



Νέα εφημερίδα Πολιτικής, Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας. Κυκλοφορεί κάθε Τετάρτη και πωλείται όλη την εβδομάδα, στα περίπτερα, με 1 ευρώ.

σελ. 49

► ΓΥΡΩ ΑΠ' ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

- «Όχι, όχι εμένα! Πάρε κάποιον άλλο...»

► EDITORIAL

- Οι ιατρικοί «βαθμοί» στο ΕΣΥ

► ΙΔΕΕΣ ΚΑΙ ΣΚΕΨΕΙΣ

- Προκλήσεις της κοινωνικής πολιτικής και διαμόρφωση της πολιτικής υγείας
- Προβλήματα του τέλους

► ΚΥΡΙΑ ΑΡΘΡΑ

- Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Ευερέθιστου Εντέρου σε παιδιά και ενήλικες
- Διαγνωστική αξία της υπολογιστικής τομογραφίας

► ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- Διάγνωση της πνευμονικής εμβολής
- Μείωση των θανάτων από στεφανιαία νόσο
- Νέες θεραπείες για το διαβήτη
- Πόσο χαμηλά φτάνει η LDL;

Co-Diovan® 160/25

NOVARTIS

ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΗ

ΚΑΡΔΙΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΧΡΑΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΣ

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ

LESCOL^{XL} 80 mg
FLUVASTATIN SODIUM

NOVARTIS

ΑΝΤΙΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛ

ΚΑΤΑΧΡΑΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΣ

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ

Ίδεας και σχέσεις

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ Προκλήσεις της κοινωνικής πολιτικής και διαμόρφωση της πολιτικής υγείας

Δρ. Αθανάσιος Μπαντής, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ.
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.
Υπό εκπόνηση msc στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

Περίληψη

Ο ρόλος του συστήματος υγείας μέσα στην κοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο βαθμό που επηρεάζει άμεσα τόσο την παραγωγική όσο και την αναπαραγωγική σφαίρα της κοινωνίας. Είναι γνωστό ότι υπάρχει μία αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην κοινωνία και στο σύστημα υγείας, ο μετασχηματισμός του κράτους προκαλεί και τον μετασχηματισμό του συστήματος κοινωνικής προστασίας, αλλά και τα προβλήματα τα οποία απορρέουν που το συνεχώς μεταβαλλόμενο σύστημα της κοινωνικής προστασίας επηρεάζουν και το ίδιο το κράτος. Ένα κράτος με ισχυρή οικονομική ανάπτυξη μπορεί να τροφοδοτεί ένα ισχυρό σύστημα κοινωνικής προστασίας, αλλά κι ένα ισχυρό σύστημα κοινωνικής προστασίας μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη στη χώρα.

Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάλυση του ρόλου του συστήματος υγείας μέσα σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό περιβάλλον (οικονομικοί μετανάστες, γήρανση και υπαγεννητικότητα), η σχέση του με την τεχνολογία και την έρευνα, η σπουδαιότητα του και τέλος το ύψους των απαιτούμενων δαπανών για την φυσική εξέλιξη του.

Επιπλέον γίνεται και μία προσπάθεια παρουσίασης, ανάλυσης, πρόβλεψης και μελλοντικής προβολής των προβλημάτων του Ελληνικού συστήματος υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ότι κάθε πολιτικό σύστημα υγείας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες (παρεκκλίσεις ή ατελείς ή και νοθευμένες εφαρμογές από το ιδεοτυπικό μοντέλο) και διαφορές σαφώς επηρεαζόμενο από τις κοινωνικές δομές.

