



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΕΛΕΝΗ ΣΤΟΚΟΥ

**ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ
Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΥΤΑ**



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΛΕΝΗ ΣΤΟΚΟΥ

*ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ
Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΥΤΑ*

Επιβλέπων:

Καθηγητής Βελονάκης Εμμανουήλ

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2008



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ELENI STOKOU

***HEALTH CENTERS IN CREECE AND
THE INTRODUCTION OF A PAYMENT SYSTEM IN THEM***

Supervisor:

Professor Velonakis Emmanouil

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master of Science in Health Management”

Piraeus, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής κ. Ε. Βελονάκη, Διευθυντή καθηγητή του Εργαστηρίου Πρόληψης του Τομέα Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου, για την καθοδήγησή και επίβλεψη της εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ τη κ. Ο. Σίσκου και Δ. Καϊτελίδου, από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου, για τις συμβουλές τους.

Καθοριστικής σημασίας ήταν η διεξαγωγή συνεντεύξεων από τον κ. Νταρέλη, προϊστάμενο των εξωτερικών ιατρείων του Π.Γ.Ν. «Αττικόν», και τον κ. Α. Μαριόλη, επιστημονικό υπεύθυνο του Κ.Υ. Βύρωνα.

Παράλληλα, στοιχεία μου χορήγησαν η κ. Ναλμπάντη, προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Κ.Υ. Βύρωνα, ο κ. Κοπανέλης, από το οικονομικό τμήμα του Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», η κ. Καϊκα, γραμματέας του Κέντρου Υγείας Γαλατά, ο κ. Π. Ανδριανέσης, γενικός γιατρός Κ.Υ. Γαλατά, η κ. Λιάνα από την οικονομική υπηρεσία του Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», η υπεύθυνη του τμήματος πληροφορικής του Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», ένα μέλος ιατρικού προσωπικού του Κ.Υ. Τήνου, η Αργυρώ από την οικονομική υπηρεσία του Π.Γ.Ν. «Αττικόν» και η Εμμανουέλα από τη γραμματεία εξωτερικών ιατρείων του Π.Γ.Ν. «Αττικόν».

Ακόμη, ήταν πολύτιμη η συνεισφορά των κ. Α. Αργυριάδη, Ι. Γεωργιάδη, Δ. Νίνο και Ι. Ντουρακόπουλου.

Οφείλω να τους ευχαριστήσω όλους για τη προθυμία και το χρόνο που διέθεσαν να μου δώσουν τις αναγκαίες πληροφορίες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα και η εισαγωγή Εισπρακτικού Μηχανισμού σε αυτά

Διπλωματική εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης «Διοίκηση της Υγείας»
Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. του Πειραιά
Επόπτης: κ. Βελονάκης Εμμανουήλ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε λαμβάνοντας υπόψη τις ελλείψεις της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ειδικότερα των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με τη μη εφαρμογή της νομοθετικής ρύθμισης για την εισπραξη εξέταστων και την απώλεια, κατ' αυτόν τον τρόπο, μιας επιπλέον πηγής εσόδων για τα Κ.Υ., ιδιαίτερα από τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση και τους ξένους τουρίστες. **Σκοπός** της εργασίας είναι να εκτιμηθεί το όφελος και το κόστος, σε ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία, που απορρέει από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε στοιχεία επισκέψεων, εργαστηριακών εξετάσεων και λειτουργικών δαπανών ενός Κ.Υ. αστικού (Κ.Υ. Βύρωνα) και ενός μη αστικού τύπου (Κ.Υ. Γαλατά).

Συγκρίνοντας τα έσοδα με τα έξοδα από την εισπραξη εξέταστων προκύπτει ότι για τα αστικού τύπου Κ.Υ. η λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού είναι πλεονασματική και επαρκεί για τη κάλυψη του 100% των λειτουργικών δαπανών των Κ.Υ. Για τα μη αστικού τύπου Κ.Υ. που βρίσκονται σε τουριστικές περιοχές, αφενός μεν η λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού είναι πλεονασματική, αλλά αρκεί για τη κάλυψη περίπου του 50% των λειτουργικών δαπανών. Ενώ τους καλοκαιρινούς μήνες αυξάνονται οι συνολικές ιατρικές πράξεις, αλλά και εκείνες που πραγματοποιούνται σε ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση ή από χώρες του εξωτερικού, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ρευστότητα των συγκεκριμένων Κ.Υ. Στα Κ.Υ. αμιγώς αγροτικών περιοχών, αφενός μεν τα έσοδα είναι μειωμένα, λόγω του μεγάλου ποσοστού ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α., και δεν ξεπερνούν τα επιπλέον έξοδα από τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, όμως δεν παύει να διευρύνονται οι πηγές

χρηματοδότησής τους, καθώς επίσης ενισχύονται από την εξοικονόμηση πόρων του κρατικού προϋπολογισμού.

Συνεπώς, με τη κατάλληλη οργάνωση και τον έλεγχο της λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ. διευρύνονται οι πόροι των Κ.Υ. με αποτέλεσμα να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και στην υλοποίηση επενδύσεων τόσο όσον αφορά στις υπηρεσίες και στα προγράμματα των Κ.Υ., όσο και στους πόρους, υλικούς και ανθρώπινους. Μακροχρόνια, η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θα οδηγήσει στη μείωση των ιδιωτικών δαπανών για Π.Φ.Υ., οι οποίες θα διοχετευθούν στο δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα να μειωθεί περαιτέρω η επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρα Υγείας Αστικού και Μη Αστικού τύπου, Νομοθετικές Ρυθμίσεις, Διαφεύγοντα Έσοδα, Εισπρακτικός Μηχανισμός

ABSTRACT

Health Centers in Greece and the introduction of a Payment System in them

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”
University of Piraeus - TEI of Piraeus, Greece
Supervisor: Dr. Velonakis Emmanouil

The present study was written considering the shortcoming of Primary Health Care and particularly of Health Centers in Greece, in conjunction with the non – implementation of the legislation concerning the collection of medical fees, especially those of privately insured patients and tourists, and the consequent loss of an additional source of revenue for H.C. The objective of the study is to assess the benefits and the cost resulting from the introduction of a payment system in H.C. from a quantitative and qualitative aspect.

The research for this study was based on data of medical visits, laboratory tests and examining operating costs of both an urban (H.C. Vyrona), and non-urban H.C. (H.C. Galata).

Comparing the proceeds with the cost from collecting medical fees the introduction of a payment system in an urban H.C. results in surplus which is high enough to cover 100% the operating cost of the H.C. For non-urban H.C. located in tourist areas, though the introduction of the above mentioned system results in surplus, it can only cover the operating cost by half. In summer months the total number of medical tests increases, especially those performed on privately insured patients and tourists and so does the liquidity of those H.C. In H.C. located in rural areas proceeds are limited because of the large number of patients insured by O.F.A. (the Farmers Insurance Organization) and do not exceed the additional cost of the operation of the payment system. However, the payment system will contribute to the increase in funding sources and furthermore these H.C. will receive even more funds from the saving of resources of the state budget.

Therefore, proper organization and control of the payment system in H.C., will increase their funding which will result in solving their problems and the investment in both services and programmes for H.C., as well as in human and other resources. In the long-term the improvement of the quality of the services provided will lead to the reduction in private expenditure for P.H.C., which will be channeled to the public sector thus reducing even further the financial charge of the state budget.

Key-words: Primary Health Care, Urban and Non-Urban Health Centers, Regulations, Slipping Revenue, Payment System

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Περιεχόμενα

ΣΕΛΙΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ABSTRACT	
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΕΙΚΟΝΩΝ – ΣΧΗΜΑΤΩΝ	
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	3
1.2. Η διεθνής αναγνώριση της σημασίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	4
1.3. Ιστορική Αναδρομή μεταρρυθμίσεων της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	6
1.4. Σημερινή κατάσταση στην παροχή Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	8
1.4.1. Φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.....	9
1.4.2. Χρηματοδότηση και δαπάνες της Π.Φ.Υ.....	11
1.4.3. Προβλήματα Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και τρόποι αντιμετώπισης.....	12
1.5. Επίλογος.....	16
2. ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1. Προσέγγιση του θεσμού των Κέντρων Υγείας.....	17
2.2. Νομοθετικές Ρυθμίσεις για τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.....	20
2.3. Τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα σήμερα.....	29
2.3.1. Προβλήματα των Κέντρων Υγείας.....	30
2.3.2. Σύγκριση Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου.....	36
2.4. Επίλογος.....	37
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
3. ΜΕΛΕΤΗ ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1. Εισαγωγή.....	39
3.2. Κέντρα Υγείας αστικού τύπου.....	42

3.2.1. Επιβάρυνση κόστους Κέντρου Υγείας αστικού τύπου από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού.....	44
3.2.2. Σύγκριση εσόδων-κόστους με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου.....	45
3.3. Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου.....	48
3.3.1. Επιβάρυνση κόστους Κέντρου Υγείας μη αστικού τύπου από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού.....	50
3.3.2. Σύγκριση εσόδων – κόστους με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου.....	51
3.4. Σύγκριση διαφορετικών τύπων Κέντρων Υγείας.....	54
3.5. Επίλογος.....	58
4. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ	
4.1. Προϋποθέσεις και διαδικασία λειτουργίας εισπρακτικού μηχανισμού.....	59
4.2. Οργανόγραμμα και ροή ασθενών στο Κέντρο Υγείας.....	63
4.3. Πληροφοριακό σύστημα υποστήριξης εισπρακτικού μηχανισμού.....	66
4.4. Έλεγχος.....	70
4.5. Επίλογος.....	70
5.ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ	
5.1. Οφέλη λειτουργίας εισπρακτικού μηχανισμού.....	71
5.2. Προβλήματα εισαγωγής εισπρακτικού μηχανισμού.....	73
5.3. Επίλογος.....	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	76
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ.....	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: Ασφαλιστική κατάσταση ασθενών ανά Κέντρο Υγεία.....	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: Αριθμός υπαλλήλων ταμείου ανά βάρδια.....	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: Μητρώο ασθενών.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3: Έκδοση παραστατικών.....	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4: Έκδοση παραπεμπτικών.....	69

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 3.1: Μηνιαία κίνηση Κ.Υ. αστικού τύπου.....	43
ΕΙΚΟΝΑ 3.2: Σύγκριση εσόδων - κόστους εισπρακτικού μηχανισμού σε Κ.Υ. αστικού τύπου.....	46
ΕΙΚΟΝΑ 3.3: Νεκρό Σημείο Κ.Υ. αστικού τύπου.....	47
ΕΙΚΟΝΑ 3.4: Μηνιαία κίνηση Κ.Υ. μη αστικού τύπου.....	49
ΕΙΚΟΝΑ 3.5: Σύγκριση εσόδων - επιπλέον κόστους σε Κ. Υ. τουριστικών περιοχών..	51
ΕΙΚΟΝΑ 3.6: Νεκρό Σημείο Κ.Υ. τουριστικής περιοχής.....	52
ΕΙΚΟΝΑ 3.7: Σύγκριση εσόδων - επιπλέον κόστους σε Κ.Υ αγροτικών περιοχών.....	53
ΕΙΚΟΝΑ 3.8: Νεκρό Σημείο Κ.Υ. μη αστικού τύπου.....	54
ΕΙΚΟΝΑ 3.9: Μηνιαία Κίνηση ΚΥ Αστικού & Μη Αστικού τύπου.....	54
ΕΙΚΟΝΑ 3.10: Σύγκριση Μείωσης Εσόδων λόγω ειδικών κατηγοριών ασθενών.....	56
ΕΙΚΟΝΑ 3.11: Μηνιαία έσοδα Κ.Υ. αστικού & μη αστικού τύπου από τουρίστες & ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.....	57

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 4.1: Δομή λειτουργίας Κέντρων Υγείας.....	64
ΣΧΗΜΑ 4.2. Ροή ασθενούς σε Κέντρο Υγείας με εισπρακτικό μηχανισμό.....	66

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

A. Ελληνικές

Δ.Σ. = Διοικητικό Συμβούλιο

Ε.Ε. = Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Ι.Ν.Α.Π. = Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας - Πειραιά

Ε.Σ.Υ. = Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ι.Σ.Α. = Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

Κε.Σ.Υ. = Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

Κ.Υ. = Κέντρα Υγείας

Ν.Π.Δ.Δ. = Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ο.Γ.Α. = Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Κ.Α. = Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Πε.Σ.Υ. = Περιφερειακό Σύστημα Υγείας

Π.Ο.Υ. = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Σ. = Πληροφοριακό Σύστημα

Π.Φ.Υ. = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σ.Υ. = Σύστημα Υγείας

Φ.Ε.Κ. = Φύλλο Εφημερίδος της Κυβερνήσεως

B. Ξενόγλωσσες

H.C. = Health Center = Κέντρο Υγείας

P.H.C. = Primary Health Care = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται το ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα των Κέντρων Υγείας, καθώς επίσης εξετάζει τη δυνατότητα εισαγωγής εισπρακτικού μηχανισμού για τις ιατρικές πράξεις στα Κ.Υ.

Ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/1983) και ο νόμος 2519/1997 προέβλεπαν την απόδοση από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα Κ.Υ. Όμως, αυτή η διάταξη δεν έχει εφαρμοσθεί μέχρι σήμερα, παρά την έκδοση Υπουργικής Απόφασης το 2002, με την οποία προβλεπόταν η καταβολή εξέταστρον για τις ιατρικές πράξεις των Κ.Υ. απαλλάσσοντας κάποιες ειδικές κατηγορίες ασθενών. Η ανεπαρκής οργάνωση των Κ.Υ. και οι αντιδράσεις από διάφορους κοινωνικούς φορείς, είχαν σαν αποτέλεσμα την αναστολή λειτουργίας εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ. με την έκδοση σχετικής εγκυκλίου.

Για τη σφαιρική προσέγγιση του θέματος, αρχικά, μελετήθηκε η έννοια, η διεθνής σημασία και οι νομοθετικές ρυθμίσεις της Π.Φ.Υ. Εν συνεχεία, εξετάστηκε η σημερινή κατάσταση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα αναφορικά με τους φορείς παροχής ανάλογων υπηρεσιών, τα λειτουργικά και τα χρηματοδοτικά προβλήματα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας επικεντρωθήκαμε στο ρόλο των Κ.Υ. στην Ελλάδα, προσεγγίζοντας το θεσμό και τις νομοθετικές ρυθμίσεις που σχετίζονταν με αυτά. Ακολούθως, έγινε εκτενής αναφορά στη σημερινή κατάσταση και τα προβλήματα των Κ.Υ. από πλευράς οργάνωσης, στελέχωσης, επιμόρφωσης του προσωπικού και χρηματοδότησης. Ενώ, ολοκληρώνοντας αυτό το κεφάλαιο συγκρίθηκε η λειτουργία Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται υπολογισμός και σύγκριση των εσόδων και εξόδων από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προϋποθέσεις και η οργάνωση του Κ.Υ. για την είσπραξη εξέταστρον.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, συμπερασματικά αναλύονται τα οφέλη και τα προβλήματα που προκύπτουν από την εισαγωγή μηχανισμού είσπραξης εξέταστων στα Κ.Υ.

Εν κατακλείδι, διατυπώνονται τα αποτελέσματα και τελικά συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανασκόπηση που προηγήθηκε, ενώ προτείνονται θέματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίστηκε από τον Π.Ο.Υ. «η ουσιαστική φροντίδα που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές, είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας που συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό και τις δραστηριότητες της». (WHO, 1978)

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και συνδέεται, υποστηρίζεται και συμπληρώνεται από τις υπόλοιπες υγειονομικές βαθμίδες (Β΄ και Γ΄ Φροντίδα Υγείας).

Η ολιστική προσέγγιση της υγείας είναι χαρακτηριστικό της Π.Φ.Υ., καθώς επικεντρώνει το ενδιαφέρον στην προάσπιση της υγείας και στην πρόληψη της αρρώστιας. Περιεχόμενο της Π.Φ.Υ. αποτελούν κυρίως η πρόληψη, η αγωγή υγείας, η αντιμετώπιση συνήθων προβλημάτων υγείας σε τοπικό επίπεδο, η θεραπεία – φροντίδα στο σπίτι και η αποκατάσταση – επανένταξη.

Βασικό στοιχείο της Π.Φ.Υ. είναι η λειτουργία της ομάδας υγείας σε ένα σαφώς προσδιορισμένο πληθυσμό ευθύνης, στα πλαίσια μιας αποκεντρωμένης και αυτοδύναμης οργανωτικής δομής. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, καθώς και η συνολική βελτίωση του επιπέδου υγείας, όπως εξάλλου ορίζει ο στόχος των εθνικών συστημάτων υγείας.

Οι λειτουργίες αυτές, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία και όπως παρατηρούμε σε καθημερινή βάση, διαφοροποιούν την Π.Φ.Υ. από τη σημερινή λειτουργία των περισσότερων φορέων παροχής της στην Ελλάδα, που εφαρμόζουν την απλή παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Φιορέτος και συν., 1994)

Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι, η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. θα συμβάλλει στην άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού, στην ικανοποίηση των προσδοκιών του από το σύστημα υγείας, στον έλεγχο της σπατάλης των πόρων, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα με την αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών, ενώ παράλληλα θα συμβάλλει στη σταδιακή ανασυγκρότηση και το στρατηγικό επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη και στελέχωση της Π.Φ.Υ. συνολικότερα και ειδικότερα στις αστικές περιοχές, είναι απαραίτητη τόσο για την εξοικονόμηση πόρων όσο και για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, παροτρύνοντας το άτομο να διαδραματίσει ενεργό ρόλο και να καταστεί υπεύθυνο για την προάσπιση της υγείας του. (Κιούλου-Κορμπάκη, 2005)

1.2. Η διεθνής αναγνώριση της σημασίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στα πλαίσια της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας το 1977, καθορίστηκε ως σκοπός μέχρι το 2000, η επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλο το πληθυσμό της γης, που θα τους επιτρέπει να διάγουν μια οικονομικά και κοινωνικά παραγωγική ζωή. (Θεοδώρου και συν., 1994)

Η Διεθνής Συνδιάσκεψη για τη Π.Φ.Υ. το 1978 στην Alma Ata του Καζαχστάν διακήρυξε ότι η Π.Φ.Υ. είναι το μέσο που επιτρέπει την επίτευξη αυτού του στόχου, δηλαδή της «Υγείας για Όλους το 2000». Εκεί διατυπώθηκαν για πρώτη φορά οι αρχές της Π.Φ.Υ.

Το 1979 ο Π.Ο.Υ. ενέκρινε τη διακήρυξη της Alma Ata και υιοθέτησε τη νέα στρατηγική προσανατολισμένη στη Π.Φ.Υ. Η υιοθέτηση αυτής της στρατηγικής ήταν επιτακτική λόγω της κακής οργάνωσης των συστημάτων υγείας των περισσότερων χωρών, της συγκέντρωσης της υγειονομικής φροντίδας στα μεγάλα αστικά κέντρα, της αναποτελεσματικότητας του νοσοκομειοκεντρικού συστήματος περίθαλψης να οδηγήσει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του

πληθυσμού, καθώς και λόγω του ότι οι διατιθέμενοι πόροι ωφελούσαν μια μικρή μειοψηφία. (Κιούλου-Κορμπάκη, 2005)

Οι γενικοί στόχοι που τα Εθνικά Συστήματα Υγείας έπρεπε να υλοποιήσουν ήταν:

- Ο συστηματικός προγραμματισμός και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
- Η αποκέντρωση του Συστήματος Υγείας, η σύνδεση της Π.Φ.Υ. με τη κοινότητα και η συμμετοχή των πολιτών στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων υγείας.
- Η αντιμετώπιση της ανισοκατανομής μεταξύ ειδικοτήτων υγειονομικού προσωπικού και της άνισης διασποράς του στις περιφέρειες κάθε χώρας. Προς αυτή την κατεύθυνση κρίθηκε απαραίτητη η επανεκπαίδευση του προσωπικού υγείας, η παροχή κινήτρων και η ανάπτυξη νέων ειδικοτήτων για την ενίσχυση της Π.Φ.Υ.
- Η κατανομή των πόρων σε ένα περιφερειακό σύστημα ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού, με στόχο την υποστήριξη της Π.Φ.Υ. «Όσο το δυνατόν περισσότερες προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές και προνοιακές υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται έξω από τα νοσοκομεία» (στόχος 28, «Υγεία για Όλους το 2000»).

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, η Π.Φ.Υ. ανάγεται σε μια νέα στρατηγική αντίληψη για την οργάνωση και λειτουργία των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, καθιστώντας την υγεία ως σκοπό και όχι ως μέσο για την οικονομική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τη νέα αυτή αντίληψη πρέπει:

- Να προωθηθεί ο θεσμός του Κέντρου Υγείας τόσο σε αστικές όσο και μη αστικές περιοχές, καθώς παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης σε τοπικό επίπεδο, ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης του.
- Να ενισχυθεί η συνεργασία των Κέντρων Υγείας με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, λειτουργώντας σαν ενιαίο σύστημα.
- Η λειτουργία των Κέντρων Υγείας να είναι προσαρμοσμένη στα δημογραφικά, κοινωνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά της κάθε περιοχής.

- Να είναι συνεχής και κατάλληλη η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού
- Να αναπτυχθούν συστήματα υποστήριξης της διοίκησης, της οικονομικής διαχείρισης, της τεχνολογίας, της εκπαίδευσης και της έρευνας στη Π.Φ.Υ.

Το 1994 ο Π.Ο.Υ. αναθεωρεί τους στόχους του και διαμορφώνει τη νέα στρατηγική «Υγεία 21» για τον 21^ο αιώνα. Το 1998 στη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στη Γενεύη τονίζεται η αναγκαιότητα υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων στα Συστήματα Υγείας, ώστε να εφαρμοσθούν οι αρχές της Π.Φ.Υ. σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata. (Μωραΐτης, 2006)

1.3. Ιστορική Αναδρομή μεταρρυθμίσεων της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από πλήθος μεταρρυθμίσεων και προτάσεων για τον εκσυγχρονισμό της, οι οποίες όμως δεν τελεσφόρησαν, λόγω της ασυνέχειας των πολιτικών υγείας. Συνοπτικά, οι μεταρρυθμίσεις από το 1953 μέχρι σήμερα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι:

- **1953:** «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως», όπου προβλεπόταν για πρώτη φορά η σύσταση «Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών» στη περιφέρεια.
- **1955:** «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών», όπου δημιουργήθηκε το δίκτυο των Κοινοτικών και Αγροτικών Ιατρείων.
- **1968:** Προσπάθεια καθιέρωσης του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.
- **1978:** Καθιέρωση του θεσμού του μόνιμου αγροτικού ιατρού για την αντιμετώπιση των λειτουργικών προβλημάτων των αγροτικών περιοχών.
- **1980:** Νομοσχέδιο Δοξιάδη: Μέτρα προστασίας της υγείας. Προσπάθεια δημιουργίας αγροτικών Κέντρων Υγείας.
- **1983:** Ν. 1397/1983 (Φ.Ε.Κ. 143^Α/7.10.83) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»: Ιδρυτικός νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, με στόχο

την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. ως κορμός ανάπτυξης του Ε.Σ.Υ. Στα πλαίσια του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. προβλεπόταν η ίδρυση αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας, ως βασικού μοχλού ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. (Μωραΐτης, 1996)

- **1992:** Ν. 2071/1992 (Φ.Ε.Κ. 123^Α/15.7.92): «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Ε.Σ.Υ.». Αλλάζει η φιλοσοφία για το Ε.Σ.Υ. Καθιερώνεται η «κατ' οίκον νοσηλεία» και ιδρύεται το ΕΚΑΒ, ενώ ανοίγει ο δρόμος για την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των υπαρχόντων, κάτι που από τον προηγούμενο νόμο απαγορευόταν. (Ομπέση, 2007)
- **1994:** Ν. 2194/1994 (Φ.Ε.Κ. 34^Α/16.3.94): «Για την αποκατάσταση του Ε.Σ.Υ.». Επανέρχονται σε ισχύ οι διατάξεις του Ν. 1397/1983 σε σχέση με τα Κέντρα Υγείας, καθώς πολλές απ' αυτές δεν είχαν υλοποιηθεί. Εξάλλου, στη διάρκεια του ίδιου έτους, ειδική **επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων** διατύπωσε τις προτάσεις της για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη Π.Φ.Υ., τα Κέντρα Υγείας και την προώθηση του οικογενειακού γιατρού. Επίσης, η «Επιτροπή Οικογενειακού Γιατρού», γνωστή και ως «Επιτροπή Μωραΐτη» πρότεινε τη δημιουργία ενός «Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», με έντονα αποκεντρωτικό χαρακτήρα. (Μωραΐτης, 2006)
- **1995:** Σχέδιο Κρεμαστινού, στηριζόμενο στις εισηγήσεις της επιτροπής ξένων εμπειρογνομόνων, για την εισαγωγή του γενικού οικογενειακού γιατρού και την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας.
- **1996:** Σχέδιο Πεπονή και Παπαδέλη, όπου προβλεπόταν η ενθάρρυνση των ασφαλιστικών ταμείων για την εισαγωγή του θεσμού του γενικού γιατρού και η αναβάθμιση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών.
- **1997:** Ν. 2519/1997 (Φ.Ε.Κ. 165^Α/21.8.97): «Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ.», ενισχύοντας τη δημόσια υγεία, το θεσμό του γενικού γιατρού και δημιουργώντας Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτά τα δίκτυα θα προέκυπταν

από τη κοινοπραξία του Ε.Σ.Υ., των ασφαλιστικών ταμείων και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

- **2000:** Σχέδιο μεταρρύθμισης Α. Παπαδόπουλου: Υγεία για τον πολίτη, με εννέα βασικούς άξονες, ένας εκ των οποίων ήταν η Π.Φ.Υ.
- **2001:** Ν. 2889/2001 (Φ.Ε.Κ. 37^Α/2.3.01): «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ.», όπου θεσπίστηκε η δημιουργία των Πε.Σ.Υ. και η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία. (Κιούλου, 2005)
- **2004:** Ν. 3235/2004 (Φ.Ε.Κ. 53^Α/18.2.04): «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», όπου προβλεπόταν η τηλεματική στη Π.Φ.Υ., Κέντρα Υγείας Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), πιστοποίηση των Κ.Υ., οικογενειακός και προσωπικός γιατρός. (Ομπέση, 2007)
- **Σήμερα:** Έχει τεθεί σε δημόσια διαβούλευση «Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» με στόχο την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και τη συνολικότερη βελτίωση του συστήματος Π.Φ.Υ.

1.4. Σημερινή κατάσταση στην παροχή Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Παρά τις διεθνείς επισημάνσεις και τις αλληπάλληλες προσπάθειες μεταρρυθμίσεων για τη Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, η εικόνα που παρουσιάζεται σήμερα χαρακτηρίζεται από έλλειψη σχεδιασμού, πολυκερματισμό και επικαλύψεις μεταξύ των φορέων παροχής Π.Φ.Υ. Αυτή η κατάσταση προβλέπεται ότι θα συνεχιστεί αν δεν ληφθούν μέτρα και δεν ενισχυθεί η Π.Φ.Υ. με τους αναγκαίους πόρους.

1.4.1. Φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

1.4.1.1. Το Ε.Σ.Υ.

Λόγω της απουσίας Κέντρων Υγείας αστικού τύπου, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στις πόλεις είναι τα **Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.**, όπου ο αριθμός των επισκέψεων έχει αυξηθεί, με αποτέλεσμα να έχουν διογκωθεί οι πόροι που διατίθενται για τη λειτουργία τους. Πιο συγκεκριμένα, στα 132 νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι και οι ανασφάλιστοι πολίτες έναντι 3€ ανά επίσκεψη.

Εκτός, όμως από τα πρωινά τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από το 2001 προβλέπεται η λειτουργία των **Απογευματινών Ιατρείων** εντός των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. όπου ασκούν ιδιωτικό έργο οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί γιατροί. Η πληρωμή των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία γίνεται από τους ίδιους τους ασθενείς και κυμαίνεται από 25€ - 90€, ανάλογα την βαθμίδα του γιατρού και τη γεωγραφική περιοχή όπου βρίσκεται το νοσοκομείο, εκ των οποίων το 40% κατευθύνεται προς το νοσοκομείο.

