



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Θέμα πτυχιακής εργασίας

"Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.  
Ε.Ο.Π.Υ.Υ. - Π.Ε.Δ.Υ."

Σπουδάστριες: Μούτογλη Αργυρώ

Ράφτη Άννα

Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Πισιμίσης Θεόδωρος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2014

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)-ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ Ε.Ο.Π.Υ.Υ-ΛΟΓΟΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ</b>	
1.1 Γενικά για το Εθνικό Σύστημα Υγείας	5
1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	5
1.3 Εννοιολογική οριοθέτηση της έννοιας «Σύστημα Υγείας»	7
1.4 Δημιουργία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	12
1.5 Λόγοι δυσλειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ</b>	
2.1 Εισαγωγικά	16
2.2 Γερμανία	16
2.3 Ισπανία	17
2.4 Δανία	18
2.5 Ηνωμένο Βασίλειο	20
2.6 Ιρλανδία	21
2.7 Ουγγαρία	22
2.8 Πολωνία	23
2.9 Ιταλία	24
2.10 Φιλανδία	25
2.11 Νορβηγία	27
2.12 Σουηδία	28
2.13 Πορτογαλία	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ</b>	
3.1 Ορισμός της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	31
3.2 Τα στάδια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης	33
3.3 Η Ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα. Οι σκοποί και οι λειτουργίες της	34
3.4 Η επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην φαρμακευτική δαπάνη.	35

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ-ΛΟΓΟΙ  
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ Π.Ε.Δ.Υ.**

4.1 Δημιουργία Π.Ε.Δ.Υ.	39
4.2 Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.	42
4.3 Κέντρα Υγείας	42
4.4 Οικογενειακός Ιατρός	43
4.5 Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.	45
4.6 Διοικητική οργάνωση	44

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ  
Π.Ε.Δ.Υ.**

5.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	49
5.2 Ρυθμίσεις σχετικά με τον νέο χαρακτήρα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	50
5.3 Ρυθμίσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα/κινητικότητα υπαλλήλων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οικονομικά και θέματα προσωπικού	50
5.4 Λοιπές διατάξεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	51
5.5 Γενική Αξιολόγηση του σχεδίου νόμου του Π.Ε.Δ.Υ..	52
5.6 Η Διασφάλιση στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας	53
Συμπέρασμα	56
Βιβλιογραφία	58
Ηλεκτρονικές Πηγές	59

## Εισαγωγή

Αποτελεί γεγονός πως η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας είναι ένα από τα θέματα που βρίσκονται στη πολιτική ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και όλων των χωρών του πλανήτη οι οποίες διαθέτουν σημαντικά οργανωμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, ήδη από την δεκαετία του 1980. Είναι πολυάριθμες οι μελέτες και οι πολιτικοοικονομικές αναλύσεις οι οποίες υποστηρίζουν ότι, το κράτος πρόνοιας απειλείται ουσιαστικά από τη παγκοσμιοποίηση της οικονομίας.

Τα διάφορα επιχειρήματα, δηλαδή υπέρ της μεταρρύθμισης των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων αφορούν κυρίως στην αυξημένη μακροζωία ανδρών και γυναικών, τη μείωση των γεννήσεων, την ανταγωνιστικότητα της Οικονομίας και τις οικονομικές τάσεις που οδηγούν σε αύξηση των υποχρεώσεων, οι οποίες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν σε ουσιαστικό βαθμό από τα ισχύοντα «γενναιόδωρα» συνταξιοδοτικά συστήματα που ισχύουν σε ορισμένες περιπτώσεις.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, αντί οι υπεύθυνοι να αποδυναμώσουν το κράτος πρόνοιας και να μειώσουν τις συντάξεις, ο διάλογος για την ανταγωνιστικότητα θα πρέπει να επικεντρωθεί σημαντικά στην ενεργοποίηση της φαντασίας, στην εκπαίδευση και στην αύξηση των δαπανών για την έρευνα και την ανάπτυξη, με σκοπό την ευημερία όχι μόνο των νέων ανθρώπων αλλά και των μεγαλύτερων και κυρίως των συνταξιούχων.

Η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν ακολούθησε δυστυχώς αυτή τη γραμμή. Ο νόμος για την δημιουργία του εκπονήθηκε χωρίς βαθειά σκέψη των προβλημάτων που δημιουργούνταν, μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα, στην προσπάθεια της τότε ηγεσίας του ΥΥΚΑ να δείξει ότι μπορεί να τον δημιουργήσει, ο δε μετέπειτα ΕΚΠΥ που εκπονήθηκε βγήκε πρόχειρα και βιαστικά με αποτέλεσμα φυσικά σε λίγο διάστημα να τροποποιηθεί.

Εφαρμόζεται νομοσχέδιο για τη δημόσια πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπου ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καταργείται και αντικαθίσταται από το Π.Ε.Δ.Υ. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παραμένει ως αγοραστής υπηρεσιών τόσο στο δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα και με το Π.Ε.Δ.Υ. εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ώστε να υπάρχει η αξιόπιστη και προσωπική σχέση με τους επαγγελματίες της υγείας και καθιερώθηκε ο ατομικός ιατρικός φάκελος υγείας, σύμφωνα με τα πρόσφατα ευρωπαϊκά πρότυπα, για να υπάρχουν οι απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες

Γεννάται λοιπόν εύλογα το ερώτημα, αν οι διάφορες δημοσιονομικές και δημογραφικές εξελίξεις οδηγούν πράγματι σε μια καταστροφή ή επιχειρείται μέσω της κινδυνολογίας, η ικανοποίηση των απαιτήσεων των μηχανισμών της αγοράς για υψηλότερα κέρδη, μέσω της συμπίεσης του κόστους της εργασίας και της Κοινωνικής Ασφάλισης στους συνταξιούχους των δημοσίων ταμείων που σε τελική βάση θα επιφέρει τον κοινωνικό αποκλεισμό αυτών οι οποίοι δεν λαμβάνουν ικανοποιητικά ποσά συντάξεων, δηλαδή του μεγαλύτερου μέρους του συνταξιοδοτημένου πληθυσμού της χώρας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα αναλύσουμε τη δομή του ελληνικού συστήματος υγείας εστιάζοντας την ανάλυσή μας κυρίως στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Θα παρουσιάσουμε τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, καθώς και τις διαφαινόμενες τάσεις τόσο ως προς τη δομή του συστήματος υγείας, αλλά και την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα ασχοληθούμε με το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο και η ένταξη των χωρών σε διάφορα μοντέλα πρόνοιας, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τα χαρακτηριστικά των κρατών των χωρών της Ε.Ε.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Σε αυτό το σημείο δηλαδή η χώρα μας πρωτοπορεί σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, πέρα από τα προβλήματα που έως τώρα έχουν διαπιστωθεί από την εφαρμογή αυτού του πληροφοριακού συστήματος.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τη δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ. Ένα σύστημα που θα παρέχει αποτελεσματική, κοινωνική προστασία σε εκείνους που το έχουν ανάγκη, και τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο θα αναλύσουμε την λειτουργία, τη δομή και την οργάνωση του.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να κατανοήσουμε όσο το δυνατόν πιο καλά ότι η Ελλάδα χρειάζεται την θέσπιση ενός συστήματος το οποίο θα δημιουργήσει μια νέα κατάσταση στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης και θα συμβάλει στην ανάπτυξη και εμπέδωση μιας σειράς κοινωνικών και πολιτικών παρακαταθηκών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)- ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ Ε.Ο.Π.Υ.Υ-ΛΟΓΟΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ**

### **1.1 Γενικά για το Εθνικό Σύστημα Υγείας**

Η εφαρμογή της πολιτικής υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική υγείας και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι το σύστημα υγείας. Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας διαμορφώθηκαν στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζουν ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι τα δεδομένα με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν και απαιτείται να σχεδιαστεί εκ νέου το σύστημα για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.<sup>1</sup>

Ο μέσος Έλληνας πολίτης δεν είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανισότητα στις παροχές. Πολίτες ασφαλισμένοι σε διαφορετικά ασφαλιστικά Ταμεία έχουν διαφορετικές ασφαλιστικές παροχές. Η διαφορετικότητα στις παροχές δεν οφείλεται τόσο στο ύψος των καταβαλλόμενων ασφαλιστικών εισφορών, αλλά κυρίως στη διαφορετικότητα των ασφαλιστικών Ταμείων. Αυτό έχει ως συνέπεια τη διόγκωση των ανισοτήτων και το διαχωρισμό των Ελλήνων πολιτών σε ασφαλισμένους πολλών και διαφορετικών ταχυτήτων.

### **1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Το Ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν σημαντικά και τη συνολική δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Ως εκ τούτου σήμερα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι αντιμέτωπο με δύο σημαντικές προκλήσεις: να περιορίσει τα

---

<sup>1</sup> Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). σελ. 45



δημοσιονομικά ελλείμματα και να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.<sup>2</sup>

Έχοντας ολοκληρώσει τη μελέτη αυτού του κεφαλαίου πρέπει να είστε σε θέση να γνωρίζετε :

- τι είναι το σύστημα υγείας
- τι είναι το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το εθνικό σύστημα υγείας και ποιες είναι οι διαφορές τους
- τι πλεονεκτήματα και τι μειονεκτήματα παρουσιάζει το κάθε σύστημα υγείας σε τι διαφέρει το αμερικάνικο σύστημα υγείας από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας
- ποια είναι η δομή του ελληνικού συστήματος υγείας και ποια είναι τα βασικά του χαρακτηριστικά
- ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας.<sup>3</sup>

Το επίπεδο της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης ήταν στοιχειώδες έναντι αυτού σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το 1941 δημιουργήθηκαν τα πρώτα δημόσια νοσοκομεία για να εξυπηρετήσουν τις πολεμικές ανάγκες και παρέμειναν έκτοτε. Το επόμενο σημαντικό βήμα πραγματοποιήθηκε το 1953 με την θέληση της τότε ηγεσίας του τόπου να καθιερώσει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Το Υπουργείο υγείας είναι το κυριότερο όργανο στην ανάπτυξη και την χρηματοδότηση των πολιτικών υγείας. Το υπουργείο είναι αρμόδιο για την παροχή και την χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς επίσης και για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες των φτωχών, των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι τοπικές αρχές (52 νομαρχιακά διαμερίσματα) μέσω του Υπουργείου Υγείας διαδραματίζουν έναν περιορισμένο ρόλο στην διοίκηση των 128 νοσοκομείων του ΕΣΥ και των 176 αγροτικών κέντρων υγείας. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) και οι επιτροπές για το AIDS, τα φάρμακα, τον καρκίνο κ.λ.π. διαδραματίζουν έναν συμβουλευτικό ρόλο στον υπουργό.

Τα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ) βρίσκονται υπό την αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το Σεπτέμβριο του 1995. Διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παροχή και την χρηματοδότηση των

---

<sup>2</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007), σελ.198

υπηρεσιών περίθαλψης. Το ΙΚΑ, το μεγαλύτερο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης (το οποίο καλύπτει το 50% του πληθυσμού), καλύπτει κυρίως τους εργαζόμενους υπαλλήλους και είναι αρμόδιο για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω του ευρέως και αποκεντρωμένου δικτύου των πρωτοβάθμιων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (πάνω από 200 αστικές πολυκλινικές και κλινικές). Ο ΟΓΑ, το δεύτερο μεγαλύτερο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει τους αγρότες και τις οικογένειές τους (25% του πληθυσμού) και τους δίνει τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών του ΕΣΥ (δηλαδή των αγροτικών κέντρων υγείας). Τα υπόλοιπα ταμεία παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως από το ΕΣΥ μέσω των νοσοκομείων που είναι δημόσια και χρηματοδοτούμενα κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό καθώς επίσης και από τα ασφαλιστικά ταμεία. Εκτός από το Υπουργείο Υγείας και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, οι ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα χρηματοδοτείται από ένα μικτό σχήμα βασιζόμενο στη φορολογία και στην ασφάλιση (συμπληρωμένο κατά ένα μεγάλο μέρος από την εθελοντική χρηματοδότηση). Ο κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας, και είναι αρμόδιος για την χρηματοδότηση των αγροτικών κλινικών (που ιδρύθηκαν ως τμήμα του ΕΣΥ), τους μισθούς του προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και τις επιχορηγήσεις των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

### **1.3 Εννοιολογική οριοθέτηση της έννοιας «Σύστημα Υγείας»**

Ο όρος σύστημα παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους<sup>4</sup>. Θα μπορούσαμε να ορίσουμε επίσης το σύστημα ως ένα άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων, συνδεδεμένων μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που να συνθέτουν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μία λειτουργία. Σήμερα η αντίληψη αυτή είναι ολοένα και λιγότερο σημαντική και το έδαφος το κερδίζει η συστημική αντίληψη, δηλαδή ότι το σύστημα δεν είναι άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων, αλλά είναι ένα ενιαίο σύνολο, το οποίο έχει τη δική του λειτουργία

---

<sup>4</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007), σελ. 199 – 201



Ο Λιαρόπουλος ορίζει το σύστημα με παρόμοιο τρόπο. Θεωρεί ότι το σύστημα είναι η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του ορισμού είναι η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων και διαδικασιών.<sup>5</sup>

Ένας περισσότερος εξειδικευμένος ορισμός του συστήματος θεωρεί το σύστημα ως μία ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία αποτελείται από επιμέρους στοιχεία τα οποία βρίσκονται σε μία δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Ακολουθώντας τη συστημική θεωρία μπορούμε να ορίσουμε την έννοια «σύστημα» στη βάση των ακόλουθων στοιχείων – υποθέσεων<sup>6</sup> :

- το σύστημα δεν είναι μόνο άθροισμα των επιμέρους στοιχείων του
- τα επιμέρους στοιχεία βρίσκονται σε διαρκή και δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, αλλά και σε αλληλεπίδραση και με το περιβάλλον
- το σύστημα ως ολότητα, όπως και τα επιμέρους στοιχεία – υποσύνολά του, λειτουργούν με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνουν το λόγο της ύπαρξής τους και τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν

Όλα τα συστήματα παρουσιάζουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά που είναι τα ακόλουθα :

- μεταξύ του συστήματος και του περιβάλλοντος αναπτύσσονται σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης
- κάθε σύστημα είναι οριοθετημένο και αυτό ορίζει τα όριά του σε σχέση με το περιβάλλον
- μεταξύ συστήματος και περιβάλλοντος υπάρχει συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών
- η πολυπλοκότητα ενός συστήματος εξαρτάται κυρίως από το πλήθος των στοιχείων που περιλαμβάνει και από τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των στοιχείων
- κάθε σύστημα διακρίνεται από την ιεραρχική δομή που το διέπει
- κάθε σύστημα έχει ένα συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης και συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να πετύχει

<sup>5</sup> Λιαρόπουλος, Λ. (2007), σελ. 201

<sup>6</sup> Καλογεροπούλου Μ Μουρδουκούτας Π (2007), σελ. 64

- η λεπτομερής ανάλυση της συμπεριφοράς του συστήματος προσδιορίζει και τη δυνατότητά του να εκπληρώσει τους στόχους του και να πραγματοποιεί αλλαγές ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος

