



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ –
ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Πρίφτη Μαρία

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ –
ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Πρίφτη Μαρία, ΑΜ: ΔΥ/1337

Επιβλέπων: Σαμπράκος Ευάγγελος Καθηγητής ,
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης ,
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος
Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**



**DEPARTMENT OF
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**ADVANTAGES – DISADVANTAGES OF HEALTH
PUBLIC AND PRIVATE SECTOR**

Prifti Maria

Supervisor: Sambrakos Evangelos

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη ασχολήθηκε με τη συγκριτική ανάλυση παραγωγικότητας υγείας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και ολοκληρώθηκε μέσα από τέσσερα κεφάλαια όπου πιο συγκεκριμένα, το πρώτο έκανε λόγο για την ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας. Ορίστηκαν τα συστήματα υγείας, οι πηγές χρηματοδότησης αυτών και η αξιολόγηση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Το δεύτερο κεφάλαιο ανέφερε τα είδη υγειονομικών συστημάτων υγείας κάνοντας ιδιαίτερη αναφορά στα φιλελεύθερα συστήματα, τα εθνικά και τα μεικτά. Το τρίτο κεφάλαιο ανέλυσε τα πρότυπα των μοντέλων υγείας, όπως το αγγλοσαξονικό, το ηπειρωτικό, το σκανδιναβικό και το νοτιοευρωπαϊκό. Το τέταρτο κεφάλαιο και τελευταίο κεφάλαιο σύγκρινε τον δημόσιο με τον ιδιωτικό κλάδο υγείας στην Ελλάδα. Η εργασία ολοκληρώθηκε με τον επίλογο.

ABSTRACT

The present study dealt with the comparative analysis of productivity of health public and private sector and it was completed through four chapters where more concretely, the first reported to the historical development of health systems. They were fixed the health systems, the sources of financing of those and the evaluation of sanitary reforms. The second chapter reported the types of sanitary health systems making particular report in the liberal systems, national and mixed. The third chapter analyzed the models of models of health, as Anglo-saxon, continental, Scandinavian and south-european. The work closed with the fourth and last capital which focused in the economic crisis of Greece making report and in the national of health system. It recorded the diachronic development of indicators of country but also the main elements of process of control. The fourth and last chapter compares the state with the private sector of health in Greece. The study was completed with the conclusion.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VII
ABSTRACT	IX
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	XI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	3
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	4
1.3 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	5
1.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΣΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	5
1.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.6 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.7 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ 1974 ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ	22
1.7.1 Δημόσιες και Ιδιωικές Δαπάνες	33
1.7.2 Διαχρονική εξέλιξη δεικτών υγείας	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	39
ΕΙΔΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	39
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	39
2.2 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	42
2.3 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	44
2.4 ΜΕΙΚΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	45
2.5 ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	49
ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	49
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	49
3.2 ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	49
3.3 ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	50
3.4 ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	51
3.5 ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	52
3.6 ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	55
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ-ΣΥΓΚΡΙΣΗ	55
4.1 ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	55

4.2 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	57
4.3 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	57
4.3.1 Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	58
4.3.2 Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	59
4.4 ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΓΚΡΙΝΟΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ.....	60
4.5 ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	61
4.5.1 Εμπορευματοποίηση της υγείας και έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες.....	62
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα βρίσκεται μακριά από τους στόχους που έχουν τεθεί και υλοποιούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ενώ η σχετική νομοθεσία βρίσκεται στη σωστή κατεύθυνση, η υλοποίηση των διατάξεων χωλαίνει σε σημαντικό βαθμό προσκρούοντας σε μικροκομματικά και συντεχνιακά συμφέροντα. Ο ρόλος των κυβερνήσεων, αλλάζει ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης του συστήματος και τη λήψη των αποφάσεων. Κοινός άξονας όλων των Ευρωπαϊκών χωρών είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού να είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών των διαφόρων χωρών έχει επηρεαστεί και έχει διαμορφωθεί από μια σειρά ιστορικών, γεωγραφικών και πολιτικών παραμέτρων με την ιδεολογία όμως να παραμένει παντού ίδια .

Οι υγειονομικές παροχές δε θα πρέπει να σχετίζονται με τις οικονομικές δυνατότητες του ατόμου, αλλά να είναι καθορισμένες και αμετάβλητες και θα πρέπει να υπάρχει αναδιανομή εισοδήματος μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης, της φορολογίας και της αποταμίευσης. Οι δαπάνες που γίνονται για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, το οποίο εξασφαλίζει τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την ευρύτερη ανάπτυξη της χώρας.

Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν όπως είναι αυτονόητο τη ραχοκοκαλιά του κράτους Πρόνοιας. Ειδικότερα τα συστήματα υγείας, αναπτύχθηκαν μαζί και παράλληλα με το κράτος Πρόνοιας. Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τις επιπτώσεις του, ανεξάρτητα από τις πολιτικές διαφορές των κρατών κυριάρχησε μια συναινετική ιδεολογία ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Η ασυνέχεια και η ασυνέπεια στην πολιτική, η επικάλυψη αρμοδιοτήτων, ο κατακερματισμός του συστήματος αποτελούν βασικές αιτίες της υπανάπτυξης της ΠΦΥ στην Ελλάδα που διακρίνεται από ανισότητα, κακή στελέχωση, ανισοκατανομή δομών και έλλειψη θεσμών όπως του οικογενειακού ιατρού, της νοσηλείας κατ' οίκον και του αστικού τύπου Κ.Υ. αλλά και από χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008).

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία έτη το ευαίσθητο σημείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας διαρκεί να παραμένει η ανυπαρξία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, στα πλαίσια των ελληνικών χαρακτηριστικών της δημόσιας διοίκησης .

Είναι προφανές ότι η ασυνέχεια στην πολιτική και η έλλειψη ενός υπερκομματικού σχεδίου για την υγεία καθυστερούν την ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος ΠΦΥ

Η βασική διάκριση που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών αφορά την προσέγγιση του αγαθού «υγεία» και των «υπηρεσιών υγείας».

Το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο, εμφανίζεται ετερογενές. Αντανακλά ιστορικά υπολείμματα και εθνικές ιδιαιτερότητες, η δυναμική των οποίων υπερκαλύπτει τη δυναμική της σύγκλισης. Τέσσερα είναι τα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας.

Συμπερασματικά, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της κοινωνικής προστασίας στη Ελλάδα, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για τη δημιουργία νέων πόρων που θα συμπληρώσουν τα κενά στην

ασφαλιστική προστασία, χωρίς να επιβαρύνονται περισσότερο οι δημόσιες δαπάνες. Το ρόλο αυτό μπορεί να διαδραματίσει η Ιδιωτική Ασφάλιση, με την άντληση νέων κεφαλαίων και την παραγωγική τους επένδυση.

1.2 Ορισμός συστημάτων υγείας

Οι σύγχρονες ανάγκες υγείας έτσι όπως αυτές εξελίσσονται στο σημερινό κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο παγκοσμίως καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) όπως αυτή αποσαφηνίστηκε με τη διακήρυξη της Alma-Ata (1978) που υιοθέτησε το όραμα του Mahler για «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» (Χριστοφορίδου, 2005). Η ΠΦΥ αναφέρεται σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες που υπερβαίνουν τον στενό ορισμό της υγείας και αφορούν το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα.

Παράλληλα αποτελεί και το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το χώρο της υγείας κι έτσι δύναται να λειτουργεί και ως φίλτρο για την πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Στόχοι της είναι η πρόληψη, η προαγωγή και αγωγή υγείας, η θεραπεία και η αποκατάσταση οι οποίοι εξυπηρετούν τους γενικότερους στόχους για ποιότητα ζωής και ευεξία που σχετίζονται με τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, την ανεξαρτησία του και τις κοινωνικές του σχέσεις. Βασικές αρχές της ΠΦΥ αποτελούν η κοινωνική δικαιοσύνη, η ισότητα, η προσπελασιμότητα και η διαθεσιμότητα ενώ παράλληλα στηρίζεται στην ενεργή συμμετοχή του πληθυσμού, στην αποκέντρωση των δομών της και στη διατομεακή οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011).

Επιπλέον, η κείμενη νομοθεσία δεν έχει προβλέψει επαρκώς τη διάσταση εκείνη της ΠΦΥ που αφορά την πρόληψη, την προαγωγή και αγωγή υγείας ενώ ακροθιγώς αναφέρεται η ψυχική και η δημόσια υγεία. Δεν προβλέπεται για παράδειγμα η υλοποίηση εκπαιδευτικών

προγραμμάτων, υπηρεσίες συμβουλευτικής, η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών φροντίδας και η ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία.

1.3 Πηγές χρηματοδότησης

Στους κλάδους της οργάνωσης της διαχείρισης, δεν έγινε καμιά βασική μεταβολή, μιας και επικράτησε ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος και η έντονη « κρατικιστική » αντίληψη που τον εξέφραζε, με αποτέλεσμα να αγνοηθεί πλήρως ο ιδιωτικός τομέας και να απουσιάσουν αποτελεσματικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης και μέτρων ελέγχους του κόστους. Ακόμα, δεν ολοκληρώθηκε η δεύτερη φάση για την άνθιση κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές, δεν πραγματοποιήθηκε η αρχή της κοινωνικού ελέγχου με τη συγκρότηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας.

1.4 Αξιολόγηση υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ευρώπη στον Ιδιωτικό και Δημόσιο σύστημα υγείας

Έως το χρονικό διάστημα του 1974 η πολιτική υγείας στον ελλαδικό χώρο παραμένει ασαφής δίχως συγκεκριμένες προτεραιότητες. Το 1934 με το νόμο 6298 δημιουργήθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (ΙΚΑ) κατοχυρώνοντας εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που αφορούσε τον αστικό πληθυσμό, χωρίς να καλύπτει ιατρικά το υπόλοιπο ποσοστό της τάξης του 67%. Σύμφωνα με το διάταγμα 2592 του έτους 1953 της νομοθεσίας «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» είχε τονιστεί η ανάγκη για νέες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιφέρεια. Έτσι πρωτοαναφέρθηκε η δημιουργία ενός Ενιαίου Λογαριασμού Υγείας (ΕΦΥ).

Σύμφωνα με τη νομοθεσία 3487/1955 «περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών» είχε προβλεφθεί η ίδρυση δικτύου

«κοινοτικών και αγροτικών ιατρείων» σε ολόκληρη την Ελλάδα. Στη συνέχεια το 1960 η προσπάθεια προσδιορισμού θεσμού οικογενειακού γιατρού στα πρότυπα του βρετανικού συστήματος από το ΙΚΑ και η πρόταση Λ. Πάτρα το 1969 για την ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών που δεν προσφόρησαν ώστε μια πλειάδα από ετερόκλητους φορείς να ενεργούν ασυντόνιστα, πυροσβεστικά, καλύπτοντας στοιχειωδώς τις ανάγκες του κοινού (Reuters, 2014) .

Το έτος 1981 σημειώνεται το νομοσχέδιο του υπουργού Υγείας Σ. Δοξιάδη «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», όπου περιλάμβανε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας την ίδρυση κέντρων υγείας στην έδρα κάθε τομέα υγείας ως αποκεντρωμένη μονάδα του γενικού κρατικού νοσοκομείου αγροτικά ιατρεία ως κέντρα υγείας. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη δέχτηκε πολιτικές αντιστάσεις, ενώ με το Ν 1397/1983 του ιδρυτικού νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας τέθηκε το ζήτημα της πλήρους κάλυψης των ζητούμενων του πληθυσμού και ορίστηκαν οι αρχές της νέας πολιτικής για την υγεία με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Σωτηριάδου κα., 2011).

Ο νόμος αυτός άμβλυσε τα όρια του κοινωνικού κράτους ορίζοντας ένα μεικτό σύστημα υγείας με δείγματα παρεμβατισμού. Η δωρεάν, πλήρης, ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού θεωρούνταν οι κύριες αρχές του νόμου, με βασικό στόχο του 1397/83 τον ενιαίο προγραμματισμό, και λειτουργία του ΕΣΥ, την ισάξια κατανομή των πόρων και την ισομερή ανάπτυξη της ΠΦΥ, με κύριους άξονες τα Κέντρα Υγείας και τον οικογενειακό γιατρό.

Είναι άξιο αναφοράς ότι ο Ν 1397/1983, παρά το ότι είχε ελλείψεις ήταν για την Ελλάδα ίσως η πιο μεγάλη νομοθετική μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας την τελευταία σαρακονταετία, μιας και με το νόμο επιχειρήθηκε να τεθούν τα πλαίσια σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά αυτό το διάστημα, ενώ βελτιώθηκε σημαντικά η υποδομή και των

νοσοκομείων με προσωπικό με καλύτερευση των συνθηκών περίθαλψης

Στη νομοθεσία 1579/217/ΓΑ/23-12-85 άρθρο 13 αναφέρεται ότι η σύσταση στα νοσοκομεία και οι συνθήκες λειτουργίας των μονάδων, που θεωρούνται απαραίτητες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, ρυθμίζοντας με υπουργικές αποφάσεις (Νόμος 1597/1985). Έπειτα με το ΕΣΥ ψηφίστηκαν τρεις καινοτόμοι νέοι νόμοι ο 2071/1992, ο 2194/1994 και ο 2519/1997, δίχως όμως να αλλάζει η φιλοσοφία και οι αρχές που διέπουν τον οργανισμό.

Η νομοθεσία Ν 2071/1992 που αφορά τα περί « Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας » έδειχνε τις προθέσεις της φιλελεύθερης παράταξης επεκτείνοντας την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προσδιόρισε τόσο το πλέγμα των υπηρεσιών που είναι δυνατόν να παρέχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα καθώς και την νομική τους μορφή. Η εν λόγω νομοθετική διάταξη ήρθε το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ, και αναφερόταν στην κατ' οίκον νοσηλεία, τον οικογενειακό ιατρό και τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην ΠΦΥ (2071/1992).

