ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

Στιβαχτής Γεώργιος

«Κριτική Αποτίμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, Έτος
2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

Στιβαχτής Γεώργιος

«Κριτική Αποτίμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

Επιβλέπων Καθηγητής : *Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος*

Τίτλος Όνομα : Καθηγητής

Μελέτη για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Πειραιάς, Έτος

2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

University of Piraeus

POSTGRADUATE PROGRAMME

Health Management

Technological Institute of Piraeus

Stivachtis Georgios

"Critical assessment of the National Health System"

Supervisor: Theodore Sakelaropoulos

Title Name: Professor

Study on the acquisition

M.Sc.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Piraeus, 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Σακελλαρόπουλο Θ. καθώς και τους καθηγητές μου Μωραίτη Ε. και Παπαηλία Θ. για την πολύτιμη καθοδήγηση, συμπαράστασή και συμβολή τους κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση που μου έδωσαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως σκοπό την κριτική αποτίμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας ως προς τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν από την ίδρυση του και μετά. Επικεντρώνεται λοιπόν στη μελέτη των νόμων, των προεδρικών διαταγμάτων και νομοσχεδίων και γενικώς από την πολιτική της υγείας που εφάρμοσε η εκάστοτε κυβέρνηση, ο εκάστοτε υπουργός υγείας. Άλλωστε για τους πολίτες και την χώρα μας η ίδρυση του Ε.Σ.Υ. είναι η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών υγείας .

Αντικειμενικός σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει την «ιστορία» του υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα από τη σκοπιά της θεσμικής του εξέλιξης και στο πλαίσιο αναζήτησης αιτιών για τη μη ολοκλήρωση συγκεκριμένων μεταρρυθμιστικών σχεδίων.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνουμε τους βασικούς ορισμούς των εννοιών της υγείας και του συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, αναλύουμε τα βασικά χαρακτηριστικά, τους σκοπούς και τους στόχους λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Στο τέλος, του κεφαλαίου παρατηρούμε την αξιολόγηση της απόδοσης και της λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνουμε μεγαλύτερη έμφαση στα συστήματα υγείας και παρατηρούμε ότι πως αυτά μπορούν να συγκλίνουν. Παρατηρούμε τις ομοιότητες και τις διαφορές διάφορων συστημάτων υγείας και την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας περιγράφω τα επίπεδα περίθαλψης που υπάρχουν δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην ιστορική τους εξέλιξη τόσο σε άλλες χώρες όσο και στην Ελλάδα. Επιπλέον, υπάρχει ανάλυση για τα προβλήματα που υπάρχουν τόσο στη πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη.

Στο τέταρτο και στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας σε μια προσπάθεια συνοπτικής περιγραφής της ιστορικής εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας στη σύγχρονη Ελλάδα μπορούμε σχηματικά να διακρίνουμε τρεις μεγάλες χρονικές περιόδους από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1922, από το 1922 μέχρι το 1953 και από το 1953

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

μέχρι σήμερα. Όπως είναι φυσικό η τρίτη περίοδος μπορεί να χωριστεί και σε υποπεριόδους , από το 1953 μέχρι το 1981, από το 1981 μέχρι το 1989, από το 1990 μέχρι το 1999, από το 2000 έως το 2004, από το 2004 μέχρι το 2009 και από το 2009 μέχρι και σήμερα. Ο διαχωρισμός αυτός έγινε γιατί η διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας ακολούθησε τις γενικότερες κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούσαν.

Η ασυνέχεια στην άσκηση υγειονομικής πολιτικής στη χώρα μας, αποτελεί την βασική διαπίστωση του κειμένου, και αποδίδεται τόσο σε παράγοντες αμιγώς πολιτικού χαρακτήρα όπως για παράδειγμα η έλλειψη πολιτικής βούλησης και η συχνή εναλλαγή υπουργών στο αρμόδιο υπουργείο, όσο και σε «λάθη τακτικής» στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, με κυριότερο τη διαρκή απόπειρα μεταφοράς ξένων προτύπων στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Υγεία, Περίθαλψη, Σύστημα Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, Τριτοβάθμια Περίθαλψη, Πολιτική Υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Abstract

The aim of this thesis is to attempt a critical examination of the NHS as to the reforms made since it´s establishment and onwards. Therefore, it focuses on the study of laws, presidential decrees and bills and generally on the health policy implemented by the governments and the health ministers. Besides, for the citizens and our country in the general establishment of the NHS is the first organized effort to provide health services of the state.

The objective of this paper is to present the story of the health sector in Greece in terms of institutional development and in search of causes for the non-completion of specific reform plans.

In the first chapter I present the basic definitions of the health and health system. In addition, we analyze the basic characteristics, goals and the health systems. At the end of the chapter I evaluate the performance and function of health systems.

In the second section we give more emphasis on health systems and witness how they can converge. I observe the similarities and differences of various health systems and the need for reforms in health systems.

In the third chapter of the thesis I describe existing the levels of care by paying special attention to historical developments in other countries as well as Greece. Moreover, I attemptan analysis of the problems that exist in both the primary and secondary-tertiary care.

In the fourth and the fifth chapter of my essay, in an attempt to summarize of the historical development of health services in modern Greece we divide it into three major periods: From the National Independence until 1922, from 1922 to 1953 and from 1953 until today. As expected the third period can be divided in sub periods, from 1953 until 1981, from 1981 to 1989, from 1990 to 1999, from 2000 to 2004, from 2004 to 2009 and from 2009 until today. This distinction was made because the development of the health system of our country followed the general socioeconomic, cultural and political conditions that prevailed.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

The discontinuity in the pursuit of health policy in our country, is the key finding of the text, and is attributed to purely political factors such as lack of political will and the frequent alternation of ministers in ministry, and tactical errors in the design of health services, most notably the continuing attempt to implement foreign models in the Greek health system.

Key words: Health, Health care system, Primary health care, Secondary health care, Health Policy.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Περιεχόμενα

Περίληψη (Ελληνική και Αγγλική)……VI
Κατάλογος Σχημάτων ……XII
Συντομογραφίες ……..XIII
Εισαγωγή……...1
ΕΝΟΤΗΤΑ 1η
1.1 Εννοιολογική Προσέγγιση του όρου «Υγεία»…….....3
1.2 Το Σύστημα Υγείας……..8
1.2.1 Γενικά……8
1.2.2 Η Έννοια του Συστήματος και τα χαρακτηριστικά του…….....9
1.2.3 Η Εννοιολογική Προσέγγιση του Συστήματος Υγείας……...10
1.3 Σκοπός και Στόχοι Λειτουργίας των Συστημάτων Υγείας……11
1.4 Βασικά Χαρακτηριστικά των Συστημάτων Υγείας……...13
1.5 Ιδιαιτερότητες του Συστήματος Υγείας……..…...14
1.6 Οι Βασικές Κατηγορίες των Συστημάτων……15
1.7 Η αξιολόγηση της απόδοσης της λειτουργίας των Συστημάτων Υγείας……...19
ΕΝΟΤΗΤΑ 2η
2.1 Η Σύγκλιση των Συστημάτων Υγείας……22
2.2 Η Ανάγκη για Μεταρρύθμιση……23
2.3 Η διαφορετικότητα των Συστημάτων Υγείας……24
ΕΝΟΤΗΤΑ 3η
3.1 Τα Επίπεδα της Περίθαλψης……..…29
3.1.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας……..30
3.1.2 Ο ρόλος της Π.Φ.Υ. στη παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού……31
3.1.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε άλλα Συστήματα……33
3.1.4 Η Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας……...35
3.1.5 Η μη Υποστήριξη του Θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας..39
3.2 Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψης……...41

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3.2.1 Ιστορική Αναδρομή Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Περίθαλψης……..42
3.2.2 Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψης στην Ελληνική Πραγματικότητα……...43
3.2.3 Τα Προβλήματα που Υπάρχουν στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψης……..44
ΕΝΟΤΗΤΑ 4η
4.1 Η Ιστορική Εξέλιξη του Υγειονομικού Συστήματος στην Ελλάδα……...48
4.2 1η Περίοδος : Από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1922…….....49
4.3 2η Περίοδος : Από το 1922 μέχρι το 1953……50
4.4 3η Περίοδος : Από το 1953 μέχρι το 1981……53
ΕΝΟΤΗΤΑ 5η
5.1 Η Πολιτική Υγείας από το 1981 μέχρι το 1990……59
5.2 Η Πολιτική Υγείας από το 1990 μέχρι το 1993……62
5.3 Η Πολιτική Υγείας από το 1993 μέχρι το 1999……64
5.4 Η Πολιτική Υγείας από το 2000 μέχρι το 2004……69
5.5 Η Πολιτική Υγείας από το 2004 μέχρι το 2009……72
5.6 Η Πολιτική Υγείας από το 2009 μέχρι Σήμερα……..75
Συμπεράσματα……85
Επίλογος.....87
Βιβλιογραφία.....88

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Κατάλογος Σχημάτων και Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 : Σκοποί και στόχοι συστήματος υγείας……12
Διάγραμμα 2 : Total scores in Euro health consumer index 2009……..21
Διάγραμμα 3 : Σύστημα ε κοινωνική ασφάλιση…….25
Διάγραμμα 4 : Εθνικό σύστημα υγείας……...26
Διάγραμμα 5 : Βασικά επίπεδα οργάνωσης της περίθαλψης……..29
Διάγραμμα 6 : Τα επίπεδα περίθαλψης……...30

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συντομογραφίες

Άρ.	άρθρο
Δηλ.	δηλαδή
Δ.Σ.	Διοικητικό Συμβούλιο
Εδ.	Εδάφιο
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΕ.Π.Ε.	Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Ν.	Νόμος
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Παρ.	Παράγραφος
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
Πε.Σ.Υ.Π.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
π.χ.	Παραδείγματος χάριν
Σ.	Σύνταγμα
Σ.τ.Ε.	Συμβούλιο της Επικρατείας
Συ.Πε.Σ.Υ.Π.	Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Εισαγωγή

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του Ελληνικού κράτους. Από την περιγραφή που θα ακολουθήσει θα φανεί καθαρά ότι παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν, ιδιαίτερα κατά την μεταπολεμική περίοδο, ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα κοινωνικό-οικονομικά συστήματα, τόσο από άποψη μεγέθους και οργάνωσης όσο και από άποψη πολιτικής προτεραιότητας.

Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο τα συστήματα υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες άρχισαν να αναπτύσσονται με γρήγορους ρυθμούς και να αρχίζουν να γίνονται οι πρώτες μεταρρυθμίσεις για την βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό τους. Είναι δεδομένο ότι σε κάθε χώρα οι κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές εξελίξεις επηρεάζουν σημαντικά τα υγειονομικά συστήματα, το ίδιο ισχύει και για την Ελλάδα που μέσα από δύο παγκόσμιους πολέμους, εμφύλιο πόλεμο, Μικρασιατική Καταστροφή και δικτατορία προσπάθησε να ανοικοδομήσει τόσο το ελληνικό κράτος όσο και το υγειονομικό της σύστημα. Αυτά τα γεγονότα είναι άλλωστε ο κυριότερος λόγος που το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας υστερούσε κατά πολύ από των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών.

Μέχρι και το 1974 παρατηρούμε την παντελή έλλειψη πρωτοβουλιών ή ενεργειών από το κράτος ώστε να γίνουν τα πρώτα δειλά βήματα για την ανάπτυξη του υγειονομικού μας συστήματος μη λαμβάνοντας υπόψη ακόμα και των πολιτικών που ακολουθούσαν οι υπόλοιπες χώρες στην ανοικοδόμηση των δικών τους συστημάτων. Θα πρέπει να φτάσουμε μετά το 1974 και την πτώση της δικτατορίας ώστε να περάσει η χώρα μας σε αναπτυξιακή – μεταρρυθμιστική φάση. Τότε λοιπόν για πρώτη φορά καλλιεργείται σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα Εθνικό Σύστημα[1], όπως συμβαίνει και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Την περίοδο αυτή σημαντική είναι η προσπάθεια τόσο του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

[1] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

(ΚΕΠΕ) όσο και το «σχέδιο Δοξιάδη» που για τα πολιτικά δεδομένα της εποχής μπορεί να χαρακτηριστεί αρκετά καινοτόμο.

Στις αρχές τις δεκαετίες του ’80 και μετά την άνοδο στην εξουσία του Σοσιαλιστικού κόμματος (ΠΑ.ΣΟ.Κ.) έχουμε το πρώτο μεγάλο βήμα για ένα σύγχρονο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με την ψήφιση του νόμου 1397/83 που θα βασιζόταν στις αρχές τις ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, ανάλογο με αυτό τον αναπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών. Η προσπάθεια όμως αυτή ποτέ δεν ολοκληρώθηκε και σήμερα, 28 χρόνια μετά την ψήφιση του νόμου για το Ε.Σ.Υ. και με την οικονομική κρίση να στέκεται εμπόδιο σε προοπτικές οικονομικής ενίσχυσης από το κράτος, πολλά παλιά προβλήματα αναζητούν λύσεις καθώς και καινούργια που έχουν δημιουργηθεί στη πάροδο των ετών χρήζουν αναγκαία μια γενναία και μεταρρύθμιση στο χώρος της υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ενότητα 1η

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «Υγεία».

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του[2].

Ο ορισμός που επικρατεί για την έννοια « Υγεία» σήμερα είναι αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization) που προσδιορίζει ότι η Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.

Αν και ένας πλήρης ορισμός της «υγείας» είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας.

Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή
ενός πληθυσμού μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητας ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαιτέρως σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των

[2] Σουρτζή Π.(1998) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 10(4):179-185.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ψυχολογικών και των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο[3]. Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες[4]. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η έννοια «υγεία» μπορεί να έχει πολλούς «ορισμούς». Μπορεί να οριστεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου (αρνητικός ορισμός), ως σωματική ικανότητα (λειτουργικός ορισμός), ως ικανότητα άσκησης ρόλων (συναισθηματική λειτουργικότητα) ή, όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας (θετικός ορισμός)[5]. Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου
που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους[5].

Κοινωνική προσέγγιση

Η υγεία και η αρρώστια εκφράζονται στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία. Η αρρώστια διαταράσσει όχι μόνο τη βιολογική ισορροπία ενός ατόμου, αλλά και στην κοινωνική του λειτουργία[6].Η κοινωνική επίδραση στη διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας έγκειται κυρίως στον εκάστοτε προσδιορισμό του ορίου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Ωστόσο, δεν μπορεί να παραγνωριστεί το
γεγονός ότι έννοιες όπως το «φυσιολογικό» επηρεάζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα. Στο Δυτικό πολιτισμό, όπου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της εργασίας και της παραγωγικότητας, το φυσιολογικό και το παθολογικό προσδιορίστηκαν σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητα ή μη για εργασία.

Μάλιστα, επειδή παλαιότερα η εργασία ήταν κυρίως χειρωνακτική, τα όρια της παθολογίας ταυτίστηκαν με τα όρια της σωματικής και ειδικά της μυϊκής

[3] Σαρρής Μ (2001): *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα.
[4] Καραδήμας Ε. (2005) *Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
[5] Σαρρής Μ (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα.
[6] Kovacs J.(1998) *The concept of health and disease*. Medicine, Health Care and Philosophy 1: 31–39.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

αδυναμίας. Οι περισσότερες πνευματικές ή ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν ως παθολογικές μόνο κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, όταν η εργασία στο δυτικό κόσμο έγινε λιγότερο χειρωνακτική και περισσότερο νοητική[7].

Οικονομική προσέγγιση

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι στενή. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Αναφέρεται ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους.

Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μια και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλέστερο και υγιεινότερο περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας[7].

Πολιτισμική προσέγγιση

Κάθε πολιτισμός επιλέγει ανάμεσα στις δυνατότητες που του παρέχει η εποχή και το περιβάλλον του τις αξίες, τους κανόνες και το είδος των γνώσεων που χρειάζεται για να κατανοήσει, να ερμηνεύσει, να θεραπεύσει την αρρώστια, να διαφυλάξει και να προάγει την υγεία[5]. Ανάλογα με τις πολιτισμικές επιδράσεις, η ίδια αρρώστια μπορεί να θεωρείται βλάβη ή χάρισμα, τιμωρία ή επιβράβευση, αμαρτία ή ιερότητα.

Η υγεία είναι η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν οι απαιτήσεις της ζωής ή η δυνατότητα να επιτελεστούν οι βασικές λειτουργίες[8]. Η ολιστική αντίληψη δε διαφοροποιείται μόνο ως προς τα φιλοσοφικά και οντολογικά της πιστεύω για τη φύση του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά έχει και άμεσες πρακτικές επιπτώσεις ως

[7] Τούντας Γ.(2000) *Κοινωνία και Υγεία*. Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα.
[8] Taljedal Inge -Bert (2004) *Strong holism, weak holism, and health*. Medicine, Health Care and Philosophy 7: 143–148.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

προς το χαρακτήρα και τους προσανατολισμούς της ιατρικής επιστήμης[9]. Από τη στιγμή που η αρρώστια αποτελεί διαταραχή της ανθρώπινης ολότητας, η αντιμετώπισή της δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στη σωματική ή στη ψυχική διάσταση. Πρέπει να περιλαμβάνει πρακτικές που να αντιμετωπίζουν και τις τρεις διαστάσεις (σωματική, ψυχική, κοινωνική) και κυρίως τον τρόπο που αυτές αλληλεπιδρούν[10].

Μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου όπου οι αναπτυγμένες χώρες προσπαθούν να αναδιοργανωθούν και να επουλώσουν τις πληγές που τους άφησε αρχίζει να διαμορφώνεται μια συναινετική ιδεολογία[11] για το λεγόμενο «αγαθό υγεία». Αυτή είναι η αφετηρία του να οργανωθεί ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας, αναδεικνύοντας για πρώτη φορά το δικαίωμα του κάθε πολίτη να απολαμβάνει αυτό το αγαθό. Έτσι λοιπόν ο κάθε πολίτης μπορεί να κάνει χρήση του αγαθού της υγείας με βάση την ανάγκη του για αυτή και όχι από τον πλούτο που διαθέτει. Φυσικά, δεν καθυστέρησε να προβληθεί και η αντίθετη θέση κάπου στις αρχές της δεκαετίας του ’60 όπου κάποιοι οικονομολόγοι υποστήριξαν ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό που θα έπρεπε να ορίζεται από τις αγορές. Λόγω των καταστάσεων που επικρατούσαν εκείνη την χρονική περίοδο δεν μπόρεσε η άποψη αυτή να κυριαρχήσει. Τέθηκε όμως για πρώτη φορά το μεγάλο δίλλημα στο χώρο της υγείας αν η υγεία θα πρέπει να χαρακτηριστεί ως «αγαθό» ή ως «εμπόρευμα». Αν χαρακτηρισθεί ως «αγαθό» τότε το εκάστοτε κράτος θα πρέπει να έχει την ευθύνη για την δωρεάν εξασφάλιση του με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού. Αν χαρακτηρισθεί ως «εμπόρευμα» τότε θα πρέπει να πωλείται και να αγοράζεται με βάση τις τιμές που ορίζει η αγορά. Φυσικά, είναι και αρκετοί που βρίσκονται στη μέση των δύο αυτών ακραίων απόψεων. Ο όρος που χρησιμοποιήθηκε είναι για να περιγράψει το σύνολο των δράσεων και των κανόνων που αναπτύχθηκαν για τη μέριμνα της υγείας είναι οι **«υπηρεσίες υγείας».** Οι υπηρεσίες υγείας αφορούν στο σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που απολαμβάνει κάθε άτομο καθώς και του μηχανισμού παροχής και διανομής τους. Ο όρος «υπηρεσίες υγείας» περιλαμβάνει τόσο την έννοια της **φροντίδας υγείας** όσο και αυτήν της **περίθαλψης.**

[9] Nordenfelt L (2007) *The concepts of health and illness revisited*. Medicine, Health Care and Philosophy 10:5–10.
[10] Khushf G.(2007) *An agenda for future debate on concepts of health and disease*. Medicine, Health Care and Philosophy 10:19–27.
[11] Ι.Βλάσσης (2006) *Συστήματα Υγείας.* Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας». 1-3.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συνοπτικά, μπορούμε να σχολιάσουμε ότι η **φροντίδα υγείας**, αποτελεί ευρεία έννοια και αναφέρεται στο σύνολο των πολιτικών, δραστηριοτήτων και παροχών που προσφέρονται σε πάσχοντες αλλά και σε υγιή άτομα με σκοπό την διατήρηση και βελτίωση της υγείας τους. Η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών και παροχών πρόληψης και προαγωγής της υγείας αλλά και θεραπείας και αποκατάστασης. Η φροντίδα υγείας εκφράζεται με την ασκούμενη πολιτική υγείας και γίνεται πράξη μέσω της νομοθεσίας που υιοθετείται τόσο για την πρόληψη της διάδοσης των κινδύνων για την υγεία όσο και για την κάλυψη των αναγκών ασθένειας των πολιτών.

Η **περίθαλψη** αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας. Η περίθαλψη διακρίνεται σε **εξωνοσοκομειακή** ή **ανοικτή** και στη **νοσοκομειακή** ή **κλειστή.** Η ανοικτή περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες που στοχεύουν στη διάγνωση και στη θεραπεία ασθενών εκτός νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες αυτές συνθέτουν το **πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.**

Οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στα νοσοκομεία συνθέτουν το **δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης**. Οι υπηρεσίες περίθαλψης που αφορούν στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας συνθέτουν το **τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης**. Τα τρία αυτά επίπεδα περίθαλψης συγκροτούν τη δομή και τη λειτουργία των σύγχρονων συστημάτων υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1.2 Το σύστημα υγείας.

1.2.1 *Γενικά*

Η μεγάλη οικονομική κρίση στις αρχές του 20ου αιώνα, οι κοινωνικοοικονομικές πιέσεις μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο επέτειναν την ανάγκη για δωρεάν υγεία ως ανταμοιβή για την εξασφάλιση της ανάπτυξης του εργατικού δυναμικού με στόχο την ανασυγκρότηση της οικονομίας στην ελεύθερη αγορά[12].

Όπως έχουμε προαναφέρει το κοινωνικό κράτος και το σύστημα υγείας έχει κοινή πορεία μιας και το σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του κοινωνικού κράτους. Οι διάφορες κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν σε κάθε χώρα καθώς και το ποσοστό της κρατικής παρέμβασης που υπήρχε σε κάθε χώρα διαμόρφωσε σταδιακά τις υπηρεσίες υγείας. Μέσα σ' αυτό, όχι μόνο εμπλέκονται οι χιλιάδες επαγγελματίες της υγείας και οι ασθενείς, αλλά και θέματα ηθικής και δεοντολογίας, κοινωνικής δικαιοσύνης, ιατρικού απορρήτου και τέλος η ίδια η ζωή των ασθενών[13].

Συνηθίζετε πολλοί να ταυτίζουν το σύστημα υγείας με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Όμως η αλήθεια είναι ότι το σύστημα ιατρικής περίθαλψης είναι ένα υποσύστημα του συστήματος υγείας. Το σύστημα υγείας περιλαμβάνεται όχι μόνο από την ιατρική περίθαλψη αλλά και από υπηρεσίες που έχουν σχέση με πρόληψη και υγειονομική επιμόρφωση του πληθυσμού, με την διατροφή, με υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης, αποχέτευσης, υγιεινής της κατοικίας και εργασίας καθώς και άλλα πολλά, αφού έχει αποδειχθεί ότι η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και η κάθε αρρώστια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με την αρμονική συνεργασία όλων των τομέων.

[12] Ειρήνη Αναπλιώτη- Βαζαίου (1987) *Παγκόσμιες αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά συστήματα*. Αθήνα, σελ 33.

[13] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (1996) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Έχοντας υπόψη τι είναι σύστημα γενικά, μπορούμε να ορίσουμε ως **σύστημα υγείας** « το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». Πριν όμως προσεγγίσουμε το σύστημα υγείας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, θεωρείται σκόπιμο να αναφερθούμε στις γενικές αρχές που διέπουν τα συστήματα γενικά καθώς και στις ιδιότητες που παρουσιάζουν.

1.2.2 *Η έννοια του συστήματος και τα χαρακτηριστικά του.*

Σύστημα είναι ένα σύνολο στοιχείων ή μερών τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με σχέσεις αλληλεπίδρασης και αποτελούν μια ολότητα. Ως σύστημα, συνεπώς, μπορεί να θεωρηθεί οποιαδήποτε αντιληπτή από τον άνθρωπο ολότητα, όπως το σύμπαν, η γη, το πανεπιστήμιο, το δέντρο, το computer, κτλ., αφού αποτελούνται από μέρη που συνδέονται μεταξύ τους με ένα πλέγμα σχέσεων. Κάθε σύστημα ασφαλώς δε βρίσκεται στο κενό, αλλά μέσα σ' ένα περιβάλλον, το οποίο αποτελείται από άλλα συστήματα. Κάθε σύστημα αναπτύσσει σχέσεις αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον του, ανταλλάσσοντας υλικούς ή άυλους πόρους είτε ως εκροές είτε ως εισροές[14].

Τα συστήματα, σύμφωνα με τον ορισμό τους, διακρίνονται από ορισμένες διαστάσεις ή ιδιότητες οι οποίες προσδιορίζουν τον χαρακτήρα τους. Η μελέτη αυτών των ιδιοτήτων, που παρουσιάζονται στη συνέχεια, είναι αναγκαία για την κατανόηση, εξήγηση και πρόβλεψη της συμπεριφοράς τους. Έτσι τα συστήματα μπορούν να είναι λιγότερο ή περισσότερο:

- Ανοιχτά ή κλειστά.
- Δυναμικά ή στατικά.
- Πολύπλοκα ή απλά.

Ανοιχτά / Κλειστά Συστήματα: Ανοιχτό είναι το σύστημα που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, ενώ κλειστό είναι εκείνο το οποίο δεν έχει καμιά σχέση αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Σχέσεις αλληλεπίδρασης είναι οι σχέσεις ανταλλαγών, εισροών-εκροών μεταξύ συστήματος και περιβάλλοντος.

[14] Δ. Μπουραντάς -Α. Βάθης-Χ. Παπακωνσταντίνου- Π. Ρεκλειτης (1999) *Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων και υπηρεσιών*. Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Στην πραγματικότητα, είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς ένα απολύτως κλειστό σύστημα, όπως άλλωστε και ένα σύστημα απολύτως ανοιχτό.

Δυναμικά / Στατικά: Η δυναμικότητα ή στατικότητα των συστημάτων εκφράζει τη συχνότητα και τη σπουδαιότητα των αλλαγών που συμβαίνουν είτε στα μέρη, στα δομικά χαρακτηριστικά και στη λειτουργία του συστήματος είτε στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Με βάση αυτήν την ιδιότητα υπάρχουν συστήματα λιγότερο δυναμικά και περισσότερο στατικά και το αντίθετο[15].

Πολύπλοκα / απλά: Η πολυπλοκότητα ενός συστήματος εκφράζει την ποσότητατων μερών ή υποσυστημάτων που το αποτελούν και την ποσότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ αυτών. Όσο μεγαλύτερες είναι αυτές οι ποσότητες τόσο μεγαλύτερη είναι η πολυπλοκότητα. Αυτή η ιδιότητα έχει ενδιαφέρον για τη μελέτητου συστήματος, αφού η δυνατότητα μελέτης συστημάτων υψηλής πολυπλοκότητας οδηγεί σε αφαιρέσεις και απλουστεύσεις, που μπορεί να είναι επικίνδυνες[15].

1.2.3. *Εννοιολογική προσέγγιση του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας.*

Ένα σύστημα υγείας αποτελεί ένα οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο συνδυασμού, αλληλεξάρτησης, συντονισμού και αξιοποίησης των υφιστάμενων δυνατοτήτων για την κάλυψη των αναγκών υγείας και τον σχεδιασμό των προοπτικών στο χώρο της υγείας[16]. Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού[17] .

