

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**



*‘Το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Εθνικών
Συστημάτων Υγείας χωρών μελών της Ευρωπαϊκής
Ένωσης και η συμβολή τους στην ανάπτυξη των χωρών
αυτών’*

ΒΑΣΙΛΙΚΗ Ν. ΒΑΓΙΟΥ



ΑΘΗΝΑ
2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εθνικά Συστήματα Υγείας.....	5
Παράγοντες προσδιορισμού υγειονομικών προτύπων.....	7
Μέτρηση του επιπέδου υγείας.....	8

I. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ.....

Η κοινοτική στρατηγική στον τομέα της υγείας.....	13
Γενικής φύσεως ενέργειες στον τομέα της δημόσιας υγείας.....	19

II. ΣΟΥΗΔΙΑ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Εισαγωγή και ιστορικό, πολιτικό και οικονομικό υπόβαθρο.....	33
Κατάσταση υγείας.....	34
Ιστορικό υπόβαθρο υγείας.....	37

B. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Οργανωτική δομή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.....	42
Εθνικό επίπεδο.....	42
Περιφερειακό επίπεδο.....	48
Τοπικό επίπεδο.....	49

Γ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Προγραμματισμός και διαχείριση.....	50
Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας.....	53
Διοικητική αποκέντρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.....	55

Δ. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στόχοι και σκοποί.....	58
Εθνικές μεταρρυθμίσεις.....	59

III. ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Εισαγωγή και ιστορικό υπόβαθρο.....	67
Πολιτική	69
Οικονομία.....	70

B. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Οργανωτική δομή του συστήματος υγείας.....	71
Το τμήμα Υγείας.....	71
Άλλα υπουργεία.....	73
Περιφερειακές υγειονομικές αρχές (RHAs).....	74
Επαρχιακές υγειονομικές αρχές (DHAs).....	74
Αρχές οικογενειακών υγειονομικών υπηρεσιών (FHAs).....	75

Γ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Προγραμματισμός.....	76
Προγραμματισμός δαπανών.....	76
Προγραμματισμός υπηρεσιών.....	76
Η νέα Εργατική Κυβέρνηση και ο προγραμματισμός εργασίας.....	77
Προγραμματισμός και δημόσια υγεία.....	78
Θεσμικό πλαίσιο.....	79
Ιατρικός προγραμματισμός εργατικού δυναμικού.....	80
Θεσμικό πλαίσιο των νοσοκομειακών προτύπων.....	80
Θεσμικό πλαίσιο φαρμακευτικής βιομηχανίας.....	81
Θεσμικό πλαίσιο της εσωτερικής αγοράς.....	82
Το νέο NHS και το θεσμικό πλαίσió του.....	83

Δ. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στόχοι και σκοποί	84
Μεταρρυθμίσεις και νομοθεσία.....	87

IV. ΕΛΛΑΔΑ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Εισαγωγή και γενικά στοιχεία.....	91
Ιστορικό υπόβαθρο.....	92
Κατάσταση υγείας.....	100

B. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Φορείς άσκησης πολιτικής υγείας.....	102
Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.....	102
Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ).....	105
Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).....	106
Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ).....	110

Γ. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....

111

Δ. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας.....	114
Νέα οργάνωση των νοσοκομείων.....	114
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	115
Υπηρεσίες Απογευματινών Ιατρείων.....	116
Νόμος 2889/2001 – Περιφερειακή Συγκρότηση του ΕΣΥ.....	117
Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.....	122
Υγειονομική διάταξη για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.....	124

Οριοθέτηση του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.....	127
Υπηρεσίες τηλεϊατρικής ΕΣΥ.....	128
Δικαιώματα ασθενών.....	128
Θεσμοί προστασίας αδύναμων κοινωνικά ομάδων.....	131
Εθελοντισμός.....	133
Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας.....	135

Ε. ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΤΩΝ ΘΕΣΜΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	136
--	------------

V. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκριτική μέτρηση επιπέδου υγείας – Δείκτες Υγείας.....	141
Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξη.....	144
Συμπεράσματα.....	147

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	156
--------------------------	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μόλις τις τελευταίες εκατονταετίες έχουν οι άνθρωποι βαθμιαία αποκτήσει συνείδηση του γεγονότος ότι μπορούν να συμβάλουν στον έλεγχο της ασθένειας και μόλις τον τελευταίο αιώνα έχει σημειωθεί κάποια σημαντική πρόοδος στο θέμα αυτό. Η ιδέα ότι μια ασθένεια μπορεί να μετριασθεί από την ανθρώπινη δράση είναι πολύ πρόσφατη και πιθανόν όχι από κοινή αντίληψη για όλο τον πληθυσμό της γης.

Στα πλαίσια αυτά, με την εξέλιξη των κοινωνιών, όλο και περισσότερο γινόταν κατανοητή η ιδέα προστασίας της υγείας του ατόμου. Άρχισε πλέον να γίνεται κοινωνική ανάγκη και να λαμβάνεται συνολική κοινωνική μέριμνα για την προστασία της υγείας των πολιτών. Έτσι δημιουργήθηκαν και τα Εθνικά Συστήματα Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Εθνικά Συστήματα Υγείας

Στα εθνικά συστήματα υγείας¹ η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις

¹ Βλ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα 1995

υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβαρύνσεις στο σημείο της χρήσης για τους πολίτες. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τον δημόσιο προϋπολογισμό, όπως στην περίπτωση της Βρετανίας και των χωρών του πρώην υπαρκτού σοσιαλισμού, είτε από τον δημόσιο προϋπολογισμό και άλλες πηγές- κοινωνική ασφάλιση, τοπική φορολογία- όπως στην περίπτωση της Σουηδίας, Ισπανίας κ.λ. Η κρατική παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα για κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επέμβαση για την υλοποίηση της περιφερειοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση των αναγκών και την επίτευξη της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος και η μέθοδος χρηματοδότησης και διανομής των οικονομικών πόρων. Για παράδειγμα στα περισσότερα εθνικά υγειονομικά συστήματα η προσφορά των φροντίδων υγείας έχει προσδιορισθεί και διαχωρίζεται σε τρία επίπεδα που συνδέονται ιεραρχικά. Την πρωτοβάθμια φροντίδα που αφορά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με τις υπηρεσίες, τη δευτεροβάθμια φροντίδα που αφορά την περίθαλψη των ασθενών σε νοσοκομεία που καλύπτουν βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα, τα οποία χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία και τέλος την τριτοβάθμια περίθαλψη, η οποία αφορά σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα τα οποία απαιτούν υψηλότερο επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων. Το σχέδιο οργάνωσης των υπηρεσιών με τα τρία επίπεδα φροντίδας που αφορά συγκεκριμένες περιφέρειες με την ανάλογη πληθυσμιακή σύνθεση αποτελεί κλασσική οργανωτική δομή των εθνικών συστημάτων υγείας και έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια απαραίτητη δομή που επιτυγχάνει τα μέγιστα δυνατά ιατρικά και οικονομικά αποτελέσματα.

Η κάθετη σύνθεση και ιεραρχική δομή των τριών επιπέδων φροντίδων που συναντάται στα εθνικά συστήματα υγείας με τις επί μέρους παραλλαγές –

γενικός ιατρός, κέντρα υγείας, πολυιατρεία- μπορεί μέχρι ένα βαθμό να ταυτισθεί με μια από τις νεώτερες προσεγγίσεις για την περιφερειακή ανάπτυξη. Η χαρακτηριζόμενη ως νεο-λαϊκή θεωρία προτείνει τη δημιουργία ενός ιεραρχικού συστήματος εγκατάστασης του πληθυσμού σε τρία επίπεδα που αρχίζει από τις αγροτικές περιοχές και φθάνει στα μεγάλα αστικά κέντρα, τα οποία συγκεντρώνουν και τις αντίστοιχες οικονομικές λειτουργίες.

Παράγοντες Προσδιορισμού Υγειονομικών Προτύπων

Οι σημαντικές διαφορές απόψεων σχετικά με την έννοια και το περιεχόμενο της υγείας δεν έχουν εμποδίσει τη διεθνή κοινότητα να διαμορφώσει κοινή στάση και αντίληψη για τους κυρίαρχους παράγοντες που επηρεάζουν και προσδιορίζουν τελικά την υγεία του πληθυσμού της χώρας. Αποτελεί κοινό τόπο η παραδοχή ότι η υγεία της διεθνούς κοινότητας επηρεάζεται άμεσα από ένα πλήθος παραγόντων και κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλοντος, το οποίο ενεργεί με διάφορους τρόπους και διαμορφώνει το υπόδειγμα της νοσηρότητας και θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό.

Η παραπάνω αντίληψη δεν είναι ένα αυθαίρετο αξίωμα που έχει επινοηθεί για την εξεύρεση κοινής γλώσσας επικοινωνίας και συνεννόησης μεταξύ των κοινωνικών επιστημόνων και ερευνητών. Είναι κυρίως το προϊόν μακροχρόνιας έρευνας και οφείλεται στην πράγματι πλούσια συνεισφορά των κοινωνικών επιστημών στο πεδίο των επιστημών της υγείας.

Σε αδρές γραμμές η συνολική διαχρονική επίδραση του κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος στη σχηματοποίηση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας ως προϊόν ιστορικο-κοινωνικής ανάλυσης και εξέλιξης μπορεί να περιγραφεί ως εξής: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο αιώνων έχει παρατηρηθεί σε αρκετές χώρες μια θεαματική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η βελτίωση αυτή προήλθε από την καταπολέμηση των

λοιμωδών νοσημάτων, η οποία υπερδιπλασίασε την πιθανότητα της ζώης και μείωσε θεαματικά τη βρεφική και παιδική θνησιμότητα, που οφείλεται σε ένα μεγάλο βαθμό στις ασθένειες της φυματίωσης, του τυφοειδούς πυρετού, της χολέρας, του κοκύτη, της ιλαράς κ.λ.π. η καταπολέμηση όμως των ασθενειών αυτών προήλθε και συνδέθηκε κυρίως με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και των συνθηκών της καθημερινής διαβίωσης, οι οποίες με τη σειρά τους είχαν την απαρχή στη βιομηχανική επανάσταση και κατ'επέκταση στην οικονομική ανάπτυξη των χωρών που την ακολούθησε. Η τροφή, η κατοικία, η ύδρευση και το υγειονομικό σύστημα της αποχέτευσης των αστικών κέντρων, ως άμεσο προϊόν των αλλαγών του οικονομικού περιβάλλοντος και της οικονομικής ανάπτυξης των χωρών σε συνδυασμό με την πρόοδο των ιατρικών επιστημών και της προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης, συνέβαλαν αποφασιστικά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού των χωρών που κατόρθωσαν να αναπτυχθούν.

Μέτρηση του επιπέδου υγείας

Η μέτρηση ενός φαινομένου προϋποθέτει το σαφή και ακριβή προσδιορισμό του. Όπως όμως έχει αναφερθεί υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις και απόψεις για τον προσδιορισμό της υγείας. Το γεγονός αυτό καθιστά προφανή τα εμπόδια και τις δυσκολίες που υπάρχουν στην προσπάθεια μέτρησης της υγείας. Παρά τις δυσκολίες αυτές υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία για τη χρήση του ορισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), ο οποίος θεωρεί την υγεία ως κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.

Η πιο κοινή μέθοδος μέτρησης του επιπέδου υγείας είναι οι *Δείκτες Υγείας* οι οποίοι είναι δυνατό να είναι απλοί αριθμοί, ερωτηματολόγια που ποσοτικοποιούνται σε απόλυτους αριθμούς ή κλίμακες ή τέλος πίνακες-μήτρες. Χρησιμοποιούνται κυρίως για να εκτιμηθεί υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών. Η πολυπλοκότητα που διακρίνει την τελευταία σε συνδυασμό με

την αδυναμία αποτύπωσης της θετικής υγείας σε ένα συγκεκριμένο και αποδεκτό δείκτη υγείας, απαιτεί τη χρησιμοποίηση μιας σειράς δεικτών. Η μέτρηση ή αξιολόγηση της υγειονομικής κατάστασης των διαφορετικών πληθυσμών επιχειρείται συνήθως με καταγραφές δημογραφικών, υγειονομικών και οικονομικών στοιχείων των υγειονομικών συστημάτων. Η χρήση όλων αυτών αποκαλύπτει τελικά, σε ένα μεγάλο βαθμό, το επίπεδο ή τις συνθήκες υγείας του πληθυσμού.

Οι πλέον χρησιμοποιούμενοι δείκτες υγείας¹ που αποδέχεται το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας και έχουν ευρεία εφαρμογή από τους διεθνείς οργανισμούς (Π.Ο.Υ., ΟΟΣΑ) στα πλαίσια των διακρατικών συγκρίσεων είναι:

A) Αδρός συντελεστής ή δείκτης θνησιμότητας:

Σύνολο θανάτων έτους X / Ενδιάμεσος πληθυσμός έτους X * 1000.

Περιλαμβάνει τον αριθμό των θανάτων που συμβαίνουν σε ένα πληθυσμό κατά τη διάρκεια του ημερολογιακού έτους προς τον αριθμό του υπολογιζόμενου πληθυσμού στο μέσο του έτους και εκφράζει σε ετήσια βάση την πιθανότητα του θανάτου. Μια παραλλαγή του δείκτη αυτού που χρησιμοποιείται ευρύτατα είναι οι ειδικοί συντελεστές θνησιμότητας κατά την αιτία θανάτου, ηλικία και φύλο.

B) Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας:

Θάνατοι βρεφών έτους X (ηλικίας κάτω του ενός έτους) / Γεννήσεις ζώντων έτους X * 1000.

Εκφράζει το ποσοστό των θανάτων των βρεφών στο σύνολο των γεννηθέντων κατά τη διάρκεια του ημερολογιακού έτους.

Γ) Προσδόκιμο επιβίωσης: Εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο γέννησης.

Δ) Δείκτης νοσηρότητας από ασθένεια Ψ:

Προσβληθέντες έτους X / Σύνολο πληθυσμού έτους X

Περιλαμβάνει τον αριθμό των νοσούντων από την ασθένεια Ψ στο σύνολο του πληθυσμού.

Ε) Αριθμός γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού ανά 10000 κατοίκους.

ΣΤ) Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 10000 κατοίκους

Ζ) Δημόσια και Ιδιωτική δαπάνη υγείας σε ποσοστά του ΑΕΠ ή ανά κάτοικο.

Αξίζει να επισημανθεί ότι οι δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας κ.α ως κοινωνικοί δείκτες έχουν ευρεία εφαρμογή στην οικονομική θεωρία της ανάπτυξης και αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για την αναγνώριση του επιπέδου και βαθμού ανάπτυξης κάθε χώρας. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει τη διαλεκτική σχέση και σύνδεση που υπάρχει μεταξύ του βαθμού της οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού της. Μερικοί από αυτούς τους δείκτες θα χρησιμοποιηθούν και στη συγκεκριμένη μελέτη.

¹ Βλ. ΝΙΑΚΑΣ Α.Δ., «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην

I. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κρίσεις των «τρελών αγελάδων» και της «διοξίνης», η εμφάνιση ή η επανεμφάνιση ορισμένων ασθενειών όπως η φυματίωση κατέστησαν σαφές ότι απαιτείται αποτελεσματική κοινοτική πολιτική για την υγεία¹. Βάσει της συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση είχαν καταβληθεί ήδη σημαντικές προσπάθειες για την εφαρμογή κοινοτικών μέτρων στον τομέα της δημόσιας υγείας, και στη συνθήκη του Άμστερνταμ θεσπίζονται επίσης σημαντικές αλλαγές.

Πράγματι, ύστερα από τη θέση σε ισχύ της συνθήκης του Άμστερνταμ, στο άρθρο 152 της συνθήκης της ΕΕ σχετικά με τη δημόσια υγεία επικυρώνεται ότι κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των κοινοτικών πολιτικών και δράσεων πρέπει να εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασία της υγείας. Οι τομείς συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών επεκτάθηκαν σε «όλες τις πηγές κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία» και τα κοινοτικά μέτρα αφορούν διάφορους τομείς, όπως τον καρκίνο, την τοξικομανία, το ντόπινγκ, τις μεταδοτικές ασθένειες και τα γενικότερα μέτρα σχετικά με την προστασία της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων που ορίζουν υψηλά πρότυπα ασφάλειας και ποιότητας για τα όργανα και τις ουσίες ανθρώπινης προέλευσης (για παράδειγμα το αίμα). Πιο συγκεκριμένα παρατίθεται απόσπασμα με το συγκεκριμένο άρθρο της Συνθήκης:

Ελλάδα», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1993

ΣΥΝΘΗΚΗ ΠΕΡΙ ΙΔΡΥΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ
ΤΙΤΛΟΣ XIII (πρώην Τίτλος X)
Δημόσια υγεία
Άρθρο 152 (πρώην άρθρο 129)

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτίων τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας.

Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.

2. Η Κοινότητα ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους.

Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.

¹ Βλ. και <http://europa.eu.int>

3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Το Συμβούλιο, ενεργώντας σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 251 και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, θεσπίζοντας:

α) μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα,

β) κατά παρέκκλιση από το άρθρο 37, μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας,

γ) μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, εκτός οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών.

Το Συμβούλιο, αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία μετά από πρόταση της Επιτροπής, διατυπώνει επίσης συστάσεις για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου.

5. Η δράση της Κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, τα μέτρα περί των οποίων η παράγραφος 4 στοιχείο α) δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις περί δωρεάς ή ιατρικής χρήσεως οργάνων και αίματος.

Η κοινοτική στρατηγική στον τομέα της υγείας

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ανακοίνωσης της Επιτροπής του Απριλίου του 1998 σχετικά με την εξέλιξη της πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας, η Επιτροπή παρουσίασε, τον Ιούνιο του 2000, ανακοίνωση σχετικά με την κοινοτική στρατηγική στον τομέα της υγείας. Η νέα στρατηγική βασίζεται, σε γενικές γραμμές, σε τρεις κύριους άξονες:

Βελτίωση της παροχής πληροφοριών για την υγεία σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας.

Δημιουργία μηχανισμού ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση των σημαντικών απειλών για την υγεία.

Αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας και ιδίως των βλαβερών παραγόντων που συνδέονται με τον τρόπο ζωής.

Το κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι το βασικό στοιχείο της εφαρμογής της στρατηγικής. Κατά συνέπεια η Επιτροπή πρότεινε, στις 16 Μαΐου 2000, νέο πρόγραμμα δράσης για την περίοδο 2001-2006. Το νέο πρόγραμμα θα είναι ένα σφαιρικό πρόγραμμα που θα αντικαταστήσει τα οκτώ τρέχοντα προγράμματα στον τομέα της υγείας (το πρόγραμμα δράσης για την καταπολέμηση του καρκίνου, το πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων, το πρόγραμμα δράσης για την παρακολούθηση της υγείας κτλ.). Τα έξι προγράμματα που λήγουν πριν από την έγκριση του νέου προγράμματος παρατάθηκαν για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

Ο καρκίνος

Ο καρκίνος είναι μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη. Οι ενέργειες της Κοινότητας σε αυτόν τον τομέα ανήκουν στο πλαίσιο του γενικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας. Αυτό το

πρόγραμμα θα αντικαταστήσει το σχέδιο δράσης για την καταπολέμηση του καρκίνου, το οποίο εγκρίθηκε για την περίοδο 1996-2000.

Από τις διάφορες μορφές καρκίνου, ιδιαίτερη προσοχή αποδίδεται στους καρκίνους που οφείλονται στο κάπνισμα, στους οποίους οφείλονται 250.000 περίπου θάνατοι στην Κοινότητα. Για το σκοπό αυτό η Επιτροπή ενέκρινε, τον Ιούνιο του 2001, οδηγία σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού. Αυτή η οδηγία προβλέπει την ανώτατη περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα, διατάξεις σχετικά με τις υποχρεωτικές προειδοποιήσεις καθώς και την ονομασία ορισμένων προϊόντων καπνού.

Το AIDS και οι άλλες μεταδοτικές νόσοι

Το 1999 το συνολικό ποσοστό των κρουσμάτων AIDS στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 25 σε ένα εκατομμύριο. Για να σταματήσει αυτή η μάλιστα, το νέο πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία θα περιλαμβάνει τις σχετικές ενέργειες και θα αντικαταστήσει το πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS, το οποίο είχε εγκριθεί για την περίοδο 1996-2000.

Για την αποτελεσματικότερη καταπολέμηση του ιού του AIDS και άλλων μεταδοτικών νόσων, είναι αναγκαία η δημιουργία και η ανάπτυξη συστημάτων που επιτρέπουν την ανταλλαγή δεδομένων και εμπειριών. Η Επιτροπή δημιούργησε συνεπώς ένα δίκτυο επιδημιολογικής παρακολούθησης και έλεγχου των μεταδοτικών νόσων, σκοπός του οποίου είναι να αναπτυχθεί στενή συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και να ενισχυθεί ο συντονισμός στον τομέα των σοβαρών μεταδοτικών νόσων.

Επίσης η προστασία της δημόσιας υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αναπτυξιακής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Οι αναπτυσσόμενες χώρες ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για τις μεταδοτικές νόσους, κυρίως το AIDS και αυτές οι νόσοι αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη. Το 1998, το 90% των ατόμων που προσβλήθηκαν από AIDS ζούσαν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η Επιτροπή έλαβε συνεπώς πολυάριθμα μέτρα σχετικά με το θέμα

αυτό, συμπεριλαμβανομένου προγράμματος δράσης για να επιταχυνθεί η καταπολέμηση ορισμένων μεταδοτικών νόσων μεταξύ των οποίων και το AIDS και ενός προγράμματος συνεργασίας με τις αναπτυσσόμενες χώρες όσον αφορά τον HIV/AIDS.

Η έρευνα αποτελεί σημαντικό στοιχείο της καταπολέμησης των μεταδοτικών νόσων και η Κοινότητα αναλαμβάνει επίσης σχετικές πρωτοβουλίες στο πλαίσιο του 5ου προγράμματος πλαισίου για την έρευνα (1998-2002). Ο έλεγχος των μολυσματικών νόσων είναι μια από τις βασικές ενέργειες του προγράμματος. Οι τομείς που αφορά η έρευνα περιλαμβάνουν τη διάθεση εμβολίων, τις νέες μεθόδους ανίχνευσης και ελέγχου των μολυσματικών νόσων και τη βελτίωση του συστήματος δημόσιας υγείας και παροχής περίθαλψης.

Η τοξικομανία

Πάρ' όλο που στο τέλος της δεκαετίας του 1990 φαίνεται ότι σταθεροποιήθηκε η κατανάλωση των λεγόμενων "σκληρών" ναρκωτικών (κοκαΐνη, ηρωίνη) και η θνησιμότητα που οφείλεται στη χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση ναρκωτικών εξακολουθεί να είναι ευρεία. Η κατανάλωση ναρκωτικών όπως η κάνναβη και οι αμφεταμίνες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους νέους και σημειώνεται επίσης ότι οι έφηβοι χρησιμοποιούν συχνά διαλύτες. Όσον αφορά τους ενήλικες, αυξάνεται η κατάχρηση φαρμάκων, που συνδυάζονται συχνά με την κατανάλωση αλκοόλ.

Η στρατηγική της Κοινότητας για την καταπολέμηση της τοξικομανίας αποτελείται από δύο κύρια μέρη: την καταπολέμηση του εμπορίου ναρκωτικών (τελωνιακή συνεργασία κτλ.) και τις πτυχές που συνδέονται άμεσα με τη δημόσια υγεία (εκστρατείες ενημέρωσης κτλ.)

Η Επιτροπή υπέβαλε, τον Μάιο του 1999, δεύτερο σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών για την περίοδο 2000-2004. Το σχέδιο ορίζει ορισμένες προτεραιότητες :

Η καταπολέμηση της χρήσης και παραγωγής κάνναβη, φεταμονών και έκστασης.

Η εφαρμογή ολοκληρωμένου σχεδίου για την καταπολέμηση της αστικής εγκληματικότητας ιδίως των νέων.

Οι ενέργειες στον τομέα της υγείας (καταπολέμηση της ηπατίτιδας), του κοινωνικού αποκλεισμού και της ποινικής δικαιοσύνης.

Η προετοιμασία της διεύρυνσης με τη συμμετοχή των υποψηφίων για προσχώρηση χωρών στα προγράμματα της OEDT και της ΕΕ στον τομέα της τοξικομανίας και σε ενέργειες στο πλαίσιο του προγράμματος Phare.

Το σχέδιο θα εφαρμοστεί, μεταξύ άλλων, μέσω νέου νομικού πλαισίου που θα περιλαμβάνει πολιτική και τελωνιακή συνεργασία, νομική συνεργασία και προσέγγιση των κανόνων του ποινικού δικαίου των κρατών μελών, εάν είναι αναγκαίο.

Η στενή συνεργασία έχει ουσιαστική σημασία. Για το σκοπό αυτό το 1993 ιδρύθηκε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. Σκοπός αυτού του Κέντρου είναι να παρέχει αξιόπιστα δεδομένα ώστε να υπάρχει συνολική εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών και της τοξικομανίας καθώς και των συνεπειών τους. Η Ευρωπαϊκή Αστυνομική Υπηρεσία είναι αρμόδια για τις δραστηριότητες που αφορούν το εμπόριο ναρκωτικών.

Όσον αφορά το αλκοόλ, η Επιτροπή ενέκρινε τα τελευταία έτη διάφορα μέτρα. Το Συμβούλιο ενέκρινε, τον Ιανουάριο του 2001, σύσταση για την εξέταση του προβλήματος του υψηλού ποσοστού θανάτων σε οδικά ατυχήματα λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Σε αυτό το κείμενο συνιστάται μέγιστη επιτρεπόμενη περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα για τους οδηγούς. Κατόπιν, για να αντιμετωπιστεί η ανησυχητική αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ από νέους και εφήβους, το Συμβούλιο ενέκρινε, τον Ιούνιο του 2001, σύσταση για την ευαισθητοποίηση όλων των τομέων της κοινωνίας σχετικά με αυτό το πρόβλημα.

Το ντόπινγκ

Λόγω του πολλαπλασιασμού των περιστατικών ντόπινγκ, τα κοινοτικά όργανα αναγκάστηκαν να παρέμβουν σε αυτόν τον τομέα. Το Συμβούλιο ενέκρινε για το σκοπό αυτό το 1990 ψήφισμα για την καταπολέμηση του ντόπινγκ και την κατάχρηση φαρμάκων στις αθλητικές δραστηριότητες .

Συντάχθηκε κατόπιν το 1992 κώδικας καλής συμπεριφοράς , ώστε να προωθηθεί η πληροφόρηση και η αγωγή του κοινού και των αθλητικών κύκλων, και ειδικότερα των νέων.

Υστερα από αίτηση του Συμβουλίου στη Βιέννη, η Επιτροπή υπέβαλε, στις 12 Δεκεμβρίου 1999, μια ανακοίνωση σχετικά με ένα κοινοτικό σχέδιο στήριξης για την καταπολέμηση του ντόπινγκ. Η ανακοίνωση αναπτύσσει μια συνεκτική στρατηγική για την καταπολέμηση του ντόπινγκ σε κοινοτικό επίπεδο, αναγνωρίζοντας ότι το ντόπινγκ στον αθλητισμό δεν αποτελεί πλέον μεμονωμένη ενέργεια αλλά συστηματικές και οργανωμένες μεθόδους που επωφελούνται από την επιστημονική πρόοδο. Αναφέρεται επίσης ότι το ντόπινγκ οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην υπερβολική εμπορευματοποίηση του αθλητισμού και στα συνδεδεμένα χρηματοοικονομικά συμφέροντα που διακυβεύονται. Η Κοινότητα σκοπεύει να συμμετάσχει πλήρως στον Παγκόσμιο Οργανισμό κατά του Ντόπινγκ FR (AMAD), ο οποίος ιδρύθηκε στις 10 Νοεμβρίου 1999.

Η διανοητική - ψυχική υγεία

Η σημασία της προαγωγής της διανοητικής υγείας και η αναγκαιότητα για δράση με πιο αποτελεσματικό και συντεταγμένο τρόπο σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπογραμμίστηκαν από πολλά μέτρα της Κοινότητας κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, ιδίως από την ανακοίνωση της Επιτροπής σχετικά με την ανάπτυξη της πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας του 1998 και το συνέδριο για την προαγωγή της διανοητικής υγείας και την κοινωνική ένταξη που πραγματοποιήθηκε στο Τάμπερε από τις 11 έως τις 13 Οκτωβρίου 1999. Το ψήφισμα του Συμβουλίου της 18ης Νοεμβρίου σχετικά με την προαγωγή

της διανοητικής υγείας , λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα αυτά, προβλέπει την πιο στενή συνεργασία στον τομέα αυτό και καλεί την Επιτροπή να εξετάσει την αναγκαιότητα εκπόνησης μιας πρότασης σύστασης του Συμβουλίου σχετικά με την προαγωγή της διανοητικής υγείας.

Αν και υπάρχουν ήδη σχέδια στον τομέα της διανοητικής υγείας, ιδίως σχετικά με την ασθένεια του Alzheimer , στο πλαίσιο των υφιστάμενων προγραμμάτων δράσης, είναι αναγκαίο να θεσπιστούν πιο συγκεκριμένα μέτρα και στόχοι. Η πρόταση για τη νέα στρατηγική στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζει την πρόκληση αυτή, καθιστώντας τη μείωση των διανοητικών νόσων μία από τις κύριες προτεραιότητες του νέου προγράμματος δράσης (2001-2006) που προβλέπεται στο πλαίσιο της στρατηγικής.

Η υγεία και η ασφάλεια των τροφίμων

Όπως ήδη τονίστηκε, η ασφάλεια των τροφίμων αποτελεί πλέον θέμα που ανησυχεί τους ευρωπαίους πολίτες. Τον Ιανουάριο του 2000 η Επιτροπή ενέκρινε λευκό βιβλίο σχετικά με την ασφάλεια των τροφίμων που ορίζει ένα σύνολο αναγκαίων ενεργειών για τη συμπλήρωση και τον εκσυγχρονισμό της κοινοτικής νομοθεσίας σε αυτόν τον τομέα και επίσης για την εξασφάλιση υψηλότερου επιπέδου ασφάλειας των τροφίμων

Γενικής φύσεως ενέργειες στον τομέα της δημόσιας υγείας

Οι γενικής φύσεως ενέργειες αφορούν πολλούς τομείς και περιλαμβάνουν μέτρα για την προστασία και την παρακολούθηση της υγείας.

Η Επιτροπή ενέκρινε πολυάριθμα μέτρα για να εξασφαλιστεί η προστασία των πολιτών από αυτούς τους κινδύνους που σχετίζονται με ορισμένες ιατρικές θεραπείες. Πρόκειται κυρίως για την προστασία των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και των ασθενών που εκτίθενται σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία κατά τη διάρκεια ιατρικής εξέτασης. Η ποιότητα και η ασφάλεια του αίματος και των συστατικών του αίματος έχουν ιδιαίτερη σημασία σε αυτόν τον τομέα και η Κοινότητα έχει ήδη εγκρίνει οδηγία με

ειδικές διατάξεις για τα φάρμακα με παράγωγα ανθρώπινου αίματος ή πλάσματος. Τον Δεκέμβριο του 2000 η Επιτροπή, για να εξασφαλίσει μεγαλύτερη προστασία, υπέβαλε πρόταση οδηγίας με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας του αίματος και των συστατικών του στην "αλυσίδα μετάγγισης αίματος", δηλαδή σε όλα τα στάδια από τη συλλογή έως τη χρήση αυτών των υλών.

Ένα ανησυχητικό φαινόμενο που διαπιστώθηκε είναι ότι ορισμένοι μικροοργανισμοί ανέπτυξαν αντίσταση στους αντιμικροβιακούς παράγοντες λόγω κυρίως της υπερβολικής και ανεξέλεγκτης χρήσης αυτών των παραγόντων. Η Επιτροπή παρουσίασε, τον Ιούνιο του 2001, στρατηγική σχετικά με τη χρήση αυτών των παραγόντων και σχετική πρόταση σύστασης.

Ως σημαντικός παράγοντας σε αυτόν τον τομέα, η Επιτροπή εργάζεται σε στενή συνεργασία με άλλους διεθνείς οργανισμούς όπως τα Ηνωμένα Έθνη και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Επιγραμματικά αναφέρονται τα κυριότερα ψηφίσματα, κανόνες και οδηγίες της Ε.Ε. περί δημόσια υγείας και πολιτικής υγείας για τα τελευταία 5 χρόνια με χρονολογική σειρά από το πιο πρόσφατο στο παλαιότερο.

32002G0705(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 3ης Ιουνίου 2002 σχετικά με την νέα κοινοτική στρατηγική υγείας και ασφάλειας στην εργασία (2002-2006), *EE C 161 05.07.2002 σ.1.*

32002D0529

2002/529/EK: Απόφαση της Επιτροπής, της 27ης Ιουνίου 2002, περί ερωτηματολογίου σχετικά με τις εκθέσεις των κρατών μελών που αφορούν την εφαρμογή της οδηγίας 1999/13/EK για τον περιορισμό των εκπομπών πτητικών οργανικών ενώσεων που οφείλονται στη χρήση οργανικών διαλυτών σε ορισμένες δραστηριότητες και εγκαταστάσεις [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2002) 2234], *EE L 172 02.07.2002 σ.57.*

32002D0364

2002/364/EK: Απόφαση της Επιτροπής, της 7ης Μαΐου 2002, σχετικά με κοινές τεχνικές προδιαγραφές για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση *in vitro* [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2002) 1344], *EE L 131 16.05.2002 σ.17*.

32002D0253

2002/253/EK: Απόφαση της Επιτροπής, της 19ης Μαρτίου 2002, για τη διατύπωση ορισμών των κρουσμάτων για την αναφορά των μεταδοτικών νόσων στο κοινοτικό δίκτυο, σύμφωνα με την απόφαση αριθ. 2119/98/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2002) 1043], *EE L 086 03.04.2002 σ.44*.

32002G0216(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 28ης Ιανουαρίου 2002 για την ενίσχυση της συνεργασίας για την κατάρτιση στον τομέα της πολιτικής προστασίας, *EE C 043 16.02.2002 σ.1*.

32002H0077

Σύσταση του Συμβουλίου, της 15ης Νοεμβρίου 2001, για τη συνετή χρήση των αντιμικροβιακών ουσιών στην ιατρική, *EE L 034 05.02.2002 σ.13*.

32002D0065

2002/65/EK: Απόφαση της Επιτροπής, της 25ης Ιανουαρίου 2002, σχετικά με τις εθνικές διατάξεις για τους εξοπλισμούς διάγνωσης του HIV που κοινοποίησε το Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με το άρθρο 95 παράγραφος 4 της συνθήκης ΕΚ, σε σχέση με την οδηγία 98/79/EK για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση *in vitro* [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2002) 297], *EE L 025 29.01.2002 σ.47*.

32001D0617

2001/617/EK: Απόφαση της Επιτροπής, της 20ής Ιουλίου 2001, για τη χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης στην Ελλάδα για την εξάλειψη του αφθώδους πυρετού κατά το 2000 [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2001) 2224], *EE L 215 09.08.2001 σ.46*.

32001H0458

Σύσταση του Συμβουλίου, της 5ης Ιουνίου 2001, σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος από νέους, και ιδιαίτερα από τα παιδιά και τους εφήβους, *EE L 161 16.06.2001 σ.38*.

42001X0313(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου και των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών μελών, συνελθόντων στο πλαίσιο του Συμβουλίου, της 26ης Φεβρουαρίου 2001, για την ενίσχυση των δυνατοτήτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της πολιτικής άμυνας, *EE C 082 13.03.2001 σ.1*.

32001H0310

Σύσταση της Επιτροπής, της 4ης Απριλίου 2001, περί αρχών για τα εξωδικαστικά όργανα συναινετικής επίλυσης καταναλωτικών διαφορών [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2001) 1016], *EE L 109 19.04.2001 σ.56*.

32001Y0123(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 14ης Δεκεμβρίου 2000 για την υγεία και τη διατροφή, *EE C 020 23.01.2001 σ.1*.

32001Y0119(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 14ης Δεκεμβρίου 2000 σχετικά με τα παιδιατρικά φάρμακα, *EE C 017 19.01.2001 σ.1*.

32001L0037

Οδηγία 2001/37/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουνίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού - Δηλώσεις της Επιτροπής, *EE L 194 18.07.2001 σ.26*.

32001L0020

Οδηγία 2001/20/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 4ης Απριλίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά την εφαρμογή ορθής κλινικής πρακτικής κατά τις κλινικές δοκιμές φαρμάκων προοριζομένων για τον άνθρωπο, *EE L 121 01.05.2001 σ.34*.

42000Y1212(01)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου και των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών μελών, συνελθόντων στα πλαίσια του Συμβουλίου της 4ης Δεκεμβρίου 2000 για την καταπολέμηση της φαρμακοδιέγερσης, *EE C 356 12.12.2000 σ.1*.

22000A1011(01)

Συμφωνία μεταξύ της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και του Βασιλείου της Νορβηγίας για τη συμμετοχή της Νορβηγίας στις εργασίες του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας - Δήλωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, *EE L 257 11.10.2000 σ.24*.

Θεσπίσθηκε με 32000D0602 (*EE L 257 11.10.2000 σ.23*).

32000R0847

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 847/2000 της Επιτροπής, της 27ης Απριλίου 2000, για τη θέσπιση διατάξεων σχετικά με την εφαρμογή των κριτηρίων για το χαρακτηρισμό ενός φαρμάκου ως ορφανού φαρμάκου και τους ορισμούς των εννοιών «παρόμοιο φάρμακο» και «υπεροχή από κλινική άποψη», *EE L 103 28.04.2000 σ.5.*

32000Y0731(03)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 2000 σχετικά με τη δράση για τους καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες, *EE C 218 31.07.2000 σ.8.*

32000D0704

2000/704/ΕΚ: Απόφαση της Επιτροπής, της 3ης Νοεμβρίου 2000, σχετικά με τη χρηματοδοτική ενίσχυση της Κοινότητας για τη λειτουργία ορισμένων κοινοτικών εργαστηρίων αναφοράς στον κτηνιατρικό υγειονομικό τομέα (υπολείμματα) [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2000) 3163], *EE L 288 15.11.2000 σ.28.*

32000D0541

2000/541/ΕΚ: Απόφαση της Επιτροπής, της 6ης Σεπτεμβρίου 2000, σχετικά με τα κριτήρια αξιολόγησης των εθνικών σχεδίων βάσει του άρθρου 6 της οδηγίας 1999/13/ΕΚ του Συμβουλίου [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2000) 2473], *EE L 230 12.09.2000 σ.16.*

32000D0510

2000/510/ΕΚ: Απόφαση της Επιτροπής, της 26ης Ιουλίου 2000, για χρηματική συνδρομή της Κοινότητας στο πλαίσιο της εξάλειψης της πανώλης των πτηνών στην Ιταλία το 1999 [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2000) 2282] (Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ), *EE L 205*

12.08.2000 σ.13. Τροποποίηση από 32000D0594 (EE L 249 04.10.2000 σ.25)

32000H0473

2000/473/Ευρατόμ: Σύσταση της Επιτροπής, της 8ης Ιουνίου 2000, περί εφαρμογής του άρθρου 36 της συνθήκης Ευρατόμ σχετικά με την παρακολούθηση των επιπέδων ραδιενέργειας στο περιβάλλον με στόχο την αξιολόγηση της έκθεσης του γενικού πληθυσμού [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(2000) 1299]. *EE L 191 27.07.2000 σ.37.*

32000Y0324(03)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου, της 18ης Νοεμβρίου 1999, για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού. *EE C 086 24.03.2000 σ.4.*

32000Y0324(02)

Ψήφισμα του Συμβουλίου, της 18ης Νοεμβρίου 1999, για την εξασφάλιση της προστασίας της υγείας σε όλες τις κοινοτικές πολιτικές και δραστηριότητες. *EE C 086 24.03.2000 σ.3.*

32000Y0324(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου, της 18ης Νοεμβρίου 1999, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας. *EE C 086 24.03.2000 σ.1.*

32000D0293

Απόφαση αριθ. 293/2000/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 24ης Ιανουαρίου 2000, για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης (πρόγραμμα Δάφνη) (2000-2003) περί προληπτικών μέτρων κατά της βίας εις βάρος παιδιών, εφήβων και γυναικών. *EE L 034 09.02.2000 σ.1.*

32000R0141

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 141/2000 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Δεκεμβρίου 1999, για τα ορφανά φάρμακα. *EE L 018 22.01.2000 σ.1.*

32000D0096

2000/96/ΕΚ: Απόφαση της Επιτροπής, της 22ας Δεκεμβρίου 1999, για τις μεταδοτικές ασθένειες που θα καλυφθούν προοδευτικά από το κοινοτικό δίκτυο, δυνάμει της απόφασης 2119/98/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(1999) 4015]. *EE L 028 03.02.2000 σ.50.*

32000L0069

Οδηγία 2000/69/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Νοεμβρίου 2000, για οριακές τιμές βενζολίου και μονοξειδίου του άνθρακα στον αέρα του περιβάλλοντος. *EE L 313 13.12.2000 σ.12.*

32000D0057

2000/57/ΕΚ: Απόφαση της Επιτροπής, της 22ας Δεκεμβρίου 1999, για σύστημα έγκαιρου συναγερμού και αντίδρασης για την πρόληψη και τον έλεγχο μεταδοτικών ασθενειών δυνάμει της απόφασης αριθ. 2119/98/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου [κοινοποιηθείσα υπό τον αριθμό E(1999) 4016]. *EE L 021 26.01.2000 σ.32.*

31999D1296

Απόφαση αριθ. 1296/1999/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 29ης Απριλίου 1999, σχετικά με την έγκριση προγράμματος κοινοτικής δράσης, όσον αφορά τις ασθένειες που σχετίζονται με τη ρύπανση στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1999-2001).

