



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
ΣΤΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΓΙΑΝΝΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

Καλαμάτα 2008

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	1
Πίνακες	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο . Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα	5
Από την φιλανθρωπία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	5
Διακρίσεις της Υγειονομικής Περίθαλψης.....	8
Πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	8
Δευτεροβάθμια περίθαλψη	10
Τριτοβάθμια περίθαλψη.....	11
Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	11
Χρηματοδότηση συστήματος	19
Παράγοντες που επηρεάζουν την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.	20
Κρατική παρέμβαση.	21
Η κυριαρχία του καταναλωτή.....	21
Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα.....	21
Τα ασφαλιστικά ταμεία.....	22
Δημόσιος Τομέας.....	24
Κρατικός προϋπολογισμός.....	24
Ιδιωτικός τομέας και Ιδιωτικές δαπάνες.....	26
Διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....	27
Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	28
Σύνθεση και κατανομή δαπανών υγείας.....	32
Μορφές και χρηματοδότηση συστημάτων υγείας.....	33
Η χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων.....	34
Προβλήματα και εναλλακτικές λύσεις χρηματοδότησης.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο . Στατιστικά στοιχεία και δείκτες.....	38
Πληθυσμιακά στοιχεία.....	38
Υγειονομικό δυναμικό.....	43
Δαπάνες για την υγεία.....	46
Νοσηλευτική κίνηση.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο . Κριτική, συμπεράσματα, προτάσεις.....	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

Πίνακες

Πίνακας 1. Πληθυσμός στο έτη απογραφής.....	38
Πίνακας 2. Ο πληθυσμός της Αττικής.....	39
Πίνακας 3. Κατανομή ανδρών γυναικών.....	39
Πίνακας 4. Ηλικιακή κατανομή του Ελληνικού πληθυσμού.....	39
Πίνακας 5. Κατανομή πληθυσμού ανα Υψηλότητα.....	40
Πίνακας 6. Προσδοκόμενη ζωή Ελληνικού πληθυσμού	41
Πίνακας 7. Αριθμός θανάτων στο σύνολο της χώρας και στην Αττική	42
Πίνακας 8. Κατανομή θεραπειών ανά ειδικότητα.....	44
Πίνακας 9 . Κατανομή θεραπειών και κλινών ανά νομική μορφή (Σύνολο Χώρας και Αττική).....	45
Πίνακας 10. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας ιατρικού καινοσηλευτικού προσωπικού....	45
Πίνακας 11. Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	46

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία ενός ατόμου χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ή όχι πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο με την απλή απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας. Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, το καλό επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού απαιτεί την ύπαρξη κατάλληλων υλικοτεχνικών υποδομών, ικανό ανθρώπινο δυναμικό και επίσης πολιτικών προστασίας της υγείας, του περιβάλλοντος και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης.

Οι ταχύρρυθμα μεταβαλλόμενες συνθήκες του οικονομικού και τεχνολογικού περιβάλλοντος έχουν άμεση επίδραση στο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού για αυτό έχουν αναπτυχθεί συστήματα παρακολούθησης απόδοσης του συστήματος υγείας. Στόχος των συστημάτων αυτών είναι να προβλέπουν μελλοντικές ανάγκες, να εντοπίζουν σφάλματα ή παραλείψεις στο υπάρχον σύστημα και να τα διορθώνουν.

Οι μελλοντικές ανάγκες μπορεί να προέρχονται από δημογραφικές μεταβολές, όπως γήρανση πληθυσμού, από κοινωνικοοικονομικά γεγονότα, όπως κύματα μεταναστών, και από καθαρά ιατρικούς λόγους, όπως νέες ασθένειες. Τα σφάλματα μπορεί να οφείλονται στις διαδικασίες που ακολουθούνται, στην μη πλήρη εκπαίδευση του προσωπικού καθώς και σε πολιτικοοικονομικούς λόγους, όπως ελλιπή χρηματοδότηση. Τα συστήματα αυτά στηρίζονται για την αξιολόγηση του συστήματος σε στατιστικά στοιχεία που συλλέγονται από ειδικούς οργανισμούς (Στατιστικές Υπηρεσίες κρατών), από δειγματοληπτικές έρευνες και από εκθέσεις διεθνών Οργανισμών.

Στην Ελλάδα μετά την θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) έχει γίνει προσπάθεια τόνωσης της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Ένας από τους στόχους ήταν ο περιορισμός της μετακίνησης στα μεγάλα αστικά κέντρα για παροχή υπηρεσιών υγείας, γεγονός που προκαλούσε μεγάλο πρόβλημα στις νοσηλευτικές μονάδες των μεγάλων πόλεων. Το πρόβλημα αυτό παρουσιαζόταν τόσο με την μη ικανότητα παροχής υπηρεσιών όσο και με την μειωμένη ποιότητα των υπηρεσιών αυτών.

Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια της Αττικής. Η αξιολόγηση αυτή θα στηριχθεί σε κατάλληλους δείκτες και στατιστικά αποτελέσματα.

Στην διαδικασία αξιολόγησης θα εντοπιστούν επιμέρους προβλήματα τα οποία θα καταγραφούν και για τα οποία θα γίνουν προτάσεις επίλυσης τους. Αυτό αποτελεί και τον βασικό δευτερεύον στόχο της εργασίας.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων πραγματοποιήθηκε έρευνα η οποία στηρίχτηκε σε στοιχεία από διοικητικές πηγές, όπως το Υπουργείο Υγείας, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Η περίοδος που εξετάστηκε αφορούσε τη χρονολογική περίοδο μετά τη θέσπιση του Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) στην Ελλάδα. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής και δημιουργίας των κατάλληλων χρονολογικών σειρών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια περιγραφή του συστήματος υγείας στη Ελλάδα, των φορέων παροχής πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς περίθαλψης. Τέλος γίνεται μια συνοπτική περιγραφή του ελεγκτικού φορέα (Υπουργείο Υγείας) και παρουσιάζεται ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνονται ποσοτικά στοιχεία για την μέτρηση των αναγκών και των υπάρχοντων υποδομών καθώς επίσης και δείκτες για το επίπεδο υπηρεσιών και υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικά συμπεράσματα της ανάλυσης του δεύτερου κεφαλαίου, καταγράφονται τα προβλήματα και δίνονται προτάσεις για την επίλυση τους.

Η φιλοδοξία της εργασίας όπως και όσων θα πραγματοποιηθούν στ μέλλον είναι να συμβάλλει στη συγκριτική μελέτη και στην εξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων που θα παράγουν όπως πάντα γνώσεις, κριτική σκέψη και προβληματισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται γίνεται μια ιστορική αναδρομή στα συστήματα μονάδων υγείας, παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά τους καθώς επίσης και το τι ισχύει στην Ελλάδα.

Από την φιλανθρωπία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο τομέας της υγείας είναι ένα πρόβλημα σοβαρό, διαφορετικής βαρύτητας για κάθε χώρα. Η διαφορά έγκειται στον τρόπο που έχει οργανωθεί η παροχή υγείας σε σχέση με τον γεωγραφικό χώρο, το κλίμα, το βαθμό ανάπτυξης της περιοχής, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, τις πολιτικές συνήθειες, τα ήθη και τα έθιμα του τόπου. Στις αναπτυγμένες χώρες για παράδειγμα υπάρχει ένας μηχανισμός υγείας που έχει μακρά ιστορία και απορροφά ένα μεγάλο τμήμα των εθνικών πόρων.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οργάνωση των συστημάτων υγείας βρίσκεται σε νηπιακή ηλικία. Έτσι, σύνηθες είναι το φαινόμενο να επιχειρείται η αντιγραφή άλλων συστημάτων, που με την σειρά τους προκαλούν παρενέργειες που συνήθως οδηγούν σε κατασπατάληση πόρων και αποτυχία.

Οι κυβερνήσεις ωθούνται να χαράξουν πολιτική υγείας και να ασκήσουν είτε κύριο ρόλο είτε συμβουλευτικό στην εφαρμογή της πολιτικής υγείας. Το κυρίαρχο σύστημα στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι αυτό όπου η υγεία παρέχεται κυρίως από την πολιτεία με εναλλαγές στο βαθμό ελέγχου επί των νοσοκομειακών μονάδων και εν μέρει από την ιδιωτική πρωτοβουλία.

Οι πρώτες μορφές οργανωμένων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζονται στην Αρχαία Ελλάδα με τα Ασκληπιεία, τα Ιδιωτικά Ιατρεία και αργότερα, στη Ρωμαϊκή ιστορική περίοδο με τα Valetudinarian. Στη βυζαντινή περίοδο οι πρώτες υποτυπώδεις νοσοκομειακές μονάδες εμφανίστηκαν στα τέλη του 4^{ου} μ.Χ. αιώνα και ήταν δημιουργήματα της εκκλησίας. Στόχος αυτών των μονάδων δεν ήταν η θεραπεία αλλά η φιλανθρωπία. Η εγκατάσταση τους γινόταν μέσα ή κοντά σε μεγάλα μοναστηριακά συγκροτήματα.

Οι πρώτες μορφές οργανωμένων μονάδων υγείας τόσο στην Ευρώπη όσο στις ΗΠΑ εμφανίζονται με την λειτουργία των πτωχοκομείων και των λοιμοκαθαρηθρίων στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης τον 15^ο και 16^ο αιώνα και των ΗΠΑ τον 18^ο αιώνα. Τα πτωχοκομεία ήταν οργανωμένα συγκροτήματα κτιρίων που κυρίως λειτουργούσαν με

την βοήθεια των τοπικών αρχών αλλά και θρησκευτικών και φιλανθρωπικών οργανώσεων της εποχής. Στόχος των πτωχοκομείων ήταν η προμήθεια τροφής και στέγης σε άπορους κατοίκους καθώς και η φιλοξενία ηλικιωμένων, αρρώστων με χρόνιες και ανίατες παθήσεις, ατόμων με διανοητικά προβλήματα αλλά και ορφανά. Η ιατρική φροντίδα ήταν δευτερεύων σκοπός. Τα *λοιμοκαθατήρια* λειτουργούσαν κυρίως σε μεγάλες αστικές πόλεις και λιμάνια. Οργανώνονταν κυρίως από τις τοπικές κυβερνήσεις και στόχο τους είχαν ν' απομονώσουν τα άτομα εκείνα που είχαν προσβληθεί από λοιμώδη νοσήματα. Συνήθως λειτουργούσαν κατά την διάρκεια εμφάνισης λοιμωδών νοσημάτων και επιδημιών και διέκοπταν την λειτουργία τους όταν ο κίνδυνος από λοιμώδη νοσήματα και επιδημίες δεν υφίστατο πλέον. Όπως και στα πτωχοκομεία έτσι και στα λοιμοκαθατήρια προείχε η απομόνωση των μολυσμένων και ο έλεγχος της εξάπλωσης και κατά δεύτερον η ιατρική φροντίδα των ασθενών.

Τα πρώτα οργανωμένα θρησκευτικά ή και κοινοτικά νοσοκομεία στη Ευρώπη εμφανίζονται στα μέσα του 16^{ου} αιώνα ενώ στην Αμερική πρωτοεμφανίζονται στα μέσα του 17^{ου} αιώνα. Το κύριο χαρακτηριστικό των πρώτων νοσοκομείων στην Ευρώπη ήταν ότι η πλειοψηφία τους λειτουργούσε υπό την εποπτεία της εκκλησίας, αντίθετα από την Αμερική όπου τα νοσοκομεία ήταν υπό την εποπτεία κυρίως από φιλανθρωπικές ομάδες. Τα εθελοντικά νοσοκομεία δέχονταν ασθενείς άπορους και επί πληρωμή, με επείγουσες ασθένειες και τραύματα. Αντίθετα, τα κυβερνητικά νοσοκομεία είχαν την ευθύνη λειτουργίας νοσοκομείων για ασθενείς με διανοητικές και μολυσματικές ασθένειες. Αυτού του είδους τα νοσοκομεία προσέφεραν καλύτερες υπηρεσίες από τα πτωχοκομεία και λοιμοκαθατήρια.

Από τα μέσα του 18^{ου} αιώνα μ.Χ. άρχισαν να διαμορφώνονται οι πρώτες βασικές αρχές για το σχεδιασμό των νοσοκομειακών μονάδων. Η νοσοκομειακή μονάδα της εποχής βασιζόταν στην οργάνωση περιπτέρων, με τη μορφή ανοιχτών θαλάμων η όπως αποκαλείται « θάλαμος Nightingale ». Το 1930 άρχισαν να μεταβάλλονται και οι νοσοκομειακές μονάδες άρχισαν να παίρνουν σύγχρονο σχήμα. Οι βελτιώσεις των μεθόδων και παρερχομένων υπηρεσιών επηρεάστηκαν από την κοινωνική αποδοχή ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό, από την άμεση χρηματοδότηση προγραμμάτων κατασκευής νοσοκομειακών μονάδων από το κράτος, από την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης αλλά και την εφαρμογή συστημάτων υψηλής τεχνολογίας στις νοσοκομειακές μονάδες.

Σήμερα το σύστημα των νοσοκομείων μαζί με τους συμπληρωματικούς κλάδους που απασχολεί (φαρμακοβιομηχανία, βιομηχανία ιατρικού εξοπλισμού) είναι από τους πλέον δυναμικούς κλάδους της οικονομίας, αφού κατά μέσο όρο απασχολούν το 5-8% του

ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 8-12% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος στις προηγμένες βιομηχανικά χώρες. Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη τείνουν να ξεπεράσουν το 50% των συνολικών δαπανών για υγεία.

Η εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα περιλαμβάνει τέσσερις περιόδους: *περίοδος Φιλανθρωπίας, περίοδος κρατικής παρέμβασης, περίοδος αποκέντρωσης Νοσοκομειακής περίθαλψης και περίοδος του Ε.Σ.Υ.*

Η περίοδος φιλανθρωπίας, που ξεκινά από τη σύσταση του Ελληνικού κράτους και διαρκεί περίπου μέχρι το 1909, χαρακτηρίζεται από την μηδενική κρατική παρέμβαση. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν κυρίως θέμα φιλανθρωπίας και εκδηλωνόταν ιδιαίτερα με δωρεές ευεργετών.

Η περίοδος της κρατικής παρέμβασης, που ξεκινά το 1909 μέχρι το 1952. Στη περίοδο αυτή οργανώνονται τα στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία, τα οποία παρέχονται χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες σε σχέση με τις ευρωπαϊκές μονάδες της εποχής. Την ίδια περίοδο λειτουργούν και τα πρώτα μη στρατιωτικού χαρακτήρα νοσοκομεία με την βοήθεια της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, όπως ο Ερυθρός Σταυρός, Ευαγγελισμός, που παρείχαν υψηλού επιπέδου περίθαλψη και θεραπεία. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται και για την ουσιαστική νομοθετική παρέμβαση του κράτους σε θέματα νοσοκομειακής περίθαλψης, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η περίοδος της Αποκέντρωσης Νοσοκομειακής περίθαλψης, που ξεκινάει το 1953 και ολοκληρώνεται το 1982, χαρακτηρίζεται από την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Βασικό στοιχείο της περιόδου αυτής είναι η ψήφιση του νόμου 2592/1953 « περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως » που κατανέμει τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών υγείας κατά υγειονομικές περιφέρειες με βάση τον πληθυσμό, την νοσηρότητα κ.τ.λ.

Η περίοδος του Ε.Σ.Υ., ξεκινάει το 1982 με τη ψήφιση του νόμου 1397/83, ο οποίος τροποποιήθηκε με τους νόμους, 2071/92 και 2889/2001. Οι νόμοι αυτοί καθορίζουν το νέο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Χαρακτηρίζεται από κρατικό παρεμβατισμό στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία εντάσσονται και αυτά στις διατάξεις του νόμου 2592/53.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 130 νοσοκομειακές μονάδες από τις οποίες 105 είναι Γενικές και 25 Ειδικευμένες, χωρίς να περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία.

