



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**Ιωάννης Τσιρώνης**

***“ Οι μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας στον 20<sup>ο</sup> αιώνα.  
Ιστορική προσέγγιση και σύγχρονη κριτική αξιολόγηση.”***

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς 2009



UNIVERSITY OF  
PIRAEUS

MASTER OF SCIENCE IN  
HEALTHCARE MANAGEMENT



TEI OF  
PIRAEUS

**Ioannis Tsironis**

*«The reforms in the Greek health system in 20<sup>th</sup> century.  
A Historical approach and a modern critical appreciation.»*

Graduate Thesis submitted for the  
Master's degree in Healthcare Management

Piraeus 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

Ιωάννης Τσιρώνης

***“ Οι μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας στον 20<sup>ο</sup> αιώνα.  
Ιστορική προσέγγιση και σύγχρονη κριτική αξιολόγηση.”***

*Επιβλέπων Καθηγητής :*  
Θεόδωρος Παπαηλίας

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2009

*«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος και την περίθαλψη των απόρων»*

**Άρθρο 21 παρ. 3 Συντάγματος της Ελλάδας**



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, μέσα από τις θεσμικές παρεμβάσεις που έγιναν, τόσο για την αντιμετώπιση των μεγάλων προβλημάτων που «γεννούσαν» οι κατά καιρούς εθνικές και διεθνείς εξελίξεις, όσο και η ανταπόκριση της ελληνικής πολιτείας στο χρέος της να παρέχει το «αγαθό» υγεία σε όλους τους πολίτες της.

Πιο συγκεκριμένα θα παρουσιαστεί η «ιστορία» του υγειονομικού τομέα με αναφορές στις ιστορικές περιόδους που χωρίζεται το χρονικό διάστημα του 20<sup>ου</sup> αιώνα και στις πολιτικές, κοινωνικές κ.α. επιδράσεις που χαρακτήρισαν τις κατά καιρούς προσπάθειες για την σύσταση και συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας. Η ανάλυση θα περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία που διαμόρφωσαν τις πολιτικές υγείας στη χώρα μας και επηρέασαν είτε θετικά, είτε αρνητικά την εξέλιξη τους. Η πολιτική ασυνέχεια και ασυνέπεια ως βασικές διαπιστώσεις της εργασίας που οφείλονται στην έλλειψη εθνικής πολιτικής στο χώρο της υγείας, στη μη χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού σε θέματα υγείας ακόμα και μετά την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), αλλά και λόγους πολιτικής παθογένειας, εθνικής και κοινωνικής ανωμαλίας π.χ. Α΄ και Β΄ παγκόσμιος πόλεμος, μεταπολεμική πολιτική αστάθεια, δικτατορία συνταγματαρχών κ.α. συνετέλεσαν στην καθυστέρηση ίδρυσης, ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Πολιτική Υγείας, Μεταρρυθμίσεις, Εθνικό Σύστημα Υγείας.

*« The reforms in the Greek health system in the 20<sup>th</sup> century.*

*An Historical approach and a modern critical appreciation. »*

Ioannis Tsironis

Postgraduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of Piraeus- T.E.I. of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr Theodore Papailias

This graduate thesis presents the reforms in the health sector in Greece in the 20<sup>th</sup> century, through the institutional interventions that were made in order to solve the big problems created by national and international evolutions, but also the Greek’s state response to offer good health services to its citizens.

Most particularly, will be presented the history of the healthcare sector, related to the historical periods of the 20<sup>th</sup> century and the political, social etc effects which characterized the occasional efforts for the composition and establishment of a completed national health service. This analysis will conclude all these elements that formed the health policies in Greece (or in our country) and affected positive or negative their evolution.

The graduate thesis concludes that the political discontinuity and inconsistency is due to the national’s policy deficiency in the health sector, to the non-lining strategic planning in health issues, even after the establishment of the Greek national health system; but also due to political pathogenesis reasons, national and social irregular situations, as for example I and II World Wars, post wartime political instability, the dictatorship of the colonels in 1967 etc. which contributed to the delay of establishment, development and modernization of the health sector in Greece.

**Key words:** health policy, reforms. National Health System

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|                                                                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Περίληψη.....                                                                                                   | v    |
| Abstract.....                                                                                                   | vi   |
| Πίνακας περιεχομένων.....                                                                                       | vii  |
| Κατάλογος πινάκων και διαγραμμάτων.....                                                                         | viii |
| Συντομεύσεις.....                                                                                               | ix   |
| Πρόλογος.....                                                                                                   | 1    |
| Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> Ιστορική αναδρομή στην πορεία του ελληνικού υγειονομικού τομέα.....                     | 3    |
| 1.1 Α΄ περίοδος από το 1827 έως το 1922.....                                                                    | 3    |
| 1.2 Β΄ περίοδος 1922-1953.....                                                                                  | 4    |
| 1.3 Γ΄ περίοδος 1953-1983.....                                                                                  | 6    |
| 1.4 Δ΄ περίοδος 1983 έως σήμερα .....                                                                           | 9    |
| Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> Η ίδρυση και η καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. Η μετέπειτα πορεία.....                             | 13   |
| 2.1 Θέσπιση Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/83).....                                                                            | 13   |
| 2.2 Εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. ή απορρύθμιση; (Ν. 2071/92).....                                                  | 17   |
| 2.3 Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν. 2194/94) – Προτάσεις Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων. .... | 20   |
| 2.4 Ο νόμος 2519/1997: Μια νέα προσπάθεια για μεταρρύθμιση.....                                                 | 23   |
| 2.5 Πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη». Η τελευταία ευκαιρία για μεταρρύθμιση;.....                               | 27   |
| 2.6 Η περίοδος από το 2004 μέχρι σήμερα.....                                                                    | 36   |
| 2.7 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.): η μεταρρύθμιση που ποτέ δεν έγινε.....                                | 37   |
| Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> Αποτελέσματα από την λειτουργία του Ε.Σ.Υ. Παρουσίαση δεικτών.....                      | 41   |
| 3.1 Επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.....                                                                 | 41   |
| 3.2 Υποδομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....                                                                 | 45   |
| 3.3 Στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....                                                                | 50   |
| 3.4 Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....                                                            | 56   |
| Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> Εθνικό Σύστημα Υγείας και διεθνές περιβάλλον.....                                       | 66   |
| 4.1 Ευρωπαϊκή Ένωση και ελληνικό Ε.Σ.Υ.....                                                                     | 66   |
| 4.2 Ελλάδα και Ν. Ευρώπη.....                                                                                   | 80   |
| 4.3 Ελλάδα και Βαλκάνια.....                                                                                    | 83   |
| Συμπεράσματα.....                                                                                               | 89   |
| Παράρτημα Πινάκων.....                                                                                          | 92   |
| Βιβλιογραφία.....                                                                                               | 94   |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Διάγραμμα 1: Φυσική κίνηση του πληθυσμού στην Ελλάδα και Ε.Ε. 1960-2004                                                           | 41 |
| Διάγραμμα 2: Αδρό ποσοστό γεννητικότητας στην Ελλάδα και Ε.Ε. 1960-2004                                                           | 42 |
| Διάγραμμα 3: Αδρό ποσοστό θνησιμότητας στην Ελλάδα και Ε.Ε.                                                                       | 43 |
| Διάγραμμα 4: Αιτίες θανάτου στην Ελλάδα 2004 (ποσοστό θανάτων επί 100.000 ατόμων)                                                 | 43 |
| Διάγραμμα 5 : Εξέλιξη του πληθυσμού κατά ηλικιακή ομάδα 1971-2001                                                                 | 44 |
| Διάγραμμα 6 : Λόγοι εγκατάστασης αλλοδαπών στην Ελλάδα                                                                            | 45 |
| Διάγραμμα 7 Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα στην Ελλάδα                                                                                 | 77 |
| Διάγραμμα 8: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π το 2004                                                                          | 81 |
| Πίνακας 1: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και Ε.Ε. 1960-2001                                                                    | 44 |
| Πίνακας 2: Διαχρονική εξέλιξη νοσοκομειακής υποδομής 1980-1999                                                                    | 46 |
| Πίνακας 3: Διαπεριφερειακή ροή ασθενών 1980-1997                                                                                  | 47 |
| Πίνακας 4: Αριθμός μαγνητικών τομογράφων ανά 1.000.000 κατοίκους.                                                                 | 48 |
| Πίνακας 5: Αριθμός αξονικών τομογράφων ανά 1.000.000 κατοίκους.                                                                   | 49 |
| Πίνακας 6: Διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού, οδοντιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού 1980-2007.                                  | 50 |
| Πίνακας 7: Διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού προσωπικού 1999-2007.                                                                  | 51 |
| Πίνακας 8: Αριθμός γιατρών, οδοντιάτρων και αναλογία ανά 1.000 κατοίκους 2007.                                                    | 51 |
| Πίνακας 9: Αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α (ευρωπαϊκός τομέας)                                        | 52 |
| Πίνακας 10: Αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.(ευρωπαϊκός τομέας)                                    | 54 |
| Πίνακας 11: Δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π.                                                                                         | 60 |
| Πίνακας 12: Ποσοστό % δημοσίων δαπανών για την υγεία επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (ευρωπαϊκός τομέας) | 61 |
| Πίνακας 13: Ποσοστό % ιδιωτικών δαπανών για την υγεία επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες                                 | 62 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Πίνακας 14: Υγειονομικοί Δείκτες στις βαλκανικές χώρες ανά 1.000 κατοίκους 2000. | 88 |
| Πίνακας Α: Κατανομή του ιατρικού δυναμικού κατά ειδικότητα και περιφέρεια        | 95 |
| Πίνακας Β: Καταγεγραμμένα κρούσματα λοιμωδών νόσων                               | 96 |

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

- A.N.** : Αναγκαστικός Νόμος  
**B.Δ.**: Βασιλικό Διάταγμα  
**E.E.** : Ευρωπαϊκή Ένωση  
**E.E.A.** : Ενιαία Εσωτερική Αγορά  
**E.Κ.** : Ευρωπαϊκή Κοινότητα  
**E.Κ.Α.Β.**: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας  
**E.Κ.Ε.Υ.** : Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας  
**E.Ο.Κ.**: Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα  
**E.Ο.Φ** : Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.  
**E.Σ.Δ.Υ.** :Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας  
**E.Σ.Υ.**: Εθνικό Σύστημα Υγείας  
**E.Φ.Υ.**: Ενιαίος Φορέας Υγείας  
**Δ.Σ.** :Διοικητικό Συμβούλιο  
**Δ.Υ.ΠΕ**: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας  
**Ε.Σ.Δ.Υ.**: Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας  
**Η.Π.Α.** : Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής  
**Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.** : Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας  
**Ι.Κ.Α.** : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων  
**ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε** : Ινστιτούτο Εργασίας / Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας  
**Κ.Ε.Δ.Υ.**: Κεντρικό Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας  
**Κ.Ε.Π.Ε** : Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών  
**ΚΕ.Σ.Υ.** : Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας  
**ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.** : Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών  
**Κ.Υ.** : Κέντρο Υγείας  
**N.A.T.**: Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο  
**N.Δ.** :Νομοθετικό Διάταγμα  
**N.Π.Δ.Δ.** : Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου  
**Ο.Γ.Α.** : Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων  
**Ο.Δ.Π.Υ.** : Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας  
**Ο.Ο.Σ.Α.**: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης  
**ΠΑ.ΣΟ.Κ** : Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα

**Π.Γ.Δ.Μ.** : Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας

**Π.Δ.** : Προεδρικό Διάταγμα

**Π.Ε.Δ.Υ.** Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

**Π.Ε.Σ.Δ.Υ.:** Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

**ΠΕ.Σ.Υ.:** Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας

**Π.Ο.Υ.** : Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

**Π.Φ.Υ.** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π.** : Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας

**Σ.Υ.ΠΕ.** : Συμβούλια Υγειονομικής Περιφέρειας

**Ε.Σ.Υ.Ε.:** Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας

**S.H.A.** : System of Health Accounts

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πρωταρχική επιδίωξη κάθε σύγχρονης κοινωνίας είναι η μεγιστοποίηση της ευημερίας των ατόμων που την αποτελούν. Η υγεία είναι δυνατόν να επιλεγεί και να οριστεί ως κοινωνικό αγαθό και το σύνολο ή μέρος της παραγωγής και διανομής της φροντίδας υγείας να ανατεθεί σε δημόσιους φορείς.

Η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας αποτελεί μέρος ευρύτερων δομικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στο κοινωνικό πεδίο. Επηρεάζεται έντονα από κοινωνικές, πολιτικές, θεσμικές, ιστορικές και οικονομικές εξελίξεις που διαδραματίζονται σε μια χώρα. Ειδικότερα για την Ελλάδα η πορεία αυτή είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του σύγχρονου ελληνικού κράτους. Οι εξελίξεις αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη από τους εισηγητές πολιτικών υγείας, όσον αφορά την μέτρηση των αποτελεσμάτων που θα επιφέρουν οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας.

Οι ασταθείς και συχνά δυσμενείς πολιτικές συνθήκες στην Ελλάδα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, (οι δύο Παγκόσμιοι πόλεμοι, η μικρασιατική καταστροφή, ασταθή εσωτερική πολιτική κατάσταση κ.α.) στάθηκαν τροχοπέδη στην ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα, την στιγμή που στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα συστήματα υγείας μπήκαν σε τροχιά ταχείας ανάπτυξης, για να ακολουθήσουν αργότερα οι μεταρρυθμίσεις. Το ελληνικό κράτος δεν μπόρεσε να παρακολουθήσει τις ραγδαίες αυτές εξελίξεις και με σημαντική καθυστέρηση προχώρησε μόλις στην δεκαετία του '80 στις απαραίτητες αλλαγές. Αν και η μεγάλη αλλαγή γίνεται με την θέσπιση του Ε.Σ.Υ. με την ψήφιση του Ν. 1397/83, εντούτοις το εγχείρημα μένει ανολοκλήρωτο και η ανάγκη για μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια όλο και πιο επιτακτική.

Στα χρόνια που ακολούθησαν από την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ., μια σειρά από νομοθετικές πράξεις προσπάθησαν να καλύψουν τα κενά που άφησε η ψήφιση και εφαρμογή του 1397/83, αλλά χαρακτηρίστηκαν από πολιτική ατολμία και ασυνέχεια με αποτέλεσμα πολλές φορές να απορυθμίζουν το σύστημα και στην ουσία να μην αποτελούν καινοτομία, αλλά οπισθοδρόμηση.

Τέσσερις είναι οι χρονικές περιόδους που μπορούν να προσδιοριστούν όσο αφορά την εξέλιξη του ελληνικού συστήματος. Η πρώτη αφορά την χρονική περίοδο από το 1833 και την απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό και σταματά το 1922, η δεύτερη από το 1922 ως το 1953 τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια, από το 1953 ως το 1983 και τέλος από το 1983 ως σήμερα που περιλαμβάνει τις σημαντικότερες προσπάθειες για την καθιέρωση του συστήματος υγείας, την ανάπτυξη και βελτίωση του.



Στην ανάλυση που ακολουθεί στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στις προσπάθειες συγκρότησης συστήματος υγείας από το 1900 έως το 1983. Στους λόγους που οδήγησαν την θεσμοθέτηση νόμων για την υγεία και τις αιτίες που οι προσπάθειες δεν καρποφόρησαν. Ακόμα θα γίνει εκτενής αναφορά στις αντίστοιχες εξελίξεις στο χώρο της υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο και τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις.

Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο πραγματεύεται την καθιέρωση, την ανάπτυξη του εθνικού μας συστήματος υγείας από το 1983 έως σήμερα, με όλες τις αλλαγές που επιχειρήθηκαν και τις συνέπειες που είχαν στη λειτουργία του συστήματος.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο μέσα από μια σειρά στατιστικών στοιχείων επιχειρείται να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. Η αντιπαράθεση και σύγκριση στοιχείων κυρίως περιόδων προ και μετά Ε.Σ.Υ., αλλά και μέσα από νοσοκομειακούς και άλλους δείκτες, οι οποίοι δίνουν την θετική ή αρνητική επίδραση των αλλαγών.

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται μια σύγκριση με τις ανάλογες εξελίξεις στα συστήματα υγείας όμορων και μη βαλκανικών χωρών, μιας και τα Βαλκάνια είναι περιοχή με γεωγραφική πολιτική και οικονομική σημασία για την Ελλάδα και με χώρες της Ν. Ευρώπης με κοινά πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (Ισπανία-Ιταλία-Πορτογαλία). Στο τέλος θα παρουσιαστούν οι πολιτικές υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ο βαθμός προσαρμογής στην ελληνική πραγματικότητα.

Η εργασία κλείνει με την εξαγωγή συμπερασμάτων και την επισήμανση των αδυναμιών του Ε.Σ.Υ., που προκύπτουν από την διερεύνηση της θεωρητικής ανάλυσης και των εμπειρικών δεδομένων, με την ταυτόχρονη κατάθεση προτάσεων για την άμβλυνση των δυσκολιών που παρατηρούνται στην εφαρμογή πολιτικών υγείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

## 1.1 Α΄ περίοδος από το 1827 έως το 1922

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την έλλειψη επαρκών πόρων με αποτέλεσμα την περιορισμένη άσκηση κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής. Κυριαρχεί ην ιδέα της φιλανθρωπίας ιδιαίτερα στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ο Ιωάννης Καποδίστριας ως πρώτος Κυβερνήτης ανάμεσα στις ενέργειες που κάνει για την ανασυγκρότηση του κράτους ήταν και ενέργειες για την οργάνωση του τομέα της υγείας, για τον οποίο έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω και της ιδιότητά του ως γιατρού. Η οικονομική όμως δυσπραγία τον εμπόδισε να εφαρμόσει τα σχέδια του.

Με την έλευση του Όθωνα και την εφαρμογή ξένων προτύπων σε όλους τους τομείς της δημόσιας διοίκησης, εφαρμόστηκαν ανάλογα πρότυπα και στον τομέα της υγείας. Το σημαντικότερο νομοθέτημα της εποχής νόμος ΨΜΒ του 1862 « Περὶ συστάσεως φρενοκομείων» είχε ως πρότυπο τον γαλλικό νόμο του 1838 λειτούργησε ως το 1973. Καθιερώνεται από το 1833 η θέση του νομίατρου σε κάθε νομαρχία, με καθήκοντα υγειονομικού αστυνόμου και με αρμοδιότητες νομίατρου, αστίατρου, ιατροδικαστή και υπαγόταν άμεσα στο νομάρχη και δημιουργείται η «υγειονομική αστυνομία». Το 1834 με Βασιλικό Διάταγμα (Β.Δ.) ιδρύεται το Ιατροσυνέδριο ως ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο υπαγόμενο ως γραμματεία στο υπουργείο Εσωτερικών. Το 1852 θεσμοθετείται ο επαρχιακός ιατρός με αρμοδιότητες ίδεις με του νομίατρου, αλλά υπαγόταν απευθείας στον έπαρχο. Όσον αφορά δε την εκπαίδευση των νέων ιατρών το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή Αθηνών. Κύριο μέλημα της πολιτείας είναι η αντιμετώπιση με αποτρεπτικά και προληπτικά μέτρα της εμφάνισης θανατηφόρων επιδημιών.

Στα χρόνια μετά την απομάκρυνση του Όθωνα, αν και η οποιαδήποτε νομοθετική προσπάθεια παρέλυσσε εξαιτίας της οικονομικής δυσπραγίας, αρκετοί εύποροι Έλληνες συνέβαλαν στην ανέγερση νέων νοσοκομείων μέσω δωρεών. (Νοσοκομείο Α. Συγγρός, Δρομοκαϊτείο, Αιγινήτειο κ.α.).

Όσο δε αφορά την κοινωνική ασφάλιση και εδώ η απουσία οργανωμένης κρατικής παρέμβασης είναι εμφανής. Παρόλα αυτά το 1836 ιδρύεται το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.) για να λειτουργήσει το 1861, το ταμείο Μεταλλευτών το 1882, το ταμείο συντάξεως δημοσίων υπαλλήλων το 1861 και το ταμείο συντάξεως υπαλλήλων Εθνικής Τράπεζας το 1867. Η απουσία βιομηχανικής ανάπτυξης δεν προήγαγε την εργασία σε

ευρεία κλίμακα και την ανάπτυξη μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Συνοπτικά για τον 19<sup>ο</sup> αιώνα ο περιορισμός του κράτους σε στη λήψη κατασταλτικών μέτρων επιτήρησης και ελέγχου της υγείας, η σταδιακή ισχυροποίησης της θέσης του ιατρικού σώματος και η εκτεταμένη ιδιωτική πρωτοβουλία στην ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής πολιτικής.

Ουσιαστική προσπάθεια κρατικής παρέμβασης γίνεται την δεύτερη δεκαετία του 20<sup>ου</sup> αιώνα με την ανάληψη της εξουσίας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο και την προώθηση μιας σειράς μέτρων που αφορούσαν την βελτίωση της υγιεινής των εργαζομένων Ν.3934/11 «Περί υγιεινής και ασφάλισης των εργατών και περί ωρών εργασίας», που υποχρεώνει ουσιαστικά τους εργοδότες στη λήψη μέτρων για την ασφάλιση των εργαζομένων για κινδύνους ζωής, υγείας και αναπηρίας. Με το Ν. 281/14 «Περί σωματείων» παρέχεται η δυνατότητα σύστασης σωματείων αλληλοβοήθειας για την εξασφάλιση στα μέλη τους και στις οικογένειες τους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επιδομάτων τοκετού κ.α. Το σημαντικότερο όμως νομοθέτημα είναι ο Ν. 551/1915 «Περί ευθύνης προς αποζημίωση των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων» υποχρεωτικής αποζημίωσης για εργατικό ατύχημα.

Η ανάγκη όμως για την σύσταση υπουργείου υγείας οδήγησε αρχικά στην δημοσίευση το 1915 του κανονισμού λειτουργίας του Ιατροσυνεδρίου, του μόνου συγκροτημένου οργάνου για θέματα υγείας και στη σύσταση της Ανώτατης Διοίκησης Περίθαλψης το 1916 στη Θεσσαλονίκη για την αντιμετώπιση των συνεπειών που επέφερε ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος. Με Β.Δ. το 1917 την θέση της παίρνει το Υπουργείο Περίθαλψης το οποίο αποτέλεσε τον «πρόδρομό» του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας λίγα χρόνια αργότερα, το οποίο με τη σειρά του αποτέλεσε ουσιαστικά την πρώτη σοβαρή προσπάθεια σύστασης και λειτουργίας αυτόνομου υπουργείου για θέματα υγείας στην Ελλάδα.

## **1.2 Β΄ περίοδος από το 1922 έως το 1953**

Η έναρξη της περιόδου αυτής βρίσκει την Ελλάδα σε δεινή οικονομική θέση εξαιτίας των μακροχρόνιων πολεμικών επιχειρήσεων, την Μικρασιατική Καταστροφή να επιβαρύνει δυσβάσταχτα τα ήδη δυσεπίλυτα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Υπό το βάρος αυτών των εξελίξεων η κυβέρνηση Βενιζέλου προχωρά στην ανασυγκρότηση του κράτους και του υγειονομικού τομέα με την οριστική ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας με το Ν.2882/22. Παρόλα αυτά οι παλινωδίες για την

σύσταση κεντρικού φορέα αρμόδιου για την υγεία θα συνεχιστούν καθώς έξι μήνες μετά το νεοσυσταθέν υπουργείο θα καταργηθεί, και στη συνέχεια με την επανασύσταση του θα διαχωριστεί σε υπουργείο και υφυπουργείο, για να συνενωθεί τελικά σε ένα ενιαίο φορέα.

Τον επόμενο χρόνο 1923 με το Ν.Δ. «Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» η χώρα διαιρείται σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, προβλέπεται η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου σε κάθε νομαρχία, ο διορισμός νομιάτρου, επαρχιακών και κοινοτικών ιατρών για την ανακούφιση των απόρων. Το 1925 εισάγεται ο θεσμός των λαϊκών ιατρείων και φαρμακείων και δημοσιεύεται το Ν.Δ. «Περί ιδρυμάτων υγιεινής και ιατρικής εν γένει.» με σκοπό την θεσμοθέτηση του κρατικού ελέγχου στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και διαγνωστικά κέντρα ή εργαστήρια (οροκομεία, λυσσιατρεία κ.α.). Το σημαντικότερο νομοθέτημα της περιόδου είναι το Α.Ν. 965/37 «Περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» ο οποίος καθόριζε την νομική μορφή των δημοσίων μονάδων υγείας σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), καθόριζε την θητεία, σύνθεση και αρμοδιότητες των νεοσυσταθέντων Διοικητικών Συμβουλίων (Δ.Σ.) και καθιέρωνε τον θεσμό του Κυβερνητικού Επιτρόπου ως εκπροσώπου του υπουργού στις συνεδριάσεις του Δ.Σ.. Ο θεσμός αυτός διατηρήθηκε ως το 1975 οπότε και καταργήθηκε. Διάφορες τροποποιήσεις στο Α.Ν. 965/37 επήλθαν με τους Α.Ν.2769/41 για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών από το ξέσπασμα του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, το Α.Ν.2113/43 το οποίο προκάλεσε το πρώτο ρήγμα στο θεσμό του Δ.Σ. και με τον Α.Ν. 834/48 χωρίς όμως τα δύο αυτά νομοθετήματα να επιφέρουν δραματικές αλλαγές. Πάντως τόσο με το Α.Ν. 338/45 που κατήργησε το Α.Ν.2113/43 όσο και με το Ν.2107/52 επανήλθαν οι αρχικές διατάξεις του Α.Ν. 965/37.

Παράλληλα με τις ενέργειες αυτές, το 1928 ζητείται από την κυβέρνηση Βενιζέλου κατόπιν εισηγήσεως του υφυπουργού Υγιεινής Α. Δοξιάδη, η συνδρομή της Κοινωνίας των Εθνών (ΚτΕ) στην ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας με την αποστολή εμπειρογνομόνων, με σκοπό την κατάρτιση σχεδίου αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών και την εκπαίδευση του προσωπικού. Αν και οι προτάσεις των ξένων ειδικών προέβλεπαν μεταξύ άλλων την σύσταση Ελληνικής Υπηρεσίας υγείας ως κεντρικού συντονιστικού οργάνου και την ίδρυση Κέντρων Υγείας σε όλη την επικράτεια για την πρόληψη και την περίθαλψη του λαού, δεν υλοποιήθηκαν παρά μόνο η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών (Ν.4069/29) και του Υγειονομικού Κέντρου Αμπελοκήπων (Ν.4333/29).

Στην ίδια χρονική περίοδο δηλ. στα μέσα της δεκαετίας του '20 θα επανέλθει

στην επικαιρότητα η ανάγκη αναδιοργάνωσης της ασφαλιστικής κάλυψης. Σε αυτό συνετέλεσαν τόσο κοινωνικοί λόγοι όπως η αποκατάσταση των προσφύγων της Μικρασιατικής Καταστροφής, οι φόβοι ενίσχυσης της εργατικής τάξης κ.λπ., λόγοι οικονομικοί που είχαν να κάνουν με την ραγδαία βιομηχανική ανάπτυξη και λόγοι ιδεολογικοί για την αποστολή του κράτους, άνοδος σοσιαλιστικών δυνάμεων κ.λπ. Στο πλαίσιο αυτό συνεχίστηκε η νομοθετική παρέμβαση για την προάσπιση των εργασιακών δικαιωμάτων με την ψήφιση του Ν. 2868/22 «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων». Θα ακολουθήσει το 1925 η σύσταση του Ταμείου Καπνεργατών το οποίο θα αποτελέσει το πρότυπο για την σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.). Έτσι μέσα σε κλίμα έντονων αντιπαραθέσεων, πολιτικών πιέσεων και ζυμώσεων, καταλυτικών παρεμβάσεων του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας ψηφίζεται ο Ν. 5733/32 ο οποίος προέβλεπε την δημιουργία ενός εθνικού συστήματος ασφαλιστικής προστασίας -επουλώνοντας έτσι την πληγή του πολυκερματισμού των ασφαλιστικών φορέων που θεμελίωσε ο Ν.2868/22- και την ίδρυση του Ι.Κ.Α. Η κυβερνητική αλλαγή όμως που ακολούθησε ματαίωσε την λειτουργία του νέου οργανισμού. Με ένα νέο σοβαρά τροποποιημένο νομοσχέδιο, Ν.6298/34, το Ι.Κ.Α. θα ιδρυθεί και θα αρχίσει να λειτουργεί από το 1937 με μια σοβαρή συν των άλλων αδυναμιών· την συνένωση του μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών ταμείων<sup>1</sup>, γεγονός που καταγράφηκε ως πρόβλημα στην ασφαλιστική κρίση των ημερών μας.

Συνοψίζοντας η πολιτική υγείας στην Ελλάδα λαμβάνει μια πιο οργανωμένη μορφή την δεκαετία του 1920. Ωστόσο το κράτος υπό το πρίσμα των αρνητικών εγχώριων και διεθνών εξελίξεων εμφανίστηκε απροετοίμαστο για την αντιμετώπιση των αναγκών που προκύπτουν με αποτέλεσμα την έλλειψη σχεδιασμού, οργάνωσης και ενότητας σκοπών και στόχων.

### **1.3 Γ' περίοδος από 1953-1981**

Το τέλος του πολέμου και του εμφυλίου βρίσκει την Ελλάδα βάρια πληγωμένη σε όλους τομείς. Η κρατική πολιτική και αρωγή είναι αποσπασματική και περιοριστική ως τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '50. το 1953 η τότε κυβέρνηση Παπάγου επιχειρεί για πρώτη φορά την συνολική και κεντρικά οργανωμένη απόπειρα οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, σχεδιασμένη σε περιφερειακή βάση.<sup>2</sup>

---

1. Στο τέλος του 1944 λειτουργούν στην Ελλάδα πάνω από 152 ασφαλιστικοί οργανισμοί.. Μαυρέας Κ. "Κοινωνική πολιτική και ιδεολογία στην Ελλάδα του μεσοπολέμου: Επιδράσεις και εξελίξεις με αφορμή το ζήτημα των κοινωνικών ασφαλίσεων." Θέσεις Αθήνα 1998 τεύχος 64 σ. 121-155

Οι βασικές αρχές του Ν.2592/53 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» περιλάμβαναν α) την αποκέντρωση του συστήματος με την δημιουργία υγειονομικών περιφερειών, β) την υπαγωγή όλων των μονάδων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, γ) την ίση γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών, δ) την ίδρυση υγειονομικών σταθμών στην ύπαιθρο για την κάλυψη των αναγκών του αγροτικού πληθυσμού, ε) την διοικητική οργάνωση των νοσοκομείων με βάση ένα ενιαίο πλαίσιο και την υποχρεωτική τοποθέτηση διοικητικών διευθυντών, στ) την θέσπιση κινήτρων για την προσέλκυση ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία των απομακρυσμένων περιοχών και ζ) τον προγραμματισμό των δημοσίων υπηρεσιών με βάση της υγειονομικές ανάγκες. Αν και οι φιλοσοφία και οι ρυθμίσεις του νομοσχεδίου ήταν ρηξικέλευθες για την εποχή του, όχι γιατί οι προτάσεις προερχόταν από την τότε συντηρητική παράταξη, αλλά και γιατί ήταν ένα νομοσχέδιο που αφορούσε όλες τις πτυχές του υγειονομικού τομέα δηλαδή την οργάνωση και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, την χρηματοδότηση των μονάδων υγείας και ειδικά των νοσοκομείων, την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο διοίκησης και διαχείρισης των νοσηλευτικών μονάδων. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι πολλά από τα «κακώς κείμενα» που προσπάθησε να διορθώσει, αποτελούν και σήμερα δυσεπίλυτα προβλήματα. Ο Ν.2592/53 δεν περιέγραφε μόνο με σαφήνεια επιδιωκόμενους στόχους αλλά προέβλεπε και πολιτικές υλοποίησης τους. Πολλές δε από τις διατάξεις του, χρειάστηκε να περάσουν 30 σχεδόν χρόνια για να εφαρμοστούν μέσα από το Ν. 1397/83 Ε.Σ.Υ. Παρά τον καινοτομικό χαρακτήρα, στοιχεία του οποίου μόνο στον βρετανικό σύστημα υγείας μπορεί να ανευρεθεί την εποχή εκείνη, και την ανάγκη να αποκτήσει η χώρα ένα σύστημα υγείας σύγχρονο, εφαρμόστηκαν μερικές μόνο διατάξεις από τον Ν.2592/53. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόλις δύο χρόνια μετά την ψήφισή του με το Ν.Δ.3487/55 έρχονται οι πρώτες αναθεωρήσεις του νόμου με την κατάργηση των περιφερειακών συμβουλίων και αργότερα με το Ν.Δ. 1380/73 τροποποιήθηκαν οι διατάξεις που αφορούσαν την λειτουργία των Δ.Σ. ενώ με το Ν.Δ. 31/74 επιχειρείται νέα αλλαγή τροποποιώντας το Ν.Δ. 1380/73. Τέλος με το Ν. 699/77 επέρχεται νέα μεταβολή στο θεσμό των Δ.Σ.

---

2.Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ. Φιλαλήθης Α. “Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας. Μια ιστορική επισκόπηση.” Κοινωνία Οικονομία και Υγεία Ιούλιος – Δεκέμβριος 2007 σελ. 35-67

Στα επόμενα χρόνια καμιά νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια δεν γίνεται με μοναδική εξαίρεση το Ν.Δ. 67/68 που καθιέρωσε την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου για τους αποφοίτους των ιατρικών σχολών, ενώ σε επίπεδο προτάσεων το σχέδιο αναμόρφωσης της υγείας του 1969 με τον τίτλο «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής» του υπουργού της δικτατορίας Λουκά Πάτρα προβλέπει μεταξύ άλλων την εγκαθίδρυση ενός φορέα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας βασισμένο στους γενικού ιατρούς, την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς και την δημιουργία ενός «Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας» που σταδιακά θα εξελισσόταν σε ενιαία πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Εντούτοις και αυτή η προσπάθεια έμεινε ανεφάρμοστη κάτω από την πίεση «άνωθεν» εντολών και εμπλεκόμενων συμφερόντων.

Αμέσως μετά την μεταπολίτευση παρατηρείται μια κινητικότητα στον υγειονομικό τομέα. Η νομοθετική προσπάθεια θα αποτελέσει σταθμό για την υγεία. Η αρχή θα γίνει με την συνταγματική κατοχύρωση του κράτους πρόνοιας, μέσα από την ψήφιση του άρθρου 21 παρ.3 του Συντάγματος του 1975 το οποίο ορίζει ότι *«Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος και την περίθαλψη των απόρων»*<sup>3</sup>

Το 1976 το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε) επισημαίνοντας τα προβλήματα στο χαμηλό ποσοστό ως προς το Α.Ε.Π. των δαπανών για την υγεία και η κατάτμηση της ασφάλισης σε μεγάλο αριθμό φορέων συμβαδίζουν με τη διαφοροποίηση της έκτασης και ποιότητας των παροχών υγείας μεταξύ των διάφορων ομάδων του πληθυσμού και των γεωγραφικών περιοχών, τη διαφοροποίηση της χρηματοδότησης μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και την αυξανόμενη ιδιωτική δαπάνη από τους ασθενείς. Το Κ.Ε.Π.Ε πρότεινε την δημιουργία ενιαίου φορέα υγείας, την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών ταμείων και τον συντονισμό και συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων. Ουσιαστικά η έκθεση αυτή αποτέλεσε τον προπομπό των επόμενων εξελίξεων αν και οι προτάσεις αυτές ουδέ ποτέ εφαρμόστηκαν και πολεμήθηκαν τόσο από το ιατρικό σώμα, αλλά και από τις περισσότερες πολιτικές δυνάμεις τις εποχής.

---

3. Σύνταγμα της Ελλάδας Άρθρο 21 παράγραφος 3

Τελευταία σημαντική προσπάθεια έγινε το 1980 από τον τότε υπουργό Υγείας της κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας Σ. Δοξιάδη με την δημοσιοποίηση σχεδίου νόμου με τον τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας». Με βασικά σημεία την α) σύσταση Εθνικού Φορέα Υγείας β) τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες γ) την ίδρυση κέντρων υγείας αγροτικού τύπου δ) δημιουργία εθνικής φαρμακαποθήκης και φαρμακοβιομηχανίας, ε) την αναδιοργάνωση των περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων κ.α

Δυστυχώς όμως παρά την σωστή κατεύθυνση του, το σχέδιο Δοξιάδη κατακρίθηκε από τις πολιτικές δυνάμεις μη εξαιρουμένου του κυβερνόντος κόμματος της Νέας Δημοκρατίας. Οι ιατρικοί σύλλογοι το χαρακτήρισαν ως απαράδεκτο, ότι στρέφεται κατά του ιατρικού σώματος και προχώρησαν σε απεργιακές κινητοποιήσεις. Έτσι μια ακόμα ευκαιρία χάθηκε, αλλά η όλη κίνηση κατέδειξε την ανάγκη για ριζικές αλλαγές που είχε ο τόπος στο χώρο της υγείας, αλλαγές που θα γίνουν πραγματικότητα λίγα χρόνια αργότερα με το Ν.1397 και την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ.

Να σημειωθεί ότι την τρίτη αυτή περίοδο παρατηρούνται σημαντικές εξελίξεις στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης, εξαιτίας της ραγδαίας οικονομικής ανάπτυξης. Αποτέλεσμα ήταν να δημιουργηθούν πολλά νέα ταμεία -200 περίπου το 1963, αλλά και η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) με το Ν. 4669/61 για την κοινωνική ασφάλιση των αγροτών. Η πολυδιάσπαση αυτή των ασφαλιστικών φορέων θα εξελιχθεί σε τροχοπέδη για την καθιέρωση συστήματος υγείας, καθώς τα κατά καιρούς συντεχνιακά συμφέροντα θα αντιτίθενται στις όποιες προσπάθειες, αλλά και από μόνη της η πολυδιάσπαση αυτή δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση ενός σωστά οργανωμένου συστήματος.

