



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΓΑΛΛΙΑΣ ΚΑΙ Η.Π.Α.»**

**Σπουδάστρια: Μαχαίρα Ελένη**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Κατερίνη Καστανιώτη**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2008**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	σελ.1
----------------	-------

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

#### ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	σελ.3
--	-------

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

#### Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ.5
2.2.ΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ.7
2.3.ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....	σελ.9
2.4.ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	σελ.10
2.4.1.Τα γενικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας.....	σελ.10
2.4.2.Εθνική δαπάνη για την υγεία και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας .....	σελ.16
2.4.3.Η στελέχωση του τομέα της υγείας .....	σελ.17
2.4.4.Υποδομές του ελληνικού συστήματος υγείας.....	σελ.21
2.4.5.Νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα και του συστήματος υγείας της χώρας...σελ.	24
2.4.6.Νομοθετήματα και ενέργειες μέχρι τη δεκαετία του 90.....	σελ.25
2.4.7.Η θεσμοθέτηση του εθνικού συστήματος υγείας.....	σελ.26
2.4.8.Τα κεντρικά και τα περιφερειακά όργανα του ΕΣΥ.....	σελ.26
2.4.9.Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας- μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας & δευτεροβάθμιας περίθαλψης.....	σελ.29

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

#### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

3.1.ΕΡΕΥΝΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ 9 ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	σελ.37
---	--------

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

#### ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

4.1.ΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ.43
--	--------

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΉΠΕΙΡΟ**

5.1. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....σελ.51
5.2. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....σελ.52
5.3 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ MEDICAID ΚΑΙ MEDICARE ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ.....σελ.55
5.4. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ .....σελ.58
5.5 ΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.....σελ.59

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

### **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

6.1.ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .σελ.61
6.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....σελ.62
6.3. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ.....σελ.64
6.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ.....σελ.68
6.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ.68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.71

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει και να συγκρίνει τα συστήματα υγείας τριών ευρωπαϊκών χωρών της Ελλάδας, της Γαλλίας και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Η σύγκριση των τριών αυτών συστημάτων υγείας, γίνεται ως προς τη δομή και τους τρόπους χρηματοδότησης τους, τους δείκτες δαπανών υγείας, τους δείκτες επάρκειας ανθρωπίνων πόρων καθώς και τους τρόπους αμοιβής αυτών και τέλος ως προς τους δείκτες νοσοκομειακής επάρκειας.

Ο **Στόχος** της εργασίας αυτής, είναι να δείξει ποια είναι η θέση της χώρας μας ως προς τις άλλες δυο ευρωπαϊκές χώρες και να διερευνήσει κατά πόσο υπάρχουν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των τριών αυτών συστημάτων υγείας.

Η **Μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία είναι η ανασκόπηση βιβλιογραφικών κυρίως πηγών καθώς και η αναζήτηση πηγών μέσω του ηλεκτρονικού διαδικτύου.

Η εργασία είναι δομημένη σε έξι ενότητες-κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά ως προς τον ορισμό και τους στόχους των συστημάτων υγείας γενικότερα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται αναλυτικά η δομή και οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται μια έρευνα του Εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης του Πολυτεχνείου Κρήτης, σκοπός της οποίας είναι να παρουσιάσει συγκεκριμένα οικονομικά στοιχεία 27 ευρωπαϊκών χωρών, στηριζόμενη σε εννέα κριτήρια.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αποτυπώνεται το σύστημα υγείας και ασφάλισης στη Γαλλία ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο αποτυπώνεται το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο αυτής της εργασίας, γίνεται η σύγκριση των τριών συστημάτων υγείας και κατατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη εργασία.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και όλους όσους συνέβαλαν ώστε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

*Ευχαριστώ*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται

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

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές; για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α<sup>1</sup>.

Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μόνο μια ή δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους. Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup>Υπουργείο Υγείας(2005), Σύστημα Υγείας, <http://www.moh.gov.cy>,Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>2</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Σύστημα Υγείας, <http://www.moh.gov.cy>,Ανακτήθηκε 20-2-08



## 1.1 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκες διαδικασίες, πολύπτυχα και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Η επιλογή του σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας είναι φορτωμένη με πρακτικές και ιδεολογικές παγίδες. Παρόλο ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πολιτική που θα ακολουθήσουν αυτοί που θα σχεδιάσουν ένα σύστημα υγείας εντούτοις υπάρχουν πολλά κοινά σημεία τα οποία τους ενώνουν.

Ένα από τα κοινά σημεία που ενώνει τους αναδιοργανωτές και σχεδιαστές των συστημάτων υγείας είναι ότι θέλουν το σύστημα να έχει ανθρώπινη προσέγγιση και να ακολουθεί το αξίωμα, κόστος-μέγιστη ωφελιμότητα/ αποδοτικότητα.<sup>3</sup>

Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι τα συστήματα υγείας χρειάζονται αναδιοργάνωση. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και από την τάση που επικρατεί στην Ευρώπη, όπου όλες οι χώρες επανεξετάζουν και αναθεωρούν τα συστήματα υγείας τους. Αυτές οι αλλαγές αναμένεται να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών και να κατοπτρίζουν την πρόοδο που επιτυγχάνεται στη βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ αναγνωρίζεται η οικονομική αβεβαιότητα και ανάγκη συγκράτησης των δαπανών στην υγεία<sup>4</sup>.

Ακόμη δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως τα εργαλεία εκείνα που θα βοηθούν τους σχεδιαστές πολιτικής να ξεχωρίζουν μεταξύ του "καλού" και του "βέλτιστου" ή της επιλογής της καλύτερης λύσης στην αναδιοργάνωση. Δεν υπάρχει επίσης συστηματική προσέγγιση της μεταφοράς της γνώσης που αποκτάται στον τομέα αυτό από τη μια χώρα στην άλλη. Υπάρχει επομένως η ανάγκη για περισσότερη και βελτιωμένη πληροφόρηση γύρω από το πρόβλημα της επιλογής μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων στις αλλαγές.

Η "απόδειξη" του τι εργάζεται και κάτω από ποιες συνθήκες θα επιτρέψει στους αναδιοργανωτές και τους σχεδιαστές στην υγεία να περνούν πιο σωστές αποφάσεις. Η επίτευξη ομοφωνίας όσο αφορά το τι είναι αποδεδειγμένο ως αποδοτικό είναι αρκετά προβληματική και δύσκολη. Το συμπέρασμα που βγαίνει από τα πιο πάνω είναι ότι δεν υπάρχει το φάρμακο που θα δώσει τη σωστή πορεία στην αναδιοργάνωση των συστημάτων και θα τα θεραπεύσει, αλλά υπάρχουν σίγουρα από την άλλη, μέθοδοι που μας βοηθούν να ξεχωρίσουμε ανάμεσα στις καλές αλλαγές που θα μπορούσαν να επιτευχθούν στο σύστημα υγείας και στις καλύτερες.

<sup>3</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Σύστημα Υγείας, <http://www.moh.gov.cy>, Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>4</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Σύστημα Υγείας, <http://www.moh.gov.cy>, Ανακτήθηκε 20-2-08

Τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών υφίστανται πολλαπλές πιέσεις. Η αύξηση των δαπανών λόγω δημογραφικών αλλαγών, η ευρεία διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα συστήματα, η επικράτηση των προσδοκιών των καταναλωτών και των προμηθευτών καθώς και η επικράτηση των χρόνιων και των εκφυλιστικών νοσημάτων αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της μιας πτυχής. Από την άλλη οι αλλαγές μέσα στα συστήματα, η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας και ο αυξανόμενος ανταγωνισμός αποτελούν την άλλη πτυχή. Τα αναπτυγμένα κράτη προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα αυτά λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία που έχει η υγεία για τους πολίτες και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς το λαό<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Karokis A., Sissouras A.(1994), «The Greek Health Care System», στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική καταγραφή της εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, ξεκινά στις αρχές του 20ου αιώνα με το ελληνικό κράτος να διανύει μια περίοδο πολιτειακής αστάθειας και έλλειψης οικονομικών πόρων. Οι πόλεμοι, η Μικρασιατική Καταστροφή, η οικονομική κρίση οδήγησαν τον πληθυσμό στη φτώχεια και την εξαθλίωση. Οι κυβερνήσεις περιορίζονταν συνήθως στην καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Το 1922 με τον νόμο 2882 ιδρύθηκε το «Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης», η χώρα διαιρέθηκε σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ για κάθε νομό προβλεπόταν η σύσταση υγειονομικού συμβουλίου. Οι περιορισμένες όμως οικονομικές δυνατότητες του κράτους δεν επέτρεψαν σημαντικές αλλαγές<sup>6</sup>.

Η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος προκάλεσαν μεγάλες καταστροφές στην χώρα, με τις υπηρεσίες παροχής υγείας να στερούνται οργάνωσης και αποτελεσματικότητας. Το 1953 με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» από την κυβέρνηση Παπάγου επιχειρείται για πρώτη φορά η θέσπιση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Μεταξύ των άλλων προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία υγειονομικών σταθμών<sup>7</sup>.

Το 1961 συστάθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) με στόχο την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Ακολούθησε η περίοδος της δικτατορίας χωρίς ιδιαίτερες εξελίξεις στον τομέα της φροντίδας υγείας πλην της καθιέρωσης της υποχρεωτικής υπηρεσίας υπαίθρου. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ο «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής» του υπουργού υγείας της δικτατορίας που προέβλεπε την ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στηριζόμενο στους οικογενειακούς γιατρούς, σχέδιο το οποίο δεν προχώρησε. Μετά την πτώση της δικτατορίας γίνεται πλέον αντιληπτή η ανάγκη συνολικής αναθεώρησης των

---

<sup>6</sup> Τριχόπουλος Δ(1982)., Επιδημιολογία, Λίτσας, Αθήνα

<sup>7</sup> Karokis A., Sissouras A.(1994), «The Greek Health Care System», στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris



υγειονομικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής κοινότητας. Το 1980 στο νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» με υπουργό Υγείας τον καθηγητή Σ. Δοξιάδη επανατίθεται το θέμα της αποκέντρωσης, του κοινωνικού ελέγχου και της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας<sup>8</sup>.

Το 1983 ο Νόμος 1397 επί κυβερνήσεως Π.Α.Σ.Ο.Κ. αποτελεί την μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στον χώρο της υγείας, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με στόχους την ισότητα και την καθολικότητα στην πρόσβαση, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα επόμενα χρόνια ακολουθούν μεταρρυθμιστικές προτάσεις (Νόμος 2071, επί Νέας Δημοκρατίας), με κατάληξη την ψήφιση του Νόμου 2519/1997, και του ελπιδοφόρου 2889 τον Μάρτιο του 2001, όπου προτείνονται νέες αποκεντρωμένες οργανωτικές δομές και θεσμοί για την δημόσια υγεία και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης<sup>9</sup>.

Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα, θεωρώντας κεκτημένη και διασφαλισμένη την αξιοπρεπή διαβίωση (κατοικία, ύδρευση, αποχέτευση, αποκομιδή απορριμμάτων) για το μεγαλύτερο τμήμα του ελληνικού πληθυσμού, η πρόληψη σε επίπεδο περιβάλλοντος στοχεύει με αρκετά ικανοποιητικά, προς το παρόν αποτελέσματα, στον έλεγχο και περιορισμό της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, την επεξεργασία των βιομηχανικών και αστικών αποβλήτων, την χρήση εναλλακτικών μέσων μεταφοράς και γενικότερα την ορθολογική χρήση των φυσικών πόρων. Στο πεδίο περιβάλλον και πρόληψη, η πολιτεία έχοντας αναγνωρίσει την σημασία της εξασφάλισης υγιούς περιβάλλοντος ως σταθερά στην διαδικασία προαγωγής της υγείας προχωρά σταδιακά στις πρακτικές περιβαλλοντολογικής προστασίας και την προσπάθεια περιβαλλοντολογικής εκπαίδευσης του πληθυσμού.

Το κοινωνικό περιβάλλον και η ατομική συμπεριφορά επηρεάζουν την εκδήλωση μιας νόσου. Σήμερα τα λοιμώδη νοσήματα δεν αποτελούν πλέον την κύρια απειλή για την υγεία. Έχουν αντικατασταθεί από τα νοσήματα του πολιτισμού (καρδιαγγειακά, καρκίνος, ατυχήματα, αυτοκτονίες, AIDS).

Η Ελλάδα, ακολουθώντας την πορεία των αναπτυγμένων χωρών, πέτυχε σημαντική πρόοδο στον έλεγχο και περιορισμό πολλών λοιμωδών νοσημάτων, μέσω μαζικών εμβολιασμών και συνεχών βελτιώσεων στη διατροφή και στις συνθήκες

---

<sup>8</sup> Κουσνέρ Μ(1996), Η Δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα

<sup>9</sup> Κουσνέρ Μ(1996), Η Δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα

υγιεινής και διαβίωσης. Παραδείγματα αποτελούν η εκρίζωση της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας του τετάνου και ο περιορισμός της φυματίωσης.

Παράλληλα, όμως, «παλαιά» λοιμώδη νοσήματα ξαναέρχονται στο προσκήνιο, για παράδειγμα η πολιομυελίτιδα με την είσοδο ανεμβολίαστων οικονομικών μεταναστών και προσφύγων και ο άνθρακας με την υποτιθέμενη απειλή βιολογικού πολέμου και συγχρόνως προβληματίζουν νεοεμφανιζόμενα νοσήματα, όπως το AIDS και η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια. Λόγω των παραπάνω ιδιαιτεροτήτων τίποτα δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο στην εκτέλεση των προγραμμάτων πρόληψης, αλλά να διαμορφώνονται δυναμικά ανάλογα με τις περιστάσεις. Παράδειγμα αποτελεί η διοργάνωση του πανελλήνιου αγώνα ενάντια στην πολιομυελίτιδα το 1999. Στα επόμενα κεφάλαια θα δούμε τη δομή του εθνικού συστήματος υγείας τη λειτουργία του και τις οργανωσιακές τους προεκτάσεις<sup>10</sup>.

## **2.2.ΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Με τους όρους «υγειονομικός τομέας» ή «τομέας υγείας» εννοούμε τόσο το σύνολο των δομών και υποδομών που έχουν σχέση με την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας (κτίρια, εξοπλισμοί και προσωπικό), όσο και το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο αυτός διέπεται, τις υπηρεσίες της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της ασφάλισης υγείας, της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων, τεχνολογικού και αναλώσιμου υλικού υγείας κ.λ.π. Πιο συγκεκριμένα στον υγειονομικό τομέα εντάσσονται<sup>11</sup>:

- Οι υποδομές που παράγουν τις συμβατικές υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, οι οποίες μπορεί να ανήκουν στο κράτος (π.χ. νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ), στα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. πολυϊατρεία του ΙΚΑ), στην τοπική αυτοδιοίκηση (π.χ. δημοτικά ιατρεία), στην εκκλησία ή σε φιλανθρωπικά και κοινωφελή ιδρύματα (π.χ. Ερυθρός Σταυρός, ΠΙΚΠΑ) ή τέλος σε ιδιώτες (κλινικές, ιατρεία, ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, φαρμακεία κ.λ.π.).
- Οι υπηρεσίες, δημόσιες ή ιδιωτικές, που ασχολούνται με την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας (ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές,

<sup>10</sup> Κουσνέρ Μ(1996), Η Δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα

<sup>11</sup> Κωνσταντοπούλου Α(2006), Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>

ΤΕΙ, ινστιτούτα κ.λ.π.).

- Οι νόμοι, τα προεδρικά διατάγματα και οι υπουργικές αποφάσεις που καθορίζουν τις προϋποθέσεις σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας.
- Οι οργανισμοί, οι εταιρίες και τα άτομα που παράγουν, εισάγουν ή εμπορεύονται κάθε είδος φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό, καθώς και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.
- Η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- Γενικά καθετί που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκεται στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Με τους όρους *σύστημα υγείας* ή *υγειονομικό σύστημα*, εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται. Σύμφωνα με τη συστηματική προσέγγιση, το σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, δηλαδή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού<sup>12</sup>.

Συνεπώς το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π. Υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ασφάλιση υγείας, η παραγωγή φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού κ.λ.π. δεν εντάσσονται στο σύστημα υγείας. Οι τελευταίες λειτουργούν με άλλους κανόνες και έχουν διαφορετικούς στόχους, οι οποίοι συχνά αντιμάχονται εκείνους του «οργανωμένου» υγειονομικού συστήματος<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Karokis A., Sissouras A(1994)., The Greek Health Care System, στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

<sup>13</sup> Karokis A., Sissouras A(1994)., The Greek Health Care System, στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

### 2.3. ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Η ταξινόμηση γίνεται με βάση δύο πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και τον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών. Η χρηματοδότηση μπορεί να γίνεται εθελοντικά (από τους ανασφάλιστους ή εκείνους που έχουν ιδιωτική ασφάλιση) ή υποχρεωτικά (από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση), ενώ ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών μπορεί να γίνεται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους α) από τον ίδιο τον ασθενή με δικά του χρήματα, β) από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος όμως στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον φορέα ασφάλισής του, γ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω των συμβάσεων που κάνει με τους προμηθευτές και δ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω ετήσιων προϋπολογισμών και μισθών που εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα<sup>14</sup>.

Από τον συσχετισμό των δύο τρόπων χρηματοδότησης με τους τέσσερις τρόπους αμοιβής των προμηθευτών μπορούν να προκύψουν οκτώ διαφορετικά μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης ή οκτώ διαφορετικά υποσυστήματα υγείας. Στην πράξη όμως συναντούμε μόνο τα επτά, αφού είναι εκτός λογικής και πολύ δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει μοντέλο με υποχρεωτική ασφάλιση και συγχρόνως πληρωμή των προμηθευτών από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα οχτώ διαφορετικά μοντέλα που απομένουν με βάση την ταξινόμηση αυτή παρατίθενται στη συνέχεια<sup>15</sup>.

- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το εθνικό μοντέλο με συμβάσεις
- Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις
- Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το μικτό μοντέλο

<sup>14</sup> Κωνσταντοπούλου Α(2006), Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>

<sup>15</sup> Karokis A., Sissouras A(1994), The Greek Health Care System, στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris

## 2.4.ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.4.1.Τα γενικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει είναι τα ακόλουθα<sup>16</sup>:

#### Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον- εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα -όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Με βάση την τυπολογία που υιοθετείται από τον ΟΟΣΑ, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία και των τεσσάρων από τα υπόλοιπα πέντε μοντέλα.

---

<sup>16</sup> Αλεξιάδης Α(2000), Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων, ΕΑΠ



Πιο συγκεκριμένα<sup>17</sup>:

- Η κάλυψη των ασφαλισμένων του ΟΓΑ από τις υποδομές του ΕΣΥ, των ασφαλισμένων του ΙΚΑ για πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα πολυϊατρεία του και των δημόσιων υπαλλήλων από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ γίνεται βάσει του ολοκληρωμένου μοντέλου.
- Αντίθετα, η νοσοκομειακή περίθαλψη για όλους τους ασφαλισμένους, πλην του ΟΓΑ και του Δημοσίου, αλλά και η πρωτοβάθμια περίθαλψη για μια σειρά από ταμεία (ΤΕΒΕ, Οίκος Ναύτου, Δημόσιοι Υπάλληλοι κ.λπ.) ακολουθεί το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις.
- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή συναντάται κυρίως στις περιπτώσεις προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα και της ανάληψης στη συνέχεια του κόστους αποκλειστικά από τον ασθενή.
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται στη χώρα μας στις περιπτώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, κατά τις οποίες ο ασθενής προσφεύγει συνήθως στον ιδιωτικό τομέα, πληρώνει και στη συνέχεια υποβάλλει τις αποδείξεις στην ασφαλιστική εταιρεία, για να εισπράξει μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλε.
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται σε ορισμένα μικρά ταμεία (τραπεζικών, δικηγόρων κ.ά.), στα οποία οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να προσφύγουν σε συμβεβλημένους ή μη γιατρούς, οδοντίατρους και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα και στη συνέχεια να υποβάλουν τα δικαιολογητικά στο ταμείο τους, για να εισπράξουν μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλαν.
- ❖ Τέλος, το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο άρχισε να εμφανίζεται πρόσφατα και στη χώρα μας. Αναφερόμαστε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες με ιδιόκτητες υποδομές παρέχουν στους ασφαλισμένους τους και ασφάλιση και παροχή υπηρεσιών μαζί.

#### Διαφορετικά υποσυστήματα / κατακερματισμένος υγειονομικός τομέας

Σήμερα στη χώρα μας εκτός του εθνικού (δημόσιου) συστήματος υγείας (ΕΣΥ) συνυπάρχουν και λειτουργούν με σχετική αυτονομία άλλα δύο, εντελώς διαφορετικά και ασύνδετα υποσυστήματα: του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και του

---

<sup>17</sup> Ε. Μωραΐτης, Τ. Κουρή-Ζαραφωνίτη, Μ.Π. Μερκούρης(1990) Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1: 5-23,

ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν<sup>18</sup>:

- Οι δομές, οι υποδομές και η στελέχωση του ΕΣΥ (κυρίως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ). Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού διέπονται από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και το μετέπειτα συμπληρωθέν θεσμικό πλαίσιο. Η αρμοδιότητα και ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Οι δομές, οι υποδομές και το προσωπικό κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και κάποιων άλλων ασφαλιστικών ταμείων, που λειτουργούν με διαφορετικό εργασιακό καθεστώς για τους γιατρούς, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι προσφέρουν διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις στους δικαιούχους τους. Η αρμοδιότητα και ευθύνη για τους κλάδους υγείας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας· ουσιαστικά όμως λειτουργούν με ευθύνη των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας με τα πολλά διαγνωστικά κέντρα και τις κλινικές, τα μαιευτήρια, τα εργαστήρια, τα ιατρεία και οδοντιατρεία, ο οποίος κατά το ήμισυ τουλάχιστον «χρηματοδοτείται» από δημόσιους πόρους, κυρίως μέσω των συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία, και κατά το υπόλοιπο από ιδιωτικές πληρωμές των ίδιων των ασθενών. Η αρμοδιότητα και η ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

#### Επικαλύψεις και υγειονομικές ανισότητες

Τα τρία αυτά υποσυστήματα λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ιδιαίτερα όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφού ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτονται όλοι κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Συνεπώς, το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού τομέα είναι ο πολυκερματισμός και οι διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις.

#### Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος

Το όλο σύστημα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η

---

<sup>18</sup> Κυριόπουλος Γ, Σουλιώτης Κ(2002) Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα

οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι σήμερα επαρκείς<sup>19</sup>.

- Όσον αφορά τη *δημόσια υγεία*, έχει διαπιστωθεί μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση ξεπερασμένες αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρησιακό περιεχόμενο.
- Όσον αφορά την *πρωτοβάθμια φροντίδα*, η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τη λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η *απουσία οικογενειακού γιατρού*, με αποτέλεσμα αφενός να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αφετέρου το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά να συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή -ακόμη χειρότερα- σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπρόληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κ.λπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων<sup>20</sup>.

#### Κτίρια και τεχνολογία

Όσον αφορά την *κτιριακή και τεχνολογική υποδομή*, η κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά με την ολοκλήρωση της εκτέλεσης του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης στην υγεία. Προστέθηκαν στο δυναμικό της νοσοκομειακής περίθαλψης περίπου 5.000 νέες κλίνες (ανέγερση 16 νέων νοσοκομείων και επέκταση άλλων 22 ήδη λειτουργούντων), ανεγέρθησαν κτίρια για 6 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, για το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, κτίρια του ΕΚΑΒ σε 6 μεγάλες πόλεις κ.λπ. Ελλείψεις παρατηρούνται μόνο σε ειδικές κλίνες, όπως, για παράδειγμα, αυτές της εντατικής θεραπείας, της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, που αποτελούν προτεραιότητα για το Υπουργείο, ενόψει και της διεξαγωγής των Ολυμπιακών Αγώνων στην Αθήνα το 2004. Για τη σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, από την άποψη του βαρέως εξοπλισμού και των

<sup>19</sup> Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,

<sup>20</sup> Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

εξειδικευμένων κέντρων, το σύστημα παρουσιάζει σημαντική βελτίωση<sup>21</sup>.

#### Πληθωρισμός γιατρών και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό

Το υγειονομικό σύστημα υποφέρει από *πληθωρισμό* γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, με αποτέλεσμα να αρχίζουν και στη χώρα μας να δημιουργούνται αφενός σοβαρά προβλήματα απασχόλησης τους και αφετέρου ευνοϊκές συνθήκες αύξησης των δαπανών υγείας, κυρίως μέσω της προκλητής ζήτησης. Η απουσία πολιτικών ελέγχου της παραγωγής τους προβλέπεται να επιδεινώσει την κατάσταση.

Παρά τον μεγάλο συνολικά αριθμό γιατρών η *κατανομή στις ειδικότητες* δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες της χώρας, με αποτέλεσμα να έχουμε υπερεπάρκεια σε κάποιες ειδικότητες, όπως, για παράδειγμα, σε αυτές της γενικής χειρουργικής και γυναικολογίας, και μεγάλες ελλείψεις στη γενική και κοινωνική ιατρική, στην ιατρική της εργασίας και σε άλλες. Σε αυτές τις ελλείψεις μπορεί εν μέρει να αποδοθεί και η αδυναμία ικανοποιητικής ανάπτυξης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως προαναφέρθηκε. Όσον αφορά τους άλλους επαγγελματίες υγείας, επισημαίνουμε απλώς τις σημαντικές ελλείψεις σε *ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό*, αλλά και την απουσία ειδικών επιστημόνων από την οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

#### Χαμηλή παραγωγικότητα, αντιοικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων

Η *παραγωγικότητα* του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων υγείας του ΕΣΥ κρίνεται αντιοικονομική, αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινών μικρότερη του 50%. Επιπλέον δεν προσφέρονται κίνητρα στο προσωπικό για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών<sup>22</sup>.

#### Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μεγάλη παραοικονομία

Η *χρηματοδότηση* του συστήματος παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, αφού απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Καταρχήν η σταδιακή μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία στον κρατικό προϋπολογισμό εντείνει τον άδικο κοινωνικά τρόπο χρηματοδότησης λόγω του αντιστρόφως προοδευτικού χαρακτήρα του φορολογικού μας συστήματος, που γίνεται ακόμη περισσότερο άδικος λόγω της παραοικονομίας. Η έντονη και

<sup>21</sup> Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,

<sup>22</sup> Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,



ανορθόδοξη παρουσία του κράτους, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων για τις υπηρεσίες υγείας, δεν επιτρέπει την άσκηση πολιτικής ούτε από τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση τεχνολογίας υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και ευνοούν την παραοικονομία. Η διαδικασία της Μεταρρυθμίσεις του Συστήματος Υγείας και η διαδικασία αποκέντρωσης με την εισαγωγή του θεσμού των ΠεΣΥ αναμένεται να ελέγξει την κατάσταση αυτή<sup>23</sup>.

#### Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία

Οργανωτικά/διοικητικά το σύστημα παραμένει έντονα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό, χωρίς ισχυρή μέχρι σήμερα περιφερειακή διάρθρωση. Ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» περιέχει τις αναγκαίες διατάξεις για την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος Υγείας, την καταπολέμηση του συγκεντρωτισμού και της γραφειοκρατίας καθώς και την ποιοτική αναβάθμιση των μηχανισμών εποπτείας αλλά και λειτουργίας των φορέων υγείας.

Οι βασικές διατάξεις του πρόσφατου νόμου 2889/01 καθώς και το γενικότερο πλαίσιο της μεταρρύθμισης "ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ" περιγράφονται διεξοδικά παρακάτω στο κεφάλαιο 5.7.3<sup>24</sup>.

#### Ο χρήστης/ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετογή στο σύστημα

Ο χρήστης/ασθενής παραμένει στο ελληνικό σύστημα υγείας πλήρως αποδυναμωμένος, χωρίς λόγο και δυνατότητα παρέμβασης στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής, αλλά και χωρίς δικαιώματα στην πράξη. Από την άλλη μεριά ο χρήστης/ασθενής είναι συχνά απροστάτευτος από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Η κατάσταση θα βελτιωθεί μόνον εφόσον υλοποιηθούν οι προβλέψεις του πρόσφατα ψηφισθέντος νόμου για το ΕΣΥ σε συνδυασμό με άλλες διατάξεις και μέτρα<sup>25</sup>.

<sup>23</sup> Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ(2002), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη

<sup>24</sup> Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ(2002), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη

<sup>25</sup> Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,



## 2.4.2.ΕΘΝΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Ελλάδα με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ θεωρείται μια χώρα με συγκριτικά χαμηλό ποσοστό δαπανών για την υγεία επί του ΑΕΠ. Θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι τα στοιχεία αυτά παρουσιάζουν μια τάση υπεκτίμησης των πραγματικών δαπανών.

**Πίνακας 2.1. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες: 1970-1995**

Με βάση έρευνες από τα στοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών εκτιμάται ότι το πραγματικό ύψος δαπανών υγείας κυμαίνεται γύρω στο 8% του ΑΕΠ. Εξ αυτού ποσοστό 60% περίπου (4,7%) προέρχεται από δημόσιες πληρωμές και το 40% (3,3%) από ιδιωτικές. Παρά την απουσία επίσημων ερευνών από το κράτος τα μεθοδολογικά προβλήματα που προκύπτουν κατά την αποτίμηση των δαπανών για την υγεία και την απουσία ερευνών της στατιστικής υπηρεσίας (ΕΣΥΕ)

Χώρα	1970	1980	1990	1994	1995
Αυστρία	5,4	7,9	8,4	9,7	9,6
Δανία	6,1	6,8	6,5	6,6	6,5
Φιλανδία	5,7	6,5	8,0	8,3	8,2
Ελλάδα	3,4	3,6	4,3	5,2	μ/δ
Ισλανδία	5,0	6,2	7,9	8,1	8,1
Ιταλία	5,1	6,9	8,1	8,3	7,7
Λουξεμβούργο	3,7	6,2	6,2	5,8	μ/δ
Νορβηγία	4,6	6,1	6,9	7,3	μ/δ
Πορτογαλία	2,8	5,8	6,6	7,6	μ/δ
Σουηδία	7,1	9,4	8,6	7,7	7,7
Ελβετία	5,2	7,3	8,4	9,6	μ/δ
Τουρκία	2,4	3,3	2,9	4,2	μ/δ
Βέλγιο	4,1	6,6	7,6	8,2	8,0
Γαλλία	5,8	7,6	8,9	9,7	9,9
Γερμανία	5,9	8,4	8,3	9,5	9,5
Ιρλανδία	5,3	8,7	6,7	7,9	μ/δ
Ολλανδία	5,9	7,9	8,4	8,8	8,8
Ισπανία	3,7	5,7	6,9	7,3	7,6
Μ. Βρετανία	4,5	5,6	6,0	6,9	6,9
<b>Μέσος όρος</b>	<b>4,8</b>	<b>6,7</b>	<b>7,1</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>

Πηγή: OECD, Health Data 1996

εάν θεωρηθεί ότι το ποσοστό 8% δεν αποκλίνει σημαντικά από την πραγματικότητα, θα πρέπει να κριθεί ικανοποιητικό για την χώρα μας. Το γεγονός ότι δεν παράγει αποτελέσματα αντίστοιχα του κόστους που δημιουργεί πρέπει να παραπέμψει σε αιτίες δομής, οργάνωσης και προσανατολισμού<sup>26</sup>.

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται κατά 75% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 15% από την κοινωνική ασφάλιση. Επίσης με βάση επιστημονικές εργασίες αποτιμάται και ένα άλλο οικονομικό μέγεθος το οποίο δεν καταγράφεται επισήμως αλλά προσαυξάνει το συνολικό κόστος για τον τομέα της

<sup>26</sup> OECD, 1996, Health Data

υγείας. Το μέγεθος αυτό αντανακλά την παραοικονομία.

Όπως προκύπτει από ερευνητική εργασία η παραοικονομία στην χώρα μας τα έτη 1982 και 1987 ανήλθε αντίστοιχα σε 22.002 εκατ. δραχμές ή 0,9% του ΑΕΠ και 105.050 εκατ. δραχμές ή 1,9% του ΑΕΠ. Αντιστοίχως, η παραοικονομία εκφρασμένη σε ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία αντιστοιχεί σε 13% και 23% αντίστοιχα για τα συγκεκριμένα έτη. Στα συμπεράσματα δε αυτής της εργασίας αναφέρονται τα ακόλουθα σχετικά με τους λόγους που συντηρούν το φαινόμενο αυτό<sup>27</sup>:

- Α. Η διόγκωση της προσφοράς με την επέκταση το συστήματος υγείας και ιδιαίτερα με την αύξηση του αριθμού των γιατρών.
- Β. Η ιδιομορφία της αγοράς υπηρεσιών υγείας και οι μηχανισμοί της προκλητής ζήτησης και της αντιεπιλογής
- Γ. Η υπερβάλουσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία οφείλεται τόσο σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες όσο και στην προκλητή ζήτηση για την οποία υπεύθυνο είναι το ιατρικό σώμα.
- Δ. Η απουσία ορθολογικού μηχανισμού και πολιτικής τιμών στις υπηρεσίες υγείας
- Ε. Τα κοινωνικο-πολιτιστικά πρότυπα και το επίπεδο φορολογικής ηθικής του ιατρικού σώματος και των χρηστών
- Στ. Η απλότητα και η αμεσότητα της ανταλλαγής ανάμεσα στο χρήστη και τον προμηθευτή

#### **2.4.3. Η ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται ως εντάσεως εργασίας αφού βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον συντελεστή εργασία. Με στοιχεία του ΟΟΣΑ το μέσο ποσοστό απασχολούμενων στον ευρύτερο τομέα υγείας στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ανήλθε από 2,1% του εργατικού δυναμικού το 1960 σε 5,3 το 1990. Στην χώρα μας αντιστοίχως παρατηρήθηκε αύξηση από 1,4% το 1970 σε 3,5% το 2004. Αναλυτικότερα οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα υπολογίζονταν το 2006 σε 157.388 με την ακόλουθη κατανομή ανά ειδικότητα<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,

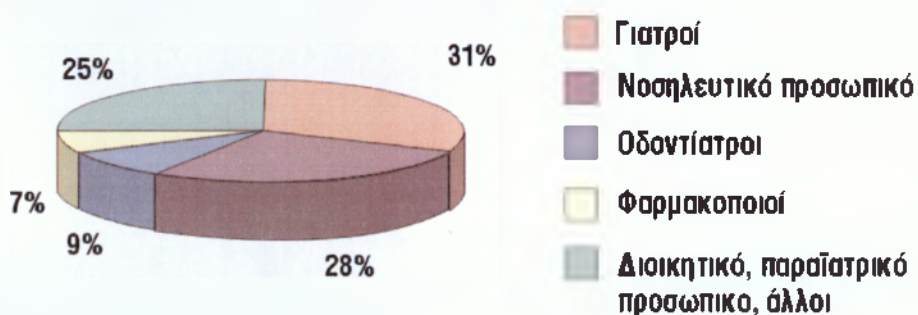
<sup>28</sup> Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

**Πίνακας 2.2.Κατανομή επαγγελματιών υγείας ανά ειδικότητα, 2006**

Γιατροί	49.555	31%
Νοσηλευτικό προσωπικό	43.500	28%
Οδοντίατροι	13.744	9%
Φαρμακοποιοί	11.589	7%
Διοικητικό παραϊατρικό προσωπικό, άλλοι	39.000	25%
Σύνολο	157.388	100%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

### Κατανομή επαγγελματιών υγείας



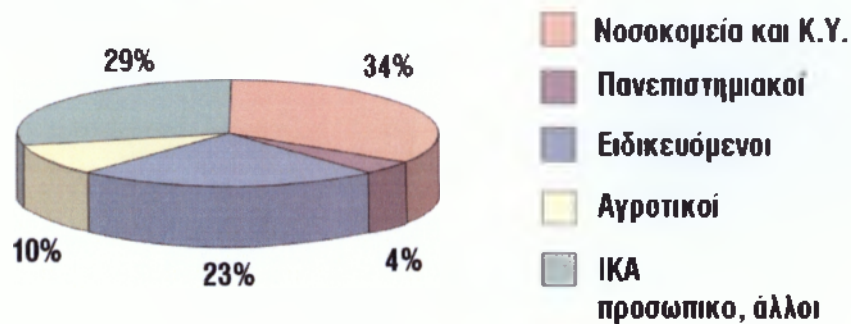
**Εικόνα 2.1. Κατανομή επαγγελματιών υγείας**

**Πίνακας 2.3.Κατανομή ιατρών του ΕΣΥ, 2006**

Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας	9.500	34%
Πανεπιστημιακοί γιατροί	1.200	4%
Ειδικευόμενοι	6.500	23%
Αγροτικοί γιατροί	2.650	10%
ΙΚΑ	8.000	29%
<b>Σύνολο</b>	<b>27.850</b>	<b>100%</b>

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

## Κατανομή Ιατρών του ΕΣΥ



Εικόνα 2.2. Κατανομή Ιατρών του ΕΣΥ

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

Στην συνέχεια παρατίθεται πίνακας ο οποίος εμφανίζει την αντιστοιχία γιατρών και νοσηλευτών που αναλογούσαν το 1994 σε 1.000 κατοίκους στις Ευρωπαϊκές χώρες. Από τα στοιχεία του πίνακα διαπιστώνεται ότι ενώ η χώρα μας βρίσκεται στις πρώτες θέσεις όσον αφορά τον αριθμό των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους υστερεί σημαντικά στην αναλογία νοσηλευτών<sup>29</sup>. Η εικόνα αυτή (πληθωρισμός γιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτών) δημιουργεί στο ελληνικό σύστημα υγείας σημαντικά προβλήματα και αρνητικές επιπτώσεις.

<sup>29</sup> Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

## Πίνακας 2.4.

### Γιατροί και νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης το 1994

Χώρα	Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους	Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους	Χώρα	Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους	Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους
Ιταλία <sup>α)</sup>	4,7	3,0	Σλοβακία <sup>α, β)</sup>	3,2	7,1
Ισπανία <sup>α, β)</sup>	4,0	4,1	Εσθονία	3,1	4,9
Ελλάδα <sup>α, β)</sup>	3,9	2,6	Λετονία	3,0	4,9
Βέλγιο <sup>α, β)</sup>	3,8	7,7	Τσεχία	2,9	8,3
Αυστρία <sup>α, β)</sup>	3,3	4,3	Σλοβενία	2,2	6,0
Νορβηγία <sup>β)</sup>	3,2	13,7	FYROM <sup>α)</sup>	2,2	2,7
Γερμανία <sup>α)</sup>	3,2	μδ	Πολωνία <sup>α)</sup>	2,1	5,3
Ελβετία <sup>α, β)</sup>	3,0	7,8	Κροατία	2,0	4,1
Σουηδία <sup>α, β)</sup>	3,0	7,1	Ρουμανία	1,8	3,9
Πορτογαλία <sup>α, β)</sup>	2,9	2,7	Αλβανία	1,3	4,5
Δανία <sup>α, β)</sup>	2,8	8,3			
Γαλλία <sup>α, β)</sup>	2,8	3,7	Γεωργία	4,4	8,4
Ισλανδία <sup>α)</sup>	2,8	7,0	Ουκρανία	4,3	11,3
Φιλανδία <sup>α)</sup>	2,8	10,7	Αζερμπαϊτζάν	3,9	9,3
Ολλανδία <sup>α, β)</sup>	2,5	9,0	Ρωσία	3,8	6,0
Λουξεμβούργο <sup>α, β)</sup>	2,1	9,7	Λευκορωσία	3,8	8,9
Ιρλανδία <sup>α, β)</sup>	1,7	6,5	Μολδαβία	3,6	9,9
Ην. Βασίλειο <sup>α, β)</sup>	1,6	5,0	Καζακστάν	3,6	6,0
Τουρκία <sup>α)</sup>	1,0	0,9	Τουρκμεκιστάν	3,5	10,9
			Ουζμπεκιστάν	3,3	9,5
Λιθουανία	4,0	9,3	Κιργιστάν	3,1	8,5
Ουγγαρία <sup>α)</sup>	3,4	3,0	Αρμενία	3,1	7,3
Βουλγαρία	3,3	6,0	Τατζικιστάν	2,1	6,7

<sup>α)</sup> 1989, <sup>β)</sup> 1992, <sup>γ)</sup> 1990, <sup>δ)</sup> 1993, <sup>ε)</sup> 1985, <sup>ς)</sup> 1991, <sup>ζ)</sup> 1987, <sup>η)</sup> 1988

Πηγή: Health for all database, WHO Regional Office for Europe

- Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μόλις πρόσφατα το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέπτυξε εφαρμογές πληροφορικής με τις οποίες καταγράφει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανά ειδικότητα και γεωγραφική διασπορά με τρόπο που εγγυάται την αξιοπιστία και την ταχύτητα<sup>30</sup>.
- Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ιατροκεντρικό σύστημα που προκύπτει δημιουργεί προβλήματα αποδοχής νέων εργασιακών μεθόδων και αξιοποίηση της πληροφορικής, ενώ παράλληλα η έλλειψη συντονισμού μεταξύ του εκπαιδευτικού συστήματος και του συστήματος υγείας δημιουργεί επιπλέον δυσκολίες κτήσης βασικών δεξιοτήτων.

<sup>30</sup> WHO Health for all database, Regional Office for Europe



- Τέλος σημειώνεται ότι παρά το μεγάλο αριθμό ειδικευμένων γιατρών, κρίσιμες ειδικότητες, απαραίτητες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας όπως της γενικής και της κοινωνικής ιατρικής και της ιατρικής της εργασίας απουσιάζουν ή κρίνονται ανεπαρκείς.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα το οποίο μάλιστα αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην προοπτική αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού του συστήματος από τις θεσμικές εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις της μεταρρύθμισης αποτελεί κατάσταση αναφορικά με τους γενικούς γιατρούς οι οποίοι αποτελούν κρίσιμη συνθήκη αναβάθμισης του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης.

Σύμφωνα με στοιχεία του 2005 στην χώρα μας απασχολούνται στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής 1.520 άτομα, ενώ έχει υπολογισθεί ότι απαιτούνται 5.000 για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού. Ως ειδικότητα παραμένει χαμηλά στην κλίμακα από άποψη κοινωνικού και επαγγελματικού κύρους τόσο στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού. Οι απόφοιτοι της ιατρικής δύσκολα προσελκύονται, ιδίως εκείνοι οι οποίοι έχουν αυξημένες επαγγελματικές και οικονομικές προσδοκίες.

Ως αιτιολογικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν οι απόψεις του ιατρικού σώματος σχετικά με τις υψηλές οικονομικές απολαβές που προσδοκούν από το επάγγελμα τους αλλά και η αδυναμία της πολιτείας να συνδράμει με την αναγκαία υποδομή, ιδίως στον τομέα της εκπαίδευσης, της νομοθετικής στήριξης του περιεχομένου των ιατρικών πράξεων και στην ενίσχυση της γενικής ιατρικής με κατάλληλα οικονομικά, επαγγελματικά και ηθικά κίνητρα. Εκ παραλλήλου εμφανίζεται αδυναμία των γενικών γιατρών να ενσωματώσουν στην άσκηση της ειδικότητας το ευρύ φάσμα των υπηρεσιών που μπορούν να παρέχουν<sup>31</sup>.

#### **2.4.4. ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Στο ελληνικό σύστημα υγείας κυριαρχούν οι υποδομές δημόσιου χαρακτήρα. Πάντως και ο ιδιωτικός τομέας διαθέτει σημαντική παρουσία κατέχοντας το 25% των κλινών του δευτεροβάθμιου υποσυστήματος περίθαλψης. Για να εκτιμηθεί η σχετική επάρκεια υποδομών απαιτείται η διάκριση του συστήματος υγείας σε

<sup>31</sup> Πολύζος Ν(2005). Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα

επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο) και ταυτόχρονα η κατάταξη των υποδομών. Μια γενική παρατήρηση για το πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι ότι οι υποδομές δεν προσδιορίζουν τον περιοριστικό παράγοντα αναφορικά με την επάρκεια του υποσυστήματος. Τα προβλήματα μάλλον δείχνουν να αφορούν δομικά και οργανωτικά θέματα όπως στην απουσία ενιαίας και ανεξάρτητης οργάνωσης, και χρηματοδότησης στον παρατηρούμενο πολυκερματισμό, στις ανισότητες και στην απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Στη συνέχεια κρίνεται σκόπιμη η παράθεση μιας σειράς παρατηρήσεων σε κάθε επίπεδο του συστήματος υγείας<sup>32</sup>.

