



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΚΓ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

Η εξέλιξη των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από το 1983 έως σήμερα. Παρουσίαση θεσμικού πλαισίου και συγκριτική ανάλυση

Επιβλέπων:

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ

Σπουδάστρια:

ΒΑΜΒΑΚΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΑΘΗΝΑ – 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η εξέλιξη των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από το 1983 έως σήμερα. Μέσω της παρουσίασης του θεσμικού πλαισίου και με συγκριτική ανάλυση των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα τις τρεις τελευταίες δεκαετίες επιχειρείται να απαντηθούν οι βασικές υποθέσεις εργασίας οι οποίες αφορούν στην κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, στην ύπαρξη οργανωτικοδιοικητικού προσανατολισμού, στις δυνατότητες προσαρμογής στην κρίση και ανταπόκριση σε μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των πολιτών, στην επίδραση που δέχονται οι υπηρεσίες υγείας από πρόσκαιρες πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις και τέλος στην ικανοποίηση των βασικών αρχών του κοινού Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου. Στην εισαγωγή αναφέρονται κάποιες γενικές θεωρίες για την υγεία, η συμβολή της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις πολιτικές υγείας καθώς και η Αναπτυξιακή Στρατηγική της χώρας 2014-2020 για την υγεία. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται σύντομη επισκόπηση των συστημάτων υγείας και των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται, μετά από σύντομη ιστορική αναδρομή, η εξέλιξη του θεσμικού πλαισίου των Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από το 1983 μέχρι σήμερα, οι κοινωνικές δομές προστασίας και η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η κριτική αποτίμηση των τριών δεκαετιών και δίνεται απάντηση στις βασικές υποθέσεις εργασίας. Διαπιστώνεται η αδυναμία του ελληνικού συστήματος υγείας να ανταποκριθεί πλήρως στις σύγχρονες ανάγκες υγείας παρά τις βελτιώσεις που έχουν συντελεσθεί. Τέλος στο τρίτο κεφάλαιο αποτυπώνονται κάποια γενικά συμπεράσματα για την πορεία του ελληνικού συστήματος υγείας και κάποιες προτάσεις στην προσπάθεια αναδιαμόρφωσής του και προσαρμογής στις αναδυόμενες κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις.

ABSTRACT

The subject of this assignment is Public Health Services' evolution from 1983 until today. Through the presentation of the institutional framework and comparative analysis of the reforms that took place the last three decades there is an attempt to answer the basic assumptions, which are related to meeting the health needs of citizens, the existence of organizational and administrative guidance, the possibilities of adapting to the crisis and response to changing health and social care needs of the citizens, to the effect that health services receive due to temporary political and social developments,

and finally if public health services meet the basic principles of the common European Healthcare Model. In the introduction some general theories on health, the European Union's contribution in health policies and the country's Development Strategy for Health 2014-2020 are mentioned. The first chapter, after a short historical review, is a brief survey of health systems and the Public Health Services in Greece. The second chapter presents the evolution of the institutional framework of the Public Health Services in Greece from 1983 to date, the social protection and the contribution of the private sector in health service structures. The third chapter is a critical evaluation of three decades and the basic assumptions are answered. There is a weakness of the Greek health system to fully meet the current health needs despite the improvements that have occurred. Finally, in the fourth chapter some general conclusions about the evolution of Greek health system and some suggestions aiming to the remodeling and adaptation of the system to emerging social and economic requirements are formulated.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ιστορική αναδρομή, μεταρρύθμιση, κριτική αποτίμηση

KEY WORDS: Public Health Services, European Healthcare Model, National Health System, historical review, reform, critical evaluation

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΓΕΝΙΚΑ	1
2. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ 2014-2020).....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	5
1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	5
1.1 Σύστημα Beveridge.....	7
1.2 Σύστημα Bismark.....	7
1.3 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας	8
1.4 Το νοτιοευρωπαϊκό (μικτό) μοντέλο	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	11
2. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
2.1 Ιστορική Αναδρομή	11
2.2 Δεκαετία 1980-1990	16
2.3 Δεκαετία 1990-2000	18
2.4 Δεκαετία 2000-2010	22
2.5 Δεκαετία 2010 κ.ε.....	26
2.6 ΔΟΜΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ.....	31
2.7 Ιδιωτικός Τομέας Παροχών Υπηρεσιών Υγείας.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	37
3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	37
3.1 Αποτίμηση του θεσμικού πλαισίου των 32 χρόνων Ε.Σ.Υ.....	37
3.2 Απάντηση στις βασικές υποθέσεις εργασίας	40
3.2.1. Κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών.....	41
3.2.2 Οργανωτικοδιοικητικός προσανατολισμός	45
3.2.3 Δυνατότητες προσαρμογής στην κρίση και ανταπόκρισης σε μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των πολιτών	46
3.2.3 Κάλυψη βασικών αρχών Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου με βάση τα κριτήρια της αποδοτικότητας, της ανταποκρισιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	54
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	54
4.1 Προτάσεις	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	62

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

Εικόνα 1: Βασικές δομές και λειτουργίες του Συστήματος Υγείας	6
Πίνακας 1: Εξέλιξη ιδιωτικών δαπανών υγείας 2008 - 2013.....	35
Σχήμα 1: Αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στη χώρα.....	41
Σχήμα 2: Ποσοστό πληθυσμού που διαθέτει ασφαλιστική κάλυψη.....	42

Σχήμα 3: Αξιολόγηση ΠΕΔΥ.....	43
Σχήμα 4: Δαπάνες υγείας 2010-2013.....	44
Σχήμα 5: Ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών κατά των τελευταίο χρόνο.....	49
Σχήμα 6: Προσδόκιμο επιβίωσης συνολικού πληθυσμού σε χώρες του ΟΟΣΑ.....	50
Σχήμα 7: Ποσοστό Βρεφικής Θνησιμότητας διαχρονικά.....	50
Σχήμα 8: Ισότητα στην πρόσβαση στην υγεία (λόγω οικονομικών προβλημάτων, λιστών αναμονής ή μεγάλης απόστασης)	52

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ε.Σ.Υ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΔΥΠΕ: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥΠ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας Πρόνοιας
ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΟΚΑ: Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
ΥΠΥΚΑ: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΓΕΝΙΚΑ

Ο ορισμός της υγείας που υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 1946 και ισχύει μέχρι σήμερα ορίζει την υγεία ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς απουσία νόσου ή αναπηρίας. Παρά το γεγονός ότι κάθε εποχή νοηματοδοτεί το περιεχόμενο του όρου υγεία σύμφωνα με τις κοινωνικές συνθήκες και τις επικρατούσες αντιλήψεις ο ανωτέρω ορισμός φαίνεται να συνδυάζει με την ευρύτητά του το πλήθος των παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας του ατόμου.

Η υγεία αναφέρεται ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα. Η κοινωνική πτυχή του δικαιώματος συνίσταται στην παροχή εκ μέρους του κράτους υπηρεσιών που προάγουν, διατηρούν ή αποκαθιστούν την υγεία των πολιτών (δημόσια υγεία).

Διαχρονικό θέμα συζήτησης και καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση των υγειονομικών συστημάτων αποτελεί η απάντηση στο ερώτημα αν η υγεία είναι (ή πρέπει να είναι) δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό.

Σύμφωνα με τον Arrow η υγεία είναι δημόσιο αγαθό για τους ακόλουθους λόγους :

- η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο να λάβει τις ίδιες υπηρεσίες, όπως συμβαίνει με τα ιδιωτικά αγαθά
- η παροχή υπηρεσιών υγείας προάγει τη δημόσια υγεία (π.χ. στην περίπτωση μαζικών εμβολιασμών) και ωφελεί συνολικά την κοινωνία
- ο ασθενής δεν μπορεί να διαπραγματευτεί τις τιμές των υπηρεσιών υγείας, λόγω της ατελούς πληροφόρησης που έχει και ως εκ τούτου πρέπει να προστατευτεί
- σε περίπτωση ψυχικής ασθένειας ή ατυχήματος το άτομο έχει ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας και δεν είναι δυνατόν να ασκήσει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής (Χλέτσος, 1995).

Στον αντίποδα υπάρχει η άποψη ότι ακόμα και στον τομέα της υγείας οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια «άριστη» και αποτελεσματική κατανομή των πόρων, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τα υπόλοιπα ιδιωτικά αγαθά.

Η παγκόσμια κοινότητα μέσω Διεθνών Οργανισμών σε τακτά χρονικά διαστήματα δίνει κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας και ελέγχει την τήρηση των διεθνών κανόνων.

Ενδεικτικά αναφέρονται Διακηρύξεις που θέτουν προτεραιότητες υγείας και στρατηγικές κατευθύνσεις.

Το Σεπτέμβριο του 1978, στο Διεθνές Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διατυπώνεται η περίφημη Διακήρυξη της Alma Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο πλαίσιο της Στρατηγικής «Υγεία για Όλους». Εδώ τίθεται ως πρωταρχικός στόχος των κυβερνήσεων, η επίτευξη του κατάλληλου επιπέδου υγείας για όλους τους κατοίκους του κόσμου μέχρι το 2000.

Στη διακήρυξη της Οττάβα το 1986, αναφέρεται ότι η υγεία είναι μια διαδικασία που παρέχει στους πληθυσμούς τα μέσα να εξασφαλίζουν έναν μεγαλύτερο και ποιοτικό έλεγχο στην προσωπική τους υγεία καθώς και τα απαραίτητα μέσα για τη βελτίωση αυτής. Εισηγείται μια ολιστική κατά μία έννοια προσέγγιση της υγείας εξαρτώμενη από συνθήκες ζωής και προσωπικούς παράγοντες καθώς και από κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς. Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Οττάβα είναι: «Να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθενται ζωή στα χρόνια».

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν υπήρχε μία κοινή πολιτική για την υγεία μέχρι το 1987. Στην Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη γίνεται αναφορά στους τομείς υγείας, ασφάλειας, προστασίας του περιβάλλοντος και προστασίας των καταναλωτών.

Δύο χρόνια αργότερα στον «Κοινοτικό Χάρτη των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων» αναφέρεται η προστασία της υγείας και ασφάλειας στο χώρο εργασίας.

Στη Συνθήκη του Μάαστριχτ, το 1992, ενθαρρύνεται η συνεργασία των κρατών μελών προκειμένου να επιτευχθεί το μέγιστο επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου. Ακολούθως στη Συνθήκη του Άμστερνταμ, το 1999, και στη Συνθήκη της Νίκαιας, το 2000, επίσης δίδεται προτεραιότητα στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας.

Το 2001 στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Goettenborg εκδίδεται ανακοίνωση με θέμα «το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους». Οι προκλήσεις που οφείλουν να αντιμετωπισθούν είναι η γήρανση, η μακροχρόνια περίθαλψη, η ιατρική τεχνολογία και το αυξανόμενο κόστος περίθαλψης. Στην έκθεση που προέκυψε διατυπώνονται οι τρεις στόχοι:

1. Διασφάλιση της προσπέλασης όλων των πολιτών στο σύστημα της περίθαλψης, ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια
2. Ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας
3. Οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας

και έτσι δημιουργείται το τρίπτυχο ΙΣΟΤΗΤΑ- ΠΟΙΟΤΗΤΑ – ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ που συνιστά το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο (Υφαντόπουλος, 2006).

Η Συνθήκη της Λισσαβόνας το 2007 καθιστά ακόμη πιο σημαντική την πολιτική στον τομέα της υγείας, προβλέποντας ότι, «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Ο στόχος αυτός πρέπει να επιτευχθεί με την παροχή στήριξης από την Ένωση στα κράτη μέλη και με την ενθάρρυνση της συνεργασίας. Η προστασία της δημόσιας υγείας και, ειδικότερα, τα ίδια τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να αποτελούν πρωτίστως ευθύνη των κρατών μελών. Εντούτοις, η ΕΕ εξακολουθεί να είναι επιφορτισμένη με σημαντικό ρόλο όσον αφορά την βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη και την διαχείριση των ασθενειών, την άμβλυνση των απειλών για την ανθρώπινη υγεία και την εναρμόνιση των στρατηγικών των κρατών μελών στον τομέα της υγείας. Οι τρεις στρατηγικοί στόχοι, που τίθενται, είναι η προαγωγή της καλής υγείας, η προστασία των πολιτών από απειλές κατά της και η προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας. Η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού θεωρείται το πιο ενδεδειγμένο εργαλείο έτσι ώστε να επιτευχθεί ο συντονισμός των επί μέρους εθνικών πολιτικών.

2. ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ 2014-2020)

Οι προτεραιότητες που τίθενται όσον αφορά στην υγεία από το Υπουργείο Υγείας το Μάιο του 2013, αφορούν την περίοδο 2014-2020 και αναφέρονται στο κείμενο «Αναπτυξιακή Στρατηγική 2014-2020». Το κείμενο διαμορφώθηκε λαμβάνοντας υπόψη τις αντίστοιχες κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και τις ιδιαίτερα σοβαρές συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που διέρχεται η χώρα με προσανατολισμό στην ανάγκη για αποτελεσματικότητα αλλά και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Το Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναδεικνύει το ρόλο της Υγείας ως αναπόσπαστο μέρος της στρατηγικής «Ευρώπης 2020», ορίζοντας στρατηγικές προτεραιότητες και αντίστοιχες επενδυτικές κατευθύνσεις σε τρεις διακριτούς άξονες:

- 1) «Εξυπνες Επενδύσεις για Βιώσιμα Συστήματα Υγείας»
- 2) «Επενδύοντας στην Υγεία των Πολιτών»
- 3) «Επενδύοντας στην Άμβλυνση των Ανισοτήτων στον Τομέα Υγείας»

Αντίστοιχα τίθενται οι ακόλουθοι πυλώνες και οι στρατηγικοί στόχοι

- 1) Βιωσιμότητα των συστημάτων Υγείας

Στρατηγικοί Στόχοι

- Διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών
- Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας, Προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e- υπηρεσιών υγείας
- Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας
- Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του Τομέα Υγείας
- Βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας

2) Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο

Στρατηγικοί στόχοι

- Ενίσχυση της Απασχολησιμότητας και αύξηση του ενεργού πληθυσμού
- Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγείας
- Προώθηση της Ψυχικής Υγείας
- Αξιοποίηση προϊόντων έρευνας του Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και τη θεραπεία νοσημάτων

3) Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της Υγείας

Στρατηγικοί Στόχοι

- Επενδύσεις σε υποδομές Υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον Τομέα Υγείας
- Αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας
- Ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model)
- Αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κοινωνικοοικονομικής κρίσης στην υγεία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κράτος πρόνοιας αποτελώντας θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας ως ιδέα συναντάται ήδη τον 6^ο αιώνα π.Χ. στην αρχαία Ελλάδα. Η περίοδος, όμως, που σηματοδότησε το σύγχρονο κράτος είναι η περίοδος της βιομηχανικής επανάστασης. Η ανάγκη αναπαραγωγής του εργατικού δυναμικού σε συνδυασμό με άλλες κοινωνικές, ηθικές και πολιτιστικές συνθήκες δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία του κράτους πρόνοιας (Θεοδώρου, 2001).

Η εμφάνιση, ωστόσο, και η ανάπτυξη του σύγχρονου κράτους πρόνοιας αποτελούν χαρακτηριστικά της περιόδου μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Ας σημειωθεί ότι ο θεσμός αυτός αποτελεί κατ' εξοχήν Ευρωπαϊκό φαινόμενο. Η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη και η συνακόλουθη ευημερία που συντελέστηκε στις βιομηχανικές χώρες είχε ως επακόλουθο τη διάθεση πόρων για την ενίσχυση και την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας. Οι πόροι που διατίθενται βαίνουν αυξανόμενοι με αποτέλεσμα γενναιόδωρες κοινωνικές παροχές μέχρι τη δεκαετία του 1970. Ακολουθούν οι δύο πετρελαϊκές κρίσεις που αποτελούν πλήγμα για την παγκόσμια οικονομία. Το κράτος πρόνοιας όπως λειτουργεί μέχρι τότε αρχίζει να αμφισβητείται ως προς την αποτελεσματικότητά του αλλά κυρίως ως προς τη βιωσιμότητά του. Φτάνει η δεκαετία του '80 και ένα κύμα νεοφιλελεύθερων μεταρρυθμίσεων (Μ. Βρετανία, ΗΠΑ), δίνει το στίγμα για αλλαγή πλεύσης. Τα όρια της κρατικής παρέμβασης αναθεωρούνται και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα σε ότι μέχρι τώρα αποτελούσε αποκλειστική αρμοδιότητα του κράτους επίσης. Τα αποτελέσματα είναι προφανή σε όλους τους μηχανισμούς του κράτους πρόνοιας.

Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν όπως είναι αυτονόητο τη ραχοκοκαλιά του κράτους πρόνοιας (Θεοδώρου, 2001). Το σύστημα ως ολότητα όπως και τα επιμέρους στοιχεία – υποσύνολα, υποσυστήματα συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνουν τους στόχους για τους οποίους υπάρχουν. Σκοποί του συστήματος υγείας, το οποίο αποτελεί ένα βασικό πυλώνα άσκησης κοινωνικής πολιτικής, είναι οι εξής: 1) διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, 2) ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών και 3) δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ισότητα στην πρόσβαση, ποιότητα υπηρεσιών) (Οικονόμου, 2012).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τα εξής υποσυστήματα, το Σύστημα Παραγωγής Διανομής, το Σύστημα Διεύθυνσης Συντονισμού και το Σύστημα Χρηματοδότησης.

Εικόνα 1

Βασικές δομές και λειτουργίες του Συστήματος Υγείας



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2014

Οι απαραίτητες λειτουργίες ενός συστήματος υγείας είναι η διαχείριση, η χρηματοδότηση, η δημιουργία πόρων και η παροχή υπηρεσιών (Οικονόμου, 2012).

Στα περισσότερα συστήματα υγείας, παρά τις διαφορές τους, διακρίνεται η ακόλουθη διάκριση στα επίπεδα περίθαλψης.

Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών και οι οποίες παρέχονται είτε στα ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), είτε αφορούν την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) καθώς επίσης και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την άσκηση προληπτική και κοινωνικής ιατρικής στα πλαίσια εφαρμογών σχετικών προγραμμάτων.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη ομοίως προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία και την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία αφού σε αυτά είναι δυνατή η συγκέντρωση όλων των σχετικών ειδικοτήτων, δηλαδή υψηλά εξειδικευμένων γνώσεων, ικανοτήτων και -εξοπλισμού και για το λόγο αυτό εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα. Ακολουθώς αναφέρονται τα τέσσερα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας.

1.1 Σύστημα Beveridge

Το σύστημα Beveridge ή αλλιώς αγγλοσαξωνικό υγειονομικό μοντέλο αναπτύχθηκε στη Βρετανία το 1946 και αποτέλεσε τη βάση για πολλά εθνικά συστήματα υγείας. Βασικά χαρακτηριστικά του αποτελούν ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη, η καθολική και πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και η κρατική χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στις χώρες που υιοθέτησαν αυτό το μοντέλο, το κράτος παράγει τις υπηρεσίες υγείας και κατανέμει τους πόρους υγείας. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία, συντελείται ένας διαχωρισμός υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο και βασίζεται στην αρχή της αποτελεσματικότητας στη διαχείριση των πόρων καθώς και στη γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. (Αγγλία, Ιρλανδία, Δανία).

