

Ο Στρατηγικός Σχεδιασμός της Ελλάδος, ως εργαλείο διοίκησης, για το Π.Ε.Δ.Υ. και η σχέση του με διεθνείς κατευθύνσεις. Προτάσεις Βελτίωσης

Ευάγγελος Β. Τσακνάκης

Φοιτητική Εργασία (ΠΥΣ61365, ΑΠΚΥ)
Αθήνα, 11-2014

Περιεχόμενα:

Εισαγωγή

1. Ο Βαθμός στον οποίο, στην Ελλάδα, ακολουθείται και υλοποιήθηκε ο Στρατηγικός Σχεδιασμός όπως διαφαίνεται μέσα από το νόμο του Π.Ε.Δ.Υ. σε σχέση με διεθνείς κατευθύνσεις

1.1. Ο νόμος 4238/2004 για το Π.Ε.Δ.Υ.

1.2. Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement & Health 2020 policy framework και η σχέση τους με το Π.Ε.Δ.Υ.

α. Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement

β. Health 2020 policy framework

γ. Ανάλυση κατάστασης

2. Προτάσεις για Εφαρμοστικές Στρατηγικές Εναρμονισμένες με τους Προαναφερόμενους Στόχους των Διεθνών Οργανισμών

2.1. Προτάσεις για Εφαρμοστικές Στρατηγικές

2.2. Τρόπος λήψης των αποφάσεων

Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

Περίληψη

Στο νόμο για το Π.Ε.Δ.Υ. διατυπώνονται ορισμένες γενικές αρχές για την καθολική και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας, ενώ διασαφηνίζονται και οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Για το σχεδιασμό του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) λήφθηκαν υπ' όψιν από την ελληνική πολιτική, ως ένα βαθμό, οι οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης “Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement-” και του “Health 2020 policy framework” ως προς τη μείωση των ανισοτήτων, την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με την παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και την έμφαση στην πρόληψη και τη διασφάλιση συνεχούς φροντίδας (κατ' οίκον περίθαλψη).

Η ελληνική πολιτική υγείας -όπως διαφαίνεται από το νόμο για το Π.Ε.Δ.Υ.- αγνόησε τους ανωτέρω διεθνείς οργανισμούς σε πολλά σημεία όπως στη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς, στην επιθυμία των ασθενών για κατανόηση της υγείας τους, στην επιλογή και αλλαγή ιατρών από τους ασθενείς, στη δυνατότητα άντλησης ιατρικών πληροφοριών μέσω διαδικτύου, στη -με επίκεντρο τους ασθενείς- διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης και στην άγνοια των επαγγελματιών υγείας και ασθενών για τη συμμετοχή των ασθενών στις διαδικασίες λήψης απόφασης για την υγεία τους.

Αγνοήθηκε ότι η καλή υγεία δύναται να υποστηρίξει την οικονομική ανάκαμψη και ανάπτυξη και ότι η οικονομική αβεβαιότητα, η ανάπτυξη των χρόνιων και ψυχικών διαταραχών, η περιβαλλοντική απειλή και η έλλειψη κοινωνικής συνοχής απειλεί τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Αγνοήθηκε, επίσης, το χαμηλό ποσοστό δαπανών υγείας για την πρόληψη και η σχέση προβλημάτων ψυχικής υγείας με την ανεργία, την έλλειψη στέγης, το αλκοόλ και τους εθισμούς γενικότερα, όπως επίσης ότι μέσω της παιδείας και με παρακίνηση για αθλητικές δραστηριότητες δύναται η προαγωγή της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Ακόμη, δεν λήφθηκε υπ' όψιν η χρησιμότητα των νέων τεχνολογιών επικοινωνιών και πληροφορικής και η ανάλυση της κατάστασης το τομέα της υγείας, η οποία απαιτεί την αποσαφήνιση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος.