EE L 155 22.06.1999 σ.7. Παρατ. ισχύος με 32001D0521 (EE L 079 17.03.2001 σ.1)

31999D1295

Απόφαση αριθ. 1295/1999 ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 29ης Απριλίου 1999, σχετικά με την έγκριση προγράμματος κοινοτικής δράσης, όσον αφορά τις σπάνιες ασθένειες στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1999-2003). *EE L 155 22.06.1999 σ.1.*

31999Y0715(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 8ης Ιουνίου 1999 για τη μελλοντική κοινοτική δράση στον τομέα της δημόσιας υγείας. *EE C 200 15.07.1999 σ.1.*

31999Y0713(02)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου της 8ης Ιουνίου 1999 σχετικά με την ένταξη των απαιτήσεων προστασίας της Υγείας στις πολιτικές της Κοινότητας. *EE C 195 13.07.1999 σ.4.*

31999Y0713(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 8ης Ιουνίου 1999 σχετικά με την αντοχή των μικροβίων στα αντιβιοτικά «Στρατηγική κατά της Μικροβιακής Απειλής». *EE C 195 13.07.1999 σ.1*

31999H0519

1999/519/ΕΚ: Σύσταση του Συμβουλίου 12ης Ιουλίου 1999, περί του περιορισμού της έκθεσης του κοινού σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία (0 Hz - 300 GHz). *EE L 199 30.07.1999 σ.59.*

31999D0372

Απόφαση αριθ. 372/1999/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 8ης Φεβρουαρίου 1999 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης σχετικά με την πρόληψη των τραυματισμών στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1999-2003). *EE L 046 20.02.1999 σ.1.*

31999L0013

Οδηγία 1999/13/EK του Συμβουλίου της 11ης Μαρτίου 1999 για τον περιορισμό των εκπομπών πτητικών οργανικών ενώσεων που οφείλονται στη χρήση οργανικών διαλυτών σε ορισμένες δραστηριότητες και εγκαταστάσεις. *EE L 085 29.03.1999 σ.1.*

31998D2119

Απόφαση αριθ. 2119/98/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 24ης Σεπτεμβρίου 1998 για τη δημιουργία δικτύου επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών στην Κοινότητα. *EE L 268 03.10.1998 σ.1.*

31998Y1215(01)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου της 26ης Νοεμβρίου 1998 για το μελλοντικό πλαίσιο της κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας. *EE C 390 15.12.1998 σ.1.*

31998Y0604(02)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου της 30ής Απριλίου 1998 σχετικά με τις μεταδοτικές σπογγώδεις εγκεφαλοπάθειες (ΜΣΕ). *EE C 169 04.06.1998 σ.2.*

31998Y0604(01)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου της 30ής Απριλίου 1998 σχετικά με την ένταξη των απαιτήσεων προστασίας της υγείας στις πολιτικές της Κοινότητας. *EE C 169 04.06.1998 σ.1*

31998H0463

98/463/EK: Σύσταση του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 1998 για την καταλληλότητα των δοτών αίματος και πλάσματος και τον έλεγχο της αιμοδοσίας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. *EE L 203 21.07.1998 σ.14.*

31998D0294

98/294/EK: Απόφαση της Επιτροπής της 22ας Απριλίου 1998 για τη διάθεση στην αγορά γενετικώς τροποποιημένου αραβοσίτου (*Zea mays L.* σειρά MON 810) σύμφωνα με την οδηγία 90/220/ΕΟΚ του Συμβουλίου. *EE L 131 05.05.1998 σ.32.*

31998D0293

98/293/EK: Απόφαση της Επιτροπής της 22ας Απριλίου 1998 για τη διάθεση στην αγορά γενετικώς τροποποιημένου αραβοσίτου (*Zea mays L.* T25) σύμφωνα με την οδηγία 90/220/ΕΟΚ του Συμβουλίου. *EE L 131 05.05.1998 σ.30.*

31998D0292

98/292/EK: Απόφαση της Επιτροπής της 22ας Απριλίου 1998 για τη διάθεση στην αγορά γενετικώς τροποποιημένου αραβοσίτου (*Zea mays L.* σειρά Bt-11) σύμφωνα με την οδηγία 90/220/ΕΟΚ του Συμβουλίου. *EE L 131 05.05.1998 σ.28.*

31998D0291

98/291/EK: Απόφαση της Επιτροπής της 22ας Απριλίου 1998 για τη διάθεση στην αγορά γενετικώς τροποποιημένης ελαιοκάμβης (*Brassica napus* L. ssp. *oleifera*) σύμφωνα με την οδηγία 90/220/ΕΟΚ του Συμβουλίου. *EE L 131 05.05.1998 σ.26.*

31998L0079

Οδηγία 98/79/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Οκτωβρίου 1998 για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση *in vitro*. *EE L 331 07.12.1998 σ.1.*
Τροποποίηση από *21999D0166 (EE L 061 01.03.2001 σ.17)*

31997R2046

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 2046/97 του Συμβουλίου της 13ης Οκτωβρίου 1997 για τη συνεργασία Βορρά-Νότου στην καταπολέμηση των ναρκωτικών και της τοξικομανίας. *EE L 287 21.10.1997 σ.1.*

31997D1400

Απόφαση 1400/97/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 30ής Ιουνίου 1997 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης σχετικά με την παρακολούθηση της υγείας στο πλαίσιο της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1997-2001). *EE L 193 22.07.1997 σ.1.*
Παρατ. ισχύος με 32001D0521 (EE L 079 17.03.2001 σ.1).

31997Y1230(01)

Ψήφισμα του Συμβουλίου της 4ης Δεκεμβρίου 1997 όσον αφορά την έκθεση σχετικά με την κατάσταση της υγείας των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. *EE C 394 30.12.1997 σ.1.*

31997Y0807(02)

Συμπεράσματα του Συμβουλίου της 24ης Ιουλίου 1997 σχετικά με τις υγειονομικές πτυχές του φαινομένου των ναρκωτικών. *EE C 241 07.08.1997 σ.7.*

31997R0550

Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 550/97 του Συμβουλίου της 24ης Μαρτίου 1997 για τις δράσεις στον τομέα του ιού HIV/AIDS στις αναπτυσσόμενες χώρες. *EE L 085 27.03.1997 σ.1.*

21997A0319(01)

Συμφωνία μεταξύ της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και των Ηνωμένων Πολιτειών του Μεξικού για τον έλεγχο των προδρόμων ουσιών και των χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται συχνά στην παράνομη παραγωγή ναρκωτικών ή ψυχοτρόπων ουσιών. *EE L 077 19.03.1997 σ.24*. Θεσπίστηκε με *31997D0184 (EE L 077 19.03.1997 σ.22)*.

31997D0102

Απόφαση αριθ. 102/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16ης Δεκεμβρίου 1996 για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας εντός του πλαισίου της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000). *EE L 019 22.01.1997 σ.25*. Παρατ. ισχύος με *32001D0521 (EE L 079 17.03.2001 σ.1)*.

31997L0043

Οδηγία 97/43/Ευρατόμ του Συμβουλίου της 30ής Ιουνίου 1997 περί της προστασίας της υγείας από τους κινδύνους κατά την έκθεση στην iontízouσα ακτινοβολία για ιατρικούς λόγους, και κατάργησης της οδηγίας 84/466/Ευρατόμ. *EE L 180 09.07.1997 σ.22*

Στα πλαίσια της παραπάνω κοινής πολιτικής για τα θέματα Υγείας, το κάθε κράτος μέλος της Ε.Ε έχει κατά κάποιο τρόπο προσαρμόσει τις πολιτικές του για την Υγεία με την κοινή αυτή πολιτική. Έτσι και το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Εθνικών Συστημάτων Υγείας όλων των χωρών μελών της Ε.Ε. είναι περίπου το ίδιο σχεδιασμένο σε κοινές κατευθύνσεις χωρίς μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Στη συνέχεια επέλεξα να εξετάσω και να αναλύσω το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης τριών χωρών μελών της Ε.Ε, της Σουηδίας λόγω της έντονου κοινωνικού χαρακτήρα που παρουσιάζει, του Ηνωμένου Βασιλείου το οποίο θεωρείται «πρότυπο» Εθνικό Σύστημα Υγείας και το καλύτερα οργανωμένο για τα ευρωπαϊκά δεδομένα και τέλος της Ελλάδας που τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει πολύ βελτίωση.

II. ΣΟΥΗΔΙΑ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Εισαγωγή και ιστορικό, πολιτικό και οικονομικό υπόβαθρο

Η Σουηδία βρίσκεται στη Σκανδιναβική χερσόνησο, στο βόρειο μέρος της Ευρώπης. Η χώρα καλύπτει μια έκταση 449.964 χμ², εκ των οποίων το 54% καλύπτεται από δάσος. Ο πληθυσμός είναι 8,9 εκατομμύρια (1999) και η Στοκχόλμη, η πρωτεύουσα, είναι η μεγαλύτερη πόλη, με 1,1 εκατομμύριο κατοίκους¹. Κατά μέσον όρο, η χώρα έχει 22 κατοίκους ανά χμ² αλλά είναι άνισα επουικημένο, καθώς το 84% πληθυσμού ζει στις αστικές περιοχές. Υπάρχει μια υψηλή συγκέντρωση των κατοίκων στις παράκτιες περιοχές και στο νότο. Οι Σουηδοί είναι η κυρίαρχη εθνική ομάδα (περίπου 90% του πληθυσμού). Οι άλλοι κάτοικοι περιλαμβάνουν τους μετανάστες από τη Φινλανδία, Νότια Αμερική, η Μέση Ανατολή, Ασία και τα Βαλκάνια. Η Σουηδία έχει μειονότητα δύο ομάδων εγγενών κατοίκων στο Βορρά: οι κάτοικοι που μιλούν φιλανδικά στα βορειοανατολικά της χώρας και ο (Lapp) πληθυσμός Sami. Η κύρια γλώσσα είναι τα σουηδικά και το 85% του πληθυσμού ανήκει στην εκκλησία της Σουηδίας, η οποία είναι λουθηρανική.

Το εκπαιδευτικό σύστημα καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό και το ποσοστό βασικής εκπαίδευσης είναι 99% το έτος 1999, 24% του πληθυσμού ηλικίας 16–74 έτη είχε τουλάχιστον διετή πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Ο αντίστοιχος αριθμός μεταξύ 25–49 ετών ήταν 31%. Η γυναικεία συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό είναι επίσης υψηλή, καθώς αποτελεί το 48% του εργατικού δυναμικού το 1998. Εντούτοις, η μερικής απασχόλησης εργασία

είναι συχνότερη στις γυναίκες από τους άνδρες. Το βιοτικό επίπεδο και το κατά κεφαλή ΑΕΠ είναι μεταξύ των υψηλότερων στον κόσμο. Το 2000 με βάση το Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών η Σουηδία ταξινομήθηκε έκτη χώρα.

Η Σουηδία είναι μια μοναρχία με κοινοβουλευτική μορφή κυβέρνησης. Ο βασιλιάς είναι ο αρχηγός κράτους, αλλά η θέση του είναι μόνο συμβολική και την δύναμη την έχει το Κοινοβούλιο (*Riksdag*). Η διαδικασία διακυβέρνησης στη Σουηδία λειτουργεί σε τρία δημοκρατικά εκλεγμένα επίπεδα: το Κοινοβούλιο (*Riksdag*) σε εθνικό επίπεδο, τα 21 περιφερειακά συμβούλια σε περιφερειακό επίπεδο, και τους 289 δήμους σε τοπικό επίπεδο, κάθε ένα από αυτά σε διαφορετικές σφαίρες ευθύνης. Οι εκλογές και στα τρία επίπεδα είναι κάθε τέταρτο έτος. Το *Riksdag* είναι η νομοθετική συνέλευση και έχει 349 έδρες, εκ των οποίων 310 είναι άμεσα εκλεγμένοι και το υπόλοιπο διαιρείται μεταξύ των πολιτικών κομμάτων βάσει εθνικής ψηφοφορίας. Το Κοινοβούλιο εκλέγει τον πρωθυπουργό και εκείνος στη συνέχεια, διορίζει την κυβέρνηση. Σε περιφερειακό επίπεδο, το κράτος αντιπροσωπεύεται από το διοικητικό νομαρχιακό συμβούλιο, το οποίο μπορεί να περιγραφεί ως «παρατεταμένος βραχίονας» του κράτους. Το συμβούλιο διορίζεται από το νομαρχιακό συμβούλιο, το οποίο είναι δημοκρατικά εκλεγμένο σε τοπικό επίπεδο. Η κύρια ευθύνη τους είναι η υγεία και η ιατρική φροντίδα, αλλά και η οδοντική περίθαλψη, δημόσιες συγκοινωνίες, τουρισμός και πολιτιστική ζωή στην περιοχή.

Οι δήμοι είναι αρμόδιοι για τα τοπικά ζητήματα στο άμεσο περιβάλλον από τους πολίτες, π.χ. εκπαίδευση, φροντίδα των παιδιών, προσοχή των ηλικιωμένων, δρόμοι, ύδρευση, λύματα, ενέργεια, κ.λ. Και τα νομαρχιακά συμβούλια επιβάλουν χωριστούς φόρους ανάλογους του εισοδήματος των κατοίκους τους για να πληρώσει για τις υπηρεσίες που τους παρέχει.

¹ .Βλ. άλλα στοιχεία στο Κ.Γ.Ε.ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ: Η ταυτότητα των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ Κι περιφερειακής ανάπτυξης, τ.26/2001,σελ.50 επόμ.

Κατάσταση της υγείας

Όπως πολλές άλλες βιομηχανικές χώρες, η Σουηδία έχει ένα χαμηλό ποσοστό γέννησης, 1,5 βρέφος ανά γυναίκα στην αναπαραγωγική ηλικία. Αυτό οδηγεί σε μια αρνητική φυσική αύξηση πληθυσμού. Αλλά λόγω ενός θετικού καθαρού μεταναστευτικού ρεύματος, η αύξηση συνολικού πληθυσμού ανά το 1999 ήταν 0,74%. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής είναι υψηλή, και μεταξύ των σκανδιναβικών χωρών, η Σουηδία έχει την πιο μακροχρόνια υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση¹: 77,5 έτη για τους άνδρες και 81,1 έτη για τις γυναίκες (2000). Η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, και σήμερα η Σουηδία έχει γηραιότερο παγκόσμια πληθυσμό, με ένα στα 5 άτομα του πληθυσμού να είναι ηλικίας 65 ετών ή μεγαλύτερος. Αυτή η διαδικασία γήρανσης έχει σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις, αφού λιγότερα πρόσωπα παραγωγικής ηλικίας θα υποστηρίξουν την αυξανόμενη ζήτηση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η θνησιμότητα νηπίων μειώθηκε ουσιαστικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, από 6 σε 3,2 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις ζωντανού βρέφους το 1990 και το 2000, αντίστοιχα.

Προγράμματα πρόληψης για τις ασθένειες και τους τραυματισμούς ήταν επιτυχή σε μερικές περιπτώσεις, π.χ. η θνησιμότητα λόγω των καρδιαγγειακών παθήσεων (cvd) έχει μειωθεί, αν και οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούσαν αιτία για περίπου το 50% όλων των θανάτων το 1998. Η δεύτερη μεγαλύτερη η αιτία του θανάτου ήταν οι κακοήθεις όγκοι, οι οποίοι ανήλθαν σε 25% για τους άνδρες και 22% για τις γυναίκες (1998). Οι θάνατοι λόγω διανοητικών ασθενειών και ασθενειών στο νευρικό σύστημα, τα μάτια και τα αυτιά αυξήθηκαν μεταξύ 1987 και 1997² (βλ. τον πίνακα).

¹ Βλ. και OECD <http://www.oecd.org>

² Βλ και Statistical Abstract of Sweeden 1998

Πίνακας: Κύριες αιτίες θανάτου ανά 100.000 πληθυσμό,
για τα έτη 1987-1997

Αιτία Θανάτου	1987	1992	1997	Μεταβολή % 1987-1997
Ασθένεια στο κυκλοφοριακό σύστημα (Άνδρες)	847	732	639	-25
Ασθένεια στο κυκλοφοριακό σύστημα (Γυναίκες)	511	453	390	-24
Όγκοι (Άνδρες)	310	307	310	0
Όγκοι (Γυναίκες)	209	205	205	-2
Ασθένεια στα αναπνευστικά όργανα (Άνδρες)	127	123,2	105	-17
Ασθένεια στα αναπνευστικά όργανα (Γυναίκες)	67,5	65,8	60	-11
Διανοητικές ασθένειες (Άνδρες)	23,6	33,4	33	42
Διανοητικές ασθένειες (Γυναίκες)	19,8	30,3	29	45
Ασθένειες ενδοκρινολογικές και σχετικές με το μεταβολισμό και διαταραχή στη διατροφή (Άνδρες)	23,5	26,8	26	11
Ασθένειες ενδοκρινολογικές και σχετικές με το μεταβολισμό και διαταραχή στη διατροφή (Γυναίκες)	18,2	19,1	19	2
Ασθένειες στο νευρικό σύστημα, στο μάτι και αυτί (Άνδρες)	14,1	15,5	21	46
Ασθένειες στο νευρικό σύστημα, στο μάτι και αυτί (Γυναίκες)	9,6	11,8	18	92
Σύνολο Ανδρών	1548	1433	1313	-15
Σύνολο Γυναικών	949	900	830	-13

Πηγή: Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας Σουηδίας

Συγκρίνοντας το δείκτη του προσδόκιμου ηλικίας διαχρονικά βλέπουμε ότι αυξήθηκε ενώ και το σύνολο των ασθενών ανά κατηγορία ασθένειας μειώθηκε. Αυτό σημαίνει ότι το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας της Σουηδίας συνέβαλε θετικά στην ανάπτυξη της χώρας αυτής με τη βελτίωση του βιοτικού της επιπέδου.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, ο αριθμός καθημερινών καπνιστών μειώνεται ουσιαστικά, 15% για τους άνδρες και 22% και τις γυναίκες, αντίστοιχα, το 1999. Το 1989, οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 25,5% για

τους άνδρες και 26,2% για τις γυναίκες. Αυτή η μείωση έχει επιτευχθεί εν μέρει από τις αντικαπνιστικές εκστρατείες και τις φορολογικές αυξήσεις επάνω στον καπνό.

Οι τοπικές αρχές, τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι είναι αρμόδιοι για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Ένα προηγμένο και εκτενές σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρέχει τα καθολικά οφέλη για την ασθένεια, τη μητρότητα και την ανεργία, το παιδί και ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στους ηλικιωμένους και στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Το σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κοινωνικά αρμόδιο σύστημα με μια ρητή δημόσια υποχρέωση να εξασφαλιστεί η υγεία όλων των πολιτών, ενώ οι μετανάστες και οι μη μόνιμοι κάτοικοι δέχονται την ίδια υγειονομική περίθαλψη όπως όλους τους πολίτες. Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από το δημόσιο σε έναν πολύ υψηλό βαθμό.

Ιστορικό υπόβαθρο υγείας

Σήμερα η δομή του σουηδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης απεικονίζει την μακρά του ιστορία. Στο δέκατο έβδομο αιώνα, οι κομποπόλεις και οι πόλεις μίσθωναν παθολόγους για να παρέχουν την απαιτούμενη βοήθεια. Στις αγροτικές περιοχές, όπου ζούσε η πλειοψηφία του πληθυσμού, η κεντρική κυβέρνηση απασχολούσε παθολόγους για την παροχή βασικής ιατρικής φροντίδας. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης ήταν μια κυρίως δημόσια ευθύνη από τότε.

Το πρώτο νοσοκομείο της Σουηδίας, το Serafimer hospital, ιδρύθηκε στη Στοκχόλμη στα μέσα του 1752. Είχε οκτώ κρεβάτια που υποτίθετο να εκπληρώσουν τις ανάγκες ολόκληρου του σουηδικού πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένης της Φινλανδίας (στο χρόνο που κυβερνιέται από τη Σουηδία). Το 1765, η "διατροφή των τεσσάρων κτημάτων" προετοίμαζε το έδαφος για την καθιέρωση ενός αριθμού νοσοκομείων με την άδεια των τοπικών αρχών για να ξοδέψει τοπικά-συλλεγθείς πόρους για την κατασκευή τους. Εκατό έτη αργότερα, στη Σουηδία υπάρχουν 50 νοσοκομεία και περίπου

3000 κρεβάτια. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία ήταν μικρά, με μόνο 10–30 κρεβάτια, και αρχικά είχαν μόνο έναν παθολόγο κάθε ένα, δεδομένου ότι δεν παρείχαν καμία υπηρεσία σε εξωτερικούς ασθενείς, οι οποίοι εξυπηρετούνταν από παθολόγους έξω από τα νοσοκομεία. Η δημόσια παροχή υγειονομικής περίθαλψης αρχικά διοικήτο από το Κολέγιο Medicum. Το 1813, Κολέγιο Sundhets ανέλαβε αυτήν την ευθύνη και, το 1878, αυτό το σώμα έγινε το Βασιλικό Ιατρικό Συμβούλιο.

Το 1862, τα νομαρχιακά συμβούλια καθιερώθηκαν, και η υγειονομική περίθαλψη ήταν ένα από τα κύρια καθήκοντά τους. Αυτό ήταν η αρχή της σημερινής δομής του σουηδικού Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι ευθύνες μεταβιβάστηκαν βαθμιαία από την κεντρική διοίκηση στα νομαρχιακά συμβούλια. Με τον νόμο περί νοσοκομείων το 1928 νομαρχιακά συμβούλια έγιναν νόμιμα αρμόδια για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης στους κατοίκους. Αυτή η πράξη αποτέλεσε τη βάση για τις ευθύνες στα νομαρχιακά συμβούλια. Εντούτοις, η ευθύνη εξυπηρέτησης εξωτερικών ασθενών δεν συμπεριλαμβάνονταν στην πράξη και η θεραπεία μερικών ομάδων των ασθενών, π.χ. διανοητικός και οι μακροπρόθεσμοι ασθενείς, αποκλείστηκαν από το γενικό κανόνα.

Στη δεκαετία του '30, στα νομαρχιακά συμβούλια δόθηκε βαθμιαία η ευθύνη και για διάφορες μη νοσοκομειακές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η μητρότητα και η παιδιατρική υγειονομική περίθαλψη, παιδοδοντιατρική κ.λπ. που πριν προσεφέρονταν από ιδιωτικούς επαγγελματίες μέσα τα γραφεία τους ή στο νοσοκομείο. Στο τέλος της δεκαετίας του '30, λιγότερο από ένας στους τρεις παθολόγους κρατούσε μια θέση σε νοσοκομείο. Αυτή η κατάσταση άλλαξε δραστικά μέχρι τη δεκαετία του '60, όπου κατά προσέγγιση το 50% όλων των παθολόγων εργάζονταν σε νοσοκομεία.

Μετά από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, το πρώτο σημαντικό βήμα προς την καθολική κάλυψη των διαβουλεύσεων με τους παθολόγους, την πολιτική φαρμάκων και την πολιτική αποζημίωσης ασθενών, έγινε (1946),

όταν ψηφίστηκε από το Κοινοβούλιο ο Νόμος για την Εθνική Υγεία και Ασφάλεια. Το σχέδιο για τις δαπάνες για τον παθολόγο, για τα φάρμακα και για την προσοχή των ασθενών, πραγματοποιήθηκε σε ορισμένο επίπεδο, λόγω των οικονομικών περιορισμών και της επιθυμίας να επιτύχει συναίνεση μεταξύ όλων των συμβαλλόμενων μερών, και έτσι η πράξη ήταν μην εφαρμόσιμη μέχρι το 1955.

Στη μεταπολεμική εποχή, άρχισε μια ιδιαίτερη επέκταση της σουηδικής υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στον τομέα των νοσοκομείων. Νέες θεραπευτικές και διαγνωστικές μέθοδοι δημιούργησαν τις νέες υπο-ειδικότητες στις νοσοκομειακές δομές. Καθώς η τεχνολογία βελτιώνονταν, έτσι έκανε και η κατάσταση της υγείας του σουηδικού πληθυσμού καθώς ξεκίνησε και η εξόντωση μερικών ασθενειών που τότε εμφανίστηκαν π.χ. φυματίωση. Όπως και οι περισσότερες άλλες δυτικές ευρωπαϊκές χώρες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, έτσι και το σουηδικό Ε.Σ.Υ. βασίστηκε στο νοσοκομειακό μοντέλο και περίπου το 90% των δαπανών υγείας καταναλώθηκαν από τα νοσοκομεία.

Το 1963, τα νομαρχιακά συμβούλια ανέλαβαν την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς επιπλέον από τα νοσοκομεία, η οποία ήταν ένας τρόπος για το συντονισμό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Το 1968, το Βασιλικό Ιατρικό Συμβούλιο μετατράπηκε σε Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο ακόμα και σήμερα είναι αρμόδιο για την επίβλεψη της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Είναι επίσης αρμόδιο για τις στατιστικές μελέτες περί υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών. Η Εθνική Εταιρία Σουηδικών Φαρμακείων ιδρύθηκε το 1971 όταν η ιδιωτική λιανική διανομή εφαρμόστηκε εθνικώς.

Το 1970, ως τμήμα της "μεταρρύθμισης επτά-κορώνων", οι υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία αναλήφθηκαν από τα νομαρχιακά συμβούλια. Οι ασθενείς πλήρωσαν επτά κορώνες στο νομαρχιακό συμβούλιο για κάθε υπηρεσία εξωτερικών ασθενών και το νομαρχιακό

συμβούλιο αντιστάθμιζε το υπόλοιπο του κόστους άμεσα από την εθνική αρχή ασφάλειας υγείας. Η αρκετά μειωμένη αμοιβή που κατέβαλε ο ασθενής έκανε την υγειονομική περίθαλψη πιο προσιτή για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Η μεταρρύθμιση επίσης σήμανε ότι οι παθολόγοι στα τμήματα εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων έγιναν μισθωτοί υπάλληλοι των νομαρχιακών συμβουλίων.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, η ευθύνη για τον προγραμματισμό της υγειονομικής περίθαλψης αποκεντρώθηκε από το εθνικό επίπεδο στα νομαρχιακά συμβούλια. Ο γενικός στόχος για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας δηλώθηκε στο νόμο υγειονομικής περίθαλψης του 1982 καθώς παρείχε "καλή υγειονομική περίθαλψη με ίσους όρους για ολόκληρο τον πληθυσμό". Σύμφωνα με πράξη: "Κάθε νομαρχιακό συμβούλιο θα προσφέρει καλή υγεία και ιατρικές υπηρεσίες στα πρόσωπα που ζουν μέσα στα όριά του. [...] από άλλη άποψη επίσης, το νομαρχιακό συμβούλιο θα προσπαθήσει να προωθήσει την υγεία όλων των κατοίκων". Ο νόμος έδωσε την πλήρη αρμοδιότητα στα νομαρχιακά συμβούλια για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και την προώθηση υγείας και πρόληψη ασθενειών, για τους κατοίκους τους. Κατά συνέπεια, τα δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία (το νοσοκομείο Karolinska της Στοκχόλμης και το ακαδημαϊκό νοσοκομείο της Ουψάλα) ήρθαν κάτω από την ιδιοκτησία των νομαρχιακών συμβουλίων στις αρχές της δεκαετία του '80, καθώς και η ευθύνη για τα δημόσια προγράμματα εμβολιασμού.

Το 1985, εισήχθη η μεταρρύθμιση του συστήματος ασφάλειας υγείας, η *Dagmar Reform*. Η αποζημίωση για την μεταφορά με ασθενοφόρο δεν ήταν πλέον αρμοδιότητα του νομαρχιακού συμβουλίου σύμφωνα με τον αριθμό επισκέψεων εξωτερικών ασθενών. Αντ' αυτού, υιοθετήθηκαν νέοι τύποι αποζημιώσεων που ρυθμίστηκε από το βαθμό της κοινωνικής ανάγκης και τα ιατρικά κριτήρια. Μέσω της *Dagmar Reform*, τα νομαρχιακά συμβούλια έπρεπε να εγκρίνουν ποιες ιδιωτικές υπηρεσίες έπρεπε να πληρωθούν από την εθνική ασφάλιση. Οι πληρωμές γίνονταν ακόμη από την εθνική ασφάλιση

στους ιδιώτες επαγγελματίες, μόνο για εκείνους όμως που είχαν συμφωνία με το νομαρχιακό συμβούλιο. Οι πληρωμές ισορροπήθηκαν σύμφωνα με σταθερό προϋπολογισμό βασισμένο σε κάποιο φόρο για κάθε νομαρχιακό συμβούλιο. Εάν οι πληρωμές εθνικής ασφάλισης υπερέβαιναν το σταθερό προϋπολογισμό κεφαλικού φόρου, τα νομαρχιακά συμβούλια έπρεπε να ισορροπήσουν τις δαπάνες.

Οι συμφωνίες γίνονταν κάθε έτος μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και της ομοσπονδίας των νομαρχιακών συμβουλίων όσον αφορά στο χρηματικό ποσό που μεταφέρονται από την κεντρική διοίκηση στα νομαρχιακά συμβούλια.

Τα νομαρχιακά συμβούλια ήταν πλήρως αρμόδια για τη χρηματοδότηση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ 1983 και 1992. Το 1992, μια σημαντική αλλαγή εισήχθη μέσω της μεταρρύθμισης ADEL, με την οποία η ευθύνη για χρόνιους ασθενείς, όπως η υγειονομική περίθαλψη και η κοινωνική πρόνοια στα άτομα με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένα άτομα, μεταφέρθηκε από τα νομαρχιακά συμβούλια στις τοπικές αρχές. Ως αποτέλεσμα αυτής της μεταρρύθμισης, το ένα πέμπτο των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης νομαρχιακών συμβουλίων ήταν μεταφέρθηκε στους δήμους. Μερικά έτη αργότερα, οι δήμοι πήραν πέρα από την ευθύνη των σωματικά αναπήρων ("Μεταρρύθμιση Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες," το 1994) και την ευθύνη εκείνων που πάσχουν από χρόνιες διανοητικές ασθένειες ("Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση-," 1995). Αυτή η ανάπτυξη σήμανε ότι περίπου 30–40% των κρεβατιών νοσοκομείων μετασχηματίστηκαν σε κρεβάτια οίκων ευγηρίας για εκείνους που είχαν λιγότερο ανάγκη για τεχνολογικά-προηγμένη φροντίδα. Με αυτήν την μεταρρύθμιση, οι ευθύνες για την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων και των δήμων έγιναν ακόμα πιο ξεκάθαρες. Σε μία προσπάθεια να συγκρατηθεί το αυξανόμενο κόστος για τα φαρμακευτικά προϊόντα, η "μεταρρύθμιση φαρμάκων" άρχισε το 1998 και τα νομαρχιακά συμβούλια ανέλαβαν την ευθύνη για την αποζημίωση των φαρμάκων από το κράτος.

B. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Οργανωτική δομή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Το σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι περιφερειακά-οργανωμένο¹ και βασίζεται στη δημόσια λειτουργία των υπηρεσιών υγείας . Οργανώνεται σε τρία επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό. Το περιφερειακό επίπεδο, μέσω των νομαρχιακών συμβουλίων, μαζί με την κεντρική διοίκηση, αποτελεί τη βάση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά την ευθύνη της υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο, την έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων.

Εθνικό επίπεδο

Η κύρια ευθύνη του *Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων* είναι να εξασφαλίζει ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί αποτελεσματικά σύμφωνα με τους θεμελιώδεις στόχους του. Προετοιμάζει γραφειοκρατικές διαδικασίες και εξετάζει τα πολιτικά θέματα και τη νομοθεσία στην υγειονομική περίθαλψη, κοινωνική πρόνοια και ασφάλιση υγείας. Διαθέτει τη χρηματοδοτική συνδρομή που κατευθύνεται για πολύ συγκεκριμένες πράξεις και είναι επόπτης των δραστηριοτήτων των νομαρχιακών συμβουλίων, π.χ. η κυβέρνηση μπορεί να νομοθετήσει για τις αρμοδιότητες των νομαρχιακών συμβουλίων και τοπικά επίπεδα φόρων των δήμων.

Το *Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και της Πρόνοιας* έχει έναν εποπτικό ρόλο στα νομαρχιακά συμβούλια, και ενεργούν σαν αντιπροσωπευτικά συμβουλευτικά και εποπτικά όργανα της κεντρικής διοίκησης για την υγεία και κοινωνικές υπηρεσίες. Το Συμβούλιο εποπτεύει την εφαρμογή των θεμάτων δημόσιας πολιτικής και της νομοθεσίας στην υγειονομική φροντίδα

και κοινωνική πρόνοια. Το σημαντικότερο καθήκον του είναι να ακολουθήσει και να αξιολογήσει οι υπηρεσίες που παρέχονται για να δει εάν ανταποκρίνονται στους στόχους που καθορίζονται από την κεντρική διοίκηση. Το Συμβούλιο κρατά επίσης τις επίσημες στατιστικές όσον αφορά την δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα. Βοηθιέται επίσης από το *Κέντρο Επιδημιολογίας* που στόχος του είναι να περιγράψει, να αναλύσει και να υποβάλει έκθεση σχετικά με την μετάδοση και ανάπτυξη της υγείας και των ασθενειών. Όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται υπό την επίβλεψη του *Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και της Πρόνοιας*. Το Συμβούλιο είναι επίσης η εξουσιοδοτημένη αρχή για τους παθολόγους, οδοντίατρους και το υπόλοιπο προσωπικό υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπλέον, το Συμβούλιο είναι οριζόμενη αρχή, στο πλαίσιο των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, για την αμοιβαία αναγνώριση διπλωμάτων που αφορούν τα επαγγέλματα υγείας.

Το *Συμβούλιο Ιατρικής Ευθύνης*, μια κυβερνητική αντιπροσωπεία της οποίας η οργάνωση είναι παρόμοια με αυτήν ενός δικαστηρίου, αποφασίζει τα πειθαρχικά μέτρα σε περίπτωση καταγγελιών ή πιθανού αδικήματος. Αυτό στηρίζεται στις εκθέσεις περί κακής μεταχείρισης στις ιατρικές υπηρεσίες από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας, τις καταγγελίες ασθενών ή συγγενών των ασθενών. Το Συμβούλιο μπορεί να επιβάλει πειθαρχικά μέτρα όπως μια προειδοποίηση ή μπορεί να περιορίσουν ή ακόμα και να καταργήσει το δικαίωμα άσκησης επαγγέλματος της υγειονομικής περίθαλψης από τον παραβάτη. Η οικονομική αποζημίωση ενός ασθενή που έχει υποστεί έναν τραυματισμό καλύπτεται από την ασφάλεια του και όχι από το Συμβούλιο. Κάθε ίδρυμα που παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες έχει νομική υποχρέωση να παρέχει αποζημίωση για τους τραυματισμούς που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια παροχής αυτών των υπηρεσιών. Τα ιδρύματα είναι ασφαλισμένα για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις για την αποζημίωση ασθενών.

¹ Βλ. και World Health Organization/WHO "Health care systems in transition-Sweedan", WHO regional office for Europe-Copenhagen 2001.

Το Υπουργείο Υγείας και το Εθνικό Συμβούλιο Πρόνοιας συνεργάζονται και με άλλους οργανισμούς της κεντρικής διοίκησης. Οι σημαντικότεροι είναι η *Αντιπροσωπεία Ιατρικών Προϊόντων*, το *Σουηδικό Συμβούλιο σχετικά με την Τεχνολογία στην Αξιολόγηση Υγειονομικής Περίθαλψης* και το *Εθνικό Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας*.

Η *Αντιπροσωπεία Ιατρικών Προϊόντων* είναι μια αντιπροσωπία της κεντρικής διοίκησης που κεντρικός στόχος είναι να ελέγχει και να αξιολογεί την ποιότητα, τη χρησιμότητα και την οικονομική αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών προετοιμασιών. Όλα τα φάρμακα που πωλούνται στη Σουηδία πρέπει να εγκριθούν και καταγεγραφούν από την Αντιπροσωπεία. Μέσα στο πλαίσιο της αμοιβαίας αναγνώρισης στην ΕΕ, μια έγκριση χορηγείται επίσης εάν το ιατρικό προϊόν έχει εγκριθεί από κάποια άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Οι δραστηριότητες της Αντιπροσωπείας Ιατρικών Προϊόντων χρηματοδοτούνται μέσω πάγιων αμοιβών, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία.

Ο κύριος στόχος του *Σουηδικού Συμβουλίου σχετικά με την Τεχνολογία στην Αξιολόγηση Υγειονομικής Περίθαλψης*, είναι να προωθήσει τη χρήση των οικονομικά αποδοτικών τεχνολογιών υγειονομικής περίθαλψης. Αναθεωρεί και αξιολογεί την επίδραση της υπάρχουσας και της νέας τεχνολογίας όσον αφορά τις ιατρικές, κοινωνικές και ηθικές προοπτικές. Οι πληροφορίες για τα αποτελέσματα διαδίδονται στους ανώτερους υπαλλήλους κεντρικής και τοπικής διοίκησης καθώς και στο ιατρικό προσωπικό ώστε να δημιουργήσουν χρήσιμα δεδομένα για τη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας.

Το *Εθνικό Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας* είναι κρατική αντιπροσωπεία κάτω από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Είναι παρόμοιο με τα τμήματα της κεντρικής διοίκησης υγείας σε πολλές χώρες. Υποβάλλει έκθεση και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων και ένα ανεξάρτητο *Συμβούλιο Διοικητών*. Οι κύριοι στόχοι του ιδρύματος είναι να προαγάγουν την υγεία και να αποτρέψουν τη δημιουργία ασθενειών. Ο

στρατηγικός στόχος είναι να συμβάλει και να διευκολύνει ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία σε όλες τις κατηγορίες πληθυσμού.

Η *Εθνική Εταιρία Σουηδικών Φαρμακείων* είναι ένα κρατικό μονοπώλιο που είναι κάτοχος όλων των φαρμακείων και με αυτόν τον τρόπο διατηρεί ένα πανεθνικό σύστημα διανομής. Λειτουργεί τα φαρμακεία των νοσοκομείων στο πλαίσιο της ενός έτους σύμβασης με τα νομαρχιακά συμβούλια καθώς επίσης και τα κοινοτικά φαρμακεία. Το 2000, υπήρχαν 885 φαρμακεία, των οποίων 90 βρίσκονταν στα νοσοκομεία. Στις απομακρυσμένες περιοχές, η διανομή καλύπτεται από περίπου 1000 επίσημα αναγνωρισμένους αντιπροσώπους. Η εταιρία είναι αρμόδια για να εξασφαλίσει έναν καλό ανεφοδιασμό φαρμάκων με τις ίδιες τιμές σε όλη τη χώρα, το οποίο σημαίνει ότι όλα τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά προϊόντα πρέπει να είναι διαθέσιμα σε όλα τα φαρμακεία. Επιπλέον η *Εθνική Εταιρία Σουηδικών Φαρμακείων* είναι αρμόδια για την παροχή ενημερωτικών δελτίων και άλλων πληροφοριών για φάρμακα στους πολίτες και στους ιατρούς. Εντούτοις, το μονοπώλιο της εταιρίας υπόκειται σε συζήτηση στα πλαίσια της νομοθεσίας της ΕΕ, αν και πρόσφατα αποφασίστηκε ότι δεν θα αναγκαζόταν να αλλάξει.

Το *Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης* επιτηρεί τα τοπικά γραφεία κοινωνικής ασφάλισης για να εξασφαλίσει την ομοιομορφία και την ποιότητα στην πρόσβαση στην ασφάλιση και τα υπάρχουν οφέλη. Τα ασφαλιστικά οφέλη περιλαμβάνουν την ασφάλεια ασθένειας, γονική ασφάλεια (άδεια), βασική σύνταξη αποχώρησης, συμπληρωματική σύνταξη, επίδομα παιδιού, εισοδηματική υποστήριξη και επίδομα κατοικίας. Επιπλέον, οι στόχοι του συμβουλίου περιλαμβάνουν επίσης διατήρηση καλής υγείας του εργατικού δυναμικού. Το συμβούλιο διαπραγματεύεται επίσης με τις φαρμακοβιομηχανίες την τιμή των φαρμάκων προκειμένου να τα ενσωματώσει στον κατάλογο επιλέξιμων φαρμάκων για το Σχέδιο Ωφέλιμων Φαρμάκων. Το *Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης* έχει ένα παράρτημα σε κάθε νομαρχιακό συμβούλιο που επεξεργάζεται τις μεμονωμένες περιπτώσεις σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Γραφεία κοινωνικής

ασφάλισης υπάρχουν σε κάθε δήμο για να εξυπηρετήσουν τους ντόπιους κατοίκους.