Με βάση όσα αναφέραμε προηγουμένως, μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού<sup>7</sup>. Μπορούμε επίσης να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας<sup>8</sup>.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα το σύστημα υγείας πολλαπλών υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Ειδικότερα αποτελείται από τρία υποσυστήματα : το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Μία άλλη εναλλακτική προσέγγιση είναι να θεωρήσει κανείς ότι το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με τη χρηματοδότηση της υγείας, το δεύτερο υποσύστημα σχετίζεται με τη διοικητική υποστήριξη του συστήματος, το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Επίσης θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι το πρώτο υποσύστημα υγείας αναφέρεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το δεύτερο υποσύστημα υγείας αναφέρεται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και το τρίτο σύστημα υγείας αναφέρεται στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Το σύστημα υγείας μπορεί να προσδιοριστεί με τρεις τρόπους :

- Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών
- Σύστημα υγείας συνολικού κύκλων εργασιών

<sup>7</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτα, Π. (2007), σελ. 66

<sup>8</sup> Λιαρόπουλος, Α. (2007), σελ. 202

- Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία

Σύμφωνα με την πρώτη θεώρηση το σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα τριών μεταβλητών :

- Μηχανισμός διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού
- Μηχανισμός παραγωγής και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας
- Μηχανισμός κάλυψης των δαπανών της υγείας<sup>9</sup>

Η δεύτερη θεώρηση του συστήματος υγείας ως συνολικού κύκλου εργασιών θεωρεί ότι το σύστημα υγείας αποτελείται από εννέα υποσυστήματα κύκλου εργασιών :

- Υποσύστημα ιατροκοινωνικού κύκλου. Παρέχεται περίθαλψη σε ιδρύματα ατόμων με ειδικές ανάγκες, γηροκομεία, θεραπευτήρια πασχόντων και γενικότερα σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικής παθολογίας
- Υποσύστημα περιβάλλοντων τομέων. Φροντίζει την εξασφάλιση δημόσιας υγείας, την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, την περιβαλλοντική υγιεινή και την σχολική υγιεινή
- Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών φροντίδας. Παρέχει νοσηλεία στο σπίτι, υποστηρίζει συμβουλευτικούς σταθμούς για A.I.D.S, για κακοποιημένες γυναίκες κ.α.
- Υποσύστημα ερευνητικών κέντρων. Περιλαμβάνει τις ερευνητικές μονάδες που ασχολούνται αμιγώς με τον τομέα της υγείας, όπως Αντικαρκινικό Ινστιτούτο κ.α
- Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών ιατρικής. Περιλαμβάνει τα ομοιοπαθητικά κέντρα, τα ιατρεία βελονισμού, τα κέντρα οστεοπαθολογίας κ.α
- Υποσύστημα παραγωγής. Περιλαμβάνει τις μονάδες παραγωγής βιο-ιατρικής τεχνολογίας, αναλώσιμων ιατρικών υλικών κ.α.
- Υποσύστημα δευτερεύουσας παραγωγής. Δεν έχει ως κύριο έργο την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, αλλά χρησιμοποιεί τους επαγγελματίες υγείας για

<sup>9</sup> Λιαρόπουλος, Α. (2007), σελ. 205

*προσφορά υπηρεσιών υγείας σε κέντρα αισθητικής, διαιτητικής, ιατροτουριστικά κέντρα κλπ*

Η τρίτη θεώρηση του συστήματος υγείας ως παραγωγική διαδικασία θεωρεί το σύστημα υγείας ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής που περιλαμβάνει :

- τις εισροές (είναι οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικοτεχνικές υποδομές, ο τεχνολογικός εξοπλισμός κ.α)
- τη διαδικασία (είναι η διαδικασία που χρησιμοποιείται για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, π.χ. ιατρικές επισκέψεις, εξετάσεις κ.α.)
- τις εκροές (το αποτέλεσμα της διαδικασίας παραγωγής που μετρείται με μέρες νοσηλείας, με αριθμό και είδος εξετάσεων κ.α)

Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>10</sup>, το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Κατά τον Roemer σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.<sup>11</sup>

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα<sup>12</sup> το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Έχει ως βασικές αρχές λειτουργίας την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει και ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως εμφάνιση προκλητής

<sup>10</sup> Λιαρόπουλος, Λ. (2007), σελ.201

<sup>11</sup> Λιαρόπουλος, Λ. (2007), σελ.202

<sup>12</sup> Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτα, Π. (2007), σελ. 81

ζήτησης<sup>13</sup>, ηθικός κίνδυνος, μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

Με βάση όσα έχουμε αναφέρει, μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον και έχει ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Το σύστημα υγείας, ως υποσύστημα του συστήματος κοινωνικής προστασίας, πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο. Δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει τη ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

#### **1.4 Δημιουργία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα από της υπάρξεώς του χαρακτηρίστηκε από πανσπερμία ασφαλιστικών ταμείων που λειτούργησαν κάτω από διαφορετικές συνθήκες και έδιναν διαφορετικές παροχές ιδίως στην περίθαλψη και γενικώς στις παροχές για την υγεία. Έτσι προ δεκαετιών φτάσαμε να έχουμε πάνω από 100 ασφαλιστικά ταμεία όταν κάθε φορέας, ομάδα εργαζομένων ή επιχείρηση και ΔΕΚΟ είχε το δικό της ασφαλιστικό ταμείο. Μια σημαντική προσπάθεια για ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων έγινε από την Υπουργό κ. Πετραλιά όταν ενοποίησε μικρά και ομοειδή ταμεία με αποτέλεσμα στις αρχές του 2011 να υπάρχουν ουσιαστικά 15 ασφαλιστικά ταμεία.

Το πρόβλημα όμως της διαφοροποίησης των παροχών στα ταμεία Υγείας παρέμενε αφού το κάθε ασφαλιστικό ταμείο είχε τις δικές του παροχές και ιατρούς με αποτέλεσμα εμφανή την κοινωνική αδικία σε βάρος των ασφαλισμένων. Η ιδέα της ενοποίησης των ταμείων σε ένα ασφαλιστικό ταμείο παροχής υπηρεσιών υγείας έχει

---

<sup>13</sup> Με τον όρο «προκλητή ζήτηση» εννοούμε ότι παρουσιάζεται αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας η οποία δεν οφείλεται σε πραγματικές ανάγκες, αλλά στην εμφάνιση πλασματικών αναγκών. Για παράδειγμα όταν οι ιατροί, οι οποίοι είναι ταυτόχρονα και τα άτομα που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και τα άτομα που καθορίζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αφού λειτουργούν για λογαριασμό των ασθενών τους, πληρώνονται με την επίσκεψη έχουν κάθε όφελος να ζητούν από τους ασθενείς να τους ξαναβλέπουν, έστω και αν δεν υπάρχει πραγματικός λόγος. Με τον όρο «ηθικό κίνδυνο» εννοούμε ότι όταν ο ασθενής δεν συμμετέχει άμεσα στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, π.χ. ο ασφαλισμένος σ' ένα Ταμείο, δεν τον νοιάζει να ζητά υπηρεσίες υγείας, έστω και αν δεν τις χρειάζεται.



προταθεί από τον ΙΣΑ από μακρού και έχει υιοθετηθεί από το σύνολο σχεδόν των Ιατρικών συλλόγων και κλαδικών φορέων. Βασικός κανόνας της ενοποίησης είναι η σωστή διαχείριση των πόρων των επιμέρους συνιστωσών ασφαλιστικών ταμείων, η σταδιακή και με σύστημα ενοποίηση τους και η παροχή υπηρεσιών υγείας στα επίπεδα του καλύτερου από περιορισμό της σπατάλης και εξορθολογισμό των πόρων τους.

Από το Φεβρουάριο του 2011 όλοι οι ιατρικοί φορείς είχαν επισημάνει στον τότε Υπουργό Υγείας κ. Ανδρέα Λοβέρδο το θνησιγενές της δημιουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λόγω των ατελειών που είχε και της εσπευσμένης δημιουργίας του, είχαν δε προτείνει αναστολή της έναρξης λειτουργίας του και πιλοτικό πρόγραμμα εφαρμογής του σε κάποιους μικρούς νομούς για να διαπιστωθούν οι δυσκολίες και οι ατέλειες του εγχειρήματος.

Ανάλογα με τα στοιχεία που θα συλλέγονταν, θα άρχιζε και η λειτουργία του σταδιακά και σε άλλους νομούς με τελική εφαρμογή του σε όλη την Ελλάδα. Υπ' όψιν ότι σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αντίστοιχο εγχείρημα χρειάστηκε πολλά χρόνια για να υλοποιηθεί, πράγμα που δείχνει την αδυναμία δημιουργίας ενός τέτοιου φορέα (που διαφημίζεται ότι είναι ο πρώτος στην Ευρώπη) σε λίγους μήνες.

Η αντίθεση αυτή εκφράστηκε και με δυναμικές κινητοποιήσεις του συνόλου του Ιατρικού σώματος με αποκορύφωμα την κατάληψη του Υπουργείου Υγείας τον Φεβρουάριο του 2011 πρωτοστατούντος του ΙΣΑ. Οι κινητοποιήσεις αυτές κατόρθωσαν την ολιγόμηνη καθυστέρηση έναρξης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. χωρίς όμως ο τότε υπουργός κ. Ανδρέας Λοβέρδος να αντιληφθεί ότι δεν αρκούσε αυτό και χωρίς να υπάρχει ουσιαστική υποδομή ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 1/1/2012. Τα ταμεία που αρχικά σύστησαν τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν ο ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ. Τους επόμενους μήνες στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προσχώρησαν ο Οίκος Μούττου και το ΤΑΥΤΕΚΩ, πλην του ταμείου των Τραπεζών (ΤΑΑΠΤΓΑΕ) το οποίο μπήκε στις 1/5/2012 και μετά από λίγες μέρες απεχώρησε για να καταδείξει την προχειρότητα με την οποία είχε σχεδιαστεί ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Αργότερα λοιπόν ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εξυπηρετούσε 9.500.000 ασφαλισμένους. Στόχος των δημιουργών του ήταν να έχει περίπου 22.000 συμβεβλημένους ιατρούς μαζί με αυτούς των υποδομών του ΙΚΑ. Αρχικά οι ιατροί που δέχτηκαν να εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους ήταν μόνο 5.500 και σε αυτούς προστίθενται οι των υποδομών του ΙΚΑ στα πολυιατρεία του, που είναι άλλοι 6.000 περίπου, σύνολο δηλαδή 11.500, 52% αυτών που χρειάζεται.



Εδώ θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι όλοι αυτοί οι 5.000 ιατρών με μισθό, για την κάλυψη των αναγκών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος απέβει άκαρπος αφού μόλις 2.000 εκδήλωσαν επιθυμία, λόγω των χαμηλών παροχών-μισθών αλλά και της αναξιπιστίας που είχε δημιουργηθεί για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με τις καθυστερήσεις πληρωμών που είχαν ξεκινήσει και την ανασφάλεια που είχε δημιουργηθεί. Από τους 5.500 αρχικούς που συνεργάστηκαν, ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 25%) αποχώρησαν με αποτέλεσμα σήμερα αυτοί που συνεργάζονται να είναι περίπου 4.000 και μαζί με τους ιατρούς του πρώην ΙΚΑ να φτάνουν 10.000, δηλαδή 45% αυτών που χρειάζονται.

### **1.5 Λόγοι δυσλειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Η σημερινή πραγματικότητα στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. χαρακτηρίζεται τραγική σε όλους τους τομείς στον οικονομικό τομέα, όμως υπάρχει μία λέξη και αυτή είναι «χρεωκοπία».

Ο προϋπολογισμός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αναφέρει ως έσοδα 5.905.307.700 ευρώ. Από αυτά 363.707.707 ευρώ είναι έσοδα υπέρ άλλων φορέων (αντικριζόμενος λογαριασμός) τα οποία αποδίδονται άμεσα σε αυτούς. Άρα τα πραγματικά έσοδα προς διάθεση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι 5.541.600.000 ευρώ. Από αυτά τα 2.800.000.000 δίνονται για την φαρμακευτική περίθαλψη και τα 400.000.000 είναι για τις δαπάνες λειτουργίας του. Από τα υπόλοιπα 2.341.000.000 ευρώ που μένουν, δίνονται για παροχές εκτός ιατρικής περίθαλψης (δηλαδή υγειονομικά υλικά, επιδόματα υγείας, μητρότητας, αμοιβές ελευθεροεπαγγελματικών κ.λ.π.).

Το τελικό ποσό από αυτά που διατίθεται για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (ιατρεία, κρατικά νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, φυσιοθεραπευτήρια κ.α.) είναι 1.723.000.000. Από αυτά:

Α) για πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ιατρούς-εργαστήρια-πολυιατρεία έχουν προϋπολογιστεί 270.000.000 δηλαδή μόλις το 45% του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΟΠΑΔ-ΙΚΑ-ΟΑΕΕ, εξαιρείται ο ΟΓΑ που δεν έχει ιδιωτική πρωτοβάθμια).

Β) για τα κρατικά νοσοκομεία προϋπολογίστηκαν 700.000.000 για το 2012, έναντι 1.877.000.000 για τα αντίστοιχα ταμεία το 2011 δηλαδή μείωση 1.177.000.000 (62% μείωση).

Γ) το υπόλοιπο ποσό που απομένει προϋπολογίστηκε για τους λοιπούς παρόχους υγείας (φυσιοθεραπευτήρια, ιδιωτικές κλινικές κ.α.).

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχει φορτωθεί και ένα έλλειμμα περίπου 2.000.000.000 των αρχικών 4 ταμείων από το 2011 που σε συνδυασμό με το προβλεπόμενο έλλειμμα του 2012 θα ανεβάσουν το σύνολο του ελλείμματος στα 4,5 δις. Το εκρηκτικό αυτό μείγμα ισοδυναμεί με χρεωκοπία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τον καθιστά μη βιώσιμο αν αναλογιστούμε ότι ανάλογα μεγέθη ελλείμματος είχαμε και το 2013 και το 2014 αφού δεν ελήφθησαν μέτρα, με αποτέλεσμα ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να επανασχεδιαστεί από μηδενική βάση.

Ο νέος φορέας με την ονομασία Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) περιλαμβάνει ότι έχει σχέση με τη δημόσια πρωτοβάθμια περίθαλψη: τις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα κέντρα υγείας. «Τα τελευταία χρόνια διαχωρίζονται από τα δημόσια νοσοκομεία και υπάγονται μαζί με τα πολυιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις Διοικήσεις Υγειονομικών Υπηρεσιών (ΔΥΠΕ). Επίσης, θεσπίζεται ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος θα έχει σημαντικό ρόλο στο σύστημα, καθώς μαζί με τους γιατρούς των Κέντρων Υγείας και των πολυιατρείων θα λειτουργήσουν ως φίλτρο των προσερχόμενων περιστατικών ώστε να μην συνωστιζονται άπαντες στα νοσοκομεία.

Στα σημεία αυτά θα αξιολογούνται τα περιστατικά που θα χρήζουν ανάγκη περίθαλψης σε νοσοκομείο. Ως οικογενειακοί γιατροί μπορούν να εργαστούν όσοι είναι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι. Το νομοσχέδιο προβλέπει τη στελέχωση των επιστημονικών επιτροπών των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) όλης της χώρας με μόνιμο ιατρικό προσωπικό, ενώ ο συνολικός αριθμός των οικογενειακών γιατρών προσδιορίζεται από το νομοσχέδιο σε 3.000 για όλη τη χώρα». Τέλος, συζητείται από την κυβέρνηση ένα μέτρο που θα χρεώνει τους ασθενείς ακόμα και για τα τηλεφωνήματα στους συμβεβλημένους γιατρούς προκειμένου να κλείσουν ένα ραντεβού, προκειμένου να προστατευθούν οι ασφαλισμένοι από όσους γιατρούς υποστηρίζουν ότι έκλεισαν το πλαφόν των δωρεάν επισκέψεων ώστε να τους χρεώσουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

### 2.1 Εισαγωγικά

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία της διοίκησης, το σύστημα αποτελεί σχηματισμό στον οποίο το όλο ισούται με το άθροισμα των μερών του. Κάθε σύστημα έχει συγκεκριμένα όρια και ταυτόχρονα επηρεάζουν και δέχονται επιρροές από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν.

