



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΦΙΛΗ

**Ο ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2006 – 2010**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΦΙΛΗ

**Ο ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2006 – 2010**

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ. Αθανάσιος Βοζίκης

Λέκτορας Πανεπιστημίου Πειραιώς

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2012



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM

HEALTH MANAGEMENT



TEI OF PIRAEUS

KONSTANTINA FILI

**PARLIAMENTARY CONTROL IN HEALTH SECTOR:
RESEARCH FINDINGS FOR THE PERIOD 2006 – 2010**

Graduate Thesis Submitted for Master Degree

Piraeus, 2012



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM

HEALTH MANAGEMENT



TEI OF PIRAEUS

KONSTANTINA FILI

**PARLIAMENTARY CONTROL IN HEALTH SECTOR:
RESEARCH FINDINGS FOR THE PERIOD 2006 – 2010**

Supervisor:

Dr. Athanassios Vozikis

Lecturer University of Piraeus

Graduate Thesis Submitted for Master Degree

Piraeus, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα Διπλωματική Εργασία, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου σε όλα τα άτομα, τα οποία συνετέλεσαν ποικιλοτρόπως στην περάτωσή της.

Κατ' αρχήν, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή μου, κο Αθανάσιο Βοζίκη, Λέκτορα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση, άμεση ανταπόκριση, συνεχή υποστήριξη και τις εύστοχες παρατηρήσεις που μου προσέφερε, στο πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Δεδομένης της έλλειψης χρόνου και των ανειλημμένων υποχρεώσεών μου, η συμβολή του στην ολοκλήρωση της ήταν ιδιαίτερα σημαντική.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους εργαζόμενους του Τμήματος Ερωτήσεων της Διεύθυνσης Κοινοβουλευτικού Ελέγχου της Βουλής των Ελλήνων, για την προθυμία που επέδειξαν και την εν γένει άψογη συνεργασία μας, κατά τη συλλογή του ερευνητικού υλικού της παρούσας.

Φυσικά, ευχαριστώ τους υπέροχους γονείς μου, Αθανάσιο και Ευσταθία Φίλη, οι οποίοι ανέκαθεν υπήρξαν για εμένα ανεξάντλητη πηγή έμπνευσης και πρότυπα αένας προόδου μέσω της δια βίου μάθησης, για την πολύτιμη στήριξή τους, τόσο στην αρχική μου απόφασή παρακολούθησης του συγκεκριμένου Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, όσο και καθ' όλη τη διάρκειά του.

Επιπροσθέτως, ευχαριστώ από καρδιάς τον σύζυγό μου, Πέτρο Κοζάο, για την αστείρευτη κατανόηση, διαρκή ενθάρρυνση, πολύπλευρη υποστήριξη, και αδιάκοπη συμπαράσταση που γενναιόδωρα μου παρείχε, χαλυβδώνοντας τη θέλησή μου να συνεχίσω την προσπάθειά μου, παρά τις όποιες αντικειμενικές δυσκολίες.

Τέλος, θα ήθελα να προσθέσω, ότι η φοίτηση στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», αποτέλεσε για εμένα μια πραγματικά γόνιμη εμπειρία, εφοδιάζοντάς με, με πολύτιμες και απαραίτητες γνώσεις, για την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη διαχείριση του ιδιαίτερα ευαίσθητου χώρου της υγείας.

Ως εκ τούτου, ευχαριστώ θερμά τους Επιστημονικούς Υπεύθυνους του Π.Μ.Σ., κο Γιαννακόπουλο Διονύσιο, Καθηγητή στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του Τεχνολογικού Ιδρύματος Πειραιώς και κο Παντελίδη Παντελή, Καθηγητή στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, οι οποίοι μερίμνησαν για τη σωστή οργάνωση και δομή του, τους διδάσκοντες καθηγητές, οι οποίοι διασφάλισαν τη μεταλαμπάδευση της ακαδημαϊκής γνώσης στους φοιτητές με ανιδιοτέλεια, καθώς επίσης

και τη Γραμματειακή υποστήριξη, η οποία με το ενσυνείδητο έργο της, εξασφάλισε την εύρυθμη λειτουργία του συγκεκριμένου προγράμματος, συμβάλλοντας τοιουτοτρόπως τα μέγιστα στην επιτυχία του.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ACKNOWLEDGEMENTS

Concluding the present thesis, I feel the need to express my sincere thanks to all the people who contributed, in various ways, to its completion.

First, I warmly thank my supervising Professor, Mr. Athanassios Vozikis, Lecturer in the Department of Economics, University of Piraeus, for his valuable assistance, guidance, immediate response, continuous support and accurate observations, provided in preparing this research paper. Given the shortage of time and my prior commitments, his contribution to the completion of this paper was very important.

Furthermore I would like to thank the employees of the Department for Questions of the Directorate for Parliamentary Control of the Greek Parliament, for their willingness and our excellent cooperation in general, during the collection of this research material.

Certainly, I would like to express my gratitude to my wonderful parents, Athanassios and Efstathia Filis, who have always been for me an inexhaustible source of inspiration and perpetual progress models, through lifelong learning, for their invaluable support, both in my original decision, regarding the monitoring of specific Postgraduate Studies Program and also throughout its duration.

Furthermore, heartfelt thanks to my husband, Peter Kozaos for the inexhaustible understanding, constant encouragement and multilateral support he generously provided, strengthening my will to continue my effort, despite the objective difficulties.

Finally, I would like to add, that the attendance of the Postgraduate Studies Program “Health Administration” was a really fruitful experience for me, supplying me with valuable and necessary knowledge for the most effective way of managing the very sensitive area of health.

Therefore, I warmly thank the scientific coordinators of this Msc Program, Mr. Giannakopoulos Dionysios, Professor in the Department of Business Administration of the Technical Institute of Piraeus and Mr. Pantelis Pantelides, Professor in the Department of Economics, University of Piraeus, who organized and ran this program with competence and efficiency, the professors, who ensured conveying academic knowledge to students with selflessness, as well as secretarial support, whose provision and support ensured the smooth running of the program, thus contributing greatly to its success.

**«Ο ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2006 – 2010»**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΦΙΛΗ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στη «Διοίκηση της Υγείας»
Πανεπιστήμιο Πειραιώς – ΤΕΙ Πειραιώς, Ελλάδα
Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Αθανάσιος Βοζίκης
Λέκτορας Πανεπιστημίου Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δεδομένου ότι η Ελλάδα θεωρείται παγκοσμίως η κοιτίδα της Δημοκρατίας, η Βουλή των Ελλήνων αποτελεί αναμφισβήτητα την κορωνίδα των δημοκρατικών θεσμών. Η Βουλή των Ελλήνων ασκεί τις αρμοδιότητές της, το Νομοθετικό έργο και τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο, σύμφωνα με τα όσα προβλέπονται στον Κανονισμό της και το Σύνταγμα. Το Σύνταγμα αποτελεί τον καταστατικό χάρτη της χώρας, διασφαλίζοντας μέσω των διατάξεών του, τα δικαιώματα των Πολιτών και τις υποχρεώσεις του Κράτους. Σύμφωνα με το Σύνταγμα, η προστασία της Υγείας αποτελεί κατοχυρωμένο δικαίωμα των Πολιτών και το Κράτος οφείλει να μεριμνά για τη διασφάλισή του.

Ωστόσο, αν και στην εποχή μας, σε σχέση με το παρελθόν, η κατάσταση Υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας έχει βελτιωθεί αισθητά, καταγράφονται φαινόμενα έντονης δυσαρέσκειας των Πολιτών, αναφορικά με το Σύστημα Υγείας, δεδομένου ότι βρίθεται ανεπαρκειών, βάσει των οποίων εγείρονται ερωτήματα, περί ισότητας, λειτουργικότητας και αποτελεσματικότητας του. Ο εντοπισμός, κατ' αρχήν και η διαχείριση, κατ' επέκταση, των ανεπαρκειών του Συστήματος Υγείας, επιτελείται σε πολλά διαφορετικά επίπεδα ελέγχου, στην κορυφή των οποίων βρίσκεται ο Κοινοβουλευτικός Έλεγχος. Επομένως, ο Κοινοβουλευτικός έλεγχος, αποτελεί το ύψιστο επίπεδο ελέγχου της χώρας, στο οποίο «καταλήγουν» όσες ανεπάρκειες του Συστήματος Υγείας δεν κατέστη εφικτό να αντιμετωπιστούν στα προηγούμενα επίπεδα ελέγχου.

Ο συνδυασμός των προαναφερθέντων στοιχείων, αποτέλεσε το έναυσμα για την εκπόνηση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας. Πρόκειται για μια εξειδικευμένη και πρωτότυπη έρευνα με θέμα τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο στον τομέα της Υγείας, η οποία

βασίστηκε σε χίλια είκοσι δύο (1022) κατατεθέντα Μέσα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου στην Βουλή των Ελλήνων, κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου 2006 – 2010, με Υπουργείο αναφοράς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με το Πρόγραμμα Στατιστικής Επεξεργασίας S.P.S.S. και η κατηγοριοποίησή τους βάσει της Διεθνούς Κατηγοριοποίησης Λογαριασμών Υγείας του Ο.Ο.Σ.Α.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, στον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο στον τομέα της Υγείας, συμμετείχαν Βουλευτές, «απλά μέλη» των Κοινοβουλευτικών Ομάδων, πλειοψηφικά της Αντιπολίτευσης, εκπρόσωποι των μεγάλων αστικών κέντρων, ως επί το πλείστον Γιατροί, καταθέτοντας ατομικά κυρίως, Ερωτήσεις Εθνικού Ενδιαφέροντος.

Τα επικρατέστερα προβλήματα του τομέα της Υγείας που αναδείχθηκαν μέσω των διαδικασιών του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, αφορούσαν στη Διοίκηση και ασφάλιση της Υγείας, στην Επένδυση παγίου κεφαλαίου των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, στα Νοσοκομεία και στην Κρατική χρηματοδότηση, αντικατοπτρίζοντας τοιουτοτρόπως σε μεγάλο βαθμό, τις διαπιστωμένες ανεπάρκειες του εν λόγω τομέα. Επίσης, σημειώνεται η «σύγκλιση απόψεων», που εντοπίστηκε μεταξύ Βουλευτών των διαφορετικών Κοινοβουλευτικών Ομάδων και μεταξύ Βουλευτών και Πολιτών, αναφορικά με τα προαναφερθέντα προβλήματα.

Επιπροσθέτως, επισημαίνεται το φαινόμενο διαρκούς επανάληψης των ίδιων ακριβώς προβλημάτων του τομέα της Υγείας, που παρατηρήθηκε καθ' όλο το διάστημα της έρευνας, η συνεκτίμηση του οποίου με την καταγεγραμμένη απουσία ουσιαστικής διαχρονικής βελτίωσής τους, εγείρει σημαντικά ερωτήματα περί αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και εν γένει «καταλληλότητας» της Πολιτικής Υγείας που εφαρμόζεται στη χώρα.

Τέλος, υπογραμμίζεται η σχέση που ανιχνεύτηκε μεταξύ του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών και των καταγεγραμμένων διακυμάνσεων της συμμετοχής των Βουλευτών στη διαδικασία του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, του τύπου των κατατεθέντων Μέσων Κοινοβουλευτικού Ελέγχου καθώς και της εμβέλειας του περιεχομένου τους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Κοινοβουλευτικός Έλεγχος, Βουλή των Ελλήνων, Επίπεδα Ελέγχου, Σύστημα Υγείας, Προβλήματα Συστήματος Υγείας, Πολιτική Υγείας.

**“PARLIAMENTARY CONTROL IN HEALTH SECTOR:
RESEARCH FINDINGS FOR THE PERIOD 2006 – 2010”**

KONSTANTINA FILI

Graduate Thesis Submitted for the Degree

“Master in Health Management”

University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr. Athanassios Vozikis

Lecturer, University of Piraeus

ABSTRACT

Since Greece is universally considered the cradle of democracy, the Greek Parliament is undoubtedly the pinnacle of democratic institutions. The Greek Parliament exercises its competencies, the Legislative Work and Parliamentary Control, in accordance with the provisions of its Regulation and the Constitution. The Constitution is the Charter of the country, ensuring through its provisions, both Civil rights and obligations of the State. According to the Constitution, the protection of Health is a guaranteed right of Citizens and the State is required to ensure it.

However, although nowadays, compared to the past, the health of the population of Greece has considerably improved, the dissatisfaction of Citizens about the Health System is recorded intense, since it is full of failures under which, questions on equality, functionality and effectiveness are raised. The identification and management of Health System shortcomings is performed at many different levels of control, on top of which stands the Parliamentary Control. Therefore, the Parliamentary Control is the highest level of control of the country, where all the previously unmanaged shortcomings of the Health System are gathered.

The combination of the above triggered the preparation of this thesis. It is a specialized and original research on the Parliamentary Control in Health Sector, which was based on one thousand and twenty-two (1022) Means of Parliamentary Control, submitted to the Greek Parliament, during the period 2006 to 2010, with Ministry of reference the Ministry of Health and Welfare. The processing and analysis of survey data

was conducted with the SPSS statistical analysis program and their classification under the International Classification of Health Accounts of OECD.

According to the research findings, the Parliamentarians who participated in the Parliamentary Control in Health Sector were “simple members’ of the parliamentary groups, mainly the Opposition’s, representatives of large urban centers, mostly doctors, depositing primarily individually, Questions of national interest.

The prevailing problems of the health sector emerged through the processes of Parliamentary Control, involved in Health administration and health insurance, Capital formation of health care provider institutions, Hospitals and General government financing, thus reflecting to a large extent the identified deficiencies of the Health Sector. Also, is noted, the identified “convergence of views” between the Parliamentarians of different parliamentary groups, as long as between the Parliamentarians and the Citizens, regarding the aforementioned problems.

In addition, is noted the phenomenon of the repetition of the same problems in the Health sector, observed throughout the period of research and if taken into consideration with the recorded absence of substantial temporal improvement of the problems, important questions about effectiveness, efficiency and adequacy of the applied Health Policy, are raised.

Furthermore, is underlined, the detected relationship, between the timing of National Elections and the recorded fluctuations in the Parliamentarians’ participation in the process of Parliamentary Control, as long as the type and range of content of the submitted Means of Parliamentary Control.

KEY WORDS

Parliamentary Control, Hellenic Parliament, Control levels
Health System, Health Policy, Health System Problems

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	3
1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	3
1.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	3
1.2. Ιστορική αναδρομή	4
1.3. Οργάνωση του Συστήματος Υγείας	9
1.3.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	9
1.3.2. Δημόσια παροχή υπηρεσιών – Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	9
1.3.3. Δημόσια παροχή υπηρεσιών – Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης	11
1.3.4. Δημόσια παροχή υπηρεσιών – Ο ρόλος των υπόλοιπων Υπουργείων	13
1.3.5. Ιδιωτική παροχή υπηρεσιών – Ιδιωτικός Τομέας.....	13
1.4. Η «μελέτη» του Συστήματος Υγείας	14
1.5. Τα προβλήματα του Συστήματος Υγείας	15
1.5.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	15
1.5.2. Προβλήματα ανθρώπινου δυναμικού.....	16
1.5.3. Προβλήματα δομών του Συστήματος Υγείας	18
1.5.3.1. Προβλήματα Π.Φ.Υ.	18
1.5.3.2. Προβλήματα Νοσοκομείων	18
1.5.3.3. Προβλήματα χρηματοδότησης – δαπανών υγείας	20
1.5.4. Σύνοψη των προβλημάτων.....	21
1.6. Τα επίπεδα ελέγχου του Συστήματος Υγείας.....	22
1.6.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	22
1.6.2. Έλεγχος μέσω του Υπαλληλικού Κώδικα.....	22
1.6.3. Έλεγχος όλων των Διοικητικά επί κεφαλής από τον Υπουργό Υ.κ.Κ.Α.	24
1.6.4. Επιστημονικοί Σύλλογοι	25
1.6.5. Συνδικαλιστικές Ενώσεις	25
1.6.6. Τα Δικαστήρια.....	26
1.6.7. Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)	28
1.6.8. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α.).....	30
1.6.9. Ο Κοινοβουλευτικός Έλεγχος	33
1.6.10. Χρήσιμες Παρατηρήσεις.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	35
2. ΤΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ	35
2.1. Εισαγωγικά στοιχεία	35
2.2. Η Βουλή των Ελλήνων	35
2.3. Οργάνωση της Βουλής των Ελλήνων	36
2.3.1. Οι Κοινοβουλευτικές Ομάδες.....	36
2.3.2. Το Προεδρείο της Βουλής	37
2.3.3. Η Ολομέλεια της Βουλής.....	38
2.3.4. Το τμήμα Διακοπής Εργασιών	39
2.3.5. Η Διάσκεψη των Προέδρων	39
2.3.6. Οι Κοινοβουλευτικές Επιτροπές.....	40
2.4. Οι αρμοδιότητες της Βουλής των Ελλήνων	44
2.4.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	44
2.4.2. Νομοθετική Διαδικασία	44
2.4.3. Άλλες Διαδικασίες	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	47
3. Ο ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	47
3.1. Εισαγωγικά στοιχεία	47
3.2. Γενικές Διαδικασίες Κοινοβουλευτικού ελέγχου	47
3.3. Τα Μέσα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου (Μ.Κ.Ε.)	48
3.3.1. Αναφορές.....	48
3.3.2. Ερωτήσεις	49
3.3.3. Επίκαιρες Ερωτήσεις.....	49
3.3.4. Αιτήσεις Κατάθεσης Εγγράφων (Α.Κ.Ε.)	49
3.3.5. Επερωτήσεις.....	49
3.3.6. Επίκαιρες Επερωτήσεις	50
3.4. Ειδικές Διαδικασίες Κοινοβουλευτικού Ελέγχου	50
3.4.1. Προτάσεις εμπιστοσύνης και δυσπιστίας	50
3.4.2. Έλεγχος επί των ανεξαρτήτων αρχών.....	51
3.4.3. Σύσταση εξεταστικής επιτροπής	52
3.4.4. Πληροφόρηση και ενημέρωση.....	52
3.4.5. Πρόταση για προκαταρκτική εξέταση	52
3.4.6. Προτάσεις μομφής κατά του Προέδρου της Βουλής ή μέλους του Προεδρείου	53

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	54
4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	54
4.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	54
4.2. Σκοπός της Έρευνας.....	54
4.3. Μεθοδολογία – Υλικό.....	54
4.4. Ανάλυση των υπό εξέταση μεταβλητών.....	57
4.5. Μεθοδολογία κατηγοριοποίησης των Μ.Κ.Ε.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	65
5. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	65
5.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	65
5.2. Ευρήματα απλών συχνοτήτων.....	65
5.3. Ευρήματα συσχετισμού των μεταβλητών.....	78
5.3.1. Εισαγωγικά στοιχεία.....	78
5.3.2. Συσχετισμοί Βουλευτικής Περιόδου – Συνόδου.....	78
5.3.2.1. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Τύπος Μ.Κ.Ε.....	79
5.3.2.2. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εκλογική Περιφέρεια.....	81
5.3.2.3. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης.....	83
5.3.2.4. Βουλευτική Περίοδος-Σύνοδος & Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία.....	86
5.3.2.5. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης.....	89
5.3.2.6. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος & Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης.....	93
5.3.2.7. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Κοινοβουλευτική Ομάδα.....	94
5.3.2.8. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εμβέλεια Περιεχομένου Μ.Κ.Ε.....	96
5.3.3. Συσχετισμοί τύπων Μέσων Κοινοβουλευτικού Ελέγχου (Μ.Κ.Ε.).....	98
5.3.3.1. Τύπος Μ.Κ.Ε – Κοινοβουλευτική Ομάδα.....	99
5.3.3.2. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.).....	100
5.3.3.3. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ΗC.R.).....	102
5.3.3.4. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.).....	104
5.3.3.5. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (ΗF.).....	106
5.3.3.6. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Υπουργός Υγείας.....	108
5.3.3.7. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.....	109
5.3.4. Συσχετισμοί Κοινοβουλευτικής Ομάδας (Κ.Ο.).....	110
5.3.4.1. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.).....	111

5.3.4.2. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.) ...	113
5.3.4.3. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HP.)	116
5.3.4.4. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (HF.)	118
5.3.4.5. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εκλογική Περιφέρεια	119
5.3.4.6. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Υπουργός Υγείας.....	121
5.3.4.7. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	125
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	125
6.1. Εισαγωγικά στοιχεία	125
6.2. Συζήτηση ευρημάτων απλών συχνοτήτων	126
6.2.1. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος	126
6.2.2. Τύπος Μ.Κ.Ε.	127
6.2.3. Τρόπος υποβολής Μ.Κ.Ε.	127
6.2.4. Βουλευτές	128
6.2.5. Κοινοβουλευτική Ομάδα (Κ.Ο.).....	131
6.2.6. Θέση Βουλευτή στην Κ.Ο	131
6.2.7. Εκλογική Περιφέρεια	131
6.2.8. Επαγγελματική ιδιότητα.....	132
6.2.9. Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα.....	133
6.2.10. Πρωθυπουργός	133
6.2.11. Υπουργός Υγείας	134
6.2.12. Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.).....	134
6.2.13. Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)	135
6.2.14. Πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης (HP.)	136
6.2.15. Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (HF.1)	137
6.2.16. Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.	137
6.3. Συζήτηση ευρημάτων συσχετισμών	138
6.3.1. Συσχετισμοί των Βουλευτικών Περιόδων - Συνόδων	138
6.3.1.1. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Τύπος Μ.Κ.Ε.	139
6.3.1.2. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εκλογική Περιφέρεια	141
6.3.1.3. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης	143
6.3.1.4. Βουλευτική Περίοδος/Σύνοδος – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία	145
6.3.1.5. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης	147

6.3.1.6. Βουλευτική Περίοδος/Σύνοδος – Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης	148
6.3.1.7. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Κοινοβουλευτική Ομάδα	149
6.3.1.8. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.....	151
6.3.2. Συσχετισμοί των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε.....	153
6.3.2.1. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Κοινοβουλευτική Ομάδα	154
6.3.2.2. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.)	154
6.3.2.3. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ΗC.R.).....	156
6.3.2.4. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.)	157
6.3.2.5. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε	158
6.3.3. Συσχετισμοί Κοινοβουλευτικής Ομάδας (Κ.Ο.)	158
6.3.3.1. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.).....	159
6.3.3.2. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ΗC.R)	159
6.3.3.3. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.).....	160
6.3.3.4. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εκλογική Περιφέρεια	160
6.3.3.5. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.	162
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	163
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ	163
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	171
ΠΗΓΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ	174
ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	176

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ενδεικτικός πίνακας αποτελεσμάτων κριτηριακής αναζήτησης Μ.Κ.Ε.	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ανάλυση του δείγματος της έρευνας ανά κατηγορία Μ.Κ.Ε.	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Οι Βουλευτικές Περίοδοι – Σύνοδοι εντός του ερευνητικού διαστήματος	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατηγοριοποίηση Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, μονοψήφιου επιπέδου ...	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατηγοριοποίηση Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, μονοψήφιου επιπέδ ..	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατηγοριοποίηση Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, μονοψήφιου επιπέδου	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατηγοριοποίηση Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης, μονοψήφιου επιπ ...	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Τα σύνολα των καταχωρημένων εγγραφών ανά κατηγορία ταξινόμησης	64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους....	66
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. ανά τύπο Μ.Κ.Ε.	66
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. βάσει του τρόπου υποβολής	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Οι 15 πλέον «ενεργοί» Βουλευτές στη διαδικασία του Κ.Ε.	68
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Ποσοστιαία Συμμετοχή των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε.	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Οι 15 πλέον «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες στη διαδικασία του Κ.Ε.	70
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Οι 16 πλέον «ενεργές» ομάδες επαγγελματιών στη διαδικασία του Κ.Ε.	71
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. ανά Κ.Ο. διακυβέρνησης	72
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης .	74
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στις Λειτουργίες που σχετίζονται	75
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης	76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στη Χρηματοδότηση υγειονομικής περιθ...	77
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. βάσει της εμπέλειας του περιεχομένου.....	78
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & τύπων Μ.Κ.Ε.	79
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Εκλογικών Περιφερειών.	82
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Λειτουργιών υγειονομικ..	84
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Λειτουργιών που σχετ...	87
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Παρόχων υγειονομικής ..	90
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Χρηματοδότησης υγ.....	93
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Κ.Ο.	95
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21: Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & εμπέλειας περιεχομένου..	97
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22: Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Κοινοβουλευτικών Ομάδων	99
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης.....	101
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία	103
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25: Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.....	105
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26: Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης...	107
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27: Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης	108
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28: Συσχετισμός των Μ.Κ.Ε. & εμπέλειας περιεχομένου Μ.Κ.Ε.	110
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29: Συσχετισμός Κ.Ο. & Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης.....	111
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30: Συσχετισμός Κ.Ο. & Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία	114
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31: Συσχετισμός Κ.Ο. & Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.....	116
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32: Συσχετισμός Κ.Ο. & Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης	119
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33: Συσχετισμός Κ.Ο. & Εκλογικών Περιφερειών.....	120

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34: Συσχετισμός Κ.Ο. & Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης	122
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35: Συσχετισμός Κ.Ο. & εμβέλειας περιεχομένου Μ.Κ.Ε.	123
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36: Η κατάθεση Ερωτήσεων & Αναφορών στον Κ.Ε. διαχρονικά.....	140
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37: Η «συμμετοχή» των Εκλογικών Περιφερειών στον Κ.Ε. διαχρονικά	142
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38: Τα θέματα Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης στον Κ.Ε. διαχρονικά	144
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39: Τα θέματα Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία στον Κ.Ε. διαχρονικά.	145
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40: Τα θέματα Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στον Κ.Ε. διαχρονικά.....	147
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 41: Τα θέματα Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης στον Κ.Ε. διαχρον.....	149
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 42: Η συμμετοχή των Κ.Ο. στον Κ.Ε. διαχρονικά.....	150
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 43: Η κατάθεση Εθνικών & Τοπικών θεμάτων στον Κ.Ε. διαχρονικά.....	152

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Α.Δ.Ε.Δ.Υ.	Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων
Α.Ε.Μ.Υ.	Ανώνυμη Εταιρία Μονάδων Υγείας
Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Α.Κ.Ε.	Αίτηση Κατάθεσης Εγγράφου
Α.μεΑ.	Άτομα με Αναπηρία
Γ.Γ.Κ.Α.	Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης
Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ.	Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων
Δ.Σ.	Διοικητικό Συμβούλιο
Δ.Υ.ΠΕ.	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Δ.Ε.	Ένορκη Διοικητική Εξέταση
Ε.Ι.Κ.	Εθνικό Ίδρυμα Κωφών
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Κ.ΕΠ.Υ.	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
Ε.Κ.Κ.Α.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ε.Ο.Μ.	Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
Ε.Ο.Φ.	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Σ.Δ.Υ.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
κ.α.	Και άλλα
κ.α.δ.	Και άλλες διατάξεις
Κ.Ε.	Κοινοβουλευτικός Έλεγχος
Κ.Ε.	Κοινοβουλευτικός Έλεγχο
Κ.Ε.Α.Τ.	Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών
Κ.Ε.Π.Ε.	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
Κ.Κ.Ε.	Κομμουνιστικό Κόμμα Ελλάδος
κ.λπ.	Και λοιπά
Κ.Ο.	Κοινοβουλευτική Ομάδα
Κ.τ.Β.	Κανονισμός τα Βουλής
Κ.Υ.	Κέντρο Υγείας
Κ.Υ. Α./Τ.	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου
ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΛΑ.Ο.Σ.	Λαϊκός Ορθόδοξος Συναγερμός
λ.χ.	Λόγου χάριν
Μ.Ε.Θ.	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Μ.Κ.Ε.	Μέσα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου
Ν.Δ.	Νέα Δημοκρατία
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Α.Ε.Ε.	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
Ο.Ο.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Π.Α.Δ.	Οργανισμός Περιθάλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ο.Τ.Α.	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Π.Α.ΣΟ.Κ.	Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κόμμα
Π.Ι.	Περιφερειακό Ιατρείο
Π.Ι.Σ.	Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.	Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Π.Ι.	Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΑ.ΣΥ.ΝΟ.	Πανελλήνια Συνδικαλιστική Νοσηλευτική Ομοσπονδία ΕΣΥ
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
Πε.Σ.Υ.Π.	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
π.χ.	Παραδείγματος χάριν
Σ.	Σύνταγμα
Σ.Ε.Υ.Υ.Π.	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
Σ.τ.Π.	Συνήγορος του Πολίτη
Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α.	Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΣΥ.ΡΙΖ.Α.	Συνασπισμός Ριζοσπαστικής Αριστεράς
Τ.Α.Ε.	Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων
Τ.Ε.Β.Ε.	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Τ.Σ.Α.	Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών
Υ.Κ.	Υπαλληλικός Κώδικας
Υ.κ.Κ.Α.	Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Υ.Ο.Δ.Δ.	Υπαλλήλων Ειδικών Θέσεων και Οργάνων Διοίκησης φορέων του δημοσίου και του ευρύτερου δημοσίου τομέα
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδος της Κυβέρνησης

LIST OF ABBREVIATIONS

HC.	Health Care
HC.R.	Health Related functions
HF.	Health Financing
HP.	Health Providers
I.C.H.A.	International Classification of Health Accounts
O.E.C.D.	Organisation for Economic Co – operation and Development
S.H.A.	A System of Health Accounts
S.P.S.S.	Statistical Package for the Social Sciences
W.H.O.	World Health Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Τεχνολογικού Ιδρύματος Πειραιώς, με σκοπό τη διερεύνηση του ιδιαίτερα ευαίσθητου χώρου της Υγείας.

Πρόκειται για μια εξειδικευμένη και πρωτότυπη έρευνα, αναφορικά με τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο στον τομέα της Υγείας, για τη χρονική περίοδο 2006 – 2010, η οποία βασίστηκε στα δεδομένα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου για το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από το ηλεκτρονικό αρχείο της Βουλής των Ελλήνων.

Έναυσμα για τη διεξαγωγή της έρευνας αποτέλεσε η ιδιαίτερα αντιφατική πραγματικότητα του Συστήματος Υγείας στη χώρα. Δεδομένου ότι στην Ελλάδα το Σύστημα Υγείας αποτελεί «αιώνιο ασθενή» και στη σύγχρονη πραγματικότητα επισημαίνεται, αφενός μια διαρκής αύξηση των δαπανών για την Υγεία και αφετέρου μια διαρκής μείωση της ικανοποίησης των Πολιτών αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας, θεωρήθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η συλλογή στοιχείων για το ύψιστο επίπεδο ελέγχου του Συστήματος Υγείας της χώρας, τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο στον τομέα της Υγείας.

Στα πλαίσια της διαμόρφωσης μιας συνολικής και πλήρους εικόνας αναφορικά με το αντικείμενο της μελέτης, η παρούσα έρευνα αποτελείται από επτά (7) κεφάλαια, τα οποία συνθέτουν το Θεωρητικό και το Ερευνητικό μέρος. Στο πρώτο (1^ο) κεφάλαιο πραγματοποιείται μια όσο το δυνατόν περιεκτικότερη περιγραφή του Συστήματος Υγείας της χώρας, η οποία περιλαμβάνει σύντομη ιστορική αναδρομή στους σημαντικότερους σταθμούς των τελευταίων τριάντα (30) χρόνων, περιγραφή της σύγχρονης οργάνωσης και δομής, παρουσίαση των σημαντικότερων προβλημάτων και αναλυτική αναφορά των επιπέδου ελέγχου. Στο δεύτερο (2^ο) κεφάλαιο πραγματοποιείται η παρουσίαση της κορωνίδας της Δημοκρατίας της χώρας, της Βουλής των Ελλήνων, με περιγραφή της οργάνωσης, της λειτουργίας και των αρμοδιοτήτων της, στα πλαίσια των οποίων διενεργείται και ο Κοινοβουλευτικός Έλεγχος. Στο τρίτο (3^ο) κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά ο Κοινοβουλευτικός Έλεγχος.

Στο τέταρτο (4^ο) κεφάλαιο, το οποίο σηματοδοτεί και την έναρξη του ερευνητικού μέρους της παρούσας εργασίας, αρχικά παρουσιάζονται τα στοιχεία της έρευνας, τα δεδομένα και η μεθοδολογία επεξεργασίας του. Στο πέμπτο (5^ο) κεφάλαιο λαμβάνει χώρα

η παρουσίαση των ευρημάτων που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων, σε αμφότερα τα επίπεδα απλών συχνοτήτων και συσχετισμού των μεταβλητών. Στο έκτο (6^ο) κεφάλαιο πραγματοποιείται η αναλυτική συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας και επισημαίνονται οι σημαντικότερες διαστάσεις τους. Στο έβδομο (7^ο) και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κυριότερες συμπερασματικές σκέψεις που προέκυψαν από τη συζήτηση των ευρημάτων, βάσει των οποίων οι αναγνώστες καλούνται να διαμορφώσουν την προσωπική τους άποψη για τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο στον τομέα της Υγείας κατά τη διάρκεια του υπό διερεύνηση χρονικού διαστήματος.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

1.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Ως Υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζεται «η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».¹ Σύμφωνα με το Σύνταγμα, «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας»², το δε Κράτος «μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»³. Η Υγεία επομένως αποτελεί ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο, αδιαμφισβήτητο και αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου και στα πλαίσια διασφάλισής του, το Κράτος έχει την ευθύνη άσκησης της κατάλληλης Πολιτικής Υγείας και κατ' επέκταση δημιουργίας ενός κατάλληλου Συστήματος Υγείας.

Ωστόσο, στην εποχή μας, η κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, περιγράφεται μάλλον ζοφερή. Αν και σε απόλυτα νούμερα η κατάσταση υγείας των Ελλήνων έχει βελτιωθεί αισθητά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών και συγκρίνεται με μάλλον ευνοϊκούς όρους, με των υπολοίπων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. και της Ευρώπης, μια προσεκτικότερη ματιά αρκεί για να γίνει αντιληπτή η «σχετική» επιδείνωση που παρουσιάζει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δεδομένου ότι δείκτες υγείας όπως λ.χ. το προσδόκιμο επιβίωσης να μην σημειώνουν αύξηση, όμως με σχετικά αργούς ρυθμούς, ενώ αντίθετα οι δαπάνες για την υγεία και η δυσαρέσκεια των Πολιτών από το Σύστημα Υγείας αυξάνονται με γοργούς ρυθμούς.⁴

Προκειμένου να καταστεί εφικτή η κατανόηση της παραπάνω αντιφατικής κατάστασης, κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί, στις παραγράφους που ακολουθούν, μια όσο το δυνατόν περιεκτική ιστορική αναδρομή για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, από τη σύσταση του σύγχρονου Ελληνικού κράτους το 1975 μέχρι τις ημέρες μας.

¹ http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

² Αρ. 5, παρ. 5 του Σ.

³ Αρ. 21, παρ. 3 του Σ.

⁴ de Kevassdoué, J., *OECD Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece, Health Care System in Greece*, Paris, OECD, 2009, (Working paper V.5), p. 3.

1.2. Ιστορική αναδρομή

Η έξοδος της Ελλάδας τον Ιούλιο του 1974 από την επτάχρονη δικτατορία, αποτελεί αναμφισβήτητα ορόσημο στην ιστορία του σύγχρονου ελληνικού κράτους και επισφραγίστηκε με την ψήφιση του Συντάγματος του 1975. Κατόπιν της αποκατάστασης της Δημοκρατίας, σημειώθηκε επικέντρωση του πολιτικού ενδιαφέροντος στον τομέα της υγείας και υπογραμμίζονται δύο (2) αξιόλογες προσπάθειες για το σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας, η πρώτη (1^η) το 1976 από το Κ.Ε.Π.Ε. και η δεύτερη (2^η) το 1980 από τον Υπουργό Υγείας κο Δοξιάδη Σπύρο.

Η έκθεση του Κ.Ε.Π.Ε. για την υγεία στο πλαίσιο του αναπτυξιακού προγράμματος 1976 – 80 αποτέλεσε μελέτη του συστήματος και περιείχε προτάσεις για συνολική μεταρρύθμιση, μεταξύ των οποίων η δημιουργία ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας ή θέσπιση συνεργασίας και συντονισμού των υφιστάμενων φορέων ασφάλισης, που θεωρήθηκε και η πλέον εφικτή λύση.⁵ Το Νομοσχέδιο Δοξιάδη με τίτλο «*Μέτρα προστασίας της υγείας*» θεωρήθηκε καινοτόμο για την εποχή του και μεταξύ των στόχων του περιλαμβάνονταν η ορθή εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, η εξασφάλιση της αποκέντρωσης των υπηρεσιών, η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και η αξιοποίηση της γνώσης από εμπειρίες του εξωτερικού. Το εν λόγω Νομοσχέδιο παρέμεινε δια παντός στις νομοπαρασκευαστικές επιτροπές και δεν εισήχθη καν στη Βουλή. Ωστόσο, αν και οι δύο (2) προαναφερθείσες προσπάθειες δεν τελεσφόρησαν και δεν υπήρξε κάποιο απτό αποτέλεσμα, αναμφισβήτητα σηματοδότησαν μια νέα εποχή για την πολιτική της υγείας, δημιουργώντας παράλληλα ευνοϊκό κλίμα για τη συνέχεια.

Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έλαβε χώρα το 1983 με το Ν.1397⁶ και αποτέλεσε τη μεγαλύτερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια σε επίπεδο υγειονομικού τομέα, από ιδρύσεως του Ελληνικού κράτους. Μεταξύ άλλων προέβλεπε την ανάληψη της ευθύνης από το κράτος για την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, την παροχή υπηρεσιών υγείας κυρίως από δημόσιες υποδομές, τη σύσταση των υγειονομικών περιφερειών με σκοπό την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, κατανομή των πόρων ανάλογα με τις ανάγκες κάθε περιοχής, ανάπτυξη της Π.Φ.Υ., πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών γιατρών καθώς και αρκετούς περιορισμούς για τον ιδιωτικό τομέα. Εντούτοις, αν και πολλά υποσχόμενη, η μεταρρύθμιση αυτή, αν και άρχισε με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις, δεν είχε συνέχεια και δεν ολοκληρώθηκε ποτέ. Επιπροσθέτως, μέχρι το τέλος της εν λόγω

⁵ Έκθεση Ομάδας Εργασίας, *Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976 – 1980: Υγεία*, Αθήνα, ΚΕΠΕ, 1976, σ.106- 154.

⁶ Ν. 1397, «*Εθνικό Σύστημα Υγείας*» ΦΕΚ Α'143/7-10-1983.

δεκαετίας, οι αδυναμίες του ιδρυτικού Νόμου του Ε.Σ.Υ. σε επίπεδο αποτελεσματικής διοίκησης και δυνατότητας περιορισμού του κόστους οδήγησαν σε αυξημένη δυσαρέσκεια των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας,

Η αλλαγή της πολιτικής ηγεσίας στις αρχές της δεκαετίας του '90, συνοδεύτηκε από αλλαγή της φιλοσοφίας παροχής υπηρεσιών υγείας, περιορισμό του ρόλου του κράτους και εισαγωγή νέων παραμέτρων σχετικών με την αυξημένη ελευθερία επιλογής των πολιτών – ασθενών, τη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας σημειώνονται τρεις (3) σταθμοί σε επίπεδο πολιτικής υγείας. Ο πρώτος (1^{ος}) αντιστοιχεί στο Ν. 2071/1992⁷ του Σούρλα, «*Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας*» και αποτέλεσε την πρώτη (1^η) σημαντική προσπάθεια αλλαγών και μεταρρυθμίσεων αναφορικά με τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. Εκ των διατάξεων του ενδεικτικά αναφέρονται η εισαγωγή νέων τεχνικών διοίκησης των νοσοκομείων, το δικαίωμα επιλογής των γιατρών για πλήρη απασχόλησή στα δημόσια νοσοκομεία ή μερική με παράλληλη άσκηση ιδιωτικού ιατρείου, τη δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων σύναψης συμβάσεων με δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και η άρση περιορισμών στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, η εκ νέου αλλαγή της πολιτικής κατάσταση με τις Εκλογές του 1993 και την επικράτηση του ΠΑ.ΣΟ.Κ., σηματοδότησε τον επόμενο σταθμό σε επίπεδο πολιτικής υγείας, με σημείο αφετηρίας το Ν.2194/1994⁸ βάσει του οποίου καταργήθηκαν πολλές εκ τις διατάξεις του Ν.2071/1992, τον οποίο διαδέχτηκε την ίδια χρονιά η πρόταση των ξένων εμπειρογνομόνων, σύμφωνα με την οποία μεταξύ άλλων παραμέτρων, έπρεπε να δοθεί έμφαση στην οργανωτική δομή και διοίκηση του Συστήματος Υγείας, την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την εγκαθίδρυση υπηρεσίας οικογενειακού γιατρού. Τα δύο (2) Νομοσχέδια που «διαδέχτηκαν» την πρόταση των ξένων εμπειρογνομόνων (Κρεμαστινός 1995, Πεπονής και Παπαδέλης 1996) αποτέλεσαν προάγγελο του τρίτου (3^ο) σταθμού πολιτικής υγείας αυτής της δεκαετίας, την ψήφιση του Ν.2519/1997⁹ (Νόμος Γείτονα), περί «*Ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ.* Σύμφωνα με τις διατάξεις αυτού του Νόμου, μεταξύ των προτεραιοτήτων τίθενται η ανάπτυξη δικτύου Π.Φ.Υ., η επαναφορά των μάντζερς στη διοίκηση των νοσοκομείων (πενταετής θητεία), η ενίσχυση της δημόσιας υγείας, οι υπηρεσίες αποκατάστασης και

⁷ Ν. 2071, «*Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*», ΦΕΚ Α'/123/15-7-1992.

⁸ Ν. 2194, «*Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*», ΦΕΚ Α'/34/16-3-1994.

⁹ Ν. 2519, «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*», ΦΕΚ Α'/165/21-8-1997.

κατ' οίκον νοσηλείας και τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων. Ωστόσο, για μία ακόμη φορά, παρά τις πολλά υποσχόμενες διατάξεις, δεν υπήρξε πλήρης εφαρμογή, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση των προβλημάτων του χώρου της υγείας, μεταξύ των οποίων η διοίκηση, ο συγκεντρωτισμός, η Π.Φ.Υ. και η χρηματοδότηση.

Αφετηρία των μεταρρυθμίσεων της επόμενης δεκαετίας αποτελεί το σχέδιο διακοσίων (200) σημείων προτάσεων του Υπουργού Υγείας και Παπαδόπουλου, «Υγεία για τον πολίτη», η επεξεργασία και συζήτηση των οποίων κατέληξε στην ψήφιση του Ν.2889/2001¹⁰, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος έχει χαρακτηριστεί ως από τους πλέον σημαντικούς κατόπιν της ίδρυσης του Ε.Σ.Υ. Μεταξύ των διατάξεών του περιλαμβάνονταν, νέες δομές διοίκησης των νοσοκομείων από επαγγελματίες μάνατζερς, λειτουργία απογευματινών ιατρείων επί πληρωμή εντός των νοσοκομείων, νέες εργασιακές σχέσεις για τους γιατρούς και διαχωρισμός της χώρας σε δέκα επτά (17) Πε.Σ.Υ. Κατόπιν του Ν.2889/2001 και πριν την αλλαγή της Κυβέρνησης σημειώνονται έξι (6) διαφορετικοί Νόμοι. Οι δύο (2) πρώτοι ήταν άμεσα συνδεδεμένοι με τον Ν.2889/2001 και αντιστοιχούν στο Ν.2920/2001¹¹, για τη σύσταση Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και το Ν.2955/2001¹², για τις Προμήθειες των Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. Ο τρίτος (3^{ος}), Ν.3029/2002¹³, ήταν του Υπουργείου Εργασίας όμως με άμεση επίδραση στο χώρο της υγείας καθώς αφορούσε τη Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, καθορίζοντας μεταξύ άλλων το πλαίσιο για τη δημιουργία και τη λειτουργία των επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων για συμπληρωματική ασφαλιστική κάλυψη. Όσον αφορά του υπόλοιπους τρεις (3) Νόμους που εισηγήθηκε ο νέος Υπουργός Υγείας, κος Στεφανής, ο Ν.3106/2003¹⁴ αφορούσε την Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και μεταξύ άλλων προέβλεπε την κατάργηση των Πε.Σ.Υ. και τη μετατροπή τους σε Πε.ΣΥ.Π., ο Ν.3172/2003¹⁵ την Οργάνωση και εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και μεταξύ των διατάξεων του σημειώνεται η σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου

¹⁰ Ν. 2889, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'37/2-3-2001.

¹¹ Ν. 2920, «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'131/27-6-2001.

¹² Ν. 2955, «Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'256/2-11-2001.

¹³ Ν. 3029, «Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης», ΦΕΚ Α'160/11-7-2002

¹⁴ Ν. 3106, «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'30/10-2-2003.

¹⁵ Ν. 3172, «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'197/6-8-2003.

Δημόσιας Υγείας και της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και τέλος ο Ν.3235/2004¹⁶ για την Π.Φ.Υ. Σημειώνεται ότι οι δύο (2) τελευταίοι Νόμοι δεν εφαρμόστηκαν, κατόπιν της αλλαγής του πολιτικού σκηνικού μετά τις Εκλογές του 2004 και το σχηματισμό Κυβέρνησης από τη Ν.Δ.

Η αλλαγή της Κυβέρνησης είχε ως αποτέλεσμα την ψήφιση τεσσάρων (4) νέων Νόμων για την Υγεία, δύο (2) εκ των οποίων επί υπουργίας του Κακλαμάνη και δύο (2) επί υπουργίας του Αβραμόπουλου. Κατ' αρχήν, σύμφωνα με το Ν.3329/2005¹⁷, περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, καταργήθηκε η διοίκηση των νοσοκομείων από τους μάνατζερς και επανήλθε το μοντέλο πολιτικής διοίκησης, ενώ τα Πε.ΣΥ.Π. μετονομάστηκαν σε ΔΥ.Π.Ε. και από δέκα επτά (17) μειώθηκαν σε επτά (7). Ο επόμενος Νόμος (Ν.3370/2005¹⁸) για την Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, προέβλεπε μεταξύ άλλων, τη σύσταση Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αντίστοιχων Γενικών και Περιφερειακών Διευθύνσεων, τη σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και τη δημιουργία Σώματος Λειτουργών Δημόσιας Υγείας. Ο επόμενος μεταρρυθμιστικός Νόμος, ο Ν.3457/2006¹⁹, σχετικά με τη μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης, εισήγαγε δύο (2) σημαντικά στοιχεία, αφενός την κατάργηση του θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αφετέρου την καθιέρωση τις τιμής Ανάκτησης²⁰. Τέλος, στα πλαίσια της εκλογίκευσης του συστήματος προμηθειών των δημόσιων νοσοκομείων, ψηφίστηκε ο Ν.3580/2007²¹, περί Προμηθειών Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσω της σύστασης της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας με σκοπό την ενοποίηση των προσφορών των δημόσιων νοσοκομείων σε ετήσια βάση, με τη συνδρομή άλλων οργανισμών όπως το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας, τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών.

¹⁶ Ν. 3235, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ΦΕΚ Α'53/18-2-2004.

¹⁷ Ν.3329, «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'81/4-4-2005.

¹⁸ Ν. 3370, «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ Α'176/11-7-2005.

¹⁹ Ν. 3457, «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης», ΦΕΚ Α'93/8-5-2006.

²⁰ Διευκρινίζεται ότι στο τέταρτο (4^ο) άρθρο του εν λόγω Νόμου, η Τιμή Ανάκτησης ορίζεται ως «η θετική διαφορά που προκύπτει από την αφαίρεση της λιανικής τιμής του φαρμακευτικού ιδιοσκεύασματος, από την προκύπτουσα βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής του ομάδας στην οποία ανήκει, μετά από αναγωγή στην καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, όπως αυτή καθορίζεται από την αγορανομική διάταξη 14/89 (ΦΕΚ 343 Β')».

²¹ Ν. 3580, «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'134/17-6-2007.

Στις Εθνικές Εκλογές του Σεπτεμβρίου του 2009 πραγματοποιήθηκε εκ νέου αλλαγή της Κυβέρνησης με επικράτηση του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Η νέα Κυβέρνηση, όπως είναι αναμενόμενο, ξεκίνησε με νέα μεταρρυθμιστικά σχέδια των οποίων η ολοκλήρωση είχε τοποθετηθεί το τέλος του 2010. Εξ αυτών, δεδομένου το χρόνου ολοκλήρωσης της παρούσας έρευνας (Ιούνιος 2010), αναφέρεται ο Ν.3863/2010²², ο οποίος προέβλεπε το διαχωρισμό των ταμείων υγείας από τη χορήγηση των συντάξεων, τη συγχώνευση ταμείων υγείας προς απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος καθώς και τη μεταφορά όλων των σχετικών με την υγεία δραστηριοτήτων υπό τη σκέπη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Εν κατακλείδι, λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των προαναφερθέντων, εύκολα καθίσταται αντιληπτό ένα ιδιαίτερα οξύμωρο σχήμα. Σχεδόν τριάντα (30) χρόνια κατόπιν της ίδρυσης του Ε.Σ.Υ., πολλών εναλλαγών στη Διακυβέρνηση της χώρας (στα πλαίσια ωστόσο του δικομματισμού), αλληπάλληλων μεταρρυθμίσεων μέσου ενός πραγματικού «πλήθους» Νόμων, σε κάποιες περιπτώσεις «πολλά υποσχόμενων» αλλά κατά κανόνα μερικώς εφαρμοσθέντων, η πραγματική μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας δεν έχει επιτευχθεί, με αποτέλεσμα να διαιωνίζονται τα προβλήματα του παρελθόντος, επιδεινούμενα από τη σύγχρονη πραγματικότητα. Η εν λόγω διαπίστωση, απαλλαγμένη από μηδενιστικές προθέσεις αναφορικά με τις κατά καιρούς μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του Συστήματος Υγείας, εστιάζει στο μεγαλύτερο πρόβλημα, τη διαπιστωμένη **ασυνέχεια στην πολιτική Υγείας** της χώρας. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη ότι η παροχή υπηρεσιών Υγείας αποτελεί ζήτημα που αφορά όλους τους Πολίτες της χώρας, καθίστανται αντιληπτές οι διαστάσεις της σίγουρα ως πολιτικό ζήτημα και πιθανώς ενίοτε και ως «πολιτικό διακύβευμα»²³.

²² Ν. 3863, «*Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις*», ΦΕΚ Α'115/15-7-2010.

²³ Δίκαιος, Κ., «Πολιτικά Κόμματα και Πολιτική Υγείας: η Υγειονομική Περίθαλψη ως Πολιτικό Διακύβευμα», στο Σουλιώτης, Κ., (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση, 2006, σ. 73. Διευκρινίζεται ότι σύμφωνα με το συγγραφέα, με τον όρο διακύβευμα εννοείται ότι (α) το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δύναται να υποστεί σημαντικές τροποποιήσεις έως και να καταργηθεί με την εκλογή του ενός ή του άλλου κόμματος στην κυβέρνηση της χώρας, (β) ότι το εκάστοτε κόμμα δηλώνει ότι η μοίρα του συστήματος τίθεται εν κινδύνω και διακυβεύεται με την πιθανή εκλογή του άλλου κόμματος και κατ' επέκταση, (γ) ότι τα κόμματα χρησιμοποιώντας το επιχείρημα β κινδυνολογούντα, διακυβεύουν τη δική τους εκλογική επιτυχία, χρησιμοποιώντας το μέλλον του συστήματος υγείας ως φόβητρο.

1.3. Οργάνωση του Συστήματος Υγείας

1.3.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, το Σύστημα Υγείας της χώρας δύναται να θεωρηθεί ως η συνισταμένη τριών (3) συστημάτων, ενός εξολοκλήρου δημόσιου, ενός δημόσιου επί συμβάσεων και ενός δημόσιου επί αποζημιώσεων, συνδυάζοντας στοιχεία του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα τόσο και ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών προτύπων οργάνωσης.²⁴ Όσον αφορά το δημόσιο τομέα, η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και εντοπίζονται στοιχεία αμφοτέρων των μοντέλων Bismarck²⁵ και Beveridge²⁶. Τους βασικούς πυλώνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελούν αμφότερα τα Υπουργεία, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, ενώ η παροχή των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται στη μεν πρώτη (1^η) περίπτωση μέσω των δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στη δε δεύτερη (2^η) μέσω των δομών των Ασφαλιστικών Ταμείων. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα όπου ισχύει ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης, η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα και πραγματοποιείται μέσω των ιδιωτικών δομών (ιδιωτικά ιατρεία, Νοσοκομεία, διαγνωστικά εργαστήρια κ.λπ.). Ακολούθως πραγματοποιείται η συνοπτική περιγραφή του, τριών (3) διαστάσεων Συστήματος Υγείας της χώρας.

1.3.2. Δημόσια παροχή υπηρεσιών – Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης²⁷ αποτελεί ένα βασικό συντελεστή του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της δημόσιας παροχής υπηρεσιών Υγείας. Αποτελεί το υπεύθυνο όργανο για τη χάραξη, εφαρμογή και εποπτεία της πολιτικής Υγείας της χώρας, έχει την αποκλειστικότητα στη νομοθετική πρωτοβουλία, ενώ παράλληλα ρυθμίζει τα ζητήματα παροχής υπηρεσιών Υγείας από τον Ιδιωτικό τομέα. Επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έπονται τρεις (3) Υφυπουργοί Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης²⁸ και ακολουθούν τρεις (3) Γενικοί Γραμματείς (Γενικός

²⁴ Economou, C., *Greece: Health system review. Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, 12 (7), p. 15

²⁵ Βλ. http://en.wikipedia.org/wiki/Otto_von_Bismarck#Welfare_state

²⁶ Βλ. http://en.wikipedia.org/wiki/William_Beveridge#Report_on_social_insurance

²⁷ <http://www.yyka.gov.gr/>

²⁸ Σημειώνεται ότι η ανάθεση αρμοδιοτήτων από τον Υπουργό στους Υφυπουργούς πραγματοποιείται μέσω κοινών αποφάσεων του Πρωθυπουργού και του Υπουργού και σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Γραμματέας Υγείας, Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας, Γενικός Γραμματέας Πρόνοιας) και ένας Ειδικός Γραμματέας, Ειδικός Γραμματέας Διατροφής και Άθλησης²⁹.

Στο Υπουργείο Υ.κ.Κ.Α. λειτουργούν πέντε (5) Γενικές Διευθύνσεις, έκαστη εκ των οποίων αποτελείται από Διευθύνσεις και Τμήματα. Αναλυτικότερα, η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας αποτελείται από τις Διευθύνσεις: Π.Φ.Υ., Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Ψυχικής Υγείας και Προσωπικού Νομικών Προσώπων. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής αποτελείται από τις Διευθύνσεις: Δημόσιας Υγιεινής, Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής του Περιβάλλοντος, Συντονισμού & Συνεργασίας με τους Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, Στοματικής Υγείας, Διατροφής, Εξαρτήσεων, Ανάπτυξης Αθλητισμού Α.με.Α., «Άθλησης για όλους», Υποστήριξης Άθλησης & Διατροφής. Η Γενική Διεύθυνση Υγείας αποτελείται από τις Διευθύνσεις: Επαγγελματιών Υγείας – Πρόνοιας, Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης, Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου, Φαρμάκων και Φαρμακείων. Η Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας αποτελείται από τις Διευθύνσεις: Προστασίας Οικογένειας, Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης, Προστασίας Α.με.Α. και το τμήμα Προσωπικού Φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Τέλος, η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης & Τεχνικών Υποδομών, αποτελείται από τις Διευθύνσεις: Προσωπικού, Εκπαίδευσης και Έρευνας, Οργάνωσης, Απλούστευσης Διαδικασιών και Πληροφορικής, Οικονομικού, Προμηθειών, Διεθνών Σχέσεων, Τεχνικών Υπηρεσιών, Ποιότητας και Αποδοτικότητας.

Επιπλέον, υπάρχουν υπηρεσίες άμεσα υπαγόμενες στον Υπουργό, όπως το Ε.Κ.ΕΠ.Υ., η Διεύθυνση Γραμματείας του Σ.Ε.Υ.Υ.Π., η Διεύθυνση Γραμματείας του ΚΕ.Σ.Υ., το Τμήμα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, Νομοθετικού Συντονισμού και Κωδικοποίησης κ.α. Επίσης, απευθείας υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα Υγείας είναι η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών, ενώ στο Γενικό Γραμματέα Πρόνοιας, η Κεντρική Αρχή Διακρατικών Υιοθεσιών. Τέλος, στον Εδικό Γραμματέα Διατροφής και Άθλησης υπάγεται η Ειδική Γραμματεία Διατροφής και Άθλησης.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, είναι υπεύθυνο, αφενός για τις δομές και τις δράσεις διαστάσεων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αφετέρου για την εποπτεία ενός συνόλου φορέων και νομικών προσώπων παροχής υπηρεσιών σε αμφότερες τις προαναφερθείσες διαστάσεις. Όσον αφορά τη διάσταση της Υγείας, στις δομές και τις δράσεις,

²⁹ Σημειώνεται ότι η θέση του εν λόγω Ειδικού Γραμματέα συστάθηκε σε χρόνο μεταγενέστερο από τη διάρκεια της παρούσας έρευνας.

περιλαμβάνονται τα Εθνικά Σχέδια Δράσης (λ.χ. για τη Δημόσια Υγεία, τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, τα Ναρκωτικά, το Κάπνισμα), οι Κωδικοποιήσεις – Διαδικασίες (λ.χ. Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων, Διαδικασίες Λειτουργίας Νοσοκομείων) και τα Προγράμματα (λ.χ. «Ψυχαργός» στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης). Στους εποπτευόμενους φορείς και Νομικά Πρόσωπα περιλαμβάνονται, Ν.Π.Δ.Δ. (Υγειονομικές Περιφέρειες³⁰, Νοσοκομεία Ειδικού Νομικού Καθεστώτος, Ε.Κ.Α.Β., Ε.Ο.Φ., Π.Ι.Σ., Ε.Σ.Δ.Υ. κ.α.), Ν.Π.Ι.Δ. (Ο.ΚΑ.ΝΑ., ΚΕ.Θ.Ε.Α., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Ε.Ο.Μ., Ελληνικό Ινστιτούτο ΠΑΣΤΕΡ κ.λπ.), Α.Ε. (Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε., Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.). Όσον αφορά τη διάσταση της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στις δομές και τις δράσεις περιλαμβάνονται η Κεντρική Αρχή Διακρατικών Υιοθεσιών, το Ευρωπαϊκό ταμείο Προσφύγων, ο Εθελοντισμός, η Προστασία της Οικογένειας και τα Α.μεΑ., ενώ στα εποπτευόμενα Νομικά Πρόσωπα, Ν.Π.Δ.Δ. (Κ.Ε.Α.Τ., Ε.Ι.Κ., Ε.Κ.Κ.Α. κ.α.) και Ν.Π.Ι.Δ. (Εθνικό Παρατηρητήριο Α.μεΑ.).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει σε όλους του Πολίτες Επείγουσα Προνοσοκομειακή Περίθαλψη, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των αντίστοιχων μονάδων του. Η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Περίθαλψη παρέχεται από το Ε.Κ.Α.Β. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται μέσω των: εξωτερικών ιατρείων των Νοσοκομείων, Κ.Υ., Κ.Υ. Α/Τ., Π.Ι., Π.Π.Ι., Ειδικών Κ.Υ. και Ειδικών Π.Ι. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται μέσω των Νοσοκομείων, των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και των Ψυχιατρικών δομών. Η χρηματοδότηση των παραπάνω δομών και φορέων είναι τριμερής και πραγματοποιείται μέσω της γενικής φορολογίας, των ασφαλιστικών εισφορών και των ιδίων πληρωμών.

1.3.3. Δημόσια παροχή υπηρεσιών – Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης

Ο έτερος βασικός συντελεστής του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της δημόσιας παροχής υπηρεσιών Υγείας, είναι το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης³¹, μέσω του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και των Ασφαλιστικών Ταμείων. Πιο συγκεκριμένα, η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και έχει υπό την εποπτεία της εκατόν εβδομήντα

³⁰Σημειώνεται ότι σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία, η χώρα αποτελείται από επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες είναι: Αττικής, Πειραιώς και Αιγαίου, Μακεδονίας, Μακεδονίας και Θράκης, Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και Κρήτης

³¹ <http://www.ypakp.gr/>

δύο (172) Ασφαλιστικούς Φορείς, οι είκοσι τέσσερις (24) εκ των οποίων είναι Κύριας Ασφάλισης και καλύπτουν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Η Γ.Γ.Κ.Α. αποτελείται από δύο (2) Γενικές Διευθύνσεις, δέκα τρεις (13) Διευθύνσεις και τριάντα εννέα (39) τμήματα, ενώ μεταξύ των αρμοδιοτήτων της συγκαταλέγονται η εποπτεία, ο έλεγχος και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των Ασφαλιστικών Ταμείων, σε επίπεδο Παροχών και Υγειονομικής Περιθαλψης.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία είναι οι βασικοί συντελεστές παροχής υπηρεσιών, στα πλαίσια του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος της χώρας. Στα μεγαλύτερα Ασφαλιστικά Ταμεία Κύριας Ασφάλισης συγκαταλέγονται το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ), ο Ο.Π.Α.Δ. κ.α., οι οποίοι καλύπτουν ασφαλιστικά το περίπου το 97% του πληθυσμού της χώρας. Οι τέσσερις (4) μεγαλύτεροι Ασφαλιστικοί Φορείς της χώρας είναι το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Π.Α.Δ. και ο Ο.Α.Ε.Ε. Το Ι.Κ.Α. είναι το μεγαλύτερο Ασφαλιστικό Ταμείο και καλύπτει σχεδόν το ήμισυ του συνολικού πληθυσμού, κυρίως του ιδιωτικού τομέα. Ακολουθεί, ο Ο.Γ.Α., ο οποίος καλύπτει όσους εργάζονται στον αγροτικό τομέα. Ακολουθούν ο Ο.Π.Α.Δ., όπου ασφαλίζονται οι εργαζόμενοι του Δημοσίου και ο Ο.Α.Ε.Ε., όπου ασφαλίζονται οι ελεύθεροι επαγγελματίες. Η ένταξη των εργαζόμενων στα Ασφαλιστικά Ταμεία εξαρτάται κυρίως από το είδος της απασχόλησής τους. Κάθε εργαζόμενος, αναλόγως του Ταμείου στο οποίο έχει ενταχθεί και των εισφορών που καταβάλλει, δικαιούται ένα σύνολο παροχών υγείας. Εντούτοις, υπογραμμίζεται ότι κάθε Ασφαλιστικό Ταμείο λειτουργεί υπό διαφορετικό νομικό καθεστώς, με αποτέλεσμα να εντοπίζονται διαφοροποιήσεις σε επίπεδο εισφορών, εύρους κάλυψης και προβλεπόμενων παροχών. Επίσης, μολονότι τα Ασφαλιστικά Ταμεία θεωρούνται ανεξάρτητοι και αυτό – διοικούμενοι οργανισμοί, ουσιαστικά, εξαρτώνται από το κράτος, τόσο σε επίπεδο κάλυψης των ελλειμμάτων τους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, όσο και με την τοποθέτηση των Διοικητών τους, η οποία γίνεται πολιτικά.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας από τους Ασφαλιστικούς Φορείς πραγματοποιείται είτε μέσω των δομών τους, σε επίπεδο κυρίως Π.Φ.Υ., είτε μέσω συμβάσεων με το Ε.Σ.Υ., είτε μέσω συμβάσεων με τον Ιδιωτικό τομέα. Προκειμένου για Ταμεία που διαθέτουν δικές τους δομές, οι ασφαλισμένοι δύνανται να κάνουν χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς χρέωση (λ.χ. ιατρεία του Ι.Κ.Α.). Προκειμένου για Ταμεία άνευ δικών τους δομών, συνάπτονται συμβάσεις με το Ε.Σ.Υ. ή με ιδιωτικούς φορείς, τις δομές των οποίων επισκέπτονται οι ασφαλισμένοι καταβάλλοντας αντίτιμο και κατόπιν αποζημιώνονται βάσει των προβλεπόμενων από το Ασφαλιστικό τους

Ταμείο. Η χρηματοδότηση των Ασφαλιστικών Ταμείων πραγματοποιείται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών,

1.3.4. Δημόσια παροχή υπηρεσιών – Ο ρόλος των υπόλοιπων Υπουργείων

Ωστόσο, πλην των δύο (2) προαναφερθέντων βασικών συντελεστών της δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας, του Υπουργείου Υ.κ.Κ.Α. και της Γ.Γ.Κ.Α., δεν πρέπει παραβλεφθεί και ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν και άλλα Υπουργεία της χώρας στην αλυσίδα του Συστήματος Υγείας. Στη συνέχεια, ενδεικτικά αναφέρονται μερικά εξ αυτών, τα οποία εμπλέκονται με άμεσο ή έμμεσο τρόπο στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Αρχικά, το Υπουργείο Οικονομικών, διαδραματίζει έναν ιδιαίτερα καταλυτικό ρόλο, δεδομένου ότι αφενός είναι υπεύθυνο για τον κρατικό προϋπολογισμό και επομένως για το τμήμα αυτού που αντιστοιχεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αφετέρου εμπλεκόμενο στη χρηματοδότηση των Ασφαλιστικών Ταμείων.

Ακολουθως, επισημαίνεται ο ρόλος του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας, το οποίο εμπλέκεται άμεσα στο δημόσιο τομέα υγείας, δεδομένου είναι υπεύθυνο για τα δέκα τέσσερα (14) στρατιωτικά νοσοκομεία, στα οποία έχουν πλέον πρόσβασης και πολίτες.

Τέλος, σημειώνεται το Υπουργείο Παιδείας δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, το οποίο αφενός έχει στη δικαιοδοσία του τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της χώρας (Αρεταίειο, Ιωαννίνων κ.λπ.) και αφετέρου είναι αρμόδιο για την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού του χώρου της υγείας.

1.3.5. Ιδιωτική παροχή υπηρεσιών – Ιδιωτικός Τομέας

Ο Ιδιωτικός τομέας, μολονότι δεν υπεισέρχεται στη διαδικασία σχεδιασμού, οργάνωσης και ρύθμισης του δημοσίου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, διαδραματίζει αναμφισβήτητα ένα σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών Υγείας, καθώς ταυτόχρονα επηρεάζει το δημόσιο τομέα και επηρεάζεται από αυτόν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της σχέσης αποτελούν οι συμβάσεις που συνάπτουν τα Ασφαλιστικά Ταμεία με εκπροσώπους του Ιδιωτικού τομέα (ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά εργαστήρια) για παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους.

Μολονότι τα πρώτα χρόνια δημιουργίας του Ε.Σ.Υ. έλαβε χώρα μια έντονη προσπάθεια «στραγγαλισμού» του Ιδιωτικού τομέα, τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκε μια ιδιαίτερα έντονη ανάπτυξη των δομών του. Οι δομές του είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα και περιλαμβάνουν ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων, Νοσοκομεία (κυρίως

μαιευτήρια και γενικά), διαγνωστικά κέντρα, γηροκομεία, φυσικοθεραπευτήρια, μονάδες αποκατάστασης και διαμονής και λοιπές δομές.

Η χρηματοδότηση του Ιδιωτικού τομέα πραγματοποιείται μέσω των ίδιων πληρωμών των ιδιωτών αλλά και μέσω των συμβάσεων με τα Ασφαλιστικά Ταμεία. Όσον αφορά την Ιδιωτική ασφάλιση υγείας, διαδραματίζει έναν μάλλον επικουρικό ρόλο στο Σύστημα Υγείας της χώρας, πραγματοποιούμενη κυρίως στα πλαίσια συμπληρωματικής ασφάλισης, με σκοπό την αύξηση των επιλογών, της ταχύτητας εξυπηρέτησης, ή ακόμη και την εν γένει ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, το γεγονός ότι ο αριθμός των Ελλήνων με ιδιωτική ασφάλιση, από πενήντα χιλιάδες (50.000) που ήταν το 1990, το 2008 αυξήθηκε σε περίπου ενάμιση εκατομμύριο (1.500.000), δύναται να αποτελέσει άλλη μια ένδειξη της διαρκώς φθίνουσας εμπιστοσύνης των Πολιτών στο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.³²

1.4. Η «μελέτη» του Συστήματος Υγείας

Κατά τη μελέτη ενός Συστήματος Υγείας και στα πλαίσια της διαμόρφωσης μιας σφαιρικής άποψης, κατά κανόνα χρησιμοποιούνται τρεις (3) δείκτες. Ο πρώτος (1^{ος}) αντιστοιχεί στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (*health per se*) και εξαρτάται από τις αιτίες θανάτου ανεξαρτήτως ηλικίας, ο δεύτερος (2^{ος}) αντιστοιχεί στις δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. και αντικατοπτρίζει περισσότερο την επένδυση στην φροντίδα υγείας και ο τρίτος (3^{ος}) είναι το ποσοστό των ιατρικών δαπανών που χρηματοδοτούνται από το κράτος ή τους φόρους, παρέχοντας στοιχεία για την πολιτική αλληλεγγύης της χώρας. Σημειώνεται ότι, σημαντικές πληροφορίες εκ των παραπάνω δεικτών δύναται να αντληθούν όχι μόνο από τις απόλυτες τιμές τους αλλά και από τις διαχρονικές μεταβολές τους.

Όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης, σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α.³³ για τις χώρες μέλη του, η Ελλάδα, το 1990, με προσδόκιμο επιβίωσης τα 77,1 έτη ήταν έκτη (6^η) μεταξύ τριάντα πέντε (35) χωρών. Δέκα εννέα (19) χρόνια αργότερα (2009), με προσδόκιμο επιβίωσης τα 80,3 έτη πέρασε στη δέκατη όγδοη μεταξύ των ίδιων χωρών. Διαπιστώνουμε επομένως ότι αν και σε επίπεδο απόλυτων μεγεθών, έχει σημειωθεί αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τρία (3) σχεδόν έτη και η χώρα

³² de Kervasdoué, J., *op. cit.*, p. 5.

³³ OECD, *Statistics, Health*,

http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html

δύναται να συγκριθεί με μάλλον ευνοϊκές προϋποθέσεις έναντι των υπολοίπων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., η σχετική αξιολόγηση των μεγεθών οριοθετεί τη συγκριτική επιδείνωση της θέσης της Ελλάδας διαχρονικά. Η προκειμένη «συγκριτική επιδείνωση» της υγείας μπορεί να αποδοθεί στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, τη μείωση της φυσικής άσκησης και της αύξησης των παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία) που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια.

Αναφορικά με τις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό του Α.Ε.Π., σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α.³⁴, διαχρονικά σημειώνουν αύξηση, δεδομένου ότι το 1990 αντιστοιχούσαν στο 6,6% του Α.Ε.Π., ενώ το 2007 στο 9,6%. Εάν δε πραγματοποιηθεί επιπροσθέτως σύγκριση μεταξύ της Ελλάδας και των υπολοίπων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. για τα ίδια έτη, σημειώνεται ότι για το 1990 και με φθίνουσα σειρά κατάταξης, η Ελλάδα με ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας ίσο με το 6,6% του Α.Ε.Π. ήταν δέκατη όγδοη (18^η) σε σύνολο είκοσι εννέα (29) χωρών, κάτω από το μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α. (6,9%), με τις μέγιστες δαπάνες να αντιστοιχούν στις Ηνωμένες Πολιτείες με 12,4%. Συνεχίζοντας τη σύγκριση για το 2007, η Ελλάδα, με ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας ίσο με 9,6% του Α.Ε.Π., ήταν ενδέκατη (11^η) μεταξύ τριάντα πέντε (35) χωρών, πάνω από το μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α. (8,6%) και τις μέγιστες δαπάνες να αντιστοιχούν πάλι στις Ηνωμένες Πολιτείες (16%).

Τέλος, αναφορικά με την πολιτική κοινωνικής αλληλεγγύης της χώρας, όπως αντανακλάται στο ποσοστό των δαπανών υγείας που χρηματοδοτούνται από το κράτος ή τους φόρους, σημειώνεται ότι σύμφωνα με τα δεδομένα του Π.Ο.Υ. για την Ελλάδα και το έτος 2009³⁵, το ποσοστό των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης υγείας αντιστοιχούσε στο 51,8% των γενικών δαπανών της Κυβέρνησης για την υγεία, διαπίστωση η οποία καθιστά την Ελλάδα μια εκ των χωρών με τα χαμηλότερα επίπεδα αλληλεγγύης μεταξύ των υπολοίπων της Ευρώπης.³⁶

1.5. Τα προβλήματα του Συστήματος Υγείας

1.5.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Το γεγονός ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας οδηγήθηκε στη σημερινή του μορφή μέσα από μια διαδικασία αλλεπάλληλων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών και όχι μέσω ενός προοδευτικού ολοκληρωτικού μετασχηματισμού, αντανακλάται στη διαίονιση των

³⁴ *Idem.*

³⁵ W.H.O., *Data and Statistics, Global Health Observatory Data Repository, health expenditure ratios, 2009* <http://apps.who.int/ghodata/?vid=1901>

³⁶ de Kervasdoué, J., *op. cit.*, p. 8.