Ο χρήστης έχει πλέον το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και συμμετοχής σε υπηρεσίες υγείας. Με το Ν 2519/1994 τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού, ενώ οι υγειονομικοί σταθμοί μετατράπηκαν σε περιφερειακά ιατρεία, που ενεργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες υγειονομικών μονάδων και οργανισμών . Με το Ν 2519/1997 αναβαθμίζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα στις αγροτικές περιοχές της χώρας όπως για παράδειγμα μέσα από διορισμούς, ενώ προβλέπει την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές και μη περιοχές με την ίδρυση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2519/1997). Η νομοθεσία

2889/2001 σχετικά με τη «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος, καθώς προχώρησε στην ίδρυση Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ.), που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ.

Μια σημαντική καινοτομία του νέου νόμου, καθώς ήταν σημαντική η αποκέντρωση στον υγειονομικό κλάδο. Επίσης εφαρμόζεται για πρώτη φορά το πρόγραμμα «υγειονομικός χάρτης» για την καταγραφή και αξιοποίηση των δεδομένων όλων των φορέων. Επίσης σημαντικός θεσμός που αφορά άμεσα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι η λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία. Ο θεσμός αυτός έχει σαν στόχο να αλλάξει ριζικά τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών σε αυτά (2889/2001).

Η νομοθεσία 3235 /2004 για την πρωτοβάθμια φροντίδα προσδιορίζει το κράτος ως εγγυητή των κύριων υπηρεσιών υγείας που θα ορίσει και τη συνέχειά τους. Τονίζει στις έννοιες της πλήρους φροντίδας, της συνέχειας στην υγειονομική φροντίδα και στη διασφάλιση της συντονισμένης κίνησης του πληθυσμού και του προσανατολισμού του χρήστη στο σύστημα υγείας. Η εφαρμογή του παραπάνω νόμου αποτελεί μια πρόκληση για το ελληνικό σύστημα υγείας λόγω του ότι εξακολουθούν να υφίστανται λόγοι που σχετίζονται με την παρακώλυση της εφαρμογής και προηγούμενων νομοθεσιών.

Οι αρχικές νομοθετικές προσπάθειες που εμπεριέχουν γνωρίσματα ΠΦΥ είναι η καθιέρωση των θεσμών του νομίατρο (1833) και του επαρχιακού ιατρού (1852), η ίδρυση λαϊκών ιατρείων και φαρμακείων (1925), η ίδρυση δημόσιων πολυιατρείων κοινωνικής υγιεινής (1937), ο Ν.2592/1953 που όρισε τους

κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς και τέλος το Ν.Δ. 67/1968 για την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου .

Με τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 (Υφαντόπουλος, 2006). θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας που είχε βασικό άξονα μεταξύ άλλων την ανάπτυξη της ΠΦΥ και προέβλεπε την ίδρυση 400 Κέντρων Υγείας, σε αστικές και αγροτικές περιοχές, με μεγάλο αριθμό περιφερειακών ιατρείων, στελεχωμένα από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς γενικής ιατρικής. Επίσης, προβλεπόταν η ένταξη και ενοποίηση των οργανισμών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ΕΣΥ (Υφαντόπουλος, 2005), η σύσταση εννέα υγειονομικών περιφερειών, η ίδρυση κέντρων ψυχικής υγείας και υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

Στην πραγματικότητα όμως η σύσταση των υγειονομικών περιφερειών δεν υλοποιήθηκε και τα Κ.Υ. αστικού τύπου δεν ιδρύθηκαν με συνέπεια και τη μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Σωτηριάδου και συν., 2011). Αιτία ήταν ότι ο νόμος ήταν κατά βάση νοσοκομειοκεντρικός, ιατροκεντρικός και νοσοκεντρικός, δεν έδινε κίνητρα για την προσέλκυση οικογενειακών ιατρών, δεν έδωσε ουσιαστικές αρμοδιότητες στην περιφέρεια ενώ υπήρχε και επικάλυψη αρμοδιοτήτων. Τέλος, με την απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών γιγάντωσε τον ιδιωτικό τομέα στη ΠΦΥ μέσω της ανεξέλεγκτης δημιουργίας διαγνωστικών κέντρων.

Το 1992 ο Ν.2071 επιχειρεί τη «φιλελευθεροποίηση» του υγειονομικού συστήματος . Στην έννοια της ΠΦΥ περιλαμβάνεται πλέον η πρόληψη, η επιδημιολογική έρευνα, η σχολική υγεία και η περίθαλψη ελασσόνων βλαβών υγείας, ενώ η παροχή ΠΦΥ είναι δυνατόν να γίνεται από πολυκλαδικές ομάδες ειδικοτήτων τόσο σε ΝΠΔΔ όσο και σε ΝΠΙΔ. Τα Κ.Υ. ανεξαρτητοποιούνται διοικητικά και οικονομικά από τα κέντρα υγείας. Εισάγεται επίσης ο θεσμός των κινητών μονάδων αλλά και αυτός της κατ' οίκον νοσηλείας ενώ

δημιουργείται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και η Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Πολύ σύντομα όμως με την αλλαγή της Κυβέρνησης το 1993 ψηφίζεται νέος νόμος, ο 2194/94, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό του ΕΣΥ στο πλαίσιο του Ν. 1397/83. (Tsounis et al. 2013)

Τρία χρόνια αργότερα ψηφίζεται ο νόμος 2519/1997 με σημαντικότερο άρθρο του το 31 για τη δημιουργία «Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» με σκοπό το συντονισμό των Κ.Υ., των Π.Ι. και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών. Επιπρόσθετα, πρότεινε νέες δομές για την προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της πρόληψης μέσω της μελέτης των δεικτών και των υγειονομικών παραγόντων, των παρεμβάσεων για την αποτροπή μολύνσεων, την καταγραφή των λοιμωδών νόσων, τις υπηρεσίες σχολικής υγείας κ.α. Ο νόμος αυτός ψηφίστηκε σιωπηρά χωρίς ουσιαστικές αντιδράσεις αφήνοντας την αίσθηση ότι δεν υπήρχε πραγματική πολιτική βούληση υλοποίησής του (Υφαντόπουλος, 2005).

Μετά το 2000, ο Ν.3235/2004 επαναδιατυπώνει το σκοπό της ΠΦΥ, μετονομάζει τα ιατρεία των ΟΚΑ σε Κ.Υ., αναθέτει το συντονισμό στα νεοσυσταθέντα ΠΕΣΥ (2889/2001), κάνει λόγο για προγραμματισμό επισκέψεων, σύστημα πιστοποίησης και σύστημα τηλεϊατρικής υποστήριξης και επαναδιατυπώνει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Τέλος, με το Ν.3918/11 συστήνεται ο ΕΟΠΥΥ στον οποίο ανήκαν έως σήμερα όλοι οι κλάδοι υγείας των ΟΚΑ με σκοπό το συντονισμό όλων των παροχών ΠΦΥ (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2011). Τελικά, η ενοποίηση δεν συμπεριέλαβε όλους τους ΟΚΑ ενώ η λειτουργία του έως σήμερα έχει προκαλέσει πολλές αντιδράσεις.

Αναφορικά με το Ν. 4238/2014 δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, ΠΕΔΥ, υπο την σκέπη των Υγειονομικών περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) Ο ΕΟΠΥΥ θα λειτουργεί πια

ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας και όχι ως πάροχος. Το προσωπικό των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ κατέστη αρχικά σε διαθεσιμότητα ενώ όσοι από τους γιατρούς επέλεξαν να δουλεύουν σε πλήρη απασχόληση οφείλουν να κλείσουν τα ιατρεία τους. Βασικά σημεία του νέου νόμου είναι τα ακόλουθα (ΕΣΔΥ, 2013):

1. Να επικεντρωθεί ο ΕΟΠΥΥ για να γίνει πιο αποτελεσματικός και λιγότερο γραφειοκρατικός στο ρόλο του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τη κατάργηση του ρόλου του ως πάροχος.
2. Η ανάπτυξη ενός συστήματος ΠΦΥ υγείας στην Ελλάδα, με στόχο την ορθολογική διαχείριση των δομών, των διαδικασιών και του ανθρώπινου δυναμικού.
3. Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ του ΕΟΠΥΥ εντάσσονται στην δομή και λειτουργία των Δ.Υ.Πε. Εξαιρούνται τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ τα οποία παραμένουν στον οργανισμό.
4. Σε σχέση με την άσκηση του επαγγέλματος του οικογενειακού γιατρού, οι μόνοι που μπορούν να το ασκήσουν είναι οι γιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.
5. Το σύνολο του προσωπικού που συγχρόνως ασκεί ένα άλλο επάγγελμα είναι υποχρεωμένο να προχωρήσει σε διακοπή δραστηριοτήτων.
6. Το ωράριο λειτουργίας των πολυϊατρείων είναι από τις 7 το πρωί έως της 7 το απόγευμα. Οι δομές υγείας λειτουργούν με βάρδιες από τις 8 το πρωί μέχρι της 4 το απόγευμα και από τις 11 το πρωί μέχρι και τις 7 το απόγευμα. Το ωράριο του ιατρικού προσωπικού αυξάνεται με αποτέλεσμα να εξυπηρετούνται καθημερινά περίπου 30 ραντεβού, πράγμα που θεωρητικά θα μειώσει στο μέλλον τις αναμονές και τις μεγάλες ουρές.

7. Οι πολίτες δεν κλείνουν πια ραντεβού, απευθύνονται στις δομές υγείας του ΠΕΔΥ κατά τις ώρες και ημέρες λειτουργίας, περιμένοντας στην αναμονή. Σε κάθε μονάδα ο ιατρός υποδοχής θα ελέγχει τα περιστατικά και θα παραπέμπει άμεσα τα έκτακτα σε ειδικευμένο γιατρό. Με την τελική ολοκλήρωση της τηλεφωνικής υπηρεσίας οι γιατροί θα δέχονται και πάλι τα περιστατικά μετά από ραντεβού εκτός από τα επείγοντα περιστατικά, που θα έχουν προτεραιότητα.
8. Η συνταγογράφηση για να αποφορτιστεί το σύστημα θα παραπέμπετε στους οικογενειακούς γιατρούς, πράγμα που θα βοηθήσει στην άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών. Σε σχέση με τη συνταγογράφηση στόχος είναι οι διαδικασίες να χαρακτηρίζονται από διαφάνεια, ταχύτητα ενώ είναι αναγκαία και η μείωση του κόστους των φαρμάκων (Μαλατάρης, 2014).

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην Ελλάδα εστίασαν στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από την ίδρυση του εθνικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΕΔΥ). Συγχρόνως πάρθηκαν μέτρα που είχαν ως στόχο την αντιστάθμιση των προβλημάτων πρόσβασης των ανασφάλιστων πολιτών, όπως με την εισαγωγή του «voucher υγείας» και την καθολική πρόσβαση στο ΠΕΔΥ ανεξάρτητα από την ασφαλιστική κατάσταση του καθενός (Lentza, et al,2014).

1.5 Οικονομική κρίση και το εθνικό σύστημα υγείας

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), με τη σημερινή του μορφή, θεσπίστηκε το 1983 και αποτελεί ένα «μείγμα» των προαναφερθέντων συστημάτων, καθώς είναι έντονος και ο ρόλος του κράτους και της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ ο ιδιωτικός τομέας είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος. Η παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας γίνεται και από το κράτος και από ιδιώτες.

Πιο συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από το κράτος στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τα οποία υπάγονται διοικητικά σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο και τα αγροτικά ιατρεία και από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ιδιώτες γιατρούς. Ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία (όπως το ΙΚΑ) αλλά και δημοτικοί οργανισμοί (ΚΑΠΗ), παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ασφαλισμένους τους μέσα από τα πολυιατρεία που διαθέτουν (Κανελλάκη, 2015).

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από το δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η Τριτοβάθμια Φροντίδα παρέχεται μόνο από το δημόσιο.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται:

- Από τα Δημόσια Έσοδα, που προέρχονται από τους φόρους.
- Από τις Υποχρεωτικές Εισφορές σε οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.
- Από Ιδιωτική Δαπάνη, που περιλαμβάνει ίδιες πληρωμές, (out-of-pocket), τη δαπάνη για ιδιωτική ασφάλιση και τις λοιπές ιδιωτικές πληρωμές (μη κυβερνητικοί οργανισμοί, εταιρικές ομαδικές ασφαλίσεις)

Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση του ΕΣΥ στηρίζεται κατά κύριο λόγο στη φορολογία. Από τα δημόσια έσοδα χρηματοδοτούνται τα δημόσια νοσοκομεία, οι ελλειμματικοί κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και τα προγράμματα δημόσιας υγείας, η έρευνα σχετικά με την υγεία, καθώς και η εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνονται με ένα μέρος του κόστους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που παρέχονται είτε από Δημόσιες Υπηρεσίες, είτε από συμβεβλημένους με τα ταμεία ιδιώτες. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ποσό που υποχρεούνται να καταβάλλουν

τα ταμεία για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους δικαιούχους τους, είναι κατά πολύ μικρότερο του πραγματικού κόστους αυτών των υπηρεσιών, γιατί το μεγαλύτερο μέρος επιχορηγείται από το κράτος.

Επιπλέον παρατηρείται ότι σε σύγκριση με τα ανάλογα ποσοστά των ευρωπαϊκών χωρών, οι εισφορές των εργοδοτών είναι πολύ μικρότερες, ενώ αντιστρόφως είναι μεγαλύτερες οι εισφορές των εργαζομένων. Μεγάλο μέρος των δαπανών για τη φροντίδα υγείας προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές, οι οποίες αφορούν είτε στην αγορά υπηρεσιών που παρέχονται από ιδιώτες, είτε στη συμμετοχή στο κόστος υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ ή από ιδιώτες συμβεβλημένους με ταμεία.(Τούντας, 2001)

Επίσης, μέρος των ιδιωτικών πληρωμών αφορά ασφάλιστρα για κάλυψη έναντι νοσημάτων, ατυχημάτων ή θανάτων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Για το λόγο αυτό, ο κλάδος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα γνωρίζει τα τελευταία χρόνια μια θεαματική άνοδο. Οι πολίτες στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη έναντι κινδύνων που είτε δεν περιλαμβάνονται στις παροχές κοινωνικής προστασίας, είτε καλύπτονται μόνο μερικά. Επίσης, μπορεί να καλύψει ανάγκες ασφάλισης φροντίδας υγείας κατά τρόπο συμπληρωματικό, βελτιώνοντας την προστασία που ήδη προσφέρει η Κοινωνική Ασφάλιση.