#### **1.4 Δ' περίοδος 1983 έως σήμερα\***

Την περίοδο αυτή συντελείται η μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας. Το Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα (ΠΑ.ΣΟ.Κ.) που ανέλαβε την διακυβέρνηση της χώρας μετά τις εκλογές του 1981, έχει ψηλά στην πολιτική του ατζέντα τις διαρθρωτικές αλλαγές στην υγεία. Η αρχή γίνεται με το Ν.1278/82 « Σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας» με οποίο συστήνεται το Κεντρικό συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και το Ν.1316/83 για την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Στις 7 Οκτωβρίου 1983 ψηφίζεται ο Ν.1397/83 και η θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. παίρνει σάρκα και οστά. Με την ψήφιση του Ν.1397/83 καθιερώνεται για πρώτη φορά



σύστημα υγείας δημοσίου χαρακτήρα το οποίο υπόσχεται να προσφέρει στον πολίτη αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας, ενώ σύμφωνα πάντα με τις αρχές που το διέπουν όλοι οι πολίτες θα έχουν ίσες ευκαιρίες για την απόλαυση του πολύτιμου αυτού αγαθού της υγείας χωρίς διακρίσεις. Βασικοί στόχοι του νέου νομοσχεδίου ήταν:

α) Αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσα από την ίδρυση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.)

β) Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας.

γ) Θεσμοθέτηση γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο σύστημα.

δ) Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης

ε) Βελτιώσεις στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών μέσα από την ταχύρυθμη ανάπτυξη της υποδομής και οργάνωσης των νοσοκομείων.

Ο νέος νόμος ξεκίνησε να εφαρμόζεται με μια καθυστέρηση 2 περίπου ετών το 1985. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του ήταν να αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, η βελτίωση του μισθολογίου των νοσοκομειακών γιατρών, η πρόοδος στις υποδομές με την κατασκευή τριών νέων πανεπιστημιακών νοσοκομείων στη περιφέρεια, την βελτίωση των υποδομών των νομαρχιακών νοσοκομείων και την κατασκευή 156 κέντρων υγείας αγροτικού τύπου. Παρόλο που ο νόμος 1397/83 θεωρείται ακόμη και ως σήμερα ως η σημαντικότερη προσπάθεια στον τομέα ανάπτυξης μιας ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, καταλογίζονται ελλείψεις και παραλείψεις με αυτές να εστιάζονται στην απουσία αξιόπιστου χρηματοδοτικού μηχανισμού, την αδυναμία εφαρμογής της αποκέντρωσης του συστήματος και στην υπερδιόγκωση στο χώρο των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η πολιτική κατάσταση αλλάζει, η Νέα Δημοκρατία επανέρχεται στην εξουσία και με τον Ν. 2071/92, «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση συστήματος Υγείας» επέρχονται μια σειρά αλλαγών που θίγουν τόσο το χαρακτήρα του συστήματος με στροφή προς τη φιλελεύθερη ιδεολογία. Έτσι επαναπροσδιορίζεται ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, δίνεται η δυνατότητα στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. να ασκούν ιδιωτικό έργο, αυξάνονται τα νοσήλια και το κόστος συμμετοχής των ασθενών στην αγορά φαρμάκων. Στις θετικές διατάξεις του νομοσχεδίου καταγράφονται η υιοθέτηση χάρτη δικαιωμάτων του ασθενή, εισάγεται ο θεσμός του γενικού διευθυντή στη διοίκηση των νοσοκομείων και δίνεται η δυνατότητα στα

---

\*(Σ.σ.) Επειδή η περίοδος από την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. έως σήμερα θα εξεταστεί πιο διεξοδικά στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο, η αναφορά στις εξελίξεις της περιόδου αυτής στο συγκεκριμένο σημείο θα είναι πιο σύντομη.

ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικά νοσηλευτήρια και διαγνωστικά κέντρα.

Μετά το 1993 όταν το ΠΑ.ΣΟ.Κ. θα επανέλθει στην κυβέρνηση και με το Ν.2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επανέρχονται οι διατάξεις του Ν.1397/83 που είχαν καταργηθεί από το Ν. 2071/92, αλλά δεν έθιξε τις παραχωρήσεις που δόθηκαν στον ιδιωτικό τομέα. Την ίδια χρονική περίοδο έντονο προβληματισμό προκάλεσε η συγκρότηση δύο επιτροπών, μια από Έλληνες και μια από ξένους εμπειρογνώμονες για την αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ. Αν τα πορίσματα των δύο αυτών επιτροπών δεν διέφεραν ουσιαστικά εντούτοις καμία από τις προτάσεις δεν εφαρμόστηκε.

Το επόμενο εγχείρημα για μια ρυθμιστική προσπάθεια γίνεται με το Ν.2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ., οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.» σκοπό αλλαγές στο διοικητικό σύστημα της υγείας το οποίο είχε παραμεληθεί.

Τα κύρια σημεία του Ν.2519/97 αφορούσαν τα δικαιώματα των ασθενών, τις υπηρεσίες υγείας, την αξιολόγηση των υπηρεσιών, την οργάνωση και διαχείριση του Ε.Σ.Υ., την διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Και στην περίπτωση αυτή αν και το νομοσχέδιο προέβλεπε πολλούς νεωτερισμούς κυρίως στη διοίκηση των νοσοκομείων, χαρακτηρίστηκε άτολμο και ανεδαφικό.

Η τελευταία σοβαρή προσπάθεια για την αναμόρφωση του Ε.Σ.Υ. γίνεται από τον Α. Παπαδόπουλο με την δημοσιοποίηση του σχεδίου «Υγεία για τον Πολίτη» το 2000. το σχέδιο είχε σαν στόχο την μετεξέλιξη του Ε.Σ.Υ. σ' ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες του Έλληνα πολίτη. Ειδικότερα ως στόχοι προσδιορίζονταν η έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή υγείας, η διασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ., η διοικητική αποκέντρωση και ανάπτυξη, η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, η ορθολογική κατανομή των πόρων και η άσκηση τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας.

Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων ψηφίστηκαν και τέθηκαν σε ισχύ ο Ν. 2889/01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.», ο Ν. 2920/01 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας(Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις», ο Ν. 2955/01 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των

ΠΕ.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.»και ο Ν.3106/03 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.» Παράλληλα εκδίδονται μια σειρά προεδρικών διαταγμάτων για τη ρύθμιση οργανωτικών λεπτομερειών των ΠΕ.Σ.Υ.

Η πορεία όμως των μεταρρυθμίσεων θα τερματιστεί άδοξα το 2002 με την αλλαγή στον υπουργικό θώκο του Α. Παπαδόπουλου, από τον Καθηγητή Κ. Στεφανή, χάνοντας έτσι μια ακόμα ευκαιρία για την καθιέρωση ενός σύγχρονου και αποδοτικού συστήματος υγείας. Ως τις εκλογές του 2004 τα όποια νομοθετικά μέτρα είναι διαδικαστικού χαρακτήρα και στην ουσία «αναιμικά».

Μετά τις εθνικές εκλογές του 2004 κύριο χαρακτηριστικό των διαφόρων νομοθετημάτων είναι η προσπάθεια εφαρμογής του προγράμματος για την υγεία της Νέας Δημοκρατίας. Στο πλαίσιο αυτό ψηφίστηκαν νόμοι που αφορούσαν την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, το σύστημα αιμοδοσίας, τη δημόσια υγεία τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας κ.α. αλλά τα οποία αποτελούν μεμονωμένες παρεμβάσεις χωρίς να μπορούν να χαρακτηριστούν μεταρρυθμίσεις και χωρίς ακόμα να μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους, εξαιτίας του μικρού χρόνου εφαρμογής τους.

Κλείνοντας την ενότητα αυτή σαν επίμετρο θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έντονη οργανωτική παθογένεια που δεν κατάφερε να θεραπευτεί με τις πολλές και νομοθετικές παρεμβάσεις. Από το 1980 και μετά. Και αν οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στο παρελθόν δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα, είναι βέβαιο ότι οι όποιες μελλοντικές προσπάθειες θα επιτύχουν ή όχι, εξαρτώμενες από την πολιτική βούληση που θα υπάρξει πρωταρχικά, την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών και την προσαρμογή του ανθρώπινου παράγοντα στο νέο περιβάλλον.

Πανεπι

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> Η ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ Η ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. Η ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΠΟΡΕΙΑ.**

### **2.1 Θέσπιση Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/83)**

Το 1981 με την μεγάλη πολιτική αλλαγή και την άνοδο στην εξουσία για πρώτη φορά του ΠΑ.ΣΟ.Κ. γίνεται η πρώτη και ουσιαστική μεταρρύθμιση στον υγειονομικό τομέα. Η συγκυρία ήταν ευνοϊκή για την πραγματοποίηση των αλλαγών. Η νέα σοσιαλιστική κυβέρνηση ήθελε να θέσει την σφραγίδα της σε ένα κρίσιμο κοινωνικό τομέα που θα έδειχνε την διαφορετική λογική διακυβέρνησης, ήταν απαίτηση του κοινωνικού συνόλου που ήταν αποδέκτης της αναποτελεσματικότητας και της ανεπάρκειας των υπηρεσιών υγείας και ήταν απαίτηση του επιστημονικού κόσμου, ιδίως των νέων νοσοκομειακών γιατρών που επέβαλαν μια σειρά από ριζοσπαστικές ιδέες, πολλές από τις οποίες υλοποιήθηκαν μέσα από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. Ταυτόχρονα το νομοσχέδιο για την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. συνάντησε το «consensus» των πολιτικών δυνάμεων της ευρύτερης αριστεράς, αλλά και την υποστήριξη των συνδικαλιστικών φορέων των εργαζομένων.

Ευνοϊκό θεωρείται και το διεθνές περιβάλλον, καθώς είναι η περίοδος εκείνη που και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες της Μεσογείου ιδρύονται εθνικά συστήματα υγείας π.χ. Ιταλία 1978, Πορτογαλία 1980 αλλά και η δυναμική που είχε η χώρα μετά την πλήρη ένταξη της στην τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (Ε.Ο.Κ.), με τις μετα-ενταξιακές διαπραγματεύσεις να βρίσκονται σε εξέλιξη και την αποδοχή εκ μέρους της Κοινότητας το Μάρτιο του 1984 ορισμένων αιτημάτων της Ελλάδας που αφορούσαν τον κοινωνικό τομέα και την υγεία.

Η αρχή των αλλαγών γίνεται το 1982 με την ψήφιση του Ν.1278/82 με τον οποίο συστήνεται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). Απαρτίζεται από 24 μέλη-εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων, των ασφαλιστικών φορέων και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Αρχική πρόβλεψη ήταν το ΚΕ.Σ.Υ. να αποτελέσει ένα όργανο άσκησης κοινωνικού ελέγχου που θα διαμορφώνει την εθνική πολιτική υγείας και θα καθορίζει τη λήψη των αποφάσεων. Στο νεοσυσταθέν συμβούλιο συγχωνεύονται επιτροπές και συμβούλια που προϋπήρχαν. Ένα χρόνο μετά όταν πλέον οι συνθήκες έχουν ωριμάσει το Ε.Σ.Υ. είναι πραγματικότητα. Η σχετική πρόταση κατατέθηκε στη βουλή τον Σεπτέμβριο του 1983 για να γίνει νόμος του κράτους

στις 7 Οκτωβρίου 1983. Οι θεμελιώδεις αρχές του περιλαμβάνονται στο πρώτο άρθρο και αποτελούν τα βασικά γνωρίσματα των εθνικών συστημάτων υγείας. Η πρώτη αρχή θεωρεί ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες και η δεύτερη αρχή ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.

Το νέο νομοσχέδιο προέβλεπε :

- α) την διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες ορίστηκαν με το Π.Δ. 31/86
- β) την σύσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) με γνωμοδοτικό χαρακτήρα σε περιφερειακό επίπεδο, με εποπτικό και ελεγκτικό ρόλο σε επίπεδο περιφέρειας πάντα.
- γ) οι μονάδες υγείας ιδρύονται μόνο ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και επιφέρονται αλλαγές στην διοίκηση τους.
- δ) διακρίνεται η παροχή φροντίδας σε πρωτοβάθμια (εξωνοσοκομειακή) και δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή)
- ε) Συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες υγείας τα Κέντρα Υγείας με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας
- στ) Οι θέσεις των γιατρών που απασχολούνται στο Ε.Σ.Υ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Με το Ν.1579/85 « Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις» καθορίστηκαν μια σειρά θεμάτων που αφορούσαν την ειδικευση των γιατρών, την εκπαίδευση των νοσηλευτών και μαιών, συστήνεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, (Ε.Κ.Α.Β.), το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας (Ε.Κ.Ε.Υ.) καθώς και ειδικά κέντρα παροχής εξειδικευμένης περίθαλψης. Με το ίδιο νομοθέτημα καθορίζονται εκτός των άλλων υγειονομικών διατάξεων και οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών του Ε.Σ.Υ. που για πρώτη φορά προβλέπονται μόνιμες θέσεις ιατρών στο Ε.Σ.Υ.

Η πρώτη ουσιαστική μεταρρύθμιση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος αφενός επηρεασμένη από την πολιτική φιλοσοφία της σοσιαλιστικής διακυβέρνησης, αφετέρου από τις αρχές των εθνικών συστημάτων υγείας, επιχείρησε μια βίαιη παρέμβαση στις εξελίξεις στο χώρο της υγείας. Ο εθνικός προγραμματισμός και η προσπάθεια αποκέντρωσης των υπηρεσιών συνδέονται άμεσα με το πενταετές πρόγραμμα κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης.(ΚΕ.Π.Ε. 1985) επιχειρήθηκαν παρεμβάσεις οι οποίες παρέμειναν απόμακροι και επιθυμητοί στόχοι λόγω έλλειψης

επιστημονικής και τεχνικής υποδομής. Για παράδειγμα ενώ η κάλυψη των αναγκών από τα νομαρχιακά και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στον αρχικό σχεδιασμό του Ε.Σ.Υ. έγινε σε ορθολογική βάση, εντούτοις στην πράξη αποδείχθηκε ατελέσφορη λόγω της τότε επικρατούσας κατάστασης ή και ακόμα της συμπεριφοράς των πολιτών και του ιατρικού σώματος.

Η θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. αποτέλεσε την σοβαρότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός ενιαίου πλαισίου αρχών και κανόνων, σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας, που μόνο σύστημα δεν μπορούσε να είναι. Ωστόσο δεν αντιμετώπισε επαρκώς ζητήματα αποδοτικότητας και ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, διαχείρισης-διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης. Αυτό οφείλονταν στη μερική ή και στη μη εφαρμογή των διατάξεων του νέου θεσμικού πλαισίου, με αποτέλεσμα την διαιώνιση καταστάσεων που αναίρεσαν την φιλοσοφία του, ενώ κάποιες άλλες είχαν συνέπειες που δεν είχαν προβλεφθεί και άλλες για τις οποίες δεν έγινε καμία αναφορά από τον νέο νόμο.

Στην πρώτη περίπτωση εντάσσεται η αδυναμία ολοκλήρωσης της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο Ν.1397/83 προέβλεπε την δημιουργία των κέντρων υγείας αγροτικού και αστικού τύπου και την απόδοση των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας. Εντούτοις δημιουργήθηκαν μόνο τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου ενώ δεν υλοποιήθηκαν οι άλλες διατάξεις, με αποτέλεσμα την ενίσχυση του νοσοκομειακού χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την διατήρηση της πανσπερμίας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στην δεύτερη περίπτωση οι περιορισμοί που τέθηκαν στον ιδιωτικό τομέα στη νοσοκομειακή περίθαλψη σε συνδυασμό με την αδυναμία του δημοσίου τομέα στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, οδήγησε στη διόγκωση του ιδιωτικού τομέα των διαγνωστικών κέντρων με την παροχή πολλές φορές χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών χωρίς έλεγχο, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των οικονομικών των ασφαλιστικών ταμείων.

Στην τρίτη περίπτωση δεν έγινε αναφορά στην κατανομή των οικονομικών πόρων, τις πηγές χρηματοδότησης και την μορφή των αποζημιώσεων των υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, η ύπαρξη παραοικονομίας και η διόγκωση των νοσοκομειακών ελλειμμάτων. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθεί το γεγονός ότι δεν προσδιορίστηκε επαρκώς ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα και δεν δόθηκε βαρύτητα στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

Αν και οι σχεδιαστές του Ε.Σ.Υ. φιλοδοξούσαν να καθιερώσουν ένα κρατικό μονοπώλιο στην προσφορά υπηρεσιών υγείας με γιατρούς αποκλειστικά

απασχολούμενους στο σύστημα., περιβλήθηκε με ένα ιδεολογικό μανδύα και προκάλεσε τον αποπροσανατολισμό από τα πραγματικά προβλήματα και τις αναγκαίες υγειονομικές προτεραιότητες.

Μια σοβαρή αδυναμία του νέου συστήματος ήταν η έλλειψη ικανοποιητικής και αποδοτικής διοικητικής διαχείρισης.. Τόσο σε κεντρικό όσο και σε επίπεδο νοσοκομειακής διοίκησης το αποτέλεσμα ήταν μάλλον απογοητευτικό και συνδέεται άμεσα με τα γενικότερα φαινόμενα παθογένειας της ελληνικής δημόσιας διοίκησης. Αν και στο νέο διοικητικό μοντέλο συμμετείχαν αντιπρόσωποι των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (αντιπρόσωποι των εργαζομένων, της τοπικής αυτοδιοίκησης κλπ), το σχήμα δεν λειτούργησε αποδοτικά. Αφενός οι συχνές αλλαγές προσώπων στις διοικήσεις των μονάδων υγείας και αφετέρου η άσκηση της διοίκησης από ανθρώπους με εμπειρική μάλλον γνώση, παρά με γνώσεις management νοσοκομείων και κατά συνέπεια γνώσης των προβλημάτων και των προτεραιοτήτων των νοσηλευτικών οργανισμών.

Όσον αφορά την διοίκηση των νοσοκομείων ο Ν.1397/83 επέφερε βαθιές τομές. Οι αλλαγές που επήλθαν και οι ενισχυμένες αρμοδιότητες που δόθηκαν στις διοικήσεις των νοσοκομείων είχαν ως στόχο να γίνουν πιο ευέλικτες στις ενέργειες τους και να συμβάλουν στην επιτυχή εφαρμογή του Ε.Σ.Υ.

Ο ρόλος του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.) αναβαθμίστηκε με την εκχώρηση αυξημένων αρμοδιοτήτων, έτσι ώστε να έχουν την ευθύνη για την διοίκηση, την οργάνωση και την λειτουργία των νοσοκομείων, των Κ.Υ. και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σε αυτά, καθώς και για την υλοποίηση του προγράμματος που διαμορφώνεται από το ΚΕ.Σ.Υ. και εξειδικεύεται από το ΠΕ.Σ.Υ.

Εκτός από την αλλαγή στον αριθμό των μελών των Δ.Σ. για πρώτη φορά καθορίστηκε ο θεσμός του συντονιστή με πενταετή θητεία, ο οποίος ασκεί καθήκοντα διοικητικού προϊστάμενου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των Κ.Υ. και περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σε αυτό και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του Δ.Σ., το οποίο μπορεί να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στον συντονιστή με απόφασή του. Ο πρόεδρος του Δ.Σ. προσφέρει τις υπηρεσίες του με πλήρη απασχόληση για την οποία καταβάλλεται μηνιαία αποζημίωση.

Με την παρουσία στην σύνθεση των Δ.Σ. των νοσοκομείων εκπροσώπων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των ιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας και των άλλων εργαζομένων εφαρμόζεται ο κοινωνικός έλεγχος των φορέων υγείας και κατά προέκταση των Δ.Σ.



## 2.2 Εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. ή απορρύθμιση; (Ν. 2071/92)

Η πολιτική αλλαγή στην Ελλάδα το 1990 και η κυριαρχία της φιλελεύθερης ιδεολογίας επαναπροσδιόρισαν τους άξονες της πολιτικής υγείας. Η θεσμοθέτηση του Ν. 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» (Ε.Ο.Σ.Υ.) μπορεί να αποδοθεί σε ιδεολογικά κίνητρα της επικρατούσας τότε φιλελεύθερης πολιτικής, παρά σε σχεδιασμένη παρέμβαση με σαφείς στόχους.

Ο νέος νόμος τροποποιούσε πρώτα από όλα την βασική φιλοσοφία του Ν. 1397/83 για την αποκλειστική ευθύνη του κράτους στην ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Έτσι στο άρθρο 1 στην πρώτη παράγραφο του Ν.2071/92 αντικατέστησε το αντίστοιχο του Ν.1397/83 «με το κράτος να μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας των πολιτών.» Στη δεύτερη παράγραφο καθιερώνεται η δυνατότητα του πολίτη για ελεύθερη επιλογή των μέσων και της διαδικασίας για την προληπτική ή θεραπευτική λύση στα προβλήματα υγείας του.

Ο Ν.2071/92 προσπάθησε με μια σειρά τροποποιήσεων που αφορούσαν την περιφερειακή πολιτική υγείας να ξεπεράσει τις αδυναμίες εφαρμογής της. Έτσι τροποποιήθηκαν οι διατάξεις του Ν.1397/83 που αφορούσαν την αποκέντρωση του συστήματος, δίνεται η δυνατότητα στον υπουργό να τροποποιεί τον αριθμό των υγειονομικών περιφερειών χωρίς την γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ενώ στην έδρα των υγειονομικών περιφερειών ιδρύθηκαν διευθύνσεις υγείας με αποστολή την εποπτεία και συντονισμό των φορέων περίθαλψης. Επίσης συστήθηκαν οι ειδικές γραμματείες του Υπουργείου Υγείας με στόχο την τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της διοίκησης του Ε.Σ.Υ. όσον αφορά το ρόλο του υπουργείου μέσα στο σύστημα.

Ο Ν.2071/92 διεύρυνε την έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και περιέβαλε στους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας ιδιωτικά ιατρεία, ιδιωτικά οδοντιατρεία, διαγνωστικά κέντρα κ.α. Δύο νέοι θεσμοί δημιουργήθηκαν, οι κινητές μονάδες υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ορεινών και νησιωτικών πληθυσμών και η κατ' οίκον νοσηλεία, δηλαδή την ανάπτυξη δραστηριοτήτων που επιτρέπουν την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο περιβάλλον του ασθενή.

Τα Κ.Υ. η βασική μονάδα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες υγείας με διοικητική και εποπτεύουσα αρχή την οικεία νομαρχία στην οποία ανήκουν. Στην πράξη όμως φάνηκε ότι οι αρνητικές συνέπειες από τη χρηματοδοτική και ιδιαίτερα τη λειτουργική, επιστημονική και εκπαιδευτική αποκοπή



των Κ.Υ. από το νοσοκομείο αναφοράς ήταν σοβαρότερες από τις αναμενόμενες πιθανές θετικές συνέπειες της «αυτονόμησης» τους.

Στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη ο νέος νόμος προέβλεπε την ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με οποιαδήποτε νομική μορφή. Επέτρεψαν με τον τρόπο αυτό την ίδρυση νοσοκομείων από τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό, αλλά και τον κερδοσκοπικό τομέα. Είχε προηγηθεί το Ν.1892/90 «Εκσυγχρονισμός και Ανάπτυξη και άλλες διατάξεις» με τον οποίο ανατράπηκε το ισχύον καθεστώς και επιτράπηκε η ίδρυση, επέκταση, η ελεύθερη μεταβίβαση και η μετατροπή των ιδιωτικών κλινικών ως προς το αντικείμενο και την νομική μορφή της επιχείρησης. Παράλληλα επιχειρήθηκε η αναδιοργάνωση της δομής και λειτουργίας των νοσηλευτικών υπηρεσιών και έγινε η πρόβλεψη για νέο οργανόγραμμα των δημοσίων νοσοκομείων. Με τα άρθρα 49 και 50 λαμβάνονται μέτρα για την ορθότερη οικονομική διαχείριση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (προϋπολογισμοί – απολογισμοί και οικονομική διαχείριση νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σύσταση υπηρεσίας αξιοποίησης της περιουσίας, κληροδοτημάτων και δωρεών).

Αλλαγές σημειώθηκαν επίσης στο διοικητικό σχήμα των νοσοκομείων με την επαναφορά του ενιαίου χαρακτήρα των διοικητικών συμβουλίων από πλευράς αριθμού μελών με απώτερο στόχο την πλήρη ισοτιμία και ισοδυναμία των μελών των διοικητικών συμβουλίων. Στον εισηγητική έκθεση του Ν.2071/92 αναφέρθηκε ότι η διάκριση των διοικητικών συμβουλίων σε πενταμελή και επταμελή που ίσχυε ως τότε δεν εξυπηρέτησε ουσιαστικά κάποια λειτουργική ανάγκη των νοσοκομείων, ούτε διαφοροποίησε ουσιαστικά τις ανάγκες της διοίκησης, οι οποίες σε κάθε περίπτωση δεν επιμερίζονται αναλογικά στα λιγότερα ή περισσότερα μέλη, αφού η λειτουργία των συμβουλίων είναι συλλογική και όχι εξατομικευμένη.

Για την αντιμετώπιση των οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων επεκτάθηκε και στη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ο θεσμός του γενικού διευθυντή. Παρά τις αρχικές αισιόδοξες προβλέψεις για την πορεία και λειτουργία του νέου θεσμού τα αποτελέσματα ήταν μάλλον απογοητευτικά. Και αυτό όχι μόνο λόγω της βραχύβιας εφαρμογής του Ν.2071/92, αλλά και γιατί επιλέγησαν πρόσωπα εξω-υπηρεσιακά, χωρίς την απαραίτητη εμπειρία στη διοίκηση μονάδων υγείας, με μόνο κριτήριο την κομματική «νομιμοφροσύνη». Το επακόλουθο ήταν μια επικίνδυνη υπερ-συγκέντρωση αρμοδιοτήτων σε άτομα με ελάχιστες γνώσεις και πολλές φορές ικανότητες διοίκησης οικονομικών μονάδων παροχής υπηρεσιών όπως είναι ένα νοσοκομείο.

Για πρώτη φορά με τον Ν.2071/92 καθιερώνονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και θεσπίζετε χάρτης δικαιωμάτων του ασθενή με βάση τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων του Ασθενή. Παράλληλα με το άρθρο 61 συνιστάται το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας. Στις θετικές αλλαγές του νομοσχεδίου συγκαταλέγονται επίσης η ίδρυση των Ειδικών Κέντρων Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη, Έρευνας Κληρονομικών Νόσων του Αίματος, με αποστολή και αρμοδιότητες την παρακολούθηση, μελέτη και καταπολέμηση σύγχρονων ασθενειών.

Επίσης συστήθηκαν οι Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας και σε κάθε νομό η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας με σκοπό να αποτελέσουν συμβουλευτικά όργανα προγραμματισμού και μελέτης σε θέματα αγωγής υγείας σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο.

Η φιλοσοφία των προτεινόμενων αλλαγών εγκλωβίστηκαν στην προσπάθεια ιδεολογικής αντιπαράθεσης και κριτικής με τον προηγούμενο νόμο, παρά με την προσπάθεια εναρμόνισης του συστήματος με τις διεθνείς εξελίξεις και προτεραιότητες για την επίτευξη της ισότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. Ουσιαστικά καμιά αλλαγή δεν προωθήθηκε προς την κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού, της αποδοτικότερης διαχείρισης και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Ο έλεγχος του κόστους επιχειρήθηκε με μάλλον αυθαίρετο τρόπο χωρίς να γίνει κάποια αλλαγή στις βασικές μεταβλητές της χρηματοδότησης, της παραγωγής και διεύθυνσης-διοίκησης των μονάδων υγείας.

Με την αλλαγή στις εργασιακές σχέσεις των ιατρών και την καθήλωση των αμοιβών του ιατρικού προσωπικού, σε συνδυασμό με την «κληρονομία» της δημοσιοϋπαλληλικής νοοτροπίας των ιατρών του Ε.Σ.Υ. οδήγησαν φαινόμενα διόγκωσης ανήθικων οικονομικών συναλλαγών στα νοσοκομεία, παράνομης άσκησης ιδιωτικού έργου, όξυνση της ανισότητας πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Με το επιχείρημα της αύξησης της ανταγωνιστικότητας απελευθερώθηκε ο ιδιωτικός τομέας, με βασική συνέπεια την αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, με αποτέλεσμα την εκτενή πρόκληση ζήτηση διαγνωστικών εξετάσεων και την διόγκωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Ένα άλλο στοιχείο είναι η έλλειψη σχεδίου αντιμετώπισης του ανερχόμενου κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών με την μη εισαγωγή μιας αποτελεσματικής μεθόδου χρηματοδότησης των παραγωγών υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα η νέα πολιτική

τιμών που ακολουθήθηκε σκόπευε στη λογιστική μείωση του ελλείμματος του προϋπολογισμού για λόγους δημοσιονομικής πειθαρχίας.

Συμπερασματικά ο Ν.2071/92 λειτούργησε αρνητικά για το σύστημα υγείας με ανατροπή της ισορροπίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα της υγείας υπέρ του δευτέρου και την μεταφορά της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας κυρίως προς τα ασφαλιστικά ταμεία και την ιδιωτική χρηματοδότηση.

### **2.3 Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν. 2194/94) – Προτάσεις Ελλήνων και ξένων εμπειρογνομόνων.**

Με την επάνοδο του ΠΑ.ΣΟ.Κ στην κυβέρνηση κατατίθεται ψηφίζεται και υλοποιείται το νομοσχέδιο «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας» Ν. 2194/94 ο οποίος απέβλεπε στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ. Έτσι επανέρχονται σε ισχύ οι αρχές και οι στόχοι του Ν. 1397/83 σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών με την κατάργηση της δυνατότητας μερικής απασχόλησης, την επαναφορά των Κ.Υ ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων.

Όμως ο νέος νόμος δεν κατήγγειλε τις προβλέψεις που αφορούσαν την δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, τις ελευθερίες που παραχωρήθηκαν στον ιδιωτικό τομέα και τα μέτρα συμμετοχής του ασθενή στο κόστος περίθαλψης.

Ο Ν. 2194/94 είχε περισσότερο διορθωτικό χαρακτήρα, παρά οδήγησε σε ριζική αναμόρφωση του συστήματος υγείας και φυσικά δεν έδωσε απαντήσεις σε επιτακτικά ερωτήματα που αφορούσαν την χρηματοδότηση, το διοικητικό συγκεντρωτισμό, την έλλειψη μέτρων ελέγχου του κόστους, την ανεπάρκεια εξωνοσοκομειακής φροντίδας, την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού κ.α.

Αντίθετα προς την κατεύθυνση μια συνολικής μεταρρύθμισης, η κυβέρνηση του ΠΑ.ΣΟ.Κ δρομολόγησε τις απαραίτητες διαδικασίες ώστε σε συνεργασία με Έλληνες και ξένους ειδικούς στο χώρο της υγείας να επεξεργαστεί συγκεκριμένες προτάσεις και να οριοθετήσει ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του Ε.Σ.Υ.

Έτσι το 1994 συστήνονται από το υπουργείο Υγείας δύο επιτροπές, μια από Έλληνες και μια από ξένους ειδικούς οι οποίοι ανέλαβαν να αναδείξουν τις ανεπάρκειες και τις ελλείψεις του συστήματος υγείας και να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωσή του. Τον Ιούνιο του ίδιου έτους η επιτροπή των ξένων εμπειρογνομόνων με επικεφαλής τον καθηγητή Abel-Smith και σε συνεργασία με μια αντίστοιχη ελληνική επιτροπή

ανακοίνωσε το πόρισμα της επισημαίνοντας τις αδυναμίες του ελληνικού συστήματος και προτάσσει μια σειρά μέτρων και αλλαγών για την ανάπτυξη και βελτίωση του συστήματος.

Το πόρισμα αναφέρεται στις αδυναμίες του Ε.Σ.Υ. που έχουν να κάνουν με την παρεχόμενη δημόσια υγεία, την ύπαρξη υπεράριθμων γιατρών ειδικοτήτων, τις αντιδεοντολογικές και ανήθικες πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και την αδύναμη οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ως λύσεις για τα προβλήματα αυτά προτείνει:

1. Τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), στον οποίο θα ενταχθούν σε πρώτη φάση τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία και στον οποίο θα πρέπει να μεταβιβάσουν όλους τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
2. Την αποκέντρωση του συστήματος και τη σύσταση και λειτουργία περιφερειακών συμβουλίων υγείας, με αποφασιστικές αρμοδιότητες, και την ευθύνη της διαχείρισης των πόρων που θα τους εκχωρεί ο ΕΦΥ.
3. Την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, και τη δημιουργία ενιαίου δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
4. Τη θεσμική, διοικητική και οικονομική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων με τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων αλλά κυρίως με τη μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες, στις οποίες το κράτος θα κατέχει το 99% των μετοχών και η τοπική αυτοδιοίκηση το υπόλοιπο 1%, με στόχο την ευελιξία πολιτικής σε τομείς όπως οι προσλήψεις, οι μισθοί, οι προμήθειες, η τιμολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρουν κλπ,.
5. Τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών, που θα προέρχονται από τα περιφερειακά υγειονομικά συμβούλια και αμοιβή των γιατρών κατά πράξη και μέσα σε ανώτατα προϋπολογισμένα όρια.
6. Την επιστημονική αναβάθμιση του υγειονομικού προσωπικού με τη λειτουργία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης και την αλλαγή του τρόπου προσλήψεων, με κύριο στόχο τη στελέχωση των νοσοκομείων με αξιοκρατικά κριτήρια, την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού που θα κρίνεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και την κατάργηση μακροπρόθεσμα της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας.
7. Έμφαση στην ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας μέσα από περιφερειακές υπηρεσίες, που θα στελεχώνονται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό

8. Η σύνταξη περιορισμένης λίστας φαρμάκων και ο σαφής προσδιορισμός των μη συνταγογραφημένων φαρμάκων.
9. Ίδρυση ιατρικής σχολής με έμφαση στην οικογενειακή ιατρική και την θέσπιση ιατρικού συμβουλίου υπεύθυνου για την τήρηση του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας.

Οι προτάσεις αυτές αν και έγιναν αρχικά αποδεκτές από όλα τα πολιτικά κόμματα, εντούτοις οι αντιδράσεις δεν άργησαν να φανούν με τους νοσοκομειακούς γιατρούς να διαφωνούν με τις αλλαγές στο εργασιακό καθεστώς και την άρση της μονιμότητας στο δημόσιο νοσοκομείο. Επικρίθηκε η πρόταση αυτή ως προσβλητική και εκτός ελληνικής πραγματικότητας καθώς αγνοούσε την συμβολή του δημόσιου τομέα στην οικονομική και κοινωνική αναπαραγωγή ορισμένων κοινωνικών στρωμάτων στην Ελλάδα. Αντιδράσεις επίσης προκάλεσε η πρόταση για άρση του μονιμότητας στο δημόσιο τομέα για τους επαγγελματίες υγείας, γιατί για την επιτροπή αποτελούσε βασικό πρόβλημα λειτουργίας του δημόσιου τομέα υγείας και θεμελιώδης αλλαγή για την πραγματοποίηση των σκοπών της μεταρρύθμισης.

Η έκθεση της επιτροπής των εμπειρογνομόνων επηρεάστηκε από τις μεταρρυθμίσεις στο βρετανικό σύστημα υγείας, ενώ οι προτάσεις της βασίστηκαν στη διεθνή προβληματική για τη διάκριση προσφοράς και ζήτησης και την εισαγωγή μεθόδου ελεγχόμενου ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας. Μια βασική κριτική που ασκήθηκε ήταν στην ανεπαρκή τρόπο προσέγγιση της ελληνικής πραγματικότητας στον υγειονομικό τομέα και ειδικότερα στο σύντομο χρονικό διάστημα παραμονής στην Ελλάδα, την διενέργεια επισκέψεων σε μονάδες υγείας εντός της περιοχής των Αθηνών και στην περιορισμένη παρουσία Ελλήνων στην επιτροπή. Ένα άλλο σημείο της κριτικής που αναπτύχθηκε ήταν η απουσία αναφοράς στη χρηματοδότηση των προτεινόμενων αλλαγών και στη δυνατότητα εφαρμογής, αλλά και των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τις προτεινόμενες ρυθμίσεις.

Υπό κρίση τέθηκε η δυνατότητα μεταφοράς ξένων προτύπων και η συμβατότητα τους με τις υπάρχουσες ανάγκες της χώρας. Οι ενστάσεις είχαν να κάνουν με την εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού όσον αφορά τον τρόπο εφαρμογής του, τον αριθμό των οικογενειακών ιατρών που απαιτούνται για να καλυφθεί ο ελληνικός πληθυσμός και τελικά κατά πόσο θα γίνει αποδεκτός ο θεσμός αυτός από τον πληθυσμό. Αμφισβητήθηκε τέλος η αποτελεσματικότητα και αναγκαιότητα μετατροπής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε ανώνυμες εταιρείες και την υιοθέτηση συστήματος αμοιβής των ειδικευομένων γιατρών με αμοιβή κατά πράξη μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών.



Η εγχώρια επιστημονική κοινότητα είχε την αντίληψη ότι η επιτροπή των ξένων εμπειρογνομόνων αγνοεί ή και παραβλέπει την ιστορική εξέλιξη, τις δημοσιονομικές οικονομικές δυσκολίες και τα οικονομικά χαρακτηριστικά του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, καθώς και τις κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιομορφίες του ελληνικού πληθυσμού της χώρας αν και υπήρξαν και φωνές του ταυτίστηκαν με τις περισσότερες από τις προτάσεις που κατατέθηκαν. Για την επιτροπή των ξένων εμπειρογνομόνων ο Λιαρόπουλος το 2005 σημειώνει ότι η έκθεση είχε την τύχη ανάλογων προσπαθειών του παρελθόντος, έγινε αντικείμενο απαξιωτικών σχολίων από αδαείς πολιτικάντηδες, συνδικαλιστές και σαλτιμπάγκους του χώρου, ουσιαστικά αγνοήθηκε από τους πολιτικούς που ακολούθησαν και μόνο το 2000 με την μεταρρύθμιση του Α. Παπαδόπουλου βρίσκουμε ορισμένα στοιχεία που προτάθηκαν τότε. Αν και πρόθεση της τότε ηγεσίας του υπουργείου Υγείας ήταν να προχωρήσει σε ριζικές αλλαγές, οι πολιτικές εξελίξεις πρόλαβαν τις όποιες νομοθετικές παρεμβάσεις<sup>4</sup>.