εδώ και δεκαετίες προβλημάτων του. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., η υπερβολικά σύνθετη διαμόρφωση του Συστήματος Υγείας συνεπάγεται τη μεγαλύτερη ανεπάρκειά του, μέσω περίπλοκων οργανισμών, μηχανισμών χρηματοδότησης και ευθυνών. Το Σύστημα Υγείας είναι ταυτόχρονα κατακερματισμένο και συγκεντρωτικό με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών, τη μείωση της ελαστικότητας και την αύξηση των ανισοτήτων.³⁷

Τα προβλήματα του Συστήματος Υγείας συνοψίζονται αρκετά περιεκτικά στην ακόλουθη διατύπωση: «*Το σύγχρονο Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκεντρωτισμού, κατακερματισμού στην κάλυψη, οπισθοδρομικό σύστημα χρηματοδότησης, άνιση κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στρεβλώσεις στην κατανομή των πόρων, στρεβλά κίνητρα για τους παρόχους, αυξανόμενα κόστη και έντονη εξάρτηση σε σχετικά ακριβές εισροές*».³⁸

Δεδομένου εντούτοις του μεγάλου όγκου των προβλημάτων του Συστήματος Υγείας και της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης, κρίθηκε σκόπιμο στις παραγράφους που ακολουθούν να πραγματοποιηθεί παρουσίαση κάποιων εξ αυτών ενδεικτικά.

1.5.2. Προβλήματα ανθρώπινου δυναμικού

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το μεγαλύτερο κεφάλαιο του Συστήματος Υγείας και σχετίζεται άρρηκτα με την αποδοτικότητά του, τόσο σε επίπεδο παραγωγικότητας όσο και ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, ο κατάλληλος προγραμματισμός και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων θα έπρεπε να αποτελούν άμεση προτεραιότητα της κεντρικής διοίκησης, ιδιαίτερα προκειμένου για περιπτώσεις, όπως της Ελλάδας, όπου λαμβάνει χώρα μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια.

Δυστυχώς, η πραγματικότητα δεν επαληθεύει την προηγούμενη διαπίστωση, δεδομένου ότι εντοπίζονται αρκετά προβλήματα αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό. Η άνευ κατάλληλου προγραμματισμού μεγάλη αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού του χώρου της υγείας που σημειώθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οδήγησε στην αναπαραγωγή μια σειράς στρεβλώσεων, ειδικότερα σε επίπεδο σύνθεσης και κατανομής. Ενδεικτικά αναφέρονται δύο (2) από τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της κατάστασης.

Όσον αφορά τη σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικότερα προκειμένου για τους γιατρούς σημειώνεται ένα παράδοξο φαινόμενο. Σύμφωνα με τα δεδομένα του

³⁷ de Kervasdoué, J., *ibid.*, p. 3 – 16.

³⁸ Mossialos, E., Allin S., Davaki K., “Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”, *Health Economics*, 14, 2005, p. 151 – 186.

Ο.Ο.Σ.Α.³⁹, στις αρχές της δεκαετίας του '80, η Ελλάδα με 12,4 απόφοιτους ιατρικής στους 100.000 κατοίκους βρισκόταν στη δέκατη τρίτη (13^η) θέση της σχετικής κατάταξης μεταξύ των υπολοίπων χωρών του. Το 2007, με 14,2 αποφοίτους ιατρικής στους 100.000 κατοίκους, βρέθηκε στην τέταρτη (4^η) θέση της αντίστοιχης κατάταξης. Ωστόσο, σύμφωνα με τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, για το ίδιο έτος, οι Γενικοί γιατροί αποτελούσαν μόλις το 2,7% επί του συνόλου των γιατρών, τη στιγμή που οι άνευ ειδικότητας αντιστοιχούσαν στο 37,3% του συνόλου. Ανάλογη κατάσταση, σχετικά επιδεινωμένη, σημειώθηκε και το 2009, με τους Γενικούς γιατρούς να αποτελούν το 2,8% και τους ανειδίκευτους το 40,3% επί του συνόλου.⁴⁰

Επιπροσθέτως, όσον αφορά το Ιατρικό προσωπικό, υπογραμμίζονται και οι έντονες ανισότητες σε επίπεδο γεωγραφικής κατανομής, δεδομένου ότι σύμφωνα με τα σχετικά αρχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το 2007, το πλειοψηφικό 46,4% του συνόλου των γιατρών εντοπιζόταν στην Αττική, το 17,4% στην Κεντρική Μακεδονία, ενώ μόλις το 1,1% στο Βόρειο Αιγαίο και το 1,5% στη Δυτική Μακεδονία και τα Ιόνια νησιά. Το 2009, η προαναφερθείσα άνιση κατανομή επιδεινώθηκε καθώς το 50,2% του συνολικού αριθμού των γιατρών αντιστοιχεί στην Αττική, το 16,2% στην Κεντρική Μακεδονία, ενώ μόλις το 1,1% στο Βόρειο Αιγαίο, το 1,2% στη Δυτική Μακεδονία και το 1,3% στα Ιόνια νησιά.⁴¹

Συνεχίζοντας στα προβλήματα σύνθεσης του ανθρώπινου δυναμικού του χώρου της υγείας, υπογραμμίζεται η έντονη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για το 1999, η Ελλάδα, με 2,6 νοσηλευτές ανά χίλιους (1000) κατοίκους, καταλάμβανε τη δέκατη ένατη (19^η) θέση στο σύνολο είκοσι μία (21) χωρών. Σύμφωνα με τα ανάλογα στοιχεία του 2009, παρόλο που σημειώθηκε αντικειμενική αύξηση της αναλογίας των νοσηλευτών (3,3/1000 κατοίκους), η Ελλάδα σημείωσε σχετική επιδείνωση καθώς σε σύνολο είκοσι έξι (26) χωρών, βρέθηκε στην εικοστή τέταρτη (24^η) θέση.⁴²

³⁹ OECD, *Statistics, Health, op.cit.*

⁴⁰ Ελληνική Στατιστική Αρχή, *Στατιστικά Θέματα, Υγεία Κοινωνική Προστασία, Δημόσια Υγεία, Ιατροί κατά ειδικότητα και Οδοντίατροι, κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό για το έτος 2009*, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103&r_param=SHE09&y_param=2009_00&mytabs=0

⁴¹ *Ibid.*

⁴² OECD, *Statistics, Health, op.cit.*

1.5.3. Προβλήματα δομών του Συστήματος Υγείας

1.5.3.1. Προβλήματα Π.Φ.Υ.

Τα προβλήματα και οι ανεπάρκειες της Π.Φ.Υ. έχουν αποτελέσει το αντικείμενο ενδιαφέροντος και ανάλυσης πολλών μελετητών του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Όπως έχει υποστηριχτεί, η πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων και των προμηθευτών που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ., δεδομένων των έντονων στοιχείων διαφοροποίησης που τους χαρακτηρίζουν σε επίπεδο οργανωτικής και διοικητικής δομής, οδηγεί σχεδόν αναπόφευκτα στην προσφορά μη συντονισμένων υπηρεσιών, πολλές φορές επικαλυπτόμενων μεταξύ τους και με ευδιάκριτες διαφορές ποιότητας και εύρους η οποία με τη σειρά της συνεπάγεται τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων.⁴³

Επιπλέον, μια ιδιαίτερα σημαντική ανεπάρκεια του συστήματος Π.Φ.Υ. εντοπίζεται στην έλλειψη συστήματος γενικότερου ελέγχου, τόσο στα πλαίσια της συνταγογραφίας, όσο και των παραπομπών των ασθενών σε ιδιωτικά συνήθως διαγνωστικά κέντρα. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα των αποτελεσμάτων της απουσίας συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας αποτελεί το ότι, σύμφωνα με μαρτυρίες, στην Ελλάδα το 100% των επισκέψεων σε γιατρό καταλήγει σε συνταγογράφηση, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στην Ολλανδία ανέρχεται στο 40%.

Πολύ σημαντικό πρόβλημα της Π.Φ.Υ. αποτελεί επίσης η έλλειψη συστήματος παραπομπής των ασθενών μέσω των οικογενειακών γιατρών, με αποτέλεσμα όχι μόνο την ασυνέχεια στη φροντίδα υγείας αλλά επιπροσθέτως την υπερφόρτωση του συστήματος λόγω των επαναλαμβανόμενων επισκέψεων.

1.5.3.2. Προβλήματα Νοσοκομείων

Γενικά το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δεδομένης της «παραμελημένης» Π.Φ.Υ., δικαίως θα μπορούσε να χαρακτηριστεί έντονα νοσοκομειοκεντρικό με πληθώρα συνοδών προβλημάτων. Ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά προβλήματα είναι οι έντονες ανισότητες που καταγράφονται αναφορικά με την περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών πόρων, καθώς μεταξύ των διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών σημειώνονται ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στον αριθμό των Νοσοκομείων και των διαθέσιμων κλινών. Σύμφωνα με τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το 2009, εκ των τριακοσίων δέκα τριών (313) Νοσοκομείων⁴⁴ της χώρας, τα εκατόν δύο

⁴³ Κυριόπουλος, Γ., «Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η γενική ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του», στο Κυριόπουλος, Γ., Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, σ. 17 – 43.

⁴⁴ Πλην των στρατιωτικών θεραπευτηρίων

(102), εντοπίζονταν στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, τα εξήντα εννέα στη Μακεδονία, ενώ μόλις επτά (7) στην Ήπειρο και έξι (6) στα Ιόνια νησιά. Αντίστοιχα, από το σύνολο των πενήντα τεσσάρων χιλιάδων επτακοσίων τεσσάρων (54.704) κλινών, οι είκοσι τρεις χιλιάδες τριάντα έξι (23.036) αντιστοιχούσαν στην ευρύτερη περιφέρεια της Αθήνας, οι δώδεκα χιλιάδες επτακόσιες εξήντα τρεις (12.763) στη Μακεδονία, στην Ήπειρο χίλιες επτακόσιες τρεις (1.703) και στα Ιόνια νησιά μόλις επτακόσιες πενήντα τρεις (753). Η παραπάνω κατάσταση ουσιαστικά αποτελεί μια επιβεβαίωση του «νόμου της αντίστροφης φροντίδας» του Hart, βάσει του οποίου «οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονται όπου υπάρχει εισόδημα και όχι όπου υπάρχουν ανάγκες».⁴⁵ Επιπλέον, από τα στατιστικά δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α. για το ίδιο έτος, προκύπτει ότι η Ελλάδα, συγκρινόμενη με άλλες είκοσι επτά (27) χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. ως προς τις διαθέσιμες κλίνες ανά χίλια (1000) άτομα πληθυσμού, εντοπίζεται στην δέκατη πέμπτη (15^η) θέση, με 4,8 κλίνες/1.000 άτομα πληθυσμού.⁴⁶

Μια ακόμη σοβαρή ανεπάρκεια των Νοσοκομείων της χώρας, η οποία επιδρά επιβαρυντικά στην ήδη γνωστή άνιση κατανομή των νοσοκομειακών πόρων⁴⁷, είναι τα προβλήματα σε επίπεδο κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής. Σε πολλές περιπτώσεις Νοσοκομείων η παλαιότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων, του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού, των τεχνολογικών εφαρμογών (λ.χ. της πληροφορικής), συντελούν στην ανεπάρκεια της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (λ.χ. κλειστές μονάδες Μ.Ε.Θ., Τ.Ε.Π.) και κατ' επέκταση στη δυσαρέσκεια των ασθενών. Ωστόσο, αποτελεί οξύμωρο σχήμα το γεγονός ότι ακόμη και σε περιπτώσεις σύγχρονων Νοσοκομείων που πληρούν όλες τις προϋποθέσεις ξενοδοχειακών ή τεχνολογικών υποδομών, να παραμένουν τμήματα εκτός λειτουργίας λόγω έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού.

Ένα ακόμη ιδιαίτερα χαρακτηριστικό πρόβλημα που «αντιμετωπίζουν» τα ελληνικά Νοσοκομεία σχετίζεται με τη διαχείρισή τους, τόσο διοικητικά όσο και οικονομικά. Όσον αφορά τη διοικητική τους διαχείριση, ο τρόπος ορισμού των μελών των Δ.Σ. των Νοσοκομείων μέσω πολιτικών αποφάσεων δύναται να κατηγορηθεί για πρόκληση δυσλειτουργιών, αφενός μέσω των εντάσεων που έχουν δημιουργηθεί κατά περιόδους μεταξύ των υπηρεσιακών στελεχών και των διοικητικών διευθυνόντων των,

⁴⁵ Hart, J.T., "The inverse care law", *Lancet*, 297 (7697), 1971, p. 405 – 412.

Επίσης, βλ. Watt, G., "The inverse care law today", *Lancet*, 360 (9328), 2002, p. 252 – 254.

⁴⁶ OECD, *Statistics, Health, op.cit.*

⁴⁷ Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ., Καραλής Γ., «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», *Νοσοκομειακά χρονικά*, 62 (3), 2000, σ. 229 – 234.

Επίσης, βλ. Γείτονα, Μ., «Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα», *Ιατρική*, 79 (3), 2001, σ. 259 – 267.

αφετέρου μέσω της ασυνέχειας της διοίκησης που δύναται να συνεπάγεται κάθε αλλαγή της Κυβέρνησης, άρα και των ορισμένων από αυτή πολιτικών προσώπων. Όσον αφορά την οικονομική τους διαχείριση, δικαίως χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα προβληματική, ειδικότερα προκειμένου για τα δημόσια Νοσοκομεία. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι πληρωμές του προσωπικού, οι οποίες αν και αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού ενός Νοσοκομείου, πραγματοποιούνται σε επίπεδο Υπουργείου χωρίς το Νοσοκομείο να έχει ουδεμία ανάμειξη. Επίσης, τα ελλείμματα που καταγράφονται στα Νοσοκομεία, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας τους. Συν τοις άλλοις, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος, η απουσία μεθόδων κοστολόγησης κ.α. σχετίζονται με την πολλές φορές διαπιστωμένη αδυναμία εκ μέρους των Νοσοκομείων για ορθολογική οργάνωση και διαχείριση των αναλωσίμων τους, κατάσταση που οδηγεί κατ' επέκταση σε αύξηση του κόστους λειτουργίας τους.

1.5.3.3. Προβλήματα χρηματοδότησης – δαπανών υγείας

Τα έντονα προβλήματα που εντοπίζονται σε επίπεδο χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας της χώρας αποτελούν μια αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα. Ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά είναι η διαρκής αύξηση των δαπανών που καταβάλλονται για την υγεία. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το 1990 οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., αντιστοιχούσαν στο 6,6% του Α.Ε.Π., ενώ το 2007 στο 9,6%. Ωστόσο, αν ληφθεί επιπλέον υπόψη και η έντονη παραοικονομία που εντοπίζεται στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, είναι ευνόητο ότι το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας αυξάνεται περαιτέρω.

Επίσης, σημαντικό πρόβλημα αποτελούν και οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες που καταβάλλονται για την υγεία, είτε μέσω των άμεσων πληρωμών, είτε με τη μορφή των “out of pocket money”. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Π.Ο.Υ. για το έτος 2009, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 37,4% των συνολικών δαπανών υγείας και το εντυπωσιακό 94,5% αυτών με τη μορφή των “out of pocket” πληρωμών.

Μια επιπλέον ανεπάρκεια του Συστήματος Υγείας στη διάσταση της χρηματοδότησης αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες οι οποίες τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά. Σύμφωνα με τα σχετικά δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α. για το

1990, οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 14,3% των συνολικών δαπανών υγείας, κατατάσσοντας τη χώρα στη δωδέκατη (12^η) θέση σε σύνολο είκοσι έξι (26) χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. Ωστόσο, μια δεκαετία αργότερα (2000), οι συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν στο 18,9% του συνόλου των δαπανών υγείας, τοποθετώντας τη χώρα στη δέκατη (10^η) θέση μεταξύ είκοσι επτά (27) χωρών. Επτά (7) χρόνια αργότερα, το 2007, η Ελλάδα εντοπίζεται πλέον στην τέταρτη (4^η) θέση σε σύνολο είκοσι εννέα (29) χωρών, με τις συνολικές φαρμακευτικές δαπάνες να αντιστοιχούν στο 24,8% του συνόλου των δαπανών που καταβάλλονται για την υγεία. Ενδεικτικά σημειώνονται δύο (2) εκ των παραγόντων με ενισχυτική / αιτιολογική δράση σε αυτό το πρόβλημα. Ο πρώτος (1^{ος}) σχετίζεται με ένα άλλο πρόβλημα του Συστήματος Υγείας, την ανεξέλεγκτη συνταγογραφία, δεδομένου ότι όπως έχει ήδη αναφερθεί σύμφωνα με εκτιμήσεις το 100% των επισκέψεων σε γιατρούς οδηγεί σε συνταγογραφία και ο δεύτερος (2^{ος}) με τα πολύ χαμηλά ποσοστά γενόσημων φαρμάκων (generics) που συνταγογραφούνται στη χώρα. Στην Ελλάδα τα γενόσημα φάρμακα που συνταγογραφούνται αντιστοιχούν στο 10% του συνόλου, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στη Γερμανία διαμορφώνεται στο 60%.

1.5.4. Σύνοψη των προβλημάτων

Συνεκτιμώντας τα παραπάνω ενδεικτικά προβλήματα του Συστήματος Υγείας με όλες τις υπόλοιπες γνωστές ανεπάρκειες που παρουσιάζει σε διάφορα επίπεδα, εύκολα αντιλαμβανόμαστε ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας διανύει μια κρίσιμη περίοδο. Πρόκειται για ένα Σύστημα Υγείας ιδιαίτερα πολύπλοκο στη δομή και την οργάνωσή του, το οποίο είναι ταυτόχρονα συγκεντρωτικό και κατακερματισμένο. Σημειώνεται διαχρονική αύξηση των δαπανών υγείας η οποία δε συνοδεύεται από ανάλογη βελτίωση της εικόνας υγείας του πληθυσμού. Επίσης, η ύπαρξη αντικρουόμενων συμφερόντων οδηγεί στην αύξηση παραοικονομίας και κατ' επέκταση των "out of pocket" πληρωμών, με αποτέλεσμα η ικανοποίηση των χρηστών – ασθενών να φθίνει ολοένα και περισσότερο. Έντονες είναι και οι ανισότητες που διαπιστώνονται σε διάφορες διαστάσεις του Συστήματος Υγείας, όπως για παράδειγμα στην κατανομή των δομών αλλά και των πόρων, στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης, στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κ.λπ.

1.6. Τα επίπεδα ελέγχου του Συστήματος Υγείας

1.6.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Δεδομένων των διαφορετικών επιπέδων διάρθρωσης του Συστήματος Υγείας της χώρας καθώς και των πολυάριθμων προβλημάτων που το χαρακτηρίζουν, κρίνεται ιδιαίτερα επιτακτική η ανάγκη ύπαρξης των κατάλληλων ελεγκτικών μηχανισμών, ώστε αφενός να εντοπίζονται τα προβλήματα και αφετέρου να πραγματοποιούνται οι απαραίτητες ενέργειες, στα πλαίσια της επίλυσής τους. Ο έλεγχος του Συστήματος Υγείας της χώρας πραγματοποιείται μέσω των ακόλουθων επιπέδων:

- ✓ του Υπαλληλικού Κώδικα,
- ✓ του Υπουργού Υ.κ.Κ.Α. σε όλους τους Διοικητικά επικεφαλής
- ✓ των Επιστημονικών Συλλόγων,
- ✓ των Συνδικαλιστικών Ενώσεων,
- ✓ των Δικαστηρίων,
- ✓ του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας,
- ✓ του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- ✓ του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου.

1.6.2. Έλεγχος μέσω του Υπαλληλικού Κώδικα

Ο Υπαλληλικός Κώδικας⁴⁸ (Υ.Κ.) μέσω των διατάξεών, του αποτελεί το πρώτο (1^ο) επίπεδο ελέγχου του Συστήματος Υγείας. Το πλαίσιο επίτευξης του ελεγκτικού του ρόλου ορίζεται στις διατάξεις του Πειθαρχικού Δικαίου (Ε' μέρος του Υ.Κ.). Στο εν λόγω μέρος περιγράφονται αναλυτικά όλα όσα προβλέπονται αναφορικά με τις πειθαρχικές προεκτάσεις του Κώδικα. Στο Α' τμήμα πραγματοποιείται η περιγραφή των πειθαρχικών παραπτώματων και των ποινών, ενώ στο Β' τμήμα περιγράφεται η πειθαρχική διαδικασία η οποία ουσιαστικά αποτελεί και το επίπεδο ελέγχου.

Γενικά, πειθαρχικό παράπτωμα⁴⁹, «αποτελεί κάθε παράβαση υπαλληλικού καθήκοντος που συντελείται με υπαίτια πράξη ή παράλειψη και μπορεί να καταλογιστεί στον υπάλληλο». Ενδεικτικά, αναφέρονται κάποιες υπαλληλικές πράξεις που αποτελούν παραδείγματα πειθαρχικών παραπτώματων⁵⁰:

- ✓ Αδικαιολόγητη αποχή του υπαλλήλου από τα καθήκοντά του
- ✓ Παράβαση καθήκοντος κατά τον Ποινικό Κώδικα

⁴⁸ Ν. 3528, «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.», ΦΕΚ Α'26/9-2-2007.

⁴⁹ Σύμφωνα με το αρ. 106 του Υ.Κ.

⁵⁰ Σύμφωνα με το αρ. 107 του Υ.Κ.

- ✓ Αμέλεια κατά την εκπλήρωση του καθήκοντος
- ✓ Ανάρμοστη συμπεριφορά απέναντι στους πολίτες,
- ✓ Απαίτηση ή αποδοχή οποιουδήποτε υλικού ανταλλάγματος για την άσκηση των καθηκόντων του υπαλλήλου
- ✓ Εκούσια άρνηση παροχής πληροφοριών στους πολίτες

Σημειώνεται ότι πειθαρχική εξουσία στους υπαλλήλους ασκούν τα κάτωθι πειθαρχικά όργανα⁵¹:

- ✓ Οι πειθαρχικώς προϊστάμενοι
- ✓ Το Δ.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. για τους υπαλλήλους του νομικού προσώπου,
- ✓ Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του οικείου φορέα
- ✓ Το Δευτεροβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο
- ✓ Το Συμβούλιο της Επικρατείας, το Διοικητικό Εφετείο και ο Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης.

Όταν λοιπόν υπάρχει υποψία για την τέλεση κάποιου πειθαρχικού παραπτώματος, ο αρμόδιος πειθαρχικώς προϊστάμενος⁵² οφείλει να προβεί σε όλες εκείνες τις ενέργειες που προβλέπονται από την Πειθαρχική Διαδικασία.⁵³

Κατά το πρώτο (1^ο) στάδιο της Πειθαρχικής Διαδικασίας και προκειμένου να διαπιστωθεί η τέλεση του πειθαρχικού παραπτώματος, των προσώπων που πιθανώς ευθύνονται, αλλά και η διερεύνηση των συνθηκών κάτω από τις οποίες τελέστηκε το παράπτωμα, ο αρμόδιος πειθαρχικώς προϊστάμενος διατάζει προανάκριση ή ένορκη διοικητική εξέταση (Ε.Δ.Ε.).

Η Ε.Δ.Ε. διενεργείται από μόνιμο υπάλληλο με βαθμό τουλάχιστον Α', και κατά τη διενέργεια της Ε.Δ.Ε., ο διωκόμενος υπάλληλος καλείται υποχρεωτικά σε εξέταση, στην οποία μπορεί να παρίσταται με δικηγόρο, και έχει το δικαίωμα να ζητήσει εγγράφως την εξέταση μαρτύρων. Η Ε.Δ.Ε. είναι μυστική, κατά τη διάρκειά της επιτρέπεται αυτοψία και πραγματογνωμοσύνη και κατά την ολοκλήρωσή της συντάσσεται από τον υπάλληλο που τη διενεργεί αιτιολογημένη έκθεση, η οποία υποβάλλεται στον πειθαρχικώς προϊστάμενο που τη διέταξε.

Σε περίπτωση που διαπιστωθεί η διάπραξη πειθαρχικού παραπτώματος από τον συγκεκριμένο υπάλληλο, αποτελεί υποχρέωση του πειθαρχικώς προϊστάμενου η άσκηση

⁵¹ Σύμφωνα με τα αρ. 116, 117 του Υ.Κ.

⁵² Διευκρινίζεται ότι αρμόδιος πειθαρχικώς προϊστάμενος είναι εκείνος στον οποίο υπάγεται ο υπάλληλος κατά το χρόνο τέλεσης του παραπτώματος.

⁵³ Σημειώνεται ότι η πειθαρχική διαδικασία είναι αυτοτελής και ανεξάρτητη από την ποινική ή άλλη δίκη.

πειθαρχικής δίωξης. Η διαδικασία πειθαρχικής δίωξης ξεκινά είτε με την κλήση του πειθαρχικώς διωκόμενου υπάλληλου σε απολογία, είτε με την παραπομπή του στο αρμόδιο πειθαρχικό συμβούλιο.

Το επόμενο στάδιο της διαδικασίας περιλαμβάνει την έκδοση της Πειθαρχικής Απόφασης, η οποία πρέπει να διατυπώνεται εγγράφως, να διαλαμβάνει όλα τα προβλεπόμενα στο άρθρο 140 παρ. 2 του Υ.Κ. στοιχεία και προβλέπει για τον κρινόμενο υπάλληλο την απαλλαγή του ή την επιβολή κάποιας ποινής. Η απόφαση κοινοποιείται στον διωκόμενο υπάλληλο, ο οποίος έχει το δικαίωμα να ασκήσει ένσταση. Όταν ωστόσο η απόφαση είναι τελεσίδικη, τότε εκτελείται υποχρεωτικώς από την οικεία υπηρεσία.

Οι πειθαρχικές ποινές⁵⁴ που προβλέπονται είναι κλιμακούμενης αυστηρότητας, ανάλογα με τη σοβαρότητα του παραπτώματος και είναι:

- ✓ Η έγγραφη επίπληξη
- ✓ Το χρηματικό πρόστιμο
- ✓ Η στέρηση δικαιώματος προαγωγής
- ✓ Ο βαθμολογικός υποβιβασμός
- ✓ Η προσωρινή παύση
- ✓ Η οριστική παύση

Η εκτέλεση της ποινής από τον υπάλληλο είναι υποχρεωτική, ενώ παράλειψη εκτέλεσής της αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα.

Ανακεφαλαιώνοντας τα προαναφερθέντα, επισημαίνεται ότι η Πειθαρχική Διαδικασία που εκτελείται στα πλαίσια των άρθρων του Υ.Κ. αποτελεί πράγματι το πρώτο (1^ο) επίπεδο ελέγχου του Συστήματος Υγείας, καθώς αποτελεί ένα εργαλείο εσωτερικού ελέγχου της διοίκησης σε όλα τα επίπεδα, ξεκινώντας από το τμήμα μιας μονάδας υπηρεσιών υγείας και καταλήγοντας μέχρι τα ανώτερα διοικητικά επικεφαλής στελέχη.

1.6.3. Έλεγχος όλων των Διοικητικά επί κεφαλής από τον Υπουργό Υ.κ.Κ.Α.

Όπως έχει ήδη περιγραφεί σε προηγούμενη ενότητα αυτού του κεφαλαίου, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει στην αρμοδιότητα ελέγχου του ένα σύνολο εποπτευομένων Φορέων και Νομικών Προσώπων. Ο Υπουργός Υ.κ.Κ.Α. έχει τη δυνατότητα άσκησης ελέγχου σε όλους τους Διοικητικά επικεφαλής των εποπτευομένων Φορέων και Νομικών Προσώπων, δηλαδή στους Διοικητές / Υποδιοικητές, Προέδρους /

⁵⁴ Σύμφωνα με το αρ. 109 του Υ.Κ.

Αντιπροέδρους και τα μέλη των Δ.Σ (όπου προβλέπονται) καθώς και στα στελέχη του Υπουργείου Υ.κ.Κ.Α.

Αναλυτικότερα, ο Υπουργός δύναται με απόφασή του, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως,⁵⁵ να ορίζει τους επί κεφαλής του Υπουργείου Υ.κ.Κ.Α., τους Διοικητές και τους Υποδιοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών, τους Προέδρους και τους Αντιπροέδρους των εποπτευόμενων Ν.Π.Δ.Δ., όπως τα Νοσοκομεία ή των εποπτευόμενων Ν.Π.Ι.Δ. όπως τον Ο.Κ.Α.Ν.Α., σύμφωνα με τα όσα ορίζει ο νόμος και με σχετική απόφασή του. Είναι προφανές ότι η διαδικασία επιλογής, τοποθέτησης, αντικατάστασης των επικεφαλής προσώπων, στα πλαίσια του ελέγχου των εν λόγω προσώπων από τον Υπουργό είναι μια διαδικασία «ζωντανή», και αέναη ώστε να εξασφαλίζεται πάντοτε η όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

1.6.4. Επιστημονικοί Σύλλογοι

Οι Επιστημονικοί Σύλλογοι αποτελούν άλλο ένα επίπεδο ελέγχου του Συστήματος Υγείας, καθώς τους παρέχεται η δυνατότητα να εντοπίσουν κάποιο πρόβλημα ή δυσλειτουργία του συστήματος, να το δημοσιοποιήσουν και να προβούν σε έναν αριθμό ενεργειών για την αποκατάστασή του.

Όταν λόγω χάρη ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος εντοπίσει ένα γιατρό, ο οποίος προβαίνει σε πράξεις αντίθετες με την ιδεολογία του ιατρικού επαγγέλματος και τη φιλοσοφία του συλλόγου, δύναται να προβεί στη διαγραφή του από το σύλλογο και ενδεχομένως και σε περαιτέρω ενέργειες. Παρατίθενται στη συνέχεια κάποια παραδείγματα Επιστημονικών Συλλόγων:

- ✓ Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος⁵⁶
- ✓ Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος⁵⁷
- ✓ Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών⁵⁸

1.6.5. Συνδικαλιστικές Ενώσεις

Κατά αντίστοιχη φιλοσοφία με τους Επιστημονικούς Συλλόγους και οι Συνδικαλιστικές Ενώσεις των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αποτελούν έναν μηχανισμό ελέγχου του Συστήματος Υγείας, με ρόλο όχι μόνο ανιχνευτικό αλλά παράλληλα καταγγελτικό και παρεμβατικό σε περίπτωση διαπίστωσης κάποιου

⁵⁵ Διευκρινίζεται ότι οι δημοσιεύσεις αυτής της κατηγορίας πραγματοποιούνται σε τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.

⁵⁶ <http://www.pis.gr/>

⁵⁷ <http://www.pfs.gr/Home>

⁵⁸ <http://www.psf.org.gr/>

προβλήματος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της δράσης των Συνδικαλιστικών Ενώσεων αποτελεί αυτό του Συλλόγου των εργαζομένων του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθήνας.⁵⁹

Το περιστατικό έλαβε χώρα τον Δεκέμβριο του 2009, και αφορούσε την μεταφορά πολυάριθμων φακέλων ασθενών του Νοσοκομείου σε Ιδιωτικό Θεραπευτήριο χωρίς την ενημέρωση και την συγκατάθεση των συγκεκριμένων ασθενών. Το γεγονός υπέπεσε στην αντίληψη του Συλλόγου των Εργαζομένων και το Διοικητικό τους Συμβούλιο κατήγγειλε το περιστατικό στη Διοίκηση του Νοσοκομείου. Στη σχετική αναφορά πραγματοποιήθηκε καταγραφή του προβλήματος, επισημάνθηκαν τα σοβαρά προβλήματα που ανέκυπταν από την καταδικαστέα αυτή πράξη και ζητήθηκε τόσο από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, όσο και από κάθε αρμόδιο φορέα, η απόδοση ευθυνών και η εύρεση των κατάλληλων λύσεων, ώστε να διασφαλιστεί το ιατρικό απόρρητο των ασθενών και διαφυλαχθούν με σεβασμό τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα τους. Παράλληλα, η εν λόγω αναφορά κοινοποιήθηκε μεταξύ άλλων στον Υπουργό και τον Υφυπουργό Υγείας.

Οι Συνδικαλιστικές Ενώσεις διακρίνονται σε Πρωτοβάθμιες, Δευτεροβάθμιες και Τριτοβάθμιες ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων σε αυτές και αναφέρονται στη συνέχεια κάποια ενδεικτικά παραδείγματά τους:

- ✓ Σύλλογος Εργαζομένων Λαϊκού Νοσοκομείου⁶⁰
- ✓ Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.⁶¹
- ✓ ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο.⁶²
- ✓ Α.Δ.Ε.Δ.Υ.⁶³

1.6.6. Τα Δικαστήρια

Όπως ορίζεται στο Σύνταγμα της χώρας «Καθένας έχει δικαίωμα στην παροχή έννομης προστασίας από τα δικαστήρια και μπορεί να αναπτύξει σ' αυτά τις απόψεις του για τα δικαιώματά ή συμφέροντά του, όπως ο νόμος ορίζει. Το δικαίωμα της προηγούμενης ακρόασης του ενδιαφερομένου ισχύει και για κάθε διοικητική ενέργεια ή μέτρο που λαμβάνεται σε βάρος των δικαιωμάτων ή των συμφερόντων του.»⁶⁴

Η Ελληνική Δικαιοσύνη επομένως αποτελεί ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο επίπεδο ελέγχου και αναφορικά με το Σύστημα Υγείας της χώρας. Ως εκ τούτου, κάθε

⁵⁹ <http://www.poedhn.gr/view.php?id=21>

⁶⁰ Πρωτοβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο.

⁶¹ Δευτεροβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο, <http://www.poedhn.gr/>.

⁶² Δευτεροβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο, <http://www.poedhn.gr/>.

⁶³ Τριτοβάθμιο συνδικαλιστικό όργανο, <http://www.adedy.gr/adedy/site/home/ws.csp>.

⁶⁴ Σύμφωνα με το αρ. 20 του Σ., παρ. 1, 2.

πολίτης που θεωρεί εαυτόν αδικημένο, κατά οποιοδήποτε στάδιο παροχής υπηρεσιών υγείας, έχει το δικαίωμα να προσφύγει σε αυτή για να διεκδικήσει τη δικαίωσή του. Τα δικαστήρια που μπορούν οι πολίτες να απευθυνθούν διακρίνονται σε:

- ✓ Πολιτικά
- ✓ Ποινικά
- ✓ Διοικητικά

Τα Πολιτικά Δικαστήρια είναι αρμόδια για την επίλυση διαφορών μεταξύ των ιδιωτών. Όταν λόγω χάρη ένας πολίτης θεωρεί ότι ο γιατρός που τον παρακολουθούσε για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, του χορήγησε ακατάλληλη φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα την επιδείνωσή της, έχει το δικαίωμα να προσφύγει στα Πολιτικά Δικαστήρια προς απονομή της Δικαιοσύνης. Τα Πολιτικά Δικαστήρια περιλαμβάνουν τα Ειρηνοδικεία, τα Πρωτοδικεία, τα Εφετεία και τον Άρειο Πάγο που αποτελεί την ανώτερη μορφή αυτής της κατηγορίας.

Τα Ποινικά Δικαστήρια εκδικάζουν υποθέσεις ποινικών αδικημάτων, εγκλημάτων⁶⁵ και επιβάλλουν τις από το νόμο προβλεπόμενες ποινές στους υπευθύνους δράστες. Παραδείγματος χάριν, όταν ένας επαγγελματίας υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων του ενήργησε πλημμελώς με αποτέλεσμα να καταλήξει ο ασθενής, η οικογένεια του εκλιπόντος έχει το δικαίωμα να φέρει την υπόθεση στα Ποινικά Δικαστήρια για να εκδικαστεί και να αποδοθεί δικαιοσύνη μέσω των κατάλληλων ποινών. Τα Ποινικά Δικαστήρια, κατ' αντιστοιχία με τα Πολιτικά, περιλαμβάνουν τα Πταισματοδικεία, τα Πρωτοδικεία, τα Εφετεία και καταλήγουν στο ανώτερο όλων όργανο, τον Άρειο Πάγο.

Τα Διοικητικά Δικαστήρια τέλος, εκδικάζουν τις διοικητικές διαφορές, οι οποίες είναι διαφορές μεταξύ πολιτών και κράτους. Οι εν λόγω διαφορές δύνανται να προκαλούνται από πράξεις ή παραλείψεις του κράτους ως φορέα εξουσίας. Τα Πολιτικά Δικαστήρια επομένως πραγματοποιούν τον δικαστικό έλεγχο των πράξεων και παραλείψεων της διοίκησης και σε αυτά μπορεί να απευθυνθεί κάθε πολίτης που έχει έρθει αντιμέτωπος με κάποιο πρόβλημα ή δυσλειτουργία του Συστήματος Υγείας, για παράδειγμα μέσα σε ένα Νοσοκομείο.

Τα Διοικητικά Δικαστήρια περιλαμβάνουν τα Διοικητικά Πρωτοδικεία, τα Διοικητικά Εφετεία, τη Γενική Επιτροπεία της Επικρατείας, τα Τακτικά Διοικητικά Δικαστήρια και το Συμβούλιο της Επικρατείας, το οποίο εκδικάζει κυρίως ακυρωτικές

⁶⁵ Όπως ορίζεται στο αρ. 14 του Ποινικού Κώδικα, «Έγκλημα είναι πράξη άδικη και καταλογιστή στο δράστη της, η οποία τιμωρείται από τον νόμο»

διαφορές. Στα Διοικητικά Δικαστήρια ανήκει και το Ελεγκτικό Συνέδριο, στην αρμοδιότητα⁶⁶ του οποίου ανήκει, πλην του ελέγχου κρατικών δαπανών και οικονομικών στοιχείων, η εκδίκαση υποθέσεων που αναφέρονται στην ευθύνη των πολιτικών ή στρατιωτικών δημόσιων υπαλλήλων.

1.6.7. Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π συστάθηκε βάσει του Ν. 2920/2001⁶⁷ και αποτελεί ένα ελεγκτικό θεσμό του Συστήματος Υγείας. Στα πλαίσια της λειτουργίας του, έχει ως κύριο έργο του την διεξαγωγή ελέγχων και επιθεωρήσεων με στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον πολίτη. Αποτελεί ένα όργανο εσωτερικού ελέγχου της δημόσιας διοίκησης με δράση τόσο κατασταλτική όσο και προληπτική.

Η κατασταλτική του δράση περιλαμβάνει τη διενέργεια επιθεωρήσεων, ελέγχων, Ε.Δ.Ε. και την πρόταση επιβολής κυρώσεων, ή τον πειθαρχικό έλεγχο υπαλλήλων, όταν κρίνεται απαραίτητο ή αναγκαίο. Η προληπτική του δράση εξελίσσεται παράλληλα με την κατασταλτική, καθώς κατά την διάρκεια μιας επιθεώρησης, εκτός του συγκεκριμένου αντικειμένου για το οποίο διενεργείται ο έλεγχος, πραγματοποιείται η παράλληλη εξέταση όλων των σχετικών διαδικασιών με να καταγραφούν τα προβλήματα και οι δυσλειτουργίες της παρούσας κατάστασης. Ακολούθως διατυπώνεται μια σειρά προτάσεων προς τον ελεγχόμενο φορέα, τις οποίες οφείλει να υλοποιεί, ώστε να αποτραπεί η συνέχιση ή επανάληψη τους. Τοιουτοτρόπως συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, συντελώντας παράλληλα στην ορθή διαχείριση των πόρων του συστήματος υγείας της χώρας.

Αναφορικά με το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του, το Σ.Ε.Υ.Υ.Π αποτελεί οικονομικά και διοικητικά υπηρεσία του Υπουργείου Υ.κ.Κ.Α., υπαγόμενη απευθείας στον Υπουργό, με πλήρη ανεξαρτησία στην άσκηση του ελεγκτικού της ρόλου, στα πλαίσια του οποίου διενεργεί ελέγχους και επιθεωρήσεις κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Συνηγόρου του Πολίτη, του Γενικού Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης⁶⁸ και Αυτεπάγγελτα, βάσει του ιδρυτικού του Νόμου.

⁶⁶ Σύμφωνα με το αρ. 98 του Σ. περί αρμοδιοτήτων Ελεγκτικού Συνεδρίου

⁶⁷ «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α'131/27-6-2001.

⁶⁸ Ο Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης προεδρεύει του Συντονιστικού Οργάνου Επιθεώρησης και Ελέγχου (Σ.Ο.Ε.Ε), το οποίο έχει ως σκοπό την παρακολούθηση και το συντονισμό των επιθεωρήσεων και ελέγχων των ιδιαίτερων σημάτων και υπηρεσιών επιθεωρήσεων, σύμφωνα με το Ν. 3074/2002, ΦΕΚ Α'296/4-12-2002, «Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης. Αναβάθμιση του Σώματος Επιθεωρητών – Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης και του Συντονιστικού Οργάνου Επιθεώρησης και Ελέγχου και άλλες διατάξεις».

Το Σ.Ε.Υ.ΥΠ έχει ως αποστολή την ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών, τόσο σε όλες τις υπαγόμενες υπηρεσίες και σε όλους τους υπαγόμενους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όσο και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων.

Ο σκοπός του Σ.Ε.Υ.ΥΠ συνοψίζεται στα ακόλουθα σημεία:

- ✓ Η βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας όλων των προαναφερθέντων φορέων και υπηρεσιών,
- ✓ Η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας,
- ✓ Η εξάλειψη της κακοδιοίκησης
- ✓ Η προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών – χρηστών υπηρεσιών υγείας, από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με καταχρηστικό τρόπο.

Το πεδίο παρέμβασης του Σ.Ε.Υ.Υ.Π., διακρίνουμε σε ελεγκτικής και της κατά τόπο αρμοδιότητας. Στην ελεγκτική αρμοδιότητα του υπάγονται:

- ✓ Οι κεντρικές, περιφερειακές ή αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ✓ Οι υπηρεσίες των Περιφερειών, των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Ο.Τ.Α. Α΄ βαθμού καθώς και των ασφαλιστικών φορέων, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
- ✓ Τα λοιπά Ν.Π.Δ.Δ. και τα Ν.Π.Ι.Δ. του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και πρόνοιας και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ✓ Όλοι οι εποπτευόμενοι από τον Υπουργό Υ.κ.Κ.Α. φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας του ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Τα φαρμακεία (νοσοκομειακά, ιδιωτικά), οι φαρμακαποθήκες, τα εργαστήρια και κάθε κατάστημα παραγωγής ή εμπορίας κάθε είδους φαρμακευτικού ή υγειονομικού υλικού, τα ισστιούτα αδυνατίσματος και αισθητικής, τα εργοστάσια εμφιάλωσης νερού καθώς και οι ιαματικές πηγές, στις οποίες παρέχονται υπηρεσίες για λόγους υγείας.
- ✓ Οι ιδιωτικοί φορείς με αντικείμενο τη διάθεση προϊόντων τα οποία χρησιμοποιούνται άμεσα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η κατά τόπο αρμοδιότητα του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. εκτείνεται σε όλη την Επικράτεια. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που δημοσιεύεται στην

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, μπορεί να συνιστώνται Περιφερειακά Γραφεία του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. στα οποία προΐστανται Επιθεωρητές που ορίζονται από το Γενικό Επιθεωρητή του Σώματος.

Όσον αφορά την οργανωτική του δομή, αποτελείται από την Κεντρική Υπηρεσία με έδρα την Αθήνα και το Περιφερειακό Γραφείο Μακεδονίας – Θράκης με έδρα τη Θεσσαλονίκη, των οποίων προΐσταται Γενικός Επιθεωρητής. Οργανωτικά αποτελείται από. Τόσο η Κεντρική Υπηρεσία, όσο και το Περιφερειακό Γραφείο διαχωρίζονται σε τρεις (3) τομείς δράσης, Υγειονομικού Φαρμακευτικού Ελέγχου, Διοικητικού Οικονομικού Ελέγχου και Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας, σε κάθε έναν εκ των οποίων προΐσταται ένας Βοηθός Γενικού Επιθεωρητή ο οποίος είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της δράσης του αντίστοιχου τομέα. Πλην του Γενικού Επιθεωρητή και των Βοηθών Γενικού Επιθεωρητή, προβλέπεται από το Νόμο η στελέχωση του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. με θέσεις Επιθεωρητών (Υγειονομικών, Διοικητικών – Οικονομικών, Κοινωνικών). Οι Επιθεωρητές κατά την εκτέλεση των καθηκόντων ενεργούν ως εκ του νόμου εξουσιοδοτημένοι εκπρόσωποι του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και ως εκ τούτου, θεωρούνται ιεραρχικά ανώτεροι των προϊσταμένων των ελεγχόμενων υπηρεσιών και φορέων. Σημειώνεται επιπλέον ότι κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους, έχουν δικαιώματα και καθήκοντα ανακριτικού υπαλλήλου^{69, 70}.

Συνοψίζοντας τα προαναφερθέντα καθίσταται αντιληπτό ότι το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. αποτελεί έναν ελεγκτικό θεσμό με διττό ρόλο, δεδομένου ότι αφενός προσβλέπει στον εκσυγχρονισμό της δημόσιας διοίκησης και αφετέρου αποτελεί μια σημαντική προσπάθεια χάραξης ορθολογικής πολιτικής υγείας της χώρας. Η ορθολογική πολιτική υγείας τεκμηριώνεται μέσω του τριπτύχου «αποτελεσματικότητα – αποδοτικότητα - διασφάλιση ποιότητας» των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, φιλοσοφία που αντανακλά και τη φιλοσοφία λειτουργίας του εν λόγω θεσμού.

1.6.8. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α.)

Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α.), μολονότι πρακτικά λειτουργούσε ήδη από το χίλια εννιακόσια ενενήντα οκτώ (1998), στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της Ανεξάρτητης Αρχής του Συνηγόρου του Πολίτη, χρειάστηκε να

⁶⁹ Ν. 2343, «Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών του Υπουργείου Οικονομικών και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ Α' 211/11-10-1995, διατάξεις περί Οικονομικών Επιθεωρητών.

⁷⁰ Οι ειδικές αρμοδιότητες, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των Επιθεωρητών και των Βοηθών Επιθεωρητών περιγράφονται αναλυτικά στον ιδρυτικό Νόμο και τον Κανονισμό Λειτουργίας του Σ.Ε.Υ.Υ.Π.

περάσουν άλλα έξι (6) χρόνια προτού πραγματοποιηθεί η επίσημη θέσπισή του με το Ν. 3293/2004⁷¹. Όπως περιγράφεται στο κείμενο του εν λόγω Νόμου, ο Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α. κατά την άσκηση των σχετικών με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης αρμοδιοτήτων του⁷², εισηγείται προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τα κατάλληλα μέτρα ώστε να επιτευχθούν οι κάτωθι στόχοι:

- ✓ Η αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών
- ✓ Η εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης
- ✓ Η βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών Υ.κ.Κ.Α.
- ✓ Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών
- ✓ Η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ των πολιτών και της διοίκησης.

Ωστόσο, ο νομοθέτης προέβλεψε επιπλέον μια πρωτοποριακή διαδικασία στον προαναφερθέντα νόμο, παρέχοντας για πρώτη (1^η) φορά στον Υπουργό Υ.κ.Κ.Α τη δυνατότητα παραπομπής αναφορών δυσαρεστημένων πολιτών από δημόσιες υγειονομικές ή προνοιακές υπηρεσίες, στο Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προκειμένου να διερευνηθούν.

Ο Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α. έχει ενσωματωθεί στον Κύκλο Κοινωνικής Προστασίας⁷³ του Σ.τ.Π. και παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες του σε όλους τους πολίτες – χρήστες των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορεί να είναι Έλληνες, ομογενείς επαναπατρισθέντες, αλλοδαποί, μετανάστες. Επισημαίνεται ότι οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως, άτομα ηλικιωμένα, σωματικά ή ψυχικά ασθενή, με αναπηρίες (Α.μεΑ.), μετανάστες, πρόσφυγες, αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη ευαισθησία από το Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να διασφαλιστεί η ισότιμη και πλήρης ένταξή τους, τόσο στην κοινωνική όσο και οικονομική ζωή του τόπου.

Ο Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α. αποτελεί έναν εξωτερικό ελεγκτικό μηχανισμό του Συστήματος Υγείας και διαδραματίζει έναν διττό διαμεσολαβητικό ρόλο στην ελληνική κοινωνία, τόσο προς την κατεύθυνση της Υγείας, όσο και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Πρόνοιας. Η θεματολογία των υποθέσεων που αναλαμβάνει ο Συνήγορος αναλύεται στον άξονα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στον άξονα της Υγείας, ενδεικτικά αναφέρονται τα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ.

⁷¹ Ν. 3293, «Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ΦΕΚ Α'/261/26-11-2004.

⁷² Σημειώνεται ότι ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης παρεμβαίνει διαμεσολαβητικά και ελεγκτικά εφόσον οι ενδιαφερόμενοι έχουν ήδη απευθυνθεί στην εμπλεκόμενη υπηρεσία υγείας.

⁷³ Σημειώνεται ότι η επιστημονική ομάδα που στελεχώνει τον Κύκλο Κοινωνικής Προστασίας του Σ.τ.Π. εξετάζει αναφορές με αντικείμενο το δικαίωμα για προστασία της Υγείας και για Κοινωνική Πρόνοια των πολιτών.

(πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας περίθαλψης, Κ.Ε.Σ.Υ., εποπτείας ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, εργαστηρίων και φαρμακείων), επαγγελματιών υγείας (αναγνώριση διπλωμάτων, χορήγηση αδειών, απόκτηση ειδικότητας, διορισμοί), δικαιωμάτων ασθενών (δικαιώματα νοσηλευομένων, πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ») και δημόσιας υγείας (υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας, σε δημόσιους χώρους, τροφίμων – ποτών). Αντίστοιχα, στον άξονα της Πρόνοιας, ενδεικτικά αναφέρονται τα ζητήματα παροχών κοινωνικής πρόνοιας (Α.μεΑ., χρόνια πάσχοντες, κοινωνικά αποκλεισμένοι, μητέρες, πολύτεκνοι), καθώς και οργάνωσης και λειτουργίας φορέων πρόνοιας (ανοικτές – κλειστές δομές, έλεγχος εποπτείας ιδιωτικών επιχειρήσεων παροχής προνοιακών υπηρεσιών).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα υποθέσεων που εμπίπτουν στη διαμεσολαβητική αρμοδιότητα του Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α. αποτελούν μεταξύ άλλων η προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας, η τήρηση ιατρικού φακέλου και η διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, την ενδεικνυόμενη θεραπεία αλλά και το κόστος αυτής, η διαδικασία χορήγησης παροχών ασθένειας από τους ασφαλιστικούς φορείς κ.α. Υπογραμμίζεται εντούτοις ότι, ο Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α. δεν παρέχει νομική συμβουλευτική ή εκπροσώπηση, ούτε χορηγεί αποζημιώσεις σε περιπτώσεις ιατρικών λαθών.

Όσον αφορά τη διαδικασία υποβολής αναφορά στο Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α., όποιος πολίτης έρθει αντιμέτωπος με κάποιο πρόβλημα ή δυσλειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας εξαιτίας των οποίων θεωρήσει εαυτόν θιγμένο ή δυσαρεστημένο, έχει το δικαίωμα και τη δυνατότητα να υποβάλει έγγραφη και ενυπόγραφη σχετική αναφορά⁷⁴ στο Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α. Η αναφορά κατηγοριοποιείται αναλόγως του θέματός της και η υπόθεση ανατίθεται στον αρμόδιο ειδικό επιστήμονα προς διερεύνηση. Ακολούθως, ο ειδικός επιστήμονας, έρχεται σε επαφή με τον πολίτη και τον εμπλεκόμενο φορέα, προκειμένου να αποφανθεί για το σύννομο της αναφοράς ή της δράσης του φορέα. Στην περίπτωση όπου διαπιστωθεί το μη σύννομο της πράξης του εμπλεκόμενου φορέα, καταβάλλεται προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος.

Προκειμένου για πιο σύνθετα προβλήματα, περισσότερων κοινωνικών παραμέτρων, τα οποία δεν επιδέχονται μιας μονοδιάστατης λύσης, συντάσσεται πόρισμα ή ακόμη και μια πρόταση προς τη διοίκηση για τη βελτίωση του προβλήματος. Σημειώνεται ότι σε αυτή την περίπτωση, ο εμπλεκόμενος φορέας στον οποίο απευθύνεται

⁷⁴ Για να διευκολυνθούν οι πολίτες που ζουν στην περιφέρεια, η υποβολή της αναφοράς μπορεί να πραγματοποιηθεί επιπλέον ταχυδρομικά ή μέσω φαξ.

το πόρισμα ή/ και η πρόταση, οφείλει βάσει νόμου να απαντήσει σχετικά στην Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιπλέον, η δημοσιοποίηση των πορισμάτων σε ηλεκτρονική μορφή, στην ιστοσελίδα του Συνηγόρου Πολίτη⁷⁵, αποτελεί μια ακόμη βοήθεια για τον πολίτη, σε ενδεχόμενη προσφυγή του στο αρμόδιο δικαστήριο. Επιπροσθέτως, σημειώνεται η δυνατότητα του Συνηγόρου σε ειδικές περιπτώσεις, όταν λ.χ. η διοίκηση του εμπλεκόμενου φορέα αρνείται να συνεργαστεί, να κοινοποιεί έγγραφά του στον εισαγγελέα σε ειδικές περιπτώσεις, όταν.

Τέλος, υπογραμμίζονται ενδεικτικά κάποιες περιπτώσεις υποθέσεων εκτός διαμεσολαβητικής αρμοδιότητας του Σ.τ.Υ.κ.Κ.Α., όπως επί παραδείγματι εάν έχει παρέλθει διάστημα μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών από τη διενέργεια της δυσχέρειας που βίωσε ο δυσαρεστημένος πολίτης, ή πρόκειται για υποθέσεις που δεν έχουν ακόμη εκδικαστεί, ή πράξεις δικαστικών αρχών ή ανεξάρτητων αρχών, ή υποθέσεις σχετικές με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας⁷⁶ κ.λπ.

1.6.9. Ο Κοινοβουλευτικός Έλεγχος

Ο Κοινοβουλευτικός Έλεγχος αποτελεί το ύψιστο επίπεδο ελέγχου. Για το λόγο αυτό και δεδομένης της σημασίας τους για το αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, η παρουσίαση και ανάλυσή του πραγματοποιούνται σε ξεχωριστό κεφάλαιο, προκειμένου να καταστεί εφικτή η κατανόηση της «δομής» του και του «ρόλου» του.

1.6.10. Χρήσιμες Παρατηρήσεις

Ολοκληρώνοντας την παρούσα ενότητα του θεωρητικού μέρους αναφορικά με τα επίπεδα ελέγχου του Συστήματος Υγείας, κρίνεται σκόπιμο να διευκρινιστεί, ότι πλην των παραπάνω, θεσμικά κατοχυρωμένων, επιπέδων – μηχανισμών ελέγχου, υπάρχουν και κάποια επιπλέον, των οποίων όμως ο ελεγκτικός – παρεμβατικός ρόλος δεν κατοχυρώνεται θεσμικά. Ως ενδεικτικά και όχι μοναδικά παραδείγματα αυτής της κατηγορίας αναφέρονται τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι Ενώσεις Καταναλωτών.

Σε αμφότερες τις προαναφερθείσες περιπτώσεις, ναι μεν αναγνωρίζεται η δυνατότητα εντοπισμού κάποιου προβλήματος ή δυσλειτουργίας του Συστήματος Υγείας, μέσω λόγου χάρη μια αναφοράς ή καταγγελίας που μπορεί να υποβάλει ένας δυσαρεστημένος πολίτης, το πρόβλημα ή η δυσλειτουργία δύναται να δημοσιοποιηθεί

⁷⁵ <http://new.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el.kpporismata>

⁷⁶ Εξαίρεση αποτελούν οι υποθέσεις που αφορούν προσλήψεις ή κρίσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ και οι προσλήψεις των ιατρών σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία, οι οποίες βρίσκονται εντός του πεδίου διαμεσολαβητικής αρμοδιότητας του Συνηγόρου της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

π.χ. μέσα από το δελτίο ειδήσεων, δεν προβλέπεται όμως διαδικασία άμεσης παρέμβασης από μέρους τους για την επίλυση του προβλήματος ή την αποκατάσταση της δυσλειτουργίας, ούτε παρέχεται η δυνατότητα άσκησης κάποιου είδους ελέγχου που θα επιφέρει και τις ανάλογες κυρώσεις, εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο. Θα μπορούσαμε επομένως να ισχυριστούμε ότι ο «άτυπος» ρόλος που διαδραματίζουν οι παραπάνω μηχανισμοί, έγκειται περισσότερο στην ικανότητά τους να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόβλημα, ή μια εν γένει δυσλειτουργία του Συστήματος Υγείας που θα τους γνωστοποιηθεί, συντελώντας τοιούτοτρόπως στην ενημέρωση της κοινής γνώμης.

Διευκρινίζεται ωστόσο ότι η συγκεκριμένη ιδιότητά τους κάθε άλλο παρά αμελητέα είναι, καθώς ο εντοπισμός και η γνωστοποίηση ενός προβλήματος αποτελεί και το πρώτο στάδιο στην προσπάθεια επίλυσής του, την οποία αναλαμβάνουν όλοι οι προαναφερθέντες θεσμικά κατοχυρωμένοι ελεγκτικοί μηχανισμοί που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες παραγράφους με κορωνίδα ελέγχου τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο

2. ΤΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

2.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Το ελληνικό κράτος από ιδρύσεως του μέχρι και σήμερα αναμφισβήτητα διήλθε από πολλές στενωπούς. Ορόσημο έναρξης της σύγχρονης εποχής θα μπορούσε ομόφωνα να θεωρηθεί ο Ιούλιος του 1974 όταν η Ελλάδα εξήλθε από το επταετές (7ετες) δικτατορικό καθεστώς το οποίο αποτέλεσε τροχοπέδη εξέλιξης στο σύνολο των τομέων αλλά και μονόδρομο απομόνωσης από το ευρωπαϊκό γίγνεσθαι. Η ψήφιση του Συντάγματος η οποία έλαβε χώρα το 1975, αποτέλεσε την πλέον τρανταχτή απόδειξη επανόδου της δημοκρατίας στη γενέτειρα της, επιλέγοντας ως «*πολιτεύμα της Ελλάδας την Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία, με θεμέλιο του πολιτεύματος της λαϊκή κυριαρχία και πηγή όλων των εξουσιών το Λαό*».⁷⁷ Ο κατεξοχήν χώρος εφαρμογής και ενίσχυσης του δημοκρατικού πολιτεύματος είναι το κοινοβούλιο, επομένως στις παραγράφους που ακολουθούν θα γίνει μια ανάλυση του θεσμού της Βουλής, της οργάνωσης και των αρμοδιοτήτων της ώστε να καταστεί εφικτή η όσο το δυνατόν πληρέστερη κατανόηση του ρόλου της στην κοινωνία μας.

2.2. Η Βουλή των Ελλήνων

Η Βουλή των Ελλήνων αποτελεί αναμφισβήτητα τον κορυφαίο δημοκρατικό θεσμό. Η Β.τ.Ε., οργανώνεται, λειτουργεί και ασκεί τις αρμοδιότητές της, σύμφωνα με τα όσα προβλέπονται στον Κανονισμό⁷⁸ της και το Σύνταγμα⁷⁹ της χώρας. Πρόκειται για ένα μονομελές νομοθετικό σώμα που συγκροτείται από τριακόσια μέλη (300), τους Βουλευτές, οι οποίοι αποτελούν και την Ολομέλεια της Βουλής. Οι Βουλευτές εκλέγονται από τον λαό⁸⁰ μέσω των βουλευτικών εκλογών, οι οποίες διεξάγονται κάθε τέσσερα (4) χρόνια⁸¹. Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη μία εκλογική αναμέτρηση στην άλλη ονομάζεται «Βουλευτική Περίοδος». Η αρίθμηση των Βουλευτικών Περιόδων είναι ελληνική και συνεχής από το 1974, ως εκ τούτου σήμερα διανύουμε την δέκατη τρίτη (ΙΓ΄) Βουλευτική Περίοδο. Κατά τη διάρκεια κάθε

⁷⁷ Σύμφωνα με το αρ. 1 του Σ.

⁷⁸ Σύμφωνα με την ισχύουσα επανέκδοση του Κανονισμού της Βουλής (10/2010), με ενσωματωμένες τις νέες ρυθμίσεις που έγιναν με τις από 14.4.2010 (ΦΕΚ 57 Α΄/20.4.2010) και 16.7.2010 (ΦΕΚ 139 Α΄/10.8.2010) αποφάσεις της Ολομέλειας της Βουλής.

⁷⁹ Το Σ. του 1975 όπως αναθεωρήθηκε με το Α΄ και Β΄ Ψήφισμα της 6^{ης} Μαρτίου 1986 της ΣΤ΄ Αναθεωρητικής Β.τ.Ε., το Ψήφισμα της 6^{ης} Απριλίου 2001 της Ζ΄ Αναθεωρητικής Β.τ.Ε. και το Ψήφισμα της 27^{ης} Μαΐου 2008 της Η΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων

⁸⁰ Εκτός των Βουλευτών επικρατείας.

⁸¹ Εκτός και αν η Βουλή διαλυθεί νωρίτερα.

Βουλευτικής Περιόδου, η Ολομέλεια της Βουλής συνέρχεται σε τακτικές, έκτακτες και ειδικές Συνόδους, προκειμένου να ασκήσει τις αρμοδιότητες της οι οποίες περιλαμβάνουν τη λήψη αποφάσεων, την άσκηση του νομοθετικού έργου και του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου και θα αναλυθούν εκτενώς στα κεφάλαια που ακολουθούν.

2.3. Οργάνωση της Βουλής των Ελλήνων

Η σωστή οργάνωση της Βουλής είναι απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία της και να καταστεί εφικτή η διεκπεραίωση του ιδιαίτερα σημαντικού της έργου. Ως εκ τούτου, οργανωτικά, η Βουλή περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- ✓ Τις Κοινοβουλευτικές Ομάδες⁸²
- ✓ Το Προεδρείο της Βουλής⁸³
- ✓ Την Ολομέλεια της Βουλής⁸⁴
- ✓ Το Τμήμα Διακοπής Εργασιών⁸⁵
- ✓ Τις Κοινοβουλευτικές Επιτροπές⁸⁶
- ✓ Τη Διάσκεψη Προέδρων⁸⁷
- ✓ Την Επιτροπή Ελέγχου των Οικονομικών των κομμάτων και των Βουλευτών

2.3.1. Οι Κοινοβουλευτικές Ομάδες

Οι Κοινοβουλευτικές Ομάδες (Κ.Ο.) ή αλλιώς τα πολιτικά κόμματα, διαδραματίζουν αναμφισβήτητα πρωταγωνιστικό ρόλο στις σύγχρονες δημοκρατίες. Επαλήθευση αυτής της διαπίστωσης είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των ανεξάρτητων Βουλευτών που απαντώνται στα Κοινοβούλια είναι ιδιαίτερα μικρός. Απαραίτητη προϋπόθεση για το σχηματισμό μιας Κ.Ο. είναι η ύπαρξη τουλάχιστον δέκα εκλεγέντων Βουλευτών του ίδιου κόμματος⁸⁸. Πρόεδρος της Κοινοβουλευτικής Ομάδας θεωρείται ο αρχηγός της, εφόσον έχει εκλεγεί Βουλευτής. Κατά κανόνα, δύναται να ορίσει μέχρι δύο (2) αναπληρωτές – εκπροσώπους του. Εξάιρεση του κανόνα αποτελούν ο Πρόεδρος της μεγαλύτερης σε δύναμη Κοινοβουλευτικής Ομάδας που μετέχει στην Κυβέρνηση (ο

⁸² Αρ. 15 – 20 του Κ.τ.Β.

⁸³ Αρ. 6 -12 του Κ.τ.Β.

⁸⁴ Αρ. 21 – 24 του Κ.τ.Β..

⁸⁵ Αρ. 29 – 30 του Κ.τ.Β.

⁸⁶ Αρ. 68 του Σ. και 31 – 48, 89 -91 του Κ.τ.Β.

⁸⁷ Αρ. 13 – 14 του Κ.τ.Β.

⁸⁸ Σημειώνεται ότι Κοινοβουλευτική Ομάδα δύναται να συγκροτηθεί και από πέντε (5) Βουλευτές, προκειμένου για κόμμα που παρουσίασε ψηφοδέλτια στα δύο τρίτα (2/3) των εκλογικών περιφερειών της χώρας και συγκέντρωσε πανελλαδικά ποσοστό τρία τοις εκατό (3%) επί του συνολικού αριθμού των εγκύρων ψηφοδελτίων.

Πρωθυπουργός) και ο Πρόεδρος της μεγαλύτερης σε δύναμη Κοινοβουλευτικής Ομάδας που δε μετέχει στην Κυβέρνηση (ο Αρχηγός της Αξιωματικής Αντιπολίτευσης), οι οποίοι δύνανται να ορίσουν έως τρεις (3) αναπληρωτές.

Ανάλογα με το μέγεθος της, παραχωρείται σε κάθε Κοινοβουλευτική Ομάδα (και στους ανεξάρτητους Βουλευτές), ένας ιδιαίτερος χώρος (αίθουσα, γραφεία) στο κτήριο της Βουλής των Ελλήνων. Για την εξυπηρέτησή τους οι Κοινοβουλευτικές Ομάδες έχουν δικές τους γραμματείες, τις οποίες στελεχώνουν μετακλητοί υπάλληλοι, ο αριθμός των οποίων επίσης εξαρτάται από το μέγεθος της ομάδας.

2.3.2. Το Προεδρείο της Βουλής

Το Προεδρείο της Βουλής αποτελείται από τον Πρόεδρο της Βουλής, επτά (7) Αντιπροέδρους, τρεις (3) Κοσμήτορες και έξι (6) Γραμματείς. Τα μέλη του Προεδρείου της Βουλής είναι υποχρεωτικά Βουλευτές. Με κύριο χαρακτηριστικό τη διακομματική του σύνθεση, η αναλογία των μελών του Προεδρείου διαμορφώνεται ως ακολούθως:

- ✓ Συμπολίτευση:
 - Τρεις (3) Αντιπρόεδροι
 - δύο (2) Κοσμήτορες
 - τέσσερις (4) Γραμματείς
- ✓ Αξιωματική Αντιπολίτευση:
 - Ένας (1) Αντιπρόεδρος
 - Ένας (1) Κοσμήτορας
 - Ένας (1) Γραμματέας
- ✓ Δεύτερη (2^η) σε δύναμη Κ.Ο. Αντιπολίτευσης:
 - Ένας (1) Αντιπρόεδρος
 - Ένας (1) Γραμματέας
- ✓ Τρίτη (3^η) σε δύναμη Κ.Ο. Αντιπολίτευσης:
 - Ένας (1) Αντιπρόεδρος
- ✓ Τέταρτη (4^η) σε δύναμη Κ.Ο.
 - Ένας (1) Αντιπρόεδρος

Διευκρινίζεται ότι η ιδιότητα μέλους του Προεδρείου είναι ασυμβίβαστη με την ιδιότητα του Υπουργού ή του Υφυπουργού, ως εκ τούτου, η αποδοχή μιας (1) εκ των δύο (2) παραπάνω ιδιοτήτων από ένα μέλος του Προεδρείου, συνεπάγεται την αυτοδίκαιη παραίτησή του, από την ιδιότητα του μέλους του Προεδρείου.

Η εκλογή του Προέδρου της Βουλής και των επτά (7) Αντιπροέδρων γίνεται στην αρχή κάθε Βουλευτικής Περιόδου ενώ των Κοσμητόρων και των Γραμματέων λαμβάνει χώρα στην αρχή κάθε Τακτικής Συνόδου. Η διάρκεια της θητείας του Προέδρου και των Αντιπροέδρων είναι ταυτόσημη με τη διάρκεια της Περιόδου, ενώ των Κοσμητόρων και των Γραμματέων ταυτίζεται με αυτή της τακτικής Συνόδου της Βουλής όπου πραγματοποιήθηκε η εκλογή τους.

2.3.3. Η Ολομέλεια της Βουλής

Όπως αναφέρθηκε στα εισαγωγικά στοιχεία του κεφαλαίου, η Ολομέλεια της Βουλής η οποία αποφασίζει, ελέγχει και νομοθετεί, αποτελείται από το σύνολο των τριακοσίων (300) Βουλευτών, οι οποίοι εκλέγονται στις βουλευτικές εκλογές κάθε τέσσερα (4) χρόνια. Η Βουλευτική Περίοδος είναι το διάστημα μεταξύ δύο βουλευτικών εκλογών. Κατά τη διάρκεια κάθε Βουλευτικής Περιόδου η Ολομέλεια της Βουλής μπορεί να συνέρχεται σε τακτικές, έκτακτες και ειδικές Συνόδους. Σε τακτική Σύνοδο συγκαλείται αυτοδικαίως, αφενός την πρώτη (1^η) Δευτέρα του μηνός Οκτωβρίου κάθε έτους και αφετέρου εντός τριάντα (30) ημερών από τη διεξαγωγή των γενικών βουλευτικών εκλογών. Η τακτική Σύνοδος έχει διάρκεια τουλάχιστον πέντε (5) μηνών και εντός αυτής λαμβάνει χώρα υποχρεωτικά η ψήφιση του προϋπολογισμού του Κράτους. Η αρίθμηση των τακτικών Συνόδων, όπως και των Βουλευτικών Περιόδων είναι ελληνική και ξεχωριστή για κάθε περίοδο.

Σε έκτακτη Σύνοδο δύναται να συγκαλέσει τη Βουλή των Ελλήνων ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, «κάθε φορά που το κρίνει εύλογο»⁸⁹, με διάρκεια και θέμα καθορισμένα από τον ίδιο. Ευνόητο είναι δε ότι η θεματολογία της έκτακτης Συνόδου μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε θέμα, πλην της ψήφισης του προϋπολογισμού.

Τέλος, προκειμένου για ειδικές περιστάσεις, η Βουλή δύναται να συγκληθεί υποχρεωτικά σε ειδική Σύνοδο και προφανώς εφόσον δε βρίσκεται ήδη σε τακτική Σύνοδο, προκειμένου να ασκήσει μια εκ των ακολούθων ειδικών συνταγματικών αρμοδιοτήτων της:

- ✓ Την εκλογή Προέδρου της Δημοκρατίας⁹⁰
- ✓ Την απόφαση ανάγκης εκλογής νέου Προέδρου της Δημοκρατίας εφόσον έχει διαπιστωθεί παρατεινόμενη αδυναμία του εν ενεργεία Προέδρου να ασκήσει τα καθήκοντά του⁹¹.

⁸⁹ Αρ. 40, παρ. 1 του Σ.

⁹⁰ Αρ. 32, παρ. 5 του Σ.

- ✓ Την έγκριση του διατάγματος για εφαρμογή του νόμου για την κατάσταση πολιορκίας, εφόσον έχει εκδοθεί⁹².
- ✓ Την πρόταση εμπιστοσύνης σε περίπτωση σχηματισμού νέας Κυβέρνησης⁹³.

Είναι ευνόητο δε ότι στη διάρκεια της ειδικής Συνόδου, η Βουλή ασχολείται κατά απόλυτη αποκλειστικότητα με το θέμα για το οποίο έχει συγκληθεί.

2.3.4. Το τμήμα Διακοπής Εργασιών

Το Τμήμα Διακοπής των Εργασιών της Βουλής αποτελείται από το ένα τρίτο (1/3) του συνολικού αριθμού των Βουλευτών και είναι αρμόδιο για την άσκηση μέρους του νομοθετικού έργου και του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, το χρονικό διάστημα μεταξύ δύο Συνόδων, όταν διακόπτονται οι εργασίες της Βουλής των Ελλήνων.

Κατά κανόνα, η τακτική Σύνοδος που ξεκινά τις εργασίες της στις αρχές του Οκτωβρίου, λήγει τον επόμενο Μάιο ή Ιούνιο, του ίδιου έτους. Άρα, κάθε καλοκαίρι συγκροτούνται τρία Τμήματα Διακοπής Εργασιών, για τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο, στα οποία μετέχουν διαδοχικά και ανεξαιρέτως όλοι οι Βουλευτές.