#### Αναφορά παρατηρήσεων στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας

- Δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα καταγραφής των υποδομών του πρωτοβάθμιου υποσυστήματος. Η αδυναμία αυτή καθιστά πρακτικά ανέφικτη την αξιολόγηση της αρτιότητας, καταλληλότητας, παλαιότητας και λειτουργικότητας των υποδομών αυτών.
- Επιπλέον μέχρι σήμερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφορικά με το δημόσιο σκέλος της είναι οργανικά συνδεδεμένη με το δευτεροβάθμιο σύστημα (νοσοκομεία) το οποίο έχει και την ευθύνη λειτουργίας των ΚΥ. Επομένως η συντήρηση, αντικατάσταση και εμπλουτισμός των υποδομών των ΚΥ αποτελεί ευθύνη της διοίκησης των νοσοκομείων.
- Σχετικά με τον εξοπλισμό ιατρικής τεχνολογίας η πιο πρόσφατη καταγραφή έγινε στο τέλος του 2000 εξαιτίας της έρευνας για τα μέτρα πρόληψης του προβλήματος του 2000.
- Τέλος, αναφορικά με τις υποδομές πληροφορικής θα πρέπει να αναφερθεί η ανυπαρξία τέτοιων υποδομών στα ΚΥ. Στόχος του Επιχειρησιακού Προγράμματος αποτελεί η ανάπτυξη υποδομών στο πρωτοβάθμιο υποσύστημα οι οποίες μάλιστα θεωρούνται σημαντικής κρισιμότητας για την ορθολογική ανάπτυξη και διαχείριση του υποσυστήματος αυτού.

#### Αναφορά παρατηρήσεων στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη

- Το ελληνικό σύστημα υγείας διαθέτει περίπου 58.000 κλίνες εκ των οποίων οι 44.000 περίπου ανήκουν στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (νοσοκομεία του ΕΣΥ, στρατιωτικά, ΙΚΑ κλπ) και οι 14.000 στον ιδιωτικό.

Εάν παρατηρήσουμε τα στοιχεία του 2005 αναλογούσαν 5 κλίνες ανά 1.000

---

<sup>32</sup> Πολύζος Ν(2005). Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα

κατοίκους. Η σχέση αυτή σήμερα έχει βελτιωθεί και προσεγγίζει τις 5,7 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Αν και η σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες δείχνει ότι η χώρα μας διαθέτει λίγες σχετικά κλίνες φαίνεται ότι αυτές σε απόλυτα μεγέθη επαρκούν. Εξετάζοντας μάλιστα την πραγματική ζήτηση και την αποτύπωση της μέσης ετήσιας κάλυψης η οποία ανέρχεται σε 67% της δυναμικότητας πανελλαδικά των νοσοκομείων αποδεικνύεται ότι μάλλον πρέπει να αξιολογηθεί η κατανομή τους ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια. Εξάλλου η σύγχρονη τάση των ανεπτυγμένων συστημάτων υγείας είναι η απόλυτη μείωση του αριθμού των κλινών και η έμφαση σε άλλες παραμέτρους ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας κυριότερα του προγραμματισμού της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας, της αρτιότερης κατανομής συσχετισμένης με αποτελεσματική στελέχωση και της ανάπτυξης του πρωτοβάθμιου συστήματος<sup>33</sup>.

#### Αναφορά παρατηρήσεων σχετικά με την κατάσταση ιατρικής τεχνολογίας

Ο ελληνικός υγειονομικός τομέας εμφανίζεται να διαθέτει σήμερα την υψηλότερη πυκνότητα σε όλη την Ευρώπη, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τους αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. Η πυκνότητα αυτή οφείλεται κυρίως στην ανάπτυξη μεγάλου αριθμού ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Ο επόμενος πίνακας εμφανίζει την διαχρονική εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα από το 1980 ως το 1998.

#### **Πίνακας 2.5.**

#### **Διαχρονική εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα**

	1980		1985		1990		1992		1998	
	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ
Αξονικοί τομογράφοι	4	2	10	5	22	44	22	99	43	μ/δ
Μαγνητικοί τομογράφοι	-	-	-	1	2	2	2	7	6	15
Αγγειογραφικά συγκροτήματα	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	14	μ/δ
Μονάδες κοβαλτίου	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	9	μ/δ
Συγκροτήματα λιθοτριψίας	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	4	μ/δ
Συγκροτήματα γραμμικού επιταχυντή	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	10	μ/δ
Κέντρα μεταμοσχ. καρδιάς - πνευμόνων	-	-	-	-	-	1	1	1	3	-
Κέντρα μεταμοσχ. νεφρού - ήπατος	3	-	4	-	4	-	4	-	5	-
Κέντρα μεταμοσχ. μυελού οστών	2	1	2	1	2	1	3	1	8	1

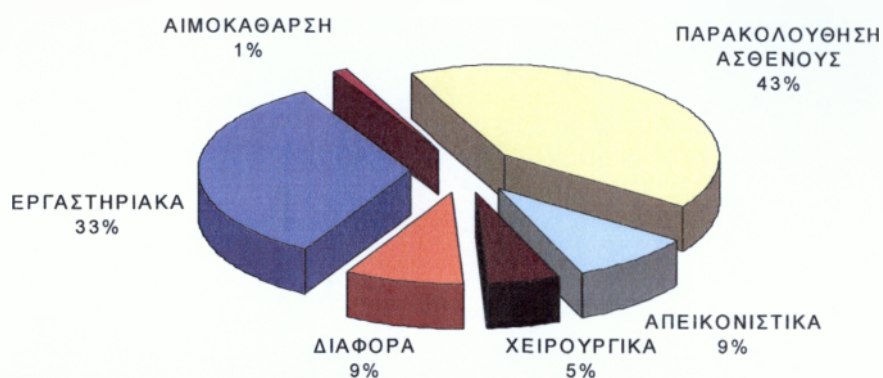
Δ: Δημόσιος τομέας, ΙΔ: Ιδιωτικός τομέας

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

<sup>33</sup> Πολύζος Ν(2005). Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα



**Εικόνα 2.3. Εμφάνιση εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας ανά τμήμα (8.500 τύποι, 50.000 συσκευές)**



**Πηγή: Υπουργείο Υγείας(2005),Εξοπλισμός, <http://www.mohaw.gr/>**

#### **2.4.5.ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ**

Σε νομικό επίπεδο η συγκρότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα ανάγεται στον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Μέχρι την δεκαετία του '80 η διαμόρφωση του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας αφορούσε κυρίως την εισαγωγή ευκαιριακών νομοθετικών παρεμβάσεων δυτικού τύπου. Στα ελληνικά συντάγματα μέχρι έως το 1952 δεν υπήρχε καμία διάταξη που να θέτει το πλαίσιο κάποιας δέσμευσης από μέρους του κράτους για την προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων και ειδικότερα της υγείας, με μόνη εξαίρεση τα Συντάγματα του 1925 και 1927. Ο βασικός δομικός χαρακτήρας του υγειονομικού τομέα καθορίστηκε από το δίπολο δημόσιο-ιδιωτικό συμπεριλαμβανομένων στην έννοια του ιδιωτικού τόσο του φιλανθρωπικού μη κερδοσκοπικού<sup>34</sup>.

Μέχρι την ψήφιση του Νόμου 1397/1983 ο υγειονομικός τομέας δομήθηκε χωρίς να ληφθεί υπόψη η ανάγκη κεντρικού στρατηγικού σχεδιασμού, ενώ χαρακτηρίστηκε από ακραία ποικιλία τύπων υπηρεσιών υγείας και κάλυψης των

<sup>34</sup> Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν(1995). Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα

δαπανών.

Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της εικόνας συνοψίζονται ως ακολούθως<sup>35</sup>:

- Ανίσχυρος δημόσιος τομέας κυρίως νοσοκομειακός, έναντι του ισχυρού ιδιωτικού τομέα
- Άνιση κατανομή προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών
- Υπερπαραγωγή γιατρών
- Μειωμένη παραγωγή νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών της υγείας
- Υψηλό κόστος ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Την άναρχη διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος συμπλήρωνε η ανεπάρκεια και η πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων.

Η κρίση δε που εκδηλώθηκε διεθνώς την δεκαετία του '70 στο χώρο της υγείας έκανε ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη για μετασχηματισμό του υγειονομικού τομέα στη χώρα.

#### **2.4.6. ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 90**

- ΒΔ Ιουνίου 1917: Δημιουργείται υπουργείο με την επωνυμία Υπουργείο Περίθαλψης
- ΝΔ Δεκεμβρίου 1922: Μετονομασία του σε Υπουργείο Υγιεινής Προνοίας-Αντιλήψεως
- ΝΔ Οκτωβρίου 1925: Περί ιδρύσεως υγιεινής και ιατρικής εν γένει
- Ν 4069/1929: Ίδρυση Υγειονομικής Σχολής Αθηνών
- ΑΝ 965/1937: Περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων
- ΝΔ 2592/1953: Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως
- ΒΔ Οκτωβρίου 1953: Περί διαιρέσεως της Επικρατείας σε Υγειονομικές Περιφέρειες
- Σύνταγμα του 1975: Καθορισμός του πλαισίου του κοινωνικού κράτους<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004), Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08

<sup>36</sup> Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004), Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08



#### **2.4.7.Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο ιδρυτικός νόμος 1397/1983 πραγματώνοντας την συνταγματική εντολή για κρατική μέριμνα στον τομέα της υγείας διεύρυνε τα όρια του κοινωνικού κράτους και θέσπισε ένα μικτό σύστημα υγείας το οποίο αφενός προέβλεπε την ανάπτυξη ενός εθνικού/ δημόσιου συστήματος και αφετέρου επέτρεπε την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα επέβαλε σημαντικούς περιορισμούς<sup>37</sup>.

#### **2.4.8.ΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΕΣΥ**

##### *Ο υπουργός Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Υγείας*

Ο υπουργός Υγείας είναι το ανώτατο κεντρικό όργανο του κράτους στον τομέα της υγείας. Προϊσταται της δημόσιας υπηρεσίας η οποία διαρθρώνεται στην οργανική ενότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας -που τότε περιλάμβανε και τις κοινωνικές ασφαλίσεις- και ασκεί τις αρμοδιότητες που του εκχωρεί ο Νόμος 1558/1985<sup>38</sup>.

Το υπουργείο συγκροτείται σε γενικές διευθύνσεις, διευθύνσεις, τμήματα και γραφεία σύμφωνα με τον εκάστοτε οργανισμό του, στον οποίο καθορίζονται ο αρμοδιότητες τους. Οι ανώτεροι υπάλληλοι του υπουργείου ασκούν τα καθήκοντά τους βάσει μεταβίβασης αρμοδιότητας ή εξουσιοδότησης υπογραφής<sup>39</sup>.

Το υπουργείο ως υπηρεσία υλοποιεί την κρατική ευθύνη για παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ασκεί εποπτεία και έλεγχο επί όλων των δημόσιων και ιδιωτικών υγειονομικών φορέων.

Στο έργο του αυτό συνεπικουρείται από δύο σημαντικά, κυρίως γνωμοδοτικά όργανα: σε κεντρικό επίπεδο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) (Ν 1278/1982) και σε περιφερειακό επίπεδο από τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) (Ν. 1397/1983).

---

<sup>37</sup> Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν(1995). Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980-2000. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα

<sup>38</sup> Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004),Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08

<sup>39</sup> Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004),Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08

### Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)

Το ΚΕ.Σ.Υ. νομοθετήθηκε έναν χρόνο πριν από την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ. Αποτελεί το κατεξοχήν ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του υπουργείου σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος. Συγκροτήθηκε από 24 μέλη-εκπροσώπους των επαγγελμάτων υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων και της πολιτείας.

Το ΚΕ.Σ.Υ. αρχικά προβλεπόταν να είναι ένα όργανο συμμετοχής των πολιτών, προκειμένου να παίζει έναν υπεύθυνο ρόλο κοινωνικού ελέγχου: ένα «λαϊκό όργανο ελέγχου» με σκοπό αφενός τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στην πολιτική για την υγεία και αφετέρου τη λήψη αποφάσεων.

Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγχωνεύτηκε μεγάλος αριθμός συμβουλίων και επιτροπών που προϋπήρχαν. Ενδεικτικά αναφέρουμε το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, το Συμβούλιο θεμάτων Υγείας και Ανάπτυξης κλπ<sup>40</sup>.

Τα διοικητικά όργανα του ΚΕ.Σ.Υ. σε επίπεδο λήψης των αποφάσεων απαρτίζονται από την *Ολομέλεια* και την *Εκτελεστική Επιτροπή*, ενώ βοηθούνται από τη *Γραμματεία*.

Η *Ολομέλεια* είναι το ανώτατο όργανο του ΚΕ.Σ.Υ., που αποφασίζει με την απόλυτη πλειοψηφία των 3/5 των παρόντων μελών της για κάθε θέμα της αρμοδιότητας της μετά την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής.

Η *Εκτελεστική Επιτροπή* είναι πενταμελές όργανο, στο οποίο μετέχουν ο πρόεδρος (γιατρός), ο αντιπρόεδρος και τρία μέλη που εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Κύριο έργο της είναι να εισηγείται στην Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. τα θέματα της αρμοδιότητας της, ενώ συγχρόνως έχει την ευθύνη για την εφαρμογή των αποφάσεων της Ολομέλειας. Επίσης συγκροτεί ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες εργασίας για την εκπλήρωση του έργου της.

Το ΚΕ.Σ.Υ. βοηθείται στο έργο του από τη *Γραμματεία*, που συνιστάται ως υπηρεσία στο Υπουργείο Υγείας και απαρτίζεται είτε από υπαλλήλους του υπουργείου είτε από υπαλλήλους με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου<sup>41</sup>.

Το αξίωμα των μελών του ΚΕ.Σ.Υ. είναι τιμητικό και άμισθο· αντίθετα τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας εργάζονται με πλήρη απασχόληση και αμείβονται για τις υπηρεσίες τους. Η απασχόληση θα πρέπει, κατά τη γνώμη μας, να είναι

<sup>40</sup> Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)

<sup>41</sup> Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)

αμειβόμενη και η συμμετοχή υποχρεωτική από τον νόμο με κυρώσεις διοικητικές και ποινικές, προκειμένου να μπορεί το ΚΕ.Σ.Υ. να εκπληρώνει τα καθήκοντα του (Ν. 1579/1987, Ν. 1759/1988). Το ΚΕ.Σ.Υ. ήδη από τη σύστασή του αποδυναμώθηκε για τους εξής λόγους:

- τα μέλη του ουσιαστικά διορίστηκαν από τον υπουργό, καθώς οι φορείς, κωλυσιεργώντας, δεν ανταποκρίθηκαν έγκαιρα στην πρόσκληση του υπουργείου ή έμμεσα την αρνήθηκαν και δεν υπέδειξαν μέλη·
- καταργήθηκαν σταδιακά όλες οι αποφασιστικές αρμοδιότητες του, δεδομένου ότι τουλάχιστον για ορισμένα σημαντικά θέματα δεν απαιτείται πλέον σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., αλλά απλή γνώμη (στην πράξη αυτό σήμαινε παροχή πλήρους ελευθερίας στον υπουργό)·
- το ΚΕ.Σ.Υ. δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στις επιστημονικές προκλήσεις που αφορούν τον τομέα της υγείας κατά το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα<sup>42</sup>.

#### Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.)

Το ΠΕ.Σ.Υ. είναι γνωμοδοτικό όργανο που συστήνεται στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας, θεσπίστηκε με το άρθρο 3 του νόμου για το ΕΣΥ. Στην εισηγητική έκθεση χαρακτηρίζεται ως όργανο για την εξασφάλιση του δημοκρατικού ελέγχου του συστήματος. Αποτελείται από 14 μέλη τα οποία επιλέγονται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των τοπικών και κοινωνικών φορέων, με βάση την ίδια λογική που ακολουθήθηκε στην επιλογή των μελών του ΚΕ.Σ.Υ. Το ΠΕ.Σ.Υ. οργανώνεται και λειτουργεί σε περιφερειακό επίπεδο όπως ακριβώς το ΚΕ.Σ.Υ. σε κεντρικό, με κύρια διοικητικά όργανα την Ολομέλεια και την Εκτελεστική Επιτροπή. Διατηρεί κυρίως γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για θέματα της περιφέρειας του, ενώ ασκεί εποπτεία και έλεγχο επί του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας της περιοχής του στο πλαίσιο του κεντρικού προγραμματισμού και υπό τον γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ. (άρθρα 3,4 του Ν. 1397/1983). Οι διατάξεις που αφορούσαν το ΠΕ.Σ.Υ. ουσιαστικά δεν ενεργοποιήθηκαν, γιατί το Π.Δ. που όριζε τις υγειονομικές περιφέρειες εκδόθηκε πολύ αργότερα, το 1986, και στη συνέχεια το κράτος έδειξε επιφυλακτικότητα στην αποκέντρωση<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)

<sup>43</sup> ΠΕΣΥΠ(2002),Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, <http://www.pesyp-amth.gr/greek/resources.php>

## 2.4.9. ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

### Αποκέντρωση: υγειονομικές περιφέρειες

Το ΕΣΥ καθιερώθηκε ως ένα ενιαίο αποκεντρωτικό σύστημα με κύριο στόχο την ενιαιοποίησή των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τη βούληση του νομοθέτη. Η αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος, ήταν το ακανθώδες πρόβλημα της υγειονομικής πολιτικής του ελληνικού κράτους. Είναι γνωστό ότι στο Ν.Δ. 2592/1953 και στο Ν.Δ. 104/1973 υπήρχε η προβληματική της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης το θέμα ξανατέθηκε μέσω των προτάσεων των υπουργών Υγείας Πάτρα και Δοξιάδη και της έρευνας-δράσης του ΚΕΠΕ (1979)<sup>44</sup>.

Έτσι θεσμοθετήθηκε εκ νέου η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες. Στην εισηγητική έκθεση καθορίστηκε η *υγειονομική περιφέρεια* ως γεωγραφική μονάδα πολυνομαρχιακού επιπέδου, στην οποία θα αναπτύσσονταν οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Ο συνολικός τους αριθμός προβλεπόταν να είναι 8-10 και προτεινόταν να συνδυαστεί με τη γενικότερη διοικητική αποκέντρωση. Εξάλλου γι' αυτό τον λόγο τα Π.Δ. με τα οποία θα καθοριζόταν ο αριθμός, τα όρια και η έδρα των υγειονομικών υπηρεσιών θα εκδίδονταν αργότερα, ακολουθώντας τους νόμους της διοικητικής αποκέντρωσης<sup>45</sup>.

Η υγειονομική περιφέρεια εξυπηρετούσε απλώς και μόνο το χωροταξικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας χωρίς να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό, δεδομένου ότι ο πολίτης είχε το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού και μονάδας ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του. Με το Π.Δ. 31/1986 η χώρα διαιρέθηκε σε 9 υγειονομικές περιφέρειες χωρίς τελικά να εναρμονιστεί με τη διοικητική αποκέντρωση που εισήγαγε ο Ν. 1622/1986, ο οποίος με το Π.Δ. 51/1987 πρότεινε 13 διοικητικές περιφέρειες. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται οι 9 υγειονομικές περιφέρειες<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> ΠΕΣΥΠ(2002), Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, <http://www.pesyp-amth.gr/greek/resources.php>  
<sup>45</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>46</sup> ΠΕΣΥΠ(2002), Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, <http://www.pesyp-amth.gr/greek/resources.php>

Πίνακας 2.6. Οι υγειονομικές περιφέρειες με βάση το Π.Δ. 31/1986

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΕΔΡΑ	ΝΟΜΟΙ
1 <sup>η</sup> Υ.Π.	Αθήνα	Αττικής, Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας, Φωκίδας
2 <sup>η</sup> Υ.Π.	Πάτρα	Αιτωλίας, Αρκαδίας, Αργολίδας, Αχαΐας, Ζακύνθου, Ηλείας, Κεφαλληνίας, Κορίνθου, Μεσσηνίας
3 <sup>η</sup> Υ.Π.	Γιάννενα	Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Κέρκυρας, Λευκάδας, Πρέβεζας
4 <sup>η</sup> Υ.Π.	Λάρισα	Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας, Τρικάλων
5 <sup>η</sup> Υ.Π.	Θεσσαλονίκη	Γρεβενών, μαθίας, Θεσσαλονίκης, Καστοριάς, Κιλκίς, Κοζάνης, Πέλλας, Πιερίας, Φλώρινας, Χαλκιδικής
6 <sup>η</sup> Υ.Π.	Καβάλα	Δράμας, Καβάλας, Σερρών
7 <sup>η</sup> Υ.Π.	Αλεξαν/λη	Έβρου, Ξάνθης, Ροδόπης
8 <sup>η</sup> Υ.Π.	Μυτιλήνη	Δωδεκανήσου, Κυκλάδων, Λέσβου, Σάμου, Χίου
9 <sup>η</sup> Υ.Π.	Ηράκλειο	Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνης, Χανίων

Πηγή: Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08

Με τον Νόμο 1622/1986 για την τοπική αυτοδιοίκηση, όπως τροποποιήθηκε με τους Νόμους 1832/1989 και 1978/1990, διατηρήθηκαν παράλληλες αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας και πρόνοιας, παρακάμπτοντας κατά κάποιον τρόπο τον ενιαίο και ενοποιημένο χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ειδικότερα στον τομέα της υγείας ως αρμοδιότητες της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, η υλοποίηση των οποίων ανατέθηκε στα νομαρχιακά όργανα, αναφέρονται οι παρακάτω<sup>47</sup>:

- η προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος

<sup>47</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08



- η κατασκευή, η συντήρηση και η μέριμνα για τη λειτουργία επαρχιακών νοσοκομείων, κέντρων υγείας, υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, καθώς και η εισήγηση στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες για την ίδρυση τέτοιων μονάδων.

Σε αυτό το σημείο εκείνο που προβληματίζει ιδιαίτερα είναι η σύγκρουση αρμοδιοτήτων και η έλλειψη πλήρους συντονισμού, που αποδεικνύουν τον ανταγωνιστικό ρόλο των υπουργείων στον καταμερισμό της εργασίας μεταξύ θεσμών ως προς την αναδιανομή της εξουσίας στο πλαίσιο του ίδιου κυβερνητικού σχήματος. Είναι γεγονός ότι όσον αφορά την προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος, που ανήκουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η νομαρχία είχε παραδοσιακά τέτοιες αρμοδιότητες. Πυρήνας αυτών των δραστηριοτήτων ήταν οι αρμοδιότητες της υγειονομικής αστυνομίας (*police sanitaire*), καθώς και η υπαγωγή, όπως ήδη υπογραμμίσαμε, του τομέα της υγείας πριν από την εξειδικευμένη ανάπτυξη και αυτονόμηση του στο Υπουργείο Εσωτερικών<sup>48</sup>.