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται εκτός από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και από τα **εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ευρύτερου δημόσιου τομέα**, όπως από τα 14 Στρατιωτικά νοσοκομεία και τα 6 νοσοκομεία του Ι.Κ.Α. (Θεοδώρου και συν., 2005)

Ακόμη, στις μη αστικές περιοχές υπάρχουν 212 **Κέντρα Υγείας**, από τα οποία λειτουργούν τα 190 και τα οποία υπάγονται στο αντίστοιχο νομαρχιακό νοσοκομείο και 1.478 **Περιφερειακά Ιατρεία**, που διοικητικά υπάγονται στα Κ.Υ., όπου παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, χωρίς καμία επιβάρυνση του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση αυτών των φορέων γίνεται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Επιπλέον, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (**Ε.Κ.Α.Β.**) παρέχει δωρεάν, άμεση και επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα στους πολίτες, καθώς και άμεση μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. (Κιούλου, 2005)

1.4.1.2. Οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί

Το **Ι.Κ.Α.** διαθέτει δική του υγειονομική υποδομή, όπου απασχολεί γιατρούς ειδικοτήτων, για τη παροχή προς τους ασφαλισμένους του υπηρεσίες Π.Φ.Υ. χωρίς εκείνοι να επιβαρύνονται οικονομικά τη στιγμή της χρήσης, παρά μόνο μέσω της πληρωμής των ασφαλιστών. Επίσης, συνάπτει συμβάσεις με ιδιώτες ελευθεροεπαγγελματίες γιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Ο **Ο.Γ.Α.** χρησιμοποιεί τις δομές του Ε.Σ.Υ. στις περιφέρειες, όπως τα Κ.Υ. και τα Περιφερειακά Ιατρεία, οι δαπάνες των οποίων καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τα **υπόλοιπα ταμεία**, ως επί το πλείστον συνάπτουν συμβόλαια με ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, που αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση σε τιμές προκαθορισμένες από το κράτος. Ακόμη, οι ασφαλισμένοι επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ανάλογα με τον ασφαλιστικό τους φορέα, πληρώνουν ένα ποσό ως «συμμετοχή» στο ποσό που καλύπτει η ασφάλισή τους. (Μωραΐτης και συν., 1995)

1.4.1.3. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση

Τα τελευταία χρόνια, οι **δήμοι** αναλαμβάνουν δραστικότερο ρόλο στη λειτουργία υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσω της δημιουργίας τοπικών ιατρείων. Σ' αυτά τα ιατρεία απασχολούνται γιατροί βασικών ειδικοτήτων και λειτουργούν σε συγκεκριμένο ωράριο, για να παρέχουν στους δημότες υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφησης κ.λ.π. Κυρίως, καλύπτουν τις ανάγκες υγείας μεταναστών και ανασφάλιστων ατόμων.

Ακόμη, τα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (**Κ.Α.Π.Η.**) παρέχουν σε ανθρώπους τρίτης ηλικίας πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως για παράδειγμα, μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης, ενώ οργανώνουν προγράμματα αγωγής υγείας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας κ.ά.

Επιπλέον, με ευθύνη των δήμων λειτουργούν προγράμματα **Βοήθειας Στο Σπίτι** με τη συμμετοχή γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και οικιακών βοηθών για άτομα χρίζοντα κατ' οίκον νοσηλείας.

1.4.1.4. Ο Ιδιωτικός Τομέας

Παρατηρείται αξιοσημείωτη δραστηριοποίηση του **ιδιωτικού τομέα** στη παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κυρίως λόγω των χαμηλών ποσοστών ικανοποίησης του πληθυσμού από το δημόσιο τομέα. Είναι μεγάλος ο αριθμός των ιδιωτών γιατρών, οδοντιάτρων, ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και νοσοκομείων, που συνάπτουν συμβάσεις με δημόσια ή ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία και αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση, με αποτέλεσμα να διογκώνονται οι δαπάνες υγείας, λόγω της «προκλητικής ζήτησης» και της αδυναμίας αποτελεσματικού ελέγχου των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας από το Σύστημα Υγείας. (Κιούλου, 2005)

1.4.1.5. Μη Κυβερνητικές – Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις

Οι **Μη Κυβερνητικές – Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις**, όπως είναι οι «Γιατροί χωρίς Σύνορα» και οι «Γιατροί του Κόσμου», μέσω των πολυιατρείων τους εξυπηρετούν κυρίως πρόσφυγες και μετανάστες, ενώ χρηματοδοτούνται από δωρεές.

1.4.2. Χρηματοδότηση και δαπάνες της Π.Φ.Υ.

Η χρηματοδότηση των ιατρικών πράξεων στην Ελλάδα πραγματοποιείται κυρίως με την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, ενώ οι επαγγελματίες υγείας αμείβονται με μισθό.

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μείωση της αναλογίας των δημόσιων δαπανών υγείας σε σχέση με τις ιδιωτικές, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι δημόσιες δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτή η τάση έρχεται σε αντίθεση με την επιδιωκόμενη στροφή προς τη Π.Φ.Υ., καθώς, όπως γίνεται φανερό, μειώνεται η αναλογία των πόρων που διοχετεύονται στη Π.Φ.Υ. σε σχέση με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Από την άλλη μεριά, διαπιστώνεται αύξηση των ιδιωτικών δαπανών που προσανατολίζονται προς τη Π.Φ.Υ., γεγονός που αποτελεί απόρροια της αναποτελεσματικότητας της οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων φορέων παροχής Π.Φ.Υ., αλλά και της υποχρηματοδότησής

τους. Οι μακρές λίστες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οδηγούν τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό, βέβαια, εν μέρει οφείλεται και στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα για υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας, στην οποία ο δημόσιος τομέας αδυνατεί να ανταποκριθεί. Ακόμη, ένας λόγος που ωθεί τους πολίτες σε ίδιες πληρωμές είναι οι γεωγραφικές ανισότητες και η δυσκολία πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας. (Μωραΐτης και συν., 1995)

1.4.3. Προβλήματα Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και τρόποι αντιμετώπισης

Η έμφαση που δόθηκε, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων ετών, στην ανέγερση μεγάλων και δαπανηρών νοσοκομειακών μονάδων, στέρησε πόρους από τη Π.Φ.Υ. και ανέστειλε την υλοποίηση των αλλαγών που θα επίλυαν τα προβλήματά της.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού μεταξύ των διαφόρων επιπέδων περίθαλψης, υγειονομικών ειδικοτήτων και γεωγραφικών περιοχών αποτελεί εμπόδιο στην υλοποίηση του στόχου για παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όσο το δυνατόν κοντύτερα στους τόπους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Εξάλλου, οι χαμηλές απολαβές και η έλλειψη κινήτρων προς το ανθρώπινο δυναμικό της Π.Φ.Υ. οδηγεί σε ελλιπή στελέχωση ιδιαίτερα των περιφερειών, χαμηλή παραγωγικότητα, και περιορισμό των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τη Π.Φ.Υ., στις βασικές π.χ. συνταγογράφηση.

Επιπροσθέτως, στις αγροτικές περιοχές η δημιουργία των Κέντρων Υγείας έγινε χωρίς την απαιτούμενη οριοθέτηση του στόχου και σκοπού τους, ενώ στελεχώθηκαν άμεσα με ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων, που δεν είχε την απαιτούμενη εκπαίδευση προσανατολισμένη σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τα Κ.Υ. να λειτουργούν ως διαμετακομιστικά κέντρα και όχι όπως όριζε ο καθορισμένος ρόλος τους. Επιπλέον, είναι διαπιστωμένη η αδυναμία υλοποίησης από φορείς Π.Φ.Υ. ολοκληρωμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης. (Πρακτικά Ημερίδας της Ακαδημίας Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, 1996)

Η μη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής Π.Φ.Υ., αλλά αντίθετα η πληθώρα των φορέων παροχής της, οδηγεί στην άνιση και μη αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών του πληθυσμού. Ακόμη, η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, επιτείνει την αρνητική κατάσταση, διότι συνεπάγεται τη ταλαιπωρία του ασθενούς, ο οποίος περιφέρεται εντός του Σ.Υ., πραγματοποιώντας, πολλές φορές, άσκοπες επισκέψεις.

Επιπλέον, ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του Συστήματος Υγείας, γίνεται εντονότερος, με τη συνεπακόλουθη αδυναμία εξοικονόμησης πόρων προς όφελος της Π.Φ.Υ., η οποία χαρακτηρίζεται από σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής αλλά και αδυναμία αποτελεσματικής αξιοποίησης της υπάρχουσας.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, διαπιστώνεται η περιορισμένη αξιοπιστία του ασθενούς προς το Σ.Υ., που καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα η ανυπαρξία ενός συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογράφησης και της παραπομπής σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, επιβαρύνει τα ταμεία με υπέρογκα ποσά, καθώς επίσης οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για την υγεία, που όμως δεν συνεπάγεται αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. (Θεοδώρου και συν., 2005)

1.4.3.1. Αιτίες μη επίλυσης των προβλημάτων στη Π.Φ.Υ.

Οι λόγοι, που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, για τους οποίους δεν επιτεύχθηκε η αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ. μέσω των μεταρρυθμίσεων, αλλά η διαιώνιση των προβλημάτων της μέχρι σήμερα, αφορούν κυρίως στο πολιτικό σκηνικό. Παρατηρείται αδυναμία συναίνεσης σε μια κοινά αποδεκτή πολιτική ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. και συνολικότερα του Ε.Σ.Υ., συνεχείς ανατροπές σε κάθε αλλαγή κυβέρνησης ή ανασχηματισμό και στόχευση σε κομματικά συμφέροντα, εις βάρος της επίλυσης των ουσιαστικών προβλημάτων της Π.Φ.Υ.

Η ιδεολογική αντιπαράθεση σε πολιτικό επίπεδο επικεντρώνεται στην αναλογία δημόσιων και ιδιωτικών πόρων για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ενώ στη πραγματικότητα πρόκειται για εξίσου

σημαντικούς κοινωνικούς πόρους που σπαταλώνται, λόγω της διαίονισης αυτής της αντιπαράθεσης. Ακόμη, η αντιμετώπιση των τρεχόντων προβλημάτων υπό τη πίεση της συγκυρίας γίνεται αποσπασματικά, χωρίς καμία λογική συνοχής και ελλείπει ενιαίου οράματος. (Παπούλιας Τσούκας, 1998)

Επιπροσθέτως, η μη μεταφορά των αναγκαίων πόρων από το δευτεροβάθμιο στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, όπου έχει διαπιστωθεί ότι η επένδυση είναι περισσότερο παραγωγική, συντείνει στην υπάρχουσα κατάσταση.

Στα παραπάνω προστίθεται η επικράτηση των συμφερόντων του «ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος». Τέτοιου είδους συντεχνίες επιδιώκουν την ενισχυμένη παρουσία της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας εις βάρος της πρωτοβάθμιας, καθώς μ' αυτό τον τρόπο εξακολουθούν να απολαμβάνουν προνόμια που εξαρτώνται από τη θεραπεία ασθενειών και όχι από τη προαγωγή της υγείας.

Παράλληλα, παρατηρείται η τάση μείωσης της κρατικής συμμετοχής στις δαπάνες υγείας, λόγω δημοσιονομικών πιέσεων, και η αύξηση του ιδιωτικού τομέα σε επενδύσεις στην υγεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εξακολουθεί να δίνεται έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη, διότι δεν είναι εμπορικά προσιτή η δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης σε θέματα υγείας, τα οποία όμως περιλαμβάνονται στους στόχους της Π.Φ.Υ. (Τσάμης, 2004)

Συμπερασματικά, η εφαρμογή και ο βαθμός επιτυχίας των μεταρρυθμίσεων εξαρτάται πρωτίστως από τη πολιτική βούληση, την ύπαρξη κοινού οράματος, το βαθμό επίτευξης συναίνεσης με αμοιβαίους συμβιβασμούς των κοινωνικών εταίρων, τη διάθεση υλικών, ανθρώπινων, τεχνικών πόρων για την προώθηση των μεταρρυθμίσεων, τη διαμόρφωση του κατάλληλου θεσμικού περιβάλλοντος, τη διοικητική και διαχειριστική αντίληψη για την πραγματοποίηση των στόχων, καθώς και την υιοθέτηση επιτυχημένων πρακτικών από τη διεθνή εμπειρία. (Νιάκας, 2002)

1.4.3.2. Τρόποι υπέρβασης της κρίσης στην Π.Φ.Υ.

Οι προσπάθειες αντιμετώπισης των προβλημάτων Π.Φ.Υ., όπως επισημαίνεται στη βιβλιογραφία, πρέπει να επικεντρωθούν στην μεταφορά πόρων, υλικών και ανθρώπινων, από τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην Π.Φ.Υ., στην ενδυνάμωση του ρόλου των Κέντρων Υγείας, αγροτικού και αστικού τύπου, καθώς και στην εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Σε αγροτικό επίπεδο, είναι απαραίτητο να επισημανθούν οι ανάγκες του πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής, μέσω ερευνητικής δραστηριότητας των Κ.Υ., ώστε να παρέχονται εστιασμένες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Επιπλέον, η ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού θα έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των παραπομπών σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, γεγονός που θα συμβάλλει, αναμφισβήτητα, στην ορθολογική λειτουργία του υγειονομικού τομέα.

Επιπροσθέτως, θα ήταν χρήσιμη η αξιολόγηση της συνεισφοράς του έργου των Κ.Υ. στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, αρχικά από το προσωπικό που εργάζεται σ' αυτά και ακολούθως από τον πληθυσμό ευθύνης τους. Παράλληλα, με την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης, κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας βάσει των ιδιαιτεροτήτων της Π.Φ.Υ. Επίσης, είναι θεμελιώδους σημασίας η κάλυψη των κενών θέσεων στις μονάδες υγείας της περιφέρειας, με την ανάλογη παροχή κινήτρων, ενώ η ενεργός συμμετοχή και η κινητοποίηση του πληθυσμού, θα δώσει νέα κατεύθυνση στην προαγωγή και προάσπιση της υγείας.

Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί η σπουδαιότητα της δημιουργίας των προϋποθέσεων για την αποτελεσματική λειτουργία της Π.Φ.Υ. στις αστικές περιοχές, μέσω της σταδιακής ενσωμάτωσης των πολυκερματισμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε μια ενιαία δομή. (Πρακτικά Ημερίδας της Ακαδημίας Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, 1996)

1.5. Επίλογος

Καταλήγοντας, η διεθνώς παρατηρούμενη έμφαση που δίνεται στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργίας των Σ.Υ. και κατ' επέκταση στη βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας. Στα πλαίσια αυτής της προοπτικής, στόχος των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα, που ιδανικά θα γίνει αποδεκτός από όλους τους φορείς λήψης αποφάσεων και θα τεθεί σε τροχιά υλοποίησης, θα πρέπει να είναι η ριζική αναθεώρηση του ρόλου του συστήματος Π.Φ.Υ. που μέχρι σήμερα αποτελεί ένα αποσπασματικό και δυσλειτουργικό μοντέλο.

Προς αυτή την κατεύθυνση, είναι αναγκαία η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την Π.Φ.Υ., όπου η επένδυση είναι περισσότερο παραγωγική. Παράλληλα, είναι ουσιώδους σημασίας η Π.Φ.Υ. να παρέχεται από ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα, και να εισαχθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ώστε να συγκρατηθούν οι δαπάνες υγείας. (Μωραΐτης, 2006)

2. ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1. Προσέγγιση του θεσμού των Κέντρων Υγείας

Ο θεσμός των Κέντρων Υγείας αποτελεί τον κύριο φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., στα πλαίσια των διακηρύξεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ η ορθολογική λειτουργία του σηματοδοτεί νέα ώθηση στα Εθνικά Συστήματα Υγείας. Όπως επισημαίνεται στη βιβλιογραφία, ο όρος «Κέντρο Υγείας» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1920 από το Cord Dasson για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Μετά τη διάσκεψη της Alma-Ata επεκτάθηκε και σ' άλλες χώρες και σήμερα λειτουργεί αποδοτικά στη Σουηδία, τη Φινλανδία, τη Γιουγκοσλαβία και σ' άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Η έννοια του Κέντρου Υγείας δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως κτιριολογική, αλλά ως λειτουργική, που αποτελεί αυτοδύναμη μονάδα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., με το αναγκαίο ανθρώπινο δυναμικό και την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, ώστε με τον κατάλληλο προγραμματισμό να είναι ικανό να καλύπτει τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης του. (Μοσκοφίδου, 2001)

Οι μορφές λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, που παρατηρούνται διεθνώς, διαφέρουν. Έτσι, ένα Κέντρο Υγείας μπορεί να προσφέρει:

1. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας από γενικούς γιατρούς μόνο
2. Ιατρικές και ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, χωρίς όμως λειτουργική διασύνδεση και συντονισμό μεταξύ τους
3. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που διαθέτει υποσυστήματα διαφόρων δραστηριοτήτων με πλήρη λειτουργική διασύνδεση και συντονισμό μεταξύ τους

Η μορφή του ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. προωθείται από τον Π.Ο.Υ. διότι επιτυγχάνει αποτελεσματικότερα το στόχο της προαγωγής και βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.

Στις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας συγκαταλέγονται:

1. Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη σε 24ωρη βάση από οικογενειακούς γιατρούς και γιατρούς ειδικοτήτων όπου περιλαμβάνονται ακόμη:

- λειτουργία τμημάτων βραχείας ανάρρωσης
- λειτουργική σύνδεση με άλλες βαθμίδες περίθαλψης
- αποθεραπεία και αποκατάσταση του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο
- παρακολούθηση ειδικών παθήσεων

2. Υπηρεσίες Προληπτικής Ιατρικής με τις οποίες επιδιώκεται η εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων. Στα πλαίσια αυτών των δραστηριοτήτων περιλαμβάνονται προγράμματα:

- εμβολιασμών
- προσυμπτωματικού ελέγχου
- πρόληψης και καταπολέμησης τοπικών, χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων
- προσχολικής και σχολικής υγιεινής
- παρακολούθησης και προετοιμασίας εγκύων για το τοκετό
- οικογενειακού προγραμματισμού
- υγιεινής της εργασίας
- αγωγής υγείας

3. Κοινωνική Φροντίδα που παρέχεται σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς και αφορά:

- Εμφύχωση και συμπαράσταση του ασθενούς και της οικογένειάς του, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την ασθένεια
- Εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγιεινής και ενημέρωσης για τη διεξαγωγή ισορροπημένης κοινωνικής ζωής στα πλαίσια των ενδοοικογενειακών αλλά και των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων

- Προσπάθεια πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης σε συνεργασία με το άτομο, αρνητικών κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων, που έχουν αντίκτυπο στην υγεία του
- Εκπαιδευτικά προγράμματα προς το ιατρικό προσωπικό σε θέματα κοινωνικής, κοινοτικής και γενικής ιατρικής (Μωραΐτης, 2006)

Τα οφέλη που προκύπτουν από τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας με τις προαναφερθείσες δραστηριότητες είναι πολλαπλά, τόσο για το Σύστημα Υγείας όσο και για τους ίδιους τους πολίτες. Πιο συγκεκριμένα, συμβάλλει στην εξυπηρέτηση των πολιτών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, στον τόπο κατοικίας τους και ως εκ τούτου στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, τα οποία κατά συνέπεια αυξάνουν την απόδοσή τους. Επίσης, αναπτύσσει το πνεύμα ευθύνης των πολιτών για τη προάσπιση της υγείας τους, τόσο στο χώρο εργασίας τους όσο και στο ευρύτερο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Συνολικά το υγειονομικό σύστημα μειώνει το κόστος λειτουργίας του και αυξάνει τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Μάρδα, 1993)

Προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία των Κέντρων Υγείας είναι η στελέχωσή τους, με το αναγκαίο σε αριθμό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο προσωπικό. Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, οι κατηγορίες στις οποίες προβλέπεται να διακρίνεται το προσωπικό των Κέντρων Υγείας είναι ίδιες με των νοσοκομείων, δηλαδή πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Ιατρικό προσωπικό, κυρίως γενικούς γιατρούς αλλά και ειδικούς που απασχολούνται είτε σε σταθερή βάση είτε περιοδικά, ανάλογα με την ειδικότητα τους. Ακόμη, προβλέπεται η απασχόληση καθηγητών ιατρικής, αγροτικών ιατρών καθώς και ειδικευόμενων γιατρών.
- Παραϊατρικό προσωπικό, όπως φυσικοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί.
- Νοσηλευτικό προσωπικό, όπως βοηθοί νοσοκόμοι, ειδικευόμενοι, αποκλειστικές και εξωτερικές νοσοκόμες, κυρίως για παροχή προϊατρικής και μεταϊατρικής φροντίδας.
- Διοικητικό προσωπικό, που εργάζεται στο διοικητικό - οικονομικό, τεχνικό τμήμα καθώς και στο τμήμα επιστασίας.

- Βοηθητικό προσωπικό, όπως οδηγοί ασθενοφόρων και καθαρίστριες.

Ο αριθμός του προσωπικού διαμορφώνεται αναλογικά προς τον πληθυσμό ευθύνης του Κέντρου Υγείας.

Η προβλεπόμενη υποδομή των Κέντρων Υγείας και ο εξοπλισμός τους περιλαμβάνει: (Ζηλίδης, 1995)

- Εξεταστικούς χώρους
- Βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό
- Ακτινολογικό εργαστήριο
- Μικροβιολογικό εργαστήριο
- Σηπτικό χειρουργείο
- Μονάδα βραχείας νοσηλείας
- Οδοντιατρείο και
- Ασθενοφόρο για τη διακομιδή των ασθενών

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., προβλέπεται η επιστημονική διασύνδεση του Κέντρου Υγείας με το νοσοκομείο αλλά και με ερευνητικά ινστιτούτα υγείας, για την αντιμετώπιση ειδικών περιπτώσεων ασθενειών ή ατυχημάτων. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ολιστική ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας, στο οικείο περιβάλλον του ασθενούς και με οικονομικό τρόπο. (Υφαντόπουλος, 1988)

2.2. Νομοθετικές Ρυθμίσεις για τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα

Πριν τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές παρέχονταν από τα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων (π.χ. ΙΚΑ), ενώ στις αγροτικές περιοχές από τα αγροτικά ιατρεία των Νομαρχιών. (Κομματάς, 1998)

Η πρώτη προσπάθεια συγκρότησης ενός ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος με έμφαση στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα, που περιελάμβανε τη δημιουργία Κέντρων Υγείας, έγινε το **1980** από τον τότε

Υπουργό Υγείας Σπύρο Δοξιάδη. Το συγκεκριμένο σχέδιο, όμως, δεν μπόρεσε να κατατεθεί στη Βουλή προκειμένου να γίνει νόμος και έτσι η προσπάθεια αυτή δεν ολοκληρώθηκε. (Μωραΐτης, 2004)

Τρία χρόνια αργότερα, με το **Νόμο 1397/1983** (ΦΕΚ 143/Τεύχος Α/7 Οκτωβρίου 1983), εγκαθιδρύεται το Ε.Σ.Υ. στα πλαίσια του οποίου η Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από μια καινούργια οργανωτική διάρθρωση που βασίζεται στα Κέντρα Υγείας. Στο άρθρο 14 του συγκεκριμένου νόμου οριζόταν ότι «σε κάθε νομό συνιστώνται Κ.Υ. ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας».

Το πνεύμα του νόμου ήταν να δημιουργηθεί ένα δίκτυο Κ.Υ. που θα κάλυπτε ποιοτικά και ποσοτικά τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Ακόμη, επιδιώχθηκε η αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος παραπομπών μεταξύ των διαφόρων επιπέδων των υπηρεσιών υγείας και η διασύνδεση των Κ.Υ. με τα αντίστοιχα νοσοκομεία σε επιστημονικό, τεχνικό και διοικητικό επίπεδο. (Ζηλίδης, 1995)

Ο σκοπός των Κέντρων Υγείας, όπως ορίστηκε στο άρθρο 15 του νόμου αυτού, είναι πολλαπλός, λόγω της πολυδιάστατης σημασίας που έχει η υγεία του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, αποτελείται από τις εξής παραμέτρους:

- Τη παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής όπου βρίσκονται τα Κ.Υ. και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή.
- Τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- Τη παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- Τη διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο, στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο.
- Την οδοντιατρική περίθαλψη.
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.

- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας.
- Τη παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Την ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Την εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- Τη παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Τη παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή.

Η χωροθέτηση των Κ. Υ. έγινε με κριτήρια πληθυσμιακά, γεωγραφικά, κοινωνικοοικονομικά, αλλά και σχετικά με τη δυνατότητα πρόσβασης σ' αυτά. Πιο συγκεκριμένα, ένα Κ.Υ. καλείται να καλύψει τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού που κυμαίνεται από 5.000 έως 50.000 κατά ανώτατο όριο. Ως γεωγραφική τοποθεσία επιλέγεται μια κεντρική περιοχή, ώστε η πρόσβαση να είναι εύκολη και γρήγορη. Παράλληλα, επιλέχθηκαν περιοχές με διοικητική, οικονομική και εκπαιδευτική υποδομή για τη στήριξη της λειτουργίας των Κ.Υ., ενώ λήφθησαν υπόψη οι τυχόν διακυμάνσεις του πληθυσμού σε τουριστικές περιόδους. (Υφαντόπουλος, 1988)

Το πρόγραμμα ανάπτυξης προέβλεπε μέχρι το τέλος του 1988 τη δημιουργία 400 Κ.Υ. εκ των οποίων τα 190 θα λειτουργούσαν στις μη αστικές περιοχές και τα 210 στις αστικές περιοχές. Ως προτεραιότητα καθορίστηκε η κάλυψη των αναγκών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, καθώς μέχρι τότε υπήρχαν αποκλίσεις μεταξύ αστικών και μη αστικών περιοχών εις βάρος των δεύτερων. Στη συνέχεια, θα ακολουθούσε η επέκταση στις αστικές περιοχές εκτός της Αθήνας και Θεσσαλονίκης, ενώ στη τρίτη φάση θα δημιουργούνταν τα Κ.Υ. σ' αυτές τις δύο πόλεις. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα ήταν έτοιμη η κτιριολογική υποδομή και ο εξοπλισμός των 160 Κ.Υ. Όμως, η προσπάθεια αυτή δεν ολοκληρώθηκε, καθώς δεν δημιουργήθηκαν τα Κ.Υ. αστικού τύπου. (Μωραΐτης, 2004)

Από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. και των Κ.Υ. προβλεπόταν ακόμη ότι το κόστος τους θα καλύπτεται από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου στο οποίο υπάγονται διοικητικά, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία θα απέδιδαν σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας, τις δαπάνες περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα Κ.Υ. Επίσης, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών του Κ.Υ., όπως και τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού θα ορίζονταν από τον Ενιαίο Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας των Κ.Υ. που θα εκδιδόταν ύστερα από γνώμη του Κε.Σ.Υ.

Στα άρθρα 17 και 18 του εν λόγω νόμου οριζόταν το γενικό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των Κ.Υ. αστικών και μη αστικών περιοχών, αντίστοιχα. Ξεκινώντας με τις αστικές περιοχές, ο νόμος όριζε ότι στα Κ.Υ. αυτών των περιοχών υπηρετούν γιατροί ειδικοτήτων και γενικοί γιατροί του παθολογικού τομέα του οικείου νοσοκομείου. Η επιλογή από τους πολίτες ενός γιατρού του Κ.Υ. ως οικογενειακού είναι ελεύθερη, ενώ το ωράριο λειτουργίας ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.

Όσον αφορά στα Κ.Υ. μη αστικών περιοχών, προβλεπόταν να προσφέρουν υπηρεσίες γιατροί που κατέχουν τη θέση γενικού γιατρού, γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων σε τακτά χρονικά διαστήματα και γιατροί άλλων ειδικοτήτων που θα το επισκέπτονται περιοδικά ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης. Τα Κ.Υ. ορίστηκε να λειτουργούν σε τακτό οκτάωρο τις πέντε ημέρες της εβδομάδας, ενώ τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες να εφημερεύουν.

Η διοίκηση του Κ.Υ. προβλεπόταν να ασκείται από το Διοικητικό Συμβούλιο του οικείου νοσοκομείου σε συνεργασία με το Διευθυντή του Κ.Υ. και με το Συμβούλιο Υπευθύνων. Ως Διευθυντής θα οριζόταν ένα από τα μέλη της ιατρικής υπηρεσίας, οι οποίοι και θα τον εξέλεγαν. Το Συμβούλιο Υπευθύνων οριζόταν ως όργανο γνωμοδοτικού χαρακτήρα με μέλη το διευθυντή και τους προϊσταμένους της νοσηλευτικής υπηρεσίας, της διοικητικής υπηρεσίας και των λοιπών επαγγελματιών υγείας. (Ζηλίδης, 1995)

Για τη στελέχωση των Κ.Υ. προβλεπόταν ο ελάχιστος αριθμός προσωπικού για τη κάλυψη των αναγκών του Κ.Υ., ο οποίος διαφέρει ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης του Κ.Υ. αλλά και τις

ιδιαιτερότητες της περιοχής, όπως είναι οι δείκτες νοσηρότητας, οι γεωγραφικές και οι κλιματολογικές συνθήκες. (Απόφαση Κε.Σ.Υ., 1985)

Έτσι η στελέχωση ανά υπηρεσία προβλεπόταν ως εξής:

Ιατρική υπηρεσία:

- Για τους γενικούς γιατρούς η βασική αναλογία είναι ένας ανά 1.800 ενήλικες
- Για τους παιδίατρους η αναλογία είναι ένας ανά 1.200-1.800 παιδιά
- Για τους μικροβιολόγους, οριζόταν ότι απασχολείται ένας σε Κ.Υ. που εξυπηρετεί πάνω από 7.500 άτομα
- Για τους ακτινολόγους, υπηρετεί ένας σε Κ.Υ. με άτομα περισσότερα από 20.000
- Για τους οδοντιάτρους, αντιστοιχεί ένας ανά 1.500 κατοίκους
- Οι γιατροί των άλλων ειδικοτήτων κάνουν περιοδικές επισκέψεις, ανάλογα με την ειδικότητά τους

Νοσηλευτική υπηρεσία:

- Για τους νοσοκόμους, η αναλογία είναι ένας ανά 2.500-3.000 κατοίκους
- Για τους επισκέπτες υγείας, η αναλογία είναι ένας ανά 2.000-3.000 κατοίκους
- Για τις μαίες, αντιστοιχεί μία ανά 5.000 άτομα του γυναικείου πληθυσμού
- Για τους τραυματιοφορείς, αναλογούν τρεις έως έξι ανά Κ.Υ.