Ένα σύστημα:

- Μπορεί να είναι ανοιχτό ή κλειστό στις αλλαγές του εξωτερικού περιβάλλοντος με αποτέλεσμα την διαφοροποίηση και την προσαρμογή του εσωτερικού περιβάλλοντος.
- Έχει συγκεκριμένα όρια, χωρίς ωστόσο να καθορίζονται πάντα με σαφήνεια, ενώ δεν είναι δεδομένο ότι διαχρονικά αυτά παραμένουν αμετάβλητα.
- Διακρίνονται από δυναμικότητα που εκφράζεται μέσα από την εξέλιξή τους και πολυπλοκότητα που προσδιορίζεται από το πλήθος των σχέσεων που το συγκροτούν και τον αριθμό των μελών τους.
- Χαρακτηρίζονται από ιεραρχικότητα μεταξύ τους με σχέση υπέρ και υποσυστήματος, σύμφωνα με τη συστημική θεώρηση.
- Διακρίνονται από συγκεκριμένη συμπεριφορά και στάση, καθώς όλα τα υποσυστήματα συνεργούν προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος του συστήματος.<sup>14</sup>

### 2.2 Γερμανία

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας είναι το πλέον αντιπροσωπευτικό δείγμα εθνικού συστήματος, βασικό συστατικό του οποίου είναι η κοινωνική ασφάλιση (ταμεία υγείας). Το 2000 οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία, αντιστοιχούσαν στο 10,6% του ΑΕΠ, με σαφή υπεροχή του δημοσίου τομέα περίπου κατά το διπλάσιο ποσοστό (7% δημόσιες και 3,6% ιδιωτικές). Η καταβολή τους προήρχετο από την κοινωνική

---

<sup>14</sup> Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., (2002). σελ: 79

ασφάλιση (56%), από τη γενική φορολογία (19%) και το υπόλοιπο ποσοστό (24,5%) αφορούσε την ιδιωτική δαπάνη υγείας. Διαχρονικά, η δημόσια δαπάνη υγείας παρουσιάζει μείωση στο σύνολο της δαπάνης για την υγεία, ενισχύοντας κατά αυτό τον τρόπο τον ιδιωτικό τομέα.

Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από τα ταμεία υγείας, που καλύπτουν περίπου 72.000.000 ασφαλισμένους και από 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς με 7.100.000 πλήρως ασφαλισμένους (SPACE, 2001). Το 2000 λειτουργούσαν στην Γερμανία 2019 γενικά νοσοκομεία (753 δημόσια, 832 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά, και 429 ιδιωτικά) και αντιστοιχούσαν 9,1 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (6,9 για οξεία περιστατικά) (OECD, 2002).

Οι τοπικές αρχές των 16 κρατιδίων, διαχειρίζονται τα κεφάλαια που επενδύονται στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομειακών μονάδων καλύπτονται από τα ταμεία υγείας και τις δαπάνες των νοικοκυριών που καθορίζονται με βάση συμφωνηθέν νοσήλιο. Για την εισαγωγή ασθενή στο νοσοκομείο απαιτείται παραπομπή από γενικό ή ειδικό γιατρό, ενώ καταβάλλεται προσπάθεια οι γενικοί γιατροί να γίνουν οι διαχειριστές και ελεγκτές ουσιαστικά της κατανάλωσης.

Βασικός πάροχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι οι ιδιώτες γιατροί, η πλειοψηφία των οποίων (75%) διατηρεί προσωπικό ιατρείο και το υπόλοιπο ποσοστό (25%) συστηγάζεται με άλλους γιατρούς. Μόλις το 5% των ιδιωτικών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομεία. Οι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γενικού γιατρού από σχετική λίστα συμβεβλημένων.

### 2.3 Ισπανία

Στην Ισπανία, από τη δεκαετία του '80, λειτουργεί εθνικό σύστημα υγείας στο πλαίσιο του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει δωρεάν σε όλους τους Ισπανούς πολίτες πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης. Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει περίπου το 10% του πληθυσμού.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 54

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία. Η κυβέρνηση συγκροτεί περιφερειακούς προϋπολογισμούς υγείας για καθεμιά από τις 17 ημιαυτόνομες περιφέρειες, ανάλογα με τον πληθυσμό της. Σε κάθε περιφέρεια τα αρμόδια όργανα διοικούν τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εντάσσονται σε διαφορετικές «περιοχές» υγείας (health areas), που καλύπτουν πληθυσμούς 200.000-250.000 κατοίκων. Κάθε «περιοχή» υγείας χωρίζεται σε ζώνες (health zones), που καλύπτουν πληθυσμούς 5.000 -25.000 κατοίκων. Οι αρμοδιότητες της υγείας μεταβιβάστηκαν ολοκληρωτικά σε περιφερειακό επίπεδο από το τέλος του 2002, οπότε και θεσμοθετήθηκαν 17 περιφερειακά Υπουργεία Υγείας, με την αποκλειστική ευθύνη της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους. Η αυτονομία των περιφερειακών συστημάτων αφορά τόσο στις δαπάνες όσο και στην είσπραξη εσόδων. Το Κεντρικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (MSPS) διατηρεί την αρμοδιότητα μόνο σε ορισμένα ζητήματα.<sup>16</sup>

Σχεδόν σε όλες τις δημόσιες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω της γενικής φορολογίας, η οποία αντικατέστησε το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (SHI). Το νέο μοντέλο της χρηματοδότησης υιοθετήθηκε το 2001 . Από το 1984, ο αρχικός τομέας της υγειονομικής περίθαλψης (PHC) έχει περάσει μια εκτενή διαδικασία θεσμικής μεταρρύθμισης και δημιουργίας υποδομών. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι ένα σύστημα που αποτελείται από κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διεπιστημονικές ομάδες και παρέχει υπηρεσίες προσωπικής και δημόσιας υγείας.

#### **2.4 Δανία**

Η Δανία παρ' όλο που είναι μικρή χώρα με 5,4 εκατομμύρια κατοίκους, είναι μία από τις πλουσιότερες χώρες στον κόσμο. Είναι μία μοναρχία με αρκετές αυτόνομες τοπικές κυβερνήσεις, που αποτελούνται από 5 περιφέρειες και 98 δήμους. Η υγεία του πληθυσμού όπως αξιολογείται από την υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής, είναι σχετικά χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει σημαντική αύξηση. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης εξουσιάζεται από τον δημόσιο τομέα. Όπως και οι υπόλοιπες Σκανδιναβικές χώρες, η

---

<sup>16</sup> Αλετράς, Β., Μασσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., (2002). σελ: 80



Δανία χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή παράδοση κράτους κοινωνικής πρόνοιας με την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας κυρίως από τη φορολογία.

Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών αποκατάστασης, είναι ελεύθερη για όλους τους πολίτες εξαιρουμένων κάποιων υπηρεσιών όπως οδοντιατρική περίθαλψη και φυσιοθεραπεία. Η δικαιοσύνη και η αλληλεγγύη είναι βασικές θεμελιώδεις αξίες στο σύστημα αυτό και έρευνες που έχουν γίνει παρουσιάζουν ένα διαρκώς αυξανόμενο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Το σύστημα έχει ένα σχετικά καλό αρχείο καταγραφής των δαπανών, και εισαγωγής καιρίων οργανωτικών και διοικητικών αλλαγών.

Το Δανικό σύστημα Υγείας κυβερνάται από ένα συνδυασμό κρατικών ιδρυμάτων, περιφερειών και δήμων. Και οι τρεις αυτοί οργανισμοί έχουν δημοκρατικά εκλεγμένες γενικές συνελεύσεις και υπάρχει μια παράδοση αποκέντρωσης της διοίκησης και του προγραμματισμού των περιφερειών του δήμου. Ο όρος κρατικά ιδρύματα περιλαμβάνει το Κοινοβούλιο, την Κυβέρνηση και άλλα κρατικά γραφειοκρατικά ιδρύματα. Τα ιδρύματα αυτά είναι αρμόδια για το γενικό νομικό πλαίσιο που έχει ισχύ στην υγειονομική περίθαλψη και για τον συντονισμό και την εποπτεία της παροχής των υγειονομικών των νοσοκομείων στις περιφέρειες από τους δήμους.

Πέντε περιφέρειες είναι αρμόδιες για την παροχή πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών. Η ιδιοκτησία και η λειτουργία των περισσότερων νοσοκομείων ανήκουν σε αυτές τις περιφέρειες ενώ οι γιατροί αυτών των νοσοκομείων είναι μισθωτοί υπάλληλοι των περιφερειών αυτών.

Οι περισσότερες από τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από τους επαγγελματίες γιατρούς οργανώνονται και χρηματοδοτούνται από το δημόσιο τομέα με ελεύθερη πρόσβαση σε αυτές όλων των κατοίκων της χώρας.

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του δανικού συστήματος υγείας είναι η αποκεντρωτική ευθύνη για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Εντούτοις υπάρχουν σημαντικοί διαπραγματευτικοί και συντονιστικοί διάλογοι μεταξύ του κράτους, των περιφερειών και των δήμων καθώς η πολιτική εστίαση στον έλεγχο των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης, έχει ενθαρρύνει για πιο επίσημη συνεργασία.



## 2.5 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και της Βορείου Ιρλανδίας αποτελείται από τέσσερις χώρες, την Αγγλία, τη Σκωτία, την Ουαλία και την Βόρειο Ιρλανδία. Ο πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου έχει φτάσει σχεδόν τα 60 εκατομμύρια. Το εθνικό σύστημα υγείας (NHS) τέθηκε σε λειτουργία το 1948 μετά από διατάξεις του νόμου του 1946. Αυτός ο νόμος ήταν κρίσιμης σπουδαιότητας στην καθιέρωση ενός σχεδίου χρηματοδότησης και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών στο Ηνωμένο βασίλειο μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Εισήγαγε την αρχή της συλλογικής ευθύνης του κράτους για μία περιεκτική υγειονομική υπηρεσία, η οποία επρόκειτο να είναι διαθέσιμη σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η μη χρέωση των δαπανών των χρηστών ήταν ένα κύριο χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης που έδωσε έμφαση στην ισότητα της πρόσβασης.

Το Υπουργείο Υγείας υπό την καθοδήγηση του αρμόδιου, για την υγεία, γραμματέα του κράτους, μαζί με την ομάδα του που αποτελείται από πέντε υπουργικούς συναδέλφους του, είναι αρμόδιο για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες στην Αγγλία. Ξεχωριστές αρμοδιότητες έχουν οι αντίστοιχοι αρμόδιοι γραμματείς της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βορείου Ιρλανδίας. Στην Αγγλία το Υπουργείο καθορίζει την γενική πολιτική που θα ακολουθήσει στην υγεία. Έχει επίσης την γενική ευθύνη για την λειτουργία του NHS.

Κατ' αρχάς υπάρχει μια σειρά ομάδων και τμημάτων με συγκεκριμένες επαγγελματικές ευθύνες. Κατά δεύτερον υπάρχει το γραφείο του chief medical officer (CMO). Ο CMO είναι αρμόδιος για την ηγεσία και την κεντρική διαχείριση του NHS. Ο NHSE (ανώτερος διοικητικός υπάλληλος) υποστηρίζει τους υπουργούς και την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας και είναι αρμόδιος για την αποτελεσματική διαχείριση καθώς και την οικονομική και αποδοτική χρήση των πόρων του NHS. Εκτός από την έδρα του που εδρεύει στο Λιντς ο NHSE έχει επιπλέον οκτώ επαρχιακά γραφεία σε ολόκληρη τη χώρα.

Το κύριο σύστημα χρηματοδότησης του συστήματος στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι λιγότερο σύνθετο από ότι στις περισσότερες χώρες. Το NHS χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας της κυβέρνησης μαζί με τις συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Το βασισμένο στη χρηματοδότηση, σύστημα, δείχνει ότι ο βαθμός διαφάνειας (δηλ. η σχέση μεταξύ μεμονωμένων φορολογικών πληρωμών και των οφειλών από το NHS) είναι ακόμα μη ικανοποιητικός.

Υπάρχουν εντούτοις, μερικές συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Υπολογίζεται ότι το NHS αντλεί περίπου το 2% του εισοδήματός του από τις ιδιωτικές δαπάνες των χρηστών. Αυτές μπορεί να είναι επιπρόσθετες πληρωμές για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ή πληρωμές για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη η οποία μπορεί να χρηματοδοτηθεί μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.<sup>17</sup>

## 2.6 Ιρλανδία

Η Δημοκρατία της Ιρλανδίας είναι μία ανεξάρτητη χώρα που αποτελείται στην πλειοψηφία της από το νησί της Ιρλανδίας και τοποθετείται στα βορειοδυτικά της Ευρώπης. Η έκτασή της ανέρχεται σε 70.282 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Τα τελευταία χρόνια η Ιρλανδία εφαρμόζει τις ουσιαστικότερες μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση του συστήματος υγείας και των παιδιών, υπό την καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας των παιδιών.<sup>18</sup>

Ως τμήμα των μεταρρυθμίσεων τα συμβούλια υγείας που ήταν αρμόδια για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης των διαφόρων προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών καταργήθηκαν την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2005 και αντικαταστάθηκαν από ένα ενιαίο σώμα, τον ανώτερο υπάλληλο υγειονομικών υπηρεσιών (HSE). Πολλές από τις λειτουργίες καθώς και το προσωπικό από την προηγούμενη δομή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης συνυπάρχουν μέσα στο HSE.

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του Ιρλανδικού συστήματος υγείας παραμένουν οι φόροι. Το 2006, το 78,3% των συνολικών δαπανών υγείας (και δημόσιες και ιδιωτικές) χρηματοδοτήθηκαν από την φορολογία, από την κοινωνική ασφάλιση (PRSI) αλλά και από άλλες πηγές κυβερνητικού εισοδήματος, όπως οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης. Το υπόλοιπο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας καλύφθηκε από τις ιδιωτικές πηγές, όπως επιπρόσθετες πληρωμές σε παθολόγους, καθώς επίσης και από πληρωμές στους παρόχους της εθελοντικής ασφάλισης υγείας (VHI).

Το HSE παρέχει πολλές υπηρεσίες άμεσης υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ο εθελοντικός τομέας, συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων που συνδέονται με την

<sup>17</sup> Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., (2002). σελ: 81

<sup>18</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 556

εκκλησία, διαδραματίζει και θα συνεχίσει να διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας και των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπλέον, υπάρχουν σχεδόν 60 ειδικές ομάδες που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες, οι οποίες έχουν δημιουργηθεί από το 1961.