Εξάλλου ο νόμος για το ΕΣΥ αναφέρεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και όχι στην ευρύτερη έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφήνοντας τη συνειδητά και συμβιβαστικά έξω από την περιοχή ευθύνης του, κατακερματίζοντας τη νεωτερική και σύνθετη έννοια της υγείας. Και ως εκ τούτου, δημιουργείται σύγχυση αρμοδιοτήτων στις μονάδες περίθαλψης και υποχωρεί κατ' αυτόν τον τρόπο η διακηρυγμένη αρχή του ενιαίου, αποκεντρωμένου -με δική του όμως προέχουσα εσωτερική λογική- και ενιαιοποιημένου συστήματος υγείας.

Ο νόμος του 1983 για το ΕΣΥ προχώρησε στην ίδρυση «μονάδων περίθαλψης» σύμφωνα με την ορολογία του, δίνοντας έμφαση στον νοσοκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος. Εξάλλου δεν είναι τυχαίο ότι μετά την παράθεση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ακολούθησαν οι ρυθμίσεις για τα νοσοκομεία. Η περίθαλψη που χρηματοδοτείται από το δημόσιο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία διακρίνεται, σύμφωνα με το κείμενο του νόμου, σε εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή δευτεροβάθμια περίθαλψη. *Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από*<sup>49</sup>:

- τα κέντρα υγείας και
- τα περιφερειακά τους ιατρεία, στα οποία θα ενσωματωθούν αργότερα τα

<sup>48</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>49</sup> ΠΕΣΥΠ(2002),Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, <http://www.pesyp-amth.gr/greek/resources.php>

αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

*Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία.*

### Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

#### *1. Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία*

Τα κέντρα υγείας συστήνονται με Π.Δ. ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα νομαρχιακού νοσοκομείου σε αστικές ή αγροτικές περιοχές (άρθρα 17 και 18 του Νόμου 1397/1983). Ομοίως τα περιφερειακά ιατρεία συστήνονται με την ίδια διαδικασία ως υπηρεσίες των κέντρων υγείας, ως αποκεντρωμένες ή ημιαποκεντρωμένες μονάδες τους. Η τέτοιου τύπου οργάνωση σημαίνει ότι ο νομοθέτης έκρινε πως ο σκοπός της πρόληψης επιτυγχάνεται καλύτερα από την οργάνωση του φορέα στον οποίο ανήκουν τα κέντρα υγείας και επιτελείται καλύτερα από υπηρεσίες που βρίσκονται στο μεταίχμιο του συγκεντρωτικού συστήματος και της αυτοδιοίκησης<sup>50</sup>.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι οι δημόσιες υπηρεσίες γενικότερα συγκροτούνται είτε ως αυτοτελείς ή αποκεντρωμένες είτε ως ανεξάρτητες (άρθρα 14-19). Πολλές φορές οι αποκεντρωμένες μονάδες, εφόσον έχουν διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, εμφανίζουν φυγόκεντρες τάσεις ανεξαρτητοποίησης. Για παράδειγμα, αναφέρουμε τα κέντρα υγείας. Είναι γνωστή η θεωρητική διένεξη όσον αφορά το επίκεντρο ανάπτυξης ενός συστήματος υγείας. Αν δηλαδή θα είναι το κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο ο «πυρήνας» βάσει του οποίου θα αναπτυχθούν δορυφορικά οι λοιπές υπηρεσίες υγείας.

#### *2. Άλλοι θεσμοί πρωτοβάθμιας φροντίδας και επείγουσας φροντίδας υγείας*

- *Ο θεσμός του γενικού ή οικογενειακού γιατρού*

Στην Ελλάδα εισάγεται για πρώτη φορά σε νόμο ή έννοια και η επιστημονική σημασία του οικογενειακού ή γενικού γιατρού σε ένα εθνικό σύστημα υγείας με τον νόμο 1397 για το ΕΣΥ (άρθρα 17 και 18). Ο ιδρυτικός νόμος κάνει αναφορά στο θεσμό αυτό θεωρώντας το βασικό ιατρικό προσωπικό για τη στελέχωση των κέντρων υγείας αστικών ή αγροτικών περιοχών. Είναι γεγονός ότι δεν δημιουργεί νέα ειδικότητα, σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια, αλλά ορίζει ότι στο πλαίσιο λειτουργίας

<sup>50</sup>

Υπουργείο

Υγείας(2005),

Υγειονομικές

Περιφέρειες,

<http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08

των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να προέρχεται από τις ειδικότητες του παθολογικού τομέα<sup>51</sup>.

Οι οικογενειακοί γιατροί μπορεί να είναι:

- Παθολόγοι
- Παιδίατροι
- Γενικοί γιατροί

Στη συνέχεια θέτει δύο κριτήρια ως προς τη λειτουργία του θεσμού στα αστικού τύπου κέντρα υγείας:

- Το πρώτο είναι η ελεύθερη επιλογή από τον πολίτη του οικογενειακού του γιατρού στο πλαίσιο λειτουργίας των κέντρων υγείας της πόλης στην οποία κατοικεί
- Το δεύτερο είναι το ανώτατο όριο ασθενών που μπορεί να φροντίσει ο οικογενειακός γιατρός.

Ο θεσμός δεν τέθηκε σε εφαρμογή, αφού ποτέ δεν δημιουργήθηκαν κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές. Όσον αφορά την εφαρμογή του θεσμού στα κέντρα υγείας των μη αστικών περιοχών, ο γενικός γιατρός έχει περίπου τα ίδια καθήκοντα με τον οικογενειακό, με τις εξής όμως διαφορές<sup>52</sup>:

- Προέρχεται από τους γενικούς γιατρούς του παθολογικού τομέα του νοσοκομείου
- Οφείλει να μεταβαίνει εκτός της έδρας του κέντρου υγείας, αλλά εντός ενός καθορισμένου τομέα ευθύνης του
- Προσφέρει τις υπηρεσίες του στο σύνολο του πληθυσμού και όχι σε συγκεκριμένο αριθμό πολιτών.

Στη συνέχεια με τον Νόμο 1579/1985 (άρθρο 1) αναγνωρίζεται η ειδικότητα του γενικού γιατρού και δίνεται εξουσιοδότηση στον υπουργό Υγείας να καθορίσει το περιεχόμενο και το πρόγραμμα εκπαίδευσης των γιατρών αυτής της ειδικότητας υποχρεώνοντάς τους με το Π.Δ.80/1985 σε τριετή άσκηση. Το ζήτημα επανέρχεται και καθιερώνονται κίνητρα με τον Νόμο 1759/1988 (άρθρα 43, 54, 60) για την ανάπτυξη αυτής της ειδικότητας. Αντίθετα ο θεσμός του γιατρού της εργασίας δεν συνδέθηκε καθόλου με το ΕΣΥ και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά

---

<sup>51</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>52</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08

εξακολούθησε να υπάγεται στην αρμοδιότητα του υπουργού Εργασίας (Νόμος 1568/1985)<sup>53</sup>.

Η μόνη αναφορά σε αυτόν τον θεσμό γίνεται αόριστα από τον νόμο για το ΕΣΥ στη διάταξη σύμφωνα με την οποία οι γιατροί εργασίας μπορούν να ενταχθούν στον κλάδο γιατρών ΕΣΥ.

#### Επείγουσα φροντίδα υγείας

Στον Νόμο 1579/1985 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επιχειρείται να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των επειγόντων περιστατικών. Το εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας (ΕΚΑΒ) συστήθηκε ως ΝΠΔΔ με έδρα την Αθήνα, διοικούμενο από εννιαμελές συμμετοχικό ΔΣ και υπαγόμενα στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η διάρθρωση των υπηρεσιών του ΕΚΑΒ καθορίζεται από τον οργανισμό του, σύμφωνα με τον οποίο μπορεί να συσταθούν στις πρωτεύουσες των νομών οι περιφερειακές του υπηρεσίες ως αυτοδύναμα παραρτήματα. Επίσης, ο νόμος δίνει τη δυνατότητα σύστασης και λειτουργίας σε επίπεδο νομού ΕΚΑΒ με έδρα την πρωτεύουσά του, ως αυτοτελών και αυτοδιοικούμενων ΝΠΔΔ. Τα εν λόγω ΕΚΑΒ μπορεί να ιδρύουν παραρτήματα σε άλλες πόλεις-πρωτεύουσες νομών της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας<sup>54</sup>:

- Η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις
- Η επείγουσα ιατρική αρωγή
- Η διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στην πράξη όμως το ΕΚΑΒ περιορίστηκε μόνο στην επείγουσα διακομιδή και μεταφορά στα νοσοκομεία, προσανατολισμένο στην επείγουσα ιατρική και όχι στη φροντίδα. Σήμερα στην Ελλάδα διαθέτουν ασθενοφόρα, εκτός του ΕΚΑΒ, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, καθώς και οι φορείς του ιδιωτικού και ευρύτερου δημόσιου φορέα.

#### Δευτεροβάθμια περίθαλψη

*Ι. Εθνικός τομέας:* τα δημόσια νοσοκομεία (άρθρο 6 του Νόμου 1397/1983) και η δημοσιοποίηση του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα.

Στο άρθρο 6 του Νόμου 1397/1983 καθορίζεται, βάσει της αρχής της

---

<sup>53</sup>Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio> Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>54</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio> Ανακτήθηκε 20-2-08

ενοποίησης, το νομικό καθεστώς των νοσοκομείων στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Καταρχήν επισημαίνεται ότι τα «νέα» νοσοκομεία που θα ιδρύονται στο μέλλον πρέπει να συστήνονται αποκλειστικά ως ΝΠΔΔ και να χρησιμοποιούν κατ' αποκλειστικότητα στην επωνυμία τους τη λέξη «νοσοκομείο», σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές, στις οποίες απαγορεύτηκε η χρήση. Τα υπήγαγε μάλιστα ως προς την οργάνωση, τη διοίκηση και τη λειτουργία τους στις διατάξεις του ΝΔ 2592/1993, ο οποίος συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε μεταγενέστερα και από τον Νόμο 1397/1983. Με αυτόν τον τρόπο επεδίωκε να επιτύχει τον συντονισμό της λειτουργίας τους<sup>55</sup>.

Με το ίδιο άρθρο ρυθμίστηκαν και τα ζητήματα ένταξης του προσωπικού μετά τη μετατροπή των νοσοκομειακών μονάδων στο νέο νομικό καθεστώς. Το άρθρο αυτό πάσχει ως προς τη χρησιμοποιούμενη νομική ορολογία με κίνδυνο να προκληθεί σύγχυση, γιατί αναφέρεται γενικώς σε ΝΠΔΔ χωρίς να συγκεκριμενοποιεί ποια κατηγορία ΝΠΔΔ εννοεί, ενώ είναι προβληματική και η ανακρίβεια της φραστικής του διατύπωσης. Γίνεται πάντως φανερό από το πνεύμα του νόμου ότι αφορά ΝΠΔΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που είχαν συσταθεί, κυρίως, είτε από ιδρύματα του Αστικού Κώδικα, είτε από σωματεία αστικά ή φιλανθρωπικά, είτε ως ιδρύματα του Αστικού Κώδικα.

Στη εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας υπήγαγε όλα τα νοσοκομεία ανεξαρτήτως του φορέα στον οποίο ανήκουν με σκοπό να ελέγξει τη χωρίς σχεδιασμό δημιουργία νοσοκομείων ή την «αλληλοεπικάλυψη και τη σύγκρουση αρμοδιοτήτων» (άρθρο 7). Όσον αφορά τις νοσηλευτικές μονάδες που θα λειτουργούσαν ως ΝΠΔΔ (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα), θεσπίστηκαν εποπτικά συμβούλια με αντιπροσωπευτική σύνθεση, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ουσιαστικά κυρίως η κρατική εποπτεία. Σύμφωνα με τον νόμο τα νοσοκομεία διακρίθηκαν:

- Σε γενικά και ειδικά με κριτήριο την ύπαρξη μιας κύριας ειδικότητας ή περισσότερων. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν με τη σειρά τους σε<sup>56</sup> :
- Περιφερειακά
- Νομαρχιακά

---

<sup>55</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>  
Ανακτήθηκε 20-2-08

<sup>56</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>  
Ανακτήθηκε 20-2-08



*Η Ο ιδιωτικός τομέας: οι ιδιωτικές κλινικές*

Ο νόμος προχώρησε ρητά στην απαγόρευση αφενός της ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών με αφετηρία την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης, βάσει της αρχής κατά την οποία ο νόμος ορίζει περί του μέλλοντος και δεν έχει αναδρομική δύναμη, και αφετέρου της με οποιονδήποτε τρόπο επέκτασης, μεταβίβασης και μεταβολής τους.

Με τον νεότερο Νόμο 1471/1984 ορίστηκε διευκρινιστικά ότι η μεταβίβαση της άδειας ιδιωτικής κλινικής ως επιχείρησης επιτρέπεται μόνο εφόσον οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά υποβάλλονται εντός της τρίμηνης ανατρεπτικής προθεσμίας που όριζε το άρθρο 6 του νόμου για το ΕΣΥ.

Στη συνέχεια με τον Νόμο 1579/1985 επιτράπηκε ο εκσυγχρονισμός των ιδιωτικών κλινικών, όχι όμως και η επέκταση της επιχείρησης ή η μεταβολή της νομικής της μορφής. Παράλληλα, με τον νόμο του 1983 ανατέθηκε στο ΚΕ.Σ.Υ ο κοινωνικός έλεγχος του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα. Επίσης, καθορίστηκε ότι για το μεταβατικό διάστημα επιτρέπεται η νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, εφόσον έχουν συμβληθεί με το δημόσιο. Επιπλέον, απαιτείται η σύμβαση αυτή να έχει εγκριθεί με υπουργική απόφαση, έπειτα από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Υπουργείο Υγείας(2005), Υγειονομικές Περιφέρειες, <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>  
Ανακτήθηκε 20-2-08

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

#### 3.1.ΕΡΕΥΝΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ 9 ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Σύμφωνα με έρευνα του Εργαστηρίου Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης του Πολυτεχνείου Κρήτης<sup>58</sup> εξετάστηκε ένα σύνολο 27 ευρωπαϊκών χωρών για την περίοδο 1998-2003 με σκοπό να συγκρίνει τις υπό εξέταση χώρες ως προς 9 συγκεκριμένα κριτήρια. Συμπεριλήφθησαν στο δείγμα τόσο τα παλαιά όσο και τα νέα μέλη (με μόνες εξαιρέσεις τη Μάλτα και την Κύπρο για τις οποίες δεν υπήρχαν στοιχεία για αρκετά από τα κριτήρια που επιλέχθηκαν) όσο και οι 4 υποψήφιες χώρες (Βουλγαρία, Κροατία, Ρουμανία, Τουρκία). Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από τη βάση δεδομένων Euromonitor International η οποία συλλέγει πληροφορίες από διάφορες πηγές όπως ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, οι Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες, η EUROSTAT, κ.α. Υπολογίσθηκαν συνολικά 9 κριτήρια, και η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την πολυκριτήρια μέθοδο PROMETHEE για τα έτη 1998, 2001, 2003 αλλά και για το σύνολο της περιόδου λαμβάνοντας υπόψη το μέσο όρο των κριτηρίων από τα 6 έτη της περιόδου 1998-2003.

Ο Πίνακας 3.1, παρουσιάζει τις τιμές των εννέα κριτηρίων για το πιο πρόσφατο έτος (2003). Με βάση τα στοιχεία του πίνακα η Ελλάδα είναι 8<sup>η</sup> σε ότι αφορά την αναλογία φαρμακοποιών ανά εκατομμύριο κατοίκων, 1<sup>η</sup> στην αναλογία γιατρών ανά εκατομμύριο κατοίκων, 25<sup>η</sup> στην αναλογία νοσοκόμων ανά εκατομμύριο κατοίκων, 17<sup>η</sup> στην αναλογία κλινών ανά 100.000 κάτοικους, 7<sup>η</sup> στο προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες και 9<sup>η</sup> για τις γυναίκες, 17<sup>η</sup> στην αναλογία παιδικής θνησιμότητας ανά 1000 γέννες, 12<sup>η</sup> στην κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη για την υγεία και 3<sup>η</sup> συνολική δαπάνη (δημόσια και ιδιωτική) ως ποσοστό του ΑΕΠ.

---

<sup>58</sup> Ζοπουνίδης Κ., Δούμπος Μ., «Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε.», σε (επιμέλεια) Ζοπουνίδης Κ., Δούμπος Μ., Κοσμίδου Κ. «Τεχνοοικονομικές Αποφάσεις με Πολλαπλά Κριτήρια», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, 2004

Πίνακας 3.1 – Κριτήρια Αξιολόγησης των συστημάτων υγείας των Ευρωπαϊκών κρατών (στοιχεία 2003)\*

	Φαρμακοποιοί ανά εκατ. κατ.	Γιατροί ανά εκατ. κατ.	Νοσοκόμοι ανά εκατ. κατ.	Κλίνες ανά 100.000 κατ	Προσδόκιμο επιβίωσης		Παιδική θνησιμότ. ανά 1000 γεννήσεις	Κατά κεφαλήν Δημόσια δαπάνη (ευρώ)	Συνολική Δαπάνη (δημόσια & ιδιωτική) για υγεία (% του ΑΕΠ)
					Άνδρες	Γυναίκες			
Αυστρία	595.4	3371.03	9360.73	6.2	76.7	82.4	4.67	1416.1	8.2
Βέλγιο	1166.49	4009.74	5779.9	4.11	75.4	81.7	4.19	1718.49	8.9
Βουλγαρία	166.97	3226.68	5267.12	5.74	68.8	75.5	15.04	88.56	4.8
<b>Γαλλία</b>	<b>1167.47</b>	<b>3375.61</b>	<b>7359.89</b>	<b>6.64</b>	<b>74.6</b>	<b>81.1</b>	<b>4.98</b>	<b>1952.14</b>	<b>10.1</b>
Γερμανία	566.25	3385.17	10066.49	6.13	75.9	81.9	4.5	1582.21	11.6
Δανία	500.33	3363.25	9764.69	3.96	74.9	79.6	5	119.63	8.7
<b>Ελλάδα</b>	<b>874.66</b>	<b>4722.14</b>	<b>4202.16</b>	<b>4</b>	<b>76</b>	<b>81.3</b>	<b>6.26</b>	<b>389.21</b>	<b>9.5</b>
Εσθονία	1124.59	3051.52	6309.53	5.9	65.1	77.4	9.59	251.29	5.5
<b>νορβηγία</b>	<b>443.36</b>	<b>2122.13</b>	<b>9441.92</b>	<b>3.9</b>	<b>76.1</b>	<b>80.8</b>	<b>5.34</b>	<b>**</b>	<b>7.8</b>
<b>Βασίλειο</b>									
Ιρλανδία	861.02	2612.3	15572.3	3.08	74.7	80.1	5.93	**	6.7
Ισπανία	916.08	2923.19	7767.05	3.83	76.5	83.2	5.3	869.25	7.5
Ιταλία	1110.63	4076.13	5463.39	**	77.1	82.7	5.34	**	8.4
Κροατία	374.25	1758.19	8891.38	5.66	71.8	79.2	8.02	348	9.1
Λετονία	**	3381.11	4256.09	7.87	64.6	75.8	13.37	131.74	6.5
Λιθουανία	898.76	3969.26	7579.66	8.7	65.9	77.6	8.89	173.59	5.9
Λουξεμβούργο	774.39	2590.19	11117.34	5.81	75.28	82.1	5.48	2697	5.9
Ολλανδία	203.68	3140.66	12027.67	3.15	76.1	81.3	4.49	1199.47	8.5

			8750.50	5.9	68.9	77.1	8.61	196.51	6.9
Πολωνία	638.32	2343.56	4763.91	4.83	71	79	8.92	12.12	6.2
Πορτογαλία	845.6	3351.31	3934.25	3.56	74	80.7	6.03	**	8.5
Ρουμανία	63.9	1934.49	**	7.62	68.1	75.2	21.55	84.85	6.4
Σλοβακία	457.65	3494.53	7057.34	10.09	70.1	78.7	7.87	375.15	5.6
Σλοβενία	637.16	783.42	6738.22	5.07	73.2	80.9	5.53	768.29	8.8
Σουηδία	**	3285.01	11934.34	3.66	78.2	82.8	3.39	814.17	8.4
Τουρκία	317.1	1290.08	1696.46	2.16	68.4	72.7	37.67	40.28	5.2
Τσεχική Δημοκρατία	540.81	3601.98	9597.81	6.51	72.7	79.2	5.3	478.35	7.5
Φιλανδία	1523.16	3156.76	9268.4	**	75	81.7	3.97	395.67	7

\*Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τη βάση δεδομένων Euromonitor International η οποία συλλέγει πληροφορίες από διάφορες πηγές όπως ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες, EUROSTAT, κ.α.

\*\* Μη διαθέσιμα στοιχεία στη βάση δεδομένων Euromonitor International

Στον πίνακα 3.2, παρουσιάζονται η βαθμολογία αλλά και η κατάταξη των χωρών που προέκυψαν από την εφαρμογή της μεθόδου PROMETHEE έπειτα από 500 σενάρια αναφορικά με τη σημαντικότητα των 9 κριτηρίων. Η βαθμολογία που παρουσιάζεται ισοδυναμεί με το μέσο όρο των βαθμολογιών ανά σενάριο, όπου θετικές βαθμολογίες δηλώνουν την υπεροχή μιας χώρας έναντι των υπολοίπων.