Οι παραπάνω παραλήψεις για την σχεδίαση του νόμου για το Π.Ε.Δ.Υ. -αλλά και για κάθε πολιτική απόφαση που αφορά στον τομέα της υγείας- δύναται να ενταχθούν στο σχεδιασμό αφού προηγηθεί η ανάλυση της κατάστασης και οι λήψεις των αποφάσεων ακολουθήσουν συγκεκριμένα βήματα, από την διατύπωση και ιεράρχηση των στόχων, στην ανάλυση των εναλλακτικών λύσεων και στην επιλογή της καλύτερης.

Εισαγωγή

Η πολιτική σχεδίαση της υγείας κάθε χώρας – μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης οφείλει να εναρμονίζεται με τις οδηγίες της Ε.Ε. “Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement, 2012”¹ περί ενός ασθενοκεντρικού μοντέλου πρόληψης, φροντίδας και αποκατάστασης και με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας “Health 2020 policy framework (WHO Regional Office for Europe, 2012)”² περί της μείωσης των ανισοτήτων και της επιδίωξης ενός βιώσιμου και υψηλής ποιότητας συστήματος υγείας.

1 TNS Qual (2012), p.p. 1-123.

2 World Health Organization Regional Committee for Europe (2012), p.p. 1-12.

Στην παρούσα μελέτη αναλύεται ο βαθμός κατά τον οποίο, στην Ελλάδα, ακολουθείται ο στρατηγικός σχεδιασμός σε σχέση με τις εν λόγω διεθνείς κατευθύνσεις όπως αποτυπώνεται στο νόμο για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Στη συνέχεια, αφού έχουμε λάβει υπ' όψιν το εξωτερικό και το εσωτερικό περιβάλλον διατυπώνονται προτάσεις για τις εφαρμοστικές στρατηγικές που θα μπορούσαν να αναπτυχθούν αναφορικά με τους δύο προαναφερόμενους στόχους που τέθηκαν από τους διεθνείς οργανισμούς. Τέλος, ο τρόπος λήψης των αποφάσεων θα μας απασχολήσει σ' αυτήν την εργασία.

1. Ο Βαθμός στον οποίο, στην Ελλάδα, ακολουθείται και υλοποιήθηκε ο Στρατηγικός Σχεδιασμός όπως διαφαίνεται μέσα από το νόμο του Π.Ε.Δ.Υ. σε σχέση με διεθνείς κατευθύνσεις

1.1. Ο νόμος 4238/2004 για το Π.Ε.Δ.Υ.

Στο νόμο 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/2014)³ “Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)- αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Π.Υ. και λοιπές διατάξεις” συστάθηκε το Π.Ε.Δ.Υ. στο Εθνικό Σύστημα Υγείας που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Π.Ε.).⁴ Στο νόμο για το Π.Ε.Δ.Υ. διατυπώνονται γενικές αρχές (άρθρο 1) οι οποίες εστιάζονται στη μέριμνα και την εγγύηση του κράτους για την καθολική και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) περιλαμβάνουν τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα και εστιάζουν στην πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας, την παροχή πρώτων βοηθειών, την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού, την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,

3 Βλ. Εθνικό Τυπογραφείο. Αναζήτηση ΦΕΚ. (Δαδικτυακές Πηγές).

4 Με το νόμο 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/2005) νομοθετήθηκε η περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την εφαρμογή της Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.). Ο σκοπός της Δ.Υ.Π.Ε. είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, μονάδες κοινωνικής φροντίδας, κέντρα ψυχικής υγείας και απεξάρτησης, λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα). Βλ. Εθνικό Τυπογραφείο. Αναζήτηση ΦΕΚ. (Δαδικτυακές Πηγές).

καθώς, επίσης, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη και την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

1.2. Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement & Health 2020 policy framework και η σχέση τους με το Π.Ε.Δ.Υ.