Πράγματι, η Ιδιωτική Ασφάλιση παρέχει τη δυνατότητα ορισμένων εναλλακτικών στην επιλογή υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα υποκατάστασης παροχών της Κοινωνικής Ασφάλισης με δαπάνες που πραγματοποιούνται μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης, αποτελεί η νοσοκομειακή φροντίδα. Στα περισσότερα συμβόλαια των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών προβλέπεται η κάλυψη σημαντικού ποσοστού της νοσοκομειακής δαπάνης. Στην περίπτωση, όμως, που ασφαλισμένος κάνει χρήση και της κάλυψης από τον κύριο

ασφαλιστικό του φορέα, η Ιδιωτική Ασφάλιση καλύπτει το σύνολο της υπόλοιπης δαπάνης.

Ακόμη ο προαιρετικός χαρακτήρας για ιδιωτική ασφάλιση σημαίνει ότι οι πόροι που συσσωρεύονται από τις ασφαλιστικές εισφορές, μπορούν να αποτελέσουν μακροπρόθεσμα πρόσθετη κοινωνική αποταμίευση (Υφαντόπουλος, 2010).

Τέλος, προκύπτει ότι το ΕΣΥ δεν αποτελεί πιστή αντιγραφή κάποιου από τα αντιπροσωπευτικά συστήματα. Εξάλλου, κανένα σύστημα υγείας δεν αποτελεί αντιγραφή κάποιου άλλου, δεδομένου ότι το σύστημα υγείας δεν είναι παρά ένα υποσύστημα ενός ευρύτερου συστήματος, του κοινωνικού πλέγματος, το οποίο και θέτει το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας μέσα στο οποίο εντάσσεται το σύστημα υγείας.

Τα επιχειρήματα που υποστηρίζουν ότι η υγεία του πληθυσμού και επομένως οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αφεθούν ελεύθερα στις δυνάμεις και τον μηχανισμό της ελεύθερης αγοράς έχουν κερδίσει το έδαφος και αποτελούν την συνηθισμένη πρακτική στο διεθνές επίπεδο. Όλες οι κυβερνήσεις, σε διαφορετικό βαθμό η κάθε μια, επεμβαίνουν στο υγειονομικό σύστημα και με διαφόρους ρυθμιστικούς μηχανισμούς διαμορφώνουν το πλαίσιο της διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Σημαντικό τμήμα των ρυθμίσεων αποτελεί ο στόχος της περιφέρειας οργάνωσης των υπηρεσιών και η ισόρροπη περιφερειακή ανάπτυξη και κατανομή των πόρων.

Αυτό γιατί ο μηχανισμός της αγοράς δεν είναι δυνατόν να λάβει υπόψη του το κριτήριο της χωρικής ισότητας και να καταναίμει τους διαθέσιμους πόρους με βάση το κριτήριο αυτό. Επομένως επιβάλλεται η κρατική παρέμβαση (Χαράλαμπος, 2004).

Τα κριτήρια της χωρικής, γεωγραφικής κατανομής πόρων και υπηρεσιών, της ισότητας στην πρόσβαση και της αποτελεσματικότητας διαμορφώνουν το πλαίσιο της περιφερειακής

οργάνωσης και την περιφερειακή πολιτική υγείας. Επομένως, η περιφερειακή πολιτική υγείας δεν είναι ενιαία και σε ένα μεγάλο βαθμό επηρεάζεται από την οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων. Παρά τις διαφορές όμως, το πλαίσιο των κρατικών παρεμβάσεων είναι κοινό και αφορά και τους δυο πόλους του συστήματος, δηλαδή της ζήτησης και της προσφοράς.

Η πλευρά της ζήτησης – χρηματοδότησης προσδιορίζει τον όγκο των οικονομικών πόρων και διαμορφώνει τους όρους της προσφοράς των υπηρεσιών. Αντίστοιχα, η πρόσφορα των υπηρεσιών εξαρτάται από οργανωτικές ρυθμίσεις και παρεμβάσεις της κρατικής πολιτικής. Επομένως, η κρατική παρέμβαση στην πλευρά της ζήτησης αποτελεί μια έμμεση μέθοδος ενώ η παρέμβαση στην πλευρά της προσφοράς αποτελεί την άμεση μέθοδο παρέμβασης (Χατζηπουλίδης και Καλφακάκου, 2008).

Τα τελευταία χρόνια βέβαια, παρατηρείται η τάση εγκατάλειψης του προγραμματισμού με την έννοια ενός συνολικού σχεδίου δράσης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο συνολικός κεντρικός προγραμματισμός δεν προτιμάται από τις κυβερνήσεις λόγω των δυσμενών οικονομικών εξελίξεων που επιβάλλουν περικοπές δαπανών (Glenester, 1980), τα υποδείγματα της προσφοράς που διαμορφώθηκαν ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξης της κάθε περιοχής δεν είναι εύκολο να αλλάξουν και η πλευρά της χρηματοδότησης συγκεντρώνει την προτίμηση της κρατικής παρέμβασης, προκειμένου να αντιμετωπιστούν καταστάσεις που δεν είναι αποδεκτές από την πολυπολιτισμική κοινωνία.

Ως συμπέρασμα λοιπόν εξάγουμε ότι η παρέμβαση στην πλευρά της χρηματοδότησης για την επίτευξη της ισορροπίας στην κατανομή των πόρων ακολουθείται από τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας.

Οι πρόσφατες συζητήσεις για τα χρέη των δημοσίων νοσοκομείων της Ελλάδας οδήγησαν στην αναθεώρηση και

διεύρυνση του δημοσίου ελλείμματος, παρά τις αδυναμίες εκτίμησης και των δύο μεγεθών σε ακριβείς νομισματικούς όρους ανά έτος. Το γεγονός αυτό καθιστά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία αποτελεί και το μεγαλύτερο μέρος του υγειονομικού κόστους, ως πυλώνα της οικονομίας και παράγοντα οικονομικών επιδόσεων στις κεντρομόλες μακροοικονομικές διεργασίες της Ελλάδας (Culyer, 2008).

Η Ελλάδα εκτός από τις ιδιαιτερότητες που εμφανίζει ως οικονομία εν γένει, χαρακτηρίζεται από ειδικές συνθήκες στο χώρο της υγείας, τόσο λόγω του υψηλού κόστους όσο και του υποδείγματος χρηματοδότησης (βάσει ημερησίου νοσηλίου). Πίσω από αυτά, εκτός από την πολιτική υγείας, διακρίνεται μία πληθώρα παθογενειών. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις διεθνείς στατιστικές υγείας, η Ελλάδα παρέχει πλήρη κάλυψη υγείας του πληθυσμού της, δηλαδή στο 100%.

Το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται σε εκθετικό {100α %} δεδομένου ότι η προσέλευση απροσδιορίστου μεγέθους πληθυσμιακών ροών προς τη χώρα μας με το προνόμιο της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας, δημιουργεί προϋποθέσεις ad hoc εισόδου αλλοδαπών πολιτών για την κατανάλωση φροντίδας υγείας (OECD Health Data, 2009)

Η πορεία των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μέχρι τη δεκαετία του 90' παρουσιάζει διαρκή αύξηση ανεξάρτητα από τους κύκλους της οικονομίας και δη τη γενικότερη οικονομική συγκυρία όπως οι περίοδοι της ύφεσης. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην ικανοποίηση του κοινωνικού αιτήματος για δωρεάν υγεία για όλους μέσω της πλήρους κάλυψης του πληθυσμού. Στον Πίνακα 6 του παραρτήματος παρουσιάζονται οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ανά δεκαετία για την περίοδο 1960-1990.

Σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ διακρίνεται το 1960 οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα ήταν μικρότερες οι από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Το 1970 τα

ποσοστά αυτά αυξήθηκαν και σχεδόν ισοσκελίστηκαν. Τις δύο επόμενες δεκαετίες η αυξητική τάση συνεχίστηκε διατηρώντας ωστόσο το ποσοστό της Ελλάδας κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Από τη δεκαετία του 90' καταγράφεται υψηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας στην Ελλάδα (περίπου 10% του ΑΕΠ) από αυτόν του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (κάτω του 9,0% του ΑΕΠ).

Η ετήσια κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ξεπερνά τις τρεις χιλιάδες ευρώ ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ή η απώλεια εισοδήματος των ασθενών (out-of-pocket) ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, ανέρχεται περίπου στο 37% ή 3,8% του ΑΕΠ. Το ποσοστό αυτό αντανακλά ενυπάρχουσες ανεπάρκειες του ΕΣΥ στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας και εκτιμάται ως υψηλό μέγεθος.

Στο υψηλό ποσοστό των δαπανών υγείας το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου είκοσι πέντε δισεκατομμύρια ευρώ, ένα μέρος εκπορεύεται από την κάλυψη φροντίδας υγείας αλλοδαπών μη-ασφαλισμένων πολιτών. Στο τέλος της δεκαετίας του 90' οι γεννήσεις των αλλοδαπών αντιστοιχούσαν στο 15% των συνολικών γεννήσεων ενώ στο τέλος της περασμένης δεκαετίας αυξήθηκαν σε 20% περίπου. Ωστόσο στην Αθήνα το ποσοστό των γεννήσεων αλλοδαπών ανέρχεται πλέον του 44%. Τα στοιχεία αυτά απλά δίνουν μια εικόνα της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και της αντίστοιχης δαπάνης του δημοσίου για την κάλυψή τους (Kutzin, 2001).

1.6 Δομή και οργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος διαμορφώνεται ως εξής (Παρασκευόπουλος, 2004):

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και την χρηματοδότηση των πολιτικών, των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Συγκροτείται σε γενικές διευθύνσεις, τμήματα και γραφεία. Συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), που αποτελεί το κατεξοχήν ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του υπουργείου, σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος.

Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος (ΔΥΠΕ)

Η επικράτεια διαιρείται σύμφωνα με το Νόμο 3329/2005 σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Έδρα κάθε υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας και σκοπός της ΔΥΠΕ είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας υγειονομικής περιφέρειας της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Τα έσοδα των ΔΥΠΕ προκύπτουν από επιχορηγήσεις από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων, από το 1% επί των βεβαιωθέντων εσόδων των νοσοκομείων ΕΣΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, από δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων, από έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων, από έσοδα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες

ερευνητικές δραστηριότητες και κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα της.

Δημόσια Νοσοκομεία (Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Περίθαλψη)

Λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας, με σκοπό την παροχή δευτεροβάθμιας / τριτοβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες. Οι λειτουργίες του νοσοκομείου οργανώνονται σε τρεις υπηρεσίες: ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική.

Κέντρα Υγείας / Περιφερειακά Ιατρεία (Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα)

Είναι υπεύθυνα μαζί με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας εκτός ΕΣΥ, που έχουν δημόσιο χαρακτήρα, ανήκουν διακόσια πολυϊατρεία στελεχωμένα με τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και περίπου τριακόσια ιατρεία με έναν έως πέντε γιατρούς βασικών ειδικοτήτων.

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ- Επείγουσα Υγειονομική Φροντίδα)

Είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου με περιφερειακή συγκρότηση και έδρα την Αθήνα. Κύριος σκοπός του ΕΚΑΒ, σύμφωνα με τον Ν. 1579/85, είναι: η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις, η επείγουσα ιατρική αρωγή και η διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας

Είναι οργανισμοί που υποπεύονται από το υπουργείο υγείας και οι βασικές λειτουργίες του είναι η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν, ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων και η αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών

Περιφερειακές & Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγείας

Στις περιφέρειες και νομαρχίες της χώρας λειτουργούν διευθύνσεις υγείας, με αρμοδιότητες που αφορούν κύρια σε θέματα προληπτικής / κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας.

Ιδιωτικά Υγειονομικά Κέντρα

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα ιδιωτικά ιατρεία, τα οδοντιατρεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία / κλινικές. Λειτουργούν με ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια και παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης, φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που συνήθως έχουν κάποιου είδους σχέση με το ΕΣΥ. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε εδώ τις σημαντικότερες νοσοκομειακές μονάδες κοινωφελούς χαρακτήρα, που είναι το Γενικό

Περιφερειακό Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» στην πόλη της Θεσσαλονίκης (δωρεά του Νικόλα & Λεωνίδα Παπαγεωργίου), το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο στην Αθήνα (δωρεά στο Ελληνικό κράτος του Ιδρύματος Α. Ωνάση) και το Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, επίσης στην Αθήνα, το οποίο ανήκει στον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Κονδύλης, Αντωνοπούλου και Μπένος, 2008).

1.7 Μεταρρυθμίσεις στην υγεία από το 1974 μέχρι και σήμερα

Το 1974 καταλύθηκε η δικτατορία στην Ελλάδα και ακολούθησε μια περίοδος όπου οι συνθήκες ήταν ώριμες για το ενδεχόμενο εγκαθίδρυσης ενός εθνικού συστήματος υγείας, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί στις άλλες χώρες της Ευρώπης. Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών μέσα από μια μελέτη που εκπόνησε για τον υγειονομικό τομέα, έκανε μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση, (ΚΕΠΕ 1976).

Η μελέτη αυτή προσδιόρισε ως κυριότερα προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος την απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών με αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής της οποιασδήποτε πολιτικής. Την ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Την έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού του Υπουργείου Υγείας και των άλλων κυβερνητικών φορέων στα θέματα της πολιτικής υγείας. Τις μεθόδους αμοιβής των ιατρών που οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση και σε παραοικονομία.

Για να βελτιωθεί η κατάσταση και να περιοριστούν τα παραπάνω προβλήματα η μελέτη του ΚΕΠΕ πρότεινε τρεις εναλλακτικές λύσεις σε κεντρικό επίπεδο. Τη δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ) και το συντονισμό και τη συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Επιπλέον πρότεινε την ανάπτυξη κέντρων υγείας που θα είναι στελεχωμένα με γιατρούς γενικής ιατρικής, την ανάπτυξη νοσοκομειακών μονάδων στην περιφέρεια που θα είναι συνδεδεμένες με τα κέντρα υγείας και τέλος ζητούσε να αποσαφηνιστεί η πολιτική του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας, υποστηρίζοντας

ότι το βασικό μέρος της ευθύνης πρέπει να αναληφθεί από το ίδιο το κράτος (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

Το 1980 έγινε μια ακόμη σημαντική προσπάθεια για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», είχε ως κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό γιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού, τη σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Η πίεση όμως για μια ακόμη φορά από γιατρούς και πολιτικά κόμματα ήταν μεγάλη και έτσι η σημαντική αυτή πρόταση δεν έγινε ποτέ νόμος (Θεοδώρου κ.α, 2001).