**Πίνακας 3.2 – Βαθμολογία και κατάταξη ευρωπαϊκών χωρών βάσει της πολυκριτήριας ανάλυσης PROMETHEE**

	1998		2001		2003		Μέσος όρος 6ετίας	
	Βαθμ.	Κατάτ.	Βαθμ.	Κατάτ.	Βαθμ.	Κατάτ.	Βαθμ.	Κατάτ.
<b>Αυστρία</b>	4.06	<b>4</b>	3.96	<b>5</b>	4.14	<b>4</b>	4.10	<b>4</b>
<b>Βέλγιο</b>	3.91	<b>5</b>	4.22	<b>3</b>	4.35	<b>3</b>	4.24	<b>3</b>
Βουλγαρία	-4.16	25	-5.32	25	-6.44	25	-5.13	25
<b>Γαλλία</b>	7.00	<b>1</b>	6.53	<b>1</b>	5.79	<b>1</b>	6.54	<b>1</b>
<b>Γερμανία</b>	5.42	<b>2</b>	5.16	<b>2</b>	5.48	<b>2</b>	5.41	<b>2</b>
Δανία	0.45	14	0.50	14	0.35	15	0.45	15
Ελλάδα	2.70	<b>8</b>	2.51	<b>9</b>	2.63	<b>9</b>	2.64	<b>8</b>
Εσθονία	-2.22	21	-2.73	21	-3.00	22	-2.50	21
Ηνωμένο Βασίλειο	0.12	16	0.32	16	0.38	14	0.31	16
Ιρλανδία	0.58	13	0.93	12	1.36	12	0.93	12
Ισπανία	1.18	11	2.29	10	2.08	10	1.87	11
<b>1.1.1.1 Ιταλία</b>	5.33	<b>3</b>	4.07	<b>4</b>	3.86	<b>5</b>	3.96	<b>5</b>
Κροατία	-2.22	20	-2.48	20	-1.61	20	-2.15	20
Λετονία	-2.85	23	-3.77	23	-3.93	23	-3.49	23
Λιθουανία	1.15	12	0.49	15	-0.57	18	0.49	14
Λουξεμβούργο	1.76	9	3.41	7	3.44	6	3.28	7
Ολλανδία	2.74	7	2.19	11	1.46	11	2.26	10
Ουγγαρία	-2.55	22	-3.20	22	-2.31	21	-2.84	22
Πολωνία	-3.43	24	-4.36	24	-3.97	24	-4.07	24
Πορτογαλία	-0.06	17	0.31	17	0.32	16	0.20	17
Ρουμανία	-7.16	26	-6.64	26	-7.41	26	-7.36	26
Σλοβακία	-1.67	18	-0.69	18	-0.32	17	-0.84	18
Σλοβενία	-1.92	19	-1.85	19	-1.07	19	-1.65	19
Σουηδία	1.65	10	3.22	8	3.35	8	2.50	9
Τουρκία	-13.19	27	-13.16	27	-12.84	27	-13.15	27
Τσεχική Δημοκρατία	0.15	15	0.70	13	1.06	13	0.59	13
Φιλανδία	3.22	6	3.41	6	3.39	7	3.40	6



Όσον αφορά την κατάταξη για το πιο πρόσφατο έτος (2003) τα κυριότερα συμπεράσματα είναι τα εξής:

1. Η Γαλλία βρίσκεται στην 1<sup>η</sup> θέση, και η Γερμανία στη 2<sup>η</sup> γεγονός που οφείλεται κυρίως στις πολύ καλές τους επιδόσεις σε επίπεδα δαπανών για την υγεία σε συνδυασμό με το ότι δεν υστερούν ιδιαίτερα στα υπόλοιπα κριτήρια.
2. Βέλγιο, Ιταλία και Αυστρία, συμπληρώνουν την πρώτη πεντάδα, λόγω των καλών τους επιδόσεων στα περισσότερα κριτήρια όπως η αναλογία γιατρών και φαρμακοποιών με τον πληθυσμό, το προσδόκιμο επιβίωσης, η παιδική θνησιμότητα, οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες, σε συνδυασμό με τις μέτριες επιδόσεις στην πλειοψηφία των υπολοίπων κριτηρίων.
3. Η Ελλάδα, κατατάσσεται στην 9<sup>η</sup> θέση, γεγονός που δικαιολογείται από τις επιμέρους θέσεις που καταλαμβάνει ανά κριτήριο. Όπως προαναφέρθηκε, τα κύρια πλεονεκτήματα της είναι η αναλογία γιατρών και κατοίκων και οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.
4. Τις πρώτες δεκαπέντε θέσεις καταλαμβάνουν στην πλειοψηφία τους παλαιά κράτη μέλη της Ε.Ε. με μόνη εξαίρεση την Πορτογαλία η οποία δεν καταφέρνει να καταχθεί σε μια από τις θέσεις αυτές, λόγω των μέτριων ή κακών επιδόσεων της στην πλειοψηφία των κριτηρίων.
5. Έκπληξη αποτελεί σε συγκριτικό επίπεδο, η Τσεχική Δημοκρατία η οποία κατατάσσεται στην πρώτη δεκαπεντάδα, καταλαμβάνοντας στην ουσία τη θέση της Πορτογαλίας.
6. Από τις υποψήφιες χώρες, μόνο η Κροατία καταφέρνει να ξεχωρίσει και να καταχθεί σε θέση υψηλότερη από 4 νέα κράτη μέλη, κυρίως λόγω των καλών της επιδόσεων στη συνολική δαπάνη για υγεία σε σχέση με το ΑΕΠ της (4<sup>η</sup> στην κατάταξη, μετά τις χώρες Γαλλία, Γερμανία και Ελλάδα), και τις αρκετά ικανοποιητικές επιδόσεις της σε σχέση με τα νέα κράτη μέλη και τις υπόλοιπες υποψήφιες χώρες όσον αφορά την αναλογία νοσοκόμων και κλινών και πληθυσμού, το προσδόκιμο επιβίωσης, και την παιδική θνησιμότητα.
7. Στις τελευταίες θέσεις όπως ήταν αναμενόμενο, κατατάσσονται οι υποψήφιες χώρες με την ακόλουθη σειρά: Βουλγαρία, Ρουμανία και Τουρκία. Η κατάταξη αυτών των χωρών δικαιολογείται εύκολα δεδομένου ότι καταλαμβάνουν ανάλογες θέσεις και στην πλειοψηφία των επιμέρους κριτηρίων.

Παρατηρώντας τις κατατάξεις των χωρών στα υπόλοιπα έτη (1998, 2001) αλλά και το σύνολο της περιόδου (μέσο όρος δετίας) παρατηρούμε ότι σε γενικές

γραμμές δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κατάταξη. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η κατάταξη κάποιων χωρών στις τελευταίες θέσεις δεν σημαίνει απαραίτητα ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα, αφού σκοπός της συγκεκριμένης πολυκριτήριας μεθόδου δεν είναι η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας για τον διαχωρισμό τους σε καλά και κακά αλλά η κατάταξη τους βάσει μιας σύγκρισης που πραγματοποιείται μεταξύ τους, λαμβάνοντας συγχρόνως, υπόψη όλα τα κριτήρια. Θα πρέπει ακόμα να επισημάνουμε ότι υπάρχουν και άλλα κριτήρια τα οποία θα μπορούσαν ενδεχομένως να συμπεριληφθούν σε μια μελλοντική ανάλυση, όπως ο αριθμός των νοσοκομείων, οι διατροφικές συνήθειες, η διαθέσιμη ιατρική τεχνολογία τα οποία πιθανώς να οδηγήσουν σε άλλα συμπεράσματα. Το σημαντικότερο όλων είναι ίσως ότι τα τελευταία χρόνια γίνονται σημαντικές προσπάθειες για τη βελτίωση και εναρμόνιση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη και ολοένα και περισσότερα χρήματα διατίθενται για την πρόοδο στον τομέα αυτό. Πολυκριτήριες μεθοδολογίες ανάλυσης όπως αυτή που εφαρμόστηκε στη μελέτη των Ζοπουνίδη και Δούμπου (2004) και την παρούσα μελέτη, μπορούν να αποτελέσουν ένα αξιόπιστο εργαλείο για την καταγραφή των συνολικών επιδόσεων κάθε κράτους και την άμεση σύγκριση του με τα υπόλοιπα κράτη<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> Ζοπουνίδης Κ. Δούμπος Μ., «Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε.», σε (επιμέλεια) Ζοπουνίδης Κ., Δούμπος Μ., Κοσμίδου Κ. «Τεχνοοικονομικές Αποφάσεις με Πολλαπλά Κριτήρια», Εκδόσεις Κλειδάριθμός, 2004

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

#### 4.1.ΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Οι δαπάνες υγείας στη Γαλλία το 2000 αντιστοιχούσαν στο 9,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) (6,2% δημόσιες δαπάνες και 3,3% ιδιωτικές). Οι δαπάνες αυτές καταβάλλονται κατά 76% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ το υπόλοιπο 24% καταβάλλεται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλιση, η οποία χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας εργαζομένων στην Ευρώπη, με ποσοστό 19%<sup>60</sup> καλύπτει, ανάλογα με την περίπτωση, από 40–100% των υγειονομικών δαπανών. Το γεγονός αυτό έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης<sup>61</sup>.

Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Τα δημόσια γαλλικά νοσοκομεία υπήρξαν από παράδοση δυσκίνητοι γραφειοκρατικοί οργανισμοί, γεγονός που οδήγησε το 1996 στη δημιουργία αποκεντρωμένων περιφερειακών νοσοκομειακών οργανισμών, με μεγαλύτερη διοικητική και διαχειριστική αυτονομία. Το 2000, αντιστοιχούσαν 8,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους (4,1 για οξέα περιστατικά). Η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά το 1997 ήταν 5,6 ημέρες και οι κρεβατοημέρες ανά κάτοικο. Τα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησής τους από την κοινωνική ασφάλιση<sup>61</sup>. Κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων, ανάλογα με τις ασθενοημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί

<sup>60</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

<sup>61</sup> OECD. Health Data 2002: A comparative analysis of 29 countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris, 2002

καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό του γιατρό, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. Το 1998 υπήρχαν περίπου 3 γιατροί και 5,9 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Οι νοσοκομειακοί γιατροί στο δημόσιο τομέα διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών στην ΠΦΥ, που αμείβονται κατά πράξη, έχουν καθιερωθεί ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ προβλέπονται ποινές για προκλητή ζήτηση (υπερκατανάλωση). Γενικότερα, ο τομέας του ποιοτικού ελέγχου και της διαπίστευσης στη Γαλλία έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία ενός ειδικού φορέα (Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation en Sante).

Στη γαλλική περίπτωση, για παράδειγμα, έχει δειχθεί για τα νοικοκυριά, ότι η τρωτότητά τους σχετίζεται με την ανεργία και το φαινόμενο δεν αφορά μόνο τους ηλικιωμένους αλλά έχει αρχίσει να επιδρά στις νεότερες γενεές και τις μονογονεϊκές οικογένειες. Η ανεργία, η τρωτότητα και η προσωρινότητα μεταβάλλουν τον τρόπο υπόστασης και λειτουργίας των ατόμων και τις οικογένειές τους. Στη Γαλλία δείχθηκε ότι η κατανάλωση των ψυχοτρόπων φαρμάκων σχετίζεται με την ανεργία<sup>62</sup>. Όλες οι έρευνες συνδέουν την ανεργία με το άγχος που στη συνέχεια αποτελεί την απαρχή προβλημάτων υγείας όπως καρδιοπάθειες, υπέρταση, μειωμένη αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος και καρκίνο<sup>63</sup>.

Στη Γαλλία το σύστημα της ιατρικής ασφάλισης βασίζεται στην αρχή του «ο καθένας συμβάλλει ανάλογα με τα μέσα που διαθέτει και έχει ιατρική κάλυψη ανάλογα με τις ανάγκες του». Από την ίδρυση, το 2000 της Γενικής Ιατρικής Κάλυψης (CMU), κάθε άτομο που κατοικεί τουλάχιστον 3 μήνες νόμιμα στο γαλλικό έδαφος, έχει δικαίωμα στη βασική ιατρική κάλυψη (καλύπτεται το 65% των εξόδων). Εάν τα εισοδήματά του είναι χαμηλότερα από ένα συγκεκριμένο επίπεδο (587€ το μήνα), ποσό εξαιρετικά χαμηλότερο από το όριο της φτώχειας στη Γαλλία (788€), έχει δικαίωμα σε επιπλέον κάλυψη (συμπληρωματική Γενική Ιατρική Κάλυψη) που καλύπτει όλα τα έξοδα, εξαιρώντας κάθε προκαταβολή για τα

<sup>62</sup> "La Santé de Français", Haute Comiti de la Santé Publique, Repères/La Découverte, Paris, 1998.

Π.Ο.Υ «Υγεία 21. Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα», Τυπωθήτω/Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2002.

<sup>63</sup> T. Kieselbach, K. Sokou et al, (Eds) "Living on the Edge – An Empirical Analysis on Long-term Youth Unemployment and Social Exclusion in Europe" Lask and Budrich, Opladen 2001.

έξοδα. Η ιατρική βοήθεια του κράτους απευθύνεται στους αλλοδαπούς που κατοικούν στη Γαλλία τουλάχιστον 3 μήνες και δεν έχουν μόνιμη άδεια παραμονής και μηνιαία εισοδήματα κάτω από 587€. Καλύπτονται δωρεάν και χωρίς καμία προκαταβολή εξόδων, για όλες τις θεραπείες πλην των οδοντικών προθηκών. Άτομα χωρίς άδεια παραμονής που κατοικούν λιγότερο από 3 μήνες στη Γαλλία μπορούν να επωφεληθούν μιας περίθαλψης στο νοσοκομείο «για επείγοντα περιστατικά όπου η έλλειψη φροντίδας θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου ή θα προκαλούσε σοβαρές και μόνιμες βλάβες στον ασθενή ή στο παιδί που είναι να γεννηθεί»<sup>64</sup>.

Από την άλλη το ενιαίο Γαλλικό σύστημα Κοιν. Ασφάλισης μοιάζει με το Γερμανικό. Βασίζεται στην αλληλεγγύη ένα αίσθημα υψηλό για τους Γάλλους και αυτό εξηγεί γιατί το σύστημα από την αρχή αλλά και σήμερα δεν είναι ενιαίο. Η Κοινωνική προστασία γενικότερα στην Γαλλία παρέχεται σήμερα από δύο Υπουργεία. Το Γαλλικό σύστημα Κοιν. Ασφάλισης καλύπτει στην Γαλλία το 85% των μισθωτών με διαφορετικούς κλάδους εργαζομένων. Στο σύστημα αυτό όλοι οι ασφαλισμένοι μισθωτοί καλύπτονται όχι μόνο για συντάξεις γήρατος αλλά και για ασθένεια όπως επίσης και για ατυχήματα μόνο όσοι εργάζονται. Υπήρξαν αρχικά πολλοί μικροί σχετικά Ασφαλ. Οργανισμοί όπως για παράδειγμα ο μικρότερος ήταν αυτός των καλλιτεχνών. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια να ομοιογενοποιηθούν οι οργανισμοί αυτοί αλλά αυτή η προσπάθεια καθυστέρησε λόγω των αντιδράσεων των εργαζομένων<sup>65</sup>.

Έτσι στην εξέλιξη του συστήματος έγινε προσπάθεια να θεσπισθούν ίδιες προϋποθέσεις παροχών για όλους. Έγινε προσπάθεια να γίνουν Γενικοί Οργανισμοί Κοιν. Ασφάλισης και συστήματα αντιστάθμισης λόγω μείωσης των εργαζομένων οφειλόμενης στην τεχνολογία, αλλά και αύξησης των συνταξιούχων ιδίως στον τομέα της Γεωργίας και του Εμπορίου.

Τελικά πιστεύουν στην Γαλλία σήμερα ότι έχουν καταφέρει να παρέχονται όλες οι παροχές που δικαιούνται, όλοι οι εργαζόμενοι και μη Γάλλοι κάτοικοι. Για παράδειγμα ο οργανισμός των Γεωργών καλύπτει όλους τους τομείς ασφάλισης (κινδύνους) εκτός της ανεργίας. Όταν ένας γεωργός δεν εργάζεται λόγω ασθένειας ο οργανισμός του, του καλύπτει το εισόδημα. Έτσι σήμερα το Γαλλικό σύστημα Κοιν. Ασφάλισης που καλύπτει το 85% του πληθυσμού αποτελείται από τέσσερις

<sup>64</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

<sup>65</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217



μεγάλους Οργανισμούς<sup>66</sup>.

- 1) Τον Γενικό Οργανισμό Ασφάλισης υγείας, μητρότητας, Αναπηρίας, γήρατος, θανάτου, ατυχημάτων για τους μισθωτούς του ιδιωτικού Τομέα και τα μέλη των οικογενειών τους που δεν καλύπτονται από άλλο φορέα. Ο οργανισμός αυτός καλύπτει και όσους δεν είχαν κάλυψη μέχρι το έτος 1999 (Νόμος του Ιουλίου του 1999). Από τον Οργανισμό αυτό καλύπτονται επίσης οικογενειακά επιδόματα για τους παραπάνω εργαζομένους αλλά και για τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους ανέργους. Στο Γενικό σύστημα εντάσσεται και το Εθνικό Ταμείο Οικογενειακών Επιδομάτων το οποίο καλύπτει όσους έχουν χαμηλά εισοδήματα, τουλάχιστον δύο παιδιά μέχρι 21 ετών εκτός αν σπουδάζουν και από το οποίο σύστημα το 40% των πόρων του δίνεται στις οικογένειες χωρίς προϋποθέσεις εισοδημάτων το δε 60% με εισοδήματα χαμηλά (πλαφόν) διαφορετικά όμως για στέγαση και διαφορετικά για μητρότητα. Επίσης στο σύστημα αυτό εντάσσεται και το Εθνικό Ταμείο Σύνταξης γήρατος με την Βασική και την συμπληρωματική σύνταξη.
- 2) Τον Αγροτικό Ασφαλιστικό Οργανισμό που καλύπτει τους εργαζομένους στο γεωργικό τομέα και για όλους τους κινδύνους εκτός της ανεργίας.
- 3) Τους Οργανισμούς για συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων (σιδηροδρομικοί εργάτες, ανθρακωρύχοι, δημόσιοι υπάλληλοι) με διαφορετική προστασία από Οργανισμό σε Οργανισμό. Αν ένας συγκεκριμένος κίνδυνος καλύπτεται οι σχετικές παροχές πρέπει να είναι του ίδιου επιπέδου τουλάχιστον με αυτές του Γενικού Οργανισμού και
- 4) Οι Οργανισμοί για τους ελεύθερους επαγγελματίες οι οποίοι καλύπτουν κινδύνους, ασθένειας, μητρότητας και γήρατος είναι ξεχωριστοί οργανισμοί με μικρότερες παροχές όπου το κράτος επιβλέπει τους κανόνες λειτουργίας τους αλλά είναι οικονομικά αυτόνομοι.

Τέλος ένας άλλος Οργανισμός διαχειρίζεται τα Οικονομικά και τα αποθεματικά όλου του συστήματος Κοιν. Ασφάλισης στην Γαλλία. Λειτουργεί με την μορφή Τράπεζας με τους Προϋπολογισμούς των επιμέρους Οργανισμών χωριστά από τον Κρατικό Προϋπολογισμό<sup>67</sup>.

Το Γαλλικό Κράτος εγγυάται όλο το σύστημα Κοιν. Ασφάλισης με το να θεσπίζει τους κανόνες το Γαλλικό Κοινοβούλιο και η Κυβέρνηση να εκτελεί μέσω

<sup>66</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

<sup>67</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

του Υπουργείου Προϋπολογισμού. Σε τοπικό επίπεδο υπάρχουν παραρτήματα των παραπάνω Οργανισμών, ένα δε στην κορυφή ασχολείται με την οργάνωση της πρόληψης των ατυχημάτων και την χορήγηση των συντάξεων<sup>68</sup>.

Το Γαλλικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνει τρεις πυλώνες:

- 1) Τον βασικό (κύρια ασφάλιση).
- 2) Τον συμπληρωματικό (επικουρική ασφάλιση) και
- 3) Τον υπερσυμπληρωματικό.

Οι δύο πρώτοι πυλώνες είναι υποχρεωτικοί, ενώ ο τρίτος προαιρετικός.

Οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα και οι εργοδότες τους συνεισφέρουν σε ένα σύστημα συντάξεων δύο πυλώνων.

Πλήρη σύνταξη γήρατος χορηγείται στο 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας μετά από 40 έτη ασφάλισης. Στο ίδιο όριο ηλικίας δηλ. στο 60<sup>ο</sup> έτος χορηγείται μειωμένη σύνταξη γήρατος σε όσους δεν έχουν καταβάλει ασφαλιστικές εισφορές για 40 έτη. Υπό προϋποθέσεις χορηγείται σύνταξη σε άτομα άνω των 65 ετών, που δεν έχουν βιοποριστική ικανότητα. Με δεδομένα τα κοινά όρια ηλικίας συνταξιοδότησης ανδρών – γυναικών το σύστημα παρουσιάζει κάποια ιδιαιτερότητα στην προσαύξηση των ετών ασφάλισης των μητέρων π.χ. για ένα παιδί δύο επιπλέον έτη ασφάλισης.

Τα τελευταία 30 χρόνια επειδή έχει μειωθεί η βιομηχανική δραστηριότητα δεν υπάρχουν πολλοί εργαζόμενοι σε βαριά και ανθυγιεινά επαγγέλματα.

Ταμεία ορισμένων επαγγελματικών κατηγοριών όπως των ανθρακωρύχων, που δεν είναι βιώσιμα, αφού δεν έχουν έσοδα χορηγούν ως βοήθημα πρόωρη σύνταξη από το 50<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας μέχρι το 60<sup>ο</sup> έτος, στο οποίο χορηγείται η κανονική σύνταξη. Οι συντάξεις όμως αυτές δεν χρηματοδοτούνται από το Γενικό Ταμείο, αλλά από το ίδιο το Κράτος<sup>69</sup>.

Σε όλα τα άτομα, που δεν συμπληρώνουν προϋποθέσεις συνταξιοδότησης χορηγείται μία γενική σύνταξη, το ύψος της οποία ανέρχεται στο ποσό των 500€ το μήνα, ποσό που αποτελεί και το δείκτη ασφαλείας. Κάθε ταμείο χορηγεί ως σύνταξη μια ελάχιστη παροχή π.χ. το ταμείο μισθωτών του ιδιωτικού τομέα χορηγεί ως σύνταξη το μισό του ελαχίστου μισθού ενός ενεργού μισθωτού.

Στο 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας ο ασφαλισμένος που έχει τον απαιτούμενο χρόνο ασφάλισης παίρνει ως σύνταξη το 50% του μέσου ετήσιου μισθού. Από ηλικία 60 –

<sup>68</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

<sup>69</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

65 ετών, εφόσον δεν έχει τον απαιτούμενο χρόνο ασφάλισης ως σύνταξη παίρνει από 50% - 25% του μέσου ετήσιου μισθού του. Ανώτατο ποσό σύνταξης αναπηρίας είναι το 30% του μέσου συντάξιμου μισθού. Το σύστημα συνταξιοδότησης είναι αναλογικό του μισθού βάσει του οποίου καταβλήθηκαν ασφαλιστικές εισφορές και της διάρκειας της μισθωτής υπηρεσίας. Λαμβάνονται δε υπόψη τα 25 καλύτερα χρόνια της εργασίας του μισθωτού.