1.2 Σύστημα Bismark

Το Σύστημα Bismark (διαφορετικά ηπειρωτικό μοντέλο) βασίστηκε στις μεταρρυθμίσεις που εισηγήθηκε ο Γερμανός καγκελάριος το 1883 και κατέληξαν στη δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική (με στόχο την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής δικαιοσύνης). Η χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης βασίζεται στις εισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών (ανάλογες με το ύψος του εισοδήματος) και η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική για το σύνολο του εργαζόμενου πληθυσμού. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα μεικτό σύστημα παραγωγής των υπηρεσιών εφόσον οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο δημόσιο

ή σε ιδιώτες (μεικτό σύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας). Η κρατική παρέμβαση είναι θεσμοθετημένη και αφορά τόσο στη χρηματοδότηση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και στη χάραξη του γενικότερου προγραμματικού πλαισίου της πολιτικής και της λειτουργίας των Συστημάτων (Γερμανία).

1.3 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας διέπεται από τις αρχές της φιλοσοφίας της ελεύθερης αγοράς. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι τα εξής: η ασφάλιση είναι εθελοντική (μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι ανασφάλιστο), η ασφαλιστική κάλυψη βρίσκεται σε συνάρτηση με τις οικονομικές δυνατότητες του ατόμου, η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη, οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και τέλος ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και οι τιμές καθορίζονται από το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης. (ΗΠΑ)

1.4 Το νοτιοευρωπαϊκό (μικτό) μοντέλο

Το μοντέλο αυτό αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge (σε ότι αφορά στον τομέα της υγείας) όσο και του Bismark (σε ότι αφορά στα θέματα ασφάλισης). Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ότι συνδυάζει στοιχεία και από τα δύο προαναφερθέντα συστήματα, η χρηματοδότηση συνίσταται σε εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών αλλά και σε φορολογικά έσοδα (Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία).

2. ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Έχει χαρακτήρα πολυτομεακό και ως έννοια έχει χαρακτήρα ευρύτερο της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία. Η δημόσια υγεία ασκείται από την κεντρική και την περιφερειακή διοίκηση, την αυτοδιοίκηση και τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και γενικά σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας (Ν. 3370/2005).

Ως λειτουργίες και δράσεις της δημόσιας υγείας ορίζονται αναλυτικότερα:

- A) Η παρακολούθηση και η εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν
- B) Η προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη νοσημάτων
- Γ) Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού
- Δ) Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- E) Η αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά ή άλλα αίτια
- Στ) Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία
- Z) Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων για τη βελτίωσή τους
- H) Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.
- Θ) Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

Κατά τον Ζηλίδη ως αποστολή της δημόσιας υγείας ορίζονται η αποστολή και στατιστικές της δημόσιας υγείας, οι στατιστικές υγείας και επιδημιολογική παρακολούθηση, ο προσδιορισμός αναγκών υγείας, η ανάπτυξη μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων, η πρόληψη λοιμωδών, ο εντοπισμός, διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών, η αγωγή και προαγωγή υγείας, η δευτερογενής πρόληψη, η υγεία μητέρας- παιδιού, ψυχική υγεία και πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, η περιβαλλοντική υγιεινή, η εργαστηριακή υποστήριξη, τα προγράμματα δημόσιας υγείας σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού, η φυσική και κοινωνική αποκατάσταση, ο σχεδιασμός, προγραμματισμός και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας η εκπαίδευση και έρευνα στη δημόσια υγεία.

Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από

- τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία διαχωρίζονται σε 73 Γενικά, σε 5 Ειδικά, σε 3 Ψυχιατρικά και σε 7 Πανεπιστημιακά (Μητρώο Δημοσίων Φορέων 2013, ΥΔΜΗΔ)
- τα Κέντρα Υγείας και λοιπές Μονάδες παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ των Δ.Υ.Πε.
- τα Κέντρα Υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) τα οποία έχουν μεταφερθεί και ενταχθεί στις οικείες Δ.Υ.Πε.

- οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ (οι οποίες ομοίως μεταφέρθηκαν στις Δ.Υ.Πε.)

Σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας υπάρχει η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας καθώς και η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας. Στις Περιφέρειες λειτουργούν 13 Γενικές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας.

Τέλος η χρηματοδότηση για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας συντελείται τον κρατικό προϋπολογισμό και τα ασφαλιστικά ταμεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Σύντομη αναφορά από το 1953 -1981:

Η μεταπολεμική περίοδος βρίσκει την Ευρώπη ένα σωρό ερειπίων, με κατακόρυφη πτώση του βιοτικού της επιπέδου σε μια προσπάθεια ανοικοδόμησης και ανασυγκρότησης. Βασικά χαρακτηριστικά αυτής της περιόδου αποτελούν η αλματώδης οικονομική ανάπτυξη και η επεκτατική κοινωνική πολιτική. Η Ελλάδα, εξαιτίας και της περιπέτειας του εμφυλίου, με καθυστέρηση προσανατολίστηκε αρχικά στην αποκατάσταση των υλικών ζημιών και συγχρόνως στην οικονομική ανάπτυξη.

Η περίθαλψη στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια χαρακτηρίζεται από την «υγειονομική πολυαρχία»(Δερβένης και Πολύζος, 1995).

Αντιπροσωπευτική εικόνα του συστήματος της περιόδου δίνεται μέσα από το παρατιθέμενο απόσπασμα:

«Σκιαγράφιση του πλέγματος των ανισοτήτων και ανορθολογικών μορφών ανάπτυξης του “παλαιού” συστήματος υγείας.

1. Πολυμορφία ασφαλιστικών ταμείων (απουσία αυτόνομων ταμείων υγείας, με τους κλάδους υγείας να συνυπάρχουν με τις συντάξεις)
2. Ισχυρή διαίρεση «δημόσιου – ιδιωτικού» (public – private division) και έξαρση των καταστρατηγήσεων
3. Άνιση κατανομή των νοσοκομειακών κλινών (χωροταξικά, σε επίπεδο εξειδικευμένων υπηρεσιών και μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα)
4. Ανυπαρξία ή υπανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων και μονάδες ΠΦΥ των ασφαλιστικών ταμείων)
5. Χωροταξική ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού (υπερσυγκέντρωση σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και μεγάλα αστικά κέντρα)
6. Ανισομερής παραγωγή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού: Υπερπαραγωγή και πληθωρισμός ιατρικού δυναμικού (περισσότεροι, αναλογικά, γιατροί μεταξύ των κρατών της Δυτικής Ευρώπης) και εμφανής έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (λιγότεροι, αναλογικά, νοσηλευτές)
7. Υπέρμετρα συγκεντρωτικό πρότυπο διοίκησης και «προγραμματισμού» των υπηρεσιών σε επίπεδο Υπουργείου και πλήρης απουσία αποκεντρωμένων σχημάτων

8. Χαμηλή χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας (ως % του ΑΕΠ) σε σχέση και με τις υψηλές δαπάνες για ιδιωτική υγεία.

9. Άνιση κατανομή δαπανών ανάμεσα στα επίπεδα υπηρεσιών υγείας: Υψηλές νοσοκομειακές δαπάνες έναντι χαμηλών δαπανών για εξωνοσοκομειακή φροντίδα και υψηλές φαρμακευτικές δαπάνες.

10. Έλλειψη στρατηγικής και πολιτικής προτεραιοτήτων για τη δημόσια υγεία (σχεδόν παντελής έλλειψη πολιτικής για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την προληπτική υγεία, τους στόχους για την υγεία κτλ.) (Σίτσουρας, 2012)

Την περίοδο αυτή παρατηρείται και η πρώτη απόπειρα για μία οργανωμένη συγκρότηση του συστήματος υγείας. Η πρώτη αυτή προσπάθεια αποτυπώνεται στην ομόφωνη ψήφιση του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». Το Διάταγμα αυτό προέβλεπε τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση περιφερειακών υπηρεσιών και τη μεταβίβαση προς αυτές αρμοδιοτήτων του Υπουργείου, τη θεσμοθέτηση γνωμοδοτικών και αποφασιστικών οργάνων σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο με τη συμμετοχή σ' αυτά εκπροσώπων των παραγωγικών τάξεων και των κοινωνικών φορέων, την οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με ομοιόμορφο τρόπο, την ισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, τη δημιουργία υπηρεσιών μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιφέρεια, την υπαγωγή όλων των μονάδων περίθαλψης σε ενιαίο φορέα.

Όσον αφορά στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, προέβλεπε την ίδρυση υγειονομικών υπηρεσιών («Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί»), οι οποίοι θα εξασφάλιζαν την υγειονομική κάλυψη κοινοτήτων με πληθυσμό 5.000 – 8.000 κατοίκων και θα εντάσσονταν οργανικά στο πλησιέστερο νομαρχιακό νοσοκομείο. Το Ν.Δ. 3097/1954 που ακολούθησε προσδιόρισε τους σκοπούς των υπηρεσιών αυτών, καθώς και τις λεπτομέρειες της ίδρυσης και της λειτουργίας τους. Οι αντιδράσεις που δημιουργήθηκαν – παρά την ομόφωνη ψήφισή του δεν επέτρεψαν την υλοποίηση των τολμηρών μεταρρυθμιστικών προτάσεων.

Ακολούθησε ο Ν. 3487/1955 «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών». Ο νόμος αυτός, ο οποίος αποτέλεσε τη βάση της λειτουργίας του συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού έως το 1983, προέβλεπε την ίδρυση ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας. Τα ιατρεία αυτά διαχωρίζονταν σε «Κοινοτικά ιατρεία» (ένας ιατρός, μία μαία, μία επισκέπτρια αδελφή), τα οποία ιδρύονταν στην έδρα κάθε δήμου ή κοινότητας με πληθυσμό άνω των 3.000 κατοίκων

και σε «Αγροτικά Ιατρεία» (ένας ιατρός) που κάλυπταν πληθυσμό κάτω των 3.000 κατοίκων. Επίσης προβλεπόταν η παροχή νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης καθώς και παρακλινικών εξετάσεων.

Αξιοσημείωτη εξέλιξη της εν λόγω περιόδου αποτελεί η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) το 1961 (Ν. 4169/1961), στον οποίο ανατίθενται όλα τα ασφαλιστικά συστήματα που αφορούν τους αγρότες, χωρίς όμως να συντελείται κάποια ουσιαστική αλλαγή στις παροχές υγείας προς το συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού που ανερχόταν τότε στο 51% του συνολικού πληθυσμού.

Ακολουθεί το 1968 το χρονικό διάστημα της επταετίας και της δικτατορικής διακυβέρνησης της χώρας, που οδήγησε σε μία σχετική αποδιοργάνωση του συστήματος υγείας. Αξίζει να αναφερθεί, ωστόσο, εδώ ότι με το Ν.Δ. 67/68 υποχρέωνε τους νέους ιατρούς σε θητεία σε «Αγροτικό Ιατρείο», τα δύο χρόνια μετά τη λήψη του πτυχίου τους, προκειμένου να αντιμετωπισθεί το οξύ πρόβλημα της άνισης κατανομής του ιατρικού προσωπικού.

Την περίοδο της επταετίας (1970) αξιοσημείωτη είναι η προσπάθεια του τότε Υπουργού Υγείας και Καθηγητή Κοινωνικής Πολιτικής στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Λουκά Πάτρα να θέσει τις βάσεις για μια μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Η φιλοσοφία της μεταρρύθμισης προσανατολιζόταν στη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας.

Κατ' αρχήν επισημάνθηκε η ανάγκη κοινωνικού προγραμματισμού για τη χώρα καθώς και τα μεγάλα προβλήματα που δημιουργούσε η πολλαπλότητα των ασφαλιστικών ταμείων και η πολυπλοκότητα του κοινωνικο- ασφαλιστικού συστήματος.

Οι μεταρρυθμίσεις που εισηγήθηκε ο Λ. Πάτρας μέσω του «Σχεδίου Εθνικής Πολιτικής Υγείας» αφορούσαν στη σταδιακή εγκαθίδρυση ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα βασιζόταν σε γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς (κατ' επιλογή του ασφαλισμένου), οι οποίοι θα ήταν συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και θα αμείβονταν κατά κεφαλήν. Το Σχέδιο εξάλλου προέβλεπε τη δημιουργία ενός «ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθενείας» στο οποίο θα ανατίθετο η περίθαλψη του συνόλου του πληθυσμού της χώρας και θα εντάσσονταν όλα τα ταμεία υγείας. Η δυσκολία του εγχειρήματος ήταν προφανής και ως εκ τούτου προτάθηκε ως μεταβατική λύση η δημιουργία ενός «Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας», το οποίο θα αναλάμβανε το συντονισμό και τον έλεγχο του συνόλου του υγειονομικού δυναμικού και των υφιστάμενων φορέων (δηλ. οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων και Δημόσιο). Ο φορέας αυτός θα συγκέντρωνε όλες τις

ασφαλιστικές εισφορές και θα είχε τη δυνατότητα να πληρώσει γιατρούς και νοσοκομεία στη βάση της αμοιβής κατά πράξη, κατόπιν διαπραγματεύσεων με τους ιατρικούς συλλόγους (Υφαντόπουλος, 2006).

Οι ριζικές μεταρρυθμίσεις του Λ. Πάτρα δεν έμελλε να πραγματοποιηθούν καθώς πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες δεν το επέτρεψαν, με αποτέλεσμα την όξυνση των ήδη υφιστάμενων προβλημάτων της κοινωνικής ανισότητας, της αναποτελεσματικότητας, της πολυπλοκότητας και της γραφειοκρατίας.

Οι συνθήκες που δημιουργήθηκαν την περίοδο της μεταπολίτευσης κατέστησαν επιτακτικό το αίτημα για μια ουσιαστική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας και την εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος υγείας.

Το 1976 το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών εκπόνησε μια μελέτη στην οποία αποτυπώνονται τα κυριότερα προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος και προτείνονται αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις. Τα σημαντικότερα προβλήματα στα οποία κατέληξε η μελέτη του ΚΕΠΕ είναι:

- A) Η απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών με αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής της οποιασδήποτε πολιτικής.
- B) Η ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού
- Γ) Η έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των άλλων κυβερνητικών φορέων στα θέματα της πολιτικής υγείας
- Δ) Οι μέθοδοι αμοιβής των γιατρών που οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση και παραοικονομία.

Οι προτάσεις του ΚΕΠΕ για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων συνοψίζονται στα εξής:

- A) Δημιουργίας μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας
- B) Ενοποίηση βασικών φορέων προστασίας υγείας και ειδικότερα των κλάδων ασθένειας ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ και άλλων φορέων (εφόσον επιθυμούν να προσχωρήσουν)
- Γ) Συντονισμό και συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- Δ) Ανάπτυξη κέντρων υγείας στελεχωμένα με γιατρούς γενικής ιατρικής
- E) Ανάπτυξη νοσοκομειακών μονάδων στην περιφέρεια που θα είναι συνδεδεμένες με τα κέντρα υγείας

Στ) Αποσαφήνιση της πολιτικής του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας (βασικό μέρος της ευθύνης να αναληφθεί από το κράτος).

Η υλοποίηση των προτάσεων αυτών θα υλοποιούνταν σε 3 φάσεις:

1^η φάση: κάποιες αρχικές οργανωτικές ενέργειες

2^η φάση: ενοποίηση κύριων ασφαλιστικών φορέων

3^η φάση: Ενιαία Εθνική Υπηρεσία Υγείας

Οι προτάσεις αυτές συνάντησαν ισχυρές αντιδράσεις με αποτέλεσμα τη μη υιοθέτησή τους και τη συνέχιση της ίδιας προβληματικής κατάστασης στο χώρο της υγείας (Θεοδώρου 2001 και Υφαντόπουλος 2006).

Η τελευταία μεταρρυθμιστική απόπειρα, πριν το 1983, έλαβε χώρα το 1980 με πρωτεργάτη τον τότε Υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών, καθηγητή, Σπύρο Δοξιάδη και με απώτερο στόχο τη ριζική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στον ελληνικό πληθυσμό.

Πρώτο βήμα ήταν η δημιουργία της Ομάδας Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ), η οποία μετά τη συλλογή επιστημονικού υλικού που αφορούσε στα συστήματα υγείας των άλλων χωρών της Ευρώπης, την εξέταση των υγειονομικών αναγκών της χώρας και την ανάλυση των χρηματικών ροών του του συστήματος (κρατικός προϋπολογισμός, ασφαλιστικά ταμεία, ιδιωτικές πληρωμές), διαμόρφωσε προτάσεις για ορθολογική διαχείριση των πόρων.

Δεύτερο βήμα ήταν, ως αποτέλεσμα της ερευνητικής διαδικασίας, το προσχέδιο νόμου «Μέτρα προστασίας της Υγείας» με τους ακόλουθους στόχους:

- Δημιουργία συνθηκών κατάλληλων έτσι ώστε να εκτιμηθούν οι ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού με τη χρήση δεικτών
- Μελέτη των υγειονομικών συστημάτων των άλλων χωρών, έτσι ώστε να καταστούν δίδαγμα οι επιτυχίες αλλά και τα λάθη τους
- Επιστημονικά τεκμηριωμένος, μακρόχρονος και πολιτικά θαρραλέος προγραμματισμός έτσι ώστε να καλύπτονται οι μεγάλες, βασικές και μακροχρόνιες ανάγκες
- Αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών μέσα σε ένα κεντρικά καθορισμένο πλαίσιο
- Έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα

- Ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών της χώρας έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα για την υγεία με τρόπο ορθολογιστικό
- Εξασφάλιση συντονισμού και προγραμματισμού από το κεντρικό όργανο μέχρι τη μικρότερη υγειονομική μονάδα
- Αριθμητικός και ποιοτικός προγραμματισμός της ισόρροπης εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού στις επιστήμες και τα επαγγέλματα υγείας
- Άνοδος του επιπέδου ικανότητας του ιατρικού δυναμικού και του δυναμικού των άλλων επαγγελμάτων υγείας για την παροχή υπηρεσιών

Το πρωτοποριακό πνεύμα των μεταρρυθμίσεων δεν εκτιμήθηκε, με αποτέλεσμα, μετά από αντιδράσεις από το κυβερνών κόμμα (Νέα Δημοκρατία), αλλά και από εκπροσώπους του ιατρικού κλάδου, να μην φτάσει ποτέ στη Βουλή για ψήφιση. Οι συνθήκες όμως φαίνεται ότι είχαν ωριμάσει για μία ριζική μεταρρύθμιση.

2.2 Δεκαετία 1980-1990

Οι εκλογές του 1981 έφεραν στην κυβέρνηση το ΠΑΣΟΚ, γεγονός που σηματοδότησε σειρά εξελίξεων στον τομέα της υγείας. Το αίτημα για ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας ήταν επιτακτικό από τους πολίτες και αποτέλεσε και προεκλογική δέσμευση της νέας κυβέρνησης.