Στο διάστημα αυτό συστάθηκαν τρεις επιτροπές για την δημιουργία του Ε.Φ.Υ., στην εφαρμογή του οικογενειακού γιατρού και την οργάνωση των νοσοκομείων. Οι προτάσεις των επιτροπών επηρεασμένες και βασισμένες τόσο στις προτάσεις των ξένων εμπειρογνομόνων προσπάθησαν να μεταφέρουν ξένα επιτυχημένα πρότυπα σε μια χώρα με εντελώς διαφορετική κοινωνικοοικονομική δομή και πολιτιστική παράδοση, από τις αντίστοιχες χώρες που εφάρμοσαν θεσμούς όπως ο οικογενειακός γιατρός κλπ.

Τέλος σε επίπεδο υλοποίησης των προτάσεων αυτών συμπεριελήφθησαν στο νομοσχέδιο 2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», το οποίο αποτέλεσε την επόμενη προσπάθεια συνολικής μεταρρύθμισης στην υγεία στην Ελλάδα.

#### **2.4 Ο νόμος 2519/1997: Μια νέα προσπάθεια για μεταρρύθμιση**

Ο Ν. 2519/1997 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» ψηφίστηκε ύστερα από μια μακρά περίοδο κυοφορίας, κατά την οποία είχαμε το πόρισμα της επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων και των τριών ελληνικών επιτροπών και δύο ανεπιτυχείς νομοθετικές προσπάθειες από τους υπουργούς Κρεμαστινό Δ. και Πεπονή Α., γιατί ερχόταν σε αντίθεση με την τότε χαραχθείσα οικο-

---

4. Λιαρόπουλος Α. Τα «Εγώ» του Ε.Σ.Υ. Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 2005 σελ.9-10

νομική πολιτική και με ένα μεγάλο μέρος των κοινωνικών φορέων και του ιατρικού κόσμου. Ο Ν. 2519/1997 δεν εισάγει ριζοσπαστικές αλλαγές, αλλά ρυθμίζει μια σειρά ζητήματα σε συνδυασμό με εφαρμογή διατάξεων που προέρχονται από παλαιότερους νόμους για την υγεία. Είναι ένα κείμενο εξισορροπητικό, διαμεσολαβητικό που αποσκοπούσε στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. με σκοπό την δυναμική συγκρότηση σε επόμενο στάδιο ενός ισχυρού υγειονομικού συστήματος.

Ο Ν. 2519/1997 προέβλεπε μεταξύ άλλων:

α) Σύσταση οργάνων για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών και συγκεκριμένα

- Αυτοτελής υπηρεσία υπαγόμενη στον Γενικό Γραμματέα του υπουργείου Υγείας,
- Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών για την εξακρίβωση συγκεκριμένων καταγγελιών με την υποβολή πορίσματος στον Γενικό Γραμματέα του υπουργείου Υγείας ή στην αρμόδια εισαγγελική αρχή σε περίπτωση ποινικού αδικήματος και
- Γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη το οποίο θα λειτουργεί σε κάθε νοσοκομείο υπό την εποπτεία του προέδρου του Δ.Σ. του νοσοκομείου. (άρθρο 1)

β) Επαναδιατυπώνονται οι σκοποί των υπηρεσιών υγείας προς την κατεύθυνση της πρόληψης, της ενημέρωσης, του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου στο εργασιακό χώρο, της συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την προαγωγή της διατομεακής συνεργασίας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας. (άρθρο 3).

γ) Συστήνονται θέσεις γιατρών δημόσιας υγείας στον κλάδο των γιατρών του Ε.Σ.Υ., δημιουργείται Διεύθυνση Σχολικής Υγείας, η οποία ασχολείται με την κατάρτιση και υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης προαγωγής της υγείας του παιδικού πληθυσμού (άρθρα 6 & 7).

δ) Στη σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) με αποστολή την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και με θέματα που άπτονται την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. (άρθρο 9)

ε) Ρυθμίζεται το καθεστώς εποπτείας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., με την επαναδιατύπωση της σύνθεσης και των αρμοδιοτήτων των Δ.Σ. των νοσοκομείων, των αρμοδιοτήτων του προέδρου των Δ.Σ. και τη θέσπιση ενιαίου εσωτερικού κανονισμού. (άρθρα 14-16,18)

στ) Καθιερώνεται ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή για την βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων και η ουσιαστική καινοτομία είναι η ενεργοποίηση του σε αντίθεση με τον Ν.2071/92 που απλά θέσπιζε τη θέση του Γενικού Διευθυντή στη διοίκηση του δημόσιου νοσοκομείου. Η διαφοροποίηση βρίσκεται στο ότι δίνεται έμφαση στο ρόλο του ως manager επί των οικονομικών της υγείας με ξεχωριστές αρμοδιότητες που καθόρισε απευθείας ο Νόμος, σε αντίθεση με το Ν.2071/92 που άφηνε το δικαίωμα του καθορισμού των αρμοδιοτήτων των γενικών διευθυντών στον Υπουργό Υγείας.(άρθρο 17)

ζ) Υιοθετείται το σύστημα των κλειστών προϋπολογισμών για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Προβλέπεται η δυνατότητα σύμπραξης των ασφαλιστικών ταμείων με σκοπό την σύναψη συμβάσεων με το υπουργείο Υγείας και ιδιωτικές μονάδες υγείας και οριοθετούνται οι πόροι των νοσοκομείων και των Κ.Υ. (άρθρα 28-30)

η) Προβλέπεται η δημιουργία δικτύων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τα οποία διασυνδέονται επιστημονικά και λειτουργικά με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και την τοποθέτηση ιατρών ειδικότητας γενικής ιατρικής σε φορείς πρωτοβάθμιας υγείας υπαίθρου (Κ.Υ., αγροτικά ιατρεία) (άρθρα 26-27,31). Δίνεται έτι η δυνατότητα σταδιακής εφαρμογής του Ε.Φ.Υ. με την προσχώρηση των Ασφαλιστικών Οργανισμών και δυνατότητα ανοιχτής και ελεύθερης διαπραγμάτευσης και συναίνεσης στη βάση της επίτευξης του βέλτιστου ποιοτικού αποτελέσματος.

θ) Εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, τον οποίο επιλέγουν ελεύθερα οι πολίτες από τον κατάλογο των ιατρών του δικτύου της περιοχής τους ή όμορων περιοχών. (άρθρο 32)

ι) Ρυθμίζονται θέματα που αφορούν την υφιστάμενη πολιτική φαρμάκου με την σύσταση στον Ε.Ο.Φ. ειδικής Επιτροπής Νοσοκομειακού Συνταγολογίου και την θέσπιση αντίστοιχου Εθνικού Συνταγολογίου καθώς και μηχανισμών ελέγχου των παραγόμενων ή εισαγόμενων φαρμάκων.

Ο Ν. 2519/97 εστίασε στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. εξαιτίας της υπανάπτυξης που αυτό είχε περιέλθει. Για αυτό ένα μεγάλο μέρος του νομοσχεδίου αναφέρεται στη μορφή και λειτουργία του δημόσιου νοσοκομείου. Στο σημείο που το νομοσχέδιο δεν πέτυχε ήταν στην μη αναφορά και στον μη εκσυγχρονισμό του δημόσιου λογιστικού και στις εργασιακές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα ο Ν.2519/97 εισάγει για πρώτη φορά εναλλακτικές μορφές φροντίδας με την «παροχή μετα-νοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας» και « μονάδες αποθεραπείας και αποκατάστασης».Επιπλέον επιφέρει μια ακόμα αλλαγή με την προσπάθεια για



ισόρροπη ανάπτυξη όλων των βαθμίδων φροντίδας και περίθαλψης με τη δημιουργία υπηρεσιών και οργάνων στην περιφέρεια, δεδομένου ότι θεσπίστηκε η ταύτιση υγειονομικής και διοικητικής περιφέρειας.

Ο Ν. 2519/97 αν και έχει ορισμένες καινοτόμες διατάξεις π.χ. Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας, οικογενειακός γιατρός, κλειστοί προϋπολογισμοί, επαναδιατυπώνει την βασική φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ. και αφήνει να φανεί η μεγάλη επίδραση από τις προτάσεις της επιτροπής των ξένων ειδικών. Χαρακτηρίστηκε άτολμος από τους πολιτικούς επικριτές του και ανεφάρμοστες πολλές από τις διατάξεις τους ειδικά όσον αφορά τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πολλές από τις νέες διατάξεις είναι γενικόλογες και παραπέμπουν σε υπουργικές αποφάσεις για πού θα προσδιορίζουν τις οργανωτικές και λειτουργικές λεπτομέρειες. Η αναγκαία αυτή παραπομπή σε υπουργικές αποφάσεις και άλλες διοικητικές πράξεις για την συμπλήρωση του αναγκαίου νομοθετικού πλαισίου οδήγησε σε καθυστερήσεις και τελικά στη μη εφαρμογή του νομοσχεδίου.

Κρίσιμο παρέμεινε το σημείο σχετικά με τον περιορισμό της αγοράς για τον ιδιωτικό τομέα της υγείας και ιδιαίτερα για τους ιδιώτες γιατρούς, με δεδομένο τον μεγάλο αριθμό τους, παρά την αναμενόμενη βελτίωση με την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας ειδικά οικογενειακών ιατρών και την βελτίωση των αποδοχών τους. Ασαφή παρέμεναν θέματα που αφορούσαν το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και ειδικότερα δεν ρυθμιζόταν επακριβώς θέματα αμοιβών και εργασιακών σχέσεων, καθώς απουσιάζουν διατάξεις που να οριοθετούν ή να παρέχουν κίνητρα για την άσκηση προαγωγής υγείας, περιορίζοντας έτσι την δράση των οικογενειακών γιατρών στην παροχή ιατρικής φροντίδας. Επίσης ο Ν.2519/97 δεν έδινε την δυνατότητα απόκτησης της ειδικότητας της γενικής ιατρικής και σε γιατρούς που εργάζονται σε ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ αυτό είναι δυνατό σε γιατρούς με συνεχή υπηρεσία σε έμμισθη θέση αγροτικού ιατρού πενταετούς διάρκειας. Αυτό θα οδηγούσε στην υποβάθμιση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής.

Η τύχη του νέου νομοσχεδίου δεν ήταν καλύτερη από αυτή προηγούμενων νομοσχεδίων. Ο συντονισμός και η ενιαία δράση των υπηρεσιών υγείας, οι αλλαγές σε διοικητικό επίπεδο και την χρηματοδότηση των νοσοκομείων και οι αλλαγές στην λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν υλοποιήθηκαν. Σε αυτό συνετέλεσαν και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την έλλειψη γνώσης και εμπειρίας διατομεακής συνεργασίας σε κυβερνητικό και διοικητικό επίπεδο, καθώς και την έλλειψη ειδικών γνώσεων και κουλτούρας για σύγχρονη πολιτική υγείας των επαγγελματιών υγείας.<sup>5</sup>

Παρά τις καινοτομίες που προσπάθησε να εισάγει συνάντησε κατά την νομοπαρασκευαστική του φάση έντονες κριτικές όχι μόνο από το σύνολο της τότε

αντιπολίτευσης, όσο και από πρώην υπουργούς Υγείας της κυβερνώσας παράταξης, αλλά και από τους «συνήθεις υπόπτους» συνδικαλιστικές οργανώσεις γιατρών και άλλους κοινωνικούς φορείς. Η πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε από τον τότε Υπουργό Κώστα Γείτονα σε εφαρμογή των διατάξεων του Νόμου, και που αποτέλεσε μια ιδιαίτερα θετική περίοδο για τη βελτίωση του ΕΣΥ, ανακόπηκε μετά την απομάκρυνσή του από τον διάδοχό του Υπουργό Λ. Παπαδήμα, με τη δικαιολογία του μικρού χρονικού ορίζοντα υλοποίησης των μεγάλων αυτών θεσμικών μεταβολών εν όψει των επερχόμενων εθνικών εκλογών. Για μια ακόμη φορά η πολιτική ασυνέχεια και ασυνέπεια γίνεται τροχοπέδη στην προσπάθεια για βελτίωση της κατάστασης στο χώρο της υγείας.

## **2.5 Πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη». Η τελευταία ευκαιρία για μεταρρύθμιση;**

Μετά τη νέα εκλογική νίκη του ΠΑ.ΣΟ.Κ. στις εκλογές του Απριλίου του 2000 ο νέος Υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος εξαγγείλε τον Ιούλιο του 2001 ένα εκτεταμένο εκσυγχρονιστικό πρόγραμμα με 200 στόχους και τον τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη», το οποίο είχε εγκριθεί από το Υπουργικό Συμβούλιο, με σκοπό «Η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες τον Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης».

Οι επιμέρους στόχοι του μεταρρυθμιστικού προγράμματος, όπως περιλαμβάνονται στο σχετικό κείμενο ήταν :

- Η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
- Η κατοχύρωση Ισότιμης Πρόσβασης στο σύστημα υγείας και Αξιοπρεπούς Αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών.
- Η διασφάλιση του Δημόσιου Χαρακτήρα του ΕΣΥ.
- Η διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ και η συγκρότηση Ολοκληρωμένων Συστημάτων Υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειας.
- Η αναδιοργάνωση της Διοίκησης και Λειτουργίας των Νοσοκομείων
- Η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος.

---

<sup>5</sup>Μωραίτης Ε. : Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εφικτή λύση ή ουτοπία: στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Ι.,Μπεαζόγλου Τ. Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία . Θεμέλιο Αθήνα 2000 σελ.36-51

- Η επιστημονική και οικονομική Αναβάθμιση των Εργαζόμενων στο χώρο της υγείας.
- Η συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- Η Ορθολογική Κατανομή και Αποτελεσματική Διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος, με τη δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας.
- Η καθιέρωση και άσκηση Αποτελεσματικών Ελέγχων στην Παροχή των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- Η έμφαση στις Πολιτικές που ενισχύουν την ιατρική, η οποία βασίζεται στην Τεκμηριωμένη Γνώση.

Στα πλαίσια του ιδιαίτερα φιλόδοξου αυτού εκσυγχρονιστικού προγράμματος ψηφίστηκαν και τέθηκαν σε ισχύ:

1. Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
2. Νόμος 2920/01 «Σώμα Επιθεωρητών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις»
3. Νόμος 2955/01 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠΕ.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις».

Με το Ν.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επιχειρείται μια ολοκληρωμένη παρέμβαση στην περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ. με την συγκρότηση των ΠΕ.Σ.Υ. και την ουσιαστική στελέχωση και ανάθεση αρμοδιοτήτων για πρώτη φορά, έδειξε να αποκτά σύγχρονες μεθόδους διοίκησης και λειτουργίας. Οι βασικές λειτουργίες κάθε ΠΕ.Σ.Υ. θα ήταν η άσκηση της πολιτικής υγείας στην περιφέρεια, ο έλεγχος, η έγκριση και η εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας, η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου, η εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη της περιφέρειας και η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Για πρώτη φορά το μοντέλο διοίκησης φαίνεται να αλλάζει και γίνεται πιο αποκεντρωτικό και λιγότερο «υπουργοκεντρικό».

Άλλωστε οι κατευθυντήριες γραμμές του Ν.2889/2001 δεν ήταν άλλες από την αρχή της αποκέντρωσης και την ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Το μοντέλο της αποκεντρωμένης διοίκησης είναι διεθνώς αποδεκτό ως το πλέον αποδοτικό για ένα σύστημα υγείας. Ο δημόσιος χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. ο οποίος καθιερώθηκε με τον Ν.1397/83, αλλοιώθηκε με τον 2071/1992 με το επιχείρημα ότι ο πολίτης πρέπει να

είναι ελεύθερος στην επιλογή του για υπηρεσίες υγείας τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Ο μεικτός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. διατηρήθηκε τα επόμενα χρόνια και με τα νομοσχέδια Ν.2194/94 και Ν.2519/97. Η προσπάθεια ενίσχυσης του δημόσιου χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ. με μια σειρά νομοθετικών μέτρων που αφορούν:

- Δημιουργία Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) για μια σύγχρονη χρηματοδοτική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.
- Το Δημόσιο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα παρέχει:  
Πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.  
Προληπτική ιατρική.  
Προαγωγή της υγείας.  
Κοινωνική φροντίδα.
- Εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων σε διοικητικό επίπεδο και εκπόνηση νέων οργανισμών.
- Κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού προσωπικού.
- Η βασική εργασιακή σχέση των γιατρών του ΕΣΥ θεσπίζεται η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση. Ενώ ταυτόχρονα απαγορεύεται η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου ή η καθιονδήποτε τρόπο απασχόλησή στον ιδιωτικό τομέα υγείας.
- Οι Πανεπιστημιακοί γιατροί εντάσσονται οριστικά στο Ε.Σ.Υ.
- Νέο θεσμικό πλαίσιο για την δημόσια υγεία και την πρόληψη.

Στις καινοτομίες της νέας προσπάθειας δεσπόζουσα θέση κατέχει η συγκρότηση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π.). (Ν.2920/01) με αποστολή την ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για την διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων με σκοπό την βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας αυτών, την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας την εξάλειψη της κακοδιοίκησης και την προστασία της υγείας και περιουσίας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με καταχρηστικό τρόπο. Ουσιαστικά το

Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π. δημιουργήθηκε με βάση την εμπειρία που είχε αποκτήσει η τότε ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, από την προηγούμενη θητεία στα υπουργεία Οικονομικών με την σύσταση του κλάδου Οικονομικών Επιθεωρητών και στο υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με την συγκρότηση του Σώματος των Επιθεωρητών – Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης.

Κλειδί για την υλοποίηση της μεταρρυθμιστικής αυτής προσπάθειας ήταν η στελέχωση του συστήματος ειδικά με διοικητικό προσωπικό και προς αυτή την κατεύθυνση η νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια αποσκοπούσε στην ουσιαστική λειτουργία του θεσμού του Διοικητή του νοσοκομείου, με την πρόσληψη ικανού αριθμού διοικητών με αυξημένα τυπικά προσόντα, αλλά και με διοικητική εμπειρία σε μονάδες υγείας. Η πρόσληψη δε των διοικητών των νοσοκομείων, προαπαιτεί την υπογραφή συμβολαίου αποδοτικότητας, βάση του οποίου οι διοικητές υποχρεούνται εκπληρώσουν συγκεκριμένους στόχους. Η δε εκπλήρωση των στόχων θα κριθεί από αρμόδιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Για το ιατρικό προσωπικό προβλέφθηκε η αποδέσμευση του ιατρικού πτυχίου από την αγορά εργασίας και την καθιέρωση εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας, την υποχρέωση του πανελλήνιου ιατρικού συλλόγου να εισηγείται όλες τις αναγκαίες μεταβολές στον αριθμό των γιατρών, τις ειδικότητες που βρίσκονται σε ανεπάρκεια καθώς και την κάλυψη όλων των κενών θέσεων ως το 2003.

Όσον αφορά την δημόσια υγεία το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας «Υγείας –Πρόνοια 2000-2006» επιχείρησε να συντονίσει μερικώς τις διάσπαρτες από άποψη αρμοδιοτήτων δράσεις των διαφόρων φορέων σε μια ενιαία επιχειρησιακή προσπάθεια, η οποία έδινε έμφαση στην

- ανάπτυξη σύγχρονων πολιτικών προαγωγής και διασφάλισης της δημόσιας υγείας με έμφαση στις ανάγκες των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και
- στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας καθώς και όλων των υπηρεσιών και φορέων εξυπηρετούν ανάγκες ευπαθών ομάδων.

Στο πλαίσιο των δράσεων προβλέφθηκαν :

- κατάρτιση προσωπικού σε θέματα δημόσιας υγείας σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο

- ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης και αγωγής υγείας σε άτομα που βιώνουν συνθήκες αποκλεισμού ή διατρέχουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας
- ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης και αγωγής υγείας σε χώρους εργασίας.

Παρά τις ευρείες κατηγορίες δράσεων του θεσμικού πλαισίου παρέμενε ελλιπές καθώς το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα περιόριζε τις δράσεις προτεραιότητας της δημόσιας υγείας στις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και στην κατάρτιση του προσωπικού σε θέματα δημόσιας υγείας, ενώ στερούνταν ενός γενικότερου στρατηγικού ερείσματος.

Το θεσμικό έλλειμμα της πολιτικής δημόσιας υγείας έγινε αισθητό με την εμφάνιση μεταδοτικών ασθενειών (π.χ.SARS) -αν και δεν αποτέλεσε πρόβλημα για την Ελλάδα – υπογράμμισε την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των μεταδιδόμενων νοσημάτων και μάλιστα όχι των μέχρι σήμερα γνωστών, επ’ ωφελεία της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Έτσι ψηφίζετε ο Ν.3172/03 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» με βασική επιδίωξη τον εξοπλισμό της κεντρικής διοίκησης με τον κατάλληλο και ικανό μηχανισμό ελέγχου και συντονισμού των περιφερειακών υπηρεσιών στη βάση τεκμηριωμένων γνώσεων και επιστημονικών προσεγγίσεων.

Ο νέος νόμος δίνει έμφαση στο σχεδιασμό και την οργάνωση ενιαίας πολιτικής για όλη τη χώρα, με οργανωτικού τύπου παρεμβάσεις και στην ολοκλήρωση ενός Χάρτη Υγείας ενιαίος για όλη την επικράτεια ο οποίος να μπορεί να υποστηρίξει τις στρατηγικές και επιχειρησιακές δράσεις της δημόσιας υγείας, με στατιστικές αναλύσεις των διαθέσιμων δεδομένων.

Ο Ν. 3172/03 οριοθετεί την έννοια της δημόσιας υγείας και την ορίζει ως « το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού. Ιδιαίτερα δε τονίζεται ο πολυτομεακός και διατομεακός χαρακτήρας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, οι οποίες δεν μπορούν να οργανωθούν αποσπασματικά και μονόπλευρα. Ειδικότερα ως βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας ο Ν. 3172/03 ορίζει:



- την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και τους παράγοντες που την επηρεάζουν
- την προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και την πρόληψη των ασθενειών
- τον σχεδιασμό και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας,
- την προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων,
- τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων και
- την αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Για την αναδιοργάνωση και την ολοκλήρωση του συστήματος δημόσιας υγείας το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) με ευρύτατες επιστημονικές, γνωμοδοτικές και συμβουλευτικές αρμοδιότητες συμβάλλοντας στην αξιολόγηση των κινδύνων της δημόσιας υγείας, την αντιμετώπιση εκτάκτων κρίσεων και στη διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία. Σε επιχειρησιακό επίπεδο η Διαγραμματειακή Συντονιστική Επιτροπή και Συντονιστική Οργανισμών Δημόσιας Υγείας, διαμορφώνουν ενιαίες κατευθύνσεις μεταξύ περισσότερων αρμοδίων φορέων, προκειμένου να διασφαλίζετε ο συντονισμός των δράσεων και να μεγιστοποιούνται τα αποτελέσματα τους. Συνίσταται η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας με σκοπό την ανάπτυξη και εφαρμογή των μέτρων εκείνων που υλοποιούν την εθνική στρατηγική για τη δημόσια υγεία. Στο ίδιο επίπεδο αναβαθμίζετε η Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) η οποία εποπτεύει, συντονίζει και ελέγχει το έργο των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας και αναπτύσσει σημαντικές διατομεακές δράσεις.

Σε περιφερειακό επίπεδο η αρμοδιότητα για τις δράσεις δημόσιας υγείας ανατίθεται στα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Σ.Δ.Υ.), ενώ αναβαθμίζονται οι Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας και μετονομάζονται σε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας. Στις διευθύνσεις αυτές υπάγονται ως τμήματα τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) με αποστολή τον υγειονομικό, μικροβιολογικό και χημικό έλεγχο των νερών και τροφίμων, η διενέργεια και υποστήριξη επιδημιολογικών ερευνών και η συμβολή στην έγκαιρη απομόνωση και ταυτοποίηση παθογόνων μικροοργανισμών σε περιπτώσεις επιδημιών.

Ο Ν. 3172/03 θεσπίζει κίνητρα για την προσέλκυση του προσωπικού του τομέα της υγείας στη δημόσια υγεία, ενώ επαναπροσδιορίζει και ενθαρρύνει με την δημιουργία νέων θέσεων ειδικευόμενων ιατρών τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην κοινωνική ιατρική. Ολοκληρώνοντας, ο Ν. 3172/03 προβλέπει την σύνταξη Χάρτη Υγείας της χώρας. Κάθε Π.Ε.Σ.Υ.Π. θα έχει το δικό του Χάρτη Υγείας, και θα είναι υπεύθυνο μέσω των αποκεντρωμένων μονάδων του για τη συλλογή των σχετικών δεδομένων και την υποβολή τους στο Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας, που αποτελεί τον κεντρικό φορέα υλοποίησης του Χάρτη Υγείας.

Συνολικά ο Ν. 3172/03 με αφετηρία συγκεκριμένες για την χώρα προκλήσεις επιχείρησε για πρώτη φορά να οριοθετήσει το είδος και το περιεχόμενο των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Δεν περιορίστηκε στην νομοθετική οριοθέτηση της έννοιας της δημόσιας υγείας, αλλά προχώρησε στην οργανωτική διάσταση της παροχής των υπηρεσιών της.

Για την ολοκλήρωση του προγράμματος «Υγεία για τον Πολίτη», ορίστηκε ως καταλυτική ημερομηνία το τέλος του 2006 με ενδιάμεσες σταδιακές εφαρμογές των κυριότερων μέτρων. Έτσι, από τον Ιούλιο του 2000 και μέσα σε 6 μήνες προβλέφθηκε να έχουν ψηφιστεί όλοι οι νόμοι, μέσα στο 2001 θα έχουν συσταθεί τα Π.Ε.Σ.Υ. και θα έχουν διαμορφωθεί οι δομές του Ο.ΔΙ.ΠΥ. καθώς και ο υγειονομικός χάρτης της χώρας και εντός του 2002 θα λειτουργούσε ο θεσμός του γενικού ιατρού, θα ολοκληρώνονταν η μηχανοργάνωση και η εισαγωγή του γενικού λογιστικού σχεδίου. Είναι η πρώτη φορά που τίθεται χρονοδιάγραμμα για την ολοκληρωμένη εφαρμογή ενός προγράμματος μεταρρύθμισης, αλλά και αυτό δεν «ξέφυγε» από αντιδράσεις και επικρίσεις.

Το συνδικαλιστικό κίνημα μέσω του επιστημονικού του φορέα –ΙΝ.Ε./Γ.Σ.Ε.Ε.- αν και συμφωνεί με τους στόχους της μεταρρύθμισης, διατυπώνει ενστάσεις για την απουσία μέτρων πολιτικής για την επίτευξη του κάθε στόχου. Θεωρεί ότι οι παρεμβάσεις του υπουργείου είναι αποσπασματικές και δεν δίνετε απάντηση στο κεντρικής σημασίας ζήτημα των θεμελιακών επιλογών και προτεραιοτήτων του συστήματος υγείας. Ακόμα, απουσιάζουν οι αναγκαίες οικονομοτεχνικές μελέτες των αλλαγών και δεν δίνονται απαντήσεις σε καίρια ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη σχέση δημόσιου και ιδιωτικού φορέα, στην παραγωγή και προσφορά των υπηρεσιών υγείας, οι ποσοτικές και ποιοτικές παράμετροι στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες), οι προτεραιότητες στο είδος των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας, οι επιλογές στον ποσοτικό προσδιορισμό της χρηματοδότησης του συστήματος



και στη συγκεκριμένη αναλογική κατανομή της σε πηγές προέλευσης, η βελτίωση του βαθμού ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στις ανάγκες και τις προσδοκίες των επί μέρους δικαιούχων. Ενστάσεις υπήρξαν ακόμα και για την λειτουργία των ΠΕ.ΣΥ καθώς δεν αναφέρεται εάν στη διοίκηση τους θα περιλαμβάνονται και εκπρόσωποι των κοινωνικών φορέων υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, ώστε να είναι δυνατή η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση της λειτουργίας του ΠΕ.Σ.Υ. από την εκάστοτε κυβέρνηση.

Αντιρρήσεις εκφράστηκαν ακόμα για την λειτουργία του Ο.ΔΙ.Π.Υ. καθώς και για την ένταξη των πολυιατρείων του Ι.Κ.Α. σε Κ.Υ αστικού τύπου και την ένταξη τους στο Ε.Σ.Υ. δεδομένου ότι αυτά αποτελούν περιουσία του Ι.Κ.Α. και ουσιαστικά ανήκουν στους ασφαλισμένους του. Τέλος, τίθεται θέμα αύξησης των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό ανακύπτει και από τη δυνατότητα λειτουργίας απογευματινού ιδιωτικού ιατρείου σε νοσοκομειακό χώρο από συγκεκριμένους γιατρούς. Οι ανισότητες αυτές έχουν, μάλιστα, διπλή διάσταση. Αναφέρονται, τόσο στη διάκριση των ασθενών σε πατρικούς και πληβείους αναλόγως αν κάνουν χρήση του απογευματινού ιδιωτικού ιατρείου ή του πρωινού δημόσιου, όσο και στο παρεχόμενο προνόμιο σε συγκεκριμένους γιατρούς να κάνουν χρήση του εξοπλισμού και των λοιπών μέσων του δημόσιου νοσοκομείου για την άσκηση ιδιωτικής ιατρικής.

Οι επικρίσεις της αξιωματικής αντιπολίτευσης αφορούσαν 12 σημεία τα οποία είχαν να κάνουν με:

- τον γενικόλογο χαρακτήρα του Σχεδίου χωρίς
- στην μη αναφορά στον τρόπο και τις τεχνικές λεπτομέρειες εφαρμογής των νέων θεσμών,
- στην έλλειψη οικονομοτεχνικής μελέτης,
- στη μη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων στη διοίκηση των ΠΕ.Σ.Υ. και κατά συνέπεια τη διατήρηση του υπουργοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος,
- στην λειτουργία του Ο.ΔΙ.Π.Υ. και ειδικά στην έλλειψη κριτηρίων ποιότητας και κόστους με βάση τα οποία θα αγοράζει υπηρεσίες από το Ε.Σ.Υ. και τον ιδιωτικό τομέα,

- στη λειτουργία των απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία καθώς αυτό θα αυξήσει τις ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας,
- στην έλλειψη στελεχών για την υλοποίηση του Σχεδίου,
- στο χρόνο υλοποίησης των αλλαγών, ο οποίος θεωρείται πολύ μεγάλος, γεγονός που απαιτεί την ύπαρξη ευρύτερης πολιτικής συναίνεσης,
- στην έλλειψη εθνικού διαλόγου για την προώθηση και θεσμοθέτηση των αλλαγών
- η μη πρόβλεψη ρυθμίσεων για την οδοντιατρική φροντίδα
- το αντιατρικό πνεύμα του Σχεδίου θα αποτελέσει τροχοπέδη για την υλοποίηση του
- η νέα σύνθεση του ΚΕ.Σ.Υ με το διορισμό μελών απευθείας από τον υπουργό το καθιστά εντολοδόχο όργανο της ηγεσίας του υπουργείου.

Η επιστημονική κοινότητα από την πλευρά της έγειρε σοβαρές επιφυλάξεις, επισημαίνοντας την αναντιστοιχία στόχων και υπάρχοντος δυναμικού στελεχών, την έλλειψη ελέγχου και εμπλοκής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών, την αντίθεση της στην ιδιωτικοποίηση βοηθητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων (υπηρεσίες εστίασης, φύλαξης, καθαριότητας κ.α.), της εισαγωγής στοιχείων της αγοράς ως μηχανισμούς ελέγχου του κόστους και διασφάλισης της ποιότητας μετά τις σοβαρές επιφυλάξεις που εγείρει η διεθνής εμπειρία εφαρμογής ανάλογων μέτρων.

Βασικό όμως μειονέκτημα αποτέλεσε η μη τήρηση του χρονοδιαγράμματος με αποτέλεσμα την μη ψήφιση όλων των απαραίτητων νομοθετημάτων, αλλά και η αιφνίδια απομάκρυνση από την ηγεσία του υπουργείου του εμπνευστή της όλης προσπάθειας Α. Παπαδόπουλου τον Ιούνιο του 2002 με αποτέλεσμα το όλο εγχείρημα να ατονήσει και να περιέλθει σε αδράνεια.

Στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι τις εθνικές εκλογές του Απριλίου 2004 ψηφίστηκαν μια σειρά από νόμους οι οποίοι είχαν συμπληρωματικό και διορθωτικό χαρακτήρα και η γενική άποψη είναι ότι αποτελούσαν άτολμα μέτρα περισσότερο «διαδικαστικού» χαρακτήρα» με εξαίρεση το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος

αποτελούσε ουσιαστικά δημιούργημα της προηγούμενης ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας

## **2.6 Η περίοδος από το 2004 μέχρι σήμερα.**

Η νέα κυβερνητική μεταβολή που σημειώνετε τον Απρίλιο του 2004 σηματοδοτεί μια μεταβολή στον υγειονομικό τομέα από την εφαρμογή του φιλελεύθερου προγράμματος της Ν.Δ. Αν και στην τελευταία περίοδο που διανύουμε παρατηρείται μια έντονη νομοθετική δραστηριότητα με την ψήφιση πολλών επιμέρους νομοσχεδίων, δεν μπορεί όμως να της προσδώσει κάποιος το χαρακτηρισμό της μεταρρύθμισης, γιατί καμία θεσμική και νομοθετική παρέμβαση δεν έχει αυτό τον χαρακτήρα και αποτελεί παρέμβαση διαδικαστική. Η παρέμβαση αυτή αρκείται σε τυπικές μετονομασίες φορέων, σε κατάργηση και επανίδρυση χωρίς ουσιαστικό περιεχόμενο αρμοδιοτήτων. Με το Ν.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» τα ΠΕ.Σ.Υ.Π μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) και οι Πρόεδροι-Γενικοί Διευθυντές των ΠΕ.Σ.Υ.Π σε Διοικητές, ενώ ιδρύθηκε στο Υπουργείο το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.) για το συντονισμό του έργου των Δ.Υ.ΠΕ. και σε επίπεδο περιφέρειας τα Συμβούλια Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.) ως γνωμοδοτικά όργανα για τον εναρμονισμό των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Παράλληλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ που λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.Π. απέκτησαν και πάλι νομικό χαρακτήρα ως Ν.Π.Δ.Δ. με Διοικητικά Συμβούλια που διορίζει ο Υπουργός. Οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε Ν.Π.Δ.Δ. με Διοικητικό Συμβούλιο και Διοικητή (με μηνιαία αντιμισθία ίση σχεδόν με αυτή των Διοικητών των νοσοκομείων) που ορίζονται από τον Υπουργό χωρίς διαδικασία αξιολόγησης.

Στα θετικά της τελευταίας αυτής περιόδου καταγράφονται τα νομοσχέδια Ν. 3305/05 «Εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής», Ν. 3418/05 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» νομοθετήματα που ναι μεν επιλύουν χρονίζοντα προβλήματα ή προσπαθούν να καλύψουν το θεσμικό κενό σε σύγχρονες προβληματικές υγείας, αλλά που όμως δεν αποτελούν προσπάθεια συλλογικής και μεταρρυθμιστικής αλλαγής σε κακώς κείμενα και αδυναμίες του συστήματος υγείας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η δημιουργία Ενιαίου Φορέα Πρωτοβάθμιας Υγείας για την δημιουργία του οποίου έχει δεσμευθεί η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως μετονομάστηκε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το 2004, αν και

κληρονομήθηκε από τις προηγούμενες κυβερνήσεις παραμένει σε δημόσια διαβούλευση, συνεχίζοντας την αρνητική παράδοση μη θεσμοθέτησης και λειτουργίας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## **2.7 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.): η μεταρρύθμιση που ποτέ δεν έγινε.**

Η συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1978 στην Alma-Ata προσδιόρισε την έννοια της Π.Φ.Υ. με μια σύγχρονη προσέγγισή και διατύπωσε την αναγκαιότητα της για την υλοποίηση του προγράμματος «Υγεία για όλους ως το 2000». Η προσέγγιση αυτή είχε την φιλοδοξία να απαντήσει στη συνολική κοινωνική, οικονομική, επιστημολογική κρίση των συστημάτων υγείας, με την ανακατανομή των πόρων, προς όφελος της πρωτοβάθμιας φροντίδας και δημόσιας υγείας.

Στα χρόνια που ακολούθησαν η διεθνής κοινότητα υιοθετώντας την νέα αντίληψη του Π.Ο.Υ. για την υγεία και υλοποιώντας την στρατηγική ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. ως ακρογωνιαίου λίθου ενός σύγχρονου συστήματος υγείας προχώρησαν σε σημαντικές αλλαγές και εφαρμογές καινοτόμων πολιτικών υγείας ειδικές για την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Αν και η ανάγκη για την ανάπτυξη Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δεν είναι σημερινή αλλά αποτέλεσε στόχο πολλών κυβερνήσεων από το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και μετά επιχειρήθηκε με μια σειρά νομοθετημάτων και μέτρων να οργανωθεί και να εφαρμοστεί με σημαντικότερα την ίδρυση των υγειονομικών σταθμών με το Ν.Δ.2592/53 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», την δημιουργία των κοινοτικών ιατρείων Ν.3487/55 «Περί κοινωνικής ασφάλισης των αγροτών» και το Ν.828/78 με την καθιέρωση του θεσμού του μόνιμου αγροτικού ιατρού.