Το 1981 ακολουθείται ένα ριζοσπαστικό πρόγραμμα κοινωνικών μεταρρυθμίσεων, με στόχο την αναδιανομή του εισοδήματος τόσο σε χρήματα όσο και σε είδος. Ένα σημαντικό πολιτικό μήνυμα της περιόδου αυτής είναι η έννοια του «κοινωνικού μισθού», που σημαίνει ότι ο πολίτης θα απολαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών, οι οποίες θα του προσδίδουν ένα επιπλέον «κοινωνικό εισόδημα».

Η οικονομική πολιτική του προεδρεύοντος κόμματος εστιάζει σε επεκτατική δημοσιονομική και κοινωνική πολιτική, ουσιαστική εμπλοκή του κράτους στους παραγωγικούς τομείς της οικονομίας, εισαγωγή της τιμαριθμοποίησης στους μισθούς, μεγάλες ονομαστικές αυξήσεις στους χαμηλόμισθους και στους χαμηλοσυνταξιούχους, μεγάλες αυξήσεις των δημοσίων δαπανών και δικαιότερη αναδιανομή του εισοδήματος (Υφαντόπουλος, 2003).

Ο κύριος στόχος της πολιτικής αυτής ήταν η υιοθέτηση μιας κενσκιανής ιδεολογίας που θα οδηγούσε στην ανάπτυξη και την αναδιανομή του εισοδήματος μέσα από την επεκτατική δραστηριότητα του δημόσιου τομέα. Επιπλέον, η κυβέρνηση

επέβλεπε στον θεσμικό εκσυγχρονισμό και την τόνωση της παραγωγικότητας, με την εφαρμογή μέτρων οικονομικής πολιτικής που προσιδιάζουν περισσότερο την στη φιλοσοφία των οικονομικών της προσφοράς.

Η μόνη περίοδος «ορθόδοξων» οικονομικών πολιτικών ήταν το σταθεροποιητικό πρόγραμμα που υιοθετήθηκε μόνο για το βραχυπρόθεσμο διάστημα 1986-1987. Πάρα το δύσκολο οικονομικό κλίμα της περιόδου αυτής θα πρέπει να επισημανθούν οι σημαντικές υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που αποτέλεσαν σταθμό στη μεταπολεμική Ελλάδα. Ο Νόμος 1278/1982 που θέσπισε τη δημιουργία ενός επιτελικού οργάνου (ΚΕΣΥ) που θα ασχολείται με τον σχεδιασμό και τον επιστημονικό προγραμματισμό στον τομέα της υγείας και ο σημαντικότερός νόμος της δεύτερης πεντηκονταετίας του εικοστού αιώνα, που είναι ο 1397 για το ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) αποτελούν νομοθετικά κείμενα.

Η τέταρτη χρονική περίοδος που ακολουθεί (*Περίοδος του Ε.Σ.Υ.*), αρχίζει το 1983 και φθάνει μέχρι σήμερα, και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με τους νόμους 1397/1983 και 2071/1992. Έντονος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται και αυτά στις διατάξεις του νόμου 2592/53.

Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση επήλθε στην Ελλάδα με την ίδρυση του ΕΣΥ. Το 1983 εγκαθιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με το οποίο θεσμοθετήθηκε η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Ο Νόμος 1397/83 χαρακτηρίζει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους και πως οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης.

Συγκροτήθηκαν Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ) υπεύθυνα για τον έλεγχο και το συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας και καθιερώθηκε το καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του ΕΣΥ με σημαντική αύξηση των μισθών τους, καθώς και η παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας τετρακοσίων Κέντρων Υγείας, εκ των οποίων τα 180 σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, έχοντας λειτουργική διασύνδεση με τα τοπικά νοσοκομεία. Επιπλέον, αναπτύσσονται νέες μονάδες υγείας και αγοράζεται σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός.

Τα βασικά αποτελέσματα της μεταρρύθμισης του 1983 ήταν ότι τότε τέθηκαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη και τη λειτουργία πρωτοβάθμιων (Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές) και δευτεροβάθμιων (νέα νοσοκομεία) υγειονομικών δομών, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Παρόλα αυτά, δεν αντιμετωπίστηκε το μείζον πρόβλημα των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων.

Έτσι, ενώ η Επαρχία συχνά διαθέτει πλήρεις και σύγχρονες υποδομές, αντιμετωπίζει τεράστια ποιοτική και ποσοτική έλλειψη ιατρικού και άλλου προσωπικού. Από την άλλη πλευρά, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη συγκεντρώνουν, πληθώρα γιατρών.

Η αυστηρή και απαγορευτική πολλές φορές αντιμετώπιση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στην περίοδο από το 1983 και μετά, αποτέλεσε όχι το αίτιο για την αριθμητική μείωση των ιδιωτικών κλινικών μόνο, αλλά και της μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Με τον Νόμο 2071/92 αρχίζει η αποδέσμευση του ιδιωτικού τομέα υπό τον έλεγχο του κράτους. Δόθηκε το δικαίωμα στις ιδιωτικές κλινικές να εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας, να παρέχουν επείγουσα προ-νοσοκομειακή φροντίδα ή μεταφορά ασθενών, να συστήνουν και να λειτουργούν μονάδες τεχνητής γονιμοποίησης σε ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές κ.α.

Με τον Νόμο 2519/97 δίνεται η δυνατότητα σύμπραξης ασφαλιστικών φορέων με ιδιωτικές κλινικές ή με νοσοκομειακούς οργανισμούς του εξωτερικού. Επίσης, με τον ίδιο νόμο δημιουργείται το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με αρμοδιότητες συντονισμού του ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας που ποτέ όμως δεν εξάσκησε σε πλήρη έκταση.

Τον Ιούλιο του 2000, ο τότε Υπουργός Υγείας έδωσε στη δημοσιότητα ένα σχέδιο μεταρρύθμισης με τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη», μέσα στο οποίο, βασισμένος σε διαφορές νομοθετικές προτάσεις που είχαν γίνει κατά καιρούς, επεσήμανε τις δυσκολίες που υπήρχαν στο σύστημα υγείας όπως η έλλειψη ειδικευμένου διοικητικού προσωπικού, η αδράνεια του δημόσιου τομέα να αφομοιώσει νέες ιδέες, η διάβρωση του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, η πολυδιάσπαση και η απουσία συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης, η άναρχη γεωγραφική κατανομή των πόρων και η υπερσυγκέντρωση προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής στην Αθήνα και τέλος ο πληθυσμός του ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού (Υφαντόπουλος, 2003).

Βασικός στόχος του παραπάνω σχεδίου μεταρρύθμισης ήταν ο εκσυγχρονισμός και η αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ. Συγκεκριμένα, πρότεινε την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας για την ουσιαστική βελτίωση της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού, την ικανότητα της αρχής της ισότητας, με έμφαση στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών προς τις υπηρεσίες υγείας, τη διατήρηση της ιδεολογίας ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, την περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ σε ένα αποκεντρωμένο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας και τον επανασχεδιασμό της οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων.

Ακόμη πρότεινε την αναγνώριση της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως βασικών πυλώνων του νέου συστήματος, την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και

εκπαίδευσης για την ενημέρωση και αναβάθμιση των εργαζομένων του ΕΣΥ και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, την εισαγωγή νέων θεσμών για την κατανομή και αποδοτική διαχείριση των περιορισμένων πόρων στην υγείας και την εισαγωγή ελέγχου στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, δόθηκε έμφαση στην τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής (Υφαντόπουλος, 2003).

Ο Νόμος 2885/2001 εστίαστηκε στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Απώτερος σκοπός ήταν «η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης».

Οι επιμέρους στόχοι περιλάμβαναν μεταξύ άλλων την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος (Υπουργείο Υγείας 2000).

Συγκροτηθήκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) ως Ν.Π.Δ.Δ στα οποία υπάγονται οι μονάδες του ΕΣΥ της αντίστοιχης περιφέρειας, θεσμοθετώντας πλέον επίσημα την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Κάθε Πε.Σ.Υ.Π έχει δικαίωμα ίδρυσης ανώνυμων θυγατρικών εταιρειών για τη συνολική διαχείριση των προμηθειών, την ανάπτυξη και συντήρηση των κτιριακών υποδομών και τη διαχείριση των ξενοδοχειακών λειτουργιών Συγκεκριμένα το Πε.Σ.Υ:

1. Συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική υγείας στην Περιφέρεια.
2. Εκπονεί το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης Υγείας στην Περιφέρεια.
3. Εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας (Νοσοκομείων και Κ.Υ.) και συντάσσει τον ενοποιημένο ισολογισμό και απολογισμό στο τέλος της χρήσης.
4. Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων υγείας με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.
5. Μεριμνά για την εισαγωγή του Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου στα Νοσοκομεία.
6. Μεριμνά για την εκπόνηση και επικαιροποίηση του Υγειονομικού Χάρτη της Περιφέρειας.
7. Προτείνει τη συγχώνευση, τη μεταφορά ή την κατάργηση μονάδων ή κλινικών και τη δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονάδων.
8. Συνιστά αυτοτελώς ή από κοινού με Πε.Σ.Υ. άλλης Περιφέρειας, Ανώνυμες Εταιρείες με σκοπό τη διαχείριση των προμηθειών ή Ανώνυμες Τεχνικές Εταιρείες για την ανάπτυξη και συντήρηση κτιριακών υποδομών, καθώς και για άλλες υποστηρικτικές λειτουργίες των Νοσοκομείων και Κ.Υ. (π.χ. διαχείριση τροφοδοσίας, καθαριότητας, ασφάλειας κλπ)
9. Αποφασίζει για τις μετακινήσεις προσωπικού ανάμεσα στις μονάδες της Περιφέρειας, με βάση τις πραγματικές ανάγκες.
10. Παρακολουθεί την εξέλιξη του προσωπικού και των αναγκών στις μονάδες υγείας με δυνατότητα άμεσης κάλυψης κενών θέσεων, στα πλαίσια του προϋπολογισμού.

- 11.Εγκρίνει και παρακολουθεί την υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης προσωπικού.
- 12.Μεριμνά για την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.
- 13.Μεριμνά για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και των ΚΥ.
- 14.Συγκροτεί και εποπτεύει επιτροπές αξιολόγησης, εξέλιξης και προσλήψεων.
- 15.Συγκροτεί το Πειθαρχικό του Συμβούλιο, το οποίο λειτουργεί σε επίπεδο Πε.Σ.Υ. και όχι σε επίπεδο Νοσοκομείου.
- 16.Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών και αναπτύσσει συστήματα ελέγχων και αξιολόγησης των προμηθειών με στόχο την καταπολέμηση της σπατάλης και της αδιαφάνειας.

Τα Νοσοκομεία παύουν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και είναι αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. Στο σκεπτικό του νομοθέτη ήταν η αύξηση της διαπραγματευτικής ικανότητας του δημοσίου κατά τη διεξαγωγή προκηρύξεων έργων και προμηθειών, με τη σύσταση ολιγοψωνιακών σχηματισμών ως απάντηση στη δημιουργία ολιγοπωλιακών συμφωνιών εκ μέρους των προμηθευτών.

Ο διορισμός διοικητών στα νοσοκομεία μετά από ανοιχτή προκήρυξη και επιλογή από την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, με την υποχρέωση υπογραφής εκ μέρους του διοικητή συμβολαίου αποδοτικότητας με το Πε.Σ.Υ. Καθιερώνεται επίσης η λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των δημοσίων νοσοκομείων χρηματοδοτούμενα από άμεσες προκαθορισμένες πληρωμές των χρηστών.

Με το Νόμο 3329/2005 τα ΠεΣΥ μετονομάστηκαν σε Δ.Υ.ΠΕ. ενώ προβλέφθηκε και μία σειρά αλλαγών (αλλαγή στη νομική μορφή

των νοσοκομείων, στο σύστημα προμηθειών κ.τ.λ.). Ο νόμος 3329/2005 δημιούργησε τις αναγκαίες προϋποθέσεις για τον μετασχηματισμό της περιφερειακής διοίκησης του ΕΣΥ και την αποτελεσματική αποκέντρωση στην παροχή των υπηρεσιών Υγείας. Με το Νόμο αυτό, συστήθηκε το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας στην έδρα κάθε μίας από τις δεκαεπτά υγειονομικές περιφέρειες και κατοχυρώθηκε ο αυτοτελής νομικός χαρακτήρας των νοσοκομειακών μονάδων.

Τέθηκαν οι βάσεις για τη δημιουργία ενός διοικητικού μηχανισμού που θα διαχειρίζεται με αναπτυξιακή λογική το κοινωνικό κεφάλαιο της χώρας. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.ΥΠ. με τη διάταξη της παρ. 4του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ37 Α' μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου (Α.Φ.Μ.) Εξάλλου, με τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 ορίζεται, ότι στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνίσταται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Η κάθε Δ.Υ.ΠΕ. έχει δικό της προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, αρχείο, σφραγίδα, και Α.Φ.Μ.

Οι Δ.Υ.ΠΕ. συντονίζονται σε εθνικό επίπεδο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ. ΣΥ.Υ.ΠΕ.) Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ. είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ)63, η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων,

μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους και η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα Όργανα διοίκησής της είναι ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και το Διοικητικό Συμβούλιο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. Σύμφωνα με τον τότε υπουργό Υγείας το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν αντέχει τη λειτουργία των δεκαεπτά Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας και ανακοίνωσε ότι σε πρώτη φάση οι περιφέρειες αυτές θα μειωθούν σε επτά με τελικό στόχο την κατάργησή τους. Η κατάργηση των ΔΥΠΕ θα γίνει με νομοθετική ρύθμιση, ενώ το προσωπικό τους θα μεταταχθεί κατόπιν αιτήσεώς του σε νοσοκομεία και μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας με διασφάλιση των συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών του δικαιωμάτων.