Όπως έχουμε προαναφέρει το σύστημα υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά περιλαμβάνει και άλλες υπηρεσίες που έχουν σχέση με

[15] Δ. Μπουραντάς -Α. Βάθης-Χ. Παπακωνσταντίνου- Π. Ρεκλειτης (1999) *Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων και υπηρεσιών*. Αθήνα

[16] Λιαρόπουλος Λ.(1991) *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

[17] Σιγάλας Ι., (1999) *Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας*. Στο Δίκαιος Κ. και συν. (επιμέλεια), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, κεφ.2, σελ 57-112.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

την πρόληψη, το περιβάλλον, την υγιεινή στο χώρο κατοικίας ή εργασίας και σε άλλες πολλές υπηρεσίες που όλες μαζί συνθέτουν την εικόνα της δημόσιας υγείας κάθε χώρας.

Διάφοροι παράγοντες όπως οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, μόλυνση του περιβάλλοντος, άγχος, κλιματολογικές συνθήκες, ανεργία, τρόπος ζωής και άλλοι πολλοί επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και επιδρούν έντονα στη δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας. Λόγω των πολλών εξωτερικών επιδράσεων χαρακτηρίζουμε το σύστημα υγείας ως ανοικτό σύστημα.

Σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του, ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου. Διέπεται από τις αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης[18].

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση :

(α) **το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξή του**, όπου υπάρχει η συνολική διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας.

(β) **την παραγωγή υπηρεσιών υγείας**, που αποτελείται από το σύνολο της των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία με σκοπό την προστασία της υγείας του πληθυσμού.

(γ) **τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας**, διότι είναι αναγκαία η μελέτη και η γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας :

- Αύξηση των δαπανών με ραγδαίους ρυθμούς.
- Ανάπτυξη των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.
- Η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα.

1.3 Σκοπός και στόχοι λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

[18] Υφαντόπουλος Γ., (2003) *Τα οικονομικά της Υγείας*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

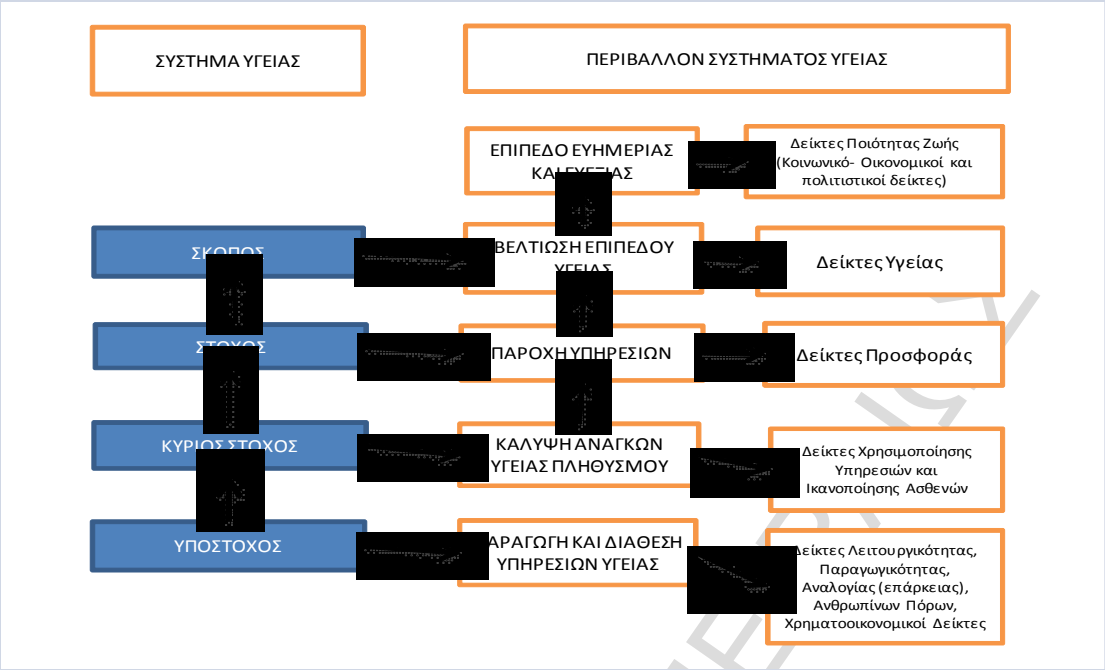
Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρησή τους. Συνήθως χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει του στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξή τους.

Λαμβάνοντας υπόψη του τις διάφορες μεταβολές του περιβάλλοντος που είναι διαρκείς παρατηρούμε την ικανότητα του συστήματος υγείας να προσαρμόζει αναλόγως το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών του στις όποιες αλλαγές και με τον τρόπο αυτό να διατηρεί την λειτουργικότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα. Η λειτουργικότητα του συστήματος είναι όταν οι υπηρεσίες υγείας που παράγει να ικανοποιούν τους μακροπρόθεσμους σκοπούς του συστήματος υγείας αλλά και του ενδιάμεσους στόχους που θα έχει ορίσει.

Διάγραμμα 1:Σκοποί και Στόχοι Συστήματος Υγείας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Πηγή: Μπουρσανίδης 1991[19]

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους:

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.4 Βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας.

Τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σχέση με τα υπόλοιπα συστήματα για τον λόγω ότι συμπεριλαμβάνουν την ιδιαιτερότητα του «αγαθού» της υγείας.

Τα κύρια γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει, είναι τα εξής:

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Η δυνατότητα δηλαδή του συστήματος να παρέχει στο πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς τα κατάλληλες υπηρεσίες.

[19] Μπουρσανίδης Χ., (1991) : Συστήματα Υγείας. Σημειώσεις, Τ.Ε.Ι.- Αθήνας, Αθήνα.

- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας: Η δυνατότητα του κάθε ατόμου να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται όποια και αν είναι η κοινωνικοοικονομική του θέση.
- Η εξασφάλιση της συνέχειας στην προσφορά υπηρεσιών της υγείας: Η μακροχρόνια και εντατική επιτήρηση του πληθυσμού μιας περιοχής που δεν περιορίζεται μόνο στα στάδιο της ασθένειας αλλά πριν και μετά αυτό (υιοθέτηση μεθόδων προληπτικής ιατρικής).
- Η καταλληλότητα: Αφορά την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας που χρειάζεται ο πληθυσμός που επιτυγχάνεται με τον προσανατολισμό του συστήματος στις ανάγκες της κοινότητας.
- Η αποδοτικότητα: Αφορά τη βελτίωση του επιπέδου υγείας με ταυτόχρονο έλεγχο των πόρων που διατίθενται.

1.5 Ιδιαιτερότητες του συστήματος υγείας.

Για το σωστό σχεδιασμό και την αποτελεσματική οργάνωση ενός συστήματος υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά λόγω του «αγαθού» της υγείας σε αντίθεση με το τι ισχύει στα άλλα συστήματα της οικονομίας.

Οι ιδιαιτερότητες αυτών των συστημάτων είναι οι κάτωθι:

1. **Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση:** Η ιδιαιτερότητα του αγαθού της υγείας που όπως έχει τεθεί από τους περισσότερους ότι θα πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη του κράτους. Ο βαθμός και η έκταση της κρατικής παρέμβασης είναι ανάλογη σε κάθε περίπτωση πάντα σε συνάρτηση με τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιλογές κάθε χώρας. Την κρατική παρέμβαση μπορούμε να την εντοπίσουμε τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο.
2. **Συστήματα στα οποία δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς:** Στις περισσότερες ανταγωνιστικές αγορές υπάρχει η κυριαρχία του καταναλωτή, κάτι που απουσιάζει από την «αγορά» των υπηρεσιών υγείας[20]. Στη συγκεκριμένη αγορά απουσιάζει από τον καταναλωτή η πληροφόρηση

[20] Abel-Smith B.,(1976) *Value for money in Health Services*. Heinemann, London.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

αλλά ακόμα και όταν την έχει λόγω της μη κατάλληλης επιστημονικής κατάρτισης δεν μπορεί να αξιολογήσει σωστά τις πληροφορίες. Ο ασθενής την μόνη επιλογή που έχει είναι να επιλέξει τον κατάλληλο βάση των δικών του πιστεύω ιατρό, από εκεί και πέρα εκχωρεί στον ιατρό το δικαίωμα της απόφασης.

3. **Συστήματα εντάσεως εργασίας:** Τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στο συντελεστή εργασία σε σχέση πάντα με τους άλλους τομείς της παραγωγής και αυτό διότι η μεγαλύτερη εισροή της υγείας γίνεται από τους ανθρώπινους πόρους της (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, παραϊατρικό προσωπικό).Η μεγάλη εξειδίκευση, συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού της υγείας αλλά και ο μεγάλος καταμερισμός έργου το κάνουν να είναι συνήθως πολύ καλά αμειβόμενοι[21].
4. **Συστήματα Εντάσεως Οργάνωσης και Διαχείρισης:** Όπως έχουμε προαναφέρει το σύστημα υγείας εκτός από ανθρώπινες ζωές διαχειρίζεται σπάνιους και εν ανεπάρκεια οικονομικούς πόρους τόσο τους κράτους όσο και των πολιτών. Αυτό προϋποθέτει την χρησιμοποίηση των απαραίτητων και εξειδικευμένων μεθόδων οργάνωσης, διοίκησης αλλά και διαχείρισης των πόρων και των ασθενών. Έχει πλέον αντικατασταθεί η απλή δημόσια διοίκηση του τομέα υγείας από το αποτελεσματικό μάνατζμεντ[22].

1.6 Οι Βασικές κατηγορίες των Συστημάτων.

Για να έχει θετικά αποτελέσματα ένα σύστημα υγείας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οικονομικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί, και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας.

Το σύστημα υγείας δεν πρέπει να παραμένει στάσιμο, αλλά να εξελίσσεται λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, τις αλλαγές των πολιτικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, αξιών, των οικονομικών δυνατοτήτων και τέλος των διαφορετικών αναγκών που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου.

[21] Butler J., Vaile M., (1984) *Health and Health Services. An introduction to health care in Britain*. Routlege & Kegan Paul, London

[22] Harrison J.,Nutley S., (1993) *Whither Health Services Management? In the managerial issue in the reformed NHS*. Edited by Malek M. et al, John Wiley & Son Ltd, England.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, τα συστατικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας των συστημάτων είναι:

- **Οι εισροές** → Ανθρώπινο δυναμικό.
- **Οι υλικοί και οικονομικοί πόροι**
- **Οι εκροές** → Υπηρεσίες υγείας με σκοπό την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Συνεπώς, η ευθύνη του κράτους για τη διασφάλιση της παροχής ιατρικής φροντίδας, ισότιμα σε όλα τα μέλη της, είναι να παρεμβαίνει στην οργάνωση, στην παροχή υπηρεσιών, στις σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης και τον τρόπο χρηματοδότησης, έχοντας σκοπό την ισότιμη κάλυψη των πολιτών.

Θεωρητικά με βάση τις ευθύνες του κράτους προκύπτουν τρία πρότυπα οργάνωσης:

- Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης (ελεύθερο ή φιλελεύθερο μοντέλο),
- Το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο),
- Το μικτό σύστημα υγείας.

Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης (ελεύθερο ή φιλελεύθερο μοντέλο) : Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και αποκλειστική επιλογή του καθενός.

Θεωρητικά, στο σύστημα αυτό, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα επιλογής του γιατρού, ενώ αντίστοιχα ο γιατρός έχει το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και τον καθορισμό του ύψους της αμοιβής. Πλησιέστερος εκπρόσωπος του προτύπου αυτού είναι οι Η.Π.Α. Το σύστημα αυτό, στην απόλυτη μορφή του δεν συναντάται πουθενά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Μειονεκτήματα[23]:

1. Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Άρα, είναι κοινωνικά άδικο αφού δεν προάγει την αλληλεγγύη και ισότητα,
2. Υπάρχει απουσία κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού η οποία δεν αφήνει περιθώρια ελέγχου, των δαπανών υγείας, ενώ η πληθώρα των φορέων απαιτεί υψηλό, διοικητικό και διαχειριστικό κόστος,
3. Βασίζεται στο κέρδος με αποτέλεσμα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας να είναι μειωμένη και δεν δίνει τόσο το ενδιαφέρον στην πρόληψη όσο στην θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση της βλάβης,
4. Δημιουργούνται μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες, λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού προγραμματισμού και χρηματοδότησης.

Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας (Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο) : Το Δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών. Αυτό το σύστημα υποδιαιρείται σε δύο υποσυστήματα. Το πρώτο είναι εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Μπίσμαρκ), στο οποίο τονίζεται το ατομικό δικαίωμα του κάθε ατόμου να αναζητά μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας πληρώνοντας και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων.

Το σύστημα αυτό κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση, η οποία εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσο των εισφορών, εργοδοτών και εργαζόμενων το χρηματοδοτούν.

Άρα το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), στο οποίο η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό. Βασίζεται στο ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και όχι ατομικό

[23] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, σελ 85-86.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

δικαίωμα, τονίζοντας ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει τις απαιτούμενες ανάγκες Υπηρεσίας Υγείας.

Το Ε.Σ.Υ. αποτελείται και από τους δύο τύπους εθνικών συστημάτων, δηλαδή και από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση.

Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου είναι η Γαλλία και η Γερμανία. Χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός μέσα από τον οποίο επιδιώκεται:

1. Καθολική – πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού,
2. Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
3. Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων των ανθρώπινων και υλικών πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού,
4. Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση που προέρχεται από φορολογία ή ασφαλιστικές εισφορές ή και από τα δύο,

5. Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και του κοινωνικού ελέγχου.

Πλεονεκτή*ματα:*

1) Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης των πολιτών,
2) Ο κεντρικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών, όπου εξασφαλίζουν δίκαιη κατανομή των πόρων,
3) Η ενιαία κεντρική χρηματοδότηση που αποσκοπεί στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, στην βελτίωση της ποιότητας και στην περιφεριοποίηση των υπηρεσιών,
4) Αποτελούν προτεραιότητα οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής πληροφόρησης,
5) Η άσκηση της ιατρικής δεν επηρεάζεται από το χρήμα και υπάρχουν καλύτερες σχέσεις μεταξύ των γιατρών, λόγω της απουσίας του ανταγωνισμού,
6) Καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γιατρού – ασθενή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Μειονεκτή*ματα:*

1) Ανάπτυξη γραφειοκρατίας,
2) Επαγγελματική χαλαρότητα των γιατρών,
3) Εμφάνιση λίστας αναμονών στα νοσοκομεία, διότι η προτεραιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα του ασθενούς και όχι από την οικονομική κατάσταση του ασθενή,
4) Ο ασθενής έχει περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου,
5) Απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που οδηγούν στην αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ.

Μικτά Συστήματα Υγείας : Το μικτό σύστημα υγείας βρίσκεται κάπου ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα. Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία. Ο πληθυσμός μέσα από την κοινωνική ασφάλιση χρηματοδοτεί τα συστήματα της χώρας του με βάση την οικονομική του δυνατότητα.

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα είναι δύσκολο να καθοριστούν, όπως επίσης είναι πολύ νωρίς για να υποστηριχθεί ότι οι χώρες αρχίζουν να συγκλίνουν προς ένα κοινό – μικτό σύστημα. Όμως οι ολοένα μεταρρυθμίσεις που γίνονται μειώνουν την απόσταση που χωρίζει τις δύο κύριες μορφές συστημάτων.

1.7 Η αξιολόγηση της απόδοσης της λειτουργίας των Συστημάτων Υγείας.

Οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες στο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις, η γήρανση του πληθυσμού, η φτωχή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κλινική πράξη, τα ιατρικά λάθη, αλλά και οι ανισότητες στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν εγείρει τον προβληματισμό των υπευθύνων για την χάραξη πολιτικής υγείας σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και του Ο.Ο.Σ.Α. Έντονος προβληματισμός φαίνεται να επικρατεί και αναφορικά με τη μικρή ανταποδοτικότητα των διατιθέμενων πόρων σε όρους αποτελεσμάτων υγείας (value for money). Παρότι οι δαπάνες υγείας των ανεπτυγμένων χωρών έχουν διπλασιαστεί τα τελευταία τριάντα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

χρόνια δεν φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα τη στάθμη υγείας του πληθυσμού, αφού οι χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες δεν παρουσιάζουν σε όλες τις περιπτώσεις τους καλύτερους δείκτες .

Έτσι έγινε σταδιακά αντιληπτό ότι χωρίς σαφή μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η εκτίμηση του βαθμού αξιοποίησης των επιπλέον δαπανών καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής. Παράλληλα, τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς- χρήστες θέλουν να γνωρίζουν την απόδοση του συστήματος υγείας τους, συγκριτικά με εκείνη άλλων χωρών. Για τους παραπάνω λόγους, τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον εστιάζεται γύρω από την εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας (performance measurement) αλλά και βελτίωσης της. Η εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας επιχειρείται μέσω της δημιουργίας συγκρίσιμων δεικτών.

Κατά την αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας ανακύπτουν διάφορες δυσκολίες που αφορούν, μεταξύ άλλων:

- Στον καθορισμό της υπό αξιολόγηση διάσταση της φροντίδας υγείας.
- Στην ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων δεικτών στους οποίους θα βασιστεί η αξιολόγηση.
- Στη συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων στοιχείων.

Μέχρι πρόσφατα, για παράδειγμα, οι μόνοι δείκτες που χρησιμοποιούνταν για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων υγείας διεθνώς αφορούσαν στα μέτρα εκτίμησης του επιπέδου υγείας των πληθυσμών, όπως στο προσδόκιμο ζωής και στη βρεφική θνησιμότητα. Ωστόσο, καθώς οι περισσότεροι από αυτούς τους δείκτες επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες, εκτός του συστήματος υγείας, όπως περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς.

Η προσπάθειες των τελευταίων ετών από διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και ο Ο.Ο.Σ.Α. για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας διάφορων κρατών αλλά και ταυτόχρονα την συλλογή συγκρίσιμων στοιχείων οδήγησαν στην ανάπτυξη διάφορων δεικτών. Οι δείκτες αυτοί ομαδοποιήθηκαν σε κατηγορίες ανάλογα με τους παράγοντες που προσδιορίζουν την απόδοση των συστημάτων υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι η προσβασιμότητα, καταλληλότητα,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

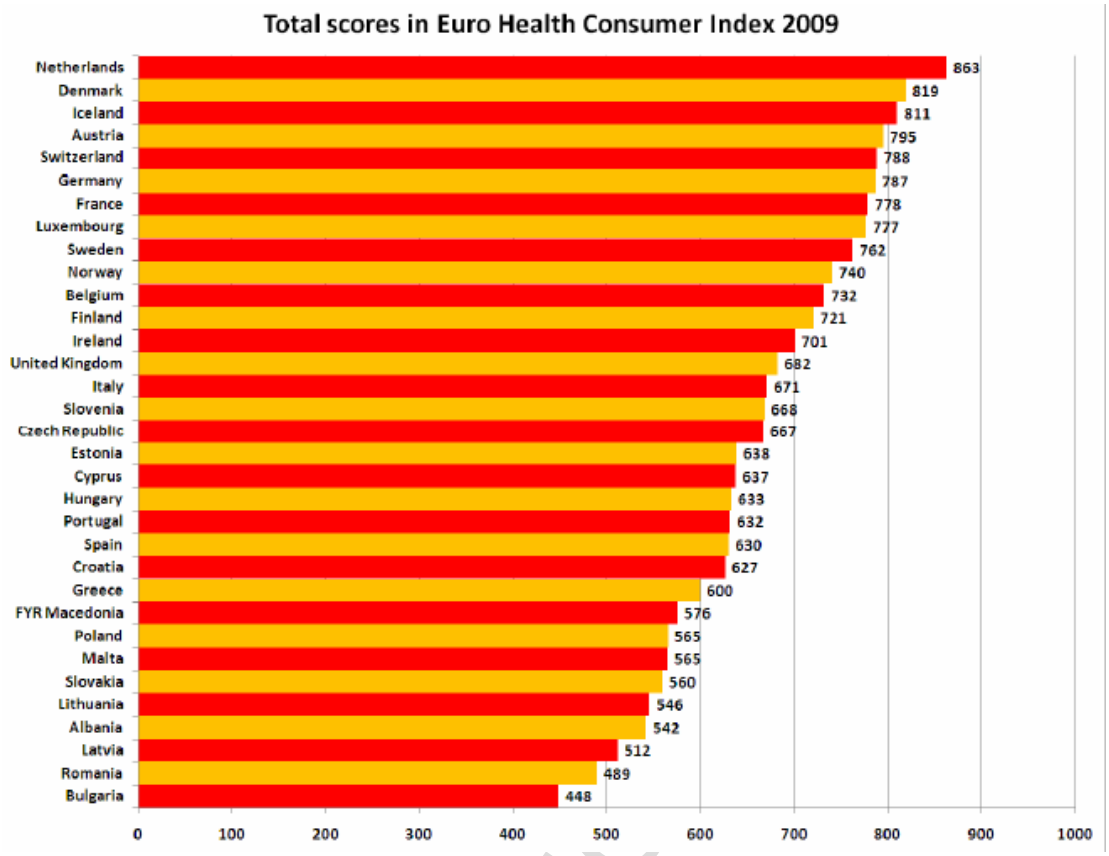
αποδοχή, ικανότητα επαγγελματιών υγείας, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και ισότιμη πρόσβαση.

Από την μεριά της η Ευρωπαϊκή Ένωση και μέσω του οργανισμού Health Consumer Powerhouse αξιολογεί συγκριτικά τα διαφορετικά συστήματα υγείας και συντάσσει ετήσιες εκθέσεις με το επίπεδο των συστημάτων υγείας στις διάφορες χώρες. Η αξιολόγηση και η ετήσια έκθεση συντάσσονται με βάση το E.H.C.I. (Euro Health Consumer Index) όπου αποτελεί μια ενιαία και ολοκληρωμένη ομάδα δεικτών. Στις αξιολογήσεις κατά E.H.C.I. συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Ο E.C.H.I. σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του που δημοσιεύθηκε το 2009, αξιολογεί τα συστήματα υγείας ως προς 6 διαστάσεις (με συνολικά 38 δείκτες αξιολόγησης):

- **Δικαιώματα Ασθενών και Πληροφόρηση**: Συμπεριλαμβάνει την υπάρχουσα νομοθεσία, τη συμμετοχή ενώσεων πολιτών στη λήψη αποφάσεων.
- **Χρόνος αναμονής για λήψη υγειονομικής φροντίδας**: Συμπεριλαμβάνεται η άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις διαγνώσεων καρκίνου, καρδιαγγειακών νοσημάτων και σε αρκετές ακόμα περιπτώσεις.
- **Αποτελέσματα**: Συμπεριλαμβάνει δείκτες θνησιμότητας μετά από παρεμβάσεις, σχετικά με την παιδική θνησιμότητα και σε άλλες περιπτώσεις.
- **Επίπεδο παροχών**: Συμπεριλαμβάνει αριθμό θανάτων που αποφεύχθηκαν και διεύρυνση του προσδόκιμου ζωής.
- **Φαρμακευτικά προϊόντα**: Συμπεριλαμβάνει την πρόσβαση σε νέα φάρμακα.
- **E- health**: Συμπεριλαμβάνει την πρόσβαση σε ψηφιακής μορφής πληροφόρησης.

Το έτος 2009 το Ελληνικό Σύστημα Υγείας κατατάχθηκε στην 24 θέση από σύνολο 33 χωρών (διάγραμμα 2) με ιδιαίτερη αναφορά στο ιατροκεντρικό σύστημα και στην ύπαρξη δομικών προβλημάτων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Διάγραμμα 2

Ενότητα 2η

2.1 Η σύγκλιση των Συστημάτων Υγείας.

Στο σύγχρονο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον στο οποίο πλέον η ανταλλαγή πληροφοριών γίνεται εύκολα και γρήγορα δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστα τα συστήματα υγείας. Στο σύγχρονο περιβάλλον, τα συστήματα υγείας όλων των χωρών καλούνται να επιλύσουν κοινά προβλήματα που εύκολα μας οδηγούν στην λογική ότι σε ένα βάθος χρόνου θα οδηγήσει σε μια σύγκλιση των συστημάτων υγείας. Ένα παράδειγμα είναι η δημιουργία από την Ευρωπαϊκή Ένωση κοινών προγραμμάτων για την ενιαία αντιμετώπιση των κινδύνων της υγείας κυρίως μέσω του προγράμματος δράσης για τη δημόσια υγείας 2001 - 2006[24].

[24] Commission of the European Communities, COM (2000) 285 Final.

Μια επιπλέον ώθηση ώστε να δημιουργηθεί μια ενιαία πολιτική για την υγεία φαίνεται ότι διαμορφώνεται σταδιακά και χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος πολιτικός σχεδιασμός από τις διάφορες δικαστικές αποφάσεις οι οποίες εκδίδονται από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο σε υποθέσεις που αφορούν στα δικαιώματα των Ευρωπαίων πολιτών, και ιδιαίτερα μετά το 1998[25].

Θα πρέπει βέβαια να τονίσουμε ότι η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας γίνεται με βάση τις ιδεολογικές, πολιτικές και τις γενικότερες οικονομικές καταστάσεις που επικρατούν στη κάθε χώρα. Έτσι λοιπόν παρ' όλες τις προσπάθειες για σύγκλιση των συστημάτων υγείας θα συντρέχουν πάντα κάποιοι λόγοι που θα τα διαφοροποιούν μεταξύ τους. Θα μπορούσαμε με ενδιαφέρον λοιπόν να παρατηρήσουμε τις αλλαγές που συμβαίνουν σε γειτονικές χώρες και κατά πόσο τις επηρεάζουν. Για παράδειγμα η Δανία και η Σουηδία χώρες που μοιράζονται πολλά χαρακτηριστικά και ομοιότητες στο σύστημα υγείας τους, γνώρισαν μια διαφοροποίηση στα μέσα της δεκαετίας του '90 καθώς η Σουηδία και όχι η Δανία υιοθέτησε τη (μικρή) συμμετοχή στο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης ένα ακόμα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο Καναδάς που μετά την απόκλιση από τις Η.Π.Α. και την εφαρμογή της Εθνικής Ασφάλισης, γίνεται σήμερα ένα υπόδειγμα για τη γειτονική χώρα. Εξάλλου κατά την συζήτηση για την ασφαλιστική μεταρρύθμιση Obama το 2009 στις Η.Π.Α., ο Καναδάς αποτελούσε ένα σταθερό σημείο αναφοράς. Τέλος, ένα ακόμα παράδειγμα είναι η σχεδόν ταυτόχρονη υιοθέτηση Εθνικών Συστημάτων Υγείας με την ανάληψη και την ευθύνη του κράτους από τις Μεσογειακές χώρες[26].

2.2 Η ανάγκη για μεταρρύθμιση.

Ίσως αυτό που απασχολεί περισσότερο την Ευρωπαϊκή Κοινότητα είναι ένα κοινό Ευρωπαϊκό μοντέλο υγείας. Σκοπός είναι οι χώρες της Ευρώπης που έχουν αναπτύξει τα συστήματα υγείας σε διαφορετικά χρονικά σημεία και με διαφορετικούς ρυθμούς ταιριάζουν «στο βασικό ρόλο που παίζει το Κράτος» στη σύλληψή του, την οργάνωση, στην εφαρμογή του και στη διαιώνισή του[27].

[25] Mossialos E., McKee M., (2001) *Is a European Healthcare Policy Emerging?*. BMJ
[26] Λιαρόπουλος, Λ., (2010) *Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
[27] Μπαρούτης, Σ., (2010) *Συστήματα Υγείας και η Υγεία*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες η οργάνωση του συστήματος υγείας είναι στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους ακόμα και αν έχει ανεπτυγμένο ιδιαίτερα την ιδιωτική πρωτοβουλία. Έτσι, λοιπόν, οι δαπάνες για την υγεία μπορούν να χαρακτηριστούν ως «κρατικές» δαπάνες που αφορούν για την οργάνωση μιας κρατικής δομής όπως είναι το σύστημα υγείας. Είναι κάτι το φυσιολογικό αν αντιληφθούμε ότι με βάση την αλληλεγγύη για το «αγαθό της υγείας το κράτος μπορεί να αιτιολογήσει αυτή τη δαπάνη.

