



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ελισάβετ Π. Ιακωβίδου

Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2007



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



ΕΛΕΓΧΟΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ελισάβετ Π. Ιακωβίδου

Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Επόπτης :
Κατσανέβας κ. Θεόδωρος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΞ.	57883
COMP.	3936 L
ΤΑΞΙΝ.	362.109495 ΙΑΚ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Πειραιάς, 2007





**UNIVERSITY
PIRAEUS**

COURSE OF POSTGRADUATE STUDIES

ADMINISTRATION OF HEALTH



**TEI OF
PIRAEUS**

Elisavet P. Iakovidou

Services of Health in Greece

**Diplomatic Work for the Degree
“Master in Health Management”**

Piraeus, 2007



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Η διπλωματική εργασία της Ελισάβετ Π. Ιακωβίδου (ΑΜ 05100)

Με τίτλο : Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Εξετάστηκε και εγκρίθηκε ως προς το περιεχόμενο της και την παρουσίαση.

Η εξεταστική επιτροπή

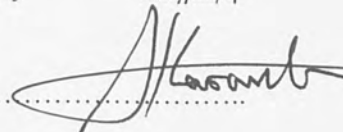
ονοματεπώνυμο

βαθμίδα

βαθμός

υπογραφή

Επιβλέπων

1. Θεόδωρος Κουτσανίκας ιατρικής 

Μέλος

2.

Μέλος

3.

Ημερομηνία παρουσίασης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολλούς ανθρώπους για την αποπεράτωση της εργασίας αυτής. Αρχικά τον επόπτη καθηγητή μου κ. Κατσανέβα για την πολύτιμη βοήθειά του και την καθοδήγησή του στην συγκέντρωση όλων των στοιχείων για την διαμόρφωση της εργασίας μου. Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους εργαζομένους των βιβλιοθηκών του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, του ΤΕΙ Πειραιά και της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για την βοήθεια και την έγκρισή τους στο να χρησιμοποιήσω στοιχεία χωρίς κανένα περιορισμό. Τέλος οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια που έθεσα σε συναδέλφους επαγγελματίες υγείας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας ήταν τόσο σημαντικές που αποτέλεσαν ένα από τα πιο κύρια μέρη της εργασίας αυτής. Ειλικρινά τους ευχαριστώ όλους.

Διπλωματική εργασία την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Διοίκηση της Υγείας».
Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. του Πειραιά
Επόπτης: PhD Κατσανέβας Θεόδωρος

Η διπλωματική εργασία με θέμα τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα έχει ως κύριο σκοπό να αναδείξει το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας στη χώρας μας τόσο το δημόσιο όσο και το ιδιωτικό. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτών, επίσης και μια περιγραφή των συστημάτων υγείας διεθνώς και στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελεί ένα από τα κύρια μέρη της εργασίας αυτής. Τέλος μέσω ενός ερωτηματολογίου προσπαθήσαμε να αντλήσουμε στοιχεία για την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Μετά από την θεωρητική ανάλυση που εκτενέστερα παρουσιάζεται σε πολλές σελίδες της διπλωματικής εργασίας αλλά και την πρακτική με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου καταλήξαμε σε πολλές προτάσεις που θεωρούμε ότι είναι και ο κύριος σκοπός της μελέτης αυτής.

Αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι οι επαγγελματίες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ευχαριστημένου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ως προς την ποιότητα αλλά έχουν αντιρρήσεις ως προς την επάρκειά τους και για αυτό το λόγο θεωρούν προφανές ότι στο μέλλον ο χώρος της υγείας χρήζει οικονομικής ενίσχυσης έστω και μέσω μεγαλύτερης φορολόγησής τους. Βέβαια οι επαγγελματίες του ιδιωτικού τομέα είναι πιο απαισιόδοξοι από αυτούς του δημοσίου όσον αφορά το μέλλον του τομέα της υγείας θεωρώντας ότι στο μέλλον οι υπηρεσίες υγείας θα χάσουν τη σημερινή τους ποιότητα. Τέλος μέσω των ερωτηματολογίων διεξήχθη και ένα ακόμη συμπέρασμα ότι τα προβλήματα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αποτελούν η έλλειψη προσωπικού, εκπαίδευσης, ελέγχουν, αξιολόγησης και εξοπλισμού.

Οπότε ως κύριο συμπέρασμα της μελέτης μας θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την καταπολέμηση των όποιων προβλημάτων μέσω μιας συστηματικής, σωστής, εμπειριστατωμένης και οργανωμένης αναδιάρθρωσης το τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσω σχεδιασμού και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης με

δύο κύριους άξονες. Την παροχή υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον πολίτη και τη σωστή αντιμετώπιση των επαγγελματιών έτσι ώστε να διασφαλιστεί:

- Το δικαίωμα της υγείας σε υψηλά ποιοτικά επίπεδα
- Εκσυγχρονισμός συστήματος υγείας μέσω χρήσης καλύτερου εξοπλισμού, σωστότερη εκπαίδευση των εργαζομένων, αξιολόγηση αυτών και έλεγχος όλων των διαδικασιών
- Αποφυγή της σπατάλης μέσω ενός σωστού λειτουργικού συντονισμού στον τομέα υγείας
- Βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω μεταρρύθμισης με σκοπό την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την περιφερειακή της επέκταση
- Αντιμετώπιση της κρίσης της δευτεροβάθμιας περίθαλψης μέσω: περιφερειακών συστημάτων υγείας και πρόνοιας, νέων τεχνολογιών αποτελεσματικής διοίκησης και ανάδειξη πολλαπλών πηγών χρηματοδότησης
- Βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού και παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς όλους τους πολίτες

Θεμελιώδη αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες. Γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

Λέξεις – Κλειδιά

Υγεία

Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας

Βελτίωση των υπηρεσιών υγείας

This dissertation concerns the health services on Greece and has as main purpose to bring out the environment of the health services in our country not only in the public sector but also in the private. One of the main issues that this dissertation is dealing with is to present the advantages and disadvantages of this kind of services and also to provide a description of the health systems globally and within the European Union. Finally, via a questionnaire, we tried to exert data regarding the satisfaction of the health care personnel when it comes to their provided services.

After the theoretic analysis which is extensively presented and the use of a questionnaire we were led to a lot of proposals that we consider to be another aim of this study.

The results of our research showed that the personnel of state and private sector of health services are satisfied for the services provided as far as the quality is concerned but they have objections about their sufficiency and for this reason they think that in the near future it might be necessary to even pay for taxes so as to improve the health-care provided system. The professionals of private sector are more pessimistic than those belonging to the public sector about the future of the health-care system because they estimate that health services will lose their current quality. Finally, the afore mentioned questionnaires revealed that other problems regarding the public and private sector of health-care are: the lack of personnel, education, control, evaluation and equipment.

Therefore, as a main conclusion of our study we could consider that the best strategy might be the early confrontation of any problems might arrive via a systematic and a well-organized reformation of the health-care sector by planning and using a completed intervention plan with two main focal points. The provision of health services must be focused of the citizen and the right behavior of the personnel so as to ensure the following:

- The right of high health-care services.
- Attempted to modernize the health-care system by providing better equipment, further education and evaluation of the employees and control of all processes.

- Avoidance of any exceeding costs via a right functional co-ordination in the sector of health.
- Improvement of the National System of Health by reforming and aiming to the organization of first degree care of health and its regional extension.
- Confrontation of the crisis in the secondary care via: regional systems of health and providence, new technologies of effective administration and funding.
- Improvement of the human resources and provision of medico-pharmaceutical for all the citizens.

The fundamental concept of the policy of the health-care sector, is the creation of a modern System of Health, in which the protection of health and not only the management of illness will come first and it will be ensured that all the citizens will have the same access in the health serviced of high quality. Because health constitutes a national and social good.

Key-words

Health

National system of health

Private sector of health services

Improvement of health services

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ		I
ΕΞΩΦΥΛΛΟ		II
ΑΓΓΛΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ		III
ΕΝΤΟΛΗ ΘΕΜΑΤΟΣ		IV
ΣΕΛΙΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ		V
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ		VI
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ		X
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ		
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ		
ΠΙΝΑΚΩΝ -		
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ		XI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ		1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1.1. Ορισμός της υγείας	3
	1.2. Η συνταγματική προστασία της υγείας ως αγαθού	3
	1.3. Η συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα	3
	1.4. Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας	4
	1.4.1. Τι είναι σύστημα υγείας	5
	1.4.2. Προσφορά συστημάτων υγείας	5
	1.4.3. Γενικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας	6
	1.4.4. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	6
	1.4.5. Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	2.1. Εθνικό σύστημα υγείας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	17
	2.1.1. Χρηματοδότηση: Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	18
	2.1.2. Δημόσια Νοσοκομεία	19
	2.1.3. Ιδιωτικές Κλινικές	20
	2.1.4. Διαγνωστικά Κέντρα	21
	2.1.5. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	22
	2.2. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην υγεία	22
	2.3. Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	23
	2.4. Πορεία κλάδου ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	25
	2.5. Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο	30
	2.6. Οι ηγέτες της αγοράς	33
	2.7. Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	3.1. Το διεθνές περιβάλλον	40
	3.2. Τα συστήματα υγείας διεθνώς	41
	3.3. Ο κοινωνικός χαρακτήρας της υγείας στην Νότια Ευρώπη	44

	3.4. Ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών	45
	3.4.1. Ο κοινωνικός χαρακτήρας της υγείας στην Νότια Ευρώπη	46
	3.4.2. Οι επιδόσεις του Τομέα Υγείας στην Ε.Ε.	47
	3.4.3. Φαρμακευτική πολιτική στην ΕΕ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	4.1. Αδυναμίες συστήματος υγείας στην Ελλάδα	52
	4.1.1. Εμπορευματοποίηση της υγείας	53
	4.1.2. Έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες	56
	4.1.3. Έλλειψη ιατρικών αρχείων και ενός αποτελεσματικού συστήματος διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών	56
	4.1.4. Έλλειψη ποιοτικού ελέγχου	56
	4.1.5. Μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες - Υπερσυγκεντρωτισμός ιατρών	57
	4.1.5.1. Άρνηση γιατρών να εγκαταλείψουν τα αστικά κέντρα	57
	4.1.5.2. Συνωστισμός ειδικοτήτων στην Αθήνα	58
	4.1.6. Υπερπληθώρα χαμηλά αμειβόμενων ιατρών και έλλειψη συνεχούς εκπαίδευσής τους	59
	4.1.6.1. Η Ελλάδα πρώτη στην Ευρώπη όσον αφορά την αναλογία γιατρών – ασθενών	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	5.1. Υλικό – Μέθοδος	62
	5.2. Αποτελέσματα	64
	5.2.1. Ιδιωτικός τομέας: Έρευνα γνώμης επαγγελματιών υγείας του ιδιωτικού τομέα για τις υπηρεσίες υγείας	64
	5.2.2. Δημόσιος τομέας: Έρευνα γνώμης επαγγελματιών υγείας του δημόσιου τομέα για τις υπηρεσίες υγείας	65
	5.2.3. Τελικό συμπέρασμα σύγκρισης γνώμης επαγγελματιών υγείας (δημοσίου και ιδιωτικού) για τις υπηρεσίες υγείας	66
	5.3. Συζήτηση	66
	5.4. Συμπεράσματα	70
	5.5. Προτάσεις	72
	5.5.1. Προτάσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας	72
	5.5.2. Προτάσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών στα νοσοκομεία	76
	5.5.3. Προτάσεις για την βελτίωση του ΕΣΥ	78
	5.5.3.1. Προτάσεις για την βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας	79
	5.5.3.2. Προτάσεις για την βελτίωση της Δευτεροβάθμια Περίθαλψη	81

	5.5.4. Προτάσεις για την βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία	83
	5.5.5. Προτάσεις για την βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	Ερωτηματολόγιο	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		89

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή Κλινών	20
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Διαχρονική εξέλιξη αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κεφαλαιακή διάρθρωση, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Σύνοψη Αριθμοδεικτών Κλάδου	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εξέλιξη αγοράς	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Οι ηγέτες της αγοράς	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Ιατροί ανά κατοίκους στην Ελλάδα	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Σύγκριση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Σύγκριση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα – Βαθμός σημαντικότητας προβλημάτων στο χώρο εργασίας των εργαζομένων της έρευνας.	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Δαπάνη για Υγεία ως % του ΑΕΠ	50
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας	62
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας	63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Γραφική απεικόνιση σύγκρισης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τα ποσοστά θετικής απάντησης	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Γραφική απεικόνιση σύγκρισης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τα ποσοστά αρνητικής απάντησης	68

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, αλλά και στον ευρύτερο περίγυρο μας, Ευρωπαϊκή Ένωση, μεταβάλλουν σημαντικά το τοπίο, όσον αφορά το προσδιοριστικό περιβάλλον που βιώνεται η υγεία ενός λαού. Σε αυτό, λοιπόν, το συνεχώς διαμορφούμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικού παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα.

Ο τομέας της υγείας δεν παύει να είναι ένας από τους σπουδαιότερους, ο κοινωνικός της χαρακτήρας είναι πάντοτε αδιαμφισβήτητος και κάθε πολίτης σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης έχει κατακτήσει το δικαίωμα για φροντίδα υγείας. Σε αυτή την εργασία θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε όσο το δυνατό περισσότερο τις πτυχές του συστήματος υγείας στον ελλαδικό χώρο, με απώτερο σκοπό την παρουσίαση κάθε ιδιομορφίας του.

Το θεωρητικό σκέλος της εργασίας βασίζεται στο νομοθετικό πλαίσιο και σε συναφή βιβλιογραφία, πολλά είναι τα στοιχεία που αντλήθηκαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, την Hellastat, το IOBE και από άλλες πηγές όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Eurostat. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθενται εισαγωγικά στοιχεία για την υγεία, μια παρουσίαση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας που θα περιλαμβάνει και μεταξύ άλλων μια ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σε ένα δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε και στον ιδιωτικό τομέα υγείας στον ελλαδικό χώρο, θα μιλήσουμε για τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματά του αλλά και την οικονομική πορεία αυτού του ιδιωτικού κλάδου με πίνακες που θα μας δίνουν και αριθμητικά στοιχεία αλλά και μια σύντομη αναφορά στους εκπροσώπους του κλάδου. Επίσης θεωρήθηκε αναγκαίο να δούμε και τον τομέα της φαρμακευτικής πολιτικής.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει μια συνοπτική αναφορά για τα παγκόσμια συστήματα υγείας και κυρίως τα ευρωπαϊκά. Τις οικονομικές επιδόσεις του τομέα της υγείας και την φαρμακευτική πολιτική που υφίσταται στην ΕΕ. Στα δύο κεφάλαια που υπολείπονται θα παρουσιάσουμε τα αρνητικά στοιχεία του τομέα της υγείας στον ελλαδικό χώρο και θα προσπαθήσουμε να δώσουμε τις δικές μας προτάσεις για την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων που δυσχεραίνουν την υγεία.

Στην προσπάθεια μας αυτή θα συνδράμει και η συμπλήρωση ερωτηματολογίου που

δόθηκε σ' ένα τυχαίο δείγμα επαγγελματιών υγείας του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με σκοπό την ανάδειξη της γνώμης τους για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και τη διατύπωση σχεδίων και προτάσεων που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίησή τους σύμφωνα με την προσωπική τους άποψη.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός της υγείας

Η έννοια της υγείας δεν έχει οριστεί πλήρως με ένα κοινά αποδεκτό ορισμό. Βέβαια έχουν υποστηριχθεί πολλές απόψεις ο πιο συνεπής μπορεί να θεωρηθεί αυτός που ως υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας και αποτελεί βασικό δικαίωμα του ατόμου. Με τον όρο «Υπηρεσίες Υγείας» προσδιορίζονται όχι μόνο οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης αλλά γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες [11].

1.2. Η συνταγματική προστασία της υγείας ως αγαθού

Η υγεία αποτελεί φυσικό αγαθό αναφερόμενο στην ίδια την υπόσταση του ατόμου. Ο συντακτικός νομοθέτης στο άρθρο 7 § 2 και 21 § 3 προστατεύει αντικειμενικά το αγαθό της υγείας το οποίο ανάγεται σε συνταγματικό αγαθό. Η υγεία διακρίνεται σε ατομική και σε δημόσια, η οποία αφορά το κοινωνικό σύνολο.

1.3. Η συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα

Το σύνταγμα κατοχυρώνει βέβαια την υγεία αντικειμενικά ως αγαθό αλλά και υποκειμενικά ως δικαίωμα. Δικαίωμα υγείας κατοχυρώνεται στο 7§ 2 Σ όπως και δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ανθρώπου. Το συμβούλιο της επικρατείας στην απόφαση 400/1986 έκρινε ότι το άρθρο 21§3 ιδρύει εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους για την λήψη των θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών [3].

Φορείς του δικαιώματος της υγείας είναι όλοι οι Έλληνες πολίτες. Αντικείμενο του δικαιώματος της υγείας δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο η απουσία ασθένειας ή

αναπηρίας. Έτσι θα προσδιοριζόταν μόνο σε ένα καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης. Η επέκτασή του επεκτείνεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν την πρόληψη, διατήρηση, αποκατάσταση της υγείας και την επανένταξη των ασθενών στην φυσιολογική δραστηριότητά τους. Προς την κατεύθυνση αυτή στράφηκε τόσο ο Ν 1397/1983, που με το άρθρο 15 § 1, αναφέρεται διεξοδικά στους σκοπούς των κέντρων υγείας όσο και ο μεταγενέστερος Ν 2071/1992 στο άρθρο 16 που γίνεται λόγος για τον σκοπό των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης [1].

Πιο συγκεκριμένα αποστολή του κράτους είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, και πρέπει να περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- Την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.
- Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.
- Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

1.4. Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο

ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία [13]. Η προστασία της υγείας πραγματοποιείται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών έτσι όπως εμφανίζονται σε παγκόσμιο επίπεδο, μπορούν να διακριθούν θεωρητικά σε τρεις κατηγορίες:

- σε συστήματα παροχής υπηρεσιών, όπως το ΕΣΥ, τα οποία καλύπτουν μεγάλες ομάδες ασφαλιζομένων και χρηματοδοτούνται από το κράτος με γενικά φορολογικά έσοδα.
- σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία καλύπτουν μεγάλες ομάδες ασφαλιζομένων και χρηματοδοτούνται με προσωπικές και εργοδοτικές εισφορές και βασίζονται στην αρχή της ανταποδοτικότητας
- σε σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης στα πλαίσια των οποίων παρέχονται στα άτομα ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, με χρηματοδότηση από τους ίδιους τους ασφαλιζομένους.

Θα πρέπει βέβαια να αναφερθούν και συστήματα κοινωνικής πρόνοιας που απορρέει από την αρχή της φιλανθρωπίας και της προστασίας των απόρων.

Η διεθνής όμως πρακτική παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία αποχρώσεων. Ιδιαίτερη συχνή πάντως είναι η συνύπαρξη ιδιωτικών σχημάτων με δημόσια ή συλλογικά μοντέλα οργάνωσης. Μεταξύ των χωρών υπάρχουν διαφορές στη χρηματοδότηση των συστημάτων, στις παροχές, στον τρόπο αμοιβής του ιατρικού προσωπικού.

1.4.1. Τι είναι σύστημα υγείας

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

1.4.2. Προσφορά συστημάτων υγείας

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από

τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και διαίτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α. Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μονό μια ή δυο φορές το χρόνο.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους.

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

1.4.3. Γενικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Οι άξονες λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας αφορούν[13]:

1. Την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο
2. Τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας
3. Την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη ως αρχή

1.4.4. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της [16]. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Παρά τα σημαντικά αυτά προβλήματα που άφησαν την Ελλάδα τουλάχιστον είκοσι χρόνια πίσω, σε σύγκριση με άλλες Δυτικές χώρες, συγκροτήθηκε ένας υγειονομικός τομέας που απορροφά το 8,3% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού.

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων.

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομίατρο, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού. Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του ΝΑΤ, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.

Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περιθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος,

ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη.

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου [1]. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες – ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την Παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές νοσοκόμες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν

8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούνταν πρακτικές μαίες, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα) και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασίζονταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία¹, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε

¹ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ιούνιος 1994, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος, Αθήνα.

προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας

Για την αντιμετώπιση των οξύτατων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

Το σχέδιο Πάτρα (1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.

Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιόριζε την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες της σοσιαλιστικής κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές που στηρίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου

πλαίσιου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Δίνεται επίσης έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα. Το 1985 ψηφίστηκε ο νόμος 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου του ΕΣΥ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια εκδόθηκε ο Νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ.

Αν και ο 1397/83 θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις². Αυτές συμπυκνώνονται α) στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, β) στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους και γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων [12]. Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης δίνει την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια.

Όσον αφορά την δομή και οργάνωση των νοσοκομείων, καθίστατο ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των

² Κυριόπουλος Γ., (1990), σελ.87

δημοσίων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν. 1397/83. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/97 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις και θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως ΝΠΔΔ και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Οι διατάξεις αυτές αφορούν περισσότερο τον Πρόεδρο των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες, η αξιολόγηση του.

Όμως το ΕΣΥ που ικανοποίησε ένα πάγιο και βασικό αίτημα της κοινωνίας μας, υγεία στον πολίτη, δέχθηκε νομοθετικές παρεμβάσεις που αλλοίωσαν εν μέρει τον βασικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στην χώρα μας. Μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές: α) το ΕΣΥ, β) τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήρθαν να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που ιδρύθηκαν με το Ν 2889/2.3.2001, και αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και στην συνέχεια θα αναλύσουμε τον νέο θεσμό των ΠΕΣΥΠ πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η ανάγκη αυτών των νέων ρυθμίσεων συνίσταται στην αποκέντρωση που

θα οδηγήσει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των περιφερειών και στην καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων. Τέλος, με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υγεία, τον Νοέμβριο του 2003, γίνονται κάποιες τροποποιήσεις, του Ν2889/2001 οι οποίες αφορούν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τις αρμοδιότητες του Διοικητή των νοσοκομείων, τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, τους γιατρούς άνευ ειδικότητας καθώς και την καθαριότητα και φύλαξη των χώρων του ΠΕΣΥΠ. Μετά τις εκλογές της 11 Απριλίου 2004, ανακοινώθηκε η πρόθεση της νέας κυβέρνησης, να καταργήσει τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας αφού κατά την άποψη των στελεχών τους δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

Τα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) ιδρύθηκαν με το Νόμο 2889/2.3.2001 (ΦΕΚ 37, ΤΑ.Α΄) και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας.

Κάθε ΠΕΣΥΠ έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος ορίζει και τους αντίστοιχους Πρόεδρος και Αναπληρωτές Διευθυντές. Συνολικά υπάρχουν 17 Πε.Σ.Υ.Π. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ.Π. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.Π.

1.4.5. Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη [11].

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος [7]. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως [18]:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)

- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό [17]. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της Ιατρική έρευνας
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας [5]. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Εθνικό σύστημα υγείας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck βάσει του 1^{ου} άρθρου του νόμου 1397/83, «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση» [3]. Το Σύνταγμα στο άρθρο 21§ 3Σ ορίζει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών αυτό όμως δεν σημαίνει ότι αποκλείεται η ιδιωτική πρωτοβουλία στο χώρο της υγείας.

Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα χωρίζεται σε δύο κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης:

Πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Ασκείται με τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς καθώς και με τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σήμερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται κυρίως από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (ΙΚΑ), την ιδιωτική πρωτοβουλία και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία εμπλέκεται στο τομέα αυτό με τους εξής τρόπους:

1. μικροβιολογικά εργαστήρια, λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας με περιορισμένες δυνατότητες.
2. διαγνωστικά κέντρα που προσφέρουν διαγνωστικές υπηρεσίες
3. εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες με σύγχρονο εξοπλισμό και ουσιαστικά αποτελούν πλήρη διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν ως τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε Κλινικές ή νοσοκομεία, παρέχονται δε με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων:

1. δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος.
2. ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος,

3. ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% περίπου.

2.1.1. Χρηματοδότηση: Πηγές Χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Πηγές Χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας³ είναι οι εξής:

- Κρατικός Προϋπολογισμός (άμεσους και έμμεσους φόρους \approx 36% των συνολικών δαπανών υγείας)
- Κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών \approx 24% των συνολικών δαπανών υγείας)
- Ιδιωτικές πληρωμές (που καλύπτουν το υπόλοιπο 40%)

Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό ταξινομείται σε δαπάνες [9]:

- Για λειτουργικά έξοδα π.χ. μισθοί προσωπικού
- Για επενδύσεις π.χ. κτίρια, εξοπλισμός κ.α.
- Για εκπαίδευση και έρευνα στην υγεία
- Για τη δημόσια υγεία
- Για την κεντρική διοίκηση
- Για επιχορηγήσεις ελλειμματικών κλάδων υγείας ασφαλιστικών οργανισμών

Από το 1990 και έπειτα οι κλάδοι σύνταξης των ασφαλιστικών ταμείων έγιναν ελλειμματικοί, κυρίως λόγω της μεγάλης αύξησης των νοσηλίων των κρατικών νοσοκομείων. Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία κατευθύνονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη (64%), κυρίως στην κάλυψη της μισθοδοσίας των κρατικών νοσοκομείων, στη φαρμακευτική (22%) και την πρωτοβάθμια μόλις 14% .