Η ελληνική πολιτική για το σχεδιασμό του Π.Ε.Δ.Υ. έλαβε, ως ένα βαθμό, υπόψη της τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης “Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement-” και του Π.Ο.Υ. “Health 2020 policy framework”, δεδομένου ότι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αποτελεί κοινό στόχο των 53 χωρών της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπως η μείωση των ανισοτήτων, καθώς και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού με παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Ο νόμος για το Π.Ε.Δ.Υ. εναρμονίζεται με το “Health 2020 policy framework” στο σημείο των θεμελιωδών δικαιωμάτων κάθε ανθρώπου που είναι η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, ανεξαρτήτως εθνικότητας, φύλου, ηλικίας, κοινωνικής και οικονομικής θέσης, όπως ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. Επιπλέον, εναρμονίζεται στον αναγκαίο επαναπροσανατολισμό από τη νόσο στην πρόληψη και τη διασφάλιση συνεχούς φροντίδας (κατ' οίκον περίθαλψη).

Πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι το υψηλό ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα, 26,6% κατά το β' τρίμηνο του 2014⁵, στερεί στους ανέργους υπηρεσίες υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη και κατά συνέπεια η απόλυτη καθολική και ισότιμη υγειονομική κάλυψη δεν επιτυγχάνεται. Για τη δε πρόληψη οι δαπάνες καταλαμβάνουν κατά μέσο όρο μόνο το 3% των συνολικών δαπανών για την υγεία.⁶

α. Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement

Οι πολιτικοί που σχεδίασαν το Π.Ε.Δ.Υ. αγνόησαν το “Eurobarometer Qualitative Study” ως προς τα εξής σημεία: α) τη σημαντικότητα της βελτίωσης της συνεργασίας μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία και τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς, β) το γεγονός ότι - σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα- οι ασθενείς επιθυμούν να κατανοούν περισσότερο την κατάσταση τη υγείας τους με ερωτήσεις προς τον ιατρό, γ) ότι οι ασθενείς επιθυμούν να έχουν τη δυνατότητα επιλογής

5 Βλ. ΕΛ.ΣΤΑΤ. -Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Στατιστικά Θέματα/ Αγορά Εργασίας (Δαδικτυακές Πηγές).

6 TNS Qual (2012), p.p. 1-123.

και αλλαγής ιατρού, καθώς και εναλλακτικών θεραπειών, δ) τη δυνατότητα άντλησης ιατρικών πληροφοριών μέσω διαδικτύου από τους ασθενείς, ε) ότι για την Ελλάδα, ειδικότερα, ως ένα βαθμό, η χρηματοδότηση του τομέα υγείας περιγράφεται ως ανεπαρκής από τους ασθενείς, ενώ παράλληλα δεν έχουν την πρόθεση διαδραστικής σχέσης με την υγειονομική τους περίθαλψη, στ) το γεγονός ότι, με επίκεντρο τους ασθενείς στη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης, η συμμετοχή των ασθενών γίνεται ελάχιστα κατανοητή από αρκετούς επαγγελματίες υγείας και ασθενείς σε ολόκληρη την Ε.Ε., ενώ περιορίζονται μόνο σε συγκεκριμένες ιδέες και δραστηριότητες που τεκμηριώνουν την έννοια των πραγματικών πρακτικών της υγειονομικής περίθαλψης.