## 2.7 Ουγγαρία

Η Ουγγαρία βρίσκεται στην καρπάθια λεκάνη στην κεντρική Ευρώπη. Η χώρα καλύπτει 93.000 τετραγωνικών χιλιομέτρων (1% του μεγέθους της Ευρώπης). Ο πληθυσμός γερνά και αυτό φαίνεται από το γεγονός πως το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 και άνω αυξάνεται σταθερά ενώ παράλληλα συνοδεύεται από μία μείωση ποσοστού των ατόμων ηλικίας 14 και άνω.<sup>19</sup>

Η Ουγγαρία έχει μία από μακρού υφιστάμενη παράδοση υγειονομικών υπηρεσιών που χρονολογούνται από τον ενδέκατο αιώνα με θεραπευτήρια που συνδέονται με μοναστήρια. Μετά από μία πρώτη περίοδο ιδιωτικής ιατρικής και πραγματοποίησης φιλανθρωπιών από την εκκλησία, το κράτος προσέδωσε βαθμιαία έναν αυξανόμενο ρόλο στον τομέα της υγείας σε τρία πεδία: στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους φτωχούς, στη δημόσια υγεία και στην ασφάλιση της υγείας. Στο δέκατο πέμπτο αιώνα προσελήφθησαν οι πρώτοι παθολόγοι πόλης για να καταστήσουν τις υπηρεσίες προσβάσιμες για τους φτωχούς κάτι το οποίο απαιτήθηκε από κάθε νόμο το 1752. Τα νοσοκομεία χωρίστηκαν από τα πτωχοκομεία το 1856 και οι φτωχοί απέκτησαν ελεύθερη υγειονομική περίθαλψη.

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην Ουγγρική υγειονομική περίθαλψη έχουν μεταμορφώσει το προγενέστερο, βασισμένο στη φορολογική πολιτική, σύστημα υγείας σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Από το 1990 η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας βασική ασφαλιστική κάλυψη. Το 2001 η Ουγγαρία ξόδεψε το 6.8% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της (ΑΕΠ) στην υγεία. Το 75% των συνολικών δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν από δημόσιες πηγές. Δημόσιες πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τα έσοδα από την γενική και τοπική φορολογία, αλλά περισσότερο σημαντικά είναι τα έσοδα από τις συνεισφορές στο σχήμα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο από την καθιέρωσή του το

<sup>19</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 57

1990 έχει λειτουργήσει σε εθνικό επίπεδο ως ένα ενιαίο κεφάλαιο, το ταμείο ασφάλειας υγείας.

Οι γενικοί και τοπικοί φόροι αποτελούσαν το 12% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης το 24% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Αποτελούνται κυρίως από πληρωμές out of pocket οι οποίες αντιστοιχούν στο 21% των συνολικών δαπανών. Οι εθνικοί λογαριασμοί υγείας, που δημιουργήθηκαν από το 1998 θεωρούνται και αυτοί επίσημη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης και των δαπανών υγείας στην Ουγγαρία.

Τα προβλήματα με το συνολικό αριθμό των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ουγγαρία έχουν κληρονομηθεί από το προηγούμενο καθεστώς. Οι μισθοί των εργαζομένων στον ιατρικό κλάδο, ειδικά των ιατρών, κρατήθηκαν χαμηλοί συγκρινόμενοι με άλλους τομείς της οικονομίας της Ουγγαρίας και ειδικά των δυτικών ευρωπαϊκών χωρών. Επιπλέον, οι χαμηλοί μισθοί και οι άτυπες πληρωμές κράτησαν τους ιατρούς στο επάγγελμα για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από την ηλικία της αποχώρησης δεδομένου ότι η κρατική σύνταξη ήταν πάρα πολύ χαμηλή για να διατηρήσει ένα κόσμιο βιοτικό επίπεδο. Το 1999 το 6% των εργαζομένων ιατρών ήταν πάνω από 65, και περισσότερο από το 3% πάνω από 70 ετών.

Οι περισσότεροι ειδικοί είναι μισθοδοτούμενοι δημόσιοι υπάλληλοι, οι οποίοι δικαιούνται ένα κατώτερο επίπεδο μισθού σύμφωνα με μία κλίμακα αμοιβής βασισμένη στα προσόντα και τα έτη εμπειρίας. Οι περισσότεροι κλινικοί ειδικοί λαμβάνουν ακόμα κάποια άτυπη πληρωμή από τους ασθενείς.<sup>20</sup>

## 2.8 Πολωνία

Η Δημοκρατία της Πολωνίας είναι η μεγαλύτερη χώρα στην κεντρική και Ανατολική Ευρώπη τόσο σε πληθυσμό (38.2 εκατομμύρια) όσο και σε έκταση (312.685 km<sup>2</sup>). Είναι επίσης η μεγαλύτερη χώρα μεταξύ των δέκα χωρών που εισήλθαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) τον Μάιο του 2004.

Καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, το πολωνικό υγειονομικό σύστημα παρέμενε χρηματοδοτούμενο κυρίως από το κράτος. Στις αρχές της

<sup>20</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 58



δεκαετίας του 1990, η Πολωνία προχώρησε στον βαθμιαίο εκφυλισμό του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανόμενης της αναδιοργάνωσης του προηγούμενου υγειονομικού συστήματος. Το πρώτο βήμα για τη δημιουργία ενός μη συγκεντρωτικού συστήματος ήταν η αύξηση της δύναμης της επαρχιακής διοίκησης. Η διοίκηση των περισσότερων υγειονομικών υπηρεσιών μεταφέρθηκε το 1991 από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας στις επαρχίες και σε μικρότερη έκταση στις τοπικές αρχές. Το δεύτερο βήμα, από το 1993 και μετά, ήταν να μεταβιβαστεί η ιδιοκτησία των περισσότερων υγειονομικών εγκαταστάσεων του δημοσίου τομέα στις επαρχίες και στις τοπικές κυβερνήσεις.

Από το 1999, το υγειονομικό σύστημα έχει υποβληθεί σε σημαντικές δομικές αλλαγές με τη σημαντικότερη εξ' αυτών να είναι η δημιουργία 16 περιφερειακών ταμείων ασφάλισης και ενός χωριστού ταμείου για τους δημόσιους υπαλλήλους όπως οι στρατιωτικοί και οι εργαζόμενοι στο σιδηρόδρομο. Συνέπεια της αυξανόμενης δυσαρέσκειας χρηστών με την μεταρρύθμιση ήταν η συγχώνευση όλων σε ένα ενιαίο εθνικό ταμείο υγείας (NHF).

Στη βασική ασφάλιση υγείας, το ποσοστό της ασφάλισης, οι συνεισφορές, η βάση για τον υπολογισμό τους και εκείνοι που τις πληρώνουν, είναι καθορισμένες σύμφωνα με το νόμο σχετικά με την καθολική ασφάλιση υγείας. Όλες οι κοινωνικές ομάδες καλύπτονται ουσιαστικά από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Τα εισοδήματα από την ασφάλιση υγείας αθροίζονται με τις συνεισφορές των μεμονωμένων ταμείων ασφάλισης (και αργότερα του νομικού διαδόχου τους, το Εθνικό Ταμείο Υγείας) διαμορφώνοντας έτσι την σημαντικότερη δημόσια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Τα πρώτα ασφαλιστικά σχήματα πρότειναν ένα ποσοστό συμβολής 10-11% παρόμοιο με αυτό που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συμβολής στην κοινωνική ασφάλιση.<sup>21</sup>

## 2.9 Ιταλία

Η Ιταλία είναι μία κοινοβουλευτική δημοκρατία με πληθυσμό 57.7 εκατομμυρίων. Το υγειονομικό σύστημά της είναι ένα περιφερειακά εδραιωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας που παρέχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού δωρεάν. Το σύστημα οργανώνεται σε τρία επίπεδα: το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Το

---

<sup>21</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 59

εθνικό επίπεδο είναι αρμόδιο για την εξασφάλιση των γενικών στόχων και των θεμελιωδών αρχών του εθνικού υγειονομικού συστήματος. Οι περιφερειακές κυβερνήσεις, μέσω των περιφερειακών τμημάτων υγείας, είναι αρμόδιες για την εξασφάλιση της παροχής ενός «πακέτου» οφειλών μέσω ενός δικτύου διοικητικών οργανώσεων υγείας (τοπικές μονάδες υγείας) καθώς και δημόσιων και ιδιωτικών αναγνωρισμένων νοσοκομείων.

Το κύριο κεντρικό όργανο είναι το Υπουργείο Υγείας το οποίο διαχειρίζεται το εθνικό ταμείο υγείας. Έως το 2001, το υπουργείο υγείας, μέσω των τμημάτων και των υπηρεσιών του, ήταν αρμόδιο για τις εξής λειτουργίες:

- Προγραμματισμός υγειονομικής περίθαλψης
- Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης
- Κανονισμός του πλαισίου λειτουργίας
- Έλεγχος των υγειονομικών ιδρυμάτων, και
- Διοίκηση των υγειονομικών ιδρυμάτων.

Η πρώτη λειτουργία πραγματοποιείται από το τμήμα προγραμματισμού υγειονομικής περίθαλψης του υπουργείου υγείας το οποίο είναι αρμόδιο για τον καθορισμό των στόχων υγείας του NHS μέσω του εθνικού σχεδίου υγείας.

Ο Υπουργός Υγείας είναι επίσης αρμόδιος για τη ρύθμιση σημαντικών ζητημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις διάφορες περιοχές συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού των οργάνων του NHS. Επίσης συμβάλλει στη βελτιστοποίηση του εργατικού δυναμικού καθώς και στη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης ασθενών, σε εθνικό επίπεδο. Ο Υπουργός Υγείας, μέσω ενός συγκεκριμένου τμήματος, είναι επίσης αρμόδιος για το γενικό συντονισμό των δραστηριοτήτων των εθνικών ιδρυμάτων τα οποία είναι επιφορτισμένα με την επιστημονική έρευνα (IRCCS), ένα δίκτυο το οποίο αποτελείται από 16 δημόσια και 16 ιδιωτικά ερευνητικά νοσοκομεία.<sup>22</sup>

## 2.10 Φιλανδία

Η Φιλανδία, η οποία βρίσκεται βορειοανατολικά της θάλασσας της Βαλτικής έγινε ανεξάρτητη δημοκρατία με το σύνταγμα του 1917, όντας για 600 έτη κάτω από σουηδική κυριαρχία και έπειτα για 100 έτη υπό τη Ρωσική. Πρακτικά στη Φιλανδία

<sup>22</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 62



υπάρχουν τρία διαφορετικά υγειονομικά συστήματα που λαμβάνουν δημόσια χρηματοδότηση: το σύστημα της δημοτικής υγειονομικής περίθαλψης, το σύστημα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Συνήθως οι μισθωτοί έχουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ αυτών. Υπάρχουν επίσης διαφορετικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Στη Φιλανδία υπάρχει η δημοτική χρηματοδότηση βασισμένη στους φόρους και η εθνική χρηματοδότηση ασφάλισης υγείας (NHI). Οι δήμοι χρηματοδοτούν τις δημοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (εκτός από τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών και τα έξοδα μεταφοράς) καθώς και τα ταμεία το NHI.

Σύμφωνα με διάφορους δείκτες, η υγεία των Φιλανδών έχει βελτιωθεί αρκετά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής του Φιλανδικού πληθυσμού να έχει βελτιωθεί καθ' όλη τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ειδικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στη Φιλανδία υπάρχουν δύο διαφορετικά υγειονομικά συστήματα που λαμβάνουν τη δημόσια χρηματοδότηση: το σύστημα της δημοτικής υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται από το NHI και το σύστημα της επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται εν μέρει από το NHI.

Στο υπουργείο προΐστανται δύο υπουργοί: ο Υπουργός Υγείας και κοινωνικών υποθέσεων και ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών. Το υπουργείο διαιρείται στα εξής τμήματα:

- Το διοικητικό τμήμα
- Το ασφαλιστικό τμήμα
- Το τμήμα για την οικογένεια και τις κοινωνικές υποθέσεις
- Το τμήμα υγείας
- Τη διεύθυνση χρηματοδότησης και προγραμματισμού, και
- Το τμήμα για την υγιεινή και την ασφάλιση στην εργασία.

Το τμήμα υγείας είναι αρμόδιο για την ανάπτυξη και την πρόληψη των ασθενειών, τα επίπεδα υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης και τις φαρμακευτικές πολιτικές (εκτός από την τιμολόγηση). Το ασφαλιστικό τμήμα είναι αρμόδιο για την NHI (εθνική ασφάλιση υγείας) μεταξύ άλλων. Ο φαρμακευτικός

πίνακας διατιμήσεων (PPB), ο οποίος εγκρίνει τις τιμές και τις ενδεχόμενες αποζημιώσεις των φαρμακευτικών ειδών, ανήκει επίσης σε αυτό το τμήμα.

Κάθε Φιλανδός κάτοικος έχει δικαίωμα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη δυνατότητα πληρωμής για αυτές τις υπηρεσίες. Το σύνταγμα δηλώνει ότι οι δημόσιες αρχές εγγυώνται για τον κάθε κάτοικο, όπως προβλέπεται λεπτομερέστατα από μία πράξη του κοινοβουλίου, επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες.

Το ΝΗΙ διαιρείται σε δύο μέρη: την ασφάλιση και την εισοδηματική ασφάλιση. Η ασφάλιση υγείας καλύπτει τις φαρμακευτικές αποζημιώσεις, αποζημίωση των ιατρικών δαπανών από την χρήση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα καθώς και αποζημίωση των δαπανών μεταφοράς στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ασθενοφόρων οχημάτων). Η εισοδηματική ασφάλιση καλύπτει το επίδομα ασθενείας, το επίδομα αδειών μητρότητας, το επίδομα αποκατάστασης και την αποζημίωση των εργοδοτών για τις υπηρεσίες επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφάλιση ασθενείας χρηματοδοτείται από τους υπαλλήλους και το κράτος. Η εισοδηματική ασφάλιση χρηματοδοτείται από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες.<sup>23</sup>

## 2.11 Νορβηγία

Η Νορβηγία είναι μία μοναρχία με κυβέρνηση κοινοβουλευτικής μορφής. Το νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει ιδιωτικές κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις. Οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα στις περισσότερες περιπτώσεις ενσωματώνονται πλήρως στο δημόσιο σύστημα, με μερικές εξαιρέσεις. Οι μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις έχουν ένα κατώτερο ρόλο μέσα στο νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και δημιουργήθηκαν πρώτιστα για να συμπληρώσουν τις χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο υπηρεσίες, παραδείγματος χάριν, την πλαστική χειρουργική επέμβαση. Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται κατά κύριο λόγο στις αστικές περιοχές.

