ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ

ΘΕΜΑ: *Περιφερειακή Κατανομή των Υπηρεσιών Υγείας του ΙΚΑ.*

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 0802Μ015

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΛΑΜΠΡΙΝΙΔΗΣ

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝ. & ΠΟΛΙΤ. ΕΠΙΣΤ. - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ -

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2005

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στα πλαίσια της απόκτησης του τίτλου του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών του τμήματος Οικονομικής και Περιφερειακής Ανάπτυξης εκπονήθηκε η εργασία με τίτλο : Περιφερειακή Κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ.

Για την επιτυχή ολοκλήρωση της εργασίας αυτής αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Ματθαίο Λαμπρινίδη για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε. Τόσο η σωστή καθοδήγησή του όσο και οι εύστοχες παρατηρήσεις του με βοήθησαν στην κατανόηση και στην ανάπτυξη του θέματος των περιφερειακών ανισοτήτων που παρατηρούνται στις υπηρεσίες υγείας.

Επίσης ευχαριστώ πολύ τον κ. Χ. Σκιαδά, Διευθυντή Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ για την δυνατότητα πρόσβασης που μου έδωσε σε στοιχεία του ΙΚΑ που ήταν απαραίτητα για την εμπειρική ανάλυση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α) ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....1

Β) ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....1

Γ) ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ.....2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΒΑΘΜΙΔΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....4

1.2 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

α) Ιστορική Εξέλιξη.....6

β) Παρούσα Κατάσταση.....6

1.3 Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

α) Ιστορική Αναδρομή.....11

β) Παρούσα Κατάσταση.....11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....17

2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ.....20

2.3 Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΤΟ 2001.....22

2.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΕΣΥ.....28

2.5 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ.....29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

3.1 Ιστορική Αναδρομή.....34

3.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ.....36

3.3 Υπηρεσίες Τομέα Υγείας ΙΚΑ.....38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

4.1.1 Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση.....45

4.1.2 Πολιτική Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....51

4.1.3 Η πολιτική Δημόσια Υγείας.....53

4.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.2.1 Ιστορική αναδρομή.....56

4.2.2 Το παρόν της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.....57

4.2.3 Το μέλλον της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.....59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ.....60

5.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

5.2.1 Διαγραμματική Παρουσίαση.....85

5.2.2 Συντελεστής Συσχέτισης PEARSON.....87

5.2.3 Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης PEARSON.....89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....95

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....103

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α) ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν μια από τις πλέον επώδυνες μορφές των κοινωνικών ανισοτήτων και είναι κυρίως αποτέλεσμα της άνισης κατανομής του πλούτου, της δύναμης και της ανάπτυξης των κοινωνιών. Μεταξύ των αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς τα υγειονομικά χαρακτηριστικά και πρότυπα και συνεπώς μεγάλες ανισότητες στην κατάσταση της υγείας των αντίστοιχων πληθυσμών.[1] Οι ανισότητες αυτές προσδιορίζονται από τη σύγκριση δεικτών υγείας. Οι διαφορετικοί αυτοί δείκτες και η μεταξύ τους απόκλιση προσδιορίζει το εύρος των υγειονομικών ανισοτήτων. Στο σημείο αυτό χρειάζεται να γίνει η διευκρίνηση ότι με τον όρο υγειονομικές ανισότητες εννοούνται και οι διαφορές στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών αλλά και οι διαφορές στους διατιθέμενους πόρους στον υγειονομικό τομέα, δηλαδή στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.[2] Επίσης, οι υγειονομικές ανισότητες δεν εμφανίζονται μόνο μεταξύ των χωρών αλλά και μέσα στο εσωτερικό των χωρών, είτε ανάμεσα στις γεωγραφικές περιφέρειες είτε ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις. Γενικά θα λέγαμε ότι οι υγειονομικές, κοινωνικές και χωρικές ανισότητες οφείλονται στις ευρύτερες χωρικές κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.

Β) ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Επιτακτική σήμερα κρίνεται η ανάγκη για αποκέντρωση και περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και αυτό γιατί μεγάλο ποσοστό των ασθενών μετακινούνται - για νοσοκομειακές υπηρεσίες - προς τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας (Αθήνα-Θεσσαλονίκη). Βέβαια αυτή η ύπαρξη σημαντικών γεωγραφικών ανισοτήτων στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας έχει εντοπιστεί ακόμα και σε χώρες με υψηλό βαθμό υγειονομικής ανάπτυξης. Γενικά επικρατεί μια άποψη ότι οι

[1] Δημήτρης Νιάκας (Αθήνα 1993) « Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη-Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα ». Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Σελ 43.
[2] Whitehead M (1990) The Concepts and Principles of Equity in Health, WHO, Copenhagen. 6-7.

περιφερειακές ανισότητες σχετίζονται με το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης και πολιτισμικής προόδου.[3]

Στη χώρα μας ξέρουμε ότι τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα-Θεσσαλονίκη) συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο μέρος της νοσοκομειακής υποδομής, ιατρικής τεχνολογίας και των επαγγελμάτων υγείας με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της χώρας να μετακινείται καθημερινά προς αυτά προκειμένου να έχει νοσοκομειακή περίθαλψη. Επομένως το κοινωνικό κόστος είναι πολύ μεγάλο και για τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και για τους συνοδούς τους. Συνεπώς η πολιτική περιφερειακής υγειονομικής ανάπτυξης συνιστά μια άμεση και επείγουσα αναγκαιότητα της εθνικής πολιτικής υγείας.

Γ) ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο των περιφερειακών ανισοτήτων αλλά και της ανάγκης για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας θα γίνει μια προσπάθεια στην παρούσα εργασία για διερεύνηση της περιφερειακής κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ.

Έτσι στο κεφάλαιο 1 ξεκινάμε κάνοντας μια αποσαφήνιση των όρων πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια βαθμίδα περίθαλψης ώστε να μπορεί ο αναγνώστης να παρακολουθήσει την περαιτέρω ανάλυση που αφορά τους φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Στο κεφάλαιο 2 γίνεται αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας καθώς και στις τελευταίες εξελίξεις με βάση το νέο νόμο περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Λεπτομερής ανάλυση των υπηρεσιών υγείας (κυρίως των περιφερειακών) του μεγαλύτερου ασφαλιστικού φορέα της χώρας που είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) γίνεται στο κεφάλαιο 3.

Στη συνέχεια το κεφάλαιο 4 περιλαμβάνει ένα εξίσου σημαντικό κομμάτι της εργασίας που αφορά την πολιτική υγείας που ακολουθεί η Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς και τις βασικές αρχές της ελληνικής πολιτικής για τις υπηρεσίες υγείας.

Στο κεφάλαιο 5 προσπαθούμε να κάνουμε μια εμπειρική ανάλυση για να διαπιστώσουμε αν υπάρχει περιφερειακή ισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας του

[3] Γ. Κυριόπουλος. Εξάντας 1996 «Επίκαιρα και Διαχρονικά – Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική. Κεφάλαιο: Η γεωγραφία της υγείας. Σελ: 71-74.

ΙΚΑ ή όχι, χρησιμοποιώντας στοιχεία προσωπικού του ΙΚΑ. Καταρχήν χωρίζουμε το σύνολο της χώρας στις 13 Περιφέρειες για να μπορέσει να διευκολυνθεί η έρευνά μας. Τα στοιχεία που θα χρησιμοποιήσουμε στην ανάλυσή μας αφορούν το διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό των περιφερειακών μονάδων υγείας του ΙΚΑ.

Τα στοιχεία για το διοικητικό προσωπικό προέρχονται από τη βάση δεδομένων της Διεύθυνσης Διοικητικού Προσωπικού του ΙΚΑ για το έτος 2002, ενώ τα στοιχεία για το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό τα έχουμε αντλήσει από μια έρευνα που έκανε για λογαριασμό του ΙΚΑ η εταιρεία Deloitte & Touche[4] τον Ιανουάριο του 2000 « Έργο Μελετών Βελτίωσης και Πληροφορικής του Τομέα Υγείας του ΙΚΑ, Διαγνωστική Φάση-Παραδοτέο 1».

Προκειμένου όμως να βρούμε πόσο προσωπικό (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό) αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους διαιρούμε τα μεγέθη της κάθε περιφέρεια με τον πραγματικό πληθυσμό της κάθε περιφέρεια όπως αυτός προκύπτει από την Απογραφή του 2001[5] και πολλαπλασιάζουμε επί 10.000. Μία άλλη διάσταση που θα μπορούσαμε να εξετάσουμε είναι να δούμε το προσωπικό που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης. Για να το βρούμε διαιρούμε τα μεγέθη της κάθε περιφέρεια με τον πληθυσμό των δικαιούχων περίθαλψης του ΙΚΑ της κάθε περιφέρειας και πάλι πολλαπλασιάζουμε με 10.000. Τα στοιχεία για τους δικαιούχους περίθαλψης (άμεσα ασφαλισμένοι και προστατευόμενα μέλη της οικογενείας) του ΙΚΑ προέρχονται από το Στατιστικό Δελτίο του έτους 2001 που εκδίδει το ΙΚΑ και συγκεκριμένα η Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής. Τέλος χρησιμοποιώντας και το κατά κεφαλή ΑΕΠ για κάθε περιφέρεια που το έχουμε βρει από την ηλεκτρονική διεύθυνση *www.economics.gr* προσπαθούμε να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα για την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ.

Η εργασία αυτή ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο 6 όπου κάνουμε κάποιες γενικές παρατηρήσεις και καταλήγουμε σε ορισμένα συμπεράσματα για την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ. Κλείνουμε το κεφάλαιο αυτό με προτάσεις και ιδέες για το ποιους άλλους προσδιοριστικούς παράγοντες των περιφερειακών ανισοτήτων του τομέα υγείας θα μπορούσαμε να εξετάσουμε σε μια πιο διεξοδική έρευνα.

---

[4] Χατζηπαύλου Σοφιανός & Καμπάνης Α.Ε.
[5] Εθνική Στατιστική Υπηρεσία-Απογραφή 2001, www.statistics.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΒΑΘΜΙΔΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (primary health care) και οι βασικές προϋποθέσεις για την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθορίστηκαν από το συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας που έγινε στην Alma-Ata[6] τον Σεπτέμβρη του 1978. Η διακήρυξη της Alma-Ata καθόρισε μια νέα φιλοσοφία για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων, που δεν βασίζεται μόνο στη σχέση γιατρός-ασθένεια-ασθενής αλλά που εντάσσει την κοινωνική, την κοινοτική και την οικονομική διάσταση.[7]

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι το εξωνοσοκομειακό επίπεδο οργάνωσης ενός συστήματος υγείας που όχι μόνο προάγει την υπόθεση της πρόληψης, αλλά και παρέχει εκείνες τις υπηρεσίες που καθιστούν δυνατή την παραγωγή μιας ολοκληρωμένης και προσιτής απ' όλους ιατρικής φροντίδας. Προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, η πρωτοβάθμια φροντίδα, κοινωνικά προσανατολισμένη, έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του ρόλου και του ειδικού βάρους της σύγχρονης εξειδικευμένης νοσοκομειακής - θεραπευτικής ιατρικής.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι απλά και μόνο το σύνολο των υπηρεσιών της παραδοσιακά καλούμενης ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και φροντίδας, αλλά, σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα –Άτα[8]:

1. Ασχολείται με τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας.
2. Εξασφαλίζει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.
3. Περιλαμβάνει α) προγράμματα ενημέρωσης σε σοβαρά θέματα υγείας, β) μεθόδους πρόληψης και ελέγχου αυτών, γ) μέτρα για την υγιεινή διατροφή, ύδρευση και γενικά διαβίωση, δ) προστασία της μητέρας και του παιδιού (οικογενειακός προγραμματισμός), ε) εμβόλια για τα σοβαρότερα λοιμώδη,

---

[6]Η Alma-Ata είναι η παλιά πρωτεύουσα του Καζακστάν.
[7]Γιάννης Υφαντόπουλος (Αθήνα 1988) «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις» σελ. 49.
[8]Γρηγόρης Σολωμός « Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική ιατρική στην Ελλάδα ».

στ) πρόληψη και καταπολέμηση ενδημικών νόσων, ζ) θεραπεία κοινών νόσων και τραυματισμών, η) χορήγηση φαρμάκων.

4. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.
5. Συνιστά τη βασική προϋπόθεση εξασφάλισης συνεχιζόμενης θεραπείας.
6. Είναι ένα κομμάτι του ΕΣΥ μιας χώρας και αποτελεί την κεντρική λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών Υγείας.
7. Ενθαρρύνει και προάγει τη συμμετοχή κάθε φορέα της κοινότητας στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών Υγείας.
8. Εξασφαλίζει επίπεδο υγείας τέτοιο, που επιτρέπει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.
9. Κύριοι συντελεστές της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι οι εργαζόμενοι στην υγεία - γιατροί, νοσηλευτές, μαίες, τεχνικοί και άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα, που πρέπει να πλαισιώνουν την ομάδα.
10. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Οι στόχοι ανάπτυξης και λειτουργίας υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

1. πλήρης κατά το δυνατόν έλεγχος κάθε υγειονομικού προβλήματος
2. συνεχής παροχή υπηρεσιών ολόκληρο το 24ωρο και στις αργίες
3. δυνατότητα άμεσης προσπέλασης
4. συνέχεια της παρεχόμενης φροντίδας
5. ποιότητα

Γενικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι υπάρχουν διάφορα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που εξαρτώνται από την υγειονομική υποδομή μιας χώρας σε προσωπικό και κτιριακό εξοπλισμό καθώς και από την οικονομική, πολιτιστική και κοινωνική ανάπτυξή της. Παρακάτω θα παρουσιάσουμε το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης της Ελλάδας.[9]

[9]Γιάννης Υφαντόπουλος (Αθήνα 1988) «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις» σελ. 51-52.

1.2 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

α) Ιστορική Εξέλιξη.

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα παρουσιάζεται εξωνοσοκομειακή περίθαλψη το 1938, όπου το ΙΚΑ στον κανονισμό του για την αντιμετώπιση της ασθένειας καθορίζει τους βασικούς άξονες για την οργάνωση, τη λειτουργία και την ανάπτυξη των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η προσφορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αρχίζει στην Ελλάδα καλύπτοντας μόνο τον αστικό πληθυσμό, ο οποίος αποτελούσε το 32,8% του συνολικού πληθυσμού.[10] Το υπόλοιπο 67,2 % του πληθυσμού παραμένει «ακάλυπτο» χωρίς τη βασική προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια γίνονται διάφορες προσπάθειες για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Μια πολύ σημαντική αλλαγή ήταν αυτή της δημιουργίας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων το 1961 ο οποίος αναλαμβάνει τη διαχείριση και χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης των αγροτών. Αφενός όμως η έλλειψη οργανωτικής υποδομής και λειτουργικής σύνδεσης των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αφετέρου η υπερσυγκέντρωση των υπηρεσιών στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι καταλήγουμε το 1983 με ψήφιση του νόμου 1397 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας να επιδιώκεται η λειτουργική και οργανωτική σύνδεση των υπηρεσιών υγείας με βασικό επιδιωκόμενο στόχο την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας σύμφωνα με τις προδιαγραφές και τη φιλοσοφία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.[11]

β) Παρούσα Κατάσταση

Η παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας περιλαμβάνει ένα πλήθος διαφορετικών διαδικασιών και τρόπων διανομής.[12] Σήμερα η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρεται στην Ελλάδα από διάφορους φορείς και ασφαλιστικούς

---

[10]ΕΣΥΕ (1980), «Ο πληθυσμός της Ελλάδος κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνος» Μεθ. Μελέται 2.14 Αθήνα

[11]Γιάννης Υφαντόπουλος (Αθήνα 1988), «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις» σελ. 64-65.

[12]Νικολάκης Κ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Τσάκος Γ., Κυριόπουλος Γ., (2000), « Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη : Το παράδειγμα του ΙΚΑ », *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 2 :57.

οργανισμούς χωρίς να υπάρχει διοικητική και λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από:

α) Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, καθώς και το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

β) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυϊατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, όπως ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από 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 γιατρούς, συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Οι συμβεβλημένοι με τα ταμεία γιατροί πληρώνονται από τις ασφαλιστικές εισφορές ενώ οι υπόλοιποι με άμεση καταβολή των χρηστών ή από την ιδιωτική τους ασφάλιση.[13]

Σύμφωνα με το Ν. 1397/83, τα κέντρα υγείας ιδρύθηκαν σε αγροτικές περιοχές με την πρόθεση να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με την υγειονομική μεταρρύθμιση του 2001 (Νόμος 2889) τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕΣΥ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας[14] το 2003 λειτουργούσαν 201 κέντρα Υγείας σε όλη τη χώρα, στα οποία υπάγονταν διοικητικά 1.478 περιφερειακά ιατρεία, στελεχωμένα με αγροτικούς γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στον αστικό πληθυσμό με δυνατότητα πρόσβασης σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από ασφαλιστική κάλυψη. Από την άλλη μεριά έχουμε το ΙΚΑ και έναν μικρό αριθμό άλλων ασφαλιστικών ταμείων που διαθέτουν δική τους υγειονομική υποδομή. Καταρχήν το ΙΚΑ ως ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας διαθέτει 364 μονάδες υγείας και παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε 5.550.000

[13]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 224-225.

[14] Σήμερα ονομάζεται Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους στις δικές του νομαρχιακές και τοπικές μονάδες υγείας.[15]

Οι μελέτες για την αξιολόγηση της λειτουργίας των πολυϊατρείων του ΙΚΑ είναι περιορισμένες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που αφορούσε 133 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ σε όλη τη χώρα, τα πολυϊατρεία με πληθυσμό αναφοράς 10.000 έως 50.000 κατοίκους, τα οποία διαθέτουν υποδομές για τη διενέργεια εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων, εμφανίζουν την υψηλότερη αποδοτικότητα.[16]

Επίσης, μια άλλη έρευνα που έγινε για την περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορούσε τη διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης των ανισοτήτων στην κατανομή του ιατρικού προσωπικού σε επίπεδο Περιφερειών, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του τομέα υγείας του ΙΚΑ, σε σχέση με τον καλυπτόμενο πληθυσμό ασφαλισμένων.

Τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης αυτής είναι ότι:

α)Η αναλογία δικαιούχων περίθαλψης ανά γιατρό παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των Περιφερειών της χώρας.

β) Οι Περιφέρειες που υπερέχουν σημαντικά σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο είναι η Δυτική Ελλάδα, η Αττική και η Θεσσαλία ενώ οι περιφέρειες που υστερούν είναι αυτές του Νοτίου Αιγαίου, της Κρήτης και της Δυτικής Μακεδονίας.

γ) Παρουσιάζεται έντονη ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού ανά νομό σε σχέση με τον πληθυσμό.

δ)Η παρατηρούμενη ανισοκατανομή διαχρονικά (1992-1999) εμφανίζει μικρή βελτίωση.[17]

Τα άλλα ταμεία που παρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι ο ΟΓΑ, του οποίου οι ασφαλισμένοι είναι περίπου 2.150.000 άτομα και τους παρέχεται πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων. Τέλος ο ΟΑΕΕ[18] παρέχει στους περίπου 1.442.000

---

[15]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 225-228.

[16]Zavras A., Tsakos G., Economou C., Kyriopoulos J., (2002), « Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy within a Greek national primary health care network », *Journal of Medical Systems*, 24, 4 : 285-292.

[17]Νικολάκης Κ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Τσάκος Γ., Κυριόπουλος Γ., (2000), « Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη : Το παράδειγμα του ΙΚΑ », *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 2 :57-61.

[18] Στον ΟΑΕΕ έχουν συγχωνευθεί τα ταμεία ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Βλ.: http:/ www.oaee.gr

ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους γιατρούς ενώ οι 1.289.000 ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ[19] έχουν δικαίωμα να επισκεφτούν γιατρό συμβεβλημένο με το Δημόσιο ή να τον καλέσουν στο σπίτι.

Η μειωμένη ικανοποίηση του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τα διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας καθώς και ο μεγάλος αριθμός γιατρών στην Ελλάδα οδήγησαν τόσο στην αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στη χώρα όσο και στο μεγάλο μέγεθος της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα.[20]

Τα μεγάλα προβλήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης οφείλονται κυρίως:

α) Στο πλήθος των ασφαλιστικών ταμείων που προσφέρουν υπηρεσίες οι οποίες δεν είναι συντονισμένες μεταξύ τους, επικαλύπτουν η μία την άλλη και διαφέρουν ως προς την ποιότητα και το εύρος των παροχών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων.
β) Στην έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής, ανεπάρκεια της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και ελλιπή στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΙΚΑ.
γ) Στην απουσία συστήματος παραπομπής μέσω των οικογενειακών γιατρών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ασυνέχεια της φροντίδας και την υπερφόρτωση του συστήματος λόγω άσκοπων επισκέψεων.
δ) Στη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών.
ε) Στην απουσία συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας και της παραπομπής σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η οποία οδηγεί στην υπερβολική οικονομική επιβάρυνση των Ταμείων.[21]

Κάτι άλλο που χρειάζεται να αναφέρουμε στο σημείο αυτό είναι ότι κάθε ασφαλιστικός οργανισμός αποφασίζει το δικό του σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που θα εφαρμόσει, στα πλαίσια ενός καθαρά ασφαλιστικοκεντρικού

---

[19] Βλ.: http:/ www.opad.gr
[20]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 230-231.
[21]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 231-232.

συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Έτσι με την πάροδο του χρόνου αναπτύχθηκε στη χώρα μας ένα φαινόμενο μοναδικό σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ασφαλιστικά ταμεία να παράγουν μόνα τους υπηρεσίες υγείας. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, η αρχή που εφαρμόζεται είναι τα ασφαλιστικά ταμεία να αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από ένα σύστημα που οργανώνεται από την πολιτεία και εποπτεύεται από αυτή. Στη χώρα μας, η πολιτεία που είναι υπεύθυνη για τη χάραξη της πολιτικής υγείας, ενώ θα έπρεπε να καθορίσει ένα θεσμικό πλαίσιο υποχρεώσεων των ασφαλιστικών φορέων, περιορίζεται μόνο στο να καλύπτει τα ελλείμματα που οι αποφάσεις των ασφαλιστικών ταμείων δημιουργούν. Όλα αυτά τα προβλήματα καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για μεταρρύθμιση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες προτάσεις και έχουν ψηφιστεί διατάξεις οι οποίες όμως στην πορεία αποδεικνύονται ανεφάρμοστες.[22]

Τελειώνοντας, πρέπει να τονιστεί ότι τα προβλήματα και οι ελλείψεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη επιδρούν έντονα και αρνητικά και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Με άλλα λόγια, όταν το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας παρουσιάζει ελλείψεις και προβλήματα και οι πολίτες δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους αναμενόμενο είναι πολλοί να καταφεύγουν στη δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη γεγονός που δυσχεραίνει το έργο της. Το αποτέλεσμα είναι χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας με ιδιαίτερα υψηλό κόστος, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

1.3 Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το νοσοκομείο.

---

[22]Υφαντόπουλος Γ., (1997), « Υγειονομικές μεταρρυθμίσεις και πολιτικές στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και στη βαλκανική περιοχή. Μια συγκριτική προσέγγιση ». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 14 1: 26-37.

α) Ιστορική Αναδρομή

Στην Ελλάδα με τον αναγκαστικό Νόμο 1965 του 1937 δημιουργείται η υποδομή για νοσοκομειακή περίθαλψη και ορίζεται ο κρατικός προϋπολογισμός ως η κύρια πηγή χρηματοδότησης των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Στη συνέχεια έχουμε την ψήφιση του Νομοθετικού Διατάγματος 2592, το Σεπτέμβρη του 1953 με το οποίο η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες και οι νοσοκομειακές καθώς και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες οργανώνονται σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο. Επίσης ορίζεται η λειτουργία των νοσοκομείων και των πανεπιστημιακών κλινικών και εργαστηρίων. Τελικά όμως, παρά τις φιλοδοξίες του νομοθέτη για μεταρρυθμίσεις και αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και των υπηρεσιών υγείας, ο νόμος αυτός δεν μπόρεσε να εφαρμοστεί. Στα χρόνια που ακολούθησαν (60' και 70') είχαμε μια ανάπτυξη ιδιωτικών νοσηλευτικών κλινικών και όχι δημόσιων νοσοκομείων με αποτέλεσμα ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας να κατέχει το 45 % των νοσοκομειακών κρεβατιών. Στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη το φαινόμενο είναι εντονότερο μια και στα μεγάλα αυτά αστικά κέντρα συγκεντρώνεται και το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, τα επαρχιακά νοσοκομεία αποδυναμώνονται και σε συνδυασμό με την περιορισμένη χρηματοδότησή τους έχουμε τη μείωση του επιπέδου της νοσοκομειακής περίθαλψης όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά. Λύση στα συσσωρευμένα προβλήματα των προηγούμενων δεκαετιών προσπαθεί να δώσει ο νόμος 1379/83 που είχε σκοπό την αναβάθμιση του τομέα της υγείας.[23]

β) Παρούσα Κατάσταση

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Οι δικαιούχοι κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές.

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 την διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος, β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ, στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του

[23]Γιάννης Υφαντόπουλος (Αθήνα 1988) «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις» σελ. 83-84.

ΙΚΑ, και τα νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης (νοσοκομείο κρατουμένων Κορυδαλλού «Άγιος Παύλος» και Ψυχιατρείο κρατουμένων Κορυδαλλού) και γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες.[24]

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να αναφέρουμε ότι έχουμε και την 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.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν σε γενικά και ειδικά. Επίσης, ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων, ενώ ανάλογα με τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν διακρίνονται σε περιφερειακά και σε νομαρχιακά.[25] Ο Ν. 2889/2001 κατάργησε τη διάκριση των νοσοκομείων σε νομαρχιακά και σε περιφερειακά ενώ διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και όπως βλέπουμε από τον Πίνακα 1, το 2002 από τις 59.518 κλίνες που λειτουργούσαν στη χώρα οι 36.621 (61,5 %) του συνόλου ανήκαν στα 123 δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, οι 3.500 (5,9 %) ήταν κλίνες ψυχιατρικών νοσοκομείων του ΕΣΥ, οι 4.000 (6,7 %) κλίνες ανήκαν σε δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ και οι υπόλοιπες 15.395 (25,9 %) κλίνες ήταν του ιδιωτικού τομέα.[26]

---

[24]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 235-236.

[25]Σιγάλας Ι., (1999), « Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας», στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα, σελ. 57-110.

[26]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 236.

Πίνακας 1.1.[27]

Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης, παρεχόμενες από το ΕΣΥ (2002).

Πε.Σ.Υ.	Πληθυσμός Αναφοράς	Νοσοκομεία	Κλίνες	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Α' Αττικής	1.062.945	17	6.857		
Β' Αττικής	1.509.417	9	5.170	9	9
Γ' Αττικής	1.189.448	7	3.221	5	13
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	786.963	9	3.435	20	113
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	1.074.954	10	2.973	11	80
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	610.254	6	2.021	14	115
Δυτ. Μακεδονίας	302.750	5	745	7	88
Ηπείρου	352.420	5	1.706	16	109
Θεσσαλίας	754.393	5	1.903	20	158
Νησιών Ιονίου	214.274	5	502	8	53
Δυτ.Ελλάδας	739.118	11	2.160	18	140
Στερεάς Ελλάδας	607.855	8	1.040	15	148
Πελοποννήσου	632.955	8	1.280	26	186
Βορείου Αιγαίου	204.158	5	570	7	62
Α' Νοτίου Αιγαίου	111.181	2	242	7	41
Β' Νοτίου Αιγαίου	190.564	3	456	4	35
Κρήτης	601.159	8	2.340	14	127
ΣΥΝΟΛΟ	10.944.808	123	36.621	201	1.478

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2003.

[27]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 227.

Πίνακας 1.2.[28]

Διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα 1980-1999.

Υποδομή / δείκτες	1980	1990	1999
Νοσοκομεία	608	387	339
ΝΠΔΔ	112	140	140
Ιδιωτικά	468	244	195
ΝΠΙΔ	28	3	4
Κλίνες	59.327	51.263	51.404
ΝΠΔΔ	25.905	35.896	36.438
Ιδιωτικά	25.075	15.214	14.673
ΝΠΙΔ	8.347	153	293
Νοσοκομειακοί γιατροί	11.871	18.287	22.698
Κλίνες / γιατρό	5	2,8	2,3
Νοσηλευτικό προσωπικό	18.654	34.582	41.151
Κλίνες / νοσηλευτή	3,2	1,5	1,2
Νοσηλευτές / γιατρό	1,6	1,9	1,8
Εξελθόντες ασθενείς	1.101.184	1.248.890	1.620.768*
Μέση διάρκεια νοσηλείας	10	8	8*
Ημέρες νοσηλείας	11.324.438	9.404.443	13.479.000*
Ημέρες νοσηλείας / κάτοικο	1,5	1,3	1,3*
Κάτοικοι ανά κλίνη	161	198	205
Κάλυψη κλινών (%)	69	68	70*

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής,

* Στοιχεία έτους 1998.

Στον Πίνακα 2 βλέπουμε τη διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα από το 1980 έως το 1999. Παρατηρούμε μια μείωση των ιδιωτικών και μια αύξηση των δημόσιων νοσοκομείων, με αντίστοιχη τάση και στις κλίνες κάτι που είναι αποτέλεσμα της περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σε σχέση με την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών. Επίσης, οι εισαγωγές στα νοσοκομεία αυξήθηκαν, κάτι που δείχνει τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας. Αντίθετα η μέση διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε λόγω της εφαρμογής πιο

[28]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 237.

εντατικών μορφών θεραπείας. Τέλος ο δείκτης κάλυψης των κλινών παρέμεινε σε γενικές γραμμές σταθερός, ενώ σημειώθηκε βελτίωση στις αναλογίες κλίνες / γιατρό και κλίνες / νοσηλευτή.

Παρά τη σημαντική πρόοδο που συντελέστηκε εξακολουθούν να υφίστανται ορισμένα προβλήματα. Έτσι διαπιστώνουμε ότι παρά το γεγονός ότι μετά το 1980 η υγειονομική περιφερειακή πολιτική και η ανακατανομή των πόρων υπήρξαν προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής για την υγείας και ένα σημαντικό μέρος των επενδύσεων στράφηκαν προς την επαρχία με τη λειτουργία νέων νοσοκομείων, οι περιφερειακές ανισότητες εξακολουθούν να υφίστανται, ευνοώντας τα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.[29]

Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνει το «νόμο της αντίστροφης φροντίδας» του Hart, σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονται όπου υπάρχει εισόδημα και όχι όπου υπάρχουν ανάγκες.[30]

Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα αφορά τη διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων, όπου υπάρχουν αδυναμίες σε σχέση με την ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η εμφάνιση της γραφειοκρατίας, η αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, η απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους τμημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, η έλλειψη δικτύου πληροφορικής, η απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και η έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας των εργαζομένων.

Το τρίτο σε σειρά πρόβλημα αφορά την ανεπάρκεια των νοσοκομείων σε κτιριακή και τεχνολογική υποδομή. Πολλά νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από παλαιότητα των κτιριακών τους εγκαταστάσεων καθώς και του ξενοδοχειακού και ιατρικού τους εξοπλισμού ενώ τα μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης παρουσιάζουν ανεπάρκεια σύγχρονων ειδικών μονάδων νοσηλείας (ΜΕΘ, ΤΕΠ κτλ.). Επίσης η παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα δεν είναι ικανοποιητική και λόγω της γεωγραφικής ανισοκατανομής του εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας και τηλεματικής. Με το Γ΄ ΚΠΣ (2000-2006) και συγκεκριμένα με το μέτρο 1.2 για το λειτουργικό εκσυγχρονισμό των νοσοκομειακών μονάδων προσπαθούν να καλυφθούν οι διάφορες ανάγκες για το λειτουργικό εκσυγχρονισμό των

---

[29]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 239.

[30] Hart J.T., (1971), « The inverse care law », *Lancet* 1: 405-412.

νοσοκομειακών μονάδων. Προβλέπεται η διάθεση 144,67 εκατομμυρίων ευρώ για την εφαρμογή νέου οργανωτικού και διοικητικού προτύπου, την προσαρμογή των λειτουργικών και κτιριακών συνθηκών και του εξοπλισμού των νοσοκομείων στις μεταβαλλόμενες ανάγκες, την κάλυψη των ανεπαρκειών και των ελλείψεων ειδικών τμημάτων ή μονάδων, την προσαρμογή στη συνεχώς εξελισσόμενη βιοϊατρική τεχνολογία, την ολοκλήρωση, επέκταση και αναβάθμιση των πληροφοριακών συστημάτων. Όπως επισημαίνεται στον προγραμματισμό του μέτρου, οι παρεμβάσεις αυτές κρίνονται αναγκαίες λόγω της μη υλοποίησης παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια του Β' ΚΠΣ στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, όπου οι νοσηλευτικές μονάδες αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο βάρος της παροχής υπηρεσιών, της παλαιότητας των κτιριακών εγκαταστάσεων κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, της απαξίωσης του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, της ανεπάρκειας των ειδικών κλινών νοσηλείας, της ανάγκης αλλαγής του διοικητικού και οργανωτικού προτύπου λειτουργίας των νοσοκομείων, της ανάγκης ολοκλήρωσης έργων που βρίσκονται σε εξέλιξη, της γεωγραφικής ανισοκατανομής του εξοπλισμού υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και της απουσίας ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού περιβάλλοντος. [31]

Ένα τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό πρόβλημα αφορά την οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων. Τα μεγάλα ελλείμματα των νοσοκομείων οφείλονται στη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους, όπως είναι η απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας τους καθώς και η εφαρμογή πρακτικών κοστολόγησης των τιμών σε χαμηλότερα επίπεδα από εκείνα του πραγματικού κόστους, κάτι βέβαια που γίνεται στα πλαίσια της εφαρμογής κοινωνικής πολιτικής.[32]

---

[31]Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» Γ' ΚΠΑ 2000-2006 σελ.42-44.