β. Health 2020 policy framework

Από το Health 2020 policy framework δεν λήφθηκε υπ' όψιν ότι η καλή υγεία, η οποία είναι αποτέλεσμα και της ισότιμης πρόσβασης στην εκπαίδευση, την εργασία και τη στέγαση, ωφελεί όλους τους κοινωνικούς τομείς, καθώς, αφενός εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι και, αφετέρου, δύναται να υποστηρίξει την οικονομική ανάκαμψη και ανάπτυξη (υγιέστερο εργατικό δυναμικό, αύξηση παραγωγικότητας). Ακόμη, το γεγονός ότι σε πολλές χώρες οι δαπάνες για τον τομέα της υγείας καταλαμβάνουν ένα πολύ μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού τους και ότι η οικονομική αβεβαιότητα, η ανάπτυξη των χρόνιων και ψυχικών διαταραχών, η περιβαλλοντική απειλή και η έλλειψη κοινωνικής συνοχής απειλεί τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Αγνοήθηκε, επίσης, ότι οι χώρες του ΟΟΣΑ δαπανούν μόλις περίπου το 3% για την πρόληψη και πρέπει να υιοθετηθούν αποτελεσματικές στρατηγικές. Δεν λήφθηκε υπ' όψιν η έρευνα συσχέτισης προβλημάτων ψυχικής υγείας και κοινωνικής περιθωριοποίησης με την ανεργία, την έλλειψη στέγης, το αλκοόλ και τους εθισμούς γενικότερα, καθώς και ότι μέσω της παιδείας και με παρακίνηση για αθλητικές δραστηριότητες δύναται η προαγωγή της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Ακόμη, αγνοήθηκε ότι ο σχεδιασμός για την αντιμετώπιση μεταδοτικών και μη μεταδοτικών νοσημάτων αποτελεί στρατηγικό στόχο και ότι πρέπει να προωθηθεί ένα ευνοϊκό περιβάλλον, όπου θα ευδοκιμούν οι συνεργασίες και θα ενθαρρύνουν τους ανθρώπους σε νέους τρόπους θεραπείας (εισαγωγή νέας εργασιακής κουλτούρας), κάνοντας χρήση, παράλληλα, τις νέες τεχνολογίες επικοινωνιών και πληροφορικής (τηλεϊατρική, ηλεκτρονική υγεία).

Επιπλέον, επειδή οι στρατηγικοί στόχοι περιλαμβάνουν τη βελτίωση της υγείας όλων των πολιτών -με το μικρότερο κόστος- και τη μείωση των

ανισοτήτων και επειδή οι αποφάσεις των πολιτικών που σχεδιάζουν την πολιτική υγείας είναι καθοριστικής σημασίας, απαιτείται η συνεργασία των Φορέων και η αποτύπωση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών οφελών μέσα από την αναγκαία ανάλυση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που δρουν καθοριστικά.

γ. Ανάλυση κατάστασης

Έτσι, για τη λήψη της οποιαδήποτε πολιτικής απόφασης απαιτείται η ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος. Το εσωτερικό περιβάλλον του τομέα υγείας περιλαμβάνει όλους τους φορείς υγείας με τους επιχειρησιακούς τους πόρους, οι οποίοι αποτελούνται από τους χρηματοδοτικούς (πηγές χρηματοδότησης, κατανομή κεφαλαίων για τη λειτουργία του συστήματος υγείας), τους τεχνολογικούς (επίπεδο τεχνολογίας και επίπεδο ικανότητας ανθρώπινων πόρων), τους φυσικούς (εγκαταστάσεις, μηχανολογικός εξοπλισμός, μηχανισμός διανομής, αποθέματα πρώτων υλών) και τους ανθρώπινους πόρους (κατανομή ανθρώπινου δυναμικού ανά τυπικών προσόντων και θέση).⁷ Το εξωτερικό περιβάλλον -σε επίπεδο χώρας και για τον τομέα υγείας- αποτελείται από τους κοινωνικούς παράγοντες (δημογραφική κατάσταση, εργασιακή ηθική, προσωπικές αξίες), τους πολιτικούς παράγοντες (νόμοι του κράτους), τους οικονομικούς παράγοντες (κατάσταση της οικονομίας) και τους τεχνολογικούς παράγοντες (επίπεδο τεχνολογίας στο ευρύτερο δημόσιο περιβάλλον).⁸ Προκύπτει, λοιπόν, πως για την σχεδίαση του Π.Ε.Δ.Υ. δεν λήφθηκε υπόψη η ανάλυση κατάστασης, η οποία επισημαίνεται στο "Health 2020 policy framework", παρά μόνο αντανάκλονται ορισμένες κατευθύνσεις που περιλαμβάνονται στις δύο προαναφερόμενες διεθνείς κατευθύνσεις, καθώς διατυπώνονται έννοιες για την καθολική και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και την προαγωγή της υγείας με έμφαση στην πρόληψη. Η ασθενοκεντρική προσέγγιση, όπως περιγράφεται στο "Eurobarometer Qualitative Study, -Patients involvement" θα έπρεπε να αποτελούσε στοιχείο της ανάλυσης κατάστασης -εξωτερικού περιβάλλοντος- για το σχεδιασμό του Π.Ε.Δ.Υ.