Η *Ομοσπονδία Νομαρχιακών Συμβουλίων* είναι μια οργάνωση εθνικού συμφέροντος που συνεργάζεται για τα νομαρχιακά συμβούλια. Η ομοσπονδία, που διευθύνεται από μια πολιτικά-εκλεγμένη επιτροπή, φροντίζει τα αμοιβαία συμφέροντα των μελών της, τους βοηθά στις δραστηριότητές τους και τους κρατά ενημέρους για τα θέματα που αφορούν τα νομαρχιακά συμβούλια. Η ομοσπονδία αντιπροσωπεύει τα νομαρχιακά συμβούλια σε όλα σημαντικά πολιτικά θέματα σε επαφή με την κεντρική κυβέρνηση και τις οργανώσεις εργαζομένων. Λειτουργεί επίσης ως κεντρική ένωση των εργοδοτών για τη διαπραγμάτευση των μισθών και των όρων απασχόλησης για το προσωπικό που απασχολείται στα νομαρχιακά συμβούλια. Η ομοσπονδία ή οποιοσδήποτε άλλες από τις διοικητικές αντιπροσωπείες του δεν υπάγονται στην κεντρική διοίκηση. Η ομοσπονδία χρηματοδοτεί τις δραστηριότητές της κατευθείαν από τις εισφορές των μελών της.

Το αντίστοιχο εθνικό σώμα για τους δήμους είναι η *Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών*, η οποία μια οργάνωση των 289 δήμων. Οι στόχοι της ένωσης είναι να προωθήσει και αναπτύξει την τοπική αυτόνομη διοίκηση και να προωθήσει τη συνεργασία μεταξύ των τοπικών αρχών και να παρέχει στις τοπικές αρχές τη βοήθεια εξειδικευμένων στελεχών. Το 1999, το 58% της χρηματοδότησης της ένωσης προήλθε από τα τέλη ιδιότητας μέλους που καταβλήθηκαν από τις τοπικές αρχές. Η αμοιβή ιδιότητας μέλους καθορίζεται είτε ως σταθερό μερίδιο του συνολικού εισοδήματος των δήμων είτε ανά κάτοικο (0,093% ή 25,4 SEK, αντίστοιχα, το 2000). Πρόσθετη χρηματοδότηση προέρχεται από δαπάνες για υπηρεσίες που αγοράζονται από τις τοπικές αρχές.

Περιφερειακό επίπεδο

Η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται υποχρέωση της δημόσιας διοίκησης για τη Σουηδία. Αυτή η ευθύνη ανήκει στα νομαρχιακά συμβούλια,

τα οποία είναι ανεξάρτητα, περιφερειακά διοικητικά σώματα, ανεξάρτητο τοπικό όργανο για τις υπηρεσίες των νομών. Σε διοικητικούς όρους, τα νομαρχιακά συμβούλια χαρακτηρίζονται ως ανεξάρτητη δευτεροβάθμια τοπική αυτοδιοίκηση. Η αρχή τους δεν μπορεί, εντούτοις, να παρεισφρήσει στα συνταγματικά δικαιώματα και δυνάμεις των δήμων. Το 2000, υπήρχαν 21 νομαρχιακά συμβούλια, όπου όλοι έχουν τους αντιπροσώπους στην Ομοσπονδία Νομαρχιακών Συμβουλίων. Ο πληθυσμός μεταξύ των νομών κυμαίνεται από 133.000 έως 1,8 εκατομμύρια κατοίκους. Μέσα σε κάθε νομαρχιακό συμβούλιο, υπάρχουν συνήθως αρκετές περιοχές υγειονομικής περίθαλψης και η κάθε μια έχει τη γενική ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού στην περιοχή της.

Τα μέλη του Συμβουλίου εκλέγονται κάθε τέταρτο έτος, ταυτόχρονα με τις εθνικές και τις τοπικές δημοτικές εκλογές. Τα μέλη των συμβουλίων αντιπροσωπεύουν κυρίως τα ίδια πολιτικά κόμματα όπως υπάρχουν και στο Εθνικό Κοινοβούλιο. Δεν υπάρχουν οδηγίες ή εντολές σχετικά με την οργανωτική δομή του νομαρχιακού συμβουλίου, το οποίο σημαίνει ότι είναι ελεύθερα να επιλέξουν οποιαδήποτε δομή αυτά θεωρήσουν κατάλληλη προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις αρμοδιότητες τους. Το νομαρχιακό συμβούλιο έχει δικαίωμα να επιβάλει αναλογικό φόρο εισοδήματος στους κατοίκους και έτσι το έτος 1999 το 66% του συνολικού εισοδήματός τους παρήχθη μέσω των φόρων αυτών. Το υπόλοιπο εισόδημα αποτελείτο κατά 21% από τις κρατικές επιχορηγήσεις, 3,3% από τις συνδρομές χρηστών και 9,7% από άλλες πηγές.

Τα νομαρχιακά συμβούλια είναι υπεύθυνα για το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης από πρωτοβάθμια περίθαλψη έως νοσοκομειακή περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής. Τα νομαρχιακά συμβούλια έχουν την πλήρη εποπτεία στη δομή και στη λειτουργία των νοσοκομείων. Συνήθως, η πλειοψηφία του νομαρχιακού συμβουλίου εκλέγει ένα νοσοκομειακό συμβούλιο, το οποίο, στη συνέχεια, αποφασίζει πώς να οργανώσει τη διαχείριση. Με άλλα λόγια, το συμβούλιο

των νοσοκομείων είναι αυτό που επιλέγει την εκτελεστική και διοικητική του οργάνωση. Επιπλέον τα νοσοκομεία συχνά διοικούνται από έναν συνδυασμό εκλεγμένων δημόσιων ανώτερων υπαλλήλων και διευθυντών νοσοκομείων, οι οποίοι είναι δημόσιοι υπάλληλοι.

Τα νομαρχιακά συμβούλια διαιρούνται συνήθως ανά περιοχή υγειονομικής περίθαλψης, κάθε μια διοικούμενη από το συμβούλιο της. Μια περιοχή αποτελείται συνήθως από ένα νοσοκομείο και διάφορες μονάδες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Μια περιοχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως στα ίδια γεωγραφικά όρια με τον δήμο, αν και οι μεγαλύτερες πόλεις έχουν περισσότερες από μια περιοχές υγειονομικής περίθαλψης. Το 2000, υπήρχαν περίπου 370 περιοχές πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία.

Τα 21 νομαρχιακά συμβούλια ομαδοποιούνται σε έξι περιοχές ιατρικής φροντίδας (Περιοχή της Στοκχόλμης, νοτιοανατολική περιοχή, τη νότια περιοχή, δυτική περιοχή, περιοχή Ουψάλας και βόρεια περιοχή). Αυτές οι περιοχές καθιερώθηκαν για να διευκολύνουν τη συνεργασία στην τριτοβάθμια φροντίδα μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων. Κάθε περιοχή εξυπηρετεί έναν πληθυσμό περισσότερο από ένα εκατομμύριο κατά μέσο όρο, και στηρίζεται σε μικρά γραφεία που εξετάζουν θέματα που αφορούν τη χρηματοδότηση και την παροχή τριτοβάθμιας φροντίδας.

Σύμφωνα με το Νόμο Υγειονομικής Περίθαλψης του 1982, τα νομαρχιακά συμβούλια απαιτείται να παρέχουν και να προωθούν την υγεία των πολιτών τους και για να προσφέρουν ευκαιρίες ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους. Πρέπει επίσης να προγραμματίζουν την ανάπτυξη και την οργάνωση της υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και των δεδομένων πόρων.

Τα νομαρχιακά συμβούλια ρυθμίζουν επίσης την ιδιωτικό χώρο υγειονομικής περίθαλψης, ο οποίος είναι μικρός, λόγω του ελάχιστου ενδιαφέροντος των πολιτών και της περιορισμένης ανάγκης. Όποιος παρέχει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πρέπει να έχει μια συμφωνία με το νομαρχιακό

συμβούλιο προκειμένου να καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Τα νομαρχιακά συμβούλια ελέγχουν τον αριθμό των ιδιωτικών επαγγελματιών υγείας καθώς ορίζουν και τον αριθμό των ασθενών μπορούν να δουν κατά τη διάρκεια ενός έτους. Εάν ο ιδιωτικός προμηθευτής δεν έχει υπογράψει την παραπάνω συμφωνία ή δεν χρησιμοποιεί το ρυθμισμένο πρόγραμμα αμοιβών, τότε ο ασθενής θα πρέπει να πληρώσει την πλήρη δαπάνη περίθαλψης του.

Τοπικό επίπεδο

Σε τοπικό επίπεδο, η Σουηδία έχει 289 δήμους με τις δικές τους περιοχές ευθύνης. Ο πληθυσμός ποικίλλει από λιγότερο από 3.000 έως 740.000 άτομα. Η παραδοσιακή οργάνωση των δήμων περιλαμβάνει ένα δημοτικό εκτελεστικό συμβούλιο, το δημοτικό συμβούλιο και αρκετές τοπική διοικητικές επιτροπές. Το δημοτικό εκτελεστικό συμβούλιο οδηγεί και συντονίζει όλη την επιχείρηση και ενεργεί ως επόπτης για τις επιτροπές. Το συμβούλιο έχει την υπευθυνότητα εποπτείας του δημοτικού συμβουλίου ώστε να λειτουργούν σωστά οι διαδικασίες που έχουν να κάνουν με θέματα που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την οικονομία του δήμου. Καθήκον του δημοτικού συμβουλίου είναι να λαμβάνει αποφάσεις για τους φόρους, τους στόχους και τους προϋπολογισμούς όλων των δημοτικών επιχειρήσεων καθώς επίσης και την οργάνωση και τους στόχους των επιτροπών. Όπως τα νομαρχιακά συμβούλια έτσι και τα δημοτικά συμβούλια εκλέγονται το τέταρτο έτος και έχουν το δικαίωμα επιβολής φόρων στον πληθυσμό τους. Ο μέσος όρος του δημοτικού φορολογικού ποσοστού το 2000 ήταν 21%. Το 1998, το 56% του συνόλου των εσόδων των δήμων προήλθε μέσω των φόρων, το 22% από τις κρατικές επιχορηγήσεις, το 12% από τις αμοιβές και το 10% από άλλες πηγές.

Στις ευθύνες των δήμων περιλαμβάνονται ζητήματα του άμεσου περιβάλλοντος των πολιτών, παραδείγματος χάριν σχολεία, κοινωνική πρόνοια, δρόμοι, ύδρευση, λύματα, ενέργεια, κ.λ.π.... Κατά συνέπεια, οι δήμοι απασχόλησαν 738.000 άτομα το 1998, το οποίο ήταν σχεδόν 20% όλων των

εργαζομένων. Εκτός από οικονομική βοήθεια, η κοινωνική πρόνοια περιλαμβάνει την παιδική μέριμνα, σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες, περιβαλλοντική υγιεινή, και προσοχή των ηλικιωμένων, των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των χρόνια ψυχιατρικά ασθενών. Ασθενείς που έχουν θεραπευθεί πλήρως και απαλλάσσονται από τη άμεση σωματική φροντίδα καθώς και τα γηριατρικά νοσοκομεία εμπíπτουν επίσης στην ευθύνη των δήμων. Κατά συνέπεια, οι δήμοι λειτουργούν και εποπτεύουν δημόσιους οίκους περιποίησης γερόντων και παρέχουν οικιακή φροντίδα.

Γ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Προγραμματισμός και διαχείριση

Στη δεκαετία του '70, ο προγραμματισμός υγειονομικής περίθαλψης ρυθμίζονταν μέσω των μακροπρόθεσμων σχεδίων που γίνονταν σύμφωνα με την ετήσια διαδικασία σύνταξης του προϋπολογισμού. Αυτά τα σχέδια έγιναν βάσει κανονιστικών δεικτών: παραδείγματος χάριν, ο αριθμός κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους. Στη δημιουργία των προγραμμάτων δεν λαμβάνονταν υπόψη αλλαγές στη μορφή κάποιων ασθενειών καθώς και οι ανομοιότητες ασθενειών που υφίσταται μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων – κατηγοριών. Αυτή η παραδοσιακή προσέγγιση του προγραμματισμού, ήταν δέουσα να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του συστήματος κατά τη διάρκεια μιας περιόδου αύξησης του πλούτου και επέκτασης των υποδομών.

Εντούτοις, υπήρξε αυξανόμενη συνειδητοποίηση τόσο σε εθνικό όσο και σε επίπεδο νομών ότι ο προγραμματισμός μπορεί να μην είναι επαρκής και έτσι οδήγησε σε μια αλλαγή της κατεύθυνσης, και η βάση του προγραμματισμού μετατοπίστηκε προς τις ανάγκες των κατοίκων. Αυτές οι ανάγκες καθορίστηκαν μέσω των τοπικών, περιφερειακών και εθνικών επιδημιολογικών μελετών. Δόθηκε έμφαση σε προληπτικές υγειονομικές

υπηρεσίες και το πεδίο προγραμματισμού της υγείας περιελάμβανε όχι μόνο υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά και κοινωνικές υπηρεσίες.

Ο *Νόμος Υγειονομικής Περίθαλψης του 1982* ήταν ένα σημαντικό ορόσημο για διάφορους λόγους. Ολοκλήρωσε επιτυχώς τη διαδικασία μεταφοράς της ευθύνης παροχής υπηρεσιών υγείας από εθνικό επίπεδο σε επίπεδο νομαρχιακών συμβουλίων. Αυτός ο νόμος απαιτεί τα νομαρχιακά συμβούλια να προωθούν την υγεία των κατοίκων τους και για να προσφέρουν ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Τα νομαρχιακά συμβούλια πρέπει να προγραμματίσουν την ανάπτυξη και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες των κατοίκων. Η ευθύνη προγραμματισμού περιλαμβάνει επίσης και τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από το ιδιωτικό τομέα. Η *Dagmar Reform του 1985* ενίσχυσε την ευθύνη των νομαρχιακών συμβουλίων πέρα από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και τον βασισμένο στις ανάγκες προσανατολισμό του προγραμματισμού. Η ικανότητα προγραμματισμού των νομαρχιακών συμβουλίων επομένως ενισχύθηκε, δεδομένου ότι μπόρεσαν τώρα να προγραμματίσουν τους ετήσιους προϋπολογισμούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αυτή η ενδυνάμωση σήμανε ότι τα νομαρχιακά συμβούλια, ήταν αντιπρόσωποι των κατοίκων, των παραγωγών υγειονομικής περίθαλψης και των χρηματοδοτών, ήταν ρυθμιστές της ιδιωτικής αγοράς υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, ο προγραμματισμός βάση των αναγκών δεν είχε επιπτώσεις στη δομή της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Τα ζητήματα δομής ήταν ακόμα υπό συζήτηση και ο προγραμματισμένος γίνονταν ακόμη μέσω των ίδιων μηχανισμών προγραμματισμού όπως τη δεκαετία του '70. Επιπλέον, η συγκράτηση του κόστους είχε γίνει ένα σημαντικό ζήτημα προγραμματισμού μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, καθώς διάφορες αμφισβητούμενες εκθέσεις εκδόθηκαν που υποστήριζαν ότι οι δαπάνες ήταν πάρα πολύ υψηλές και η παραγωγικότητα πάρα πολύ χαμηλή στον τομέα της σουηδικής υγείας έναντι άλλων τομέων. Επιπλέον, τα νομαρχιακά συμβούλια

δε μπορούσαν άλλο να χρηματοδοτήσουν τις αυξανόμενες δαπάνες μέσω επιβολής υψηλότερων φόρων. Κατά συνέπεια, η παραγωγικότητα αυξήθηκε και η αποδοτικότητα έγινε σημαντικός παράγοντας προγραμματισμού για τα νομαρχιακά συμβούλια. Επιπλέον, οι προτιμήσεις των ασθενών, που είχαν παραμεληθεί στο παρελθόν, κρίθηκαν ως ενδιαφέροντες παράγοντες προγραμματισμού.

Οι εξελίξεις στη δεκαετία του '90 ήταν στην κατεύθυνση των προγραμματισμένων αγορών σε αρκετά νομαρχιακά συμβούλια. Διάφορα νομαρχιακά συμβούλια έχουν εισαγάγει συστήματα διαχείρισης στα οποία οι συγκεκριμένες λειτουργίες «αγοραστών» ήταν καθιερωμένες και ξεχωριστές από τις λειτουργίες «προμηθευτών». Οι «αγοραστές» (Διοικητικοί του δημοσίου τομέα υγείας) αντιπροσωπεύουν τους ασθενείς και απολαμβάνουν υπηρεσίες υγείας εξ ονόματός τους από τους δημόσιους ή/και ιδιωτικούς προμηθευτές. Εντούτοις, οι μέθοδοι οργάνωσης και λειτουργίας των αγοραστών ποικίλλουν ευρέως πέρα από τα νομαρχιακά συμβούλια. Μερικοί έχουν εστιάσει στην προώθηση της δημόσιας υγείας, και άλλοι είναι επικεντρωμένοι στη συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες και την περιφερειακά γραφεία κοινωνικής ασφάλισης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ανάγκες των πολιτών είναι ένα σημαντικό σημείο έναρξης των εργασιών τους. Αφ' ετέρου, άλλοι έχουν εστιάσει στην τιμή στις διαπραγματεύσεις με τους προμηθευτές. Εδώ, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας έχει γίνει σημαντικότερη αφετηρία από ότι οι ανάγκες των πολιτών.

Αν και τα πρότυπα αγοραστών/προμηθευτών δημιούργησαν τα κίνητρα για αποδοτικότερη διαχείριση, υπήρξαν σοβαρές ανησυχίες ότι ο μηχανισμός της αγοράς κατέστρεψε την κοινωνική δικαιοσύνη και, λόγω των υψηλών δαπανών συναλλαγής, λίγα χρήματα αποταμιεύτηκαν. Το δεύτερο μισό της δεκαετίας του '90, η λέξη "συνεργασία" αντί του ανταγωνισμού άρχισε να χρησιμοποιείται.

Αλλαγές έχουν υπάρξει όχι μόνο αυτόνομα σε κάθε ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και στη σχέση μεταξύ τους. Ένας συνδυασμός

νέας ιατρικής τεχνολογίας, το διαφορετικό δημογραφικό προφίλ και οι σφιχτότεροι προϋπολογισμοί έχουν οδηγήσει πολλά νοσοκομεία στην ανοικοδόμηση των δραστηριοτήτων τους. Η διαχείριση περίπου 40 νοσοκομείων συγχωνεύθηκε μεταξύ 1995 και 1997. Νοσοκομεία, τμήματα ή/και θάλαμοι έχουν αρχίσει να συνεργάζονται πολύ, από το να συγκεντρώνουν μερικές δραστηριότητες σε ένα νοσοκομείο έως το να μοιράζονται το ίδιο ιατρικό προσωπικό. Αυτές οι αλλαγές έχουν οδηγήσει σε συγχωνεύσεις στις γεωγραφικές θέσεις, λόγω των οικονομικών κλίμακας.

Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας

Ένας σημαντικός ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης είναι να καθιερώσει τις βασικές αρχές υγειονομικής περίθαλψης μέσω της νομοθεσίας και θεσμών. Ο σημαντικότερος από αυτούς ήταν ο *Νόμος Υγειονομικής Περίθαλψης του 1982*, ο οποίος έχει αναθεωρηθεί αρκετές φορές από τότε. Άλλοι νόμοι ρυθμίζουν τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις του προσωπικού, τα τυπικά προσόντα που χρειάζονται για την εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και τους κανόνες χειρισμού των ιατρικών αρχείων των ασθενών.

Οι κανονισμοί που δημιουργούνται από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας λένε ότι η συστηματική και τεκμηριωμένη εργασία πρέπει να διευθυνθεί για να εξασφαλισθεί η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, όλο το προσωπικό είναι υποχρεωμένο να συμμετέχει σε προγράμματα εξασφάλισης ποιότητας, αν και η ενεργή συμμετοχή είναι ακόμα μέτρια στην πράξη.

Εάν ένας ασθενής υφίσταται έναν τραυματισμό κατά τη διάρκεια της ιατρικής περίθαλψης ή εκτίθεται σε κίνδυνο λόγω κάποιας θεραπείας, ο ιατρικά υπεύθυνος φορέας πρέπει να αναφέρει το γεγονός στο Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας. Εάν ελαττώματα ή αμέλεια οφείλονται στα μέλη του προσωπικού, το γεγονός μπορεί να αναφερθεί στο *Συμβούλιο Ιατρικής Ευθύνης*. Οι παραπομπές σ' αυτό το Συμβούλιο μπορούν επίσης να

γίνουν από ασθενείς ή συγγενείς των ασθενών. Δεν μπορεί, εντούτοις, να ενεργήσει με δική του πρωτοβουλία. Το Συμβούλιο, μια χωριστή αρχή της οποίας οργάνωση είναι παρόμοια με αυτήν ενός δικαστηρίου, μπορεί να αποφασίζει σχετικά με πειθαρχικά μέτρα.

Η Αντιπροσωπεία Ιατρικών Προϊόντων είναι μια κρατική αντιπροσωπεία υπεύθυνη για την έγκριση των νέων φαρμακευτικών προϊόντων και τη χορήγηση άδειας παραγωγής για φάρμακο. Οι δραστηριότητες αυτής της αντιπροσωπείας είναι ρυθμισμένες με ένα νόμο περί ιατρικών προϊόντων, ο οποίος έχει προσαρμοστεί στους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΥ). Ο *Νόμος Φαρμάκων του 1992* αποτελεί τη βάση για όλες τις δραστηριότητες σχετικές με φαρμακευτικά είδη και τη διανομή φαρμάκων στη Σουηδία. Ο Νόμος για το Λιανικό Εμπόριο Φαρμάκων είναι ένας ειδικός νόμος που δίνει στο κράτος το αποκλειστικό δικαίωμα να διευθύνει το λιανικό εμπόριο φαρμάκων και η κυβέρνηση αποφασίζει από ποιους, και με ποιους όρους, μπορεί να διευθυνθεί η πώληση φαρμάκων στο λιανικό εμπόριο. Το κράτος έχει ορίσει αυτό το αποκλειστικό δικαίωμα στην *Εθνική Εταιρία Σουηδικών Φαρμακείων*. Ο ανεφοδιασμός προϊόντων φαρμακευτικού περιεχομένου είναι επίσης η ευθύνη της Εθνικής Εταιρίας Σουηδικών Φαρμακείων.

Από τη μεταρρύθμιση του 1997, τα νομαρχιακά συμβούλια είναι αρμόδια για το γενικό κόστος των φαρμάκων. Σύμφωνα με αυτή την μεταρρύθμιση, οι αμοιβές των ασθενών για τα φάρμακα χρεώνονται σύμφωνα με ένα κλιμακωτό πίνακα. Ο κατάλογος των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στον *Εθνικό Πίνακα Οφειλής Φαρμάκων* καθιερώνεται από το *Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης*. Για τα φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στον πιο πάνω πίνακα, οι ασθενείς καταβάλλουν ολόκληρη την τιμή. Ο Εθνικός Πίνακας Οφειλής Φαρμάκων διευθύνεται από *Εθνική Εταιρία Σουηδικών Φαρμακείων*. Από το 1993 το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης διαπραγματεύεται με τις φαρμακοβιομηχανίες την τιμή αποζημίωσης των ιατρικών προϊόντων που ανήκουν στον Εθνικό Πίνακα Οφειλής Φαρμάκων.

Τα νομαρχιακά συμβούλια είναι αρμόδια για την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Ρυθμίζουν την αγορά των ιδιωτικών φορέων υγείας υπό την έννοια ότι εγκρίνουν την εγκατάστασή τους, καθώς επίσης εγκρίνουν και τη δημόσια αποζημίωση τους. Έως το 1994, αυτό γίνονταν από το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης και από τότε τα νομαρχιακά συμβούλια είναι υπεύθυνα για την άμεση αποζημίωση των γιατρών. Δεν μπορούν να αποτρέψουν έναν επαγγελματία από τη ιδιωτική εξάσκηση της ιατρικής του ιδιότητας. Η ρυθμιστική δύναμή τους είναι περιορισμένη στον έλεγχο της δημόσιας χρηματοδότησης των ιδιωτικών επαγγελματιών.

Διοικητική αποκέντρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Η διοικητική αποκέντρωση είναι μια βασική λέξη για την περιγραφή της ανάπτυξης, οργάνωσης και διαχείρισης του σουηδικού τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Ο νομός, οι περιφέρειες και οι δήμοι απολαμβάνουν έναν ιδιαίτερο βαθμό αυτονομίας σε σχέση με την κεντρική διοίκηση. Εκτός από κάποιο κεντρικό εθνικό σχεδιασμό, η νομοθεσία και η επίβλεψη, η ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη αποκεντρώνονται στις τοπικές διοικήσεις. Η πολιτική ευθύνη για τις υγειονομικές υπηρεσίες έχουν αποκεντρωθεί στα νομαρχιακά συμβούλια. Οι δήμοι, είναι αρμόδιοι για τη χρηματοδότηση της μακροπρόθεσμης φροντίδας για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες και για μακροπρόθεσμο ψυχιατρική φροντίδα. Οι τοπικοί δήμοι δεν υπάγονται στα νομαρχιακά συμβούλια. Οι νόμοι σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές υπηρεσίες επιτρέπουν στα νομαρχιακά συμβούλια και στους δήμους να επιβάλουν φόρους για να χρηματοδοτήσουν τις δραστηριότητές τους.

Η διοικητική αποκέντρωση της ευθύνης μέσα στο σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν αναφέρεται μόνο στη νομοθετική ρύθμιση μεταξύ της κεντρικής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης, αλλά και στη διοικητική αποκέντρωση μέσα σε κάθε νομαρχιακό συμβούλιο. Από τη

δεκαετία του '70, η οικονομική ευθύνη έχει αποκεντρωθεί σε κάθε νομαρχιακό συμβούλιο και ο βαθμός διοικητικής αποκέντρωσης, οργάνωσης και διαχείρισης ποικίλλει ουσιαστικά μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων. Εντούτοις, μπορεί να δοθεί μια συνοψισμένη περιγραφή της διοικητικής αποκέντρωσης από τη δεκαετία του '70.

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70, ήταν εμφανές ότι τα εισοδήματα των νομαρχιακών συμβουλίων δεν θα αυξάνονταν με τον ίδιο ρυθμό όπως πριν και έτσι η συγκράτηση των δαπανών έγινε ένα σημαντικό ζήτημα. Η επέκταση και η διαφοροποίηση του τομέα έκανε επιπλέον πιο δύσκολο το προγραμματισμό και τη ρύθμιση της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών μέσω των μακροπρόθεσμων σχεδίων της κεντρικής διοίκησης. Κίνητρα τα οποία θα αύξαναν την παραγωγικότητα και η αποδοτικότητα, έγινε σημαντικά στοιχεία για τη μελλοντική ανάπτυξη του προγραμματισμού και των συστημάτων διαχείρισης. Γενικά, διαμορφώθηκαν διάφορες τοπικές περιοχές υγειονομικής περίθαλψης μέσα κάθε νομαρχιακό συμβούλιο, κάθε μια με γενική πολιτική ευθύνη για την υγεία των κατοίκων της. Ίσως η πρώτη μεταρρύθμιση διοικητικής αποκέντρωσης εισήχθη στη δεκαετία του '80, όταν, τα νομαρχιακά συμβούλια αποκέντρωσαν τις οικονομικές ευθύνες για τις δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης με την εισαγωγή των συνολικών προϋπολογισμών. Οι τοπικές περιοχές έγιναν αρμόδιες για την κατανομή των πόρων μέσα στη γεωγραφική τους περιοχή. Τα κεντρικά νομαρχιακά συμβούλια διαχειρίζονταν τις τοπικές περιοχές με τη διάθεση ο προϋπολογισμός μεταξύ αυτών.

Πολλές τοπικές περιοχές, οι περισσότερες από τις οποίες διαχειρίζονταν τουλάχιστον ένα νοσοκομείο και αρκετά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, άρχισαν να ασκούν τις ίδιες αρχές συνολικής σύνταξης προϋπολογισμού μέσα στην περιοχή τους και η οικονομική ευθύνη αποκεντρώθηκε στα τμήματα των νοσοκομείων και στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επαγγελματικοί επικεφαλείς των τμημάτων ήταν υπεύθυνοι για την οικονομική διαχείριση των δραστηριοτήτων τους. Αυτό σήμαινε μια μετατόπιση του προγραμματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών

από τους πολιτικούς στους επαγγελματίες ιατρούς. Η εισαγωγή της σύνταξης του συνολικού προϋπολογισμού και το κόστος τα κέντρα, εντούτοις, δεν θεωρήθηκε αρκετή. Αν και το σύστημα απέδωσε καλά όσον αφορά τη συγκράτηση των δαπανών, η παραγωγικότητα θεωρήθηκε ακόμα χαμηλή. Προς το τέλος της δεκαετίας του '80, κεντρική διαχείριση δαπανών αντικαταστάθηκε από συστήματα μεταφοράς τιμολόγησης. Οι φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών θα αποζημιώνονταν μέσω των πληρωμών ανά-περίπτωση αντί μέσω των προϋπολογισμών συνολικής δραστηριότητας. Η αποκέντρωση της ευθύνης εισοδήματος έχει καθιερωθεί από τότε, αν και ποικίλλει μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων και των ειδικοτήτων.

Η κεντρική διαχείριση κέρδους, εισήχθη πρώτιστα στα γενικά βοηθητικά τμήματα, π.χ. τμήματα τεχνικής βοήθειας και διαχείρισης κεφαλαίου και μετά σε τμήματα ιατρικής βοήθειας. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, 20 από τα 26 νομαρχιακά συμβούλια προγραμμάτισαν να αποζημιώνουν τα γενικά και βοηθητικά τμήματα με την ανά-περίπτωση πληρωμή. Η κεντρική διαχείριση κέρδους ήταν πιο κοινή στις πυκνοκατοικημένες περιοχές απ'ό,τι στις μόλις και μετά βίας εποικημένες περιοχές, και στα μεγάλα νοσοκομεία απ'ό,τι στα μικρά. Τη δεκαετία του '90, η κεντρική διαχείριση κέρδους εισήχθη επίσης στα τμήματα άμεσης περίθαλψης ασθενών, αν και αυτό ήταν πολύ δύσκολο. Προς το τέλος της δεκαετίας του '80 και αρχές της δεκαετίας του '90 έγινε μεγάλη προσπάθεια για την καθιέρωση παραγωγικών συστημάτων για τα τμήματα άμεσης περίθαλψης ασθενών.

Όσον αφορά στην ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, πολλά συνέβησαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Μερικά νομαρχιακά συμβούλια, όπως τη Στοκχόλμη, ακολούθησαν τη στρατηγική ιδιωτικοποίησης όσο το δυνατόν περισσότερων βοηθητικών υπηρεσιών. Οι λειτουργίες ενός νοσοκομείου (αλλά όχι το κτήριο) πωλήθηκαν σε μια σουηδική εταιρία επενδύσεων, και έτσι προκλήθηκε συζήτηση ως προς το εάν ο ιδιωτικός φορέας, επιδιώκων το κέρδος, είναι σε θέση να παρέχει υγειονομική περίθαλψη που είναι ίδιας ποιότητας και δυνατότητα πρόσβασης όπως η μη

κερδοσκοπική. Αρκετές εξειδικευμένες κλινικές εσωτερικών ασθενών, π.χ. καρδιακές κλινικές, παρέχουν επίσης θεραπεία σε ασθενείς του δημοσίου βάση ενός συμβολαίου. Το 1998, υπολογίστηκε ότι το 3% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία αποδόθηκαν στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Γενικά, εντούτοις, οι περισσότερες υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται από φορείς που ελέγχονται από τα νομαρχιακά συμβούλια. Σε επίπεδο δήμου, η παροχή φροντίδας ηλικιωμένων από τον ιδιωτικό τομέα είναι συχνότερη, ακόμα κι αν η υπηρεσία αυτή προσφέρεται και από το δήμο. Το 1999, υπήρξαν περίπου 240 επιχειρηματίες, που απασχολούσαν 2500 άτομα, τα οποία παρείχαν την φροντίδα και στέγη σε ηλικιωμένους. Μερικές από αυτούς είναι φιλανθρωπικές ή θρησκευτικού περιεχομένου οργανώσεις.

Έχουν υπάρξει διάφορα προβλήματα σε σχέση με τη διοικητική αποκέντρωση της οικονομική ευθύνη. Μεταξύ άλλων, η έλλειψη εμπειρίας στη διαχείριση μονάδων μέσω της μεταφοράς τιμολόγησης, οι δυσκολίες που περιβάλλουν την περιγραφή προϊόντων στις υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και το υπανάπτυκτο σύστημα λογιστικής για να υποστηρίξει ένα αποκεντρωμένο σύστημα διαχείρισης, έχουν εμποδίσει τον οικονομικό έλεγχο. Αυτά τα προβλήματα προέκυψαν λόγω της μετάβασης από ένα σύστημα λογιστικής που κατασκευάστηκε προκειμένου να υποστηρίξει ένα προγραμματισμό κεντρική διαχείριση των νομών, σε ένα άλλο σύστημα που απευθύνονταν στην αγορά. Η αξιολόγηση αυτών των δύο συστημάτων είναι περίπλοκος λόγω έλλειψης μελετών διοικητικής αποκέντρωσης καθώς επίσης και λόγω παράλληλης εισαγωγής άλλων μεταρρυθμίσεων.

Δ. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στόχοι και σκοποί

Ο σουηδικός τομέας υγειονομικής περίθαλψης έχει υποβληθεί σε διάφορες σημαντικές μεταρρυθμίσεις, ιδιαίτερα στη δεκαετία του '90. Οι αλλαγές έχουν αρχίσει και σε εθνικό επίπεδο μέσω της νομοθεσίας και τοπικά σε επίπεδο νομαρχιακών συμβουλίων. Τοπικά οι αρχικές μεταρρυθμίσεις συνδέονται κυρίως με την εισαγωγή των νέων συστημάτων διαχείρισης και τις νέες οργανωτικές δομές, όπως τη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα. Μια συνολική άποψη της μεταρρύθμισης κατά τη διάρκεια αρκετών δεκαετιών είναι η γενική εστίαση της δεκαετίας του '70 και αρχές δεκαετίας του '80 ήταν στα ζητήματα ισότητας, προς το τέλος της δεκαετίας του '80 πάνω στη συγκράτηση δαπανών, στις αρχές δεκαετίας του '90 στην αποδοτικότητα και στο τέλος της δεκαετίας του '90 στις δομικές αλλαγές στην παράδοση και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι μεταρρυθμίσεις στο τέλος της δεκαετίας του '90 είναι μια απάντηση στις ανανεωμένες ανησυχίες περί συγκράτησης κόστους.

Δεδομένου ότι οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις υγειονομικής περίθαλψης έχουν παρουσιαστεί ήδη και έχουν ως επί το πλείστον αναφερθεί, εδώ θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση. Θα αναφερθούν επίσης μερικές μεταρρυθμίσεις οι οποίες συζητήθηκαν αλλά ποτέ δεν εφαρμόστηκαν. Η μεταρρύθμιση είναι ένα κάπως υποκειμενικό ζήτημα, ειδικά εάν δεν οδηγεί σε νομοθεσία. Μπορεί να είναι δύσκολο να χωριστεί μια μεταρρύθμιση από επαυξητικές αλλαγές, π.χ. σχετικά με τα οργανωτικά και διοικητικά ζητήματα. Εντούτοις, αυτό το τμήμα προσπαθεί να περιγράψει όλες τις ουσιαστικές αλλαγές, που αρχίζουν από η δεκαετία του '70. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλές περιστάσεις έχουν επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη παράλληλα με τη μεταρρύθμιση, όπως η ύφεση του 1991-1993 στην αγορά

εργασίας, οι εθνικές αποφάσεις για τα φορολογικά επίπεδα και στα μέσα της δεκαετίας του '90, η ισχυρή ανάπτυξη της σουηδικής οικονομίας.

Εθνικές μεταρρυθμίσεις

Το σύστημα ιατρικής φροντίδας άρχισε να αναπτύσσεται σημαντικά μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και συνέχισε να αναπτύσσεται έως τις δεκαετίες 60 και 70. Μεγάλη σημασία στην διοργάνωση του συστήματος υγείας δόθηκε στη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων από την κεντρική διοίκηση (Κράτος) προς τα επαρχιακά συμβούλια. Το 1970 η *μεταρρύθμιση των Επτά Κορόνων* προέβλεπε την ένταξη των ιδιωτών οι οποίοι παρείχαν ιατρικές υπηρεσίες στα νοσοκομεία ως εξωτερικοί συνεργάτες, μέσα στο περιφερειακό σύστημα υγείας. Προσελήφθησαν στα Νοσοκομεία σαν μόνιμο προσωπικό και πληρώνονταν από τα επαρχιακά συμβούλια. Μια ακόμη καινοτομία ήταν ότι οι ασθενείς θα έπρεπε να πληρώσουν ένα συγκεκριμένη σταθερή αμοιβή στο σημείο όπου τους παρέχονταν οι ιατρικές υπηρεσίες. Το νέο αυτό σύστημα είχε σημαντική εφαρμογή και σέβονταν τη δυνατότητα ίσης πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας. Η νέα αυτή ενιαία για όλους αμοιβή, αντικατέστησε το σύστημα που ίσχυε έως τότε. Την πληρωμή δηλαδή του συνολικού κόστους περίθαλψης από τον ασθενή στους έως τότε ιατρούς εκτός περιφερειακού συστήματος υγείας και την μετέπειτα επιστροφή του 75% του κόστους από τα περιφερειακά ασφαλιστικά γραφεία. Το σημαντικό προτέρημα του νέου συστήματος ήταν η εύκολη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα ακόμη και των ασθενέστερων οικονομικά πολιτών. Ένας άλλος λόγος για τον οποίο ετέθη το νέο αυτό σύστημα σε εφαρμογή ήταν ότι η κεντρική εξουσία, η Κυβέρνηση, ήθελε να προωθήσει τη δημιουργία μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός νοσοκομείων έτσι ώστε να είναι λιγότερο επικερδές για τους ιατρούς να δουλεύουν εκτός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εφόσον όλοι οι ασθενείς θα το προτιμούν.

Με το νόμο *Ιατρικής Φροντίδας του 1982*, επισήμως τα περιφερειακά συμβούλια καθιερώθηκαν ως υπεύθυνα για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Ο Νόμος θεσμοθετούσε τη διαβίβαση αρμοδιότητας λήψης οικονομικών και πολιτικών αποφάσεων σε επίπεδο περιφερειακών συμβουλίων. Τα συμβούλια ήταν επίσης υπεύθυνα για την εξεύρεση πόρων για την ικανοποίηση των αναγκών περίθαλψης των πολιτών της περιφέρειάς τους. Επιπλέον ο νόμος αναφέρει ότι «Οι βασικοί στόχοι της ιατρικής περίθαλψης στη Σουηδία είναι καλή υγεία και ιατρική φροντίδα με ίσους όρους για το σύνολο του πληθυσμού». Ο νόμος περιέλαβε και τις πολιτικές τις οποίες είχαν αναπτυχθεί κατά τις δεκαετίες 60' και 70', ότι η ιατρική φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται σε συνδυασμό με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες και ότι η πολιτική για την υγεία θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την πρόληψη τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ιδιαίτερο πάντως βάρος επαναλαμβάνουμε ότι ο νόμος έδινε στην ισότητα ευκαιριών ιατρικής φροντίδας όλων των πολιτών με ιδιαίτερη έμφαση στους ηλικιωμένους, σε μετανάστες και σε άτομα που έχουν πρόωρα συνταξιοδοτηθεί. Ο νόμος επίσης συνέστηνε στις τοπικές αρχές να ενθαρρύνουν άτομα με ειδικές ανάγκες με σωματικές και νοητικές αναπηρίες να ζουν με ένα τρόπο ο οποίος να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και να έχουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία, να λαμβάνουν μέρος στη λήψη κοινωνικών αποφάσεων κ.α.

Το 1985 η μεταρρύθμιση *DAGMAR* μετέφερε την υποχρέωση για το κόστος μεταφοράς ασθενών με νοσοκομειακό όχημα, η οποία παρέχονταν από δημόσιους υπαλλήλους ή ιδιωτικούς οι οποίοι συνεργάζονταν με τα περιφερειακά γραφεία κοινωνικής ασφάλισης, από το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης προς τα περιφερειακά συμβούλια.