Το πρώτο νομοθέτημα που αφορά στον τομέα της υγείας από τη νέα κυβέρνηση είναι ο Ν. 1278/1982 «Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας». Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), το οποίο προβλεπόταν να συγκροτείται από εκπροσώπους των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, από εκπροσώπους της πολιτείας και εκπροσώπους των πολιτών, ήταν ένας φιλόδοξος θεσμός με επιτελικό, στρατηγικό χαρακτήρα. Στόχος του ήταν, μέσα από την παρακολούθηση, τεκμηρίωση και αξιολόγηση της ανάπτυξης του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών του, να εισηγείται προτάσεις, ως γνωμοδοτικό όργανο, στην πολιτική ηγεσία, έτσι ώστε να διαμορφώνει τις στρατηγικές και την πολιτική υγείας στη χώρα. Σταδιακά το όργανο αυτό αποδυναμώθηκε και η προσφορά του δεν συνάδει πλέον με τις προβλέψεις του ιδρυτικού νόμου για πολλούς λόγους όπως πολιτικές παρεμβάσεις, αφαίρεση αρμοδιοτήτων και αδυναμία ανταπόκρισης στις προκλήσεις (Σισσούρας, 2012).

Με το Ν. 1316/1983 ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

Ιδρυτικό νόμο για το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε ο Ν. 1397/1983, επί Υπουργίας Παρασκευά Αυγερινού. Βασική φιλοσοφία του νόμου η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και το δικαίωμα του κάθε πολίτη για υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση.

Οι βασικοί άξονες του νόμου συνοψίζονται στα εξής:

1. Κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.
2. Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες).
3. Ο κοινωνικός έλεγχος του συστήματος (ο δημοκρατικός προγραμματισμός επιδιώκεται μέσω της συμμετοχής σ' αυτόν της τοπικής αυτοδιοίκησης και των διαφόρων συνδικαλιστικών και επιστημονικών οργανώσεων).
4. Η έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης Το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (κεντρική ευθύνη για το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας έχει το Υπουργείο Υγείας ενώ ο περιφερειακός προγραμματισμός των πόρων γίνεται από τις Περιφέρειες).
5. Η κατανομή των πόρων θα γινόταν σύμφωνα με τις γεωγραφικές ανάγκες.
6. Η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων προκειμένου να παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.
7. Ο θεσμός γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών ο νόμος για το ΕΣΥ προέβλεπε:

1. Τη σύσταση 10 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ).
2. Αρχικά όλα τα νοσοκομεία θα υπάγονταν στη δικαιοδοσία του υπουργείου Υγείας, εκτός από τα πανεπιστημιακά και τα στρατιωτικά νοσοκομεία.
3. Σε δεύτερο στάδιο θα προχωρούσε η συγχώνευση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών, με τη δημιουργία ενός νέου συστήματος Κέντρων Υγείας αστικού και μη αστικού τύπου.
4. Τη δημιουργία 400 κέντρων υγείας εκ των οποίων τα 200 θα εξυπηρετούσαν τον αγροτικό πληθυσμό. Τα κέντρα υγείας θα συνδέονταν διοικητικά και λειτουργικά με το δευτεροβάθμιο κέντρο (νομαρχιακό νοσοκομείο) το οποίο με τη σειρά του θα συνδεόταν με το τριτοβάθμιο κέντρο (πανεπιστημιακό).
5. Τέλος, όλοι οι πόροι των κλάδων υγείας των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών θα συγκεντρώνονταν σε έναν φορέα ώστε να υπάρξει σταδιακή ενοποίηση των Ταμείων Υγείας.

6. Παράλληλα θα ολοκληρώνονταν και οι διαδικασίες για την ένταξη των πανεπιστημιακών και των στρατιωτικών νοσοκομείων του ΕΣΥ.

7. Όλα τα καινούργια νοσοκομεία που θα δημιουργούνταν θα ήταν δημόσια και θα υπάγονταν στο ΕΣΥ. Στο σύνολό τους θα χωρίζονταν σε γενικά και σε ειδικά.

8. Την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας, ο οποίος θα συνέλλεγε, θα διαχειριζόταν και θα κατένειμε τους πόρους στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία (άρθρο 16)

9. Στα προτεινόμενα μέτρα του νόμου του ΕΣΥ βασική καινοτομία αποτελούσε ο πλήρης διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα και ο σταδιακός μαρasmus του ιδιωτικού τομέα, ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης και του εκσυγχρονισμού του δημοσίου τομέα. Για τον σκοπό αυτόν ο νόμος απαγόρευε την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών και την επέκταση των υπαρχουσών.

Ακολουθεί ο Ν. 1471/1984 «Για τη ρύθμιση θεμάτων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων», ο οποίος περιλαμβάνει ρυθμίσεις επιδομάτων ιατρών και ειδικευόμενων, διατάξεις για ΔΣ μεταβατικής περιόδου και θέματα εσωτερικού κανονισμού

Αντίστοιχα ο Ν. 1579/1985 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» περιλαμβάνει ρυθμίσεις για τις ειδικότητες των ιατρών και την εκπαίδευση νοσηλευτών, την ίδρυση του ΕΚΑΒ, ρυθμίσεις για την έρευνα υγείας (ειδικά κέντρα, βιοϊατρική), προβλέπει τη δυνατότητα σύστασης ειδικών κέντρων (ογκολογικά – καρδιοχειρουργικά) με στόχο την έρευνα και την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης καθώς και διατάξεις για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας.

2.3 Δεκαετία 1990-2000

Πριν προλάβει να κλείσει μία δεκαετία ισχύος ο νόμος για το ΕΣΥ, προκύπτει η κυβερνητική αλλαγή το 1990, που συνοδεύεται και από την αλλαγή φιλοσοφίας λειτουργίας του κράτους, άρα και του συστήματος υγείας.

Ο νόμος που σηματοδοτεί αυτή την αλλαγή είναι ο Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας», με Υπουργό Υγείας το Γ. Σούρλα. Τα βασικότερα σημεία του νόμου συνοψίζονται στα εξής:

1. Αίρεται η αποκλειστική ευθύνη του κράτους στην παροχή και χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και παρέχεται η δυνατότητα επιλογής στον πολίτη ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας.

2. Τα Κέντρα Υγείας «αυτονομούνται» από τα νοσοκομεία και υπάγονται στις Νομαρχίες.
3. Και οι τρεις βαθμίδες περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) παρέχονται τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Παρέχεται η δυνατότητα σύναψης σύμβασης των ιδιωτικών φορέων με τα ασφαλιστικά ταμεία.
4. Αίρει την απαγόρευση του 1397 και επιτρέπει την ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κλινικών.
5. Ιδρύονται περιφερειακές Δ/νσεις Υπηρεσιών Υγείας στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας με σκοπό την εποπτεία επί των φορέων περίθαλψης.
6. Το ΚΕΣΥ παραμένει ως κεντρικό γνωμοδοτικό όργανο.
7. Δημιουργείται Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων.
8. Προβλέπει τη σύσταση Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (όργανο προγραμματισμού και μελέτης).
9. Συγκροτείται Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας στην έδρα κάθε νομού με γνωμοδοτικό και επικουρικό χαρακτήρα.
10. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων καταρτίζονται από μηδενική βάση και προβλέπεται η υποχρέωση δημοσίευσής τους.
11. Οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ της πλήρους και της μερικής απασχόλησης (με δικαίωμα άσκησης και ιδιωτικής ιατρικής για τους δεύτερους).
12. Για τον τομέα της ψυχικής υγείας περιέχονται ρυθμίσεις για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την αποασυλοποίηση και την ευαισθητοποίηση και συμμετοχή της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Η δεύτερη υπό μελέτη δεκαετία σημαδεύεται από μία επίσης κυβερνητική αλλαγή. Το 1993 το ΠΑΣΟΚ επανέρχεται στην εξουσία και ως εκ τούτου η πολιτική στον τομέα της υγείας αλλάζει εκ νέου προσανατολισμό.

Το 1994 και με Υπουργό Υγείας το Δ. Κρεμαστινό, ψηφίζεται ο Ν. 2194/1994 ο οποίος επιχειρεί να αποκαταστήσει το δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ με τις εξής μεταρρυθμίσεις:

1. Τα Κέντρα Υγείας υπάγονται ξανά στα νοσοκομεία (έτσι στερούνται αυτοδύναμου προϋπολογισμού). Λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού, στον οποίο ανήκουν και οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.
2. Επανέρχεται το καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών

3. Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετατρέπεται σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

4. Καθίσταται υποχρεωτική η μετεκπαίδευση των ιατρών και άλλων λειτουργών των επαγγελματιών υγείας από τα κέντρα υγείας στα νομαρχιακά νοσοκομεία.

Εδώ ας σημειωθεί ότι ο νόμος δεν κατάργησε τη δυνατότητα σύναψης σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με τα ιδιωτικά θεραπευτήρια και διαγνωστικά κέντρα.

Αξιοσημείωτο, επίσης, χαρακτηρίζεται το εγχείρημα εκ μέρους της ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας να συγκροτήσει δύο επιτροπές μία από ξένους («Επιτροπή Σοφών») και μία από Έλληνες εμπειρογνώμονες προκειμένου να προτείνουν μέτρα αναμόρφωσης του συστήματος υγείας.

Οι διαπιστώσεις των εμπειρογνώμωνων εν πολλοίς καταλήγουν στα εξής:

- Αναγνωρίζεται η αναπτυξιακή πορεία του ΕΣΥ.
- Επισημαίνεται η ύπαρξη αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς από ορισμένες ομάδες ιατρών και λοιπού προσωπικού που απασχολείται στο ΕΣΥ.
- Καταγράφεται ο πληθωρισμός των ιατρών με πολλές ειδικότητες.
- Υπογραμμίζεται η αδυναμία οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αναφέρεται η νοσοκομειοκεντρική προσέγγιση του ΕΣΥ.
- Σχολιάζονται τα αποτελέσματα ευρωπαϊκών μελετών που κατατάσσουν την Ελλάδα ως τη χώρα – μέλος με τη χαμηλότερη ικανοποίηση του πληθυσμού από το σύστημα υγείας.
- Επισημαίνεται επίσης ότι οι Έλληνες σε υψηλότερο ποσοστό από όλους τους Ευρωπαίους πολίτες προτίθενται να πληρώσουν περισσότερα χρήματα για να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας.
- Γίνεται αναφορά στις πολλαπλές μεταρρυθμίσεις, χωρίς να υπάρχει η κυβερνητική δέσμευση για υλοποίηση των προτεινόμενων σχεδίων και νομοθετικών κειμένων.

Τα προβλήματα κατευθύνουν και τον αντίστοιχο προβληματισμό για τις προτάσεις τους, οι οποίες είναι:

- Η κυβέρνηση θα πρέπει να δώσει έμφαση σε προγράμματα πρόληψης και υγειονομικής ενημέρωσης του κοινού.
- Θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα ενοποιημένο ταμείο, στο οποίο η κυβέρνηση θα πρέπει να διοχετεύσει όλους τους οικονομικούς πόρους. Το Υπουργείο Υγείας θα αναλάβει την εποπτεία του νέου οργανισμού, αλλά θα πρέπει να είναι αυτόνομη διοικητική υπηρεσία.

- Ο οικογενειακός ιατρός θα αποτελεί τον πυρήνα του συστήματος και θα αμείβεται ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών. Επιπλέον, θα έχει στη διάθεσή του οικονομικούς πόρους για την αγορά ειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών και φαρμάκων.
- Οι ειδικευμένοι ιατροί θα αμείβονται κατά ιατρική πράξη.
- Δημιουργούνται τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια, τα οποία αναλαμβάνουν την αποτύπωση των αναγκών του πληθυσμού και την κατανομή των πόρων προς τα νοσοκομεία της Περιφέρειας ευθύνης τους, τα κέντρα υγείας και τους οικογενειακούς ιατρούς. Κάθε συμβούλιο διοικείται από έναν ανεξάρτητο ελεγκτή (ombudsman).
- Οι νοσοκομειακές μονάδες θα διοικούνται από Διοικητικά Συμβούλια στα οποία προΐσταται ο Διευθυντής.
- Στον τομέα του φαρμάκου προτείνεται η σύνταξη περιορισμένης λίστας.
- Για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων απαιτείται εκπαιδευμένο διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης δημόσιας υγείας και γενικής ιατρικής.
- Το επιπλέον κόστος που απαιτείται για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων θα καλυφθεί από την καλύτερη διαχείριση των πόρων υγείας και τις περικοπές στην κατανάλωση φαρμάκων. (Υφαντόπουλος, 2006).

Ακολουθεί ο Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», επί υπουργίας Κ. Γείτονα. Στον εν λόγω νόμο, καθορίζονται όργανα προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, ενισχύονται οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας (αναλύεται η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού με τη χρήση μεθοδολογιών, μέσω και επιστημών που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία), οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται με τις διοικητικές, συστήνεται Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥΣΕΔΥΠΥ) με γνωμοδοτική αρμοδιότητα, συστήνεται Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας (ΑΕΕΣΥ) ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο, η οργάνωση των νοσοκομείων εξελίσσεται με την εισαγωγή επιχειρησιακών εργαλείων και νέων τιμολογίων, τίθενται αυστηροί κανόνες αξιολόγησης επιστημονικού προσωπικού, εισάγονται ρυθμίσεις έτσι ώστε τα νοσοκομεία (Ε.Σ.Υ) και τα Κέντρα Υγείας να παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και τέλος αναβαθμίζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας (στα οποία περιλαμβάνονται και οικογενειακοί γιατροί), τα οποία διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

2.4 Δεκαετία 2000-2010

Η απαρχή της τρίτης δεκαετίας βρίσκεται στο Υπουργείο Υγείας τον Αλ. Παπαδόπουλο και το ζήτημα της μεταρρύθμισης στην υγείας πάντα επίκαιρο. Ως εκ τούτου κατατίθεται από τον Υπουργό το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα «Υγεία για τον πολίτη» το οποίο έθετε τους παρακάτω στόχους:

1. Άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.
2. Κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και της αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των ασθενών.
3. Η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ.
4. Διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ και συγκρότηση ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειας.
5. Αναδιοργάνωση της διοίκησης και της λειτουργίας των νοσοκομείων.
6. Ανάδειξη της δημόσιας υγείας και της ΠΦΥ σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος.
7. Ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και εκπαίδευσης για την επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας.
8. Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας τόσο του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.
9. Εισαγωγή νέων θεσμών για την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων του συστήματος.
10. Εισαγωγή μηχανισμών ελέγχων στην παροχή δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
11. Έμφαση στις πολιτικές που ενισχύουν την τεκμηριωμένη άσκηση της πολιτικής (Υφαντόπουλος 2006).

Η υλοποίηση της μεταρρύθμισης θα υλοποιείτο σε πέντε στάδια:

- i. Η περιφερειακή οργάνωση και η ανάπτυξη των ΠΕΣΥ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας)
- ii. Ο υγειονομικός χάρτης της χώρας
- iii. Η ψήφιση του νόμου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το θεσμό του προσωπικού γιατρού
- iv. Η δημιουργία του ΟΔΠΥ (Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας)

ν. Μηχανοργάνωση και Ενιαίο Λογιστικό Σχέδιο

Ο νόμος που έρχεται ώστε να ξεκινήσει η μεταρρυθμιστική προσπάθεια είναι ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» με σημαντικότερες αλλαγές τις εξής:

1. Η χώρα διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ).
 2. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα κέντρα υγείας αποτελούν ανεξάρτητες διοικητικές και κλινικές ομάδες που ανήκουν στο ΠΕΣΥ της κάθε Περιφέρειας. [Από το 2003 στα ΠΕΣΥ υπάγονται και όλες οι δομές Πρόνοιας (Πρόσωπα Δημόσιου και Ιδιωτικού Δικαίου) της περιφέρειας με την ονομασία ως Πε.ΣΥΠ, (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας Πρόνοιας)]
 3. Προβλέπονται νέα όργανα διοίκησης όπως μανάτζερ, συμβούλιο διοίκησης και γενικότερα νέα οργανωτική διάρθρωση
 4. Προβλεπόταν η λειτουργία των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων
 5. Θεσπίζεται η παρακολούθηση προϋπολογισμών, στοιχείων προσωπικού και προμηθειών από τα ΠΕΣΥ
 6. Εισάγονται νέες ρυθμίσεις σε θέματα αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού
- Αξίζει να επισημανθεί και ο Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) και άλλες διατάξεις» με τον οποίο θεσπίστηκε ο θεσμός των Επιθεωρητών προκειμένου να διενεργεί έρευνες σε όλους τους φορείς και τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Ακολούθως με το Ν. 2955/2001 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας του ΠΕΣΥ» έγινε μια προσπάθεια να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της σπατάλης των πόρων με τη δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος προμηθειών

Με το Ν. 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (άρθρα 13, β και 17) με σκοπό την κάλυψη βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων και των ατόμων με κοινωνικά προβλήματα, προβλήματα υγείας ή αναπηρίας, περιλαμβάνει ρυθμίσεις για τη σύσταση Ξενώνων νοσηλευτικής φροντίδας και ανακουφιστικής αγωγής ασθενών (για ασθενείς που χρειάζονται μόνο ανακουφιστική αγωγή και νοσηλευτική φροντίδα) και για τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι».

Σε μεταρρυθμιστικό πνεύμα κινείται και ο Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» στον οποίο

αποσαφηνίζεται η έννοια και τα χαρακτηριστικά της Δημόσιας Υγείας και καθορίζονται οι φορείς και οι υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας. Επίσης καθορίζεται Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας και συστήνεται Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας με γνωμοδοτικό χαρακτήρα, στο Υπουργείο Υγείας.

Μεταξύ άλλων σύμφωνα με το Ν. 3172/2003 κατοχυρώνεται η δυνατότητα ανάληψης δράσης και πρωτοβουλιών σε θέματα δημόσιας υγείας από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, γίνεται αναφορά στις αρμοδιότητες και δράσεις δημόσιας υγείας των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης (Δήμοι) καθώς και στη σύσταση σε επίπεδο Νομαρχίας Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας..

Ο Νόμος 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» έρχεται να ξεκαθαρίσει το τοπίο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία στο εξής θα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, από τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από όλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά και λειτουργικά με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Διασφαλίζεται ισότητα στην πρόσβαση και ισότητα στη φροντίδα. Προωθείται ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού, η αρχή της τομεοποίησης και η χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας.

Το 2004 συντελείται κυβερνητική αλλαγή και ανέρχεται η ΝΔ στην εξουσία. Ο πρώτος νόμος που ψηφίζεται για την υγεία, επί υπουργίας Ν. Κακλαμάνη είναι ο Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Λοιπές Διατάξεις». Με αυτό νόμο οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται με τις διοικητικές και τα ΠΕΣΥΠ μετατρέπονται σε ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας), ενισχύοντας τον αποκεντρωμένο χαρακτήρα του συστήματος. Στο Υπουργείο Υγείας συνίσταται Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών και στις περιφέρειες συνίστανται Συμβούλια Υγειονομικής Περιφέρειας. Τέλος περιλαμβάνει ρυθμίσεις για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας (υπηρεσίες αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης και επανένταξης).