Η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση [8]: Τα ασφαλιστικά ταμεία αντλούν τα έσοδά τους από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων και καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Σήμερα λειτουργούν 39 ασφαλιστικά ταμεία, τα μεγαλύτερα των οποίων είναι το Ι.Κ.Α., το

³ Θεόδωρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1997) σελ. 208

Τ.Ε.Β.Ε., το Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων κ.α. Οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. (δεύτερο σε αριθμό ασφαλισμένων ταμείο) καλύπτουν τις ανάγκες υγείας εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, αφού δεν έχουν εισφορές για τον κλάδο υγείας. Το συνολικό ποσό εισφορών (εργοδότη και εργαζόμενοι) για παροχές υγείας είναι κατά μέσο όρο στο 7-8% του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού. Οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν: α) Αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (27%), β) νοσοκομειακής περίθαλψης (42%) και γ) φαρμακευτικής περίθαλψης (31%).

Η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές [14]: Οι πληρωμές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι και προέρχονται από το προσωπικό ή το οικογενειακό τους εισόδημα. Οι ιδιωτικές πληρωμές περιλαμβάνουν τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το Ε.Σ.Υ. και αφορούν:

- Τη νοσοκομειακή (15% των ιδιωτικών δαπανών) και φαρμακευτική περίθαλψη (17% των ιδιωτικών δαπανών)
- Τις αμοιβές των επισκέψεων στους ιδιώτες ιατρούς που δεν είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία (68% των ιδιωτικών δαπανών αφορούν για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη)
- Τη διαφορά των αμοιβών που καταβάλλονται από τους ασθενείς στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και του ποσού που τελικά εγκρίνεται
- Τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ως ασφάλιση υγείας

Σημαντικοί παράγοντες των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι οι ακόλουθοι:

1. Ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων σε σχέση με τον πληθυσμό
2. Ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με την χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημόσιου συστήματος υγείας
3. Περιοριστική πολιτική τιμών στις υπηρεσίες υγείας
4. Αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

2.1.2 Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών

νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων [6]. Ο Αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή Κλινών

	Σύνολο	Ιδιωτικά	Δημόσια
Νοσοκομεία	340	60%	40%
Στην Αττική	110	62,5%	37,5%
Κλίνες Ασθενών	50,000	30%	70%
Στην Αττική	23,000	34%	66%

Πηγή: ΕΣΥΕ

2.1.3. Ιδιωτικές Κλινικές

Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων [6]. Μια δεκαετία αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα με το παραπάνω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών: Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.

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

2.1.4. Διαγνωστικά Κέντρα

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995 [6].

2.1.5. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Αυτό που ήδη έχει ξεκινήσει με το Νόμο 3370/200519 είναι η συνεργασία με ιδιωτικά νοσοκομεία για κρεβάτια ΜΕΘ και νεογνών. Σήμερα υπάρχουν περί τα 120-140 κρεβάτια ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα⁴, τα οποία ενώ είναι έτοιμα από πλευράς εξοπλισμού, δεν λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού. Την ίδια στιγμή ασθενείς πεθαίνουν ή στην καλύτερη περίπτωση ταλαιπωρούνται, λόγω του μικρού αριθμού κλινών ΜΕΘ. Ως απάντηση σε αυτά το κράτος υπογράφει τη μίσθωση κλινών από τον ιδιωτικό τομέα.

2.2. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην υγεία

Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στην υγεία. Η ύπαρξη ενός εθνικού δημόσιου συστήματος υγείας δεν κατάργησε, αντίθετα ενδυνάμωσε ένα παρασιτικό ιδιωτικό τομέα υγείας.

Στο παρελθόν η παρουσία του ιδιωτικού τομέα εστιαζόταν κυρίως στην προμήθεια του αναγκαίου φαρμακευτικού και τεχνολογικού υλικού. Ακόμη και η μικρής σημασίας κάλυψη των αναγκών των φαρμάκων από τα εργοστάσια του ΕΟΦ σταμάτησε προ 15ετίας, με το κλείσιμο και των τελευταίων από αυτά. Πατέντες φτηνών, αλλά πρωτότυπων και αποτελεσματικών φαρμάκων ξεπουλήθηκαν σε πολυεθνικές του φαρμακευτικού τομέα, με αποτέλεσμα την αύξηση της τιμής τους πολλές φορές πάνω από την προηγούμενη. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Algon όπου μετά την μεταπώληση της πατέντας ανέβηκε η τιμή του περίπου 50 φορές πάνω.

Παράλληλα η ανεπαρκής κάλυψη πολλών νοσοκομείων με σύγχρονα διαγνωστικά μέσα οδηγούσε και οδηγεί πολλούς ασθενείς σε συμβεβλημένες ή μη μονάδες του ιδιωτικού τομέα που πολλές από αυτές είναι μειωμένης αξιοπιστίας. Δεν είναι τυχαίο ότι ακόμη και σήμερα πολλά νοσοκομεία δεν έχουν αξονικό τομογράφο, ενώ είναι πολύ περισσότερα αυτά που δεν έχουν μαγνητικό τομογράφο, προς μεγάλη τέρψη βέβαια των ιδιωτικών κέντρων. Με το Νόμο 2071 του 1992 δίνεται για πρώτη φορά η δυνατότητα σύστασης νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή Νομικού Προσώπου

⁴ www.mednet.gr

Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), τα οποία μάλιστα θα μπορούσαν να επιχορηγούνται και από το κράτος.

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να είμαστε η τελευταία χώρα στην Ευρώπη σε δημόσιες και η πρώτη σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας (47,1% του συνόλου των δαπανών υγείας είναι ιδιωτικές δαπάνες με μέσο όρο στην Ε.Ε. 22,8%). Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι σταθερά αυξανόμενη τα τελευταία 20 έτη τουλάχιστον, ανεξαρτήτως κυβέρνησης ή μέτρων που λαμβάνονται για την δημόσια υγεία. Δεν μπορεί παρά να σχετίζεται με το παραπάνω το γεγονός ότι στην Ελλάδα οι μετρήσεις δείχνουν τη μικρότερη ικανοποίηση του κόσμου (λιγότερο από 20%) από τις υπηρεσίες υγείας, στο σύνολο της Ε.Ε. των 155. Η Ελλάδα είναι η 4η χώρα του ΟΟΣΑ⁵ που εμφανίζει αυτής της έκτασης την ανισότητα στη χρηματοδότηση. Προηγούνται μόνο ΗΠΑ, Κορέα και Μεξικό. Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών στην Ευρώπη λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες υγείας των πολιτών σε ποσότητα και ποιότητα.

2.3. Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Είναι αρκετοί οι λόγοι που η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως:

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.
- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης σε υπηρεσιών υγείας.
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.
- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

⁵ ΟΟΣΑ

Όπως είναι φανερό ήταν αναγκαία η ύπαρξη και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία βέβαια υπάρχουν αρνητικά και θετικά αυτής της προσπάθειας. Αρχικά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία περιλαμβάνει λιγότερες «εταιρίες» παροχής υπηρεσιών υγείας με ετήσιο τζίρο που φτάνει τα 270 εκ. ευρώ. επίσης ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% - 7% κατά έτος αφού τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και τέλος η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή. Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει και εκείνη ορισμένα μειονεκτήματα, όπως:

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία με μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο.
- Ιδιωτική Υγεία δυο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο διέπει την κατασκευή νέων ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων
- Έλλειψη τεχνογνωσίας παρά τη δυνατότητα απόκτησης τεχνολογία αιχμής
- Υπο-ασφαλισμένος πληθυσμός

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη [18]

Βέβαια τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

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

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Market Leader (μερίδιο αγοράς περίπου 30%)
- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management

➤ Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών

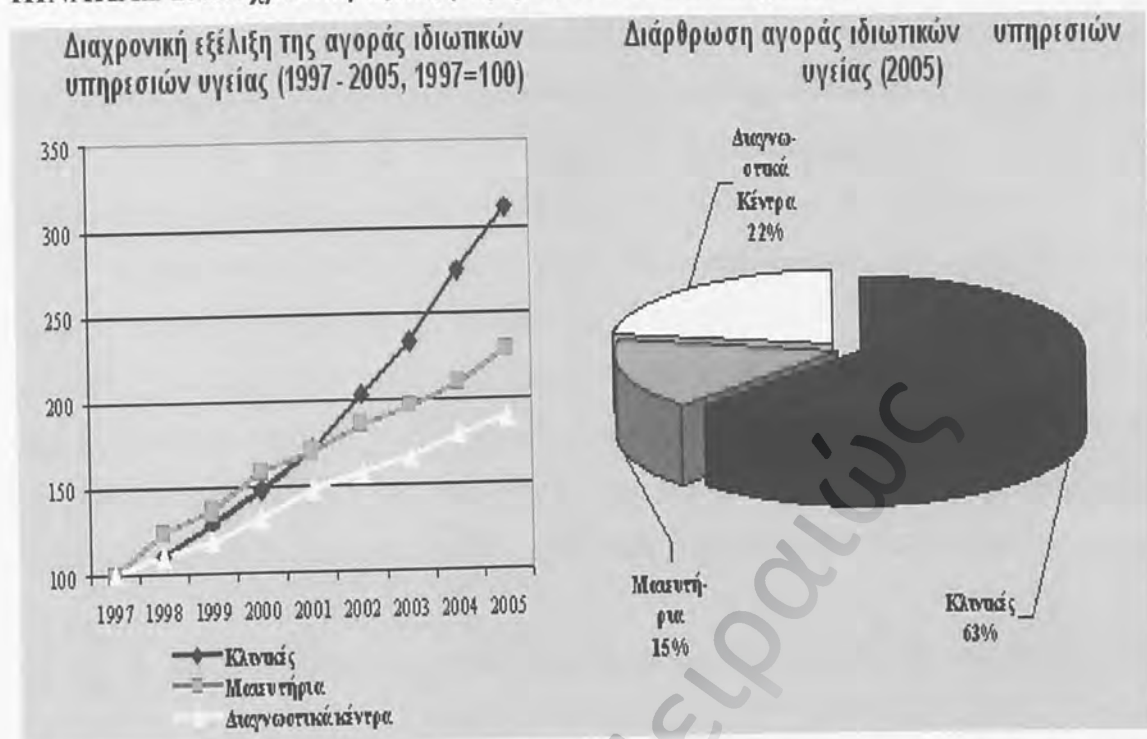
Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.

2.4. Πορεία κλάδου ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιεί η ICAP⁶ μας ενημερώνει πως συνεχίζει την ανοδική του πορεία ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Στο διάστημα 1998-2004, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σημείωσαν αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,1%, για να ανέλθουν κατά το 2004 στο 46,1% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα, το 2003 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 218 ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι κλίνες στα ιδιωτικά θεραπευτήρια κάλυψαν το 28,1% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας. Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, σε μεσαίες και μικρότερες μονάδες, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια και οι μαιευτικές κλινικές. Όσον αφορά τα διαγνωστικά κέντρα, σύμφωνα με στοιχεία της Πανελλήνιας Ένωσης Ιδιωτικών Διαγνωστικών Κέντρων, σε ολόκληρη τη χώρα εκτιμάται ότι λειτουργούν πάνω από 400 κέντρα κάθε μορφής και μεγέθους.

⁶www.icap.gr, Εταιρία Οικονομικών Πληροφοριών, Εκδόσεων και Συμβούλων Επιχειρήσεων στην Ελλάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Διαχρονική εξέλιξη αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών



Πηγή: ΕΣΥΕ – Κάθετος άξονας = αριθμός κλινικών ή μαιευτηρίων ή διαγνωστικών κέντρων

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας βάσει αξίας, παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7%. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζει το μέγεθος αγοράς των γενικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10,9%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,3%. Οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 63% περίπου για το 2005, ενώ οι μαιευτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το 15% περίπου της αγοράς. Το υπόλοιπο 22% της αγοράς μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς πέρα από τις συνεχείς επαφές για εξαγορές, οι ανακοινώσεις δημιουργίας στρατηγικών συμμαχιών, καθώς και οι μεταγραφές ιατρών με σκοπό τη διεύρυνση της πελατείας τους, δημιουργούν νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας.

Αποτέλεσμα των εξαγορών και συγχωνεύσεων που έλαβαν χώρα τα τελευταία κυρίως χρόνια μεταξύ των εταιρειών του κλάδου, είναι η δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι

παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες: α) στη γεωγραφική κάλυψη, β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών και γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη. Παράλληλα, στα σχέδια των ομίλων αυτών περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά, αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Πρέπει να αναφέρουμε τους παράγοντες που συνέβαλλαν στην αναπτυξιακή πορεία του κλάδου Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας καθώς η αναπτυξιακή πορεία του κλάδου των υπηρεσιών υγείας, συνεχίστηκε και το 2005, με την αξία της αγοράς να διαμορφώνεται σε 1,34 δις., αυξημένη κατά 12,2% έναντι του 2004. Το πλαίσιο ανάπτυξης του κλάδου διαμορφώθηκε από μια σειρά ρυθμιστικών, τεχνολογικών, δημογραφικών, αλλά και αμιγώς επιχειρηματικών παραγόντων. Ειδικότερα αναφέρονται [19]:

- Η απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας, που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης, σε ένα περιβάλλον που ο δημόσιος τομέας παραδοσιακά εμφανίζει αδυναμίες ανταπόκρισης
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη, εξελίξεις που συνεπάγονται την ανάγκη αυξημένων επενδύσεων
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Η αξία της αγοράς εξακολούθησε να αναπτύσσεται με υψηλούς ρυθμούς και το 2005 (12,18%, στα 1,34 δις €), αν και με τάση ελαφριάς επιβράδυνσης (13,94% το 2004). Ο κλάδος παρουσιάζει αυξημένη συγκέντρωση, με τις 10 μεγαλύτερες εταιρίες να κατέχουν το 58% περίπου της αγοράς.

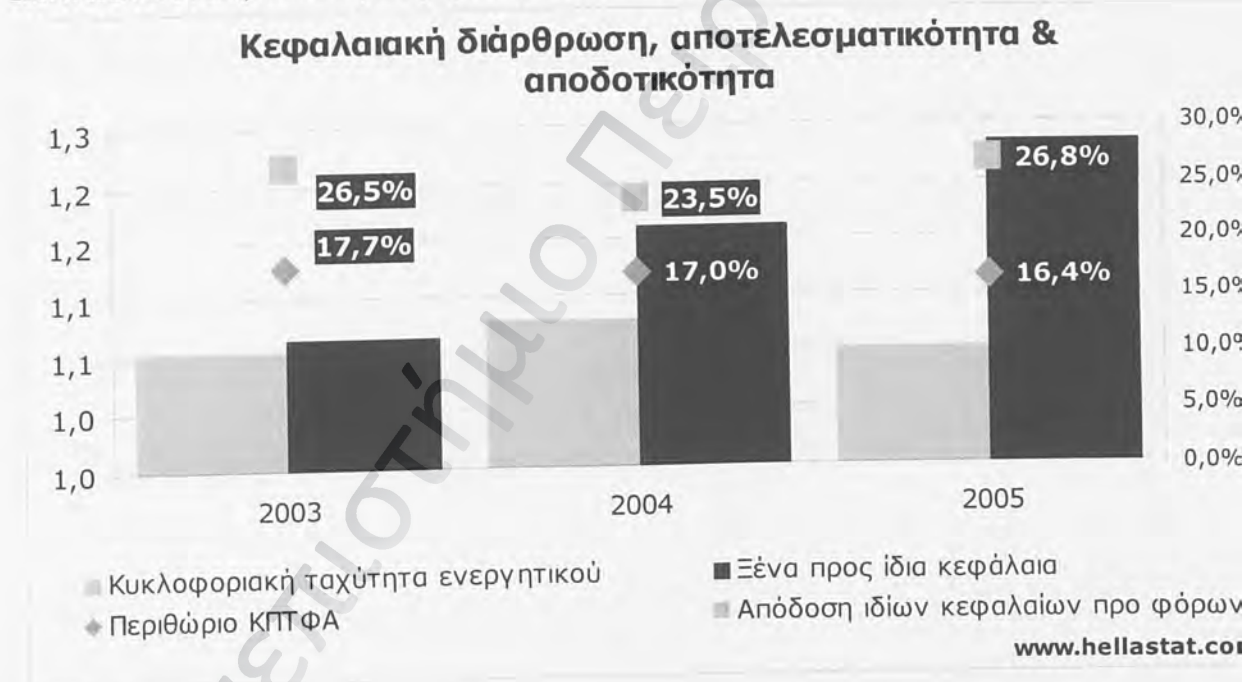
Η πλειοψηφία των επιχειρήσεων του κλάδου, οι 6 στις 10 πραγματοποίησε υψηλότερες πωλήσεις κατά το 2005, γεγονός που διαμόρφωσε τη μέση μεταβολή στο 6%. Η οριακά μικρότερη μέση μεταβολή ζετίας (5,5%) υποδεικνύει τη δυνατότητα του κλάδου για ακόμα μεγαλύτερη ανάπτυξη.

Τα προ φόρων κέρδη του κλάδου διαμορφώθηκαν στο ύψος των 108,53 εκ.€, σημειώνοντας αξιοσημείωτη άνοδο κατά 22,4% (19,9% την περίοδο 04/03), γεγονός που

οφείλεται στη σημαντική βελτίωση του αντίστοιχου περιθωρίου κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες, από 8,9% το 2004 σε 10,9% το 2005.

Επισημαίνεται ότι η ελκυστική αυτή εικόνα οφείλεται στις 20 μεγαλύτερες εταιρείες, οι οποίες, αυξάνοντας την κερδοφορία τους σχεδόν κατά 40%, συγκεντρώνουν το 66% των συνολικών κερδών, ισχυροποιώντας τη θέση τους από το 2004, όταν και κατείχαν το 58% των κερδών του κλάδου. Σε αυτή την τάση συντελεί και η οριακή κάμψη της κερδοφορίας των μικρότερων μονάδων (-0,9%), δείγμα της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στο γιγαντισμό των μεγάλων παικτών. Η κυκλοφοριακή ταχύτητα των συνολικών κεφαλαίων παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, οριακά μειωμένη έναντι του 2004 (1,05 από 1,08).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κεφαλαιακή διάρθρωση, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα



Πηγή: Hellastat

Το περιθώριο λειτουργικής κερδοφορίας διαγράφει μια διαχρονικά πτωτική πορεία (από 17,7% το 2003 σε 16,4% το 2005), ωστόσο εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα υψηλότερα μεταξύ του συνόλου των κλάδων της οικονομίας.

Η αποδοτικότητα των επενδεδυμένων κεφαλαίων ανέρχεται από 23,5% το 2004 στο αρκετά υψηλότερο 26,8%, γεγονός που οφείλεται αφενός στη σημαντική βελτίωση του περιθωρίου καθαρών προ φόρων κερδών (από 8,9% σε 10,9%) και αφετέρου στην

αυξημένη χρήση εξωτερικών κεφαλαίων, με το δείκτη μόχλευσης να επιδεικνύει σταθερά ανοδική πορεία: 1,06 το 2003, 1,23 το 2005⁷.

Οι 8 μεγαλύτερες επιχειρήσεις (έσοδα άνω των 50 εκ. €) επιδεικνύουν τη χαμηλότερη αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων (6,3%), καθώς τα συνολικά τους κεφάλαια ανακυκλώνονται μόλις 0,51 φορές. Αντιθέτως, οι εταιρείες με έσοδα 1 εκ.€ - 3 εκ. € εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα (32%). Όλα αυτά τα οικονομικά δεδομένα μπορούμε να τα δούμε συνοπτικά και στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Σύνοψη Αριθμοδεικτών Κλάδου

Αριθμοδείκτες	ΕΤΗ		
	2005	2004	2003
Κεφαλαιακή Διάρθρωση			
Βραχ. υποχρεώσεις / Πωλήσεις	47,60%	45,40%	46,10%
Βραχ. τραπεζικές υποχρ. / Πωλήσεις	16,70%	13,00%	13,30%
Ξένα προς ίδια κεφάλαια	1,23	1,16	1,06
Κάλυψη τόκων από λειτουργικά κέρδη	12,5	13,2	14,6
Βραχ. Υποχρεώσεις προς Ενεργητικό	51,60%	52,10%	50,50%
Ρευστότητα			
Γενική ρευστότητα	1,23	1,25	1,22
Άμεση ρευστότητα	1,19	1,24	1,2
Εμπορικός Κύκλος	-28	-32	-25
Ημέρες απαιτήσεων	142	134	128
Ημέρες αποθεμάτων	8	7	8
Ημέρες πίστωσης από προμηθευτές	178	173	160
Κερδοφορία & Αποδοτικότητα			
Περιθώριο μικτού κέρδους	35,80%	37,60%	37,60%

⁷www.hellastat.com

Περιθώριο ΚΙΠΤΦΑ	16,40%	17,00%	17,70%
Περιθώριο καθαρού κέρδους (προ φόρων)	10,90%	8,90%	11,30%
Απόδοση συνολικού ενεργητικού προ φόρων	10,70%	9,70%	12,20%
Απόδοση ιδίων κεφαλαίων προ φόρων	26,80%	23,50%	26,50%
Διάμεσος			

Πηγή : www.hellastat.com

2.5. Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια. Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία - αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

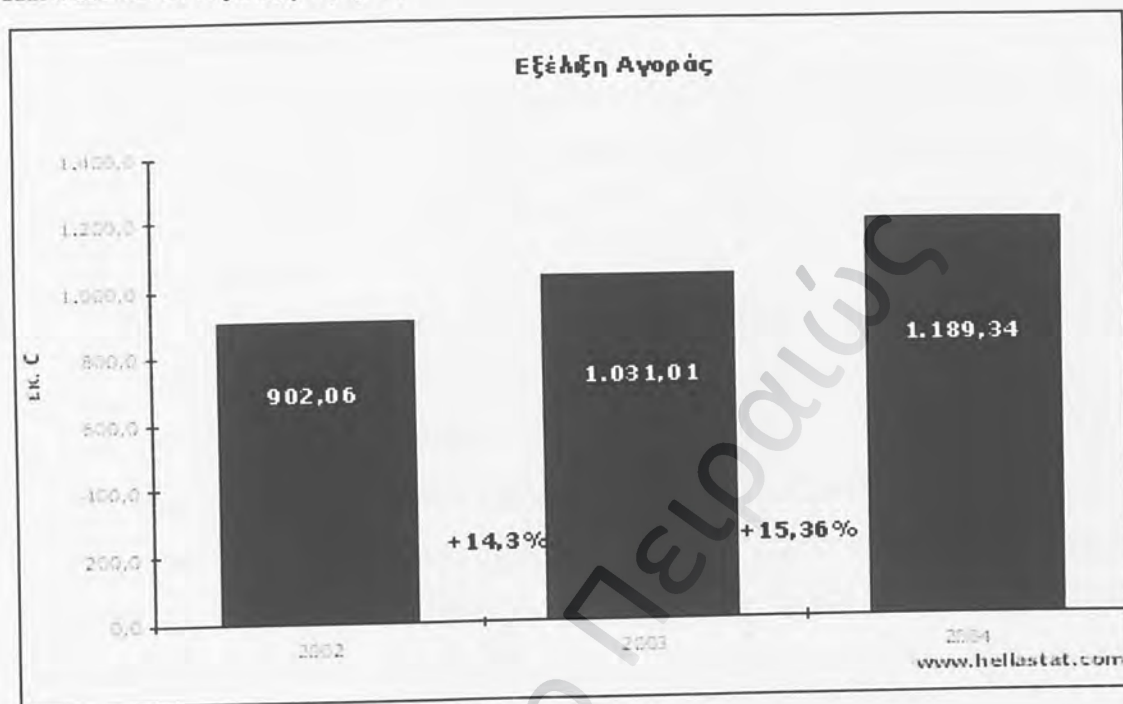
Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα και το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία, ενώ ακολούθησαν τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ.

Παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών σύναπταν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one - stop - shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε

καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990⁸.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εξέλιξη αγοράς



Πηγή : www.hellastat.com

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ)⁹. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ. (Στήλη = Δαπάνες για ιδιωτική υγεία).