Το νορβηγικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στους φόρους και στηρίζεται στην αρχή της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες για όλους τους κατοίκους ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση και το εισόδημά τους. Οι συνολικές

<sup>23</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 53

δαπάνες για την υγεία στην Νορβηγία ανήλθαν το 2004 σε 168 δισεκατομμύρια νορβηγικές κορώνες. Η συνεισφορά του δημόσιου τομέα στις δαπάνες αυτές αποτέλεσε το 84% του συνόλου. Η κεντρική κυβέρνηση, οι τοπικές κυβερνήσεις και το NIS αποτελούν τις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης, ενώ οι ιδιωτικές αποτελούνται κυρίως από τις λεγόμενες out of pocket πληρωμές.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό γνώρισμα του νορβηγικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι η υπεροχή της φοροχρηματοδοτούμενης δημόσιας παροχής. Δεν υπάρχει κανένας συγκεκριμένος φορέας υγείας στην Νορβηγία. Τα συνολικά συλλεχθέντα φορολογικά έσοδα για το κράτος, τους δήμους και τους νόμους ανήλθαν σε 685 δισεκατομμύρια νορβηγικές κορώνες. Περίπου το 87,2% του συνολικού ποσού των φορολογικών εσόδων των δήμων και των νόμων προέρχεται από το φόρο του εισοδήματος και ιδιοκτησίας των φορολογουμένων. Το νορβηγικό φορολογικό σύστημα χαρακτηρίζεται από σχετικά υψηλό επίπεδο έμμεσων φόρων του. Ο φόρος προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α.) και ο φόρος κατανάλωσης αντιπροσωπεύουν το 30% των συνολικών φορολογικών εσόδων. Ο φόρος ατομικού εισοδήματος και ο φόρος καθαρού πλούτου που επιβάλλεται αντιπροσωπεύουν περίπου το 35% των συνολικών φορολογικών εσόδων. Ο εταιρικός φόρος, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης των εργοδοτών, αποτελούν το 18%.<sup>24</sup>

## 2.12 Σουηδία

Η Σουηδία είναι μία μοναρχία με κοινοβουλευτική μορφή κυβέρνησης. Υπάρχουν τρία ανεξάρτητα κυβερνητικά επίπεδα: Η εθνική κυβέρνηση, τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι. Το σουηδικό υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται πρωτίστως μέσω της φορολογίας ενώ τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να επιβάλλουν τους ανάλογους φόρους εισοδήματος στους αντίστοιχους πληθυσμούς τους. Εκτός από το φορολογικό εισόδημα, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συμπληρώνεται από τις κρατικές επιχορηγήσεις και τις επιπρόσθετες δαπάνες των ασθενών. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρέχει οικονομική ασφάλεια σε περίπτωση ασθένειας ή ανικανότητας. Ο στόχος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι να βελτιωθεί η υγεία

---

<sup>24</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 65

του πληθυσμού και να θεραπευτούν οι ασθενείς και τα προβλήματα υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους είναι ένας ακρογωνιαίος λίθος του σουηδικού κράτους κοινωνικής πρόνοιας. Ο νόμος περί υγείας του 1982 και ο νόμος ιατρικών υπηρεσιών τονίζουν το δικαίωμα της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ισχύουν τρεις βασικές αρχές για την υγεία και την ιατρική φροντίδα στη Σουηδία:

- Η αρχή της «ανθρώπινης αξιοπρέπειας» που σημαίνει ότι όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν την ίδια αξιοπρέπεια, και πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα ανεξάρτητα από την θέση τους στην κοινότητα.
- Η αρχή της «ανάγκης και της αλληλεγγύης» σημαίνει ότι εκείνοι που έχουν τη μέγιστη ανάγκη για περίθαλψη παίρνουν την προτεραιότητα στην ιατρική φροντίδα.
- Η αρχή της «οικονομικής αποτελεσματικότητας» σημαίνει ότι όταν πρέπει να γίνει μια επιλογή υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υπάρξει μια λογική σχέση μεταξύ των δαπανών και των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με το νόμο περί υγείας και ιατρικών υπηρεσιών, το σουηδικό σύστημα παρέχει κάλυψη για όλους τους κατοίκους της Σουηδίας, ανεξάρτητα από την υπηκοότητά τους, επιπλέον η κάλυψη έκτακτης ανάγκης παρέχεται σε όλους τους ασθενείς από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εννέα άλλες χώρες με τις οποίες η Σουηδία έχει συνάψει διμερείς συμφωνίες. Οι περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν ενώ υπάρχουν και κάποιες άλλες που επιχορηγούνται είτε από το κράτος είτε από την κοινωνική ασφάλιση.

Οι Σουηδικές πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 25 ετών έχουν εστιάσει στα δικαιώματα των ασθενών, όπως αυτά καταδεικνύονται από την προτεραιότητα που δόθηκε στους ασθενείς με μεγάλη ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δίνοντας την δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν τον πάροχο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.



## 2.13 Πορτογαλία

Το Πορτογαλικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από τρία συνυπάρχοντα ασφαλιστικά συστήματα: το NHS, η πρόσθετη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση για ορισμένα επαγγέλματα (υποσυστήματα υγείας) και η ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση υγείας (VHI). Το σύστημα υγείας στην Πορτογαλία είναι ένα δίκτυο δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας, κάθε ένας από τους οποίους συνδέεται με τον Υπουργό Υγείας καθώς και με τους ασθενείς. Το Υπουργείο Υγείας συντονίζει όλη την παροχή υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τη χρηματοδότησή της. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει το δικαίωμα να επιλέξει μεταξύ δύο ασφαλιστικών σχημάτων υγειονομικής περίθαλψης: το NHS και το VHI. Οι πάροχοι μπορούν να είναι είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί, με διαφορετικές συμφωνίες όσον αφορά τις ροές χρηματοδότησής του.

Σχεδόν τρεις δεκαετίες μετά από την έναρξη του NHS στην Πορτογαλία, τα ιστορικά κατάλοιπα του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας προ-NHS εμμένουν ακόμα υπό την μορφή σχημάτων ασφάλισης υγείας για τα οποία η ιδιότητα μέλους είναι βασισμένη στο επάγγελμα. Αυτά αναφέρονται συχνά ως «υποσυστήματα» υγείας (subsistemas). Εκτός από την κάλυψη ασφάλισης υγείας που παρέχεται από το NHS, περίπου το 25% του πληθυσμού καλύπτεται από τα υποσυστήματα υγείας ή το VHI. Ακριβέστερα, περίπου το 16% του πληθυσμού καλύπτεται από ένα υποσύστημα υγείας, περίπου το 10% καλύπτεται από το VHI και λιγότερο από το 2% έχει συσσωρευτική κάλυψη και από τα υποσυστήματα υγείας και από το VHI. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται είτε άμεσα είτε με σύμβαση με ιδιωτικούς ή δημόσιους παρόχους. Η πρόσβαση περιορίζεται γενικά στα μέλη ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος και τις οικογένειές τους.<sup>25</sup>

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο επιχειρήθηκε μια όσο το δυνατόν λεπτομερέστερη και ακριβέστατη περιγραφική ανάλυση των σημαντικότερων συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα από την ανάλυση αυτή δόθηκε η δυνατότητα να γνωρίσουμε τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας όπως την οργανωτική του δομή, τον τρόπο και τους πόρους χρηματοδότησής του καθώς και τις υπηρεσίες που παρέχει στους ασθενείς του.

<sup>25</sup> Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., (1999), σελ. 54

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ

### 3.1 Ορισμός της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Το φάρμακο είναι συνυφασμένο με τη θεραπεία των ασθενών για χιλιάδες χρόνια. Στην Αρχαία Ελλάδα χρησιμοποιούσαν ως φάρμακα μέρη φυτών, ζωικά παράγοντα και ανόργανες ουσίες. Για τη χρήση τους χρησιμοποιούνταν διάφορες μεθόδους, όπως είναι η πολτοποίηση, η κονιοποίηση, το βράσιμο κ.λπ. Ως τον 19<sup>ο</sup> αιώνα τα φάρμακα αυτά ήταν κυρίως φυτικής προέλευσης. Από τα μέσα αυτού του αιώνα άρχισαν να χρησιμοποιούνται άλλες ουσίες όπως το σαλικυλικό οξύ (ο πρόδρομος της ασπιρίνης από το φλοιό της ιτιάς), η μορφίνη, η κωδεΐνη από την παπαρούνα, η κινίνη για την προστασία από την ελονοσία, η δακτυλίτιδα για τις καρδιακές παθήσεις και άλλα.

Ως φάρμακο ορίζεται οτιδήποτε προορίζεται στη διάγνωση, αντιμετώπιση, θεραπεία, πρόληψη και μείωση των συμπτωμάτων ασθενειών σε ανθρώπους και ζώα, το οποίο λαμβάνει άδεια κυκλοφορίας κατόπιν έγκρισης από την αρμόδια αρχή της εκάστοτε χώρας. Κυκλοφορούν σε διάφορα σκευάσματα, με ποικίλες ονομασίες, περιέχουν διάφορες δραστικές ουσίες, λαμβάνουν διάφορες μορφές και περιεκτικότητες. Συνεχώς ανακαλύπτονται νέα φάρμακα, τα οποία και χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των ασθενών.<sup>26</sup>

Παρ' όλο που ο αριθμός των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αυξανόταν διαρκώς, ο σχετικός κατάλογος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) λόγω χάρη περιέχει 8.016 κωδικούς φαρμάκων (ΕΟΦ, 2011). Ο τρόπος συνταγογράφησης έχει παραμείνει ο ίδιος για πάρα πολλά χρόνια. Δηλαδή οι γιατροί είτε από μνήμης είτε με τη βοήθεια ενός βιβλίου με την ονομασία «Εθνικό συνταγολόγιο» (το οποίο έχει κυκλοφορήσει και σε μορφή cd-rom) έγραψαν την επιθυμητή συνταγή στο βιβλιάριο του ασθενούς ή σε ένα απλό χαρτί, ώστε ο ασθενής να πάει στο φαρμακείο της επιλογής του για να το προμηθευτεί. Η πρακτική αυτή όμως αποδείχθηκε χρονοβόρα και είχε μια επιρρέπεια προς τα λάθη, όπως θα φανεί και στη συνέχεια.

---

<sup>26</sup> <http://www.fsa.gr/LinkClick.aspx?fileticket=T1Z4xqwr9M%3D&tabid=36> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)



Η τεχνολογία παρέχει τα απαραίτητα εργαλεία για τη διευκόλυνση των ατόμων σε πλήθος εργασιών, όπως η εύρεση πληροφοριών, η καταχώρηση στοιχείων, ο έλεγχος της συμβατότητας των στοιχείων αυτών και η αποστολή τους από ένα απομακρυσμένο σημείο σε ένα άλλο. Μπορεί κανείς να πει ότι υπάρχει πλέον μια βάση πάνω στην οποία μπορεί να χτιστεί ένα είδος συνταγογράφησης με τη βοήθεια των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνίας, ηλεκτρονικής μορφής. Τα πληροφοριακά συστήματα μπορούν να βοηθήσουν ώστε η συνταγογράφηση να γίνει ηλεκτρονικά και με τον τρόπο αυτό να περιοριστούν τα δυσμενή συμβάντα από μία λανθασμένη συνταγογράφηση.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Αγγλία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ορίζεται ως η αξιόπιστη των ηλεκτρονικών συστημάτων για την διευκόλυνση και την ενίσχυση της επικοινωνίας μιας ιατρικής εντολής ή συνταγής, βοηθώντας την επιλογή, τη διαχείριση και την προμήθεια ενός φαρμάκου μέσω της γνώσης και υποστήριξης αποφάσεων, παρέχοντας μια διαδρομή του ελέγχου για το σύνολο της διαδικασίας χρήσης των φαρμάκων.<sup>27</sup>

Τα συστήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι κυρίως δύο:

- Αυτόνομο σύστημα (standalone system). Πρόκειται για ένα λειτουργικό σύστημα το οποίο είναι εγκατεστημένο στον Η/Υ και είτε χρησιμοποιείται αυτόνομα είτε είναι συνδεδεμένο στο διαδίκτυο. Το σύστημα αυτό μπορεί να υπενθυμίσει θέματα ασφαλείας στον ιατρό όπως για παράδειγμα πιθανές παρενέργειες από την συνταγογράφηση της συγκεκριμένης δραστικής ουσίας. Αυτά τα συστήματα είναι σχετικά οικονομικά.
- Ολοκληρωμένα συστήματα συνταγογράφησης (electronic health record – HER systems). Σε αυτά ο ιατρός έχει στην διάθεσή του όλο το ιστορικό του ασθενούς, τα αποτελέσματα των εξετάσεών του τα οποία και χρησιμοποιεί ως εργαλείο για την επιλογή της κατάλληλης δραστικής ουσίας, ενώ οι συναγερμοί ασφαλείας είναι πιο εξειδικευμένοι και εξατομικευμένοι, π.χ. εάν στο παρελθόν εμφάνισε ο ασθενής παρενέργειες από την λήψη ενός συγκεκριμένου φαρμάκου. Τα συστήματα αυτά κοστίζουν περισσότερο και είναι αρκετά πολύπλοκα στη χρήση τους.

---

<sup>27</sup> Αποστολάκης Ι. (2002), σελ. 120

### 3.2 Τα στάδια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Η δημιουργία της ηλεκτρονικής συνταγής ξεκινά όταν ο ιατρός, διαπιστώνοντας την ανάγκη για συνταγογράφηση, εγγράφεται στο σύστημα με το όνομα χρήστη και τον κωδικό πρόσβασης, ώστε να αποκτήσει δικαίωμα χρήσης του συστήματος. Όταν ετοιμασθεί και εκτυπωθεί η συνταγή, ο ασθενής μπορεί να την εκτελέσει σε ένα συμβεβλημένο φαρμακείο, εναλλακτικά ο ιατρός μπορεί να στείλει ηλεκτρονικά τη συνταγή κατευθείαν στο φαρμακείο. Η διαδικασία φαίνεται και στην παρακάτω εικόνα:

Τα στάδια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό σύλλογο τα παρακάτω:<sup>28</sup>

**Εγγραφή:** Ο χρήστης του συστήματος εισάγεται στο σύστημα αφού πληκτρολογήσει το όνομα χρήστη και κωδικό πρόσβασης ενώ σε χώρες όπως η Ελλάδα θα πρέπει να αντιγράψει και ένα κωδικό CAPTCHA (Completely automated public Turing test to tell computers and humans apart). Σε αυτή τη διαδικασία μπορούν να προστεθούν και άλλες δικλίδες ασφαλείας όπως η ψηφιακή υπογραφή με την εισαγωγή έξυπνης κάρτας (smartcards). Μετά την είσοδο, το σύστημα δίνει πρόσβαση στο κατάλληλο επίπεδο δικαιωμάτων (π.χ. καταχώρηση συνταγής ή μόνο για ανάγνωση).

**Αναγνώριση του ασθενή:** Η αναζήτηση του ασθενή γίνεται εισάγοντας προσωπικά του στοιχεία όπως π.χ. το ΑΜΚΑ στη χώρα μας. Όταν βρεθεί ο ζητούμενος ασθενής εμφανίζονται όλα του τα διαθέσιμα στοιχεία, όπως ημερομηνία γέννησης, τόπος κατοικίας κ.λ.π.

**Έλεγχος ιατρικών δεδομένων ασθενή:** Έλεγχος των φαρμάκων που λαμβάνει χρόνια ο ασθενής και λήψη άλλων πληροφοριών για την υγεία του. Ενημέρωση του ιστορικού, αν προκύψουν νέα στοιχεία.

**Επιλογή φαρμάκων:** Εργασία με την υπάρχουσα θεραπευτική αγωγή, δηλαδή ενημέρωση ανανέωσης της φαρμακευτικής αγωγής, η τροπολογία π.χ. της δοσολογίας ή συνταγογράφηση νέων φαρμάκων, είτε από μία λίστα επιλογής είτε αναζήτηση μέσω του ονόματος, της δραστικής ουσίας, του κωδικού ή του ονόματος μιας νόσου.

**Επιλογή παραμέτρων:** Ακολουθεί ο προσδιορισμός της κατάλληλης δοσολογίας (π.χ. μια φορά την εβδομάδα, την ημέρα ή περισσότερες).