Άλλος νόμος αναφορικά με τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι ο Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας». Στο νόμο αυτό ορίζονται οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, οι λειτουργίες και οι δράσεις της. Αποτυπώνεται εθνική στρατηγική για τη δημόσια υγεία και συνίσταται Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας. Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας

Υγείας (που συστάθηκε με το ν. 3172/2003) μετατρέπεται σε ανεξάρτητη Αρχή (με εποπτικές, επιστημονικές, γνωμοδοτικές, διαιτητικές αρμοδιότητες) και το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (2071/1992) μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) Επιπρόσθετα συνιστάται Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας. Τέλος επιτρέπεται η συνεργασία των νοσοκομείων του ΕΣΥ με ΝΠΙΔ, κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Με το Ν. 3418/2005 «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας», συστηματοποιούνται οι αρχές και οι κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας και προβλέπονται κυρώσεις σε περίπτωση παράβασής τους.

Το 2006 ο Δ. Αβραμόπουλος παίρνει τη θέση του Ν. Κακλαμάνη στο Υπουργείο Υγείας και ο πρώτος νόμος που ψηφίζεται επί υπουργίας του είναι ο Ν. 3457/06 «Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης». Συνοπτικά αυτός ο νόμος κατάργησε τη λίστα συνταγογραφούμενων (προβλέφθηκε η αποζημίωση από το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία της δαπάνης για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, για τα οποία υπήρχε έγκριση να χορηγούνται με ιατρική συνταγή (Οικονόμου, 2012). Επίσης θεσμοθετείται η Τιμή Ανάκτησης (το λεγόμενο rebate) [= θετική διαφορά που προκύπτει από την αφαίρεση της λιανικής τιμής του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος από την προκύπτουσα βάση της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής του ομάδας στην οποία ανήκει, έπειτα από την αναγωγή στην καθαρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα. Εν ολίγοις επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο Δημόσιο το χρηματικό ποσό που αντιστοιχεί στο γινόμενο της Τιμής Ανάκτησης των φαρμάκων επί την ποσότητα των φαρμάκων, των οποίων η δαπάνη καλύφθηκε από το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία]. Η κατάργηση της θετικής λίστας δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα όσον αφορά στη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών καθώς δεν συνοδεύτηκε από κίνητρα προς τους ιατρούς προκειμένου να αλλάξουν τη συνταγογραφική τους συμπεριφορά.

Τέλος αλλάζει η τιμή αναφοράς των φαρμάκων από τη χαμηλότερη που υπήρχε στον προηγούμενο νόμο (2458/97) στο μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών τιμών στην Ευρώπη των 27.

Ο επόμενος Ν. 3257/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων, επιπτευόμενων από το ΥΠΥΚΑ και άλλες διατάξεις» συμπύσσει τα ΔΥΠΕ από 17 σε 7 ΥΠΕ (Υγειονομικές Περιφέρειες), καταργεί το Συμβούλιο ως συλλογικό όργανο και οι αρμοδιότητες μεταφέρονται στο Διοικητή και σε δύο υποδιοικητές ανά ΥΠΕ.

Τον ίδιο χρόνο ψηφίζεται ο Ν. 3580/2007 «Προμήθειες Φορέων εποπτευόμενων από ΥΠΥΚΑ και άλλες διατάξεις», ο οποίος αποτελεί μια απόπειρα εξορθολογισμού του συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων. Προβλέπεται η σύσταση Επιτροπή Προμηθειών Υγείας η οποία θα έχει την ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος προμηθειών στον τομέα της υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι επί υπουργίας Δ. Αβραμόπουλου εκπονείται το «ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2008-2012», το οποίο, σύμφωνα με τις τότε εξαγγελίες, θα αποτελούσε μία πρώτη προσπάθεια προκειμένου να αποκτήσει η χώρα στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία. Οι φιλόδοξοι στόχοι που τέθηκαν σε πολύ γενικές γραμμές ήταν οι εξής: κοστολογημένες δράσεις για όλους τους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία, τέλος στην άναρχη και αποσπασματική ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, η πρόληψη στο επίκεντρο του κοινωνικού κράτους, ρεαλιστικοί ποιοτικοί και ποσοτικοί στόχοι συνοδευόμενοι από χρονοδιάγραμμα υλοποίησης, νέες δομές και υπηρεσίες και φυσικά εξοικονόμηση πόρων.

Ακολουθούν οι εκλογές του 2009, το ΠΑΣΟΚ επανέρχεται στην εξουσία με πρωθυπουργό τον Γεώργιο Παπανδρέου. Η κρίση που έχει ήδη αρχίσει να πλήττει την παγκόσμια οικονομία φτάνει και στην Ελλάδα, εντείνοντας το πρόβλημα της δημοσιονομικής διαχείρισης του δημοσίου ελλείμματος, διαχρονικού προβλήματος του ελληνικού κράτους. Ανάμεσα στους τομείς που μπαίνουν στο στόχαστρο για τη μείωση δαπανών περιλαμβάνεται και ο πολύπαθος τομέας της υγείας.

2.5 Δεκαετία 2010 κ.ε.

Τον Ιανουάριο του 2010 ψηφίζεται ο Ν. 3816/2010 «Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις», με τον οποίο επανεισάγεται ο κατάλογος συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και επιχειρείται ο εξορθολογισμός του πλαισίου χορήγησης ιδιοσκευασμάτων για σοβαρές ασθένειες (ο κατάλογος καταρτίζεται από ειδική επιτροπή).

Με το Ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης» οι αρμοδιότητες των υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Π.Ε.) της χώρας ασκούνται πλέον από τις περιφέρειες, σύμφωνα με τη νέα διοικητική διάρθρωση της χώρας.

Διαπιστώνεται αδυναμία αντιμετώπισης των συνεπειών της παγκόσμιας οικονομικής για τη χώρα, με αποτέλεσμα αυτή να στραφεί προς το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και

το δανεισμό, ο οποίος θέτει την Ελλάδα υπό καθεστώς Μνημονίου. Απαιτούνται, ως εκ τούτου, διαρθρωτικές αλλαγές στο σύνολο του δημοσίου τομέα και μείωση δαπανών. Μεταρρυθμίσεις προωθήθηκαν και στον τομέα της υγείας.

Τον Αύγουστο του 2010 ψηφίζεται ο Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» επί υπουργίας Μ. Ξενογιαννακοπούλου. Για μία ακόμη φορά καταρτίζεται Εθνικό Σχέδιο για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας και βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού λαού. Θεσπίζεται η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων (λειτουργία απογευματινών ιατρείων επί πληρωμή), συνιστάται Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη σε κάθε νοσοκομείο, αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση της διακίνησης των ασθενών, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και, εν γένει, την προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα σε κάθε Δήμο ιδρύεται «Συμβούλιο Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» και τέλος προωθείται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Συμπληρωματικά με το Ν. 3892/2010 «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων» καθορίζεται η διαδικασία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (σε μία προσπάθεια ελέγχου των δαπανών για φάρμακα). Οι φορείς Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα έχουν πρόσβαση στη βάση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης προκειμένου α) να ελέγχουν την εκκαθάριση των συνταγών και των παραπεμπτικών και β) να παρακολουθούν τη συνταγογράφηση να συγκεντρώνουν, να διασταυρώνουν και να είναι δυνατή η στατιστική αξιολόγηση των στοιχείων που αφορούν στις παροχές υγείας και στην φαρμακευτική περίθαλψη.

Σε σύντομο χρονικό διάστημα αναλαμβάνει το Υπουργείο Υγείας ο Α. Λοβέρδος και ψηφίζεται ο Ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». Το πρόβλημα που έρχεται να αντιμετωπίσει ο εν λόγω νόμος είναι η συσσώρευση υπερβολικού χρέους των νοσοκομείων ενώ γίνεται προσπάθεια ελέγχου και συγκράτησης των δαπανών υγείας. Τα κυριότερα σημεία του νόμου συνοψίζονται στα εξής:

Α) Συνιστάται Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών στο Υπουργείο Υγείας με στόχο την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας. Οι προμήθειες υγείας θα προγραμματίζονται σε

περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ) –αυτά θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών.

Β) Δημιουργείται Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στον οποίο εντάσσονται, οι Κλάδοι Υγείας του Ι.Κ.Α. -ΕΤΑΜ με τις μονάδες υγείας του, του Ο.Γ.Α., του Ο.Α.Ε.Ε., ως προς τις παροχές τους σε είδος, ο Ο.Π.Α.Δ. και ο Οίκος Ναύτη (με την προοπτική να ενταχθούν αργότερα σ' αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων). Σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι να υπάρξει η δυνατότητα συγκέντρωσης όλων των πόρων υγείας σ' αυτόν έτσι ώστε να μπορεί να λειτουργεί με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Πρωταρχικός εξάλλου στόχος του ΕΟΠΥΥ είναι η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Γ) Τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάσσονται στο ΕΣΥ, άρα επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας.

Δ) Όσον αφορά στα φάρμακα σημαντικότερες ρυθμίσεις αποτελούν ο καθορισμός ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και η μείωση του μεικτού ποσοστού κέρδους των εμπορών φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης (πρόθεση της κυβέρνησης είναι η ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων και η προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου).

Ε) Γίνεται δυνατή η εξόφληση νοσηλίων με πιστωτική κάρτα.

ΣΤ) Διατυπώνονται ρυθμίσεις για τα επιδόματα πολυτέκνων (περιορισμοί που προκύπτουν από το εισόδημα).

Ζ) Παρέχεται η δυνατότητα δημιουργίας νέων τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων από ιδιωτικές κλινικές.

Επί υπουργίας Α. Λοβέρδου ψηφίζεται και ο Ν. 4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις», με τον οποίο συγχωνεύονται μονάδες κοινωνικής φροντίδας, προβλέπεται παροχή υπηρεσιών φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης από το ΕΣΥ και διασύνδεση τέτοιων κέντρων με τα νοσοκομεία, συστήνεται ενιαίο Εθνικό Μητρώο δικαιούχων των κοινωνικών και προνοιακών επιδομάτων, σε κάθε δημόσια μονάδα υγείας ορίζεται από ένας μέχρι τρεις εσωτερικοί ελεγκτές, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της μονάδας, οι οποίοι επιλέγονται και από το Μητρώο Εσωτερικών Ελεγκτών του Υπουργείου Οικονομικών. [Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους απολαμβάνουν πλήρους ανεξαρτησίας- ορίζεται Επιτροπή Ελέγχου, η οποία αποτελείται από δύο (2)

μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου και τον εσωτερικό ελεγκτή και η οποία, μεταξύ άλλων, παρακολουθεί τη διαδικασία της χρηματοοικονομικής πληροφόρησης, την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος εσωτερικού ελέγχου και του συστήματος διαχείρισης κινδύνων, καθώς και την πορεία του υποχρεωτικού ελέγχου των οικονομικών καταστάσεων. Ο εσωτερικός ελεγκτής οφείλει να αναφέρει στον Διοικητή της μονάδας και στην Επιτροπή Ελέγχου κάθε θέμα που έχει σχέση με την πορεία και τα αποτελέσματα του ελέγχου και να συντάσσει σχετικές εκθέσεις]. Τέλος ο νόμος περιλαμβάνει ρυθμίσεις θεμάτων προσωπικού καθώς και ρυθμίσεις για φάρμακα.

Ο τελευταίος νόμος που ψηφίστηκε επί υπουργίας Ανδρέα Λοβέρδου είναι ο εφαρμοστικός Ν. 4052/2012 “Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις”. Με το νόμο αυτό η επικράτεια διαιρείται σε επτά (7) υγειονομικές περιφέρειες, τα λειτουργούντα υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., αποτελούν αυτοτελή και ενιαία Ν.Π.Δ.Δ. και από 1.1.2013 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., διαθέτουν ενιαίο προϋπολογισμό και πρόγραμμα προμηθειών. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ από 1.1.2013 λαμβάνουν από τον ΕΟΠΥΥ το σύνολο των εσόδων από απαιτήσεις των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης που συμμετέχουν στον ΕΟΠΥΥ συμπεριλαμβανομένων και των αντίστοιχων επιχορηγήσεων που δίδονται από το Υπουργείο Οικονομικών για το σκοπό αυτόν. Καθορίζεται ο συμψηφισμός των απαιτήσεων φορέων κοινωνικής ασφάλισης, νοσοκομείων και φαρμακευτικών εταιρειών, ρυθμίζονται θέματα τιμολόγησης φαρμάκων και προβλέπεται η κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Καταργούνται πέντε (5) ψυχιατρικά νοσοκομεία. Σημαντική ρύθμιση του εν λόγω νόμου είναι η σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) στο οποίο εντάσσονται α) το Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ), β) οι τομείς του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Ιδιωτικού Τομέα (ΤΕΑΙΤ), γ) το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΕΑΔΥ) και οι τομείς αυτού «ΤΕΑΠΟΚΑ» και «ΤΑΔΚΥ», δ) το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ) ως προς την επικουρική ασφάλιση, ε) οι τομείς του Κλάδου Επικουρικής

Ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕ-ΚΩ) και στ) ο Κλάδος Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ του ΤΑΥΤΕΚΩ ως προς τους κατ' επικουρική ασφάλιση ασφαλισμένους του. Το ΕΤΕΑ λειτουργεί με ενιαία διοικητική και οικονομική οργάνωση. Τα ταμεία, τομείς ή κλάδοι επικουρικής ασφάλισης που δεν εντάσσονται μέχρι τις 31.12.2012 στο ΕΤΕΑ μετατρέπονται αυτοδίκαια σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) υποχρεωτικής.

Το καλοκαίρι του 2012 μετά από μία ταραχώδη πολιτική περίοδο προκηρύσσονται εκλογές και συντελείται ακόμη μία κυβερνητική αλλαγή με την άνοδο της Ν.Δ. στην εξουσία και πρωθυπουργό τον Α. Σαμαρά.

Με το νόμο 4118/2013 προβλέπεται ότι τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια (με δυνατότητα διαφοροποίησης κατά κατηγορία παρεχόμενων υπηρεσιών) καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ.

Το Φεβρουάριο του 2014 και επί υπουργίας Α. Γεωργιάδη ψηφίζεται ο Ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», με τον οποίο συνιστάται στο ΕΣΥ Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο θα λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) της χώρας, προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη μέσα από ένα ενιαίο, καθολικό αποκεντρωμένο Δίκτυο (ΠΕΔΥ). Αναδιοργανώνεται ως εκ τούτου το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας. Αλλάζει ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ, εφόσον καταργείται ο διττός του ρόλος ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας και λειτουργεί πλέον μόνο ως αγοραστής. Ενοποιούνται οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ, τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων ΔΥΠΕ και αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους. Τέλος καθιερώνεται ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού καθώς και η δημιουργία και τήρηση του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.

Τέλος επί υπουργίας Μ. Βορίδη ψηφίζεται ο Ν. 4316/2014 «Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» με τον οποίο συνιστάται Εθνικό Παρατηρητήριο Άνοιας -Alzheimer στο Υπουργείο Υγείας, με σκοπό τη μόνιμη

υποστήριξη της πολιτικής της χώρας για την αντιμετώπιση της νόσου και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειών τους και λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Μεταξύ άλλων ο νόμος περιλαμβάνει ρυθμίσεις για τη λειτουργία ηλεκτρονικών καταστημάτων φαρμακείων, για νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς, διαδικαστικές ρυθμίσεις για ιατρούς υπαίθρου και προβλέπει κυρώσεις για γιατρούς που υπερβαίνουν το όριο συνταγογράφησης.

2.6 ΔΟΜΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Όσον αφορά στις δομές κοινωνικής προστασίας θα αναφερθούν ενδεικτικά τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» και (η οποία αποτελεί το μακροβιότερο πρόγραμμα της τοπικής αυτοδιοίκησης) και «Κατ' οίκον νοσηλεία».

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα, με προτεραιότητα αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός του προγράμματος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), η υποβοήθηση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης, η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των επωφελούμενων και η προώθηση στην απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

Το πρόγραμμα παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά.

Το πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόστηκε από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας και από το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε πέντε (5) ΚΑΠΗ του Δήμου Περιστερίου για το διάστημα Νοέμβριο 1996 – Νοέμβριο 1997, με την υπ' αριθμ. Π4β/5814/1997 κοινή απόφαση Υφυπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Ρυθμίσεις για το πρόγραμμα ακολούθησαν και με τους ν. 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες

διατάξεις» (ΦΕΚ 30 Α'), 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 81 Α') κ.α.

Η επιτυχής εφαρμογή του οδήγησε στην επέκτασή του σε 102 Δήμους της χώρας (που διαθέτουν επαρκώς οργανωμένο ΚΑΠΗ) σύμφωνα με τις προδιαγραφές και την αξιολόγηση της ΚΕΔΚΕ. Το πρόγραμμα θεωρήθηκε αρκετά επιτυχές παρά τη δυσκολία χρηματοδότησής του, ως εκ τούτου επιτεύχθηκε η διαδοχική παράταση (και με κοινοτική χρηματοδότηση) στο διάστημα που ακολούθησε μετά το 1997.

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί δικαίωμα των ασθενών και τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Ο κύριος σκοπός της είναι η παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων και υπηρεσιών σε άτομα που πάσχουν από μακροχρόνιες παθήσεις, κακοήθειες νεοπλασίες και αναπηρίες.

Το θεσμικό πλαίσιο που αφορά την κατ' οίκον νοσηλεία και ισχύει έως σήμερα είναι το εξής :

1. Ν 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α «Εθνικό Σύστημα Υγείας », παρ. 1β, άρθρο 15, Σκοπός των Κέντρων Υγείας» (νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο).
2. Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, α) παρ. 2, άρθρο 16 «Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης», β) παρ. 2, άρθρο 28 «Κατ' οίκον νοσηλεία», γ) παρ. 1, 2, 3, 4 άρθρο 29 «Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας» δ) άρθρο 30 «Σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας».
3. Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», παρ. 2, άρθρο 21 «Παροχή μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας».
4. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53 Α) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», α) παρ. 3, άρθρο 3 «Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας», β) παρ. 4, άρθρο 8 «Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» (νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας συνεπικουρούν τον οικογενειακό γιατρό στο έργο του).

Το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο θεμελιώνει το θεσμό της Κατ' Οίκον Νοσηλείας από το 1983 μέχρι σήμερα σε μονάδες του ΕΣΥ, χωρίς όμως να έχουν εκδοθεί τα προβλεπόμενα Προεδρικά Διατάγματα και οι Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις που

καθορίζουν τους όρους και προϋποθέσεις συγκρότησης, στελέχωσης, λειτουργίας αυτής. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην αποσπασματική ανάπτυξη μερικών Μονάδων ή Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκο' Νοσηλείας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στα Κέντρα Υγείας ενώ δημιούργησε τις συνθήκες για την εμφάνιση ανάλογων υπηρεσιών στον Ιδιωτικό Τομέα. Η αποσπασματική λειτουργία και η έλλειψη συντονισμού απέτρεψαν την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων.

2.7 Ιδιωτικός Τομέας Παροχών Υπηρεσιών Υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας παροχών υπηρεσιών υγείας παρά τις συχνές διακυμάνσεις έχει σταθερή, διαχρονική παρουσία στην Ελλάδα. Επιχειρώντας μια πολύ σύντομη ιστορική αναδρομή του θεσμικού πλαισίου, αναφέρεται ότι η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικής κλινικής (από ιδιώτες και από εταιρείες, με ευθύνη ακτινολόγων ή μικροβιολόγων ιατρών) ξεκίνησε με τη ψήφιση του ΝΔ 1845/39. Ακολουθούν τα Βασιλικά Διατάγματα 451/62 και 521/63.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 πραγματοποιούνται οι πρώτες μεγάλης κλίμακας επενδύσεις. Παράλληλα εμφανίζονται πολυιατρεία που ιδρύονται από ολιγομελείς ομάδες ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων έτσι ώστε να καλύπτεται ένα ευρύ φάσμα αναγκών.