[32]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 241-242.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα που παρέχουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας που εφαρμόζονται διεθνώς μπορούν να διακριθούν σε τρία εναλλακτικά υποδείγματα:[33]

α. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο καλύπτει κατά τρόπο ενιαίο το σύνολο των πολιτών και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό με γενικά φορολογικά έσοδα.

β. Το σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο καλύπτει μεγάλες ομάδες ασφαλισμένων και χρηματοδοτείται με προσωπικές και εργοδοτικές εισφορές.

γ. Σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης, στα πλαίσια των οποίων παρέχονται στα άτομα ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, με χρηματοδότηση από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες τους.

Εμείς θα επικεντρώσουμε την ανάλυση μας στα δύο πρώτα υποδείγματα, δηλαδή στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στο παρόν κεφάλαιο και στο μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στο επόμενο κεφάλαιο. Θα κάνουμε μια παρουσίαση του κάθε συστήματος εντοπίζοντας τα προβλήματα αλλά και τις προοπτικές και δυνατότητες του καθενός.

2.1 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα ξεκινά τυπικά το 1952 με νόμο της κυβέρνησης Παπάγου (Ν.2593/52) «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως».[34] Περάσανε αρκετά χρόνια αδράνειας για να καταλήξουμε στο νόμο 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας με τον οποίο επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας. Ο νόμος στηρίζεται σε δύο θεμελιώδεις αρχές που περιλαμβάνονται στο πρώτο άρθρο του και αποτελούν τα

[33] Προβόπουλος Γεώργιος, (ΑΘΗΝΑ 1990) European Institute of Security-Ελληνικό Τμήμα «Οι Υπηρεσίες Υγείας, Οργάνωση-Διοίκηση-Προγραμματισμός» Κεφάλαιο: Τάσεις και κατευθύνσεις στην πολιτική υγείας διεθνώς. Σελ.16

[34] Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου, Ν. Πολύζος, Α. Σισσούρας Αθήνα (2000) «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας». Κεφάλαιο: «Η διαχείριση του υγειονομικού συστήματος» σελ.47

βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εθνικών συστημάτων υγείας. Η πρώτη αρχή θεωρεί ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και η δεύτερη αναφέρει ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.[35] Οι αρχές αυτές στηρίζονται στη φιλοσοφία ότι το κράτος πρέπει να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών με την παραγωγή και διανομή των φροντίδων υγείας χωρίς την ύπαρξη οικονομικών ή άλλων φραγμών που μπορεί να εμποδίζουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών.

Για κάθε εθνικό σύστημα υγείας επιβάλλεται η περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί ισότητα και αποτελεσματικότητα. Επομένως και για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας η περιφερειακή οργάνωση αποτέλεσε βασικό στόχο.

Με το Νόμο 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας θεσμοθετείται το πλαίσιο τη οργάνωσης του δημόσιου τομέα υγείας αλλά η υλοποίηση των βασικών ρυθμίσεων του νόμου αρχίζει δύο χρόνια αργότερα λόγω της ύφεσης της ελληνικής οικονομίας και των μεγάλων δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Στις νέες ρυθμίσεις περιλαμβανόταν η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών στο ΕΣΥ ενώ πολύ σημαντική ήταν η προσπάθεια για εσωτερική συγκρότηση και οργάνωση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης καθώς και η δημιουργία περιφερειακών κέντρων νοσηλείας.[36]

Με την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 γίνεται η αρχή για σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στο επίπεδο παροχής και κατανομής των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Οι αρχικές επενδύσεις που κατά προτεραιότητα πραγματοποιήθηκαν (1983-1988), αποσκοπούσαν στην άμβλυνση των μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χωροταξική τους κατανομή, ιδιαίτερα σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Οι επενδύσεις αυτές αφορούσαν στην:

α)δημιουργία πανελλαδικής κλίμακας δικτύου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις μη αστικές περιοχές,

β)αναβάθμιση των υποδομών των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών μονάδων,

---

[35]Δημήτρης Νιάκας (Αθήνα 1993) «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη-Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα ». Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Σελ 179.

[36]Δημήτρης Νιάκας (Αθήνα 1993) « Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη-Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα ». Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Σελ 182-183.

γ)κατασκευή και λειτουργία τριών Περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων (Ιωαννίνων, Πάτρας, Ηρακλείου),

δ)υλοποίηση του Προγράμματος «μεταρρύθμισης» των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, και

ε)βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των υποδομών σε διάφορους νομούς και περιφέρειες της χώρας, με εξαίρεση τα μεγάλα αστικά κέντρα των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης.[37]

Σε ό,τι αφορά την περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ έχουμε καταρχήν τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες όπου θα αναπτυχθούν οι υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συγκροτείται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕΣΥ)[38] που είναι υπεύθυνο για τις υπηρεσίες υγείας της περιφέρειας. Γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ενώ η δευτεροβάθμια είναι στην ευθύνη των γενικών και ειδικών νοσοκομείων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας εμφανίζεται αρκετά συγκεντρωτικό, αφού η ευθύνη λειτουργίας του ανήκει στην αρμοδιότητα της κεντρικής διοίκησης του Υπουργείου Υγείας.[39] Η περιφερειακή πολιτική στο πλαίσιο αυτό της συγκέντρωσης της ευθύνης στηρίζεται στον κεντρικό προγραμματισμό των περιφερειακών υπηρεσιών. Η ελληνική εκδοχή του ΕΣΥ είναι ένας συνδυασμός του Βρετανικού συστήματος που στηρίζεται κυρίως στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού και των Σκανδιναβικών χωρών στις οποίες η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα κέντρα υγείας.[40] Πολλές όμως σημαντικές ρυθμίσεις του ΕΣΥ δεν τέθηκαν ποτέ σε εφαρμογή με αποτέλεσμα τη μη επίτευξη του επιδιωκόμενου στόχου για αυτοδυναμία των υγειονομικών περιφερειών της χώρας. Γενικά υπήρχαν πολλοί ανασταλτικοί παράγοντες για τη μη επίτευξη των αρχικών στόχων του ΕΣΥ. Συγκεκριμένα η έλλειψη παράδοσης στην πολιτική υγείας της χώρας μας, η ύπαρξη πολυάριθμων ταμείων υγείας, οι υπερβολικές φιλοδοξίες των σχεδιαστών του ΕΣΥ και κυρίως η

---

[37]Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγειά-Πρόνοια» Γ' ΚΠΣ 2000-2006 σελ: 6-7.

[38]Σήμερα έχουν καταργηθεί όπως θα δούμε παρακάτω αναλυτικά με το Νόμο 3329/2005.

[39]Σήμερα ονομάζεται Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

[40]Δημήτρης Νιάκας (Αθήνα 1993) « Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη-Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα ». Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Σελ 187.

παραμέληση ρυθμίσεων για την εξεύρεση των αναγκαίων πόρων και την αποτελεσματική διαχείρισή τους ήταν μερικά από τα εμπόδια για τη μη ολοκλήρωση της σχεδιασμένης περιφερειακής πολιτικής.

2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ

Στα τόσα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ κάποιοι από τους αρχικούς στόχους έχουν επιτευχθεί ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν σε 4,5% το 1985, σε 4,9% το 1995 και έφτασαν το 5,2% το 2000. Παρόλη τη σημαντική αυτή αύξηση η Ελλάδα εξακολουθεί να έχει ποσοστό μικρότερο από αυτό της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μόνο η Πορτογαλία είχε παρόμοια ποσοστά με τη χώρα μας. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών των δαπανών αφορούσε την νοσοκομειακή περίθαλψη. Μια παρόμοια αύξηση παρατηρήθηκε και στον ιδιωτικό τομέα. Οι στόχοι για αποκέντρωση και κοινωνικό έλεγχο εκπληρώθηκαν μερικώς. Η λήψη αποφάσεων και όλες οι διοικητικές ενέργειες εξακολούθησαν να εξαρτώνται από ένα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό Υπουργείο Υγείας.[41]

Επίσης διατηρήθηκαν τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλιση όπως ήταν. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1980 με 1990, ο νόμος επέτρεψε την ίδρυση μεγάλου αριθμού ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Σχέδια για δημιουργία κέντρων υγείας γίνανε και το αποτέλεσμα ήταν να έχουμε 176 αγροτικά κέντρα υγείας και 19 μικρά νοσοκομειακά κέντρα μέχρι το 1987 που κάλυπταν τις ανάγκες περίπου 2,5 εκ. ανθρώπων της επαρχίας. Ωστόσο η έλλειψη κανονισμών καθώς και η ανεπάρκεια του ιατρικού προσωπικού δημιούργησε προβλήματα. Το προσωπικό δεν ήταν σε θέση να προσφέρει ενημέρωση και εκπαίδευση ή να επηρεάσει τις τοπικές κοινωνίες για θέματα υγείας. Τα κέντρα που δημιουργήθηκαν παρέμειναν ως κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποκομμένα από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Επίσης κανένα από τα 210 κέντρα υγείας που σχεδιάστηκαν να γίνουν στις αστικές περιοχές δεν έγινε. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στις αστικές περιοχές συνεχίστηκε να παρέχεται από τους ιδιωτικούς γιατρούς, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων καθώς και από τις πολυκλινικές που ανήκουν στα ταμεία ασφάλισης κυρίως στο ΙΚΑ το οποίο καλύπτει

[41]Yiannis Tountas, Panagiota Karnaki and Elpida Pavi: « Reforming the Reform : The greek national health system in transition » *Health Policy* : Vol 62, issue 1, October 2002, pages 15.

τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα (σχεδόν το 50 % του εργατικού πληθυσμού στην Ελλάδα).[42]

Αν και οι δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες ενοποιήθηκαν στο ΕΣΥ και πολλές προσπάθειες γίνανε για τη βελτίωσή τους, η λειτουργία τους παρέμεινε προβληματική. Βέβαια, η εισαγωγή κάποιων διοικητικών βελτιώσεων είχε θετικά αποτελέσματα στην παραγωγή και στην παραγωγικότητα και οδήγησε σε μια σημαντική μείωση των εξόδων των νοσοκομείων. Επιπλέον, τρία μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία δημιουργήθηκαν σε τρεις επαρχίες (Ιωάννινα, Πάτρα και Κρήτη) και βασικές αλλαγές γίνανε σε πολλά νοσοκομειακά τμήματα. Παρά αυτές τις βελτιώσεις σημαντικά προβλήματα εξακολουθούν να υπάρχουν όπως για παράδειγμα οι μεγάλες διαφορές μεταξύ του αριθμού των νοσοκομείων και του αριθμού των κλινών στις διάφορες περιοχές. Στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας το 2000 αντιστοιχούσαν 6,4 κλίνες στα 1000 άτομα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Κεντρική Ελλάδα ήταν 1,2 κλίνες στα 1000 άτομα. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η σοβαρή έλλειψη σε μακροπρόθεσμης νοσηλείας κλίνες καθώς και οι μεγάλες λίστες αναμονής για τα χειρουργεία. Υπάρχει έλλειψη κινήτρων για το προσωπικό των νοσοκομείων να αυξήσουν την παραγωγικότητά τους, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Κάτι άλλο εξίσου αρνητικό είναι η ανεπαρκής διοίκηση και η εξάρτηση για συντονισμό και χρηματοδότηση από τον κρατικό μηχανισμό. Οι φάκελοι με το ιατρικό ιστορικό των ασθενών δεν είναι μηχανογραφημένοι και γενικά δεν υπάρχει εφαρμογή των τεχνολογικών εξελίξεων. Δεν υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι χρηματοδότησης και τα διάφορα χρέη που συσσωρεύονται καλείται να τα πληρώσει η πολιτεία. Επίσης ανθίζει η μαύρη αγορά στον ιατρικό τομέα με τη γνωστή τακτική – φακελάκι.[43]

Η υπερπροσφορά στους γιατρούς και η έλλειψη που παρατηρείται στο νοσηλευτικό προσωπικό εξακολουθεί να υπάρχει. Το 2000 υπήρχαν 53.200 γιατροί σε όλη τη χώρα ή 42 γιατροί για κάθε 10.000 πολίτες πράγμα που φέρνει την Ελλάδα στην δεύτερη θέση στην Ευρώπη (μετά την Ισπανία) σε ποσοστό γιατρών. Βέβαια και μέσα στη χώρα υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά αυτά. Για παράδειγμα στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνα το 2000, 88 γιατροί αντιστοιχούσαν σε 10.000 πολίτες ενώ σε άλλες περιοχές (Κεντρική Ελλάδα και Νησιά του Αιγαίου) το αντίστοιχο

[42]Yiannis Tountas, Panagiota Karnaki and Elpida Pavi: « Reforming the Reform : The greek national health system in transition » *Health Policy* : Vol 62, issue 1, October 2002, pages 16-17.
[43] ο.π. σελ 18

ποσοστό ήταν λιγότεροι γιατροί από 30. Μια αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού έχει πραγματοποιηθεί αλλά αυτή είναι πολύ χαμηλή σε σχέση με εκείνη που παρατηρήθηκε στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Και φυσικά παρόλη την αύξηση οι ανισότητες στη κατανομή των νοσηλευτριών μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών είναι πολύ μεγάλη.

Ένας από τους κεντρικούς στόχους της αναδιάρθρωσης του συστήματος το 1983 ήταν ο διαχωρισμός του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Αυτός επιτεύχθηκε εν μέρει. Η απαγόρευση για το χτίσιμο ιδιωτικών νοσοκομείων καθώς και επεκτάσεως των ήδη υπαρχόντων είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών από 41% του συνόλου των κλινών το 1981 σε 30% το 1991. Ωστόσο με την αλλαγή της κυβέρνησης το 1992 άλλαξε ο νόμος και η δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων έγινε επιτρεπτή. Σύμφωνα με στοιχεία του 2000 υπήρχαν 218 ιδιωτικές κλινικές και 139 δημόσια νοσοκομεία στη χώρα (128 του ΕΣΥ και 11 άλλων φορέων).

Η απαγόρευση για ιδιωτικά ιατρεία στους νοσοκομειακούς· γιατρούς, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των δραστηριοτήτων μαύρης αγοράς και τη διαμαρτυρία μέσω κινητοποιήσεων των γιατρών για αλλαγή του συστήματος. Για όλους αυτούς τους λόγους και παρόλη την ίδρυση του ΕΣΥ, οι Έλληνες δεν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα ενώ εξακολουθούν να πηγαίνουν στο εξωτερικό για σοβαρές περιπτώσεις υγείας.[44]

2.3 Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΤΟ 2001.

Τον Ιούλιο του 2000, ανακοινώθηκε η νέα αναδιάρθρωση του ΕΣΥ και αργότερα ψηφίστηκε ο Νόμος 2889/2001 για τη «Βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» του οποίου η κύρια επιδίωξη ήταν η αποκέντρωση και η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ.[45] Περιλαμβάνει 200 μέτρα τα οποία σχεδιάστηκαν με βάση τα προβλήματα και τις ανάγκες του ΕΣΥ όπως αυτά ήδη περιγράφηκαν. Επίσης χρησιμοποίησαν παραδείγματα μέτρων που εφαρμόστηκαν σε διάφορες χώρες της Ευρώπης την τελευταία δεκαετία.

---

[44] ο.π. σελ 18-20.

[45] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 196.

Επομένως τα βασικά στοιχεία της αναδιάρθρωσης ήταν η αποκέντρωση του συστήματος και η περιφερειακή του οργάνωση, η δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς, η ενίσχυση του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων και τέλος η καθιέρωση μιας νέας σχέσης συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η πιο σημαντική αλλαγή που έγινε ήταν η καθιέρωση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ). Η χώρα είναι χωρισμένη σε 17 περιοχές υγείας, κάθε μία από τις οποίες έχει ένα αυτόνομο περιφερειακό σύστημα υγείας. Η Αθήνα, έχει τρία ΠΕΣΥ και η Θεσσαλονίκη έχει δύο. Όλες οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ ή των ταμείων ασφάλισης (κυρίως του ΙΚΑ) βρίσκονται κάτω από τη δικαιοδοσία του Περιφερειακού ΠΕΣΥ του οποίου η κεντρική διοίκηση ασκείται από ένα Συμβούλιο με έναν Πρόεδρο-Γενικό Διευθυντή που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Κάθε Περιφερειακό Συμβούλιο αποτελείται από 9 μέλη. Εκτός από τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο το Υπουργείο ορίζει και άλλα τρία μέλη. Τα υπόλοιπα τέσσερα μέλη προέρχονται από εκπροσώπους των τοπικών αρχών, γιατρούς του ΠΕΣΥ, καθώς και του υπόλοιπου προσωπικού του ΠΕΣΥ. Το Συμβούλιο κάθε περιφέρειας διαχειρίζεται έναν ετήσιο προϋπολογισμό που χρηματοδοτείται από το Δημόσιο και από έσοδα από τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Επίσης υπάρχει η πιθανότητα βελτίωσης των υπαρχόντων μονάδων υγείας, η δημιουργία καινούριων καθώς και το κλείσιμο των πολύ απαρχαιωμένων μονάδων. Τέλος ελέγχουν και το ανθρώπινο δυναμικό κάτι που έως τότε γινόταν από το Υπουργείο.[46]

Η καθιέρωση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας σκόπευε στη βελτίωση της συνολικής διοίκησης του ΕΣΥ. Αντί για το συγκεντρωτικό χαρακτήρα του που ελέγχεται από τις ανεπαρκείς και γραφειοκρατικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, η διοίκηση της κάθε περιοχής εξαρτάται από τα ειδικά χαρακτηριστικά της κάθε τοπικής κοινωνίας. Έτσι έχουμε την ανάπτυξη ενός Συστήματος Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης αποτελεσματικό και σύμφωνο με τα παραδείγματα των άλλων Ευρωπαϊκών Κρατών όπως η Ιταλία και η Γαλλία, οι οποίες έχουν ισχυροποιήσει την περιφερειακή οργάνωση των συστημάτων υγείας τους. Με αυτό τον τρόπο δίδεται μεγαλύτερη έμφαση σε θέματα πρόληψης και επίσης γίνεται πολύ πιθανό να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν περιπτώσεις υπερκατανάλωσης των υπηρεσιών

[46]Yiannis Tountas, Panagiota Karnaki and Elpida Pavi: « Reforming the Reform : The greek national health system in transition » *Health Policy* : Vol 62, issue 1, October 2002, pages 21.

υγείας, ειδικά της νοσοκομειακής περίθαλψης κάτι που αποτελεί βαρύ φορτίο για το σύστημα υγείας.

Μια δεύτερη αλλαγή γίνεται με τη δημιουργία του ΟΔΙΠΥ (Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας), ένα δημόσιο οργανισμό υπεύθυνο για τη διαχείριση των οικονομικών πόρων των μεγάλων ταμείων ασφάλισης. Ένα συμβούλιο διευθυντών συστάθηκε από αντιπροσώπους από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και από τον δημόσιο τομέα και είναι υπεύθυνο για τη διοίκηση του οργανισμού. Αυτό το Συμβούλιο υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας[47] και στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.[48] Η πολιτεία και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης θα χρηματοδοτούν τον Οργανισμό και τους περιφερειακούς του τομείς σύμφωνα με τα δημογραφικά, επιδημιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της κάθε τοπικής κοινωνίας. Ο Οργανισμός αυτός θα είναι σε θέση να αγοράζει υπηρεσίες για τους πελάτες του, με βάση την ποιότητα και το κόστος από τα περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠΕΣΥ) καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα. Το βασικό εμπόδιο για τη δημιουργία του ΟΔΙΠΥ φάνηκε να είναι ο σκεπτικισμός ή η απροθυμία κάποιων ταμείων ασφάλισης να μην έχουν πλέον την ευθύνη για τη διοίκηση οικονομικών τους πόρων. Σκοπός του νέου Οργανισμού ήταν η παροχή βασικής υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους δικαιούχους και η εξάλειψη των μεγάλων ανισοτήτων μεταξύ των διάφορων ταμείων.[49]

Τα μέτρα που αφορούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι τα σημαντικότερα στοιχεία της μεταρρύθμισης του 2000. Ένα από τα σημαντικότερα μέτρα μπορεί να θεωρηθεί η δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές. Δηλαδή η δημιουργία αστικών κέντρων υγείας και η καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού. Τα αστικά κέντρα υγείας θα προκύψουν από την αναδιάρθρωση των ήδη υπαρχόντων πολυκλινικών και δημοτικών κλινικών και καινούρια θα δημιουργηθούν όπου υπάρχει ανάγκη. Το βασικό εμπόδιο για την καθιέρωσή τους είναι το πώς θα συγχωνευθούν οι πολυκλινικές των ασφαλιστικών ταμείων στο ΕΣΥ. Δεν υπάρχει η ανάλογη προθυμία από τα ταμεία αυτά να παραιτηθούν από τα δικαιώματά τους. Επίσης υπάρχουν αντιδράσεις και από τους γιατρούς που εργάζονται εκεί οι οποίοι απαιτούν εγγυήσεις για το νέο σύστημα διαχείρισης. Οι γιατροί που θα εργάζονται ως

---

[47] Σήμερα ονομάζεται Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
[48] Σήμερα ονομάζεται Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.
[49] Yiannis Tountas, Panagiota Karnaki and Elpida Pavi: « Reforming the Reform : The greek national health system in transition » *Health Policy* : Vol 62, issue 1, October 2002, pages 22-23.

οικογενειακοί γιατροί θα είναι πλήρους ωραρίου εργαζόμενοι στον Οργανισμό (ΟΔΙΠΥ) και θα πληρώνονται από εκεί. Οι δικαιούχοι των υπηρεσιών του Οργανισμού θα μπορούν να επιλέξουν το πιο κοντινό τους αστικό ή αγροτικό κέντρο και έναν συγκεκριμένο προσωπικό-οικογενειακό γιατρό. Το κέντρο υγείας και ο γιατρός θα έχουν την ευθύνη για παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία για ειδική θεραπεία ή για εργαστηριακές εξετάσεις κτλ καθώς και θα είναι υπεύθυνοι για την τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου με το ιατρικό ιστορικό των ασθενών τους. Ένας αριθμός σημαντικών μέτρων επίσης θα παρθεί για την βελτίωση των ήδη υπαρχόντων κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η βελτίωση των αγροτικών κέντρων θα επιτευχθεί αν εξασφαλιστεί η χρηματοοικονομική και διοικητική αυτονομία των κέντρων αυτών, παρέχοντας τους το αναγκαίο ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και συνδέοντάς τα με τα περιφερειακά νοσοκομεία. Επιπλέον, οι νέες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα προσφέρονται και κατ' οίκον.[50]
Καθώς τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι υπό την επίβλεψη των Περιφερειακών ΠΕΣΥ χάνουν τα δικαιώματά τους. Τα Συμβούλια αντικαθίστανται από έναν Διευθυντή υπεύθυνο για τη διοίκηση του νοσοκομείου καθώς και για τη διαχείριση του προϋπολογισμού κάτι όμως που θα πρέπει να εγκριθεί από το ΠΕΣΥ στο οποίο υπάγεται το νοσοκομείο και όχι από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης η διοίκηση του νοσοκομείου θα εμπλέκεται περισσότερο σε θέματα που αφορούν στην πρόσληψη νέου προσωπικού αλλά και στη λειτουργία της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Αυτές οι νέες τροποποιήσεις αναμένεται να είναι ευεργετικές μια και αποσκοπούν στην αύξηση της αυτονομίας των νοσοκομείων και ενδυναμώνουν τον ενεργό τους ρόλο στο σύστημα υγείας, κάτι που ήδη έχει επιτευχθεί σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Εξίσου σημαντικό μέτρο θεωρήθηκε η καθιέρωση απογευματινών και βραδινών εφημεριών σε όλα τα νοσοκομεία όπου οι ιατροί μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στους προσωπικούς τους ασθενείς. Οι συνθήκες των νοσοκομείων αναμένεται να βελτιωθούν και μέσω της δημιουργίας υπηρεσιών υποδοχής των ασθενών, τη δημιουργία αυτόνομων τμημάτων εκτάκτων περιστατικών καθώς και τη δημιουργία υπηρεσιών για μετά τη νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο. Η καθιέρωση των απογευματινών και βραδινών εφημεριών και η δυνατότητα που

[50] ο.π. σελ 23.

δίδεται στους γιατρούς του νοσοκομείου να δέχονται και εξωτερικούς τους ασθενείς αποσκοπεί στην ευκολότερη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και στην αύξηση του ανταγωνισμού των δημόσιων νοσοκομείων με τον ιδιωτικό τομέα. Η ανταγωνιστικότητα ενισχύεται επιπλέον από τη βελτίωση των συνθηκών παραμονής στο νοσοκομείο καθώς και από την πλήρη απασχόληση των ιατρών. Από την άλλη μεριά η διεθνής εμπειρία μας δείχνει ότι αν ο βασικός τρόπος χρηματοδότησης της υγείας είναι το δημόσιο τότε τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, αντίθετα αν υπάρξει συνδυασμός του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα τότε η κατάσταση θα είναι καλύτερη. Η μεταρρύθμιση περιλαμβάνει επίσης νέα μέτρα όπως η ίδρυση ενός Τμήματος Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και η δημιουργία ενός Εθνικού Συμβουλίου για την Δημόσια Υγεία καθώς και περιφερειακά συμβούλια για τη Δημόσια Υγεία ενώ παραρτήματα Δημόσιας Υγείας θα γίνουν σε όλη την επικράτεια. Τα μέτρα της μεταρρύθμισης του 2000 θέτουν ως προτεραιότητα την πρόληψη, την προώθηση της εκπαίδευσης για θέματα υγείας, τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία θέματα δηλαδή που μέχρι τότε δεν ήταν στις προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Τέλος, υπάρχουν σχέδια για ίδρυση ενός Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας που θα υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με εξειδικευμένα κέντρα για εξασφάλιση της ποιότητας, βιοϊατρική τεχνολογία, έρευνα, επιμόρφωση και νέα τεχνολογία για τη δημόσια υγεία και την ιατρική πληροφόρηση. Μέσω αυτού του Ινστιτούτου ελπίζεται ότι θα ολοκληρωθεί ο χάρτης των υπηρεσιών υγείας της χώρας και η Ελλάδα θα μπορέσει να θέσει νέους στόχους για την ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.[51]

Η επιτυχία των μέτρων της αναδιάρθρωσης εξαρτάται από δύο παράγοντες. Ο πρώτος αφορά στην ανάγκη για αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Έτσι το 2000 το επίπεδο είναι 5,4 % του ΑΕΠ και θεωρείται ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό. Αυτό είναι σημαντικός περιοριστικός παράγοντας μια και η οικονομική κατάσταση της χώρας δεν επιτρέπει την αποτελεσματική αύξηση των δαπανών για την υγεία. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Το προσωπικό του ΕΣΥ και ειδικά οι νοσοκομειακοί γιατροί εργάζονται σε ένα περιβάλλον που συνδέεται με χαμηλή παραγωγικότητα και φαινόμενα διαφθοράς. Η αλλαγή της υπάρχουσας κατάστασης

[51] ο.π. σελ 24-26.

θα είναι δύσκολη και δυστυχώς μπορεί να αποτελέσει και ανασταλτικό παράγοντα για την επιτυχία της αναδιάρθρωσης.

Επίσης χρειάζεται να γίνει αναφορά στις αντιδράσεις και στις διαφωνίες που εκφράστηκαν για το νέο σύστημα υγείας από τα πολιτικά κόμματα, τα μέλη των σωματείων και άλλων επαγγελματιών. Αν και συμφωνούν όλοι για την ανάγκη της περιφερειακής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, οι διαφωνίες αναφέρονται στην έλλειψη κεντρικής διοίκησης από ένα όργανο όπως εκείνο της Μεγάλης Βρετανίας. Το γεγονός ότι ο κεντρικός συντονισμός ασκείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το γεγονός ότι οι Διοικητές των ΠΕΣΥ διορίζονται από τον Υπουργό έχει ως αποτέλεσμα την κομματικοποίηση του ΕΣΥ και επίσης αμφισβητείται το γεγονός κατά πόσο μπορεί το Υπουργείο να είναι αποτελεσματικό στην άσκηση κεντρικής διοίκησης. Διαφωνίες επίσης έχουν διατυπωθεί για την κατάργηση του υπάρχοντος νομικού πλαισίου των νοσοκομείων και των Συμβουλίων τους. Αυτό το μέτρο θεωρείται απειλή για τη διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων και συνεπώς και για την αποτελεσματική διαχείρισή τους. Επίσης υπάρχουν αμφιβολίες για την ικανότητα διασφάλισης των δικαιωμάτων των εργαζομένων στο νέο αυτό πλαίσιο. Βέβαια αυτές οι αντιρρήσεις δεν είναι το βασικό εμπόδιο της μεταρρύθμισης μια και δεν έχουν μεγάλη επιρροή στους εργαζόμενους.

Η κριτική που ασκείται από τα αριστερά κόμματα είναι ότι αυτή η μεταρρύθμιση θα οδηγήσει σιγά-σιγά στην ιδιωτικοποίηση του τομέα της υγείας. Επίσης άλλες αντιρρήσεις προέρχονται από τους γιατρούς που είναι και πανεπιστημιακοί μια και το νέο σύστημα τους απαγορεύει να έχουν ιδιωτικά ιατρεία.

Τελειώνοντας θα λέγαμε ότι παρά τις αντιρρήσεις και τις αμφιβολίες που είχαν εκφραστεί γεγονός παραμένει ότι η πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού καθώς και εκείνων που εργάζονται στο ΕΣΥ δέχτηκαν θετικά τα νέα μέτρα που ανακοινώθηκαν.[52]

[52] ο.π. σελ 27-29

2.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΕΣΥ

Μετά από τέσσερα σχεδόν χρόνια βλέπουμε ότι από τις προβλέψεις του Σχεδίου τελικά υλοποιήθηκαν τα ακόλουθα:[53]

- Ν. 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις». Με το νόμο αυτό, πρώτον, συστάθηκαν 17 ΠΕ.Σ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, στο νόμο προβλέπονται τα γεωγραφικά όρια, η οργάνωση, η διοίκηση, η στελέχωση και οι πηγές χρηματοδότησης των ΠΕ.Σ.Υ. Δεύτερον, προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης και οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων, διάρθρωσης της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας τους και λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων. Τρίτον, ο νόμος ρυθμίζει τις νέες εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΕΣΥ.
- Ν. 2920/2001, «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας». Με το νόμο αυτό συστάθηκε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, υπαγόμενο απευθείας στον Υπουργό, με σκοπό τη διενέργεια επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του Υπουργείου Υγείας και τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ν.2955/2001, «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠΕ.Σ.Υ.». Ρύθμιση της διαδικασίας προμηθειών των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας των ΠΕ.Σ.Υ.
- Ν. 3172/2003, «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις». Προβλέπονται η σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ως γνωμοδοτικού και συμβουλευτικού οργάνου, οργάνων συντονισμού της δημόσιας υγείας και Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η αναβάθμιση των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών, της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και των ΟΤΑ, ρυθμίζονται θέματα προσωπικού και εκπαίδευσης στη δημόσια υγείας και προβλέπεται η σύνταξη χάρτη υγείας.

---

[53]Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 212-213.

Επιπροσθέτως, έχει προχωρήσει η εφαρμογή μιας σειράς μέτρων όπως η λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και των απογευματινών ιατρείων στο πλαίσιο της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων. Επίσης μέχρι το 2004 δεν είχε νομοθετηθεί η σύσταση του ΟΔΙΠΥ.

2.5 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Στο σημείο αυτό απαραίτητο κρίνεται να αναφέρουμε τις πρόσφατες εξελίξεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας. Έτσι έχουμε την ψήφιση του Νόμου 3329/2005 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 81 Α' στις 4 Απριλίου 2005 και παρουσιάζουμε περιληπτικά κάποιες μεταρρυθμίσεις που γίνανε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του κεφαλαίου Α του Ν.3329/2005 η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές και έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Περιφέρειας. Κατ' εξαίρεση, η Περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις Υγειονομικές Περιφέρειες και οι Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου διαιρούνται σε δύο Υγειονομικές Περιφέρειες η καθεμία.

Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία 'Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.', που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας.

Η κάθε Δ.Υ.ΠΕ έχει δικό της προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, αρχείο, σφραγίδα και Αριθμό Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ.). Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να μεταβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επίσης επιτρέπεται, για λειτουργικούς λόγους, να υπάγονται ορισμένες περιοχές ή ορισμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης ορισμένων περιοχών μιας Υγειονομικής Περιφέρειας σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια.

Στο ελληνικό δημόσιο περιέρχεται αυτοδικαίως το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των ΠΕΣΥΠ, των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής, μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2005 όλων των ακινήτων που περιέρχονται στην κυριότητα του ελληνικού Δημοσίου. Οι Δ.Υ.ΠΕ., τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας διατηρούν την αποκλειστική χρήση των περιουσιακών στοιχείων που χρησιμοποιούν για την πραγματοποίηση των σκοπών τους, εξακολουθούν να έχουν τη διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων που περιήλθαν στο ελληνικό Δημόσιο και βαρύνονται με τις πάσης φύσεως δαπάνες για την επισκευή και συντήρησή τους.