Διακρίσεις της Υγειονομικής Περίθαλψης

Η υγειονομική φροντίδα και το σύστημα περίθαλψης εξαρτώνται από την πολιτική που αναπτύσσει κάθε χώρα. Η επιτυχία όμως της υγειονομικής πολιτικής εξαρτάται από την καλή διοίκηση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, από την παραγωγική αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής, την κατάλληλη περιφερειακή κατανομή του δυναμικού και την αποτελεσματική χρηματοδότηση.

Για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας πρέπει το σύστημα να διαρθρωθεί δομικά σε τρία επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Το *πρωτοβάθμιο* (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) το οποίο καλύπτει τις ανάγκες μιας περιοχής μέχρι 50.000 ατόμων και προσφέρει βασικές, κοινωνικές και προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Το *δευτεροβάθμιο* (νοσοκομειακή περίθαλψη), το οποίο καλύπτει νοσοκομειακές ανάγκες μιας μεγαλύτερης περιοχής μέχρι 500.000 ατόμων και προσφέρει νοσοκομειακές υπηρεσίες από ειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό (παιδιάτρους, γυναικολόγους, αναισθησιολόγους κτλ.). Και το *τριτοβάθμιο* (πανεπιστημιακή περίθαλψη) το οποίο καλύπτει τις ανάγκες μιας περιφέρειας 500.000-5.000.000 ατόμων και απευθύνεται σε ειδικές περιπτώσεις που απαιτούν πανεπιστημιακές γνώσεις και υψηλή τεχνολογική υποδομή για διάγνωση και θεραπεία.

Τα κάθε επίπεδο δεν είναι ανεξάρτητο από τα άλλα, απλώς αποτελεί μια οργανωτική προέκταση και τα τρία μαζί αποτελούν τα δομικά χαρακτηριστικά σε κάθε σύστημα υγείας.

Μια δεύτερη ταξινόμηση των μονάδων υγείας, σύμφωνα με την νομική τους μορφή είναι σε Ιδιωτικά και Δημόσια Ιδρύματα και Οργανισμούς.

Όλες οι μονάδες υγείας βρίσκονται υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) το 1978 καθόρισε τις βασικές προϋποθέσεις για την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Οι θεμελιώδεις αρχές όπου βασίζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι 5, ανεξάρτητα από τις διαφορές μεταξύ των υγειονομικών συστημάτων, που αποτελούν τα κύρια κοινά χαρακτηριστικά σε όλα τα πρωτοβάθμια συστήματα. Οι αρχές αυτές είναι:

- **Διαθεσιμότητα.** Με τον όρο διαθεσιμότητα εννοούμε την δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υγείας 24 ώρες ημερησίως. Αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλης κτιριακής υποδομής και κατάλληλο προγραμματισμό του ωραρίου του προσωπικού.
- **Προσπελασιμότητα.** Με τον όρο προσπελασιμότητα εννοούμε την παροχή υπηρεσιών υγείας όταν και όπου οι πολίτες την χρειαστούν. Η αρχή αυτή προϋποθέτει ορθολογικό περιφερειακό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξη του οδικού δικτύου και των επικοινωνιακών μέσων.
- **Συνέχεια.** Με τον όρο συνέχεια εννοούμε την δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας, μακροχρόνια και επίσης την στενή παρακολούθηση όχι μόνο των ασθενών μιας κοινότητας αλλά όλων των μελών της. Η αρχή αυτή προϋποθέτει τόσο την υγειονομική αναπτυξη των υπηρεσιών αλλά ταυτόχρονα και τη διαρκή επικοινωνία με το πληθυσμό της κοινότητας.
- **Σύνδεση.** Με τον όρο σύνδεση εννοείται η σύνδεση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις άλλες βαθμίδες του συστήματος. Η αρχή αυτή προϋποθέτει ένα καλά οργανωμένο σύστημα παραπομπής των ασθενών από τους γενικούς γιατρούς προς τους ειδικευμένους. Το σύστημα παραπομπής βασίζεται στη συνεχή ροή πληροφοριών, για το που υπάρχουν οι συγκεκριμένες ειδικές υπηρεσίες και πως λειτουργούν.
- **Αξιολόγηση.** Με τον όρο αυτό εννοείται η οικονομική και κοινωνική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο. Η αρχή αυτή προϋποθέτει αξιολόγηση με ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους, για να διερευνηθεί το οικονομικό και κοινωνικό όφελος, που προκύπτει.

Στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Οι δημόσιοι φορείς είναι οι υγειονομικοί σταθμοί, τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι κινητές μονάδες για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού και νησιωτικού πληθυσμού. Ιδιωτικοί φορείς είναι τα ιατρεία και οδοντιατρεία, τα πολυιατρεία, τα οδοντιατρικά κέντρα, τα διαγνωστικά εργαστήρια, τα πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια φυσιοθεραπείας.

Όπως ορίζει και τα άρθρα 14 και 15 του Ν.1798/83, σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι :

- Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού τη περιοχής ευθύνης τους.

- Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας του Υπουργείου Υγείας.
- Η νοσηλεία και η παρακολούθηση των ασθενών, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο στο σπίτι.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο.
- Η διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η παροχή φαρμάκων, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.
- Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Σε αυτό το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται το Γενικό Νοσοκομείο στο οποίο μπορούν να προσέλθουν ασθενείς από την ευρύτερη περιφέρεια όταν είναι αναγκαία μια πλέον πολύπλοκη διάγνωση ή θεραπεία. Τα νοσοκομεία είναι αναπόσπαστο τμήμα της περίθαλψης ασθενών αφού σχεδόν τις περισσότερες φορές ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών χρειάζεται ειδικευμένη διάγνωση και τεχνικά μέσα που είναι συγκεντρωμένα στα νοσοκομεία.

Τριτοβάθμια περίθαλψη

Αναπτύσσοντας την πρώτη βαθμίδα υγειονομικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, την δεύτερη βαθμίδα σε επίπεδο επαρχίας, ο τρίτος βαθμός νοσοκομειακής περίθαλψης αναπτύσσεται σε επίπεδο περιφέρειας με την ανάπτυξη νοσοκομείων υψηλής ειδίκευσης. Αυτά τα νοσοκομεία είναι συνήθως μεγαλύτερου μεγέθους των γενικών νοσοκομείων, και δίνουν έμφαση και στην εκπαίδευση γιατρών.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προσδιορίζει επακριβώς την πολιτική της Κυβέρνησης σε θέματα υγείας. Στόχος του επίσης είναι να συντονίζει και να εποπτεύει την εφαρμογή της πολιτικής αυτής, καθώς επίσης να λαμβάνει νομοθετικές πρωτοβουλίες.

Η δομή του Υπουργείου είναι η εξής:

Πολιτικός προϊστάμενος του Υπουργείου είναι ο Υπουργός με βασική ευθύνη για τον καθορισμό της πολιτικής της Κυβέρνησης σε θέματα Υγείας. Ο Υπουργός μπορεί να μεταβιβάσει αρμοδιότητες στους Αναπληρωτές Υπουργούς και Υφυπουργούς. Αμέσως μετά στην ιεραρχία είναι ο *Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου* που προΐσταται των Υπηρεσιών του Υπουργείου και έχει την ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία τους. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης της οποίας ο Γενικός Γραμματέας εισηγείται για τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα πρόνοιας.

Οι Γενικές Διευθύνσεις του Υπουργείου είναι αρμόδιες για την παρακολούθηση, το συντονισμό της λειτουργίας και τον έλεγχο των Διευθύνσεων και Υπηρεσιών, που υπάγονται σε αυτές, την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων και υποθέσεων της αρμοδιότητάς τους, κατά τον προσφορότερο τρόπο. Είναι επίσης αρμόδιες, να μεριμνούν και να προβαίνουν:

- Στη μελέτη και εισήγηση για την επίλυση των προβλημάτων της αρμοδιότητάς τους.
- Στην παροχή κατευθύνσεων και οδηγιών για τα θέματα της αρμοδιότητάς τους.
- Στην παρακολούθηση της επίλυσης των θεμάτων ή αιτημάτων, τα οποία υποβάλλουν άλλα Υπουργεία, Υπηρεσίες και Οργανισμοί καθώς και στην παροχή απαραίτητων στοιχείων και πληροφοριών.
- Την παρακολούθηση, μελέτη και έρευνα των υποθέσεων των θεμάτων και ζητημάτων, τα οποία σχετίζονται με τις ξένες Χώρες και τους Διεθνείς

Οργανισμούς με σκοπό την εκτίμηση της θέσης κάθε Χώρας και Διεθνούς Οργανισμού στη διεθνή κοινωνία και της σημασίας που έχουν για την Ελλάδα, για τη διαμόρφωση της ακολουθητέας πολιτικής στις διακρατικές σχέσεις, καθώς και για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την περιφρούρηση και εξασφάλιση των εθνικών και κρατικών συμφερόντων επί θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου.

- Τη συνεργασία με την Ειδική Υπηρεσία σχεδιασμού, τεκμηρίωσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης των ασκουμένων πολιτικών μεριμνούν για:
 - α. Τη μελέτη και εισήγηση προκειμένου να προσδιορισθούν οι εθνικοί στόχοι και οι μέθοδοι για την επίτευξή τους.
 - β. Τη μελέτη και τον προσδιορισμό των συνεπειών στα προβλήματα και υποθέσεις της αρμοδιότητάς τους από την ακολουθούμενη ή ακολουθητέα πολιτική.

Οι διευθύνσεις που έχουν άμεση σχέση με τις μονάδες υγείας είναι οι εξής:
Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, που την συγκροτούν τα εξής Τμήματα:

- Τμήμα Οργάνωσης Νοσοκομείων
- Τμήμα Λειτουργίας Νοσοκομείων
- Τμήμα Αιμοδοσίας
- Τμήμα Παροχής Άμεσης Βοήθειας
- Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών

Η αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας αναφέρεται στα θέματα, που κατανέμονται στα Τμήματά της, ως εξής:

Τμήμα Οργάνωσης Νοσοκομείων

Η άσκηση της εποπτείας και ελέγχου των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. και των επιχορηγούμενων από το κράτος Ν.Π.Ι.Δ. πλην των μονάδων Υγείας αρμοδιότητας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Ψυχικής Υγείας.

Ο προγραμματισμός ίδρυσης και ανάπτυξης Νοσοκομειακών Μονάδων Ε.Σ.Υ. καθώς και ο προγραμματισμός και η λήψη μέτρων για την υλοποίηση των προγραμμάτων ίδρυσης και ανάπτυξης των νοσοκομειακών μονάδων και ο προσδιορισμός της λειτουργίας και λειτουργικής διασύνδεσής τους και με άλλα νοσοκομεία ή με μονάδες και δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας του Ε.Σ.Υ. ύστερα από πρόταση της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας για ό,τι αφορά τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας των Γενικών Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Η πρόταση προς τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για ό,τι αφορά τα Κέντρα Υγείας.

Η σύσταση, μεταφορά, κατάργηση, συγχώνευση νοσοκομείων ή τμημάτων αυτών, θέσεων:

α. γιατρών Ε.Σ.Υ.

β. ειδικευομένων γιατρών σε μονάδες υγείας του Ε.Σ.Υ. και λοιπές υπηρεσίες.

γ. εξειδικευμένων γιατρών και

δ. επιστημονικού και λοιπού προσωπικού.

Η έκδοση του ενιαίου πλαισίου οργάνωσης των νοσοκομείων, του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας τους και των οργανισμών τους.

Η έγκριση σύστασης ιδρυμάτων και μετατροπής των καταστατικών ή κανονισμών τους, στο σκοπό των οποίων περιλαμβάνεται η παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η έγκριση οργάνωσης και λειτουργίας Μονάδων Αποκατάστασης και αποθεραπείας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Ο καθορισμός των νοσηλίων και η έκδοση αποφάσεων, που προβλέπονται από το άρθρο 28 του Ν.2519/1997 και αφορούν έσοδα νοσοκομείων σε συνεργασία με τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Ψυχικής Υγείας.

Η επεξεργασία και προώθηση των διαδικασιών εφαρμογής διεθνών συμβάσεων σε θέματα περίθαλψης και νοσηλείας.

Ο καθορισμός των ομάδων πληθυσμού ή ατόμων, που τους παρέχεται δωρεάν νοσηλεία και περίθαλψη καθώς και η έκδοση σχετικών αποφάσεων για κάλυψη εξόδων σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού ή άλλων προγραμμάτων.

Η ίδρυση, οργάνωση, χορήγηση και ανάκληση άδειας λειτουργίας Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και ο επιστημονικός έλεγχος αυτών.

Η παρακολούθηση και προώθηση εισηγήσεων για τον εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας, που αφορά τις μεταμοσχεύσεις σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και τις προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Η έγκριση αποφάσεων των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων παροχής μετανοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας.

Η τήρηση μητρώου Νοσοκομειακών Μονάδων Ε.Σ.Υ. και επιχορηγούμενων Ν.Π.Ι.Δ.

Τμήμα Λειτουργίας Νοσοκομείων

- Ο προγραμματισμός για τη δημιουργία και ανάπτυξη υποδομής των νοσοκομείων, η έγκριση σκοπιμότητας εκτέλεσης έργων στον τομέα αυτό ύστερα από γνωμοδότηση της Διεύθυνσης Τεχνικών Υπηρεσιών, η παρακολούθηση υλοποίησής τους καθώς και η πρόταση για την επιχορήγησή τους από πιστώσεις του κρατικού προϋπολογισμού, του Π.Δ.Ε. ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή εσόδων.

- Ο προγραμματισμός προμήθειας πάσης φύσεως εξοπλισμού των νοσοκομείων, η έγκριση σκοπιμότητας προμήθειας αυτού ύστερα από γνωμοδότηση του Τμήματος Μελετών και Προδιαγραφών Βιοϊατρικής Τεχνολογίας της Διεύθυνσης Τεχνικών Υπηρεσιών για την πρόσκτηση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και η πρόταση για την επιχορήγησή τους από πιστώσεις του κρατικού προϋπολογισμού, του Π.Δ.Ε. ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή εσόδων.
- Στον εν λόγω εξοπλισμό περιλαμβάνονται και οι εγκρίσεις σκοπιμότητας των πάσης φύσεως οχημάτων των νοσοκομείων συμπεριλαμβανομένης της διαδικασίας προς το αρμόδιο Υπουργείο και τις Περιφέρειες, εξαιρουμένων των ασθενοφόρων οχημάτων και των κινητών μονάδων επείγουσας βοήθειας και των κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Η σύνταξη και υποβολή των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού δαπανών, σε ό,τι αφορά την ίδρυση, οργάνωση, λειτουργία, ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού των νοσοκομείων (Ν.Π.Δ.Δ. και Ι.Δ.), εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων νοσηλείας καθώς και έκδοση εγκρίσεων σκοπιμότητας και προτάσεων επιχορήγησής τους.
- Η έγκριση για τη διάθεση και κατανομή των αντίστοιχων πιστώσεων, που γράφονται στον τακτικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό των Δημοσίων Επενδύσεων στα Ν.Π.Δ.Δ. και Ι.Δ., που εποπτεύονται από τη Διεύθυνση και στη ΔΕΠΑΝΟΜ.
- Η έγκριση των πράξεων των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων περί αποδοχής πάσης φύσεως δωρεών εκτός ακινήτων.
- Η έγκριση για τη διάθεση ειδών εξοπλισμού από Νοσοκομεία κατά κυριότητα ή για χρήση σε άλλα νοσοκομεία.
- Κάθε άλλη σχετική με τα θέματα λειτουργίας των νοσοκομείων αρμοδιότητα.