Διοικητική και Τεχνική υπηρεσία:

- Για τη γραμματειακή υποστήριξη ιατρικού έργου, το γραφείο προσωπικού και τις πληροφορίες προς τους ασθενείς, αναλογούν 3 άτομα σε Κ.Υ. που καλύπτει μέχρι 10.000 πληθυσμό, ενώ ο αριθμός αυτός αυξάνεται ανά 2 για κάθε 10.000 κατοίκους
- Για τις οικονομικές δραστηριότητες, αναλογεί ένας εργαζόμενος ανά 10.000 κατοίκους
- Για το τεχνικό τμήμα, αντιστοιχούν 1-3 εργαζόμενοι για κάθε Κ.Υ.
- Για το τμήμα επιστάσις, η αναλογία είναι 9-14 άτομα για κάθε Κ.Υ.

Άλλα τμήματα:

- Κοινωνικής προστασίας: ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 7.000-10.000 κατοίκους

- Τμήμα συναφών επαγγελματιών υγείας: ένας από κάθε επάγγελμα ανά 10.000 κατοίκους

Το 1992 με το **Νόμο 2071/1992** (ΦΕΚ 123/Τεύχος Α/15 Ιουλίου 1992) αλλάζει η φιλοσοφία λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., γεγονός που επηρέασε και τα Κ.Υ. Οι μονάδες αυτές εντάχθηκαν στις Διοικητικές Υπηρεσίες Υγείας των Νομαρχιών και συνεπώς έπαψαν να έχουν στενή εξάρτηση από τα νοσοκομεία, ενώ στο άρθρο 15 αυτού του νόμου προβλεπόταν ότι ο προϋπολογισμός της νομαρχίας και όχι του νοσοκομείου, θα επιβαρυνόταν πλέον με τις δαπάνες λειτουργίας των Κ.Υ. Όμως, εξακολουθούσε να υφίσταται η επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση των Κ.Υ. με τα νοσοκομεία, καθώς αυτά κάλυπταν τις ανάγκες σε ιατρικό προσωπικό, έπειτα από εισήγηση της διοίκησης του Κ.Υ. και απόφαση του νομάρχη.

Ακόμη, στο άρθρο 16 του εν λόγω νόμου, στο σκοπό των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προστέθηκαν:

- Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης.
- Η συνεργασία με τη τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής.

Όσον αφορά στη διοίκηση του Κ.Υ., στο άρθρο 18, προβλεπόταν ότι ο οικείος νομάρχης θα διορίζε τριμελή επιτροπή, στην οποία ένα μέλος θα ήταν ο πρόεδρος, άλλο μέλος θα ήταν ο αρχαιότερος διευθυντής του Κ.Υ. και το τρίτο μέλος θα προερχόταν από μία από τις υπόλοιπες υπηρεσίες του Κ.Υ.

Κατά τη διάρκεια του έτους 1994, εκτός από προτάσεις που κατέθεσαν επιτροπές και αφορούσαν την ενίσχυση της Π.Φ.Υ. και του ρόλου των Κ.Υ., θεσπίστηκε ο **Νόμος 2194/1994** (ΦΕΚ 34/Τεύχος Α/16 Μαρτίου 1994). Ο νόμος αυτός, επαναφέρει σε ισχύ τις διατάξεις του ν.1397/83 και επανασυνδέει τα Κ.Υ. με τα νοσοκομεία. Σύμφωνα με το άρθρο 5, τα Κ.Υ. παύουν να υπάγονται πια στη Νομαρχία και θεωρούνται ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων.

Το έτος 1997, ψηφίζεται ο **Νόμος 2519/1997** (ΦΕΚ 165/Τεύχος Α/21 Αυγούστου 1997). Στο άρθρο 28 του συγκεκριμένου νόμου ορίζονται οι

πηγές εσόδων για τα Κ.Υ., που δεν διαφοροποιούνται από τις αντίστοιχες των νοσοκομείων. Έτσι, εκτός από την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων, προβλεπόταν η είσπραξη εξέταστων από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Το 2001, ο **Νόμος 2889/2001** (ΦΕΚ 37/Τεύχος Α/2 Μαρτίου 2001) στο άρθρο 1 θεσμοθέτησε την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.). Στη παράγραφο 4 του ίδιου άρθρου ορίζεται ότι τα Κ.Υ. μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, ενώ ο πρόεδρος του Πε.Σ.Υ τα εκπροσωπεί δικαστικώς και εξωδίκως.

Το **2002** σύμφωνα με υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1223/Τεύχος Β/20 Σεπτεμβρίου 2002) εισάγεται η πληρωμή τριών Ευρώ (3€) για εξέταστρα στα Κ.Υ. Η απόφαση αυτή, όμως, εξαιρεί από την υποχρέωση καταβολής των εξέταστων τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Τους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.
- Τα άτομα κάτω των 18 και άνω των 70 ετών, εφόσον είναι ανασφάλιστοι
- Τους κατόχους βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας
- Τους πολιτικούς πρόσφυγες
- Τους δικαιούχους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης βάσει ειδικών διατάξεων και υπουργικών αποφάσεων
- Τα Άτομα με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, όσους πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναιμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια, AIDS καθώς και τους τυφλούς.

Για τους υπόλοιπους ασφαλισμένους τα εξέταστρα θα επιβαρύνουν τον ασφαλιστικό τους φορέα. Με αυτή την απόφαση, ουσιαστικά, επιδιώχθηκε να καταβάλλουν οι τουρίστες τα εξέταστρα που τους αναλογούν από τη χρήση των υπηρεσιών του Κ.Υ., ώστε να μην υπάρχει απώλεια εσόδων, κάτι που θα συνέβαλε στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το ίδιο έτος σε εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (αριθμός: 96142 1/10/2002) αναφέρεται ότι τα εξέταστρα των τριών Ευρώ (3€) δεν καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία προς τα Κ.Υ., μέχρι τα Κ.Υ. να αποκτήσουν οργανωτική αυτοτέλεια και υπηρεσία είσπραξης των εξέταστρων.

Το 2004 ψηφίστηκε ένας πολλά υποσχόμενος νόμος, που θα έλυνε αρκετά εκκρεμή ζητήματα, που αφορούσαν κυρίως στη Π.Φ.Υ. Ο **Νόμος 3235/2004** (ΦΕΚ 53/Τεύχος Α/18 Φεβρουαρίου 2004) προέβλεπε την ενιαιοποίηση των δομών Π.Φ.Υ. με τη δημιουργία Κ.Υ. των ασφαλιστικών οργανισμών (Κέντρα Υγείας Ο.Κ.Α.). Ακόμη, προέβλεπε την ίδρυση νέων Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. με ενιαίους όρους και προϋποθέσεις με τα Κ.Υ. των ασφαλιστικών οργανισμών. Για να ιδρυθούν τα νέα Κ.Υ. έπρεπε να προηγηθεί η έγκριση σκοπιμότητας (άρθρο 4), που θα περιελάμβανε τα εξής στοιχεία:

- Την αναγκαιότητα της ίδρυσης
- Τα πληθυσμιακά δεδομένα
- Το βαθμό συγκέντρωσης και αύξησης του πληθυσμού της περιοχής στην οποία προτείνεται η ίδρυση
- Τη γειτνίαση με υπάρχουσες ανάλογες υποδομές
- Τις συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής
- Τη γειτνίαση με νοσηλευτικές μονάδες και
- Την επέκταση του συστήματος παροχής Π.Φ.Υ.

Επίσης, για την εξυπηρέτηση του πολίτη, όριζε:

- Την ολοήμερη λειτουργία των Κ.Υ. του Ε.Σ.Υ. και των Ο.Κ.Α.
- Τη χρήση ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας για τη λειτουργία συστήματος προγραμματισμού επισκέψεων στα Κ.Υ., ώστε να καταγράφονται δεδομένα για τις προγραμματισμένες και διενεργηθείσες πράξεις.
- Τη χρήση συστήματος τηλεϊατρικής σε Κ.Υ. απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών, μετά από σχετική μελέτη σκοπιμότητας και κόστους.

- Την εγκατάσταση πλήρους υποδομής σε κάθε Κ.Υ. για τη τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, αλλά και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό.

Επιπροσθέτως, ο νόμος στα άρθρα 12, 13 και 14, ανέφερε το περιεχόμενο, τη διαδικασία και τις συνέπειες πιστοποίησης των Κ.Υ. ως κατεξοχήν υποδομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Ως κριτήρια πιστοποίησης ορίστηκαν:

- Η ιατρική υποδομή και ο εξοπλισμός
- Η ξενοδοχειακή υποδομή
- Η υποδομή μηχανογράφησης
- Η εξέταση ποσοτικών και ποιοτικών χαρακτηριστικών στη στελέχωση του προσωπικού
- Η τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών
- Οι διαδικασίες πρόσβασης
- Η ποιότητα έργου και η εξυπηρέτηση του κοινού
- Η διασύνδεση των φορέων Π.Φ.Υ. τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης
- Η ποιότητα τήρησης διαδικασιών

Σε περίπτωση που το Κ.Υ. δεν πληροί τα κριτήρια πιστοποίησης, σύμφωνα με το νόμο, καθορίζεται κάποια προθεσμία συμμόρφωσης από τον Υπουργό Υγείας, ενώ σε περίπτωση μη συμμόρφωσης ο αρμόδιος διοικητικός φορέας οφείλει να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κ.Υ. εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης.

Στην **παρούσα χρονική στιγμή** βρίσκεται σε δημόσια διαβούλευση το «Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ.», το οποίο προβλέπει τη μετονομασία των Κ.Υ. αστικού τύπου σε «Κέντρα Υγείας πόλης», τα οποία θα συστήνονται σε αστικά κέντρα με πληθυσμό άνω των 50.000 κατοίκων. Ακόμη, προβλέπει

τη μετονομασία των Κ.Υ. αγροτικών και ημιαστικών περιοχών σε «Κέντρα Υγείας περιφέρειας». Όσον αφορά στην εποπτεία των Κ.Υ., αυτή θα γίνεται από τις Υ.Π.Ε. (πρώην Πε.Σ.Υ.) στις οποίες υπάγονται. Ενώ, για τις αμοιβές των Κ.Υ. δεν ορίζεται κάτι διαφορετικό από τους προηγούμενους νόμους σχετικά με την είσπραξη των εξέταστων από τα ασφαλιστικά ταμεία, ρύθμιση η οποία όμως, προς το παρόν, δεν έχει υλοποιηθεί.

2.3. Τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα σήμερα

Παρά τις αρκετές νομοθετικές ρυθμίσεις των προηγούμενων ετών, που επικεντρώνονται στην επίλυση των προβλημάτων των Κ.Υ. και στη λειτουργία τους σε ένα αποτελεσματικότερο πλαίσιο, παρατηρώντας τη σημερινή κατάσταση συμπεραίνουμε ότι δεν έχουν εφαρμοσθεί όσα έχουν προβλεφθεί. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην αδράνεια των αρμόδιων φορέων να προβούν στις αναγκαίες αλλαγές, καθώς και σε παρεμβάσεις από εξωτερικούς παράγοντες των οποίων τα συμφέροντα αντιτίθενται στην ενίσχυση της Π.Φ.Υ.

Μέχρι σήμερα, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, έχουν συσταθεί συνολικά 212 Κ.Υ. από τα οποία όμως λειτουργούν μόνο τα 190, με αρκετά προβλήματα που σχετίζονται με τις υποδομές, τη στελέχωση, την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού και άλλες λειτουργικές και οικονομικές αδυναμίες. Αποτέλεσμα των παραπάνω προβλημάτων είναι η μη ανταπόκριση των Κ.Υ. στο ρόλο τους, η ανεπαρκής ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, η αδυναμία ποιοτικής και αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., η υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και κατ' επέκταση η αύξηση του συνολικού κόστους λειτουργίας του Συστήματος Υγείας.

Τα εν ενεργεία Κ.Υ. έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις ο πληθυσμός που εξυπηρετούν δεν είναι σταθερός, είτε λόγω ύπαρξης παρακείμενου πολυιατρείου του Ι.Κ.Α. είτε λόγω μη λειτουργίας προγραμματισμένου Κ.Υ. ή ακόμα και λόγω αύξησης του πληθυσμού τους καλοκαιρινούς μήνες.

Η λειτουργία των Κ.Υ. γίνεται σε οκτάωρη βάση πέντε ημέρες την εβδομάδα, ενώ τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες, καθώς και στις αργίες, εφημερεύουν. Τα περιστατικά που χαρακτηρίζονται ως σοβαρά ή επείγοντα και δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στα πλαίσια του Κ.Υ. μεταφέρονται με ασθενοφόρο στο νομαρχιακό νοσοκομείο.

Οι παρεχόμενες από το Κ.Υ. υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες είναι δωρεάν, παρά τις ρυθμίσεις που, όπως επισημάνθηκε παραπάνω, προέβλεπαν την είσπραξη του ποσού των 3€ ως εξέταστρα από συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών.

2.3.1. Προβλήματα των Κέντρων Υγείας

Η λειτουργία των Κ.Υ. στην Ελλάδα απέχει πολύ από τα διεθνώς καθορισμένα πρότυπα. Αυτή η απόκλιση οφείλεται αφενός μεν στη μη ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και της «ομάδας υγείας», που θα εξασφάλιζαν συνέχεια και αποτελεσματικότητα στη φροντίδα υγείας, και αφετέρου σε μια σειρά από προβλήματα, όπως επισημαίνονται από ομάδα έρευνας του Π.Ο.Υ. (Report of a WHO Study Group, 1997):

- Προβλήματα διοίκησης που υφίστανται τόσο στο επίπεδο των Κ.Υ. όπου παρατηρείται έλλειψη ομαδικότητας και αποσπασματικές προσπάθειες ανάπτυξης και εφαρμογής σχεδίων δράσης, όσο και σε εθνικό επίπεδο όπου οι τεχνικές και διοικητικές δεξιότητες, που απαιτούνται για την ομαλή λειτουργία των Κ.Υ., είναι ανεπαρκείς.
- Περιορισμένοι χρηματοοικονομικοί, υλικοί και ανθρώπινοι πόροι, ιδιαίτερα σε μη αστικές περιοχές, λόγω της μη συνειδητοποίησης της σημασίας και του ρόλου των Κ.Υ. στο Ε.Σ.Υ.
- Έλλειψη ικανών και κατάλληλα εκπαιδευμένων στελεχών, ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που ανακύπτουν.

- Ανεπαρκείς και χαμηλής ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες από τα Κ.Υ., που έχουν ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση του ρόλου τους στη συνείδηση των πολιτών, οι οποίοι προσφεύγουν σε μονάδες δευτεροβάθμιου επιπέδου και στον ιδιωτικό τομέα.

2.3.1.1. Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας

Οι υπηρεσίες του Κ.Υ. δεν υποστηρίζονται από μηχανογραφημένο σύστημα, το οποίο θα διευκόλυνε τόσο την εσωτερική επικοινωνία όσο και την επικοινωνία των γιατρών του Κ.Υ. με τους γιατρούς των νοσοκομείων στα οποία ο ασθενής έχει νοσηλευθεί, ώστε να υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα. Αντιθέτως, παρατηρείται έντονη γραφειοκρατία. Τα στοιχεία των ασθενών στα περισσότερα Κ.Υ. τηρούνται χειρόγραφα, ενώ δεν περιλαμβάνουν το ιστορικό τους. Επίσης, δεν λειτουργεί «σύστημα ραντεβού», ώστε να οργανώνονται οι επισκέψεις στο Κ.Υ., για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Ενώ, το καθηκοντολόγιο των υπαλλήλων είναι άτυπο.

Η Διεύθυνση του Κ.Υ. ασκείται από γιατρό, για τον οποίο δεν τίθενται ως προϋπόθεση οι διοικητικές γνώσεις και δεξιότητες, με αποτέλεσμα τα διοικητικά καθήκοντα να ασκούνται εμπειρικά. Ακόμη, δεν υλοποιούνται προγράμματα επιμόρφωσής τους σε θέματα διοίκησης, με έμφαση στις ιδιαιτερότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με αποτέλεσμα τη διαίωνιση των υπαρχόντων προβλημάτων λειτουργίας. (Μοσκοφίδου, 2001)

Η επικοινωνία της Διεύθυνσης με τους εργαζομένους δεν είναι συστηματική προς όλα τα τμήματα, αλλά επικεντρώνεται κυρίως στη Γραμματεία Κίνησης Ασθενών, από όπου ναι μεν παρακολουθεί τη κίνηση και τα παράπονα των ασθενών, αλλά δεν ενημερώνεται για τις ανάγκες των ασθενών από τα άλλα τμήματα.

Επίσης, η εσωτερική επικοινωνία είναι κατά κύριο λόγο άτυπη και προφορική. Δεν περιλαμβάνει την μελέτη προτάσεων και την ανάπτυξη πρωτοβουλιών από τους εργαζόμενους, σχετικά με τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών. Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην εξυπηρέτηση περισσότερων ασθενών, εις βάρος της ποιοτικής

ανταπόκρισης στις ανάγκες υγείας τους. Μόνο με ατομικές πρωτοβουλίες και κατά τη διάρκεια παροχής των υπηρεσιών υγείας, πραγματοποιούν έρευνες και συγκεντρώνουν στοιχεία για τις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών, οι οποίες, όμως, δεν στηρίζονται σε συστηματικές μεθόδους και εργαλεία, ούτε αξιοποιούνται τα συλλεχθέντα δεδομένα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ακόμη, τα Κ.Υ. στην Ελλάδα λόγω της υπαγωγής τους στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία εμφανίζουν τα εξής προβλήματα:

- Οι αποφάσεις λαμβάνονται από το Δ.Σ. του νοσοκομείου χωρίς καμία συμμετοχή της διεύθυνσης του Κ.Υ., όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε θέματα που αφορούν στο προσωπικό. Αυτό συνεπάγεται την αδυναμία υπεράσπισης των συμφερόντων του Κ.Υ.
- Ο προϋπολογισμός των Κ.Υ. περιλαμβάνεται στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Επομένως, δεν υπάρχει οικονομική ανεξαρτησία και ως εκ τούτου δημιουργούνται δυσλειτουργίες στην άντληση πόρων, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ανάγκης.

Όμως, και κατά τη διάρκεια που τα Κ.Υ. υπάγονταν στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιών, αυτά τα προβλήματα δεν είχαν επιλυθεί, ενώ ήταν εμφανής η αδυναμία συντονισμού και επιστημονικής υποστήριξης των Κ.Υ., λόγω έλλειψης γνώσεων και αντίληψης των ιδιαιτεροτήτων της Π.Φ.Υ., από τις αρμόδιες Διευθύνσεις. (Ζηλίδης, 1995)

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα μιας έρευνας σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από δημόσιο Κ.Υ. (Γαλανάκη, 2000), οι διαστάσεις των Κ.Υ. που χρήζουν άμεσης βελτίωσης, λόγω των χαμηλών ποσοστών ικανοποίησης είναι:

- ο νοσηλευτικός και ιατρικός εξοπλισμός,
- ο χρόνος αναμονής από την ημέρα που κλείσθηκε το ραντεβού μέχρι την ημέρα πραγματοποίησης του
- η τήρηση της ώρας του ραντεβού και ο χρόνος αναμονής έξω από το ιατρείο,
- η ταχύτητα εξυπηρέτησης στο ιατρείο,

- η καθαριότητα των ιατρικών μέσων μεταφοράς και εξέτασης, των χώρων αναμονής και των εξωτερικών χώρων

2.3.1.2. Προβλήματα Στελέχωσης

Όσον αφορά στη στελέχωση των Κ.Υ. από την έναρξη λειτουργίας τους έως σήμερα υπάρχουν ελλείψεις και αποκλίσεις από τον αρχικό σχεδιασμό και τις προτάσεις του Κε.Σ.Υ. Αιτία αυτού του φαινομένου είναι η απουσία προγράμματος προτεραιοτήτων στις προσλήψεις, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικά κενά γενικών και ειδικών γιατρών, επισκεπτριών υγείας, κοινωνικών λειτουργών, φυσικοθεραπευτών ή τεχνολόγων εργαστηρίων. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι τα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια σε ορισμένα Κ.Υ. δεν λειτουργούν λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού. Ταυτόχρονα είναι αναλογικά αρκετό το διοικητικό προσωπικό, το προσωπικό επιστάσις και τα πληρώματα ασθενοφόρων.

Παράλληλα, είναι έντονο το φαινόμενο τα νοσοκομεία να αποσπούν το προσωπικό των Κ.Υ. για την πλήρωση των κενών θέσεων του νοσοκομειακού τομέα, γεγονός που επιτείνει το πρόβλημα και καθιστά αδύνατη την εύρυθμη λειτουργία των Κ.Υ.

Το μέγεθος του προβλήματος μπορεί να διαπιστωθεί παρατηρώντας τις ελλείψεις σε ποσοστά. Έτσι, η μέση κάλυψη σε ιατρικό προσωπικό είναι μικρότερη του 38,6% των προβλεπόμενων θέσεων, ενώ μία στις τρεις οργανικές θέσεις όλων των ειδικοτήτων στα Κ.Υ. είναι κενές και εκτιμάται ότι λείπουν τουλάχιστον 1.000 γενικοί γιατροί από τις συγκεκριμένες μονάδες. Τα μεγαλύτερα προβλήματα καταγράφονται στις θέσεις παιδιάτρων και ακτινολόγων, όπου η κάλυψη σε αρκετές περιπτώσεις είναι μηδενική με αποτέλεσμα οι ασθενείς να απευθύνονται στα νοσοκομεία. (Μπουλουτζιά, 2008)

Όσον αφορά στο υπόλοιπο προσωπικό, τα ποσοστά κάλυψης των θέσεων φαίνεται να είναι ελαφρώς καλύτερα. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στη νοσηλευτική υπηρεσία των Κ.Υ. το ποσοστό κάλυψης των θέσεων ανέρχεται στο 62,6% των προβλεπόμενων θέσεων. Στον τομέα των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας το ποσοστό κάλυψης φτάνει στο

59,8% των προβλεπόμενων θέσεων, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης προβλεπόμενων θέσεων στα Κ.Υ. παρουσιάζεται στη διοικητική υπηρεσία το οποίο είναι 73,7%. (Μοσκοφίδου, 2001)

Εκτός, όμως, από την υποστελέχωση συνολικά των Κ.Υ. υπάρχει κακός γεωγραφικός καταμερισμός του προσωπικού, καθώς σε κάποια Κ.Υ. παρατηρούνται ελλείψεις και σ' άλλα πλεονασμός, ενώ παράλληλα οι ιατροί ειδικοτήτων δεν πραγματοποιούν σε όλες τις περιπτώσεις τις προγραμματισμένες επισκέψεις στα Κ.Υ.

2.3.1.3. Προβλήματα εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση του προσωπικού των Κ.Υ. όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, δεν είναι προσανατολισμένη σε θέματα Π.Φ.Υ., αλλά είναι νοσοκομειοκεντρική, γεγονός που δυσχεραίνει την ανταπόκριση στις ανάγκες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ενώ στο παρελθόν είχαν γίνει προσπάθειες από την Επιτροπή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του Κε.Σ.Υ. σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. για την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τα στελέχη των Κ.Υ. σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, στη συνέχεια ατόνισαν. (Μωραΐτης και συν., 1995)

Όσον αφορά στους γενικούς γιατρούς που απασχολούνται στα Κ.Υ., είναι γιατροί που έκαναν το αγροτικό τους και έλαβαν μετεκπαίδευση σύντομου χρονικού διαστήματος για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων της βασικής προπτυχιακής εκπαίδευσης και όχι σχετικά με τη Π.Φ.Υ.

Επιπλέον, δεν έχει ληφθεί καμία μέριμνα για την εκπαίδευση του υπόλοιπου προσωπικού των Κ.Υ., για το οποίο η μετεκπαίδευση προβλέπεται ως προαιρετική, όπως επίσης ο ενδιαφερόμενος επιλέγει τα γνωστικά αντικείμενα που θα διδαχθεί (Κομματάς, 1998).

Έτσι, δεν υπάρχει εξειδικευμένη γνώση από τα στελέχη των Κ.Υ. πάνω στην προληπτική και την κοινωνική ιατρική, ούτε όμως και στη διοίκηση και διαχείριση της λειτουργίας των μονάδων αυτών. Αυτή η έλλειψη αντικατοπτρίζεται σε έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας από την επαφή μεταξύ χρήστη και επαγγελματία υγείας. Στις εν λόγω έρευνες η ικανοποίηση των χρηστών

του νοσοκομείου και του Κ.Υ. δεν διαφέρει, γεγονός που αντανακλά εν μέρει την κοινή εκπαίδευσή των επαγγελματιών υγείας των δύο διαφορετικών βαθμίδων. (Μπένος, 1995)

2.3.1.4. Προβλήματα χρηματοδότησης

Στο ισχύον σύστημα χρηματοδότησης των Κ.Υ. βασική πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, ενώ δεν υπάρχει αυτονομία των Κ.Υ. στη διαχείριση των οικονομικών πόρων τους, αλλά φορέας διαχείρισης είναι το Δ.Σ. του Νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται κάθε Κ.Υ.

Είναι γεγονός ότι η εξάρτηση από τον Γενικό Προϋπολογισμό για το Ε.Σ.Υ., η κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και οι άσκοπες δαπάνες ευθύνονται όχι μόνο για τις ανεπάρκειες των Κ.Υ. σε τεχνολογικά και πληροφοριακά συστήματα, αλλά και για τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Γαλανάκη, 2000)

Επίσης, παρατηρείται απουσία συγκεκριμένης στρατηγικής σε επίπεδο πολιτικής ηγεσίας για τη κατανομή των πόρων μεταξύ Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας, καθώς και έλλειψη ενός μηχανισμού για τον καθορισμό προτεραιοτήτων στη κατανομή των πόρων στην Π.Φ.Υ. Έτσι, ενώ είναι επιτακτική η ανάγκη καθορισμού προτεραιοτήτων για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής απόδοσης των περιορισμένων πόρων, εντούτοις υπάρχει αδυναμία κάλυψης των αναγκών υψίστης προτεραιότητας ή ανάπτυξης δραστηριοτήτων που εκλείπουν.

Το βασικό κόστος λειτουργίας των Κ.Υ. αφορά την αμοιβή των απασχολούμενων, η οποία είναι πάγια, ενώ το ποσό του προϋπολογισμού που κατευθύνεται προς τα Κ.Υ. δεν διαμορφώνεται με βάση τη πληθυσμιακή κάλυψη, τη παραγωγικότητα ή τις ειδικές ανάγκες της συγκεκριμένης περιοχής στην οποία εδρεύει το Κ.Υ. Αντιθέτως, οι πόροι προς τα Κ.Υ. στις περισσότερες περιπτώσεις συμβαδίζουν με τις προσλήψεις, που επιτυγχάνονται ευκολότερα στις πιο προνομιούχες περιοχές εις βάρος των μη προνομιούχων περιοχών, όπου όμως οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες. (Ζηλίδης, 1995)

Αυτή η κατάσταση έχει σαν αποτέλεσμα την απουσία κινήτρων τόσο συνολικά του Κ.Υ., όσο και επιμέρους της Διοίκησης και του προσωπικού για την αύξηση της παραγωγικότητας, τη βελτίωση της ποιότητας και τον έλεγχο του κόστους. (Κυριόπουλος, 1994)

Επομένως, καθίσταται αναγκαία η αλλαγή του υφιστάμενου τρόπου χρηματοδότησης των Κ.Υ. και ένα πρώτο βήμα γι' αυτό αποτελεί η εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ.

2.3.2. Σύγκριση Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου

Στηριζόμενοι στα ευρήματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε δύο Κ.Υ., (Mariolis et al., 2008) ένα αστικού και ένα μη αστικού τύπου, παρατηρούμε ορισμένες διαφορές μεταξύ τους, σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και τους λόγους επιλογής του Κ.Υ.

Ξεκινώντας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών, στις μη αστικές περιοχές παρατηρούμε ότι είναι μεγαλύτερη η αναλογία των ηλικιωμένων προς τα άτομα εργάσιμης ηλικίας και στη πλειονότητά τους είναι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α., ενώ είναι πιο δύσκολη γι' αυτούς η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, λόγω των μεγάλων αποστάσεων και της έλλειψης συγκοινωνιών. Ακόμη, στις μη αστικές περιοχές οι κάτοικοι δεν έχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις για τη κάλυψη των αναγκών τους σε υπηρεσίες υγείας, λόγω του περιορισμένου αριθμού φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο Κ.Υ. αστικού τύπου της έρευνας τα υψηλά ποσοστά αλλοδαπών και ανασφάλιστων που το επισκέπτονται οφείλονται στο γεγονός ότι οι μετανάστες, οι οποίοι ως επί το πλείστον είναι ανασφάλιστοι, κατοικούν κυρίως στις αστικές περιοχές.

