

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**“ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**  
**ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΤΟΜΕΑ”**

ΚΤΙΣΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:  
ΟΥΖΟΥΝΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Καλαμάτα 2014

## ΈΓΚΡΙΣΗ

Υπογραφή

Επιβλέπων:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	4
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</b>	6
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ;	7
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ	7
1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	12
1.5 ΣΤΑΔΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	12
1.6 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	13
1.7 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	13
1.8 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	16
2.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.2 Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ «ΕΣΥ» ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ	17
2.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ	17
2.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
2.2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.3 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b>	26
3.1 ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	26
3.1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΥ	27
3.1.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	31
3.1.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	33
3.2 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	34
3.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	37

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ</b>	40
4.1 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ «ΕΣΥ» ΠΡΙΝ ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ	40
4.2 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ	41
4.3 ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	47
4.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ε.Δ.Υ.)	50
4.4.1 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ε.Δ.Υ.	51
4.5 ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΝΕΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΟΥ ΕΟΠΠΥ	53
4.5.1 ΣΚΟΠΟΣ	53
4.5.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	54
4.5.3 ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΕΟΠΠΟΥ	55
4.5.4 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΕΟΠΠΥ	57
4.6 ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	58
4.6.1 ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	58
4.6.2 ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΕΛΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	59
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	60
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	65

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής, αποτελεί η διεξοδική μελέτη και έρευνα στο θέμα των «υπηρεσιών υγείας» και κατά πόσον έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση στην οποία έχει επέλθει η χώρα μας. Θα ερευνησουμε και θα μάθουμε λεπτομέρειες και πληροφορίες για την έννοια της κρίσης, τις αιτίες της αλλά και τα χαρακτηριστικά μιας οικονομικής κρίσης.

Σε μια ιστορική αναδρομή την οποία θα πραγματοποιήσουμε θα μελετήσουμε παλαιότερες χρηματοοικονομικές κρίσεις που έχουν λάβει χώρα τα τελευταία 100 χρόνια και κατά πόσον έχουν επηρεάσει την παγκόσμια οικονομία.

Κεντρικός στόχος αποτελεί η ενημέρωση μέσα από έρευνα για τις περικοπές που έχουν γίνει στις υπηρεσίες υγείας, στα κονδύλια αλλά και τις αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί στον φαρμακευτικό τομέα. Επίσης, αναφορά στις αλλαγές που έχουν γίνει στην ασφάλιση των ασθενών, μια πλήρη μελέτη πάνω στις υπηρεσίες υγείας αλλά και πως η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία των πολιτών.

Θα παρουσιάσουμε την δομή του ελληνικού νοσοκομειακού τομέα ερευνώντας βαθύτερα την έννοια του συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, θα μελετήσουμε τις επιδράσεις που είχε σε αυτόν η οικονομική κρίση μα και τις τεράστιες επιπτώσεις που φέρει αυτή και η επιρροή της πάνω στον τομέα της υγείας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 2010 η ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια βαθιά δομική και πολύπλευρη κρίση, με κύρια χαρακτηριστικά το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος, τη συρρίκνωση του ΑΕΠ, την αυξανόμενη ανεργία και τη συνεχή διάβρωση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. Συνέπεια αυτών ήταν, τον Μάιο του 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο να ανακοινώσουν τη σύναψη συμφωνίας με την Ελλάδα για ένα τριετές πρόγραμμα αναδιάρθρωσης των οικονομικών και δημοσιονομικών πολιτικών της. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της συμφωνίας είναι η αυστηρή εισοδηματική πολιτική, η αύξηση των άμεσων και έμμεσων φόρων, η θέσπιση μέτρων ενίσχυσης της ευελιξίας στην αγορά εργασίας, η περικοπή των δαπανών και η συγχώνευση ή η κατάργηση των φορέων του δημόσιου τομέα που δεν είναι παραγωγικοί.

Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, ο τομέας της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των επιχειρούμενων αναδιαρθρωτικών προσαρμογών. Αιτία για αυτό είναι το γεγονός ότι, παρά τον μεγάλο αριθμό των θεσμικών παρεμβάσεων που έγιναν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών με σκοπό την ανάπτυξη των υλικοτεχνικών υποδομών του και τον εκσυγχρονισμό των διοικητικών-διαχειριστικών μηχανισμών του, αυτό εξακολούθησε να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ισότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες δεν ανταποκρίθηκαν στις προϋποθέσεις διαμόρφωσης και άσκησης σύγχρονης πολιτικής υγείας και δεν κατόρθωσαν να δώσουν λύση στις δομικές αντινομίες που εμφανίζει ο υγειονομικός τομέας.

Στο πλαίσιο αυτό, τίθενται δύο αλληλοσυνδεδεμένα ερωτήματα. Το πρώτο είναι κατά πόσο και σε ποιο βαθμό η οξεία οικονομική κρίση που πλήττει την ελληνική οικονομία θα μπορούσε να ιδωθεί ως ο βασικός κινητήριος μοχλός για την προώθηση της μεταρρύθμισης του υγειονομικού τομέα της χώρας. Το δεύτερο αφορά την κατεύθυνση των αλλαγών και των επιπτώσεών τους στην αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, καθώς και στην ισότιμη πρόσβαση των υπηρεσιών. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στο να απαντήσει σε αυτά τα ερωτήματα, προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο χαρακτήρας του θεσμικού πλαισίου προστασίας της υγείας που αυτή τη στιγμή διαμορφώνεται στην Ελλάδα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

### 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα που βίωσαν και βιώνουν διάφορες χώρες στη διάρκεια των προηγούμενων ετών μέχρι και σήμερα, έχουν, το καθένα τη δική του πηγή προέλευσης. Επιστήμονες έχουν θέσει το ερώτημα αν τελικά πρόκειται για κρίση της οικονομίας ή για κρίση οικονομικής επιστήμης (Κότιος & Γαλανός, 2010).

Η οικονομία όχι μόνο δεν είναι στάσιμη αλλά υφίσταται διαχρονικές μεταβολές σε σημαντικά μεγέθη της, όπως το επίπεδο του εισοδήματος, της απασχόλησης κ.α.. Με άλλα λόγια οι μεταβολές αυτές που υφίστανται τα παραπάνω μεγέθη μιας οικονομίας για μεγάλο χρονικό διάστημα, ονομάζονται οικονομικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Κάθε οικονομικός, όμως, κύκλος δεν έχει την ίδια ένταση και διάρκεια, αλλά διέρχεται από κάποια συγκεκριμένα στάδια, τα οποία ονομάζονται φάσεις του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (European Commission, 2009).

Ένα από τα στάδια αυτά είναι και αυτό της οικονομικής κρίσης. Το στάδιο της οικονομικής κρίσης βρίσκεται μετά το στάδιο της ανόδου και αμέσως πριν από το στάδιο της καθόδου από τα οποία διέρχεται μια οικονομία. Πιο συγκεκριμένα η οικονομία βρίσκεται στην κορυφή του οικονομικού κύκλου, δηλαδή στο τελευταίο στάδιο της οικονομικής ανόδου της. Όταν, λοιπόν, η οικονομία, όντας σε αυτό το στάδιο, δεχθεί τέτοιες πιέσεις ώστε να ανακόψει την ανοδική πορεία της, τότε επέρχεται η κρίση (Λιανός, Παπαβασιλείου, Χατζηανδρέου, 1999) και εισέρχεται στη φάση της καθόδου (European Commission, 2009).

Μια επιπλέον πληροφορία για την έννοια της οικονομικής κρίσης έρχεται να συμπληρώσει ο Κουφάρης (2010), όταν ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας που είναι οι επενδύσεις, αυξομειώνονται, τότε συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη.

## **1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ;**

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας.

Ο όρος οικονομική κρίση εφαρμόζεται ευρέως σε διάφορες καταστάσεις στις οποίες ορισμένα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα χάνουν-μειώνουν μέρος της αξίας τους. Η αρχή μιας οικονομικής κρίσης χαρακτηρίζεται από τον περιορισμό της πίστωσης, αύξηση ανεργίας, μειωμένη παραγωγή, τον αντιπληθωρισμό των τιμών, τις πολυάριθμες πτωχεύσεις, την έλλειψη ρευστότητας σε συναλλαγές και την αδυναμία πληρωμής οικονομικών υποχρεώσεων. Ο όρος «οικονομική κρίση» χρησιμοποιείται για να περιγράψει με μια λέξη ένα δύσκολο οικονομικό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται, όταν διανύεται περίοδος οικονομικής δυσχέρειας, η οποία χαρακτηρίζεται από αιφνιδιασμό και ανασφάλεια καθώς διέπεται και από μεγάλη ένταση. Μπορεί δε, να επεκτείνεται από μια μικρή επιχείρηση ως και ένα ολόκληρο κράτος ή και περισσότερα κράτη.

## **1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ**

### Η κρίση της Μεγάλης Βρετανίας 1797

Το 1797 η Μεγάλη Βρετανία γνωρίζει μια από τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις, εξαιτίας του πανικού που προκάλεσαν στους κατοίκους της, οι πόλεμοι που προκλήθηκαν από τη Γαλλική Επανάσταση. Θεωρώντας ότι ο πόλεμος θα περάσει και στα εδάφη της Μ. Βρετανίας, οι κάτοικοι της αρχίζουν να αποσύρουν τις καταθέσεις τους από τις Τράπεζες. Το μέγεθος της κρίσης έρχεται να το εντείνει και η απόφαση της Τράπεζας της Αγγλίας, για παύση πληρωμών σε μετρητά. Η κρίση επηρέασε και ένα από τους μεγαλύτερους πιστωτές της Μ. Βρετανίας, τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ). Ο κύκλος της ολοκληρώθηκε μετά από 6 περίπου έτη (Βαρουφάκης, 2011).

### Η κρίση στο Λονδίνο 1847

Το 1847 η κατάρρευση μιας ακόμα κερδοσκοπικής αγοράς, αυτής των σιδηροδρόμων, προκαλεί πανικό και κραχ της Χρηματιστηριακής αγοράς στο Λονδίνο. Η κρίση αντιμετωπίζεται με την παραχώρηση όλων των αρμοδιοτήτων



έκδοσης χρήματος στην Κεντρική Τράπεζα της Αγγλίας. Ο κύκλος της κρίσης αυτής ολοκληρώθηκε το 1855 (Βαρουφάκης, 2011).

#### Τα Οικονομικά των Βαλκανικών Πολέμων (1912-1922)

Την περίοδο 1902-1914 συνολογήθηκαν τέσσερα εξωτερικά δάνεια, συνολικά 521.000.000 γαλλικά φράγκα. Τα δύο πρώτα (76.000.000 γαλλικά φράγκα) μέχρι το έτος 1910 και το τέταρτο, 335.000.000 γαλλικά φράγκα το έτος 1914. Η δανειακή πρόσοδος χρησιμοποιήθηκε υπέρ της εξυπηρέτησης των ήδη υπαρχόντων εξωτερικών δανείων, υπέρ της διεξαγωγής των Βαλκανικών πολέμων και στην ενσωμάτωση των νέων περιοχών που προέκυψαν μετά τους Βαλκανικούς. Δηλαδή, τα νέα δάνεια ξεπλήρωναν τα παλαιά. Το έτος 1912-1913 έγινε ο Α' και Β' Βαλκανικός Πόλεμος με τη στήριξη της Αντάντ και η Ελλάδα ενσωμάτωσε την Ήπειρο, τη Μακεδονία και τη Θράκη, επί πρωθυπουργίας Ελευθερίου Βενιζέλου. Η Ελλάδα είχε λάβει μεγάλη στρατιωτική βοήθεια από την Αντάντ. Παράλληλα με τη στρατιωτική βοήθεια όμως, η Ελλάδα έλαβε και οικονομική βοήθεια σε δάνεια, που αύξησαν το χρέος της. Η εκστρατεία του 1919-1922 στην Τουρκία που τέλειωσε με τη Μικρασιατική Καταστροφή είχε πάλι τις οικονομικές της επιπτώσεις (Βαρουφάκης, 2011).

#### Η μεγάλη κρίση του 1929-1932. Η Αμερικανική κρίση.

Στις 22 Οκτωβρίου 1929, σε μια Αμερική ευημερούσα, που πίστευε ότι έχει βρει τον τρόπο να χτυπήσει την ανέχεια, ξεσπά η μεγάλη κρίση. Ενώ μέχρι τότε η αξία των βιομηχανικών μετοχών αυξανόταν συνεχώς, οικονομικοί κύκλοι που φοβούνται μια ξαφνική πτώση των τιμών των μετοχών, αρχίζουν να πωλούν. Στις 24 Οκτωβρίου 1929 ρευστοποιήθηκαν 13 εκατομμύρια τίτλοι μετοχών. Από εκείνη την ημέρα μεγάλος αριθμός Αμερικανών ρευστοποιεί τις μετοχές του για να τις τοποθετήσει αλλού ελπίζοντας να κερδίσει περισσότερα.

Αμέσως η τιμή των μετοχών αρχίζει να πέφτει κατακόρυφα και ένας αληθινός πανικός δημιουργείται στο χρηματιστήριο. Όλοι προσπαθούν να πουλήσουν τις μετοχές τους πριν πέσουν πιο χαμηλά. Πολλές τράπεζες που είχαν τοποθετήσει τα χρήματα των πελατών τους σε μετοχές για να αποκομίσουν μεγαλύτερα κέρδη, καταστρέφονται και κηρύσσουν πτώχευση. Άλλες τράπεζες μπροστά στην οικονομική κρίση δεν δανείζουν πια τα χρήματα τους στους πελάτες τους για να αγοράσουν βιομηχανικά προϊόντα και αρνούνται τα χρηματοδοτήσουν τις

επιχειρήσεις. Οι επιχειρήσεις που δεν μπορούν πια να διαθέσουν τα προϊόντα τους και τα βλέπουν να συσσωρεύονται σε stock, αναγκάζονται να ρίξουν τις τιμές. Πολλές χρεοκοπούν. Ακόμη και τα trust περιορίζουν την παραγωγή τους. Οι εργάτες απολύονται ή εισπράττουν μειωμένες αμοιβές, πράγμα που επιδεινώνει την οικονομική κρίση, γιατί με την σειρά τους, δεν μπορούν να αγοράσουν. Στα μέσα του 1930 όλη η αμερικάνικη οικονομία έχει παραλύσει (Βαρουφάκης, 2011).

### Η Ιαπωνική κρίση 1986-1991

Μετά τον πόλεμο πολλές οικονομίες είχαν μια μακρύτερη περίοδο ανάπτυξης. Όμως, από το 1970 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70 οι οικονομίες αναπτύσσουν πόσα ανεργίας και πληθωρισμού σε χαμηλό ποσοστό αρχικά. Την δεκαετία του '70 έκαναν εμφάνιση δυο πετρελαϊκές κρίσεις, οι οποίες έφεραν στο προσκήνιο το φαινόμενο του στασιμοπληθωρισμού, δηλαδή την συνύπαρξη πληθωρισμού – ανεργίας.

Η 1η κρίση ξεκίνησε την 17η Οκτωβρίου του 1973, όταν τα μέλη της OPEC ανακοίνωσαν ότι δεν θα έδιναν πετρέλαιο στις χώρες που υποστήριζαν το Ισραήλ. Τα μέλη του OPEC συμφωνήσαν να εκμεταλλευτούν την επιρροή τους στο μηχανισμό καθορισμού της τιμής του πετρελαίου και έτσι γίνεται παγκόσμια αύξηση της τιμής. Ο κυρίαρχος ρόλος του OPEC ως παγκόσμιο προμηθευτή οδήγησαν στην αύξηση του πληθωρισμού. Οι υψηλές τιμές του πετρελαίου άνοιξαν νέους δρόμους για την αναζήτηση ενέργειας.

Έξι χρόνια μετά, το 1979, ακολούθησε η 2η πετρελαϊκή κρίση. Έκανε την εμφάνισή της στις ΗΠΑ, στον απόηχο της ιρανικής επανάστασης,. Μετά την πολιτική κρίση και τον Ayatollah Khomeini να ανακτά τον έλεγχο του Ιράν, οι διαμαρτυρίες γκρέμισαν τον πετρελαϊκό τομέα του Ιράν. Παρόλο που το νέο καθεστώς επανέλαβε τις εξαγωγές πετρελαίου, ήταν ασυνεπείς και μειωμένες οδηγώντας τις τιμές να εκτοξευθούν στα ύψη. Οι χώρες του OPEC για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση, αύξησαν την παραγωγή τους και η συνολική απώλεια έφτασε στο 4%. Ωστόσο, επικράτησε ένας διαδεδομένος πανικός που ανέβασε την τιμή πολύ περισσότερο από όσο θα αναμενόταν. Μετά το 1980 οι τιμές του πετρελαίου έπεφταν για έξι συνεχόμενα έτη και κορυφώθηκαν το 1986 με μία πτώση 46%. Αυτό ήταν αποτέλεσμα της μειωμένης ζήτησης και της υπερβολικής παραγωγής, οδηγώντας τον OPEC στο να χάσει την ενότητά του. Εξαγωγείς πετρελαίου, όπως το Μεξικό, η Νιγηρία και η Βενεζουέλα επεκτάθηκαν σημαντικά, ενώ οι ΗΠΑ και η Ευρώπη

πήραν περισσότερο πετρέλαιο από το Prudhoe Bay και τη Βόρειο Θάλασσα (Βαρουφάκης, 2011).