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 του κεφαλαίου Α του Ν.3329/2005 σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ. είναι:

Α) Ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ). Ως Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

1) Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας,

2) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης,

3) Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Β) Η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους.

Γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με το Άρθρο 3 του κεφαλαίου Α του Ν.3329/2005 τα όργανα Διοίκησης της Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) είναι:

α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και β) το Διοικητικό Συμβούλιο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ.

Σύμφωνα με το Άρθρο 6 του κεφαλαίου Α του Ν.3329/2005 στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.) που έχει ως σκοπό το συντονισμό του έργου των Διοικητών των Υγειονομικών Περιφερειών και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από:
α) τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως πρόεδρο αναπληρούμενο από τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
β) τον Γενικό Γραμματέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αναπληρούμενο από τον αντίστοιχο Γενικό Διευθυντή,
γ) τους Διοικητές όλων των Υγειονομικών Περιφερειών, αναπληρούμενους από τους Αντιπροέδρους των Δ.Σ. των Δ.Υ.ΠΕ..
Επίσης στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.) που γνωμοδοτεί προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για θέματα ανάπτυξης των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην Περιφέρεια, το συντονισμό των Διοικήσεων των Νοσοκομείων και των λοιπών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το Σ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από την Ολομέλεια και τη Συντονιστική Επιτροπή.

Το Άρθρο 7 του κεφαλαίου Β του Ν.3329/2005 αναφέρεται στη Διοίκηση Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.
Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ.Π. με τη διάταξη της παρ.4 του άρθρου 1 του Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του νόμου 3329/2005 και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ.

Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε:
α) γενικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε περισσότερες από μία θεραπευτικές κατηγορίες και
β) ειδικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε μια θεραπευτική κατηγορία. Νοσοκομεία τα οποία έχουν την ονομασία 'Πανεπιστημιακό' τη διατηρούν και στο μέλλον, κάτι όμως που μπορεί να μεταβληθεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
Τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. είναι: α) Το Διοικητικό Συμβούλιο και β) ο Διοικητής του Νοσοκομείου.

Το άρθρο 14 του κεφαλαίου Γ αναφέρεται στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας που προβλέπονται στην παρ.2 του άρθρου 1 του Ν.3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α') μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του νόμου 3329/2005 και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου (Α.Φ.Μ.).
Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζεται η ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας ως νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

Στο άρθρο 15 του κεφαλαίου Γ αναφέρονται τα Όργανα Διοίκησης των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας που είναι: α) το Διοικητικό Συμβούλιο και β) ο Διοικητής.

Τέλος στο Άρθρο 42 του κεφαλαίου ΣΤ αναφέρονται οι τελικές και μεταβατικές διατάξεις. Αυτό που μας ενδιαφέρει κυρίως είναι ότι από την 3η Μαΐου 2005 καταργούνται τα ΠΕ.Σ.Υ.Π., τα οποία είχαν συσταθεί με την παράγραφο 2 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001.

Με το νέο νόμο (3329/2005) για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επιχειρείται μια συντονισμένη προσπάθεια για την βελτίωση του εθνικού συστήματος υγείας μια και η ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες Υγείας αποτελούν βασική αρχή της σύγχρονης πολιτικής υγείας της χώρας μας. Η σημασία της αποκέντρωσης των υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και

η συνεισφορά της στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι πολύ μεγάλη. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι αυτό που έχει τη γενική ευθύνη για το συντονισμό και τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής της χώρας. Στην επόμενη βαθμίδα του αποκεντρωμένου συστήματος βρίσκονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες, σε καθεμιά από τις οποίες συνιστάται Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας». Το νομικό αυτό πρόσωπο είναι υπεύθυνο για την υγειονομική πολιτική και την πολιτική κοινωνικής αλληλεγγύης στην τοπική περιφέρεια της αρμοδιότητάς του και εποπτεύει και συντονίζει τη δράση των Νοσοκομείων και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας.

Η καινοτομία του συστήματος είναι ότι τα Νοσοκομεία και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, δηλαδή η Τρίτη βαθμίδα της υγειονομικής πυραμίδας της χώρας, ξαναγίνονται νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό, ώστε να αποκτήσουν περισσότερες αρμοδιότητες και να μπορέσει να επιτευχθεί αποκέντρωση.

Η κατάργηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας ήταν αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας τους. Τα ΠΕΣΥΠ στερούσαν τα νοσοκομεία από οποιαδήποτε δυνατότητα αυτενέργειας ενώ η δημιουργία μεγάλης γραφειοκρατίας αποτελούσε σημαντικό πρόβλημα.

Έτσι στην προσπάθεια αυτή για την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ τα νοσοκομεία γίνονται πλέον αυτοτελή νομικά πρόσωπα, με ουσιαστικές αρμοδιότητες αυτοτελούς αντιμετώπισης των αναγκών τους, με ευελιξία, με δυνατότητα στρατηγικού σχεδιασμού ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού τους.

Τέλος, η δημιουργία των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) οι οποίες είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου συντελούν στην επίτευξη του βασικού στόχου που είναι η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

3.1 Ιστορική Αναδρομή

Το ΙΚΑ ιδρύθηκε με το νόμο 6298/34 και άρχισε να λειτουργεί το Δεκέμβριο του 1937.[54] Βασικός στόχος του ήταν η υποχρεωτική και καθολική ασφάλιση προσώπων τα οποία παρέχουν κατά κύριο επάγγελμα και έναντι αμοιβής εξαρτημένη εργασία. Το ΙΚΑ καλύπτει τους κινδύνους ασθένειας, μητρότητας, αναπηρίας, ατυχήματος (εργατικού ή μη) και γήρατος, δηλαδή καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των κινδύνων των αναφερομένων στην 102 Σύμβαση της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Οι παροχές επεκτείνονται και στα μέλη της οικογενείας του ασφαλισμένου και συνταξιούχου, σε περίπτωση ασθένειας ή θανάτου του προστάτη τους. Παρέχει πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, παροχές ασθενείας και μητρότητας σε χρήμα και συντάξεις (κύριες και επικουρικές) γήρατος, ασθένειας και θανάτου.

Από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα, το ΙΚΑ αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας ενώ ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι του παραμένουν διαχρονικά οι ίδιοι. Στην μακρόχρονη πορεία του το ΙΚΑ, από την ημέρα της ίδρυσής του, μέχρι σήμερα, πέρασε από πολλές φάσεις ανάπτυξης.[55] Η αρχική του όμως πορεία δεν άλλαξε. Το μόνο που άλλαξε, είναι το πλήθος των ασφαλισμένων, οι διάφορες κατηγορίες και ειδικότητες που πια καλύπτονται από το ΙΚΑ. Επίσης το ΙΚΑ, μέσω του Τομέα Υγείας, στις δικές του Μονάδες Υγείας (νομαρχιακές, τοπικές κλπ μονάδες) παρέχει, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη στους ασφαλισμένους του. Έτσι σήμερα, το ΙΚΑ έφτασε να είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας. Διαθέτει 331 Μονάδες Ασφάλισης και 364 Μονάδες Υγείας. Παρέχει περίθαλψη σε 5.550.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιοδοτεί 845.000 συνταξιούχους.

Είναι γεγονός ότι η μεγάλη σε διάρκεια πορεία του ΙΚΑ έχει δημιουργήσει ένα περίπλοκο και γραφειοκρατικό πλέγμα νομοθετικών ρυθμίσεων, ασφαλιστικής πρακτικής, νομολογίας, νομικών γνωμοδοτήσεων και διαδικασιών, το οποίο δυσχεραίνει τη λειτουργία του Ιδρύματος. Επίσης κάτι άλλο που διακρίνει το ΙΚΑ από τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία, εκτός από το πλήθος των ασφαλισμένων του, είναι

---

[54] Μπούρλος Αθ. Νομοθεσία ΙΚΑ
[55] www.ika.gr- Γενικά - Ιστορική Αναδρομή

η διαφορετική αντίληψη ως προς τον τρόπο δόμησης και λειτουργίας του κλάδου υγείας.[56] Το ΙΚΑ στηρίζει την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του στην αυτοδύναμη ανάπτυξη υπηρεσιών παροχής υγείας, η οποία όμως πάντοτε υπολείπεται στην ικανοποίηση της ζήτησης τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά Γι' αυτό, ενώ διαθέτει αναπτυγμένο δίκτυο μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα, πολλές φορές αναγκάζεται να καταφεύγει για την ικανοποίηση των αναγκών του τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Πρέπει ακόμη να αναφερθεί ότι το ΙΚΑ, λόγω του ότι είναι ο μοναδικός φορέας που διαθέτει υπηρεσίες ασφάλισης και υγείας, αντιμετωπίζει σαφέστατα και μεγαλύτερες δυσχέρειες και προβλήματα σε σχέση με άλλους ασφαλιστικούς φορείς. Στα τέλη περίπου της δεκαετίας του 70' το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος εισέρχεται σε περίοδο κρίσης πράγμα που συνδέεται με την γενικότερη πορεία της οικονομίας.[57] Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση κορυφώνεται το 1982 όταν δημιουργείται για πρώτη φορά σημαντικό έλλειμμα στον κυριότερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας, το ΙΚΑ. Παρά τις πολιτικές παρεμβάσεις το έλλειμμα εμφανίζει τάσεις διόγκωσης με αποτέλεσμα το ΙΚΑ να έχει εισέλθει σε μια φάση οικονομικών ανισορροπιών και οξύτατων χρηματοδοτικών προβλημάτων, πράγμα που οδηγεί αναπόφευκτα σε απώλεια εμπιστοσύνης στο θεσμό. Τα κύρια προβλήματα του ΙΚΑ εστιάζονται α) στη συγκρότηση και λειτουργία του, β) στη χρηματοδότηση και στα ελλείμματα και γ) στο χαμηλό επίπεδο και στη γραφειοκρατική διαδικασία απονομής των παροχών. Η βαθμιαία επιδείνωση αυτών των προβλημάτων συνθέτει τη σημερινή πολύπλευρη και πολύπλοκη κρίση του ΙΚΑ.[58]

---

[56]Μουζουράκης Γιάννης (ΑΘΗΝΑ 1990) European Institute of Security-Ελληνικό Τμήμα «Οι Υπηρεσίες Υγείας, Οργάνωση -Διοίκηση-Προγραμματισμός» Κεφάλαιο: Οι σχέσεις των κλάδων υγείας του ΙΚΑ και ΕΣΥ. Σελ: 140-141.

[57] Γ.Α. Προβόπουλος (Αθήνα 1985) Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών: « Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση-Το πρόβλημα του ΙΚΑ». Επίκαιρα Θέματα: 2

[58] Π. Πετρουλέας, Σ. Ρόμπολης, Ε. Ξυδέας, Μ. Χλέτσος «Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα – Η περίπτωση του ΙΚΑ. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ. Σελ. 89.

3.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΚΑ

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ

Οργανωτική Διάρθρωση και Οργανόγραμμα ΙΚΑ

Η βασική οργανωτική αρχή που διέπει τη δομή της λειτουργίας του ΙΚΑ βασίζεται στο διαχωρισμό των υπηρεσιών του Ιδρύματος σε Κεντρικές και Περιφερειακές Υπηρεσίες.

Οι **Κεντρικές** υπηρεσίες έχουν σαν έργο την υποστήριξη προς την Διοίκηση για το σχεδιασμό της υπηρεσιακής πολιτικής και τη χάραξη των γενικών κατευθύνσεων στη λειτουργία του ΙΚΑ. Επίσης έχουν σαν έργο την καθοδήγηση και τον έλεγχο των Περιφερειακών Υπηρεσιών όπως και την παροχή σε αυτές υπηρεσιών γενικής φύσεως (π.χ. στελέχωση, στέγαση, εφοδιασμό με υλικά, εξοπλισμό κ.α)

Οι **Περιφερειακές** υπηρεσίες διακρίνονται σε Υπηρεσίες (Μονάδες) Ασφάλισης και Υπηρεσίες (Μονάδες) Υγείας. Οι Υπηρεσίες αυτές συνεργάζονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται στο έργο τους, ιδιαίτερα όσον αφορά θέματα λειτουργικής φύσεως (οικονομική διαχείριση, μηχανογράφηση κ.α).[59]

Το οργανόγραμμα του ΙΚΑ σε υψηλό διοικητικό επίπεδο μπορούμε να το δούμε στον **Πίνακα 1** στο Παράρτημα.

Υπηρεσίες και Οργανωτικά Επίπεδα ΙΚΑ

Ι. Περιγραφή Κεντρικών Υπηρεσιών ΙΚΑ

Οι Κεντρικές Υπηρεσίες του Ιδρύματος περιλαμβάνουν τέσσερις Γενικές Διευθύνσεις, τέσσερις ανεξάρτητες Διευθύνσεις και το Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια.

- **Γενική Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών,** η οποία συγκροτείται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες:
    1. Διεύθυνση Διοικητικού Προσωπικού
    2. Διεύθυνση Οργάνωσης και Απλούστευσης Διαδικασιών
    3. Διεύθυνση Πληροφορικής
    4. Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Ενημέρωσης

[59] Deloitte & Touche (2000) « Έργο Μελετών Βελτίωσης και Πληροφορικής του Τομέα Υγείας του ΙΚΑ, Διαγνωστική Φάση-Παραδοτέο 1»

- **Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών,** η οποία συγκροτείται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες:
  1. Διεύθυνση Ασφάλισης και Εσόδων
  2. Διεύθυνση Παροχών
  3. Διεύθυνση Διεθνών και Ασφαλιστικών Σχέσεων
  4. Διεύθυνση Συντάξεων Προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.
- **Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Υπηρεσιών,** η οποία συγκροτείται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες:
  1. Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών
  2. Διεύθυνση Τεχνικής και Στέγασης
  3. Διεύθυνση Προμηθειών και Χημικών Υπηρεσιών
  4. Διεύθυνση Αναλογιστών Μελετών και Στατιστικής

- **Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας,** η οποία συγκροτείται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες:
  1. Διεύθυνση Υγειονομικού Προσωπικού
  2. Διεύθυνση Υγειονομικών Υπηρεσιών
  3. Διεύθυνση Αναπηρίας και Κοινωνικής Εργασίας
  4. Διεύθυνση Φαρμακευτική
- **Διεύθυνση Γραμματείας**
- **Διεύθυνση Νομική**
- **Διεύθυνση Επιθεώρησης Υπηρεσιών Ασφάλισης**
- **Διεύθυνση Επιθεώρησης Υπηρεσιών Υγείας**
- **Τμήμα Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων**

Το οργανόγραμμα των Κεντρικών Υπηρεσιών Διοίκησης παρουσιάζεται στον **Πίνακα 2** στο Παράρτημα.

ΙΙ. Περιγραφή Περιφερειακών Υπηρεσιών ΙΚΑ

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες διακρίνονται σε Υπηρεσίες Ασφάλισης και Υπηρεσίες Υγείας. Στις Περιφερειακές Υπηρεσίες εντάσσονται και τα γραφεία Συντονιστών.

- Οι Υπηρεσίες Ασφάλισης αποτελούνται από:
  1. Τα Περιφερειακά Υποκαταστήματα

2. Τα Τοπικά Υποκαταστήματα
3. Τα Παραρτήματα
4. Τα Ταμεία Είσπραξης Εσόδων ΙΚΑ

- Οι Υπηρεσίες Υγείας σύμφωνα με τον Οργανισμό αποτελούνται από:
  1. Τις Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας
  2. Τις Τοπικές Μονάδες Υγείας
  3. Τα Τοπικά Ιατρεία
  4. Τα Διαγνωστικά Κέντρα Ιατρικής της Εργασίας
  5. Τις Υπηρεσίες Υγειονομικών Επιτροπών Αναπηρίας
  6. Τα Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής
  7. Τα Κέντρα Προληπτικής Ιατρικής
  8. Τα Ειδικά Διαγνωστικά-Θεραπευτικά Κέντρα[60]
  9. Τους Σταθμούς Άμεσης Βοήθειας (ΣΑΒ)
  10. Τις Υπηρεσίες Νοσοκομειακής Υποστήριξης

3.3 Υπηρεσίες Τομέα Υγείας ΙΚΑ

Ο Τομέας Υγείας του ΙΚΑ αποτελείται από τις Κεντρικές και Περιφερειακές Υπηρεσίες, των οποίων η δομή, τα χαρακτηριστικά και οι αρμοδιότητες περιγράφονται παρακάτω, όπως έχουν ορισθεί στον Οργανισμό του ΙΚΑ που βασίστηκε στην κωδικοποίηση του Π.Δ. 266/1989 (ΦΕΚ 127/τ.Α/1989) όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τα Π.Δ. 154 / 1991 (ΦΕΚ 61/τ.Α/1991) και 363/1992 (ΦΕΚ 184/τ.Α/1992 και 51/τ.Α/1993)

Ι. Κεντρικές Υπηρεσίες Υγείας

Οι Κεντρικές Υπηρεσίες Υγείας Περιλαμβάνουν τη **Γενική Διεύθυνση** Υπηρεσιών Υγείας και τη **Διεύθυνση Επιθεώρησης Υπηρεσιών Υγείας**.

Η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας συγκροτείται από 4 υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης οι αρμοδιότητες των οποίων κατανέμονται μεταξύ των αναλόγων τμημάτων της κάθε Διεύθυνσης.

[60] Τα Ειδικά Διαγνωστικά – Θεραπευτικά Κέντρα δεν λειτουργούν

Η Διεύθυνση Επιθεώρησης Υπηρεσιών Υγείας αποτελεί αυτόνομη διεύθυνση που υπάγεται κατ' ευθείαν στον Διοικητή.
Η οργανωτική μορφή των Διευθύνσεων που απαρτίζουν τις Κεντρικές Υπηρεσίες Υγείας παρουσιάζεται στον **Πίνακα 3** του Παραρτήματος.

Η Διεύθυνση Υγειονομικού Προσωπικού αποτελείται από τα παρακάτω τμήματα:

1. Τμήμα Κατάστασης Ιατρικού Προσωπικού
2. Τμήμα Κατάστασης Νοσηλευτικού και λοιπού Υγειονομικού Προσωπικού
3. Τμήμα Μητρώου
4. Τμήμα Εργασιακών Σχέσεων
5. Τμήμα Πειθαρχικού

Η Διεύθυνση Υγειονομικών Υπηρεσιών αποτελείται από τα παρακάτω τμήματα:

1. Τμήμα Ανοιχτής Περίθαλψης
2. Τμήμα Κλειστής Περίθαλψης
3. Τμήμα Προγραμματισμού
4. Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής
5. Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

ΙΙ. Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας είναι σύμφωνα με τον Οργανισμό οι ακόλουθες:

- **Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας**
- **Τοπικές Μονάδες Υγείας**
- **Τα Τοπικά Ιατρεία**
- **Τα Διαγνωστικά Κέντρα και Ιατρικής της Εργασίας**
- **Οι Υπηρεσίες Επιτροπών Αναπηρίας**
- **Τα Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής**
- **Τα Κέντρα Προληπτικής Ιατρικής**
- **Τα Ειδικά Διαγνωστικά Θεραπευτικά Κέντρα**
- **Οι Σταθμοί Άμεσης Βοήθειας**
- **Οι Υπηρεσίες Νοσοκομειακής Υποστήριξης (Νοσοκομεία)**

Με τον Οργανισμό του ΙΚΑ καθιερώθηκε ο διαχωρισμός των Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Ασφάλισης και η λειτουργία τους με αυτοτέλεια.
Η έναρξη λειτουργίας μιας υπηρεσίας υγείας ως αυτοτελούς γίνεται, όπως ορίζεται στον Οργανισμό με απόφαση Διοικητή και εφόσον πληρούνται οι αναγκαίες προϋποθέσεις.
Όπου δεν έχει εφαρμοσθεί η αυτοτέλεια λόγω μη ύπαρξης των αναγκαίων προϋποθέσεων, οι υγειονομικές υπηρεσίες εξακολουθούν να λειτουργούν, όπως και στο παρελθόν, ενταγμένες στα Υποκαταστήματα π.χ Σπάρτη, Κιλκίς, Καρπενήσι, Ζάκυνθος κ.α.

Οι **Νομαρχιακές** και **Τοπικές Μονάδες υγείας** είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης, ισότιμες μεταξύ τους και:

1. Παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.
2. Δεν διαθέτουν λογιστήριο και οικονομικό τμήμα και υποστηρίζονται σε οικονομικά και διαχειριστικά θέματα από τις Μονάδες Ασφάλισης της περιοχής τους.
3. Όπου αυτό απαιτείται, ελλείπουσες υπηρεσίες των Τοπικών Μονάδων Υγείας καλύπτονται από τις υπηρεσίες των Νομαρχιακών Μονάδων.

Τα **Τοπικά Ιατρεία** αποτελούν αποκεντρωμένες χωροταξικά υπηρεσίες επιπέδου Τμήματος και υπάγονται σε Νομαρχιακή ή Τοπική Μονάδα Υγείας.

- Παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τα **Διαγνωστικά Κέντρα και Ιατρικής της Εργασίας** είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης. Προβλέπονται δύο, ένα στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη. Λειτουργεί μόνο ένα στην Αθήνα.

- Παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε θέματα επαγγελματικών παθήσεων.

Οι **Υπηρεσίες Επιτροπών Αναπηρίας** είναι δύο, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη. Είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης.

- Έργο τους είναι η μέριμνα για την ορθή και αναγκαία κάλυψη των επιτροπών Αναπηρίας του ΙΚΑ με γιατρούς και για τη νομότυπη λειτουργία τους.

Τα **Κέντρα Προληπτικής Ιατρικής** είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης. Στον Οργανισμό προβλέπονται επτά, από ένα στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Αλεξανδρούπολη και Λάρισα. Μέχρι σήμερα λειτουργεί ένα στην Αλεξανδρούπολη.

- Εφαρμόζει εξειδικευμένα προγράμματα προληπτικής ιατρικής, όπως ελέγχους AIDS, Ηπατίτιδας A,B,C, Μεσογειακής Αναιμίας κ.λ.π. Μετέχει επίσης σε προγράμματα διαβαλκανικής συνεργασίας.

Τα **Ειδικά Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Κέντρα** είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης. Προβλέπονται τρία από ένα στην Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη. Δεν έχουν μέχρι σήμερα λειτουργήσει.

Τα **Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής** είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης. Λειτουργούν δύο, ένα στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη.

- Παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση ψυχοπαθολογικών προβλημάτων των ανηλίκων.

Οι **Σταθμοί Άμεσης Βοήθειας (ΣΑΒ)** είναι υπηρεσίες επιπέδου Τμήματος και εποπτεύονται από την Μονάδα Υγείας της έδρας τους.

- Είτε προβλεπόμενοι στον Οργανισμό, είτε με έγκριση του Δ.Σ. του Ιδρύματος λειτουργούν ΣΑΒ στις Μονάδες Υγείας Αιγάλεω, Αλεξάνδρας, Ελευσίνας, Περάματος, Καλλιθέας, Δραπετσώνας και Περιστερίου.

Οι **Υπηρεσίες Νοσοκομειακής Υποστήριξης (Νοσοκομεία)** είναι υπηρεσίες επιπέδου Διεύθυνσης.

- Είναι πέντε: Στην Αθήνα 1^{ο} Νοσοκομείο, 7^{ο} Νοσοκομείο, Ογκολογικό Νοσοκομείο «Γεώργιος Γεννηματάς», Νοσοκομείο Βραχείας Νοσηλείας και στη Θεσσαλονίκη 2^{ο} Νοσοκομείο.

- Κάθε Νοσοκομείο διαρθρώνεται σε τρεις Υποδιευθύνσεις, Ιατρικής Υπηρεσίας, Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και Διοικητικής Υπηρεσίας.
- Παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης.
- Έχουν σύμφωνα με τον Οργανισμό, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες περιφερειακές υπηρεσίας υγείας, οικονομική υπηρεσία (λογιστήριο).

Για το συντονισμό και την εποπτεία των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας, αλλά και την υποβολή σχετικών προτάσεων και εισηγήσεων στις Κεντρικές Υπηρεσίες, μπορεί να ορίζονται δύο Συντονιστές Διοίκησης σε κάθε Διοικητική Περιφέρεια, ενώ ειδικά για την Αττική δύο ανά Νομαρχία.

Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε αναλυτικότερα στοιχεία για τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας του ΙΚΑ τα οποία προέρχονται από τη Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας - Διεύθυνση Υγειονομικών Υπηρεσιών (Τμήμα Προγραμματισμού). Επομένως έχουμε για κάθε Περιφέρεια της χώρας τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας του ΙΚΑ και τις παρουσιάζουμε στον Πίνακα 3.1. Έτσι βλέπουμε τόσο για το σύνολο της χώρας όσο και σε κάθε Περιφέρεια ξεχωριστά πόσες Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας του ΙΚΑ λειτουργούν.

Πίνακας 3.1. Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας ΙΚΑ (2004).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΟΠΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΤΟΠΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΤΟΠΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΙΔ.ΙΑΤΡΕΙΑ/Κ.Υ.	ΙΑΤΡΕΙΑ	ΥΠ/ΜΑΤΑ	ΥΠ/ΜΑΤΑ ΙΔ. ΙΑΤΡ./Κ.Υ.	ΠΑΡ/ΜΑΤΑ	ΠΑΡ/ΜΑΤΑ ΙΔ. ΙΑΤΡ./Κ.Υ.	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	5		2	2	1	1	2	1	2	16
ΑΤΤΙΚΗΣ	4	32	38	2	9	5	2	2	3	97
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	2					1	1	2	4	10
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	3	4	2	1	5	1	1		7	24
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	3	1				1	2		4	11
ΗΠΕΙΡΟΥ	3		1	1			1		4	10
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	4		4	1			2	2	9	22
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	1					3		1	1	6
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	5	6	28	4	4	6	1	2	12	68
ΚΡΗΤΗΣ	3		3		1		3		4	14
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	2					1	4		6	13
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	4	1	1		2	1	4		11	24
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	3	2	4	2	1	5	4		9	30
ΣΥΝΟΛΟ	42	46	83	13	23	25	27	10	76	345

Πηγή: ΙΚΑ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ (Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, Διεύθυνση Υγειονομικών Υπηρεσιών, Τμήμα Προγραμματισμού)

ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΙΝΑΚΑ 3.1 / ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΣΤΗΛΩΝ ΠΙΝΑΚΑ

Στήλη1: Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας-Αυτοτελείς Μονάδες.

Στήλη2: Τοπικές Μονάδες Υγείας- Αυτοτελείς Μονάδες.

Στήλη3: Τοπικά Ιατρεία-Υπάγονται σε Νομαρχιακή ή Τοπική Μονάδα Υγείας.

Στήλη4: Οι γιατροί του ΙΚΑ εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους στα ιδιωτικά ιατρεία ή συστεγάζονται σε κέντρο υγείας του ΕΣΥ.

Στήλη5: Ιατρεία-Αποκεντρωμένοι Υγειονομικοί Σχηματισμοί Μονάδων Υγείας.

Στήλη6:Υποκαταστήματα-Υγειονομικές Υπηρεσίες που λειτουργούν χωρίς αυτοτέλεια ενταγμένες στα υποκαταστήματα

Στήλη7: Οι γιατροί του ΙΚΑ εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή συστεγάζονται σε κέντρο υγείας του ΕΣΥ.

Στήλη8: Υγειονομικές Υπηρεσίες Παραρτημάτων

Στήλη9: Οι γιατροί του ΙΚΑ εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή συστεγάζονται σε κέντρο υγείας του ΕΣΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΓΕΝΙΚΑ

Η πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η WHO[61] για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics) δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.α.

Η σύγχρονη πολιτική υγείας επιδιώκει την επίτευξη τριών βασικών στόχων:[62]

i) Της ισότητας στην πρόσβαση όλων των πολιτών σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών και της προστασίας του εισοδήματός τους έναντι του κινδύνου της ασθένειας, διασφαλίζοντας την παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες και όχι με βάση το εισόδημα και τη δυνατότητα πληρωμής.

ii) Της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και διοίκησης και τεχνολογικών καινοτομιών, που βελτιώνουν την «παραγωγικότητα» των υγειονομικών πόρων και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με το ελάχιστο δυνατό κόστος.

iii) Της μακροοικονομικής αποδοτικότητας σε σχέση με το διατιθέμενο για την υγεία ΑΕΠ και του ελέγχου του κόστους ιδιαίτερα σε συνθήκες στις οποίες οι αποτυχίες της αγοράς οδηγούν σε υπερπροσφορά υπηρεσιών και προκλητή ζήτηση.

Η παρατεταμένη κοινωνική κρίση, η αποτυχία του κράτους πρόνοιας να προσφέρει λύσεις στα νέα κοινωνικά προβλήματα, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, η συνεχής αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία, η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με την διεθνή οικονομική ύφεση οδήγησαν στην ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής υγείας τόσο στον ευρωπαϊκό όσο και στον ελληνικό χώρο καθώς και στην εφαρμογή στρατηγικών παραγωγικότερης και αποτελεσματικότερης χρήσης των ανθρώπινων και υλικών πόρων.

---

[61] World Health Organization.
[62] OECD, (1995), *New directions in health care policy*, Paris, p. 7.

4.1 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Πλέον ο χάρτης της Κοινότητας αλλάζει και τα 15 κράτη μέλη έχουν αυξηθεί σε 25 με προοπτική ακόμα μεγαλύτερης διεύρυνσης μετά το 2007. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, η Ευρωπαϊκή Ένωση αναζητά το κοινωνικό της πρόσωπο και την υγειονομική της ταυτότητα. Η Κοινότητα καλείται να αναπτύξει μια συνεκτική Πολιτική Υγείας, η οποία να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που θέτουν η ενιαία εσωτερική αγορά και η ένταξη των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, οι οποίες παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με το επίπεδο υγείας, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και το βαθμό κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. [63]

Στο σημείο αυτό τίθεται το εύλογο ερώτημα κατά πόσο θα ήταν εφικτή η εναρμόνιση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών όταν παρατηρούμε τις ουσιώδεις αποκλίσεις που έχουν μεταξύ τους. Επίσης με τη συνεχή εισδοχή των νέων κρατών – μελών οι προοπτικές για εναρμόνιση μειώνονται ακόμα περισσότερο. Βέβαια σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας, η επιλογή του συστήματος υγείας καθώς και ο τρόπος χρηματοδότησής του είναι στην αρμοδιότητα του κάθε κράτους και όχι της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οπωσδήποτε, η μεγάλη οικονομική διαφοροποίηση μεταξύ των κρατών – μελών αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την εναρμόνιση. Για αυτούς του λόγους η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εγκατέλειψε την πολιτική της εναρμόνισης και υιοθέτησε την πολιτική της σύγκλισης. [64]

4.1.1 Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση.

Η διεύρυνση της Κοινότητας με 10 νέες χώρες αρχικά και τρεις ακόμα αργότερα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνία, υγεία και υπηρεσίες υγείας στα υφιστάμενα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Λογικό και αναμενόμενο είναι τα νέα κράτη να έχουν άλλες παραδόσεις οικονομικής και κοινωνικής οργάνωσης, διαφορετικό επίπεδο υγείας και διαφορετική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Πλέον η Ευρωπαϊκή Ένωση των 25 και 28 κρατών μελών έχει να αντιμετωπίσει νέες προκλήσεις.

---

[63] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 31-32.

[64] Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα (Αθήνα 1997) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας», Εκδόσεις Εξάντας σελ:152-153.

Παρακάτω θα δούμε τι είδους συστήματα Δημόσιας Υγείας ακολουθούν τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.[65]

Καταρχήν τα Δημόσια Συστήματα Υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο τύπους συστημάτων υγείας:

1) Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας)

Είναι «ολοκληρωμένα (integrated) συστήματα», τα οποία χαρακτηρίζονται από την κρατική χρηματοδότηση, την κάθετη ιεραρχική δομή οργάνωσης και διοίκησης, το διοικητικό μηχανισμό μεταφοράς και κατανομής των πόρων, το δημόσιο χαρακτήρα των μονάδων υγείας και την αμοιβή των επαγγελματιών υγείας με μισθό (π.χ Βρετανία.),

2) Bismarck (Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης)

α) Είναι «συμβολαιακά (contractual) συστήματα», με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή / και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις (π.χ. Γερμανία) και

β) Είναι «συστήματα αποζημίωσης» (reimbursement), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιου ασφαλιστικού φορέα, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (π.χ. Γαλλία).[66]

Από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα εννέα (Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Φιλανδία και Σουηδία) έχουν αναπτύξει κυρίως ολοκληρωμένα συστήματα υγείας τύπου Beveridge, με χρηματοδότηση από τη φορολογία και δημόσιους προμηθευτές υπηρεσιών. Τα υπόλοιπα έξι κράτη στηρίζονται σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, (με την ιδιαιτερότητα της Ολλανδίας, όπου η χρηματοδότηση γίνεται τόσο από την κοινωνική όσο και από την ιδιωτική ασφάλιση), με κύρια πηγή χρηματοδότησης τις ασφαλιστικές εισφορές και προσφορά υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές. Από τις χώρες αυτές, το Βέλγιο, η Γαλλία και το

---

[65] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 55.