Με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. και την ψήφιση του Ν.1397/83 γίνονται οι πρώτες ολοκληρωμένες προσπάθειες δημιουργίας συστήματος Π.Φ.Υ. Κυρίαρχος θεσμός στην προσπάθεια αυτή είναι το Κέντρο Υγείας ως λειτουργική έννοια παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έτσι στο πλαίσιο υλοποίησης του φιλόδοξου αυτού προγράμματος ιδρύονται και λειτουργούν 160 Κ.Υ. σε μη αστικές περιοχές και οργανώνονται εκπαιδευτικά προγράμματα για την στελέχωσή και διοίκησή τους. Παρά τον αρχικό ενθουσιασμό και το δυναμικό ξεκίνημα η προσπάθεια για την καθιέρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. ατόνησε και οι επόμενες φάσεις του σχεδίου ουδέποτε υλοποιήθηκαν. Μέχρι το 1994 οι όποιες παρεμβάσεις εξαντλούνται σε διαχειριστικού τύπου νομοθετικές ρυθμίσεις. Έτσι ενώ η ρητορική διακήρυξη της δεκαετίας του '80, η οποία επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας,

η πολιτική που ακολουθήθηκε ευνόησε το εγχώριο ιατροφαρμακευτικό σύμπλεγμα. Σε αυτό κυρίαρχο ρόλο έπαιξε η ανισοκατανομή των πόρων του δημοσίου προϋπολογισμού και οι μεγάλες επενδύσεις υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας στον ιδιωτικό τομέα. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα στις αρχές της δεκαετίας του '80 από 17,2 % έπεσαν στο 13,4 % το 1990. Επίσης η όλη προσπάθεια για την καθιέρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. περιόρισε το οργανωτικό μοντέλο στις αγροτικές περιοχές και δεν επεκτάθηκε στα αστικά κέντρα και τα πολεοδομικά συγκροτήματα Αθηνών και Θεσσαλονίκης όπως πρόβλεπε η δεύτερη και τρίτη φάση του σχεδίου υλοποίησης.

Δυστυχώς δεν έγινε αντιληπτός ο πυρήνας της νέας πολιτικής από όλους τους εμπλεκόμενους και δεν βρήκε πρόσφορο έδαφος η ανάπτυξη ενός συστήματος βασισμένου στην πρωτοβάθμια φροντίδα με αποτέλεσμα γρήγορα ο θεσμός του Κ.Υ. να περιέλθει σε δυσχερή θέση και να κινδυνέψει ακόμα και με πλήρη εγκατάληψη. Μια σειρά από ζητήματα που είχαν να κάνουν με την αποκέντρωση του συστήματος δεν υλοποιήθηκαν, ειδικά όσον αφορά την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να μην λειτουργήσει το σύστημα παραπομπών, παρά μόνο ως μονόδρομος από το Κ.Υ. στο οικείο νοσοκομείο. Ακόμα δεν επιλύθηκαν τα προβλήματα διοίκησης των Κ.Υ. και των διοικητικών σχέσεων με τα ανώτερα επίπεδα (απουσίασε για μεγάλο χρονικό διάστημα συγκροτημένη υπηρεσία για την Π.Φ.Υ. σε επίπεδο υπουργείου). Η ανάθεση της διοίκησης των Κ.Υ. στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων δεν συνοδεύτηκε και από μια σαφή και αναμφισβήτητη αλλαγή του προσανατολισμού των διοικήσεων, έτσι ώστε να μετατραπούν σε Δ.Σ. υπηρεσιών υγείας από απλά Δ.Σ. νοσοκομείων. Σε κεντρικό επίπεδο δεν καθορίστηκαν επαρκώς οι δραστηριότητες της Π.Φ.Υ., ενώ μεγάλες δυσκολίες υπήρξαν τόσο στην στελέχωση με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό με την έλλειψη πολιτικής προσέλκυσης στελεχών, αλλά και με την διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων της Π.Φ.Υ.

Η κατάσταση αυτή δεν άλλαξε τα επόμενα χρόνια, με την επόμενη σοβαρή μεταρρυθμιστική προσπάθεια να γίνεται με το Ν.2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Με το νομοσχέδιο αυτό θεσμοθετούνται για πρώτη φορά τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας με μια σύγχρονη μορφή, βασισμένη σε νεωτεριστικούς τρόπους διοίκησης και χρηματοδότησης. Ο Ν.2519/97 προβλέπει τα δίκτυα να έχουν κοινοπρακτική μορφή μεταξύ του Ε.Σ.Υ., των ασφαλιστικών ταμείων και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Θα προσφέρουν πλήρη και

ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών στους δικαιούχους των οποίων τα ασφαλιστικά ταμεία θα είναι συμβεβλημένα με το δίκτυο καταβάλλοντας σε αυτό μια κατά κεφαλήν αμοιβή. Η λύση των δικτύων ήταν μια μεταρρυθμιστική καινοτομία που στόχευε στην αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών και θα οδηγούσε στη σταδιακή ενοποίηση και έλεγχο των αγορών, με απώτερο σκοπό την παραγωγή πολιτικών και τεχνικών ελέγχου κόστους και συγκράτησης των δαπανών.

Με το Ν.2519/97 εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με κυρίαρχο προληπτικό, θεραπευτικό και οργανωτικό ρόλο στο σύστημα. Θα προσφέρει όλο το φάσμα των προληπτικών και ιατρικών υπηρεσιών, θα παραπέμπει τον ασθενή στο νοσοκομείο και θα παρακολουθεί την όλη πορεία του ασθενή στο σύστημα. Η δε εργασιακή σχέση των οικογενειακών ιατρών με τα δίκτυα θα καθορίζεται με ετήσια σύμβαση και όχι με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση για να αποφευχθούν φαινόμενα «υπαλληλοποίησης» των γιατρών.

Όμως μια σειρά από ανασταλτικούς παράγοντες φρέναραν την εφαρμογή της νέας πολιτικής. Η απαγόρευση της συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα επέφερε όπως ήταν αναμενόμενο αντιδράσεις για τον αποκλεισμό αυτό, οδήγησε σε αδυναμία αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης λειτουργίας και σε μη ικανοποίηση των δικαιούχων. Ακόμα εμφανής ήταν η έλλειψη της απαραίτητης γνώσης και εμπειρίας για την αναγκαία διατομεακή συνεργασία για την εφαρμογή του νέου θεσμού. Ο Ν.2519/97 ήταν ένα νομοθέτημα αρκετά γενικό. Για την πλήρη εφαρμογή του απαιτούνταν η έκδοση διοικητικών και υπουργικών πράξεων με αποτέλεσμα να παρουσιαστούν σημαντικές καθυστερήσεις. Αρνητικό σημείο υπήρξε η αδυναμία εγγραφής στον κατάλογο του οικογενειακού γιατρού όλων των μελών της οικογένειας εξαιτίας της διαφορετικής ασφαλιστικής κάλυψης. Προβλήματα εργασιακών σχέσεων και αμοιβών των οικονομικών γιατρών, αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς το γενικό πλαίσιο που διέπει αυτά τα δύο ζητήματα παρέμενε ασαφές ακόμα και μετά την ψήφιση του νομοσχεδίου. Η τελευταία ουσιαστικά προσπάθεια δημιουργίας Π.Φ.Υ αποτέλεσε το πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη» το οποίο είχε σαν στρατηγικό στόχο να αναδείξει την Π.Φ.Υ σε βασικό πυλώνα του Ε.Σ.Υ. τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Σύμφωνα με το σχέδιο αυτό το δημόσιο σύστημα Π.Φ.Υ. θα παρέχει

-Κοινωνική φροντίδα μέσα από το δίκτυο των Κ.Υ. και την μετεξέλιξη των πολυϊατρείων του Ι.Κ.Α. και των δημοτικών ιατρείων σε Κ.Υ. αστικού τύπου. Εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού και καθιέρωση της νοσηλεύτριας Π.Φ.Υ. με καθήκοντα την



πρώτη και άμεση επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας και την ολοκληρωμένη παρακολούθηση του.

-Πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

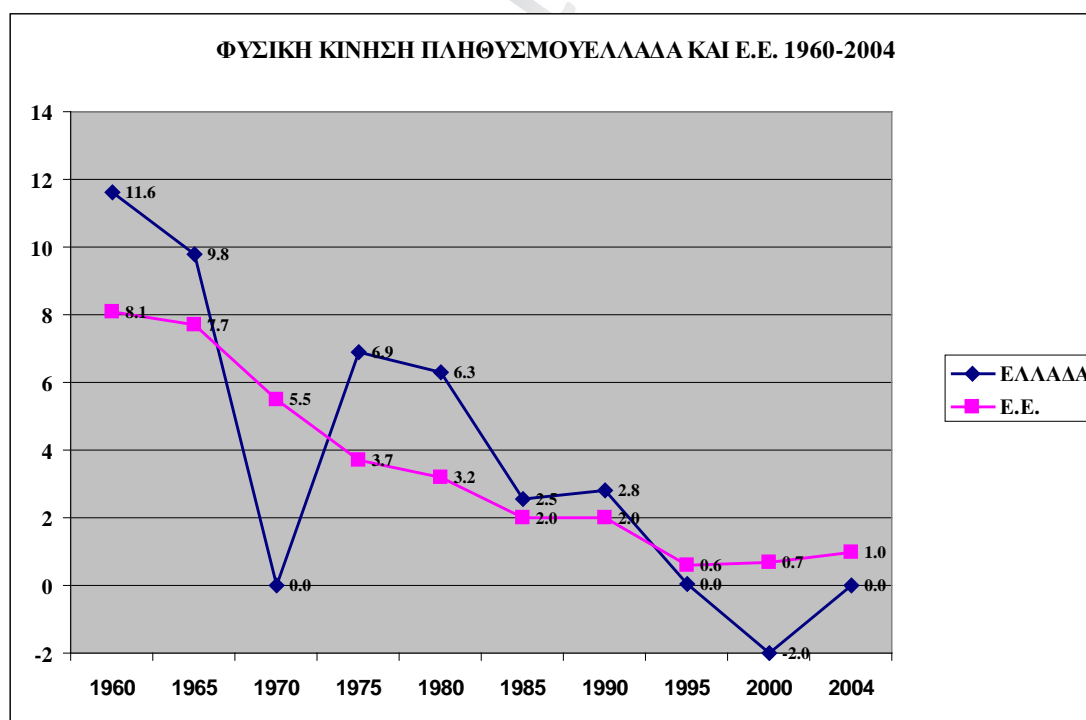
-Σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ. ιδρύονται και λειτουργούν μια σειρά σύγχρονων υποστηρικτικών υπηρεσιών για την Π.Φ.Υ. όπως τηλεϊατρική, υπηρεσία διαχείρισης χρόνιων ασθενών, υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι, νοσοκομείο ημέρας, μονάδες αποκατάστασης και μετανοσοκομειακής φροντίδας, τηλεφωνική υπηρεσία υγείας σε συνεργασία με το Ε.Κ.Α.Β. Η βραχύβια όπως αποδείχτηκε ζωή του νέου προγράμματος, ανείρεσε την εφαρμογή ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη» δεν είχε τις καινοτόμες ρυθμίσεις, αλλά προέβλεπε την εφαρμογή μια σειρά μέτρων που είχαν θεσπιστεί και εξαγγελθεί στο παρελθόν, αλλά ποτέ δεν εφαρμόστηκαν. Η τότε ηγεσία του Υπουργείου Υγείας είχε απλά την τόλμη να προωθήσει και να εφαρμόσει τα μέτρα αυτά. Θεωρείται σίγουρο ότι θα έβρισκαν την ευρύτερη αναγνώριση και αποδοχή, αν δεν λάμβανε χώρα η αιφνίδια αλλαγή ηγεσίας. Ακόμα και ο Ν.3235/04 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ο οποίος στην ουσία αντανάκλα το πνεύμα του προγράμματος «Υγεία για τον Πολίτη» και σ ψηφίστηκε αργά και ποτέ δεν εφαρμόστηκε εξαιτίας της κυβερνητικής αλλαγής του 2004. Στην ουσία ψηφίστηκε ως νόμος διαδικαστικού χαρακτήρα και για να διαφυλάξει την πολιτική υστεροφημία της τότε ηγεσίας του υπουργείου υγείας μιας και η ψήφισή του έγινε λίγες εβδομάδες πριν τις εθνικές εκλογές του 2004 και προδιαγραφόταν η πολιτική αλλαγή και ήταν αμφίβολη η εφαρμογή του νέου νόμου από την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας που διαδεχόταν το ΠΑ.ΣΟ.Κ. στην εξουσία. Εν κατακλείδι η αναγκαιότητα δημιουργίας ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι προφανής από τα κοινωνικά, οικονομικά και ποιοτικά οφέλη. Οι κατά καιρούς αντιρρήσεις περί οικονομικών δυσκολιών, διατομεακής συνεργασίας και του μοντέλου που πρέπει να εφαρμοστεί δεν μπορεί πλέον να αποτελούν τις δικαιολογίες για την συντήρηση ενός αναχρονιστικού και αντικοινωνικού συστήματος, το οποίο αποτελεί αν ανασταλτικό παράγοντα για την βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Οι οποιαδήποτε καθυστερήσεις – όπως η τελευταία με την σύνταξη ενός νέου σχεδίου νόμου το οποίο δεν προωθείται, αλλά παραμένει σε «δημόσια διαβούλευση» - επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργία του συστήματος υγείας και στέκονται εμπόδιο στην εξέλιξή του, με ευρύτερες παρενέργειες στην εθνική οικονομία

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ Ε.Σ.Υ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ.

### 3.1 Επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού

Οι μεταβολές του πληθυσμού αποτελούν αναμφίβολα σημείο αναφοράς για την πορεία και την εξέλιξη ενός συστήματος υγείας και συνδέεται με αυτό. Έτσι και για το Ε.Σ.Υ. το ενδιαφέρον δεν εστιάζεται μόνο στο μέλλον του πληθυσμού από καθαρά δημογραφική σκοπιά, αλλά και στις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, όπως αυτές προκύπτουν από τις πληθυσμιακές μεταβολές. Μια σειρά από θέματα όπως η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η γήρανση του πληθυσμού, το πρόβλημα της λαθρομετανάστευσης κ.α. δημιουργεί μεταξύ άλλων αυξημένες οικονομικές υποχρεώσεις και εγείρει εύλογα ερωτήματα για ανταπόκριση του Ε.Σ.Υ. στις νέες αυτές προκλήσεις.

Η Ελλάδα ακολουθώντας τους ρυθμούς ανάπτυξης των περισσότερων βιομηχανικά αναπτυγμένων δυτικοευρωπαϊκών χωρών εμφανίζει έντονα τα σημάδια της δημογραφικής γήρανσης και τάσεις συνολικής μείωσης, σαν αποτέλεσμα της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και κυρίως της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων.

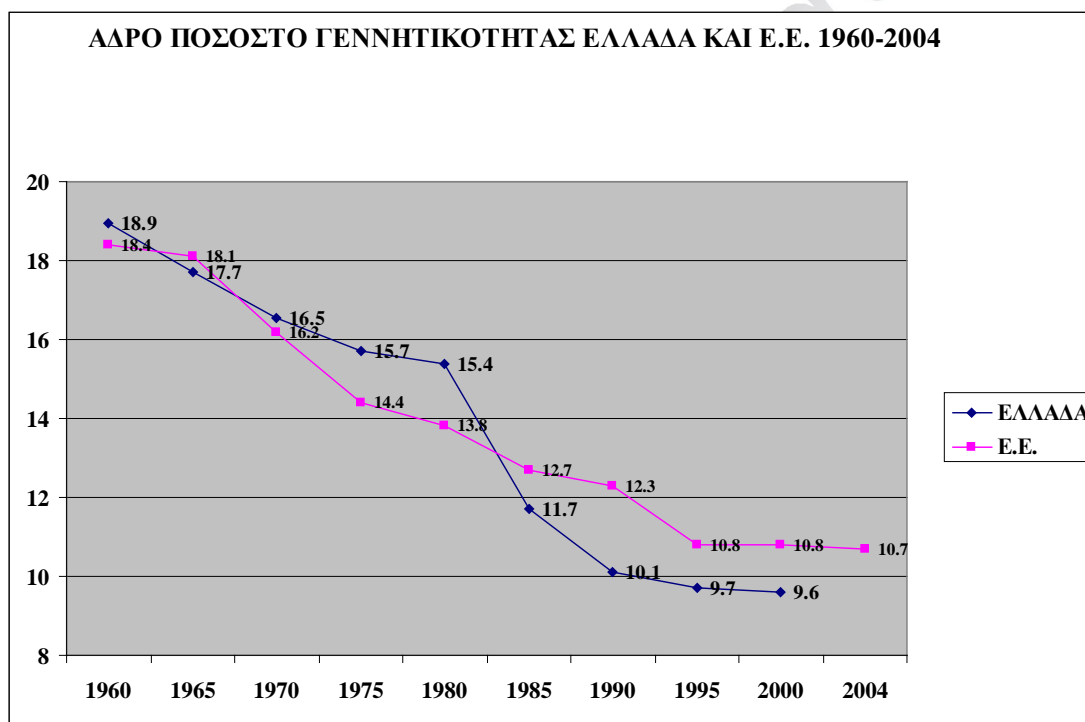


Διάγραμμα 1: Φυσική κίνηση του πληθυσμού στην Ελλάδα και Ε.Ε. 1960-2004

Πηγή: Ε.Κ.Κ.Ε./Ε.Σ.Υ.Ε.



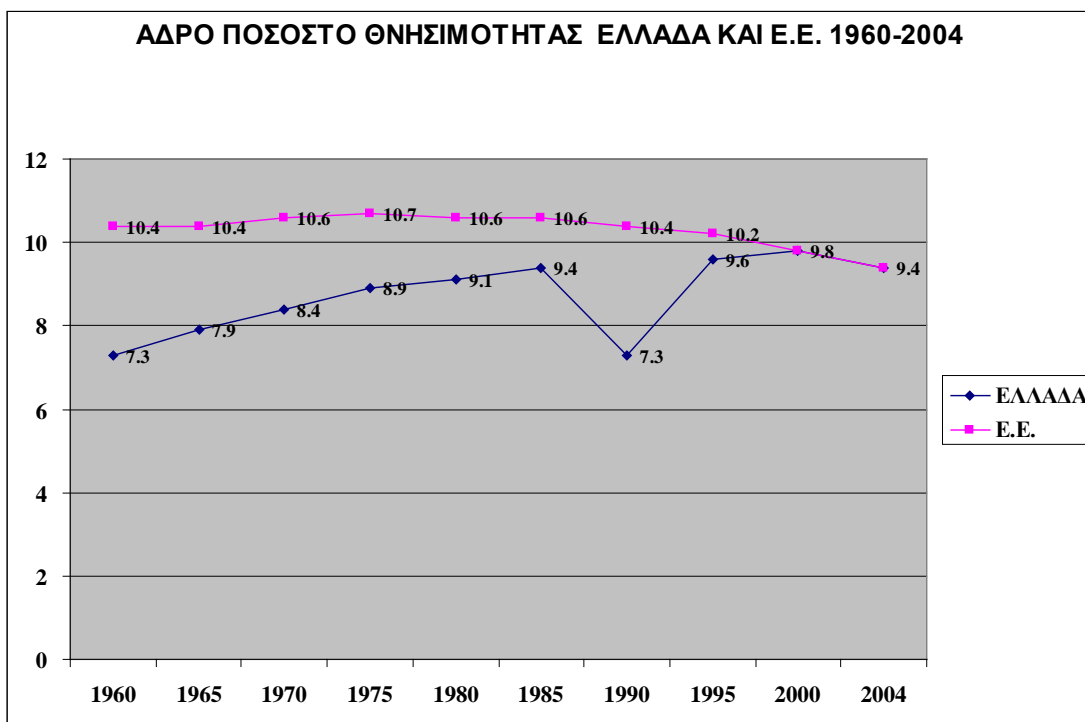
Από το Διάγραμμα 1, φαίνεται η φυσική κίνηση του πληθυσμού στην Ελλάδα να κινείται πτωτικά από την δεκαετία του 1960, ακολουθώντας την ανάλογη πορεία των άλλων χωρών-κρατών της Ε.Ε. Ενώ η μικρή ανάκαμψη που παρατηρείται μετά το 2000 οφείλεται στην εγκατάσταση κυρίως των μεταναστών. Ιδιαίτερα για ότι αφορά την γεννητικότητα από το Διάγραμμα 2 που εμφανίζει το αδρό ποσοστό γεννητικότητας, φαίνεται ότι αφορά την Ελλάδα σε μια συνεχή μείωση των γεννήσεων. Μετά το 1980 η μείωση των γεννήσεων είναι ραγδαία. Το αδρό ποσοστό γεννητικότητας δε, είναι μικρότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο ίδιος δείκτης ήταν διπλάσιος την δεκαετία του 1960 (> του 18.0‰.)



Διάγραμμα 2: Αδρό ποσοστό γεννητικότητας στην Ελλάδα και Ε.Ε. 1960-2004

Πηγή: Ε.Κ.Κ.Ε./Ε.Σ.Υ.Ε.

Για την εξέλιξη του αδρού ποσοστού θνησιμότητας από το Διάγραμμα 3 φαίνεται ότι είναι κυμαινόμενο στο χρονικό διάστημα 1960-2004. Την τελευταία δεκαετία του 2000 λόγω της γήρανσης του πληθυσμού εμφανίζεται αυξημένο και για το 2004 βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με αυτό της Ε.Ε. 9.4‰. (βλ. Διάγραμμα 3). Η θνησιμότητα είχε τάσεις μειώσεις στην Ε.Ε. μετά την δεκαετία του 1960, στην Ελλάδα παρουσίασε μια υποβάθμιση. Αυτό ερμηνεύεται από την αλλαγή καταναλωτικών και διατροφικών συνηθειών, ο οποίες ταυτίζονται όλο και πιο πολύ με τα αντίστοιχα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου για τον ελληνικό πληθυσμό όπως φαίνονται στον Διάγραμμα 4 είναι :



Διάγραμμα 3: Αδρό ποσοστό θνησιμότητας στην Ελλάδα και Ε.Ε.

Πηγή: Ε.Κ.Κ.Ε./Ε.Σ.Υ.Ε.



Διάγραμμα 4: Αιτίες θανάτου στην Ελλάδα 2004 (ποσοστό θανάτων επί 100.000 ατόμων)

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Το προσδόκιμο επιβίωσης για την Ελλάδα ανήλθε το 1960 σε 67,3 έτη για τους άνδρες και σε 70,4 έτη για τις γυναίκες. Από την δεκαετία του 1970 η Ελλάδα έχει υπερβεί τον επιθυμητό δείκτη επιβίωσης των 75 ετών, και ξεπέρασε το αντίστοιχο προσδόκιμο επιβίωσης της Ε.Ε. (βλ. Πίνακας 1).

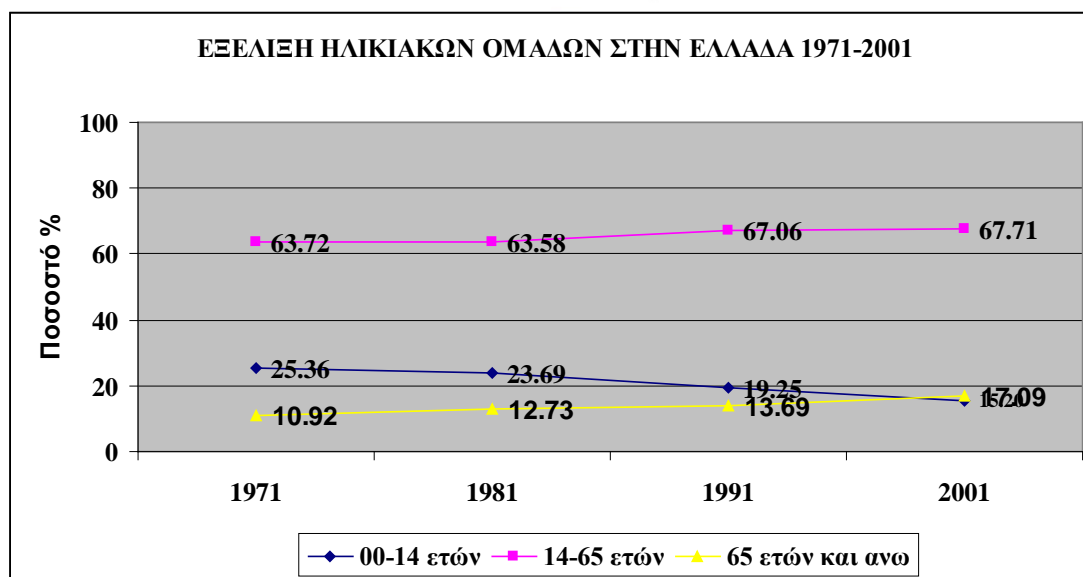
|        |          | ΕΤΗ  |      |      |      |      |
|--------|----------|------|------|------|------|------|
|        | ΦΥΛΛΟ    | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2001 |
| ΕΛΛΑΔΑ | ΑΝΔΡΕΣ   | 67,3 | 70,1 | 72,2 | 74,6 | 75,4 |
|        | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 70,4 | 73,6 | 76,6 | 79,4 | 80,7 |
| Ε.Ε.   | ΑΝΔΡΕΣ   | 66,2 | 66,6 | 66,6 | 67,7 | 69,9 |
|        | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 71,8 | 73,4 | 74,5 | 76,1 | 78,0 |

Πίνακας 1: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και Ε.Ε. 1960-2001

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Πρέπει να σημειωθεί ότι πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα κερδισμένα έτη ζωής για τους Έλληνες δεν οφείλονται στις κοινωνικές παροχές που δόθηκαν κατά καιρούς, όσο και στη διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού, η αλλαγή των οποίων επηρεάζει την συχνότητα ορισμένων ασθενειών (καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος κ.α.)

Στις δημογραφικές εξελίξεις που χρειάζεται αναφοράς είναι η γήρανση του πληθυσμού και την μετανάστευση.



Διάγραμμα 5 : Εξέλιξη του πληθυσμού κατά ηλικιακή ομάδα 1971-2001

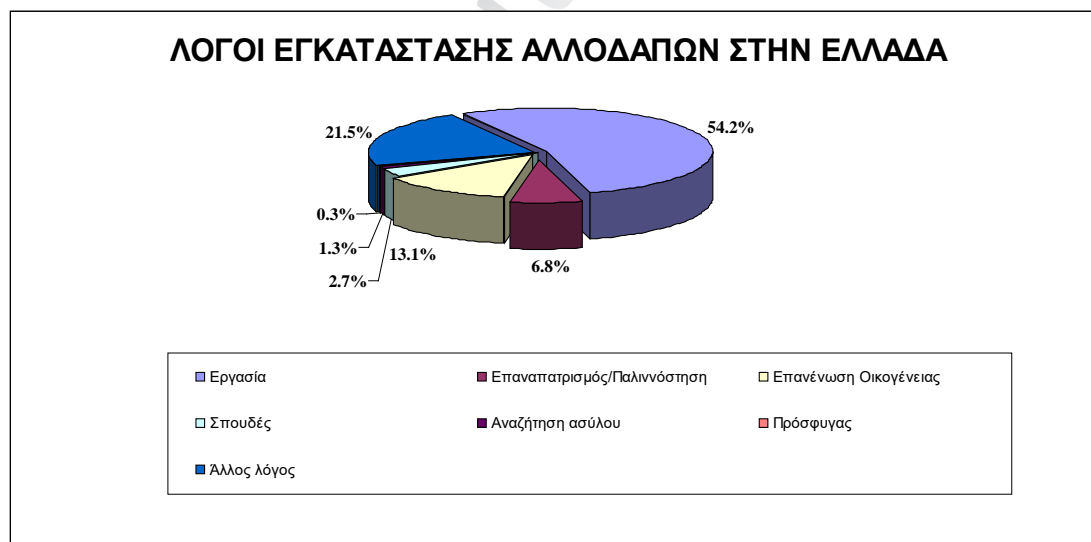
Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. (Απογραφή 2001)

Για την γήρανση του πληθυσμού το ποσοστό της ηλικιακής ομάδας 65 ετών και άνω, εμφανίζει συνεχή αύξηση τις τελευταίες 3 δεκαετίες με συνεχή αυξητική τάση, από 10,92% επί του συνολικού πληθυσμού στο 17,09% το 2001. Αντίστοιχα αυξάνεται και το ποσοστό της ηλικιακής ομάδας 14-65 ετών, από 63,72% στο 67,71% του συνολικού πληθυσμού το αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Αντιστρόφως ανάλογη είναι η εξέλιξη για

την ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών, η οποία παρουσιάζει μείωση από 25,36% του πληθυσμού το 1971 στο 15,20% τη δεκαετία του 2000.

Οι συνέπειες της μετάβασης σε ένα συνεχώς γηραιότερο πληθυσμό είναι ορατές και αναμένεται να ενταθούν στο μέλλον. Η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στην κοινωνική πολιτική, λόγω της αυξημένης ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες, για προνομιακές παροχές από τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας καθώς και λόγω της αδυναμίας των ασφαλιστικών φορέων να αντιμετωπίσουν το χάσμα που δημιουργείται μεταξύ των απαιτήσεων των ασφαλισμένων και των διατιθεμένων πόρων για την κάλυψη τους.

Όσον αφορά την μετανάστευση με βάση την απογραφή του 2001 ο αριθμός των μεταναστών ανήλθε σε 762.191. Στον Διάγραμμα 5 παρουσιάζονται οι κυριότεροι λόγοι παραμονής στην Ελλάδα. Από το σύνολο των μεταναστών ως κύριο λόγο εγκατάστασης στην Ελλάδα δήλωσαν την εργασία το 54,2%, τον επαναπατρισμό το 6,8%, την επανένωση της οικογένειας το 13,1%, τις σπουδές το 2,7%, την αναζήτηση ασύλου το 1,3%, την ιδιότητα του πρόσφυγα επικαλέστηκε το 0,3% και διάφοροι άλλοι λόγοι το 21,5% (βλ. Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 6 : Λόγοι εγκατάστασης αλλοδαπών στην Ελλάδα

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. (Απογραφή 2001)

### 3.2 Υποδομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το ελληνικό Ε.Σ.Υ. χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλει η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενή να

απευθυνθεί σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσίας, η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας να είναι δυσδιάκριτη. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία που υπάγονται στο Ε.Σ.Υ., τα δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ. (στρατιωτικά νοσοκομεία, νοσηλευτικά ιδρύματα Ι.Κ.Α., και τα νοσοκομεία του υπουργείου δικαιοσύνης) και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες. Η δε τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας.

| Δείκτες                         | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1999 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|
| <b>Νοσοκομεία</b>               | 608  | 460  | 387  | 358  | 339  |
| <b>Κλίνες/ Γιατρό</b>           | 5,0  | 3,8  | 2,8  | 2,7  | 2,3  |
| <b>Κλίνες/Νοσηλεύτη</b>         | 3,2  | 2,2  | 1,5  | 1,4  | 1,2  |
| <b>Νοσηλευτές/Γιατρό</b>        | 1,6  | 1,7  | 1,9  | 2,0  | 1,8  |
| <b>Μέση Διάρκεια Νοσηλείας</b>  | 10   | 9    | 8    | 6    | 8    |
| <b>Ημέρες νοσηλείας/Κάτοικο</b> | 1,5  | 1,4  | 1,3  | 1,2  | 1,3  |
| <b>Κάλυψη κλινών %</b>          | 69   | 70   | 68   | 70   | 70   |

Πίνακας 2: Διαχρονική εξέλιξη νοσοκομειακής υποδομής 1980-1999

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε

Διαχρονικά, στον πίνακα 2 παρακολουθώντας την εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα, παρατηρείται αφενός μείωση των νοσηλευτικών μονάδων, εξαιτίας των αλλαγών που έφερε η καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. στον ιδιωτικό τομέα (468 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές το 1980 στα 195 το 1999). Η αύξηση του αριθμού των εισαγωγών υποδηλώνει την βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, την βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας με την εφαρμογή σύγχρονων μορφών θεραπείας, την «αποκέντρωση» των ασθενών στα περιφερειακά νοσοκομεία και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Βελτιωμένοι είναι μια σειρά νοσοκομειακών δεικτών όπως οι αναλογίες κλίνες/γιατρό και κλίνες/νοσηλεύτη με τον αριθμό κλινών που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό και νοσηλεύτη να μειώνεται αισθητά σε σχέση με την προ Ε.Σ.Υ. εποχή. Παρά την βελτίωση οι μελέτες αποδοτικότητας (Πολύζος 1999) των νοσοκομείων δείχνουν την περαιτέρω βελτίωση της καθώς η ποσοστιαία κάλυψη των νοσοκομειακών κλινών δεν ξεπέρασε το 70% ως της αρχές του 2000. Σημαντικός λόγος για την χαμηλή αυτή αποδοτικότητα είναι η συγκέντρωση υλικών οικονομικών και ανθρωπίνων πόρων στα μεγάλα αστικά κέντρα Αθηνών και Θεσσαλονίκης.

Στις αδυναμίες αποτελεσματικής λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα καταγράφεται η ανισοκατανομή των νοσοκομειακών πόρων σε περιφερειακό επίπεδο. Η άνιση περιφερειακή αυτή κατανομή αφορά διαφοροποιήσεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αριθμό κλινών, την ανισότητα στην πρόσβαση υγειονομικών υπηρεσιών και την διαπεριφερειακή ροή ασθενών. Από τους κοινωνικούς προϋπολογισμούς της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.) η περιφέρεια της πρωτεύουσας αύξησαν το ποσοστό ασθενών από άλλες περιφέρειες. Την μεγαλύτερη βελτίωση σημείωσαν η Κρήτη και η Ήπειρος χάρη στην κατασκευή και λειτουργία των δύο πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Αν και ο σχεδιασμός του Ε.Σ.Υ. είχε κατεύθυνση άμβλυνσης των ανισοτήτων αυτών και ένα μεγάλο μέρος των επενδύσεων δόθηκαν στην περιφέρεια, εντούτοις τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα Αθηνών και Θεσσαλονίκης να ευνοούνται.

|                      | <b>1980</b> | <b>1990</b> | <b>1997</b> |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Αττικής</b>       | 36,6        | 41,7        | 38,1        |
| <b>Στερεά Ελλάδα</b> | -52,3       | -63,8       | -56,1       |
| <b>Πελοπόννησος</b>  | -20,2       | -16,3       | -12,1       |
| <b>Θεσσαλία</b>      | -10,3       | -18,6       | -17,8       |
| <b>Ήπειρος</b>       | -23,0       | -0,02       | 14,9        |
| <b>Μακεδονία</b>     | 6,4         | 6,9         | 7,2         |
| <b>Θράκη</b>         | -17,0       | -14,9       | -11,8       |
| <b>Κρήτη</b>         | -23,3       | -10,2       | -1,2        |
| <b>Νησιά Ιονίου</b>  | -25,4       | -21,3       | -21,8       |
| <b>Νησιά Αιγαίου</b> | -27,1       | -29,8       | -26,9       |

Πίνακας 3: Διαπεριφερειακή ροή ασθενών 1980-1997

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

Η διοίκηση και η οργάνωση των νοσοκομείων εμφανίζουν αδυναμίες στην ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, την διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων με εμφανή την αδυναμία εφαρμογής σχεδιασμού και προγραμματισμού, την έλλειψη συντονισμού των επιμέρους τμημάτων, την έλλειψη ολοκληρωμένου δικτύου πληροφορικής, η ποιότητα δεν διασφαλίζεται και απουσιάζουν τα κίνητρα παραγωγικότητας των εργαζομένων. Αν και υπήρξαν προσπάθειες για την καθιέρωση νέων διοικητικών μοντέλων, αλλά και με την ενίσχυση των Δ.Σ και του ρόλου του προέδρου, αλλά το γεγονός ότι ο πρόεδρος των Δ.Σ. ήταν πολιτικό πρόσωπο προερχόμενο εκτός του χώρου του νοσοκομείου και πολλές φορές εκτός χώρου της υγείας χωρίς τις απαραίτητες γνώσεις, δημιουργώντας έτσι εντάσεις μεταξύ των διοικητικών στελεχών και της διεύθυνσης. Το μοντέλο διοίκησης αλλάζει με την εφαρμογή του Ν.2889/01 με την θέσπιση και ουσιαστική λειτουργία του θεσμού του

Γενικού Διευθυντή, την λειτουργία των ΠΕ.Σ.Υ., την σύνταξη επιχειρησιακών σχεδίων δράσης από πλευράς νοσοκομείων.

| Έτος<br>Χώρα | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Αυστραλία    | 2,4  | 2,9  | 2,9  | 2,9  | 4,5  | 6    | 3,5  | 3,8  | 3,7  | 3,7  | 3,7  |
| Αυστρία      |      |      | 7,4  | 8,4  | 8,4  | 10,9 | 10,9 | 11,6 | 13,4 | 13,6 | 14,9 |
| Βέλγιο       | 2,7  | 3,3  | 3,2  | 3,2  | ...  | ...  | 6    | 7    | 6,6  | 6,8  | ...  |
| Καναδάς      | 1,2  | 1,4  |      | 1,8  | ...  | ...  | 2,5  | 4,2  |      | 4,6  | 4,9  |
| Τσεχία       | 0,7  | 1    | 1,1  | 1,1  | 1,4  | 1,6  | 1,7  | 1,9  | 2,2  | 2,5  | 2,8  |
| Δανία        | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 5,4  | 5,4  | ...  | 8,6  | 9,1  | 10,2 |
| Φιλανδία     | 3,3  | 4,3  | 5,7  | 6,6  | 8,3  | 9,1  | 9,9  | 11   | 12,5 | 13   | 14   |
| Γαλλία       | 1,9  | 2,1  | 2,3  | 2,5  | 2,6  | 2,8  | 2,6  | 2,4  | 2,7  | 2,8  | 3,2  |
| Γερμανία     | 1,8  | 2,3  | 2,8  | 3,2  | 3,7  | 4,4  | 4,9  | 5,5  | 6    | 6,2  | 6,6  |
| Ελλάδα       | ...  | ...  | ...  | 1,9  | 1,9  | ...  | ...  | ...  | 2,3  | ...  | ...  |
| Ουγγαρία     | 0,8  | 1    | 1,4  | 1,4  | 1,5  | 1,5  | 1,8  | 2    | 2,3  | 2,6  | 2,6  |
| Ισλανδία     | 3,8  | 7,5  | 7,4  | 7,4  | 7,3  | 7,2  | 10,7 | 14   | 17,4 | 17,3 | 20,5 |
| Ιρλανδία     | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| Ιταλία       | 2,6  | ...  | 3,5  | 4,1  | 6,4  | 6,7  | 7,6  | 8,7  | 10,5 | 11,6 | 10,2 |
| Ιαπωνία      | ...  | ...  | 18,8 | ...  | ...  | 23,2 | ...  | ...  | 35,3 | ...  | ...  |
| N. Κορέα     | 2,9  | 3,9  | 4,7  | 5,1  |      |      | 5,4  | 6,8  | 7,9  | 9    | 11   |
| Λουξεμβούργο | 2,5  | 2,4  | 2,4  | 2,4  | 2,3  | 2,3  | 2,3  | 2,3  | 4,5  | 11,1 | 11,1 |
| Μεξικό       | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 0,6  | 1,1  | 1,2  | 1,3  | 1,7  |
| Ολλανδία     | ...  | 3,9  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| N. Ζηλανδία  | ...  | ...  | 2,7  | 2,6  | 2,6  | ...  | ...  | ...  | ...  | 3,7  |      |
| Πολωνία      | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 0,9  | 1    | 1,9  |
| Πορτογαλία   | ...  | ...  | ...  | 2,8  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 3,9  | ...  |
| Σλοβακία     | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 2    | ...  |
| Ισπανία      | 2,5  | 2,7  | 3,1  | 3,3  | 3,8  | 4,5  | 4,8  | 5,7  | 6,2  | 7,3  | 7,7  |
| Σουηδία      | 4,8  | 6,8  | ...  | ...  | ...  | 7,9  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| Ελβετία      | ...  | ...  |      | 12,4 | 13,2 | 13   | 12,9 | 12,9 | 14,1 | 14,2 | 14,3 |
| Τουρκία      | ...  | ...  | 0,6  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 3    | 3    | 3    |
| Η. Βασίλειο  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 4,7  | 5,2  | 4,8  | 4,4  | 5    |
| Η.Π.Α.       | ...  | 12,3 | ...  | 13,5 | ...  | 15,4 | ...  | 20,1 | ...  | 21,9 | 26,6 |

Πίνακας 4: Αριθμός μαγνητικών τομογράφων ανά 1.000.000 κατοίκους.