#### Η «μαύρη Δευτέρα» του 1987

Στα μέσα της δεκαετίας του '80 παρατηρήθηκε μια οικονομική ανάκαμψη. Οι οικονομίες αναπτύχθηκαν, ο πληθωρισμός υποχώρησε και τα χρηματιστήρια ζούσαν μεγάλες δόξες. Όμως η γρήγορη πτώση των μετοχών τον Οκτώβριο του '87 έφερε μνήμες από τον Οκτώβριο του '29. Την Δευτέρα 19 Οκτωβρίου του 1987 ο δείκτης Dow Jones έχασε 22% της αξίας των μετοχών και ακολούθησε ξεπούλημα μετόχων στην Ευρώπη και την Ιαπωνία. Τα αίτια της κρίσης ήταν οικονομικοπολιτικά. Όσον αφορά στο Χρηματιστήριο Αθηνών παρατηρήθηκε πρωτοφανής πτώση των τιμών των μετοχών, ενώ έμεινε κλειστό από τις 20 Οκτωβρίου έως τις 23 Οκτωβρίου του 1987. Ωστόσο, ακόμα και όταν άνοιξε, η πτώση εξακολούθησε να είναι σημαντική και η προσφορά καταγιστική. Η απογοήτευση ήταν διάχυτη στους επενδυτές. Βέβαια, αυτή τη φορά ο αντίκτυπος της κρίσης δεν ήταν τόσο δραματικός όσο το 1929. Η αμερικανική οικονομία ήταν πλέον πιο ισχυρή και ανθεκτική σε τέτοιου είδους «χτυπήματα». Επιπλέον, η επέμβαση της κυβέρνησης και της κεντρικής τράπεζας των ΗΠΑ, με τη διάθεση μεγάλων ποσοτήτων ρευστού στην αγορά, υπήρξε καθοριστική. Με αυτόν τον τρόπο επωφελήθηκαν οι τράπεζες, μείωσαν τα επιτόκια και έδωσαν σημαντικά δάνεια στις μεγαλύτερες εισηγμένες επιχειρήσεις (Βαρουφάκης, 2011).

#### Η «φούσκα» των μετόχων υψηλής τεχνολογίας. 2000-2002

Στα τέλη της δεκαετίας του '90, οι εταιρείες του internet βρέθηκαν στο απόγειο τους. Η τάση για επένδυση σε μετοχές υψηλής τεχνολογίας ήταν γενικευμένη. Το φαινόμενο κορυφώθηκε τον Ιανουάριο του 2000, όταν η AOL εξαγόρασε με το αστρονομικό ποσό των 200 δισ. δολαρίων τον όμιλο Time Warner. Το Μάρτιο του 2000 ο δείκτης μετοχών υψηλής τεχνολογίας Nasdaq έφτασε το ιστορικό του υψηλό άνω των 5.000 μονάδων. Η «φούσκα» έσκασε, με το δείκτη Nasdaq να χάνει μέχρι τον Οκτώβριο του 2002 το 78% της αξίας του.

Ως κύρια αίτια αυτής της πτώσης θεωρούνται οι υπερτιμημένες μετοχές των εταιρειών υψηλής τεχνολογίας, αλλά και η διαφθορά των εταιρειών μιας και πολλές από αυτές δήλωναν κέρδη υψηλότερα του πραγματικού. Συχνά επίσης, οι χρηματιστηριακοί αναλυτές έδιναν θετικές εισηγήσεις για μετοχές εταιρειών που

είχαν σημαντικά οικονομικά προβλήματα. Οι συνέπειες για την αμερικανική οικονομία ήταν ευρύτερες. Η πτώση ήταν απότομη, οι επενδύσεις «πάγωσαν» και η 11η Σεπτεμβρίου αποτέλεσε τη χαριστική βολή. Η Federal Reserve όμως παρενέβη εγκαίρως, μειώνοντας διαδοχικά τα επιτόκια και βοηθώντας τη μεγαλύτερη οικονομία του πλανήτη να ανακάμψει (Βαρουφάκης, 2011).

#### Η κρίση των subprime loans του 2007.

Στις αρχές του καλοκαιριού του 2007 οι ΗΠΑ είδαν για άλλη μια φορά την οικονομία τους να συρρικνώνεται. Μία νέα λέξη άρχισε να απασχολεί όσους ασχολούνται με τα οικονομικά: τα subprimes δάνεια. Πρόκειται για στεγαστικά δάνεια που χρηματοδοτούν πέραν του 100% της αξίας του ακινήτου, καθώς επίσης και δάνεια με υψηλότερο επιτόκιο σε μη φερέγγυους δανειολήπτες. Αυτό σημαίνει ότι χορηγούνταν σε δανειολήπτες με μεγάλη πιθανότητα να μην μπορέσουν να τα αποπληρώσουν, είτε γιατί έχουν χαμηλό εισόδημα, είτε γιατί δεν έχουν μόνιμη εργασία. Επιπλέον, οι τόκοι είναι εξαιρετικά υψηλοί αλλά και κυμαινόμενοι, δίνοντας το έναυσμα δημιουργίας ενός κερδοσκοπικού συστήματος γύρω από αυτά. Με μόνο στόχο την επίτευξη κέρδους, τα δάνεια χορηγήθηκαν στα αμερικανικά νοικοκυριά, χωρίς προηγουμένως οι τράπεζες να ελέγξουν τη δυνατότητα αποπληρωμής τους. Αυτό σε συνδυασμό με την κρίση της αγοράς ακινήτων και την πτώση των τιμών επέφερε μία γενικευμένη κρίση. Ακολούθησαν κατασχέσεις σπιτιών και χιλιάδες εξώσεις. Η πώληση αυτών απλά επιδείνωσε την κατάσταση. Μέσα από αλυσιδωτές αντιδράσεις η ύφεση της αμερικανικής οικονομίας θεωρήθηκε πλέον δεδομένη. Οι ανησυχίες όμως, έχουν εξαπλωθεί και στις ευρωπαϊκές και ασιατικές αγορές. Το αποτέλεσμα είναι οι κεντρικές τράπεζες να διοχετεύουν δισεκατομμύρια ευρώ ή δολάρια σε αυτές. Το συνολικό ύψος της ζημίας για το σύνολο της παγκόσμιας αγοράς αποτιμάται σε πάνω από 400 δισ. ευρώ, από τα οποία πάνω από 150 δισ. ευρώ εκτιμάται ότι θα είναι η ζημία που θα επιβαρύνει τις μεγάλες ξένες τράπεζες. Οι τελευταίες δηλώσεις όμως, είναι πιο αισιόδοξες. Όπως δήλωσε ο επικεφαλής του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, κ. Dominique Strauss-Kahn, «τα χειρότερα από την πιστωτική κρίση έχουν περάσει». Η ανάπτυξη που σημειώθηκε κατά το πρώτο τρίμηνο του 2008 στην Ευρωζώνη ήταν πιο θετική από όσο αναμενόταν, με τη βοήθεια των επιδόσεων της Γερμανίας. Επίσης, ο πληθωρισμός σημείωσε κάμψη. Ωστόσο, ο ΟΟΣΑ από την πλευρά του, διατηρεί ορισμένες επιφυλάξεις για την

πορεία της ανάπτυξης στο επόμενο εξάμηνο. Ο αντίκτυπος της κρίσης είναι πλέον εμφανής και στην Ελλάδα (Βαρουφάκης, 2011).

#### **1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Στα χαρακτηριστικά μιας οικονομικής κρίσης παρατηρούνται φαινόμενα εκτεταμένων απολύσεων, μείωση της χρηματιστηριακής δραστηριότητας πολλών χρηματοοικονομικών ιδρυμάτων, της χρεοκοπίας πολλών επιχειρήσεων, των εκτεταμένων πωλήσεων μετοχών και τις συνεπαγόμενες εξαγορές. Από την άλλη πλευρά παρατηρούμε ότι οι τιμές των προϊόντων παραμένουν σταθερές ή ακόμα και μειώνονται (αντιπληθωρισμός) αυξάνοντας το πραγματικό διαθέσιμο εισόδημα των καταναλωτών ενώ τα επιτόκια της αγοράς είναι συγκριτικά χαμηλότερα προσφέροντας συγχρόνως την ευκαιρία για επενδυτικά κεφάλαια χαμηλού κόστους.

#### **1.5 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Μια κρίση μπορεί να χαρακτηρίζεται ως μία αιφνίδια κατάσταση, στην πραγματικότητα όμως είναι αρνητική εξέλιξη δυσλειτουργιών που συχνά προϋπάρχουν για πολύ καιρό σε ένα οργανισμό. Όσο τα συμπτώματα μιας κρίσης δεν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά ή αγνοούνται τόσο το μέγεθος της κρίσης θα εκτείνεται.

Τα στάδια μιας κρίσιμης κατάστασης χαρακτηρίζονται από την χρονική εξέλιξη μιας κρίσης και είναι τα παρακάτω:

*Προδρομικό στάδιο:* Η επιχείρηση έρχεται αντιμέτωπη με ένα πλήθος από συμπτώματα, που προειδοποιούν για την επερχόμενη κρίση. (Προειδοποιητική φάση)

*Οξύ στάδιο της κρίσης:* Τα σημάδια χρήζουν άμεσης προσοχής. Η αντίδραση της επιχείρησης περιορίζεται στον έλεγχο των ζημιών που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί. (Συνοδεύεται από «κόστος» για την επιχείρηση)

*Στάδιο χρόνιας κρίσης:* Τα συμπτώματα είναι αρκετά εμφανή και πάντα παρόντα. Ο οργανισμός πρέπει να πάρει μέτρα για τη ριζική αντιμετώπισή τους. (Περίοδος δημιουργίας ή καταστροφής)

*Στάδιο επίλυσης της κρίσης:* Πραγματοποιείται η επίλυση της κρίσης και ο οργανισμός επιστρέφει στις καθημερινές του δραστηριότητες. (Φάση-σκοπός της επιχείρησης) (Βαρουφάκης, 2011).

## 1.6 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Τα αίτια όπου μπορεί να οδηγήσουν στην οικονομική κρίση διαφοροποιούνται ανάλογα με την χρονική περίοδο αλλά και την περιοχή. Κάθε οικονομική κρίση έχει τα δικά της αίτια, παρ' όλα αυτά αρκετοί οικονομολόγοι υποστηρίζουν ότι για να οδηγηθούμε σε οικονομική κρίση, απαραίτητη προϋπόθεση είναι κάποιος παράγοντες, που θα μπορούσαμε να τους διακρίνουμε σε εσωτερικούς και εξωτερικούς, όπου εσωτερικοί εντοπίζονται εντός των χωρών, δηλαδή στην λειτουργία των εγχώριων κεφαλαιαγορών και στους εξωτερικούς εντοπίζεται στην Διεθνή Κεφαλαιαγορά και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου.

Οι παράγοντες ανεξάρτητα με το αν είναι εσωτερικοί ή εξωτερικοί μπορούν και επηρεάζονται από κοινούς άξονες οι οποίοι είναι πολλοί. Κάθε εποχή ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της και τις ιδιαιτερότητές της εμφανίζει κρίσεις. Άλλοτε άξονας είναι οι χρηματιστηριακές αξίες, άλλοτε η μεγάλη δανειοδότηση από μη τραπεζικούς οργανισμούς και η δημιουργία επικίνδυνων παραγωγών που διοχετεύουν στην αγορά, άλλοτε από κοινωνικές ανισότητες, άλλοτε τοπικοί ή παγκόσμιοι πόλεμοι και άλλοτε παγκόσμια συγκέντρωση πλούτου. (Βαρουφάκης, 2011).

Τα αίτια και οι παράγοντες είναι αλληλένδετες έννοιες και πολλές φορές μπορούμε να τις ταυτίσουμε. Για να φτάσουμε στην οικονομική κρίση θα πρέπει να υπάρχουν ή οι παράγοντες ή τα αίτια ή ο συνδυασμός των δυο.

## 1.7 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Οι επιπτώσεις από μια οικονομική κρίση μπορούν να επηρεάσουν:

- Το Διεθνές Εμπόριο
- Τα προσωπικά εισοδήματα
- Να προκαλέσουν αύξηση της ανεργίας, πτώχευση τραπεζών, εταιρειών και επιχειρήσεων
- Μείωση στην αγροτική και κτηνοτροφική παραγωγή και στην βιομηχανία – ναυτιλία.
- Να δημιουργήσει μείωση ρευστότητας των τραπεζών και των κερδών των επιχειρήσεων.

## 1.8 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ

Ομολογουμένως η χώρα μας περνάει από μία σκληρή δοκιμασία που μας «τραυματίζει» οικονομικά και κοινωνικά. Η τρέχουσα κρίση είναι η χειρότερη από τη δεκαετία του 1930 και σηματοδοτεί το τέλος μιας εποχής, υπερβολικής ανόδου, που διήρκεσε για περισσότερο από 25 χρόνια. Από μια μακρά περίοδο ανάπτυξης περάσαμε σε μια απότομη πτώση. Μετά από την κατάρρευση της κτηματομεσιτικής αγοράς, τη συντριβή του χρηματιστηρίου και τη χρηματοπιστωτική κρίση, επικρατεί ένα κλίμα αβεβαιότητας στους επιχειρηματικούς κύκλους.

Η κρίση, που ουσιαστικά έχει αρχίσει στην αγορά από τα τέλη του 2007 και έχει φτάσει στο αποκορύφωμα της σήμερα, άργησε να εκδηλωθεί αν αναλογιστεί κανείς ότι οι απαρχές της βρίσκονται στα τέλη του 2000. Θα μπορούσε να προβλεφθεί αρκετά χρόνια νωρίτερα, όταν το φθινό χρέος άρχισε να προκαλεί μια στεγαστική «φούσκα», μια έκρηξη δανεισμού και άλλες υπερβολές. Είναι κατανοητό ότι όταν το χρέος ρέει άφθονα, ο ορθολογικός δανειστής θα συνεχίσει να δανείζεται μέχρι να μην υπάρχει κανείς άλλος να δανείσει. Συνολικά, η δυσπραγία επεκτείνεται στις ιδιωτικές κατοικίες, στα χρέη από πιστωτικές κάρτες, στον υπέρογκο δανεισμό και σε όλα τα συνεπακόλουθα αυτών, με κύρια πληγή τις επενδύσεις.

Η τρέχουσα κρίση ξεκίνησε με την κατάρρευση της αγοράς ακινήτων των ΗΠΑ, σε συνδυασμό με τις υπερβολικές χορηγήσεις στεγαστικών δανείων που δεν μπορούσαν πλέον να εξυπηρετηθούν. Τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από αυτή την εξέλιξη απλώθηκαν σε όλο τον κόσμο λόγω της τιτλοποίησης και πώλησης των πιο πάνω δανείων. Βέβαια, τα δάνεια αυτά από μόνα τους, δεν θα προκαλούσαν την κρίση που βιώνουμε σήμερα. Όμως, οι αγορές ακινήτων, χρήματος, αξιών, παραγώγων κ.λπ., αλληλοσυνδέονται και αλληλεξαρτώνται σε παγκόσμια βάση. Έτσι, σε σύντομο χρονικό διάστημα, ζήσαμε ένα πρωτοφανές και εφιαλτικό ντόμινο, που περιλάμβανε την κατάρρευση ή την αποδυνάμωση γιγαντιαίων πιστωτικών ιδρυμάτων, το κραχ των αγορών αξιών και παραγώγων, τις τεράστιες ζημιές ασφαλιστικών επιχειρήσεων από τα πιστωτικά παράγωγα, την απαξίωση του ενεργητικού των επενδυτικών φορέων, την περαιτέρω κλιμάκωση της κρίσης στα ακίνητα κ.λπ. Σε όλα αυτά θα πρέπει να προστεθεί και ο εγκλωβισμός ρευστότητας στο τραπεζικό σύστημα, ως αποτέλεσμα της κρίσης εμπιστοσύνης μεταξύ των πιστωτικών ιδρυμάτων. Ο φαύλος κύκλος συμπληρώθηκε με τη μεταφορά του προβλήματος στην πραγματική οικονομία μέσω της απώλειας πλούτου, της έλλειψης

ρευστότητας και μεγέθυνσης του αισθήματος ανασφάλειας καταναλωτών και επιχειρηματιών.

Σήμερα, η ζήτηση έχει ήδη περιορισθεί, προκαλώντας συρρίκνωση της παραγωγής, της απασχόλησης, των εισοδημάτων κ.λπ. και ανοίγοντας τον φαύλο κύκλο της κρίσης. Η παγκόσμια οικονομική δραστηριότητα υποχωρεί με έντονους ρυθμούς, σε ένα νεφελώδες περιβάλλον, όπου δεν έχει ακόμη εξασφαλισθεί η επιβίωση του χρηματοοικονομικού συστήματος, το οποίο αποτελεί την καρδιά της οικονομίας. Επίσης, η εποχή που ζούμε χαρακτηρίζεται από επίμονη, παρατεταμένη και βαθιά μείωση της επιθυμίας και της ικανότητας των ανθρώπων να δανειστούν και να δανείσουν.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ακολουθώντας την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας που έχει προταθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (OECD, 1992). Η ύπαρξη διαφορετικών υποσυστημάτων και οργανωτικών μοντέλων, σε συνδυασμό με την απουσία μηχανισμών συντονισμού, δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στη διαχείριση του συστήματος, καθώς και στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής υγείας.

Εκτός των στοιχείων από διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης δημόσιου χαρακτήρα συστημάτων υγείας, το ελληνικό σύστημα ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα.

Κύριο χαρακτηριστικό του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα ήταν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και μεγάλου εύρους ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Στον τομέα της υγείας υπήρχαν περίπου 30 διαφορετικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν κάλυψη. Τα περισσότερα από αυτά ήταν ΝΠΔΔ και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους. Καθένα από αυτά υπόκειται σε διαφορετική νομοθεσία και σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών. Αποτέλεσμα ήταν να προκύπτουν ανισοτιμίες στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Με τις μεταρρυθμίσεις όμως που λαμβάνουν χώρα το τελευταίο διάστημα, η αρμοδιότητα των ταμείων ασφάλισης υγείας πέρασε στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ συγχωνεύτηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία και κλάδοι υγείας (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ,

ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με την προοπτική να ενταχθούν σε αυτόν και άλλα ταμεία.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και παρέχει επείγουσα πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Και εδώ όμως έχουν δρομολογηθεί αλλαγές, με την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), κατά το πρότυπο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Ομάδων. Οι ιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική.

