου δεν λείπουν μόνο οι νοσηλευτές αλλά και πολλές βασικές ιατρικές ειδικότητες, όπως του καρδιολόγου, ορθοπεδικού, χειρουργού, γυναικολόγου, μικροβιολόγου. Το ακτινολογικό μηχάνημα δουλεύει μόνο με έναν χειριστή, ο οποίος τη θερινή περίοδο δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του νησιού.
- **Λειψοί:** Το πολυδύναμο Κέντρο Υγείας που έχει εξαγγελθεί έχει μείνει στα χαρτιά.
- **Μήλος:** Στο Κέντρο Υγείας Μήλου συμβαίνει το εξής πρωτότυπο: οι νοσηλευτές δεν είναι διορισμένοι και δεν αμείβονται από το Περιφερεια-

κό Σύστημα Υγείας Πρόνοιας Κυκλάδων, αλλά από τους ίδιους τους κατοίκους του νησιού. Επίσης παρ' ότι υπάρχουν τρία ασθενοφόρα, δεν υπάρχουν τραυματιοφορείς και τα χρέη τους εκτελούν οι οδηγοί των ασθενοφόρων. Οι δε γιατροί δεν είναι λίγες οι φορές που βάζουν από την τσέπη τους τα εισιτήρια του πλοίου της γραμμής για την μεταφορά ασθενών σε νοσοκομεία της Αθήνας. Ορισμένες φορές μάλιστα δεν εισπράττουν όλο το ποσό από το ΠΕΣΥΠ.

- **Ηράκλεια:** Στο Κέντρο Υγείας δεν υπάρχει νοσηλεύτρια.
- **Άνδρος:** Το Κέντρο Υγείας έχει μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό, ακτινολόγου, μικροβιολόγου. Διαθέτει μόνο δύο νοσηλευτές και πολλές βάρδιες καλύπτονται από τους αγροτικούς ιατρούς, ενώ το ακτινολογικό τμήμα και το μικροβιολογικό εργαστήριο λειτουργούν με έναν χειριστή και έναν παρασκευαστή.
- **Κέρκυρα:** Στο Κέντρο Υγείας Αγίου Μάρκου υπάρχουν παθολόγος, παιδίατρος, μικροβιολόγος, παρασκευάστρια, χειρίστρια ακτινολογικού μηχανήματος και νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν διαθέτει όμως ασθενοφόρο και σε περίπτωση ανάγκης καλείται ασθενοφόρο από το νοσοκομείο.

Στο Κέντρο Υγείας Λευκίμμης υπάρχουν ένας παθολόγος, δύο γιατροί γενικής ιατρικής, παιδίατρος, οδοντίατρος, παρασκευάστρια, χειριστής ακτινολογικού μηχανήματος και νοσηλευτικό προσωπικό. Το Κέντρο Υγείας διαθέτει ασθενοφόρο με δύο οδηγούς οι οποίοι πληρούν και χρέη τραυματιοφορέων και συνοδών νοσηλευτών.

Στο Κέντρο Υγείας Αγίου Αθανασίου υπάρχουν ένας παθολόγος, τρεις γιατροί γενικής ιατρικής, ένας οδοντίατρος, παρασκευάστρια και δύο νοσηλευτές. Το Κέντρο δεν διαθέτει ασθενοφόρο και εξυπηρετείται από το ΕΚΑΒ.

- **Παξοί:** Το Κέντρο Υγείας Παξών διαθέτει δύο ειδικούς παθολόγους, έναν αγροτικό ιατρό, μια νοσηλεύτρια και μία βοηθό, μια παρασκευάστρια και μια χειρίστρια φορητού μηχανήματος. Στο νησί υπάρχει ασθε-

νοφόρο. Σε περίπτωση έκτακτων περιστατικών, θα παρασχεθούν οι Πρώτες Βοήθειες στο Κέντρο Υγείας και στη συνέχεια ο ασθενής θα μεταφερθεί με ταχύπλοο στο πλησιέστερο νοσοκομείο, είτε στην Κέρκυρα, είτε στα Ιωάννινα.

- **Κεφαλλονιά:** Το Κέντρο Υγείας Σάμης διαθέτει έναν γενικό γιατρό, έναν παιδίατρο και έναν οδοντίατρο. Υπάρχει ακόμη μια παρασκευάστρια και νοσηλευτικό προσωπικό. Το Κέντρο διαθέτει ασθενοφόρο αλλά μόνο με οδηγό. Σε περίπτωση σοβαρού έκτακτου περιστατικού παρέχονται Πρώτες Βοήθειες στο νοσοκομείο στο Αργοστόλι και στη συνέχεια ο ασθενής μεταφέρεται με ασθενοφόρο, ελικόπτερο ή αεροπλάνο του ΕΚΑΒ στο νοσοκομείο του Ρίου ή στην Αθήνα.
- **Λευκάδα:** Στο Κέντρο Υγείας Βασιλικής υπάρχει μόνο ένας παθολόγος. Εδώ παρέχονται μόνο οι Πρώτες Βοήθειες και στην συνέχεια μεταφέρεται στο νοσοκομείο Λευκάδας.
- **Ιθάκη:** Στο Κέντρο Υγείας στο Βαθύ υπάρχει παθολόγος, παιδίατρος και καρδιολόγος. Ακόμη μια παρασκευάστρια και μια βοηθός ακτινολόγος. Το κέντρο διαθέτει ασθενοφόρο.

Επίσης, λόγω της Ολυμπιάδας αναβαθμίζονται τα Κέντρα Υγείας Καλυβίων, Ελληνικού, Κερατέας, Μαρκόπουλου, Ν. Μάκρης, Σπάτων^{10, 11}.

δ. Αγροτικά ιατρεία

Τα περιφερειακά ιατρεία στα νησιά του Αιγαίου επίσης λειτουργούν με σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό και σε μηχανολογικό εξοπλισμό.

Στην Ανάφη εκτός από την παντελή έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων (δεν υπάρχει καν καρδιογράφος). Ο γιατρός του νησιού δυσκολεύεται να αναλάβει οποιαδήποτε ευθύνη και να εκτελέσει ιατρικές πράξεις.

¹⁰ Φυντανίδου Ε., «Το νομοσχέδιο για το νέο Ε.Σ.Υ.», Το ΒΗΜΑ, 3.06.2003

¹¹ Γαλάνης Δ., –Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε. «Νησιά, η άγונה γραμμή υγείας», Το ΒΗΜΑ, 22.06.2003

Στην Αμοργό το περιφερειακό ιατρείο στελεχώνουν ένας παθολόγος και μια νοσηλεύτρια. Ακόμη, οι τέσσερις αγροτικοί ιατροί που υπάρχουν καλύπτουν τις ανάγκες τεσσάρων σημείων του νησιού: της Αιγιάλης, της Χώρας, της Αρκενσίνης και των Καταπόλων. Εκτός όμως από μια απλή διάγνωση τα ιατρεία του νησιού δεν έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν άλλες υπηρεσίες. Και παρ' ότι στο νησί σημειώνονται πολλά τροχαία ατυχήματα κυρίως τους καλοκαιρινούς μήνες, το ιατρείο δεν διαθέτει ακτινολογικό μηχάνημα και οι ασθενείς μεταφέρονται στη Νάξο.

Στην Ικαρία, κλίμα μεγάλης ανασφάλειας βιώνουν οι αγροτικοί ιατροί, οι οποίοι λόγω έλλειψης μηχανημάτων δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ούτε «απλά» περιστατικά.

Σε ορισμένα νησιά δεν υπάρχουν ούτε φαρμακεία. Στην Κίμωλο τα φάρμακα τα προμηθεύονται είτε από τον Πειραιά, είτε από τα γύρω νησιά, ενώ μετά τη λήξη της θητείας του αγροτικού ιατρού και την αντικατάστασή του από τον επόμενο δηλαδή για περίπου ένα μήνα δεν υπάρχει γιατρός.

Οι Λειψοί διαθέτουν ένα σχετικά οργανωμένο αγροτικό ιατρείο. Δεν διαθέτουν στοιχειώδη ιατρικό εξοπλισμό, ούτε σύνδεση μέσω τηλεϊατρικής με τα μεγάλα ιατρικά κέντρα της χώρας.

Στη Σίκινο το περιφερειακό ιατρείο ήταν επανδρωμένο με έναν αγροτικό ιατρό ο οποίος δεν μπορεί από μόνος του να κάνει θαύματα, ούτε να αναλάβει ευθύνες για τα επείγοντα περιστατικά όπως λένε οι κάτοικοι οι οποίοι αισθάνονται ότι βρίσκονται στο έλεος του Θεού^{12, 13, 14}.

Στη Φολέγανδρο στο περιφερειακό ιατρείο ασχολούνται ένας ειδικός γιατρός και μια νοσηλεύτρια, ενώ ελλείπει ακτινολογικού μηχανήματος για μια απλή ακτινογραφία χρειάζεται να σηκώνουν ...ολόκληρο ελικόπτερο.

¹² Καρανάτση Ε., «Οι νησιώτες ακόμη πιο ανασφαλείς», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 13.2.03.

¹³ Καρανάτση Ε., «Γιατροί χωρίς εξοπλισμό και φάρμακα», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 16.2.03.

¹⁴ Γαλάνης Δ. –Τσώλη Θ. –Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγונה γραμμή υγείας», Το ΒΗΜΑ 22.6.03.

ε. Απογευματινά ιατρεία

«Είναι πολύ νωρίς για να αξιολογήσουμε την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών» αναφερόταν στο ενημερωτικό υλικό του Υπουργείου Υγείας για τα ιδιωτικά ιατρεία στα δημόσια νοσοκομεία που δόθηκε στη δημοσιότητα μετά το Υπουργικό Συμβούλιο της 13.2.2003.

Η αξιολόγηση ήρθε από τον ίδιο τον πρωθυπουργό κ. Σημίτη εγκαινιάζοντας το πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης. «Τα απογευματινά ιατρεία μια νέα υπηρεσία του Ε.Σ.Υ., προχωρά με επιτυχία.

Μέσα στον πρώτο χρόνο περίπου 2.000.000 πολίτες επισκέφτηκαν τα απογευματινά ιατρεία – επισκέφτηκαν το γιατρό της επιλογής τους ή υποβλήθηκαν σε εργαστηριακές εξετάσεις στα δημόσια νοσοκομεία κατά τις απογευματινές ώρες.

Συνολικά τα νοσοκομεία όλης της χώρας εισέπραξαν περίπου 13.804.637 € (4,7 δις δρχ.) από τις επισκέψεις ασθενών στα απογευματινά ιατρεία. Από αυτό το ποσό τα 4.000.000 € ήταν κέρδος για τα νοσοκομεία.

Οι ασθενείς κλείνοντας ραντεβού εξετάστηκαν από τους γιατρούς της επιλογής τους χωρίς την ταλαιπωρία της αναμονής στις ουρές.

Έτσι για πρώτη φορά ελληνικά νοσοκομεία θα μπορούν να προχωρήσουν στην αγορά εξοπλισμού από πόρους που δεν προέρχονται από κονδύλια του προϋπολογισμού αλλά απευθείας από τους ασθενείς.

Στα νοσοκομεία της Λάρισας ο πρώτος χρόνος λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων συμπληρώθηκε με κέρδη που φθάνουν τα 360 εκ. δρχ. Τα κέρδη σύμφωνα με το νόμο θα χρησιμοποιηθούν για την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό των υποδομών των νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία, τριμελείς επιτροπές αποτελούμενες από τους διοικητές των νοσοκομείων και τους διευθυντές των διοικητικών ιατρικών υπηρεσιών θα αποφασίσουν που θα διατεθούν τα 260 εκατ. δρχ. του Πανεπιστημιακού και τα 100 εκατ. δρχ. του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Βέβαια, στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας το ποσό θα διατεθεί για τη βελτίωση των κτιριακών υποδομών όπως δήλωσε η διευθύντρια του Νοσοκομείου κ. Τζουβαρά¹⁵.

Από την πλευρά του ο Πρόεδρος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου κ. Νικ. Παπανικολάου δήλωσε πως τα χρήματα θα πρέπει να διατεθούν στις κλινικές που αποδείχθηκαν πιο «παραγωγικές» όπως την Ορθοπαιδική, Μαιευτική, Οφθαλμολογική, Νευροχειρουργική και Καρδιολογική ώστε να βελτιώσουν και να ανανεώσουν τον εξοπλισμό τους¹⁶.

στ. Σταθμοί Α΄ Βοηθειών

Σταθμοί Α΄ Βοηθειών θα εγκατασταθούν σε διάφορα σημεία του λεκανοπεδίου, τα οποία αποτελούν έργα που θα γίνουν στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Ειδικότερα στο πλαίσιο του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία 2004» υλοποιούνται και πρόκειται να ολοκληρωθούν:

Προμήθεια και εγκατάσταση 20 «μίνι» Σταθμών Α΄ Βοηθειών. Πρόκειται για προκατασκευασμένες αίθουσες συνολικού εμβαδού 35 τετραγωνικών μέτρων. Έχει ήδη κατακυρωθεί ο διαγωνισμός για την προμήθειά τους. Τα σημεία στα οποία θα εγκατασταθούν έχουν επιλεγεί με βάση την χωροταξική διάταξη των υπαρχουσών υποδομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και τα σημεία συγκέντρωσης μεγάλου πλήθους εξαιτίας των αθλητικών και πολιτιστικών εκδηλώσεων.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι «μίνι» σταθμοί Α΄ Βοηθειών θα εγκατασταθούν στο Σύνταγμα, στην Ακρόπολη, στο Ζάππειο, στο ΟΑΚΑ, στα Άνω Λιόσια, στο Άλσος Στρατού στο Γουδί, στο λιμάνι του Πειραιά, στο Σχοινιά, στο Παλαιό Φάληρο, στο Ελληνικό και στη Βουλιαγμένη. Το φθινόπωρο του 2003 εκτιμάται ότι θα αρχίσει η εγκατάστασή τους, αφού θα έχουν ληφθεί οι

¹⁵ Βουνάτσος Γ., «4,5 δισ. στα απογευματινά ιατρεία», Τα ΝΕΑ, 8.1.03.

¹⁶ Ανυπόγραφο, «Επιτυχία το χαράτσι», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 8.1.03.

απαραίτητες άδειες της πολεοδομίας και άδειες ηλεκτροδότησης και ύδρευσης¹⁷.

ζ. Βοήθεια στο σπίτι

Περισσότερους από 45.000 αβοήθητους υπερήλικες σε όλη τη χώρα κατέγραψε μέχρι σήμερα το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» που υλοποιούν εδώ και πέντε χρόνια τα υπουργεία Εσωτερικών, Υγείας & Πρόνοιας και η ΚΕΔΚΕ, σε διάφορους δήμους. Οι περισσότεροι ζουν στις μεγαλουπόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, κ.ά.), δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και άλλοι αδυνατούν να λύσουν συσσωρευμένα προβλήματα καθημερινής διαβίωσης.

Υπάρχουν λοιπόν πολλοί άνθρωποι που ζουν μονάχοι, ανήμποροι να φροντίσουν τον εαυτό τους ακόμη και για τις πολύ απλές ανάγκες τους.

Ένα χέρι βοήθειας σ' αυτούς τους ανθρώπους ανέλαβαν να προσφέρουν μικρές ομάδες που επισκέπτονται κάθε συνοικία, κάθε γειτονιά. Οι ομάδες αυτές είναι στελεχωμένες από έναν γιατρό παθολόγο ή καρδιολόγο, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, δύο νοσηλευτές, δύο ή τρεις οικογενειακούς βοηθούς και πλαισιωμένες από εθελοντές μέλη των ΚΑΠΗ και χτυπούν καθημερινά την πόρτα των μοναχικών γερόντων για να προσφέρουν τη βοήθεια που χρειάζονται μέσα στο δικό τους σπίτι.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει αρχικά την καταγραφή της ιατρικής και κοινωνικής κατάστασης των ηλικιωμένων οι οποίοι εντοπίζονται είτε από τις κοινωνικές υπηρεσίες των ΚΑΠΗ και των δήμων, είτε καθ' υπόδειξιν συγγενών, γειτόνων και της εκκλησίας. «Υπήρχαν ηλικιωμένοι που κατανάλωναν επί δύο χρόνια ακατάλληλα χάπια και αντί να βελτιώσουν την υγεία τους την επιβάρυναν σε επικίνδυνο βαθμό. Άλλοι έπασχαν από κατάθλιψη και μελαγχολία λόγω μοναξιάς, ενώ αρκετοί είναι εκείνοι που τους εγκαταλείπουν τα παιδιά τους. Κι αυτό είναι 'δείγμα του σημερινού μας πολιτισμού'» λέει ο δήμαρχος Συκεών κ. Σ. Δανιηλίδης, μέλος της επιτροπής παρακολούθησης του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».

¹⁷ Ανυπόγραφο, «20 'μίνι' Σταθμοί Α' Βοηθειών», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21.6.03.

Τα πρώτα προγράμματα εφαρμόστηκαν το 1997 από το Δήμο Συκεών Θεσσαλονίκης και εξαπλώθηκαν σε όλη τη χώρα. Σήμερα, 8000 ομάδες οργάνων τις συνοικίες και τις γειτονιές σε διάφορες πόλεις της χώρας. Η βοήθεια εξαρτάται από τις ανάγκες του καθένα. Οι γιατροί προσφέρουν την πρωτοβάθμια φροντίδα, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν τη θεραπευτική αγωγή (ενέσεις κ.λ.π.), οι κοινωνικοί λειτουργοί την ψυχολογική υποστήριξη, οι οικογενειακοί βοηθοί και οι εθελόντριες την ατομική τους υγιεινή, την καθαριότητα του σπιτιού, τα καθημερινά ψώνια, την εξόφληση των λογαριασμών ακόμη και τη συντροφιά. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους 500 ηλικιωμένους που στήριξε το πρόγραμμα στο Δήμο Συκεών οι 200 «στάθηκαν στα πόδια τους» και μπορούν πλέον να αυτοεξυπηρετηθούν.

Στόχος εξάλλου είναι η αποσυλοποίηση και η αποϊδρυματοποίηση, κρατώντας τους υπερήλικες μέσα στη γειτονιά, μέσα στην κοινωνία¹⁸.

η. ΕΚΑΒ

Η τρίτη τραγωδία με ελικόπτερο του ΕΚΑΒ σε δύο χρόνια εγείρει θέμα διαχείρισης των αεροδιακομιδών. Η πτώση του τρίτου ελικοπτέρου του ΕΚΑΒ στο Αιγαίο σε διάστημα 25 μηνών προκαλεί οργή και θλίψη μαζί με τα 14 θύματα μιας πρωτοφανούς για διεθνή αεροπορικά δεδομένα τραγωδίας. Το τρίτο ατύχημα συνέβη πάλι στο ΕΚΑΒ με τον ίδιο τύπο ελικοπτέρου, νύχτα όπως και τα δύο προηγούμενα στο πλαίσιο της ίδιας προβληματικής σύμβασης επιχειρησιακής εκμετάλλευσης από την Helitalia και στο ενδιαμέσο μιας ακόμη προβληματικής εποπτείας και διαχείρισης του ΕΚΑΒ από την ιταλική ENAL και την Υπηρεσία Πολιτικής Αεροπορίας.

Απαντες θεωρούν προβληματική τη διαχείριση πτήσεων του ΕΚΑΒ από την Helitalia και επικρίνουν εντονότατα την πολιτική ηγεσία, γιατί δεν έσπευσε από το δεύτερο ατύχημα να καταγγείλει την σύμβαση με την συγκεκριμένη εταιρία και να επανεξετάσει την καταλληλότητα του στόλου.

¹⁸ Μυρτσιώτη Γ., «Η βοήθεια στο σπίτι» σωτηρία για τους μοναχικούς γέροντες, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 25.1.03.

Πάντως η ίδια εταιρία Helitalia είχε δώσει αρνητική απάντηση σε αίτημα για αεροδιακομιδή ασθενούς από τη Σίκινο. Στο έγγραφό της που εστάλη 26.12.02 στο αγροτικό ιατρείο Σικίνου και κοινοποιήθηκε στο ΕΚΑΒ η εταιρία δεν παρέχει άδεια «για χρήση νύχτας» καθώς εκκρεμεί από την υπηρεσία πολιτικής αεροπορίας η υλοποίηση παρατηρήσεων που έχουν διατυπωθεί ή διαπιστωθεί από την Helitalia και έχουν γίνει αποδεκτές από τους αρμόδιους της υπηρεσίας πολιτικής αεροπορίας.

Μετά λοιπόν το ατύχημα αποφασίστηκε η αναστολή των νυχτερινών πτήσεων των ελικοπτέρων του ΕΚΑΒ και τη συνολική αλλαγή του συστήματος αεροδιακομιδών από τον προσεχή Οκτώβριο οπότε και λήγει η σύμβαση με την Helitalia ανακοίνωσε χθες ο Υπουργός Υγείας κ. Κ. Στεφανής. Όπως χαρακτηριστικά είπε οι υπηρεσίες παροχής υγείας του ΕΚΑΒ θα διαχωριστούν πλήρως από την ευθύνη διαχείρισης των πτητικών μέσων που θα ανατεθεί σ' άλλον φορέα. Μέχρι τότε η μεταφορά ασθενών θα ενισχυθεί με εναέρια και πλωτά μέσα τα οποία θα παρέχουν τα υπουργεία Εθνικής Άμυνας και Εμπορικής Ναυτιλίας.

Τα άτομα που επέβαιναν στο μοιραίο ελικόπτερο ήταν ένας νοσηλευτής, ένας χειρουργός γιατρός, ο κυβερνήτης και ο συγκυβερνήτης. Η 70χρονη γυναίκα για την οποία έγινε αυτή η πτήση νοσηλεύτηκε εκτός κινδύνου στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Σύρου. Πάντως ο γιατρός που αποφάσισε να ειδοποιήσει το ΕΚΑΒ για την διακομιδή έκρινε πως ήταν απαραίτητη καθώς η γυναίκα έπασχε από γαστρορραγία και υπήρχαν μόνο δύο φιάλες αίμα στο νησί και ήταν ορατός ο κίνδυνος χειρουργικής επέμβασης. Σ' αυτό συμφώνησε και η διοίκηση του νοσοκομείου Ικαρίας και σημείωσε ότι δεν είχαν γίνει στο παρελθόν άσκοπες διακομιδές ασθενών από το νησί.

Μια άλλη διάσταση της τραγωδίας της πτώσης του ελικοπτέρου του ΕΚΑΒ θίγει ο κ. Γ. Χιωτάκης δικηγόρος παρ' Αρείω Πάγω και πρώην βουλευτής Δωδεκανήσου: Στην Ικαρία, παρά το μικρό πληθυσμό της, ιδρύθηκε και λειτουργεί μικρό νοσοκομείο, στο οποίο θα μπορούσε ασφαλώς να νοσηλευτεί η ασθενής και να της παρασχεθεί εκεί η αναγκαία βοήθεια μέχρις ότου να μεταταχθεί με κανονικό μέσο. Δυστυχώς αυτό συμβαίνει όχι μόνο

στην Ικαρία αλλά και πολλά νησιά όπως η Ρόδος παρ' ότι διαθέτει πλήρως στελεχωμένο και εξοπλισμένο νοσοκομείο πολλοί ευθυνόφοβοι γιατροί ζητούν και επιτυγχάνουν την διακομιδή πολλών ασθενών στην Αθήνα. Χαρακτηριστικά τα 3-4 τελευταία χρόνια έγιναν μόνο από τη Ρόδο 961 αεροδιακομιδές στην Αθήνα. Πως λοιπόν να μην πέφτουν τα ελικόπτερα; Πολλές φορές η υγειονομική περίθαλψη υπάρχει και μόνο η υπερβολική ευθυνοφοβία ορισμένων γιατρών την καταστρέφει.

Και από τον πρόεδρο του ΕΚΑΒ κ. Χ. Ρέσσο, τίθεται το σοβαρό ζήτημα για την ορθολογική χρήση των μέσων του ΕΚΑΒ. «Εμείς προσπαθούμε να διαφυλάξουμε αυτό που ονομάζεται διακομιδή επειγόντων περιστατικών, ωστόσο αυτό δεν τηρείται από όλους τους καλούντες για αεροδιακομιδές. Άλλωστε υπάρχει ένα ποσοστό αεροδιακομιδών (κάθε χρόνο πραγματοποιούνται περίπου 2000-2500 χιλ. αεροδιακομιδές που δεν χρειάζονται να γίνουν διότι δεν αφορούν περιστατικά που θα χαρακτηρίζονται επείγοντα».

Το σύστημα εναέριων μέσων του ΕΚΑΒ σχεδιάστηκε το 2000 και προέβλεπε την αγορά πέντε ελικοπτέρων και δύο αεροσκαφών. Μέχρι σήμερα το θέμα των αεροσκαφών δεν έχει λυθεί και τα ελικόπτερα επιστρατεύονται ακόμη και για μακρινές αποστολές. Αυτά επισημαίνουν ειδικοί εμπειρογνώμονες εξηγώντας πως τα δύο αεροσκάφη που αρχικά επιλέχθηκαν δεν έχουν πετάξει ποτέ από τη στιγμή που παραλείφθηκαν από το ΕΚΑΒ γιατί ήταν ακατάλληλα αφού τα φορεία δεν χωρούσαν να περάσουν από τις πόρτες τους.

Την πτητική εκμετάλλευση και την τεχνική υποστήριξη των ελικοπτέρων έχουν αναλάβει ύστερα από διεθνή διαγωνισμό η εταιρία Helitalia και ο ιταλικός φορέας της.

Το ποσό με το οποίο κοστολογείται από την εταιρία Helitalia η συντήρηση των ελικοπτέρων του ΕΚΑΒ είναι 234,7 € συν 5,28 € για κάθε εργατοώρα που απαιτείται. Το κόστος πάντως είναι διαφορετικό και βέβαια υψηλότερο για τη μεγάλη συντήρηση των 3.000 ωρών.

Η τραγωδία της πτώσης του τρίτου ελικοπτέρου του ΕΚΑΒ στάθηκε αφορμή για δριμεία κριτική που άσκησαν τα κόμματα της αντιπολίτευσης.

Η κυβέρνηση οφείλει να προχωρήσει σε πλήρη αναδιοργάνωση του θεσμικού πλαισίου του ΕΚΑΒ και ιδιαίτερα των αεροδιακομιδών του, στη βάση των προτάσεων που έχει καταθέσει εδώ και πολύ καιρό η Ν.Δ. «Πρωταίτιο του νέου εγκλήματος» για την τρίτη κατά σειρά πτώση ελικοπτέρου μεταφοράς ασθενών θεωρεί το Κ.Κ.Ε. την «κυβερνητική πολιτική» και ζητά από το κράτος να αναλάβει την ευθύνη χρηματοδότησης και λειτουργίας ενός συστήματος αεροδιακομιδών και της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Έκθετη μπροστά σε τεράστιες ευθύνες χαρακτηρίζει την κυβέρνηση ο Συνασπισμός, τονίζοντας ότι οι αεροδιακομιδές του ΕΚΑΒ δεν μπορεί να είναι υπόθεση κέρδους για την Helitalia και ότι χρειάζεται να ενισχυθεί ο δημόσιος χαρακτήρας του ΕΚΑΒ.