Οι πολιτικές έχουν ως στόχο να απαντήσουν στα προβλήματα της υγείας και χωρίζονται σε δύο περιόδους στη διάρκεια της τελευταίας πεντηκονταετίας[27].

Πρώτη Περίοδος : Οι εκάστοτε κυβερνήσει δίνουν μεγάλες μάχες ώστε να καταφέρουν να ανταποκριθούν στα μεγάλα αιτήματα που είχαν αρχίσει να διαμορφώνονται με βάση τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις. Ανάπτυξη νοσοκομειακών υποδομών καθώς και η ανάπτυξη της τεχνολογίας ήταν τα βασικότερα αιτήματα. Στο τέλος, αυτής της περιόδου που είναι μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο έχει επιτευχθεί ο επαγγελματισμός στη θεραπευτική τεχνικής καθώς και την εξειδικευμένης λογικής που έρχεται φυσιολογικά μετά την οικονομική ανάπτυξη που υπήρχε εκείνη την περίοδο.

Δεύτερη Περίοδος : Ξεκινά περίπου στα μέσα της δεκαετίας του '60 και πιο πολύ οι κυβερνήσεις προσανατολίζονται σε μια πολιτική ώστε να ρυθμίσουν τις δαπάνες τους για την υγεία ώστε να μπορέσουν να ισοσκελίσουν τους προϋπολογισμούς τους που έχουν ξεφύγει λόγω της μειωμένης ανάπτυξης. Αυτό φυσικά φέρνει δυσκολίες ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις χρόνιες παθήσεις και στη γήρανση του πληθυσμού και τις επιπτώσεις που οι παραπάνω αιτίες μπορούν να φέρουν. Η μείωση φυσικά της χρηματοδότησης φέρνει και προβλήματα στην αναγκαιότητα για νέα μηχανήματα ή ιατρικά όργανα μιας και πλέον θα έπρεπε να στραφεί σε φθηνές επιλογές. Τέλος, σε όλη αυτή την κατάσταση δεν μπορούσε να βελτιωθεί και από τις λανθασμένες επιλογές της πλειονότητας των συστημάτων κυρίως λόγω της αντίθεσης των επαγγελματικών οργανώσεων.

Όλα τα παραπάνω μαζί με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την αύξηση της φτώχειας καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση σε φροντίδες υγείας και κάνει επιτακτική την ανάγκη για την ανάληψη πρωτοβουλιών από τις κυβερνήσεις σε ένα

κοινό μέτωπο. Οι κυβερνήσεις πλέον έπρεπε να προβούν στις ανάλογες και αναγκαίες μεταρρυθμίσεις.

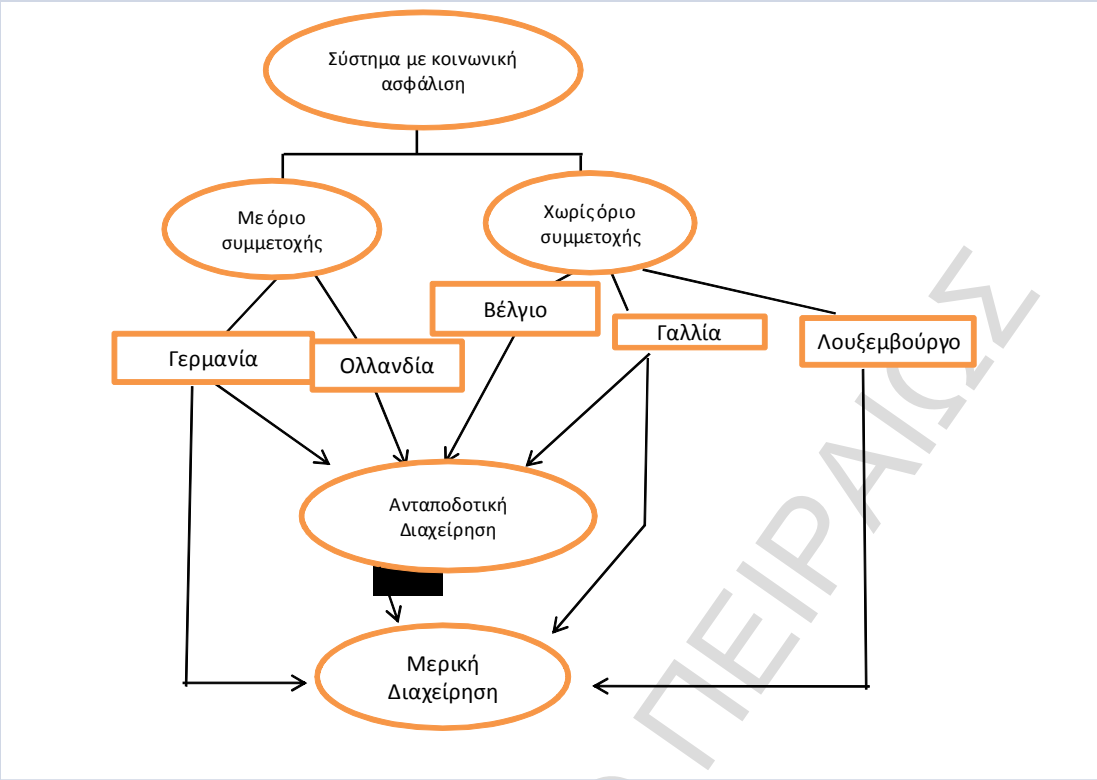
2.3 Η διαφορετικότητα των συστημάτων υγείας.

Η εναρμόνιση των συστημάτων υγείας μπορούμε να χαρακτηρίσουμε ότι είναι ακόμα πολύ δύσκολη κάτι που αντιλαμβάνεται και η Ευρωπαϊκή Ένωση και για τον λόγο αυτό δεν έχουμε κάποια πρωτοβουλία από μέρους της μιας και υπάρχουν διαφορές στην οργάνωση, την χρηματοδότηση, την διαχείριση καθώς και από την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Τα συστήματα υγείας όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω είναι ανόμοια μεταξύ τους διότι η ανταπόκριση τους στα μεγέθη και στις οικονομικές δυνατότητες του πληθυσμού που αντιπροσωπεύουν εξαρτώνται κατά πολύ από την οικονομία, τον πολιτισμό και την ιστορία τους. Η συγκεκριμένη θεώρηση μπορεί να στηρίζετε τόσο στις διαφορές του πλούσιου Βορρά σε σχέση με το φτωχό νότο της Ευρώπης που με βάση την οικονομική τους δυνατότητα ήταν ανάλογη και η ανάπτυξη του συστήματος φροντίδας τους. Βέβαια η διαφορά μεταξύ των χωρών μπορεί να οφείλεται στο μοντέλο κοινωνικής προστασίας.

Σύστημα με Κοινωνική Ασφάλιση

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



Διάγραμμα 3

Με τον τρόπο αυτό μπορούμε να αντιληφθούμε τις συνθήκες που μπορούν να δικαιολογήσουν την έκταση των καλυπτόμενων αναγκών. Επιπλέον, αναδεικνύει την ευθύνη του Κράτους σε ότι αφορά την χρηματοδότηση και την διαχείριση και την πλευρά των χρηστών κατά την πληρωμή. Αν και διίστανται ιστορικά, τα καθεστώτα εγκαθιδρύοντας για αυτά μια «κοινωνική ασφάλιση»[28].

Αυτό λοιπόν που μπορούμε να διαπιστώσουμε στο πρώτο καθεστώς είναι η επιβολή του Κράτους στην ασφάλεια της αρρώστιας η οποία χρηματοδοτεί το μεγαλύτερο μέρος των συστημάτων υγείας. Η υποχρεωτική εισφορά στα διάφορα καθεστώτα αιτιολογεί τις περιορισμένες δυνατότητες στους γνωστούς κινδύνους: αρρώστια, παροχή σύνταξης κλπ. Με τον τρόπο αυτό εξοφλούνται άμεσα οι ασφαλισμένοι μέσω των τιμολογίων παροχής υπηρεσιών που τους τα παρέχουν οι επαγγελματίες της υγείας ή μέσω της άμεσης πληρωμής των παρέχοντες υπηρεσίες υγείας.

[28] Μπαρούτης, Σ., (2010) *Συστήματα Υγείας και η Υγεία*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

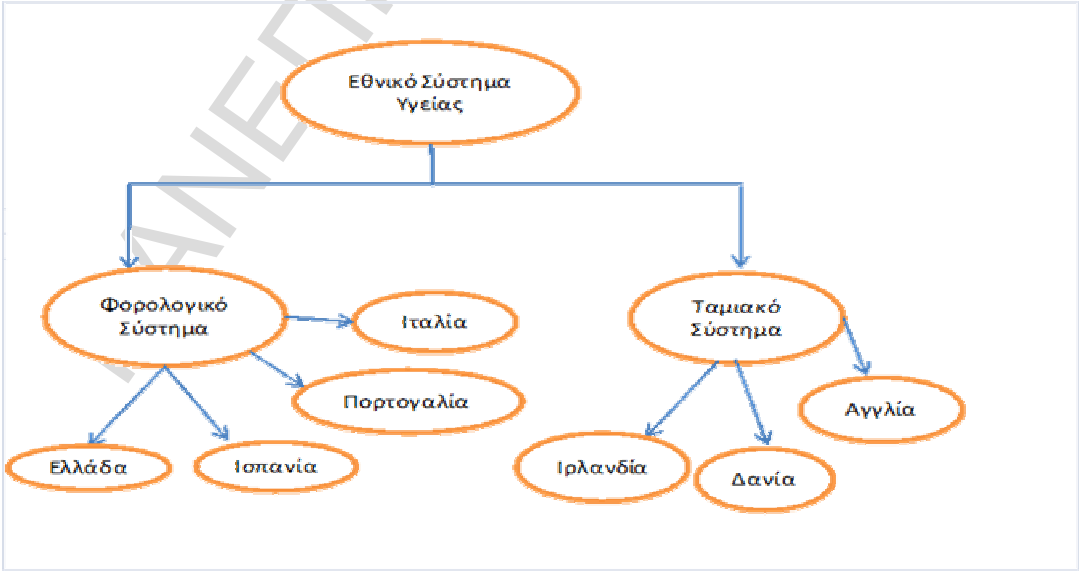
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ο ορισμός των κανόνων του παιχνιδιού γίνεται από το Κράτος. Στους επαγγελματίες επιτρέπεται ένα ελεύθερο καθεστώς μέσω της λειτουργίας του συστήματος και δίνει την δυνατότητα διαπραγμάτευσης μεταξύ των παραγωγών και των οργανισμών που πληρώνουν. Ένα μέρος της δαπάνης διατίθεται για να πληρώσουν για την κάλυψη της ασφάλειας (οι ιατρικές παροχές των γενικών ιατρών παρέχονται ωστόσο δωρεάν στη Γερμανία και στις Κάτω Χώρες για τους ασφαλισμένους σε υποχρεωτικό καθεστώς)[28]. Εκ των υστέρων μαθαίνουμε τι κόστος του κινδύνου. Το συγκεκριμένο σύστημα αποτελεί την βάση για τα συστήματα της Γερμανίας, Ολλανδίας, Βέλγιο, Γαλλία και Λουξεμβούργο.

Στην Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και την Γερμανία η ασφάλεια είναι προαιρετική αρκεί ο ασφαλισμένος να έχει περισσότερες από μια δυνατότητες για παροχή υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη μεριά στις υπόλοιπες χώρες η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους.

Η διαχείριση των ταμείων σε Γερμανία και Γαλλία κατανέμεται μεταξύ των κοινωνικών εταίρων, ενώ στην Ολλανδία και Βέλγιο είναι ανταποδοτική και ανταποκρίνεται σε μια βάση ιδεολογική ή καθεστωτική. Τέλος, αυτό που μπορούμε να διαπιστώσουμε σε σχέση με την αυτονομία των ταμείων ως προς το Κράτος είναι ότι η Γερμανία μπορεί να καταταχθεί ως μια χώρα που διαθέτει μεγάλη αυτονομία ενώ η Γαλλία αντιθέτως εντάσσεται στη κατηγορία των χωρών που έχει μικρή αυτονομία.

Στο δεύτερο Καθεστώς το κράτος είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία της χρηματοδότησης και της διαχείρισης του συστήματος (διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4

Αυτή η ευθύνη ασκείται με μία Εθνική υπηρεσία της Υγείας προσιτή σε όλους σύμφωνα με την αρχή της γενικότητας των δικαιωμάτων για συμμετοχή. Οι φροντίδες υγείας παρέχονται δωρεάν μιας και το σύστημα χρηματοδοτείται από την φορολογία. Ο σχεδιασμός των νέων εξοπλισμών γίνεται από το Κράτος μέσω των χρηματοδοτικών πηγών που διαθέτει. Οι κρατικές Υπηρεσίες ρυθμίζουν τις καταστάσεις με τους επαγγελματίες σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο και τις συνθήκες συμμετοχής τους στην Εθνική Υπηρεσία και τον τρόπο και το επίπεδο χρηματοδότησης.

Οι χώρες οι οποίες ανταποκρίνονται σε αυτό το μοντέλο είναι η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Δανία, η Ιρλανδία και η Αγγλία. Οι χώρες που ανήκουν στον Ευρωπαϊκό Νότο (Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία) χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών, οι χώρες αυτές διαμόρφωσαν εθνικά συστήματα υγείας μετά το 1980 καθυστερημένα σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Δεν είναι ίδιες οι συνθήκες εισόδου στις φροντίδες υγείας και στα δύο μοντέλα. Στα εθνικά συστήματα υγείας οι γενικοί ιατροί είναι αυτοί που κρατούν τα κλειδιά εισόδου ώστε οι ασθενείς να καταφύγουν σε κάποιον πιο εξειδικευμένο ιατρό, κάτι που θα πρέπει να τονίσουμε ότι ισχύει και στην Ολλανδία. Στον αντίποδα στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης οι χρήστες έχουν δικαίωμα επιλογής του ειδικού ιατρού.

Στη Γερμανία και Ολλανδία ο ιδιωτικός τομέας με σκοπό μη κερδοσκοπικό είναι πιο ανεπτυγμένος στο θέμα της διαχείρισης των υπηρεσιών ενώ στην Αγγλία και στη Δανία είναι επικρατέστερος ο Δημόσιος τομέας.

Στη Γερμανία, το Βέλγιο και τη Γαλλία οι ιατροί πληρώνονται κατά πράξη όπως ακριβώς και οι ειδικοί ιατροί στην Ολλανδία. Αυτό που μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα περισσότερα από τα συστήματα εμπεριέχουν στοιχεία και από τα δύο μοντέλα ως προς σύστημα χρηματοδότησης στην ευθύνη του Κράτους, στη δωρεάν παροχή φροντίδων και στην προστασία της ασφάλισης.

Στη παραπάνω εξέταση που κάναμε στα δύο μοντέλα κοινωνικής προστασίας δεν λάβαμε υπόψη μας τις μεταβολές στις σχέσεις μεταξύ του ιατρικού και του κοινωνικού τομέα από τη μία πλευρά και από την άλλη του ιδιωτικού και του

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

δημοσίου. Τέλος, δεν λαμβάνουμε υπόψη μας καθόλου την αποκέντρωση και την οργάνωσης διοίκησης μιας χώρας[29].

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

[29] Μπαρούτης, Σ., Συστήματα (2010) *Υγείας και η Υγεία*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

Ενότητα 3η

3.1 Τα Επίπεδα της περίθαλψης.

Σε όλο τον κόσμο μπορούμε να παρατηρήσουμε την παροχή των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τα συστήματα υγείας διακρίνοντας τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα τους. Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας μας τα συστήματα αυτά μπορούν να ποικίλουν ως προς τη μορφή και τον τρόπο χρηματοδότησης (ιδιωτικά, δημόσια, μικτά). Όλα τα συστήματα υγείας τα διακρίνουμε σε δύο μορφές περίθαλψης (εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη) και τρία επίπεδα οργάνωσης (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο επίπεδο)[30].

Η ανοικτή περίθαλψη παρέχεται από υπηρεσίες πρωτοβάθμιου επιπέδου, που κυρίως στόχος τους είναι η πρόληψη της ασθένειας. *Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης* είναι το πρώτο επίπεδο φροντίδας όπου ο ασθενής δέχεται υπηρεσίες υγείας από επαγγελματίες υγείας: γιατρό, νοσηλευτή/νοσηλεύτρια, επισκέπτη/επισκέπτρια υγείας, κοινωνικό/κοινωνική λειτουργό κλπ. Στο *δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο* εντάσσονται οι υπηρεσίες που αποτελούν την νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, που στοχεύει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας και παρέχεται στα νοσοκομεία.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

[30] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Διάγραμμα 5

Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε τρία επίπεδα περίθαλψης είναι χαρακτηριστικό όλων των συστημάτων υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και «εκφράζει τη σύγχρονη δομή και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας». Διαφέρει το επίκεντρο γύρω από το οποίο λειτουργεί το κάθε σύστημα.

3.1.1 *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.*

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα είναι το πρώτο σημείο επαφής ενός ατόμου έχει με το σύστημα υγείας - το σημείο στο οποίο οι άνθρωποι λαμβάνουν τη φροντίδα για το μεγαλύτερο μέρος των καθημερινών αναγκών υγείας τους. Πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται συνήθως από οικογενειακούς γιατρούς, καθώς και από νοσηλευτές, διαιτολόγους, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, φαρμακοποιούς, θεραπευτές και άλλους. Σύμφωνα και με την κλασική έννοια του όρου η πρωτοβάθμια ιατρική

φροντίδα) είναι «.. *η ιατρική παρέμβαση που στοχεύει στη διάγνωση και θεραπεία* ***κοινών νοσημάτων και τραυματισμών,*** *για την αντιμετώπιση των οποίων δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και παραμονή στο νοσοκομείο, η οποία παρέχεται στον άρρωστο χωρίς αυτός να πρέπει να απομακρυνθεί από τον τόπο κατοικίας ή εργασίας του*»[31].

Ο στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως αυτό διατυπώθηκε στην Alma-Ata είναι η στροφή προς την Π.Φ.Υ. που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας.

Η διακήρυξη βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας, και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή πληθυσμού[31].

3.1.2 *Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη παροχή υπηρεσιών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.*

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη διακήρυξη της Alma-Ata επαναπροσδιορίστηκε η ευθύνη που έχουν σε αυτή τα συστήματα υγείας. Η ανάδειξη εννοιών όπως η πρόληψη, η αγωγή του πολίτη καθώς και η ενεργή συμμετοχή του ίδιου του πολίτη ή της κοινότητας ώστε να βελτιώσει ή να διατηρήσει στα ίδια πλαίσια την υγεία έδωσαν σαφή προσανατολισμό στα συστήματα υγείας πολλών χωρών[32].

Σήμερα, μας καθίσταται σαφές με βάση την εμπειρία που έχουμε αποκομίσει ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι αναγκαία και ίσως ο βασικός μοχλός του συστήματος υγείας. Οι μονάδες της Π.Φ.Υ. βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για την διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική του λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη

[31] Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

[32] Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. (2005) *Κοινοτική Νοσηλευτική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

σχέση επικοινωνία με την νοσοκομειακή φροντίδα[33](δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια).Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών και εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση περιορισμό των δαπανών[34].

Όπως έχουμε αναφέρει και προηγουμένως η Π.Φ.Υ. ασχολείται κυρίως με την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν στην κοινότητα, στηριζόμενη πάντα σε πρακτικές αποδεκτές από τη κοινωνία, οικονομικές και με την βοήθεια πάντα της τεχνολογίας. Η Π.Φ.Υ. δεν παραμένει στα στενά όρια που της ορίζει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας αλλά δραστηριοποιείται σχεδόν σε όλα τα θέματα που υπάγονται στη δημόσια υγεία, διατροφή, περιβάλλον και φαρμακευτική αγωγή[35].

Συγκεκριμένα, στη Π.Φ.Υ. λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που σκοπό έχουν την πρόληψη και την αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Τις προληπτικές δραστηριότητες που υπάγονται μέσα στη Π.Φ.Υ. μπορούμε να τις χωρίσουμε σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι αυτές όλες οι πρωτοβουλίες ή οι ενέργειες για την προστασία του περιβάλλοντος που κυρίαρχο σκοπό έχει την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης καθώς και την εξάλειψη νοσηρότητας. Η δεύτερη κατηγορία είναι όλες αυτές οι ενέργειες που γίνονται με στόχο την αλλαγή συμπεριφορά των πολιτών σε ατομικό επίπεδο ώστε να βελτιώσουν την προσωπική τους υγιεινή. Επιπλέον, η Π.Φ.Υ. βοηθάει στην ετοιμότητα αλλά και την αποφασιστικότητα του πληθυσμού ώστε να προάγουν υγιείς συμπεριφορές τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο[36]. Ο ρόλος της Π.Φ.Υ. δεν τελειώνει εδώ αντιθέτως εξετάζει ακόμα πολλούς τομείς τονίζοντάς μας έτσι την σημασία της τόσο σε τοπικό περιβάλλον όσο και σε εθνικό. Έτσι λοιπόν μπορούμε να παρατηρήσουμε

[33] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

[34]Δίκαιος Κ., (1999) *Πολιτική Υγείας*. Στο Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ., (επιμ) Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική, Ε.Α.Π., Τόμος Β', Πάτρα.

[35] Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π., (2005) *Κοινοτική Νοσηλευτική*. ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.

[36] Τούντας Γ., (2002) *Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στη πρόληψη και έγκυρη διάγνωση*. Στο Μπεσμπέας Σ.,(Επιμ.) Πρόληψη και έγκυρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

την φροντίδα των ατόμων με ψυχικές νόσους, την φροντίδα ατόμων με κινητικά προβλήματα.

Είναι σίγουρο και λογικό όλα τα κράτη να επιθυμούν να αποκομίσουν από τα οφέλη που προσφέρει η Π.Φ.Υ. για να το καταφέρουν όμως αυτό θα πρέπει να ικανοποιούν κάποιες βασικές προϋποθέσεις όπως η προσπελασιμότητα, ύπαρξη κατάλληλων μηχανισμών ελέγχου, συνεργασία με τις άλλες μορφές περίθαλψης και φυσικά πλήρη δράση του οικογενειακού ιατρού[37].

3.1.3 *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε άλλα συστήματα υγείας.*

Όπως έχουμε προαναφέρει παραπάνω όλες οι χώρες μεταξύ τους δανείζονταν στοιχεία η μία από την άλλη ώστε να δομήσουν τα συστήματα υγείας τους. Τα κοινά προβλήματα που αντιμετώπιζαν απαιτούσαν και κοινές λύσεις και σε συνδυασμό με τον τρόπο χρηματοδότησης που χρησιμοποιούσε η κάθε χώρα μπορούσε να στηριχθεί σε πολιτικές άλλων χωρών. Όμως η πιστή χρησιμοποίηση μοντέλων-προτύπων μπορεί να είναι και επικίνδυνο μιας και η κάθε χώρα κρύβει τις δικές της ιδιαιτερότητες[38]. Παρακάτω μπορούμε να δούμε λίγα συνοπτικά στοιχεία για το τι ισχύει στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας άλλων χωρών.

Γερμανία

Η Π.Φ.Υ. στη Γερμανία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο(solo practice) και το υπόλοιπο 25% συνεργάζεται με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Μόνο ένα 5% των γιατρών μπορούν στην Γερμανία να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε δημόσιο νοσοκομείο[39]. Στα επείγοντα περιστατικά των δημοσίων νοσοκομείων μπορούν να πάνε και κατά την διάρκεια αργιών στη χώρα. Η χρηματοδότηση στο εν λόγο σύστημα γίνεται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Η επιλογή των γενικών ιατρών γίνεται ελεύθερα από τους ασφαλισμένους με βάση της λίστας των συμβεβλημένων ιατρών με το ασφαλιστικό

[37] Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (2005) *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Εκδόσεις Σάκουλά, Αθήνα.
[38] Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν., (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας*. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας.
[39] Center on strategies for public and civil entrepreneurs, (2001) *An exploration of future hospital care in 10 countries*. Amsterdam.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

τους ταμείο. Στη Γερμανία είναι και ελεύθερη η πρόσβαση των ασφαλισμένων στους γιατρούς ειδικοτήτων που πάλι θα πρέπει να είναι συμβεβλημένοι με το ασφαλιστικό τους ταμείο[39].

Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α. η Π.Φ.Υ. παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται με αυξανόμενο ρυθμό κέντρα υγείας, ειδικά κέντρα, χειρουργεία και κλινικές ημέρας κ.α.[40]. Ιδιαίτερη επίσης έμφαση δίνεται στην πρόληψη, στην προαγωγή υγείας και αγωγή υγείας. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες ύπαρξης χαμηλών δεικτών επαφής του πληθυσμού με τους γιατρούς και κατά κεφαλή ασθενοημερών νοσηλείας. Παρόλα αυτά, οι δαπάνες παραμένουν υψηλές, λόγω της υψηλής έντασης και του μεγάλου κόστους της παρεχόμενης περίθαλψης[41].

Σουηδία

Η Π.Φ.Υ. στη Σουηδία παρέχεται από γενικούς ιατρούς και 1200 κέντρα υγείας , καθένα από αυτά παρέχει υπηρεσίες σε 10000-50000 ατόμων[42]. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι ενιαίο δημόσιο. Σε όλη την χώρα αντιστοιχεί 1 γιατρός ανά 2500 κατοίκους. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς ιατρούς, νοσηλεύτριες δημόσιας υγείας και μαίες. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό ιατρό και το νοσοκομείο προτιμούν. Ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας όπως αυτό της Σουηδίας δεν έχει σύστημα ελέγχου της χρήσης των υπηρεσιών. Κάτι ακόμα που θα μπορούσαμε να πούμε για το σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας της Σουηδίας είναι ότι η χρήση των Π.Φ.Υ. είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες και αυτό διότι ένα πολύ μεγάλο μέρος των πρωτοβάθμιων επισκέψεων γίνεται στα ιατρεία νοσοκομείων.

[40] WIENERS WW (2001) *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*, Ed. Jossey-Bass Inc, San Fracisco.
[41] SALTMAN RB., FIGUERAS J., (1997) : *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*,. WHO Regional office for Europe, European series, No 72, Copenhagen.
[42] European Observatory on health care systems, (2001) *Healthcare systems in transition : Sweden*. WHO Regional office for Europe, Copenhagen.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Μεγάλη Βρετανία

Το Βρετανικό σύστημα υγείας (National Health Service) αποτελεί κλασικό παράδειγμα Εθνικού Συστήματος Υγείας, με απουσία ασφαλιστικών ταμείων και έντονη κρατική παρέμβαση. Όλος ο πληθυσμός καλύπτεται από το σύστημα το οποίο χρηματοδοτείται κατά 90% περίπου από τον κρατικό προϋπολογισμό και έχει το μικρότερο ποσοστό δαπάνης (6.5% του ΑΕΠ) από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Η Π.Φ.Υ. που παρέχεται από το N.H.S., στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των Γενικών Ιατρών. Οι Γενικοί Ιατροί που καλύπτουν το 97% του πληθυσμού της χώρας είναι ιδιώτες ιατροί, που εργάζονται είτε στα προσωπικά τους ιατρεία ή σε ιατρεία και με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων[43]. Ο μέσος όρος των ασθενών ανά γιατρών είναι 2000. Η επιλογή του γενικού ιατρού είναι ελεύθερη για τα άτομα των αστικών περιοχών και είναι λίγο πιο περιορισμένος για τις αγροτικές περιοχές. Οι Γενικοί Ιατροί είναι αυτοί που ακούν τον έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα έχουν την δυνατότητα και το προνόμιο να διαχειρίζονται πόρους για την αγορά νοσοκομειακών ή άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους. Επίσης, από τους πόρους αυτούς που τους διαθέτει η εκάστοτε υγειονομική αρχή θα πρέπει να καλύψουν και το σύνολο από τις φαρμακευτικές δαπάνες για τους ασθενείς[44].