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς και χρηματοδοτείται πρωτίστως από άμεσες πληρωμές των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η τελευταία, εκτός της αποζημίωσης για χρησιμοποίηση και επίσκεψη επαγγελματιών υγείας, μπορεί να λάβει και τη μορφή ασφαλιστικής κάλυψης της πρόσβασης είτε σε Δίκτυα Επιλεγμένων Προμηθευτών είτε σε Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές (Οικονόμου, 2012).

## **2.2 Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ «ΕΣΥ» ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ**

### **2.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ**

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ, όπως η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες. Προκειμένου να το πετύχει αυτό, το Υπουργείο αποφασίζει για τα ζητήματα υγείας, καθώς και για τον ευρύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής υγείας, των επιμέρους πολιτικών, των υπηρεσιών και των

προγραμμάτων υγείας. Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης για τις προτεινόμενες δράσεις και κατανέμει τους σχετικούς πόρους, εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Είναι επίσης υπεύθυνο για τους επαγγελματίες υγείας και συντονίζει το σύστημα προσλήψεων νέου υγειονομικού προσωπικού, έπειτα από έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου. Μέχρι το 2001, το Υπουργείο ήταν υπεύθυνο για το σχεδιασμό και τη ρύθμιση του ΕΣΥ σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Με την εγκαθίδρυση των υγειονομικών περιφερειακών αρχών, ορισμένες από αυτές τις αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν από το Υπουργείο σε αυτές. Παρ' όλα αυτά, κύρια λειτουργία του Υπουργείου παραμένει η ρύθμιση, ο σχεδιασμός και η διαχείριση του ΕΣΥ, η ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα και πλέον η διαχείριση και των ασφαλιστικών ταμείων υγείας.

Εκτός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αρμοδιότητες για ζητήματα υγείας έχουν και άλλα Υπουργεία. Μέχρι πρόσφατα, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης είχε στην αρμοδιότητά του τα ταμεία και τους κλάδους υγείας, που όμως πλέον μεταβιβάστηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία 14 στρατιωτικών νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία αυτά και το προσωπικό τους εντάσσονται σε ειδικό καθεστώς, λειτουργούν εκτός του ΕΣΥ και δεν παρείχαν υπηρεσίες σε πολίτες που δεν είναι στρατιωτικοί. Από τα μέσα όμως του 2010, όλοι οι πολίτες απέκτησαν πρόσβαση στα πέντε στρατιωτικά νοσοκομεία που βρίσκονται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, καθώς αυτά διέθεσαν μέρος των κλινών τους για την εξυπηρέτηση όλου του πληθυσμού της χώρας. Το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, είναι αρμόδιο για την προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ενώ, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, καθορίζει και τα επαγγελματικά δικαιώματα αυτών. Επίσης το Υπουργείο Παιδείας έχει την ευθύνη για τη λειτουργία δύο μικρών πανεπιστημιακών νοσοκομείων (Αρεταίειο, Αιγινήτειο), τα οποία λειτουργούν εκτός ΕΣΥ και βρίσκονται υπό την εποπτεία του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθήνας.

Ένα άλλο Υπουργείο που είχε αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας ήταν το Υπουργείο Ανάπτυξης, στο οποίο υπαγόταν η διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων. Αυτή η διαδικασία πλέον μεταβιβάστηκε στο Υπουργείο Υγείας. Στο Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας υπαγόταν ο «Οίκος Ναύτου», το ταμείο ασφάλισης υγείας των ναυτικών, του οποίου όμως, με την κατάργηση του εν λόγω Υπουργείου, η

αρμοδιότητα πέρασε στο Υπουργείο Οικονομικών. Το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων έχει στη δικαιοδοσία του τρία θεραπευτήρια για παροχή υπηρεσιών στους κρατούμενους.

Τέλος, το Υπουργείο Οικονομικών καταρτίζει και ελέγχει την εφαρμογή του κρατικού προϋπολογισμού και συνεπώς αποφασίζει για το ύψος των δημόσιων οικονομικών πόρων που θα διατεθούν για το σύστημα υγείας. Επιπροσθέτως, το εν λόγω Υπουργείο ήταν υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση του ΟΠΑΔ, πριν αυτός μετατραπεί σε ασφαλιστικό ταμείο, ενώ κάλυπτε και τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων (Οικονόμου, 2012).

### **2.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι θεωρητικά αυτοδιοικούμενα, στην πραγματικότητα όμως έχουν άμεση εξάρτηση από το Υπουργείο Οικονομικών, αφού αυτό καλύπτει τα ελλείμματά τους, ενώ και οι διοικητές τους διορίζονται από την εκάστοτε κυβέρνηση, συχνά με πολιτικά και όχι αξιοκρατικά κριτήρια. Το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται πλέον από τα Υπουργεία, Υγείας και Οικονομικών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών του ΕΣΥ και ο σημαντικότερος «πελάτης» του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία συνιστούν τη μοναδική δεξαμενή πελατείας και ταυτόχρονα μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης.

Είναι προφανές ότι ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων είναι πολύ σημαντικός για την κάλυψη, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, ο ρόλος και η επίδρασή τους δεν ήταν εξίσου σημαντικοί στο σχεδιασμό και στη ρύθμιση του ΕΣΥ, παρά το γεγονός ότι οποιαδήποτε εξέλιξη στο ΕΣΥ έχει άμεση επίπτωση σε αυτούς. Για παράδειγμα, μια αύξηση των τιμών του ΕΣΥ, ιδιαίτερα των νοσηλίων, επιβαρύνει τον προϋπολογισμό των ταμείων. Αυτό θα γίνει ιδιαίτερα εμφανές με την πολύ μεγάλη αύξηση του ποσού που πρέπει να καταβάλλουν τα ταμεία στα δημόσια νοσοκομεία για κάθε νοσηλευόμενο ασφαλισμένο τους, λόγω της αντικατάστασης του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου από τα ΚΕΝ. Από την άλλη μεριά, οποιαδήποτε αλλαγή στα ασφαλιστικά ταμεία ως προς την κάλυψη, τις εισφορές, την παροχή και τη σύναψη συμβάσεων επιδρά στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ. Και πάλι, αυτό αναμένεται να γίνει φανερό με την ενοποίηση των ταμείων σε

ένα φορέα και τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Μέχρι πρόσφατα, δεν είχε επιτευχθεί κάποια διασύνδεση μεταξύ των δύο αυτών παραμέτρων, καθώς δεν υπήρχε κάποιο θεσμικό όργανο συντονισμού των δράσεων σε κοινά ζητήματα και προβλήματα. Ένα τέτοιο όργανο, το οποίο όμως δεν λειτούργησε ποτέ, ήταν το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας, που θεσπιζόταν με το Ν. 2519/1997, προκειμένου να συντονίσει τις πολιτικές του ΕΣΥ και των ταμείων. Ακόμα περισσότερο, παρά τις μακροχρόνιες προσπάθειες για τη σταδιακή ένταξη όλων των πολύ-ιατρείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και τη δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου, κάτι τέτοιο δεν κατέστη εφικτό για πολλά χρόνια. Η κατάσταση άλλαξε με τη σύσταση το 2010 του Συμβουλίου Συντονισμού στο Υπουργείο Υγείας και με τη θέσπιση το 2011 του ΕΟΠΥΥ, για τα οποία θα γίνει εκτενέστερος λόγος παρακάτω.

Πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ. Συνεπώς, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Η ύπαρξη διαφορετικών ταμείων είχε ως αποτέλεσμα να διαμορφωθούν ποικίλες δέσμες παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά τη δεκαετία του 1980, το εύρος των υπηρεσιών αυτών επεκτάθηκε. Από το 1982, ο ΟΓΑ άρχισε να παρέχει φαρμακευτική κάλυψη, επεκτάθηκε η διαθεσιμότητα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη λειτουργία 200 περίπου αγροτικών κέντρων υγείας και ο ΟΑΕΕ επέκτεινε την κάλυψη πρωτοβάθμιας φροντίδας. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο αριθμός των ταμείων μειώθηκε περίπου στο μισό, με πολλά μικρά ταμεία να ενσωματώνονται στο ΙΚΑ, το οποίο προσέφερε το πιο ολοκληρωμένο πακέτο προστασίας. Παρ' όλα αυτά, σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κάλυψη εξακολούθησαν να υπάρχουν. Για παράδειγμα, οι παροχές του ΟΠΑΔ ήταν καλύτερες από αυτές του ΙΚΑ, του ΙΚΑ καλύτερες από του ΟΑΕΕ, ενώ του ΟΓΑ ήταν οι πιο περιορισμένες. Διαφοροποιήσεις επίσης υπήρχαν μεταξύ των ταμείων ως προς την ελευθερία επιλογής από τους ασφαλισμένους των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές πλέον μειώθηκαν λόγω λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, ενώ αναμένεται να μειωθούν περαιτέρω από την ένταξη σε αυτόν και άλλων ταμείων (Οικονόμου, 2012).

### 2.2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.

Η μεταρρύθμιση του 1983 οδήγησε τις περισσότερες ιδιωτικές νοσηλευτικές δομές στο ΕΣΥ. Κατά την περίοδο 1983-1992, η δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών ήταν απαγορευμένη και έγινε προσπάθεια το μεγαλύτερο μέρος των τότε υφιστάμενων κλινικών να απορροφηθούν από τον δημόσιο τομέα. Ενώ οι περισσότερες μικρές κλινικές έκλεισαν, μερικές από αυτές, καθώς και τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία που παρείχαν υπηρεσίες σε πολυτελείς εγκαταστάσεις, επιβίωσαν, συνάπτοντας συμβάσεις με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και αργότερα και με τα ασφαλιστικά ταμεία. Πρόκειται κυρίως για γενικά και μαιευτικά νοσοκομεία. Το 1992, η απαγόρευση ίδρυσης ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων καταργήθηκε. Από το 1985, έχει υπάρξει μια σημαντική αύξηση στην ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Επιπροσθέτως, σημαντικό μερίδιο υπηρεσιών ειδικοτήτων παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είτε συμβάλλονται με διάφορα ασφαλιστικά ταμεία είτε αμείβονται άμεσα από τους ασθενείς. Αξίζει επίσης να επισημανθεί ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης (φυσιοθεραπεία κ.λπ.) και οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους (γηριατρικά κέντρα) παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα.

Αναφορικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, θα μπορούσε κάποιος να συμπεράνει ότι παίζει έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο στο ευρύτερο σύστημα υγείας, καθώς δεν καλύπτει πάνω από το 15% του πληθυσμού (Economou, 2008). Λαμβάνει κυρίως τη μορφή συμπληρωματικών κερδοσκοπικών σχημάτων, τα οποία παρέχουν κάλυψη για ταχύτερη πρόσβαση, καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών και αυξημένη δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Ορισμένες από τις αιτίες της υπανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα σχετίζονται με οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, όπως: το διαθέσιμο εισόδημα (οικονομική στενότητα, λιτότητα και πιέσεις για μείωση του εισοδήματος

του νοικοκυριού), οι συνθήκες στην αγορά εργασίας (υψηλά ποσοστά ανεργίας), η δημογραφική κατάσταση (γήρανση), οι οικογενειακές δομές (ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί ως μέσο επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και την αναπαραγωγή), οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία (η υγεία ως δημόσιο αγαθό), η ύπαρξη κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση (που είναι θεωρητικά δωρεάν και καθολική). Κάποιοι άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι περισσότερο ενδογενείς και πηγάζουν από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι χαμηλές οργανωτικές δυνατότητες που συνοδεύονται από ελλείψεις κεφαλαίων και έχουν αποτέλεσμα τη χαμηλή παραγωγικότητα και το υψηλό κόστος διαχείρισης, καθώς και η απουσία προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των καταναλωτών. Μια άλλη αιτία ίσως είναι η απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου κ.ά., 2001).

Όταν οι πολίτες είναι συνηθισμένοι να πληρώνουν τον ιατρό τους ή το νοσοκομείο άμεσα, η μεταβίβαση χρημάτων σε έναν ενδιάμεσο φορέα ίσως να εκλαμβάνεται ως μια μη αναγκαία διάρρηξη της προσωπικής σχέσης ασθενή-ιατρού (Mossialos and Thomson, 2004). Επιπροσθέτως, οι πολιτικές των εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης τείνουν να είναι επιλεκτικές, έχοντας θέσει ως ομάδα στόχο τα νέα, υγιή και εύρωστα οικονομικά άτομα (Liaropoulos, 1995). Από το 1998, έχουν αναπτυχθεί ιδιωτικά προγράμματα διευρυνόμενης φροντίδας υγείας, τα οποία παρέχουν ολοκληρωμένα πακέτα εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής κάλυψης. Βασίζονται είτε στο πρότυπο των Οργανισμών Διαχείρισης Υγείας είτε στο πρότυπο των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών (Οικονόμου κ.ά., 2001).

Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν καλύπτουν την οδοντιατρική περίθαλψη, την πλαστική χειρουργική, την εναλλακτική ιατρική και τις οφθαλμολογικές υπηρεσίες. Εξαιρούνται επίσης της κάλυψης οι προϋπάρχουσες καταστάσεις και οι μακροχρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης. Το ύψος των ασφαλίσεων για ατομικά συμβόλαια βασίζεται στον υπολογισμό του ατομικού κινδύνου, ενώ για τα ομαδικά συμβόλαια βασίζεται στον υπολογισμό του κινδύνου για την ομάδα. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και το ατομικό ιατρικό ιστορικό. Από τους υποψήφιους αγοραστές ιδιωτικής ασφάλισης ζητείται να παρέχουν πληροφορίες για το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό ασθενειών. Τους ζητείται επίσης να υποβληθούν σε μια σειρά ιατρικών και ακτινολογικών εξετάσεων.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν τη δυνατότητα να απορρίψουν αιτήσεις για ασφάλιση, να εξαιρέσουν από την ασφάλιση προϋπάρχουσες καταστάσεις ή να θέσουν ηλικιακά όρια. Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια λήγουν όταν ο ασφαλισμένος φτάσει στην ηλικία των 65 ετών, μετά την οποία δεν του παρέχεται η δυνατότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης.

### **2.3 Η ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η πληροφόρηση των ασθενών αποτελεί κομβικό σημείο για την αποτελεσματική λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Όλα τα ιδρύματα εποπτείας του Υπουργείου Υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία διαθέτουν τη δική τους ιστοσελίδα. Οι διαθέσιμες πληροφορίες σε αυτές τις ιστοσελίδες καλύπτουν κυρίως το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι όμως και το κόστος ή την ποιότητά τους.

Εκτός της πληροφόρησης, τα δικαιώματα των ασθενών στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα θέμα που απασχολεί έντονα τις προηγμένες κοινωνίες. Το άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προβλέπει την προστασία μιας σειράς δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, την ισχύ των οποίων ο Ν. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ επέκτεινε και στους ασθενείς που αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα. Η Ελλάδα έχει επίσης υπογράψει και επικυρώσει τη σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης σε σχέση με τις χρήσεις της βιολογίας και της ιατρικής (Garanis-Papadatos and Dalla-Vorgia, 2003).

Ένας άλλος σημαντικός θεσμός είναι ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος θεσπίστηκε με το άρθρο 18 του Ν. 3293/2004. Σκοπός του είναι να αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα διοικητικών προβλημάτων τα οποία απασχολούν τους πολίτες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς και ως προς την εποπτεία των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ασχολείται με προβλήματα που ανακύπτουν από την παραβίαση δικαιωμάτων των ασθενών και των νοσηλευομένων και εξετάζει αναφορές σχετικά με προβλήματα πρόσβασης και εν γένει άσκησης ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελματιών. Τέλος, εξετάζει θέματα οργάνωσης των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και ανάπτυξης κοινωνικών μηχανισμών που διασφαλίζουν



την πρόληψη νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Η ενδυνάμωση της θέσης των ασθενών συνδέεται και με τη δυνατότητα επιλογής που έχουν. Γενικά, η επιλογή του ασθενή περιλαμβάνει την επιλογή ασφαλιστή, προμηθευτή και θεραπείας. Στην Ελλάδα, οι πολίτες δεν έχουν δικαίωμα επιλογής του ασφαλιστή. Η ασφάλιση σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο είναι υποχρεωτική για τον εργαζόμενο πληθυσμό και βασίζεται στο επάγγελμα. Αντίθετα, υπάρχει μεγάλος βαθμός επιλογής προμηθευτή. Κάθε Έλληνας πολίτης μπορεί να λάβει υπηρεσίες σε οποιοδήποτε κέντρο υγείας ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν οποιοδήποτε δημόσιο νοσοκομείο θέλουν για να υποβληθούν σε θεραπεία. Η εισαγωγή του θεσμού των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, όπου οι ιατροί παρέχουν φροντίδα αμειβόμενοι κατά πράξη, αύξησε τη δυνατότητα επιλογής ιατρών ειδικοτήτων, αν και αυτή αφορά μόνο τους έχοντες επαρκές εισόδημα.

Σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, η επιλογή περιορίζεται μόνο μεταξύ όσων προμηθευτών έχουν σύμβαση με το συγκεκριμένο ταμείο. Θεωρητικά, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναζητήσουν και δεύτερη γνώμη, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή νοσοκομείου. Εντούτοις, η ελευθερία επιλογής τους εξαρτάται από την πρόσβαση που έχουν σε πληροφόρηση για το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Εκτός των παραπάνω, οι επιλογές των ασθενών σχετίζονται και με τη δυνατότητα διασυννοριακής φροντίδας υγείας. Στην Ελλάδα, η ζήτηση για νοσηλεία σε άλλη χώρα αποτελεί πεδίο ρύθμισης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Στην περίπτωση νοσηλείας σε άλλο κράτος- μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι Έλληνες πολίτες δικαιούνται φροντίδας σύμφωνα με τους Κανονισμούς 1408/71 και 574/72 και τις μετέπειτα τροποποιήσεις τους. Στους κανονισμούς αυτούς ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα η δαπάνη νοσηλείας, πρώτον, για προεγκεκριμένη από αυτόν νοσηλεία, σύμφωνα με τη διαδικασία E112, όπως αντικαταστάθηκε από την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας το 2004, και, δεύτερον, για επείγουσα φροντίδα κατά τη διάρκεια μιας σύντομης παραμονής στο εξωτερικό, σύμφωνα με τη διαδικασία E111. Ειδικότερα, στην περίπτωση μετάβασης κάποιου Έλληνα πολίτη σε άλλο κράτος-μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους κανονισμούς που

αναφέρθηκαν παραπάνω καλύπτεται από την Ελλάδα μόνο στην περίπτωση που το άτομο έχει λάβει έγκριση για αυτή τη μετάβαση. Η Ελλάδα δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που τηρούνται ταυτόχρονα τα εξής: α) το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του, και β) η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους-μέλους ασφάλισης. Στην περίπτωση που Έλληνας πολίτης χρειαστεί θεραπεία για κάποιο έκτακτο γεγονός ενώ ταξιδεύει σε κράτος-μέλος της Κοινότητας, η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας εξασφαλίζει την κάλυψη του κόστους της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Δύο ακόμα σημεία χρήζουν διερεύνησης σχετικά με τη θέση των ασθενών στο ελληνικό σύστημα υγείας: η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η φυσική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών και η επίδρασή τους στις αποφάσεις για την αγορά υπηρεσιών από συλλογικούς φορείς, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία, περιορίζεται σε δύο διαστάσεις. Πρώτον, σε δημόσιες διαβουλεύσεις που σχετίζονται κυρίως με τη διαμόρφωση των εθνικών σχεδίων δράσης για τη δημόσια υγεία και τη συζήτηση σχεδίων νόμων για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, στα διοικητικά συμβούλια των ασφαλιστικών οργανισμών μέσω της συμμετοχής σε αυτά εκπροσώπων των ασφαλισμένων, καθώς και στα διάφορα συμβουλευτικά όργανα του Υπουργείου Υγείας, όπως το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, στο οποίο συμμετέχουν, μεταξύ άλλων, εκπρόσωποι συνδικαλιστικών φορέων και της τοπικής αυτοδιοίκησης (Οικονόμου, 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1 ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα παρέχεται από ένα μωσαϊκό δημόσιων και ιδιωτικών φορέων οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στο πλαίσιο τεσσάρων βασικών δομών (Θεοδώρου, 1994. Τούντας κ.ά., 2008):

α) Το ΕΣΥ, μέσω: (i) των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων και των ειδικών περιφερειακών ιατρείων, (ii) των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) και των απογευματινών ιατρείων, καθώς και (iii) το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

β) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, όπως ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

γ) Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες.

δ) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση (Οικονόμου, 2012).

### 3.1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΥ

Η ΠΦΥ στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο 201 κέντρων υγείας, στελεχωμένων με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους, παιδίατρος, οδοντίατρος, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των κέντρων υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς τους, ο οποίος κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 10.000 και 30.000 κατοίκων. Στόχος τους, σύμφωνα με τον ιδρυτικό τους νόμο (Ν. 1397/83), ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην ΠΦΥ, καθώς παρείχαν, μέχρι πρόσφατα, δωρεάν υπηρεσίες σε εικοσιτετράωρη βάση, χωρίς επιβάρυνση των ασθενών. Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι πολίτες επιβαρύνονται πλέον με 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε κέντρο υγείας. Τα τελευταία χρόνια, εκτός των αγροτικών κέντρων υγείας, συστάθηκαν και 8 κέντρα υγείας αστικού τύπου. Πέρα αυτών, λειτουργούν 89 πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, 1.460 περιφερειακά ιατρεία και 43 ειδικά περιφερειακά ιατρεία, στα οποία υπηρετούν κυρίως απόφοιτοι ιατρικών σχολών που μετά τη λήψη του πτυχίου τους είναι υποχρεωμένοι να ασκήσουν ιατρική σε αγροτικές περιοχές (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Κάθε κέντρο υγείας διαθέτει εξεταστικούς χώρους, μονάδα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σηπτικό χειρουργείο, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο. Η υποδομή αυτή συμβάλλει στην παροχή ενός εκτεταμένου εύρους υπηρεσιών, όπου συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη (κυρίως εμβολιασμοί), η προαγωγή υγείας, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, η παροχή πρώτων βοηθειών και η διακομιδή ασθενών, η διάγνωση, η θεραπεία, η οδοντιατρική περίθαλψη, η συνταγογράφηση και παροχή φαρμάκων, η αποκατάσταση, η επιδημιολογική έρευνα και η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού. Τα κέντρα υγείας εμπλέκονται επίσης στον οικογενειακό προγραμματισμό και στην προγεννητική φροντίδα, στην ιατρική της εργασίας και στη σχολική υγιεινή. Επιπροσθέτως, προσφέρουν βραχυχρόνια νοσηλεία και παρακολούθηση των ασθενών που αναρρώνουν.

Τα κέντρα υγείας, ωστόσο, εμφάνισαν σοβαρά προβλήματα σε σχέση με την ανεπαρκή κάλυψη των προβλεπόμενων θέσεων στελέχωσης, τη χρηματοδότηση και

την οργάνωσή τους, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αποδοτικότητας και της λειτουργικής τους ικανότητας (Οικονόμου, 1994. Ζηλίδης, 1995. Sissouras et al., 2000. Μαρούλη κ.ά., 2002). Από τις οργανικές θέσεις ιατρικού προσωπικού των κέντρων υγείας, είναι καλυμμένες λιγότερες από τις μισές, ενώ και για το υπόλοιπο προσωπικό, όπως το νοσηλευτικό ή το διοικητικό, η κάλυψη δεν ξεπερνάει το 55%. Καλύτερα ποσοστά κάλυψης των οργανικών θέσεων (άνω του 70%) παρουσιάζουν τα κέντρα υγείας που βρίσκονται πλησιέστερα σε αστικές περιοχές, ενώ σε δυσμενέστερη θέση (κάτω του 31%) είναι όσα βρίσκονται σε απομακρυσμένα σημεία (Θεοδώρου κ.ά., 2005).

Παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζεται η σημασία ενδυνάμωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, δεν έχουν ληφθεί τα αναγκαία μέτρα προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση. Για παράδειγμα, η στρατολόγηση πρόσθετου προσωπικού δεν έχει λάβει τη μορφή που θα έπρεπε για να καλυφθούν τα κενά στη στελέχωση των κέντρων υγείας, ενώ η απουσία εμπειρίας των αγροτικών ιατρών των περιφερειακών ιατρείων εγείρει ζητήματα ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται.

Επιπροσθέτως, τα κέντρα υγείας δεν ανταποκρίθηκαν στο ρόλο τους ως προαγωγοί της δημόσιας υγείας, δεδομένου του χαμηλού βαθμού διενέργειας από αυτά επιδημιολογικών μελετών, της μικρής ανάπτυξης προγραμμάτων ελέγχου της υγείας του πληθυσμού και ανίχνευσης μειζόνων παραγόντων κινδύνου και της ανεπαρκούς συμμετοχής σε προγράμματα αγωγής υγείας (Γεωργούση κ.ά., 2002). Ούτε όμως αποτέλεσαν ποτέ τους πυλώνους του συστήματος υγείας και τον συνδετικό κρίκο με τη νοσοκομειακή φροντίδα, καθώς η στελέχωσή τους με γενικούς ιατρούς ήταν ελλιπής. Το αποτέλεσμα είναι η αδυναμία εξασφάλισης της συνέχειας μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων περίθαλψης.

Πρωτοβάθμια φροντίδα εντός του ΕΣΥ παρέχουν επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των 131 δημόσιων νοσοκομείων. Καλύπτουν όλες τις ειδικότητες και αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές, καθώς η ανάπτυξη αστικών κέντρων υγείας δεν προχώρησε. Για κάθε επίσκεψη σε αυτά, ο ασθενής καταβάλλει το ποσό των 5 ευρώ. Με το Ν. 2889/2001, ιδρύθηκαν τα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, η λειτουργία των οποίων επεκτάθηκε το 2010. Σε αυτά, οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο, στη βάση προγραμματισμένων ραντεβού και αμειβόμενοι κατά πράξη, σε προκαθορισμένες τιμές που πλησιάζουν τον μέσο όρο της αγοράς. Από τον

αριθμό των ασθενών που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων φαίνεται ότι η κίνηση σε αυτά έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια.

**Πίνακας 3.1:** Κίνηση εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, 2009-2011

	2009	2010	Μεταβολή %	Μέσος όρος Ιαν-Σεπτ. 2010	Μέσος όρος Ιαν- Σεπτ. 2011	Μεταβολή %
Σύνολο	13.056.652	11.911.390	-9%	1.012.127	1.001.698	-1%
Τμήμα επειγόντων περιστατικών	5.190.101	4.909.280	-5%	417.307	412.994	-1%
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	7.307.193	6.474.508	-11%	549.211	546.543	-0,5%
Απογευματινά ιατρεία	559.358	527.602	-6%	45.609	42.162	-8%

Πηγή : Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011)

Ενδεικτικά είναι τα στοιχεία του Πίνακα 3.1, όπου καταγράφεται ο αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΠ, ΤΕΙ και τα απογευματινά ιατρεία. Θα πρέπει ιδιαίτερα να σημειωθεί η σημαντική μείωση των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία, γεγονός το οποίο θέτει ερωτήματα για το βαθμό στον οποίο σε συνθήκες έντονης οικονομικής στενότητας οι πολίτες μπορούν να αντέξουν εισοδηματικά την καταβολή των άμεσων υψηλών πληρωμών που απαιτούνται προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές.

Μια τρίτη δομή εντός του ΕΣΥ που παρέχει ΠΦΥ είναι το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), το οποίο συστάθηκε και λειτουργεί από τις αρχές του 1989 (Ν. 1579/85, ΦΕΚ 217/Α/85 και ΠΔ 376/88, ΦΕΚ 169/Α/88). Παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες, καθώς και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιότητα μέσα, όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, μοτοσικλέτες, αεροπορικά μέσα. Σε ετήσια βάση, εξυπηρετεί περίπου πάνω από 500.000 ασθενείς. Επίσης, παρέχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αναφορικά με όλες τις διαστάσεις της επείγουσας ιατρικής και φροντίδας υγείας. Η κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ βρίσκεται στην Αθήνα, ωστόσο, για την ισόρροπη εξυπηρέτηση όλων των περιοχών της χώρας, έχουν συσταθεί και λειτουργούν σε πόλεις-πρωτεύουσες νομών άλλες 11

περιφερειακές υπηρεσίες του ΕΚΑΒ ως αυτοδύναμα παραρτήματα. Κάθε παράρτημα έχει ως περιοχή ευθύνης του ορισμένη γεωγραφική περιφέρεια (Μπουλούτζα, 2010).

Το Επιχειρησιακό Κέντρο Ελέγχου και Συντονισμού του ΕΚΑΒ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής για επείγουσα φροντίδα. Δέχεται όλες τις κλήσεις για επείγουσα ιατρική βοήθεια μέσω τηλεφωνικού κέντρου, με έναν ενιαίο σε εθνικό επίπεδο ευκολομνημόνευτο τριψήφιο αριθμό κλήσης (166), τις καταγράφει και τις διαβαθμίζει ως προς το βαθμό του επείγοντος. Επιλέγει και κινητοποιεί το πλησιέστερο προς τον τόπο του συμβάντος κατάλληλο μέσο παροχής επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, παρακολουθεί και καθοδηγεί το προσωπικό των ασθενοφόρων στην παροχή εξειδικευμένης βοήθειας, ενεργοποιεί σε περιπτώσεις ομαδικών ατυχημάτων ή μαζικών καταστροφών την Ομάδα Διαχείρισης Κρίσης (ΟΔΙΚ) του ΕΚΑΒ, η οποία κινητοποιεί το Ειδικό Τμήμα Ιατρικής των Καταστροφών, τον απαιτούμενο αριθμό ασθενοφόρων, καθώς και μονάδες άλλων φορέων (πυροσβεστική, αστυνομία κ.λπ.), διατηρεί συνεχή επικοινωνία με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και τα ενημερώνει για τους μεταφερόμενους προς αυτά πάσχοντες και καταγράφει και αποτυπώνει όλα τα δεδομένα και τις πληροφορίες για τα διακινούμενα περιστατικά (Μπουλούτζα, 2010).

Προκειμένου να πετύχει τους παραπάνω στόχους του, το ΕΚΑΒ διαθέτει μέσα άμεσης επέμβασης και διακομιδής πασχόντων, όπως: (α) κατάλληλα εξοπλισμένα ασθενοφόρα που στελεχώνονται με δύο διασώστες, (β) κινητές μονάδες επείγουσας ιατρικής που έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με δύο διασώστες και έναν ιατρό εκπαιδευμένο στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική, (γ) μοτοσικλέτες άμεσης επέμβασης οι οποίες έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με ένα διασώστη και έναν ιατρό εκπαιδευμένο στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική και (δ) τρία ελικόπτερα τα οποία έχουν παραχωρηθεί στην πολεμική αεροπορία για επιχειρησιακή εκμετάλλευση στις αεροδιακομιδές επειγόντων περιστατικών από το ΕΚΑΒ. Ο συντονισμός των μέσων και των δράσεων επιτυγχάνεται, εκτός από τη λειτουργία του τηλεφωνικού κέντρου που αναφέρθηκε παραπάνω, με την ύπαρξη ψηφιακού δικτύου ασύρματης επικοινωνίας για τη συνεχή επαφή με ασθενοφόρα και άλλα μέσα και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς, ασύρματου ψηφιακού συστήματος εντοπισμού και πλοήγησης όλων των οχημάτων του ΕΚΑΒ Αθηνών, δικτύου ενσύρματης επικοινωνίας με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, συστήματος πληροφορικής για καταγραφή και επεξεργασία

πληροφοριών και μέσων μετάδοσης ιατρικών πληροφοριών (σύστημα τηλεϊατρικής στο τμήμα αεροδιακομιδών) (Μπουλούτζα, 2010).

### **3.1.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο, το οποίο καλύπτει σχεδόν το 50% του πληθυσμού της χώρας, παρέχοντας περίθαλψη κυρίως στους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και στα μέλη των οικογενειών τους. Ειδικότερα, είναι υπεύθυνο για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους 5,6 εκατ. δικαιούχους του, μέσω ενός εκτεταμένου και αποκεντρωμένου δικτύου 272 πολυϊατρείων και ειδικών υγειονομικών μονάδων, συμπεριλαμβανομένων 2 διαγνωστικών κέντρων ιατρικής εργασίας, 2 κέντρων παιδοψυχικής υγιεινής και 7 κέντρων προληπτικής ιατρικής (ΙΚΑ, 2011).

Θεωρητικά, το ΙΚΑ παρέχει στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα. Στην πράξη, όμως, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων από το ΙΚΑ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιορίστηκε στη συνταγογράφηση, στην παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, καθώς και στην παραπομπή των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων .

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους αγρότες, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού (2,03 εκατ. δικαιούχοι). Δεν έχει δικές του μονάδες υγείας όπως το ΙΚΑ, αλλά οι δικαιούχοι περίθαλψης μπορούν να επισκέπτονται τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων ή των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών κλινικών, προκειμένου να τους παρασχεθούν ιατρικές φροντίδες, να



υποβληθούν σε μικροβιολογικές ή άλλες παρακλινικές εξετάσεις και για συνταγογράφηση φαρμάκων.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε το 2007, ασφαρίζει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Με το Ν. 3655/2008 για τη διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν ο κλάδος κύριας ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι κατά κύρια ασφάλιση ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ). Παρέχει στους περίπου 2,06 εκατ. ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις σε συμβεβλημένα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα ύστερα από παραπομπή του θεράποντα ιατρού. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κατά 25% επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου που ισχύει κάθε φορά. Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να εκτελούνται και από μη συμβεβλημένα με τον ΟΑΕΕ εργαστήρια, χωρίς παραπεμπτικό του θεράποντα ιατρού, αλλά ύστερα από γνωμάτευση ιατρού υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Σε αυτή την περίπτωση ο ΟΑΕΕ καταβάλλει το 75% της τιμής του κρατικού τιμολογίου.

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα. Συστάθηκε ως ΝΠΔΔ με το Ν. 2768/1999, ενώ με το Ν. 3918/2011 μετατράπηκε σε ασφαλιστικό ταμείο. Με το Ν. 3655/2008, στον ΟΠΑΔ εντάχθηκαν και οι περίπου 150.000 ασφαλισμένοι του Ταμείου Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ).