Ο νόμος *Ιατρικής Φροντίδας του 1991*, επικεντρώνονταν στην συνολική ιατρική και διοικητική ευθύνη διαχείρισης των διαγνωστικών και θεραπευτικών τμημάτων. Η νέα αυτή κατεύθυνση αναφέρονταν στους νέους ιατρούς οι οποίοι από αυτό το σημείο και μετά θα έπρεπε να έχουν τελειώσει την ιατρική τους ειδικότητα για να ασκήσουν τα ιατρικά τους καθήκοντα.

Το 1992 η *Μεταρρύθμιση ADEL* ήταν η βασικότερη από άποψη δομής μεταρρύθμιση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 90'. Σύμφωνα με αυτήν η ευθύνη παροχής μακροχρόνιας ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας σε άτομα ηλικιωμένα και άτομα με ειδικές ανάγκες, μεταφέρονταν από τα περιφερειακά συμβούλια προς τις τοπικές αρχές. Ο βασικός λόγος που ετέθη σε εφαρμογή η μεταρρύθμιση ADEL, ήταν η συγκέντρωση του σχεδιασμού και της οικονομικής διαχείρισης όλων των υπηρεσιών που αφορούσαν άτομα ηλικιωμένα και με ειδικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένου των υπηρεσιών στο σπίτι και στα γηροκομεία, σε ένα μόνο φορέα, τις τοπικές αρχές. Εισήχθησαν κίνητρα μείωσης του αριθμού των ηλικιωμένων ασθενών που παρέμεναν σε νοσοκομεία χωρίς ιδιαίτερο λόγο και κρατούσαν τη θέση άλλων ασθενών. Οι τοπικές αρχές υποχρεούνται να πληρώνουν τα περιφερειακά συμβούλια για τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς στα νοσοκομεία όταν εκείνοι έχουν ήδη πλήρως θεραπευτεί σύμφωνα με το θεράποντα νοσοκομειακό ιατρό. Η μεταρρύθμιση επηρέασε ουσιωδώς τη δομή της ιατρικής φροντίδας στη Σουηδία. Η γενική άποψη του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο είναι χρεωμένο την αξιολόγηση της μεταρρύθμισης, είναι ότι η εφαρμογή της ADEL είναι μάλλον επιτυχής και ότι έχει πραγματοποιήσει τους περισσότερους από τους αρχικούς της στόχους.

Συμπληρωματικά της μεταρρύθμισης ADEL, το Κοινοβούλιο της Σουηδίας, εισήγαγε το 1993 τη *μεταρρύθμιση για τα Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες (AMEA)* με την προσθήκη δύο νέων παραγράφων στον ήδη υπάρχον νόμος Ιατρικής Φροντίδας του 1991. Η ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων να παρέχουν αποκατάσταση και τεχνική βοήθεια έγινε ακόμη πιο μεγάλη. Οι τοπικές αρχές ήταν υπεύθυνες για τα άτομα με ειδικές ανάγκες κάτω της ηλικίας των 65 ετών. Ένα χρόνο μετά τη μεταρρύθμιση για τα AMEA, το 1994, εισήχθη ένας νέος νόμος για τα Άτομα με Συγκεκριμένες Λειτουργικές Ανεπάρκειες κάτω της ηλικίας των 65 ετών. Το βασικό στοιχείο του νόμου είναι το δικαίωμα για προσωπική βοήθεια. Οι αρχές πρέπει να προσφέρουν βοηθούς στα άτομα αυτά ή να τους προσφέρουν οικονομική βοήθεια

προκειμένου να προσλάβουν εκείνοι ποιους επιθυμούν. Άλλα παράμετροι οι οποίοι προβλέπονταν βάση του νόμου είναι η παροχή συμβούλων ή άλλων υπηρεσιών, η παροχή συνοδού στα ΑΜΕΑ, η παροχή φιλοξενίας σε παιδιά τα οποία θα πρέπει να μείνουν εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος για κάποιους λόγους κ.α. Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται σύμφωνα με το νόμο αυτό είναι δωρεάν.

Το 1995 έγινε η *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*, η οποία επέκτεινε τις αρμοδιότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης και έμοιαζε αρκετά με τη μεταρρύθμιση ΑΔΕΛ. Η τοπική αυτοδιοίκηση είναι οικονομικά υπεύθυνη για τους ασθενείς μετά το πέρας της θεραπείας τους. Επιπλέον, εφόσον κάποιος ασθενής συμπληρώσει τρεις μήνες θεραπεία εσώκλειστος σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, η τοπική αυτοδιοίκηση πρέπει να του δώσει στέγη, απασχόληση και κάποια βασικά προϊόντα ένδυσης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής των ψυχικά ασθενών.

Στη δεκαετία του 90' έγινε πολύς λόγος για την προσβασιμότητα του πολίτη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Σουηδίας π.χ. λίστες αναμονής για παροχή ιατρικής φροντίδας. Το 1992 εισήχθη η *Εθνική Εγγύηση Θεραπείας* και ήταν προϊόν συμφωνίας εθνικού επιπέδου μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων και της Ομοσπονδίας των Περιφερειακών Συμβουλίων. Η κυβέρνηση έδωσε έξτρα κονδύλια στα περιφερειακά συμβούλια και έδωσε το δικαίωμα στους ασθενείς οι οποίοι μέσα σε τρεις μήνες Δε μπόρεσαν να εξυπηρετηθούν από το δημόσιο νοσοκομείο στο οποίο ανήκαν, να απευθυνθούν όποιο άλλο εκείνοι επιθυμούσαν. Δηλαδή αν το νοσοκομείο έβλεπε ότι ο ασθενής Δε θα μπορούσε να λάβει θεραπεία μέσα σε τρεις μήνες, θα έπρεπε να του ξεκαθαρίσουν ότι μπορούσε να ακολουθήσει θεραπεία άλλο νοσοκομείο της περιφέρειάς του ή και εκτός αυτής. Έτσι οι λίστες αναμονής στα νοσοκομεία μειώθηκαν αισθητά μέσα στα δύο πρώτα χρόνια εφαρμογής της εγγύησης. Παρόλα αυτά όμως η πλειοψηφία των ασθενών στην πράξη επέλεγε να περιμένει πάνω από τρεις μήνες στην αναμονή προκειμένου να εξυπηρετηθεί από νοσοκομείο της περιοχής του.

Το 1997, δημιουργήθηκε η *ανανεωμένη Εγγύηση Ιατρικής Θεραπείας* η οποία ρύθμιζε την δυνατότητα πρόσβασης στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας πρώτου ή εξειδικευμένου βαθμού. Οι ασθενείς μπορούσαν να λάβουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από μια ειδικεύομενη νοσοκόμα σε κάποιο κέντρο υγείας αυθημερόν ενώ ένα ραντεβού με ιατρό μπορούσε να ρυθμιστεί εντός οκτώ ημερών. Όταν ο ασθενής χρειαζόταν εξειδικευμένη θεραπεία από ειδικό ιατρό τότε το ραντεβού ρυθμιζόταν εντός τριών μηνών ενώ αν η πρώτη διάγνωση ήταν αβέβαιη τότε ρυθμιζόταν εντός ενός μήνα. Αν κάποια περιστατικά δεν εμπότανε χρονικά στις παραπάνω περιπτώσεις, τότε οι ασθενείς μεταφέρονταν σε άλλα νοσοκομεία άλλων περιφερειών με πιο εύκολη πρόσβαση.

Το 1997, προσετέθη στη νόμο Ιατρική Φροντίδας μία παράγραφος που αναφέρονταν στις *Προτεραιότητες στην Ιατρική Φροντίδα*, σύμφωνα με την οποία τα άτομα τα οποία χρήζανε πιο άμεσης ανάγκης από κάποια άλλα σύμφωνα με το ιατρικό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζανε, θα έπρεπε να εξυπηρετηθούν πιο άμεσα από τους άλλους. Τα κριτήρια με τα οποία επιλέγονταν το ποιος ασθενής έχει μεγαλύτερη ανάγκη νοσηλείας από κάποιον άλλο περιγράφονταν αναλυτικά στο νόμο προς αποφυγή παρεξηγήσεων.

Από 1 Ιανουαρίου 1999, προσετέθησαν νέοι παράγραφοι στο νόμο Ιατρικής Φροντίδας του 1982 αυξάνοντας τις υποχρεώσεις του περιφερειακού συμβουλίου απέναντι στους ασθενείς και αυξάνοντας και τα δικαιώματα του ασθενή. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα επιλογής του γιατρού τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μπορεί να είναι από οποιαδήποτε περιφέρεια επιθυμούν. Ακόμη ο ασθενής μπορεί να επιλέξει τη θεραπεία την οποία εκείνος επιθυμεί για τη βελτίωση της υγείας του και στην περίπτωση που πάσχει από κάποια σοβαρή ασθένεια βαριάς μορφής έχει το δικαίωμα να ζητήσει και δεύτερη γνώμη από οποιονδήποτε ιατρό εντός ορίων της χώρας.

Οι βάσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας άλλαξαν σταδιακά στα μέσα της δεκαετίας του 90'. Το 1994 ψηφίστηκε ο *νόμος του Οικογενειακού*

Ιατρού σύμφωνα με τον οποίο ο κάθε πολίτης είχε το δικαίωμα επιλογής του προσωπικό οικογενειακό ιατρό της επιθυμίας του.

Πίνακας: Μεταρρυθμίσεις Υγειονομικής Περίθαλψης κατά τη διάρκεια των τελευταίων είκοσι ετών

<i>Έτος</i>	<i>Μεταρρύθμιση</i>	<i>Αποτέλεσμα</i>
1982	Νόμος Ιατρικής Περίθαλψης	Τα νομαρχιακά συμβούλια λαμβάνουν την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας
1985	Μεταρρύθμιση DAGMAR	Τα νομαρχιακά συμβούλια λαμβάνουν την οικονομική ευθύνη για την μεταφορά ασθενών από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα
1991	Νόμος Ιατρικής Περίθαλψης	Οι ανώτεροι ιατροί σε βαθμίδα πρέπει να έχουν κάνει την ειδικότητά τους
1992	Μεταρρύθμιση ADEL	Οι δήμοι αναλαμβάνουν την ευθύνη παροχής μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας σε άτομα τρίτης ηλικίας και άτομα με ειδικές ανάγκες
1992	Εθνική εγγύηση θεραπείας	Περιορισμός χρόνου λίστας αναμονής για θεραπεία
1993	Κανονισμός Συστήματος Τιμολόγησης	Κανονισμός τιμολόγησης φαρμάκων
1994	Μεταρρύθμιση για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες	Εκτεταμένα δικαιώματα για άτομα με ειδικές ανάγκες
1994	Νόμος του Οικογενειακού Ιατρού	Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν τον προσωπικό τους ιατρό
1995	Κατάργηση του Νόμου του Οικογενειακού Ιατρού	

1995	Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση	Οι δήμοι αναλαμβάνουν την ευθύνη για πλήρη περίθαλψη των ψυχικά ασθενών
1997	Νόμος Επίβλεψης	Κάθε φορέας πρέπει να έχει κάποιον επόπτη
1997	Συστήματα Ποιότητας	Γενικοί κανόνες που αναφέρονται στα συστήματα ποιότητας στην φροντίδα υγείας
1997	Εγγύηση Ιατρικής Θεραπείας	Αύξηση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας και εξειδικευμένη φροντίδα
1997	Νόμος Προτεραιοτήτων	Ρύθμιση προτεραιοτήτων στην ιατρική περίθαλψη
1997	Μεταρρύθμιση Φαρμάκου	Εφαρμογή του νέου πίνακα οφειλών φαρμάκου
1998	Μεταρρύθμιση Φαρμάκου	Τα νομαρχιακά συμβούλια αναλαμβάνουν την πλήρη ευθύνη για την πολιτική φαρμάκου
1999	Νόμος για τις επαγγελματικές δραστηριότητες ιατρικό τομέα	Όλες οι δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αναφέρονται στο Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας
1999	Μεταρρύθμιση των Δικαιωμάτων των Ασθενών	Αυξήθηκαν οι υποχρεώσεις των νομαρχιακών συμβουλίων όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών στο σύστημα υγειονομική περίθαλψης

III. ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Εισαγωγή και ιστορικό υπόβαθρο

Το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και της Βόρειας Ιρλανδίας (UK) αποτελείται από τέσσερις ιδρυτικές χώρες: Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία.

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει μερικούς βασικούς δείκτες υγείας και πληθυσμού. Ο πληθυσμός στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει φθάσει σχεδόν 60 εκατομμύρια κατοίκους, η πλειοψηφία του οποίου είναι αστικός (πάνω από 89% το 1995).

Πίνακας 1: Δείκτες υγείας και πληθυσμού για το έτος 1997

Πληθυσμός	59.008.700 κάτοικοι
% πληθυσμού πάνω από 65 ετών	15,71
Υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση	77,40 έτη
Ποσοστό θνησιμότητας νηπίων	5,86
Συνολικό ποσοστό γονιμότητας	1,72
Ακατέργαστο ποσοστό γέννησης ανά 1000 κατοίκους	12,30
Ακατέργαστο ποσοστό θανάτου ανά 1000 κατοίκους	10,67

Πηγή: WHO- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Οι κύριες αιτίες θανάτου στο Ηνωμένο Βασίλειο, παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 και είναι ασθένειες του κυκλοφοριακού συστήματος που περιλαμβάνουν και τις εγκεφαλοαγγειακές ασθένειες και ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις. Ο απολογισμός θυμάτων του καρκίνου είναι πάνω από 200 θανάτους ανά πληθυσμό 100.000 κατοίκων και ακολουθούν θάνατοι από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, οι οποίοι είναι περίπου 110 θανάτους ανά πληθυσμό 100.000 κατοίκων. Από τους θανάτους από καρκίνο ο πιο κοινός είναι στον πνεύμονα, στο μαστό, στο παχύ έντερο και ο προστατικός καρκίνος που μαζί συντελούν σε περίπου 62.000 θανάτους κάθε έτος. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει ένα από τα χειρότερα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες κάτω από 65 στη δυτική Ευρώπη (22,4 θάνατοι ανά 100.000 έναντι 15,1 στη Σουηδία το 1995). Οι θάνατοι από στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις μειώθηκαν κατά 38% μεταξύ στις αρχές δεκαετίας του '70 και τέλος της δεκαετίας του '90 και από το καρδιακή προσβολή κατά 54% κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου. Έναντι άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU), η Αγγλία έχει ενός από τα χειρότερα ποσοστά στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων. Για τους άνδρες ηλικίας κάτω από 65 έτη είναι δύομισι φορές χειρότερα από τη Γαλλία (η χώρα με το χαμηλότερο ποσοστό στην ΕΕ) και τέσσερις φορές χειρότερα για τις γυναίκες.

Πίνακας 2: Αιτίες Θανάτου (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) στο Ηνωμένο Βασίλειο, 1970-1995

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Όλες οι αιτίες	1099,2	1042,2	984,3	917,9	820,8	770,7
Ασθένειες κυκλοφοριακού συστήματος	557,6	529,5	483,0	434,9	363,6	317,2
Νεοπλασματικές ασθένειες	216,9	217,4	220,0	224,8	220,4	206,5
Ασθένειες αναπνευστικού συστήματος	160,0	138,7	134,3	97,4	84,3	109,2
Εξωτερικές αιτίες	46,7	43,6	41,1	36,1	33,3	28,6
Διανοητικές ασθένειες	14,8	15,7	17,3	33,7	32,7	25,1
Ασθένειες νευρικού συστήματος	14,8	15,7	17,3	33,7	32,7	25,1
Ασθένειες πεπτικού συστήματος	25,5	26,7	28,0	28,2	26,9	27,4
Ενδοκρινολογικές ασθένειες	12,6	12,5	10,9	14,3	14,1	11,7
Ασθένειες γενετικο-ουροποιητικού συστήματος	14,9	14,1	12,8	11,7	9,7	9,0
Μολυσματικές-παρασιτικές ασθένειες	7,3	6,1	4,3	4,1	4,0	4,9
Ασθένειες του αίματος και του ανοσοποιητικού συστήματος	3,7	3,2	2,8	3,5	3,2	2,4

Πηγή: ΟΟΣΑ, στοιχεία υγείας του 1998

Όπως και στη Σουηδία έτσι και στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρούμε ότι σύμφωνα με τους δείκτες υγείας, το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας έχει έως τώρα συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη της χώρας.

Πολιτική

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι συνταγματική μοναρχία που κυβερνάται από δύο οίκους αντιπροσώπων: τα δημοκρατικά εκλεγμένα μέλη του

Κοινοβουλίου¹ (βουλευτές), τη Βουλή των Κοινοτήτων και την κληρονομική ηγεσία των λόρδων, τη Βουλή των Λόρδων. Οι εκλογές πραγματοποιούνται τουλάχιστον κάθε πέντε έτη για τη Βουλή των Κοινοτήτων. Ο Πρωθυπουργός είναι ο ηγέτης της Βουλής των Κοινοτήτων (από 1η Μαΐου 1997 είναι ο Tony Blair, ηγέτης του εργατικού κόμματος). Ο Πρωθυπουργός ορίζει και τους υπουργούς.

Μέχρι το Μάιο του 1999 η Σκωτία και η Ουαλία κυβερνήθηκαν κεντρικά κατευθείαν μέσω του Γουέστμινστερ. Όλες οι εθνικές «υποθέσεις» τους επιτηρήθηκαν από τον Γραμματέα του κράτους για τη Σκωτία και το σκωτσέζικο γραφείο στη Σκωτία και το Λονδίνο και ομοίως τον Γραμματέα του κράτους για την Ουαλία και το ουαλέζικο γραφείο στην Ουαλία και το Λονδίνο. Με την καθιέρωση του Σκωτσέζικου Κοινοβουλίου και της Ουαλέζικης Συνέλευσης η ευθύνη για την υγεία, την εκπαίδευση, τη γεωργία και τη βιομηχανία μεταβιβάζονται. Πρόσφατα η εθνική υγειονομική υπηρεσία (NHS) στη Σκωτία διοικείται από το Τμήμα Υγείας του σκωτσέζικου γραφείου, το NHS στην Ουαλία μέσω του Ουαλέζικου γραφείου και στη Βόρεια Ιρλανδία υπάρχει ένα κοινό Τμήμα Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών που διοικείται από την Υγεία και Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες (HPSS).

Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης από 1972.

Οικονομία

Το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 3,12% κατά τη διάρκεια της περιόδου 1996–1997. Ακολουθεί μια περίοδος μικρής αύξησης μεταξύ 1990 και 1995 όταν η μέση μεταβολή στο πραγματικό ΑΕΠ ήταν μόνο 1,3% ετησίως. Αυτό εντούτοις ήταν ελαφρώς πιο πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό στον ΟΟΣΑ και στις δυτικές ευρωπαϊκές χώρες. Το Ηνωμένο Βασίλειο είχε έναν ακαθάριστο δημόσιο χρέος 60,5% ΑΕΠ το 1997.

¹ Βλ. άλλα στοιχεία στο :Κ.Γ.Ε. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ «Περιφερειακή διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση», τόμος Β', Αθήνα 2000

Το συνολικό εργατικό δυναμικό είναι 49,3% του πληθυσμού, του οποίου 62,8% απασχολείται στις υπηρεσίες, 25% στη μεταποίηση και τις κατασκευές, 9,1% στο δημόσιο τομέα (περιλαμβάνει και όλους τους υπαλλήλους του NHS), 1,9% στην ενέργεια και μόνο 1,2% στη γεωργία. Η γεωργία είναι εντατική και ιδιαίτερα μηχανοποιημένη και παράγει περίπου 60% των συνολικών αναγκών τροφίμων.

B. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Οργανωτική δομή του συστήματος υγείας

Η δομή του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας επρόκειτο να υποστεί σημαντικές οργανωτικές αλλαγές μετά από την εκλογή του Εργατικού Κόμματος στην κυβέρνηση τον Μάιο του 1997. Τα σχέδιά τους για το NHS καθορίστηκαν αρχικά σε ένα Λευκό Έγγραφο, «*Το νέο NHS: σύγχρονο, αξιόπιστο*», δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο του 1997. Ο Νόμος Υγείας του 1999, δίνει μια νομοθετική βάση σε πολλές τις αλλαγές που καθορίζονται στο Λευκό Έγγραφο, και έλαβε και τη βασιλική συγκατάθεση στις 30 Ιουνίου 1999. Η νέα αυτή μεταρρύθμιση στηρίζεται σε μερικές από τις επιτυχίες του προγράμματος μεταρρύθμισης της προηγούμενης συντηρητικής κυβέρνησης αλλά αντικαθιστά επίσης ορισμένα σημαντικά της στοιχεία. Στη συνέχεια περιγράφεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) με τις κύριες αλλαγές που ήδη εφαρμόζονται ή είναι σύντομα προς εφαρμογή ή προγραμματισμένες για το μέλλον.

Το Τμήμα Υγείας

Το *Τμήμα Υγείας* (DoH) υπό την καθοδήγηση του Γραμματέα του κράτους για την υγεία, μαζί με μία ομάδα πέντε συναρμόδιων υπουργών, είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και τις προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες στην Αγγλία. Χωριστές ευθύνες έχουν οι Γραμματείς

του κράτους στη Σκωτία, στην Ουαλία και στη Βόρεια Ιρλανδία. Στην Αγγλία το Τμήμα θέτει τη γενική πολιτική υγείας, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών δημόσιας υγείας και εκείνων σχετικές με τις συνέπειες των περιβαλλοντικών και διατροφικών παραγόντων επάνω στην υγεία. Έχει επίσης γενική ευθύνη για το NHS.

Κάτω από το Γραμματέα του Κράτους υπάρχουν τρεις διοικητικές διαιρέσεις. Κατ' αρχάς, υπάρχει μια σειρά ομάδων και τμημάτων με συγκεκριμένη περιοχή και επαγγελματική ευθύνη π.χ. η Ομάδα Δημόσιας Υγείας, η Ομάδα Κοινωνικής Φροντίδας, η Νοσηλευτική Ομάδα και το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης.

Δεύτερον, υπάρχει το γραφείο του Κύριου Ιατρικού Προϊσταμένου (CMO). Ο CMO είναι αρμόδιος για την προσφορά ειδικών ιατρικών συμβουλών σε ολόκληρο το τμήμα.

Τρίτον, υπάρχει η σύνθεση των Ανωτέρων Υπαλλήλων του NHS (NHSE), υπό την καθοδήγηση του Προϊσταμένου Ανώτερου Υπαλλήλου, η οποία είναι αρμόδια για την ηγεσία και για μια σειρά λειτουργικών πράξεων σε σχέση με το NHS. Η NHSE βοηθάει τους υπουργούς στην ανάπτυξη των πολιτικών υγείας και είναι αρμόδια για την αποτελεσματική διαχείριση και την οικονομικά αποδοτική χρήση των πόρων στο NHS. Η NHSE έχει οκτώ περιφερειακά γραφεία σ' όλη τη χώρα. Αυτά τα γραφεία είναι αρμόδια για την περιφερειακή εφαρμογή των εθνικών πολιτικών και ελέγχει την απόδοση των αρμόδιων αρχών για την υγεία. Αυτοί κατέχουν μια σημαντική θέση στην αλυσίδα της υπευθυνότητας από τον τοπικό σε κεντρικό επίπεδο.

Μια πρόσφατη καινοτομία, σε υπουργικό επίπεδο, ήταν ο διορισμός για πρώτη φορά το 1997, ενός *Υπουργού του Κράτους* με τη συγκεκριμένη ευθύνη της δημόσιας υγείας. Ο υπουργός έχει τις αρμοδιότητες ελέγχου της δημόσιας υγείας, την στρατηγική προώθησης υγείας, τις μεταδοτικές ασθένειες συμπεριλαμβανομένου του AIDS, τον οικογενειακό προγραμματισμό και την ασφάλεια τροφίμων. Προς το παρόν, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάγκη να εξεταστούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας.

Μια άλλη καινοτομία σημαντικής σπουδαιότητας ήταν η καθιέρωση ενός νέου τμήματος μέσα στο Τμήμα Υγείας, με τη συγκεκριμένη ευθύνη να κατευθύνει τα πρόγραμμα έρευνας και ανάπτυξης που συνδέονται με τα πολιτικά θέματα που έχουν άμεση σχέση με το NHS. Ο πρώτος διευθυντής αυτού του τμήματος διορίστηκε το 1991 και προωθήθηκε μια στρατηγική λήψης αποφάσεων για το NHS βασισμένη στην έρευνα. Από τότε, ένα εθνικό ερευνητικό και αναπτυξιακό πρόγραμμα μαζί με μια σειρά περιφερειακών προγραμμάτων, έπαιξαν έναν σημαντικό ρόλο στην ανάθεση έρευνας και χρηματοδότησης της όσον αφορούσε τις ανάγκες του NHS.

Άλλα υπουργεία

Η παρούσα κυβέρνηση του εργατικού κόμματος δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο συντονισμό της πολιτικής στα υπουργεία. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στο ρόλο άλλων υπουργείων με ευθύνη για την υγεία και θέματα σχετικά με αυτήν. Σ' αυτά περιλαμβάνονται:

- **Το Τμήμα Κοινωνικής Ασφάλισης** που έχει ευθύνη για τις πληρωμές της κοινωνικής πρόνοιας (π.χ.) εισοδηματική υποστήριξη, επιδόματα αναπηρίας και ανικανότητας)
- **Το Τμήμα Περιβάλλοντος, Μεταφοράς και Περιφέρειας** που έχει ευθύνη για τις προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες που διευθύνονται από τις τοπικές κυβερνητικές αρχές
- **Το Υπουργείο Γεωργίας, Τροφίμων και Αλιείας** που έχει την ευθύνη για τις προδιαγραφές των τροφίμων
- **Το Τμήμα για την Εκπαίδευση και την Απασχόληση** που χρηματοδοτεί την κατάρτιση των σπουδαστών ιατρικής και άλλων ιατρικών υπηρεσιών.

Η Εθνική Υγειονομική Υπηρεσία

Στην οργανωτική δομή του NHS όπως διαμορφώθηκε μετά από τις μεταρρυθμίσεις του 1991 υπάρχουν τέσσερις κύριες οργανώσεις. Οι

περιφερειακές υγειονομικές αρχές, οι επαρχιακές υγειονομικές αρχές, οι κάτοχοι κεφαλαίου γενικής πρακτικής (GPFHs) και οι πιστωτές του NHS.

Περιφερειακές υγειονομικές αρχές (RHAs)

Κατά την διάρκεια των μεταρρυθμίσεων του 1991 και στην περίοδο που ακολουθεί αμέσως μετά, υπήρξαν 14 RHAs στην Αγγλία. Αυτές οι περιοχές πραγματοποίησαν μια σειρά ελέγχων και είχαν διοικητικό ρόλο εξ ονόματος του Ανώτερου Υπαλλήλου NHS. Σαν μέρος αυτής της λειτουργίας, κάθε επαρχιακή υγειονομική αρχή (βλ. κατωτέρω) είχε μια σύμβαση με το περιφερειακό γραφείο που διευκρίνιζε τους στόχους που αναμενόταν να εκτελέσει μέχρι το προσεχές έτος και έκανε απολογισμό στο περιφερειακό γραφείο για της πραγματική του απόδοση. Οι πιστωτές του NHS ήταν ομοίως υπεύθυνοι για τον απολογισμό της απόδοσή τους στους περιφερειακούς ανώτερους υπαλλήλους.

Το 1994, σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι διοικητικές δαπάνες, ο αριθμός των περιφερειών μειώθηκε από 14 σε 8 και ο αριθμός του προσωπικού τους μειώθηκε ουσιαστικά. Συγχρόνως μετατράπηκαν σε Αποκλειστικά Περιφερειακά Γραφεία του NHS . Αυτό σήμαινε ότι έχασαν πολλή από την προηγούμενη αυτονομία τους και ότι ο διοικητικός δεσμός μεταξύ του κέντρου και της περιφέρειας ενισχύθηκε.

Επαρχιακές Υγειονομικές Αρχές (DHAs)

Μετά τη νέα μεταρρύθμιση στο NHS και το Νόμο Κοινωνικής Φροντίδας του 1990, η ευθύνη υποστήριξης λειτουργίας του NHS διαχωρίστηκε από την ευθύνη παροχής των υπηρεσιών υγείας. Μέσα σε αυτό το σύστημα, η κύρια λειτουργία παροχής υγείας μεταφέρθηκε στις DHAs.

Τα DHAs είναι εταιρικοί οργανισμοί που λειτουργούν υπό τη γενική καθοδήγηση του προέδρου, που διορίζονται από τον Γραμματέα του Κράτους, και ένα σύνολο αποκλειστικών συμβούλων και μη αποκλειστικών διευθυντών.

Το 1991 υπήρξαν λιγότερα από 200 DHAs και φρόντιζαν για ένα πληθυσμό, κατά μέσον όρο 250.000 ανθρώπων, αν και το πραγματικό του μέγεθος επεκτείνεται από 100.000 έως 800.000 κατοίκους. Κάθε DHA πρέπει να αξιολογήσει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού του. Κάθε DHA είχε ένα τμήμα δημόσιας υγείας αρμόδιο για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων προς αξιολόγηση.

Κατά τη διάρκεια των χρόνων, μια σειρά συγχωνεύσεων πραγματοποιήθηκε μεταξύ των DHAs με το στόχο πραγματοποίηση οικονομικών κλίμακας. Μέχρι το 1998 ο αριθμός του DHAs είχε μειωθεί σε 100. Με τη μετατροπή των RHAs σε περιφερειακά γραφεία Ανώτερων Υπαλλήλων NHS, υπάρχει τώρα μόνο μια σειρά υγειονομικών αρχών και έτσι τα DHAs τώρα αναφέρονται απλά ως «υγειονομικές αρχές».

Αρχές οικογενειακών υγειονομικών υπηρεσιών (FHSAs)

Μέσα στο NHS, έχει υπάρξει μια από μακρού υφιστάμενη διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας (που παρέχεται από ιατρούς παθολόγους και το σχετικό προσωπικό) και νοσοκομειακών υπηρεσιών. Από το 1991, τα DHAs ήταν αρμόδια για τις υπηρεσίες νοσοκομείων ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν ευθύνη των αρχών οικογενειακών υγειονομικών υπηρεσιών (FHSAs). Εντούτοις, ως τμήμα της προσπάθειας να συντονιστεί η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια περίθαλψη αποτελεσματικά, τα DHAs και FHSAs συγχωνεύθηκαν από το 1996.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ, ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Προγραμματισμός

Το NHS μπορεί να χαρακτηριστεί ως δημόσιου χαρακτήρα χρηματοδοτημένο σύστημα υγείας, μέσα στο οποίο υπάρχουν ισχυροί δεσμοί κάθετης υπευθυνότητας. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90 μερικά από

τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα αποφάσεων και ελέγχου έχουν χαλαρωθεί καθώς η ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων έχει μεταβιβαστεί εν μέρει στις τοπικές αρχές και διοικήσεις. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο προγραμματισμός παίρνει διαφορετικές μορφές και αναλαμβάνεται από ποικίλες διαφορετικές αντιπροσωπείες.

Προγραμματισμός δαπανών

Οι συνολικές δαπάνες για το NHS ακόμη ελέγχονται στενά από το κέντρο. Ο προγραμματισμός δαπανών και για τις κύριες και δευτερεύουσες δαπάνες, πραγματοποιείται ως τμήμα της διαδικασίας προγραμματισμού των συνολικών κρατικών δαπανών, και κατευθείαν καθορίζεται το επίπεδο χρηματοδότησης που τίθεται στην διάθεση του NHS για τον ακόλουθο το έτος. Το Τμήμα Υγείας καθορίζει την κατανομή αυτού του ποσού χρηματοδοτώντας στις περιφέρειες, και οι περιφέρειες καθορίζουν τις κατανομές στις επαρχίες.

Προγραμματισμός υπηρεσιών

Αν και δεν υπάρχει κανένα λεπτομερές εθνικό σχέδιο προγραμματισμού υπηρεσιών, κάθε χρόνο το Τμήμα Υγείας εκδίδει μια αποκλειστική επιστολή που καθορίζει τις προτεραιότητες και καθοδηγεί τον προγραμματισμό του NHS. Η οδηγία για το 1998–1999, παραδείγματος χάριν, καθόριζε τους γενικούς κυβερνητικούς στόχους για το ερχόμενο έτος, προσδιορίζοντας πιθανές δυσκολίες που πιθανόν να αντιμετώπιζε το NHS και προσδιόριζε επίσης περιοχές ανάπτυξης.

Οι στόχοι περιελάμβαναν τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, περιείχαν μια δέσμευση για δικαιοσύνη και ισότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες, ανάπτυξη στην ποιότητα των υπηρεσιών και προώθηση της συνεργασίας. Συγκεκριμένα πεδία που προσδιορίστηκαν για ανάπτυξη ήταν: η παροχή διανοητικών ψυχικών υπηρεσιών υγείας, η ανάπτυξη ενός κύριου ρόλου για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, βελτίωση κλινικής αποτελεσματικότητας και

αποτελεσματικότητας δαπανών, ικανοποίηση των αναγκών για συνεχή υγειονομική περίθαλψη.

Η νέα Εργατική Κυβέρνηση και ο προγραμματισμός εργασίας

Εγκαταλείποντας προηγούμενες πρακτικές, η νέα κυβέρνηση δημιούργησε μια εθνική καθοδήγηση προτεραιοτήτων για μια περίοδο τριών ετών 1999/2000–2001/2002 το Σεπτέμβριο του 1998 με την ονομασία *«Εκσυγχρονίζοντας την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες»*.

Το παρόν έγγραφο έχει ευρύτερο πεδίο από την προηγούμενη οδηγία. Καθορίζει μια νέα κατεύθυνση για τις υπηρεσίες υγείας που βασίζονται στην αντιμετώπιση των πρωταρχικών αιτιών της κακής υγείας, κατάργηση των εμποδίων μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Η οδηγία αυτή προσδιορίζει τομείς προτεραιότητας όπου το NHS αναμένεται για να πάρει ηγετικές ευθύνες και άλλες περιοχές όπου αναμένεται να μοιραστεί την ηγετική ευθύνη με τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών της τοπικής διοίκησης.

Στην περίπτωση της βασικής ευθύνης του NHS, η υπηρεσία αναμένεται:

Να μειώσει τις λίστες αναμονής και τον χρόνο αναμονής σύμφωνα με τους ποσοτικούς στόχους.

Να λάβει συγκεκριμένα μέτρα για να αναπτυχθούν οι πρωτοβάθμιες και κοινοτικές υπηρεσίες προκειμένου να εξομαλυνθούν οι ανισότητες, να βελτιωθεί η ποιότητα και να διευκολύνονται οι ασθενείς.

Να εκπληρώσει τους στόχους μείωσης των θανάτων από καρδιακές παθήσεις με την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, να παρέχει οικονομικά και ποιοτικά αποδοτικές υπηρεσίες για την πρόληψη και τη θεραπεία από στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις.

Να βελτιώσει την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την ταχύτητα πρόσβασης στις υπηρεσίες που σχετίζονται με τον καρκίνο σε ότι αφορά

στους τομείς πρόληψης, της διαλογής και της παροχής καταπραϊντικών θεραπειών.

Οι περιοχές όπου τα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών του NHS και η τοπική διοίκηση είναι αναμενόμενο να συνεργαστούν είναι:

Μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, με τη βελτίωση της υγείας του αδύναμου πληθυσμού της κοινωνίας σε μεγαλύτερο ποσοστό από τον υπόλοιπο πληθυσμό (αυτό περιλαμβάνει στρατηγικές μείωσης στις ανεπιθύμητες εφηβικές εγκυμοσύνες, εξασφάλιση επαρκούς πρόσβασης στις υπηρεσίες από τις εθνικές μειονότητες, μείωση του καπνίσματος, αύξηση των ποσοστών ανοσοποίησης στην παιδική ηλικία και μείωση εξάρτησης φαρμάκων).

Βελτίωση της διανοητικής υγείας του πληθυσμού και βελτίωση της θεραπείας και φροντίδας εκείνων με προβλήματα διανοητικής υγείας, μέσω της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.

Εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών που βοηθούν τους ενήλικους να επιτύχουν τη μέγιστη ανεξαρτησία στις ζωές τους μειώνοντας περιττά έξοδα στα νοσοκομεία, ανάπτυξη προληπτικών υπηρεσιών.

Παράλληλα με αυτά τα σχέδια, η κυβέρνηση αναπτύσσει ένα εθνικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης στο NHS. Αυτό θα καλύψει έξι διαστάσεις της απόδοσης. Δηλαδή: βελτίωση υγείας, επαρκή πρόσβαση, αποτελεσματική παροχή κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης, αποδοτικότητα, εμπειρία ασθενών/χρηστών και διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την υγεία. Αυτό το πλαίσιο προορίζεται να υποστηρίξει τις συμφωνίες ευθύνης μεταξύ των περιφερειακών γραφείων και των αρμόδιων για την υγεία αρχών, και μεταξύ των αρμόδιων για την υγεία αρχών και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Προγραμματισμός και δημόσια υγεία

Η θέσπιση προτεραιοτήτων για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων βελτίωσης υγείας σε σχέση με τις ειδικές ασθένειες και τις ανικανότητες, έχει

την προέλευσή της σε ένα σημαντικό σχέδιο άσκησης προγραμματισμού δημόσιας υγείας που ανέλαβε η προηγούμενη συντηρητική κυβέρνηση.

Η στρατηγική «Υγεία του έθνους», που προωθήθηκε το 1992, προσδιόρισε πέντε περιοχές προτεραιότητας για τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας – συγκεκριμένα, τις καρδιακές παθήσεις και τα εμφράγματα, τον καρκίνο, τις διανοητικές ασθένειες, την σεξουαλική υγεία και τα ατυχήματα – και έθεσε 25 στόχους για την επίτευξη μείωσης των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας πέρα από το χρονοδιαγράμματα. Ήταν η πρώτη φορά που μια τέτοια προσέγγιση στρατηγικού προγραμματισμού είχε υιοθετηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Η παρούσα κυβέρνηση δημοσίευσε τα σχέδιά της για τη δημόσια υγεία σε ένα Πράσινο Έγγραφο, «*Το υγιέστερο έθνος μας*», τον Φεβρουάριο του 1998 που ακολουθήθηκε από το Λευκό Έγγραφο, «*Διάσωση ζωών: Το υγιέστερο έθνος μας*», τον Ιούλιο του 1999. Αυτό εκφράζει μια δέσμευση για τον καθορισμό στόχων για την υγεία του πληθυσμού με μεγαλύτερη έμφαση στους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και ειδικότερα στην ανάγκη να μειωθούν οι ανισότητες υγείας. Μεταξύ άλλων λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα της ένδειας, της ανεργίας, της φτώχειας και της στέγασης και την περιβαλλοντική ρύπανση. Αυτή η στρατηγική προορίζεται να αντικαταστήσει την στρατηγική «*Η υγεία του έθνους*» και περιλαμβάνει αναθεωρημένους στόχους σε τέσσερις τομείς κλειδιά: του καρκίνου, των στεφανιαίου καρδιακών παθήσεων και του εμφράγματος, των ατυχημάτων και της διανοητικής υγείας.

Θεσμικό Πλαίσιο

Από κοινού με τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, το βρετανικό σύστημα είναι από καιρό υπαγόμενο σε ποικίλες ρυθμιστικές πολιτικές. Σε αυτό το τμήμα, συζητούνται εν συντομία μερικοί από τους πιο παλιά καθιερωμένους θεσμούς του συστήματος. Εντούτοις, το μεγαλύτερη

μέρος της συζήτησης επικεντρώνεται στις νέες προσεγγίσεις του θεσμικού πλαισίου που αναπτύσσεται στη δεκαετία του '90 ως μέρος της διαχείρισης της εξελισσόμενης εσωτερικής αγοράς και του νέου θεσμικού πλαισίου που αναπτύσσεται από την παρούσα κυβέρνηση ως τμήμα της νέας προσέγγισής του NHS.

Θεσμικό πλαίσιο των επαγγελματικών προτύπων

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς των θεσμών αναφέρεται στα αναμενόμενα πρότυπα επαγγελματιών του χώρου της υγείας. Σε γενικές γραμμές, αυτή η λειτουργία ήταν παραδοσιακά διενεργήτο μέσω ενός συστήματος επαγγελματικής αυτορύθμισης. Συνεπώς το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ρυθμίζει την εκπαίδευση, την κατάρτιση και τα επαγγελματικά πρότυπα των ιατρών ενώ το Βρετανικό Κεντρικό Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής εκτελεί παρόμοια λειτουργία για τα μέλη του. Αυτή την περίοδο, εντούτοις, διάφορες καλά-κοινοποιημένες περιπτώσεις αποτυχίας της επαγγελματικής αυτορύθμισης, έχει οδηγήσει σε επίσημες προτάσεις και σχέδια για δημιουργία εξωτερικού κανονισμού.