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ 1397/83 σταματά τυπικά η έκδοση αδειών για την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή η επέκταση των ήδη υπαρχουσών, με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα υγείας μετά την αύξηση των δύο προηγούμενων δεκαετιών. Ωστόσο παρατηρείται ραγδαία αύξηση στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων. Η κυβερνητική αλλαγή στις αρχές της δεκαετίας του '90 απελευθέρωσε τις ιδιωτικές δυνάμεις στην υγεία και δόθηκε η δυνατότητα ίδρυσης νέων κλινικών. Με τα ΠΔ 517/91 και 247/91 καθορίζονται και οι προδιαγραφές λειτουργίας (σύνθεση προσωπικού, εξοπλισμός, κτιριακές προδιαγραφές). Τα προηγούμενα ΠΔ έρχεται να συμπληρώσει το ΠΔ 235/00 διατάξεις του οποίου διέπουν τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών. Τέλος το ΠΔ 198/2007 φέρνει κάποιες αλλαγές στο προηγούμενο ΠΔ, κυρίως για τις προϋποθέσεις μεταστέγασης και εξοπλισμού.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία παρέχεται από τα διαγνωστικά κέντρα, από εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων και από ιδιώτες ιατρούς καθώς και υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίες παρέχονται από ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές καθώς και από ΝΠΙΔ ανεξάρτητα θεραπευτήρια επιχορηγούμενα από το ελληνικό κράτος.

Η ανελαστικότητα που χαρακτηρίζει τις δαπάνες που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία έδωσε την απαραίτητη ώθηση στην ανάπτυξη ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το 2007 το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα ήταν από τα υψηλότερα ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου (Ιωακείμογλου, 2010). Δεν μπορεί βέβαια κανείς να παραβλέψει και άλλους παράγοντες που οδήγησαν στην άνοδο του ιδιωτικού τομέα όπως: η αλλαγή κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων (π.χ. βιοτικό επίπεδο, εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση), η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών η αυξημένη πληροφόρηση όσον αφορά στις ασθένειες αλλά και στις παροχές, η αναζήτηση υψηλότερης ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών, η ταχύτερη χωρίς ατέρμονες καθυστερήσεις πρόσβαση, οι ξενοδοχειακές υποδομές, ο προηγμένος τεχνολογικός εξοπλισμός με τον οποίο είναι συνήθως επανδρωμένα τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης, η συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς κ.α..

Τα τελευταία χρόνια διαδοχικές εξαγορές και συγχωνεύσεις έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων που καλύπτουν την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη με άξονες την ευρεία γεωγραφική κάλυψη, την παροχή ευρέος φάσματος υπηρεσιών και κάλυψη αναγκών, παρακολούθηση τεχνολογικών και επιστημονικών εξελίξεων.

Τα πλεονεκτήματα της ύπαρξης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

Δίκτυο υπηρεσιών που καλύπτει το σύνολο της επικράτειας, 24ωρη λειτουργία, δυνατότητα ευελιξίας στην τιμολογιακή πολιτική, υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, πλήρης κάλυψη των αναγκών (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία), υψηλές προδιαγραφές κτιριακών υποδομών (ξενοδοχειακές υποδομές), φιλική εξυπηρέτηση, χρήση υψηλής τεχνολογίας.

Όσον αφορά στα μειονεκτήματα μπορούν να αναφερθούν το υψηλό κόστος και ο αποκλεισμός μεγάλου μέρους του πληθυσμού που δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να επωμιστεί αυτό το κόστος. Δεν πρέπει εξάλλου να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας αποτελείται από επιχειρήσεις οι οποίες αποτελούν κερδοσκοπικούς οργανισμούς, με ζητούμενο την αύξηση των κερδών και όχι την αύξηση της κοινωνικής ευημερίας. Επιπροσθέτως ο ιδιωτικός τομέας έχει κατηγορηθεί για τη δημιουργία προκλητής ζήτησης, προκειμένου να εξασφαλισθεί η οικονομική βιωσιμότητά του, υπερκατανάλωση φαρμάκων με κόστος που επιβαρύνει τον χρήστη των υπηρεσιών και ωφελεί τις φαρμακευτικές εταιρείες ενώ γεγονός είναι η αδυναμία

αντιμετώπισης (ή άρνηση ανάληψης του ρίσκου) από τα ιδιωτικά νοσοκομεία σοβαρών περιστατικών, τα οποία παραπέμπουν στα δημόσια νοσοκομεία.

Στη δίνη της οικονομικής κρίσης ο ιδιωτικός τομέας υγείας έχει δεχθεί ισχυρά πλήγματα. Κατ' αρχήν η κατακόρυφη μείωση των εισοδημάτων και του βιοτικού επιπέδου μεγάλου μέρους του πληθυσμού είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας από τους ιδιώτες. Παραταύτα ο ιδιωτικός τομέας επέδειξε μια σχετική ευελιξία υιοθετώντας προσιτές τιμολογιακές πολιτικές και συστήματα ελέγχου του κόστους.

Οι συμβάσεις που συνάπτει ο ούτως ή άλλως υποχρηματοδοτούμενος ΕΟΠΥΥ καθώς και η αδυναμία εξόφλησης των οφειλών του προς τους ιδιώτες έχουν επίσης κατηγορηθεί ότι οδηγούν πολλές ιδιωτικές κλινικές στη διακοπή λειτουργίας τους και πλήθος εργαζομένων στην ανεργία.

Δεδομένου ότι ο ιδιωτικός τομέας θα πρέπει να λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς το δημόσιο σύστημα υγείας θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο να υπάρξει ένα απόλυτα σαφές νομικό πλαίσιο για τον ιδιωτικό τομέα, χρήση σύγχρονων εργαλείων ελέγχου έτσι ώστε να αποφεύγεται η σπατάλη, η ορθολογική κατανομή των πόρων (απ' τη στιγμή που και ο ιδιωτικός τομέας εξυπηρετεί μεγάλο μέρος χρηστών) και ανεπιφύλακτα η προσπάθεια εξασφάλιση επιπλέον πόρων για την υγεία.

Πίνακας 1:
Εξέλιξη ιδιωτικών δαπανών υγείας 2008 - 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Σύνολο Ιδιωτικών Δαπανών	103,500	101,200	97,000	90,800	81,800	75,700
Υγεία	6,944	6,629	6,169	5,704	5,231	5,237
Φάρμακα	1,337	1,275	1,360	1,260	1,433	1,695
Ιδιώτες γιατροί	1,485	1,332	1,113	0,988	0,746	0,615
Οδοντιατρικές Υπηρεσίες	2,067	1,948	1,648	1,327	0,986	0,843
Εργαστηριακές εξετάσεις	0,488	0,433	0,382	0,352	0,325	0,342
Υπηρεσίες φυσιοθεραπευτών κλπ.	0,227	0,200	0,176	0,159	0,100	0,095
Δημόσια Νοσοκομεία	0,290	0,299	0,352	0,379	0,405	0,409
Ιδιωτικά	0,297	0,327	0,260	0,282	0,285	0,211

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Νοσοκομεία (νοσηλεία κ.λ.π.)						
Ιδιωτικά Νοσοκομεία (αμοιβές γιατρών)	0,142	0,189	0,214	0,21	0,228	0,217
Ιδιωτικά Νοσοκομεία (άλλα)	0,310	0,331	0,399	0,405	0,451	0,569
Δημόσιες Φαρμακευτικές Δαπάνες		5,280	4,256	3,762	2,700	2,371

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Οι συνολικές ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα μειώθηκαν και το 2013. Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα, ανωτέρω, από 103,5 δις το 2008, μειώθηκαν σε 81,8 δις το 2012 και 75,7 δις το 2013.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας μέσα από την παρουσίαση, τη μελέτη και την αποτίμηση του θεσμικού πλαισίου που ισχύει για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας είναι να δοθεί απάντηση στο ερώτημα αν αυτές ικανοποιούν και σε ποιο βαθμό τις βασικές αρχές του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου, ισότητα, ποιότητα, αποδοτικότητα. Επιμέρους στόχοι της εργασίας αποτελούν οι απαντήσεις στις βασικές υποθέσεις εργασίας, που αφορούν στην κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών, στην ύπαρξη οργανωτικοδιοικητικού προσανατολισμού, στις δυνατότητες προσαρμογής στην κρίση και ανταπόκρισης σε μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των πολιτών, στην επίδραση που δέχονται οι υπηρεσίες υγείας από πρόσκαιρες πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις και παράλληλα η αξιολόγηση των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της ανταποκρισιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.

3.1 Αποτίμηση του θεσμικού πλαισίου των 32 χρόνων Ε.Σ.Υ.

Το να επιχειρήσει κανείς τη συνολική αποτίμηση της λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα φαίνεται τιτάνιο έργο και σίγουρα υπερβαίνει τα όρια μιας διπλωματικής εργασίας με θέμα κυρίως τη θεσμική εξέλιξη του ΕΣΥ.

Ωστόσο είναι σκόπιμο, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, να αποτυπωθούν κάποιες σκέψεις, εν είδει αποτίμησης του ΕΣΥ.

Αυτό που πρέπει κατ' αρχήν να διευκρινισθεί είναι ότι η ψήφιση του Ν. 1397/1983, ο οποίος αποτελεί τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, αποτέλεσε ένα θεμελιώδους σημασίας βήμα στην ατελέσφορη μέχρι τότε σειρά των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στον τομέα της υγείας. Η κοινωνική απαίτηση για δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είχε καταστεί επιτακτική καθώς η δυσaráεσκεια για την παροχή υπηρεσιών υγείας από το υφιστάμενο σύστημα ήταν ολοένα αυξανόμενη.

Την πρώτη δεκαετία είναι εμφανής η αναπτυξιακή δυναμική του εγχειρήματος της δημιουργίας ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας που θα προσφέρει καθολική κάλυψη των πολιτών. Ραγδαία αύξηση των υποδομών (νοσοκομεία κέντρα υγείας κ.α.) παρατηρείται αυτή την πρώτη περίοδο ενώ γίνονται προσπάθειες προκειμένου να συγκροτηθεί το Ε.Σ.Υ. οργανωτικά και λειτουργικά. Ενδεικτικά αναφέρονται η δημιουργία 184 Κέντρων Υγείας, η αύξηση των κλινών στην περιφέρεια κατά 49%, η ανάπτυξη των

πανεπιστημιακών νοσοκομείων σε Πάτρα, Ηράκλειο και Ιωάννινα, η ανέγερση 17 νομαρχιακών νοσοκομείων καθώς και 19 νέες επεκτάσεις νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό 20.000 γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης εργάζονταν στις δομές του ΕΣΥ (Σισσούρας 2012).

Ο δημόσιος τομέας αποκτά προβάδισμα σε σχέση με τον ιδιωτικό, εφόσον θεσπίζονται απαγορεύσεις για την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών και επεκτάσεις υφιστάμενων.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία, η εντυπωσιακή βελτίωση των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού¹ (όσον αφορά στο ιατρικό δυναμικό γιατί η αύξηση των νοσηλευτών έμεινε ανεκπλήρωτος στόχος), η μέριμνα για την περιφέρεια καθώς και η υπεροχή του δημόσιου τομέα προσμετρώνται στα θετικά της μεταρρύθμισης αυτής της δεκαετίας.

Στα αρνητικά μπορούν να αναφερθούν η ελλιπής προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η αποτυχία του στόχου της αποκεντρωμένης διοίκησης και της δημιουργίας ενιαίου φορέα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας, ο οποίος θα συγκέντρωνε τους πόρους και θα τους κατένειμε στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας². Εξάλλου το ΚΕΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας), το οποίο συστάθηκε με το Ν. 1278/1982 δεν κατάφερε να διαδραματίσει το στρατηγικό ρόλο που του είχε επιφυλαχθεί εξ αρχής («λαϊκό όργανο ελέγχου») όσον αφορά στην παρακολούθηση, τεκμηρίωση και αξιολόγηση της ανάπτυξης του συστήματος. Στις αδυναμίες του συστήματος θα πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι ο οικοδομικός οργανισμός δεν συνοδεύτηκε από την ανάλογη μέριμνα για την επαρκή στελέχωση των νέων δομών. Τέλος η έλλειψη θεσμικής θωράκισης του συστήματος οδήγησε σε φαινόμενα αναποτελεσματικότητας.

Με την αλλαγή της δεκαετίας αλλάζει και η κυβέρνηση, η οποία χαρακτηρίζεται από νεοφιλελεύθερο πνεύμα, γεγονός που έχει αντίκρισμα και στο χώρο της υγείας. Ο ν. 2071/1992 έρχεται να σηματοδοτήσει αυτή την αλλαγή προσανατολισμού. Παρατηρούνται κάποιες προσπάθειες απορρύθμισης του πνεύματος του ΕΣΥ, όπως για παράδειγμα η έμφαση στην ελευθερία επιλογής από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα διατήρησης ιδιωτικού ιατρείου για τους γιατρούς που επιλέγουν τη μερική απασχόληση στο ΕΣΥ. Ο ουσιαστικός πυρήνας του Ε.Σ.Υ. δεν

¹ Οι μισθοί των ιατρών αυξήθηκαν σημαντικά προκειμένου να συμβαδίσουν με τη δέσμευση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, για την ακρίβεια υπερδιπλασιάστηκαν, αλλά χωρίς την αναμενόμενη εξέλιξη (Κουρής κ.α., 2007)

² Το Υπουργείο Υγείας τελικά καθορίζει το ύψος των τιμών των ιατρικών πράξεων και των νοσηλίων με τις οποίες επιβαρύνονται τα ταμεία, με αποτέλεσμα να μην απεικονίζουν το πραγματικό κόστος και να δημιουργούνται ελλείμματα τα οποία πρέπει να καλύψει ο κρατικός προϋπολογισμός.

θίγεται σημαντικά την τριετία διακυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας αλλά ο ιδιωτικός τομέας απελευθερώνεται και διογκώνεται. Συναντάται εκ νέου αύξηση υποδομών και βιοϊατρικού εξοπλισμού καθώς και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Ακολουθεί κυβέρνηση ΠΑΣΟΚ και ο Ν. 2194/1994 ο οποίος στοχεύει στην αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά δεν φαίνεται να θίγει τον ιδιωτικό τομέα. Φιλόδοξα σχέδια όπως η πρόταση για Ενιαίο Φορέα Υγείας (ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων) και το σχέδιο ελέγχου του τομέα των προμηθειών μένουν για μία ακόμη φορά ανεφάρμοστα. Η Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομώνων επί υπουργίας Δ. Κρεμαστινού δεν είχε καλύτερη τύχη. Ο επόμενος νόμος 2519/1997 που εισηγείται μεταρρυθμίσεις στον τρόπο και στα πρόσωπα διοίκησης των νοσοκομείων δεν επιφέρει κάποια αξιοσημείωτη ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ. Σημαντική είναι η διαπίστωση, σύμφωνα με τους δείκτες αποδοτικότητας, ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο εξοικονόμησης δαπανών. Συμπερασματικά θα μπορούσε να γίνει λόγος για περίοδο «χαμένων ευκαιριών» εφόσον και πολιτική σταθερότητα υπήρχε και το απαιτούμενο οικονομικό περιβάλλον υπήρχε για να στηρίξει τις απαιτούμενες αλλαγές (Σισσούρας).

Η τρίτη δεκαετία ξεκινά με φιλόδοξα σχέδια μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων. Ο Αλ. Παπαδόπουλος ως Υπουργός Υγείας φαίνεται να διαθέτει ειλικρινείς προθέσεις για βαθιές μεταρρυθμιστικές τομές, ως εκ τούτου σχεδιάζεται το πρόγραμμα «Υγεία για τον πολίτη». Οι μεταρρυθμίσεις διέπονται από πνεύμα εκσυγχρονισμού και υπέρβαση του αυστηρού κρατισμού, τα οποία συμβαδίζουν με το γενικότερο κλίμα της περιόδου. Στο ίδιο κλίμα εντάσσεται και το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012» επί υπουργίας Δ. Αβραμόπουλου.

Στα θετικά της αρχής της τρίτης περιόδου θα πρέπει να σημειωθούν η αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος υγείας και η εισαγωγή νέων μορφών διοίκησης στα νοσοκομεία. Συνεχίζεται και αυτή τη δεκαετία η ανάπτυξη των νοσοκομειακών υποδομών.

Στα αρνητικά θα πρέπει να αναφερθεί η έκρηξη των δημοσίων δαπανών για την υγεία, οι οποίες όμως δεν συνοδεύονταν από αντίστοιχες ρυθμιστικές παρεμβάσεις ή αυστηρούς ελέγχους. Και το σημαντικότερο, παρά το υψηλό ποσοστό δαπανών για την υγεία και την αναπτυξιακή του πορεία σημειώνεται έντονη δυσαρέσκεια των πολιτών και χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης για τις υπηρεσίες που προσφέρονται.

Η αρχή της τέταρτης δεκαετίας βρίσκει την Ελλάδα σε καθεστώς Μνημονίου και υπό το βάρος αυστηρότατων δημοσιονομικών περιορισμών.

Υπό την πίεση των δημοσιονομικών περιορισμών και των επιταγών της Τρόικα λαμβάνονται μέτρα από το 2010 κ.ε. μερικά εκ των οποίων πράγματι θα έπρεπε να έχουν ληφθεί προκειμένου να εξυγιανθεί και να εκσυγχρονισθεί ο τομέας της υγείας από τις εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες. Παρά ταύτα δεν υπάρχει το αναγκαίο χρονικό διάστημα από τα γεγονότα ώστε να αποτιμηθούν σε βάθος χρόνου οι μεταρρυθμίσεις. Το κοινωνικό περιβάλλον βαίνει επιδεινούμενο (απώλεια θέσεων εργασίας, υψηλός δείκτης ανεργίας, ψυχικές διαταραχές, φτώχεια, πρόωρη θνησιμότητα, υψηλή νοσηρότητα) με αυξημένες ανάγκες. Το σύστημα αναδιπλώνεται.

Στα θετικά των μεταρρυθμίσεων θα μπορούσαν να αναφερθούν η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, παρά το γεγονός ότι οι δύο βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης, η κρατική επιχορήγηση και οι ασφαλιστικές εισφορές έχουν καταρρεύσει σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό (ΕΣΔΥ, 2012). Προσμετρώνται στα θετικά επίσης η ορθολογικοποίηση του συστήματος χρηματοδότησης, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (στην κατεύθυνση συγκράτησης των δαπανών), η ορθολογική αναδιάταξη νοσοκομειακών μονάδων και συγχωνεύσεις κλινικών, επιχειρησιακό μανάτζμεντ νοσοκομείων (διπλογραφικό σύστημα και αναλυτική λογιστική, κοστολόγηση ιατρικών πράξεων μέσω KEN-DRG's, ηλεκτρονική διακυβέρνηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων, ESYnet δείκτες επιχειρησιακής και κλινικής απόδοσης κ.α.). Η κατάσταση στην υγεία παραμένει εξαιρετικά δύσκολη και η συνεχιζόμενη έλλειψη πολιτικής σταθερότητας δεν βοηθά στην εφαρμογή μιας σταθερής και στρατηγικά σχεδιασμένης πολιτικής.