Επιπλέον, διαφέρει το είδος των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που χρησιμοποιούν οι πολίτες σε ένα Κ.Υ. αστικού και ένα μη αστικού τύπου. Οι πολίτες αγροτικών περιοχών, καθότι στη πλειοψηφία τους είναι ηλικιωμένοι, επισκέπτονται πιο συχνά τα τμήματα χρόνιων παθήσεων των Κ.Υ. σε σχέση με τον αστικό πληθυσμό. Ακόμη, στο Κ.Υ. αστικού τύπου της εν λόγω έρευνας, πραγματοποιούνται περισσότερες επισκέψεις κατ'

οίκον, και οι επισκέψεις στο παιδιατρικό τμήμα και στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών υπερέχουν αριθμητικά σε σύγκριση με το Κ.Υ. μη αστικής περιοχής. Οι παραπομπές σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας είναι λιγότερες σε Κ.Υ. αστικού τύπου από ότι σε Κ.Υ. μη αστικού τύπου. Επίσης, στα Κ.Υ. μη αστικών περιοχών οι επισκέψεις ανέρχονται στο μέγιστο σημείο τους κατά τη θερινή περίοδο, λόγω της αυξημένης τουριστικής κίνησης.

Σύμφωνα με την έρευνα, οι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες επισκέπτονται το Κ.Υ. της αστικής περιοχής, που μελετήθηκε, είναι ο μικρός χρόνος αναμονής, η εύκολη και γρήγορη πρόσβαση καθώς βρίσκεται κοντά στη περιοχή κατοικίας τους, η μη οικονομική επιβάρυνση αλλά και η ικανοποίηση τους από προηγούμενες επισκέψεις. Για το Κ.Υ. της μη αστικής περιοχής στους τρεις πρώτους λόγους προστίθεται και το γεγονός ότι το Κ.Υ. αποτελεί τη μοναδική επιλογή τους.

Οι προαναφερθείσες διαφορές μεταξύ Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου, επιτάσσουν την ανάγκη ύπαρξης ενός ευέλικτου Σ.Υ. που θα παρέχει τις κατάλληλες υπηρεσίες Π.Φ.Υ., σε κάθε πληθυσμό, ώστε να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του.

2.4. Επίλογος

Η λειτουργία των Κ.Υ. όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα και τα προβλήματα που παρατηρούνται σ' αυτά, οφείλονται στην αδράνεια των αρμόδιων φορέων για την ανασυγκρότηση των υπαρχόντων Κ.Υ. της χώρας καθώς και τη δημιουργία νέων. Παρόλ' αυτά δεν πρέπει να αποσιωπηθεί η συμβολή τους στην εξυπηρέτηση του αγροτικού κυρίως πληθυσμού και στη μείωση των διαπεριφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων, ενώ αξιοσημείωτη είναι η αποδοχή τους από τις τοπικές κοινωνίες.

Όμως, για να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα των Κ.Υ. σε λειτουργικό και οικονομικό επίπεδο απαιτείται να πραγματοποιηθούν προγραμματισμένες και κεντρικά ελεγχόμενες προσπάθειες που θα

επικεντρώνονται στην επίτευξη οικονομικής ανεξαρτησίας των Κ.Υ., στην καταγραφή των διαθέσιμων πόρων (υλικών, ανθρώπινων κ.λ.π.), στον εξαμηνιαίο έλεγχο των δαπανών και των διαθέσιμων πόρων, στην εφαρμογή συστήματος ραντεβού για τον προγραμματισμό των πόρων και στην ανάπτυξη μηχανογραφικού συστήματος τήρησης αρχείου ασθενών και ραντεβού.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΜΕΛΕΤΗ ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή

Εξαιρετικής σημασίας είναι ο συνδυασμός ενός σταθερού ποσού χρηματοδότησης, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, το οποίο όμως θα προέρχεται από την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και του παραγόμενου έργου των Κ.Υ. και ενός ποσού που θα διαμορφώνεται ανάλογα με τον αριθμό του καλυπτόμενου πληθυσμού και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η δεύτερη διάσταση χρηματοδότησης μπορεί να επιτευχθεί μέσω της είσπραξης εξέταστρων με την ανάπτυξη εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ. προβλέποντας την εξαίρεση ορισμένων κατηγοριών πολιτών και υπηρεσιών υγείας, στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής και της κοινωνικής φροντίδας. Κατ' αυτό τον τρόπο διευρύνονται οι πηγές εσόδων για τα Κ.Υ., ενώ παράλληλα περιορίζεται η αποκλειστική εξάρτηση τους από τον κρατικό προϋπολογισμό. (Προβόπουλος και συν., 1990).

Με την παραπάνω διαπίστωση εναρμονιζόταν και η Υπουργική Απόφαση του 2002 που προέβλεπε την εφαρμογή των νόμων 1397/1983 και 2519/1997 για την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα Κ.Υ. Όμως, αυτή η υπουργική απόφαση ανεστάλη με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας το 2002, όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο. Οι λόγοι αναστολής της λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού ήταν η ελλιπής οργάνωση των πόρων του Κ.Υ. για την υποστήριξη της λειτουργία του εν λόγω μηχανισμού καθώς και η αντίδραση από πολίτες και ιατρικούς φορείς,

όπως η Ι.Σ.Α. και η Ε.Ι.Ν.Α.Π. Η αδυναμία οργάνωσης των Κ.Υ. οφείλεται κατά ένα ποσοστό στην αδράνεια των διοικήσεων των νοσοκομείων στα οποία υπάγονται τα Κ.Υ., καθώς δεν αποδίδουν το απαιτούμενο ενδιαφέρον για την ενίσχυση της Π.Φ.Υ.

Ενδεικτική είναι η μαρτυρία του προσωπικού του Κ.Υ. της Τήνου, σύμφωνα με την οποία είχε ξεκινήσει να εφαρμόζεται η χρέωση των παρεχόμενων υπηρεσιών για τους ξένους τουρίστες, αλλά δεν κράτησε πολύ, παρότι οι πρώτες ενδείξεις ήταν πως είναι προσοδοφόρο. Οι αναφερόμενοι λόγοι εγκατάλειψης του ήταν η απουσία προσωπικού για την είσπραξη των εξέταστων τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ενώ ούτε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το υποστήριζε, με αποτέλεσμα να εγκαταλειφθεί σταδιακά.

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, για να διαπιστωθεί η σπουδαιότητα λειτουργίας του μηχανισμού είσπραξης εσόδων στα Κ.Υ. κρίθηκε σκόπιμο:

- Να αποτυπωθεί η μηνιαία και ετήσια κίνηση των Κ.Υ., λαμβάνοντας ενδεικτικά στοιχεία από ένα Κ.Υ. αστικού τύπου (Κ.Υ. Βύρωνας) και ένα μη αστικού τύπου (Κ.Υ. Γαλατά) και με βάση αυτά να προσδιοριστεί το ύψος των διαφευγόντων εσόδων, από τη μη είσπραξη εξέταστων.
- Στον υπολογισμό των διαφευγόντων εσόδων να μην συμπεριληφθούν οι ιατρικές πράξεις και τα προγράμματα που γίνονται από τα Κ.Υ. στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής και της κοινωνικής φροντίδας, όπως είναι οι εμβολιασμοί και τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας. Ενώ, υπολογίστηκαν τα διαφεύγοντα έσοδα από ιατρικές επισκέψεις, κατ' οίκον νοσηλεία, επείγοντα περιστατικά και εργαστηριακές εξετάσεις.
- Οι ιατρικές πράξεις, για τον υπολογισμό των διαφευγόντων εσόδων, να τιμολογηθούν με βάση τη χρέωση που εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ. του 1992 και τις τροποποιήσεις που αυτό έχει υποστεί, δηλαδή η επίσκεψη αντιστοιχεί σε 3 €, ενώ οι εξετάσεις χρεώνονται ανάλογα το είδος τους (βλ. Παράρτημα Γ αναλυτικό πίνακα χρεώσεων ιατρικών πράξεων Κ.Υ.).

- Οι ασθενείς να διακριθούν σε κατηγορίες ανάλογα την ασφαλιστική τους κατάσταση, ώστε από τον υπολογισμό των συνολικών εσόδων από τις ιατρικές πράξεις προς όλους τους ασθενείς να αφαιρεθεί το ποσό που αναλογεί σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, για τους οποίους η Υπουργική Απόφαση του 2002 προέβλεπε ότι εξαιρούνται από τη πληρωμή εξέταστων.
- Για τον προσδιορισμό των διαφευγόντων εσόδων τα Κ.Υ. μη αστικού τύπου να διακριθούν σε τουριστικά και αγροτικά, καθώς τα Κ.Υ. που βρίσκονται σε τουριστικές περιοχές αφενός μεν δέχονται επισκέψεις από περισσότερους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α. σε σχέση με τα αστικά Κ.Υ. αλλά λιγότερους σε σχέση με τα Κ.Υ. σε αμιγώς αγροτικές περιοχές, ενώ τους θερινούς μήνες μειώνεται η αναλογία των ασθενών με ασφάλιση του Ο.Γ.Α. και αυξάνονται οι επισκέψεις από ασφαλισμένους σε ιδιωτικές εταιρίες και από ξένους τουρίστες. Από την άλλη μεριά, στα Κ.Υ. που βρίσκονται σε αμιγώς αγροτικές περιοχές, ο υψηλός αριθμός των ασφαλισμένων στον Ο.Γ.Α. δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη μεταβολή το καλοκαίρι.

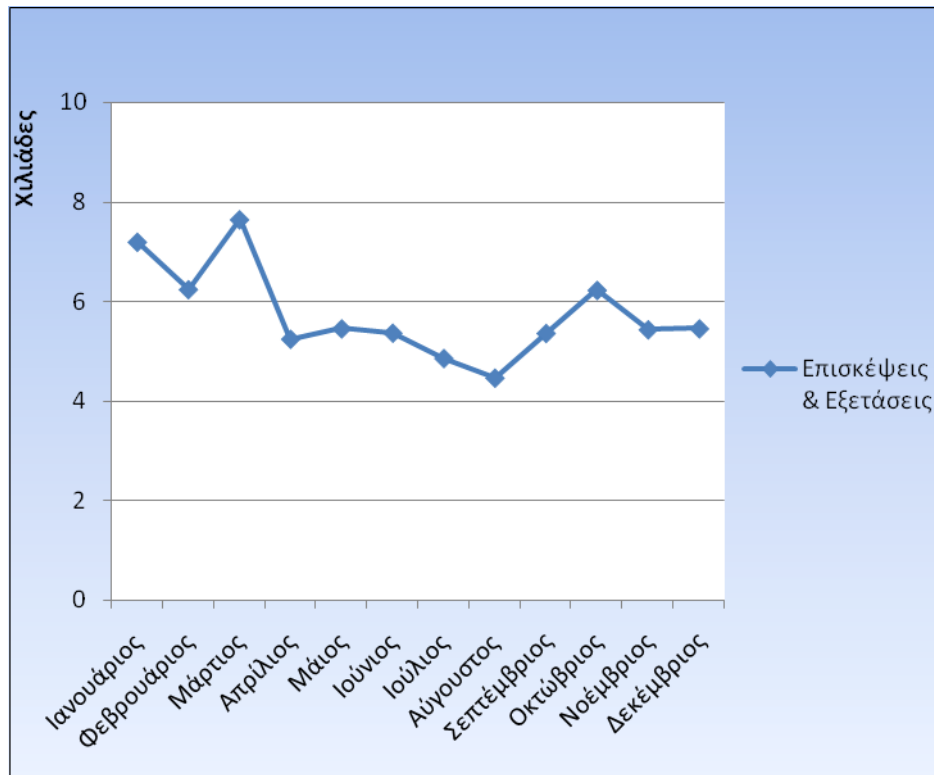
Ο πίνακας 3.1. αποτυπώνει τις διάφορες κατηγορίες Κ.Υ. και κατά προσέγγιση τα ποσοστά των ασθενών που τα επισκέπτονται ανάλογα με την ασφαλιστική τους κατάσταση. Η αποτύπωση του αριθμού των ασθενών και της ασφαλιστικής τους κατάστασης στηρίχθηκε στα στατιστικά στοιχεία που καταγράφουν οι γραμματείες των Κ.Υ., τα οποία όμως είναι προσεγγιστικά και όχι απολύτως ακριβή, διότι δεν περιλαμβάνουν όλες τις ιατρικές πράξεις που εκτελούνται, καθώς επίσης διότι δεν χρησιμοποιείται το βιβλιάριο υγείας των ασθενών, παρά μόνο για τη συνταγογράφηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1: Ασφαλιστική κατάσταση ασθενών ανά Κέντρο Υγείας

	Κ.Υ. αστικού τύπου	Κ.Υ. μη αστικού τύπου τουριστικής περιοχής-θερινοί μήνες	Κ.Υ. μη αστικού τύπου τουριστικής περιοχής-χειμερινοί μήνες	Κ.Υ. μη αστικού τύπου αμγώς αγροτικής περιοχής
Ασφαλισμένοι Ο.Γ.Α.	10%-30%	30%-50%	50%-70%	70%-90%
Ανασφάλιστοι	8%	4%	4%	4%
Ιδιωτική ασφάλιση & Ξένοι τουρίστες	0,1%	6%	1%	---
Ασφ/νοι στα υπόλοιπα ασφ/κά ταμεία	61,9%-81,9%	40%-60%	25%-45%	6%-26%

3.2. Κέντρα Υγείας αστικού τύπου

Η ανάλυση για τα Κ.Υ. αστικού τύπου, θα στηριχθεί σε στοιχεία του Κ.Υ. Βύρωνα για τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιήθηκαν εκεί το 2007, περιλαμβανομένων των επισκέψεων και των εξετάσεων. Έτσι, προκύπτουν συνολικά 68.959 ετήσιες ιατρικές πράξεις, ενώ η κίνηση ανά μήνα αποτυπώνεται στην εικόνα 3.1.



ΕΙΚΟΝΑ 3.1: Μηνιαία κίνηση Κ.Υ. αστικού τύπου

Από το διάγραμμα παρατηρούμε ότι το μέγιστο σημείο των ιατρικών πράξεων του αστικού Κ.Υ. παρατηρείται το Μάρτιο, ενώ η μικρότερη κίνηση παρατηρείται τους καλοκαιρινούς μήνες και ιδιαίτερα τον Αύγουστο, λόγω του ότι μετακινείται ο πληθυσμός από τα αστικά κέντρα στα νησιά και τις επαρχίες.

Όσον αφορά στην απώλεια εσόδων από τη μη είσπραξη εξετάστρων, αν υπολογισθούν οι ιατρικές πράξεις προς όλους τους ασθενείς, ετησίως διαμορφώνεται στα 208.836 €, ενώ μηνιαίως κυμαίνεται ανάλογα τη κίνηση του Κ.Υ. Από τα ετήσια συνολικά έσοδα αν αφαιρεθεί το ποσό που αναλογεί σε ιατρικές πράξεις προς ανασφάλιστους και άπορους (8%), προκύπτουν 192.129 €, ενώ αν δεν συμπεριληφθούν ούτε οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. (υπολογίστηκαν ως το 25%) τα ετήσια έσοδα φθάνουν τα 139.920 € (βλ. Παράρτημα Α: Πίνακες μηνιαίας κίνησης και διαφευγόντων εσόδων Κ.Υ. Βύρωνα).

Από την άλλη μεριά το ετήσιες λειτουργικές δαπάνες του Κ.Υ. διαμορφώνονται σε 64.354 €, σύμφωνα με στοιχεία από την οικονομική υπηρεσία του Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», στο οποίο υπάγεται το Κ.Υ.

Βύρωνα. Σ' αυτό το ποσό δεν υπολογίζεται η μισθοδοσία των υπαλλήλων, καθώς δεν περιλαμβάνεται στους ετήσιους απολογισμούς που συντάσσει η οικονομική υπηρεσία του νοσοκομείου για το Κ.Υ. Όπως συμβαίνει με τους μισθούς του προσωπικού των νοσοκομείων, η μισθοδοσία του προσωπικού του Κ.Υ. καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και επιβαρύνει το προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας.

Στη σημερινή κατάσταση με την αποκλειστική χρηματοδότηση του Κ.Υ. από τον κρατικό προϋπολογισμό, παρατηρείται έλλειμμα, το οποίο για το 2007 διαμορφώνεται τουλάχιστον στα 9.889 €, καθώς η ετήσια επιχορήγηση του Κ.Υ. είναι 54.465 €, με την οποία καλύπτονται και οι λειτουργικές δαπάνες των Ιατρο-Κοινωνικών κέντρων (ΙΑ.Κ.) που υπάγονται στο Κ.Υ.

3.2.1. Επιβάρυνση κόστους Κέντρου Υγείας αστικού τύπου από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού

Στη περίπτωση που τεθεί σε λειτουργία ο μηχανισμός εισπραξης, το κόστος των Κ.Υ. αυξάνεται λόγω των επιπλέον πόρων που απαιτούνται. Έτσι, τα Κ.Υ. επιβαρύνονται με τα επιπλέον έξοδα μισθοδοσίας από την πρόσληψη υπαλλήλων για την οικονομική δραστηριότητα, καθώς και με το κόστος λειτουργίας του κατάλληλου Πληροφοριακού Συστήματος.

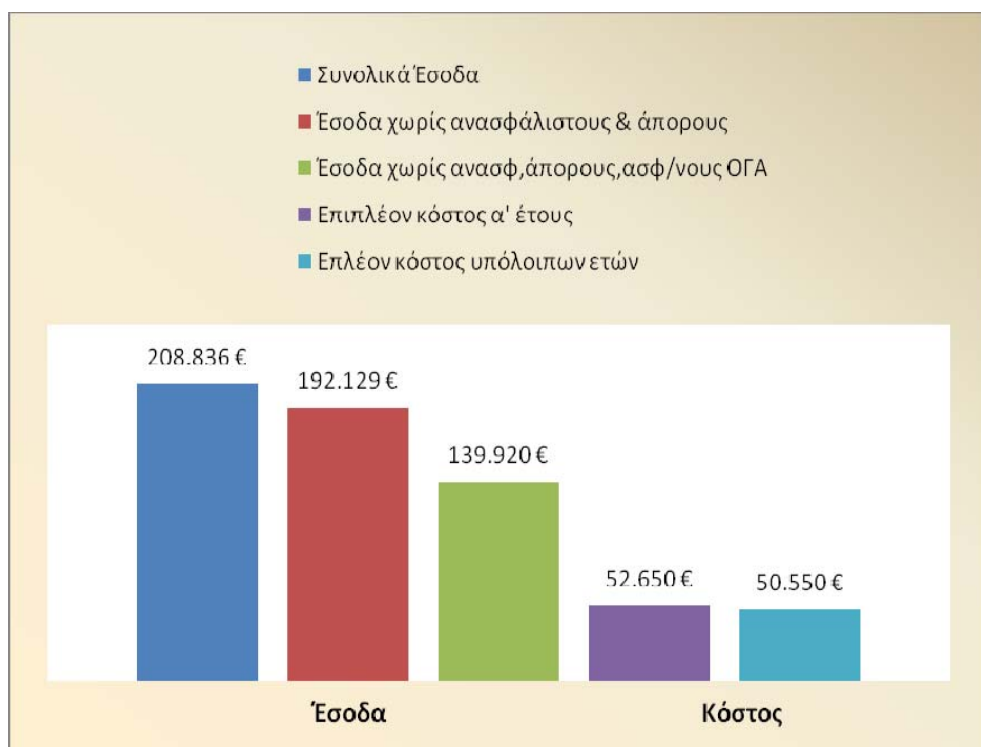
Για τον προσδιορισμό του επιπλέον κόστους μισθοδοσίας, επιχειρείται η προσέγγιση του αριθμού των υπαλλήλων που θα απασχολούνται στη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού. Υπολογίζοντας κατά μέσο όρο τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιούνται στο Κ.Υ. του Βύρωνα σε μία ώρα, προκύπτει ότι περίπου ένας ασθενής ανά δέκα λεπτά επισκέπτεται το αστικό Κ.Υ. Αν θεωρήσουμε ότι ένας υπάλληλος έχει τη δυνατότητα να εξυπηρετήσει κατά μέσο όρο δυο ασθενείς κάθε 10 λεπτά, τότε απαιτείται τουλάχιστον ένας υπάλληλος να απασχολείται ανά οκτώωρο για την είσπραξη των χρημάτων. Συνεπώς, απαιτείται η πρόσληψη τριών (3)

υπαλλήλων με γνώσεις οικονομικών, για την 24ώρη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού. Το μέσο μηνιαίο κόστος για την αμοιβή ενός διοικητικού υπαλλήλου, με βάση την εκτίμηση ενός υπεύθυνου οικονομικού τμήματος νοσοκομείου, ανέρχεται περίπου σε 1.200€. Επομένως, το ετήσιο κόστος μισθοδοσίας για τους τρεις υπαλλήλους διαμορφώνεται στα 50.400€.

Ακόμη, πρέπει να προσθέσουμε το κόστος του Πληροφοριακού Συστήματος που θα εφαρμοσθεί στο Κ.Υ. για την υποστήριξη του εν λόγω μηχανισμού. Σύμφωνα με την εκτίμηση ενός υπεύθυνου τμήματος πληροφορικής νοσοκομείου, το κόστος για την αγορά ενός λογισμικού υποστήριξης οικονομικών δραστηριοτήτων για τα Κ.Υ., για το πρώτο έτος ανέρχεται σε 2.250€, περιλαμβάνοντας και την εκπαίδευση του προσωπικού στη χρήση του, ενώ η ετήσια συντήρησή του κυμαίνεται στα 150€. Επομένως, το κόστος του Κ.Υ. Βύρωνα για το πρώτο έτος λειτουργίας του μηχανισμού αυξάνεται κατά 52.650€, ενώ για τα υπόλοιπα έτη κατά 50.550 €.

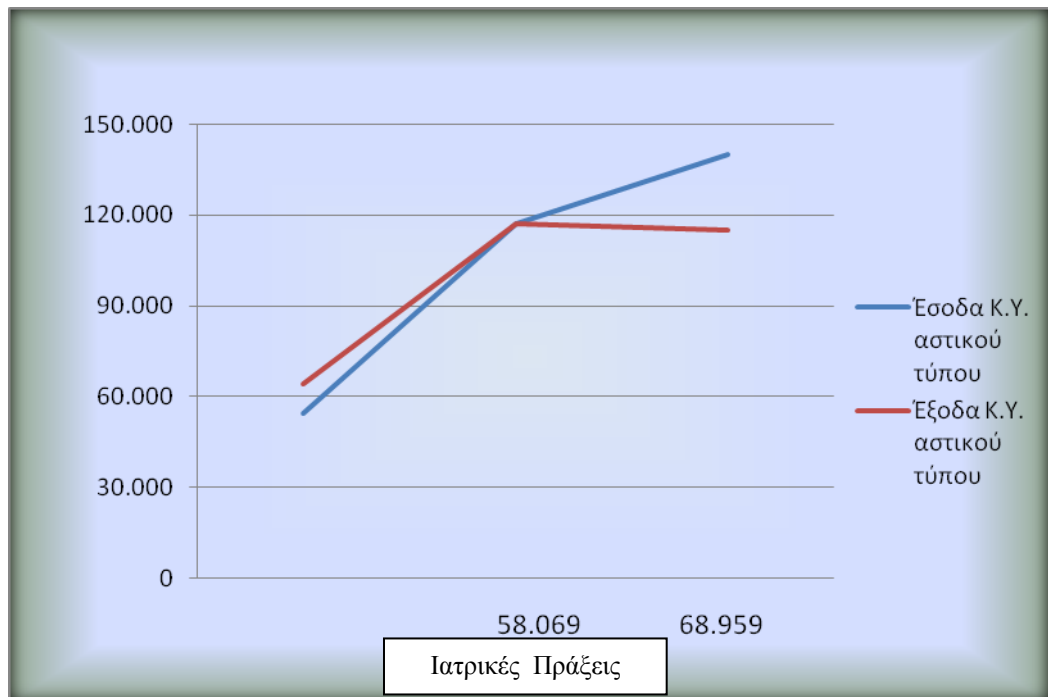
3.2.2. Σύγκριση εσόδων-κόστους με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου

Στην εικόνα 3.2. αποτυπώνονται τα συνολικά έσοδα από την είσπραξη εξέταστρον από όλες τις ιατρικές πράξεις, τα έσοδα χωρίς την είσπραξη από ανασφάλιστους και άπορους, καθώς και τα έσοδα χωρίς τους ανασφάλιστους και άπορους ούτε τους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α., συγκρινόμενα με τα επιπλέον κόστη (μισθοδοσία νέων υπαλλήλων και χρήση Π.Σ.). Συγκρίνοντας την πιο απαισιόδοξη εκδοχή των εσόδων με το επιπλέον κόστος, συμπεραίνουμε ότι η αναλογία τους διαμορφώνεται περίπου σε 3/1, δηλαδή τα επιπλέον έσοδα είναι σχεδόν τριπλάσια του επιπλέον κόστους.



ΕΙΚΟΝΑ 3.2: Σύγκριση εσόδων - κόστους εισπρακτικού μηχανισμού σε Κ.Υ. αστικού τύπου

Στην εικόνα 3.3. απεικονίζεται ο αριθμός των ιατρικών πράξεων που πρέπει να πραγματοποιεί ετησίως το Κ.Υ. αστικού τύπου, ώστε να επιτευχθεί εξίσωση των εσόδων με τα συνολικά έξοδα (Νεκρό Σημείο). Στα έξοδα (117.004€ για το πρώτο έτος και 114.904€ για τα υπόλοιπα έτη) περιλαμβάνονται τα ετήσια λειτουργικά έξοδα, το επιπλέον κόστος μισθοδοσίας των νέων υπαλλήλων και το κόστος χρήσης Π.Σ., ενώ δεν περιλαμβάνεται η μισθοδοσία του υπόλοιπου προσωπικού. Χωρίς την είσπραξη των εξετάστρων το Κ.Υ. λειτουργεί με έλλειμμα ύψους 9.889 €. Μετά τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, τα έσοδα χωρίς να υπολογιστεί η είσπραξη από ανασφάλιστους, άπορους και ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α., εξισώνονται με τα έξοδα αν πραγματοποιηθούν ετησίως 58.069 ιατρικές πράξεις. Οι ιατρικές πράξεις του Νεκρού Σημείου στη συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιούνται μέχρι και τον Οκτώβρη. Υπολογίζοντας τις ιατρικές πράξεις μέχρι και το Δεκέμβρη (68.959) το Κ.Υ. ξεπερνά το Νεκρό Σημείο και λειτουργεί με πλεόνασμα (22.916 € στο πρώτο έτος και 25.016 € για τα υπόλοιπα έτη).



ΕΙΚΟΝΑ 3.3: *Νεκρό Σημείο Κ.Υ. αστικού τύπου*

Με τη πλεονασματική λειτουργία των Κ.Υ. αστικού τύπου θα μειωθεί η επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού, μέσω του οποίου καλύπτονταν οι λειτουργικές δαπάνες και η μισθοδοσία. Τα εξέταστρα θα καλύπτουν τις λειτουργικές δαπάνες και ο κρατικός προϋπολογισμός θα επιβαρύνεται μόνο με τη μισθοδοσία, όπως συμβαίνει σήμερα στα νοσοκομεία.

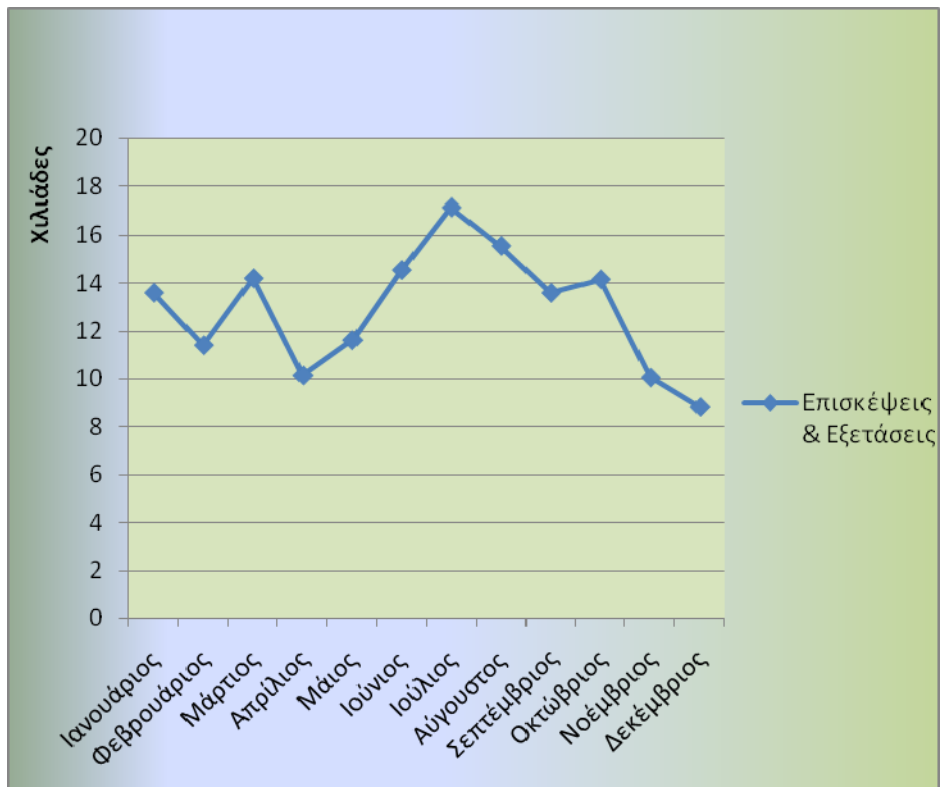
3.3. Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου

Για την ανάλυση των Κ. Υ. μη αστικού τύπου μελετήθηκαν δεδομένα ιατρικών πράξεων του Κ.Υ. Γαλατά για το 2007, ενώ τα σχετικά οικονομικά δεδομένα διατέθηκαν από το Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», στο οποίο υπάγεται διοικητικά το εν λόγω Κ.Υ.