Μετά την τελευταία τραγωδία με την πτώση του ελικοπτέρου του ΕΚΑΒ στην Ικαρία, το υπουργικό συμβούλιο αποφάσισε τη σύσταση Ενιαίου Φορέα Διαχείρισης και Ευθύνης των Πτητικών Μέσων. Ακόμη, έγινε γνωστό, ότι τον Ενιαίο Φορέα Πτητικών Μέσων είχε συστήσει τον περασμένο Νοέμβριο ο πρωθυπουργός κ. Σημίτης.

Το πλαίσιο του Ενιαίου Φορέα είναι υπό διαμόρφωση και από αυτή την άποψη εγείρονται ερωτήματα για το πώς τελικά θα διαμορφωθεί.

Όπως ανακοίνωσε ο Υπουργός Υγείας κ. Στεφανής θα υπάρξει σύσκεψη με τους υπουργούς Εθνικής Άμυνας, Εσωτερικών, Δημόσιας Τάξης, Ναυτιλίας, Μεταφορών, Υγείας & Πρόνοιας για τη δημιουργία αυτού του Φορέα. Ήδη τα ελικόπτερα του ΕΚΑΒ έχουν ακινητοποιηθεί.

Να πραγματοποιούνται ακροδιακομιδές ασθενών με την προϋπόθεση να εφαρμόζονται όλοι οι κανόνες ασφάλειας όπως καθορίζονται από την υπηρεσία πολιτικής αεροπορίας και όχι σύμφωνα με τον επιχειρησιακό σχεδιασμό των Ενόπλων Δυνάμεων, ζητά με απόφασή του το Σωματείο Ιατρών του ΕΚΑΒ μετά την ανακοίνωση της απόφασης της κυβέρνησης για προσωρινή ανάθεση της διενέργειας των ακροδιακομιδών από τους γιατρούς και διασώστες του ΕΚΑΒ με πτητικά μέσα των Ενόπλων Δυνάμεων. Ακόμη ζητούν άμεσο & πλήρη καθορισμό του θεσμικού πλαισίου που θα διέπει την

διαδικασία της διενέργειας των αεροδιακομιδών ασθενών στην χώρα μας, πρωτόκολλο ασφάλειας πτήσεων, ιατρικό πρωτόκολλο αεροδιακομιδής ασθενών και μηχανισμούς αξιολόγησής τους.

Πάντως, η οριστική λύση στο πρόβλημα μπορεί να δοθεί μόνο εάν ολόκληρος ο τομέας της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας με όλο τον απαραίτητο σύγχρονο εξοπλισμό σε προσωπικό, είναι στην ευθύνη χρηματοδότησης και λειτουργίας του κράτους.

Ταυτόχρονα, χρειάζεται η δημιουργία ενός σύγχρονου πραγματικά δημόσιου ΕΚΑΒ, αναπτυγμένου σε όλη τη χώρα που θα παρέχει αναβαθμισμένες, ασφαλείς και δωρεάν υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής σε όλους, όποτε τις χρειάζονται¹⁹.

Το πρόβλημα όμως του ΕΚΑΒ δεν σταματάει μόνο στις αεροδιακομιδές. Υπάρχουν πολλά προβλήματα και με τις διακομιδές ασθενών με τα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ²⁰.

Όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Κ. Υ. Αγίου Μάρκου (Κέρκυρα) το οποίο διαθέτει ασθενοφόρο και σε περίπτωση ανάγκης καλείται από το νοσοκομείο ασθενοφόρο. Το Κέντρο Υγείας Λευκίμμης (Κέρκυρα) διαθέτει ασθενοφόρο με δύο οδηγούς οι οποίοι πληρούν και χρέη τραυματιοφορέων και συνοδών νοσηλευτών. Το Κ.Υ. Παξών διαθέτει ασθενοφόρο. Σε περίπτωση όμως έκτακτων περιστατικών ο ασθενής θα μεταφερθεί με ταχύπλοο στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Το Κ.Υ. Σάμης (Κεφαλονιά) διαθέτει ασθενοφόρο αλλά μόνο με οδηγό²¹.

Ασθενοφόρα χωρίς γιατρούς έσπευσαν χθες το βράδυ να παραλάβουν τους τραυματίες και τα θύματα του τραγικού τροχαίου δυστυχήματος στα Τέμπη. Τα πρώτα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ της Λάρισας έφθασαν στον τόπο

¹⁹ Κουκλάκη Δ., «Ακατάλληλα αεροσκάφη στο ΕΚΑΒ», Τα ΝΕΑ, 12.2.03.

²⁰ Ανυπόγραφο, «Ασθενοφόρα χωρίς γιατρούς», Τα ΝΕΑ, 14.2.03.

²¹ «Η πτώση του ελικοπτέρου του ΕΚΑΒ», Τα ΝΕΑ, 15.2.03.

του δυστυχήματος σε λιγότερο από 15'. Η κυκλοφοριακή συμφόρηση όμως ήταν τόσο μεγάλη που κάποια έφτασαν ακόμη και μια ώρα μετά^{22, 23, 24}.

Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης δέκα-εννέα ασθενοφόρα προερχόμενα από το ΕΚΑΒ Λάρισας, Καρδίτσας, Κατερίνης, Τρικάλων και την Πολεμική Αεροπορία προσέτρεξαν σε βοήθεια. Από αυτά, τρία μόνο ήταν κινητές μονάδες που θα μπορούσαν να προσφέρουν άμεση βοήθεια ενώ τα υπόλοιπα δέκα-έξι ήταν χωρίς γιατρό²⁵.

Το ΕΚΑΒ της Λάρισας διαθέτει μόλις τρεις γιατρούς για να καλύψουν σε 24ωρη βάση όλο το Νομό με κινητές μονάδες. Όλα τα ασθενοφόρα όχι μόνο δεν έχουν γιατρό αλλά πολλές φορές ούτε καν συνοδό²⁶.

Επιπλέον, τα δέκα ασθενοφόρα που καλύπτουν την πόλη της Λάρισας επαρκούν μόνο για αστική διακομιδή. Όταν όμως προκύπτουν επείγοντα περιστατικά ή χρειασθεί να παραλάβουν ασθενείς από περιοχές εξήντα, εβδομήντα ή εκατό χιλιόμετρα, τότε η πόλη μένει ακάλυπτη²⁷.

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός τομέας όσον αφορά την υγειονομική κάλυψη των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, ήταν η επείγουσα ιατρική, φορέας της οποίας ήταν το ΕΚΑΒ. Ωστόσο σύμφωνα με τους εργαζόμενους του ΕΚΑΒ τα υπάρχοντα ασθενοφόρα μετά βίας κάλυπταν τις καθημερινές ανάγκες των πολιτών και μάλιστα τα περισσότερα από αυτά είχαν καλύψει έως και 2.000.000 χιλιόμετρα ενώ παράλληλα δεν πληρούσαν τις προδιαγραφές^{28, 29}.

²² Ανυπόγραφο, «Τα κόμματα ζητούν άμεση αναδιοργάνωση του ΕΚΑΒ», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12.2.03

²³ Λιάλιος Γ., «Θα προτιμούσα να ήμουν εγώ στη θέση τους», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12.2.03.

²⁴ Ανυπόγραφο, «Είχαν αρνηθεί διακομιδή», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12.2.03.

²⁵ Ανυπόγραφο, «Διαρκές έγκλημα στο ΕΚΑΒ», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12.2.03.

²⁶ Μπουλούτζα Π., «ΕΚΑΒ: Περιμένοντας τα 270 νέα ασθενοφόρα», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21.6.03.

²⁷ Μπουλούτζα Π., «Επιτέλους αλλαγές μετά τρεις πτώσεις», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21.6.03.

²⁸ Ανυπόγραφο, «Ενιαίος Φορέας χωρίς διαμορφωμένο πλαίσιο», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 18.2.03.

²⁹ Ανυπόγραφο, «Αναγκαιότητα το σύγχρονο και πραγματικά δημόσιο ΕΚΑΒ», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 18.2.03.

Το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία – 2004» προβλέπει την αγορά 270 ασθενοφόρων προκειμένου να καλυφθούν επαρκώς οι ανάγκες κατά τη διάρκεια των αγώνων. Αυτή τη στιγμή σύμφωνα με την Υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας είναι σε εξέλιξη ο διαγωνισμός για την αγορά ασθενοφόρων και η αγορά 25 κινητών μονάδων για το ΕΚΑΒ. Έχει όμως ολοκληρωθεί η αγορά 10 δίκυκλων μηχανών για την γρήγορη μεταφορά των γιατρών – διασωστών του ΕΚΑΒ. Όσον αφορά όμως την αγορά 5 ελικοπτέρων και 2 αεροπλάνων του ΕΚΑΒ τα οποία προέβλεπε το «Υγεία – 2004» δεν φαίνεται να πραγματοποιείται.

Τέλος μεγάλες αντιδράσεις προέβαλλαν οι εργαζόμενοι του ΕΚΑΒ για την πρόθεση της κυβέρνησης να προσλάβει προσωπικό με 18μηνη σύμβαση για να καλύψει τις ανάγκες των Ολυμπιακών Αγώνων. Το σχέδιο «Υγεία – 2004» προέβλεπε την πρόσληψη 2.500 ατόμων ενώ είχαν προκηρυχθεί 300 θέσεις για το 2002 και άλλες τόσες για το 2003³⁰.

³⁰ Ανυπόγραφο, «Αναγκαιότητα το σύγχρονο και πραγματικά δημόσιο ΕΚΑΒ», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 18.2.03.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ε.Σ.Υ.

α. Γενικά

Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα βασίζεται σε ξεπερασμένες αντιλήψεις και έχει γραφειοκρατικό χαρακτήρα. Το σύστημα δεν διαθέτει ιατρικά αρχεία ή δίκτυο ιατρικής πληροφόρησης, το οποίο να ενημερώνει για την κατανομή των υγειονομικών πόρων και για τα τελικά αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας.

Το Ε.Σ.Υ. που αποστολή έχει την προάσπιση της δημόσιας υγείας, έχει αδικηθεί πρωτίστως από το σύστημα. Αποτέλεσε κι αυτό μόνιμο πεδίο αντιπαράθεσης και άσκησης πολιτικών και κομματικών δυνάμεων. Υπουργοί πέταγαν στο καλάθι των αχρήστων έργο προκατόχων, σχεδιασμοί και δεσμεύσεις έμειναν στα συρτάρια, όπως και μηχανήματα στις αποθήκες, οι προμηθευτές μοίραζαν την τράπουλα, συνεχής απεργίες γιατρών και νοσηλευτών τρόμαζαν ασθενείς και οδοιπόρους.

Έτσι τίθεται το ερώτημα τι εμπόδιζε τόσες κυβερνήσεις να αποκαταστήσουν τη χαμένη τιμή του Ε.Σ.Υ. ώστε το έτος 2003 να μην υπάρχουν νοσοκομεία σε παμπάλαια κτίρια χωρίς τομογράφους, με ασθενείς στοιβαγμένους σε ακατάλληλα δωμάτια³¹.

Γι' αυτό, ο ιδιωτικός τομέας γιγαντώθηκε και κέρδισε τον πόλεμο χωρίς μάχη από το Ε.Σ.Υ. Αν τα δημόσια νοσοκομεία είχαν την υλικοτεχνική υποδομή των «πρωτοκλασάτων» ιδιωτικών, τα πράγματα θα ήταν πολύ διαφορετικά. Γιατί υπάρχουν πολλοί φιλότιμοι γιατροί, όχι «φίρμες» πιστοί στον όρκο τους, που δίνουν καθημερινά αγώνα στο πλάι του ανώνυμου ασθενούς, με λόγια ελπίδας στα χείλη και την τσέπη άδεια από φακελάκια³².

³¹ Λεονταρίδη Κ., «Ποιοι δεν θέλουν το Ε.Σ.Υ.», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 11.1.03.

³² Τσουλέα Ρ. – Κουκλάκη Δ., «Η ώρα των ευθυνών», ΤΑ ΝΕΑ 19.6.03

β. Χρέη Νοσοκομείων προς τους προμηθευτές

Τα 900 εκατομμύρια ευρώ έχουν φτάσει σύμφωνα με τους προμηθευτές τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων, σε φάρμακα και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Οι προμηθευτές απειλούν με διακοπή πίστωσης των νοσοκομείων με ότι αυτό συνεπάγεται για τους ασθενείς.

Οι εταιρίες αναφέρουν ότι οι καθυστερήσεις στην πληρωμή των νοσοκομείων φτάνουν στις 350 μέρες, με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος των εταιριών να αντιμετωπίζει πρόβλημα ρευστότητας.

Η απόφαση για διακοπή πίστωσης πάρθηκε σε κοινή συνεδρίαση που είχαν στις 5 Φλεβάρη 2003 στα γραφεία του συνδέσμου φαρμακευτικών εταιριών Ελλάδος (ΣΦΕΕ) οι εκπρόσωποι των φαρμακοβιομηχανιών και των προμηθευτών εμφυτεύσιμου ορθοπεδικού υλικού και υλικών τεχνητού νεφρού.

Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του συνεχώς αυξανόμενου χρέους των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές οι μάνατζερ αποφάσισαν να κάνουν περικοπές στις εφημερίες των εργαζομένων, στις εξετάσεις των ασθενών και σε άλλα έξοδα³³.

Είναι χαρακτηριστικό όμως ότι παρά τις δραστικές περικοπές που υποβαθμίζουν και άλλο την παροχή υπηρεσιών Υγείας, οι ανεξόφλητες υποχρεώσεις των νοσοκομείων της Θεσσαλίας προς τους προμηθευτές τους έφτασαν στο τέλος του 2002, στο ποσό των 71.287.006 € (24,3 δισ. δρχ. περίπου)³⁴.

Να σημειωθεί ότι αυτά τα τεράστια χρέη συσσωρεύτηκαν σε λιγότερο από δύο χρόνια, αφού το 2001 η κυβέρνηση είχε ψηφίσει νόμο, με βάση τον οποίο το κράτος κατέβαλε στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. όλες τις οφειλές τους προς τους προμηθευτές για φάρμακα, υγειονομικό και ορθοπεδικό υλικό και χημικούς αντιδραστήρες, συνολικού ύψους 355 δισ. δρχ.

³³ Ανυπόγραφο, «Απειλές για διακοπή πιστώσεων», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14.2.03.

³⁴ Ανυπόγραφο «Και πάλι τάματα Νασιώκα για αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ.», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 17.5.03

γ. Τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.)

Την άνοιξη αναμένεται να ξεκινήσει η λειτουργία των νέων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) στα νοσοκομεία, ενός θεσμού που στοχεύει στην καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και στον περιορισμό των «πλασματικά» επειγουσών εισαγωγών.

Στην αρχή επρόκειτο για ένα μεγάλο σχέδιο ριζικής αλλαγής στο σύστημα των εφημεριών, αφού όλα τα Τ.Ε.Π. θα εφημέρευαν κάθε μέρα σε 24ωρη βάση. Αργότερα όμως αποφασίστηκε να λειτουργούν όλο το 24ωρο μόνο τη μέρα της εφημερίας και τις υπόλοιπες σε πρωινό ωράριο.

Τον ασθενή θα υποδέχονται ειδικευμένοι γιατροί και νοσηλευτές και ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του θα τον κατευθύνουν. Οι απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις θα αντιμετωπίζονται αμέσως στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα, που είναι όμως σε σταθερή κατάσταση θα αντιμετωπίζονται σε θαλάμους εξέτασης. Η φιλοσοφία του νέου θεσμού είναι ότι ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται σχεδόν πάντα στο χώρο του Τ.Ε.Π., όπου παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες.

Για την στελέχωσή τους με ιατρικό προσωπικό, συστήνονται μια θέση διευθυντή ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας, παθολογίας, καρδιολογίας ή πνευμονολογίας και με εμπειρία στην επείγουσα ιατρική ή σε Μ.Ε.Θ. καθώς και μια θέση Επιμελητή Α΄ και μια θέση Επιμελητή Β΄ των προαναφερόμενων ειδικοτήτων (συν της Ορθοπαιδικής). Ο αριθμός των γιατρών προσαυξάνεται με προσωπικό άλλων τμημάτων του νοσοκομείου ώστε η ελάχιστη στελέχωση να είναι ένας διευθυντής, δύο επιμελητές Α΄ και τέσσερις επιμελητές Β΄.

Αν και τα Τ.Ε.Π. ήταν να λειτουργήσουν στο τέλος του 2001 και η εφαρμογή θα ξεκινούσε από 13 νοσοκομεία της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 200 κρεβάτια, η υπουργική απόφαση υπογράφηκε τον Ιανουάριο. Ο αρχικός σχεδιασμός προέβλεπε ότι το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» θα ήταν το πρώτο που θα αποκτούσε Τ.Ε.Π. Μόνο που οι εργασίες δεν έχουν ξεκινήσει

ακόμη. Σύμφωνα με την διοίκηση του νοσοκομείου έχει ολοκληρωθεί η σχετική μελέτη και αναμένεται να ξεκινήσει η εργολαβία. Στο Γενικό Κρατικό νοσοκομείο επίσης δεν έχουν ξεκινήσει οι εργασίες. Στο Κρατικό της Νίκαιας θα είναι έτοιμο στις αρχές του άλλου χρόνου. Το Ιπποκράτειο Αθηνών αργεί ακόμη. Δεν έχει ξεκινήσει καμία εργασία.

Πηγές του υπουργείου Υγείας αναφέρουν ότι ειδικά στην Αττική επειδή στα περισσότερα νοσοκομεία απαιτούνται παρεμβάσεις στα κτίρια, η δυσκολία είναι μεγαλύτερη. Αντίθετα στα καινούρια νοσοκομεία της περιφέρειας τα Τ.Ε.Π. είναι έτοιμα να λειτουργήσουν³⁵.

Ακόμη το υπουργείο προσπαθεί να λύσει το θέμα της στελέχωσης των Τ.Ε.Π. καθώς η υπουργική απόφαση προβλέπει διευθυντή το Ε.Σ.Υ για τα Τ.Ε.Π. κάτι που δεν μπορεί να γίνει στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Επίσης με γιατρούς και νοσηλευτές από το υπάρχον προσωπικό θα στελεχωθούν αρχικά τα Τ.Ε.Π. στα δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα όμως με το υπουργείο, οι περισσότεροι γιατροί δεν επιθυμούν να εργαστούν σ' αυτά τα τμήματα, γεγονός που δημιουργεί δυσκολίες για την ταχύτερη λειτουργία τους³⁶.

δ. Νοσοκομεία Αττικής, Θεσσαλονίκης και Περιφέρειας

Λαϊκό Νοσοκομείο. Τα ράντζα είναι το μεγάλο «αγκάθι» της εφημερίας στο Λαϊκό νοσοκομείο. Υπάρχουν ημέρες όπου όχι μόνο δεν υπάρχει κανένα άδειο κρεβάτι, αλλά τα ράντζα παραμένουν από την προηγούμενη εφημερία. Ο αριθμός 70 είναι πλέον συνηθισμένο για τα ράντζα της κάθε εφημερίας³⁷.

Η κατάσταση είναι απαράδεκτη και συνεχίζεται παρά τις δεσμεύσεις για βελτίωση. Το μόνο που βελτιώθηκε είναι η εξωτερική όψη του νοσοκο-

³⁵ Μπουλούτζα Π., «Την άνοιξη τα νέα «επείγοντα» νοσοκομείων», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18.1.03.

³⁶ Κουκλάκη Δ., «Επείγοντα χελώνες», Τα ΝΕΑ, 4.6.03.

³⁷ Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03.

μείου. Αλλά «απ' έξω βάνιμο και μέσα ράντζα» δεν λύνει το πρόβλημα, λέει ο πρόεδρος των εργαζομένων³⁸.

Ακόμη, στο Λαϊκό έχει πλήρως ανακαινιστεί το πρώτο χειρουργείο που περιλαμβάνει 7 αίθουσες. Αλλά λειτουργούν μόνο οι 3 αίθουσες, αφού για να ανοίξουν και οι υπόλοιπες απαιτούνται 15-20 άτομα προσωπικό ακόμα. Και η τέταρτη αίθουσα που λειτουργεί, ανήκει στα παλιά χειρουργεία, όπου οι συνθήκες κάθε άλλο παρά αξιοπρεπείς χαρακτηρίζονται, όπως αναφέρει ο καθηγητής χειρουργικής, κ. Αλκιβιάδης Κωστάκης.

Οι τρεις χειρουργικές αίθουσες είναι έτοιμες κτιριολογικά εδώ και τρία χρόνια. Όμως δεν υπάρχει εξοπλισμός, ούτε καν χειρουργικά τραπέζια. Παράλληλα, η έλλειψη προσωπικού κάνει αδύνατη τη λειτουργία των αιθουσών. Γι' αυτό αρκετά περιστατικά «λιμνάζουν» μέσα στο νοσοκομείο. Από την εισαγωγή τους μέχρι να χειρουργηθούν περνούν περισσότερες από δέκα ημέρες. Όμως η καθυστέρηση οφείλεται στο μεγάλο χρόνο αναμονής για τον προεγχειρητικό έλεγχο, στην έλλειψη υποστηρικτικών μονάδων μετά την εγχείρηση, αλλά και στην έλλειψη προσωπικού. Συνολικά, στο νοσοκομείο η έλλειψη προσωπικού φτάνει τα 120 άτομα.

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών. Το νοσοκομείο διαθέτει συνολικά 7 χειρουργικές αίθουσες και ισάριθμα τραπέζια. Λειτουργούν κανονικά μόνο τα τέσσερα. Ένα ακόμη ανοίγει μόνο τρεις φορές την εβδομάδα, καθώς δεν υπάρχει προσωπικό για να το λειτουργήσει όλες τις ημέρες. Οι δύο χειρουργικές αίθουσες μένουν κλειστές από το 1995. Η έλλειψη προσωπικού φτάνει το 35%, γεγονός που μειώνει την αποδοτικότητα των χειρουργείων και μεγαλώνει το χρόνο νοσηλείας των ασθενών, οι οποίοι περιμένουν να χειρουργηθούν³⁹.

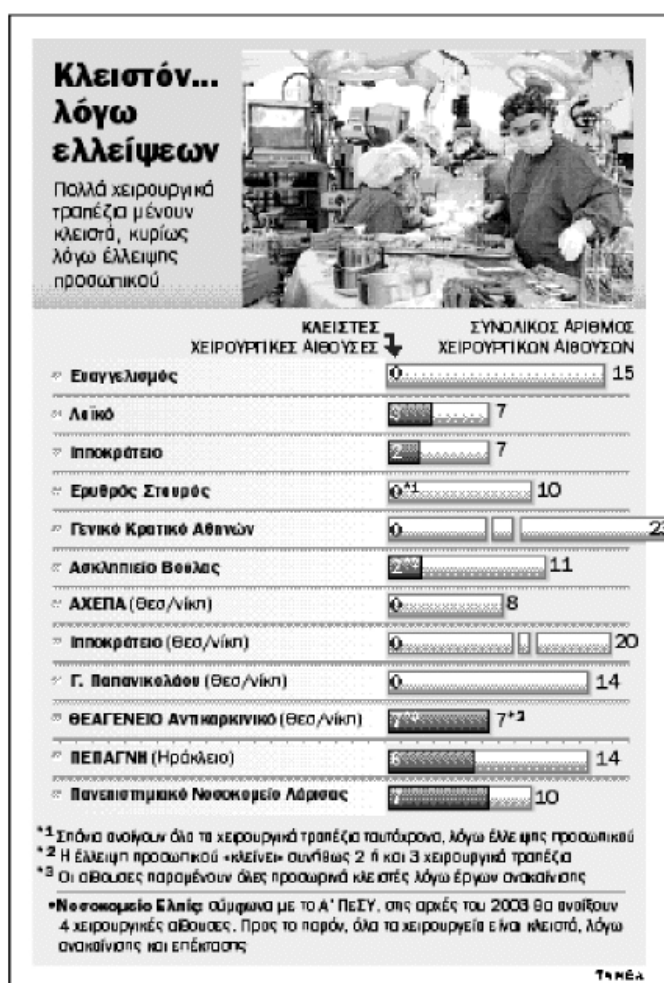
Νοσοκομείο Κ.Α.Τ. Το νοσοκομείο ανήκει στην μειονότητα των νοσοκομείων όπου τα χειρουργεία λειτουργούν και το απόγευμα. Πρόσφατα

³⁸ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

³⁹ Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03

μάλιστα άνοιξαν δύο χειρουργικές αίθουσες (μια στα χειρουργεία, όπου αντιμετωπίζονται μόνο τα τακτικά ορθοπεδικά περιστατικά και μια ακόμη στα χειρουργεία που αναλαμβάνουν όλα τα άλλα μαζί με τα επείγοντα. Όμως, δύο αίθουσες παραμένουν ακόμη κλειστές, οι οποίες όμως ήταν απαραίτητες καθώς η αναμονή εξακολουθεί να υπάρχει⁴⁰.

Η αναμονή για χειρουργείο συχνά ξεπερνά τον έναν μήνα. Για να μειωθεί σημαντική η λίστα αναμονής θα πρέπει κάθε τμήμα να έχει χειρουργείο τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα. Τώρα χειρουργούμε μόνο δύο ημέρες λέει ο χειρουργός κ. Γ. Κυρατζής⁴¹.



⁴⁰ Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03.

⁴¹ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03

Σύμφωνα με τον πρόεδρο της ΠΟΕΔΗΝ, ο οποίος εργάζεται στο Κ.Α.Τ., απαιτούνται περίπου 40 άτομα για να ανοίξουν οι αίθουσες που είναι κλειστές.

Ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζει το Κ.Α.Τ. στην γενική εφημερία είναι ότι υπάρχουν μόνο δύο ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι που πρέπει να εξυπηρετούν τα χειρουργεία αλλά και το τμήμα επειγόντων περιστατικών για να διασωληνώσουν ασθενείς. Και όλα αυτά την ώρα που το νοσοκομείο δέχεται 500 περιστατικά σε κάθε εφημερία, από τα οποία τα 120-130 παραμένουν για νοσηλεία.

Ακόμη, δύο ουρολόγοι είναι σε εφημερία ετοιμότητας (σ.σ. δεν μένουν στο νοσοκομείο αλλά τους καλούν όταν υπάρξει ανάγκη) μόνον έξι ημέρες τον μήνα. Τις υπόλοιπες 24, το Κ.Α.Τ. μένει ακάλυπτο από αυτήν την ειδικότητα. Τα χρήματα που λείπουν για την κάλυψη των εφημεριών υπολογίζονται σε 10.500 ευρώ το μήνα.

Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός. Αν και στο νοσοκομείο τα 10 χειρουργικά τραπέζια που υπάρχουν είναι όλα ανοιχτά, εντούτοις λόγω έλλειψης προσωπικού τα τραπέζια σπάνια είναι ταυτόχρονα ανοιχτά όλα, για τα προγραμματισμένα αναφέρει ο διευθυντής της Β΄ Χειρουργικής Κλινικής κ. Κ. Καραλιώτας⁴².

Ο Ερυθρός Σταυρός διαθέτει 12 ειδικευμένους αναισθησιολόγους, ενώ για τις ανάγκες του νοσοκομείου (σήμερα πραγματοποιούνται 10.500 επεμβάσεις ετησίως) χρειάζονται τουλάχιστον 20-22. Ανάλογα με την ειδικότητα μεγαλώνουν και οι λίστες αναμονής. Στην Ω.Ρ.Λ. για παράδειγμα, το διάστημα αναμονής αγγίζει τους πέντε μήνες, ενώ στις χειρουργικές κλινικές φτάνει τον έναν μήνα.

Τα προγραμματισμένα περιστατικά εισάγονται στο νοσοκομείο και μπορεί να χρειαστούν και 10 ή 15 ημέρες έως ότου χειρουργηθούν. Ο εργαστηριακός έλεγχος αργεί, ενώ συχνά δεν υπάρχουν κρεβάτια στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σημειώνει ο κ. Καραλιώτας, ο οποίος αναφέρει ότι

⁴² Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03.

υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα τακτικά χειρουργικά γίνονται και κάποια πρωινά όπου το νοσοκομείο έχει γενική εφημερία.

Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών. Σύμφωνα με τη διοίκηση σε κάθε εφημερία φτάνουν στο νοσοκομείο περισσότερα από 1.500 περιστατικά. Από αυτά τα 350 περίπου θα εισαχθούν για νοσηλεία. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχουν ισάριθμα κρεβάτια κενά, που είναι όμως τα μισά από τα 610 που λειτουργούν συνολικά στο νοσοκομείο. Τα ράντζα είναι αυτονόητο να υπάρχουν, ακόμη και 1-2 ημέρες μετά την εφημερία⁴³.

Ακόμη το νοσοκομείο διαθέτει 23 χειρουργικά τραπέζια, που λειτουργούν όλα. «Υποφέρουμε από έλλειψη τραυματιοφορέων. Η έλλειψη προσωπικού σε όλο το νοσοκομείο, συνεπώς και στο χειρουργικό τμήμα, αγγίζει το 30-40%» λέει ο διευθυντής της Α΄ Χειρουργικής κλινικής κ. Κ. Καλοκαιρινός και συμπληρώνει ότι «μεγάλο πρόβλημα είναι και η έλλειψη κρεβατιών. Στην κλινική μου έχουμε 20 αντί για 40 που χρειαζόμαστε».

Σύμφωνα με τον πρόεδρο των εργαζομένων κ. Α. Παπάζογλου η αναμονή για παράδειγμα στην ορθοπαιδική κλινική φτάνει και τον ενάμιση μήνα, ενώ η εσωτερική αναμονή των ασθενών κυμαίνεται από 3 ημέρες έως και μία εβδομάδα⁴⁴.

Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας. Το νοσοκομείο που εξυπηρετεί όλα τα νότια προάστια, διαθέτει 11 χειρουργικές αίθουσες. Σπάνια όμως λειτουργούν όλες. Ο λόγος είναι οι σοβαρές ελλείψεις προσωπικού. Αν κάποια άτομα του προσωπικού έχουν ρεπό, τότε τουλάχιστον δύο αίθουσες μένουν κλειστές. Από την πλευρά του ο διοικητής του νοσοκομείου υποστηρίζει ότι με την πρόσφατη πρόσληψη 50-60 ανθρώπων στο νοσηλευτικό προσωπικό, η κατάσταση είναι οριακή

Σύμφωνα με τον κ. Ζαχαρογιάννη, πρόεδρο των εργαζομένων, από τις νοσηλεύτριες που προσλήφθηκαν, οι 30 έφυγαν λόγω εγκυμοσύνης και άλλες

⁴³ Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03.

⁴⁴ Κουκλάκη Δ., Μανώλας Χ., «Εφημερίες δύο ταχυτήτων», Τα ΝΕΑ, 10.6.03.

10-12 αποσπάστηκαν σε άλλες θέσεις. Ο χειρουργικός τομέας έχει τουλάχιστον 110 άτομα έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Στο νοσοκομείο πραγματοποιούνται 160 προγραμματισμένα χειρουργεία την εβδομάδα, από τα οποία τα 70 είναι ορθοπεδικά (στις 7 ορθοπεδικές κλινικές). Στα ορθοπεδικά και τα ουρολογικά, η εξωνοσοκομειακή αναμονή δεν ξεπερνά τον έναν μήνα⁴⁵.

Νοσοκομείο Ευαγγελισμός. Εδώ λειτουργούν όλα τα χειρουργικά τραπέζια (14 και ένα ακόμη για μικροεπεμβάσεις που δεν απαιτούν την παρουσία αναισθησιολόγου), αλλά με ωράριο 8-2.30. Και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο κ. Λάζαρος Ιωσηφίδης, χειρουργός στον Ευαγγελισμό, από αυτές τις ώρες μόνο 2,5 περίπου είναι χειρουργικός χρόνος. Όλες οι άλλες σπαταλούνται για τη μετάβαση από το ένα περιστατικό στο άλλο⁴⁶.

Η καθυστέρηση από τη στιγμή που θα τελειώσει το ένα χειρουργείο μέχρι να ξεκινήσει το επόμενο είναι συχνά πολύ μεγάλη, ενώ δεν θα έπρεπε να ξεπερνά τα 15-20 λεπτά. Αν τα χειρουργεία λειτουργούσαν μέχρι τις 5-6 το απόγευμα, το πρόβλημα θα είχε λυθεί και το περιστατικό δεν θα συσσωρεύονταν. Μόνο που για να γίνει αυτό θα πρέπει να αυξηθεί και το προσωπικό που στελεχώνει τα χειρουργεία. Αυτή τη στιγμή, στο χειρουργείο εργάζονται 39 άτομα (νοσηλευτικό προσωπικό), ενώ θα έπρεπε να είναι τουλάχιστον 50.

Με αυτά τα ωράρια και αυτό το προσωπικό, η αναμονή για τα περισσότερα περιστατικά φτάνει συνήθως τις 20 ημέρες. Εκτός από τα καρδιοχειρουργικά. Εκεί οι ασθενείς περιμένουν έως και 3 μήνες. Και αυτό, γιατί σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας λειτουργεί ένα και μοναδικό χειρουργικό τραπέζι για επεμβάσεις καρδιάς. Σε αυτό πραγματοποιούνται κάθε χρόνο, περίπου 800 επεμβάσεις, σε ασθενείς που φτάνουν εκεί από όλη τη χώρα.

⁴⁵ Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03.

⁴⁶ Κουκλάκη Δ., Ρούτση Κ., «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11.1.03.

Όπως αναφέρει ο πρόεδρος του ΠΕΣΥ Αττικής, η αύξηση των χειρουργικών τραπεζιών είναι η βασική προτεραιότητα για τον Ευαγγελισμό.

Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ. Στο νοσοκομείο, μόλις τελειώσει ο μήνας, κανείς δεν γνωρίζει πότε εφημερεύει. Πριν από λίγες ημέρες παραιτήθηκε σύσσωμο το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και τώρα κανείς δεν μπορεί να εγκρίνει το πρόγραμμα εφημεριών.

Σύμφωνα με τους γιατρούς του νοσοκομείου, στο παθολογικό τομέα εφημερεύουν κάθε φορά 4 γιατροί. Αυτοί θα δουν 150-200 περιστατικά. Και στο ακτινολογικό, 10 απογεύματα το μήνα, δεν υπάρχει γιατρός για να κάνει υπερηχογραφήματα. Επιπλέον, στην αιμοδοσία δεν υπάρχει γιατρός κατά την εφημερία. Ένας γιατρός είναι σε ετοιμότητα και θα πρέπει να έρχεται στο νοσοκομείο κάθε φορά που προκύπτει ανάγκη⁴⁷.

Νοσοκομείο ΕΛΠΙΣ. Το νοσοκομείο είναι υπό ανακαίνιση και το καρδιολογικό που δέχεται μεγάλο μέρος από τα περιστατικά εφημερίας, εφημερεύει ως τις 2.30 το μεσημέρι. Στο κλείσιμο της εφημερίας υπάρχουν πολλά κενά κρεβάτια σε αντίθεση με άλλα νοσοκομεία. Αυτό συμβαίνει στις οκτώ από τις δέκα εφημερίες τον μήνα. Ο κόσμος στο νοσοκομείο είναι λιγοστός και οι ασθενείς τυχαίνουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης⁴⁸.

Όπως αναφέρει ο διοικητής του ΕΛΠΙΣ «έχουμε ζήτηση κατ' επανάληψη από το Ε.Κ.Α.Β. να διακομίζει περιστατικά στο νοσοκομείο. Όμως αυτό δεν γίνεται. Και μέχρι τις 2.30 μ.μ. που εφημερεύει το καρδιολογικό, από τα 30 κρεβάτια που διατίθενται ελάχιστα γεμίζουν».

Αττικό Νοσοκομείο. Το νέο Αττικό νοσοκομείο στο Χαϊδάρι, θα είναι τελικά πανεπιστημιακό, ανακοίνωσε ο υπουργός Υγείας κ. Στεφανής. Και πρόσθεσε, πως μέχρι τον ερχόμενο Ιούνιο θα έχουν λειτουργήσει οι κλινικές στον πρώτο και δεύτερο όροφο του νοσοκομείου⁴⁹.

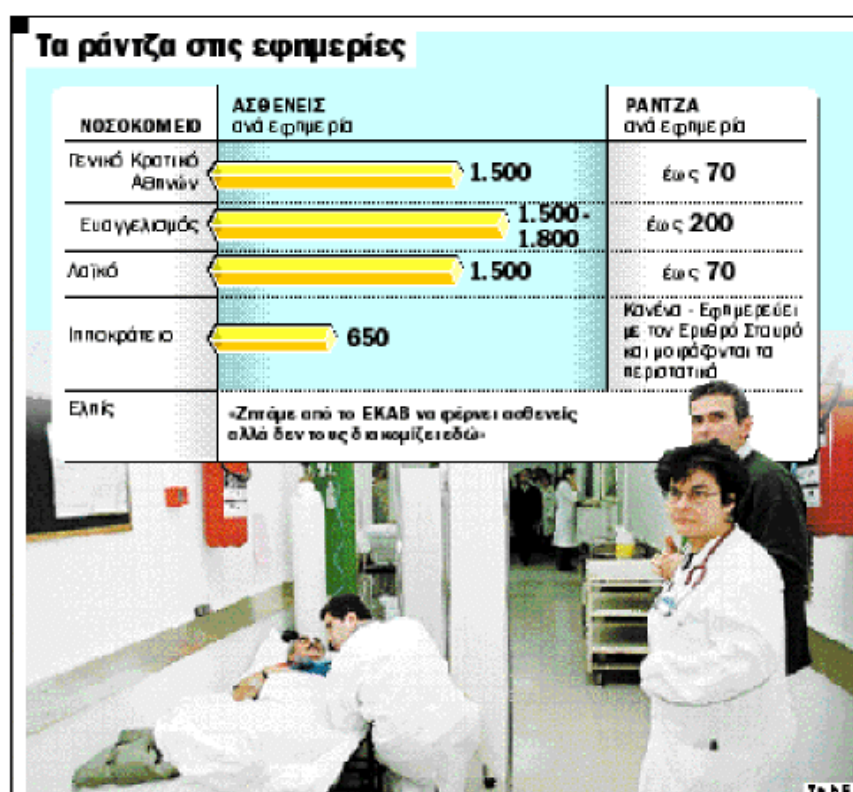
⁴⁷ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

⁴⁸ Κουκλάκη Δ., Μανώλας Χ., «Εφημερίες δύο ταχυτήτων», Τα ΝΕΑ, 10.6.03.

⁴⁹ Κουκλάκη, Δ., «Δεν τον ενοχλούν οι ουρές», Τα ΝΕΑ, 15.1.03.

Σύμφωνα με τον υπουργό Υγείας το νοσοκομείο θα στελεχωθεί από πανεπιστημιακούς γιατρούς. «Η Σύγκλητος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και η Γενική Συνέλευση του ίδιου τμήματος, συναινούν στο να μεταφερθούν πανεπιστημιακά τμήματα στο Χαϊδάρι». Συμπλήρωσε, πως και από την πλευρά του υπουργείου υπάρχει η ίδια πρόθεση, «χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν θα υπάρχουν και γιατροί του Ε.Σ.Υ.»⁵⁰.

Στις 26.3.03 άρχισε η λειτουργία του πρώτου τμήματος στο Αττικό νοσοκομείο. Το εξωτερικό ιατρείο του ακτινοθεραπευτικού τμήματος, διαθέτει 16 κρεβάτια, 2 υπερσύγχρονους γραμμικούς επιταχυντές, καθώς και το μοναδικό στη χώρα εξομοιωτή που χρησιμοποιείται πριν από τη θεραπεία, εξειδικεύοντάς την στην περίπτωση του κάθε ασθενούς.

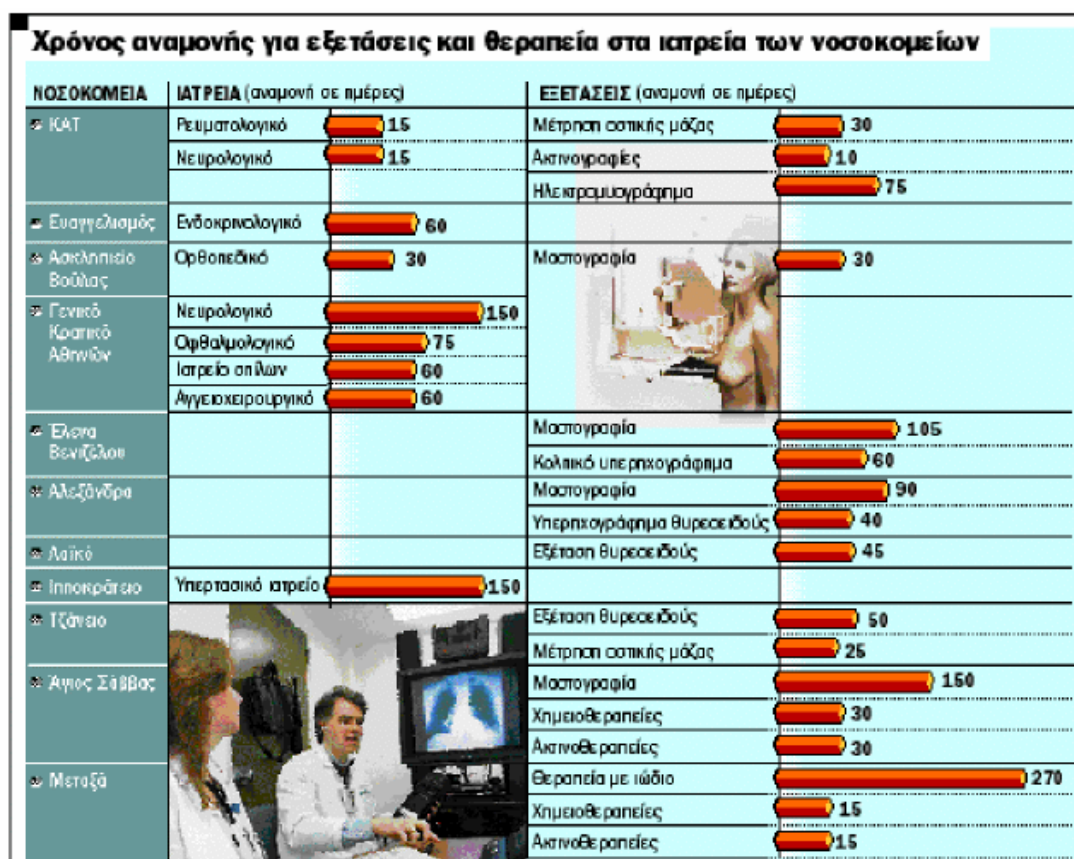


ΚΟΥΚΛΑΚΗ Δ., ΧΡΗΣΤΟΣ Μ.,
«Εφημερίες δύο ταχυτήτων», Τα ΝΕΑ, 10.6.2003

⁵⁰ Κουκλάκη Δ., «Αχρηστεύονται στις Αποθήκες», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

Νοσοκομείο Μεταξά. Σύγχρονο εξοπλισμό διαθέτει το νοσοκομείο. Όμως, ένας μόνο ειδικευόμενος γιατρός καλύπτει την εφημερία για τα ογκολογικά περιστατικά στο Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξάς» του Πειραιά. «Τα περιστατικά μπορεί να είναι λιγότερα στον αριθμό, αλλά αφορούν καρκινοπαθείς και δεν θα μπορέσουν να συγκριθούν με την εφημερία ενός γενικού νοσοκομείου. Ένας ειδικευμένος δεν μπορεί μόνος του να δει 20-30 περιστατικά σε κάθε εφημερία», λέει ο κ. Θ. Καραμπέλης, γιατρός του νοσοκομείου⁵¹.

Νοσοκομείο Άγιος Σάββας. Περισσότεροι από 450 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο περιμένουν να χειρουργηθούν περισσότερο από πέντε μήνες⁵².



ΤΣΟΥΛΕΑ Δ., ΚΟΥΚΛΑΚΗ Δ.,

«Ανοιχτή πληγή οι λίστες αναμονής», Τα ΝΕΑ, 17.6.03

⁵¹ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

⁵² Κουκλάκη Δ., «Βασανίζονται στην ουρά», Τα ΝΕΑ, 9.4.03.

Σύμφωνα με την επίσημη καταγραφή του νοσοκομείου, 415 γυναίκες περιμένουν αυτή τη στιγμή να χειρουργηθούν για καρκίνο στην κλινική Μαστού. Αυτή την περίοδο μπαίνουν στο χειρουργείο όσες είχαν πάρει τη διάγνωση του περασμένου Δεκέμβρη. Άλλοι 59 ασθενείς είναι σε αναμονή για το χειρουργείο, στις τρεις χειρουργικές κλινικές του «Αγίου Σάββα», για άλλες μορφές καρκίνου. Το σύνολο των ασθενών που περιμένουν να χειρουργηθούν σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου φθάνει τους 736. Εκτός από την πολύμηνη αναμονή για να εισαχθούν στο νοσοκομείο περιμένουν αρκετά και για να φθάσουν από το θάλαμο στο χειρουργείο. Η αναμονή αυτή είναι κατά μέσο όρο 8 ημέρες, όμως μπορεί να φθάσει ή και να ξεπεράσει τις 15.

Και όλα αυτά γιατί στο μεγαλύτερο αντικαρκινικό νοσοκομείο της χώρας δεν είναι αρκετοί οι αναισθησιολόγοι, με αποτέλεσμα να μένουν κλειστές αρκετές από τις 10 χειρουργικές αίθουσες του νοσοκομείου. Από τις 14 οργανικές θέσεις αναισθησιολόγων, σήμερα είναι καλυμμένες 9.

Επίσης, τεράστιες είναι οι αναμονές και στη μονάδα μαστογραφίας. Αν μια γυναίκα κλείσει σήμερα ραντεβού θα κάνει μαστογραφία ύστερα από πέντε μήνες. Αυτός ο χρόνος ισχύει βέβαια μόνο αν υπάρχουν... υγρά στα εμφανιστήρια, γιατί και αυτό δεν είναι εξασφαλισμένο καθώς καθυστερούν σημαντικά οι σχετικές προμήθειες.

Στο νοσοκομείο σήμερα λειτουργούν τρεις γραμμικοί επιταχυντές σύγχρονης τεχνολογίας, καθώς και τα μοναδικά στη χώρα συστήματα στερεοτακτικής, ολοσωματικής και διεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα του νοσοκομείου εξυπηρετούνται κάθε χρόνο περισσότεροι από 2.500 ασθενείς⁵³.

Ακόμη, όπως αναφέρουν γιατροί του νοσοκομείου σε κάθε εφημερία ιδιωτικές κλινικές στέλνουν ασθενείς σε τελικό στάδιο καρκίνου. Τα περιστατικά συσσωρεύονται, με αποτέλεσμα να μην μένουν κρεβάτια για άλλους

⁵³ Κουκλάκη Δ., «Αχρηστεύονται στις Αποθήκες», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

ασθενείς που επρόκειτο να εισαχθούν για θεραπεία. Οι λίστες αναμονής που ήδη είναι τεράστιες αναμένουν να ξεπεράσουν κάθε όριο⁵⁴.

Νοσοκομείο Αλεξάνδρα. Ακόμη έχουμε ενοποίηση των ενδοκρινολογικών εργαστηρίων και μάλιστα με την ανάθεση του νέου εργαστηρίου σε μη γιατρό. Ήδη στο ένα από τα δύο εργαστήρια υπάρχουν μεγάλες λίστες, ενώ με την ενοποίηση θα μειωθεί το ήδη περιορισμένο προσωπικό. Επίσης, προχωρεί ο διαγωνισμός για την αγορά αξονικού τομογράφου. Διαθέτει έναν γραμμικό επιταχυντή⁵⁵.

Αρεταίειο Νοσοκομείο. Διαθέτει δύο γραμμικούς επιταχυντές⁵⁶.

Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης. Διακόσια ενενήντα έξι παιδιά (296) εξέτασε στην τελευταία εφημερία του Νοσοκομείου, ο μοναδικός εφημερεύων γιατρός. Εφημερεύει μόνος του, αφού «κόπηκε» το κονδύλι για τον ειδικευόμενο που ήταν μαζί του. Οι γιατροί του νοσοκομείου, το οποίο διαφημίζει τη σημαντική ανακαίνιση των χώρων του και των υποδομών του, εξακολουθούν να απέχουν από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία, μέχρι να λυθεί το θέμα των εφημεριών. Υπολογίζεται ότι με 86.000 € το μήνα επιπλέον, μπορούν να καλυφθούν οι αμοιβές για επαρκή αριθμό γιατρών.

Πριν από μερικές ημέρες η διοίκηση του νοσοκομείου εισηγήθηκε στο υπουργείο 9% αύξηση των κονδυλίων για τις εφημερίες. Αν τα χρήματα δεν δοθούν, το νοσοκομείο θα αναγκαστεί να διακόψει δύο από τις εφημερίες⁵⁷.

Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Π.Ν.Α.). Ως το τέλος του 2004 σχεδιάστηκε να καταργηθεί το παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής. Οι χρόνιοι ασθενείς που διαμένουν σ' αυτά θα μεταφερθούν σε ξενώνες ή στα

⁵⁴ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

⁵⁵ Ανυπόγραφο, «Διάλυση και παράδοση στην εμπορευματοποίηση», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ.

⁵⁶ Κουκλάκη Δ., «Αχρηστεύονται στις Αποθήκες», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

⁵⁷ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

τμήματα που θα δημιουργηθούν σε παιδιατρικά και γενικά νοσοκομεία του Β΄ και Γ΄ ΠΕΣΥ Αττικής⁵⁸.

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.). Ξεκίνησε η μεταφορά ασθενών από το Ψ.Ν.Α. σε ξενώνες που έχουν αναλάβει ιδιωτικές εταιρίες⁵⁹.

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Διαθέτει 8 χειρουργικές αίθουσες, την ώρα που σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ειδικών θα έπρεπε να βρίσκονται σε πλήρη ανάπτυξη τουλάχιστον 20. Σύμφωνα με τον διοικητή του νοσοκομείου για μια χειρουργική επέμβαση σε ένα από τα ειδικά χειρουργεία καρδιοχειρουργικά, νευροχειρουργικά αλλά και στο οφθαλμολογικό) μεσολαβούν περίπου τρεις εβδομάδες αναμονής. Ήδη στο ΑΧΕΠΑ έχουν εγκατασταθεί εργολάβοι και προχωρούν οι εργασίες κατασκευής νέων χειρουργείων⁶⁰.

Ακόμη, στο νοσοκομείο ο ειδικά διαμορφωμένος χώρος για την τοποθέτηση του γραμμικού επιταχυντή έχει πάρει έγκριση για ακτινοπροστασία (από το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος»), η οποία όμως λήγει τον ερχόμενο Ιούνιο. Αν μέχρι τότε δεν έρθει το μηχάνημα, η διαδικασία θα πρέπει να ξεκινήσει από την αρχή⁶¹.

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Στο νοσοκομείο υπάρχουν 20 χειρουργικές τράπεζες, οι οποίες σύμφωνα με τον διοικητή, λειτουργούν ικανοποιητικά. Ωστόσο είναι χαρακτηριστικό ότι πριν από περίπου ένα εξάμηνο μία από τις χειρουργικές μονάδες του Ιπποκράτειου χρειάστηκε να σφραγιστεί λόγω έλλειψης αναισθησιολόγων και να επαναλειτουργήσει έπειτα από λίγο χρονικό διάστημα χάρη στην καλή θέληση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού⁶².

Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου. Καθυστερήσεις που αγγίζουν τους τρεις μήνες για οφθαλμολογικά χειρουργικά περιστατικά και τις 40 ημέρες για ορθοπαιδικές επεμβάσεις σημειώνονται στο νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου. Ο

⁵⁸ Ανυπόγραφο, «Ψυχιατρική απορύθμιση», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 4.3.03.

⁵⁹ Ανυπόγραφο, «Ψυχιατρική απορύθμιση», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 4.3.03.

⁶⁰ Κουκλάκη Δ., «Αχρηστεύονται στις Αποθήκες», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

⁶¹ Κεχαγιά Β., «Σοβαρές ελλείψεις σε αναισθησιολόγους», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

⁶² Κεχαγιά Β., «Σοβαρές ελλείψεις σε αναισθησιολόγους», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

διοικητής του τονίζει ότι η πρόσληψη 152 νοσηλευτριών τον τελευταίο χρόνο έχει αμβλύνει το πρόβλημα, εντούτοις υφίσταται πρόβλημα αναισθησιολόγων, αφού στο Παπανικολάου εργάζονται συνολικά 24 και 12 ειδικευόμενοι⁶³.

Νοσοκομείο Θεαγένειο. Στο Θεαγένειο υπάρχουν πέντε μεγάλες χειρουργικές τράπεζες και δύο μικρές. Αυτή την περίοδο όμως, έχουν κλείσει όλα τα χειρουργεία και λειτουργεί μόνο ένα για την εξυπηρέτηση επειγόντων περιστατικών. «Χρειαζόταν να γίνει ανακαίνιση των χειρουργικών μονάδων και να εγκαταστήσουμε κεντρικό κλιματισμό» τονίζει ο διοικητής. Σε γενικές γραμμές αναφέρει πως δεν υπάρχουν λίστες αναμονής, αφού η ειδική θεραπεία στην οποία υποβάλλονται οι καρκινοπαθείς απαιτεί τον προσδιορισμό του χειρουργείου αρκετούς μήνες πριν⁶⁴.