Ειδικότερα, στο νόμο για το Π.Ε.Δ.Υ. ή σε συμπληρωματικές διευθετήσεις, θα έπρεπε να αποσαφηνίζεται ο τρόπος με τον οποίο θα παρέχονται οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. για την πρόληψη και την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας, τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας

7 Για το εσωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης βλ. Τζωρτάκης (2007) σ.σ. 45-47.

8 Για το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης βλ. Τζωρτάκης (2007) σ.σ. 38-44.

υγείας, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού, την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, καθώς, επίσης, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη και την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού. Οι αρχές, λοιπόν, των δύο διεθνών κατευθύνσεων θα έπρεπε να αποτελούν κοινό τόπο για το σχεδιασμό του νόμου για το Π.Ε.Δ.Υ.

2. Προτάσεις για Εφαρμοστικές Στρατηγικές Εναρμονισμένες με τους Προαναφερόμενους Στόχους των Διεθνών Οργανισμών

Η ανάλυση της κατάστασης του συστήματος υγείας απαιτεί την αποσαφήνιση της εικόνας για τους χρηματοδοτικούς πόρους όλων των Φορέων Υγείας της χώρας, για τους τεχνολογικούς, τους φυσικούς και για τους ανθρώπινους πόρους, οι οποίοι συνθέτουν το εσωτερικό περιβάλλον, καθώς επίσης την αποσαφήνιση της εικόνας για τους κοινωνικούς, τους πολιτικούς, τους οικονομικούς και τους τεχνολογικούς παράγοντες, οι οποίοι συνθέτουν το εξωτερικό περιβάλλον. Η ανάλυση της κατάστασης, ασφαλώς, θα αποτυπωθεί με την άντληση στατιστικών δεδομένων από τους ίδιους τους Φορείς Υγείας, από Φορείς όπως ο ΟΟΣΑ⁹, η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία¹⁰ και από άλλες έγκριτες πηγές.

2.1. Προτάσεις για Εφαρμοστικές Στατηγικές

Εστιάζοντας στο ασθενοκεντρικό μοντέλο πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η προαναφερόμενη μελέτη (Eurobarometer Qualitative Study, -Patients involvement) και ό,τι άλλο σχετικό έχει δημοσιευθεί σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς, προκειμένου να αποφασισθούν οι τρόποι βελτίωσης της αντιμετώπισης των ασθενών. Να δημιουργηθεί, δηλαδή, ένα ευνοϊκό περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα ευδοκιμούν οι συνεργασίες και θα ενθαρρύνονται οι ασθενείς για νέους τρόπους θεραπείας.

Αξιολογώντας τη σχέση της ισότιμης πρόσβασης στην εκπαίδευση, την εργασία και τη στέγαση με τη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών πρέπει να ληφθούν οι ανάλογες αποφάσεις. Αν, για παράδειγμα, διαπιστωθεί, για τα ελληνικά δεδομένα, ότι η εν λόγω σχέση είναι ιδιαίτερα σημαντική και η υγεία των

πολιτών βλάπτεται από τη μη ισότιμη πρόσβαση στην εκπαίδευση, την εργασία και τη στέγαση θα ληφθούν, σε συνεργασία με τους Φορείς των αρμόδιων υπουργείων, αποφάσεις που να βελτιώνουν την εν λόγω κατάσταση, δεδομένου, μάλιστα, ότι εξοικονομούνται οικονομικοί πόροι και υποστηρίζεται η οικονομική ανάκαμψη και ανάπτυξη. Μια επιπλέον πρόταση θα αποτελούσε η απόλυτη ισότιμη και καθολική υγειονομική κάλυψη όλων των ανέργων πολιτών.