Στη παρούσα μελέτη επιδιώχθηκε να καλυφθούν όλες οι εκδοχές ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών των Κ.Υ. μη αστικού τύπου. Για το λόγο αυτό, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα Κ.Υ. στην ακόλουθη ανάλυση διακρίθηκαν, ως εξής:

- Κ.Υ. μη αστικού τύπου σε τουριστικές περιοχές, όπου τους χειμερινούς μήνες το ποσοστό των ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. υπολογίστηκε κατά προσέγγιση σε 65%. Όμως, το ίδιο ποσοστό μειώνεται τους καλοκαιρινούς μήνες και προσεγγίζει το 45%, ενώ αυξάνονται οι ασθενείς που έχουν άλλους ασφαλιστικούς φορείς καθώς και εκείνοι με ιδιωτική ασφάλιση και οι ξένοι τουρίστες.
- Κ.Υ. μη αστικού τύπου σε αμιγώς αγροτικές περιοχές, όπου οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. υπολογίστηκαν κατά προσέγγιση σε 85%, ενώ για τους καλοκαιρινούς μήνες δεν παρουσιάζουν ουσιαστική μεταβολή.

Έτσι, λοιπόν, οι ιατρικές πράξεις ενός Κ.Υ. μη αστικού τύπου υπολογίζονται σε 155.023 ετησίως. Η μηνιαία διακύμανσή τους αποτυπώνεται στην εικόνα 3.4.



ΕΙΚΟΝΑ 3.4: Μηνιαία κίνηση Κ.Υ. μη αστικού τύπου

Το μέγιστο σημείο του διαγράμματος βρίσκεται στο μήνα Ιούλιο, ενώ και τους υπόλοιπους δύο καλοκαιρινούς μήνες (Ιούνιο και Αύγουστο) η κίνηση είναι ιδιαίτερα αυξημένη, λόγω του τουρισμού. Από την άλλη μεριά τους χειμερινούς μήνες παρατηρείται λιγότερη κίνηση και το ελάχιστο σημείο του διαγράμματος βρίσκεται στο μήνα Δεκέμβριο.

Τα διαφεύγοντα έσοδα από τη μη είσπραξη εξετάστρων ανέρχονται συνολικά σε 466.521 € ετησίως, ενώ αν αφαιρεθεί η αναλογία των ιατρικών πράξεων προς ανασφάλιστους και άπορους (4%), το ποσό αυτό γίνεται 447.860 €. Αν δεν συμπεριληφθεί η χρέωση των ιατρικών πράξεων ούτε προς τους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α., διαφέρει το ποσό των διαφευγόντων εσόδων για τα Κ.Υ. σε τουριστική και αγροτική περιοχή, λόγω του διαφορετικού ποσοστού των ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. σε κάθε περιοχή, όπως αναλύθηκε νωρίτερα. Έτσι, τα διαφεύγοντα έσοδα για τα Κ.Υ. τουριστικών περιοχών διαμορφώνονται σε 173.126 €, ενώ για τα Κ.Υ. αγροτικών περιοχών σε 51.317 € (βλ.

Παράρτημα Β: Πίνακες μηνιαίας κίνησης και διαφευγόντων εσόδων Κ.Υ. Γαλατά).

Οι λειτουργικές δαπάνες των Κ.Υ. μη αστικού τύπου, χωρίς τη μισθοδοσία, διαμορφώνονται κατά προσέγγιση στα 341.456 € ετησίως. Η επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό για τη κάλυψη των λειτουργικών δαπανών ανέρχεται σε 242.456 €. Επομένως, διαπιστώνεται υψηλό έλλειμμα της τάξης των 99.000 €.

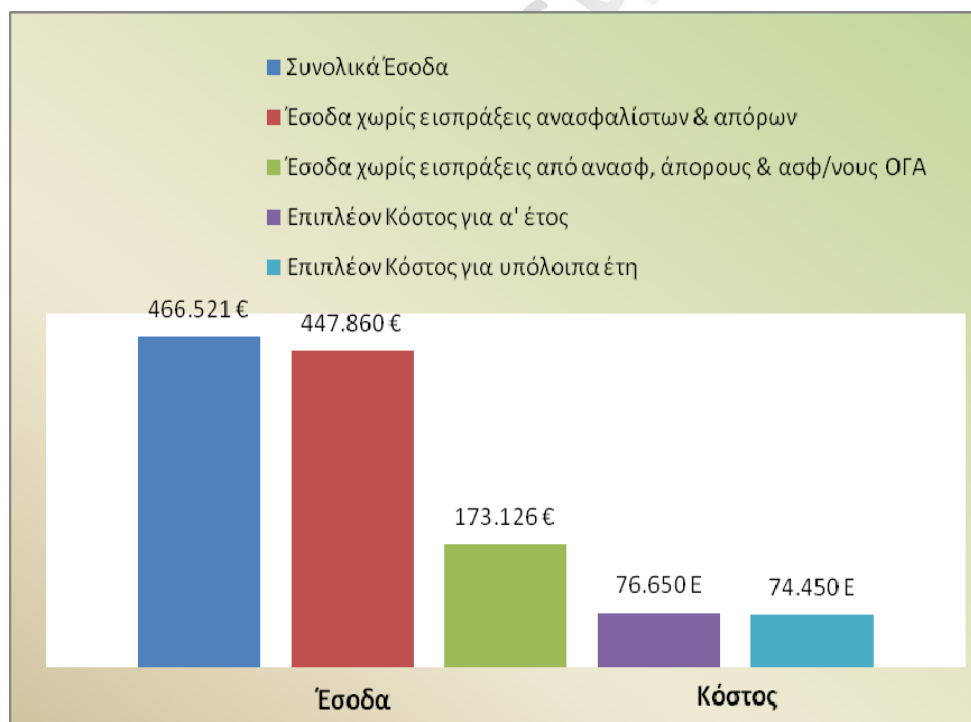
3.3.1. Επιβάρυνση κόστους Κέντρου Υγείας μη αστικού τύπου από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού

Για τη λειτουργία του μηχανισμού είσπραξης στο Κ.Υ. υπολογίζεται ότι απαιτείται η πρόσληψη τουλάχιστον τεσσάρων (4) υπαλλήλων, δύο για τη πρωινή βάρδια και ένας για κάθε μια από τις επόμενες βάρδιες, για τους χειμερινούς μήνες, που ανά δέκα λεπτά εξυπηρετούν κατά μέσο όρο τρεις ασθενείς, με τη μεγαλύτερη κίνηση να σημειώνεται τις πρωινές ώρες. Για την αντιμετώπιση της αυξημένης ζήτησης στα Κ.Υ. τουριστικών περιοχών του καλοκαιρινούς μήνες υπολογίζεται ότι θα διατίθενται από το νοσοκομείο δύο ακόμη υπάλληλοι, καθώς κατά μέσο όρο εκείνη τη περίοδο εξυπηρετούν τέσσερις ασθενείς ανά δέκα λεπτά. Υπολογίζοντας ως μέσο μηνιαίο μισθό ενός διοικητικού υπαλλήλου τα 1.200 €, το ετήσιο κόστος μισθοδοσίας των τεσσάρων νέων υπαλλήλων κυμαίνεται σε 67.200 €, το οποίο για τα Κ.Υ. τουριστικών περιοχών αυξάνεται με τους μισθούς των δύο επιπλέον υπαλλήλων για τους καλοκαιρινούς μήνες κατά 7.200 € και ανέρχεται συνολικά σε 74.400 €.

Το επιπλέον κόστος για τη λειτουργία του Π.Σ. είναι ίδιο με εκείνο που αναφέρθηκε στην ανάλυση των Κ.Υ. αστικού τύπου (2.250 € για το πρώτο έτος και 150 € ετήσια συντήρηση για τα επόμενα έτη). Συνεπώς, η συνολική αύξηση του κόστους με την είσπραξη των εξέταστων στα Κ.Υ. μη αστικού τύπου σε τουριστική περιοχή, για το πρώτο έτος λειτουργίας είναι 76.650 €, ενώ για τα υπόλοιπα έτη είναι 74.450 €. Για τα Κ.Υ. αγροτικών περιοχών η συνολική αύξηση του κόστους είναι 69.450 € για το πρώτο έτος και 67.350 € για τα υπόλοιπα.

3.3.2. Σύγκριση εσόδων – κόστους με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου

Για τα Κ.Υ. τουριστικών περιοχών, συγκρίνοντας τα έσοδα από την είσπραξη εξέταστων με το επιπλέον κόστος που έχει αυτή η λειτουργία, όπως απεικονίζεται στην εικόνα 3.5, συμπεραίνουμε ότι το επιπλέον κόστος σε καμία από τις τρεις περιπτώσεις δεν υπερβαίνει τα έσοδα. Το ελάχιστο επίπεδο εσόδων, όταν δεν εισπράττονται εξέταστρα από ανασφάλιστους, άπορους και ασφαλισμένους του ΟΓΑ, είναι σχεδόν 2,5 φορές μεγαλύτερο από το επιπλέον κόστος.

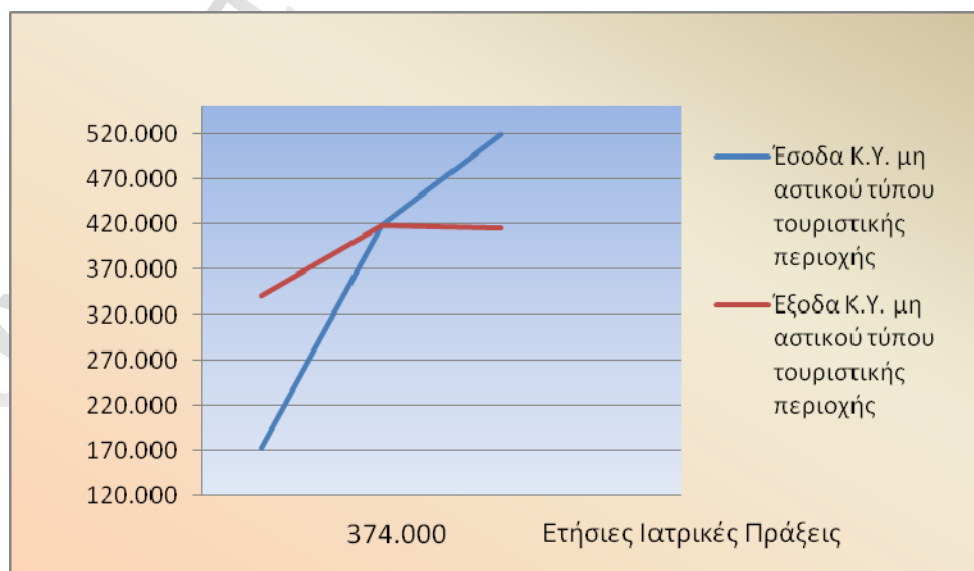


ΕΙΚΟΝΑ 3.5: Σύγκριση εσόδων - επιπλέον κόστους σε Κ. Υ. τουριστικών περιοχών

Όμως, εάν συσχετίσουμε τα έσοδα από εξέταστρα στα Κ.Υ. χωρίς τον υπολογισμό των εξέταστων από τις ειδικές κατηγορίες ασθενών (ανασφάλιστοι, άποροι, ασφαλισμένοι Ο.Γ.Α.), με το σύνολο των εξόδων του Κ.Υ. μετά τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού (418.106 € για το πρώτο έτος και 415.906 € για τα υπόλοιπα έτη, χωρίς τη

μισθοδοσία του υπάρχοντος προσωπικού των Κ.Υ.), προκύπτει αρνητική διαφορά (-244.980 € για το πρώτο έτος και -242.780 € για τα υπόλοιπα έτη). Η εξίσωση των εσόδων με τα έξοδα επιτυγχάνεται στο σημείο των 374.000 ιατρικών πράξεων (εικόνα 3.6.), οι οποίες, με βάση τα δεδομένα του Κ.Υ. Γαλατά, πραγματοποιούνται σε διάστημα 2,5 ετών.

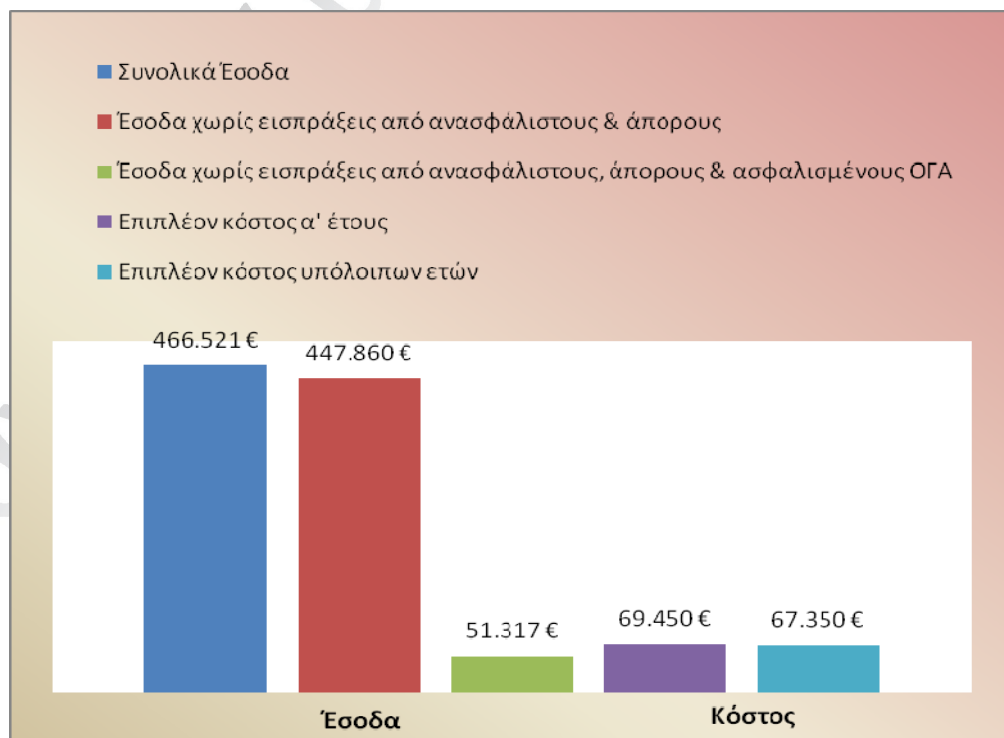
Βέβαια, δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι με την είσπραξη των εξέταστων επιτυγχάνεται η διεύρυνση των πόρων των Κ.Υ. για τη κάλυψη μέρους των λειτουργικών τους δαπανών και συνεπώς η ελάφρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Πιο συγκεκριμένα, χωρίς την είσπραξη εξέταστων ο κρατικός προϋπολογισμός, εκτός από τη μισθοδοσία είναι επιφορτισμένος και με τη κάλυψη του 100% των λειτουργικών δαπανών, αλλά δεν επαρκεί και έτσι τα Κ.Υ. λειτουργούν με ελλείμματα. Όμως, με τα εξέταστρα, χωρίς να υπολογιστούν οι εισπράξεις από τις ειδικές κατηγορίες ασθενών θα καλύπτεται το 50% των λειτουργικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένου και του επιπλέον λειτουργικού κόστους του Π.Σ. (συνολικές λειτουργικές δαπάνες για το πρώτο έτος 343.706 € και για τα υπόλοιπα έτη 341.606 €). Έτσι, θα περιοριστούν τα ελλείμματα των Κ.Υ.



ΕΙΚΟΝΑ 3.6: *Νεκρό Σημείο Κ.Υ. τουριστικής περιοχής*

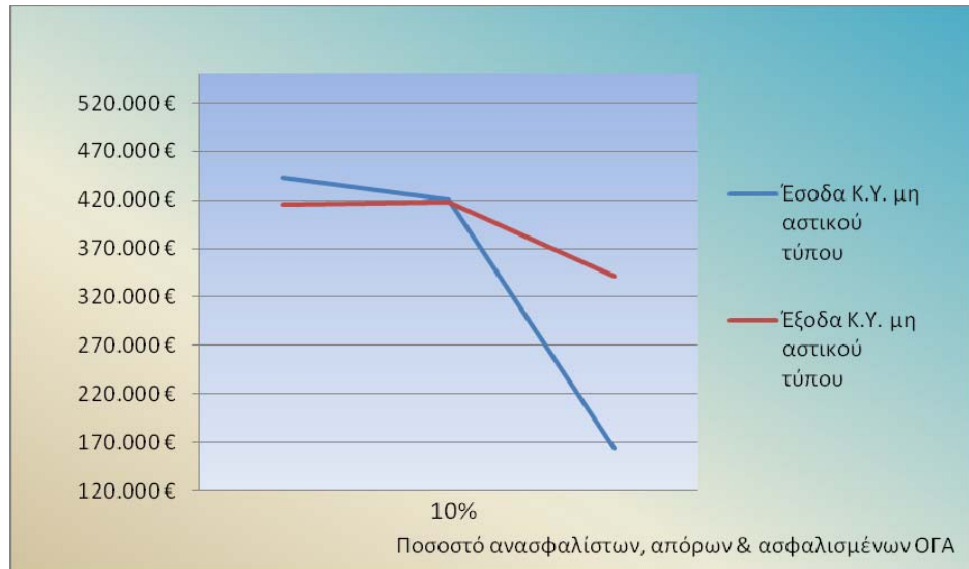
Από την άλλη μεριά για τα Κ.Υ. αγροτικών περιοχών λόγω του υψηλού ποσοστού ασφαλισμένων στον Ο.Γ.Α., τα έσοδα από τα εξέταστρα, χωρίς την εισπραξη από τις εξαιρούμενες κατηγορίες ασθενών, είναι μικρότερα από το επιπλέον κόστος του εισπρακτικού μηχανισμού (εικόνα 3.7). Εάν, όμως, λάβουμε υπόψη ότι η μισθοδοσία καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, το επιπλέον κόστος μόνο από τη λειτουργία του Π.Σ. (2.250€ για το πρώτο έτος και 150 € για τα υπόλοιπα έτη) καλύπτεται από τα έσοδα των εισπράξεων, τα οποία ακόμη, υπ' αυτή τη προοπτική, μπορούν να καλύψουν ένα μέρος των λειτουργικών δαπανών (το 15%) και να συμβάλλουν έτσι στον περιορισμό του ελλείμματος του Κ.Υ.

Πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι διαφέρει το σύνολο των ιατρικών πράξεων σε Κ.Υ. τουριστικά και αγροτικά, ενώ αντίστοιχα διαφοροποιείται το επίπεδο όχι μόνο των εσόδων αλλά και των εξόδων. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη προήλθαν από Κ.Υ. τουριστικής περιοχής και δεν αντιπροσωπεύουν πλήρως τα Κ.Υ. αγροτικών περιοχών, των οποίων τα στοιχεία κίνησης και εξόδων δεν ήταν εφικτό να συμπεριληφθούν στη παρούσα έρευνα.



ΕΙΚΟΝΑ 3.7: Σύγκριση εσόδων - επιπλέον κόστους σε Κ.Υ αγροτικών περιοχών

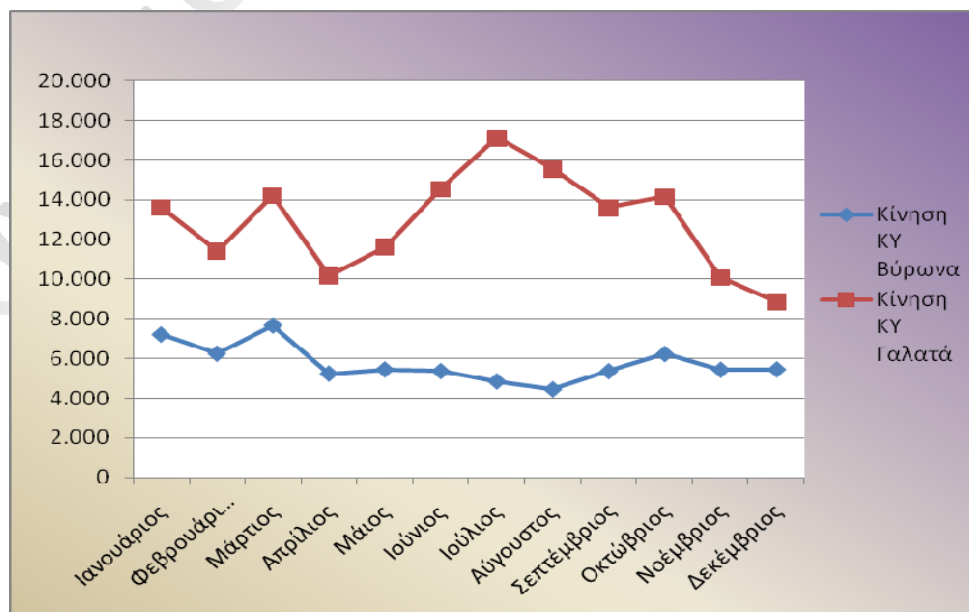
Το ποσοστό των ειδικών κατηγοριών ασθενών που εξαιρούνται από την είσπραξη εξέταστων (ανασφάλιστοι, άποροι και ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α.) στο οποίο ένα Κ.Υ., με τα δεδομένα της ετήσιας κίνησης του Κ.Υ. Γαλατά, επιτυγχάνει το Νεκρό Σημείο, αντιστοιχεί στο 10% του συνόλου των ιατρικών επισκέψεων και εξετάσεων (εικόνα 3.8).



ΕΙΚΟΝΑ 3.8: Νεκρό Σημείο Κ.Υ. μη αστικού τύπου

3.4. Σύγκριση διαφορετικών τύπων Κέντρων Υγείας

Η εικόνα 3.9 συγκρίνει τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιούνται στο Κ.Υ. Βύρωνα και στο Κ.Υ. Γαλατά, ενδεικτικά των δύο τύπων που αντιπροσωπεύουν.



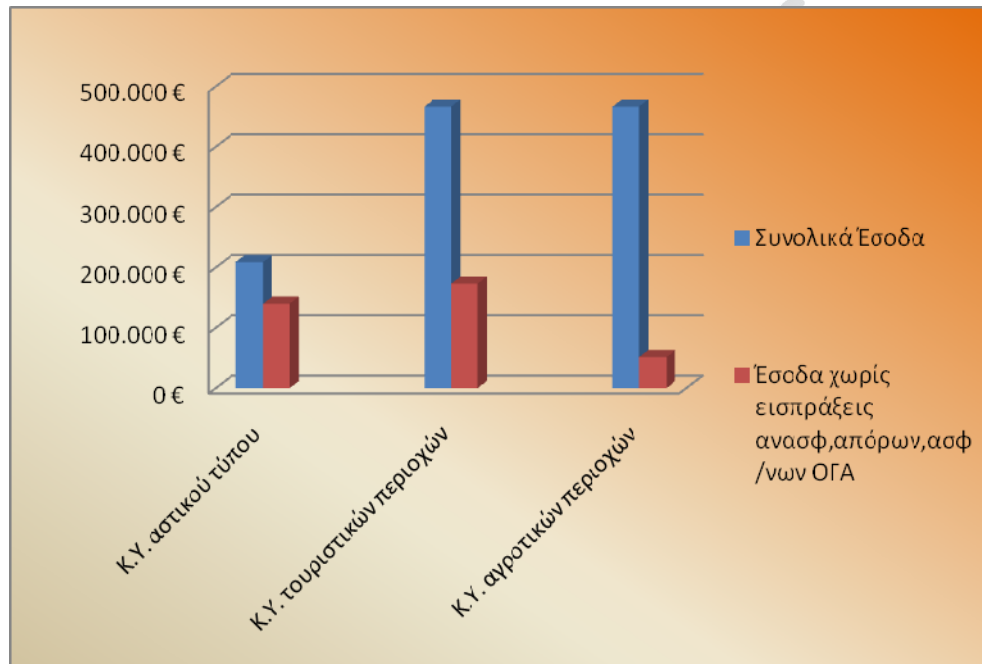
ΕΙΚΟΝΑ 3.9: Μηνιαία Κίνηση Κ.Υ. Αστικού & Μη Αστικού τύπου

Στο διάγραμμα αυτό παρατηρείται σημαντική απόκλιση στον αριθμό των ιατρικών πράξεων μεταξύ των δυο ειδών Κ.Υ., στην οποία κατά ένα μέρος οφείλεται και η απόκλιση στα συνολικά έσοδα και έξοδα. Οι λόγοι της παρατηρούμενης απόκλισης είναι ότι:

- Στις μη αστικές περιοχές το Κ.Υ. είναι η μόνη λύση για τους κατοίκους, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, σε αντίθεση με τις αστικές περιοχές, όπου οι ασθενείς απευθύνονται και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α., καθώς και ένα μεγάλο ποσοστό σε ιδιώτες γιατρούς.
- Τα δύο Κ.Υ. δεν παρέχουν τις ίδιες υπηρεσίες υγείας. Τα Κ.Υ. μη αστικών περιοχών προσφέρουν μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τα ελάχιστα αστικά Κ.Υ. που υπάρχουν, καθώς στις πόλεις οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. προσφέρονται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α.
- Στις μη αστικές περιοχές ο πληθυσμός είναι ως επί το πλείστον ηλικιωμένοι, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, και ως εκ τούτου κάνουν συχνότερες ιατρικές επισκέψεις και περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις.
- Η τουριστική κίνηση των μη αστικών περιοχών κατά τους καλοκαιρινούς μήνες επιδρά αυξητικά στη συνολική κίνηση των Κ.Υ. στις περιοχές αυτές.

Στην εικόνα 3.10 συγκρίνονται τα συνολικά έσοδα από εξέταστρα μεταξύ των διαφορετικών τύπων Κ.Υ., καθώς επίσης αποτυπώνεται η διαφοροποίηση τους όσον αφορά στα ποσοστά των ειδικών κατηγοριών ασθενών (ανασφάλιστοι, άποροι και ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α.), μέσω της μείωσης των συνολικών εσόδων λόγω μη είσπραξης εξέταστρων απ' αυτούς. Στις αστικές περιοχές το ποσοστό αυτών των κατηγοριών ανέρχεται περίπου σε 33%, στις τουριστικές περιοχές τους καλοκαιρινούς μήνες υπολογίστηκε κατ' εκτίμηση σε 49% και για τους χειμερινούς μήνες σε 69%, ενώ στις αγροτικές περιοχές προσδιορίζεται περίπου σε 89%. Στις πόλεις αφενός μεν διαμένουν περισσότεροι μετανάστες, όπως

αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, και έτσι εκεί το ποσοστό των ανασφάλιστων είναι υψηλότερο, αλλά στην επαρχία το ποσοστό των ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. είναι μεγαλύτερο, με αποτέλεσμα εκεί να παρουσιάζονται και τα μικρότερα έσοδα από εξέταστρα.

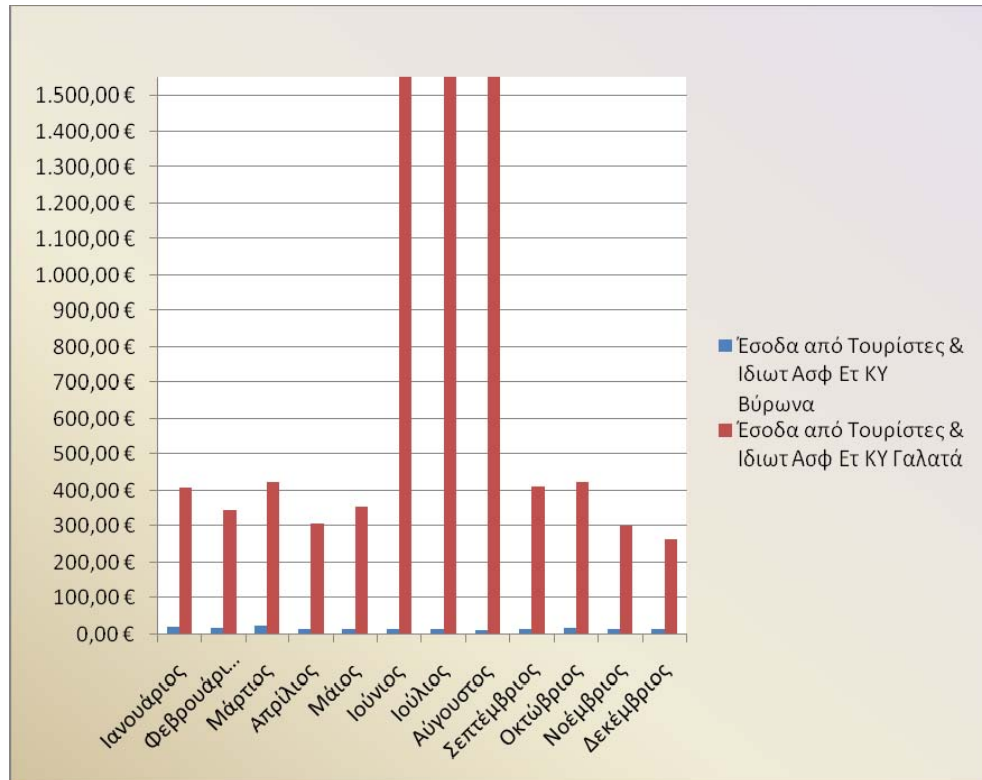


ΕΙΚΟΝΑ 3.10: Σύγκριση Μείωσης Εσόδων στα διαφορετικά Κ.Υ. λόγω ειδικών κατηγοριών ασθενών

Όσον αφορά στους ξένους τουρίστες και στους ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, στα Κ.Υ. τουριστικών περιοχών υπολογίζονται στο 6% του συνόλου των επισκέψεων, για τους τρεις καλοκαιρινούς μήνες, ενώ τους υπόλοιπους μήνες το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 1%. Τα διαφεύγοντα έσοδα από τη μη είσπραξη εξέταστρων από τις ιατρικές πράξεις προς αυτές τις κατηγορίες ασθενών είναι περίπου 11.800 €. Στις αγροτικές περιοχές δεν είναι αξιοσημείωτος ο αριθμός των ξένων τουριστών και των ασθενών με ιδιωτική ασφάλιση.