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα της Hellastast η εξέλιξη της αγοράς που αφορά τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας είχαν μια αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών τους της τάξης του 14,3% μεταξύ των ετών 2002 και 2003, η οποία συνεχίστηκε και το 2004 φτάνοντας στο 15,36%.

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

⁸ www.statistics.gr

⁹ www.hellastat.com

- Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, είτε πρόκειται για Διαγνωστικά Κέντρα όπως η Βιοϊατρική, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και εκτός Αττικής, κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.
- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας).
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η σύναψη στρατηγικών συμμαχιών με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα. Πρωτοπόρος στον τομέα αυτό είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, ενώ εγκαινίασε την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παιδών. Παράλληλα, σύναψε συνεργασία με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και σχεδιάζει επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη.

Η Δημόσια Υγεία βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η - έστω και με χαμηλούς ρυθμούς - σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι θετικοί μέχρι σήμερα ρυθμοί ανάπτυξης της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, εκτιμάται ότι θα

συνεχισθούν και το 2007. Συγκεκριμένα, τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ότι θα αυξηθούν με ρυθμό 12-14% ετησίως, των μαιευτηρίων με ρυθμό 7-8% και των διαγνωστικών κέντρων με ρυθμό 5%.

2.6. Οι ηγέτες της αγοράς

Το ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ εξαγόρασε το σύνολο του μετοχικού κεφαλαίου της θυγατρικής ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ, η οποία προμηθεύει τις κλινικές του ομίλου με αναλώσιμο υγειονομικό εξοπλισμό. Ο όμιλος δραστηριοποιείται στο εξωτερικό από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, με τη λειτουργία του Ιατρικού Κέντρου Μόσχας, ενώ στην αγορά των Βαλκανίων έχει παρουσία στο Βουκουρέστι από το 1997, μέσω της θυγατρικής MEDSANA και του ομώνυμου ιατρικού κέντρου. Ενδυναμώνοντας την παρουσία του στη ρουμανική πρωτεύουσα, τον Οκτώβριο του 2005 εγκαινίασε δεύτερο διαγνωστικό κέντρο. Με το Διαβαλκανικό Κέντρο στη Θεσσαλονίκη, ο όμιλος υλοποίησε το όραμα του για εξαγωγή υπηρεσιών υγείας.

Ο όμιλος EUROMEDICA εξαγόρασε το 15% του κεφαλαίου της κλινικής Γαβριλάκη στα Χανιά. Επιπλέον, εγκαινίασε στη Θεσσαλονίκη τη μαιευτική-γυναικολογική κλινική «Γένεσις», με εξειδικευμένα τμήματα εξωσωματικής γονιμοποίησης και πλαστικής χειρουργικής, και το νέο Διαγνωστικό Κέντρο, ενώ η θυγατρική του ομίλου EUROMEDICA ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ εξαγόρασε την κλινική «Ζωοδόχος Πηγή» στην Κοζάνη και αναβάθμισε τις εγκαταστάσεις της. Ο όμιλος μέσω των θυγατρικών του (EUROMEDICA ΠΟΛΥΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΛΑΡΙΣΑΣ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΑΡΙΣΑΣ, EUROMEDICA ΔΥΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ, EUROMEDICA ΚΡΗΤΗΣ κλπ) έχει παρουσία στον τομέα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας σε όλη την επικράτεια, ενώ στα άμεσα σχέδια της διοίκησης συγκαταλέγονται η δημιουργία της Γενικής Κλινικής στη Ρόδο και εξαγορές τοπικών κλινικών σε άλλες πόλεις.

Η ΥΓΕΙΑ απέκτησε τον νέο αξονικό τομογράφο PET/OT, που παρέχει τη δυνατότητα για μεγαλύτερη ακρίβεια στην τελική διάγνωση με μια μόνο απεικονιστική διαδικασία, ενώ βρίσκει εφαρμογές σε ογκολογικές, νευρολογικές και καρδιακές παθήσεις.

Μία νέα για τα ελληνικά δεδομένα επιχειρηματική κίνηση υλοποιήθηκε από την MARFIN, η οποία τον Ιανουάριο του 2006 απέκτησε το 49% των μετοχών του ΥΓΕΙΑ, σε μία συναλλαγή αξίας £54 εκ.

Το ΙΑΣΩ συνέχισε την επέκταση της κλινικής ΙΑΣΩ GENERAL με νέες κτιριακές εγκαταστάσεις, κλίνες, τμήματα και μονάδα τεχνητού νεφρού, ενώ διευρύνει την πελατειακή του βάση μέσω συνεργασιών με ασφαλιστικές εταιρείες. Παράλληλα, ολοκληρώθηκε η ανέγερση του κτιρίου της παιδιατρικής παιδοχειρουργικής κλινικής και βρίσκεται στο στάδιο προμηθειών του εξοπλισμού. Επίσης, χορηγήθηκαν οι άδειες από τις αρμόδιες αρχές για την κατασκευή της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ στη Λάρισα.

Το ΜΗΤΕΡΑ επέκτεινε τις δραστηριότητες του στον τομέα της παιδιατρικής, καθώς εγκαινίασε την Γενική Παιδιατρική Κλινική, ενώ πραγματοποιεί επενδύσεις αναβάθμισης του εργαστηριακού και ιατρικού εξοπλισμού.

Η ΠΕΡΣΕΥΣ εγκαινίασε το Metropolitan Hospital, ενώ ξεκίνησε και η λειτουργία δύο ιατρικών κέντρων, στην Κηφισιά και τη Γλυφάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Οι ηγέτες της αγοράς

**Σύνοψη
Αποτελεσμάτων**

Κλάδος / Εταιρείες	Κύκλος εργασιών			Κέρδη προ Τόκων, Φόρων & Αποσβέσεων			Αποτελέσματα προ Φόρων		
	2005	Δ	2004	2005	Δ	2004	2005	Δ 05/04	2004
		05/04 (%)			(%)			(%)	
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ									
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.	207,68	14,1%	182,01	29,77	38,3%	21,52	15,1	116,2%	6,99
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Ε.	77,8	21,1%	64,22	0,53		-2,85	-11,06		-14,7
ΙΑΣΩ Α.Ε.	76,68	3,8%	73,85	23,94	-3,7%	24,85	20,15	-4,9%	21,19
EUROMEDICA Α.Ε.	75,01	7,3%	69,88	8,85	-9,2%	9,75	1,72	-52,8%	3,63
ΠΕΡΣΕΥΣ Α.Ε.	66,79	19,9%	55,71	10,76	9,4%	9,83	1,17	158,6%	0,45
ΥΓΕΙΑ Α.Ε.	62,86	2,6%	61,26	5,48	29,8%	7,8	-2,71		-1,14
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	62,05	8,3%	57,31	18,86	5,1%	17,93	16,84	8,1%	15,58
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΑΕ	60,54	9,9%	55,09	25,59	19,8%	21,36	21,7	10,3%	19,68
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	44,23	11,5%	39,67	6,96	8,9%	6,4	5,98	11,5%	5,36
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	40,94	12,5%	36,38	1,39	23,3%	1,13	0,71	44,4%	0,49

ΙΑΩΩ GENERAL A.E. ΧΟΛΑΡΓΟΥ	39,85	67,9%	23,73	-3,71		-6,69	-10,81		-12,9
ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α.Ε.	37,09	26,9%	29,22	4,27	0,5%	4,24	2,42	1,4%	2,39
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	24,09	5,2%	22,91	4,82	3,4%	4,66	2,42	59,0%	1,52
ΛΗΤΩ Α.Ε.	18,47	8,4%	17,03	4,39	3,2%	4,25	3,56	13,2%	3,14
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	17,6	14,3%	15,4	0,24		-1,22	0,07		-0,73
ΑΘΗΝΑΪΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.	12,65	27,1%	9,95	1,14		-0,46	0,29		-1,15
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Α.Ε.	12,47	25,1%	9,97	0,55	24,2%	0,44	0,05	-40,1%	0,09
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ Α.Ε.	12,37	12,7%	10,98	4,3	20,3%	3,58	3,09	79,5%	1,72
ΔΡΑΓΙΝΗΣ Δ. Ε. MEDITERRANEO HOSPITAL Α.Ε.	11,99	14,5%	10,48	0,72	31,0%	1,04	0,16	-62,6%	0,43
Η ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ Α.Ε. ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ	10,53	28,9%	8,17	0,44		-0,41	0,32		-0,94
Λοιπες επιχειρήσεις κλάδου (280)	369,41	8,1%	341,84	59,98	-1,9%	61,13	37,36	-0,9%	37,71
Σύνολα (εκ. €) / μέσος ρυθμός μεταβολής	1.341,10	6,0%	1.195,07	209,26	1,5%	188,29	108,53	3,6%	88,77

Πηγή: www.hellastat.com

Η μεγάλη πλειοψηφία των εταιρειών¹⁰ του κλάδου το 2005 (τα 4/5 των εταιρειών, συνολικά 141) των εταιρειών του κλάδου εμφάνισαν κερδοφόρα αποτελέσματα, με τις μισές από αυτές (59) να έχουν αυξήσει την κερδοφορία τους συγκριτικά με το 2004. Επίσης, 16 επιχειρήσεις ανέστρεψαν τα ζημιογόνα αποτελέσματα του 2004 και εμφάνισαν το 2005 κέρδη, ενώ 47 είχαν μείωση κερδών. Όσον αφορά τις 19 ζημιογόνες εταιρείες, μόνο οι μισές σχεδόν κατάφεραν να περιορίσουν τα ζημιογόνα αποτελέσματα του 2004, ενώ 3 εμφάνισαν ζημιές έναντι κερδών την προηγούμενη χρήση.

Τα συνολικά κέρδη ανέρχονται σε €107 εκ.¹¹, αυξημένα κατά 19% -με μέσο όρο αύξησης ανά εταιρεία 4,6% συγκριτικά με το 2004, με τη μέση μεταβολή τριετίας να διαμορφώνεται σε 2%, εξαιτίας της μεγάλης κάμψης της περιόδου 2002/2003. Η αξία της αγοράς διαμορφώνεται σε €1,1 δισ., αυξανόμενη με έντονους ρυθμούς (13% το 2005, με μέσο όρο αύξησης ανά εταιρεία 8% συγκριτικά με το 2004, με τη μέση μεταβολή τριετίας να επίσης 8%, την περίοδο 2005/2003). Οι 10 leaders κατέχουν το 65% της

¹⁰ www.economics.gr

¹¹ www.hellastat.com

αγοράς, υπογραμμίζοντας τον υψηλό βαθμό συγκέντρωσης στον κλάδο. Την τελευταία ζετία δεν παρατηρείται ιδιαίτερη μεταβολή στο βαθμό συγκέντρωσης. Από τους 5 top leaders, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ επιδεικνύει τη μεγαλύτερη βελτίωση κερδών, 116% και 140% την τελευταία τριετία.

Οι μικρότερες εταιρείες μείωσαν τη συμμετοχή τους στα συνολικά κέρδη του κλάδου (προ φόρων) στο 24% από 30% την προηγούμενη διετία. Η τάση αυτή οφείλεται στη μείωση των κερδών τους κατά 3% το 2005 και στην άνοδο κατά 29% των 20 μεγαλύτερων παικτών, παρά τη σημαντική κάμψη των αποτελεσμάτων του ΙΑΣΩ GENERAL. Αναφορικά με το μέγεθος του κύκλου εργασιών των εταιρειών, παρατηρείται αντιστρόφως ανάλογη σχέση με τους δείκτες μικτής κερδοφορίας. Συγκεκριμένα, οι εταιρείες με μικρό τζίρο (λιγότερο από €1 εκ.) χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερα περιθώρια μικτού κέρδους (47,7% το 2004), που τους επιτρέπουν να απολαμβάνουν αντίστοιχα υψηλά περιθώρια λειτουργικής (17,4%) και καθαρής κερδοφορίας (7,7%).

Αντιθέτως, οι εταιρείες που πραγματοποιούν μεγαλύτερες πωλήσεις (€1 εκ.-€3 εκ., €3 εκ.-€50 εκ. και άνω των €50 εκ.) χαρακτηρίζονται από μικρότερα περιθώρια μικτού κέρδους (37,9%, 22% και 17,3% αντίστοιχα), τα οποία συντελούν στη διαμόρφωση των περιθωρίων ΚΠΦ και ΚΠΤΦΑ σε χαμηλότερα επίπεδα (με εξαίρεση τις εταιρείες της μεγέθους από €1 εκ. έως €3 εκ.).

Οι διαφορές στις επιδόσεις οφείλονται κυρίως στα εξής:

- Οι μικρότερες επιχειρήσεις είναι ως επί το πλείστον διαγνωστικά κέντρα, τομέας στον οποίο καταγράφονται και υψηλότερα περιθώρια κέρδους, (ενδεικτικά η Βιοϊατρική λειτουργεί με 45% περιθώριο το 2004).
- Οι μεγαλύτερες επιχειρήσεις, παρά το γεγονός ότι εκμεταλλεύονται οικονομίες κλίμακας, εντούτοις λογίζουν σημαντικού ύψους αποσβέσεις των τεράστιων επενδυτικών προγραμμάτων τους.

2.7. Φαρμακευτική πολιτική στην Ελλάδα

Οι δαπάνες για ιδιωτική υγεία κατέχουν τη μερίδα του λέοντος στο σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας, φάρμακα και φαρμακευτικά είδη. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, την περίοδο 2004/2005 οι δαπάνες ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης αναλογούσαν σε 52% των συνολικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα.

Ραγδαίες είναι οι εξελίξεις που σημειώνονται στη διεθνή αγορά φαρμάκου σύμφωνα με το IOBE¹², με βάση την προβλεπόμενη άνοδο της αγοράς, την υψηλή τεχνολογία υγείας, τη διαφήμιση, το ηλεκτρονικό εμπόριο, αλλά και τις οικονομίες κλίμακας που προωθούνται μετά τις μεγάλες συγχωνεύσεις που παρατηρήθηκαν στην παγκόσμια φαρμακευτική αγορά την τελευταία δεκαετία. Όλα αυτά, σε συνδυασμό και με την προσπάθεια των περισσότερων κυβερνήσεων να συγκρατήσουν τις δαπάνες υγείας, οδηγούν τη φαρμακοβιομηχανία στην ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων των οποίων η αυξημένη αποτελεσματικότητα θα πρέπει να δικαιολογεί το επιπλέον κόστος.

Η μελέτη που δημοσίευσε το IOBE, αναφερόμενη στις διεθνείς εξελίξεις, επισημαίνει τις προβλέψεις που έγιναν από την IMS Health ύστερα από ανάλυση 234 χωρών, υπογραμμίζοντας ότι η φαρμακευτική αγορά θα μεγαλώνει με ετήσιο ρυθμό 8,4% στα επόμενα πέντε έτη.

Για την ελληνική αγορά, από τη μελέτη προκύπτει σαφώς ότι ο κλάδος των εγχωρίως παραγομένων φαρμάκων βρίσκεται την τελευταία δεκαετία σε φθίνουσα πορεία. Συνεχώς χάνει έδαφος προς όφελος των εισαγομένων φαρμάκων και αυτό αποδίδεται στην πολιτική τιμολόγησης η οποία δεν ευνοεί την εγχώρια παραγωγή. Η τιμολογιακή πολιτική ευνοεί τα εισαγόμενα προϊόντα ενώ λειτουργεί ως ανώτατο όριο για τα εγχωρίως παραγόμενα ή και συσκευαζόμενα προϊόντα. Επίσης ότι, το μερίδιο των εγχωρίως παραγομένων ή και συσκευαζόμενων φαρμάκων μειώνεται συνεχώς, με αποτέλεσμα το 2002 να ανέρχεται μόνο στο 42% της αγοράς ενώ το 1987 το μερίδιο αυτό ήταν 80,6%. Η προσφορά των φαρμάκων, ρυθμίζεται κυρίως από τον έλεγχο των τιμών και την ποσότητα που αποζημιώνεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Η ζήτηση φαρμακευτικών προϊόντων, όπως εκφράζεται από την κατανάλωση στα δημόσια νοσοκομεία και τα φαρμακεία, καθώς και από τις πωλήσεις προς τις φαρμακαποθήκες, είναι αυξημένη. Οι πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων προς τα δημόσια νοσοκομεία και τις φαρμακαποθήκες ανήλθαν το 2000 στα 2,5 δις €. Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε σε 1,8 δις € ή 1,55% του ΑΕΠ. Η χρηματοοικονομική κατάσταση του κλάδου το 2000 εμφανίζεται βελτιωμένη σε σχέση με το 1999 τόσο για τις φαρμακευτικές εταιρείες όσο και για τις φαρμακαποθήκες, ιδιωτικές και συνεταιριστικές. Ο βαθμός συγκέντρωσης της αγοράς είναι μικρός ενώ έντονος ανταγωνισμός παρατηρείται σε επίπεδο θεραπευτικής κατηγορίας. Επίσης, οι

¹²IOBE, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

συγχωνεύσεις που ολοκληρώθηκαν πρόσφατα στον κλάδο και κυρίως αυτή της GLAXO WELLCOME με τη SMITHKLINE BEECHAM και της PFIZER με τη PARKE DAVIS έχουν ήδη επιφέρει ανακατατάξεις στις πρώτες θέσεις των πωλήσεων.

Τέλος, η μελέτη διαπιστώνει ότι στην Ελλάδα αναλογούν 1.143 κάτοικοι ανά φαρμακείο, η μεγαλύτερη αναλογία στην Ε.Ε. Όμως, η αναλογία φαρμακοποιού ανά φαρμακείο είναι ένα προς ένα σε αντίθεση με άλλες χώρες που είναι μεγαλύτερη. Επίσης, το Ελληνικό φαρμακείο έχει τη μικρότερη μέση επιφάνεια στην Ε.Ε., 47 τ.μ.

Παράλληλα, οι ανακατατάξεις στον κλάδο χονδρικής διανομής προβλέπεται να οδηγήσουν σε περαιτέρω μείωση του αριθμού των φαρμακαποθηκών, σε συνενώσεις ή απορροφήσεις μικρών φαρμακαποθηκών, ακόμη και σε κλείσιμο κάποιων μικρών που δε θα καταφέρουν να ενταχθούν σε κάποιο όμιλο. σύμφωνα με τα συμπεράσματα του IOBE, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ (15) τα τελευταία πέντε έτη, γεγονός που καταδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας (OECD HEALTH DATA 2004), η συνολική δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2002 ανήλθε στο 9,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), όταν ο αντίστοιχος (σταθμισμένος ως προς το ΑΕΠ) μέσος όρος των 15 χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανήλθε στο 9,1%. Η δαπάνη υγείας στις ΗΠΑ διαμορφώθηκε στο 14,6% του ΑΕΠ, ενώ σε όλη την υπό εξέταση περίοδο, η δαπάνη των ΗΠΑ για Υγεία κινείται σε πολύ υψηλότερα του μέσου όρου της ΕΕ επίπεδα (13%-14,6%).

Στην Ελλάδα, το ποσοστό της δαπάνης υγείας στο ΑΕΠ δε μεταβάλλεται σημαντικά στην υπό εξέταση περίοδο, ενώ το 2002 την κατατάσσει στην τρίτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ. Από το σύνολο των δαπανών υγείας, η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα ανέρχεται στο 52,9%, ενώ ο σταθμισμένος μέσος όρος των χωρών της ΕΕ διαμορφώνεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα, καθώς είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είτε μέσω ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας οι δαπάνες υγείας των πολιτών καλύπτονται από το κράτος κατά 77,2%.

Κατ' αντιστοιχία, η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κινείται διαχρονικά σε επίπεδα υπερδιπλάσια του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ (15), κατατάσσοντάς την πρώτη μεταξύ των άλλων χωρών. Αξιοσημείωτο είναι, σύμφωνα με το IOBE, πως, παρ' όλο που στην Ελλάδα υπάρχει ένα Εθνικό

Σύστημα Υγείας, τα μερίδια της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας πλησιάζουν τις αναλογίες που υπάρχουν σε ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως για παράδειγμα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, στο οποίο η δαπάνη για υγεία κατανέμεται μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με ποσοστά 55,1% και 44,9% αντίστοιχα (2002).

Από το σύνολο των πόρων που δαπανώνται για την Υγεία, οι χώρες της ΕΕ δαπανούν κατά μέσο όρο το 17,3% σε φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων. Το αντίστοιχο μέγεθος για τις ΗΠΑ αυξάνεται διαχρονικά από 8,9% το 1995 σε 12,8% το 2002. Στην Ελλάδα, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στην δαπάνη υγείας βρίσκεται χαμηλότερα του σταθμικού μέσου όρου των χωρών της ΕΕ από το 1998 και έπειτα, φτάνοντας το 2002 στο 16,3% και κατατάσσοντας τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Ως ποσοστό του ΑΕΠ, η φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ αυξάνεται διαχρονικά από 1,4% το 1995 σε 1,6% το 2002, ενώ στις ΗΠΑ, το αντίστοιχο ποσοστό αυξάνεται με πολύ ταχύτερους ρυθμούς, από 1,2% το 1995 σε 1,9% το 2002. Στην Ελλάδα, το μερίδιο της φαρμακευτικής δαπάνης στο ΑΕΠ κατατάσσει τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ, μετά τη Γαλλία, την Ιταλία και τη Γερμανία. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ως ποσοστό του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών διαμορφώνεται διαχρονικά σε επίπεδα υψηλότερα του σταθμικού μέσου όρου της Ε.Ε.

Συγκεκριμένα, το 2002, ανήλθε στο 73,3%, ενώ στις χώρες της ΕΕ διαμορφώθηκε στο 66,9%. Στις ΗΠΑ, το μερίδιο της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στη συνολική αυξάνεται διαχρονικά από 15,4% το 1995 στο 19,5% το 2002. Αντίστροφα, το μερίδιο της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των φαρμακευτικών δαπανών στη χώρα μας είναι διαχρονικά χαμηλότερο του μέσου όρου της ΕΕ 15. Στις ΗΠΑ, το αντίστοιχο μερίδιο μειώνεται διαχρονικά από 84,6% το 1995 σε 80,5% το 2002.

Τέλος, όσον αφορά τη σύγκριση του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής των δαπανών στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ, από τα στοιχεία προκύπτει ότι στη χώρα μας η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με ρυθμούς χαμηλότερους του ρυθμού αύξησης τόσο της δαπάνης υγείας όσο και του ΑΕΠ της χώρας. Συγκεκριμένα, το ΑΕΠ της Ελλάδας αυξάνεται με ρυθμό κατά μέσο όρο 3,6% ετησίως, η δαπάνη υγείας αυξάνεται με ρυθμό 3,4%, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη με ρυθμό 3%. Επιπλέον, σε σταθερές τιμές, ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι ο χαμηλότερος από όλες τις χώρες της ΕΕ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Το διεθνές περιβάλλον

Ένα από τα πρώτα ζητήματα που ανέδειξαν οι νέες γεωπολιτικές μεταβολές και η νέα μορφή παραγωγής που προσπαθεί να επιβληθεί, είναι η προσπάθεια να ανατραπεί το κοινωνικό κράτος στις νέες συνθήκες παγκοσμιοποίησης, όπου αυτό λειτουργούσε.

Σήμερα, ανακατατάσσεται και ανακατανέμεται το παραγωγικό δυναμικό τόσο στη βιομηχανία όσο και σε πολλές υπηρεσίες. Διευρύνεται η αγορά η δυνατότητα των εμπορικών συναλλαγών, εντείνεται ο ανταγωνισμός, αυξάνεται η πίεση για άρση των εμποδίων και των προστασιών που περιόριζαν το εμπόριο αλλά από την άλλη μεριά προστάτευαν τις κοινωνικές κατακτήσεις των εργαζομένων στην Ευρώπη. Η ευρωπαϊκή ενοποίηση με δημοκρατικούς, κοινωνικούς και οικολογικούς όρους είναι η απάντηση των λαών της Ευρώπης στις μεγάλες προκλήσεις της παγκοσμιοποίησης.

Σήμερα στο κόσμο, οι κυριότερες νόσοι που καθορίζουν τη παγκοσμιότητα στις ασθένειες παραμένουν τα αναπνευστικά νοσήματα και τα περιγεννητικά προβλήματα. Ο κυριότερος παράγων κινδύνου στον αναπτυσσόμενο κόσμο παραμένει ο υποσιτισμός. Μετά ακολουθούν η έλλειψη νερού, οι κακές συνθήκες υγιεινής και η μη ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά. Κοιτώντας μπροστά, το νοσολογικό φάσμα θα αλλάξει. Οι τέσσερις μεγαλύτερες αιτίες στο μέλλον θα είναι τα καρδιαγγειακά, τα ατυχήματα, ο καρκίνος και οι εκφυλιστικές νόσοι όπως ο διαβήτης. Η μεταβολή του νοσολογικού προτύπου θα έχει σαν συνέπεια την αύξηση του κόστους για τις αναπτυσσόμενες χώρες. Αποτέλεσμα όλων αυτών θα είναι οι χαμηλού και μεσαίου ΑΕΠ χώρες, μη μπορώντας να ανταποκριθούν να αντιμετωπίσουν πιθανότητες αύξησης της θνησιμότητας.