3.1.4 *Η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα.*

Ο βασικός στόχος του συστήματος υγείας σε κάθε χώρα είναι να βελτιώσει το επίπεδο ζωής των πολιτών καθώς και το επίπεδο ευημερίας του. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασικό συστατικό για ένα σωστό και σύγχρονο σύστημα υγείας, αυτός ήταν ο λόγος που έδωσαν μεγάλη βάση σε αυτή όλες οι ανεπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ακολούθησε την γενική κοινωνικοοικονομική και πολιτική εξέλιξη. Με αυτό τον τρόπο λοιπόν μπορούμε να διακρίνουμε σε τρεις μεγάλες χρονικές περιόδους την ανάπτυξη των υπηρεσιών

[43] WOLPER LF., (2001) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*», Mediforce, Αθήνα.
[44] Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν., (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.* Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

υγείας στην Ελλάδα. Η πρώτη που διαρκεί από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1953, η επόμενη από το 1953 μέχρι και το 1981 και η τελευταίας από το 1981 μέχρι και σήμερα.

Από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1953.

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα μετά την Εθνική Ανεξαρτησία ασκείτο αρχικά από τους επαρχιακούς γιατρούς ένας θεσμός που είχε θεσπιστεί εκείνα τα χρόνια ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού της χώρας, ένα μέτρο που ήταν δύσκολο να αποδώσει μιας και δεν κάλυπτε τις ανάγκες του πληθυσμού. Στα αστικά κέντρα η κατάστασή ήταν λίγο καλύτερη μιας και τα καινούργια νοσοκομεία είχαν αναλάβει να φέρουν εις πέρας μια υποτυπώδης Π.Φ.Υ. Συμπληρωματικό ρόλο εκείνη την εποχή στην παροχή Π.Φ.Υ. είχαν τα μοναστήρια που με την βοήθεια λίγων ιατρών καθώς και πρακτικών προσπαθούσαν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Το 1923 και μετά την εισροή στην Ελλάδα περίπου 1.5 εκατομμύριου προσφύγων ως αποτέλεσμα της Μικρασιατικής Καταστροφής έχουμε το Ν.Δ. «περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» το οποίο για πρώτη φορά προέβλεπε την πρόσληψη δημοτικών και κοινοτικών ιατρών[45]. Αν και τα προβλήματα δεν ήταν λίγα και για το συγκεκριμένο εγχείρημα με κυριότερο την έλλειψη πόρων, η συμβολή του κράτος ήταν να διαθέσει έναν αριθμό γιατρών ώστε να φροντίσουν τους πρόσφυγες που δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στα έξοδα περίθαλψης τους, στην ίδρυση αγροτικών ιατρείων στην βόρεια Ελλάδα μιας και το μεγαλύτερο μέρος των προσφύγων εγκαταστάθηκε εκεί και τέλος, στη συντήρηση ειδικών ιατρείων που ως σκοπό είχαν να καταπολεμήσουν ασθενείς της εποχής που ήθελαν μια πιο ειδική προσέγγιση[46].

Διάφορες προσπάθειες που έγιναν τα επόμενα χρόνια δεν στάθηκαν ικανές να βοηθήσουν καθοριστικά στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. κάτι που έγινε ακόμα χειρότερο με τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τον Εμφύλιο. Μέσα σε αυτά τα χρόνια η Π.Φ.Υ. παρεχόταν από το υγειονομικό τμήμα της Ελληνικής Πολεμικής Περίθαλψης[46] κάτι

[45] Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν., (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.* Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

που φυσικά δεν έφερε κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Γενικώς, η περίοδος μετά την έναρξη του πολέμου μέχρι και το 1953 εκτός από τις στρατιωτικές και πολιτικές εξελίξεις που διέπουν την χώρα έχουν οδηγήσει την οικονομία σε μαρασμό με αποτέλεσμα να μην μπορούν διατεθούν χρήματα για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.

Η περίοδος από το 1953 έως το 1983.

Μία από τις πρώτες προσπάθειες που έγιναν για την οργάνωση της Π.Φ.Υ. στη χώρα μας έγινε το 1953 με το Ν.Δ. 2592 « Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». Με τον νέο νόμο για πρώτη φορά θεσπιζόταν η οργάνωση της Π.Φ.Υ. με υγειονομικά συμβούλια καθώς και κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς στις διαιρεμένες υγειονομικές περιφέρειες[46].

Το 1969 είχαμε το σχέδιο του Λ. Πάτρα «Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής» που προέβλεπε ένα ολοκληρωμένο σύστημα Π.Φ.Υ. που θα λειτουργούσε στα πρότυπα του Βρετανικού με την βάση του να την αποτελούν οι οικογενειακοί ιατροί. Η πολιτική συγκυρία (δικτατορία) δεν επέτρεψε αυτό το αρκετά φιλόδοξο σχέδιο να υλοποιηθεί τόσο από την δικτατορική κυβέρνηση αλλά ούτε και από τις πρώτες κυβερνήσεις της Μεταπολίτευσης. Την ανάγκη για Π.Φ.Υ. επισήμανε το 1976 η έρευνα για την υγεία που έκανε το ΚΕΠΕ (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών) κάτι προσπάθησε να παρουσιάσει με το σχέδιο νόμου που κατέθεσε στη βουλή ο Δοξιάδης το 1980 που λόγω των πολιτικών αλλαγών που συντελούταν στην χώρα δεν ήρθε σε ψηφοφορία ποτέ.

Η περίοδος από το 1983 έως σήμερα.

Η πολιτική αλλαγή που είχαμε στη χώρα και την ανάληψη της κυβέρνησης από ένα σοσιαλιστικό κόμμα θα φέρει και την μεγάλη ανατροπή στο σύστημα υγείας της χώρας με την ψήφιση του νόμου 1397/83.

[46] Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν., (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.* Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ο νόμος 1397[47] σύμφωνος με τις διατάξεις της Alma-Ata για την Π.Φ.Υ. Στόχοι του ήταν η καθολική ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα πρόσβασης στους πολίτες και η ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης. Ως προς την Π.Φ.Υ. ο νέος νόμος προέβλεπε την ανέγερση 400 Κέντρων Υγείας σε αστικές και μη αστικές περιοχές από τα οποία τα 200 θα κάλυπταν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού. Έτσι λοιπόν με το νέο νόμο λειτούργησαν 177 κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές πράγμα που έδωσε μια ανάπτυξη στη Π.Φ.Υ. σε αυτές τις περιοχές όμως εγκαταλείφτηκε το σχέδιο για την ύπαρξη κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές. Ένα πρόβλημα που ακόμα και σήμερα βασανίζει τον χώρο της υγείας και αυτό διότι ο κατακερματισμός αυτός επιφέρει τόσο υγειονομικές ανισότητες όσο και κατασπατάληση πόρων από την υγεία.

Όμως η επελθούσα πολιτική αλλαγή και η ψήφιση του νόμου 2071/92[48] επέφερε βασικές αλλαγές στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο με την καθιέρωση της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, όσο και με την αλλαγή της δομής των μονάδων αυτής, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών ιατρείων. Βέβαια, αυτή η αλλαγή δεν κατέστη δυνατόν να εφαρμοσθεί αφού υπήρξε η ψήφιση του νόμου 2194/94 και 2519/97 που επανέφερε ορισμένες από τις διατάξεις του νόμου 1397/83 σε ισχύ, αλλά η αλλαγή του χαρακτήρα και της φιλοσοφίας του δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας δεν αποκαταστάθηκε.

Ο νόμος 2519/1997[49], ο οποίος συστάθηκε μετά τα αποτελέσματα της επιτροπής ξένων εμπειρογνωμόνων που κάνουν λόγω για την ανάπτυξη «δικτύων» στη Π.Φ.Υ. για την αγωγή υγείας και την πρόληψη. Ο συγκεκριμένος νόμος δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

Η αλλαγή της δομής του Ε.Σ.Υ. η οποία επήλθε με το νόμο 2889/01[50] δεν επηρέασε το σύστημα Π.Φ.Υ. , αφού οι βασικές αρχές αυτής παρέμειναν αμετάβλητες, εκτός της υπαγωγής της διοίκησης των μονάδων της στα Π.Ε.Σ.Υ.Π. της χώρας.

[47] Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143^{A}) *Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα
[48] Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123^{A}) *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα
[49] Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α/1997) *Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας , οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.
[50] Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37^{A}) *Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Αντίθετα ο νόμος 3235/2004[51] τοποθετεί σε νέα πλαίσια την Π.Φ.Υ. και καθορίζει εκ νέου τις αρχές και τις μονάδες μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στο πολίτη. Ενώ για πρώτη φορά προβλέπεται η ενοποίηση όλων των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) και την διοίκηση των Δ.Υ.Π.Ε. Επιπλέον, επαναπροσδιορίζει το ζήτημα του οικογενειακού ιατρού ή αλλιώς του προσωπικού ιατρού του πολίτη ως και η παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες. Όμως και ο νόμος αυτός παρέμεινε ανεφάρμοστος.

Τέλος, με το νόμο 3918/11[52] έχουμε την σύσταση του **Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας** (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), που προβλέπεται στο πολυνομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποτελεί το πρώτο και ουσιαστικότερο βήμα για την καθιέρωση ενός **ολοκληρωμένου συστήματος ενιαίας δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας** που θα ανταποκρίνεται στην ανάγκη των πολιτών για εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ θα εποπτεύεται **από το υπουργείο Υγείας και το υπουργείο Κοινωνικής Ασφάλισης**.

Στο νέο οργανισμό εντάσσονται ο Κλάδος Υγείας του ΙΚΑ με τα πολυιατρεία του, οι Κλάδοι Υγείας του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ, ο ΟΠΑΔ και τα Κέντρα Υγείας με τα περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ, με συνέπεια να δημιουργούνται **30.000 και πλέον σημεία παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας** κοντά σε κάθε ασφαλισμένο. **Το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας** θα περιλαμβάνει τους συμβεβλημένους γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και τους αγροτικούς γιατρούς με τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ΟΤΑ.

3.1.5 *Η μη υποστήριξη του Θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.*

Η εξέλιξη του θεσμού της Π.Φ.Υ. έμελλε να μην είναι αυτή την οποία είχε προδιαγράψει ο νομοθέτης μέσα από το νόμο 1397/83, αλλά και από άλλες διατάξεις άλλων μεταγενέστερων νομοθετημάτων των δεκαετιών του 1990 και του 2000.

[51] Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53^{A}) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα

[52] Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31^{A}) *Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Φυσικά, οι λόγοι ήταν αρκετοί. Μερικούς από αυτούς που μπορούμε να επισημάνουμε είναι:

- Η έλλειψη της υλικοτεχνικής υποδομής των Κέντρων Υγείας μη αστικών περιοχών και των Περιφερειακών ιατρείων. Οι αποκεντρωμένες αυτές μονάδες των νοσοκομείων δυστυχώς από τη σύσταση τους και μέχρι σήμερα λειτούργησαν με βασικές ελλείψεις τόσο από πλευράς εγκαταστάσεων όσο και εξοπλισμού. Το αποτέλεσμα ήταν αρκετοί από τους στόχους της Π.Φ.Υ. να είναι ανενεργοί.
- Η μη στελέχωση των μονάδων αυτών με το αναγκαίο προσωπικό (ιατρικό ή άλλο). Ακόμη ο προβλεπόμενος από τον νόμο 1397/83 θεσμός του επισκέπτη ιατρού εκείνων των ειδικοτήτων που το Κέντρο Υγείας στερείται λόγω οργανωτικής δομής δεν λειτούργησε στο βαθμό που θα έπρεπε να λειτουργήσει και σε άλλες περιπτώσεις δεν λειτούργησε καθόλου
- Η έλλειψη οικονομικών πόρων, ένα φυσικά, γενικό πρόβλημα της υγείας.
- Οι αλλεπάλληλες νομοθετικές αλλαγές που έγιναν τα τελευταία τριάντα χρόνια, προκάλεσαν όπως ήταν αναμενόμενο μια νομοθετική σύγχυση και αβεβαιότητα στο χώρο της υγείας σχετικά με την οριστική εφαρμογή του και ανάπτυξη του θεσμού της Π.Φ.Υ.
- Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα αποτελεί την βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας ενός υγιούς και δυναμικού συστήματος Π.Φ.Υ. , έτσι όπως το είχε προδιαγράψει αρχικά ο νομοθέτης 1397/83.
- Η μη εφαρμογή του δικτύου των Κέντρων Υγείας αστικών περιοχών της χώρας, η οποία εφόσον πραγματοποιούνταν θα ανακούφιζε κατ' αρχήν τα νοσοκομεία από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών οι οποίοι θα απολάμβαναν των αναγκαίων υπηρεσιών στα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου. Με αυτό τον τρόπο δεν θα επιβαρυνόταν περαιτέρω τα νοσοκομεία, τα οποία σημειωτέον θα μπορούσαν να λειτουργήσουν επιτέλους ως μονάδες δευτεροβάθμιας και σε αρκετές περιπτώσεις τριτοβάθμιας περίθαλψης.
- Η μη πλήρη ένταξη των εξωτερικών ιατρείων όλων των ασφαλιστικών φορέων σε ένα υγιές σύστημα Π.Φ.Υ. μέσα στο οποίο θα λειτουργούσαν και τα Κέντρα Υγείας αστικών και μη αστικών περιοχών καθώς και τα Περιφερειακά ιατρεία αυτών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

- Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας τόσο στη Π.Φ.Υ. όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη με την δημιουργία πολυδύναμων Κέντρων Υγείας και ιδιωτικών νοσοκομείων, οποία λειτουργεί ανταγωνιστικά έναντι του δημόσιου τομέα, καλύπτει αρκετές φορές τα κενά και τις αδυναμίες του Ε.Σ.Υ.

Συμπερασματικά, η έλλειψη ενός υγιούς και καλά οργανωμένου και οικονομικά ενισχυμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο οποίο θα εντάσσονταν όλα τα Κέντρα Υγείας της χώρας (αστικών και μη αστικών περιοχών), τα Περιφερειακά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και επικουρικά τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οδήγησε σε μαρασμό τις ανωτέρω σε μονάδες της Π.Φ.Υ. και δημιούργησε πολλαπλά προβλήματα στα νοσοκομεία. Πιστεύουμε πως η συνέχιση της κατάστασης της απαξίωσης του θεσμού της Π.Φ.Υ. από όλους τους συντελεστές της θα έχει ως αποτέλεσμα τη πλήρη αποδυνάμωση του Ε.Σ.Υ. Οι συνέπειες αυτής της κατάστασης βαρύνουν τον Έλληνα πολίτη, ο οποίος δεν θα απολαμβάνει του κοινωνικού αγαθού, της υγείας, έτσι όπως το όρισε ο συνταγματικός νομοθέτης στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος.

3.2 Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η ανάγκη του ανθρώπου για θεραπεία, ο σωματικός πόνος καθώς και ο κίνδυνος του θανάτου ή της αναπηρίας είναι κάποια από τα βασικά στοιχεία που έκανε το σύστημα υγείας περισσότερο νοσοκομειακοκεντρικό. Εξάλλου η νοσοκομειακή περίθαλψη προηγήθηκε σε σχέση με τις φροντίδες υγείας που αναπτύχθηκαν κυρίως τις τελευταίες δεκαετίες[53].

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη, επίσης, προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή

[53] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, Σελ 112.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία και την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αφού σε αυτά είναι δυνατή η συγκέντρωση όλων των σχετικών ειδικοτήτων, δηλαδή υψηλά εξειδικευμένων γνώσεων, ικανοτήτων και εξοπλισμού και για το λόγο αυτό εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα.

3.2.1 *Ιστορική αναδρομή Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας περίθαλψης.*

Αυτό που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε μέχρι και τον 19^{ο} αιώνα είναι ότι όλες σχεδόν οι θεραπευτικές πράξεις γινόντουσαν κατά κύριο λόγο στο τόπο διαμονής των ασθενών και όχι στο νοσοκομείο. Φυσικά, την εποχή εκείνη τα νοσοκομεία είχαν μια πιο φιλανθρωπική πλευρά και σαφώς δεν διέθεταν κάποιον εξοπλισμό που θα τα έκανε να προτιμηθούν ως χώροι.

Ο ερχομός του 20^{ου} αιώνα αποτελεί την αφετηρία για την εξέλιξη και τη μεταμόρφωση της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η αντικατάσταση των μεγάλων αιθουσών όπου στοιβάζονταν ο ένας ασθενής πάνω στον άλλο από μικρότερους θαλάμους που διαχωριζόντουσαν με βάση την ασθένεια τους. Μετά το τέλος του Α' παγκοσμίου Πολέμου οι ανεπτυγμένες χώρες επένδυσαν αρκετά χρήματα για την ανάπτυξη συστημάτων υγείας δίνοντας έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Νέα μηχανήματα καθώς και γιατροί που κάλυπταν όλες τις ειδικότητες, τουλάχιστον με βάση της ανάγκες της εποχής. Όμως όλη αυτή η τεχνολογική ανάπτυξη και τα νέα μηχανήματα επιβαρύνουν όλο και παραπάνω τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων που σε συνδυασμό με την άσκοπή χρήση του από τους πολίτες, τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αλλά και την ολοένα και αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού καθιστούν δύσκολο να καλυφθεί μέσα από την κρατική φορολόγηση και τους ασφαλιστικούς φορείς.

Η συνεχιζόμενη εξέλιξη τόσο της ιατρικής επιστήμης όσο και των θεραπευτικών μεθόδων που ανακαλύπτονται με την ανάπτυξη της τεχνολογίας μεταβάλλουν συνεχώς τους στόχους και τις λειτουργίες του σύγχρονου νοσοκομείου. Αυτή τη στιγμή σκοπός και στόχος του νοσοκομείου είναι να βοηθήσει στη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

διατήρηση του επιπέδου υγείας του ασθενή κάτι που φυσικά προϋποθέτει την λειτουργία ολοκληρωμένων συστημάτων οργάνωσης[54].

3.2.2 *Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη στην Ελληνική πραγματικότητα.*

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη στην χώρα μας παρέχεται από 400 δημόσια και ιδιωτικά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία με 53. 3888 κλίνες. Πιο αναλυτικά από:

- 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ (119 γενικά και 9 ψυχιατρικά), εκ των οποίων τα 95 παρέχουν δευτεροβάθμια και τα 23 τριτοβάθμια περίθαλψη
- 23 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ, λοιπά μη κερδοσκοπικά) εκ των οποίων τα 21 είναι γενικά και τα 2 ψυχιατρικά
- 249 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (209 γενικά και 40 ψυχιατρικά).

Την ευθύνη για την διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία για τα δημόσια νοσοκομεία την έχει το κράτος ενώ η χρηματοδότηση γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία πληρώνουν τις υπηρεσίες που τα νοσοκομεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους. Τα ταμεία υγείας αποζημιώνουν τα νοσοκομεία με βάση ένα ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο είναι πολύ χαμηλότερο από το πραγματικό ημερήσιο κόστος

Το έτος 2004 στην Ελλάδα το 10% του Α.Ε.Π. απορροφήθηκε για τις συνολικές δαπάνες υγείας κάτι που έχει διατηρηθεί μέχρι το 2011 (σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) και ότι το 53% αφορά στο μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης, το μικρότερο της Ευρώπης. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ και την έκθεση «η υγεία με μια ματιά-2007» οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι στο 57 %, με μέσο όρο ΟΟΣΑ 25 %. Μόνο το 43 %

[54] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

αναλογεί στη δημόσια χρηματοδότηση[55]. Φυσικά, η οικονομική κρίση που πλήττει την Ελλάδα και οι δεσμεύσεις της σε τρίτες χώρες την έχουν δεσμεύσει τόσο για την μείωση των δαπανών για την υγεία και την απορρόφηση μόλις του 6% του Α.Ε.Π.

Αν και στην Ελλάδα υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας, η κατανομή της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης μοιράζεται ισόποσα, φαινόμενο που παρουσιάζεται περισσότερο στην Αμερική, όπου δεν υπάρχει δημόσιο σύστημα υγείας[56]. Αντίθετα, σε χώρες, όπως η Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία αλλά ακόμα και Ιταλία με εθνικά συστήματα υγείας, η δημόσια σε σχέση με την ιδιωτική δαπάνη είναι σε ποσοστό 70%-30% ή 80%-20%. Στην Ελλάδα ο πολίτης πληρώνει την δημόσια και δωρεάν υγεία τρεις φορές: την πρώτη ως φορολογούμενος πολίτης, τη δεύτερη ως ασφαλισμένος μέσω των ταμείων και τρίτον ως πολίτης μέσω του οικογενειακού του προϋπολογισμού.

Η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους γιατρούς, ανά 1000 κατοίκους, απ' όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, με άνιση κατανομή. Το μεγαλύτερο μέρος του δημοσίου χρήματος για την Υγεία δαπανάται για τους μισθούς των γιατρών και των λοιπών εργαζομένων του ΕΣΥ και το υπόλοιπο στον εξοπλισμό και τις υποδομές τους. Τα νοσοκομεία απορροφούν το μισό από τις δαπάνες υγείας, πάνω από 5 δις ευρώ κάθε χρόνο.

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη απασχολείται περισσότερο από το 50% του ιατρικού δυναμικού της χώρας, το 90% του νοσηλευτικού και το 80% του παραϊατρικού δυναμικού. Το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας απορροφάται από την νοσοκομειακή περίθαλψη (55%) ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτών δαπανάται για την μισθοδοσία του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (55%)[57] .Επιπρόσθετα, οι δαπάνες για το φαρμακευτικό υλικό αποτελούν την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας. Το 2004 το 17,4 % των συνολικών δαπανών υγείας απορροφούσαν οι φαρμακευτικές δαπάνες, ενώ το 2006 η φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων ήταν 1 δις ευρώ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

[55] Αναστασιάδης, Τ. (2007) *Θλιβερά ελληνικά ρεκόρ στην υγεία*. Το Βήμα. www.tovima.dolnet.gr [12 ιανουαρίου 2009].

[56] Κουκλάκη, Δ.(2007) *Δωρεάν υγεία με1800 ευρώ ανά οικογένεια. Ελεύθερος Τύπος* www.E-tipos.com [14 Ιανουαρίου 2009].

[57] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

3.2.3 *Τα προβλήματα που υπάρχουν στην Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψης.*

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη ως βαθμίδες παροχής υπηρεσιών αποτελούν σημαντικότατο και αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα όταν η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν έχει αναπτυχθεί σε σημείο ώστε να συμβάλει στη αποσυμφόρηση τους. Η απουσία ενός συστήματος παραπομπών που θα εξασφαλίζει την ομαλή πρόσβαση σε όσους ασθενείς το έχουν πραγματικά ανάγκη στα νοσοκομεία, τα υπερφορτώνει με αποτέλεσμα να γίνονται διακρίσεις και να παρατηρούνται ανισότητες.

Αρχικά θα πρέπει να δώσουμε προσοχή στο άνισα γεωγραφικά κατανεμημένο σύνολο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που παρέχουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη σήμερα. Η παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας τόσο από άποψη ποιοτική όσο και ποσοτική παρατηρείται ότι έχει πολλές διακυμάνσεις ανάλογα με την περιοχή που βρίσκεται μέσα στη χώρα. Αυτό κυρίως οφείλετε στην έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού και εξειδικευμένων μηχανημάτων, ένας ακόμα λόγος είναι η κατανομή των νοσοκομειακών κλινών και τέλος μεγάλη επιρροή έχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, λοιπόν, έχουμε μεγάλες διαπεριφερειακές ροές των ασθενών[58]. Για να μπορέσουμε λοιπόν να περιορίσουμε τις διαπεριφερειακές ροές των ασθενών θα πρέπει η αναβάθμιση των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης σε συνδυασμό ενός συστήματος παραπομπών που θα μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς στα νοσοκομεία του νομού ή της περιφέρειας.

Όσο αφορά το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στο νοσοκομειακό τομέα, κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι υπήρξε μεγάλη αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά την δεκαετία 1995-2005, παρατηρούνται όμως ακόμα σημαντικές ελλείψεις κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό. Εξάλλου οι δείκτες του νοσηλευτικού προσωπικού ανά νοσηλευτικό κρεβάτι είναι η χαμηλότερη από σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Επιπλέον, θα πρέπει να τονίσουμε και την έλλειψη που υπάρχει κατά κύριο λόγο στις επαρχιακές περιοχές από γιατρούς ορισμένων ειδικοτήτων[58]. Σαφή προβληματισμό μας προκαλεί και η παντελής

[58] Μωραΐτης Ε., (2004) *Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας*. Σημειώσεις για τους σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο & Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

έλλειψη κάποιον στοιχείων που θα μπορούσαν να αναπτύξουν ιδιαίτερα την παραγωγική διαδικασία, όπως να δοθούν κίνητρα στους εργαζομένους, να υπάρχει ακριβή περιγραφή της θέσης εργασίας τους και τον καθηκόντων που υποχρεούται.

Για το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων δεν έχει προβλεφτεί έως σήμερα κάποια ρύθμιση για την αναβάθμιση του έργου του, κάτι που θα μπορούσε να γίνει με την ανάλογη και συνεχή επιμόρφωση του σε σύγχρονες τεχνικές όσο και στην εξοικείωση του με τις νέες πολιτικές που εφαρμόζονται και σε υγειονομικά συστήματα άλλων χωρών[59].

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι η έλλειψη επαρκής χρηματοδότησης. Τα έσοδα των νοσοκομείων προέρχονται από την κεντρική διοίκηση η οποία είναι και υπεύθυνη για τιμές των νοσηλίων και των ιατρικών πράξεων. Σήμερα, με την οικονομική κρίση να αποτελεί βάρος για όλης την δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα δεν θα μπορούσε να γλιτώσει από αυτή η νοσοκομειακή περίθαλψη που θα έπρεπε να περιορίσει κατά πολύ της δαπάνες της. Πέρα όμως από την γενικά άσχημη οικονομική κατάσταση της ελληνικής κοινωνίας τα ελληνικά νοσοκομεία είχαν δημιουργήσει όλα αυτά τα χρόνια μια «μαύρη» τρύπα στην οικονομία. Αυτό οφειλόταν κυρίως στη πολιτική του ημερησίου νοσηλίου, στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, στην αδυναμία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων και τέλος θα πρέπει να συνυπολογίσουμε την παντελή έλλειψη σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης.

Ένα πρόβλημα που θα πρέπει άμεσα να επιλυθεί είναι η έλλειψη από τη νοσοκομειακή φροντίδα συστημάτων διασφάλιση ποιότητας και καταλληλότητας. Με τον τρόπο αυτό θα οριστούν οι διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθούνται από όλους τους εργαζομένους σε ένα νοσοκομείο και οι ίδιες διαδικασίες θα ορίζονται για όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Θα πρέπει να διεκδικήσουμε την ικανοποίηση του ασθενή μέσα από προγράμματα ποιότητας του ελέγχου των ιατρικών πράξεων.

Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα είναι και η απουσία μηχανοργάνωσης στα νοσοκομεία. Τα μηχανογραφημένα αρχεία είναι τα αρχεία εκείνα που με βάση της καταγραφής των ιατρικών αρχείων των ασθενών θα μπορούσαν να δώσουν σημαντικά στοιχεία για την κατανομή των πόρων, ίσως να ήταν και αυτός ο λόγος

[59] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

που δεν εφαρμόστηκαν. Σήμερα, έχουν γίνει κάποια δειλά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση και αυτό φυσικά το οφείλουμε στην οικονομική κρίση και τον οικονομικό έλεγχο που κάνει η Ευρωπαϊκή Ένωση στη χώρα μας.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα είναι αλήθεια ότι αναπτύχθηκε πολύ τα τελευταία χρόνια τουλάχιστον σε υλικοτεχνικές υποδομές, όμως ποτέ δεν κατάφερε να εισάγεις το σύστημα της όλες αυτές τις τεχνικές που θα την αναδείκνυαν ως ένα σύστημα υγείας αντάξιο πολλών άλλων Ευρωπαϊκών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μεγάλη κατάχρηση οικονομικών πόρων που ανέδειξε το ελληνικό νοσοκομείο ως την μεγαλύτερη πηγή οικονομικής διαφθοράς στην ελληνική κοινωνία. Οι αντικοινωνικές πολιτικές που εφαρμόζονται στη χώρα μας στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης ίσως να είναι και μια ευκαιρία και ίσως η τελευταία για την εξορθολόγηση των οικονομικών πόρων στο χώρο της υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ενότητα 4η

4.1 Ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα.

Όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω η διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας ακολούθησε τις γενικότερες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες που επικράτησαν αμέσως μετά από την απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό και την ανακήρυξη της Εθνικής Ανεξαρτησίας (1827). Η προσπάθεια οργάνωσης του νεοελληνικού κράτους και του υγειονομικού συστήματος επηρεάστηκε από ιστορικές συγκυρίες όπως η Μικρασιατική καταστροφή, οι Παγκόσμιοί Πόλεμοι, Οι Βαλκανικοί Πόλεμοι, Εμφύλιος πόλεμος κλπ.

Η έννοια του οργανωμένου συστήματος υγείας ξεκινάει για την Ελλάδα το 1952 με το νόμο 2593/52, ο οποίος έθεσε για πρώτη φορά τις βάσεις για την οργάνωση των μονάδων υγείας και την καθιέρωση των νοσηλίων. Οι έως τότε προσπάθειες, όπως η ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (Ν.Α.Τ.) το 1838 (η λειτουργία του ξεκίνησε το 1861), η ίδρυση του Υπουργείου Υγείας το 1922 (Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης) και η ίδρυση του Ι.Κ.Α. το 1935 (ως αποτέλεσμα ισχυρών λαϊκών πιέσεων εξαιτίας των μεγάλων ανισοτήτων), αποτέλεσαν τα πρώτα βήματα για τη δημιουργία ενός στοιχειώδους συστήματος φροντίδας υγείας.

Σε μια προσπάθεια συνοπτικής περιγραφής της ιστορικής εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας στη σύγχρονη Ελλάδα μπορούμε σχηματικά να διακρίνουμε τρείς μεγάλες χρονικούς περιόδους από την Εθνική Ανεξαρτησία μέχρι το 1922, από το 1922 μέχρι το 1953 και τέλος από το 1953 έως το 1981 που είναι και η περίοδος πριν την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

4.2 1η Περίοδος: Από την εθνική ανεξαρτησία μέχρι το 1922

Μετά την νίκη και την απελευθέρωση του έθνους από τον ζυγό της Οθωμανικής αυτοκρατορίας προέκυψε και το Ελληνικό κράτος. Η Βρετανία, η Ρωσία και η Γαλλία είναι οι χώρες εκείνες από τις οποίες δανειστήκαμε τις βασικές δομές για το Ελληνικό Κράτος. Τα δύσκολα χρόνια για την χώρα καθώς και έλλειψη οικονομικών πόρων που προκάλεσαν οι πόλεμοι τόσο στην αρχή για την ανεξαρτησία αλλά και στη συνέχεια από τους Βαλκανικούς Πολέμους και τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμος σε συνδυασμό με την αποπληρωμή δυσβάσταχτων δανείων είχε ως συνέπεια το κράτος να έχει έναν ρόλο εργοδότη και στη συνέχεια να ανθίσουν οι πελατειακές σχέσεις γεγονός που επέτρεπε σε κάποιες οικογένειες να αποκτούν αγαθά μέσω της πρόσβασης τους στο κρατικό μηχανισμό[60]. Ένα πρόβλημα που το πληρώνει η χώρα ακόμα.

Η περίοδος αυτή όπως αναφέραμε χαρακτηρίζεται κυρίως από την έλλειψη οικονομικών πόρων επομένως, ανάλογη πολιτική λιτότητας ακολούθησαν και οι κυβερνήσεις της χώρας. Δεν υφίσταται εκείνη την περίοδο κάποια υγειονομική πολιτική παρά πρωτοβουλίες για την αποφυγή των θανάσιμων λοιμών που έπληταν την χώρα εκείνη την περίοδο όπως την Υγειονομική Αστυνομία και την εισαγωγή του θεσμού του νομίατρου[61].

Η έλλειψη γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ένα από τα μεγάλα προβλήματα της εποχής που καταστούσε αδύνατη από την πλευρά του κράτους να προβλέψει καθήκοντα περίθαλψης. Οι ολοένα και μικρότεροι προϋπολογισμοί που καταρτούνταν από τις κυβερνήσεις ελαχιστοποιούσαν και τις δαπάνες προς την υγεία κάτι που έκανε και μέχρι το τέλος των Βαλκανικών πολέμων να σταματήσουν και οι οποιεσδήποτε πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη της υγειονομικής νομοθεσίας. Αναφέρεται πως ενώ ο προϋπολογισμός από το 1859 έως το 1908 είχε

[60] Katrougalos, G., (1996) *The South European Welfare Model: The Greek Welfare State, in search of identity*. Journal of European Social Policy, 6(1): 39- 60.
[61] Χ. Ζηλίδη, (1988) *Η αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού πληθυσμού.* Εκδόσεις ΑΤΕ, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

επταπλασιαστεί (από 19,4σε 134 εκατ., δρχ.), οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία είχαν μειωθεί από τις 400.000 στις 326.000 δρχ.[62]

Οι επιστρατεύσεις καθώς η πολεμική περίοδο 1912-1922 που έζησε η χώρα μας έκανε ορατό το πρόβλημα της νοσηρότητας του πληθυσμού. Για τον λόγο αυτό ψηφίστηκαν οι νόμοι «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας» το 1914 που ποτέ δεν εφαρμόστηκε και το 1917 ιδρύεται το υπουργείο Περιθάλψεως[63] όπου ως αρχή είχε στην αρμοδιότητα του την περίθαλψη των προσφύγων.

Το πρώτο κοινωνικό - ασφαλιστικό σχήμα που δημιουργήθηκε ήταν το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.) το 1836 το οποίο στη πραγματικότητα λειτούργησε το 1861. Το ίδιο έτος, με το νόμο «Περί μεταλλείων» επιβάλλεται μια φορολογία 1% στο καθαρό προϊόν των μεταλλείων προκειμένου να σχηματισθεί αποθεματικό κεφάλαιο για την περίθαλψη των εργατών και των οικογενειών τους σε περίπτωση ατυχημάτων. Ωστόσο, ως το 1882, χρονιά που ουσιαστικά δημιουργήθηκε το Ταμείο Μεταλλευτών, το κεφάλαιο αυτό δεν είχε διατεθεί, γιατί δεν υπήρξε φροντίδα να εκδοθεί το σχετικό διάταγμα. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι συνεχείς κοινωνικές διεκδικήσεις των εργαζομένων σε ορισμένους κλάδους οδήγησαν στη δημιουργία Ταμείων αλληλοβοήθειας και γενικώς διάφορων φορέων κοινωνικής ασφάλισης.

4.3 2η Περίοδος: Από το 1922 μέχρι το 1953.

Το κύριο χαρακτηριστικό της περιόδου είναι η πολιτική αστάθεια που επικρατεί στη χώρα και προκαλεί κοινωνικές ανακατατάξεις αλλά και ο Β' Παγκόσμιος πόλεμος που φέρνει διεθνείς αναταραχές.

Η άσχημη οικονομική συγκυρία που επικρατεί στην χώρα με την ανεργία και τον πληθωρισμό να έχουν ανέβει σε πολύ υψηλά ποσοστά έρχεται να επιδεινωθεί με την Μικρασιατική Καταστροφή και την εισροή 1,5 εκατομμυρίου Ελλήνων προσφύγων.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες ιδρύεται με το νόμο 2882/1922 το υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας ώστε να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που επέφερε η εισροή τόσου μεγάλου αριθμού προσφύγων. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι

[62] Λιάκος, Α., (1993) *Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

πρόσφυγες εκτός από τις πραγματικά άθλιες και ανθυγιεινές συνθήκες τις οποίες έπρεπε να επιβιώσουν στερούνταν βασικά αγαθά όπως νερό, τροφή και κατοικία[63].

Παρά όμως τα μέτρα που πήρε η κυβέρνηση αλλά και την σημαντική οργάνωση που επέδειξε δεν κατάφερε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την ομολογουμένως δύσκολη κατάσταση, η αλήθεια είναι ότι ελάχιστα βελτιώθηκε η κατάσταση. Εξίσου σημαντική εκείνη την περίοδο είναι και η ψήφιση του νόμου 2868/1922 που αναφέρεται για πρώτη φορά στη κοινωνική ασφάλιση. Με τον νόμο αυτό μπορούν εργατικά σωματεία να διεκδικήσουν την δημιουργία ταμείων κοινωνικής ασφάλισης με την αρχή ίσης εισφοράς τόσο από τους εργοδότες όσο και από τους εργαζόμενους.

Το 1923 με το Ν.Δ. «Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» έχουμε την διαίρεση της χώρας σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, την σύσταση νομαρχιακού υγειονομικού συμβουλίου καθώς και τον διορισμό νομίατρου. Ίσως είναι η πρώτη φορά που στο ελληνικό κράτος έχουμε μια οργανωμένη προσπάθεια για την ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και την αποκέντρωση των υπηρεσιών της. Με το Ν.Δ. είχε προβλεφθεί και ο διορισμός τόσο δημοτικών όσο και κοινοτικών ιατρών για τις ανάγκες περίθαλψης των απόρων. Το οικονομικό αδιέξοδο που έπληττε την χώρα δεν άφησε να υλοποιηθεί καμία από τις παραπάνω καινοτόμες για την Ελλάδα προτάσεις που έφερνε το Ν.Δ[64].

Ο υφυπουργός Υγιεινής Δοξιάδης Α. εισηγείται στη κυβέρνηση τη συνδρομή της Κοινωνίας των Εθνών (Κ.τ.Ε.) έτσι ώστε ομάδα ειδικών να αναλάβει την εκπόνηση σχεδίου για την αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και την εκπαίδευση του προσωπικού[65]. Το αίτημα της Ελληνικής Κυβέρνησης έγινε αποδεκτό από μια ερευνητική ομάδα με επικεφαλή τον Δρ. Rajchman που καταφτάνει στην Ελλάδα στις 25 Ιανουαρίου του 1929. Το πόρισμα της επιτροπής δεν ήταν τόσο ενθαρρυντικό αντιθέτως ήταν άκρως απογοητευτικό αλλά παρουσίαζε την πλήρη υγειονομική εικόνα της Ελλάδας εκείνη την περίοδο. Απολύτως ανεπαρκείς κρίθηκαν ο βαθμός κάλυψης των υπηρεσιών υγείας. Στοιχειώδη νοσοκομειακή περίθαλψη, ανεπαρκή και «επικίνδυνο» χαμηλό κρίθηκαν το επίπεδο τόσο του ιατρικού όσο και

[63] Βενιέρης, Δ., (1998) *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης*. Στο Γ. Γράβαρης, Δ., Το «Χτίσιμο» του Κοινωνικού Κράτους: Από τον Κομματικό Λόγο στις Κρατικές Πολιτικές, στο Μ. Σπουρδαλάκης, (επιμ.), ΠΑ.ΣΟ.Κ. Κόμμα – Κράτος – Κοινωνία, Πατάκης.
[64] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
[65] Λιάκος, Α.,(1993) *Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, απούσα χαρακτηρίζει τόσο την κεντρική όσο και την τοπική διοίκηση[66]. Για τον λόγο αυτό η επιτροπή πρότεινε την ίδρυση Ελληνικής Υπηρεσίας Υγείας όπου θα οργάνωνε και θα είχε συντονιστικό ρόλο και άμεση παρέμβαση σε όλη την επικράτεια για τα θέματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Στις προτάσεις της επιτροπής κυρίαρχο ρόλο στο σύστημα θα είχαν τα Κέντρα Υγείας τα οποία θα παρείχαν πρόληψη και περίθαλψη πάντα σε συνάρτηση με τις τοπικές ανάγκες. Λόγω των πολιτικών και συντεχνιακών συμφερόντων οι συγκεκριμένες προτάσεις δεν υλοποιήθηκαν ποτέ, το μόνο που έγινε είναι η ίδρυση Υγειονομικής Σχολής και Σχολής Νοσοκόμων.

Μια ακόμα σημαντική υγειονομική οργανωτική προσπάθεια της περιόδου αυτής, αποτέλεσε η ψήφιση του αναγκαστικού νόμου 965/1937, με το οποίο επιχειρήθηκε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για τη σύσταση κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που θα λειτουργούσαν με σύγχρονο και ομοιόμορφο τρόπο και ενιαία οικονομική και διοικητική οργάνωση[67]. Από τη στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης, φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ το 1939 ο αριθμός των νοσοκομείων ανήλθε στα 117 και οι διαθέσιμες κλίνες στις 16.000[68].

Η είσοδος της χώρας στον πόλεμο και οι τρομακτικές ανάγκες περίθαλψης που προκύπτουν, οδηγούν στη δημοσίευση του Αναγκαστικού νόμου 2639/40 με τον οποίο δίνεται η δυνατότητα ίδρυσης «προσωρινών νοσοκομείων», τα περισσότερα από τα οποία εξακολουθούν να λειτουργούν και μετά τη λήξη του πολέμου (όπως το Γενικό Κρατικό Αθηνών, κ.α.) προκριμένου να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες της εποχής. Το 1944 δημιουργείται και Υπουργείο Υγιεινής για να ενσωματωθεί το 1951 στο ενιαίο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.

Με την λήξη και του Εμφυλίου πολέμου στην Ελλάδα που ήρθε με το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου βρίσκει την χώρα σε μια άθλια κατάσταση τόσο κοινωνικοοικονομικά όσο και πολιτικά. Φυσικά η κατάσταση δεν είναι καλύτερη στον υγειονομικό τομέα μιας και όσες προσπάθειες έγιναν ώστε να αναβιώσουν

[66] Βενιέρης, Δ., (1998) *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης*. Στο Γ. Γράβαρης, Δ., Το «Χτίσιμο» του Κοινωνικού Κράτους: Από τον Κομματικό Λόγο στις Κρατικές Πολιτικές, στο Μ. Σπουρδαλάκης, (επιμ.), ΠΑ.ΣΟ.Κ. Κόμμα – Κράτος – Κοινωνία, Πατάκης.

[67] Νιάκας, Δ., (1995) *Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων : Είναι εφικτή η Εφαρμογή της;* Στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), Η Πολιτική Υγειάς στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα.

[68] Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλης, (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

θεσμοί που θα μπορούσαν να βοηθήσουν την ανάπτυξη της υγείας έπεσαν πάνω την οικονομική αδυναμία που είχε το κράτος. Έτσι λοιπόν προσπάθειες όπως ο θεσμός των δημοτικών ή κοινοτικών ιατρείων καθώς και η δημιουργία υγειονομικών κέντρων έπεσε στο κενό.

Το 1951 ψηφίζεται ο νόμος 1846/51, που αποτελεί το βασικό ρυθμιστικό νόμο της λειτουργίας του Ι.Κ.Α. Που θα ασφάλιζε όλους τους μισθωτούς (εκτός από τους αγρότες και ορισμένες άλλες μικρές κατηγορίες εργαζομένων) κατά των κινδύνων της ασθένειας, της αναπηρίας, του γήρατος και του θανάτου. Ωστόσο, το γεγονός ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων παρέμεναν χωρίς ασφάλιση, ενώ το ύψος των συντάξεων ήταν χαμηλό, οδήγησε στην επέκταση της πρακτικής της δημιουργίας ταμείων από επιμέρους επαγγελματικές ομάδες, καθώς και οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης[69]. Συνέπεια των παραπάνω ήταν η υπονόμευση του κύρους του Ι.Κ.Α. και η μετατροπή του σε ασφαλιστικό φορέα «δεύτερης διαλογής»[70].

4.4 3η Περίοδος: Από το 1953 μέχρι το 1981.

Η περίοδος αυτή αποτελεί ίσως μια από τις πιο δύσκολες για τη χώρα. Η προσπάθεια της χώρας να επουλώσει τις πληγές που της άφησε τόσο ο πόλεμος όσο και ο εμφύλιος θα συμπέσει με τις δύσκολες πολιτικές συγκυρίες όπως την Ανεξαρτησία της Κύπρου, τον «Ανένδοτο Αγώνα» του Γ. Παπανδρέου και της Ένωσης Κέντρου, την Αποστασία του ’65, τη δικτατορία από τους Συνταγματάρχες, η πολιτική «Αλλαγή» με ΠΑ.ΣΟ.Κ. του Ανδρέα Παπανδρέου[71].

Η εξασφάλιση των βασικών απαιτήσεων της δημόσιας υγείας και η στοιχειώδης φροντίδας των πολιτών ήταν η κύρια κατεύθυνση του κράτους αυτή την περίοδο. Η έλλειψη ιατρικού προσωπικού, η έλλειψη κλινών και η απουσία οργανωμένου τρόπου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών καθιστούσαν το επίπεδο παροχών πολύ χαμηλά και η προοπτική για βελτίωση της υγειονομικής προστασίας που παρέχονται στους πολίτες περιορισμένη. Το Ν.Δ. 2592/53 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» από την κυβέρνηση Παπάγου επιχείρησε να καλύψει αυτό το

[69] Κοντιάδης, Ξ., (1997) *Η Κοινωνική Διοίκηση στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Α. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή.
[70] Λιάκος, Α.,(1993) *Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα.
[71] Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

κενό. Η προσπάθεια αυτή αποτελεί τη πρώτη συνολική και κεντρικά οργανωμένη απόπειρα οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, σχεδιασμένη σε περιφερειακή βάση[72].

Οι βασικές αρχές που περιελάμβανε το νομοθέτημα ήταν:

1. Η αποκέντρωση και περιφερειακή οργάνωση των δημοσίων νοσοκομειακών ιδρυμάτων σε συνδυασμό με τη συμμετοχή των κοινωνικών φορέων στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων.
2. Η βαθμιαία συγκέντρωση όλων των οικονομικών πόρων και η επιχορήγηση των ιδρυμάτων κατά τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εφικτή η παροχή των υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές.
3. Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών του δημοσίου με βάση τις υγειονομικές ανάγκες.
4. Η διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων με βάση ένα ενιαίο πλαίσιο και η υποχρεωτική τοποθέτηση διοικητικών διευθυντών με ειδική εκπαίδευση σε θέματα διοίκησης νοσοκομείων.
5. Η θέσπιση οικονομικών κινήτρων για την προσέλκυση ιατρικού προσωπικού σε απομακρυσμένες περιοχές.
6. Η ίδρυση υγειονομικών σταθμών στην ύπαιθρο για την κάλυψη των αναγκών του αγροτικού πληθυσμού.

Το εντυπωσιακό στο συγκεκριμένο Ν.Δ. ήταν ότι τόσο η φιλοσοφία του όσο και οι προτάσεις τους ήταν αρκετά ριζοσπαστικές για την εποχή και έγιναν αποδεκτές από όλα τα πολιτικά κόμματα. Οι ρυθμίσεις του Ν.Δ. κάλυπταν όλο το φάσμα του υγειονομικού τομέα. Από την οργάνωση και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας έως τη χρηματοδότηση, τον προγραμματισμό, την περιφερειακοποίηση και τη δια αντιπροσώπων θεσμοθέτηση της συμμετοχής των κοινωνικών φορέων στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα του υγειονομικού τομέα[73].

[72] Νιάκας, Δ., (1993) *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη – Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

[73] Νιάκας, Δ., (1993) *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη – Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι περιέγραφε με αρκετή σαφήνεια τόσο τους στόχους που θα έπρεπε να επιδιωχθούν αλλά για πρώτη φορά προέβλεπε και τα μέσα υλοποίησης της πολιτικής. Βασικός στόχος του ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών.

Έτσι, λοιπόν, παρά την πρωτοποριακή του σύλληψη και την πολιτική αποδοχή που είχε από τις πολιτικές δυνάμεις της εποχής δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή, ως αποτέλεσμα της απουσίας μια γενικότερης περιφερειακής πολιτικής και της αυξανόμενης τάσης για αστικοποίηση που συνόδευε την ανασυγκρότηση του κράτους.

Το 1955 έχουμε την ψήφιση του νόμου 3487/55 «Περί κοινωνικής Ασφαλίσεως των αγροτών» που πάνω σε αυτό θα στηριχθεί η λειτουργία του συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι την σύσταση του Ε.Σ.Υ. Θεσπίζονται λοιπόν με το νόμο Κοινοτικά και Αγροτικά Ιατρεία σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας. Με τον νόμο αυτό προβλεπόταν νοσοκομειακή περίθαλψης. Όσα αναφερόντουσαν στο νόμο για παρακλινικές εξετάσεις καθώς και την φαρμακευτική περίθαλψη δεν εφαρμόστηκαν ποτέ. Οι άποροι λαμβάνουν δωρεάν τις ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες[74].

Ίσως ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα της συγκεκριμένης περιόδου είναι η ψήφιση του νόμου 4169 του 1961 όπου έχουμε την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων. Στο νόμο αυτό προσπάθησε να καλυφθεί τον αγροτικό πληθυσμό που την εποχή εκείνη αποτελούσε το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού 51%. Η ίδρυση του ΟΓΑ και του ΙΚΑ είναι τα δύο μεγαλύτερα επιτεύγματα της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Ο Ο.Γ.Α. δεν κατάφερε να ανταποκριθεί με επιτυχία στις ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις του αγροτικού πληθυσμού και οι παροχές του είχαν περισσότερο προνοιακό χαρακτήρα[75].

Μέσα στις δεκαετίες ’60 και ’70 είχαμε ραγδαία ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας με αρκετές επιχειρήσεις όπως και τράπεζες που στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης ανέπτυξαν δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Οι παροχές ήταν πολύ καλύτερες σε ποιότητα από άλλα ταμεία και την κάλυψη κατά κύριο λόγω την

[74] Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.
[75] Venieris D., (1997) *The history of health insurance in Greece: The nettle Governments Failed to Grasp*, LSE Health, Discussion Paper No 9.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

αναλάμβαναν οι εργοδότες. Για τον λόγο αυτό τα ταμεία αυτά ονομάστηκαν και «ευγενή»[76].

Η περίοδος της δικτατορίας περιόρισε αρκετά την αναπτυξιακή πορεία της χώρας και εκτός από τις πολιτικές αλλαγές να διογκώσει τα προβλήματα και στο χώρο της υγείας. Μια αξιόλογη προσπάθεια ήταν το σχέδιο νόμου που κατέθεσε ο υπουργός υγείας της δικτατορικής κυβέρνησης Λ. Πάτρας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με το συγκεκριμένο νόμο αναδιοργάνωνε την Π.Φ.Υ. και θα συντόνιζε τους ασφαλιστικούς φορείς. Ιδιαίτερη σημασία έδινε στη Π.Φ.Υ. όπου θα στηριζόταν στους οικογενειακούς ιατρούς[77] όπου θα αμείβονταν κατά κεφαλήν και ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων, επιπλέον θα ενίσχυε την περιφέρεια με αγροτικές κλινικές. Το συγκεκριμένο σχέδιο προέβλεπε και τη δημιουργία φορέα που θα συγκέντρωνε όλες τις ασφαλιστικές εισφορές και θα μπορούσε να αποπληρώσει τις ιατρικές πράξεις. Μια πολύ καλή πρόταση που θα βοηθούσε πολύ τόσο την περιφέρεια. Η πρόταση όχι μόνο δεν υλοποιήθηκε ποτέ αλλά και το εν λόγω κείμενο δεν βρέθηκε ποτέ. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ίδιο διάστημα ο ιδιωτικός τομέας υγείας διογκώνεται ανεξέλεγκτα, προσθέτοντας ένα ακόμα πρόβλημα στο «μωσαϊκό» της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.

Με την μεταπολίτευση έχουμε και την πρώτη μελέτη του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ)[78] για την υγεία το 1976 που προσδιορίζει τα προβλήματα που παρουσιάζει το ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Τα προβλήματα εντοπίστηκαν κυρίως στην μη ενιαία χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών, η ύπαρξη μεγάλων γεωγραφικών ανισοτήτων, η μέθοδος πληρωμής των γιατρών που οδηγεί στη προκλητή ζήτηση και την παραοικονομία. Η μελέτη του ΚΕΠΕ πρότεινε και λύσεις ώστε να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα του υγειονομικού συστήματος. Οι λύσεις τους αποτέλεσαν συζήτηση και στα νεότερα χρόνια όπως η ίδρυση Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας , ενοποίηση των μεγαλύτερων ταμείων ασφάλισης καθώς και την συνεργασία των ταμείων που υπάρχουν για να μπορέσουν να καλύψουν με επιτυχία τις ανάγκες του πληθυσμού. Επιπλέον προτάθηκε η ανάπτυξη κέντρων υγείας που θα είναι στελεχωμένα με γιατρούς γενικής ιατρικής, η ανάπτυξη νοσοκομειακών μονάδων στη

[76] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994) : *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος*. Αθήνα.
[77] Mossialos, E. & Davaki, D., (2002) *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forwards?* LSE Health and Social care, London.
[78] Γ. Υφαντόπουλος, (2003) *Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

περιφέρεια και τέλος ζητήθηκε να αποσαφηνιστεί η πολιτική του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας υποστηρίζοντας ταυτόχρονα ότι το κύριο μέρος της ευθύνης πρέπει να το αναλάβει το ίδιο το κράτος. Για μια ακόμα φορά ένα τόσο φιλόδοξο σχέδιο που θα μπορούσε να βοηθήσει το ανύπαρκτο υγειονομικό σύστημα της χώρας χαραμίζετε στα γρανάζια της ιατρικής ελίτ και των πολιτικών που μπορούν και ελέγχουν.

Το 1977 ο τότε υπουργός υγείας Σ. Δοξιάδης συστήνει μια Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας (Ο.Π.Υ.). Κύριος στόχος της συγκεκριμένης ομάδας ήταν η συλλογή στοιχείων και πληροφοριών ώστε να μπορέσουν να το αξιοποιήσουν σε μια μελλοντική νομοθετική προσπάθεια για την βελτίωση του υγειονομικού τομέα.

Έτσι, λοιπόν, δύο χρόνια μετά τη σύσταση της ομάδας όλες οι πληροφορίες που είχαν συλλεχθεί και η ομάδα το οργάνωσε σε ένα σχέδιο νόμου. Το σχέδιο νόμου κοινοποιήθηκε σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.

Οι βασικοί στόχοι του νομοσχεδίου ήταν οι εξής[79]:

1. Τη δημιουργία των συνθηκών ώστε να εκτιμηθούν οι ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
2. Την προσεχτική μελέτη των συστημάτων υγείας άλλων χωρών, έτσι ώστε να αντιληφτούμε τόσο από τις επιτυχίες και τα λάθη των άλλων συστημάτων.
3. Τη τοποθέτηση των βάσεων για το προγραμματισμό που θα είναι επιστημονικά τεκμηριωμένος, μακροπρόθεσμος και πολιτικά θαρραλέος.
4. Την εξασφάλιση της αποκέντρωσης της παροχής υπηρεσιών μέσα σε ένα γενικό, κεντρικά καθορισμένο πλαίσιο.
5. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
6. Την ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο στη δευτεροβάθμια όσο και στη τριτοβάθμια φροντίδα για την υγεία με προοπτική την κατάλληλη περίθαλψη και μείωση των άσκοπων δαπανών.
7. Η εξασφάλιση σε όλα τα κλιμάκια του συστήματος υγείας, ευρύτερη συμμετοχή στις διαδικασίες αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, προγραμματισμού και λειτουργίας των δύο άμεσα ενδιαφερόμενων ομάδων, δηλαδή των εργαζομένων στο σύστημα υγείας και των πολιτών.
8. Ο ποσοτικός και ποιοτικός προγραμματισμός της ισόρροπης εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού στις επιστήμες και στα επαγγέλματα υγείας.