Τα παραπάνω 4 ταμεία καλύπτουν περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, τα εν λόγω ταμεία ενοποιήθηκαν σε ένα φορέα, όπου όλοι οι ασφαλισμένοι αυτών έχουν πλέον θεωρητικά πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

### 3.1.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Εκτός των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, λειτουργούν επίσης πάνω από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια και περίπου πάνω από 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Τα περισσότερα από αυτά παρέχουν υψηλής τεχνολογίας και δαπάνης υπηρεσίες και βρίσκονται κυρίως στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Τα ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα συνάπτουν συμβάσεις με ένα ή περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία και παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους αυτών. Επίσης, παρέχουν υπηρεσίες άμεσα στους ιδιώτες ασθενείς στη βάση της κατά πράξη αμοιβής, όπου η δαπάνη καλύπτεται είτε με άμεση καταβολή του κόστους από το χρήστη είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Εκτός των παραπάνω, τα τελευταία χρόνια είχε αυξηθεί, η δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Πριν από την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι πάνω από 5 εκατ. περιπτώσεις ασθενών απευθύνονταν ετησίως στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος κατέγραφε ετήσια κέρδη της τάξης των 154 εκατ. ευρώ (ICAP, 2006).

Η μειωμένη ικανοποίηση εκ μέρους του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Γεωργούση κ.ά., 1994. Κυριόπουλος κ.ά., 2003), τα διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και ο μεγάλος αριθμός ιατρών οδήγησαν στην αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται, από το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας και από το μεγάλο μέγεθος της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα.

Ο αυξημένος αριθμός των διαγνωστικών κέντρων τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και αμείβονται αναδρομικά κατά πράξη και περίπτωση και ο έντονος ανταγωνισμός έχουν οδηγήσει στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών τους. Η απουσία μηχανισμού παραπομπών και ελέγχου έχει ως αποτέλεσμα τα ταμεία να καλούνται να καταβάλλουν στα διαγνωστικά κέντρα σημαντικά ποσά τα οποία δεν αιτιολογούνται πλήρως. Επιβαρυντική συνθήκη αυτής της κατάστασης είναι το γεγονός ότι η επέκταση των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα έλαβε χώρα σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηριζόταν, μέχρι το 2010, από την απουσία ρυθμιστικού πλαισίου και προγραμματισμού για τη διάχυση της

βιοϊατρικής τεχνολογίας και τη μη διεξαγωγή αξιολογήσεων του κόστους, του οφέλους και της ιατρικής αποτελεσματικότητας που να πιστοποιούν την αναγκαιότητα για την έγκριση εγκατάστασης νέων μηχανημάτων. Συνέπεια αυτού είναι η μεγάλη επέκταση της απεικονιστικής διαγνωστικής όπου κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας (Liaropoulos and Kaitelidou, 2000). Επιπροσθέτως, η απουσία διαδικασιών αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας αποθάρρυνε οποιαδήποτε προσπάθεια αποτίμησης των προγραμμάτων υγείας, με συνέπεια να καθίσταται δύσκολη η εκτίμηση εάν μια διαγνωστική εξέταση θα έπρεπε ή όχι να αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Mousiama et al., 2001).

### **3.2 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλλουν η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσίας, καθώς και η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη. Οι δικαιούχοι κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές.

Τα ανασφάλιστα και φτωχά στρώματα του πληθυσμού έχουν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία έπειτα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης. Όλος ο πληθυσμός της χώρας έχει το δικαίωμα επιλογής της χρήσης ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά στην περίπτωση αυτή υφίσταται το κόστος της νοσηλείας.

Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις δομές:

- α) τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότησή τους την έχει το κράτος,
- β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ, στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του ΙΚΑ, και τα νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης και

γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες. Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που αναλύονται διεξοδικότερα παρακάτω, τα στρατιωτικά νοσοκομεία δέχονται πλέον και πολίτες ασθενείς, ενώ τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάχθηκαν στο ΕΣΥ.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη, η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό, παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας. Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά, που είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον χειρουργικό και παθολογικό τομέα, και σε ειδικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων.

Επιπροσθέτως, ανάλογα με τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά, που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιφέρειες και παρέχουν εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο, και σε νομαρχιακά, που λειτουργούν σε κάθε νομό. Ο Ν. 2889/2001 κατήγγησε τη διάκριση των νοσοκομείων σε νομαρχιακά και περιφερειακά, ενώ διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργούν και ορισμένα κέντρα υγείας-νοσοκομεία, τα οποία παρέχουν βασικές διαγνωστικές υπηρεσίες, βραχυχρόνια νοσηλεία και διενεργούν μικρής έκτασης χειρουργικές επεμβάσεις.

Εκτός της νοσηλείας, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν ένα ευρύ φάσμα και άλλων υπηρεσιών, όπως πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των εξωτερικών τους ιατρείων, ημερήσια και επείγουσα φροντίδα, διαγνωστικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Σε περιπτώσεις που η λίστα αναμονής για απεικονιστικές υπηρεσίες είναι μακρά ή υπάρχει βλάβη των σχετικών μηχανημάτων, οι σχετικές υπηρεσίες ανατίθενται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Οι μη κλινικές υπηρεσίες, όπως καθαρισμού και συντήρησης, συνήθως ανατίθενται από τα δημόσια νοσοκομεία σε ιδιωτικές εταιρείες, με βάση το σκεπτικό ότι έτσι επιτυγχάνεται μείωση του κόστους και βελτίωση της ποιότητας (Moschuris and Kondylis, 2006).

Όλα τα δημόσια νοσοκομεία έχουν εξωτερικά ιατρεία τα οποία λειτουργούν εκ περιτροπής. Στις αστικές περιοχές, τα νοσοκομεία εφημερεύουν κάθε τρεις ή

τέσσερις μέρες, ενώ στα μη αστικά κέντρα εφημερεύουν σε καθημερινή βάση. Κατά τη διάρκεια των ημερών εφημερίας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων αντιμετωπίζουν τις έκτακτες περιπτώσεις και λειτουργούν ως τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών. Στα μη αστικά κέντρα, οι ασθενείς μεταφέρονται στο νοσοκομείο της περιοχής ή στα κέντρα αναφοράς της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (κυρίως από τα νησιά του Αιγαίου) ή των Ιωαννίνων και της Πάτρας (κυρίως από τα νησιά του Ιονίου).

Κατά τη δεκαετία, της θεσμοθέτησης του ΕΣΥ (1983-1992), ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων σταδιακά μειώθηκε, καθώς απαγορεύτηκε η ίδρυση νέων και τα προϋπάρχοντα δεν μπόρεσαν να ανταγωνιστούν τα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία, η αύξηση των λιστών αναμονής στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και οι επιφυλάξεις του πληθυσμού για την ποιότητα της παρεχόμενης από αυτά περίθαλψης οδήγησε σημαντική μερίδα των ασθενών στην αναζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών. Έτσι, δεδομένης της άρσης της απαγόρευσης ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, υπήρξε ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών γενικών, νευροψυχιατρικών και γυναικολογικών/μαιευτικών νοσοκομείων. Τα περισσότερα από αυτά βρίσκονται στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, υποδηλώνοντας τον υψηλό βαθμό συγκέντρωσής τους στις αστικές περιοχές.

Η παρούσα παρατεταμένη οικονομική κρίση και ο περιορισμός του διαθέσιμου εισοδήματος οδήγησε σε στροφή των ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία.

Παρά το γεγονός ότι μετά το 1980 η υγειονομική περιφερειακή πολιτική και η ανακατανομή των πόρων υπήρξε προτεραιότητα της εθνικής πολιτικής για την υγεία και ένα σημαντικό μέρος των επενδύσεων στράφηκαν προς την επαρχία με τη λειτουργία νέων νοσοκομείων, οι περιφερειακές ανισότητες εξακολουθούν να παραμένουν μείζον πρόβλημα του νοσοκομειακού τομέα, ευνοώντας τα μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα εντοπίζεται στη διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων όπου εμφανίζονται αδυναμίες σε σχέση με την ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, η αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, η απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους μηχανημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, η έλλειψη δικτύου πληροφορικής, η απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και η έλλειψη

κινήτρων παραγωγικότητας των εργαζομένων (Abel-Smith κ.ά., 1994. Δερβένης και Πολύζος, 1995).

Τέλος, ένα ακόμα πρόβλημα των νοσοκομείων σχετίζεται με την οικονομική τους διαχείριση. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων, εκτός του τρόπου χρηματοδότησής τους, οφείλονταν και σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους, όπως η απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς τους, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος και η απουσία μεθόδων κοστολόγησης κ.λπ. (Σιγάλας, 1994. Μπουρσανίδης κ.ά., 1992).

### **3.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Στην Ελλάδα, η κάλυψη για φαρμακευτική φροντίδα είναι καθολική. Όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που εντάσσονται στη θετική λίστα αποζημιώνονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Αυτά που δεν αποζημιώνονται είναι όσα περιλαμβάνονται στην αρνητική λίστα φαρμάκων, τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ), δηλαδή αυτά που λαμβάνονται χωρίς ιατρική συνταγή και όσα σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.

Οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στην κάλυψη μέρους του κόστους των φαρμάκων, σε ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 25% της τιμής. Οι ασθενείς με συγκεκριμένες χρόνιες καταστάσεις εξαιρούνται της συμμετοχής στο κόστος, ενώ οι συνταξιούχοι με χαμηλό εισόδημα που είναι δικαιούχοι του ΕΚΑΣ συμμετέχουν καταβάλλοντας το 10% της τιμής. Οι φτωχοί και οι άποροι μπορούν να προμηθευτούν φάρμακα χωρίς καμία επιβάρυνση από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων. Επίσης, σε ταμεία όπως το ΙΚΑ, δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι ασφαλισμένοι για φάρμακα που χορηγούνται για εργατικά ατυχήματα και μητρότητα.

Ο αρμόδιος φορέας για την έγκριση κυκλοφορίας των φαρμάκων είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο οποίος ιδρύθηκε με το Ν. 1316/1983 και είναι ΝΠΔΔ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στο πλαίσιο της αποστολής του, εκτός της έγκρισης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων, είναι να παρακολουθεί μετεγκριτικά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων κατά την κυκλοφορία τους στη χώρα, να ελέγχει την παραγωγή, τις κλινικές μελέτες και την κυκλοφορία στην ελληνική αγορά των προϊόντων, να

αναπτύσσει τη φαρμακευτική έρευνα και να ενημερώνει τους επιστήμονες υγείας, τους αρμόδιους φορείς και το κοινό με αντικειμενικές και χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα. Στο έργο του ο ΕΟΦ επικουρείται από δύο άλλους φορείς, που είναι: α) το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), του οποίου σκοπός είναι η ανάπτυξη της έρευνας και της τεχνογνωσίας στον τομέα του φαρμάκου και η άμεση κάλυψη των αναγκών της χώρας σε φάρμακα απαραίτητα για τη δημόσια υγεία και β) το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ), το οποίο εστιάζει στην ιατρική τεχνολογία.

Από τον Ιούνιο του 2011, οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με βάση την εισήγηση του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και τη γνώμη της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων. Η τιμή των φαρμάκων προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Για τα φάρμακα που παράγονται στην Ελλάδα, η τιμή καθορίζεται με βάση το κοστολόγιο, στο οποίο περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής, συσκευασίας, διοίκησης, διάδοσης και διάθεσης. Στην περίπτωση των φαρμάκων για τα οποία έχει κατοχυρωθεί ελληνική ευρεσιτεχνία, στη διαμόρφωση της κοστολόγησης υπολογίζονται και οι δαπάνες για επενδύσεις, έρευνα και ανάπτυξη της δραστικής ουσίας και της τεχνογνωσίας. Το ανώτατο ποσοστό καθαρού κέρδους είναι 8,5%, υπολογιζόμενο στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους υπέρ τρίτων για φασόν. Η χονδρική τιμή ενός φαρμάκου μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας μειώνεται κατά 30%, ενώ οι χονδρικές τιμές πώλησης των φαρμάκων όμοιας δραστικής ουσίας καθορίζονται στο 63% της χονδρικής τιμής που είχε το αντίστοιχο φάρμακο το τελευταίο εξάμηνο πριν από τη λήξη της ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας.

Η πολιτική για το φάρμακο που εφάρμοσαν όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις τα τελευταία χρόνια επικεντρώθηκε, από μακροοικονομική οπτική, στη ρύθμιση των τιμών των φαρμάκων προκειμένου να ελεγχθεί η δαπάνη. Όμως η φαρμακευτική δαπάνη, αντίθετα αυξήθηκε λόγω του ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις αποτυγχάνουν να ελέγξουν την ένταση της κατανάλωσης, η οποία προσδιορίζεται από παράγοντες όπως ο αριθμός των ιατρών, η συνταγογραφική συμπεριφορά αυτών και η ζήτηση των ασθενών. Για παράδειγμα, η εισαγωγή της θετικής λίστας και η τιμολόγηση των φαρμάκων με βάση τις χαμηλότερες τιμές στην Ευρωπαϊκή Ένωση αρχικά επέφεραν

μείωση της δαπάνης, ωστόσο στη συνέχεια η τάση αυτή αναστράφηκε λόγω της αντικατάστασης παλαιών σκευασμάτων από καινούργια που ήταν ακριβότερα. Οι υψηλότερες τιμές ήταν αποτέλεσμα όχι τόσο της πραγματικής βελτίωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, όσο της αλλαγής της συσκευασίας των φαρμάκων.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ

#### 4.1 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΣΥ ΠΡΙΝ ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ

Από τη μέχρι τώρα ανάλυση προκύπτει ότι στα τέλη της δεκαετίας του 2000, παρά τον μεγάλο αριθμό νομοθετικών πρωτοβουλιών που προηγήθηκαν, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα τα οποία θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε έξι βασικούς άξονες (Economou and Giorno, 2009. Economou, 2010):

- α) Ανεπάρκειες στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ένα κατατεταμημένο συνονθύλευμα υπηρεσιών αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού.
- β) Σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπου και πάλι ήταν εμφανής η απουσία ενός φορέα συγκέντρωσης, και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων.
- γ) Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας.
- δ) Ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων.
- ε) Απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας.
- στ) Ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Τα ζητήματα που εγείρει η κακή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν είναι νέα και πολλές προτάσεις για τη μεταρρύθμισή της έχουν διατυπωθεί στο παρελθόν (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996. Γεωργούση κ.ά., 2000. Λιονής και Σουλιώτης, 2010).

## 4.2 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ

Η διεθνής εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων δείχνει ότι ευρείας έκτασης, απότομες, ξαφνικές και γρήγορες αλλαγές, στο πλαίσιο ενός μεγάλου σχεδίου μετασχηματισμού που επιβάλλεται από τα πάνω, σε συνθήκες πιεστικών ραγδαίων κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών, δεν συνιστούν τον πιο κατάλληλο τρόπο αποτελεσματικής αναδιοργάνωσης ενός συστήματος υγείας (Figueras et al., 1997. Figueras et al., 2004). Η διαπίστωση αυτή ίσως σε σημαντικό βαθμό προσδιορίζει τις πιθανότητες επιτυχίας της μεγάλης εμβέλειας αναδόμησης του συστήματος υγείας που επιχειρείται σήμερα στην Ελλάδα, υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης και μιας πιθανής χρεοκοπίας της χώρας. Αναδόμηση η οποία ακολουθεί το δόγμα του «σοκ» και όχι των σταδιακών βημάτων.

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 και η υπογραφή του Μνημονίου συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή σκληρών, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν, αλλά και συνεχώς προωθούνται, κατέχει ο τομέας της υγείας.

Στο σημείο αυτό τίθενται ορισμένα σημαντικά ερωτήματα. Σε ποιο βαθμό οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται είναι μια προσπάθεια εξορθολογισμού του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας και όχι απλώς ένα μέσο περιορισμού του δημοσιονομικού βάρους και ένας μηχανισμός εσωτερικής υποτίμησης και απαξίωσης του ανθρώπινου παραγωγικού δυναμικού της χώρας; Η κατεύθυνση που λαμβάνουν οι αλλαγές απορρέουν από εσωτερικές αναγκαιότητες του συστήματος υγείας ή ανταποκρίνονται σε εξωτερικές επιταγές και σκοπιμότητες που επιβάλλονται από το Μνημόνιο; Στα ερωτήματα αυτά επιχειρούμε να απαντήσουμε στη συνέχεια.

Ένα πρώτο νομοθέτημα αποτέλεσε ο Ν. 3863/2010, ο οποίος αφορούσε συνταξιοδοτικές διατάξεις. Με το νόμο αυτόν τα ταμεία και οι κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η αναγκαιότητα του μέτρου

αυτού, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είχε επανειλημμένως επισημανθεί από την επιστημονική κοινότητα.

Για τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας, ο νόμος προέβλεψε την ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Οίκου Ναύτου, καθώς επίσης τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός Συμβουλίου Συντονισμού. Σκοπός του Συμβουλίου είναι ο σχεδιασμός ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας, προκειμένου να αρθεί ο κατατετημημένος χαρακτήρας του συστήματος και να επιτευχθεί η μείωση της δαπάνης.