---

<sup>28</sup> Μπελλάλη, Ο., (2011),, σελ.10

**Εξουσιοδοτημένο και υπογεγραμμένο:** Ολοκλήρωση της συνταγογράφησης με τον τελικό έλεγχο της ορθότητας αυτών που καταχωρήθηκαν και αυθεντικοποίηση.

**Επιλογή φαρμακείου, εκτύπωση ή εφαρμογή RX:** Αποστολή των συνταγών είτε προς εκτύπωση είτε μέσω ΦΑΞ, είτε μέσω ηλεκτρονικής αποστολής στο κατάλληλο φαρμακείο. Εάν το φάρμακο είναι ναρκωτική ουσία είναι πιθανή η ανάγκη να γραφεί κάποια ακόμη βεβαίωση χειρόγραφα (στη χώρα μας π.χ. συνταγή μονής ή διπλής κόκκινης γραμμής), ανάλογα πάντα με την νομοθεσία της κάθε χώρας.

**Έλεγχος φαρμακείου και διαδικασίας:** Εξασφαλίζεται ότι η συνταγή έχει αποσταλεί στο φαρμακείο που έχει επιλεγθεί.

**Συναγερμό ελέγχου και συμβουλές:** Κατά τη διάρκεια των βημάτων επιλογής φαρμάκων έως την τελική φάση της συνταγής εμφανίζονται προειδοποιήσεις για τυχόν λανθασμένες επιλογές ή για τυχόν παρενέργειες.

Η εφαρμογή δίνει συχνά την δυνατότητα εξαγωγής στατιστικών στοιχείων ανά ημέρα ή ανά μήνα ώστε ο ιατρός να ενημερωθεί για τη ροή των εργαλείων του η οποία μπορεί να σχετίζεται και με την αμοιβή την οποία λαμβάνει ή με άλλα λογιστικά στοιχεία.

### **3.3 Η Ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα. Οι σκοποί και οι λειτουργίες της**

Η Ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα διέπεται από τις οδηγίες του νόμου 3892/2010 (ΦΕΚ 189 Α') «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων». Σε αυτόν τον νόμο αναφέρονται τόσο ζητήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όσο και τα ζητήματα των ηλεκτρονικών παραπεμπτικών.<sup>29</sup>

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εποπτεύεται από την Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Ως εφαρμογή υποστηρίζεται από την Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης (Ειδικά Α.Ε.) η οποία είναι μια ανώνυμη εταιρεία του δημοσίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που αποζημιώνεται από τους

<sup>29</sup> Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων — ΕΟΦ (2011). Κατάλογος κυκλοφορούντων φαρμάκων

εξυπηρετούμενους φορείς για τις ποικίλες υπηρεσίες κυρίως υποστήριξης σε έργα μεγάλης κλίμακας όπως για παράδειγμα στην μισθοδοσία των φορέων. Η εταιρεία έχει δηλαδή ως σκοπό την πληροφορική εξυπηρέτηση διάφορων φορέων του δημοσίου τυποποιώντας ομοειδείς διαδικασίες και επιτυγχάνοντας έτσι οικονομίες κλίμακας.

Στην ιστοσελίδα της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση μπορεί κανείς να δει τις οδηγίες χρήσης της εφαρμογής και απαντήσεις σε συχνές ερωτήσεις των χρηστών ([www.e-syntagografisi.gr](http://www.e-syntagografisi.gr)). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ερμηνεύεται ως η παραγωγή, η διακίνηση και ο έλεγχος των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με τη χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και επικοινωνιών, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια, η εγκυρότητα και η διαφάνεια στις πληροφορίες που διακινούνται. Όταν η εφαρμογή είναι στο πλήρες εύρος της, έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει έναν αριθμό από διαδικασίες που σχετίζονται με την δημιουργία, την εκτέλεση, τη διαχείριση, τον έλεγχο, την εκκαθάριση και την εξόφληση μιας φαρμακευτικής συνταγής ή ενός παραπεμπτικού για ιατρικές πράξεις. Διέπει όλα τα συστήματα και τις τοποθεσίες που εμπλέκονται όπως τα τακτικά ιατρεία των νοσοκομείων ή τα ιδιωτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τις κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα, τα φαρμακεία και τα ασφαλιστικά ταμεία.<sup>30</sup>

#### **3.4 Η επίδραση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην φαρμακευτική δαπάνη**

Σύμφωνα με το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE, 2012) η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη είχε έως το έτος 2009 ανοδική πορεία φτάνοντας τα 5 δισεκατομμύρια ευρώ περίπου, όμως την διετία 2010-2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22% για να φτάσει το 2011 στα 3,98 δισεκατομμύρια ευρώ, αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δημόσιων δαπανών υγείας.

Αν και η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης συμπίπτει χρονικά με την έναρξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εντούτοις δεν μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι αποτελεί το μοναδικό λόγο μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών, καθώς συνέπεσε με πλήθος άλλων παράλληλων παρεμβάσεων και μέτρων πολιτικής

<sup>30</sup> Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων — ΕΟΦ (2011). Κατάλογος κυκλοφορούντων φαρμάκων



όπως η αλλαγή στις τιμές και τα είδη των χορηγούμενων σύμφωνα με την λίστα φαρμάκων, η έκπτωση των φαρμακευτικών εταιρειών στα φαρμακεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, η μείωση του ποσοστού κέρδους και ο καθορισμός πάγιου κέρδους των ιδιωτών φαρμακοποιών για φάρμακα που κοστίζουν πέραν ενός συγκεκριμένου ύψους τιμής κ.λ.π.<sup>31</sup>

Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης λόγω της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μπορεί βέβαια να θεωρηθεί ότι επιτεύχθηκε όπως φαίνεται από τα στοιχεία της πολιτικής εφαρμογής της στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ). Η μηνιαία εξέλιξη του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης εκείνη τη χρονική περίοδο μειώθηκε σε σύγκριση με τις αντίστοιχες δαπάνες του προηγούμενου έτους.

Από το πρώτο διάστημα της εφαρμογής της φαίνεται ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ανακούφισε σημαντικά την επιβάρυνση των ασφαλιστικών φορέων, από περιττά έξοδα, ενώ βοήθησε στην αύξηση του ελέγχου, αν και όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω οι συνθήκες και οι πολιτικές για το φάρμακο πέρασαν από πολλά στάδια αλλαγών την τελευταία πενταετία.

Ένα όμως από τα «δυνατά όπλα» της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι και ο έλεγχος της κίνησης των συνταγών. Έτσι μπορούν να εντοπιστούν φαινόμενα υπερβάλλουσας χρήσης του συστήματος από συγκεκριμένους ιατρούς ή φαρμακοποιούς σε καθημερινή βάση, με την οποία οι επικεφαλείς της ΕΙΔΙΚΑ Α.Ε. ενημερώνονται συνεχώς για στατιστικά στοιχεία κίνησης, αλλά και για ασυνήθιστες δραστηριότητες στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.<sup>32</sup>

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα νοσηλευτικά ιδρύματα έχει πολλαπλά οφέλη που προάγουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, βοηθούν στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα ενώ ταυτόχρονα βοηθούν στη μείωση του κόστους, κυρίως όχι σε επίπεδο νοσοκομείου, αλλά ως εθνικό στόχο.

Στις περιπτώσεις εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης οι ασθενείς φάνηκαν ικανοποιημένοι. Όποιος έχει εργαστεί σε μια μονάδα υγείας πριν και μετά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση θα διαπιστωθεί εμπειρικά ότι πλέον δεν υπάρχουν επιστροφές ασθενών λόγω δυσανάγνωστων συνταγών το οποίο έχει ως αποτέλεσμα

---

<sup>31</sup> Μπελλάλη, Ο., (2011), σελ.13

<sup>32</sup> Μπελλάλη, Ο., (2011), σελ.14



τη δυσαρέσκεια, τη σπατάλη χρόνου και κόστους. Έτσι ο ιατρός ασχολείται άπαξ με τη σύνταξη και την εκτύπωση της συνταγής, η οποία πλέον είναι κατανοητή και μπορεί να αναγνωσθεί από τον οποιοδήποτε που δεν είναι εξοικειωμένος με τα «κινέζικα» των χειρόγραφων συνταγών.

Παράλληλα μειώνονται τα λάθη που ακούγονται ανοίκεια στα αυτιά των ασθενών, ακόμα και όταν πρόκειται για διαφορετικά φάρμακα. Ο γιατρός όταν επιλέγει την φαρμακευτική ουσία, έχει στη διάθεσή του ένα αναδυόμενο μενού στο οποίο εμφανίζονται όλες οι φαρμακευτικές ουσίες που τον ενδιαφέρουν, με τη σωστή περιεκτικότητα και το είδος σκευάσματος. Έτσι δεν καταναλώνει χρόνο ψάχνοντας στα ογκώδη και δύσχρηστα εγχειρίδια, όπως ήταν μέχρι πρόσφατα το εθνικό συνταγολόγιο στην Ελλάδα. Σε εξελιγμένα συστήματα υπάρχουν προειδοποιήσεις για πιθανές παρενέργειες βιοσκευασμάτων που συνταγογραφούνται στην ίδια συνταγή ενώ σε περιπτώσεις που η ηλεκτρονική συνταγογράφηση διασυνδέεται με τον ιατρικό φάκελο, μπορεί να παρέχει πληροφορίες π.χ. για μια πιθανή αλλεργία στην πενικιλίνη σε περιπτώσεις που ο κουρασμένος και πιεσμένος από την πολύωρη εργασία των επειγόντων περιστατικών, από λάθος επιχειρήσει να συνταγογραφήσει αμοξικιλίνη.

Κοινή διαπίστωση από τα δημοσιευμένα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής σε αυτή τη δευτερογενή έρευνα ήταν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προάγει την ποιότητα, αν και ακόμα δεν είναι όλες οι κοινωνίες ή τα συστήματα έτοιμα να αφομοιώσουν πλήρως τις εφαρμογές τους. Καθώς όμως πρόκειται για μια σχετικά νέα εφαρμογή, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, αν και εφόσον συνεργαστούν περισσότερο οι πληροφορικοί της υγείας με τους ιατρούς και ενσωματώσουν κλινικά πρωτόκολλα και υπηρεσίες τεχνητής νοημοσύνης, χωρίς όμως την υπερβολική χρήση προειδοποιήσεων, γιατί τότε ο ιατρός τείνει να τις αγνοεί.<sup>33</sup>

Τα ευρήματα έδειξαν ότι ενώ ένα μεγάλο φάσμα ερευνών ασχολείται με θέματα όπως η μείωση των λαθών και ο έλεγχος των δυσμενών συμβάντων, το θέμα δεν έχει επαρκώς μελετηθεί από οικονομική σκοπιά, παρά μόνο σε λίγες εξαιρέσεις. Ενώ στην Ελλάδα μείζον θέμα για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ήταν η περιστολή των φαρμακευτικών δαπανών και η μείωση της γραφειοκρατίας, κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να έχει απασχολήσει ακόμα την διεθνή επιστημονική κοινότητα. Αυτό θα μπορούσε να αιτιολογηθεί στο γεγονός, ότι στις περισσότερες χώρες η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν έχει χαρακτήρα υποχρεωτικό και συχνά

---

<sup>33</sup> Μπελλάλη, Ο., (2011),, σελ.15

περιορίζεται στους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς που χρησιμοποιούν stand-alone συστήματα χωρίς διασύνδεση με ένα κεντρικό server.

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εξετάσουν με ποιοτική ή ποσοτική προσέγγιση τη στάση των Ελλήνων απέναντι στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και πόσο αυτή αποτέλεσε διευκόλυνση ή εμπόδιο στην προαγωγή της υγείας των ασθενών. Στην Ελλάδα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι ένας καινούριος θεσμός. Μόνο έχοντας επιστημονικές μελέτες με αποτέλεσμα θα βοηθήσουμε στην εξέλιξή της. Για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι απαραίτητη η συνεργασία δύο μεγάλων επιστημονικών ειδικοτήτων, της ιατρικής και της πληροφορικής. Ενδιαφέρον θα ήταν να μελετηθεί αυτή η συνεργασία και να αξιοποιηθεί για μελλοντικές εφαρμογές στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ-ΛΟΓΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ Π.Ε.Δ.Υ.

### 4.1 Δημιουργία Π.Ε.Δ.Υ.

Το Π.Ε.Δ.Υ. (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), πρόκειται για την μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας του Ε.Σ.Υ.. Δημιουργείται ένα σύστημα καθολικό και λειτουργικό, στην υπηρεσία του πολίτη. Ένα σύστημα αποδοτικό, που διευκολύνει τον πολίτη.

Τα κέντρα υγείας, σε συνεργασία με τους οικογενειακούς γιατρούς, θα αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη βελτίωση της υγείας των πολιτών στην περιοχή ευθύνης τους και θα είναι υπεύθυνα, όχι μόνο για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, αλλά και την πρόληψη, τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον φροντίδα. Οι οικογενειακοί γιατροί δεν είναι απλά γενικοί ιατροί. Ο ρόλος τους είναι να αντιμετωπίζουν ολιστικά τον ασθενή, με προσωπική γνώση του ιστορικού του, χρησιμοποιώντας επαρκείς υπηρεσίες και έχοντας τη δυνατότητα να τον καθοδηγούν όταν χρειαστεί εξειδικευμένη φροντίδα.

Θα παρέχονται για όλους, ακόμη και για αυτούς που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν λόγω της κρίσης απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα, ιατρικές εξετάσεις, συνταγογράφηση, παραπομπή για εξετάσεις, διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις εντός των μονάδων υγείας του Π.Ε.Δ.Υ., χωρίς να καταβάλλεται κανενός είδους εξέταστρο και χωρίς καμία αμοιβή.

Δημιουργείται λοιπόν μία σημαντική τομή στην σημερινή οικονομική και κοινωνική συγκυρία. Συγκυρία κατά την οποία, η ανεργία και η αδυναμία των πολιτών να πληρώσουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές, δεν επιτρέπουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας παρά μόνο για τα επείγοντα και απειλητικά για την ζωή περιστατικά. Η διαφορά με το παρελθόν, είναι ότι τώρα έχουν δημιουργηθεί όλες οι προϋποθέσεις για το Π.Ε.Δ.Υ.. Η επιτυχία αυτής της μεταρρύθμισης θα γίνει σημείο αναφοράς στην προσπάθεια για την ανασυγκρότηση του κοινωνικού κράτους και την βελτίωση της κοινωνικής προστασίας.<sup>34</sup>

Γενικός σκοπός της μεταρρυθμιστικής παρέμβασης που επιχειρείται από το σχέδιο νόμου είναι η δημιουργία ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος

<sup>34</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

πρωτοβάθμιας υγείας, υπό τη διοίκηση των υγειονομικών περιφερειών, με στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη.