Ιατρικός προγραμματισμός εργατικού δυναμικού

Η Μόνιμη Ιατρική Συμβουλευτική Επιτροπή Εργατικού Δυναμικού συμβουλεύει το Γραμματέα του Κράτους για τις εξελίξεις σχετικά με τη γενική ζήτηση και προσφορά γιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μετά από τις συστάσεις που περιλαμβάνονται μέσα στην έκθεση της το 1995, το σύστημα προγραμματισμού εργατικού δυναμικού έχει εξεταστεί πρόσφατα. Έχει δημιουργηθεί μια συμβουλευτική ομάδα σχετικά με την ιατρική (και οδοντική) εκπαίδευση, εξειδίκευση και επάνδρωση προσωπικού και προεδρεύεται από τον Κύριο Ιατρικό Ανώτερο Υπάλληλο που είναι αρμόδιος για την ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής πολιτικής.

Θεσμικό πλαίσιο των νοσοκομειακών προτύπων

Τα νοσοκομεία του NHS δεν υπόκεινται στους επίσημους κανονισμούς των συστημάτων της πιστοποίησης, όπως σε μερικές χώρες, αν και μη κυβερνητικές οργανώσεις όπως το Ταμείο του Βασιλιά στο Λονδίνο, έχει προσφέρει υπηρεσίες πιστοποίησης σε νοσοκομεία του NHS και σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Εντούτοις, ο επίσημος κανονισμός ισχύει στις περιπτώσεις των ιδρυμάτων διανοητικής υγείας, τα οποία υπόκεινται στον Ανώτερο Υπάλληλο Επιθεώρησης και σε οίκους ευγηρίας, όπου τα πρότυπα ασφάλειας και περίθαλψης είναι ρυθμισμένα.

Θεσμικό πλαίσιο φαρμακευτικής βιομηχανίας

Μια άλλη περιοχή όπου έχει υπάρξει από πολλά χρόνια υφιστάμενος κανονισμός – για κλινικούς και οικονομικούς λόγους – είναι η φαρμακευτική βιομηχανία. Όλα τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα υπόκεινται σε αυστηρή δοκιμή για λόγους ασφαλείας προτού τους χορηγηθεί άδεια χρήσης. Επιπλέον, τα κέρδη που οι φαρμακευτικές εταιρίες πραγματοποιούν κατευθείαν από τις πωλήσεις τους στο NHS είναι ρυθμισμένα μέσω του Σχεδίου Φαρμακευτικού Κανονισμού Τιμών (PPRS). Αυτό είναι ένα μη νομοθετημένο σχέδιο που συζητιέται μεταξύ του Τμήματος Υγείας και την Ένωση Βρετανικής Φαρμακευτικής Βιομηχανίας και είναι σε λειτουργία από το 1957. Το σχέδιο λειτουργεί σε επίπεδο συνόλου επιχειρήσεων με το NHS παρά σε σχέση με μεμονωμένα προϊόντα.

Η απόδοση κεφαλαίου μιας επιχείρησης υπολογίζεται με την αξιολόγηση των κερδών μείον τις επιτρεπόμενες δαπάνες. Μια έκθεση του 1996 στο Κοινοβούλιο υποστήριξε ότι το PPRS έχει σημαντική δύναμη και υποστήριξε ότι το PPRS προωθεί τις λογικές τιμές, συμβάλλει για μια ισχυρή βιομηχανία ικανή για επιτυχείς επενδύσεις στην έρευνα και την ανάπτυξη, παρέχει συνοχή και σταθερότητα, ενθαρρύνει την καινοτομία και είναι διοικητικά απλό. Εν τούτοις η έκθεση επίσης υποστήριξε ότι PPRS έχει και διάφορα μειονεκτήματα όπως η έλλειψη διαφάνειας, μια τάση να υπονομεύει

τις πολιτικές συγκράτησης δαπανών και για να ενεργεί ως εμπόδιο στον ανταγωνισμό των τιμών.

Η τελευταία πενταετής συμφωνία PPRS έληξε το 1998 και η κυβέρνηση επιδίωξε να την αντικαταστήσει με ένα νομοθετημένο σύστημα.

Θεσμικό πλαίσιο της εσωτερικής αγοράς

Παρά τους χρόνιους καθιερωμένους ρυθμιστικούς μηχανισμούς, οι νέες πιέσεις που τίθενται από την εισαγωγή της εσωτερικής αγοράς το 1991 και από τα επόμενα σχέδια για την αντικατάσταση της εσωτερικής αγοράς, έχουν προσελκύσει τη μεγαλύτερη προσοχή σχετικά με τη ρυθμιστική πολιτική.

Οι μεταρρυθμίσεις του 1991 έδωσαν μεγάλη έμφαση στην ανάγκη να εισαχθεί ο ανταγωνισμός στο NHS ως βάση για τη βελτίωση της απόδοσης. Οι προσδοκίες της κυβέρνησης για τον ανταγωνισμό δηλώθηκαν κατηγορηματικά:

... ένα σύστημα χρηματοδότησης στο οποίο τα καλά νοσοκομεία μπορούν να ακμάσουν... θα ενθαρρύνει την τοπική πρωτοβουλία και τον μεγαλύτερο ανταγωνισμό. Όλο αυτό στη συνέχεια θα εξασφαλίσει μια καλύτερη διαπραγμάτευση για το κοινό, που θα βελτιώσει την επιλογή και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρεται και την αποδοτικότητα με την οποία αυτές οι υπηρεσίες δίδονται.....

Κατά συνέπεια ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υγείας για τις συμβάσεις από τους «αγοραστές» αναμένονταν να διευρύνει την επιλογή, να βελτιώσει την ποιότητα και να αυξήσει την αποδοτικότητα. Από την αρχή εντούτοις, υπήρξαν διάφοροι εμπειρογνώμονες που εξέτασαν τη θεωρητική και πρακτική πλευρά ανταγωνισμού και τα αποτελέσματα στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, οι φόβοι εκφράστηκαν για μια υπερβολική έμφαση πάνω στην αποδοτικότητα εις βάρος της ποιότητας και της δικαιοσύνης. Η κυβερνητική απάντηση σε αυτές οι ανησυχίες ήταν να αναπτυχθεί ένα σύστημα που έγινε γνωστό ως «Διοικούμενος Ανταγωνισμός». Στην ουσία,

αυτός ο θεσμός περιελάμβανε τη χρήση του ανταγωνισμού, σαν κίνητρο για την αυξανόμενη αποδοτικότητα, αλλά ρύθμιζε την αγορά έτσι ώστε με τον υπερβολικό ανταγωνισμό να μην διακινδύνευαν οι άλλοι στόχοι.

Πρόσφατα παραδείγματα του κανονισμού της αγοράς εμφανίστηκαν στο βασικό τμήμα των υπηρεσιών. Πέρα από αυτό, το σύνολο της αγοράς και του προγραμματισμού των προτεραιοτήτων, χρησιμοποιήθηκε για να ρυθμίσει τις δραστηριότητες της αγοράς της υγείας, υπό μορφή καθοδήγησης παρά μέσω ορισμένων κανόνων της συμπεριφοράς.

Η πιο σημαντική δήλωση της ρυθμιστικής πολιτικής έναντι των προμηθευτών περιελήφθη στο έγγραφο οδηγιών που δημοσιεύθηκε από το NHSE το 1994 «*Η λειτουργία της εσωτερικής αγοράς: τοπικές ελευθερίες, εθνικές ευθύνες*». Αυτό καθόριζε τα κριτήρια που θα χρησιμοποιούσε ο ανώτερος υπάλληλος NHS για την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων όπως: έγκριση συγχωνεύσεων και κοινοπραξιών μεταξύ των προμηθευτών, παρεμπόδιση πιθανής συνεργίας (με πιθανόν δυσμενείς συνέπειες υψηλότερων τιμών, χαμηλότερης ποιότητας), ενθάρρυνση της συνεργασίας που είναι προς όφελος των ασθενών.

Το νέο NHS και το θεσμικό πλαίσιό του

Ένα βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσέγγισης της παρούσας κυβέρνησης στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του NHS είναι η μεγάλη έμφαση που δίνεται στη μέτρηση και στη βελτίωση των ποιοτικών προτύπων. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος οργανώθηκαν διάφοροι νέοι οργανισμοί. Αυτοί περιλαμβάνουν το Εθνικό Ίδρυμα Κλινικής Εξειδίκευσης (NICE) και την Επιτροπή Βελτίωσης Υγείας (ChIMP).

Η NICE θα είναι αρμόδια για την αξιολόγηση στοιχείων κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας των υπάρχουσών και των νέων θεσμών καθώς και για την καθοδήγηση των νοσοκομειακών ιατρών. Στην έναρξη αναμένεται ότι το ίδρυμα θα πραγματοποιεί 30 –50 αξιολογήσεις ετησίως που θα χρησιμοποιηθούν ως βάση τις κλινικές οδηγίες. Αυτή η προσέγγιση θα

υποστηριχτεί από την εξειδίκευση της εθνικής υπηρεσίας και εξηγεί πώς πρέπει να οργανωθούν καλύτερα οι υπηρεσίες για να ιατρικές υπηρεσίες στους ασθενείς διαφορετικών περιοχών. Για να εξασφαλίσουν ότι οι υπηρεσίες καλής ποιότητας θα πραγματοποιθούν σωστά, η κυβέρνηση σκοπεύει να καθιερώσει την Επιτροπή Βελτίωσης της Υγείας. Αυτή έχει ως σκοπό την παροχή ανεξάρτητης δράσης των τοπικών υπηρεσιών υγείας και την επέμβαση σε περίπτωση αποτυχίας των τοπικών αρχών να καταγράψουν τις ανεπάρκειες. (Πλήρης δήλωση των σχεδίων της κυβέρνησης σε αυτό τον τομέα περιλαμβάνεται στη δημοσίευση του Τμήματος Υγείας το 1998 «Υπηρεσία Α' Κατηγορίας: Ποιότητα στο νέο NHS».

Ένα από τα πρώτα αποτελέσματα της νέας κυβερνητικής προσέγγισης στο θεσμικό πλαίσιο μέσω της αξιολόγησης της απόδοσης, ήταν η δημοσίευση των κλινικών δεικτών και άλλων υψηλού επιπέδου δεικτών απόδοσης τον Ιούνιο του 1999. Μέσω του νέου πλαισίου αξιολόγησης της απόδοσης, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών μετριοούνται σε όρους έξι βασικών περιοχών δηλαδή, βελτίωση στην υγεία των ανθρώπων, επαρκής πρόσβαση στις υπηρεσίες, παροχή αποτελεσματικής περίθαλψης, αποδοτικότητα, η εμπειρία των ασθενών και η έκβαση της υγείας τους.

Άλλες πλευρές του προγραμματισμού και των θεσμών που εφαρμόζονται ως τμήμα των κυβερνητικών σχεδίων για το νέο NHS, όπως τα προγράμματα βελτίωσης υγείας, πρόκειται να περιγραφούν παρακάτω.

Δ. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στόχοι και σκοποί

Την περίοδο 1989–1999 προέκυψε μια πρωτοφανής αλλαγή στο NHS όπως αναφέρθηκε και πιο πριν. Αρχικά υπήρξαν οι ριζικές αλλαγές βασισμένες στην αγορά υγείας που εισήχθησαν από τη συντηρητική κυβέρνηση σύμφωνα με το *Νόμο Περίθαλψης στο NHS και στην Κοινότητα* του 1991. Έτσι

δημιουργήθηκαν πολυάριθμες αλλαγές στην περίοδο μέχρι το 1998. Κατόπιν, μετά την άνοδο στην εξουσία του εργατικού κόμματος το 1997, μια νέα πολιτική κατεύθυνση αναγγέλθηκε. Αυτή την περίοδο αυτές οι πολιτικές αλλαγές είναι στο στάδιο εφαρμογής.

Το πρόγραμμα μεταρρύθμισης της συντηρητικής κυβέρνησης καθορίστηκε στο Λευκό Έγγραφο, «*Δουλεύοντας για τους Ασθενείς*», το οποίο δημοσιεύθηκε τον Ιανουάριο του 1989. Αυτό πρότεινε ένα πρόγραμμα μεταρρύθμισης ριζικών αλλαγών και ενσωματώθηκε στη συνέχεια *Νόμο Περιθάλψης στο NHS και στην Κοινότητα του 1991*. Ένας συνδυασμός παραγόντων φαίνεται να έχει επηρεάσει το συγχρονισμό και την κατεύθυνση αυτής της αλλαγής.

Η άμεση αιτία ήταν η κρίση χρηματοδότησης το χειμώνα του 1987 που προέτρεψε την πρωθυπουργό, Margaret Thatcher, να ιδρύσει μια υψηλού προφίλ υπουργική αναθεώρηση του NHS, της οποίας η ίδια προήδρευσε. Οι πρώτες συζητήσεις από την ομάδα αναθεώρησης στράφηκαν στους εναλλακτικούς τρόπους χρηματοδότησης του NHS: τρόπους που θα απέφευγαν τις σταθερές κρίσεις χρηματοδότησης στις οποίες το NHS ήταν επιρρεπές. Εντούτοις έγινε σύντομα σαφές ότι η υπάρχουσα μέθοδος χρηματοδότησης που είχε το κέντρο βάρους στη φορολογία, ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική ως προς τον περιορισμό της αύξησης των δαπανών υγείας. Για αυτό το λόγο το Ηνωμένο Βασίλειο, αντίθετα από πολλές άλλες χώρες, δεν υπέστη σοβαρή κλιμάκωση δαπανών. Έτσι η προσοχή μετατοπίζεται στον τρόπο που οι υπηρεσίες οργανώθηκαν, ρυθμίστηκαν και παραδόθηκαν.

Τα σχέδια της κυβέρνησης του εργατικού κόμματος για τη μεταρρύθμιση του NHS τέθηκαν στη Λευκή Βίβλο, «*Το νέο NHS: σύγχρονο και αξιόπιστο*» το Δεκέμβριο του 1997. Αυτό καθόρισε μια δεκαετή ημερήσια διάταξη που στοχεύει να αντικαταστήσει τον ανταγωνισμό και την εσωτερική αγορά με ένα σύστημα νέου ύφους βασισμένο σε σχέσεις εργασίας και συνεργασίας.

Τα κύρια στοιχεία της νέας προσέγγισης είναι:

Μέχρι τώρα είχε αναπτυχθεί ένα σύστημα *γενικών ιατρών (GPs)* πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που υποστηρίζονταν και από λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό. Πάνω από το 99% του πληθυσμού ήταν συμβεβλημένοι με αυτούς και απολάμβαναν 24ωρη πρόσβαση στην περίθαλψη. Τώρα καταργούνται οι GPs και έχουμε τον ανά περιφέρεια σχηματισμό *ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCGs)* στις οποίες ανήκουν όλοι οι GPs σε μια περιοχή . Από 400 μέχρι 500 από αυτές τις ομάδες, που διαμορφώθηκαν από τον Απρίλιο του 1999, φροντίζουν για τους πληθυσμούς μέσου όρου 100.000 ασθενών.

Η διατήρηση των *Υγειονομικών Αρχών(HAs)* με την προϋπόθεση ότι οι δραστηριότητές τους πρέπει να γίνουν όλο και περισσότερο σωστά οργανωμένες δεδομένου ότι οι PCGs αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις αναθέτοντες υπηρεσίες. Μια σημαντική ευθύνη για τις υγειονομικές αρχές είναι να πάρουν το προβάδισμα στην βελτίωση των σχεδίων υγείας σε συνεργασία με τις άλλες τοπικές αρχές στην περιοχή τους.

Πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα των συμπερασμάτων για την περίθαλψη και την υγεία με τη δημιουργία νέων μεθόδων κλινικής διαχείρισης. Αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνουν την καθιέρωση του Εθνικού Ιδρύματος για την Κλινική Εξειδίκευση, την ανάπτυξη διεθνών σχεδίων εργασίας και δημιουργία προτύπων για την πρόληψη και θεραπεία συγκεκριμένων ασθενειών, την δημιουργία μιας *Επιτροπής Βελτίωσης της Υγείας* για να ελέγχει και να βελτιώνει τα πρότυπα σε τοπικό επίπεδο.

Μεγαλύτερη δέσμευση μείωσης των ανισοτήτων. Αυτό μπορεί να φανεί με το σχηματισμό 26 ζωνών δράσης υγείας (HAZs). Η τελευταία αυτή πρωτοβουλία στρέφεται στους τομείς της ιδιαίτερης απομόνωσης και ενθαρρύνει τη

συλλογική εργασία μεταξύ του NHS, τοπικής κυβέρνησης, τοπικής βιομηχανίας και εθελοντικών οργανώσεων προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία σε απομονωμένους πληθυσμούς.

Μεταρρυθμίσεις και νομοθεσία

Αυτό το τμήμα παρέχει μια χρονολογική περιγραφή των κύριων πολιτικών μέτρων που είχαν επιπτώσεις στο NHS και που έχουν εισαχθεί κατά τη διάρκεια της περιόδου 1989-1999.

1989- Δημοσίευση της Λευκής Βίβλου, «*Δουλεύοντας για τους ασθενείς*», η οποία καθορίζει τα σχέδια της συντηρητικής κυβέρνησης για τις ριζικές μεταρρυθμίσεις του NHS μέσω της ανάπτυξης της εσωτερικής αγοράς.

1990- Εισαγωγή μιας νέας εθνικής σύμβασης για Γενικούς Ιατρούς (GPs) που στοχεύει στη βελτίωση της απόδοσης και στο να καταστήσει το συγκεκριμένο επάγγελμα πιο υπολογίσιμο. Η σύμβαση εισήχθη παρά την άγρια αντίθεση των άλλων επαγγελματιών του χώρου.

1991- Έναρξη εφαρμογής των μεταρρυθμίσεων της εσωτερικής αγοράς NHS μετά από την ενσωμάτωση των προτάσεων που περιλαμβάνονται στο «*Δουλεύοντας για τους ασθενείς*» στο Νόμο του 1990 περί Υγειονομικής Περίθαλψης στο NHS και στην Κοινότητα.

Εκδόθηκε το **Πράσινο Έγγραφο «Η Υγεία του Έθνους»** που καθόριζε μια κοινή στρατηγική υγείας βασισμένη στον ορισμό των ποσοτικοποιημένων στόχων και στη μέτρηση της απόδοσης αυτών.

Προωθήθηκε επίσης μια στρατηγική έρευνας και ανάπτυξης για το NHS με σκοπό να συνεισφέρει προς μια πολιτική και μια πρακτική βασισμένη σε πραγματικά δεδομένα και εμπειρία.

Δημοσιεύθηκε ο **Χάρτης Ασθενών** που καθορίζει για πρώτη φορά τα

δικαιώματα των ασθενών και τα επίπεδα των υπηρεσιών θα πρέπει να αναμένουν από NHS.

1992- Δημοσιεύθηκε το Λευκό Έγγραφο «Υγεία του Έθνους» για την επιβεβαίωση της προσέγγισης που περιγράφεται στην Πράσινη Βίβλο του προηγούμενου έτους.

Επιπλέον 1400 γιατροί ενσωματώθηκαν στους συνολικά πάνω από 3000 Γενικούς Ιατρούς (GPs) που φροντίζουν για τους 6,7 εκατομμύρια ασθενείς ή 14% του πληθυσμού.

1993- Έναρξη της καθυστερημένης εφαρμογής του *Νόμου του 1990 περί Υγειονομικής Περίθαλψης στο NHS και στην Κοινότητα*.

1994- Ο ανώτερος υπάλληλος NHS, εξέδωσε μια οδηγία με τίτλο «*Αναπτύσσοντας την Αγοραστική Δύναμη του NHS και των GP*». Εισήγαγε επίσης οδηγίες σχετικά με το θεσμό της εσωτερικής αγοράς με τον τίτλο «*Η λειτουργία της εσωτερικής αγοράς: τοπικές ελευθερίες, εθνικές ευθύνες*».

1995- Ο *Νόμος Υγειονομικών Αρχών* οδήγησε στην ολοκλήρωση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της δημιουργίας περίπου 100 περιοχών υγειονομικών αρχών έπειτα από συγχώνευση και οικογενειακών υγειονομικών αρχών.

1996- Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές αντικαταστάθηκαν από περιφερειακά γραφεία Ανωτέρων Υπαλλήλων του NHS.

Από τον ανώτερο υπάλληλο NHS, δημοσιεύθηκε ένα άρθρο με τίτλο «*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το μέλλον*» όπου εξέθετε τα αποτελέσματα μιας εκτενούς έρευνας σχετικά με το μέλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

του NHS. Μετά από αυτήν την δημοσίευση, ακολούθησε το Λευκό Έγγραφο «*Επιλογή και ευκαιρία: η πρωτοβάθμια περίθαλψη, το μέλλον*», και αναφέρονταν σε νέα μοντέλα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που η κυβέρνηση σκόπευε να εφαρμόσει σε πειραματικό στάδιο.

1997- Ο νόμος του NHS (πρωτοβάθμιας περίθαλψης) ψηφίστηκε δίνοντας την άδεια για εισαγωγή πειραματικών σχεδίων που αποδυναμώνουν το θεσμό των προσωπικών ιατρικών υπηρεσιών των Γενικών Ιατρών.

Η νέα κυβέρνηση του εργατικού κόμματος που εξελέγη δεσμεύθηκε να καταργήσει την εσωτερική αγορά. Καθόρισε επίσης τα σχέδια της για ένα μεταρρυθμισμένο NHS σε ένα Λευκό Έγγραφο «*Το νέο NHS: σύγχρονο, αξιόπιστο*». Αυτό περιγράφει την αντικατάσταση των αγορών και του ανταγωνισμού από ένα πνεύμα συνεργασίας.

1998- Δημοσιεύθηκε ένα συμβουλευτικό Έγγραφο «*Το υγιέστερο έθνος μας*» όπου καθορίζονταν η προσέγγιση της κυβέρνησης σε θέματα δημόσιας υγείας. Μεγάλη έμφαση δόθηκε στη βελτίωση της υγείας του αδύναμου κοινωνικά πληθυσμού και στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.

Ένα έγγραφο «*Υπηρεσία Α' Κατηγορίας: Η ποιότητα στο νέο NHS*» δημοσιεύθηκε καθορίζοντας τα κυβερνητικά σχέδια για τη βελτίωση της ποιότητας και την κλινική διοίκηση. Αυτό περιελάμβανε την καθιέρωση του Εθνικού Ιδρύματος Κλινικής Εξειδίκευσης για τη βελτίωση της υγείας.

Ένα Λευκό Έγγραφο «*Σχέδιο για Περίθαλψη: Ανανεώνοντας την Εθνική Υγειονομική Υπηρεσία στη Σκωτία*» δημοσιεύθηκε καθορίζοντας τις μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση του NHS στη Σκωτία που θα πραγματοποιηθεί υπό την εποπτεία του σκωτσέζικου Κοινοβουλίου.

Ένα Λευκό Έγγραφο «*Το NHS στην Ουαλία: Η τοποθέτηση των ασθενών σε πρώτο επίπεδο*» δημοσιεύθηκε τον Ιανουάριο και καθόριζε τις ρυθμίσεις για την οργάνωση του NHS στην Ουαλία υπό την ευθύνη της Ουαλέζικης συνέλευσης.

1999- Καθιερώθηκαν οι *Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας* την 1η Απριλίου.

Δημοσιεύθηκε έκθεση της Βασιλικής Επιτροπής σχετικά με τη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων με τίτλο «*Με σεβασμό στους ηλικιωμένους: Μακροχρόνια Περίθαλψη- Δικαιώματα και Ευθύνες*»

Ένα Λευκό Έγγραφο «*Σώζοντας ζωές: το πιο υγιές έθνος μας*», δημοσιεύθηκε και καθόρισε την κυβερνητική στρατηγική για τη δημόσια υγεία.

Τον Μάρτιο του 1999 δημοσιεύθηκε ένα έγγραφο με τίτλο «*Κατάλληλο για το μέλλον – μια νέα προσέγγιση*» και καθόριζε τις κυβερνητικές προτάσεις για το μέλλον στην υγεία και στις προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες στη Βόρεια Ιρλανδία.

IV. ΕΛΛΑΔΑ

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Εισαγωγή και γενικά στοιχεία

Η Ελλάδα ή η Ελληνική Δημοκρατία όπως καλείται επίσημα, βρίσκεται στο νοτιότερο άκρο στη Βαλκανική χερσόνησο¹. Καλύπτει μια έκταση 131.957 χμ². Η τοπογραφία της Ελλάδας είναι ιδιαίτερα διαφορετική. Τα πολυάριθμα νησιά στον Αιγαίο και στο Ιόνιο Πέλαγος καταλαμβάνουν το ένα πέμπτο του εδάφους της. Ένα μεγάλο μέρος του εδάφους είναι ορεινό και τραχύ, λιγότερο από το ένα τέταρτο είναι πεδινό και για το ένα πέμπτο είναι δασικό.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας σύμφωνα με την απογραφή του 2001 ήταν 10.964.080 κάτοικοι. Η πλειοψηφία των Ελλήνων (περίπου 97%) ανήκει στην ελληνική ορθόδοξη εκκλησία, ενώ υπάρχουν μικρές ομάδες Μουσουλμάνων, Εβραίων, Καθολικών και Προτεσταντών. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μεγάλη εισροή παράνομων μεταναστών, κυρίως από την Αλβανία, και σε μια μικρότερη έκταση από την Πολωνία, Ρουμανία, Ρωσία και άλλες ανατολικές χώρες.

Η γεωργία στην Ελλάδα απασχολεί περίπου 24% του εργατικού δυναμικού και αποτελεί περίπου το 11% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Η βασική συγκομιδή περιλαμβάνει σιτάρι, ντομάτες, καλαμπόκι, σταφύλια, ελιές, πατάτες, κριθάρι και φρούτα. Η βιομηχανία απασχολεί

¹ Βλ. και World Health Organization/ WHO "Health care systems in transition- Greece", WHO regional office for Europe-Copenhagen 1996.

περίπου το 26% του εργατικού δυναμικού και αποτελεί σχεδόν το 30% των κύριων προϊόντων του ΑΕΠ είναι τρόφιμα, ποτά, κλωστοϋφαντουργικά προϊόντα, χημικές ουσίες, ιματισμός και εξοπλισμός μεταφορών. Ο τουρισμός και η ναυτιλία είναι σημαντικές πηγές εισοδήματος. Η αλιεία είναι σχετικά περιορισμένη και τα μεταλλεία είναι δευτερεύουσας σημασίας στην οικονομία.

Οι φυσικοί πόροι περιλαμβάνουν το λιγνίτη, το βωξίτη, το μέταλλευμα σιδήρου, τον ψευδάργυρο και το μόλυβδο, μερικό παράκτιο πετρέλαιο και κάποιους τομείς φυσικού αερίου. Τα αποθέματα βωξίτη και σιδήρου είναι πλούσια σε περιεκτικότητα μέταλλα, αλλά ο λιγνίτης είναι χαμηλής ποιότητας και δεν υπάρχει κανένα απόθεμα άνθρακα. Λιγότερο από το ένα τρίτο του εδάφους είναι καλλιεργήσιμο, το υπόλοιπο αποτελείται κυρίως από άγονα βουνά. Τα δάση έχουν μειωθεί και η εδαφολογική διάβρωση κάνει την αναδάσωση δύσκολη.

Η Ελλάδα είναι μια κοινοβουλευτική δημοκρατία με ένα νομοθετικό σώμα το Κοινοβούλιο των 300-μελών. Ο Πρόεδρος, που εκλέγεται το από το Κοινοβούλιο, κρατά κατά ένα μεγάλο μέρος εθιμοτυπική θέση. Τα μεγαλύτερα πολιτικά κόμματα στη δεκαετία του '80 και τη δεκαετία του '90 είναι το Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα (ΠΑΣΟΚ) και η Νέα Δημοκρατία.

Η εκπαίδευση είναι δωρεάν και υποχρεωτική για εννέα έτη (ηλικίες 6 μέχρι 15 ετών). Το ποσοστό πληθυσμού βασικής εκπαίδευσης είναι 94%.

Ιστορικό υπόβαθρο

Μετά από την ελληνική ανεξαρτησία το 1830 και μέχρι το τέλος του δέκατου ένατου αιώνα, λιγότερο από το 10% του ενεργού ελληνικού πληθυσμού είχε κάλυψη για υγειονομική περίθαλψη. Το 1922 ιδρύθηκε το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το παρεχόμενο επίπεδο περίθαλψης εκείνη την περίοδο ήταν στοιχειώδες έναντι αυτού σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Δήμοι και οι κοινότητες έλεγχαν τα λίγα υπάρχοντα δημοτικά και κοινοτικά νοσοκομεία, ενώ τα λίγα μεγάλα νοσοκομεία

ελέγχονταν από το κράτος σε εθνικό επίπεδο. Υπήρχαν επίσης μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η πρώτη σοβαρή κυβερνητική κίνηση που προορίζονταν να καλύψει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού ήταν η δημιουργία του **Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)** το 1934. Αυτό επρόκειτο να παράσχει υπηρεσίες υγείας και συνταξιοδοτική κάλυψη στους εργαζόμενους στις αστικές περιοχές και στις βιομηχανίες που απασχολούσαν περισσότερους από εβδομήντα εργαζόμενους και συνέβαλε στην κάλυψη περίπου του ενός τρίτου του πληθυσμού.

Το 1941 δημιουργήθηκαν προσωρινά δημόσια νοσοκομεία για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες του πολέμου και παρέμειναν έκτοτε. Το επόμενο σημαντικό βήμα που ακολούθησε το 1953 με νομοθεσία σκόπευε να καθιερώσει την **Εθνική Υπηρεσία Υγείας**. Ο στόχος ήταν να αποκεντρωθεί η επάρκεια υγειονομικής περίθαλψης στις περιοχές υγείας και κατευθείαν αυτές στα συμβούλια υγείας της περιοχής. Τα περιφερειακά συμβούλια υγείας θα εξέφραζαν την άποψη τους επάνω στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης βασιζόμενοι στον πληθυσμό, τη νοσηρότητα, τα κριτήρια κ.λ. και θα προέβλεπαν τις απαραίτητες κτιριακές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό. Εντούτοις, ο νόμος δεν εφαρμόστηκε ποτέ και στην πράξη η ευκαιρία χάθηκε.

Η δεκαετία του '60 ήταν μια περίοδος γρήγορης οικονομικής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της οποίας διάφορα οικονομικά ιδρύματα, όπως οι τράπεζες, δημιούργησαν τα ασφαλιστικά κεφάλαιά τους που χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από συνεισφορές εργοδοτών. Αυτά τα κεφάλαια παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη για τους υπαλλήλους. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα σχέδια κοινωνικής ασφάλισης υγείας καθιερώθηκαν επίσης για τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα και τους αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες. Οι αγρότες και οι οικογένειές τους, οι οποίοι εκείνη την περίοδο αποτελούμενα περισσότερο από 50% του ελληνικού πληθυσμού, για πρώτη φορά ασφαλίστηκαν το 1961 όταν πέρασε η νομοθεσία που ιδρύει τον **Οργανισμό Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)**. Αυτό ήταν το δεύτερο σημαντικό

ορόσημο μετά από την καθιέρωση του ΙΚΑ. Επιπλέον, καθιερώθηκε ένα δίκτυο αγροτικών ιατρειών επανδρωμένο κυρίως από έναν γιατρό (έναν πτυχιούχο ιατρικής σχολής κάνοντας ένα έτος υποχρεωτικής υπηρεσίας), μια νοσοκόμα και μια μαία. Παρά τα πολύ υψηλά ποσοστά οικονομικής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '60 και της δεκαετίας του '70, οι δαπάνες για τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη παρέμειναν λιγότερο από 2,5% του ΑΕΠ.

Η δικτατορία του 1967–1974 έτεινε να παγιώσει αυτό το σχέδιο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αν και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου έγιναν κάποιες προσπάθειες να οργανωθεί ένα περιεκτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Το 1968, ένα σχέδιο μεταρρύθμισης υγειονομικής περίθαλψης (σχέδιο Λ. Πάτρα) παρουσιάστηκε από το Υπουργείο Υγείας με τους ακόλουθους στόχους:

Επέκταση του δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών μέσω της καθιέρωσης νέων δημόσιων νοσοκομείων .

Γεωγραφική ανακατανομή των υπηρεσιών προκειμένου να μειωθούν οι περιφερειακές ανισότητες .

Βελτίωση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τον αγροτικό πληθυσμό .

Εισαγωγή ενός συστήματος οικογενειακών γιατρών

Προσπάθειες να αντιμετωπιστεί η μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Βελτιώσεις στα περιβαλλοντικά προγράμματα .

Βελτιώσεις στα επίπεδα και την ποιότητα ψυχιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.

Επιπλέον, οι πρώτες προτάσεις για μια Εθνική Υγειονομική Υπηρεσία έγιναν από τον Υπουργό Υγείας, που στοχεύει στην εναρμόνιση των κανονισμών ασφαλιστικών κεφαλαίων και την θέσπιση ενός φορέα που θα ήταν η μόνη πηγή χρηματοδότησης. Αυτός ο φορέας θα συσώρευε όλη τις

ασφαλιστικές εισφορές και θα τα επέστρεφε στους ιατρούς και στα νοσοκομεία σύμφωνα με μια βάσης αμοιβής για τις υπηρεσίες που παρέχουν, έπειτα από διαπραγματεύσεις με τις ιατρικές ενώσεις. Υπήρξε επίσης μια πρόταση εισαγωγής ενός συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης βασισμένο σε γενικούς ιατρούς που θα αντικαθιστούσαν βαθμιαία τους ιδιωτικούς ιατρούς.

Μέχρι το τέλος της περιόδου προγραμματισμού (1973), μόνο μια μικρή μερίδα του σχεδίου μεταρρύθμισης υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόστηκε, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είχαν μειωθεί στην πραγματικότητα, ενώ η πρόταση για την καθιέρωση μιας εθνικής υγειονομικής υπηρεσίας εγκαταλείφθηκε.

Μετά από την αποκατάσταση της δημοκρατίας το 1974, οι πολιτικές και κοινωνικές πιέσεις καθώς και ο αυξανόμενος αριθμός προβλημάτων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ενέτειναν την ανάγκη για μεταρρύθμιση στην υγειονομική περίθαλψη, το οποίο έγινε ζήτημα υψηλής προτεραιότητας για τη νέα κυβέρνηση. Το 1976, μια ομάδα εργασίας του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικής Έρευνας (ΚΕΠΕ) προετοίμασε μια μελέτη για ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δείχνοντας τα κύρια προβλήματα και προτείνοντας μέτρα για τη λύση τους παρόμοια με αυτά που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Σύμφωνα με αυτήν την μελέτη τα κύρια προβλήματα περιελάμβαναν τα εξής:

Έλλειψη εναρμόνισης της χρηματοδότησης και της ασφαλιστικής κάλυψης.
Γεωγραφικές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών, ειδικά μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών.

Μεγάλα χάσματα στην παροχή υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές.

Απουσία βασικής υποδομής στα δημόσια νοσοκομεία.

Έλλειψη συντονισμού μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και άλλων κυβερνητικών οργανισμών.

Μέθοδοι πληρωμής που ενθάρρυναν τις ανεπαρκείς και ανήθικες πρακτικές, που δημιουργούσαν όρους για την ανάπτυξη παραοικονομίας στον τομέα της υγείας.

Η ομάδα εργασίας πρότεινε την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των τριών σημαντικών ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ) που κάλυπταν περίπου το 85% του πληθυσμού. Εντούτοις, λόγω πολιτικών και ιατρικών αντιθέσεων, οι προτάσεις δεν πέρασαν ποτέ στη νομοθεσία.

Τέσσερα έτη αργότερα (1980), μια ομάδα εμπειρογνομόνων στο Υπουργείο Υγείας επέλυσε ένα σχέδιο για αναδιοργάνωση του συστήματος (σχέδιο Δοξιάδης). Το σχέδιο προσδοκούσε στη δημιουργία μιας ομάδας προγραμματισμού για το συντονισμό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και την ανάπτυξης δικτύου αγροτικών κέντρων υγείας, που θα επανδρώνονται κυρίως από τους οικογενειακούς γιατρούς. Όταν το σχέδιο ήρθε στο Κοινοβούλιο, αντιμετώπισε ισχυρή αντίθεση και από τους ιατρούς και από τα μέλη του Κοινοβουλίου, και απορρίφθηκε χωρίς οποιαδήποτε συζήτηση.

Το 1981 το Σοσιαλιστικό Κόμμα (PASOK) ήρθε στην εξουσία και οι επικρατούντες όροι ήταν πλέον ώριμοι για μια ριζική αλλαγή του Ελληνικού Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης. Ο κύριος πυρήνας των προτάσεων παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητος και έτσι το 1983 η κυβέρνηση πέρασε τη νομοθεσία που δημιούργησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Αυτός ο νόμος μπορεί να χαρακτηριστεί ως η σημαντικότερη νομοθετική μεταρρύθμιση που έγινε στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Η μεταρρύθμιση ενσωμάτωσε τις ακόλουθες αρχές:

Δικαιοσύνη στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης: Προέβλεπε καθολική κάλυψη των αναγκών και ίση πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ το κράτος επρόκειτο να είσαι πλήρως αρμόδιο για την παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό.

Ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ιδιαίτερη έμφαση επρόκειτο να δοθεί στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και τη καθιέρωση ενός συστήματος αναφοράς.

Ένα νέο σύστημα παροχής δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα: Οι πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονταν κυρίως από τα δημόσια Κέντρα Υγείας που επανδρώνονται από του γενικούς ιατρούς. Και στα δημόσια νοσοκομεία οι δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης επρόκειτο να επεκταθούν (κέντρα υγείας, νέα νοσοκομεία, επέκταση των υπαρχόντων νοσοκομείων, νέα τεχνολογία, αύξηση στο κεφάλαιο δαπανών υγείας, κ.λπ...). Η ίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων επρόκειτο να απαγορευθεί, ενώ πολλά από τα ήδη υπάρχοντα πωλήθηκαν στο δημόσιο τομέα.

Διοικητική αποκέντρωση στη διαδικασία προγραμματισμού, βελτιώσεις στη διαχείριση και την κοινωνική συμμετοχή: Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) επρόκειτο να καθιερωθεί, το οποίο θα έπαιζε συμβουλευτικό ρόλο στο Υπουργείο Υγείας στα ζητήματα πολιτικής υγείας και έρευνας. Συμβούλια Υγείας θα καθιερώνονταν και σε περιφερειακό επίπεδο για σωστό προγραμματισμό και θα είχαν διοικητικές ευθύνες. Μέλη του ΚΕΣΥ επρόκειτο να είναι αντιπρόσωποι ασφαλιστικών φορέων, φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, συνδικάτων, ιατρικών σχολών, του Υπουργείου Υγείας κ.λπ.

Μέθοδοι πληρωμής των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης:

Οι γιατροί του ΕΣΥ και το λοιπό προσωπικό θα ήταν πλήρως και αποκλειστικά απασχολημένο στο ΕΣΥ και θα πληρωνόταν βάση μισθού.

Με βάση τις ανωτέρω αρχές, η νομοθεσία του 1983 πρόβλεπε την καθιέρωση Κέντρων Υγείας στις αγροτικές καθώς επίσης και αστικές περιοχές. Αυτά επρόκειτο να επανδρωθούν κυρίως από γενικούς ιατρούς και παρέχουν βασικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και εκτελούν τα προγράμματα προώθησης της υγείας και πρόληψης ασθενειών στις γεωγραφικές περιοχές αρμοδιότητάς τους. Τα κέντρα υγείας επρόκειτο να συνδεθούν με ένα τοπικό ή περιφερειακό νοσοκομείο.

Επιπλέον, η νομοθεσία του 1983 προσδοκούσε στην ενοποίηση των κύριων ασφαλιστικών φορέων (εν τούτοις αυτό δεν έγινε πλήρως ρητό) με την υποδομή του ΙΚΑ (τον κύριο ασφαλιστικό φορέα, καλύπτοντας το 50% του πληθυσμού) να ενσωματώνεται στο ΕΣΥ. Επιπλέον, οι γιατροί που εργάζονταν στο ΕΣΥ απαγορεύονταν να έχουν και ιδιωτικό ιατρείο. Οι γιατροί, επομένως, έπρεπε να επιλέξουν μεταξύ της αποκλειστικά μισθοδοτημένης απασχόλησης στο δημόσιο τομέα ή της συνολικά ιδιωτικής απασχόλησης. Αυτό το μέτρο προέβλεπε στο ότι θα μείωνε τις ιδιωτικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και θα μείωνε τις ανήθικες πρακτικές των γιατρών.

Η εφαρμογή αυτής της νομοθεσίας ήταν να αρχίσει αμέσως και τα βήματα για την υλοποίηση της την περίοδο 1983–1988 ήταν:

Ουσιαστική αύξηση των δαπανών δημόσιας υγείας: τουλάχιστον 4,5–5% του ΑΕΠ επρόκειτο να αφιερωθεί στην υγεία.

Ουσιαστικές αυξήσεις στους μισθούς των γιατρών.

Ουσιαστική αύξηση στις δημόσιες δαπάνες για βασικές υποδομές: 18 νέα νοσοκομεία επρόκειτο να χτισθούν, 3 εκ των οποίων θα ήταν μεγάλα περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία, 20 ήδη υπάρχοντα νοσοκομεία θα επεκτείνονταν, η προηγμένη τεχνολογία επρόκειτο να εγκατασταθεί στα επαρχιακά νοσοκομεία, 400 νέα κέντρα υγείας επρόκειτο να χτισθούν, εκ των οποίων τα 180 επρόκειτο να είναι σε αγροτικές περιοχές και τα 220 σε αστικές.