Τμήμα Αιμοδοσίας

- Ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων ίδρυσης και χορήγησης αδειών λειτουργίας Κέντρων και Σταθμών Αιμοδοσίας, Κέντρων Παρασκευής Παραγώγων Αίματος καθώς επίσης και ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας.
- Η ίδρυση, οργάνωση και χορήγηση άδειας λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας, των Κέντρων Αιμοδοσίας και Σταθμών Αιμοδοσίας, που λειτουργούν σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ν.Δ. 2592/1953, σε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου και σε Κέντρα Παρασκευής Παραγώγων Αίματος.

Τμήμα Παροχής Άμεσης Βοήθειας

- Ο προγραμματισμός για τη δημιουργία και ανάπτυξη υποδομής του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) και των παραρτημάτων του, η έγκριση σκοπιμότητας εκτέλεσης έργων στον τομέα αυτό και η παρακολούθηση υλοποίησής τους.
- Ο τρόπος διακίνησης των εκτάκτων περιστατικών και της παροχής επείγουσας ιατρικής βοήθειας, στα πλαίσια λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Β. και των Κέντρων Άμεσης Βοήθειας (Κ.Α.Β.) της χώρας.

Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών

- Η χορήγηση εγκρίσεων που αφορούν στην ίδρυση, λειτουργία, επέκταση και εν γένει τροποποίηση του λειτουργικού πλαισίου των Ν.Π.Ι.Δ. άρθρου 52 Ν. 2071/1992 και των ιδιωτικών κλινικών σύμφωνα με τις ειδικές διατάξεις, που τις διέπουν.
- Η άσκηση εποπτείας και ελέγχου και ο καθορισμός της διαδικασίας λειτουργίας των ανωτέρω μονάδων υγείας, που λειτουργούν με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας και επιμέλεια για κάθε θέμα που ανακύπτει από τη μη εναρμόνιση της λειτουργίας των ως άνω μονάδων υγείας με τη σχετική νομοθεσία.

Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

Η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Υγείας του Υπουργείου και απαρτίζεται από το Τμήμα Νοσοκομειακής Περίθαλψης και το Τμήμα Εξωνοσοκομειακής Προστασίας και έχει στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του συνόλου του πληθυσμού, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Η διεύθυνση επικεντρώνεται στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της ανάπτυξης δομών και υποδομών σε όλη τη χώρα, που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη. Η διεύθυνση αυτή είναι υπεύθυνη για την υλοποίηση του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Ψυχαργός» που έχει δεκαετή χρονικό ορίζοντα, αναθεωρείται ανά πενταετία. Η διεύθυνση επίσης εποπτεύει τη λειτουργία των μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Μονάδες ψυχικής υγείας είναι σύμφωνα με το Ν.2716/99 τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές

Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Η εποπτεία ασκείται μέσω καθορισμού όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας αυτών των μονάδων και προσδιορισμού κριτηρίων ποιοτικής παροχής υπηρεσιών. Εκτός του τρόπου λειτουργίας η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική διαχείριση πλην των μονάδων ψυχικής υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων.

Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συγκροτούν τα εξής Τμήματα:

- α. Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων
- β. Τμήμα Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα
- γ. Τμήμα Κατάρτισης Προγραμμάτων

Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων που έχει στόχο την μελέτη, αξιολόγηση στοιχείων, την χωροταξική κατανομή, τους κανονισμούς λειτουργίας και τον γενικότερο προγραμματισμό του έργου των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, Δίκτυα και λοιπές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης στην διεύθυνση αυτή γίνεται ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων οργάνωσης και λειτουργίας των ανωτέρω Μονάδων και η έκδοση και προώθηση των Οργανισμών τους. Ύστερα από πρόταση της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας γίνεται :

- Ο προγραμματισμός ίδρυσης και ανάπτυξης των ανωτέρω Μονάδων (εγκρίσεις σκοπιμότητας), ο προγραμματισμός και η λήψη μέτρων, για την υλοποίηση των προγραμμάτων ίδρυσης και ανάπτυξής τους και ο προσδιορισμός της οργάνωσης, λειτουργίας και λειτουργικής διασύνδεσής τους και με άλλες Μονάδες και Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Ο προγραμματισμός προμήθειας πάσης φύσεως εξοπλισμού των ανωτέρω Μονάδων, η έγκριση σκοπιμότητας για την προμήθεια αυτού, καθώς και η πρόταση για την ένταξη των προγραμμάτων εξοπλισμού στο Πρόγραμμα

Δημοσίων Επενδύσεων ή για την επιχορήγησή τους από πιστώσεις του κρατικού προϋπολογισμού και με γνωμοδότηση του Τμήματος Μελετών και Προδιαγραφών Βιοϊατρικής Τεχνολογίας της Διεύθυνσης Τεχνικών Υπηρεσιών για ό,τι αφορά τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

- Ο προγραμματισμός και η έγκριση σκοπιμότητας για την ανάπτυξη υποδομών επεξεργασίας αποβλήτων (στερεά, υγρά, αέρια) ύστερα από γνώμη της Διεύθυνσης Υγιεινής Περιβάλλοντος.
- Η σύσταση, μεταφορά, κατάργηση, συγχώνευση των ανωτέρω Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως και θέσεων των γιατρών Ε.Σ.Υ. και του λοιπού προσωπικού.
- Ο καθορισμός ωραρίου τακτικής λειτουργίας, τρόπου εφημερίας και κάθε άλλης σχετικής λεπτομέρειας.
- Ο καθορισμός των νοσηλίων και η έκδοση των αποφάσεων, που προβλέπονται από το άρθρο 28 του Ν.2519/1997 και αφορούν έσοδα μονάδων υγείας αρμοδιότητας της Διεύθυνσης σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας.
- Ο καθορισμός τρόπου λειτουργίας και στελέχωσης Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η χορήγηση άδειας αυτών.
- Ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων οργάνωσης και λειτουργίας μονάδων αποκατάστασης και αποθεραπείας στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Ν. 2519/1997).
- Ο προγραμματισμός και η πρόταση στο Τμήμα Παροχής Άμεσης Βοήθειας της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας για την προμήθεια ασθενοφόρων αυτοκινήτων και κινητών μονάδων επείγουσας βοήθειας των ανωτέρω Υπηρεσιών Υγείας για την ένταξή τους στο Π.Δ.Ε. ή για την επιχορήγησή τους από πιστώσεις του τακτικού προϋπολογισμού.
- Ο καθορισμός κριτηρίων διαδικασίας και κάθε άλλης λεπτομέρειας επιλογής των οικογενειακών γιατρών καθώς και οργάνωσης και λειτουργίας των ιατρείων τους και του πλαισίου άσκησης των καθηκόντων τους, ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ.Π
- Η άσκηση εποπτείας και ελέγχου των ανωτέρω Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε ό,τι αφορά την οργάνωση και λειτουργία τους και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ.

- Η μελέτη και ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων παροχής της ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης στις ανωτέρω Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Ο καθορισμός των ομάδων πληθυσμού ή ατόμων που τους παρέχεται δωρεάν νοσηλεία και περίθαλψη.
- Η φροντίδα για κάθε άλλο θέμα, που αναφέρεται στη σύσταση, οργάνωση, λειτουργία και ανάπτυξη

Τμήμα Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα με στόχο τον καθορισμό των όρων και προϋποθέσεων για χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας διαγνωστικών μονάδων υγείας, μονάδων χρόνιας αιμοκάθαρσης, ιατρείων, εργαστηρίων (φυσικοθεραπείας, φυσικοθεραπευτηρίων, αισθητικών, οδοντοτεχνιτών, καταστημάτων οπτικών ειδών) και γραφείων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας.

Επίσης γίνεται :

- Ο καθορισμός προδιαγραφών εγκατάστασης και λειτουργίας των απαιτούμενων προϋποθέσεων και των δικαιολογητικών καθώς και της διαδικασίας για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των μονάδων αδυνατίσματος και των διαιτολογικών μονάδων ως και της διαδικασίας ελέγχου νομιμότητας της λειτουργίας τους και της προθεσμίας για την έκδοση άδειας λειτουργίας των μονάδων αυτών
- Ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων οργάνωσης, λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών υγείας από τις ανωτέρω μονάδες.
- Η χορήγηση άδειας λειτουργίας μονάδων αδυνατίσματος και διαιτολογικών μονάδων οποιασδήποτε μορφής.
- Η πρόταση προς τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας για την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων ιδιωτών.
- Η τήρηση μητρώου ιδιωτικών μονάδων αρμοδιότητας του Τμήματος.

Τμήμα Κατάρτισης Προγραμμάτων, με στόχο :

- Οι πάσης φύσεως αρμοδιότητες σχετικές με την πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Η μελέτη εφαρμογής προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ειδικές ομάδες πληθυσμού.
- Η παρακολούθηση της εφαρμογής των προγραμμάτων πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης στα Κέντρα Υγείας, στα Περιφερειακά Ιατρεία και στο σπίτι.

- Ο καθορισμός τρόπου οργάνωσης, προϋποθέσεων, όρων και διαδικασίας από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και υπηρεσιών κατTM οίκον νοσηλείας.
- Η ανάπτυξη και παρακολούθηση εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης
- Η μελέτη, ο καθορισμός και η εφαρμογή προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, που εντάσσονται στον τομέα Γενετικής και Ευγονικής (προγεννητικός έλεγχος, τεχνητή γονιμοποίηση, περιγεννητική αγωγή, προβλήματα γονιμότητας, στειρότητας, μελέτη και οργάνωση προώρων και προβληματικών νεογνών στα μεγάλα αστικά κέντρα).
- Η κατάρτιση, η παρακολούθηση και η υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, για την εν γένει ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδικού πληθυσμού, των νηπιαγωγείων, των δημοτικών σχολείων των γυμνασίων και των λυκείων.
- Η συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων, που αφορούν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των παιδιών σχολικής ηλικίας και των εκπαιδευτικών λειτουργών καθώς και τις γενικές προληπτικές εξετάσεις των μαθητών με βάσιμο τηρούμενο δελτίο υγείας με σκοπό την υποβολή ανάλογων προτάσεων και τη διαμόρφωση κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης.
- Η μελέτη των ως άνω στατιστικών δεδομένων και η υποβολή προτάσεων για τη λήψη σχετικών μέτρων.

Χρηματοδότηση συστήματος

Η επιλογή της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι μία οικονομική απόφαση η οποία εξαρτάται από πολιτικούς και ιδεολογικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν αφ' ενός, η Αμερική που έχει ένα σύστημα υγείας το οποίο κυριαρχείται από τον ιδιωτικό τομέα και αφ' ετέρου οι Ευρωπαϊκές χώρες όπου τα συστήματα υγείας βασίζονται κύρια στις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και της κεντρικής διοίκησης. Το γεγονός όμως ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας σήμερα παρουσιάζουν πολλά προβλήματα τόσο σε οργανωτικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο επιβάλλει την επανεξέταση των παραδοσιακών μηχανισμών και κριτηρίων χρηματοδότησης με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σε διεθνή κλίμακα, μία ανατροπή των κλασικών παραδοσιακών μεθόδων χρηματοδότησης που στηρίζονται στις εισροές ή και στα ενδιάμεσα αποτελέσματα, με σύγχρονα χρηματοδοτικά κριτήρια που βασίζονται στα

τελικά προϊόντα των υπηρεσιών υγείας, ενώ ταυτόχρονα διευκολύνουν την οικονομική αξιολόγηση και την καλύτερη διαχείριση των πόρων. Οι μεταβολές αυτές σχετίζονται με σημαντικές δομικές αλλαγές, την εισαγωγή στοιχείων αγοράς και του ελεγχόμενου ανταγωνισμού.

Κοινός τόπος των χρηματοδοτικών ανασυγκροτήσεων είναι η αποκατάσταση μιας πραγματικής ανταπόκρισης ανάμεσα στο προϊόν των υπηρεσιών υγείας και το ύψος της χρηματοδότησης καθώς και η αναζήτηση της μέγιστης αποδοτικότητας με τη διαχείριση κατά περίπτωση και την ελεγχόμενη φροντίδα.

Παράγοντες που επηρεάζουν την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Η διεθνής εμπειρία παρουσιάζει μια πολυμορφία στη σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης των κοινωνικών δαπανών. Βασικές πηγές χρηματοδότησης του τομέα υγείας αποτελούν σ όλες τις χώρες οι εισφορές των ασφαλισμένων των εργοδοτών και τους κράτους. Η δομή όμως και γενικότερα η φιλοσοφία και η ιστορική εξέλιξη του εκάστοτε υγειονομικού συστήματος επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότησή του, έχει δε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ποικιλίας μεθόδων χρηματοδότησης.

Εκτός από τη φιλοσοφία δόμησης ενός συστήματος υγείας υπάρχει και ένας αριθμός άλλων παραγόντων που επηρεάζει άμεσα την τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Οι βασικότεροι παράγοντες είναι οι εξής.

- η φύση του αγαθού υγεία
- ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης .
- η κυριαρχία του καταναλωτή.
- το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα.
- η ζήτηση υπηρεσιών υγείας.
- η προκλητή ζήτηση.

Η φύση του αγαθού υγεία

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 υποστηρίχθηκε έντονα από μια ομάδα οικονομολόγων ότι η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό και θα μπορούσε να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς προκειμένου να επιτευχθεί μια ορθολογική κατανομή των πόρων της.

Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό με διττή ιδιότητα: καταναλωτικό και επενδυτικό. Καταναλωτικό γιατί καλείται να καλύψει τις άμεσες ανάγκες ενός κοινωνικού συνόλου και επενδυτικό αυξάνει το ανθρώπινο κεφάλαιο.

Κρατική παρέμβαση.

Η αναγνώριση του αγαθού υγείας ως κοινωνικού αγαθού είχε σαν συνέπεια την αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να διατηρηθούν ορισμένες ηθικές κοινωνικές αξίες που αντλούν την προέλευσή τους από το Κράτος-Πρόνοια.

Ένα υγειονομικό σύστημα το οποίο διέπεται ολοκληρωτικά από τους νόμους της αγοράς είναι σίγουρο ότι θα οδηγηθεί σε έντονες μονοπωλιακές τάσεις. Η υπέρμετρη αγορά υπηρεσιών υγείας εξασφαλίζει την ύπαρξη ενός μονοπωλίου με κύρια χαρακτηριστικά τις υψηλές τιμές και τις ανισότητες ως προς την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Ο έλεγχος των τιμών επιτυγχάνονται μόνο με κρατική παρέμβαση της οποίας κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι υποστηρίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης. Μόνο το κράτος θα μπορούσε να ανατινάξει σ' αυτές τις μονοπωλιακές τάσεις ένα άλλο μονοπώλιο, με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα ασφάλισης ή ενός εθνικού συστήματος υγείας.

Η διεθνής εμπειρία μας έχει διδάξει ότι ο τρόπος ,ο βαθμός και η έκταση του κρατικού παρεμβατισμού διαφοροποιείται σημαντικά από χώρα σε χώρα και κατ' επέκταση επηρεάζει άμεσα τη χρηματοδότηση των υγειονομικού τομέα.

Η κυριαρχία του καταναλωτή.

Γενικά στην οικονομία η κυριαρχία του καταναλωτή βασίζεται στην γνώση από μέρους του καταναλωτή της αγοράς και στην ελεύθερη επιλογή του. Στον υγειονομικό τομέα η αγορά υπηρεσιών υγείας δεν υπακούει στους νόμους της κλασικής οικονομικής θεωρίας, προσφοράς και ζήτησης. Επομένως δεν υπάρχει κυριαρχία του καταναλωτή γιατί απουσιάζει από την πλευρά του η γνώση και η πληροφόρηση.

Ο σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει σ' αυτή την ιδιαιτερότητα του υγειονομικού τομέα είναι η μονοπωλιακή θέση που κατέχει το ιατρικό σώμα στο σύστημα υγείας, λόγω του αποκλεισμού του δικαιώματος στη διανομή υπηρεσιών υγείας.

Ο καταναλωτής εκφράζει την ανάγκη και ο γιατρός διατυπώνει την οικονομική απόφαση.

Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα.