Η συγχώνευση των ΔΥΠΕ σε επτά υγειονομικές περιφέρειες θεωρείται ότι θα συμβάλλει στη μείωση της γραφειοκρατίας και της πολυπλοκότητας του συστήματος καθώς και στην ενίσχυση των νοσοκομειακών μονάδων και των μονάδων πρόνοιας με πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό. Επίσης, εισάγεται για πρώτη φορά ο θεσμός των ορκωτών ελεγκτών στις ΔΥΠΕ, ενώ θα είναι στο εξής υποχρεωτικοί οι ετήσιοι αναλυτικοί προϋπολογισμοί στα νοσοκομεία. Η μεταρρύθμιση του 1983 είχε ως αποτέλεσμα την ένταση των γεωγραφικών ανισοτήτων, καθώς παρόλο τη δημιουργία ιατρικών κέντρων στην επαρχία απουσίαζε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Επίσης αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία. Η μεταρρύθμιση του 2001 αποτέλεσε μια σημαντική προσπάθεια για τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου τομέα υγείας, ωστόσο

προσέκρουσε σε εμπόδια, απόρροια της κομματικοκρατίας στην Ελλάδα. Η Οικονομική Κρίση που έχει ξεκινήσει από το 2007 έχει φέρει τεράστιες αλλαγές στην παγκόσμια οικονομία και κατά συνέπεια και στην χώρα μας.

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον ενός τρις ενός δισεκατομμυρίου δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας.

Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (Who, 2009).

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας αντιμετωπίζει προβλήματα χρηματοδότησης, εξαιτίας της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης, αλλά και εξαιτίας της διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από την Αμερική και την Ευρώπη⁶⁶.

Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, πάντα σύμφωνα με την λογική της υπάρχουσας κυβέρνησης, η χώρα μας εισήλθε στον Μηχανισμό στήριξης του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) υπογράφοντας μέσα στο 2010 δανειακή σύμβαση, έτσι ώστε να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην χώρα μας και να έχουμε το δικαίωμα δανεισμού από τις άλλες χώρες- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

1.7.1 Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων μονάδων υγείας (νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία κ.λπ.). Μέσω αυτού χρηματοδοτείται ακόμη η ασφάλιση υγείας των αγροτών και καλύπτεται το μεγαλύτερο μέρος του κόστους ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, τις επενδύσεις, την εκπαίδευση και την έρευνα στον τομέα υγείας.

Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία από τον κρατικό προϋπολογισμό μπορούν να ταξινομηθούν σε δαπάνες: (i) για την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (μισθοί προσωπικού, λειτουργικά έξοδα κ.λπ.), (ii) για επενδύσεις (κτίρια, εξοπλισμό κ.λπ.), (iii) για εκπαίδευση και έρευνα στην υγεία, (iv) για τη δημόσια υγεία, (v) για την κεντρική διοίκηση (υπουργείο υγείας κ.λπ.) και (vi) για επιχορηγήσεις ελλειμματικών κλάδων υγείας ασφαλιστικών οργανισμών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν τη δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων καλύπτεται το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Το ύψος των εισφορών καθορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και εισπράττεται με τους μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διαθέτει. Από ταμείο σε ταμείο παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο ύψος αυτών.

Η τρίτη κατηγορία που χρηματοδοτείται από τους πόρους των ταμείων περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται από ιδιωτικών συμφερόντων υποδομές, συμβεβλημένες ή όχι με τα ταμεία και αφορά κυρίως ιατρεία και οδοντιατρεία, νοσοκομεία, κλινικές, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών είναι για μεν τη νοσοκομειακή περίθαλψη

το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο, το ύψος του οποίου καθορίζεται όπως και για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ από το κράτος, στη δε περίπτωση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κυρίως κατά πράξη και με τιμές που καθορίζονται από τους ίδιους όπως και για το νοσήλιο κρατικών φορέων.

Το κόστος έτσι όπως αυτό υπολογίζεται με βάση το κρατικό τιμολόγιο αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου το ασφαλιστικό ταμείο. Μερικές φορές τη διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής καλείται να καλύψει ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Οι ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή οι πληρωμές που γίνονται από ασφαλισμένους με χρήματα που προέρχονται από το προσωπικό ή το οικογενειακό τους εισόδημα, αποτελούν την τρίτη και μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος.

Κατά παράδοση οι δαπάνες αυτές ήταν πολύ υψηλές (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001). Κατά παράδοση οι δαπάνες αυτές ήταν πολύ υψηλές, σήμερα όμως εξαιτίας της οικονομικής κρίσης οι δαπάνες αυτές λιγοστεύουν ολοένα και περισσότερο.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 ξεκίνησε στην Ελλάδα η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας. Το κράτος με σκοπό να εξαλείψει τον ιδιωτικό τομέα κράτησε τις τιμές σε πολύ χαμηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα οι ιδιώτες να διαφοροποιήσουν τη δράση τους επενδύοντας στις νέες τεχνολογίες στα διαγνωστικά κέντρα. Παράλληλα, πολλές ιδιωτικές κλινικές χρησιμοποίησαν μέτρα για να αυξήσουν το κόστος.

Αύξησαν το μέσο χρόνο νοσηλείας ή έκαναν υπερβολική χρήση των μονάδων εντατικής θεραπείας για να αυξήσουν τα έσοδα τους. Στα μέσα της δεκαετίας του '90, οι ιδιωτικές υπηρεσίες αυξήθηκαν, αλλά είχαν να προσφέρουν περισσότερο τύπου ξενοδοχειακές υπηρεσίες όσον αφορά στην ποιότητα των κλινικών. Η επιβίωση ωστόσο του ιδιωτικού τομέα εξαρτάται πολύ από τη

δημόσια χρηματοδότηση. Το 70% των νοσηλευθέντων σε ιδιωτικές κλινικές χρηματοδοτούνται από το δημόσιο.

Οι τρέχουσες μεταβιβάσεις των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης για υγεία είναι συνήθως οι ασφαλιστικές δαπάνες για διάφορες παροχές που πραγματοποιούνται για την κάλυψη των μελών τους. Οι ασφαλιστικές αυτές παροχές είναι ανταποδοτικού χαρακτήρα, δηλαδή χορηγούνται, αφού έχει προηγηθεί η καταβολή ασφαλιστικών εισφορών άμεσα από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Αυτό σημαίνει ότι ο Κρατικός Προϋπολογισμός δεν παρεμβαίνει, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις και όταν τα ταμεία αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα οικονομικά προβλήματα.

Με τη στενή λοιπόν έννοια της Ιδιωτικής Κατανάλωσης, οι τρέχουσες μεταβιβάσεις των Ο.Κ.Α. ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία, ενώ με την ευρεία έννοια της συλλογικής υποχρέωσης κάλυψης των αναγκών υγείας, υπάγονται στην κατηγορία της Δημόσιας Κατανάλωσης. Άλλωστε, υπάρχουν περιπτώσεις στην Ελλάδα, όπου ασφαλιστικά ταμεία μεγάλων κοινωνικό-επαγγελματικών κατηγοριών όπως των αγροτών χρηματοδοτούνται ακόμη από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, δηλαδή από το σύνολο των φορολογούμενων πολιτών και όχι από ανταποδοτικές εισφορές των ασφαλισμένων του.

Έτσι, για τον υπολογισμό των Δημοσίων και Ιδιωτικών Δαπανών στην Ελλάδα λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω έξοδα ανά κατηγορία (Σούλης, 1999)

Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

- Δαπάνες Φορέων κοινωνικής Ασφάλισης (τρέχουσες μεταβιβάσεις Ο.Κ.Α.)
- Δαπάνες του κράτους για επιχορηγήσεις σε Δημόσια Υγειονομικά Ιδρύματα,

- Νομαρχίες κ.ά. (Δημόσια Κατανάλωση).
- Δαπάνες του Κράτους για Ιατροφαρμακευτική & Νοσοκομειακή Φροντίδα των πολιτικών και στρατιωτικών υπαλλήλων καθώς και των συνταξιούχων του δημοσίου (Δημόσια Κατανάλωση).
- Δημόσιες Επενδύσεις.

Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

- Δαπάνες των ανασφάλιστων.
- Δαπάνες για υπηρεσίες και αγαθά υγείας που δεν καλύπτουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί όπως οπτικά, οδοντιατρικές εργασίες, ορθοπεδικά υλικά, φυσικοθεραπείες κ.ά.
- Δαπάνες για συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα παροχής φροντίδων υγείας. Για παράδειγμα, η συμμετοχή στα φάρμακα, η συμμετοχή στα έξοδα διαγνωστικών εξετάσεων, η συμμετοχή στα έξοδα επισκέψεων σε μη συμβεβλημένους γιατρούς κ.ά.
- Δαπάνες για κάλυψη των εξόδων από τη διαφορά θέσης νοσηλείας.
- Δαπάνες για άτυπες αμοιβές γιατρών όπως εγχειρήσεις κ.ά.
- Ιδιωτικές Επενδύσεις.

1.7.2 Διαχρονική εξέλιξη δεικτών υγείας

Τα τελευταία τέσσερα χρόνια η κρίση αυτή όλο και βαθαίνει φέρνοντας διαρκώς νέα μέτρα και μεταρρυθμίσεις στον ευρύτερο χώρο της οικονομίας αλλά και γενικότερα σε ότι αφορά τα ζητήματα της υγείας. Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης.

Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας.

Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010). Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές. Η κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού και γενικά τα ψυχολογικά προβλήματα αυξήθηκαν ραγδαία στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Τους τελευταίους μήνες με τις αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και την αύξηση της ανεργίας, το εργασιακό άγχος έχει προσβάλει άμεσα ή έμμεσα σχεδόν το σύνολο των εργαζομένων.

Οι απολύσεις αλλά και οι νέες συνθήκες εργασίας σύμφωνα με τους νέους όρους, τον όγκο δουλειάς και φυσικά τη μείωση των αποδοχών έχουν προκαλέσει αλυσιδωτές αντιδράσεις όχι μόνο συνδικαλιστικές αλλά και ψυχοσωματικές. Σε πρόσφατο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχικής Υγείας ανακοινώθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι φοβίες και οι κρίσεις πανικού είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται λόγω της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση της περιρρέουσας ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Επίσης, μια ακραία εκδήλωση απογοήτευσης και απόγνωσης είναι η αυτοκτονία, στην οποία οδηγούνται χιλιάδες άνθρωποι σε όλο τον κόσμο.

Στην Ελλάδα, η αυξητική τάση στις αυτοκτονίες καταγράφεται καθαρά και από τα στοιχεία που συγκεντρώνει η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 1018 που λειτουργεί τα τελευταία τρία χρόνια από την Οργάνωση Κλίμακα σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία, το τελευταίο διάστημα, οι κλήσεις προς τη γραμμή βοήθειας αυξήθηκαν κατά 60% με 70% .

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια. Για το 2009, το «περιβάλλον της φτώχειας» στην ελληνική κοινωνία, καταγράφεται

συνολικά σε 17% του ενήλικου πληθυσμού. Το μέσο ετήσιο ποσοστό ανεργίας κατά το 2009 αυξήθηκε σε 8.8% σε σχέση με το 8.4% του 2008 (VPRC, 2010).

Όσον αφορά στη φτώχεια των εργαζομένων, η μελέτη του ΕΚΑ δείχνει ότι οι εργαζόμενοι με συμβάσεις ορισμένου χρόνου παρουσιάζουν υπερτριπλάσιο κίνδυνο φτώχειας σε σχέση με τους εργαζόμενους αορίστου χρόνου (16% έναντι 5,1%).

Οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης έχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο φτώχειας σε σχέση με τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης (26% έναντι 13,5%). Στην Ελλάδα σήμερα, το 21% των πολιτών ζουν στα όρια της φτώχειας, έχοντας εισόδημα κατώτερο του 60% του μέσου εθνικού εισοδήματος. Από το 21% του πληθυσμού που ζει στα όρια της φτώχειας, το 33% είναι άνω των εξήντα πέντε ετών και συνταξιούχοι (32%).

Επίσης στην Ελλάδα, ένα νοικοκυριό με ένα άτομο θεωρείται ότι βρίσκεται στα όρια της φτώχειας όταν το ετήσιο εισόδημα δεν υπερβαίνει το ποσό των 4.264 ευρώ. Ένας στους τρεις Έλληνες στερείται στοιχειωδών ανέσεων: μόνο το 38% του πληθυσμού έχει τη δυνατότητα να πάει μία εβδομάδα διακοπές σε ξενοδοχείο κάθε χρόνο, να πληρώσει το ενοίκιο του σπιτιού ή τη δόση του δανείου χωρίς καθυστερήσεις, να έχει ως γεύμα κάθε δύο ημέρες κοτόπουλο, κρέας ή ψάρι και να έχει επαρκή θέρμανση στο σπίτι του. Το 26% επίσης του ελληνικού πληθυσμού δεν μπορεί να καλύψει οικονομικά τουλάχιστον μία από τις προαναφερθείσες «ανέσεις» (Μοσχονάς, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΙΔΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Στη παρούσα ενότητα παρατίθεται μια συγκριτική αξιολόγηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, αναφορικά με το μηχανισμό χρηματοδότησής τους. Έτσι, τα συστήματα υγείας διακρίνονται στα συστήματα με φορολογική βάση χρηματοδότησης (Δανία, Μ. Βρετανία και Φινλανδία), στα συστήματα που βασίζονται στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας, τα Ασφαλιστικά Ταμεία (Γερμανία, Ολλανδία) και στα μεικτά συστήματα που συνδυάζουν ταυτόχρονα τις ιδιωτικές δαπάνες με την κρατική χρηματοδότηση και την οικονομική προσφορά της κοινωνικής συνιστώσας (Ελβετία) (Κυριόπουλος, 2004).

Η φιλελεύθερη αντίληψη στηρίζεται στις αρχές της αγοράς, στο δίκαιο της ανταλλαγής, στην υπεροχή της ατομικότητας και την περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Αποδέχεται τους μηχανισμούς της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας και το σύστημα τιμών ως θεμελιακό μηχανισμό διανομής των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν οι ιδέες και αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αναδιανομής του εισοδήματος, της προώθησης του κοινωνικού οφέλους και οι αρχές της συλλογικής δράσης, προδίδοντας ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν μπορεί να δώσει πάντα τη λύση.

«Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης, ο τρόπος αμοιβής των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και μια σειρά από άλλα μικρής ή μεγάλης σημασίας θέματα, κατά τον Κ. Καρπούζη (2002), συνδέονται με τη μορφή ή τον τύπο του Συστήματος Υγείας». Τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι τα ακόλουθα (Σιγάλας, 2008):

1. Η ισότιμη κατανομή των φαρμάκων σε όλο το πληθυσμό αλλά και η ισότιμη περίθαλψη ανεξαρτήτου τάξης η καταγωγής
2. Η στήριξη και η χρηματοδότησή του προβλέπεται κατά ένα ποσοστό μέσα από τα έσοδα του κράτους, μέσα από τις εισφορές που εισπράττει το κράτος από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους
3. Το σύστημα υγείας μιας χώρας δε βασίζεται μόνο στους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς.
4. Ο έλεγχος της υγείας ανήκει κυρίως στο κράτος, το οποίο και καθορίζει τη λειτουργία του.
5. Οι πολίτες μιας χώρας είναι υποχρεωμένοι να ασφαρίζονται σε κρατικούς μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς
6. Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

Άλλες μορφές συστημάτων υγείας είναι οι ακόλουθες (Σιγάλας, 2008):

1. Επιλογή του χρήστη-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα υγείας της χώρας του.
2. Είναι δικαίωμα του γιατρού ή του νοσοκομείου να τοποθετηθεί εκεί που αυτό θεωρεί ότι θα μπορεί να εξυπηρετήσει καλύτερα τους πολίτες και να καθορίσει την οργανωτική του δομή αλλά και την αμοιβή που θα εισπράττει.
3. Οι συντελεστές της παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες
4. Η παροχή υπηρεσιών και οι τιμές επηρεάζονται από τη προσφορά και ζήτηση.

5. Η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.
6. Υπάρχει ένα ελεύθερο σύστημα υγείας όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση και η υγειονομική κάλυψη του καθενός σχετίζεται και απορρέει από τις προσωπικές του επιλογές.
7. Κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική ή αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός.

Ακόμη, η κατανομή των πόρων, κατά επίπεδο και τομέα φροντίδας, κατά γεωγραφική περιφέρεια κλπ., πρέπει να επιδιώκει να εξασφαλίσει εκείνο το συνδυασμό φροντίδων που συνεπάγεται το καλύτερο υγειονομικό αποτέλεσμα, με το μικρότερο κόστος και τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή. Οι πολίτες οφείλουν να έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν τον οικογενειακό τους ιατρό και δευτερευόντως τον ειδικό ιατρό ή το νοσοκομείο, στο οποίο θα παραπεμφθεί, ενώ οι ιατροί και οι άλλοι προμηθευτές υγείας πρέπει να έχουν σχετική αυτονομία, ιδιαίτερα όσον αφορά τα ιατρικά θέματα. Ωστόσο, η επίτευξη αυτών εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και του Υγειονομικού της Συστήματος (Δίκαιος και Χλέτσος, 1999). Κάποιοι από τους στόχους μπορεί να αλληλοσυγκρούονται και η προτεραιότητα που τίθεται για την επίτευξη του ενός ή του άλλου απαιτεί συχνά αξιολογικές κρίσεις.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες (Robinson et al., 1999). Το πρώτο στηρίζεται στην πλήρη ατομική ελευθερία, την ελεύθερη επιλογή, τον περιορισμό της κρατικής δράσης και την προώθηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Οι αρχές του φιλελευθερισμού - της ατομικής ελευθερίας, της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, της ελεύθερης αγοράς - όπως αποτέλεσαν τις κυρίαρχες δυνάμεις ανάπτυξης του συστήματος υγείας. Το δεύτερο

έχει ως θεμελιακές αρχές την υποχρεωτική συμμετοχή, τη συλλογική κάλυψη, την κυβερνητική δράση και παρέμβαση. Χαρακτηριστικά συστήματα αυτής της μορφής είναι αυτά των ευρωπαϊκών χώρων.

Αν και η αφετηρία του προβληματισμού για το κάθε σύστημα είναι διαφορετική, κοινό είναι το αίτημα όμως του αναπροσανατολισμού και της αναδιοργάνωσης, με διαφαινόμενες τάσεις σύγκλισης σε μικτές μορφές. Παρ' όλα τα παραπάνω, είναι σημαντικό να επαναληφθεί ότι στη διαμόρφωση των υγειονομικών συστημάτων επιδρούν πληθώρα παραγόντων, πέραν του ιδεολογικού, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην δομή των συστημάτων. Επομένως, η ταξινόμηση και η σύγκριση μεταξύ τους είναι αρκετά δύσκολο έργο.

Εκτός της ιδεολογίας, η οικονομική ανάπτυξη, η ιστορική παράδοση, η γεωγραφική θέση και δομή μιας χώρας, η μέθοδος χρηματοδότησης, η πολιτική διανομής των υπηρεσιών, η τεχνολογία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα τρία κυρίαρχα συστήματα υγείας για τα οποία έγινε αναφορά παραπάνω, απαρχής γενομένης των φιλελεύθερων και των εθνικών συστημάτων υγείας και έπειτα στο μεικτό, το οποίο αποτελεί συνδυασμό παραπάνω.

2.2 Φιλελεύθερα συστήματα

Το υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας βρίσκεται, όπως αναφέρθηκε, σε έναν αέναο διάλογο με τις δυνάμεις που διαμορφώνουν και χαρακτηρίζουν την κοινωνία σε κάθε ιστορική της στιγμή. Κοινωνικοοικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το χαρακτήρα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού, αλλά και τον τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, διαχείρισης.

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας είναι βασισμένα στο αξίωμα του *Laissez-Faire* και στηρίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό το

πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών υγείας στο σύστημα των τιμών, το οποίο διαμορφώνει τελικά την αγορά των υπηρεσιών υγείας, μέσω της ισορροπίας των τριών αγορών, της νοσοκομειακής περίθαλψης, της εξωνοσοκομειακής και της φαρμακευτικής περίθαλψης (Υφαντόπουλος, 2003).

Δηλαδή, η ζήτηση για υπηρεσίες αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα που διαμορφώνει την προσφορά τους. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι ότι οι παροχές υγείας δίδονται μέσω του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης και ως εκ τούτου σημαντικός παράγοντας είναι το εισόδημα των καταναλωτών το οποίο και καθορίζει το επίπεδο ζήτησης, καθώς και το μέγεθος της πληθυσμιακής σύνθεσης ενός τόπου. Επομένως, η παροχή των υπηρεσιών υγείας και η περιφεριακοποίηση τους ή όχι εξαρτάται από την μέθοδο χρηματοδότησής τους.

Με δεδομένο ότι τα υψηλότερα ποσοστά χρηματοδότησης προέρχονται από ιδιωτικές πηγές, η πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας προσανατολίζεται στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου και η προσφορά των υπηρεσιών συγκεντρώνεται και η οικονομική δραστηριότητα είναι πολύ πιο έντονη. Έτσι, η έννοια της περιφεριακοποίησης εμφανίζεται περισσότερο στην βιβλιογραφία παρά στην πραγματικότητα (Δίκαιος και Χλέτσος , (1999) . Ο στόχος της περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών μέσω του μηχανισμού της αγοράς είναι ιδιαίτερα δύσκολος να επιτευχθεί και οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ανάληψη πρωτοβουλιών από το κράτος είναι αναγκαία για την παροχή υπηρεσιών σε περιφέρειες όπου η οικονομική δραστηριότητα είναι χαμηλή.

Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας ισχύει η εθελοντική ασφάλιση και οι υγειονομικές καλύψεις είναι ανάλογες με την οικονομική κατάσταση του καθενός, δημιουργώντας έτσι έντονες ανισότητες και ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού χωρίς κάλυψη. Τίθεται ευλόγως το ερώτημα κατά πόσο το σύστημα αυτό διέπεται

από τις αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας από όλους τους χρήστες.

2.3 Εθνικά συστήματα

Στα εθνικά συστήματα υγείας, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβάρυνση για τους πολίτες. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται είτε άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό (σοσιαλιστικές χώρες), είτε από τον προϋπολογισμό και άλλες πηγές όπως κοινωνική ασφάλιση και η τοπική φορολογία (Σουηδία). Η κρατική παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα για κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επέμβαση για την υλοποίηση των στόχων (Δίκαιος και Χλέτσος , 1999) .

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση αυτών είναι η βέλτιστη οργάνωση, χρηματοδότηση και διανομή των οικονομικών πόρων του συστήματος. Στα περισσότερα εθνικά συστήματα η πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας έχει προσδιοριστεί και διαχωριστεί σε τρία επίπεδα ανάλογα με τις ανάγκες του αστικού, ημι-αστικού και αγροτικού χώρου, που συνδέονται ιεραρχικά μεταξύ τους:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα. Αφορά το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη, την αγωγή υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα. Αφορά την περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομεία που καλύπτουν τις βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα.

- Τριτοβάθμια περίθαλψη. Αφορά σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα τα όποια απαιτούν υψηλό επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων.

Η μορφή αυτή οργάνωσης αποτελεί την κλασσική οργανωτική δομή των εθνικών συστημάτων υγείας και έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια απαραίτητη δομή που επιτυγχάνει τα μέγιστα δυνατά ιατρικά και οικονομικά αποτελέσματα.

Βασικό μειονέκτημα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας αποτελούν οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Παρά τα προβλήματα περιφεριακοποίησης και του ανωτέρω, η σύγκριση των Εθνικών Συστημάτων με τα μεικτά συστήματα που θα αναλυθούν ακολούθως καταδεικνύει ότι τα πρώτα είναι σε πλεονεκτικότερη θέση, όσον αφορά την περιφεριακοποίηση, την ισότητα, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων (Γεωργούση και Κυριόπουλος 2002) .

2.4 Μεικτά συστήματα

Τα μεικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας/ασθένειας και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα ταμεία είτε αφορούν ομάδες εργαζομένων (Γερμανία), είτε λειτουργούν υπό την μορφή εθνικής ασφάλισης υγείας (Γάλλια), βρίσκονται συνήθως υπό κυβερνητικό έλεγχο.

Το πρώτο σύστημα αυτού του τύπου θεσπίστηκε από το Γερμανό Καγκελάριο Bismark το 1880 και προσβλέπει ότι η ασφάλιση υγείας είναι δικαίωμα για όλους και ότι εισφορές θα πρέπει να υπολογίζονται συμφώνα με την ικανότητα πληρωμής και όχι τον κίνδυνο της ασθένειας. Βασικά χαρακτηριστικά του θεσμού της ασφάλισης υγείας είναι η αλληλεγγύη, η οποία μέσα από τη συλλογική κάλυψη και δράση επιχειρεί να επηρεάσει την έννοια της

κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση μέσω των εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα, η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης και η έντονη κρατική παρεμβατικότητα που έχει ως στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Λιαρόπουλος, 2007).

Στις ευρωπαϊκές χώρες απαντάται το κλασικό υπόδειγμα του Bismarck, το οποίο προβλέπει την συμμετοχή και την αμοιβαία συνεισφορά των κοινωνικών εταίρων. Στα περισσότερα μεικτά συστήματα υγείας η προσφορά των υπηρεσιών υγείας παρέχεται σε επίπεδο προμηθευτών από ένα μεικτό πλαίσιο. Αυτό περιλαμβάνει ιατρούς που ασκούν ελευθέρα την ιατρική και αμείβονται κατά πράξη και ιατρούς που αμείβονται με μισθό και εκτείνεται σε νοσοκομειακές υπηρεσίες που προσφέρονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά ιδρύματα.

Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών και τον τύπο ιδιοκτησίας των νοσοκομείων, οι κυβερνήσεις των χωρών έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα επέμβασης και στον τρόπο αποζημίωσης και στον τρόπο ίδρυσης, λειτουργίας, οργάνωσης κάθε είδους ιδρύματος. Η κρατική παρέμβαση φτάνει μέχρι και τα όρια του έλεγχου της εγκατάστασης της ιατρικής τεχνολογίας (Γεωργούση και Κυριόπουλος, 2002).

Εκτός του παραπάνω προνομίου που έχουν οι κυβερνήσεις και το χρησιμοποιούν για τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και την κατεύθυνσή τους, μια σειρά παρεμβάσεων στο επίπεδο της χρηματοδότησης συμπληρώνουν τις δυνατότητες επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών. Από τα παραπάνω εξάγουμε το συμπέρασμα ότι στα μεικτά συστήματα υγείας οι δυνατότητες της κυβερνητικής παρέμβασης για τον προγραμματισμό, οργάνωση, περιφεριακοποίηση των υπηρεσιών είναι πολύ μεγαλύτερες έναντι των άλλων συστημάτων και περιλαμβάνουν τόσο την πλευρά της ζήτησης (χρηματοδότηση), όσο

και την πλευρά της προσφοράς (οι πολιτικές περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών υγείας).

Τα τελευταία χρόνια η κρατική παρέμβαση επιχειρείται στην πλευρά της χρηματοδότης και λιγότερο στην πλευρά της προσφοράς. Αυτό συμβαίνει διότι η έννοια του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει διαδικασίες και ενέργειες που συναντούν την αντίδραση των υποστηρικτών της ελεύθερης αγοράς. Η άσκηση ενός εθνικού προγραμματισμού μπορεί να περιλαμβάνει από τα πιο απλά ζητήματα χωροθέτηση, μέχρι και τη δημιουργία εθνικών προτύπων προσφοράς των υπηρεσιών. Οι πολιτικές που θα ακολουθήσουν μπορούν να είναι περισσότερο δομημένες, διότι δεν στηρίζονται αποκλειστικά στο σύστημα τιμών.