Ένα επόμενο μέτρο αποτέλεσε η επανεπιβεβαίωση και επέκταση των ρυθμίσεων του Ν. 2889/2001 για τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, με το Ν. 3868/2010 και την καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ, μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Η σκοπιμότητα αυτού του μέτρου σχετίζεται με το ότι εξασφαλίζει τη δυνατότητα επιλογής από τους πολίτες του ιατρού της αρεσκείας τους, μειώνει τις λίστες αναμονής, αξιοποιείται καλύτερα ο ιατρικός εξοπλισμός και αυξάνονται τα έσοδα των νοσοκομείων (Niakas et al., 2005). Ωστόσο, το γεγονός ότι η επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία προϋποθέτει την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον πολίτη δημιουργεί συνθήκες άνισης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αφού σχετίζεται με την εισοδηματική δυνατότητα καταβολής άμεσης πληρωμής (Οικονόμου, 2006). Το πρόβλημα διογκώνεται ακόμα περισσότερο υπό τις παρούσες συνθήκες οικονομικής στενότητας, όπου εφαρμόζονται μέτρα αυστηρής λιτότητας και δημοσιονομικών περιορισμών (Benatar et al., 2011).

Τρίτος νόμος ο οποίος ψηφίστηκε το 2010 ήταν ο Ν. 3892/2010 για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, όλοι οι ιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή ή είναι συμβεβλημένοι με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι ιατροί των δημόσιων δομών υγείας, οι φαρμακοποιοί που

λειτουργούν φαρμακείο και είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το μέτρο αυτό κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση, αφού η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος.

Σημαντικότερη όμως από όλες τις θεσμικές πρωτοβουλίες, είναι ο Ν. 3918/2011, ο οποίος εισάγει σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και, τέλος, στα φάρμακα. Οι προμήθειες υγείας θα προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ), η οποία θα καθορίζει κατά περίπτωση:

α) ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών θα διενεργηθούν σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο,

β) το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας,

γ) την αναθέτουσα αρχή, η οποία αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού, τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης. Ο ρόλος της ΣΕΠ είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας. Θετική επίσης θα πρέπει να θεωρηθεί η σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών, έργο των οποίων είναι ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και η παρακολούθηση των τιμών για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας.

Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως μονοπώλιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής

υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης.

Στο σημείο αυτό, όμως, προκύπτει ένα κρίσιμο ερώτημα. Η ομογενοποίηση των παροχών συντελείται προς τα πάνω, και συνεπώς βελτιώνεται το επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ή αντίθετα προς τα κάτω, με μείωση των παροχών; Όπως προκύπτει από τις προβλέψεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (2011), σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μείωση παροχών και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος.

Για παράδειγμα, μείωση παρατηρείται στις παροχές που σχετίζονται με τοκετό, αεροθεραπεία, λουτροθεραπεία, μεσογειακή αναιμία, νεφροπάθεια, λογοθεραπεία. Αύξηση συμμετοχής προβλέπεται στις δαπάνες για συμμετοχή στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στα προϊόντα ειδικής διατροφής, για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, για προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, υγειονομικό και αναλώσιμο υλικό, καθώς και αναπνευστικές συσκευές (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011). Ένα δεύτερο πρόβλημα αναφορικά με τον ΕΟΠΥΥ σχετίζεται με τους ιδιώτες ιατρούς που απασχολεί με σύμβαση και την πρόβλεψη αυτοί να προσφέρουν υπηρεσίες μία φορά την εβδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Μια τέτοια πρόβλεψη μπορεί να αντιμετωπίζει εν μέρει τις ελλείψεις ιατρικού δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά είναι πιθανό, εάν δεν αναπτυχθούν μηχανισμοί ελέγχου, να οδηγήσει σε αύξηση της παραοικονομίας στο σύστημα υγείας και σε αθέμιτες πρακτικές άγρας πελατείας και κατεύθυνσης των πολιτών προς ιδιωτικά ιατρεία.

Στη σωστή κατεύθυνση είναι η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας, που μέχρι σήμερα υπαγόταν στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης με το ΕΣΥ και επιτυγχάνονται τόσο η εξοικονόμηση πόρων όσο και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.

Στον τομέα του φαρμάκου, πρόθεση της παρούσας κυβέρνησης ήταν και η ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων (αντίγραφων) φαρμάκων και η προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου. Αυτή η πρόθεση φάνηκε σε τροπολογία που κατέθεσαν πρόσφατα οι Υπουργοί Υγείας και Εργασίας στο νομοσχέδιο για την Κοινωνική Οικονομία και την Κοινωνική Επιχειρηματικότητα. Σύμφωνα με την τροπολογία, οι ιατροί των

ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΟΠΥΥ θα ήταν υποχρεωμένοι να συνταγογραφούν αποκλειστικά και μόνο τη δραστική ουσία και τη συνιστώμενη περιεκτικότητά της και όχι την εμπορική ονομασία των φαρμάκων.

Εάν αυτή η τροπολογία τελικά ψηφιζόταν, θα ήταν ένα θετικό βήμα για τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, διότι, εκτός της χαμηλότερης τιμής των γενοσήμων, θα περιορίζε την προκλητή συνταγογράφηση των ιατρών που οφείλεται στις ανήθικες συνδιαλλαγές τους με τις φαρμακευτικές εταιρείες. Όμως, για άλλη μια φορά, οι αμφιταλαντεύσεις της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα επικράτησαν και τελικά η τροπολογία αποσύρθηκε, στη βάση συνδιαλλαγής των αρμόδιων υπουργών με τις φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες σε αντιστάθμισμα της απόσυρσης συμφώνησαν να καταβάλουν 262 εκατ. ευρώ από το ποσό έκπτωσης που έπρεπε, ούτως ή άλλως, να επιστρέψουν στα ασφαλιστικά ταμεία σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

Εκτός των παραπάνω θεσμικών παρεμβάσεων, έχουν υιοθετηθεί επιπρόσθετα μέτρα τα οποία αφορούν τη διακυβέρνηση και την παρακολούθηση του συστήματος υγείας. Μεταξύ αυτών είναι:

A) Η καθιέρωση περισσότερης δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών, η δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και η βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.

B) Η ολοκλήρωση προγράμματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων, με την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης των προϋπολογισμών τους και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής διαχείρισης, συμπεριλαμβανομένου και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος και χρηματοοικονομικής διαχείρισης.

Γ) Η δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών στοιχείων, σε ταμειακή βάση, για τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές (χρέη) των νοσοκομείων.

Δ) Η δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο διαδικτυακών βάσεων, του E.sy.net, για τη συλλογή και αποτίμηση μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων, και του Υγειονομικού Χάρτη, για την παρακολούθηση της περιφερειακής κατανομής των υγειονομικών πόρων και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η συμβολή αυτών των δύο εργαλείων αναμένεται να είναι σημαντική για την αποδοτικότερη χρήση των

πόρων υγείας και την τεκμηριωμένη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικής υγείας, ωστόσο θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένες ανεπάρκειες που εμφανίζονται. Μια τέτοια ανεπάρκεια είναι ότι, ενώ στις δύο αυτές βάσεις υπάρχουν δεδομένα για τον αριθμό και τη σύνθεση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, δεν αποτυπώνονται οι δεξιότητες του προσωπικού για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Τέλος, για την αποζημίωση των νοσοκομείων, άρχισε να λειτουργεί η μέθοδος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), τα οποία προσιδιάζουν με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τεθούν ορισμένα ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Πρώτον, είναι γεγονός ότι το σύστημα αυτό φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Συνεπώς, μειώνεται ένας παράγοντας ο οποίος συνέτεινε στα αυξημένα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων, αφού μέχρι σήμερα αυτά δεν αποζημιώνονταν με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας αλλά με το πολύ χαμηλότερο κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Από την άλλη όμως, για να λειτουργήσει σωστά το σύστημα, θα πρέπει να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των ταμείων υγείας και η εξεύρεση των αναγκαίων ασφαλιστικών πόρων για την κάλυψη της δαπάνης νοσηλείας των ασφαλισμένων τους. Δεύτερον, η μέθοδος αυτή συμβάλλει στην ορθολογικότερη διαχείριση των νοσοκομείων, εφόσον όμως αντανακλά το πραγματικό κόστος. Στην περίπτωση των ελληνικών KEN κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει γιατί δεν έχει ενταχθεί σε αυτά το κόστος του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων, αφού αυτό καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τρίτον, θα πρέπει να διερευνηθούν οι ενστάσεις που έχουν διατυπωθεί από το ιατρικό σώμα ότι οι μέρες νοσηλείας που ορίζουν τα KEN για κάθε περιστατικό είναι λιγότερες και δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές μέρες που είναι αναγκαίες για την αποτελεσματική θεραπεία.

Η ανεπάρκεια αυτή πιθανώς να σχετίζεται με το γεγονός ότι η διαμόρφωση των ελληνικών KEN στηρίχτηκε σε δεδομένα άλλων χωρών που δεν είναι αντίστοιχα με της χώρας μας. Πιθανώς όμως να απορρέει και από την επιδίωξη περιορισμού της δαπάνης και οικονομίας, αλλά κάτι τέτοιο θα έχει τα αντίθετα αποτελέσματα λόγω πιθανών επανεισαγωγών.

Μια ακόμα θεμελιώδης δομική παρέμβαση αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ, το τελικό σχέδιο της οποίας παρουσιάστηκε από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στις αρχές του Ιουλίου του 2011 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Στόχοι αυτής της παρέμβασης είναι η

συνδιοίκηση νοσοκομείων, η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν, η μετατροπή μικρών μονάδων (γενικών νοσοκομείων – κέντρων υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας, η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ.) και η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων. Σύμφωνα με το σχέδιο, θα επιδιωχθεί η μείωση των διοικητικών συμβουλίων από 133 σε 83, των διοικητών σε 78, το σύνολο διοικητών και αναπληρωτών διοικητών από 175 σε 145. Επιπροσθέτως, οι λειτουργούσες κλίνες από 35.000 με κάλυψη περίπου 70% θα μειωθούν σε 33.000 με κάλυψη περίπου 80%, οι οποίες θα αναλογούν περίπου σε 400 ανά νοσοκομειακό συγκρότημα. Μεταξύ των προτεινόμενων κλινών, περίπου 550 κλίνες θα ονομαστούν «ειδικές θέσεις», με στόχο να διατεθούν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Τέλος, από τα 2.000 συνολικά τμήματα ή μονάδες, 360 περίπου προτείνεται να συνενωθούν, με αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός των λειτουργούντων κλινικών και μονάδων να περιοριστεί σε κάτω από 1.700.

#### **4.3 ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ**

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι δυνατό να γίνουν ορισμένες διαπιστώσεις.

Μια πρώτη διαπίστωση είναι ότι η μεταρρύθμιση που αυτή τη στιγμή λαμβάνει χώρα στο ελληνικό σύστημα υγείας έχει επικεντρωθεί κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική του διάσταση. Αυτό είναι θεμιτό, καθώς επιχειρεί να αντιμετωπίσει σοβαρά μακροχρόνια προβλήματα. Ωστόσο, από την οπτική αυτή φαίνεται να απουσιάζει η πλευρά του πολίτη- ασθενή. Παρά το μεγάλο εύρος των μέτρων που λαμβάνονται, φαίνεται να έχει παραμεληθεί η προσανατολισμένη στον πολίτη παροχή υπηρεσιών. Ένα σύστημα υγείας, για να επιτελεί σωστά το ρόλο του, θα πρέπει να είναι φιλικό προς τον ασθενή και να διευκολύνει τη μετακίνησή του μέσα σε αυτό. Το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να είναι για τον ασθενή χαοτικό, καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες προσανατολισμού και κατεύθυνσής του προς τις υπηρεσίες υγείας, όπως και η εξασφάλιση στη συνέχεια της φροντίδας.



Απουσιάζουν διαδικασίες παραπομπής με τη μορφή του γενικού οικογενειακού ιατρού ή της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Απουσιάζουν επίσης υπηρεσίες όπως η ανακουφιστική ιατρική και οι υπηρεσίες για ασθενείς τελικού σταδίου. Επιπροσθέτως, η δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας είναι ανεπαρκής και μέχρι τώρα δεν έχουν αναληφθεί οι κατάλληλες πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση αυτή. Προκειμένου, λοιπόν, η όλη προσπάθεια να μην αναχθεί σε μια τεχνοκρατική-διαχειριστική άσκηση, είναι αναγκαίο να συμπληρωθεί με μέτρα που να αντιμετωπίζουν τα κενά που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι περικοπές των δαπανών υγείας είναι δυνατό να γίνουν με δύο τρόπους. Ο ένας είναι με τον περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση των κινδύνων που καλύπτονται, καθώς και των δικαιούχων περίθαλψης, από τα ασφαλιστικά ταμεία. Με άλλα λόγια, μέσω του περιορισμού της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο δεύτερος είναι μέσω του εξορθολογισμού του συστήματος και της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Η δεύτερη περίπτωση είναι φυσικά η επιθυμητή και σε μεγάλο βαθμό τα μέτρα που λαμβάνονται στην Ελλάδα κατά την παρούσα φάση εντάσσονται εδώ. Μια δεύτερη, λοιπόν, διαπίστωση είναι ότι πολλά από τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που έχουν εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 2010 είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Δίνουν έμφαση στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, επιχειρούν να αντιμετωπίσουν τις ανεπάρκειες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προσπαθούν να εξορθολογίσουν τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και να εισαγάγουν σύγχρονες τεχνικές διοίκησης και διαχείρισης των μονάδων υγείας και, τέλος, να ελέγξουν τις δαπάνες για προμήθειες υλικών και φάρμακα. Δυστυχώς, όμως, εξίσου αρκετά μέτρα υπάγονται στην πρώτη περίπτωση. Παρά το γεγονός ότι αυτά μπορεί να συμβάλλουν στον περιορισμό της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και να έχουν οικονομικό όφελος για το σύστημα, καθώς συγκρατούν τις δαπάνες και αυξάνουν τα έσοδα, θα επιφέρουν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και θα εγείρουν ζητήματα δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, ιδιαίτερα για εκείνους που έχουν χαμηλό εισόδημα. Ο περιορισμός της πρόσβασης είναι πιθανό να συνδυαστεί με τη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής στη συγκράτηση του μισθολογικού κόστους. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 51% των περικοπών που έχουν γίνει στη νοσοκομειακή δαπάνη οφείλεται στη μείωση των μισθών στο ΕΣΥ (43%) και στις συνταξιοδοτήσεις (8%) (IOBE, 2011).

Τρίτον, στα μέτρα που προωθούνται απουσιάζει η επιδίωξη της πραγματικής αποκέντρωσης και της περιφερειακής οργάνωσης του συστήματος υγείας. Πουθενά δεν φαίνεται η πρόθεση εκχώρησης αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας στο περιφερειακό επίπεδο, έτσι ώστε ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας να γίνει περισσότερο επιτελικός και οι υγειονομικές περιφέρειες να αποκτήσουν πραγματικές, ουσιαστικές αρμοδιότητες.

Τέταρτον, θα πρέπει να προσεχθεί το εξής: όταν ως επιδίωξη έχει τεθεί η διατήρηση των δημόσιων δαπανών κάτω από ένα ορισμένο ποσοστό του ΑΕΠ, δεδομένης της τάσης μείωσης που παρατηρείται συνεχώς στο παραγόμενο προϊόν της χώρας, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή συρρίκνωση των δαπανών υγείας, με άμεσο κίνδυνο την απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την υποβάθμιση της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών. Το πρόβλημα διογκώνεται εάν κανείς αναλογιστεί ότι σε περίοδο οικονομικής κρίσης μειώνεται η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και αυξάνεται η χρησιμοποίηση των δημόσιων υπηρεσιών. Συνεπώς, η διάθεση λιγότερων πόρων, σε συνδυασμό με υψηλότερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, θέτει έντονο προβληματισμό για την επάρκεια της φροντίδας υγείας, εάν δεν έχει επιτευχθεί αποδοτικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας.

Τέλος, μια πέμπτη διαπίστωση είναι ότι η εφαρμογή ορισμένων μέτρων συναντά εμπόδια που οφείλονται στον μη ολοκληρωμένο σχεδιασμό τους και στις διαχειριστικές ανεπάρκειες της δημόσιας διοίκησης, όπως για παράδειγμα η καθυστέρηση στην ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το γεγονός αυτό θέτει ερωτηματικά για το βαθμό στον οποίο είναι δυνατή η αποτελεσματική διαχείριση τέτοιου εύρους μεταρρυθμίσεων, στο πλαίσιο ενός διοικητικού μηχανισμού ο οποίος όχι μόνο δεν ενδυναμώνεται, δεν εκσυγχρονίζεται και δεν αναδιοργανώνεται, αλλά υφίσταται τον περιορισμό και τη διαρροή ανθρώπινου δυναμικού. Η συνέπεια είναι να δίνεται έμφαση σε μέτρα ταμειακού χαρακτήρα, τα οποία είναι πιο εύκολο να εφαρμοστούν, και η προώθηση των αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών να εμφανίζει στασιμότητα.

#### 4.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ε.Δ.Υ.)

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 (Ε.Σ.Υ.) δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) 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 τις διατάξεις του παρόντος.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

- α) Αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.
- β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
- γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.
- δ) Ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση - που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο.
- β) την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.
- γ) την παροχή πρώτων βοηθειών.
- δ) την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- στ) την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- ζ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, και φροντίδας στο σπίτι.
- η) τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού.
- θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

ι) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.

ιβ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

#### **4.4.1 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ε.Δ.Υ.**

Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των 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, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.

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

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής, και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται.  
([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

#### Κέντρα υγείας

Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας των Δ.Υ.Πε. απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε.. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη ιδίως η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, η γειτνίαση με υφιστάμενες Μονάδες Υγείας, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η προσβασιμότητα των πολιτών και οι 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 υπηρεσιών υγείας, τη 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 οικείας Δ.Υ.Πε.. Οι Δ.Υ.Πε. διαιρούνται σε τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίοι ταυτίζονται με τους τομείς ψυχικής υγείας (Το.Ψ.Υ.) 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. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.ΣΥ.Πε. από τις Δ.Υ.Πε..