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

| Έτος<br>Χώρα | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Αυστραλία    | 18,4 | 20,8 | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| Αυστρία      | ...  | ...  | 23,9 | 24,9 | 25,7 | 25,7 | 25,8 | 26,3 | 27,2 | 27,2 | 28,5 |
| Βέλγιο       | 16,7 | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 21,8 | 23,1 | 28,8 | 29,8 | ...  |
| Καναδάς      | 7,7  | 8    | ...  | 8,2  | ...  | ...  | ...  | 9,8  | ...  | 10,5 | 10,8 |
| Τσεχία       | 6,2  | 6,7  | 6,9  | 7,2  | 8,1  | 9,1  | 9,6  | 11,4 | 12,1 | 12,6 | 12,6 |
| Δανία        | 6,5  | 7,3  | 7,6  | 9,1  | 9    | 10,1 | 11,4 | 13,2 | 13,8 | 14,5 | 14,6 |
| Φιλανδία     | 11,8 | 11,7 | 12,5 | 12,5 | 12,2 | 12,8 | 13,5 | 13,7 | 13,3 | 14   | 14,2 |
| Γαλλία       | 8,5  | 9,2  | 9,4  | 9,7  | 9,7  | 9,6  | 9,5  | 9    | 9,7  | 8,4  | 7,5  |
| Γερμανία     | 8,6  | 9    | 9,5  | 10   | 11   | 11,7 | 12,7 | 13,3 | 14,2 | 14,7 | 15,4 |
| Ελλάδα       | ...  | ...  | ...  | 13,5 | ...  | ...  | ...  | ...  | 17,1 | ...  | ...  |
| Ουγγαρία     | 4,2  | 4,6  | 4,9  | 4,6  | 5    | 5,1  | 5,7  | 6    | 6,3  | 6,5  | 6,8  |
| Ισλανδία     | 18,8 | 18,7 | 14,9 | 14,8 | 18,3 | 21,6 | 21,3 | 17,5 | 20,9 | 20,7 | 17,1 |
| Ιρλανδία     | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| Ιταλία       | 12,1 | ...  | 12,9 | 14,8 | 18   | 19,8 | 20,8 | 22,1 | 23,2 | 24,1 | 20,6 |
| Ιαπωνία      | ...  | ...  | 74,7 | ...  | ...  | 84,4 | ...  | ...  | 92,6 | ...  | ...  |
| N. Κορέα     | 13,7 | 15,5 | 20,1 | 21   | 23,1 | 23   | 28,4 | 27,3 | 31   | 31,9 | 31,5 |
| Λουξεμβούργο | 27,1 | 26,6 | 26,5 | 26,1 | 25,8 | 25,4 | 25,2 | 24,9 | 24,7 | 26,7 | 28,8 |
| Μεξικό       | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 1,4  | 2,5  | 2,9  | 3    | 3,1  |
| Ολλανδία     | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| N. Ζηλανδία  | ...  | ...  | 7,5  | 9    | 8,9  | 8,9  | 8,8  | 10,6 | 11,2 | 11,5 | 12,1 |
| Πολωνία      | ...  | ...  | ...  | ...  | 3,5  | 4,2  | 4,4  | 5,2  | 5,8  | 6,3  | 6,9  |
| Πορτογαλία   | ...  | ...  | ...  | 12,4 | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 12,8 | ...  |
| Σλοβακία     | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 8,7  | ...  |
| Ισπανία      | 7,8  | 8,3  | 8,9  | 9,3  | 10,1 | 11,4 | 12   | 12,4 | 12,8 | 13   | 13,3 |
| Σουηδία      | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 14,2 | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  |
| Ελβετία      | ...  | ...  | ...  | 18,3 | 19   | 18,5 | 18,5 | 17,6 | 18   | 18   | 17,9 |
| Τουρκία      | 2,9  | ...  | 4,3  | 4,4  | 5,8  | 7,2  | ...  | ...  | 7,5  | 7,3  | ...  |
| Η. Βασίλειο  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | ...  | 4,5  | 5,8  | 7,1  | 6,7  | 7    |
| Η.Π.Α.       | ...  | ...  | ...  | 24,1 | ...  | 25,1 | ...  | 28,9 | ...  | 29,2 | 32,2 |

Πίνακας 5: Αριθμός αξονικών τομογράφων ανά 1.000.000 κατοίκους.  
Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

Όσον αφορά την βιοϊατρική τεχνολογία ο ελληνικός υγειονομικός τομέας παρουσιάζει υψηλή πυκνότητα όσον αφορά τους αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. (πίνακες 4 και 5). Η ραγδαία αύξηση του αριθμού των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων που αποτελούν την τεχνολογία αιχμής, ήταν αποτέλεσμα όχι μόνο της αύξησης των δημοσίων επενδύσεων στην υγεία, αλλά της ανεξέλεγκτης



ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα με την δημιουργία και λειτουργία μεγάλου αριθμού ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Ο αριθμός αυτός προέκυψε από την αναγκαστική απαγόρευση των μικρών ιδιωτικών κλινικών με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. και την μετατροπή πολλών εξ' αυτών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, αλλά και της άρσης των απαγορεύσεων από το Ν.2071/92. Ο εναλλακτικός αυτός επιχειρηματικός τρόπος επενδύσεων στην υγεία κατευθύνθηκε στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας μιας και η ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ στράφηκε στον νοσοκομειακό τομέα.

Η άνευ στρατηγικού σχεδιασμού και ελέγχου διάχυση της τεχνολογίας είχε σαν αρνητικό αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την υγεία μιας και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα στην πλειοψηφία τους είναι συμβεβλημένα με τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία καλύπτουν τις δαπάνες, αλλά αύξησαν και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας καθώς και το μέγεθός της παραοικονομίας.

Σε σχέση δε με άλλες χώρες η αναλογία αξονικών η μαγνητικών τομογράφων ανά 1.000.000 κατοίκους παρουσιάζεται αυξημένος, χωρίς αυτό να υπαγορεύεται από τις υγειονομικές ανάγκες όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες ή από υγειονομικές ιδιαιτερότητες που υπάρχουν σε ορισμένες χώρες π.χ. πλήρης ιδιωτική πρωτοβουλία στις Η.Π.Α., η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη στην Ιαπωνία η οποία δημιουργεί την ανάγκη άμεσης αφομοίωσης και απορρόφησης της, αλλά και χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα όπως το Λουξεμβούργο οι οποίες έχουν την δυνατότητα ευκολότερης ανάπτυξης και πιο εκτεταμένης χρήσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

### 3.3 Στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ο τομέας υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλή ένταση εργασίας και βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο συντελεστή εργασίας. Το μέγεθος, η σύνθεση και η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των υλικών, οικονομικών υγειονομικών πόρων. Τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα, το ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα υπερδιπλασιάστηκε από 1,5% την δεκαετία του 1960, να ανέλθει στο 3,8% την πρώτη δεκαετία του 2000.

| Κατηγορία \ Έτος   | 1980   | 1985   | 1990   | 1995   | 2000   | 2005   | 2007   |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Γιατροί</b>     | 23.469 | 29.103 | 34.336 | 41.039 | 47.251 | 55.556 | 62.207 |
| <b>Οδοντίατροι</b> | 7.646  | 8.737  | 10.038 | 10.663 | 12.362 | 13.438 | 14.427 |
| <b>Νοσηλεύτες</b>  | 18.654 | 24.499 | 34.582 | 38.185 | 33.876 | 37.493 | 36.241 |

Πίνακας 6: Διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού, οδοντιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού 1980-2007.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού, οδοντιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα σε απόλυτους αριθμούς. Όλες οι κατηγορίες παρουσιάζουν αύξηση με μεγαλύτερη να σημειώνει ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού.

Παρά όμως την αύξηση του εργατικού δυναμικού του υγειονομικού τομέα, έντονες είναι οι ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών της ελληνικής επικράτειας με τις περιφέρειες Αττικής και Μακεδονίας να έχουν το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών (πίνακας 7).

| Περιφέρεια \ Έτος    | 1999          | 2000          | 2001          | 2002          | 2003          | 2004          | 2005          | 2006          | 2007          |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Αττικής</b>       | 21.168        | 21.468        | 22.604        | 23.384        | 24.150        | 24.926        | 25.814        | 27.507        | 28.846        |
| <b>Στερεά Ελλάδα</b> | 2.661         | 2.796         | 1.943         | 1.939         | 2.031         | 2.165         | 2.145         | 2.323         | 2.565         |
| <b>Πελοπόννησος</b>  | 3.567         | 3.699         | 3.790         | 3.874         | 4.022         | 4.182         | 4.246         | 4.696         | 4.774         |
| <b>Νησιά Ιονίου</b>  | 633           | 686           | 657           | 683           | 706           | 729           | 735           | 894           | 928           |
| <b>Ήπειρος</b>       | 1.386         | 1.445         | 1.503         | 1.612         | 1.690         | 1.715         | 1.776         | 1.954         | 2.060         |
| <b>Θεσσαλία</b>      | 2.040         | 1.997         | 2.264         | 2.647         | 2.562         | 2.780         | 2.816         | 3.289         | 3.286         |
| <b>Μακεδονία</b>     | 9.875         | 10.149        | 10.008        | 10.601        | 10.711        | 11.138        | 11.636        | 12.002        | 12.784        |
| <b>Θράκη</b>         | 1.033         | 1.111         | 1.113         | 1.273         | 1.293         | 1.434         | 1.503         | 1.686         | 1.732         |
| <b>Νησιά Αιγαίου</b> | 1.284         | 1.286         | 1.364         | 1.555         | 1.747         | 1.840         | 1.855         | 1.678         | 1.881         |
| <b>Κρήτη</b>         | 2.477         | 2.614         | 2.698         | 2.779         | 3.313         | 3.034         | 3.030         | 3.270         | 3.351         |
| <b>Σύνολο</b>        | <b>46.124</b> | <b>47.251</b> | <b>47.994</b> | <b>50.347</b> | <b>52.225</b> | <b>53.943</b> | <b>55.556</b> | <b>59.599</b> | <b>62.207</b> |

Πίνακας 7: Διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού προσωπικού 1999-2007.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε

Για την περιφέρεια της Μακεδονίας σημειώνεται ότι η περιοχή της Θεσσαλονίκης εμφανίζει μεγαλύτερο αριθμό γιατρών από τις υπόλοιπες περιοχές της περιφέρειας.

| Περιφέρεια           | Πληθυσμός         | Γιατροί       | Οδοντίατροι   | Νοσηλευτές    | Γ/Κ        | Ο/Κ        | Ν/Κ        |
|----------------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|------------|------------|------------|
| <b>Αττικής</b>       | 3.894.573         | 28.846        | 6.980         | ...           | 7,4        | 1,8        | ...        |
| <b>Στερεά Ελλάδα</b> | 777.236           | 2.565         | 658           | ...           | 3,3        | 0,8        | ...        |
| <b>Πελοπόννησος</b>  | 1.100.071         | 4.774         | 1.033         | ...           | 4,3        | 0,9        | ...        |
| <b>Νησιά Ιονίου</b>  | 209.608           | 928           | 163           | ...           | 4,4        | 0,8        | ...        |
| <b>Ήπειρος</b>       | 336.392           | 2.060         | 361           | ...           | 6,1        | 1,1        | ...        |
| <b>Θεσσαλία</b>      | 740.115           | 3.286         | 835           | ...           | 4,4        | 1,1        | ...        |
| <b>Μακεδονία</b>     | 2.414.558         | 12.784        | 2.980         | ...           | 5,3        | 1,2        | ...        |
| <b>Θράκη</b>         | 363.479           | 1.732         | 310           | ...           | 4,8        | 0,8        | ...        |
| <b>Νησιά Αιγαίου</b> | 503.697           | 1.881         | 440           | ...           | 3,7        | 0,9        | ...        |
| <b>Κρήτη</b>         | 594.368           | 3.351         | 669           | ...           | 5,6        | 1,1        | ...        |
| <b>Σύνολο χώρας</b>  | <b>10.934.097</b> | <b>62.207</b> | <b>14.429</b> | <b>36.241</b> | <b>5,7</b> | <b>1,3</b> | <b>3,3</b> |

Πίνακας 8: Αριθμός γιατρών, οδοντιάτρων και αναλογία ανά 1.000 κατοίκους 2007.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε

Τα στοιχεία του πληθυσμού προκύπτουν από την απογραφή του 2001 και τα στοιχεία νοσηλευτών, γιατρών και οδοντιάτρων το 2007

Αντίστοιχα και η αναλογία γιατρών ανά κάτοικο αν εμφανίζεται μεγαλύτερη στην περιοχή της πρωτεύουσας σε σχέση με την υπόλοιπη χώρα. Έτσι η αναλογία ανά 1.000 κατοίκους της Αττικής αναλογούν 7,4 γιατροί και 1,8 οδοντίατροι, με την αντίστοιχη εθνική αναλογία να είναι στους 5,7 γιατροί και 1,3 οδοντίατροι αντίστοιχα. Οι περιοχές με την μεγαλύτερη έλλειψη εμφανίζεται η Στερεά Ελλάδα με 3,3 γιατρούς και 0,8 οδοντίατρος ανά 1.000 κατοίκους. Επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι η εγκατάσταση των επαγγελματιών της υγείας γίνεται κυρίως σε περιοχές υψηλών εισοδημάτων και υψηλής κατανάλωσης. Τίθεται ακόμα το ζήτημα της απουσίας κινήτρων για το ιατρικό προσωπικό για την στελέχωση των μονάδων υγείας στην περιφέρεια . Ταυτόχρονα δημιουργούνται νέας μορφής εργασιακά προβλήματα για τους αποφοίτους των ιατρικών σχολών με την εμφάνιση ανεργίας και υποαπασχόλησης στον ιατρικό κλάδο.

| Έτος<br>Χώρα  | 1970       | 1975       | 1980       | 1985       | 1990       | 1995       | 2000       | 2004       |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Αυστρία       | 1,4        | 1,5        | 1,6        | 1,9        | 2,2        | 2,7        | 3,1        | 3,5        |
| Βέλγιο        | 1,6        | 1,9        | 2,3        | 2,8        | 3,3        | 3,5        | 3,9        | 4,0        |
| Γσεχία        | 1,8        | 2,0        | 2,3        | 2,6        | 2,7        | 3,0        | 3,4        | 3,5        |
| Δανία         |            |            | 1,8        | 2,3        | 2,5        | 2,6        | 2,8        | 3          |
| Φιλανδία      | ...        | ...        | ...        | ...        | 2,0        | 2,1        | 2,3        | 2,4        |
| Γαλλία        | 1,2        | 1,5        | 1,9        | 2,7        | 3,1        | 3,2        | 3,3        | 3,4        |
| Γερμανία      | ...        | ...        | ...        | ...        | 2,8        | 3,1        | 3,3        | 3,4        |
| <b>Ελλάδα</b> | <b>1,6</b> | <b>2,0</b> | <b>2,4</b> | <b>2,9</b> | <b>3,4</b> | <b>3,9</b> | <b>4,3</b> | <b>4,9</b> |
| Ουγγαρία      | 2,0        | 2,2        | 2,3        | 2,5        | 2,8        | 3,0        | 3,1        | 3,3        |
| Ισλανδία      | 1,4        | 1,8        | 2,1        | 2,6        | 2,8        | 3,0        | 3,4        | 3,6        |
| Ιρλανδία      | ...        | ...        | ...        | ...        | ...        | 2,1        | 2,2        | 2,8        |
| Ιταλία        | ...        | ...        | ...        | ...        | ...        | 3,9        | 4,1        | 4,2        |
| Λουξεμβούργο  | 1,1        | 1,3        | 1,7        | 1,8        | 2,0        | 2,2        | 2,5        | 2,8        |
| Ολλανδία      | 1,2        | 1,6        | 1,9        | 2,2        | 2,5        |            | 3,2        | 3,6        |
| Νορβηγία      | 1,4        | 1,7        | 2,0        | 2,2        | 2,6        | 2,8        | 2,9        | 3,5        |
| Πολωνία       | 1,4        | 1,6        | 1,8        | 2,0        | 2,1        | 2,3        | 2,2        | 2,5        |
| Πορτογαλία    | 0,9        | 1,2        | 2,0        | 2,5        | 2,8        | 3,0        | 3,2        | 3,4        |
| Σλοβακία      | ...        | ...        | ...        | ...        | ...        | ...        | 3,1        | 3,1        |
| Ισπανία       | ...        | ...        | ...        | ...        | ...        | 2,5        | 3,2        | 3,4        |
| Σουηδία       | 1,3        | 1,7        | 2,2        | 2,6        | 2,9        | 2,9        | 3,1        | 3,3        |
| Ελβετία       | 1,5        | 1,9        | 2,5        | 2,7        | 3,0        | 3,2        | 3,5        | 3,8        |
| Τουρκία       | 0,4        | 0,5        | 0,6        | 0,7        | 0,9        | 1,1        | 1,3        | 1,4        |
| Η. Βασίλειο   | 0,9        | 1,1        | 1,3        | 1,4        | 1,6        | 1,8        | 1,9        | 2,3        |

Πίνακας 9:Αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.( ευρωπαϊκός τομέας)  
Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

Η ανάπτυξη και αύξηση του προσωπικού στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, πέρα από τις θετικές επιπτώσεις, παρουσιάζει μια σειρά στρεβλώσεων που εντοπίζονται στον αριθμό, την σύνθεση και την γεωγραφική κατανομή του προσωπικού αλλά σε ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως είναι η εκπαίδευση. Η υψηλή πυκνότητα του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων είναι από τις μεγαλύτερες μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (πίνακας 9), σε συνδυασμό με την αδυναμία καθιέρωσης μέτρων ελέγχου του ιατρικού πληθυσμού και τους τρόπους αποζημίωσης των προμηθευτών οδηγούν σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης, αύξησης των δαπανών υγείας και εμφάνιση φαινομένων πρόσθετων πληρωμών και παραοικονομίας

Η κατάσταση, όμως, που περιγράφηκε επιδεινώνεται από το γεγονός ότι στην ελληνική κοινωνία το ιατρικό επάγγελμα εξακολουθεί να ελκύει, ο προγραμματισμός της Πολιτείας χωλαίνει και πολλά ξένα πανεπιστήμια (ακόμα και χωρών της πρώην Ανατολικής Ευρώπης) επανέρχονται προσφέροντας σπουδές (π.χ. στην Αγγλική γλώσσα) στις ιατρικές τους σχολές. με αποτέλεσμα οι Έλληνες γιατροί να αντιμετωπίζουν έμμεσα τον περιορισμό της ελεύθερης επαγγελματικής τους διακίνησης προς άλλες χώρες και τελικά τη διόγκωση του ιατρικού σώματος στη χώρα μας.

Αν συνεχιστεί η πορεία αυτή χωρίς παρεμβάσεις από την πολιτεία, θα δημιουργήσει εκρήξεις ανεργίας, όπως συμβαίνει σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Στο ταμείο ανεργίας είναι σήμερα εγγεγραμμένοι περισσότεροι από 2.000 γιατροί.<sup>6</sup> Η ανισοκατανομή των γιατρών τόσο ανάμεσα στις περιφέρειες, αλλά και μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα την υπερπροσφορά και υποπροσφορά γιατρών, την εμφάνιση τα τελευταία χρόνια ανεργίας στον ιατρικό κλάδο και μορφών υποαπασχόλησης, αλλά και την ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών στην ελληνική περιφέρεια. Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία κ.λπ., παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε ειδικότητες όπως γενικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κ.λπ. Προς τα εκεί θα πρέπει να στραφεί η νέα πολιτική υγείας, για να καλύψει το μελλοντικό πρόβλημα ανεργίας, αλλά και την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού. Αφετέρου εμφανίζεται ανορθολογική χρησιμοποίηση των ανθρωπίνων πόρων και δύσκολα επέρχονται αλλαγές στην πολιτική υγείας.

---

<sup>6</sup>. Τα στοιχεία αφορούν το έτος 2001

Χαρακτηριστικό παράδειγμα ο μικρός αριθμός γενικών ιατρών εμποδίζει την πλήρη ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (βλ. πίνακας Α-Παράρτημα) Ο μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού κατατάσσει την Ελλάδα στις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.( πίνακας 10)Έτσι λειτουργούν μέσα στα δημόσια νοσοκομεία ένας μεγάλος αριθμός αποκλειστικών νοσηλευτών με ανεπαρκή επαγγελματικά προσόντα και βάση ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων. Δυσμενής είναι και η επαγγελματική σύνθεση των νοσηλευτών καθώς συνυπάρχουν νοσηλευτές με τέσσερα, τρία, δύο ακόμα και με ένα χρόνο εκπαίδευσης –κυρίως απόφοιτοι Τεχνικών Λυκείων ή απόφοιτοι από Μέσες Τεχνικές Σχολές. Ο μακροχρόνιος σχεδιασμός κάλυψης των αναγκών, η αναβάθμιση του επαγγέλματος ηθικά και υλικά, καθώς και η δημιουργία νοσηλευτικών ειδικοτήτων, θεωρούνται αναγκαία για την ανάπτυξη του επαγγέλματος.

| Έτος<br>Χώρα | 1970       | 1975       | 1980       | 1985       | 1990       | 1995       | 2000       | 2004       |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Αυστρία      | 3,4        | 4,5        | 5,4        | 6,3        | 7,2        | 8,6        | 9,2        | 9,3        |
| Βέλγιο       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 4,8        | 5,4        | 6          |
| Γσεχία       | 5,2        | 5,4        | 5,9        | 6,7        | 7,2        | 7,4        | 7,6        | 8,1        |
| Δανία        | ....       | ....       | 4,9        | 6,1        | 5,7        | 6,4        | 6,9        | 7          |
| Φιλανδία     | ....       | ....       | ....       | ....       | 4,4        | 4,8        | 6,1        | 7,6        |
| Γαλλία       | 3,1        | 3,7        | 4,7        | 5,3        | 5,6        | 6,1        | 6,7        | 7,5        |
| Γερμανία     | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 9,4        | 9,6        |
| Ελλάδα       | <b>1,4</b> | <b>1,7</b> | <b>1,9</b> | <b>2,5</b> | <b>3,4</b> | <b>3,6</b> | <b>3,2</b> | <b>3,8</b> |
| Ουγγαρία     | ....       | ....       | ....       | ....       | 7,7        | 8          | 8          | 8,6        |
| Ισλανδία     | 4,2        | 5,8        | 8,9        | 11,1       | 12,5       | 13,1       | 13,3       | 13,7       |
| Ιρλανδία     | ....       | ....       | ....       | ....       | 11,3       | 11,9       | 14         | 15         |
| Ιταλία       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 5,2        | 5,2        | 5,4        |
| Λουξεμβούργο | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 12,7       |
| Ολλανδία     | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 13,4       | 14,2       |
| Νορβηγία     | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 10,3       | 14,9       |
| Πολωνία      | 3          | 3,6        | 4,4        | 4,8        | 5,5        | 5,5        | 5          | 4,9        |
| Πορτογαλία   | 1,8        | 2          | 2,3        | 2,5        | 2,8        | 3,4        | 3,7        | 4,4        |
| Σλοβακία     | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 6,5        | 7,4        | 6,3        |
| Ισπανία      | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 5,7        | 6,4        | 7,4        |
| Σουηδία      | 4,3        | 6          | 7          | 8,7        | 9,2        | 9,5        | 9,8        | 10,3       |
| Ελβετία      | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | ....       | 10,7       | ....       |
| Η. Βασίλειο  | ....       | ....       | ....       | ....       | 7,9        | 7,7        | 8,4        | 9,2        |

Πίνακας 10:Αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.(ευρωπαϊκός τομέας)  
Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α

Ένα νέο πρόβλημα που αναδύεται τα τελευταία χρόνια έχει να κάνει με την ποιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, που ενώ τυπικά ακολουθεί τις κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούνται αδυναμίες που αφορούν την επιλογή των σπουδών και της ειδίκευσης καθώς και τον τρόπο άσκησης της ιατρικής. Αδυναμίες εμφανίζονται ακόμα και στο σύστημα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης στην υγεία με έλλειψη ενιαίας πολιτικής που θα αφορά το σχεδιασμό, την εποπτεία και συντονισμού των δράσεων που αφορούν την επαγγελματική κατάρτιση. Για την άρση των παραπάνω δυσχερειών βασική παράμετρος είναι η καθιέρωση και η λειτουργία σχεδιασμού και προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού. Μεταξύ άλλων προτείνεται η θέσπιση εθνικού συμβουλίου με αρμοδιότητες για τον προγραμματισμό του αριθμού, της γεωγραφικής κατανομής και την κατανομή σε ειδικότητες του ιατρικού δυναμικού, ο διαχωρισμός απόκτησης πτυχίου και άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επαναξιολόγηση των γιατρών, η καθιέρωση εξετάσεων για την έναρξη ειδικότητας, η θέσπιση κινήτρων για την στελέχωση των μονάδων υγείας στην περιφέρεια, την υποκατάσταση του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό.

Πολλά από τα παραπάνω μέτρα θεσπίστηκαν με το σχέδιο «Υγεία για τον Πολίτη», αλλά η βραχύβια εφαρμογή και η κατοπινή εγκατάλειψη του δεν επέφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. 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. γιατρών και νοσηλευτών, ιδιαίτερα σε νέες αναγκαίες ειδικότητες) μπορεί να ακολουθήσει το μοντέλο των «τριών σταδίων» ανάπτυξης, που περιλαμβάνει:



- Ολοκλήρωση των σχεδίων εφαρμογής ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινου δυναμικού, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
- Περιορισμό εγχώριας παραγωγής και εισαγωγής νέου ανθρώπινου δυναμικού με βάση υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες
- Μείωση της υπάρχουσας προσφοράς σε ορισμένες ειδικότητες, καθώς και εξέταση του επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού της .

Η θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής θέσης εργασίας θα βοηθήσει να ξεκαθαριστεί η έννοια της ευθύνης 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. Σε δεύτερο στάδιο, είναι αναγκαίο να εκπονηθούν και να εφαρμοστούν συστήματα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας που θα ελέγχουν ορθά το παραγόμενο έργο και θα θέτουν σαφείς προτεραιότητες στον προγραμματισμό.<sup>7</sup>

### 3.4 Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Οι ασάφειες που χαρακτηρίζουν τις νομοθετικές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας της χώρας μας, οδήγησαν στην εξέλιξη ενός συστήματος το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης. Αποτέλεσμα του τρόπου αυτού διευθέτησης και διαχείρισης του ζητήματος της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. είναι η εμφάνιση και διαίωνιση μιας σειράς προβλημάτων που αφορούν τα ελλείμματα του δημόσιου τομέα, την απουσία κριτηρίων και μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών, την ανορθολογική κατανομή των πόρων, την υψηλή παραοικονομία, την δημιουργία αυξημένης ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και την ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε σημαντικό παράγοντα ενός συστήματος που στηρίχθηκε στην ανάγκη για καθολική κάλυψη και δωρεάν υγεία στον ελληνικό πληθυσμό. Η πολυσυνθετότητα αυτή, σε συνδυασμό με την με την ανορθόδοξη παρουσία του κράτους εκφράζεται με την απουσία του στοιχείου της συναίνεσης και διαπραγμάτευσης μεταξύ των άμεσα εμπλεκομένων στο σύστημα (προμηθευτές, χρήστες, κράτος, ασφαλιστικοί οργανισμοί)

---

<sup>7</sup>. Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος “Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας” Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2000 σελ.627-639 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών.

γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τους χρηματοδοτικούς παραμέτρους του. Το ελληνικό Ε.Σ.Υ. αποτελεί ένα μοντέλο χρηματοδότησης που βασίζεται στην

- α) δημόσια δαπάνη,
- β) την δαπάνη των ασφαλιστικών οργανισμών και
- γ) την ιδιωτική δαπάνη των πολιτών.

Η δημόσια δαπάνη γίνεται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού που αποτελεί και το κυριότερο εργαλείο χρηματοδότησης και άσκησης ουσιαστικά της κυβερνητικής πολιτικής. Η γενική φορολογία άρχισε να παίζει σημαντικό ρόλο από την δεκαετία του 1970 με την καθιέρωση του κλειστού νοσηλίου και την καθιέρωση χαμηλών τιμών. Αποτέλεσμα ήταν η μειωμένη εισπραξη νοσηλίων, αλλά και η ανάληψη κάλυψης των δαπανών μισθοδοσίας των δημοσίων νοσοκομείων και των τρεχουσών δαπανών των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό (παράρτημα πίνακας Έτσι η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού ανήλθε σταδιακά άνω του 70% με συνεχώς αυξητικές τάσεις, εφαρμόζοντας ένα μοντέλο σφαιρικού προϋπολογισμού απ' τον οποίο απουσιάζουν οι κανόνες, τα κριτήρια και οι διαδικασίες λειτουργίας του. Η κατάσταση άρχισε να αντιστρέφεται με την κυβερνητική παρέμβαση του Ν.2071/92 με την αύξηση της τιμής του κλειστού νοσηλίου και με την προσπάθεια του Ν.2519/97 η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού να μειωθεί στο 50% περίπου. Πολιτική συγκράτησης των τιμών σε χαμηλά επίπεδα αντίστοιχα με αυτή του νοσηλίου ακολουθήθηκε και στην περίπτωση της αποζημίωσης της πλειοψηφίας των εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων. Αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση παραοικονομίας, προκλητή ζήτηση, στην καταβολή πρόσθετων πληρωμών και στην αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμοζόμενης πολιτικής για την συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν την δεύτερη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων τους. Το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων των ασφαλιστικών οργανισμών προέρχονται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, ποσοστό ασφαλιστικής εισφοράς το οποίο διαφέρει ανάμεσα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Διαφοροποίηση επίσης παρατηρείται ακόμα και στην συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στην χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών, ο οποίος σε κάποιες περιπτώσεις καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών, σε αντίθεση με άλλα ταμεία όπου οι κύριες πηγές χρηματοδότησης προέρχονται από τις ασφαλιστικές και



εργοδοτικές εισφορές. Η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στην χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών κρίθηκε απαραίτητη από την συσσώρευση ελλειμμάτων στον κλάδο των συντάξεων εξαιτίας των δημογραφικών αρνητικών εξελίξεων, την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, την αύξηση των επιδομάτων και την αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα. Από το 1992 και μετά λόγω της αύξησης των νοσηλίων που κατέβαλαν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία άρχισαν να εμφανίζονται ελλείμματα και στους κλάδους υγείας, ελλείμματα που κλήθηκε να καλύψει ο κρατικός προϋπολογισμός. Η δε κάλυψη των ελλειμμάτων μέσα από την αύξηση των εισφορών, κατέδειξε τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στο ύψος της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Διαφοροποιήσεις επίσης παρουσιάζονται και στο εύρος και την διαδικασία των παροχών του κλάδου ασθένειας των ασφαλιστικών οργανισμών. Οι παροχές αυτές αφορούν

- την νοσοκομειακή περίθαλψη σε όλα τα νοσοκομεία ανεξαρτήτου βαθμίδας με ένα ημερήσιο νοσήλιο, ενώ για υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης τα ταμεία καλύπτουν το κόστος ανά ιατρική πράξη σύμφωνα με το καθορισμένο κρατικό τιμολόγιο.
- την κάλυψη αναγκών υγείας των ασφαλισμένων από την υγειονομική υποδομή των ασφαλιστικών ταμείων, η οποία αφορά κυρίως υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης
- την κάλυψη υπηρεσιών που παρέχουν ιδιωτικοί φορείς ο οποίοι συμβάλλονται με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή όλων των ειδών περίθαλψης και ενός μεγάλου φάσματος υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους.

Ο τρίτος πυλώνας χρηματοδότησης είναι οι ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες είναι ιδιαίτερα υψηλές, παρά την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. εξαιτίας:

- της υπανάπτυξης του συστήματος που αδυνατεί να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού
- της αύξησης του οικογενειακού εισοδήματος γεγονός που έδωσε την ευχέρεια επιλογής καλύτερων και ακριβότερων λύσεων.
- η έλλειψη αξιοπιστίας προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας
- η πολιτική περιορισμού των τιμών στις υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη δημιουργεί τις προϋποθέσεις για πρόσθετες αμοιβές.

Να σημειωθεί ότι οι ιδιωτικές δαπάνες προέρχονται από τα οικογενειακά εισοδήματα

και δεν σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση που αποτελεί μια ξεχωριστή παράμετρος.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν κυρίως:

- αμοιβές ιδιωτών γιατρών και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων που δεν έχουν σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία
- στην συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- στη διαφορά που προκύπτει πολλές φορές από την αμοιβή των ιδιωτικών φορέων παροχής υγείας, και στα ποσά που εγκρίνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.