[79] Φιλαλήθης Α., Σουλιώτης Κ., Κουρής Γ., (2007) *Η Περιπέτεια των μεταρρυθμίσεων της υγείας*. Περιοδικό Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΙΕΡΑΙΩΣ

9. Η συνεχής βελτίωση του επιπέδου του ιατρικού δυναμικού και του δυναμικού των άλλων επαγγελμάτων υγείας και την παροχή υπηρεσιών.

Το νομοσχέδιο του Δοξιάδη «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» παρ' όλου που οι ρυθμίσεις που προέβλεπε ήταν προς τη σωστή κατεύθυνση δεν το είδαν με την ίδια λογική και τα πολιτικά κόμματα. Το νομοσχέδιο κατακρίθηκε από όλους τους πολιτικούς χώρους ακόμα και από το κυβερνών κόμμα. είναι δε χαρακτηριστικό ότι η προσκείμενη στην τότε κυβέρνηση συνδικαλιστική ιατρική παράταξη το κατήγγειλε σαν «μαρξιστικό»[80] με αποτέλεσμα αυτή η σημαντική πρόταση να μην γίνει ποτέ νόμος του κράτους, παρά τις απαιτούμενες διαρθρωτικές αλλαγές που είχε ανάγκη ο χώρος της υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

[80] Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

Ενότητα 5η

5.1 Η πολιτική υγείας από το 1981 μέχρι το 1990.

Στην Ελλάδα έχουμε την πολιτική «Αλλαγή». Το σοσιαλιστικό κόμμα του Ανδρέα Παπανδρέου σχηματίζει κυβέρνηση και περνάει σε αρκετές μεταρρυθμίσεις με στόχο τον διοικητικό και δημοκρατικό εκσυγχρονισμό της χώρας. Αυξήσεις στις παροχές των εργαζομένων, προγράμματα και αύξηση του επιπέδου ζωής των ανθρώπων στη περιφέρεια, εκδημοκρατισμό και εκσυγχρονισμό των Πανεπιστημίων και τέλος την θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η κυβέρνηση του ΠΑ.ΣΟ.Κ. είχε προεκλογικά δεσμευτεί ότι θα εφαρμόσει ένα εθνικό σύστημα υγείας. Η δέσμευση αυτή που εκπορευόταν από πραγματικές πολιτικές και ιδεολογικές προθέσεις, ικανοποιούσε συγχρόνως και την ανάγκη και απαίτηση της συντριπτικής πλειοψηφίας του πληθυσμού, αλλά και σημαντικής μερίδας των επαγγελματιών της υγείας, αφού η κατάσταση στο χώρο της υγείας πήγαινε από το κακό στο χειρότερο, προκαλώντας αυξημένη λαϊκή δυσαρέσκεια.

Ο νόμος 1278/1982 ήταν η πρώτη προσπάθεια της νέας κυβέρνησης να μεταβεί η χώρα σε ένα πραγματικό σύστημα υγείας όπως τα αντίστοιχα άλλων χωρών. Ο νόμος λοιπόν αυτός περιελάμβανε την ίδρυση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ). Αρμοδιότητα του νέου οργάνου ήταν να διατελέσει ένα γνωμοδοτικό όργανο που θα βοηθούσε τον υπουργό Υγείας σε θέματα οργάνωσης, σχεδιασμού, προγραμματισμού αλλά και ελέγχου των υπηρεσιών υγείας τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Το ΚΕ.Σ.Υ. που προοριζόταν για ένα όργανο που θα αναδιαμόρφωνε την στρατηγική για τη υγεία και θα είχε την συμμετοχή των πολιτών μιας και η σύνθεση του αποτελούταν από εκπρόσωπους των επαγγελμάτων υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων και της πολιτείας δεν κατάφερε να διατελέσει το ρόλο[81] του μιας και τα μέλη του διοριζόντουσαν από τον εκάστοτε

[81] Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2001) *Επιχειρησιακό σχέδιο για την ανάπτυξη της πληροφορικής στην υγεία-πρόνοια.* Κ.τ.Π., Γ' Κ.Π.Σ., Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

υπουργό και η γνωμοδοτική του εργασία έδινε στον υπουργό απόλυτη ελευθερία στο να το παρακάμψει.

Τον επόμενο χρόνο η κυβέρνηση φέρνει σε ψήφισμα το σχέδιο νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο νόμος 1397/1983 υπερψηφίζεται και παρ' όλου τις αντιδράσεις που συνάντησε τόσο από την αξιωματική αντιπολίτευση όσο και από μερίδα γιατρών είχε την στήριξη τόσο της κοινωνίας που πλέον ήθελε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας όσο και των νέων τότε γιατρών και των υπόλοιπων πολιτικών κομμάτων. Με τον καινούργιο νόμο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει η Π.Φ.Υ.[82] Οι κύριες αρχές του ιδρυτικού νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας στηρίζονταν στη θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και συνοψίζονταν στο άρθρο 1[83]:

> «1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών του».
>
> «2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας».

Έτσι λοιπόν με το νέο νόμο διαμορφώνονται οι βασικοί άξονες που πρέπει να ακολουθήσουμε. Αρχικά η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και η σύσταση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (Π.Σ.Υ.) συμβάλει στην αποκέντρωση των υπηρεσιών. Προκειμένω να περιοριστούν οι σπατάλες στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, την βασική ευθύνη για τον σχεδιασμό τον έχε το υπουργείο υγείας. Εισάγεται ο θεσμός του ιατρού του Ε.Σ.Υ. που είναι μόνιμος και αποκλειστικής απασχόλησης στο Ε.Σ.Υ.

Μπορεί με βάση τα επιστημονικά του προσόντα να ανέλθει όμως του απαγορεύεται ρητά η άσκηση ιδιωτικής πρακτικής. Τέλος, όπως έχουμε προαναφέρει δίνεται προτεραιότητα στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης[84].

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, ο νόμος για το ΕΣΥ προέβλεπε τη σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), καθώς και 10 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ). Το ΚΕΣΥ, στο οποίο θα μετείχαν εκπρόσωποι διαφόρων φορέων, θα ήταν γνωμοδοτικό όργανο με ουσιαστική ευθύνη στο σχεδιασμό, προγραμματισμό και συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο μιας εθνικής στρατηγικής υγείας.

---

[82] Μωραΐτης Ε., (2007) Ιστορική *Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

[83] Ν.1397/83 (ΦΕΚ Α' 143/7-10-1983) *Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Για την υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής υγείας, ο νόμος του ΕΣΥ προέβλεπε τη σταδιακή ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Σε πρώτο στάδιο όπως αναφέραμε και προηγουμένως όλα τα νοσοκομεία θα υπάγονταν στη δικαιοδοσία του υπουργείου υγείας εκτός από τα πανεπιστημιακά και στα στρατιωτικά που θα εντάσσονταν σε δεύτερο στάδιο. Επίσης θα συγκεντρωνόντουσαν και θα ενοποιούνταν όλοι οι οργανισμοί εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στα πλαίσια Κέντρων Υγείας αστικού τύπου. Τέλος, θα υπήρχε και ενοποίηση των ταμείων και η συγχώνευση των πόρων της υγείας σε ένα φορέα.

Στην εισήγηση του νόμου υπήρχε η διατύπωση για την αύξηση των δημόσιων νοσοκομειακών κρεβατιών από 32.247 που ήταν το 1982 σε 42.215 το 1988 και θα υπήρχε ίση κατανομή τους τόσο στα αστικά κέντρα όσο και στη περιφέρεια. Για του γιατρούς ο νόμος προέβλεπε την επαναπροκύρηξη όλων των ιατρικών θέσεων στα νοσοκομεία σύμφωνα πλέον με τις ανάγκες της αναδιάταξης. Ενώ η επιλογή των γιατρών θα γινόταν από ειδικές επιτροπές κρίσης.

Μια άλλη σημαντική πλευρά του νόμου για το ΕΣΥ ήταν τα άρθρα που αποσκοπούσαν στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το πιο σημαντικό απ' αυτά ήταν η προβλεπόμενη δημιουργία, στα επόμενα πέντε έτη, 400 κέντρων υγείας σε όλη τη χώρα (190 αγροτικά και 210 αστικά). Ο προβλεπόμενος τύπος των κέντρων υγείας αντιστοιχούσε στις οργανωτικές προδιαγραφές για την κάλυψη των αναγκών θεραπείας, πρόληψης και ιατροκοινωνικής φροντίδας πληθυσμού 50 000 περίπου κατοίκων. Η ιατρική τους στελέχωση περιελάμβανε ιατρούς βασικών ειδικοτήτων (χειρουργούς, παθολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους, μικροβιολόγους), αλλά κυρίως βασιζόταν στην παραγωγή και κατάλληλη εκπαίδευση γενικών ιατρών. Επάρκεια θέσεων προβλεπόταν επίσης για νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Ίσως αυτό που έκανε τον νέο νόμο πιο καινοτόμο από τους άλλους ήταν ο διαχωρισμός του ιδιωτικού και δημοσίου τομέα. Η απαγόρευση από το νόμο για την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υπαρχουσών σε συνδυασμό με τις αυξημένες δαπάνες του κράτους για τα δημόσια νοσοκομεία οδηγεί τον ιδωτικό τομέα σε μαρασμό.

Τα επόμενα χρόνια εκτός από την ενοποίηση των δύο υπουργείων σε ένα με την ονομασία Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και την

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ψήφιση κάποιων συμπληρωματικών νόμων του Ε.Σ.Υ. (Νόμος 1579/85, Νόμος 1759/87) δεν έχουμε κάτι το αξιοσημείωτο σε μια περίοδο που άλλαξε το υγειονομικό σύστημα της χώρας.

Η περίοδος που περιγράψαμε παραπάνω και κλείνει το 1989 μιας και οι πολιτικές εξελίξεις δεν θα αφήσει κανέναν να εστιάσει ιδιαίτερα στον υγειονομικό τομέα. Η περίοδος που πέρασε άφησε και θετικά και αρνητικά στοιχεία στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας. Στα θετικά στοιχεία θα πρέπει να συμπεριλάβουμε τόσο την αύξηση των δαπανών για την υγεία από το κράτος, την εμφανή και μεγάλη βελτίωση του προσωπικού αλλά και των υποδομών και τέλος, η αύξηση των κλινών και η υπεροχή του δημοσίου τομέα σε σχέση με τον ιδιωτικό. Στα αρνητικά στοιχεία αυτής της περιόδου μπορούμε να εντάξουμε όλα αυτά που προέβλεπε ο νόμος 1397 και δεν υλοποιήθηκε λόγω της παθογένειας που επικρατούσε. Η αδυναμία εκχώρησης αρμοδιοτήτων στο ΚΕ.Σ.Υ., η «αδυναμία» συγκρότησης των ΠΕ.Σ.Υ., με αποτέλεσμα η αποκέντρωση να μείνει κενό γράμμα νόμου, η αδυναμία στη δημιουργία ενιαίου φορέα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και τέλος, η αστοχία στον να μην ολοκληρωθεί η διαδικασία ενοποίησης των μονάδων Π.Φ.Υ. κυρίως στα αστικά κέντρα είναι κάτι που μέχρι σήμερα βασανίζει το Ε.Σ.Υ.

5.2 Η πολιτική υγείας από το 1990 μέχρι το 1993.

Η πολιτική μεταβολή που προέκυψε μετά από τις εκλογές και ανάληψη της εξουσίας από τη Νέα Δημοκρατία με πρωθυπουργό τον Κωνσταντίνο Μητσοτάκη έφερε και σημαντικές αλλαγές λόγω της ιδεολογικής θεώρησης της κυβέρνησης στην εισαγωγή της πολιτικής της «ελεύθερης αγοράς» ακόμα και στο τομέα της υγείας.

Ως ήταν φυσικό και προαναφέραμε η επελθούσα πολιτική αλλαγή στην χώρα μας σήμαινε και τροποποίηση θεμελιωδών νόμων και ρυθμίσεων περί την υγεία, όπως και ο θεσμός του Ε.Σ.Υ. Υπό την πίεση της νέας κατάστασης 10 χρόνια μετά την τελευταία τροποποίηση του Ε.Σ.Υ. ψηφίσθηκε ο Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος της υγείας ένας νόμος που το βασικό του χαρακτηριστικό είναι πλέον η στροφή προς την ιδιωτική πρωτοβουλία σε αντίθεση με τον προηγούμενο νόμο που χαρακτηριζόταν από έντονο κρατικισμό. Έτσι τροποποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό η έννοια της υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συγκεκριμένα προσδιορίσθηκε ότι το δικαίωμα στην υγεία είναι ένα δικαίωμα και έννομο αγαθό άρρηκτα συνδεδεμένο με τους οικονομικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς σκοπούς του κράτους όσο και επιδημιολογικούς ή θεραπευτικούς λόγους ώστε να μην μπορεί να χαρακτηριστεί και να κριθεί αυτόνομα. Το δικαίωμα αυτό του πολίτη πραγματώνεται μέσω των βασικών **αιτημάτων**[84] για εξάλειψη των κινδύνων που απειλούν την υγεία, την αποκατάσταση της όπου αυτό χρειάζεται και την επιθυμία για ανεξαρτησία και την πρωτοβουλία της απόφασης.

Με τον νέο νόμο έχουμε την προσπάθεια να ενεργοποιηθεί το σύστημα των ΠΕ.Σ.Υ. και να μετατραπεί το ΚΕ.Σ.Υ. σε ένα κεντρικό γνωμοδοτικό όργανο. Θεσπίζεται υπηρεσία για πιο οργανωμένη και εξειδικευμένη κατ' οίκον ιατρικών υπηρεσιών. Έχουμε το νέο νόμο ενίσχυση της Π.Φ.Υ. κυρίως για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες και την αλλαγή στο τρόπο λειτουργίας των Κέντρων Υγείας. Επιπλέον προωθούνται αλλαγές στην υπηρεσιακή δομή του ΕΚΑΒ που θα το οδηγούσαν σε πιο εποικοδομητική παροχή των υπηρεσιών του.

Επίσης με το νέο νόμο έχουμε τον εκσυγχρονισμό των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του Δημοσίου σε συνάρτηση με τον ιδιωτικό τομέα. Καταβλήθηκε προσπάθεια στον νέο νόμο για πρώτη φορά να υπάρχει η δημοσίευση ισολογισμών και απολογισμών των νοσοκομείων. Για πρώτη φόρα προβλέπεται η λειτουργία σε επιτελική θέση των Γενικών Διευθυντών με τριετή θητεία. Κάτι επίσης σημαντικό είναι η αναβάθμιση του ρόλου του νοσοκομειακού φαρμακείου και καθιερώνεται ειδικό πλαίσιο νόμου για κάθε κλάδο και τομέα. Στο συγκεκριμένο νόμο υπάρχει πρόβλεψη για την αναβάθμιση του νοσηλευτικού προσωπικού δίνοντας άμεση προτεραιότητας στην εκπαίδευση.

Ενώ ο νέος νόμος είχε αρκετά θετικά χαρακτηριστικά όμως οι περισσότερες διατάξεις του νόμου που ίσως να ήταν και οι πιο καθοριστικές έμεινα ανεφάρμοστες. Οι βασικοί λόγοι μη αποτελεσματικής λειτουργίας του κράτους πρέπει να αναζητηθούν στην παθογένεια του ίδιου του Ελληνικού κράτους. Μέσα λοιπόν σε αυτό το πλέγμα δυσχερειών και δυσλειτουργιών το νέο νομοθετικό καθεστώς παρά τις όποιες του καινοτόμες προτάσεις δεν ήταν δυνατόν να ευδοκιμήσει και να επιφέρει τις όποιες καινοτόμες αλλαγές επεδίωκε να επιφέρει.

[84] *Νόμος 2071/1992* (ΦΕΚ Α΄ 123) *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας*, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ο νόμος 2071 εισάγει αλλαγές που μεταβάλλουν αρκετά και σε βασικά σημεία τον νόμο 1397. Κάποιες από τις αλλαγές αυτές είναι, η μορφή χρηματοδότησης των Κέντρων Υγείας που ενώ χρηματοδοτούνταν μέχρι τότε μέσω τον προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία ήταν συνδεδεμένα τώρα χρηματοδοτούνται από τις νομαρχίες. Οι γιατροί του Ε.Σ.Υ. είχαν το δικαίωμα επιλογής πλήρης ή μερικής απασχόλησης στο Ε.Σ.Υ. Η σημαντικότερη όμως μεταβολή του καινούργιου νόμου ήταν η μετάβαση από την παροχή πλήρους πρόσβασης στους πολίτες στα συστήματα υγείας όπως όριζε ο 1397, στην την ύπαρξη ιδιωτικών ή δημόσιων οργανισμών που θα παρείχαν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες, οι οποίοι σύμφωνα με το νόμο θα είχαν αυξημένη ελευθερία επιλογής.

5.3 Η πολιτική υγείας από το 1993 μέχρι το 2000.

Η αλλαγή πολιτικής πλεύσης που είχαμε την προηγούμενη περίοδο στα κελεύσματα της ελεύθερης αγοράς δεν μπόρεσε να επιβιώσει, η κοινωνική αναταραχή που υπήρξε σε στη χώρα συνδυασμό με τις πρόωρες εκλογές έφεραν πάλι στην κυβέρνηση το ΠΑ.ΣΟ.Κ. του Ανδρέα Παπανδρέου.

Η νέα κυβέρνηση είχε προεκλογικά δεσμευθεί για την ανασυγκρότηση του Ε.Σ.Υ. Έτσι λοιπόν το 1994 υπερψηφίστηκε στη βουλή ο νόμος 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας»[85], έτσι λοιπόν ο νέος νόμος παύει όλες τις διατάξεις που είχε φέρει ο νόμος 2071/92 και επαναφέρει τους στόχους και τις ρυθμίσεις όπως ακριβώς είχαν τεθεί από το νόμο 1397/83.

Με το νέο νόμο εκτός από την πρόβλεψη να επαναφέρει τις ρυθμίσεις του νόμου 1397 προβλέπει επίσης την θέσπισης μη κερδοσκοπικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. Ρυθμίσεις στο νέο νόμο προβλεπόντουσαν τόσο για την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, όσο και για την επαγγελματική σχέση των γιατρών από μερικής απασχόλησης που όριζε ο προηγούμενος νόμος σε αποκλειστικής απασχόλησης. Τέλος, με το νέο νόμο τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως μεγάλες αποκεντρωμένες μονάδες που υπάγονται στα μεγάλα κεντρικά νοσοκομεία της χώρας.

[85] Νόμος *2194/1994* (ΦΕΚ 34 Α΄) *Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Οι μεγάλες εξαγγελίες για την αποκατάσταση του Ε.Σ.Υ. δεν απέδωσαν κάποιο αποτέλεσμα και παρά τις μεγάλες προσδοκίες η κατάσταση στο χώρο της υγείας παραμένει σε πολύ χαμηλό επίπεδο.

Η αδυναμία αποτελεσματικής λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. έκαναν τον τότε υπουργό Υγείας Δημήτριο Κρεμαστινό να συγκροτήσει δύο επιτροπές, μια από ξένους (την αποκαλούμενη επιτροπή των σοφών) και μία από Έλληνες εμπειρογνώμονες με σκοπό να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωση του συστήματος.

Σύμφωνα λοιπό με την επιτροπή των Ελλήνων εμπειρογνωμόνων οι βασικές τομές που απαιτούνταν για την αναμόρφωση του Ε.Σ.Υ[86]. :

1. Η οργάνωση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.
2. Η εισαγωγή ενός αποκεντρωμένου μοντέλου οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος υγείας.
3. Η αναθεώρηση των όρων απασχόλησης του ιατρικού και λοιπού προσωπικού.
4. Η εισαγωγή του θεσμού του γενικού-οικογενειακού ιατρού.

Την ίδια ακριβώς περίοδο που κατατίθεται από την ελληνική επιτροπή το πόρισμα της κατατίθεται και το πόρισμα της επιτροπής των ξένων ειδικούς. Το αποτέλεσμα της επιτροπής δεν ήταν καθόλου αισιόδοξο και παρουσίαζε αναλυτικά της ατέλειες του. Ταυτόχρονα η επιτροπή καταθέτει και τις προτάσεις της που θα βοηθούσαν στην βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης καθώς και τα μέτρα που απαιτούνταν για να αρχίσει άμεσα ο σχεδιασμός.

Αναλυτικότερα , η επιτροπή παρουσίασε[87]:

- Ατέλειες του Συστήματος Υγείας.
    1. Αδυναμίες στη Δημόσια Υγεία.
    2. Ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών.
    3. Έλλειψη ικανοποίησης και εμπιστοσύνης από το κοινό.
    4. Μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες.
    5. Υπερσυγκεντρωτισμός και γραφειοκρατική διοίκηση.
    6. Έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες.

[86] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1994) *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*. Αθήνα.

[87] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1994) *Έκθεση της ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*. Φαρμέτρικα, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

7. Έλλειψη αποτελεσματικού συστήματος ιατρικής πληροφόρησης.
8. Έλλειψη οικονομικής αποδοτικότητας.
9. Ασύμμετρη σύνθεση του προσωπικού.
10. Έλλειψη εγγυήσεων ποιότητας.
11. Ασυνέχεια πολιτικής υγείας και αδυναμία εφαρμογής μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών.

- Προτάσεις :
    1. Ανάπτυξη ενός συγκροτημένου σχεδίου βελτιωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας, με έμφαση στην υγειονομική ενημέρωση και πρόληψη.
    2. Δημιουργία ενός ενοποιημένου ταμείου, στο οποίο τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να μεταβιβάσουν τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη.
    3. Θέσπιση υπηρεσίας οικογενειακού ιατρού.
    4. Αμοιβή των ειδικευμένων ιατρών κατά ιατρική πράξη.
    5. Δημιουργία Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων.
    6. Διοίκηση των νοσοκομείων από Διοικητικό Συμβούλιο στα οποία προΐσταται ειδικά εκπαιδευμένος Διευθυντής.
    7. Σύνταξη περιορισμένης θετικής λίστα φαρμάκων και σαφής προσδιορισμός των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
    8. Συνεχιζόμενη κατάρτιση για τα διοικητικά στελέχη, ιατρούς δημόσιας υγείας και τους ιατρούς γενικής ιατρικής.
    9. Κάλυψη του επιπλέον κόστους που απαιτείται για την εφαρμογή των μέτρων από την καλύτερη διαχείριση των πόρων υγείας και τις περικοπές στην κατανάλωση φαρμάκων και διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων.
- Άμεσοι στόχοι που χρήζουν υλοποίησης :
    1. Η επανεκπαίδευση των υπαρχόντων γιατρών ως οικογενειακών γιατρών και η θέσπιση μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στις ειδικότητες και της οικογενειακής ιατρικής και της δημόσιας υγείας.
    2. Η αναμόρφωση της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης.
    3. Η εκπαίδευσης των στελεχών διοίκησης.
    4. Η σύνταξη και εφαρμογή της θετικής λίστας φαρμάκων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

5. Η ίδρυση νέου Ιατρικού Συμβουλίου για την επιβολή κανόνων δεοντολογίας.
6. Η δημιουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων και η ενοποίηση των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων.

Το έργο της επιτροπής παραδίδεται από το υπουργείο υγείας σε όλους του φορείς ώστε να παρθούν οι κατάλληλες πρωτοβουλίες. Ο υπουργός υγείας Δ. Κρεμαστινός δέχεται κριτική για το έργο της επιτροπής. Οι προβληματισμοί που τέθηκαν για την πρόταση των ξένων ειδικών συνίσταται κυρίως στην έλλειψη αναφοράς των πηγών χρηματοδότησης έτσι ώστε να χαρακτηρισθεί και κοινωνικά δικαιότερο το σύστημα αλλά και ότι η μικρή παρουσία της επιτροπής στην Ελλάδα δεν τους έδωσε την ευκαιρία να εντάξουν τις προτάσεις τους με βάση την κοινωνικοπολιτική ιστορία της χώρας που θα τις έκαναν πιο προσιτές[88].

Η προσπάθεια όμως αυτή μένει στη μέση μετά το θάνατο του πρωθυπουργού Ανδρέα Παπανδρέου και την μετάβαση της προεδρίας τόσο του ΠΑΣΟΚ αλλά και την ανάληψη των πρωθυπουργικών καθηκόντων από τον Κ. Σημίτη. Η προτάσεις της επιτροπής δεν χρησιμοποιήθηκαν από τον νέο υπουργό υγείας Α. Πεπονή που κατέθεσε προς ψήφιση το νομοσχέδιο «Υπηρεσίες δημόσιας υγείας, οργάνωση του Ε.Σ.Υ., ρυθμίσεις για τον έλεγχο και διακίνηση των φαρμάκων και άλλες διατάξεις»[89], που λόγω της προκήρυξης πρόωρων εκλογών δεν θα γίνει ποτέ νόμος.

Η νέα κυβέρνηση που προέκυψε μετά τις εκλογές του 1996 θεώρησε επιτακτική την ανάγκη για μια συνολική μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας. Όμως το αίτημα για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και ο ριζικός τους ανασχηματισμός ήταν και μια από τις απαιτήσεις του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Με αυτά τα δεδομένα η κυβέρνηση καταθέτει στη βουλή και ψηφίζεται ο νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού συστήματος υγειας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

[88] Νιάκας, Δ., (1995) *Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων : Είναι εφικτή η Εφαρμογή της;* Στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), Η Πολιτική Υγειάς στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα.

[89] Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

Η έλλειψη σύγχρονου εξοπλισμού, η άθλια κατάσταση των κρατικών νοσοκομείων, η άνιση κατανομή του προσωπικού και η ανεπάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού έχριζαν ένα λογικό ερώτημα ότι η κατάσταση που επικρατούσε δεν ανταποκρινόταν στους πόρους που διέθετε το κράτος τια την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Από την άλλη μεριά η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας και η γήρανση του πληθυσμού οδηγούσε το κράτος σε όλο και μεγαλύτερες δαπάνες για την υγείας.

Με το νέο νόμο επομένως, θα έπρεπε να τεθούν νέες βάσεις που θα ήταν αποτελεσματικές τόσο σε νομικό πλαίσιο καθώς θα είχαν και πρακτική σημασία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Με το νόμο 2519/97 κατεβλήθη προσπάθεια για τον επανακαθορισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, επιδιώχθηκε σε μεγάλο βαθμό και με αρκετά καλά αποτελέσματα ο συντονισμός του πολυδαίδαλου συστήματος υγείας σε μία ενιαία βάση με κοινούς φορέως δράσης και λειτουργίας με την σύσταση Συμβουλίου συντονισμού και Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας το λεγόμενο ΣΥΣΕΔΥΠΥ.

Επιπλέον με το νέο νόμο πέτυχε την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην ύπαιθρο με βάση, επιδιώχθηκε η αναβάθμιση του ρόλου των νοσοκομείων με την αποτελεσματική, άμεση και με μεγαλύτερες αρμοδιότητες συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων και την πρόβλεψη θέσης Γενικού Διευθυντή με πενταετή θητεία και μέγιστες αρμοδιότητες. Τέλος, με το νέο νόμο πέτυχε την αναβάθμιση του επιστημονικού δυναμικού του Ε.Σ.Υ. με την θέσπιση αυστηρών και άκρως αντικειμενικών κανόνων αξιολόγησης[90].