Ανάλογα στοιχεία του Κ.Υ. Βύρωνα δείχνουν ότι οι ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση και οι ξένοι τουρίστες είναι το 0,1% των ετήσιων επισκέψεων. Παρουσιάζουν σχετική σταθερότητα κατά τη διάρκεια όλου του έτους με τα αντίστοιχα διαφεύγοντα έσοδα να διαμορφώνονται περίπου στα 210 € ετησίως.

Στην εικόνα 3.11 παρουσιάζεται η μηνιαία διαμόρφωση των εσόδων που δυνητικά θα είχαν τα δυο Κ.Υ. μόνο από τους ξένους τουρίστες και τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση, αν λειτουργούσε ο εισπρακτικός μηχανισμός.



ΕΙΚΟΝΑ 3.11: Μηνιαία έσοδα Κ.Υ. αστικού & μη αστικού τύπου από τουρίστες & ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες

Η αιτία της παρατηρούμενης απόκλισης, όπως διατυπώθηκε παραπάνω, είναι ότι το Κ.Υ. της αστικής περιοχής δεν δέχεται πολλές επισκέψεις από ξένους τουρίστες και ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση. Αυτό δικαιολογείται και από το γεγονός ότι στις πόλεις οι ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση απευθύνονται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα υγείας, εναλλακτική την οποία πιο σπάνια έχουν οι ίδιοι στην επαρχία κατά τη διάρκεια των διακοπών τους το καλοκαίρι.

Η μεγαλύτερη κίνηση και τα έσοδα των Κ.Υ. των μη αστικών περιοχών από τους ξένους τουρίστες και τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση θα συμβάλλουν κατά ένα μέρος στην κάλυψη των μεγαλύτερων

οικονομικών αναγκών που έχουν, σε σχέση με ένα Κ.Υ. αστικού τύπου. Επίσης, ένα πλεονέκτημα της λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού είναι η αμεσότητα της πληρωμής των εξέταστων από τις κατηγορίες των ασφαλισμένων του ιδιωτικού τομέα και των ξένων τουριστών, καθώς τις περισσότερες φορές πληρώνουν οι ίδιοι και στη συνέχεια τους επιστρέφει το ποσό η ασφαλιστική τους εταιρία. Αυτό συμβάλλει στην αύξηση της ρευστότητας του Κ.Υ. και στη δυνατότητα κάλυψης εκτάκτων δαπανών. Εκτός, βέβαια, από τις περιπτώσεις των τουριστών που προέρχονται από χώρες της Ε.Ε., οι οποίοι, σύμφωνα με οδηγία της Ε.Ε., λαμβάνουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας και το Κ.Υ. μετά διεκδικεί τα εξέταστρα από τους αρμόδιους φορείς στη χώρα προέλευσης τους.

3.5. Επίλογος

Οι ανάγκες χρηματοδότησης των Κ.Υ. αστικού και μη αστικού τύπου διαφέρουν τόσο μεταξύ τους, λόγω του συνόλου του πληθυσμού που εξυπηρετούν στη διάρκεια ενός έτους, όσο και για καθένα Κ.Υ. χωριστά κάθε μήνα, λόγω του διαφορετικού όγκου ιατρικών πράξεων που εκτελεί.

Με τον υφιστάμενο τρόπο χρηματοδότησης των Κ.Υ. αποκλειστικά από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, η ροή των οικονομικών πόρων προς αυτά είναι σταθερή και δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των Κ.Υ., με αποτέλεσμα να καθίσταται προβληματική τόσο η αντιμετώπιση των εκτάκτων δαπανών τους, όσο και η βελτίωση των υπηρεσιών τους. Η λειτουργία του μηχανισμού εισπραχής των εξέταστων στα Κ.Υ. προσδοκάται ότι θα συμβάλλει στη κάλυψη των ιδιαίτερων χρηματοδοτικών αναγκών κάθε Κ.Υ. και θα μειώσει τη συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη κάλυψη των λειτουργικών δαπανών.

4. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ

4.1. Προϋποθέσεις και διαδικασία λειτουργίας εισπρακτικού μηχανισμού

Για την εξασφάλιση της επιτυχούς λειτουργίας του μηχανισμού είσπραξης των εξέταστων στα Κ.Υ. απαιτείται να εκπληρωθούν ορισμένες προϋποθέσεις, και να τηρηθούν οι διαδικασίες που προβλέπει το Δημόσιο Λογιστικό.

Αρχικά, χρειάζεται να εκδοθεί εγκύκλιος από το Υπουργείο Υγείας που θα στηρίζεται στους νόμους 1397/1983 και 2519/1997 καθώς και στην Υπουργική Απόφαση του 2002 περί είσπραξης των εξέταστων από τα Κ.Υ. Στην εν λόγω εγκύκλιο θα ορίζεται ο απαιτούμενος τρόπος οργάνωσης των Κ.Υ. καθώς και τα απαραίτητα στάδια, για την εφαρμογή του εισπρακτικού μηχανισμού, ακολουθούμενα από χρονοδιαγράμματα.

Επιπλέον, είναι επιτακτικής σημασίας να πραγματοποιηθούν είτε προσλήψεις είτε αποσπάσεις ή ακόμα και μερική διάθεση από τα νοσοκομεία, εξειδικευμένου σε θέματα οικονομικής διαχείρισης προσωπικού, που θα απασχοληθεί στην είσπραξη των εξέταστων. Εν συνεχεία, θα πρέπει να προγραμματισθεί η κατάλληλη εκπαίδευση του νέου προσωπικού, να καθορισθούν σαφώς τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητές τους, καθώς και να εξασφαλισθεί η λειτουργία του Πληροφοριακού Συστήματος που θα υποστηρίζει τις διαδικασίες είσπραξης των εξέταστων.

Ακόμη, κρίνεται αναγκαίο να επισημανθούν προς όλα τα μέλη του προσωπικού τα οφέλη από τη λειτουργία του εν λόγω μηχανισμού, καθώς και να δοθούν κίνητρα για την υποστήριξη και προσαρμογή τους στο νέο τρόπο λειτουργίας του Κ.Υ. Παράλληλα, απαιτείται η πραγματοποίηση συστηματικού ελέγχου σε τακτά χρονικά διαστήματα για την παρακολούθηση υλοποίησης του νέου μηχανισμού κατά τον ενδεδειγμένο τρόπο. (Ζηλίδης, 1995)

Όσον αφορά στον αριθμό των υπαλλήλων που θα απασχολούνται στο Ταμείο, αυτός θα καθορισθεί από τη διεύθυνση του Κ.Υ. σε συνεργασία με τη διοίκηση του νοσοκομείου λαμβάνοντας υπόψη:

- την 24ωρη λειτουργία του Κ.Υ., επτά ημέρες την εβδομάδα
- το εύρος των υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται από το Κ.Υ.
- τις ιδιαιτερότητες της περιοχής όπου εδράζει το Κ.Υ., όπως για παράδειγμα τη πληθυσμιακή πυκνότητα, τη νοσηρότητα, καθώς και την τουριστική κίνηση ανάλογα την εποχή
- τις περιπτώσεις απουσίας κάποιου υπαλλήλου λόγω άδειας ή ασθένειας κ.λ.π.

Ο πίνακας 4.1. παρουσιάζει ενδεικτικά τις βάρδιες λειτουργίας του ταμείου και τον ελάχιστο αριθμό των υπαλλήλων ανά βάρδια, μετά από την ανάλυση του αριθμού των ιατρικών πράξεων, κατά τον τρόπο που περιγράφηκε στα εδάφια 3.2.1. για τα Κ.Υ. αστικού τύπου και 3.3.1. για τα Κ.Υ. μη αστικού τύπου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1: Αριθμός υπαλλήλων ταμείου ανά βάρδια

Ωράριο υπαλλήλων ταμείου	Ελάχιστος αριθμός υπαλλήλων Αστικού Κ.Υ. & Μη αστικού Κ.Υ.	
7:00 – 15:00	1	2
15:00 – 23:00	1	1
23:00 – 7:00	1	1

Σε περίπτωση ανάγκης η διοίκηση του νοσοκομείου σε συνεργασία με το Κ.Υ. ενδέχεται να αναθέτουν στο προσωπικό της γραμματείας να συνδράμει στη λειτουργία της οικονομικής υπηρεσίας του Κ.Υ.

Επιπροσθέτως, λαμβάνοντας υπόψη ότι κάθε Κ.Υ. είναι αποκεντρωμένη μονάδα ενός νοσοκομείου, με το οποίο θεωρούνται ως ένα Ν.Π.Δ.Δ. και έχουν κοινό Αριθμό Φορολογικού Μητρώου, οι υπάλληλοι της οικονομικής διαχείρισης του Κ.Υ. δεν έχουν οικονομική αυτοτέλεια Έτσι, διορίζονται από το Δ.Σ. του αρμόδιου νοσοκομείου και υπόκεινται σε έλεγχο από τον υπεύθυνο του Λογιστηρίου του νοσοκομείου και κατ' επέκταση από την προϊσταμένη του Οικονομικού Τμήματος.

Η λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού προβλέπεται ως εξής:

- Οι ασθενείς πριν επισκεφθούν οποιοδήποτε τμήμα περνούν από το ταμείο του Κ.Υ.
- Εάν πρόκειται για τουρίστες και ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση, πληρώνουν τα εξέταστρα που αναλογούν στην ιατρική πράξη, στην οποία θα υποβληθούν και εκδίδεται παραστατικό ηλεκτρονικά.
- Σε περίπτωση ασθενών με ασφάλιση από δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο, κρατείται απόκομμα από το βιβλιάριο υγείας του ασθενούς και ανάλογα τη σύμβαση του ασφαλιστικού φορέα με το Κ.Υ. ο ασθενής πληρώνει ή όχι ένα ποσό ως συμμετοχή και εκδίδεται παραστατικό.
- Οι περιπτώσεις ανασφαλιστών και οι λοιπές κατηγορίες ασθενών, που με την Υπουργική Απόφαση του 2002 προβλέπεται ότι εξαιρούνται από την πληρωμή εξετάστρων παραπέμπονται στο ανάλογο τμήμα του Κ.Υ. χωρίς να επιβαρυνθούν με τη πληρωμή εξετάστρων.
- Σε όλες τις περιπτώσεις πραγματοποιείται η ανάλογη καταχώριση στο Πληροφοριακό Σύστημα, και εκδίδεται Αριθμός Μητρώου του ασθενούς και παραπεμπτικό για το αντίστοιχο τμήμα του Κ.Υ.
- Στο τέλος της βάρδιάς του, ο ταμίας προβαίνει σε συμφωνία του ταμείου, ελέγχοντας τις συγκεντρωτικές καταστάσεις των καταχωρήσεων στο Π.Σ., τις εισπράξεις, τις αποδείξεις και τα αποκόμματα των βιβλιαρίων και δίνει αναφορά στον υπάλληλο της επόμενης βάρδιας.
- Κάθε δεκαπενθήμερο ή μήνα τα μετρητά και τα αποκόμματα των βιβλιαρίων αποστέλλονται στο Τμήμα Λογιστηρίου του νοσοκομείου.
- Στο τέλος του έτους ο ταμίας πραγματοποιεί την ετήσια συμφωνία του ταμείου.
- Στο Λογιστήριο του νοσοκομείου πραγματοποιείται έλεγχος για να διαπιστωθεί αν συμβαδίζουν οι συγκεντρωτικές καταστάσεις των καταχωρήσεων στο Π.Σ. του Κ.Υ., με τις εισπράξεις, τις αποδείξεις και τα αποκόμματα των βιβλιαρίων.
- Τα μετρητά κατατίθενται σε ειδικό λογαριασμό όψεως του Κ.Υ. στην τράπεζα με την οποία συνεργάζεται το νοσοκομείο.

- Οι απαιτήσεις από τα ασφαλιστικά ταμεία για τις δαπάνες περίθαλψης των ασφαλισμένων τους, συγκεντρώνονται και διεκδικούνται από το νοσοκομείο. Οι εισπράξεις αυτών των απαιτήσεων κατατίθενται στον ίδιο τραπεζικό λογαριασμό του Κ.Υ.

Το νοσοκομείο είναι υπεύθυνο για την πραγματοποίηση των πληρωμών, τη μισθοδοσία και την εξόφληση των πάσης φύσεως υποχρεώσεων του Κ.Υ. Όσον αφορά στα πλεονάσματα, αυτά κατατίθενται σε λογαριασμό της Τράπεζας της Ελλάδος, ενώ στην περίπτωση πραγματοποίησης επενδύσεων ανοίγεται ειδικός λογαριασμός δημοσίων επενδύσεων στην Τράπεζα της Ελλάδος.

Στο τέλος του έτους το Λογιστήριο του νοσοκομείου συντάσσει τον απολογισμό του Κ.Υ., ο οποίος περνά από έγκριση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, του Υπουργείου Υγείας και από την Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου του Υπουργείου Οικονομικών. Έπειτα δημοσιεύεται σε μια εφημερίδα ημερήσιας κυκλοφορίας. (προφορική επικοινωνία με στέλεχος του Οικονομικού Τμήματος του Π.Γ.Ν. «Αττικόν»)

Οι αρμοδιότητες του υπαλλήλου της οικονομικής διαχείρισης του Κ.Υ. στο υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο της οικονομικής εξάρτησης από το νοσοκομείο, περιορίζονται στην είσπραξη των εξέταστων, στην πραγματοποίηση της ανάλογης καταχώρησης στο Π.Σ., στην έκδοση του αποκόμματος από το βιβλιάριο υγείας του ασθενούς, στην έκδοση παραστατικού και παραπεμπτικού, στην ημερήσια και ετήσια συμφωνία του ταμείου, καθώς και στην απόδοση των εσόδων στο νοσοκομείο. Σταδιακά, ενδέχεται να προωθηθεί η αυτονόμηση της οικονομικής δραστηριότητας των Κ.Υ. από τα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να διευρυνθούν οι αρμοδιότητες του εν λόγω υπαλλήλου, γεγονός που θα ενίσχυε την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του Κ.Υ., παρακάμπτοντας τη χρονοβόρα διαδικασία της μεσολάβησης του νοσοκομείου στην οικονομική δραστηριότητα του Κ.Υ.

Η χρέωση των ιατρικών πράξεων στα Κ.Υ. προβλέπεται να συμβαδίζει με τις τιμές του Φ.Ε.Κ. του 1992, με τις τροποποιήσεις που αυτό έχει

υποστεί, και όπως εφαρμόζεται σήμερα στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων (βλ. Παράρτημα Γ πίνακα χρεώσεων ιατρικών πράξεων). Με αυτές τις τιμές υπολογίστηκαν και τα διαφεύγοντα έσοδα, στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Δεν προβλέπεται η χρέωση και δεν περιλήφθηκαν στον υπολογισμό των διαφευγόντων εσόδων οι εξής υπηρεσίες:

- Οι εμβολιασμοί και
- Τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας

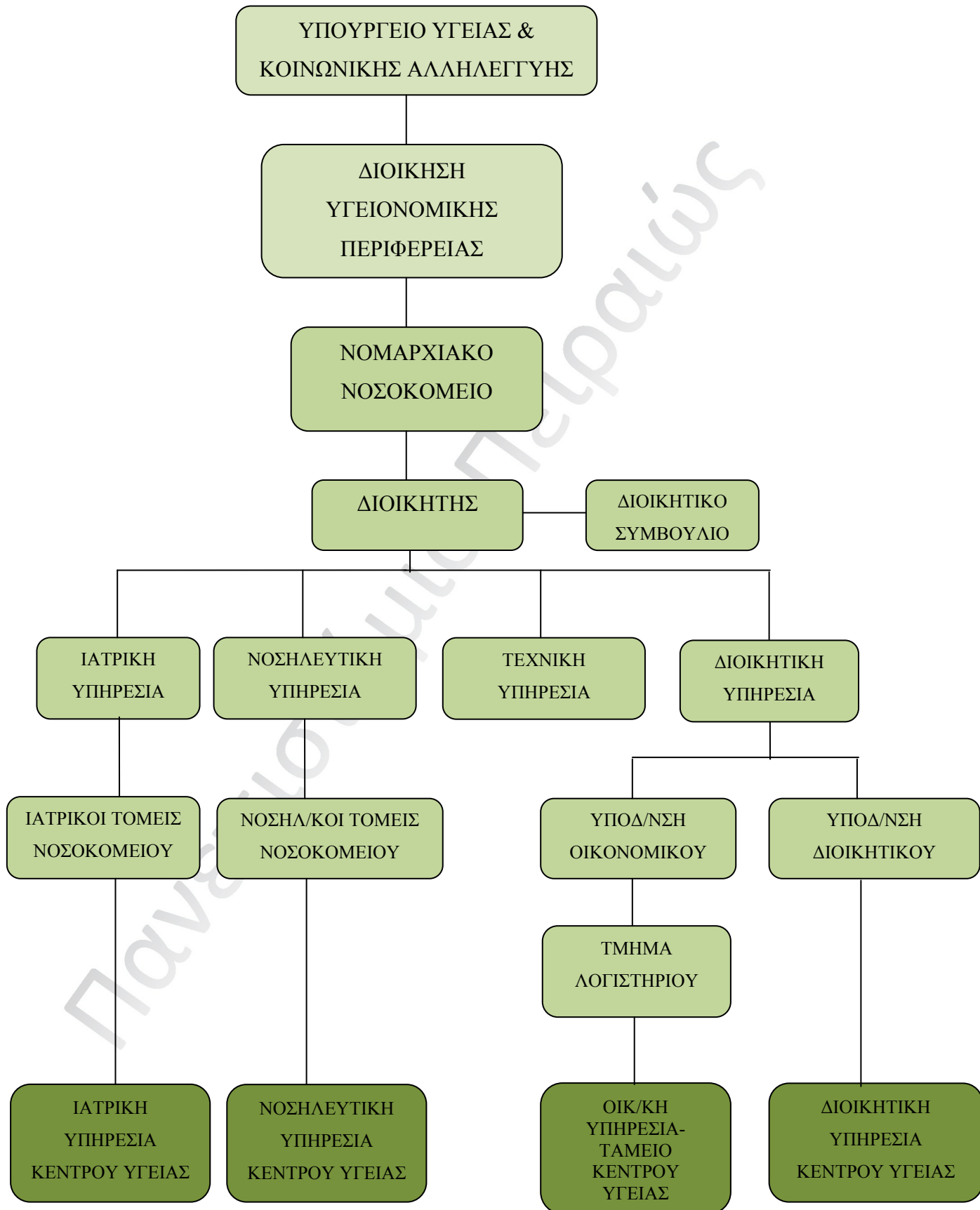
Σύμφωνα με ομάδα έρευνας του Π.Ο.Υ. (Report of a WHO study group, 1997), οι πολίτες δεν είναι πρόθυμοι να πληρώνουν για υπηρεσίες που ωφελούν είτε το κοινωνικό σύνολο είτε ένα άτομο μακροπρόθεσμα. Επομένως, είναι υποχρέωση του κράτους να παρέχει τέτοιου είδους υπηρεσίες στα πλαίσια της πρόληψης και της κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού.

Η κωδικοποίηση των εσόδων και εξόδων των Κ.Υ. με την είσπραξη των εξέταστων ακολουθεί κατά βάση την εγκύκλιο του Υπουργείου Οικονομικών για τα Ν.Π.Δ.Δ. με αριθμό 25614/26.2.82, μαζί με κάποιες τροποποιήσεις (βλ. παράρτημα Γ πίνακες με κωδικούς εσόδων και εξόδων).

4.2. Οργανόγραμμα και ροή ασθενών στο Κέντρο Υγείας

Η οργανωτική δομή των Κ.Υ. είναι άμεσα συνυφασμένη με το οργανόγραμμα του νοσοκομείου στο οποίο καθένα υπάγεται, κάτι που ουσιαστικά δεν αλλάζει με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού. Το σχήμα 4.1. παρουσιάζει τη δομή λειτουργίας των Κ.Υ. και απεικονίζει τη σύνδεσή του ταμείου και των υπόλοιπων τμημάτων ενός Κ.Υ. με το νοσοκομείο και κατ' επέκταση με το Υπουργείο Υγείας.

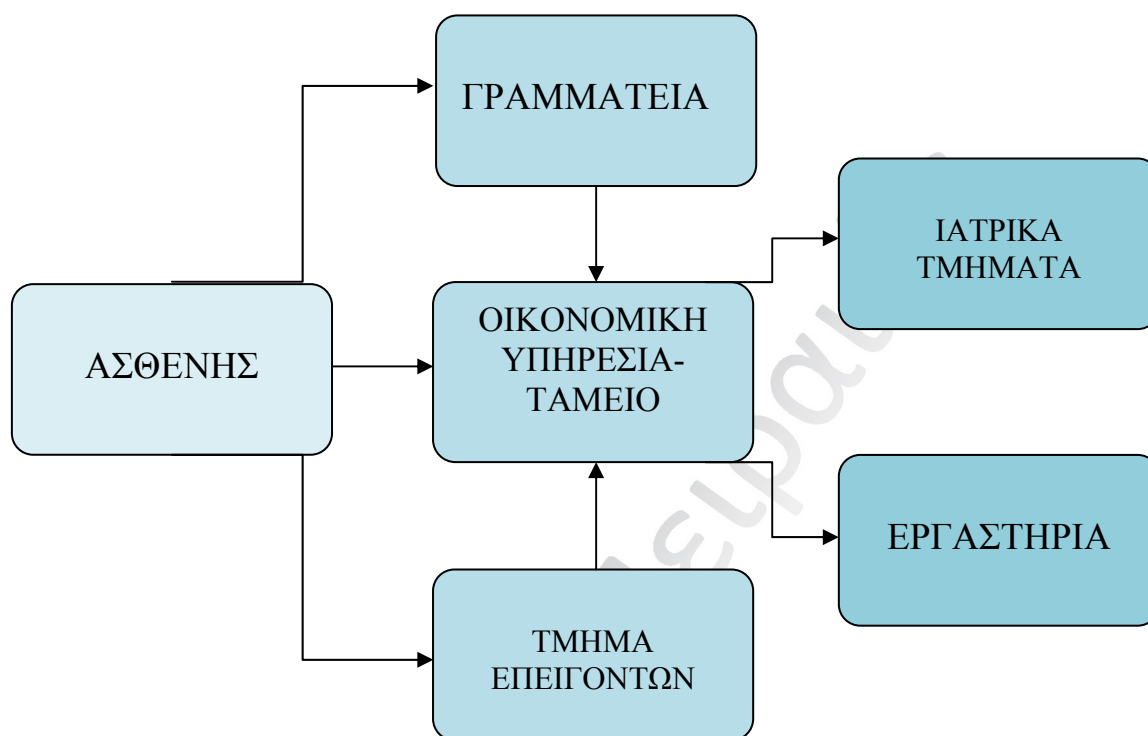
ΣΧΗΜΑ 4.1: Δομή λειτουργίας Κέντρων Υγείας



Η ροή του ασθενούς μέσα στο Κ.Υ., περιλαμβανομένης της είσπραξης εξετάστρων, παρουσιάζεται στο σχήμα 4.2. και έχει ως εξής:

- Ο ασθενής επικοινωνεί τηλεφωνικά με εργαζόμενο της Γραμματείας του Κ.Υ. για το καθορισμό ραντεβού με τον αρμόδιο για τη περίπτωση του γιατρό ή για την ανάλογη εξέταση. Το ραντεβού δύναται να επέλθει και κατόπιν προγενέστερης επίσκεψης του ασθενούς στο Κ.Υ., οπότε έχει διεξαχθεί άμεση προσωπική επικοινωνία του με κάποιον εργαζόμενο της Γραμματείας του Κ.Υ. Η προσυνεννόηση με ραντεβού θεωρείται ιδανική, για τον προγραμματισμό των πόρων του Κ.Υ., ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις δεν προηγείται της επίσκεψης.
- Την ημέρα του ραντεβού προσέρχεται ο ασθενής στο Κ.Υ. όπου περνά από το ταμείο. Εκεί ο υπάλληλος πραγματοποιεί την απαραίτητη καταχώρηση στο Π.Σ., εισπράττει τα εξέταστρα και εκδίδει απόδειξη ή/και κρατά απόκομμα από το βιβλιάριο υγείας του ασθενούς. Εν συνεχεία χορηγεί στον ασθενή παραπεμπτικό για κάποιο από τα ιατρικά τμήματα ή εργαστήρια του Κ.Υ.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής μετά την επίσκεψή του στο γιατρό, χρειαστεί να υποβληθεί σε κάποια εξέταση, περνά πρώτα από το ταμείο, όπου επαναλαμβάνεται η ανωτέρω διαδικασία για την είσπραξη των εξετάστρων από το Κ.Υ.
- Στις περιπτώσεις των επειγόντων περιστατικών ο ασθενής ή οι οικείοι του μπορούν αρχικά να λάβουν την αναγκαία ιατρική υπηρεσία και στη συνέχεια να εκπληρώσουν την υποχρέωσή τους στο ταμείο του Κ.Υ.

ΣΧΗΜΑ 4.2. Ροή ασθενούς σε Κέντρο Υγείας με εισπρακτικό μηχανισμό



4.3. Πληροφοριακό σύστημα υποστήριξης εισπρακτικού μηχανισμού

Για την επιτυχή λειτουργία του μηχανισμού είσπραξης εξέταστων κρίνεται αναγκαία η μηχανοργάνωση των Κ.Υ. με την ανάπτυξη ενός Πληροφοριακού υποσυστήματος κατάλληλου για την υποστήριξη της οικονομικής δραστηριότητας του Κ.Υ. Το οικονομικό υποσύστημα, θα ήταν ιδανικό, να αποτελεί μέρος ενός Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος των Κ.Υ., το οποίο θα περιλαμβάνει ακόμα υποσυστήματα για την υποστήριξη της διοίκησης, των ιατρικών τμημάτων και των εργαστηρίων.

Οι παράμετροι που ενδείκνυται να περιλαμβάνει ένα οικονομικό υποσύστημα για τα Κ.Υ. (Αποστολάκης, 2002), είναι οι εξής:

- *Μητρώο ασθενών*, όπου γίνεται η καταχώρηση των δημογραφικών στοιχείων του ασθενούς, καθώς και των στοιχείων της επίσκεψης. Ο πίνακας 4.2. παρουσιάζει τα επιμέρους στοιχεία που συμπληρώνονται σ' αυτή τη κατηγορία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: *Μητρώο ασθενών*

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Κωδικός Ασθενή
	Όνοματεπώνυμο Ασθενή
	Πατρώνυμο
	Φύλο
	Ημερομηνία Γέννησης
	Διεύθυνση
	Τηλέφωνο
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	Ημερομηνία Επίσκεψης
	Ώρα προσέλευσης
	Τμήμα/Εργαστήριο
	Ιατρός
	Τρόπος Μεταφοράς
	Διάγνωση

- Έκδοση παραστατικών, όπου συμπληρώνονται τα ασφαλιστικά στοιχεία του ασθενούς για να προκύψει το ποσό της συμμετοχής του φορέα ασφάλισης και του ασθενούς στη δαπάνη για κάθε ιατρική πράξη. Ακόμη, προκειμένου να προκύψει το ποσό της χρέωσης επιλέγεται η ιατρική πράξη, που θα υποβληθεί ο ασθενής, από λίστα και εμφανίζεται το κόστος της. Στον πίνακα 4.3. φαίνονται τα επιμέρους στοιχεία αυτών των παραμέτρων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3: Έκδοση παραστατικών

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Κωδικός
	Υπόχρεος
	Ασφαλιστικός Φορέας
	Κωδικός ασθενή
	Τύπος ασφάλισης
	Ποσοστό Συμμετοχής Φορέα
	Ποσοστό Συμμετοχής Ασθενούς
ΧΡΕΩΣΕΙΣ	Ιατρικές πράξεις
	Τιμή χρέωσης
	Είσπραξη
	Υπόλοιπο

- Έκδοση παραπεμπτικών, όπου ανάλογα το ιατρικό τμήμα ή το εργαστήριο που πρόκειται να επισκεφθεί ο ασθενής, προμηθεύεται το αντίστοιχο παραπεμπτικό με το οποίο του προσφέρεται η αναγκαία ιατρική υπηρεσία. Τα σχετικά στοιχεία που συμπληρώνονται παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4: Έκδοση παραπεμπτικών

ΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ	Κωδικός Εντολής
	Ασθενής
	Τμήμα
	Ιατρός
	Ημερομηνία Εντολής
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	Κωδικός Εντολής
	Ασθενής
	Εργαστήριο
	Ημερομηνία Εντολής
	Ημερομηνία Δειγματοληψίας
	Ημερομηνία λήξης δειγματοληψίας
	Είδη Εξετάσεων

Η ενημέρωση του νοσοκομείου για τις ιατρικές πράξεις που εκτελούνται στο Κ.Υ. και των ανάλογων καταχωρήσεων στο Π.Σ. είναι δυνατόν να γίνεται μέσω του Εθνικού Δικτύου Δημόσιας Διοίκησης «ΣΥΖΕΥΞΙΣ». Το εν λόγω Δίκτυο διασυνδέει δεδομένα μεταξύ φορέων Δημόσιας Διοίκησης, περιλαμβανομένων νοσοκομείων και Κ.Υ., παρέχει υπηρεσίες ηλεκτρονικού ταχυδρομείου καθώς και εφαρμογές τηλεσυνεργασίας.