. Ένα οπωσδήποτε αξιοσημείωτο σημείο είναι ότι τις δεκαετίες του 1960- 1970 που χαρακτηρίστηκε από υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. οι δαπάνες για την υγεία είναι υψηλές, όχι όμως και για την Ελλάδα που οι δαπάνες δεν είναι ανάλογα αυξημένες. Αντίθετα τις δεκαετίες 1980-1990 σε χρονικές περιόδους ύφεσης οι δαπάνες διεθνώς μένουν στάσιμες ή μειώνονται αντανακλώντας έτσι τις πολιτικές ελέγχου και περιορισμού του κόστους στον υγειονομικό τομέα.. από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και με έντονες τις συνέπειες από την οικονομική και πετρελαϊκή κρίση οι δαπάνες για την υγεία άρχισαν να ελέγχονται και να περιορίζονται. Η οικονομική κρίση έγινε και κρίση στα συστήματα υγείας και κοινή διαπίστωση ότι οι υψηλές δαπάνες για την υγεία δεν είχε και ως αποτέλεσμα την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

| Έτος<br>Χώρα | 1960 | 1970       | 1975 | 1980       | 1985       | 1990       | 1995       | 2000       | 2004        |
|--------------|------|------------|------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Αυστραλία    | 4,0  | 4,5        | 6,9  | 6,8        | 7,2        | 7,5        | 8,0        | 8,8        | ...         |
| Αυστρία      | 4,3  | 5,2        | 7,0  | 7,5        | 6,5        | 7,0        | 9,7        | 9,4        | 9,6         |
| Βέλγιο       | ...  | 3,9        | 5,6  | 6,3        | 7,0        | 7,2        | 8,2        | 8,6        | ...         |
| Καναδάς      | 5,4  | 7,0        | 7,1  | 7,1        | 8,2        | 9,0        | 9,2        | 8,9        | 9,9         |
| Γαλλία       | ...  | ...        | ...  | ...        | ...        | 4,7        | 7,0        | 6,7        | 7,3         |
| Δανία        | ...  | 7,9        | 8,7  | 8,9        | 8,5        | 8,3        | 8,1        | 8,3        | 8,9         |
| Φιλανδία     | 3,8  | 5,6        | 6,2  | 6,3        | 7,1        | 7,8        | 7,4        | 6,7        | 7,5         |
| Γαλλία       | 3,8  | 5,3        | 6,4  | 7,0        | 7,9        | 8,4        | 9,4        | 9,2        | 10,5        |
| Γερμανία     | ...  | 6,2        | 8,6  | 8,7        | 9,0        | 8,5        | 10,3       | 10,4       | ...         |
| Ελλάδα       | ...  | <b>6,1</b> | ...  | <b>6,6</b> | <b>7,4</b> | <b>7,4</b> | <b>9,6</b> | <b>9,9</b> | <b>10,0</b> |
| Ουγγαρία     | ...  | ...        | ...  | ...        | ...        | 7,1        | 7,4        | 7,1        | 8,3         |
| Ισλανδία     | 3,0  | 4,7        | 5,7  | 6,2        | 7,2        | 7,9        | 8,4        | 9,2        | 10,2        |
| Ιρλανδία     | 3,7  | 5,1        | 7,3  | 8,3        | 7,5        | 6,1        | 6,7        | 6,3        | 7,1         |
| Ιταλία       | ...  | ...        | ...  | ...        | 7,5        | 7,7        | 7,1        | 7,9        | 8,4         |

|              |     |     |     |     |      |      |      |      |      |
|--------------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|
| Ιαπωνία      | 3,0 | 4,5 | 5,6 | 6,5 | 6,7  | 5,9  | 6,8  | 7,6  | ...  |
| Ν. Κορέα     | ... | ... | ... | 4,4 | 4,1  | 4,4  | 4,2  | 4,8  | 5,6  |
| Λουξεμβούργο | ..  | 3,1 | 4,3 | 5,2 | 5,2  | 5,4  | 5,6  | 5,8  | 8,0  |
| Μεξικό       | ... | ... | ... | ... | ...  | 4,8  | 5,6  | 5,6  | 6,5  |
| Ολλανδία     | ... | 6,6 | 6,9 | 7,2 | 7,1  | 7,7  | 8,1  | 7,9  | 9,2  |
| Ν. Ζηλανδία  | ... | 5,1 | 6,5 | 5,9 | 5,1  | 6,9  | 7,2  | 7,7  | 8,4  |
| Νορβηγία     | 2,9 | 4,4 | 5,9 | 7,0 | 6,6  | 7,7  | 7,9  | 8,5  | 9,7  |
| Πολωνία      | ... | ... | ... | ... | ...  | 4,9  | 5,6  | 5,7  | 6,5  |
| Πορτογαλία   |     | 2,6 | 5,4 | 5,6 | 6,0  | 6,2  | 8,2  | 9,4  | 10,0 |
| Σλοβακία     | ... | ... | ... | ... | ...  | ...  | 5,8  | 5,5  | ...  |
| Ισπανία      | 1,5 | 3,5 | 4,6 | 5,3 | 5,4  | 6,5  | 7,4  | 7,2  | 8,1  |
| Σουηδία      | ... | 6,8 | 7,6 | 9,0 | 8,6  | 8,3  | 8,1  | 8,4  | 9,1  |
| Ελβετία      | 4,9 | 5,5 | 7,0 | 7,4 | 7,8  | 8,3  | 9,7  | 10,4 | 11,6 |
| Τουρκία      | ... | ... | 3,0 | 3,3 | 2,2  | 3,6  | 3,4  | 6,6  | 7,7  |
| Η. Βασίλειο  | 3,9 | 4,5 | 5,5 | 5,6 | 5,9  | 6,0  | 7,0  | 7,3  | 8,3  |
| Η.Π.Α.       | 5,1 | 7,0 | 7,9 | 8,8 | 10,1 | 11,9 | 13,3 | 13,3 | 15,3 |

Πίνακας 11: Δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

Από τον πίνακα 11 φαίνεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. Για την Ελλάδα η αύξηση που παρουσιάζεται οφείλεται στη γενναία χρηματοδότηση που απαιτούσε η καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. αν και την τελευταία δεκαετία η δαπάνη ως ποσοστό του Α.Ε.Π. παρουσιάζει μια στασιμότητα. Έτσι από το 6,6% που ήταν την δεκαετία του 1980 ανέρχεται στο 7,4% επί του Α.Ε.Π. το 1990 και στο 9,9% το 2000. Εντούτοις χαμηλό είναι το ποσοστό των δημοσίων δαπανών στην Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α..

| Έτος<br>Χώρα  | 1970        | 1975       | 1980        | 1985        | 1990        | 1995        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        |
|---------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Αυστρία       | 63,0        | 69,6       | 68,8        | 76,1        | 73,5        | 69,3        | 69,9        | 69,5        | 70,5        | 70,3        | 70,7        |
| Βέλγιο        | ...         | ...        | ...         | ...         | ...         | 78,5        | 75,8        | 76,4        | 75,0        | 71,1        | ...         |
| Τσεχία        | 96,6        | 96,9       | 96,8        | 92,2        | 97,4        | 90,9        | 90,5        | 89,9        | 89,7        | 89,8        | 89,2        |
| Δανία         | 83,7        | 85,4       | 87,8        | 85,6        | 82,7        | 82,5        | 82,4        | 82,7        | 82,9        | ...         | ...         |
| Φιλανδία      | 73,8        | 78,6       | 79,0        | 78,6        | 80,9        | 75,6        | 75,1        | 75,9        | 76,1        | 76,2        | 76,6        |
| Γαλλία        | 75,5        | 78,0       | 80,1        | 78,5        | 76,6        | 76,3        | 75,8        | 75,9        | 78,1        | 78,3        | 78,4        |
| Γερμανία      | 72,8        | 79,0       | 78,7        | 77,4        | 76,2        | 80,5        | 78,6        | 78,4        | 78,6        | 78,2        | ...         |
| <b>Ελλάδα</b> | <b>42,6</b> | <b>...</b> | <b>55,6</b> | <b>59,9</b> | <b>53,7</b> | <b>52,0</b> | <b>52,6</b> | <b>55,5</b> | <b>54,1</b> | <b>53,6</b> | <b>52,8</b> |
| Ουγγαρία      | ...         | ...        | ...         | ...         | 89,1        | 84,0        | 70,7        | 69,0        | 70,2        | 72,4        | 72,5        |
| Ισλανδία      | 66,2        | 87,1       | 88,2        | 87,0        | 86,6        | 83,9        | 82,6        | 82,7        | 83,2        | 83,5        | 83,4        |
| Ιρλανδία      | 81,7        | 79,0       | 81,6        | 75,7        | 71,9        | 71,6        | 73,3        | 75,6        | 75,2        | 78,0        | 79,5        |
| Ιταλία        | ...         | ...        | ...         | 77,6        | 79,1        | 71,9        | 73,5        | 75,8        | 75,4        | 75,1        | 76,4        |

|                      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Λουξεμβούργο         | 88,9 | 91,8 | 92,8 | 89,2 | 93,1 | 92,4 | 89,3 | 87,9 | 90,3 | 90,6 | 90,4 |
| <b>Ολλανδία</b>      | 60,2 | 67,9 | 69,4 | 70,8 | 67,1 | 71,0 | 63,1 | 62,8 | 62,5 | 63,0 | 62,3 |
| <b>Νορβηγία</b>      | 91,6 | 96,2 | 85,1 | 85,8 | 82,8 | 84,2 | 82,5 | 83,6 | 83,5 | 83,7 | 83,5 |
| <b>Πολωνία</b>       | ...  | ...  | ...  | ...  | 91,7 | 72,9 | 70,0 | 71,9 | 71,2 | 69,9 | 68,6 |
| <b>Πορτογαλία</b>    | 59,0 | 58,9 | 64,3 | 54,6 | 65,5 | 62,6 | 72,5 | 71,5 | 72,2 | 72,6 | 71,9 |
| <b>Σλοβακία</b>      | ...  | ...  | ...  | ...  | ..   | 91,7 | 89,4 | 89,3 | 89,1 | 88,3 | ...  |
| <b>Ισπανία</b>       | 65,4 | 77,4 | 79,9 | 81,1 | 78,7 | 72,2 | 71,6 | 71,2 | 71,3 | 70,4 | 70,9 |
| <b>Σουηδία</b>       | 86,0 | 90,2 | 92,5 | 90,4 | 89,9 | 86,6 | 84,9 | 84,9 | 85,1 | 85,4 | 84,9 |
| <b>Ελβετία</b>       | ...  | ...  | ...  | 50,3 | 52,4 | 53,8 | 55,6 | 57,1 | 57,9 | 58,5 | 58,4 |
| <b>Η. Βασίλειο</b>   | 87,0 | 91,1 | 89,4 | 85,8 | 83,6 | 83,9 | 80,9 | 83,0 | 83,4 | 85,4 | 85,5 |
| <b>Μ.Ο. Ο.Ο.Σ.Α.</b> | 60,6 | 63,7 | 72,6 | 76,7 | 75,4 | 73,5 | 72,8 | 72,8 | 72,6 | 73,2 | 73,3 |

Πίνακας 12: Ποσοστό % δημοσίων δαπανών για την υγεία επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (ευρωπαϊκός τομέας)

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

Χαρακτηριστικό είναι ότι οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες και από χώρες με αμιγώς ιδιωτικά συστήματα υγείας όπως η Ελβετία., ενώ υπολείπονται αρκετά από το μέσο όρο των δαπανών των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. καθώς οι δημόσιες δαπάνες στην Ελλάδα για το 2004 ανήλθαν στο 52,8% την ίδια στιγμή που ο μέσος όρος του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν το 73,3%. Αν και ο σκοπός ίδρυσης του Ε.Σ.Υ. ήταν η καθολική υγειονομική κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού, με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος, εντούτοις σχεδόν 30 χρόνια μετά το ελληνικό σύστημα είναι ίσως το πιο ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.)

| Χώρα \ Έτος      | 1980        | 1985       | 1990        | 1995      | 2000        | 2004        |
|------------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| <b>Αυστραλία</b> | 37          | 28.6       | 32.9        | 33.3      | 31.1        | ...         |
| <b>Αυστρία</b>   | 31.2        | 23.9       | 26.5        | 30.7      | 30.1        | 29.3        |
| <b>Βέλγιο</b>    | ...         | ...        | ...         | 21.5      | 24.2        | ...         |
| <b>Καναδάς</b>   | 24.4        | 24.5       | 25.5        | 28.6      | 29.7        | 30.2        |
| <b>Τσεχία</b>    | 3.2         | 7.8        | 2.6         | 9.1       | 9.5         | 10.8        |
| <b>Δανία</b>     | 12.2        | 14.4       | 17.3        | 17.5      | 17.6        | ...         |
| <b>Φιλανδία</b>  | 21          | 21.4       | 19.1        | 24.4      | 24.9        | 23.4        |
| <b>Γαλλία</b>    | 19.9        | 21.5       | 23.4        | 23.7      | 24.2        | 21.6        |
| <b>Γερμανία</b>  | 21.3        | 22.6       | 23.8        | 19.5      | 21.4        | ...         |
| <b>Ελλάδα</b>    | <b>44.4</b> | <b>...</b> | <b>46.3</b> | <b>48</b> | <b>47.4</b> | <b>47.2</b> |
| <b>Ουγγαρία</b>  | ...         | ...        | ...         | 16        | 29.3        | 27.5        |
| <b>Ισλανδία</b>  | 11.8        | 13         | 13.4        | 16.1      | 17.4        | 16.6        |
| <b>Ιρλανδία</b>  | 18.4        | 24.3       | 28.1        | 28.4      | 26.7        | 20.5        |

|                     |      |      |      |      |      |      |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Ιταλία</b>       | ...  | ...  | 20.9 | 28.1 | 26.5 | 23.6 |
| <b>Ιαπωνία</b>      | 28.7 | 29.3 | 22.4 | 17   | 18.7 | ...  |
| <b>Ν. Κορέα</b>     | ...  | 64.2 | 61.5 | 64.7 | 53.8 | 48.6 |
| <b>Λουξεμβούργο</b> | 7.2  | 10.8 | 6.9  | 7.6  | 10.7 | 9.6  |
| <b>Μεξικό</b>       | ...  | ...  | 59.6 | 57.9 | 53.4 | 53.6 |
| <b>Ολλανδία</b>     | 30.7 | 29.2 | 32.9 | 29   | 36.9 | 37.6 |
| <b>Ν. Ζηλανδία</b>  | 12   | 13   | 17.6 | 22.8 | 22   | 22.6 |
| <b>Νορβηγία</b>     | 14.9 | 14.2 | 17.2 | 15.8 | 17.5 | 16.5 |
| <b>Πολωνία</b>      | ...  | ...  | 8.3  | 27.1 | 30   | 31.4 |
| <b>Πορτογαλία</b>   | 35.7 | 45.4 | 34.5 | 37.4 | 27.5 | 28.1 |
| <b>Σλοβακία</b>     | ...  | ...  | ...  | ...  | 10.6 | ...  |
| <b>Ισπανία</b>      | 20.1 | 18.9 | 21.3 | 27.8 | 28.4 | 29.1 |
| <b>Σουηδία</b>      | 7.5  | 9.6  | 10.1 | 13.4 | 15.1 | 15.1 |
| <b>Ελβετία</b>      | ...  | 49.7 | 47.6 | 46.2 | 44.4 | 41.6 |
| <b>Τουρκία</b>      | 76.5 | 49.4 | 39   | 29.7 | 37.1 | 27.9 |
| <b>Η. Βασίλειο</b>  | 10.6 | 14.2 | 16.4 | 16.1 | 19.1 | 14.5 |
| <b>Η.Π.Α</b>        | 58.7 | 60.2 | 60.3 | 54.7 | 56   | 55.3 |

Πίνακας 13: Ποσοστό % ιδιωτικών δαπανών για την υγεία επί των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

Στον πίνακα 13 φαίνονται οι ιδιωτικές δαπάνες για στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.. Η υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα στη χώρα μας φαίνεται ότι συνδέεται με τα δομικά/οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος. Έτσι, η ανεπαρκής χρηματοδότηση<sup>8</sup> του δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει ως αποτέλεσμα την κατεύθυνση των νοικοκυριών στον ιδιωτικό εξωνοσοκομειακό τομέα.

Στη χώρα μας έχουν γίνει συχνά αναφορές στις δυσχέρειες που προκύπτουν ως προς την ανάπτυξη των πραγματικών μεγεθών των δαπανών για την υγεία δημοσίων και ιδιωτικών. Τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται προέρχονται από τους Εθνικούς Λογαριασμούς και τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς της Ε.Σ.Υ.Ε. και το Υπουργείο Οικονομικών και τα δηλωθέντα εισοδήματα των επαγγελματιών υγείας. Για τους Εθνικούς Λογαριασμούς οι ενστάσεις εστιάζονται στη μεθοδολογία τους και αφορούν προβλήματα υποεκτίμησης των δημοσίων δαπανών και υπερεκτίμησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

<sup>8</sup>Ο. Σίσκου, Α. Λιαρόπουλος “ Ο Μίτος ... της Δαπάνης Υγείας.” *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2008 τ.25 (1) σελ.13-15 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Οι δημόσιες δαπάνες φαίνεται να υποεκτιμούνται γιατί δεν περιλαμβάνονται τα ελλείμματα των νοσοκομείων και τις επιπλέον επιχορηγήσεις της Πολιτείας, τις δαπάνες για την δημόσια υγεία και τις δαπάνες για την ιατρική εκπαίδευση, οι δε ιδιωτικές δαπάνες υπερεκτιμούν την φαρμακευτική δαπάνη και υποεκτιμούν τις δαπάνες για ιατρικές φροντίδες, και οι διπλοεγγραφές δεν αποφεύγονται. Τα στοιχεία που προέρχονται από το Υπουργείο Οικονομικών οδηγούν σε εκτιμήσεις με απόκλιση από της πραγματικές, σε μέγεθος ανάλογο με το ύψος της φοροδιαφυγής. Οι δυσχέρειες αυτές οδηγούν σε διαφοροποιήσεις και διαφορετικές εκτιμήσεις για τα πραγματικά μεγέθη των οικονομικών της υγείας στην Ελλάδα, επιδεινώνονται δε από αμφιλεγόμενες πολιτικές όπως η αναθεώρηση του Α.Ε.Π. το 2006. και αυτό γιατί με την αναθεώρηση του Α.Ε.Π. η συνολική δαπάνη αυξήθηκε και η αύξηση αυτή προήλθε από την ιδιωτική δαπάνη. Σημαίνει, όμως, αν τα στοιχεία είναι πραγματικά, ότι όλο και περισσότερα άτομα καλύπτουν τις ανάγκες τους από ίδιους πόρους

Όσον αφορά στην ιδιωτική δαπάνη, η πληρέστερη ανάλυση γίνεται στις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών, που διεξάγει η ΕΣΥΕ κάθε πενταετία. Και η πηγή αυτή, όμως, δεν λύνει το πρόβλημα, καθώς διαχρονικά καταγράφονται σοβαρές αποκλίσεις μεταξύ των Οικογενειακών Προϋπολογισμών και των Εθνικών Λογαριασμών για τις ίδιες κατηγορίες δαπάνης. Το υγειονομικό σύστημα ευνοεί την ανάπτυξη παρα - οικονομικής δραστηριότητας που σχετίζονται με ιδιαιτερότητες της αγοράς και με χαρακτήρα ανταλλαγής. Από έρευνες που έχουν γίνει πάνω στο φαινόμενο αυτό, η παραοικονομία στην υγεία εμφανίζεται στην ανάπτυξη συναλλαγής σειράς ιατρικών πράξεων μεταξύ του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας κυρίως γιατρών και νοσηλευτών, στην καταβολή υψηλών αμοιβών εξαιτίας εκμετάλλευσης του ασθενή σε καταστάσεις έντονης συναισθηματικής φόρτισης, φόβου και εξάρτισης λόγω της κατάστασης της υγείας του, αλλά και στα κοινωνικά και πολιτιστικά πρότυπα απέναντι στους επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα το ιατρικό σώμα.

Προκειμένου να ξεπεραστούν τα παραπάνω προβλήματα κατά την εκτίμηση της δαπάνης υγείας, απαιτείται η υιοθέτηση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts, SHA) του ΟΟΣΑ. Η φιλοσοφία, ή μάλλον η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η πρόταση του ΟΟΣΑ συνίσταται στην προσπάθεια άντλησης σειράς πληροφοριών οι οποίες χρησιμοποιούνται για να κτίσουν μια ενιαία βάση οικονομικών δεδομένων υγείας, δηλαδή τους Εθνικούς Λογαριασμούς Υγείας. Σκοπός αυτής της προσπάθειας είναι η επίτευξη διεθνούς συγκρισιμότητας μεταξύ ομοειδών μεγεθών που αφορούν και στις δαπάνες υγείας, ικανοποιώντας έτσι τη βασική αρχή που πρέπει να



διέπει τη δημιουργία ενός οποιουδήποτε συστήματος διεθνών λογαριασμών. Στο πλαίσιο αυτό, η Eurostat, ο ΠΟΥ και ο ΟΟΣΑ δημιούργησαν ήδη από το 2005 κοινή φόρμα ερωτηματολογίου δαπανών υγείας, στη βάση του SHA, το οποίο καλούνται οι χώρες να συμπληρώνουν ετησίως. Οι βασικοί πίνακες που απαντώνται στο Σύστημα Λογαριασμών Υγείας αναπτύχθηκαν προκειμένου να δοθούν απαντήσεις σε τρία καίρια ερωτήματα:

- Την προέλευση των χρημάτων που κατευθύνονται στον υγειονομικό τομέα
- Την παρουσίαση των παραγωγικών μονάδων του τομέα της υγείας
- Το είδος των υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα εντός του συστήματος υγείας.

Η Ελλάδα ακόμη δεν έχει κάνει την παραμικρή ενέργεια ένταξης στο Σύστημα Λογαριασμών Υγείας και είναι μια από τις ελάχιστες χώρες στον ΟΟΣΑ που δεν έχει εφαρμόσει ακόμη το SHA ούτε έχει παράσχει σαφές χρονοδιάγραμμα για την υιοθέτησή του. Οι συνέπειες, πέρα από την αδυναμία χάραξης πολιτικής και ελέγχου στο εσωτερικό, μπορεί να επεκταθούν και στις σχέσεις μας με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι κατανοητό ότι η μη συμμόρφωση της χώρας μας με τις οδηγίες ευρωπαϊκών οργανισμών, όπως η Eurostat, αναφορικά με τη στατιστική πληροφόρηση, είναι πιθανόν να έχει αρνητικό αντίκτυπο ακόμη και στη δυνατότητα χρηματοδότησης ορισμένων προγραμμάτων, αφού η Ε.Ε. εύλογα μπορεί να διερωτηθεί για τη δυνατότητα εφαρμογής της αρχής της επικουρικότητας και η Ελλάδα να μην έχει απάντηση λόγω έλλειψης αξιόπιστων δεδομένων. Είναι γνωστό ότι με το υπάρχον μεθοδολογικό πλαίσιο μόνο πολύ αποσπασματικές απαντήσεις μπορούν να δοθούν, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη κατά την προσπάθεια άσκησης τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας.

Η κακή κατάσταση της ελληνικής οικονομίας και ιδιαίτερα τα υψηλά ελλείμματα του δημόσιου τομέα προκαλούν σοβαρές χρηματοδοτικές επιπλοκές και δυσχεραίνουν τους χειρισμούς της εκάστοτε κυβέρνησης. Ταυτόχρονα η έλλειψη ορθολογικών και αποδεκτών κριτηρίων στα χρηματοδότηση και οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στο κέντρο του προβλήματος. Η περαιτέρω αύξηση των δαπανών και η μεγέθυνση των ποσοτικών στοιχείων του συστήματος ίσως δεν είναι πλέον απαραίτητη. Αντίθετα, κρίνεται ως απολύτως αναγκαία η προσπάθεια διαρκούς ορθολογικοποίησής τους με στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από την άλλη, η αύξηση των δημοσίων δαπανών για την βελτίωση άλλων κοινωνικών τομέων ή δημοσίων αγαθών που επηρεάζουν θετικά την αντιμετώπιση των αιτιολογικών παραγόντων της υγείας, μπορεί να πετύχει πιο άμεσα και ικανοποιητικά αποτελέσματα, σε σχέση με την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. π.χ. η βελτίωση του οδικού δικτύου, η καλύτερη εκπαίδευση των



οδηγών, ο αυστηρός έλεγχος μπορεί να επιφέρει μείωση του αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων, αντί να αυξηθούν οι δαπάνες υγείας για την ιατρική φροντίδα και αποκατάσταση των τραυματιών κλπ

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.**

### **4.1 Ευρωπαϊκή Ένωση και ελληνικό Ε.Σ.Υ.**

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) μετά την διεύρυνση του 2004 και του 2007 βρίσκεται ξανά σε ένα σταυροδρόμι κρίσιμων αποφάσεων. Η εξέλιξη αυτή συμβαδίζει με ευρύτερες μεταβολές που συντελούνται σε διεθνές επίπεδο και χαρακτηρίζουν την διαδικασία της παγκοσμιοποίησης. Η ροή των ανθρώπων, των υλικών και των χρηματοοικονομικών πόρων συνεχώς αυξάνει και οι φραγμοί των συνόρων σταδιακά καταρρίπτονται. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, τα εθνικά συστήματα υγείας επιδιώκουν την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των περιορισμένων πόρων τους, την καλύτερη ανταπόκριση στις επιθυμίες των πολιτών και την διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου της δημόσιας υγείας. Επιπροσθέτως η Ε.Ε. αναζητά το κοινωνικό της πρόσωπο και την υγειονομικής ταυτότητα. Η Ένωση καλείται να αναπτύξει μια συνεκτική πολιτική υγείας που να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που θέτει η ενιαία εσωτερική αγορά και η προς ανατολάς διεύρυνση με την ένταξη των χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ οι οποίες παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με το επίπεδο υγείας, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τον βαθμό κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

Είναι γεγονός ότι η κοινωνική πολιτική στα πλαίσια της Ε.Ε. μέχρι σήμερα έχει λάβει τον χαρακτήρα προσδιορισμού ελαχίστων κοινά αποδεκτών κοινωνικών προδιαγραφών, λειτουργώντας συμπληρωματικά της οικονομικής ολοκλήρωσης, χωρίς να συγκροτεί ξεχωριστό πεδίο συλλογικών κοινωνικών σχέσεων και διέπεται από την αρχή της επικουρικότητας σύμφωνα με την οποία η Ε.Ε. υποστηρίζει και συμπληρώνει την δράση των κρατών- μελών. Η αρχική πολιτική κατεύθυνση της ίδρυσης της Ε.Ε. ήταν αυτή της ανοιχτής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία η συνεργασία των κρατών-μελών για την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση πρέπει να γίνεται σταδιακά και στους τομείς όπου υπάρχουν προϋποθέσεις επιτυχίας. Έτσι, από τις αρχικές ιδρυτικές συνθήκες δόθηκε προτεραιότητα στην οικονομική συνεργασία και τέθηκε σε δεύτερη μοίρα η κοινωνική διάσταση. Καμία ευθεία αναφορά σε θέματα υγείας δεν γινόταν στις πρώτες συνθήκες της παρά μόνο σε θέματα που αφορούσαν την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, την ασφαλιστική κάλυψη των μετακινούμενων εργαζομένων, την προστασία του πληθυσμού από την έκθεση στις

ιονίζουσες ακτινοβολίες και την ελεύθερη διακίνηση αγαθών και υπηρεσιών με την διακίνηση φαρμάκων , βιοϊατρικής τεχνολογίας, την ασφάλιση υγείας και την ελεύθερη διακίνηση των επαγγελματιών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη το 1987 την πρώτη σημαντική τροποποίηση των συνθηκών της Ε.Ε. αναγνωρίστηκε η κοινωνική πολιτική ως τομέας δράσης της Ε.Ε. και στον τομέα της υγείας προέτρεπε την ευρωπαϊκή επιτροπή να λάβει υπόψη της προτάσεις για την υγιεινή και την ασφάλεια καθώς και την προστασία του περιβάλλοντος. Επίσης καλούσε τα κράτη-μέλη να δώσουν προσοχή στην ασφάλεια και την υγιεινή της εργασίας και έδιδε το δικαίωμα στην επιτροπή να εκδίδει σχετικές οδηγίες για τον τομέα αυτό. Τέλος τόνιζε την σημασία της υγείας στην περιβαλλοντική πολιτική της τότε Ευρωπαϊκής Κοινότητας (Ε. Κ.) Λίγο αργότερα με την υιοθέτηση του «Κοινωνικού Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων» το 1989 έγινε μια προσπάθεια ενδυνάμωσης του τομέα της κοινωνικής πρόνοιας στο εργασιακό τομέα με μέτρα προστασίας τη υγείας στο χώρο της εργασίας και με μέτρα κοινωνικής ασφάλισης των εργαζομένων. Μέχρι το 1992 και την Συνθήκη του Μάαστριχ για την Ε.Ε. τα μέτρα για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια δεν είχαν δεσμευτικό χαρακτήρα και αποτελούσαν κείμενα διακηρυκτικού χαρακτήρα.

Η Συνθήκη του Μάαστριχ παραχώρησε για πρώτη φορά νομική αρμοδιότητα για την υγεία, καλώντας την Ένωση να συμβάλει στην επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, ενώ τέθηκε και το πλαίσιο εξασφάλισης του στόχου αυτού. Τέθηκε επίσης για πρώτη φορά και το θέμα προστασίας της υγείας των καταναλωτών. Η κριτική που ασκήθηκε στην νέα αυτή πολιτική επικεντρώθηκε στην ασάφεια των σχετικών άρθρων της συνθήκης του Μάαστριχ και στην αοριστία σχετικά με την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών-μελών αι της Επιτροπής αναφορικά με την επίτευξη των στόχων. Όμως δεν παραγνωρίζεται το γεγονός ότι με την συνθήκη του Μάαστριχ δίνεται το έναυσμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας στην Ε.Ε. που συνέβαλαν στην έναρξη μιας διαδικασίας σύγκλισης.

Η συνθήκη του Άμστερνταμ από την μια μεριά διατήρησε τις ασάφειες και τις αοριστίες της προηγούμενης συνθήκης και στον αποκλεισμό των υπηρεσιών υγείας από την συνθήκη οι οποίες με βάση την αρχή της επικουρικότητας παραμένουν στην αποκλειστική αρμοδιότητα των εθνικών πολιτικών. Στα θετικά του νέου κειμένου συγκαταλέγονται η πρόβλεψη για την προστασία της υγείας των πολιτών από την

εφαρμογή όλων των πολιτικών της Ένωσης, η νέα διατύπωση ενδυναμώνει την δέσμευση της Ένωσης αφού πλέον δεν «συμβάλει», αλλά «εξασφαλίζει» υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, η μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή υγείας και στους παράγοντες που εξασφαλίζουν την καλή υγεία και η επέκταση των αρμοδιοτήτων στη θέσπιση μέτρων σε τομείς που αφορούν την ασφάλεια οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης (π.χ. αίμα και παράγωγά του) και ο κτηνιατρικός και γεωπονικός έλεγχος.

Στην Σύνοδο Κορυφής της Νίκαιας υιοθετήθηκε ο «Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων», για την προστασία έξι βασικών δικαιωμάτων της αξιοπρέπειας, της ελευθερίας, της ισότητας, της αλληλεγγύης, της δημοκρατίας και της δικαιοσύνης. Βασική συνιστώσα της αλληλεγγύης αποτελεί η προστασία της υγείας. Πάντως το πνεύμα που διέπει το Χάρτη δεν διαφοροποιείται από την συνθήκη του Άμστερνταμ και κατηγορείται ότι συνιστά ένα άλλοθι για την απουσία ολοκληρωμένης πολιτικής προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην Ε.Ε. Στο σχέδιο του Ευρωπαϊκού Συντάγματος αν και δεν έχουμε μεγάλες τροποποιήσεις επί της ουσίας σε θέματα υγείας, εισάγει την Ανοιχτή Μέθοδο Συντονισμού στον τομέα της υγείας προβλέποντας ότι τα κράτη-μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή τις πολιτικές και τα προγράμματά τους, μέσα από κατευθυντήριες γραμμές και δείκτες την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών. Η κριτική που ασκήθηκε στο καταρτισθέν κείμενο του Ευρωπαϊκού Συντάγματος είναι στην υιοθέτηση περιοριστικού ορισμού της δημόσιας υγείας και στη μη αναφορά σε ζητήματα διασυνοριακής ροής ασθενών και των επαγγελματιών υγείας

Εκτός από τις άμεσες επιπτώσεις που έχει η δραστηριότητα της Κοινότητας στον υγειονομικό τομέα των κρατών μελών τόσο μέσω των άρθρων της Συνθήκης που αναφέρονται στην υγεία και την κοινωνική προστασία, όσο και μέσω των πολιτικών και προγραμμάτων που εφαρμόζει, εμφανίζεται και μια σειρά έμμεσων επιπτώσεων που έχει να κάνει με την λειτουργία της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς. Η ΕΕΑ, αφορά τη δημιουργία ενός χώρου χωρίς εσωτερικά σύνορα, με την κατάργηση των εμποδίων που θέτουν φραγμούς στην ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών, των προσώπων και των κεφαλαίων μεταξύ των κρατών-μελών. Μεταφέροντας τη συζήτηση στο πεδίο της υγείας, οι τέσσερις ελευθερίες θέτουν συγκεκριμένους όρους αναφοράς και επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, η ελεύθερη κυκλοφορία των

προσώπων περιλαμβάνει την αγορά εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας καθώς επίσης και την πιθανή ζήτηση υπηρεσιών από πρόσωπα που διαμένουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε άλλη χώρα. Η ελεύθερη κυκλοφορία των προϊόντων αναφέρεται στην αγορά και την προμήθεια των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών συσκευών ενώ η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών στην παροχή ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι δύο αυτές ελευθερίες συνδέονται με τις διασυνοριακές ροές ασθενών που αποσκοπούν στην αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας. Τέλος, η ελεύθερη κυκλοφορία των κεφαλαίων αφορά τις επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες. Η λειτουργία της Ενιαίας Αγοράς δημιουργεί όμως μια σειρά ζητημάτων που έχει να κάνει με το κατά πόσο η οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών είναι συμβατή με το θεσμικό πλαίσιο που ρυθμίζει την ΕΕΑ. Το θέμα αυτό επισημάνθηκε από την Υψηλού Επιπέδου Επιτροπή για την Υγεία η οποία τόνισε ότι η σημασία της υγείας για το άτομο, οι ιδιαιτερότητες του αγαθού υγείας, και η ανάγκη εξασφάλισης από τα κράτη μέλη ισότιμης πρόσβασης των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας, οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αγοράς η οποία δύσκολα υπόκειται στους κανόνες του ανταγωνισμού. Αυτό σημαίνει ότι οι διατάξεις που διέπουν τις αρχές της ελεύθερης διακίνησης πρέπει να εφαρμόζονται με μεγάλη προσοχή στον τομέα της υγείας.

Μείζον ζήτημα προβληματισμού ιδιαίτερα υπό το πρίσμα της διεύρυνσης της Ένωσης συνιστούν οι αριθμητικές ανισορροπίες και οι ανισορροπίες στην κατανομή του προσωπικού του υγειονομικού τομέα μεταξύ των κρατών-μελών. Η σπουδαιότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου στον τομέα της υγείας έχει γίνει αντιληπτή από την Ευρωπαϊκή Ένωση και στα πλαίσια της ελεύθερης μετακίνησης των εργαζομένων μεταξύ των κρατών μελών έχουν εκδοθεί οδηγίες σχετικά με την αναγνώριση των διπλωμάτων επιμέρους κατηγοριών και ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας. Ειδικά για τα ιατρικά, παραϊατρικά και φαρμακευτικά επαγγέλματα η σταδιακή άρση των απαγορεύσεων προϋποθέτει τον συντονισμό των όρων άσκησής τους στα διάφορα κράτη-μέλη. Η Ε.Ε. καθόρισε με σχετικές οδηγίες την διευκόλυνση της κυκλοφορίας και εγκατάστασης στο εσωτερικό της Ένωσης των γιατρών που είναι υπήκοοι των κρατών μελών, μέσω της αμοιβαίας αναγνώρισης των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων τίτλων ιατρικής και ιατρικών ειδικοτήτων που χορηγούνται από τα κράτη-μέλη και τις ελάχιστες προϋποθέσεις εκπαίδευσης για την απόκτηση τίτλου σπουδών ιατρικής και ιατρικών ειδικοτήτων. Το 1986

εκδόθηκε μια ακόμα ιατρική οδηγία η οποία αφορούσε την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Αργότερα όλες οι οδηγίες για το ιατρικό προσωπικό κωδικοποιήθηκαν σε μια ενιαία οδηγία. Οι οδηγίες για το ιατρικό δυναμικό λειτούργησαν ως υπόδειγμα για την έκδοση οδηγιών ρύθμισης της κυκλοφορίας και εγκατάστασης και άλλων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας. Το σύστημα των οδηγιών όμως απέτυχε να συμβάλλει στην αύξηση της κινητικότητας των επαγγελματιών υγείας ενώ οι οδηγίες δεν εφαρμόστηκαν από όλα τα κράτη μέλη. Επίσης το γεγονός ότι οι οδηγίες θέτουν μόνο ελάχιστα όρια κυρίως ως προς τη διάρκεια της εκπαίδευσης χωρίς να αναφέρονται στο περιεχόμενο αυτής, δημιουργεί αμφιβολίες για την ποιότητα του εκπαιδευόμενου δυναμικού.

Η κατοχύρωση του δικαιώματος των πολιτών των κρατών μελών της Κοινότητας για παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος ήταν αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας εξελικτικών σταδίων με σημείο σταθμό την έκδοση των κανονισμών με τους οποίους ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες τα άτομα που διακινούνται στο εσωτερικό της Ένωσης δικαιούνται πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και στις παροχές μητρότητας. . Πιο συγκεκριμένα, οποιοδήποτε μισθωτό άτομο καθώς και μέλος της οικογένειάς του διαμένει ή κατοικεί σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που είναι ασφαλισμένο για ασθένεια, δικαιούται παροχών ασθένειας σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού σαν να ήταν ασφαλισμένο εκεί, αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισής του. Στην περίπτωση μετάβασης κάποιου σε άλλο κράτος μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους παραπάνω κανονισμούς καλύπτεται από το κράτος μέλος όπου είναι ασφαλισμένος μόνο στην περίπτωση που έχει λάβει έγκριση για αυτό. Ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια της Ένωσης αναφέρεται σε τρεις βασικές κατηγορίες διασυνοριακής φροντίδας υγείας:

α) τους μετανάστες εργαζόμενους και τα προστατευόμενα μέλη τους, συμπεριλαμβανομένων των διασυνοριακά απασχολούμενων οι οποίοι εργάζονται σε ένα κράτος-μέλος αλλά διαμένουν σε ένα άλλο στο οποίο επιστρέφουν καθημερινά,

β) τους εργαζόμενους που διαμένουν προσωρινά για μικρό χρονικό διάστημα σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που έχουν θεμελιώσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα είτε για προσωπικούς είτε για επαγγελματικούς λόγους και τους παρέχεται κάλυψη σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης και

γ) τους μετακινούμενους ασθενείς κατόπιν έγκρισης του ασφαλιστικού τους φορέα για τη λήψη θεραπευτικών υπηρεσιών σε άλλο κράτος μέλος. Για την



αντιμετώπιση γραφειοκρατικών στρεβλώσεων η Επιτροπή με πρόσφατη ανακοίνωσή της πρότεινε την εισαγωγή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας. Σκοπός της κάρτας είναι η σταδιακή αντικατάσταση όλων των εντύπων που χρησιμοποιούνται για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άλλο κράτος μέλος και η απλούστευση των διαδικασιών, διατηρώντας ταυτόχρονα όλα τα υφιστάμενα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Πάντως δεν είναι λίγες οι φορές που Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων κλήθηκε και έπαιξε ερμηνευτικό ρόλο τόσο της Συνθήκης όσο και του δευτερογενούς δικαίου της Ένωσης για την αντιμετώπιση φαινομένων νομοθετικής πολυπλοκότητας όσον αφορά τις σχέσεις ασφαλισμένων - προμηθευτών - τρίτων πληρωτών σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο.

Ένας άλλος τομέας κοινοτικής παρέμβασης είναι αυτός των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών και αυτό εξαιτίας του διττού χαρακτήρα των φαρμακευτικών προϊόντων και των ιατρικών συσκευών που από την μια πλευρά συνιστούν προσδιοριστικές παραμέτρους της θεραπευτικής παρέμβασης, η χρήση των οποίων επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και το κόστος της υγειονομικής φροντίδας και από την άλλη τίθενται ζητήματα παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας των βιομηχανιών του κλάδου τόσο σε επίπεδο κρατών μελών όσο και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης σε σχέση με άλλες χώρες εκτός Κοινότητας. Συνεπώς πρόκειται για μια αγορά πολύπλοκη, υποκείμενη σε ρυθμιστικές παρεμβάσεις, όπου επιδιώκονται συχνά αντικρουόμενοι στόχοι πολιτικής, ανταποκρινόμενοι σε αντικρουόμενα συμφέροντα κοινωνικών ομάδων. Τρεις είναι οι επιδιωκόμενοι στόχοι της Ένωσης :

α) την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας των καταναλωτών και της δημόσιας υγείας, μέσα από τη ρύθμιση των διαδικασιών και των προτύπων παρασκευής, κυκλοφορίας, διανομής και χρήσης των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών.

β) την επίτευξη της ελεύθερης κυκλοφορίας των προϊόντων αυτών στα πλαίσια της εσωτερικής αγοράς με την εξασφάλιση συνθηκών ανταγωνισμού και κατοχύρωσης των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας.

γ) τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της Κοινοτικής βιομηχανίας έναντι χωρών όπως οι Η.Π.Α. και η Ιαπωνία, με την προώθηση της έρευνας και της τεχνολογίας.