[66] OECD, (1992), *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD Countries, Paris, pp. 19-29.*

Λουξεμβούργο έχουν υιοθετήσει το πρότυπο της αποζημίωσης (β), ενώ η Αυστρία, η Γερμανία και η Ολλανδία το συμβολαιακό πρότυπο (α).[67]

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετώπισαν και αντιμετωπίζουν δομικά προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση, την παροχή και την απόδοση των υπηρεσιών υγείας.[68] Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 80' γίνανε διάφορες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις με σκοπό την επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της μακρο-αποδοτικότητας καθώς και της συγκράτησης του κόστους. Αντίθετα οι στόχοι κατά τη δεκαετία του 90' ήταν η καλύτερη ποιότητα καθώς και η καθιέρωση της δυνατότητας επιλογής από τους ασθενείς. Επίσης μια άλλη επιδίωξη των μεταρρυθμίσεων στην Ευρώπη είναι η ενίσχυση του ρόλου των ασθενών και του προσανατολισμού των υγειονομικών υπηρεσιών προς τον καταναλωτή.[69]

Οι στόχοι των ευρωπαϊκών χωρών για τις μεταρρυθμίσεις των υγειονομικών συστημάτων τους επανατοποθετήθηκαν πρόσφατα και αφορούν στρατηγικές : αποκέντρωσης, σύγχρονης διοίκησης, ισότιμης και επαρκούς χρηματοδότησης, αποτελεσματικής κατανομής των πόρων, διαδικασιών εφαρμογής και υλοποίησης κτλ. Μια από τις πιο βασικές επιδιώξεις του μελλοντικού υγειονομικού χάρτη είναι η αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, περιλαμβανομένης της οργάνωσης και της χρηματοδότησής τους. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται βελτίωση των αποτελεσμάτων και της ποιότητας της νοσηλείας, αποκεντρωμένη διοίκηση-διαχείριση, διατομεακή συνεργασία των διάφορων βαθμίδων περίθαλψης, ανάπτυξη ανθρωπίνων πόρων καθώς και αναδόμηση των νοσοκομείων.[70]

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να αναφέρουμε ότι οι δέκα νέες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούν κράτη της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης και τα συστήματα υγείας τους μπορούν να καταταχθούν στα «ολοκληρωμένα συστήματα» υγείας τύπου Semashko. Εξαίρεση αποτελεί η Σλοβενία, της οποίας, ως τμήμα της πρώην Γιουγκοσλαβίας, το σύστημα υγείας στηριζόταν στα αυτοδιαχειριζόμενα Ταμεία των

---

[67] Για μια επισκόπηση των συστημάτων υγείας στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης βλ: Abel-Smith et al., 1995, ό.π., σελ.23-37. European Parliament, (1998), *Health care systems in the EU. A comparative study,* Directorate General for Research Working Paper, Public Health and Consumer Protection Series. MISSOC-Info, (2002), Health care in Europe, Vol.3, Luxembourg.

[68] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 89.

[69] Ham C., (1997), «The background», in: Ham C., (ed.), *Health care reform. Learning from international experience,* Open University Press, Buckingham.pp.8-9.

[70] Γ. Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου, Ν. Πολύζος, Α. Σισσούρας (2000) Εκδόσεις Θεμέλιο. «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας» σελ: 67-68.

εργαζομένων. Η Τουρκία[71] έχει υιοθετήσει σύστημα υγείας που πλησιάζει περισσότερο το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, η Μάλτα το ολοκληρωμένο μοντέλο, ενώ η Κύπρος στηρίζεται σε ένα μείγμα δομών χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας, χωρίς να έχει αναπτύξει μέχρι σήμερα ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ή ένα εθνικό σύστημα υγείας.
Τα κύρια χαρακτηριστικά του υποδείγματος Semashko ήταν το κρατικό μονοπώλιο στην ιδιοκτησία, τη χρηματοδότηση, τη λειτουργία, την παροχή, τη ρύθμιση και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Οι βασικές του αδυναμίες ήταν ο συγκεντρωτισμός του συστήματος, η τεράστια γραφειοκρατία, οι χαμηλές αμοιβές και η ανεπαρκής χρηματοδότηση. Το αποτέλεσμα ήταν να τίθενται επιτακτικά ζητήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ποιότητας, ισότητας και μη προσαρμογής των δομών στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού.[72]

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να κάνουμε κάποιες συγκρίσεις ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και σε κάποιες υποψήφιες προς ένταξη χώρες. Καταρχήν το ύψος των δαπανών υγείας ως ποσοστού του ΑΕΠ στις νέες και υποψήφιες χώρες σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται καθεμία από αυτές. Οικονομετρικές μελέτες δείχνουν ότι το εισόδημα αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα εξέλιξης των δαπανών υγείας για τις χώρες αυτές. Και αυτό συμβαίνει επειδή τα κράτη με μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη διαθέτουν μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ για τον τομέα της υγείας.[73] Οι δαπάνες για την υγεία στη Μάλτα, τη Σλοβενία, την Κύπρο και την Τσεχία κυμαίνονται μεταξύ 7,4-8,9 % του ΑΕΠ ενώ η Ρουμανία, η Βουλγαρία και η Τουρκία έχουν τις χαμηλότερες δαπάνες ακολουθούμενες από Εσθονία, Λετονία και Λιθουανία. Η Σλοβακία, η Πολωνία και η Ουγγαρία έχουν δαπάνες μεταξύ 5,7-6,5 % του ΑΕΠ. (Πίνακας 4.1). Στην Ευρώπη των 15, η Γερμανία, η Γαλλία και η Ελλάδα δαπανούν το υψηλότερο ποσοστό ΑΕΠ ενώ το Λουξεμβούργο, η Φιλανδία και η Ιρλανδία δαπανούν το χαμηλότερο.

---

[71] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 93.
[72] Zarkovic G., Mielck A., John., Becmann M., (1994), *Reform of the helth care systemw in Former Socialist Countries: Problems, options, scenarios,* Medis Institute fur Medizinische Informatik und Systemforschung, Neuherberg, Oberschleiaheim, GSF- Bericht 9/94, pp.3-22.
[73] Yfantopoulos Y., (2000), «Countries in transition health economic issues», in: Javor A., Van Eimeren W., Duru., (eds), ό.π., σελ. 368-375.

Σε κατά κεφαλή μεγέθη βλέπουμε ότι η Μάλτα, η Κύπρος και η Σλοβενία δαπανούν ίδια ποσά ή ακόμα και περισσότερα από την Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Όσον αφορά τις πηγές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας διαπιστώνουμε το υψηλό μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών στην Κύπρο (46,2% του συνόλου των δαπανών υγείας), τη Λετονία (40%) και τη Ρουμανία (36,2%). Συγκρίνοντας τα ποσοστά αυτά με την Ελλάδα (44,5%) βλέπουμε πόσο υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών έχει η Ελλάδα. Η Τσεχία και η Σλοβακία παρουσιάζουν τις χαμηλότερες ιδιωτικές δαπάνες μετά το Λουξεμβούργο.

Πίνακας 4.1

Δαπάνες υγείας ως ποσοστό στο ΑΕΠ και ποσοστιαία σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης στις νέες και υποψήφιες χώρες και στις 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000-2001).

ΧΩΡΕΣ	Συνολικές δαπάνες υγείας % του ΑΕΠ	Δημόσιες δαπάνες % των συνολικών δαπανών υγείας	Ιδιωτικές δαπάνες % των συνολικών δαπανών υγείας	Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας(σε μονάδες ίσης αγοραστικής αξίας, USD)
ΕΣΘΟΝΙΑ	5,5	76,7	23,3	594
ΚΥΠΡΟΣ	7,9	53,8	46,2	1415
ΛΕΤΟΝΙΑ	4,8	60	40	338
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	5,7	72,4	27,6	426
ΜΑΛΤΑ	8,9	68,5	31,5	1522
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	5,7	75,7	24,3	841
ΠΟΛΩΝΙΑ	6	69,7	30,3	557
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	6,5	89,6	10,4	690
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	8,2	78,9	21,1	1389
ΤΣΕΧΙΑ	7,4	91,4	8,6	1031
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	3,9	77,6	22,4	214
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	2,9	63,8	36,2	272
ΤΟΥΡΚΙΑ	4,3	71,1	28,9	297
ΑΥΣΤΡΙΑ	8	69,7	30,3	2162
ΒΕΛΓΙΟ	8,7	71,2	28,8	2269
ΓΑΛΛΙΑ	9,5	76	24	2349
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,6	75,1	24,9	2748
ΔΑΝΙΑ	8,4	82,1	17,9	2420
ΕΛΛΑΔΑ	9,2	55,5	44,5	1399
ΗΝΩΜ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	7,3	81	19	1763
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	6,7	75,8	24,2	1953
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,7	69,9	30,1	1556
ΙΤΑΛΙΑ	8	73,7	26,3	2032
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5,8	91,9	8,1	2613
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	8,1	67,5	32,5	2246
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	8,2	71,2	28,8	1441
ΣΟΥΗΔΙΑ	8,4	77,3	22,7	1748
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	6,6	75,1	24,9	1664

Πηγή: WHO, Atlas of Health In Europe, 2003, και WHO, World Health Report, 2002, Annex Table 5.

Κάτι άλλο αξιοσημείωτο που χρειάζεται να αναφερθεί είναι ότι υπάρχει υψηλή παραοικονομική δραστηριότητα στον τομέα της υγείας σε πολλές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.[74] Η υποχρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, το υψηλό κόστος χρόνου και η αναζήτηση καλύτερης ποιότητας φαίνεται να αποτελούν τις βασικότερες αιτίες ύπαρξης του φαινομένου, το οποίο όμως αναιρεί την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.[75] Μετά από όλα αυτά καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι νέες και οι υποψήφιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης υστερούν στον τομέα της υγείας σε σχέση με την Ευρώπη των 15. Υπάρχει ένα χάσμα υγείας μεταξύ «Ανατολής» και «Δύσης».[76] Οι αδυναμίες των χωρών αυτών δημιούργησαν την ανάγκη για μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις οι οποίες εμπνεύστηκαν από τα πρότυπα της Δυτικής Ευρώπης και επικεντρώθηκαν στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και την αποζημίωση των προμηθευτών. Για να είναι όμως αυτές οι μεταρρυθμίσεις επιτυχημένες χρειάζεται να αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης, συνεκτικής πολιτικής υγείας και να λαμβάνουν υπόψη τους το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο συντελούνται.[77]

4.1.2 Πολιτική Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η πολιτική υγείας μπορεί να οριστεί ευρύτερα ως το σύνολο των αποφάσεων, των δεσμεύσεων και των μέτρων για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την παροχή φροντίδας υγείας. Αποτελεί μια συμφωνία ως προς το σκοπό, τους στόχους και τους άξονες δράσεις για την επίτευξη αυτών.[78]

Η αρμοδιότητα της Κοινότητας στον υγειονομικό τομέα είναι περιορισμένη επειδή παρά το γεγονός ότι το άρθρο 3(ο) της Συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας προβλέπει τη συμβολή της στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας

---

[74] Για μια επισκόπηση των ερευνών που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης βλ.: Lewis M., (2002) «Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implication» in: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J.,(eds), Funding health care: options for Europe , Open University Press, Buckingham.

[75] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 102.

[76] Laaksonen M., Mcalister A., Laatikainen T., Drygas W., Morava E., Nussel E., Oganov R., Pardell H., Uhanov M., Puska P., (2001), «Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East-West gap in health status?», *European Journal of Public Health,* 11 (1): 65-73.

[77] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 106.

[78] Green J., Thorogood N., (1998), *Analysis health policy. A sociological approach,* Longman, London, pp. 1-26. Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999), *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω,* Εξάντας, Αθήνα, σελ. 119.

της υγείας, στο άρθρο 152 για τη δημόσια υγεία τονίζεται ότι η δράση της Κοινότητας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών.[79]

Στη Σύσταση 92/442 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για τη σύγκλιση των στόχων και των πολιτικών κοινωνικής προστασίας καλούνται τα κράτη μέλη να:

α)εξασφαλίσουν σε όλα τα πρόσωπα που διαμένουν νόμιμα στην επικράτεια τους πρόσβαση στις αναγκαίες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες κάτω από τις προϋποθέσεις που τα ίδια θα θέσουν,

β)αναπτύξουν υψηλής ποιότητας συστήματα φροντίδας υγείας, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού,

γ)οργανώσουν υπηρεσίες αποκατάστασης για την επανάκτηση της φυσικής ικανότητας μετά από σοβαρές ασθένειες και ατυχήματα,

δ)παράσχουν συνταξιοδοτική προστασία στα άτομα που αναγκάστηκαν να διακόψουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα λόγω ασθένειας.[80]

Παρά τις διαφορές στην οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες αποτελούν προϊόν των ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτισμικών συνθηκών της κάθε χώρας, υποστηρίζεται ότι μπορεί να δημιουργηθεί ένα «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο προστασίας της υγείας»,[81] το οποίο όμως θα διαφέρει από τα άλλα μοντέλα, όπως για παράδειγμα αυτό των ΗΠΑ. Το Ευρωπαϊκό Μοντέλο σχετίζεται με την έκταση της πρόσβασης και τη διασφάλιση της αρχής της αλληλεγγύης η οποία είναι καταστατικά κατοχυρωμένη στις χώρες της Κοινότητας και ικανοποιεί το κριτήριο της καθολικής, ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος στηρίζεται στη συμβολή των πολιτών σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός, ενώ η παροχή των υπηρεσιών είναι ανάλογη της ανάγκης.[82] Κάτι άλλο πολύ σημαντικό είναι ότι στην Αμερική η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται

---

[79] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 112.

[80] Council of the European Union, (1992), *Council recommendation of 27 July 1992 on the convergence of social protection objectives and policies,* (92/442/CEE).

[81] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 113.

[82] Mossialos E., McKee M., (2002), *EU law and the social character of health care,* P.I.E.- Peter Lang, Brussels, pp. 31-35.

προνόμιο (priviledge) ενώ στην Ευρώπη θεωρείται δικαίωμα (right).[83] Μια επιπλέον σημαντική διαφορά είναι ότι η παρέμβαση του κράτους στην Αμερική είναι περιορισμένη σε σχέση με την Ευρώπη.[84] Βέβαια κατά πόσο είναι εφικτό η καθιέρωση ενός «Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου προστασίας της υγείας» και κατά πόσο αυτό μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση ενός «Κοινοτικού Συστήματος Υγείας» μέσα από τη σύγκληση των επιμέρους συστημάτων υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εντάσσεται στον ευρύτερο προβληματισμό που χαρακτηρίζει τη συγκριτική ανάλυση της κοινωνικής πολιτικής στην Ευρώπη.[85]

4.1.3 Η πολιτική Δημόσιας Υγείας

Η Δημόσια υγεία ορίζεται ως η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της νόσου, της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας.[86] Στα πλαίσια αυτά, οι υπηρεσίες και τα προγράμματα δημόσιας υγείας στοχεύουν στην αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων υγείας, που αφορούν το σύνολο ή μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Ως εκ τούτου, οι προτεραιότητες παρέμβασης είναι κοινωνικά καθορισμένες. Μέχρι πρόσφατα, η πολιτική δημόσιας υγείας της Κοινότητας βασιζόταν στην υιοθέτηση επιμέρους προγραμμάτων δράσης, τα οποία προωθούσαν την ανάληψη παρόμοιων δραστηριοτήτων σε προσδιορισμένα πεδία παρέμβασης στα διαφορετικά κράτη μέλη.[87]

Στις αρχές της δεκαετίας του 90', σε ψήφισμα για τις θεμελιώδεις επιλογές πολιτικής στον τομέα της υγείας, το Συμβούλιο και οι Υπουργοί Υγείας, αφού τόνισαν ότι τα κράτη μέλη είναι αρμόδια για την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας τους, σημείωσαν την ανάγκη να εξεταστούν από κοινού μια σειρά θεμάτων, ώστε να υποστηριχθούν τα κράτη μέλη κατά την επεξεργασία της υγειονομικής τους πολιτικής, και καλούσαν την Επιτροπή να καταρτίσει έκθεση που θα αποτελούσε τη

---

[83] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 113.

[84] Laetz T., (1996), « An American view: Health care policy comparisons between the European Union and the United States », *Eurohealth,* 2, 1: 35-36.

[85] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 114.

[86] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 168.

[87] Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., (2002), « Η δημόσια υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»

βάση διεξοδικότερης συζήτησης.[88] Σε μεταγενέστερο ψήφισμα, τονιζόταν η ανάγκη κοινοτικής δράσης και συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών στον τομέα της δημόσιας υγείας και καλούνταν η Επιτροπή να υποβάλει προτάσεις σχετικά με το πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας.[89] Το 1993, στον απόηχο του άρθρου 129 της Συνθήκης του Μάαστριχ, η Επιτροπή εξέδωσε ανακοίνωση σχετικά με το πλαίσιο δράσης της Κοινότητας στον τομέα της υγείας[90] αλλά και πάλι δεν προχώρησε στη διατύπωση ενός συνεκτικού σχεδίου πολιτικής, απλά επικέντρωσε τους στόχους της στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνων για την υγεία όπως ο καρκίνος, τα ναρκωτικά το AIDS κτλ. Αναμένοντας τη Συνθήκη του Άμστερνταμ και την τροποποίηση του άρθρου 29, η Επιτροπή εξέδωσε μια σημαντική ανακοίνωση η οποία αφορούσε τα προβλήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των ξεχωριστών προγραμμάτων δράσης και προσδιόριζε τους βασικούς άξονες για τον επαναπροσανατολισμό της κοινοτικής πολιτικής δημόσιας υγείας.[91] Αποτέλεσμα αυτών των διαπιστώσεων σε συνδυασμό με τις νέες προκλήσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα κράτη μέλη, καθώς και τις επιπτώσεις της διεύρυνσης της Ένωσης, η Επιτροπή θεώρησε αναγκαίο τον επαναπροσδιορισμό της πολιτικής, των προτεραιοτήτων και των μεθόδων δράσης της δημόσιας υγείας της Κοινότητας.[92] Πρότεινε λοιπόν τρεις βασικούς κατευθυντήριους άξονες:

- Βελτίωση της πληροφόρησης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας μέσα από ένα ολοκληρωμένο σύστημα συλλογής, ανάλυσης και διάδοσης δεδομένων για το επίπεδο, τους καθοριστικούς παράγοντες και τα συστήματα υγείας.
- Ταχεία αντίδραση στις απειλές για την υγεία μέσα από μηχανισμούς επιτήρησης και έγκαιρης ειδοποίησης.
- Αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας μέσω προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών.

---

[88] European Commission, (1997), *Public health in Europe*, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Luxembourg.

[89] Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και Υπουργοί Υγείας, (1993), « Ψήφισμα του Συμβουλίου και των Υπουργών Υγείας συνερχομένων στο πλαίσιο του Συμβουλίου της 27ης Μαΐου 1993 σχετικά με τη μελλοντική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας», *ΕΕ αριθ.* C174, 25.6.1993,σελ. 1-3.

[90] European Commission (1993), *Commision communication on the framework for action in the field of public health,* COM(93) 559 final, Brussels, 24 November 1993.

[91] Commission of the European Communities, (1998), *Communication from the Commision to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Communitiy,* COM (98) 230 final, Brussels, 15.4.1998.

[92] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 173.

Η στρατηγική που υιοθέτησε η Επιτροπή αποτέλεσε σημαντική προσπάθεια προς την κατεύθυνση διαμόρφωσης μιας νέας πολιτικής δημόσιας υγείας. Αντί για ξεχωριστά προγράμματα δράσης, τα οποία επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών πλέον επιχειρείται μια περισσότερο ολοκληρωμένη και δομημένη προσέγγιση που συνδέεται με πιο σαφείς στόχους πολιτικής.[93]

Το Σεπτέμβρη του 2002 εκδόθηκε μια απόφαση που αφορούσε τη θέσπιση προγράμματος δημόσιας υγείας για τη χρονική περίοδο 2003-2008.[94] Το άρθρο 2 της απόφασης προβλέπει ότι το πρόγραμμα συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποσκοπεί στην προστασία της ανθρώπινης υγείας και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και έχει ως στόχους τη βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, την ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης, όταν η υγεία απειλείται, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της υγείας σε όλες τις πολιτικές και δραστηριότητες. Ως εκ τούτου, το πρόγραμμα αναμένεται να συμβάλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας κατά το καθορισμό και την υλοποίηση όλων των κοινοτικών πολιτικών και δραστηριοτήτων, προωθώντας μια ολοκληρωμένη και διατομεακή στρατηγική υγείας, στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και στην ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών στους τομείς που καλύπτονται από το άρθρο 152 της συνθήκης.[95]
Οι στόχοι του προγράμματος παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα στον **Πίνακα Α.** Η Επιτροπή είναι υπεύθυνη για την λήψη μέτρων εφαρμογής, την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και τη διάδοση των αποτελεσμάτων του προγράμματος.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η τελευταία δεκαετία αποτέλεσε για την πολιτική δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης μια περίοδο μετάβασης από

---

[93] Merkel B., Humber M., (1999), « Public health policy in the European Union », in : Holland W., Mossialos E., Belcher P., Merkel B., (eds), Public health policies in the European Union, Ashgate, Aldershot σελ.49-67.
[94] Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, (2002), « Απόφαση αριθ. 1786/2002/εκ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Σεπτεμβρίου 2002, για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)», ΕΕ αριθ.L 271 της 9,10,2002, σελ.1-12.
[95] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 176.

ένα καθεστώς αβέβαιης νομικής και θεσμικής κατοχύρωσης, με περιορισμένες κοινοτικές αρμοδιότητες, προς ένα καθεστώς στο οποίο αν και η αρμοδιότητα παραμένει στα κράτη μέλη, τα όργανα της Κοινότητας έχουν πιο ξεκάθαρο ρόλο στο πλαίσιο μιας περισσότερο ολοκληρωμένης στρατηγικής δημόσιας υγείας.[96] Τέλος αναφέρουμε την περισσότερο αντιπροσωπευτική και ρεαλιστική άποψη του πρώην επικεφαλής του τμήματος Ευρωπαϊκής Πολιτικής Υγείας του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας της Γερμανίας, H. Stein, ο οποίος υποστήριξε ότι η υγεία είναι και θα παραμείνει ένα ζήτημα μεικτής αρμοδιότητας και ευθύνης μεταξύ των κρατών μελών και της Κοινότητας. Η ανοιχτή μέθοδος συντονισμού παρέχει τα αναγκαία εργαλεία για μια ουσιαστική ευρωπαϊκή συνεργασία.[97]

4.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παραπάνω είδαμε αναλυτικά για την πολιτική υγείας που ακολουθεί η ευρωπαϊκή ένωση αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στην προσπάθεια σύγκλισης των επιμέρους πολιτικών υγείας των κρατών μελών. Παρακάτω θα ασχοληθούμε με την πολιτική υγείας της χώρας μας και θα δούμε πως ξεκίνησε, πως εξελίχθηκε στη διάρκεια του χρόνου, σε ποιο σημείο βρίσκεται τώρα με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις αλλά και ποιες οι προοπτικές για το μέλλον. Προτού όμως ξεκινήσουμε με την ιστορική αναδρομή χρειάζεται να αναφέρουμε ότι η ελληνική πολιτική υγείας, σε αντίθεση με τις άλλες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περιλαμβάνει και ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge) .[98]

4.2.1 Ιστορική αναδρομή

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του. Η

[96] Harvey T, (2002), « The legal basis of European Community public health policy » in : McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.- Peter Lang, Brussels.
[97] Stein H., (2003) « On the road from Maastricht to a new Europe. Do we really know where we want to go and how to get there? », *Eurohealth,* 9, 2 : 17-21.
[98] Αικατερίνη Κωνσταντοπούλου, www. archieve. gr/index.php

πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους.

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» όμως μόλις το 1983 με τον Ν.1397 επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας.

4.2.2 Το παρόν της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα

Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στην χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το ΕΣΥ από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας. Το σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «άτυπες» ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9% του ΑΕΠ για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής. [99]

Αυτή η κατάσταση προφανώς έπρεπε να αλλάξει, εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών με ελεγχόμενο κόστος. Οι ελλείψεις, οι αδυναμίες της πλήρους εφαρμογής του Ν.1397/1983 οι συνεχείς 15ετείς διαβουλεύσεις και οι πολιτικές εκτιμήσεις

[99] Αικατερίνη Κωνσταντοπούλου, www. archieve. gr/index.php

οδήγησαν στην αναγκαία πρόταση μεταρρύθμισης του ΕΣΥ με την ψήφιση του Ν. 2889/2001 και την έγκριση του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία –Πρόνοια» Γ΄ ΚΠΣ 2000-2006.

γ) Το στρατηγικό πλαίσιο για την περίοδο 2000-2006 προωθεί τα παρακάτω: [100]

Α. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του ΕΣΥ με επίκεντρο την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, με την χρήση πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης και την ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Β. Δημιουργία ασφαλούς δικτύου διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και χρήσης του διαδικτύου για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.

Γ. Σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης των Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ), με ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων, καλύτερη αξιοποίηση των υλικών πόρων, ταχύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών στον πολίτη.

Δ. Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών πρόνοιας και ψυχικής υγείας.

Ε. Ανάπτυξη βάσης δεδομένων της δημόσιας υγείας, δημιουργία σύγχρονων εργαλείων σχεδιασμού και προγραμματισμού, προσδιορισμός του επιδημιολογικού προφίλ της χώρας και χάραξη εθνικής πολιτικής ανάπτυξης της δημόσιας υγείας.

[100] Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας, Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγειά-Πρόνοια» Γ' ΚΠΣ 2000-2006.

4.2.3 Το μέλλον της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα

Τα πρότυπα της κοινωνικής πολιτικής και προστασίας του μέλλοντος απαιτείται να διαμορφωθούν λαμβάνοντας υπόψη την μακροχρόνια ανεργία, τη μειωμένη συμμετοχή εργασίας στην παραγωγή του προϊόντος, τις νέες μορφές απασχόλησης, τη γήρανση του πληθυσμού, τη χρήση νέων τεχνολογιών στην παραγωγική διαδικασία, την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση και τις νέες σχέσεις ανάμεσα στην αγορά και το κράτος. Στο μέλλον πέρα από την χρηματοδότηση αναμένεται να απασχολήσει τις κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών ο σχεδιασμός των συστημάτων υγείας και η γραφειοκρατία. Στην Ευρώπη προωθείται η περιφερειακή οργάνωση των συστημάτων, ορισμένες μάλιστα χώρες όπως η Σουηδία, η Δανία και η Φιλανδία το έχουν συνδυάσει και με τοπική φορολογία για τα συστήματα υγείας, με στόχο τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των πολιτών.

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναμένεται σαφώς να επηρεαστεί λόγω της οικονομικής, πολιτικής και πολιτιστικής ένταξης της στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εκτός των προαναφερθέντων μελλοντικών εκσυγχρονιστικών προκλήσεων που είναι κοινές για την Ε.Ε., η Ελλάδα επιπροσθέτως έχει να καλύψει και τη χρονική καθυστέρηση με την οποία συνήθως ακολουθεί τις ευρωπαϊκές εξελίξεις, την απορρόφηση και κοινωνική ενσωμάτωση των οικονομικών μεταναστών, τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υπογεννητικότητα.

Τέλος η μεγαλύτερη πρόκληση της υγειονομικής μεταρρύθμισης θα παραμείνει η «μεταρρύθμιση» της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους πολίτες.

Ολοκληρώνοντας, στο σημείο αυτό θα λέγαμε ότι η εκσυγχρονιστική στρατηγική στον τομέα της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα είναι μια σημαντική και έγκαιρη πρωτοβουλία. Θα επιτρέψει στην χώρα να διαδραματίσει τον ρόλο της στην Ε.Ε. και να εκφράσει μια αποτελεσματική και ρεαλιστική απάντηση στις θεμιτές προσδοκίες και ανησυχίες των πολιτών.[101]

---

[101] Αικατερίνη Κωνσταντοπούλου, www. archieve. gr/index.php

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ.

Έως τώρα, στην εργασία αυτή, έχουμε ασχοληθεί γενικά με το ζήτημα των υπηρεσιών υγείας. Καταρχήν έχουμε τονίσει ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι μια από τις πιο επώδυνες μορφές κοινωνικών ανισοτήτων και στη συνέχεια αναπτύξαμε διεξοδικά τις έννοιες της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης υγείας. Στη συνέχεια περιγράψαμε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας καθώς και το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της Ελλάδας που είναι το ΙΚΑ και κάναμε μια αναφορά στην πολιτική που ακολουθεί η Ευρωπαϊκή Ένωση για το θέμα αυτό καθώς και στις εξελίξεις που συμβαίνουν στη χώρα μας.

Χρειάζεται, βεβαίως, να τονίσουμε τη σημασία που έχει για μια κοινωνία η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας καθώς και η άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας. Οι δύο αυτές έννοιες αποτελούν βασικές αρχές της πολιτικής υγείας που εφαρμόζουν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συνεπώς, η αρχή της αποκέντρωσης θα πρέπει να αποτελέσει βασικό στόχο και του δικού μας Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στο τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας θα κάνουμε μια εμπειρική ανάλυση για τις υπηρεσίες υγείας του μεγαλύτερου ασφαλιστικού φορέα της χώρας του ΙΚΑ, του οποίου οι δικαιούχοι περίθαλψης αποτελούν το 51 % περίπου του συνόλου του πληθυσμού της χώρας και θα προσπαθήσουμε να διαπιστώσουμε αν υπάρχουν περιφερειακές ανισότητες. Επίσης, θα δούμε ποιες περιφέρειες της Ελλάδος αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα, θα εξετάσουμε τους λόγους που συμβαίνει αυτό και θα επιχειρήσουμε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα για το αν υπάρχει προοπτική για βελτίωση της κατάστασης αυτής.

Τα στοιχεία που χρησιμοποιούμε για να κάνουμε την ανάλυσή μας αφορούν το διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό του ΙΚΑ για κάθε μία από τις 13 Περιφέρειες της χώρας. Η παρουσίαση των στοιχείων αυτών γίνεται στον Πίνακα 1 που θα δούμε παρακάτω.

Πίνακας 5.1

Κατανομή προσωπικού ΙΚΑ στις 13 Περιφέρειες της Ελλάδας (2000-2002).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	300	331	107	85	823
ΑΤΤΙΚΗΣ	4506	4275	1022	945	10748
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	133	98	23	12	266
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	450	432	109	86	1077
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	178	131	33	25	367
ΗΠΕΙΡΟΥ	207	156	57	29	449
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	420	384	119	90	1013
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	119	113	19	8	259
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1081	1515	532	281	3409
ΚΡΗΤΗΣ	556	263	96	96	1011
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	213	147	20	13	393
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	379	232	65	39	715
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	416	272	72	54	814
ΣΥΝΟΛΟ	8958	8349	2274	1763	21344

Πηγή: Διεύθυνση Διοικητικού Προσωπικού του ΙΚΑ (2002)-Διοικητικό Προσωπικό.
Deloitte & Touche (2000) « Έργο Μελετών Βελτίωσης και Πληροφορικής του Τομέα Υγείας του ΙΚΑ, Διαγνωστική Φάση-Παραδοτέο 1»- Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Παραϊατρικό Προσωπικό.

Τα στοιχεία του Πίνακα 5.1 είναι το βασικό υλικό της εμπειρικής μας ανάλυσης. Για να κάνουμε μία πρώτη διαγραμματική παρουσίαση των στοιχείων ώστε να δούμε σε κάθε περιφέρεια τι ποσοστό προσωπικού (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό) αναλογεί σε κάθε Περιφέρεια, μετατρέπουμε τα αρχικά μας στοιχεία σε ποσοστά επί τοις 100 και τα παρουσιάζουμε στον Πίνακα 2.

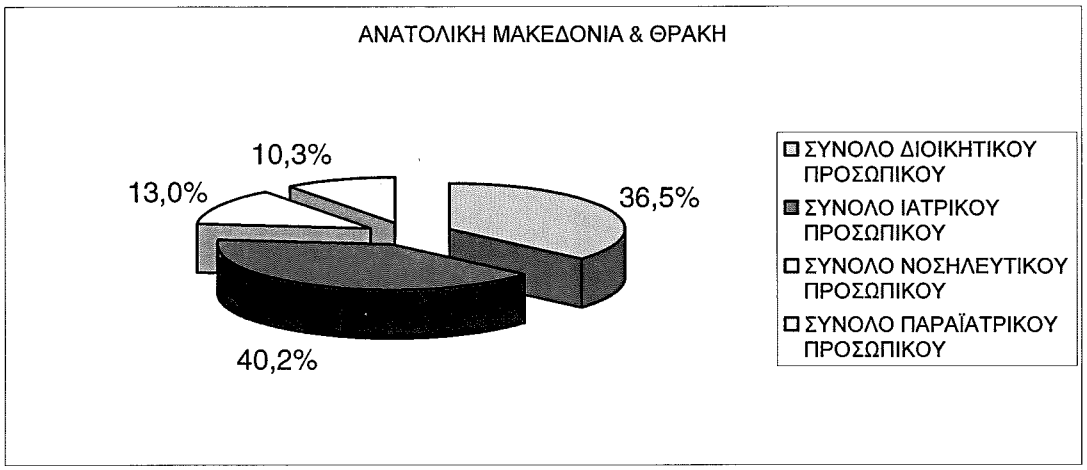
Πίνακας 5.2

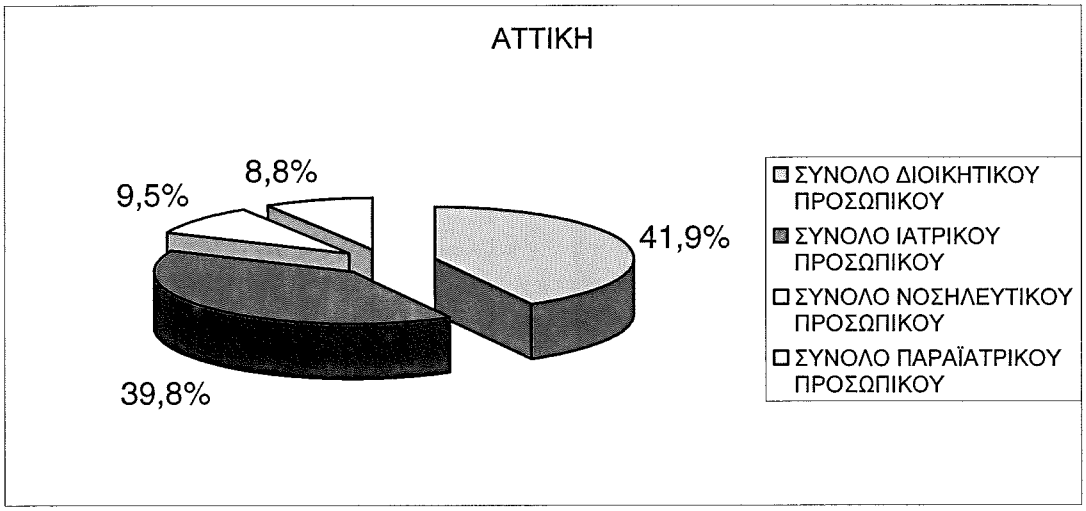
Κατανομή προσωπικού ΙΚΑ στις 13 Περιφέρειες της Ελλάδας σε ποσοστά επί τοις 100 (2000-2002).