Επίσης στο νοσοκομείο παραμένουν αχρησιμοποίητοι για τέσσερα χρόνια δύο ολοκαίνουργιοι γραμμικοί επιταχυντές, λόγω μη διαμόρφωσης κατάλληλου χώρου⁶⁵.

Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Το νοσοκομείο αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο αγκάθι για το Β΄ ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας, αφού η λειτουργία του περιορίζεται μόλις στο 60% της δυναμικότητάς του. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν έχουν λειτουργήσει ακόμη οι πανεπιστημιακές κλινικές και επομένως δεν γίνονται και οι αντίστοιχες ειδικοτήτων χειρουργικές επεμβάσεις. Η πρόεδρος της νοσοκομειακής επιτροπής, επισημαίνει ότι το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό είναι ελάχιστο.

Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης. Εγκαινιάστηκε το νέο νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης από τον κ. Σημίτη. Χωρίς το απαραίτητο προσωπικό, με τις μισές κλίνες να είναι αναξιοποίητες, ενώ άλλες καίριες κλίνες να παραμένουν κλειστές. Με ανοιχτές μόλις τις 400 από τις 673 κλίνες που προβλεπόταν στον οργανισμό του. Χωρίς να έχει ανοίξει καμία καινούρια κλινική και με κλειστές λόγω έλλειψης προσωπικού, τη μονάδα εγκαυμάτων, το ακτινοθεραπευτικό, το τμήμα της πυρηνικής ιατρικής και τον αξονικό τομογράφο. Κλινικές

⁶³ Κεχαγιά Β., «Σοβαρές ελλείψεις σε αναισθησιολόγους», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

⁶⁴ Κουκλάκη Δ., «Αχρηστεύονται στις Αποθήκες», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

⁶⁵ Κεχαγιά Β., «Σοβαρές ελλείψεις σε αναισθησιολόγους», Τα ΝΕΑ, 22.2.03.

όπως η νευροχειρουργική, η αγγειοχειρουργική κλινική δουλεύουν με έναν μόνο γιατρό, ενώ τεράστιες είναι οι ελλείψεις συνολικά στο νοσοκομείο και σε όλες τις κατηγορίες του προσωπικού. Ο πρωθυπουργός ανέφερε ακόμη ότι το νοσοκομείο θα ενισχυθεί με προσωπικό, μεγάλο μέρος του οποίου όμως θα είναι με 18μηνη σύμβαση⁶⁶.

Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λάρισας. Στα τέσσερα χρόνια που πέρασαν από την έναρξη της λειτουργίας του, υπολειτουργεί λόγω των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και σήμερα αξιοποιεί μόνο το 50% των δυνατοτήτων του. Αυτές οι μεγάλες ελλείψεις δεν δημιουργούν εμπόδια μόνο στην παροχή περίθαλψης αλλά και στην κλινική εκπαίδευση των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας⁶⁷.

Για την κάλυψη των αναγκών υπογράφηκε υπουργική απόφαση η οποία δίνει κατ' εξαίρεση το δικαίωμα απόσπασης στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο νοσηλευτών που εργάζονται σε άλλα νοσοκομεία της χώρας. Υπολογίζεται ότι θα εγκριθούν περίπου 100 αιτήσεις.

Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Καμιά προγραμματισμένη επέμβαση δεν πραγματοποιείται στο εν λόγω νοσοκομείο, το οποίο λειτουργεί με προσωπικό ασφαλείας λόγω απεργίας των γιατρών. Όλα τα τακτικά χειρουργεία έχουν αναβληθεί και αντιμετωπίζονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά που φθάνουν εκεί κατά τις ημέρες εφημερίας. Σε κάποιες εφημερίες μάλιστα, εξαντλούνται ακόμη και τα ράντζα⁶⁸.

Αιτία των προβλημάτων είναι η κόντρα ανάμεσα στους γιατρούς του Γενικού και του Πανεπιστημιακού. Οι γιατροί του Νομαρχιακού ζητούν να εφαρμοστεί η απόφαση του ΠΕΣΥ Θεσσαλίας και το νοσοκομείο να εφημερεύει 2 ημέρες έναντι μιας που θα εφημερεύει το Πανεπιστημιακό. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί όμως ισχυρίζονται πως πρέπει πρώτα να καλυφθούν τα

⁶⁶ Ανυπόγραφο, «Εγκαίνια χωρίς ολοκλήρωση», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 15.3.03.

⁶⁷ Βουνάτσος Γ., Κουκλάκη Δ., Στεφανοπούλου Φ., «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

⁶⁸ Ανυπόγραφο, «Η κυβέρνηση υποβαθμίζει το δημόσιο σύστημα Υγείας», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 1.3.03.

κενά που υπάρχουν σε προσωπικό, αλλά και να λειτουργήσουν κανονικά όλα τα τμήματα του νέου νοσοκομείου⁶⁹.

Επίσης για το Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λάρισας εκπονείται ρυθμιστική μελέτη που θα προσδιορίσει τις παρεμβάσεις που θα γίνουν και το ύψος της χρηματοδότησης που θα απαιτηθεί.

Νοσοκομείο Βόλου. Για το νοσοκομείο Βόλου προγραμματίζεται η κατασκευή του συνδετήριου κόμβου με τη νέα πτέρυγα που κατασκευάζεται και θα υπάρχουν express εργολαβίες για την ανακαίνιση του παλιού καιρού⁷⁰.

Νοσοκομείο Τρικάλων. Για το νοσοκομείο Τρικάλων εντός 10μήνου θα ολοκληρωθεί η κατασκευή του νέου κτιρίου. Εντός τριμήνου θα λειτουργήσει ο αξονικός τομογράφος και μέχρι 31-12-03 θα ξεκινήσει η λειτουργία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και της Ακτινοδιαγνωστικής.

Νοσοκομείο Καρδίτσας. Για το νοσοκομείο Καρδίτσας βρίσκεται σε εξέλιξη επενδυτικό πρόγραμμα για τον λειτουργικό εκσυγχρονισμό, τη λειτουργία ΤΕΠ, την προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού και προγραμματίζεται η ανάπτυξη ειδικών μονάδων (ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μεσογειακής Αναιμίας, κ.ά.)⁷¹.

Νοσοκομείο Θηβών. Δεν υπάρχει αξονικός τομογράφος.

Νοσοκομείο Καρπενησίου. Δεν υπάρχει αξονικός τομογράφος.

Νοσοκομείο Χαλκίδας. Δεν υπάρχει αξονικός τομογράφος.

Νοσοκομείο Άργους. Βρίσκεται σε εξέλιξη για αγορά αξονικού τομογράφου.

Νοσοκομείο Αιγίου. Στο νοσοκομείο του Αιγίου ο οργανισμός προβλέπει ανάπτυξη 120 κλινών αλλά λειτουργούν μόνο 80, με αποτέλεσμα σειρά ελλείψεων να επιβαρύνει το λαό της περιοχής. Το νοσοκομείο δεν διαθέτει

⁶⁹ Ανυπόγραφο, «Και πάλι τάματα Νασιώκα για αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ.», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 15.5.02.

⁷⁰ Ανυπόγραφο, «Και πάλι τάματα Νασιώκα για αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ.», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 15.5.02.

⁷¹ Ανυπόγραφο, «Και πάλι τάματα Νασιώκα για αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ.», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 15.5.02.

μονάδα τεχνητού νεφρού αν και αποτελεί πάγιο αίτημα την κατοίκων της περιοχής, με αποτέλεσμα πολλά να αναγκάζονται να μεταβαίνουν μέχρι και την Αθήνα για αιμοκάθαρση ή σε ιδιωτική μονάδα που βρίσκεται στην περιοχή⁷².

Νοσοκομείο Χανίων. Στο νοσοκομείο Χανίων αποφασίστηκε να λειτουργήσει καρδιοχειρουργική μονάδα, κάτι που θα βοηθήσει ιδιαίτερα τους ασθενείς του νησιού καθώς περίπου 600 ασθενείς που έχουν ανάγκη καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων προωθούνται στο μεγαλύτερο ποσοστό στις ιδιωτικές κλινικές στην Αθήνα⁷³.

Νοσοκομείο Ηρακλείου. Την ύπαρξη κυκλωμάτων γιατρών και υπαλλήλων, οι οποίοι από προσωπικά συμφέροντα εμποδίζουν την λειτουργία κλινικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, καταγγέλλουν ο πρόεδρος του ΠΕΣΥ Κρήτης και ο διευθυντής της Νευροχειρουργικής κλινικής.

Σύμφωνα με τις καταγγελίες, παρακωλύοντας τη λειτουργία συγκεκριμένων κλινικών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, συγκεκριμένα πρόσωπα εισπράττουν «προμήθεια» για την παραπομπή ασθενών σε ιδιωτικές κλινικές της Αθήνα.

Ακόμη καταγγέλλουν ότι ούτε η νευροχειρουργική κλινική δεν μπορεί να λειτουργήσει στον δικό της αυτόνομο χώρο, ενώ παρά το γεγονός ότι υπάρχει εξοπλισμός, δεν λειτουργεί ούτε η Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης⁷⁴.

Νοσοκομείο Κυκλάδων. Το νοσοκομείο των Κυκλάδων βρίσκεται στη Σύρο, και λειτουργεί χωρίς μόνιμο παιδίατρο, οφθαλμίατρο και με ελλείψεις σε νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό που αγγίζουν το 15% και το 40% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τον διοικητή του νοσοκομείου κ. Γ. Καραλή, πρόσφατα οι θέσεις του παιδίατρου και του οφθαλμιάτρου καλύφθηκαν με

⁷² Ανυπόγραφο, «Υποχρέωση του κράτους οι δωρεάν παροχές», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 28.6.03.

⁷³ Αργυράκης Μ., «Γιατροί και υπάλληλοι εμποδίζουν τη λειτουργία κλινικών», Τα ΝΕΑ, 27.6.03.

⁷⁴ Αργυράκης Μ., «Γιατροί και υπάλληλοι εμποδίζουν τη λειτουργία κλινικών», Τα ΝΕΑ, 27.6.03

επικουρικούς γιατρούς. Στο νοσοκομείο υπάγονται επτά Κέντρα Υγείας και πέντε Περιφερειακά Ιατρεία. Μολονότι το νοσοκομείο έχει πολλά τμήματα με πλήρη εξοπλισμό εν τούτοις περιστατικά από την Άνδρο, τη Μήλο και τη Σαντορίνη δεν εξυπηρετούνται διότι οι θαλάσσιες συγκοινωνίες από τα νησιά αυτά δεν έχουν ως σημείο αναφοράς το λιμάνι της Σύρου. Ως εκ τούτου, τα σοβαρά περιστατικά από την Άνδρο μεταφέρονται στην Αθήνα. Ακόμη το νοσοκομείο διαθέτει οργανωμένη Ψυχιατρική δομή και επίσης προχωρά και ο διαγωνισμός για την αγορά αξονικού τομογράφου.

Νοσοκομείο Νάξου. Διαθέτει την μεγαλύτερη υγειονομική μονάδα από τα υπόλοιπα νησιά και έχει στην ευθύνη του τις Μικρές Ανατολικές Κυκλάδες. Και εδώ παρατηρείται πρόβλημα από την έλλειψη νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού⁷⁵.

Νοσοκομείο Ρόδου. Όπως αναφέρει ο διοικητής του νοσοκομείου της Ρόδου, το οποίο σηκώνει και το μεγαλύτερο βάρος από τα νοσοκομεία του Νομού Δωδεκανήσου «το μεγάλο πρόβλημα είναι ότι ακόμη και αν προκηρυχθούν θέσεις, οι νοσηλευτές αρνούνται να έλθουν να στελεχώσουν τα νοσοκομεία των νησιών. Η κατάσταση δυσκολεύει κατά την καλοκαιρινή περίοδο, οπότε και ο πληθυσμός τριπλασιάζεται. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού – αυτή τη στιγμή υπάρχουν 71 κενές θέσεις – ενώ κάποιες που έχουν προκηρυχθεί μένουν απλήρωτες, εδώ και 13 μήνες. Πάντως, αρκετά περιστατικά που στο παρελθόν θα διακομίζονταν, αντιμετωπίζονται από το νοσοκομείο το τελευταίο έτος χάρη στην πρόσληψη τεσσάρων νευροχειρουργών – σύντομα αναμένεται και πέμπτος γιατρός της συγκεκριμένης ειδικότητας – οι οποίοι αντεπεξέρχονται σε περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων λόγω ατυχημάτων. Οι αριθμοί μαρτυρούν του λόγου το αληθές: το τελευταίο εξάμηνο έγιναν περί τις δέκα διακομιδές, αριθμός σημαντικά μικρότερος σε σχέση με το

⁷⁵ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

παρελθόν, αν αναλογισθεί κανείς ότι πέρσι ήταν 100 και πριν δύο χρόνια 300⁷⁶.

Ακόμη βρίσκεται στο στάδιο αξιολόγησης των προσφορών η αγορά μαγνητικού τομογράφου.

Νοσοκομείο Κω. Αγκάθι στη σωστή λειτουργία του νοσοκομείου αποτελεί η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Και ενώ ως γνωστό το καλοκαίρι το πρόβλημα των ελλείψεων αυτών γίνεται εντονότερο, με αποτέλεσμα να απαιτείται η πρόσληψη εκτάκτων, η έγκριση από τους αρμόδιους για οκτώ μόλις άτομα δεν έχει δοθεί. Το ζήτημα λύνεται προσωρινά με εθελοντές του Ερυθρού Σταυρού καθώς περί τα 20 άτομα βοηθούν τα πρωινά σε καθημερινή βάση⁷⁷.

Μια δεύτερη «πληγή» αποτελεί εδώ και χρόνια η έλλειψη αξονικού τομογράφου, η οποία είναι και η κύρια αιτία για πολλές διακομιδές. «Πέρσι είχαμε 53 διακομιδές. Ποσοστό της τάξης του 20%. Θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, αν είχαμε τον αξονικό», λέει ο διοικητής του νοσοκομείου.

Νοσοκομείο Καλύμνου. Στο νοσοκομείο Καλύμνου τέσσερις στις δέκα θέσεις νοσηλευτών ήταν κενές, το οποίο περιμένει να ανακουφιστεί έστω και προσωρινά, με την επάνδρωση του νοσηλευτικού τμήματος με επτά άτομα μέσω του Ο.Α.Ε.Δ. Παράλληλα, αξονικός τομογράφος δεν υπάρχει στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα αρκετά περιστατικά να διακομίζονται στη Ρόδο ή στην Αθήνα. Οι διακομιδές πάντως έχουν μειωθεί σημαντικά και συγκεκριμένα πέρσι διακομίστηκαν 45 άτομα έναντι 95 το 2001, ενώ φέτος κατά το πρώτο τετράμηνο οι διακομιδές δεν ξεπέρασαν τις 12⁷⁸.

Νοσοκομείο Σάμου. Οριακά λειτουργούν τα εργαστήριά του καθώς παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις σε ότι αφορά το παραϊατρικό προσωπικό που το στελεχώνει. Συγχρόνως το νοσοκομείο που είναι το κύριο του

⁷⁶ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁷⁷ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁷⁸ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

νομού, δεν διαθέτει Μ.Ε.Θ., η οποία όμως ακόμη και αν συσταθεί θα λειτουργεί με δύο μόνο κλίνες αντί των έξι όπως προβλέπει ο σχεδιασμός.

«Ο χώρος υπάρχει, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός υπάρχει, δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μηχανήματα και οι άνθρωποι που θα τα λειτουργήσουν». Και όλα αυτά ενώ το συγκεκριμένο νοσοκομείο εξυπηρετεί εκτός από τους 33.000 κατοίκους του, περιστατικά από την Ικαρία ή τους Φούρνους, ακόμη όμως και από την Πάτμο που υπάγεται διοικητικά στα Δωδεκάνησα⁷⁹.

Νοσοκομείο Χίου. Ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό που αγγίζουν το 50% παρουσιάζονται στο νοσοκομείο Χίου, όπου έχει πληθυσμό αναφοράς περί τους 55.000 κατοίκους και καλύπτει επίσης τις Οινούσες και τα Ψαρά. Κατά την τουριστική περίοδο ο αριθμός αυτός διπλασιάζεται. Ωστόσο αναμένεται μέσω του ΟΑΕΔ από 1^{ης} Ιουλίου να αναλάβουν υπηρεσία 15 νέοι νοσηλευτές⁸⁰.

Νοσοκομείο Λέσβου. Με τέσσερις κλίνες ΜΕΘ ενώ ο σχεδιασμός είναι για οκτώ, λόγω έλλειψης εξοπλισμού, λειτουργεί το νοσοκομείο Λέσβου που έχει πληθυσμό αναφοράς περί τους 95.000 ανθρώπους. Το βασικότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη αιματολόγου και ογκολόγου. Ο ένας νευροχειρουργός που υπάρχει δεν επαρκεί. Το γεγονός αυτό οδηγεί και σε αρκετές διακομιδές περιστατικών κυρίως το καλοκαίρι με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Και ενώ ο αξονικός τομογράφος υπάρχει, πολλές φορές έχει «ρεπό» λόγω βλάβης⁸¹.

Νοσοκομείο Κέρκυρας. Στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο οι ιατρικές ειδικότητες είναι σχεδόν όλες καλυμμένες. Η ΜΕΘ λειτουργεί με τέσσερα κρεβάτια. Υπάρχει αξονικός τομογράφος, ο οποίος λειτουργεί πρωί και απόγευμα και σε έκτακτα περιστατικά και το βράδυ. Υπάρχουν ελλείψεις όσον αφορά στο προσωπικό σε όλες τις κατηγορίες και ιδιαίτερα στο νοση-

⁷⁹ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁸⁰ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁸¹ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

λευτικό, διοικητικό και βοηθητικό παραϊατρικό. Ακόμη υπάρχει έλλειψη σε βοηθητικούς χώρους. Ελπίζαμε ότι σύντομα το νοσοκομείο θα μεταφερόταν στις νέες εγκαταστάσεις αλλά αυτό το όνειρο μοιάζει πολύ μακρινό επισημαίνει η διευθύντρια του νοσοκομείου⁸².

Νοσοκομείο Αργοστολίου (Κεφαλονιά). Το νοσοκομείο καλύπτει όλες τις ιατρικές ειδικότητες αλλά και εδώ υπάρχουν ελλείψεις όσον αφορά στο προσωπικό⁸³.

Νοσοκομείο Ληξουρίου (Κεφαλονιά). Υπάρχει μόνο Παθολογικό τμήμα. Επίσης γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις. Το νοσοκομείο διαθέτει ασθενοφόρο με τρεις οδηγούς και έναν τραυματιοφορέα⁸⁴.

Νοσοκομείο Ζακύνθου. Το νοσοκομείο έχει ελλείψεις τόσο στις ιατρικές ειδικότητες όσο και στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Διαθέτει ακτινολόγο, αλλά το ακτινολογικό μηχάνημα πότε λειτουργεί και πότε όχι. Δεν διαθέτει επίσης ΜΕΘ. Υπάρχουν ακόμα ελλείψεις στο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Το νοσοκομείο διαθέτει ένα ασθενοφόρο με οδηγό και συνοδό. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης παρέχονται πρώτες βοήθειες στο νοσοκομείο και στη συνέχεια ο ασθενής μεταφέρεται με πλοίο ή ελικόπτερο του ΕΚΑΒ στην Αθήνα ή στο Ρίο, ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης⁸⁵.

Νοσοκομείο Λευκάδας. Βασικά προβλήματα του νοσοκομείου είναι η έλλειψη χώρου, η παλαιότητα του κτιρίου και ο απηρχαιωμένος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός. Οι ιατρικές ειδικότητες είναι σχεδόν όλες καλυμμένες αν και υπάρχουν ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το ευχάριστο είναι ότι το τελευταίο καιρό σε καινούρια πτέρυγα λειτουργεί μονάδα τεχνητού νεφρού.

⁸² Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁸³ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁸⁴ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

⁸⁵ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγωνα γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης παρέχονται οι πρώτες βοήθειες στο νοσοκομείο της Λευκάδας και στη συνέχεια ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης ο ασθενής μεταφέρεται είτε με ασθενοφόρο στο νοσοκομείο Ιωαννίνων ή του Ρίου, είτε με ελικόπτερο ή αεροπλάνο από το Άκτιο στην Αθήνα⁸⁶.

ε. Μονάδες εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Σύμφωνα με στοιχεία που παραχώρησε ο Γιώργος Μπαλτόπουλος, πρόεδρος της αρμόδιας επιτροπής του υπουργείου Υγείας για τις Μ.Ε.Θ. στη χώρα μας βρίσκονται σε λειτουργία 460 κλίνες Μ.Ε.Θ. (αναλυτικά στοιχεία ανά περιφερειακό σύστημα υγείας φαίνονται στον πίνακα).

Το Σεπτέμβριο του 1997 ήταν 319 και το Σεπτέμβριο του 2001 ήταν 407. Το 1997 έγινε η πρώτη μέτρηση αναγκών και έδειξε ότι για να καλυφθούν οι ανάγκες χρειαζόνταν τότε 540 κλίνες Μ.Ε.Θ. Δηλαδή υπήρχε έλλειψη 240 κλινών σε σχέση με τις τότε ανάγκες.

Γενικά τα κρεβάτια των Μ.Ε.Θ. καλύπτουν 3-10% των ενεργών κρεβατιών των νοσοκομείων αφού αφαιρεθούν τα κρεβάτια των ψυχιατρικών κλινικών. Σήμερα οι μετρηθείσες ανάγκες είναι αυξημένες κατά 10-15% σε σχέση με τις εκτεταμένες του 1997. Έπρεπε να λειτουργούν 615-645 κλίνες αλλά υπάρχουν αναπτυγμένες μόνο 460.

Δηλαδή την τελευταία 5ετία παρατηρείται ένα σταθερό έλλειμμα 200 κλινών στην εντατική ιατρική.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού κάνει το πρόβλημα ακόμη πιο έντονο, αφήνοντας εκτός λειτουργίας πολλές από τις υπάρχουσες κλίνες, οι οποίες υπολογίζονται περίπου 100. Σύμφωνα με τα διεθνή σε κάθε ασθενή πρέπει να αντιστοιχούν 4 τουλάχιστον νοσηλευτές, ενώ στη χώρα μας αντιστοιχούν μόνο 2,6-2,8 νοσηλευτές.

⁸⁶ Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θ. – Φυντανίδου Ε., «Νησιά, η άγονη γραμμή της Υγείας», ΒΗΜΑ, 22.6.03.

Έτσι λοιπόν ενώ η Μ.Ε.Θ. Αγίου Σάββα διαθέτει 7 κρεβάτια, λειτουργούν τα 6 λόγω έλλειψης προσωπικού. Για τη λειτουργία των 7 κρεβατιών απαιτούνται 24 νοσηλευτές αλλά εργάζονται μόνο 17.

| ΚΛΙΝΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ | | |
|---|----------------------------|---------------------------|
| ΠεΣΥ | Σεπτέμβρης 2001 | Δεκέμβρης 2002 |
| Α' ΠεΣΥ Αττικής | 93 | 101 |
| Β' ΠεΣΥ Αττικής | 67 | 76 |
| Γ' ΠεΣΥ Αττικής | 26 | 27 |
| Στερεάς Ελλάδας | 0 | 0 |
| Α' ΠεΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας | 57 | 57 |
| Β' ΠεΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας | 38 | 49 |
| Δυτικής Μακεδονίας | 0 | 0 |
| Ανατολικής Μακεδονίας - Θράκης | 13 | 18 |
| Ηπείρου | 20 | 27 |
| Θεσσαλίας | 22 | 30 |
| Ιονίων Νήσων | 0 | 4 |
| Δυτικής Ελλάδας | 19 | 18 |
| Πελοποννήσου | 9 | 11 |
| Βορείου Αιγαίου | 4 | 4 |
| Νοτίου Αιγαίου (Α' και Β' ΠεΣΥ) | 0 | 0 |
| Κρήτης | 39 | 38 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 407 | 460 |

*Ανυπόγραφο, «Διαχρονικό έλλειμμα 200 κρεβατιών»,
ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ 12.1.03.*

Στα Δωδεκάνησα επίσης πολλά κρεβάτια τίθενται σε αχρηστία λόγω έλλειψης προσωπικού με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι διακομιδές στην Αθήνα.

Το νοσοκομείο τώρα της Σάμου δεν διαθέτει Μ.Ε.Θ., η οποία όμως και αν ακόμη συσταθεί θα λειτουργεί με 2 μόνο κρεβάτια αντί για έξι όπως προβλέπει ο κανονισμός. Εδώ ο χώρος υπάρχει, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός υπάρχει, δεν υπάρχουν όμως τα κατάλληλα μηχανήματα που θα τη λειτουργήσουν.

Στο νοσοκομείο της Λέσβου η Μ.Ε.Θ. λειτουργεί με 4 κλίνες αντί για 8, όπως είχε αρχικά σχεδιαστεί, λόγω έλλειψης εξοπλισμού.

Ένας ακόμη λόγος για τον οποίο υπάρχει έλλειψη κρεβατιών στις Μ.Ε.Θ. είναι ότι οι ασθενείς μένουν 4-6 ημέρες παραπάνω από ότι χρειάζονται διότι δεν υπάρχουν τα ανάλογα τμήματα που θα τους υποδεχτούν όπως οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.).

Αν υπήρχαν θα απελευθερώνονταν περισσότερα κρεβάτια οπότε πάρα πολλοί δεν θα αναγκάζονταν να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα όπου εκεί το κόστος είναι πολύ μεγάλο (500.000 – 1.000.000 δρχ. την ημέρα), αλλά και το κόστος των νοσοκομείων θα μειώνονταν αφού ένα κρεβάτι στην εντατική κοστίζει 4 φορές περισσότερο από ένα απλό κρεβάτι.

Ακόμη, μέχρι τώρα οι Μ.Ε.Θ. λειτουργούν μεικτές για όποιον δηλαδή και από όποια κλινική τις χρειαστεί. Τώρα όμως βρίσκεται υπό συζήτηση η κατάταξή τους σε παθολογικές και χειρουργικές, με αποτέλεσμα να μετατραπούν ουσιαστικά σε παραρτήματα των διαφόρων κλινικών⁸⁷.