Η εκπαίδευση των χρηστών του Π.Σ. στη χρήση των φορμών καταχώρησης και των συνήθων εκτυπωτικών καταστάσεων μπορεί να πραγματοποιηθεί από την εταιρία ανάπτυξης του.

4.4. Έλεγχος

Δεν αρκεί μόνο η ρύθμιση των οργανωτικών θεμάτων για τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, αλλά ουσιώδους σημασίας είναι και η πραγματοποίηση περιοδικού εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου υπό τη μορφή ανάδρασης (feedback) σχετικά με το βαθμό υλοποίησης των προγραμματισμένων κινήσεων και την αποτελεσματικότητα λειτουργίας του εν λόγω μηχανισμού. Παράλληλα, για την αντιμετώπιση της αρνητικής διάστασης του ηθικού κινδύνου μέσω της διόγκωσης των ιατρικών πράξεων που εκτελούνται από τα Κ.Υ. επιτάσσεται η διενέργεια συστηματικού ελέγχου όσον αφορά στον αριθμό και στην αναγκαιότητα πραγματοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στα πλαίσια του συστηματικού ελέγχου, είναι απαραίτητη η συχνή επικοινωνία της διοίκησης του νοσοκομείου και του Κ.Υ. με το προσωπικό, ιδιαίτερα δε στα αρχικά στάδια λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού. Κατ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η επισήμανση των προβλημάτων, η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των ανεπαρκειών, ενώ καθιερώνεται ο έλεγχος ως σταθερή ενέργεια.

4.5. Επίλογος

Ολοκληρώνοντας το παρόν κεφάλαιο, θα λέγαμε ότι εφόσον τεθεί σε τροχιά υλοποίησης η ρύθμιση για την είσπραξη εξέταστων από τα Κ.Υ., κρίνεται σκόπιμο να προηγηθεί ο κατάλληλος προγραμματισμός των αναγκαίων πόρων και η οργάνωση της λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού στα πλαίσια των Κ.Υ.

Έτσι, θα εξασφαλισθεί η αποτελεσματικότητα του μηχανισμού είσπραξης εξέταστων, που μακροπρόθεσμα θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κ.Υ.

5. ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΙΣΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ

5.1. Οφέλη λειτουργίας εισπρακτικού μηχανισμού

Με την εισαγωγή του εισπρακτικού μηχανισμού εξασφαλίζεται η στήριξη της λειτουργίας των Κ.Υ. σε περισσότερες από μία πηγές χρηματοδότησης με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως αναλύθηκε παραπάνω, να επιτυγχάνονται πλεονάσματα. Μέρος των πλεονασματικών προϋπολογισμών ορισμένων Κ.Υ. μπορεί να διατίθεται για τη κάλυψη των ελλειμμάτων άλλων Κ.Υ., ενώ παράλληλα μπορεί να επενδύεται στους εξής τομείς:

- Εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών, στη διεύρυνση του φάσματος των υπηρεσιών των Κ.Υ. Να δοθεί έμφαση σε υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας, καθώς και στη κατ' οίκον νοσηλεία. Στα πλαίσια αυτών των ενεργειών δύναται να αναπτυχθούν προγράμματα εμβολιασμού, δημόσιας υγείας καθώς και ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα πρόληψης.
- Στη χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων για το προσδιορισμό των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού ευθύνης κάθε Κ.Υ., ώστε να γίνεται στοχευμένος προγραμματισμός των υπηρεσιών του και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετεί.
- Στην ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού στη χρήση της βιοϊατρικής και μη τεχνολογίας, καθώς και στην ευαισθητοποίησή τους σε θέματα που αφορούν τη Π.Φ.Υ.
- Στην αγορά σύγχρονου μηχανολογικού και τεχνολογικού εξοπλισμού και στη βελτίωση της ξενοδοχειακής υποδομής των Κ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, εκτός από την αγορά κατάλληλου διαγνωστικού και θεραπευτικού εξοπλισμού, μπορούν να γίνουν επενδύσεις σε τεχνολογική υποστήριξη για την αγωγή υγείας, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την επαγγελματική υγιεινή, καθώς και στον τεχνικό

εξοπλισμό που είναι αναγκαίος για τη διοίκηση, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού.

- Στη πρόσληψη προσωπικού για τη κάλυψη των κενών θέσεων, δίνοντας προτεραιότητα σε συγκεκριμένες υγειονομικές ειδικότητες και γεωγραφικές περιοχές που αντιμετωπίζουν τις μεγαλύτερες ελλείψεις. Αναλυτικότερα, έντονη είναι η ανάγκη προσλήψεων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην περιφέρεια, καθώς σε ορισμένες περιοχές η αναλογία τους είναι πολύ χαμηλότερη από την ενδεικνυόμενη (1 γιατρός/1.000 κατοίκους και 3 νοσηλευτές/1.000 κατοίκους) (Θεοδώρου και συν., 2005). Έτσι, θα αυξηθεί η εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων αυτών των περιοχών, όπου μέχρι σήμερα δεν ήταν ανάλογη των κατοίκων στις αστικές περιοχές.

Με την είσπραξη εξέταστων στα Κ.Υ. εκτός του ότι πραγματοποιούνται οι προαναφερθείσες επενδύσεις, επιτυγχάνεται σύνδεση της χρηματοδότησης με το παραγόμενο έργο και όχι με βάση τον αριθμό του προσωπικού, όπως γίνεται μέχρι σήμερα. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την κατανομή των πόρων με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και την αύξηση της αποδοτικότητας των Κ.Υ.

Πρέπει να επισημανθεί το όφελος των Κ.Υ. σε τουριστικές περιοχές, όπου με την είσπραξη εξέταστων δύνανται να καλύψουν σημαντικό μέρος των λειτουργικών δαπανών τους καθώς και να καλύψουν ενδεχόμενες έκτακτες δαπάνες, λόγω της αμεσότητας της πληρωμής των εξέταστων από ορισμένους τουρίστες και ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση.

Απόρροια όλων των παραπάνω είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών των Κ.Υ., η ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των ασθενών και κατ' επέκταση η αύξηση της ικανοποίησής τους. Η βελτίωση της εικόνας των Κ.Υ. θα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν και κατ' επέκταση τη μείωση των υψηλών ιδιωτικών δαπανών για Π.Φ.Υ. Εν συνεχεία, η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών των Κ.Υ. θα αυξήσει περαιτέρω τα έσοδά τους μέσω της είσπραξης εξέταστων, με αποτέλεσμα την

επιπλέον βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και της εικόνας των Κ.Υ.

Επιπροσθέτως, μακροπρόθεσμα, με την είσπραξη εξέταστων μπορεί να επιτευχθεί η διοικητική αυτονομία και οικονομική ανεξαρτησία των Κ.Υ. από τα νοσοκομεία, γεγονός που όπως αναφέρουν στελέχη των Κ.Υ., θα έχει θετικό αντίκτυπο, διότι τα νοσοκομεία απορροφούν πόρους από τα Κ.Υ., αντί να τα ενισχύουν. Κατ' αυτό τον τρόπο θα επιλυθεί ένα χρόνιο πρόβλημα των Κ.Υ. που σχετίζεται με την αδυναμία τους να αντιμετωπίζουν τις έκτακτες δαπάνες συντήρησης και λειτουργίας τους, λόγω της εξάρτησής τους από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων.

Μακροπρόθεσμα, η ενδυνάμωση των Κ.Υ. θα οδηγήσει στη δημιουργία περισσότερων Κ.Υ. αστικού κ μη αστικού τύπου, σε περιοχές όπου είναι αναγκαίο. Κατά συνέπεια θα μειωθεί ο όγκος των περιστατικών που εξυπηρετεί ο νοσοκομειακός τομέας, ο οποίος είναι πολυδάπανος και πολλές φορές αναποτελεσματικός, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων για την ενίσχυση της πρόληψης και της Π.Φ.Υ., η οποία συμβάλλει ουσιαστικότερα στη βελτίωση του συνολικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

5.2. Προβλήματα εισαγωγής εισπρακτικού μηχανισμού

Οι παράγοντες που θα επηρεάσουν την υλοποίηση του μηχανισμού είσπραξης στα Κ.Υ. και το βαθμό επιτυχίας ή αποτυχίας των σχεδιαζόμενων αλλαγών διακρίνονται σε πολιτικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και θεσμικούς.

Όσον αφορά στο πολιτικό επίπεδο, πρέπει να ληφθούν οι αποφάσεις εκείνες που θα προωθούν τις ενέργειες για την είσπραξη εξέταστων στα Κ.Υ., αφηρώντας το ενδεχόμενο πολιτικό κόστος σε περίπτωση άρνησης των πολιτών και των διαφόρων ομάδων συμφερόντων να αποδεχθούν τις αλλαγές.

Η εισαγωγή εξέταστων στα Κ.Υ. ενδέχεται να προκαλέσει αντιδράσεις από τα εμπλεκόμενα άμεσα και έμμεσα υποκείμενα, από το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον των Κ.Υ. Στο παρελθόν οι αντιδράσεις από ορισμένες κοινωνικές ομάδες ανέστειλαν την εφαρμογή των ρυθμίσεων που προέβλεπαν την είσπραξη εξέταστων στα Κ.Υ.

Όσον αφορά στους εξωτερικούς παράγοντες, διακρίνονται οι αντιδράσεις από τους ιατρικούς και φαρμακευτικούς φορείς των οποίων τα συμφέροντα αντιτίθενται στην ενίσχυση της Π.Φ.Υ. καθώς και από τους πολίτες, με τον ισχυρισμό ότι επιβάλλεται αμοιβή σε μια υπηρεσία που πριν λάμβαναν δωρεάν και ότι θα επέλθει μείωση της χρήσης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Παράλληλα, θα θεωρηθεί επιπλέον επιβάρυνση για τα ασφαλιστικά ταμεία, πολλά από τα οποία σήμερα παρουσιάζουν ελλείμματα.

Όμως, οι ενστάσεις αυτής της φύσεως αντικρούονται αν αναλογιστούμε ότι κατά τον ίδιο τρόπο χρηματοδοτούνται σήμερα τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ότι είναι ιδιαίτερα υψηλό το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για υπηρεσίες Π.Φ.Υ., λόγω των ελλείψεων των Κ.Υ. σε προσωπικό και υποδομές. Ακόμη, το καθεστώς λειτουργίας των ασφαλιστικών φορέων μπορεί να αλλάξει στο μέλλον.

Επιπροσθέτως, στα πλαίσια αντιμετώπισης των αντιδράσεων από τους πολίτες και των αιτιών που τις προκαλούν, τα Κ.Υ. είναι χρήσιμο να πραγματοποιούν περιοδικά έρευνα με ερωτηματολόγια για το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, εφαρμόζοντας συστηματικές μεθόδους, όπως γίνεται σε Κ.Υ. της Φινλανδίας (Sumanen et al., 2008), αξιοποιώντας τα ευρήματα για τον έλεγχο της προόδου των διαδικασιών του εισπρακτικού μηχανισμού.

Όσον αφορά στο εσωτερικό περιβάλλον αναμένονται αντιδράσεις από το προσωπικό των Κ.Υ., λόγω της αβεβαιότητας που συνδέεται με την αλλαγή και την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού. Για την αποφυγή δημιουργίας αρνητικού κλίματος στο εσωτερικό των Κ.Υ., πρέπει να γίνουν μεθοδευμένα βήματα με τον κατάλληλο προγραμματισμό, ενώ η υποστήριξη των διαδικασιών από τη διεύθυνση του Κ.Υ. είναι αναγκαία. Ακόμη, απαιτείται η μηχανοργάνωση του Κ.Υ. και η εξασφάλιση του κατάλληλου Π.Σ, καθώς επίσης κρίνεται ως απαραίτητη η ενημέρωση του

προσωπικού για τις διαδικασίες στις οποίες θα συμμετάσχει, ώστε να επιτευχθεί η συνεργασία του, που είναι μείζονος σημασίας για την επιτυχία του μηχανισμού. (Gerald et Bisbee, 1982).

Ακόμη, ένα πρόβλημα είναι η ενδεχόμενη αύξηση των πραγματοποιούμενων ιατρικών πράξεων από τα Κ.Υ. λόγω επίδρασης του ηθικού κινδύνου, κατάσταση η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί με τον συστηματικό έλεγχο, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Τέλος, ένας ακόμη παράγοντας περιορισμού των θετικών επιδράσεων από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού είναι ότι στις αστικές περιοχές τα Κ.Υ. είναι ελάχιστα και παρουσιάζουν περιορισμένη επισκεψιμότητα. Αυτό οφείλεται αφενός μεν στη παροχή Π.Φ.Υ. από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και από τον ιδιωτικό τομέα και αφετέρου στο μεγάλο ποσοστό των κατοίκων που είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α. (60%) οι οποίοι επισκέπτονται τα πολυϊατρεία του ασφαλιστικού τους φορέα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι ενώ στα τακτικά ιατρεία του Κ.Υ. Βύρωνα οι επισκέψεις από ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. αποτελούν μόλις το 19% του συνόλου, το ποσοστό αυτό αυξάνεται σημαντικά στα έκτακτα περιστατικά, και αγγίζει το 43%. Επομένως, η επιτυχία του εισπρακτικού μηχανισμού κυρίως στα αστικά Κ.Υ. θα σηματοδοτηθεί με την αφομοίωση των ιατρείων του Ι.Κ.Α. καθώς και των υπόλοιπων φορέων Π.Φ.Υ.

5.3. Επίλογος

Τα προαναφερθέντα προβλήματα δεν είναι τα μοναδικά απ' όσα ενδέχεται να προκύψουν. Όπως κάθε αλλαγή προκαλεί αβεβαιότητα και κατ' επέκταση αντιδράσεις, έτσι και η εισπραξη εξέταστων από τις υπηρεσίες του Κ.Υ. αναμένεται να προκαλέσει κοινωνικές αναταραχές.

Όμως, λαμβάνοντας υπόψη τα πολλαπλά οφέλη από την εισπραξη εξέταστων στα Κ.Υ. καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαίο να ληφθούν πολιτικές αποφάσεις και να επιτευχθεί κοινωνική συναίνεση όλων των εμπλεκόμενων φορέων για την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας τη παρούσα ερευνητική προσπάθεια, θα λέγαμε ότι τα δεδομένα της γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης των δαπανών υγείας διεθνώς, με δυσοίωνες προβλέψεις για το μέλλον, επισημαίνουν την ανάγκη πραγματοποίησης αλλαγών στο Σύστημα Υγείας και στροφής του ενδιαφέροντος και των πόρων στη Π.Φ.Υ. Η σημερινή εικόνα της Π.Φ.Υ. με τον κατακερματισμό της σε διάφορους φορείς, έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία ενιαίου συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών αυτών, με αποτέλεσμα την απουσία των προϋποθέσεων για τη θεμελίωση της ως τη προμετωπίδα του Ε.Σ.Υ.

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης, επισημάνθηκε η μη υλοποίηση των νομοθετικών ρυθμίσεων που προσανατολίζονταν προς την εξυγίανση της Π.Φ.Υ. και των Κ.Υ., και ιδιαίτερα η μη εφαρμογή της ρύθμισης για την είσπραξη εξέταστρων στα δεύτερα. Ακόμη, διαπιστώθηκαν τα προβλήματα και οι ελλείψεις που αντιμετωπίζουν τα Κ.Υ. σε θέματα οργάνωσης, στελέχωσης, εκπαίδευσης και χρηματοδότησης, τα οποία αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για τη παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Συνεπώς, καθίσταται επιτακτική η λήψη γενναίων πρωτοβουλιών για τη ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών των Κ.Υ. καθώς και το προσανατολισμό τους προς τον ασθενή-πολίτη στο τρίπτυχο πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

Προς αυτή τη κατεύθυνση στοχεύει η διεύρυνση των πηγών χρηματοδότησης των Κ.Υ. με την είσπραξη εξέταστρων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εξάλλου, η προδιαγραφόμενη τάση «οι πολίτες να επιλέγουν όλο και περισσότερο ανοιχτές-εναλλακτικές μορφές περίθαλψης και λιγότερο ιδρυματικές-νοσοκομειακές», μέσα από την αύξηση των δαπανών τους για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε αντίθεση με τη νοσοκομειακή (Σίσκου, 2006), επιτείνουν τη καθιέρωση εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ., αφενός μεν για την ποιοτική και ποσοτική ανταπόκριση στις νέες ανάγκες και αφετέρου για τη μείωση της επιβάρυνσης του κρατικού προϋπολογισμού.

Η μελέτη για τη διαπίστωση της σκοπιμότητας του εν λόγω εγχειρήματος, κατέδειξε τη διαφοροποίηση των Κ.Υ., όσον αφορά στις εκτελούμενες ιατρικές πράξεις και στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού ευθύνης τους, τα οποία επιδρούν στα διαμορφούμενα έσοδα και έξοδα.

Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα Κ.Υ. των αστικών περιοχών πραγματοποιούν λιγότερες ιατρικές πράξεις σε σχέση με τα Κ.Υ. μη αστικών περιοχών, ενώ εξυπηρετούν μικρότερα ποσοστά ασθενών που εντάσσονται στις ειδικές κατηγορίες που εξαιρούνται από τη πληρωμή εξέταστων. Η λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού στα αστικά Κ.Υ. είναι πλεονασματική και καλύπτει τις συνολικές λειτουργικές δαπάνες.

Από την άλλη μεριά, τα Κ.Υ. μη αστικού τύπου διακρίνονται ανάλογα τη γεωγραφική περιοχή όπου εδράζουν και τον αριθμό των ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. που εξυπηρετούν, από τους οποίους δεν προβλέπεται η είσπραξη εξέταστων.

Όσον αφορά στα Κ.Υ. τουριστικών περιοχών διαπιστώθηκε ότι, ναι μεν τα έσοδα ξεπερνούν τα έξοδα από τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, αλλά καλύπτουν το 50% και όχι το σύνολο των λειτουργικών δαπανών αυτής της κατηγορίας Κ.Υ.

Αντίθετα, για τα Κ.Υ. που βρίσκονται σε αμιγώς αγροτικές περιοχές τα έσοδα από τα εξέταστρα είναι περιορισμένα, λόγω του μεγάλου ποσοστού κατοίκων που είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α. Τα έσοδα αυτά μπορούν να καλύψουν το λειτουργικό μέρος του κόστους εισαγωγής του εισπρακτικού μηχανισμού και όχι το κόστος που αναλογεί στους επιπλέον μισθούς. Ενώ, σ' αυτή τη περίπτωση περισσεύει ένα ποσό για να καλυφθεί ένα μέρος των συνολικών λειτουργικών δαπανών του Κ.Υ. Όμως, η αύξηση των εσόδων στα υπόλοιπα Κ.Υ. προβλέπεται να ωφελήσει και τα Κ.Υ. αγροτικών περιοχών, λόγω της εξοικονόμησης πόρων από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, με τον οποίο θα καταστεί δυνατόν να καλυφθούν τα ελλείμματά τους.

Όσον αφορά στην αποτελεσματική λειτουργία του μηχανισμού είσπραξης στα Κ.Υ., συμπερασματικά επισημαίνεται, ως απαραίτητη προϋπόθεση ο ορθολογικός προγραμματισμός και η οργάνωση των υπηρεσιών του Κ.Υ., η κατάλληλη διοικητική και τεχνική υποστήριξη

του, καθώς και η ευαισθητοποίηση του ιατρικού, παραϊατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αφενός μεν στις ιδιαιτερότητες της Π.Φ.Υ. και αφετέρου στη λειτουργία του εν λόγω μηχανισμού.

Επιπλέον, όπως αποτυπώνεται στη παρούσα μελέτη, η μείωση των ελλειμμάτων, ακόμα και η δημιουργία πλεονασμάτων, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, με τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού, θα δώσει ώθηση σε επενδύσεις τόσο σε υλικούς και ανθρώπινους πόρους, όσο και σε προγράμματα και υπηρεσίες, στα οποία παρατηρείται χάσμα μεταξύ της διεθνούς και της ελληνικής πραγματικότητας.

Παράλληλα, διατυπώνεται η αναγκαιότητα πραγματοποίησης κατάλληλα προσανατολισμένων κινήσεων, από τους φορείς λήψης αποφάσεων για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων και την επίλυση των προβλημάτων που θα παρουσιασθούν κατά τον προγραμματισμό και την εφαρμογή του εισπρακτικού μηχανισμού από κάποιες κοινωνικές ομάδες. Αναμένονται αντιδράσεις από επαγγελματίες υγείας, των οποίων θίγονται τα συμφέροντα με την προωθούμενη αλλαγή, και από πολίτες οι οποίοι αντιτείνουν το επιχείρημα της οικονομικής αδυναμίας των ιδίων και των ασφαλιστικών ταμείων.

Με γνώμονα την επίτευξη της κοινωνικής συναίνεσης είναι αναγκαίο να κατανοηθούν από τους άμεσα εμπλεκόμενους και να γνωστοποιηθούν στο κοινωνικό σύνολο τα οφέλη από τη διεύρυνση των πόρων των Κ.Υ. Εξάλλου, ο εισπρακτικός μηχανισμός, συνοδευόμενος από ανάλογα συντονισμένες οργανωτικές και διοικητικές προσπάθειες, δημιουργεί τις προϋποθέσεις ενίσχυσης της Π.Φ.Υ. και κατ' επέκταση βελτίωσης του συνολικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού, όπως επιτάσσει και ο σκοπός των Συστημάτων Υγείας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

Σε περαιτέρω επέκταση της μελέτης, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν ορισμένα ζητήματα που δεν κατέστη δυνατόν να συμπεριληφθούν στη παρούσα εργασία, όπως είναι:

- Αναλυτικά στοιχεία ιατρικών πράξεων, κόστους και ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών για κάθε κατηγορία Κ.Υ. και για διαφορετικές περιοχές, ώστε να εξαχθούν λεπτομερέστερα συμπεράσματα.
- Σαφής προσδιορισμός των οφελών και των επενδύσεων που δύνανται να προκύψουν μετά την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ. καθώς και η ανάπτυξη σχεδίων δράσης για τη κάλυψη των σοβαρών ελλείψεων σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους.
- Η δυνατότητα και τα οφέλη της διοικητικής και οικονομικής αυτονομίας των Κ.Υ. από τα νοσοκομεία με την είσπραξη εξέταστρων.
- Τα οφέλη από την ενιαιοποίηση των φορέων παροχής Π.Φ.Υ. και την δημιουργία αστικών Κ.Υ., καθώς και οι τρόποι οργάνωσης και λειτουργίας των Κ.Υ. για τη παροχή ποιοτικά καλύτερων και λιγότερο δαπανηρών υπηρεσιών υγείας
- Η δυνατότητα αλλαγής του υφιστάμενου τρόπου χρηματοδότησης των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των Κ.Υ., διότι η αμοιβή «κατά πράξη και περίπτωση» έχει διαπιστωθεί ότι επιφέρει σοβαρή αύξηση των δαπανών υγείας στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης, λόγω του ηθικού κινδύνου. Όπως διατυπώθηκε νωρίτερα, αυτός ο κίνδυνος είναι ορατός με τη λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ. Θα μπορούσε να μελετηθεί η αντικατάσταση αυτού του τρόπου χρηματοδότησης με την αμοιβή «κατά κεφαλή», ή/και με τη δημιουργία χρεώσεων στο πρότυπο των «Ομαδοποιημένων Διαγνωστικών Κατηγοριών» (DRG's) για υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (εφόσον βέβαια εφαρμοσθούν τα DRG's και στα ελληνικά νοσοκομεία) ή/και ακόμα με τη συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος, για τις περιπτώσεις που αυτό δεν πραγματοποιείται.
- Οι πρακτικές που εφαρμόζονται σε Κ.Υ. του εξωτερικού ως προς τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία τους και κατά πόσον μπορούν να υιοθετηθούν από τα ελληνικά Κ.Υ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Μηνιαία κίνηση και διαφεύγοντα έσοδα Κ.Υ. αστικού τύπου

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύρωνα

Ιανουάριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2523	3 €	7.569 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2989	3 €	8.967 €
Παιδιατρικό	194	3 €	582 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	28	3 €	84 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	63	3 €	189 €
Σύνολο	5.797		17.391 €

Φεβρουάριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2311	3 €	6.933 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2330	3 €	6.990 €
Παιδιατρικό	116	3 €	348 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	19	3 €	57 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	117	3 €	351 €
Σύνολο	4.893		14.679 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύωνα

Μάρτιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταση	Διαφευγόντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	3011	3 €	9.033 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2977	3 €	8.931 €
Παιδιατρικό	131	3 €	393 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	23	3 €	69 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	106	3 €	318 €
Σύνολο	6.248		18.744 €

Απρίλιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταση	Διαφευγόντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2350	3 €	7.050 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2662	3 €	7.986 €
Παιδιατρικό	125	3 €	375 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	21	3 €	63 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	87	3 €	261 €
Σύνολο	5.245		15.735 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύρωνα

Μάιος			
ΙΑΤΡΕΙΟ	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2461	3 €	7.383 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2763	3 €	8.289 €
Παιδιατρικό	153	3 €	459 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	21	3 €	63 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	57	3 €	171 €
Σύνολο	5.455		16.365 €

Ιούνιος			
ΙΑΤΡΕΙΟ	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2393	3 €	7.179 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2681	3 €	8.043 €
Παιδιατρικό	242	3 €	726 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	27	3 €	81 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	26	3 €	78 €
Σύνολο	5.369		16.107 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύρωνα

Ιούλιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2117	3 €	6.351 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2445	3 €	7.335 €
Παιδιατρικό	162	3 €	486 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	27	3 €	81 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	108	3 €	324 €
Σύνολο	4.859		14.577 €

Αύγουστος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1867	3 €	5.601 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2345	3 €	7.035 €
Παιδιατρικό	117	3 €	351 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	26	3 €	78 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	109	3 €	327 €
Σύνολο	4.464		13.392 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύρωνα

Σεπτέμβριος			
ΙΑΤΡΕΙΟ	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2224	3 €	6.672 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2660	3 €	7.980 €
Παιδιατρικό	328	3 €	984 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	31	3 €	93 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	119	3 €	357 €
Σύνολο	5.362		16.086 €

Οκτώβριος			
ΙΑΤΡΕΙΟ	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2732	3 €	8.196 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2877	3 €	8.631 €
Παιδιατρικό	395	3 €	1.185 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	20	3 €	60 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	203	3 €	609 €
Σύνολο	6.227		18.681 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύρωνα

Νοέμβριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2446	3 €	7.338 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2483	3 €	7.449 €
Παιδιατρικό	213	3 €	639 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	36	3 €	108 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	258	3 €	774 €
Σύνολο	5.436		16.308 €

Δεκέμβριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	2368	3 €	7.104 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2591	3 €	7.773 €
Παιδιατρικό	221	3 €	663 €
Κατ' οίκον νοσηλεία & φροντίδα	21	3 €	63 €
Θάλαμος Βραχείας Νοσηλείας	253	3 €	759 €
Σύνολο	5.454		16.362 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Βύρωνα

Ιανουάριος - Ιούνιος			
Εξετάσεις	Αριθμός Εξετ / μήνα	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	700	4,05 €	2.835 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	700	2,88 €	2.016 €
Σύνολο	1.400		4.851 €

Ιούλιος - Αύγουστος			
Εξετάσεις	Αριθμός Εξετ / μήνα	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	700	4,05 €	2.835 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	650	2,88 €	1.872 €
Σύνολο	1.350		4.707 €

Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος			
Εξετάσεις	Αριθμός Εξετ / μήνα	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	700	4,05 €	2.835 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	700	2,88 €	2.016 €
Σύνολο	1.400		4.851 €

Σύνολο ιατρικών πράξεων Κ.Υ. Βύρωνα και αντίστοιχα διαφεύγοντα έσοδα

ΜΗΝΕΣ	ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ & ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΈΣΟΔΑ	ΈΣΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ	ΈΣΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ Κ ΟΓΑ	ΈΣΟΔΑ ΑΠΟ ΤΟΥΡΙΣΤΕΣ & ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦ/ΚΕΣ
Ιανουάριος	7197	22.242 €	20.463 €	14.902 €	22,24 €
Φεβρουάριος	6243	19.386 €	17.835 €	12.989 €	19,39 €
Μάρτιος	7648	23.595 €	21.707 €	15.809 €	23,60 €
Απρίλιος	5245	15.735 €	14.476 €	10.542 €	15,74 €
Μάιος	5455	16.365 €	15.056 €	10.965 €	16,37 €
Ιούνιος	5369	16.107 €	14.818 €	10.792 €	16,11 €
Ιούλιος	4859	14.577 €	13.411 €	9.767 €	14,58 €
Αύγουστος	4464	13.392 €	12.321 €	8.973 €	13,39 €
Σεπτέμβριος	5362	16.086 €	14.799 €	10.778 €	16,09 €
Οκτώβριος	6227	18.681 €	17.187 €	12.516 €	18,68 €
Νοέμβριος	5436	16.308 €	15.003 €	10.926 €	16,31 €
Δεκέμβριος	5454	16.362 €	15.053 €	10.963 €	16,36 €
ΣΥΝΟΛΟ	68.959	208.836 €	192.129 €	139.920 €	208,84 €