Παράλληλα παραμένουν οι μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες της δύσης τόσο στο νοσολογικό φάσμα όσο και στο τρόπο οργάνωσης και διαχείρισης των συστημάτων υγείας. Το ίδιο παραμένουν και οι διαφορές στη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανάμεσα στους φτωχούς και αποκλεισμένους των αναπτυγμένων χωρών. Ο αιώνας που έφυγε ήταν ένας αιώνας με σημαντική πρόοδο στις δυνατότητες της ιατρικής και των υπηρεσιών υγείας. Ήταν όμως και ένας αιώνας διαφορετικότητας και αποκλεισμού τη στιγμή που δισεκατομμύρια άνθρωποι δεν μπόρεσαν να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν αυτές τις υπηρεσίες. Το χάσμα

ανάμεσα σε αυτά που μπορούσαν να επιτευχθούν και αυτά που επιτεύχθηκαν ήταν μεγαλύτερο από ποτέ.

Οι σημερινές υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια βαριά βιομηχανία που απορροφά το 9% του παγκόσμιου προϊόντος, περισσότερα από 2000 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο και σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Εργασίας εργάζονταν σε αυτές πάνω από 35 εκατομμύρια εργαζόμενοι. Από αυτά μόνο το 10% πηγαίνουν για την υγεία στον αναπτυσσόμενο κόσμο που παρουσιάζει και τα περισσότερα προβλήματα. Ένα πέμπτο της ανθρωπότητας δεν έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ενώ το 50% της ανθρωπότητας δεν έχει κανονική πρόσβαση σε όλα τα φάρμακα. Η αύξηση των αναγκών των υπηρεσιών υγείας έφερε, τους οικονομικούς περιορισμούς στα συστήματα υγείας. Οι κυβερνήσεις τώρα υποβαθμίζουν το δημόσιο τομέα οδηγούμενες όλο πιο μακρύτερα από τη καθολική κάλυψη τόσο σε όλο το φάσμα της ζήτησης όσο και σε όλο το πληθυσμό. Σε πολλές χώρες οι φτωχοί ξοδεύουν όλο και περισσότερα για τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερες ανισότητες και αποκλεισμούς και προάγει τη φτώχεια. Αυτό δεν είναι μόνο ηθικό δίλημμα, αλλά οδηγεί και σε μείωση της παραγωγικότητας και της οικονομικής ανάπτυξης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αλληλεγγύη στο σύστημα υγείας των αναπτυγμένων χωρών ήταν και είναι μία από τις μεγαλύτερες κοινωνικές κατακτήσεις του 20ου αιώνα.

3.2. Τα συστήματα υγείας διεθνώς

Η ανάγκη για βελτίωση της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα οδήγησε 72 κράτη και 9 διεθνείς οργανώσεις που ασχολούνται με ειδικά υγειονομικά θέματα να ιδρύσουν την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας [4] (19/6/1946). Με το ν.δ. 436/21-10-47 κυρώθηκαν και στην Ελλάδα, ο Καταστατικός Χάρτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και η Συμφωνία Ίδρυσης Προσωρινής Επιτροπής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Ο Καταστατικός Χάρτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι μέχρι σήμερα η μόνη σύγχρονη διεθνής σύμβαση που μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει, όχι μόνο το ηθικό κύρος της παγκοσμιότητας, αλλά και τη νομική ισχύ σε παγκόσμια κλίμακα. Άλλες διεθνείς οργανώσεις σχετικά με την υγεία είναι η UNICEF, η FAO, η Ένωση Οικογενειών του ΟΗΕ, και η Επιτροπή Υγείας του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι το σύγχρονο κράτος πρόνοιας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα κατεξοχήν ευρωπαϊκό φαινόμενο που αναπτύχθηκε έντονα

μεταπολεμικά με σκοπό την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την αύξηση της ανθρώπινης ευημερίας με την αρωγή του κράτους. Στις δεκαετίες του 1950 και 1960, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη των βιομηχανικών χωρών οδήγησε σε αύξηση των πόρων για τα προγράμματα υγείας, ασφάλισης, παιδείας, στέγασης, κλπ. Η οικονομική ευμάρεια δημιούργησε ένα κράτος ευημερίας και πρόνοιας.

Μέχρι το 1973, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία αυξάνονταν με ρυθμούς ταχύτερους από εκείνους του ΑΕΠ. Οι πετρελαϊκές κρίσεις που ακολούθησαν, οδήγησαν σε υψηλή ανεργία, πληθωρισμό και μικρή ή αρνητική αύξηση του εθνικού προϊόντος. Η οικονομική κρίση σήμαινε και την κρίση του κράτους πρόνοιας η οποία σε αρκετές χώρες συνεχίζεται μέχρι σήμερα και χαρακτηρίζεται από την αδυναμία της εφαρμοζόμενης πολιτικής:

- να γεφυρώσει τις ανισότητες ως προς την παρεχόμενη περίθαλψη στις διάφορες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες,
- να εξαλείψει τις ανισότητες στην επικράτηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων
- να βελτιώσει τη σχέση της λειτουργίας των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητάς τους.

Γενικότερα τα περισσότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζουν παρόμοια αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά. Τα προβλήματα όμως κάθε χώρας αντανακλούν την πολυπλοκότητα των κοινωνικών φαινομένων και είναι συνδεδεμένα με τον πολιτισμό, την ιστορία και την κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Για παράδειγμα, τα συστήματα υγείας των Σκανδιναβικών χωρών θεωρούνται τα πιο πετυχημένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με υψηλές δαπάνες υγείας και ικανοποιημένους πολίτες.

Αντίθετα σε μεσογειακές κυρίως χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό παρουσίασε μια σημαντική χρονική υστέρηση σε σύγκριση με χώρες του Ευρωπαϊκού βορά. Η υστέρηση αυτή αποδίδεται σε διαρθρωτικούς και πολιτισμικούς λόγους. Πρέπει να αναφέρουμε ότι ο σχεδιασμός του ελληνικού συστήματος υγείας έχει ως υπόδειγμα το Βρετανικό σύστημα υγείας. Πιο κάτω θα αναφέρουμε εν συντομία την λειτουργία των συστημάτων υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Κίνα, τον Καναδά, την Σουηδία και την Ελβετία.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες αποτελούν κλασικό παράδειγμα εναρμόνισης του συστήματος ελεύθερης ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας. Η

χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία προέρχεται, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, από τον ιδιωτικό τομέα και ιδίως μέσα από ένα δίκτυο ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών. Από την άλλη ο κρατικός προϋπολογισμός αναλαμβάνει δαπάνες πρόνοιας και εκπαίδευσης πέρα από τα προγράμματα υγείας της προληπτικής ιατρικής.

Οι αρχές του συστήματος υγείας στην Κίνα στηρίζονται στην μεγιστοποίηση των αρχών της κοινωνικής ευημερίας. Υπάρχει απόλυτη αρμονία μεταξύ της κομμουνιστικής ιδεολογίας και των πρακτικών λύσεων στα προβλήματα του λαού. Οι παροχές υγειονομικών φροντίδων δεν δίνονται δωρεάν αλλά επιβαρύνουν τους εργατικούς και αγροτικούς συνεταιρισμούς όπου υπάγεται ο άρρωστος. Για να μπορέσει ο κινέζικος λαός να ξεπεράσει τις δύσκολες συνθήκες που κληρονόμησε μετά ίδρυση της Λαϊκής Δημοκρατίας έφτιαξε από την αρχή δίκτυο υγειονομικών υπηρεσιών για τις αστικές περιοχές και για την ύπαιθρο κατά προτεραιότητες.

Ο Καναδάς θεωρείται ότι έχει ένα από τα πιο πετυχημένα συστήματα υγείας στον κόσμο, που στηρίζεται στην ύπαρξη ενιαίου φορέα ασφάλισης και υγείας. Οι δαπάνες από τον κρατικό προϋπολογισμό για την υγεία αυξάνουν θεαματικά κάθε χρόνο, ενώ το σημαντικότερο επίτευγμα της Καναδικής πολιτικής είναι η προσαρμογή της οργάνωσης των διοικητικών υπηρεσιών στην επίτευξη των στόχων της υγείας και η απόλυτη διοικητική και οργανωτική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Πετυχημένο θεωρείται το σύστημα υγείας και στην Σουηδία, όπως και σε όλες τις Σκανδιναβικές χώρες. Οι δαπάνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας καλύπτονται κυρίως από ασφαλιστικές εισφορές (εργοδοτών και εργαζομένων) κατά 85% και από το κράτος κατά 15%. Σε ότι αφορά το ΑΕΠ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι οι πιο υψηλές στον κόσμο, ενώ η ιδιωτική δαπάνη κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το σύστημα υγείας στην Σουηδία αποτελεί ιδεατό παράδειγμα προς μίμηση της επιτυχίας του κράτους της κοινωνικής ευημερίας.

Το σύστημα υγείας στην Ελβετία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «Αντισύστημα υγείας»¹³, αφού προσφέρει παραδειγματικές καταστάσεις για μίμηση ή για αποφυγή. Παράδειγμα για μίμηση είναι η τέλεια αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και παραδείγματα για αποφυγή αποτελούν ο ελλιπής συντονισμός και η ανισότητα κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Η Ελβετία έχει την αναμφισβήτητη παγκόσμια παραδοχή της παραδοσιακής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως

¹³ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κείμενο εργασίας «Εκθεση για την ευρωπαϊκή ανταγωνιστικότητα το 2004», ONE (Οικονομική και Νομισματική Ένωση), www.ypan.gr

στοιχίζει πολύ. Η έλλειψη ελέγχου τιμών στα θέματα υγείας επιβαρύνει τον πολίτη πλην όμως οι υγειονομικές παροχές διατηρούνται σε πολύ υψηλό επίπεδο.

3.3. Ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών¹⁴

Οι ανισότητες στην υγεία είναι πολύ έντονες μεταξύ των ανεπτυγμένων και των υπανάπτυκτων χωρών. Οι ιδιαίτερα φτωχές χώρες της αφρικανικής ηπείρου δαπανούν για την υγεία 1\$-5\$ ΗΠΑ κατά κεφαλή, σε αντίθεση με τις πολύ ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες που δαπανούν 1.000\$ -1.500\$ ΗΠΑ. Αξίζει να σημειώσουμε ότι το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού εισπράττει το 83% του παγκόσμιου εισοδήματος. Το 1960 τα άτομα στην κορυφή της παγκόσμιας κοινωνικής πυραμίδας ήταν 30 φορές πλουσιότερα από αυτά στη βάση που συνιστούν το 20% των φτωχότερων. Σήμερα το 20% στην κορυφή είναι πλουσιότερο 61 φορές από το 20% στη βάση [21]. Όσον αφορά το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού για την υγεία πρέπει να σημειώσουμε ότι στον ευρωπαϊκό χώρο τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη κυμαίνονται μεταξύ 90-100%. Αντίθετα σε πολλές χώρες της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής τα ποσοστά είναι περίπου 8-20%. Χαρακτηριστικό είναι εξάλλου ότι η αναλογία κατοίκων ανά γιατρό είναι 344 κάτοικοι ανά γιατρό στις ανεπτυγμένες χώρες και 5.767 κάτοικοι ανά γιατρό στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η μεγάλη διαφορά στο επίπεδο του συστήματος υγείας μπορεί να φανεί και από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή στις ανεπτυγμένες χώρες ασχολούνται με θέματα γενετικής ευθανασίας, ενώ σε αναπτυσσόμενες χώρες ενδιαφέρονται για το πόσες βρύσες πόσιμοι ύδατος είναι διαθέσιμο για τις στοιχειώδεις ανάγκες υγιεινής των κατοίκων. Οι κάτοικοι της ευρωπαϊκής ένωσης έχουν μέσο όρο ζωής τα 76.8 έτη, ενώ οι κάτοικοι του τρίτου κόσμου 63,3 έτη [21]. Το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας είναι 19% για τις ανεπτυγμένες χώρες και 93% για τις αναπτυσσόμενες, ενώ σε κάποιες χώρες φθάνει και το 200%. Τα 3/5 των λοιμώξεων αφορούν χώρες της Αφρικής ενώ το 1/5 την Ασία.

¹⁴ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κείμενο εργασίας «Έκθεση για την ευρωπαϊκή ανταγωνιστικότητα το 2004», ONE (Οικονομική και Νομισματική Ένωση), www.ypan.gr

3.4. Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη

Η μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη αποδείχτηκε διαχρονικά μια δύσκολη διαδικασία. Πολλές χώρες παρουσίασαν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες για την υλοποίηση των στόχων, που παρουσιάστηκαν στα πολιτικά προγράμματα των διαφόρων πολιτικών παρατάξεων. Επίσης, υπήρξαν πολλές καθυστερήσεις στην εφαρμογή των νόμων και των θεσμικών κειμένων. Η οικονομική δυσπραγία, οι χαμηλοί ή ακόμη και φθίνοντες ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης, σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού, συνέβαλαν στην ανασταλτικότητα των μεταρρυθμίσεων. Η υλοποίηση των στόχων μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης, σε μια χώρα, καθορίζεται από ένα ευρύ φάσμα αλληλένδετων παραγόντων. Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις αξιολογούνται μέσα από τη διερεύνηση μιας δέσμης αλληλένδετων παραγόντων, που αναφέρονται:

- (α) στην ιστορικότητα των θεσμών
- (β) στις κοινωνικές αξίες, όπως καθορίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα
- (γ) στις μακροοικονομικές διακυμάνσεις, που καταγράφουν την οικονομική έξαρση (ανάπτυξη), καθώς και την οικονομική ύφεση,
- (δ) στο διοικητικό και οργανωτικό σύστημα, που αναλαμβάνει τη διοικητική μεταρρύθμιση, και
- (ε) στο πολιτικό σύστημα που καθορίζει, τόσο τις πολιτικές προτεραιότητες, όσο και την «πολιτική βούληση» για την υλοποίηση των στόχων μιας μεταρρύθμισης στο Σύστημα Υγείας.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας [21]. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου. Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η κύρια ιδέα του Bismark ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι λοιπές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα αυτό.

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την

οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες αποτελούν το σύνολο των βορειοευρωπαϊκών χωρών που έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου.

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας [21]. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του, τόσο στη φιλοσοφία του Sir William Beveridge, όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν τη μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980, είχαν ως κύριο στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.

3.4.1. Ο κοινωνικός χαρακτήρας της υγείας στην Νότια Ευρώπη

Το κοινωνικό κράτος αποτελεί θεσμό που δεν αμφισβητείται στη βόρεια Ευρώπη, η κρίση του όμως στη νότια Ευρώπη εμφανίζεται με ένταση, κύρια γιατί δεν έχει την ιστορικότητα των βόρειων χωρών αλλά και γιατί χρησιμοποιήθηκε μόνο σαν κοινωνικό όραμα ως αποτέλεσμα της αύξησης της παραγωγικότητας σε αυτές τις οικονομίες ενόψει της ευρωπαϊκής ενοποίησης. Το νότιο ευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από τα αντίστοιχα της βόρειας Ευρώπης. Τα κοινωνικά κράτη της Ισπανίας, της Πορτογαλίας, της Ελλάδας αποτελούν προϊόν του πολιτικού κοινωνικού και οικονομικού εκσυγχρονισμού που ακολούθησε τη μετάβαση από το αυταρχικό στο δημοκρατικό καθεστώς στη δεκαετία του 70.

Οι δημοκρατικές κυβερνήσεις της Ελλάδας, της Πορτογαλίας και της Ισπανίας στη διάρκεια της δεκαετίας του 80 επιχείρησαν διεύρυνση των κοινωνικών δικαιωμάτων του πολίτη με γενίκευση των κοινωνικών προγραμμάτων. Η ταχεία διαδικασία του εκσυγχρονισμού και η ένταξή τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση ενείχε την διαδικασία προσέγγισης των χαρακτηριστικών των βορειοευρωπαϊκών χωρών και στο κοινωνικό μοντέλο. Ωστόσο οι διαφορετικές εσωτερικές πορείες εκσυγχρονισμού βασίστηκαν σε ποικίλες εμπειρίες. Το κοινωνικό κράτος στο νότο παρέμεινε κατακερματισμένο για

διάφορους λόγους. Διάφορα τμήματα της κοινωνίας απολαμβάνουν διαφορετικά κοινωνικά δικαιώματα σε παροχές, με βάση, τη θέση τους στην αγορά εργασίας, το φύλο, την ηλικία καθώς και τον τόπο διαμονής που μαζί με το φαινόμενο των πελατειακών σχέσεων (ιδιαίτερα ανεπτυγμένο στις χώρες του νότου ιδιαίτερα στην Ιταλία), διαμόρφωσαν στον πολίτη τη συνείδηση της άνιση-άδικης κάλυψης του συνόλου των κοινωνικών αναγκών και δεν θεωρείται αυτονόητη υποχρέωση εκ μέρους των θεσμών του κράτους, η θέσπιση ελάχιστου επιπέδου αξιοπρεπούς διαβίωσης για όλους.

Η Ελλάδα, μαζί και οι άλλες χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου (Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία)¹⁵, παρουσιάζει τα μεγαλύτερα κενά στη κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε σχέση με τις χώρες του Βορρά, οι δαπάνες για την ανεύρεση εργασίας, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, τη μητρότητα, τα οικογενειακά επιδόματα, τα στεγαστικά και την ασθένεια, είναι οι μικρότερες της Ένωσης και είναι η πιο φτωχιά χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το κατά κεφαλή ΑΕΠ να φτάνει μόλις το 68% του μέσου κοινοτικού, ενώ οι έλληνες αγρότες είναι οι πιο φτωχοί της ΕΕ. Το 18% των ελληνικών νοικοκυριών ζει κάτω από το όριο της φτώχειας.

Η Ελλάδα σε διαφορά με τις άλλες χώρες του νότου, στην εποχή κρίσης του κοινωνικού κράτους προχώρησε στην προσπάθεια συγκρότησης σε εμβρυϊκό επίπεδο του ΕΣΥ. Η παρέμβαση του Κράτους στην αγορά υγείας, αποτελεί εξαίρεση για τις χώρες του νότου, εξαίρεση που αποδείχθηκε σωτήρια και αναγκαία για τις συνθήκες μετάβασης και αντιμετώπισης της κρίσης του κοινωνικού κράτους τη τελευταία δεκαετία, και της ένταξης στην ΟΝΕ, και που δύσκολα θα ανατραπεί χωρίς να δημιουργήσει αποκλεισμούς, επιδείνωση των δεικτών και περισσότερα οικονομικά βάρη για τους αποκλεισμένους του σχεδιαζόμενου οικονομικού πρότυπου της ΟΝΕ.

3.4.2. Οι επιδόσεις του Τομέα Υγείας στην Ε.Ε.

Οι κυβερνήσεις παρεμβαίνουν στον τομέα της υγείας τόσο άμεσα μέσω της χρηματοδότησης όσο και έμμεσα με τη νομοθεσία. Επιπλέον, οι πολιτικές οφείλουν να σταθμίζουν την επιταγή αποτελεσματικότητας με την αντικρουόμενη επιταγή της ίσης μεταχείρισης, πράγμα που μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στις επιδόσεις του τομέα υγείας. Ο τομέας της υγείας αντιπροσωπεύει σημαντικό μερίδιο του εθνικού

¹⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κείμενο εργασίας «Εκθεση για την ευρωπαϊκή ανταγωνιστικότητα το 2004», ΟΝΕ (Οικονομική και Νομισματική Ένωση), www.ypan.gr

εισοδήματος και έχει σημαντικές εν δυνάμει συνέπειες για την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας.

Οι συνέπειες αυτές δεν συνδέονται μόνο με τη συμβολή του τομέα υγείας στην ευημερία των πολιτών, αλλά και με την αμεσότερη συμβολή του στη μετρήσιμη εθνική παραγωγικότητα. Ένας αναποτελεσματικός τομέας υγείας που κακομεταχειρίζεται τους πόρους μπορεί να αποτελέσει σημαντικό βάρος για το δημόσιο τομέα και την οικονομία. Οι επιδόσεις του τομέα υγείας επηρεάζουν την κινητικότητα των εργαζόμενων και την ευελιξία της αγοράς εργασίας λόγω, παραδείγματος χάριν, των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.

Οι δομές των συστημάτων ιατρικής περίθαλψης στην Ε.Ε. [15] παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Τα σημερινά συστήματα περίθαλψης χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία τόσο ως προς τον τρόπο χρηματοδότησής τους, όσο και ως προς τους τρόπους παροχής των ιατρικών φροντίδων. Παράγοντες αποτελεσματικότητας και ισότητας αλλά και ο στόχος της προώθησης της αύξησης της παραγωγικότητας οδήγησαν πρόσφατα πολλά κράτη - μέλη σε μεταρρυθμίσεις των συστημάτων τους υγείας. Αν και η ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας ευθύνεται εν πολλοίς για την αύξηση των δαπανών υγείας, αυτό είναι κάτι που πρέπει να σταθμίζεται σε σχέση με τα σημαντικά οφέλη που προσφέρει στη βελτίωση της υγείας.

Τα στοιχεία για τη σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και αποτελεσμάτων με βάση μακροοικονομικούς δείκτες είναι ανάμεικτα. Είναι πιθανόν να επηρεάζεται η παραγωγικότητα του τομέα υγείας από αλλαγές στο σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης, αφού τα κίνητρα που παρέχονται από το σκέλος της προσφοράς επηρεάζουν τη χρήση των θεραπειών και τη διάδοση της τεχνολογίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλές από τις διαπιστούμενες βελτιώσεις στα αποτελέσματα της υγείας δεν φαίνονται να απορρέουν από το σύστημα υγείας αυτό καθαυτό, αλλά από εξωτερικούς παράγοντες οι οποίοι ασκούν πολύ μεγαλύτερη επίδραση.

Σήμερα, πολλές χώρες της Ε.Ε. έχουν εισέλθει σε μια διαδικασία μεταρρύθμισης με έμφαση σε στόχους σχετικούς με την αποτελεσματικότητα. Παρά την απουσία στοιχείων σε εθνικό επίπεδο, κατά γενική συμφωνία, η αύξηση των δαπανών στην παροχή ιατρικής περίθαλψης παγκοσμίως επιβάλλει μεγαλύτερη προσοχή στην αποτελεσματικότητα από ότι γινόταν μέχρι τώρα. Αλλά ο ρυθμός των μεταρρυθμίσεων θα καθορισθεί από την ιστορική εξέλιξη των συστημάτων παροχής και τις προτιμήσεις σε σχέση με την ισότητα. Είναι απίθανο να βρεθούν εύκολες λύσεις σε αυτά τα θέματα. Ένα επιχείρημα που χρησιμοποιούν συχνά οι υπηρεσίες της ιδιωτικής αγοράς, για

παράδειγμα, είναι ότι ο μικρότερος ανταγωνισμός και η υπερβολική νομική πλαισίωση που διαπιστώνονται στην Ε.Ε. μπορεί να παρεμποδίζουν την αύξηση της παραγωγικότητας.

Ελάχιστα στοιχεία τεκμηριώνουν αυτή τη θέση μέχρι σήμερα, αλλά οι υποστηρικτές της μπορούν τουλάχιστον να επικαλεσθούν την κατά πολύ υψηλότερη παραγωγικότητα των ΗΠΑ την τελευταία δεκαετία, που μπορούν να θεωρηθούν ως η βιομηχανική οικονομία που χαρακτηρίζεται σήμερα από τον μεγαλύτερο ανταγωνισμό και την ασθενέστερη νομική πλαισίωση. Στον τομέα της υγείας, αντίθετα, η εμπειρία των ΗΠΑ δεν συνηγορεί υπέρ του άκρατου ανταγωνισμού και της απελευθέρωσης. Αν και, κατά κοινή παραδοχή, η παροχή περισσότερων κινήτρων μπορεί να αυξάνει την αποτελεσματικότητα, ελάχιστοι ακαδημαϊκοί και, ασφαλώς, πολύ λιγότεροι υπεύθυνοι πολιτικής θα υποστήριζαν ότι οι οικονομίες της Ε.Ε. πρέπει να μιμηθούν το σύστημα παροχής υγείας των ΗΠΑ. Ιδίως αν σταθμισθούν επαρκώς οι παράγοντες ίσης αντιμετώπισης, οι αδυναμίες του συστήματος υγείας των ΗΠΑ καθίστανται ακόμη πιο εμφανείς.