Το υπουργείο Υγείας επίσημα αρνείται αυτή την κατεύθυνση, στην πράξη όμως με πρόσφατη επιστολή του Α΄ ΠΕΣΥ και του υπουργείου προς το «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, ζητά τη δημιουργία μονάδας Τραύματος ή Χειρουργικής Μ.Ε.Θ., προσκολλώντας τη νέα Μονάδα σε συγκεκριμένες ειδικότητες και μάλιστα με τρόπο που δεν είναι επιστημονικά, κοινωνικά και οικονομικά λειτουργικός. «Στις περισσότερες Μ.Ε.Θ. δεν βάζουμε κανένα κριτήριο για να δεχτούμε ένα περιστατικό, πέρα από τις προοπτικές που έχει να επιβιώσει» τονίζει ο κ. Ν. Φίλιας, διευθυντής της Μ.Ε.Θ. «Αγίου Σάββα»⁸⁸.

1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

α. Διαγνωστικά Κέντρα

Χρυσές δουλειές κάνουν τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και οι κλινικές που διαθέτουν αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. Πολλά δημόσια νοσοκομεία δεν είναι εξοπλισμένα, άλλα διαθέτουν μεγάλες λίστες

⁸⁷ Ανυπόγραφο, «Υπό αίρεση ο χαρακτήρας των ΜΕΘ», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 12.1.03.

⁸⁸ Πανοπούλου Ν., «Διαχρονικό έλλειμμα 200 κρεβατιών», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 12.1.03.

αναμονής και τα περισσότερα δεν διαθέτουν αρκετό προσωπικό ώστε να λειτουργούν τα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας και το απόγευμα.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο ιδιωτικός τομέας κατάφερε να εισχωρήσει στο Ε.Σ.Υ.⁸⁹.

Το συνολικό μέγεθος της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε με εκρηκτικό ρυθμό κατά την τελευταία εξαετία. Από 172 δις. δρχ. που ήταν το 1997 έφθασε τα 280 δις. δρχ. το 2002, σημειώνοντας αύξηση κατά 63%. Την περίοδο αυτή μάλιστα, ο ετήσιος ρυθμός αύξησης ήταν 13,3%. Με βάση τα περσινά στοιχεία οι δαπάνες στα διαγνωστικά κέντρα έφθασαν το 27,3%⁹⁰.

Κυβέρνηση και αντιπολίτευση κατέθεσαν ότι είναι ιδιαίτερα διογκωμένος ο ιδιωτικός τομέας. Οι βουλευτές της Ν.Δ. παρουσίασαν αριθμούς που δείχνουν ότι το 70%-80% των μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας (π.χ. αξονικοί τομογράφοι, μηχανήματα ακτινοθεραπείας) ανήκουν σε ιδιώτες, κάτι που όπως είπαν πολλοί βουλευτές, ανεβάζει το κόστος νοσηλείας για τον Έλληνα πολίτη, ο οποίος πληρώνει πολλά χρήματα από την τσέπη του⁹¹.

Ακόμη, προωθείται η παράδοση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας στους ιδιώτες, με την περαιτέρω παραχώρηση της δυνατότητας (βάσει του νόμου 2716/99) σε ιδιωτικές «μη κερδοσκοπικές» εταιρείες να δημιουργούν νέες κινητές μονάδες σε νησιωτικά συμπλέγματα (Κυκλάδες) και αλλού. Μάλιστα, υπάρχει εκτενέστερη οικονομική μεταχείριση προς τους ιδιώτες σε σχέση με τις δημόσιες υπηρεσίες που λειτουργούν κινητές μονάδες⁹².

⁸⁹ Διακογιάννης Ε. Γ.: «Ο ιδιωτικός τομέας πληρώνει το ΕΣΥ», Τα ΝΕΑ, 25.1.03.

⁹⁰ Τσουλέα Ρ., Κουκλάκη Δ.: «ΕΣΥ: Εξετάσεις ... σε ιδιώτες», Τα ΝΕΑ, 18.6.03.

⁹¹ Ανυπόγραφο, «Μπαράζ επενδύσεων στον κλάδο της Υγείας», Τα ΝΕΑ, 26.6.03.

⁹² Ανυπόγραφο, «Διαχείριση ευρωπαϊκών κονδυλίων και εξωραϊσμός της γύμνιας», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 7.5.03.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

α. Ιδιωτικές κλινικές

Το συνολικό μέγεθος της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε με εκρηκτικό ρυθμό κατά την τελευταία εξαετία. Από 172 δισ. δρχ. που ήταν το 1997 έφθασε τα 280 δισ. δρχ. το 2002, σημειώνοντας αύξηση κατά 63%. Την περίοδο αυτή μάλιστα ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης ήταν 13,3%.

Με βάση τα περσινά στοιχεία, οι δαπάνες στις κλινικές αντιπροσωπεύουν το 54,7% του συνόλου της αγοράς, στα διαγνωστικά κέντρα το 27,3% και στα μαιευτήρια το 18%. Σύμφωνα με μελέτη της ICAP, η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών σε ιδιωτικά νοσοκομεία ανέρχεται σήμερα σε 24.000 δρχ. κατά μέσο όρο. Αντιστοιχεί μάλιστα στο 75,4% του ποσού που δαπανά κατά μέσο όρο ένα νοικοκυριό για υπηρεσίες υγείας και το οποίο ανέρχεται σε 32.000 δρχ. το μήνα.

Τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη της τεχνολογίας οδηγεί τις ιδιωτικές κλινικές σε συνεχή μείωση των ημερών νοσηλείας, με αποτέλεσμα τα περισσότερα θεραπευτήρια να αποφεύγουν πλέον την μεγάλη αύξηση των νοσοκομειακών τους κλινών. Αντίθετα αυξάνονται με ραγδαίο ρυθμό τα κονδύλια που επενδύουν όλα τα μεγάλα νοσοκομεία προκειμένου να βρίσκονται στην αιχμή της τεχνολογίας, διαθέτοντας τα πλέον αξιόπιστα μηχανήματα⁹³.

Από φέτος πάντως οι ιδιωτικές κλινικές θα βρεθούν ενώπιον μιας μεγάλης πρόκλησης. Τον Δεκέμβριο του 2003 λήγει η παράταση που έχει δώσει το υπουργείο Υγείας στα ιδιωτικά θεραπευτήρια ώστε να συμμορφωθούν με το νέο νομικό πλαίσιο, που θέτει αυστηρότερες προδιαγραφές λειτουργίας και ποινές που φθάνουν μέχρι και το κλείσιμο της κλινικής που δεν πληροί τις προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές αφορούν στη σύνθεση του

⁹³ Ανυπόγραφο, «Διαχείριση ευρωπαϊκών κονδυλίων και εξωραϊσμός της γύμνιας», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 7.5.03.

προσωπικού, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό της κλινικής και τις τεχνικές προδιαγραφές του κτιρίου⁹⁴.

Τα προβλήματα μάλιστα εντοπίζονται κυρίως σε μικρές ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες δεν έχουν προχωρήσει στη λήψη των απαιτούμενων μέτρων, προκειμένου να ανταποκριθούν στους κανόνες λειτουργίας που θέτει το σχετικό προεδρικό διάταγμα⁹⁵.

Ένα άλλο πρόβλημα των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι η αντιπαράθεσή τους με τις ασφαλιστικές εταιρίες, η οποία επηρέασε σημαντικά τα κέρδη των εισηγμένων νοσηλευτηρίων κατά το α΄ τρίμηνο του 2003, ενώ οι μετοχές τους από την αρχή του έτους κινούνταν σε πτωτική τροχιά⁹⁶.

Η αντιπαράθεση, αν και ξεκίνησε σχεδόν πριν από μια 15ετία, με τη δημιουργία των καρτών νοσηλείας, εκδηλώθηκε πέρσι με τη διακοπή της περίθαλψης ασθενών μέσω της κάρτας νοσηλείας, με τα νοσοκομεία Υγεία και Ιατρικό Αθηνών να καταγγέλλουν τις σχετικές συμβάσεις⁹⁷.

Τα προγράμματα αυτά αρχικά παρείχαν μια σειρά από διευρυμένες καλύψεις (νοσηλεία στην Ελλάδα και στο εξωτερικό για απεριόριστο ύψος δαπάνης, σε θέση lux, έξοδα τοκετού κ.λ.π.) με χαμηλό ασφάλιστρο. Στην πορεία όμως αποδείχθηκαν ζημιογόνα σύμφωνα με τις εταιρίες. Έτσι προχώρησαν σε σημαντική αύξηση των ασφαλιστρών. Οι εταιρίες επικαλούνται για τις μεγάλες αυξήσεις τις σημαντικές δαπάνες που έχουν σε αποζημιώσεις για τα προγράμματα αυτά λόγω της αύξησης του κόστους των νοσηλίων στις ιδιωτικές κλινικές και τα μαιευτήρια. Αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι τα έξοδα τοκετού σε μεγάλα μαιευτήρια αυξήθηκαν την περίοδο 1997-2003 ως και 83% χωρίς να συνυπολογίζονται οι αυξήσεις στα φάρμακα και στις αμοιβές των γιατρών. Αποτέλεσμα ήταν την περίοδο 1998-2001 τα περισσό-

⁹⁴ Ανυπόγραφο, «Βουγιουκλάκειο Θεραπευτήριο – Τρομοκρατία και καταστρατήγηση δικαιωμάτων», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 3.6.03.

⁹⁵ Φιντικάκης Γ., «Καπέλο, 84% σε κάρτες νοσηλείας», Τα ΝΕΑ, 5-6-03.

⁹⁶ Τσουλέα Ρ. – Κουκλάκη Δ., «Η ώρα των ευθυνών», Τα ΝΕΑ, 19-6-03.

⁹⁷ Ανυπόγραφο, «Οι ασφαλιστικές... έπληξαν τα κέρδη των εισηγμένων νοσοκομείων», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21.6.03.

τερα από τα παλιά προγράμματα να σταματήσουν να πωλούνται από τις εταιρίες, οι οποίες προσπάθησαν να τα αντικαταστήσουν με άλλα, με λιγότερες παροχές και υψηλότερο ασφάλιστρο⁹⁸.

Θετικό στους όρους των συμβάσεων με τις ασφαλιστικές εταιρίες είναι το νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν» που αυξάνει σταθερά το μερίδιό του στην εγχώρια αγορά της ιδιωτικής υγείας.

Σημαντική μείωση κερδών αλλά και κύκλου εργασιών εμφάνισε στο α' τρίμηνο το διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο «Υγεία». Τα κέρδη προ φόρων μειώθηκαν κατά 66% και διαμορφώθηκαν στα 1,362 εκατ. ευρώ, έναντι κερδών 4 εκατ. ευρώ στην αντίστοιχη περσινή περίοδο. Ο κύκλος εργασιών εμφάνισε μείωση 10,1% υποχωρώντας στα 18,188 εκατ. ευρώ, από τα 20,23 εκατ. ευρώ του α' τριμήνου πέρσι. Σημειώνεται ότι η συνέλευση ενέκρινε την τροποποίηση του προγράμματος διάθεσης των κεφαλαίων του «Υγεία». Έτσι για την αγορά νέων ιατρικών μηχανημάτων και εξοπλισμού διατίθεται ένα μεγάλο ποσό. Συγκεκριμένα, για την αγορά του Τομογράφου Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emitron Tomografer) που σκοπό έχει να καταγράφει τη λειτουργία του εγκεφάλου, δαπανήθηκε 1,5 δις δρχ.

Ακόμη από το περασμένο καλοκαίρι λειτουργεί και τρίτος σύγχρονος γραμμικός επιταχυντής στο Θεραπευτήριο Υγεία. Το κόστος της συνολικής θεραπείας ανέρχεται σε περίπου 10.000 ευρώ. Σημειώνεται ότι το κόστος της ακτινοθεραπείας στον ιδιωτικό τομέα δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Και αυτό γιατί το κρατικό τιμολόγιο (που δεν έχει αναπροσαρμοστεί από το 1991) προβλέπει κοστολόγηση της κάθε συνεδρίας ακτινοβολίας σε γραμμικό επιταχυντή, με λιγότερα από 10 ευρώ.

Τα καθαρά κέρδη της μητρικής του Ιατρικού Αθηνών υποχώρησαν στα 2,1 εκατ. ευρώ από 4,1 εκατ. ευρώ που ήταν πέρσι, ενώ αυξήθηκε ο κύκλος εργασιών στα 40,8 εκατ. ευρώ από 38 εκατ. ευρώ πέρσι. Το Ιατρικό Κέντρο προχώρησε στο τέλος του 2002 στη δημιουργία του «Νεφρολογικού Κέντρου Δάφνης». Η μονάδα διαθέτει 75 κλίνες με προοπτικής να φτάσει τις 100. όταν

⁹⁸ Ανυπόγραφο, «Οδηγός Επιχείρησης Μπαράζ επενδύσεων στον κλάδο Υγείας», Τα ΝΕΑ, 28.6.03.

επεκταθεί και στον τομέα της γενικής νοσηλείας και αποτελεί το πιο εξειδικευμένο κέντρο που λειτουργεί σήμερα στην Ελλάδα.

Η επένδυση ανήλθε στα 2 δισ. δρχ. μαζί με τον μηχανολογικό εξοπλισμό, και αποτελεί ένα μόνο τμήμα του 5ετούς επενδυτικού προγράμματος (1997-2002) του ομίλου Αποστολόπουλου, συνολικού ύψους 50 δισ. δρχ.

Πριν λίγες μέρες τέθηκαν σε λειτουργία δύο νέα τμήματα ακτινοθεραπείας από τον Όμιλο Ιατρικού Αθηνών, τα οποία διαθέτουν συνολικά 4 γραμμικούς επιταχυντές. Η θεραπεία (6-7 εβδομάδων) κοστίζει περίπου 3.668 ευρώ.

Το «Ιασώ» είναι ένας από τους λίγους μεγάλους ομίλους που εμφάνισε αύξηση πέρσι στα κέρδη του. Συνέχισε τις επενδύσεις του και επεκτάθηκε σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών στον τομέα της «Υγείας» με πιο χαρακτηριστική τη μετατροπή του «Ηρα» από μαιευτήριο σε γενική κλινική, υπό την νέα ονομασία «Ιασώ General». Συνολικά, στη διετία 2001-2002, ο όμιλος «Ιασώ», υλοποίησε επενδύσεις ύψους 30 δισ. δρχ. ενώ για την τριετία 2003-2005 προγραμματίζει επενδύσεις τουλάχιστον άλλων 35 δισ.

Το επενδυτικό πρόγραμμα της «Medicam» της εταιρίας του ομίλου Κοντομηνά, στο χώρο της Υγείας προβλέπει να ξεπεράσει τα 9 δισ. δρχ. έως το 2005, ενώ κονδύλια ύψους 14 δισ. δαπάνησε στην ανέγερση νέων κλινικών και στην αγορά διαγνωστικών κέντρων, κυρίως στην επαρχία, η «furamedica», το ιατρικό σκέλος του ομίλου Λιακουνάκου.

Το 2001 έκανε την εμφάνισή του ένας νέος παίκτης στην αγορά παροχής ιατρικών υπηρεσιών, η «Περσεύς» η οποία λειτουργεί στο Παλαιό Φάληρο την γενική κλινική «Metropolitan Hospital».

Τη μετατροπή του σε έναν ισχυρό όμιλο στο χώρο της Υγείας δρομολογεί και το «Μητέρα» το οποίο έχει εξαγοράσει το 34% του μαιευτηρίου «Λητώ».

Για το «Ωνάσειο» καρδιοχειρουργικό κέντρο με τροπολογία που κατατέθηκε επιτρέπεται η επέκτασή του με τη δημιουργία μιας αίθουσας χειρουργείων.

γείου, τριών αιμοδυναμικού, 22 κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και 42 κλίνες νοσηλείας.

Ενώ στο «Βουγιουκλάκειο» θεραπευτήριο στο Αιγάλεω οι εργαζόμενοι διαμαρτύρονται ότι τα πράγματα χειροτερεύουν τόσο για τους ίδιους όσο και τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Το Σωματείο Προσωπικού Ιδιωτικών κλινικών, υπογραμμίζει το κλίμα φόβου και απειλών που προσπαθεί ο εργοδότης να περάσει στους εργαζόμενους με κάθε πρόσφορο τρόπο, ενώ οι ελλείψεις της κλινικής είναι ιδιαίτερα σημαντικές⁹⁹.

Στην ανακοίνωση επισημαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη νυχτερινής φύλαξης της κλινικής, έλλειψη τραυματιοφορέων – νοσοκόμων, τα απογεύματα, τις νύχτες και τα Σαββατοκύριακα με δυσμενή αποτελέσματα τόσο για τις νοσηλεύτριες όσο και για τους ασθενείς. Υπάρχει ακόμη μεγάλη έλλειψη πτυχιούχων αδελφών, ιδιαίτερα τα απογεύματα και τα βράδια, έλλειψη κατάλληλων στάσεων (π.χ. χώρος διαλείμματος) αδελφής, όπως και χώρων ένδυσης και φύλαξης προσωπικών αντικειμένων του προσωπικού.

Το «Βουγιουκλάκειο» δεν έχει γιατρό εργασίας με αποτέλεσμα να υπάρχει ελλιπής υγιεινή και ασφάλεια του προσωπικού και κατ' επέκταση των ασθενών (εμβολιασμοί, μυοσκελετικά προβλήματα κ.ά.). Ακόμη δεν εφαρμόζονται οι κλαδικές συλλογικές συμβάσεις εργασίας, ως προς την παροχή πλήρους στολής (δύο στολές το χρόνο, κάλτσες, παπούτσια).

Τέλος, όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα η κατάσταση στο χώρο της υγείας, σύμφωνα με την άποψη του κ. Δ. Κρεμαστινού καθηγητή Καρδιολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, τα μεγάλα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και οι ιδιωτικές κλινικές πρέπει να αποκτήσουν ουσιαστικό ρόλο στο ΕΣΥ, έχοντας τις ίδιες υποχρεώσεις και δικαιώματα με τα δημόσια νοσοκομεία. Δηλαδή να εφημερεύουν και να δέχονται όλα τα ταμεία και να ενταχθούν σε ένα ενιαίο σύστημα εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης.

⁹⁹ Κουκλάκη Δ., «Αχρηστεύονται στις αποθήκες», Τα ΝΕΑ 22.2.03.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

A. ΙΑΤΡΟΙ

1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ

Μεγάλες ελλείψεις σε ειδικευμένους γενικούς γιατρούς, δηλ. σε καλά καταρτισμένους οικογενειακούς γιατρούς, επισημάνθηκε στη χθεσινή συνέντευξη τύπου που δόθηκε εν όψει του 15^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής που θα πραγματοποιηθεί στις 30 Απριλίου, στη Χαλκιδική.

«Η παρουσία του οικογενειακού γιατρού θα μπορούσε να λύσει πολλά βασικά προβλήματα του συστήματος υγείας της χώρας μας» τόνισε ο πρόεδρος της ΕΛΕΓΕΙΑ κ. Μποδοσάκης Μερκούρης.

Στα νοσοκομεία οι ειδικευμένοι γιατροί στην Ελλάδα ανέρχονται στους 60.000 σύμφωνα με πανευρωπαϊκή έρευνα που πραγματοποιήθηκε πέρσι, ενώ οι ανάγκες δεν απαιτούν περισσότερο από 27.000 σε αντίθεση με τους γενικούς γιατρούς οι οποίοι θα έπρεπε να είναι 7000 και μετά βίας αγγίζουν τους 1.600.

Η εισαγωγή ασθενών σε μεγάλα νοσοκομεία, τα οποία θα έπρεπε να αναλαμβάνουν μόνο σοβαρά και εξειδικευμένα περιστατικά, γίνεται με μεγάλη ευκολία, γεγονός που επιβαρύνει το κράτος.

Τα κέντρα υγείας θα παρέχουν πολλές από τις υπηρεσίες δεδομένου ότι 1000 άνθρωποι ημερησίως φεύγουν από το χωριό τους προς την πόλη για μια απλή διαγνωστική εξέταση. Σ' αυτό το σημείο έρχεται και ο οικογενειακός γιατρός – ειδικότητα γενικής ιατρικής στο πανεπιστήμιο δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή – ο οποίος θα πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του ασθενή και είναι αρμόδιος να τον παραπέμψει στον κατάλληλο ειδικευμένο γιατρό.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ρόλος του γενικού ιατρού δεν περιορίζεται στην παθολογία αλλά ευθύνεται και για την ενημέρωση που θα οδηγήσει στην πρόληψη ενώ η γνώση του ιστορικού αποτελεί εφόδιο για τη χρήση της γενετικής ιατρικής, η οποία ανθίζει.

«Αν το 70% της επιτυχημένης διάγνωσης βρίσκεται στη σωστή λήψη του ιστορικού του ασθενή, πως είναι δυνατόν αυτό να επιτευχθεί σε μισή ώρα που διαρκεί μια επίσκεψη σ' έναν γιατρό, τον οποίο δεν έχουμε δει και δεν θα ξαναδούμε ποτέ;» αναρωτιέται ο κ. Μερκούρης αναδεικνύοντας το ρόλο του οικογενειακού γιατρού¹⁰⁰.

α. Οι συνέπειες της έλλειψης ιατρικού προσωπικού

Έρευνα του τομέα οικονομικών της υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, ανέδειξε δραματικές ελλείψεις του συστήματος υγείας σε γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς, εκπαιδευμένους νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και επισκέπτες υγείας.

Το σύστημα υγείας απασχολεί ένα υπέρογκο αριθμό εξειδικευμένων γιατρών, που σύμφωνα με τα πορίσματα της ίδιας έρευνας, πρέπει να μειωθεί σταδιακά κατά 34% καθώς οι συνέπειες της υπερπροσφοράς είναι σοβαρές τόσο για την οικονομία της χώρας και των νοικοκυριών όσο και για την υγεία του πληθυσμού.

Ταυτόχρονα όμως, θα πρέπει να αυξηθεί κατά 600% ο αριθμός των γενικών οικογενειακών γιατρών και να υπερδιπλασιασθεί ο αριθμός των νοσηλευτών και των επισκεπτών υγείας.

«Η υγεία είναι η κοινωνική φροντίδα» επισημαίνει στην «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» ο καθηγητής οικονομικών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. Γ. Κυριόπουλος, ο οποίος σχεδίασε τη μελέτη στην οποία καταθέτουν την άποψή τους 30 εμπειρογνώμονες όλων των κλάδων «δεν είναι ένα θέμα επεισοδιακής αντιμετώπισης από πλευράς της κλινικής ιατρικής, δηλ. αρρώστιες, πηγες

¹⁰⁰ Ανυπόγραφο, «Μεγάλες ελλείψεις σε ειδικευμένους γενικούς γιατρούς», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 24.4.03.

στο γιατρό και έφυγες. Είναι ένα ζήτημα διαρκές και ευρύτερο και γι' αυτό η σύνθετη των επαγγελματιών υγείας πρέπει να εγγυάται το συνεχές της φροντίδας. Χρειάζεται να δοθεί βάρος και στα άλλα επαγγέλματα και να συνδεθεί η υγεία με την κοινωνική φροντίδα, δεδομένου ότι πολλά προβλήματα υγείας και κυρίως τα προβλήματα των χρόνια πασχόντων, συνδέονται με κοινωνικές παραμέτρους».

Ο κ. Κυριόπουλος τονίζει ότι ως τώρα ως χώρα έχουμε δώσει μονόπλευρα το βάρος στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ενώ έχουν εγκαταλειφθεί για πολλές δεκαετίες τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας που σχετίζονται με τους άλλους κλάδους, όπως επισκέπτες υγείας. «Δεν έχουμε πολιτική για τους μείζονες παράγοντες κινδύνου, που είναι το κάπνισμα, η απουσία φυσικής άσκησης, το αυξημένο σωματικό βάρος, η κατάχρηση εθνικών ή φαρμακευτικών ουσιών, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών κ.λ.π.

Για τον περιορισμό αυτών των κινδύνων όμως απαιτούνται προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας και επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες.

Η κατάσταση σε αριθμούς

Την μικρότερη «πυκνότητα» γιατρών μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει η Μ. Βρετανία και τη μεγαλύτερη η Γαλλία. Ακολουθεί η Ελλάδα με 41,5 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας (ΕΣΔΥ) στην Ελλάδα αναλογεί ένας γενικός γιατρός ανά 10.000 κατοίκους. Ο αριθμός των γενικών γιατρών αναλογεί στο 1,8% του συνόλου των γιατρών της χώρας, όταν στη Μ. Βρετανία οι γενικοί γιατροί αντιπροσωπεύουν το 46% του ιατρικού σώματος, στην Αυστρία το 50%, στην Πορτογαλία το 31% και στην Ιταλία το 34%.

Ύστερα από τη μελέτη της ελλειπτικής πραγματικότητας εκτιμήθηκε ότι στη χώρα μας χρειαζόμαστε 11.000 γενικούς γιατρούς που αποτελούν το 30% του συνολικού δυναμικού.

«Οι διαπιστώσεις είναι δύο» λέει ο κ. Κυριόπουλος. «Ο αριθμός των γιατρών πρέπει να μειωθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια, ώστε η αναλογία να είναι 2,7 έως 2,9 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους.

Αυτή η πολιτική δεν είναι καθόλου εύκολη, και χρειάζεται χρόνο για να υλοποιηθεί. Εστιάζεται κυρίως στον αριθμό των κλινικών γιατρών και εργαστηριακών γιατρών και όχι των πτυχιούχων της ιατρικής, οι οποίοι μπορούν να εργαστούν και σε άλλους τομείς όπως η έρευνα, η εκπαίδευση και οι νέες ειδικότητες που δεν είναι κλινικές, όπως η ιατρική εργασία.

Παράλληλα πρέπει να εξαπλασιαστεί ο αριθμός των γενικών γιατρών. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να μειωθούν οι θέσεις ειδικευμένων σε κλινικές, παθολογικές, χειρουργικές ειδικότητες και παράλληλα να αυξηθούν οι θέσεις για ειδικότητα γενικής ιατρικής.

Χρειαζόμαστε πολύ περισσότερους γενικούς γιατρούς τόσο στα Κέντρα Υγείας όσο και στα ασφαλιστικά ταμεία. Μην ξεχνάτε ότι ο δεύτερος μεγαλύτερος τομέας παροχής υπηρεσιών μετά το Ε.Σ.Υ., σχεδόν ισοδύναμος ως προς τον αριθμό των γιατρών είναι το Ι.Κ.Α., που όμως απασχολεί υπερεξειδικευμένους γιατρούς οι οποίοι ενώ έχουν άλλες δεξιότητες καλούνται να εργαστούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα¹⁰¹.

β. Οι απεργιακές κινητοποιήσεις ιατρών

Στις 26/2/2003 το Διοικητικό συμβούλιο της ένωσης νοσοκομειακών ιατρών Αθήνα- Πειραιά (ΕΙΝΑΠ) αποφασίζει ομόφωνα τετράωρη στάση εργασίας, για την αύξηση των κονδυλίων για τις εφημερίες ώστε να υπάρχουν ασφαλή προγράμματα εφημεριών στα νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου.