2.3.5. Η Διάσκεψη των Προέδρων

Η Διάσκεψη των Προέδρων συστάθηκε με τον Κανονισμό της Βουλής του 1987 και αναγνωρίστηκε συνταγματικά με την αναθεώρηση του 2001. Πρόκειται για ένα διακομματικό συλλογικό όργανο, με αποστολή την όσο το δυνατόν καλύτερη οργάνωση των εργασιών της Βουλής, δια μέσω μιας οδού συνεργασίας του Προεδρείου με όλες τις Κοινοβουλευτικές Ομάδες. Τα μέλη που την αποτελούν είναι:

- ✓ Ο Πρόεδρος της Βουλής
- ✓ Οι Αντιπρόεδροι της Βουλής
- ✓ Οι διατελέσαντες Πρόεδροι της Βουλής (εφόσον είναι εκλεγμένοι βουλευτές)
- ✓ Οι Πρόεδροι των Διαρκών Επιτροπών
- ✓ Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας
- ✓ Οι Πρόεδροι των Κοινοβουλευτικών Ομάδων
- ✓ Ένας εκπρόσωπος των ανεξάρτητων Βουλευτών⁹⁴

⁹¹ Αρ. 34, παρ. 2 του Σ.

⁹² Αρ. 48, παρ. 2 – 3 του Σ.

⁹³ Αρ. 84, παρ. 1 του Σ.

⁹⁴ Μόνο στην περίπτωση που υπάρχουν τουλάχιστον πέντε (5) ανεξάρτητοι βουλευτές.

Η τακτική συνεδρίαση της Διάσκεψης των Προέδρων πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα ώστε να υλοποιηθούν οι παρακάτω στόχοι.:

- ✓ Εξέταση της ημερήσιας διάταξης των εργασιών της Βουλής
- ✓ Οργάνωση της διεξαγωγής του νομοθετικού έργου
- ✓ Λήψη απόφασης σχετικά με τη διεξαγωγή οργανωμένης συζήτησης
- ✓ Άσκηση κάθε άλλης αναγνωρισμένης από το Σ. ή τον Κ.τ.Β. αρμοδιότητας

Πρόσθετη αρμοδιότητα της Διάσκεψης των Προέδρων αποτελεί η επιλογή, με ομοφωνία ή με πλειοψηφία των 4/5 των μελών της, των μελών των Ανεξάρτητων Αρχών που προβλέπονται από το Σύνταγμα, καθώς και η παράλληλη άσκηση της κοινοβουλευτικής τους εποπτείας. Επιπλέον, εκφράζει γνώμη, κατόπιν της ακρόασης των υποψηφίων, για την επιλογή δικαστικών λειτουργών στις ανώτατες θέσεις της Ελληνικής Δικαιοσύνης. Επίσης, πραγματοποιεί τη διαδικασία επιλογής του προέδρου, του αντιπροέδρου και δύο μελών της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, μέσω ομοφωνίας των μελών της ή με πλειοψηφία των τεσσάρων πέμπτων (4/5) αυτών.

2.3.6. Οι Κοινοβουλευτικές Επιτροπές

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η Βουλή των Ελλήνων ασκεί νομοθετικό έργο και Κοινοβουλευτικό Έλεγχο. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού το Σ. και ο Κ.τ.Β. προβλέπουν τη σύσταση των κατάλληλων επιτροπών. Τις επιτροπές συγκροτούν Βουλευτές των κοινοβουλευτικών ομάδων, ανάλογα με τη δύναμη τους, καθώς και ανεξάρτητοι Βουλευτές και διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- ✓ Διαρκείς
- ✓ Ειδικές Διαρκείς
- ✓ Ειδικές
- ✓ Ειδικές μόνιμες
- ✓ Εσωτερικών θεμάτων της Βουλής
- ✓ Δημοσίων επιχειρήσεων, τραπεζών, οργανισμών κοινής ωφέλειας και φορέων κοινωνικής ασφάλισης
- ✓ Εθνικών ή γενικότερου ενδιαφέροντος ζητημάτων
- ✓ Εξεταστικές
- ✓ Ειδικές κοινοβουλευτικές για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής εξέτασης
- ✓ Αναθεώρησης του Συντάγματος

Διαρκείς επιτροπές

Ο Πρόεδρος της Βουλής, στην αρχή κάθε τακτικής Συνόδου, με απόφασή του συστήνει και συγκροτεί τις διαρκείς επιτροπές. Αποστολή τους είναι η επεξεργασία και εξέταση των σχεδίων νόμων ή των προτάσεων νόμων. Κατόπιν της αναθεώρησης του Σ. το 2001, την οποία ακολούθησε και η αντίστοιχη τροποποίηση του Κ.τ.Β., οι αρμοδιότητες των εν λόγω επιτροπών εμπλουτίστηκαν με την άσκηση νομοθετικού έργου και Κοινοβουλευτικού Ελέγχου. Επιπλέον, ο αρμόδιος Υπουργός ή ο εκπρόσωπος φορέα μαζί με τον εποπτευόμενα Υπουργό, οφείλουν να ενημερώνουν τις διαρκείς επιτροπές, πριν λάβει χώρα η σύναψη δημοσίων συμβάσεων μεγάλης αξίας.

Σημειώνεται ότι σε κάθε διαρκή επιτροπή μπορούν να συσταθούν υποεπιτροπές ανά υπουργεία. Για την τρέχουσα Βουλευτική Περίοδο έχουν συσταθεί εννέα (9) διαρκείς επιτροπές και υποεπιτροπές, εκ των οποίων αναφέρονται ενδεικτικά τρεις (3), ως περισσότερο σχετικές με το θέμα παρούσας διπλωματικής εργασίας:

- ✓ Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων
- ✓ Υποεπιτροπή αρμόδια επί θεμάτων του Υπουργείου Υ.κ.Κ.Α.
- ✓ Υποεπιτροπή για τη μελέτη - αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών

Ειδικές διαρκείς επιτροπές

Τέσσερις (4) είναι οι ειδικές διαρκείς επιτροπές που προβλέπονται, εκ των οποίων ως περισσότερο σχετική με το αντικείμενο της παρούσας εργασίας αναφέρεται η Επιτροπή παρακολούθησης του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Σημειώνεται ότι στις ειδικές διαρκείς επιτροπές εφαρμόζονται οι διατάξεις περί διαρκών επιτροπών.

Ειδικές επιτροπές

Ο Πρόεδρος της Βουλής αποφασίζει τη σύστασή των ειδικών επιτροπών κατόπιν προτάσεως της Κυβέρνησης. Ο σκοπός τους είναι η επεξεργασία και η εξέταση συγκεκριμένων σχεδίων νόμων ή προτάσεων νόμων και η λειτουργία τους διαρκεί μέχρι τη λήψη της οριστικής απόφασης, όσον αφορά την επεξεργασία και την εξέταση των νομοσχεδίων και των προτάσεων νόμων που αποτέλεσαν το λόγο σύστασής των εν λόγω επιτροπών.

Ειδικές μόνιμες επιτροπές

Ο Πρόεδρος της Βουλής αποφασίζει στην αρχή κάθε τακτικής συνόδου της Βουλής για τη σύστασή των οκτώ (8) ειδικών μόνιμων επιτροπών⁹⁵. Ενδεικτικά αναφέρεται η ειδική μόνιμη επιτροπή ισότητας, νεολαίας και δικαιωμάτων του ανθρώπου στην οποία συνίσταται υποεπιτροπή για τα θέματα των ατόμων με αναπηρία.

Επιτροπές εσωτερικών θεμάτων της Βουλής

Πρόκειται για τρεις (3) επιτροπές οι οποίες ασχολούνται με θέματα εσωτερικής λειτουργίας της Βουλής (Κανονισμού, Οικονομικών και Βιβλιοθήκης).

Επιτροπή δημοσίων επιχειρήσεων, τραπεζών, οργανισμών κοινής ωφέλειας και φορέων κοινωνικής ασφάλισης

Ο Πρόεδρος της Βουλής συγκροτεί την παραπάνω επιτροπή με απόφασή του στην αρχή κάθε Βουλευτικής Περιόδου. Η διάρκεια λειτουργία της ταυτίζεται με την Βουλευτική Περίοδο και περιλαμβάνει το χρόνο μεταξύ των Συνόδων. Στις αρμοδιότητές της περιλαμβάνονται αφ' ενός η διατύπωση γνώμης για την καταλληλότητα των ατόμων σε περίπτωση διορισμού, επαναδιορισμού, ανανέωσης θητείας σε υψηλόβαθμες θέσεις στελεχών (πρόεδροι, διευθύνοντες σύμβουλοι) των δημοσίων επιχειρήσεων, φορέων κοινωνικής ασφάλισης κλπ καθώς και η κλήση σε ακρόαση των προαναφερθέντων ατόμων, έξι μήνες κατόπιν του διορισμού ή της προηγούμενης ακρόασής τους.

Επιτροπές για εθνικά ή γενικότερου ενδιαφέροντος ζητήματα

Η Βουλή αποφασίζει για τη σύσταση των παραπάνω επιτροπών, αφού προηγηθεί πρόταση της Κυβέρνησης, ή του Προέδρου της Βουλής ή των Προέδρων των κοινοβουλευτικών ομάδων. Ο σκοπός τους είναι η μελέτη ζητημάτων εθνικού ή γενικότερου ενδιαφέροντος. Το αντικείμενο ενασχόλησης της επιτροπής καθώς και η προθεσμία υποβολής της σχετικής έκθεσης προσδιορίζεται στην απόφαση σύστασης της.

Για την τρέχουσα περίοδο, ενδιαφέρον παρουσιάζουν η διακομματική επιτροπή για τη μελέτη του μεταναστευτικού ζητήματος και η διακομματική επιτροπή για την εξέταση του σωφρονιστικού συστήματος της χώρας και των συνθηκών διαβίωσης των κρατουμένων.

⁹⁵Εξάιρεση αποτελεί η ειδική μόνιμη επιτροπή θεσμών και διαφάνειας, η οποία συνίσταται στην αρχή κάθε Βουλευτικής Περιόδου και με ταυτόσημη διάρκεια λειτουργίας.

Εξεταστικές επιτροπές

Όταν πρόκειται να εξεταστούν ειδικά ζητήματα δημόσιου ενδιαφέροντος συγκροτούνται οι εξεταστικές επιτροπές με αρμοδιότητες κοινές με αυτές των ανακριτικών αρχών και του εισαγγελέα πλημμελειοδικών. Της συγκρότησης προηγείται πρόταση εξήντα (60) Βουλευτών και απόφασης της Ολομέλειας της Βουλής. Η απόφαση λαμβάνεται με την απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων η οποία περιλαμβάνει τουλάχιστον εκατόν είκοσι (120) Βουλευτές (εκατόν είκοσι ψήφοι). Η προθεσμία υποβολής του πορίσματος της επιτροπής καθορίζεται με την απόφαση της Βουλής.

Ειδικές κοινοβουλευτικές επιτροπές για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής εξέτασης

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η Βουλή κρίνει αναγκαία τη διενέργεια προκαταρκτικής εξέτασης, ορίζεται μια δωδεκαμελής επιτροπή από τα μέλη της Βουλής, με αρμοδιότητες αντίστοιχες του εισαγγελέα πλημμελειοδικών κατά τη διενέργεια προκαταρκτικής εξέτασης. Η προθεσμία υποβολής του πορίσματος και το αντίστοιχο αποδεικτικό υλικό ορίζονται από τη Βουλή. Ευνόητο είναι δε ότι το σχετικό πόρισμα πρέπει να είναι επαρκώς αιτιολογημένο και η πρόταση για την άσκηση δίωξης να είναι σαφής.

Επιτροπή Αναθεώρησης του Συντάγματος

Όταν πενήντα (50) τουλάχιστον Βουλευτές υποβάλουν προτάσεις για την αναθεώρηση του Συντάγματος, ο Πρόεδρος της Βουλής συγκροτεί την ειδική επιτροπή αναθεώρησης του Συντάγματος. Στην επιτροπή αυτή παραπέμπονται οι προαναφερθείσες προτάσεις προς εξέταση. Η προθεσμία για την υποβολή της έκθεσης της επιτροπής ορίζεται με απόφαση της Βουλής, κατόπιν προτάσεως του Προέδρου της επιτροπής.

Επιτροπή Ελέγχου των Οικονομικών των κομμάτων και των Βουλευτών

Στις αρμοδιότητες της εν λόγω επιτροπής περιλαμβάνονται αφενός ο έλεγχος των οικονομικών των κομμάτων, των συνασπισμών και των υποψήφιων Βουλευτών καθώς και η τήρηση όλων των σχετικών υποχρεώσεων που απορρέουν από τους σχετικούς νόμους και αφετέρου ο έλεγχος των δηλώσεων περιουσιακής κατάστασης των μελών της Βουλής, των διαχειριστών των οικονομικών των Κ.Ο., καθώς και των συζύγων και των ανήλικων τέκνων των προαναφερθέντων.

2.4. Οι αρμοδιότητες της Βουλής των Ελλήνων

2.4.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Έχει ήδη καταστεί σαφές ότι η Βουλή εντός του πλαισίου των αρμοδιοτήτων της, όπως αυτές περιγράφονται από το Σ. της χώρας και τον Κ.τ.Β., δύναται να **αποφασίζει**, να **νομοθετεί** και να **ελέγχει** μέσω συγκεκριμένων διαδικασιών. Όσον αφορά τη λήψη των αποφάσεων από την Ολομέλεια της Βουλής, στις περισσότερες περιπτώσεις, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η απόλυτη πλειοψηφία εβδομήντα πέντε (75) τουλάχιστον Βουλευτών (αριθμός που αντιστοιχεί στο $\frac{1}{4}$ του συνόλου των βουλευτών).⁹⁶

Όσον αφορά το νομοθετικό έργο της Βουλής, αυτό περιλαμβάνει την ψήφιση των νομοσχεδίων και των προτάσεων νόμου που κατατίθενται είτε από την Κυβέρνηση, είτε από τους Βουλευτές σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο.

Όσον αφορά την άσκηση του ελέγχου από τη Βουλή, δεδομένου ότι αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας θα αναλυθεί εκτενώς σε ξεχωριστή ενότητα που ακολουθεί.

2.4.2. Νομοθετική Διαδικασία⁹⁷

Η νομοθετική πρωτοβουλία δύναται να ασκηθεί αφενός από την Κυβέρνηση, αφετέρου από τους βουλευτές. Κατά την πρώτη (1^η) περίπτωση, ένας ή περισσότεροι υπουργοί της Κυβέρνησης καταθέτουν στη Βουλή νομοσχέδια, τροπολογίες ή προσθήκες. Κατά τη δεύτερη (2^η) περίπτωση, ένας ή περισσότεροι βουλευτές καταθέτουν προτάσεις νόμων, τροπολογίες ή προσθήκες. Ευνόητη προϋπόθεση και στις δύο (2) προαναφερθείσες περιπτώσεις είναι η εκπλήρωση των προϋποθέσεων του Σ.

Η ψήφιση των νόμων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε από την Ολομέλεια της Βουλής, είτε από τις αρμόδιες διαρκείς κοινοβουλευτικές επιτροπές⁹⁸, ανάλογα με το περιεχόμενό τους, όπως ορίζεται από το Σύνταγμα.⁹⁹ Ωστόσο, διευκρινίζεται ότι προκειμένου για νόμους που βάσει του Συντάγματος απαιτούν για την ψήφιση τους ειδική πλειοψηφία, είναι πάντα αρμόδια η Ολομέλεια της Βουλής.

Εντούτοις, σε κάθε περίπτωση, τα νομοσχέδια και οι προτάσεις νόμων που πρόκειται να κατατεθούν πρέπει υποχρεωτικά να συνοδεύονται από τα ακόλουθα έγγραφα:

⁹⁶ Όσες περιπτώσεις λήψεις αποφάσεων απαιτούν ειδική πλειοψηφία περιγράφονται στο Σ. και τον Κ.τ.Β., όπως λόγω χάρη η αμνηστία για πολιτικά εγκλήματα που απαιτεί πλειοψηφία τριών πέμπτων ($\frac{3}{5}$) του συνολικού αριθμού των Βουλευτών (άρθρο 47 του Σ.).

⁹⁷ Αρ. 84-88 και 93-107 του Κ.τ.Β.

⁹⁸ Αρ. 70, παρ.2 του Σ.

⁹⁹ Αρ. 71, παρ. 1 του Σ.

- ✓ Αιτιολογική έκθεση με επεξηγηματική ανάλυση των στόχων και των σκοπών.
- ✓ Το κείμενο των εν ισχύ διατάξεων που καταργείται ή τροποποιείται.
- ✓ Έκθεση του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους με προσδιορισμό των δαπανών που θα προκύψουν, όταν συνεπάγονται επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού καθώς και ειδική έκθεση του Υπουργού Οικονομικών και του αρμόδιου Υπουργού αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης αυτής της δαπάνης (ή ακόμη και την ελάττωση των εσόδων).
- ✓ Έκθεση αξιολόγησης των συνεπειών της ρύθμισης.
- ✓ Έκθεση επί της προηγηθείσας της κατάθεσής τους δημόσιας διαβούλευσης.
- ✓ Έκθεση με τις παρατηρήσεις της επιστημονικής υπηρεσίας της Βουλής.

Εφόσον συνοδεύονται από τα κατά περίπτωση απαραίτητα από τα παραπάνω έγγραφα, η κατάθεση γίνεται στη διεύθυνση νομοθετικού έργου της Βουλής με την ακόλουθη διαδικασία. Τα νομοσχέδια και οι προτάσεις νόμων πρέπει να κατατεθούν μέχρι την ημέρα Πέμπτη στις οχτώ το βράδυ (20.00). Οι τροπολογίες ή οι προσθήκες κατατίθενται το αργότερο τρεις (3) ολόκληρες ημέρες πριν την έναρξη της συζήτησης, επεξεργασίας του νομοσχεδίου ή της προτάσεως νόμου. Προκειμένου για την πέμπτη (5^η) ημέρα της εβδομάδος, η κατάθεση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αργότερα από τη μία το μεσημέρι (13.00).

Μετά την κατάθεση τα νομοσχέδια και οι προτάσεις νόμων παραπέμπονται στην αρμόδια διαρκή κοινοβουλευτική επιτροπή η οποία τα διαχωρίζει σε δύο (2) κατηγορίες, ανάλογα με το αν εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της Ολομέλειας της Βουλής ή όχι. Στη μεν πρώτη (1^η) περίπτωση, η επιτροπή αφού επεξεργαστεί το νομοσχέδιο (ή την πρόταση νόμου), το παραπέμπει στην Ολομέλεια για να ακολουθήσει η διαδικασία της ψήφισης. Στη δε δεύτερη (2^η), η επεξεργασία και ψήφιση του νομοσχεδίου (ή της προτάσεως νόμου) πραγματοποιείται από την επιτροπή. Ακόμη όμως και τα νομοσχέδια που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της επιτροπής, αφού ψηφιστούν, εισάγονται στην Ολομέλεια, όμως η συζήτησή τους και η ψήφισή τους γίνονται ενιαία, σε μία συνεδρίαση.¹⁰⁰

Το πρώτο (1^ο) στάδιο της επεξεργασίας και εξέτασης του νομοσχεδίου (ή της πρότασης νόμου) περιλαμβάνει τη διεξαγωγή συζήτησης τόσο επί της αρχής, όσο και επί των άρθρων. Το δεύτερο (2^ο) στάδιο περιλαμβάνει την επαναληπτική ανάγνωση (δεύτερη ανάγνωση), τη συζήτηση και ψήφιση κάθε άρθρου ξεχωριστά. Σημειώνεται ότι από το

¹⁰⁰ Αρ. 72, παρ.4 του Σ.

πρώτο στο δεύτερο στάδιο πρέπει να διανυθούν επτά (7) τουλάχιστον ολόκληρες ημέρες. Στο κενό διάστημα μεταξύ των διαστημάτων, έχει κάθε ειδική μόνιμη επιτροπή τη δυνατότητα να διατυπώσει τη γνώμη της προκειμένου για θέμα της αρμοδιότητάς της που περιέχεται στο υπό εξέταση νομοσχέδιο.

Μόλις η αρμόδια διαρκής επιτροπή ολοκληρώσει, είτε την επεξεργασία (προκειμένου για νομοσχέδια της αρμοδιότητας της Ολομέλειας), είτε την επεξεργασία, συζήτηση και ψήφιση (προκειμένου για νομοσχέδια αρμοδιότητας της), τα νομοσχέδια εγγράφονται στην ημερήσια διάταξη νομοθετικού έργου της Βουλής, ώστε να συζητηθούν και να ψηφιστούν «κατ' αρχήν, κατ' άρθρο και στο σύνολο» από την Ολομέλεια της Βουλής.¹⁰¹ Στο τελικό στάδιο της νομοθετικής διαδικασίας της Βουλής, οι ψηφισθέντες νόμοι, υπογράφονται από τους αρμόδιους υπουργούς και τελικά εκδίδονται και δημοσιεύονται από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας.

2.4.3. Άλλες Διαδικασίες¹⁰²

Ωστόσο, η νομοθετική αρμοδιότητα της Βουλής δεν εξαντλείται με την ψήφιση τυπικών νόμων. Σύμφωνα με όσα προβλέπονται από το Σύνταγμα της χώρας, εντός των πλαισίων της νομοθετικού έργου της Βουλής είναι και η παραγωγή γενικών και απρόσωπων κανόνων δικαίου, όπως λόγω χάρη η αναθεώρηση του Συντάγματος¹⁰³, η εκλογή του Προέδρου της Δημοκρατίας¹⁰⁴, η εκλογή του Προεδρείου της Βουλής¹⁰⁵, η ψήφιση του Κανονισμού της Βουλής¹⁰⁶, η ψήφιση του προϋπολογισμού, του απολογισμού και του γενικού ισολογισμού του κράτους κ.α.

¹⁰¹ Σημειώνεται ότι στο τμήμα διακοπής των εργασιών της Βουλής συζητούνται όλα τα νομοσχέδια, εκτός από αυτά που ανήκουν στην αρμοδιότητα της Ολομέλειας.

¹⁰² Αρ. 108 – 123 του Κ.τ.Β..

¹⁰³ Αρ. 110, 119 του Κ.τ.Β.

¹⁰⁴ Αρ. 32 του Σ.

¹⁰⁵ Αρ. 65, παρ. 2 του Σ.

¹⁰⁶ Αρ. 65, παρ. 1 του Σ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. Ο ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

3.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Όπως έχει ήδη καταστεί σαφές, ο πυρήνας των κατεξοχήν αρμοδιοτήτων της Βουλής αποτελείται το νομοθετικό έργο και τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο. Ως Κοινοβουλευτικός Έλεγχος ορίζεται ο έλεγχος της Κυβέρνησης από τη Βουλή και προβλέπεται τόσο από το Σύνταγμα, όσο και τον Κανονισμό της Βουλής. Όπως έχει ήδη επισημανθεί κατά την παρουσίαση των επιπέδων ελέγχου του Συστήματος Υγείας, αποτελεί την ύψιστη μορφή ελέγχου και ασκείται από την Ολομέλεια της Βουλής σε εβδομαδιαία βάση δύο (2) φορές κατ' ελάχιστο¹⁰⁷. Πλην της Ολομέλειας της Βουλής, Κοινοβουλευτικός Έλεγχος μπορεί επιπλέον να ασκηθεί από το τμήμα διακοπής των εργασιών της Βουλής¹⁰⁸ καθώς και από τις διαρκείς επιτροπές της συνόδου¹⁰⁹.

Τα Μέσα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου (Μ.Κ.Ε.) είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Οι Αναφορές¹¹⁰
- ✓ Οι Ερωτήσεις¹¹¹
- ✓ Οι Επίκαιρες Ερωτήσεις
- ✓ Οι Αιτήσεις Κατάθεσης Εγγράφων¹¹²
- ✓ Οι Επερωτήσεις¹¹³
- ✓ Οι Επίκαιρες Επερωτήσεις¹¹⁴

3.2. Γενικές Διαδικασίες Κοινοβουλευτικού ελέγχου

Το πρώτο (1^ο) στάδιο των διαδικασιών του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου είναι η υποβολή των αντίστοιχων εγγράφων, στη Βουλή. Στα έγγραφα πρέπει να αναφέρεται και ο Υπουργός στον οποίο απευθύνονται. Σημειώνεται ότι η υποβολή των Μ.Κ.Ε. μπορεί να γίνεται και σε ηλεκτρονική μορφή.

Κατά το δεύτερο (2^ο) στάδιο, τα υποβληθέντα έγγραφα καταχωρούνται από την αρμόδια υπηρεσία της Βουλής, στο αντίστοιχο ανά κατηγορία βιβλίο συνεχούς αρίθμησης, σύμφωνα με τη χρονολογική σειρά κατάθεσής τους. Ένα αντίγραφο του κατατεθειμένου εγγράφου, διαβιβάζεται στον Υπουργό στον οποίο απευθύνεται.

¹⁰⁷ Αρ. 53, παρ. 1 του Σ.

¹⁰⁸ Αρ. 29, παρ.1 του Κ.τ.Β..

¹⁰⁹ Αρ. 128B και επόμενα, με άσκηση της κατά το αρ. 41^Α αρμοδιότητας.

¹¹⁰ Αρ. 125 του Κ.τ.Β..

¹¹¹ Αρ. 126 – 128B του Κ.τ.Β..

¹¹² Αρ. 133 του Κ.τ.Β..

¹¹³ Αρ. 134 – 137 του Κ.τ.Β. άρθρα 134-137 του Κ.τ.Β.

¹¹⁴ Άρθρο 138 του Κ.τ.Β.

Σε περίπτωση που ο Υπουργός στον οποίο απευθύνεται το σχετικό έγγραφο κρίνει ότι δεν είναι αρμόδιος για την απάντησή του, υποχρεούται να το διαβιβάσει, εντός των προβλεπομένων προθεσμιών¹¹⁵, στον αρμόδιο υπουργό, με ταυτόχρονη κοινοποίηση αντιγράφου του διαβιβαστικού στην υπηρεσία της Βουλής και τον Βουλευτή που το κατάθεσε. Στην προαναφερθείσα περίπτωση, ο υπολογισμός του διαστήματος για την εμπρόθεσμη απάντηση του αρμοδίου Υπουργού στη Βουλή ξεκινά πέντε (5) ημέρες κατόπιν της ημερομηνίας κατάθεσης του διαβιβαστικού εγγράφου.

Η απάντηση των μέσων Κοινοβουλευτικού Ελέγχου μπορεί να γίνει με γραπτή ή με ηλεκτρονική μορφή εντός των προβλεπόμενων ανά κατηγορία χρόνων. Όσον αφορά την περίοδο ισχύος των μέσων Κ.Ε., ταυτίζεται με τη διάρκεια της συνόδου κατάθεσης.¹¹⁶ Ωστόσο, σε περίπτωση που για κάποιο λόγο παραμείνουν σε εκκρεμότητα και δε συζητηθούν μέχρι τη λήξη της τακτικής συνόδου, υπάρχει δυνατότητα εκ νέου κατάθεσής τους, με σειρά καταχώρισής τους στο αντίστοιχο βιβλίο, αυτή της εκ νέου υποβολής τους.

Το διάστημα για την κατάθεση ή εκ νέου κατάθεση των μέσων Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, όταν πραγματοποιείται μεταξύ δύο (2) τακτικών συνόδων, ξεκινά την επόμενη ημέρα από την έναρξη λειτουργίας του τμήματος διακοπής των εργασιών της Βουλής¹¹⁷, ενώ η προθεσμία για απάντηση ξεκινά την επόμενη ημέρα από την έναρξη των εργασιών της νέας συνόδου¹¹⁸.

3.3. Τα Μέσα Κοινοβουλευτικού Ελέγχου (Μ.Κ.Ε.)

3.3.1. Αναφορές

Όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και τη δυνατότητα, σε ατομική ή ομαδική βάση, να απευθύνουν εγγράφως και επωνύμως τυχόν παράπονα ή αιτήματα στη Βουλή των Ελλήνων. Εν συνεχεία οι βουλευτές δύνανται, σε περίπτωση που το επιθυμούν, να υιοθετήσουν τις κατατεθείσες Αναφορές. Ο Υπουργός στον οποίο απευθύνεται η κατατεθείσα Αναφορά είναι υποχρεωμένος να απαντήσει σχετικά με προθεσμία εικοσιπέντε (25) ημερών.

¹¹⁵ Σύμφωνα με το αρ. 125 παρ. 5 ή το αρ. 126 παρ. 4 του Κ.τ.Β.

¹¹⁶ Με την επιφύλαξη των αρ. 130, 138 του Κ.τ.Β.

¹¹⁷ Με την επιφύλαξη των αρ. 125 παρ. 6, 126 παρ.5, 130 παρ. 8 και 138 παρ.2 του Κ.τ.Β.

¹¹⁸ Με την επιφύλαξη των αρ. 125 παρ. 6 και 126 παρ. 5 του Κ.τ.Β.

3.3.2. Ερωτήσεις

Οι Βουλευτές έχουν τη δυνατότητα να υποβάλουν εγγράφως Ερωτήσεις και να τις απευθύνουν στους Υπουργούς, σχετικά με οποιαδήποτε δημόσια υπόθεση, με στόχο τη σχετική ενημέρωση της Βουλής. Η προθεσμία της γραπτής απάντησης των Υπουργών στους ερωτώντες Βουλευτές διαμορφώνεται στις είκοσι πέντε (25) ημέρες. Ούτως ή άλλως, σε εβδομαδιαία βάση κατά την έναρξη μιας συνεδρίασης, οι Αναφορές και οι Ερωτήσεις εγγράφονται και συζητούνται στην ημερήσια διάταξη της Βουλής.

3.3.3. Επίκαιρες Ερωτήσεις

Κάθε Βουλευτής δύναται να υποβάλλει Επίκαιρη Ερώτηση, σχετική με ζητήματα της άμεσης επικαιρότητας, απευθυνόμενη στον Πρωθυπουργό ή τους Υπουργούς, οι οποίοι καλούνται να απαντήσουν προφορικά.¹¹⁹ Ο Πρωθυπουργός απαντά μια φορά την εβδομάδα¹²⁰ σε δύο (2) τουλάχιστον Επίκαιρες Ερωτήσεις που του έχουν απευθυνθεί. Κατά τη διεξαγωγή της συζήτησης στην Ολομέλεια της Βουλής, ο ερωτών Βουλευτής αναπτύσσει την Ερώτηση προφορικά εντός δύο (2) λεπτών. Στη συνέχεια ο Πρωθυπουργός απαντά, εκτός και αν το περιεχόμενο του υποβληθέντος ερωτήματος είναι τόσο εξειδικευμένο που μόνο ο αρμόδιος Υπουργός δύναται να το απαντήσει. Οι Επίκαιρες Ερωτήσεις συζητούνται τόσο στην Ολομέλεια της Βουλής των Ελλήνων σε τρεις (3) συνεδριάσεις εβδομαδιαίως, όσο και στην πρώτη (1^η) και τρίτη (3^η) σύνθεση του τμήματος διακοπής των εργασιών της Βουλής.

3.3.4. Αιτήσεις Κατάθεσης Εγγράφων (Α.Κ.Ε.)

Οι Βουλευτές δικαιούνται να ζητήσουν εγγράφως από τους Υπουργούς την κατάθεση εγγράφων που αφορούν κάποια υπόθεση δημόσιου χαρακτήρα. Η κατάθεση των ζητούμενων εγγράφων μέσα σε διάστημα ενός μηνός αποτελεί υποχρέωση του αρμόδιου Υπουργού, με εξαίρεση έγγραφα στρατιωτικού, διπλωματικού, κρατικών μυστικών κ.α., τα οποία δεν κατατίθενται.

3.3.5. Επερωτήσεις

Οι Επερωτήσεις πραγματοποιούνται από τους Βουλευτές, στα πλαίσια ελέγχου της Κυβέρνησης για πράξεις ή παραλείψεις της. Όταν έχει υποβληθεί Ερώτηση ή Α.Κ.Ε.

¹¹⁹ Σημειώνεται ότι κατά κανόνα οι περισσότερες Επίκαιρες Ερωτήσεις υποβάλλονται από τους Προέδρους των Κοινοβουλευτικών Ομάδων.

¹²⁰ Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο απαντά ο Πρωθυπουργός σε Επίκαιρες Ερωτήσεις χαρακτηρίζεται ως «η ώρα του Πρωθυπουργού».

και ο ερωτών Βουλευτής κρίνει την απάντηση που έλαβε από το αρμόδιο πρόσωπο (Υπουργό, Πρωθυπουργό) ανεπαρκή, δύναται να μετατρέψει τις υποβληθείσες και ανεπαρκώς απαντηθείσες Ερωτήσεις ή τις Α.Κ.Ε. σε Επερωτήσεις, οι οποίες θα συζητηθούν στην Ολομέλεια της Βουλής. Σε περίπτωση συνύπαρξης πολλαπλών Επερωτήσεων κοινής θεματολογίας, με απόφαση της Βουλής μπορεί να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονη συζήτηση τους ή ακόμη και γενικευμένη συζήτηση.

3.3.6. Επίκαιρες Επερωτήσεις

Οι Επίκαιρες επερωτήσεις αφορούν θέματα της άμεσης επικαιρότητας, υποβάλλονται από τους Βουλευτές και συζητούνται κάθε Δευτέρα στην Ολομέλεια της Βουλής καθώς και στην πρώτη και τρίτη σύνθεση του τμήματος διακοπής των εργασιών της Βουλής, όπως και οι επίκαιρες ερωτήσεις. Γενικότερα, όσες διαδικασίες προβλέπει ο Κ.τ.Β. αναφορικά με τις επερωτήσεις, εφαρμόζονται και στις επίκαιρες επερωτήσεις.

3.4. **Ειδικές Διαδικασίες Κοινοβουλευτικού Ελέγχου**

Εκτός των προαναφερθέντων Μ.Κ.Ε. υπάρχει και μια σειρά ειδικών διαδικασιών, στις οποίες συγκαταλέγονται:

- ✓ Οι προτάσεις εμπιστοσύνης και δυσπιστίας¹²¹
- ✓ Ο έλεγχος επί των ανεξαρτήτων αρχών¹²²
- ✓ Η σύσταση εξεταστικής επιτροπής¹²³
- ✓ Η πληροφόρηση και ενημέρωση¹²⁴
- ✓ Η πρόταση για προκαταρκτική εξέταση¹²⁵
- ✓ Οι προτάσεις μομφής κατά του Προέδρου της Βουλής ή μέλους του Προεδρείου¹²⁶

3.4.1. Προτάσεις εμπιστοσύνης και δυσπιστίας

Απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε Κυβέρνηση είναι να απολαμβάνει της εμπιστοσύνης της Βουλής. Ως εκ τούτου είναι υποχρεωμένη, κατόπιν του σχηματισμού της και εντός δέκα πέντε (15) ημερών από την ορκωμοσία του Πρωθυπουργού, να συζητήσει τις προγραμματικές της δηλώσεις ενώπιον της Βουλής και κατόπιν να ζητήσει

¹²¹ Αρ. 84 του Σ. και 141 – 142 του Κ.τ.Β.

¹²² Αρ. 101^Α του Σ. και 138^Α του Κ.τ.Β.

¹²³ Αρ. 68 του Σ. και 144 – 149 του Κ.τ.Β.

¹²⁴ Αρ. 142^Α – 143 του Κ.τ.Β.

¹²⁵ Αρ. 153 – 159 του Κ.τ.Β.

¹²⁶ Αρ. 150 – 152 του Κ.τ.Β.

ψήφο εμπιστοσύνης¹²⁷, η οποία πρέπει απαραίτητως να ψηφιστεί από την απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων Βουλευτών (τουλάχιστον εκατόν είκοσι άτομα).

Εντούτοις, η Βουλή έχει το δικαίωμα να αποσύρει την εμπιστοσύνη της προς την Κυβέρνηση ή κάποιο μέλος της, κατόπιν της υποβολής πρότασης δυσπιστίας. Η πρόταση δυσπιστίας πρέπει να υπογράφεται τουλάχιστον από το ένα έκτο (1/6) των Βουλευτών (δηλαδή πενήντα άτομα), να περιλαμβάνει με ακρίβεια τη θεματολογία της συζήτησης και να υποβληθεί στον Πρόεδρο της Βουλής, σε δημόσια συνεδρίαση της Ολομέλειας. Προκειμένου να γίνει δεκτή η πρόταση δυσπιστίας πρέπει να την υπερψηφίσουν εκατόν πενήντα ένας (151) Βουλευτές. Στην περίπτωση αυτή, η Βουλή αποσύρει την εμπιστοσύνη της από την Κυβέρνηση και οδηγούμαστε σε εκλογές.

Διευκρινίζεται ότι κατά την περίπτωση απόρριψης μιας πρότασης δυσπιστίας από τη Βουλή, μόνο μετά την πάροδο έξι (6) μηνών μπορεί να υποβληθεί εκ νέου πρόταση δυσπιστίας. Μοναδική εξαίρεση στον κανόνα αυτό αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία η νέα πρόταση δυσπιστίας υπογράφεται από την απόλυτη πλειοψηφία του συνολικού αριθμού των Βουλευτών που αντιστοιχεί σε εκατόν πενήντα ένα (151) άτομα.

3.4.2. Έλεγχος επί των ανεξαρτήτων αρχών

Όλες οι ανεξάρτητες αρχές, είτε είναι κατοχυρωμένες συνταγματικά¹²⁸ είτε έχουν συσταθεί με νόμο¹²⁹, υποχρεούνται να υποβάλλουν στον Πρόεδρο της Βουλής έκθεση πεπραγμένων για το έργο τους κατά το προηγούμενο έτος, μέχρι την τριακοστή πρώτη (31^η) Μαρτίου κάθε έτους. Στη συνέχεια οι εκθέσεις διαβιβάζονται από τον Πρόεδρο της Βουλής στη μόνιμη επιτροπή θεσμών και διαφάνειας ή στην αρμόδια διαρκή επιτροπή ή ακόμη και σε επιτροπή συνιστώμενη κατά περίπτωση από τη Διάσκεψη των Προέδρων ώστε να προκύψει το σχετικό πόρισμα. Τα πορίσματα που προκύπτουν από τη συζήτηση των επιτροπών υποβάλλονται στον Πρόεδρο, ο οποίος τα προωθεί στην Κυβέρνηση και τις υπό έλεγχο αρχές. Τα πορίσματα αυτά μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο συζήτησης της Ολομέλειας της Βουλής, χωρίς εντούτοις να απαιτείται ψηφοφορία.

¹²⁷ Σημειώνεται ότι ψήφος εμπιστοσύνης μπορεί να ζητηθεί ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της βουλευτικής περιόδου από την Κυβέρνηση, με γραπτή ή προφορική δήλωση του Πρωθυπουργού στη Βουλή.

¹²⁸ Οι Συνταγματικά κατοχυρωμένες Ανεξάρτητες Αρχές είναι, η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, το Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης, η Αρχή Διασφάλισης του Απορρήτου των Επικοινωνιών, ο Συνήγορος του Πολίτη και το Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού.

¹²⁹ Οι μη συνταγματικά κατοχυρωμένες Ανεξάρτητες Αρχές είναι πολυάριθμες, ενδεικτικά αναφέρονται η Εθνική Επιτροπή Τηλεπικοινωνιών και Ταχυδρομείων, η Ρυθμιστική Αρχή Ενέργειας, ο Συνήγορος του Καταναλωτή, η Επιτροπή Ανταγωνισμού και η Τράπεζα της Ελλάδος.

3.4.3. Σύσταση εξεταστικής επιτροπής

Η Ολομέλεια της Βουλής, προκειμένου να εξετάσει ειδικά ζητήματα δημόσιου ενδιαφέροντος, δύναται να προβεί στη σύσταση εξεταστικών επιτροπών απαρτιζόμενων από τα μέλη της. Για να ληφθεί ωστόσο η απόφαση της σύστασης της προαναφερθείσας επιτροπής, είναι απαραίτητη η απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων, η οποία αντιστοιχεί με τα δύο πέμπτα (2/5) του συνολικού αριθμού των Βουλευτών, κατ' ελάχιστο.

Κατόπιν της διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της έρευνας, η επιτροπή καλείται να αξιολογήσει τις συλλεχθείσες αποδείξεις και εν συνεχεία να συντάξει αιτιολογημένο πόρισμα, το οποίο πρέπει να περιλαμβάνει εκτός των άλλων και τις γνώμες της τυχόν μειοψηφίας. Εν κατακλείδι, το πόρισμα της εξεταστικής επιτροπής εγγράφεται στην ημερήσια διάταξη για συζήτηση¹³⁰ μετά από πρόταση του ενός πέμπτου (1/5) του συνόλου των Βουλευτών.

3.4.4. Πληροφόρηση και ενημέρωση

Η πληροφόρηση και ενημέρωση της Βουλής για οποιαδήποτε σοβαρή δημόσια υπόθεση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω των ανακοινώσεων της Κυβέρνησης και της συζήτησης προ ημερησίας διατάξεως. Στη μεν πρώτη (1^η) περίπτωση ο Πρωθυπουργός¹³¹ δύναται να προβεί σε ανακοινώσεις ενώπιον της Βουλής για οποιαδήποτε σοβαρή δημόσια υπόθεση. Οι ανακοινώσεις ή δηλώσεις του Πρωθυπουργού οδηγούν στη διεξαγωγή μιας σύντομης συζήτησης με συνομιλητές τους Προέδρους των Κ.Ο.

Στην δεύτερη (2^η) περίπτωση, ο Πρωθυπουργός, προκειμένου για θέματα εθνικού ή γενικότερου ενδιαφέροντος, έχει τη δυνατότητα¹³² να ενημερώνει τη Βουλή και να ακολουθεί άμεσα η σχετική συζήτηση, με συνομιλητές τους Προέδρους των Κ.Ο. και επιπλέον έναν (1) ή δύο (2) Υπουργούς. Σημειώνεται ότι σε κάθε Σύνοδο είναι υποχρεωτική η διεξαγωγή επτά (7) συζητήσεων προ ημερησίας διατάξεως και κατανέμονται ως εξής, μια (1) της Κυβέρνησης, μια (1) του Προέδρου της Βουλής και πέντε (5) της Αντιπολίτευσης.

3.4.5. Πρόταση για προκαταρκτική εξέταση

Οι Βουλευτές έχουν το δικαίωμα να υποβάλουν στη Βουλή, πρόταση άσκησης δίωξης εναντίον κάποιου προσώπου, μέλους ή πρώην μέλους της Κυβέρνησης ή

¹³⁰ Η συζήτηση διεξάγεται με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 137 του Κ.τ.Β.

¹³¹ Σημειώνεται ότι και οι Υπουργοί μπορούν να προβούν σε αντίστοιχες ενημερώσεις της Βουλής, προκειμένου για σοβαρά ζητήματα της αρμοδιότητάς τους.

¹³² Κατ' εξαίρεση της διάταξης του άρθρου 62 παρ. 1 του Κ.τ.Β.

Υφυπουργού, όταν έχουν τελεστεί από μέρος του ποινικά αδικήματα κατά την άσκηση των καθηκόντων του.¹³³ Για να είναι έγκυρη η πρόταση άσκησης δίωξης πρέπει να υποβληθεί γραπτά, να υπογράφεται από τριάντα (30) Βουλευτές κατ' ελάχιστο και να περιγράφει με σαφήνεια τις αξιόποινες πράξεις του εν λόγω προσώπου..

Στη συνέχεια ακολουθεί συζήτηση της πρότασης στην Ολομέλεια της Βουλής για τη λήψη απόφασης σχετικά με το αν θα συγκροτηθεί ή όχι ειδική κοινοβουλευτική επιτροπή για τη διεξαγωγή της προκαταρκτικής εξέτασης. Για τη λήψη της απόφασης απαιτείται η απόλυτη πλειοψηφία του συνολικού αριθμού των Βουλευτών, ήτοι εκατόν πενήντα ένα (151) άτομα.

Εφόσον συγκροτηθεί η επιτροπή, το πόρισμα που θα προκύπτει συζητείται στην Ολομέλεια της Βουλής. Ο χρόνος έναρξης της συζήτησης ορίζεται σε δεκαπέντε (15) ημέρες το μέγιστο, από την κοινοποίηση ειδικής ημερήσιας διάταξης. Πρόκειται για συζήτηση γενικού περιεχομένου η οποία είτε κάνει αποδεκτή την πρόταση για την άσκηση δίωξης, είτε όχι.

3.4.6. Προτάσεις μομφής κατά του Προέδρου της Βουλής ή μέλους του Προεδρείου

Η πρόταση μομφής κατά του Προέδρου της Βουλής ή μέλους του Προεδρείου εκφράζεται κατόπιν γραπτής πρότασης πενήντα (50) τουλάχιστον Βουλευτών. Σε περίπτωση που η παραπάνω πρόταση γίνει αποδεκτή, επέρχεται η λήξη της θητείας του προτεινόμενου ατόμου.

¹³³ Σημειώνεται ότι η άσκηση της δίωξης γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 86 του Σ. και του Νόμου για την ευθύνη των Υπουργών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Στα προηγούμενα κεφάλαια του θεωρητικού μέρους πραγματοποιήθηκε η περιγραφή του Συστήματος Υγείας της χώρας, του Κοινοβουλευτικού Συστήματος της χώρας και του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου, ο οποίος αποτελεί το ύψιστο επίπεδο ελέγχου της χώρας. Η προηγούμενη περιγραφή ήταν απαραίτητη προκειμένου να καταστεί όσο το δυνατό περισσότερο κατανοητό το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας.

4.2. Σκοπός της Έρευνας

Η παρούσα πρωτότυπη ερευνητική εργασία εκπονήθηκε με σκοπό τη μελέτη του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου στον τομέα της Υγείας για τη χρονική περίοδο 2006 – 2010. Στα πλαίσια της έρευνας πραγματοποιήθηκε πλήρης καταγραφή και επεξεργασία όλων των Μ.Κ.Ε. και συγκεκριμένα των Αναφορών, Ερωτήσεων, Επερωτήσεων, Επίκαιρων Επερωτήσεων, Επίκαιρων Ερωτήσεων, Αιτήσεων Κατάθεσης Εγγράφων (Α.Κ.Ε.) και των Συνδυασμών Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε., που κατατέθηκαν στη Διεύθυνση Κοινοβουλευτικού Ελέγχου της Βουλής για το χρονικό διάστημα από το Σεπτέμβριο του 2006 μέχρι τον Ιούνιο του 2010¹³⁴ και αφορούσαν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4.3. Μεθοδολογία – Υλικό

Τα προαναφερθέντα Μ.Κ.Ε. αποτέλεσαν το υλικό της έρευνας και η συλλογή τους πραγματοποιήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή από το ηλεκτρονικό αρχείο της Διεύθυνσης Κοινοβουλευτικού Ελέγχου της Βουλής, κατόπιν κριτηριακής αναζήτησης στη βάση δεδομένων της Βουλής για κάθε μια κατηγορία Μ.Κ.Ε. ξεχωριστά, με διάστημα αναζήτησης το διάστημα της έρευνας και ως Υπουργείο ενδιαφέροντος το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα αποτελέσματα της κριτηριακής αναζήτησης περιελάμβαναν για κάθε κατηγορία Μ.Κ.Ε. ένα μεγάλο σύνολο πινάκων word (*ΠΙΝΑΚΑΣ 1*) με τα ακόλουθα στοιχεία:

¹³⁴ Σημειώνεται ότι ο Σεπτέμβριος του 2006 αποτελεί τη χρονική αφετηρία καταχώρησης σε ηλεκτρονική μορφή των δεδομένων του Κοινοβουλευτικού Ελέγχου.

- ✓ Αριθμός υποβαλλόμενου Μ.Κ.Ε.
- ✓ Ημερομηνία κατάθεσης
- ✓ Πολιτικό Κόμμα
- ✓ Καταθέτοντες
- ✓ Θέμα
- ✓ Υπουργεία

ΑΡΙΘ. ΑΚΕ/ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	ΚΟΜΜΑ	ΚΑΤΑΘ/ΕΤΟΝΤΕΣ	ΘΕΜΑ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΑ
339	10/3/2010	Ν.Δ.	Μάριος Σαλμάς	Ορισμός υποδιοικητών ΥΠΕ νοσοκομείων και προέδρων φορέων υγείας κ.λπ.	Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
342	11/3/2010	ΠΑ.ΣΟ.Κ.	Οδυσσέας Κωνσταντινόπουλος	Προμήθεια ιατροτεχνολογικού υλικού από το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
404	31/3/2010	ΠΑ.ΣΟ.Κ.	Οδυσσέας Κωνσταντινόπουλος	Κατάθεση συμβολαίων που έχει συνάψει το Υπ. Υγείας για τη μίσθωση χώρων στέγασης στο Ν. Αρκαδίας	Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΠΙΝΑΚΑΣ 1:

Ενδεικτικός πίνακας αποτελεσμάτων κριτηριακής αναζήτησης Μ.Κ.Ε.

Πηγή: Ηλεκτρονικό αρχείο Βουλής των Ελλήνων

Δεδομένου του υπερβολικά μεγάλου συνολικού όγκου του υλικού που προέκυψε για το υπό διερεύνηση χρονικό διάστημα, θεωρήθηκε σκόπιμη η επιλογή ενός δείγματος. Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, βασιζόμενη στο δέκα τοις εκατό (10%) των συνολικών περιπτώσεων (step 10). Αναλυτικότερα, από τις δέκα χιλιάδες διακόσιες είκοσι μία εγγραφές (10221) Μ.Κ.Ε., το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι χίλιες είκοσι δύο (1022) (ΠΙΝΑΚΑΣ 2), οι οποίες αναλύονται σε:

- ✓ Εκατόν ενενήντα πέντε (195) Αναφορές
- ✓ Δύο (2) Επερωτήσεις
- ✓ Δύο (2) Επίκαιρες Επερωτήσεις
- ✓ Σαράντα τέσσερις (44) Επίκαιρες Ερωτήσεις
- ✓ Τέσσερις (4) Α.Κ.Ε.
- ✓ Επτακόσιες τριάντα έξι (736) Ερωτήσεις

✓ Τριάντα εννιά (39) Συνδυασμούς Ερωτήσεων – ΑΚΕ

Α/Α	Μ.Κ.Ε.	ΑΠΟ	ΕΩΣ	ΣΥΝΟΛΑ	ΔΕΙΓΜΑ 10%
1.	ΑΝΑΦΟΡΕΣ	3/10/2006	14/6/2010	1951	195
2.	ΕΠΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	22/9/2006	6/5/2010	18	1,8 ≈ 2
3.	ΕΠΙΚΑΙΡΕΣ ΕΠΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	15/1/2007	31/5/2010	24	2,4 ≈ 2
4.	ΕΠΙΚΑΙΡΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	3/10/2006	14/6/2010	441	44
5.	ΑΚΕ	4/10/2006	12/4/2010	36	3,6 ≈ 4
6.	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	2/10/2006	14/6/2010	7361	736
7.	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ – ΑΚΕ	4/10/2006	14/6/2010	390	39
8.	ΣΥΝΟΛΑ			10221	1022

ΠΙΝΑΚΑΣ 2:

Ανάλυση του δείγματος της έρευνας ανά κατηγορία Μ.Κ.Ε.

Κατόπιν, τα δεδομένα του δείγματος εισήχθησαν για επεξεργασία στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, όπου για κάθε μια έγγραφη Μ.Κ.Ε. κατεγράφησαν τα ακόλουθα στοιχεία:

- ✓ Βουλευτικής Περιόδου – Σύνοδος
- ✓ Ημερομηνία κατάθεσης Μ.Κ.Ε.
- ✓ Τύπος Μ.Κ.Ε.
- ✓ Αριθμός κατάθεσης Μ.Κ.Ε.
- ✓ Όνομα καταθέτοντος Βουλευτή / καταθετόντων Βουλευτών.
- ✓ Κοινοβουλευτική Ομάδα Βουλευτή ή Βουλευτών.
- ✓ Θέση Βουλευτή στην Κοινοβουλευτική Ομάδα.
- ✓ Εκλογική Περιφέρεια Βουλευτή.
- ✓ Επάγγελμα Βουλευτή.
- ✓ Πρόσωπο που απευθύνεται το Μ.Κ.Ε.
- ✓ Υπουργός Υγείας
- ✓ Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα
- ✓ Πρωθυπουργός
- ✓ Κατηγοριοποίηση έγγραφης Μ.Κ.Ε. σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α.
- ✓ Περιεχόμενο Μ.Κ.Ε.
- ✓ Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Εκ της επεξεργασίας των δεδομένων υπό το πρίσμα των παραπάνω μεταβλητών προέκυψαν τα ευρήματα της έρευνας. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε απλή στατιστική

περιγραφική ανάλυση, ώστε να αποδοθεί όσο το δυνατόν λεπτομερέστερα η εικόνα και το περιεχόμενο του Κ.Ε. για την υπό εξέταση χρονική περίοδο. Κατόπιν ακολούθησε η συζήτηση των ευρημάτων και τέλος διατυπώθηκαν κάποιες συμπερασματικές σκέψεις αναφορικά με τον Κοινοβουλευτικό Έλεγχο στον τομέα της Υγείας. Ωστόσο, προ της παρουσίαση των ευρημάτων, πραγματοποιείται η ανάλυση των μεταβλητών της έρευνας, ώστε να διασφαλιστεί η πληρέστερη κατανόηση αμφοτέρων.

4.4. Ανάλυση των υπό εξέταση μεταβλητών

Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος

Οι Βουλευτικές Περίοδοι που αφορούν την έρευνα περιλαμβάνουν το χρονικό διάστημα από το Σεπτέμβριο του 2006 έως και τον Ιούνιο του 2010 και είναι οι ΙΑ΄, ΙΒ΄ και ΙΓ΄ Βουλευτικές Περίοδοι¹³⁵ με τις αντίστοιχες Συνόδους τους (ΠΙΝΑΚΑΣ 3).

ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΔΟΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
ΙΑ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄	03/10/2005 – 28/09/2006
	ΣΥΝΟΔΟΣ Γ΄	02/10/2006 – 06/07/2007
	ΣΥΝΟΔΟΣ ΘΕΡΟΣ 2007	10/07/2007 – 02/08/2007
ΙΒ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΔΟΣ Α΄	26/09/2007 – 27/06/2008
	ΣΥΝΟΔΟΣ ΘΕΡΟΣ 2008	08/07/2008 – 03/10/2008
	ΣΥΝΟΔΟΣ Β΄	06/10/2008 – 08/05/2009
	ΣΥΝΟΔΟΣ ΘΕΡΟΣ 2009	16/06/2009 – 03/09/2009
ΙΓ΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΣΥΝΟΔΟΣ Α΄	14/10/2009 – 16/07/2010

ΠΙΝΑΚΑΣ 3:

Οι Βουλευτικές Περίοδοι – Σύνοδοι εντός του ερευνητικού διαστήματος

Ημερομηνία κατάθεσης Μ.Κ.Ε.

Η ημερομηνία που κατατέθηκε το Μ.Κ.Ε. στο τμήμα Κ.Ε. της Βουλής.

Τύπος Μ.Κ.Ε.

Σε ποια κατηγορία ανήκει το κατατεθειμένο Μ.Κ.Ε., αν πρόκειται δηλαδή για Αναφορά, Επερώτηση, Επίκαιρη επερώτηση, Επίκαιρη ερώτηση, Αίτηση κατάθεσης εγγράφου, Ερώτηση, Συνδυασμός Ερώτηση – ΑΚΕ¹³⁶.

¹³⁵ Διευκρινίζεται ότι το διάστημα της έρευνας που περιλαμβάνεται εντός των χρονικών πλαισίων της Α΄ Συνόδου της ΙΓ΄ Περιόδου, οριοθετείται από την έναρξή της μέχρι και τον Ιούνιο του 2010.

Αριθμός κατάθεσης Μ.Κ.Ε.

Ο αύξοντας αριθμός που παίρνει κάθε Μ.Κ.Ε. όταν κατατίθεται στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής.

Όνομα καταθέτοντος / καταθετόνων Βουλευτών

Το ονοματεπώνυμο του Βουλευτή / Βουλευτών που καταθέτει / καταθέτουν το Μ.Κ.Ε. στη Βουλή. Διευκρινίζεται ότι στις περιπτώσεις όπου την κατάθεση πραγματοποιούν περισσότερα από ένα άτομα, επιλέγονται τα δύο (2) πρώτα ονόματα Βουλευτών στη σειρά των καταθετόνων.

Κοινοβουλευτική Ομάδα Βουλευτή ή Βουλευτών

Η Κοινοβουλευτική Ομάδα στην οποία συμμετέχει ο Βουλευτής / οι Βουλευτές που καταθέτει / καταθέτουν το Μ.Κ.Ε. Οι καταγεγραμμένες Κοινοβουλευτικές Ομάδες για το διάστημα της έρευνας είναι με αλφαβητική σειρά το Κ.Κ.Ε., ο ΛΑ.Ο.Σ., η Ν.Δ., το ΠΑ.ΣΟ.Κ. και ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ενώ σημειώνεται ότι οι Ανεξάρτητοι Βουλευτές που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. κατηγοριοποιήθηκαν ως ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ.

Θέση Βουλευτή στην Κοινοβουλευτική Ομάδα

Η θέση που κατέχει ο Βουλευτής στην Κοινοβουλευτική του Ομάδα, αν πρόκειται δηλαδή για απλό μέλος ή για τον αρχηγό της.

Εκλογική Περιφέρεια Βουλευτή

Η Εκλογική Περιφέρεια που εκπροσωπεί ο Βουλευτής που καταθέτει το Μ.Κ.Ε.

Επάγγελμα Βουλευτή

Το επάγγελμα του Βουλευτή που καταθέτει το Μ.Κ.Ε. Σημειώνεται ότι η κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών πραγματοποιήθηκε βάσει της Στατιστικής Ταξινόμησης των Επαγγελματιών (ΣΤΕΠ – 92)^{137,138}.

¹³⁶ Σημειώνεται ότι η συνδυαστική κατηγορία Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. δεν περιγράφεται στον Κ.τ.Β. και θεωρητικά δεν αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία Μ.Κ.Ε. Ωστόσο, περιλαμβάνεται στην έρευνα γιατί όπως διαπιστώθηκε κατά την επεξεργασία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής και αποτέλεσαν το αντικείμενο της έρευνας, επί του πρακτέου αποτελεί έναν επιπλέον τρόπο κατάθεσης Μ.Κ.Ε.

¹³⁷ Διευκρινίζεται ότι η εν λόγω Στατιστική Ταξινόμηση αποτελεί την αναθεωρημένη έκδοση που αντικατέστησε την από το 1981 πρότερη έκδοση ταξινόμησης των επαγγελματιών.

¹³⁸ Επισημαίνεται ότι για τις περιπτώσεις Βουλευτών όπου το αντικείμενο σπουδών τους διέφερε από αυτό της επαγγελματικής τους ενασχόλησης, η κατηγοριοποίησή τους πραγματοποιήθηκε βάσει της επαγγελματικής τους ενασχόλησης.

Πρόσωπο που απευθύνεται το Μ.Κ.Ε.

Το πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται το κατατεθέν Μ.Κ.Ε. Το πρόσωπο αυτό δύναται να είναι ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο Πρωθυπουργός ή κάποιος άλλος Βουλευτής.

Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τη χρονική στιγμή κατάθεσης του συγκεκριμένου Μ.Κ.Ε. Επισημαίνεται ότι για την περίοδο της έρευνας, δύο (2) ήταν οι Υπουργοί Υγείας, ο κος Αβραμόπουλος Δ. και η κα Ξενογιαννακοπούλου Μ.

Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα

Η Κοινοβουλευτική Ομάδα Διακυβέρνησης της χώρας την περίοδο κατάθεσης του Μ.Κ.Ε. Σημειώνεται ότι για την υπό εξέταση περίοδο, οι δύο (2) Κ.Ο. που εναλλάχθηκαν στη Διακυβέρνηση της χώρας ήταν η Ν.Δ. και το ΠΑ.ΣΟ.Κ.

Πρωθυπουργός

Ο Πρωθυπουργός της χώρας τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο κατάθεσης του Μ.Κ.Ε. Για το διάστημα της έρευνας τα δύο (2) πρόσωπα που εναλλάχθηκαν στην Πρωθυπουργία της χώρας ήταν ο κος Καραμανλής Κ. και ο κος Παπανδρέου Γ.

Κατηγοριοποίηση εγγραφής Μ.Κ.Ε. σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α.

Η κατηγοριοποίηση εκάστοτε εγγραφής Μ.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διεθνή κατηγοριοποίηση τριών (3) διαστάσεων των λογαριασμών υγείας του Ο.Ο.Σ.Α. και θα παρουσιαστεί αναλυτικά σε επόμενη παράγραφο.

Περιεχόμενο Μ.Κ.Ε.

Σύντομη περιγραφή του περιεχομένου του Μ.Κ.Ε. ολογράφως.

Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Η εμβέλεια του περιεχομένου του Μ.Κ.Ε. καθορίζεται βάσει του μεγέθους του κοινωνικού συνόλου που αφορά το εκάστοτε Μ.Κ.Ε. Επομένως, ένα Μ.Κ.Ε. δύναται να χαρακτηριστεί ως:

- ✓ Εθνικής εμβέλειας, όταν αφορά τη χώρα στο σύνολό της, λ.χ. κίνδυνοι από την επιδημία της γρίπης.
- ✓ Περιφερειακής εμβέλειας, όταν αφορά κάποια περιφέρεια της χώρας, λ.χ. προβληματικές δομές αποκατάστασης τοξικομανών στη Β. Ελλάδα
- ✓ Τοπικής εμβέλειας, όταν αφορά μια τοπική κοινωνία, λ.χ. κινδυνεύει να κλείσει η Παιδόπολη Νεάπολης Λασιθίου
- ✓ Προσωπικής εμβέλειας, όταν αφορά συγκεκριμένη υπόθεση ή πρόσωπο, λ.χ. ο κος Παπαδόπουλος ζητά να του χορηγηθεί η αναπηρική σύνταξη που δικαιούται
- ✓ Άλλης εμβέλειας, όταν δεν εντάσσεται σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες.

4.5. Μεθοδολογία κατηγοριοποίησης των Μ.Κ.Ε.

Η κατηγοριοποίηση των εγγραφών των Μ.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη Διεθνή Κατηγοριοποίηση Λογαριασμών Υγείας (I.C.H.A.) του Ο.Ο.Σ.Α., όπως περιγράφεται στο εγχειρίδιο «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας» (A System of Health Accounts) και σε μονοψήφιο επίπεδο ανάλυσης.¹³⁹ Ακολουθώντας τη συγκεκριμένη μέθοδο κατηγοριοποίησης επιτυγχάνουμε την ταυτόχρονη ταξινόμηση της κάθε εγγραφής Μ.Κ.Ε. τριπλό άξονα, καθώς την εξετάζουμε σε τρεις (3) διαφορετικές διαστάσεις:

- ✓ Τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (Functions of health care)
- ✓ Τους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Health care providers)
- ✓ Τη Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (Health care financing)

Χάρη σε αυτή την ουσιαστικά τριπλή κατηγοριοποίηση – ανάλυση επιτυγχάνουμε την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή – απόδοση της κάθε εγγραφής Μ.Κ.Ε. και σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας, κατόπιν της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, οδηγούμαστε στην λήψη ιδιαίτερα περιεκτικών ευρημάτων.

Η πρώτη (1^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. αντιστοιχεί στις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ICHA – HC., Classification of functions of Health Care), στο εξής ταξινόμηση HC. (Health care / Υγειονομική περίθαλψη) και η οποία αναλύομενη σε μονοψήφιο επίπεδο περιλαμβάνει επτά (7) υποκατηγορίες Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (ΠΙΝΑΚΑΣ 4):

¹³⁹ OECD, *A System of Health Accounts*, Paris, OECD Publications Service, 2000, p. 111 – 156.

- ✓ HC.1, Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας.
- ✓ HC.2, Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης.
- ✓ HC.3, Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας.
- ✓ HC.4, Βοηθητικές ή επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ HC.5, Υγειονομικό υλικό που διατίθεται σε εξωτερικούς ασθενείς.
- ✓ HC.6, Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας.
- ✓ HC.7, Διοίκηση της υγείας και ασφάλιση υγείας.

ICHA code	Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (Functions of health care)
HC.1	Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας (Services of curative care)
HC.2	Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (Services of rehabilitative care)
HC.3	Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (Services of long – term nursing care)
HC.4	Βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Ancillary services to health care)
HC.5	Υγειονομικό υλικό που διατίθεται σε εξωτερικούς ασθενείς (Medical goods dispensed to out – patients)
HC.6	Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (Prevention and public health services)
HC.7	Διοίκηση της υγείας και ασφάλιση υγείας (Health administration and health insurance)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:

*Κατηγοριοποίηση Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, μονοψήφιου επιπέδου
Πηγή: “A System of Health Accounts”, O.E.C.D.*

Ωστόσο, πλην της κατηγοριοποίησης των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HC.) σημειώνεται και η κατηγοριοποίηση των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (Health – related functions), στο εξής αναφερόμενη ως ταξινόμηση HC.R., η οποία θεωρείται η «εξειδίκευση» της HC. και χρησιμοποιείται κυρίως εναλλακτικά αυτής για την πληρέστερη απόδοση των πιο εξειδικευμένων περιπτώσεων εγγραφών Μ.Κ.Ε.¹⁴⁰ Όταν λόγου χάρη σε κάποια εγγραφή Μ.Κ.Ε. η ταξινόμηση HC. κρίθηκε ανεπαρκής κατά την προσπάθεια της απόδοσης του περιεχομένου με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη

¹⁴⁰ Σημειώνεται ότι σε ελάχιστες περιπτώσεις δύναται η HC.R. να χρησιμοποιηθεί και συμπληρωματικά της HC., προκειμένου για περιπτώσεις που χρίζουν συμπληρωματικών εξηγήσεων λόγω ιδιαιτεροτήτων, οπότε και χρησιμοποιούνται αμφότερες οι κατηγοριοποιήσεις. Ωστόσο, στο σύνολο του δείγματος, αυτή η περίπτωση αφορά ένα μη σημαντικό στατιστικά ποσοστό.

ακρίβεια, επιλέχθηκε η HC.R. Η ταξινόμηση HC.R., ανάλογα με το είδος των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (ΠΙΝΑΚΑΣ 5), αναλύεται σε επτά (7) υποκατηγορίες:

- ✓ HC.R.1, Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ HC.R.2, Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ HC.R.3, Έρευνα και ανάπτυξη στο χώρο της υγείας.
- ✓ HC.R.4, Έλεγχος των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού.
- ✓ HC.R.5, Περιβαλλοντική υγεία.
- ✓ HC.R.6, Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία.
- ✓ HC.R.7, Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά.

ICHA code	Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία Health – related functions
HC.R.1	Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Capital formation of health care provider institutions)
HC.R.2	Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού υγείας (Education and training of health care personnel)
HC.R.3	Έρευνα και ανάπτυξη στο χώρο της υγείας (Research and development in health)
HC.R.4	Έλεγχος των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (Food, hygiene and drinking water control)
HC.R.5	Περιβαλλοντική υγεία (Environmental health)
HC.R.6	Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία –(Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment)
HC.R.7	Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (Administration and provision of health related cash – benefits)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:

*Κατηγοριοποίηση Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, μονοψήφιου επιπέδου
Πηγή: «A System of Health Accounts”, O.E.C.D.*

Η δεύτερη (2^η) διάσταση κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., αναφερόμενη στο εξής ως ταξινόμηση HP., αντιστοιχεί στους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ICHA – HP., Classification of Health care providers) και σε μονοψήφιο επίπεδο ανάλυσης, ανάλογα με

το είδος του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης (*ΠΙΝΑΚΑΣ 6*), περιλαμβάνει οχτώ (8) υποκατηγορίες:

- ✓ HP.1, Νοσοκομεία.
- ✓ HP.2, Μονάδες νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής.
- ✓ HP.3, Πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ HP.4, Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών.
- ✓ HP.5, Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας.
- ✓ HP.6, Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης.
- ✓ HP.7, Άλλες βιομηχανίες.
- ✓ HP.9, Υπόλοιπες περιπτώσεις παρόχων.

ICHA code	Βιομηχανία παροχής υγειονομικής περίθαλψης Health care provider industry
HP.1	Νοσοκομεία (Hospitals)
HP.2	Μονάδες νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (Nursing and residential care facilities)
HP.3	Πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (Providers of ambulatory health care)
HP.4	Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (Retail sell and other providers of medical goods)
HP.5	Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (Provision and administration of public health programs)
HP.6	Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (General health administration and insurance)
HP.7	Άλλες βιομηχανίες (Other industries)
HP.9	Υπόλοιπες περιπτώσεις (Rest of the world)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:

*Κατηγοριοποίηση Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, μονογήφιου επιπέδου
Πηγή: A System of Health Accounts, O.E.C.D.*

Η τρίτη (3^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. αντιστοιχεί στη Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (ICHA – HF. Classification of health care financing), στο εξής για συντομία ταξινόμηση HF, η οποία σε μονογήφιο επίπεδο ανάλυσης και αναλόγως της πηγής χρηματοδότησης (*ΠΙΝΑΚΑΣ 7*), περιλαμβάνει τρεις (3) υποκατηγορίες, οι οποίες είναι:

- ✓ HF.1, Ευρύτερη κρατική.
- ✓ HF.2, Ιδιωτικός τομέας.
- ✓ HF.3, Όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις χρηματοδότησης.

ICHA code	Πηγές χρηματοδότησης / Sources of funding
HF.1	Ευρύτερη κρατική (General government)
HF.2	Ιδιωτικός τομέας (Private sector)
HF.3	Όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις (Rest of the world)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7:

Κατηγοριοποίηση Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης, μονοσήφριου επιπέδου Πηγή: A System of Health Accounts, O.E.C.D.

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση της μεθοδολογίας κατηγοριοποίησης των Μ.Κ.Ε., υπογραμμίζεται ότι, τα Μ.Κ.Ε. καταχωρήθηκαν ανά κατηγορία ταξινόμησης μόνο εφόσον διέθεταν διαστάσεις της εκάστοτε κατηγορίας, διαφορετικά τέθηκαν εκτός της συγκεκριμένης ταξινόμησης. Αναλυτικότερα, από το σύνολο των χιλίων είκοσι δύο (1022) εγγραφών Μ.Κ.Ε., στην κατηγοριοποίηση των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HC.) καταχωρήθηκαν οι επτακόσιες εξήντα έξι (766) εξ αυτών, στην κατηγοριοποίηση των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (ταξινόμηση HC.R.), οι διακόσιες τριάντα τέσσερις (234), στην κατηγοριοποίηση των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HP.), οι εννιακόσιες είκοσι δύο (922) και τέλος, στην κατηγοριοποίηση της Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HF.), οι οχτακόσιες πενήντα εννέα (859) (ΠΙΝΑΚΑΣ 8).

Α/Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ	ΕΓΓΡΑΦΕΣ Μ.Κ.Ε		
		ΤΑΞΙΝΟΜΗΘΗΚΑΝ	ΔΕΝ ΤΑΞΙΝΟΜΗΘΗΚΑΝ	ΣΥΝΟΛΟ
1	HC.	766	256	1022
2	HC.R.	234	788	1022
3	HP.	922	100	1022
4	HF.	859	163	1022

ΠΙΝΑΚΑΣ 8:

Τα σύνολα των καταχωρημένων εγγραφών ανά κατηγορία ταξινόμησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Εισαγωγικά στοιχεία

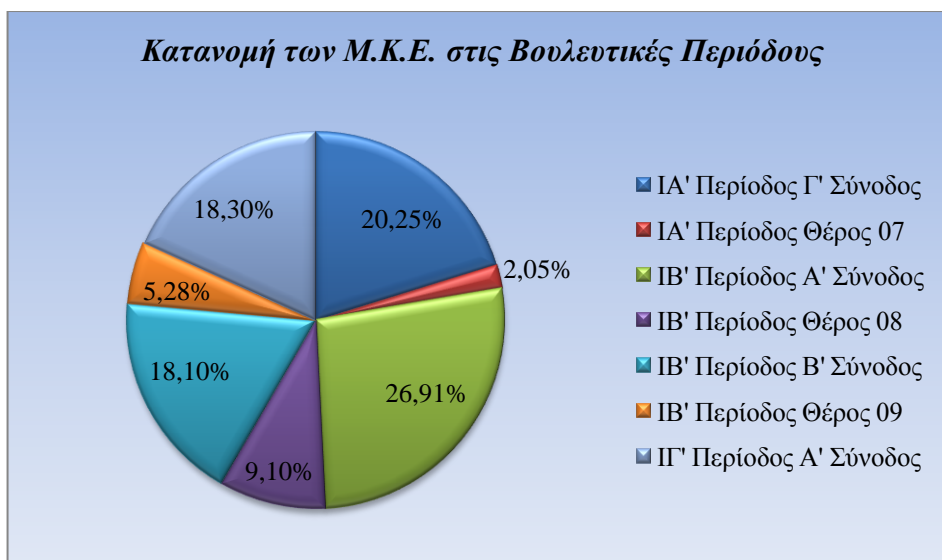
Τα ευρήματα της έρευνας που προέκυψαν από την επεξεργασία των σχετικών δεδομένων, παρουσιάζονται στις παραγράφους που ακολουθούν σε δύο (2) στάδια. Το πρώτο (1^ο) στάδιο περιλαμβάνει την παρουσίαση των ευρημάτων, στη διάσταση των απλών συχνοτήτων των μεταβλητών, ενώ το δεύτερο (2^ο) περιλαμβάνει την παρουσίαση των ευρημάτων στη διάσταση του συσχετισμού των μεταβλητών.