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του ΚΕΣΥΠΠΕ εκδίδεται ενιαίος Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των λοιπών δημοσίων 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.

Τα Κέντρα Υγείας δύναται να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

### Οικογενειακός ιατρός

Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται και από οικογενειακούς ιατρούς στα ιατρεία τους και κατ' οίκον. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Π.Φ.Υ.. Ειδικότερα:

- α. Αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης.
- β. Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί υπεύθυνα τον ασθενή και την οικογένεια μέσα στο σύστημα υγείας,

γ. Επιμελείται 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 ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία 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 ορίζονται 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 περιεχόμενο τους, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

## **4.5 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

### **4.5.1 ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

- α. Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού.
- β. Η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

γ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

δ. Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

#### **4.5.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ**

Οι υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διακρίνονται σε Κεντρικές και Περιφερειακές.

Η Κεντρική Υπηρεσία του Οργανισμού διαρθρώνεται ως εξής:

- α) Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων.
- β) Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού.
- γ) Υπηρεσίες υπαγόμενες στον Πρόεδρο.
- δ) ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

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

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

- α) Διεύθυνση Οικονομικών
- β) Διεύθυνση Συμβάσεων
- γ) Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης
- δ) Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων

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

Η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

- α. Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης
- β. Διεύθυνση Πληροφορικής

γ. Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού

δ. Διεύθυνση Φαρμάκου

Στον Πρόεδρο υπάγονται οι υπηρεσίες:

α. Τμήμα Νομικών Υποθέσεων

β. Γραφείο Γραμματείας Προέδρου και Διοικητικού Συμβουλίου

γ. Αυτοτελές Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας

δ. Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου

ε. Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών

Τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται στις Περιφερειακές Διευθύνσεις, όπου υφίστανται, ως αυτοτελή τμήματα με αρμοδιότητα την προμήθεια, διαχείριση και διάθεση φαρμάκων και συναφών ειδών περίθαλψης.

Η απόσπαση του ιατρικού, υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού της ΔΕΗ Α.Ε. που υπηρετεί στις υγειονομικές μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λήγει από της ισχύος του παρόντος. Το ανωτέρω προσωπικό αποσπάται στις Δ.Υ.ΠΕ., με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Περιβάλλοντος, Ενέργειας & Κλιματικής Αλλαγής και τοποθετείται με απόφαση του αρμόδιου Διοικητή Δ.Υ.Πε. ανάλογα με τις ανάγκες του Π.Ε.Δ.Υ..

Στις υγειονομικές επιτροπές και το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. της παραγράφου 2 του άρθρου 54 του ν. 4223/2013 (Α' 287) μετέχουν ιατροί είτε με διάθεση από τις Δ.Υ.ΠΕ, είτε συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με σύμβαση ορισμένου χρόνου ιδιωτικού δικαίου. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας καθορίζεται η αμοιβή των συμβαλλόμενων ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Οποιαδήποτε γενική ή ειδική διάταξη που είναι αντίθετη ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού, καταργείται.

([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

#### **4.5.3 ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΕΟΠΥΥ**

Το σύνολο του μόνιμου και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου (Ι.Δ.Α.Χ.) ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού, παραϊατρικού, τεχνικού, διοικητικού προσωπικού των Μονάδων Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τίθεται, αυτοδικαίως, από την ισχύ του παρόντος, σε καθεστώς διαθεσιμότητας. Οι ανωτέρω υπάλληλοι



παραμένουν σε καθεστώς διαθεσιμότητας επί ένα (1) μήνα και εν συνεχεία, μετατάσσονται / μεταφέρονται, μετά από αίτησή τους, με τους όρους και τις προϋποθέσεις του επόμενου άρθρου, σε οργανικές θέσεις που συστήνονται για τον σκοπό αυτό στις Διοικήσεις των αντίστοιχων, χωροταξικά, Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται η χωροταξική κατανομή, ανά Υγειονομική Περιφέρεια, των υφιστάμενων Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ. Στους υπαλλήλους που τίθενται σε καθεστώς διαθεσιμότητας καταβάλλονται τα τρία τέταρτα (3/4) των αποδοχών τους, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Κατά τη διάρκεια της διαθεσιμότητας, εξακολουθούν να καταβάλλονται από τον φορέα οι προβλεπόμενες ασφαλιστικές εισφορές εργοδότη και ασφαλισμένου που αναλογούν για κύρια σύνταξη, επικουρική ασφάλιση, πρόνοια και υγειονομική περίθαλψη. Οι εισφορές αυτές από τη θέση του υπαλλήλου σε διαθεσιμότητα και για το χρονικό διάστημα που αυτή διαρκεί προσδιορίζονται στο 75% των αποδοχών αυτού.

Κατ' εξαίρεση των διατάξεων της παραγράφου 1, τίθενται σε καθεστώς διαθεσιμότητας δέκα πέντε (15) ημερών όσοι εκ των ανωτέρω περιγραφόμενων υπαλλήλων εμπίπτουν στις ακόλουθες κοινωνικές κατηγορίες:

- α) υπάλληλος που τελεί σε αναπηρία, σε ποσοστό 67% και άνω.
- β) πολύτεκνος, κατά την έννοια των παρ. 1 έως 3, του άρθρου πρώτου, του Ν. 1910/1944 (ΦΕΚ 229 α 1999), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 6, του Ν. 3454/2006 (ΦΕΚ 75 Α 2006) εφόσον τα τέκνα αυτού συνοικούν με αυτόν και ανήκουν στην κατηγορία των εξαρτώμενων μελών σύμφωνα με τον ΚΦΕ, όπως αυτός ισχύει σήμερα.
- γ) υπάλληλος του οποίου ο σύζυγος ή η σύζυγος ή τέκνο τελεί σε αναπηρία, σε ποσοστό 67% και άνω και ανήκει στην κατηγορία των εξαρτώμενων μελών, σύμφωνα με τον ΚΦΕ, όπως αυτός ισχύει σήμερα και του οποίου το ετήσιο συνολικό εισόδημα του εξαρτώμενου δεν ξεπερνά τις 12.000 €.
- δ) υπάλληλος, ο οποίος δυνάμει νόμου ή δικαστικής αποφάσεως, ασκεί, κατ' αποκλειστικότητα, τη γονική μέριμνα τέκνου, συνοικεί με αυτό και αυτό ανήκει στην κατηγορία των εξαρτώμενων μελών, σύμφωνα με τον ΚΦΕ, όπως αυτός ισχύει σήμερα, εφόσον το συνολικό ετήσιο εισόδημα του εξαρτώμενου τέκνου δεν ξεπερνά τις 12.000 €.

ε) υπάλληλος, ο οποίος έχει οριστεί δικαστικός συμπαραστάτης, δυνάμει δικαστικής απόφασης, συνοικεί με τον συμπαραστατούμενο και το συνολικό ετήσιο εισόδημα του συμπαραστατούμενου δεν ξεπερνά τις 12.000 €.

στ) υπάλληλος, του οποίου ο σύζυγος ή η σύζυγος τίθεται, δυνάμει του παρόντος, σε καθεστώς διαθεσιμότητας. Στην περίπτωση αυτή, με κοινή αίτηση των συζύγων προς την υπηρεσία προέλευσής τους δηλώνεται η προτίμηση υπαγωγής στις ευνοϊκότερες ρυθμίσεις της παρούσας παραγράφου υπέρ του ενός εκ των δύο συζύγων.

ζ) υπάλληλος, του οποίου ο σύζυγος ή η σύζυγος τελεί ήδη σε καθεστώς διαθεσιμότητας ή έχει απολυθεί, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 4, του άρθρου 90, του Ν. 4172/2013. Το γεγονός αυτό, κοινοποιείται προς την υπηρεσία προέλευσης του υπαλλήλου που πρόκειται να τεθεί, δυνάμει του παρόντος, σε καθεστώς διαθεσιμότητας, με ευθύνη του και προκειμένου αυτός να υπαχθεί στις ευνοϊκότερες ρυθμίσεις της παρούσας παραγράφου.

Οι διαπιστωτικές πράξεις για τη θέση σε καθεστώς διαθεσιμότητας των ανωτέρω υπαλλήλων εκδίδονται από το όργανο διοίκησης του φορέα προέλευσης. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

#### **4.5.4 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Εκ των υπαλλήλων των παραγράφων 1 και 2 του προηγούμενου άρθρου, που έχουν τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας οι ιατροί, μόνιμοι και ΙΔΑΧ, μετατάσσονται / μεταφέρονται, με την ίδια εργασιακή σχέση, σε οργανικές θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που συστήνονται για τον σκοπό αυτό, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 1 του προηγούμενου άρθρου, κατόπιν δηλώσεώς τους, περί αποδοχής της εν λόγω θέσης. Το λοιπό προσωπικό των παραγράφων 1 και 2 μετατάσσεται / μεταφέρεται, επίσης, με την ίδια εργασιακή κατόπιν σχετικής δηλώσεως αποδοχής. Οι ανωτέρω δηλώσεις υποβάλλονται από τους ενδιαφερομένους, εντός επτά (7) εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία έκδοσης των διαπιστωτικών πράξεων της ως άνω παραγράφου 3 του προηγούμενου άρθρου. Οι εν λόγω δηλώσεις, οι οποίες υπέχουν θέση υπεύθυνης δήλωσης του Ν. 1599/1986 (Α 75), υποβάλλονται από τους ενδιαφερομένους στις αρμόδιες υπηρεσίες των κατά τόπους περιφερειακών διοικητικών μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι οποίες με ευθύνη τους τις διαβιβάζουν στις αντίστοιχες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε υποδοχής, εντός τριών ημερών. Το ιατρικό προσωπικό που ασκεί, παράλληλα, ελευθέριο επάγγελμα και το

οποίο έχει υποβάλει αίτηση αποδοχής θέσης πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σε Δ.Υ.Πε, οφείλει, κατά τον χρόνο ανάληψης υπηρεσίας και προκειμένου να αναλάβει να προσκομίσει στην αρμόδια υπηρεσία της Δ.Υ.Πε υποδοχής βεβαίωση διακοπής δραστηριότητας ή εναλλακτικά, στην περίπτωση που χωρίς δική του υπαιτιότητα είναι αδύνατη η άμεση λήψη αντίστοιχης βεβαίωσης, επικυρωμένο αντίγραφο της αίτησης διακοπής δραστηριότητας προς την αρμόδια Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία (Δ.Ο.Υ.). Στην τελευταία αυτή περίπτωση, η βεβαίωση διακοπής δραστηριότητας κατατίθεται στην αρμόδια υπηρεσία υποδοχής, από τον υπόχρεο, αμέσως μετά την λήψη της, το αργότερο εντός μηνός από την ανάληψη υπηρεσίας, επί ποινή απολύσεως.

Στην περίπτωση που ο μετατασσόμενος / μεταφερόμενος υπάλληλος δεν παρουσιαστεί στην αρμόδια υπηρεσία του φορέα υποδοχής, προκειμένου να αναλάβει υπηρεσία, απολύεται αυτοδικαίως.

Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης υποβολής της σχετικής αίτησης αποδοχής ο υπάλληλος που έχει τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας απολύεται, αυτοδικαίως, μετά την πάροδο του προκαθορισμένου χρόνου των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 16 του παρόντος.

Οι πράξεις μετάταξης / μεταφοράς των εν λόγω υπαλλήλων εκδίδονται από το αρμόδιο όργανο διοίκησης του Φορέα υποδοχής.

Κατά τη διάρκεια και έως την ολοκλήρωση της εν λόγω διαδικασίας κινητικότητας προσωπικού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς τις Δ.Υ.Πε. η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανατίθεται στα κατά τόπους αρμόδια Κέντρα Υγείας, το δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και επικουρικά, στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

## **4.6 ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **4.6.1 ΚΙΝΗΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το άρθρο 14 του Νόμου 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/1992) αντικαθίσταται ως εξής:  
Με κοινή απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου Υπουργού, δύναται να συνιστώνται Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Υγειονομικών περιφερειών ή των Νοσοκομείων, για την

εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περιοχές ευθύνης πέραν των διοικητικών ορίων του ενός νομού και πέραν της μίας Υγειονομικής Περιφέρειας. Με όμοιο τρόπο δύναται να συνιστώνται και να λειτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά ΝΠΔΔ και ΟΤΑ.

Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δύναται να συνιστώνται και να λειτουργούν και από ΝΠΔΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, μετά από εισήγηση της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

#### **4.6.2 ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΕΛΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Καθιερώνονται Ατομικά Δελτία Υγείας για διάφορες κατηγορίες πληθυσμού, ενδεικτικά αναφερόμενων των ηλικιωμένων, αγροτών, γυναικών, μεταναστών και άτομα με αναπηρία. Με κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας και των κατά περίπτωση συναρμόδιων Υπουργών, καθορίζονται ο χαρακτήρας, ο τύπος, το περιεχόμενο, οι όροι και οι προϋποθέσεις κατάρτισης και συμπλήρωσης, χορήγησης, φύλαξης και αξιοποίησης του Ατομικού Δελτίου Υγείας, των κατά περίπτωση γενικών κατηγοριών πληθυσμού καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. ([www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf](http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf))

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983 ήταν το αποτέλεσμα μιας μακράς περιόδου κοινωνικής αναταραχής, η οποία ακολούθησε δύο παγκόσμιους πολέμους και τους κοινωνικούς αγώνες για την αποκατάσταση της δημοκρατίας.

Βασισμένο στην αρχή ότι η υγεία συνιστά δημόσιο αγαθό και το κράτος έχει την ευθύνη να παρέχει την αναγκαία περίθαλψη, σκοπός του ΕΣΥ ήταν η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες για όλους τους πολίτες. Προκειμένου να το πετύχει αυτό, το ΕΣΥ προσπάθησε να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού, πρωτίστως μέσω της ανάπτυξης μιας δημόσιας διαχειριζόμενης υποδομής. Ωστόσο, σημαντικές διατάξεις του θεμελιακού Ν. 1397/1983 δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν μερικώς. Ο στρατηγικός στόχος διαμόρφωσης ενός ενοποιημένου τομέα υγείας αποδείχθηκε ένα επίμαχο ζήτημα και μια πολιτικά δύσκολη διαδικασία. Παρά το γεγονός ότι το σύστημα πέτυχε στο να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, δομικές ανεπάρκειες στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τη διανομή των υπηρεσιών υγείας εξακολούθησαν να υφίστανται και με την πάροδο των χρόνων διογκώθηκαν. Ένα συνεκτικό και καθολικό σύστημα φροντίδας υγείας δεν επιτεύχθηκε ποτέ, εξακολουθώντας να λειτουργούν διαφορετικά, ως προς την οργάνωση και ρύθμιση, υποσυστήματα, λόγω της αποτυχίας να προταθεί και να εφαρμοστεί ένα καλά συναρμοσμένο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων που να απολαμβάνει επαρκούς δημόσιας και πολιτικής υποστήριξης.

Το σύστημα υγείας, μέχρι πρόσφατα, εξακολουθούσε να λειτουργεί με μια ξεπερασμένη οργανωτική κουλτούρα, κυριαρχούμενη από την κλινική ιατρική και τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση, χωρίς την υποστήριξη μιας αποτελεσματικής μονάδας σχεδιασμού, χωρίς τη διάθεση επαρκών πληροφοριών για το επίπεδο υγείας, τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας ή το κόστος και χωρίς να λειτουργεί προληπτικά, προοπτικά και δυναμικά στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση σε δράσεις στη δημόσια υγεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό ΕΣΥ πάσχει από ανεπάρκειες, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

A) Υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού στη λήψη αποφάσεων και τη διοίκηση του συστήματος.

Β) Αναποτελεσματικές διαχειριστικές δομές έλλειψη μηχανισμών διαχείρισης των πληροφοριών και σε πολλές περιπτώσεις στελέχωση των υποδομών με ακατάλληλο, χωρίς επαρκή προσόντα και διαχειριστικές δεξιότητες ανθρώπινο δυναμικό.

Γ) Απουσία σχεδιασμού και συντονισμού και περιορισμένη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα.

Δ) Ανισότιμη και μη αποδοτική κατανομή των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων, η οποία γινόταν με βάση ιστορικά και πολιτικά κριτήρια, και ύπαρξη περιφερειακών ανισοτήτων λόγω της απουσίας ενός μηχανισμού συγκέντρωσης των πόρων, της έλλειψης συντονισμού μεταξύ του μεγάλου αριθμού πληρωτών, της απουσίας αποτελεσματικών συστημάτων οικονομικής διαχείρισης και λογιστικής και ανυπαρξίας διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου.

Ε) Κατάτμηση της κάλυψης και απουσία συστήματος παραπομπής που να βασίζεται στον γενικό οικογενειακό ιατρό ή στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, προκειμένου να υποστηριχθεί η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας και να λειτουργήσει ως πυλώρος στο σύστημα υγείας. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα, ούτε και έλεγχος των διαπεριφερειακών ροών των ασθενών.

ΣΤ) Ύπαρξη ανισοτιμιών στην πρόσβαση των υπηρεσιών που προκύπτουν από διαφορές στην ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και ανισότιμη κατανομή των ανθρώπινων πόρων και των υλικών υποδομών.

Ζ) Υπανάπτυξη μηχανισμών αποτίμησης των αναγκών και διαμόρφωσης προτεραιοτήτων.

Η) Λειτουργία αντίστροφα προοδευτικών μηχανισμών χρηματοδότησης λόγω της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης, της εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής, του υψηλού ποσοστού της έμμεσης φορολογίας και της εισφοροδιαφυγής.