Λέξεις κλειδιά: προκλήσεις της κοινωνικής πολιτικής, δομή της πολιτικής υγείας

Εισαγωγή

Η Υγεία και ειδικότερα η πολιτική της υγείας, πρέπει να κατανοείται όχι ως ζήτημα των απασχολούμενων μόνο στη σφαίρα της Υγείας και των ιατρικών επιστημών, αλλά ως σύνθετο φάσμα επιλογών, σε οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά επί-

πεδο, με όλη την ιστορική διάσταση που εμπεριέχουν. Ειδικότερα στην σύγχρονη εποχή που ζούμε, η πολιτική υγείας αντανακλά και απορρέει από τις υπάρχουσες διαφορές βιοτικού επιπέδου, συνθηκών ζωής και εργασίας της εκάστοτε κοινωνικής ομάδας.

Τις τελευταίες δεκαετίες κάτω από την επίδραση μιας σειράς κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών, ασκούνται ισχυρές πιέσεις για αλλαγές στα υπάρχοντα συστήματα υγείας. Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες χώρες, μετατοπίστηκε το ενδιαφέρον των κυβερνήσεων από τις «μεταδοτικές ασθένειες» και τις «ασθένειες φτώχειας», στις «σύγχρονες» και μοντέρνες ασθένειες (καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνος) σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, τα φάρμακα, τις νέες ειδικότητες σε ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, τις αυξανόμενες προσδοκίες για καλύτερες υπηρεσίες και συνακόλουθα αυξημένες δαπάνες υπηρεσιών υγείας, ασκούν πιέσεις όχι μόνο σε οικονομικό, αλλά και σε επίπεδο οργάνωσης και στρατηγικών επιλογών. Ωστόσο το κρίσιμο ερώτημα δεν αφορά τόσο την ανάγκη μεταρρυθμίσεων, όσο κυρίως το κατά πόσο οι μεταρρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής υγείας που προωθούνται, αντιστοιχούν στις πρωταρχικές κοινωνικές ανάγκες της μεγάλης πλειοψηφίας του πληθυσμού ή έχουν ως αφετηρία άλλα συμφέροντα ισχυρών κοινωνικών ομάδων, κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών.

Ποιες σήμερα είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η κοινωνική πολιτική ;

Η πολιτική υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο [1].

Είναι κατανοητό ότι οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Τα γεγονότα αυτά έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν [2].

Τα τελευταία χρόνια, ένας σημαντικός δείκτης είναι ο

Ιδέες και σκέψεις

προσδιορισμός του προσδόκιμου επιβίωσης, με πλήρη υγείας, έτη ζωής. Στις «παλιές» 15 χώρες της Ε.Ε ο μέσος όρος ζωής με πλήρη υγεία ανέρχεται σε 70,2 έτη (68,4 για τους άνδρες και 72 έτη για τις γυναίκες) ενώ στις «νέες» χώρες το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 63,6 έτη. Σημαντικό κρίνεται να αναφέρουμε ότι η, κατά 9 περίπου χρόνια, διαφορά μεταξύ του δείκτη επιβίωσης και του δείκτη επιβίωσης πλήρους υγείας, αναφέρεται σε χρόνια που επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα υγείας δεδομένου ότι είναι χρόνια που χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση μιας ή περισσότερων νοσημάτων. Η διαπίστωση αυτή είχε δύο σημαντικές συνέπειες. Οδήγησε στην αντίληψη ότι η υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον τρόπο που το άτομο ανταποκρίνεται στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Παράλληλα διαφοροποίησε σημαντικά το περιεχόμενο στον τομέα της πολιτικής υγείας όπως αυτή εκφράζεται από τις κοινωνικές προκλήσεις (3).