2.5 Επίλογος

Ένα σύστημα υγείας αναφέρεται σε επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία διαρθρώνονται σε τακτική σειρά και σχέση με δεδομένο προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να αναπτυχθεί ο σκοπός ύπαρξης τους, δηλαδή η διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Δίκαιος και Χλέτσος, 1999) . Τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν δομές είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λπ. (Καρπούζης, 2002).

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε τρία πρότυπα οργάνωσης: το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης («Ελεύθερο» ή «Φιλελεύθερο Μοντέλο»), το δημόσιο σύστημα (Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο) και το μικτό σύστημα που αποτελεί συνδυασμό των παραπάνω. Το ιδιωτικό σύστημα βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών, λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με

την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός.

Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες. Το σύστημα αυτό υποδιαιρείται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (Μοντέλο Bismarck) και σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Μοντέλο Beveridge).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Οι μεταρρυθμίσεις των Συστημάτων Υγείας αποδείχθηκαν διαχρονικά μια δύσκολη διαδικασία. Πολλές χώρες παρουσίασαν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες για την υλοποίηση των στόχων τους. Η υλοποίηση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, ιστορικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και οργανωτικούς. Η εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, συνδέεται άμεσα με την οικονομική και κοινωνική πρόοδο μιας χώρας (Longest & Darr, 2014).

Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και σήμερα σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα και σχεδόν δωρεάν. Ο κύριος πολιτικός στόχος ήταν η καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, που πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή του δημοσίου στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (WHO²⁰¹²).

Η αναγκαιότητα και τα ερεθίσματα για την συγγραφή αυτής της διδακτορικής διατριβής, προέκυψε ως επακόλουθο, αφενός μεν των προκλήσεων που προκύπτουν από τις μεταρρυθμίσεις των Συστημάτων Υγείας διαφόρων χωρών, αφετέρου της μεγάλης τομής που επιχειρήθηκε στην Ελλάδα το 1983 και αφορά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και της μεταρρύθμισης που επιχειρήθηκε το 2000, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και αφορά την Περιφερειακή Οργάνωση (Thomson, 2012).

3.2 Αγγλοσαξονικό μοντέλο

Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge και αφορά συστήματα που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία. Οι πρυτάνευσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις

υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (Beveridge, 2014).

Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου. Η κάλυψη στο εν λόγω μοντέλο είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη, αλλά πλήρως καθολική είναι μόνο για τον τομέα της υγείας. Οι μη ενεργοί πολίτες και αυτοί που κερδίζουν λιγότερα από τις κρατήσεις δεν έχουν πρόσβαση στα επιδόματα για την εθνική ασφάλεια. Τα επιδόματα αυτά είναι περιορισμένα σε σχέση με της Σκανδιναβίας. Ευρύς είναι ο ρόλος των επιδομάτων κοινωνικής βοήθειας βάσει ελέγχου των μέσων (Heys, & Beveridge, 2012).

Η χρηματοδότηση έχει μικτό χαρακτήρα: η υγεία χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τη φορολογία, ενώ τα χρηματικά επιδόματα από τις κοινωνικές συνεισφορές. Το οργανωσιακό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα ολοκληρωμένο (συμπεριλαμβανομένου της ασφάλειας της ανεργίας) και η διαχείριση γίνεται από τη δημόσια διοίκηση. Οι κοινωνικοί εταίροι έχουν δευτερεύοντα ρόλο.

3.3 Ηπειρωτικό μοντέλο

Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική ιδέα του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων (Τσιαμαντά, 2014).

Το ηπειρωτικό μοντέλο το οποίο υιοθέτησαν η Γερμανία, Γαλλία και άλλες Δυτικό-ευρωπαϊκές χώρες χρηματοδοτείται από τις εισφορές στην Κοινωνική ασφάλιση. Η παράδοση του Bismark (που επικεντρώνεται στη σύνδεση της εργασιακής θέσης και των κοινωνικών δικαιωμάτων/ αξιώσεων) είναι ιδιαίτερα ορατή στον

τομέα της υγείας και της διατήρησης του εισοδήματος. Στην Ολλανδία και στην Ελβετία έχει δημιουργηθεί ένα υβριδικό σύστημα, εφόσον έχουν εισαχθεί ρυθμίσεις καθολικής φύσεως.

Ο τύπος των επιδομάτων και η χρηματοδότηση (μέσω κοινωνικών συνεισφορών) αντανακλούν λογικές ασφάλειας, σύμφωνα με επαγγελματικές ομάδες. Τα συνδικάτα και οι ενώσεις εργοδοτών συμμετέχουν ενεργά στη διαχείριση των συστημάτων ασφάλισης, διατηρώντας ένα βαθμό αυτονομίας από τις δημόσιες αρχές. Η πλειοψηφία των πολιτών καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Στη Γερμανία και στην Ολλανδία, τα υψηλότερα επίπεδα εισοδήματος εξαιρούνται από την υποχρεωτική ασφάλεια υγείας (Καββαδάς, 2014).

3.4 Σκανδιναβικό μοντέλο

Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη φιλοσοφία. Η κοινωνική προστασία είναι δικαίωμα του πολίτη, η κάλυψη είναι καθολική και τα επιδόματα αποτελούνται από γενναιόδωρα ποσά, που αυτομάτως καταβάλλονται για αποζημίωση για τους διάφορους κοινωνικούς κινδύνους. Η δημόσια βοήθεια έχει ένα πιο περιορισμένο ρόλο (Kingdon, 1995).

Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από δημοσιονομικά έσοδα, αν και γίνεται προσπάθεια για επέκταση του ρόλου των κοινωνικών συνεισφορών. Οργανωτικά, τα διάφορα μέρη της σκανδιναβικής πρόνοιας είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους και η παροχή των επιδομάτων και των παροχών βρίσκεται υπό την ευθύνη των δημόσιων αρχών, κεντρικών και τοπικών. Μόνο η ασφάλεια για

την ανεργία είναι εθελοντικής φύσεως και διαχειρίζεται από τα συνδικάτα.

3.5 Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80 είχε ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει τις νότιες ευρωπαϊκές χώρες, δηλαδή την Ιταλία, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ελλάδα. Το στοιχείο που τις διαφοροποιεί είναι η έλλειψη ομογενούς ανάπτυξης. Ιδιαίτερα, τα συστήματα της Ελλάδας και της Πορτογαλίας βρίσκονται ακόμα σε φάση ανάπτυξης. Τα συστήματα αυτά δεν ανήκουν στην ηπειρωτική «οικογένεια» και στο συντηρητικό-κορπορατιστικό σύστημα πρόνοιας (McDowell, Spasoff, & Kristjansson, 2004).

Η κοινωνική προστασία στη νότια Ευρώπη χαρακτηρίζεται από ένα μεικτό προσανατολισμό: τα επαγγελματικά ταμεία και οι κοινωνικοί εταίροι έχουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του εισοδήματος. Τα κράτη αυτά χαρακτηρίζονται από μικρή διοικητική ικανότητα και εμπλοκή ιδιαίτερων ομάδων στην κρατική μηχανή,

κάτι που οδηγεί στην απομόνωση αυτού του μοντέλου από τα αλλά της Ευρώπης.

Τα τελευταία χρόνια και με βάση τα σύγχρονα δεδομένα, οι αρνητικές αυτές διαπιστώσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, αλλά και μια σειρά άλλοι λόγοι οδήγησαν σε μια παρατεταμένη κρίση, που κύρια χαρακτηριστικά της είναι (Βασιλάκης, 2015): Το συνεχώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος του σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, έθετε σε κίνδυνο την ίδια την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών αυτών, η αδυναμία του συστήματος να βελτιώσει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, η αδυναμία ανακοπής των συνεχώς διευρυμένων υγειονομικών ανισοτήτων και η εξέλιξη του συστήματος υγείας σε μια νοσοκομειοκεντρική, πολυδάπανη και απρόσωπη ιατρική.

3.6 Επίλογος

Η Υγεία και οι πολιτικές υγείας, πρέπει να κατανοούνται ως σύνθετο φάσμα επιλογών, σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο, με όλη την ιστορική διάσταση που εμπεριέχουν. Η Υγεία είναι θεμελιώδες (κοινωνικό) αγαθό και επένδυση στις σύγχρονες κοινωνίες. Το Κράτος πρέπει να το διασφαλίζει ισότιμα, αποτελεσματικά και ποιοτικά, αντιμετωπίζοντας ζητήματα ανισοτήτων και αποκλεισμού στη διανομή του, με στόχο τη συμβολή του στην κοινωνική ανάπτυξη, την ευημερία και τη συνοχή.

Τα εθνικά συστήματα Υγείας αντιμετωπίζουν αυξανόμενες προκλήσεις όπως αυτές απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Τα σχέδια δράσης και οι πολιτικές Υγείας τείνουν να προβαίνουν σε τμηματικές μεταρρυθμίσεις, υποτιμώντας την αλληλεξάρτηση δυναμικά αυτόνομων αποφάσεων.

Υπό αυτές τις εξελίξεις, η σφαιρική προσέγγιση του προβλήματος, όπου η βελτίωση ενός τομέα του συστήματος Υγείας δεν θα επιφέρει επιπλοκές σε έναν άλλο, καθίσταται επιτακτική

ανάγκη. Παρόλο που οι μεταρρυθμίσεις αυτές είναι μακροχρόνιας προοπτικής, υπάρχει ένα κοινό σημείο, το οποίο μπορεί να υλοποιηθεί με ταχύτερους ρυθμούς: η ακριβής μέτρηση του κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών με αντικειμενικούς δείκτες και σε όλα τα επίπεδα, από τη γεωγραφική περιφέρεια, έως το νοσοκομείο και ακόμη τον κάθε γιατρό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ-ΣΥΓΚΡΙΣΗ

4.1 Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της «παροχής υπηρεσιών υγείας» έχει να κάνει με την παροχή υπηρεσιών από προμηθευτές υγείας. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) οι ανθρώπινοι πόροι, β) η επάρκεια των υπαρχουσών υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Giannakopoulou, & Zyga2013).

Οι υπηρεσίες υγείας στον ελλαδικό χώρο χωρίζονται σε 3 επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Όσον αφορά τη Πρωτοβάθμια έχει να κάνει με το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα που δεν απαιτείται νυχτερινή παραμονή στο νοσοκομείο (Velana et al., 2012). Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών καθώς και τη προσφορά διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα αποδίδει πιο οικονομικά από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα καλύπτει την καταπολέμηση εξάλειψης των παραγόντων που προβάλλουν την εκάστοτε ασθένεια στα πλαίσια της πρόληψης όπως και την έγκαιρη διάγνωση. Επίσης ασκεί προληπτική ιατρική, εστιάζει στην επιδημιολογική έρευνα, στοχεύει στη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ενημέρωση του κοινού για προγράμματα υγείας, παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας, αγωγή στοματικής υγείας και πρόληψης (Velana et al., 2012).

Αναφορικά με τη Δευτεροβάθμια παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με τη διάγνωση και θεραπεία ιατρικών τεχνικών, για την πραγμάτωση εκείνων που έχουν άμεση ανάγκη για νοσηλεία εντός του νοσοκομείου, δίχως να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία Κρατικά του Ε.Σ.Υ., πανεπιστημιακά και γιατροί του Ε.Σ.Υ

Ο νοσοκομειακός Πρόεδρος, ο Διευθυντής, ο Πρόεδρος του Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών είναι υποχρεωτικό να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής (Adamakidou, & Kalokerinou, 2010).

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας καθορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που έχουν πρωτεύων σκοπό να αντιμετωπίζουν σπάνια ή δύσκολα περιστατικά υγείας, αλλά και να προάγουν την ιατρική έρευνα καθώς και να υπάρχει επί μόνιμου βάσεως προαγωγή Ιατρικής έρευνας και ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών Υγείας σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας χρίζουν ειδικών εγκαταστάσεων με σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό υψηλής και προσωπικό κάθε ειδικότητας με σωστή εκπαίδευση και κατηγοριών και αρκετά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Στη σημερινή εποχή υφίστανται αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται. Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας εμπεριέχει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη μέθεξη των φορέων του κοινωνικού συνόλου (Giannakopoulou & Zyga, 2013).

4.2 Δημόσια Νοσοκομεία

Στη σημερινή εποχή τα Δημόσια έχουν το 70% των νοσοκομειακών κλινών. Βέβαια ο αριθμός δεν μπορεί να καλύψει την έντονη ζήτηση, λόγω του ότι η σπουδαία πτώση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν γινόταν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων υγειονομικών Μονάδων. Το νούμερο των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ πιο χαμηλό από άλλα δυτικοευρωπαϊκά κράτη ενώ το ποσοστό πληρότητας περνά το 90%.

Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και έλλιπυς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής (Giannakopoulou & Zyga, 2013).

4.3 Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Ο τομέας των ιδιωτικών κλινικών είχε περιοριστεί αρκετά κατά το 1980 κατά βάση εξαιτίας της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Κυριότερα αναφορικά με την νομοθεσία 1397/83 είχε πάψει η παροχή αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων.

Με το ανωτέρω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών.

Οι πιο πολλές κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ

με δυσκολία προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς εξαιτίας του ότι δεν είναι δυνατόν να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών (Tsirintani et al., 2010).

Όμως υφίστανται, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι εν λόγω μονάδες είναι απόλυτα οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσδίδουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Με τη νομοθεσία 3370/2005¹⁹ είναι η συνεργασία με ιδιωτικά νοσοκομεία για κρεβάτια ΜΕΘ και νεογνών. Στη σημερινή εποχή υφίστανται γύρω τα 120-140 κρεβάτια ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία ενώ είναι έτοιμα από πλευράς εξοπλισμού, δεν ενεργούν εξαιτίας έλλειψης προσωπικού. Την ίδια στιγμή ασθενείς πεθαίνουν ή στην καλύτερη περίπτωση ταλαιπωρούνται, εξαιτίας του μικρού αριθμού κλινών ΜΕΘ. Το κράτος υπογράφει τη μίσθωση κλινών από τον ιδιωτικό τομέα (Grammatikopoulos et al., 2013)

4.3.1 Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Είναι πολλοί οι λόγοι που η υγεία έχει αποκτήσει σταδιακά και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως:

- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών αλλάζει την σύνθεση της ζήτησης σε υπηρεσιών υγείας.