Η κοινή ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική εδραίωσης και επέκτασης του κράτους πρόνοιας στον τομέα υγείας ξεκίνησε με μία σειρά από νέες και σύγχρονες αντιλήψεις για την κοινωνική φροντίδα του πολίτη και ολόκληρων κοινωνικών ομάδων, ενώ παράλληλα βελτίωνε τις παραδοσιακές μορφές κοινωνική προστασίας.

Η σύγχρονη άσκηση κοινωνικής πολιτικής περιλαμβάνει παρεμβάσεις στον χώρο της υγείας, στην κοινωνική ασφάλιση ,στην προστασία των πολιτών , των ηλικιωμένων και άλλων μειονεκτούντων ομάδων του πληθυσμού αλλά ακόμα και παρεμβάσεις στο χώρο εργασίας για την προστασία των εργαζομένων.

Η σταθερά θεμελιωμένη αντίληψη της σύγχρονης κοινωνικής προστασίας στις χώρες Δυτικής Ευρώπης είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία σε κάθε μια από αυτές τις χώρες ενός κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Θεμελιωτής της κοινωνικής ασφάλισης θεωρείται ο λόρδος Beveridge.

Στην χώρα μας όπως και σε διάφορες χώρες η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας, ο δημόσιος προϋπολογισμός και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούν τις βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας παρά το γεγονός ότι ιστορικά και θεσμικά το υπόδειγμα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είτε δημόσιων είτε ιδιωτικών βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, σαν έκφραση της εξελικτικής της μορφής.

Όμως, η προσπάθεια αλλαγής του παράγοντα της προσφοράς με την θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας προκάλεσε σημαντικές επιδράσεις και στη ζήτηση ή στις υφιστάμενες διαδικασίες χρηματοδότησης. Αυτό σημαίνει ότι η κρατική επέμβαση και ο έλεγχος των τιμών στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτός εκφράζεται από τα τέλη της δεκαετίας του '70 με υπουργικές αποφάσεις ή της επιτροπής τιμών και εισοδημάτων, δεν κατάφερε να αποφύγει τις σοβαρές στρεβλώσεις σε γνωστές λειτουργίες και σε διαδικασίες του υφιστάμενου θεωρητικού μοντέλου της χρηματοδότησης.

Τα ασφαλιστικά ταμεία.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των διαδικασιών χρηματοδότησης είναι απαραίτητο να αναλύσουμε το υπάρχον σημερινό υπόδειγμα της κοινωνικής ασφάλισης σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας.

Πρώτον, σε ότι αφορά το νοσοκομειακό τομέα όλα σχεδόν τα ασφαλιστικά ταμεία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα χωρίς να παράγουν πλέον το ίδιο νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους ασφαλισμένους τους. Αυτό οφείλεται τόσο στο υψηλό νοσοκομειακό κόστος όσο και στη θέσπιση του Ε.Σ.Υ. Μικρή εξαίρεση από τον παραπάνω κανόνα αφορά ένα ασφαλιστικό ταμείο, των υπαλλήλων της Εθνικής Τράπεζας.

Δεύτερον, σε ότι αφορά την παροχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπάρχουν δύο βασικά υποδείγματα που αλληλοσυμπληρώνονται σε αρκετές περιπτώσεις.

Στο πρώτο υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνονται ασφαλιστικά ταμεία που έχουν στη κατοχή τους υπηρεσίες και παράγουν υπηρεσίες επιχειρώντας να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους.

Το υπόδειγμα αυτό έχει ακολουθηθεί από το Ι.Κ.Α, Ν.Α.Τ. και γενικά τα περισσότερα ταμεία του είδους αυτού παρέχουν υπηρεσίες στα μεγάλα αστικά κέντρα σε καθημερινή βάση σε δικά τους πολυϊατρεία με όλες σχεδόν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες.

Οι γιατροί παρέχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας και αμείβονται με μισθό. Μια παραλλαγή του υποδείγματος αυτού που συναντάμε στο Τ.Ε.Β.Ε. ή στο Ι.Κ.Α. στις ημιαστικές περιοχές, είναι η ύπαρξη μόνο οικογενειακών γιατρών-παθολόγων που έχουν σε πρώτο επίπεδο την αντιμετώπιση της υγειονομικής κατάστασης των εγγραφόμενων στο κατάλογο τους. Οι γιατροί αυτοί που ασκούν ιατρική στα ιδιωτικά ιατρεία τους και αμείβονται με μισθό ή με άλλου είδους συμβάσεις. Τέλος, όσες απαραίτητες υπηρεσίες δεν παράγονται, αγοράζονται από τους ασφαλισμένους στην αγορά, στις υπάρχουσες τιμές με επιβάρυνση του ίδιου του ασφαλιστικού φορέα.

Το δεύτερο υπόδειγμα αφορά ασφαλιστικά ταμεία που δεν παράγουν καθόλου υπηρεσίες υγείας. Τα περισσότερα από αυτά συμβάλλονται με συμβόλαια ετήσιας διάρκειας με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων οι οποίοι παράλληλα με την άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής δέχονται ασφαλισμένους των ταμείων και οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη, δηλαδή σύμφωνα με τον αριθμό των επισκέψεων. Ορισμένα, δεν έχουν καμία σύμβαση με τους γιατρούς και ακολουθούν το παράδειγμα των ασφαλισμένων του δημοσίου που έχουν τη δυνατότητα οποιοδήποτε γιατρό που αμείβεται κατά την κρίση του και τις υπάρχουσες τιμές της ιατρικής αγοράς και ύστερα επιχορηγούνται από τον ασφαλιστικό τους φορέα, σύμφωνα με τις επίσημες τιμές που καθορίζει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Το ίδιο περίπου υπόδειγμα ακολουθούν τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία για την οδοντιατρική περίθαλψη.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. έχει τον τελευταίο λόγο και δίνει την τελική του έγκριση για τις τιμές της ιατρικής αγοράς. Την τελευταία δεκαετία, δεν ακολουθούνται οι πραγματικές τιμές που έχει διαμορφώσει η ζήτηση και η προσφορά και αυτό έχει συντελέσει στο να επιβαρύνονται οι ασφαλισμένοι με σημαντικά ποσά που προέρχονται από τα ατομικά τους εισοδήματα.

Το τελευταίο σε πραγματικούς όρους ισοδυναμεί με ακύρωση του δικαιώματος της ασφαλιστικής κάλυψης τουλάχιστον στις υπηρεσίες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αν και τα υπάρχοντα κέντρα υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στις αστικές περιοχές προσφέρουν ελεύθερα και δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλους ανεξάρτητα από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

Η ίδια διαδικασία έχει ακολουθηθεί για την αγορά των υπηρεσιών της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η αποζημίωση-χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στην εκ των υστέρων μέθοδο και έχει ως βάση το κλειστό νοσήλιο.

Για κάθε ημέρα νοσηλείας οι ασφαλιστικοί οργανισμοί πληρώνουν για όλα τα έξοδα και ανεξάρτητα από το είδος και την βαρύτητα της ασθένειας, μία συγκεκριμένη τιμή. Η τιμή αυτή δεν καθορίζεται με βάση τα στοιχεία του κόστους του κάθε νοσοκομείου αλλά προσδιορίζεται ετησίως από το Υπουργείο.

Δημόσιος Τομέας.

Σημειώνεται μία σημαντικότερη υστέρηση του ποσοστού των εισροών που προέρχεται από τα νοσήλια που πρέπει να αποτελούν την κύρια πηγή των συνολικών εσόδων του νοσοκομείου ωστόσο διατηρούνται στο ακέραιο οι προβλεπόμενες διαδικασίες εισπράξεις των εσόδων από τα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα το υψηλό κόστος εργασίας και τις χρονοβόρες διαδικασίες. Η έλλειψη κινήτρου για τη χρέωση αλλά και είσπραξη αρκετών μικροποσών νοσηλίων μπορεί να αποδοθεί στην εξέλιξη αυτή.

Ο κρατικός προϋπολογισμός έρχεται να αντικαταστήσει τον τρόπο χρηματοδότησης του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα όχι μόνο ως χωρίς θεσμική ρύθμιση αλλά πολύ περισσότερο χωρίς κριτήρια και διαδικασίες που να υπακούουν σε αποτελεσματική διοίκηση και οικονομική διαχείριση.

Κρατικός προϋπολογισμός.

Η συνεισφορά της γενικής φορολογίας στη λειτουργία του υγειονομικού τομέα ήταν μάλλον μικρή μέχρι τη δεκαετία του '60 αφού το σύστημα βασιζόταν στη χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης και στις ιδιωτικές δαπάνες.

Ο δημόσιος προϋπολογισμός χρησιμοποιείται αποκλειστικά για να χρηματοδοτήσει γενικά προληπτικά μέτρα δημόσιας υγείας, ιατρικές δαπάνες των δημοσίων υπαλλήλων, το κόστος της κεντρικής διοίκησης και τις δαπάνες περίθαλψής του αγροτικού πληθυσμού ο οποίος ακόμη και σήμερα δεν πληρώνει εισφορές στον ασφαλιστικό του ταμείο, τον Ο.Γ.Α.

Στα ίδια πλαίσια, το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων χρηματοδοτούσε δημόσιες επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα, κατασκευή, επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων, ανανέωση του εξοπλισμού τους κ.λ.π.

Η γενική φορολογία άρχισε να παίζει σημαντικό ρόλο στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από την δεκαετία του '70 και ιδιαίτερα όταν η κεντρική διοίκηση αποφάσισε να ακολουθήσει την πολιτική του κλειστού νοσηλίου και να το καθλώσει σε χαμηλότερες τιμές. Το πρώτο άμεσο αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής στο νοσοκομειακό τομέα ήταν τα μεγάλα ελλείμματα των νοσοκομειακών προϋπολογισμών.

Μάλιστα, προκειμένου να αποφύγει το κίνδυνο της διακοπής της λειτουργίας των περισσότερων δημοσίων και κοινωφελούς χαρακτήρα νοσοκομείων αποφασίστηκε η χρηματοδότηση τους από το δημόσιο προϋπολογισμό. Μ' αυτό τον τρόπο άρχισε να εμπλέκεται όλο και πιο ενεργά ο κρατικός προϋπολογισμός στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Τελικά, με την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. και την μετατροπή των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσοκομείων σε Ν.Π.Δ.Δ. ανέλαβε από το 1984 να καλύπτει μέσω του κρατικού προϋπολογισμού όλα τα έξοδα των δημοσίων νοσοκομείων που αφορούν αμοιβές προσωπικού. Ένας πρόσθετος λόγος για την απόφαση αυτή ήταν η κατάργηση της σχετικής αυτονομίας της σύστασης θέσεων εργασίας κατά νοσοκομείο.

Η δραστηριότητα του προγραμματισμού ανθρώπινου δυναμικού περιήλθε στην κεντρική διοίκηση προκειμένου να ενταχθεί στο συνολικό κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτός εκφράσθηκε με τη θεσμοθέτηση του Κ.Ε.Σ.Υ. και πλατύτερα του Ε.Σ.Υ. Στη διάρκεια των τελευταίων χρόνων η χρηματοδότηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δεν περιορίζεται μόνο στην κάλυψη των δαπανών μισθοδοσίας που σε μερικές περιπτώσεις ξεπερνά το 75% των συνολικών δαπανών. Η μείωση των εσόδων από τα νοσήλια ανάγκασε την κεντρική διοίκηση να χρηματοδοτεί και μέρος των τρεχουσών δαπανών λειτουργίας.

Επομένως, σήμερα, αν αφαιρεθεί το σωρευτικό έλλειμμα των νοσοκομείων, η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων ξεπερνά το 85 % του συνολικού κόστους λειτουργίας τους, μέσα από το πρίσμα των εξελίξεων αυτών, η χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων τείνει να λάβει τη μορφή του σφαιρικού προϋπολογισμού που λειτουργεί όμως χωρίς κανόνες, κριτήρια και διαδικασίες.

Ιδιωτικός τομέας και Ιδιωτικές δαπάνες.

Στον τομέα των ιδιωτικών κλινικών έχουν παρατηρηθεί οι παρακάτω εξελίξεις:

α) Ένας αριθμός μικρών ιδιωτικών κλινικών κατέληξε σε χρεοκοπία και βγήκε έξω από την αγορά, με αποτέλεσμα τη σημαντική συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα.

β) Ένας σχετικά μεγάλος αριθμός ιδιωτικών νοσηλευτηρίων παρέμεινε σε λειτουργία και χρησιμοποιείται για μακρά νοσηλεία προσφέροντας χαμηλή ποιότητα περίθαλψης.

γ) Ένας μικρότερος αριθμός ιδιωτικών νοσοκομείων με πολυτελείς ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες στην περιοχή των Αθηνών και Θεσσαλονίκης έχουν αλματώδη ανάπτυξη.

Στα νοσοκομεία αυτά νοσηλεύονται ασθενείς που έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν και επιθυμούν να αποφύγουν καθυστερήσεις εισαγωγής ή ζητούν καλύτερη ποιότητα ξενοδοχειακών υπηρεσιών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Εξέχουσα θέση στην κατηγορία αυτή κατέχουν τα ιδιωτικά μαιευτήρια γιατί η πλειοψηφία των γυναικών που περιμένει να γεννήσει προσφεύγει για μια σειρά λόγων σε γιατρούς που ασκούν την ιδιωτική ιατρική.

Για την τελευταία κατηγορία των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων οι ασφαλισμένοι πληρώνουν σημαντικά ποσά για το κόστος της θεραπείας τους και από την πλευρά τους οι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν μόνο το ξενοδοχειακό κόστος, ένα μεγάλο τμήμα των φαρμάκων και ένα ελάχιστο τμήμα του ιατρικού κόστους. Το υπόλοιπο ποσό που προσδιορίζεται από την διοίκηση του κάθε ιδιωτικού νοσηλευτηρίου επιβαρύνει τον ίδιο τον ασθενή.

Σε ότι αφορά τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων αυτά προέρχονται από εισφορές εργαζόμενων, εργοδοτών και κρατικής επιχορήγησης που πολλές φορές έχει λάβει τη μορφή της ειδικής φορολογίας ή ειδικής προσόδου. Υπάρχουν περίπου 370 οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης από τους οποίους 80 περίπου αφορούν αυτόνομα ταμεία υγείας ή κλάδους υγειονομικής περίθαλψης.

Στην πορεία της ιστορικής εξέλιξης κάθε ασφαλιστικό ταμείο προσδιόρισε μ' ένα δικό του τρόπο τις εισφορές και το βάρος της κοινωνικής δύναμης των ασφαλισμένων του προσδιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό τους κοινωνικούς πόρους του. Έτσι λοιπόν, διαφορετικό είναι το ύψος του ασφάλιστρου υγείας του Ι.Κ.Α., των κρατικών τραπεζών, των δημοσίων υπαλλήλων, όπως, διαφορετικοί είναι οι κοινωνικοί πόροι στα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία.

Μια άποψη για τα ασφαλιστικά ταμεία υποστηρίζει ότι το υφιστάμενο σύστημα παράγει ανακολουθίες και διευρύνει τις ανισότητες επειδή η συνεισφορά του κρατικού προϋπολογισμού στη διαμόρφωση των εσόδων τους δεν υπακούει σε κάποιες εκ των προτέρων προσδιορισμένων κανόνες ή κριτήρια αλλά είναι το αποτέλεσμα μιας διαρκούς διαπραγμάτευσης μεταξύ των ισχυρών ομάδων πίεσης και των κυβερνήσεων.