Ξεκαθάρισμα (στο εγγύς μέλλον) της οικονομικής σχέσης μεταξύ του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών φορέων.

Η νομοθεσία και τα σχέδια του 1983 για την εφαρμογή της, εντούτοις, ακολουθήθηκε μόνο μερικώς:

Τα αγροτικά κέντρα υγείας ιδρύθηκαν, εξοπλίστηκαν και επανδρώθηκαν, και άρχισαν τη λειτουργία όπως ήταν προγραμματισμένο, στις αστικές περιοχές δεν ιδρύθηκε κανένα κέντρο υγείας. Σήμερα 176 αγροτικά κέντρα υγείας και 19 μικρά νοσοκομεία-κέντρα υγείας λειτουργούν, καλύπτοντας τις

ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης περίπου 2,5 εκατομμυρίων άτομα. Εντούτοις, η επάνδρωση των αγροτικών κέντρων θεωρείται ανεπαρκής.

Ποτέ δεν τηρήθηκε η διάταξη περί αποκλειστικής εργασίας των ιατρών του ΕΣΥ μόνο στα δημόσια νοσοκομεία. Η πλειοψηφία αυτών διατηρούσε και δικά τους ιδιωτικά ιατρεία.

Η αποκέντρωση της διαδικασίας προγραμματισμού ποτέ δεν εφαρμόστηκε. Αφενός μεν δημιουργήθηκε το ΚΕΣΥ, όμως τα περιφερειακά συμβούλια υγείας ποτέ δε λειτούργησαν.

Δημιουργήθηκαν τρία μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, των Ιωαννίνων, της Πάτρας και του Ηρακλείου Κρήτης. Επετράπη επίσης η δημιουργία ιδιωτικών κλινικών και έτσι όλοι οι ασφαλισμένοι των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών, απευθύνονταν εκεί.

Η δεκαετία του '80 αφιερώθηκε κυρίως στην καθιέρωση του ΕΣΥ και στην επέκταση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Στην αρχή της δεκαετίας του '90, η έμφαση μετατοπίστηκε στην κατεύθυνση της διοίκησης και στην αγορά των υπηρεσιών υγείας αγοράς λόγω ιδεολογικών και πολιτικών αλλαγών. Το 1992, η συντηρητική κυβέρνηση εισήγαγε νέες μεταρρυθμίσεις που άλλαξαν μερικές από τις διατάξεις της νομοθεσίας του 1983.

Συγκεκριμένα ήταν οι ακόλουθες αλλαγές:

Τα κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτήθηκαν αρχικά μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων ενώ τώρα απέκτησαν αυτόνομη χρηματοδότηση μέσω των προϋπολογισμών υγείας της περιοχής τους.

Οι γιατροί που απασχολούνταν στα δημόσια νοσοκομεία έγιναν ελεύθεροι να επιλέξουν συνολική ή μερική απασχόληση μέσα στο ΕΣΥ, που επιτρέπει κάποια ιδιωτική πρακτική.

Η ίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών επετράπη ακόμη μια φορά, με ορισμένους περιορισμούς σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών.

Δόθηκε έμφαση στην πρωτοβουλία των ασθενών να επιλέγουν.

Τα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες να ξεκινήσει μια ριζοσπαστική μεταρρύθμιση ενέμεναν. Μια άλλη πρόταση μεταρρύθμισης υποβλήθηκε το 1995–1996, σε μία προσπάθεια να εξεταστούν οι σημαντικότερες ανεπάρκειες του συστήματος που η μεταρρύθμιση του 1983 απέτυχε να επιλύσει. Δεν οδήγησε όμως σε κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα μέχρι πριν δύο χρόνια όπου μπήκε σε εφαρμογή το νέο πρόγραμμα μεταρρύθμισης του ΕΣΥ και στο οποίο θα αναφερθούμε αναλυτικά αμέσως μετά.

Κατάσταση υγείας

Όπως διακρίνεται από τα στοιχεία που μας δίνονται για δύο έτη, ο αριθμός των ασθενών οι οποίοι απεβίωσαν αυξήθηκε. Οι ασθένειες στις οποίες παρουσιάστηκε αύξηση των κρουσμάτων είναι σχετικές με ψυχικές διαταραχές, το νευρικό σύστημα, το αναπνευστικό, πεπτικό και κυκλοφοριακό σύστημα, τις μυοσκελετικές παθήσεις και την κήση.

Αριθμός εξελθόντων αθενών (1) κατά κατηγορίες

Κατηγορίες νόσων	1996	1997
Γενικό σύνολο	1.508.506	1.552.940
1.Λοιμώδεις και παρασιτικές νόσοι	45.576	42.608
2.Νεοπλάσματα	142.971	142.939
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα , διαταραχές της θρέψεως και ανοσολογικές διαταραχές	34.371	34.571
4. Νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων	26.301	24.154
5. Ψυχικές διαταραχές	35.606	36.139
6. Νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων	95.593	102.591
7. Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	218.344	222.052
8. Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	126.675	129.021
9. Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	166.983	171.229
10. Νοσήματα του ουροποιογεννητικού συστήματος	126.162	136.911
11. Επιπλοκές της κύησης, του τοκετού και της λοχείας	125.298	127.160
12. Νοσήματα του δέρματος και του υποδορίου ιστού	25.841	28.247
13. Νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	61.643	64.549
14. Συγγενείς ανωμαλίες	11.648	13.237
15. Ορισμένες καταστάσεις που προέρχονται από την περιγεννητική περίοδο	17.000	19.203
16. Συμπτώματα , σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις	107.492	113.951
17. Ατυχήματα και δηλητηριάσεις	141.002	144.378

(1) Περιλαμβάνονται και οι ασθενείς των στρατιωτικών θεραπευτηρίων και όσοι πέθαναν μέσα στα θεραπευτήρια

Πηγή: ΕΣΥΕ

B. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Φορείς άσκησης πολιτικής υγείας

Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας

Ο βασικός φορέας σχεδιασμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και σύστασης και εφαρμογής των πολιτικών υγείας είναι το *Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*¹. Οι αρμοδιότητες και η δομή του υπουργείου έχουν ως εξής:

Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας:

- α. προσδιορίζει επακριβώς την πολιτική του Υπουργείου, στο πλαίσιο των αποφάσεων του Υπουργικού Συμβουλίου και των λοιπών συλλογικών κυβερνητικών οργάνων,
- β. συντονίζει την εφαρμογή της πολιτικής αυτής,
- γ. εποπτεύει την εφαρμογή της από τις Υπηρεσίες του Υπουργείου των οποίων προΐσταται και
- δ. έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα της νομοθετικής πρωτοβουλίας και της πρότασης έκδοσης ατομικών και κανονιστικών διαταγμάτων ή της συνυπογραφής τους με άλλους Υπουργούς, Αναπληρωτές Υπουργούς και Υφυπουργούς.

Οι *Υφυπουργοί Υγείας και Πρόνοιας* ασκούν τις αρμοδιότητες, που τους μεταβιβάζονται κατά τις κείμενες διατάξεις με κοινές αποφάσεις του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Ο Υπουργός και οι Υφυπουργοί μπορούν να

¹ Βλ. και Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, <http://www.mohaw.gr>

μεταβιβάζουν αρμοδιότητές τους σε άλλα όργανα του Υπουργείου κατά τις ισχύουσες διατάξεις.

Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας προΐσταται αμέσως μετά τον Υπουργό και τους Υφυπουργούς των Υπηρεσιών του Υπουργείου κατά τις ισχύουσες διατάξεις, έχει την ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία τους και ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα, που του παρέχει ο νόμος ή του ανατίθεται βάσει νόμου.

Ο Γενικός Γραμματέας της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας εισηγείται για τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα πρόνοιας και έχει αρμοδιότητα για τις Διευθύνσεις όπως αυτές καθορίζονται από το Νόμο.

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

Στη μελέτη και εισήγηση για την επίλυση των προβλημάτων της αρμοδιότητάς τους και στην παρακολούθηση, συντονισμό και έλεγχο του έργου τους.

Στην παροχή κατευθύνσεων και οδηγιών για τα θέματα της αρμοδιότητάς τους, για την επιτυχή εκπλήρωση της αποστολής τους.

Στην παρακολούθηση της επίλυσης των θεμάτων ή αιτημάτων, τα οποία υποβάλλουν άλλα Υπουργεία, Υπηρεσίες και Οργανισμοί για θέματα της αρμοδιότητάς τους.

Στην παροχή των απαραίτητων στοιχείων και πληροφοριών της αρμοδιότητάς τους στα άλλα Υπουργεία, Υπηρεσίες και Οργανισμούς και στην

παρακολούθησή τους, όπου απαιτείται, για τη χάραξη της γενικής πολιτικής τους και την αντιμετώπιση των παρουσιαζόμενων εκάστοτε προβλημάτων και υποθέσεών τους.

Στη σύνταξη των προτάσεων του ετήσιου προϋπολογισμού για την κάλυψη των αναγκών των Διευθύνσεων και Υπηρεσιών, οι οποίες υπάγονται σ' αυτήν και την παροχή των απαραίτητων στοιχείων στη Διεύθυνση Οικονομικού για τη σύνταξη του ετήσιου προϋπολογισμού του Υπουργείου και του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων.

Οι Γενικές Διευθύνσεις στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους μεριμνούν για:

1. Την παρακολούθηση, μελέτη και έρευνα των υποθέσεων των θεμάτων και ζητημάτων, τα οποία σχετίζονται με τις ξένες Χώρες και τους Διεθνείς Οργανισμούς με σκοπό την εκτίμηση της θέσης κάθε Χώρας και Διεθνούς Οργανισμού στη διεθνή κοινωνία και της σημασίας που έχουν για την Ελλάδα, για τη διαμόρφωση της ακολουθητέας πολιτικής στις διακρατικές σχέσεις, καθώς και για τη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την περιφρούρηση και εξασφάλιση των εθνικών και κρατικών συμφερόντων επί θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου.

2. Την προπαρασκευή, διαπραγμάτευση, σύμφωνα με τα καθοριζόμενα από το Σύνταγμα και τους ισχύοντες νόμους, ερμηνεία και εφαρμογή των διεθνών διμερών και πολυμερών Συμβάσεων, Συμφωνιών και γενικά των Διεθνών Πράξεων της αρμοδιότητάς τους και την ενημέρωση των άλλων Υπουργείων, Υπηρεσιών και Οργανισμών.

3. Τη συνεργασία με την Ειδική Υπηρεσία σχεδιασμού, τεκμηρίωσης, παρακολούθησης και αξιολόγησης των ασκουμένων πολιτικών μεριμνούν για:

α. Τη μελέτη και εισήγηση προκειμένου να προσδιορισθούν οι εθνικοί στόχοι και οι μέθοδοι για την επίτευξή τους. β. Τη μελέτη και τον προσδιορισμό των συνεπειών στα προβλήματα και υποθέσεις της αρμοδιότητάς τους από την ακολουθούμενη ή ακολουθητέα πολιτική.

4. Τη μελέτη και σύνταξη σχεδίων, σε συνεργασία με τις άλλες

συναρμόδιες Υπηρεσίες για: α. Την προβολή της Ελλάδας στη διεθνή κοινότητα. β. Την ενημέρωση των ξένων Κυβερνήσεων, των Διεθνών Οργανισμών, των φορέων Υγείας και Πρόνοιας για θέματα που έχουν σχέση με την Ελλάδα και τις σημειούμενες εξελίξεις σε όλους τους τομείς της κρατικής δραστηριότητας και γενικά του εθνικού βίου.

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)

Συμβουλευτικό όργανο στον εκάστοτε Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος Υγείας. Το ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

Σχεδιάζει, προγραμματίζει και προσδιορίζει τους γενικούς στόχους και κατευθύνσεις στο τομέα Υγείας και Πρόνοιας.

Γνωμοδοτεί σε θέματα τρέχουσας πολιτικής, όσο αφορά την υγεία, που παραπέμπονται σε αυτό και εισηγείται μέτρα για την πραγματοποίηση των προγραμματικών στόχων.

Παρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει την αποτελεσματικότητα εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, όταν τούτο ζητηθεί από τον αρμόδιο Υπουργό και εισηγείται διορθωτικά μέτρα.

Η συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και η θητεία του είναι τριετής. Η Ολομέλεια είναι αποφασιστικό όργανο του ΚΕ.Σ.Υ. για θέματα αρμοδιότητάς του. Η Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. βρίσκεται σε απαρτία όταν είναι παρόντα τα 3/5 των μελών του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων.

Το ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτεί Εκτελεστική Επιτροπή η οποία εισηγείται στην Ολομέλεια τα προς συζήτηση θέματα και μεριμνά για την υλοποίηση των επιλογών και αποφάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. Η Εκτελεστική Επιτροπή αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και τρία μέλη που εκλέγονται από την Ολομέλειά του με μυστική ψηφοφορία.

Η Εκτελεστική Επιτροπή για την προώθηση του έργου της, την εκπλήρωση των σκοπών του ΚΕ.Σ.Υ. και την υλοποίηση των αποφάσεων της Ολομέλειας, μπορεί να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι οποίες εντός ευλόγου χρόνου παραδίδουν το έργο που ανατίθεται σε αυτές. Επίσης δια της Επιτροπής Εκπαίδευσης-Μετεκπαίδευσης του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται τα κριτήρια της εκπαίδευσης των προς ειδίκευση γιατρών.

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)

Α. Νομικό πλαίσιο λειτουργίας

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) είναι Ν.Π.Δ.Δ., υπαγόμενο στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας συστάθηκε και λειτουργεί από τις αρχές του 1989 σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 1579/85 (ΦΕΚ 217/Α/85) που επανήλθε σε ισχύ με τον Ν.2194/94 και του Π.Δ. 376/88 (ΦΕΚ 169/Α/88 – Οργανισμός ΕΚΑΒ).

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (άρθρο 7 του Ν.1579/85) το ΕΚΑΒ έχει την ευθύνη και συντονίζει σε έκτακτες περιπτώσεις την παροχή άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και την μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με τα ιδιόκτητα μέσα που αυτό διαθέτει (Ασθενοφόρα, Κινητές Μονάδες, Μοτοσικλέτες, Αεροπορικά Μέσα) και με κατάλληλα εκπαιδευμένο για το σκοπό αυτό προσωπικό.

Στόχος του ΕΚΑΒ είναι η υποδοχή κάθε κλήσης για επείγουσα ιατρική βοήθεια, η άμεση επιτόπια αποστολή εξειδικευμένου προσωπικού στον τόπο του συμβάντος καθώς και μέσων για την υποστήριξη του οξέος πάσχοντα, και μετά την σταθεροποίηση, η ασφαλής και γρήγορη μεταφορά του στον πλησιέστερο κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό. Ετησίως εξυπηρετούνται

480.000 περίπου ασθενείς, εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό αφορά την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας.

Για όλα τα έκτακτα περιστατικά στο ΕΚΑΒ λειτουργεί οργανωμένο συντονιστικό κέντρο 24ωρης λειτουργίας, με αριθμό κλήσης 166. Το Κέντρο αυτό δέχεται τις κλήσεις και στην συνέχεια, σε συνεργασία και πάντα υπό την καθοδήγηση του εφημερεύοντος στο ΕΚΑΒ γιατρού, ο οποίος επικοινωνεί όπου και όταν απαιτείται με τους εφημερεύοντες γιατρούς των νοσοκομείων, δίνει τις κατάλληλες οδηγίες αντιμετώπισης του περιστατικού και την μεταφορά του στο εφημερεύον νοσοκομείο. Επίσης ισχύει και ο αριθμός 112, όπως εξάλλου και για όλες τις άλλες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (κυρίως για τους προερχόμενους από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης).

Τα μέσα ιατρικής παρέμβασης και αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών που διαθέτει το ΕΚΑΒ είναι τα ασθενοφόρα βασικής υποστήριξης ζωής (απλά ασθενοφόρα), εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής (κινητές μονάδες), τα αεροπορικά μέσα και οι μοτοσυκλέτες. Ήδη από το 1999 έχουν ενταχθεί στο στόλο του ΕΚΑΒ 69 νέες ειδικές κινητές μονάδες επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής οι οποίες πέραν της κεντρικής υπηρεσίας έχουν παραχωρηθεί σε παραρτήματα του ΕΚΑΒ καθώς και σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα, για την κάλυψη και του εθνικού οδικού δικτύου. Πρόσφατα δε παρελήφθησαν 116 νέα ασθενοφόρα αυτοκίνητα τα οποία έχουν ήδη κατανεμηθεί τόσο στην κεντρική του υπηρεσία όσο και στα κατά τόπους παραρτήματα και τομείς. Πανελλαδικά το ΕΚΑΒ διαθέτει 346 ασθενοφόρα, 79 κινητές μονάδες, 4 μοτοσυκλέτες και 5 Ελικόπτερα.

Β. Ανάπτυξη ΕΚΑΒ

Εκτός της κεντρικής υπηρεσίας του ΕΚΑΒ στην Αθήνα λειτουργούν ακόμα παραρτήματα στις παρακάτω περιοχές: Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Λάρισα, Καβάλα, Ιωάννινα, Αλεξανδρούπολη, Λαμία, Μυτιλήνη, Τρίπολη και Κοζάνη. Για την ισόρροπη εξυπηρέτηση όλων των περιοχών της χώρας η κεντρική υπηρεσία και το κάθε παράρτημα έχει ως περιοχή ευθύνης

του και τους γειτονικούς νομούς. Στα πλαίσια αυτά το ΕΚΑΒ δημιουργεί τομείς σε διάφορες περιοχές που διασυνδέονται και συντονίζονται από τα παραρτήματα με σκοπό την πλήρη κάλυψη των περιοχών. Οι τομείς που έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν σε επίπεδο νομού, σε συνεργασία με τις τοπικές υγειονομικές μονάδες (Νοσοκομεία, κέντρα Υγείας), καλύπτουν το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο. Επίσης τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα τόσο των Νοσοκομείων όσο και των λοιπών υγειονομικών σχηματισμών συντονίζονται και ελέγχονται από τα παραρτήματα και τους τομείς του ΕΚΑΒ, όπου λειτουργούν, προκειμένου να υπάρξει πλήρης κάλυψη και αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών. Ειδικότερα στο λεκανοπέδιο της Αττικής έχουν δημιουργηθεί τομείς με σκοπό την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των περιστατικών.

Γ' Αερομεταφορές – Αεροπορικά μέσα

Για την πραγματοποίηση των αερομεταφορών σε νησιωτικές και απομακρυσμένες κυρίως περιοχές της χώρας το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προέβη, για λογαριασμό του ΕΚΑΒ, στην προμήθεια 5 Ελικοπτέρων παροχής επείγουσας ιατρικής βοήθειας και μεταφοράς βαρέως πασχόντων ασθενών. Η προμήθεια ιδιόκτητων αεροπορικών μέσων και η αποκλειστική διάθεσή τους από το ΕΚΑΒ σε συνδυασμό με το κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σκοπό έχουν την άμεση και χωρίς καθυστερήσεις αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών και την σημαντική μείωση του χρόνου ανταπόκρισής του. Σύμφωνα δε με το επιχειρησιακό σχέδιο λειτουργίας και εκμετάλλευσης των αεροπορικών αυτών μέσων ένα (1) εκ των Ελικοπτέρων εδρεύει στην Μυτιλήνη και ένα (1) στην Ρόδο. Σε εξαιρετικές δε περιπτώσεις το ΕΚΑΒ χρησιμοποιεί αεροπορικά μέσα και των ενόπλων δυνάμεων. Στο μεταξύ και για την άμεση κάλυψη των αναγκών του, το ΕΚΑΒ έχει ήδη προβεί στην μίσθωση ενός Αεροπλάνου για την, κατά περίπτωση, πραγματοποίηση αεροδιακομιδών. Κατά το έτος 2001, σύμφωνα με στοιχεία

της στατιστικής υπηρεσίας του ΕΚΑΒ, πραγματοποιήθηκαν 2.723 αερομεταφορές, το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων προέρχεται από την νησιωτική Ελλάδα και κυρίως το Αιγαίο.

Δ' Δραστηριότητες

Πέραν της κύριας αποστολής του ΕΚΑΒ που είναι η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών και η παροχή άμεσης ιατρικής βοήθειας, το ΕΚΑΒ έχει να επιδείξει και ορισμένες άλλες δραστηριότητες που είναι εν συντομία οι ακόλουθες:

Στο ΕΚΑΒ λειτουργεί, επί 7 συνεχή έτη, μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα για γιατρούς στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική. Το πρόγραμμα αυτό αφορά ιατρούς ανεξαρτήτως ειδικότητας και αποβλέπει στη δημιουργία στελεχών ικανών να αντιμετωπίσουν με την απαιτούμενη ταχύτητα και αποτελεσματικότητα οποιοδήποτε οξύ συμβάν, άσχετα από την αιτία που το προκάλεσε και να μεταφέρουν με ασφαλείς συνθήκες τον πάσχοντα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό. Η εκπαίδευση είναι ετήσιας διάρκειας, θεωρητική και πρακτική, παρέχεται δωρεάν και εξασφαλίζεται κατ' έτος με μέριμνα του ΕΚΑΒ, τον προϋπολογισμό του οποίου βαρύνει κάθε σχετική δαπάνη.

Από τον Φεβρουάριο του 2000 λειτουργεί Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ ΕΚΑΒ) ειδικότητας "Διασώστης – Πλήρωμα ασθενοφόρου" τεσσάρων εξαμήνων με σκοπό την εκπαίδευση σε θέματα παροχής πρώτων βοηθειών και επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής δίνοντας την ευκαιρία φοίτησης σε 1300 περίπου σπουδαστές ετησίως. Οι σπουδαστές αυτοί απορροφούνται στην συνέχεια ως πλήρώματα ασθενοφόρων στο ΕΚΑΒ, μέσω των διαδικασιών προσλήψεων του ΑΣΕΠ.

Στο ΕΚΑΒ λειτουργούν και εκπαιδευτικά προγράμματα στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική για την εκπαίδευση νοσηλευτών, διασωστών (πληρωμάτων ασθενοφόρων), στελεχών δημοσίων υπηρεσιών που

απασχολούνται με την διάσωση και την παροχή βοήθειας στους πολίτες και άλλων ειδικών ομάδων πληθυσμού.

Τέλος στα πλαίσια του ΕΚΑΒ λειτουργεί τομέας πρόληψης ατυχημάτων, σκοπός του οποίου είναι η μελέτη και επιστημονική τεκμηρίωση των αιτιών που προκαλούν ένα ατύχημα και η εισήγηση μέτρων πρόληψης.

Ε' Εφημερίες νοσοκομείων Αττικής

Στις αρμοδιότητες του ΕΚΑΒ ανήκει και η εφαρμογή των Υπουργικών Αποφάσεων που ρυθμίζουν τις εφημερίες των Νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου Αττικής. Με βάση της Αποφάσεις αυτές το ΕΚΑΒ εκδίδει καθημερινά το πρόγραμμα εφημεριών των Νοσοκομείων το οποίο αποστέλλεται σε όλα τα μέσα ενημέρωσης. Οι εφημερίες των υπόλοιπων Νοσοκομείων της χώρας ρυθμίζονται με απόφαση του οικείου Νομάρχη.

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ)

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων είναι Ν.Π.Ι.Δ. εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με κύριο σκοπό την οργάνωση και υποστήριξη του συστήματος των μεταμοσχεύσεων αλλά και την υποστήριξη μιας εθνικής πολιτικής στον τομέα αυτό, μέσα από την επεξεργασία και την εφαρμογή παγίων, διαφανών και αξιόπιστων αρχών για την λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος.

Με την εφαρμογή του Ν. 2737/99 (27-8-99) η χώρα μας επιχειρεί την ανάπτυξη της μεταμοσχευτικής αυτής δραστηριότητας της σύμφωνα με τα δεδομένα και τα ισχύοντα όχι μόνο στον Ευρωπαϊκό αλλά και στο διεθνή χώρο και προωθεί το εγχείρημα ενός πλήρους εκσυγχρονισμού του όλου συστήματος στη βάση δύο δεδομένων:

Α) Στην κάλυψη των υπαρχουσών αναγκών σε όργανα για μεταμόσχευση και

Β) στην εναρμόνιση της ιατρικής πράξης, της αφαίρεσης και της μεταμόσχευσης οργάνων με την αρχή της προστασίας της προσωπικότητας του δότη αλλά και των στενών συγγενών του.

Πέραν αυτού το ισχύον νομικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ορίζει ότι:

Η ιατρική πράξη της μεταμόσχευσης στην χώρα μας εφαρμόζεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

Απαγορεύεται οποιαδήποτε αντάλλαγμα στη διαδικασία της αφαίρεσης ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση, ώστε να αναδεικνύεται η φιλοσοφία της αλληλεγγύης που πρέπει να διαπνέει το όλο σύστημα

Καθιερώνεται ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων και έτσι κατοχυρώνεται πλήρως ο/η λειτουργός που είναι αναγκαίος/α για την ομαλή διεκπεραίωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Ανατίθεται στον Ε.Ο.Μ η ευθύνη να θέτει τις προϋποθέσεις της νομιμότητας της ίδρυσης και λειτουργίας τόσο των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων όσο και των Τραπεζών Ιστικών Μοσχευμάτων, των οποίων έχει και την ευθύνη. Επίσης καταρτίζει το Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών.

Ο Ε.Ο.Μ καταρτίζει και διατηρεί το Μητρώο Δωρητών Οργάνων καθώς και για λόγους διαφάνειας καταρτίζει το Μητρώο όσων έγιναν δωρητές οργάνων ή ιστών για μεταμόσχευση.

Γ. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η νέα μεταρρύθμιση¹ του Εθνικού Συστήματος Υγείας βασίστηκε στη λογική ότι σε μια παγκοσμιοποιημένη οικονομία, χωρίς σύνορα στο κεφάλαιο και στην εργασία, στη φτώχεια και την αρρώστια καλούμαστε να απαντήσουμε πειστικά και να αντιπαραθέσουμε αποτελεσματικά εργαλεία και σύγχρονες

¹ Βλ. και <http://www.apapadopoulos.gr>

πολιτικές, ιδιαίτερα στον κοινωνικό τομέα. Σε μια κοινωνία που συνεχώς εξελίσσεται και μεταβάλλεται, δημιουργώντας νέες και καθημερινά αυξανόμενες ανάγκες υγείας, είμαστε υποχρεωμένοι να εκσυγχρονίζουμε και να προσαρμόζουμε ανάλογα το υγειονομικό μας σύστημα ιδιαίτερα όταν το σύστημα αυτό, ύστερα από μια δεκαπεντάετία συνεχούς προσφοράς, παρουσιάζει σήμερα έντονα σημάδια κόπωσης, εγγενείς αδυναμίες και στρεβλώσεις, ανεπάρκειες και προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά, που χρόνο με το χρόνο πολλαπλασιάζονται και οξύνονται, συνδέονται περισσότερο με την ποιότητα των υπηρεσιών και τις διαδικασίες παροχής και όχι με το εύρος των καλύψεων και την ποσότητα γενικά. Σε αυτά πρέπει να προστεθούν και οι νέες ανάγκες που προκαλούνται από τις μεγάλες κοινωνικές μεταβολές και τη μετανάστευση.

Τα κυρίαρχα όμως προβλήματα του υγειονομικού μας συστήματος όπως εντοπίστηκαν και πάνω στα οποία στηρίχθηκε η Νέα Μεταρρύθμιση σήμερα συνδέονται περισσότερο με:

Την επεικώς ανεπαρκή οργάνωση, τη διοίκηση και τη λειτουργία γενικότερα του συστήματος και των μονάδων υγείας ειδικότερα.

Την χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, έστω και αν υπάρχουν και αντίθετες απόψεις, έστω και αν οι δείκτες υγείας είναι στη χώρα μας σχετικά καλοί, έστω και αν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μας κατατάσσει σε ζηλευτή θέση (14^η) στον κατάλογο των χωρών με τα καλύτερα συστήματα υγείας.

Την πιθανολογούμενη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφού το σύστημα δεν διαθέτει σήμερα μηχανισμό μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας, κάτι που αποτελεί προτεραιότητα για τη μεταρρύθμιση που επιχειρείται.

Την ισότητα του συστήματος απέναντι στους πολίτες, που όπως σήμερα λειτουργεί και χρηματοδοτείται φαίνεται να ευνοεί και εξυπηρετεί καλύτερα τα μεσαία και υψηλά εισοδηματικά στρώματα και να επιβαρύνει και να

ταλαιπωρεί τα μικρομεσαία και χαμηλά και εκείνους που είναι περισσότερο ευάλωτοι στη φτώχεια και την αρρώστια.

Τον πληθωρισμό του ιατρικού επαγγέλματος και την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των επαγγελματιών της υγείας. Εάν δεν εγκαταστήσουμε σοβαρούς και αξιόπιστους μηχανισμούς ελέγχου, αξιολόγησης και συνεχούς εκπαίδευσης, τίποτα δεν μπορούμε να πετύχουμε ούτε στην ποιότητα, ούτε στην αποδοτικότητα, ούτε στην αποτελεσματικότητα.

Την ταχύτατη και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας, που εκμεταλλεύεται τα κενά και τις αδυναμίες του ΕΣΥ, αλλά και την απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου που να διέπει τη λειτουργία του και μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησής του. Επιβάλλεται να επαναπροσδιορισθεί με σαφήνεια και αυστηρότητα η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας .

Όλα αυτά τα προβλήματα και οι αρνητικές συνέπειές τους, εκφράζονται τα τελευταία χρόνια από τα υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Οι μονάδες υγείας όπως λειτουργούν πολλές φορές ταλαιπωρούν τον ασθενή, δημιουργούν κλίμα δυσπιστίας και ανασφάλειας στον πολίτη και βέβαια στην πράξη ακυρώνουν βασικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στόχος του νέου ΕΣΥ είναι να διασφαλισθεί και να ενδυναμώσει το δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ, που σήμερα κατατρώχεται από τα ιδιωτικά και προσωπικά συμφέροντα. Τα συστήματα υγείας δεν μπορούν να λειτουργούν ως απολιθώματα έξω και μακριά από το κοινωνικό γίγνεσθαι και οι μονάδες υγείας να βασανίζονται και να υποφέρουν από τη γραφειοκρατία, τη δυσκαμψία και την απουσία διοίκησης.

Είναι αναγκαίο το σύστημα υγείας να γίνει περισσότερο ευέλικτο και αποκεντρωμένο, να επανδρωθεί με μηχανισμούς εσωτερικής αξιολόγησης και αυτοελέγχου, να μπουν αρχές και κανόνες που θα υπηρετούν συγκεκριμένους

στόχους και πολιτικές. Μόνο τότε μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών, να γίνει όχι μόνο περισσότερο αποτελεσματικό, αλλά και κοινωνικά δικαιότερο απέναντι στους πολίτες.

Δ. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Περιφερειακή συγκρότηση του Συστήματος Υγείας.

Η αποκεντρωμένη διοίκηση σε περιφερειακό επίπεδο που αποτελεί για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχημένο μοντέλο διοίκησης ήταν τα τελευταία χρόνια για τη χώρα μας το μέγα ζητούμενο. Η σύσταση ολοκληρωμένων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ)¹ που συγκροτούνται με το Νόμο 2889/2001 σε κάθε υγειονομική περιφέρεια επιτρέπει: (α) την άσκηση ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, αποτελεσματική διοίκηση και πραγματικούς ελέγχους, (β) την πλήρη αποτύπωση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, (γ) τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Τα Πε.Σ.Υ., αποτελούν επιτελική υπηρεσία, που εποπτεύει, ελέγχει, καθοδηγεί και συντονίζει, όλες τις μονάδες υγείας που ανήκουν στη γεωγραφική του περιοχή, εξειδικεύοντας την εθνική πολιτική του Υπουργείου στην Περιφέρεια.

Νέα Οργάνωση των Νοσοκομείων

Με τις ρυθμίσεις του Νόμου 2889/2001 διασφαλίζεται η αποτελεσματική οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων, αλλά και των

¹ Βλ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2889 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

Κ.Υ.. Με το Διοικητή, το Συμβούλιο Διοίκησης και το Επιστημονικό Συμβούλιο, που αποτελούν τα νέα όργανα διοίκησης, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ αποκτούν ευελιξία και αποτελεσματική διοίκηση. Η λειτουργία των νέων συλλογικών οργάνων διοίκησης, αλλά και η ανασυγκρότηση της δομής της ιατρικής υπηρεσίας, των επιστημονικών τομέων και τμημάτων, κατοχυρώνει και προσωποποιεί τις ευθύνες, μέσα από ιεραρχημένες δομές διοίκησης και λειτουργίας.

Επιπλέον προβλέπονται διατάξεις για την ανάπτυξη, αξιολόγηση και εκπαίδευση του προσωπικού, ενώ συστήνονται ειδικά τμήματα για συνεχή εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση και έρευνα. Τα νοσοκομεία δεν θα είναι πλέον κέντρα απλής και συχνά αναποτελεσματικής διαχείρισης ασθενών. Μετατρέπονται σε σύγχρονες μονάδες υγειονομικής φροντίδας, με προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, με ερευνητικό έργο και παραγωγή καινούργιας ιατρικής γνώσης και εμπειρίας.

Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) Νοσοκομείων ΕΣΥ

Μέσα στο 2002 ξεκινούν τη λειτουργία τους τα αυτοτελή "Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών" (ΤΕΠ), αρχικά, σε 13 νοσοκομεία της Αττικής και σε 5 της Θεσσαλονίκης. Στόχος τους είναι η καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών όταν αντιμετωπίζουν ένα ξαφνικό πρόβλημα υγείας. Η Οργάνωσή τους, ο τρόπος λειτουργίας και η στελέχωση τους καθορίζονται με σχετική Υπουργική Απόφαση.

Με το νέο σύστημα θα παρέχεται άμεση και εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που θα προσδιορίζεται ανάλογα με τον βαθμό επείγοντος.

Παράλληλα, όμως, η παρέμβαση αυτή επιτρέπει τον περιορισμό των πλασματικών "επειγουσών" εισαγωγών. Γι αυτό και την ευθύνη των εισαγωγών θα την έχει ο Διευθυντής του Τμήματος Επειγόντων.

Με τον τεκμηριωμένο διαχωρισμό των επειγόντων και μη επειγόντων περιστατικών, διευκολύνεται η διαχείριση των κλινών από τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων, με αποτέλεσμα τον περιορισμό των ράντζων.

Ακόμη, η οργάνωση και λειτουργία των ΤΕΠ, αλλάζει το σημερινό σύστημα εφημερίας των Νοσοκομείων.

Το νέο σύστημα θα καταλείπει τους ασθενείς στην Αττική, από 800-1600 που προσέρχονται σήμερα σε κάθε εφημερεύον Νοσοκομείο, σε περίπου 350-450 ανά ΤΕΠ. Τα ΤΕΠ θα λειτουργούν συνεχώς επί 24ώρου βάσεως, 7 ημέρες την εβδομάδα και επί 365 ημέρες τον χρόνο.

Στην πρώτη φάση, τα ΤΕΠ θα λειτουργούν όλο το 24ωρο κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας και θα αντιμετωπίζουν κάθε επείγον περιστατικό στο πρωινό ωράριο (08.00 μέχρι τις 14.30) τις υπόλοιπες ημέρες.

Υπηρεσίες Απογευματινών Ιατρείων

Η χρήση των απογευματινών ιατρείων καθώς και η διενέργεια σε αυτά διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων είναι προαιρετική. Η λειτουργία τους έχει μόνο πλεονεκτήματα. Στα απογευματινά ιατρεία μπορούν να γίνουν σε εξωτερικούς ασθενείς μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και σε νοσηλεύομενους ασθενείς επεμβάσεις μικρής και μεσαίας βαρύτητας. Επομένως μειώνεται ο χρόνος αναμονής. Αξιοποιούνται οι υποδομές και τα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας των Νοσοκομείων. Αυξάνονται τα έσοδα των Νοσοκομείων. Οι ασθενείς καταβάλουν στο Νοσοκομείο άμεσα μόνο την αμοιβή για την επίσκεψη στο απογευματινό ιατρείο. Όλες οι εργαστηριακές

εξετάσεις ή οι χειρουργικές επεμβάσεις καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα.

Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται επιγραμματικά κάποια σημαντικά σημεία του Νόμου 2889/2001.

ΝΟΜΟΣ 2889/2001
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ
Άρθρο 1
Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) – Ίδρυση

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας είναι δυνατόν να εξαιρούνται, για λειτουργικούς λόγους, ορισμένες περιοχές και να υπάγονται σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια.

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας, ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, με παράλληλη εποπτεία και έλεγχο του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας.

Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.....

3. Τα Πε.Σ.Υ διοικούνται, οργανώνονται και στελεχώνονται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Σκοπός τους είναι :

α) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.

β) Ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ, που ανήκουν στη αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα

5. Η νόμιμη εκπροσώπηση των ανωτέρω αποκεντρωμένων και αυτοτελών μονάδων των νοσοκομείων, δικαστική και εξώδικη, ανήκει στους διοικητές τους. Τα Κέντρα Υγείας εκπροσωπούνται δικαστικώς και εξωδίκως από τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.

8. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Συ.Πε.Σ.Υ), που σκοπό έχει το συντονισμό των Πε.Σ.Υ και την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία. Το Συ.Πε.Σ.Υ αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ως Πρόεδρο, αναπληρούμενο από τον οριζόμενο από αυτόν Υφυπουργό του ίδιου Υπουργείου και τους Προέδρους – Γενικούς Διευθυντές όλων των Πε.Σ.Υ. Στο Συμβούλιο συμμετέχει και ο Πρόεδρος του Κ.Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 2

Όργανα Διοίκησης

1. Όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ είναι:

α) Το Διοικητικό Συμβούλιο

β) Ο Πρόεδρος του Δ.Σ του Πε.Σ.Υ, ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ.

3. Η συγκρότηση του Δ.Σ του Πε.Σ.Υ γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με την απόφαση συγκρότησης του Δ.Σ ορίζεται ένα από τα μέλη του ως Αντιπρόεδρος.

5. Σε κάθε Πε.Σ.Υ συνιστάται ένα Επιστημονικό Συμβούλιο που αποτελείται από ένδεκα μέλη, επιστήμονες επαγγελματιών υγείας με βαθμό Διευθυντή, που εργάζονται στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.

6. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες :

α) Γνωμοδοτεί και εισηγείται στο Δ.Σ του Πε.Σ.Υ για επιστημονικά θέματα υγείας.

β) Γνωμοδοτεί σε ερωτήματα του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.

γ) Απαντά σε ερωτήματα των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

δ) Συγκροτεί επιστημονικές επιτροπές και ομάδες εργασίας με σκοπό την μελέτη θεμάτων υγείας της Περιφέρειας. Στις επιτροπές προεδρεύει ένα μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου.

ε) Εισηγείται στο ΚΕΣΥ για επιστημονικά θέματα της Περιφέρειας.

Άρθρο 3

Οργάνωση – Στελέχωση

1. Σε κάθε Πε.Σ.Υ συνιστάται μία Γενική Διεύθυνση στην οποία προΐσταται ο Πρόεδρος - Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ, ο οποίος μεριμνά για το συντονισμό της δράσης όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας της Περιφέρειας και παρακολουθεί την εξειδίκευση και εφαρμογή των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες αυτές.

Στην εκτέλεση των καθηκόντων του, ο Πρόεδρος συνεπικουρείται από έναν Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή, ο οποίος τον αναπληρώνει στη διοίκηση της Γενικής Διεύθυνσης, υπογράφει με εντολή του διάφορα έγγραφα και ασκεί τις αρμοδιότητες που ο Πρόεδρος του εκχωρεί με αποφάσεις του.....

Άρθρο 4

Πόροι

1. Πόροι του Πε.Σ.Υ είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον τακτικό κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ) Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του Πε.Σ.Υ.

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων

στ) Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

ζ) Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

5. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου, με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των ΤΕΠ με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο διορισμός, ως Προϊσταμένου αυτού, ιατρού Διευθυντού ή Αναπληρωτού Διευθυντού του Ε.Σ.Υ, ο τρόπος συνεργασίας αυτού με το Ε.Κ.Α.Β και κάθε άλλη λεπτομέρεια που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων.

Άρθρο 9

Απογευματινά Ιατρεία

1. Στα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ επιτρέπεται η λειτουργία απογευματινών ιατρείων. Στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους : α) οι Διευθυντές ιατροί β) οι Αναπληρωτές Διευθυντές γ) οι Επιμελητές Α ιατροί και δ) οι Πανεπιστημιακοί ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας και εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές ή εργαστήρια, που είναι εγκατεστημένες στο

νοσοκομείο. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα κάτω από 200 κλίνες δύνανται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα απογευματινά ιατρεία και οι Επιμελητές Β'.

2. Οι ιατροί που απασχολούνται σε απογευματινό ιατρείο δεν επιτρέπεται να είναι σε εφημερία και ο αριθμός τους δεν μπορεί να υπερβαίνει το μισό του προσωπικού κάθε τμήματος.