Είναι φανερό ότι με το νέο νόμο επιδιώχθηκε αρκετά μεγάλη προσπάθεια σε όλους τους τομείς ώστε να γίνουν οι απαιτούμενες τομές. Οι καινοτόμες αλλαγές που θα έδιναν σύστημα υγείας ένα πλάνο για να κινηθεί στα νέα δεδομένα που πρόσταζε η εποχή δεν θα έρθει ακόμα και με την εισαγωγή της πρωτόγνωρης για τα ελληνικά δεδομένα διοίκησης που βασιζόταν κυρίως σε νεωτεριστικούς διοικητικούς και χρηματοδοτικούς μηχανισμούς και πολιτικές ελέγχου το κόστους και συγκράτησης των δαπανών υγείας[91]. Χαρακτηριστική είναι και η κατηγορία αρκετών για την ασάφεια στο θέμα της αμοιβής και των εργασιακών σχέσεων του ιατρικού προσωπικού. Έτσι, λοιπόν παρά την αισιοδοξία που προκάλεσε σε αρκετούς το

[90] Νόμος 2519/97 (Φ.Ε.Κ. 165^{Α}) , *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

[91] Μωραΐτης Ε., (2000) *Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή λύση ή ουτοπία;* Στο Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., (επιμ.), Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

συγκεκριμένο νομοθέτημα, το αποτέλεσμα ήταν να συνεχιστεί η αδυναμία στο να αναπτυχτεί περεταίρω η δημόσια υγεία.

5.4 Η πολιτική υγείας από το 2000 μέχρι το 2004.

Το 2000 μετά και τη νέα πολιτική νίκη του ΠΑ.ΣΟ.Κ. έχει έρθει ο καιρός να μπουν πολλά θέματα σε μια τελική βάση μιας και πλέον η χώρα είναι μέλος της Ο.Ν.Ε. και προετοιμάζεται για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004. Ο νέος υπουργός υγείας Α. Παπαδόπουλος καταθέτει ένα νέο πρόγραμμα για την υγεία που θέτει 200 στόχους και έχει τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη». Η πολιτική που ακολουθείται είναι λιγότερη μεταρρυθμιστική αλλά πιο στοχευμένη στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Οι στόχοι που έθετε η «Υγεία του Πολίτη» ήθελε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας που θα στηριζόταν τόσο στη πρόληψη όσο και στη περίθαλψη και θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες του Έλληνα πολίτη.

Οι στόχοι που έθεταν οι συγκεκριμένες ρυθμίσεις ήταν οι εξής[92]:

- Η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.
- Η κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και της αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των ασθενών.
- Η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ.
- Η διοικητική αποκέντρωση του Ε.Σ.Υ. και η συγκρότηση ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειας.
- Η αναδιοργάνωση της διοίκησης και της λειτουργίας των νοσοκομείων.
- Η ανάδειξη της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος.
- Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα.
- Η ορθολογική κατανομή και η αποτελεσματική διαχείριση των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων του συστήματος.

[92] Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000), : *Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»*. Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

- Η εισαγωγή μηχανισμών ελέγχου στη παροχή των δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- Η έμφαση στις πολιτικές που ενισχύουν την τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής.

Με βάση λοιπόν τους παραπάνω στόχους έχουμε την ψήφιση διάφορων νόμων που προσπαθούν να βάλουν τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα στη νέα χιλιετία. Η πρώτη νομοθετική παρέμβαση με την ψήφιση του νόμου 2889/2001. Η διαίρεση της χώρας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και η συγκρότηση Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) συμβάλει στην αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται σαν όργανο χάραξης πολιτικής. Επιπλέον, στο νέο νόμο έχουμε την εισαγωγή του θεσμού των μάνατζερ στα νοσοκομεία σε μια προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και συγκράτησης του κόστους[93].

Στη συνέχεια με την ψήφιση του νόμου 2920/2001 συστήθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ), όπου καθίσταται υπεύθυνο για την αποτελεσματική λειτουργία των φορέων υγείας και πρόνοιας[94].

Η ψήφιση του νόμου 2955/01 : «Προμήθειες Νοσοκομείων και Λοιπών Μονάδων Υγείας των ΠΕΣΥ και άλλες διατάξεις» αποτέλεσε την συνέχεια των ρυθμίσεων του νόμου 2889/01. Βασικός στόχος του νόμου ήταν η οργάνωση του συστήματος προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των ΠΕΣΥ ώστε να αποφευχθεί το πρόβλημα της σπατάλης των πόρων, να εξασφαλίζονται οι υγιείς όροι του ανταγωνισμού και να σταματήσουν οι χρονοβόρες διαδικασίες[95].

Παράλληλα εκδόθηκαν σειρά Προεδρικών Διαταγμάτων και Υπουργικών Αποφάσεων για τη ρύθμιση οργανωτικών και λειτουργικών λεπτομερειών για τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, αλλά και τα αναμενόμενα από το 1995

[93] Νόμος 2889/2001 (Φ.Ε.Κ. 37^{A}) *Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
[94] Νόμος 2920/2001 (Φ.Ε.Κ. 131^{A}) *Σώμα Επιθεωρητών υπηρεσίας Υγείας και Πρόνοιας*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
[95] Νόμος 2955/01 (Φ.Ε.Κ. 256^{A}) Προμήθειες *Νοσοκομείων και Λοιπών Μονάδων Υγείας των ΠΕΣΥ και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

νομοθετήματα για την οριοθέτηση των κανόνων λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας, όπως ενδεικτικά[96]:

1. Π.Δ. 84/2001 «Ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών που υπάγονται στις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 8 του Ν.2345/95».
2. Π.Δ. 84/2001 «Όροι Προϋποθέσεις , διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)».
3. Π.Δ. 357/2001 «Οργανισμός κεντρικής υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.)».

Την περίοδο που ακολούθησε μέχρι το 2004 έχουμε την ψήφιση του νόμου 3172/03 που αφορούσε κυρίως την προστασίας της χώρας μας σε πολιτικές δημόσιας υγείας. Φυσικά, ο συγκεκριμένος νόμος είχε σχέση με την επικείμενη διοργάνωση των Ολυμπιακών Αγώνων καθώς και με την εξάπλωση του Σοβαρού Οξέως Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS)[97]. Στο ίδιο πνεύμα, εντάσσεται και η ψήφιση του νόμου 3235 το 2004, με τον οποίο επιχειρήθηκε η διαμόρφωση ενός πλαισίου για την ολοκλήρωση της θεμελιώδους εκκρεμότητας του Ε.Σ.Υ., αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο νόμος, αν και σε σχέση με προηγούμενους με τον ίδιο προσανατολισμό ήταν πιο ρεαλιστικός, δεν τέθηκε σε εφαρμογή, λόγω της προκήρυξης των πρόωρων εκλογών.

Αξίζει να επισημανθεί ότι στο νομοθετικό έργο της περιόδου περιλαμβάνονται δύο ακόμα νομοσχέδια[98] :

- Το σχέδιο νόμου «Απόκτηση Ιατρικής ειδικότητας και συνεχιζόμενη εκπαίδευση Ιατρών».
- «Κώδικας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος και δεοντολογίας».

Λόγω την προκήρυξη εκλογών τα δύο παραπάνω νομοσχέδια δεν έγιναν ποτέ νόμοι του κράτους.

[96] Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.
[97] Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ., (2005) *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμές Νομοθετικές Παρεμβάσεις*, Εκδόσεις Αν. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

5.5 Η πολιτική υγείας από το 2004 μέχρι το 2009.

Το 2004 έχουμε την ανάληψη της κυβέρνησης από το κόμμα της Ν.Δ. και άμεσα έχουμε την προσπάθεια της να προωθήσει τις προεκλογικές της δεσμεύσεις. Το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με υπουργό τον Νικήτα Κακλαμάνη.

Ο νέος υπουργός μέσα από τους νόμου προσπαθούσε να ακυρώσει και να καταργήσει τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας. Έτσι λοιπόν αρχικά με το νόμο 3252/2004 «Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις» περνάει στην άμεση αντικατάσταση όλως των διοικητών και των αναπληρωτές διοικητές των νοσοκομείων, καταργεί τις θέσεις των Αν. Γενικών Διευθυντών των Πε.Σ.Υ.Π.[98] Στη συνέχεια, με το νόμο 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» αρχικά μετονομάζει τα Πε.Σ.Υ.Π. σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε.) για την εναρμόνιση των πολιτικών υγείας των Δ.Υ.Πε. ιδρύεται στο υπουργείο το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (Κε.Συ.Υ.Πε.) και στο επίπεδο των περιφερειών τα Συμβούλια Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.Πε.).[99] Επιπλέον, το υπουργείο έδωσε στα νοσοκομεία που εντάσσονται στο Ε.Σ.Υ. καθώς και στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας πάλι νομικό χαρακτήρα μετατρέποντας τα σε Ν.Π.Δ.Δ. με Διοικητικό συμβούλιο που οριζόταν από τον ίδιο τον υπουργό.

Μέχρι σήμερα εκτός από τους νόμους 3252/04 και 3329/05 που προαναφέραμε αυτή την περίοδο ψηφίστηκαν και άλλοι νόμοι όπως[100]:

- Νόμος 3293/04 «Πολυκλινική Ολυμπιακού χωριού, Συνήγορος της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3305/05 «Εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής».
- Νόμος 3370/05 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις».

[98] Νόμος 3252/2004 (Φ.Ε.Κ. 132^{A}) *Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
[99] Νόμος 3329/2005 (Φ.Ε.Κ. 81^{A}) *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
[100] Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας.* Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

- Νόμος 3402/05 «Αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 3418/05 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας».
- Νόμος 3457/06 «Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης».

Μετά την αλλαγή του Νικήτα Κακλαμάνη στο υπουργείο από τον Δημήτριο Αβραμόπουλο όπου καταθέτει σε ψήφιση στη βουλή το νομοσχέδιο «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων και εποπτευόμενων από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις». Μέσω του νόμου αυτού μειώθηκαν οι Δ.Υ.Πε. από 17 σε 7 με προοπτική κατά τις δηλώσεις του υπουργού να καταργηθούν στα επόμενα δύο έτη.

Το 2007 ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων εκδίδει το Εθνικό Συνταγολόγιο το οποίο προσφέρει ένα χρήσιμο βοήθημα στο έργο των επαγγελματιών υγείας , που περιλαμβάνει τεκμηριωμένη συνοπτική πληροφόρηση για τα δραστικά συστατικά και τη χρήση των κυκλοφορούντων στη χώρα μας μέχρι τις 31/12/2006 φαρμακευτικών προϊόντων αποδεδειγμένης ασφάλειας και αποτελεσματικότητας.

Λίγο πριν την πτώση της κυβέρνησης του Κώστα Καραμανλή ο υπουργός υγείας Δ. Αβραμόπουλος θέτει σε διαβούλευση μέσω του διαδικτυακού χώρου του υπουργείου σχέδιο νόμου για την «οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» όπου στην εισηγητική του αναφορά περιγράφει την σημασία που έχει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα προβλήματα που έφερε στη χώρα μας η μη ανάπτυξή της παρά μόνο τμηματικά και περιστασιακά.

Ειδικότερα τα βασικά εργαλεία που θεσμοθετούνται, σύμφωνα με το σχέδιο νόμου είναι[101]:

1. Τα Δίκτυα Π.Φ.Υ.:

α. Το Δημόσιο Δίκτυο, από υφιστάμενες υποδομές και εκείνες που θα δημιουργηθούν, όπως αναλυτικά περιγράφεται στο αρθ. 3 του σχεδίου νόμου.

[101] Σχέδιο Νόμου *Για την οργάνωση και λειτουργία του γενικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

β. Το Ιδιωτικό Δίκτυο, από ιδιωτικούς φορείς που ορίζονται στο αρθ. 4 του σχεδίου νόμου.

2. Τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων, που θα καταρτίζονται από το ΚΕΣΥ και με τα οποία οριοθετείται ο έλεγχος, τόσο των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών και των φαρμάκων της Π.Φ.Υ., όσο και το κόστος τους. Τα πρωτόκολλα αυτά είναι δεσμευτικά, τόσο για τους δημόσιους παρόχους, όσο και τους ιδιώτες παρόχους Π.Φ.Υ.

3. Τα πρωτόκολλα και οι λοιπές ρυθμίσεις διαδικασίας που προβλέπονται στο σχέδιο νόμου, αποτελούν το περιεχόμενο των όρων προσχώρησης των ιδιωτών φορέων στο σύστημα, έτσι δημιουργείται ένα αντικειμενικό, διαφανές και ισότιμο σύστημα συνεργασίας του ιδιωτικού φορέα με το Δημόσιο, χωρίς ιδιωτικές συμβάσεις, αδιαφανείς όρους και μεγάλες διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

   Τα τρία αυτά σημεία του νόμου εξασφαλίζουν ισότιμα στους πολίτες τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., ενώ θέτουν συγχρόνως, για πρώτη φορά, τους ιδιώτες παρόχους υπό την εποπτεία του Υπουργείου και σε συγκεκριμένο, ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας.

   Έτσι επεκτείνεται ο ουσιαστικός δημόσιος έλεγχος και στον ιδιωτικό τομέα Υγείας, που λειτουργεί με το χρήμα των ασφαλισμένων και του Δημοσίου.

4. Η απόλυτη ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού, όπως αυτός ορίζεται στο άρθρο 5 του νόμου, χωρίς χωροταξικούς ή άλλους περιορισμούς από τους ασφαλισμένους, σκοπεύει να επιτρέψει την άμεση προσφυγή του πολίτη στον ιατρό που είναι κατάλληλος για την ιατρική πράξη, αλλά ταυτόχρονα απολαμβάνει της εμπιστοσύνης του.

   Το μέτρο παρέχει επίσης ισότητα στην Π.Φ.Υ. των πολιτών και σκοπεύει στην κατάργηση των ανισοτήτων στην υγεία που δημιουργούν οικονομικές και κοινωνικές διαφορές μεταξύ των Ασφαλισμένων.

5. Η ηλεκτρονική κάρτα πληρωμών, όπως ορίζεται στο άρθρο 7του νόμου αποτελεί μια απλή ηλεκτρονική εφαρμογή, που η καθεμία και ο καθένας θα μπορεί να χρησιμοποιεί χωρίς να απαιτείται οποιαδήποτε ειδική γνώση, θα επιτρέπει στους ασφαλισμένους να έχουν άμεση πρόσβαση στους παρόχους Π.Φ.Υ., χωρίς τις απαιτούμενες σήμερα, πολύωρες καθυστερήσεις. Αποτελεί μια εξαιρετικά λειτουργική και απλή στην εφαρμογή της πρακτική και για

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

εγκρίσεις από τους ασφαλιστικούς Οργανισμούς ενώ συγχρόνως εξαφανίζει τις ουρές στους ιατρούς και εργαστήρια και όλες εκείνες τις γραφειοκρατικές διαδικασίες, που αναδεικνύουν τόσο την παρωχημένη όψη του λειτουργούντος σήμερα συστήματος, όσο και την ενθάρρυνση της διαφθοράς. Παράλληλα, το σύστημα θα παρέχει πλήρη έλεγχο όλων των ενεργούμενων ιατρικών πράξεων σε πραγματικό χρόνο, κάθε απόπειρα δε κατάχρησης του συστήματος, θα ελέγχεται άμεσα και θα επιβάλλονται οι αυστηρές κυρώσεις.

6. Το χρονοδιάγραμμα πλήρους εφαρμογής του νέου συστήματος έχει ορίζοντα μεταβατικής περιόδου 5 ετών, όπως ορίζει το άρθρο 9:
   - Προβλέπεται η άμεση εφαρμογή του στον ΟΠΑΔ που αφορά περίπου 1.700.000 ασφαλισμένους του δημοσίου.
   - Με κοινές υπουργικές αποφάσεις των συναρμόδιων εκάστοτε Υπουργών, προβλέπεται η συνεργασία με το ΙΚΑ, με διαχωρισμό του ασφαλιστικού και υγειονομικού κλάδου καθώς επίσης και του ΟΓΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών.
   - Επιδίωξη της Κυβέρνησης είναι η ένταξη στο σύστημα αυτό, του μεγαλύτερου αριθμού των Ασφαλιστικών Ταμείων, ώστε το σύνολο των Ελλήνων Ασφαλισμένων, να απολαμβάνει τα σημαντικά πλεονεκτήματα του συστήματος.
   - Στο διάστημα της πενταετίας και με την εμπειρία που θα αποκτηθεί από την άμεση εφαρμογή του στο ΟΠΑΔ, θα γίνουν όλες οι αναγκαίες παρεμβάσεις για την καλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος, στο δίπτυχο Πολίτης - Δημόσιο Χρήμα!

Ο υπουργός Δ. Αβραμόπουλος θα προωθήσει στη βουλή το παραπάνω σχέδιο νόμου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το οποίο πάντα με βάση τα λεγόμενα του υπουργού θα έχει ορίζοντα δεκαετίας.

5.6 Η πολιτική υγείας από το 2009 μέχρι σήμερα.

Το 2009 βρίσκει την Ελλάδα να προσπαθεί να επιβιώσει από τα διάφορα πολιτικά σκάνδαλα που είχαν προκύψει καθώς πλέον και με ορατό τον κίνδυνο της πτώχευσης. Η κυβέρνηση Καραμανλή προκηρύσσει κάτω από αυτές τις συνθήκες

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

εκλογές με αποτέλεσμα την επάνοδο στην εξουσία του ΠΑ.ΣΟ.Κ. με πρωθυπουργό τον Γεώργιο Παπανδρέου. Το ντόμινο της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. και κινούταν απειλητικά προς την Ευρώπη έπνιξε την ανοργάνωτη και ελλιπή οικονομική πολιτική της χώρας ανεβάζοντας το χρέος σε πολύ μεγάλα μεγέθη.

Ο πρωθυπουργός της χώρας Γ. Παπανδρέου μπροστά στο κίνδυνο της πτώχευσης και ότι αυτή μπορεί να επιφέρει στη χώρα αναζητά οικονομική διέξοδο στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο μιας και η Ευρωπαϊκή Ένωση αποδεικνύεται πολύ αργή στις κινήσεις της καθώς και φοβική στο να προστατεύσει το ενιαίο νόμισμα της και την ήπια προσαρμογή των υπό κίνδυνο οικονομικής κατάρρευσης των χωρών αυτής. Η κατάσταση αυτή λοιπόν επηρεάζει και τον υγειονομικό τομέα της χώρας.

Στη λογική μείωση των δαπανών για να μπορέσει η χώρα να ανταπεξέλθει στα σκληρά μέτρα που έχει θέσει το Δ.Ν.Τ. αλλά και η Ευρωπαϊκή Ένωση θυσιάστηκαν εκτός από οικονομικούς πόρους που θα μπορούσαν να οδηγήσουν την χώρα μας σε ένα σύγχρονο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας και τα κοινωνικά κεκτημένα ετών.

Μέσα σε αυτό το κλίμα η υπουργός Υγείας Μ. Ξενογιαννακοπούλου καταθέτει το νομοσχέδιο 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»[102]. Το νέο νομοσχέδιο εισάγει για πρώτη φορά την έννοια του ολοήμερου νοσοκομείου. Θεσμοθετείται, επίσης, ειδικό Γραφείο του Πολίτη σε κάθε νοσοκομείο με την εποπτεία του διοικητή, στο οποίο θα καταγράφονται παράπονα και καταγγελίες όσων δεν έχουν μείνει ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά και τις υπηρεσίες Υγείας, που τους παρείχε το ΕΣΥ. Το συγκεκριμένο γραφείο θα συγκεντρώνει τις παρατηρήσεις αυτές, θα τις περνάει στο Υπουργείο και η υπουργός θα τις ανακοινώνει με τη μορφή στατιστικής μελέτης στη Βουλή. Επιπλέον, δίνεται οκτάμηνη διορία στους καθηγητές Ιατρικής, που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία, να κλείσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Σύμφωνα με το ίδιο σχέδιο προωθείται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο δεύτερο εξάμηνο του 2010, σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία, σύμφωνα με οδηγίες, που θα δοθούν από τον ΕΟΦ.

[102] Νόμος 3868/2010 (Φ.Ε.Κ. 129^{A}) *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Η υπουργός τόνισε επίσης ότι στις 30 Ιουλίου λήγει η διορία και πως «είναι τελεσίδικη» για τις ιδιωτικές κλινικές άνω των εξήντα κλινών, οι οποίες θα πρέπει να έχουν το δικό τους φαρμακείο. Αν αυτό δεν συμβεί, θα πάψουν να συνεργάζονται με τα ταμεία.

Σύμφωνα με τις βασικές αρχές του νέου σχεδίου νόμου ενοποιείται ένα σημαντικό κομμάτι από τις εκατό δομές της πρόνοιας, που στο εξής θα εποπτεύονται από έναν ενιαίο φορέα, στον οποίον θα δίνουν αναφορά ανεξάρτητα από το σε ποιο σημείο της χώρας βρίσκονται και λειτουργούν.

Ο δεκάλογος στον οποίο βασίζεται το νέο νομοσχέδιο περιλαμβάνει τα εξής[103]:

- Επίτευξη εθνικού σχεδίου για την πρόληψη και την προαγωγή της Υγείας.
- Προσβασιμότητα σε όλους στο ΕΣΥ, ώστε να εκλείψουν οι κοινωνικές ανισότητες, αλλά και οι ασθενείς της περιφέρειας να έχουν όσο το δυνατόν καλύτερες υπηρεσίες Υγείας.
- Βελτίωση της διοικητικής αποτελεσματικότητας του συστήματος με αναβάθμιση των δομών και του εξοπλισμού, ώστε να υπάρχει καλύτερη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς.
- Ορθολογική κατανομή και διαχείριση των πόρων του ΕΣΥ με διαφάνεια και ελέγχους παντού.
- Αναβάθμιση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού με κίνητρα, αξιοκρατία και επανεκπαίδευση.
- Νέα αρχιτεκτονική των δομών Υγείας, σύμφωνα με τον νέο υγειονομικό χάρτη, που προκύπτει από το πρόγραμμα «Καλλικράτης».
- Ολοκλήρωση του ΕΣΥ με ανάπτυξη και έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας.
- Καθιέρωση και άσκηση αποτελεσματικών ελέγχων στην παροχή δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών Υγείας.
- Θεσμοθέτηση διαδικασιών κοινωνικής λογοδοσίας, όπως το Γραφείο του Πολίτη.

[103] Νόμος 3868/2010 (Φ.Ε.Κ. 129^{A}) *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

- Ενδυνάμωση του εθελοντισμού για την Υγεία και την Πρόνοια.

Σε ότι αφορά το τελευταίο, ο στόχος είναι να δημιουργηθεί σε κάθε νοσοκομείο, ή προνοιακό κέντρο, μητρώο εθελοντών, το οποίο θα παρέχει δωρεάν υπηρεσίες, ώστε ο εθελοντισμός να φανεί στην πράξη, αλλά και να περιοριστούν οι πολλές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, κάποιες από τις οποίες, όπως εκτιμούν φορείς στο υπουργείο Υγείας, δεν παρήγαγαν έργο.

Καθώς η Ελλάδα καθημερινά πιεζόταν για μεταρρυθμίσεις και τη μείωση του χρέους της από το Δ.Ν.Τ. και την Ε.Ε. αυτό απαιτούσε από τους υπουργούς γρήγορες και προσεχτικές κινήσεις ώστε να μειώσουν τις δαπάνες τους αλλά και να παράγουν το ανάλογο έργο. Επομένως, η σύγκρουση της υπουργού με τους εργαζομένους, η ατολμία ώστε να αλλάξει κάτι στο υγειονομικό σύστημα της χώρας αλλά και η ανεπιτυχής μείωση των δαπανών για την υγεία φέρνει την αλλαγή της υπουργού στο πρώτο ανασχηματισμό. Ο νέος υπουργός Α. Λοβέρδος καταθέτει στα τέλη του 2010 το νομοσχέδιο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» όπου το Μάρτιο του 2011 θα γίνει και νόμος του κράτους. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο προσπαθεί και θέτει πολλές παραμέτρους με κυρίαρχο θέμα την μείωση των δαπανών και για αυτό από πολλούς αναφέρεται σαν «πολυνομοσχέδιο σκούπα».

Συγκεκριμένα ο νέος νόμος 3918/2011 προβλέπει την Σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών, καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, εξόφληση νοσηλίων με πιστωτική κάρτα αλλά και εισοδηματικό πλαφόν για τη χορήγηση των πολυτεκνικών επιδομάτων και τους επιδόματος για το τρίτο παιδί, όπως και πλήθος ρυθμίσεων για εργασιακά ζητήματα των γιατρών και των ειδικοτήτων τους.

Αναλυτικότερα λοιπόν σε αυτό το νομοσχέδιο έχουμε[104]:

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Συστήνεται ο Οργανισμός Παροχής Υγείας, στον οποίο εντάσσονται οι κλάδοι Υγείας του ΙΚΑ, του ΟΓΑ και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων

[104] Νόμος 3918/2011 (Φ.Ε.Κ. 31^{A}) *Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) και ο Οίκος Ναύτη.

Το νομοσχέδιο προβλέπει ότι οι υπηρεσίες νοσοκομειακής υποστήριξης του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ εντάσσονται στο ΕΣΥ:

--το 1ο Νοσοκομείο του ΙΚΑ Αθήνας εντάσσεται στο Σισμανόγλειο,

--το 2ο Νοσοκομείο του ΙΚΑ Θεσσαλονίκης στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»,

--το Νοσοκομείο Βραχείας Νοσηλείας του ΙΚΑ στην «Πολυκλινική»,

--το Ογκολογικό Νοσοκομείο του ΙΚΑ στον «Άγιο Σάββα» και

--το 7ο Νοσοκομείο του ΙΚΑ στο Νοσοκομείο «Αγία Όλγα -Κωνσταντοπούλειο».

Μετά την ένταξη, το προσωπικό που είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, «... μεταφέρεται με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, κλάδο, βαθμό και ειδικότητα που κατέχει, στον αντίστοιχο φορέα υποδοχής, το δε απασχολούμενο με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, σε αντίστοιχες κενές θέσεις της συγκεκριμένης ειδικότητας».

Όλη η περιουσία (ακίνητη, κινητή, εξοπλισμός κ.λπ.) του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, που αφορά τις υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης, περιέρχεται αυτοδικαίως κατά κυριότητα στο Ελληνικό Δημόσιο και χωρίς την κατάρτιση οποιασδήποτε συμβολαιογραφικής ή άλλης πράξης.

Συμβάσεις που έχουν καταρτιστεί, μεταξύ του ΙΚΑ και τρίτων (εκμισθωτές, προμηθευτές κλπ), καθώς και με γιατρούς και οδοντιάτρους απασχολούμενους με σχέση μίσθωσης έργου, εξακολουθούν να ισχύουν μέχρι τη λήξη τους, αλλά όχι για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους.

Το rebate από τα φαρμακεία

Με το νομοσχέδιο, το υπουργείο προχωρεί στην καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία. Τα χρήματα που θα επιστρέφονται σε ετήσια βάση, σύμφωνα με τον υπολογισμό των εσόδων θα πηγαίνουν υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Το «rebate» από τα φαρμακεία, αφορά κλιμακούμενο ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού. Συγκεκριμένα, μέχρι τις 2.000 ευρώ θα επιστρέφεται 0,5%, από τις 2.001 έως τις 5.000, το1% από τις 5.001 μέχρι τις 10.000, το 2%, από τις 10.001 έως τις 20.000, το 3%, από τις 20.001 έως τις

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

30.000, το 4% από τις 30.001 έως τις 40.000 το 6% και για περισσότερα από 40.001 το 8%.

Σύστημα Προμηθειών στα δημόσια νοσοκομεία

Συστήνεται Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών, με στόχο την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας.

Με πιστωτικές κάρτες VISA και MASTERCARD στα νοσοκομεία

Με το ίδιο σχέδιο νόμου δίνεται η δυνατότητα στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και στο Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» να κάνουν πάσης φύσεως εισπράξεις νοσηλίων, ιατροδιαγνωστικών εξετάσεων, ιατρικών επεμβάσεων και εξέταστρων με πιστωτικές κάρτες VISA και MASTERCARD.