- Η χαμηλή ασφαλιστική κάλυψη και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.
- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

Είναι γεγονός ότι ήταν απαραίτητη η ύπαρξη και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία βέβαια υπάρχουν αρνητικά και θετικά αυτής της προσπάθειας. Αρχικά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία περιλαμβάνει λιγότερες «εταιρίες» παροχής υπηρεσιών υγείας με ετήσιο τζίρο που φτάνει τα 270 εκ. ευρώ. επίσης ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αυξάνεται 5% - 7% ανά χρονιά μιας και τα περιθώρια κέρδους είναι πιο υψηλά στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και τέλος η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή. Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει και εκεί νη ορισμένα μειονεκτήματα, όπως (Giannakopoulou & Zyga, 2013):

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία με μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο
- Ιδιωτική Υγεία δυο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο διέπει την κατασκευή νέων ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων
- Ελλιπής τεχνογνωσία παρά την απόκτηση τεχνολογίας αιχμής
- Υπο-ασφαλισμένος πληθυσμός

4.3.2 Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Τα ωφέληματα είναι αρκετά στο να προσδώσουν ώθηση για επιπλέον ιδιωτική πρωτοβουλία στον τομέα της υγείας,

επιγραμματικά θα ήταν δυνατόν να αναφερθούν για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24ωρη λειτουργία
- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- Ποιότητα υπηρεσιών
- Ποσοστό εσόδων από εξωτερικούς ασθενείς το 2005: 16,4%
- Στόχος κέρδους: 20-25% (Ευρωπαϊκός μέσος όρος)

4.4 Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο

Σε συνεχόμενα ανοδική πορεία υφίσταται ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια.

Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που εκφράζουν τον κλάδο σχεδόν τετραπλάσια σε σχέση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία - αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Οι αρχικές ιδιωτικές επενδύσεις μεγάλης κλίμακας πραγματοποιήθηκαν κιάλας από τα μέσα του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα το Κέντρο Υγεία, τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ. Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης ενήργησε στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ.

Η εξέλιξη της αγοράς που αφορά τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας είχαν μια αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών

τους της τάξης του 14,3% μεταξύ των ετών 2002 και 2003, η οποία συνεχίστηκε και το 2004 φτάνοντας στο 15,36%.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη
- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη

Πρωτοπόρος στον τομέα είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε μεγάλα κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, Ταυτόχρονα, συνεργάστηκε με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και κάνει σχέδια επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη (Giannakopoulou, & Zyga, 2013)

4.5 Αδυναμίες Δημοσίου συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης ή Προαγωγής Υγείας
- Έλλειψη άρτιων ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά Νοσοκομεία.
- Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού)
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας
- Ανεπαρκή διοίκηση
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων

- Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου
- Έλλειψη εκπαίδευσης

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν σχετίζονται με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς.

Η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της απόκτησης τίτλου ιατρικής είναι εν μέρει ικανοποιητική, αλλά από πολλές πλευρές ανεπαρκής σε σχέση με τα σημερινά προβλήματα και σε μεγάλο βαθμό θεωρητική, αντί να επικεντρώνεται στα πρακτικά προβλήματα (Giannakopoulou & Zyga, 2013).

4.5.1 Εμπορευματοποίηση της υγείας και έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας συστηματικά υποβαθμίζονται με την υποχρηματοδότηση, την ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας

Ο πολίτης προκειμένου να πετύχει την μέγιστη φροντίδα φτάνει να προσφέρει χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία τους. Από την ίδια τη φύση τους δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί πόσο εκτεταμένες είναι αυτές οι πρακτικές και ποια είναι τα συνολικά ποσά χρημάτων τα οποία διακινούνται σε:

- Πληρωμές σε "φακελάκια"
- Προμήθειες για την παραπομπή ασθενών σε κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο
- Υφίστανται περιπτώσεις στις οποίες ιατροί του ΙΚΑ παίρνουν προμήθειες τα από φαρμακεία.
- Πολλές φορές ιατροί στις κλινικές του ΙΚΑ χρησιμοποιούν τις θέσεις τους για να αποκτούν πελατεία στα ιδιωτικά ιατρεία.

Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι οδηγεί σε ένα άκαμπτο σύστημα αμοιβών και στην αδυναμία της τοπικής διοίκησης των μονάδων να ανταμείψουν την παροχή καλών υπηρεσιών και να τιμωρήσουν εκείνους που παραμελούν την εργασία τους ή την κάνουν αδιάφορα.

Υφίσταται πτώση κινήτρων σε κάθε ομάδα του προσωπικού, εκτός του κινήτρου να φύγουν νωρίς από την εργασία τους για να κάνουν τη δική τους δουλειά. Δεν υπάρχει ακόμα στο σύστημα η παραμικρή εκπροσώπηση των ίδιων των χρηστών (Giannakopoulou, & Zyga, 2013)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη παρούσα εργασία μελετήθηκε στο πρώτο κεφάλαιο η ιστορική εξέλιξη των συστημάτων υγείας. Αρχικά αναφέρθηκε στην εισαγωγή, ενώ ορίστηκαν τα συστήματα υγείας, οι πηγές χρηματοδότησης, η αξιολόγηση υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ευρώπη στον Ιδιωτικό και Δημόσιο σύστημα υγείας, η Οικονομική κρίση σε σχέση με το εθνικό σύστημα υγείας και οι μεταρρυθμίσεις δαπανών.

Έπειτα το δεύτερο κεφάλαιο ανέλυσε τα πρότυπα μοντέλων υγείας όπου αρχικά έγινε λόγος για τα Φιλελεύθερα συστήματα, τα εθνικά και τα μικτά. Το τρίτο κεφάλαιο ανέλυσε τα πρότυπα μοντέλων υγείας όπου αναπτύχθηκε αναλυτικά το πως λειτουργεί το Αγγλοσαξονικό μοντέλο, το Ηπειρωτικό, το Σκανδιναβικό και το Νοτιοευρωπαϊκό. Το τέταρτο κεφάλαιο εμβάθυνε στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέας υγείας στην Ελλάδα και έκανε σύγκριση. Τέλος, η εργασία ολοκληρώθηκε με τον επίλογο.

Η παρούσα εργασία για την οποία ήδη αναφέρθηκε η δομή και το περιεχόμενό της στις προηγούμενες παραγράφους είχε ως βασικό της θέμα να συγκρίνει τη παραγωγικότητα του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Ένα θέμα πάρα πολύ σημαντικό για το οποίο τη περίοδο της κρίσης έχουν γίνει πολλές συζητήσεις. Υπάρχει η άποψη ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης ο ιδιωτικός τομέας ισχυροποιήθηκε και αυτό γιατί στο δημόσιο τομέα παρατηρείται έλλειψη χώρων οπότε είναι πάρα πολύ δύσκολο να παραχθούν ποιοτικές υπηρεσίες. Υπάρχει έλλειψη προσωπικού άρα δεν είναι δυνατόν να παραχθούν αποτελεσματικά οι υπηρεσίες και να καλυφθούν οι ανάγκες των πολιτών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία νοσούν και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τις απαιτήσεις των πολιτών, δεν έχουν τη δυνατότητα να τους παρέχουν τα κατάλληλα κονδύλια και αυτό έχει

ευρύτερη επίδραση σε ανίατες παθήσεις, αλλά και γενικότερα σε οποιαδήποτε κατάσταση αντιμετωπίζουν οι Έλληνες πολίτες. Η παρούσα εργασία θα μπορούσε να αποτελεί συνέχεια προηγούμενων μελετών οι οποίες σχετίστηκαν είτε με τη λειτουργία του δημοσίου είτε με τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα. Ακόμα θα μπορούσε να αποτελέσει τη συνέχεια μελετών που μέτρησαν την παραγωγικότητα σε άλλες εποχές και που έδειξαν την λειτουργία του δημοσίου ειδικά τομέα την Ελλάδα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Ειδικά πριν τη κρίση τα πράγματα ήταν πολύ καλύτερα οπότε τώρα αυτή η μελέτη έρχεται συγκριτικά με το παρελθόν να δείξει τις αλλαγές ενώ έρχεται να δείξει και τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία. Ακόμα θα μπορούσε να αποτελέσει πηγή για τη σύνταξη άρθρων σχετικών με το θέμα. Άρθρων δηλαδή τα οποία μελετούν θέματα κόστους και αποτελέσματος, θέματα αποδοτικότητας, θέματα παραγωγικότητας. Ακόμα η μελέτη αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει συνέχεια σε παρελθούσες εργασίες που ασχολούνταν με την οργάνωση και διοίκηση δημοσίων και ιδιωτικών οργανισμών δεδομένου ότι και αυτές έκαναν ειδικές αναφορές σε θέματα παραγωγικότητας. Βέβαια τα πρόβλημα και αυτό που δεν μπόρεσε να καλύψει αυτή η εργασία είναι να απεικονίσει την άποψη των εμπλεκόμενων στο χώρο.

Συγκεκριμένα η εργασία αυτή δεν ασχολήθηκε με την ανάπτυξη κάποιου ερωτηματολογίου, ή με τη χρήση κάποια φόρμας συνεντεύξεων προκειμένου να ρωτήσει ειδικούς από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα αλλά και πολίτες σε σχέση με τη παραγωγικότητα, τη παροχή υπηρεσιών, τη ποιότητα και το κόστος. Αυτό σίγουρα θα μπορούσε σε μια μελλοντική έρευνα να αποτελέσει ένα βασικό θέμα. Είναι βασικό να αναφέρουμε ότι σήμερα σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία αλλά και εκτός Ευρώπης ε χώρες όπως η Αμερική και Αυστραλία τα συστήματα είναι πολύ πιο αποτελεσματικά σε επίπεδο οργάνωσης, το κράτος συμμετέχει ενεργά επενδύοντας μεγάλα κονδύλια στην υγεία. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι βασικός ρυθμιστής της λειτουργίας στην υγεία ενώ

ειδικά στην Αμερική ο ιδιωτικός τομέας κυριαρχεί και ο πολίτης είναι ελεύθερος να αποφασίσει με ποιο τρόπο είναι καλύτερα να διαχειριστεί τα θέματα που αφορούν στην υγεία του. Πρέπει και στην Ελλάδα να αποτελέσουν παράδειγμα τέτοιου είδους συστήματα , θα εξυπηρετούσε κάποια διοικητικά στελέχη να εκπαιδευτούν στις χώρες αυτές, να αντιγράψουν ιδέες και να βοηθήσουν το ελληνικό σύστημα να αλλάξει και να αναπτυχθεί αναλόγως. Στο μέλλον σίγουρα ανεξάρτητα από το πόσο ακόμα θα συνεχιστεί η παρούσα κρίση το θέμα της υγείας θα αποτελέσει βασικό σημείο τριβής και θα πρέπει να ακολουθηθούν οι κατάλληλες στρατηγικές για να απέλθει η ανάπτυξή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Γείτονα, Μ., et al. "αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας." Κείμενα ομοφωνίας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα (2004): 41-74.
- Δίκαιος Κ και Χλέτσος Μ.,(1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, Πάτρα σελ 48-56
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) Συστήματα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα
- Κανελλάκη, Γεωργία. Διερεύνηση αντιλήψεων ασθενών και ιατρών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των αλλαγών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Diss. 2015.
- Καρπούζης, Κ.(2002), Ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας – μεθοδολογίες ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς
- Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Λ. και Μπένος, Α. ‘Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία: Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;’, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(4), 2008
- Κυριόπουλος, Γ., and Β. Η. Τσιάντου. "οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 27.5 (2010): 834-840.
- Λαδά – Χαντζοπούλου Α (1978). Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη σημερινά προβλήματα, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα,
- Μοσχονάς, Γεώργιος. "Ο μήνας του έτους στο ΧΑΑ και άλλες αγορές." (2007).

- Παρασκευόπουλος Λ, (2004), «Συστήματα Υγείας-θέματα οργάνωσης & διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας», Σημειώσεις διδασκαλίας, σελ:46-53.
- Σιγάλας, Ι.(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές από http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt
- Τούντας Γ.,(2001), Άρθρο: Τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα. Ιατρική , 79(3), 215-217
- Τούντας Γ.,(2003), «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- Υφαντόπουλος, Γ.(2010), Άρθρο: «Η Επίδραση των Δημογραφικών Εξελίξεων στις Δαπάνες Υγείας» Στο Δημογραφική κρίση στην Ελλάδα. Εθνικές Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις ΕΔΗΜ σελ 159-168
- Υφαντόπουλος, Γ., (2003), Τα οικονομικά της υγείας. Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Χαράλαμπος Ο., (2004), Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες, Διόνικος, Αθήνα
- Χατζηπουλίδης, Γ., Γλ. Καλφακάκου (2008), Άρθρο: Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα : Η εφαρμογή τους στον τομέα υγείας, Τεχνικά Χρονικά Διμηνιαία Έκδοση ΤΕΕ Μάιος - Ιούν. 2008 τεύχ. 3, σ.10-12

Ξενογλώσση

- Adamakidou, T., & Kalokerinou, A. (2010). New health policies on primary health care in Greece. *Health Science Journal*, 4(1), 15-23.

- Culyer AJ.(2008) Health indicators. Oxford
- Giannakopoulou, G., & Zyga, S. (2013). Quality of provided care. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 2(1-3-2017), 3-12.
- Grammatikopoulos, I. A., Koupidis, S. A., Moralis, D., Sadrazamis, A., Athinaiou, D., & Giouzepas, I. (2013). Job motivation factors and performance incentives as efficient management tools: A study among mental health professionals. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 30(1).
- Kutzin,J. (2001),A descriptive framework for country-level analysis of health, Health
- Kyriopoulos, John, et al. "Professional profile of national health service physicians in Greece and their self-expressed training needs." *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 23.2 (2003): 101-108.
- OECD Health Data 2009
- Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, *JAMA*, Vol. 280 No. 14, October 14
- Tsirintani, M., Giovanis, A., Binioris, S., & Goula, A. (2010). A New Modelling Approach for Investigation of the Relationship between Quality of Health Care Services and Patient Satisfaction. *Nosileftiki*, 49(1).
- Velana, M., Barbouni, A., Merakou, K., Koutis, C., & Kremastinou, T. (2012). Research of quality of life in students of programmes of postgraduate studies in Public Health. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 29(2).