Υποστηρίζουν ότι η κυβέρνηση με την άκρατη λογική περικοπή των κονδυλίων για τις εφημερίες που ζητούν τα νοσοκομεία κινούνται στο όριο της ασφάλειας, χάρη στην εργασιακή εξουθένωση των γιατρών.

¹⁰¹ Φούρα Γ., Το ιατρικό παράδοξο της Ελλάδας, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 22.6.03.

«Δεν αντέχουμε άλλο αυτή την κατάσταση που κάθε λίγο δημιουργεί προβλήματα σε όλο και περισσότερα νοσοκομεία, με το να μην πληρώνονται ούτε τα δεδουλευμένα»¹⁰².

Αποχή γιατρών του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

Αποχή από τα τακτικά ιατρεία και χειρουργεία πραγματοποιούν στις 7/3/2003 οι γιατροί του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης διαμαρτυρόμενοι για την περικοπή προσωπικού από τις εφημερίες, καθώς δεν επαρκούν τα σχετικά κονδύλια.

«Ήδη από το περασμένο καλοκαίρι η διοίκηση του νοσοκομείου μας ανακοίνωσε ότι δεν πρόκειται να υπάρξει αύξηση κονδυλίων για τις εφημερίες και άρχισε να μειώνει τους γιατρούς που εφημερεύουν. Αυτή τη στιγμή ο χειρουργικός και ο εργαστηριακός τομέας αλλά και τα παιδιατρικά τμήματα λειτουργούν στα όρια ασφαλείας» τονίζει μέλος της 3μελούς επιτροπής της (ΕΙΝΑΠ).

Στη Θεσσαλονίκη

Αποχή από την αντιμετώπιση των τακτικών περιστατικών πραγματοποιούν εδώ και ένα μήνα και οι νοσοκομειακοί γιατροί της Θεσσαλονίκης. Αποφάσισαν μάλιστα να μην υπογράφουν ούτε εξιτήρια για τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Από τις 9 Φεβρουαρίου κανένα νοσοκομείο δεν κλείνει ραντεβού για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, ούτε προγραμματίζει χειρουργεία. Αντιμετωπίζονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά, τα οποία εισάγονται στις εφημερίες¹⁰³.

Η ΕΙΝΑΠ συνεχίζει τις απεργίες

«Τώρα, τονίζει η ΕΙΝΑΠ, παίρνονται μέτρα που είναι επικίνδυνα και για τους λειτουργούς της υγείας, γιατρούς και νοσηλευτές αλλά και για τους αρρώστους που θα απευθύνονται στα αόρατα τμήματα Επειγόντων Περι-

¹⁰² Ανυπόγραφο, «Απεργούν για ασφαλείς εφημερίες», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 21.2.03.

¹⁰³ Ανυπόγραφο, «Αποχή των γιατρών του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης», Τα ΝΕΑ, 7.3.03.

στατικών (ΤΕΠ), όπως θα γίνουν τώρα με υπουργική απόφασή τους ανεπαρκείς και αναξιοπρεπείς χώρους εφημερίας των νοσοκομείων»^{104,105,106,107}.

Η ΕΙΝΑΠ αναφέρεται και στον τραγέλαφο, όπως τον χαρακτηρίζει, των προγραμμάτων εφημερίας των νοσοκομείων και διεκδικεί ασφαλή προγράμματα σε όλα τα νοσοκομεία, αξιοπρεπές μισθολόγιο, ανθρώπινο ωράριο και συντάξιμο το χρόνο των εφημεριών, την άμεση λειτουργία του Αττικού στα πλαίσια του ΕΣΥ^{108,109}.

γ. Οι επικουρικοί γιατροί

Με το νόμο 2889/2001 είχε θεσμοθετηθεί ο θεσμός των επικουρικών γιατρών για «έκτακτες υγειονομικές ανάγκες» ενώ με το νέο νόμο γενικεύεται και στο υπόλοιπο προσωπικό.

Έτσι, πάγιες ανάγκες θα καλύπτονται με επικουρικό προσωπικό που δεν θα έχει τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους εργαζόμενους. Σε κάθε ΠΕΣΥΠ θα καταρτίζονται οι κατάλογοι του επικουρικού προσωπικού «ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων» και για δύο χρόνια. Η κατάρτιση των καταλόγων – ιδιαίτερα στην περίπτωση που δεν υπάρχουν κενές θέσεις – είναι για τις ειδικές ανάγκες των ... εκλογών.

Τόσο οι γιατροί όσο και το υπόλοιπο επικουρικό προσωπικό μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα ειδικά μέτρα Υγείας που θεσμοθετήθηκαν με το νόμο 1397/83 (αλλά δεν λειτούργησαν ποτέ).

Οι εφημερίες των επικουρικών γιατρών θα καλύπτονται από τα κονδύλια των οικείων νοσοκομείων και του ΠΕΣΥΑ. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια έμμεση περικοπή του κονδυλίου των εφημεριών καθώς οι εφημε-

¹⁰⁴ Ανυπόγραφο, «Επικίνδυνη η κυβερνητική πολιτική», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 18.4.03.

¹⁰⁵ Ανυπόγραφο, «Αναβρασμός στην Υγεία», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 22.4.03.

¹⁰⁶ Ανυπόγραφο, «Κινητοποιήσεις σε Ψυχιατρείο και 'Μεταξάς'», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 23.4.03

¹⁰⁷ Ανυπόγραφο, «Εφημερεύουν οι ... περικοπές», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 3.4.03

¹⁰⁸ Γιώργος Βουνάτσος, Δέσποινα Κουκλάκη, Φωτεινή Στεφανοπούλου, «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22.3.03.

¹⁰⁹ Ανυπόγραφο, «Αυταρχισμός χωρίς όρια», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 16.5.03.

ρίες εγκρίνονται κεντρικά με κοινή απόφαση των υπουργών Υγείας και Οικονομικών¹¹⁰.

Με το άρθρο 17 για τις αποσπάσεις και τις μετατάξεις του προσωπικού πιστοποιείται η οριστική διάλυση της Πρόνοιας καθώς προβλέπει τη μετάταξη και τη μεταφορά των εργαζομένων από τα ιδρύματα που διαλύθηκαν, όπως ο Εθνικός οργανισμός κοινωνικής φροντίδας, ΕΟΠ, ΙΒΣΑ κ.λ.π.

Με τα υπόλοιπα άρθρα ρυθμίζονται ποικίλα θέματα, όπως θέματα των γιατρών, του ΕΚΑΒ, του ΕΟΦ, των φαρμακείων, ψυχικής υγείας και των Επαγγελματιών Υγείας¹¹¹.

2. ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ

7 χρόνια φυτό από απλή εγχείρηση

Εισήχθη στο Περιφερειακό Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά του Πειραιά, τον Ιούλιο του 1996. Ένα εύρημα στον θυρεοειδή, επέβαλε την αφαίρεση του αδένου προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση καρκίνου.

Ο Ε.Μ., πατέρας ενός ανήλικου αγοριού, ήταν τότε περίπου 35 ετών, δεν είχε κανένα καρδιολογικό ή άλλο πρόβλημα που πιθανόν να έκρυβε κινδύνους για την εγχείρηση. Βγήκε όμως από το χειρουργείο με μόνιμη εγκεφαλική βλάβη.

Ο χειρουργός του «Μεταξά» περιγράφει: «την ώρα που χειρουργούσα και όλα πήγαιναν καλά, παρατήρησα ότι το αίμα είχε αλλάξει χρώμα. Από κόκκινο είχε αρχίσει να γίνει μπλε. Σταμάτησα την επέμβαση και διαπιστώσαμε ότι ο σωλήνας που συνέδεε τον ασθενή με το μηχάνημα παροχής του οξυγόνου είχε αποσυνδεθεί...» και καταθέτει ότι «για 2-3 λεπτά είχαν καλέσει τον αναισθησιολόγο σε διπλανό χειρουργικό τραπέζι όπου χειρουργούσαν άλλο περιστατικό».

¹¹⁰ Ανυπόγραφο, «‘Σκούπα’ εκχωρήσεων και ανατροπών», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 8.6.06.

¹¹¹ Μπουλουτζά Π., «Δώστε λύση στην Υγεία», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 8.2.03.

Μόνιμη βλάβη

Ο 35χρονος υπέστη μόνιμη εγκεφαλική βλάβη και η κατάστασή του πλέον χαρακτηρίζεται μη αναστρέψιμη. Εξακολουθεί να νοσηλεύεται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αφού ύστερα από τόσα χρόνια δεν έχει βρεθεί λύση για την περίθαλψή του. Καμία από τις χειρουργικές κλινικές δεν δέχτηκε να αναλάβει τον ασθενή γιατί στο μεταξύ είχε κατατεθεί αγωγή και μηνυτήρια αναφορά των συγγενών του και όλοι φοβούνται να πάρουν ευθύνη.

Ο διοικητής του νοσοκομείου ζήτησε οδηγίες για το πώς πρέπει να χειριστεί την υπόθεση χωρίς να υπάρξει απάντηση. Στο κρεβάτι που θα είχαν εξυπηρετηθεί τουλάχιστον 200 ασθενείς, που έχουν ανάγκη (ΜΕΘ), ο ασθενής ακόμη νοσηλεύεται στη ΜΕΘ.

Επίσης απευθύνθηκε και το Ι.Κ.Α. ώστε να νοσηλευτεί σε κάποια από τα θεραπευτήρια του ιδρύματος σε μονάδα αυξημένης φροντίδας αλλά το Ι.Κ.Α. αρκέστηκε να απαντήσει ότι θα ήταν καλό να πείσει τον διευθυντή κάποιας από τις κλινικές του Νοσοκομείου να αναλάβει τον 35χρονο.

Καταδικάστηκαν δύο γιατροί –

250 εκατομμύρια ζητούν οι συγγενείς

Η οικογένεια του άτυχου Ε.Μ. έκανε μήνυση εναντίον των γιατρών που είχαν αναλάβει το χειρουργείο. Ο χειρουργός κ. Κονδύλης απαλλάχθηκε από την πρώτη στιγμή. Καταδικάστηκαν όμως ο διευθυντής του αναισθησιολογικού τμήματος Α.Τ., που έχει πια συνταξιοδοτηθεί και ο αναισθησιολόγος Α.Π., ο οποίος εξακολουθεί να εργάζεται στο «Μεταξάς».

Τόσο η πρωτόδικη όσο και η απόφαση του Εφετείου ήταν ίδιες: 12 μήνες φυλάκιση με τριετή αναστολή.

Οι συγγενείς του ασθενούς κέρδισαν την αίτηση ασφαλιστικών μέτρων εναντίον του νοσοκομείου και αποζημιώθηκαν με 6 εκατ. δραχμές. Έχουν πάντως καταθέσει αγωγή εναντίον του «Μεταξάς» ζητώντας περίπου 250 εκατ. δραχμές για ηθική βλάβη. Η αγωγή συζητήθηκε το Φεβρουάριο του

2000 από το Διοικητικό Πρωτοδικείο Πειραιά αλλά εκκρεμεί η οριστική απόφαση¹¹².

Γιατρός «έστελνε» γιατρούς....

Φαρμακευτικές ουσίες που προκαλούν αναισθησία ή ακόμα και το θάνατο (χορηγούμενες σε μεγάλη ποσότητα) συνελήφθη να χορηγεί σε συναδέλφους του εν αγνοία τους, γιατρός στο Γζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά.

Ο 48χρονος νευροχειρουργός Ζ.Γ., συνελήφθη προχθές από την Ασφάλεια Πειραιά, μετά από παρακολούθηση, την ώρα που έριχνε με σύριγγα αυτές τις ουσίες σε καφέ συναδέλφων του. Οδηγήθηκε στον Εισαγγελέα Πλημμελειοδικών Πειραιά, με την κατηγορία της παράβασης καθήκοντος, παράβασης του νόμου περί ναρκωτικών και για βαριές σωματικές βλάβες κατ' επανάληψη. Προ διετίας μάλιστα ο ίδιος γιατρός, σύμφωνα με την Αστυνομία και κατά συχνά χρονικά διαστήματα, είχε κατηγορηθεί για τις ίδιες πράξεις, αποτέλεσμα των οποίων ήταν δύο συνάδελφοί του να έχουν πέσει ξαφνικά σε κόμα και ο ένας να έχει νοσηλευτεί επανειλημμένα σε μονάδα Εντατικής Θεραπείας εξαιτίας της κρισιμότητας της κατάστασής του¹¹³.

Σε δύο χρόνια πενταπλασιάστηκαν οι υποθέσεις που φθάνουν στα δικαστήρια για ιατρικά λάθη

Όλο και περισσότερες υποθέσεις που αφορούν σε ιατρικά λάθη παίρνουν το δρόμο της Δικαιοσύνης, τα τελευταία χρόνια. Ασθενείς και συγγενείς τους καταφεύγουν συχνότερα στα αστικά δικαστήρια ζητώντας αποζημιώσεις.

Την ίδια στιγμή, κανένας επίσημος φορέας δεν φαίνεται να λειτουργεί ώστε να προστατεύονται τα δικαιώματα των ασθενών. Ακόμη και τα κοινώς λεγόμενα «γραφείο παραπόνων» που προβλεπόταν στο νόμο (28/89 του 2001) για τη μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ., υπολειτουργούν στη συντριπτική πλειονότητα των νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τον πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ) Γ. Πατούλη, οι υποθέσεις που εκκρεμούν στα αστικά δικαστήρια της Αθήνας

¹¹² Κουκλάκη Δ., «7 χρόνια 'φυτό' από απλή εγχείρηση!», Τα ΝΕΑ, 15.1.03.

¹¹³ Ανυπόγραφο, «Γιατρός 'στέλνει' γιατρούς...», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14.6.03.

ξεπερνούν τις 100. Το 2001 από τις υποθέσεις για την υγεία που έφτασαν στον Συνήγορο του Πολίτη, το 3,5% αφορούσε ιατρικά λάθη.

Επιπλέον, σε ποσοστό 42,1% οι υποθέσεις αφορούσαν στην υγειονομική προστασία των πολιτών ενώ το 12% σχετιζόταν με το δικαίωμα στην υγεία.

Τα δικαιώματα των ασθενών δεν υποστηρίζονται και συχνά παραβιάζονται. «Ένα ποσοστό κάτω από 10% των ασθενών φτάνουν στο γραφείο επικοινωνίας του νοσοκομείου για να κάνουν καταγγελία. Ακόμη λιγότεροι είναι όσοι καταγγέλλουν τον γιατρό πριν ολοκληρωθεί η νοσηλεία και η θεραπεία του», αναφέρει ο κ. Κ. Φαζάκης, δικηγόρος και νομικός σύμβουλος στο «Μεταξάς».

Στα αρχεία της επιτροπής για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ασθενούς, έχουν μαζευτεί περίπου 3.000 υποθέσεις, οι περισσότερες στην αναμονή, καθώς η επιτροπή δεν έχει συνεδριάσει εδώ και αρκετούς μήνες!

Την ίδια στιγμή ο Συνήγορος του Πολίτη δέχτηκε από το 2001 είκοσι αναφορές που αφορούσαν στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σχετιζόταν με την ελλιπή ή και ανύπαρκτη ενημέρωση των ασθενών ή των συγγενών τους για τα δικαιώματά τους¹¹⁴.

Ο γραμματέας της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (ΟΕΓΝΕ) και μέλος της Επιτροπής Δικαιωμάτων Ασθενούς αναφέρει ότι «τα δικαιώματα των ασθενών δεν υποστηρίζονται και είναι αρκετές οι φορές που παραβιάζονται». «Η επιτροπή δεν έχει ακόμη στελεχωθεί πλήρως και δεν έχει συνεδριάσει εδώ και 8 τουλάχιστον μήνες».

Υπάρχουν πάντως καταγγελίες που σχετίζονται με την κακή πρακτική από την πλευρά των γιατρών καθώς και με «παραοικονομία» στους κόλπους των δημόσιων νοσοκομείων (φακελάκια).

Ο καθηγητής κ. Π. Μπεχράκης και πρόεδρος του Πειθαρχικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ) αναφέρει ότι «οι υποθέσεις που

¹¹⁴ Ρούτση Κ., «Πενταπλασιάστηκαν σε 2 χρόνια οι υποθέσεις που φθάνουν στα δικαστήρια», Τα ΝΕΑ, 15.1.03.

φθάνουν κάθε χρόνο σε μας, είναι λίγες και δεν θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι αντιπροσωπευτικές για την κατάσταση στο χώρο της υγείας σήμερα: Κι αυτό γιατί οι πολίτες δεν ενημερώνονται σωστά και συστηματικά για τα δικαιώματά τους ώστε να ξέρουν τι μπορούν να διεκδικήσουν και με ποιον τρόπο». Ο ίδιος προσθέτει πως «το βασικότερο δικαίωμα του ασθενούς που παραβιάζεται είναι αυτό της προσωπικής του αξιοπρέπειας». Ο τρόπος και οι συνθήκες υπό τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα, υποτιμούν την προσωπικότητα του ασθενούς»¹¹⁵.

Από μερικές μέρες έως και μέχρι αρκετά χρόνια μπορεί να περιμένει ένας ασθενής ώσπου να επιλυθεί η υπόθεση της καταγγελίας του. Ο θιγόμενος γιατρός μπορεί να απευθυνθεί από τα πρωτοβάθμια δικαστήρια μέχρι και στο συμβούλιο της Επικρατείας και η υπόθεση να κρατήσει χρόνια^{116,117}.

¹¹⁵ Πέννη Μπουλουτζά, «Ανοίγουν οι κλινικές στο Χαϊδάρι τον Φεβρουάριο», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 4.1.03.

¹¹⁶ Ανυπόγραφο, «3000 νέες προσλήψεις», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18.1.03.

¹¹⁷ Ανυπόγραφο άρθρο: «Ριπές τα δικαιώματα», Τα ΝΕΑ, 15.1.03.

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

α. Εξαγγελίες προσλήψεων νοσηλευτικού προσωπικού

Έτοιμο να «φιλοξενήσει» ιατρικά τμήματα θα είναι τον Φεβρουάριο το Αττικό Νοσοκομείο στο Χαϊδάρι, καθώς ολοκληρώνονται οι εργασίες ανέγερσης και παραλαβής του εξοπλισμού του. Επίσης, δρομολογούνται και η στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό από το διαγωνισμό του ΑΣΕΠ που αφορά 330 θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού και υπολογίζεται ότι οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι τον Φεβρουάριο θα διοριστούν.

Αναμένεται να γίνουν και μετατάξεις νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που έχει αποσπαστεί από άλλα νοσοκομεία και που δεν αναμένεται πριν από τον Μάρτιο.

... νέες προσλήψεις

Τρεις χιλιάδες προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού έχουν προγραμματιστεί για το 2003 και έως το τέλος του χρόνου θα έχουν αναπτυχθεί 70 νέες κλίνες σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, επεσήμανε ο υπουργός Υγείας κ. Στεφανής. Εξάλλου, τον επόμενο μήνα θα κατατεθούν στο υπουργικό συμβούλιο προτάσεις για νομοσχέδιο που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τη Δημόσια Υγεία και την Εκπαίδευση.

Το υπουργικό συμβούλιο στις 13.2.2003 που είχε ως θέμα τα προβλήματα στην Υγεία, μπροστά στα τρομακτικά κενά του νοσηλευτικού προσωπικού αποφάσισε την πρόσληψη 5.000 νοσηλευτών με 18μηνη σύμβαση μέχρι να ολοκληρωθούν οι διαδικασίες των μόνιμων προσλήψεων. Η ανακοίνωση αυτή αποτελεί παραλλαγή της εξαγγελίας του υπουργείου Υγείας στις 12.11.02 για την πρόσληψη 3.000 νοσηλευτών ως «Επικουρικού προσωπικού» με οχτάμηνες συμβάσεις¹¹⁸.

Από το 2001 εκκρεμεί η τοποθέτηση νοσηλευτών σε θέσεις μόνιμου προσωπικού. Η καθυστέρηση αυτή οφείλεται στη μη έγκαιρη προκήρυξη των

¹¹⁸ Ανυπόγραφο, «Συλλειτουργία... υποβάθμισης των παροχών», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14.2.03.

θέσεων παρά τους προϋπολογισμούς, αλλά και στις καθυστερήσεις των διαδικασιών του ΑΣΕΠ.

Το ζήτημα της καθυστέρησης στον διορισμό νοσηλευτών και νοσηλευτριών στα δημόσια νοσοκομεία έθιξε ο υπουργός Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης κ. Σκανδαλίδης. «Οι διαδικασίες των προσλήψεων είναι χρονοβόρες». Ανακοίνωσε ότι θα βρεθεί τρόπος μέσω του ΑΣΕΠ, ούτως ώστε να καλύπτονται οι θέσεις που προκηρύσσονται σε χρόνο ρεκόρ. Δηλαδή σε περίπου τρεις μήνες¹¹⁹.

β. Ελλείψεις του τομέα Οικονομικών της Εθν. Σχολής Δημ. Υγείας

«Η υγεία και η κοινωνική φροντίδα, δεν είναι θέμα επεισοδιακής αντιμετώπισης από την πλευρά της κλινικής ιατρικής, είναι ζήτημα διαρκές και ευρύτερο, γι' αυτό η σύνθεση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να εγγυάται το συνεχές της φροντίδας. Χρειάζεται να δοθεί βάρος και στα άλλα επαγγέλματα και να συνδεθεί η υγεία με την κοινωνική φροντίδα, δεδομένου ότι πολλά προβλήματα υγείας και κυρίως τα προβλήματα των χρονίως πασχόντων συνδέονται με κοινωνικές παραμέτρους», επισημαίνει ο κ. Γ. Κυριόπουλος, καθηγ. Οικονομικών της Υγείας της (ΕΣΔΥ).

Τονίζει επίσης ότι για πολλές δεκαετίες έχουν εγκαταλειφθεί προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας που σχετίζονται με άλλους κλάδους όπως οι επισκέπτες υγείας. Για τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου που ευθύνονται για το 90% της θνησιμότητας και μεγάλης νοσηρότητας πέρα από τα προγράμματα, απαιτούνται επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες.

Σύμφωνα με το πόρισμα της Επιτροπής για την κάλυψη των αναγκών απαιτείται τουλάχιστον διπλασιασμός του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε η αναλογία να είναι 7,7 έως 9,1 ανά 1000 κατοίκους. Το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως σε αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης όπου η αναγκαία αναλογία πρέπει να κυμαίνεται από 1,25 έως 1,7 κλίνες ανά νοσηλεύτη – νοσηλεύτρια.

¹¹⁹ Έλενα Φυντανίδου, «Επισπεύδονται οι διαδικασίες διορισμού των νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία», Το ΒΗΜΑ, 23.2.03.

«Το μεγαλύτερο πρόβλημα αυτή τη στιγμή δεν βρίσκεται στις θέσεις σπουδαστών νοσηλευτικής που υπάρχουν στα Τ.Ε.Ι. και στο Πανεπιστήμιο. Δεν υπάρχει ικανοποιητική ζήτηση γι' αυτές τις θέσεις, ενώ παρατηρείται μεγάλη διαρροή σπουδαστών στην πορεία των σπουδών τους και πολλοί νέοι εργαζόμενοι εγκαταλείπουν με την πρώτη ευκαιρία. Αυτό οφείλεται στην πολύ χαμηλή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, όσον αφορά το κύρος του επαγγέλματός τους, τις συνθήκες εργασίας και τις αμοιβές.

Ενώ όμως προτείνεται ο υπερδιπλασιασμός των νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που απασχολούνται στο σύστημα υγείας, πρέπει να συρρικνωθεί η κατηγορία των νοσηλευτών μέσης εκπαίδευσης, τα πτυχία των οποίων δεν αναγνωρίζονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι ένα βοηθητικό επάγγελμα αλλά όχι νοσηλευτικό¹²⁰.

Έχουμε αρκετές σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Πρέπει να δοθούν μισθολογικά και άλλα κίνητρα που να αυξήσουν το εύρος του νοσηλευτικού επαγγέλματος, το οποίο ν' αρχίσει να ανθίζει και πάλι. Αυτό όμως είναι μια διαδικασία μακροχρόνια, επίμονη και δύσκολη¹²¹.

γ. Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών

Σύμφωνα με τον κ. Σ. Αντωνίου, διδάκτωρ Εργασιακής Ψυχολογίας και Υγείας του Πανεπιστημίου Μάντσεστερ, οι Επαγγελματίες Υγείας και όσοι αναπτύσσουν στην εργασία τους σχέση φροντίδας και υπευθυνότητας με άλλα άτομα, εμφανίζουν το σύνδρομο «επαγγελματικής εξουθένωσης» γνωστό ως «burnout». Εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση των εργαζομένων και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα.

Το σύνδρομο «επαγγελματικής εξουθένωσης» εκδηλώνεται μέσω 3 επιμέρους χαρακτηριστικών γνωρισμάτων: την συναισθηματική εξάντληση,

¹²⁰ Φούρα Γ., «Το ιατρικό παράλογο της Ελλάδας», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 22.6.03.

¹²¹ Ανυπόγραφο, «Μεγάλη έλλειψη γενικών ιατρών», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 22.6.03

την αποπροσωποποίηση και την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων. Ο εργαζόμενος αισθάνεται ανίκανος να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του και αναπτύσσει ουδέτερα ή ακόμα και αρνητικά συναισθήματα για τον ασθενή ή τον πελάτη του.

Συχνά η εκδήλωση του συνδρόμου είναι απόρροια αυξημένης αφοσίωσης προς τους εργασιακούς στόχους. Περισσότερο «ύποπτοι», είναι όσοι είχαν υψηλές προσδοκίες πριν εισέλθουν στο επάγγελμα, οι οποίες στη συνέχεια διαψεύστηκαν.

Επίσης, επιβαρυντικοί παράγοντες είναι τα προβλήματα επικοινωνίας και συνεννόησης με τους συναδέλφους, η ύπαρξη σεξιστικών ή κοινωνικών διακρίσεων στον εργασιακό χώρο, αλλά και το αίσθημα ότι ο εργαζόμενος δεν αμείβεται για την εργασία του ικανοποιητικά.

Τρόποι αντιμετώπισης: Το σύνδρομο burnout μπορεί ν' αντιμετωπιστεί με την ύπαρξη ενός δικτύου υποστήριξης του εργαζομένου τόσο στο επαγγελματικό όσο και στον οικογενειακό χώρο.