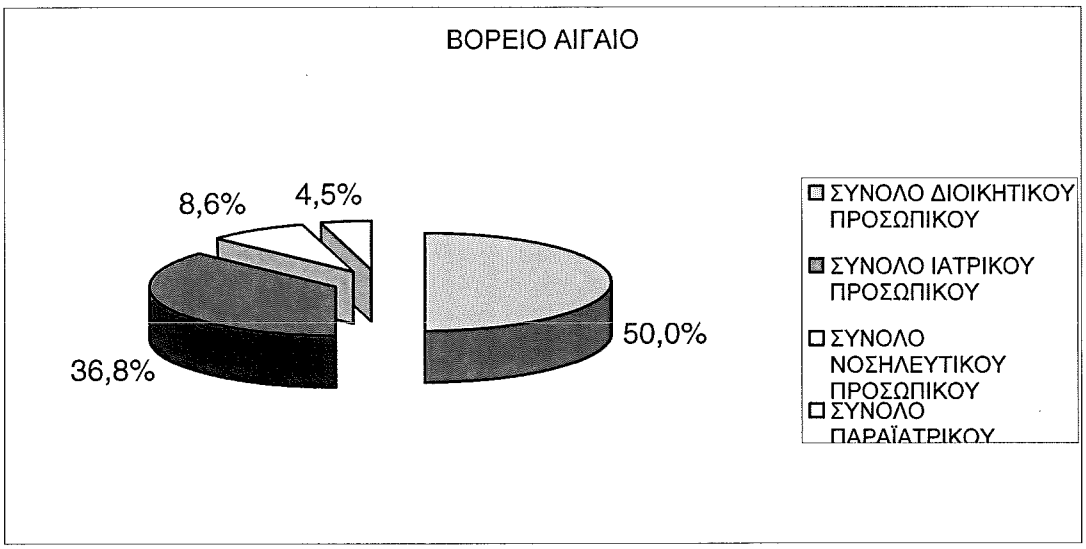
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	36,5%	40,2%	13,0%	10,3%
ΑΤΤΙΚΗΣ	41,9%	39,8%	9,5%	8,8%
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	50,0%	36,8%	8,6%	4,5%
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	41,8%	40,1%	10,1%	8,0%
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	48,5%	35,7%	9,0%	6,8%
ΗΠΕΙΡΟΥ	46,1%	34,7%	12,7%	6,5%
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	41,5%	37,9%	11,7%	8,9%
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	45,9%	43,6%	7,3%	3,1%
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	31,7%	44,4%	15,6%	8,2%
ΚΡΗΤΗΣ	55,0%	26,0%	9,5%	9,5%
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	54,2%	37,4%	5,1%	3,3%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	53,0%	32,4%	9,1%	5,5%
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	51,1%	33,4%	8,8%	6,6%

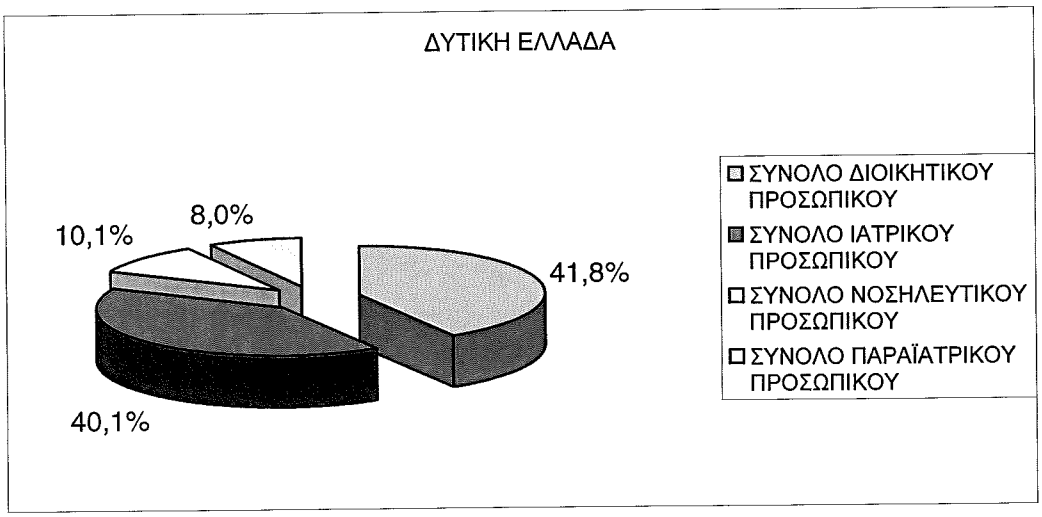
Πηγή: Διεύθυνση Διοικητικού Προσωπικού του ΙΚΑ (2002)-Διοικητικό Προσωπικό.
Deloitte & Touche (2000) « Έργο Μελετών Βελτίωσης και Πληροφορικής του Τομέα Υγείας του ΙΚΑ, Διαγνωστική Φάση-Παραδοτέο 1»- Ιατρικό, Νοσηλευτικό και Παραϊατρικό Προσωπικό.

Από τον Πίνακα 5.2 προκύπτουν τα παρακάτω σχεδιαγράμματα που μας δείχνουν τι ποσοστό από κάθε κατηγορία προσωπικού (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό) αναλογεί σε κάθε ελληνική περιφέρεια.

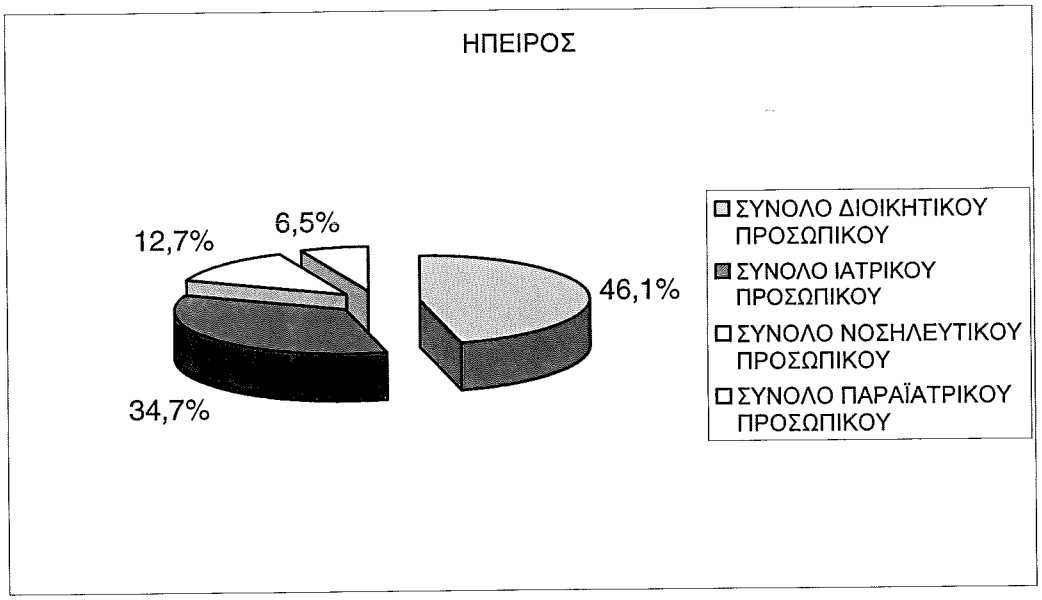

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ
10,3%
13,0%
36,5%
40,2%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

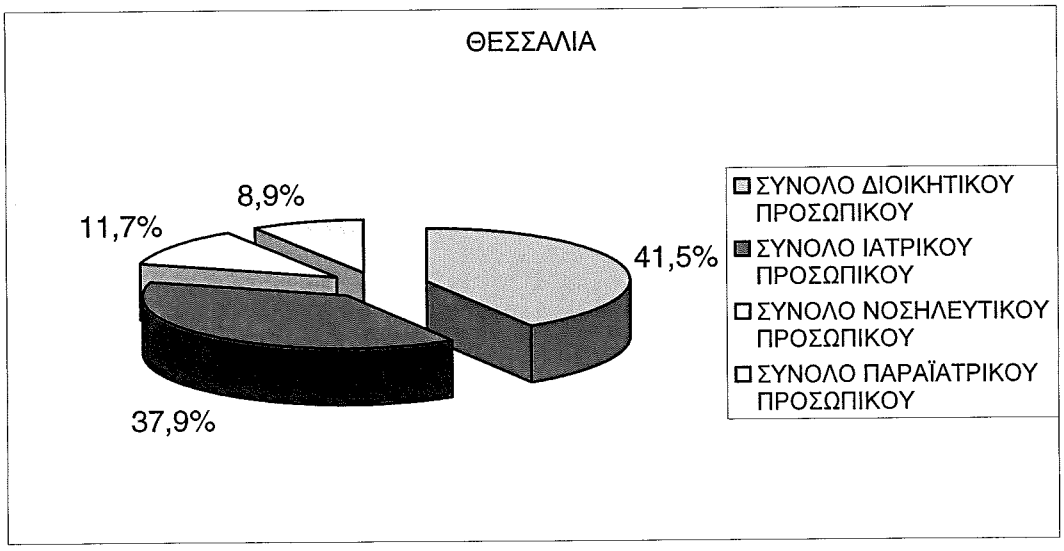

ΑΤΤΙΚΗ
8,8%
9,5%
41,9%
39,8%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

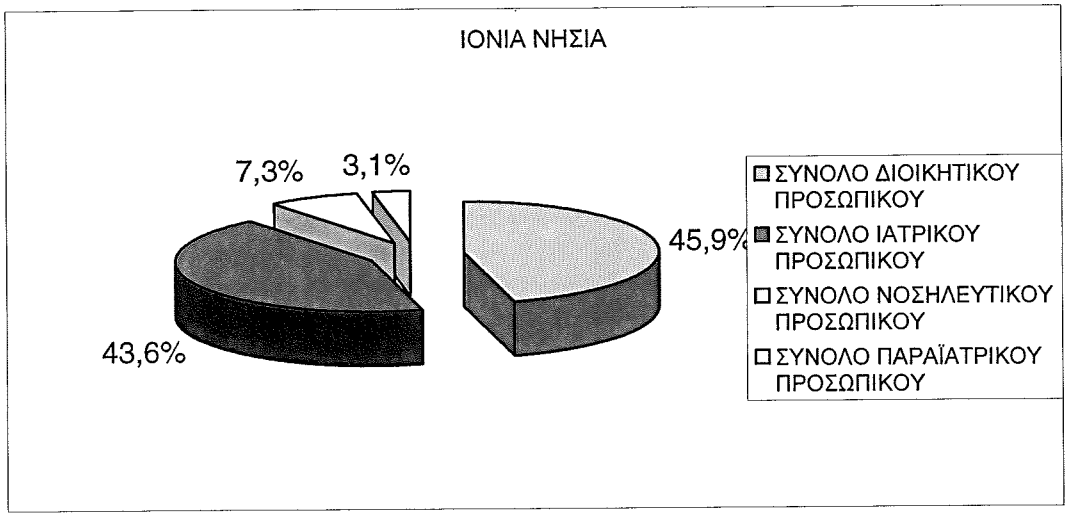

ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ
8,6%
4,5%
50,0%
36,8%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ

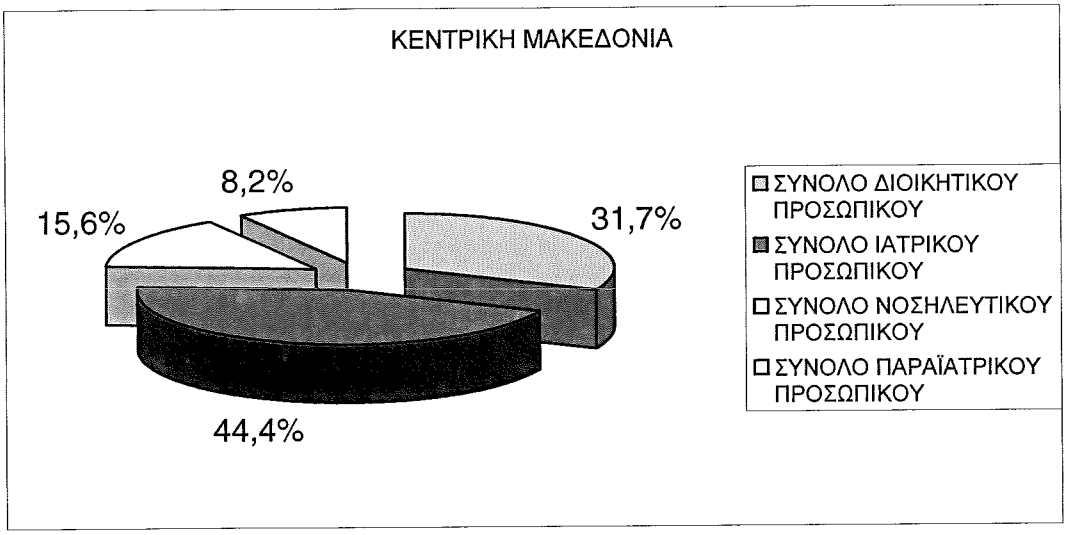

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ
10,1%
8,0%
41,8%
40,1%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

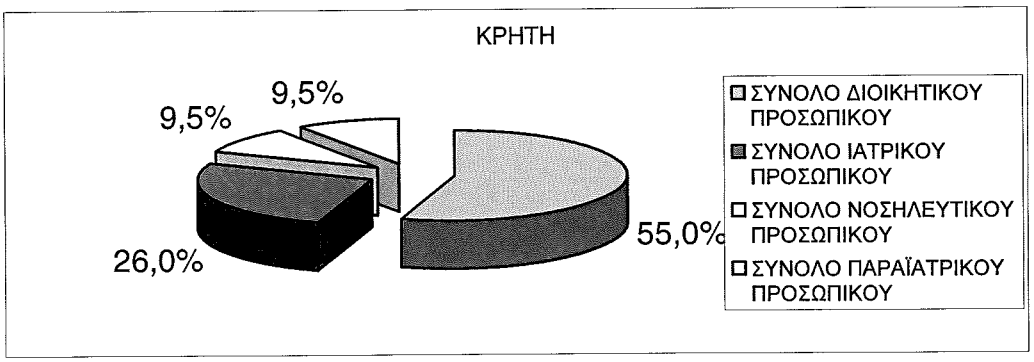
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
9,0%
6,8%
48,5%
35,7%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

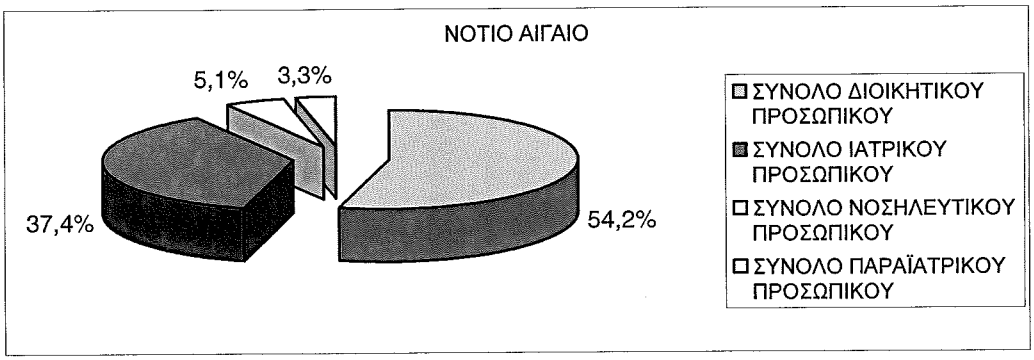

ΗΠΕΙΡΟΣ
12,7%
6,5%
46,1%
34,7%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

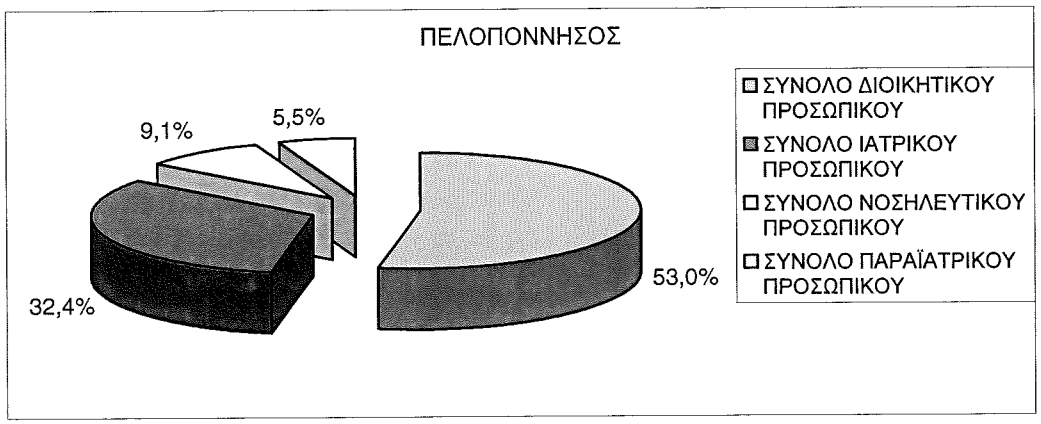

ΘΕΣΣΑΛΙΑ
8,9%
11,7%
41,5%
37,9%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

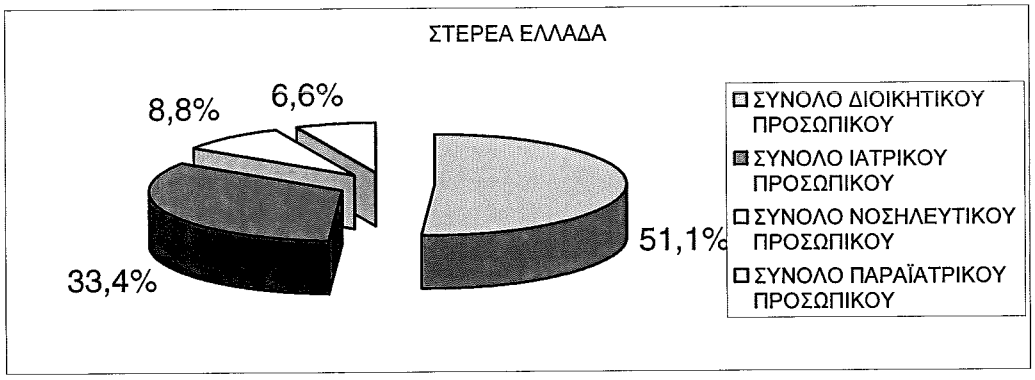

ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ
7,3%
3,1%
45,9%
43,6%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ


ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
8,2%
15,6%
31,7%
44,4%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ


ΚΡΗΤΗ
9,5%
9,5%
26,0%
55,0%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ


ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ
5,1%
3,3%
37,4%
54,2%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ


ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ
9,1%
5,5%
32,4%
53,0%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ


ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ
8,8%
6,6%
33,4%
51,1%
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Με μια πρώτη ματιά στις παραπάνω κατανομές βλέπουμε ότι στις περισσότερες περιφέρειες το διοικητικό προσωπικό είναι περισσότερο από το ιατρικό. Όμως στην Κεντρική Μακεδονία παρατηρείται ακριβώς το αντίθετο. Δηλαδή το ιατρικό προσωπικό είναι πολύ περισσότερο (500 περίπου άτομα) από το διοικητικό. Επίσης, στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης παρατηρείται ένα μικρό προβάδισμα του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το διοικητικό. Τέλος στα Ιόνια Νησιά η διαφορά των δύο κατηγοριών φαίνεται να είναι ελάχιστη.

Όσον αφορά στις δύο άλλες κατηγορίες προσωπικού (νοσηλευτικό και παραϊατρικό) διαπιστώνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε όλες τις Περιφέρειες περισσότερο από το παραϊατρικό με μόνη εξαίρεση την Κρήτη όπου οι τιμές είναι ακριβώς ίδιες. Βλέπουμε ότι στις Περιφέρειες Βορείου και Νοτίου Αιγαίου αλλά και στα Ιόνια Νησιά ο αριθμός του παραϊατρικού προσωπικού είναι αισθητά χαμηλότερος πράγμα που αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη ανισοτήτων μεταξύ της νησιωτικής και ηπειρωτικής Ελλάδας. Επίσης δείχνει την έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που υπάρχει στα νησιά μας πράγμα που αναγκάζει τους κατοίκους να μετακινούνται προς την Αθήνα κυρίως για εξειδικευμένες εξετάσεις και λοιπές υπηρεσίες. Τέλος, η Αττική παρουσιάζει το μεγαλύτερο αριθμό παραϊατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ενώ ακολουθεί η Κεντρική Μακεδονία. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι αυτό είναι κάτι αναμενόμενο μια και τα δύο μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα-Θεσσαλονίκη) συγκεντρώνουν και τον περισσότερο πληθυσμό της χώρας και εξυπηρετούν περισσότερες ανάγκες των κατοίκων.

Στη συνέχεια, για να δώσουμε στην ανάλυσή μας μια άλλη διάσταση, μετατρέπουμε τα αρχικά στοιχεία μας σε κατά κεφαλή ποσοστά διαιρώντας τα με τον πληθυσμό της κάθε περιφέρειας σύμφωνα με την απογραφή του 2001. Επειδή όμως έχουμε να κάνουμε με προσωπικό, δηλαδή με άτομα, πολλαπλασιάζουμε επί 10.000 και παρουσιάζουμε στον Πίνακα 5.3 πόσο προσωπικό του ΙΚΑ (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό) αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους. Παρακάτω στον Πίνακα 3 βλέπουμε την κατανομή του προσωπικού του ΙΚΑ ανά 10.000 κατοίκους.

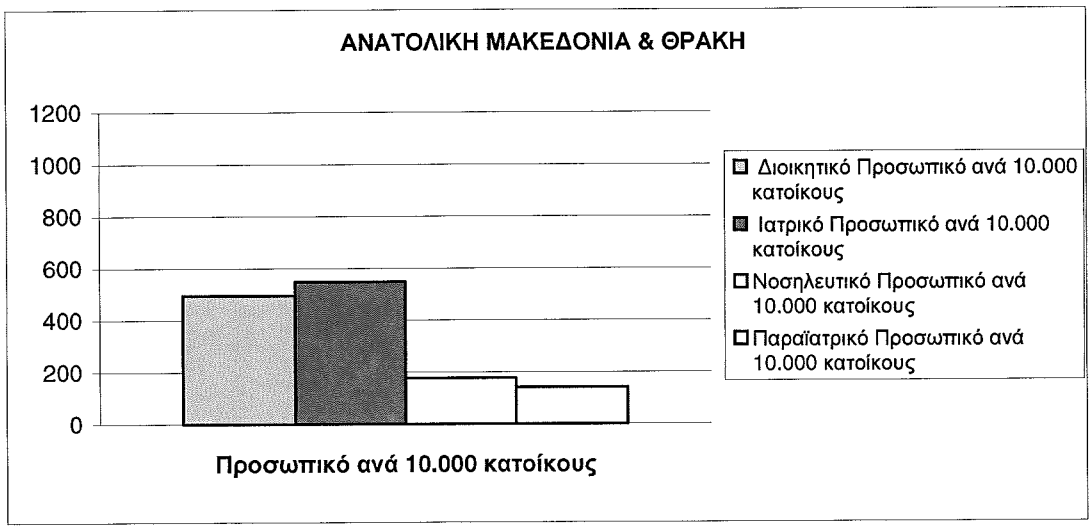
Πίνακας 5.3

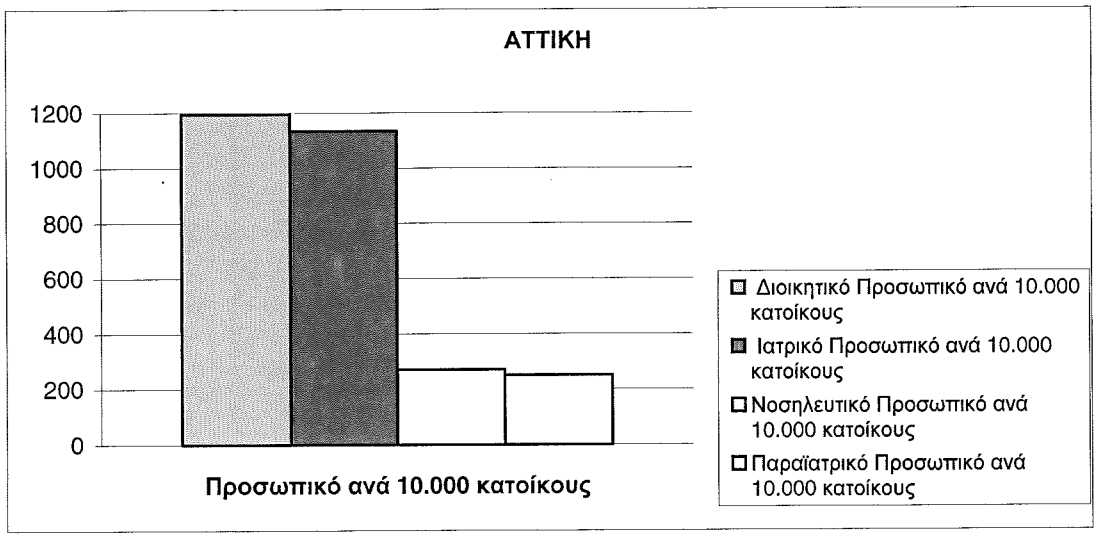
Κατανομή προσωπικού του ΙΚΑ (προσωπικό / σύνολο πληθυσμού) ανά 10.000 κατοίκους (2000-2002).

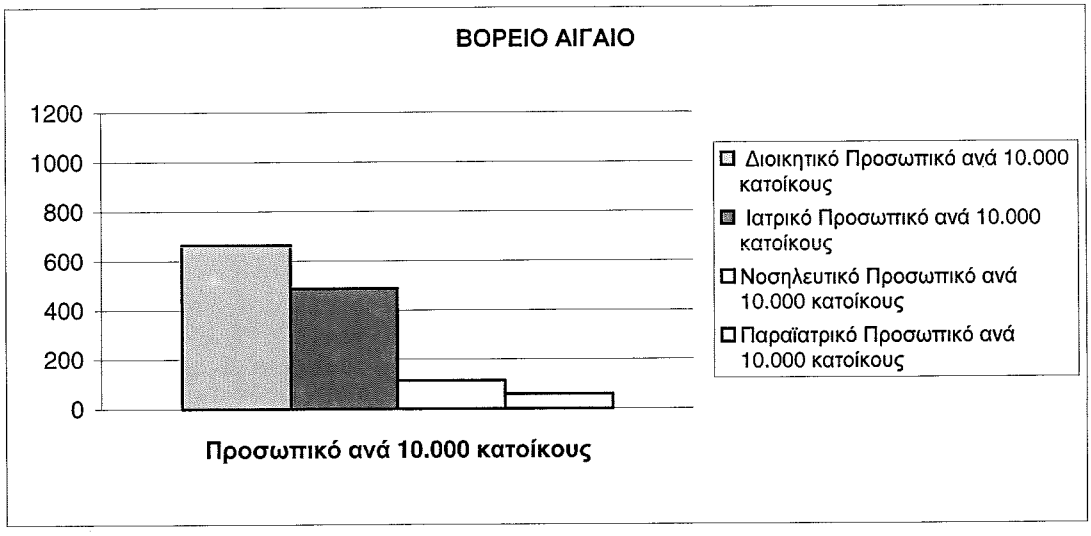
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους	Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους	Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους	Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	496,5	547,8	177,1	140,7
ΑΤΤΙΚΗΣ	1197,0	1135,7	271,5	251,0
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	664,8	489,8	115,0	60,0
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	606,1	581,9	146,8	115,8
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	587,9	432,7	109,0	82,6
ΗΠΕΙΡΟΥ	587,4	442,7	161,7	82,3
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	556,4	508,7	157,6	119,2
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	555,4	527,4	88,7	37,3
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	580,3	813,3	285,6	150,8
ΚΡΗΤΗΣ	924,9	437,5	159,7	159,7
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	713,0	492,1	66,9	43,5
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	598,8	366,5	102,7	61,6
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	683,5	446,9	118,3	88,7

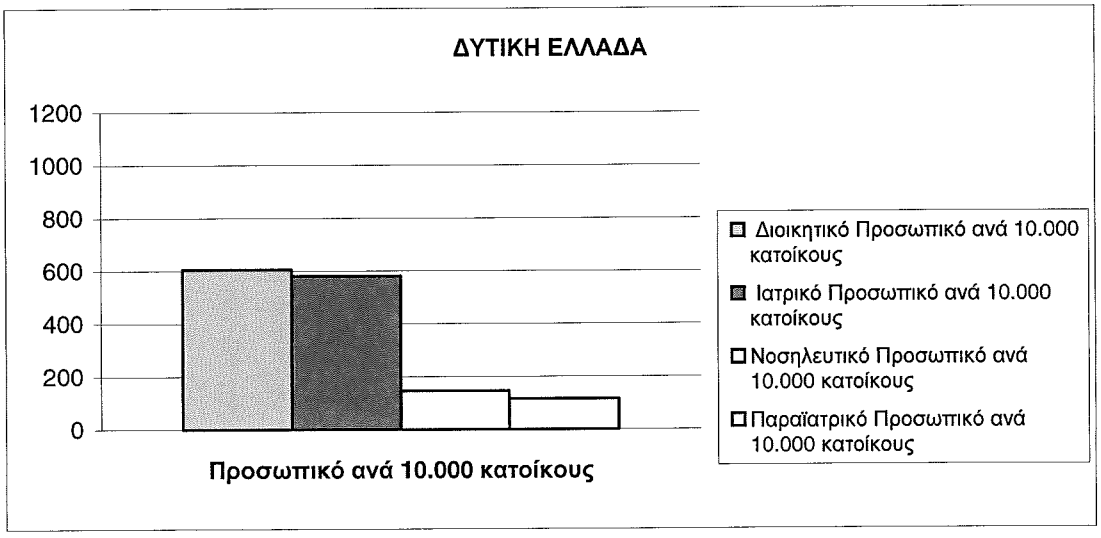
Πηγή : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, www.statistics.gr- Απογραφή Πληθυσμού 2001

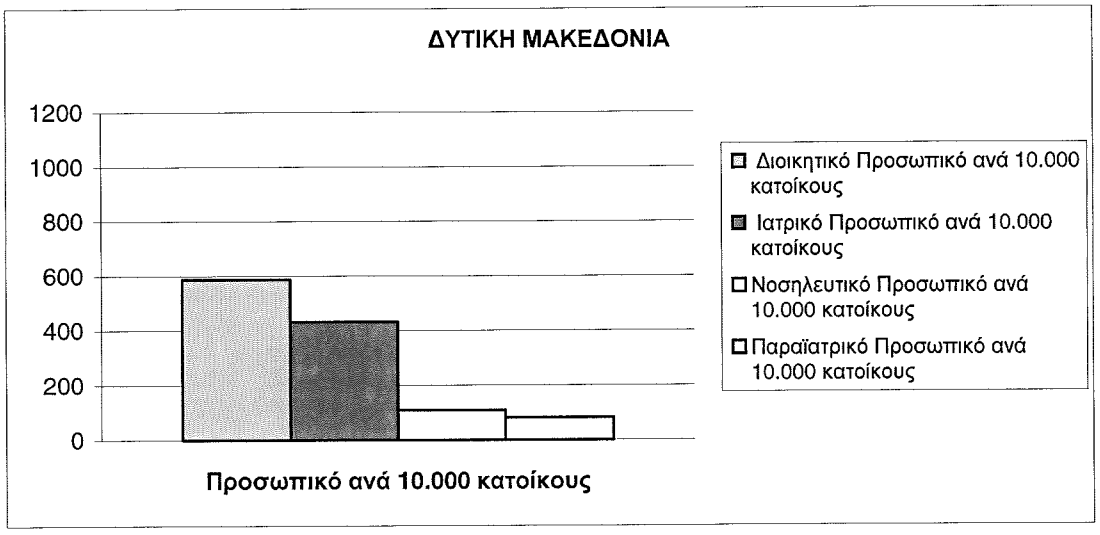
Με βάση αυτά τα στοιχεία κάνουμε τα παρακάτω διαγράμματα τα οποία δείχνουν την κατανομή του προσωπικού (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό) για κάθε μία από τις 13 Περιφέρειες της χώρας.