Σημειώνεται ότι οι δημόσιοι Υπάλληλοι συνταξιοδοτούνται ανεξάρτητα από όριο ηλικίας με τουλάχιστον 15 χρόνια ασφάλισης και με ανώτατο όριο ασφάλισης τα 37,5 χρόνια, τα οποία θα αυξηθούν μέχρι να γίνουν 40 χρόνια. Ως μισθός για τον υπολογισμό της σύνταξης λαμβάνεται ο μέσος όρος του μισθού του τελευταίου εξαμήνου.

Η επικουρική ασφάλιση στη Γαλλία είναι υποχρεωτική και καλύπτει όλους τους εργαζομένους. Υπάρχουν πολλοί φορείς επικουρικής ασφάλισης, οι οποίοι οργανώνονται αφενός σύμφωνα με το καθεστώς που ισχύει για την ασφάλιση των στελεχών και αφετέρου με το καθεστώς ασφάλισης που ισχύει για τους εργάτες<sup>70</sup>.

Τα Επικουρικά Ταμεία χορηγούν σύνταξη, η οποία υπολογίζεται ανάλογα με τη διάρκεια του ασφαλιστικού βίου, τις καταβληθείσες εισφορές και το όριο ηλικίας των ασφαλισμένων που είναι το 60<sup>ο</sup> έτος. Ειδικότερα οι ετήσιες εισφορές μετατρέπονται σε μονάδες και η σύνταξη υπολογίζεται από τον αριθμό των μονάδων αυτών χ την αξία τους τη δεδομένη χρονική στιγμή. Η διαχείριση των φορέων αυτών γίνεται από τους Κοινωνικούς εταίρους. Εκτός από την υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση υπάρχει και καθεστώς ασφάλισης σε προαιρετική βάση η υπερσυμπληρωματική, σε επίπεδο επιχείρησης ή ομάδας εργαζομένων, του οποίου η διαχείριση είτε είναι αυτόνομη, είτε έχει ανατεθεί σε ασφαλιστικές εταιρίες. Η ασφάλιση αυτή αφορά κυρίως μικρό αριθμό εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα και τόσο οι εισφορές όσο και οι παρεχόμενες συντάξεις και τα επιδόματα είναι σε χαμηλότερη βάση σε σχέση με την υποχρεωτική επικουρική ασφάλιση.

Οι χρόνιες παθήσεις και τα βαριά περιστατικά ασθένειας καλύπτονται από τους φορείς στο 100%. Οι μεσαίας κατηγορίας τέτοια περιστατικά καλύπτονται στο 62 – 65% και για ελαφρές περιπτώσεις ο ασθενής πληρώνει μόνο 10% συμμετοχή στις δαπάνες ασθένειας. Υπάρχει πλαφόν εισοδήματος για τα επιδόματα ασθένειας.

---

<sup>70</sup> ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79:215–217

Από 2.000 – 2.400€ ο ασθενής παίρνει το 50% για επίδομα ασθένειας<sup>71</sup>.

Όπως μας ενημέρωσαν σήμερα στο Γαλλικό Σύστημα έχει καταγραφεί εισφοροδιαφυγή της τάξεως του 0,1 – 0,2%. Λειτουργεί δραστικό σύστημα αποφυγής της εισφοροδιαφυγής που αποτελείται από τους εξής παράγοντες:

- α) Οι επιθεωρητές Εργασίας με τους τακτικούς και συνεχείς ελέγχους στις επιχειρήσεις.
- β) Οι καταγγελίες των ίδιων των εργαζομένων όταν ο εργοδότης τους δεν τους ασφαλίζει και
- γ) Τα κίνητρα για τον εργοδότη να ασφαλίζει τους εργαζόμενους γιατί η δαπάνη για τις εισφορές εκπίπτει από την εφορία.

Τέλος μέσω του Οργανισμού διαχείρισης των Οικονομικών και των Αποθεματικών του όλου συστήματος και με την βοήθεια συστήματος πληροφορικής το Κράτος πετυχαίνει τον έλεγχο της εισφοροδιαφυγής και την καθιέρωση ασφαλιστικής συνείδησης από πλευράς εργοδοτών και εργαζομένων.

Στο Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Αλληλεγγύης λειτουργούν τρία επίπεδα ελέγχου του συστήματος<sup>72</sup>.

- α) Το κράτος παρακολουθεί τους Οργανισμούς μέσω των διοικήσεων αυτών τις οποίες και διορίζει.
- β) Λειτουργεί σώμα Επιθεωρητών μιστό του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και του Υπουργείου Οικονομικών που πραγματοποιεί τις απαραίτητες Επιθεωρήσεις της δραστηριότητας όλων των Οργανισμών του συστήματος.
- γ) Το Ελεγκτικό Συνέδριο το οποίο μοιάζει και με το δικό μας και το οποίο ελέγχει τα οικονομικά του Κράτους και τα οικονομικά των Οργανισμών του συστήματος της Κοινωνικής Ασφάλισης<sup>73</sup>.

Το Γαλλικό Κράτος διορίζει τις διοικήσεις των Οργανισμών του συστήματος.

Πρόεδροι: προέρχονται από τα Συνδικάτα

Μέλη: Οι κοινωνικοί Εταίροι

Κρατικός Εκπρόσωπος: Προέρχεται από το αρμόδιο Υπουργείο βάση του κλάδου.

Οι διοικήσεις έχουν αρμοδιότητα μόνο για τα λειτουργικά έξοδα των

<sup>71</sup> T. Kieselbach, K. Sokou et al, (Eds) "Living on the Edge – An Empirical Analysis on Long-term Youth Unemployment and Social Exclusion in Europe" Lask and Budrich, Opladen 2001.

<sup>72</sup> Fulop T(2004). Health personnel for "health for all": progress or stagnation? WHO Chronicle,40, part 1:194–199, part 2:222– 225

<sup>73</sup> Fulop T(2004). Health personnel for "health for all": progress or stagnation? WHO Chronicle,40, part 1:194–199, part 2:222– 225

Οργανισμών. Η Οικονομική πολιτική και λειτουργία καθορίζεται από την Κυβέρνηση και ασκείται από τα Δ.Σ. των Οργανισμών αυτών. Το Κράτος κάθε χρόνο μέσω της Επιτροπής *Commission De Conte*, παρακολουθεί και καταγράφει τα Οικονομικά του συστήματος και δίνει την εικόνα των οικονομικών του όλου συστήματος γενικά, για περαιτέρω αξιολόγηση και λήψη των αναγκαίων μέτρων για την λειτουργία του<sup>74</sup>.

Το έτος 1997 καταγράφηκε αξιόλογο έλλειμμα στο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Γαλλία και τότε το Κράτος δημιούργησε ένα χρηματοδοτικό Οργανισμό ο οποίος εξαγόρασε το έλλειμμα, διαχειρίστηκε το σύστημα επενδύοντας χρήματα και κατέληξε να αποδώσει κέρδη στους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης<sup>75</sup>.

Τα τελευταία 3 χρόνια υπάρχει σε κεντρικό επίπεδο αναλογιστική εποπτεία των Ταμείων και για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Προσανατολισμού για τις συντάξεις. Τα προηγούμενα χρόνια η αναλογιστική εποπτεία των Ταμείων γινόταν από διευθύνσεις των αρμόδιων υπουργείων για κάθε ταμείο. Σκοπός του Εθνικού Συμβουλίου Προσανατολισμού είναι να λάβει υπόψη του όλες εκείνες τις παραμέτρους και μεθόδους για ένα καθαρά διανεμητικό σύστημα. Τα Ταμεία σήμερα δεν παρουσιάζουν έλλειμμα για τις συντάξεις. Επίσης τα Ταμεία δεν έχουν αποθεματικά. Οι αναλογιστικές μελέτες γίνονται αφενός μεν με σκοπό να προβλέψουν την μελλοντική οικονομική κατάσταση των ταμείων αφετέρου δε για να οριστούν οι προϋποθέσεις εκείνες για την ίδρυση ενός Αποθεματικού Ταμείου για όλα τα Ταμεία έως το 2020. Δεν υπάρχει νομοθεσία και δεν προβλέπεται διαδικασία κατά την οποία οι Αναλογιστικές Μελέτες να γίνονται για τα Ταμεία κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Οι μελέτες γίνονται μόνο με πρωτοβουλία του κράτους το οποίο απευθύνεται στο Συμβούλιο Προσανατολισμού για να τις συντάξει<sup>76</sup>.

<sup>74</sup> WHO(2005). Coordinated health and human resources development. Technical Report Series No 801

<sup>75</sup> WHO(2005). Coordinated health and human resources development. Technical Report Series No 801

<sup>76</sup> Clarke E.G(1996), *Century of American Medicine*, Philadelphia H.C



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΉΠΕΙΡΟ

Μεγάλη έξαρση σε σχέση με την ανάπτυξη μεγάλων Νοσοκομειακών μονάδων έγινε τη περίοδο όπου αναπτυσσόταν ο Νέος Κόσμος. Από το 1494 μέχρι και το 1798 στο Νέο κόσμο αναπτύχθηκαν πολλές Νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες κάλυπταν τις ανάγκες των αποίκων αναπτύσσονταν υψηλά ποιοτικά κριτήρια για τα δεδομένα της εποχής. Η πρώτη ομοσπονδιακή νοσοκομειακή φροντίδα καθορίστηκε από το Νόμο των ΗΠΑ το 1798 και παρείχε νοσηλεία σε ανθρώπους με ειδικές ανάγκες. Το 1802 κτίστηκε άλλο ένα Νοσοκομείο στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης. Το 1861 υπήρχαν ήδη 30 Νοσοκομεία στο Νέο Κόσμο.

Με το ξεκίνημα του 20<sup>ου</sup> αιώνα υπήρχαν πολλά Νοσοκομεία είτε ιδιωτικά είτε δημόσια. Φτάνοντας το 1984 υπήρχαν στην Αμερική χιλιάδες Νοσοκομεία και ένα εξειδικευμένο σύστημα υγείας το οποίο στηριζόταν σε ποιοτικά δεδομένα τα οποία η Αμερική χρόνια πριν είχε εφαρμόσει στη βιομηχανία της. Σήμερα οι Η.Π.Α έχουν από τα πιο σύγχρονα Νοσοκομεία ανά τον κόσμο και ακολουθούν εξειδικευμένα ποιοτικά δεδομένα τα οποία χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας τους<sup>77,78</sup>.

#### 5.1. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα σύγχρονα Νοσοκομεία καθορίζονται και επηρεάζονται από Νομοθεσίες, από ρυθμίσεις των εκάστοτε Υπουργείων Υγείας, από διατάγματα τα οποία ισχύουν σε κάθε πόλη, από τους κανόνες που τίθενται από το Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations και από εθνικούς και τοπικούς κώδικες (δόμησης, πυρασφάλειας, υγιεινής κ.λ.π). Αυτές οι απαιτήσεις διασφαλίζουν τον ιδιωτικό χώρο των ασθενών, καθώς και την ασφάλεια και την καλή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και το προσωπικό. Στη σημερινή εποχή τα Σύγχρονα Νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από ποιοτικά δεδομένα τα οποία χαρακτηρίζουν από τη μια τις συνθήκες διαμονής σε ένα Νοσοκομείο και από την άλλη χαρακτηρίζουν τη διαδικασία αποθεραπείας των ασθενών. Οι ραγδαίες εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία έχουν εστιάσει σε δραστηριότητες προγραμματισμού υποδομών στην

<sup>77</sup> Clarke E.G(1996), *Century of American Medicine*, Philadelphia H.C

<sup>78</sup> Δερβιτσιώτης, Κ. (2002), *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (2<sup>η</sup> έκδοση), Αθήνα: Interbooks

επέκταση ιατρικών και αυτόνομων εξωνοσοκομειακών κέντρων.

Σήμερα τα Νοσοκομεία λειτουργούν κάτω από συγκεκριμένα ποιοτικά δεδομένα και σε σχέση με την ιατρική φροντίδα αλλά και τις υποδομές, το προσωπικό, τη παροχή υπηρεσιών κ.λ.π. Αυτό που προβλέπεται για το μέλλον είναι η εξέλιξη των φαρμάκων αλλά και η μείωση των μεγεθών των Νοσοκομείων προκειμένου να είναι πιο ευέλικτα σε σχέση με τη περίθαλψη των ασθενών.

## 5.2. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.

Εδώ και πολλά χρόνια υπήρξε η ανάγκη για διαχωρισμό των συστημάτων υγείας. Στη συγκεκριμένη ενότητα θα ταξινομήσουμε τα πιο συνηθισμένα<sup>79</sup>:

**1. Πρόσβαση των Πολιτών:** Ένα από τα παλαιότερα και πιο χρήσιμα συστήματα ταξινόμησης χρησιμοποιείται από την American Hospital Association, στο ετήσιο εγχειρίδιο της με Νοσοκομειακές Στατιστικές. Αυτή η ταξινόμηση διαιρεί τα νοσοκομεία σε κοινοτικά και μη σύμφωνα με το βαθμό πρόσβασης των πολιτών στο νοσοκομείο. Τα κοινοτικά περιλαμβάνουν όλα τα μη ομοσπονδιακά, βραχυχρόνια, γενικά και άλλων ειδικοτήτων νοσοκομεία, εξαιρουμένων των νοσοκομειακών μονάδων στα πλαίσια ιδρυμάτων, οι υποδομές και οι υπηρεσίες των οποίων είναι διαθέσιμες στους πολίτες.

**2. Ιδιοκτησιακό Καθεστώς:** Ένας άλλος τύπος ταξινόμησης είναι βάσει ιδιοκτησιακού καθεστώτος ή ελέγχου των πολιτικών και της λειτουργίας του νοσοκομείου. Τα ιδρύματα διαιρούνται σε τέσσερις ομάδες βάσει αυτής της ταξινόμησης:

- ⊕ Κυβερνητικά μη ομοσπονδιακά.
- ⊕ Μη κυβερνητικά, μη κερδοσκοπικά.
- ⊕ Ιδιοκτησίας επενδυτών, κερδοσκοπικά και
- ⊕ Κυβερνητικά, ομοσπονδιακά.

**3. Διάρκεια Παραμονής του Ασθενούς:** Σύμφωνα με τη μέση διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία ταξινομούνται ως νοσοκομεία βραχείας ή μακράς νοσηλείας. Ένα νοσοκομείο βραχείας νοσηλείας είναι εκείνο που εμφανίζει ένα μέσο όρο κάτω των 30 ημερών, με ένα εθνικό μέσο όρο κάτω των 7 ημερών. Ένα ίδρυμα μακράς νοσηλείας εμφανίζει ένα μέσο όρο νοσηλείας πάνω από 30 ημέρες.

<sup>79</sup> Lawrence F.W.(2001), Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, MediForce, σελ 573-574

**4. Αριθμός Κλινών:** Τα νοσοκομεία ομαδοποιούνται επίσης σύμφωνα με τον αριθμό κλινών: 6 έως 24 κλίνες, 25 έως 49 κλίνες, 50 έως 99 κλίνες, 100 έως 199 κλίνες, 200 έως 299 κλίνες 300-399, 400-499 και τέλος 500 και παραπάνω κλίνες. Αυτή η ταξινόμηση συνδυάζεται και με άλλες ταξινομήσεις όπως εκπαιδευτικά και μη εκπαιδευτικά νοσοκομεία.

**5. Πιστοποίηση:** Τα νοσοκομεία ταξινομούνται ως πιστοποιημένα και μη πιστοποιημένα. Ανάλογα με το αν συμμορφώνονται με τη νομοθεσία της χώρας τους.

**6. Εκπαίδευση:** Η δυνατότητα παροχής ή μη εκπαίδευσης αποτελεί μια συνηθισμένη ταξινόμηση στο πεδίο των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία που παρέχουν και εκπαίδευση συμμετέχουν στην επιμόρφωση των γιατρών μέσα από ένα πρόγραμμα διαφορετικών ειδικοτήτων που προσφέρονται, ένα νοσοκομείο είναι είτε ένα μεγάλο εκπαιδευτικό ίδρυμα ή ένα μικρό εκπαιδευτικό ίδρυμα.

**7. Κάθετη ολοκλήρωση:** Τα νοσοκομεία ταξινομούνται ανάλογα με τη κάθετη ολοκλήρωση σε κέντρα πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Το αμερικανικό σύστημα υγείας βρίσκεται υπό κατάρρευση. Τα έξοδα εκτοξεύονται, προσθέτοντας δυσβάστακτα βάρη στους προϋπολογισμούς οικογενειών και των μικρών επιχειρήσεων. Οι ΗΠΑ δαπανούν περί το 1.7 τρις δολάρια -πάνω από το 15% του προϋπολογισμού- για την υγειονομική κάλυψη των πολιτών τους κι όμως, δεν μπορούν να τους εξασφαλίσουν ούτε τις πιο βασικές παροχές υγείας. «Οι δαπάνες για την υγεία θεωρούνται η πρώτη απειλή για τη σταθερότητα της εθνικής μας οικονομίας» κι η κυβέρνηση Μπους (Bush) έκανε τα πράγματα ακόμα χειρότερα. Κατά τη διάρκεια της προεδρίας Μπους «ο αριθμός των Αμερικανών χωρίς καμία υγειονομική κάλυψη αυξήθηκε κατά 6.2 εκατομμύρια» και φθάνει πια στα 46 εκατομμύρια<sup>80</sup>.

Τρεις στους τέσσερις Αμερικανούς, συμπεριλαμβανομένου του 62% όσων ψήφισαν Μπους στις τελευταίες εκλογές<sup>81</sup>, πιστεύουν πως η κυβέρνηση και το Κογκρέσο απέτυχαν να αντιμετωπίσουν τη χειρότερη κρίση του συστήματος υγείας που γνώρισε ποτέ η χώρα. Για να επιβιώσει, το αμερικανικό σύστημα υγείας χρειάζεται βαθιές τομές «που θα προσφέρουν κάλυψη -στο μέτρο του δυνατού- σε όλους τους Αμερικάνους, θα ελέγχουν τα κόστη του συστήματος και θα

<sup>80</sup> WENNBERG JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Affairs* 1984, 3:6-31

<sup>81</sup> WIENERS WW (ed). *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*. Jossey-Bass Inc, San Francisco, 2001

καταστήσουν την πρόληψη εθνική προτεραιότητα».

Το «κέντρο για αμερικανική πρόοδο» έχει καταθέσει προοδευτικές λύσεις για πραγματικές αλλαγές. Ο αριθμός των ανασφάλιστων ξεπερνάει πλέον «το συνολικό πληθυσμό 24 Πολιτειών, συν εκείνο της πρωτεύουσας». Αν η χώρα δεν αλλάξει ριζικά πορεία, μέχρι το 2010 αναμένεται οι ανασφάλιστοι θα έχουν φθάσει περί τα 52 εκατομμύρια<sup>82</sup>.

Η Καλιφόρνια έχει τους περισσότερους ανασφάλιστους (7.1 εκατομμύρια), με δεύτερο το Τέξας (5.9 εκατομμύρια). Ο πρώτος λόγος για τον οποίο οι πολίτες δεν ασφαλιζονται είναι το ύψος των ασφαλίσεων. Τα ασφάλιστρα αυτά ευθύνονται για τις μισές ατομικές χρεοκοπίες. Για τους εργαζόμενους, η υγειονομική ασφάλιση αυξήθηκε κατά 73%, στο ίδιο διάστημα που οι μισθοί τους αυξήθηκαν μόνο κατά 15% και ο τιμάρθμος κατά 14%<sup>83</sup>.

Η προεδρική υπόσχεση πως θα συνεργαστεί με το Κογκρέσο «για να ελέγξει την αύξηση του κόστους της υγειονομικής κάλυψης» αποδείχτηκε κενός λόγος. Μεταξύ του 2001 και του 2003, οι δαπάνες για την αγορά συνταγογραφημένων φαρμάκων αυξήθηκαν κατά 14%. Οι μισθωτοί μένουν όλο και περισσότερο αβοήθητοι στην προσπάθειά τους να ασφαλίσουν την υγεία τους: σχεδόν οι μισές από τις μικρές επιχειρήσεις δεν προσφέρουν πλέον υγειονομική κάλυψη στους εργαζομένους τους.

Τα τελευταία πέντε χρόνια, η συμβολή των εργαζομένων στις δαπάνες υγείας αυξήθηκε κατά 126%, ενώ των εργοδοτών κατά 76%. Η Αμερική δαπανά για υγειονομική κάλυψη κατά κεφαλήν 2.5 φορές περισσότερα από το μέσο όρο των πλουσίων κρατών -που προσφέρουν καθολική υγειονομική ασφάλεια- κι όμως, η χώρα κατέχει την 34η θέση στο προσδόκιμο επιβίωσης, την 41η στη βρεφική θνησιμότητα και την 37η στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας της.

Το συνολικό κόστος της υγειονομικής κάλυψης αυξήθηκε μεταξύ 2003 και 2002 κατά 7.7% «τέσσερις δηλαδή φορές περισσότερο από τον πληθωρισμό της ίδιας περιόδου». Οι Αμερικανοί έχουν λιγότερες πιθανότητες να επιβιώσουν ενός καρκίνου του εντέρου ή μίας παιδικής λευχαιμίας από τους Καναδούς ενώ το μπερδεμένο αμερικανικό σύστημα οδηγεί «το 30% των ενηλίκων Αμερικανών να

<sup>82</sup> WENNERBERG JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Affairs* 1984, 3:6-31

<sup>83</sup> SALTMAN RB, FIGUERAS J (eds). *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen, 1997

έχουν πρόβλημα στην διευθέτηση της υγειονομικής τους κάλυψης» -μεγαλύτερο δηλαδή ποσοστό από τις άλλες πλούσιες χώρες<sup>84</sup>.