Οι πρώτες οδηγίες για την αγορά του φαρμάκου αφορούσαν τα ζητήματα αίτησης και έγκρισης της κυκλοφορίας των φαρμάκων εισάγοντας τη διαδικασία της



αμοιβαίας αναγνώρισης από τα κράτη μέλη, των εθνικών αδειών κυκλοφορίας. Στη συνέχεια, σύμφωνα με τις επιταγές της Ε.Ε.Α για την ολοκλήρωση της αγοράς φαρμάκου και την εναρμόνιση των εθνικών νομοθεσιών, οι αρμοδιότητες της Ένωσης επεκτάθηκαν με την έκδοση οδηγιών και κανονισμών σχετικά με τη χονδρική πώληση των φαρμάκων, την κατάταξή τους ανάλογα με την απαίτηση για τη χρησιμοποίησή τους ιατρικής συνταγής ή όχι, την επισήμανση, το φύλλο οδηγιών και τα στοιχεία που πρέπει να περιέχονται στη συσκευασία, τη διαφήμιση και την προώθησή τους καθώς και τη διαμόρφωση πλαισίων εφαρμογής ορθής πρακτικής κλινικών δοκιμασιών. Αντίθετα, δεν παρεμβαίνει στην τιμολόγηση και την ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών των φαρμάκων, οι οποίες υπόκεινται στην αρμοδιότητα των κρατών μελών. Η ύπαρξη ωστόσο διαφορετικών μεθόδων τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων μεταξύ των κρατών έχει ως αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση των τιμών και την εμφάνιση του φαινομένου του «παράλληλου εμπορίου» σύμφωνα με το οποίο ένα φάρμακο με χαμηλή τιμή σε μια χώρα, εξάγεται σε χώρα όπου η τιμή του ίδιου φαρμάκου είναι υψηλότερη, λειτουργώντας ανταγωνιστικά έναντι των προμηθευτών του φαρμάκου αυτού στη χώρα εισαγωγής. Σημαντική εξέλιξη στη διαδικασία αξιολόγησης και έγκρισης της κυκλοφορίας των φαρμάκων αποτέλεσε η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Αξιολόγησης των Φαρμάκων. Η δημιουργία του νέου οργανισμού, ο οποίος τέθηκε σε λειτουργία το 1995, παράλληλα με τη διαδικασία αμοιβαίας αναγνώρισης των εθνικών αδειών κυκλοφορίας, θέσπισε διαδικασίες υποχρεωτικής έγκρισης και εποπτείας των φαρμακευτικών προϊόντων σε κεντρικό επίπεδο Κοινότητας. Η ίδρυση του φορέα αυτού αποτέλεσε απάντηση στα αιτήματα των ενώσεων των καταναλωτών και κυρίως του Ευρωπαϊκού Γραφείου των Ενώσεων των Καταναλωτών και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, με σκοπό το συντονισμό της επιστημονικής αξιολόγησης της ασφάλειας, της δραστηρότητας και της ποιότητας των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Δεν λείπει όμως η κριτική στην λειτουργία του οργανισμού σε ότι έχει να κάνει σε ζητήματα διαφάνειας, ανεξαρτησίας και επιτέλεσης του ρόλου του. Ειδικότερα, το γεγονός ότι ο Οργανισμός υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση της Επιτροπής που είναι υπεύθυνη για τις Επιχειρήσεις και όχι στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας δημιουργεί ερωτήματα για το κατά πόσο πρωταρχικός του ρόλος είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας ή η προώθηση των συμφερόντων των βιομηχανιών. Επιπροσθέτως, μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης του Οργανισμού προέρχεται από τα ποσά που χρεώνει τις φαρμακευτικές βιομηχανίες για την εξέταση κάθε φακέλου

προς έγκριση φαρμάκου που υποβάλλουν, με αποτέλεσμα τη διατύπωση της άποψης ότι ο Οργανισμός εξαρτάται οικονομικά από τις βιομηχανίες. Τρίτον, αμφισβητείται η διαφάνεια των διαδικασιών δεδομένου ότι είναι ελλιπής η τεκμηρίωση των αποφάσεων του Οργανισμού. Τέλος, ασκείται κριτική στο ότι δεν εφαρμόζεται η συγκριτική αξιολόγηση των φαρμάκων. Είναι εμφανής η δυσκολία επίτευξης ισορροπίας μεταξύ της ολοκλήρωσης της ενιαίας αγοράς φαρμάκων, της εξασφάλισης της ανταγωνιστικότητας των φαρμακευτικών σκευασμάτων για την κοινοτική βιομηχανία. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προτείνει την σταδιακή υιοθέτηση μηχανισμών αγοράς, όταν αυτό δεν θέτει σε κίνδυνο την πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα σε προσιτές τιμές και τους στόχους των κρατών-μελών σε σχέση με τις δημόσιες δαπάνες. Η πολιτική της Κοινότητας στον τομέα των ιατρικών συσκευών υπαγορεύτηκε κυρίως από τις επιταγές του σχεδίου ολοκλήρωσης της εσωτερικής αγοράς και την κατάργηση των δασμολογικών και μη δασμολογικών φραγμών του εμπορίου και δευτερευόντως από λόγους δημόσιας υγείας. Σε σχέση με τα φάρμακα, η όλη διαδικασία έγκρισης της κυκλοφορίας των ιατρικών συσκευών υπακούει σε πιο χαλαρές διαδικασίες και όχι στον έλεγχο ενός κοινοτικού οργανισμού όπως ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Αξιολόγησης των Φαρμάκων.

Είναι όμως γεγονός ότι η πολιτική υγείας της Ε.Ε. χαρακτηρίζεται από μια κατάτμηση εξουσίας και αρμοδιοτήτων που πολλές φορές απαιτείται πολυεπίπεδος συμβιβασμός μεταξύ των οργάνων της Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, το Συμβούλιο των Υπουργών, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συνιστούν τα βασικά όργανα λήψης αποφάσεων, των οποίων όμως το σχετικό βάρος στη όλη διαδικασία συνεχώς μεταβάλλεται. Επιπροσθέτως, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο αποτελεί το δικαιοδοτικό όργανο της Ένωσης για την ομοιόμορφη ερμηνεία του κοινοτικού δικαίου. Εκτός των παραπάνω οργάνων, υπάρχουν και άλλα με συμβουλευτικό ρόλο όπως η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και η Επιτροπή των Περιφερειών. Ως συμβουλευτικό όργανο της Επιτροπής για τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Forum Υγείας το οποίο συνιστά χώρο συνάντησης και διαλόγου μεταξύ μη κυβερνητικών οργανώσεων, επαγγελματιών υγείας και εκπροσώπων των ασθενών και των βιομηχανιών.

Η αποτελεσματικότητα λήψης αποφάσεων και η ικανότητά να ανταποκριθεί στα μείζονα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που θέτουν οι ραγδαία συντελούμενες αλλαγές, αμφισβητήθηκαν. Αναγνωρίστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση η ανάγκη μεταρρύθμισης του συστήματος διακυβέρνησής της έτσι ώστε η

κλασική κοινοτική μέθοδος των υποχρεωτικών κανόνων και διαδικασιών να συνδυαστεί και με άλλα εργαλεία πολιτικής όπως ο κοινωνικός διάλογος, η διαρθρωτική χρηματοδότηση, τα προγράμματα δράσης και η ανοικτή μέθοδος συντονισμού.

Ειδικότερα, η υιοθέτηση της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού σηματοδοτεί τη μεταστροφή προς νέα όργανα πολιτικής που δίνουν έμφαση στην εθελοντική δράση και συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών, μέσω μιας διαδικασίας αμοιβαίας μάθησης, αξιολόγησης και ανταλλαγής ορθών πρακτικών. Η Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού εφαρμόστηκε αρχικά στον τομέα της απασχόλησης και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε άλλους τομείς της κοινωνικής πολιτικής όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός οι συντάξεις και η υγεία. Η εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού στον τομέα της υγείας είναι ακόμα σε ένα εμβρυϊκό στάδιο δεδομένου ότι συγκεκριμένες οδηγίες και δείκτες απόδοσης δεν έχουν αναπτυχθεί και μόνο γενικοί στόχοι έχουν τεθεί. Επιπροσθέτως, η τακτικότητα της υποβολής των εθνικών σχεδίων δράσης δεν έχει διευθετηθεί ακόμα. Συνεπώς, τίθεται το ερώτημα προσδιορισμού των κατευθυντήριων γραμμών και των κατάλληλων δεικτών ως μέσων εντοπισμού και σύγκρισης των βέλτιστων πρακτικών.

Στα πλαίσια άσκησης πολιτικής δημόσιας υγείας η Ε.Ε. υιοθετούσε επιμέρους προγράμματα, τα οποία προωθούσε σε προσδιορισμένα πεδία παρέμβασης στα κράτη-μέλη, με στόχο την ενθάρρυνση της συνεργασίας και την επίτευξη κάποιου βαθμού σύγκλισης. Έτσι παρά την ατομία που παρατηρήθηκε στην εκπόνηση και εφαρμογή πολιτικών ενδυνάμωσης του συντονισμού των κρατών-μελών η κοινή δράση επικεντρώθηκε σε παράγοντες κινδύνου για την δημόσια υγεία όπως ο καρκίνος το AIDS, τα ναρκωτικά, οι σπάνιες ασθένειες, οι ασθένειες που σχετίζονται με το περιβάλλον, τα εργατικά ατυχήματα καθώς και προγράμματα προαγωγής της υγείας. Αργότερα προστέθηκαν και προγράμματα που αφορούσαν την καταπολέμηση του καπνίσματος, την ασφάλεια των μεταγίσεων και την αυτάρκεια σε προϊόντα αίματος. Από την εφαρμογή των ξεχωριστών προγραμμάτων παρουσιάστηκαν μια σειρά προβλημάτων που είχαν να κάνουν με το υψηλό διοικητικό βάρος κάθε προγράμματος, την περιορισμένη ευελιξία κάθε προγράμματος στις σύγχρονες εξελίξεις και στις αλλαγές προτεραιότητας κάθε κράτους-μέλους, το περιορισμένο μέγεθος του προϋπολογισμού κάθε προγράμματος γεγονός που έθετε σε αμφισβήτηση την ικανότητα επίτευξης του στόχου του κάθε προγράμματος και τη δυσκολία συντονισμού μεταξύ των προγραμμάτων. Για την αντιμετώπιση των

αδυναμιών αυτών η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε τρεις βασικές κατευθυντήριες γραμμές:

α) βελτίωση της πληροφόρησης μέσα από την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος συλλογής, ανάλυσης και διάδοσης δεδομένων για τα συστήματα υγείας

β) ταχεία αντίδραση στις απειλές μέσα από μηχανισμούς επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης

γ) προαγωγή της υγείας και πρόληψη των ασθενειών.

Τα τελευταία χρόνια η Ε.Ε. προσπάθησε να αναπτύξει μια πολιτική δημόσιας υγείας από ένα καθεστώς αβέβαιης νομικής και θεσμικής κατοχύρωσης με περιορισμένες αρμοδιότητες, μεταβαίνοντας σε ένα καθεστώς όπου τα κοινοτικά όργανα έχουν ξεκάθαρο ρόλο στο πλαίσιο μιας πιο ολοκληρωμένης στρατηγικής δημόσιας υγείας. Ο τομέας της δημόσιας υγείας θα μπορέσει να αποτελέσει ένα ακόμα παράδειγμα πολυεπίπεδης διακυβέρνησης και σύγκλισης μεταξύ των εθνικών πολιτικών όπου η θεσμοθέτηση και η άσκηση πολιτικής λαμβάνουν χώρα μεταξύ θεσμών και εταίρων σε διαφορετικά επίπεδα.

Τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε. καλούνται να ανταποκριθούν σε προκλήσεις από την ποιοτική και ποσοτική διάσταση που λαμβάνουν από τις διευρύνσεις της τελευταίας δεκαετίας οι κοινοτικές ελευθερίες κυκλοφορίας των προσώπων, των αγαθών και των υπηρεσιών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έθεσε τρία κρίσιμα θέματα σε σχέση με τις επιπτώσεις της διεύρυνσης:

α) στην ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας δεδομένου ότι από σε πολλά νέα μέλη της Ένωσης έχουν χαμηλή οικονομική και κοινωνική θέση, ίσως αποτελέσει κίνητρο για μετανάστευση με επιπτώσεις στην αγορά εργασίας και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

β) στη διασυνοριακή ροή των ασθενών και στην επιβάρυνση των συστημάτων υγείας

γ) στην ελεύθερη κυκλοφορία των ατόμων και στους κινδύνους δημόσιας υγείας από την μετάδοση μολυσματικών ασθενειών.

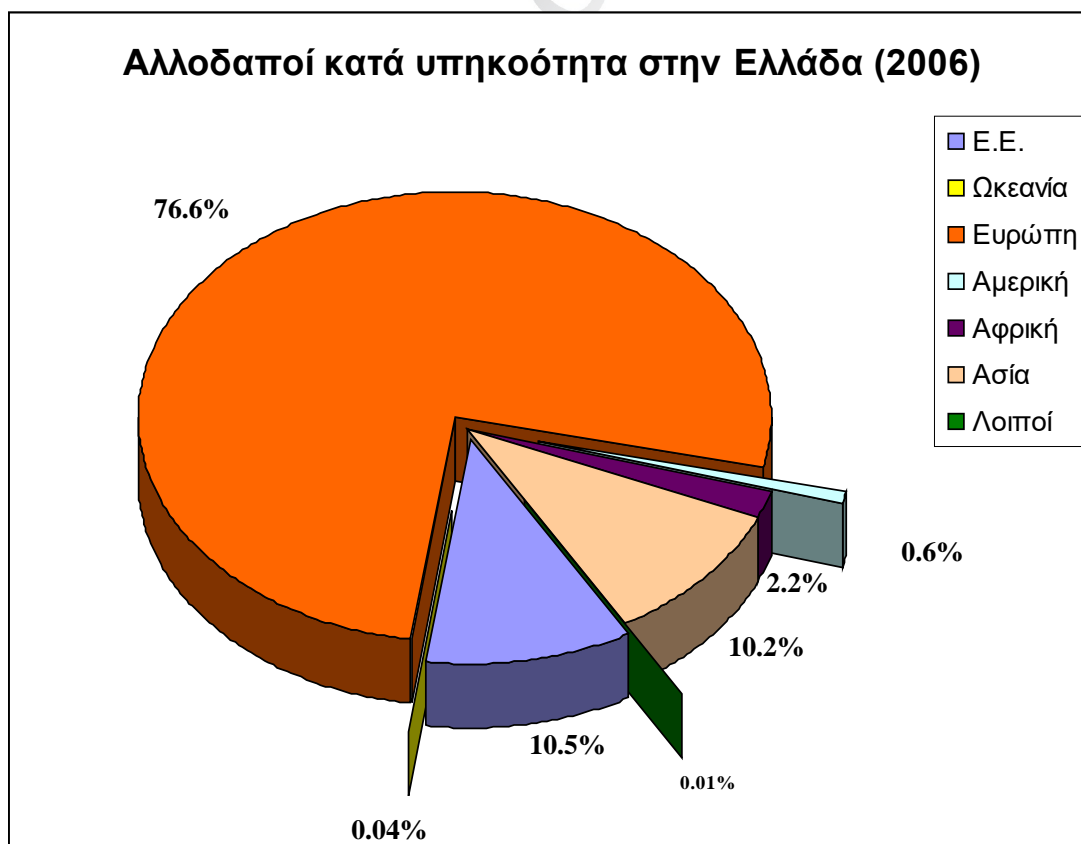
Παρά την εκτενή διεύρυνση της η Ε.Ε. δεν παρουσίασε εκτεταμένη διασυνοριακή μετακίνηση επαγγελματιών υγείας εξαιτίας της μη ύπαρξης υπερπροσφοράς ιατρικού προσωπικού στα νέα κράτη-μέλη, ικανής να προκαλέσει μεταναστευτικό ρεύμα στους κόλπους της Ε.Ε. Για το νοσηλευτικό προσωπικό η μειωμένη κινητικότητα παρουσιάζεται εξαιτίας τόσο ελλείψεων νοσηλευτών στα εθνικά συστήματα, αλλά και σε γλωσσικά και πολιτιστικά εμπόδια. Για την Ελλάδα οι

επιπτώσεις από τη διεύρυνση της Ε.Ε. στην διακίνηση των επαγγελματιών υγείας δεν παρουσιάζει διαφοροποιήσεις σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη. Ο αριθμός των ιατρών που ασκούν το ιατρικό επάγγελμα στην Ελλάδα και προέρχονται από χώρες της Ε.Ε. είναι μικρός και αυτό οφείλεται στην ύπαρξη υψηλού ιατρικού πληθωρισμού, της εμφάνισης ανεργίας στον κλάδο, των χαμηλών απολαβών του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ένωσης, της απουσίας γεωγραφικής γειννίασης και των δυσκολιών εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας και μάλλον δεν θα πρέπει να αναμένονται σημαντικές αλλαγές λόγω της διεύρυνσης, σε σχέση με την παρούσα κατάσταση. Ίσως να υπάρξουν επιφυλάξεις σε ότι έχει να κάνει με την είσοδο στην Ένωση της Ρουμανίας και της Βουλγαρίας οι επιπτώσεις από την διεύρυνση προς τις χώρες αυτές. Ο μεγάλος αριθμός πτυχιούχων ιατρικών σχολών από τις δυο νεοεισελθόντες στην ένωση χώρες και από τις άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ή η επιδίωξη μετεγγραφής από τις ιατρικές σχολές των χωρών αυτών σε αντίστοιχες ελληνικές, δημιουργεί προϋποθέσεις πληθωρισμού στον ιατρικό κλάδο, με άμεσο τον κίνδυνο εκτενέστερης μετανάστευσης ιατρικού δυναμικού προς άλλα κράτη της Ένωσης αποστερώντας τη χώρα από ειδικευμένο προσωπικό. Επιπροσθέτως, είναι δυνατό να υπάρξει ποιοτική απαξίωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και ο εθνικός προγραμματισμός του ιατρικού δυναμικού στον δημόσιο τομέα ίσως αντιμετωπίσει δυσκολίες στην επίτευξη των στόχων του.

Για το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι όπως έχει διαμορφωθεί η κατάσταση με τις ελλείψεις, την δυσμενή σύνθεση του ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης δεδομένου ότι συνυπάρχουν κατηγορίες με τετραετή, τριετή, διετή, μονοετή ή και καθόλου θεωρητική εκπαίδευση και την έλλειψη επίσημων στοιχείων για τον ακριβή αριθμό των νοσηλευτών που παραμένουν εκτός συστήματος. υποδηλώνει την αδυναμία άσκησης ορθολογικού προγραμματισμού για την κάλυψη των αναγκών της χώρας. Επιβαρυντική της συνολικής εικόνας είναι η απουσία δεδομένων αναφορικά με τους αλλοδαπούς που προσφέρουν νοσηλευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, είτε προέρχονται από κράτη μέλη της Ένωσης είτε από τρίτες χώρες. Ειδικότερα, ένας άγνωστος αριθμός ατόμων, κυρίως γυναικών, που είναι εγκατεστημένα στην Ελλάδα και προέρχονται από τα νέα μέλη της Ένωσης της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, παρέχει μέσω ιδιωτικών συλλόγων τόσο υπηρεσίες αποκλειστικής νοσηλεύτριας στα δημόσια νοσοκομεία, όσο και κατ' οίκον φροντίδα κατά βάση σε

ηλικιωμένα και αδύναμα για αυτοεξυπηρέτηση άτομα. Όμως το επίπεδο της εκπαίδευσης και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από αυτό το δυναμικό αποτελεί σημείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Η αύξηση της κινητικότητας και της μετανάστευσης του πληθυσμού, ως αποτέλεσμα της εσωτερικής αγοράς και της παγκοσμιοποίησης, ευνοούν τη γρήγορη εξάπλωση των μεταδοτικών ασθενειών. Η απάντηση της Ε.Ε. ήταν η δημιουργία ενός δικτύου επιδημιολογικής παρακολούθησης των μεταδοτικών ασθενειών στα όρια της Ένωσης. Στόχος του δικτύου είναι η προώθηση της συνεργασίας και ο συντονισμός μεταξύ των συστημάτων που υπάρχουν σε εθνικό επίπεδο για την έγκαιρη προειδοποίηση και τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων. Το επόμενο βήμα ήταν η έκδοση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή δύο αποφάσεων στις οποίες στηρίχθηκε η δημιουργία ενός συστήματος έγκαιρου συναγερμού και αντίδρασης που να καλύπτει τις περισσότερες μολυσματικές ασθένειες καθώς και η διαμόρφωση των προτεραιοτήτων πολιτικής. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του πληθυσμού της χώρας που διενεργήθηκε από την ΕΣΥΕ το 2006, είναι εγκατεστημένοι 695.979 αλλοδαποί.



Διάγραμμα 7 Αλλοδαποί κατά υπηκοότητα στην Ελλάδα

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2006



Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό προέρχεται από χώρες της Ευρώπης που δεν ανήκουν στην Ε.Ε. 76,6%, ενώ το ποσοστό των αλλοδαπών που προέρχονται από χώρες της Ε.Ε. είναι στο 10,5%. Αρκετά σημαντικό τέλος είναι το ποσοστό των αλλοδαπών από τρίτες χώρες ιδιαίτερα χώρες Ασίας και Αφρικής με χαμηλό επίπεδο υγείας. Στα στοιχεία δεν συνυπολογίζεται ο αριθμός των παράνομα διαμενόντων αλλοδαπών στην χώρα. Από τα δεδομένα του πίνακα III (παράρτημα πινάκων) προκύπτει ότι οι διάφοροι τύποι ηπατίτιδας, μηνιγγίτιδας, η ανεμοβλογιά και η φυματίωση είναι από τις βασικές παραμέτρους που συνιστούν το φάσμα των λοιμωδών νοσημάτων στη χώρα. Όμως δεν υπάρχουν επαρκή και καταγεγραμμένα στοιχεία που να σχετίζουν απόλυτα τη μετάδοση των νοσημάτων αυτών με πληθυσμιακές ομάδες προερχόμενες από τρίτες χώρες και ποίες χώρες είναι αυτές. Μόνο αποσπασματικές έρευνες υπάρχουν που δείχνουν μια αποσπασματική εικόνα για την επικρατούσα κατάσταση.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος της διεύρυνσης της Ε.Ε. και αφορά την εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών είναι η αντίδραση των παραμεθόριων περιοχών της που συνορεύουν με νέες χώρες-μέλη. Για την αντιμετώπιση των νέων αυτών προκλήσεων η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε σχέδιο δράσης στο οποίο εντάσσεται και η πρωτοβουλία INTERREG για την διασυνοριακή συνεργασία. Ειδικά για την Ελλάδα η οποία γειτνιάζει με χώρες που βρέθηκαν στο επίκεντρο των κοινωνικοπολιτικών εξελίξεων στη Βαλκανική, επιδιώχθηκε η προώθηση μέτρων και δράσεων για την βελτίωση του επιπέδου υγείας των κατοίκων που διαμένουν στη διασυνοριακή γραμμή Ελλάδας-Αλβανίας και Ελλάδας-Βουλγαρίας. Οι κύριοι στόχοι αφορούσαν την επιστημονική υποστήριξη των παραμεθόριων περιοχών σε θέματα δημόσιας υγείας, τη συνεργασία με τα όμορα κράτη σε θέματα έρευνας, εκπαίδευσης, ανταλλαγής εμπειριών και στην ίδρυση τεσσάρων Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας. Επόμενος στόχος είναι η προέκταση του προγράμματος INTERREG έτσι ώστε να συμπεριληφθούν στις αναληφθείσες δράσεις και οι περιοχές του Βορείου και Νοτίου Αιγαίου, της Κρήτης, συμβάλλοντας στην αποτύπωση του υγειονομικού χάρτη όλης της διασυνοριακής γραμμής της χώρας και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των υπαρχόντων και μελλοντικών προβλημάτων δημόσιας υγείας.

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα από τους υπηκόους χωρών της Ε.Ε. είναι δύσκολο να εκτιμηθεί γιατί απουσιάζουν συνολικά στοιχεία που να αναφέρονται στη διασυνοριακή νοσηλεία υπηκόων των κρατών-μελών της Ε.Ε. στην Ελλάδα. Για



παράδειγμα, είναι άγνωστο τι αριθμός υπηκόων κρατών μελών της Κοινότητας έχει αναζητήσει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα. Η κίνηση των αλλοδαπών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων δεν καταγράφεται. Τα δεδομένα είναι εξίσου ελλιπή ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Μια αδρή εικόνα μπορεί να σχηματίσει κάποιος εξετάζοντας τους εξελθόντες αλλοδαπούς κατά τόπο μόνιμης διαμονής. Όμως, υπάρχουν δύο περιορισμοί. Ο πρώτος είναι ότι στις στατιστικές της ΕΣΥΕ δεν καταγράφεται σε συνολικό επίπεδο η υπηκοότητα των αλλοδαπών εξελθόντων ασθενών. Συνεπώς δεν γνωρίζουμε σε συνολικό επίπεδο από ποιες χώρες προέρχονται αυτοί. Ο δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με τις αιτίες για τις οποίες οι αλλοδαποί ασθενείς βρέθηκαν στην Ελλάδα. Μπορεί κάποιος από αυτούς να αναζήτησαν άμεσα ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα και επομένως αποτελούν τμήμα των μετακινούμενων ασθενών για αναζήτηση περίθαλψης. Μπορεί όμως επίσης να πρόκειται για τουρίστες ή για συγγενείς προσώπων που διαμένουν στην Ελλάδα και τα οποία επισκέφθηκαν και χρειάστηκε να νοσηλευτούν λόγω κάποιου έκτακτου γεγονότος. Εν κατακλείδι από την διεύρυνση της Ένωσης δεν θα πρέπει να αναμένονται δραματικές αλλαγές στην υφιστάμενη κατάσταση και η νομιμοποίηση των οικονομικών μεταναστών, τόσο αυτών που προέρχονται από τρίτες χώρες όσο και αυτών με υπηκοότητα χώρας υπό ένταξη στην Ένωση ως αποτέλεσμα της διεύρυνσης, θα έχει θετικές επιπτώσεις σε τρία επίπεδα: στη χρηματοδοτική ενδυνάμωση του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας δεδομένου ότι θα καταβάλλουν ασφαλιστικές εισφορές, στην κάλυψη των δαπανών νοσηλείας τους και στην ελάφρυνση των προϋπολογισμών των δημόσιων νοσοκομείων και στην κατοχύρωση των κοινωνικών τους δικαιωμάτων.

Η κινητικότητα των ασθενών και οι μελλοντικές εξελίξεις της υγειονομικής περίθαλψης στην ΕΕ. αποτελούν για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή αντικείμενο διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου. Ο προβληματισμός που αναπτύσσετε και οι συστάσεις της Επιτροπής για την ανάπτυξη ενός κοινού οράματος και μιας ευρωπαϊκής πολιτικής η οποία να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις που τίθενται σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη αυξημένης αλληλεπίδρασης και διασύνδεσης αλλά και διαφορετικότητας μεταξύ των συστημάτων και των πολιτικών υγείας συστήνονται σε τέσσερις άξονες:

- α) Ευρωπαϊκή συνεργασία για την καλύτερη χρήση των πόρων.
- β) Απαιτήσεις πληροφόρησης των ασθενών, των επαγγελματιών και των υπεύθυνων για τη διαμόρφωση των πολιτικών.

γ) Πρόσβαση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

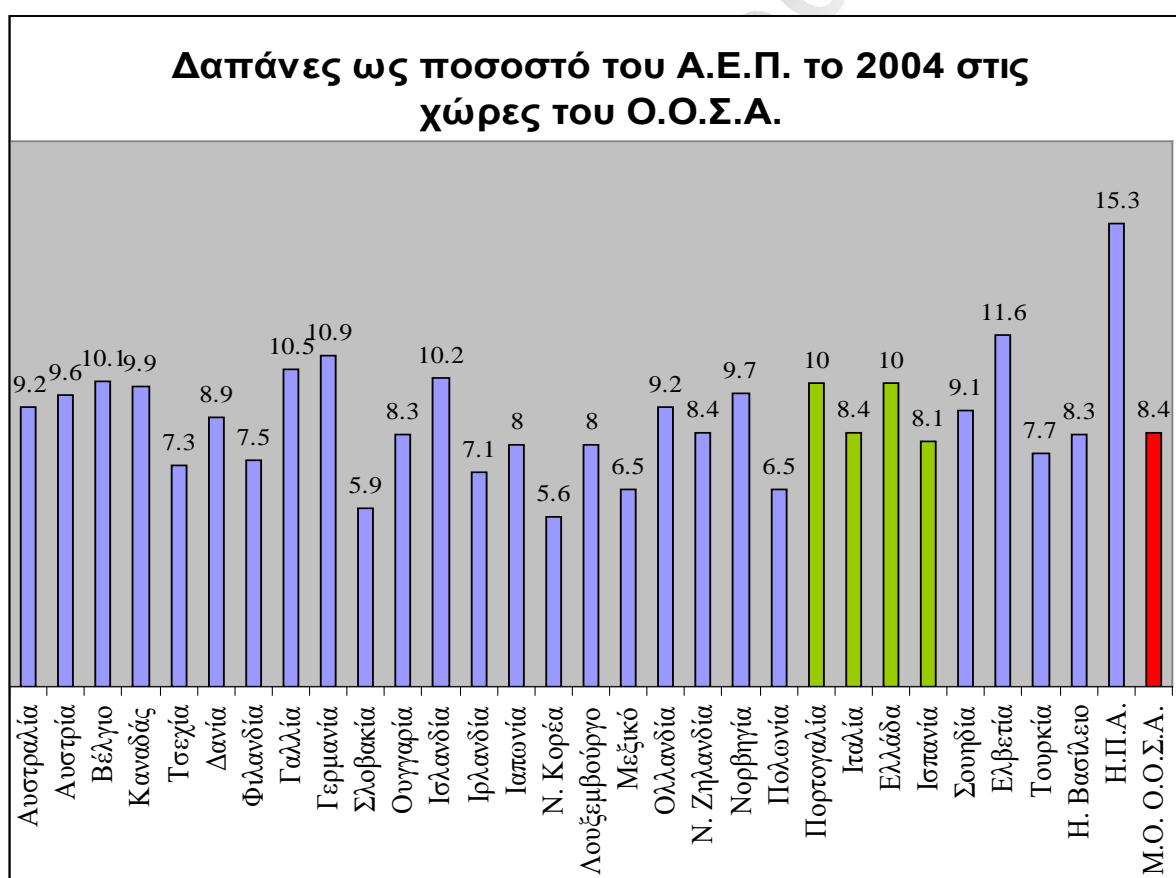
δ) Εναρμόνιση των εθνικών πολιτικών υγείας με τις ευρωπαϊκές δεσμεύσεις. Η Ελλάδα από την πλευρά της καλείται να αναγνωρίσει τις παραπάνω συστάσεις και με δεδομένου του προβλήματος της έλλειψης επαρκών δεδομένων καλείται να χαράξει μια πολιτική η οποία αφενός να ενδυναμώνει τα διασυνοριακά κέντρα υγείας, αφετέρου να προωθεί την διακρατική συνεργασία με τα νεοεισελθόντα κράτη-μελή και τις υποψήφιες προς ένταξη χώρες ειδικά όταν αυτές συνορεύουν (π.χ. Τουρκία) με στόχο την αμοιβαία πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και την δημιουργία ενός δικτύου πληροφόρησης και δεδομένων σχετικά με την κατάσταση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών και την προσφορά υπηρεσιών υγείας στις χώρες αυτές. Απαραίτητα χρειάζεται μια ολοκληρωμένη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του Ε.Σ.Υ. αποσαφηνίζοντας τις αρχές στις οποίες θα στηρίζεται η προστασία του αγαθού της υγείας, μεταρρύθμιση που αφορά το εσωτερικό περιβάλλον οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και θα επιτρέψει στη χώρα μας την ενεργή συμμετοχή της στην υλοποίηση των αξόνων για την υγεία όπως αυτοί έχουν οριστεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

#### **4.2 Ελλάδα και Ν. Ευρώπη**

Τα συστήματα υγείας των χωρών της μεσογειακής ακτής της Ε.Ε. (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία) παρουσιάζουν μια κοινή πορεία, όσο και αρκετές ομοιότητες. Οι χώρες αυτές εμφανίζουν μια σειρά από κοινά πολιτικοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Η δημιουργία των συστημάτων υγείας εμφανίζεται στο τέλος της δεκαετίας του 1970 ή μέσα στη δεκαετία του 1980 (Ιταλία 1978, Πορτογαλία 1979, Ελλάδα 1983, Ισπανία 1986). Από πολιτική άποψη η πορεία μοιάζει κοινή από τα διδακτορικά καθεστώτα της δεκαετίας του 1970 στην σοσιαλιστική διακυβέρνηση της δεκαετίας του 1980 και στο ευρωπαϊκό όραμα και ολοκλήρωση της δεκαετίας του 1990. Σημαντική αλλαγή που είχε άμεσο αντίκτυπο στην ίδρυση των συστημάτων υγείας μιας και σε αυτή αποτυπώνεται όλη η φιλοσοφία της σοσιαλιστικής διακυβέρνησης. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό των μεσογειακών αυτών χωρών είναι η πανσπερμία φορέων και παροχών υγείας στα χρόνια πριν την θέσπιση των εθνικών συστημάτων υγείας καθώς και ένα πλήθος νομοθετημάτων που ρύθμιζαν την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Στην δεκαετία του 1990 οι αλλαγές που προωθούνται για την αποκέντρωση των συστημάτων, τον έλεγχο των δαπανών, την

ανάπτυξη νέων μοντέλων διοίκησης και η εισαγωγή κριτηρίων ανταγωνισμού και αγοράς στον πόλο της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας γίνονται ευκολότερα υλοποιήσιμες εκτός της Ελλάδας στην οποία παρουσιάζεται καθυστέρηση τόσο στην λήψη συγκεκριμένων μέτρων όσο και στην εφαρμογή τους.

Το βασικό μοντέλο των συστημάτων υγείας των χωρών της μεσογειακής ζώνης της Ε.Ε. είναι το σύστημα Beveridge βασιζοντας την χρηματοδότηση τους στη γενική φορολόγηση, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και η ιδιωτική ασφάλιση αλλά επικουρικά. Για την Ελλάδα δε, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται και από την κοινωνική ασφάλιση. Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας αυτές κυμαίνονται πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Διάγραμμα 8)



Διάγραμμα 8: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. το 2004  
 Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.

Η διοικητική αποκέντρωση που έχει επιτευχθεί στην Ισπανία, Πορτογαλία και Ιταλία αποτέλεσμα της αυτοδιοικητικής παράδοσης των χωρών αυτών, η οποία επέτρεψε σε κάθε περιφέρεια να εφαρμόσει την δική της πολιτική, να εκπονεί το δικό της προϋπολογισμό και η πολιτική αυτή να γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες των υπηρεσιών<sup>9</sup>

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι δημόσιου χαρακτήρα ενώ και ο ιδιωτικός τομέας είναι αρκετά αναπτυγμένος κυρίως με νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Ο αριθμός των ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων αναλογεί στο 20-30% του συνολικού αριθμού των μονάδων υγείας ανάλογα τη χώρα αναφοράς. Η αναλογία κλινών ανά κάτοικο είναι 3,3 για την Πορτογαλία, 4,2 για την Ισπανία, 4,4 για την Ιταλία και 4,9 για την Ελλάδα, ενώ η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας είναι 7,3-8-7,1 και 10,9 ημέρες νοσηλείας αντίστοιχα για τις 4 χώρες. Συνεπώς έχουμε ένα νοσοκομειακό τομέα το μέγεθος του οποίου είναι ανάλογο στις μεσογειακές χώρες και με παρεχόμενες υπηρεσίες σχετικά υψηλού επιπέδου αναλογιζόμενοι τον δείκτη Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας κάθε χώρας τηρουμένων πάντα των ποσοτικών μεγεθών. Όσο αφορά βασικούς δείκτες των ανθρωπίνων πόρων και ειδικά την αναλογία γιατρών ανά κάτοικο και νοσηλευτών ανά κάτοικο η Ισπανία με εμφανή τα πληθωριστικά φαινόμενα (6,0 γιατροί / κάτοικο) ιατρικού προσωπικού είναι σίγουρα αξιοσημείωτο, ενώ οι δείκτες για την Πορτογαλία, Ιταλία και Ελλάδα είναι 3,4-4,0 και 4,4 αντίστοιχα. Όσο αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό οι αντίστοιχοι δείκτες είναι 4,4-4,9-4,5 και 3,7 για Πορτογαλία, Ισπανία Ιταλία και Ελλάδα αντίστοιχα. Η Ελλάδα δείχνει να έχει μεγάλα κενά σε νοσηλευτικό προσωπικό μιας και αντίστοιχος δείκτης είναι μικρότερος σε σχέση με τις άλλες 3 χώρες.

Από την μελέτη των συστημάτων υγείας των χωρών της Ε.Ε. της Μεσογείου το ελληνικό σύστημα μπορεί να αποκομίσει μια σειρά από οφέλη. Μια σειρά κοινών προβλημάτων όπως η υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού ή διοικητική αποκέντρωσή του Ε.Σ.Υ. θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν παρακολουθώντας τις αντίστοιχες εξελίξεις σε συστήματα με αντίστοιχα χαρακτηριστικά όπως το ελληνικό. Η αντιμετώπιση νέων προκλήσεων και νέων προβλημάτων που γεννά η ευρωπαϊκή διεύρυνση εντείνει την συνεργασία χωρών με κοινά προβλήματα. Παράδειγμα η λαθρομετανάστευση η οποία προβληματίζει όλες τις χώρες της ευρωπαϊκής Μεσογείου μιας και αποτελούν την κύρια είσοδο στην Ε.Ε. Τέλος οι δημογραφικές εξελίξεις αρνητικές σίγουρα για την Ελλάδα, είναι και για τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες εξίσου αρνητικές με έντονη την επίδραση στον υγειονομικό τομέα. Οι κύριες αιτίες θανάτου (καρδιακά νοσήματα, νεοπλασίες, τροχαία ατυχήματα), είναι και για τις άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου πρώτες αιτίες θανάτου.

---

<sup>9</sup>. Γείτονα Μ.-Σούλος Μ. “Ο Υγειονομικός τομέας στην Ιταλία: Οι βασικές συνιστώσες των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων 1992-2002” Φαρμακοοικονομία Ιανουάριος-Μάρτιος 2002 τ.9 σελ.11-16

Τόσο η παρακολούθηση και αντιμετώπιση τους από τα συστήματα αυτά, όσο και η διακρατική και συνεργασία στα πλαίσια της Ε.Ε. καθιστά την ανάληψη πρωτοβουλιών άμεση.