3.2 Απάντηση στις βασικές υποθέσεις εργασίας

Το περιεχόμενο της έννοιας Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών υγείας που υπάρχουν σε μια χώρα, την οργάνωση, στελέχωση και διοίκηση τους, καθώς και την χρηματοδότηση της λειτουργίας τους. Κριτήρια βάσει των οποίων αξιολογείται η επιτυχής λειτουργία του συστήματος είναι η αποτελεσματικότητα του στην προαγωγή της υγείας των πολιτών, η αποδοτικότητα του σε σχέση με τους πόρους (οικονομικούς και ανθρώπινους) που απορροφά, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών, και η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα.

Ακολουθεί μία απόπειρα συνοπτικών απαντήσεων στις βασικές υποθέσεις εργασίας σκιαγραφώντας σε αδρές γραμμές το Εθνικό Σύστημα Υγείας κυρίως την τελευταία πενταετία, διάστημα κατά το οποίο η χώρα διέρχεται σοβαρότατη οικονομική κρίση με

αποτέλεσμα τη μείωση δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών όσον αφορά στον τομέα της υγείας.

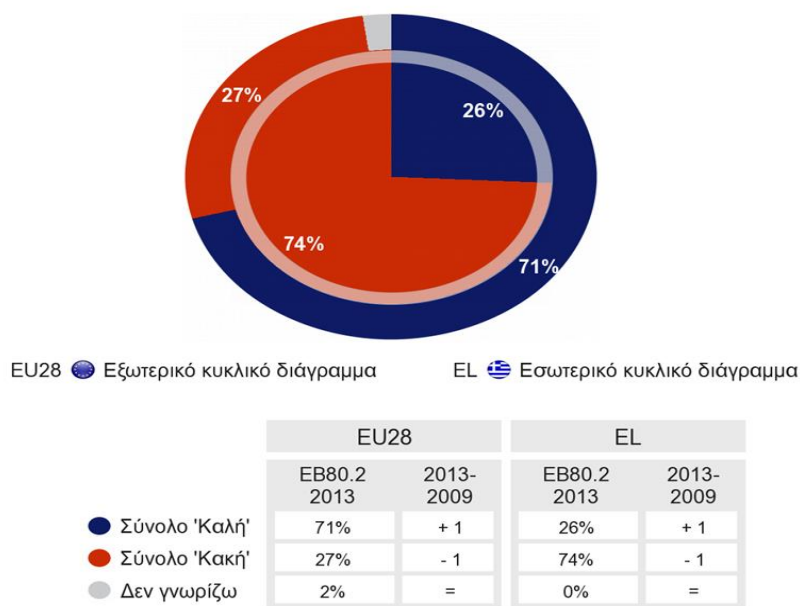
3.2.1. Κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών

Σημαντικότερη αποστολή του συστήματος υγείας είναι η κάλυψη των αναγκών των πολιτών και η συνακόλουθη ικανοποίηση των χρηστών όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με την έκθεση του Ευρωβαρόμετρου (Ιούνιος 2014) για περίοδο που αφορά στο 2013 οι Έλληνες δεν εμπιστεύονται τα δημόσια νοσοκομεία και εκφράζουν χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης για το σύστημα υγείας γενικότερα (26% - καλό).

Σχήμα 1:

Αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στη χώρα

QC2. Πώς θα αξιολογούσατε τη γενική ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στη (ΧΩΡΑ ΜΑΣ);



Πηγή: Ευρωβαρόμετρο 2014

Σε έρευνα που διενεργήθηκε από το Ελληνοαμερικανικό Επιμελητήριο και την ΚΑΠΑ RESEARCH A.E. σε πανελλαδικό επίπεδο, το 2014, εξάγονται τα εξής διαφωτιστικά στοιχεία.

Καταρχήν το 93, 7 % διαθέτει ασφαλιστική κάλυψη ενώ από του μη έχοντες ασφαλιστική κάλυψη το 50% δηλώνει λόγω ανεργίας ενώ το 41,9% επειδή αδυνατεί να εκπληρώσει τις ασφαλιστικές του υποχρεώσεις.

Σχήμα 2
Ποσοστό πληθυσμού που διαθέτει ασφαλιστική κάλυψη



Πηγή: Ελληνικο-Αμερικανικό Εμπορικό Επιμελητήριο – ΚΑΠΑ RESEARCH, 2014

Η χρήση υπηρεσιών υγείας για πρωτοβάθμια φροντίδα έχει μειωθεί δηλώνει το 39,7% των ερωτηθέντων. Αιτία η αδυναμία πληρωμής δηλώνει το 34,1%.

Έχουν αυξηθεί τα ποσά που χρησιμοποίησαν για εργαστηριακές εξετάσεις 36,9%, για επισκέψεις σε γιατρούς 36,5%, για φάρμακα 50,1%, για ιατρικές συσκευές και υγειονομικό υλικό 46,6% και για νοσηλεία σε νοσοκομείο ή κλινική 50,4%.

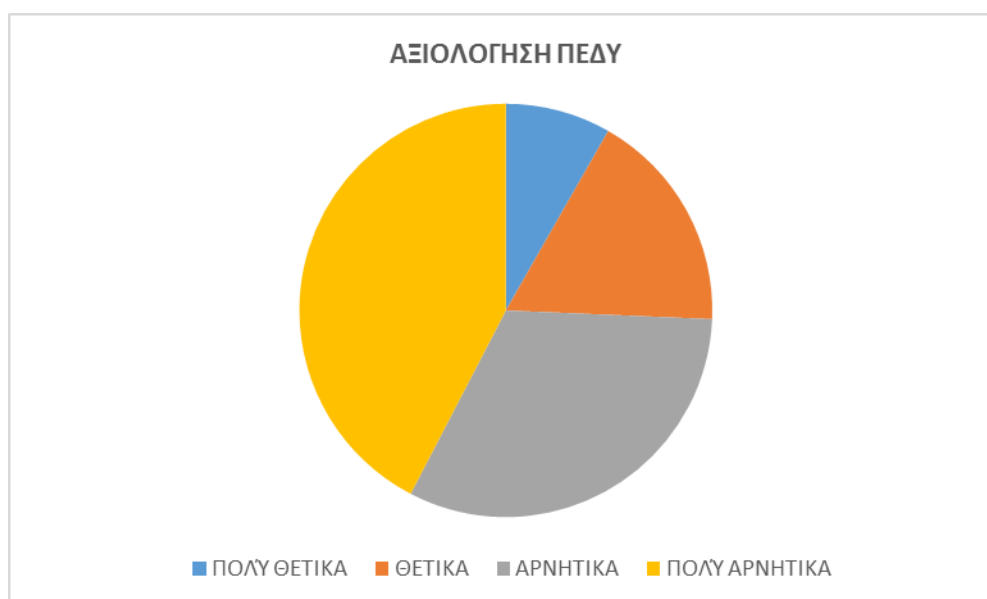
Οι πολιτικές υγείας τα τελευταία 5 χρόνια κατά ποσοστό 47,9% κρίνονται αρνητικά.

Στην ερώτηση αν έχει επιδεινωθεί η κατάσταση στο ελληνικό σύστημα υγείας τα τελευταία 5 χρόνια το 47,3% θεωρεί ότι έχει επιδεινωθεί και το 18,3% ότι μάλλον έχει επιδεινωθεί.

Στο ερώτημα αν οι πολιτικές πρόληψης έχουν αποδυναμωθεί στην Ελλάδα σε σχέση με το παρελθόν το 48,7% θεωρεί ότι έχουν αποδυναμωθεί και το 17,7% ότι μάλλον έχει επιδεινωθεί.

Όσον αφορά στην ίδρυση του ΠΕΔΥ από το 23,6% αξιολογείται πολύ αρνητικά ενώ μόλις από το 9,7% θετικά και από το 4,6% πολύ θετικά. Αντίστοιχα από την εμπειρία λειτουργίας του ΠΕΔΥ το 49,3% δηλώνει καθόλου ή λίγο ικανοποιημένο

Σχήμα 3
Αξιολόγηση ΠΕΔΥ



Πηγή: Ελληνικο-Αμερικανικό Εμπορικό Επιμελητήριο – ΚΑΠΑ RESEARCH, 2014

Πολύ έως πάρα πολύ σημαντικά θεωρεί ένα συντριπτικά μεγάλο ποσοστό του επιλεγμένου δείγματος τα εξής θέματα του υγειονομικού τομέα:

- Μείωση του χρόνου αναμονής για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας
- Ενίσχυση της πρόληψης και του προσυμπτωματικού ελέγχου
- Εξασφάλιση προσιτών τιμών στη συμμετοχή στο κόστος για φάρμακα
- Εξασφάλιση προσιτών τιμών στη συμμετοχή στο κόστος για εξετάσεις
- Εξασφάλιση προσιτών τιμών στη συμμετοχή στο κόστος για υγειονομικό υλικό και αναλώσιμα
- Ενίσχυση και υποστήριξη του δικτύου ΠΦΥ
- Ευχερής πρόσβαση σε καινοτόμα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και υπηρεσίες
- Ευχερή πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα

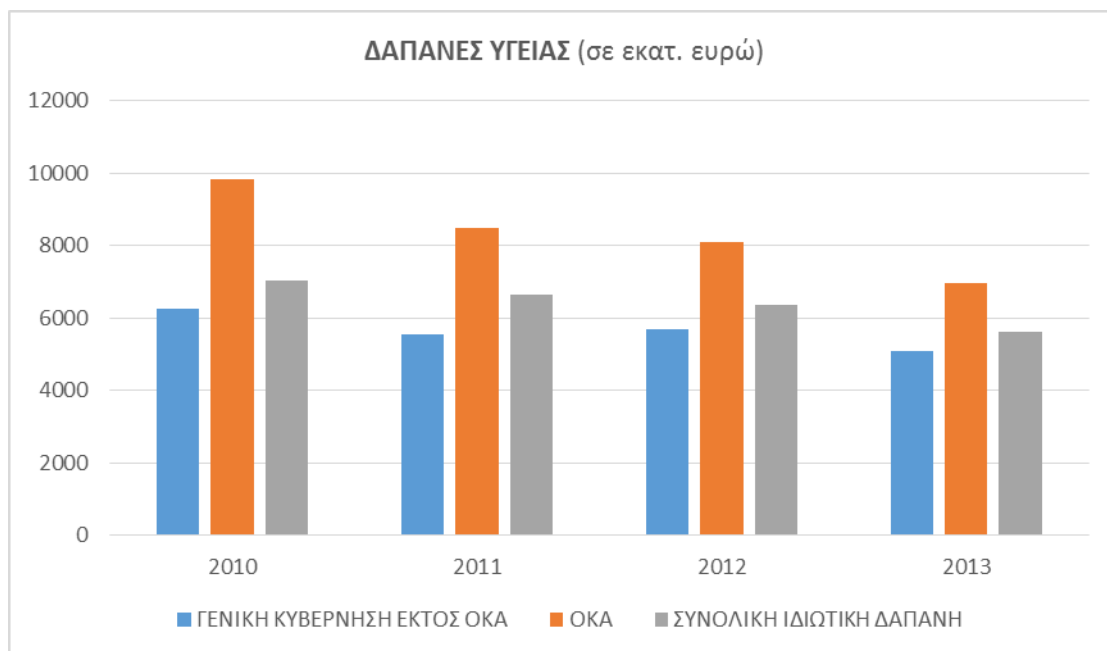
Το 75,4% θεωρεί ότι ο προϋπολογισμός που διατίθεται συνολικά για την υγεία δεν είναι επαρκής

Όσον αφορά τέλος στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από φορείς, καλή έως πολύ καλή σε ποσοστό 50,2% κρίνεται η ποιότητα αυτών που παρέχονται από τα Δημόσια Νοσοκομεία, 20,1% από Κέντρα Υγείας και 15,4% από ΠΕΔΥ ενώ σαφώς υψηλότερα είναι τα ποσοστά για τον ιδιωτικό τομέα (με πρωταγωνιστές τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια).

Επιπρόσθετα σε έρευνα που έκανε η Patient View μεταξύ οργανώσεων ασθενών στην Ευρώπη, που συμπεριλαμβάνεται στο Eurohealth Consumer Index 2009 η Ελλάδα κατατάσσεται 24^η μεταξύ των 32 χωρών της έρευνας και ως σημεία υστέρησης αναφέρονται ενδεικτικά η μη συμμετοχή των οργανώσεων ασθενών στην λήψη αποφάσεων για πολιτικές υγείας, η ασφάλιση του ιατρικού λάθους, η πρόσβαση στην διασυνοριακή περίθαλψη, η ισότητα στην πρόσβαση στο Ε.Σ.Υ., ο αριθμός μεταμοσχεύσεων/εκατομ. πληθυσμού, η οδοντιατρική περίθαλψη στο Ε.Σ.Υ., οι άτυπες πληρωμές σε γιατρούς κ.α.

Τα στοιχεία δίνουν εύλογη απάντηση στο ερώτημα κάλυψης των αναγκών των πολιτών από το σύστημα υγείας. Παράλληλα τα υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας διαχρονικά (αλλά και τα τελευταία χρόνια σε συνθήκες κρίσης) συνηγορεί στη διαπίστωση ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας απέτυχε στο να καλύψει καθολικά τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο. Η χαμηλή ποιότητα των δημοσίων υπηρεσιών υγείας συνήθως οδηγεί και στην αναζήτηση δεύτερης γνώμης από ιδιώτες γιατρούς, άρα επιπλέον δαπάνη.

Σχήμα 4
Δαπάνες υγείας 2010-2013



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014

3.2.2 Οργανωτικοδιοικητικός προσανατολισμός

Ο οργανωτικοδιοικητικός προσανατολισμός του συστήματος υγείας αφορά στο μεγαλύτερο ποσοστό τη διοίκηση των νοσοκομείων (ας σημειωθεί εδώ ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας χαρακτηρίζεται εξόχως νοσοκομειοκεντρικό) καθώς και τη διοίκηση που ασκείται μέσω του Υπουργείου Υγείας που κατέχει τον κεντρικό ρόλο.

Όσον αφορά στο Υπουργείο Υγείας τα στελέχη που ασκούν διοίκηση μάλλον περιορίζονται στη διαχείριση, παρά το γεγονός ότι θα μπορούσαν κάλλιστα να χρησιμοποιηθούν στελέχη με εξειδίκευση στις υπηρεσίες υγείας από ανώτατα ιδρύματα της χώρας, απόφοιτοι της ΕΣΔΥ καθώς και απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης. Δεν πρέπει βέβαια να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι οι πρωτοβουλίες διοικητικών στελεχών στη Δημόσια Διοίκηση είναι περιορισμένης κλίμακας, εφόσον εκδηλώνεται έντονος συγκεντρωτισμός από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του Υπουργείου. Αυτό όμως αποτελεί και ένα γενικότερο πρόβλημα της ελληνικής δημόσιας διοίκησης.

Εξαιρετικά σημαντική καθίσταται και η αποστολή των διοικητών των δημόσιων νοσοκομείων. Με το ν. 2071/1992 εισάγεται ο θεσμός του διοικητή (manager) στα νοσοκομεία ενώ εισαγωγή διαχειριστικών τεχνικών επιχειρείται και με τους ν. 2889/2001, 2920/2001 και 2955/2001 προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Με στόχο τον εκσυγχρονισμό της διοίκησης και την ευχερέστερη λειτουργία της συντελείται και η περιφερειοποίηση (ΔΥΠΕ) χωρίς όμως εντυπωσιακά αποτελέσματα, εφόσον η μεταφορά αρμοδιοτήτων δεν είναι ουσιαστική.

Οι διοικητές των νοσοκομείων με κύρια αποστολή το σχεδιασμό (καθορισμό αντικειμενικών στόχων και επίτευξη αυτών), την οργάνωση (φυσικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων για την επίτευξη στόχων), τη διεύθυνση (ανθρώπινου δυναμικού με στόχο τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα), το συντονισμό (προσπαθειών και δραστηριοτήτων) και έλεγχο (ποιότητας υπηρεσιών με κέντρο τον άνθρωπο), συνήθως δεν επιλέγονται αξιοκρατικά, αλλά διορίζονται από τον εκάστοτε υπουργό (με κομματικά συνήθως κριτήρια). Εξάλλου το χρονικό διάστημα που κατέχουν αυτή τη θέση, δεν τους επιτρέπει τον επιτυχή μακρόπνοο σχεδιασμό.

Ήδη με πρόσφατη ρύθμιση, ορίζεται ότι με απόφαση του Υπουργού Υγείας, οι Διοικητές των νοσοκομείων μπορούν να παύονται αζημίως και να ορίζονται νέοι με διετή θητεία.

Η απάντηση στην ύπαρξη οργανωτικοδιοικητικού προσανατολισμού είναι ότι υπήρξαν απόπειρες για την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης αλλά εκ του αποτελέσματος κρίνεται ότι δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα.

3.2.3 Δυνατότητες προσαρμογής στην κρίση και ανταπόκρισης σε μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των πολιτών

Απαντώντας στο ερώτημα για την κάλυψη των αναγκών απαντάται και η δυνατότητα προσαρμογής στην κρίση και ανταπόκρισης σε μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των πολιτών. Σε ένα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας όπως το ελληνικό, σε μια εποχή περιστολής δαπανών και προσαρμογής σε νέα δημοσιονομικά δεδομένα η πρωτοβάθμια φροντίδα θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα, ακόμα και ως εργαλείο μείωση τους κόστους των δαπανών υγείας. Παρά ταύτα η ικανοποίηση των πολιτών από το ΠΕΔΥ κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί η αδυναμία αντιμετώπισης προκλήσεων όπως η γήρανση του πληθυσμού, η επέκταση ακριβής βιοϊατρικής τεχνολογίας (Μπουρσανίδης 2013). Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι αλλαγές στο ΕΣΥ κατά την τριακονταετή και πλέον πορεία προχωρούσαν με πολύ αργό ρυθμό ακόμα και σε περιόδους ευημερίας. Για το λόγο αυτό δεν αξιολογείται ως σημαντική η επίδραση σ' αυτό πρόσκαιρων πολιτικών και κοινωνικών εξελίξεων. Η κρίση όμως και οι υποχρεώσεις που έχει αναλάβει η χώρα απέναντι στους δανειστές οδηγεί στη λήψη διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και σκληρών μέτρων σε μικρό χρονικό διάστημα γεγονός που έχει αρνητικές συνέπειες στην ποσότητα και στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

3.2.3 Κάλυψη βασικών αρχών Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου με βάση τα κριτήρια της αποδοτικότητας, της ανταποκρισιμότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας

Α) Ως **αποδοτικότητα** ενός συστήματος και εν προκειμένω ενός συστήματος υγείας ορίζεται η μέγιστη ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών με το μικρότερο δυνατό κόστος. Το ζήτημα της αποδοτικότητας καθίσταται έτι σημαντικότερο δεδομένων των περιορισμένων πόρων που επιβάλλουν την ορθολογική κατανομή τους.