5.2. Ευρήματα απλών συχνοτήτων

Όσον αφορά την παρουσίαση των απλών συχνοτήτων, η πρώτη υπό εξέταση μεταβλητή ήταν η Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος.¹⁴¹ Ο υπολογισμός των συχνοτήτων βασίστηκε στο συνολικό αριθμό των Μ.Κ.Ε που κατατέθηκαν σε κάθε Βουλευτική Περίοδο – Σύνοδο. Ως εκ τούτου, εκείνη η Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος κατά τη διάρκεια της οποίας υπεβλήθησαν τα περισσότερα Μ.Κ.Ε. στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής, συγκεντρώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά συχνοτήτων και θεωρείται η πλέον «ενεργή» κοινοβουλευτικά συγκριτικά με τις υπόλοιπες.

Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1*), το μεγαλύτερο ποσοστό Μ.Κ.Ε., ίσο με 26,91% επί του συνολικού αριθμού, κατατέθηκε κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΒ΄ Περιόδου, η οποία αποτελεί και την πλέον «ενεργή» κοινοβουλευτικά Βουλευτική Περίοδο. Ακολουθεί η Γ΄ Σύνοδος της ΙΑ΄ Περιόδου, ως η δεύτερη (2^η) πιο «ενεργή», δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια της υπεβλήθη το 20,25% των Μ.Κ.Ε., ενώ με μικρή ποσοστιαία διαφορά έπονται η Α΄ Σύνοδος της ΙΓ΄ Περιόδου με κατάθεση του 18,30% και η Β΄ Σύνοδος της ΙΒ΄ Περιόδου με κατάθεση του 18,10%. Αντίθετα, οι τρεις (3) λιγότερο «ενεργές» κοινοβουλευτικά Περίοδοι – Σύνοδοι είναι το Θέρος '08 της ΙΒ΄ Περιόδου, το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου και το Θέρος '07 της ΙΑ΄ Περιόδου, καθώς κατά τη διάρκειά τους πραγματοποιήθηκε κατάθεση του 9,10%, του 5,28% και του 2,05% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. αντίστοιχα.

¹⁴¹ Υπογραμμίζεται ότι μολονότι ένα τμήμα της Β΄ Συνόδου της ΙΑ΄ Περιόδου (3/10/2005 – 28/9/2006) ήταν εντός των χρονικών πλαισίων της έρευνας βάσει του αρχικού συνολικού υλικού, δεν αναφέρεται στα αποτελέσματα, διότι κατόπιν της δειγματοληψίας, τέθηκε εκτός δείγματος.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:

Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους

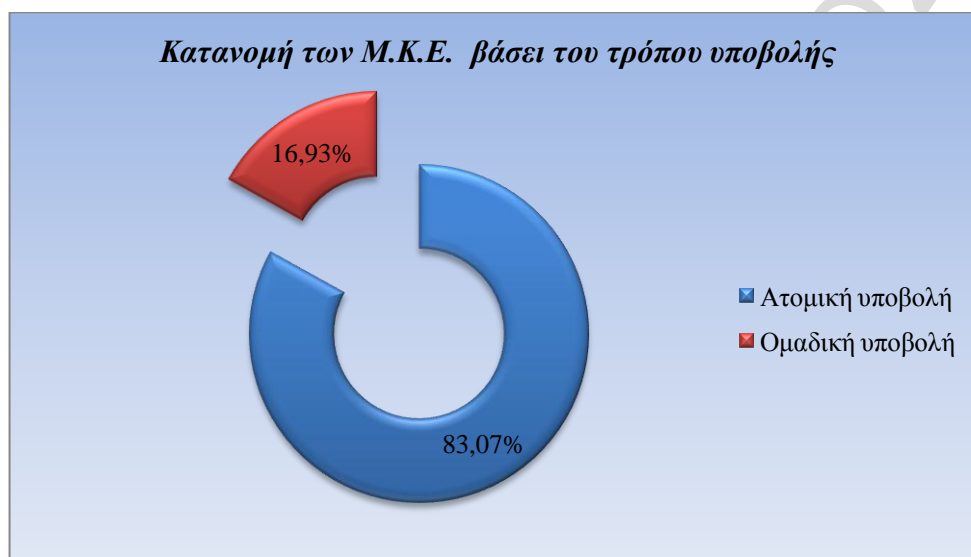
Στη συνέχεια εξετάστηκε η συχνότητα των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. ανά τύπο. Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2), εύκολα καθίσταται αντιληπτό ότι το Μ.Κ.Ε. με τη μεγαλύτερη συχνότητα επί του δείγματος είναι οι Ερωτήσεις, δεδομένου ότι αποτελούν το 72,02% του συνολικού αριθμού των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., ενώ με σημαντική ποσοστιαία διαφορά και ποσοστό 19,08% ακολουθούν οι Αναφορές. Οι υπόλοιποι τύποι Μ.Κ.Ε. έπονται με ακόμη μεγαλύτερες ποσοστιαίες διαφορές, αναλυτικότερα, οι Επίκαιρες Ερωτήσεις αντιστοιχούν στο 4,31% του συνόλου, οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. το 3,82%, οι Α.Κ.Ε. το 0,39%, ενώ τέλος, οι Επερωτήσεις και οι Επίκαιρες Επερωτήσεις αποτελούν έκαστη το 0,20% του συνόλου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2:

Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. ανά τύπο Μ.Κ.Ε.

Ωστόσο, όπως έχει ήδη καταστεί σαφές, η κατάθεση των Μ.Κ.Ε. μπορεί να πραγματοποιηθεί από τους Βουλευτές είτε σε ατομική είτε σε συλλογική βάση. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμο να παρουσιαστούν τα ευρήματα αναφορικά με τρόπο υποβολής των Μ.Κ.Ε. από τους Βουλευτές. Η επεξεργασία των δεδομένων οδήγησε στην παρατήρηση ότι το 83,07% Μ.Κ.Ε. κατατέθηκε στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής ατομικά και το υπόλοιπο 16,93% από περισσότερους του ενός Βουλευτές (*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3*).



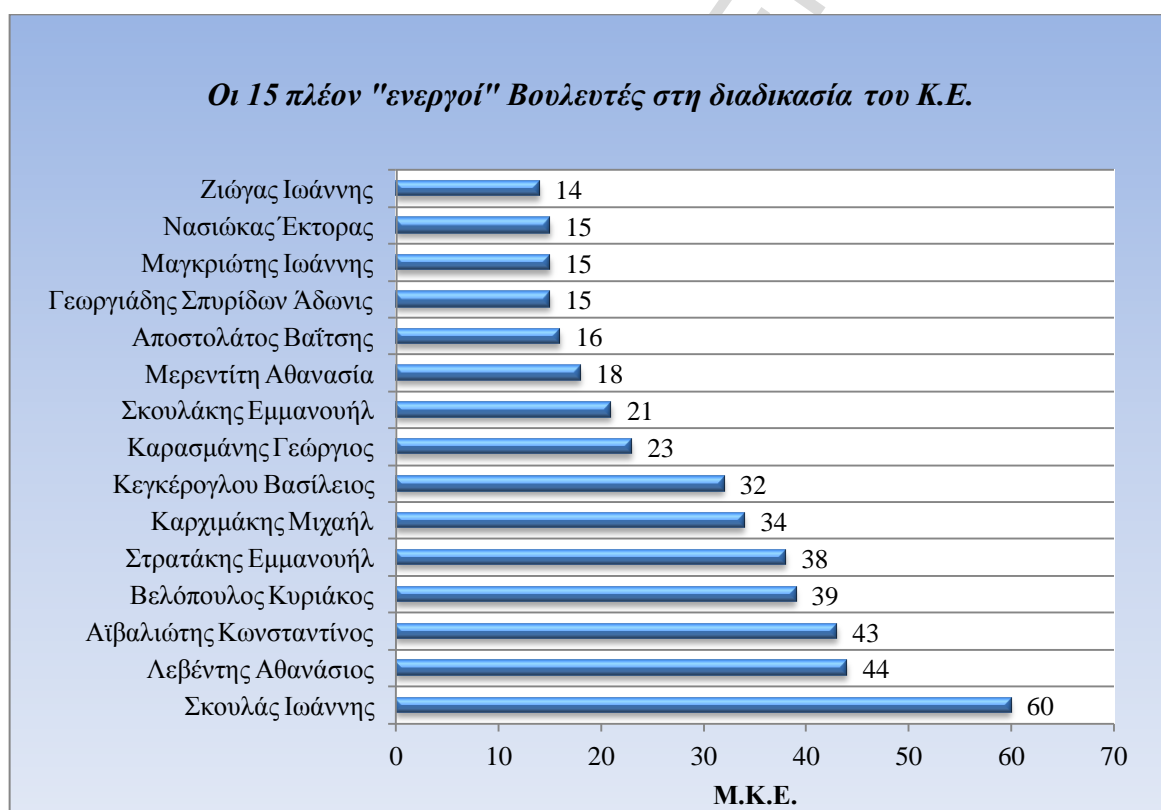
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3:

Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. βάσει του τρόπου υποβολής

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η συχνότητα συμμετοχής των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. για το διάστημα της έρευνας, μέσω του αριθμού υποβολής των Μ.Κ.Ε. στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής. Επομένως, όσα περισσότερα Μ.Κ.Ε. καταθέτει ένας Βουλευτής, τόσο πιο «ενεργός» θεωρείται στη διαδικασία του Κ.Ε. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι η πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε. κατατέθηκε από τους Βουλευτές σε ατομική βάση, θεωρήθηκε μεγαλύτερου στατιστικού ενδιαφέροντος να συμπεριληφθούν στα ευρήματα οι δέκα πέντε (15) πιο «ενεργοί» Βουλευτές, εκείνοι δηλαδή οι οποίοι πραγματοποίησαν κατάθεση τουλάχιστον δέκα τεσσάρων (14) Μ.Κ.Ε. στο σύνολο των χιλίων είκοσι δύο (1022) της έρευνας.

Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4*), ως ο πλέον «ενεργός» Βουλευτής στη διαδικασία του Κ.Ε. κατά τη διάρκεια της έρευνας, σημειώνεται ο κος Σκουλάς Ιωάννης, δεδομένου ότι πραγματοποίησε την κατάθεση εξήντα (60) Μ.Κ.Ε. εκ των χιλίων είκοσι δύο (1022) συνολικά. Με αρκετή διαφορά ακολουθούν οι κύριοι Λεβέντης Αθανάσιος και Αϊβαλιώτης Κωνσταντίνος με την υποβολή σαράντα τεσσάρων (44) και σαράντα τριών (43) Μ.Κ.Ε. αντίστοιχα. Έπονται οι

κύριοι, Βελόπουλος Κυριάκος με κατάθεση τριάντα εννέα (39) Μ.Κ.Ε., Στρατάκης Εμμανουήλ με τριάντα οχτώ (38), Καρχιμάκης Μιχαήλ με τριάντα τέσσερα (34) και Κεγκέρογλου Βασίλειος με τριάντα δύο (32). Όσον αφορά τους κυρίους Καρασμάνη Γεώργιο και Σκουλάκη Εμμανουήλ παρατηρούμε ότι ο μεν πρώτος (1^{ος}) συμμετείχε στη διαδικασία του Κ.Ε. είκοσι τρεις (23) φορές, ο δε δεύτερος (2^{ος}) είκοσι μία (21). Λιγότερες φορές συμμετείχαν στη διαδικασία υποβολής Μ.Κ.Ε. οι επόμενοι Βουλευτές, πιο συγκεκριμένα η κα Μερεντίτη Αθανασία δέκα οχτώ (18), ο κος Αποστολάτος Βαΐτσης δέκα έξι (16), ενώ οι κύριοι Γεωργιάδης Σπυρίδων Άδωνις, Μαγκριώτης Ιωάννης και Νασιώκας Έκτορας συμμετείχαν δέκα πέντε (15) φορές έκαστος. Τέλος, ως ο λιγότερο «ενεργός» μεταξύ των δέκα πέντε (15) πλέον «ενεργών» Βουλευτών, καταγράφεται ο κος Ζιώγας Ιωάννης, με την υποβολή δέκα τεσσάρων (14) Μ.Κ.Ε.



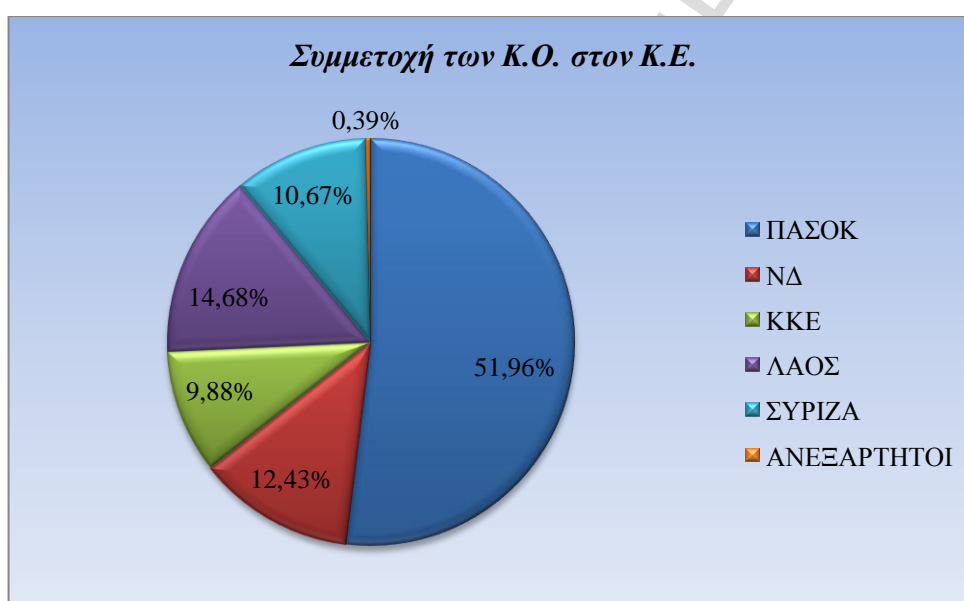
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4:

Οι 15 πλέον «ενεργοί» Βουλευτές στη διαδικασία του Κ.Ε.

Μέχρι αυτό το σημείο, παρουσιάστηκαν τα ευρήματα της έρευνας υπό το πρίσμα των ακόλουθων μεταβλητών, Σύνοδος – Περίοδος κατάθεσης Μ.Κ.Ε., τύπος Μ.Κ.Ε., τρόπος υποβολής καθώς και τους καταθέτοντες Βουλευτές. Ωστόσο, δεδομένου ότι οι Βουλευτές διαδραματίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στη διαδικασία του Κ.Ε., αναμφισβήτητα υπάρχει ενδιαφέρον στην παρουσίαση επιπλέον σχετικών με αυτούς στοιχείων, όπως λόγου χάρη η Κοινοβουλευτική Ομάδα στην οποία ανήκουν, η θέση που

κατέχουν σε αυτή, η εκλογική περιφέρεια που εκπροσωπούν αλλά και η επαγγελματική τους ιδιότητα, προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα.

Όσον αφορά την Κοινοβουλευτική Ομάδα, παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5), διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι Βουλευτές που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. ανήκουν στο ΠΑ.ΣΟ.Κ. καθώς πραγματοποίησαν την κατάθεση του 51,96% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. Ακολουθούν οι Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ. με την υποβολή του 14,68% και της Ν.Δ. με την κατάθεση του 12,43%, ενώ έπονται οι Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και του Κ.Κ.Ε. με την υποβολή του 10,67% και 9,88% αντίστοιχα. Τέλος, όσον αφορά τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές, η συμμετοχή τους στη διαδικασία του Κ.Ε. περιορίστηκε στο 0,39% των συνολικών εγγραφών.

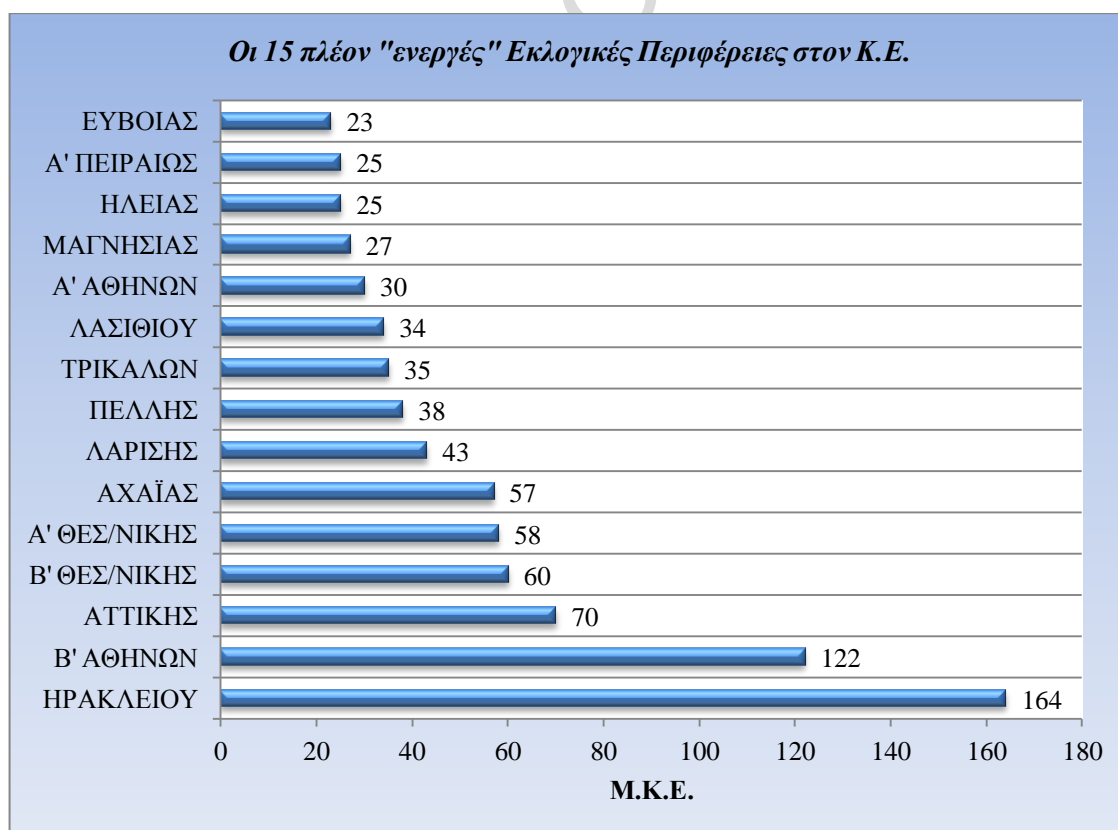


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5:
Ποσοστιαία Συμμετοχή των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε.

Αναφορικά με τη θέση των Βουλευτών στην Κ.Ο. που ανήκουν, προέκυψε ότι το 99,90% των περιπτώσεων κατάθεσης Μ.Κ.Ε, κατατέθηκε από Βουλευτές και μόλις το 0,10% από Αρχηγό Κόμματος.

Στη συνέχεια εξετάστηκε συχνότητα με την οποία εντοπίζονται στη διαδικασία του Κ.Ε. οι Εκλογικές Περιφέρειες της χώρας, μέσω των Βουλευτών που τις εκπροσωπούν. Όσες περισσότερες φορές εκπροσωπείται μια Εκλογική Περιφέρεια στη διαδικασία του Κ.Ε., τόσο πιο «ενεργή» θεωρείται. Για την παρουσίαση των ευρημάτων επιλέχθηκαν οι δεκαπέντε (15) πιο «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες της χώρας, οι οποίες εκπροσωπήθηκαν τις περισσότερες φορές, με κατώτατο όριο τις είκοσι τρεις φορές (23), και παρουσιάζουν το μεγαλύτερο στατιστικό ενδιαφέρον.

Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6), η Εκλογική Περιφέρεια του Ηρακλείου καταγράφεται ως η πλέον «ενεργή» στη διαδικασία του Κ.Ε., δεδομένου ότι, εκπροσωπήθηκε μέσω των Βουλευτών της εκατόν εξήντα τέσσερις (164) φορές, στο σύνολο των χιλίων είκοσι δύο (1022), ενώ η Β΄ Αθηνών ακολουθεί με εκατόν είκοσι δύο (122) περιπτώσεις εκπροσώπησης. Στην τρίτη (3^η) θέση, με αρκετή διαφορά βρίσκεται η Εκλογική Περιφέρεια Αττικής (υπολοίπου Αττικής), οι Βουλευτές της οποίας πραγματοποίησαν την κατάθεση εβδομήντα (70) Μ.Κ.Ε. Έπονται οι Εκλογικές Περιφέρειες Β΄ Θεσσαλονίκης, Α΄ Θεσσαλονίκης και Αχαΐας, των οποίων οι Βουλευτές συμμετείχαν στον Κ.Ε. εξήντα (60), πενήντα οχτώ (58) και πενήντα επτά (57) φορές αντίστοιχα. Όσον αφορά τις υπόλοιπες Εκλογικές Περιφέρειες, παρατηρούμε ότι η Λαρίσης καταγράφεται ως η έβδομη (7^η) πιο «ενεργή» με υποβολή σαράντα τριών (43) Μ.Κ.Ε. από τους Βουλευτές της, ενώ οι Βουλευτές Πέλλας, Τρικάλων και Λασιθίου με την κατάθεση τριάντα οχτώ (38), τριάντα πέντε (35) και τριάντα τεσσάρων (34) Μ.Κ.Ε., τοποθετούν τις εν λόγω Εκλογικές Περιφέρειες στην όγδοη (8^η), ένατη (9^η) και δέκατη (10^η) θέση «ενεργούς» συμμετοχής στη διαδικασία του Κ.Ε. αντίστοιχα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6:
Οι 15 πλέον «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες στη διαδικασία του Κ.Ε.

Προκειμένου για τις υπόλοιπες πέντε (5) Εκλογικές Περιφέρειες, οι Βουλευτές που τις εκπροσωπούν πραγματοποίησαν στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής την κατάθεση είκοσι τριών (23) έως και τριάντα (30) Μ.Κ.Ε. Πιο συγκεκριμένα, οι Βουλευτές της Α΄ Αθηνών υπέβαλαν τριάντα (30) Μ.Κ.Ε., της Μαγνησίας είκοσι επτά (27), της Ηλείας και της Α΄ Πειραιώς είκοσι πέντε (25), ενώ τέλος της Ευβοίας είκοσι τρία (23).

Τέλος, διερευνήθηκε η επαγγελματική ιδιότητα των Βουλευτών που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. και παρουσιάζονται στις ακόλουθες παραγράφους οι δέκα έξι (16) ομάδες επαγγελματιών μεγαλύτερου στατιστικού ενδιαφέροντος, δεδομένου ότι οι «εκπρόσωποι» τους, δηλαδή οι Βουλευτές, πραγματοποίησαν την υποβολή τουλάχιστον δέκα (10) Μ.Κ.Ε. επί του συνόλου των χιλίων είκοσι δύο (1022) της έρευνας.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7:

Οι 16 πλέον «ενεργές» ομάδες επαγγελματιών στη διαδικασία του Κ.Ε.

Όπως προέκυψε από την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας και αποτυπώνεται στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7), οι Γιατροί καταγράφονται ως οι πλέον «ενεργοί» στη διαδικασία του Κ.Ε. δεδομένου ότι πραγματοποίησαν την κατάθεση διακοσίων πενήντα τεσσάρων (254) Μ.Κ.Ε. Οι Οικονομολόγοι, Κοινωνιολόγοι και ασκούντες συναφή επαγγέλματα αποτελούν τη δεύτερη (2^η) πιο «ενεργή» ομάδα επαγγελματιών, με υποβολή εκατόν εξήντα πέντε (165) Μ.Κ.Ε., ενώ την τρίτη (3^η) με κατάθεση εκατόν τριάντα επτά (137) Μ.Κ.Ε. αποτελούν οι Δικηγόροι και οι Νομικοί

Σύμβουλοι. Έπονται οι Συγγραφείς, Δημοσιογράφοι και ασκούντες συναφή επαγγέλματα, με ενενήντα τέσσερις (94) συμμετοχές στη διαδικασία του Κ.Ε. και ακολουθούν οι Φυσικοί, Χημικοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα με εξήντα οχτώ (68).

Εξετάζοντας στη συνέχεια τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών, παρατηρούμε ότι οι Βιολόγοι, Γεωπόνοι και ασκούντες συναφή επαγγέλματα καθώς και οι Υπάλληλοι καταγραφής υλικών και υπηρεσιών μεταφορών, συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. τριάντα εννέα (39) και τριάντα τέσσερις (34) φορές, ενώ όσον αφορά τις επόμενες τρεις (3) ομάδες επαγγελματιών, στις οποίες ανήκουν οι άλλοι Μηχανικοί, το Διδακτικό Προσωπικό Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και οι Ταμίες, Ταμειολογιστές και ασκούντες συναφή επαγγέλματα, καταγράφεται υποβολή είκοσι οχτώ (28), είκοσι πέντε (25) και είκοσι ένα (21) Μ.Κ.Ε. αντίστοιχα.

Προκειμένου για την κατάθεση των Μ.Κ.Ε. που πραγματοποιήθηκε από τους «εκπροσώπους» των υπολοίπων ομάδων επαγγελματιών, σημειώνεται ότι κυμάνθηκε από είκοσι (20) μέχρι έντεκα (11). Αναλυτικότερα, οι Καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης κατέθεσαν είκοσι (20) Μ.Κ.Ε., οι Πολιτικοί Μηχανικοί δέκα πέντε (15), οι Διευθύνοντες Επιχειρηματίες και Προϊστάμενοι μικρών επιχειρήσεων χονδρικού και λιανικού εμπορίου δέκα τέσσερα (14), τα Διοικητικά στελέχη του δημοσίου τομέα δέκα τρία (13), οι Οδοντίατροι δώδεκα (12) και τέλος, οι Φαρμακοποιοί έντεκα (11).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8:
Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. ανά Κ.Ο. διακυβέρνησης

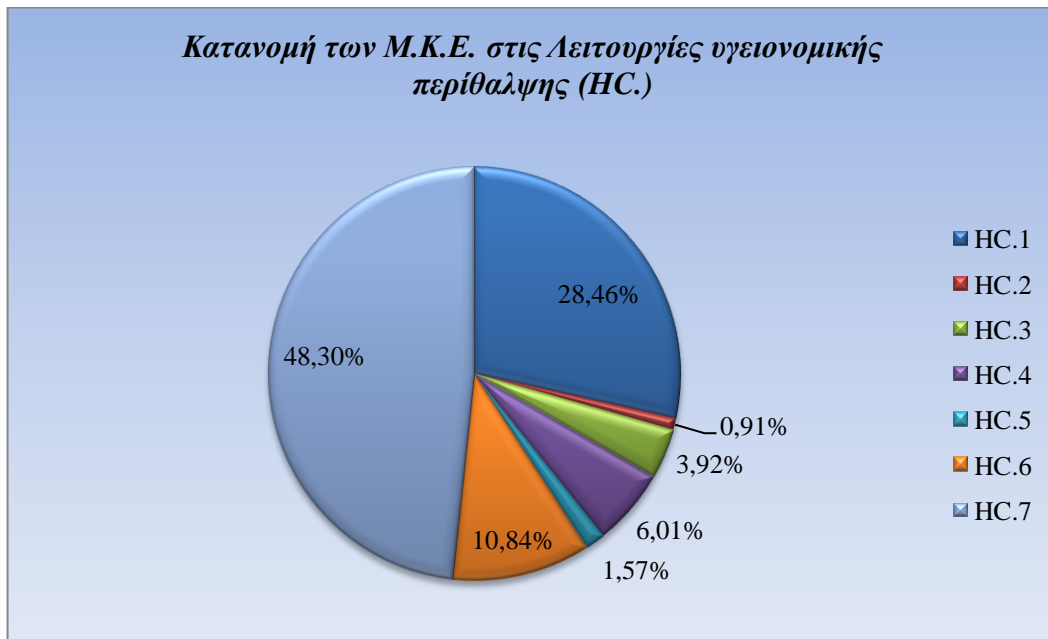
Στη συνέχεια, τα δεδομένα του δείγματος υπέστησαν επεξεργασία υπό το πρίσμα της μεταβλητής του Κυβερνόντος Πολιτικού Κόμματος. Δεδομένου ότι στο διάστημα της

έρευνας η διακυβέρνηση της χώρας εναλλάχθηκε μεταξύ της Ν.Δ. και του ΠΑ.ΣΟ.Κ., είναι επόμενο ότι αυτά τα δύο (2) κόμματα αποτελούν και τις μόνες πιθανές περιπτώσεις Κυβερνόντος Πολιτικού Κόμματος. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8), τα περισσότερα Μ.Κ.Ε. κατατέθηκαν επί διακυβέρνησης της Ν.Δ. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των Μ.Κ.Ε., το 81,70% κατατέθηκε με Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα τη Ν.Δ. και το υπόλοιπο 18,30% το ΠΑ.ΣΟ.Κ.

Οι προαναφερθείσες ποσοστιαίες αναλογίες ταυτίζονται, όπως είναι αναμενόμενο, με τα ποσοστά των Πρωθυπουργών της χώρας κατά τη διάρκεια της έρευνας, τους κυρίους Καραμανλή Κωνσταντίνο και Παπανδρέου Γεώργιο. Επομένως, το 81,70% επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκε κατά τη διακυβέρνηση της Ν.Δ. πραγματοποιήθηκε με Πρωθυπουργό τον κύριο Καραμανλή Κωνσταντίνο ενώ αντίστοιχα το υπόλοιπο 18,30% με Πρωθυπουργό τον κύριο Παπανδρέου Γεώργιο. Ευνόητο είναι δε ότι ακριβώς τα ίδια ποσοστά κατεγράφησαν και όσον αφορά τους Υπουργούς Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το διάστημα της Έρευνας, τον κο Αβραμόπουλο Δ. για τη Ν.Δ. και την κα Ξενογιαννακοπούλου Μ. για το ΠΑ.ΣΟ.Κ.

Στη συνέχεια τα δεδομένα της έρευνας εξετάστηκαν αναφορικά με την πρώτη (1^η) διάσταση κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση ΗC.), προκειμένου να αναδειχθούν εκείνες οι λειτουργίες που εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. και επομένως αποτελούν τις πλέον προβληματικές και «πάσχουσες». Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9), η υποκατηγορία Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης που εντοπίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. αφορά θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (ΗC.7), ενώ με τη μικρότερη συχνότητα εντοπίζονται θέματα σχετικά με Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (ΗC.2).

Αναλυτικότερα, τα θέματα της Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (ΗC.7) εντοπίζονται στο περιεχόμενο του 48,30% των Μ.Κ.Ε., ενώ θέματα των Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (ΗC.1) στο 28,46%. Με έντονη ποσοστιαία διαφορά και ποσοστό ίσο με 10,84%, εντοπίζονται θέματα που αφορούν τις Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (ΗC.6), ενώ έπονται τα ζητήματα των Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.4) και εκείνα των Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (ΗC.3), με ποσοστά 6,01% και 3,92% αντίστοιχα. Με ακόμη μικρότερη συχνότητα εντοπίζονται θέματα που αφορούν το Υγειονομικό υλικό που διατίθεται στους εξωτερικούς ασθενείς (ΗC.5) και τις Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (ΗC.2), καταγράφοντας ποσοστά ίσα με 1,57% και 0,91% αντίστοιχα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9:

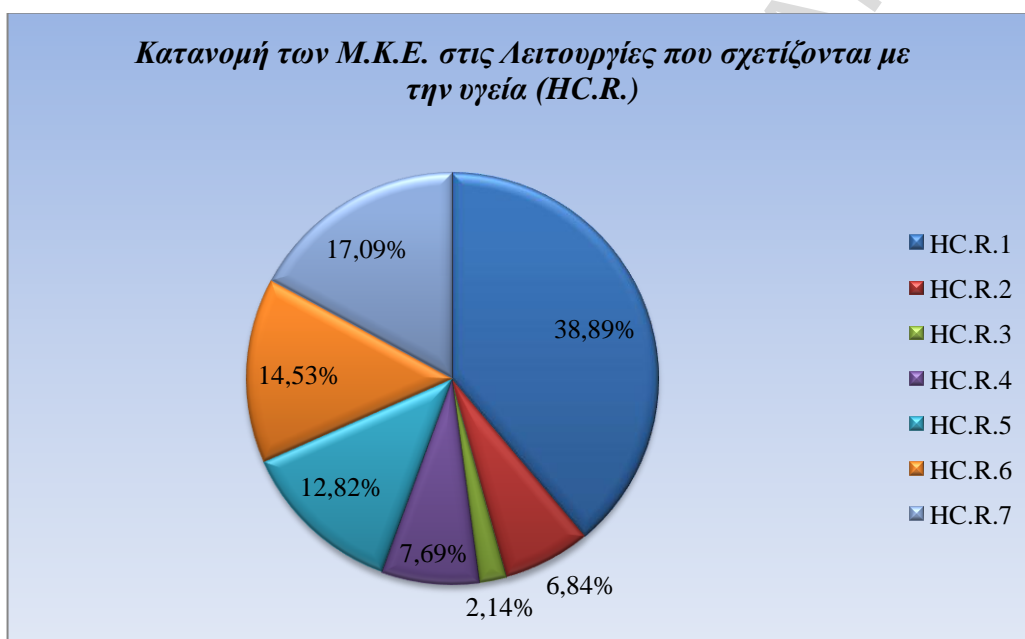
Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Ακολουθως, η επόμενη μεταβλητή της έρευνας που εξετάστηκε, σε επίπεδο απλών συχνοτήτων, ήταν η «εξειδίκευση» της κατηγοριοποίησης HC., που αντιστοιχεί στις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ταξινόμηση HC.R.). Όπως έχει ήδη διευκρινιστεί, η ταξινόμηση HC.R. αποτελεί την εξειδικευμένη «συνέχεια» της HC. και χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο εναλλακτικά αυτής, σε περιπτώσεις όπου το περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. παρουσιάζει εξειδίκευση και ως εκ τούτου δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί εντός των πλαισίων των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Η καταγραφή επομένως των συχνοτήτων που σημείωσαν οι υποκατηγορίες της ταξινόμησης HC.R. είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι δύναται να συγκεκριμενοποιήσει κάποια από τα προβλήματα του χώρου της υγείας.

Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10), στο περιεχόμενο των «εξειδικευμένων» Μ.Κ.Ε. εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), ενώ με τη μικρότερη ζητήματα Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3).

Αναλυτικότερα, τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) αντιστοιχούν στο 38,89% του συνόλου των Μ.Κ.Ε., τα ζητήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά

(HC.R.7) στο 17,09%, τα ζητήματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) στο 14,53%, ενώ οι υποθέσεις Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) στο 12,82%. Χαμηλότερα ποσοστά επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. αποτελούν οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, πιο συγκεκριμένα, τα θέματα Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) το 7,69%, τα ζητήματα Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας (HC.R.2) το 6,84% ενώ τα ζητήματα Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3) μόλις το 2,14%.



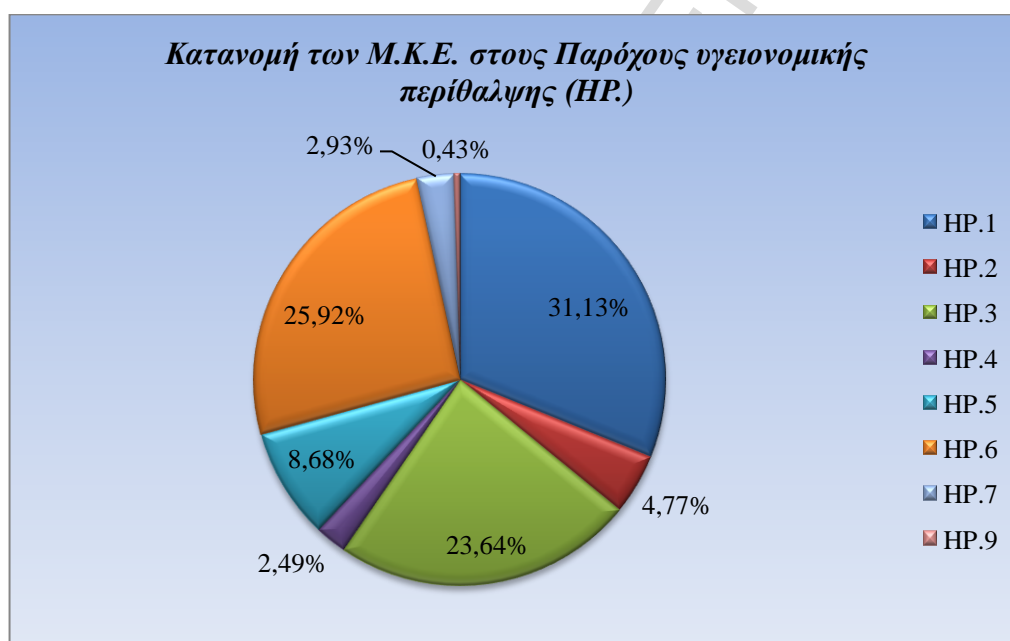
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10:

Ποσοστιαία κατανομή Μ.Κ.Ε. στις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Στη συνέχεια, εξετάστηκε το περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. υπό το πρίσμα της δεύτερης (2^{ης}) διάστασης κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. που αντιστοιχεί στους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HP.), ώστε μέσα από την καταγραφή των απλών συχνοτήτων να αναδειχθούν εκείνοι οι πάροχοι που σχετίζονται με τα περισσότερα προβλήματα, άρα αποτελούν τους πλέον «δυσλειτουργικούς». Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.11), εύκολα αντιλαμβανόμαστε ότι με τη μεγαλύτερη συχνότητα εντοπίζονται στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. ζητήματα Νοσοκομείων (HP.1) και με την μικρότερη ζητήματα των όλων υπολοίπων περιπτώσεων παρόχων (HP.9).

Πιο συγκεκριμένα, τα ζητήματα Νοσοκομείων (HP.1) εντοπίζονται στο περιεχόμενο των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. με τη μεγαλύτερη συχνότητα, καθώς συγκεντρώνουν ποσοστό ίσο με το 31,13% του συνόλου. Με τη δεύτερη (2^η) μεγαλύτερη

συχνότητα και ποσοστό 25,92% εντοπίζονται προβλήματα σχετικά με τη Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), ενώ με την τρίτη (3^η) μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 23,64% εντοπίζονται θέματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3). Όλοι οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Παρόχων ακολουθούν, καταγράφοντας σαφώς μικρότερα ποσοστά. Αναλυτικότερα, από το σύνολο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., τα ζητήματα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσια υγείας (HP.5) αντιστοιχούν στο 8,68%, τα προβλήματα των Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) στο 4,77%, οι δυσλειτουργίες άλλων βιομηχανιών Παρόχων (HP.7) στο 2,93%, τα θέματα Λιανικής πώλησης και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) στο 2,49% και τέλος, τα θέματα που αφορούν στις υπόλοιπες περιπτώσεις Παρόχων (HP.9) στο ισχνό 0,43%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11:
Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. στους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Στη συνέχεια, το περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. εξετάστηκε αναφορικά με την τρίτη (3^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. που αντιστοιχεί στη Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HF.), ώστε να διαφανεί η συχνότητα με την οποία εντοπίζονται οι διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης στο περιεχόμενο των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. και να αναδειχθούν κατ' επέκταση τα αντίστοιχα προβλήματα χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας.

Τα ευρήματα της επεξεργασίας των δεδομένων αποτυπώνονται στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12) και από την παρατήρησή του εύκολα επισημαίνεται ότι η Ευρύτερη κρατική (HF.1) αποτελεί την κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης, δεδομένου ότι

αφορά στο 94,99% των εγγραφών Μ.Κ.Ε., ενώ με χαοτική ποσοστιαία διαφορά ακολουθούν η χρηματοδότηση Ιδιωτικού τομέα (HF.2) και οι λοιπές περιπτώσεις χρηματοδότησης (HF.3), με ποσοστά 4,42% και 0,58% επί του συνόλου αντίστοιχα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12:

Ποσοστιαία κατανομή Μ.Κ.Ε. στη Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Ακολουθώς παρουσιάζονται τα ευρήματα απλών συχνοτήτων από την κατηγοριοποίηση των Μ.Κ.Ε. σύμφωνα με την εμβέλεια του περιεχομένου τους, διότι κρίθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον να διερευνηθεί σε ποιο επίπεδο αναφοράς κάθε πρόβλημα που περιγράφουν τα Μ.Κ.Ε. «αγγίζει» την ελληνική κοινωνία. Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13), το περιεχόμενο της πλειοψηφίας των Μ.Κ.Ε. σε ποσοστό 44,62% είναι Εθνικού ενδιαφέροντος, αφορά επομένως στο σύνολο της την ελληνική κοινωνία. Ωστόσο, ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό στο σύνολο των Μ.Κ.Ε., ίσο με 37,38%, αποτελούν και τα Τοπικού ενδιαφέροντος θέματα, όσα δηλαδή αφορούν στις τοπικές κοινωνίες της χώρας. Ακολουθούν τα Μ.Κ.Ε. Περιφερειακής εμβέλειας με ποσοστό 11,25% και τα Προσωπικού περιεχομένου με 4,21%, ενώ όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις αποτελούν μόλις το 2,54% του συνόλου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13:
Ποσοστιαία κατανομή των Μ.Κ.Ε. βάσει της εμβέλειας του περιεχομένου τους

5.3. Ευρήματα συσχετισμού των μεταβλητών

5.3.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Στις παραγράφους που προηγήθηκαν παρουσιάστηκαν τα ευρήματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας σε επίπεδο απλών συχνοτήτων. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο μέγεθος του δείγματος και τον αριθμό των υπό εξέταση μεταβλητών, πέραν της καταγραφής των απλών συχνοτήτων, θεωρήθηκε ιδιαίτερου ενδιαφέροντος ο συσχετισμός των μεταβλητών. Ως εκ τούτου, στις παραγράφους που ακολουθούν θα παρουσιαστούν τα ευρήματα του συσχετισμού των μεταβλητών, προκειμένου να καταστεί κατανοητή η μεταξύ τους σχέση, το πώς δηλαδή η κάθε μεταβλητή επηρεάζει την άλλη, με τελικό στόχο τη διεξαγωγή όσο το δυνατόν αναλυτικότερων, πληρέστερων και συνδυαστικών ευρημάτων από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια.

5.3.2. Συσχετισμοί Βουλευτικής Περιόδου – Συνόδου

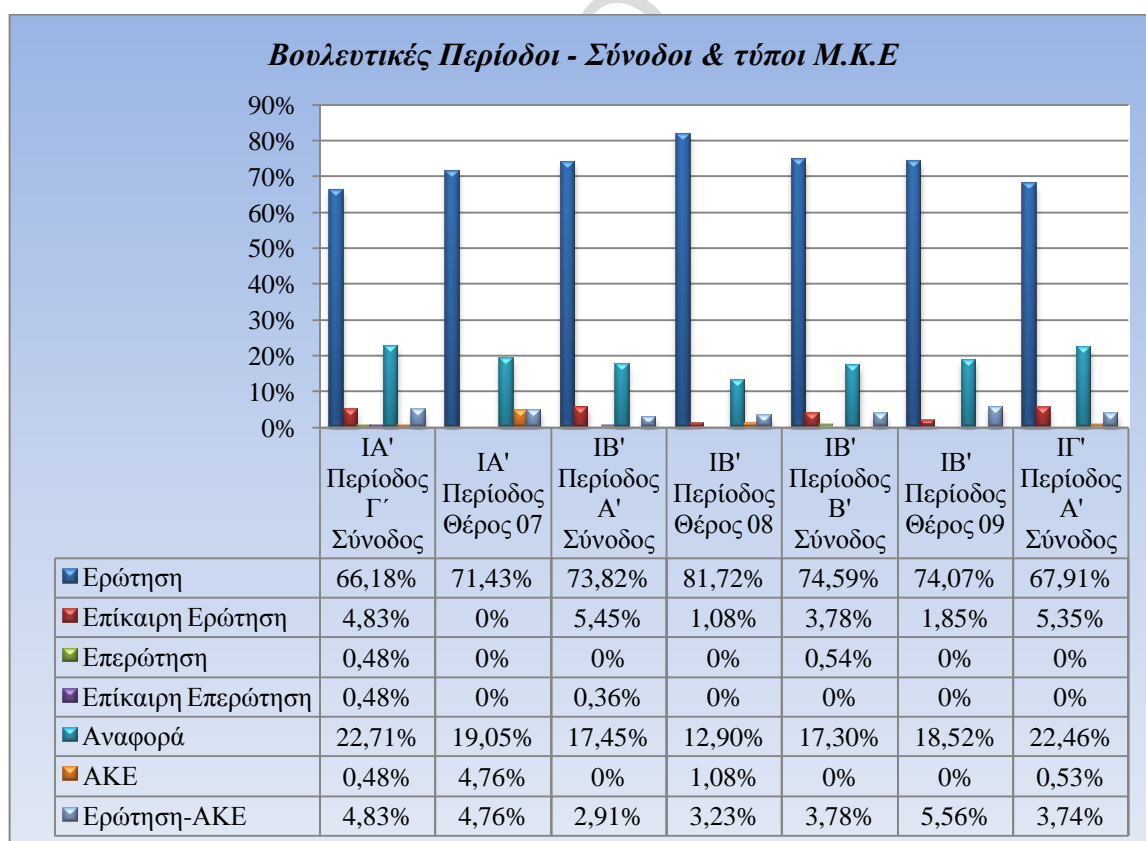
Η πρώτη εκ των μεταβλητών της έρευνας που επιλέχθηκε να συσχετιστεί με τις υπόλοιπες ήταν η Βουλευτική Περίοδος. Όπως έχει ήδη διευκρινιστεί οι Βουλευτικές Περίοδοι με τις αντίστοιχες Συνόδους τους εκ των οποίων αντλήθηκε το υλικό της έρευνας είναι με αύξουσα χρονολογική σειρά οι ακόλουθες:

- ✓ ΙΑ΄ Περίοδος – Γ΄ Σύνοδος (2/10/2006 – 6/7/2007)
- ✓ ΙΑ΄ Περίοδος – Θέρος '07 (10/7/2007 – 2/8/2007)

- ✓ IB' Περίοδος – Α' Σύνοδος (26/9/2007 – 27/6/2008)
- ✓ IB' Περίοδος – Θέρος '08 (8/7/2008 – 3/10/2008)
- ✓ IB' Περίοδος – Β' Σύνοδος (6/10/2008 – 8/5/2009)
- ✓ IB' Περίοδος – Θέρος '09 (16/6/2009 – 3/9/2009)
- ✓ ΙΓ' Περίοδος – Α' Σύνοδος (14/10/2009 – 16/7/2010)

5.3.2.1. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Τύπος Μ.Κ.Ε.

Ο συσχετισμός των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων, με τους διαφορετικούς τύπους των Μ.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της προσπάθειας ανάδειξης του τρόπου κατανομής των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε., κατά τη διάρκεια των Συνόδων των Βουλευτικών Περιόδων, τα δε αποτελέσματα που προέκυψαν, είναι ιδιαίτερα διαφωτιστικά. Κατ' αρχήν, παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14), διαπιστώνουμε ότι σε όλες τις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους, η κατανομή των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. πραγματοποιείται με ανάλογα ποσοστά και τις Ερωτήσεις να αποτελούν τον πιο συνήθη τύπο.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14:

Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & τύπων Μ.Κ.Ε.

Αναλυτικότερα, για τη Γ' Σύνοδο της ΙΑ' Περιόδου, επισημαίνεται ότι οι Ερωτήσεις αποτελούν το 66,18% των συνολικά κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., ενώ με σημαντική

διαφορά και ποσοστό ίσο με 22,71% ακολουθούν οι Αναφορές, Έπονται οι Επίκαιρες Ερωτήσεις και οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. με 4,83%, ενώ με ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά της τάξης του 0,48%, εντοπίζονται οι Επερωτήσεις, οι Επίκαιρες Επερωτήσεις και οι Α.Κ.Ε.

Κατά τη διάρκεια του Θέρους '07 της ΙΑ΄ Περιόδου παρατηρούμε ότι οι Ερωτήσεις και οι Αναφορές εξακολουθούν να αποτελούν τους δύο (2) κύριους εκπροσώπους των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., σημειώνεται όμως αφενός αύξηση του ποσοστού των πρώτων σε 71,43% και αφετέρου μείωση του ποσοστού των δεύτερων σε 19,05%. Οι υπόλοιπες κατηγορίες Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν το εν λόγω διάστημα είναι οι Α.Κ.Ε. και οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. σε ποσοστό 4,76% έκαστη, ενώ δεν υπεβλήθησαν Επίκαιρες Ερωτήσεις, Επερωτήσεις και Επίκαιρες Επερωτήσεις (0%).

Όσον αφορά την Α΄ Σύνοδο της ΙΒ΄ Περιόδου, η κατανομή των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. πραγματοποιείται κατά 73,82% σε Ερωτήσεις, κατά 17,45% σε Αναφορές, κατά 5,45% σε Επίκαιρες Ερωτήσεις, κατά 2,91% σε συνδυασμούς Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. και κατά 0,36% σε Επίκαιρες Ερωτήσεις, ενώ δεν εντοπίζονται Επερωτήσεις και Α.Κ.Ε.

Το Θέρος '08 της ίδιας περιόδου οι Ερωτήσεις σημειώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τις υπόλοιπες συνόδους, ίσο με 81,72% επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. και οι Αναφορές το μικρότερο ίσο με 12,90%. Ακολουθούν οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. με 3,23% καθώς και οι Α.Κ.Ε. και οι Επίκαιρες Ερωτήσεις με 1,08% έκαστη.

Κατά τη διάρκεια της Β΄ Συνόδου της ΙΒ΄ Περιόδου παρατηρούμε ότι τα περισσότερα από τα Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής αντιστοιχούν στις Ερωτήσεις με ποσοστό 74,59%, με τη δεύτερη μεγαλύτερη αναλογία και ποσοστό 17,3% εντοπίζονται οι Αναφορές, ακολούθως με σημαντική διαφορά και ποσοστό 3,78% συμμετέχουν στο σύνολο των Μ.Κ.Ε. αμφότερες οι Επίκαιρες Ερωτήσεις και οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε., ενώ οι Επερωτήσεις εντοπίζονται στο ελάχιστο 0,54% επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε.

Το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου, οι προαναφερθείσες αναλογίες παρουσιάζουν μικρές μεταβολές, χωρίς σημαντική διαφοροποίηση της συνολικής «εικόνας», δεδομένου ότι οι Ερωτήσεις αντιστοιχούν στο 74,07% του συνόλου, οι Αναφορές στο 18,52%, οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. στο 5,56% και οι Επίκαιρες Ερωτήσεις στο 1,85%.

Τέλος, την Α΄ Σύνοδο της ΙΓ΄ Περιόδου, εύκολα διαπιστώνουμε ότι οι Ερωτήσεις αποτελούν για ακόμη μια φορά τον πλέον συνήθη τύπος Μ.Κ.Ε., καταγράφουν όμως ένα, για τα «δεδομένα» τους, σχετικά χαμηλό ποσοστό ίσο με 67,91%, ανάλογο αυτού που

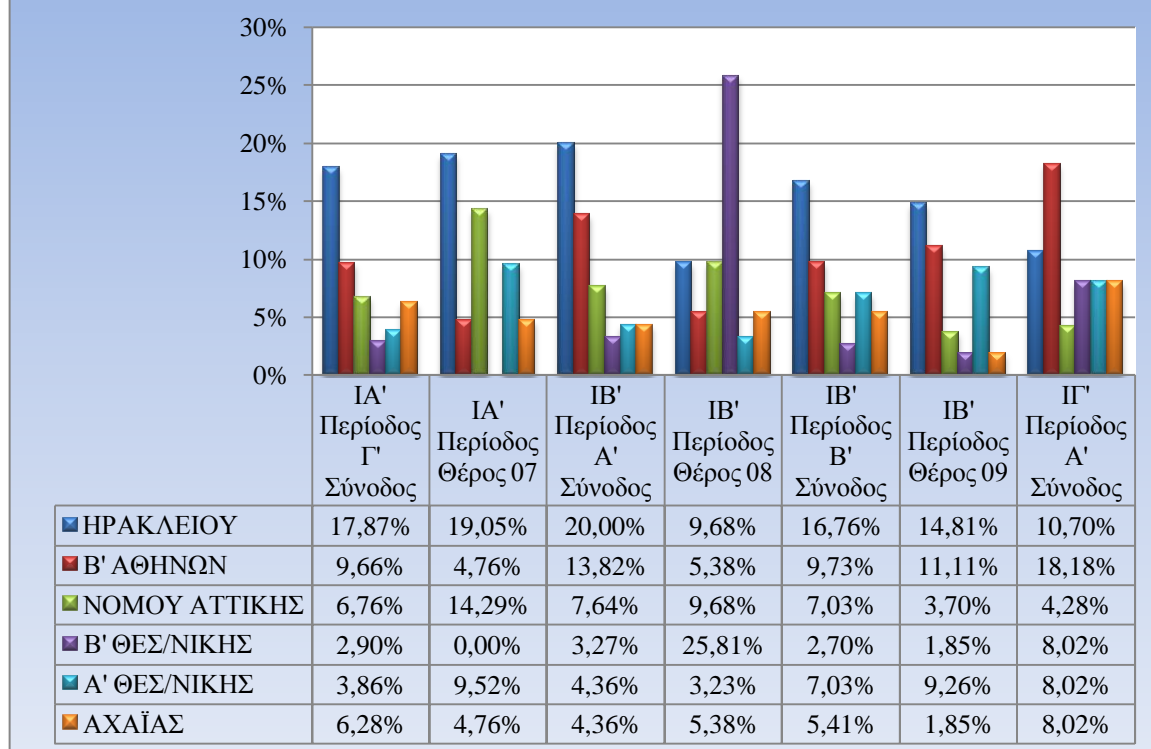
σημείωσαν κατά τη διάρκεια της Γ΄ Συνόδου της ΙΑ΄ Περιόδου. Οι Αναφορές, σταθερά συγκεντρώνουν το δεύτερο (2^ο) μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε., ίσο με 22,46%, το τρίτο (3^ο) μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στις Επίκαιρες Ερωτήσεις και αντιστοιχεί στο 5,35%, ενώ το τέταρτο (4^ο), ίσο με 3,74%, στους συνδυασμούς Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. Στο εν λόγω χρονικό διάστημα οι Α.Κ.Ε. αντιστοιχούν στο ισχνό 0,53% του συνόλου, ενώ δεν εντοπίζονται Επερωτήσεις και Επίκαιρες Επερωτήσεις.

5.3.2.2. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εκλογική Περιφέρεια

Η επόμενη από τις μεταβλητές της έρευνας που συσχετίστηκε με την Βουλευτική Περίοδο – Σύνοδο ήταν η Εκλογική Περιφέρεια που εκπροσωπεί ο καταθέτων το Μ.Κ.Ε. Βουλευτής. Ο εν λόγω συσχετισμός επιλέχθηκε προκειμένου να αναδειχθούν ανά Βουλευτική Περίοδο – Σύνοδο, οι πλέον «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες, εκείνες δηλαδή που εκπροσωπούνται από Βουλευτές με τη μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαδικασία του Κ.Ε. Ωστόσο, όπως ήδη κατέστη σαφές στην παρουσίαση των ευρημάτων των Εκλογικών Περιφερειών σε επίπεδο απλών συχνοτήτων, η ποσοστιαία «συμμετοχή» τους στη διαδικασία του Κ.Ε. είναι κάθε άλλο παρά ισοκαταταγμένη και καταγράφονται μεταξύ τους ιδιαίτερα έντονες ποσοστιαίες. Επομένως για τον προκείμενο συσχετισμό, θεωρήθηκε περισσότερο ενδιαφέρον στατιστικά να συμπεριληφθούν οι έξι (6) περισσότερες «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες στη διαδικασία του Κ.Ε. για το σύνολο του διαστήματος της έρευνας, οι οποίες με φθίνουσα σειρά ποσοστιαίας «συμμετοχής» είναι οι: Ηρακλείου, Β΄ Αθηνών, Νομού Αττικής (υπόλοιπο Αττικής), Β΄ Θεσσαλονίκης, Α΄ Θεσσαλονίκης και Αχαΐας.

Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15), διαπιστώνουμε ότι η Εκλογική Περιφέρεια του Ηρακλείου καταγράφεται στις περισσότερες Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους ως η πλέον «ενεργή», ακολουθούμενη κατά κανόνα από τη Β΄ Αθηνών. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη Γ΄ Σύνοδο της ΙΑ΄ Περιόδου, η Εκλογική Περιφέρεια του Ηρακλείου καταγράφεται ως η πλέον ενεργή, καθώς οι Βουλευτές της οι οποίοι συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε., αποτελούν το 17,87% του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων, ενώ στη δεύτερη (2^η) θέση με ποσοστό 9,66% βρίσκεται η Β΄ Αθηνών. Ακολουθούν η Ν. Αττικής (υπόλοιπο Αττικής) με 6,76%, η Αχαΐας με 6,28%, η Α΄ Θεσσαλονίκης με 3,86% και η Β΄ Θεσσαλονίκης με 2,90%.

Βουλευτικές Περίοδοι - Σύνοδοι & Εκλογικές Περιφέρειες



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15:

Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Εκλογικών Περιφερειών

Προχωρώντας στο Θέρος '07 της ίδιας περιόδου σημειώνουμε μια διαφοροποίηση των αναλογιών «συμμετοχής», καθώς ναι μεν η Εκλογική Περιφέρεια του Ηρακλείου παραμένει η πλέον «ενεργή» με ποσοστό 19,05%, όμως το δεύτερο (2^ο) μεγαλύτερο ποσοστό, ίσο με 14,29%, αντιστοιχεί στο υπόλοιπο Αττικής, το οποίο σημειώνει αξιοσημείωτη αύξηση. Στην τρίτη (3^η) θέση βρίσκεται η Α΄ Θεσσαλονίκης με 9,52% και έπονται η Αχαΐας και η Β΄ Αθηνών με 4,76% αμφότερες.

Προχωρώντας στην Α΄ Σύνοδο της ΙΒ΄ Περιόδου, η εικόνα της «συμμετοχής» των Εκλογικών Περιφερειών στη διαδικασία του Κ.Ε. προσομοιάζει εκείνης της πρώτης (1^{ης}) υπό εξέταση χρονικής περιόδου καθώς οι Βουλευτές του Ηρακλείου για μία ακόμη φορά υπήρξαν οι πιο δραστήριοι στην κατάθεση των Μ.Κ.Ε. πραγματοποιώντας το 20% των συνολικών καταθέσεων, ενώ οι Βουλευτές της Β΄ Αθηνών υπέβαλαν το 13,82% του συνόλου. Το 7,64% των Μ.Κ.Ε. υπεβλήθη από τους Βουλευτές του υπολοίπου Αττικής και το 4,36% τόσο από τους Α΄ Θεσσαλονίκης όσο και από τους Αχαΐας. Τέλος, οι Βουλευτές της Β΄ Θεσσαλονίκης, καταθέτοντας το 3,27% των Μ.Κ.Ε. σημειώνονται ως οι λιγότεροι «ενεργοί» μεταξύ των προαναφερθέντων.

Στη συνέχεια, σημαντική τροποποίηση καταγράφεται κατά τη διάρκεια του Θέρους '08 της ίδιας περιόδου, με τη Β΄ Θεσσαλονίκης να αποτελεί την πλέον «ενεργή»

εκλογική περιφέρεια, με το μεγαλύτερο όλων ποσοστό της τάξης του 25,81%, ενώ το Ηράκλειο και το υπόλοιπο Αττικής ακολουθούν με ιδιαίτερα σημαντική διαφορά και ποσοστό ίσο με 9,68%. Οι Εκλογικές Περιφέρειες Αχαΐας και Β΄ Αθηνών έπονται με 5,38% και στην τελευταία θέση βρίσκεται η Α΄ Θεσσαλονίκης με 3,23%.

Στη Β΄ Σύνοδο της ίδιας περιόδου, οι αναλογίες διαφοροποιούνται εκ νέου και επιστρέφουν σε εκείνες των προγενέστερων χρονικών περιόδων. Πιο συγκεκριμένα, οι Βουλευτές του Ηρακλείου με συμμετοχή στη διαδικασία του Κ.Ε. ίση με 16,76%, αποδεικνύονται οι πλέον «ενεργοί», ακολουθούν οι Βουλευτές της Β΄ Αθηνών με 9,73%, έπονται οι Α΄ Θεσσαλονίκης και οι υπολοίπου Αττικής με 7,03%, οι Αχαΐας με 5,41%, ενώ στη τελευταία θέση εκ των έξι (6) βρίσκονται οι Β΄ Θεσσαλονίκης με ποσοστό συμμετοχής ίσο με 2,70% επί του συνόλου.

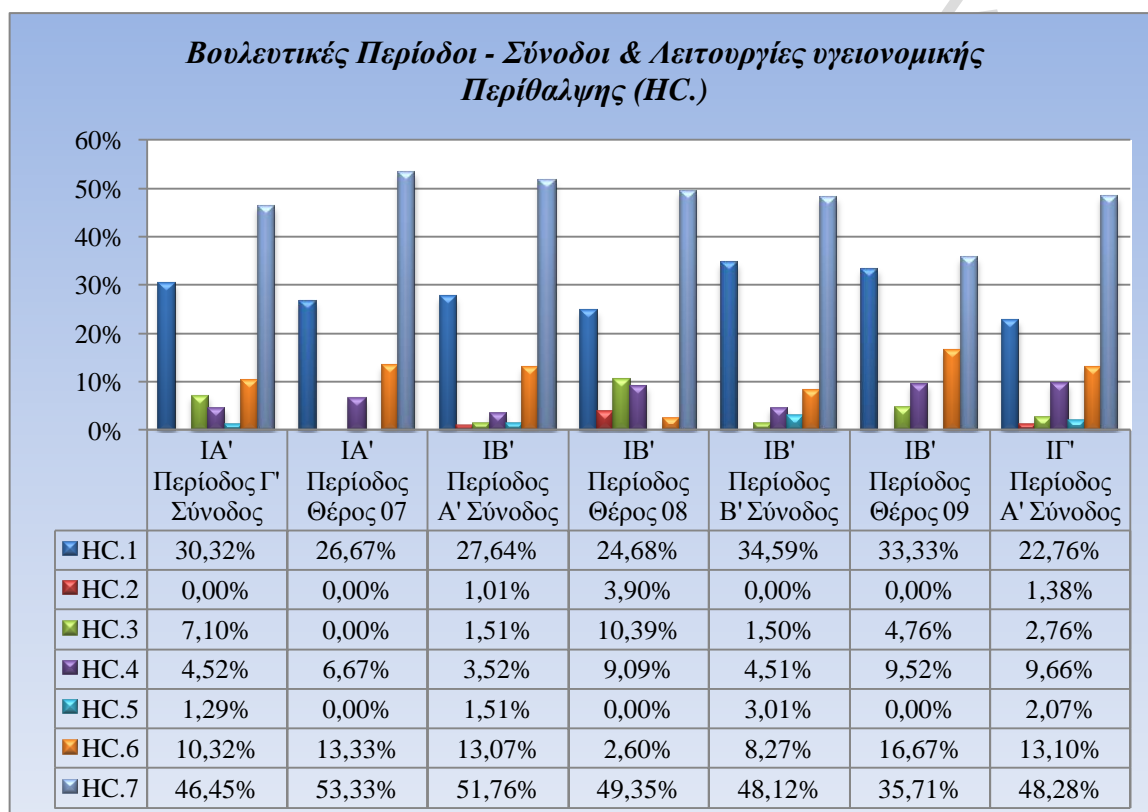
Εξετάζοντας στη συνέχεια το Θέρος '09 τη ίδιας Περιόδου, διαφοροποιήσεις σημειώνονται για τις Εκλογικές Περιφέρειες Α΄ Θεσσαλονίκης, υπολοίπου Αττικής και Αχαΐας. Αναλυτικότερα, η Εκλογική Περιφέρεια του Ηρακλείου, σημειώνει για ακόμη μια φορά το μεγαλύτερο ποσοστό «συμμετοχής» στον Κ.Ε., ίσο με 14,81% και θεωρείται η πλέον «ενεργή» Εκλογική Περιφέρεια και η Β΄ Αθηνών για μία ακόμη φορά αποτελεί τη δεύτερη (2^η) πιο «ενεργή» με ποσοστό ίσο με 11,11%. Η τρίτη (3^η) πιο «ενεργή» είναι η Α΄ Θεσσαλονίκης με 9,26% και με μεγάλη διαφορά, η τέταρτη (4^η) πιο «ενεργή» είναι του υπολοίπου Αττικής με 3,70%. Οι λιγότερο ενεργές Εκλογικές Περιφέρειες είναι οι Β΄ Θεσσαλονίκης και Αχαΐας με 1,85% αμφότερες.

Τέλος, για το διάστημα της Α΄ Συνόδου της ΙΓ΄ Περιόδου, παρατηρούμε ότι η συμμετοχή των Εκλογικών Περιφερειών στη διαδικασία του Κ.Ε., πραγματοποιείται με περισσότερη ομοιογένεια, εξαιρουμένων της πρώτης και της τελευταίας περιφέρειας. Πιο συγκεκριμένα, το πλειοψηφικό 18,18% των Μ.Κ.Ε. κατατέθηκε στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής από τους Βουλευτές της Β΄ Αθηνών και το μειοψηφικό 4,28% από τους Βουλευτές του υπολοίπου Αττικής. Στις ενδιάμεσες περιπτώσεις, το 10,70% υπεβλήθη από τους Βουλευτές του Ηρακλείου, ενώ το υπόλοιπο 24,06% υπεβλήθη σε ίσα μέρη από τους Βουλευτές της Β΄ Θεσσαλονίκης, της Α΄ Θεσσαλονίκης και της Αχαΐας (8,02%).

5.3.2.3. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.)

Στη συνέχεια η Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος συσχετίστηκε με την πρώτη (1^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. που αντιστοιχεί στις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση ΗC.). Ο εν λόγω συσχετισμός επιλέχθηκε προκειμένου να αναδειχθούν εκείνες οι Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες

εντοπίζονται τις περισσότερες φορές στη θεματολογία των Μ.Κ.Ε., συγκεντρώνοντας τα μεγαλύτερα ποσοστά και επομένως προβληματίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την κοινωνία. Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16), σε όλες τις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους, τα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά επί του συνόλου των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16:
Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Αναλυτικότερα, ξεκινώντας από τη Γ΄ Σύνοδο της ΙΑ΄ Περιόδου, παρατηρούμε ότι τα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7) απασχολούν περισσότερο την κοινωνία καθώς εντοπίζονται στο 46,45% του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., ενώ με ποσοστό 30,32% ακολουθούν τα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1). Με αξιοσημείωτη διαφορά έπονται οι υπόλοιπες υποκατηγορίες των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, πιο συγκεκριμένα, τα θέματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) εντοπίζονται στο 10,32% του συνόλου, εκείνα των Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) στο 7,10%, τα σχετικά με τις Βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.4) ζητήματα στο 4,52% ενώ εκείνα που αφορούν στο Υγειονομικό υλικό των εξωτερικών ασθενών (HC.5) στο 1,29%. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια του εν λόγω

χρονικού διαστήματος δεν εντοπίζονται προβλήματα σχετικά με τις Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2).

Όσον αφορά το Θέρος '07 της ίδιας περιόδου, διαπιστώνουμε ότι τα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) απασχολούν ακόμη περισσότερο την κοινωνία, δεδομένου ότι αποτελούν το 53,33% του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., ενώ ακολουθούν με ποσοστό 26,67% τα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1). Έπονται οι Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), με ποσοστό 13,33% επί του συνόλου και οι Βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.4) με ποσοστό 6,67%.

Κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΒ΄ Περιόδου, η εικόνα που διαμορφώνεται προσομοιάζει περισσότερο στην κατανομή των ποσοστών κατά τη διάρκεια της Γ΄ Συνόδου της ΙΑ΄ Περιόδου. Αναλυτικότερα, το πλειοψηφικό 51,76% των Μ.Κ.Ε., αφορά τη Διοίκηση της υγείας και την ασφάλιση υγείας (HC.7), το 27,64% τις Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), το 13,07% τις Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), το 3,52% τις Βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.4), το 1,51% αμφότερα ζητήματα Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) και Υγειονομικού υλικού των εξωτερικών ασθενών (HC.5), ενώ τέλος το 1,01%, θέματα Υπηρεσιών φροντίδας αποκατάστασης (HC.2).

Αναφορικά με το Θέρος '08 της ίδιας περιόδου, υπογραμμίζεται μια έντονη διαφοροποίηση σχετικά με τα θέματα των Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), τα οποία σημειώνουν την ελάχιστη ποσοστιαία τιμή τους, ίση με 2,60% για το σύνολο της διάρκειας της έρευνας. Όσον αφορά τις υπόλοιπες υποκατηγορίες, τα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) εντοπίζονται στο 49,35% του συνόλου των Μ.Κ.Ε., τα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) στο 24,68%, εκείνα των Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) στο 10,39%, των Βοηθητικών υπηρεσιών (HC.4) στο 9,09% και των Υπηρεσιών φροντίδας αποκατάστασης (HC.2) στο 3,90%, ενώ επισημαίνεται ότι δεν καταγράφονται θέματα Υγειονομικού υλικού που διατίθεται στους εξωτερικούς ασθενείς (HC.5).

Προκειμένου για τη Β΄ Σύνοδο της ίδιας περιόδου, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., το 48,12% αντιστοιχεί σε θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7), το 34,59% σε θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), το 8,27% σε ζητήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), το 4,51% σε ζητήματα Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.4), το 3,01% σε ζητήματα Υγειονομικού υλικού των εξωτερικών ασθενών (HC.5), το 1,50%

σε ζητήματα Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3), ενώ δεν εντοπίζονται περιπτώσεις Υπηρεσιών φροντίδας αποκατάστασης (HC.2).

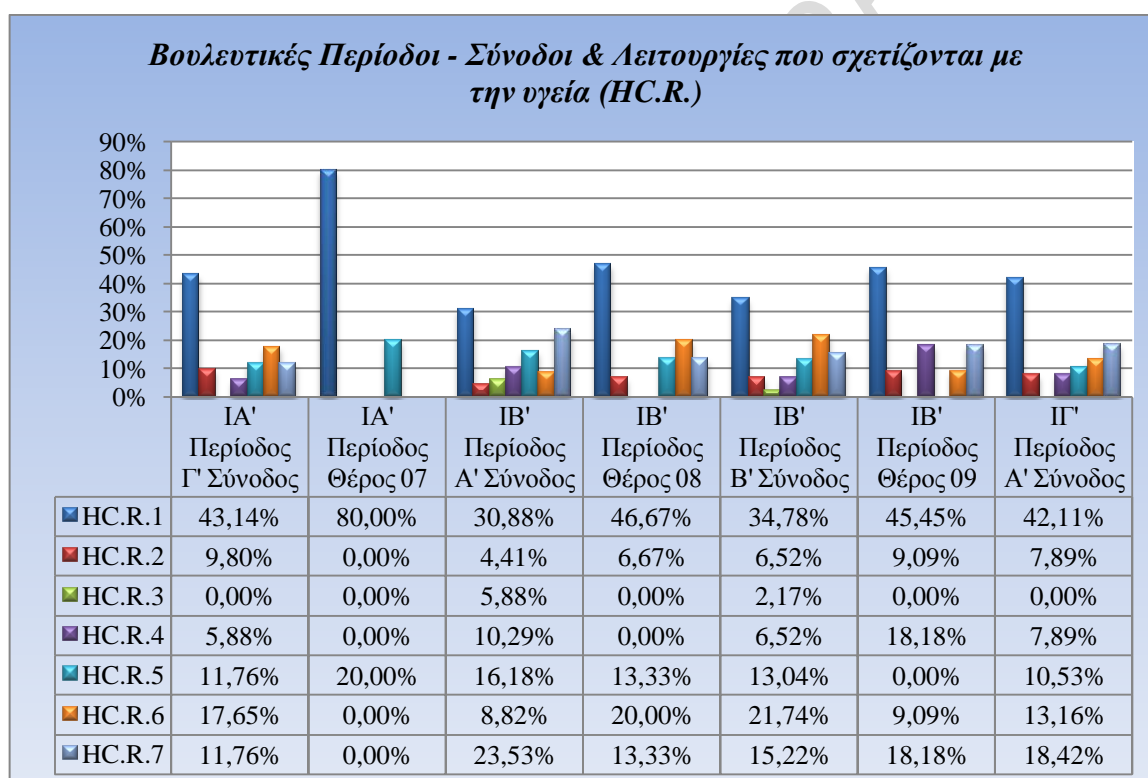
Κατά τη διάρκεια του Θέρους '09 της ίδιας περιόδου, δεν παρατηρούνται ουσιαστικές αλλαγές στην ιεράρχηση των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, μόνο διαφοροποιήσεις στις ποσοστιαίες κατανομές των υποκατηγοριών. Πιο συγκεκριμένα, η υποκατηγορία Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) εξακολουθεί να εντοπίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενο της θεματολογίας των Μ.Κ.Ε., λαμβάνοντας ωστόσο την ελάχιστη τιμή της διαχρονικά, ίση με 35,71%. Αντίθετα, οι Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), εντοπίζονται στο σύνολο των Μ.Κ.Ε. με τη δεύτερη (2^η) μεγαλύτερη συχνότητα τους διαχρονικά και ποσοστό ίσο με 33,33%. Ακολουθούν οι Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), σημειώνοντας τη μέγιστη ποσοστιαία τιμή τους, ίση με 16,67%, ενώ έπονται οι Βοηθητικές υπηρεσίες (HC.4) με ποσοστό 9,52% και οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) με 4,76%. Σημειώνεται ότι την εν λόγω χρονική περίοδο δεν εντοπίζονται εγγραφές ζητημάτων Υγειονομικού υλικού εξωτερικών ασθενών (HC.5) και Υπηρεσιών φροντίδας αποκατάστασης (HC.2).