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Μηνιαία κίνηση και διαφεύγοντα έσοδα Κ.Υ. μη αστικού τύπου

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Ιανουάριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1298	3 €	3.894 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1064	3 €	3.192 €
Παιδιατρικό	223	3 €	669 €
Παθολογικό	112	3 €	336 €
Καρδιολογικό	18	3 €	54 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	28	3 €	84 €
ΩΡΛ	0	3 €	0 €
Ορθοπαιδικό	67	3 €	201 €
Οφθαλμολογικό	39	3 €	117 €
Οδοντιατρικό	189	3 €	567 €
Διαβητολογικό	28	3 €	84 €
Σύνολο	3.066		9.198 €

Φεβρουάριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1132	3 €	3.396 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1052	3 €	3.156 €
Παιδιατρικό	223	3 €	669 €
Παθολογικό	108	3 €	324 €
Καρδιολογικό	72	3 €	216 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	46	3 €	138 €
ΩΡΛ	52	3 €	156 €
Ορθοπαιδικό	0	3 €	0 €
Οφθαλμολογικό	22	3 €	66 €
Οδοντιατρικό	109	3 €	327 €
Διαβητολογικό	28	3 €	84 €
Σύνολο	2.844		8.532 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Μάρτιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1214	3 €	3.642 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1116	3 €	3.348 €
Παιδιατρικό	246	3 €	738 €
Παθολογικό	162	3 €	486 €
Καρδιολογικό	58	3 €	174 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	40	3 €	120 €
ΩΡΛ	46	3 €	138 €
Ορθοπαιδικό	78	3 €	234 €
Οφθαλμολογικό	56	3 €	168 €
Οδοντιατρικό	102	3 €	306 €
Διαβητολογικό	44	3 €	132 €
Σύνολο	3.162		9.486 €

Απρίλιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1285	3 €	3.855 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1168	3 €	3.504 €
Παιδιατρικό	253	3 €	759 €
Παθολογικό	138	3 €	414 €
Καρδιολογικό	48	3 €	144 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	48	3 €	144 €
ΩΡΛ	17	3 €	51 €
Ορθοπαιδικό	42	3 €	126 €
Οφθαλμολογικό	46	3 €	138 €
Οδοντιατρικό	105	3 €	315 €
Διαβητολογικό	40	3 €	120 €
Σύνολο	3.190		9.570 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Μάιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1126	3 €	3.378 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1317	3 €	3.951 €
Παιδιατρικό	283	3 €	849 €
Παθολογικό	104	3 €	312 €
Καρδιολογικό	52	3 €	156 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	52	3 €	156 €
ΩΡΛ	38	3 €	114 €
Ορθοπαιδικό	116	3 €	348 €
Οφθαλμολογικό	58	3 €	174 €
Οδοντιατρικό	205	3 €	615 €
Διαβητολογικό	26	3 €	78 €
Σύνολο	3.377		10.131 €

Ιούνιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1340	3 €	4.020 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1458	3 €	4.374 €
Παιδιατρικό	395	3 €	1.185 €
Παθολογικό	112	3 €	336 €
Καρδιολογικό	54	3 €	162 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	0	3 €	0 €
ΩΡΛ	58	3 €	174 €
Ορθοπαιδικό	85	3 €	255 €
Οφθαλμολογικό	62	3 €	186 €
Οδοντιατρικό	189	3 €	567 €
Διαβητολογικό	32	3 €	96 €
Σύνολο	3.785		11.355 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Ιούλιος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1397	3 €	4.191 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1943	3 €	5.829 €
Παιδιατρικό	362	3 €	1.086 €
Παθολογικό	142	3 €	426 €
Καρδιολογικό	45	3 €	135 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	48	3 €	144 €
ΩΡΛ	0	3 €	0 €
Ορθοπαιδικό	71	3 €	213 €
Οφθαλμολογικό	68	3 €	204 €
Οδοντιατρικό	167	3 €	501 €
Διαβητολογικό	39	3 €	117 €
Σύνολο	4.282		12.846 €

Αύγουστος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1520	3 €	4.560 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	2049	3 €	6.147 €
Παιδιατρικό	346	3 €	1.038 €
Παθολογικό	146	3 €	438 €
Καρδιολογικό	0	3 €	0 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	66	3 €	198 €
ΩΡΛ	0	3 €	0 €
Ορθοπαιδικό	0	3 €	0 €
Οφθαλμολογικό	0	3 €	0 €
Οδοντιατρικό	101	3 €	303 €
Διαβητολογικό	48	3 €	144 €
Σύνολο	4.276		12.828 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Σεπτέμβριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφευγόντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1251	3 €	3.753 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1657	3 €	4.971 €
Παιδιατρικό	204	3 €	612 €
Παθολογικό	164	3 €	492 €
Καρδιολογικό	69	3 €	207 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	62	3 €	186 €
ΩΡΛ	26	3 €	78 €
Ορθοπεδικό	78	3 €	234 €
Οφθαλμολογικό	62	3 €	186 €
Οδοντιατρικό	106	3 €	318 €
Διαβητολογικό	58	3 €	174 €
Σύνολο	3.737		11.211 €

Οκτώβριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφευγόντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1288	3 €	3.864 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1410	3 €	4.230 €
Παιδιατρικό	0	3 €	0 €
Παθολογικό	108	3 €	324 €
Καρδιολογικό	89	3 €	267 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	72	3 €	216 €
ΩΡΛ	36	3 €	108 €
Ορθοπεδικό	78	3 €	234 €
Οφθαλμολογικό	56	3 €	168 €
Οδοντιατρικό	94	3 €	282 €
Διαβητολογικό	30	3 €	90 €
Σύνολο	3.261		9.783 €

Αριθμός ιατρικών επισκέψεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Νοέμβριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	1098	3 €	3.294 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1377	3 €	4.131 €
Παιδιατρικό	0	3 €	0 €
Παθολογικό	78	3 €	234 €
Καρδιολογικό	53	3 €	159 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	54	3 €	162 €
ΩΡΛ	42	3 €	126 €
Ορθοπαιδικό	74	3 €	222 €
Οφθαλμολογικό	56	3 €	168 €
Οδοντιατρικό	78	3 €	234 €
Διαβητολογικό	22	3 €	66 €
Σύνολο	2.932		8.796 €

Δεκέμβριος			
Ιατρείο	Αριθμός Επισκέψεων	Χρέωση - Εξέταστρα	Διαφεύγοντα Έσοδα
Ιατρείο Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής	892	3 €	2.676 €
Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών	1324	3 €	3.972 €
Παιδιατρικό	0	3 €	0 €
Παθολογικό	98	3 €	294 €
Καρδιολογικό	78	3 €	234 €
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	25	3 €	75 €
ΩΡΛ	0	3 €	0 €
Ορθοπαιδικό	75	3 €	225 €
Οφθαλμολογικό	0	3 €	0 €
Οδοντιατρικό	57	3 €	171 €
Διαβητολογικό	30	3 €	90 €
Σύνολο	2.579		7.737 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Ιανουάριος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	18	4,05 €	73 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	8510	2,88 €	24.509 €
Ορολογικές	10	9,50 €	95 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	820	5,22 €	4.280 €
Ακτινολογικές	195	4,05 €	790 €
Γενική ούρων	820	1,76 €	1.443 €
Test Κυήσεως	15	4,17 €	63 €
Test ΠΑΠ	24	11,74 €	282 €
Φυσικοθεραπευτήριο	135	2,00 €	270 €
Σύνολο	10.547		31.804 €

Φεβρουάριος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	72	4,05 €	292 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	6970	2,88 €	20.074 €
Ορολογικές	10	9,50 €	95 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	620	5,22 €	3.236 €
Ακτινολογικές	174	4,05 €	705 €
Γενική ούρων	620	1,76 €	1.091 €
Test Κυήσεως	10	4,17 €	42 €
Test ΠΑΠ	14	11,74 €	164 €
Φυσικοθεραπευτήριο	91	2,00 €	182 €
Σύνολο	8.581		25.881 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Μάρτιος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	58	4,05 €	235 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	9250	2,88 €	26.640 €
Ορολογικές	5	9,50 €	48 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	680	5,22 €	3.550 €
Ακτινολογικές	199	4,05 €	806 €
Γενική ούρων	680	1,76 €	1.197 €
Test Κυήσεως	6	4,17 €	25 €
Test ΠΑΠ	14	11,74 €	164 €
Φυσικοθεραπευτήριο	161	2,00 €	322 €
Σύνολο	11.053		32.986 €

Απρίλιος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	48	4,05 €	194 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	6010	2,88 €	17.309 €
Ορολογικές	12	9,50 €	114 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	300	5,22 €	1.566 €
Ακτινολογικές	264	4,05 €	1.069 €
Γενική ούρων	300	1,76 €	528 €
Test Κυήσεως	20	4,17 €	83 €
Test ΠΑΠ	18	11,74 €	211 €
Φυσικοθεραπευτήριο	0	2,00 €	0 €
Σύνολο	6.972		21.075 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Μάιος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	52	4,05 €	211 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	6590	2,88 €	18.979 €
Ορολογικές	10	9,50 €	95 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	610	5,22 €	3.184 €
Ακτινολογικές	348	4,05 €	1.409 €
Γενική ούρων	610	1,76 €	1.074 €
Test Κυήσεως	18	4,17 €	75 €
Test ΠΑΠ	20	11,74 €	235 €
Φυσικοθεραπευτήριο	0	2,00 €	0 €
Σύνολο	8.258		25.262 €

Ιούνιος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	54	4,05 €	219 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	8700	2,88 €	25.056 €
Ορολογικές	15	9,50 €	143 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	810	5,22 €	4.228 €
Ακτινολογικές	339	4,05 €	1.373 €
Γενική ούρων	810	1,76 €	1.426 €
Test Κυήσεως	25	4,17 €	104 €
Test ΠΑΠ	20	11,74 €	235 €
Φυσικοθεραπευτήριο	0	2,00 €	0 €
Σύνολο	10.773		32.783 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Ιούλιος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	45	4,05 €	182 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	10950	2,88 €	31.536 €
Ορολογικές	15	9,50 €	143 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	780	5,22 €	4.072 €
Ακτινολογικές	253	4,05 €	1.025 €
Γενική ούρων	780	1,76 €	1.373 €
Test Κυήσεως	20	4,17 €	83 €
Test ΠΑΠ	22	11,74 €	258 €
Φυσικοθεραπευτήριο	0	2,00 €	0 €
Σύνολο	12.865		38.671 €

Αύγουστος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	0	4,05 €	0 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	9590	2,88 €	27.619 €
Ορολογικές	16	9,50 €	152 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	650	5,22 €	3.393 €
Ακτινολογικές	335	4,05 €	1.357 €
Γενική ούρων	650	1,76 €	1.144 €
Test Κυήσεως	22	4,17 €	92 €
Test ΠΑΠ	24	11,74 €	282 €
Φυσικοθεραπευτήριο	0	2,00 €	0 €
Σύνολο	11.287		34.038 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Σεπτέμβριος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	69	4,05 €	279 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	8220	2,88 €	23.674 €
Ορολογικές	10	9,50 €	95 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	620	5,22 €	3.236 €
Ακτινολογικές	296	4,05 €	1.199 €
Γενική ούρων	620	1,76 €	1.091 €
Test Κυήσεως	14	4,17 €	58 €
Test ΠΑΠ	22	11,74 €	258 €
Φυσικοθεραπευτήριο	0	2,00 €	0 €
Σύνολο	9.871		29.891 €

Οκτώβριος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	89	4,05 €	360 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	9080	2,88 €	26.150 €
Ορολογικές	12	9,50 €	114 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	650	5,22 €	3.393 €
Ακτινολογικές	209	4,05 €	846 €
Γενική ούρων	650	1,76 €	1.144 €
Test Κυήσεως	16	4,17 €	67 €
Test ΠΑΠ	10	11,74 €	117 €
Φυσικοθεραπευτήριο	193	2,00 €	386 €
Σύνολο	10.909		32.578 €

Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων και αναλογούντα έσοδα Κ.Υ. Γαλατά

Νοέμβριος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	53	4,05 €	215 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	6020	2,88 €	17.338 €
Ορολογικές	10	9,50 €	95 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	310	5,22 €	1.618 €
Ακτινολογικές	199	4,05 €	806 €
Γενική ούρων	310	1,76 €	546 €
Test Κυήσεως	14	4,17 €	58 €
Test ΠΑΠ	9	11,74 €	106 €
Φυσικοθεραπευτήριο	220	2,00 €	440 €
Σύνολο	7.145		21.221 €

Δεκέμβριος			
Εξετάσεις	Αριθμός	Χρέωση	Διαφεύγοντα Έσοδα
Καρδιογραφήματα	78	4,05 €	316 €
Εξετάσεις Αίματος (όλων των ειδών κατά προσέγγιση)	5085	2,88 €	14.645 €
Ορολογικές	10	9,50 €	95 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	440	5,22 €	2.297 €
Ακτινολογικές	102	4,05 €	413 €
Γενική ούρων	440	1,76 €	774 €
Test Κυήσεως	12	4,17 €	50 €
Test ΠΑΠ	6	11,74 €	70 €
Φυσικοθεραπευτήριο	98	2,00 €	196 €
Σύνολο	6.271		18.856 €

Σύνολο ιατρικών πράξεων Κ.Υ. Γαλατά (τουριστική περιοχή) και αντίστοιχα διαφεύγοντα έσοδα

ΜΗΝΕΣ	ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ & ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΈΣΟΔΑ	ΈΣΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ	ΈΣΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ & ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΟΓΑ	ΕΣΟΔΑ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΞΕΝΟΥΣ ΤΟΥΡΙΣΤΕΣ & ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦ/ΚΕΣ
Ιανουάριος	13613	41.002 €	39.362 €	12.711 €	410 €
Φεβρουάριος	11425	34.413 €	33.036 €	10.668 €	344 €
Μάρτιος	14215	42.472 €	40.773 €	13.166 €	425 €
Απρίλιος	10162	30.645 €	29.419 €	9.500 €	306 €
Μάιος	11635	35.393 €	33.977 €	10.972 €	354 €
Ιούνιος	14558	44.138 €	42.372 €	22.510 €	2.648 €
Ιούλιος	17147	51.517 €	49.457 €	26.274 €	3.091 €
Αύγουστος	15563	46.866 €	44.992 €	23.902 €	2.812 €
Σεπτέμβριος	13608	41.102 €	39.458 €	12.742 €	411 €
Οκτώβριος	14170	42.361 €	40.667 €	13.132 €	424 €
Νοέμβριος	10077	30.017 €	28.816 €	9.305 €	300 €
Δεκέμβριος	8850	26.593 €	25.530 €	8.244 €	266 €
ΣΥΝΟΛΟ	155.023	466.521 €	447.860 €	173.126 €	11.791 €

Σύνολο ιατρικών πράξεων Κ.Υ. αμιγώς αγροτικής περιοχής και αντίστοιχα διαφεύγοντα έσοδα συνολικά

ΜΗΝΕΣ	ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ & ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΈΣΟΔΑ	ΈΣΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ	ΈΣΟΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ ΟΥΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΟΓΑ
Ιανουάριος	13613	41.002 €	39.362 €	4.510 €
Φεβρουάριος	11425	34.413 €	33.036 €	3.785 €
Μάρτιος	14215	42.472 €	40.773 €	4.672 €
Απρίλιος	10162	30.645 €	29.419 €	3.371 €
Μάιος	11635	35.393 €	33.977 €	3.893 €
Ιούνιος	14558	44.138 €	42.372 €	4.855 €
Ιούλιος	17147	51.517 €	49.457 €	5.667 €
Αύγουστος	15563	46.866 €	44.992 €	5.155 €
Σεπτέμβριος	13608	41.102 €	39.458 €	4.521 €
Οκτώβριος	14170	42.361 €	40.667 €	4.660 €
Νοέμβριος	10077	30.017 €	28.816 €	3.302 €
Δεκέμβριος	8850	26.593 €	25.530 €	2.925 €
ΣΥΝΟΛΟ	155.023	466.521 €	447.860 €	51.317 €

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Χρεώσεις ιατρικών πράξεων και κωδικοί εσόδων και
εξόδων Κέντρων Υγείας**

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ1: Χρεώσεις ιατρικών πράξεων

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	
ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΠΟΣΟ
Ιατρική Επίσκεψη	3 €
Γενική Αίματος (κ λοιπές κατά προσέγγιση)	2,88 €
Ορολογικές	9,50 €
Μικροβιολογικές (καλλιέργεια ούρων)	5,22 €
Ακτινολογικές (κατά προσέγγιση)	4,05 €
Καρδιογράφημα	4,05 €
Γενική ούρων	1,76 €
Test Κυήσεως	4,17 €
Test ΠΑΠ	11,74 €
Φυσιοθεραπείες	2,00 €

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ2: Κωδικοί εσόδων Κέντρων Υγείας

ΕΣΟΔΑ		
Αριθμός Κώδικα		Ονομασία
0000		ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ
	0100	Επιχορηγήσεις από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό
	0110	Επιχορηγήσεις για δαπάνες διοίκησης και λειτουργίας
3000		ΈΣΟΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ.
	3100	Έσοδα από προσφορά υπηρεσιών
	3110	Έσοδα από προσφ. Υγειονομ. Υπηρ. προερχ. από πληρ. κράτους
	3500	Πρόσοδοι του Ν.Π.Δ.Δ. από κεφάλαια, κινητές αξίες και λοιπές περιπτώσεις
	3510	Τόκοι κεφαλαίων
5000		ΛΟΙΠΑ ΈΣΟΔΑ
	5100	Απολήψεις για έξοδα που έγιναν
	5200	Έσοδα υπέρ δημοσίου και τρίτων
	5210	Έσοδα υπέρ Μετοχικών Ταμείων Υπαλλήλων και Στρατιωτικών
	5500	Επιστροφές χρημάτων
	5520	Επιστροφή ποσών που καταβλήθηκαν χωρίς να οφείλονται
	5600	Έσοδα από λοιπές περιπτώσεις
	5680	Διάφορα Έσοδα

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ3: Κωδικοί Εξόδων Κέντρων Υγείας

ΕΞΟΔΑ			
Αριθμός Κώδικα		Ονομασία	
0000			ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
	0700		Πληρωμές για μετακίνηση υπαλλήλων ή μη
		0710	Οδοιπορικά έξοδα για μετακ. υπαλ. στην ημεδαπή
	0800		Πληρωμές για μη προσωπικές υπηρεσίες
		0810	Μισθώματα
		0830	Επικοινωνίες
		0840	Ύδρευση, άρδευση, φωτισμός και καθαριότητα
		0850	Δημόσιες Σχέσεις
		0860	Συντήρηση και επισκευή μονίμων εγκαταστάσεων
		0880	Συντήρηση και επισκευή μηχανικού και λοιπού εξοπλισμού
		0890	Λοιπές δαπάνες
1000			ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ
	1200		Εξοπλισμός γραφείων, εργαστηρίων κ.λπ. (εκτός από την προμήθεια επίπλων και σκευών)
		1260	Προμήθεια γραφικής ύλης (και μικροαντικ. γραφείου γενικά)
	1300		Προμήθεια ειδών υγιεινής, καθαριότητας και ευπρεπισμού
		1310	Υγειονομικό και φαρμακευτικό υλικό
	1400		Προμήθεια ειδών συντήρησης και επισκευής αγαθών διαρκούς χρήσης
	1500		Προμήθεια ειδών διατροφής, ιματισμού, υπόδησης και υλικών εξάρτησης
	1600		Προμήθεια καυσίμων και λιπαντικών
	1700		Προμήθεια υλικού εκτυπωτικών, τυπογραφικών και λοιπών εργασιών
	1800		Λοιπές προμήθειες που δεν περιλαμβάνονται στις παραπάνω κατηγορίες
3000			ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΕΣΟΔΑ
	3300		Αποδόσεις εσόδων που εισπράχθηκαν υπέρ τρίτων
		3310	Αποδ. σε μετ. ταμεία υπαλλ. των εισπράξεων που ενεργ. γι'αυτά
7000			ΚΕΦΑΛΑΙΑΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ
	7100		Προμήθειες αγαθών διαρκούς χρήσης
9000			ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ
	9100-9200		Επενδύσεις που εκτελούνται μέσω του τακτικού κρατικού προϋπολογισμού
	9300-9400		Επενδύσεις που εκτελούνται μέσω του προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων
	9500-9600		Επενδύσεις που εκτελούνται μέσω του Προϋπολογισμού άλλων Ν.Π.Δ.Δ. ή Οργανισμών ή Ειδικών Λογαριασμών
	9700-9800		Επενδύσεις που εκτελούνται με τα έσοδα των Ν.Π.Δ.Δ.
	9900		Λοιπές επενδύσεις

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμόπουλος Π., 1992, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Μια σφαιρική προσέγγιση», εκδ. Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα
- Αποστολάκης Ι., 2002, «Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
- Απόφαση Υφυπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας (Αριθ. Υ4α/οικ. 1320/Φ.Ε.Κ. 99 Β΄/10.02.1998), «Ορισμός νοσηλίου Νοσοκομείων»
- Απόφαση Υφυπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας, Εμπορικής Ναυτιλίας (Αριθ. Υ3α/Γ.Π. οικ. 88618/Φ.Ε.Κ. 1223 Β΄/20.09.2002), «Καθορισμός Αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες»
- Γαλανάκη Ε., 2000, «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας: μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από δημόσιο Κέντρο Υγείας και αναδιοργάνωση του Κέντρου Υγείας βάσει των αποτελεσμάτων», Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιά
- Εγκύκλιος Υπουργείου Οικονομικών (αρ.πρωτ.:οικ. 2/47285/0094/αρ.εγκ.1/2.8.01), περί κωδικοποίησης εσόδων και εξόδων του προϋπολογισμού των Ν.Π.Δ.Δ.
- Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Κ.Υ. «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006, «Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»
- Ζηλίδης Χ., 1995, «Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- Θεοδώρου Μ., 1994, Η Π.Φ.Υ. στο: Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών υγείας, ανάλυση και δομή του συστήματος»
- Θεοδώρου Μ., 2005, Σίσκου Ό., Καϊτελίδου Δ., Φαραστέλη Ο., Λιαρόπουλος Λ., «Η Οργάνωση και Διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα» από την έκδοση «Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» του Γ΄ Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς
- Κε.Σ.Υ., Απόφαση 7, 21^{ης} Ολομέλειας, Σκοπός και Λειτουργία Κέντρων Υγείας, Αθήνα 17/4/1985
- Κιούλου-Κορμπάκη Ε., 2005, «Κινητήριες δυνάμεις και εμπόδια στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η περίπτωση του Κ.Υ. Βύρωνα.», Διπλωματική Εργασία, Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα

- Κομματάς Δ., 1998, «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», διπλωματική εργασία, Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1994, «Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Κοντός Δ., 1995, «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα
- Μάρδα Γ., 1993, «Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», εκδ. Σμπίλιας, Αθήνα
- Μοσκοφίδου Δ., 2001, «Εισροές και Εκροές των Κέντρων Υγείας της Ελλάδας», Διπλωματική Εργασία, Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα
- Μπένος Α., 1996, «Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Πρακτικά Ημερίδας της Ακαδημίας Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, παράρτημα Μακεδονίας-Θράκης, Θεσσαλονίκη
- Μπουλουτζά Π., «Κέντρα Υγείας, το αποπαίδι του Ε.Σ.Υ.», Εφημερίδα «Καθημερινή», φύλλο της 17/02/2008
- Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., 1995, «Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας», Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα
- Μωραΐτης Ε., 2004, «Ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας», Σημειώσεις για το Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά και Τ.Ε.Ι. Πειραιά
- Μωραΐτης Ε., 2006, «Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Σημειώσεις για το Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά και Τ.Ε.Ι. Πειραιά
- Νιάκας Δ., Ματσαγγάνης Μ., 2002, «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας-Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», τόμος Α', Ε.Α.Π., Πάτρα
- Νιάκας Δ., 2002, «Σύγχρονα ζητήματα management της υγειονομικής μεταρρύθμισης», στο: Νιάκας Δ, Στάθης Γ. «Υγειονομική μεταρρύθμιση και management. Προβληματισμοί και προοπτικές», Mediforce, Αθήνα
- Νόμος 1397 (Ν. 1397/1983), «Εθνικό Σύστημα Υγείας», Φ.Ε.Κ. 143 Α΄
- Νόμος 2071 (Ν. 2071/1992), «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», Φ.Ε.Κ. 123 Α΄
- Νόμος 2194 (Ν. 2194/1994), «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Φ.Ε.Κ. 34 Α΄

- Νόμος 2519 (Ν. 2519/1997), «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», Φ.Ε.Κ. 165 Α΄
- Νόμος 2889 (Ν. 2889/2001), «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Φ.Ε.Κ. 37 Α΄
- Νόμος 3235 (Ν. 3235/2004), «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Φ.Ε.Κ. 53 Α΄
- Ξανθόπουλος Κ., Σφυρής Ν., 2000, «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας-Διαχείριση Καινοτομίας και Τεχνολογίας», τόμος Γ΄, Ε.Α.Π., Πάτρα
- Ομπέση Φ., 2007, «Η εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα από το 1983 μέχρι σήμερα», Σημειώσεις για το Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά και Τ.Ε.Ι. Πειραιά
- Παπούλιας Δ., Τσούκας Χ., 1998, «Κατευθύνσεις για τη μεταρρύθμιση του κράτους», εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα
- Πολύζος Ν., 2007 «Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας», εκδ. Διόνικος, Αθήνα
- Πολύζος Ν., Δουμουλάκης Γ., Χρυσοχοϊδης Γ., 2000, «Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Μονάδων Υγείας-Οικονομική και Χρηματοδοτική Διοίκηση/Διαχείριση Νοσοκομείων», τόμος Β΄, Ε.Α.Π., Πάτρα
- Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., 1990, «Οι Υπηρεσίες Υγείας – Οργάνωση – Διοίκηση – Προγραμματισμός», European Institute of Social Security-ελληνικό τμήμα, Αθήνα
- Σίσκου Ό., 2006, «Εκτίμηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Σουλιώτης Κ., Κοντιάδης Ξ., 2005, «Σύγχρονες προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας- Τέσσερις κρίσιμες νομοθετικές παρεμβάσεις», εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
- Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2008, «Φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Τσάμης Ν., 2005, «Η Π.Φ.Υ. είναι ακόμη εδώ!», από την έκδοση «Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» του Γ΄ Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς
- Υφαντόπουλος Γ., 1988, «Ο Προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα

- Φιορέτος Μ. κ.ά., 1994, «Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Σημερινή κατάσταση και Προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης», περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμ. 6,3

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Campbell-Forrester S., Concha-Eastman A., Diallo I., Elsherbiny M.M.F., Lee S., Manzini N. et al., 1997, «Improving the performance of Health Centres in District Health Systems», WHO Technical Report Series 869, Report of a WHO Study Group, World Health Organization, Geneva
- Gerald E., Bisbee Jr., 1982, «Management of rural Primary Care-consepts and cases», The Hospital Research and Educational Trust, U.S.A.
- Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Mariolis-Sapsakos T., Marayiannis K., Papathanasiou M., et al., 2008, «Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece», BMC Health Services Research, 8:124
- Sumanen M., Virjo I., Hyppola H., Halila H., Kumpusalo E., Kujala S., et al., 2008, «Use of quality improvement methods in Finnish health centres in 1998 and 2003», Scandinavian Journal of Primary Health Care, 26:12-16
- W.H.O., 1978, «Declaration of Alma-Ata», International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <http://www.mohaw.gr>
- http://www.statistics.gr/gr_tables/S801_SHE_7_TB_AN_06_2_Y_BI.pdf (27/06/2008)
- <http://www.syzefxis.gov.gr/Default.aspx?id=180&nt=18> (09/09/2008)
- http://www.wpro.who.int/rcm/en/archives/rc32/wpr_rc32_r05.htm (22/09/2008)
- http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (22/09/2008)

ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

- Στατιστικά στοιχεία για το κλινικό έργο του Κέντρου Υγείας Βύρωνα 2004-2007
- Συνέντευξη επιστημονικού υπευθύνου Κέντρου Υγείας Βύρωνα
- Πίνακας Διάθεσης Πιστώσεων Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
- Πίνακες μηνιαίας και ετήσιας κίνησης ιατρείων και εργαστηρίων Κέντρου Υγείας Γαλατά
- Κατάσταση προϋπολογισμού Κέντρου Υγείας Γαλατά με τροποποιήσεις, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»
- Συνέντευξη με προϊστάμενο εξωτερικών ιατρείων Π.Γ.Ν. «Αττικών»
- Πίνακες χρεώσεων ιατρικών πράξεων Εξωτερικών Ιατρείων νοσοκομείων
- Προφορική επικοινωνία με υπεύθυνο Οικονομικού Τμήματος Π.Γ.Ν. «Αττικών»
- Προφορική επικοινωνία με υπεύθυνο Τμήματος Πληροφορικής Γ.Ν.Π. «Τζάνειο»