Μία άλλη αρκετά σημαντική πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα είναι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας που προέρχονται από τα οικογενειακά εισοδήματα των Ελληνικών νοικοκυριών. Τα υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις δημόσιες, στοιχειοθετούν μια παράδοση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

Η υπανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, η ανεπάρκεια στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, η αναποτελεσματικότητα και ο κατακερματισμός του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος αποτελούν τους κυρίαρχους λόγους για την περίοδο 1960-1975. Η αύξηση των οικογενειακών εισοδημάτων σε συνδυασμό με την έλλειψη πλήρους κάλυψης στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η μη ικανοποιητική ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως το Ι.Κ.Α. και η πολιτική τιμών στον υγειονομικό τομέα αποτελούν τους κύριες αιτίες που εξηγούν τη διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας τη δεύτερη περίοδο.

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας προέρχονται περισσότερο από τα ατομικά εισοδήματα και λιγότερο από δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά για την υγεία στη χώρα μας να είναι μάλλον μικρή αφού δεν έχει αυτονομία και τα υπάρχοντα διαθέσιμα ασφαλιστικά της προγράμματα συνοδεύονται υποχρεωτικά από την ασφάλιση ζωής.

Διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες του Δυτικού κόσμου η παραγωγή και η παροχή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σ' ένα μικτό σύστημα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Και οι δύο τομείς μέχρι τις αρχές του '70 αντλούσαν κυρίως τα έσοδα τους από τους οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης.

Οι οργανισμοί της κοινωνικής ασφάλισης ή τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας, όπως έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται, ασφαλιίζουν υποχρεωτικά τις ειδικές ομάδες και τα επαγγελματικά και τα κοινωνικά στρώματα για τα οποία έχουν ιδρυθεί και καθένα έχει τη δική του οικονομική, οργανωτική και διοικητική αυτοτέλεια.

Σε ότι αφορά την παραγωγή των φροντίδων υγείας, ο ιδιωτικός τομέας υγείας είχε σημαντικό βάρος αφού στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ήταν το βασικό πρότυπο και

στη νοσοκομειακή περίθαλψη πάνω από 50% των νοσηλευτικών κλινών ανήκαν στον ιδιωτικό τομέα μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70.

Στις αρχές του '80, η Σοσιαλιστική κεντρική διοίκηση, επιχειρεί να υλοποιήσει ριζικές διαρθρωτικές αλλαγές στο επίπεδο της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας. Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σκοπεύει στη δημόσια παραγωγή και διανομή των φροντίδων για όλο το πληθυσμό, ανεξάρτητα από εισόδημα, κοινωνική τάξη και φορέα ασφαλιστικής κάλυψης.

Ο νόμος 1397/83, αποτελεί ένα φιλόδοξο πρόγραμμα για τον υγειονομικό τομέα και περιλαμβάνει μια σειρά από σημαντικές ρυθμίσεις που πολλές από αυτές ακόμη και σήμερα δεν έχουν πραγματοποιηθεί. Παρά το γεγονός αυτό, το Ε.Σ.Υ. και το πλαίσιο οργάνωσής του άλλωστε αποτελεί χαρακτηριστικό της Ελληνικής νομοθετικής λειτουργίας και της πολιτικής ζωής με βασικές πλευρές της εθνικής πολιτικής υγείας.

Μία σύντομη περιγραφή του οργανωτικού πλαισίου του ΕΣΥ, των ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα είναι αναγκαία για να διευκολύνει τη συζήτηση σχετικά με την υφιστάμενη μέθοδο χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Θεωρείται αναγκαίο να αναφέρουμε ότι οι κοινωνικές συνθήκες επέβαλλαν την ανάγκη για την αλλαγή και την αναδιοργάνωση του υγειονομικού τομέα.

Τα κύρια συμπεράσματα και οι διαπιστώσεις σχετίζονται με υφιστάμενες σοβαρές αδυναμίες και προβλήματα όπως τον κατακερματισμό των παρεχομένων υπηρεσιών, την χαμηλή ποιότητα των υγειονομικών φροντίδων και τις εκτεταμένες ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών τόσο μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων όσο και μεταξύ των διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών

Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η Ελληνική εκδοχή του ΕΣΥ ακολουθώντας τη θεμελιώδη αρχή των εθνικών συστημάτων υγείας "δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησης και ίση φροντίδα υγείας για ίση ανάγκη" έχει αρκετές ομοιότητες με το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, (National Health Service, NHS).

Πιο συγκεκριμένα τα κοινά στοιχεία των δύο συστημάτων αφορούν την ευθύνη του κράτους για την υγεία των πολιτών, την περιφερειακή οργάνωση των παρεχομένων φροντίδων υγείας και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Όμως, το Ελληνικό Ε.Σ.Υ. έχει ταυτόχρονα υιοθετήσει τις κατευθυντήριες αρχές του Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, (Π.Ο.Υ.), για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, (Π.Φ.Υ.) και προβλέπει την ανάπτυξη των κέντρων υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι το αρμόδιο κεντρικό όργανο από την πλευρά του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό.

Ο Υπουργός είναι αρμόδιος προς την κυβέρνηση και το κοινοβούλιο για την υγειονομική πολιτική και κάτω από τον άμεσο έλεγχο του βρίσκονται όλες οι υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. Υπό τον Υπουργό, αλλά εκτός της διοικητικής διάρθρωσης, έχει δημιουργηθεί ένα συμβουλευτικό όργανο, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, (Κ.Ε.Σ.Υ.) που έχει ως σκοπό τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και την αξιολόγηση του έργου τους(Ν. 1278/82). Το όργανο αυτό είναι αντιπροσωπευτικό και συμμετέχουν εκπρόσωποι του υπουργείου, των επαγγελματιών υγείας, των εργαζομένων και εργοδοτών και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Η ίδια περίπου σύνθεση προβλέπεται για τα Περιφερειακά Συμβούλια, (Π.Ε.Σ.Υ.) σε περιφερειακό επίπεδο τα οποία βρίσκονται στο στάδιο συγκρότησης τους. Για την εξυπηρέτηση της αποκέντρωσης και των τοπικών υγειονομικών αναγκών ολόκληρος ο υγειονομικός τομέας, πέρα από την κλασική διοικητική νομαρχιακή οργάνωση έχει διαιρεθεί σε 9 υγειονομικές περιφέρειες. Σε κάθε περιφέρεια προβλέπεται η ύπαρξη ενός τουλάχιστον περιφερειακού πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., για την παροχή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αντίστοιχα σε νομαρχιακό επίπεδο, ένα τουλάχιστο γενικό νοσοκομείο καλύπτει τις ανάγκες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου όλες οι ανάγκες του πληθυσμού της κάθε περιφέρειας πρέπει να καλύπτονται εντός της περιφέρειας και ένα ιεραρχικό σύστημα παραπομπής πρέπει να λειτουργεί από το κατώτερο στάδιο προς το ανώτερο και αντίστροφα.

Στην πραγματικότητα, όμως ο ασθενής είναι ελεύθερος να κινηθεί μέσα στο σύστημα χωρίς περιορισμούς και γεωγραφικές δεσμεύσεις με αποτέλεσμα αυτής της ελευθερίας να είναι ότι τα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας που διαθέτουν μεγάλη νοσηλευτική υποδομή συγκεντρώνουν τις προτιμήσεις των κατοίκων των όμορων περιοχών.

Ιστορικοί λόγοι, άνιση κατανομή των πόρων υγείας, ανισότητες στην περιφερειακή οικονομική ανάπτυξη, καθυστέρηση της αποκέντρωσης, διοικητικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες, σε συνδυασμό με την έλλειψη υψηλού επιπέδου υπηρεσιών και έλλειψη ικανού αριθμού εκπαιδευμένου ιατρικού προσωπικού σε ορισμένες ειδικότητες, αποτελούν τις κυριότερες αιτίες που εξηγούν το παραπάνω φαινόμενο.

Ταυτόχρονα, ορισμένα γενικά νοσοκομεία υπολειτουργούν και δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού για δευτεροβάθμια φροντίδα. Το τελευταίο σημαίνει ότι οι κατάλογοι αναμονής των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης

αυξάνονται και η πίεση του ιατρικού διευθυντικού στρώματος των νοσοκομείων των δύο αυτών πόλεων προς την κυβέρνηση για την κατανομή και την άντληση περισσότερων πόρων, διαιωνίζει το πρόβλημα των περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι υπάρχουσες σημαντικές διαφορές προκύπτουν από την μελέτη μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών, αναφορικά με δύο δείκτες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, α) τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού και β) τον αριθμό των νοσηλευτικών κλινών.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι οι διαπεριφερειακές ροές των ασθενών, όπως προκύπτει από μία πρόσφατη μελέτη έχουν αρχίσει να μειώνονται κατά την διάρκεια των τελευταίων χρόνων. Το τελευταίο υποδηλώνει ότι η ανάπτυξη της υποδομής και η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. είχε κάποια θετικά αποτελέσματα.

Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει τις περισσότερες δυσκολίες και προβλήματα, επειδή οι ρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ. ήταν αρκετά φιλόδοξες. Η κακή οικονομική κατάσταση της χώρας σε συνδυασμό με την γενική αντίθεση του ιατρικού σώματος στις ρυθμίσεις αυτές ανάγκασε ή και διευκόλυνε την κεντρική σοσιαλιστική διοίκηση να αναβάλει την ολοκλήρωση των προγραμματισθέντων αλλαγών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Εγκαταλείφθηκαν δηλαδή, οι ρυθμίσεις που προέβλεπαν την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού και ανάπτυξη αστικών κέντρων υγείας για την κάλυψη του αστικού πληθυσμού. Σε ότι αφορά την παρούσα κεντρική διοίκηση πρέπει να αναφερθεί ότι οι προτάσεις της είναι διαφορετικές αφού στηρίζονται στη θέσπιση του ατομικού βιβλιαρίου υγείας και την ελεύθερη επιλογή μέσα στο υφιστάμενο πλαίσιο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για το Ε.Σ.Υ. η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό πρέπει να παρέχεται μέσω των κέντρων υγείας, και για κάθε ημιαστική περιοχή ένα κέντρο υγείας να καλύπτει τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού και να λειτουργεί μ' ένα αριθμό ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που κυμαίνεται ανάλογα με την περιοχή.

Στη διετία, 1984-1986, κατασκευάστηκαν 185 κέντρα υγείας και μόνο 150 περίπου από αυτά είναι σε λειτουργία έστω και αν συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό. Αναφορικά με τις αστικές περιοχές οι προβλεπόμενες ρυθμίσεις εγκαταλείφθηκαν εντελώς οπότε και η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα αστικά κέντρα ακολουθεί τα προϋπάρχοντα πρότυπα παροχής.

Τα κέντρα υγείας διοικούνται από ένα γιατρό διευθυντή και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων τα οποία είναι υπεύθυνα για την παροχή των προμηθειών, την ιατρική εκπαίδευση και την οικονομική διαχείριση.

Η διοίκηση των νοσοκομείων ασκείται από ένα διοικητικό συμβούλιο, (Δ.Σ.), 5μελές για νοσοκομεία μέχρι 300 κλίνες και 7μελές για νοσοκομεία με περισσότερες από 300 κλίνες. Στην πρώτη περίπτωση ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, ένα μέλος είναι εκπρόσωπος της τοπικής αυτοδιοίκησης, ένας είναι γιατρός που εκλέγεται από το σώμα των γιατρών του νοσοκομείου και το άλλο μέρος εκπροσωπεί τους λοιπούς εργαζομένους που εκλέγεται από αυτούς.

Στα 7μελή διοικητικά συμβούλια, ορίζεται από τον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ένα επιπλέον μέλος και ένα από τη πλευρά της τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρά το γεγονός ότι η διοίκηση του νοσοκομείου είναι αντιπροσωπευτική και συμμετοχική υπάρχουν μείζονα προβλήματα με την διαχειριστική διαδικασία να αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αδυναμίες του Ε.Σ.Υ.

Πέρα από τα θέματα που σχετίζονται με τις αδυναμίες χρηματοδότησης και σύνταξης των προϋπολογισμών έχουν αναφερθεί και οι παρακάτω:

α) οι υφιστάμενοι περιορισμοί που επιβάλλονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Όλες σχεδόν οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου είναι υπό την τελική κρίση της ανώτερης αρχής και κατά συνέπεια η έλλειψη σχετικής αυτονομίας να συνιστά ένα ανασταλτικό παράγοντα στην άσκηση διοίκησης και λήψη αποφάσεων.

β) Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και στελεχών στη διοίκηση των μονάδων υγείας.

γ) Η γραφειοκρατία του δημόσιου τομέα σε συνδυασμό με το απαρχαιωμένο σύστημα του δημόσιου λογιστικού και του προληπτικού ελέγχου των προέδρων του ελεγκτικού συνεδρίου.

δ) Το γεγονός ότι οι περισσότεροι υπουργοί προτιμούν να τοποθετούν στη διοίκηση των νοσοκομείων πολιτικά πρόσωπα με πολιτικές φιλοδοξίες. Σε αρκετές περιπτώσεις οι επικεφαλείς των νοσοκομείων όχι μόνο αγνοούν ζητήματα του σύγχρονου management νοσοκομείων αλλά ενδιαφέρονται περισσότερο για την πολιτική τους εικόνα ή το πολιτικό τους μέλλον.

ε) Καθώς οι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι, οι μισθοί τους καθορίζονται κεντρικά από την κυβέρνηση και άρα είναι αδύνατο

στα νοσοκομεία να κάνουν το έργο και την δραστηριότητά τους περισσότερο αποτελεσματική και παραγωγική όταν δεν παρέχονται ειδικά οικονομικά κίνητρα. Για παράδειγμα, τα χειρουργεία των νοσοκομείων εκτός από τις επείγουσες περιπτώσεις, ακολουθούν τις ώρες εργασίας των δημόσιων υπηρεσιών παρά το γεγονός ότι υπάρχουν κατάλογοι αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις.

Σύνθεση και κατανομή δαπανών υγείας.

Η έλλειψη στατιστικών στοιχείων δεν επιτρέπει μια ακριβή εικόνα σύνθεσης των δημοσίων δαπανών στα τρία διαφορετικά επίπεδα των φροντίδων υγείας γι' αυτό το λόγο απαιτείται μια έρευνα δεδομένου του προβλήματος ότι τα κέντρα υγείας που άρχισαν να λειτουργούν μετά το 1985 δεν έχουν αυτόνομο προϋπολογισμό και χρηματοδοτούνται μέσω νοσοκομείων. Η μοναδική γενική διαπίστωση είναι ότι ο όγκος των δημοσίων δαπανών κοινωνική ασφάλιση και κρατικός προϋπολογισμός απορροφάται από το νοσοκομειακό τομέα.

Αναφορικά με την κατανομή των πόρων σε περιφερειακό επίπεδο, η αρχή για την διασφάλιση της γεωγραφικής ισότητας στην προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, είναι περισσότερο από προφανής. Το μεγαλύτερο τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία κατανέμεται με την μεσολάβηση των νομαρχιών στα νοσοκομεία και τα κριτήρια της κατανομής είναι ο αριθμός του προσωπικού και σε κάποιες περιπτώσεις το κύρος και η διαπραγματευτική ικανότητα του νοσοκομείου με αποτέλεσμα η απουσία αντικειμενικών κριτηρίων ισότητας να αναπαράγει και να διαιωνίζει τις υγειονομικές ανισότητες και να διαιωνίζει το χάσμα ανάμεσα στις πραγματικές ανάγκες και τους διατιθέμενους πόρους.

Τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. υποεκτιμούν το μέγεθος της ιδιωτικής δαπάνης της χώρας μας και αυτό την φέρνει στις τελευταίες θέσεις των διακρατικών συγκρίσεων με τις δαπάνες υγείας να κινούνται σε αρκετά υψηλά επίπεδα σε σχέση με το μέγεθος του εγχώριου προϊόντος. Έχει υποστηριχθεί, από την μια πλευρά, ότι ο υψηλός ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών υγείας ήταν αναγκαίος και έχει επιδράσει θετικά στο επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού και από την άλλη ότι πέραν ενός ορίου η αύξηση των δαπανών υγείας μπορεί να επιφέρει αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Η διαδικασία που σκοπεύει στον έλεγχο του κόστους και στην αποδοτική χρήση των δαπανών υγείας αποτελεί ή πρέπει να αποτελεί συστατικό στοιχείο και πολιτική υψίστης προτεραιότητας του κάθε υγειονομικού συστήματος.