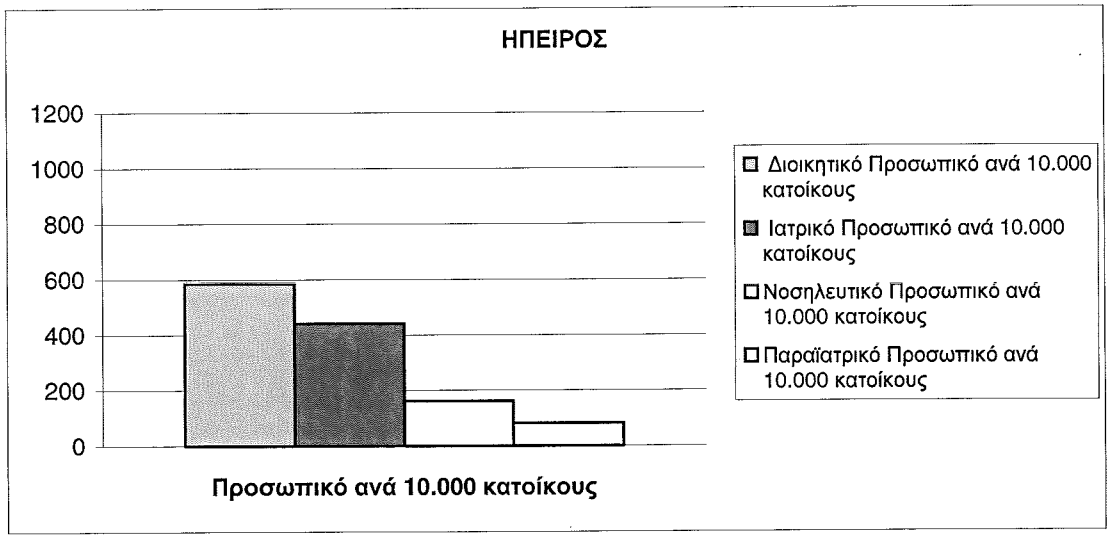

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

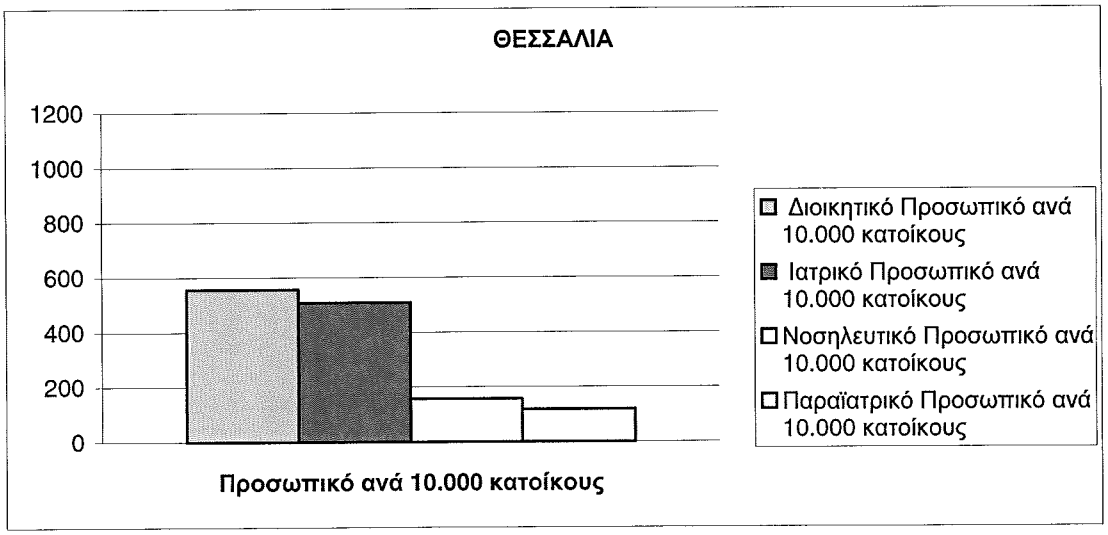

ΑΤΤΙΚΗ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

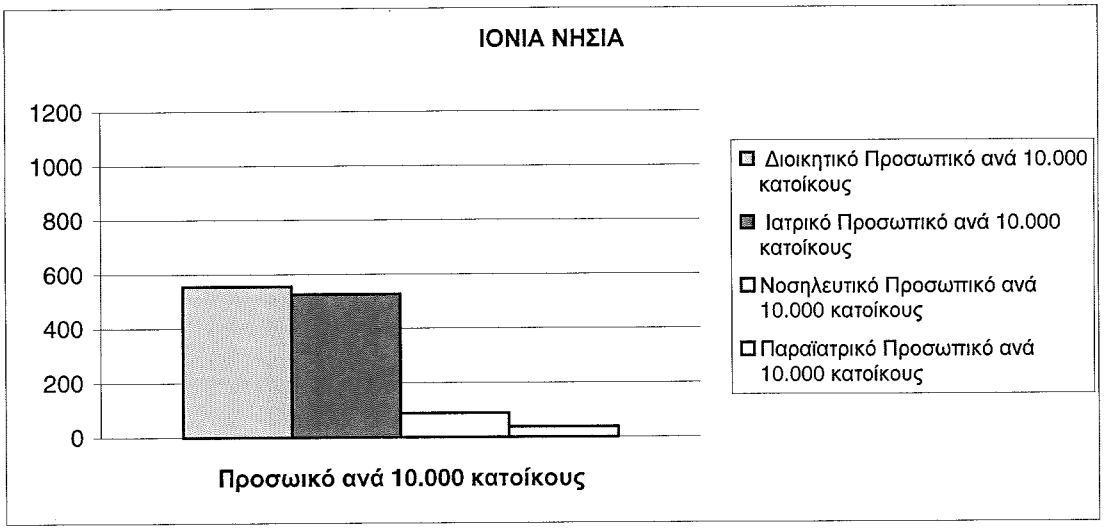

ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

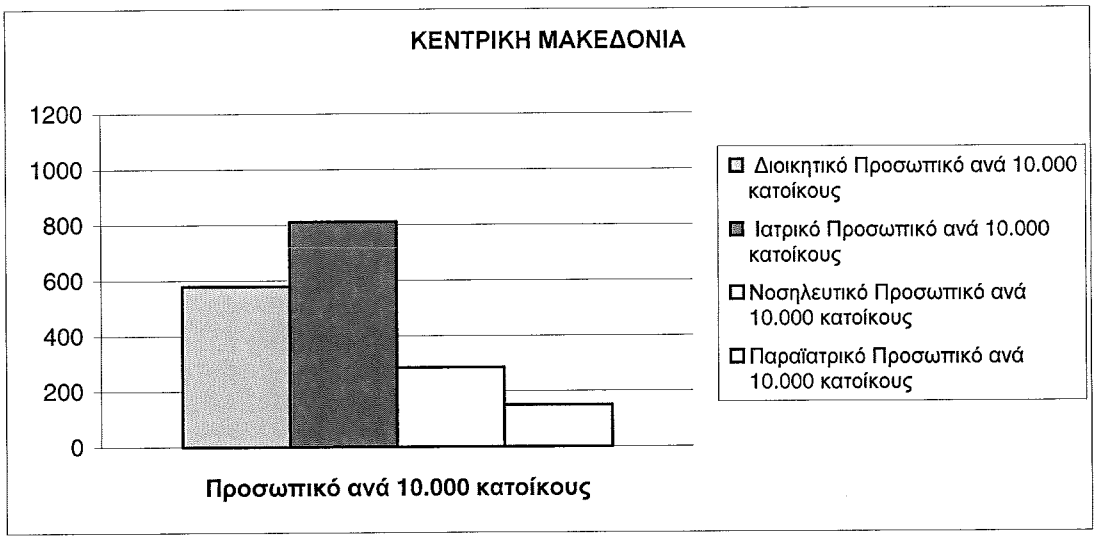

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

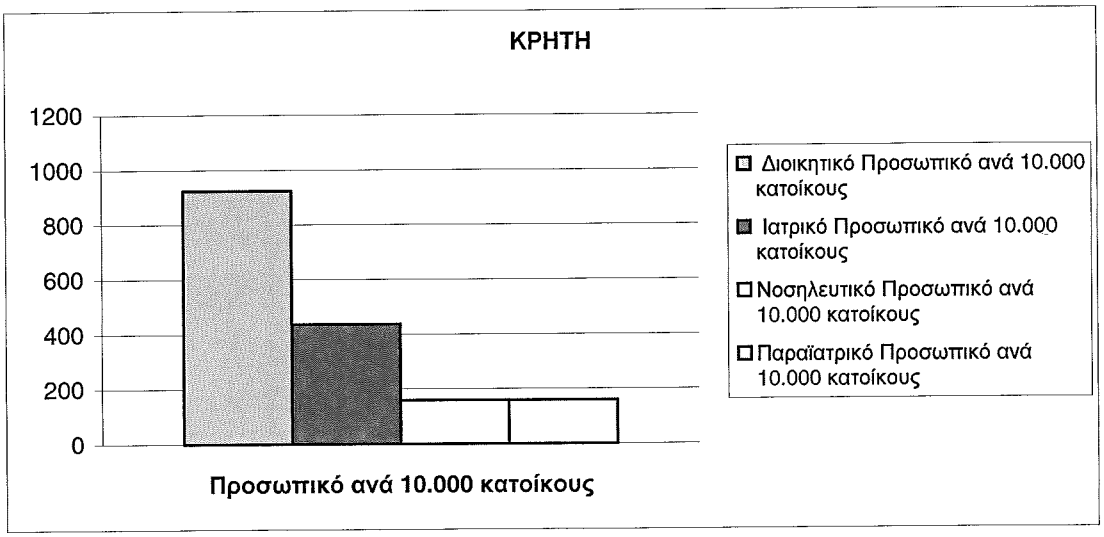

ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

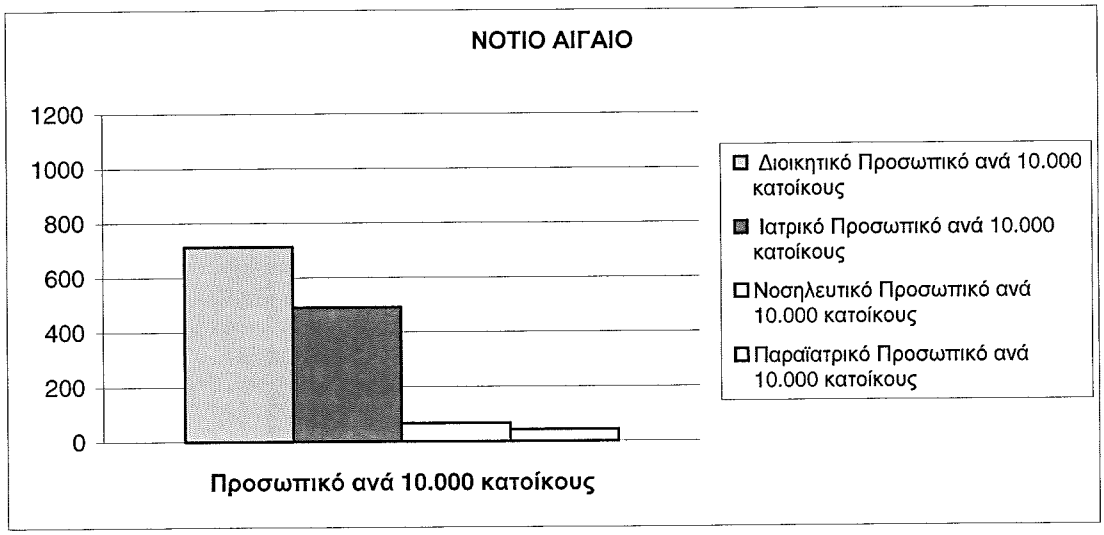

ΗΠΕΙΡΟΣ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

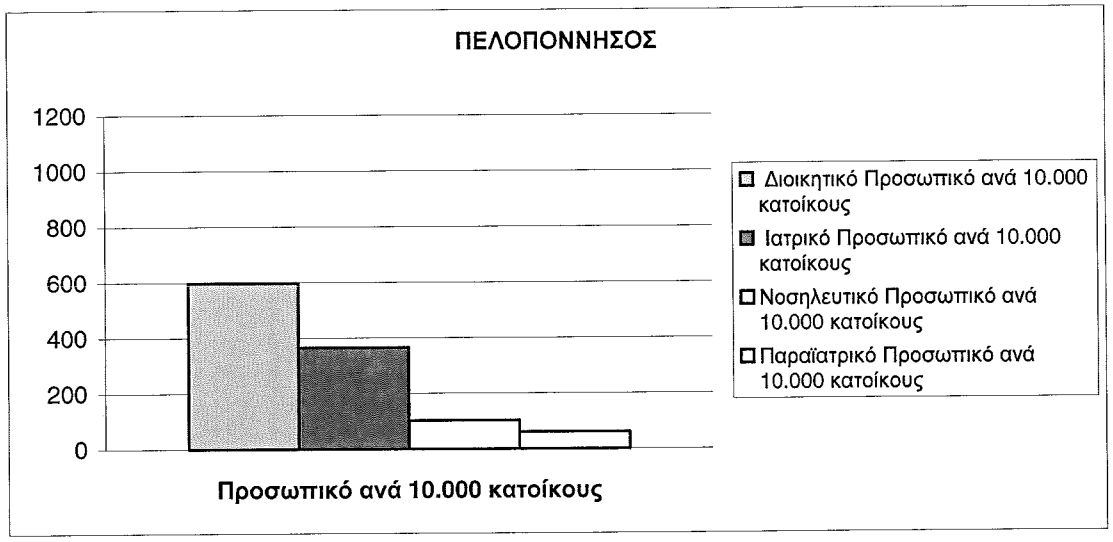

ΘΕΣΣΑΛΙΑ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

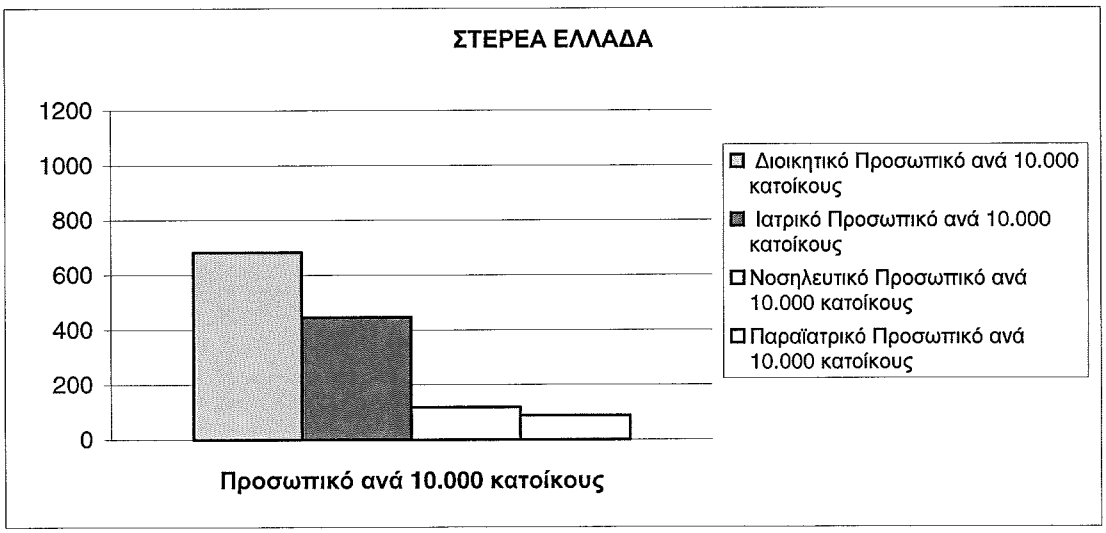

ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους


ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους


ΚΡΗΤΗ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους


ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους


ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ
1200
1000
800
600
400
200
0
Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους



Από τα παραπάνω διαγράμματα βλέπουμε ότι η Αττική συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέρος του διοικητικού προσωπικού (περίπου 1200 άτομα στους 10.000 κατοίκους) πράγμα αναμενόμενο μια και η κεντρική διοίκηση του ΙΚΑ βρίσκεται στην Αθήνα. Αντίστοιχα υψηλά είναι και τα νούμερα των άλλων κατηγοριών προσωπικού.

Γενικά, όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό, στις περισσότερες περιφέρειες υπάρχει μια ισοκατανομή. Αντιστοιχούν περίπου 550-610 διοικητικοί υπάλληλοι στους 10.000 κατοίκους. Διαφορές παρουσιάζουν όπως ήδη έχουμε πει η Αττική αλλά και η Κρήτη, το Νότιο Αιγαίο και η Στερεά Ελλάδα. Αυτό που ίσως είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι ότι η Περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας δεν παρουσιάζει υψηλά νούμερα αλλά βρίσκεται στα ίδια επίπεδα με τις άλλες Περιφέρειες.

Βέβαια δεν ισχύει το ίδιο και για το ιατρικό προσωπικό μια και η Κεντρική Μακεδονία όχι μόνο παρουσιάζει υψηλή αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους αλλά το ιατρικό προσωπικό είναι πολύ περισσότερο από το διοικητικό κάτι που συμβαίνει μόνο σε αυτή την Περιφέρεια και σε μικρότερη αναλογία στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη. Επίσης η Αττική εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλή αναλογία και στο ιατρικό προσωπικό ενώ τη χαμηλότερη αναλογία την έχει η Πελοπόννησος με 367 περίπου γιατρούς να αντιστοιχούν σε 10. 000 κατοίκους.

Στη συνέχεια βλέπουμε τις διαφορές που υπάρχουν στο νοσηλευτικό προσωπικό όπου την πρώτη θέση κατέχει και πάλι η Περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας ενώ η Αττική ακολουθεί. Οι χαμηλότερες τιμές εμφανίζονται στο Νότιο Αιγαίο και στα

Ιόνια Νησιά ενώ οι υπόλοιπες Περιφέρειες παρουσιάζουν μια σχετική ισοκατανομή. Τέλος, στο παραϊατρικό προσωπικό παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές ανισοκατανομές με την Αττική να έχει τον πρώτο λόγο με 250 άτομα να αντιστοιχούν σε 10.000 κατοίκους, ακολουθεί με αρκετή διαφορά η Κρήτη (159/10.000 κατοίκους) ενώ η Κεντρική Μακεδονία παρουσιάζει αναλογία 150 άτομα ανά 10.000 κατοίκους. Οι χαμηλότερες τιμές εντοπίζονται και πάλι στα Ιόνια Νησιά (37/10.000 κατοίκους), στο Νότιο Αιγαίο (43/10.000 κατοίκους) και στο Βόρειο Αιγαίο (59/10.000 κατοίκους). Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε αυτές τις διαφορές διαπιστώνουμε ότι είναι λογικό στις δυσπρόσιτες περιοχές όπως είναι η νησιωτική Ελλάδα να μην υπάρχει μεγάλος αριθμός παραϊατρικών επαγγελμάτων μια και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας συγκεντρώνονται κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. Έτσι οι κάτοικοι των νησιών αναγκάζονται να μετακινηθούν προς Αθήνα κυρίως για τις υπηρεσίες αυτές. Επίσης η γεωγραφική θέση καθώς και ο μεγάλος αριθμός των νησιών του Αιγαίου κάνει ακόμη δυσκολότερη την παροχή τέτοιων υπηρεσιών διότι ανεβαίνει πολύ το κόστος.

Παρακάτω θα δείξουμε την κατανομή του προσωπικού συγκεντρωτικά για όλες τις περιφέρειες έτσι ώστε να έχουμε μια συνολική εικόνα για όσα αναφέραμε παραπάνω. Δεν αλλάζει κάτι στον παραπάνω σχολιασμό απλά δίνεται μια πιο σαφής εικόνα για το αν υπάρχει ισοκατανομή ανάμεσα στις 13 Περιφέρειες της χώρας σε κάθε κατηγορία προσωπικού που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους. Με μια ματιά βλέπουμε την Αττική να ξεχωρίζει και με μεγάλη διαφορά τόσο στο διοικητικό όσο και στο ιατρικό προσωπικό. Αντίθετα στο νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει τη δεύτερη θέση πίσω από την Κεντρική Μακεδονία ενώ στο παραϊατρικό η διαφορά της από τις άλλες Περιφέρειες δεν είναι τόσο μεγάλη όσο στις άλλες κατηγορίες προσωπικού. Τις χαμηλότερες τιμές τις παρουσιάζουν στο διοικητικό προσωπικό η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, στο ιατρικό η Πελοπόννησος και τέλος στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό το Νότιο Αιγαίο και τα Ιόνια Νησιά.

Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
1200
1000
800
600
400
200
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Διοικητικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
1200
1000
800
600
400
200
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Ιατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
300
250
200
150
100
50
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Νοσηλευτικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους
300
250
200
150
100
50
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Παραϊατρικό Προσωπικό ανά 10.000 κατοίκους

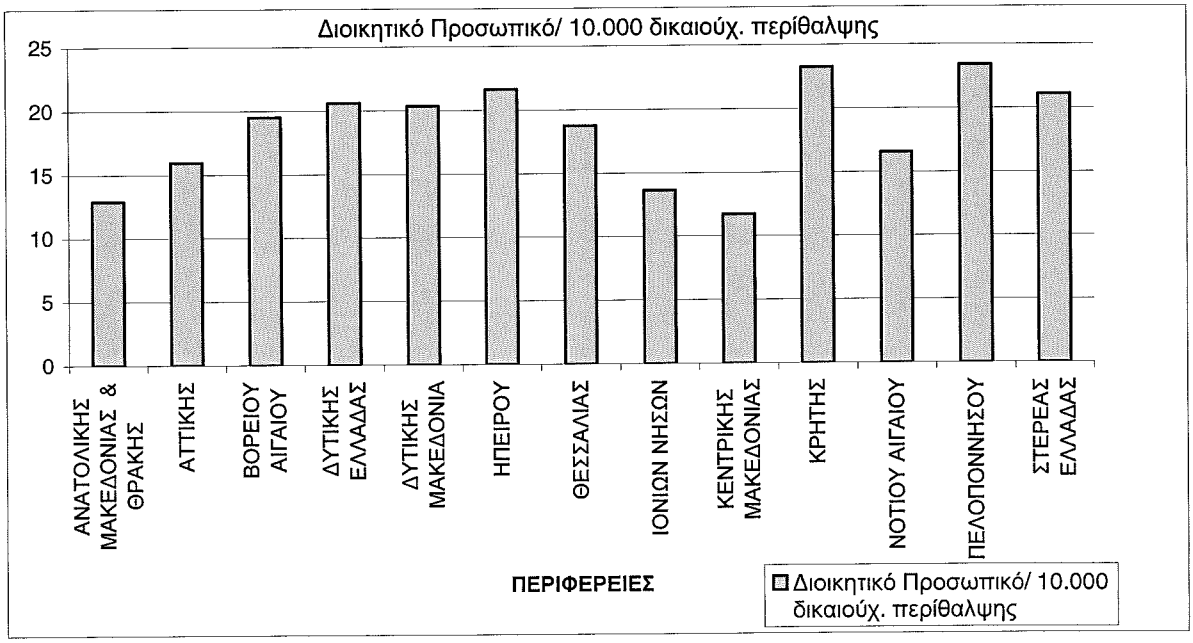
Στο σημείο αυτό θα προσπαθήσουμε να εξετάσουμε και μια άλλη διάσταση της περιφερειακής κατανομής του προσωπικού. Για το λόγο αυτό μετατρέπουμε τα αρχικά στοιχεία μας σε κατά κεφαλή ποσοστά διαιρώντας τον αριθμό του προσωπικού της κάθε περιφέρειας με τον αντίστοιχο αριθμό των δικαιούχων περίθαλψης του ΙΚΑ σύμφωνα με το Στατιστικό Δελτίο του ΙΚΑ για το 2001. Όπως ήδη έχουμε πει, επειδή τα στοιχεία μας αφορούν προσωπικό, δηλαδή άτομα, πολλαπλασιάζουμε επί 10.000 και παρουσιάζουμε στον Πίνακα 5.4 πόσο προσωπικό (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό) αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης. Έτσι προκύπτει νέα κατανομή η οποία μας δίνει μια άλλη εικόνα για την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών του ΙΚΑ.

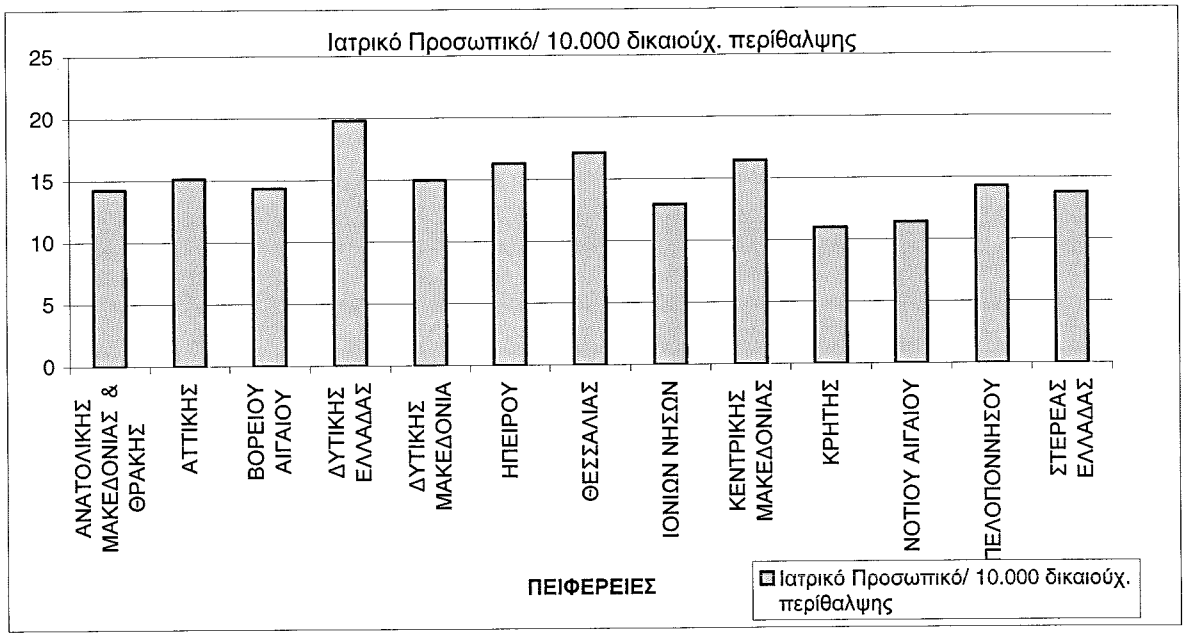
Πίνακας 5.4

Κατανομή προσωπικού του ΙΚΑ (προσωπικό / δικαιούχοι περίθαλψης) ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης (2000-2002).

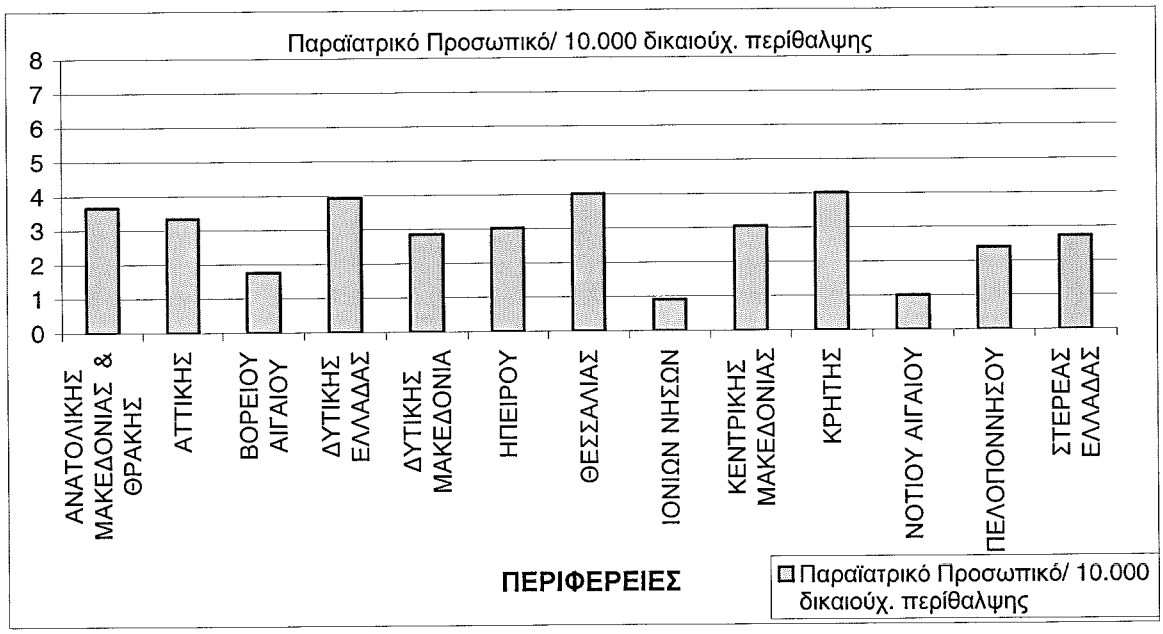
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	Διοικητικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης	Ιατρικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης	Νοσηλευτικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης	Παραϊατρικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	12,9	14,3	4,6	3,7
ΑΤΤΙΚΗΣ	16,0	15,2	3,6	3,3
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	19,5	14,4	3,4	1,8
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	20,6	19,8	5,0	3,9
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	20,4	15,0	3,8	2,9
ΗΠΕΙΡΟΥ	21,7	16,3	6,0	3,0
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	18,8	17,2	5,3	4,0
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	13,6	13,0	2,2	0,9
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	11,7	16,5	5,8	3,1
ΚΡΗΤΗΣ	23,3	11,0	4,0	4,0
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	16,6	11,4	1,6	1,0
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	23,4	14,3	4,0	2,4
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	21,1	13,8	3,7	2,7

Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στατιστικό Δελτίο έτους 2001: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής.


Διοικητικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης
25
20
15
10
5
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Διοικητικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης


Ιατρικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης
25
20
15
10
5
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΙΦΕΡΕΙΕΣ
Ιατρικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης

Νοσηλευτικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης
8
7
6
5
4
3
2
1
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Νοσηλευτικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης


Παραϊατρικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης
8
7
6
5
4
3
2
1
0
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
Παραϊατρικό Προσωπικό/ 10.000 δικαιούχ. περίθαλψης

Από τα παραπάνω σχεδιαγράμματα βλέπουμε ότι όσον αφορά στο διοικητικό προσωπικό υπάρχει μια σχετική ισοκατανομή με εξαιρέσεις όμως τις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας, Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και Ιόνιων Νήσων που παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές. Η υψηλότερη αναλογία διοικητικού προσωπικού προς δικαιούχους περίθαλψης εμφανίζεται στην Κρήτη και στην Πελοπόννησο. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι τόσο στην Κρήτη όσο και στην Πελοπόννησο οι κάτοικοι ασχολούνται με επαγγέλματα που δεν έχουν ασφάλεια ΙΚΑ επομένως είναι υψηλότερη η αναλογία των υπηρεσιών προς τους δικαιούχους. Στο ιατρικό προσωπικό βλέπουμε ότι υπάρχει μεγαλύτερη ισοκατανομή από το διοικητικό. Όλες οι περιφέρειες βρίσκονται περίπου στα ίδια επίπεδα με την Δυτική Ελλάδα να παρουσιάζει την μεγαλύτερη αναλογία ιατρικού προσωπικού ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης ενώ η χαμηλότερη αναλογία εμφανίζεται στην Κρήτη. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε το παράδοξο που εμφανίζει η Κρήτη, δηλαδή την μεγαλύτερη αναλογία στο διοικητικό προσωπικό και τη χαμηλότερη στο ιατρικό. Τέλος για το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό οι τιμές είναι ιδιαίτερα χαμηλές και θα μπορούσε αυτό να χαρακτηριστεί ως ισοκατανομή. Οι ανισότητες εμφανίζονται κυρίως στη νησιωτική Ελλάδα δηλαδή Ιόνια Νησιά, Βόρειο και Νότιο Αιγαίο όπου οι αναλογίες είναι ιδιαίτερα χαμηλές και για το νοσηλευτικό και για το παραϊατρικό προσωπικό.

Μια άλλη σύγκριση που θα μας οδηγήσει σε χρήσιμα συμπεράσματα είναι αυτή μεταξύ του προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους και του προσωπικού ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης. Διαπιστώνουμε ότι οι κατανομές διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους ειδικά όσον αφορά στο διοικητικό και ιατρικό προσωπικό. Έτσι όταν η βάση αναφοράς είναι ο φυσικός πληθυσμός της περιφέρειας η Αττική έχει το προβάδισμα τόσο στο διοικητικό όσο και στο ιατρικό προσωπικό. Η εικόνα όμως αυτή αλλάζει όταν έχουμε ως βάση τους δικαιούχους περίθαλψης με την Κρήτη και την Πελοπόννησο να έχουν τον πρώτο λόγο στο διοικητικό προσωπικό και την Δυτική Ελλάδα στο ιατρικό. Από την άλλη μεριά στο νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό οι διαφορές δεν είναι ιδιαίτερα αισθητές μια που και στις δύο περιπτώσεις η Κεντρική Μακεδονία έχει το προβάδισμα στο νοσηλευτικό προσωπικό ενώ οι χαμηλότερες τιμές εξακολουθούν να εμφανίζονται στα Ιόνια Νησιά και στο Βόρειο και Νότιο Αιγαίο. Η μόνη αξιόλογη διαφορά είναι αυτή στο παραϊατρικό προσωπικό που ενώ στην αναλογία ανά 10.000 κατοίκους η Αττική είναι πρώτη και με μεγάλη

διαφορά από τις υπόλοιπες περιφέρειες στην αναλογία ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης η Αττική βρίσκεται στα ίδια επίπεδα με πολλές άλλες περιφέρειες.