Οι ανισότητες που οφείλονται στην εθνοτική ή κοινωνικοοικονομική προέλευση χαρακτηρίζουν ακόμα το αμερικανικό σύστημα υγείας. Οι αφροαμερικανοί συνεχίζουν να έχουν μεγαλύτερους δείκτες θνησιμότητας από χρόνιες ασθένειες από κάθε άλλη εθνοτική ομάδα των ΗΠΑ. Η βρεφική θνησιμότητα των αφροαμερικανών είναι διπλάσια από εκείνη των λευκών και το προσδόκιμο επιβιώσής τους υστερεί εκείνου των λευκών κατά επτά χρόνια. Μεταξύ των «ασφαλισμένων, οι δαπανηρές θεραπείες των λευκών ασθενών καλύπτονται συχνότερα από εκείνες των εγχρώμων και η ανισότητα αυτή αυξήθηκε σε ορισμένες τουλάχιστο περιπτώσεις, μεταξύ 1992 και 2001. Οι πιο φτωχοί συνεχίζουν να έχουν χειρότερη υγεία.

### **5.3 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ MEDICAID ΚΑΙ MEDICARE ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ**

Στις ΗΠΑ, ισχύουν τα συστήματα Medicaid και Medicare, τα οποία αναφέρονται στο ισχύον σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Συγκεκριμένα ο Medicare είναι η ασφάλιση υγείας για ανθρώπους 65 ετών και άνω. Ορισμένοι άνθρωποι νεώτεροι από 65 μπορούν να δικαιούνται Medicare, επίσης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν αναπηρίες και εκείνους που έχουν μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια που απαιτεί συντηρητική αιμοκάθαρση ή που έχουν πλάγια αμυοτροφική ετερόπλευρη σκλήρυνση. Το πρόγραμμα βοηθά με το κόστος της υγείας, αλλά δεν καλύπτει όλες τις ιατρικές αμοιβές ή το κόστος πολλών υπηρεσιών φροντίδας.

Το Medicare χρηματοδοτείται από την μια πλευρά από τους μισθολογικούς φόρους αυτών που εργάζονται και τους εργοδότες τους. Επίσης χρηματοδοτείται εν μέρει από μηνιαία ασφάλιστρα που αφαιρούνται από τα επιδόματα της Κοινωνικής Ασφάλειας.

Το Κέντρο για τις υπηρεσίες του Medicare και Medicaid είναι η επί κεφαλής υπηρεσία για το πρόγραμμα του Medicare. Το Medicare έχει τέσσερα μέρη,

---

<sup>84</sup>Οι Judd Legum, Faiz Shakir, Nico Pitney, Amanda Terkel, και Payson Schwin συντάσσουν το «Daily Progress Report» του «Κέντρου για Αμερικανική Πρόοδο»



Νοσοκομειακή ασφάλιση (Μέρος Α) το οποίο πληρώνει για την νοσηλιακή φροντίδα ή τις υπηρεσίες σε κέντρα. μετά από την νοσοκομειακή φροντίδα.

Ιατρική Ασφάλεια (Μέρος Β) βοηθά να πληρωθούν οι ιατρικές υπηρεσίες και πολλές άλλες ιατρικές υπηρεσίες και προμήθειες οι οποίες δεν καλύπτονται από την νοσοκομειακή ασφάλεια.

Medicare. (Μέρος C) τέως Medicare + choice Plans είναι διαθέσιμη σε πολλά μέρη. Άνθρωποι που έχουν Medicare A και B μπορούν να διαλέξουν να λαμβάνουν όλες τις ιατρικές υπηρεσίες από ένα παρέχουσα υπηρεσία υπό το πρόγραμμα C. Κάλυψη φαρμάκων από συνταγές ιατρών (Μέρος D) βοηθά με τις πληρωμές φαρμάκων που συνιστούν οι ιατροί<sup>85</sup>.

Το Medicare το δικαιούνται τα περισσότερα άτομα ηλικίας 65 ετών ή άνω που είναι πολίτες ή μόνιμοι -κάτοικοι των Ηνωμένων Πολιτειών, δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare (Μέρος Α). Κάποιος δικαιούται τις παροχές σε ηλικία 65 ετών, εάν<sup>86</sup>:

1. Λαμβάνει ήδη, ή δικαιούται τη λήψη παροχών Κοινωνικής Ασφάλισης,
2. Λαμβάνει ήδη, ή δικαιούται τη λήψη παροχών ασφάλισης σιδηροδρομικών υπαλλήλων,
3. Αν ο ίδιος ή ο/η σύζυγός του (που ζει ή έχει αποθάνει, συμπεριλαμβανομένων χωρισμένων συζύγων), εργάστηκε για αρκετό χρονικό διάστημα ως δημόσιοι υπάλληλοι σε εργασία στην οποία πληρωνόταν οι φόροι για το πρόγραμμα Medicare.
4. Εάν είναι κάποιος ο εξαρτώμενος γονέας κάποιου που εργάστηκε αρκετά σε μια κυβερνητική εργασία όπου φόροι του Medicare πληρώθηκαν.
5. Εάν δεν ανταποκρίνεται κάποιος σ' αυτές τις απαιτήσεις, μπορεί να δικαιούται να λάβει νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare πληρώνοντας μηνιαίο ασφάλιστρο.
6. Κάποιος μπορεί να εγγραφεί γι' αυτή τη νοσοκομειακή ασφάλιση μόνο σε συγκεκριμένες περιόδους εγγραφής *Έστω κι αν η ηλικία πλήρους συνταξιοδότησης δεν είναι πια τα 65, μπορεί να εγγραφεί για παροχές Medicare τρεις μήνες πριν από τα 65α σας γενέθλια.* Πριν από την ηλικία των 65ετών, δικαιούται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare, εάν, Έχει ήδη δικαίωμα παροχών αναπηρίας της Κοινωνικής Ασφάλισης για 24 μήνες, ή Λαμβάνει ήδη σύνταξη αναπηρίας

<sup>85</sup> Social Security Amerika(2006), Medicare And Other Health Benefits, Your Guide To Who Pays First, <http://www.ssa.gov/multilanguage/Greek/10043-GR.pdf>, Ανάκτηση 21-2-08

<sup>86</sup> Social Security Amerika(2006), Medicare And Other Health Benefits, Your Guide To Who Pays First, <http://www.ssa.gov/multilanguage/Greek/10043-GR.pdf>, Ανάκτηση 21-2-08

από το συμβούλιο συνταξιοδότησης σιδηροδρομικών υπαλλήλων και εκπληρώνει κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις, ή Πάσχει από την ασθένεια του Lou Gehrig's (πλάγια μυατροφική σκλήρυνση), ή Έχει εργασθεί αρκετά σε κυβερνητική εργασία όπου πλήρωνε φόρους της Medicare και ανταποκρίνεται στις προϋποθέσεις του προγράμματος αναπηρίας της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οποιοσδήποτε δικαιούται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση Medicare (Μέρος Α) μπορεί να εγγραφεί στο πρόγραμμα ιατρικής ασφάλισης (Μέρος Β) πληρώνοντας μηνιαίο ασφαλιστρο. Εάν δεν δικαιούται δωρεάν νοσοκομειακή ασφάλιση, μπορεί ν' αγοράσετε ιατρική ασφάλεια χωρίς να έχει να αγοράσει νοσοκομειακή ασφάλεια, εάν είναι 65 και επάνω και επίσης Πολίτης των Η.Π.Α, ή Μη- πολίτης αλλά νόμιμα αποδεκτός κάτοικος που έχει ζήσει στις Η.Π.Α. για τουλάχιστον πέντε χρόνια.

Εάν κάποιος έχει μέρη Α και Β του Medicare, τότε μπορεί να γίνει μέλος του Medicare Advantage (τεως Medicare+Choice) πρόγραμμα. Με ένα από αυτά τα προγράμματα, δεν χρειάζεται ασφαλιστήριο της Medigap, διότι το Medicare Advantage προγράμματα καλύπτουν πολλά από αυτά τα επιδόματα τα οποία το Medigap κάλυπτε, όπως παραπάνω ημέρες στο νοσοκομείο αφού έχει χρησιμοποιήσει το νούμερο των ημερών που καλύπτει το Medicare.

Τα προγράμματα του Medicare Advantage παρέχουν, διαχειριζόμενα Προγράμματα φροντίδας του Medicare Προνομιακές παρέχοντες υπηρεσίες του Medicare (PPO) προγράμματα. Ιδιωτικά με πληρωμή προγράμματα του Medicare, και ειδικά προγράμματα του medicare. Εάν αποφασίσει κάποιος να συνεργασθεί με ένα από τα προγράμματα του Medicare μπορεί να εγγραφεί κατά την αρχική περίοδο εγγραφής<sup>87</sup>.

Οποιοσδήποτε έχει Medicare νοσοκομειακό (Μέρος Α), ιατρική ασφάλεια (Μέρος Β) ή το Medicare Advantage πρόγραμμα δικαιούται κάλυψη για φάρμακα συνταγών (Μέρος D). Το να συνεργασθεί κάποιος με το πρόγραμμα του medicare για την πληρωμή συνταγής φαρμάκων Μέρος D είναι εθελοντικό, πληρώνετε ένα μηνιαίο ασφαλιστρο για την κάλυψη.

Μπορεί κάποιος να περιμένει να εγγραφεί στο Μέρος D του Medicare εάν είχε κάλυψη για φάρμακα συνταγών ή εάν δεν είχε κάλυψη για φάρμακα συνταγής που να είναι τόσο καλό όσο το Medicare θα πληρώσει πρόστιμο εάν περιμένει να πάρει

---

<sup>87</sup> Social Security Amerika(2006), Medicare And Other Health Benefits, Your Guide To Who Pays First, <http://www.ssa.gov/multilanguage/Greek/10043-GR.pdf>, Ανάκτηση 21-2-08

συμμετοχή αργότερα. Θα πληρώσει αυτό το πρόστιμο όσο είχε κάλυψη για το πρόγραμμα των φαρμάκων συνταγής του medicare.

Εάν κάποιος δεν έχει τη δυνατότητα να πληρώσει τα ασφάλιστρα του προγράμματος Medicare καθώς και άλλα ιατρικά έξοδα, μπορεί να δικαιούται βοήθεια από την Πολιτεία. Οι Πολιτείες προσφέρουν προγράμματα για άτομα που δικαιούνται Medicare και έχουν χαμηλό εισόδημα.

Τα προγράμματα μπορεί να πληρώσουν Μέρος ή ολόκληρο το ασφάλιστρο του προγράμματος Medicare και μπορεί επίσης να πληρώσουν τα εκπιτόμενα ποσά και το ποσό συμμετοχής του Medicare. Για να το δικαιούστε αυτό, πρέπει να έχετε το Μέρος A (Μέρος A, νοσοκομειακή ασφάλιση), περιορισμένο εισόδημα και στις περισσότερες πολιτείες, οι πόροι σας, όπως τραπεζικοί λογαριασμοί, μετοχές και ομόλογα, δεν πρέπει να είναι πάνω από \$4.000 για ανύπαντρο άτομο ή \$6.000 για ζευγάρι.

Όπως βλέπουμε τα παραπάνω προγράμματα καλύπτουν τα άτομα τα οποία είναι ηλικιωμένα ή φτωχά ή έχουν κάποιος ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ή πρόβλημα. Το πρόγραμμα λειτουργεί με την αρωγή του κράτους, παρόλα αυτά αναπτύσσει και ιδιωτικές προεκτάσεις δίνοντας τη δυνατότητα επί πληρωμής να υπάρχει καλύτερη κάλυψη ή αν κάποιος δε πληροί τις προϋποθέσεις να πληρώσει και να τις αξιοποιήσει αναλόγως.

#### **5.4. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ**

Οι Health Maintenance Organizations (HMOs) αποτελούν μια από τις πολλές μορφές φροντίδας υγείας στην Αμερική, ο συγκεκριμένος είναι ένας από τους πιο παλαιούς. Κάποιοι το έχουν χαρακτηρίσει σαν ένα φτωχό σύστημα υγείας. Τα διάφορα συστήματα ασφάλισης και υγείας στην Αμερική έχουν μεταξύ τους πολλές ομοιότητες. Οι συγκεκριμένοι οργανισμοί αποτελούν το ένα άκρο του συστήματος υγείας στην Αμερική. Οι οργανισμοί αυτοί είναι αρκετά γραφειοκρατικοί και περίπλοκοι και έχουν μεγάλο λειτουργικό κόστος. Από την άλλη είναι αυτόχρηματοδοτούμενοι, στηρίζουν το σύστημα υγείας στην Αμερική και ελέγχουν όλα τα άλλα συστήματα.

Οι συγκεκριμένοι οργανισμοί έχουν ένα συγκεκριμένο σύστημα λειτουργίας, προσφέρουν στο κάθε μέλος τους επί πληρωμή υπηρεσίες, το κόστος είναι μικρό και φτάνει στα 5 με 10 δολάρια ανά επίσκεψη σε συμβαλλόμενο γιατρό. Πολλές εταιρίες

σε συνεργασία με κάποιον από αυτούς τους οργανισμούς εξασφαλίζουν ασφάλιση για το προσωπικό τους. Το συγκεκριμένο σύστημα δεν είναι πολύ ευέλικτο αλλά είναι το πιο παλιό και έγκυρο στις ΗΠΑ<sup>88</sup>.

### **5.5 ΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**

Οι διαγνωστικά συσχετισμένες ομάδες (DRG) είναι ένα σύστημα το οποίο ταξινομεί περιπτώσεις νοσοκομείων σε μια από περίπου 500 ομάδες, επίσης οι συγκεκριμένες αποτελούν ένα δίκτυο μεταξύ των Νοσοκομείων, το οποίο παρέχει συνολικές υπηρεσίες στους ασθενείς, τους στηρίζει και τους βοηθά να βρίσκουν το γιατρό που χρειάζονται ανά πάσα στιγμή. Συγχρόνως τελευταία εφαρμόζουν στα διάφορα νοσοκομεία το, για Medicare ως τμήμα του ενδεχόμενου συστήματος πληρωμής. Το DRGs ορίζεται ως ένα πρόγραμμα βασισμένο στις διαγνώσεις ICD, τις διαδικασίες, την ηλικία, το φύλο, και την παρουσία περιτλοκών ή συνοδών νοσηρότητας. Το DRGs έχει χρησιμοποιηθεί από το 1983 για να καθορίσει το πόσο Medicare το οποίο πληρώνετε το νοσοκομείο, από τους ασθενείς μέσα σε ένα έτος, αλλά και για να ελέγχει τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Νοσοκομείων. Οι ομάδες αυτές ελέγχουν ουσιαστικά το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ και λειτουργούν με βάση τις ανάγκες των ασθενών, από την άλλη διαφυλάσσουν και τα Νοσοκομεία ενισχύοντας τα οικονομικά και οργανωτικά<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> Carlson G (2007). What is a Health Maintenance Organization? State Health Education Specialist, University of Missouri Extension

<sup>89</sup> Agency for Health Care Policy and Research(2002) Most Frequent Diagnoses and Procedures for DRGs, by Insurance Status.. Ανακτήθηκε στις 18-2-08

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εξετάζοντας τα συστήματα υγείας και των τριών χωρών (Ελλάδα, Γαλλία, ΗΠΑ), διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη, στη διοίκηση και στον τρόπο χρηματοδότησης τους.

Αν και οι κοινωνικοί και υγειονομικοί στόχοι των κρατών είναι κοινοί, αποβλέπουν δηλαδή στη βελτίωση της υγείας των πολιτών, ωστόσο οι πολιτικές που έχουν αναπτυχθεί για την επίτευξη των στόχων αυτών, παρουσιάζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις από κράτος σε κράτος. Οι διαφοροποιήσεις αυτές θα πρέπει να αποδοθούν σε ιστορικούς, εθνικούς, πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους, οι οποίοι επηρέασαν άμεσα και διαμόρφωσαν την υπάρχουσα δομή των συστημάτων υγείας.

Στις αιχμές της δεκαετίας του 1960 μόνο η Γαλλία και οι ΗΠΑ είχαν αναπτύξει προγράμματα νοσοκομειακού προγραμματισμού. Στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές του 1980, οι περισσότερες χώρες της Δυτικής και της Ανατολικής Ευρώπης είχαν διαμορφώσει αναλυτικά προγράμματα που απέβλεπαν στο συντονισμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Η Ελλάδα αρκετά καθυστερημένα σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές Χώρες, εξαιτίας κυρίως ιστορικών γεγονότων, αρχίζει να διαμορφώνει σιγά σιγά τα δικά της πρώτα προγράμματα υγείας. Αξίζει λοιπόν να συγκρίνουμε το ελληνικό σύστημα υγείας με τα αντίστοιχα συστήματα των χωρών της Γαλλίας και των Η.Π.Α. για να διαπιστώσουμε, ποια είναι η θέση της Ελλάδας ως προς τις άλλες δύο ευρωπαϊκές χώρες και να διερευνήσουμε κατά πόσο υπάρχουν ομοιότητες στην οργάνωση, στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας και στη χρηματοδότηση συστημάτων υγείας<sup>90</sup>.

---

<sup>90</sup> Σακελλαρόπουλος Θ. «Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους» σε (επιμέλεια) Σακελλαρόπουλος Θ., Εκδόσεις Κριτική, 1999.



## 6.1 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΟ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει στα προηγούμενα κεφάλαια, τα Συστήματα Υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από τον δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό και την εξωτερική βοήθεια. Ωστόσο ο τρόπος χρηματοδότησης διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Στη Γαλλία έχουμε τα μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark), που χρηματοδοτούνται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση μέσω εισφορών και που οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στη Γαλλία είναι ο σφαιρικός προϋπολογισμός. Ο τρόπος αυτός χρησιμοποιείται στη χώρα αυτή από το 1983. Ο υπολογισμός της χρηματοδότησης γίνεται χρησιμοποιώντας ως βάση το ιστορικό του νοσοκομείου κάνοντας εκτίμηση του έργου, που πρόκειται να παραχθεί την επόμενη χρονιά. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές.

Αντίθετα στις Η.Π.Α. η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας προέρχεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα μέσω των ιδιωτικών ασφαλίσεων και των εργοδοτικών παροχών. Μόνο οι Η.Π.Α. έχουν μερίδιο χρηματοδότησης του τομέα υγείας από το δημόσιο κάτω του 50% τη στιγμή που ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι κάτω του 80%.

Οι Η.Π.Α. είναι από τις λίγες χώρες που δεν παρέχουν καθολική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας. Το 17% του πληθυσμού των Η.Π.Α. ή 37.000.000 άνθρωποι δεν καλύπτονται από κανένα ασφαλιστικό φορέα, θύματα των φαινομένων της αντίστροφης επιλογής ή του αυτοαποκλεισμού τους από τις υπηρεσίες υγείας.

Το «αμερικανικό παράδοξο» όμως δεν συνίσταται μόνο στο χαμηλό ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού και στο χαμηλό επίπεδο υγείας. Η ελεύθερη αγορά θα έπρεπε με βάση την οικονομική θεωρία λόγω ανταγωνισμού να δημιουργεί συνθήκες χαμηλού κόστους στην αγορά. Εδώ συμβαίνει εντελώς το αντίθετο. Ο μηχανισμός των τιμών αποδείχθηκε το πιο σπάταλο σύστημα στον κόσμο με δαπάνες διπλάσιες ή σε ορισμένες περιπτώσεις περίπου τριπλάσιες από άλλα συστήματα χωρών με περίπου τα ίδια επίπεδα ανάπτυξης. Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. χαρακτηρίζεται ως το πλέον σπάταλο στον κόσμο.<sup>91</sup>

<sup>91</sup> Πισιμίσης, σημειώσεις «Οικονομική Υπηρεσιών Υγείας».

Στην χώρα μας, όπως έχουμε ήδη αναφέρει με την ψήφιση του Ν 1397/1983 θεσμοθετείται το εθνικό σύστημα υγείας, γεγονός που διακηρύσσει τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία και μεταφέρει όλη την ευθύνη παροχής υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες στο κράτος. Έτσι λοιπόν μιλάμε για ένα εθνικό σύστημα που χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία, το οποίο παρέχει καθολική κάλυψη και οι προμηθευτές είναι δημόσιοι ή ελέγχονται από το δημόσιο.

Όμως εξετάζοντας τη διάρθρωση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα διαπιστώνουμε ότι παρ' όλο που υπάρχει μια σταδιακή αύξηση του μεριδίου συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού, αφού το ποσοστό συμμετοχής του από 41% το 1975 φτάνει το 1989 το ποσοστό του 60%, ωστόσο το ποσοστό της κοινωνικής ασφάλισης παραμένει υψηλό με ποσοστό 40% το 1989. Αυτό οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα ότι το ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει τα χαρακτηριστικά ενός μικτού συστήματος όπου υπάρχει περίπου η ίδια ποσοστιαία συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού κατά των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

## 6.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ταχύτατα τα τελευταία 25 χρόνια σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (βλ. πίνακας 6.1). Το 1960 το 4,2% του ΑΕΠ διατίθεται κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ για την υγεία. Το αντίστοιχο ποσοστό της Ελλάδας ήταν μόλις 2,8% κατά την περίοδο του 1960 έως το 1975. Το ποσοστό αυτό ανήλθε κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά 3 περίπου ποσοστιαίες μονάδες, δηλαδή έφθασε το 7,1 του ΑΕΠ το 1975.

Παρά τη σημαντική αύξηση που παρατηρήθηκε στις δαπάνες για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα δεν παρατηρήθηκε αντίστοιχη αύξηση των δαπανών υγείας καθώς το 1975 το ποσοστό του ελληνικού ΑΕΠ που διατίθεντο για την υγεία ήταν μόλις 4,7% . Αντίθετα, παρατηρούμε ότι η Αμερική το ίδιο έτος αγγίζει το 8,6% ενώ η Γαλλία το 7,6% του ΑΕΠ. Από τα στοιχεία του πίνακα βλέπουμε πως και οι δύο χώρες ξεπερνούν το μέσο όρο των συνολικών δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ.<sup>92</sup>

<sup>92</sup> Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος, Ο προγραμματισμός του τομέα Υγείας στην Ελλάδα, β' έκδοση, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1988.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1.: Δαπάνες υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ**

Σύνολο δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος στις χώρες του ΟΟΣΑ.