Ειδικοί στόχοι της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας είναι οι ακόλουθοι:<sup>35</sup>

- Η επικέντρωση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στην κύρια αποστολή του ως Εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας και ενδυνάμωση του ρόλου του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη κατάργηση του διττού του ρόλου ως αγοραστή και πάροχου υπηρεσιών υγείας.
- Η ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος στην Ελλάδα, ενοποιώντας τις υπηρεσίες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και του Ε.Σ.Υ. με στόχο τη διασφάλιση μιας επαρκούς, αποτελεσματικής και αποδοτικής δομής υπηρεσιών υγείας, τον περιορισμό του κατακερματισμού του συστήματος Π.Φ.Υ. και κατά συνέπεια τη βελτίωση του συντονισμού του και την διασφάλιση της ορθολογικότερης διαχείρισης των δομών Π.Φ.Υ. και του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρούς, μαιευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, και άλλα)
- Η ενίσχυση της αρχής της ισότητας και της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.
- Η προσπάθεια ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να αποτελέσει τον πυρήνα του συστήματος υγείας, ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα να δρουν υποστηρικτικά και συμπληρωματικά.
- Την παροχή της φροντίδας υγείας με βάση τα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς και γενικά τις εκτιμώμενες ανάγκες υγείας του.
- Την ενίσχυση της αποδοτικότητας των διαθέσιμων υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.
- Την ανταπόκριση των υπηρεσιών στις προσδοκίες των πολιτών.

Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία. Στο Εθνικό Σύστημα υγείας δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό

<sup>35</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιχών της χώρας. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, εξασφαλίζει και συντονίζει την συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας. Επίσης ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους στα πλαίσια της βιοηθικής και τη ιατρικής δεοντολογίας.<sup>36</sup>

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- Όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την πρόληψη-διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο.
- Την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.
- Την παροχή πρώτων βοηθειών.
- Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατ' επέκταση συνδιαχείριση περιστατικών στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- Την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας.
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας-παιδιού.
- Την παροχή ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδας.
- Τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.
- Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

---

<sup>36</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)



## **4.2 Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.**

Τα κέντρα υγείας και οι λοιπές μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δ.Υ.Πε αποτελούν τις δημόσιες δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.. Τα κέντρα υγείας της χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε και αποτελούν αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες τους.<sup>37</sup>

Οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών ΠΦΕ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή του Δ.Υ.Πε ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.

Με απόφαση λοιπόν του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών Παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ. με τα νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε στην οποία υπάγονται.

## **4.3 Κέντρα Υγείας**

Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας του Δ.Υ.Πε απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπ' όψη ιδίως η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η προσβασιμότητα των πολιτών και συγκοινωνιακές συνθήκες.

Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας σχεδιάζεται και αποφασίζεται από την Δ.Υ.Πε και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται ιδίως με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την ύπαρξη άλλων δομών παροχής

<sup>37</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

υπηρεσιών υγείας, την μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες.

Η περιοχή ευθύνης κάθε κέντρου υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της υγείας Δ.Υ.Πε. Οι Δ.Υ.Πε διαιρούνται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίοι ταυτίζονται με τους Τομείς Ψυχικής Υγείας ως προς την περιοχή ευθύνης τους. Ο αριθμός των Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κάθε Δ.Υ.Πε καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού υγείας, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε.

Ύστερα από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε εκδίδεται νέος Εσωτερικός Κανονισμός Υγείας των Κέντρων Υγείας και των Δομών παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία λειτουργίας των υπηρεσιών τους, η στελέχωση κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών εκδίδονται οι οργανισμοί των κέντρων υγείας, κατόπιν εισηγήσεων των οικείων Δ.Υ.Πε με απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε. Με τον οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότερα, οι οργανικές ομάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.<sup>38</sup>

#### **4.4 Οικογενειακός Ιατρός**

Οι Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται και από οικογενειακούς ιατρούς στα ιατρεία τους και κατ' οίκον, παρέχουν όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίσει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Π.Φ.Υ., ειδικότερα:

- Αναλαμβάνουν την διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μείζονων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης.

<sup>38</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

- Συμβουλεύουν, υποστηρίζουν, προσανατολίζουν και καθοδηγούν υπεύθυνα τον ασθενή και την οικογένεια μέσα στο σύστημα υγείας.
- Επιμελούνται της παραπομπής των χρηστών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες οφείλουν να ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση τα διεθνή πρότυπα.
- Καθήκοντα οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι γιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.
- Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του γιατρό από το σύνολο των οικογενειακών γιατρών της οικείας Δ.Υ.Πε. Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μια φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζεται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.
- Με αποφάσεις του υπουργού Υγείας καθορίζονται ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό, ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε, ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους, η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.
- Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης κα Οικονομικών καθορίζονται τα ζητήματα που διέπουν έννομες σχέσεις των

οικογενειακών ιατρών με τις Δ.Υ.Πε και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.<sup>39</sup>

#### 4.5 Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.

Οι Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν ο οικογενειακός γιατρός και οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως οι μαιές, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, και το λοιπό υγειονομικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό.

Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. έχουν διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρέπει να αποδεικνύεται ότι είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν σε επίπεδο κοινότητας.

#### 4.6 Διοικητική οργάνωση

Οι υπηρεσίες του Π.Ε.Δ.Υ. διακρίνονται σε κεντρικές και περιφερειακές.

Η κεντρική υπηρεσία του οργανισμού διαρθρώνεται ως εξής:

- Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων.
- Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού.
- Υπηρεσίες υπαγόμενες στον πρόεδρο.
- ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό της δραστηριότητας και τον συντονισμό της λειτουργίας των επιμέρους οργανικών μονάδων από τις οποίες συγκροτείται, με σκοπό τη μεθοδικότερη, ουσσιωδέστερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση του έργου τους.

Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- Διεύθυνση Οικονομικών. Η Διεύθυνση Οικονομικών είναι αρμόδια για την κατάρτιση του προϋπολογισμού, του απολογισμού, καθώς και του

---

<sup>39</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

ισολογισμού, τη μέριμνα για την τροποποίηση και την εκτέλεση του τακτικού προϋπολογισμού, τον προγραμματισμό της διάθεσης των πιστώσεων και την παρακολούθηση της οικονομικής διαχείρισης των περιφερειακών υπηρεσιών, την επεξεργασία των οικονομικών στοιχείων του οργανισμού και την μέριμνα για την αποστολή τους στις αρμόδιες υπηρεσίες των εποπτευόμενων υπουργείων και την Ελληνική Στατιστική Αρχή, την άσκηση της ταμειακής διαχείρισης του οργανισμού και την είσπραξη εσόδων.

- Διεύθυνση Συμβάσεων. Η Διεύθυνση συμβάσεων είναι αρμόδια για την κατάρτιση, τη σύναψη και τη διαχείριση συμβάσεων με τους παρόχους υγείας και την εισήγηση του Δ.Σ. του οργανισμού.
- Διεύθυνση ελέγχου και εκκαθάρισης. Η Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης είναι αρμόδια για την μηχανογραφική επεξεργασία, έλεγχο των αναγκαίων παραστατικών για τις δαπάνες υγείας, την αντίληψη και την εκκαθάριση δαπανών.
- Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων. Η Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων είναι αρμόδια για την διαχείριση του μηχανισμού απόδοσης δαπανών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των χωρών του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου και της Ελβετίας κατά εφαρμογή των κανονισμών και την ανταπόκριση στο ρόλο του οργανισμού σύνδεσης της Ελλάδας και του αρμόδιου φορέα τόπου διαμονής ή κατοικίας για παροχές ασθένειας σε είδος. Επίσης, είναι αρμόδια για την εφαρμογή διατάξεων των κανονισμών περί προγραμματισμένης περίθαλψης ασφαλισμένων σε άλλο κράτος μέλος και περί των δικαιωμάτων των διακινούμενων Ευρωπαίων Ασφαλισμένων ως προς τις παροχές ασθένειας. Μεριμνά για την εφαρμογή της εναρμονισμένης στο Εθνικό Δίκαιο Οδηγίας περί διασυνοριακής περίθαλψης και αποτελεί το Εθνικό σημείο επαφής της Ελλάδας. Τέλος, είναι αρμόδια για την διαχείριση των διμερών συμφωνιών-συμβάσεων μεταξύ ευρωπαϊκών φορέων κοινωνικής ασφάλισης και μεριμνά για την επέκταση υφιστάμενων διμερών συμφωνιών κοινωνικής ασφάλισης καθώς και για την σύναψη νέων συμβάσεων με τρίτες χώρες.



- Η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό της δραστηριότητας και τον συντονισμό της λειτουργίας των επιμέρους οργανικών μονάδων από τις οποίες συγκροτείται, με σκοπό τη μεθοδικότερη, ουσιοδέστερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση του έργου τους.

Στον Πρόεδρο υπάγονται το τμήμα Νομικών Υποθέσεων, δηλαδή οι αρμοδιότητες του τμήματος αυτού που ανάγονται στην νομική κάλυψη και υποστήριξη των υποθέσεων του οργανισμού ενώπιον δικαστηρίων και αρχών, στην γνωμοδότηση επί θεμάτων νομικής φύσεως που αφορούν τον Οργανισμό στην παροχή νομικών οδηγιών και κατευθύνσεων προς τις υπηρεσίες του οργανισμού, εφ' όσον αυτές ζητούνται, στην νομική επεξεργασία της πάσης φύσεως διακηρύξεων, συμβάσεων και συμφωνιών του οργανισμού, στη νομική επεξεργασία των προτεινόμενων από τις αρμόδιες υπηρεσίες του οργανισμού προσχεδίων νόμων, διαταγμάτων και κανονιστικών αποφάσεων, στην παρακολούθηση της νομολογίας των δικαστηρίων που αφορά τον οργανισμό και η παροχή σχετικών οδηγιών προς τις υπηρεσίες, στην μέριμνα για τον εμπλουτισμό και την καλή λειτουργία της νομικής βιβλιοθήκης.<sup>40</sup>

Επίσης υπάγεται και το γραφείο γραμματείας προέδρου του διοικητικού συμβουλίου το οποίο ανάγεται στην υποβοήθηση του έργου του προέδρου και του Δ.Σ., τη διεξαγωγή της αλληλογραφίας, τη συγκέντρωση των αναγκαίων στοιχείων, την οργάνωση της επικοινωνίας με τις υπηρεσιακές μονάδες, το προσωπικό, τους συλλόγους, τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και το κοινό, γενικά.

Το αυτοτελές γραφείο τύπου και επικοινωνίας παρακολουθεί τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και του διαδικτύου, ενημερώνει τη διοίκηση και τις αρμόδιες υπηρεσιακές μονάδες. Επίσης, ενημερώνει το κοινό για τους σκοπούς και τις δραστηριότητες του οργανισμού, επιμελείται της σύνταξης και της προώθησης των ανακοινώσεων του οργανισμού, καθώς και των πάσης φύσεως εκδηλώσεών του.

Το τμήμα εσωτερικού ελέγχου είναι αρμόδιο για την άσκηση του εσωτερικού ελέγχου στις υπηρεσίες του οργανισμού, ύστερα από έγγραφη παραγγελία του προέδρου.

Το γραφείο διαχείρισης παραπόνων και καταγγελιών είναι αρμόδιο για τη διαχείριση παραπόνων και καταγγελιών των ασφαλισμένων του Π.Ε.Δ.Υ. καθώς

---

<sup>40</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

επίσης και των συμβαλλόμενων παροχών με στόχο την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα φαρμακεία του Π.Ε.Δ.Υ. μεταφέρονται στις περιφερειακές διευθύνσεις όπου υφίστανται ως αυτοτελή τμήματα με αρμοδιότητα την προμήθεια, διαχείριση και διάθεση φαρμάκων και συναφών ειδών περίθαλψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Π.Ε.Δ.Υ.

### 5.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) περιλαμβάνει 7 Άρθρα.<sup>41</sup> Το Άρθρο 1 περιλαμβάνει τις γενικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Το Άρθρο 2 ορίζει ότι τα κέντρα υγείας της χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά και Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) καθώς και οι Μονάδες Παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους και αποτελούν τις δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ..

Το Άρθρο 3 ρυθμίζει θέματα της ίδρυσης και λειτουργίας των Κέντρων Υγείας του Δ.Υ.Πε, όπως έγκριση σκοπιμότητας, έδρα, περιοχή ευθύνης, ωράριο, Εσωτερικός κανονισμός Λειτουργίας καθώς και έκδοση Οργανισμών των Κέντρων Υγείας στους οποίους καθορίζονται η θέση του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότερα, οι οργανικές μονάδες και αρμοδιότητες κάθε μιας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Το Άρθρο 4 αναφέρεται στους οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στα ιατρεία τους και κατ' οίκον και παρέχουν όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζουν τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Π.Φ.Υ..

Το Άρθρο 5 ορίζει ποιοι είναι οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ., το Άρθρο 6 αναφέρεται στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την αξιολόγηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στα Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε), ενώ το Άρθρο 7 προβλέπει ότι τα Κέντρα Υγείας, οι Νομαρχιακές και τοπικές μονάδες υγείας, μεταφέρονται ως μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις Δ.Υ.Πε.

---

<sup>41</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

## **5.2 Ρυθμίσεις σχετικά με τον νέο χαρακτήρα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τα Άρθρα 8 έως 15. Το Άρθρο 8 αφορά στο σκοπό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα Άρθρα 9 έως 11 αφορούν τα θέματα ορισμού και αρμοδιοτήτων του Προέδρου, του Αντιπροέδρου και του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το Άρθρο 12 αφορά τη διοικητική οργάνωση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..

Το Άρθρο 13 αναφέρεται στο αποσπασμένο προσωπικό της Δ.Ε.Η., το Άρθρο 14 αφορά τη συμμετοχή ιατρών στις υγειονομικές επιτροπές, ενώ το Άρθρο 15 προβλέπει την κατάργηση κάθε γενικής ή ειδικής διάταξης αντίθετης προς τις ρυθμίσεις του νόμου.<sup>42</sup>

## **5.3 Ρυθμίσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα/κινητικότητα υπαλλήλων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οικονομικά και θέματα προσωπικού**

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τα Άρθρα 16 έως 26. Το Άρθρο 16 ορίζει ότι το σύνολο του προσωπικού των μονάδων υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τίθεται σε καθεστώς διαθεσιμότητας επί έναν μήνα και στη συνέχεια μετατάσσονται/μεταφέρονται μετά από την αίτησή τους σε οργανικές θέσεις που συστήνονται στις Δ.Υ.Πε με τους όρους και τις προϋποθέσεις του Άρθρου 17 περί της κινητικότητας των υπαλλήλων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς Δ.Υ.Πε.

Το Άρθρο 18 προβλέπει ότι εντός δμήνου από την ολοκλήρωση της μετάταξης/μεταφοράς το ιατρικό προσωπικό αξιολογείται και κατατάσσεται αυτοδικαίως σε θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ..

Το Άρθρο 19 προβλέπει την αυτοδίκαιη λήξη συμβάσεων ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπού προσωπικού οι οποίοι δεν εμπίπτουν στις διατάξεις του Άρθρου 16.

Το Άρθρο 20 ορίζει ότι ως την ολοκλήρωση της διαδικασίας κινητικότητας η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανατίθεται στα κατά τόπους αρμόδια κέντρα υγείας στο δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και επικουρικά, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ..

Το Άρθρο 21 ορίζει θέματα μισθοδοσίας προσωπικού οικονομικής διαχείρισης και μεταβίβαση κινητής και ακίνητης περιουσίας, το Άρθρο 22 προβλέπει

<sup>42</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

τη σύσταση θέσεων του κλάδου ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ. και τις δομές Π.Φ.Υ. και το Άρθρο 23 προβλέπει τη μεταφορά του προσωπικού στις αντίστοιχες υπηρεσίες Δ.Υ.Πε.