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να δούμε αν υπάρχει συσχέτιση των υπηρεσιών υγείας μιας Περιφέρειας με το κατά κεφαλή ΑΕΠ της δηλαδή το εισόδημα των κατοίκων της. Θα είχε ενδιαφέρον να δούμε αν οι πλούσιες περιοχές έχουν και καλύτερο επίπεδο υπηρεσιών υγείας ή αν οι υπηρεσίες υγείας δεν ακολουθούν τα υψηλά εισοδήματα αλλά είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής πολιτικής του κράτους. Στον Πίνακα 5.5 παρουσιάζουμε τα στοιχεία για το κατά κεφαλή ΑΕΠ όλων των Περιφερειών της χώρας.

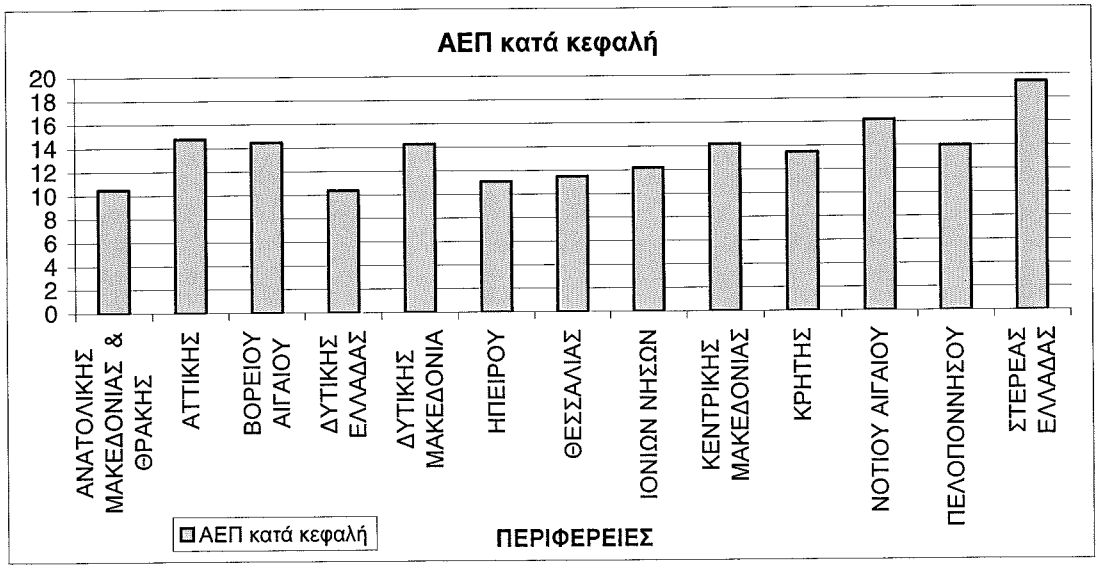
Πίνακας 5.5

Κατά κεφαλή ΑΕΠ για τις 13 Περιφέρειες της χώρας (2003).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΑΕΠ κατά κεφαλή	Κατάταξη σε σχέση με τις 13 περιφέρειες
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	10,5 χιλ.ευρώ	12
ΑΤΤΙΚΗΣ	14,8 χιλ.ευρώ	3
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	14,5 χιλ.ευρώ	4
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	10,4 χιλ.ευρώ	13
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	14,3 χιλ.ευρώ	5
ΗΠΕΙΡΟΥ	11,1 χιλ.ευρώ	11
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	11,5 χιλ.ευρώ	10
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	12,2 χιλ.ευρώ	9
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	14,2 χιλ.ευρώ	6
ΚΡΗΤΗΣ	13,5 χιλ.ευρώ	8
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	16,2 χιλ.ευρώ	2
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	14 χιλ.ευρώ	7
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	19,4 χιλ.ευρώ	1
Μέσος όρος χώρας	13,9 χιλ.ευρώ	

Πηγή: www.economics.gr
Βάσεις Δεδομένων: Οι Νομοί της Ελλάδος-Οι δείκτες ευημερίας των Νομών και Περιφερειών.

Κάνουμε μια διαγραμματική παρουσίαση του κατά κεφαλή ΑΕΠ για τις 13 Περιφέρειες συνολικά για να έχουμε μια καλύτερη εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα.



Στο παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι το υψηλότερο κατά κεφαλή ΑΕΠ εμφανίζει η περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας. Αυτό ως ένα βαθμό μπορεί να ερμηνευθεί τόσο από το γεγονός ότι στους νομούς αυτής της Περιφέρειας είναι εγκατεστημένες μεγάλες βιομηχανίες (κυρίως στο νομό Βοιωτίας), όσο και από το γεγονός ότι δεν παρουσιάζουν οι νομοί αυτοί μεγάλο αριθμό φυσικού πληθυσμού. Επομένως και από τους δύο αυτούς παράγοντες που αναφέραμε ενισχύεται ο δείκτης του κατά κεφαλή ΑΕΠ. Κάτι αντίστοιχο θα μπορούσαμε να πούμε ότι ισχύει και για την περιφέρεια του Νοτίου Αιγαίου που είναι δεύτερη στην κατάταξη του κατά κεφαλή ΑΕΠ. Εδώ ο υψηλός τουρισμός είναι αυτός που δημιουργεί υψηλά εισοδήματα για τους κατοίκους της Περιφέρειας αυτής που σε συνδυασμό με το μικρό σχετικά αριθμό κατοίκων των νησιών έχει ως αποτέλεσμα το υψηλό κατά κεφαλή ΑΕΠ. Στη σειρά κατάταξης ακολουθεί η Αττική πράγμα αναμενόμενο μια και η περιφέρεια αυτή συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέρος της παραγωγικής δραστηριότητας της χώρας. Οι υπόλοιπες περιφέρειες βρίσκονται στα ίδια περίπου επίπεδα με εξαίρεση τη Δυτική Ελλάδα, την Ανατολική Μακεδονία και Θράκη και την Ήπειρο που παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα κατά κεφαλή ΑΕΠ. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτές οι περιφέρειες είναι γνωστά και αναμενόμενο είναι να παρουσιάζουν και χαμηλό κατά κεφαλή ΑΕΠ.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε το ποσοστό των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ για κάθε Περιφέρεια.

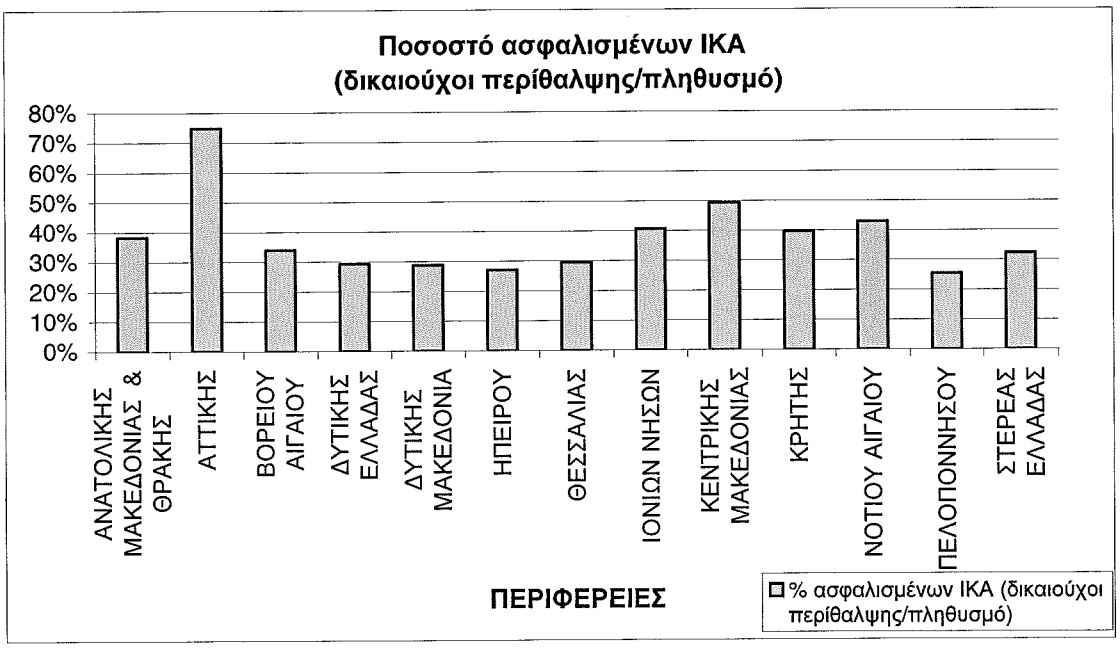
Πίνακας 5.6

Ποσοστό ασφαλισμένων στο ΙΚΑ (2001).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ 2001	ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 2001	% ασφαλισμένων ΙΚΑ (δικαιούχοι περίθαλψης/πληθυσμό)	άλλα ταμεία ασφάλισης
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	231.856	604.254	38,37%	61,63%
ΑΤΤΙΚΗΣ	2.821.000	3.764.348	74,94%	25,06%
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	68.137	200.066	34,06%	65,94%
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	218.079	742.419	29,37%	70,63%
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	87.407	302.750	28,87%	71,13%
ΗΠΕΙΡΟΥ	95.597	352.420	27,13%	72,87%
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	223.776	754.893	29,64%	70,36%
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	87.209	214.274	40,70%	59,30%
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	920.101	1.862.833	49,39%	50,61%
ΚΡΗΤΗΣ	238.864	601.159	39,73%	60,27%
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	128.608	298.745	43,05%	56,95%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	161.794	632.955	25,56%	74,44%
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	197.180	608.655	32,40%	67,60%
ΣΥΝΟΛΟ	5.479.608	10.939.771	50,09%	49,91%

Πηγή: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στατιστικό Δελτίο έτους 2001: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής.
Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, www.statistics.gr- Απογραφή Πληθυσμού 2001.

Τόσο στον παραπάνω πίνακα όσο και στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλισμένων στο ΙΚΑ εμφανίζεται στην Αττική. Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι στην Αττική κυριαρχεί η μισθωτή εργασία μια και δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου αγροτικός τομέας. Ακολουθούν οι περιφέρειες της Κεντρικής Μακεδονίας, του Νοτίου Αιγαίου και των Ιόνιων Νησιών. Γενικά με εξαίρεση την Αττική, οι υπόλοιπες περιφέρειες βλέπουμε ότι βρίσκονται στα ίδια περίπου επίπεδα. Τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στην Πελοπόννησο και την Ήπειρο κάτι αναμενόμενο μια και οι δύο Περιφέρειες έχουν μεγάλη δραστηριότητα στη γεωργία και στην κτηνοτροφία.


Ποσοστό ασφαλισμένων ΙΚΑ
(δικαιούχοι περίθαλψης/πληθυσμό)
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ
ΗΠΕΙΡΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΚΡΗΤΗΣ
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ
% ασφαλισμένων ΙΚΑ (δικαιούχοι περίθαλψης/πληθυσμό)

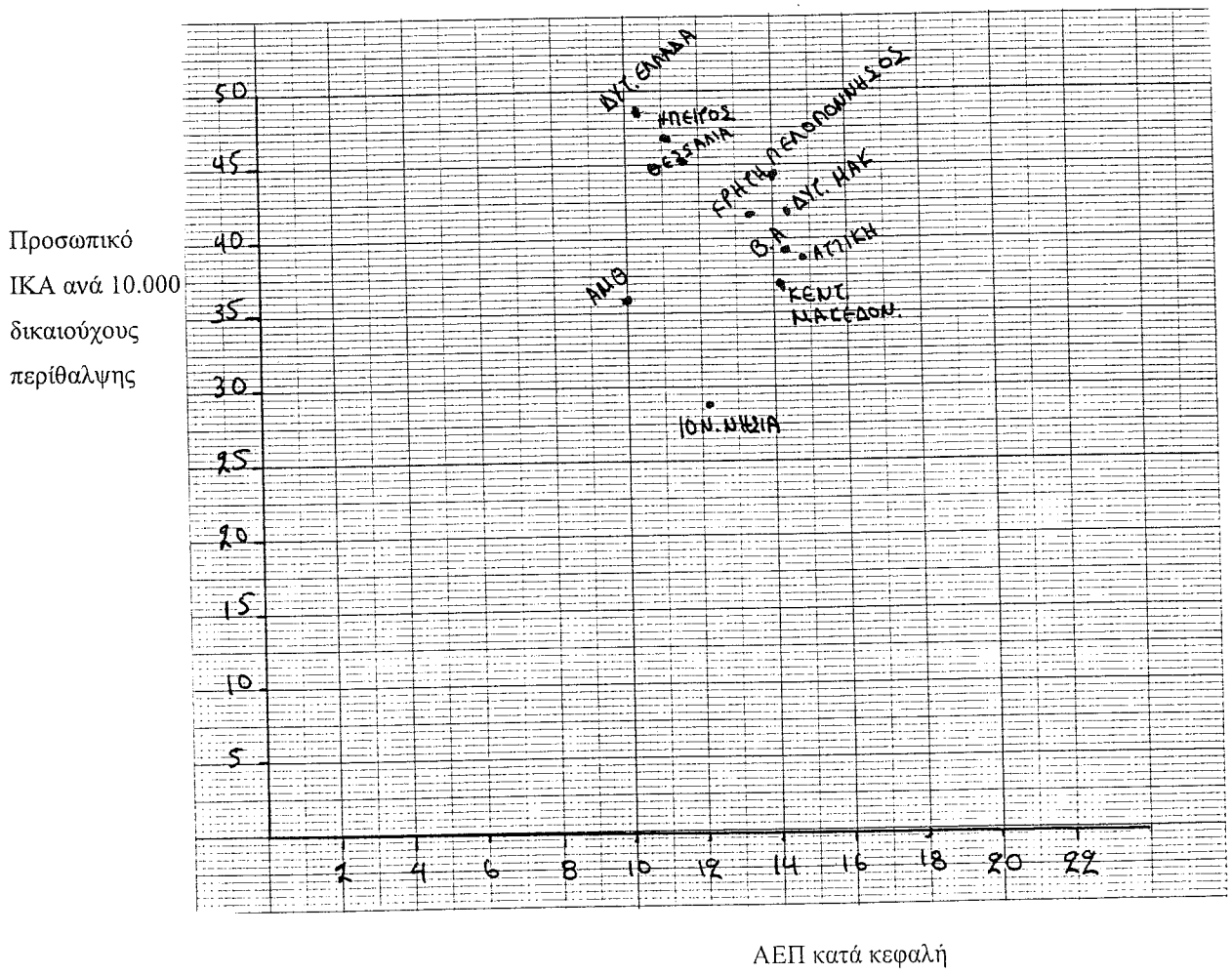
5.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

5.2.1 Διαγραμματική Παρουσίαση

Καταρχήν για να έχουμε μια γενική εικόνα της κατάστασης κάνουμε το διάγραμμα για το κατά κεφαλή ΑΕΠ και το Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης καθώς και το διάγραμμα για το κατά κεφαλή ΑΕΠ και το Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους.

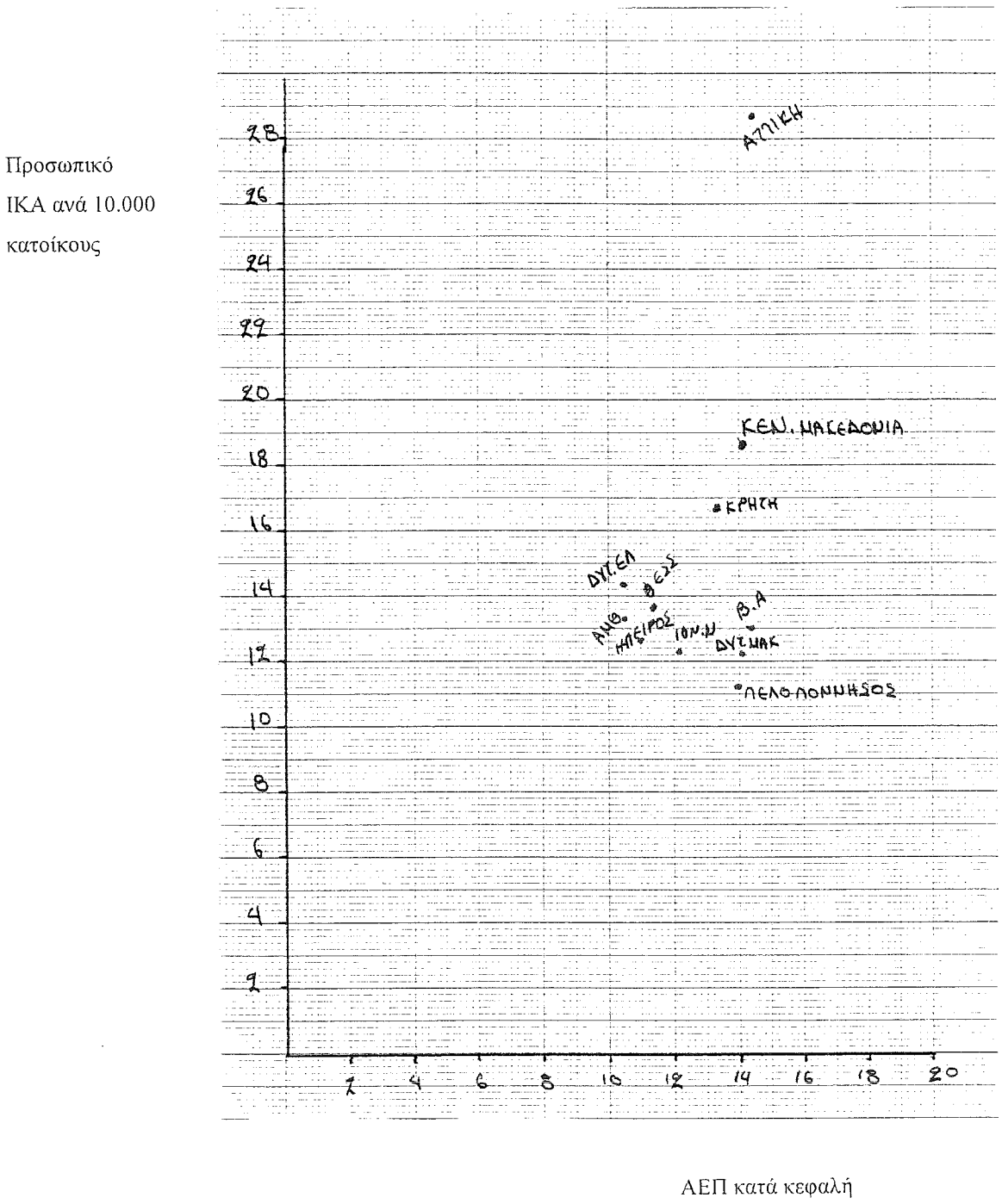
Διάγραμμα Α

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης



Διάγραμμα Β

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους



5.2.2 Συντελεστής Συσχέτισης PEARSON

Από τα παραπάνω διαγράμματα φαίνεται να μην υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών μας αλλά για να εξετάσουμε αν πράγματι ισχύει αυτό χρησιμοποιούμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson προκειμένου να μετρήσουμε την ένταση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών μας. Όταν ο συντελεστής συσχέτισης παίρνει την τιμή 0 δεν υπάρχει καθόλου συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ για θετικές συσχετίσεις παίρνει θετικές τιμές και για αρνητικές συσχετίσεις αρνητικές τιμές. [102]

Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson χρησιμοποιείται κατά προτίμηση αν η συσχέτιση φαίνεται να είναι γραμμική ή αν δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση. Και εμείς εδώ από τα παραπάνω στοιχεία έχουμε την εντύπωση ότι μάλλον δεν υπάρχει συσχέτιση, κάτι που θα προσπαθήσουμε να το επιβεβαιώσουμε παρακάτω. Ο τύπος του συντελεστή είναι:

$$r = \frac{Cov(X,Y)}{\sqrt{Var(X)}\sqrt{Var(Y)}}$$

όπου Cov (X,Y) είναι η συνδυακύμανση των X και Y,

Var (X) είναι η διακύμανση του X και

Var (Y) είναι η διακύμανση του Y.

[102] Κ. Ριτσαρσον-Α. Βασίλαινας. Αθήνα 1999. «Εισαγωγή στην Στατιστική Επιστήμη» σελ 111-122.

Πίνακας 5.7

Κατανομή του κατά κεφαλή ΑΕΠ και του Προσωπικού του ΙΚΑ (2000-2003).

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΑΕΠ κατά κεφαλή (χιλ.ευρώ)	Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 δικαούχους περίθαλψης	Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 κατοίκους
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ	10,5	35,5	13,6
ΑΤΤΙΚΗΣ	14,8	38,1	28,6
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	14,5	39,0	13,3
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	10,4	49,4	14,5
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	14,3	42,0	12,1
ΗΠΕΙΡΟΥ	11,1	47,0	12,7
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	11,5	45,3	13,4
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	12,2	29,7	12,1
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	14,2	37,1	18,3
ΚΡΗΤΗΣ	13,5	42,3	16,8
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	16,2	30,6	13,2
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	14	44,2	11,3
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	19,4	41,3	13,4

Πηγή: www.economics.gr
Βάσεις Δεδομένων: Οι Νομοί της Ελλάδος-Οι δείκτες ευημερίας των Νομών και Περιφερειών
Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στατιστικό Δελτίο έτους 2001: Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής.
Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, www.statistics.gr- Απογραφή Πληθυσμού 2001.

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι έχουμε το κατά κεφαλή ΑΕΠ για κάθε Περιφέρεια και το σύνολο του Προσωπικού του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους και σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης. Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να δούμε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS αν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών μας.

5.2.3 Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης PEARSON

Στην προσπάθεια μας να δούμε αν υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές μας δηλαδή ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ (var 1) και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης (var 2) και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους (var 3) χρησιμοποιούμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και έχουμε τα αποτελέσματα που βλέπουμε στους παρακάτω πίνακες.

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης

		Κατά κεφαλή ΑΕΠ	Προσωπικό ΙΚΑ/10.000 δικαιούχους περίθαλψης
Κατά κεφαλή ΑΕΠ	Pearson Correlation	1	-,275
	Sig. (2-tailed)	.	,363
	N	13	13
Προσωπικό ΙΚΑ/10.000 δικαιούχους περίθαλψης	Pearson Correlation	-,275	1
	Sig. (2-tailed)	,363	.
	N	13	13

Βλέπουμε στον πίνακα ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι -0,275. Για να δούμε όμως αν υπάρχει συσχέτιση ή όχι πρέπει να κάνουμε στατιστικό έλεγχο. Έτσι ορίζουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση και την εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συσχέτιση.

H_0 : r =0 Δεν υπάρχει συσχέτιση

H_1 : r ≠ 0 Υπάρχει συσχέτιση

Βλέπουμε τη στατιστική σημαντικότητα (Sig = 0,363 > 0,05) πράγμα που μας οδηγεί να δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση.

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 κατοίκους

		VAR00001	VAR00003
VAR00001	Pearson Correlation	1	,132
	Sig. (2-tailed)	.	,666
	N	13	13
VAR00003	Pearson Correlation	,132	1
	Sig. (2-tailed)	,666	.
	N	13	13

Βλέπουμε στον πίνακα ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους είναι 0,132. Για να δούμε όμως αν υπάρχει συσχέτιση ή όχι πρέπει να κάνουμε στατιστικό έλεγχο. Έτσι ορίζουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση και την εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συσχέτιση.

H_0 : r =0 Δεν υπάρχει συσχέτιση

H_1 : r $\neq$ 0 Υπάρχει συσχέτιση

Βλέπουμε τη στατιστική σημαντικότητα (Sig = 0,666 > 0,05) πράγμα που μας οδηγεί να δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης αλλά ούτε και ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους. Παρακάτω θα επιχειρήσουμε να δούμε τι συμβαίνει όταν αφαιρούμε κάποιες ακραίες τιμές από τις μεταβλητές μας. Καταρχήν αφαιρούμε τις ακραίες τιμές που παρουσιάζει το κατά κεφαλή ΑΕΠ στις Περιφέρειες της Στερεάς Ελλάδας και του Νοτίου Αιγαίου και βλέπουμε τα νέα αποτελέσματα της συσχέτισης.

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	-,257
	Sig. (2-tailed)	.	,445
	N	11	11
VAR00002	Pearson Correlation	-,257	1
	Sig. (2-tailed)	,445	.
	N	11	11

Βλέπουμε στον πίνακα ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι -0,257. Για να δούμε όμως αν υπάρχει συσχέτιση ή όχι πρέπει να κάνουμε στατιστικό έλεγχο. Έτσι ορίζουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση και την εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συσχέτιση.

H_0 : r =0 Δεν υπάρχει συσχέτιση

H_1 : r $\neq$ 0 Υπάρχει συσχέτιση

Βλέπουμε τη στατιστική σημαντικότητα (Sig = 0,445 > 0,05) πράγμα που μας οδηγεί να δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση.

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 κατοίκους

		VAR00001	VAR00003
VAR00001	Pearson Correlation	1	,400
	Sig. (2-tailed)	.	,223
	N	11	11
VAR00003	Pearson Correlation	,400	1
	Sig. (2-tailed)	,223	.
	N	11	11

Βλέπουμε στον πίνακα ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους είναι 0,4. Για να δούμε όμως αν υπάρχει συσχέτιση ή όχι πρέπει να κάνουμε στατιστικό έλεγχο. Έτσι ορίζουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση και την εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συσχέτιση.

H_0 : r =0 Δεν υπάρχει συσχέτιση

H_1 : r $\neq$ 0 Υπάρχει συσχέτιση

Βλέπουμε τη στατιστική σημαντικότητα (Sig = 0,223 > 0,05) πράγμα που μας οδηγεί να δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση.
Έτσι βλέπουμε ότι με της αφαίρεση των ακραίων τιμών του κατά κεφαλή ΑΕΠ δεν είχαμε κάποια ουσιαστική αλλαγή στα αποτελέσματά μας. Δηλαδή εξακολουθούμε να καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ.

Παρακάτω θα δούμε τι γίνεται στην περίπτωση που αφαιρέσουμε τις ακραίες τιμές του Προσωπικού του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης των Περιφερειών της Δυτικής Ελλάδας και των Ιόνιων Νησιών.

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	-,291
	Sig. (2-tailed)	.	,385
	N	11	11
VAR00002	Pearson Correlation	-,291	1
	Sig. (2-tailed)	,385	.
	N	11	11

Βλέπουμε στον πίνακα ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι -0,291. Για να δούμε όμως αν υπάρχει συσχέτιση ή όχι πρέπει να κάνουμε στατιστικό έλεγχο. Έτσι ορίζουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση και την εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συσχέτιση.
H_0 : $r = 0$ Δεν υπάρχει συσχέτιση
H_1 : $r \neq 0$ Υπάρχει συσχέτιση

Βλέπουμε τη στατιστική σημαντικότητα (Sig = 0,385 > 0,05) πράγμα που μας οδηγεί να δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση.

Διαπιστώνουμε και πάλι ότι με την αφαίρεση των ακραίων τιμών του Προσωπικού του ΙΚΑ ανά 10.000 δικαιούχους περίθαλψης δεν διαφοροποιούνται τα αποτελέσματά μας και παραμένει γεγονός η ανυπαρξία συσχέτισης ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ του αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης.

Παρακάτω θα δούμε τι γίνεται στην περίπτωση που αφαιρέσουμε τις ακραίες τιμές του Προσωπικού του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους για τις Περιφέρειες της Αττικής και της Πελοποννήσου.

Κατά κεφαλή ΑΕΠ και Προσωπικό ΙΚΑ ανά 10.000 κατοίκους.

		VAR00001	VAR00003
VAR00001	Pearson Correlation	1	,028
	Sig. (2-tailed)	.	,934
	N	11	11
VAR00003	Pearson Correlation	,028	1
	Sig. (2-tailed)	,934	.
	N	11	11

Βλέπουμε στον πίνακα ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο Προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους είναι 0,028. Για να δούμε όμως αν υπάρχει συσχέτιση ή όχι πρέπει να κάνουμε στατιστικό έλεγχο. Έτσι ορίζουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση και την εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συσχέτιση.

H_0 : $r = 0$ Δεν υπάρχει συσχέτιση

H_1 : $r \neq 0$ Υπάρχει συσχέτιση

Βλέπουμε τη στατιστική σημαντικότητα (Sig = 0,934 > 0,05) πράγμα που μας οδηγεί να δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ότι δηλαδή δεν υπάρχει συσχέτιση.

Τελικά βλέπουμε ότι και σε αυτή την περίπτωση δεν είχαμε αλλαγή αποτελεσμάτων, δηλαδή δεν εμφανίζεται συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές μας ούτε όταν αφαιρούμε τις ακραίες τιμές τους.

Μετά από όλα αυτά καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι παρουσιάζονται ανισότητες στην περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ κάτι που μπορεί να οφείλεται είτε σε οικονομικούς είτε σε γεωγραφικούς παράγοντες. Επίσης εξετάσαμε την πιθανότητα συσχέτισης των μεταβλητών μας (κατά κεφαλή ΑΕΠ, προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης και προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους) και διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει κάποια αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Με άλλα λόγια η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ δεν εξαρτάται από το κατά κεφαλή ΑΕΠ των κατοίκων της περιφέρειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία σκόπιμο κρίνεται να γίνουν κάποιες γενικές παρατηρήσεις καθώς και προσπάθεια να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα.

Γενικά γνωρίζουμε πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα των περιφερειακών ανισοτήτων και μέσα σε αυτό το πλαίσιο ασχοληθήκαμε με τις ανισότητες που παρατηρούνται στον τομέα υγείας. Ο χώρος της υγείας είναι ένα από τα πιο ευαίσθητα κομμάτια της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας και για το λόγο αυτό επιτακτική κρίνεται η ανάγκη για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και για περιφερειακή ισότητα.

Στην εργασία αυτή ξεκινάμε κάνοντας αναφορά στις έννοιες της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας βαθμίδας περίθαλψης. Έτσι βλέπουμε ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι το εξωνοσοκομειακό επίπεδο οργάνωσης ενός συστήματος υγείας που όχι μόνο προάγει την υπόθεση της πρόληψης, αλλά και παρέχει εκείνες τις υπηρεσίες που καθιστούν δυνατή την παραγωγή μιας ολοκληρωμένης και προσιτής απ' όλους ιατρικής φροντίδας. Στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του ΕΣΥ, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, των πολυϊατρείων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, των δημοτικών ιατρείων της τοπικής αυτοδιοίκησης αλλά και μέσω ιατρών του ιδιωτικού τομέα. Βέβαια παρατηρούνται πολλά προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσα στο γενικότερο πλαίσιο αναδιάρθρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Από την άλλη μεριά με τον όρο δευτεροβάθμια φροντίδα περίθαλψης αναφερόμαστε στις περισσότερο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας που κατά κύριο λόγο παρέχονται από το νοσοκομείο το οποίο είναι η λειτουργική μονάδα της δευτεροβάθμιας βαθμίδας περίθαλψης. Στην Ελλάδα παρέχεται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, από τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα προβλήματα που εμφανίζονται και εδώ είναι σημαντικά μια

και υφίστανται περιφερειακές ανισότητες καθώς και ανεπάρκεια των νοσοκομείων σε κτιριακή και τεχνολογική υποδομή. Αν και γίνεται προσπάθεια να ξεπεραστούν αυτά τα θέματα με το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (2000-2006) – Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια » εξακολουθούμε να βρισκόμαστε σε αρχικό στάδιο.

Αφού αποσαφηνίσαμε τους όρους πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια βαθμίδα περίθαλψης, επιχειρήσαμε να ασχοληθούμε με το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας. Με το Νόμο 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας θεσμοθετείται το πλαίσιο της οργάνωσης του δημόσιου τομέα υγείας και γίνεται η αρχή για σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στο επίπεδο παροχής και κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Επόμενο ήταν όμως στα τόσα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ κάποιοι από τους αρχικούς στόχους να έχουν επιτευχθεί ενώ κάποιοι άλλοι όχι κάτι που οδήγησε το 2000 στην ανάγκη για αναδιάρθρωσή του. Έτσι ψηφίστηκε ο Νόμος 2889/2001 για τη «Βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» του οποίου η κύρια επιδίωξη ήταν η αποκέντρωση και η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ. Με το Νόμο αυτό γίνανε σημαντικά βήματα στο χώρο της υγείας όμως πολλά από τα αρχικά σχέδια δεν μπόρεσαν τελικά να εφαρμοστούν. Οι πιο πρόσφατες εξελίξεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας έρχονται με το Νόμο 3329/2005 βασικός σκοπός του οποίου είναι η επίτευξη της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας και η ισότιμη πρόσβαση σε αυτές. Επίσης γίνεται προσπάθεια για την εξάλειψη της γραφειοκρατίας καθώς και για τη θέσπιση και λειτουργία ευέλικτων μορφών διοίκησης των υπηρεσιών υγείας.