Το μεγαλύτερο μέρος της επιστημονικής και πολιτικής κοινότητας ασπάζεται την άποψη ότι εκτός από το βιολογικό υπόστρωμα κάθε ατόμου και την παρεχόμενη υγειονομική κάλυψη, οι συνθήκες διαβίωσης, ο τρόπος ζωής, η διατροφή, η σωματική άσκηση, το καθεστώς απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματος, το περιβάλλον, τα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διατήρηση ή μη, της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Σε σημαντικό βαθμό η αλληλεπίδραση αυτής της σχέσης εξαρτάται όχι μόνο από τις πολιτικές αποφάσεις αλλά και από την ατομική στάση και συμπεριφορά. Αν και οι ατομικές επιλογές καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από το ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό, φυσικό και επαγγελματικό περιβάλλον, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το γεγονός, ότι μετατοπίζουν ένα μέρος της ευθύνης στην κοινωνική πολιτική και πολιτική υγείας της ευρύτερης κεντρικής διοίκησης.

Πρόσφατη μελέτη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2003), περιγράφει την σύγκλιση των διαφορών αυτών. Αντίθετα, στα 10 νέα κράτη μέλη παρατηρείται επιδείνωση στον τομέα της υγείας δεδομένου ότι, όλες οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν σε τομείς που ηρωθούσαν τον στόχο κάλυψης, των κριτηρίων ένταξης. Ποιο συγκεκριμένα, το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης στις νέες χώρες υπολείνεται κατά 5,9 χρόνια το 1998, ενώ ήταν 5,5 χρόνια το 1990, σε σύγκριση με τον μέσο όρο των 15 κρατών της δυτικής Ευρώπης. Αντίστοιχα είναι και τα δεδομένα για την πρώιμη θνησιμότητα, που αφείλεται κυρίως σε μη μεταδοτικές ασθένειες, σχετιζόμενες με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με τα νέα πρότυπα κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης των χωρών αυτών (3).

Περίπου διπλάσιο είναι και το ποσοστό της παιδικής θνησιμότητας (παιδιά ηλικίας 1-14 ετών), με τα ατυχήματα της παιδικής ηλικίας να είναι 2,4 έως και 4,5 φορές περισσότερα,

Εξαιρέση σε κάποια από τα προαναφερόμενα δεδομένα αποτελούν η Κύπρος και η Μάλτα (3).

Οι διακριτικές αυτές διαφορές, και όχι μόνο, οδηγούν στην διαπίστωση ότι τα κράτη μέλη παρουσιάζουν σημαντικές ανισότητες στον υγειονομικό τομέα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την τήρηση των κανόνων λειτουργίας της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς, θέτουν το βασικό ερώτημα αν και κατά πόσο η οργάνωση των συστημάτων υγείας, είναι συμβατή με τα θεμελιώδη δικαιώματα όπως περιγράφονται στην Χάρτα και αν παράλληλα μπορούν, να αντιμετωπίσουν τις προαναφερόμενες κοινωνικές προκλήσεις.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), το 1951 οι ηλικιωμένοι έφθαναν μόλις το 7% του συνολικού πληθυσμού, το 1961 το 8%, το 1971 το 11,1% και το 1981 το 13,2%. Το 1998 οι ηλικιωμένοι Έλληνες πολίτες έφθασαν να καλύπτουν το 16,5% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Μάλιστα, στα μέσα της δεκαετίας του '90 ο αριθμός των ηλικιωμένων ταύτιστηκε και στη συνέχεια υπερέσχεσε εκείνο των παιδιών. Τα στοιχεία για το μέλλον είναι αποκαλυπτικά: η Eurostat υπολογίζει ότι το 2006 θα αντιστοιχούν 113 ηλικιωμένοι σε κάθε 100 παιδιά στη χώρα μας. «Σήμερα το ποσοστό των ηλικιωμένων κυμαίνεται περίπου στο 18% του συνολικού πληθυσμού. Όταν πλέον φθάσουν το 25%, που υπολογίζουμε να συμβεί γύρω στο 2012, αναγκαστικά η Πολιτεία θα ασχοληθεί μαζί τους, με την ίδια φροντίδα που ασχολείται σήμερα με την παιδική ηλικία (4).