Μορφές και χρηματοδότηση συστημάτων υγείας.

Οι κλασικές μορφές σύμφωνα με την διεθνή εμπειρία είναι τρεις ακόλουθες:

- 1) Το πρότυπο του Beveridge, (1948), το οποίο εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά,
 - i. Πλήρη κάλυψη πληθυσμού.
 - ii. Χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας, (κρατικού προϋπολογισμού).
 - iii. Κρατικός έλεγχος των παραγωγικών συντελεστών.
- 2) Το πρότυπο του Bismark, (1883), το οποίο διέπεται από τα εξής χαρακτηριστικά,
 - i. πλήρη ιατρική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
 - ii. η χρηματοδότηση γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
 - iii. η υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.
 - iv. η δημόσια ή ιδιωτική κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών
- 3) Το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης με αντιπροσωπευτική χώρα τις Η.Π.Α. με βασικότερα γνωρίσματα,
 - i. η ελεύθερη επιλογή του χρήστη-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα, (κυριαρχία καταναλωτή).
 - ii. οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες.
 - iii. η ατομική ή εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.

Η παραπάνω καταγραφή του χώρου υγείας των αναπτυγμένων χωρών δεν σημαίνει ότι σε κάθε χώρα από αυτές δεν υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες.

Παράλληλα, όμως έχει γίνει από κοινού αποδεκτό ότι η εγκαθίδρυση αγοράς υπηρεσιών υγείας πλήρους ανταγωνισμού αποτελεί ένα ανέφικτο εγχείρημα με μεγάλο κίνδυνο να μετατραπούν οι μηχανισμοί συλλογικής κάλυψης και κοινωνικής αλληλεγγύης σε πολιτιστική κληρονομιά του ευρωπαϊκού χώρου.

Συμπερασματικά, στην δεκαετία που διανύουμε διαφαίνεται ότι όλα τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών θα στραφούν προς ένα κοινό ιδεολογικό πλαίσιο που συνιστά τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό. Ο τύπος αυτός του ανταγωνισμού που ήδη χαρακτηρίζει τους τομείς υγείας πολλών χωρών διερευνά το σημείο εξισορρόπησης μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας καθώς και του πλήρους κρατικού παρεμβατισμού και του άκρατου φιλελευθερισμού.

Η χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων.

Υπάρχει μια ποικιλία συνδυασμών και εναλλακτικών τρόπων σε ότι αφορά την προέλευση των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα. Οι σπουδαιότερες πηγές κεφαλαίων μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

α) Δημόσιος τομέας.

Υπουργείο Υγείας ή και άλλα υπουργεία.

-Έσοδα από γενική φορολογία, (φορολογία εισοδήματος, φόρος προστιθέμενης αξίας, φόροι πωλήσεων).

-Έσοδα από ειδικούς φόρους, (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα).

Υποχρεωτική Καθολική Ασφάλιση.

-Εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

-Εισφορές ομάδων πληθυσμού που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του ετήσιου εισοδήματος και που λειτουργούν ως ένας υποθετικός ειδικός φόρος για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

-Ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων που προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών

β) Ιδιωτικός τομέας

Ιδιωτική ασφάλιση, Εργοδοτικές παροχές, Οικογενειακό εισόδημα νοικοκυριών, Δωρεές Φιλανθρωπικών Οργανισμών.

γ) Παγκόσμια Τράπεζα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Προβλήματα και εναλλακτικές λύσεις χρηματοδότησης.

Ο υγειονομικός τομέας πάσχει από την έλλειψη παράδοσης και κουλτούρας σε ζητήματα διοίκησης, οικονομίας, οργάνωσης, ελέγχου, οπότε και ακολούθησε δύσκολα ένα αναγνωρίσιμο προσανατολισμό. Κοινή ομολογία είναι πως δεν λειτουργούν η αγορά και ο ανταγωνισμός των υπηρεσιών υγείας, ένα σύστημα εθνικού προγραμματισμού, ένα μικτό σύστημα με ξεκάθαρους στόχους, προτεραιότητες και με προσδιορισμένους κανόνες του παιχνιδιού για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Η εσωτερική διαδικασία χρηματοδότησης και κατανομής των πόρων στα διάφορα επίπεδα της φροντίδας, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια και της κατανομής σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και περιφέρειες επιβεβαιώνει την παραπάνω άποψη.

Η αγορά τελικά δεν κατανέμει αρχικά τους πόρους, ένα αναγκαίο υπόδειγμα το οποίο θα λαμβάνει υπ' όψη του συγκεκριμένα κριτήρια και ένα προϋπολογισμό ενός

προγράμματος που θα στηρίζεται σε σωστά επιχειρήματα και θα ιεραρχεί τους στόχους και τους σκοπούς.

Απεναντίας, η κατανομή των οικονομικών πόρων είναι μια διαδικασία που δεν έχει απασχολήσει την κεντρική διοίκηση. Για παράδειγμα, οι προϋπολογισμοί των ασφαλιστικών ταμείων είναι ανοικτοί και εξαρτώνται κυρίως από την ζήτηση και την χρήση των υπηρεσιών σε συνάρτηση με τις κάθε φορά, υπουργικές αποφάσεις, οι οποίες αφορούν την τιμή των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, ο δημόσιος προϋπολογισμός είναι κλειστός και κατανέμει τα κεφάλαια στα νοσοκομεία, όχι με βάση κάποιο παραγόμενο έργο και δραστηριότητα αλλά στη βάση κάλυψης των αμοιβών του προσωπικού που απασχολούν.

Αναλυτικότερα, το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται αποκλειστικά και μόνο από την ζήτηση. Δεν υπάρχουν ούτε εφαρμόζονται οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες στα νοσοκομεία. Επίσης δεν εφαρμόζονται πολιτικές και κίνητρα συγκράτησης του κόστους ούτε από την πλευρά της προσφοράς ούτε από την πλευρά της ζήτησης. Οι πληρωμές προέρχονται από διαφορετικές πηγές χωρίς τον μεταξύ τους συντονισμό, σε συνδυασμό, με την έκδηλη απουσία πολιτικής τιμολόγησης να θεωρείται περισσότερο από σημαντική.

Ακόμη, η πλήρης απουσία αποτελεσματικών τρόπων κατανομής των οικονομικών πόρων που θα βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και θα εξυπηρετούν υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες μιας προκαθορισμένης πολιτικής υγείας ώστε αποτέλεσμα αυτής της απουσίας να είναι οι μεγάλες ανισότητες κατά περιφέρεια ή κατά ασφαλιστικό ταμείο που παρατηρούνται δεδομένου ότι αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του εθνικού μας συστήματος υγείας.

Η πολύ υψηλή δαπάνη που ακυρώνει την ισότιμη και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Σημαντικές σπατάλες στην φαρμακευτική κατανάλωση και στις διαγνωστικές εξετάσεις υψηλού κόστους που απαραίτητο είναι να διαχωριστούν και να προσεχθούν ιδιαίτερα.

Εκτός από την έλλειψη κριτηρίων στη χρηματοδότηση και στην κατανομή πόρων στον υγειονομικό τομέα ένα άλλο κρίσιμο και σημαντικό πρόβλημα είναι η παραοικονομία. Μεγάλη παραοικονομική δραστηριότητα και ανάπτυξη ανήθικων οικονομικών συναλλαγών και αντιδεοντολογικών συμπεριφορών εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας επιβαρύνουν οικονομικά και μάλιστα κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό τον ασθενή.

Ο μεγάλος όγκος της παραοικονομίας οφείλεται εκτός από τους υψηλούς φορολογικούς συντελεστές και το χαμηλό επίπεδο ηθικής φορολογικής ενημερότητας

α) στην ιδιομορφία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας.

β) στην πολιτική τιμών στον υγειονομικό τομέα η οποία σε μία μεγάλη έκταση ακυρώνει το δικαίωμα των ασφαλισμένων για χρήση της ασφαλιστικής τους κάλυψης.

γ) στην επέκταση της παροχής των ιατρικών υπηρεσιών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στο μεγάλο αριθμό των Ελλήνων γιατρών σε σχέση με τους κατοίκους.

δ) στην υπάρχουσα δυνατότητα για προκλητή και υπερβάλλουσα ζήτηση εκ μέρους του ιατρικού σώματος.

Στο πλαίσιο αυτό, η εργασία μας, διατυπώνει ορισμένες προτάσεις που θεωρούμε αναγκαίες για την χρηματοδότηση και οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

Οι προτάσεις επιχειρούν να θεμελιωθούν και να λάβουν υπόψη την προηγούμενη θεωρητική παρουσίαση και ανάλυση σε συνδυασμό με το υφιστάμενο καθεστώς της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, την παράδοση του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος, τα ιδιαίτερα προβλήματα του υγειονομικού μας συστήματος και φυσικά τους περιορισμούς της Ελληνικής οικονομίας.

Αυτή η αναγκαιότητα καθίσταται πιο επιτακτική και ενισχύεται από την κακή οικονομική μας κατάσταση και συγκεκριμένα από τα υψηλά ελλείμματα του δημόσιου τομέα που προκαλούν σοβαρές χρηματοδοτικές εμπλοκές και δυσχεραίνουν τους χειρισμούς της εκάστοτε κυβέρνησης.

Ταυτόχρονα, η έλλειψη ορθολογικών και αποδεκτών κριτηρίων στη χρηματοδότηση και στην οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στο κέντρο του προβλήματος. Σε κάθε περίπτωση νέες προτάσεις για μία σύγχρονη και αποτελεσματική μέθοδο χρηματοδότησης που να αντλεί τους αναγκαίους πόρους, να τους αξιοποιεί παραγωγικά και αποτελεσματικά και να ελέγχει το ποσοστό αύξησής τους είναι αναζητήσιμες και απαιτούνται το συντομότερο δυνατό.

Προτείνεται η ανάπτυξη και ενδεχόμενη εφαρμογή ενός νέου τρόπου χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας και συγκεκριμένα σαν μηχανισμός χρηματοδότησης με δυναμική, συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων, (Global Budget), αξιοποιώντας όλες τις σύγχρονες τεχνικές που

συνεπάγεται και ισχύει ως τώρα σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Κριτήριο αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος καθώς και διαμόρφωσης της χρηματοδότησης θ' αποτελεί ο υπολογισμός του κόστους ανά Ομοιογενή Διαγνωστική Κατηγορία, (DRGs).

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων πρέπει να βασισθεί στην εισαγωγή σύγχρονων διαχειριστικών συστημάτων, στην εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών και νέες μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών. Επιπλέον, θεσμικές παρεμβάσεις όπως η δημιουργία του "Ενιαίου Φορέα Υγείας" και η ανάπτυξη του οικογενειακού γιατρού, θεωρούνται μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη χρηματοδότηση του συστήματος.

Έτσι λοιπόν επιτυγχάνεται:

- 1) η ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης μέσα από θεσμοθετημένους κανόνες και μηχανισμούς.
- 2) η ισότητα στην κατανομή των πόρων κατά περιφέρεια και η επαγγελματική κατηγορία.
- 3) η αποτελεσματική διαχείριση των υλικών και ανθρώπινων πόρων.
- 4) ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο . Στατιστικά στοιχεία και δείκτες

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται ποσοτικά στοιχεία που βοηθούν στην αξιολόγηση της υγειονομικής κατάστασης της Περιφέρειας Πρωτευούσης. Αρχικά παρουσιάζονται πληθυσμιακά και δημογραφικά στοιχεία και κατόπιν οι κατάλληλοι δείκτες.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται προέρχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ) και αφορούν περίοδο από το 1980 έως σήμερα.

Τα βασικά στατιστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι περιγραφική στατιστική, ανάλυση χρονολογικών σειρών και δείκτες. Το λογισμικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Microsoft Excel.

Πληθυσμιακά στοιχεία.

Ο πρώτος παράγοντας κινδύνου για το επίπεδο υπηρεσιών υγείας είναι ο πληθυσμός που πρέπει να καλυφθεί. Ο Ελληνικός πληθυσμός αυξάνει συνεχώς από το 1828 μέχρι σήμερα όπως φαίνεται στον Πίνακα 1. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό παρατηρείται μια ποσοστιαία αύξηση 5,3 % από το 1981 έως το 1991 και περίπου 7% από το 1991 έως το 2001. Η αύξηση αυτή συνεχίζεται και μετά το 2001 και ο πληθυσμός της Ελλάδος στο μέσο του 2005 εκτιμάται στα 11.103.929.

Πίνακας 1. Πληθυσμός στο έτη απογραφής

Έτος απογραφής (επίσημο έτος)	Πληθυσμός Πρωτεύουσας	Μεταβολές - Changes		Αύξηση ετησίως δλδ. Διασ. 1000 ⁻¹	Κοστούς στον έτη ² δημόσιους 1000 ⁻¹
		Απόλυτοι αριθμοί Absolute numbers	%		
1828	751.000	155.309	19,2	17,910	15,2
1830	757.077	6.077	0,2	17,916	15,3
1839	823.779	66.702	9,5	17,916	15,4
1844	850.736	26.957	3,2	17,916	15,2
1847	861.019	10.283	1,3	17,916	16,1
1847	871.000	9.981	1,2	17,916	17,9
1851	915.000	43.981	5,3	17,916	19,9
1851	929.000	13.981	1,5	17,916	20,2
1855	961.736	32.736	3,4	17,916	20,2
1860	966.736	5.000	0,5	17,916	20,2
1853	1.035.577	68.841	6,6	17,916	21,2
1856	1.097.000	61.423	5,7	17,916	21,2
1861 (17 ^{ος} ΠΕ - 17 ^{ος} Ε)	1.096.200	51.200	4,7	17,916	21,2
1870 (17 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.157.000	60.800	5,2	18,710	22,0
1876 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.167.000	10.000	0,9	18,710	22,0
1880 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.207.000	40.000	3,3	18,710	22,0
1886 (18 ^{ος} Ε)	1.213.000	6.000	0,5	18,710	22,0
1907 (27 ^{ος} Ε - 18 ^{ος} Ε)	1.234.957	21.957	1,8	18,710	22,0
1920 (19 ^{ος} Ε - 18 ^{ος} Ε)	1.300.000	65.043	5,0	17,000	20,5
1928 (18 ^{ος} Ε)	1.300.000	0	0,0	17,000	20,5
1931 (18 ^{ος} Ε)	1.300.000	0	0,0	17,000	20,5
1934 (18 ^{ος} Ε)	1.300.000	0	0,0	17,000	20,5
1937 (18 ^{ος} Ε)	1.300.000	0	0,0	17,000	20,5
1941 (19 ^{ος} Ε - 18 ^{ος} Ε)	1.300.553	553	0,0	18,000	20,5
1971 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.300.553	0	0,0	18,000	20,5
1981 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.399.407	98.854	7,2	18,000	20,5
1991 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.459.900	60.493	4,3	18,000	20,5
2001 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.596.020	136.120	9,3	18,000	20,5
2005 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	1.610.000	13.980	0,9	18,000	20,5
2005 (18 ^{ος} Ε - 17 ^{ος} Ε)	11.103.929	0	0,0	18,000	20,5

Τα αντίστοιχα πληθυσμιακά στοιχεία για την Αττική δίνονται παρακάτω:

Πίνακας 2. Ο πληθυσμός της Αττικής

Έτος	Πληθυσμός	Μεταβολή
1961	1852709	
1971	2540241	37%
1981	3369424	19%
1991	3523407	5%
2001	3761810	7%

Χρονολογικά τα ποσοστά ανδρών - γυναικών μεταβάλλονται (πίνακας 3) με αύξηση των ποσοστών των ανδρών.