Στο σκέλος των εισροών, φαίνεται πως υπάρχει περιθώριο για καλύτερη χρήση των πόρων, ιδίως της εργασίας. Έτσι, η υπερπροσφορά γιατρών σε ορισμένες χώρες της Ε.Ε. συνυπάρχει με έλλειψη γιατρών σε άλλες, ενώ σε πολλές χώρες υπάρχει επίσης περιθώριο βελτίωσης της αναλογίας μεταξύ γενικών παθολόγων ιατρών και εξειδικευμένων ιατρών και νοσηλευτών. Μια αλλαγή πολιτικής που αξίζει να διερευνηθεί συνίσταται στην ανάδειξη καλύτερων και πιο συντονισμένων προγραμμάτων κατάρτισης. Η δαπάνη για φαρμακευτικά σκευάσματα αυξάνεται και υπόκειται σε πολυάριθμες μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην συγκράτηση του κόστους.

Ταυτόχρονα, η συμβολή των φαρμάκων στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας είναι τεράστια. Συνεπώς, πρέπει να βρεθεί μια ισορροπία ανάμεσα στη συγκράτηση του κόστους και την εξασφάλιση επαρκών κινήτρων για διαρκή καινοτομία. Ωστόσο, ελάχιστα συστηματικά στοιχεία υπάρχουν για την σύγκριση του ρόλου του κεφαλαίου από χώρα σε χώρα τόσο σε ποιοτικό όσο και σε ποσοτικό επίπεδο. Οι οργανωτικές αλλαγές μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην επίδοση της οικονομίας. Πολλές οργανωτικές αλλαγές στον τομέα της υγείας αντανακλούν τις μεταρρυθμίσεις με τις οποίες τα Κράτη-Μέλη προσπαθούν να επιτύχουν το κατάλληλο μείγμα αποκέντρωσης και συγκέντρωσης στην παροχή υγείας αντιστοιχίζοντας την προσωπική επιλογή με την αποτελεσματικότητα. Οι δυνατότητες επιλογής για τον ασθενή ποικίλουν μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. [15]. Πολλά κράτη προτίμησαν να αυξήσουν τις δυνατότητες επιλογής

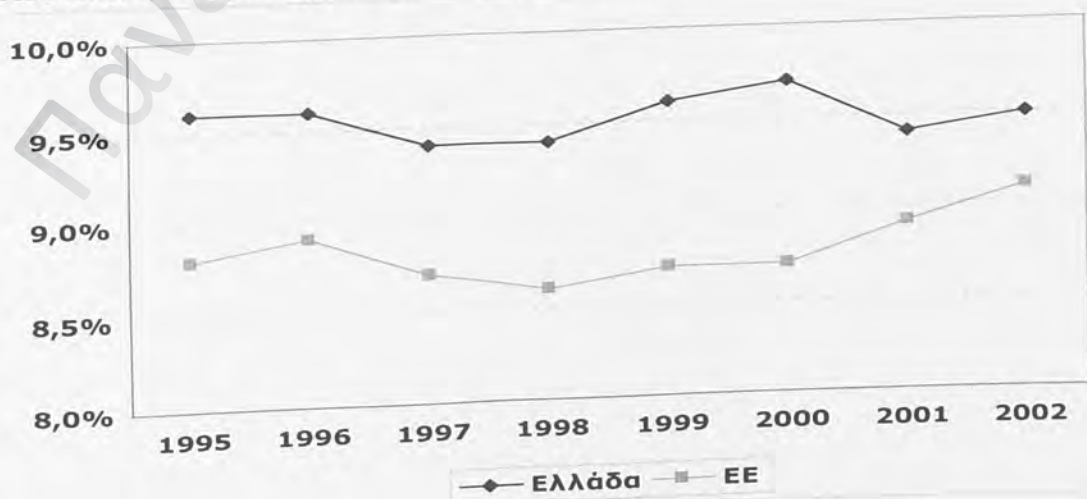
για να βελτιώσουν τα αποτελέσματα υγείας, καθώς και την ποιότητα της περίθαλψης και την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας στον τομέα της υγείας, η εξασφάλιση των ωφελημάτων της προηγμένης τεχνολογίας σε λογικό κόστος και η διασφάλιση της ισότητας αποτελούν μείζονες προκλήσεις για την Ε.Ε..

Οι μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας είναι πιθανό να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα του δημόσιου τομέα και να συμβάλλουν εν τέλει στις επιδόσεις ανταγωνιστικότητας των Κρατών-Μελών. Μία σημαντική πρόκληση που θα αντιμετωπίσει η Ε.Ε. τα επόμενα χρόνια είναι η συμφιλίωση μεταξύ της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας, της εξασφάλισης των ωφελημάτων της προηγμένης τεχνολογίας σε λογικό κόστος και της διασφάλισης ίσης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες.

3.4.3. Φαρμακευτική πολιτική στην ΕΕ

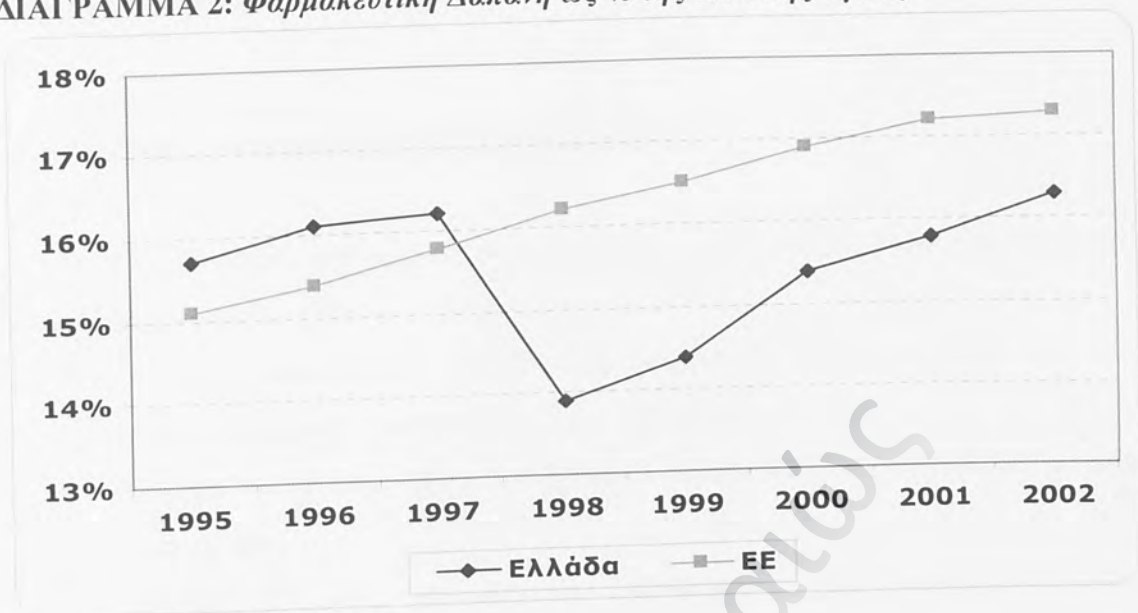
Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν, η Ελλάδα παρουσιάζει διαχρονικά ένα επίπεδο δαπανών υγείας υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (Διάγραμμα). Παρόλα αυτά, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ τα τελευταία πέντε έτη, γεγονός που καταδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Δαπάνη για Υγεία ως % του ΑΕΠ



Πηγή: *Oecd Health Data, 2004*

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας



Πηγή: Oecd Health Data, 2004

Εφόσον, λοιπόν, παρατηρείται στην Ελλάδα – όπως στις περισσότερες χώρες τα τελευταία χρόνια- έντονη πολιτική βούληση συγκράτησης των δαπανών υγείας, ο πιο αποδοτικός τρόπος επίτευξης του σκοπού αυτού είναι ο προσανατολισμός περισσότερο στις άλλες μορφές περίθαλψης και λιγότερο στο φάρμακο, του οποίου η αγορά είναι ούτως ή άλλως εκτεταμένα ελεγχόμενη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Αδυναμίες συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής [2]:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού)- Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.
- Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Έλλειψη εκπαίδευσης,μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

Αναλύοντας το σημερινό αριθμό, την εκπαίδευση και τους όρους με τους οποίους προσφέρουν υπηρεσίες οι ιατροί οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα, διαπιστώσαμε με έκπληξη μια ολόκληρη σειρά προβλημάτων και αδυναμιών. Η κατανομή των ιατρών αυτών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν συνδέονται στην πραγματικότητα με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς. Η σχέση μεταξύ των ιατρών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία και του υπόλοιπου

συστήματος υγείας είναι γραφειοκρατική και όχι συναδελφική ή διοικητική. Ως συνέπεια, οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία δεν έχουν καμία αρμοδιότητα να επιθεωρούν, να σχολιάζουν ή να αξιολογούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας.

Η δημόσια αναγνώριση, οι αμοιβές και οι συνθήκες υπηρεσίας των ιατρών δημόσιας υγείας είναι χαμηλές σε σχέση με αυτές των κλινικών ιατρών. Έτσι οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία θεωρούνται από πλευράς ποιότητας δευτέρας διαλογής σε σχέση με την ιδιωτική ιατρική στη συνείδηση των πολιτών. Η εκπαίδευση στη δημόσια υγεία στις ελληνικές ιατρικές σχολές, προ της απόκτησης πτυχίου, φαίνεται ότι είναι φτωχή σε πρακτική άσκηση. Η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της απόκτησης τίτλου ιατρικής είναι εν μέρει ικανοποιητική, αλλά από πολλές πλευρές ανεπαρκής σε σχέση με τα σημερινά προβλήματα και σε μεγάλο βαθμό θεωρητική, αντί να επικεντρώνεται στα πρακτικά προβλήματα. Οι συμμετέχοντες στη Σχολή Δημόσιας Υγείας παίρνουν απλώς μαθήματα αντί να ερευνούν οι ίδιοι θέματα που συνδέονται με τις ανάγκες τους και τα ενδιαφέροντά τους.

Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων (π.χ. γεννήσεων και θανάτων), την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για τη δημιουργία διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Έτσι δεν προκαλεί έκπληξη ότι η κατάσταση από πλευράς εμβολιασμών στην Ελλάδα είναι φτωχή σε σχέση με την ΕΕ και ότι έχει υπάρξει ένας αριθμός από σοβαρές επιδημίες συνηθισμένων μεταδοτικών ασθενειών, όπως ερυθρά και γαστρεντερίτιδα, που θα μπορούσαν να αποτραπούν.

Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν.

4.1.1. Εμπορευματοποίηση της υγείας

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

κοινωνικού αγαθού και πολιτικού δικαιώματος σε εμπόρευμα. Ολόκληρες περιοχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, υγείας και πρόληψης εγκαταλείπονται και τα κενά τα καλύπτει το μεγάλο ιατρικό, ασφαλιστικό και χρηματιστηριακό κεφάλαιο. Άμεση συνέπεια των παραπάνω είναι να διευρύνονται οι ανισότητες στην πρόσβαση και στις προσφερόμενες υπηρεσίες ανά περιφέρεια και κοινωνική τάξη, καθώς επίσης να μεταφέρεται όλο και περισσότερο, του κόστος της φροντίδας υγείας, πρόνοιας στον πολίτη. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι έξι φορές μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες στη Βρετανία.

Οι ακόλουθες πρακτικές στον τομέα της υγείας είναι συνηθισμένες. Ο πολίτης στην προσπάθειά του να πετύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε πρακτικές χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία τους. Από την ίδια τη φύση τους δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί πόσο εκτεταμένες είναι αυτές οι πρακτικές και ποια είναι τα συνολικά ποσά χρημάτων τα οποία διακινούνται σε:

1. Πληρωμές σε "φακελάκια" δίδονται συχνά και μερικές φορές απαιτούνται από αρκετούς ιατρούς που δουλεύουν στα νοσοκομεία και αλλού. Δίδονται επίσης και στις νοσοκόμες. Μερικές εταιρίες φαρμάκων είναι διατεθειμένες να δώσουν μηνιαία αμοιβή σε μετρητά σε όσους ιατρούς συστήνουν στους ασθενείς τους τα προϊόντα τους. Εναλλακτικά, οι ιατροί μπορεί να έχουν κάλυψη του κόστους συμμετοχής τους σε "συνέδρια" που διοργανώνουν αυτές οι εταιρίες σε απόμακρες και ακριβές τοποθεσίες, αρκεί να προωθούν συχνά τα προϊόντα τους.
2. Προμήθειες μπορεί να πληρώνονται για την παραπομπή ασθενών σε κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο ή την εισαγωγή τους σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Συμβαίνει επίσης ο ιατρός να είναι εκ των ιδιοκτητών του νοσοκομείου ή του διαγνωστικού κέντρου στο οποίο οι ασθενείς παραπέμπονται.
3. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ιατροί του ΙΚΑ παίρνουν προμήθειες από τα φαρμακεία.
4. Δεν είναι καθόλου ασύνηθες το φαινόμενο ιατρών στις κλινικές του ΙΚΑ και άλλων ιατρών να χρησιμοποιούν τις θέσεις τους για να αποκτούν πελατεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
5. Ιδιαίτερα στο σύστημα παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς τους δημοσίους υπαλλήλους, υπάρχουν ιατροί οι οποίοι ζητούν αμοιβή για πολλαπλές επισκέψεις ασθενών όταν στην πραγματικότητα έχει υπάρξει μια μόνο επίσκεψη.

6. Αναφέρεται ότι γιατροί αποφεύγουν να τηρούν ιατρικά αρχεία για να μην μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία εις βάρος τους για τη διάπραξη αδικημάτων φοροδιαφυγής.

Η δυσαρέσκεια του κοινού αποδεικνύεται από τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται οι ιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα. Πολλοί ασθενείς πληρώνουν για την παροχή υπηρεσιών μέσω του ασφαλιστικού τους ταμείου αλλά δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το συγκεκριμένο ταμείο. Αντ' αυτού απευθύνονται ακόμα και για μικρής σημασίας προβλήματα στα μεγάλα νοσοκομεία. Μεγάλος αριθμός ασθενών απλούστατα παρακάμπτει τις τοπικές ιατρικές υπηρεσίες και καταφεύγει στα κορυφαία νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων ή όταν έχει την οικονομική άνεση, σε ιδιώτες ιατρούς με καλή φήμη.

Η δυσαρέσκεια του κοινού αποδεικνύεται επίσης από το πόσο διαδεδομένα είναι τα παράνομα δώρα σε "φακελάκια" στους ιατρούς. Είναι ευρύτερη πεποίθηση ότι οι γιατροί αφιερώνουν μεγαλύτερη προσοχή στις ανάγκες των ασθενών όταν υπάρχουν παρόμοιες αμοιβές. Οι παράνομες αμοιβές είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού για το σύστημα. Ενώ οι πρακτικές αυτές είναι ευρέως γνωστές δεν έχουν υπάρξει για κανένα ιατρό τα τελευταία χρόνια πειθαρχικές κυρώσεις, παρά το γεγονός ότι οι ιατρικοί σύλλογοι έχουν συστήματα παρακολούθησης της εφαρμογής της ιατρικής δεοντολογίας.

Η πλειοψηφία των κατοίκων στις χώρες της ΕΕ δεν θεωρεί ότι της παρέχονται υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες. Όμως μεταξύ αυτών η Ελλάδα ξεχωρίζει καθώς έχει το χαμηλότερο ποσοστό πολιτών που θεωρούν ότι οι ιατρικές υπηρεσίες είναι καλές και το υψηλότερο ποσοστό πολιτών που θεωρεί ότι οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς, είναι ακόμα διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερους φόρους για παροχή πρόσθετων ιατρικών υπηρεσιών. Η Ελλάδα με καθυστέρηση υιοθέτησε τις πολιτικές που από μακρού χρόνου προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) για να διορθώσει την άνιση διανομή των πόρων για την πνευματική υγεία μεταξύ περιοχών και να υιοθετήσει αποτελεσματικές μεθόδους σχεδιασμού.

4.1.2. Έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες

Το γεγονός ότι ένας τόσο μεγάλος αριθμός υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι οδηγεί σε ένα άκαμπτο σύστημα αμοιβών και στην αδυναμία της τοπικής διοίκησης των μονάδων να ανταμείψουν την παροχή καλών υπηρεσιών και να τιμωρήσουν εκείνους που παραμελούν την εργασία τους ή την κάνουν αδιάφορα. Υπάρχει έλλειψη κινήτρων σε όλες τις ομάδες του προσωπικού, εκτός του κινήτρου να φύγουν νωρίς από την εργασία τους για να κάνουν τη δική τους δουλειά. Υπάρχει περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση από την πλευρά των ιατρών και περιορισμένη ικανοποίηση των χρηστών για την έλλειψη συνέχειας στην ιατρική περίθαλψη, για την έλλειψη φιλικής συμπεριφοράς έναντι των χρηστών και για τις δυσχέρειες στη χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στα κορεσμένα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που δεν διαθέτουν χωριστά τμήματα για ατυχήματα και πρώτες βοήθειες. Δεν υπάρχει ακόμα στο σύστημα η παραμικρή εκπροσώπηση των ίδιων των χρηστών.

4.1.3. Έλλειψη ιατρικών αρχείων και ενός αποτελεσματικού συστήματος διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών

Το σύστημα δεν διαθέτει έναν αποτελεσματικό μηχανισμό τήρησης ιατρικών αρχείων ή ένα επαρκές σύστημα διαχείρισης των ιατρικών πληροφοριών, το οποίο να είναι προσανατολισμένο στην παρουσίαση του τρόπου χρήσης των ιατρικών πόρων ή ακόμα περισσότερο στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων τα οποία επιτυγχάνονται. Οι περισσότεροι ιατροί δεν τηρούν αρχεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία και δεν υπάρχει πρόσβαση στα αρχεία τα οποία τηρούνται. Ένας λόγος για αυτό, όπως προαναφέραμε, είναι ότι τα αρχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία από τις φορολογικές αρχές.

4.1.4. Έλλειψη ποιοτικού ελέγχου

Τέλος, δεν υπάρχει πουθενά στο σύστημα υγείας κάποιο σύστημα το οποίο να αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών, ούτε ασφαλώς και τη διαχείριση που υπάρχει από πλευράς κόστους και αποτελεσματικότητας. Δεν υπήρχε καν καταγραφή των

ιατρικών πράξεων σε ορισμένα από τα κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης τα οποία επισκεφθήκαμε.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτές οι αδυναμίες δεν υπάρχουν παντού. Είναι πάρα πολλοί οι ιατροί που ευσυνείδητα εκπληρώνουν το καθήκον τους και καταδικάζουν όσους επιδεικνύουν ύποπτη συμπεριφορά. Σε ένα από τα κέντρα υγείας τα οποία επισκεφθήκαμε είχαν γίνει ιδιαίτερες προσπάθειες για να επιτευχθεί υψηλό επίπεδο περίθαλψης και να σταματήσουν οι παράνομες πληρωμές.

4.1.5. Μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες - Υπερσυγκεντρωτισμός ιατρών

Υπάρχουν πολύ μεγάλες διαβαθμίσεις στην ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε διάφορες περιοχές της χώρας, κάτι που εν μέρει μόνο οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο ο πληθυσμός χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες. Οι δαπάνες του προϋπολογισμού για την υγεία ποικίλουν. Ενώ υπάρχει ένας ιατρός ο οποίος εργάζεται σε κάποια μονάδα περίθαλψης ανά 1.510 άτομα στην Αττική, υπάρχει μόνο ένας γιατρός για κάθε 3.284 άτομα στην Πελοπόννησο. Η παροχή νοσοκομειακών κλινών ποικίλουν από τα 2,9 κρεβάτια ανά 10.000 άτομα στη Δυτική Ελλάδα, μέχρι τα 6,9 στην Αττική. Αν συνυπολογιστούν οι ιατροί του ΕΣΥ και οι ιδιώτες γιατροί, στην Αττική υπάρχουν συνολικά 20.390 γιατροί έναντι 476 στη Δ. Μακεδονία. Η χάραξη της πολιτικής, η χρηματοδότηση και ο έλεγχος των κρίσιμων ομάδων του προσωπικού χαρακτηρίζονται από υπερσυγκέντρωση. Οι νομαρχίες στηρίζονται στο κέντρο για πόρους τους οποίους διανέμουν στις τοπικές υγειονομικές υπηρεσίες.

4.1.5.1. Αρνηση γιατρών να εγκαταλείψουν τα αστικά κέντρα

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η ανεργία στους ιατρούς είναι ένα πρόβλημα που στις μέρες μας παίρνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Παρά όμως το γεγονός ότι ένας στους 4 ιατρούς υποαπασχολείται ή είναι άνεργος, δεν φαίνονται να είναι διατεθειμένοι να εγκαταλείψουν τα αστικά κέντρα για την στελέχωση του Ε.Σ.Υ. στην περιφέρεια. Ως αποτέλεσμα οι κενές θέσεις στην περιφέρεια δεν καλύπτονται, και παρατηρούνται μεγάλες ελλείψεις σε νοσοκομεία στην περιφέρεια και ειδικά στα νησιά όπου δεν υπάρχει μόνιμος ιατρός. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του φαινομένου

που αναφέρθηκε είναι ορισμένα νησιά του Αιγαίου στα οποία η έλλειψη μόνιμου γιατρού χρονολογείται από το 1998 και που τελικά εξυπηρετούνται ή από αγροτικούς ιατρούς ή από γιατρούς παρακείμενων νησιών. Ένας λόγος που δίνεται για την άρνηση των γιατρών να πάνε στην περιφέρεια είναι κατά ορισμένους ανθρώπους η αντίληψη που έχουν οι νέοι ιατροί για το ότι η ιατρική ανεργία δεν υφίσταται. Αντίληψη που όμως όπως διαπιστώνεται από τα προηγούμενα στατιστικά στοιχεία είναι προφανώς λανθασμένη.

4.1.5.2. Συνωστισμός ειδικοτήτων στην Αθήνα

Στην περιφέρεια της πρωτεύουσας αναλογούν 142 κάτοικοι σε ένα ιατρό, ενώ στο κέντρο της Αθήνας θα υπάρχει σε λίγο ένας ιατρός σε κάθε πολυκατοικία. Στη Στερεά Ελλάδα αναλογούν 327 κάτοικοι ανά ιατρό, στην Πελοπόννησο 329, στα νησιά του Ιονίου 340, στην Ήπειρο 286, στη Θεσσαλία 390, στη Μακεδονία 325, στη Θράκη 358, στα νησιά του Αιγαίου 379 και στην Κρήτη 234 κάτοικοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Ιατροί ανά κατοίκους στην Ελλάδα (Πηγή: ΕΣΥΕ)

Περιφέρεια	Ιατρός ανά κατοίκους
Στερεά Ελλάδα	327
Πελοπόννησος	329
Νησιά Ιονίου	340
Ήπειρος	286
Θεσσαλία	390
Μακεδονία	325
Θράκη	358
Νησιά Αιγαίου	379
Κρήτη	234

Ιατροί ορισμένων ειδικοτήτων, καρδιολόγοι, χειρουργοί, παιδίατροι, παθολόγοι, ασκούν στην πλειοψηφία τους την ιατρική στην Αθήνα. Έτσι, από την Πελοπόννησο λείπουν παθολόγοι, όπως και από τα νησιά του Αιγαίου, που στερούνται επίσης καρδιολόγων. Μικρός είναι και ο αριθμός των χειρουργών, που ασκούν το επάγγελμα τους στην Πελοπόννησο και στη Θεσσαλία.

Το 1999, στα νησιά του Αιγαίου αναλογούσε ένας καρδιολόγος σε 9.543 κατοίκους και ένας παθολόγος σε 4.771 κατοίκους. Αντίστοιχα, στην Πελοπόννησο υπάρχει ένας παθολόγος για 4.776 κατοίκους και ένας χειρουργός για 11.749 κατοίκους. Αντίστοιχη είναι και η αναλογία χειρουργών - πληθυσμού στη Θεσσαλία. Η απουσία γιατρών γενικής ιατρικής αφορά όλη τη χώρα. Η μεγαλύτερη όμως αναλογία παρατηρείται στην Αθήνα, όπου λόγω της συγκέντρωσης μεγάλου μέρους του πληθυσμού αναλογεί ένας γενικός γιατρός σε

28.065 κατοίκους. Από τη σύγκριση των στοιχείων διαπιστώνεται ότι οι ειδικότητες του παθολόγου και του παιδίατρο, στις οποίες συγκεντρώνεται ένα πλήθος ειδικευμένων γιατρών, δεν συγκεντρώνουν σήμερα το ενδιαφέρον των αποφοίτων των ιατρικών σχολών.