Τέλος, όσον αφορά το τελευταίο διάστημα της έρευνας, το οποίο εμπεριέχεται εντός των χρονικών πλαισίων της Α' Συνόδου της ΙΓ' Περιόδου, παρατηρούμε ότι τα περισσότερα εκ των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., σε ποσοστό 48,28% αφορούν υποθέσεις Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7), ακολουθούν τα θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) οι σε ποσοστό 22,76%, ενώ έπονται τα ζητήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) σε ποσοστό 13,10%. Όλες οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης εντοπίζονται σε μικρότερα ποσοστά επί του συνόλου Μ.Κ.Ε. Αναλυτικότερα, οι Βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.4) στο 9,66%, οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) στο 2,76%, το Υγειονομικό υλικό των εξωτερικών ασθενών (HC.5) στο 2,07% και οι Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2) στο 1,38%.

5.3.2.4. Βουλευτική Περίοδος-Σύνοδος & Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία(HC.R)

Ο επόμενος συσχετισμός της Βουλευτικής Περιόδου πραγματοποιήθηκε με τις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ταξινόμηση HC.R.). Όπως έχει διευκρινιστεί, η κατηγοριοποίηση HC.R. αποτελεί την εξειδικευμένη «προέκταση» της HC. και χρησιμοποιείται κυρίως εναλλακτικά αυτής, κατά τις περιπτώσεις όπου το περιεχόμενο ενός Μ.Κ.Ε. είναι εξειδικευμένο και επομένως δεν δύναται να αποδοθεί επαρκώς μέσω

της κατηγοριοποίησης ΗC. Επομένως, ο συγκεκριμένος συσχετισμός επιλέχθηκε διότι δύναται να αποκαλύψει το βαθμό εξειδίκευσης του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. υπό το πρίσμα των σχετικών με την υγεία λειτουργιών, κατά τη διάρκεια της κάθε Βουλευτικής Περιόδου – Συνόδου και κατ' επέκταση να συγκεκριμενοποιήσει κάποια από τα προβλήματα που υπάρχουν στο χώρο της υγείας. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό από το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17), σε όλες τις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους, με τη μεγαλύτερη συχνότητα εντοπίζονται ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), ενώ με τη μικρότερη θέματα Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17:
Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Πιο συγκεκριμένα, ξεκινώντας από τη Γ' Σύνοδο της ΙΑ' Περιόδου, παρατηρούμε ότι το 43,14% του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. αφορά προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), το 17,65% υποθέσεις Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), το 11,76% ζητήματα τόσο Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) όσο και Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), το 9,80% περιπτώσεις σχετικές με την Επιμόρφωση

και εκπαίδευση του προσωπικού υγείας (HC.R.2), το 5,88% προβλήματα Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4), ενώ τέλος, δεν καταγράφεται κάποια υπόθεση Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3).

Προχωρώντας στο Θέρος '07 της ίδιας περιόδου υπογραμμίζουμε την έντονη διαφοροποίηση που σημειώνεται στην κατανομή των ποσοστών, καθώς στο σύνολο των Μ.Κ.Ε. εντοπίζονται θέματα μόνο των δύο (2) εκ των επτά (7) υποκατηγοριών και πιο συγκεκριμένα, θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) σε ποσοστό 80% και θέματα Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) σε ποσοστό 20%.

Συνεχίζοντας στην Α' Σύνοδο της ΙΒ' Περιόδου, η ιεράρχηση των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία παρουσιάζει μια περισσότερο ισορροπημένη εικόνα κατανομής. Αναλυτικότερα, η Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης αφορά το 30,88% του συνόλου, η Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) το 23,53%, η Περιβαλλοντική υγεία (HC.R.5) το 16,18%, ο Έλεγχος των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) το 10,29%, η Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) το 8,82%, η Έρευνα και ανάπτυξη στο χώρο της υγείας (HC.R.3) το 5,88% και τέλος η Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού υγείας (HC.R.2) το 4,41%.

Κατά τη διάρκεια του Θέρους '08 της ίδιας περιόδου, τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) εντοπίζονται στο 46,67% του συνόλου των Μ.Κ.Ε., τα ζητήματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της ζωής με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) στο 20%, αμφότερες οι υποθέσεις Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) και Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) στο 13,33%, ενώ τέλος, τα θέματα Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας (HC.R.2) στο 6,67%.

Όσον αφορά τη Β' Σύνοδο της ίδιας περιόδου, το σύνολο των καταχωρηθέντων Μ.Κ.Ε. στην ταξινόμηση HC.R., κατανέμεται κατά 34,78% σε ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), κατά 21,74% σε υποθέσεις Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της ζωής με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), κατά 15,22% σε θέματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), κατά 13,04% σε υποθέσεις Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5), κατά 6,52% σε αμφότερες τις

περιπτώσεις Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας (HC.R.2) και Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4), ενώ κατά 2,17% στα θέματα Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3).

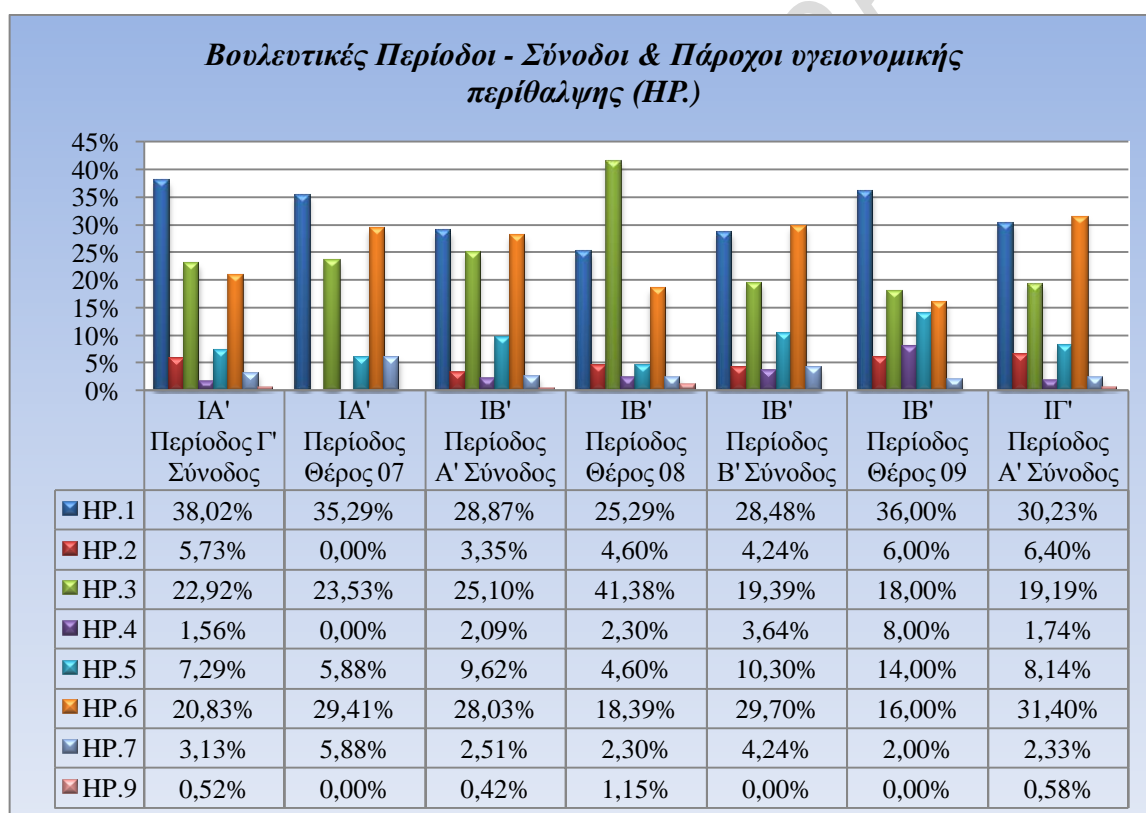
Το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου, σημειώνονται διαφοροποιήσεις των ποσοστών των υποκατηγοριών συγκριτικά με την προηγούμενη σύνοδο. Κατ' αρχήν, ποσοστιαία άνοδο σημειώνουν τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) καθώς το ποσοστό τους διαμορφώνεται στο 45,45%. Επίσης, ποσοστιαία άνοδο, σημειώνουν και τα ζητήματα Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) καθώς και αυτά της Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), με ποσοστό ίσο με 18,18%. Τέλος ποσοστιαία άνοδος σημειώνεται και για τις υποθέσεις Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας (HC.R.2), με ποσοστό ίσο με 9,09%. Αντιθέτως, ποσοστιαία πτώση, σημειώνουν τα θέματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) καθώς εντοπίζονται σε ποσοστό 9,09% επί του συνόλου.

Όσον αφορά το διάστημα της έρευνας εντός των χρονικών ορίων της Α' Συνόδου της ΙΓ' Περιόδου, προκειμένου για τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας (HC.R.2) αλλά και Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4), παρατηρούμε ότι σημειώνεται πτώση των αναλογούντων ποσοστών, τα οποία διαμορφώνονται σε 42,11%, 7,89% και 7,89% αντίστοιχα. Αντίθετα, τα ζητήματα Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5), Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) και Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), σημειώνουν άνοδο των ποσοστών τους, τα οποία διαμορφώνονται σε 10,53%, 13,16% και 18,42% αντίστοιχα. Σημειώνεται ότι η Έρευνα και ανάπτυξη στο χώρο της υγείας (HC.R.3), παραμένει και την εν λόγω περίοδο αμετάβλητη και άνευ καταγεγραμμένης περίπτωσης Μ.Κ.Ε. (0%).

5.3.2.5. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Ο επόμενος συσχετισμός των μεταβλητών της έρευνας, πραγματοποιήθηκε μεταξύ των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων και της δεύτερης (2^η) διάστασης της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τους Παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HP.). Ο εν λόγω συσχετισμός επιλέχθηκε διότι δύναται να αναδείξει τη

συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι διάφοροι Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. που κατατίθενται κατά τη διάρκεια κάθε Βουλευτικής Περιόδου – Συνόδου, εντός των χρονικών πλαισίων της παρούσας έρευνας, ώστε να διαφανούν τελικά εκείνοι οι Πάροχοι που παρουσιάζουν τα περισσότερα προβλήματα. Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18), εύκολα διαπιστώνουμε ότι σε όλες σχεδόν τις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους, η πλειοψηφία των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. αφορά τα Νοσοκομεία (HP1.), ενώ ακολουθούν οι Πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) και η Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), με διαφοροποιούμενα κατά Βουλευτική Περίοδο – Σύνοδο ποσοστά.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18:

Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη Γ' Σύνοδο της ΙΑ' Περιόδου, ζητήματα Νοσοκομείων (HP1.) εντοπίζονται στο 38,02% του συνόλου των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., ζητήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) εντοπίζονται στο 22,92%, ενώ ζητήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) εντοπίζονται στο 20,83% του συνόλου. Όλες οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Παρόχων εντοπίζονται με εμφανώς μικρότερα ποσοστά, αναλυτικότερα, η Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με 7,29%, οι Μονάδες νοσηλευτικής

περίθαλψης και διαμονής (HP.2) με 5,73%, οι άλλες βιομηχανίες (HP.7) με 3,13%, η Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (HP.4) με 1,56% και όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις παρόχων (HP.9) με το ισχνό 0,52%.

Συνεχίζοντας στο Θέρος '07 της ίδιας περιόδου, σημειώνεται σημαντική μείωση της ποσοστιαίας διαφοράς μεταξύ των ζητημάτων Νοσοκομείων (HP1.) και Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), από τις δέκα οχτώ (18) σχεδόν μονάδες της προηγούμενης συνόδου σε έξι (6) για την εν λόγω σύνοδο, με αποτέλεσμα τα τρέχοντα ποσοστά των δύο (2) υποκατηγοριών να διαμορφώνονται σε 35,29% και 29,41% αντίστοιχα. Με μικρή διαφορά και ποσοστό 23,53%, ακολουθούν τα ζητήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3), ενώ με αξιοσημείωτη διαφορά και ποσοστό 5,88% έπονται, αφενός τα ζητήματα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) και αφετέρου των λοιπών βιομηχανιών (HP.7).

Όσον αφορά την Α' Σύνοδο της ΙΒ' Περιόδου, τα προβλήματα των Νοσοκομείων (HP1.) φαίνεται να απασχολούν περισσότερο την κοινωνία με ποσοστό 28,87% επί του συνόλου των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. Με οριακή διαφορά και ποσοστό 28,03% ακολουθούν εκείνα της Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), ενώ μεγάλο ποσοστό ενδιαφέροντος, ίσο με 25,10% συγκεντρώνουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τους Παρόχους περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3). Έπονται τα θέματα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με ποσοστό ενδιαφέροντος 9,62%, τα ζητήματα Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) με 3,35%, των άλλων βιομηχανιών (HP.7) με 2,51%, της Λιανικής πώλησης και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) με 2,09% και όλων των υπολοίπων περιπτώσεων (HP.9) με 0,42%.

Εξετάζοντας στη συνέχεια το Θέρος '08 της ίδιας περιόδου, διαπιστώνουμε μια έντονη διαφοροποίηση σχετικά με την ιεράρχηση των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης συγκριτικά με τις υπόλοιπες Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους της έρευνας. Κατ' αρχήν παρατηρούμε ότι τα θέματα των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) αποτελούν το 41,38% του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., καταγράφοντας τη μέγιστη τιμή τους και καταλαμβάνοντας την πρώτη (1^η) θέση στην κατάταξη ενώ τα θέματα των Νοσοκομείων (HP1.) ακολουθούν στη δεύτερη (2^η) θέση, με ποσοστό 25,29% που αντιστοιχεί στην ελάχιστη τιμή τους. Ακολουθούν, τα θέματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) με ποσοστό 18,39%, τα θέματα Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) καθώς και τα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με 4,60%. Έπονται

τα ζητήματα Λιανικής πώλησης και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) και τα ζητήματα άλλων βιομηχανιών (HP.7) με 2,30%, ενώ στην τελευταία θέση βρίσκονται όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις (HP.9) με ποσοστό 1,15%.

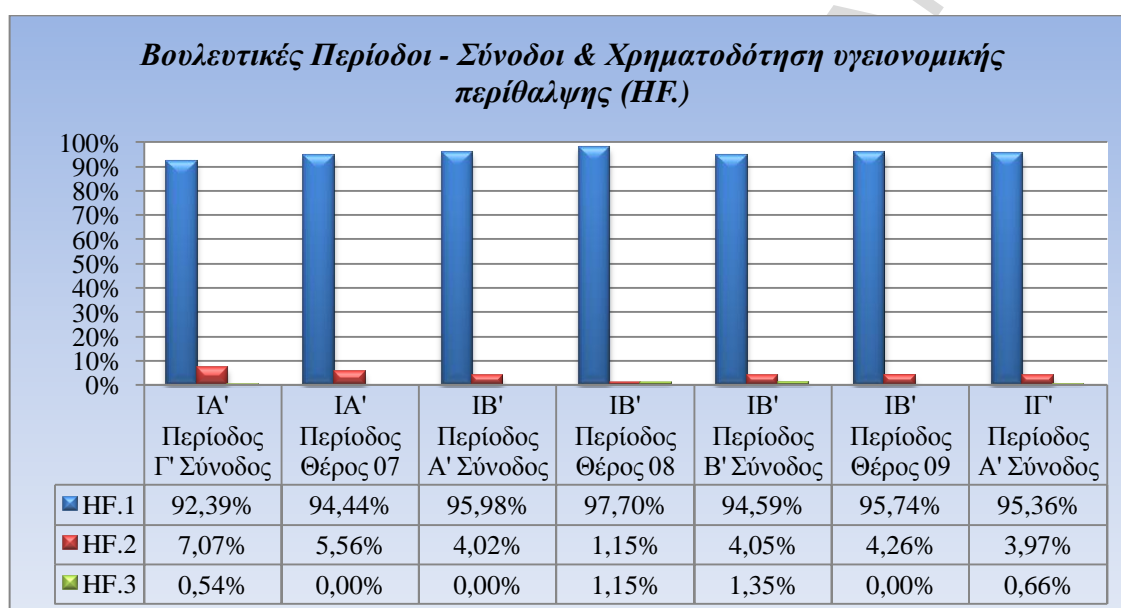
Αναφορικά με τα Μ.Κ.Ε. που υπεβλήθησαν κατά τη διάρκεια της Β΄ Συνόδου της ίδιας περιόδου, το πλειοψηφικό 29,70% αφορά προβλήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), το 28,48% σχετίζεται με προβλήματα Νοσοκομείων (HP1.), το 19,39% με θέματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3), το 10,30% με υποθέσεις Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5), ενώ τα προβλήματα Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2), άλλων βιομηχανιών (HP.7) και Λιανικής πώλησης και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) αφορούν σχεδόν τις ίδιες περιπτώσεις Μ.Κ.Ε. και πιο συγκεκριμένα ποσοστά ίσα με 4,24%, 4,24% και 3,64% αντίστοιχα.

Εξετάζοντας στη συνέχεια το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου, παρατηρούμε ότι προβλήματα Νοσοκομείων (HP1.) εντοπίζονται στο 36% του συνόλου των Μ.Κ.Ε., ακολουθούν τα προβλήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) στο 18%, τα προβλήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) στο 16% και τα προβλήματα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) στο 14%. Έπονται τα ζητήματα Λιανικής πώλησης και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) που αντιστοιχούν στο 8% του συνόλου, τα θέματα των Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) που αντιστοιχούν στο 6% και εκείνα που αφορούν τις άλλες βιομηχανίες παρόχων (HP.7) και αντιστοιχούν στο 2% του συνόλου.

Τέλος, κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΓ΄ Περιόδου, καταγράφεται άλλη μια ανατροπή στην ιεράρχηση των Παρόχων, με τη Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) να εντοπίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στη θεματολογία των Μ.Κ.Ε. και ποσοστό ίσο με 31,40%, τα Νοσοκομεία (HP1.) με 30,23% και τους Παρόχους περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) με 19,19%. Ακολουθούν οι υπόλοιπες υποκατηγορίες παρόχων με αρκετά χαμηλότερα ποσοστά, αναλυτικότερα, η Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με 8,14%, οι Μονάδες νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) με 6,40%, οι άλλες βιομηχανίες (HP.7) με 2,33%, η Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (HP.4) με 1,74% και όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις (HP.9) με 0,58%.

5.3.2.6. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος & Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης

Στη συνέχεια η Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος, συσχετίστηκε με την τρίτη (3^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τη Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HF), ώστε να αναδειχθεί το κύριο είδος χρηματοδότησης κατά τη διάρκεια των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων. Όπως παρατηρούμε και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19), σε όλες τις Βουλευτικές Περιόδους – Συνόδους, η Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης είναι με ξεκάθαρη υπεροχή έναντι των υπολοίπων, Ευρύτερης κρατικής προέλευσης (HF.1).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19:

Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Αναλυτικότερα, αρχής γενομένης από τη Γ' Σύνοδο της ΙΑ' Περιόδου, διαπιστώνουμε ότι η Ευρύτερη κρατική (HF.1) αποτελεί την πηγή χρηματοδότησης για το 92,39% των συνολικά κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., ακολουθούμενη από την Ιδιωτικού τομέα (HF.2) χρηματοδότηση η οποία αποτελεί το 7,07% και όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις χρηματοδότησης (HF.3) να αποτελούν το 0,54%.

Συνεχίζοντας στο Θέρος '07 της ίδιας περιόδου, δεν παρατηρούμε κάποια ουσιαστική αλλαγή στην ιεράρχηση των πηγών χρηματοδότησης, παρά μόνο μικρές διαφοροποιήσεις των επί μέρους ποσοστών. Η Ευρύτερη κρατική (HF.1) εξακολουθεί να αποτελεί την κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης, αφορώντας το 94,44% του συνόλου των Μ.Κ.Ε., η χρηματοδότηση Ιδιωτικού τομέα (HF.2) αφορά μόνο το 5,56%, ενώ δεν καταγράφονται άλλες περιπτώσεις χρηματοδότησης (HF.3).

Προχωρώντας στην επόμενη χρονική περίοδο της έρευνας, η οποία αντιστοιχεί με την Α΄ Σύνοδο της ΙΒ΄ Βουλευτικής Περιόδου, παρατηρούμε ότι τα Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής, σχετίζονται με την Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση (HF.1) σε ποσοστό 95,98, ενώ με την Ιδιωτικού τομέα χρηματοδότηση (HF.2) σε ποσοστό 4,02%.

Προκειμένου για τα Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής κατά τη διάρκεια του Θέρος '08 της ίδιας περιόδου, παρατηρούμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ίσο με 97,70% αφορούσαν ζητήματα Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1), ενώ σε πολύ χαμηλά ποσοστά εντοπίστηκαν θέματα χρηματοδότησης Ιδιωτικού τομέα (HF.2) και οι άλλων πηγών χρηματοδότησης (HF.3), ίσα με 1,15% για αμφότερες τις υποκατηγορίες.

Ωστόσο, μικρή πτώση σημειώνεται κατά τη Β΄ Σύνοδο της ίδιας περιόδου, στο ποσοστό των υποθέσεων Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης, το οποίο διαμορφώνεται ίσο με 94,59%. Ως εκ τούτου, μικρή άνοδος σημειώνεται στα ποσοστά των περιπτώσεων χρηματοδότησης τόσο του Ιδιωτικού τομέα (HF.2), όσο και των υπολοίπων περιπτώσεων (HF.3), τα οποία διαμορφώνονται ίσα με 4,05% και 1,35% αντίστοιχα.

Όσον αφορά το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου, υπό το πρίσμα των πηγών χρηματοδότησης, η Ευρύτερη κρατική (HF.1) αποτελεί την πηγή για το 95,74% των περιπτώσεων Μ.Κ.Ε. και η Ιδιωτικού τομέα (HF.2) για το υπόλοιπο 4,26%.

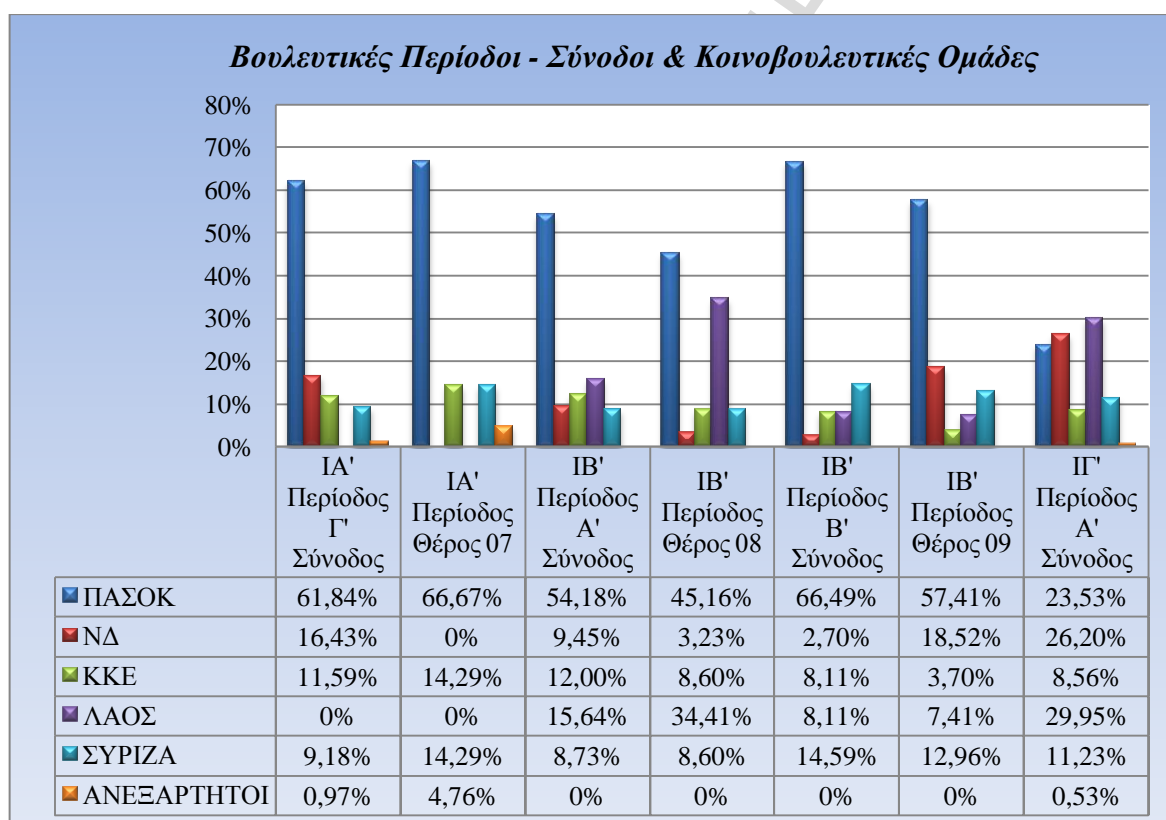
Τέλος, κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΓ΄ Βουλευτικής Περιόδου, δε σημειώνονται ουσιαστικές αλλαγές, η Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση (HF.1) με ποσοστό 95,36% επί του συνόλου εξακολουθεί να αποτελεί σχεδόν την αποκλειστική πηγή χρηματοδότησης, ενώ η Ιδιωτικού τομέα (HF.2) και οι υπόλοιπες περιπτώσεις χρηματοδότησης (HF.3) ακολουθούν με ποσοστά ίσα με 3,97% και 0,66% αντίστοιχα.

5.3.2.7. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Κοινοβουλευτική Ομάδα

Η επόμενη από τις μεταβλητές της έρευνας που συσχετίστηκε με τη Βουλευτική Περίοδο ήταν η Κοινοβουλευτική Ομάδα των Βουλευτών που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. Με τον εν λόγω συσχετισμό επιτυγχάνεται η ανάδειξη των πλέον «ενεργών» Κ.Ο. κατά τη διάρκεια των Βουλευτικών Περιόδων, μέσω της συμμετοχής των Βουλευτών τους στη διαδικασία του Κ.Ε. Ευνόητο είναι ότι όσες περισσότερες φορές συμμετέχουν οι Βουλευτές μιας Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε., τόσο μεγαλύτερο θα είναι και το ποσοστό «συμμετοχής» της αντίστοιχης Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε. για την υπό εξέταση χρονική περίοδο. Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα

(ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20), η Κ.Ο. που συγκεντρώνει σε όλες σχεδόν τις Βουλευτικές Περιόδους τα μεγαλύτερα ποσοστά «συμμετοχής» είναι το ΠΑ.ΣΟ.Κ., ενώ τα μικρότερα, σε κάποιες περιπτώσεις ο ΛΑ.Ο.Σ. και σε κάποιες άλλες οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τη Γ΄ Σύνοδο της ΙΑ΄ Περιόδου, οι Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. καταγράφονται ως οι πιο δραστήριοι στη διαδικασία του Κ.Ε., δεδομένου ότι κατέθεσαν το 61,84% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. Ακολουθούν οι Βουλευτές της Ν.Δ. με υποβολή του 16,43%, οι Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. με 11,59% και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. με 9,18%, ενώ μόλις το 0,97% πραγματοποιήθηκε από τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές. Σημειώνεται ότι οι Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ. για την υπό εξέταση χρονική περίοδο δεν υπέβαλαν κάποιο Μ.Κ.Ε.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20:
Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & Κ.Ο.

Προχωρώντας στο Θέρος '07 της ίδιας περιόδου, παρατηρούμε η Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ. συμμετέχει στον Κ.Ε. πάλι με το μεγαλύτερο ποσοστό, ίσο με 66,67%, όμως στη δεύτερη (2^η) θέση δε βρίσκεται πλέον η Ν.Δ. αλλά το Κ.Κ.Ε. και ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. με το ίδιο ποσοστό, ίσο με 14,29%, ενώ η Ν.Δ. με μηδενική συμμετοχή στον Κ.Ε. βρίσκεται εκτός κατάταξης, όπως και ο ΛΑ.Ο.Σ. Οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές σημειώνουν αύξηση της συμμετοχής τους, με ποσοστό συμμετοχής ίσο με 4,76% επί του συνόλου.

Συνεχίζοντας στην επόμενη χρονική περίοδο παρατηρούμε ότι από το σύνολο των Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν στο αρμόδιο τμήμα της Βουλής κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΒ΄ Περιόδου, το 54,18% ήταν με πρωτοβουλία του ΠΑ.ΣΟ.Κ., το 15,64% με πρωτοβουλία του ΛΑ.Ο.Σ., το 12% με πρωτοβουλία του Κ.Κ.Ε., το 9,45% με πρωτοβουλία της Ν.Δ. και το 8,73% με πρωτοβουλία του ΣΥ.ΡΙΖ.Α, ενώ οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ δεν κατέθεσαν Μ.Κ.Ε. το εν λόγω διάστημα.

Αντίστοιχη είναι η εικόνα που διαμορφώνεται και κατά τη διάρκεια του Θέρους '08 της ίδιας περιόδου, με τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. να είναι οι πιο ενεργοί στην κατάθεση Μ.Κ.Ε. με ποσοστό 45,16%, τους Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ. να ακολουθούν με 34,41%, τους Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. να έπονται με 8,6%, τους Βουλευτές της Ν.Δ. να συμμετέχουν με ποσοστό 3,23% επί του συνόλου, ενώ τέλος τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές να είναι απόντες στη διαδικασία του Κ.Ε.

Τη Β΄ Σύνοδο της ίδιας περιόδου, η πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε. κατατέθηκε από την Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ. με ποσοστό 66,49%, τις αμέσως επόμενες περισσότερες καταθέσεις πραγματοποίησε η Κ.Ο. του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. με ποσοστό 14,59%, ενώ ακολουθούν οι Κ.Ο. των Κ.Κ.Ε. και ΛΑ.Ο.Σ. με ποσοστό 8,11% αμφότερες και της Ν.Δ. με 2,7%.

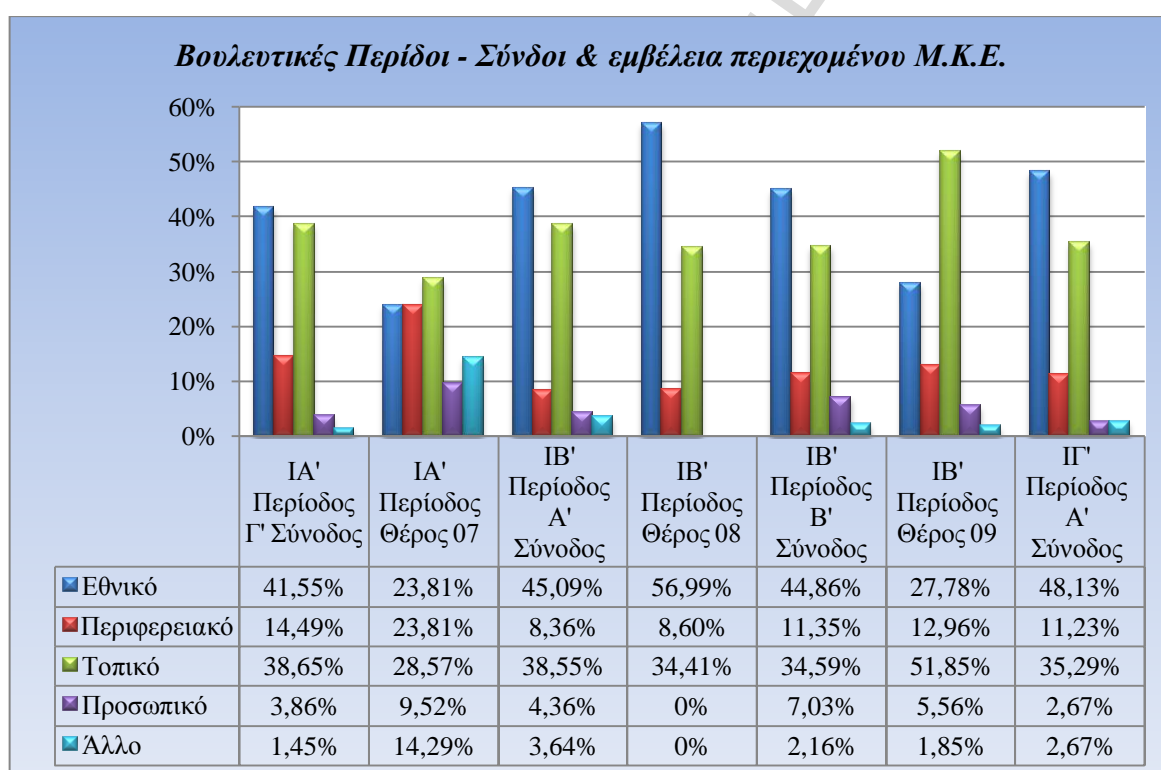
Το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου τα υποβληθέντα Μ.Κ.Ε. κατανέμονται κατά 57,41% στο ΠΑ.ΣΟ.Κ., κατά 18,52% στη Ν.Δ., κατά 12,96% στο ΣΥ.ΡΙΖ.Α., κατά 7,41% στο ΛΑ.Ο.Σ. και κατά 3,7% στο Κ.Κ.Ε.

Τέλος, κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΓ΄ Περιόδου, σημειώνεται έντονη διαφοροποίηση στις μέχρι τώρα καταγεγραμμένες αναλογίες συμμετοχής των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε., καθώς ως την πλέον «ενεργή» Κ.Ο. για την εν λόγω χρονική περίοδο αποτελεί ο ΛΑ.Ο.Σ. με ποσοστό συμμετοχής 29,95%. Ως η δεύτερη (2^η) πιο «ενεργή» Κ.Ο. εμφανίζεται η Ν.Δ. με ποσοστό 26,2%, το δε ΠΑ.ΣΟ.Κ. «πέφτει» στην τρίτη (3^η) θέση, με ποσοστό συμμετοχής 23,53%. Ακολουθούν, ο ΣΥ.ΡΙΖ.Α. με 11,23%, το Κ.Κ.Ε. με 8,65% και οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ με 0,53%.

5.3.2.8. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εμβέλεια Περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Η τελευταία από τις μεταβλητές της έρευνας που συσχετίστηκαν με τη Βουλευτική Περίοδο – Σύνοδο, ήταν η Εμβέλεια του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. Ο συγκεκριμένος συσχετισμός επιλέχθηκε ώστε να αναδειχθεί ανά Βουλευτική Περίοδο – Σύνοδο, σε ποιο εύρος, βάσει του πεδίου αναφοράς του περιεχομένου τους, «αγγίζουν» την ελληνική κοινωνία τα υποβληθέντα Μ.Κ.Ε.

Όπως παρατηρούμε και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21), στο σύνολο των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων, οι δύο (2) κατηγορίες θεμάτων που εντοπίζονται με τα μεγαλύτερα ποσοστά στο δείγμα της έρευνας είναι τα Εθνικά και τα Τοπικά. Αναλυτικότερα, η Γ΄ Σύνοδος της ΙΑ΄ Περιόδου, αποτελεί επαλήθευση της προαναφερθείσας γενικής διαπίστωση επαληθεύεται, δεδομένου ότι τα θέματα Εθνικού ενδιαφέροντος αποτελούν το 41,55% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. ενώ με μόλις τρεις (3) ποσοστιαίες μονάδες διαφορά και ποσοστό 38,65% ακολουθούν τα Τοπικού ενδιαφέροντος. Τα θέματα Περιφερειακού ενδιαφέροντος εκπροσωπούν το 14,49% του συνόλου, ενώ τα Προσωπικού και Άλλου ενδιαφέροντος, βρίσκονται στις δύο (2) τελευταίες θέσεις αποτελώντας το 3,86% και 1,45% του συνόλου αντίστοιχα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21:

Συσχετισμός Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων & εμβέλειας περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Εξετάζοντας στη συνέχεια πώς διαμορφώνονται οι αναλογίες κατά τη διάρκεια του Θέρους '07 της ίδιας περιόδου, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ενδιαφέρον στη διαδικασία του Κ.Ε. συγκεντρώνουν τα Τοπικά θέματα με ποσοστό 28,57%, ενώ το ίδιο ποσοστό ενδιαφέροντος, ίσο με 23,81%, συγκεντρώνουν αμφότερα τα Εθνικά και τα Περιφερειακά θέματα. Ωστόσο, εντυπωσιακή είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος για τα Άλλα θέματα, η οποία από το ισχνό 1,45% της προηγούμενης συνόδου, εκτινάσσεται στο

14,29%. Επίσης, σχεδόν τριπλάσια είναι και η αύξηση που καταγράφεται στο ποσοστό ενδιαφέροντος για τα Προσωπικά θέματα, από 3,86% στο 9,52%.

Προχωρώντας στην Α΄ Σύνοδο της ΙΒ΄ Περιόδου, η εικόνα των αναλογιών τροποποιείται εκ νέου με τα θέματα Εθνικής εμβέλειας να αποτελούν το 45,09% του συνόλου, να ακολουθούν τα Τοπικής εμβέλειας αντιστοιχώντας στο 38,55%, να έπονται τα Περιφερειακής αποτελώντας το 8,36%, και τέλος, τα Προσωπικής ή Άλλης εμβέλειας να αφορούν το 4,36% και 3,64% του συνόλου.

Κατά τη διάρκεια του Θέρους '08 της ίδιας περιόδου, καταγράφεται το μεγαλύτερο ποσοστό για τα θέματα Εθνικού ενδιαφέροντος, ίσο με 56,99%, ενώ τα Τοπικού ενδιαφέροντος εντοπίζονται στο 34,41% του συνόλου των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. Σε αντίστοιχα με αυτά της προηγούμενης συνόδου επίπεδα κυμαίνεται το ποσοστό των Περιφερειακού ενδιαφέροντος θεμάτων, ίσο με 8,6%, ενώ δεν καταγράφονται περιπτώσεις Μ.Κ.Ε. Προσωπικού ή Άλλου ενδιαφέροντος.

Εξετάζοντας τα αποτελέσματα του συσχετισμού για τη Β΄ Σύνοδο της ίδιας περιόδου, παρατηρούμε πτώση κατά δώδεκα (12) ποσοστιαίες μονάδες για τα ζητήματα Εθνικής εμβέλειας, τα οποία ωστόσο παραμένουν στην κορυφή του ενδιαφέροντος με ποσοστό 44,86% επί του συνόλου. Ακολουθούν τα ζητήματα Τοπικής εμβέλειας, με 34,59%, τα Περιφερειακής με 11,35%, τα Προσωπικής με 7,03% και τα Άλλης με 2,16%.

Για το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου, σημειώνεται μια αντιστροφή των αναλογιών μεταξύ των θεμάτων Εθνικού και Τοπικού ενδιαφέροντος, με τα μέχρι στιγμής δεύτερα, να έρχονται πρώτα με ποσοστό 51,85% και τα πρώτα, δεύτερα με ποσοστό 27,78%. Εντούτοις, δεν παρατηρείται ιδιαίτερη διαφοροποίηση σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο και σύνοδο, προκειμένου για τα θέματα Περιφερειακού ενδιαφέροντος (12,96%), ούτε και για τα Προσωπικού (5,56%) ή Άλλου (1,85%) ενδιαφέροντος.

Τέλος, την Α΄ Περίοδο της ΙΓ΄ Συνόδου, οι αναλογίες επανέρχονται στους μέσους όρους των προηγούμενων περιόδων και συνόδων, τα Εθνικά θέματα «πρωταγωνιστούν» με ποσοστό 48,13%, τα Τοπικά ακολουθούν με 35,29%, τα Περιφερειακά έπονται με 11,23% και τελευταία τα Προσωπικά και Άλλα, με 2,67% έκαστο.

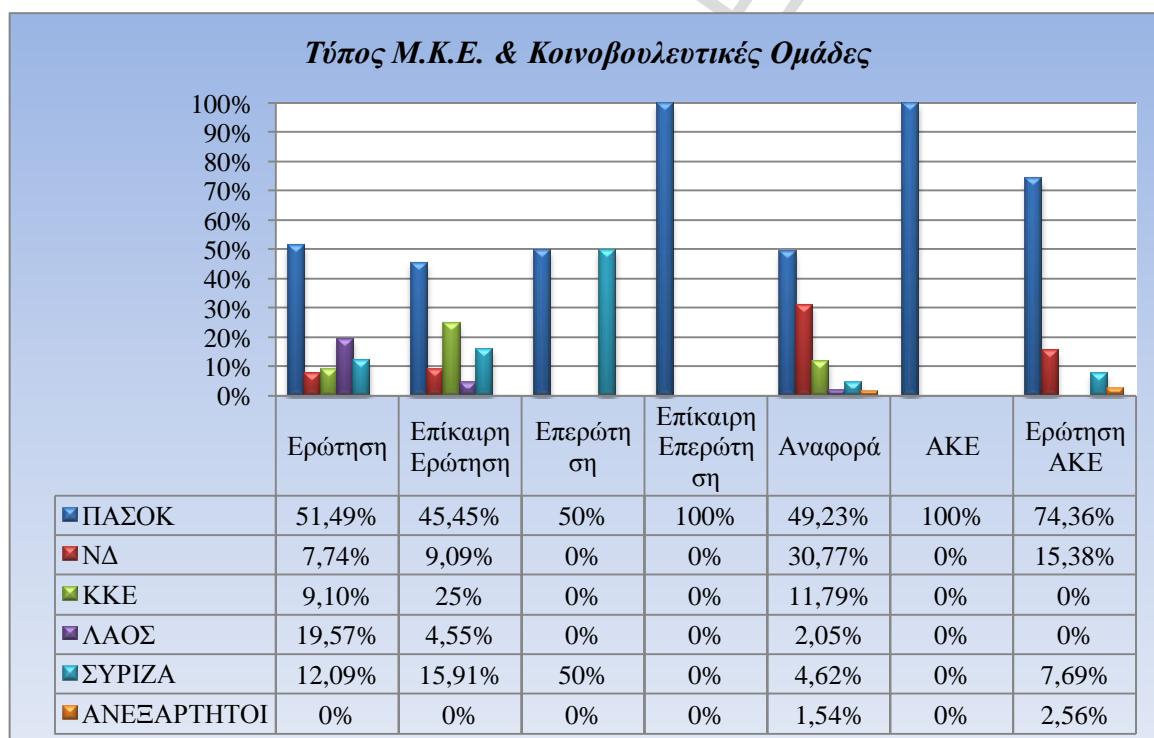
5.3.3. Συσχετισμοί τύπων Μέσων Κοινοβουλευτικού Ελέγχου (Μ.Κ.Ε.)

Ο επόμενος συσχετισμός πραγματοποιήθηκε μεταξύ των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. και των υπολοίπων μεταβλητών της έρευνας. Ο συγκεκριμένος συσχετισμός επιλέχθηκε προκειμένου να διερευνηθούν περαιτέρω διαστάσεις των διαφορετικών

τύπων Μ.Κ.Ε., και να αντληθούν επιπλέον στοιχεία αναφορικά με τα κριτήρια επιλογής τους κατά τη διαδικασία του Κ.Ε.

5.3.3.1. Τύπος Μ.Κ.Ε – Κοινοβουλευτική Ομάδα

Αρχικά οι διαφορετικοί τύποι Μ.Κ.Ε. συσχετίστηκαν με τις διαφορετικές Κ.Ο., παρέχοντάς πληροφορίες σχετικά με την ποσοστιαία συμμετοχή κάθε Κ.Ο. στη συνολική υποβολή κάθε τύπου Μ.Κ.Ε. Ξεκινώντας από την κατηγορία των Ερωτήσεων, παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22), εύκολα διαπιστώνουμε ότι οι περισσότερες πραγματοποιήθηκαν από την Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και για την ακρίβεια σε ποσοστό 51,49% επί του συνόλου. Οι υπόλοιπες Ερωτήσεις υπεβλήθησαν κατά 19,57% από το ΛΑ.Ο.Σ., κατά 12,09% από το ΣΥ.ΡΙΖ.Α., κατά 9,1% από το Κ.Κ.Ε. και κατά 7,74% από τη Ν.Δ.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22:

Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Κοινοβουλευτικών Ομάδων

Με κάποιες διαφοροποιήσεις καταγράφονται οι παραπάνω αναλογίες για την κατηγορία των Επίκαιρων Ερωτήσεων, δεδομένου ότι πάλι στην πλειοψηφία του υπεβλήθησαν από Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ., όμως με κατά έξι (6) μονάδες μειωμένο ποσοστό και ίσο με 45,45%. Ακολουθούν οι Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. οι οποίοι πραγματοποίησαν Επίκαιρες Ερωτήσεις σε ποσοστό 25% επί του συνόλου, ενώ έπονται οι Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α με ποσοστό 15,91% και της Ν.Δ. με 9,09%.

Προκειμένου για τους υπόλοιπους τύπους Μ.Κ.Ε., επισημαίνεται ότι το σύνολο των Επερωτήσεων υπεβλήθη ισοκατανεμημένα από Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., ενώ τόσο οι Επίκαιρες Επερωτήσεις όσο και οι Α.Κ.Ε., πραγματοποιήθηκαν στο σύνολό τους από Βουλευτές της Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ.

Οι Αναφορές πραγματοποιήθηκαν με 49,23% πρωτοβουλία των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ., με 30,77% πρωτοβουλία των Βουλευτών της Ν.Δ., με 11,79% πρωτοβουλία των Βουλευτών του Κ.Κ.Ε., με 4,62% πρωτοβουλία των Βουλευτών του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., με 2,05% πρωτοβουλίας των Βουλευτών του ΛΑ.Ο.Σ. και τέλος, με 1,54% πρωτοβουλία των ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ Βουλευτών.

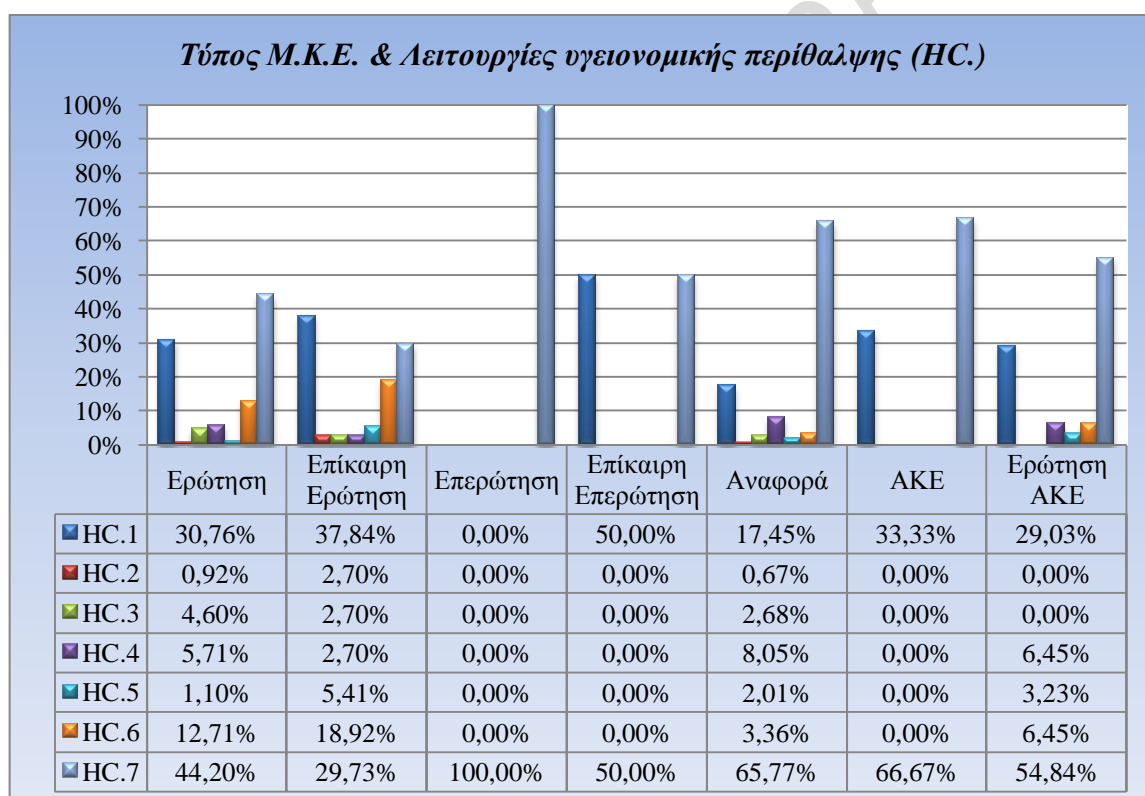
Τέλος, οι συνδυασμοί Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκαν κατά 74,36% από το ΠΑ.ΣΟ.Κ., κατά 15,38% από τη Ν.Δ., κατά 7,69% από το ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και κατά 2,56% από τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ.

5.3.3.2. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Στη συνέχεια, ο τύπος Μ.Κ.Ε. συσχετίστηκε με την πρώτη (1^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α. που αντιστοιχεί στις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HC.). Ο εν λόγω συσχετισμός θεωρήθηκε σημαντικός διότι δύναται να αποκαλύψει σε ποιο βαθμό τα διαφορετικά είδη Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης εντοπίζονται στο περιεχόμενο των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε., εκφράζοντας τους προβληματισμούς της κοινωνίας στο χώρο της υγείας. Όπως παρατηρούμε και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23), στις πρώτες θέσεις ανά κατηγορία Μ.Κ.Ε., εναλλάσσονται κυρίως οι Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) με τη Διοίκηση της υγείας και ασφάλιση υγείας (HC.7), συμπεραίνουμε επομένως ότι σε γενικές γραμμές, πρόκειται για τις δύο (2) υποκατηγορίες που εντοπίστηκαν στο περιεχόμενο των περισσότερων Μ.Κ.Ε., όλων των κατηγοριών.

Πιο αναλυτικά, προκειμένου για τις Ερωτήσεις, υπογραμμίζεται ότι το 44,20% του συνόλου τους αφορά ζητήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7), το 30,76% θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), το 12,71% ζητήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), το 5,71% περιπτώσεις Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.4), το 4,60% προβλήματα Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3), το 1,10% ζητήματα σχετικά με το Υγειονομικό υλικό που διατίθεται σε εξωτερικούς ασθενείς (HC.5) και το 0,92% υποθέσεις Υπηρεσιών φροντίδας αποκατάστασης (HC.2).

Όσον αφορά τις Επίκαιρες Ερωτήσεις, με πλειοψηφικό ποσοστό ίσο με 37,84% εντοπίζονται θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), ενώ στο επόμενο κατά φθίνουσα σειρά μεγέθους ποσοστό, ίσο με 29,73%, εκείνα της Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7). Με αρκετή διαφορά και ποσοστό 18,92% ακολουθούν τα σχετικά με τις Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας θέματα (HC.6) και έπονται αυτά του Υγειονομικού υλικού που διατίθεται σε εξωτερικούς ασθενείς (HC.5) με 5,41%. Τέλος, οι περιπτώσεις που αφορούν Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2), Μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) και Βοηθητικές (HC.4) εντοπίζονται έκαστη στο 2,70% του συνόλου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23:

Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Συνεχίζοντας στην κατηγορία των Επερωτήσεων υπογραμμίζεται το μοναδικό φαινόμενο μονομερούς κατανομής, καθώς στο σύνολό τους (100%) αφορούν ζητήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7).

Προχωρώντας στις Επίκαιρες Επερωτήσεις, σημειώνεται εκ νέου μια «περιορισμένη κατανομή», καθώς τα κατατεθέντα Μ.Κ.Ε. ισοκατανέμονται σε υποθέσεις Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) και σε υποθέσεις Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7).

Σχετικά με τις Αναφορές, παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία τους (65,77%) σχετίζονται με υποθέσεις Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7), ενώ το υπόλοιπο 34,23% κατανέμεται κατά 17,45% σε ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), κατά 8,05% σε θέματα Βοηθητικών υπηρεσιών (HC.4), κατά 3,36% σε υποθέσεις Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), κατά 2,68% σε περιπτώσεις Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3), κατά 2,01% σε προβλήματα Υγειονομικού υλικού εξωτερικών ασθενών (HC.5), και τέλος, κατά 0,67% σε ζητήματα Υπηρεσιών φροντίδας αποκατάστασης (HC.2).

Οι ποσοστιαία κατανομή στην περίπτωση των Α.Κ.Ε., προσομοιάζει εκείνης των Αναφορών, διότι σχετίζονται με υποθέσεις μόνο των δύο (2) εκ των επτά (7) υποκατηγοριών Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, πιο συγκεκριμένα, κατά 66,67% με θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) και κατά 33,33% με θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1).

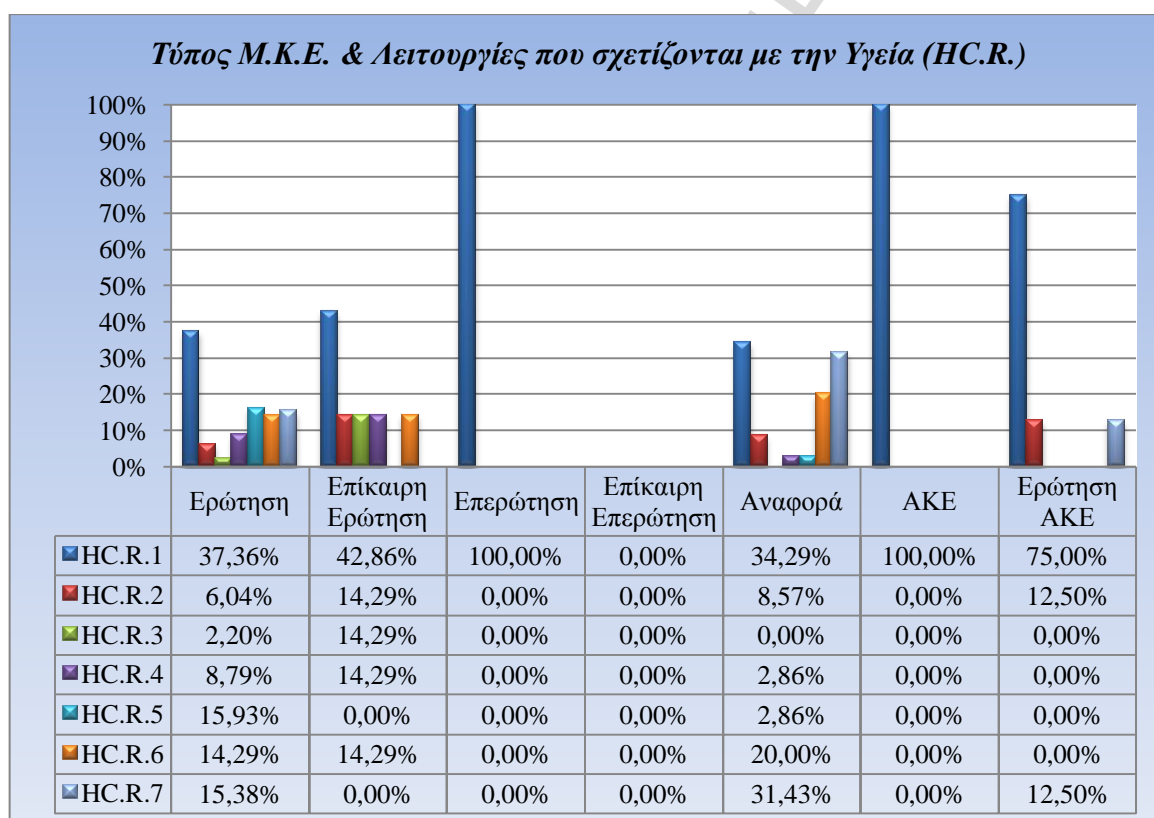
Τέλος, αναφορικά με τη θεματολογία του συνδυασμού Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε., σημειώνεται ότι τα ζητήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7), εντοπίζονται σε ποσοστό 54,84% επί του συνόλου και ακολουθούν τα θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), σε ποσοστό 29,03%. Εκ των υπολοίπων υποκατηγοριών Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, εντοπίζονται υποθέσεις Βοηθητικών υπηρεσιών (HC.4) και Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), αμφότερες σε ποσοστό 6,45%, καθώς επίσης και περιπτώσεις σχετικές με το Υγειονομικό υλικό που διατίθεται σε εξωτερικούς ασθενείς (HC.5) σε ποσοστό 3,23%.

5.3.3.3. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Ο επόμενος συσχετισμός των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκε με την εξειδίκευση της πρώτης διάστασης της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ταξινόμηση HC.R.). Ο εν λόγω συσχετισμός επιλέχθηκε για να αναδείξει την ιεράρχηση των εξειδικευμένων Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. ανά κατηγορία Μ.Κ.Ε. Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24), εύκολα διαπιστώνουμε ότι σε όλους τους τύπους Μ.Κ.Ε. η υποκατηγορία που εντοπίζεται τις περισσότερες φορές αφορά την Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1)

Ξεκινώντας με τις Ερωτήσεις, παρατηρούμε ότι σε ποσοστό 37,36% αφορούν θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης

(HC.R.1), σε ποσοστό 15,93% ζητήματα Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5), σε ποσοστό 15,38% υποθέσεις Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) και σε ποσοστό 14,29% περιπτώσεις Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6). Οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, εντοπίζονται στο περιεχόμενο των Ερωτήσεων σε μικρότερα ποσοστά και πιο συγκεκριμένα, τα ζητήματα Ελέγχου των τροφίμων της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) στο 8,79% του συνόλου, τα προβλήματα Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2) στο 6,04% και τέλος, τα θέματα Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3) στο 2,20%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24:

Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Στην περίπτωση των Επίκαιρων Ερωτήσεων, τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) εξακολουθούν να εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 42,86%, όμως το υπόλοιπο 57,14% ισοκατανέμεται στα ζητήματα Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2), Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3), Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) και

Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6).

Προκειμένου για τις Επερωτήσεις, σημειώνεται ότι στο σύνολό τους αφορούν ζητήματα σχετικά με την Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1). Το αυτό φαινόμενο επαναλαμβάνεται και στην περίπτωση των Α.Κ.Ε., όπου στο σύνολό τους αφορούν επίσης θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), ενώ στο περιεχόμενο των Επίκαιρων Επερωτήσεων δεν εντοπίζονται ζητήματα Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία.

Προχωρώντας στις Αναφορές, σημειώνουμε ότι σε ποσοστό 34,29% αφορούν ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), σε ποσοστό 31,43 ζητήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), ενώ σε 20% θέματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6). Εν συνεχεία, οι υποθέσεις Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2) εντοπίζονται στο περιεχόμενο των Αναφορών σε ποσοστό 8,57%, ενώ τα προβλήματα Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) αλλά και Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) ανιχνεύονται αμφότερα σε ποσοστό 2,86%.

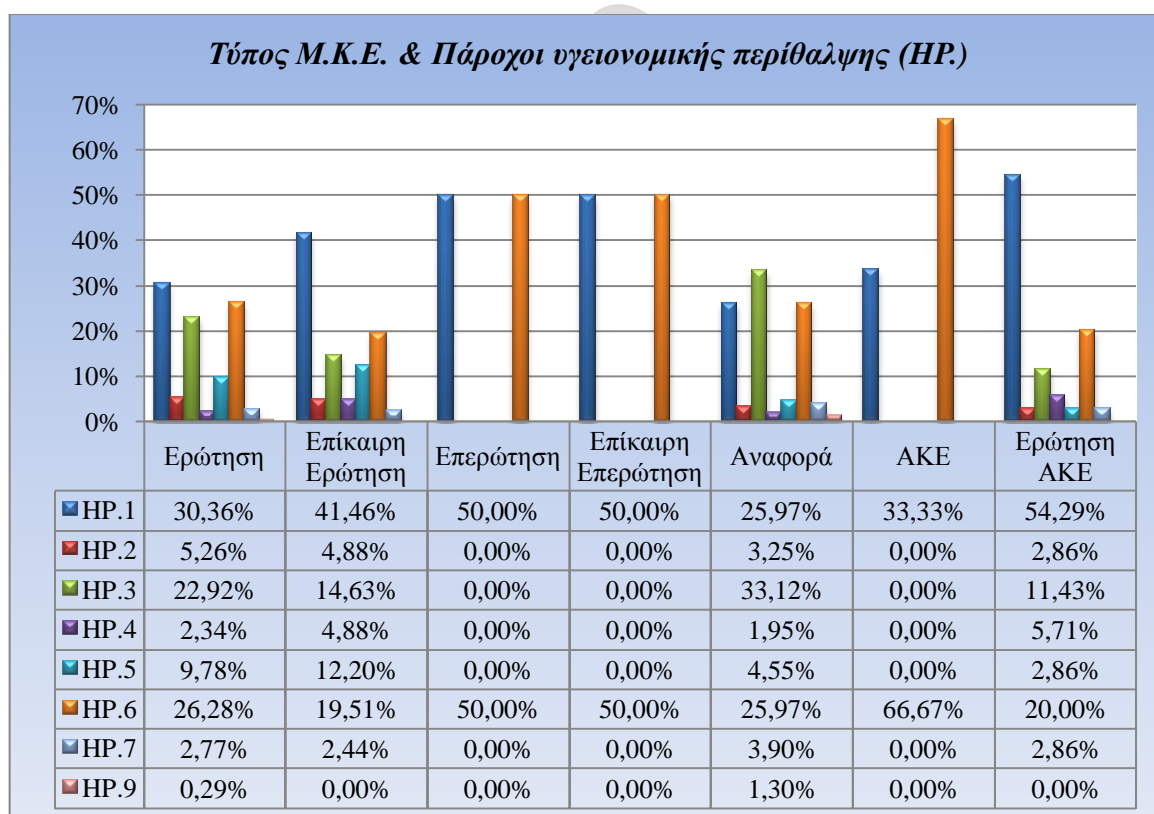
Όσον αφορά τέλος το συνδυασμό των Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε., παρατηρούμε ότι σχετίζονται κατά 75% με υποθέσεις Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), ενώ το υπόλοιπο 25% ισοκατανέμεται σε ζητήματα Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2) και σε υποθέσεις Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7).

5.3.3.4. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Στη συνέχεια, ο τύπος Μ.Κ.Ε. συσχετίστηκε με τη δεύτερη (2^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HP.). Ο λόγος που επιλέχθηκε το εν λόγω ζεύγος συσχετισμού ήταν για να αναδειχθεί η αναλογία με την οποία εμφανίζονται οι Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. ανά τύπο και να προκύψουν χρήσιμες στατιστικές παρατηρήσεις. Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25), σε όλους τους τύπους Μ.Κ.Ε. τα θέματα των Νοσοκομείων (HP.1) αποτελούν ένα πολύ σημαντικό

μέρος του συνόλου, όπως επίσης και τα θέματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), καθώς και τα θέματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3), με διαφοροποιούμενα όμως κατά περίπτωση ποσοστά.

Εξετάζοντας τον κάθε τύπο Μ.Κ.Ε. χωριστά και ξεκινώντας από τις Ερωτήσεις, διαπιστώνουμε πράγματι ότι τα ζητήματα των Νοσοκομείων (HP.1) κυριαρχούν αποτελώντας το 30,36% του συνόλου, ακολουθούν τα θέματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) αποτελώντας το 26,28%, ενώ τα ζητήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) έπονται, σημειώνοντας μικρή ποσοστιαία διαφορά και αποτελώντας το 22,92%. Οι υπόλοιπες κατηγορίες παρόχων εντοπίζονται στο περιεχόμενο των Ερωτήσεων με σαφώς μικρότερα ποσοστά, αναλυτικότερα, η Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με 9,78%, οι Μονάδες νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) με 5,26%, οι λοιπές βιομηχανίες (HP.7) με 2,77%, η Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (HP.4) με 2,34% και όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις (HP.9) με 0,29%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25:

Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Προχωρώντας στις Επίκαιρες Ερωτήσεις, παρατηρούμε ότι θέματα Νοσοκομείων (HP.1) εντοπίστηκαν στο 41,46% της συνολικής θεματολογίας, επομένως και πάλι αποτελούν την πιο συνήθη υποκατηγορία Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Με

αρκετή διαφορά και ποσοστό ίσο με 19,51% ακολουθεί η Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), με 14,63% έπονται οι Πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) και με 12,20% η Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5). Ακολουθούν οι Μονάδες νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) και η Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (HP.4), αμφότερες με ποσοστό 4,88% και ακολουθούν οι υπόλοιπες βιομηχανίες (HP.7) με 2,44%.

Συνεχίζοντας στις Επερωτήσεις, παρατηρούμε ότι ισοκατανέμονται αφενός σε υποθέσεις Νοσοκομείων (HP.1) και αφετέρου σε ζητήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6). Η ίδια ακριβώς περίπτωση κατανομής επαναλαμβάνεται και στην περίπτωση των Επίκαιρων Επερωτήσεων.

Σχετικά με τις Αναφορές σημειώνεται ότι, στο πλειοψηφικό ποσοστό του 33,12% του συνόλου αφορούν υποθέσεις Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής φροντίδας (HP.3), ενώ σε ποσοστό 25,97% αφορούν τόσο θέματα Νοσοκομείων (HP.1), όσο και Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6). Ακολουθούν οι υποθέσεις Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) που εντοπίζονται στο 4,55% των Αναφορών, τα ζητήματα άλλων βιομηχανιών (HP.7) στο 3,90%, οι υποθέσεις των Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) στο 3,25%, οι περιπτώσεις Λιανικής πώλησης και λοιπών παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) στο 1,95% και τέλος, θέματα σχετικά με όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις παρόχων (HP.9) στο 1,30%.

Στις Α.Κ.Ε. το μεν 66,67% της συνολικής θεματολογίας αφορά ζητήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), το δε υπόλοιπο 33,33% αφορά ζητήματα Νοσοκομείων (HP.1).

Τέλος, στην περίπτωση του συνδυασμού Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. καταγράφεται το μεγαλύτερο ποσοστό για τα Νοσοκομεία (HP.1), ίσο με 54,29% κατατάσσοντάς τα στην πρώτη (1^η) θέση της θεματολογίας και ακολουθούν η Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) με 20%, οι Πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) με 11,43%, η Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (HP.4) με 5,71%, ενώ με 2,86% έπονται οι Μονάδες Νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) αλλά και η Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) καθώς και οι άλλες βιομηχανίες (HP.7).

5.3.3.5. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Ακολουθώντας, ο τύπος Μ.Κ.Ε. συσχετίστηκε με την τρίτη (3^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τη Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης

(ταξινόμηση HF.), προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες για την κατανομή των πηγών χρηματοδότησης ανά κατηγορία Μ.Κ.Ε. Όπως παρατηρούμε και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26), το Κράτος αποτελεί την κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης για όλους τους τύπους Μ.Κ.Ε., ενώ ο Ιδιωτικός τομέας έπεται με χαοτική διαφορά. Πιο συγκεκριμένα, στις Ερωτήσεις, η Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση (HF.1) αντιστοιχεί στο 94,99% του συνόλου των περιπτώσεων χρηματοδότησης, η Ιδιωτικού τομέα χρηματοδότηση (HF.2) στο 4,51% και όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις (HF.3) στο 0,50%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26:

Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Αντίστοιχη είναι και η κατανομή που σημειώνεται στην περίπτωση των Αναφορών, με την Ευρύτερη κρατική (HF.1) να αποτελεί την πηγή χρηματοδότησης για το 94,38% των περιπτώσεων, την Ιδιωτικού τομέα (HF.2) για το 4,49% και τις υπόλοιπες περιπτώσεις (HF.3) για το 1,23%.

Στις Επίκαιρες Ερωτήσεις γίνεται αντιληπτή μια μικρή διαφοροποίηση στην κατανομή των ποσοστών, δίχως εντούτοις ουσιαστική διαφοροποίηση της εικόνας χρηματοδότησης, αναλυτικότερα η Ευρύτερη κρατική (HF.1) εξακολουθεί να αποτελεί την κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης, καθώς αφορά το 97,22% των περιπτώσεων, ακολουθεί η Ιδιωτικού τομέα χρηματοδότηση (HF.2) με μειωμένο ποσοστό ίσο με 2,78%, ενώ δεν καταγράφονται άλλες περιπτώσεις χρηματοδότησης.

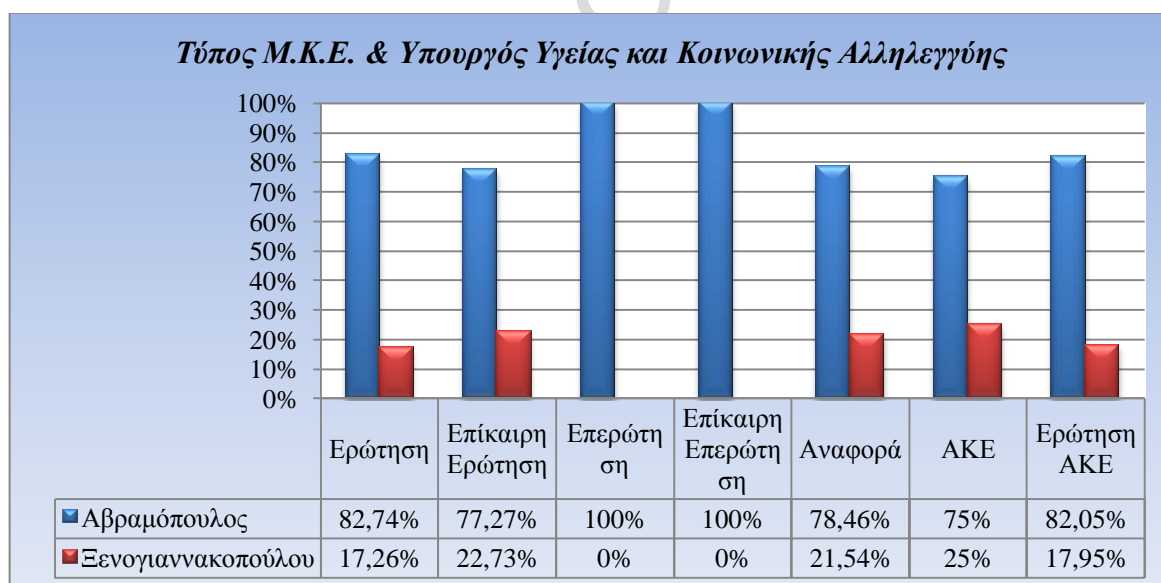
Ανάλογα διαμορφώνεται και η ποσοστιαία κατανομή των πηγών χρηματοδότησης στην περίπτωση του συνδυασμού Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε., με την Ευρύτερη κρατική (HF.1)

να εντοπίζεται στο 94,74% της θεματολογίας, την Ιδιωτικού τομέα (HF.2) στο 5,26%, ενώ δεν εντοπίζονται περιπτώσεις άλλων πηγών χρηματοδότησης (HF.3).

Αντίθετα, όσον αφορά τις Επερωτήσεις, τις Επίκαιρες Επερωτήσεις αλλά και τις Α.Κ.Ε., σημειώνεται ότι στο σύνολό τους αφορούσαν ζητήματα Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1).

5.3.3.6. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Υπουργός Υγείας

Στη συνέχεια ο τύπος Μ.Κ.Ε. συσχετίστηκε με τον Υπουργό Υγείας και τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27). Όπως παρατηρούμε, τα περισσότερα Μ.Κ.Ε. όλων των κατηγοριών, κατατέθηκαν στη Βουλή σε διαστήματα κατά τα οποία Υπουργός Υγείας ήταν ο κος Αβραμόπουλος. Εξετάζοντας κάθε κατηγορία Μ.Κ.Ε. πιο αναλυτικά και ξεκινώντας από τις Ερωτήσεις, διαπιστώνουμε ότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία που αντιστοιχεί στο 82,74% του συνόλου, κατατέθηκαν επί Υπουργίας του Δ. Αβραμόπουλου και το μειοψηφικό 17,26% επί Υπουργίας της κας Μ. Ξενογιαννακοπούλου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27:

Συσχετισμός τύπων Μ.Κ.Ε. & Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Κατά πέντε (5) μονάδες διαφοροποιημένη εμφανίζεται η παραπάνω αναλογία, αναφορικά με τις Επίκαιρες Ερωτήσεις, καθώς ναι μεν πάλι η πλειοψηφία υπεβλήθη επί Υπουργίας του Δ. Αβραμόπουλου, όμως το αναλογούν ποσοστό μετατρέπεται σε 77,27% και αντιστοίχως της κας Μ. Ξενογιαννακοπούλου αυξάνεται σε 22,73%. Ωστόσο, η εικόνα των αναλογιών αλλάζει εκ νέου προκειμένου για τις Επερωτήσεις και τις

Επίκαιρες Επερωτήσεις, καθώς το σύνολο αμφοτέρων κατατέθηκε όταν Υπουργός Υγείας ήταν ο κος Δ. Αβραμόπουλος.