Πίνακας 3. Κατανομή ανδρών γυναικών

Επίσημοι πληθυσμοί Ελλάδας κατά	Ποσοστά - Ποσοστά σε			Επί 1000 κατοίκων - Επί 1000 κατοίκους	
	Σύνολο Total	Άνδρες Males	Γυναίκες Females	Άνδρες Males	Γυναίκες Females
1979	3.079.239	1.603.957	1.705.586	52,4%	47,9%
1980	2.167.206	1.133.675	1.033.531	51,8%	48,17%
1981	2.434.008	1.266.616	1.167.392	52,0%	47,9%
1982	2.831.487	1.529.947	1.301.540	54,0%	46,0%
1983	3.016.249	1.695.316	1.320.933	56,2%	43,8%
1984	4.205.661	2.026.735	1.178.926	48,0%	52,0%
1985	5.112.001	2.626.001	1.486.000	51,3%	48,7%
1986	5.627.000	3.221.000	1.996.000	57,1%	42,9%
1987	6.100.513	3.791.000	2.309.513	62,1%	37,9%
1988	6.766.572	4.206.200	2.560.372	62,2%	37,8%
1989	7.779.549	4.770.570	3.008.979	61,4%	38,6%
1990	8.259.920	5.095.000	3.164.920	61,7%	38,3%
2001	10.064.020	5.427.667	4.636.353	54,0%	46,0%
2001 (προβλεπόμενος πληθυσμός - ολικός) σε ηλικιακή κατανομή	10.954.097	5.444.476	5.509.621	49,7%	50,3%

Η εξήγηση στο φαινόμενο αυτό μπορεί να οφείλεται:

- Στην μεταναστευτική κίνηση προς την Ελλάδα, όπως αυτό εμφανίστηκε μετά το 1991.
- Την αύξηση του προσδοκόμενου ζωής του ελληνικού πληθυσμού, άρα και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (πρόβλεψης και θεραπείας). Η αύξηση αυτή επηρεάζει κυρίως τους άνδρες.

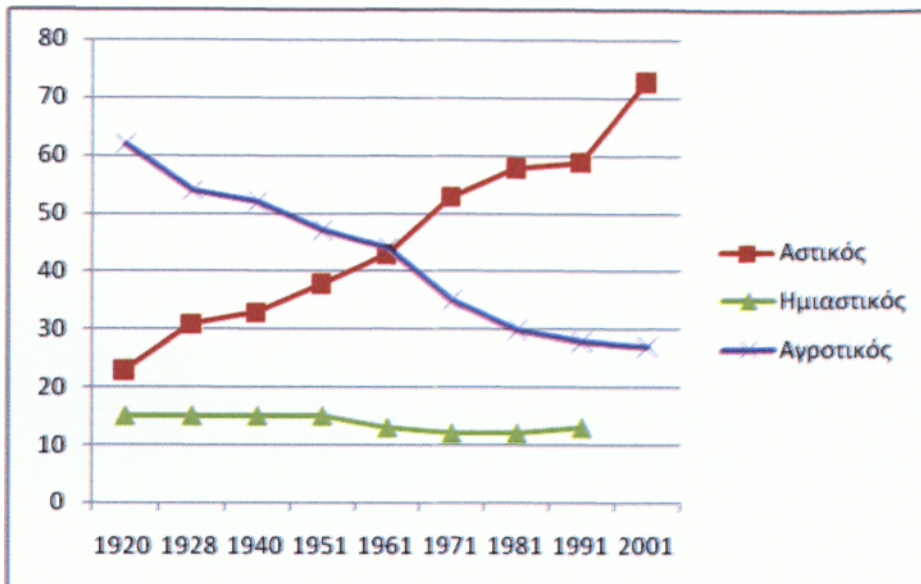
Σε σχέση με την ηλικιακή κατανομή οι παρακάτω πίνακες 4a και 4b παρουσιάζουν την ηλικιακή κατανομή πληθυσμού. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η ηλικιακή ομάδα 0-14 από 14% του πληθυσμού έχει πέσει στο 14%, ενώ η ηλικιακή ομάδα 65+ από 14% έχει ανέβει σε 19% περίπου.

Πίνακας 4. Ηλικιακή κατανομή του Ελληνικού πληθυσμού

Ομάδες ηλικιών Age groups	1987			1988		
	Σύνολο Total	Άρρενες Males	Θήλειες Females	Σύνολο Total	Άρρενες Males	Θήλειες Females
Σύνολο - Total	9.983.490	4.921.499	5.071.991	10.064.020	4.922.037	5.082.364
0 - 4 ετών - years	660.450	333.028	327.422	574.488	296.787	277.621
5 - 9	700.636	366.632	334.004	701.264	362.549	338.715
10 - 14	699.575	362.461	337.114	704.799	364.735	340.064
15 - 19	745.971	385.393	360.578	725.136	374.480	350.656
20 - 24	750.295	387.246	363.049	766.125	396.232	369.893
25 - 29	711.139	361.670	349.469	720.646	372.549	348.097
30 - 34	675.025	338.679	336.346	675.978	334.274	341.704
35 - 39	654.902	326.205	328.697	655.820	328.455	327.371
40 - 44	620.680	307.272	313.408	647.364	322.325	325.039
45 - 49	599.760	281.118	318.642	673.512	329.424	344.088
50 - 54	666.558	331.087	335.471	678.561	328.086	350.475
55 - 59	658.210	315.377	342.833	665.456	317.359	348.097
60 - 64	615.790	284.299	331.491	649.792	290.934	358.858
65 - 69	695.210	379.266	315.944	695.111	344.111	351.000
70 - 74	673.960	366.760	307.200	660.070	340.674	319.396
75 - 79	290.510	151.286	139.224	307.589	152.851	154.738
80 - 84	185.480	76.742	108.738	187.962	77.736	110.226
85 ετών και άνω - years and over	180.580	59.228	121.352	196.932	61.464	135.468

Ομάδες ηλικιών Age groups	2003			2004			2005		
	Σύνολο Total	Άρρενες Males	Θήλειες Females	Σύνολο Total	Άρρενες Males	Θήλειες Females	Σύνολο Total	Άρρενες Males	Θήλειες Females
Σύνολο - Total	11.023.532	5.458.496	5.565.036	11.061.735	5.475.529	5.586.206	11.103.929	5.497.372	5.606.557
0 - 4 ετών - years	507.807	246.536	261.271	514.445	245.009	269.436	521.114	246.944	274.170
5 - 9	529.144	271.278	257.866	527.644	267.886	259.758	536.932	264.805	272.127
10 - 14	567.460	293.224	274.237	564.770	289.549	275.221	567.661	287.084	280.577
15 - 19	644.367	335.297	309.070	671.489	324.004	347.485	685.946	314.788	371.158
20 - 24	786.957	405.654	381.303	777.641	405.649	371.992	749.199	391.478	357.721
25 - 29	984.967	443.295	441.672	959.222	441.896	417.326	845.470	401.177	444.293
30 - 34	905.007	413.200	421.807	885.474	414.526	470.948	865.546	415.145	450.401
35 - 39	815.834	375.628	438.206	802.717	376.243	426.474	785.195	375.809	409.386
40 - 44	707.000	341.746	415.254	706.243	342.408	363.835	685.878	342.809	343.069
45 - 49	575.847	271.243	374.604	566.664	280.000	286.664	545.499	281.449	264.050
50 - 54	468.227	219.593	348.634	461.767	217.767	244.000	445.669	215.000	230.669
55 - 59	390.477	182.262	308.215	377.940	181.774	196.166	370.799	180.000	190.799
60 - 64	327.984	156.045	271.939	320.947	154.000	166.947	314.447	152.000	162.447
65 - 69	278.020	136.274	241.747	268.046	132.875	135.171	261.008	129.477	131.531
70 - 74	241.839	116.909	224.930	235.764	114.000	121.764	229.000	112.000	117.000
75 - 79	191.146	91.444	199.702	187.145	89.764	97.381	184.170	87.000	97.170
80 - 84	129.829	61.546	178.283	127.301	61.500	65.801	124.000	60.000	64.000
85 και άνω - and over	147.866	68.274	79.592	146.474	68.000	78.474	144.000	66.000	78.000

Εξετάζοντας την αστικότητα του πληθυσμού γίνεται φανερή μια τάση αστικοποίησης του. Το διάγραμμα 1 παρακάτω δείχνει το εξέλιξη του φαινομένου από το 1920 έως σήμερα (σύμφωνα με τις απογραφές πληθυσμού).



Εικόνα 1. Αστικοποίηση του Ελληνικού πληθυσμού.

Σε σχέση με την υπηρηκότητα σύμφωνα με την απογραφή του ο πίνακας 5 παρουσιάζει την εξέλιξη από το 1981 έως το 2001. Είναι χαρακτηριστική η αύξηση των ατόμων που μένουν στην χώρα μας και προέρχονται από Ευρωπαϊκά Κράτη εκτός ΕΕ.

Πίνακας 5. Κατανομή πληθυσμού ανα Υπηρηκότητα

	1981		2001	
	Population	%	Population	%
Σύνολο	9739589		10934097	
Ευρώπη	9653516	99,1%	10772615	98,5%
ΕΕ	9612656	98,7%	10218775	93,5%
Λοιπή Ευρώπη	40860	0,4%	553841α	5,1%
Ασία	41954	0,4%	108553	1,0%
Αφρική	6671	0,1%	15700	0,1%
Αμερική	29990	0,3%	27356	0,3%
Ωκεανία	7458	0,1%	9065	0,1%

Ένας δείκτης για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού δίνεται από την προσδοκόμενη ζωή του ατόμου κατά την γέννηση του αλλά και σε διάφορες ηλικίες. Ο πίνακας 6 δείχνει τα αποτελέσματα αυτά το 1928, το 1970, το 1980, το 1990 και το 2000 για άνδρες και γυναίκες. Είναι συνεχής η αύξηση του προσδοκόμενου ζωής χαρακτηριστικά στην γέννηση, τα τελευταία 30 χρόνια έχει αυξηθεί το προσδόκιμο κατά 5 χρόνια για τους άνδρες και 7 χρόνια για τις γυναίκες ενώ στην ηλικία των 65 οι αντίστοιχες αυξήσεις είναι 2,5 και 3 χρόνια.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της ποιότητας υγείας είναι και θάνατοι κάτω του έτους όπου σύμφωνα με την ΕΣΥΕ το 1971 επί 1000 γεννηθέντων ζώντων ο αριθμός των θανόντων βρεφών ήταν 26,91 ενώ το 1981 ήταν 16,27, το 1991 ήταν 9,03 και το 2005 ήταν 3,8.

Πίνακας 6. Προσδοκόμενη ζωή Ελληνικού πληθυσμού

Τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο πληθυσμός στο σύνολο της χώρας καθώς και στην Αττική αυξάνουν με προσθήκη και αριθμού μεταναστών από λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Ηλικιακά ο πληθυσμός αυξάνει λόγω της μακροζωίας των Ελλήνων.

Υγειονομικό δυναμικό.

Για την διατήρηση και ανάπτυξη του βαθμού υγείας του πληθυσμού απαιτείται όπως είναι προφανές η ύπαρξη των κατάλληλων υποδομών και του υγειονομικού προσωπικού. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στις μη αστικές περιοχές παρέχεται, κυρίως, από τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και τα 1.351 Περιφερειακά Ιατρεία του Ε.Σ.Υ., ενώ στις αστικές περιοχές παρέχεται από τα Πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α. και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες γιατρούς, από διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και τέλος, στα μεγάλα αστικά κέντρα, κυρίως, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται, στο μεγαλύτερο μέρος της, από τα δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., αλλά και εκτός Ε.Σ.Υ., καθώς επίσης από τις ιδιωτικές κλινικές.

Ο παρακάτω πίνακες 8a, 8b, 8c δίνουν τον αριθμό των νοσοκομείων καθώς και του προσωπικού τους, ανά ειδικότητα θεραπευτηρίου. Παρατηρείται μια μείωση του αριθμού των θεραπευτηρίων κατά 25% στο αριθμό των θεραπευτηρίων. Ο αριθμός των κλινών παραμένει ουσιαστικά ίδιος, ο αριθμός των ιατρών αυξήθηκε κατά 48%, ενώ η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι 38%.

Η κατανομή των θεραπευτηρίων κατά περιφέρεια και νομική μορφή δίνεται παρακάτω:

Πίνακας 9 . Κατανομή θεραπευτηρίων και κλινών ανά νομική μορφή (Σύνολο Χώρας και Αττική).

Έτος	Σύνολο χώρας			Περιφέρεια πρωτευούσης		Ποσοστά	
	ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ	Ιδιωτικές κλινικές	Κέντρα Υγείας	ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ	Ιδιωτικές κλινικές	ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ	Ιδιωτικές κλινικές
1988	142	262	26	40	81	28,2%	30,9%
1994	144	218	170	43	118	29,9%	54,1%
2003	148	179	187	44	65	29,7%	36,3%
2004	147	172	189	43	62	29,3%	36,0%

Ο αντίστοιχος πίνακας για τις κλίνες είναι ο παρακάτω :

Έτος	Σύνολο χώρας			Περιφέρεια πρωτευούσης		Ποσοστά	
	ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ	Ιδιωτικές κλινικές	Κέντρα Υγείας	ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ	Ιδιωτικές κλινικές	ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ	Ιδιωτικές κλινικές
1988	35875	15826	183	16727	8161	46,6%	51,6%
1994	36736	15052	1088	16457	8032	44,8%	53,4%
2003	37234	14528	1101	14889	7575	40,0%	52,1%
2004	37356	14515	1091	15067	7419	40,3%	51,1%

Αναφορικά με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρείται μια σημαντική αύξηση τα τελευταία 20 χρόνια της τάξης 44% στον αριθμό των ιατρών και 39% στο αριθμό των νοσηλευτών. Στους νοσηλευτές εξακολουθεί το ποσοστό των ατόμων που είναι απόφοιτοι ΔΕ να κατέχει τα πρωτία αλλά έχει μειωθεί σημαντικά το ποσοστό τους σε σχέση με αυτούς που έχουν λάβει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση. Σήμερα, η χώρα μας διαθέτει πολύ μικρό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικό όπως φαίνεται και από τους δείκτες του πίνακα 10.

Εξετάζοντας το πλήθος ιατρών ανά 1000 κατοίκους στο σύνολο της χώρας και την Αττική προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Πίνακας 10. Δείκτες αξιολόγησης επάρκειας ιατρικού καινοσηλευτικού προσωπικού

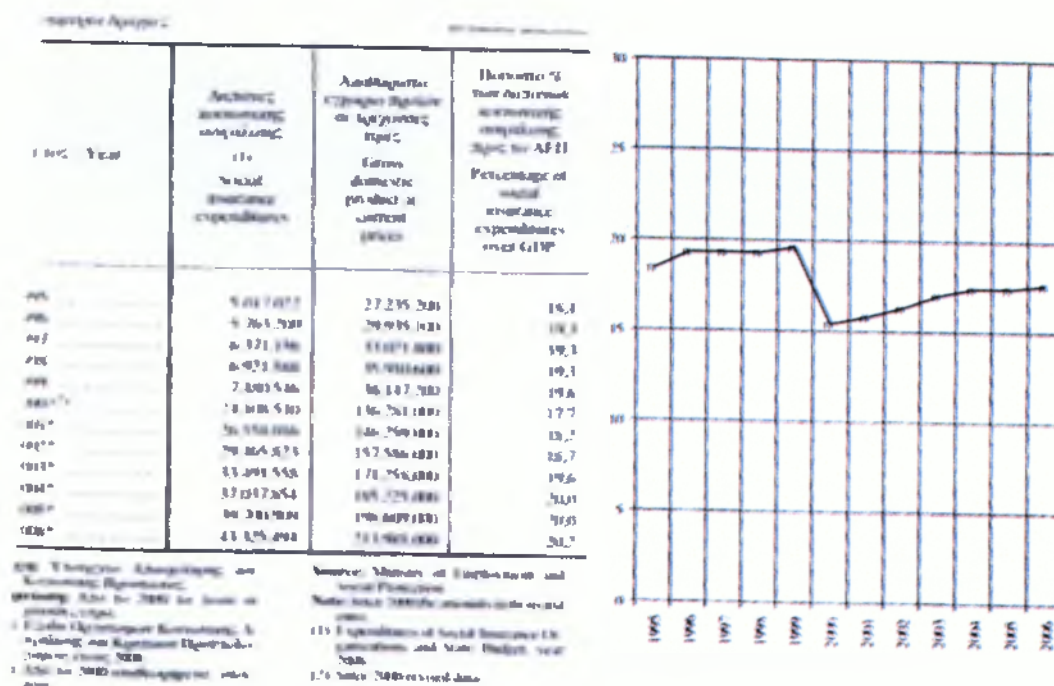
Έτος	Γιατροί ανά 1000 κατοίκους		Γιατροί ανά κλίνη	Νοσηλευτές ανά κλίνη
	Χώρα	Αττική	Χώρα	Χώρα
1988	2,3	1,2	0,3	0,5
1994	2,8	1,4	0,4	0,6
2003	3,6	1,5	0,5	0,8

Δαπάνες για την υγεία.