Στη συνέχεια της εργασίας ασχολούμαστε με το ΙΚΑ, το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας μια και ο μισός σχεδόν πληθυσμός της Ελλάδος είναι δικαιούχοι περίθαλψής του. Βέβαια όλοι γνωρίζουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΙΚΑ αφού εδώ και αρκετά χρόνια έχει καταστεί ένας ελλειμματικός ασφαλιστικός φορέας πράγμα που έχει άμεση επιρροή όχι μόνο στα θέματα κοινωνικής ασφάλισης αλλά και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει στους ασφαλισμένους του. Στην παρούσα εργασία ασχολούμαστε μόνο με την παροχή των υπηρεσιών υγείας γι' αυτό και κάνουμε επιγραμματική αναφορά στις κεντρικές και περιφερειακές του υπηρεσίες ενώ επικεντρώνουμε το ενδιαφέρον μας στις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας. Αυτό που ενδιαφέρει εμάς είναι η περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ

και η διερεύνηση για την ύπαρξη ή μη περιφερειακών ανισοτήτων κάτι το οποίο βλέπουμε στο εμπειρικό κομμάτι της εργασίας.

Στο κεφάλαιο 4 ασχολούμαστε με την πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μέσα σε αυτό το πλαίσιο κινούμαστε για να περιγράψουμε και την πολιτική υγείας που εφαρμόζει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Καταρχήν πρέπει να εξηγήσουμε ότι με τον όρο πολιτική υγείας αναφερόμαστε στο σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και εξαρτάται τόσο από την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.α. Η αρμοδιότητα της Κοινότητας στον υγειονομικό τομέα είναι περιορισμένη και κυρίως λόγω της πολυμορφίας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην πολιτική υγείας δεν ακολουθείται πολιτική εναρμόνισης αλλά πολιτική σύγκλισης. Με άλλα λόγια το κάθε κράτος-μέλος επιλέγει αυτόνομα το σύστημα υγείας και τον τρόπο χρηματοδότησής του ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες που επικρατούν στο εσωτερικό της χώρας. Αυτό συμβαίνει επειδή μεταξύ των κρατών μελών υπάρχουν σημαντικές διαφορές τόσο οικονομικές όσο και κοινωνικοπολιτικές.

Όσον αφορά στην πολιτική υγείας της Ελλάδας αυτή αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Μερικοί από τους βασικούς στόχους της πολιτικής υγείας της Ελλάδας είναι η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας. Βέβαια τα προβλήματα που εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας είναι πολλά. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε τα σημαντικότερα που είναι οι περιφερειακές ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, το υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης καθώς και τα προβλήματα χρηματοδότησης και αποδοτικότητας των υπηρεσιών αυτών. Πολλές προσπάθειες γίνονται για να μπορέσουν να ξεπεραστούν τα παραπάνω προβλήματα έτσι ώστε η Ελλάδα να μπορέσει να ακολουθήσει τόσο τις διεθνείς όσο και τις

ευρωπαϊκές εξελίξεις στο χώρο της υγείας. Οι διάφορες προσπάθειες για «μεταρρύθμιση» που γίνονται κατά διαστήματα έχουν κάποια θετικά αποτελέσματα χρειάζεται όμως ακόμα να γίνουν πολλά βήματα για μια περισσότερο αξιόπιστη, αποτελεσματική και ικανοποιητική πολιτική υγείας στη χώρας μας.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στην εμπειρική ανάλυση που επιχειρήσαμε να κάνουμε για την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ. Χρησιμοποιήσαμε στοιχεία προσωπικού (διοικητικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού) για τις 13 Περιφέρειες της χώρας, εξετάσαμε την περιφερειακή τους κατανομή και καταλήξαμε στο γενικό συμπέρασμα ότι στην Ελλάδα υφίστανται περιφερειακές ανισότητες σε μερικές περιπτώσεις ιδιαίτερα σημαντικές ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις είναι μικρότερου μεγέθους.

Αναλυτικότερα βλέπουμε ότι σε απόλυτα αριθμητικά μεγέθη ο κύριος όγκος του προσωπικού του ΙΚΑ είναι συγκεντρωμένος καταρχήν στην Αττική και στη συνέχεια στην Κεντρική Μακεδονία. Οι υπόλοιπες Περιφέρειες βρίσκονται περίπου στα ίδια επίπεδα ενώ οι χαμηλότερες τιμές παρουσιάζονται στα Ιόνια Νησιά, στο Βόρειο και Νότιο Αιγαίο και στη Δυτική Μακεδονία. Βέβαια από τα απόλυτα μεγέθη του Πίνακα 5.1 δεν μπορούμε να βγάλουμε χρήσιμα συμπεράσματα γι' αυτό και μετατρέπουμε τα στοιχεία σε προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους σε πρώτη φάση και στη συνέχεια σε προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης.

Παρατηρώντας την κατανομή του προσωπικού του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους βλέπουμε ότι στην κατηγορία του διοικητικού προσωπικού την πρώτη θέση και με μεγάλη διαφορά κατέχει η Αττική ενώ ακολουθούν η Κρήτη και η Στερεά Ελλάδα. Οι υπόλοιπες περιφέρειες βρίσκονται στα ίδια περίπου επίπεδα με εξαίρεση την Ανατολική Μακεδονία και Θράκη που εμφανίζει τις χαμηλότερες τιμές. Στο ιατρικό προσωπικό η Αττική παραμένει στην πρώτη θέση με την Κεντρική Μακεδονία να την ακολουθεί. Οι υπόλοιπες περιφέρειες βρίσκονται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα με τις χαμηλότερες τιμές να παρουσιάζονται στην Πελοπόννησο. Στο νοσηλευτικό προσωπικό το σκηνικό αλλάζει και την πρώτη θέση κατέχει η Κεντρική

Μακεδονία ενώ ακολουθούν η Αττική αλλά και η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη. Στο νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είναι μεγαλύτερο το πρόβλημα της ανισοκατανομής μια και διαφέρουν πολύ μεταξύ τους οι Περιφέρειες. Οι χαμηλότερες τιμές εδώ εντοπίζονται στο Νότιο Αιγαίο και στα Ιόνια Νησιά. Τέλος στο παραϊατρικό προσωπικό η Αττική έχει και πάλι το προβάδισμα ενώ η Κρήτη, η Κεντρική Μακεδονία και η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη ακολουθούν. Από την άλλη μεριά οι χαμηλότερες τιμές εμφανίζονται στα Ιόνια Νησιά, στο Νότιο Αιγαίο αλλά και στην Πελοπόννησο.

Τα αποτελέσματα όμως διαφοροποιούνται όταν βλέπουμε την κατανομή του προσωπικού του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης. Ξεκινάμε κάνοντας την παρατήρηση ότι στο διοικητικό προσωπικό των περιφερειών υπάρχει μια σχετική κατανομή με εξαίρεση την Κεντρική Μακεδονία και την Ανατολική Μακεδονία και Θράκη που παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές. Αντίθετα η Κρήτη και η Πελοπόννησος εμφανίζονται στις πρώτες θέσεις χωρίς όμως με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες περιφέρειες.

Επίσης, και στο ιατρικό προσωπικό υπάρχει μια ένδειξη ισοκατανομής. Η Δυτική Ελλάδα αυτή τη φορά κατέχει την πρώτη θέση ενώ οι χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται στην Κρήτη και στο Νότιο Αιγαίο. Εδώ παρατηρείται το παράδοξο ότι ενώ στην Κρήτη το διοικητικό προσωπικό που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι το περισσότερο, στο ιατρικό προσωπικό η Κρήτη βρίσκεται στην τελευταία θέση. Δεν μπορούμε να πούμε το ίδιο και για τη Δυτική Ελλάδα μια και τόσο το διοικητικό όσο και το ιατρικό προσωπικό που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι σε υψηλά επίπεδα.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό η κατάσταση είναι αρκετά διαφορετική με την Ήπειρο να βρίσκεται στην πρώτη θέση ενώ ακολουθούν η Κεντρική Μακεδονία και η Θεσσαλία. Διαπιστώνουμε την ύπαρξη μεγάλων ανισοκατανομών με τα Ιόνια Νησιά και το Νότιο Αιγαίο να βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις. Από την άλλη μεριά στο παραϊατρικό προσωπικό η Θεσσαλία, η Κρήτη και η Δυτική Ελλάδα βρίσκονται στην πρώτη θέση ενώ οι χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται στο Βόρειο και Νότιο Αιγαίο και στα Ιόνια Νησιά. Γενικά βλέπουμε ότι για κάθε κατηγορία προσωπικού οι κατανομές μεταξύ των περιφερειών αλλάζουν επομένως δεν μπορεί να βγει

επακριβώς ένα συνολικό συμπέρασμα για το ποιες περιφέρειες μειονεκτούν σε σχέση με τις άλλες.

Στην προσπάθειά μας να κάνουμε συγκρίσεις μεταξύ των κατανομών του προσωπικού του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους και σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης βλέπουμε ότι οι διαφοροποιήσεις είναι πολύ μεγάλες. Μόνο στο ιατρικό προσωπικό βλέπουμε ότι και στις δύο περιπτώσεις η Κεντρική Μακεδονία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα ενώ η Κρήτη αντίστοιχα σε χαμηλά. Κάτι άλλο που αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι ότι η περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας έχει τον πρώτο λόγο και στις δύο κατανομές. Τέλος το Βόρειο και Νότιο Αιγαίο αλλά και τα Ιόνια νησιά και στις δύο περιπτώσεις κατέχουν τις τελευταίες θέσεις.

Για να δώσουμε μια άλλη διάσταση στην ανάλυσή μας παρουσιάζουμε την κατανομή του κατά κεφαλή ΑΕΠ για κάθε περιφέρεια και επιχειρούμε να δούμε αν υπάρχει κάποια είδους συσχέτιση μεταξύ του ΑΕΠ και των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ. Με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 κατοίκους αλλά ούτε και ανάμεσα στο κατά κεφαλή ΑΕΠ και στο προσωπικό του ΙΚΑ που αντιστοιχεί σε 10.000 δικαιούχους περίθαλψης. Στη συνέχεια για να είμαστε περισσότερο σίγουροι για το αποτέλεσμα αφαιρούμε από τις μεταβλητές μας τις ακραίες τιμές και βλέπουμε τι συμβαίνει με τα νέα αυτά δεδομένα. Αποδεικνύεται όμως και πάλι ότι δεν υπάρχει κάποιου είδους συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών μας. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ δεν αναπτύσσονται περισσότερο στις περιοχές εκείνες όπου το εισόδημα των κατοίκων είναι υψηλό αλλά ούτε φαίνεται ότι αναπτύσσονται στις περιφέρειες με ιδιαίτερα χαμηλό εισόδημα. Επομένως δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε κάποιο συμπέρασμα για την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ και για το αν αυτή είναι αποτέλεσμα κοινωνικής πολιτικής ή όχι.

Μετά από όλα όσα εξετάσαμε παραπάνω, χρειάζεται να αναφέρουμε ότι στην παρούσα εργασία ασχοληθήκαμε με μία μόνο διάσταση των περιφερειακών ανισοτήτων καθώς ο χρόνος μας ήταν περιορισμένος αλλά και επειδή σε μια μεταπτυχιακή εργασία δεν μπορούν να εξεταστούν όλες οι πλευρές ενός προβλήματος ή φαινομένου. Έτσι περιοριστήκαμε στο να διερευνήσουμε την ύπαρξη η μη

περιφερειακών ανισοτήτων για τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ με βάση στοιχεία για το προσωπικό του ΙΚΑ.

Βέβαια υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να εξεταστούν και θα μας βοηθούσαν να καταλήξουμε σε χρήσιμα και έγκυρα συμπεράσματα για το πρόβλημα των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία. Παρακάτω θα κάνουμε μια σύντομη αναφορά για το ποιες άλλες διαστάσεις του τομέα υγείας θα μπορούσαμε να αναλύσουμε καθώς και άλλα στοιχεία που βοηθούν στο να δοθεί μια περισσότερο σαφής εικόνα για την ύπαρξη ή μη ισοκατανομής.

Αρχικά διαπιστώνουμε ότι θα ήταν πολύ χρήσιμη η διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης των ανισοτήτων στην κατανομή του προσωπικού του ΙΚΑ. Αυτό θα μας βοηθούσε να δούμε αν με το πέρασμα των χρόνων μειώνονται ή αυξάνονται οι περιφερειακές ανισότητες. Τα απαραίτητα εργαλεία για την έρευνα αυτή είναι ο συντελεστής Gini και η καμπύλη Lorenz. Με τον υπολογισμό του συντελεστή Gini μετράμε την έκταση και την εξέλιξη των ανισοτήτων που αφορούν στην κατανομή μιας μεταβλητής ενώ η καμπύλη Lorenz απεικονίζει γραφικά την ανισοκατανομή όπως αυτή προσδιορίζεται από τον συντελεστή Gini. Επομένως θα μπορούσαμε να υπολογίσουμε τον συντελεστή Gini για διαφορετικές χρονιές και να σχεδιάσουμε τις αντίστοιχες καμπύλες Lorenz έτσι ώστε να δούμε αν υπήρξε βελτίωση ή όχι της ανισοκατανομής. Εμείς λόγω έλλειψης στοιχείων για περασμένες χρονιές περιοριστήκαμε στην παρουσίαση της περιφερειακής κατανομής του προσωπικού του ΙΚΑ για ένα συγκεκριμένο έτος.

Ένας άλλος προσδιοριστικός παράγοντας για την μελέτη των ανισοτήτων στην υγεία είναι η περιφερειακή κατανομή των δαπανών για την υγεία. Θα μπορούσαμε να εξετάσουμε τι δαπάνες έχει κάθε περιφέρεια για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε σχέση πάντα με τον αριθμό των κατοίκων της. Αν θέλουμε να δούμε μόνο τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ τότε περιορίζουμε την έρευνά μας στους δικαιούχους περίθαλψης του συγκεκριμένου ασφαλιστικού οργανισμού. Επίσης χρήσιμο θα ήταν να δούμε το ύψος των δαπανών για την υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝ. & ΠΟΛΙΤ. ΕΠΙΣΤ. - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Γενικότερα θα μπορούσαμε να εξετάσουμε την διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα αλλά και την περιφερειακή κατανομή των νοσοκομείων που λειτουργούν αυτή τη στιγμή στη χώρα. Ένας χρήσιμος δείκτης για το σκοπό αυτό είναι ο αριθμός των κλινών που αντιστοιχούν στους κατοίκους της κάθε περιφέρειας αλλά και η αναλογία του τεχνολογικού εξοπλισμού. Επίσης χρήσιμο θα ήταν να μετρηθεί το ποσοστό των ασθενών που μετακινούνται από και προς τις περιφέρειες γιατί έτσι θα διαπιστωθούν τα προβλήματα του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας με βασικότερο αυτό της άνισης περιφερειακής κατανομής των νοσοκομειακών πόρων. Τέλος θα μπορούσε να εξεταστεί και το μερίδιο των ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών των υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να εξεταστεί η ύπαρξη ανισοτήτων στην οικονομική επιβάρυνση χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Επομένως βλέπουμε την ύπαρξη πολλών παραμέτρων που θα μπορούσαν να εξεταστούν σε μια πιο εκτεταμένη εργασία για την ύπαρξη ή μη περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η κάθε μία από αυτές δίνει μια άλλη διάσταση στο πρόβλημα αυτό και συνεισφέρει με το δικό της τρόπο στην ανάλυση του φαινομένου των ανισοτήτων. Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή διαπιστώνουμε πόσο πολύπλευρο είναι το θέμα των περιφερειακών ανισοτήτων και ότι η εργασία αυτή μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για περαιτέρω ανάπτυξη και ανάλυση του θέματος αυτού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Commission of the European Communities, (1998), *Communication from the Commision to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Communitiy,* COM (98) 230 final, Brussels, 15.4.1998.

2. Council of the European Union, (1992), *Council recommendation of 27 July 1992 on the convergence of social protection objectives and policies,* (92/442/CEE).

3. Deloitte & Touche (2000) « Έργο Μελετών Βελτίωσης και Πληροφορικής του Τομέα Υγείας του ΙΚΑ, Διαγνωστική Φάση- Παραδοτέο 1»

4. European Commission (1993), *Commision communication on the framework for action in the field of public health,* COM(93) 559 final, Brussels, 24 November 1993.

5. European Commission, (1997), *Public health in Europe*, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Luxembourg.

6. European Parliament, (1998), *Health care systems in the EU. A comparative study,* Directorate General for Research Working Paper, Public Health and Consumer Protection Series. MISSOC-Info, (2002), Health care in Europe, Vol.3, Luxembourg.

7. Green J., Thorogood N., (1998), *Analysis health policy. A sociological approach,* Longman, London.

8. Ham C., (1997), «The background», in: Ham C., (ed.), *Health care reform. Learning from international experience,* Open University Press, Buckingham.

9. Hart J.T., (1971), « The inverse care law », *Lancet* 1

10. Harvey T, (2002), «The legal basis of European Community public health policy» in : McKee M., Mossialos E., Baeten R., (eds), *The impact of EU law on health care systems*, P.I.E.- Peter Lang, Brussels.

11. http:/ www.oaee.gr

12. http:/ www.opad.gr

13. http:/ www.ika.gr

14. Laaksonen M., Mcalister A., Laatikainen T., Drygas W., Morava E., Nussel E., Oganov R., Pardell H., Uhanov M., Puska P., (2001), «Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East-West gap in health status?», *European Journal of Public Health,* 11 (1).

15. Laetz T., (1996), « An American view: Health care policy comparisons between the European Union and the United States », *Eurohealth,* 2, 1.

16. Lewis M., (2002) «Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implication» in: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J.,(eds), Funding health care: options for Europe, Open University Press, Buckingham.

17. Merkel B., Humber M., (1999), « Public health policy in the European Union », in : Holland W., Mossialos E., Belcher P., Merkel B., (eds), Public health policies in the European Union, Ashgate, Aldershot.

18. Mossialos E., McKee M., (2002), *EU law and the social character of health care,* P.I.E.- Peter Lang, Brussels.

19. OECD, (1992), *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD Countries, Paris.*

20. Stein H., (2003) « On the road from Maastricht to a new Europe. Do we really know where we want to go and how to get there? », *Eurohealth,* 9, 2.

21. Whitehead M (1990) The Concepts and Principles of Equity in Health, WHO, Copenhagen.

22. Yfantopoulos Y., (2000), «Countries in transition health economic issues», in: Javor A., Van Eimeren W., Duru., (eds).

23. Yiannis Tountas, Panagiota Karnaki and Elpida Pavi: « Reforming the Reform : The greek national health system in transition » *Health Policy* : Vol 62, issue 1, October 2002.

24. Zarkovic G., Mielck A., John., Becmann M., (1994), *Reform of the helth care systemw in Former Socialist Countries: Problems, options, scenarios,* Medis Institute fur Medizinische Informatik und Systemforschung, Neuherberg, Oberschleiaheim, GSF- Bericht 9/94.

25. Zavras A., Tsakos G., Economou C., Kyriopoulos J., (2002), «Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy within a Greek national primary health care network», *Journal of Medical Systems*, 24, 4.

26. Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., (2002), « Η δημόσια υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας».

27. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία-Απογραφή 2001, www.statistics.gr

28. ΕΣΥΕ Αθήνα (1980), «Ο πληθυσμός της Ελλάδος κατά το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνος» Μεθ. Μελέται 2.14.

29. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, (2002), « Απόφαση αριθ. 1786/2002/εκ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23^{ης} Σεπτεμβρίου 2002, για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)», ΕΕ αριθ.L 271 της 9,10,2002.

30. Κοντούλη-Γείτονα Μαίρη, (Αθήνα 1997) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας», Εκδόσεις Εξάντας.

31. Κυριόπουλος Γ. Εξάντας 1996 «Επίκαιρα και Διαχρονικά – Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική. Κεφάλαιο: Η γεωγραφία της υγείας.

32. Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999), *Τα οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω,* Εξάντας, Αθήνα.

33. Κυριόπουλος Γ., Χ. Οικονόμου, Ν. Πολύζος, Α. Σισσούρας Αθήνα (2000) «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας». Εκδόσεις Θεμέλιο.

34. Κωνσταντοπούλου Αικατερίνη, www. archieve. gr/index.php

35. Νιάκας Δημήτρης, (Αθήνα 1993) « Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη-Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα ». Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

36. Νικολάκης Κ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Τσάκος Γ., Κυριόπουλος Γ., (2000), «Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού δυναμικού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη : Το παράδειγμα του ΙΚΑ», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 2.

37. Οικονόμου Χαράλαμπος (Αθήνα 2004), «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ.

38. Προβόπουλος Γεώργιος, (ΑΘΗΝΑ 1990) European Institute of Security-Ελληνικό Τμήμα «Οι Υπηρεσίες Υγείας, Οργάνωση - Διοίκηση-Προγραμματισμός» Κεφάλαιο: Τάσεις και κατευθύνσεις στην πολιτική υγείας διεθνώς.

39. Ρίτσαρσον Κ. – Βασίλαινας Α. Αθήνα 1999. «Εισαγωγή στην Στατιστική Επιστήμη» Εκδόσεις Κάκτος

40. Σιγάλας Ι., (Πάτρα.1999), « Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας», στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας.*

41. Σολωμός Γρηγόρης «Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική ιατρική στην Ελλάδα».

42. Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων και Υπουργοί Υγείας, (1993), «Ψήφισμα του Συμβουλίου και των Υπουργών Υγείας συνερχομένων στο πλαίσιο του Συμβουλίου της 27ης Μαΐου 1993 σχετικά με τη μελλοντική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας», *ΕΕ αριθ.* C174, 25.6.1993.

43. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» Γ' ΚΠΑ 2000-2006.

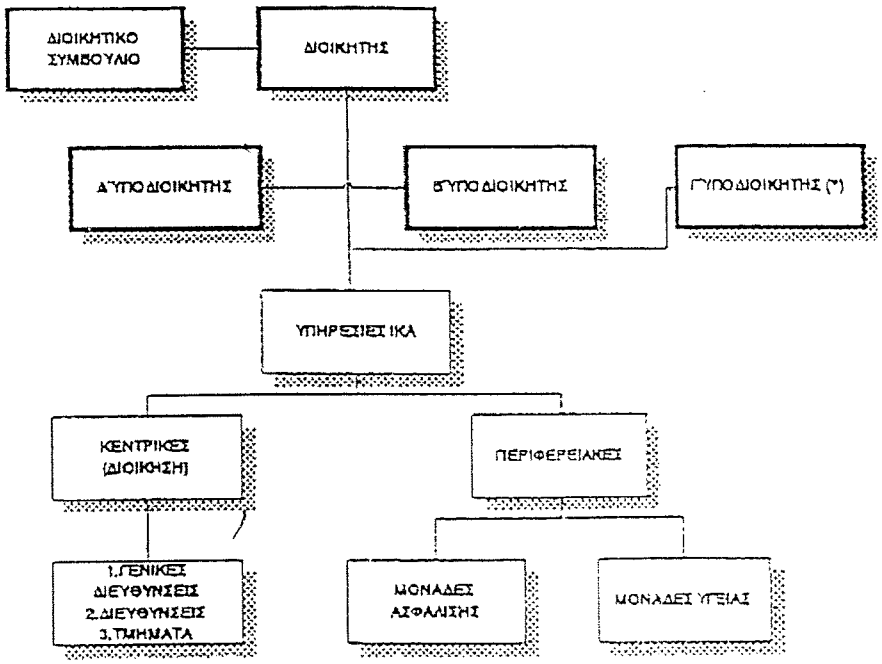
44. Υφαντόπουλος Γ., (1997), «Υγειονομικές μεταρρυθμίσεις και πολιτικές στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και στη βαλκανική περιοχή. Μια συγκριτική προσέγγιση». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 14 1.

45. Υφαντόπουλος Γιάννης, (Αθήνα 1988) «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1

Οργανόγραμμα ΙΚΑ

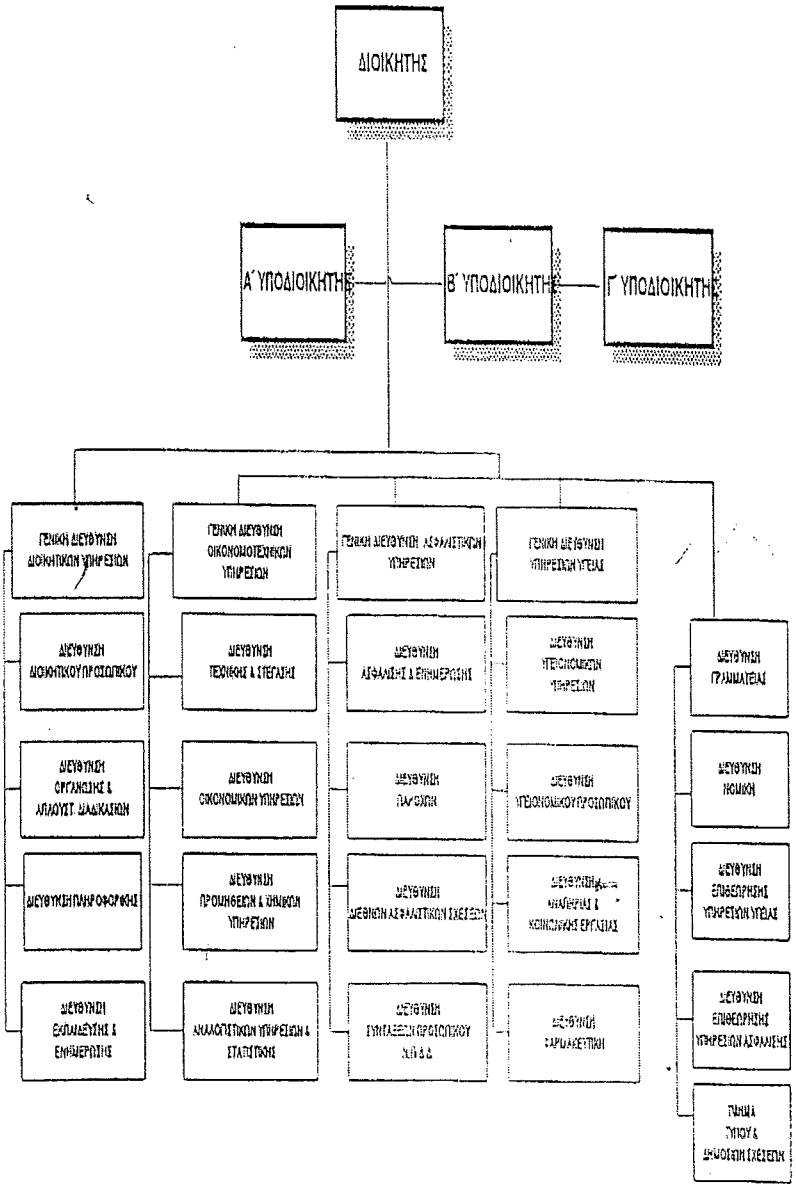


ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΙΚΑ Ν.2676
ΦΕΚ Τ.Α. 5/1/1999

(*) Συνεστήθη η θέση του 3ου Υποδιοικητή βάσει του Νόμου 2676 ΦΕΚ Τ.Α. 5/1/1999

Πίνακας 2

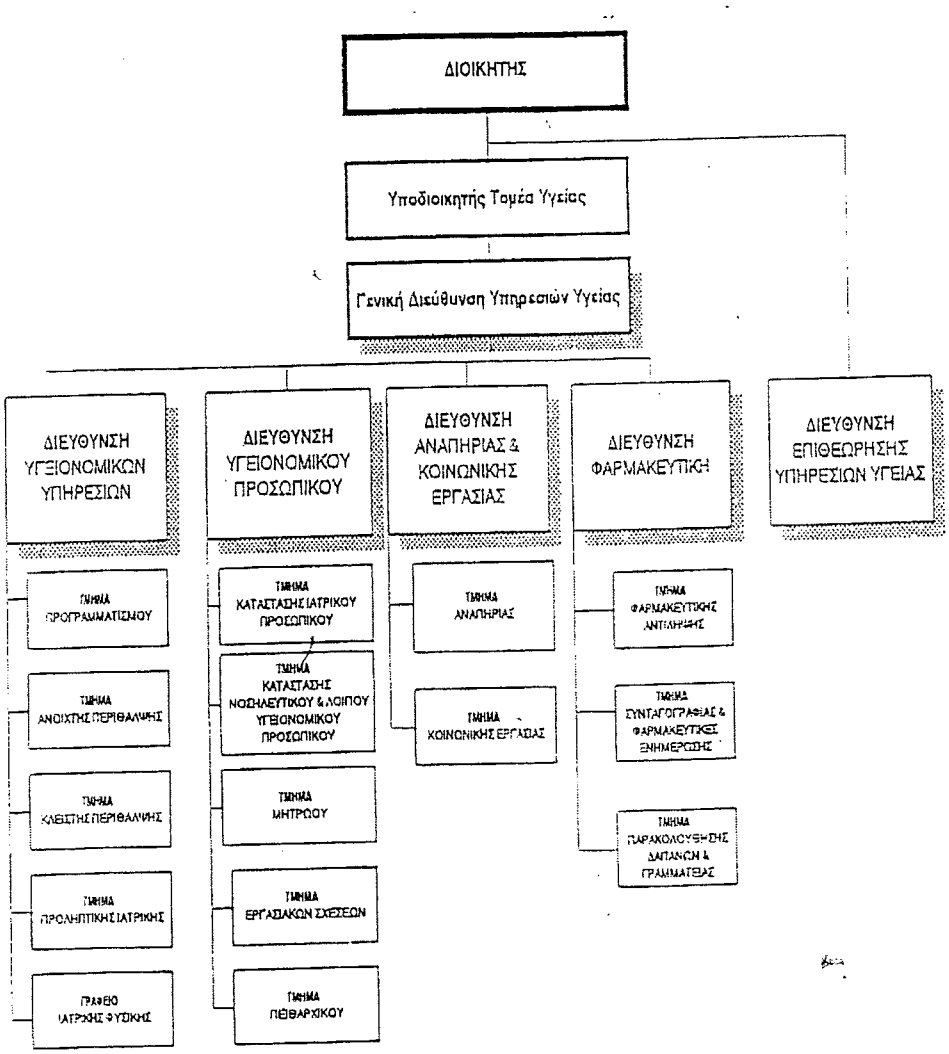
Οργανόγραμμα Κεντρικών Υπηρεσιών



Πηγή: Οργανισμός ΙΚΑ, Ν. 2676 ΦΕΚ1 τ.Α 5/1/99

Πίνακας 3

Οργανόγραμμα Κεντρικών Υπηρεσιών Υγείας ΙΚΑ.



Πηγή: Οργανισμός ΙΚΑ, Ν. 2676 ΦΕΚ1 τ.Α 5/1/99

Πίνακας Α.
Δράσεις και μέτρα στήριξης του προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας 2003-2008. Παράρτημα απόφασης 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.[1]

1. Βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης σε θέματα υγείας για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας με:

1.1 Δημιουργία ενός συστήματος παρακολούθησης της υγείας που μέσω κάποιων δεικτών θα κάνει συγκρίσεις σε κοινοτικό επίπεδο για την υγεία με βάση διάφορες παραμέτρους όπως π.χ ηλικία, φύλο κτλ.
1.2 Ανάπτυξη ενός συστήματος πληροφόρησης για διάφορες απειλές κατά της υγείας π.χ μεταδοτικές ασθένειες κτλ.
1.3 Βελτίωση του συστήματος ανταλλαγής πληροφοριών για την υγεία
1.4 Ανάπτυξη μηχανισμών για την ανάλυση και παροχή συμβουλών ανάμεσα στα κράτη μέλη για θέματα υγείας διακοινοτικού ενδιαφέροντος.
1.5. Βελτίωση της ανάλυσης και της γνώσης που αφορά τις συνέπειες της πολιτικής υγείας καθώς και ανάπτυξη μεθόδων για την αξιολόγηση των πολιτικών υγείας σε σχέση και με τις άλλες πολιτικές.
1.6 Υποστήριξη της ανταλλαγής εμπειριών που σχετίζονται με τις τεχνολογίες της υγείας καθώς και ανταλλαγή εμπειριών ορθής πρακτικής.
1.7 Ανάπτυξη και εφαρμογή κοινής δράσης με τα σχέδια που καταρτίζονται στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας e-Europe για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας πληροφοριών για θέματα υγείας.

2. Ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης σε απειλές κατά της υγείας μέσω των εξής:
2.1 Ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης των μεταδοτικών νόσων
2.2 Υποστήριξη της λειτουργίας του δικτύου στα κράτη μέλη για κοινές έρευνες, κατάρτιση και διασφάλιση ποιότητας.
2.3 Ανάπτυξη μηχανισμών πρόληψης, ανταλλαγής πληροφοριών για τις μη μεταδοτικές ασθένειες και αντίδρασης σε σχετικές απειλές κατά της υγείας.
2.4. Ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με στρατηγικές για την αντιμετώπιση των απειλών κατά της υγείας από φυσικές, χημικές ή βιολογικές πηγές ή σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης π. Τρομοκρατικές πράξεις.
2.5. Ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις στρατηγικές εμβολιασμού και ανοσοποίησης.
2.6. Ενίσχυση της ασφάλειας και της ποιότητας οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης και λειτουργία δικτύων επαγρύπνησης για ανθρώπινα προϊόντα όπως το αίμα.
2.7 Προώθηση μέτρων προστασίας της ανθρώπινης υγείας από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως οι ιοντίζουσες και μη ιοντίζουσες ακτινοβολίες και ο θόρυβος
2.8 Ανάπτυξη στρατηγικών με σκοπό τον περιορισμό της αντίστασης στα αντιβιοτικά.

[1] Χαράλαμπος Οικονόμου (Αθήνα 2004) «Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες» Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Σελ: 177-179