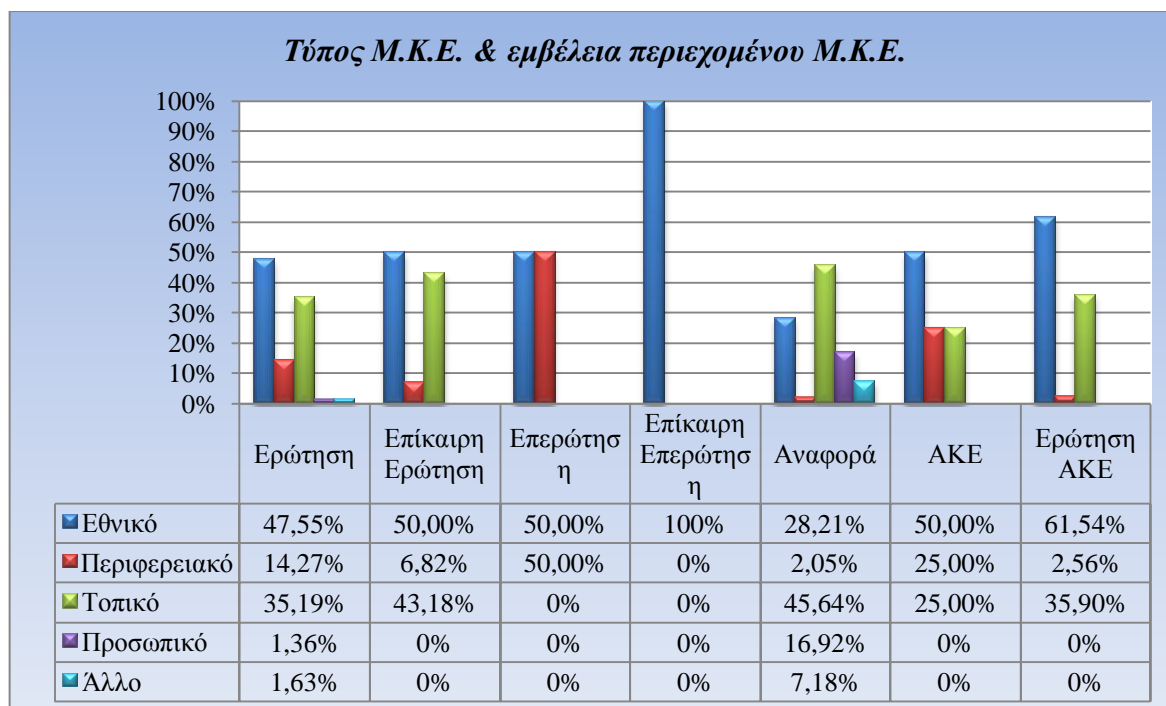
Παρατηρώντας τις αναλογίες όπως διαμορφώνονται για τις Αναφορές και τις Αιτήσεις Κατάθεσης Εγγράφων (Α.Κ.Ε.), εύκολα συμπεραίνουμε ότι προσομοιάζουν περισσότερο σε αυτές των Επίκαιρων Ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, το 78,46% των Αναφορών υπεβλήθη στο αντίστοιχο τμήμα της Βουλής όταν Υπουργός Υγείας ήταν ο κος Δ. Αβραμόπουλος και το υπόλοιπο 21,54% όταν ήταν η κα Μ. Ξενογιαννακοπούλου. Αντίστοιχα, το 75% των Αιτήσεων Κατάθεσης Εγγράφων υπεβλήθη στη διαδικασία του Κ.Ε. επί Υπουργίας του Δ. Αβραμόπουλου και το υπόλοιπο 25% επί της κας Μ. Ξενογιαννακοπούλου. Τέλος, η μειοψηφία των συνδυασμών Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε. ίση με 17,95% κατατέθηκε με Υπουργό την κα Μ. Ξενογιαννακοπούλου και το υπόλοιπο 82,05% με τον κ. Δ. Αβραμόπουλο.

5.3.3.7. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Η τελευταία μεταβλητή που επιλέχθηκε για συσχέτισμό με τα διαφορετικά Μ.Κ.Ε. αντιστοιχεί στην εμβέλεια του περιεχομένου τους, προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο η εμβέλεια του περιεχομένου των υποβληθέντων «εξαρτάται» από τον τύπο των Μ.Κ.Ε. Κατ' αρχήν, όπως παρατηρούμε και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28), σχεδόν για όλες τις κατηγορίες Μ.Κ.Ε. τα Εθνικά θέματα επικρατούν. Πράγματι, στην περίπτωση των Ερωτήσεων, εντοπίζονται πρωτίστως τα θέματα Εθνικού ενδιαφέροντος, καθώς αντιστοιχούν στο 47,55% του συνόλου και ακολουθούν τα θέματα Τοπικού ενδιαφέροντος, τα οποία αντιστοιχούν στο 35,19%. Τα Περιφερειακού ενδιαφέροντος ακολουθούν με σαφώς μικρότερο ποσοστό (14,27%), ενώ τα Άλλου ή Προσωπικού ενδιαφέροντος έπονται με ποσοστά 1,63% και 1,36% αντίστοιχα.

Μικρές διαφοροποιήσεις των ποσοστών επισημαίνονται σχετικά με τις Επίκαιρες Ερωτήσεις, χωρίς ουσιαστική αλλαγή των αναλογιών, με το 50% του συνολικού κατατεθέντος όγκου να αφορά ζητήματα Εθνικής εμβέλειας, το 43,18% Τοπικής, το 6,28% Περιφερειακής, ενώ δεν εντοπίζονται ζητήματα Προσωπικής ή Άλλης εμβέλειας.

Ωστόσο, οι προαναφερθείσες αναλογίες μεταβάλλονται προκειμένου για τις Επερωτήσεις, οι οποίες αναλύονται σε θέματα Εθνικού χαρακτήρα σε ποσοστό 50% και στο υπόλοιπο 50% από θέματα Περιφερειακού. Αντίθετα οι Επίκαιρες Επερωτήσεις, παρατηρούμε ότι περιλαμβάνουν αποκλειστικά θέματα Εθνικού χαρακτήρα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28:

Συσχετισμός των Μ.Κ.Ε. & εμβέλειας περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Στη συνέχεια σημειώνεται η έντονη συγκριτικά διαφοροποίηση των Αναφορών, καθώς αποτελεί τη μοναδική περίπτωση Μ.Κ.Ε. που περιλαμβάνει τα Τοπικού ενδιαφέροντος θέματα σε πλειοψηφικό ποσοστό ίσο με το 45,64% του συνόλου και έπονται τα Εθνικού με 28,21%. Ακολουθούν τα ζητήματα Προσωπικού ενδιαφέροντος με 16,92%, Άλλου ενδιαφέροντος με 7,18% και τα Περιφερειακού μόλις με 2,05%.

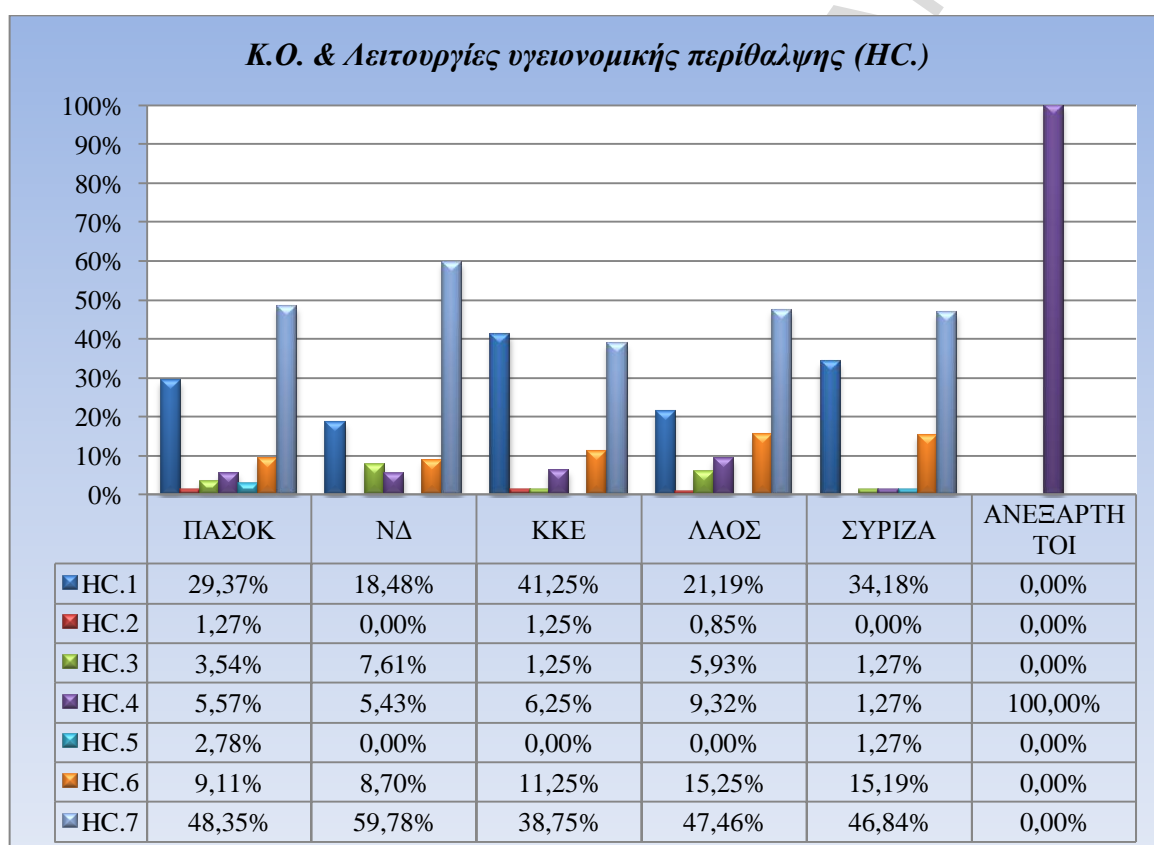
Προχωρώντας στις Α.Κ.Ε. παρατηρούμε ότι τα Εθνικά θέματα αποτελούν εκ νέου το 50% του συνόλου, ενώ το υπόλοιπο 50% ισοκατανέμεται στα Περιφερειακά και Τοπικά θέματα. Τέλος, από τους συνδυασμούς Ερωτήσεων – Α.Κ.Ε., το 61,54% αντιστοιχεί σε ζητήματα Εθνικού πεδίου αναφορά, το 35,9% σε Τοπικού και μόλις το 2,56% σε Περιφερειακού.

5.3.4. Συσχετισμοί Κοινοβουλευτικής Ομάδας (Κ.Ο.)

Η τρίτη (3^η) εκ των μεταβλητών της έρευνας που συσχετίστηκε με τις υπόλοιπες αντιστοιχεί στην Κοινοβουλευτική Ομάδα των Βουλευτών που λαμβάνουν μέρος στη διαδικασία του Κ.Ε. Ο συγκεκριμένος συσχετισμός επιλέχθηκε γιατί δύναται να μας οδηγήσει σε παρατηρήσεις σχετικά με τις προτεραιότητες που θέτει κάθε Κ.Ο. στο χώρο της υγείας και κατ' επέκταση την πολιτική που εφαρμόζει, ή προτίθεται να εφαρμόσει.

5.3.4.1. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Αρχικά η Κοινοβουλευτική Ομάδα συσχετίστηκε με την πρώτη (1^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HC.), με σκοπό την ανάδειξη των προτεραιοτήτων που θέτει κάθε Κ.Ο. σε επίπεδο Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, βάσει των καταγεγραμμένων ανά υποκατηγορία ποσοστών. Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29), η πλειοψηφία των κατατεθέντων στη διαδικασία του Κ.Ε. Μ.Κ.Ε., από την πλειοψηφία των Κ.Ο., σχετίζονται με υποθέσεις Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29:

Συσχετισμός Κ.Ο. & Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ., τα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7) εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 48,35% στο περιεχόμενο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., ενώ με τη δεύτερη (2) μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 29,37%, ανιχνεύονται τα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1). Οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης εντοπίζονται σε σαφώς μικρότερα ποσοστά, επομένως συγκεντρώνουν σε μικρότερο βαθμό το ενδιαφέρον των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Πιο συγκεκριμένα, οι Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), στο 9,11%, οι Βοηθητικές υπηρεσίες

υγείας (HC.4) στο 5,57%, οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) στο 3,54%, το Υγειονομικό υλικό που διατίθεται στους εξωτερικούς ασθενείς (HC.5) στο 2,78% και τέλος, οι Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2) στο 1,28%.

Εν συνεχεία, προκειμένου για την Κ.Ο. της Ν.Δ., επισημαίνεται ότι η ιεράρχηση των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, αναφορικά με τις τρεις (3) πρώτες θέσεις τουλάχιστον, κυμαίνεται σε επίπεδα ανάλογα αυτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ., με διαφοροποιήσεις κάποιων μεγεθών. Τα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) αποτελούν ξανά το επίκεντρο του ενδιαφέροντος των Βουλευτών, σε μεγαλύτερο όμως ποσοστό και ίσο με 59,78%, έπονται οι Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) με 18,48% και ακολουθούν οι Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) με 8,70%. Όσον αφορά τις υπόλοιπες Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης, εντοπίζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο Κ.Ο., καθώς για τη Ν.Δ. οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) εντοπίζονται στο σύνολο των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. με ποσοστό ίσο με 7,61%, δηλαδή σχεδόν διπλάσιο αυτού του ΠΑ.ΣΟ.Κ., ενώ το ποσοστό των Βοηθητικών υπηρεσιών υγείας (HC.4) καταγράφεται ανεπαίσθητα μειωμένο, ίσο με 5,43%. Σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο Κ.Ο. εντοπίζεται επίσης, στο ότι οι Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2) και το Υγειονομικό υλικό των εξωτερικών ασθενών (HC.5), «απουσιάζουν» από τη θεματολογία των Μ.Κ.Ε. της Ν.Δ.

Οι Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. εμφανίζονται διαφοροποιημένοι από του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και της Ν.Δ., καθώς σε μεγαλύτερο βαθμό τους προβληματίζουν τα θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), αποτελώντας το 41,25% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. Δεύτερη (2^η) προτεραιότητα φαίνεται να αποτελούν τα ζητήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7), δεδομένου ότι αντιστοιχούν στο 38,75% του συνόλου, ενώ με αισθητή διαφορά και ποσοστό 11,25% ακολουθούν οι Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), οι Βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.4) με 6,25%, ενώ τέλος, οι Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2), όπως και οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) ανιχνεύονται αμφοτέρως στο 1,25% του συνόλου.

Σύμφωνα με τα Μ.Κ.Ε. που κατέθεσαν οι Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ., το ενδιαφέρον τους επικεντρώνεται στα θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7) σε ποσοστό 47,46%, στα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) σε ποσοστό 21,19%, στις περιπτώσεις Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) σε ποσοστό 15,25%, στις Βοηθητικές υπηρεσίες υγείας (HC.4) σε ποσοστό 9,32%, στις Υπηρεσίες

μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3) σε ποσοστό 5,93% και τέλος στις Υπηρεσίες φροντίδας αποκατάστασης (HC.2) σε ποσοστό μόλις 0,85%.

Με ανάλογη φιλοσοφία ιεράρχησαν και οι Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης, τουλάχιστον των τριών (3) πρώτων θέσεων, καθώς η πλειοψηφία των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. που αντιστοιχεί στο 46,84% του συνόλου, σχετίζεται με υποθέσεις Διοίκησης της υγείας και ασφάλιση υγείας (HC.7), ακολουθούν τα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) που εντοπίζονται 34,18% του συνόλου, ενώ έπονται τα θέματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) που ανιχνεύονται στο 15,19% του συνόλου. Σαφώς μικρότερα ποσοστά ενδιαφέροντος, ίσα με 1,27%, συγκεντρώνουν τα προβλήματα των Υπηρεσιών μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας (HC.3), των Βοηθητικών υπηρεσιών υγείας (HC.4) και του Υγειονομικού υλικού των εξωτερικών ασθενών (HC.5).

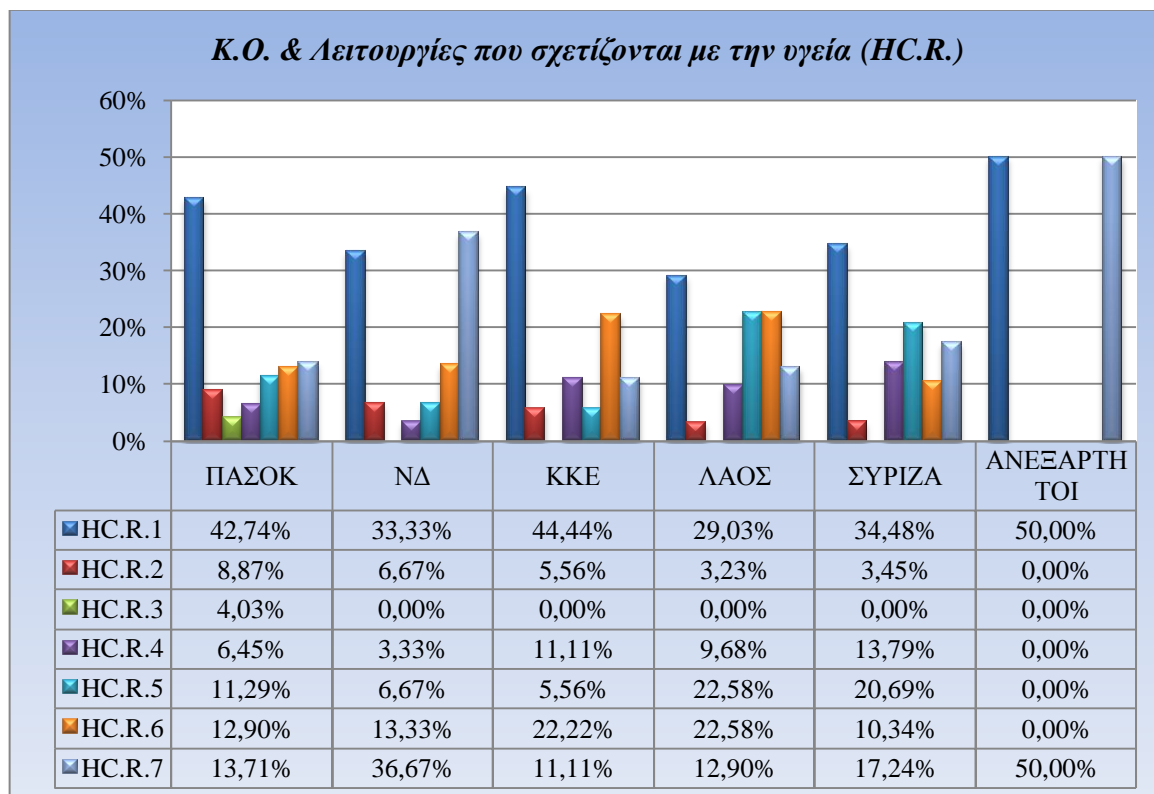
Τέλος, το ενδιαφέρον των ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ Βουλευτών επικεντρώνεται εξ ολοκλήρου σε θέματα Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.4).

5.3.4.2. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Στη συνέχεια η Κοινοβουλευτική Ομάδα συσχετίστηκε με τις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ταξινόμηση HC.R.). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η συγκεκριμένη διάσταση κατηγοριοποίησης χρησιμοποιείται κυρίως εναλλακτικά της HC., κυρίως στην περίπτωση Μ.Κ.Ε. εξειδικευμένου περιεχομένου. Ως εκ τούτου, ο συσχετισμός της HC.R. με την Κοινοβουλευτική Ομάδα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς μας παρέχει πληροφορίες για τον τρόπο που ιεραρχούν οι Κ.Ο. τα Μ.Κ.Ε. υπό το πρίσμα των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία. Όπως παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30), στις περισσότερες Κ.Ο., η πλειοψηφία των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., σχετίζεται με θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1).

Πιο αναλυτικά, στα κατατεθέντα Μ.Κ.Ε. από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ., τα ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) εντοπίζονται στο 42,74% του συνόλου, ενώ με μεγάλη ποσοστιαία διαφορά ανιχνεύονται τα θέματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), σε ποσοστό 13,71% επί του συνόλου. Οι υποθέσεις Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) αποτελούν το 12,90% του συνόλου, ενώ οι υποθέσεις Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) το 11,29%. Οι υπόλοιπες υποκατηγορίες της

ταξινόμησης HC.R., εντοπίζονται σε μικρότερα ποσοστά, αναλυτικότερα η Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2) στο 8,87%, ο Έλεγχος των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) στο 6,45% και τέλος, η Έρευνα και ανάπτυξη στο χώρο της υγείας (HC.R.3) στο 4,03%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30:

Συσχετισμός Κ.Ο. & Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Η ιεράρχηση των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία διαφοροποιείται προκειμένου για την Κ.Ο. της Ν.Δ., δεδομένου ότι με την πρώτη (1^η) μεγαλύτερη συχνότητα στα Μ.Κ.Ε. και ποσοστό 36,67% εντοπίζονται τα θέματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) και τα ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) ακολουθούν, καθώς ανιχνεύονται στο 33,33% των Μ.Κ.Ε. Με μεγάλη ποσοστιαία διαφορά και ποσοστό ίσο με 13,33%, εντοπίζονται οι υποθέσεις Διοίκησης και παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών «σε είδος» για τη διευκόλυνση της ζωής με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), ενώ με ποσοστό 6,67% ανιχνεύονται τόσο τα προβλήματα Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2), όσο και αυτά της Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5). Τέλος, σημειώνεται ότι οι υποθέσεις Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) αποτελούν το 3,33% στο σύνολο των Μ.Κ.Ε. της εν λόγω Κ.Ο.

Παρατηρώντας στη συνέχεια τα ευρήματα που προέκυψαν για την Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε., σημειώνουμε ότι το 44,44% αφορά την Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), το 22,22% τη Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), το 11,11% αφενός τον Έλεγχο των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) και αφετέρου τη Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), ενώ το 5,56% τόσο την Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2), όσο και την Περιβαλλοντική υγεία (HC.R.5).

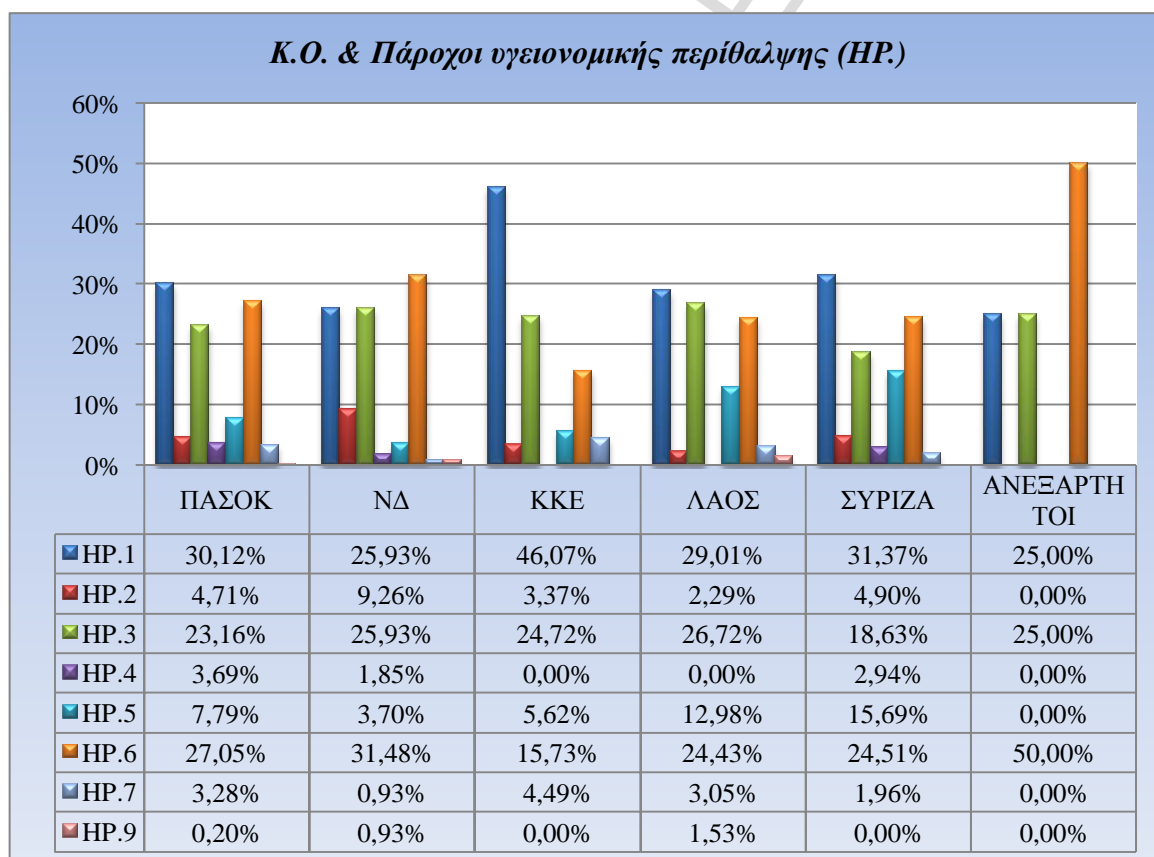
Προκειμένου για τους Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ., διαπιστώνουμε η θεματολογία των Μ.Κ.Ε. που υπέβαλαν, σχετίζεται κατά 29,03% με υποθέσεις Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), κατά 22,58% αφενός με ζητήματα Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) αφετέρου με θέματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), κατά 12,90% με δυσλειτουργίες σχετικές με τη Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), κατά 9,68% με υποθέσεις Ελέγχου των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) και τέλος, κατά 3,23% με περιπτώσεις Επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2).

Όσον αφορά τα Μ.Κ.Ε. των Βουλευτών του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., στο περιεχόμενο τους εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 34,48% τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), ακολουθούν τα θέματα Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) με ποσοστό 20,69%, τα ζητήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) με ποσοστό 17,24%, τα προβλήματα που σχετίζονται με τον Έλεγχο των τροφίμων, της υγιεινής και του πόσιμου νερού (HC.R.4) με ποσοστό 13,79%, οι υποθέσεις Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) με ποσοστό 10,34%, ενώ με τη μικρότερη συχνότητα ανιχνεύονται προβλήματα που αφορούν την Επιμόρφωση και εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2).

Τέλος, όσον αφορά τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές, τα Μ.Κ.Ε. που κατέθεσαν ισοκατανέμονται σε υποθέσεις Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) και σε ζητήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7).

5.3.4.3. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Στη συνέχεια, στα πλαίσια της προσπάθειας να αναδειχθεί σε ποιο βαθμό οι Πάροχοι της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνονται στη θεματολογία των Μ.Κ.Ε. που καταθέτουν οι Βουλευτές στη Βουλή, πραγματοποιήθηκε ο συσχετισμός της Κ.Ο. των Βουλευτών με τη δεύτερη (2^η) διάσταση της κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., των Παρόχων της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HP.), ώστε να αναδειχθούν ανά Κ.Ο. εκείνοι οι Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης οι οποίοι μέσω της διαδικασίας του Κ.Ε. «εμφανίζονται» τις περισσότερες φορές, επομένως παρουσιάζουν και τα περισσότερα προβλήματα. Όπως καθίσταται αντιληπτό και στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31), οι δύο (2) υποκατηγορίες παρόχων που εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. των περισσότερων Κ.Ο. είναι τα Νοσοκομεία (HP.1) και η Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31:
Συσχετισμός Κ.Ο. & Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τα Μ.Κ.Ε. των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ., στην πλειοψηφία τους εντοπίζονται προβλήματα των Νοσοκομείων (HP.1) με ποσοστό 30,12%. Με τρεις (3) μονάδες διαφορά και ποσοστό 27,05% ακολουθούν τα ζητήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και ασφάλισης (HP.6), ενώ στην τρίτη (3^η) ιεραρχικά θέση

με ποσοστό 23,16% βρίσκονται οι υποθέσεις Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3). Οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, αντιπροσωπεύονται με αρκετά μικρότερα ποσοστά, αναλυτικότερα, η Πρόβλεψη και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με 7,79%, οι Μονάδες νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) με 4,71%, η Λιανική πώληση και άλλοι πάροχοι ιατρικών αγαθών (HP.4) με 3,69%, οι υπόλοιπες βιομηχανίες παρόχων (HP.7) με 3,28%, ενώ όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις (HP.9) με το ελάχιστο 0,20%.

Αναφορικά με τα Μ.Κ.Ε. που υπέβαλαν οι Βουλευτές της Ν.Δ., οι υποθέσεις Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) εντοπίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενό τους και ποσοστό ίσο με 31,48%. Ακολουθούν τα προβλήματα των Νοσοκομείων (HP.1) και των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3), τα οποία ανιχνεύονται στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. με το ίδιο ποσοστό, ίσο με 25,93%, ενώ τα θέματα Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2) εντοπίζονται στο 9,26% του συνόλου. Στο 3,70% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. αντιστοιχούν τα ζητήματα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5), στο 1,85% οι υποθέσεις Λιανικής πώληση και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4), ενώ τέλος, στο 0,93% τόσο τα ζητήματα των άλλων βιομηχανιών (HP.7), όσο και όλων των υπολοίπων περιπτώσεων (HP.9).

Όσον αφορά τους Βουλευτές του Κ.Κ.Ε., είναι ξεκάθαρο ότι τα Νοσοκομεία (HP.1) αποτελούν την επικρατούσα υποκατηγορία Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς εντοπίζονται στο 46,07% του συνόλου, ενώ με σαφώς χαμηλότερο ποσοστό, ίσο με 24,72%, εντοπίζονται τα θέματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3). Με την τρίτη (3^η) μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 15,73% εντοπίζονται οι υποθέσεις Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) και ακολουθούν τα προβλήματα Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5), άλλων βιομηχανιών (HP.7) και Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2), με ποσοστά 5,62%, 4,49% και 3,37% αντίστοιχα.

Για την Κ.Ο. του ΛΑ.Ο.Σ., η πλειοψηφία των θεμάτων των Μ.Κ.Ε. αφορά ζητήματα Νοσοκομείων (HP.1), σε ποσοστό 29,01% επί του συνόλου, ενώ με μικρή ποσοστιαία διαφορά και ποσοστό 26,72% ανιχνεύονται τα ζητήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3). Τα θέματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) εντοπίζονται με ποσοστό 24,43%, έπονται εκείνα της Πρόβλεψης και διαχείρισης προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5) με 12,98%, ενώ ακολουθούν οι υποθέσεις άλλων βιομηχανιών παρόχων (HP.7), Μονάδων νοσηλευτικής

περίθαλψης και διαμονής (HP.2) καθώς και όλων των υπολοίπων περιπτώσεων (HP.9), με ποσοστά 3,05%, 2,29% και 1,53% αντίστοιχα.

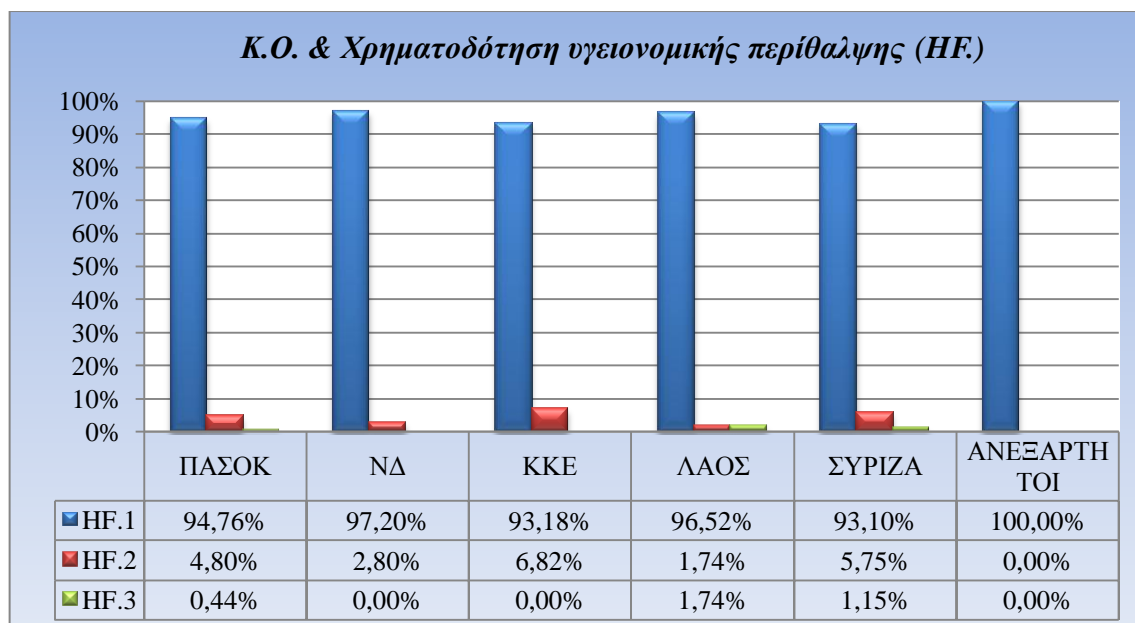
Οι Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. στο 31,37% των θεμάτων που υπέβαλαν στη διαδικασία του Κ.Ε. αναφέρονται σε ζητήματα Νοσοκομείων (HP.1) και στο 24,51% ζητήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6). Μικρότερο ποσοστό του ενδιαφέροντός τους φαίνεται να αποσπούν οι υποθέσεις Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) και Πρόβλεψης και διαχείριση προγραμμάτων δημόσιας υγείας (HP.5), καθώς αποτελούν το 18,63% και το 15,69% του συνόλου αντίστοιχα. Με ακόμη μικρότερες συχνότητες εντοπίζονται στη θεματολογία των Μ.Κ.Ε. ζητήματα Μονάδων νοσηλευτικής περίθαλψης και διαμονής (HP.2), Λιανικής πώλησης και άλλων παρόχων ιατρικών αγαθών (HP.4) και άλλων βιομηχανιών (HP.7), σημειώνοντας ποσοστά ίσα με 4,90%, 2,94% και 1,96% αντίστοιχα.

Αναφορικά με τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές, η θεματολογία των Μ.Κ.Ε. που κατέθεσαν, υπό το πρίσμα των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, κατανέμεται κατά το ήμισυ (50%) σε ζητήματα Γενικής Διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), και το υπόλοιπο ισοκατανέμεται στα ζητήματα Νοσοκομείων (HP.1) και Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3).

5.3.4.4. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Προχωρώντας στο επόμενο ζεύγος συσχετισμού της Κ.Ο. με την Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HF.) και παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32), διαπιστώνουμε ότι στο σύνολο των Κ.Ο. η Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση εντοπίστηκε με απόλυτη πλειοψηφία στα κατατεθέντα Μ.Κ.Ε. Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου για τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ., ζητήματα Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1) εντοπίζονται στο 94,76% του συνόλου των Μ.Κ.Ε., ζητήματα χρηματοδότησης Ιδιωτικού τομέα (HF.2) στο 4,80%, ενώ όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις χρηματοδότησης (HF.3) στο ελάχιστο 0,44%.

Όσον αφορά τους Βουλευτές της Ν.Δ., σημειώνεται ανάλογη διακύμανση των ποσοστών, με ελάχιστες διαφοροποιήσεις. Πάλι η Ευρύτερη κρατική (HF.1) αποτελεί την αποκλειστική σχεδόν πηγή χρηματοδότησης για το πλειοψηφικό 97,20% των Μ.Κ.Ε. και η χρηματοδότηση Ιδιωτικού τομέα (HF.2) για το 2,80% με 2,36%, ενώ δεν καταγράφεται περίπτωση άλλης χρηματοδότησης (HF.3).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32:

Συσχετισμός Κ.Ο. & Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Αντίστοιχες αναλογίες παρατηρούνται και στη θεματολογία των Μ.Κ.Ε. των Βουλευτών του Κ.Κ.Ε., με την Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση (HF.1) να αφορά το 93,18% αυτών και την Ιδιωτικού τομέα (HF.2) το υπόλοιπο 6,82%.

Προχωρώντας στους Βουλευτές της επόμενης Κ.Ο., του Λ.Α.Ο.Σ σημειώνεται αύξηση του ποσοστού της Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1) και διαμόρφωσή του στο 96,52% του συνόλου των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., ενώ τα ποσοστά Ιδιωτικής (HF.2) και Άλλης (HF.3) χρηματοδότησης, διαμορφώνονται αμφότερα στο 1,74%.

Προκειμένου για τους Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., η κατανομή των Μ.Κ.Ε. υπό το πρίσμα των πηγών χρηματοδότησης πραγματοποιείται κατά 93,10% σε περιπτώσεις Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1), κατά 5,75% σε Ιδιωτικού τομέα (HF.2) και κατά 1,15% σε περιπτώσεις Άλλης προέλευσης χρηματοδότησης (HF.3).

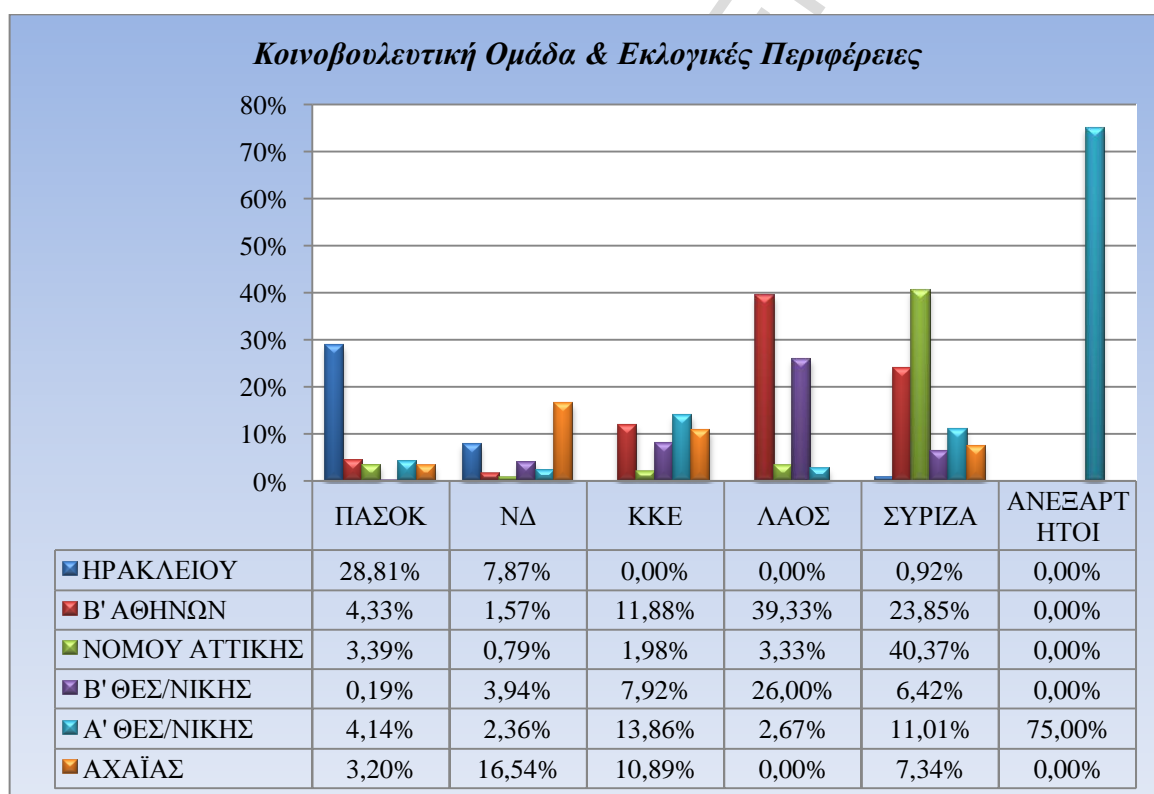
Τέλος, όσον αφορά τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές, το 100% των Μ.Κ.Ε. που κατέθεσαν στη Βουλή σχετίζεται με την Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση (HF.1).

5.3.4.5. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εκλογική Περιφέρεια

Στη συνέχεια η Κοινοβουλευτική Ομάδα συσχετίστηκε με την Εκλογική Περιφέρεια, προκειμένου να αναδειχθεί ανά Κ.Ο., εκείνη η Εκλογική Περιφέρεια η οποία εκπροσωπήθηκε περισσότερο στη διαδικασία του Κ.Ε., μέσω των Βουλευτών της. Σημειώνεται ότι στον προκειμένο συσχετισμό με τις Εκλογικές Περιφέρειες, όπως στις δύο (2) προηγούμενες περιπτώσεις, για λόγους στατιστικού ενδιαφέροντος, ελήφθησαν

υπόψη μόνο οι έξι (6) πιο «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες, οι οποίες με φθίνουσα σειρά ποσοστιαίας εκπροσώπησης είναι οι: Ηρακλείου, Β΄ Αθηνών, Νομού Αττικής (υπολοίπου Αττικής), Β΄ Θεσσαλονίκης, Α΄ Θεσσαλονίκης και Αχαΐας.

Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33), διαπιστώνουμε αρχικά την έντονη ανομοιογένεια στην ποσοστιαία κατανομή των Εκλογικών Περιφερειών για το σύνολο των Κ.Ο. Αναλυτικότερα, προκειμένου για το ΠΑ.ΣΟ.Κ., η εκλογική περιφέρεια του Ηρακλείου συγκεντρώνοντας το εντυπωσιακό 28,81%, αναμφίβολα αποδεικνύεται η πιο «ενεργή» στη διαδικασία του Κ.Ε. Με σημαντική διαφορά ακολουθούν οι υπόλοιπες, πιο συγκεκριμένα η Β΄ Αθηνών με ποσοστό 4,33%, η Α΄ Θεσσαλονίκης με 4,14%, το υπόλοιπο Αττικής με 3,39%, η Αχαΐας με 3,20%, ενώ η Β΄ Θεσσαλονίκης με 0,19%.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33:
Συσχετισμός Κ.Ο. & Εκλογικών Περιφερειών

Προχωρώντας στη συνέχεια στην Κ.Ο. της Ν.Δ., είναι οφθαλμοφανής η διαφοροποίηση των ποσοστών, δεδομένου ότι η Εκλογική Περιφέρεια με τη μεγαλύτερη εκπροσώπηση στη διαδικασία του Κ.Ε. αναδεικνύεται η Αχαΐας με ποσοστό 16,54% επί του συνόλου. Ακολουθούν οι Ηρακλείου με 7,87% και Β΄ Θεσσαλονίκης με 3,94%, ενώ έπονται οι Α΄ Θεσσαλονίκης, Β΄ Αθηνών και υπολοίπου Αττικής, με ποσοστά «συμμετοχής» ίσα με 2,36%, 1,57% και 0,79% αντίστοιχα.

Ακολουθώς, όσον αφορά τους πλέον «ενεργούς» Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. στη διαδικασία του Κ.Ε., εκλέγονται στην Α΄ Θεσσαλονίκης, δεδομένου ότι αντιστοιχεί στο 13,86% του συνόλου της συγκεκριμένης Κ.Ο. Με διαφορά μόλις δύο (2) ποσοστιαίων μονάδων και ποσοστό 11,88%, ακολουθεί η Β΄ Αθηνών, ενώ η Αχαΐας έπεται με 10,89%. Σημειώνεται ότι η Β΄ Θεσσαλονίκης εκπροσωπείται σε ποσοστό 7,92% επί του συνόλου των περιφερειών και ακολουθεί η Ν. Αττικής με αρκετή διαφορά και ποσοστό 1,98%. Τέλος, εντύπωση προκαλεί η «απουσία» των Βουλευτών του Ηρακλείου.

Παρατηρώντας στη συνέχεια τα ευρήματα του συσχετισμού για την Κ.Ο. του ΛΑ.Ο.Σ., εύκολα καθίσταται αντιληπτό ότι η Β΄ Αθηνών αποτελεί την πλέον «ενεργή» περιφέρεια, δεδομένου ότι οι Βουλευτές της κατέθεσαν το 39,33% των συνολικά κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. της εν λόγω Κ.Ο. Ως η επόμενη πιο «ενεργή» Εκλογική Περιφέρεια σημειώνεται η Β΄ Θεσσαλονίκης, με τους Βουλευτές της να πραγματοποιούν την κατάθεση του 26% του συνόλου των Μ.Κ.Ε. Ακολουθούν οι Ν. Αττικής και Α΄ Θεσσαλονίκης, με ποσοστά συμμετοχής 3,33% και 2,67% αντίστοιχα, ενώ δεν καταγράφονται περιπτώσεις συμμετοχής Βουλευτών του Ηρακλείου και της Αχαΐας.

Αναφορικά με την Κ.Ο. του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., επισημαίνεται ότι οι Βουλευτές με την πιο «ενεργή» παρουσία στη διαδικασία του Κ.Ε. προέρχονταν από το υπόλοιπο Αττικής σε ποσοστό 40,37%, ενώ με αξιοσημείωτη ποσοστιαία διαφορά της τάξης των δέκα επτά (17) σχεδόν μονάδων και ποσοστό 23,85%, ακολουθούν οι Βουλευτές της Β΄ Αθηνών. Στην τρίτη (3^η) θέση βρίσκεται η εκλογική περιφέρεια της Α΄ Θεσσαλονίκης με ποσοστό 11,01%, στην τέταρτη (4^η) η Αχαΐας με 7,34%, στην πέμπτη (5^η) η Β΄ Θεσσαλονίκης με 6,42% και στην τελευταία η Ηρακλείου με μόλις 0,92%.

Τέλος, οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. είναι σε ποσοστό 75% Βουλευτές της Α΄ Θεσσαλονίκης.

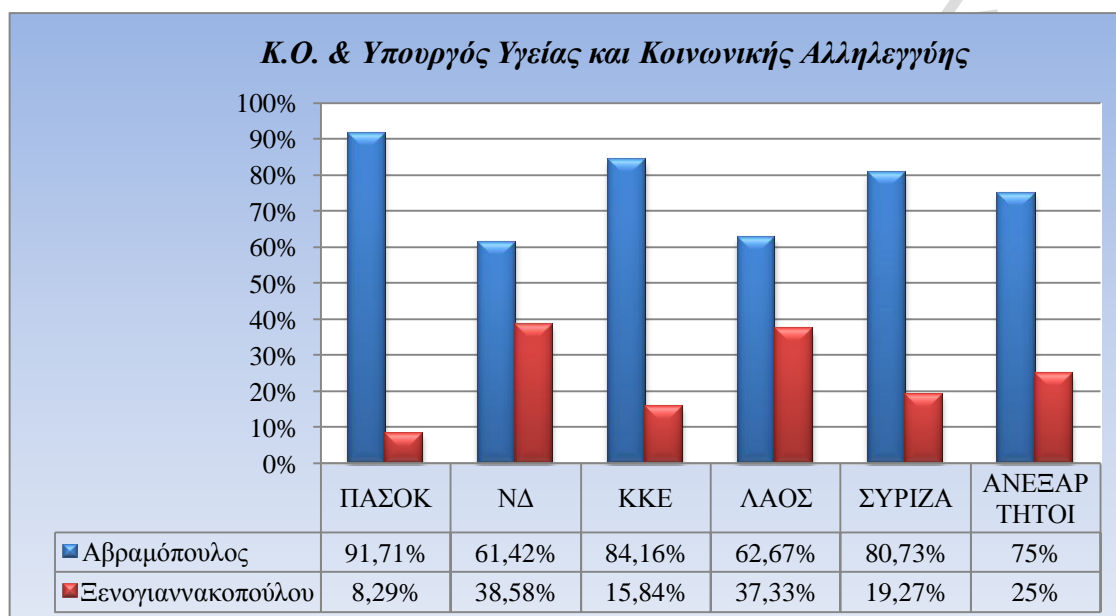
5.3.4.6. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Υπουργός Υγείας

Ο επόμενος συσχετισμός πραγματοποιήθηκε μεταξύ της Κ.Ο. των Βουλευτών και του Υπουργού Υγείας κατά το χρόνο κατάθεσης των Μ.Κ.Ε. Όπως γίνεται αντιληπτό στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34), προκειμένου για τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. η συντριπτική πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε., σε ποσοστό 91,71% επί του συνόλου, κατατέθηκε επί υπουργίας του κ. Δ. Αβραμόπουλου και μόλις το 8,29% επί υπουργίας της κ. Μ. Ξενογιαννακοπούλου.

Οι Βουλευτές της Ν.Δ. επίσης υπέβαλαν τα περισσότερα Μ.Κ.Ε., ποσοστό 61,42% όταν Υπουργός Υγείας ήταν ο κ. Δ. Αβραμόπουλος, όμως αξίζει να σημειωθεί

ότι σε σχέση με τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. υπέβαλαν σχεδόν τα τετραπλάσια Μ.Κ.Ε. με Υπουργό Υγείας την κα Μ. Ξενογιαννακοπούλου, σημειώνοντας ποσοστό 38,58%.

Το 84,16% των Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν από τους Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκε επί υπουργίας του κ. Δ. Αβραμόπουλου και μόνο το 15,84% επί υπουργίας της κας Μ. Ξενογιαννακοπούλου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34:

Συσχετισμός Κ.Ο. & Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τους Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ. τα ποσοστά κατανομής των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. προσομοιάζουν αρκετά σε αυτά της Ν.Δ., δεδομένου ότι το 62,67% του συνόλου του Κ.Ε. που πραγματοποίησαν έλαβε χώρα με Υπουργό Υγείας τον κ. Δ. Αβραμόπουλο και το 37,33% με την κα Μ. Ξενογιαννακοπούλου.

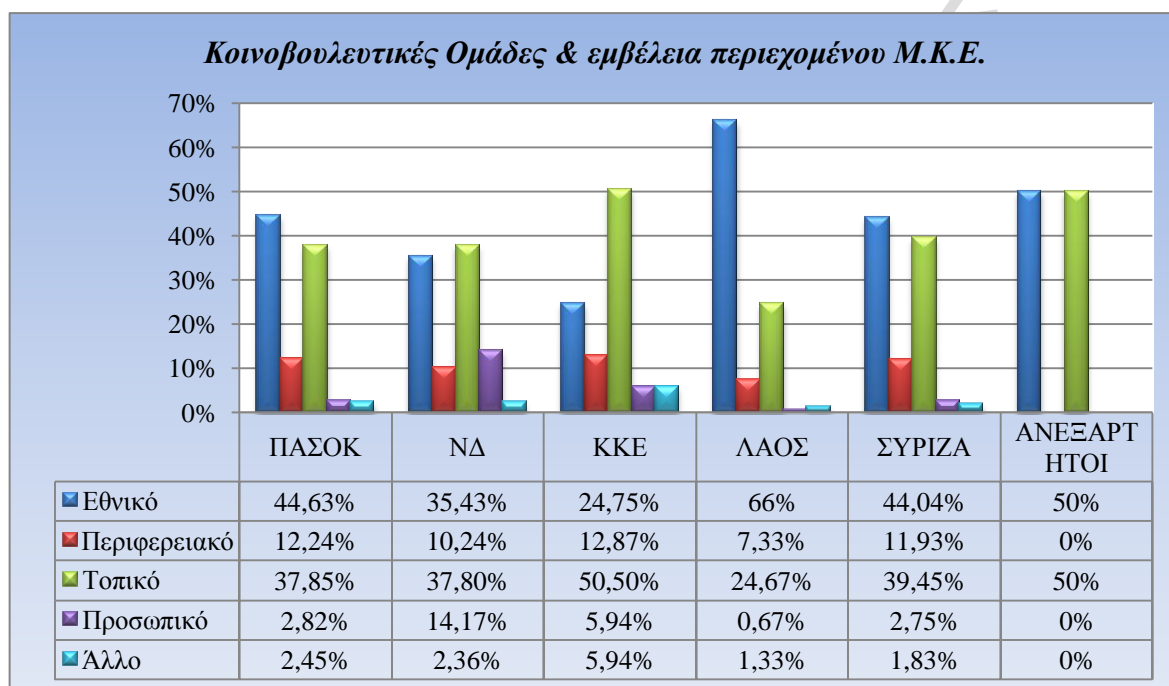
Οι Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. αντίστοιχα, παρουσίασαν ανάλογη «συμπεριφορά» με τους Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. με το 80,73% των Μ.Κ.Ε. να έχουν κατατεθεί επί υπουργίας κ. Δ. Αβραμόπουλου και το υπόλοιπο 19,27% επί υπουργίας κας Μ. Ξενογιαννακοπούλου.

Τέλος, αναφορικά με τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ Βουλευτές για το 75% των Μ.Κ.Ε. που υπέβαλαν Υπουργός Υγείας ήταν ο κ. Δ. Αβραμόπουλος ενώ για το υπόλοιπο 25% ήταν η κα Μ. Ξενογιαννακοπούλου.

5.3.4.7. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Στη συνέχεια συσχετίστηκε η Κ.Ο. Βουλευτών με την εμβέλεια του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. και προέκυψαν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα ευρήματα. Όπως καθίσταται άμεσα

αντιληπτό και από το σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35), η πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε. των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. αντιστοιχεί σε Εθνικά θέματα (44,63%), ενώ ακολουθούν τα Τοπικά (37,85%) και έπονται τα Περιφερειακά (12,24%). Τέλος, τα χαμηλά ποσοστά με τα οποία εντοπίζονται τα Προσωπικού ή Άλλου ενδιαφέροντος θέματα επί του συνόλου, (2,82%, 2,45%), υποδηλώνει το μικρό ενδιαφέρον των Βουλευτών για αυτά.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35:
Συσχετισμός Κ.Ο. & εμβέλειας περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Όσον αφορά τους Βουλευτές της Ν.Δ., η κατάσταση διαφοροποιείται ελαφρώς, καθώς την πλειοψηφία των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. αποτελούν τα Τοπικά θέματα με ποσοστό 37,8% και ακολουθούν τα Εθνικά με ποσοστό 35,43%, παρατηρείται επομένως μια αντιστροφή στις δύο (2) πρώτες θέσεις σε σχέση με τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Στην τρίτη θέση με ποσοστό 14,17% βρίσκονται τα Προσωπικού ενδιαφέροντος θέματα και έπονται τα Περιφερειακού ενδιαφέροντος, τα οποία αποτελούν το 10,24% του συνόλου. Με αρκετή σχετική διαφορά κατεγράφησαν τα θέματα Άλλου ενδιαφέροντος καθώς συγκέντρωσαν μόλις 2,36%.

Για τους Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. είναι εμφανές ότι τα θέματα Τοπικού ενδιαφέροντος αντιπροσωπεύουν τον κύριο όγκο των Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν, δεδομένου ότι αποτελούν το 50,5% του συνόλου. Με τη δεύτερη (2^η) μεγαλύτερη συχνότητα και ποσοστό 24,75% αντιπροσωπεύονται θέματα Εθνικού ενδιαφέροντος, ακολουθούν τα Περιφερειακού με 12,87%, ενώ τα Προσωπικού ή Άλλου ενδιαφέροντος ισοκατανέμονται με 5,94% έκαστο.

Όσον αφορά τους Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ., υπογραμμίζεται η ξεκάθαρη «προτίμηση» τους στα θέματα Εθνικής εμβέλειας καθώς αποτελούν το 66% του συνόλου, ενώ με αρκετή διαφορά και ποσοστό 24,67%, ακολουθούν τα Τοπικής εμβέλειας. Με σημαντική διαφορά και ποσοστό 7,33% έπονται τα Περιφερειακής εμβέλειας, ενώ τα Άλλης και Προσωπικής εμβέλειας, αποτελώντας το 1,33% και 0,67% του συνόλου, καθίστανται ευδιακρίτως εκτός των άμεσων προτεραιοτήτων τους.

Προκειμένου για τους Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., επισημαίνεται η «ομοιότητα» κατανομής με την αντίστοιχη του ΠΑ.ΣΟ.Κ., καθώς τα ζητήματα Εθνικού ενδιαφέροντος αποτελούν την πρώτη (1^η) προτεραιότητα, με ποσοστό 44,04% επί του συνόλου, τα Τοπικού ενδιαφέροντος αποτελούν τη δεύτερη (2^η) με 39,45%, τα Περιφερειακά την τρίτη (3^η) με 11,93%, ενώ τα Προσωπικού και Άλλου ενδιαφέροντος, συγκεντρώνοντας ποσοστά της τάξης του 2,75% και 1,83% επί του συνόλου αντίστοιχα, συγκαταλέγονται στις τελευταίες προτεραιότητες των Βουλευτών αυτής της Κ.Ο.

Τέλος, σημειώνεται ότι οι προτεραιότητες των ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ Βουλευτών ισοκατανέμονται σε Εθνικής και Τοπικής εμβέλειας θέματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Εισαγωγικά στοιχεία

Στο κεφάλαιο που προηγήθηκε πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση των ευρημάτων της έρευνας, τόσο σε επίπεδο απλών, όσο και σε συνδυαστικών συχνοτήτων. Στις παραγράφους του παρόντος κεφαλαίου, πραγματοποιείται η συζήτηση αμφοτέρων των περιπτώσεων ευρημάτων. Η συζήτηση των ευρημάτων θεωρείται ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας, δεδομένου ότι δύναται να αντληθούν πολλά στοιχεία αναφορικά με τον Κ.Ε. στον τομέα της Υγείας.

Ωστόσο, πριν τη συζήτηση των ευρημάτων κρίνεται σκόπιμη η επισήμανση δύο (2) σημείων, τα οποία σχετίζονται άμεσα με την παρούσα έρευνα, ένας de facto περιορισμός και μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση. Όσον αφορά τον de facto περιορισμό, έγκειται στο γεγονός ότι αν και το διάστημα διεξαγωγής της παρούσας περιλαμβάνει την εναλλαγή (2) Κ.Ο. στη διακυβέρνηση της χώρας, της Ν.Δ. και του ΠΑ.ΣΟ.Κ., δεν είναι ισοκαταναμημένο χρονικά, δεδομένου ότι επί συνολικού ερευνητικού διαστήματος σαράντα τεσσάρων (44) μηνών, η Ν.Δ. ήταν το Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα για τους τριάντα έξι (36) εξ αυτών και το ΠΑ.ΣΟ.Κ. για τους οχτώ (8). Ο εν λόγω περιορισμός συνίσταται να ληφθεί υπόψη κατά τη διεξαγωγή συμπερασματικών σκέψεων στη διάσταση των Κ.Ο.

Όσον αφορά την παρατήρηση, σχετίζεται με το περιεχόμενο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. Υπογραμμίζεται ότι κατά την επεξεργασία των εγγραφών, την καταχώρησή τους στο S.P.S.S. και την κατηγοριοποίησή τους βάσει περιεχομένου, στις τρεις (3) διαστάσεις του Ο.Ο.Σ.Α., παρατηρήθηκε, καθ' όλο το υπό διερεύνηση διάστημα, το φαινόμενο της επανάληψης σχεδόν των ίδιων προβλημάτων. Η εν λόγω παρατήρηση αξιολογείται ως ιδιαίτερα αποθαρρυντική, καθώς αποτελεί ουσιαστικά μια ισχυρή ένδειξη της διαίωνισης των προβλημάτων Υγείας της χώρας, δεδομένου ότι από το 2006 μέχρι το 2010 εντοπιζόνταν κατ' επανάληψη σχεδόν τα ίδια προβλήματα.¹⁴²

¹⁴² Η παρατήρηση ότι τα προβλήματα που αφορούν το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα διαιωνίζονται και δεν παρατηρείται γενικότερη βελτίωση, επαληθεύεται και από την άποψη του Δρ. Arne Björnberg, Διευθυντή του Ευρωπαϊκού Πίνακα Κατάταξης Καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας (Euro Health Consumer Index) του Health Consumer Powerhouse, ο οποίος στο σχετικό δελτίο τύπου για την Ελλάδα στις Βρυξέλλες το 2009 δήλωσε: «Από την αρχή των συγκριτικών αναλύσεων μας αναλύσεων πριν από πέντε χρόνια, η Ελλάδα παραμένει αμετακίνητη, ενώ άλλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σημείωσαν βελτιώσεις» και συνεχίζει «Πρόκειται για μια χώρα με πραγματικά μεγάλη ανάγκη υγειονομικής μεταρρύθμισης».

6.2. Συζήτηση ευρημάτων απλών συχνοτήτων

6.2.1. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος

Τα ευρήματα της έρευνας σε επίπεδο απλών συχνοτήτων των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων, δύνανται να συζητηθούν τόσο στη διάσταση των διαφορετικών Συνόδων, όσο και στη διάσταση των Εθνικών Εκλογών. Όσον αφορά τις Συνόδους, υπογραμμίζεται ότι κατά τη διάρκεια των Συνόδων Θέρους σημειώθηκαν τα μικρότερα ποσοστά συμμετοχής των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. και μάλιστα με ιδιαίτερα έντονες ποσοστιαίες διαφορές εν συγκρίσει με τις εκτός Θέρους Συνόδους. Η σχετικά «εξασθενημένη» διαδικασία Κ.Ε. κατά τη διάρκεια του Θέρους, αν και δικαιολογημένη εν μέρει, δεδομένης της περιορισμένης χρονικής διάρκειας των Συνόδων, συνίσταται να μην παραβλεφθεί, καθώς κατά τη διάρκεια περιόδων «ασθενούς» ελέγχου δύναται να σημειωθεί επιδείνωση των προβλημάτων.

Η συζήτηση των ευρημάτων στη διάσταση των Εθνικών Εκλογών κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί προκειμένου να διερευνηθεί εάν η συμμετοχή των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. επηρεάζεται από το χρόνο διεξαγωγής τους και επομένως τα θέματα της υγείας θα μπορούσαν να αποτελέσουν «πολιτική διεκκυστίδα».¹⁴³ Σημειώνεται ότι οι Εθνικές Εκλογές που αφορούν την παρούσα έρευνα έλαβαν χώρα στις 16/9/2007 και στις 4/10/2009. Στην μεν πρώτη (1^η) περίπτωση δεν πραγματοποιήθηκε αλλαγή της Κυβέρνησης και η Ν.Δ. παρέμεινε το Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα, ενώ στη δεύτερη (2^η), τη νέα Κυβέρνηση αποτέλεσε η Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, σημειώνεται ότι προκειμένου για τις προγραμματισμένες Εθνικές Εκλογές του δύο χιλιάδες επτά (2007) η μεγαλύτερη δραστηριότητα των Βουλευτών κατεγράφη μετεκλογικά, κατά τη διάρκεια της Α΄ Συνόδου της ΙΒ΄ Περιόδου¹⁴⁴, ενώ ιδιαίτερα υψηλή υπήρξε και κατά τη διάρκεια της Γ΄ Συνόδου της ΙΑ΄ Περιόδου, δηλαδή προεκλογικά των Εκλογών του 2007. Αναφορικά με τις Εθνικές Εκλογές του 2009, τόσο προεκλογικά όσο και μετεκλογικά η δραστηριότητα των Βουλευτών κατεγράφη σε αντίστοιχα επίπεδα.

Επομένως, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της συμμετοχής των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εκλογών, η οποία τόσο σε προεκλογικό, όσο και σε μετεκλογικό επίπεδο κατεγράφη πιο έντονη στην περίπτωση των Εθνικών Εκλογών του 2007 όπου δεν υπήρξε αλλαγή της Κυβέρνησης.

¹⁴³ Δίκαιος Κ., *op. cit.*, σ. 75 – 79.

¹⁴⁴ Σημειώνεται ότι κατά τη διάρκεια αυτής της Συνόδου κατεγράφη και η μεγαλύτερη συμμετοχή των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. για το σύνολο της έρευνας.

6.2.2. Τύπος Μ.Κ.Ε.

Προχωρώντας ακολούθως στη συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας σε επίπεδο απλών συχνοτήτων των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε., υπογραμμίζεται ότι ο μεγαλύτερος όγκος κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. αντιστοιχούσε κατά συντριπτική πλειοψηφία σε Ερωτήσεις (72,02%), καθιστώντας τις τοιουτοτρόπως αδιαμφισβήτητα τον πλέον «δημοφιλή» και «προτιμητέο» τύπο Μ.Κ.Ε. Ακολούθως, σημειώνεται ότι μικρότερο αυτού των Ερωτήσεων αλλά σαφώς μεγαλύτερο αυτού των υπολοίπων τύπων Μ.Κ.Ε., κατεγράφη και το ποσοστό των Αναφορών επί του συνόλου (19%), άρα πρόκειται για τον δεύτερο (2^ο) πιο συνήθη τύπο Μ.Κ.Ε. στη διαδικασία του Κ.Ε. Αμφότεροι οι προαναφερθέντες τύποι Μ.Κ.Ε. μοιράζονται δύο (2) χαρακτηριστικά, αφενός την πρόθεση άμεσης ενημέρωσης της Βουλής σχετικά με κάποια κατάσταση, αφετέρου την επικοινωνία μεταξύ πολιτών και Βουλευτών. Προκειμένου για τις Αναφορές, υποβάλλονται στη Βουλή, όπως έχει διευκρινιστεί, αρχικά από τους Πολίτες και εν συνεχεία δύνανται να υιοθετηθούν από τους Βουλευτές. Όσον αφορά τις Ερωτήσεις, υποβάλλονται μεν από τους Βουλευτές, δεδομένου όμως ότι αφορούν δημόσιες υποθέσεις, συνδέονται άμεσα με παράπονα ή προβλήματα που τους απευθύνουν οι Πολίτες.

Αντίθετα, παρατηρώντας τα αποτελέσματα, διαπιστώνουμε ότι οι Επερωτήσεις (0,20%) και οι Επίκαιρες Επερωτήσεις (0,20%) αποτελούν τους τύπους Μ.Κ.Ε. που χρησιμοποιήθηκαν λιγότερο στη διαδικασία του Κ.Ε. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη ότι τόσο οι Επερωτήσεις όσο και οι Επίκαιρες Επερωτήσεις πραγματοποιούνται μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες έχει ήδη υποβληθεί Ερώτηση ή Α.Κ.Ε. για το ίδιο ζήτημα και η απάντηση που έχει δοθεί είναι ανεπαρκής, συμπεραίνουμε ότι για το διάστημα της έρευνας οι απαντήσεις που δόθηκαν στις Ερωτήσεις και τις Α.Κ.Ε. ήταν σε γενικές γραμμές επαρκείς και επομένως δεν υπήρξε ανάγκη μετατροπής τους σε Επερωτήσεις και Επίκαιρες Επερωτήσεις.

6.2.3. Τρόπος υποβολής Μ.Κ.Ε.

Όσον αφορά τον τρόπο υποβολής των Μ.Κ.Ε. στη Βουλή από τους Βουλευτές, η επεξεργασία των δεδομένων οδήγησε στην παρατήρηση ότι η ατομική υποβολή (83,07%) υπερέχει ξεκάθαρα της ομαδικής υποβολής (16,93%). Επομένως, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας οι Βουλευτές προτιμούν την ατομική κατάθεση Μ.Κ.Ε. και όχι την ομαδική. Δεδομένου ότι η λόγω προτίμηση των Βουλευτών δύναται να ερμηνευτεί τόσο θετικά όσο αρνητικά, θετικά ως αποτέλεσμα προσωπικής ανιδιοτελούς πρωτοβουλίας και αρνητικά ως πρόθεση προσωπικής προβολής και καλλιέργειας «πελατειακών σχέσεων»,

θα αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης κατά τη συζήτηση των ευρημάτων που προέκυψαν από το συσχετισμό των μεταβλητών της έρευνας μεταξύ τους.

6.2.4. Βουλευτές

Η συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας ως προς τη συμμετοχή των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε., κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί ανά περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη την επαγγελματική ιδιότητα του Βουλευτή, την Κ.Ο., την Εκλογική του Περιφέρεια καθώς και την καταγεγραμμένη του δραστηριότητα, τόσο στα πλαίσια του χώρου της υγείας, όσο και του Κ.Ε. γενικότερα. Για πρακτικούς λόγους, οι δέκα πέντε (15) περισσότερο «ενεργοί» Βουλευτές, χωρίστηκαν σε ομάδες των πέντε (5).

Όσον αφορά τους πέντε (5) πρώτους και αρχής γενομένης από τον κο **Σκουλά Ιωάννη**, ο οποίος κατέθεσε και τα περισσότερα Μ.Κ.Ε., παρατηρούμε ότι είναι Βουλευτής Ηρακλείου του ΠΑ.ΣΟ.Κ., Γιατρός, με έντονη δράση στο χώρο της υγείας από την ένταξη του στο ΠΑ.ΣΟ.Κ., εκ της οποίας ενδεικτικά σημειώνονται, η ιδιότητά του ως Εντεταλμένος Βοηθός του Νομάρχη Ηρακλείου σε θέματα Υγείας και Πρόνοιας κατά τη θητεία του ως Νομαρχιακός Σύμβουλος Ηρακλείου Κρήτης (10/2002 – 10/2006) καθώς και η συμμετοχή του σε επιτροπές Κοινωνικών Υποθέσεων και Απόδημου Ελληνισμού της Βουλής, ως μέλος. Ακολουθεί ο κος **Λεβέντης Αθανάσιος**, Βουλευτής Αττικής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. κατά το διάστημα της έρευνας¹⁴⁵, ο οποίος ότι είναι επίσης Γιατρός και έχει εργαστεί επί σειρά ετών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας ως Επιμελητής και ως Διευθυντής κλινικών. Έπεται ο κος **Αϊβαλιώτης Κωνσταντίνος**, Βουλευτής του ΛΑ.Ο.Σ., ο οποίος είναι Οικονομολόγος και θεωρείται ιδιαίτερα «δραστήριος» στη γενικότερη διαδικασία Κ.Ε., δεδομένου ότι κατά τη διάρκεια της κοινοβουλευτικής του θητείας, και συγκεκριμένα τα έτη 2007 – 2009 υπήρξε πρώτος μεταξύ των τριακοσίων Βουλευτών σε αριθμό Κοινοβουλευτικών Ερωτήσεων. Ως ο τέταρτος (4^{ος}) πιο «ενεργός» Βουλευτής κατεγράφη ο κος **Βελόπουλος Κυριάκος**, Βουλευτής Β΄ Θεσσαλονίκης του ΛΑ.Ο.Σ., δημοσιογράφος στο επάγγελμα, με ενεργή συμμετοχή σε θέματα κοινωνικής πρόνοιας και ειδικότερα απόδημου ελληνισμού. Ο κος **Στρατάκης Εμμανουήλ**, Βουλευτής Ηρακλείου του ΠΑ.ΣΟ.Κ., γεωπόνος στο επάγγελμα, ακολουθεί στην πέμπτη (5^η) θέση, έχοντας επιδείξει κατά τη διάρκεια της πολιτικής του σταδιοδρομίας έντονη

¹⁴⁵ Σημειώνεται ότι ο κος Λεβέντης Αθανάσιος ξεκίνησε ως Βουλευτής Αττικής του Συνασπισμού το 1989 και το 2000, συνέχισε ως Βουλευτής του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. το 2004, 2007, 2009 και από τον Ιούνιο του 2010 αποχώρησε από το ΣΥ.ΡΙΖ.Α. και συμμετέχει έκτοτε στη Δημοκρατική Αριστερά.

δραστηριότητα και ευαισθητοποίηση σε θέματα περιβάλλοντος και αγροτικής ανάπτυξης, ενδεικτικά αναφέρεται η θητεία του ως υποδιοικητής του Ο.Γ.Α. (1993 – 1996).