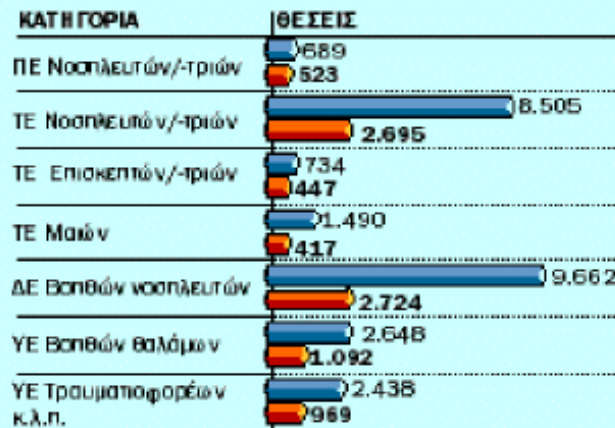
Έτσι από τον περασμένο Σεπτέμβριο, η Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), η Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής σε συνεργασία με ανάλογη εταιρική σύμπραξη στην Ιταλία, πραγματοποιούν παρέμβαση πρόληψης του συνδρόμου «burnout» στις ψυχιατρικές δομές θεραπείας και αποκατάστασης στην Ελλάδα και Ιταλία¹²².

¹²² Ανυπόγραφο, «Το σύνδρομο 'burnout' μας κάνει αδιάφορους», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 8.2.03.

Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό

Περισσότερες από τρεις στις δέκα θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού, όλων των κατηγοριών, είναι κενές σε 81 νοσηλευτικά ιδρύματα (56 νοσοκομεία, 18 κέντρα υγείας, 7 προνοιακά ιδρύματα) της χώρας. Η μεγαλύτερη έλλειψη παρατηρείται στους νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης

■ Προβλεπόμενες θέσεις ■ Κενές θέσεις



ΠΕ = Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση, ΤΕ = Τεχνολογική Εκπαίδευση, ΔΕ = Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, ΥΕ = Υποχρεωτική Εκπαίδευση

Ελλείψεις ανά νοσοκομείο

Οι ελλείψεις αφορούν το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού Πανεπιστημιακής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, καθώς και βοηθούς νοσηλευτών



Πηγή: Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΚ), 2002

*Ανυπόγραφο,
«Χειρουργείται πρώτος, όποιος έχει... ισχυρό μέσο»,
Τα ΝΕΑ, 17.6.03*

Γ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι ότι οι γιατροί για την πρόνοια. Η δουλειά τους βρίσκεται στην πρώτη γραμμή μάχης μέσα στην οικογένεια, για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, της φτώχειας και της περιθωριοποίησης. Σύμφωνα με τη μελέτη στην Ελλάδα χρειάζονται οκτώ έως έντεκα κοινωνικοί λειτουργοί ανά 10.000 κατοίκους.

«Έχουμε λιγότερους από τους μισούς» λέει ο κ. Κυριόπουλος καθ. Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, «και οι περισσότεροι ασχολούνται σε διοικητικές θέσεις που βγάζουν επιδόματα. Η επιτροπή πρότεινε τον υπερδιπλασιασμό των κοινωνικών λειτουργών, ώστε να στηριχθεί ένα σύστημα πρόνοιας στη χώρα μας. Κατ' αρχήν πρέπει ν' αυξηθούν οι θέσεις σπουδών, αφού σήμερα υπάρχει μόνο ένα πανεπιστημιακό τμήμα στη Θράκη και λίγα στα Τ.Ε.Ι. Πολύ χαμηλός είναι και ο αριθμός των επισκεπτών υγείας που είναι απαραίτητοι για την προώθηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας. Για την κάλυψη αναγκών απαιτούνται, σύμφωνα με τη μελέτη, έντεκα έως δεκαπέντε επισκέπτες υγείας ανά εκατό χιλιάδες πληθυσμού»¹²³.

¹²³ Φούρα Γ., «Το ιατρικό παράδοξο της Ελλάδας», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 22.6.03.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Η αξιολόγηση προσφερομένων υπηρεσιών των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας

Ικανοποιημένοι, έως και πολύ ικανοποιημένοι και μάλιστα σε ποσοστό 80% από τις υπηρεσίες των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. εμφανίζονται όσοι πήραν μέρος σε έρευνα του ελληνικού ανοιχτού Πανεπιστήμιου, που έκανε για λογαριασμό του υπουργείου Υγείας.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με ερωτηματολόγια που στάλθηκαν σε όσους νοσηλεύτηκαν, οι οποίοι με τη σειρά τους τις ταχυδρόμησαν στο Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

Αν λοιπόν, σε πορεία απορύθμισης των δημόσιων νοσοκομείων, υπάρχει αυτός ο βαθμός ικανοποίησης, τότε η έρευνα αυτή θα πρέπει να αποτελέσει οδηγό για αποφάσεις ενίσχυσης των νοσοκομείων στο υπουργικό Συμβούλιο που θα γίνει στις 13 Φλεβάρη του 2003.

...και η πραγματικότητα

Βέβαια, τα πράγματα στα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι όπως μπορεί να υποθέσει ο καθένας από τις απαντήσεις στο προαναφερόμενο ερωτηματολόγιο. Μια ερμηνεία των απαντήσεων βρίσκεται στο γεγονός, πως σε παρόμοιες περιπτώσεις – έχει παρατηρηθεί και στο εξωτερικό – παίρνουν μέρος κυρίως συνταξιούχοι, που έχουν το χρόνο να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια αλλά και να τα ταχυδρομήσουν.

Από την άλλη, βέβαια, οι συνταξιούχοι είναι εκείνοι που κατά κόρον χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων, και παρά τις «ουρές» που έχουν να αντιμετωπίσουν, τις μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και τα υπόλοιπα γνωστά προβλήματα, μένουν και ευχαριστημένοι, αφού δεν έχουν που την κεφαλή κλίνη.

Είναι επομένως φυσιολογική μια έκπτωση των απαιτήσεων, που θέτουν οι σύγχρονες ανάγκες. Το γεγονός αυτό όμως δεν αλλάζει την πραγματικότητα των δημόσιων νοσοκομείων. Ούτε το γεγονός πως στη χώρα μας η ιδιωτική δαπάνη είναι από τις υψηλότερες στον κόσμο και φτάνει στο 45% των συνολικών δαπανών¹²⁴.

Ε.Σ.Υ.: Καλοί οι γιατροί, κακά τα νοσοκομεία

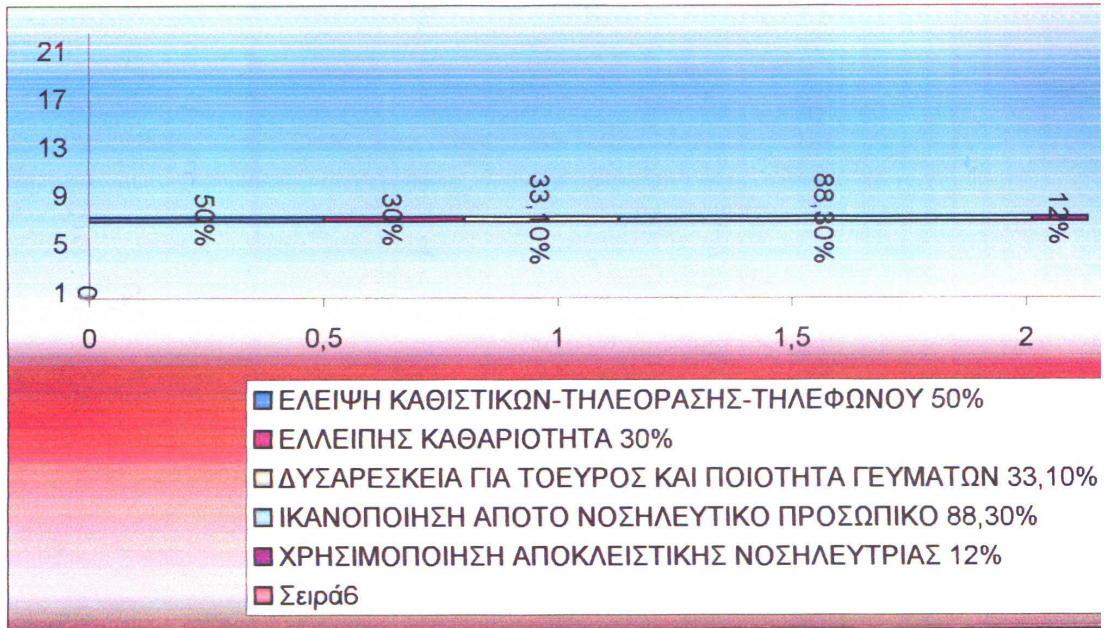
Οι Έλληνες ασθενείς δίνουν εύσημα στις παρεχόμενες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες αλλά γκρινιάζουν για τις ξενοδοχειακές ανέσεις.

Στον τομέα το service, ο οποίος αφορά το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η νοσηλεία, οι ασθενείς βγάζουν κόκκινη κάρτα.

Το συμπέρασμα ότι η αχίλλειος πτέρνα των νοσοκομείων το Ε.Σ.Υ., είναι η ξενοδοχειακή υποδομή και όχι τόσο οι λίστες αναμονής ασθενών ή η ανεπάρκεια προσωπικού, προκύπτει από την έρευνα που έκανε την Άνοιξη του 2002 σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, ομάδα επιστημόνων με επικεφαλής τον αναπλ. Καθηγητή Διοίκησης – Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών κ. Δ. Νιάκα.

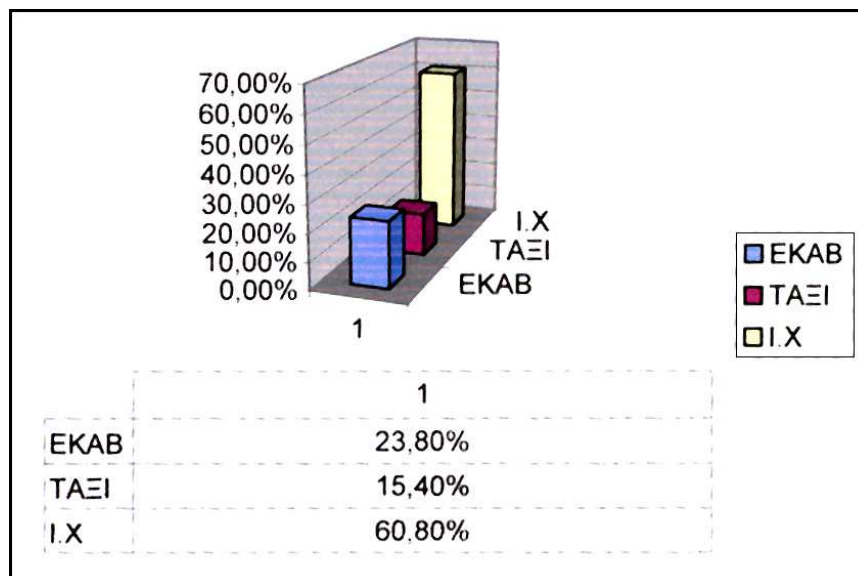
Η μελέτη έγινε με τη μορφή ερωτηματολογίου το οποίο συμπλήρωσαν 4.200 άτομα κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν. Η μελέτη ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2003 όποτε και κοινοποιήθηκε στον υπουργό Υγείας κ. Στεφανή και στους προέδρους των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ).

¹²⁴ Ανυπόγραφο, «Μια έρευνα, ... και η πραγματικότητα», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 7.2.03.



Σημαντικά είναι τα στοιχεία που δείχνουν την αντίληψη και συμπεριφορά του ασθενή σε σχέση με την νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ασθενείς σε ποσοστό 68,5% πιστεύουν ότι η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ήταν επείγουσα.

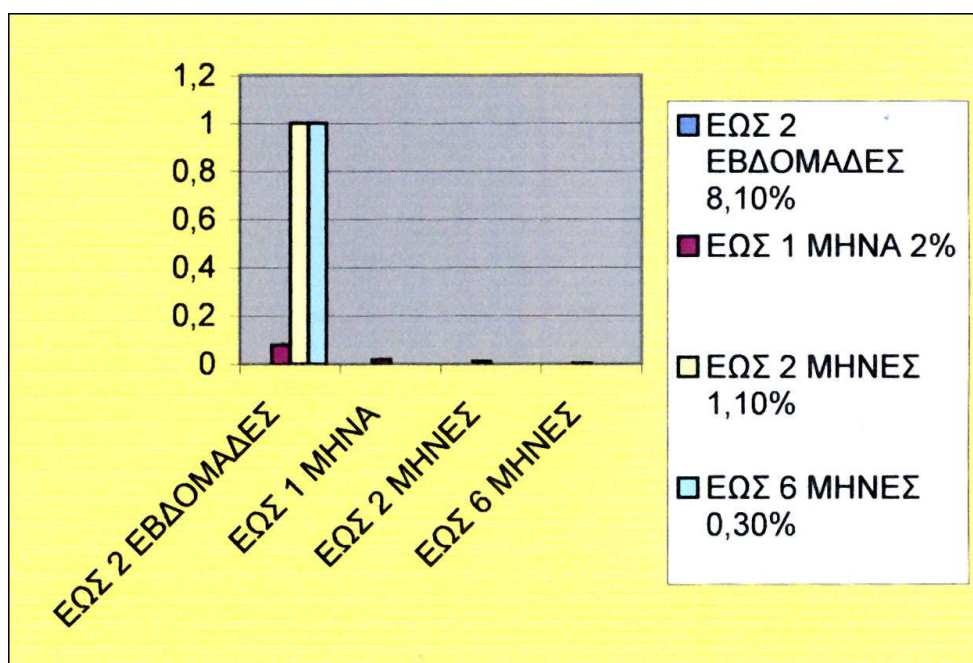
Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τον τρόπο προσέλευσης στο Νοσοκομείο.



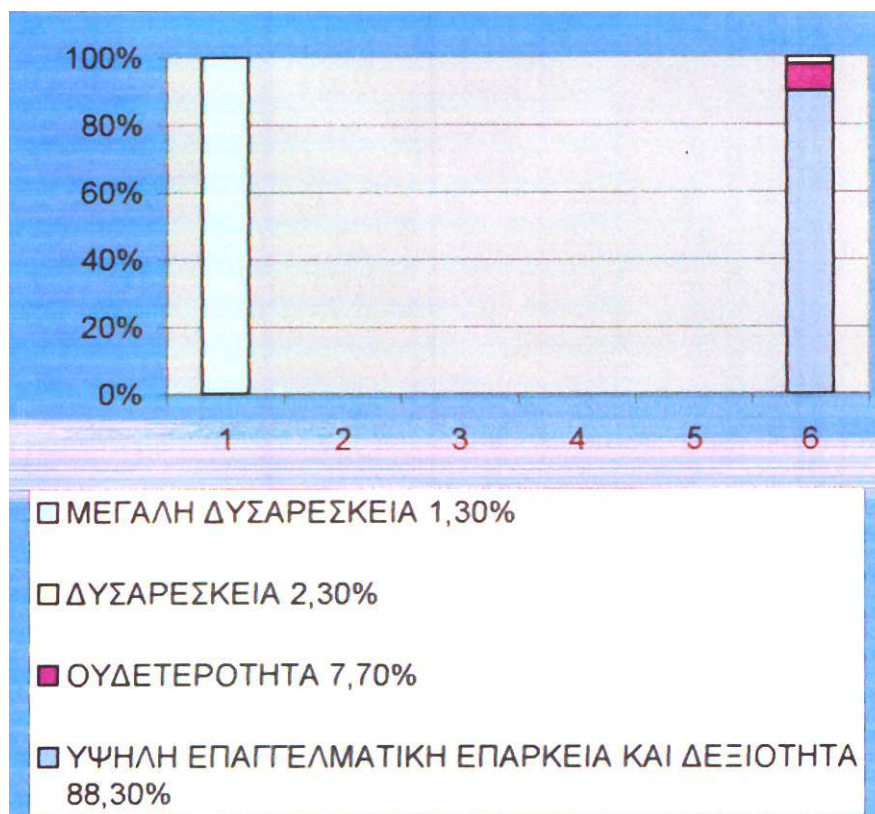
Συνήθως όταν ο ίδιος ή το συγγενικό του περιβάλλον διαπιστώσει ότι υπάρχει κάποιο υγειονομικό πρόβλημα με δική του πρωτοβουλία και χρησιμοποίηση ιδιωτικής χρήσης μέσω προσφεύγει στο νοσοκομείο.

Λίστες αναμονής προγραμματισμένων εισαγωγών

Σύμφωνα με τη μελέτη, τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι στα ελληνικά νοσοκομεία δεν υπάρχουν αξιόλογες λίστες αναμονής και ότι προσφορά των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη ζήτηση. «Αυτό βεβαίως» σημειώνεται «δεν σημαίνει ότι ορισμένα νοσοκομεία και ειδικές υπηρεσίες δεν πρέπει να αντιμετωπίζουν προβλήματα ικανοποίησης της ζήτησης. Αυτό ίσως συμβαίνει λόγω προτίμησης των ασθενών και επιλογής συγκεκριμένων κλινικών και γιατρών και δεν χαρακτηρίζει συνολικά το νοσοκομείο μας σύστημα που αφορά ολόκληρη την ελληνική επικράτεια.



Η συντριπτική πλειονότητα των νοσηλευθέντων φαίνεται ότι εμπιστεύεται τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. και θεωρεί ότι η επιστημονική και επαγγελματική δεξιοτήτά του είναι υψηλή.



Υψηλά ποσοστά ικανοποίησης διαπιστώνονται επίσης στο ζήτημα της συμπεριφοράς και ανθρώπινων σχέσεων που χαρακτηρίζει το ιατρικό σώμα σε σχέση με τους ασθενείς. Οι τελευταίοι φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι σε ποσοστό 84,4% από τη συμπεριφορά των γιατρών και μόνο ένα 5,5% εκφράζει δυσαρέσκεια.

Εξίσου υψηλά είναι τα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών 81,8% από τη συμπεριφορά και τις υπηρεσίες που παρέχουν οι νοσηλευτές. Δυσaréσκεια εκφράζουν οι ασθενείς σε ποσοστό 6,8% «γεγονός που χρειάζεται να εξετασθεί ώστε να υπάρξει καλύτερο μελλοντικό αποτέλεσμα» αναφέρεται στη μελέτη.

Ωστόσο γίνεται και εδώ η διαπίστωση ότι ο αριθμός των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δεν επαρκεί. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, 12% αυτών που απάντησαν έχει χρησιμοποιήσει την ελληνική πρωτοτυπία της ιδιωτικής

μίσθωσης ιδιωτών νοσηλευτών για αποκλειστική νοσηλεία εντός ενός δημόσιου οργανισμού που παρέχει νοσηλεία.

Εκτός από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, οι ξενοδοχειακές και το περιβάλλον, μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η νοσηλεία ασκεί σημαντικές επιδράσεις στη γνώμη των ασθενών.

Σε ότι αφορά την καθαριότητα των θαλάμων και διαδρόμων, ποσοστό ασθενών που προσεγγίζει το 30%. Εκτιμά ότι είναι από μέτρια έως πολύ καλή.

Το 35,5% των ασθενών τη θεωρεί πολύ καλή και καλή το 34,5%.

Όσον αφορά τους χώρους υγιεινής το 27,5% των ασθενών την θεωρεί πολύ καλή και το 31% καλή. Αυτό σημαίνει ότι οι μισοί ασθενείς θεωρούν την κατάσταση από μέτρια ως πολύ κακή, γεγονός που δείχνει ιδιαίτερα στα παλαιότερα νοσοκομεία που έχουν κοινόχρηστους χώρους υγιεινής, ότι το επίπεδο καθαριότητας είναι προβληματικό και ότι η φροντίδα των διοικήσεων σ' αυτόν τον τομέα θα πρέπει να είναι μια από τις προτεραιότητες στην προσπάθεια βελτίωσης των υπηρεσιών τους.

Σε ότι αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού που είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών διατροφής, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς την εκτιμούν σε ποσοστό 83,3% από καλή έως πολύ καλή.

Το μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης ασθενών καταγράφεται στην ερώτηση για τις υποδομές που διευκολύνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο (σαλόνι, τηλεόραση, τηλ. επικοινωνίας). Περίπου οι μισοί ασθενείς απαντούν ότι δεν υπάρχουν αυτές οι δυνατότητες.

Περιθώρια βελτίωσης φαίνεται ότι υπάρχουν σε ορισμένα νοσοκομεία σε αυτό που αποκαλείται οργάνωση ημέρας και περιλαμβάνει την οργάνωση χρόνου, το επισκεπτήριο, τον θόρυβο κ.τ.λ. Σύμφωνα με μελέτη, το 1/3 των ασθενών δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από τον τρόπο και τις διαδικασίες που τηρούνται στα νοσοκομεία το Ε.Σ.Υ. σχετικά με το επισκεπτήριο, τον θόρυβο και γενικότερα την ευταξία που πρέπει να χαρακτηρίζει τους χώρους νοσηλείας.

Πάντως στο ερώτημα που αφορά την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη συνολική τους παραμονή στο νοσοκομείο, με βάση τις γενικές εντυπώσεις τους από όλο το φάσμα των υπηρεσιών που έλαβαν, οι απαντήσεις είναι θετικές. Οι τρεις στους τέσσερις Έλληνες (76%) που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. δείχνουν να είναι ικανοποιημένοι, ενώ μόνο το 8% δείχνει να κινείται στην πλευρά της δυσαρέσκειας.

Τα υψηλά και χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από τα δημόσια νοσοκομεία κατά γεωγραφικά διαμερίσματα:

| ΚΛΙΜΑΚΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ | ΠΕΣΥΠ |
|---------------------|---------|------------------|
| Πολύ ικανοποιημένος | 66,2% | ΠΕΣΥΠ ΚΡΗΤΗΣ |
| Πολύ ικανοποιημένος | 63,2% | Β΄ ΠΕΣΥΠ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| Πολύ ικανοποιημένος | 61,9% | ΠΕΣΥΠ Σ. ΕΛΛΑΔΑΣ |
| Ικανοποιημένος | 31% | ΠΕΣΥΠ Σ. ΕΛΛΑΔΑΣ |
| Ικανοποιημένος | 35,3% | ΠΕΣΥΠ ΚΡΗΤΗΣ |

Αθροίζονται τα ποσοστά «ικανοποιημένος» και «πολύ ικανοποιημένος» η Πελοπόννησος φθάνει το 91,5% και ακολουθούν με μικρές διακυμάνσεις τα υπόλοιπα ΠΕΣΥΠ.

Τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης απαντώνται στο ΠΕΣΥΠ Δ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ με 7,2% και Α. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ με 5,8%. Αντίστοιχα στη στήλη «ουδέτερος» κρατούν τις πρώτες θέσεις η Θεσσαλία με ποσοστό 11,5% και η Ανατολική Μακεδονία με 11,1%.

Ιδιαίτερα κακή εικόνα καθαριότητας υπάρχει στους χώρους υγιεινής κατά την άποψη των ίδιων των ασθενών.

| ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ | ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|--------------------|----------------------|---------|
| Κακή και πολύ κακή | Νοσ. Ιονίων Νήσων | 41% |
| Κακή και πολύ κακή | Α΄ Κεντρ. Μακεδονίας | 39% |
| Κακή και πολύ καλή | Γ΄ Αττικής | 38% |

Αν στα ποσοστά αυτά συνυπολογιστεί και η κατηγορία «μέτρια» τότε πρωταθλητές που ξεπερνούν το 50% είναι εκτός από τα παραπάνω και το ΠΕΣΥΠ Α΄ Αττικής.

Τα καλύτερα ποσοστά παρουσιάζουν τα νοσοκομεία των ΠΕΣΥΠ Κρήτης με 77,2%, Ανατ. Μακεδονίας 73,3% και Στερεάς με 71,2%¹²⁵.

Την επιβεβαίωση της παραπάνω έρευνας εκφράζουν τα παρακάτω γεγονότα.

Σύστημα προβολέων βάρους περίπου 1000 κιλών που φωτίζει τις χειρουργικές επεμβάσεις κατέρρευσε καταπλακώνοντας μια από τις τρεις κλίνες της καρδιοχειρουργικής κλινικής του Νοσοκομείου Παπανικολάου. Συνέβη την Παρασκευή 9 μ.μ. ώρα «σωτήρια» αφού δεν βρισκόταν γιατροί και ασθενείς στο χειρουργείο.

Το πρωτοφανές περιστατικό έφερε στο φως ο βουλευτής Α΄ Θεσσαλονίκης της Ν.Δ. κ. Τάσος Σπηλιόπουλος, υπεύθυνος τομέα της Διοικούσας Επιτροπής Ν.Δ. Θεσσαλονίκης, καταγγέλλοντας «προσπάθεια συγκάλυψης του από τη διοίκηση του νοσοκομείου». Ωστόσο, ερωτηθείς επ' αυτού ο πρόεδρος Β΄ ΠΕΣΥ κ. Καλλέργης επιβεβαίωσε την κατάρρευση για την οποία έχει ήδη ξεκινήσει ένορκη διοικητική εξέταση, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν λάθη και παραλείψεις ώστε να αποδοθούν ευθύνες. «Από θαύμα δεν θρηνήσαμε θύματα, καθώς εκείνη τη στιγμή δεν υπήρχε στη συγκεκριμένη κλινική χειρουργείο» επισημαίνει στην καταγγελία του ο κ. Σπηλιόπουλος, ενώ επιρρίπτει ευθύνες τόσο στη διοίκηση του νοσοκομείου, όσο και στους εκπροσώπους της εταιρίας που τοποθέτησαν τους προβολείς καθώς και στους υπεύθυνους για την παρακολούθηση και τη συντήρησή τους. Προσθέτει ακόμη ότι το συγκεκριμένο χειρουργείο έκλεισε άμεσα, ωστόσο το προσωπικό της Καρδιοχειρουργικής κλινικής και οι εργαζόμενοι είναι ανάσταστοι. Το πρωτοφανές γεγονός, καταλήγει στην καταγγελία του ο κ. Σπηλιόπουλος, «επιβεβαιώνει τα τεράστια προβλήματα με τα οποία λειτουργούν τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, σε μια περίοδο κατά την οποία η χώρα μας

¹²⁵ Φουντανίδου Ε., «ΕΣΥ: Καλοί οι γιατροί, κακά τα νοσοκομεία», Το ΒΗΜΑ, 9.3.03.

φιλοξενεί τη σύνοδο Κορυφής της Ε.Ε. ενώ προετοιμάζεται για τους Ολυμπιακούς αγώνες του 2004»¹²⁶.

Διαρροή «ύποπτου» υγρού σε χειρουργείο!

Θύελλα αντιδράσεων έχει προκαλέσει στους εργαζόμενους του Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας η διαρροή από παλιό ακτινολογικό μηχάνημα υγρού που περιέχει Κλοφέν. Το μηχάνημα βρίσκεται στα χειρουργεία του 3^{ου} ορόφου και από το δειγματοληπτικό έλεγχο που βρίσκεται σε εξέλιξη, πληροφορίες των εργαζομένων αναφέρουν ότι έχει βρεθεί 5,9% περιεκτικότητα σε κλοφέν.