Το Άρθρο 24 προβλέπει την μετατροπή των θέσεων ΠΕ ιατρών-οδοντιάτρων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σε θέσεις ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ. και στην κάλυψή τους με ανοιχτή προκήρυξη, το Άρθρο 25 περιλαμβάνει την διαδικασία αξιολόγησης και κατάταξης στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ. και το Άρθρο 26 αφορά στα συμβούλια εξέλιξης.

#### **5.4 Λοιπές διατάξεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.**

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τα Άρθρα 27 έως 42. Το Άρθρο 27 αφορά τις κινητές μονάδες Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας για την εξυπηρέτηση περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και το Άρθρο 28 ρυθμίζει θέματα των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού τομέα.

Το Άρθρο 29 καθιερώνει Εθνικό πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου νεογνών, το Άρθρο 30 ατομικά δελτία υγείας και διάφορες κατηγορίες πληθυσμού και το Άρθρο 31 καθιερώνει την ίδρυση και την λειτουργία ιατρείων διακοπής καπνίσματος.

Τα Άρθρα 32 και 33 αφορούν σε θέματα των ιδιωτικών μονάδων ημερήσιας νοσηλείας και των κέντρων Ιαματικού Τουρισμού-Θερμαλισμού και Θαλασσοθεραπείας αντίστοιχα.

Το Άρθρο 34 ρυθμίζει το θέμα της πρόσβασης των σκύλων οδηγών τυφλών και το Άρθρο 35 αναγνωρίζει τη συμμετοχή και αξιοποίηση ζώων σε προγράμματα πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης προβλημάτων σωματικής, ψυχικής και νοητικής υγείας σε επίπεδο παροχής Π.Φ.Υ..

Τέλος τα Άρθρα 36 έως 42 περιλαμβάνουν σειρά διατάξεων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας.



## 5.5 Γενική Αξιολόγηση του σχεδίου νόμου του Π.Ε.Δ.Υ..

Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του υπό συζήτηση σχεδίου νόμου, γενικός σκοπός της μεταρρυθμιστικής παρέμβασης που επιχειρείται μέσω αυτού είναι η δημιουργία ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας, υπό τη διοίκηση των υγειονομικών περιφερειών, με στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Με δεδομένο ότι η οργάνωση ενός πρωτοβάθμιου δικτύου υγείας εξυπηρετεί τους παραπάνω γενικούς στόχους, αλλά και τους ειδικούς στόχους που παρουσιάζονται στην Εισηγητική Έκθεση, αποτελεί διαχρονική ανάγκη η οποία θα έπρεπε να έχει καλυφθεί εδώ και δεκαετίες.<sup>43</sup>

Είναι γεγονός ότι το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της χώρας, μέχρι σήμερα έχει λειτουργήσει υποτυπωδώς και με σημαντικές ελλείψεις σε θέματα αρχικού του σχεδιασμού, οργάνωσης λειτουργίας και της στελέχωσής του. Οι ελλείψεις αυτές είχαν και έχουν ως αποτέλεσμα την υπερφόρτωση της λειτουργίας των νοσοκομείων που καλύπτουν τις αδυναμίες του πρωτοβάθμιου συστήματος. Κατ' αυτό τον τρόπο η χώρα έχει οδηγηθεί στην υπέρογκη αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς αυτή η αύξηση να συνοδεύεται από την θεραπευτική αποτελεσματικότητα και την χορήγηση ποιοτικών υγειονομικών παροχών.

Η ολοκλήρωση του εγχειρήματος που ξεκίνησε με τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ώστε να δημιουργηθεί ένας ενιαίος φορέας Π.Φ.Υ., ο οποίο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού και να διασφαλίζει την καθολική κάλυψη των πολιτών, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και την μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος που συνιστά επιτακτική ανάγκη.

Ιδιαίτερα υπό τις συνθήκες της βαθιάς και παρατεταμένης οικονομικής κρίσης που ενισχύει τους επιβαρυντικούς για την υγεία παράγοντες και οδηγεί σε αυξημένη ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας, η δημιουργία ενός ενιαίου δημοσίου συστήματος Π.Φ.Υ. μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Ένα μεγάλο μέρος της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μπορεί να καλυφθεί επιτυχώς από την πρωτοβάθμια φροντίδα χωρίς να επιβαρύνονται τα νοσοκομεία όπου το κόστος περίθαλψης είναι ιδιαίτερα υψηλό. Ταυτόχρονα η

<sup>43</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από ασθενείς που δεν έχουν ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά ώστε το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων να ανταποκριθεί καλύτερα στις υπάρχουσες ανάγκες.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να είναι σαφές ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι συνυφασμένη με μια προληπτικής κατεύθυνσης ολιστική αντίληψη για την υγεία, με παρέμβαση στο «ανθυγιεινό» φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και με εξάλειψη των ανισοτήτων στην περίθαλψη. Συνεπώς η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν μπορεί να προσεγγίζεται πρώτα και κύρια με όρους εξοικονόμησης και περιορισμού της προκλητής συζήτησης, αλλά αντίθετα, έχοντας ως κύριο γνώμονα την ολιστική και συστημική προσέγγιση των αιτιολογικών παραγόντων διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας. Επομένως ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του Π.Ε.Δ.Υ. θα πρέπει να επικεντρώνεται πρώτιστα στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της χώρας βάσει δημογραφικών, κοινωνικών και νοσολογικών παραγόντων.

Στο πλαίσιο αυτό, η μεταρρύθμιση που προωθείται δεν θα πρέπει να στοχεύει μονοδιάστατα στη μείωση του κόστους και συρρίκνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, αλλά στην μετατροπή του οφέλους από την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων σε διεύρυνση των δημόσιων παροχών και βελτίωση της ποιότητάς τους.

## **5.6 Η Διασφάλιση στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας**

Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας θα παρέχονται αποτελεσματικά το σύνολο των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όπως αυτές περιλαμβάνονται στο Άρθρο 1 παράγραφος 5 του σχεδίου νόμου ή Ο.Κ.Ε. θεωρεί ζήτημα κρίσιμης σημασίας την επαρκή στελέχωση του Π.Ε.Δ.Υ. με το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων και με ένα ευρύ φάσμα εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και επαγγελματιών υγείας.

Το υπό συζήτηση σχέδιο νόμου παραπέμπει στη ρύθμιση πολλών θεμάτων του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας, σε πληθώρα υπουργικών αποφάσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και η μεταφορά των πρωτοβάθμιων δομών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Ε.Σ.Υ. τελεί υπό την έγκριση σκοπιμότητας του Υπουργού Υγείας (Άρθρο 3), όπως και ένα πλήθος ζητημάτων που άπτονται της περιοχής ευθύνης των κέντρων υγείας, του εσωτερικού κανονισμού τους με τον οποίο ορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία λειτουργίας των υπηρεσιών τους, η στελέχωση κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού

τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Η Ο.Κ.Ε. θεωρεί ότι το υπό συζήτηση σχέδιο νόμου θα πρέπει να καλύπτει κατά το δυνατόν το σύνολο των θεμάτων που απαιτούνται για την ενεργοποίηση του νέου συστήματος Π.Φ.Υ. και να μειωθούν στο ελάχιστο οι απαιτούμενες Υπουργικές Αποφάσεις, προκειμένου να αποφευχθούν συνειρμοί για τακτική παρεμβατικότητα στο σύστημα, παρεμβατικότητα που κατά την τελευταία τριετία υποδηλώνει πολύ μεγαλύτερη προσαρμογή στις δημοσιονομικές επιταγές, παρά τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.<sup>44</sup>

Η δραστική περικοπή του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (4,4 δις το 2014 όταν το 2011 ήταν 7,9 δις ευρώ) και η διαρκής μείωση των ασφαλιστικών εισφορών λόγω της ανεργίας και της ανασφάλιστης εργασίας προεξοφλεί την μετατροπή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε ασφαλιστικό φορέα με συνεχώς μειωμένη αγοραστική δύναμη που δεν θα μπορεί να εγγυηθεί το επίπεδο της αυξημένης φροντίδας που έχουν ανάγκη οι ασφαλισμένοι και κυρίως οι ανασφάλιστοι πολίτες την περίοδο της δημοσιονομικής αναπροσαρμογής. Η διακοπή του ρόλου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως παρόχου υπηρεσιών, οδηγεί στην περικοπή της κρατικής χρηματοδότησης (αφού δεν χρειάζεται να κρατηθούν σε λειτουργία οι δομές) με αποτέλεσμα το είδος, η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που θα αγοράζονται να εξαρτώνται αποκλειστικά από τα συρρικνούμενα έσοδά του.

Προκειμένου αν διασφαλιστεί η οικονομική βιωσιμότητα του Π.Ε.Δ.Υ. θα πρέπει να υπάρχει επάρκεια χρηματοδοτικών πόρων. Εφόσον μέρος των δραστηριοτήτων που επιτελούνται σήμερα στα νοσοκομεία θα μεταφερθεί στον ενιαίο φορέα, αυτό θα πρέπει αν συνοδεύεται από την μεταφορά μέρους της κρατικής χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. στον ενιαίο φορέα Π.Φ.Υ.. Συμπληρωματικά μέτρα, όπως το υπάρχον ειδικό τέλος σε καταναλωτικά αγαθά με αποδεδειγμένη επίδραση στην υγεία (καπνός, αλκοόλ και άλλα) και η μετατροπή τμήματος του ΦΠΑ σε «κοινωνικό ασφαλιστικό φόρο» μπορούν επίσης να ενισχύσουν τη χρηματοδότηση του νέου φορέα. Ωστόσο, υπό τις συνθήκες της παρατεινόμενης κρίσης είναι αμφίβολο κατά πόσο μπορούν να είναι αποτελεσματικά σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα.

Ιδιαίτερος προβληματισμός και έντονη ανησυχία υπάρχει σχετικά με την έλλειψη καθορισμού μεταβατικού σταδίου για την διαφύλαξη του αγαθού της υγείας των πολιτών και της λειτουργικότητας του συστήματος μέχρι την οργάνωση και λειτουργία του Π.Ε.Δ.Υ.. Η πρόβλεψη για τη διαθεσιμότητα του συνόλου του

<sup>44</sup> <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ. επίσκεψης: 15/09/2014)

προσωπικού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σε συνδυασμό με την απουσία οποιασδήποτε προετοιμασίας της διάδοχης θεσμικά κατάστασης, σημαίνει ότι για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα είναι σε αναστολή, καθώς ούτε συγκεκριμένες οργανικές θέσεις ιατρών και λοιπού υγειονομικού προσωπικού έχουν συσταθεί στις Δ.Υ.Πε. ούτε επαρκής χρόνος υπάρχει (ένας μήνας) για να γίνουν τα απαιτούμενα διοικητικά βήματα απορρόφησης όλου του υπηρετούντος ανθρώπινου δυναμικού.

## Συμπέρασμα

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη του συστήματος υγείας επηρεάστηκε σημαντικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και από τη νοοτροπία που επικρατούσε σ' όλη τη δημόσια διοίκηση. Ο πελατειακός χαρακτήρας του ελληνικού κράτους αφορά και το σύστημα υγείας, ενώ η ασφυκτική του εξάρτηση από την εκάστοτε πολιτική εξουσία στερεί από το σύστημα υγείας την διοικητική και οργανωτική αυτοδυναμία.

Είναι πραγματικότητα πως η κακή κατάσταση του ασφαλιστικού στην Ελλάδα είναι γνωστή εδώ και πολλά χρόνια. Το πόσο κακή είναι η κατάσταση είναι επίσης γνωστό αλλά όχι στο ευρύ κοινό και εκτός της χώρας ή των ενεργά εργαζομένων στην Ελλάδα. Το τι θα πρέπει να γίνει, όμως για να υπάρξουν βιώσιμα ταμεία λίγοι γνωρίζουν και αυτοί που πραγματικά γνωρίζουν, δεν τολμούν να το αναφέρουν. Το μεγάλο ερώτημα είναι αν πραγματικά μπορεί να εφαρμοστεί μια λύση έτσι ώστε να εξασφαλίσουν οι μελλοντικές γενιές αλλά και οι σημερινοί δικαιούχοι την σύνταξη τους όποια και αν είναι αυτή, φυσικά χωρίς να οδηγηθούν στο κοινωνικό αποκλεισμό.

Η οικονομική κρίση και ύφεση της ελληνικής οικονομίας, συνοδεύεται, μεταξύ των άλλων, από την ένταση της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης για το περιεχόμενο και τον χαρακτήρα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Το ζητούμενο σήμερα για την ελληνική οικονομία στις συνθήκες της ύφεσης και της υλοποίησης των περιοριστικών πολιτικών που απορρέουν από το πρόγραμμα στήριξης του Δ.Ν.Τ., της Ε.Ε και της ΕΚΤ, είναι ο στρατηγικός προσανατολισμός της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, με την έννοια της προσαρμογής της στον νέο καταμερισμό εργασίας, στο πλαίσιο της διεθνούς ή της ευρωπαϊκής ανασυγκρότησης της παραγωγικής διαδικασίας ή της αναβάθμισης της θέσης της στον νέο καταμερισμό εργασίας.

Από την άποψη αυτή θεωρούμε ότι η μόνη ολοκληρωμένη και κυρίως δίκαιη και κοινωνικό-οικονομικά ισορροπημένη στρατηγική επιλογή της ελληνικής οικονομίας είναι αυτή της αναβάθμισης της θέσης της στον νέο καταμερισμό εργασίας, κυρίως, με την αύξηση των επενδύσεων (δημόσιων και ιδιωτικών) την βελτίωση των αναπτυξιακών και κοινωνικών υποδομών, της κλαδικής βιομηχανικής και τεχνολογικής πολιτικής, της αναβάθμισης του εργατικού δυναμικού με την βελτίωση της ποιότητας των ικανοτήτων του, των συνθηκών εργασίας και του εισοδήματος, προκειμένου να επιτευχθεί η διαρθρωτική ανταγωνιστικότητα με την



αύξηση της παραγωγικότητας και όχι με την παθητική προσαρμογή της εργασίας και της κοινωνικής προστασίας στις τεχνολογικές και παραγωγικές εξελίξεις, με την μείωση των κοινωνικών δαπανών και την επιδείνωση των συνθηκών αναπαραγωγής της εργασίας.

Στην κατεύθυνση αυτή οι προοπτικές για την κοινωνική ασφάλιση απαιτείται, κατ' αρχήν, να προσδώσουν σ' αυτή, ένα χαρακτήρα αναβάθμισης του ρόλου και της θέσης της, στην λειτουργία του οικονομικού και κοινωνικού σχηματισμού στην χώρα μας.

## Βιβλιογραφία

Αλετράς, Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., 2002. *Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Αποστολάκης Ι. (2002). *"Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας"*, Αθήνα: Παπαζήση  
Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, εκδ. Παπαζήση.

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων — ΕΟΦ (2011). Κατάλογος κυκλοφορούντων φαρμάκων

Ελληνικό Κοινοβούλιο. (2010). "Αιτιολογική Έκθεση για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση"

Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., 1999. *Υγεία : οριοθετήσεπροοπτικές*, τόμος Α, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ., (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα

Μπελλάλη, Ο., (2011). *"Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών"*, Νοσηλευτική

### Ηλεκτρονικές Πηγές

<http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> (ημ.επίσκεψης:15/09/2014)

<http://www.fsa.gr/LinkClick.aspx?fileticket=TiZ4xqwr9M%3D&tabid=36>  
(ημ.επίσκεψης: 15/09/2014)