Θ) Ύπαρξη ενός αναχρονιστικού αναδρομικού συστήματος αποζημίωσης των προμηθευτών, σύμφωνα με το οποίο οι πληρωμές στους παρόχους δεν σχετίζονται με την επίδοσή τους, με αποτέλεσμα την απουσία κινήτρων βελτίωσης της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Ι) Απουσία ενός συστήματος αποτίμησης της τεχνολογίας, διασφάλισης της ποιότητας και οικονομικής αξιολόγησης, με συνέπεια την υπερβάλλουσα εισαγωγή βαρέως βιοϊατρικού εξοπλισμού.

Οι ανεπάρκειες αυτές συνέβαλαν στη χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας και στην εκδήλωση μιας «επιδημίας» βραχύβιων προτάσεων για υγειονομική μεταρρύθμιση (Stambolovic, 2003). Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες που

αναλήφθηκαν τη δεκαετία του 1990, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που αναφέρθηκαν, απέτυχαν στο στόχο τους. Η κομματικοκρατία, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί και οι διοικητικές αδυναμίες έθεσαν τεράστια εμπόδια, προκαλώντας τη μερική εφαρμογή ή την πλήρη κατάργηση των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων (Tragakes and Polyzos, 1998). Ο δεύτερος γύρος αλλαγών εγκαινιάστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Ωστόσο, οι αλλαγές στο πολιτικό σκηνικό και πάλι υπέσκαψαν οποιαδήποτε προσπάθεια εισαγωγής σύγχρονων επιστημονικών τεχνικών διαχείρισης στο σύστημα υγείας και αντιμετώπισης των αδυναμιών και ανεπαρκειών στην παροχή των υπηρεσιών, δίνοντας προσοχή στην απουσία συντονισμού και επιχειρησιακής ολοκλήρωσης. Στο πλαίσιο αυτό, η ανάγκη για καθοριστικές μεταρρυθμίσεις προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας έχει αναγνωριστεί από την ακαδημαϊκή και πολιτική κοινότητα και έχει υπογραμμιστεί από διεθνείς οργανισμούς (Economou and Giorno, 2009). Οι εξελίξεις αυτές θα πρέπει να ιδωθούν υπό το φως μιας συνεχούς μεταβατικής φάσης στην οποία εισήλθε η Ελλάδα κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και η συμβολή του κρατικού προϋπολογισμού αποτελούν πεδία ενδιαφέροντος και επίκεντρο συνεχούς διαμάχης. Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, του φορολογικού συστήματος και του εκπαιδευτικού συστήματος αποτέλεσαν και εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενο έντονης κοινωνικής διαμάχης, δίνοντας την αίσθηση μιας μεταρρυθμιστικής προοπτικής χωρίς τέλος. Η κατάσταση αυτή έχει λάβει ακόμα μεγαλύτερη ένταση στις παρούσες συνθήκες της βαθιάς οικονομικής κρίσης στην οποία βρίσκεται η χώρα.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετώπισε η πολιτική υγείας στην Ελλάδα είναι το χάσμα μεταξύ δηλωμένων στόχων και θέσπισης και εφαρμογής της νομοθεσίας. Συγκεκριμένες νομοθετικές προβλέψεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων εφαρμόστηκαν μερικώς ή καθόλου. Κάποιες άλλες ήταν βραχύβιες λόγω των αλλαγών στην κυβέρνηση που επακολουθούσαν και σταματούσαν τη διαδικασία εφαρμογής τους. Εξετάζοντας την 36ετή περίοδο από το 1974 έως το 2010 που ακολούθησε την αποκατάσταση της δημοκρατίας, μόνο δύο μεταρρυθμιστικές προσπάθειες μπορούν να θεωρηθούν επιτυχημένες: πρώτη και σημαντικότερη αυτή του 1983, που εγκαθίδρυσε το ΕΣΥ, και δεύτερη αυτή του 2001, κυρίως με το Ν. 2889/2001, που οδήγησε μεταξύ άλλων στην περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ και στην εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων. Και οι δύο αυτές

μεταρρυθμίσεις αποτέλεσαν μεγάλης κλίμακας παρεμβάσεις, οι οποίες άλλαξαν το οργανωτικό μοντέλο και τη δομή του υγειονομικού τομέα, παρά το γεγονός ότι δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Και στις δύο περιπτώσεις και παρά την ευνοϊκή χρονική συγκυρία και τη δηλωμένη δέσμευση των τότε κυβερνήσεων να τις ολοκληρώσουν, η ανεπαρκής χρηματοδότηση και οι συντεχνιακές αντιπαραθέσεις παρεμπόδισαν κάτι τέτοιο. Όλες οι υπόλοιπες μέχρι το 2010 σοβαρές μεταρρυθμιστικές απόπειρες είτε εγκαταλείφθηκαν αμέσως μετά την εκδήλωσή τους είτε μετασχηματίστηκαν σε ανώδυνες παρεμβάσεις προκειμένου να κατευναστούν τα αντίθετα κατεστημένα οικονομικά, πολιτικά, επαγγελματικά και συντεχνιακά συμφέροντα. Υπό το πρίσμα αυτό, η μεταφορά του εκκρεμούς είναι η πιο κατάλληλη προκειμένου να περιγράψει το σχεδιασμό και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, δεδομένου ότι οι δύο αυτές διαδικασίες χαρακτηρίζονται από μια συνεχή παλινδρομική κίνηση. Η ώθηση προς μια ευνοϊκή κατεύθυνση επιδίωξης μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ακολουθείται από μια ώθηση προς τη διαμετρικά αντίθετη κατεύθυνση και την εφαρμογή μέτρων πολιτικής αντιφατικών μεταξύ τους (Οικονόμου, 2004. Polyzos et al., 2008). Το γεγονός είναι ότι η πολιτική υγείας στερείται συνέχειας λόγω της κυριαρχίας της κομματικοκρατίας και της προσπάθειας κατοχύρωσης από κάθε δρώντα παράγοντα των δικών του συμφερόντων, αντί να επιδιώκεται η διαμόρφωση συναινετικών διαδικασιών. Η αδυναμία προώθησης αλλαγών είναι συνέπεια των κυρίαρχων πολιτικών συνθηκών, των ανεπίλυτων κομματικών συγκρούσεων, των συγκρούσεων μεταξύ των οικονομικών συμφερόντων, της σημαντικής αντίστασης του ιατρικού κατεστημένου και της αδυναμίας της γραφειοκρατικής δομής του συστήματος της δημόσιας υγείας να εισάγει επιτυχώς διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις. Ως αποτέλεσμα, έχει υποστηριχθεί ότι ραγδαίες, απότομες, μεγάλης έκτασης υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, επιβαλλόμενες από τα πάνω, είναι καταδικασμένες να αποτύχουν στην Ελλάδα (Economou, 2010).

Η παραπάνω θέση φαίνεται ότι θα ήταν δύσκολο να γίνει αποδεκτή στο πλαίσιο υπογραφής του Μνημονίου Συνεννόησης, καθώς δεν συνάδει με το δόγμα του «σοκ» που αποτελεί τη βασική του φιλοσοφία. Το ερώτημα που τίθεται πλέον, κάτω από τις ειδικές περιστάσεις που διαμορφώνει η ένταξη της Ελλάδας στο μηχανισμό στήριξης, είναι εάν και προς ποια κατεύθυνση η οικονομική κρίση έχει επιδράσει στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Στην περίπτωση της Ελλάδας, ο ρόλος της οικονομικής κρίσης είναι πρωταρχικός στην προώθηση αλλαγών,



δεδομένου ότι οι πολιτικά δρώντες, οι λήπτες των αποφάσεων και οι κοινωνικοί εταίροι εμφανίζονται να διαφωνούν ριζικά μεταξύ τους αναφορικά με τις αξίες και τις κατευθύνσεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.

Από τη στιγμή, λοιπόν, που η αδυναμία εφαρμογής σημαντικών μεταρρυθμιστικών σχεδίων στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα σχετίζεται με εσωτερικές, ενδογενείς στο σύστημα δυσκολίες και την απουσία αποδοχής από τους πολιτικά δρώντες ενός κοινά συμφωνημένου ευρύτερου πλαισίου πολιτικής υγείας, η παρούσα οικονομική κρίση θα μπορούσε να ιδωθεί ως κινητήριοι μοχλός για τη δημιουργία ώθησης προς αλλαγή, διακόπτοντας την αυτο-αναφορικότητα του συστήματος υγείας. Όμως, αυτή είναι η μια πλευρά του νομίσματος. Η άλλη πλευρά αφορά την κατεύθυνση των αλλαγών και την επίπτωσή τους στη λειτουργία του συστήματος υγείας και στην ισότιμη πρόσβαση των υπηρεσιών. Το γεγονός ότι το μεταρρυθμιστικό σχέδιο βρίσκεται σε εξέλιξη και δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί θα πρέπει να μας κάνει επιφυλακτικούς στο να καταλήξουμε σε συγκεκριμένα ασφαλή συμπεράσματα. Όμως, από τις έως τώρα ενδείξεις, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι έχει δοθεί υπερβολική έμφαση στην αποδοτικότητα και εν μέρει και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, με πρωταρχικό στόχο την περικοπή των δαπανών υγείας, ενώ έχει παντελώς παραμεληθεί η διάσταση της ισοτιμίας. Αυτό σημαίνει πλήρη υποταγή στις επιταγές λιτότητας του Μνημονίου, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα τις κοινωνικές επιπτώσεις μιας τέτοιας πολιτικής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B. και Μόσιαλος, Η. (1994). *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Benatar, S., Stephen, G. and Bakker, I. (2011). “Global health and the global economic crisis”, *American Journal of Public Health*, 101 (4), pp. 646-653.

Economou, Ch. (2008). “Country report: Private Health Insurance in Greece”, Unpublished.

Economou, Ch. (2010). *Greece: Health System Review: Health Systems in Transition*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, Ch. and Giorno, C. (2009). “Improving the performance of the public health care system in Greece”, Economic Department Working Paper 722, OECD.

European Commission, (2009), «Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses». European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr

Figueras, J., Saltman, R. and Mossialos, E. (1997). “Challenges in evaluating health sector reform: an overview”, LSE Health Discussion Paper 8, LSE.

Figueras, J., McKee, M., Cain, J. and Lessof, S. (eds) (2004). *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policy.

Garanis-Papadatos, T. and Dalla-Vorgia, P. (2003) “Bioethics in Greece: A regional approach”, in Peppin, J. and Cherry, M. (eds), *Regional Perspectives in Bioethics*, London: Routledge.

Kyriopoulos, J. (2004). "Informal payments in the health sector: Some evidence and research issues", in Kyriopoulos, J. (ed.), *Health Systems in the World: From Evidence to Policy*, Athens: Papazisis Publishers.

Kyriopoulos, J., Economou, Ch. and Dolgeras, A. (2001). "Side payments in the Greek health sector: The dilemma of equity and efficiency", in Kyriopoulos, J., Beazoglou, T. and Heffley, D. (eds), *Health Economics in the New Era*, Athens: Exandas Publishers.

Liaropoulos, L. (1995). "Health services financing in Greece: A role for private health insurance", *Health Policy*, 34 (1), pp. 53-62.

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. and Katostaras, Th. (2008). "Informal payments in public hospitals in Greece", *Health Policy*, 87 (1), pp. 72-81.

Moschuris, S. and Kondylis, M. (2006). "Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective", *Journal of Health Organization and Management*, 20 (1), pp. 4-14.

Mossialos, E. and Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Copenhagen: Observatory on Health Systems and Policies.

Mousiama, T., Ioakimidou, S., Largatzi, E., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L. (2001). "Health technology assessment in the area of prevention", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17 (3), pp. 338-357.

Niakas, D., Theodorou, M. and Liaropoulos, L. (2005). "Can privatising selected services benefit the public healthcare system? The Greek case", *Applied Health Economics and Health Policy*, 4 (3), pp. 153-157.

OECD (1992). *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD Publishing

Polyzos, N., Oikonomou, Ch. and Zilidis, Ch. (2008). “National health policy in Greece: Regulations or reforms?”, *European Research Studies*, XI (3), pp. 91-118.

Sissouras, A., Mitropoulos, J. and Gounaris, C. (2000). “Evaluating the efficiency of health care units: The case of the Greek primary health care centres”, in Javor, A., Van Eimeren, W. and Duru, G. (eds), *Proceedings of the 7<sup>th</sup> International Conference on System Science in Health Care: Sustainable Structure for Better Health*, Budapest

Stambolovic, V. (2003). “Epidemic of health care reforms”, *European Journal of Public Health*, 13 (1), pp. 77-79.

Tragakes, E. and Polyzos, N. (1998). “The evolution of health care reforms in Greece: Charting a course of change”, *International Journal of Health Planning and Management*, 13 (2), pp. 107-130.

Βαρουφάκης, γ., (2011), «Λεξιλόγιο Κρίσης: Οι οικονομικοί όροι που μας καταδυναστεύουν», Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.

Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *Εκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2010*, Αθήνα.

Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Δρίζη, Λ. και Κυριόπουλος, Γ. (1994). «Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας υγείας», στο Κυριόπουλος, Γ. και Γεωργούση, Ε. (επιμ.), *Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. και Μπεαζόγλου, Τ. (επιμ.) (2000). *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο

Δερβένης, Χ. και Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΕΟΠΥΥ (2011). «Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας», [http://www.ggka.gr/in\\_main\\_newnomoi.Htm](http://www.ggka.gr/in_main_newnomoi.Htm)

Ζηλίδης, Χ. (1995). *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και Δυνατότητες Ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Θεοδώρου, Μ. (1994). «Επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα», στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ. (1994). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Φαραστέλη, Ο. και Λιαρόπουλος, Λ. (2005). «Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα», στο Τσάμης, Ν. (επιμ.), *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ICAP (2006). *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: ICAP.

ΙΚΑ (2011). *Στατιστικό Δελτίο Έτους 2007*, Αθήνα: ΙΚΑ.

Κότιος Α., Γαλανός Γ., (2010). Κρίση της Οικονομίας ή Κρίση της Οικονομικής πιστήμης; Μύθοι και Πραγματικότητα ενός Δογματικού Διαλόγου, Σειρά Ερευνητικών Εργασιών, 16(11): 253-272

Κουφάρης, Γ., (2010), «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010

Κυριόπουλος Γ. (1995). «Επενδύσεις και τεχνολογία στην υγεία», στο Νιάκας, Δ., Κυριόπουλος, Γ. και Στάθης Γ., (επιμ.), *Πολιτική για την Υγεία: Οργάνωση, Χρηματοδότηση, Τεχνολογία*, Αθήνα: Γνώση.

Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.) (1996). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.

Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.) (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ. και Γεωργούση, Ε. (2001). «Ασφαλιστική κάλυψη και ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας», στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.

Λιανός Θ., Παπαβασιλείου Α., Χατζηανδρέου Α. (1999), «Αρχές Οικονομικής Θεωρίας» Βιβλίο Γ΄ Τάξης Γενικού Λυκείου

Λιονής, Χ. και Σουλιώτης, Κ. (επιμ.) (2010). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης*, Αθήνα: Πασχαλίδης.

Μαρούλη, Δ., Αϊβατίδη, Χ., Μακρή, Α. και Νιάκας, Δ. (2002). «Η λειτουργική ικανότητα των κέντρων υγείας της Περιφέρειας Αττικής», στο Νιάκας, Δ. και Στάθης, Γ. (επιμ.), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Μάνατζμεντ: Προβληματισμοί και Προοπτικές*, Αθήνα: Mediforce.

Μπουλούτζα, Π. (2010). «Το ΕΚΑΒ αναζητεί τη θεραπεία επιβίωσης», *Καθημερινή* 29/5/2010, [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_1\\_29/05/2010\\_402728](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_29/05/2010_402728)

Μπουρσανίδης, Χ., Μπαλασοπούλου, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (1992). «Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών προϋπολογισμού», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1 (4), σελ. 23-42.

Οικονόμου, Χ. (1994). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Η εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 3 (2), σελ. 83-95.

Οικονόμου, Χ. (2012): «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα – Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. (2005). «Υγεία και πολιτική στην Ελλάδα κατά τη μεταπολεμική περίοδο (1950-1983)», στο Σακελλαρόπουλος, Θ. (επιμ.), *Οικονομία και Πολιτική στη Σύγχρονη Ελλάδα*, Τόμος Α', Αθήνα: Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. (2006). «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο Οικονόμου, Χ. και Φερόνας, Α. (επιμ.), *Οι Εκτός των Τειχών: Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος

.

Οικονόμου, Χ., Καραλής, Γ. και Κυριόπουλος, Γ. (2001). «Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα: Μια απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου», στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.

Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. και Καραλής, Γ. (2000). «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 62 (3), σελ. 229-234.

Σιγάλας, Ι. (1994). «Τα ελλείμματα των νοσοκομείων: Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης;», *Επιθεώρηση Υγείας*, 5 (5), σελ 60-64.

Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Οικονόμου, Ν., Παληκαρώνα, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (2011). «Διαφορές μεταξύ νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας και του ισχύοντος καθεστώτος», Δελτίο Τύπου Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Αθήνα: Πέμπτη 29 επτεμβρίου 2011.

Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών (2005). *Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης της Ελλάδας 2004-2007*, (Αναθεωρημένο), Αθήνα.

Υπουργείο Οικονομικών (2011). *Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, 4<sup>ο</sup> Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα*, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2006). *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006: Τρίτο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης*, Αθήνα: ΥΥΚΑ.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *Πρόταση Λειτουργικών Αναδιατάξεων Μονάδων Υγείας ΕΣΥ*, Αθήνα: ΥΥΚΑ.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000). *Σχέδιο Μεταρρύθμισης: Υγεία για τον Πολίτη*, Αθήνα.