Επιχειρώντας μία αξιολόγηση της αποδοτικότητας του ΕΣΥ από την ίδρυσή του θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν είχαν προδιαγραφεί σαφείς και στοχευμένες πολιτικές που να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις μιας αποδοτικής διαχείρισης των διατιθέμενων πόρων. Οι περισσότερες από τις αναλυτικές μελέτες και έρευνες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το σύστημα υγείας, από πλευράς αξιοποίησης οικονομικών πόρων – σε μακροοικονομικό και κυρίως μικροοικονομικό επίπεδο- κινήθηκε διαχρονικά σε

χαμηλά επίπεδα απόδοσης (Σισσούρας, 2012). Αξιοσημείωτη είναι η άνοδος των επιπέδων παραγωγικότητας, αποδοτικότητας και διανομής των υπηρεσιών υγείας κατά την πρώτη δεκαετία λειτουργίας του ΕΣΥ.

Η οργάνωση του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας, που κυριαρχείται από τα νοσοκομεία (τα οποία απορροφούν το 50% των δαπανών υγείας), καθώς και η κριτική για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του στην Ελλάδα τείνει να επικεντρωθεί στις τέσσερις κύριες αιτίες: α) οι δημόσιες «επιχειρήσεις» (όπως είναι τα περισσότερα νοσοκομεία) ανθίστανται ή αρνούνται να σχεδιάσουν με βάση την ικανοποίηση των «πελατών» - ασθενών β) δεν κατανέμουν τους πόρους αποδοτικά και ισότιμα, σύμφωνα με κριτήρια και στόχους γ) υπερεκτιμούν το κόστος παραγωγής, γιατί δεν έχουν κίνητρο για αλλαγή συμπεριφοράς δ) ανθίστανται ή τουλάχιστον καθυστερούν τον οποιοδήποτε εκσυγχρονισμό ή αλλαγή εμπρός στο φόβο της απώλειας ή του περιορισμού της εξουσίας, που αντανακλά κυρίως το προσωπικό αλλά και το συλλογικό συμφέρον των δημοσίων υπαλλήλων (Πολύζος – Δρακόπουλος, 2008)

Σε σύγκριση με το 2012 μειώθηκε η δαπάνη για αγαθά, πρώτες και βοηθητικές ύλες αλλά και υπηρεσιών στο σύνολο των Νοσοκομείων του ΕΣΥ. (Ενδεικτικά αναφέρεται)

Αποτελέσματα Οικονομικών και Λειτουργικών Δεικτών

Μείωση εσόδων από επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (5€) κατά 6,08%

Μείωση εσόδων από νοσηλευτική δραστηριότητα κατά 2,19%

Αύξηση εσόδων από την ολοήμερη (πρώην απογευματινή) λειτουργία κατά 16,22%

Το σύστημα, έπειτα από μία περίοδο αύξησης της προσέλευσης ασθενών, εξαιτίας της κρίσης, στην οποία σημειώθηκε ταυτόχρονη μείωση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, παρουσιάζει εικόνα σταθεροποίησης. Η σταθεροποίηση αυτή συνίσταται στο γεγονός ότι η ζήτηση των υπηρεσιών από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ δείχνει μικρές αυξομειώσεις σε σχέση με την υψηλή προσέλευση που παρουσιάστηκε τα πρώτα χρόνια της κρίσης, με αποτέλεσμα τα νοσηλευτικά ιδρύματα να καταφέρουν να λειτουργήσουν στα πλαίσια των προϋπολογισμών που είχαν στη διάθεσή τους (Υπουργείο Υγείας, 2013).

Το σύνολο των δημοσίων ιδρυμάτων, με εξαίρεση τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία φαίνεται να εμφανίζει χαμηλές επιδόσεις (Κυριόπουλος κ.α., 2012)

Χαρακτηριστική είναι διαχρονικά η απουσία επιχειρησιακού μανάτζμεντ και παρακολούθησης δεικτών έτσι ώστε να πραγματοποιούνται παρεμβάσεις όταν είναι απαραίτητο.

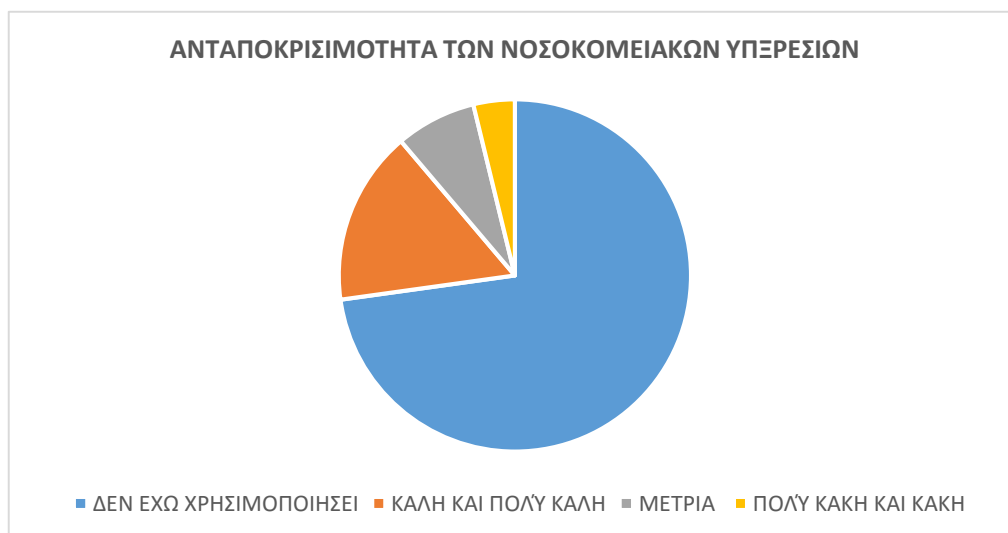
B) Το δεύτερο στοιχείο η **ανταποκρισιμότητα** έχει να κάνει με το βαθμό επιτυχίας ενός συστήματος υγείας να πληροί τις προσδοκίες των πολιτών σε θέματα της φροντίδας υγείας. Κριτήρια βάσει των οποίων αξιολογείται η ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας είναι η αξιοπρέπεια, η αυτονομία, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, η έγκαιρη προσοχή, η δυνατότητα επιλογής, η κοινωνική υποστήριξη και το περιβάλλον.

Ο Κυριόπουλος το 2002 αναφέρει μετά από διενέργεια έρευνας ότι το καλύτερο ποσοστό λαμβάνει το στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης και ακολουθεί η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών η οποία εμφανίζει ικανοποιητικά ποσοστά τόσο για την εξωνοσοκομειακή όσο και για τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η αξιολόγηση των υπόλοιπων στοιχείων δείχνει ότι καλύπτονται μάλλον ανεπαρκώς από το σύστημα υγείας με το στοιχείο της έγκαιρης προσοχής για νοσοκομειακή φροντίδα να πλησιάζει περισσότερο στην επάρκεια από όλα τα υπόλοιπα. Εκεί που περισσότερο φαίνεται να υστερεί το σύστημα είναι η ποιότητα του περιβάλλοντος που προσφέρεται για εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα. Γενικά η ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα στις προσδοκίες του πληθυσμού κινήθηκε σε χαμηλά επίπεδα.

Σε Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας που διεξήχθη το 2011 από την GPO σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας όσον αφορά την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας τα ποσοστά ικανοποίησης όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα αγγίζουν το 46,3% (απαντούν καλή ή πολύ καλή) ενώ όσον αφορά στις νοσοκομειακές υπηρεσίες από το 27,2% που δηλώνει ότι χρησιμοποίησε τέτοιες υπηρεσίες το 16% αξιολογεί την ανταποκρισιμότητα καλή ή πολύ καλή.

Σχήμα 5

Ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών κατά των τελευταίο χρόνο



Πηγή: ΕΣΔΥ 2011

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονισθεί η αξία του ανθρώπινου παράγοντα στις υπηρεσίες υγείας που πολλές φορές με τη φιλοτιμία και την ευσυνειδησία του αντιπαρέρχεται τις δυσλειτουργίες.

Γ) Ως **αποτελεσματικότητα** στις υπηρεσίες υγείας νοείται η επίτευξη των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός τους και ο προγραμματισμός τους. Στις περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούνται οι παρακάτω δείκτες υγείας που προέρχονται από:

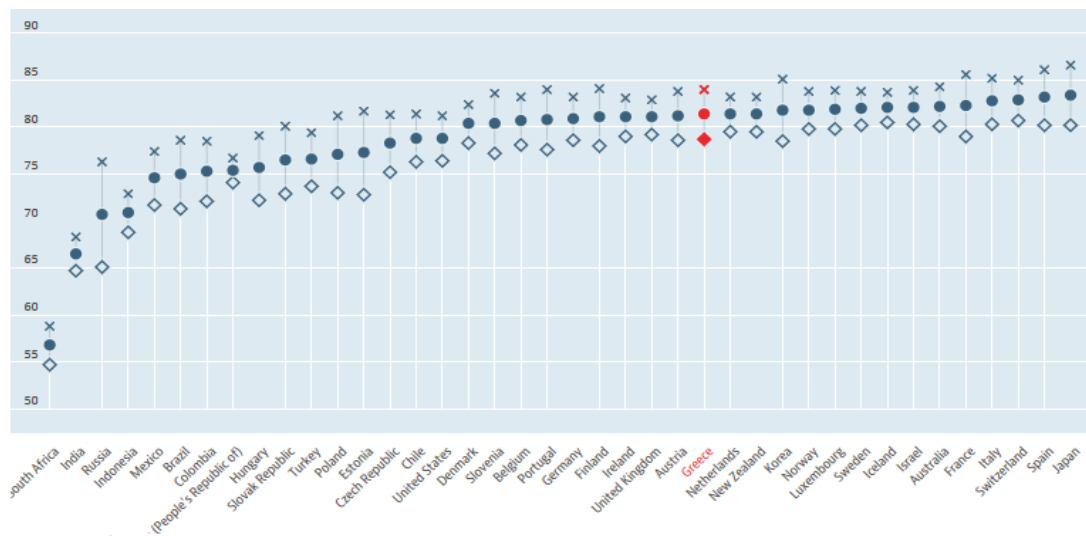
- 1) Κλινικές Μελέτες
- 2) Δείκτες Θνησιμότητας
- 3) Δείκτες Νοσηρότητας
- 4) Δείκτες Ποιότητας Ζωής
- 5) Δείκτες Ανικανότητας και Βαρύτητας Ασθένειας (Υφαντόπουλος 2006)

Ενδεικτικά με πηγή την ΕΛΣΤΑΤ παρουσιάζεται η εξέλιξη αντιπροσωπευτικών δεικτών.

Οι θάνατοι, κατά το 2013, παρουσίασαν μείωση κατά 4,15 % και ανήλθαν σε 111.794, (57.627 άντρες και 54.167 γυναίκες) έναντι 116.670 (60.137 άντρες και 56.533 γυναίκες) που ήταν το 2012. (Πίνακες 1 και 2 & Διαγράμματα 1 και 2).

Η μέση ηλικία κατά τον θάνατο, κατά το 2013, ανήλθε στα 75,25 έτη για τους άνδρες και στα 80,85 έτη για τις γυναίκες, παρουσιάζοντας αύξηση σε σχέση με το 2012, (για τους άντρες το 2012 ήταν 74,79 έτη και για τις γυναίκες ήταν 80,64 έτη) .

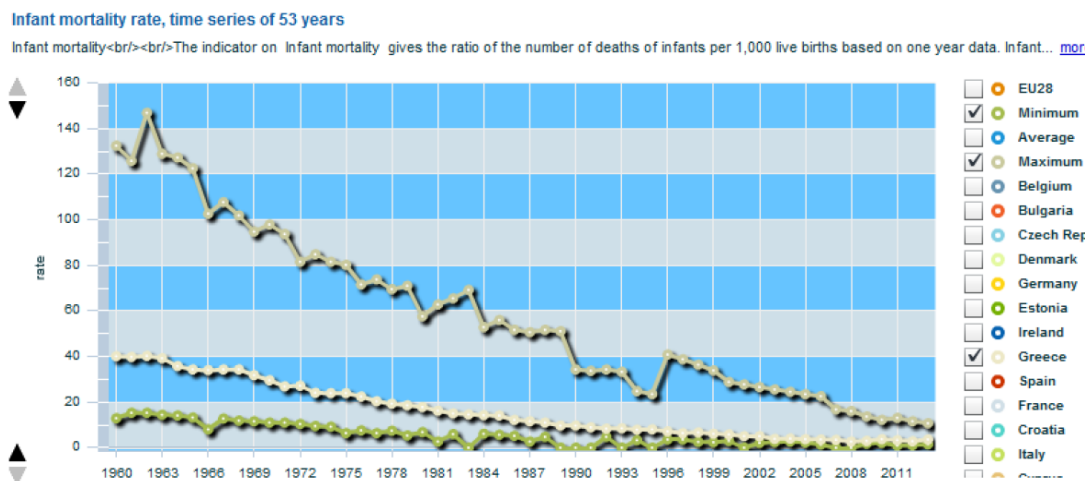
Σχήμα 6
Προσδόκιο επιβίωσης συνολικού πληθυσμού σε χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή: ΟΟΣΑ 2013

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών ηλικίας κάτω του έτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων) από 2,91 το 2012, αυξήθηκε στο 3,69 κατά το 2013.

Σχήμα 7
Ποσοστό Βρεφικής Θνησιμότητας διαχρονικά



Πηγή: ECHI 2015

Ο δείκτης νεογνικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών ηλικίας μικρότερης των 28 ημερών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων) το 2013 αυξήθηκε στο 2,63 από 1,89 το 2012 και ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας (γεννήσεις νεκρών και θάνατοι βρεφών ηλικίας μικρότερης της μιας εβδομάδας ανά 1.000 γεννήσεις) το 2013 αυξήθηκε στο 5,79 από 5,64 το 2012.

Σε γενικές γραμμές οι δείκτες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος είναι ικανοποιητικοί και σε παρόμοια επίπεδα με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ. Πρέπει σ' αυτό το σημείο να επισημανθεί ότι το σύστημα υγείας αποτελεί μόνο έναν από τους παράγοντες που συμβάλει στη διατήρηση των δεικτών σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Δ) Σημαντικότερο όλων αποτελεί το κριτήριο της **ισότητας**. Προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας του ατόμου εκτός από τους εξωγενείς παράγοντες, ηλικία, φύλο και γενετική προδιάθεση, θεωρούνται και ευρύτερες παραμέτροι όπως:

- Γενικοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως η φτώχεια, το εισόδημα, η οικονομική θέση και το επίπεδο εκπαίδευσης
- Συνθήκες διαβίωσης και εργασίας
- Κοινωνικοί παράγοντες όπως τα επίπεδα βίας στην κοινωνία, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι τοπικές πολιτιστικές και πολιτισμικές παραδόσεις
- Ατομικοί παράγοντες όπως η διατροφή, η φυσική άσκηση, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η κατάχρηση ουσιών και εν γένει τυχόν επικίνδυνες συμπεριφορές (Σουλιώτης, 2007)

Η επίτευξη, ως εκ τούτου, μιας κατάστασης που θα απουσιάζει κάθε μορφή ανισότητας στην υγεία, λαμβανομένου υπό του πλήθους των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο υγείας, είναι μάλλον ανέφικτη (Οικονόμου, 2013).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο θα πρέπει να διασφαλίζονται τα ίσα δικαιώματα όλων των ανθρώπων στην υγεία. Η έννοια της ισότητας για την Ευρώπη έχει δύο διαστάσεις την ισότητα μεταξύ των κρατών – μελών και την ισότητα των ατόμων μέσα στην ίδια χώρα. Η ισότητα μπορεί όμως να έχει πολλές εννοιολογήσεις όπως ίσες ευκαιρίες για υγεία, ισότητα κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, ισότητα κατά την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, ισότητα στις κοινωνικές παροχές, γεωγραφική ισότητα. (Υφαντόπουλος, 2013).

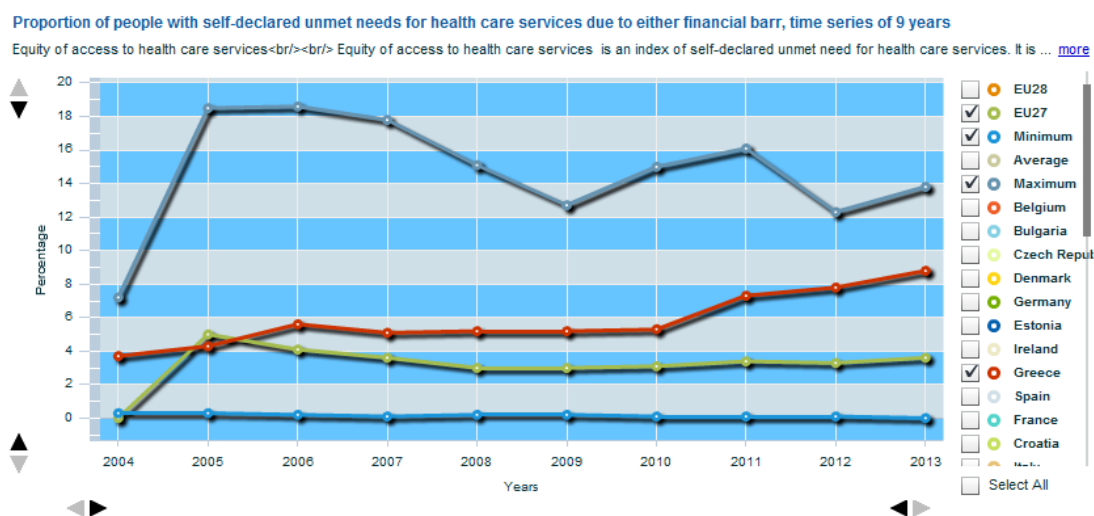
Σκιαγραφώντας τις ανισότητες στο σύστημα υγείας της χώρας αναφέρονται ενδεικτικά:

Ανισότητες μεταξύ γεωγραφικών περιοχών: Παρά τις μακροχρόνιες προσπάθειες για επέκταση της υγειονομικής φορντίδας και τις αλεπάλληλες μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποκέντρωση η ανισότητα μεταξύ κατοίκων διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών δεν έχει εξαλειφθεί. Σ' αυτό συμβάλλει σημαντικά και η γεωγραφική ιδιαιτερότητα (γεωμορφολογία) της χώρας. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού συνωστίζεται ακόμα στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών κέντρων.

Ανισότητες λόγω λίστας αναμονής (waiting list) Διάγραμμα Eurostat 2008. Οι μεγάλες λίστες αναμονής καταδεικνύουν την ανρθολογικότητα κατανομής των πόρων (σε ανατιστοιχία με τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών). Αυτό έχει ως συνέπεια να πλήττονται τα ασθενέστερα στρώματα, τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής να καταφύγουν σε υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα.

Σχήμα 8

Ισότητα στην πρόσβαση στην υγεία (λόγω οικονομικών προβλημάτων, λιστών αναμονής ή μεγάλης απόστασης)



Πηγή: ECHI 2015

Η κεντρική διαχείριση των οικονομικών πόρων σηματοδοτεί την αποτυχία της επίτευξης της απόκέντρωσης και συμβάλλει στην άνιση κατανομή των πόρων. (Παπαθεοδώρου κ.α., 2011).

Η συμμετοχή στο κόστος μέσω μορφών παραοικονομίας («φακελάκι») διαμορφώνει την άποψη ότι ο πληρώνων θα έχει καλύτερη μεταχείριση θέτοντας αυτόματα τους μη έχοντες σε δυσμενέστερη θέση.