Είναι φυσικό ότι, στο διευρυμένο προβληματισμό μας για την κοινωνική πολιτική και κατά πόσο αυτή επηρεάζει την πολιτική υγείας στη δημογραφική μετάλλαξη της χώρας μας δεν μπορούμε να αφήσουμε εκτός συζήτησης το μεγάλο ζήτημα των οικονομικών μεταναστών.

Καινή διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι η Ελλάδα του 2006 είναι μια χώρα με κοινωνική και πολιτισμική πολυμορφία που διαφέρει σημαντικά από την Ελλάδα του παρελθόντος.

Στην Ελλάδα των αρχών του '70 οι παλιννοστούντες και οι οικονομικοί μετανάστες ήταν άγνωστοι, μόλις που πλησίαζαν το 1%, τώρα πλησιάζουν το 8-10% του συνολικού πληθυσμού της χώρας και το 12% του ενεργού εργατικού δυναμικού της. Αυτή είναι μια δημογραφική, οικονομική, κοινωνική και πολιτισμική πραγματικότητα που κανένας μας, κράτος και πολίτες, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε και σε καμία περίπτωση δεν έχουμε το δικαίωμα να αντιμετωπίσουμε επιπόλαια. Η αναγνώριση αυτής της πραγματικότητας μας οδηγεί στο επόμενο βήμα, που είναι η δημιουργική αποδοχή της και η χάραξη βραχυπρόθεσμων, μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στρατηγικών και τακτικών στόχων που θα διαχειρίζονται με σεβασμό τη διαφορά και θα επιδιώκουν τον εμπλουτισμό της νεοελληνικής κοινωνίας ενσωματώνοντας πλήρως χωρίς να αφομοιώνουν τους παλιννοστούντες και τους οικονομικούς μετανάστες (5).

Ίδέες και σκέψεις

ότι οι μακροχρόνια άνεργοι θα αναγκαστούν να δουλέψουν όπου βρουν. Δηλαδή να κάνουν δουλειές που μέχρι σήμερα μόνο μετανάστες αναλαμβάνουν (9).

Ο μετανάστης πρώτης γενιάς δεν έχει τα επαγγελματικά εφόδια να διεκδικήσει τις θέσεις των γηγενών, αντιμετωπίζει προβλήματα κοινωνικής ενσωμάτωσης και συχνά αποτυγχάνει να καταξιωθεί στα νέα του περιβάλλον. Ο μετανάστης βοηθά την συντήρηση του αναδιανεμητικού Ευρωπαϊκού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο υπό τη πίεση του δημογραφικού προβλήματος (υπογεννητικότητα, αύξηση του προσδόκιμου ζωής) τείνει να καταρρεύσει. Ο μετανάστης αποτελεί φθηνή εργατική δύναμη για την Ευρωπαϊκή οικονομία, αυξάνοντας την ανταγωνιστικότητά της σε μια περίοδο σκληρού παγκόσμιου ανταγωνισμού. Με βάση τη μελέτη του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, η μετανάστευση αλλοδαπών στην Ελλάδα δεν μείωσε τις θέσεις απασχόλησης των γηγενών, ενώ παράλληλα αύξησε τις συνολικές θέσεις στην ελληνική οικονομία. Παρόλη τη προσφορά των οικονομικών μεταναστών στην υπογεννητικότητα και οικονομία των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παραμένει κοινωνικά αποκλεισμένος και υγειονομικά ανασφάλιστος με τεράστιο οικονομικό κόστος το οποίο ανέρχεται μόνον για την χώρα μας στα 25 δισεκατομμύρια ετησίως (9).