4.1.6. Υπερπληθώρα χαμηλά αμειβόμενων ιατρών και έλλειψη συνεχούς επιμόρφωσής τους

Υπάρχει υπερβολικός αριθμός ιατρών (μερικοί εκ των οποίων είναι κακά εκπαιδευμένοι) και σοβαρή έλλειψη νοσοκόμων, πολύ λίγες εκ των οποίων έχουν σωστά εκπαιδευτεί. Η εκπαίδευση και των δύο κατηγοριών χρειάζεται εκσυγχρονισμό. Δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου οικογενειακοί ιατροί, ενώ υφίσταται υπερβολικά μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων ιατρών. Δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου διαρκής επιμόρφωση των ιατρών ή χρηματοδότηση της έρευνας. Οι ιατροί αναγκάζονται να χρηματοδοτούν μόνοι τους την απαιτούμενη διαρκή επιμόρφωσή τους με εξαιρετικά υψηλό κόστος σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημά τους (το κόστος μεταπτυχιακών, μετεκπαιδύσεως, συνεδρίων κ.α. είναι υψηλότατο στο χώρο της υγείας) γεγονός που τους οδηγεί να επιδιώκουν την επίτευξη του μέγιστου αριθμού εφημεριών για να αυξήσουν το εισόδημά τους καθιστώντας πολλές φορές το έργο τους χαμηλής ποιότητας λόγω υπερκόπωσης ή στην εμπορευματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει άνιση κατανομή των φοιτητών στις ιατρικές σχολές. Επιπροσθέτως υπάρχουν σοβαρές εντάσεις στις σχέσεις μεταξύ των πανεπιστημιακών ιατρών και των ιατρών του ΕΣΥ, λόγω των διαφορετικών όρων εργασίας που ισχύουν για τις δύο κατηγορίες. Οι πρώτοι έχουν το δικαίωμα να διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο σε αντίθεση με τους δεύτερους. Εικόνα που αποδεικνύεται και από τα στατιστικά στοιχεία. Κάθε χρόνο αποφοιτούν από τις Ιατρικές Σχολές (Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ηρακλείου, Λάρισας, Ιωαννίνων, Θράκης) περίπου 700 - 1.000 ιατροί. Αριθμός που φέρνει την Ελλάδα στην πρώτη θέση σε παραγωγή ιατρών μαζί με Ισπανία και Ιταλία.

Οι επιλογές απασχόλησης είναι ελάχιστες, οι αμοιβές όχι ικανοποιητικές και η ανεργία προ των πυλών εξαιτίας της υπερπληθώρας γιατρών, τονίζουν οι επαγγελματίες του χώρου. Μοναδικό φωτεινό σημείο η ηθική ικανοποίηση της προσφοράς στον συνάνθρωπο.

4.1.6.1. Η Ελλάδα πρώτη στην Ευρώπη όσον αφορά την αναλογία ιατρών – ασθενών

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη κατά την περίοδο 1998-2003 στα ευρωπαϊκά κράτη [15] για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, η χώρα μας καταλαμβάνει την πρώτη θέση στην αναλογία γιατρών ανά εκατομμύριο κατοίκων, την 8 στην αναλογία φαρμακοποιών ανά εκατομμύριο κατοίκων, την 25 στην αναλογία νοσοκόμων ανά εκατομμύριο κατοίκων, την 17 στην αναλογία κλινών ανά 100.000 κατοίκους και 12 στην κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία. Ενώ όσον αφορά την γενική κατάταξη της χώρας για το 2003 είμαστε στην 9 θέση λόγω των επιμέρους θέσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της χώρας μας είναι η αναλογία γιατρών-κατοίκων. Στην έρευνα συμμετείχαν 27 κράτη μέλη (παλαιά και νέα εκτός Μάλτας και Κύπρου και οι 4 υποψήφιες χώρες (Βουλγαρία, Τουρκία, Κροατία, Ρουμανία).

Οι οικογενειακοί ιατροί που θα στηρίζουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της χώρας μας σήμερα αντιστοιχούν σε 1,1 ανά 10.000 κατοίκους το 2006. Η Ελλάδα, λαμβανομένων υπόψη και των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων της, χρειάζεται 7,91 ειδικευμένους ιατρούς για κάθε 10.000 άτομα. Στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και στις ΗΠΑ, στον Καναδά, στο Μεξικό και την Τουρκία οι αναλογίες είναι καλύτερες. Τους περισσότερους οικογενειακούς γιατρούς έχει η Φινλανδία με 16 ιατρούς ανά 10.000 κατοίκους. Ακολουθούν η Γαλλία (15 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Αυστρία (13 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Γερμανία και η Ιταλία (δέκα ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), ο Καναδάς (εννέα ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), το Λουξεμβούργο, η Νέα Ζηλανδία, η Νορβηγία και οι ΗΠΑ (οκτώ ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Τσεχία και η Τουρκία (επτά ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Δανία, το Μεξικό, η Πορτογαλία, η Ελβετία και η Βρετανία (έξι ιατροί ανά 10.000 κατοίκους) και η Ιρλανδία με τέσσερις οικογενειακούς ιατρούς ανά 10.000 κατοίκους.

Επίσης στοιχεία δείχνουν ότι σε 10.000 κατοίκους αναλογούν 41,5 ιατροί όλων των ειδικοτήτων, ενώ η επιτροπή εμπειρογνομένων επισημαίνει ότι ο ιδανικός αριθμός γιατρών για κάθε 10.000 άτομα είναι 27,21. Την πρώτη θέση σε υπερεπάρκεια ιατρών καταλαμβάνει η Ιταλία με 59 ιατρούς ανά 10.000 κατοίκους και τη δεύτερη η Ισπανία με 44 ιατρούς για κάθε 10.000 κατοίκους. Στην τρίτη θέση βρίσκεται η Ελλάδα. Ακολουθούν η Γερμανία (35 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Πορτογαλία (31 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Αυστρία, η Τσεχία, η Φινλανδία και η Γαλλία (30 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους). Λιγότερους γιατρούς έχουν ο Καναδάς (21 ιατροί ανά 10.000

κατοίκους), η Ελβετία και η Ιαπωνία (19 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), η Βρετανία (17 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους), και η Τουρκία (12 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους).

Οι πληροφορίες προήλθαν από πηγές όπως Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες, Eurostat. Ο υπερδιπλασιασμός των γιατρών σε σχέση με τις ανάγκες της χώρας μας και η απουσία συντονισμένου προγράμματος δράσης της ιατρικής δημογραφίας, αποτελεί τον σοβαρότερο ανασταλτικό παράγοντα ελέγχου των δαπανών υγείας και σοβαρό εμπόδιο στη σωστή οργάνωση και αποτελεσματική διαχείριση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

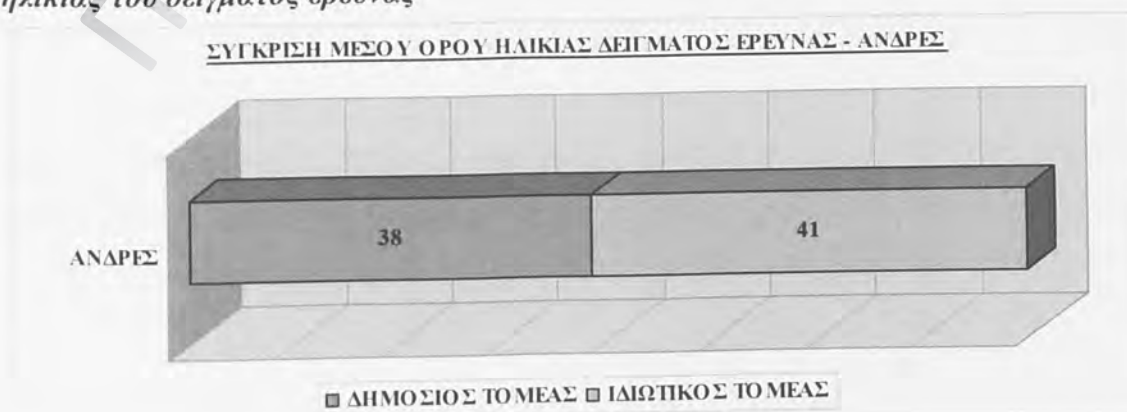
5.1. Υλικό – Μέθοδος

Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας πραγματοποιήθηκε για την πρακτική προσέγγιση του θέματος που πραγματεύεται η εργασία. Συντάχθηκε ερωτηματολόγιο (Παράρτημα 1) το οποίο δόθηκε προς συμπλήρωση σε ένα τυχαίο δείγμα επαγγελματιών υγείας του νομού Αττικής τον Μάρτιο του 2007. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με χρήση του excel. Η ανταπόκριση στο ερωτηματολόγιο ήταν 100%. Εξήντα ερωτηματολόγια απάντησαν επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς) που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία), 36 γυναίκες ηλικίας 30-45 ετών και 24 άνδρες ηλικίας 35-50 ετών. Επίσης ακόμα 60 ερωτηματολόγια απάντησαν 30 γυναίκες ηλικίας 30-40 ετών και 30 άνδρες ηλικίας 37-54 ετών (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς) που εργάζονται στον δημόσιο τομέα (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ΕΚΑΒ, ΙΚΑ), όπως βλέπουμε αναλυτικά και στον παρακάτω πίνακα και στις δύο γραφικές απεικονίσεις που ακολουθούν.

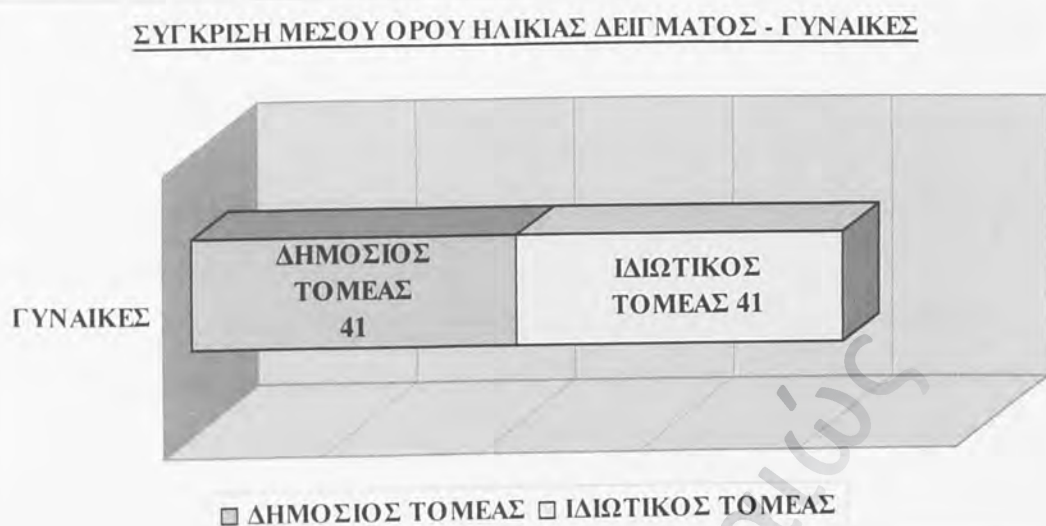
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	
ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
38	41	41	41

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας



Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 4 πρώτες που προέρχονται από μία έρευνα της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων του 1998 αναφορικά με την κοινή γνώμη των ευρωπαίων πολιτών για τις υγειονομικές υπηρεσίες, αποσκοπούν στην ανάδειξη της προσωπικής άποψης – βαθμού ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το παρόν και το μέλλον των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας. Ενώ η 5^η ερώτηση ζητά την ιεράρχηση κατά σειρά προτεραιότητας των σημαντικότερων προβλημάτων στο χώρο εργασίας τους και τις προτεινόμενες λύσεις που θα είχαν οι οποίες θα επέτρεπαν την ικανοποίησή τους σύμφωνα με την προσωπική τους άποψη.

Ειδικότερα η τέταρτη ερώτηση στοχεύει να αναδείξει κατά πόσο είναι διατεθειμένοι οι επαγγελματίες του χώρου υγείας να πληρώσουν περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες στο μέλλον ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.

Αξίζει να επισημάνουμε ότι είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον η παράθεση και η μελέτη της άποψης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας αφού αποτελούν κινητήριο δύναμη της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και βιώνουν άμεσα κάθε θετική ή αρνητική μεταβολή στο πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

5.2. Αποτελέσματα

5.2.1. Ιδιωτικός τομέας: Έρευνα γνώμης επαγγελματιών υγείας του ιδιωτικού τομέα για τις υπηρεσίες υγείας

Στην ερώτηση 1: «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή;»

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 42 στους 60, δηλαδή το 70% θεωρεί ότι είναι καλή.

Στην ερώτηση 2: «Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε;»

Οι 36 στους 60, δηλαδή το 60%, θεωρεί ότι δεν είναι ανεπαρκείς οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται στον πολίτη.

Στην ερώτηση 3: Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.»

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 60%, δηλαδή 36 στους 60, συμφωνεί με αυτή την άποψη.

Στην ερώτηση 4: «Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.»

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 65%, δηλαδή 39 στους 60, συμφωνεί να πληρώσει περισσότερο.

Αξιολογούν δε τα προβλήματα στο χώρο εργασίας τους με την εξής σειρά βαρύτητας:

- 1^ο . Έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού
- 2^ο . Ανεπαρκής χρηματοδότηση
- 3^ο . Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης προσωπικού
- 4^ο . Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγηση
- 5^ο . Έλλειψη μηχανογράφησης, υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες
- 6^ο . Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής

Φαίνεται λοιπόν από την παραπάνω έρευνα οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα υγείας είναι σε γενικές γραμμές ευχαριστημένοι από την ποιότητα, την επάρκεια των υγειονομικών υπηρεσιών και της μεταχείρισης των ασθενών. Ωστόσο εμφανίζονται στην πλειοψηφία τους, απαισιόδοξοι για το μέλλον των υπηρεσιών υγείας, αφού συμφωνούν με την άποψη ότι μελλοντικά οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο

όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές λόγω των αυξημένων δαπανών. Συμφωνούν όμως στο να πληρώσουν περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες.

Θεωρούν δε ότι τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο εργασίας τους είναι η έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού, η ανεπαρκής χρηματοδότηση και η έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης προσωπικού. Αυτή η άποψη τους τεκμηριώνεται και από τις προτάσεις που εκθέτουν οι οποίες είναι:

1. Αύξηση προσλήψεων εξειδικευμένου προσωπικού, σωστή κατανομή αυτού και θέσπιση κινήτρων στον εργασιακό χώρο. Σωστή διοίκηση και οργάνωση
2. Αύξηση χρηματοδότησης, όχι άσκοπες σπατάλες σε άχρηστο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, εξοικονόμηση πόρων και καλύτερη κατανομή αυτών.
3. Απαραίτητη συνεχής επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού, ριζική αναδιάρθρωση των ιατρικών σπουδών στην Ελλάδα με βάση τα ευρωπαϊκά πρότυπα των αντίστοιχων σπουδών, για παράδειγμα της Αγγλίας, Σουηδίας.
4. Ένοποίηση ασφαλιστικών ταμείων

Οφείλουμε δε να σημειώσουμε ότι όπως φαίνεται από την έρευνα η έλλειψη μηχανογράφησης, οι υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες και η έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής, αποτελούν ελάχιστους σημασίας προβλήματα στον ιδιωτικό τομέα που ως φαίνεται μάλλον τα έχει επιλύσει και είναι ίσως αυτός ο λόγος που οδηγεί τον πολίτη στην επιλογή του ιδιωτικού τομέα υγείας.

5.2.2. Δημόσιος τομέας: Έρευνα γνώμης επαγγελματιών υγείας του δημόσιου τομέα για τις υπηρεσίες υγείας

Στην ερώτηση 1: «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή:»

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 33 στους 60, δηλαδή το 55% θεωρεί ότι είναι καλή. Συμφωνούν με τους επαγγελματίες ιδιωτικής υγείας.

Στην ερώτηση 2: «Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε:»

Οι 42 στους 60, δηλαδή το 70%, θεωρεί ότι είναι ανεπαρκείς οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται στον πολίτη. Άποψη που δεν βρίσκει σύμφωνους τους επαγγελματίες

υγείας στον ιδιωτικό τομέα, γεγονός αναμενόμενο αφού όπως είναι γνωστό στον ιδιωτικό τομέα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ικανοποίηση του «ασθενή – πελάτη».

Στην ερώτηση 3: Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.»

Εδώ φαίνεται να είναι πιο αισιόδοξοι οι επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα με του ιδιωτικού τομέα. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 55%, δηλαδή 33 στους 60, δεν συμφωνεί με αυτή την άποψη.

Στην ερώτηση 4: «Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.»

Και εδώ φαίνεται να συμφωνούν οι επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα με του ιδιωτικού τομέα αφού η πλειοψηφία αυτών, δηλαδή 33 στους 60 (55%), συμφωνεί να πληρώσει περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες.

Αξιολογούν δε τα προβλήματα στο χώρο εργασίας τους με την εξής σειρά βαρύτητας:

- 1^ο . Έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού
- 2^ο . Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης προσωπικού
- 3^ο . Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγηση
- 4^ο . Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής
- 5^ο . Ανεπαρκής χρηματοδότηση
- 6^ο . Έλλειψη μηχανογράφησης, υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες

5.3. Συζήτηση

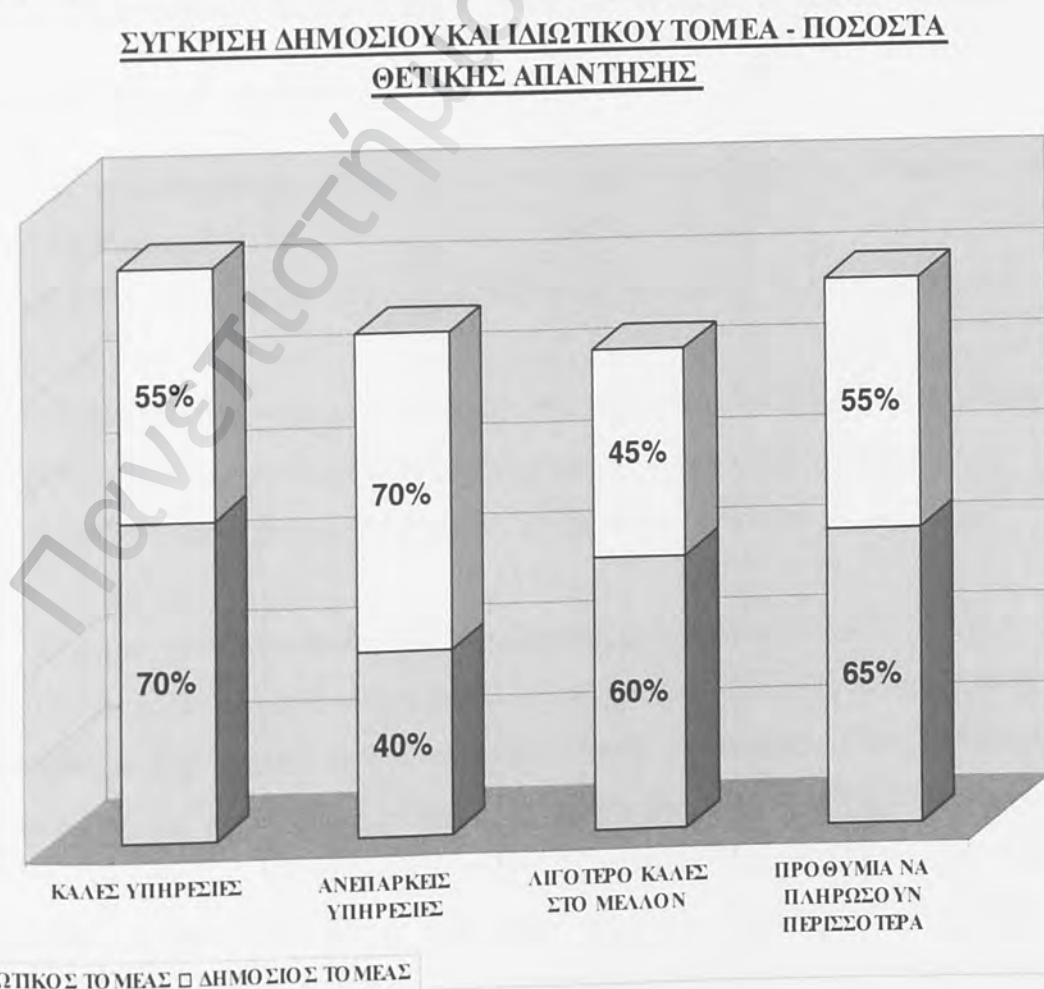
Από την παραπάνω έρευνα καταλήξαμε σε ένα τελικό συμπέρασμα σύγκρισης γνώμης επαγγελματιών υγείας (δημοσίου και ιδιωτικού) για τις υπηρεσίες υγείας. Από την έρευνα φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα είναι σε γενικές γραμμές ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, όπως άλλωστε και αυτοί του ιδιωτικού τομέα, θεωρούν όμως ότι είναι ανεπαρκείς οι υπηρεσίες υγείας για τον πολίτη, αντίθετα με αυτούς του ιδιωτικού τομέα που τις θεωρούν επαρκείς. Όλοι πάντως οι επαγγελματίες υγείας (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα), είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες στο μέλλον ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.

Επίσης οι επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα εμφανίζονται πιο αισιόδοξοι για το μέλλον από αυτούς του ιδιωτικού, αφού υποστηρίζουν μέσα από την έρευνα ότι στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη δεν θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.

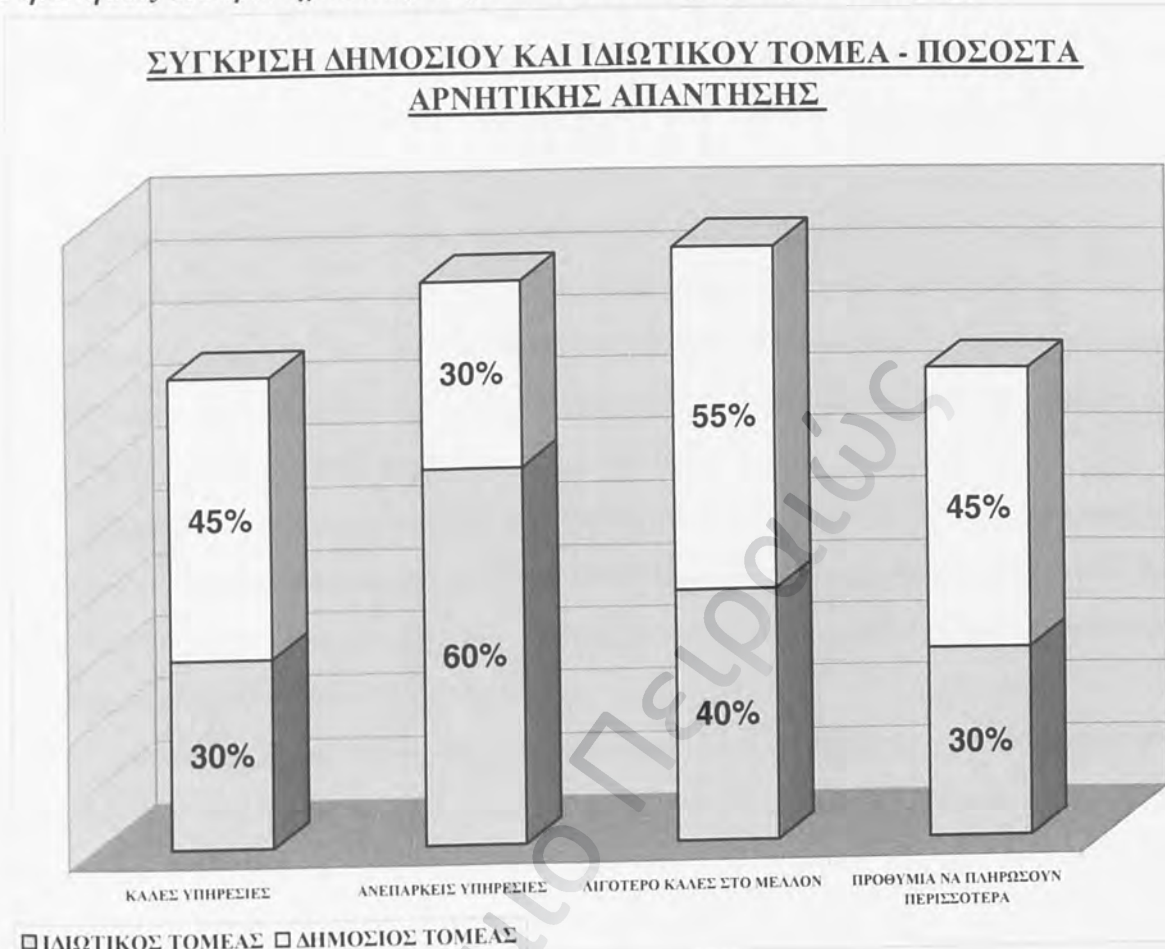
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Σύγκριση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΚΑΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	70%	30%	55%	45%
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	40%	60%	70%	30%
ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΚΑΛΕΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	60%	40%	45%	55%
ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ	65%	30%	55%	45%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Γραφική απεικόνιση σύγκρισης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τα ποσοστά θετικής απάντησης



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Γραφική απεικόνιση σύγκρισης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις 4 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με τα ποσοστά αρνητικής απάντησης



Σαν σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο εργασίας του δημόσιου τομέα φαίνεται να είναι:

- 1^ο. Έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού, όπως και στον ιδιωτικό.
- 2^ο. Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης προσωπικού
- 3^ο. Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγηση
- 4^ο. Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής

Αντίθετα προβλήματα όπως η ανεπαρκής χρηματοδότηση που αποτελεί όπως φαίνεται ένα από τα σημαντικότερα στον ιδιωτικό τομέα σύμφωνα με την άποψη των συμμετεχόντων στην έρευνα, δείχνει να εκλαμβάνεται ως έλασσον στον δημόσιο τομέα όπου φαίνεται να είναι σημαντικότερο το πρόβλημα της έλλειψης αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγηση καθώς και οι ελλείψεις υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής, που φαίνεται να μην αφορά και τόσο τον ιδιωτικό τομέα. Ενώ κοινό πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη προσωπικού και η απουσία συνεχούς

επιμόρφωσης.