Προχωρώντας στη συνέχεια στους επόμενους πέντε (5), η έκτη (6^η) μεγαλύτερη ποσοστιαία συμμετοχή στη διαδικασία του Κ.Ε. αντιστοιχεί στον κο **Καρχμάκη Μιχαήλ**, Βουλευτή Λασιθίου του ΠΑ.ΣΟ.Κ., τέως υπάλληλο της Ολυμπιακής Αεροπορίας, στον οποίο ανατέθηκαν καθήκοντα Πολιτικού Υπεύθυνου του Τομέα Εθελοντισμού και Αλληλεγγύης καθώς και των συνδεδεμένων Δικτύων Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, Ευρωπαϊών Πολιτών, Βορειοηπειρωτών, Μεταναστών, ΡΟΜ και των υπολοίπων συνδεδεμένων δικτύων, κατόπιν της εκλογής του ως μέλος του Πολιτικού Συμβουλίου του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Η έβδομη (7^η) μεγαλύτερη ποσοστιαία συμμετοχή αντιστοιχεί στον κο **Κεγκέρογλου Βασίλειο**, Βουλευτή Ηρακλείου του ΠΑ.ΣΟ.Κ., Φυσικό στο επάγγελμα και μέλος της Ειδικής Διαρκούς Επιτροπής για την παρακολούθηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Όσον αφορά τον κο **Καρασμάνη Γεώργιο**, Βουλευτή Πέλλας της Ν.Δ., Οικονομολόγο, έχει υπάρξει μέλος της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Απόδημου Ελληνισμού. Προκειμένου για τον κο **Σκουλάκη Εμμανουήλ**, Βουλευτή Χανίων του ΠΑ.ΣΟ.Κ. για το διάστημα της έρευνας¹⁴⁶ και Γιατρό στο επάγγελμα, σημειώνεται η έντονη δραστηριότητά του στο χώρο της υγείας, καθώς έχει χρηματίσει σε θέσεις ευθύνης όπως του Υφυπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας κ.λπ. Ακολουθεί η μόνη γυναίκα μεταξύ των δέκα πέντε (15) περισσότερο «ενεργών» Βουλευτών, η κα **Μερεντίτη Αθανασία**, Βουλευτής Τρικάλων του ΠΑ.ΣΟ.Κ., τραπεζικός υπάλληλος, η οποία έχει υπάρξει μέλος τόσο της επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων όσο και Ισότητας και Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (κοινοβουλευτική θητεία 2004 – 2007).

Ολοκληρώνοντας τη συζήτηση με τους τελευταίους πέντε (5), ως ο εντέκατος (11^{ος}) πιο «ενεργός» έχει καταγραφεί ο κος **Αποστολάτος Βαΐτσης**, Βουλευτής Α΄ Πειραιώς του ΛΑ.Ο.Σ., Γιατρός, με έντονη δραστηριοποίηση στο χώρο της υγείας, εκ της οποίας ενδεικτικά αναφέρονται οι εξορμήσεις κοινωνικής προσφοράς σε ακριτικά χωριά και νησιά της άγονης γραμμής, το ενδιαφέρον του για θέματα Περιβάλλοντος, Κλιματικών Αλλαγών, Παγκόσμια Υγείας αλλά και οι θέσεις του σε επιτροπές σχετικές με θέματα υγείας και κοινωνικών υποθέσεων. Ακολουθεί ο κος **Γεωργιάδης Σπυρίδων Αδωνις**, Βουλευτής Β΄ Αθηνών του ΛΑ.Ο.Σ., Ιστορικός – Εκδότης, ο οποίος έχει

¹⁴⁶ Σημειώνεται ότι ο κος Σκουλάκης Εμμανουήλ παραιτήθηκε του Βουλευτικού αξιώματος στις 28/12/2010.

επιδείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε θέματα απόδημου ελληνισμού και συμμετέχει και στην αντίστοιχη επιτροπή της Βουλής. Συνεχίζοντας, ο κος **Μαγκριώτης Ιωάννης**, Βουλευτής Α΄ Θεσσαλονίκης του ΠΑ.ΣΟ.Κ., Φυσικός, έχει διατελέσει δημοτικός σύμβουλος Θεσσαλονίκης (1994) και υφυπουργός Εξωτερικών (2001 – 2004). Ακολουθεί ο κος **Νασιώκας Έκτορας**, Βουλευτής Λαρίσης του ΠΑ.ΣΟ.Κ., Γιατρός στο επάγγελμα, με έντονη καταγεγραμμένη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας, εκ της οποίας ενδεικτικά αναφέρονται, η θητεία του ως Υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας (2001 – 2004) και ως μέλος Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων.¹⁴⁷ Στην τελευταία θέση της δέκα πεντάδας (15^{άδας}) των περισσότερο «ενεργών» Βουλευτών, βρίσκεται ο κος **Ζιώγας Ιωάννης**, Βουλευτής Α΄ Θεσσαλονίκης του Κ.Κ.Ε., Χημικός – Φαρμακοποιός, ο οποίος την τρέχουσα περίοδο είναι μέλος της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Ελληνισμού και Διασποράς καθώς και της Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής Προστασίας Περιβάλλοντος – Υποεπιτροπή υδατικών πόρων.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι και οι δέκα πέντε (15) προαναφερθέντες Βουλευτές έχουν επιδείξει ένα έντονο ενδιαφέρον για το χώρο της υγείας, το οποίο σε κάποιες περιπτώσεις αιτιολογείται εν μέρει από την Ιατρική τους επαγγελματική ιδιότητα, ενώ σε άλλες είναι αποτέλεσμα είτε μιας προσωπικής ευαισθητοποίησης αναφορικά με θέματα που άπτονται της υγείας, είτε μιας γενικότερης κινητοποίησης στα πλαίσια του Κ.Ε., ή ακόμη και συνδυασμός όλων των παραπάνω.

Σε κάθε περίπτωση, στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί μια ακόμη διάσταση της «ενεργούς» συμμετοχής των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι γενικώς για το σύνολο των Βουλευτών και ακόμη περισσότερο προκειμένου για τους νεοεκλεγέντες, η «ενεργή» συμμετοχή τους στη διαδικασία του Κ.Ε. μέσω της υποβολής Μ.Κ.Ε. αποτελεί έναν επιπλέον τρόπο για την «καθιέρωσή» τους στο πολιτικό στερέωμα του τόπου, καθώς αποδεικνύει το ενδιαφέρον τους για τα ζητήματα που απασχολούν τους πολίτες και την κοινωνία συνολικά και την προσπάθεια που καταβάλουν για την επίλυση τους. Για του λόγου το αληθές, στα βιογραφικά όλων των Βουλευτών, η δραστηριότητά τους στα πλαίσια του Κ.Ε. αναφέρεται σαφώς και λεπτομερώς.

¹⁴⁷ Σημειώνεται ότι ο κος Νασιώκας Έκτορας παραιτήθηκε του Βουλευτικού Αξιώματος στις 16/06/2011.

6.2.5. Κοινοβουλευτική Ομάδα (Κ.Ο.)

Συζητώντας τα ευρήματα της έρευνας αναφορικά με την Κοινοβουλευτική Ομάδα που συμμετείχε, μέσω των Βουλευτών της, τις περισσότερες φορές στη διαδικασία του Κ.Ε., η διαπίστωση, της με διαφορά πλειοψηφικής συμμετοχής του ΠΑ.ΣΟ.Κ. (51,96%), αποτελεί ένα λογικό και μάλλον αναμενόμενο εύρημα, λαμβανομένων υπόψη δύο (2) παραμέτρων. Αφενός το γεγονός ότι στη χώρα μας η πολιτική εξουσία εναλλάσσεται μεταξύ δύο μόνο Κ.Ο., του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και της Ν.Δ., ως εκ τούτου ο πολιτικός ανταγωνισμός μεταξύ τους υπήρξε ανέκαθεν ιδιαίτερα έντονος, και αφετέρου του de facto περιορισμού της έρευνας, βάσει του οποίου το ΠΑ.ΣΟ.Κ. αποτέλεσε κυρίως την Αξιωματική Αντιπολίτευση για το υπό διερεύνηση διάστημα και επομένως, η περισσότερο ενεργητική συμμετοχή του στη διαδικασία του Κ.Ε., ώστε να καταδειχθούν πιθανές παραλείψεις ή ελλείψεις της αντίπαλης Κυβέρνησης, ήταν εν μέρει αναμενόμενη.

Όσον αφορά τις υπόλοιπες Κ.Ο., σε γενικές γραμμές, υπήρξαν σχεδόν εξίσου «ενεργές» στην κατάθεση Μ.Κ.Ε. με ποσοστά περίξ του 10%. Σημειώνεται ωστόσο το σχετικά υψηλό ποσοστό συμμετοχής της Ν.Δ. (12,43%) στη διαδικασία του Κ.Ε., συγκριτικά τόσο με τον ΣΥ.ΡΙΖ.Α. (10,67%) όσο και με το Κ.Κ.Ε. (9,88%).

6.2.6. Θέση Βουλευτή στην Κ.Ο

Όσον αφορά τη θέση των Βουλευτών που συμμετέχουν στη διαδικασία του Κ.Ε. στην Κ.Ο. την οποία ανήκουν, η επεξεργασία των δεδομένων οδήγησε στην παρατήρηση ότι στην συντριπτική πλειοψηφία του 99,9% των περιπτώσεων πρόκειται για απλούς Βουλευτές. Αξιολογώντας την παραπάνω διαπίστωση οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι αρχηγοί των πολιτικών κομμάτων δεν αναμειγνύονται στη διαδικασία του Κ.Ε., ενώ αντίθετα, οι Βουλευτές πραγματοποιούν την υποβολή των Μ.Κ.Ε. και ουσιαστικά τροφοδοτούν την όλη διαδικασία του Κ.Ε.

6.2.7. Εκλογική Περιφέρεια

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θεωρούνται και τα ευρήματα που αφορούν τις πλέον «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες, όπως αυτές ανεδείχθησαν μέσω της συμμετοχής των Βουλευτών που τις εκπροσωπούν στη διαδικασία του Κ.Ε. Όσα περισσότερα Μ.Κ.Ε. υπέβαλαν οι Βουλευτές μιας Εκλογικής Περιφέρειας, τόσο περισσότερο «ενεργή» θεωρήθηκε. Σύμφωνα με τα ευρήματα παρατηρούμε ότι στις έξι (6) περισσότερο «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες (Ηρακλείου, Β' Αθηνών, Αττικής, Β' και Α' Θεσσαλονίκης, Αχαΐας), συγκαταλέγονται τα τέσσερα (4) μεγαλύτερα αστικά κέντρα της

χώρας. Επομένως, δύναται να εντοπιστεί κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ του πληθυσμού των Εκλογικών Περιφερειών και της «συμμετοχής» των Βουλευτών τους στη διαδικασία του Κ.Ε. Επιπλέον, η παρατήρηση ότι οι Βουλευτές του Ηρακλείου και της Β΄ Αθηνών, κατέθεσαν σαφώς τα περισσότερα Μ.Κ.Ε., δύναται να τεκμηριώσει το έντονο ενδιαφέρον τους, σε σχέση με τους υπόλοιπους, για τα θέματα της υγείας.

Στη συνέχεια επισημαίνεται το ότι στις δέκα πέντε (15) Εκλογικές Περιφέρειες με τη μεγαλύτερη «συμμετοχή» στη διαδικασία του Κ.Ε., οι τέσσερις (4) ήταν της Αττικής (Α΄, Β΄ Αθηνών, Αττικής, Α΄ Πειραιώς) και οι Βουλευτές τους πραγματοποίησαν την κατάθεση διακοσίων σαράντα επτά (247) Μ.Κ.Ε. στο σύνολο των χιλίων είκοσι δύο (1022). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η Ελλάδα αποτελείται από πενήντα έναν Νομούς (51), η επισήμανση ότι σχεδόν το ένα τέταρτο (1/4) των Μ.Κ.Ε. ζητημάτων υγείας κατατέθηκε από τους Βουλευτές των Εκλογικών Περιφερειών ενός Νομού, ο οποίος ταυτίζεται χωροταξικά και με την πρωτεύουσα, το γεγονός ότι η μεγαλύτερη δραστηριότητα εντοπίζεται κεντρικά δύναται να ερμηνευτεί ως μια επιπλέον ένδειξη του συγκεντρωτικού χαρακτήρα του Συστήματος Υγείας.

Ωστόσο, πέραν των προαναφερθέντων, υπογραμμίζεται μια επιπλέον διάσταση των εν λόγω ευρημάτων, η οποία θεωρήθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Παρατηρήθηκε ότι στη διαδικασία του Κ.Ε. «συμμετείχαν» οι σαράντα έξι (46) από τις πενήντα επτά (57) συνολικά Εκλογικές Περιφέρειες της χώρας. Επομένως, οι Βουλευτές έντεκα (11) Εκλογικών Περιφερειών δεν πραγματοποίησαν κατάθεση κάποιου Μ.Κ.Ε. σχετικό με την υγεία. Οι προκείμενες Εκλογικές Περιφέρειες ήταν οι, Άρτας, Δράμας, Ευρυτανίας, Ημαθίας, Θεσπρωτίας, Καστοριάς, Κεφαλληνίας, Λευκάδας, Σάμου, Φλώρινας και Χαλκιδικής. Δεδομένης, επιπροσθέτως, της γεωγραφικής θέσης κάποιων εξ αυτών, που τις καθιστά απομακρυσμένες και ενίοτε δυσπρόσιτες, η απουσία των Βουλευτών τους από τη διαδικασία του Κ.Ε. καθίσταται ακόμη πιο αξιοσημείωτη.

Τέλος, ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θεωρείται η περαιτέρω διερεύνηση της μεταβλητής της Εκλογικής Περιφέρειας, μέσω του συσχετισμού της με την εμβέλεια του περιεχομένου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., που θα πραγματοποιηθεί σε επόμενες παραγράφους.

6.2.8. Επαγγελματική ιδιότητα

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, αναφορικά με την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων στη διαδικασία του Κ.Ε. Βουλευτών, τα περισσότερα Μ.Κ.Ε. υπεβλήθησαν από Γιατρούς. Η πλειοψηφική συμμετοχή των Γιατρών χαρακτηρίζεται

ως λογική και εν μέρει αναμενόμενη, προκειμένου για τον Κ.Ε. στο χώρο της υγείας, δεδομένου ότι οι Γιατροί, ως επαγγελματίες του χώρου, γνωρίζουν την κατάσταση «εκ των έσω» και δύνανται να αφουγκραστούν με μεγαλύτερη ευαισθησία πιθανά προβλήματα και δυσλειτουργίες, άρα και να προσπαθήσουν να τα αναδείξουν μέσω του Κ.Ε., με τελικό στόχο την επίλυσή τους.

Ωστόσο, ως ενδιαφέρουσα υπογραμμίζεται η επισήμανση ότι οι Οδοντίατροι και οι Φαρμακοποιοί, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, συμμετείχαν σε τόσο χαμηλό βαθμό στη διαδικασία του Κ.Ε. ώστε να συμπεριληφθούν σχεδόν οριακά στις δέκα έξι (16) πιο «ενεργές» και ως εκ τούτου «στατιστικά ενδιαφέρουσες» ομάδες επαγγελματιών. Η παραπάνω επισήμανση εμπεριέχει μια έντονη αντίφαση, δεδομένου ότι τόσο οι Οδοντίατροι όσο και οι Φαρμακοποιοί, όχι μόνο ανήκουν στο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας οπότε και θα ήταν αναμενόμενη μια μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαδικασία του Κ.Ε., αλλά επιπλέον εκπροσωπούν αμφότεροι δύο (2) ιδιαίτερα προβληματικούς τομείς του Συστήματος Υγείας της χώρας, την οδοντιατρική και τη φαρμακευτική περίθαλψη, τομείς που χαρακτηρίζονται από πλήθος δυσλειτουργιών και προβλημάτων και ταλανίζουν την ελληνική κοινωνία στο σύνολό της.

6.2.9. Κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα

Όσον αφορά τα ευρήματα της έρευνας στον άξονα του Κυβερνόντος Πολιτικού Κόμματος και δεδομένου του de facto περιορισμού της έρευνας, η παρατήρηση της κατάθεσης της συντριπτικής πλειοψηφίας των Μ.Κ.Ε., επί διακυβέρνησης της Ν.Δ., θεωρείται σχετικά αναμενόμενη. Πιο συγκεκριμένα, υπενθυμίζεται ότι το διάστημα της έρευνας εκτείνεται από το Σεπτέμβριο του 2006 μέχρι και τον Ιούνιο του 2010 και η Ν.Δ. ήταν το κυβερνόν Πολιτικό Κόμμα από τις 7/3/2004 μέχρι και τις 7/9/2009.

6.2.10. Πρωθυπουργός

Λογική συνέχεια της παραπάνω διαπίστωσης σε συνδυασμό με την εναλλαγή μόνο δύο (2) προσώπων στην Πρωθυπουργία της χώρας για το διάστημα της έρευνας, αποτελεί και η παρατήρηση ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε. υπεβλήθη επί Πρωθυπουργίας του κου Καραμανλή Κωνσταντίνου, ενώ η εναπομείνουσα μειοψηφία κατατέθηκε επί Πρωθυπουργίας του κου Παπανδρέου Γεώργιου.

6.2.11. Υπουργός Υγείας

Τηρουμένων των αναλογιών, ο μεγαλύτερος όγκος των Μ.Κ.Ε. κατατέθηκε με Υπουργό Υγείας τον κο Αβραμόπουλο Δ. και ο μικρότερος με Υπουργό Υγείας την κα Ξενογιαννακοπούλου Μ.

6.2.12. Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Η συζήτηση των σχετικών με τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.) ευρημάτων θεωρήθηκε ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, δεδομένου ότι δύναται αφενός να υπογραμμίσει τα σημαντικότερα προβλήματα Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης όπως αυτά αναδείχθηκαν μέσω της διαδικασίας του Κ.Ε. και αφετέρου να τα συγκρίνει με τα διαπιστωμένα προβλήματα του χώρου της Υγείας.

Βάσει των ευρημάτων, τα σημαντικότερα προβλήματα Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης αφορούσαν κατά κύριο λόγο (48,30%) τη Διοίκηση της υγείας και την ασφάλιση υγείας (HC.7), αρκετά συχνά (28,46%) τις Υπηρεσίες θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) και με υπολογίσιμη συχνότητα επί του συνόλου (10,84%) τις Υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6.). Τα προαναφερθέντα επί μέρους ποσοστά αθροιζόμενα, αντιστοιχούν στο αξιοσημείωτο 87,6% επί του συνόλου των προβλημάτων που εντοπίστηκαν στο σύνολο του δείγματος. Παρατηρώντας ωστόσο τις «επικρατέστερες» υποκατηγορίες προβλημάτων Υγειονομικής περίθαλψης, καθίσταται άμεσα αντιληπτό ότι αποτελούν πράγματι τις πλέον αντιπροσωπευτικές κατηγορίες προβλημάτων αυτής της διάστασης στην ελληνική πραγματικότητα.

Το γεγονός ότι το Σ.Υ. της χώρας, αποτελώντας μια ιδιάζουσα περίπτωση, είναι ταυτόχρονα συγκεντρωτικό και κατακερματισμένο¹⁴⁸, οδηγεί αναπόφευκτα στη δημιουργία έντονων προβλημάτων Διοίκησης και ασφάλισης καθώς είναι πολλές φορές δυσδιάκριτα τα όρια των ρόλων και των αρμοδιοτήτων των διαφορετικών συντελεστών που εμπλέκονται στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Επομένως, το ότι τα εν λόγω προβλήματα εντοπίστηκαν σχεδόν στο 50% του συνόλου του δείγματος αποτελεί μια λογική και μάλλον αναμενόμενη διαπίστωση. Όσον αφορά τα προβλήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας, το γεγονός ότι εντοπίστηκαν στο 1/3 σχεδόν του δείγματος, συνάδει απόλυτα με την ελληνική πραγματικότητα, δεδομένων των ανισοτήτων πολλαπλών επιπέδων (γεωγραφικών, οικονομικών κλπ) στην παροχή

¹⁴⁸ de Kevasdoué, J., *op. cit.*, p. 3.

υπηρεσιών υγείας.¹⁴⁹ Τέλος, τα προβλήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας, τα οποία εντοπίστηκαν με το τρίτο (3^ο) μεγαλύτερο ποσοστό, συσχετίζονται άμεσα με την Π.Φ.Υ. και δύνανται να θεωρηθούν απόρροια του ιδιαίτερα υποβαθμισμένου ρόλου της στην Ελλάδα.¹⁵⁰

6.2.13. Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Μέσω της συζήτησης των ευρημάτων σε επίπεδο απλών συχνοτήτων των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.) δύναται να αντληθούν χρήσιμα στοιχεία αναφορικά με τα σημαντικότερα προβλήματα αυτής της διάστασης, όπως αναδείχθηκαν μέσω του Κ.Ε..

Σύμφωνα με τα σχετικά ευρήματα, οι τρεις (3) υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, τα προβλήματα των οποίων εντοπίστηκαν τις περισσότερες φορές στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. ήταν, η Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1, 38,89%), η Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7, 17,09%) και η Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6, 14,53%).

Το πλειοψηφικό ποσοστό των προβλημάτων Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί επιβεβαίωση των γνωστών και διαπιστωμένων προβλημάτων των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα Νοσοκομεία, τα οποία αντιμετωπίζουν αρκετά συχνά σοβαρά προβλήματα εγκαταστάσεων, ιατρικού ή τεχνολογικού εξοπλισμού, με αποτέλεσμα κάποια τμήματά τους να μη δύνανται να λειτουργήσουν.

Όσον αφορά τις άλλες δύο (2) υποκατηγορίες προβλημάτων Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, υπογραμμίζεται ότι αμφότερες σχετίζονταν με παροχές του κράτους είτε «σε είδος», είτε σε χρήμα για την ενίσχυση ατόμων με περιορισμούς υγείας στη διάσταση της κοινωνικής αλληλεγγύης. Δεδομένου ωστόσο ότι σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α.¹⁵¹, η Ελλάδα έχει από τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, καθιστά τη μεγάλη συχνότητα των προαναφερθέντων προβλημάτων εν μέρει αναμενόμενη.

¹⁴⁹ Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ., Καραλής Γ., *op. cit.*

Γείτονα, Μ., *op. cit.*

¹⁵⁰ OECD, *OECD Economic Surveys: GREECE*, OECD, 2009 (15), 2009, p. 106 – 108.

¹⁵¹ de Kevasdoué, J., *op.cit.*, 8.

Εντούτοις, εντύπωση προκαλεί το οξύμωρο σχήμα που παρατηρήθηκε αναφορικά με τα ευρήματα αυτής της διάστασης κατηγοριοποίησης, βάσει του οποία τα προβλήματα Εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2) καθώς και Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3) εντοπίστηκαν με τις μικρότερες συχνότητες επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. αν και οι εν λόγω υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία χαρακτηρίζονται από σοβαρά προβλήματα στην ελληνική πραγματικότητα.

6.2.14. Παρόχοι της υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, τα προβλήματα των Παρόχων της υγειονομικής περίθαλψης που εντοπίστηκαν με τη μεγαλύτερη αναλογία επί του δείγματος, αφορούσαν τα Νοσοκομεία (HP.1) σε ποσοστό 31,13%, τη Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) σε ποσοστό 25,92% και τους Παρόχους περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) σε ποσοστό 23,64%.

Εξετάζοντας έκαστη εκ των τριών (3) κατηγοριών προβλημάτων και λαμβάνοντας υπόψη την ελληνική πραγματικότητα, εύκολα καθίσταται αντιληπτή η «ταύτιση» των μεν με τα δε. Προκειμένου για τα προβλήματα των Νοσοκομείων, το πλειοψηφικό ποσοστό που αποτέλεσαν επί του συνόλου, συνάδει απόλυτα με τα διαπιστωμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην εποχή μας, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι ελλείψεις προσωπικού, οι παλαιές εγκαταστάσεις, η ανεπάρκεια ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού και τα προβλήματα οργάνωσης και διοίκησης.

Προχωρώντας στη συνέχεια στα προβλήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης, το υψηλό ποσοστό που συγκέντρωσαν δικαιολογείται απόλυτα αν ληφθεί υπόψη ότι αφορούν ζητήματα κρατικής διοίκησης της υγείας, ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, παρόχων δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης, θέματα δηλαδή τα οποία σχετίζονται με αρκετά από τα διαπιστωμένα προβλήματα παρόχων της χώρας, όπως λόγου χάρη τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και το δαιδαλώδες σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Τέλος, όσον αφορά τα προβλήματα Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, το γεγονός ότι στα ευρήματα της έρευνας περιλαμβάνονται προβλήματα των δομών ανεξάρτησης (Ο.ΚΑ.ΝΑ., ΚΕ.ΘΕ.Α.), της διακομιδής των ασθενών (Ε.Κ.Α.Β.), υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης (πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι») κ.α., αντιστοιχούν στα προβλήματα αυτής της κατηγορίας παρόχων που εντοπίζονται στην ελληνική πραγματικότητα. Ενισχυτικά σε αυτή τη διαπίστωση, επιδρά το φαινόμενο

επανάληψης των ίδιων προβλημάτων στο περιεχόμενο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. πολλές φορές κατά τη διάρκεια της έρευνας, όπως λόγου χάρη, «*Ελλείψεις εξοπλισμού στο Ε.Κ.Α.Β*», «*Απλήρωτοι οι εργαζόμενοι του προγράμματος Βοήθεια στο σπίτι*»¹⁵² κ.α.

Επομένως, συνοψίζοντας τις προαναφερθείσες παρατηρήσεις επί των κύριων προβλημάτων Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που εντοπίστηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε., ενισχύεται η υπόθεση ότι ο Κ.Ε. αποτελεί αντικειμενικό μέσο ανάδειξης των προβλημάτων της Υγείας.

6.2.15. Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (HF.1)

Η συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας στη διάσταση της Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (HF.) θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική καθώς δύναται αφενός να αναδείξει τα σημαντικότερα προβλήματα Χρηματοδότησης, όπως εντοπίστηκαν μέσω της διαδικασίας του Κ.Ε. και αφετέρου να τα συγκρίνει με τα διαπιστωμένα προβλήματα αυτής της διάστασης στο χώρο της Υγείας. Βάσει των σχετικών ευρημάτων, η πηγή Χρηματοδότησης για τη συντριπτική πλειοψηφία των προβλημάτων (94,99%) ήταν η Ευρύτερη κρατική.

Πράγματι, όπως αποδεικνύεται από τη σχετική θεωρία, ο κρατικός μηχανισμός παρουσιάζει αδυναμία ελέγχου του κόστους και σωστής κατανομής των χρηματικών πόρων, με αποτέλεσμα να εντοπίζονται ανισότητες σε επίπεδο χρηματοδότησης. Οι εν λόγω ανισότητες συνεπάγονται σε πολλές περιπτώσεις την υπολειτουργία των κρατικών δομών, φαινόμενο το οποίο προκαλεί την ελάττωση της εμπιστοσύνης των πολιτών στο δημόσιο τομέα και τη στροφή του στον ιδιωτικό, και αντανακλάται αφενός στη διαπιστωμένη αύξηση της αναλογίας των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας και αφετέρου στη συντριπτική αναλογία του ποσοστού των “out of pocket” πληρωμών επί του συνόλου των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία. Επομένως σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ο Κ.Ε. δύναται να χαρακτηριστεί ως αντικειμενικό μέσο ανάδειξης των προβλημάτων Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης.

6.2.16. Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Η εμβέλεια του περιεχομένου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. θεωρήθηκε μια ιδιαίτερα σημαντική και ενδιαφέρουσα μεταβλητή δεδομένου ότι παρέχει πληροφορίες σχετικά με το είδος των προβλημάτων που αναδεικνύονται μέσω της διαδικασίας του Κ.Ε. Σύμφωνα

¹⁵² Σημειώνεται ότι τα παραπάνω αποτελούν ενδεικτικά παραδείγματα προβλημάτων που εντοπίστηκαν κατ' επανάληψη στο υλικό της έρευνας.

με τα ευρήματα, οι δύο (2) κατηγορίες θεμάτων που υφίστανται κατά κύριο λόγο στη διαδικασία του Κ.Ε. είναι πρωτίστως τα Εθνικού και δευτερευόντως τα Τοπικού ενδιαφέροντος. Η εν λόγω παρατήρηση καθίσταται ακόμη πιο ενδιαφέρουσα αν ληφθεί επιπλέον υπόψη η παράμετρος της ποσοστιαίας διαφοράς των δύο (2) κατηγοριών θεμάτων μεταξύ τους, η οποία κατεγράφη σε μόλις επτά (7) μονάδες. Επομένως σημειώνεται ότι, για το διάστημα της έρευνας, μέσω του Κ.Ε. αναδείχθηκαν αφενός Εθνικά και αφετέρου Τοπικά ζητήματα υγείας. Στην μεν πρώτη (1^η) περίπτωση τα προβλήματα του Συστήματος Υγείας αφορούν το σύνολο της χώρας, «αγγίζουν» ολόκληρη την ελληνική κοινωνία, στη δε δεύτερη (2^η), αφορούν μια συγκεκριμένη μερίδα πολιτών, άρα «αγγίζουν» την τοπική κοινωνία.

Ως εκ τούτου, μέσω της συζήτησης των ευρημάτων του συσχετισμού της εμβέλειας του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας, στις παραγράφους που ακολουθούν, θα διερευνηθεί εάν η διεπίδραση των Βουλευτών με τους πολίτες, επηρεάζει το είδος των Μ.Κ.Ε. που υποβάλλουν στη Βουλή.

6.3. Συζήτηση ευρημάτων συσχετισμών

Στις προηγούμενες παραγράφους πραγματοποιήθηκε η συζήτηση των ευρημάτων που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας σε επίπεδο απλών συχνοτήτων. Στις παραγράφους που ακολουθούν πραγματοποιείται η συζήτηση των ευρημάτων του συσχετισμού των μεταβλητών μεταξύ τους. Ωστόσο, λαμβανομένων υπόψη, αφενός της προηγούμενης συζήτησης ευρημάτων για το σύνολο των μεταβλητών και αφετέρου του πλήθους συσχετισμών των μεταβλητών, στην ακόλουθη συζήτηση συμπεριλήφθησαν ενδεικτικά τα ευρήματα κάποιων εκ των συσχετισμών.

6.3.1. Συσχετισμοί των Βουλευτικών Περιόδων - Συνόδων

Τα ευρήματα του συσχετισμού των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας μπορούν να συζητηθούν σε δύο (2) διαστάσεις. Αφενός στη διάσταση των Εθνικών Εκλογών, προκειμένου να διερευνηθεί εάν ο χρόνος διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών σχετίζεται με μεταβολές των κατά περίπτωση συσχετιζόμενων μεταβλητών, αφετέρου στο σύνολο της διάρκειας της έρευνας, προκειμένου να διερευνηθεί η «πορεία» των συσχετιζόμενων μεταβλητών διαχρονικά, με σημείο «χρονικής αφετηρίας» το χρόνο έναρξης της έρευνας και «χρονικού τερματισμού» το χρόνο ολοκλήρωσής της.

Όσον αφορά την πρώτη (1^η) διάσταση υπενθυμίζεται ότι οι χρόνοι διεξαγωγής Εθνικών Εκλογών εντός των χρονικών πλαισίων της έρευνας αφορούν τη 16^η/9/2007 με επικρατούσα Κ.Ο. τη Ν.Δ. και Πρωθυπουργό τον κο Καραμανλή Κ. και την 4^η/10/2009 με επικρατούσα Κ.Ο. το ΠΑ.ΣΟ.Κ. και Πρωθυπουργό τον κο Παπανδρέου Γ. Προκειμένου για τις εκλογές του 2007, η προεκλογική περίοδος αντιστοιχεί στο Θέρος '07 της ΙΑ΄ Περιόδου και η μετεκλογική στην Α΄ Σύνοδο της ΙΒ΄ Περιόδου, ενώ για τις εκλογές του 2009 η προεκλογική εντοπίζεται στο Θέρος '09 της ΙΒ΄ Περιόδου και η μετεκλογική στην Α΄ Σύνοδο της ΙΓ΄ Περιόδου.

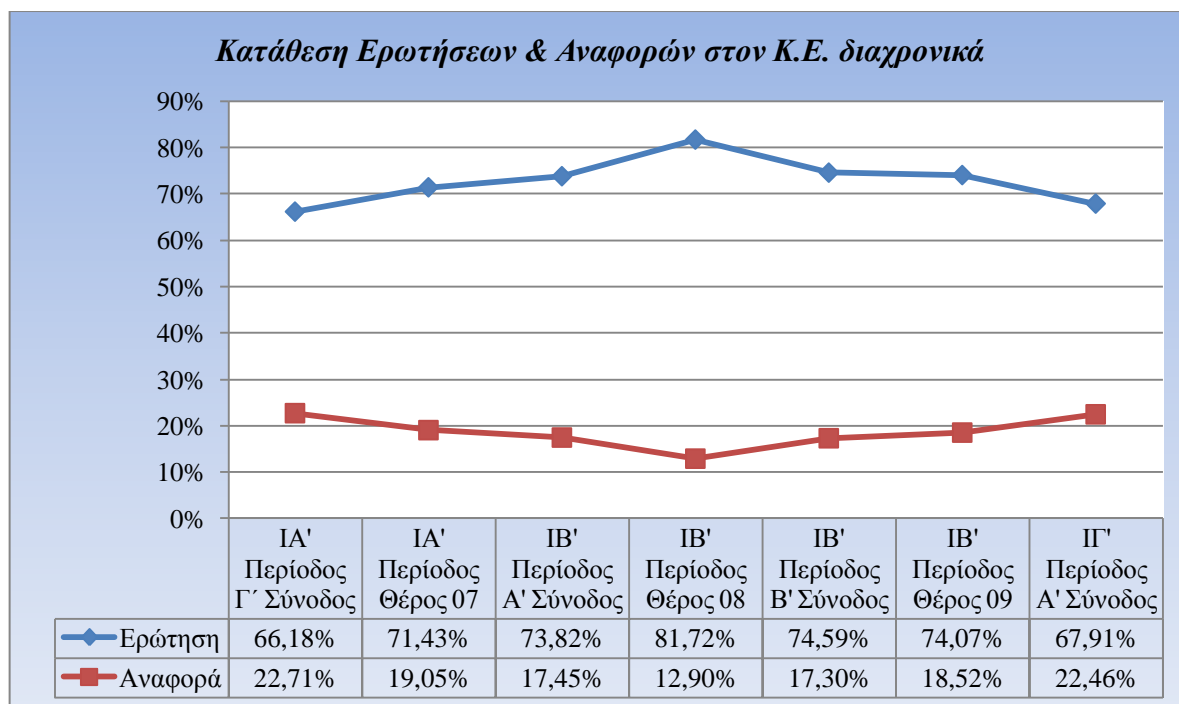
Όσον αφορά τη δεύτερη (2^η) διάσταση επισημαίνεται ότι ως «χρόνος αφετηρίας» ορίζεται η Γ΄ Σύνοδος της ΙΑ΄ Περιόδου και ως «χρόνος τερματισμού» εντοπίζεται εντός των χρονικών πλαισίων της Α΄ Συνόδου της ΙΓ΄ Περιόδου, ενώ ενδιάμεσα, εφόσον υπάρχει, επισημαίνεται κάθε άλλη αξιοσημείωτη χρονική περίοδος.

6.3.1.1. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Τύπος Μ.Κ.Ε.

Αρχικά οι διαφορετικές Βουλευτικές Περίοδοι – Σύνοδοι συσχετίστηκαν με τους διαφορετικούς τύπους Μ.Κ.Ε. και η συζήτηση των σχετικών ευρημάτων πραγματοποιήθηκε τόσο στη διάσταση των Εθνικών Εκλογών, όσο και της «εξελικτικής» τους πορείας. Διευκρινίζεται ότι για λόγους στατιστικής σκοπιμότητας στη συζήτηση συμπεριελήφθησαν μόνο οι Ερωτήσεις και οι Αναφορές, δεδομένο ότι αποτέλεσαν τα Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν τις περισσότερες φορές, καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας.

Ξεκινώντας τη συζήτηση στον άξονα των Εθνικών Εκλογών, προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι μεταβολές των ποσοστών των κατατεθέντων Ερωτήσεων και Αναφορών σχετίζονται με το χρόνο διεξαγωγής των εκλογικών αναμετρήσεων, με σημείο αναφοράς τις Εθνικές Εκλογές του 2007, παρατηρούμε στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36) ότι οι Ερωτήσεις, τόσο προεκλογικά όσο και μετεκλογικά σημείωσαν ποσοστιαία αύξηση επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. Αντίθετα, οι Αναφορές παρουσίασαν ποσοστιαία μείωση επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε, τόσο προεκλογικά όσο και μετεκλογικά.

Συνεχίζοντας στις Εθνικές Εκλογές του 2009, αναφορικά με τις Ερωτήσεις, παρατηρούμε ότι προεκλογικά σημείωσαν ένα εκ των υψηλότερων ποσοστών τους, το οποίο εντούτοις μειώθηκε αισθητά μετεκλογικά. Αντίθετα, οι Αναφορές προεκλογικά σημείωσαν ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, το οποίο μετεκλογικά αυξήθηκε περαιτέρω, λαμβάνοντας σχεδόν τη μέγιστη τιμή.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36:

Η κατάθεση Ερωτήσεων & Αναφορών στον Κ.Ε. διαχρονικά

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ των ποσοστών κατάθεσης των Μ.Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών. Η σχέση αυτή στην περίπτωση των μεν Ερωτήσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται με πρωτοβουλία των Βουλευτών, αποτυπώθηκε ως αύξηση για τις εκλογές του 2007 όπου δεν έλαβε χώρα αλλαγή της Κυβέρνησης και ως μείωση για τις εκλογές του 2009 όπου πραγματοποιήθηκε αλλαγή της Κυβέρνησης. Στην περίπτωση δε των Αναφορών, οι οποίες πραγματοποιούνται αρχικά με πρωτοβουλία των Πολιτών, αποτυπώθηκε ως μείωση για την περίπτωση των πρώτων Εθνικών Εκλογών (2007) και ως αύξηση για την περίπτωση των δεύτερων (2009).

Συνεχίζοντας στον άξονα της διαχρονικής πορείας των Μ.Κ.Ε. και προκειμένου για τις Ερωτήσεις, σημειώνεται ότι κατά την έναρξη της έρευνας κατέγραψαν την ελάχιστη τιμή τους, κατόπιν ανοδική πορεία μέχρι το Θέρος '08 της ΙΒ' Περιόδου όπου και μεγιστοποιήθηκαν, ακολούθως μειώθηκαν σταδιακά μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας, σημειώνοντας ωστόσο τελική τιμή, ελαφρά αυξημένη συγκριτικά με την αρχική. Όσο για τις Αναφορές, υπογραμμίζεται ότι αν και έλαβαν τη μέγιστη τιμή τους αρχικά, προοδευτικά μειώθηκαν μέχρι την ελαχιστοποίησή τους το Θέρος '08 της ΙΒ' Περιόδου, κατόπιν αυξήθηκαν σταδιακά μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας, όπου και σημείωσαν υψηλή τιμή, ελάχιστα μειωμένη συγκριτικά με την αρχική.

Επομένως, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι Ερωτήσεις διαχρονικά σημείωσαν ελάχιστη ποσοστιαία άνοδο, ενώ οι Αναφορές κυμάνθηκαν σχεδόν στα ίδια ποσοστιαία επίπεδα. Υπογραμμίζεται εντούτοις ένα χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της έρευνας, το Θέρος '08 της ΙΒ΄ Περιόδου, το οποίο αποτέλεσε σημείο καμπής για αμφότερα τα Μ.Κ.Ε. καθώς σημειώθηκε μεγιστοποίηση των Ερωτήσεων και ελαχιστοποίηση των Αναφορών.

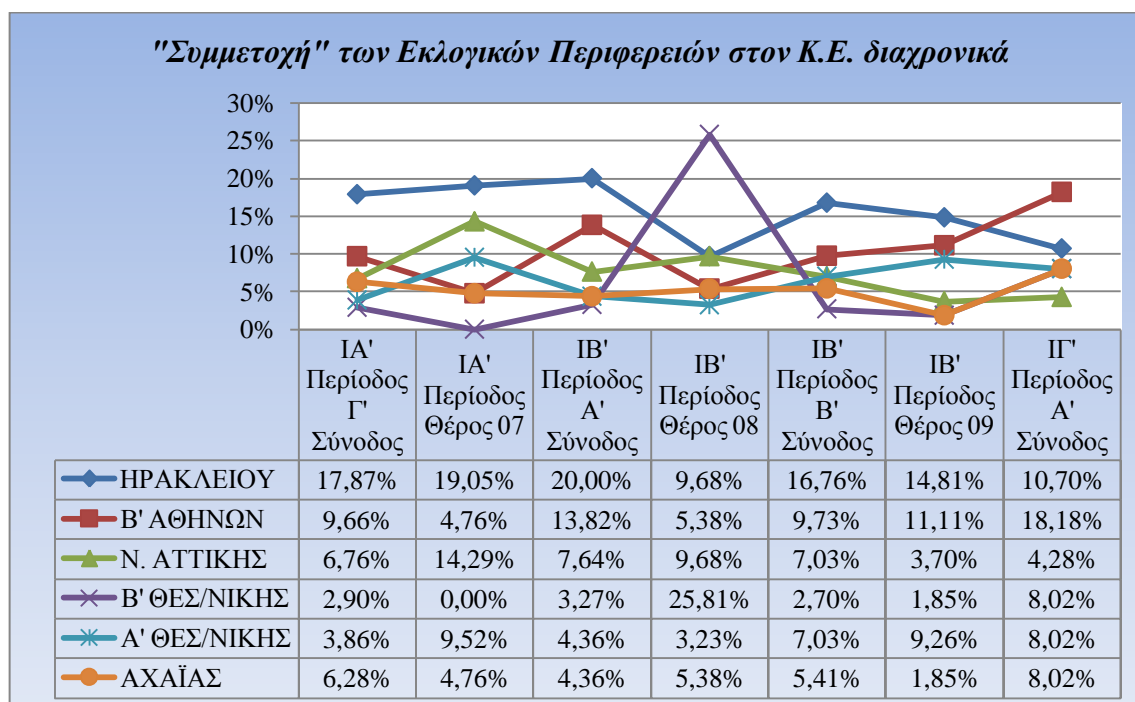
6.3.1.2. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εκλογική Περιφέρεια

Στη συνέχεια οι Βουλευτικές Περίοδοι – Σύνοδοι συσχετίστηκαν με τις Εκλογικές Περιφέρειες των Βουλευτών και η συζήτηση των σχετικών ευρημάτων περιλαμβάνει τις έξι (6) περισσότερο «ενεργές», στη διαδικασία του Κ.Ε. Εκλογικές Περιφέρειες, στις οποίες συγκαταλέγονται του Ηρακλείου, της Β΄ Αθήνας, του Ν. Αττικής (υπόλοιπο Αττικής), της Β΄ και Α΄ Θεσσαλονίκης και της Αχαΐας.

Ξεκινώντας τη συζήτηση στη διάσταση των Εθνικών Εκλογών, προκειμένου να διερευνηθεί εάν η «συμμετοχή» των Εκλογικών Περιφερειών στη διαδικασία του Κ.Ε. μέσω των Βουλευτών τους, επηρεάζεται από το χρόνο διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών (*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37*). Προκειμένου για τις Εθνικές Εκλογές του 2007, οι Βουλευτές του Ηρακλείου υπήρξαν ιδιαίτερα «ενεργοί» στη διαδικασία του Κ.Ε. τόσο προεκλογικά, όσο και μετεκλογικά, σημειώνοντας μάλιστα τα υψηλότερα ποσοστά τους. Οι Βουλευτές της Β΄ Αθηνών, αν και προεκλογικά συμμετείχαν στον Κ.Ε. στον ελάχιστο βαθμό, μετεκλογικά σημείωσαν μεγάλη ποσοστιαία άνοδο και ιδιαίτερη ενεργητικότητα. Όσον αφορά τη συμμετοχή των Βουλευτών του Ν. Αττικής (υπολοίπου Αττικής) και της Α΄ Θεσσαλονίκης, προεκλογικά σημειώθηκε αρκετά αυξημένη, φαινόμενο ωστόσο που δε συνεχίστηκε μετεκλογικά. Τέλος, αναφορικά με τους Βουλευτές της Β΄ Θεσσαλονίκης και της Αχαΐας, υπήρξαν μειωμένης συμμετοχής, τόσο προ όσο και μετά των εν λόγω Εθνικών Εκλογών.

Συνεχίζοντας στις Εθνικές Εκλογές του 2009 σημειώνουμε ότι οι Βουλευτές του Ηρακλείου σημείωσαν σχετικά χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στη διαδικασία του Κ.Ε. προεκλογικά και ακόμη χαμηλότερα μετεκλογικά. Αντίθετα, οι Βουλευτές της Β΄ Αθηνών, όχι μόνο αύξησαν τη συμμετοχή τους στον Κ.Ε. προεκλογικά, αλλά επιπλέον τη μεγιστοποίησαν μετεκλογικά. Η συμμετοχή των Βουλευτών του υπολοίπου Αττικής σημειώθηκε μάλλον σε χαμηλά επίπεδα τόσο προεκλογικά, όσο και μετεκλογικά, ενώ των Β΄ Θεσσαλονίκης και των Αχαΐας αν και κατεγράφη μειωμένη προεκλογικά, μετεκλογικά σημειώθηκε ιδιαίτερα αυξημένη. Τέλος, προκειμένου για τους Βουλευτές

της Α΄ Θεσσαλονίκης, υπογραμμίζεται ότι υπήρξαν ιδιαίτερα «ενεργοί» τόσο προ, όσο και μετά των εν λόγω Εθνικών Εκλογών.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37:

Η «συμμετοχή» των Εκλογικών Περιφερειών στον Κ.Ε. διαχρονικά

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, πράγματι ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της «συμμετοχής» των Εκλογικών Περιφερειών στη διαδικασία του Κ.Ε. μέσω των Βουλευτών τους και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών. Όσον αφορά τις Εθνικές Εκλογές του 2007 όπου δεν άλλαξε η Κυβέρνηση, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ιδιαίτερα αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών του Ηρακλείου, ενώ όσον αφορά τις Εθνικές Εκλογές του 2009, όπου άλλαξε η Κυβέρνηση, αντίστοιχο παράδειγμα αποτελεί η αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών της Β΄ Αθηνών.

Στα πλαίσια της συζήτησης των ευρημάτων στη διάσταση του χρόνου, ώστε να διαφανεί η συμμετοχή των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. κατά τη διάρκεια της έρευνας, εντοπίστηκαν δύο (2) διαφορετικές κατηγορίες Βουλευτών και κατ' επέκταση Εκλογικών Περιφερειών. Στην πρώτη (1^η) περιλαμβάνονται οι Βουλευτές οι οποίοι κατά το χρόνο έναρξης της έρευνας κατεγράφησαν περισσότερο «ενεργοί» στη διαδικασία του Κ.Ε. συγκριτικά με το χρόνο ολοκλήρωσης της, επομένως μειώθηκε η συμμετοχή τους διαχρονικά. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι Βουλευτές του Ηρακλείου και του Ν. Αττικής (υπολοίπου Αττικής). Αντίθετα, στη δεύτερη (2^η) κατηγορία περιλαμβάνονται οι Βουλευτές των υπολοίπων τεσσάρων (4) Εκλογικών Περιφερειών, οι οποίοι κατά το

χρόνο ολοκλήρωσης της έρευνας υπήρξαν περισσότερο «ενεργοί» συγκριτικά με το χρόνο έναρξης και επομένως η συμμετοχή τους στη διαδικασία του Κ.Ε. αυξήθηκε διαχρονικά. Ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι εντοπίστηκε ένα χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της έρευνας, το Θέρος '08 της ΙΒ΄ Περιόδου, το οποίο αποτέλεσε σημείο καμπής για όλους τους Βουλευτές, δεδομένου ότι κατά τη διάρκειά του σημειώθηκαν οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες αυξήσεις ή μειώσεις των ποσοστών συμμετοχής των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε.

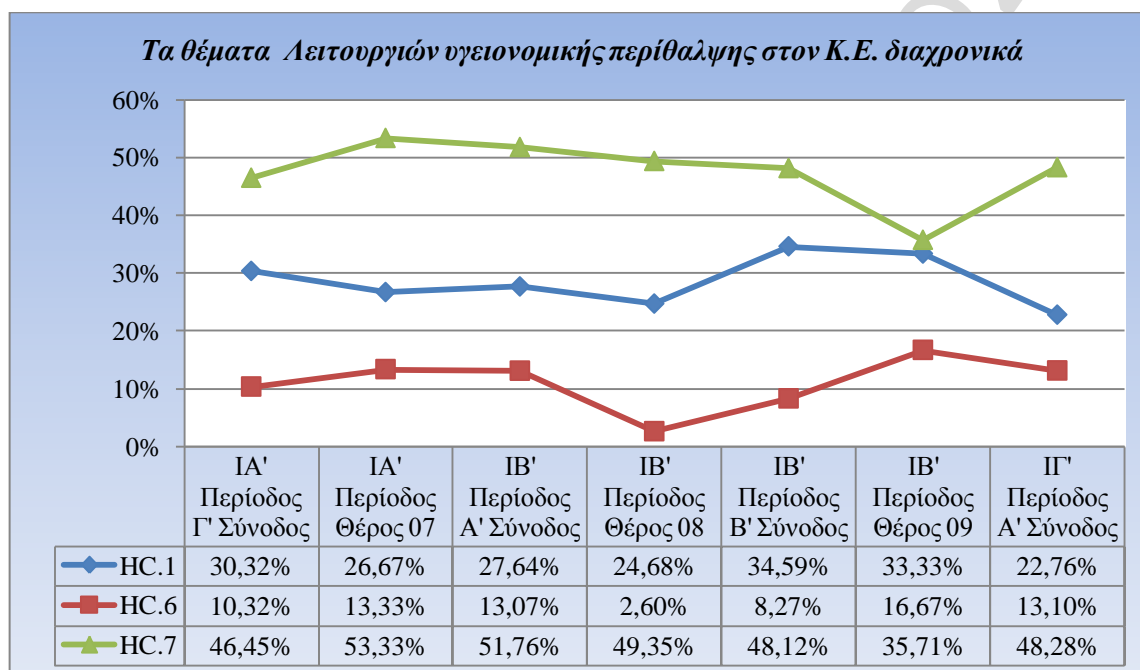
6.3.1.3. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Στη συζήτηση των ευρημάτων του συσχετισμού των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HC.) επιλέχθηκαν να συμπεριληφθούν εκείνες οι υποκατηγορίες λειτουργιών που σχετίζονταν με ζητήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7), Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) και Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), δεδομένου ότι εντοπίστηκαν τις περισσότερες φορές στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε.

Η συζήτηση υπό το πρίσμα των Εθνικών Εκλογών πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν τα ποσοστά των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. σε επίπεδο Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης μεταβάλλονται σε σχέση με το χρόνο διεξαγωγής των εκλογικών αναμετρήσεων. Όσον αφορά τις Εθνικές Εκλογές του δύο χιλιάδες επτά (2007) και τα θέματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), κατεγράφησαν σχετικά μειωμένα τόσο προεκλογικά όσο και μετεκλογικά σε σχέση με τις υπόλοιπες Συνόδους των Βουλευτικών Περιόδων (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38). Αντίθετα, τα ζητήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) αλλά και Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7) κατεγράφησαν αυξημένα τόσο πριν όσο και μετά τις εν λόγω Εθνικές Εκλογές.

Όσον αφορά τις Εθνικές Εκλογές του 2009, παρατηρούμε ότι τα ζητήματα των Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) να μεν κατεγράφησαν ιδιαίτερα αυξημένα προεκλογικά, μετεκλογικά όμως ελαχιστοποιήθηκαν. Αντίστοιχη ήταν η μεταβολή των θεμάτων Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), το ποσοστό των οποίων επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. προεκλογικά διπλασιάστηκε, μετεκλογικά όμως μειώθηκε εκ νέου. Αντίθετα, όσον αφορά τα ζητήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7), παρατηρούμε ότι τα προεκλογικά ποσοστά τους κατεγράφησαν σχετικά μειωμένα, ενώ τα μετεκλογικά αυξημένα.

Επομένως, βάσει των ευρημάτων της έρευνας, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ του ποσοστού που εντοπίζονται τα ζητήματα Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών, ενώ καθοριστικότερο ρόλο στη διακύμανση των υπό εξέταση ποσοστών φαίνεται να διαδραμάτισαν οι Εθνικές Εκλογές του 2009, όπου έλαβε χώρα αλλαγή της Κυβέρνησης.



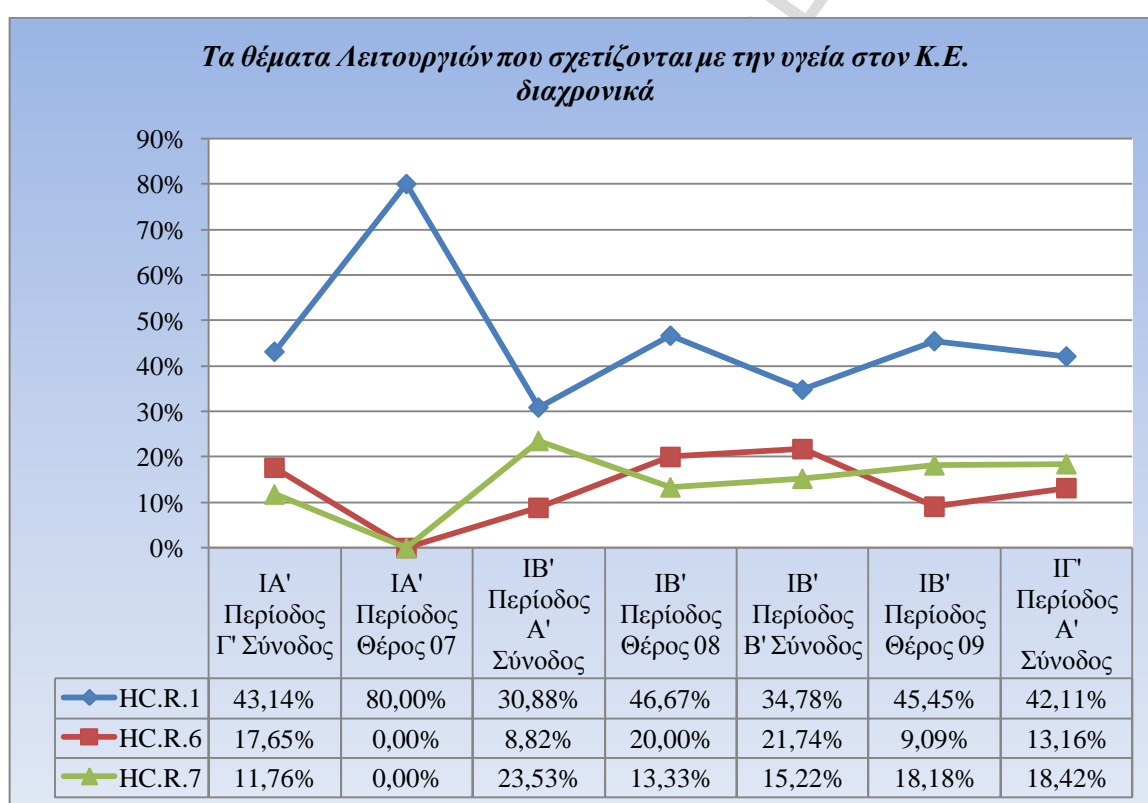
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38:

Τα θέματα Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.) στον Κ.Ε. διαχρονικά

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η παρατήρηση των ευρημάτων υπό το πρίσμα της διαχρονικής πορείας των προβλημάτων των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως αποτυπώνεται στη διακύμανση των καταγεγραμμένων ποσοστών, ώστε να διαφανεί η πιθανή βελτίωση, επιδείνωσή ή διαίωνιση τους. Όσον αφορά τα ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) διαχρονικά παρουσίασαν μείωση, δεδομένου ότι το καταγεγραμμένο ποσοστό τους κατά την έναρξη της έρευνας ήταν μεγαλύτερο του αντίστοιχου κατά την ολοκλήρωσή της. Αντίθετα, τα θέματα των Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) και οι υποθέσεις Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7) διαχρονικά σημείωσαν αύξηση του ποσοστού τους επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε.

6.3.1.4. Βουλευτική Περίοδος/Σύννοδος – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Η επόμενη συζήτηση ευρημάτων πραγματοποιήθηκε για το ζεύγος συσχετισμού Βουλευτικές Περίοδοι – Σύνοδοι και Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (ταξινόμηση HC.R.). Ωστόσο, και σε αυτή τη συζήτηση, θεωρήθηκε περισσότερο χρήσιμο στατιστικά, να συμπεριληφθούν εκείνες οι σχετικές με την υγεία Λειτουργίες που αποτέλεσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. και αφορούσαν ζητήματα, Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) και Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7).



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39:

Τα θέματα Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.) στον Κ.Ε. διαχρονικά

Το πρώτο (1^ο) στάδιο της συζήτησης πραγματοποιήθηκε στον άξονα των Εθνικών Εκλογών, ώστε να διερευνηθούν πιθανές μεταβολές των ποσοστιαίων αναλογιών των εξειδικευμένων Λειτουργιών επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε., λόγω των εκλογικών αναμετρήσεων (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39). Αρχής γενομένης με τις Εθνικές Εκλογές του 2007 και προκειμένου για τα θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), υπογραμμίζεται η θεαματική προεκλογική αύξηση του ποσοστού τους επί του συνόλου, την οποία ωστόσο ακολούθησε μια εξίσου

θεαματική μετεκλογική μείωση, μέχρι ελαχιστοποίησης τους. Όσον αφορά τις υποθέσεις που σχετίζονταν με τη Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), προεκλογικά δεν εντοπίστηκαν στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. και μετεκλογικά αποτέλεσαν μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό επί του συνόλου. Προκειμένου τώρα για τα ζητήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), αν και προεκλογικά δεν ανιχνεύτηκαν στα Μ.Κ.Ε., μετεκλογικά μεγιστοποιήθηκαν.

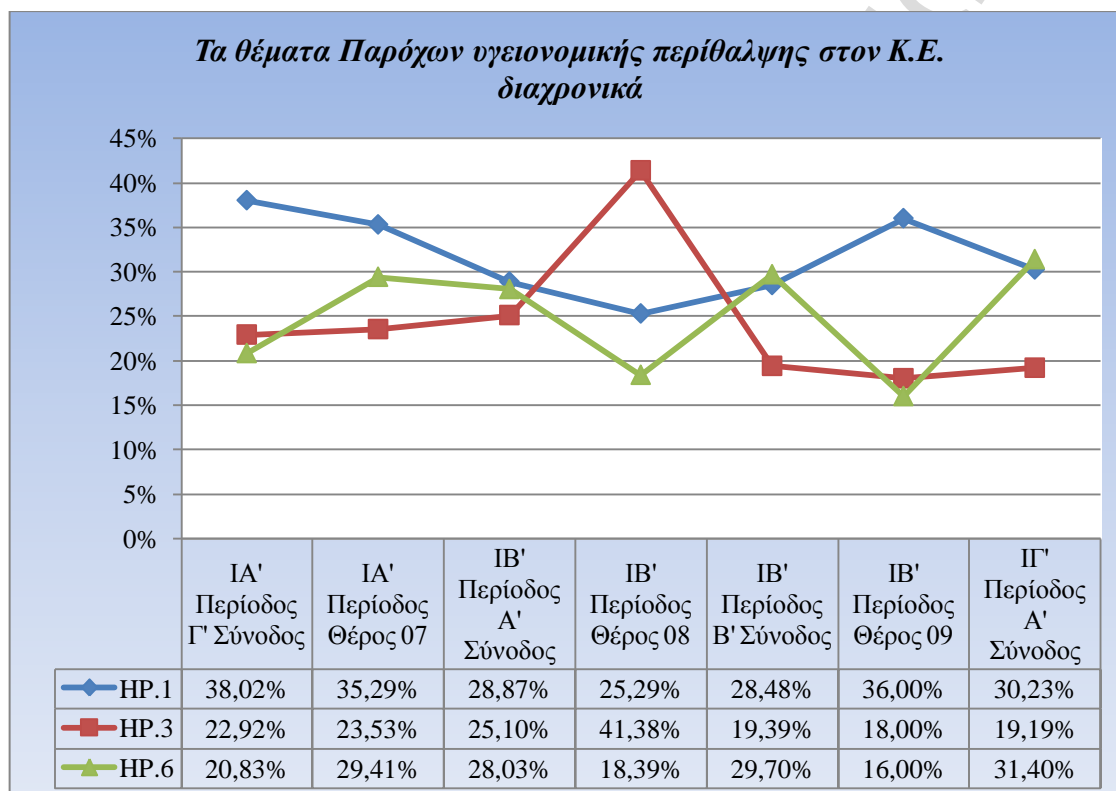
Αναφορικά με τις Εθνικές Εκλογές του 2009, τα ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) προεκλογικά παρουσίασαν ποσοστιαία άνοδο, την οποία όμως διαδέχτηκε μικρή μετεκλογική πτώση, τα θέματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) σημείωσαν έντονη προεκλογική πτώση την οποία ωστόσο μετεκλογικά διαδέχτηκε άνοδος και τέλος, η προεκλογική ποσοστιαία αύξηση των υποθέσεων Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) χαρακτηρίστηκε από μετεκλογική σταθερότητα.

Βάσει των παραπάνω, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ των μεταβολών των ποσοστών των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών, η οποία, και για τις τρεις (3) υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, αποτυπώνεται εντονότερα στην περίπτωση των Εθνικών Εκλογών του 2007.

Το δεύτερο (2^ο) στάδιο της συζήτησης πραγματοποιήθηκε στον άξονα της διαχρονικής πορείας των προβλημάτων των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, όπως αποτυπώνεται από τη διαφορά των σχετικών καταγεγραμμένων ποσοστών κατά το χρόνο έναρξης της έρευνας και κατά το χρόνο ολοκλήρωσής της. Όσον αφορά τα προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) και Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), σημειώνεται διαχρονικά μείωση, ενώ αντίθετα προκειμένου για τα προβλήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) σημειώνεται διαχρονικά αύξηση. Δεν πρέπει ωστόσο να παραβλεφθούν οι έντονες διακυμάνσεις που καταγράφηκαν εντός των χρονικών πλαισίων της έρευνας στην «πορεία» και των τριών (3) υποκατηγοριών, με σημείο εντονότερης καμπής το Θέρος '07 της ΙΑ΄ Περιόδου.

6.3.1.5. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Στη διπλού άξονα συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με τους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HP.) συμπεριελήφθησαν τα Νοσοκομεία (HP.1), οι Πάροχοι περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) και η Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), δεδομένου ότι συγκριτικά με τους υπόλοιπους παρόχους, εντοπίστηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. κατά τη διάρκεια της έρευνας.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40:

Τα θέματα Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.) στον Κ.Ε. διαχρονικά

Κατ' αρχήν, η συζήτηση πραγματοποιήθηκε στον άξονα των Εθνικών Εκλογών προκειμένου να διερευνηθεί εάν ο βαθμός που απασχολούν την κοινωνία τα ζητήματα των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται από το χρόνο διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40). Εστιάζοντας αρχικά στις Εθνικές Εκλογές του 2007 και στα θέματα των Νοσοκομείων (HP.1), σημειώνεται ότι αν και το ποσοστό τους επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. προεκλογικά κατεγράφη υψηλό, μετεκλογικά μειώθηκε αισθητά. Αντίθετα, όσον αφορά τα ζητήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3), η προεκλογική τους αύξηση εξακολούθησε και μετεκλογικά. Τέλος, προκειμένου για τα προβλήματα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6),

υπογραμμίζεται ότι κατεγράφησαν ιδιαίτερα αυξημένα τόσο προ όσο και μετά των εν λόγω Εθνικών Εκλογών.

Εστιάζοντας εν συνεχεία στις Εθνικές Εκλογές του 2009, τα θέματα των Νοσοκομείων (HP.1) σημείωσαν μεγάλη προεκλογική ποσοστιαία άνοδο, την οποία όμως ακολούθησε σχετική πτώση, τα ζητήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) κατεγράφησαν σταθερά, ενώ τέλος οι υποθέσεις Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), αν και προεκλογικά κατεγράφησαν μειωμένες, μετεκλογικά σχεδόν διπλασίασαν το ποσοστό τους επί του συνόλου.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της διακύμανσης των ποσοστών των ζητημάτων Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών, η οποία καθίσταται εντονότερη στην περίπτωση των Εθνικών Εκλογών του 2009.

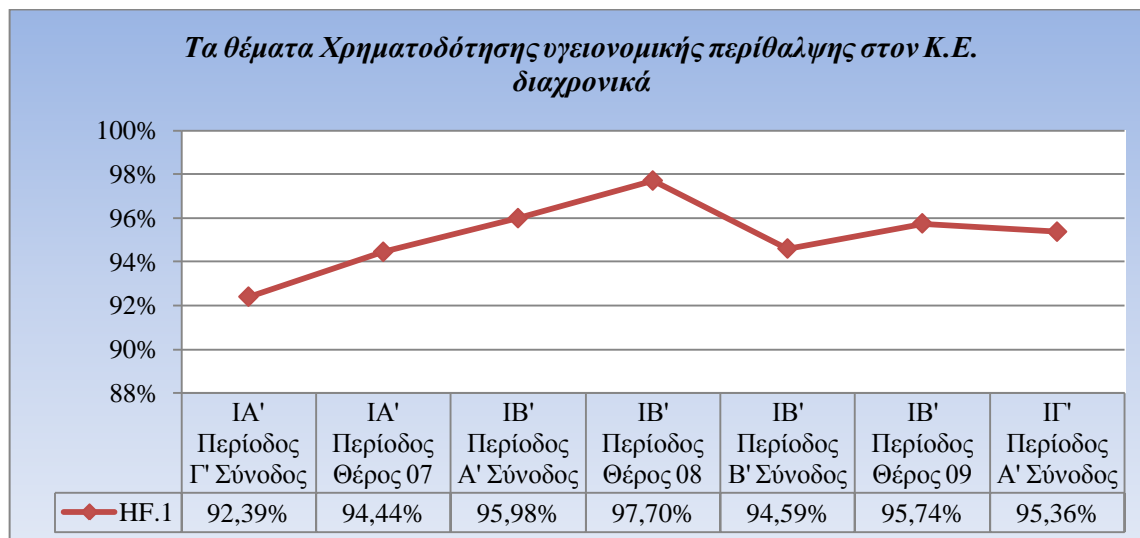
Συνεχίζοντας στον άξονα της διαχρονικής πορείας των προβλημάτων Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, παρατηρούμε ότι τα προβλήματα των Νοσοκομείων και των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης κατά το χρόνο ολοκλήρωσης της έρευνας και πάντα συγκριτικά με το χρόνο έναρξης αυτής, κατεγράφησαν μειωμένα, ενώ αντίθετα τα προβλήματα Γενικής Διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης αυξημένα. Ωστόσο, ιδιαίτερου ενδιαφέροντος χαρακτηρίζονται οι διακυμάνσεις των ποσοστών των παρόχων κατά τη διάρκεια της έρευνας, οι οποίες παρουσιάζουν δύο (2) σημεία καμπής, αμφότερα εντός της ΙΒ΄ Περιόδου, αφενός κατά τη διάρκεια του Θέρους '08 και αφετέρου κατά τη διάρκεια του Θέρους '09.

6.3.1.6. Βουλευτική Περίοδος/Σύνοδος – Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης (HF.)

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα του συσχετισμού των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με τις πηγές Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (ταξινόμηση HF.), η συζήτηση των οποίων επίσης πραγματοποιήθηκε υπό το πρίσμα των Εθνικών Εκλογών και της διαχρονικής εξέλιξης. Ωστόσο, δεδομένης της ξεκάθαρης ποσοστιαίας επικράτησης της Ευρύτερης κρατικής (HF.) σε σχέση με τις υπόλοιπες πηγές χρηματοδότησης, για ευνόητους λόγους, αποτέλεσε και τη μόνη υποκατηγορία χρηματοδότησης που συμπεριελήφθη στη συζήτηση.

Όπως καθίσταται αντιληπτό στο σχετικό διάγραμμα (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 41), τα ζητήματα Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1) κατεγράφησαν αυξημένα προεκλογικά και μετεκλογικά, τόσο στις Εθνικές Εκλογές του 2007, όσο και του 2009. Επομένως ανιχνεύεται σχέση μεταξύ των ποσοστών που εντοπίζονται τα ζητήματα

Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1) επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 41:

Τα θέματα Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (HF.) στον Κ.Ε. διαχρονικά

Όσον αφορά τη διαχρονική τους πορεία, σημειώνεται ότι κατά το χρόνο έναρξης της έρευνας ξεκίνησαν με άνοδο μέχρι τη μεγιστοποίησή τους κατά τη διάρκεια του Θέρους '08 της ΙΒ' Περιόδου, κατόπιν σημείωσαν πτώση μέχρι τη Β' Σύνοδο της ίδιας περιόδου και ακολούθως εκ νέου αύξηση το Θέρος '09 της ίδιας περιόδου, ενώ παρέμειναν σε υψηλά επίπεδα μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας. Διαχρονικά επομένως τα προβλήματα Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1) αυξήθηκαν, παρατήρηση που έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη δυσαρέσκεια των πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας και ως εκ τούτου τη στροφή τους στον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών, «out of pocket» πληρωμών.¹⁵³

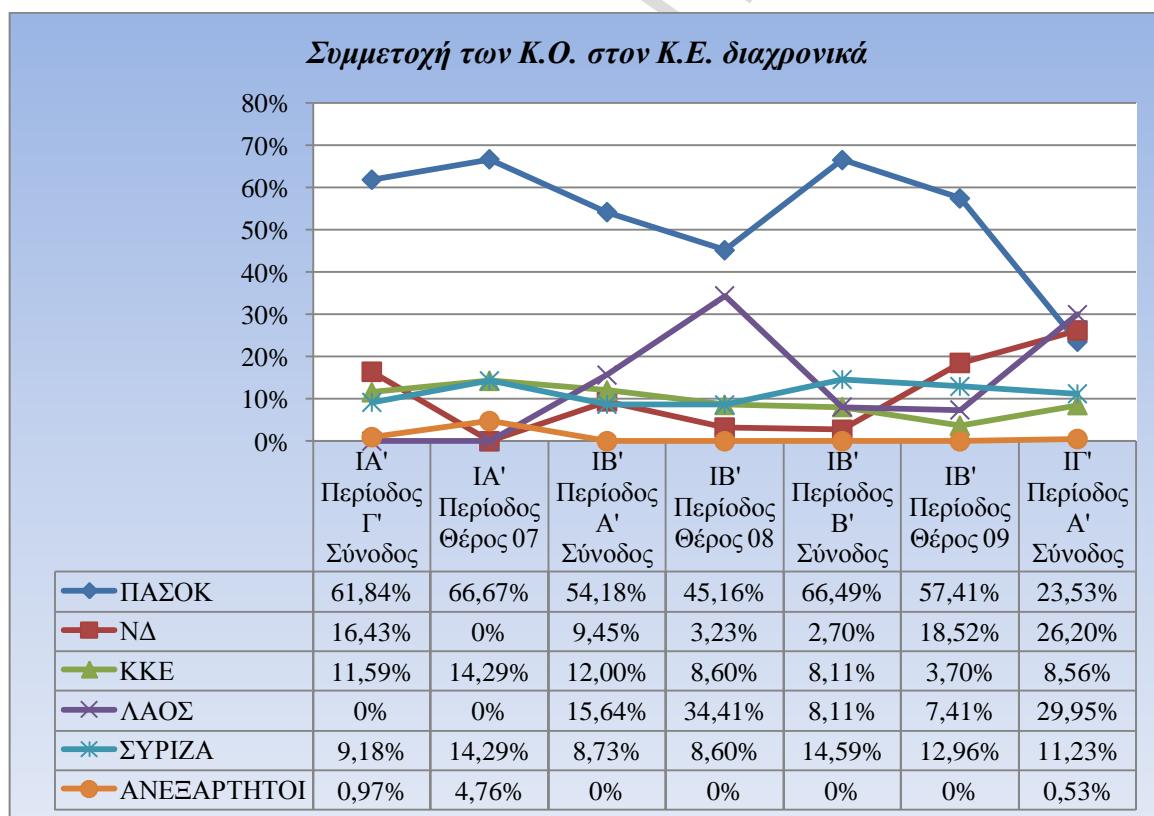
6.3.1.7. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Κοινοβουλευτική Ομάδα

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θεωρήθηκε και η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με τις Κοινοβουλευτικές Ομάδες που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. στον διπλό άξονα των Εθνικών Εκλογών και τη διαχρονικής τους συμμετοχής στον Κ.Ε.

Όσον αφορά τη συζήτηση των εν λόγω ευρημάτων στον άξονα των Εθνικών Εκλογών, πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί εάν η συμμετοχή των Βουλευτών των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε. επηρεάζεται από το χρόνο διεξαγωγής των

¹⁵³ OECD, *OECD Economic Surveys: GREECE*, OECD, 2009, *op. cit.*, p. 85 – 115.