Οι εργαζόμενοι καταγγέλλουν την κυβέρνηση, η οποία, μέσα από τη μεθοδευμένη υποβάθμιση των κρατικών νοσοκομείων, οδήγησε τον τεχνολογικό εξοπλισμό του νοσοκομείου στη σημερινή οριακή πλέον κατάσταση με όλους τους κινδύνους που εγκυμονεί για τους ίδιους τους ασθενείς και τους κατοίκους της γύρω περιοχής.

Η αίθουσα του χειρουργείου παρέμεινε κλειστή όπως και τα χειρουργεία του 2^{ου} ορόφου γιατί το σύστημα εξαερισμού είναι κοινό με του 3^{ου} ορόφου.

Ο διοικητής του νοσοκομείου επιβεβαίωσε το περιστατικό, αλλά δήλωσε πως πρόκειται για διαρροή λαδιών και ότι έχει τη διαβεβαίωση της κατασκευάστριας εταιρείας πως το συγκεκριμένο μηχάνημα δεν λειτουργεί με κλοφέν. Παραδέχτηκε το πρόβλημα του πεπαλαιωμένου τεχνολογικού εξοπλισμού, δηλώνοντας πως έχει ζητήσει από το υπουργείο Υγείας, 1,5 δισ. δρχ. για την ανανέωσή του.

Μέλος της 5μελούς επιτροπής της ΕΙΝΑΠ και μέλος της πανεπιστημιακής κίνησης γιατρών κ. Σ. Αρχοντάκης, τονίζει ότι: «το περιστατικό αυτό αποδεικνύει την οριακή κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα χειρουργεία αλλά και ολόκληρο το νοσοκομείο. Το μηχάνημα αυτό είναι τεχνολογίας του 1970 και δείχνει την υποχρηματοδότηση από το υπουργείο Υγείας του

¹²⁶ Ανυπόγραφο, «Οι προβολείς καταπλάκωσαν τη χειρουργική κλινική», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18.6.03.

νοσοκομείου, αλλά και όλου του κρατικού συστήματος υγείας, που σαν αποτέλεσμα έχει τη μη ανανέωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και την κακή συντήρηση του ήδη υπάρχοντος».

Η Γ. Ηλιοπούλου, μέλος του Δ.Σ. του Σωματίου Εργαζομένων του νοσοκομείου τονίζει την άμεση ανάγκη να αποσυρθούν όλα τα μηχανήματα παλαιάς τεχνολογίας και να υπάρχει μέριμνα, ώστε να εκσυγχρονιστούν τα χειρουργεία. Παράλληλα, επισημαίνει το πρόβλημα με τον κακό κλιματισμό των χειρουργείων, τις λίγες αίθουσες, το λίγο προσωπικό που καλείται καθημερινά να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες¹²⁷.

Πως παραβιάζεται η σειρά προτεραιότητας

Και οι δύο απευθύνθηκαν στον ίδιο γιατρό για το ίδιο πρόβλημα: χρειαζόταν αρθροπλαστική ισχίου. Όταν όμως έχεις μέσον, χειρουργείσαι πολύ πιο γρήγορα – κι αν είσαι τυχερός, γλιτώνεις και την «αμοιβή» του γιατρού.

Η 60χρονη Ε.Χ. πήγε στην Ορθοπεδική κλινική μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας τον Φεβρουάριο του 2000, με έντονους πόνους και μια ακτινογραφία που έδειχνε πως ήταν «φαγωμένη» η άρθρωση. «Ο γιατρός κοίταξε με πολλή προσοχή την ακτινογραφία, με εξέτασε και μου είπε ότι θα με χειρουργήσει μεν, αλλά σχεδόν έπειτα από επτά μήνες – τον Σεπτέμβριο»: «Θες η φοβία που είχα για το χειρουργείο, θες επειδή οι πόνοι καταλάγιαζαν με ισχυρά παυσίπονα, δεν με πείραζε πολύ. Έτσι συμφώνησα».

Η εγχείρηση έγινε αρχές Σεπτεμβρίου και ...η αμοιβή του γιατρού ήταν 320.000 δραχμές, αλλά για όλη την ομάδα.

Και... χωρίς φακελάκι

Στον ίδιο γιατρό απευθύνθηκε πέρσι και η κυρία Ε.Γ. Η 50χρονη γυναίκα είχε σαφώς σοβαρότερο πρόβλημα – δεν μπορούσε καλά-καλά να περπατήσει – αλλά και ένα γερό μέσον: γνώριζε αρκετούς ισχυρούς φίλους του γιατρού.

¹²⁷ Ανυπόγραφο, «Διαρροή υγρού σε χειρουργείο», 20.6.03.

Έτσι, «ενώ αρχικά μου είπε και εμένα ύστερα από 6-7 μήνες, με πήρε σε 20 μέρες, έπειτα από τα σχετικά τηλεφωνήματα», και μάλιστα χωρίς να της ζητήσεις δραχμή.

Οι λίστες λοιπόν, κατά γενική ομολογία, υπάρχουν για να παρακάμπτονται. Πάντως και η παράκαμψη έχει τα όριά της, αφού – όπως λέει ο διοικητής μεγάλου αντικαρκινικού νοσοκομείου – ο Θεός να είναι το μέσον, η λίστα δεν «κατεβαίνει» κάτω από 20 μέρες.

Αναλογούν ... έξι δευτερόλεπτα σε κάθε ασθενή

Έξι δευτερόλεπτα: τόσο είναι ο χρόνος που μπορεί να αφιερώσει μια νοσηλεύτρια σε ασθενή της στα μεγάλα νοσοκομεία, σύμφωνα με έρευνα φοιτητών της Ιατρικής. Αιτία: Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, που παρά τις πρόσφατες προσλήψεις, παραμένουν τεράστιες¹²⁸.

Παγκόσμια Ημέρα Υγείας

«Για την κυβέρνηση και για την πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας η ανθρώπινη ζωή και η ποιότητά της δεν κοστολογούνται ούτε μπορεί κανείς να προσδιορίσει την αδιάλειπτη προσπάθεια που καταβάλλεται, ώστε η αποτελεσματικότητα να είναι ανάλογη της διάθεσης για προσφορά», ανέφερε σε μήνυμά του ο υπουργός Υγείας κ. Στεφανής, με αφορμή την ημέρα Υγείας.

Ωστόσο, όμως, τα στοιχεία, ακόμα και αυτά που έδωσε η ίδια η κυβέρνηση, που είδαν χτες το φως της δημοσιότητας αποκαλύπτουν βαριά χαράτσια στα οποία υποχρεώνεται ο ελληνικός λαός στην ώρα της ανάγκης ενώ οι τρομαχτικές και πάγιες ανάγκες του εναπομείναντος δημοσίου συστήματος υγείας πρόκειται να καλυφθούν με καταρτιζόμενους ανέργους (Stage 2003).

Έτσι λοιπόν όπως αναφέρει η ΠΟΚΟΝΟΠ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Προσωπικού Κοινωνικής Πολιτικής) κάθε εργαζόμενος οικογενειάρχης δαπανά για κάθε 10 ευρώ εισόδημα 7 ευρώ (πέρα από τις εισφορές που πληρώνει στο ταμείο του), για τη μη – τελικά – δωρεάν υγεία.

¹²⁸ Ανυπόγραφο, «Χειρουργείται πρώτος, όποιος έχει... ισχυρό μέσο», Τα ΝΕΑ, 17.6.03.

Από το Υπουργείο Εργασίας ανακοινώθηκαν τα τρομαχτικά κενά εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία που ξεπερνούν τις 25.000. Θα καλυφθούν με 5 πτυχιούχους ανέργους (Stage 2003). Η κυβέρνηση παίζει επικίνδυνα παιχνίδια με την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών καθώς αναθέτει σε εργαζόμενους που θα αναλάβουν υπηρεσία πριν την εκπαίδευσή τους.

Ηχεί παράταιρα η διαβεβαίωση του υπουργού Υγείας ότι ο στόχος, όπως αναφέρει στο μήνυμά του, «ήταν και παραμένει να βελτιώνουμε και να ενισχύουμε καθημερινά τα θεμέλια του ΕΣΥ, το οποίο αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της κοινωνικής πολιτικής της κυβέρνησης»¹²⁹....

Ο λόγος στους αναγνώστες

«Συνεχείς περικοπές του αριθμού των εφημερευόντων γιατρών σημειώνονται σε πολλά μεγάλα νοσοκομεία, λόγω της ανεπάρκειας των κονδυλίων που διατίθενται για την Υγεία. Παρ' όλο που οι εφημερίες αποτελούν μία πολύ σοβαρή παράμετρο της λειτουργικής ετοιμότητας κάθε νοσοκομείου, τα προγράμματα των εφημεριών, μετά τις αλλεπάλληλες περικοπές των τελευταίων χρόνων, έχουν πλέον αγγίξει τα όρια της επικινδυνότητας. Οι περικοπές εφημεριών γίνονται με ανακοίνωση των διοικητών, παρά τη συχνή αντίθεση των επιστημονικών οργάνων.

Οι λειτουργικές ανάγκες των εφημεριών των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας χρηματοδοτούνται πλέον με σφιχτούς και «κλειστούς» (ανελαστικούς) προϋπολογισμούς, δηλαδή εντελώς ανεπαρκείς για την κάλυψη των τεράστιων αναγκών. Με τη «μεταρρύθμιση Παπαδόπουλου», εδώ και δύο χρόνια, τη διοίκηση των νοσοκομείων ανέλαβαν managers, δηλαδή οικονομικοί διαχειριστές των «επιχειρήσεων-νοσοκομείων», που ενεργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Με στόχο τη λειτουργία του νοσοκομείου με το ελάχιστο δυνατό κόστος, οι managers ουσιαστικά γίνονται οι ρυθμιστές και οι αυστηροί επιτηρητές της εσωτερικής λειτουργίας κάθε κλινικής. Ουδείς, βεβαίως, αμφισβητεί ότι πρέπει να βρεθεί τρόπος να παταχθεί η κακοδιαχείριση. Όμως, στον τομέα της Υγείας δεν χρειάζονται «τσιγγουνιές». Απαιτείται πα-

¹²⁹ Ανυπόγραφο «Με υποκρισία... κοστολογείται η κυβερνητική πολιτική», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 8.4.03.

κτωλός χρημάτων, με παράλληλη βαριά φορολόγηση των ιδιωτικών μεγαλοκλινικών. Ας κοπούν κονδύλια από τις στρατιωτικές δαπάνες και ας δοθούν στον ευαίσθητο κλάδο της Υγείας. Εξάλλου, τα ανεπαρκή προγράμματα εφημεριών είναι μόνον η κορυφή του παγόβουνου, που λέγεται νεοφιλελεύθερη επίθεση στο ΕΣΥ, και που ως κύριο στόχο έχει τη συρρίκνωση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, και παράλληλα τη στήριξη και ενίσχυση της ανάπτυξης του πανάκριβου ιδιωτικού τομέα, την άρση της θεώρησης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και την ένταξή της στους νόμους της αγοράς και του κέρδους. Ένα σωστό Δημόσιο Σύστημα Υγείας πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα καθολικής πρόσβασης σ' αυτό, και να λειτουργεί με όρους ποιοτικής, ισότιμης και δωρεάν προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό, απαιτείται το χτίσιμο πολλών υπερσύγχρονων δημόσιων νοσοκομείων, ώστε να υπάρχουν μόνο μονόκλινα δωμάτια με όλες τις ανέσεις, καθώς και αθρόες προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, για να σταματήσει η αιμορραγία προς τον αδηφάγο ιδιωτικό τομέα. Λεφτά υπάρχουν. Πολιτική βούληση όμως δεν υπάρχει. Αυτή είναι η πικρή αλήθεια»¹³⁰.

¹³⁰ Θεοδωρίδης Ν., «ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΑΤΙΕΣ Οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 20.6.03.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σκοπός της εργασίας μας είναι η λειτουργία και οι εξελίξεις στο Ε.Σ.Υ. της χώρας μας, όπως αυτές απεικονίζονται στα άρθρα των εφημερίδων: Τα «ΝΕΑ», η «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», το «ΒΗΜΑ» και ο «ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ» του Α' εξαμήνου του 2003.

Με το τέλος της εργασίας μας μπορούμε να βγάλουμε διάφορα συμπεράσματα σε ό,τι αφορά στην κατάσταση και στη λειτουργία του Ε.Σ.Υ., αλλά κυρίως στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Αυτό το χρονικό διάστημα, σημειώθηκαν κάποια σημαντικά γεγονότα στον τομέα της υγείας. Ένα από αυτά είναι η δημιουργία τμήματος επειγόντων περιστατικών σε όλα τα νοσοκομεία πανελλαδικά καθώς και του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».

Κάτι άλλο στο οποίο προσπάθησε να δώσει προτεραιότητα ο υπουργός Υγείας κ. Κώστας Στεφανής βλέποντας την κακή εικόνα που παρουσιάζει σήμερα το σύστημα Υγείας είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Έτσι με το σχέδιο νόμου «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» προσπάθησε να αναβαθμίσει το ρόλο των Κέντρων Υγείας τα οποία είναι ουσιαστικά τα αρμόδια για την εφαρμογή της Π.Φ.Υ. καθώς μέχρι σήμερα το ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας έχουν αναλάβει τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Η προσπάθεια αυτή έμεινε απλώς γράμμα του νόμου αφού η μεταγενέστερη κυβέρνηση που προέκυψε από τις εκλογές του Μαρτίου του 2003 δεν αξιοποίησε το νόμο και έτσι για μια ακόμα φορά βασικότερα ζητήματα της Π.Φ.Υ. έμειναν αρρύθμιστα.

Έγιναν επίσης προσπάθειες ώστε να ανακαινισθούν τα παλιά κτίρια των νοσοκομείων να δημιουργηθούν καινούρια να γίνουν επενδύσεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό, να λειτουργήσουν κέντρο Υγείας και Αγροτικά

Ιατρεία σε πολλά σημεία της χώρας και αρκετά απομακρυσμένα. Παρά τα θετικά βήματα που πραγματοποιήθηκαν, η κατάσταση που παρουσιάζει ο δημόσιος τομέας δεν είναι καλή όσο θα περίμενε κανείς.

Κύρια αιτία της δυσλειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι οι χαμηλοί πόροι που διαθέτει η χώρα μας για την υγεία. Η χαμηλή χρηματοδότηση έχει ως αποτέλεσμα την μη ικανοποιητική στελέχωση των υπηρεσιών υγείας. Λόγω ελλείψεων σε προσωπικό, πολλά ιατρικά τμήματα δεν αξιοποιούν όλη τους τη δυναμικότητα (π.χ. Μ.Ε.Θ. – Νοσοκομεία των νησιών). Επίσης οι αποδοχές του υγειονομικού προσωπικού δεν είναι ικανοποιητικές.

Η εξυπηρέτηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία γίνεται στις περισσότερες φορές με τόση καθυστέρηση που πολλοί στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας για να βρουν λύση στο πρόβλημά τους. Όσον αφορά τις χειρουργικές επεμβάσεις μη μπορώντας να περιμένουν να έρθει η σειρά τους να χειρουργηθούν, χρησιμοποιούν το γνωστό φακελάκι.

Οι εφημερίες στο περισσότερα νοσοκομειακά γίνονται κάτω από πολύ δύσκολες συνθήκες και για τους ασθενείς και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς υπάρχει πρόβλημα και στην διαχείρισή τους από το ΕΚΑΒ.

Επίσης οι διακομιδές ασθενών μέσω του ΕΚΑΒ παρουσιάζουν μεγάλο πρόβλημα και οι αεροδιακομιδές – όπου εδώ έχουμε μικρό αριθμό αεροσκαφών κατάλληλων για μεταφορά ασθενών – αλλά και των επίγειων διακομιδών όπου τα ασθενοφόρα και δεν είναι αρκετά σε αριθμό αλλά και τα περισσότερα από αυτά είναι παλιά και όχι με το ανάλογο προσωπικό.

Παρατηρώντας όλα αυτά ο ιδιωτικός τομέας υγείας, τα τελευταία χρόνια κάνει σημαντικές επενδύσεις και οι υπηρεσίες του βελτιώνονται συνεχώς.

Έτσι όλο και περισσότεροι πολίτες απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα λόγω άμεσης και ποιοτικής εξυπηρέτησης. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα τη χρηματική επιβάρυνση των ασθενών.

Συμπερασματικά, όπως αναφέραμε στην παρούσα εργασία, τα προβλήματα που ταλανίζουν το Σύστημα Υγείας της χώρας μας, είναι πολλά. Δεν μπορούμε όμως να παραβλέψουμε και τα σημαντικά βήματα προόδου που έγιναν τα τελευταία χρόνια.

Παρά τα προαναφερθέντα μεταρρυθμιστικά βήματα, η Ελλάδα έχει να καλύψει αφενός την χρονική καθυστέρηση με την οποία συνήθως ακολουθεί τις ευρωπαϊκές εξελίξεις, αφετέρου να αντιμετωπίσει την πρόκληση των Ολυμπιακών Αγώνων.

Η υγειονομική μεταρρύθμιση είναι μια μεγάλη πρόκληση που θα επιτρέψει στη χώρα να διαδραματίσει τον ρόλο της στην Ε.Ε. και να εκφράσει μια αποτελεσματική και ρεαλιστική απάντηση στις θεμιτές προσδοκίες και ανησυχίες των πολιτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανυπόγραφο, «Διάλυση και παράδοση στην εμπορευματοποίηση», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ 5-1-03.
- Ανυπόγραφο, «Υπό αίρεση ο χαρακτήρας των ΜΕΘ», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ 12-1-03.
- Ανυπόγραφο, «Ριπές στα δικαιώματα», Τα ΝΕΑ, 15-1-03.
- Ανυπόγραφο, «3000 νέες προσλήψεις», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18-1-03.
- Ανυπόγραφο, «Προτεραιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα», Το ΒΗΜΑ, 26-1-03.
- Ανυπόγραφο, «Ταξική Υγεία», Το ΒΗΜΑ, 26-1-03.
- Ανυπόγραφο, «Μια έρευνα... και η πραγματικότητα», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 7-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Σύνδρομο «buruout» μας κάνει αδιάφορους», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 8-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Διαρκές έγκλημα στο ΕΚΑΒ», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Είχαν αρνηθεί διακομιδή», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Τα κόμματα ζητούν άμεση αναδιοργάνωση του ΕΚΑΒ», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Ασθενοφόρα χωρίς γιατρούς», Τα ΝΕΑ, 14-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Απειλές για διακοπή πιστώσεων», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Ενιαίος φορέας χωρίς διαμορφωμένο πλαίσιο», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Συλλείτουργα υποβάθμισης των παροχών», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14-2-03.

- Ανυπόγραφο, «Η πτώση του ελικοπτέρου του ΕΚΑΒ», Τα ΝΕΑ, 15-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Αναγκαιότητα το σύγχρονο και πραγματικά δημόσιο ΕΚΑΒ», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 18-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Απεργούν για ασφαλείς εφημερίες», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 21-2-03.
- Ανυπόγραφο, «Η κυβέρνηση υποβαθμίζει το δημόσιο σύστημα Υγείας», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 1-3-03.
- Ανυπόγραφο, «Ψυχιατρική απορύθμιση», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 4-3-03.
- Ανυπόγραφο, «Επιτυχία το χάρατσι», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 5-3-03.
- Ανυπόγραφο, «Αποχή των γιατρών του Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης», Τα ΝΕΑ.
- Ανυπόγραφο, «Εφημερεύουν... οι περικοπές», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 3-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Με υποκρισία... κοστολογείται η κυβερνητική πολιτική», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 8-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Το 25% του εισοδήματος για... δωρεάν παιδεία – υγεία», Τα ΝΕΑ, 8-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Επικίνδυνη κυβερνητική πολιτική», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 18-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Αναβρασμός στην υγεία», Ριζοσπάστης, 22-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Κινητοποιήσεις σε Ψυχιατρείο και Μεταξά», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 23-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Μεγάλες ελλείψεις σε ειδικευμένους γενικούς γιατρούς», Καθημερινή 24-4-03.
- Ανυπόγραφο, «Διαχείριση ευρωπαϊκών κονδυλίων και εξωραϊσμός της γύμνιας», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 7-5-03.

- Ανυπόγραφο, «Και πάλι τάματα Νασιώκα για αναβάθμιση του ΕΣΥ», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 15-5-03.
- Ανυπόγραφο, «Αυταρχισμός χωρίς όρια», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 16-5-03.
- Ανυπόγραφο, «Βουγιουκλάκειο Θεραπευτήριο», Τρομοκρατία και καταστρατήγηση δικαιωμάτων», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 3-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Σκούπα εκχωρήσεων και ανατροπών», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 8-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Γιατρός ‘έστελνε’ γιατρούς...», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 14-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Χειρουργείται πρώτος όποιος έχει ισχυρό μέσο», Τα ΝΕΑ, 17-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Οι προβολείς καταπλάκωσαν τη χειρουργική κλίνη», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Το κράτος αποποιείται των ευθυνών του», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 20-6-03.
- Ανυπόγραφο, «20 ‘μίνι’ Σταθμοί Α΄ Βοηθειών», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Οι ασφαλιστικές... έπληξαν τα κέρδη των εισηγμένων νοσοκομείων», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Μεγάλη έλλειψη γενικών ιατρών», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 22-6-03.
- Ανυπόγραφο, «ΟΔΗΓΟΣ Επιχειρήσεις Μπαράζ επενδύσεων στον κλάδο Υγείας», Τα ΝΕΑ, 26-6-03.
- Ανυπόγραφο, «Υποχρέωση του κράτους οι δωρεάν παροχές», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 28-6-03.
- Αργυράκης Μανόλης, «Γιατροί και υπάλληλοι εμποδίζουν τη λειτουργία κλινικών», Τα ΝΕΑ, 27-6-03.

- Βουνάτσος Γιώργος, «4,5 δισ. δρχ. στα απογευματινά ιατρεία», Τα ΝΕΑ, 8-1-03.
- Βουνάτσος Γιώργος, Κουκλάκη Δέσποινα, Στεφανοπούλου Φωτεινή, «Διπλός Γολγοθάς οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 22-3-03.
- Γαλάνης Δ. – Τσώλη Θεοδώρα – Φυντανίδου Έλενα, «Νησιά η άγονη γραμμή υγείας». Το ΒΗΜΑ, 22-6-03.
- Γεωργάκης Ηλίας, «1,2 δισ. ευρώ το χρόνο για πλαστές εξετάσεις», Τα ΝΕΑ, 10-4-03.
- Διακογιάννης Ε. Γιάννης, «Ο ιδιωτικός τομέας πληρώνει το ΕΣΥ», Τα ΝΕΑ, 25-1-03.
- Θεοδορίδης Νάσος, «Γράμματα στις ματιές – Οι εφημερίες», Τα ΝΕΑ, 20-6-03.
- Καρανάτση Έλενα, «Οι νησιώτες ακόμη πιο ανασφαλείς», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 13-2-03.
- Καρανάτση Έλενα, «Γιατροί χωρίς εξοπλισμό και Φάρμακα», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 16-2-03.
- Κεχαγιά Βούλα, «Σοβαρές ελλείψεις σε αναισθησιολόγους», Τα ΝΕΑ, 11-1-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα, «Ακατάλληλα αεροσκάφη στο ΕΚΑΒ», Τα ΝΕΑ, 12-2-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα, «Αχρηστεύονται στις αποθήκες», Τα ΝΕΑ, 22-2-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα, «Δεν τον ενοχλούν οι ουρές», Τα ΝΕΑ, 15-1-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα, «Επτά χρόνια φυτό από απλή εγχείρηση», Τα ΝΕΑ, 15-1-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα, «Βασανίζονται στην ουρά», Τα ΝΕΑ, 9-4-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα, «Επείγοντα Χελώνες», Τα ΝΕΑ, 4-6-03.

- Κουκλάκη Δέσποινα, Ρούτση Κατερίνα, «Στην αναμονή μέχρι και 8 μήνες για να χειρουργηθούν», Τα ΝΕΑ, 11-1-03.
- Κουκλάκη Δέσποινα – Μανωλάς Χρήστος, «Εφημερίες δύο ταχυτήτων», Τα ΝΕΑ, 10-6-03.
- Κρουστάλη Δήμητρα – Τσώλη Θεοδώρα, «ΕΣΥ – Η μεταρρύθμιση της μεταρρύθμισης», Το ΒΗΜΑ, 26-1-03.
- Λιάλιος Γιώργος, «Θα προτιμούσα να ήμουν εγώ στη θέση τους», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12-2-03.
- Μπουλούτζα Πέννυ, «Ανοίγουν οι κλινικές στο Χαϊδάρι τον Φεβρουάριο», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 4-1-03.
- Μπουλούτζα Πέννυ, «Δώστε λύση στην υγεία», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 8-2-03.
- Μπουλούτζα Πέννυ, «Επιτέλους αλλαγές μετά τρεις πτώσεις», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 12-2-03.
- Μπουλούτζα Πέννυ, «ΕΚΑΒ: Περιμένοντας τα 270 νέα ασθενοφόρα», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 21-6-03.
- Μυρτσιώτη Γιώτα, «Η 'βοήθεια στο σπίτι' σωτηρία για τους μοναχικούς γέροντες», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 25-1-03.
- Πανοπούλου Νατάσα, «Διαχρονικό έλλειμμα 200 κρεβατιών», ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΗΣ, 12-1-03.
- Πατούλης Γιώργος, «Αιχμές: Το κομφούζιο των νοσοκομείων», Τα ΝΕΑ, 15-1-03.
- Ρούτση Κατερίνα, «Πενταπλασιάστηκαν σε δύο χρόνια οι υποθέσεις που φτάνουν στα δικαστήρια», Τα ΝΕΑ, 15-1-03.
- Τσουλέα Ρούλα – Κουκλάκη Δέσποινα, «ΕΣΥ: εξετάσεις σε ιδιώτες», Τα ΝΕΑ, 18-1-03.
- Τσουλέα Ρούλα – Κουκλάκη Δέσποινα, «Η ώρα των ευθυνών», Τα ΝΕΑ, 19-6-03.

- Φιντικάκης Γιώργος, «‘Καπέλο’ 94% σε κάρτες νοσηλείας», Τα ΝΕΑ, 5-6-03.
- Φούρα Γαλήνη: «Το ιατρικό παράδοξο της Ελλάδος», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 26-6-03.
- Φυντανίδου Έλενα: «Επισπεύδονται οι διαδικασίες διορισμού των νοσηλευτών στα δημόσια νοσοκομεία», Το ΒΗΜΑ, 23-3-03.
- Φυντανίδου Έλενα: «Το νομοσχέδιο για το νέο ΕΣΥ», Το ΒΗΜΑ, 3-6-03.