Τέλος όσον αφορά στις προτάσεις των επαγγελματιών του δημοσίου τομέα δεν διαφέρουν από αυτές εκείνων του ιδιωτικού αλλά προστίθενται σε αυτές:

1. Αξιοκρατία και ύπαρξη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης
2. Απόκτηση επάρκειας υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής

Βλέπουμε λοιπόν ότι τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα, τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικές υπηρεσίες του ΙΚΑ δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των εργαζομένων σε αυτά (των προμηθευτών υγείας) ενώ δυσαρεστημένοι εμφανίζονται και εκείνοι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

Φαίνεται επομένως μέσα από τα ερωτηματολόγια και την αντίστοιχη έρευνα βάση αυτών, ότι υπάρχει επίγνωση των δυσκολιών στον τομέα της υγείας στη χώρα μας, γεγονός που καθιστά απαραίτητο τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης στον τομέα της υγείας.

Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Σύγκριση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα – Βαθμός σημαντικότητας προβλημάτων στο χώρο εργασίας των εργαζομένων της έρευνας,

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΒΑΘΜΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
Έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού	1	1
Ανεπαρκής χρηματοδότηση	5	2
Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης προσωπικού	2	3
Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης	3	4
Έλλειψη μηχανογράφησης, υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες	6	5
Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής	4	6

5.4. Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια σύντομης περιγραφής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο σημαντικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν – αν και προς την σωστή κατεύθυνση – δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών πόρων, δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας. Κυρίαρχος στόχος της πολιτείας είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης που παράγουν κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα αλλά και οι υγειονομικές υπηρεσίες του ΙΚΑ δεν ανταποκρίνονται σε μεγάλο βαθμό στις προσδοκίες των πολιτών, που σήμερα απαιτούν πιο ανθρώπινους χώρους νοσηλείας και περισσότερη προσοχή, αυτονομία και αξιοπρέπεια όταν χρειαστεί να εξεταστούν ή να νοσηλευτούν. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και αναφέρουν ότι τα περισσότερα παράπονα για τα δημόσια νοσοκομεία εκφράζονται από πολίτες με χαμηλό εισόδημα (που δεν έχουν την δυνατότητα να εξυπηρετηθούν από τα ιδιωτικά νοσοκομεία) και τα κυριότερα σημεία αιχμής της δυσαρέσκειας είναι:

- Η ακαταλληλότητα των χώρων υποδοχής και νοσηλείας των ασθενών, αφού παρατηρούνται προβλήματα στη συντήρηση των χώρων του νοσοκομείου και του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, την καθαριότητα, την ποιότητα του φαγητού, την μείωση του αριθμού των κρεβατιών ανά δωμάτιο
- Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και τραυματιοφορέων
- Η έλλειψη σεβασμού από το προσωπικό, κυρίως το διοικητικό
- Η πρακτική των υγειονομικών να μην ζητούν την άδεια του ασθενούς πριν αρχίσουν κάποια εξέταση ή θεραπεία.
- Η απουσία «έγκαιρης» προσοχής για την οποία παραπονούνται πολλοί ασθενείς κυρίως στα νοσοκομεία.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών σχεδιάστηκε η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών. Όσον αφορά τις υλικοτεχνικές υποδομές, τα τελευταία δέκα χρόνια, ιδρύθηκαν δεκαπέντε νέα περιφερειακά νοσοκομεία, κάποια εκ των οποίων

πανεπιστημιακά, ανακαινίστηκαν κάποια άλλα, ή πτέρυγες νοσοκομείων και ενισχύθηκε το ανθρώπινο δυναμικό με 20.000 προσλήψεις, (εκ των οποίων το 1/2 νοσηλευτικό προσωπικό). Επίσης ψηφίστηκαν νόμοι για τους Επιθεωρητές Υγείας, την προμήθεια των νοσοκομείων, και την Δημόσια Υγεία.

Όλες αυτές οι υποδομές αποτελούν έργα υψίστης σημασίας για την χώρα μας και κυρίως για την ελληνική περιφέρεια. Παρόλα αυτά τα προβλήματα στο χώρο της υγείας παραμένουν και η δυσανεξία των πολιτών είναι μεγάλη.

Παρά το γεγονός ότι η οικονομία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της ασφάλισης υγείας αποτελούν πρώτη και επείγουσα προτεραιότητα, εντούτοις η υπάρχουσα χρηματοδοτική εμπλοκή προκαλεί αναδιανομή προς όφελος των ιατροβιομηχανιών και επιτρέπει συνδυαστικά την περικοπή των δημοσίων δαπανών για την υγεία με την ταυτόχρονη εισαγωγή υψηλών ποσοστών άτυπης ίδιας συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών. Η εξέλιξη αυτή δίνει προνόμια χρηματοδότησης επιλεγμένων υπηρεσιών υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας. Για τα κοινωνικά στρώματα που δεν έχουν εισοδηματική δυνατότητα υψηλής ιδιωτικής δαπάνης επιφυλάσσεται η πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες, υποδεέστερης ποιότητας και περιορισμένης έκτασης προνοιακού χαρακτήρα.

Σε γενικές γραμμές πάντως μπορούμε να επισημάνουμε ότι οι αδυναμίες του συστήματος υγείας στη χώρα μας είναι η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας -κυρίως στα αστικά κέντρα- και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας, η έλλειψη ικανοποιητικών «ξενοδοχειακών» υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία, οι σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού), η υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας, ο συγκεντρωτισμός, η γραφειοκρατία, η έλλειψη μηχανογράφησης.

Βέβαια, ένα σχέδιο μεταρρύθμισης κα οργάνωσης έχει δυσκολίες. Είναι φανερό ότι υπό τις παρούσες οικονομικές και εργασιακές συνθήκες η γενναία στήριξη του κρατικού προϋπολογισμού στην υγεία είναι όρος απαραίτητος για τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Οι προτάσεις που πρέπει εκθέσουμε θα διέπονται από:

1. Την καθολικότητα των υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες,
2. την ελεύθερη και ισότιμη προσέγγιση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας την ώρα της ανάγκης ανεξάρτητα οικονομικών και κοινωνικών όρων,

3. τη διατήρηση της τριμερούς χρηματοδότησης του συστήματος και της εγγύησης του κράτους στην αναβάθμιση και ανάπτυξη του συστήματος υγείας
4. το δημοκρατικό έλεγχο με προάσπιση των εκλεγμένων οργάνων και τη συμμετοχή στα νέα όργανα
5. τα νόμιμα εργασιακά δικαιώματα των γιατρών του ΕΣΥ (μονιμότητα, ΝΠΔΔ, θέσεις εργασίας, οργανισμοί νοσηλευτικών μονάδων, συνταξιοδοτικό, εξέλιξη μισθολογικό, συλλογικές διαπραγματεύσεις).
6. τη θεσμοθέτηση του ΕΦΥ ως ενιαίο φορέα συνδεδεμένο με το ΕΣΥ χωρίς τις νεότερες πολιτικές διαχωρισμού αγοραστών και πωλητών που εισάγει η κυβέρνηση
7. τη βελτίωση της λειτουργικότητας των υπηρεσιών υγείας
8. τη σταθερή επέκταση του δημόσιου τομέα υγείας και την αναστροφή της μετάγγισης πόρων από το δημόσιο στον ιδιωτικό στόχο με στόχο τη διατήρηση της αναδιανεμητικής λειτουργίας του συστήματος υπέρ των ασθενέστερων
9. το σεβασμό της ανθρώπινης ζωής ανεξαρτήτως χρώματος φύλλου θρησκεύματος εθνικότητας οικονομικής και πολιτισμικής θέσεως υπηρετώντας τον ουμανισμό και το νόημα της ιατρικής. Το θέμα είναι θεμελιακής σημασίας για τη συνεκτικότητα τόσο όσο αφορά τη συνεκτικότητα των δεσμών της κοινωνίας όσο και τη δημόσια υγεία.

5.5. Προτάσεις

5.5.1. Προτάσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας

Ποιοι όμως πρέπει να είναι οι βασικοί στόχοι για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας; Ποιο κάτω παραθέτονται κάποιες προτάσεις που κατά την γνώμη μας θα μπορούσαν να συμβάλουν σε αυτή την κατεύθυνση.

- ✓ Να εξασφαλιστεί το δικαίωμα της Υγείας σε υψηλό ποιοτικά επίπεδο, τόσο για τον κάθε πολίτη όσο και για τη Δημόσια Υγεία συνολικά, βελτιώνοντας άμεσα την υλικοτεχνική υποδομή, την οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων, τον εξοπλισμό, τους χώρους καθαριότητας, το εύρος και την ποιότητα των γευμάτων, την δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου, κλπ. Επίσης θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη κρατική χρηματοδότηση στην βελτίωση των νοσοκομείων των

μεγάλων αστικών κέντρων (Αθήνας, Θεσσαλονίκης), λόγω της υπέρ-συγκέντρωσης του πληθυσμού.

- ✓ Να εξαλειφθούν οι ανισότητες μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, μέσω ενός νέου εθνικού προγραμματισμού. Για το σκοπό αυτό, απαιτείται η δημιουργία υγειονομικού χάρτη της χώρας στον οποίο θα καταγράφονται το ανθρώπινο δυναμικό, η υλικοτεχνική υποδομή, οι ελλείψεις και οι ανάγκες κάθε περιοχής της χώρας. Με γνώμονα τον υγειονομικό χάρτη, θα δημιουργηθούν νέες μονάδες υγείας, όπου είναι απαραίτητο, και θα εξειδικεύεται και κατανέμεται το ιατρικό δυναμικό και το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας. Απαραίτητη είναι η σύνδεση της αγοράς εργασίας του χώρου της υγείας με την εκπαίδευση, δηλαδή με άλλα λόγια να δημιουργηθούν σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικές με τις ειδικότητες που έχουν ζήτηση στην αγορά εργασίας της υγείας.
- ✓ Να εκσυγχρονιστεί το σύστημα υγείας, με την καθιέρωση του ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου για κάθε ασθενή. Ο φάκελος αυτός θα συνοδεύει υποχρεωτικά τον ασθενή σε όλες τις ιατρικές υπηρεσίες και σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης, με όλες τις ασφαλιστικές δικλίδες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
- ✓ Να διαμορφωθούν ενιαίοι όροι λειτουργίας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα πάντα με τις σύγχρονες επιστημονικές προδιαγραφές αλλά και τους κανόνες που θέτει το κράτος, το οποίο και θα εποπτεύει την εφαρμογή τους.
- ✓ Να διαμορφωθεί, σε εθνικό επίπεδο, ένα ενιαίο πλαίσιο που θα εξασφαλίζει σύγχρονη και υψηλού επιπέδου εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας.
- ✓ Να εξασφαλιστεί η συνεχής εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης, ποιοτικού ελέγχου και πιστοποίησης του συστήματος υγείας και κάθε μονάδας. Επίσης, να εξασφαλιστεί η συνεχής αξιολόγηση του ιατρικού δυναμικού και των επαγγελματιών υγείας. Βασικό είναι επίσης η επιλογή και η εξέλιξη των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας να γίνεται με βάση ουσιαστικά αξιοκρατικά κριτήρια.
- ✓ Να δημιουργηθεί ένα αυστηρός και αξιόπιστος ελεγκτικός μηχανισμός για όλες τις βαθμίδες του συστήματος Υγείας και να προστατευθούν πλήρως τα δικαιώματα του πολίτη ίσως με την ίδρυση μία νέας Ανεξάρτητης Αρχής ή κάποιας διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας.

- ✓ Να απλοποιηθούν σημαντικά οι γραφειοκρατικές διαδικασίες.
- ✓ Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να αυξηθεί το ποσοστό δικτύωσης και συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας, με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης. Έχοντας επίγνωση των δυσκολιών, πιστεύουμε ότι είναι δυνατόν να δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις τόσο με τη δημιουργία του θεσμικού πλαισίου, όσο και με τον κατάλληλο οικονομικό σχεδιασμό, ώστε να εξασφαλισθούν οι πόροι που απαιτούνται για τη σταδιακή εφαρμογή των αλλαγών και την υλοποίηση των προτεινόμενων μέτρων. Την ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης στον τομέα της υγείας υπογραμμίζουν οι επιστήμονες της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας [20], ώστε να προβλεφθούν:

- ✓ Κοινωνικές πολιτικές καταπολέμησης της φτώχειας, οι οποίες θα βελτιώσουν το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού. Στο επίκεντρο πρέπει να τεθούν η δημιουργία νέων θέσεων απασχόλησης, επενδύσεων στην εκπαίδευση, κατάρτισης και δια βίου μάθησης.
- ✓ Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο μιας ευρύτερης αναμόρφωσης του φορολογικού και κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Η μεταρρύθμιση της κοινωνικής πολιτικής, πάντως προϋποθέτει την φορολογική μεταρρύθμιση και την αναδιάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης, έτσι ώστε να επιτευχθεί η δικαιότερη κατανομή των πόρων μέσα από προοδευτικούς μηχανισμούς αναδιανομής. Πόσο μάλλον, αφού στον τομέα της υγείας παρουσιάζεται μια χρόνια υποχρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών από πηγές της κεντρικής διοίκησης και της κοινωνικής ασφάλισης. Άλλωστε η ανεπάρκεια των πόρων και η εισαγωγή μηδενικών τιμών από την πλευρά του δημόσιου τομέα έχει ως αποτέλεσμα η πρόσβαση να εξαρτάται από τις ίδιες πληρωμές και / ή τις παραπληρωμές, δηλαδή από το εισόδημα του πολίτη, γεγονός που αναιρεί την αρχή της ίσης πρόσβασης. Ως εκ τούτου η διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης της περίθαλψης από τη γενική φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές καθίσταται αναγκαία και ικανή συνθήκη της υγειονομικής μεταρρύθμισης.
- ✓ Παρεμβάσεις στο σύστημα Υγείας με έμφαση στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό. Η διασφάλιση

της ποιότητας και η βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας με σκοπό την καλύτερη ικανοποίηση των πολιτών καθώς και ο έλεγχος του οικονομικού κόστους για την επίτευξη της οικονομικής αποδοτικότητας, συνιστούν τις βασικές επιδιώξεις των σύγχρονων υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Όμως η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών απαιτεί πρωτίστως την επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο.

Η υγεία δέχεται ισχυρά πλήγματα από την γενικότερη ιδιωτική πρωτοβουλία που κινείται στους εξής άξονες:

1. Ισχυρό πλήγμα στο δημόσιο τομέα υγείας με τον καθορισμό ιδιωτικών - οικονομικών κριτηρίων για να λειτουργεί σαν επιχείρηση, πράγμα που σημαίνει ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται και στην πορεία θα αντιμετωπίζονται ακόμα περισσότερο σαν πελάτες. Επί της ουσίας υποχωρεί συνεχώς, καταργείται κάθε υποχρέωση του κράτους να παρέχει δωρεάν και ισότιμες υπηρεσίες υγείας σε όλους.
2. Υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό που οδηγεί σε νέα βάρη στα ασφαλιστικά ταμεία και τα λαϊκά στρώματα.
3. Επέκταση του ιδιωτικού τομέα με νέες επενδύσεις και εξαγορές και εκμετάλλευση της μείωσης και της υποβάθμισης του δημόσιου τομέα και των υπηρεσιών που παρέχει για την εκμετάλλευση περισσότερων ασθενών και την αύξηση της κερδοφορίας των επιχειρηματιών και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.
4. Οι αλλαγές αυτές συμβαδίζουν με τις αλλαγές στο ασφαλιστικό σύστημα που δεν περιορίζονται στην αύξηση του ορίου ηλικίας και τη μείωση των συντάξεων αλλά επεκτείνονται στην ιδιωτικοποίηση της κοινωνικής ασφάλισης με αιχμή τα επαγγελματικά ταμεία. Με αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία αναλαμβάνουν μεγαλύτερο βάρος για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και την κάλυψη του κενού της υποχρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό. Βρισκόμαστε σε περίοδο μεγαλύτερης σύνδεσης των ασφαλιστικών ταμείων με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και μαζικής αγοράς υπηρεσιών από τους επιχειρηματίες που λυμναιούνται το χώρο της υγείας.

Στα πλαίσια αυτά πρέπει να δρομολογούνται μέτρα σαν εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και χρηματοδότησης, του συστήματος υγείας, π.χ. νοσηλεία μιας ημέρας, μετατροπή νοσοκομείων σε Κ.Υ., συμμετοχή στο νοσήλιο κλπ. Βάση όλων αυτών που προαναφέραμε δεν θα μπορούσαμε να μην προτείνουμε κάποιες λύσεις για την αναδιάρθρωση του συστήματος της υγείας. Έτσι θεωρούμε σημαντικό να λάβει υπόψη του το κράτος πρόνοιας ότι πρέπει:

- Μια νέα οργανωτική και διοικητική δομή του ΕΣΥ, με βάση την περιφέρεια, θα πρέπει να συνδυάζει αρμονικά ένα εθνικά χρηματοδοτούμενο σύστημα υπηρεσιών με υπηρεσίες που βασικά παρέχονται σε τοπικό επίπεδο και είναι προσανατολισμένες στην εξυπηρέτηση του πολίτη.
- Εξασφάλιση δυνατότητας στις περιφέρειες, τις νομαρχίες, τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας και τη δημόσια υγεία να συντονίζουν τις υπηρεσίες τους.
- Η ιεραρχική δομή σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο να εξασφαλίζει την ομαλή μεταβίβαση των προτεραιοτήτων από το κέντρο στην περιφέρεια και να επιτρέπει την αξιολόγηση της απόδοσης των περιφερειακών διοικήσεων.
- Οι ανθρώπινοι πόροι χρειάζεται να ανανεωθούν και ειδικότερα για τις διευθυντικές θέσεις σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, θα πρέπει να έχουν αποδεδειγμένη εμπειρία διοίκησης και γνώσης των προβλημάτων του τομέα υγείας.
- Ορθολογικός σχεδιασμός και ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων, που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαραίτητες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο.
- Οι διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης θα πρέπει να απεμπλακούν από αναποτελεσματικές δημοσιοϋπαλληλικές πρακτικές.
- Η κάλυψη κενών οργανικών θέσεων θα «παγώσει» καταρχήν με τη μεταφορά των θέσεων και αρμοδιοτήτων στις περιφερειακές διευθύνσεις υγείας και την ανακατανομή ρόλων των δύο οργάνων (περιφέρεια-νομαρχία).
- Η κάλυψη των θέσεων γιατρών δημόσιας υγείας (νομαρχίες) με παράλληλη μεταφορά μέρους αυτών στις υπό δημιουργία περιφερειακές υπηρεσίες υγείας κρίνεται άμεσης προτεραιότητας. Η στελέχωση με προσωπικό και από άλλα επαγγέλματα υγείας θα βοηθήσει στη λειτουργία νέων και παλαιών δομών αποτελεσματικά.

5.5.2. Προτάσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών στα νοσοκομεία

- Πρέπει να προχωρήσουμε στο λειτουργικό συντονισμό των νοσοκομείων.
- ✓ Πέρα από τα συγκροτήματα, πιστεύουμε πως πρέπει να υπάρξουν ενιαίοι όροι και κανόνες για συντονιστικές υπηρεσίες προγραμματισμού στα δημόσια νοσοκομεία που θα καθορίζουν τις προδιαγραφές, το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας, τους όρους

διαμόρφωσης του νοσηλίου, τις τιμές και τις αγορές φαρμάκων τη καθιέρωση του νοσοκομειακού συνταγολογίου και τους ενιαίους κανόνες λειτουργίας. Επίσης θα πρέπει να προχωρήσει η ενοποίηση υπηρεσιών σε επίπεδο συγκροτήματος η και σε μεγαλύτερα σύνολα. Οι υπηρεσίες καθαρισμού, τεχνική υπηρεσία, τραπεζοκόμοι, παρασκευή φαγητού (ξενοδοχειακές υπηρεσίες) θα μπορούσαν να προχωρήσουν σε λειτουργικό συντονισμό για καλύτερη και αποτελεσματικότερη διεκπεραίωση των έργων τους.

- ✓ Άμεσα θα πρέπει να μελετηθεί η λειτουργία των Νοσοκομείων και με απογευματινό ωράριο, ιδιαίτερα στις μονάδες τεχνολογίας (αξονικοί τομογράφοι) διαφυλάσσοντας τα δικαιώματα των εργαζομένων χωρίς εγκαθίδρυση κυκλικού ωραρίου .
- ✓ Άμεσος στόχος μας πρέπει να είναι η προετοιμασία και η μελέτη νέων μεθόδων για μείωση του χρόνου νοσηλείας. Άμεσα θα πρέπει να καταρτιστούν προγράμματα και υπηρεσίες για τη νοσηλεία στο σπίτι των χρονίως πασχόντων όπως καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, άτομα τρίτης ηλικίας, ανάπτυξη αντίστοιχων τμημάτων.
- ✓ Παράλληλα η ανάπτυξη κοιτώνων υποδοχής σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση θα λύσει λειτουργικά προβλήματα των νοσοκομείων αλλά και των αρρώστων.
- ✓ Δυνατότητα στα αντικαρκινικά νοσοκομεία για την ίδρυση τμημάτων ημερήσιας νοσηλείας με αξιοποίηση των κοινωνικών προγραμμάτων.
- ✓ Ιδιαίτερο ρόλο στα πλαίσια εκσυγχρονισμού των δημοσίων νοσοκομείων παίζει η ανάπτυξη της πληροφορικής στον δημόσιο τομέα. Πρέπει να διαφοροποιηθούμε από ανεδαφικές προτάσεις που η προοπτική τους δεν συμβαδίζει με τις αρχές της αποκέντρωσης, αντίθετα προωθεί συγκέντρωση υπηρεσιών στο Λεκανοπέδιο.
- ✓ Η δημιουργία γραφείων δημοσίων σχέσεων θα βοηθήσει στην κατάλληλη προβολή του έργου του νοσοκομείου στη σύγχρονη κοινωνία των Μ.Μ.Ε.
- ✓ Η άμεση βελτίωση της γραμματειακής υποστήριξης των τηλεφωνικών κέντρων, η καταπολέμηση της γραφειοκρατίας καθώς και ο έλεγχος και ο προγραμματισμός στο σύστημα προμηθειών και έργων θα βοηθήσουν στην αναβάθμιση της λειτουργίας των νοσοκομείων.
- ✓ Παράλληλα σε επίπεδο συγκροτημάτων να δημιουργηθούν επιτροπές παρακολούθησης των ερευνητικών προγραμμάτων και επιτροπή παρακολούθησης της απορρόφησης των πόρων με συμμετοχή συνδικαλιστικών εκπροσώπων.

- ✓ Να αναβαθμιστεί ο ρόλος των Νοσοκομείων σαν Κέντρα Μεταπτυχιακής κατάρτισης και να προβλέπεται η δημιουργία τμήματος ΚΕΚ – εκπαίδευσης στους οργανισμούς των περιφερειακών νοσοκομείων και όσων έχουν μέχρι σήμερα λειτουργήσει με αντίστοιχη χρηματοδότηση.
- ✓ Κανένα ράντζο πια στα νοσοκομεία. Αύξηση των κλινών στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη.
- ✓ Ορθολογικός σχεδιασμός και ακριβής ταξινόμηση επαγγελματιών υγείας (ανθρωπίνων πόρων) που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαραίτητες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο.