### **4.3 Ελλάδα και Βαλκάνια**

Οι πολιτικές αλλαγές που συντελέστηκαν στις χώρες της Βαλκανικής χερσονήσου προκάλεσαν μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών, οι οποίες είχαν σημαντική επίδραση στην υγεία, την πολιτική υγείας και γενικότερά την οργάνωση του υγειονομικού τομέα στις χώρες αυτές. Η σταδιακή αποκατάσταση της πολιτικής σταθερότητας και η προσπάθεια κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης των χωρών αυτών, συνδυάστηκε με ένα κύμα μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στον υγειονομικό τομέα. Το όλο εγχείρημα επικεντρώθηκε σε ζητήματα πολιτικής υγείας όπως η αποδοτική κατανομή των πόρων, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και την επίτευξη της ισότητας πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Το ελληνικό ενδιαφέρον στις αλλαγές αυτές επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση κοινών προκλήσεων των αυξημένων αναγκών που δημιουργούν οι συνεχώς μετακινούμενοι πληθυσμοί στην περιοχή κατά κύριο λόγο και η μόλυνση του φυσικού περιβάλλοντος κατά δεύτερο, καθιστώντας αναγκαία την συνεργασία με τις βαλκανικές χώρες. Επιπρόσθετα, η διεύρυνση της Ε.Ε. στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης ανοίγει νέα ζητήματα που αφορούν άμεσα την Ελλάδα και απαιτούν την στενή διακρατική και ευρωπαϊκή συνεργασία.

Το συγκεντρωτικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας που καθιερώθηκε μετά το τέλος του 2<sup>ου</sup> Παγκοσμίου Πολέμου στις χώρες της Βαλκανικής εξασφάλιζε μια ευρεία πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες παρά τα επιμέρους προβλήματα π.χ. άνιση κατανομή πόρων, υπανάπτυξη υπηρεσιών. Με τις μεγάλες αλλαγές σε πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό επίπεδο και την μετάβαση στην μικτή οικονομία, υιοθετήθηκε μια πολιτική «ισχυρών κλονισμών». Αποτέλεσμα ήταν η επιδείνωση του βιοτικού επιπέδου και η επιβάρυνση των δεικτών υγείας για μεγάλες ομάδες των πληθυσμών των χωρών αυτών. Τα συστήματα υγείας που αναπτύχθηκαν στις χώρες αυτές λειτουργούσαν σε ιδεολογικό, οικονομικό και διαχειριστικό πλαίσιο το οποίο διαπνέονταν από τις σοσιαλιστικές αρχές. Η παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας ήταν δημόσια λειτουργία. Το κρατικό μονοπώλιο κυριαρχούσε στην ιδιοκτησία, τη

χρηματοδότηση, τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Οι αμοιβές των επαγγελματιών υγείας ήταν χαμηλές με αποτέλεσμα την χαμηλή παραγωγικότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η δεκαετία του 1990 αποτέλεσε για τα βαλκανικά κράτη μια περίοδο σημαντικών μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας, οι οποίοι εντάσσονται στο πλαίσιο ευρύτερων κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών αλλαγών. Τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών έπρεπε να αντιμετωπίσουν τόσο τις προκλήσεις του νέου εξωτερικού περιβάλλοντος, στο οποίο λειτουργούν όσο και στις πιέσεις οι οποίες προέρχονται από την εσωτερική τους δομή.

Οι νέες αξίες και αντιλήψεις για την υγεία ως αποτέλεσμα της πολιτικής αλλαγής, τα προβλήματα της οικονομικής αναδόμησης, οι αυξημένες προσδοκίες των πολιτών και επιπρόσθετα οι δυσχέρειες και αδυναμίες των συστημάτων υγείας που είχαν να κάνουν με τον έντονο συγκεντρωτισμό και την εκτεταμένη γραφειοκρατία, την ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ανεπαρκής και άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η απαξίωση των υποδομών –απαρχαιωμένων στις περισσότερες χώρες-, η μη ικανοποιητική απόδοση των ανθρωπίνων πόρων, η ανισοκατανομή τους, αλλά και ο κατακερματισμός του υγειονομικού τομέα με πολλούς εμπλεκόμενους φορείς εποπτείας, έθεσαν ζητήματα όπως η αποδοτική διαχείριση των πόρων, η αποτελεσματικότητα των κλινικών διαδικασιών, την εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και η ίση πρόσβαση των πολιτών σε αυτές όρισαν το πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων.

Οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα την δεκαετία του 1990 επικεντρώθηκαν στην αποκέντρωση του συστημάτων υγείας με εξαίρεση ίσως την Κροατία η οποία ενίσχυσε τον επιτελικό ρόλο του υπουργείου υγείας ακολουθώντας αντίστροφη πορεία σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, στην οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών, την χρηματοδότηση του συστήματος και τις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Ειδικότερα στην Αλβανία η οποία είχε προβλήματα οργανωτικά (εκτεταμένη γραφειοκρατία, απαρχαιωμένη υλική και τεχνολογική υποδομή, χρόνια υποχρηματοδότηση) οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην αναδιοργάνωση, τον εξορθολογισμό και την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και η εξασφάλιση περαιτέρω χρηματοδότησης από άλλες πηγές όπως η κοινωνική ασφάλιση, χρηματοδότηση από την τοπική αυτοδιοίκηση, συμμετοχή των χρηστών και βοήθεια από το υπερεθνικούς οργανισμούς (Ε.Ε. Ο.Η.Ε. κλπ)



Η Βουλγαρία αντιμετωπίζοντας παρόμοια προβλήματα έστρεψε την προσοχή της στην καθιέρωση υγειονομικών περιφερειών, την διεύρυνση της χρηματοδότησης με καθιέρωση κοινωνικής ασφάλισης καθώς και την προσπάθεια θέσπισης Π.Φ.Υ. με την εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού και με την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα στα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα.

Στη Κροατίας η επιχειρούμενη μεταρρύθμιση έχει σαν στόχο την επέκταση του κεντρικού ελέγχου χωρίς να καταργήσει τα στοιχεία της αποκεντρωμένης δομής του συστήματος, την ιδιωτικοποίηση της Π.Φ.Υ. και την ενίσχυση της προσπελασιμότητας του συστήματος.

Η Π.Γ.Δ.Μ. για την αντιμετώπιση των μεγάλων οικονομικών προβλημάτων και στο χώρο της υγείας προχώρησε στην σύσταση ενιαίου φορέα κοινωνικής ασφάλισης και διευκόλυνε την ανάπτυξη ιδιωτικών δομών. Παράλληλα έντονη είναι η παρουσία διεθνών οργανισμών όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και η Π.Ο.Υ.

Η Ρουμανία με έντονα ακόμα τα συγκεντρωτικά χαρακτηριστικά καθώς η οι αλλαγές που προέβλεπαν την αποκέντρωση του συστήματος δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα. Η νέα πολιτική υγείας βασισμένη σε προτάσεις ξένων εμπειρογνομόνων είχε ως κατευθυντήριους άξονες τον περιορισμό του κρατικού μονοπωλίου, την ενδυνάμωση του επιτελικού ρόλου του υπουργείου υγείας, την διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, την ελεύθερη επιλογή γιατρού, την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον ορθολογικό προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού.

Η Σερβία και το Μαυροβούνιο βαριά πληγωμένες από την διάλυση της Γιουγκοσλαβίας και τις μακροχρόνιες εμφύλιες πολεμικές διενέξεις οδηγήθηκαν σε οικονομικό και κοινωνικό τέλμα γεγονός που επηρέασε και τον υγειονομικό τομέα. Έτσι οι όποιες μεταρρυθμίσεις στη δεκαετία του 1990 στην ουσία ακυρώθηκαν, ενώ οι ανάγκες πάσης φύσεως διογκώθηκαν εξαιτίας του πολέμου και της ευρύτατης μετακίνησης πληθυσμών. Παρά τις τεράστιες δυσκολίες, χάρη στην εξωτερική βοήθεια κυρίως της Ε.Ε. και της Π.Ο.Υ. μια σειρά προγραμμάτων εκπονήθηκαν με άμεσους στόχους της πολιτικής υγείας να αποτελούν η βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η επίτευξη της ισότητας στην πρόσβαση και ο περιορισμός του κόστους. Ειδικότερα, σε σχέση με τη διαχείριση των πόρων ιδρύθηκε το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας Όσον αφορά στην παροχή των



υπηρεσιών, έμφαση αναμένεται να δοθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη δημόσια υγεία και την ανασυγκρότηση της υλικοτεχνικής υποδομής

Η Βοσνία-Ερζεγοβίνη αποτελεί ανάλογη περίπτωση όπως αυτή της Σερβίας και του Μαυροβουνίου. Μια χώρα που ουσιαστικά προέκυψε από τις στάχτες που εμφυλίου πολέμου, με πολιτικό και οικονομικό σύστημα αποτέλεσμα των διπλωματικών διεργασιών. Οι προτεραιότητες στην υγεία αφορούν την αποκατάσταση της υλικοτεχνικής υποδομής, η αποκέντρωση του συστήματος και η αντιμετώπιση των τεράστιων οικονομικών δυσκολιών. Και σε αυτή την περίπτωση η παρουσία διεθνών οργανισμών (Π.Ο.Υ., Παγκόσμια Τράπεζα Ο.Η.Ε.) είναι αρκετά έντονη.

Η Σλοβενία με έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα την δεκαετία του 1990, οδήγησαν στην δημιουργία ενιαίου φορέα χρηματοδότησης, στην αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Η Τουρκία τέλος αν και απέκτησε σύστημα υγείας σχετικά νωρίς (1961) δεν έφτασε ποτέ το δυτικοευρωπαϊκό πρότυπο, δημιούργησε ένα πολύπλοκο σύστημα χρηματοδότησης με πολλούς εμπλεκόμενους φορείς (μεγάλος αριθμός ταμείων κοινωνική ασφάλισης), μεγάλος αριθμός ταμείων ιδιωτικής ασφάλισης, κρατικός προϋπολογισμός και τελικά προχωρεί στον επανασχεδιασμό της Π.Φ.Υ., εισαγάγει νέο διοικητικό και διαχειριστικό μοντέλο στα νοσοκομεία, προωθεί την αποκέντρωση με την αναδιοργάνωση του υπουργείου Υγείας και προχωρά σε αλλαγές στην εκπαίδευση του προσωπικού και καθιέρωση κινήτρων για την άμβλυνση των γεωγραφικών ανισοτήτων.

Για τα κράτη της βαλκανικής η Ευρώπη αποτέλεσε πρότυπο με την έννοια της άκριτης εισαγωγής στοιχείων τα οποία πολλές φορές δεν αφομοιώθηκαν και ενέτειναν τον προβληματισμό, σχετικά με τις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις και αλλαγές. Παράδειγμα η μονομερής προσοχή στον τρόπο χρηματοδότησης έθεσε σε δεύτερη μοίρα τα προβλήματα προσβασιμότητας και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Η ευρεία «ιδιωτικοποίηση» της υγείας με την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, την συμμετοχή στο κόστος ή την εθελοντική ασφάλιση αναιρεί σε πολλές περιπτώσεις το κριτήριο της ισότητας. Η επιτυχία ή αποτυχία των μεταρρυθμίσεων δεν μπορεί ακόμα να προσδιοριστεί εξαιτίας του ρευστού οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι μελλοντικές εξελίξεις θα εξαρτηθούν τόσο από το

περιεχόμενο και τους στόχους των μεταρρυθμίσεων όσο και από παράγοντες που εμπλέκονται στην εφαρμογή τους.

Είναι ενδιαφέρον αν ερευνηθεί ο ρόλος που μπορεί να παίξει η Ελλάδα σε αυτό το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Η συγκυρία επιβάλλει την ανάληψη πρωτοβουλιών, μέσα από πολύπλευρες συνεργασίες και ανοιχτούς διάυλους επικοινωνίας, που επιτρέπουν την ανταλλαγή πληροφοριών σε όλα τα επίπεδα. Οι διαστάσεις τέτοιων πρωτοβουλιών μπορούν να αφορούν την συνεισφορά της χώρας σε θέματα έρευνας και ανάπτυξης, καθώς και σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας, μιας και οι συντελούμενες αλλαγές των υγειονομικών συστημάτων, συνοδεύονται από αναδιαρθρώσεις των ανθρωπίνων, υλικών και οικονομικών πόρων, δεδομένης της έλλειψης σχετικής εμπειρίας, η ελληνική βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Η Ελλάδα ως το παλαιότερο μέλος της Ε.Ε. στην περιοχή, έχοντας διαμορφώσει την ισχυρότερη οικονομία στην βαλκανική, καλείται να αναπτύξει πρώτη πρωτοβουλίες και δράσεις στα πλαίσια του ρόλου αυτού. Η ενίσχυση του κοινοτικού προγράμματος INTERREG II και η διεύρυνση προγραμμάτων εμβολιασμών και αντιμετώπισης εκτάκτων περιστατικών περιλαμβάνονται σε αυτό το σκέλος. Η ανάπτυξη ενός συντονιστικού δικτύου έγκαιρης ανταλλαγής πληροφοριών και δεδομένων, θα πρόσδιδε σημαντική βοήθεια στον τομέα της πρόληψης. Προτείνεται επίσης η διαρκής παρακολούθηση του υγειονομικού προφίλ των βαλκανικών χωρών, η εκπόνηση επιδημιολογικών μελετών και η βελτίωση της δημόσιας υγείας των πληθυσμών των παραμεθόριων περιοχών οι οποίοι αποτελούν τους πρώτους κόμβους υποδοχής μετακινούμενων πληθυσμιακών ομάδων. Η συντονισμένη και αμοιβαία καλή συνεργασία στον υγειονομικό τομέα, μπορεί να γίνει εφαλτήριο για την περαιτέρω οικονομική και κοινωνική συνεργασία των κρατών της βαλκανικής συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην γενικότερη ομαλότητα σε μια περιοχή δοκιμασμένη από πολιτικές αναταραχές και εμπόλεμες συγκρούσεις.

| <b>Χώρα</b> \ <b>Δείκτης</b> | <b>Γιατροί / κάτοικο</b> | <b>Νοσηλευτές/κάτοικο</b> | <b>Οδοντίατροι/κάτοικο</b> | <b>Κλίνες/ κάτοικο</b> | <b>Δαπάνες υγείας % του Α.Ε.Π.</b> |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------------------|
| <b>Αλβανία</b>               | 1,3                      | 3,8                       | 0,3                        | 2,8                    | 3,5                                |
| <b>Βουλγαρία</b>             | 3,5                      | 7,1                       | 0,6                        | 7,6                    | 4,8                                |
| <b>Κροατία</b>               | 2,3                      | 4,7                       | 0,7                        | 5,5                    | 8,1                                |
| <b>Π.Γ.Δ.Μ.</b>              | 2,0                      | 4,9                       | 0,5                        | 4,9                    | 6,1                                |
| <b>Ρουμανία</b>              | 1,8                      | 4,1                       | 0,2                        | 7,6                    | 3,8                                |
| <b>Σερβία-Μαυροβούνιο</b>    | 2,0                      | 4,3                       | 0,3                        | 6,0                    | 8,1                                |
| <b>Βοσνία - Ερζεγοβίνη</b>   | 1,4                      | 4,5                       | 0,2                        | 3,0                    | 7,6                                |
| <b>Σλοβενία</b>              | 2,3                      | 6,8                       | 0,6                        | 4,6                    | 9,4                                |
| <b>Τουρκία</b>               | 1,2                      | 1,1                       | 0,2                        | 1,8                    | 3,9                                |

Πίνακας 14: Υγειονομικοί Δείκτες στις βαλκανικές χώρες ανά 1.000 κατοίκους 2000.  
 Πηγή: WHO Regional Office for Europe Health for all database.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία παρουσιάστηκε η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στα πλαίσια των εξελίξεων από την ίδρυση του το 1983 έως σήμερα. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να περιγράψει το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γεννήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και το πλαίσιο λειτουργίας του, προσπαθώντας να ερμηνεύσει την μετέπειτα πορεία του, πορεία σίγουρα όχι συμβατή με την αρχική σύλληψη και υλοποίηση του εγχειρήματος για την θέσπιση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας το οποίο θα λειτουργεί με κανόνες σύγχρονους και επιστημονικά αποδεκτούς, βάζοντας τέλος σε μια σειρά άστοχων ή ημιτελών νομοθετικών παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας.

Ακόμα εξετάζονται οι μετέπειτα παρεμβάσεις στο Ε.Σ.Υ. (Ν.2071/92, Ν. 2194/94, Ν.2519/97, Ν.2889/01) απ' όπου διαφαίνονται τα προβλήματα ασυνέπειας και ασυνέχειας της πολιτικής υγείας μιας και οι μεταρρυθμίσεις αυτές είναι αποτέλεσμα ιδεολογικών, πολιτικών, κοινωνικών συγκρούσεων λειτούργησαν μάλλον τις περισσότερες φορές απορρυθμιστικά για τον υγειονομικό τομέα, διαιωνίζοντας μια σειρά προβλημάτων, τα οποία συνεχίζουν να ταλαιπωρούν το σύστημα υγείας ακόμα και σήμερα 30 χρόνια σχεδόν από την θεμελίωση του Ε.Σ.Υ. Προκύπτουν έτσι μια σειρά συμπερασμάτων και παρατηρήσεων για τον προσανατολισμό της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω:

- Όσον αφορά την ισότητα στην πρόσβαση των πολιτών σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών υφίστανται ακόμα περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων ανισότητες στην κοινωνική ασφάλιση και ανισότητα στην επιβάρυνση της χρηματοδότησης.
- Όσον αφορά την αποδοτικότητα αυτή παραμένει χαμηλή, ενώ ανεπαρκής είναι η ανάπτυξη σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης των μονάδων υγείας
- Ο έλεγχος του κόστους ουσιαστικά απουσιάζει. Απούσες είναι επίσης πολιτικές συγκράτησης των δαπανών.
- Η αποτελεσματικότητα του Ε.Σ.Υ. κρίνεται μάλλον ικανοποιητική, αλλά με προσδοκώμενη επιδείνωση.

- Δεν υπάρχει συνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα εξαιτίας της υπανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της απουσίας οικογενειακού ιατρού και της αποσπασματικής παροχής της.
- Η δε ποιότητα είναι χαμηλή μιας και η ανάπτυξη συστημάτων διασφάλισης ποιότητας είναι ανεπαρκής.

Λαμβάνοντας υπ' όψη τα παραπάνω καθίσταται σαφές η εθνική πολιτική υγείας και οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν, δεν κατόρθωσαν να εξαλείψουν τις ανισότητες στην υγεία δεδομένης της περιφερειακής ανισότητας και κατανομής πόρων, ανθρώπινου δυναμικού και επιβάρυνσης στη χρηματοδότηση λόγω των υψηλών δαπανών. Μέσα σε ένα σύστημα με πολλά προβλήματα έχει δημιουργηθεί ένα παράδοξο ο πληθυσμός να εμφανίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Αυτό ερμηνεύεται με την ύπαρξη θυλάκων μέσα στο Ε.Σ.Υ. που λειτουργούν ικανοποιητικά και ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Ερμηνεύεται όμως και από τις κοινωνικές συνθήκες και το πολιτισμικό περιβάλλον, που ρυθμίζει συμπεριφορές και διαμορφώνει πρότυπα και συνθήκες διαβίωσης.

Η απουσία σύγχρονων μεθόδων διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων και η απουσία μελετών κόστους ωφέλειας για την εισαγωγή την βιοϊατρικής τεχνολογίας αμφισβητεί την μικροοικονομική αποδοτικότητα. Ενώ όσο δεν θα διασφαλίζεται η ποιότητα η δυσαρέσκεια των πολιτών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες και την ανταποκρισιμότητα τους στις προσδοκίες τους κάνει το σύστημα ακόμα πιο αναξιόπιστο. Ειδικά όταν ο χρήστης καταβάλει υψηλές άτυπες αμοιβές και στο υψηλό κόστος χρόνου που καταβάλει για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Για την αντιμετώπιση των υφιστάμενων ανεπαρκειών η όποια μεταρρυθμιστική προσπάθεια προϋποθέτει την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου που να λαμβάνει υπ' όψη την εσωτερική παράμετρο του υφιστάμενου συστήματος με το ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Ο επαναπροσδιορισμός της πολιτικής υγείας προτείνεται σε τρεις άξονες:

- ❖ Παρεμβάσεις στο ίδιο το σύστημα με την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών του, την θέσπιση Π.Φ.Υ., την ανάπτυξη νέου διοικητικού και διαχειριστικού μοντέλου σε όλα τα επίπεδα και την επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό.
- ❖ Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού και φορολογικού συστήματος

- ❖ Ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών καταπολέμησης της φτώχειας και βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης του πληθυσμού.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Πίνακας Α: Κατανομή του ιατρικού δυναμικού κατά ειδικότητα και περιφέρεια**

| Περιφέρεια<br>Ειδικότητα           | Αττικής       | Στερεά<br>Ελλάδα | Πελοπόννησος | Νησιά Ιονίου | Ήπειρος      | Θεσσαλία     | Μακεδονία     | Θράκη        | Νησιά Αιγαίου | Κρήτη        | Σύνολο        |
|------------------------------------|---------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Ακτινολόγοι                        | 1.022         | 86               | 150          | 31           | 64           | 119          | 443           | 46           | 64            | 120          | 2.145         |
| Αναισθησιολόγοι                    | 848           | 45               | 88           | 14           | 52           | 75           | 382           | 37           | 36            | 93           | 1.670         |
| Γαστρεντερολόγοι                   | 319           | 21               | 39           | 6            | 17           | 32           | 115           | 16           | 11            | 33           | 611           |
| Γενικής Ιατρικής                   | 299           | 153              | 207          | 38           | 92           | 128          | 426           | 62           | 113           | 174          | 1.692         |
| Δερματολόγοι                       | 492           | 43               | 72           | 15           | 31           | 49           | 178           | 20           | 31            | 45           | 976           |
| Ενδοκρινολόγοι                     | 485           | 15               | 31           | 5            | 15           | 28           | 77            | 4            | 11            | 27           | 485           |
| Καρδιολόγοι                        | 1.276         | 113              | 197          | 38           | 83           | 148          | 542           | 71           | 75            | 120          | 2.663         |
| Γυναικολόγοι-<br>Μαιευτήρες        | 1.367         | 94               | 168          | 40           | 57           | 115          | 557           | 73           | 64            | 109          | 2.644         |
| Μικροβιολόγοι<br>Αιματολόγοι       | 1.780         | 165              | 286          | 45           | 118          | 214          | 171           | 92           | 120           | 194          | 3.745         |
| Νευρολόγοι<br>Ψυχίατροι            | 1.187         | 45               | 134          | 27           | 74           | 101          | 552           | 66           | 56            | 110          | 2.350         |
| Νευροχειρουργοί<br>Πλαστικοί Χειρ. | 364           | 5                | 27           | 3            | 8            | 19           | 129           | 7            | 7             | 23           | 592           |
| Νεφρολόγοι                         | 171           | 19               | 42           | 8            | 20           | 18           | 92            | 17           | 12            | 24           | 423           |
| Ορθοπαιδικοί                       | 935           | 85               | 157          | 30           | 63           | 95           | 368           | 49           | 68            | 109          | 1.959         |
| Ουρολόγοι                          | 387           | 33               | 67           | 11           | 33           | 52           | 197           | 30           | 23            | 41           | 873           |
| Οφθαλμίατροι                       | 903           | 64               | 132          | 26           | 48           | 103          | 353           | 28           | 45            | 90           | 1.802         |
| Παθολογοανατόμοι<br>Κυτταρολόγοι   | 418           | 18               | 58           | 9            | 38           | 41           | 138           | 13           | 15            | 40           | 788           |
| Παθολόγοι                          | 1.964         | 185              | 320          | 79           | 132          | 261          | 796           | 116          | 149           | 231          | 4.233         |
| Παιδίατροι                         | 1.335         | 146              | 248          | 51           | 109          | 179          | 672           | 79           | 99            | 193          | 3.131         |
| Πυρηνικής Ιατρικής                 | 109           | 6                | 21           | 2            | 9            | 10           | 52            | 5            | 2             | 13           | 229           |
| Ρευματολόγοι                       | 136           | 7                | 19           | 7            | 17           | 14           | 53            | 4            | 6             | 13           | 276           |
| Πνευμονολόγοι                      | 626           | 48               | 95           | 21           | 40           | 62           | 193           | 23           | 28            | 77           | 1.213         |
| Χειρουργοί                         | 1.090         | 64               | 106          | 28           | 49           | 79           | 482           | 62           | 50            | 101          | 2.113         |
| Χειρουργοί Θώρακα                  | 203           | 0                | 8            | 0            | 6            | 13           | 72            | 5            | 1             | 5            | 313           |
| Χειρουργοί Παιδών                  | 78            | 3                | 6            | 0            | 0            | 8            | 58            | 6            | 2             | 13           | 174           |
| Ωτορινολαρυγγολόγοι                | 513           | 55               | 90           | 13           | 36           | 68           | 223           | 30           | 20            | 67           | 1.127         |
| Ιατροδικαστές                      | 24            | 2                | 3            | 1            | 1            | 2            | 14            | 3            | 2             | 6            | 58            |
| Άλλες ειδικότητες                  | 740           | 12               | 42           | 13           | 19           | 46           | 136           | 8            | 3             | 24           | 740           |
| Χωρίς ειδικότητα                   | 10.318        | 1.033            | 1.959        | 373          | 829          | 1.207        | 5.486         | 753          | 468           | 1.226        | 23.182        |
| <b>Σύνολο</b>                      | <b>28.846</b> | <b>1.864</b>     | <b>4.774</b> | <b>928</b>   | <b>2.060</b> | <b>3.286</b> | <b>12.784</b> | <b>1.732</b> | <b>1.181</b>  | <b>3.551</b> | <b>62.207</b> |

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. 2007



**Πίνακας Β: Καταγεγραμμένα κρούσματα λοιμωδών νόσων**

|                          | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Ανεμοβλογιά              | 7.219 | 4.781 | 4.233 | 3.137 | 3.878 | 3.652 | 4.734 | 26    | 37    | 42   |
| Αλλαντίαση               | ...   | ...   | ...   | 0     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1    |
| Βρουκέλλωση              | 360   | 419   | 537   | 547   | 405   | 331   | 239   | 180   | 337   | 284  |
| Γονόρροια                | ...   | 1     | 7     | 1     | 0     | 1     | ...   | ...   | ...   | ...  |
| Γρίπη                    | 553   | 0     | 727   | 0     | 0     | 0     | ...   | ...   | ...   | 23   |
| Ελονοσία                 | 7     | 15    | 25    | 23    | 23    | 27    | 27    | 28    | 19    | 28   |
| Ερυθρά                   | 71    | 75    | 1.439 | 7     | 14    | 13    | 5     | 2     | 0     | ...  |
| Εχινοκοκκίαση            | ...   | ...   | ...   | 0     | 41    | 23    | 16    | 26    | 11    | 6    |
| Ηπατίτιδα λοιμώδης Α'    | 131   | 247   | 259   | 151   | 211   | 244   | 78    | 68    | 180   | 133  |
| Ηπατίτιδα λοιμώδης Β'    | 164   | 257   | 286   | 228   | 219   | 171   | 144   | 158   | 110   | 88   |
| Ηπατίτιδα λοιμώδης       | 54    | 126   | 163   | 159   | 122   | 69    | 57    | 28    | 30    | 29   |
| Ιλαρά                    | 136   | 65    | 69    | 56    | 12    | 5     | 8     | 1     | 119   | 522  |
| Κοκκύτης                 | 106   | 86    | ...   | 13    | 93    | 18    | 10    | 25    | 26    | 13   |
| Λεγιονέλλωση             | ...   | ...   | ...   | ...   | ...   | ...   | 2     | 27    | 21    | 33   |
| Λεισμανίαση δερματική    | ...   | 1     | 6     | 2     | 1     | 4     | 3     | ...   | ...   | ...  |
| Λεισμανίαση              | 46    | 24    | 30    | 50    | 45    | 49    | 18    | 51    | 50    | 34   |
| Λέπρα                    | 0     | 2     | 0     | 0     | 1     | 0     | 1     | ...   | ...   | ...  |
| Λεπτοσπείρωση            | ...   | 11    | 23    | 13    | 21    | 20    | 48    | 31    | 33    | 21   |
| Μηνιγγίτης               | ...   | 41    | 49    | 1     | 21    | 59    | 30    | 79    | 96    | 45   |
| Μηνιγγίτιδα ιογενής      | ...   | 70    | 265   | 396   | 985   | 276   | 190   | 172   | 230   | 229  |
| Μηνιγγίτιδα μικροβιακή   | ...   | 60    | 103   | 181   | 181   | 135   | 163   | 194   | 258   | 189  |
| Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος | ...   | ...   | ...   | 258   | 233   | 233   | 133   | 12    | 52    | 106  |
| Παράτυφος                | 12    | 0     | ...   | 0     | 2     | 2     | 2     | 2     | 1     | 2    |
| Παρωτίτιδα επιδημική     | 145   | 50    | 47    | 32    | 50    | 156   | ...   | 4     | 33    | 47   |
| Πολιομυελίτιδα οξεία     | 0     | 1     | 0     | 0     | 0     | 0     | ...   | ...   | ...   | ...  |
| Σαλμονέλλωση             | 308   | 7     | 310   | 234   | 306   | 538   | 1.036 | 1.502 | 1.233 | 984  |
| Σιγγελώσεις              | ...   | ...   | ...   | ...   | ...   | ...   | ...   | 63    | 26    | 31   |
| Σπληνάνθρακας (άνθρακας) | 4     | 1     | 4     | 0     | 2     | 1     | 2     | 4     | 3     | 1    |
| Σύφιλη                   | ...   | 7     | 3     | 7     | 3     | 7     | 3     | ...   | ...   | ...  |
| Τέτανος                  | 2     | 2     | ...   | 17    | 4     | 3     | 7     | 5     | 7     | 12   |
| Τυφοειδής πυρετός        | 18    | 33    | 52    | 29    | 1     | 0     | ...   | 9     | 18    | 17   |
| Φυματίωση                | ...   | 1.135 | 862   | 699   | 616   | 582   | 616   | 713   | 760   | 681  |
| Λοιπά                    | 219   | 6     | 51    | 6     | 131   | 144   | 55    | 3     | 20    | 3    |

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.2007

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ Α. Δ., ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων: εμπειρίες τάσεις και προοπτικές*. Ε.Α.Π. Πάτρα 1999
2. ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ Α. Δ., ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα: Η προσπάθεια του Ν. 2889/2001* Δημοπούλου Θεσσαλονίκη 2003
3. ΒΛΑΣΣΗΣ Ι. *Συστήματα υγείας Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας»* ΤΕΙ Πειραιά -Πανεπιστημίου Πειραιά 2004
4. ΓΕΙΤΟΝΑ Μ. ΣΟΥΛΟΣ Μ. “*Ο Υγειονομικός τομέας στην Ιταλία: Οι βασικές συνιστώσες των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων 1992-2002*” Φαρμακοκοινωνία Ιανουάριος-Μάρτιος 2002 τ.9 σελ.11-16
5. ΓΕΤΙΜΗΣ Π., ΓΡΑΒΑΝΗΣ Δ. *Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική* Εκδόσεις Θεμέλιο Αθήνα 1993
6. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΜΠΕΑΖΟΓΛΟΥ Τ. *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*. Θεμέλιο Αθήνα 2000
7. ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*. Παπαζήση Αθήνα 2003
8. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ Μ. *Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και νομικές διαστάσεις)* Ε.Α.Π. Πάτρα 1999
9. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα 1995
10. ΙΝ.Ε.-Γ.Σ.Ε.Ε./Α.ΔΕ.Δ.Υ. *Προτάσεις του ΙΝ.Ε για την Υγεία*. Ενημέρωση Αθήνα 2000 τ. 64
11. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ *Πρόγραμμα περιφερειακής αναπτύξεως: Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας (έκθεση ομάδας εργασίας)*, Κ.Ε.Π.Ε Αθήνα. 1979
12. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. *Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987*. ΚΕΠΕ, Αθήνα 1985
13. ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ Ξ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας*. Εκδόσεις Σακκουλά Αθήνα. 2005
14. ΚΟΥΡΗΣ Γ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Α. “*Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας. Μια ιστορική επισκόπηση.*” Κοινωνία Οικονομία και Υγεία Ιούλιος – Δεκέμβριος 2007 τ.5 (1) σελ. 35-67 Εκδόσεις Παπαζήση

15. ΚΟΥΡΤΗΣ Κ. “Οι κοινωνικές ασφαλίσσεις στην Ελλάδα: Μια γενική ανασκόπηση του έργου τους για την συμπλήρωση 25 ετών από την έναρξη λειτουργίας του Ι.Κ.Α.” Νέα Οικονομία Αθήνα. 1963 τ. 4 σελ. 3-14
16. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Επίκαιρα και διαχρονικά. Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική.* Εξάντας Αθήνα 1996
17. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Η διασυνοριακή ροή ασθενών στην Ελλάδα και την Ευρώπη.* Εξάντας Αθήνα 1995
18. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών* Θεμέλιο Αθήνα 1995
19. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ., *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1991
20. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ. *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα.* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας Αθήνα 1993
21. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια .* Παπαζήση Αθήνα 2003
22. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας.* Παπαζήση Αθήνα 2002
23. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Α. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα.* Θεμέλιο Αθήνα. 1995
24. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. *Τα «Εγώ» του Ε.Σ.Υ.* Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 2005
25. ΚΩΛΕΤΣΗ-ΚΟΥΝΑΡΗ Χ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. *Τα οικονομικά της οδοντιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα.* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας Αθήνα 1992
26. ΜΑΥΡΕΑΣ Κ. “Κοινωνική πολιτική και ιδεολογία στην Ελλάδα του μεσοπολέμου: Επιδράσεις και εξελίξεις με αφορμή το ζήτημα των κοινωνικών ασφαλίσεων.” Θέσεις Αθήνα 1998 τεύχος 64 σ. 121-155
27. ΜΩΡΑΙΤΗΣ Ε. *Επισκόπηση του ελληνικού συστήματος υγείας. Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας»* ΤΕΙ Πειραιά - Πανεπιστημίου Πειραιά 2004
28. ΜΩΡΑΙΤΗΣ Ε. *Ιστορική εξέλιξη υπηρεσιών υγείας* Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» ΤΕΙ Πειραιά - Πανεπιστημίου Πειραιά Αθήνα 2007
29. ΜΩΡΑΙΤΗΣ Ε. *Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας* Σημειώσεις μεταπτυχιακού

προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» ΤΕΙ Πειραιά -Πανεπιστημίου Πειραιά  
2006

30. ΜΩΡΑΙΤΗΣ Ε. *Πολιτική για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σημειώσεις μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» Πανεπιστημίου Θεσσαλίας* 2006
31. ΝΙΑΚΑΣ Δ. *Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη: Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα.* Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας Αθήνα 1993
32. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες* Διόνικος Αθήνα 2004
33. ΠΑΤΡΑΣ Λ. *Κοινωνική πολιτική : εισαγωγή.* Σάκκουλας Αθήνα 1972
34. ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. “*Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2000 σελ.627-639 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών.
35. ΣΙΣΚΟΥ Ο., ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ Δ., ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. “*Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα . Το ελληνικό παράδοξο*” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2008 τ.25 (5) σελ.663-672 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών.
36. ΣΙΣΚΟΥ Ο., ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. “*Ο Μίτος ... της Δαπάνης Υγείας.*” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2008 τ.25 (1) σελ.13-15 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών
37. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας.* Παπαζήση.Αθήνα 2000
38. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. “*Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών.*” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2003 τ.20 (1) σελ.76-87 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών
39. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. “*Η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας.*” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2001 τ.18 (1) σελ.13-15 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών
40. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ., ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Δ., ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. “*Δείκτες υγείας στην Ευρώπη*” Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2000 τ.17 (1) σελ.87-100 Έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών
41. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση και Δομή του Συστήματος.* ΥΥΠΚΑ & Ε.Σ.Δ.Υ Αθήνα.

42. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ *Η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας. Προβλήματα και τάσεις.* ΥΥΠΚΑ, Αθήνα. 1994
43. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ *Υγεία για όλους το 2.000. Εθνικό Συμπόσιο Υγείας.* ΙΜΟΣΥ, Αθήνα. 1990
44. CAIN J, DURAN A., FORTIS A, E JAKUBOWSKI In CAIN J, JAKUBOWSKI E., eds. *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina.* Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(7) (2002).
45. CHAO S., DZAKULA A., GOLNA C., JEMIAI N., MAEDA A., MERCUR S. VONCINA L. In JEMIAI N., MERCUR S., MOSSIALOS E. eds *Health care systems in transition: Croatia: Health system review.* Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 8(7) (2006).
46. BARROS P., de ALMEIDA SIMOES J. In ALLIN S., MOSSIALOS E. eds “*Portugal: Health system review. Health care systems in transition*” Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems 2007 9(1)
47. GEORGIEVA L, SALCHEV P, DIMITROVA S, DIMOVA A, AVDEEVA O. In AVDEEVA O ELIAS M. eds. “*Health Systems in Transition Bulgaria: Health system review.*” Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems 20079(1)
48. OLSAVSZKY V., SKINTEE G., VLADESCU C. In ALLIN S., MLADOVSKY F. eds *Health care systems in transition: Romania: Health system review.* Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 10(3) (2008).
49. NURI B. In: TRAGAKES E., ed. *Health care systems in transition: Albania.* Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2002: 4(6).
50. RITSATAKIS A., KYRIOPOULOS J., LEVETT J. *Neighbours in the Balkans: Initiating a dialogue for health* World Health Organization, Brussels 1999

## **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Σύνταγμα της Ελλάδας

Ν.Δ. 2592/53 « Περὶ ὀργανώσεως τῆς Ἱατρικῆς Ἀντιλήψεως»

Ν. 1278/82 Σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας

Ν. 1397/83 « Εθνικό Σύστημα Υγείας »

Ν.1579/85« Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

Ν. 1892/90 «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις»

- N. 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας»
- N. 2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- N. 2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»
- N. 2889/01 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- N. 2920/01 «Σώμα Επιθεωρητών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις»
- N. 2955/01 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ και άλλες διατάξεις»
- N. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

OECD, Satisfaction with health care systems.  
[www.oecd.org/els/health/sources/satisfac.htm](http://www.oecd.org/els/health/sources/satisfac.htm), 2001

[www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)

<http://www.med.auth.gr/medsocieties/dep/gr/Ygeia.htm>