Η κατάσταση έχει προφανώς επιδεινωθεί την τελευταία πενταετία μετά την δραματική μείωση των εισοδημάτων και την αδυναμία διατήρησης σε κάποιο ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης. Η αυξανόμενη τάση κοινωνικών ανισοτήτων επιφέρει και ανισοτιμία στην κοινωνική προστασία και υγεία (Κυριόπουλος, 2012). Διαπιστώνεται λοιπόν ότι παρά το διακηρυγμένο στόχο του ΕΣΥ για καθολική και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ο στόχος δεν έχει πλήρως επιτευχθεί.

Συμπερασματικά οι αρχές που θέτει το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο δεν καλύπτονται πλήρως από τη λειτουργία του ΕΣΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με αφετηρία μία εννοιολογική προσέγγιση του συστήματος υγείας έγινε μια συνοπτική παρουσίαση των τεσσάρων βασικών μοντέλων υγειονομικής κάλυψης και των Δημόσιων Υπηρεσιών στην Ελλάδα, τονίζοντας την ανάγκη διασφάλισης παροχής εκ μέρους του κράτους των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας, υπηρετώντας τη βασική λειτουργία του κράτους πρόνοιας και κατοχυρώνοντας την υγεία ως δημόσιο αγαθό.

Ακολουθώντας μελετώντας την εξέλιξη του θεσμικού πλαισίου από την ίδρυση του ΕΣΥ μέχρι σήμερα μπορούν να επισημανθούν συμπερασματικά οι ακόλουθες διαπιστώσεις.

Αναμφισβήτητα η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτέλεσε ένα ιστορικό γεγονός και μία σημαντική κοινωνική κατάκτηση. Επέφερε σημαντικές βελτιώσεις στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών και ανάπτυξη υποδομών στο μεγαλύτερο μέρος της επικράτειας και επιτεύχθηκε σε μεγάλο βαθμό η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός ότι παρατηρείται η επανάληψη ρυθμίσεων στις αλληπάλληλες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, μαρτυρά την αποτυχία της τελικής υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων. Η αδυναμία οικοδόμησης κοινωνικής συναίνεσης και εξασφάλισης συνεργασίας από τις εμπλεκόμενες ομάδες συμφερόντων συνέβαλε στην μη ολοκλήρωση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών.

Διευρύνοντας τον προβληματισμό η έλλειψη πολιτικής βούλησης και η έλλειψη συστηματικότητας στην προετοιμασία αλλά και στην υλοποίηση των θεσμικών αλλαγών ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τις δυσλειτουργίες του υγειονομικού τομέα (Κουρής, κ.α., 2007).

Εξάλλου το φαινόμενο των συχνών εναλλαγών προσώπων στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας δεν επέτρεψε μεταξύ άλλων τη συνέχεια της διακηρυγμένης αρχικά πολιτικής, προϋπόθεσης πολύ σημαντικής προκειμένου για ριζικές μεταρρυθμίσεις σε τομείς τόσο κρίσιμους όσο η υγεία..

Η έλλειψη στρατηγικής για την ανάπτυξη και λειτουργία Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων (ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, e-κάρτα) που θα συνέβαλλαν στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ συνυπολογίζεται στις αδυναμίες του συστήματος. Εξάλλου παρά την πρόθεση κατά περιόδους για διαρθρωτικές αλλαγές διαπιστώθηκε αδυναμία παρακολούθησης δεικτών υγείας.

Η κατασπατάληση πόρων και η μη ορθολογική κατανομή των πόρων συνέβαλε στη δημιουργία των τεράστιων ελλειμμάτων των νοσοκομείων. Στον αντίποδα σήμερα επιχειρείται μία ριζική αναδιάρθρωση με άξονα όμως την περιστολή των δαπανών για

την υγεία, μέτρο που αν δεν συνοδεύεται και από την αλλαγή οργανωτικού και διοικητικού προτύπου, θεωρείται αμφιλεγόμενης αποτελεσματικότητας μέτρο.

Επιπρόσθετα οι δυσλειτουργίες και οι παθογένειες του δημοσίου τομέα τροφοδοτούν και γιγαντώνουν τον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα ο δεύτερος να «παρασιτεί» σε βάρος του πρώτου (Μπένος 2006).

Κατά συνέπεια σε μια προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας διαπιστώνονται σοβαρές αδυναμίες του συστήματος να καλύψει τις βασικές αρχές του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου, με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της ανταποκρισιμότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας.

Η αδυναμία επίτευξης των στόχων που έθεταν κάθε φορά οι μεταρρυθμιστικές απόπειρες έχουν οδηγήσει σε συσσώρευση των προβλημάτων στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η παρούσα φάση, υφιστάμενη τις επιπτώσεις της βαθιάς οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα, βαίνει επιδεινούμενη. Οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει άμεσα το σύστημα υγείας είναι το ζήτημα της διαχείρισης των περιορισμένων οικονομικών πόρων και το ζήτημα της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Η προσπάθεια να επιτευχθεί η σύνθεση οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, είναι εντέλει η μεγάλη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει η χώρα.

4.1 Προτάσεις

Ενδεικτικά θα μπορούσαν να διατυπωθούν κάποιες προτάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ευρύτερη συζήτηση για τον εκσυγχρονισμό και την αποτελεσματικότερη λειτουργία του ΕΣΥ, ιδιαίτερα κάτω από τις τρέχουσες εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες.

A) Στρατηγικός σχεδιασμός: Ακρογωνιαίος λίθος στην προσπάθεια επίτευξης μιας αποτελεσματικής πολιτικής υγείας αποτελεί ο στρατηγικός λεπτομερής σχεδιασμός, ανθρωποκεντρικός στον πυρήνα του, μακρόπνοος, διαθέτοντας παράλληλα δυνατότητες ευελιξίας και προσαρμογής σε μεταβαλλόμενες συνθήκες. Αναμφισβήτητο ζητούμενο αποτελεί η εξασφάλιση της απαραίτητης κοινωνικής συναίνεσης καθώς και της διακομματικής συνεργασίας και της συνακόλουθης δέσμευσης της εκάστοτε ηγεσίας για εφαρμογή του προγράμματος προκειμένου να επιτευχθούν οι επιδιωκόμενοι στόχοι. Ο ορθολογικός στρατηγικός σχεδιασμός εξυπηρετεί την ικανοποίηση και των τεσσάρων (4) κριτηρίων (ισότητα, ανταποκρισιμότητα, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα).

Β) Εισαγωγή εργαλείων αξιολόγησης: Καθοριστικά σημαντική θεωρείται και η εισαγωγή εργαλείων αξιολόγησης (προσωπικού και νοσοκομειακών μονάδων) και ελέγχου που θα χρησιμοποιούνται απαρέγκλιτα, προκειμένου να υπάρχει ο απαραίτητος έλεγχος και να πραγματοποιούνται οι αναγκαίες παρεμβάσεις όπου χρειάζεται. Κατ' αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και η επίτευξη της αποδοτικότητας και εντέλει της βιωσιμότητας του συστήματος. Σ' αυτόν τον τομέα κάλλιστα υπάρχει η δυνατότητα υιοθέτησης βέλτιστων πρακτικών αξιολόγησης με σύγχρονα εργαλεία μανάτζμεντ, που ήδη λειτουργούν με επιτυχία σε άλλα κράτη, με κατανόηση πάντα και συνεκτίμηση των ιδιαίτερων συνθηκών και αδυναμιών που χαρακτηρίζουν το ελληνικό σύστημα υγείας.

Γ) Εργαλεία ΤΠΕ: Τα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα μπορούν να συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών αλλά και στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος (ηλεκτρονικός φάκελος, e- κάρτα).

Δ) Αξιοκρατία: Βασική προϋπόθεση στην κατεύθυνση βελτίωσης του διοικητικού μηχανισμού των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η θέσπιση ενός σταθερού και κυρίως αξιοκρατικού πλαισίου επιλογής Διοικητών νοσοκομείων καθώς και η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση του υψηλά καταρτισμένου και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Η αξιοκρατία, γενικότερα στη δημόσια διοίκηση αλλά και ειδικότερα στον τομέα της υγείας, δύναται να εξασφαλίσει την ποιότητα αλλά και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

Ε) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Απαραίτητη επιλογή, που προωθείται άλλωστε σε διεθνές επίπεδο, είναι η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε βασικό πυλώνα του υγειονομικού συστήματος. Προκειμένου να εκπληρώσει το σημαντικότερο ρόλο της η ΠΦΥ θα πρέπει να διαθέτει πολυδύναμο χαρακτήρα, άρα να παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, να υποκαθιστά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, όπου αυτό καθίσταται εφικτό και ασφαλές, να ενισχυθεί ο συντονισμός και η λειτουργία της σε τοπικό επίπεδο έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται οι σύγχρονες ανάγκες σε συνεργασία με την κοινότητα. Η λύση θα μπορούσε να είναι η διαμόρφωση δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας (Κυριόπουλος, 2014), των οποίων η λειτουργία θα είχε σημαντική επίδραση στην αποδοτικότητα αλλά και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος.

ΣΤ) Επιδημιολογικό Προφίλ: Καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος είναι και η πραγματοποίηση της επίκαιρης καταγραφής των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και η διαμόρφωση του σύγχρονου επιδημιολογικού προφίλ της χώρας.

Z) Εξασφάλιση χρηματοδότησης: Εξυπηρετώντας τη βασική προϋπόθεση της λειτουργίας του συστήματος (έτσι ώστε να καθίσταται αποδοτικό και βιώσιμο), που είναι ο μηχανισμός χρηματοδότησης, ουσιώδης καθίσταται η λήψη μέτρων για επαρκή χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ, για ορθολογική κατανομή των πόρων και η προσπάθεια ελέγχου των δαπανών προς αποφυγή κατασπατάλησης των περιορισμένων πλέον πόρων για την υγείας.

H) Εξορθολογισμός ασφαλιστικών εισφορών: Εξορθολογισμός κρίνεται σκόπιμο να επιδιωχθεί στο καθεστώς των ασφαλιστικών εισφορών έτσι ώστε να επιτυγχάνεται δίκαιη κατανομή των βαρών και να ικανοποιείται το κριτήριο της ισότητας.

Θ) Άμβλυνση ανισοτήτων: Απώτερος στόχος όλων των παραπάνω, μεταξύ άλλων, οφείλει να είναι η άμεση άμβλυνση των ανισοτήτων και η εξασφάλιση δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, όπως είναι οι άνεργοι, οι ηλικιωμένοι, άτομα κάτω από το όριο της φτώχειας αλλά και των ειδικών ομάδων πληθυσμού όπως είναι οι μετανάστες. Εξάλλου η δυνατότητα ανταπόκρισης στις προαναφερθείσες ανάγκες κρίνει και την ικανότητα του συστήματος να προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές συνθήκες και σε συνθήκες κρίσης.

I) Εκπαίδευση – κατάρτιση: Η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και η προσπάθεια δημιουργίας μίας νέας διοικητικής και οργανωτικής κουλτούρας προκειμένου η λειτουργία των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας αλλά και της διοίκησής τους να εξυπηρετεί πραγματικά το δημόσιο συμφέρον, αποτελεί απαραίτητο συστατικό στην προσπάθεια αναδιαμόρφωσης του συστήματος υγείας. Το επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να καθορίσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών

IA) Παρακολούθηση εξελίξεων: Εξίσου σημαντικό παράγοντα εξασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών και επιτυχίας του συστήματος αποτελεί η παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων και της προόδου που συντελείται στην ιατρική επιστήμη και αξιοποίηση των ιατρικών επιτευγμάτων και της βιοτεχνολογίας, έτσι ώστε το σύστημα να είναι σε θέση να προσφέρει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Μία δόκιμη λύση θα μπορούσε να είναι η δημιουργία παρατηρητηρίων ανά τομέα.

IB) Θεσμικές παρεμβάσεις: Όσον αφορά το θεσμικό περιβάλλον (το οποίο δύναται να κατευθύνει μεταρρυθμίσεις που θα αφορούν το σύνολο των κριτηρίων) κρίνεται απαραίτητο να υπάρξει ένα σύγχρονο και σαφές ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας για τον ιδιωτικό τομέα, με έμφαση σε διαδικασίες ελέγχου και συνεργασίας, όπου

θεωρείται απαραίτητο, με το δημόσιο τομέα, να υλοποιηθεί ουσιαστική αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων, έτσι ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες υγείας με επάρκεια και ασφάλεια σε περιφερειακό επίπεδο και τέλος να υπάρξει μέριμνα για στοχευμένες δράσεις προαγωγής και πρόληψης της δημόσιας υγείας σε πανελλαδική κλίμακα.

Π) **Πολιτική βούληση:** Σημαντικότερο όλων όμως, διατρέχοντας την πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και μελετώντας τις αιτίες της κακοδαιμονίας του, αποτελεί η ειλικρινής πολιτική βούληση για διαρθρωτικές αλλαγές και ριζικές τομές, και ο παραμερισμός του παράγοντα του πολιτικού κόστους από τις εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ., 2002. *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΘΕΜΕΛΙΟ/ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. 2001. *Συστήματα Υγείας* Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ
- Κυριόπουλος Γ., 2006. *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: ΘΕΜΕΛΙΟ/ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ
- Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κώστας, Πάβη Ελπίδα, 2012. *Οικονομική κρίση και Υγεία*. Αθήνα: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ
- Λιαρόπουλος Λ., 2005. *Τα «ΕΓΩ» του ΕΣΥ*
- Μπουρσανίδης, Χ., 2014. *Συγκριτική πολιτική υγείας*. Διαφάνειες Μαθήματος. ΕΣΔΔΑ
- Οικονόμου Χ., 2013. *Υγεία, κοινωνία και οικονομία*. *Ανισότητες-Χάσματα ευζωΐας*. Αθήνα: ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ
- Σισσούρας Α., 2012. *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ*. Αθήνα: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ
- Σουλιώτης Κ., 2007. *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ
- Υφαντόπουλος Γ., 2006. *Τα Οικονομικά της Υγείας Θεωρία και Πολιτική*. 2^η Έκδοση. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ (ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ)
- Χλέτσος Μ., 1995 *Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία*. Κεφάλαιο Τρίτο: Οι λόγοι της Κρατικής Παρέμβασης στο χώρο της Υγείας, Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΜΕΛΕΤΕΣ

- Δερβένης Χ., Πολύζος Ν., 1995. *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας
- Ιωακείμογλου Η., 2010. *Υπηρεσίες Υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ (διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH%2032%20TELIKO.pdf>.)
- Κυριόπουλος Γ., κ.α., 2012. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (διαθέσιμη στον ιστότοπο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy)
- Κυριόπουλος Γ., 2014. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως προϋπόθεση ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (διαθέσιμη στον ιστότοπο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy)

Κυριόπουλος Γ., 2011. *Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (διαθέσιμη στον ιστότοπο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy)

Οικονόμου Χ., 2012. *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα – Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων (διαθέσιμη στην ιστοσελίδα : www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/.../ekp_yliko_krat_pron1.pdf)

Οικονόμου, Χ. 2012. *Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμούς του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Εκπαιδευτικό Υλικό (διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/.../ekp_yliko_krat_pron1.pdf)

Παπαθεοδώρου Χ. και Μωυσίδου Α., 2011. *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων (διαθέσιμη στην ιστοσελίδα: ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf)

Σκρουμπέλος Α., κ.α. 2012. *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας - Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (διαθέσιμη στον ιστότοπο: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy)

Πρόταση Υπουργείου Υγείας, 2013. *Υγεία 2014-2020. Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του Τομέα Υγεία για την περίοδο 2014-2020*. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας *Απολογισμός 2013 Οικονομικοί και Λειτουργικοί Δείκτες*- Υπουργείο Υγείας διαθέσιμο στη: <http://www.moh.gov.gr/articles/esynet/2267-paroysiash-stoixeiwn-esynet-etoys-2013-27-2-2014?fdl=6640>.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Κουρής, Γ., Σουλιώτης Κ. και Φιλαλήθης Α., 2007. Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Μία ιστορική επισκόπηση. *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*. 1, 35-67, διαθέσιμο στη: www.society-economy-health.gr/extra/archive/issue_1/03.pdf

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

www.moh.gov.gr Υπουργείο Παιδείας

<http://www.europedia.moussis.eu>

http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_el.htm Ευρωπαϊκοί Βασικοί Δείκτες Υγείας

<http://www.oecd.org/greece/> ΟΟΣΑ

<http://www.who.int/countries/grc/en/> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

www.mednet.gr/archives Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

ΕΡΕΥΝΕΣ

Πανελλαδική Έρευνα για την υγεία, 2014. Ελληνο-Αμερικανικό Εμπορικό Επιμελητήριο, ΚΑΠΑ -RESEARCH

Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, 2011. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, GPO

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**Κατάλογος Νομοθεσίας**

1. ΝΔ 2592/1953 ΦΕΚ Α 254
2. ΝΔ 3097/1954 ΦΕΚ Α 253
3. Ν 3487/1955 ΦΕΚ Α 354
4. Ν 4169/1961 ΦΕΚ Α 81
5. ΝΔ 67/1968 ΦΕΚ Α 303
6. Ν 1278/1982 ΦΕΚ Α 105
7. Ν 1316/1983 ΦΕΚ Α 3
8. Ν 1397/1983 ΦΕΚ Α 143
9. Ν 1471/1984 ΦΕΚ Α 112
10. Ν 1579/1985 ΦΕΚ Α 217
11. Ν 2071/1992 ΦΕΚ Α 123
12. Ν 2194/1994 ΦΕΚ Α 34
13. Ν 2519/1997 ΦΕΚ Α 165
14. Ν 2889/2001 ΦΕΚ Α 37
15. Ν 2920/2001 ΦΕΚ Α 131
16. Ν 2955/2001 ΦΕΚ Α 256
17. Ν 3106/2003 ΦΕΚ Α 30
18. Ν 3172/2003 ΦΕΚ Α 197
19. Ν 3235/2004 ΦΕΚ Α 53
20. Ν 3329/2005 ΦΕΚ Α 81
21. Ν 3370/2005 ΦΕΚ Α 176
22. Ν 3418/2005 ΦΕΚ Α 287
23. Ν 3457/2006 ΦΕΚ Α 93
24. Ν 3257/2007 ΦΕΚ Α 143
25. Ν 3580/2007 ΦΕΚ 134
26. Ν 3816/2010 ΦΕΚ Α 6
27. Ν 3852/2010 ΦΕΚ Α 87
28. Ν 3868/2010 ΦΕΚ Α 129
29. Ν 3892/2010 ΦΕΚ Α 189
30. Ν 3918/2011 ΦΕΚ Α 31
31. Ν 4025/2011 ΦΕΚ Α 228
32. Ν 4052/2012 ΦΕΚ Α 41

33. Ν 4118/2013 ΦΕΚ Α 32

34. Ν 4316/2014 ΦΕΚ Α 270

Βασιλικά και Προεδρικά Διατάγματα

1. ΒΔ 1845/1939 ΦΕΚ Α 298

2. ΠΔ 451/1962 ΦΕΚ Α 108

3. ΠΔ 521/1963 ΦΕΚ Α 145

4. ΠΔ 247/1991 ΦΕΚ Α 93

5. ΠΔ 517/1991 ΦΕΚ Α 202

6. ΠΔ 235/2000 ΦΕΚ Α 199

7. ΠΔ 198/2007 ΦΕΚ Α 225



Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)
Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479
www.ekdd.gr