<b>Χώρες</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1975</b>	<b>1980</b>	<b>1982</b>
Αυστραλία	5,1	5,7	7,6	7,5	7,6
Αυστρία	4,4	5,3	6,4	7,0	7,3
Βέλγιο	3,4	4,0	5,4	6,1	6,4
Καναδάς	5,5	7,2	7,4	7,3	8,2
Δανία	3,6	6,1	6,5	6,8	6,9
Φιλανδία	4,2	5,7	6,3	6,5	6,8
<b>Γαλλία</b>	<b>4,3</b>	<b>6,1</b>	<b>7,6</b>	<b>8,5</b>	<b>9,3</b>
Γερμανία	4,8	5,6	8,1	8,1	8,2
Ισλανδία	5,9	8,7	11,4	7,7	7,7
Ιρλανδία	4,0	5,6	7,8	9,0	8,2
Ιταλία	3,9	5,5	6,7	6,8	7,0
Ιαπωνία	3,0	4,6	5,7	6,4	6,7
Λουξεμβούργο	-	3,1	4,3	5,0	4,9
Ολλανδία	4,1	6,3	8,1	8,6	9,1
Νέα Ζηλανδία	-	-	5,3	5,8	5,8
Νορβηγία	3,3	5,0	6,7	6,8	6,8
Πορτογαλία	-	-	6,4	6,1	5,8
Ισπανία	-	4,1	5,1	5,9	6,2
Σουηδία	4,7	7,2	8,0	9,5	9,8
Ελβετία	-	-	7,1	7,2	7,8
Τουρκία	-	-	-	-	-
Αγγλία	3,9	4,5	5,5	5,7	5,9
<b>ΗΠΑ</b>	<b>5,3</b>	<b>7,6</b>	<b>8,6</b>	<b>9,6</b>	<b>10,6</b>
<b>Ελλάδα</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>	<b>4,7</b>	<b>6</b>	<b>6,4</b>
<b>Μέσος όρος ΟΟΣΑ</b>	<b>4,2</b>	<b>5,8</b>	<b>7,1</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>

Πηγή: ΟΟΣΑ, Διεύθυνση Κοινωνικών Υποθέσεων, Προσωρινά Στοιχεία.

### 6.3. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Τη δεκαετία του 1979-1980, ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε κατά 10,7%. Την ίδια περίοδο το σύνολο των νοσοκομειακών κρεβατιών αυξήθηκε κατά το ίδιο ακριβώς ποσοστό δηλαδή κατά 10%. Το δε ιατρικό δυναμικό αυξήθηκε κατά 64,5%. Με βάση τον πίνακα (6.2) και (6.3) παρατηρούμε ότι η χώρα μας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές στους δείκτες του υγειονομικού προσωπικού και της νοσοκομειακής υποδομής σε σχέση με τις δύο άλλες εξεταζόμενες χώρες.

Ειδικότερα, όσον αφορά την περιφερειακή κατανομή του ιατρικού προσωπικού στην Ευρώπη, η Ελλάδα φαίνεται να έχει τους περισσότερους γιατρούς όχι μόνο σε σχέση με προς όλες τις άλλες χώρες ΕΟΚ αλλά και σε σχέση με πολλές χώρες της Ευρώπης. Συγκεκριμένα με τον πίνακα (6.3) διαπιστώνουμε ότι οι γιατροί ανά 10.000 στη χώρα μας είναι 22,07 ενώ στη Γαλλία 16,32 και στην Αμερική 11,57. Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες δύο ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζει μεγάλο αριθμό ιατρικού δυναμικού.

Όμως η υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού δημιουργεί σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα όπως, υπερβολική αύξηση των ιατρικών απόψεων, υπερβολική χρήση της ιατρικής τεχνολογίας.

Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, όπως παρατηρούμε στον πίνακα (6.4), το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες όχι μόνο σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΟΚ και τις 33 χώρες της Ευρώπης αλλά και σε σχέση με τον Παγκόσμιο Δείκτη.

Πιο συγκεκριμένα, ενώ ο παγκόσμιος δείκτης όσον αφορά τις διπλωματούχες νοσοκόμες ανά 10.000 κατοίκους είναι 13,90 στη χώρα μας είναι 8,65 ενώ στη Γαλλία 41,96 και στην Αμερική 21,98.<sup>93</sup>

Η υγειονομική πολιτική θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στον προσδιορισμό των κατάλληλων κινήτρων για την εκπαίδευση και επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Θα πρέπει επίσης να παρέχει πληροφορίες στους υποψήφιους γιατρούς για τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της χώρας ώστε να δίνονται λύσεις στις σύγχρονες απαιτήσεις.

---

<sup>93</sup> Κυριόπουλος Γ., Μαίρη Κοντούλη – Γείτονα (1997), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εξάντας, Αθήνα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2. Νοσοκομειακή υποδομή στις χώρες της Ευρώπης**

Χώρα	Έτος	Σύνολο κρεβατιών	Κρεβάτια ανά 10.000 κατοίκους	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Κάλυψη %	Εισαγωγές ανά 10.000 κατοίκους
Σουηδία	1976	122.998	149			
Νορβηγία	1977	59.898	148			
<b>ΕΟΚ</b>						
Βέλγιο	1976	87.735	89	-	-	-
Δ.Γερμανία	1977	722.953	118	20,8	83	1.710
Δανία	1975	44.100	87	-	-	-
<b>Ελλάδα</b>	<b>1977</b>	<b>59.117</b>	<b>64</b>	<b>13,5</b>	<b>65</b>	<b>1.116</b>
Ιταλία	1976	582.003	105	16,3	75	1.776
Ιρλανδία	1977	33.578	106	-	-	-
Λουξεμβούργο	1977	4.391	122	23,0	78	1.499
Αγγλία-Ουαλία	1977	400.631*	82	21,0	81	1.155
Σκωτία	1977	59.085*	114	26,0	84	1.351
Ολλανδία	1976	138.918	100	-	-	-
Ισπανία	1975	192.372	53	-	-	-
Πορτογαλία	1977	51.449**	53	-	-	-
Αυστρία	1977	84.790	113	-	-	-
Γιουγκοσλαβία	1976	129.983	60	17,9	89	1.090
Βουλγαρία	1977	76.764	87	-	-	-
Τσεχοσλοβακία	1977	184.779	123	18,3	83	2.037
Πολωνία	1977	265.240**	76	19,2	85	1.241
Ρουμανία	1977	199.052	92	-	-	-
Τουρκία	1977	83.189	20	86	53	441
<b>Γαλλία</b>	<b>1976</b>	<b>557.992</b>	<b>106</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Πηγή: Word Statistics Annual WHO, Geneva vol. II, 1980

Σημείωση: \* Αναφέρονται μόνο τα κρατικά κρεβάτια

\*\*Αναφέρονται τα κρατικά κρεβάτια και τα κοινωφελούς χαρακτήρα



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3. Ιατρικό προσωπικό στις χώρες της Ευρώπης**

Χώρες	Έτος	Γιατροί ανά 10.000 κατοίκους	Αριθμός κατοίκων για κάθε γιατρό	Σχέση νοσηλευτικού προσωπικού προς ιατρικό
Παγκόσμιος δείκτης		8,08	1.237	2,3
Σύνολο Ευρώπης		18,12	552	2,2
Δυτική Ευρώπη		18,94	528	2,4
Νότια Ευρώπη		18,12	552	1,4
Ανατολική Ευρώπη		18,68	535	2,0
Βόρεια Ευρώπη		15,89	629	3,5
Σουηδία	1976	17,75	563	4,5
Νορβηγία	1977	18,48	541	5,4
ΕΟΚ				
Βέλγιο	1978	22,50	444	1,6
<b>Γαλλία</b>	<b>1976</b>	<b>16,32</b>	<b>613</b>	<b>3,6</b>
Δ. Γερμανία	1977	20,40	490	1,9
Δανία	1976	19,52	512	3,1
<b>Ελλάδα</b>	<b>1977</b>	<b>22,07</b>	<b>453</b>	<b>0,9</b>
Ιταλία	1984	20,62	485	1,6
Ιρλανδία	1976	12,03	831	4,9
Λουξεμβούργο	1977	11,39	878	3,3
Μ. Βρετανία	1977	15,32	652	2,3
Ολλανδία	1977	17,16	583	2,2
Ισπανία	1976	17,96R	557	0,7
Πορτογαλία	1977	14,20R	704	1,5R
Αυστρία	1977	23,34	428	1,7
Γιουγκοσλαβία	1977	13,14	761	2,1
Βουλγαρία	1977	22,58	443	2,4
Τσεχοσλοβακία	1977	25,34	395	2,6
Πολωνία	1977	16,52	605	2,6
Ρουμανία	1977	13,55	738	1,6
Ρωσία	1977	34,64	289	1,7
Τουρκία	1977	5,64	1.773	1,9
WHO				
<b>Περιοχή Αμερικής</b>		<b>11,57</b>	<b>864</b>	<b>3,0</b>
Περιοχή Ευρώπης		22,00	455	2,0
Περιοχή Ανατολικής Μεσογείου		3,61	2.774	1,5
Αφρικανική Περιοχή		1,05	9.566	7,9

Πηγή: Word Statistics Annual, WHO, Geneva, Vol. 1980

Σημείωση: Εγγεγραμμένοι στον νοσηλευτικό σύλλογο. Δεν απασχολούνται όμως όλοι στη χώρα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4. Νοσηλευτικό προσωπικό στις χώρες της Ευρώπης**

Χώρες	Έτος	Νοσοκόμες και μαίες ανά 10.000 κατοίκους	Αριθμός κατοίκων για κάθε μαία και νοσοκόμα	Διπλωματούχες νοσοκόμες ανά 10.000 κατοίκους
Παγκόσμιος δείκτης		18,41	534	13,90
Σύνολο Ευρώπης		41,27	242	32,97
Δυτική Ευρώπη		46,26	216	35,20
Νότια Ευρώπη		25,51	392	20,91
Ανατολική Ευρώπη		43,87	228	40,62
Βόρεια Ευρώπη		55,12	181	40,23
Σουηδία	1976	79,35	126	61,96
Νορβηγία	1977		101	58,58
ΕΟΚ				
Βέλγιο	1978	35,78	279	35,78
<b>Γαλλία</b>	<b>1976</b>	<b>59,12</b>	<b>169</b>	<b>41,96</b>
Δ. Γερμανία	1977	39,40	254	32,05
Δανία	1976	60,51	165	60,51
<b>Ελλάδα</b>	<b>1977</b>	<b>19,87</b>	<b>503</b>	<b>8,65</b>
Ιταλία	1984	33,63	297	33,63
Ιρλανδία	1976	59,14	169	59,14
Λουξεμβούργο	1977	38,14	262	28,77
Μ. Βρετανία	1977	44,60	227	31,37
Ολλανδία	1977	37,52	267	24,41
Ισπανία	1976	12,34R	811	12,34R
Πορτογαλία	1977	21,23	471	21,21
Αυστρία	1977	40,57	246	28,29
Γιουγκοσλαβία	1977	27,67	361	6,33
Βουλγαρία	1977	53,38	187	53,38
Τσεχοσλοβακία	1977	66,60	150	62,94
Πολωνία	1977	42,74	234	38,68
Ρουμανία	1977	21,29	470	21,29
Ρωσία	1977	61,38	163	61,38
Τουρκία	1977	10,78	928	5,42
WHO				
<b>Περιοχή Αμερικής</b>		<b>34,91</b>	<b>286</b>	<b>21,98</b>
Περιοχή Ευρώπης		44,53	225	39,23
Περιοχή Ανατολικής Μεσογείου		5,54	1.804	3,10
Αφρικανική Περιοχή		8,32	1.201	5,74

Πηγή: Word Statistics Annual, WHO, Geneva, Vol. 1980

Σημείωση: Εγγεγραμμένοι στον νοσηλευτικό σύλλογο. Δεν απασχολούνται όμως όλοι στην χώρα.

## 6.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Στη χώρα μας η συνηθέστερη μέθοδος αμοιβής του ιατρικού προσωπικού είναι η αμοιβή με μισθό. Στο σύστημα αυτό, ο γιατρός αμείβεται με πάγια αντιμισθία για τις ιατρικές φροντίδες που παρέχει στα δημόσια νοσοκομεία, στα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα αγροτικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας. Είναι βέβαιο ότι το σύστημα αυτό, προφυλάσσει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς από πιθανή υπερπροσφορά υπηρεσιών υγείας και καταχρήσεις, εφόσον ο γιατρός δεν έχει κίνητρο να επαυξήσει τη ζήτηση. Το γεγονός αυτό να μεν σημαίνει απουσία του φαινομένου της προκλητής ζήτησης αλλά παράλληλα δίνει την ευκαιρία στους γιατρούς να προσφύγουν σε παραοικονομικές δραστηριότητες.

Αντίθετα, στις άλλες δύο ευρωπαϊκές χώρες συναντάμε τη κατά κεφαλή αμοιβή. Το σύστημα αυτό αμοιβής των γιατρών συναντάται σήμερα στα συστήματα υγείας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών και ενσωματώνεται σχεδόν σε όλες τις οργανωτικές μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, οι οποίες αποβλέπουν στην εισαγωγή μηχανισμών ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή των πόρων.

Τα αντιπροσωπευτικότερα παραδείγματα αναφέρονται στους Οργανισμούς Προστασίας της Υγείας (ΗΜΟς) και στα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδας στη Γαλλία (RESEAUX DE SOINS COORDONNES).<sup>94</sup>

## 6.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εξετάζοντας τα Συστήματα Υγείας και των τριών ευρωπαϊκών χωρών, της Ελλάδας, της Γαλλίας και των ΗΠΑ, διαπιστώνουμε ότι κάθε χώρα έχει τη δική της ιδιαιτερότητα είτε στον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είτε στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, όσον αφορά τη σύγκριση των συστημάτων υγείας της Ελλάδας, της Γαλλίας και των ΗΠΑ, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

1) Όσον αφορά τη δομή και τον τρόπο χρηματοδότησης του Γαλλικού Συστήματος Υγείας, μιλάμε για ένα σύστημα υγείας, το οποίο αποτελεί ένα από τα

<sup>94</sup> Σουλιώτης Κ., Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000.

πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Αντίθετα το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge. Μιλάμε δηλαδή για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο εκτός από την ύπαρξη του ΕΣΥ σημαντικό ρόλο στην Ελλάδα διαδραματίζει τόσο ο ιδιωτικός τομέας όσο και η κοινωνική ασφάλιση. Από την άλλη μεριά το Αμερικανικό Σύστημα Υγείας, αποτελεί παραλλαγή του μοντέλου Bismark, με έμφαση όμως στην ιδιωτική ασφάλιση αντί για την κοινωνική.

2) Όσον αφορά τώρα τις δαπάνες υγείας, παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα το έτος 2000, το σύνολο των δαπανών υγείας αντιστοιχούσε στο 9,1% του ΑΕΠ (5,2 % ήταν δημόσιες και 3,9% ήταν ιδιωτικές). Στη δε Γαλλία, οι δαπάνες υγείας το ίδιο έτος αντιστοιχούσαν στο 9,5% του ΑΕΠ (6,2% δημόσιες και 3,3% ιδιωτικές). Από την άλλη μεριά, οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες στον κόσμο και αντιστοιχούσαν επίσης το ίδιο έτος στο 13% του ΑΕΠ (5,8% δημόσιες και 7,2% ιδιωτικές).

3) Από τα στοιχεία που έχουμε συγκεντρώσει για το ανθρώπινο δυναμικό και των τριών εξεταζόμενων χωρών, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι στην Ελλάδα υπάρχει υπερεπάρκεια γιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1999 αντιστοιχούσαν στη χώρα μας 4,4 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους και το 1996 3,7 νοσηλευτές/τριες ανά 1.000 κατοίκους. Αντίθετα στη Γαλλία το έτος 1998 υπήρχαν περίπου 3 γιατροί και 5,9 νοσηλευτές ανα 1.000 κατοίκους. Στη δε Αμερική, οι δείκτες γιατρών προς τον πληθυσμό είναι από τους χαμηλότερους μεταξύ των άλλων δύο ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα το 1999 υπήρχαν 2,8 γιατροί ανά 1.000 κατοίκους και το 1997 8,3 νοσηλευτές/τριες ανά 1.000 κατοίκους. Έχει εκτιμηθεί ότι στα νοσοκομεία των ΗΠΑ υπάρχουν 168.000 κενές θέσεις εργασίας όσον αφορά τι ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

4) Όσον αφορά τον τρόπο αμοιβής των γιατρών, στη χώρα μας οι γιατροί του ΕΣΥ είναι έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, με δυνατότητα επιπλέον αμοιβών κατά πράξη από την άσκηση απογευματινών ιατρικών εντός των νοσοκομείων. Οι δε ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι και μη με την κοινωνική ασφάλιση αμείβονται κατά πράξη. Στη Γαλλία και στην Αμερική, οι περισσότεροι γιατροί αμείβονται κατά πράξη. Μπορεί με τον τρόπο αμοιβής των

γιατρών στη χώρα μας , να μειώνεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης αλλά αυξάνεται το φαινόμενο της παραοικονομίας. Από την άλλη μεριά και στις δύο άλλες χώρες ναι μεν υπάρχει σε μεγάλο βαθμό η ελευθερία επιλογής αλλά προκαλείται έντονα η προκλητή ζήτηση και η ηθική βλάβη του ασφαλιστικού φορέα.

5) Τέλος ως προς τις νοσοκομειακές υποδομές κάθε χώρας, τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι κυρίως δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και κερδοσκοπικές κλινικές. Το 1999 λειτουργούσαν 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ και 218 ιδιωτικές κλινικές και 24 δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ(στρατιωτικά, του ΙΚΑ και Πανεπιστημιακά). Στη Γαλλία τώρα, το 2000 το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ήταν δημόσια και μόνο το 15,3% ανήκαν στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα. Στη δε Αμερική, λειτουργούν περίπου 5.900 νοσοκομεία, από τα οποία τα 747 είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά. Τα περισσότερα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από τις υψηλές επενδύσεις στην ακριβή τεχνολογία και από την ύπαρξη αυστηρών κριτηρίων ποιότητας.

Συμπερασματικά θα έλεγα ότι το ελληνικό σύστημα υγείας , εμφανίζει τα χαρακτηριστικά ενός μικτού συστήματος, όπου υπάρχει ίδια περίπου ποσοστιαία συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα. Το ποσοστό των δημοσίων δαπανών στη χώρα μας είναι το χαμηλότερο μεταξύ των άλλων δύο υπό εξέταση ευρωπαϊκών χωρών .Σε ότι αφορά τώρα τους ανθρώπινους πόρους η Ελλάδα παρουσιάζει υπερδιπλάσιο αριθμό στο ιατρικό σώμα σε σχέση με αυτούς που έχει πραγματικά ανάγκη. Ταυτόχρονα, σε σχέση με τη Γαλλία και την Αμερική υστερούμε σε νοσηλευτικό προσωπικό τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι γιατροί στη χώρα μας πληρώνονται κατά κανόνα με μισθό, γεγονός που ναι μεν σημαίνει απουσία του φαινομένου της προκλητής ζήτησης αλλά γεννά πράξεις που προσφεύγουν σε παραοικονομικές δραστηριότητες.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agency for Health Care Policy and Research (2002) Most Frequent Diagnoses and Procedures for DRGs, by Insurance Status.. Ανακτήθηκε στις 18-2-08
2. Carlson G (2007). What is a Health Maintenance Organization? State Health Education Specialist, University of Missouri Extension
3. Clarke E.G (1996), Century of American Medicine, Philadelphia H.C
4. Fulop T (2004). Health personnel for “health for all”: progress or stagnation? WHO Chronicle,40, part 1:194–199, part 2:222– 225
5. Karokis A., Sissouras A.(1994), «The Greek Health Care System», στο Health care systems in Seventeen Countries, OECD, Paris
6. La Santé de Français”, Haute Comité de la Santé Publique, Repères/La Découverte, Paris, 1998. Π.Ο.Υ «Υγεία 21. Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα», Τυπωθήτω/Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2002.
7. Lawrence F.W(2001), Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, MediForce, σελ 573-574
8. OECD, 1996, Health Data
9. OECD. Health Data 2002: A comparative analysis of 29 countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris, 2002
10. Saltman RB, Figueras J (eds). European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen, 1997
11. Social Security Amerika (2006), Medicare And Other Health Benefits, Your Guide To Who Pays First, <http://www.ssa.gov/multilanguage/Greek/10043-GR.pdf>, Ανάκτηση 21-2-08
12. T. Kieselbach, K. Sokou et al, (Eds) “Living on the Edge – An Empirical Analysis on Long-term Youth Unemployment and Social Exclusion in Europe” Lask and Budrich, Opladen 2001.
13. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. Health Affairs 1984, 3:6–31
14. WHO Health for all database, Regional Office for Europe
15. WHO(2005). Coordinated health and human resources development. Technical Report Series No 801

16. Wieners WW (ed). Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena. Jossey-Bass Inc, San Francisco, 2001
17. Αλεξιάδης Α(2000), Ιστορική Επισκόπηση Συστημάτων Διοίκησης Νοσοκομείων, ΕΑΠ
18. Δερβιτσιώτης, Κ. (2002), Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (2η έκδοση), Αθήνα: Interbooks
19. Ε. Μωραΐτης, Τ. Κουρή-Ζαραφωνίτη, Μ.Π. Μερκούρης(1990) Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1: 5-23,
20. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για Υγεία και Ασφάλεια(2004), Νομοθετήματα στην Ελλάδα, <http://gr.osha.europa.eu/legislation>, Ανάκτηση 22-2-08
21. Ζοπουνίδης Κ. Δούμπος Μ., «Αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε.», σε (επιμέλεια) Ζοπουνίδης Κ., Δούμπος Μ., Κοσμίδου Κ. «Τεχνοοικονομικές Αποφάσεις με Πολλαπλά Κριτήρια», Εκδόσεις Κλειδάριθμός, 2004
22. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)
23. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας : [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)
24. Κουσνέρ Μ(1996), Η Δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα
25. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ.(2002) Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα,
26. Κυριόπουλος Γ, Σουλιώτης Κ(2002) Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα
27. Κωνσταντοπούλου Α(2006), Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>
28. ΠΕΣΥΠ(2002), Κεντρικά και Περιφερειακά Όργανα, <http://www.pesy-pamth.gr/greek/resources.php>
29. Πολύζος Ν(2005). Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα
30. Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ(2002)., Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη
31. Τούντας Γ. Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. Ιατρική 2001, 79:215–217

32. Τριχόπουλος Δ(1982)., Επιδημιολογία, Λίτσας, Αθήνα
33. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ
34. Υπουργείο Υγείας (2005), Σύστημα Υγείας,  
<http://www.moh.gov.cy>, Ανακτήθηκε 20-2-08
35. Υπουργείο Υγείας (2005), Υγειονομικές Περιφέρειες,  
<http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio>, Ανακτήθηκε 20-2-08
36. Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν(1995). Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000. Έκθεση στη Διεύθυνση V της ΕΕ, Αθήνα