Στο πλαίσιο αυτό η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνώρισε την ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος διακυβέρνησης. Ο κοινωνικός διάλογος, η διαρθρωτική χρηματοδότηση, τα προγράμματα δράσης και η Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού αποτελούν βασικά εργαλεία άσκησης της νέας πολιτικής. Τα ζητήματα αντιμετώπισης των αναγκών για υγεία και περίθαλψη σε μία γηράσκουσα κοινωνία με μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες οικονομικών μεταναστών, επέβαλλαν την προληπτική έναντι της θεραπευτικής προσέγγισης, την προαπασχόληση των υπηρεσιών από όλες τις ηλικίες, την επάρκεια και ποιότητα της περίθαλψης, την προώθηση και ανάδειξη του ρόλου της αποκατάστασης, την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας την σύμπραξη-συνφιλίωση Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η υγεία του συνοδικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το κοινωνικό χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς συνεχίζει να αυξάνει (10).

Η αντιστροφή αυτών των τάσεων αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής μας. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θέσει σε άμεση προτεραιότητα την επίτευξη ισονομίας και δικαιοσύνης στην υγεία (11).

Είναι γενική διαπίστωση ότι η υγεία ως ύψιστο αγαθό πρέπει να παρέχεται ισότιμα και με ποιότητα σε όλους τους πολίτες. Αν αυτό μπορεί να γίνει πράξη θα φανεί στην πορεία. Μπορεί πράγματι η Δημόσια Υγεία εκφραζόμενη μέσα από την κοινωνική πολιτική να ανταποκριθεί στους στόχους της σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον αν δεν ισχύσουν και για αυτήν, κάποιοι βασικοί κανόνες παγκοσμιοποίησης που θα διασφαλίζουν τις αρχές και τις αξίες όχι μόνο της υγείας αλλά της δημόσιας υγείας.

Με αυτούς τους προβληματισμούς αλλά και τις εναλλακτικές στρατηγικές και κοινωνικές πολιτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της ανεργίας και την υποστήριξη της κοινωνικής ασφάλισης, η Ελλάδα μπορεί και πρέπει να πορευθεί προς τον 21ο αιώνα προκειμένου, εκτός των άλλων, να θέσει σε εγρήγορση και όχι σε ημιθανή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση την παραγωγική και δημιουργική δύναμη των πολιτών της. Επιπροσθέτως η χώρα μας οφείλει να ακούσει δυναμικά τις ευρωπαϊκές εξελίξεις, με προτάσεις και διάθεση επίλυσης σε επίπεδο κοινωνικής ενσωμάτωσης των οικονομικών μεταναστών, τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υπογεννητικότητα.

Βιβλιογραφία

- Τούντας Γ Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 1996, 69:270-276
- Τούντας, Φρισήρας, Κοινωνία και υγεία. Αρχ Ελλ Ιατρ 1998, 15:593-599
- 1ο Συνέδριο Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Αθήνα, 10-11/06/2005.
- Γιάργου Λιάθλιου. Τεράστιο τα προβλήματα στον τομέα «προνομία» Εφημερίδα Καθημερινή Κυριακή, 12 Δεκεμβρίου 2004.
- 17^ο συνέδριο του Ινστιτούτου μελετών οικονομικής πολιτικής με θέμα «Ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση και Οικονομική Σύγκλιση» 11/12/1998.
- Πάννη Τόλιου, Κοινωνικό κράτος και νεοφιλελεύθερες πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Αναζήτηση εναλλακτικού μοντέλου Εφημερίδα Αυγή, 2/10/05.
- Workshop των Ευρωπαϊκών Οικονομολόγων για μια «Εναλλακτική οικονομική πολιτική στην Ευρώπη» στις Βρυξέλλες, 23-25 Σεπτεμβρίου 2005.
- LECLERC D. Health Inequalities in European Countries. Gower, Oxfordshire, 1989.
- HYPERLINK "javascript:window.print()" ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΟΥ ECONOMIST 15 & 16 Ιουνίου 2000, Ώρα 21.00, Divani Apollon Palace, Καθούρι
- 10.WHO. Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000. WHO-Euro, Copenhagen, 1985 .
- 11.WHO. Global strategy for Health for All by the Year 2000. WHO (Health for All Series, No 3), Geneva, 1981. *