Επιδόματα πολύτεκνων και επιδόματα για το τρίτο παιδί

Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, στη μητέρα που αποκτά τρίτο παιδί καταβάλλεται μέχρι και την συμπλήρωση του έκτου έτους της ηλικίας του επίδομα ύψους 177 ευρώ, εφόσον το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των δικαιούχων δεν υπερβαίνει το ποσό των 40.000 ευρώ. Οι δικαιούχοι πρέπει να έχουν μόνιμη και συνεχή δεκαετή παραμονή στην Ελλάδα. Επίσης, στην μητέρα που έχει ή αποκτά τρία παιδιά χορηγείται μηνιαίο επίδομα για κάθε άγαμο παιδί της, κάτω των 23 ετών, το οποίο ισούται με το επίδομα που καταβάλλεται για κάθε παιδί πολύτεκνης οικογένειας και καθορίζεται από 1-1-2011 στο ποσό των 44 ευρώ.

Στους πολύτεκνους καταβάλλεται μηνιαίο επίδομα ποσού 44 ευρώ υπό την προϋπόθεση ότι το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα δεν υπερβαίνει το ποσό των 40.000 ευρώ. Στην μητέρα που δεν δικαιούται πλέον το παραπάνω επίδομα χορηγείται ισόβια σύνταξη ποσού 102 ευρώ. Στις πολύτεκνες οικογένειες, από 1-1-2011 και για όσο

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

χρονικό διάστημα καταβάλλεται το επίδομα τρίτου παιδιού δεν θα καταβάλλεται το επίδομα παιδιού πολύτεκνης οικογένειας.

Το νομοσχέδιο που έφερε ο υπουργός υγείας και δημιουργήθηκε ώστε να μειώσει τις δαπάνες τις υγείας όμως δίνει την δυνατότητα στον ιδιωτικό τομέα να ελέγχει το σύστημα προμηθειών δίνοντας του και την δυνατότητα να συνάπτει συμβάσεις με εμπορικές τράπεζες για την χρηματοδότηση των προγραμμάτων προμηθειών και την εξόφληση των προμηθευτών. Με το συγκεκριμένο νομοσχέδιο δίνεται και η δυνατότητα για την επέκταση ελαστικών μορφών απασχόλησης σε δημόσιους φορείς της πρόνοιας αλλά και η ευελιξία στη μετατροπή και μεταφορά οργανικών θέσεων από ένα ΝΠΔΔ σε άλλο, διευκολύνοντας έτσι τις επικείμενες συγχωνεύσεις φορέων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τέλος, το νομοσχέδιο αυτό διευκολύνει την ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας, καθώς του προσφέρεται τη δυνατότητα επέκτασης των ιδιωτικών κλινικών ως προς τις κτιριακές υποδομές, την ανάπτυξη νέων τμημάτων, μονάδων και εργαστηρίων και αύξησης κλινών. Έτσι ώστε, Ο ιδιωτικός τομέας υγείας θα είναι αυτός που θα καλύπτει τα κενά που θα δημιουργηθούν από τις συγχωνεύσεις – καταργήσεις δημόσιων νοσοκομείων.

Ο υπουργός Υγείας Α. Λοβέρδος στις αρχές του 2011 συστήνει «Επιτροπή Σοφών» στην Υγεία, για να αξιολογήσει την ασκούμενη πολιτική στο χώρο αλλά και να προτείνει μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας. Στο «μικροσκόπιο» της ανεξάρτητης 11μελής Επιτροπής Ειδικών, υπό τον καθηγητή Οικονομικών της Υγείας στο London School of Economics, Η. Μόσιαλο, μπαίνει συνολικά η λειτουργία του συστήματος υγείας, η επάρκεια και η αποτελεσματικότητά του.

Με βάση μάλιστα το πόρισμα που θα παραδώσει η Επιτροπή, η κυβέρνηση θα προχωρήσει στην υιοθέτηση ενός προγράμματος δράσεων για την υγεία μέχρι το τέλος Ιουνίου ακολουθώντας συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα υλοποίησής τους. Το αντικείμενο της Επιτροπής παρουσίασε χθες ο υπουργός Υγείας χαρακτηρίζοντας τον κ. Μόσιαλο «στροφέα» ο οποίος -όπως είπε ο κ. Λοβέρδος- είναι ένας έγκριτος καθηγητής με αυτή την ιδιότητα να είναι γνωστή εκτός ελληνικών συνόρων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Πόρισμα

Σε συνεργασία με Κομισιόν, Ευρωπαϊκή Τράπεζα και ΔΝΤ, η Επιτροπή θα παραδώσει ένα πόρισμα με την αρχική αξιολόγηση των δράσεων σε πολιτικές που έχουν μέχρι τότε εφαρμοστεί και θα προτείνει βελτιωτικές κινήσεις εφόσον κριθεί απαραίτητο. Στο τέλος Μαΐου, θα παραδώσει το τελικό της πόρισμα στο οποίο θα αποτιμά τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν μέχρι εκείνη τη στιγμή ενώ, θα παρουσιάζει προτάσεις για μια σειρά θεμάτων, όπως η ενοποιημένη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (άντληση εσόδων, συλλογή οφειλών και ορθολογική διαχείριση των υπαρχόντων κεφαλαίων των Ασφαλιστικών Οργανισμών) και η εναρμόνιση των πακέτων υγείας για τους δικαιούχους όλων των Ασφαλιστικών Οργανισμών. Ειδικά για την παροχή υπηρεσιών και κινήτρων στους παρόχους αυτών, θα επεξεργαστεί σχέδιο για:

- Τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υγείας.
- Τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ειδικών ιατρών και νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Την αποτελεσματικότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών.
- Τη φαρμακευτική κατανάλωση.
- Τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Το πόρισμα της επιτροπής θα περιλαμβάνει ποσοτικούς στόχους με απώτερο σκοπό να συνεισφέρει στη διατήρηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ μικρότερο του 6% ετησίως.

Η ενδιάμεση έκθεση της επιτροπής Σοφών Υγείας προτείνει στο αρμόδιο υπουργείο αύξηση των εισφορών των ασφαλισμένων του ΟΓΑ, επαναξιολόγηση των διοικητών των νοσοκομείων στα οποία δεν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι της μείωσης δαπανών και της ανάπτυξης της μηχανοργάνωσης και του διπλογραφικού συστήματος, αλλαγή στο σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων αλλά και στον τρόπο στελέχωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Ειδικότερα, στην ενδιάμεση έκθεση της «Επιτροπής Σοφών» (Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνωμόνων του τομέα Υγείας), για τον ***Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας*** (Ε.Ο.Π.Υ.Υ), αμφισβητείται το κατά πόσο

η ετήσια επιχορήγηση του Οργανισμού (η οποία θα ανέρχεται στο 0,6 του ΑΕΠ) θα επαρκεί, με δεδομένο ότι η εισφοροδιαφυγή των ασφαλισμένων ανέρχεται σε 3,5 δισ. ευρώ. Επίσης, στην έκθεση αναφέρεται ότι θα πρέπει ***να αναπροσαρμοστούν τα ποσοστά των εισφορών των εργαζομένων και των συνταξιούχων, ειδικά του ΟΓΑ***, που συμμετέχει με μικρή εισφορά για τους νέους αγρότες και με μηδενική για τους παλαιούς συνταξιούχους. Παράλληλα, καθίσταται αναγκαία η ***άμεση απογραφή των δικαιούχων ασφάλισης υγείας*** σε όλα τα ταμεία προκειμένου να εξαλειφθεί ο πλασματικός αριθμός των έμμεσα ασφαλισμένων.

Για τα νοσοκομεία, επισημαίνεται ότι ενώ το 2010 επιτεύχθηκε μείωση στις δαπάνες για αγορές (κατά 10,93%), αυξήθηκαν οι δαπάνες για υπηρεσίες προς τρίτους (π.χ. φύλαξη καθαριότητα), κυρίως λόγω αδυναμίας άμεσης διενέργειας διαγωνισμών και μεταφοράς υποχρεώσεων από το 2009. Επίσης διαπιστώνεται ***αύξηση των δαπανών σε ορισμένα νοσοκομεία που αποδίδεται σε κακοδιαχείριση***.

Η ***αλλαγή του συστήματος των εφημεριών*** με ορθότερη κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων είναι μία ακόμη πρόταση της Επιτροπής. Επιπλέον, η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να μη γίνεται βάσει του αριθμού των κλινών αλλά με γνώμονα την παραγωγικότητα του κάθε νοσοκομείου. Στην Έκθεση επισημαίνεται η ***ανάγκη περαιτέρω μείωσης των δαπανών το 2011***, παρά το γεγονός ότι παρατηρείται αύξηση τόσο στην προσέλευση του κόσμου στα δημόσια νοσοκομεία (αύξηση κατά 5,8%), όσο και στις χειρουργικές επεμβάσεις (αύξηση 5,46%).

Ακόμη, προτείνεται ***αλλαγή του συστήματος τιμολόγησης των φαρμάκων***, καθώς «*οι ευρωπαϊκές χώρες -τις οποίες χρησιμοποιεί η Ελλάδα ως χώρες αναφοράς- ενδεχομένως να παρουσιάζουν πλαστές τιμές λόγω εκπτώσεων που έχουν συμφωνηθεί με τις φαρμακοβιομηχανίες, οι οποίες όμως αποτελούν "κρατικά μυστικά" και δεν κοινοποιούνται*». Ακόμη, ***το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών να μη συνδέεται με την τιμή του φαρμάκου*** ή να είναι αντιστρόφως ανάλογο με την τιμή του σκευάσματος (δηλαδή όσο ακριβότερο είναι το φάρμακο, τόσο μικρότερο να είναι το ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών). Προτείνεται επίσης να υπόκεινται σε rebate και τα ακριβά φάρμακα, να επανεξεταστεί το rebate που υποβάλλει η φαρμακοβιομηχανία και να εξετασθεί το ενδεχόμενο να υποβάλλουν οι φαρμακοβιομηχανίες περαιτέρω έκπτωση στα ασφαλιστικά ταμεία για τα φάρμακα που εντάσσονται στη Θετική Λίστα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Τέλος, η Επιτροπή Σοφών προτείνει τη ***συγχώνευση του ΕΟΦ, του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ) και πιθανώς ορισμένων τμημάτων του Γενικού Χημείου του Κράτους*** σε έναν οργανισμό φαρμάκων και διατροφής

Μέχρι και σήμερα δεν έχουμε το πόρισμα της επιτροπής σοφών για την Υγεία, ίσως αυτό να οφείλετε και στην Υπουργοποίηση του Η. Μόσιαλου από τον πρωθυπουργό Γεώργιο Παπανδρέου. Εξάλλου και από τις παρατηρήσεις που είχε κάνει η επιτροπή στην ενδιάμεση έκθεση της δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα τίποτα από το αρμόδιο υπουργείο. Ίσως, αυτά να ενταχθούν σε ένα μελλοντικό νομοσχέδιο.

Πρόσφατα ο υπουργός Υγείας ανακοίνωσε τμήμα του τελικού του σχεδίου για διοικητικές συγχωνεύσεις, επιστημονικές συνεργασίες και μείωση των κλινών σε αρκετά νοσηλευτικά ιδρύματα, για την αναδιάταξη του ΕΣΥ. Με αυτό τον τρόπο το υπουργείο θα μειώσει τους διοικητές από 131 σε 77 στα νοσηλευτικά ιδρύματα όλης της χώρας, άλλα και τη μείωση των οργανικών κλινών από 46.873 σε 35.815.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συμπεράσματα

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη σημαντική πρόοδο που έχει παρατηρηθεί στο διάστημα από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέχρι σήμερα στις υποδομές (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) και τον εξοπλισμό, αλλά και τη στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό. Η χώρα διαθέτει πλέον ένα εκτεταμένο δίκτυο σύγχρονων νοσοκομείων, εξειδικευμένων μονάδων και υπηρεσιών, που υπηρετείται από υψηλού επιπέδου επιστημονικό, νοσηλευτικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό, οι δε περιφερειακές ανισότητες έχουν περιορισθεί σημαντικά.

Δεν θα πρέπει όμως όλα τα παραπάνω να αναιρέσουν την αυταπόδεικτη αλήθεια ότι στη χώρα μας η έννοιες σχεδιασμός και προγραμματισμός έχουν μόνο θεωρητική σημασία. Από την παραπάνω περιγραφή της πορείας ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας φάνηκε αρκετά καθαρά ότι το υγειονομικό σύστημα βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις των τελευταίων δεκαετιών, ο υγειονομικός τομέα εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στην οργάνωση και λειτουργία, στη χρηματοδότηση και αποτελεσματικότητα, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και στ παροχή υπηρεσιών, με ανύπαρκτη δημόσια υγεία, με πληθωρισμό γιατρών και μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, με πολύ αδύναμη ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. και με στοιχεία αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς εκ μέρους πολλών ιατρών. Η δυσφορία του κόσμου από τις υπηρεσίες υγείας είναι στην Ελλάδα κατά πολύ μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Είναι επίσης πραγματικότητα ότι κάθε φορά που εκπονείται κάποια μελέτη για μεταρρύθμιση, ο πυρήνας των προβλημάτων που αναφέρονται παραμένει σταθερά ο ίδιος και οι βασικές προτάσεις επαναλαμβάνονται.

Από το 1953, γίνεται προσπάθεια για την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας και για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που αναγράφονται και τους έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στα τελευταία νομοσχέδια που έχουν κατατεθεί, ευελπιστώντας να μην έχουμε την κατάληξη που είχαμε και στο παρελθόν.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Όπως προαναφέραμε έχουν γίνει πράγματι πολύ σημαντικά βήματα ιδιαίτερα όσον αφορά την κτηριακή υποδομή με την ανέγερση πολλών νέων νοσοκομείων, κέντρων υγείας και πολυϊατρείων , τα περισσότερα με σύγχρονο εξοπλισμό και ικανοποιητική στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό. Δεν έχουν όμως λυθεί σημαντικά προβλήματα που έχουν σχέση με την δομή, την οργάνωση και λειτουργία, με τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, με τις ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Λόγω αυτών των προβλημάτων το σύστημα υγείας δε θεωρείται σήμερα ούτε καλά δομημένο, ούτε αποτελεσματικό, όπως είναι τα περισσότερα Ευρωπαϊκά.

Στην πορεία συγκρότησης του Ε.Σ.Υ., όχι μόνο δεν έγιναν αυτά που ο νόμος προέβλεπε, αλλά μερικές φορές σημειώθηκαν ανακολουθίες και ασυνέχειες στην πολιτική. Τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις είναι αποδεκτές μόνο όταν αυτές εντάσσονται στα πλαίσια ενός δυναμικού σχεδιασμού και προγραμματισμού. Δεν επιτρέπεται όμως μια τέτοια διαδικασία, αυτές οι αναθεωρήσεις να ανατρέπουν τη βασική πορεία εξέλιξης, όπως έγινε κατά την περίοδο 1990-93, όταν οι παρεμβάσεις της τότε πολιτικής ηγεσίας ανέτρεψαν εντελώς την φιλοσοφία και πορεία συγκρότησης του Ε.Σ.Υ.

Σήμερα η κατάσταση λόγω και της οικονομικής κρίσης που πλήττει την χώρα μας είναι αρκετά δύσκολη. Οι τελευταίες νομοθετικές ρυθμίσεις είναι σε σωστή κατεύθυνση όπως και η παρατηρήσεις που έκανε η επιτροπή των «Σοφών» για την υγεία που με τις προτάσεις τους προσπαθούν να μειώσουν τόσο τις δαπάνες της χώρας μας στην υγεία και επιπροσθέτως να υλοποιήσουν με αποφασιστικότητα και σταθερότητα ένα πραγματικά Εθνικό Σύστημα Υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Επίλογος

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από μια έντονη οργανωτική παθογένεια που δεν μπόρεσε να θεραπευτεί, μέσα από το πλήθος των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που επιχειρήθηκαν κυρίως από το 1980 και μετά.

Οι δύο βασικές συνιστώσες που χαρακτηρίζουν αυτή τη παθογένεια είναι από τη μία τα συσσωρευμένα προβλήματα στη σχέση του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας (ποιότητα και πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες) και από την άλλη η αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων του συστήματος.

Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στην Ελλάδα δεν κατόρθωσαν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα χαρακτηριστικά αυτά. Η αιτία αυτή μπορεί να αναζητηθεί αφενός στην έλλειψη της απαραίτητης πολιτικής βούλησης και αφετέρου και κατά κύριο λόγο την έλλειψη συστηματικότητας που διακρίνει την προπαρασκευή και εκτέλεση όλων των μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται από την (διαχρονική) αδυναμία επίτευξης των προκαθορισμένων μεταρρυθμιστικών στόχων.

Κι αν οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στο παρελθόν δεν κατόρθωσαν να ικανοποιήσουν στις προσδοκίες των πολιτών και πολύ περισσότερο να συνδράμουν στη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι σχεδόν βέβαιο ότι η επιτυχία των μελλοντικών μεταρρυθμιστικών σχεδιασμών θα εξαρτηθεί κατά πολύ από τρεις σημαντικές παραμέτρους:

1. Την πολιτική βούληση που θα υπάρξει και τη διακομματική συνεργασία που θα επιδιωχθεί.
2. Την ενσωμάτωση και αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στη διαχείριση του συστήματος.
3. Την κινητοποίηση-προσαρμογή του ανθρώπινου παράγοντα στο νέο οργανωτικό περιβάλλον.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αλεξιάδη, Α.Δ., (2005) *Το Αποκεντρωτικό Σύστημα της Π.Φ.Υ.* Ε.Δ.Δ.Δ.Δ., Τεύχος 1^{ο} ,Τόμος 49.
2. Αλεξιάδη Α.Δ., Χαμαλίδου Α., (1991) *Το νομοθετικό και Οργανωτικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης*. Περιοδικό Διοικητική Μεταρρύθμιση, Τεύχος 47- 48, σ.101.
3. Αλεξιάδη Α.Δ., (2003) *Το Ε.Σ.Υ. στην αρχή του 21^{ου} αιώνα. Η προσπάθεια του 2889/2001*. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.
4. Αναλυτής, Ν., (2006) *Πόρισμα της επιτροπής Σοφών για την αναμόρφωση του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων*. Αθήνα.
5. Αναπλιώτη – Βααίου, Ειρήνη., (1987) *Παγκόσμιες αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Συστήματα*. Αθήνα.
6. Βενιέρης, Δ., (1998) *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης*. Στο Γ. Γράβαρης, Δ., (επιμ.) Το «Χτίσιμο» του Κοινωνικού Κράτους: Από τον Κομματικό Λόγο στις Κρατικές Πολιτικές, στο Μ. Σπουρδαλάκης, (επιμ.), ΠΑ.ΣΟ.Κ. Κόμμα – Κράτος – Κοινωνία, Πατάκης.
7. Βλάσσης Ι., (2006) *Συστήματα Υγείας*. Σημειώσεις για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας», Αθήνα.
8. Γαρδίκας, Κ.Δ., (2000) Εθνικά *Συστήματα Υγείας Διάφορων Χωρών*. Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα.
9. Δίκαιος Κ., Πολιτική Υγείας (1999) *Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Στο Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ., (επιμ), Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική», Ε.Α.Π., Τόμος Β', Πάτρα.
10. Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, (1998) *Ποιότητα στη Δημόσια Διοίκηση*. Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

11. Ζηλίδη Χ., (1988) *Η αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού πληθυσμού*. Εκδόσεις ΑΤΕ, Αθήνα.
12. Ζηλίδη Χ., (1995) *Τα κέντρα υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
13. Θεοδώρου Μ., Σαρρή Μ., Σούλης Σ., (2001) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
14. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. (2005) *Κοινοτική Νοσηλευτική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
15. Καραδήμας Ε. (2005) *Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
16. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών. (1976) *Πρόγραμμα αναπτύξεως Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976 – 1980: Υγεία*. Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Αθήνα.
17. Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Κ., (2005) *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμές Νομοθετικές Παρεμβάσεις*. Εκδόσεις Αν. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή.
18. Κοντιάδης, Ξ., (1997) *Η Κοινωνική Διοίκηση στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Α. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή.
19. Λαδά-Χατζοπούλου Α. (1978) *Η δημόσια υγεία. Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα*. Εκδόσεις *Σύγχρονα. Θέματα, Αθήνα.*
20. Λιάκος, Α., (1993) *Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*. Εκδόσεις Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα.
21. Λιαρόπουλος, Λ., (1989) *Η ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας*. Ιατρική, 56, 419 – 425.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

22. Λιαρόπουλος, Λ., (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Α' Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

23. Λιαρόπουλος, Λ., (2010) *Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

24. Μακρυδημήτρης, Α.,Μιχαλόπουλος, Ν., (2000) *Εκθέσεις Εμπειρογνωμόνων για τη Δημόσια Διοίκηση 1950 – 1998*. Παπαζήσης, Αθήνα.

25. Μπαρούτης, Σ., (2010) *Συστήματα Υγείας και η Υγεία*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

26. Μπένου Α.,(1996) *Π.Φ.Υ. Προϋπόθεση, στόχος για τον επαναπροσδιορισμό των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονη ρεαλιστική πρόταση για την υπέρβαση της κρίσης του υγειονομικού τομέα*. Πρακτικά Ημερίδας, «Η υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», σ.43 & επ., Θεσσαλονίκη.

27. Μπουραντάς Δ., Βάθης Α., Παπακωνσταντίνου Χ., Ρεκλειτης Π., (1999) *Αρχές οργάνωσης και διοίκησης επιχειρήσεων και υπηρεσιών*. Αθήνα

28. Μπουρσανίδης Χ., (1991) *Συστήματα Υγείας*. Σημειώσεις, Τ.Ε.Ι.- Αθήνας, Αθήνα.

29. Μουτσόπουλος, Χ., Ελληνικό (2011) *«Σύστημα»… Υγείας. Η Λειτουργία του σε Καιρό Χρεοκοπίας*. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.

30. Μωραΐτης, Ε., (2006) Πολιτική *για την Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα.

31. Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν., (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας.

32. Μωραΐτης, Ε., (1985) *Συστήματα Υγείας*. Σημειώσεις, ΤΕΙ- Αθήνας, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

33. Μωραΐτης Ε., (2007) *Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις για το μεταπτυχιακό τμήμα «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο – Τ.Ε.Ι. Πειραιά.

34. Μωραΐτης Ε., (2000) *Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή λύση ή ουτοπία*;. Στο Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., (επιμ.), Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, : «Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη», Αθήνα.

35. Νιάκας, Δ., (1995) *Η Πρόταση των Ξένων Εμπειρογνωμόνων : Είναι εφικτή η Εφαρμογή της*. Στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), Η Πολιτική Υγειάς στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα.

36. Νιάκας, Δ., (1993) *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη – Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

37. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143^{Α}) *Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

38. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123^{Α}) *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

39. Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α/1997) *Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας , οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

40. Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37^{Α}) *Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

41. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53^{Α}) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

42. Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31^{A}) *Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

43. *Ν*όμος *2194/1994* (ΦΕΚ 34Α) *Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

44. Νόμος 2920/2001 (Φ.Ε.Κ. 131^{A}) *Σώμα Επιθεωρητών υπηρεσίας Υγείας και Πρόνοιας*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

45. Νόμος 2955/01 (Φ.Ε.Κ. 256^{A}) *Προμήθειες Νοσοκομείων και Λοιπών Μονάδων Υγείας των ΠΕΣΥ και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

46. Νόμος 3252/2004 (Φ.Ε.Κ. 132^{A}) *Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

47. Νόμος 3329/2005 (Φ.Ε.Κ. 81^{A}) *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

48. Νόμος 3868/2010 (Φ.Ε.Κ. 129^{A}) *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

49. Νόμος 3918/2011 (Φ.Ε.Κ. 31^{A}) *Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.

50. Οικονόμου, Χ., (2004) *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.

51. Παγκόσμια Ένωση Νοσοκομείων, (2006) *Τα νοσοκομεία 25 Χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης*.

52. Πολύζος, Ν., (1994) *Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Περίθαλψη*. Στο βιβλίο, «Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συστήματος». Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

53. Ρόμπολης, Σ., (1997) *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Από τον Κρατικό Έλεγχο της Προσφοράς στο Κρατικό Έλεγχο της Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας*. Στο Κυριόπουλος, Γ., Σίσσουρας, Α., (επιμ.), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη. Θεμέλιο, Αθήνα.
54. Σαρρής Μ (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα.
55. Σιγάλας, Ι., (1999) *Οργάνωση και Λειτουργία Περιφερειακού Νοσοκομείου*. Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.
56. Σιγάλας Ι., (1999) *Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας*. Στο Δίκαιος Κ και συν. (επιμ.). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, κεφ.2, σελ 57-112.
57. Σουλιώτης, Κ., (2000) *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Παπαζήσης, Αθήνα.
58. Σουρτζή Π. (1998) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 10(4):179-185, Αθήνα.
59. Τούντας, Γ., (2003) *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(1):76-87.
60. Τούντας Γ.(2000) *Κοινωνία και Υγεία*, Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα.
61. Τούντας Γ., (2002) *Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στη πρόληψη και έγκυρη διάγνωση*. Στο Μπεσμπέας Σ.,(Επιμ.). Πρόληψη και έγκυρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα.
62. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2001) *Επιχειρησιακό σχέδιο για την ανάπτυξη της πληροφορικής στην υγεία-πρόνοια*. Κ.τ.Π., Γ' Κ.Π.Σ., Αθήνα.
63. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1994) *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*» , Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

64. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1994) *Έκθεση της ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*. Φαρμέτρικα, Αθήνα.

65. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2000) *Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»*. Αθήνα.

66. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1994) *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*. Αθήνα.

67. Υφαντόπουλος Γ., (2003) *Τα οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Abel-Smith B.,(1976*) Value for money in Health Services*. Heinemann, London.
2. Butler J., Vaile M., (1984) *Health and Health Services. An introduction to health care in Britain*. Routlege & Kegan Paul, London
3. Commission of the European Communities, COM (2000) 285 Final.
4. Center on strategies for public and civil entrepreneurs, (2001) *An exploration of future hospital care in 10 countries.* Amsterdam.
5. European Observatory on health care systems, (2001) *Healthcare systems in transition : Sweden.* WHO Regional office for Europe, Copenhagen.
6. Figueras,j. Saltman, R., Mossialos. E, (1997) *Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview*. Discussion Paper No 8, LSE Health, London.
7. Harrison J.,Nutley S., (1993) *Whither Health Services Management? In the managerial issue in the reformed NHS*. Edited by Malek M. et al, John Wiley & Son Ltd, England.
8. Katz, D., Kahn, R.L., (1966) The *Social Psychology of Organization*. J. Willey & Sons Inc., New York.
9. Katrougalos, G., (1996) *The South European Welfare Model: The Greek Welfare State*. In Search of an Identity, Journal of European Social Policy.
10. Khushf G. (2007) *An agenda for future debate on concepts of health and disease.* Medicine, Health Care and Philosophy», 10:19–27.
11. Kovacs J.(1998) *The concept of health and disease*. Medicine, Health Care and Philosophy, 1: 31–39.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

12. Mossialos E., McKee M., (2001) *Is a European Healthcare Policy Emerging*? BMJ
13. Mossialos, E. & Davaki, D., (2002) *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forwards?* LSE Health and Social care, London.
14. Nordenfelt L (2007) *The concepts of health and illness revisited*. Medicine, Health Care and Philosophy 10:5–10.
15. OECD: Pensions at a glance: Public Policies across OECD countries (2007).
16. OECD, The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD countries, Health Policy Studies No 2, OECD, Paris1993.
17. OECD, The Reform of Health Care. A Review of Seventeen countries, Health Policy Studies No 5, OECD, Paris1994.
18. Saltman Rb., Figueras J., (eds) (1997) *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional office for Europe, European series, No 72, Copenhagen.
19. Souliotis, K., Kyriopoulos, J., *Health Expenditures in Greece: Measurements Problems and Policy Issues*. Applied Health Economics and Health Policy, Vol. 2 No 3, 2003.
20. Taljedal Inge-Bert (2004) *Strong holism, weak holism, and health*. Medicine, Health Care and Philosophy 7: 143–148.
21. Venieris D., (1997) *The history of health insurance in Greece: The nettle Governments Failed to Grasp*. LSE Health, Discussion Paper No 9.
22. WHO, Health Promotion Glossary, Geneva 1998.
23. WIENERS WW (ed), (2001) *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*. Jossey-Bass Inc, San Fracisco.
24. Wolper Lf., (2001) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Mediforce, Αθήνα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