5.5.3. Προτάσεις για την βελτίωση του ΕΣΥ

Το ΕΣΥ είχε να αντιμετωπίσει πολύπλοκα και πολυάριθμα προβλήματα που θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως ακολούθως:

- Την ελλιπή οργάνωση και λειτουργία
- Τη χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα
- Την ανισότητα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια αλλά ακόμα και μέσα στα όρια της ίδιας της περιφέρειας.
- Τον πληθωρισμό του ιατρικού επαγγέλματος
- Την ταχύτατη και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, που εκμεταλλεύεται τις αδυναμίες του ΕΣΥ
- Την απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου που να διέπει τη λειτουργία του συστήματος και να καθιερώνει μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησής του.
- Τις παγιωμένες αρνητικές πρακτικές, συμπεριφορές και πρακτικές

Οι παραπάνω δυσλειτουργίες ακυρώνουν στην πράξη βασικές αρχές του ΕΣΥ, όπως η ολοκληρωμένη, καθολική και ισότιμη φροντίδα και περίθαλψη, ταλαιπωρούν τον ασθενή και οδηγούν σε κατασπατάληση πολύτιμων υγειονομικών πόρων. Την κατάσταση αυτή ήρθε να διορθώσει ο Ν 2889/2001, για την υγεία, θεσπίζοντας το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης, και την αρχή της ενίσχυσης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, προκαλώντας τομέες στο μέχρι τότε σύστημα υγείας.

Η μεταρρύθμιση για την υγεία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας, την ανάπτυξη και οργάνωση της δημόσιας

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της ενιαίας χρηματοδότησης και αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων, τις προμήθειες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, την οργάνωση και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα, την εκπαίδευση των ιατρών. Ο βασικός στόχος της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ θα πρέπει να είναι η μετατροπή του σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας και επιμέρους μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας. Για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
2. Η κατοχύρωση ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και ορθής αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών
3. Η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ
4. Η διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ και η συγκρότηση ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας στο επίπεδο της περιφέρειας.
5. Η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων
6. Η ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος
7. Η επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας
8. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας
9. Η ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος
10. Η καθιέρωση και άσκηση αποτελεσματικών ελέγχων στην παροχή των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας
11. Η έμφαση στις πολιτικές που ενισχύουν την ιατρική, η οποία βασίζεται στην τεκμηριωμένη γνώση.

5.5.3.1. Προτάσεις για την βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας

Η πρώτη ανάγκη εξέλιξης του ΕΣΥ είναι να οργανωθεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ενοποιώντας όλες τις υπάρχουσες υπηρεσίες (ΕΣΥ, ΙΚΑ, ΑΓΡΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ) και αναπτύσσοντας τα αστικά κέντρα υγείας στηρίζοντας και στελεχώνοντας τα αγροτικά Κέντρα Υγείας αναπτύσσοντας το θεσμό του Οικογενειακού Γιατρού. Συγκεκριμένα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προτείνουμε:

1. Άμεσα πρέπει να προχωρήσει η λειτουργική ενοποίηση ΙΚΑ – ΕΣΥ έτσι ώστε να μη ταλαιπωρούνται οι ασθενείς σε γραφειοκρατικές πράξεις και να έχουν άμεση πρόσβαση οι ασφαλισμένοι του ενός φορέα στις υπηρεσίες του άλλου.
2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα θα πρέπει να είναι διασυνδεδεμένη και όχι διαχωρισμένη από την εξειδικευμένη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Η σχεδιαζόμενη αυτοτέλεια των Κέντρων Υγείας ουσιαστικά θα υποβαθμίσει τα Κέντρα Υγείας και θα ταλαιπωρήσει τους ασθενείς με τις διπλές αρμοδιότητες και διαχωρισμούς. Δεν μπορεί να υπάρξει ξεχωριστός προϋπολογισμός των Κ.Υ. αλλά στενή συνεργασία με τη μονάδα Υγείας.
3. Σήμερα πιστεύουμε πως πρέπει να υπάρχει ενιαία μονάδα Υγείας που θα διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε περιοχής. Θα πρέπει να μπορούν όσοι πολίτες το επιθυμούν να επιλέγουν οικογενειακό γιατρό και γιατρούς νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας.
4. Θα πρέπει να προσδιοριστεί και να ξεκαθαριστεί ο τρόπος εργασίας της νοσηλεύτριας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
5. Χρειάζονται ειδικές ρυθμίσεις για τα μικρά νησιά και τις ακριτικές περιοχές.
6. Θα πρέπει να αναβαθμιστεί ο ρόλος των αγροτικών ιατρείων με γιατρούς ειδικοτήτων όπου χρειάζεται.
7. Να καθοριστεί με Προεδρικό Διάταγμα η αναγκαία αναλογία των Οικογενειακών Γιατρών μετά από μελέτη, που χρειάζονται στη χώρα μας.
8. Οι Γιατροί του ΕΦΥ απασχολούνται με πλήρη δικαιώματα εργασίας στα Κέντρα Υγείας και εφημερεύουν. Η πρόσληψη τους γίνεται με προκήρυξη και με Συμβούλια επιλογής με αντικειμενικά κριτήρια. Η διαμόρφωση των υγειονομικών αναγκών θα καταλήξει σε ένα μόνιμο ιστό ιατρών με κατεύθυνση στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα.
9. Οι Μονάδες Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αναπτύσσονται με βάση τη περιφερειακή συγκρότηση και τις αστικές περιοχές αλλά μπορούν να αποτελούν και τμήματα των νοσοκομείων με εξειδικευμένο προσανατολισμό. Γιατροί των νοσοκομείων μπορούν να ασχολούνται και στη πρωτοβάθμια.(π.χ. μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι, γυναικολόγοι, παιδίατροι κ.α.)
10. Η συμμετοχή σε εταιρεία, διαγνωστικό κέντρο, ιδιωτική κλινική ή κάθε είδους σύμβαση με ιδιωτικούς φορείς αποκλείει τη συμμετοχή στις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

11. Σε κάθε αστικό κέντρο υγείας που αναπτύσσεται γεωγραφικά και σε περιφερική σύνδεση με μεγάλα νοσοκομεία υπηρετούν όλες οι ειδικότητες είτε ως μόνιμη σύνθεση, είτε ως τακτή ανά εβδομάδα παρουσία.
12. Επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη – ενίσχυση του ΕΚΑΒ με τα πιο σύγχρονα μέσα μεταφορά και επικοινωνίας. Οργάνωση της επί τόπου περίθαλψης των τραυματιών και βαρέως πασχόντων με εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Περιορισμός των ιδιωτικών επιχειρήσεων στη μεταφορά περιστατικών που δεν χρίζουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα

5.5.3.2. Προτάσεις για την βελτίωση της Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Η διαπίστωση της συσσωρευμένης κρίσης του συστήματος της Β΄ Περίθαλψης είναι καθημερινό γεγονός εδώ και πολλά χρόνια. Για να αξιολογήσει κανείς τα αίτια της κρίσης θα πρέπει να αναφερθεί στο μακρόχρονο περιορισμό των δημοσίων δαπανών αλλά και στην ουσιαστική έλλειψη πολιτικής για τη διάσωση αυτού του εθνικού κεφαλαίου από τους κυβερνώντες. Η κρίση επηρεάζει όλο το φάσμα λειτουργίας των νοσοκομείων και καθημερινά εκφράζεται στο τρόπο παροχής υπηρεσιών στους πολίτες. Στα νοσοκομεία διακρίνουμε προβλήματα που έχει όλη η δημόσια διοίκηση. Οι ανεπάρκειες αυτές οφείλονται και σε ένα μεγάλο μέρος στην έλλειψη προγραμμάτων εκπαίδευσης. Η τοποθέτηση μάντζερ ίσως να επιλύσει προβλήματα του μηχανισμού της διοίκησης ώστε να καταπολεμηθεί η ανεπάρκειά του. Επίσης τα περισσότερα νοσοκομεία δεν διαθέτουν ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα και συχνά το υπάρχον διοικητικό προσωπικό δεν διαθέτει την απαραίτητη εξειδίκευση για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σύγχρονου νοσοκομείου. Στην διοικητική ανεπάρκεια θα πρέπει να αναφέρουμε και την εγκατάσταση της μηχανοργάνωσης που αναμένεται να βελτιώσει τη λειτουργία των νοσοκομείων.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών σχεδιάστηκε η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) και στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών. Τα τελευταία δέκα χρόνια, ιδρύθηκαν 15 νέα περιφερειακά νοσοκομεία, κάποια εκ των οποίων πανεπιστημιακά, ανακαινίστηκαν κάποια άλλα, ή πτέρυγες νοσοκομείων και ενισχύθηκε το ανθρώπινο δυναμικό με 20.000 προσλήψεις, (εκ των οποίων το 1/2 νοσηλευτικό προσωπικό). Ψηφίστηκαν νόμοι για τους Επιθεωρητές Υγείας, την προμήθεια των νοσοκομείων, και

την Δημόσια Υγεία. Το εκάστοτε υπουργείο με τις ρυθμίσεις του για τα νοσοκομεία θα πρέπει να προσπαθεί να μειώσει την παρέμβαση κάθε μη σωστού παράγοντα στην αγορά υπηρεσιών, και να παραδώσει τις υπηρεσίες της Β' Περίθαλψης στην αγορά με αποτέλεσμα την αποδιάρθρωση του δημόσιου αλλά και του ιδιωτικού τομέα.

Πρέπει να δοθούν προτεραιότητες στα εξής ζητήματα:

1. Διευκόλυνση πρόσβασης των οχημάτων του ΕΚΑΒ σε κατάλληλα σχεδιασμένους χώρους υποδοχής των επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) με το ανάλογο εξειδικευμένο προσωπικό σ' αυτούς.
2. Οργάνωση τραυματολογικών κέντρων στους άξονες των Εθνικών δρόμων και σε πρώτη φάση σε Κόρινθο – Λαμία – Λάρισα – Καβάλα – Αλεξανδρούπολη – Καλαμάτα – Τρίπολη – Άρτα – Ιωάννινα – Μυτιλήνη – Σύρος – Ρόδος – Κέρκυρα – Ηράκλειο).
3. Οργάνωση μονάδων εντατικής θεραπείας και παιδιατρικών ΜΕΘ και κλινικών σε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο.
4. Μονάδες βραχείας νοσηλείας – κλινικής ημέρας και Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) σε όλα τα Νοσοκομεία.
5. Προγραμματισμός της αναγκαίας νέας τεχνολογίας ανά Νοσοκομείο – συγκρότημα – περιφέρεια με υποχρέωση των προμηθευτριών εταιρειών για εξάμηνη εκπαίδευση τεχνικών και Ιατρικού Προσωπικού για κάθε αγορά Ιατρικού μηχανήματος, συντήρηση, επισκευή και αναβάθμιση αυτής της τεχνολογίας.
6. Συμπλήρωση της κτιριακής υποδομής ανά Νοσοκομείο κυρίως σε εργαστήρια, χειρουργεία με κύριο βάρος στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Απαραίτητη θεωρείται η ανανέωση και βελτίωση της ξενοδοχειακής υποδομής και εξοπλισμού όλων των Νοσοκομείων.
7. Επανεκτίμηση και εκσυγχρονισμό όλων των οργανισμών των Νοσοκομείων (Διοίκηση, τεχνολογία, ανθρώπινοι πόροι, ξενοδοχειακός εξοπλισμός κ.α.).
8. Ανάπτυξη σχέσεων ασφαλιστικών ταμείων και Νοσοκομείων για την αλληλοκάλυψη αναγκών. Επιδότηση από το ΙΚΑ αγοράς μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας που εγκαθίστανται στα νοσοκομεία με σύγχρονη κάλυψη των αναγκών σε εργαστηριακές εξετάσεις του ΙΚΑ.
9. Αποτελεσματική διοίκηση με προγράμματα εκπαίδευσης, ικανούς μανάτζερ, εξειδικευμένο προσωπικό, ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα, εγκατάσταση μηχανοργάνωσης, μηχανισμούς ελέγχου κ.α.

10. Εξασφάλιση του αναγκαίου και εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς).
11. Αντιμετώπιση των ολοένα αυξανόμενων αναγκών σε υπηρεσίες περίθαλψης (ιατρικές επισκέψεις, ημέρες νοσηλείας, ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη) της τρίτης ηλικίας που χαρακτηρίζεται από χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και που αριθμητικά αυξάνεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία έτη.

5.5.4. Προτάσεις για την βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία

Το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται είναι το εξής: Τι πρέπει ή τι μπορεί να γίνει για να επιτευχθούν οι στόχοι ενός οργανωμένου σχεδιασμού για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία; Η απάντηση είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει τουλάχιστον τα παρακάτω:

- Ανάλυση της παρούσας προσφοράς - Μελλοντική πρόβλεψη
- Ανάλυση της παρούσας ζήτησης - Μελλοντική πρόβλεψη
- Ανάλυση της παρούσας και μελλοντικής παραγωγικότητας
- Συνδυασμός της μελλοντικής ζήτησης με την προσφορά - Αποφάσεις.

Η περαιτέρω ποσοτική και ποιοτική ανανέωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού (π.χ. ιατρών και νοσηλευτών, ιδιαίτερα σε νέες αναγκαίες ειδικότητες) μπορεί να ακολουθήσει το μοντέλο των «τριών σταδίων» ανάπτυξης, που περιλαμβάνει:

1. Ολοκλήρωση των σχεδίων εφαρμογής ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινου δυναμικού, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (pre-pathogenic stage)
2. Περιορισμό εγχώριας παραγωγής και εισαγωγής νέου ανθρώπινου δυναμικού με βάση υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες (early pathogenic stage)
3. Μείωση της υπάρχουσας προσφοράς σε ορισμένες ειδικότητες, καθώς και εξέταση του επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού της (late pathogenic stage).

Ο όρος «διοίκηση του προσωπικού» μεταβάλλεται σε «ανάπτυξη και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων». Η μειωμένη εμπιστοσύνη και η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας θα αμβλυνθεί, εκτός του σχεδιασμού, με καλύτερα

εκπαιδευμένο και με ουσιαστικά κίνητρα προσωπικό. Η θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής θέσης εργασίας θα βοηθήσει να ξεκαθαριστεί η έννοια της ευθύνης (accountability) του καθενός. Η ενιαιοποίηση του θεσμικού πλαισίου και η μερική αυτονομία των νοσοκομείων ως αυτοδύναμων οργανισμών-επιχειρήσεων θα δώσει αναπτυξιακό χαρακτήρα στις προσπάθειες του προσωπικού και των διοικούντων. Είναι αναγκαίο να εκπονηθούν και να εφαρμοστούν συστήματα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας (labour quality assurance), που θα ελέγχουν ορθά το παραγόμενο έργο και θα θέτουν σαφείς προτεραιότητες στον προγραμματισμό.

Ο «εμβολιασμός» του συστήματος με 1.000 περίπου νέα στελέχη (π.χ. γενικούς ιατρούς, γενικούς διευθυντές νοσοκομείων, ειδικούς επιστήμονες των νέων δομών, άλλα επαγγέλματα κ.λπ.) θα βοηθήσει στη δημιουργία της «κρίσιμης μάζας», θα εξοικονομήσει πόρους και θα βελτιώσει την ποιότητα. Πρέπει να σημειωθεί ότι στο Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης, στα πλαίσια των «άλλων δράσεων», προβλέπονταν κονδύλια 10 δις δρχ. περίπου για την αναβάθμιση της ΕΣΔΥ, την ανάπτυξη του υπό δημιουργία Εθνικού Κέντρου Ερευνών Υγείας (ΕΚΕΥ) και την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Στο Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης πρέπει, κατά τη γνώμη μας, να συμπεριληφθούν και οι προαναφερθείσες δαπάνες εκπαίδευσης, όπως επίσης και η εκπαίδευση στελεχών των παλαιών ή νέων δομών (ενιαίος φορέας χρηματοδότησης, κεντρική υπηρεσία, περιφέρειες, νομαρχίες, ΠΦΥ κ.λπ.).

Μελλοντικά, η ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου στην υγεία θα λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικο-οικονομικές και επιδημιολογικές διαστάσεις σε εθνικό και τοπικό επίπεδο κύριους άξονες την ισότητα (π.χ. στην κατανομή) και την αποδοτικότητα (π.χ. παραγωγικότητα ή αποτελεσματικότητα). Η γενιά των στελεχών του 2007 θα πρέπει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας ανθρώπινα, σύγχρονα, επιστημονικά και πιο αποτελεσματικά.

5.5.5. Προτάσεις για την βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας

Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος στην παροχή ιατρικής περίθαλψης. Αυτή η πρόοδος θα εξακολουθήσει να επιτυγχάνεται και στο μέλλον, μάλιστα ίσως και με πιο γρήγορους ρυθμούς. Οι τομείς που παρουσιάζεται η μεγαλύτερη πρόοδος είναι η ανάπτυξη της τεχνολογίας και η ανακάλυψη νέων φαρμάκων.

Αποτέλεσμα της ανάπτυξης αυτής είναι η παροχή ποιοτικά αναβαθμισμένης ιατρικής περίθαλψης προς τους πολίτες. Πολλές, όμως, από τις προόδους αυτές είναι δαπανηρές. Εκτός από αυτό, σε αρκετές από τις νέες μεθόδους θεραπείας δεν έχει αποδειχθεί η ωφελιμότητα τους και είναι αμφίβολο αν επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα και αναβαθμισμένη ποιότητα ζωής και ευεξίας προς τον ασθενή.

Σήμερα πολύ λίγες χώρες έχουν κατορθώσει να παρέχουν υψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προς τον πληθυσμό τους, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα οι δαπάνες να βρίσκονται μέσα στα πλαίσια της αντοχής της οικονομίας τους. Ειδικά το ύψος των δαπανών το οποίο μπορούν να αντέξουν τα κράτη και ταυτόχρονα να διασφαλίζουν το στοιχείο της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ισότητα στη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες είναι στοιχεία που χωρίς σωστή οργάνωση και υποδομή των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολο να επιτευχθούν. Η πρόκληση αυτή φαίνεται να γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη καθώς ο χρόνος περνά και σημειώνονται πιο πολλές τεχνολογικές προόδους στη διάγνωση και θεραπεία των διαφόρων ασθενειών.

Το αμερικανικό σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, το οποίο συνεχίζει να διεισδύει σιγά-σιγά στις αναπτυσσόμενες χώρες, επικεντρώνεται περισσότερο στη διαχείριση των διατεθειμένων πόρων στον τομέα της υγείας παρά στη διαχείριση των αναγκών των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση οδηγεί στην μεγιστοποίηση της χρήσης πανάκριβων διευκολύνσεων και τεχνολογίας, παρά να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον στην εφαρμογή της τεχνολογίας, ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Η ιατρική επιστήμη υποδουλώνεται διαρκώς στην τεχνολογία και ο ασθενής έχει γίνει αιχμάλωτος της τεχνολογίας.

Η ποιοτική διασφάλιση των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει καταστεί πλέον αναπόφευκτη. Η ιατρική βασίζεται ήδη πάνω στην απόδειξη της αναγκαιότητας για ιατρική παρέμβαση και χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας και τεχνογνωσίας. Κριτήριο του συστήματος θα πρέπει να είναι η ικανοποίηση των ιεραρχημένων αναγκών του ασθενούς, οι οποίες εκτιμήθηκαν με τη σωστή επιστημονική προσέγγιση, μέσα στις δυνατότητες της οικονομίας και των υπάρχοντων πόρων στην υγεία και όχι ικανοποίηση των τεχνολογικών μέσων και φαρμακευτικών σκευασμάτων που υπάρχουν σε πληθώρα στην αγορά. Αυτός ο πληθωρισμός της αγοράς με τα νέα "προϊόντα" αγωνίζεται καθημερινά να πείσει, τόσο τους καταναλωτές "ασθενείς", όσο και τους προμηθευτές "ιατρούς", για τη χρησιμότητα / ωφελιμότητα των προϊόντων τους. Η ριζική αλλαγή της σημερινής δομής και σφαιρικής προσέγγισης του θέματος υγείας είναι πια επιτακτική. Σ'

αυτό χρειάζεται να συνεισφέρουν τόσο οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας με πρώτο το ιατρικό επάγγελμα και ακολούθως η ίδια η κοινωνία, η οποία έχει την ανάγκη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σήμερα βρισκόμαστε σε μια προδιαγραμμένη τροχιά όσον αφορά το μέλλον της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Όραμα και στόχοι της πορείας αυτής είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον λαό αξιοποιώντας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους και προσφέροντας στους πολίτες την καλύτερη δυνατή ιατροφαρμακευτική φροντίδα που να αντανακλά τις σύγχρονες αντιλήψεις και πραγματικότητες.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο

Το θέμα αφορά την έρευνα γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τις υπηρεσίες υγείας, ξεκινώντας θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και τα ερωτηματολόγια ανώνυμα.

1	ΦΥΛΟ:	Άνδρας	<input type="checkbox"/>	Γυναίκα	<input type="checkbox"/>
2	Ηλικία:	<input type="checkbox"/>			
3	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	<input type="checkbox"/>	ή σε Ιδιωτικό φορέα	<input type="checkbox"/>	
4	Απαντήστε σημειώνοντας ναι ή όχι στις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με την άποψή σας.				
	➤ Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
	➤ Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκές και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
	➤ Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
	➤ Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
5	Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε σημαντικότερο πρόβλημα στο χώρο εργασίας σας (ιεραρχήστε από το α έως το f ανάλογα με την σοβαρότητα)				

- a Έλλειψη προσωπικού και μη ορθολογική κατανομή αυτού
- b Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης προσωπικού
- c Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγηση
- d Έλλειψη μηχανογράφησης, υπερβολικές γραφειοκρατικές διαδικασίες
- e Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και τεχνολογίας αιχμής
- f Ανεπαρκής χρηματοδότηση
- g Προτεινόμενες Λύσεις

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Αλεξιάδης Α.Δ. (1999). Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας, Θεσσαλονίκη.
- [2] Λάμπρου Δ., Δημόσια υγεία. Εργασία για το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
- [3] Αλεξιάδης Α.Δ. (2003). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.
- [4] Αναπλιώτη – Βαζαίου Ειρήνη (1987). Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Ζητήματα. Αθήνα
- [5] Ανδριώτη Δέσποινα (1998). Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Έξαντας - Πολιτικές Υγείας, Αθήνα
- [6] Γιανουλάτος Πέτρος (2002). Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων. Σημειώσεις και διδακτικό υλικό. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα
- [7] Ζηλίδης Χ., (1988). Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, ΑΤΕ, Αθήνα.
- [8] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α., (1992). Μέτρηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά Προβλήματα και Εμπειρικά Δεδομένα. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία., Τόμος 1, Τεύχος 2, Αθήνα
- [9] Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα.
- [10] Κοντούλη – Γείτονα Μ., (1992). Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- [11] Κυριόπουλος Γ., (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα
- [12] Κυριόπουλος Γ., (1990). Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός, European Institute of Social Security, Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.
- [13] Λαδά – Χαντζοπούλου Α., (1978). Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα, Εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα

- [14] Μαρδάς Γ., (1993). Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Εκδόσεις Σμπύλλιας
- [15] Μαρδάς Γ., (2001). Στατιστική και Ρυθμοί Εξέλιξης των μεγεθών της οικονομίας, κοινωνικής πολιτικής, κοινωνικής προστασίας, υγείας, πρόνοιας, κοινωνικής ασφάλισης, κατά τα έτη 1988-2000, στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- [16] Μαστρογιάννης Ι., (1960). Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960, Αθήνα.
- [17] Μωραΐτης Ευάγγελος (2002). Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων, Σημειώσεις και διδακτικό υλικό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, και Αυτοδιοίκησης.
- [18] Υφαντόπουλος Ι., (1986). Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο περιοδικό Ιατρική. Τεύχος 5. Αθήνα
- [19] Σούλης Σωτήρης (1999). Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα
- [20] Στοιχεία από Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, www.nsph.gr/esdy_basic2/index.htm
- [21] Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κείμενο εργασίας «Έκθεση για την ευρωπαϊκή ανταγωνιστικότητα το 2004», ONE, www.ypan.gr
- www.katsanevas.gr/media/media11.htm
- www.apf.gr/hyper/infocal/coin%20prof/chomage.htm
- www.anatolikos.com/igia/arsi610.htm
- www.ionio.gr/~toraki/evalinfo_met/evalinfo_met_0405_6.ppt#3
- www.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_411176_03/10/2004_118313
- www.kke.gr/koinvnia/paideia/protash/protashAEI8.html
- www.ta-nea.dolnet.gr/print_article.php?e=A&f=17976&m=N40&aa=1
- www.alpha.edu.gr/general/10709151786119.shtml
- www.ta-nea.dolnet.gr/print_article.php?e=A&f=17794&m=N32&aa=1
- www.oaed.gr
- www.ntua.gr/posdep/MME/Mar_2005/2005-03-30_enet.htm
- www.ypepth.gr/docs/exet_eisakteoi_2004.xls
- www.ta-nea.gr
- www.kathimerini.gr
- www.elef_typos.gr

- www.undp.org
- www.mof-glκ.gr
- www.iatrikionline.gr
- www.statistics.gr
- www.europa.eu.int/comm/eurostat
- www.audit.gr
- www.disabled.gr
- www.mednet.gr
- www.altavista.gr
- www.in.gr
- www.google.gr

Πανεπιστήμιο Πειραιώς