Για να μειωθεί το μεγάλο ποσοστό των δαπανών για τον τομέα υγείας και να αυξηθεί η παραγωγικότητα είναι αναγκαία η απόλυτη εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας σε ολόκληρο τον τομέα υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται η εφαρμογή ενός στρατηγικού σχεδίου στο οποίο θα αποσαφηνίζονται οι τρόποι ένταξης της ηλεκτρονικής υγείας και τα πολλαπλά οφέλη της (χρήση νέων τεχνολογιών επικοινωνιών και πληροφορικής, ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, τηλεϊατρική, μείωση δαπανών, αύξηση παραγωγικότητας, αποφυγή λαθών, έγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση του ασθενούς).¹¹

Επειδή, από τα στατιστικά δεδομένα, προκύπτει ότι μόλις περίπου το 3% των συνολικών δαπανών για την υγεία διατίθεται για την πρόληψη πρέπει να υιοθετηθούν αποτελεσματικές στρατηγικές, αφού αποσαφηνιστούν τα οφέλη, δεδομένου ότι η πρόληψη συμβάλει στη μείωση των δαπανών για την υγεία (αποφυγή νοσηλείας, αύξηση παραγωγικότητας του υγιέστερου πληθυσμού κλπ). Είναι αναγκαίο, επίσης, στο πλαίσιο της πρόληψης, να ληφθούν μέτρα για την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας, μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος και της παρακίνησης για άθληση (με την εισαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και κινήτρων).

Για το σχεδιασμό της αντιμετώπισης μεταδοτικών και μη μεταδοτικών νοσημάτων, ο οποίος αποτελεί στρατηγικό στόχο, απαιτείται η ετοιμότητα όλων των Φορέων Υγείας, αλλά και η άμεση ενημέρωση -σε πραγματικό χρόνο- της υφιστάμενης κατάστασής τους. Με τη χρήση του διαχειριστικού εργαλείου του "Υγειονομικού Χάρτη"¹² δύναται να επιτευχθεί η οποιαδήποτε αντιμετώπιση νοσημάτων όσο το δυνατόν πιο άμεσα και με τις πιο ορθολογικές αποφάσεις. Βασική προϋπόθεση, όμως, αποτελεί η έγκαιρη και έγκυρη καταχώρηση των δεδομένων από τους Φορείς της Υγείας στο προαναφερόμενο πλαίσιο της ηλεκτρονικής υγείας.

9 OECD -Organisation for Economic Co-operation and Development. Stat Extracts. (Διαδικτυακές Πηγές).

10 ΕΛ.ΣΤΑΤ. -Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Στατιστικά Θέματα. (Διαδικτυακές Πηγές).

11 Βλ. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Νέα ώθηση στην Ηλεκτρονική Υγεία (Διαδικτυακές Πηγές) & Κουρούμπαλη κ.ά. Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Διαδικτυακές Πηγές).

12 Βλ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υγειονομικός Χάρτης. (Διαδικτυακές Πηγές).

2.2. Τρόπος λήψης των αποφάσεων

Η λήψη των αποφάσεων ξεχωριστά για τα ανωτέρω ζητήματα θα πραγματοποιηθεί μέσα από μια σειρά βασικών βημάτων. Αρχικά θα οριστούν με σαφήνεια τα προβλήματα. Στη συνέχεια, θα διατυπωθούν και θα ιεραρχηθούν οι στόχοι, θα αναπτυχθούν εναλλακτικές λύσεις και αφού προβλεφθούν και συγκριθούν τα αναμενόμενα αποτελέσματα της κάθε λύσης θα επιλεγεί η βέλτιστη λύση, για την οποία θα οριστούν οι ενέργειες και τα άτομα που θα τις εκτελέσουν. Έπειτα, θα διαπιστωθεί εάν η λύση ήταν επιτυχημένη και θα εκτιμηθεί ο βαθμός εκπλήρωσης των προκαθορισμένων στόχων. Σε περίπτωση αποτυχίας της λύσης θα επαναπροσδιοριστούν οι στόχοι και οι διαδικασίες που θα ακολουθήσουν.¹³

Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι ο σχεδιασμός του νόμου για το Π.Ε.Δ.Υ. δεν ακολούθησε επαρκώς τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης “Eurobarometer Qualitative Study, Patients involvement-” και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας “Health 2020 policy framework”. Λήφθηκε υπ’ όψιν μόνο η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η έμφαση στην πρόληψη, οι οποίες βέβαια, στην πράξη, απέχουν αρκετά από τις αρχικές διατυπώσεις.

Η ελληνική πολιτική υγείας οφείλει να αναλύσει την κατάσταση -εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος- προκειμένου να προβεί στους στρατηγικούς σχεδιασμούς, οι οποίοι περιλαμβάνονται στις διεθνείς κατευθύνσεις, ώστε, αφενός να βελτιωθούν οι παροχές υγείας προς τους πολίτες, και, αφετέρου, να μειωθούν οι δαπάνες για την υγεία, εφαρμόζοντας, παράλληλα, τον ορθό τρόπο λήψης στρατηγικών αποφάσεων.

Βιβλιογραφία

TNS Qual. 2012. *Eurobarometer Qualitative Study. Patient involvement. Aggregate Report.* European Commission: DG COMM “Research and Speechwriting” Unit.
(http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_59_37_patient_en.pdf)

World Health Organization Regional Committee for Europe. 2012. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.* Copenhagen: World Health Organization Regional Committee for Europe.
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf)

Πραστάκος, Γρ. 2006. *Διοικητική Επιστήμη. Λήψη Επιχειρησιακών Αποφάσεων στην Κοινωνία της Πληροφορίας.* Β΄ Έκδοση. Αθήνα: Σταμούλη Α.Ε.

Τζωρτζάκης, Κ. & Τζωρτζάκη, Α.Μ. 2007. *Οργάνωση & Διοίκηση. Το Μάνατζμεντ της Νέας Εποχής.* Αθήνα: Rosili. Αφοί Τζωρτζάκη Ο.Ε.

Διαδικτυακές Πηγές

OECD “Organisation for Economic Co-operation and Development”. *Stat Extracts.*
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Date Access: 5.11.2014.

Εθνικό Τυπογραφείο. *Αναζήτηση Φ.Ε.Κ.*
<http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13>. Ημερομηνία Προσπέλασης: 2.11.2014.

ΕΛ.ΣΤΑΤ. “Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία”. *Στατιστικά Θέματα.*
<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>.
Ημερομηνία Προσπέλασης: 5.11.2014.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Νέα ώθηση στην Ηλεκτρονική Υγεία* -15/03/2010.
http://ec.europa.eu/news/environment/100315_el.htm.
Ημερομηνία Προσπέλασης: 8 Νοεμβρίου 2014.

Κουρούμπαλη, Α. Κατεχάκης, Δ., Μπέρλερ, Α., Τσικνάκης, Μ. 2012. *Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας: Πρόταση Εφαρμογής στους Φορείς του Εθνικού Συστήματος Υγείας.* Κρήτη: Ίδρυμα Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ), Ινστιτούτο Πληροφορικής.
http://www.ics.forth.gr/tech-reports/2012/2012.TR431_EHR.pdf Ημερομηνία Προσπέλασης: 8 Νοεμβρίου 2014.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. *Υγειονομικός Χάρτης.*
<http://www.ygeianet.gov.gr/index.aspx>. Ημερομηνία Προσπέλασης: 7.11.2014.

¹³ Για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων βλ. Πραστάκος (2006), σ.σ. 68-77.