Η επίτευξη του στόχου της ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό στην χρηματοδότηση του συστήματος. Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ επιτυγχάνεται μέσω επιχορήγησεων του Ελληνικού Κράτους καθώς επίσης από την συμμετοχή των πολιτών μέσω των οραγνισμών κοινωνικής ασφάλισης. Ο παρακάτω πίνακας 11 δείχνει τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Όσον αφορά στην εξέλιξη των κρατικών δαπανών για την Υγεία, αυτή παρουσιάζει αυξητική τάση, όμως παραμένει από τις χαμηλότερες στις χώρες της Ε.Ε. , το ίδιο συμβαίνει και στις δαπάνες για Κοινωνική Ασφάλιση καθώς τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης χρηματοδοτούν το ΕΣΥ. Σε επίπεδο επενδύσεων, σημειώθηκε σημαντική αναπτυξιακή τάση, που αφορά, κυρίως, επενδύσεις σε κτιριακό εξοπλισμό π.χ. δημιουργήθηκε πανελλαδικό δίκτυο παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), κατασκευάστηκαν τρία (3) Πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο) και αποασυλοποιήθηκε μεγάλος αριθμός ψυχιατρικά ασθενών, μέσω της δημιουργίας ενός δικτύου προληπτικών και θεραπευτικών

Πίνακας 11. Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας



Ένας επίσης σημαντικός πόρος για το σύστημα υγείας και ιδιαίτερα την ιδιωτική πρωτοβουλία είναι οι ίδιοι οι ασθενείς. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ τα έξοδα των νοικοκυριών για αγορά νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών καθώς και φαρμάκων έχει διπλασιαστεί στο διάστημα 2000 – 08. Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της

αύξησης οφείλεται στην αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές.

Νοσηλευτική κίνηση.

Συγκριτικά με την νοσηλευτική κίνηση στα νοσοκομεία της χώρας ο πίνακας 12 παρακάτω παρουσιάζει τα στοιχεία της ΕΣΥΕ.

Έτος	Σύνολο χώρας				Αττική			
	Εξεληθόντες ασθενείς	Ημέρες νοσηλείας	Μέσος αριθμός ημερών	Κάλυψη (%)	Εξεληθόντες ασθενείς	Ημέρες νοσηλείας	Μέσος αριθμός ημερών	Κάλυψη (%)
1988	1239107	13310754	10,7	71%	560233	7115082	12,7	78%
1994	1416429	12736929	9,0	67%	582824	6042446	10,4	68%
2002	1879581	14775464	7,9	78%	738390	6920424	9,4	83%

Από τα στοιχεία προκύπτει σημαντική μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας από 10,7 το 1988 σε 7,9 το 2002 για το σύνολο της χώρας. Στην Αττική φαίνεται η μείωση να είναι μικρότερη και να φτάνει στις 9,4 ημέρες το 2002. Σημαντικό επίσης να τονιστεί είναι ότι μειώθηκε το ποσοστό των εξελθόντων ασθενών από την Αττική. Το 1988 ήταν 45% του συνόλου και το 2002 έχει γίνει 40%. Ανησηχτικό επίσης για την Αττική πρέπει να είναι το ποσοστό πληρότητας που έχει ξεπεράσει το 83% .

Η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα παρέχεται, μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το οποίο παρουσιάζει μια σταδιακή ανάπτυξη, εξαιτίας του αρκετά αποτελεσματικού εξοπλισμού, που διαθέτει. Στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης παρατηρείται το φαινόμενο της μείωσης του αριθμού των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, εξαιτίας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που στοχεύει στην αποασυλοποίηση των ψυχιατρικά ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο . Κριτική, συμπεράσματα, προτάσεις.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα προβλήματα και οι ελλείψεις των υγειονομικών υπηρεσιών και θα δοθούν προτάσεις για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος και την καλυτέρευση του επιπέδου υγείας των ασθενών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προηγούμενου κεφαλαίου τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποιες βελτιώσεις στο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα με την οργάνωση των Ολυμπιακών Αγώνων βελτιώθηκαν το ΚΑΤ και ο Ευαγγελισμός, δημιουργία Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου στο Περιστερί Αττικής και δημιουργία καινούργιων νοσοκομείων στις περιφέρειες. Όμως υπάρχουν πολλές ελλείψεις στα έργα που έγιναν όπως η έλλειψη προσωπικού σε διάφορα μεγάλα αστικά νοσοκομεία τα οποία υπολειπονται όπως το «ΑΤΤΙΚΟΝ» και «ΘΡΙΑΣΙΟ», οι ελλείψεις από υλικοτεχνικό εξοπλισμό όπως στο νοσοκομείο του Πύργου στο οποίο λείπει μαστογράφος και έτσι αναγκάζονται οι ασθενείς να μετακινούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που συλλέχθηκαν τα προβλήματα των συστημάτων υγείας είναι τα εξής :

- Παρουσιάζεται ελλείψεις στις υποδομές και έλλειψη εμπιστοσύνης στη σχέση των ασθενών με τα περιφερειακά νοσοκομεία με συνέπεια το συνωστισμό των ασθενών στα αστικά κέντρα, κυρίως στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, και την οικονομική επιβάρυνση των πολιτών λόγω των μεταφορικών εξόδων και λόγω των επισκέψεων τους σε ιδιωτικά κέντρα αντί για δημόσια. Η απογοήτευση και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνθηρες φαινόμενο, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους γιατρούς. Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.
- Μεγάλο θέμα, επίσης, αποτελεί η αναντιστοιχία στις ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τις ανάγκες. Η «δυσανάλογη ανά ειδικότητα κατανομή των γιατρών» δημιουργεί υπερβάλλουσα ζήτηση προς τις ειδικότητες με το μεγαλύτερο αριθμό γιατρών. Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία κ.λπ., παρατηρείται σημαντική έλλειψη σε

ειδικότητες όπως γενικής ιατρικής, γηριατρικής, αποκατάστασης, κοινωνικής ιατρικής, δημόσιας υγείας κ.λπ. Προς τα εκεί θα πρέπει να στραφεί η νέα πολιτική υγείας, για να καλύψει το μελλοντικό πρόβλημα ανεργίας, αλλά και την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού.

- Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο της καθημερινής η κυρία Μπουλουτζιά παρουσιάζει τη κατάσταση στη Μ.Ε.Θ όπου το πρόβλημα της έλλειψης κλινών Εντατικής έχει ενταθεί το τελευταίο διάστημα στο λεκανοπέδιο εξαιτίας του κυλιόμενου προγράμματος αναστολής της λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) και χειρουργείων δημόσιων νοσοκομείων, που συνηθίζεται κάθε καλοκαίρι προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες συντηρήσεις και αποστειρώσεις - απολυμάνσεις. Επίσης, η απόφαση του νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν να σταματήσει να διαθέτει -από τον περασμένο Μάρτιο- τις 30 κλίνες εντατικής στο ΕΣΥ εξαιτίας της μη αποπληρωμής του από τα ασφαλιστικά Ταμεία, σαφώς έχει επιδεινώσει την κατάσταση. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την καθημερινή δοκιμασία των συγγενών των ασθενών από τις ελλείψεις του προσωπικού, τις κλειστές κλίνες αφού η κάλυψη των αναγκών των ασθενών από τις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι κάτω του 50% .
- Σημαντικό πρόβλημα είναι και οι μετανάστες όπου λόγω της αύξησης τους τα τελευταία χρόνια απασχολούν και αυτοί μεγάλο ποσοστό υγειονομικού δυναμικού με συνέπεια για ακόμη μια φορά το συνωστισμό και την αναμονή των ασθενών

Για την επίλυση αυτών των προβλημάτων πρέπει να παρθούν μέτρα και να δοθούν προτάσεις με στόχο την καλύτερη ποιότητα υγείας στη Ελλάδα. Προτάσεις όπως :

- Καλύτερη οργάνωση των περιφερειακών νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας τόσο από υλικοτεχνική υποδομή τόσο και από την κάλυψη των κενών θέσεων με αποτέλεσμα να κρατηθούν οι ασθενείς στις περιφέρειες για την εξυπηρέτηση των αναγκών τους. Ο δείκτης γιατρός / κλίνη μπορεί να είναι καλύτερος στην επαρχία από την Αθήνα αλλά οι ασθενείς προτιμούν τη μετακίνησή τους στα αστικά κέντρα. Αυτό φαίνεται και από την πληρότητα των κλινών που στην Αθήνα φτάνει το 80% και δημιουργεί έντονο φόρτο εργασίας στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης ημέρες νοσηλείας στα νοσοκομεία της Αττικής είναι δύο μέρες παραπάνω από τα νοσοκομεία

της υπόλοιπης Ελλάδος με αποτέλεσμα το συνωστισμό και την αναμονή των ασθενών.

- Στην ελάφρυνση του φόρτου εργασίας θα βοηθήσει και η λειτουργία ενός καινούργιου θεσμού, του θεσμού των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου. Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου θα βοηθήσουν στην καλύτερη πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως έχει φανεί και με την λειτουργία των Κέντρων Υγείας στην περιφέρεια. Μια τέτοια προσπάθεια θα βοηθήσει επίσης εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι έχουν ανάγκη από θεραπευτική φροντίδα χωρίς να είναι αναγκαία η διαμονή τους σε νοσοκομειακή μονάδα καθώς και στη μείωση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομειακών μονάδων. Κάτι τέτοιο έχει ξεκινήσει ήδη στην Αττική και το 2009 προβλέπεται η δημιουργία Κέντρου Υγείας στο Περιστέρι Αττικής.
- Βελτίωση της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό μπορεί να γίνει με πρόσληψη περισσότερων νοσηλευτών ανώτερης εκπαίδευσης και υλοποίησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατά την περίοδο της εργασίας. Οι βασικοί **στόχοι** της εκπαίδευσης είναι:
 1. Απόκτηση γνώσεων (γνώση του αντικειμένου, εκτίμηση ασθενούς, αρχές αλληλεπίδρασης στον εργασιακό χώρο, αρχές συμπεριφορά, κριτική σκέψη)
 2. Επίλυση προβλημάτων μέσα στην ομάδα (τρόποι βελτίωσης αποδοτικότητας, ομαδικοί και ατομικοί στόχοι, διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας)
 3. Βελτίωση βασικών παραμέτρων απόδοσης των νοσηλευτικών διαδικασιών και διεργασιών με στόχο την παροχή της ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας του ασθενούς στο ΥΓΕΙΑ.Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ο δείκτης είναι δύο με τρεις νοσηλευτές ανά γιατρό, ενώ στη χώρα μας είναι κάτω της μονάδος. Αυτό όμως που είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό είναι το γεγονός της μεγάλης έλλειψης πτυχιούχων νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι νοσηλευτές αυτής της κατηγορίας στη χώρα μας είναι 2 και 3 φορές λιγότεροι από τις άλλες χώρες της Ε.Ε.
- Ανάπτυξη και ολοκλήρωση των υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, η οποία καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.). Όπου σύμφωνα με το τρίτο κοινοτικό πλαίσιο στόχοι είναι: η ολοκλήρωση του δικτύου Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής

Φροντίδας, η αποτελεσματική παρέμβαση των υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Β., με ενίσχυση της κινητής υποδομής του και η βελτίωση των δεικτών αποτελεσματικότητας των παρεχομένων ιατρικών φροντίδων, μέσω της εφαρμογής και ανάπτυξης πανελλαδικού δικτύου ασύρματης επικοινωνίας και της λειτουργίας τηλεματικού συστήματος.

- Απαιτείται ορθολογικός σχεδιασμός και ακριβής ταξινόμηση των ανθρώπινων πόρων που να εγγυάται το σωστό και κατάλληλο αριθμό προσωπικού και τις απαιτούμενες ειδικότητες στον αναγκαίο τόπο και χρόνο.
- Καλύτερος συντονισμός και κατανομή των χρηματοδοτούμενων πόρων ώστε να χρησιμοποιούνται εκεί που υπάρχουν ανάγκη. Για παράδειγμα να κατανεμηθούν χρήματα για τη δημιουργία μονάδων εντατικής θεραπείας ή η αξιοποίηση των ήδη υπάρχων και όχι η εγκατάλειψη τους με συνέπεια την υπολειτουργία μεγάλων νοσοκομείων όπως το ΑΤΤΙΚΟΝ. Η επικέντρωση στον λειτουργικό εκσυγχρονισμό των νοσοκομειακών μονάδων και συγκεκριμένα, στην αντιμετώπιση διαπιστωμένων αναγκών εφαρμογής νέου οργανωτικού και διοικητικού προτύπου στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία. Το πρόβλημα αυτό εντοπίζεται εντονότερο στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνας και Θεσσαλονίκης, λόγω της ανεπάρκειας ειδικών τμημάτων ή μονάδων καθώς και έλλειψη προσαρμογής στη νέα τεχνολογία.
- Οικονομική (επαν)ένταξη των ψυχικά ασθενών. Συγκεκριμένα, το μέτρο στοχεύει στην απομάκρυνση ενός μεγάλου αριθμού χρόνιων ασθενών από το χώρο των ψυχιατρείων και στην εγκατάστασή τους σε κοινοτικές δομές. Ειδικότερα, επιδιώκεται η ανάπτυξη ειδικών δράσεων, κυρίως στο Ψ.Ν.Α. στο Δαφνί και στο Ψυχιατρείο της Λέρου, για την ολοκληρωμένη προετοιμασία της εξόδου των ασθενών στην κοινότητα.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω που μελετήθηκαν στόχος είναι η καλύτερευση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και η αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων με συνέπεια το υψηλό επίπεδο υγείας των ασθενών με όσο των δυνατόν τη χαμηλότερη οικονομική επιβάρυνση τους και την εξυπηρέτηση τους άμεσα από τους δημόσιους φορείς υγείας. Η παροχή κατάλληλης υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης από μέρος του κράτους εξαρτάται από τον κατάλληλο σχεδιασμό, οργάνωση και διοίκηση των

υπηρεσιών γι' αυτό το λόγο χρειάζεται σωστή κατανομή πόρων, εκπαίδευση προσωπικού, κατάλληλη στελέχωση και καλύτερος συντονισμός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Παρασκευόπουλος, Λ., Συστήματα Υγείας, Καλαμάτα 2004.
- [2] Δρούμπαλης, Φ., Σύγχρονες Μονάδες Υγείας, Καλαμάτα, 2004.
- [3] ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα, Αθήνα, για τα έτη 1981 έως 2006.
- [4] Καθημερινή, 2008, " Νέα νοσοκομεία σε ημεραγία", Ένθετο αφιέρωμα, τ.2, 27/11/2008.
- [5] Σούλης, Σ., Οικονομική της Υγείας, εκ. Παπαζήσης, 2001
- [6] Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα. Αθήνα, 1997.