Εθνικών Εκλογών (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 42). Ξεκινώντας από τις Εθνικές Εκλογές του 2007, όπου δεν έλαβε χώρα αλλαγή της Κυβέρνησης, και προκειμένου για την Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ., σημειώνεται ότι η συμμετοχή των Βουλευτών της στο Κ.Ε. προεκλογικά όχι μόνο αυξήθηκε, αλλά κατέγραψε και τη μέγιστη τιμή της ενώ μετεκλογικά μειώθηκε, παραμένοντας ωστόσο σε σχετικά υψηλά επίπεδα. Αναφορικά με τις Κ.Ο. της Ν.Δ. και του ΛΑ.Ο.Σ. παρατηρούμε ότι οι Βουλευτές ήταν απόντες στην κατάθεση Μ.Κ.Ε. προεκλογικά, ενώ μετεκλογικά πραγματοποίησαν υποβολή Μ.Κ.Ε., όχι όμως σε σχετικά υψηλά ποσοστά. Όσον αφορά τους Βουλευτές του Κ.Κ.Ε., σημειώθηκε αυξημένη δραστηριότητα σε επίπεδα Κ.Ε. τόσο προεκλογικά, όσο και μετεκλογικά. Όσον αφορά τη στάση των Βουλευτών του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. στα πλαίσια του Κ.Ε., σημειώθηκε αυξημένη προ των Εθνικών Εκλογών, όμως κατόπιν μειώθηκε. Τέλος, οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές, προεκλογικά σημείωσαν τη μέγιστη συμμετοχή τους στη διαδικασία του Κ.Ε., μετεκλογικά όμως απείχαν εξ' ολοκλήρου.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 42:
Η συμμετοχή των Κ.Ο. στον Κ.Ε. διαχρονικά

Συνεχίζοντας στις Εθνικές Εκλογές του 2009, όπου έλαβε χώρα αλλαγή της Κυβέρνησης, υπογραμμίζεται ότι η συμμετοχή των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. (Κυβερνών Πολιτικό Κόμμα πλέον) προεκλογικά κατεγράφη σχετικά μειωμένη και μετεκλογικά

μειώθηκε αισθητά περαιτέρω. Αντιθέτως, οι Βουλευτές της Ν.Δ. κατεγράφησαν ιδιαίτερα «ενεργοί» στην κατάθεση Μ.Κ.Ε. προεκλογικά και ακόμη περισσότερο μετεκλογικά (Αξιωματική Αντιπολίτευση πλέον). Όσον αφορά τη συμμετοχή των Βουλευτών του Κ.Κ.Ε., προεκλογικά κατεγράφη μειωμένη αλλά μετεκλογικά αυξήθηκε, ομοίως των Βουλευτών του ΛΑ.Ο.Σ., όμως η ποσοστιαία αύξηση της συμμετοχής των δευτέρων στη διαδικασία του Κ.Ε. κατεγράφη ιδιαίτερα έντονη. Αναφορικά με τους Βουλευτές του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., η προεκλογικά μειωμένη δραστηριότητά τους συνεχίστηκε και μετεκλογικά, ενώ τέλος, οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ, προεκλογικά απείχαν τελείως της διαδικασίας και μετεκλογικά συμμετείχαν σε ισχνό ποσοστό επί του συνόλου.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της συμμετοχής των Βουλευτών των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών, η οποία αποτυπώνεται πιο ξεκάθαρα στην περίπτωση των Εθνικών Εκλογών του 2009, όπου πραγματοποιήθηκε και αλλαγή της Κυβέρνησης, ιδιαίτερα μέσω της συμμετοχής των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και της Ν.Δ.

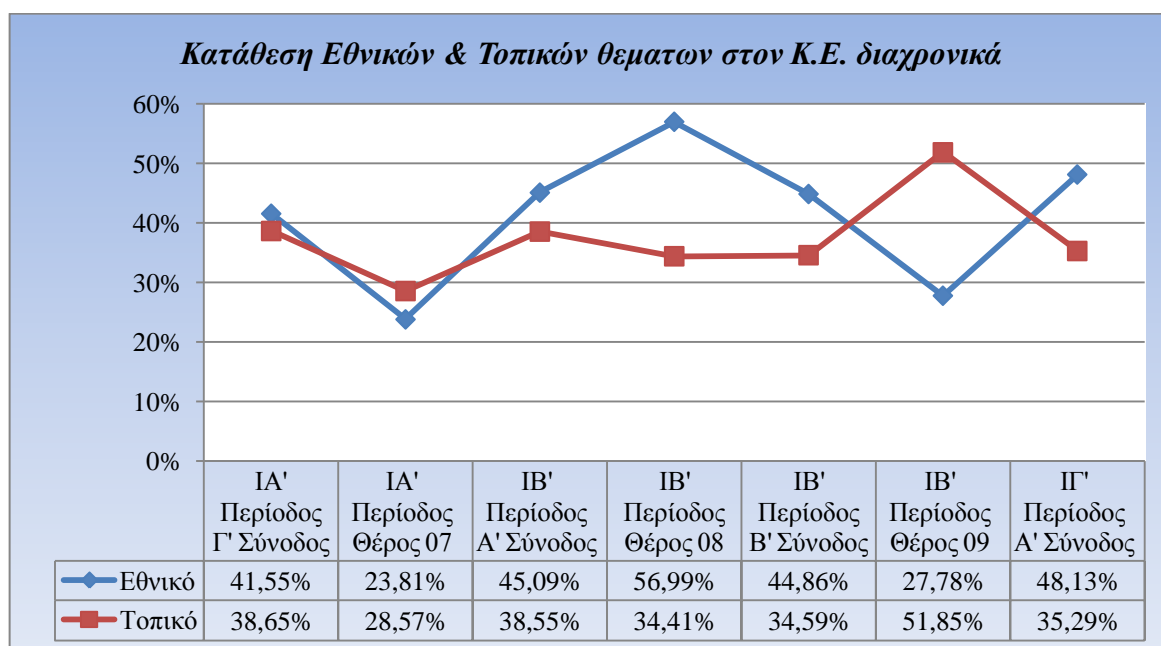
Συνεχίζοντας στον άξονα της διαχρονικής συμμετοχής των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε. όπως αποτυπώνεται στους χρόνους έναρξης και ολοκλήρωσης της παρούσας έρευνας, παρατηρούμε ότι οι Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. αρχικά ήταν περισσότερο «ενεργοί» απ' ότι τελικά, ομοίως οι Βουλευτές του Κ.Κ.Ε. και οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ. Αντίθετα, οι Βουλευτές της Ν.Δ., του ΛΑ.Ο.Σ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. κατά το χρόνο ολοκλήρωσής της έρευνας κατεγράφησαν περισσότερο δραστήριοι συγκριτικά με το χρόνο έναρξης. Υπογραμμίζεται ότι εντός των χρονικών πλαισίων της έρευνας δεν κατεγράφη κάποιο χρονικό σημείο καμψής, κοινό για όλες τις Κ.Ο.

6.3.1.8. Βουλευτική Περίοδος – Σύνοδος και Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εντοπίστηκε στη συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με την εμβέλεια του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε., υπό το πρίσμα τόσο των Εθνικών Εκλογών, όσο και της διαχρονικής τους πορείας. Διευκρινίζεται ότι, για λόγους στατιστικής σκοπιμότητας, στη συζήτηση συμπεριελήφθησαν τα Μ.Κ.Ε. με περιεχόμενο Εθνικού και Τοπικού ενδιαφέροντος, δεδομένου ότι αποτέλεσαν την πλειοψηφία επί του συνόλου.

Παρατηρώντας το σχετικό διάγραμμα (*ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 43*) και ξεκινώντας υπό το πρίσμα των Εθνικών Εκλογών, προκειμένου να διερευνηθεί εάν ο χρόνος διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών επηρεάζει το είδος του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. που κατατίθενται στη διαδικασία του Κ.Ε., σημειώνεται ότι όσον αφορά τις Εθνικές Εκλογές του 2007, τα

Εθνικού ενδιαφέροντος Μ.Κ.Ε., κατατέθηκαν σε μειωμένη αναλογία επί του συνόλου προεκλογικά, όμως σχεδόν διπλασιάστηκαν μετεκλογικά. Σε αντίστοιχη φιλοσοφία πραγματοποιήθηκε και η κατάθεση των Μ.Κ.Ε. Τοπικού ενδιαφέροντος.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 43:

Η κατάθεση Εθνικών & Τοπικών θεμάτων στον Κ.Ε. διαχρονικά

Όσον αφορά τις Εθνικές Εκλογές του 2009, υπογραμμίζεται ότι τα Εθνικού ενδιαφέροντος θέματα προεκλογικά κατατέθηκαν σε μειωμένο ποσοστό επί του συνόλου, ενώ μετεκλογικά υπεβλήθησαν στο δεύτερο (2^ο) μεγαλύτερο ποσοστό τους. Αντίθετα, τα Τοπικού ενδιαφέροντος θέματα, μεγιστοποιήθηκαν προεκλογικά και μετεκλογικά, αν και σημείωσαν σχετική μείωση, αποτέλεσαν ωστόσο υψηλό ποσοστό επί του συνόλου.

Βάσει των ευρημάτων της έρευνας, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ του χρόνου διεξαγωγής των Εκλογών και της εμβέλειας του περιεχομένου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., η οποία για τα Εθνικού ενδιαφέροντος θέματα εντοπίστηκε περισσότερο μετεκλογικά και για τις δύο (2) περιπτώσεις Εθνικών Εκλογών, ενώ για τα Τοπικού ενδιαφέροντος στις μεν Εθνικές Εκλογές του 2007 εντοπίστηκε κυρίως μετεκλογικά, ενώ στις δε του 2009 κυρίως προεκλογικά. Υπογραμμίζεται ωστόσο ως ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, η παρατήρηση ότι στις προεκλογικές περιόδους τα θέματα Τοπικού ενδιαφέροντος, συγκριτικά με τα Εθνικού ενδιαφέροντος, εντοπίζονται με μεγαλύτερες αναλογίες στο σύνολο των Μ.Κ.Ε.

Συνεχίζοντας υπό το πρίσμα της διαχρονικής πορείας των θεμάτων Εθνικού και Τοπικού ενδιαφέροντος, άρα αντίστοιχα και των Εθνικών και Τοπικών προβλημάτων,

υπογραμμίζεται ότι τα πρώτα διαχρονικά αυξήθηκαν, ενώ τα δεύτερα διαχρονικά μειώθηκαν. Ωστόσο, σημειώνονται οι έντονες διακυμάνσεις και των δύο (2) κατηγοριών καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας καθώς επίσης ότι «συμπορεύθηκαν» μέχρι την Α' Σύνοδο της ΙΒ' Περιόδου, ενώ κατόπιν ακολούθησαν εκ διαμέτρου αντίθετες πορείες.

6.3.2. Συσχετισμοί των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε.

Η συζήτηση των ευρημάτων του συσχετισμού των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας, κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί υπό το πρίσμα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του κάθε τύπου. Όπως έχει ήδη διευκρινιστεί, όλα τα Μ.Κ.Ε. που αποτελούν το αντικείμενο μελέτης της παρούσας έρευνας, κατατίθενται στη Βουλή με αρχική πρωτοβουλία των Βουλευτών, με μοναδική εξαίρεση την περίπτωση των Αναφορών. Οι Αναφορές, όπως προβλέπεται στο άρθρο 125 του Κ.τ.Β., περιέχουν αιτήματα ή παράπονα ενός ή περισσότερων πολιτών ο/οι οποίος/οι τις αρχικά τις καταθέτουν στη Βουλή αυτοπροσώπως και επωνύμως. Οι Βουλευτές έχουν στη συνέχεια τη δυνατότητα να υιοθετήσουν και να προσυπογράψουν τις κατατεθείσες Αναφορές. Επομένως, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα Μ.Κ.Ε., η πρωτοβουλία της αρχικής υποβολής των Αναφορών ανήκει στους πολίτες και όχι στους Βουλευτές. Η συγκεκριμένη διαφοροποίησή τους τις καθιστά τον πλέον άμεσο, επίσημο τύπο Μ.Κ.Ε. συμμετοχής των Πολιτών στη διαδικασία του Κ.Ε.

Επίσης, όσον αφορά τις Επερωτήσεις¹⁵⁴, υπογραμμίζεται ότι πρόκειται ουσιαστικά για ήδη κατατεθείσες Ερωτήσεις ή Α.Κ.Ε. οι οποίες απαντήθηκαν ανεπαρκώς, σύμφωνα με τους Βουλευτές που τις υπέβαλαν και ως εκ τούτου τις επαναφέρουν στη διαδικασία του Κ.Ε. ως Επερωτήσεις, προκειμένου να λάβουν πιο επαρκή απάντηση από τα αρμόδια πρόσωπα.

Λαμβανομένων υπόψη των παραπάνω χαρακτηριστικών, η συζήτηση ενδεικτικά κάποιων εκ των ευρημάτων συσχετισμού των διαφορετικών Μ.Κ.Ε. με τις μεταβλητές της έρευνας, πραγματοποιήθηκε προκειμένου να ανιχνευθούν μέσω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε τύπου Μ.Κ.Ε., επιπλέον ενδιαφέρουσες στατιστικά πληροφορίες για τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας.

¹⁵⁴ Αρ. 134 – 137 του Κ.τ.Β.

6.3.2.1. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Κοινοβουλευτική Ομάδα

Αρχικά συζητήθηκαν τα ευρήματα συσχετισμού των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. με τις Κ.Ο. που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε. Όσον αφορά τις Ερωτήσεις, παρατηρήθηκε ότι υπεβλήθησαν πλειοψηφικά από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Η συγκεκριμένη παρατήρηση χαρακτηρίζεται λογική και εν μέρει αναμενόμενη, δεδομένου ότι το συγκεκριμένο πολιτικό κόμμα αποτέλεσε την Αξιοματική Αντιπολίτευση για το μεγαλύτερο διάστημα της έρευνας και τον κύριο «ανταγωνιστή» στη «διεκδίκηση» της διακυβέρνησης της χώρας. Αρκετά υψηλό ποσοστό των Ερωτήσεων, συγκριτικά με των υπόλοιπων Κ.Ε. υπεβλήθη επίσης και από τους Βουλευτές του ΛΑ.Ο.Σ.

Όσον αφορά τις Επίκαιρες Ερωτήσεις, υπογραμμίζεται το συγκριτικά μεγαλύτερο ενδιαφέρον των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. για τα θέματα της επικαιρότητας. Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θεωρήθηκε η παρατήρηση ότι οι Επερωτήσεις υπεβλήθησαν ισοκατανεμημένες από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., δεδομένου ότι εκτιμούμενη υπό το πρίσμα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των Επερωτήσεων, οδηγεί στη διαπίστωση ότι οι Βουλευτές των προαναφερθέντων Κ.Ο. έκριναν ως ανεπαρκείς τις απαντήσεις που έλαβαν για τις κατατεθείσες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε.¹⁵⁵ και ως εκ τούτου επανήλθαν σχετικά, μετατρέποντάς τις σε Επερωτήσεις. Αντίθετα, οι Βουλευτές των υπολοίπων Κ.Ο. δεν κατέθεσαν Επερωτήσεις, ως εκ τούτου δύναται να υποθεθεί ότι οι απαντήσεις που έλαβαν εξελήφθησαν ως επαρκείς.

Παρατηρώντας στη συνέχεια τα καταγεγραμμένα ποσοστά των Αναφορών ανά Κ.Ο. και λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαιτερότητα τους ως προς τη διαδικασία κατάθεσής τους, σημειώνεται η ύπαρξη πολλών δυσαρεστημένων πολιτών οι οποίοι υποβάλουν σχετικές Αναφορές στη Βουλή και στη συνέχεια τις υιοθετούν οι Βουλευτές των Κ.Ο. Επίσης, υπογραμμίζεται το γεγονός ότι η πλειοψηφία των Αναφορών υιοθετήθηκε από τους Βουλευτές των δύο (2) μεγαλύτερων Κ.Ο. της χώρας, του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και της Ν.Δ., οι οποίες εναλλάσσονται στη διακυβέρνηση της χώρας.

6.3.2.2. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (Η.Σ.)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. με τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (Η.Σ.), ώστε μέσω των διαφορετικών χαρακτηριστικών των τύπων Μ.Κ.Ε. να αναδειχθούν επιπλέον διαστάσεις των προβλημάτων Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Έχει ήδη

¹⁵⁵ Διευκρινίζεται ότι το σύνολο των Α.Κ.Ε. υπεβλήθη από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ.

διευκρινιστεί ότι οι Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης που κατέγραψαν τα μεγαλύτερα ποσοστά επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. αφορούσαν ζητήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1), Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7), και Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6).

Αναλυτικότερα, προκειμένου για τις Ερωτήσεις, οι οποίες υποβάλλονται με αρχική πρωτοβουλία των Βουλευτών, σημειώνεται ότι τα προβλήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας αποτέλεσαν την πρώτη (1^η) προτεραιότητα, τα προβλήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας τη δεύτερη (2^η) και τα προβλήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας την τρίτη (3^η). Αντίστοιχη ήταν η «ιεράρχηση» των προβλημάτων και στην περίπτωση των Επίκαιρων Ερωτήσεων που αφορούν θέματα της Επικαιρότητας.

Ωστόσο, προκειμένου για τις Επερωτήσεις, οι οποίες ουσιαστικά αποτελούν «ανεπαρκώς» απαντημένες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε.,¹⁵⁶ υπογραμμίζεται ότι στο σύνολό τους αφορούσαν προβλήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας. Επομένως, επισημαίνεται ότι σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι απαντήσεις που δόθηκαν από τον Υπουργό Υγείας στις υποβληθείσες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε. αναφορικά με θέματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας, θεωρήθηκαν από τους αντίστοιχους Βουλευτές ανεπαρκείς και ως εκ τούτου τις επανέφεραν στη διαδικασία του Κ.Ε. ως Επερωτήσεις προκειμένου να απαντηθούν εκ νέου.

Τέλος, προκειμένου για τις Αναφορές, οι οποίες υποβάλλονται με αρχική πρωτοβουλία των Πολιτών και κατόπιν υιοθετούνται από τους Βουλευτές, σημειώνεται ότι την πρώτη (1^η) προτεραιότητα αποτέλεσαν τα προβλήματα Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας, τη δεύτερη (2^η) τα προβλήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας, την τρίτη (3^η) τα προβλήματα των Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την τέταρτη (4^η) τα προβλήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας.

Σύμφωνα με τις παραπάνω παρατηρήσεις, υπογραμμίζεται ότι όσον αφορά τις τρεις (3) συχνότερες κατηγορίες προβλημάτων Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης κατεγράφη «ομοφωνία» μεταξύ Βουλευτών και Πολιτών η οποία επεκτείνεται και σε επίπεδο προτεραιοτήτων, λαμβανομένης ωστόσο υπόψη μιας διαφοροποίησης αναφορικά με την τρίτη (3^η) θέση «ιεράρχησης», την οποία «καταλαμβάνουν» στην περίπτωση των Βουλευτών τα προβλήματα Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας, ενώ στην

¹⁵⁶ Σύμφωνα με τους Βουλευτές που τις κατέθεσαν αρχικά

περίπτωση των Πολιτών, τα προβλήματα των Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

6.3.2.3. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.)

Η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. με τις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.) υπό το πρίσμα των διαφορετικών χαρακτηριστικών των τύπων Μ.Κ.Ε. οδήγησε σε επιπλέον παρατηρήσεις σχετικά με τα προβλήματα των σχετικών με την υγεία Λειτουργιών. Έχει ήδη σημειωθεί ότι τα ζητήματα Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία, τα οποία εντοπίστηκαν τις περισσότερες φορές στο περιεχόμενο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. αφορούσαν κυρίως την Επένδυση παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), και τη Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6), ενώ η τρίτη (3^η) συχνότερη υποκατηγορία ποίκιλε αναλόγως του τύπου Μ.Κ.Ε.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις Ερωτήσεις, τις οποίες υποβάλλουν οι Βουλευτές, με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατεγράφησαν τα προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, κατόπιν τα προβλήματα Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5) και ακολούθως τα προβλήματα Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά.

Αναφορικά με τις Επερωτήσεις, σημειώνεται ότι στο σύνολό τους αφορούσαν θέματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, επομένως δύναται να σημειωθεί ότι οι αντίστοιχες ήδη υποβληθείσες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε. δεν απαντήθηκαν επαρκώς.

Τέλος, προκειμένου για τις Αναφορές, τις οποίες υποβάλλουν οι Πολίτες, επισημαίνεται ότι οι τρεις (3) υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία οι οποίες εντοπίστηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο περιεχόμενό τους, αφορούσαν με φθίνουσα σειρά προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά και τέλος, Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της ζωής με νόσο ή αναπηρία.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, υπογραμμίζεται η «ομοφωνία» Βουλευτών – Πολιτών όσον αφορά τις δύο (2) από τις τρεις (3) προτεραιότητες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία και αναλυτικότερα τα προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και Διοίκησης και παροχής σχετικών με

την υγεία επιδομάτων σε μετρητά. Υπογραμμίζεται εντούτοις και το σημείο διαφοροποίησης των προτεραιοτήτων Βουλευτών – Πολιτών, δεδομένου ότι για τους μεν πρώτους αποτέλεσε προτεραιότητα η επίλυση προβλημάτων Περιβαλλοντικής υγείας, ενώ για τους δε δεύτερους, Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της ζωής με νόσο ή αναπηρία.

6.3.2.4. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.)

Η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. με τους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.) θεωρήθηκε ιδιαίτερου ενδιαφέροντος καθώς δύναται μέσω των χαρακτηριστικών των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. να αναδείξει επιπλέον διαστάσεις των σχετικών με τους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης προβλημάτων. Έχει ήδη διευκρινιστεί ότι τα θέματα Παρόχων που εντοπίστηκαν τις περισσότερες φορές στο περιεχόμενο των Μ.Κ.Ε. ήταν ζητήματα Νοσοκομείων (ΗΡ.1), Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.3) και Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (ΗΡ.6).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την κατά τύπο Μ.Κ.Ε. κατανομή των παραπάνω κατηγοριών, ξεκινώντας από τις Ερωτήσεις, τις οποίες υποβάλλουν οι Βουλευτές, τα προβλήματα των Νοσοκομείων κατεγράφησαν ως τα επικρατέστερα, ακολούθως τα Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης και τελευταία τα των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης. Η ίδια «σειρά προτεραιότητας» σημειώθηκε και στην περίπτωση των Επίκαιρων Ερωτήσεων, τις οποίες υποβάλλουν επίσης οι Βουλευτές, για θέματα της επικαιρότητας.

Εντούτοις, σχετικά με τις Επερωτήσεις, τις οποίες υποβάλλουν οι Βουλευτές σε περίπτωση «ανεπαρκούς απάντησης», υπογραμμίζεται ότι αφορούσαν μόνο θέματα Νοσοκομείων και Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης. Επομένως, δύναται να υποθεθεί ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν στις Ερωτήσεις και τις Α.Κ.Ε. των εν λόγω υποκατηγοριών παρόχων ήταν ανεπαρκείς και ως εκ τούτου οι αρμόδιοι Βουλευτές τις επανέφεραν ως Επερωτήσεις προκειμένου να απαντηθούν εκ νέου.

Ωστόσο, προκειμένου για τις Αναφορές, τις οποίες υποβάλλουν αρχικά οι Πολίτες και στη συνέχεια τις υιοθετούν οι Βουλευτές, υπογραμμίζεται μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα παρατήρηση. Στην περίπτωση των Αναφορών, εν αντιθέσει με τους υπόλοιπους τύπους Μ.Κ.Ε. όπου κυριαρχούσαν τα θέματα Νοσοκομείων και Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης, ως επικρατέστερα κατεγράφησαν τα θέματα των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, σύμφωνα με τα ευρήματα

της έρευνας, τα προβλήματα των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης, αναδείχθηκαν τα πλέον σημαντικά για τους Πολίτες, μέσω της συμμετοχής τους στη διαδικασία του Κ.Ε.

Βάσει των παραπάνω παρατηρήσεων, υπογραμμίζεται ότι ναι μεν όσον αφορά τις τρεις (3) σημαντικότερες κατηγορίες προβλημάτων Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης κατεγράφη «ομοφωνία» μεταξύ Βουλευτών και Πολιτών, όμως σε επίπεδο προτεραιοτήτων επισημάνθηκε μια διαφοροποίηση, καθώς για τους μεν Βουλευτές τα προβλήματα των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται στην τρίτη (3^η) θέση «επείγουσας», ενώ για τους δε Πολίτες βρίσκονται στην πρώτη (1^η).

6.3.2.5. Τύπος Μ.Κ.Ε. – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε

Είναι ήδη γνωστό ότι σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, τα συνολικά κατατεθέντα Μ.Κ.Ε., όσον αφορά την εμβέλεια του περιεχομένου τους, ήταν πρωτίστως Εθνικού και δευτερευόντων Τοπικού ενδιαφέροντος. Στα πλαίσια της συζήτησης των ευρημάτων συσχετισμού των διαφορετικών τύπων Μ.Κ.Ε. με την εμβέλεια του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε., υπογραμμίζεται επιπροσθέτως μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα παρατήρηση, σύμφωνα με την οποία οι Αναφορές αποτέλεσαν τη μόνη κατηγορία Μ.Κ.Ε. όπου στην πλειοψηφία τους αφορούσαν Τοπικού ενδιαφέροντος θέματα και όχι Εθνικού. Αν η συγκεκριμένη παρατήρηση συνδυαστεί με την ειδοποιό διαφορά των Αναφορών από τα υπόλοιπα Μ.Κ.Ε. που τις καθιστά το πλέον άμεσο Μ.Κ.Ε. συμμετοχής των Πολιτών στη διαδικασία του Κ.Ε., υπογραμμίζεται μια νέα παρατήρηση, κατά την οποία οι Έλληνες πολίτες, βάσει των ευρημάτων της έρευνας, κατά τη συμμετοχή τους στη διαδικασία του Κ.Ε., έδειξαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα ζητήματα υγείας εντός των ορίων της τοπικής τους κοινωνίας.

Επίσης, αναφορικά με τις Επερωτήσεις, σημειώνεται ότι αφορούσαν εξίσου θέματα Εθνικού και Περιφερειακού ενδιαφέροντος, επομένως σε αυτές τις δύο (2) περιπτώσεις εμβέλειας περιεχομένου, οι απαντήσεις που δόθηκαν στις αρχικά κατατεθείσες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε., θεωρήθηκαν ανεπαρκείς από τους αρμόδιους Βουλευτές, οι οποίοι ως εκ τούτου, τις επανέφεραν στη διαδικασία του Κ.Ε. ως Επερωτήσεις πλέον προκειμένου να απαντηθούν εκ νέου.

6.3.3. Συσχετισμοί Κοινοβουλευτικής Ομάδας (Κ.Ο.)

Τέλος, στη συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των διαφορετικών Κ.Ο. με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας που παρουσιάζεται στις παραγράφους που

ακολουθούν, συμπεριελήφθησαν ενδεικτικά τα ευρήματα κάποιων εκ των σχετικών συσχετισμών, προκειμένου να ανιχνευθούν περαιτέρω διαστάσεις της συμμετοχής κάθε Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε.

6.3.3.1. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης (HC.)

Η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Κ.Ο. με τις Λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί πιθανή «ταύτιση» των Κ.Ο. στον τρόπο ιεράρχησης των ζητημάτων Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης, ανεξαρτήτως αναλυτικής σειράς. Σημειώνεται οι Βουλευτές όλων των Κ.Ο., πλην των ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ¹⁵⁷, συμφώνησαν στον τρόπο ιεράρχησης, τουλάχιστον για τις τρεις (3) πρώτες υποκατηγορίες Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης. Αναλυτικότερα, τα προβλήματα, Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης υγείας (HC.7), Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) και Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6), σημειώνεται ότι θεωρήθηκαν από τους Βουλευτές των διαφορετικών Κ.Ο. ως τα πλέον σημαντικά, δεδομένου ότι αποτέλεσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε.

Η παραπάνω παρατήρηση «σύγκλισης απόψεων» των διαφορετικών Κ.Ο., δεδομένων των διαφορετικών ιδεολογιών και αντίστοιχα πολιτικών τους, υπογραμμίζεται ως ιδιαίτερα σημαντική διότι δύναται να αποτελέσει ένδειξη της ανάδειξης των πραγματικών προβλημάτων Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης της Ελληνικής κοινωνίας μέσω της διαδικασίας του Κ.Ε. και ως εκ τούτου χρίζει συνεκτίμησης με τις παρατηρήσεις των υπολοίπων ευρημάτων της έρευνας.

6.3.3.2. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R)

Η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Κ.Ο. με τις Λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.) είναι επίσης σημαντική, δεδομένου ότι δύναται να αναδείξει ποιες εκ των λειτουργιών συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των Βουλευτών των Κ.Ο. και επομένως αποτελούν τις πλέον «προβληματικές» συγκριτικά με τις υπόλοιπες. Είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος η επισήμανση ότι για το σύνολο των Κ.Ο. τα θέματα Λειτουργιών που σχετίζονταν με την υγεία και αποτέλεσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά επί του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., αφορούσαν πρωτίστως ζητήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης

¹⁵⁷ Σημειώνεται ότι το σύνολο των Μ.Κ.Ε. που υπέβαλαν οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές αφορούσε θέματα Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

(HC.R.1) και ακολούθως υποθέσεις Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) και Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5).

Ωστόσο, σημειώνεται ότι μολονότι η «σειρά κατάταξης» των ζητημάτων Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία δεν κατεγράφη απολύτως κοινή για όλες τις Κ.Ο., η «αξία» της καταγεγραμμένης «ομοφωνίας» περί των προβλημάτων των σχετικών με την υγεία Λειτουργιών παραμένει υψηλή, δεδομένου ότι αποτελεί μια επιπλέον ένδειξη για το κατά πόσο η διαδικασία του Κ.Ε. αποτελεί ένα αντικειμενικό μέσο ανάδειξης των προβλημάτων υγείας αυτής της διάστασης.

6.3.3.3. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Παρόχοι υγειονομικής περίθαλψης (HP.)

Η συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Κ.Ο. με τους Παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (HP.) πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο οι Βουλευτές των διαφορετικών Κ.Ο. ιεραρχούν με ανάλογο τρόπο τα προβλήματα των παρόχων, δεδομένου ότι πιθανή «ταύτιση» στην ιεράρχηση δύναται να αποτελέσει μια ακόμη ένδειξη ανάδειξης των πραγματικών προβλημάτων Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της διαδικασίας του Κ.Ε.

Κατ' αρχήν, ιδιαίτερα ενδιαφέρονσα θεωρείται η παρατήρηση ότι οι Βουλευτές όλων των Κ.Ο., θεώρησαν ως μεγαλύτερης σημασίας τα προβλήματα των Νοσοκομείων (HP.1), των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) και Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6). Η εν λόγω «ομοφωνία» των Κ.Ο. στις τρεις (3) σημαντικότερες κατηγορίες Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης υπογραμμίζεται ως ιδιαίτερα σημαντική, διότι δύναται να αποτελέσει μια επιπλέον ένδειξη της σημασίας του Κ.Ε. στην ανάδειξη των προβλημάτων Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στην Ελληνική κοινωνία.

6.3.3.4. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εκλογική Περιφέρεια

Σύμφωνα με τα ευρήματα του συσχετισμού των Κ.Ο. με τις Εκλογικές Περιφέρειες των Βουλευτών που συμμετέχουν στη διαδικασία του Κ.Ε., υπογραμμίζεται ότι η Εκλογική Περιφέρεια που εκπροσωπείται σε μεγαλύτερο βαθμό στη διαδικασία του Κ.Ε. μέσω των Βουλευτών της, διαφοροποιείται ανά Κ.Ο. Αναλυτικότερα, οι πιο «ενεργοί» Βουλευτές προκειμένου για την Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ. ήταν του Ηρακλείου, για την Κ.Ο. της Ν.Δ. της Αχαΐας, για την Κ.Ο. του Κ.Κ.Ε. της Α΄ Θεσσαλονίκης, για την

Κ.Ο. του ΛΑ.Ο.Σ. της Β΄ Θεσσαλονίκης, για την Κ.Ο. του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. του υπολοίπου Αττικής και για τους ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥΣ της Α΄ Θεσσαλονίκης.

Ωστόσο, μεγαλύτερο στατιστικό ενδιαφέρον εντοπίζεται στη συνδυαστική συζήτηση των παραπάνω ευρημάτων, αφενός με τα ευρήματα του συσχετισμού Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων με την Εκλογική Περιφέρεια και τις Κ.Ο. και αφετέρου με τα ευρήματα του συσχετισμού των Κ.Ο. με την εμβέλεια του περιεχομένου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. Στη μεν πρώτη (1^η) περίπτωση το ενδιαφέρον εντοπίζεται στη διερεύνηση των μεταβολών «συμμετοχής» των Εκλογικών Περιφερειών στη διαδικασία του Κ.Ε. τόσο στον άξονα των Εθνικών Εκλογών όσο και των Κ.Ο. Στη δε δεύτερη (2^η), εντοπίζεται στη διερεύνηση ύπαρξης σχέσης μεταξύ της Εκλογικής Περιφέρειας των πλέον «ενεργών» Βουλευτών και της εμβέλειας του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. που οι ίδιοι καταθέτουν στη Βουλή.

Όσον αφορά την πρώτη (1^η) περίπτωση συνδυαστικής συζήτησης και προκειμένου για τις δύο (2) Κ.Ο. που εναλλάσσονται στη Διακυβέρνηση της χώρας, το ΠΑ.ΣΟ.Κ. και τη Ν.Δ., σημειώνεται ότι σύμφωνα με τα ευρήματα των σχετικών συσχετισμών, η αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. προεκλογικά και μετεκλογικά των Εθνικών Εκλογών του 2007, όπου η Ν.Δ. παρέμεινε το Κυβερνών Πολιτικό Κόμμα, αντανakλάται επίσης τόσο στην αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών του Ηρακλείου προεκλογικά και μετεκλογικά, όσο και στο ότι οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. είναι της Εκλογικής Περιφέρειας του Ηρακλείου. Αντίστοιχα, η μειωμένη συμμετοχή των Βουλευτών της Ν.Δ. προεκλογικά και μετεκλογικά των εν λόγω Εθνικών Εκλογών, αντανakλάται τόσο στη μειωμένη συμμετοχή των Βουλευτών της Αχαΐας προεκλογικά και μετεκλογικά, όσο και στο ότι οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές της Ν.Δ. εκπροσωπούν την Εκλογική Περιφέρεια της Αχαΐας.

Ανάλογης φιλοσοφίας υπήρξαν οι μεταβολές των παραπάνω μεταβλητών που κατεγράφησαν προεκλογικά και μετεκλογικά των Εθνικών Εκλογών του 2009, με «αντιστροφή των ρόλων» ωστόσο, λαμβανομένης υπόψη της αλλαγής του Κυβερνόντος Πολιτικού Κόμματος από τη Ν.Δ. στο ΠΑ.ΣΟ.Κ. Η «αντιστροφή των ρόλων» καθίσταται περισσότερο αντιληπτή στην περίπτωση της Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ., δεδομένου ότι η μείωση της δραστηριότητας των Βουλευτών της προεκλογικά και περαιτέρω μετεκλογικά, αντανakλάται στη μειωμένη συμμετοχή των Βουλευτών του Ηρακλείου στη διαδικασία του Κ.Ε.

Όσον αφορά τη δεύτερη (2^η) περίπτωση συνδυαστικής συζήτησης των ευρημάτων συσχετισμού των Κ.Ο. με τις Εκλογικές Περιφέρειες, με τα ευρήματα συσχετισμού των

Κ.Ο. με την εμβέλεια του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε., προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχει κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της Εκλογικής Περιφέρειας των πλέον «ενεργών» Βουλευτών ανά Κ.Ο. και της εμβέλειας του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. που κατατίθενται στη Βουλή, παρουσιάζεται στις παραγράφους που ακολουθούν.

6.3.3.5. Κοινοβουλευτική Ομάδα – Εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε.

Η συζήτηση των ευρημάτων του συσχετισμού των Κ.Ο. με την εμβέλεια περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. πραγματοποιήθηκε τόσο μεμονωμένα όσο και συνδυαστικά με τα ευρήματα άλλων συσχετισμών. Κατ' αρχήν όσον αφορά τη μεμονωμένη συζήτηση των ευρημάτων, σημειώνεται ότι οι Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ., του ΛΑ.Ο.Σ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. κατέθεσαν σε μεγαλύτερη αναλογία στη Βουλή Μ.Κ.Ε. Εθνικού ενδιαφέροντος. Αντίθετα, οι Βουλευτές της Ν.Δ. και του Κ.Κ.Ε. κατέθεσαν επί το πλείστον Μ.Κ.Ε. Τοπικού ενδιαφέροντος. Τέλος, οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές, κατέθεσαν σε ίσες αναλογίες τα Μ.Κ.Ε. Εθνικού και Τοπικού ενδιαφέροντος.

Για τη συνδυαστική συζήτηση των ευρημάτων συσχετισμού των Κ.Ο. με την εμβέλεια περιεχομένου Μ.Κ.Ε. επιλέχθηκαν τα ευρήματα συσχετισμού των Κ.Ο. με τις Εκλογικές Περιφέρειες, προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη σχέσης μεταξύ της Εκλογικής Περιφέρειας που εκπροσωπούν οι περισσότεροι «ενεργοί» Βουλευτές κάθε Κ.Ο. και της εμβέλειας του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. που καταθέτουν στη Βουλή.

Ξεκινώντας από την Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ., σημειώνεται ότι αν και οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές της οποίας εκλέγονται στην Εκλογική Περιφέρεια του Ηρακλείου, το περιεχόμενο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. ήταν Εθνικής εμβέλειας. Ομοίως, στην Κ.Ο. του ΛΑ.Ο.Σ., οι πιο «ενεργοί» Βουλευτές της ήταν της Β' Αθηνών, όμως τα κατατεθέντα Μ.Κ.Ε. Εθνικής εμβέλειας. Επίσης, στην Κ.Ο. του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές ήταν της Αττικής, τα κατατεθέντα Μ.Κ.Ε. Εθνικού ενδιαφέροντος. Διαφοροποίηση σημειώνεται για τις Κ.Ο. της Ν.Δ. και του Κ.Κ.Ε., των οποίων οι Βουλευτές κατέθεσαν περισσότερα Μ.Κ.Ε. Τοπικού ενδιαφέροντος. Τέλος, οι ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ Βουλευτές, κατέθεσαν σε ίσες αναλογίες Μ.Κ.Ε. Εθνικής και Τοπικής εμβέλειας. Συνοψίζοντας, υπογραμμίζεται ότι σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ανιχνεύεται κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της εμβέλειας των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. και της Εκλογικής Περιφέρειας που εκπροσωπούν οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές ανά Κ.Ο., μόνο στην περίπτωση των Κ.Ο. της Ν.Δ. και του Κ.Κ.Ε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ

Στα προηγθέντα κεφάλαια του ερευνητικού μέρους πραγματοποιήθηκε τόσο η παρουσίαση των ευρημάτων της έρευνας σε αμφότερες τις διαστάσεις απλών συχνοτήτων και συσχετισμών, όσο και η συζήτησή τους, προκειμένου να αντληθεί ο μεγαλύτερος δυνατός αριθμός στοιχείων αναφορικά με τον Κ.Ε. στον τομέα της Υγείας για την υπό διερεύνηση περίοδο (2006 – 2010) και να προκύψει μία αλληλουχία συμπερασμάτων.

Κατ' αρχήν, στη διάσταση των Βουλευτικών Περιόδων – Συνόδων, η διαδικασία του Κ.Ε. επισημαίνεται ότι κατεγράφη ιδιαίτερα μειωμένη, κατά τη διάρκεια των θερινών Συνόδων, διαπίστωση εν μέρει δικαιολογημένη δεδομένης της αναλογικά περιορισμένης διάρκειας τους, εγείροντας ωστόσο ερωτήματα αναφορικά με το κατά πόσο σε περίοδο «εξασθενημένου» Κ.Ε. καθίσταται εγκαίρως αντιληπτή πιθανή επιδείνωση της κατάστασης στο χώρο της υγείας, ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και να γίνουν οι απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες.

Ακολούθως, υπογραμμίζεται ότι στη διαδικασία του Κ.Ε. συμμετείχαν αποκλειστικά Βουλευτές – απλά μέλη των Κ.Ο., υποβάλλοντας κυρίως σε ατομική βάση Ερωτήσεις. Οι Ερωτήσεις επομένως, ήταν το Μ.Κ.Ε. που επέλεξαν οι Βουλευτές τις περισσότερες φορές, στο διάστημα της έρευνας. Αντίθετα, οι ελάχιστες Επερωτήσεις και οι Επίκαιρες Επερωτήσεις που υπεβλήθησαν συνολικά, δεδομένων των χαρακτηριστικών τους, δύναται να ερμηνευτούν ως ένδειξη των γενικώς «επαρκών» απαντήσεων που δόθηκαν στις κατατεθείσες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε.

Υπό το πρίσμα της επαγγελματικής ιδιότητας των Βουλευτών, υπογραμμίζεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε. υπεβλήθη από Γιατρούς, διαπίστωση εν μέρει λογική και αναμενόμενη δεδομένου ότι αποτελούν, μεταξύ των Βουλευτών, τους κύριους εκπροσώπους του χώρου της Υγείας. Εντούτοις, επισημαίνεται μια αντίφαση που εντοπίστηκε, η οποία έγκειται στην ιδιαίτερα μικρή αναλογικά συμμετοχή των Οδοντιάτρων και των Φαρμακοποιών στη διαδικασία του Κ.Ε., δεδομένου ότι όχι μόνο αποτελούν δυναμικό του χώρου της Υγείας, αλλά συν τοις άλλοις, εκπροσωπούν δύο (2) από τους πλέον προβληματικούς χώρους του Συστήματος Υγείας. Ανεξαρτήτως πάντως επαγγελματικής ιδιότητας, μεταξύ των πλέον «ενεργών» Βουλευτών, συγκαταλέγονταν άτομα με έντονο ενδιαφέρον στους τομείς Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ιδιαίτερα δραστήρια στα πλαίσια του Κ.Ε. γενικότερα.

Αναφορικά με τη «συμμετοχή» των Εκλογικών Περιφερειών στη διαδικασία του Κ.Ε. μέσω των Βουλευτών που τις εκπροσωπούν, ως οι δύο (2) πλέον «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες κατεγράφησαν του Ηρακλείου και της Β΄ Αθηνών, δεδομένου ότι οι Βουλευτές τους επέδειξαν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα θέματα Υγείας. Επιπλέον, ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θεωρείται η παρατήρηση ότι μεταξύ των έξι (6) πλέον «ενεργών» Εκλογικών Περιφερειών συγκαταλέγονταν τα τέσσερα (4) μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας, καθώς δύναται να ενισχύσει την υπόθεση ότι ο πληθυσμός μιας Εκλογικής Περιφέρειας δύναται να σχετίζεται με τη συμμετοχή των Βουλευτών της στη διαδικασία του Κ.Ε. Ανάλογου ενδιαφέροντος και αποδεικτική του συγκεντρωτικού χαρακτήρα του Συστήματος Υγείας, θεωρείται η επισήμανση ότι σχεδόν το ¼ του συνόλου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. υπεβλήθη από Βουλευτές της Αττικής, ενός δηλαδή Νομού από τους πενήντα έναν (51) της χώρας, ο οποίος με ευρεία χωροταξική έννοια αντιστοιχεί και στην πρωτεύουσα. Επιπροσθέτως, δεδομένων και των διαπιστωμένων γεωγραφικών ανισοτήτων στις δομές του Συστήματος Υγείας και την κατανομή των πόρων, οξύμωρο σχήμα αποτελεί και η επισήμανση ότι οι Βουλευτές έντεκα (11) Εκλογικών Περιφερειών, μερικές εκ των οποίων απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες, δεν κατέθεσαν κάποιο Μ.Κ.Ε. για την Υγεία καθ' όλο το διάστημα της έρευνας.

Όσον αφορά τη συμμετοχή των Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε., σημειώνεται ότι η μεγαλύτερη αντιστοιχεί στην Κ.Ο. του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Εντούτοις, στην αξιολόγηση αυτής της παρατήρησης συνίσταται να ληφθεί υπόψη αφενός ο de facto περιορισμός της παρούσας έρευνας, σχετικά με την ανισοκατανομή της χρονικής της διάρκειας στη διάσταση των εναλλαγών των Κ.Ο. διακυβέρνησης, αφετέρου ο διαπιστωμένος δικομματισμός που εντοπίζεται στην Ελλάδα, βάσει του οποίου το ΠΑ.ΣΟ.Κ. αποτελεί τον κύριο «πολιτικό ανταγωνιστή» της Ν.Δ. και το αντίστροφο. Πέραν των προαναφερθέντων, κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί μια επιπλέον διαπίστωση στον άξονα των Κ.Ο., βάσει της οποίας η συμμετοχή μιας Κ.Ο. δεν είναι ανάλογη του αριθμού των Βουλευτών της καθώς παρατηρήθηκε το φαινόμενο οι ίδιοι Βουλευτές να συμμετέχουν κατ' επανάληψη στη διαδικασία του Κ.Ε., με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον κο Σκουλά Ιωάννη του ΠΑ.ΣΟ.Κ., ο οποίος υποβάλλοντας συνολικά εξήντα (60) Μ.Κ.Ε. αποτέλεσε τον πλέον «ενεργό» Βουλευτή, συνεισφέροντας σημαντικά στο σύνολο των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε. από το ΠΑ.ΣΟ.Κ.

Σχετικά με την εμβέλεια του περιεχομένου των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε., κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα παρατήρηση. Αν και η πλειοψηφία των Μ.Κ.Ε. που υπεισήλθαν στη διαδικασία του Κ.Ε. ήταν Εθνικού ενδιαφέροντος,

υπογραμμίζεται ότι τα Τοπικού ενδιαφέροντος θέματα έπονταν με διαφορά μόλις επτά (7) ποσοστιαίων μονάδων, ενώ η ποσοστιαία διαφορά με την επόμενη κατηγορία θεμάτων κατεγράφη στις είκοσι έξι (26) μονάδες. Επομένως, δύναται να υποστηριχτεί κατά το διάστημα της έρευνας, πλην των θεμάτων Εθνικής εμβέλειας, τα Τοπικής εμβέλειας απασχόλησαν την ελληνική κοινωνία περισσότερο, σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Όσον αφορά τα προβλήματα των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.), σημειώνεται ότι τις τρεις (3) επικρατέστερες κατηγορίες αποτέλεσαν με φθίνουσα σειρά τα προβλήματα, Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας (HC.7), Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC1) και Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6). Το γεγονός ότι οι επικρατέστερες κατηγορίες προβλημάτων, όπως αναδείχθηκαν από τη διαδικασία του Κ.Ε., συνάδουν με τα διαπιστωμένα προβλήματα αυτής της διάστασης στην ελληνική πραγματικότητα, ενισχύει το ρόλο του Κ.Ε. στον τομέα της Υγείας.

Προκειμένου για τα προβλήματα των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.), τα συνηθέστερα καταγεγραμμένα αφορούσαν την Επένδυση παγίου κεφαλαίου των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1), κατόπιν τη Διοίκηση και παροχή σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) και τέλος τη Διοίκηση και παροχή «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης μα νόσο ή αναπηρία (HC.R.6). Υπογραμμίζεται ότι οι προαναφερθείσες υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία αποτελούν πράγματι μερικές από τις πλέον προβληματικές στην ελληνική κοινωνία. Εντούτοις, υπογραμμίζεται ένα οξύμωρο σχήμα, αναφορικά με τα ευρήματα αυτής της διάστασης κατηγοριοποίησης, βάσει του οποίου τα προβλήματα Εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.2) καθώς και Έρευνας και ανάπτυξης στο χώρο της υγείας (HC.R.3) εντοπίστηκαν με τις μικρότερες συχνότητες επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε., μολονότι οι συγκεκριμένες υποκατηγορίες Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία αποτελούν δύο (2) εκ των πλέον προβληματικών στη ελληνική πραγματικότητα.

Στη διάσταση των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.), τα περισσότερα προβλήματα αφορούσαν τα Νοσοκομεία (HP.1), ακολούθως τη Γενική διοίκηση της υγείας και της ασφάλισης (HP.6), ενώ ακολουθούσαν τα προβλήματα των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.3). Το γεγονός ότι στις προαναφερθείσες κατηγορίες προβλημάτων Παρόχων εντοπίζονται και τα βασικότερα προβλήματα αυτής της διάστασης στη σύγχρονη πραγματικότητα, ενισχύει το ρόλο του Κ.Ε. στην ανάδειξη των προβλημάτων του τομέα της Υγείας.

Αναφορικά με τα προβλήματα Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (HF.), όπως αυτά αναδείχθηκαν μέσω των διαδικασιών του Κ.Ε., υπογραμμίζεται ότι αφορούσαν κατά συντριπτική πλειοψηφία την Ευρύτερη κρατική χρηματοδότηση (HF.1), επισήμανση που συνάδει με την αδυναμία του κρατικού μηχανισμού να ελέγξει τα κόστη και τις δαπάνες υγείας και αντανakλάται αφενός στη διαχρονική αύξηση της αναλογίας των ιδιωτικών δαπανών επί του συνόλου των δαπανών υγείας και αφετέρου στη διαρκή αύξηση της αναλογίας των “out of pocket” πληρωμών επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί μια σημαντική παρατήρηση αναφορικά με τα καταγεγραμμένα προβλήματα κατά τη διάρκεια της έρευνας. Κατά την επεξεργασία των δεδομένων του δείγματος, την καταχώρησή τους στο S.P.S.S. και την κατηγοριοποίησή, παρατηρήθηκε αρκετά συχνά το φαινόμενο επανάληψης των ίδιων ακριβώς προβλημάτων, φαινόμενο το οποίο αξιολογείται ως ιδιαίτερα αποθαρρυντικό, δεδομένου ότι η κατ’ επανάληψη επαναφορά των ίδιων θεμάτων στη διαδικασία του Κ.Ε. από τους Βουλευτές, σε συνδυασμό με τα χαμηλά ποσοστά των Επερωτήσεων και των Επίκαιρων Επερωτήσεων επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε., εγείρει ερωτήματα περί της «καταλληλότητας», αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της εφαρμοσμένης πολιτικής Υγείας στην Ελλάδα.

Εν συνεχεία, υπογραμμίζονται οι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις που προέκυψαν κατά τη μελέτη των διαδικασιών του Κ.Ε., στη διάσταση των Εθνικών Εκλογών. Κατ’ αρχήν, επισημαίνεται ότι ανιχνεύτηκε κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ των ποσοστών κατάθεσης των Μ.Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών, η οποία ωστόσο αποτυπώθηκε με αντίστροφο τρόπο για τις Ερωτήσεις και τις Αναφορές. Προκειμένου για τις Ερωτήσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται με αρχική πρωτοβουλία των Βουλευτών, αποτυπώθηκε ως αύξηση για τις εκλογές του 2007, όπου δεν άλλαξε η Κυβέρνηση και ως μείωση για τις εκλογές του 2009, όπου σημειώθηκε αλλαγή της Κυβέρνησης. Αντίθετα, στην περίπτωση των Αναφορών, οι οποίες πραγματοποιούνται με αρχική πρωτοβουλία των Πολιτών, αποτυπώθηκε ως μείωση στις πρώτες εκλογές και ως αύξηση για τις δεύτερες.

Επίσης, ανιχνεύτηκε κάποιου βαθμού σχέση μεταξύ της συμμετοχής του συνόλου των Βουλευτών στη διαδικασία του Κ.Ε. και του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών, η οποία αποτυπώνεται εντονότερα στην περίπτωση των εκλογών του 2007, τόσο προεκλογικά όσο και μετεκλογικά. Ακολούθως, αναφορικά με τις μεταβολές της συμμετοχής Βουλευτών συγκεκριμένων Εκλογικών Περιφερειών στον Κ.Ε. στον άξονα

των Εθνικών Εκλογών, σημειώνεται ότι ανιχνεύτηκε κάποιου βαθμού σχέση, με αντιπροσωπευτικό παράδειγμα για τις εκλογές του 2007 την ιδιαίτερα αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών του Ηρακλείου, ενώ για τις εκλογές του 2009, την ιδιαίτερα αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών της Β΄ Αθηνών. Όσο για τη συμμετοχή των Βουλευτών σε επίπεδο Κ.Ο., η αντίστοιχη σχέση που ανιχνεύτηκε, αποτυπώνεται πιο ξεκάθαρα στις εκλογές του 2009, ιδιαίτερα μέσω της συμμετοχής των Βουλευτών των δυο (2) κύριων «ανταγωνιστικών» Κ.Ο., του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και της Ν.Δ.

Όσον αφορά τη σχέση που ανιχνεύτηκε μεταξύ του χρόνου διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών και της εμβέλειας του περιεχομένου των κατατεθέντων Μ.Κ.Ε., επισημαίνεται ότι τα θέματα Εθνικού ενδιαφέροντος κατατέθηκαν σε μεγαλύτερες αναλογίες κατά τη διάρκεια των μετεκλογικών διαστημάτων αμφοτέρων των εκλογικών αναμετρήσεων, ενώ τα Τοπικού ενδιαφέροντος υπεβλήθησαν σε μεγαλύτερες αναλογίες μετεκλογικά των εκλογών του 2007 και προεκλογικά των εκλογών του 2009. Ωστόσο, ως ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, υπογραμμίζεται η παρατήρηση ότι αν και κατά τη διάρκεια της έρευνας τα θέματα Εθνικού ενδιαφέροντος ήταν επικρατέστερα των Τοπικού ενδιαφέροντος, η σχέση αυτή αντιστρέφεται κατά την προεκλογική περίοδο αμφοτέρων των εκλογικών αναμετρήσεων.

Επιπλέον, υπογραμμίζεται ότι ο χρόνος διεξαγωγής των Εθνικών Εκλογών σχετίζεται με μεταβολές στις αναλογίες με τις οποίες εντοπίζονται στο περιεχόμενο των υποβληθέντων Μ.Κ.Ε. τα ζητήματα όλων των κατηγοριών ταξινόμησης του Ο.Ο.Σ.Α. Πιο συγκεκριμένα, υπογραμμίζεται ότι καθοριστικότερο ρόλο στη διακύμανση των ποσοστών αμφοτέρων των ζητημάτων Λειτουργιών (HC.) και Παρόχων (HP.) υγειονομικής περίθαλψης «διαδραμάτισαν» οι εκλογές του 2009, όπου σημειώθηκε αλλαγή της Κυβέρνησης. Αντίθετα, προκειμένου για τα ζητήματα Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.), καθοριστικότερο ρόλο στις μεταβολές των ποσοστών τους επί του συνόλου, «διαδραμάτισαν» οι εκλογές του 2007, άνευ αλλαγής Κυβέρνησης. Τέλος, τα θέματα Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (HF.), σημείωσαν αυξημένα ποσοστά επί του συνόλου των Μ.Κ.Ε. και στις δύο (2) περιπτώσεις εκλογών, τόσο προεκλογικά, όσο και μετεκλογικά.

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θεωρούνται και οι παρατηρήσεις που σημειώθηκαν εκ της μελέτης της, εντός των χρονικών πλαισίων της έρευνας, «διαχρονικής πορείας» των μεταβλητών, καθώς αποτελούν εν δυνάμει ενδείξεις της πολιτικής Υγείας της χώρας. Κατ' αρχήν, στη διάσταση των Μ.Κ.Ε., η παρατήρηση ότι οι Ερωτήσεις, διαχρονικά

σημείωσαν ελάχιστη ποσοστιαία άνοδο, ενώ οι Αναφορές κυμάνθηκαν σχεδόν στα ίδια επίπεδα, δύναται να αποτελέσει ένδειξη ότι κατά τη διάρκεια της έρευνας δεν σημειώθηκε κάποια ουσιαστική βελτίωση των προβλημάτων του χώρου της υγείας.

Συνεχίζοντας, αναφορικά με τις Εκλογικές Περιφέρειες, σημειώνεται ότι η συμμετοχή των Βουλευτών του Ηρακλείου και του Ν. Αττικής (υπολοίπου Αττικής) στη διαδικασία του Κ.Ε. διαχρονικά σημείωσε μείωση, ενώ αντίθετα των Βουλευτών της Β΄ Αθηνών, της Α΄ και Β΄ Θεσσαλονίκης και της Αχαΐας διαχρονικά σημείωσε αύξηση. Προκειμένου για τη συμμετοχή του συνόλου των Κ.Ο. στον Κ.Ε. διαχρονικά, επισημαίνεται ότι η συμμετοχή των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ., του Κ.Ε.Ε. και των ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ μειώθηκε, ενώ της Ν.Δ., του ΛΑ.Ο.Σ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. αυξήθηκε. Στα πλαίσια της εμβέλειας του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. που κατατέθηκαν στο σύνολο της διάρκειας της έρευνας, υπογραμμίζεται ότι τα Εθνικού ενδιαφέροντος θέματα διαχρονικά αυξήθηκαν, ενώ τα Τοπικού ενδιαφέροντος διαχρονικά μειώθηκαν.

Τέλος, στοιχεία ενδιαφέροντος εντοπίζονται αναφορικά με τη διαχρονική εξέλιξη των προβλημάτων των τεσσάρων (4) περιπτώσεων ταξινόμησης του Ο.Ο.Σ.Α. Κατ' αρχήν, στη διάσταση των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.), τα προβλήματα Υπηρεσιών θεραπευτικής φροντίδας (HC.1) ελαττώθηκαν, ενώ των Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6) και Διοίκησης της υγείας και ασφάλισης της υγείας αυξήθηκαν (HC.7). Στη διάσταση των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R.), τα προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) και Διοίκησης και παροχής «σε είδος» των κοινωνικών υπηρεσιών για τη διευκόλυνση της διαβίωσης με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) διαχρονικά μειώθηκαν, ενώ της Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7), σημείωσαν διαχρονικά αύξηση.

Στη διάσταση των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.), τα προβλήματα των Νοσοκομείων (HP.1) και των Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3) κατεγράφησαν μειωμένα διαχρονικά, ενώ της Γενικής διοίκησης της υγείας και της ασφάλισης (HP.6) αυξημένα. Τέλος, στη διάσταση της Χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (HF.) τα προβλήματα Ευρύτερης κρατικής χρηματοδότησης (HF.1) κατεγράφησαν αυξημένα διαχρονικά.

Συνεχίζοντας, ενδιαφέρουσες είναι και οι επισημάνσεις που πραγματοποιήθηκαν, αναφορικά με τους διαφορετικούς τύπους των Μ.Κ.Ε., συνυπολογιζόμενου ωστόσο κατά την εκτίμησή τους, του de facto περιορισμού της έρευνας. Αναλυτικότερα, επισημαίνεται ότι η πλειοψηφία των Ερωτήσεων υπεβλήθη από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ., ενώ για

τις Επίκαιρες Ερωτήσεις κατεγράφη εντονότερο το ενδιαφέρον των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. Επιπλέον, το γεγονός ότι οι Επερωτήσεις υπεβλήθησαν ισοκατανεμημένες από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και του ΣΥ.ΡΙΖ.Α., υπογραμμίζεται ως ιδιαίτερης σημασίας, καθώς αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι η εν λόγω Βουλευτές καλύφθηκαν στο μικρότερο βαθμό συγκριτικά με τους υπόλοιπους από τις απαντήσεις που έλαβαν στις κατατεθείσες Ερωτήσεις και Α.Κ.Ε. Σημειώνεται επιπλέον ότι η πλειοψηφία των Αναφορών κατατέθηκε από τους Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. και της Ν.Δ., τους εκπροσώπους δηλαδή του δικομματισμού της χώρας.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα χαρακτηρίζεται η παρατήρηση της, σε γενικές γραμμές, καταγεγραμμένης «ομοφωνίας» μεταξύ Βουλευτών και Πολιτών¹⁵⁸, ως προς τα σημαντικότερα προβλήματα Υγείας κατά το διάστημα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, υπογραμμίζεται ότι, αναφορικά με τα σημαντικότερα προβλήματα των Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.), κατεγράφη σύγκλιση απόψεων Βουλευτών και Πολιτών. Επισημαίνεται ωστόσο μια διαφοροποίηση επιπέδου «ιεράρχησης» των προτεραιοτήτων, βάσει της οποίας οι Πολίτες θεωρούν μεγαλύτερης προτεραιότητας τα προβλήματα Βοηθητικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (HC.4) σε σχέση με τα προβλήματα των Υπηρεσιών πρόληψης και δημόσιας υγείας (HC.6).

Όσον αφορά τα σημαντικότερα προβλήματα των Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (HC.R), υπογραμμίζεται ότι αν και στα προβλήματα Επένδυσης παγίου κεφαλαίου των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HC.R.1) και Διοίκησης και παροχής σχετικών με την υγεία επιδομάτων σε μετρητά (HC.R.7) δόθηκε αντίστοιχη προτεραιότητα από τους Πολίτες και τους Βουλευτές, η επόμενη προτεραιότητα αποτέλεσε σημείο διαφοροποίησης των μεν με τους δε, καθώς για τους Πολίτες τα ζητήματα Διοίκησης και παροχής «σε είδος» για τη διευκόλυνση της ζωής με νόσο ή αναπηρία (HC.R.6) αξιολογήθηκαν πιο σημαντικά από αυτά της Περιβαλλοντικής υγείας (HC.R.5).

Προκειμένου για τα προβλήματα των Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (HP.), υπογραμμίζεται αφενός η καταγεγραμμένη σύγκλιση απόψεων στη διάσταση των σημαντικότερων προβλημάτων Παρόχων και αφετέρου η διαφορετική ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, καθώς για τους Πολίτες την πρώτη (1^η) προτεραιότητα αποτελούν τα προβλήματα Παρόχων περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης (HP.3), ενώ για τους Βουλευτές την τρίτη (3^η).

¹⁵⁸ Όπως προέκυψε μέσω της σύγκρισης των σημαντικότερων προβλημάτων, όπως αναδείχθηκαν για τις Ερωτήσεις και τις Αναφορές.

Ως ιδιαίτερα σημαντική υπογραμμίζεται η παρατήρηση ότι οι Αναφορές αποτέλεσαν τη μόνη κατηγορία Μ.Κ.Ε. που αφορούσαν πλειοψηφικά θέματα Τοπικού ενδιαφέροντος και όχι Εθνικού, επομένως δύναται να υποστηριχτεί ότι σύμφωνα με τα σχετικά ευρήματα της έρευνας, κατά τη διάρκεια του υπό διερεύνηση διαστήματος, οι Έλληνες πολίτες επέδειξαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα ζητήματα υγείας εντός των ορίων της τοπικής τους κοινωνίας.

Ακολούθως, επισημαίνεται ως ιδιαίτερου ενδιαφέροντος η καταγεγραμμένη «ομοφωνία» των Βουλευτών των διαφορετικών Κ.Ο. που συμμετείχαν στη διαδικασία του Κ.Ε., αναφορικά με τα σημαντικότερα προβλήματα Λειτουργιών υγειονομικής περίθαλψης (ΗC.), Λειτουργιών που σχετίζονται με την υγεία (ΗC.R.), Παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (ΗΡ.) και Χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης (ΗF.). Το γεγονός ότι όλοι οι Βουλευτές, ανεξαρτήτως ιδεολογίας και πολιτικής της Κ.Ο. της οποίας είναι μέλη, συμφώνησαν ως προς τα σημαντικότερα προβλήματα για το σύνολο των διαστάσεων κατηγοριοποίησης του Ο.Ο.Σ.Α., ενισχύει την αξία του ρόλου του Κ.Ε. στον τομέα της Υγείας στην ελληνική κοινωνία.

Επίσης, αξιοσημείωτες θεωρούνται και οι συμπερασματικές παρατηρήσεις αναφορικά με τη συμμετοχή των πλέον «ενεργών» Βουλευτών ανά Κ.Ο. στη διαδικασία του Κ.Ε., σε συνδυασμό με τις πλέον «ενεργές» Εκλογικές Περιφέρειες. Η αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ. προεκλογικά και μετεκλογικά των εκλογών του 2007, αντανακλάται αφενός στην αυξημένη συμμετοχή των Βουλευτών του Ηρακλείου για το αντίστοιχο διάστημα και αφετέρου στο ότι οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. είναι της Εκλογικής Περιφέρειας του Ηρακλείου. Αντίστοιχα, η μειωμένη συμμετοχή των Βουλευτών της Ν.Δ. για το ίδιο διάστημα, αντανακλάται τόσο στη μειωμένη συμμετοχή των Βουλευτών της Αχαΐας για το αντίστοιχο διάστημα, όσο και στο ότι οι πλέον «ενεργοί» Βουλευτές της Ν.Δ. είναι της Αχαΐας. Αντίστοιχης φιλοσοφίας αλλά αντίστροφης δράσης, κατεγράφη η συμμετοχή των Βουλευτών για τις εκλογές του 2009. Επομένως, όσο μια Κ.Ο. αποτελεί την Αξιωματική Αντιπολίτευση, καταγράφεται περισσότερο ενεργητική στη διαδικασία του Κ.Ε. Τέλος, όσον αφορά τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ της εμβέλειας του περιεχομένου των Μ.Κ.Ε. που καταθέτουν οι Βουλευτές των διαφορετικών Κ.Ο. και της Εκλογικής Περιφέρειας που εκπροσωπούν, εντοπίστηκε κάποιου βαθμού σχέση στην περίπτωση των Βουλευτών της Ν.Δ. και του Κ.Κ.Ε., οι οποίοι σε αντίθεση με τους υπόλοιπους, κατέθεσαν σε μεγαλύτερες αναλογίες Μ.Κ.Ε. Τοπικού ενδιαφέροντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Βουλή των Ελλήνων, *Κανονισμός της Βουλής των Ελλήνων και Σύνταγμα της Ελλάδας*, επανέκδοση 2010, Αθήνα, Διεύθυνση Εκδόσεων και Εκτυπώσεων της Βουλής, 2010.

Βουλή των Ελλήνων, *Κώδικας Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.*, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 2007.

Γείτονα, Μ., *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Αθήνα, ΕΞΑΝΤΑΣ ΕΚΔΟΤΙΚΗ, 1997.

Γείτονα, Μ., «Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα», *Ιατρική*, 79 (3), 2001, 259 – 267.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, *Στατιστική Ταξινόμηση των Επαγγελματιών (ΣΤΕΠ – 92)*, Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 1995.

Έκθεση Ομάδας Εργασίας, *Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976 – 1980: Υγεία*, Αθήνα, ΚΕΠΕ, 1976, 106- 154.

Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορυ, Σ., Οικονόμου, Χ., *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*, Αθήνα, Παπαζήση, 2003. (Με την υποστήριξη και τη συνεργασία του Π.Ο.Υ.)

Κυριόπουλος, Γ., και Συνεργάτες, *Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω*, Αθήνα, Εξάντας, 1999.

Κυριόπουλος, Γ., Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1996.

Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Αθήνα, Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1995.

Κυριόπουλος Γ., *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1993.

Λιαρόπουλος, Λ., *Τα «Εγώ» του ΕΣΥ*, Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, 2005.

Ολλανδέζος Μ., «Υγεία: Δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό», στην ηλεκτρονική σελίδα των SOSO ιατρών (<http://www.sosiatroi.gr/el/health/145-2010-03-15-14-57-33.html>), 2001.

Οικονόμου, Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα, Διόνικος, 2004.

Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ., Καραλής Γ., «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», *Νοσοκομειακά χρονικά*, 62 (3), 2000, 229 – 234.

Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές*, 2^η, Αθήνα, Παπαζήση, 2007.

Τούντας, Ι., «Τι μας λέει ο ΟΟΣΑ για το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα», *Βήμα των Ιδεών*, 32, 2009, 27.

Χρυσικάκης, Μ., *Συστήματα Κοινωνικής Προστασίας (διδασκτικές σημειώσεις)*, Αθήνα, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, 2003.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Björnberg, A., Cebolla Garrofé, B., Lindbland, S., *Euro Health Consumer Index 2009*, Health Consumer Powerhouse, 2009. (see also Press release for Greece (in Greek).)

Björnberg, A., Marek, U., *Euro Health Consumer Index 2008*, Health Consumer Powerhouse, 2008. (see also Press release for Greece (in Greek).)

de Kervasdoué, J., *OECD Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece, Health Care System in Greece*, Paris, OECD, 2009, (Working paper V.5).

Economou, C., Giorno, C., *Improving the performance of the public Health Care System in Greece*, Paris, OECD, 2009 (OECD Economics Department Working papers, No. 722).

Economou, C., *Greece: Health system review. Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, 12 (7): 1 – 180.

Hart, J.T., “The inverse care law”, *Lancet*, 297(7697), 1971, 405 – 412.

Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2006*, Health Consumer Powerhouse, 2006. (see also Press release for Greece (in Greek).)

Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2007*, Health Consumer Powerhouse, 2007. (see also Press release for Greece (in Greek).)

Mossialos, E., Allin S., Davaki K., “Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”, *Health Economics*, 14, 2005, 151 – 186

OECD, *Briefing note for OECD Health Data 2010: How does Greece compare*, OECD, 2010.

OECD, *OECD Health Data*, Paris, OECD, 2009.

OECD, *Statistics, Country statistical profile: Greece, 2009, 2010*, OECD iLibrary.

OECD, *OECD Economic Surveys: GREECE*, OECD, 2009 (15), 2009, (Chapter 3, *Improving the performance of health care system*).

OECD, *OECD Economic Surveys: GREECE*, OECD, 2007

OECD, *A System of Health Accounts*, Paris, OECD Publications Service, 2000.

Folland, S., Goodman, A., Stano, M., *The Economics of Health and Health Care*, 3rd, N.J., Pearson Prentice Hall, 2007,

The Office for National Statistics (U.K.), *SHA Guidelines, Practical guidance for implementing A System of Health Accounts in the E.U.*, National Statistics, 2001

Watt, G., “The inverse care law today”, *Lancet*, 360 (9328), 2002, 252 – 254.

WHO, *World Health Statistics 2007*, Geneva, WHO, 2007.

WHO, *World Health Statistics 2009*, Geneva, WHO, 2009.

ΠΗΓΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων

<http://www.adedy.gr/adedy/site/home/ws.csp>

Βουλή των Ελλήνων

<http://www.et.gr/>

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

<http://www.ypakp.gr/>

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

<http://www.ekab.gr/web/>

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

<http://www.eof.gr/web/guest;jsessionid=bce0e971396701a585396bab5af0>

Εθνικό Τυπογραφείο

<http://www.et.gr/>

Ελληνική Στατιστική Αρχή

<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

<http://www.ika.gr/gr/home.cfm>

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

<http://www.kethea.gr/>

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

<http://www.okana.gr/>

Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων

<http://www.poedhn.gr/>

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

<http://www.pis.gr/>

Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών

<http://www.psf.org.gr/>

Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος

<http://www.pfs.gr/Home>

Συνήγορος του Πολίτη: Κοινωνική Προστασία

<http://new.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el.home>

Συνήγορος του Πολίτη: Συνήγορος για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη
<http://www.synigoros.gr/gygeia/index.htm> (έως 13/7/2011)

Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας
<http://sites.google.com/site/seypgr/>

Υπουργείο Δικαιοσύνης Διαφάνειας & Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων
<http://www.ministryofjustice.gr/site/el/%CE%91%CE%A1%CE%A7%CE%99%CE%9A%CE%97.aspx>

Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης
<http://www.ydmed.gov.gr/>

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
<http://www.yyka.gov.gr/>

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

Organization for Economic Co Operation and Development
http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html

World Health Organization
<http://www.who.int/en/>

European Observatory on Health Systems and Policies
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>

Euro Health Consumer Power House
<http://www.healthpowerhouse.com/index.php>

TheLancet.com
<http://www.thelancet.com/home>

Wikipedia, the Free Encyclopedia
http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page

ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΝΟΜΟΣ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ	ΦΕΚ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ
N. 1397	«Εθνικό Σύστημα Υγείας»	ΦΕΚ Α΄/143/7-10-1983
N. 2071	«Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»	ΦΕΚ Α΄/123/15-7-1992
N. 2194	«Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/34/16-3-1994
N. 2343	«Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών του Υπουργείου Οικονομικών κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/211/11-10-1995
N. 2519	«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/165/21-8-1997
N. 2889	«Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/37/2-3-2001
N. 2920	«Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/131/27-6-2001
N. 2955	«Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/256/2-11-2001
N. 3074	«Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης. Αναβάθμιση του Σώματος Επιθεωρητών – Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης και του Συντονιστικού Οργάνου Επιθεώρησης και Ελέγχου κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/296/4-12-2002
N. 3029	«Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης»,	ΦΕΚ Α΄/160/11-7-2002
N. 3106	«Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/30/10-2-2003
N. 3172	«Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/197/6-8-2003
N. 3235	«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»	ΦΕΚ Α΄/53/18-2-2004
N. 3293	«Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας κ. Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ.λ.δ.»	ΦΕΚ Α΄/261/26-11-2004
N.3329	«Εθνικό Σύστημα Υγείας κ. Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/81/4-4-2005
N. 3370	«Οργάνωση κ. λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας κ.λ.δ.»	ΦΕΚ Α΄/176/11-7-2005
N. 3457	«Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης»	ΦΕΚ Α΄/93/8-5-2006
N. 3528	«Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων κ. Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»	ΦΕΚ 26/Α΄/9-2-2007
N. 3580	«Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας κ. Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ.α.δ.»	ΦΕΚ Α΄/134/17-6-2007
N. 3863	«Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα κ. συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις»	ΦΕΚ Α΄/115/15-7-2010