Η απασχόληση κάθε γιατρού σε απογευματινό ιατρείο δεν μπορεί να υπερβαίνει τις δύο (2) ημέρες την εβδομάδα και τις τρεις (3) ώρες την ημέρα. Ο αριθμός των ωρών μπορεί να αυξάνεται ή να μειώνεται, με απόφαση του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του Συμβουλίου Διοίκησης, ανάλογα με τις ανάγκες και τις πρακτικές δυνατότητες του νοσοκομείου.

5. Οι Πανεπιστημιακοί ιατροί, που εργάζονται σε νοσοκομεία που δεν υπάγονται στο Ε.Σ.Υ και ανήκουν αποκλειστικά σε Πανεπιστήμια, ασκούν ιατρείο αποκλειστικά εντός του νοσοκομείου και με τους ίδιους όρους, που προβλέπονται για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Η ισχύς της παρούσας διάταξης αρχίζει από 1.1.2002. Μέχρι τότε οι Πανεπιστημιακοί ιατροί μπορούν να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο σύμφωνα με τις μέχρι τη δημοσίευση αυτού του νόμου ισχύουσες διατάξεις.

7. Μετά ένα μήνα από την έναρξη ισχύος του παρόντος, απαγορεύεται η παροχή υπηρεσιών, με οποιαδήποτε σχέση, περιλαμβανομένης και αυτής του συμβούλου, από Πανεπιστημιακούς γιατρούς σε ιδιωτικές κλινικές ή σε ιδιωτικά διαγνωστικά ή θεραπευτικά εργαστήρια και γενικότερα σε κάθε είδους ιδιωτικές επιχειρήσεις, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, καθώς και η εγκατάσταση ιδιωτικών ιατρείων ή ιατρικών μηχανημάτων στους παραπάνω ιδιωτικούς φορείς.

Η παραβίαση της διάταξης αυτής αποτελεί για τον Πανεπιστημιακό ιατρό το πειθαρχικό παράπτωμα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς συμπεριφοράς ενώ για την ιδιωτική επιχείρηση συνεπάγεται την επιβολή, με απόφαση του οικείου Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, χρηματικής ποινής

ύψους πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) μέχρι είκοσι πέντε εκατομμυρίων (25.000.000) δραχμών και σε περίπτωση υποτροπής, την ανάκληση της άδειας λειτουργίας του φορέα από τον αρμόδιο Νομάρχη.

Εάν ο Πανεπιστημιακός ιατρός εργάζεται σε Πανεπιστημιακή Κλινική ή Εργαστήριο που είναι εγκατεστημένο σε νοσοκομείο των Πε.Σ.Υ, ανεξάρτητα από την πειθαρχική του δίωξη, απομακρύνεται και λύεται μονομερώς η σχέση του με το νοσοκομείο, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ, μετά από κλήση του να υποβάλει τις αντιρρήσεις του εντός τριών (3) ημερών. Η απόφαση του Δ.Σ του Πε.Σ.Υ κοινοποιείται στον Πρόεδρο του ιατρικού τμήματος του οικείου ΑΕΙ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄.

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Άρθρο 11

Ιατροί Ε.Σ.Υ

9. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται, ένα για κάθε ειδικότητα, Συμβούλια Κρίσης και Αξιολόγησης Διευθυντών ιατρών ΕΣΥ.

Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)

Με την σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) γίνεται ένα σημαντικό βήμα στη λειτουργία της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, έτσι ώστε να εναρμονίζεται με τα διεθνή πρότυπα και να ακολουθεί παράλληλη πορεία με τις διοικήσεις άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Το ζητούμενο της "διοικητικής σύγκλισης", σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η αποτελεσματικότητα και η διασφάλιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και η εξάλειψη της διαφθοράς στους τομείς υγείας και πρόνοιας.

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας είναι νεοσύστατος θεσμός που υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και

Πρόνοιας. Ιδρύθηκε με το Ν. 2920/2001 τεύχος Α΄ ΦΕΚ 131/27.6.2001 και άρχισε να λειτουργεί στις 16/09/2002.

Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Εντολή δίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, τον Συνήγορο του Πολίτη ή τον Γενικό Επιθεωρητή του ΣΕΥΥΠ, (αυτεπάγγελτη δράση). Η αρμοδιότητα του ΣΕΥΥΠ εκτείνεται σε όλη την ελληνική επικράτεια.

Σκοπός του ΣΕΥΥΠ είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών και φορέων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών φορέων, η αποδοτικότητα των υπηρετούντων, η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και ιδίως των αιτίων κακής λειτουργίας, κακής διοίκησης και διαχείρισης και υψηλού κόστους λειτουργίας ή άλλων παραγόντων που μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών. Επίσης κύριος και βασικός σκοπός είναι η προστασία της υγείας και της παρουσίας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Ασκεί έλεγχο προληπτικό και κατασταλτικό, σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Το ΣΕΥΥΠ διαρθρώνεται οργανωτικά ως ακολούθως:

- α. Τομέας Υγειονομικού - Φαρμακευτικού Ελέγχου
- β. Τομέας Διοικητικού - Οικονομικού Ελέγχου
- γ. Τομέας Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας
- δ. Μονάδα Διοικητικής Υποστήριξης
- ε. Περιφερειακά Γραφεία (το μόνο Περιφ. Γραφείο που λειτουργεί σήμερα, είναι το Περιφ. Γραφείο Μακεδονίας και Θράκης, με έδρα την πόλη της Θεσσαλονίκης).

Οι έλεγχοι έχουν αρχίσει και αυτή την στιγμή 125 Επιθεωρητές και Βοηθοί Επιθεωρητές σε όλη την ελληνική επικράτεια έχουν ξεκινήσει το ελεγκτικό τους έργο σε φορείς υγείας και πρόνοιας. Η ελεγκτική παρέμβαση του συνιστώμενου Σώματος προβλέπεται να είναι ουσιαστική.

Ο νέος ελεγκτικός μηχανισμός έχει ως ευρύτερο στόχο την αξιολόγηση της δραστηριότητας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας ως προς την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποτίμηση του παραγόμενου έργου. Ο ρόλος του Σώματος είναι να καταγράφει παθογόνα αίτια, να διατυπώνει τα προβλήματα και να εισηγείται πρόσφορες και κυρίως βιώσιμες λύσεις για την αντιμετώπισή τους. Επομένως, βασικός στόχος τους Σώματος είναι να καταστεί συμμετέχων και συντελεστής αλλαγής στην προσπάθεια για την αναδόμηση του συστήματος υγείας και πρόνοιας και την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

Υγειονομική Διάταξη για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών Υγείας κτλ.

Το Υπουργείο μας, αναπτύσσοντας ολοκληρωμένη αντικαπνιστική πολιτική με στόχους:

- α) την πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος, κυρίως από τους νέους,
- β) τη διακοπή του καπνίσματος από του καπνιστές,
- γ) τη μείωση του παθητικού καπνίσματος και
- δ) τη δημιουργία υποστηρικτικού αντικαπνιστικού περιβάλλοντος που θα συμβάλλει με συμπεριφορές και στάσεις που προάγουν τη Δημόσια Υγεία μέσα από τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, εξέδωσε την υπ. αριθμ. Υ1/Γ.Π./ οίκ. 76017 Υγειονομική Διάταξη «Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες

παροχής υπηρεσιών Υγείας», η οποία δημοσιεύτηκε στο Φ.Ε.Κ. 1001/1-8-2002, τεύχος Β'.

Σκοπός της παραπάνω υγειονομικής διάταξης είναι η λήψη μέτρων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τις επιπτώσεις του καπνού των τσιγάρων.

Συγκεκριμένα:

1. Με τις διατάξεις της παραγράφου Ι -α απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κλπ), καθώς επίσης και σε χώρους εργασίας ιδιωτικών φορέων, αλλά και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων κλπ).

Με τη διάταξη αυτή οι υπεύθυνοι φορείς υποχρεούνται από 1/10/02 να διαμορφώσουν ειδικούς χώρους (καπνιστήρια), όπου θα μεταβαίνουν οι καπνιστές για να καπνίσουν. Οι χώροι αυτοί το εμβαδόν των οποίων θα είναι ανάλογο με την δυναμικότητα της υπηρεσίας θα πρέπει να εξαερίζονται επαρκώς με φυσικό ή τεχνητό τρόπο. Εξυπακούεται ότι η δημιουργία των χώρων αυτών και η προσέλευση των καπνιστών σε αυτούς δεν θα εμποδίζει την απρόσκοπτη λειτουργία της υπηρεσίας.

2. Με τις διατάξεις της παραγράφου Ι -β απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλες τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως τα Νοσοκομεία, Ιδιωτικές Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Δημοτικά Ιατρεία, Ιατρεία Ν.Π.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ., Ιδιωτικά Ιατρεία, Οδοντιατρεία, Φαρμακεία και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ., καθώς και σε οποιονδήποτε άλλο χώρο όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας.

Οι υπεύθυνοι φορείς από 1/10/02 υποχρεούνται να διαμορφώσουν ειδικούς χώρους (καπνιστήρια), όπου θα μεταβαίνουν οι καπνιστές για να καπνίσουν. Οι χώροι αυτοί το εμβαδόν των οποίων θα είναι ανάλογο με την

δυναμικότητα του Νοσοκομείου, Κλινικής κτλ, θα πρέπει να εξαερίζονται επαρκώς με φυσικό ή τεχνητό τρόπο. Η δημιουργία των χώρων αυτών και η προσέλευση των καπνιστών σε αυτούς δεν θα παρεμποδίζει την απρόσκοπτη λειτουργία των μονάδων υγείας κλπ που προβλέπονται στην παραπάνω παράγραφο της υγειονομικής διάταξης.

3. Με τις διατάξεις της παραγράφου I –γ απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους χώρους όπου παρέχεται εκπαίδευση, τα σχολεία όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης (δημόσια ή ιδιωτικά) και τα Φροντιστήρια.

Με τις διατάξεις της παραγράφου I –δ απαγορεύεται το κάπνισμα στα νηπιαγωγεία, τους παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς και παιδότοπους.

Οι υπεύθυνοι φορείς, των παραπάνω χώρων θα διαμορφώσουν ανάλογα με τις ανάγκες τους μικρό χώρο (καπνιστήριο), μόνο για το προσωπικό που επιθυμεί να καπνίσει.

Οι υπεύθυνοι των χώρων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα διαμορφώσουν ανάλογα με τις ανάγκες ειδικό χώρο (καπνιστήριο), για τους εργαζόμενους καπνιστές και φοιτητές. Οι χώροι αυτοί (καπνιστήρια) θα λειτουργούν χωρίς να παρεμποδίζουν την ουσιαστική λειτουργία στην υπηρεσία.

4. Με τις διατάξεις της παραγράφου II απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς, όπως τα λεωφορεία (ΚΤΕΛ, Αστικά, Τουριστικά, Σχολικά κ.λ.), τα τρένα, (Ο.Σ.Ε., ΜΕΤΡΟ, ΗΣΑΠ.), τα πλοία εσωτερικών γραμμών, στα οποία, αν είναι εφικτό, πρέπει να διαμορφωθούν ειδικοί χώροι – καπνιστήρια – ανά όροφο, και στα ΤΑΞΙ. Στα τρένα του Ο.Σ.Ε. το κάπνισμα επιτρέπεται στα κυλικεία.

5. Τέλος με τις διατάξεις της παραγράφου III, της εν λόγω υγειονομικής διάταξης, απαγορεύεται το κάπνισμα στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος κατά την έννοια των διατάξεων της Α1β/8577/83 Υγειονομικής

διάταξης, με εξαίρεση τα αμιγή Μπαρ και τα αμιγή παραδοσιακά καφενεία και τα Κέντρα Διασκέδασης του άρθρου 41.

Οριοθέτηση του Ιδιωτικού Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Με τα Π.Δ/τα 235/2000 (ΦΕΚ Α 199) και 84/2001 (ΦΕΚ Α 70) ουσιαστικά οριοθετείται ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας ο οποίος παρέμενε αρρυθμιστος επί σειρά ετών, με σοβαρές επιπτώσεις σε όλο το σύστημα υγείας.

Με το Π.Δ/μα 235/2000 τίθενται οι αναγκαίοι κανόνες για τον εκσυγχρονισμό των παλαιών ιδιωτικών κλινικών οι οποίες λειτουργούσαν πριν από την έναρξη της ισχύος των Π.Δ.247/1991 και 517/1991, με βάση τα οποία ιδρύονται και λειτουργούν οι νέες κλινικές.

Με το Π.Δ/μα 84/2001 τερματίζεται η άναρχη και ανεξέλεγκτη ίδρυση ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που λειτουργούσαν με επίφαση νομιμότητας και κύριο στόχο το εμπορικό κέρδος. Αναγνωρίζεται το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και από ιδιωτικούς φορείς, σύμφωνα με την αρχή της ελεύθερης επιλογής ιατρού.

Βασικός στόχος, όμως, του Π.Δ/τος είναι η προστασία του πολίτη και γενικότερα του δημοσίου συμφέροντος από τη διαπιστωμένη ισχυρή ροπή προς εμπορία των ιατρικών υπηρεσιών, που συνεπάγεται πολλαπλές παραβιάσεις των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας, χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και την αυξημένη πλασματική ζήτηση των εξειδικευμένων κυρίως εξετάσεων, που διογκώνουν, χωρίς λόγο, τα ελλείμματα των ασφαλιστικών φορέων. Με το Π.Δ/μα επιβάλλεται η προσωπική άσκηση της ιατρικής και διαφυλάσσεται η επιστημονική και επαγγελματική ανεξαρτησία του ιατρού χωρίς ταυτόχρονα να περιορίζεται αδικαιολόγητα η ανάπτυξη της ελεύθερης οικονομικής δράσης του.

Υπηρεσίες τηλεϊατρικής Ε.Σ.Υ.

Στα πλαίσια του Νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας βρίσκεται σε λειτουργία Πρόγραμμα Τηλεϊατρικής, χρηματοδοτούμενο από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, το οποίο συνδέει μικρά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία με το κέντρο αναφοράς του προγράμματος εγκατεστημένο στο Π.Γ.Ν. Αττικής "Σισμανόγλειο".

Σκοπός του Προγράμματος είναι η συστηματική υποστήριξη και αναβάθμιση των παρεχόμενων από τις υγειονομικές αυτές μονάδες υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας με την μεταφορά, μέσω των συστημάτων Τηλεϊατρικής, εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. Επίσης η υποστήριξη σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής, αγωγής υγείας και εκπαίδευσης υγειονομικών στελεχών σε παραμεθόριες και νησιωτικές κυρίως περιοχές. Στην παρούσα φάση το δίκτυο Τηλεϊατρικής του ΕΣΥ αποτελείται από 40 Περιφερειακές Μονάδες Τηλεϊατρικής που συνδέονται με το Π.Γ.Ν. Αττικής "Σισμανόγλειο".

Δικαιώματα ασθενών

Τα δικαιώματα των ασθενών ή ευρύτερα των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, είναι ένα θέμα που όπως είναι γνωστό βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων των σύγχρονων κοινωνιών τα τελευταία χρόνια. Βεβαίως απασχολούσε όλες τις κοινωνίες από αρχαιοτάτων χρόνων, εκφραζόταν όμως με έμμεσο τρόπο, κυρίως μέσα από τον καθορισμό των υποχρεώσεων των γιατρών. Ο όρκος του Ιπποκράτη θεωρείται το πρώτο ιστορικό κείμενο που προστατεύει έστω και έμμεσα τα δικαιώματα αυτά με την αναφορά στο ιατρικό απόρρητο.

Περισσότερη έμφαση στο θέμα δόθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν οι κυβερνήσεις και οι πολίτες έδωσαν ιδιαίτερο βάρος στον τομέα των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Όμως μόλις το 1973 γίνεται το πρώτο σημαντικό βήμα, κατ' αρχήν στις Η.Π.Α , όπου κάτω από την έντονη πίεση των κινημάτων για τα δικαιώματα των ασθενών, η Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση ψηφίζει τον "Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς" και ακολουθεί η Ευρώπη με πρώτη τη Γαλλία το 1974 με το "Χάρτη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών". Την ίδια χρονιά (1974), η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψηφίζει τον "Ευρωπαϊκό χάρτη για τα δικαιώματα των Ασθενών".

Η χώρα μας το 1992 διατυπώνει σε Νόμο (2071/ άρθρο 47) "τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς" και είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που ψήφισε τέτοια διάταξη σε Νόμο. (Την ίδια χρονιά απέκτησε σχετικό Νόμο και η Ιρλανδία, αλλά η εφαρμογή του άρχισε ένα χρόνο μετά).

Επειδή όμως στην πράξη οι διατάξεις του άρθρου αυτού δε λειτούργησαν ουσιαστικά, το 1997 με το Νόμο 2519 καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και αρχίζει η προώθηση και διάδοση του θεσμού. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας :

- α) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου και
- β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Δύο χρόνια μετά, με το Νόμο 2716/99, συνίσταται και η "Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές" και το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Παράλληλα δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο: α) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και β) Επιτροπή

Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη. Τέλος το 1998 (Ν.2619), κυρώθηκε από τη Βουλή η " Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική".

Ν. 2071 ΦΕΚ 123/92

τ.αΆρθρο 47

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το Δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής

εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.

Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Θεσμοί προστασίας αδύναμων κοινωνικά ομάδων

Ο τομέας της Πρόνοιας επικεντρώνεται σε πέντε κεντρικούς άξονες:

1. Την οικογένεια και το παιδί
2. Τα ηλικιωμένα άτομα
3. Τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
4. Τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού

5. Τον εθελοντισμό

Παιδί και οικογένεια

Τα θέματα των παιδιών αποτελούν προτεραιότητα για την Κυβέρνηση και την κοινωνία. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου προβλέπεται μια ενιαία πολιτική. Χρειάζεται να ενισχυθεί ο τομέας της πρόληψης, ειδικά στα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών και να δημιουργηθεί μια περισσότερο παιδοκεντρική κοινωνία. Παράλληλα, η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης κάθε οικογένειας (όχι μόνο με οικονομικούς όρους), και η εναρμόνιση της οικογενειακής με την εργασιακή ζωή αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την υγιή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών.

Ηλικιωμένοι

Βασική μας αρχή είναι η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης των ηλικιωμένων, η παραμονή τους στο οικείο περιβάλλον και η υποστήριξή τους με συγκεκριμένα προγράμματα ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Παράλληλα στόχος είναι η ποιοτική αναβάθμιση των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων και των ιδρυμάτων κλειστής φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα.

Άτομα με ειδικές ανάγκες

Για τα άτομα με ειδικές ανάγκες οι παρεμβάσεις έχουν κύριο στόχο την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αποκατάσταση, την αξιοπρεπή παραμονή ένταξη και στήριξη στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, την ένταξη στην αγορά εργασίας είτε με την εξασφάλιση θέσεων εργασίας είτε με την ένταξη σε εναλλακτικές μορφές απασχόλησης (προστατευμένη εργασία – κοινωνικοί συνεταιρισμοί)

Επιχειρείται τέλος ο πλήρης μετασχηματισμός των ιδρυμάτων κλειστής φροντίδας σε σύγχρονες δομές αποκατάστασης με παράλληλες ενέργειες αποϊδρυματισμού για τα άτομα που περιθάλπονται σ' αυτά.

Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού

Αναπτύσσονται ειδικές υπηρεσίες με κύριο στόχο την εξασφάλιση προϋποθέσεων για την ισότιμη ένταξη και συμμετοχή ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στην κοινωνικοοικονομική ζωή. Οι δράσεις έχουν κύρια προληπτικό χαρακτήρα και έγκαιρης αντιμετώπισης προβλημάτων που προκύπτουν.

Ειδικότερα για τους Έλληνες Τσιγγάνους έχει σχεδιαστεί:

Η δημιουργία 14 Κέντρων ιατροκοινωνικής φροντίδας με στόχο την προάσπιση - προαγωγή της υγείας και την κοινωνική ενσωμάτωση των

Ελλήνων Τσιγγάνων. (Θεσσαλονίκη, Θήβα, Μεσολόγγι, Αγρίνιο, Καρδίτσα, Γαστούνη, Διδυμότειχο, Αλικαρνασός, Μεσσήνη, Τρίπολη, Μενεμένη, Πάτρα, Σοφάδες, Σπάρτη) Θα παρέχεται επίσης συμβουλευτική υποστήριξη και πληροφόρηση σε θέματα Νομικά, Εργασιακά, πολιτογράφησης, Εκπαίδευσης.

Στη Θεσσαλονίκη (στρατόπεδο Γκόνου) έχει ξεκινήσει η λειτουργία του Κέντρου.

Η επέκταση των προγραμμάτων εμβολιασμού που υλοποιούνται ήδη από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας.

Η έκδοση και διακίνηση έντυπου υλικού για την Ιστορία την γλώσσα τον πολιτισμό την κουλτούρα και την προσφορά των Ελλήνων Τσιγγάνων στην Ελληνική Κοινωνία.

Εθελοντισμός

Σήμερα οι αλληπάλληλες εξελικτικές αλλαγές και οι ανισότητες που προκαλούν αλλάζουν ριζικά τα δεδομένα και επιβάλλουν νέες πολιτικές στο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Παλαιότερα κάναμε λόγο για φιλανθρωπία, σήμερα μιλάμε για κοινωνική αλληλεγγύη, για το ρόλο και την προσφορά των εθελοντών και των εθελοντικών οργανώσεων. Οι πολίτες εγκαταλείποντας τη θέση του θεατή συμμετέχουν πλέον ως ενεργά κύτταρα της κοινωνίας, δραστηριοποιούνται, παρέχοντας βοήθεια στο συνάνθρωπό τους, περνώντας από την ατομικότητα στη συλλογικότητα προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Βασική συνιστώσα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι η αξιοποίηση του εθελοντισμού και των μη Κυβερνητικών οργανώσεων.

Ειδικότερα :

Ιδρύεται Παρατηρητήριο Εθελοντικών Δράσεων.

Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανεξάρτητο τμήμα Ανάπτυξης εθελοντισμού, με αρμοδιότητες το σχεδιασμό, προώθηση και υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων, εξέταση σχεδίων, χρηματοδότηση. Αναλαμβάνονται άμεσα πρωτοβουλίες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με άλλα Υπουργεία.

Συστήνεται Ομάδα Διοίκησης Έργου με σκοπό το συντονισμό δράσεων για την ανάπτυξη του εθελοντισμού σε εθνικό επίπεδο

Καθορίζονται ηθικά κίνητρα, για φυσικά ή νομικά πρόσωπα για να ενθαρρυνθεί, ενισχυθεί και διευκολυνθεί η εθελοντική συμμετοχή.

Δημιουργείται Μητρώο εθελοντικών οργανώσεων

Προσδιορίζονται οι αρχές και οι κατευθύνσεις μας για τον εθελοντισμό με τη παράλληλη δημιουργία μηχανισμού στήριξης και αξιολόγησης

Αναπτύσσονται προγράμματα κατάρτισης εθελοντών με σκοπό την διασφάλιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

Καταρτίζονται προγράμματα ευαισθητοποίησης του πληθυσμού για συμμετοχή σε εθελοντικές δράσεις.

Ένας φορέας ο οποίος συμβάλλει σημαντικά στην εφαρμογή της κοινωνικής προνοιακής πολιτικής, είναι το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας.

Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας

Όπως προβλέπει ο Ν. 2646/98, συστήθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας ως συμβουλευτικό και γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και συμμετέχουν σ' αυτό εκπρόσωποι Υπουργείων, κοινωνικών, επιστημονικών, συνδικαλιστικών φορέων.

Σκοπός του Συμβουλίου είναι :

α. Η προώθηση του δημόσιου διαλόγου για βασικά ζητήματα κοινωνικής φροντίδας.

β. Η εισήγηση μέτρων και ενεργειών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από τους φορείς κοινωνικής φροντίδας.

γ. Ο ορθολογικός συντονισμός των σχετικών δράσεων και η τεκμηρίωσή τους.

δ. Η ανάπτυξη ερευνητικών προγραμμάτων .

Στο πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας έχουν συσταθεί :

α. Επιτροπές για την εκπόνηση μελέτης ειδικών προγραμμάτων (για ηλικιωμένα άτομα, για άτομα με ειδικές ανάγκες, για την οικογένεια και το παιδί και τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες).

β. Ειδική επιτροπή για την κατάρτιση κριτηρίων πιστοποίησης των φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Ε. ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΤΩΝ ΘΕΣΜΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διοικητική Μεταρρύθμιση

Συγκροτήθηκαν 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) που λειτουργούν από τον Σεπτέμβριο του 2001, ώστε σε κάθε περιφέρεια να λειτουργεί ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στα Νοσοκομεία καταργήθηκε το μέχρι σήμερα σύστημα διοίκησης με την τοποθέτηση για πρώτη φορά 128 Διοικητών – Μάνατζερ, οι οποίοι επελέγησαν με τεχνοκρατικά κριτήρια.

Καθιερώθηκε η ολοήμερη λειτουργία των Νοσοκομείων και ήδη λειτουργούν σε 90 Νοσοκομεία της χώρας τα απογευματινά ιατρεία, ένας καινούργιος θεσμός ο οποίος βρήκε μεγάλη απήχηση στους πολίτες καθώς ήδη πάνω από 25.000 προσέφυγαν σε αυτά τα ιατρεία.

Καθιερώθηκαν ενιαίες σχέσεις εργασίας για όλους τους γιατρούς που εργάζονται στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Καθιερώθηκε ο νέος θεσμός των Εθνικών Κριτών για την επιλογή και αξιολόγηση των διευθυντών ιατρών του ΕΣΥ και για πρώτη φορά καθιερώθηκε και σύστημα αξιολόγησης όλων των γιατρών του ΕΣΥ.

Καθιερώθηκε ο νέος θεσμός των Επικουρικών Ιατρών. Ήδη έχουν διορισθεί πάνω από 70, καλύπτοντας έτσι νησιωτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

Καθιερώθηκε για πρώτη φορά Σώμα Επιθεωρητών-Ελεγκτών Υπηρεσιών Υγείας –Πρόνοιας, που η λειτουργία του αρχίζει τον Ιούνιο.

Άλλαξε ο Νόμος για τις Προμήθειες των Νοσοκομείων με στόχο τον περιορισμό της σπατάλης και της αδιαφάνειας.

Εκδόθηκαν τα Προεδρικά Διατάγματα για τον εκσυγχρονισμό λειτουργίας Ιδιωτικών Κλινικών και Διαγνωστικών Κέντρων του Ιδιωτικού Τομέα.

Προωθείται η κατάρτιση του Υγειονομικού Χάρτη Υγείας – Πρόνοιας με πρώτες εφαρμογές τον Ιούνιο και ολοκλήρωση στο τέλος του 2002.

Σταδιακά επεκτείνεται το ΕΚΑΒ σε όλη την Ελλάδα και προχωρά ο εξοπλισμός του με επιπλέον αεροπλάνα και ελικόπτερα, καθώς και με 116 ασθενοφόρα και κινητές μονάδες.

Οργανώνονται στα μεγάλα Νοσοκομεία της χώρας αυτοτελή τμήματα Επαιγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) με έναρξη λειτουργίας μέχρι το τέλος του 2002.

Οργανώνονται Γραφεία Υποδοχής Ασθενών στα Νοσοκομεία για την καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη.

Αναλαμβάνουν υπηρεσία –μετά την ολοκλήρωση του περσινού διαγωνισμού του ΑΣΕΠ- περίπου 2.500 Νοσηλευτικό Προσωπικό και ολοκληρώνονται οι διαδικασίες πρόσληψης περίπου 2.500 Παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού. Επίσης, τον τελευταίο χρόνο προσελήφθησαν 350 Γιατροί του ΕΣΥ διαφόρων ειδικοτήτων σε Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της χώρας.

Προωθείται πρόγραμμα του ιατρικού εξοπλισμού των Νοσοκομείων με τοποθέτηση επιπλέον Αξονικών, Μαγνητικών Τομογράφων, Αγγειογράφων κτλ.

Προστέθηκαν 43 νέες κλίνες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και οι κλίνες στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού αυξήθηκαν σε 827. Στόχος είναι να υπάρχει Μονάδα Τεχνητού Νεφρού σε κάθε Νοσοκομείο, ώστε να μην μετακινούνται οι ασθενείς.

Προκηρύσσεται το επόμενο διάστημα το Ενιαίο Λογιστικό και Διπλογραφικό Σχέδιο με χρονικό ορίζοντα εφαρμογής το 2003.

Εγκρίθηκε το Επιχειρησιακό Σχέδιο «Κοινωνία της Πληροφορίας στην Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006 και καταρτίστηκαν 17 Ειδικά Επιχειρησιακά Προγράμματα των ΠεΣΥ για εισαγωγή συστημάτων πληροφορικής στα Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κτλ.

Κτιριακή Αναβάθμιση Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας

Ήδη είναι εγκατεστημένες εργολαβίες σε 16 Μεγάλα Νοσοκομεία της Αθήνας και Θεσσαλονίκης για την αναβάθμιση των κτιριακών υποδομών και λειτουργίας τους, προκειμένου να βελτιωθεί η σημερινή εικόνα τους.

Ολοκληρώθηκε η α΄ φάση παρέμβασης στο Γ.Ν. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» και εντός του θέρους θα ολοκληρωθούν παρεμβάσεις στο Γ.Ν. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Γ.Ν. «ΚΑΤ», Γ.Ν. Βούλας «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ», Γ.Ν. «Η ΕΛΠΙΣ» Γ.Ν. «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ», Γ.Ν. «ΤΖΑΝΕΙΟ», Γ.Ν. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» κ.α.

Παραδίδονται τους επόμενους μήνες και θα τεθούν σε λειτουργία εντός του έτους τα Νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Σερρών, Γρεβενών, Άργους, Θήβας, Πύργου και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Δυτικών Προαστίων.

Το 2001 παραδόθηκαν και λειτουργούν τα νέα Νοσοκομεία Ρόδου, Χανίων και Καλαμάτας, ενώ ολοκληρώθηκαν και λειτουργούν οι επεκτάσεις των Νοσοκομείων Λήμνου, Μυτιλήνης, Ικαρίας, Ηρακλείου (Βενιζέλειο) και Κορίνθου.

Παράλληλα, βρίσκονται σε εξέλιξη και θα παραδοθούν το 2002-3 οι επεκτάσεις στα Νοσοκομεία Ρεθύμνου, Αγίου Νικολάου, Θριασίου, Αγ. Παύλου Θεσσαλονίκης, Φιλατών, Πρέβεζας, Βέροιας κ.α.

Έχει δημοπρατηθεί η κατασκευή των νέων Νοσοκομείων Αγίων Αναργύρων και Βόλου και δημοπρατούνται ενός του θέρους τα Νοσοκομεία Κατερίνης, Κέρκυρας, Τρικάλων, Αργινίου, Χαλκίδας, Ζακύνθου, Καβάλας κτλ.

Σε διαδικασία δημοπράτησης και κατασκευής βρίσκονται επεκτάσεις και άλλες παρεμβάσεις σε όλα τα Νοσοκομεία της χώρας.

Ολοκληρώνεται εντός του θέρους η ανέγερση 2 υπερσύγχρονων Μονάδων, του Κέντρου Επεξεργασίας Αίματος στους Θρακομακεδόνες και του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (ΚΕΔΥ) στη Βάρη.

Βρίσκονται σε εξέλιξη Προγράμματα Κτιριακής Αναβάθμισης Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων, ενώ έχουν ήδη δημοπρατηθεί νέα Κέντρα Υγείας όπως η ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ του Ολυμπιακού Χωριού στους Θρακομακεδόνες, Κέντρα Υγείας στα Καλύβια Αττικής και στην οδό Φράγκων στη Θεσσαλονίκη. Εντός του έτους δημοπρατούνται το Κέντρο Υγείας Ελληνικού, το Κέντρο Υγείας στο Περιστέρι, στον Εύοσμο Θεσσαλονίκης, στην Καλλικράτεια Χαλκιδικής κτλ.

Ψυχική Υγεία

Στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, από το Νοέμβριο του 1999 έως σήμερα έχουν αναπτυχθεί 55 νέες Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης για την αποασυλοποίηση 700 ασθενών σε όλη την Ελλάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Ξενώνας της Πρέβεζας απέσπασε το πρώτο βραβείο σε όλη την Ευρώπη.

Από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, έχουν αναπτυχθεί ακόμη 10 Ξενώνες, 5 Οικοτροφεία και 10 διαμερίσματα για τη διαμονή 205 ασθενών.

Συνολικά, σήμερα διαβιούν σε 97 Ξενώνες, Διαμερίσματα και Οικοτροφεία 1400 περίπου ασθενείς.

Το Πρόγραμμα αποασυλοποίησης θα έχει ολοκληρωθεί στις 30-9-2002.

Ναρκωτικά

Καταρτίστηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά και συζητείται στη Διακομματική Επιτροπή της Βουλής.

Έχουν δημιουργηθεί 12 Κέντρα Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών σε διάφορες πόλεις της χώρας.

Το 2001 δημιουργήθηκαν 1 Κέντρο Βοήθειας στη Θεσσαλονίκη, 4 Μονάδες Υποκατάστασης και Απεξάρτησης, (2 στην Αθήνα, 1 στη Θεσσαλονίκη και 1 στον Πειραιά), και 3 Μονάδες Εφήβων σε Λάρισα, Ρέθυμνο και Θεσσαλονίκη, ενώ προγραμματίζονται αντίστοιχες δομές σε όλη την Ελλάδα.

Από τον Απρίλιο του 2000, έχουν ενεργοποιηθεί ειδικά προγράμματα για Εξαρτημένες Μητέρες, Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης, Πιλοτικός-Συμβουλευτικός Σταθμός Εφήβων κτλ.

V. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκριτική μέτρηση επιπέδου υγείας – Δείκτες Υγείας

Σε μια προσπάθεια εκτίμησης της συνολικής εξέλιξης του επιπέδου υγείας των τριών υπό μελέτη ευρωπαϊκών χωρών, θα παραθέσω τρεις βασικούς δείκτες και θα κάνω μια διαχρονική σύγκριση για κάθε χώρα ξεχωριστά καθώς και την μεταξύ τους σύγκριση.

Οι δείκτες οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν είναι το προσδόκιμο επιβίωσης, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας και το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της κάθε χώρας.

Τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται προκύπτουν από επίσημη έρευνα που διενέργησε ο ΟΟΣΑ για την υγεία και παρουσιάζονται στους ΠΙΝΑΚΕΣ I, II, III.. Συμπερασματικά λοιπόν έχουμε:

Ελλάδα

Σύμφωνα με τους δείκτες φαίνεται ότι η Ελλάδα πραγματοποιεί μία πρόοδο όσον αφορά τα θέματα υγείας. Οι βασικοί δείκτες δείχνουν να βελτιώνονται και το επίπεδο υπηρεσιών υγείας να αναβαθμίζεται. Συγκεκριμένα το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνει συνεχώς και για τα δύο φύλα κατά τη διάρκεια των ετών. Συγκριτικά το 1970 για παράδειγμα ήταν 73,8 έτη για γυναίκες και 70,1 για άνδρες και το 1998 έφθασε να είναι 80,6 για γυναίκες και 75,5 για άνδρες, περίπου έξι χρόνια επιπλέον κατά μέσο όρο, ζωής. Αυτό σημαίνει ότι έχει βελτιωθεί το επίπεδο διαβίωσης στο οποίο φυσικά έχει συμβάλει όχι μόνο η σωστή πολιτική υγείας αλλά και η ανάπτυξη της

τεχνολογίας και η ανακάλυψη νέων θεραπειών, νέων πιο αποδοτικών φαρμάκων καθώς και ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής.

Εντυπωσιακή είναι επίσης και η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας από 40,1 % το 1960 σε μόλις 6,1% το 2000. Αυτό οφείλεται σαφώς στην εξάπλωση των υπηρεσιών υγείας σε όλη την ελληνική περιφέρεια και την διευκόλυνση της πρόσβασης σε αυτές όλων των μελλοντικών μητέρων για προληπτικούς ελέγχους καθώς επίσης και η προμήθεια των κλινικών με τον απαραίτητο τεχνικό εξοπλισμό για μία επιτυχή διεξαγωγή μιας γέννας χωρίς επιπλοκές για τη μητέρα και το βρέφος.

Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι βλέπουμε κάποια διαφορά. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ παρουσιάζουν μια στασιμότητα όλη τη δεκαετία του 90' και κυμαίνονται μεταξύ 4,6 – 4,7% του ΑΕΠ.

Σουηδία

Το προσδόκιμο όριο ηλικίας παρουσιάζει αρκετή άνοδο και για το έτος 2000 είναι 82 έτη για τις γυναίκες και 77,4 έτη για τους άνδρες. Όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα η Σουηδία δεν είχε ποτέ ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό, παρόλα αυτά έχει καταφέρει να τη φθάσει στο ελάχιστο ποσοστό του 3,4 %.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία παρουσιάζουν μία τάση μικρής μείωσης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι έως τώρα έχει καταφέρει ως χώρα να δημιουργήσει ένα τέλειο εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο δε χρειάζεται παρά μόνο μια συντήρηση γι' αυτό και τα ποσοστά να μικραίνουν.

Συμπερασματικά όμως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι σαφώς το εθνικό σύστημα υγείας της Σουηδίας έχει παρουσιάσει βελτίωση και έχει σχεδόν αγγίζει το τέλειο.

Ηνωμένο Βασίλειο

Όπως και στις δύο άλλες χώρες έτσι και στο Ηνωμένο Βασίλειο το προσδόκιμο ηλικίας έχει αυξηθεί και ήταν το έτος 1999, 79,8 έτη για γυναίκες και 75 έτη για άνδρες. Αντίστοιχα το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας παρουσιάζει μείωση και το έτος 2000 ήταν 5,6% . Τέλος οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία τείνουν να αυξάνονται τα τελευταία χρόνια.

Όλοι οι δείκτες δείχνουν μια βελτίωση του επιπέδου υγείας και επομένως το νέο NHS συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη της χώρας.

Συμπερασματικά και για τις τρεις χώρες θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρώτη ιεραρχικά είναι η Σουηδία όσον αφορά τους δείκτες υγείας, ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο και τέλος έρχεται η Ελλάδα. Δεν είναι κάτι μη αναμενόμενο αφού η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν μακρότερη ιστορία στα θέματα υγείας και ξεκίνησαν πολύ νωρίτερα να χτίζουν ένα ισχυρό εθνικό σύστημα υγείας.

Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι όλες οι χώρες παρουσιάζουν βελτίωση και έτσι μ' αυτό τον τρόπο συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάπτυξη της χώρας τους. Το πώς ακριβώς επιτυγχάνεται αυτό θα το αναλύσουμε ευθύς αμέσως.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Προσδόκιμο Επιβίωσης σε έτη

	1960		1970		1980		1985		1990		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες	Γυναίκες	Ανδρες
Australia	73,9	67,9	74,2	67,4	78,1	71	78,8	72,4	80,1	73,9	80,8	75	81,1	81,5	75,6	75,6	81,5	76,2	81,8	76,2	82	76,6
Austria	71,9	65,4	73,4	66,5	76,1	69	77,3	70,4	78,9	72,3	80,1	73,5	80,2	80,9	74,3	74,3	80,9	74,7	80,9	75,1	81,2	75,4
Belgium	73,5	67,7	74,2	67,8	76,8	70	78	71,1	79,4	72,7	80,2	73,4	80,5	80,5	74,3	74,3	80,5	74,3	80,8	74,4	80,8	74,4
Canada					78,9	71,7	79,9	73,1	80,8	74,4	81,1	75,1	81,2	81,2	75,8	75,8	81,5	76	81,7	76,3	81,7	76,3
Czech Republic	73,4	67,9	73	66,1	73,9	66,8	74,7	67,5	75,4	67,6	76,6	72,7	77,3	78,8	70,5	70,5	78,1	71,1	74,2	74,2	79	71,7
Denmark	74,4	70,4	75,9	70,7	77,3	71,2	77,5	71,5	77,7	72	77,8	72,8	78,2	73,6	73,6	73,9	73,5	73,5	73,8	75	73,8	73,8
Finland	72,5	65,5	75	66,5	77,6	69,2	78,7	70,1	78,9	70,9	80,2	73,9	82,1	74,6	74,6	74,8	82,4	74,8	75	75	74,7	75
France	73,6	67	75,9	68,4	78,4	70,2	79,4	71,3	81	72,7	79,7	73,3	79,9	74	74	80,6	74,5	80,7	74,7	74,7	80,7	74,7
Germany	72,4	66,9	73,6	67,2	76,1	69,6	78,1	71,5	78,4	72	79,7	73,3	79,9	73,6	73,6	74	80,6	74,5	80,7	74,7	80,7	74,7
ΕΛΛΑΔΑ	72,4	67,3	73,8	70,1	76,8	72,2	78,4	73,5	79,5	74,6	80,3	75	80,4	80,6	75,6	75,6	80,6	75,5	75,1	66,3	75,6	67,1
Hungary	70,1	65,9	72,1	66,3	72,7	65,5	73,1	65,1	73,7	65,1	74,5	65,3	74,7	74,7	66,4	66,4	75,2	66,1	81,4	77,5	81,4	77,6
Iceland	75	70,7	77,3	71,2	79,7	73,7	80,2	74,7	80,3	75,7	80,6	76,5	80,6	76,2	76,4	73,4	79,1	77	79,1	73,9	79,1	73,9
Ireland	71,9	68,1	73,5	68,8	75,6	70,1	76,7	71	77,6	72,1	78,4	72,9	78,6	73,1	73,1	75,3	79,1	73,5	79,1	73,9	79,1	73,9
Italy	70,2	65,3	74,7	69,3	76,8	70,6	78,4	72	80	73,5	81	74,6	81,3	75	75,3	84	84	77,2	84	77,1	84	77,6
Japan	53,7	51,1	73,4	67,1	75,9	69,1	72,8	64,5	78,5	72,3	80,2	73	79,9	73,3	70,6	70,6	80,5	73,7	79,2	74,7	71,7	73,1
Korea	72,2	66,5	73,4	67,1	75,9	69,1	77,9	70,6	74	68,8	75,9	71,3	76,3	71,7	72,4	72,4	77	72,4	77,3	72,8	77,6	73,1
Luxembourg	59,5	56,2	63,6	59,7	70	64	72,4	67	74	74	75,9	71,3	76,3	71,7	72	77	77	72,4	77,3	72,8	77,6	75,5
Mexico	75,4	71,5	76,5	70,8	79,2	72,5	79,7	73,1	80,1	73,8	80,4	74,6	80,4	80,7	75,2	75,2	80,7	75,2	80,5	75,3	80,6	75,5
Netherlands	73,9	68,7	74,6	68,3	76,3	70	77,3	71	78,3	72,4	79,5	74,2	79,6	80,4	74,9	74,9	80,4	75,2	80,8	75,7	80,8	76
New Zealand	75,8	71,3	77,3	71	79,2	72,3	79,4	72,6	79,8	73,4	80,8	74,8	81,1	81,3	75,4	75,4	81,3	75,5	81,1	75,6	81,4	76
Norway	70,6	64,9	73,3	66,6	74,4	66	74,8	66,5	75,5	66,5	76,4	67,6	76,6	68,1	68,5	68,5	77,3	68,9	77,5	68,8	78	69,7
Poland	66,8	61,2	70,9	64,2	75,2	67,7	76,4	69,4	77,4	70,4	78,6	71,2	78,6	71,6	71,6	78,9	71,7	76,7	77	69	77,2	69,1
Slovak Republic	72,2	67,4	72,9	66,7	74,3	66,8	74,7	68,9	75,4	66,6	76,3	68,4	76,8	68,9	68,9	68,9	76,7	74,8	82,4	74,9	69	77,2
Portugal	72,2	67,4	74,8	69,2	78,6	72,5	79,6	73,1	80,4	73,3	81,5	74,3	81,7	74,4	74,9	74,9	82,2	74,8	82,4	74,9	77	82
Spain	74,9	71,2	77,1	72,2	78,8	72,8	79,7	73,8	80,4	74,8	81,3	76,5	81,5	76,5	76,5	76,5	82,4	76,3	81,9	76,8	82	77,4
ΣΟΥΗΔΙΑ	74,5	68,7	76,9	70,7	79,6	72,8	80,1	73,4	80,7	75,3	81,7	75,3	82	75,9	76,3	76,3	82,4	76,3	82,5	76,8	82,5	66,2
Switzerland	50,3	46,3	56,3	52	60,3	55,8	64,3	59,8	68,3	63,8	69,8	65,2	70	65,2	65,2	70,3	70,5	65,9	70,7	66,1	70,9	66,2
Turkey	73,7	67,9	75	68,7	76,2	70,2	77,6	71,7	78,5	72,9	79,2	74	79,5	74,3	74,7	79,7	75,7	74,8	79,8	73,8	75	75
ΗΚΙΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	73,1	66,6	74,7	67,1	77,4	70	78,2	71,1	78,8	71,8	78,9	72,5	79,1	73,1	73,6	73,6	79,5	73,8	79,4	73,8	79,4	73,8
United States	73,1	66,6	74,7	67,1	77,4	70	78,2	71,1	78,8	71,8	78,9	72,5	79,1	73,1	73,6	73,6	79,5	73,8	79,4	73,8	79,4	73,8

Πηγή: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΟΟΣΑ 2002 4η εκδ.

ΠΙΝΑΚΑΣ II

Βρεφική Θνησιμότητα- Θάνατοι βρεφών ανά 1 000 γεννήσεις

	1960	1970	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Australia	20,2	17,9	10,7	9,9	8,2	7,1	7	6,1	5,9	5,7	5,8	5,3	5	5,7	5,2
Austria	37,5	25,9	14,3	11,2	7,8	7,5	7,5	6,5	6,3	5,4	5,1	4,7	4,9	4,4	4,8
Belgium	31,2	21,1	12,1	9,8	8	8,4	9,6	8	7,6	6,1	5,6	6,1	5,6	4,9	5,2
Canada	27,3	18,8	10,4	8	6,8	6,4	6,3	6,8	6,3	6	5,6	5,5	5,3	5,3	
Czech Republic	20	20,2	16,9	12,5	10,8	10,4	9,9	8,5	7,9	7,7	6	5,9	5,2	4,6	4,1
Denmark	21,5	14,2	8,4	7,9	7,5	7,3	6,6	5,4	5,5	5,1	5,6	5,2	4,7	4,2	5,3
Finland	21	13,2	7,6	6,3	5,6	5,9	5,2	4,4	4,6	4	3,9	3,9	4,1	3,7	3,8
France	27,5	18,2	10	8,3	7,3	7,3	6,8	6,5	5,9	4,9	4,8	4,7	4,6	4,3	4,5
Germany	35	22,5	12,4	9,1	7	6,9	6,2	5,8	5,6	5,3	5	4,9	4,7	4,5	4,4
ΕΛΛΑΔΑ	40,1	29,6	17,9	14,1	9,7	9	8,4	8,5	7,9	8,1	7,2	6,4	6,7	6,2	6,1
Hungary	47,6	35,9	23,2	20,4	14,8	15,6	14,1	12,5	11,5	10,7	10,9	9,9	9,7	8,4	9,2
Iceland	13	13,2	7,7	5,7	5,9	5,5	4,8	4,8	3,4	6,1	3,7	5,5	6,2	2,4	3
Ireland	29,3	19,5	11,1	8,8	8,2	7,6	6,5	6,1	5,7	6,3	6	6,1	6,2	5,5	5,9
Italy	43,9	29,6	14,6	10,5	8,2	8,1	7,9	7,1	6,6	6,2	6,2	5,6	5,4	5,1	5,9
Japan	30,7	13,1	7,5	5,5	4,6	4,4	4,5	4,3	4,2	4,3	3,8	3,7	3,6	3,4	3,2
Korea		45		13		10		9,9			7,7				
Luxembourg	31,5	24,9	11,5	9	7,3	9,2	8,5	6	5,3	5,5	4,9	4,2	5	4,6	5,1
Mexico		79	53	39,8	36,6	34,1	33,2	32,3	31,4	30,5	29,3	28,1	26,9	25,9	24,9
Netherlands	17,9	12,7	8,6	8	7,1	6,5	6,3	6,3	5,6	5,5	5,7	5	5,2	5,2	5,1
New Zealand	22,6	16,7	13	10,9	8,4	8,4	7,3	7,3	7,2	6,7	7,3	6,8	5,4		
Norway	18,9	12,7	8,1	8,5	7	6,4	5,9	5,1	5,2	4,1	4,1	4,1	4	3,9	3,8
Poland	54,8	36,7	25,5	22	19,3	18,2	17,3	16,1	15,1	13,6	12,2	10,2	9,5	8,9	8,1
Portugal	77,5	55,5	24,3	17,8	11	10,8	9,3	8,7	8,1	7,5	6,9	6,4	6	5,6	5,5
Slovak Republic	28,6	25,7	20,9	16,3	12	13,2	12,6	10,6	11,2	11	10,2	8,7	8,8	8,3	8,6
Spain	43,7	28,1	12,3	8,9	7,6	7,2	7,1	6,7	6	5,5	5,5	5	4,9	4,5	4,6
ΣΟΥΗΔΙΑ	16,6	11	6,9	6,8	6	6,2	5,3	4,8	4,4	4,1	4	3,6	3,5	3,4	3,4
Switzerland	21,1	15,1	9,1	6,9	6,8	6,2	6,4	5,6	5,1	5	4,7	4,8	4,8	4,6	4,9
Turkey	189,5	145	117,5	88	57,6	54,6	51,9	53	47,3	45,6	44	42,4	42,7	40,3	39,7
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	22,5	18,5	12,1	9,4	7,9	7,4	6,6	6,3	6,2	6,2	6,1	5,9	5,7	5,8	5,6
United States	26	20	12,6	10,6	9,2	8,9	8,5	8,4	8	7,6	7,3	7,2	7,2	7,1	

Πηγή: ΣΤΟΧΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΟΟΣΑ 2002 4η εκδ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ																
Δημόσια Δαπάνη για την Υγεία επί % ΑΕΠ																
	1960	1970	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Australia	2,2		4,4	5,3	5,2	5,4	5,4	5,4	5,4	5,5	5,5	5,7	5,9	6	6	
Austria	3	3,3	5,2	5	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6	
Belgium										6	6,4	6	6	6,2	6,2	
Canada	2,3	4,9	5,4	6,2	6,7	7,2	7,4	7,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,8
Czech Republic					4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6	
Denmark			8	7,4	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,8	6,9
Finland	2,1	4,1	5	5,6	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5	
France					6,6	6,7	7	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2	
Germany	3,2	4,6	6,9	7,2	6,7	7,7	7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	8	
ΕΛΛΑΔΑ		2,6	3,7		4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	
Hungary					6,4	6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1	
Iceland	2,5	4	5,4	6,2	6,8	7	6,9	6,9	6,8	6,9	6,8	6,7	7	7,4	7,5	
Ireland	2,8	4,2	6,8	5,8	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1	
Italy					6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,1
Japan	1,8	3,1	4,6	4,7	4,6	4,7	4,8	5,1	5,3	5,5	5,6	5,7	5,5	5,8	5,9	
Korea				1,1	1,7	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,9	2,1	2,4	2,4	2,6	
Luxembourg		3,2	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6	5,6	
Mexico					1,8	2,2	2,6	2,5	2,6	2,3	2,2	2,3	2,6	2,6	2,5	
Netherlands			5,2	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5	
New Zealand		4,1	5,2	4,5	5,7	6,1	5,9	5,5	5,6	5,6	5,5	5,8	6,1	6,1	6,2	6,3
Norway	2,3	4	5,9	5,7	6,4	6,9	7	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	7,3	7,5	6,7	
Poland					4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2	
Portugal		1,6	3,6	3,3	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8	
Slovak Republic																
Spain	0,9	2,3	4,3	4,4	5,2	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,6	5,4	5,4	5,4	
ΣΟΥΗΔΙΑ	3,3	6	8,4	7,9	7,6	7,4	7,5	7,4	7	6,9	7,1	6,8	6,6	6,6	6	
Switzerland	2,4	3,3	4,8	5,1	5,7	6,1	6,5	6,7	6,8	6,8	5,7	5,7	5,8	5,9	6	
Turkey		0,9	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3,3	3,9	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	
United States	1,2	2,5	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	
Πηγή: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΟΟΣΑ 2002 4η εκδ.																

Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξη

Αρκετές μελέτες μέχρι σήμερα σε διεθνές επίπεδο έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της ανάπτυξης μιας χώρας και του επιπέδου των προσφερόμενων σε αυτήν υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί πλέον κοινό συμπέρασμα ότι μεταξύ υγείας και ανάπτυξης υπάρχει μια σχέση αμφίδρομης αλληλεξάρτησης. Η περιφερειακή ανάπτυξη συμβάλλει στην υγεία του πληθυσμού επηρεάζοντας το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην καλύτερη κατανομή των πόρων. Ταυτόχρονα όμως η περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας συμβάλλοντας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, προωθεί το στόχο της περιφερειακής ανάπτυξης.

Ο όρος περιφερειακή ανάπτυξη είναι ισχυρότερος από τον απλό όρο «ανάπτυξη». Είναι η διαδικασία με την οποία επιδιώκεται η καθολική ανάπτυξη, οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική, όλων των περιφερειών μιας χώρας ή μιας ευρύτερης γεωγραφικής ενότητας¹. Το περιεχόμενο της περιφερειακής ανάπτυξης το συναποτελούν όλα εκείνα τα στοιχεία που συγκροτούν την ανάπτυξη και την ισομερή και ισόρροπη κατανομή της στο χώρο. Αυτά είναι η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και η ευημερία των ατόμων, η δικαιότερη διανομή του κοινωνικού προϊόντος, η εξάλειψη της φτώχειας, της στέρησης και συνακόλουθα του αναλφαριθμητισμού, των λοιμωδών ασθενειών και των πρώιμων θανάτων, η πλήρης απασχόληση, η συγκράτηση του πληθυσμού στις περιφέρειες, η προστασία του φυσικού και οικολογικού περιβάλλοντος, η κοινωνική προστασία και η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποκέντρωση και συμμετοχή μεγαλύτερων ομάδων στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με πολιτικές, οικονομικές ή κοινωνικές επιλογές.

¹ Βλ. και ΚΟΝΣΟΛΑΣ Ι.ΝΙΚ., «Περιφερειακή οικονομική πολιτική», Αθήνα 1985.

Επομένως η έννοια της συνολικής ανάπτυξης δεν είναι ένα απλό ζήτημα μεγέθυνσης του εθνικού προϊόντος (οικονομική ανάπτυξη) , αλλά μια πολύπλευρη διαδικασία που σχετίζεται με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ'επέκταση της κοινωνικής ευημερίας των ατόμων σε περιφερειακό-τοπικό επίπεδο.

Το πόσο αποδοτικό είναι το θεμικό πλαίσιο λειτουργίας ενός εθνικού συστήματος υγείας μιας χώρας φαίνεται από το πόσο καλές υπηρεσίες υγείας παρέχει στους πολίτες ή όχι και αν τα αποτελέσματα λειτουργίας του συμβάλλουν στους στόχους της ανάπτυξης. Η απόδοση αυτή μπορεί να μετρηθεί μέσω των δεικτών που αναλύσαμε παραπάνω. Αυτό που μένει να δούμε είναι πως συνδέονται αυτοί οι δείκτες με την ανάπτυξη της χώρας.

Αυτό που παρατηρήσαμε και στις τρεις υπό μελέτη χώρες είναι ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας συνεχώς μειώνεται. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό αν σκεφτούμε το πολύ σημαντικό πρόβλημα της υπογεννητικότητας, το οποίο αντιμετωπίζουν όλες οι ανεπτυγμένες κυρίως χώρες. Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σημαίνει βελτίωση του δημογραφικού προβλήματος. Όλες οι χώρες της Ένωσης θα καταλήξουν σε χώρες γερόντων αν δεν αυξήσουν τις γεννήσεις υγιών βρεφών. Καθόλου επιθυμητή εξέλιξη εφόσον αυτό θα σημαίνει μείωση του εργατικού δυναμικού το οποίο θα δουλεύει ουσιαστικά για να συντηρεί την τρίτη ηλικία. Μεγάλο πλήγμα και για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που θα αυξηθούν τα έξοδα τους για περίθαλψη των ηλικιωμένων ενώ οι εισφορές προς αυτούς θα μειώνονται. Επομένως η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σημαίνει μικρή άμβλυνση του δημογραφικού προβλήματος.

Η αύξηση του προσδόκιμου ορίου επιβίωσης, σημαίνει ότι υπάρχει ευημερία και η χώρα ευδοκιμεί. Το επίπεδο διαβίωσης είναι υψηλό και οι παρεχόμενες στους πολίτες υπηρεσίες βελτιώνονται με αποτέλεσμα την παροχή μια καλής ποιότητας ζωής που οδηγεί σε μακροζωία. Εξάλλου αυτός είναι και ένας από τους βασικούς στόχους της ανάπτυξης, η βελτίωση του βιοτικού

επιπέδου και της ευημερίας. Όταν επομένως έχουμε ένα σωστά θεσμοθετημένο σύστημα υγείας που παρέχει στους πολίτες εξελιγμένες μορφές πρόληψης και τρόπους θεραπείας ασθενειών, τότε μπορούμε να μιλάμε για ένα αποδοτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που οδηγεί σε ανώτερα επίπεδα υγείας τους πολίτες. Καλύτερη υγεία λοιπόν, μεγαλύτερη ευημερία του πολίτη και ποιότητα ζωής, άρα ανάπτυξη.

Και όπως όλα τα πράγματα, έτσι και η υπηρεσία της υγείας, έχει την οικονομική της πλευρά. Ολόκληρος κλάδος μάλιστα της οικονομικής επιστήμης, τα οικονομικά της υγείας, ασχολείται με θέματα όπως η χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας, η διαχείριση των πόρων της υγείας κ.α. Ένας τέτοιος δείκτης μέτρησης της απόδοσης της λειτουργίας της δημόσιας υγείας είναι και η δημόσια δαπάνη για την υγεία ως επί τις εκατό ποσοστό του ΑΕΠ. Ένα υψηλό ποσοστό σημαίνει νέα έργα για την υγεία, βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης, κτιριακή αναβάθμιση χώρων νοσηλείας, μετεκπαίδευση ιατρών, υποδομές και εξάπλωση της περίθαλψης στην περιφέρεια, προγράμματα πρόληψης ασθενειών, ανακάλυψη νέων μεθόδων θεραπείας κ.λ. Αυτά όλα μόνο με υψηλά κονδύλια για την υγεία μπορούν να πραγματοποιηθούν. Στις χώρες που εξετάζουμε παρατηρούμε μια στασιμότητα ή μικρή αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ, που δεν είναι ανησυχητικό αφού οι χώρες αυτές παρουσιάζουν ετήσια αύξηση το ΑΕΠ τους. Όλα τα παραπάνω λοιπόν έχουν θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη.

Καταρχάς δημιουργούνται νέα νοσοκομεία σε όλη τη χώρα, αυτό εξάλλου είναι και στόχος της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας που πρεσβεύουν και οι τρεις χώρες, με αποτέλεσμα τη συγκράτηση του πληθυσμού στην περιφέρεια και την αποφυγή επιπλέον συνοστισμού πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα. Σημαντικό σημείο ειδικά σε μια περίοδο που όλες οι περιφέρειες κινδυνεύουν με μαρασμό. Δίνει δηλαδή ένα κίνητρο παραμονής του πληθυσμού στην επαρχία και άμβλυνσης του δημογραφικού προβλήματος.

Με την εξάπλωση επίσης του δικτύου νοσοκομείων και κέντρων υγείας, γίνεται πιο εύκολη η πρόσβαση του πολίτη σε αυτά. Αυτό σημαίνει μείωση του χρόνου πρόσβασης εκεί, περιορισμός της απώλειας χρόνου εργασίας για να επισκεφθεί ο εργαζόμενος το γιατρό και επομένως εξοικονόμηση εργατοωρών. Πράγμα πολύ σημαντικό για την οικονομία.

Γενικότερα ο θεσμός της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας και της υιοθέτησης περιφερειακών συστημάτων διοίκησης στην υγεία, συνέβαλε θετικά στην ανάπτυξη των χωρών. Ένα αποκεντρωμένο σύστημα είναι πιο ευέλικτο, λιγότερο γραφειοκρατικό και με συνοπτικές διαδικασίες εντοπίζονται οι όποιες ανάγκες του πληθυσμού και άμεσα σχεδιάζονται και εφαρμόζονται μέτρα κάλυψής τους. Έτσι έχουμε αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος και καλύτερη υγεία για τον πολίτη άρα και καλύτερη διαβίωση, ευημερία δηλαδή ανάπτυξη.

Συμπεράσματα

Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην πορεία του μέχρι σήμερα παρουσιάζει οργανωτικά, λειτουργικά, οικονομικά και διοικητικά προβλήματα, τα οποία από μόνα τους, αλλά και σε συνδυασμό μεταξύ τους, δημιουργούν συνθήκες αποσυντονισμού από το στόχο που είναι η άμεση και αποτελεσματική του προσερχόμενου στις υπηρεσίες υγείας πολίτη. Όλα αυτά με τη σειρά τους, δημιουργούν ψηλό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας που θα πρέπει να καλυφθεί από πηγές χρηματοδότησης που δεν επαρκούν.

Αποτέλεσμα αυτής της οργανωτικής δομής και λειτουργίας είναι η υποχρέωση των νοσοκομειακών μονάδων, η αδυναμία του ασφαλιστικού συστήματος να ελέγξει τις δημιουργούμενες δαπάνες και ακόμη περισσότερο

να μπορεί να ανταποκριθεί στην πληρωμή τους. Το κράτος, ως ο κύριος χρηματοδότης των υπηρεσιών υγείας καλείται να καλύψει τα παρουσιαζόμενα ελλείμματα τόσο των μονάδων παροχής υπηρεσιών όσο και τα ελλείμματα των ασφαλιστικών οργανισμών.

Παρά το γεγονός ότι το 1996 το κράτος ανέλαβε την πληρωμή όλων των χρεών τα οποία ανέρχονταν σε 200 δις δρχ., μέσα σε χρονικό διάστημα 3 ετών τα ελλείμματα έφθασαν τα 350 δις δρχ. και χρειάστηκε και πάλι η παρέμβαση του κράτους για τη ρύθμιση των χρεών προς τους προμηθευτές.

Η κύριες αιτίες που οδήγησαν στην εκ νέου υπερχρέωση του συστήματος είναι: η έλλειψη βασικού στρατηγικού σχεδιασμού και επιμέρους επιχειρησιακών σχεδίων, η αναποτελεσματική διαχείριση των εισροών, η μειωμένη σε σχέση με τις δυνατότητες παραγωγικότητα, η χαμηλή τιμολογιακή πολιτική, οι ελλείψεις σε πληροφοριακά μέσα και σύγχρονα συστήματα οικονομικής διαχείρισης, η οργανωτική δομή, που προκαλούσε συγχύσεις στο επίπεδο λήψης απόφασης, η έλλειψη στελεχών για την εφαρμογή σύγχρονων αρχών διοίκησης, ο σαφής διαχωρισμός προσφοράς και ζήτησης.

Παράλληλα η ικανοποίηση των πολιτών προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες ευρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τόσο ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και ως προς τις διαδικασίες προσέγγισης αυτών.

Παρουσιάζεται το φαινόμενο στη χώρας μας, οι πολίτες να έχουν εμπιστοσύνη τον ιατρό που στις περισσότερες φορές έχει υποδειχθεί από τρίτους, συνήθως μη ιατρούς, και όχι προς το νοσοκομείο, που εργάζεται ο συγκεκριμένος ιατρός. Την κατάσταση αυτή, δηλαδή την ανάπτυξη εμπιστοσύνης του πολίτη προς το σύστημα δεν κατάφεραν να βελτιώσουν οι μέχρι σήμερα εφαρμογές και διαδικασίες.

Η χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας από τα δημόσια νοσοκομεία γίνεται μερικώς, με αποτέλεσμα τους υψηλούς χρόνους αναμονής, που αναγκάζουν τους πολίτες στην πραγματοποίηση των αναγκαίων εξετάσεων στον ιδιωτικό

τομέα. Αυτό μαζί με την κατευθυνόμενη ζήτηση δημιουργεί μια «αιμορραγία» σημαντικών πόρων και αυξάνει το κόστος της λειτουργίας του δημοσίου τομέα υγείας.

Με τις διατάξεις του Ν.2889/2001, που αποτελεί το πρώτο από μια σειρά νομοθετημάτων που έχουν εξαγγελθεί, επιχειρείται η εισαγωγή σύγχρονης διοίκησης υπηρεσιών υγείας, που συμπεριλαμβάνει στόχους αποδοτικότητας, μέτρα συγκράτησης του κόστους, ανακατανομή των ανθρώπινων πόρων, ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης, εφαρμογές ποιοτικού ελέγχου και γενικά όλες εκείνες τις εφαρμογές, που θα δημιουργήσουν ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό για τον πολίτη σύστημα υγείας.

Η διοικητική αναδιοργάνωση του ΕΣΥ με τη δημιουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ) υποδηλώνει μια τάση αποκέντρωσης της διοίκησης της υγείας προς την περιφέρεια¹, είναι όμως ακόμη πολύ νωρίς να μπορέσουμε να διεξάγουμε συμπεράσματα αν και αποτελεί ένα καλό πρώτο βήμα.

Τα προβλήματα όμως στην ελληνική ύπαιθρο παραμένουν και καθημερινά ταλαιπωρούν τους πολίτες. Η ελληνική περιφέρεια έχει το χαρακτηριστικό να αποτελείται από πολλά νησιά και άγονες ορεινές περιοχές. Η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού (το 50% του πληθυσμού είναι συγκεντρωμένο στην Αττική) σε συνδυασμό με τη διαμόρφωση του εδάφους της δυσχεραίνει κατά πολύ την ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Ένα βασικό βήμα για την πρόοδο στον τομέα της υγείας είναι η άρση της απομόνωσης των νησιωτικών περιοχών. Θα πρέπει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας να αυξήσει το στόλο του με ελικόπτερα που να μεταφέρουν ασθενείς, άρτια εξοπλισμένα με ιατρικό προσωπικό και τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό. Ακόμη θα πρέπει το ΕΚΑΒ να εξαπλώσει το δίκτυο του σε ολόκληρη την ελληνική περιφέρεια και τα νοσοκομεία να

¹ Βλ. και ΒΛΑΣΣΗΣ Ι, «Περιφερειακή οργάνωση και δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας» στο ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ, τ25/2001, σ.8 επόμε.

προμηθευτούν περισσότερα ασθενοφόρα, πάντα εξοπλισμό με ιατρό και σωστό εξοπλισμό.

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ είναι η ύπαρξη έτοιμων (κτιριακά) νοσοκομείων στην ελληνική περιφέρεια χωρίς όμως να υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό που θα το λειτουργήσει. Και όλα αυτά οφείλονται στη γραφειοκρατία που διακατέχει το σύστημα προσλήψεων του ελληνικού δημοσίου. Θα πρέπει επομένως να απλοποιηθούν οι μηχανισμοί πρόσληψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και να επιτραπούν οι μετακινήσεις σε όποιο νοσοκομείο έχει ανάγκη από κάποια ειδικότητα ιατρού.

Βασικό στοιχείο επίσης είναι η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Θα πρέπει κατά την άποψη μου να υπάρχουν ιατρεία εικοσιτετράωρης λειτουργίας τα οποία θα παρέχουν πρώτες βοήθειες σε περιπτώσεις μικροτραυματισμών, περιστατικών γρίπης ή οποιασδήποτε άλλης μορφής ασθενειών οι οποίες δε χρήζουν νοσηλείας. Έτσι θα αποσυμφορευθούν τα μεγάλα νοσοκομεία και θα αντιμετωπίζουν μόνο μεγάλα και σοβαρά περιστατικά.

Τέλος, ένας από τους βασικούς στόχους που πρέπει να σχεδιάσει και να επιτύχει ο πυλώνας της πληροφορικής¹ της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας είναι η οργάνωση διαδικασιών και η προσφορά υπηρεσιών στους επαγγελματίες υγείας, στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στους πολίτες, μέσω της συλλογής, ανάπτυξης, αξιοποίησης, συντήρησης, τυποποίησης, διασταύρωσης και διάχυσης επιστημονικής, διαχειριστικής και διοικητικού τύπου πληροφορίας.

Η εξυπηρέτηση του στόχου αυτού, απαιτεί την δημιουργία ενός έργου και αξιοποίηση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνίας (ΤΠΕ) με τη δημιουργία δικτυωμένων πληροφοριακών συστημάτων παροχής υπηρεσιών, τα οποία θα εξυπηρετούν κατά περίπτωση και κατά αντιστοιχία τα ασφαλιστικά ταμεία, τους επαγγελματίες υγείας, τους εμπλεκόμενους φορείς, θα

¹ Βλ. και ΒΛΑΣΣΗΣ Ι., ΤΕΛΩΝΗΣ Π., ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Γ., «Έλεγχος ποιότητας υπηρεσιών και μείωση δαπανών για τον δημόσιο χώρο της υγείας» στο ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ, τ29/2002, σ5 επόμ.

διευκολύνουν την εξυπηρέτηση των πολιτών και θα διαχέουν την επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση.

Το έργο αυτό αποτελεί έργο εθνικής ωφέλειας, διότι προσφέρει στον επαγγελματία υγείας και στον πολίτη πλήθος υπηρεσιών, τόσο ουσιαστικής πληροφόρησης όσο και οργάνωσης, απλοποίησης και επιτάγχυσης διαδικασιών, σε έναν από τους πλέον νευραλγικούς και θεμελιώδεις τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, την υγεία. Παράλληλα αποτελεί υποδομή βάσης παροχής υπηρεσιών και συνδετικό ή συμπληρωματικό κρίκο των πληροφοριακών συστημάτων για την υποστήριξη των Πε.Σ.Υ., των συστημάτων πληροφορικής υγείας στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και των πληροφοριακών συστημάτων παρακολούθησης και εποπτείας ανάμεσα στην αλληλεπίδραση των επαγγελματιών και των φορέων παροχών υπηρεσιών υγείας με τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Ειδικότερα οι παρεχόμενες υπηρεσίες και τα οφέλη που προκύπτουν από το έργο αυτό, συνοψίζονται στα παρακάτω:

Α) Συγκέντρωση, διάχυση και διαρκής επικαιροποίηση της επιστημονικής πληροφορίας γύρω από το χώρο των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και των νοσημάτων.

Β) Διευκόλυνση και επιτάγχυση των διοικητικών εργασιών και των ιατρικών πράξεων με τη βοήθεια της τυποποίησης και κωδικοποίησης όλων των παραγόντων που εμπλέκονται : πολίτες, ιατροί, φαρμακοποιοί, φορείς υγείας, φαρμακευτικά σκευάσματα, νοσήματα, διαγνώσεις, εξετάσεις.

Γ) Παρακολούθηση και έλεγχος των ιατρικών και διοικητικών συναλλαγών με άμεσα οφέλη την εξασφάλιση της ορθότητας των συνταγογραφήσεων, της ποιότητας των φαρμακευτικών σκευασμάτων και της συλλογής των ανεπιθύμητων ενεργειών των ιδιοσκευασμάτων.

Δ) Εξαγωγή στατιστικών στοιχείων, δεικτών και αποτελεσμάτων με άμεσα οφέλη τον εμπλουτισμό της ιατρικής εμπειρίας, την ενημέρωση του πολίτη σε

θέματα υγείας, τη συνεχή επαγρύπνηση και ευελιξία του κρατικού μηχανισμού ως προς την πορεία του εκάστοτε σχεδιασμού σε θέματα υγείας.

Σουηδία

Το τρέχον σουηδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι προϊόν μιας μακράς διαδικασίας καθ' όλη τη διάρκεια του εικοστού αιώνα. Η δομή του συστήματος έχει επηρεαστεί πάρα πολύ από τις κοινωνικές ιδέες στη Σουηδία μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Ένα σημαντικό συστατικό αυτού είναι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης που παραδοσιακά έχει θεωρηθεί σημαντικό μέρος της γενικής κοινωνικής πρόνοιας.

Βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η δικαιοσύνη στο σύστημα, δηλ. κάθε άτομο έχει δικαίωμα στην καλή υγεία και πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από το εισόδημα, φύλο, ηλικία, κ.λπ. Επιπλέον, έχει γίνει κατανοητό στους Σουηδούς ότι πρέπει όχι μόνο πρέπει να υπάρχει ίση πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες. Και η δικαιοσύνη και η ποιότητα είναι πολύ σημαντικά ζητήματα στην ανάπτυξη του σουηδικού προτύπου.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του σουηδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι είναι δημόσια χρηματοδοτούμενο, κυρίως μέσω των φορολογικών εσόδων νομαρχιακών συμβουλίων, και παρέχεται δημόσια, από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας που είναι κύρια και διοικούμενα από τα νομαρχιακά συμβούλια. Τα νομαρχιακά συμβούλια είναι ανεξάρτητες περιοχές και μέσω του νόμου υγειονομικής περίθαλψης του 1982, έχουν τη δεσμευτική νομικά υποχρέωση να σχεδιάζουν όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες. Αυτή η υποχρέωση, που συνδυάζεται νομικά με τη διαδοχική μεταφορά των ευθυνών υγειονομικής περίθαλψης από το κράτος στα νομαρχιακά συμβούλια, σημαίνει ότι το σουηδικό σύστημα είναι ένα μάλλον ώριμο αποκεντρωμένο σύστημα. Η διοικητική αποκεντρωση των ευθυνών επιπλέον έχει συνεχιστεί μέσα στα

νομαρχιακά συμβούλια, με συνέπεια οι τοπικές περιοχές να έχουν μάλλον ισχυρή δύναμη όσον αφορά τη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ένα παραδοσιακό χαρακτηριστικό γνώρισμα του συστήματος είναι ο περιφερειακός προγραμματισμός για την ιδιαίτερα εξειδικευμένη φροντίδα, και έτσι αποφεύγεται ο διπλασιασμός των υψηλών δαπανών.

Στη δεκαετία του '70, τη δεκαετία του '80 και ειδικότερα τη δεκαετία του '90, έγιναν διάφορες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μια αθροιστική ματιά των τριών δεκαετιών δείχνει ότι η δικαιοσύνη και η ποιότητα ήταν οι κυρίαρχοι καθοριστικοί παράγοντες των μεταρρυθμίσεων στις δεκαετίες αυτές.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν και κάποια αδύναμα σημεία τα οποία χρειάζονται βελτίωση. Οι αδυναμίες αυτές δεν έχουν να κάνουν με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς. Αυτό εξάλλου το αποδεικνύουν και οι δείκτες υγείας όπως τους αναλύσαμε παραπάνω. Είναι αδυναμίες που αναφέρονται κυρίως στο σύστημα διοίκησης του εθνικού συστήματος υγείας.

Αυτό που έχει έως τώρα διαπιστωθεί είναι προβλήματα συντονισμού ενεργειών μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων. Και είναι επόμενο αυτό που συμβαίνει διότι το εθνικό σύστημα υγείας είναι πλήρως αποκεντρωμένο, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι κάθε νομαρχιακό συμβούλιο ακολουθεί τη δική του πολιτική υγείας. Παρατηρείται δηλαδή μια διαφοροποίηση στο σύστημα διοίκησης μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων παρόλο που οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και οι τάσεις στην υγεία είναι ίδιες στο σύνολο της χώρας. Αυτό που προτείνω είναι η δημιουργία ενός κοινού θεσμικού πλαισίου που να συντονίζει τις ενέργειες μεταξύ όλων των νομαρχιακών συμβουλίων έτσι ένας νόμος ή οποιασδήποτε άλλη νομικού περιεχομένου απόφαση, να εφαρμόζεται συγχρόνως στο σύνολο της χώρας. Διότι θεωρώ ότι η ετεροχρονισμένη εφαρμογή τους σε κάποιες περιφέρειες δημιουργεί πρόβλημα και σύγχυση στους ασθενείς.

Ένα άλλο πρόβλημα που πρέπει να επιλυθεί είναι η δημιουργία μιας κοινής μακροπρόθεσμης πολιτικής υγείας και όχι αποσπασματικές νομοθετικές

πράξεις όταν και όποτε παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα που αφορά τον τομέα αυτό. Η όποια δηλαδή μεταρρύθμιση, να σχεδιάζεται και να συμπεριλαμβάνει όλες τις πλευρές της υγείας που είναι η καλή ποιότητα υπηρεσιών, η ίση πρόσβαση στις υγειονομικές αρχές από όλους τους πολίτες, ο υπολογισμός του κόστους.

Ηνωμένο Βασίλειο

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο Βασίλειο καθιερώθηκε περίπου πριν 50 χρόνια¹. Αρχικά σχεδιάστηκε να παρέχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας βάση της ανάγκης του κάθε ασθενούς και όχι βάση της οικονομικής του άνεσης να πληρώσει. Έτσι οι πλειοψηφία των υπηρεσιών υγείας παρέχονταν δωρεάν. Η χρηματοδότηση του NHS γίνονταν, και έως σήμερα εξακολουθεί να ισχύει, μέσω της κρατικής φορολογίας και όχι μέσω ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης όπως ισχύει στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

Μετά την εκλογή του εργατικού κόμματος στην κυβέρνηση, έγινε μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού του NHS όχι όμως αρκετά αποτελεσματική. Υπήρξε μια τάση συγκέντρωσης των διοικητικών αρμοδιοτήτων στην κεντρική εξουσία. Ο ρόλος της περιφέρειας πλέον είναι μόνο η εφαρμογή των διοικητικών αποφάσεων της κυβέρνησης και η μη συμμετοχή της σ' αυτές. Αυτό που χρειάζεται είναι μια αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων προς τις περιφέρειες. Όπως είναι γνωστό το Ηνωμένο Βασίλειο έχει αρκετά μεγάλη έκταση και πολλές ανομοιομορφίες στον πληθυσμό του καθώς αποτελείται από

¹ Βλ. JEWKES J. "The genesis of the British NHS", Blackwell, Oxford 1962

την Σκωτία, Ουαλία, Αγγλία και Ιρλανδία. Δεν είναι επομένως εφικτό να 'χεις αποτελεσματική διοίκηση με ένα κεντρικά κατευθυνόμενο σύστημα. Θα πρέπει κατά τη γνώμη μου η περιφέρεια να 'χει τις ευθύνες σχεδιασμού, παροχής, ελέγχου και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με την διακριτική επίβλεψη κάποιου κυβερνητικού οργάνου.

Άλλη, εξίσου σημαντική αντίφαση του NHS είναι ότι ναι μεν είναι κεντρικά διοικούμενο, δεν έχει όμως ένα λεπτομερές εθνικό σχέδιο προγραμματισμού υπηρεσιών υγείας στο σύνολο χώρας. Αυτό που μόλις τώρα μετά από 50 χρόνια λειτουργίας άρχισε η νέα κυβέρνηση να σκέφτεται, είναι η δημιουργία ενός εθνικού σχεδίου αξιολόγησης της απόδοσης του NHS και βάση αυτού μετά να διεξάγουν συμπεράσματα και να μπορέσουν να σχεδιάσουν ένα εθνικό σχέδιο δράσης για την υγεία.

Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα ενιαίο ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων. Θα πρέπει επομένως να υπάρξει ένας κανονισμός που να ορίζει έναν κοινό τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων καθώς και των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Να υπάρχουν κοινοί κανόνες που να εξασφαλίζουν ένα διαφανή τρόπο προμηθειών των νοσοκομείων, την ίση και δίκαιη παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες.

Τέλος, ένα αδύναμο κατά τη γνώμη μου σημείο του NHS το οποίο θέλει βελτίωση, είναι η μη ύπαρξη ελεγκτικών μηχανισμών που να εξασφαλίζουν την σωστή παροχή υπηρεσιών και εφαρμογή της πολιτικής υγείας. Πρόταση μου είναι η ίδρυση ανά περιφέρεια ενός θεσμικού οργάνου το οποίο θα μεριμνά για την σωστή εφαρμογή των κανόνων και την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας. Τα μέλη του να είναι διετούς θητείας και να ορίζονται από την κυβέρνηση από κοινού με την τοπική αυτοδιοίκηση έτσι ώστε να λειτουργούν αμερόληπτα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Κ.ΓΕ.: Περιφερειακή διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση. Τόμ.Β'. Αθήνα, 2000.

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Κ.ΓΕ.: Η ταυτότητα των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ, τ.26. Αθήνα 2001.

ΒΛΑΣΣΗΣ Ι.: Περιφερειακή οργάνωση και δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στο ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ, τ 25. Αθήνα 2001.

ΒΛΑΣΣΗΣ Ι., ΤΕΛΩΝΗΣ Π., ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.: Έλεγχος ποιότητας υπηρεσιών και μείωση δαπανών για τον δημόσιο χώρο της υγείας, στο ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ, τ.29.Αθήνα 2002.

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ, Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ, Νόμος 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και άλλες διατάξεις».

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ, Νόμος 2955 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις

ΚΟΝΣΟΛΑΣ Ι. ΝΙΚ.: Περιφερειακή οικονομική πολιτική. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα 1985.

- ΚΟΡΑΣΙΔΟΥ Μ.:** Υγεία και Υγειονομική πολιτική στη νεώτερη Ελλάδα. Αθήνα 2001.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ.:** Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο. Αθήνα 1995.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ.:** Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας-ΕΣΔΥ. Αθήνα 1994.
- ΝΙΑΚΑΣ Δ.:** Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας- ΕΣΔΥ. Αθήνα 1993.
- BOWLING A.:** Research methods in health. Open University Press. Buckingham- Philadelphia 1997.
- FIDLER D.P.:** International law and public health. Transnational Publishers, 2000.
- FOX M., McHALE J.:** Health care law. Sweet & Maxwell. London 1983.
- GOULD A.:** Conflict and control in welfare policy. Longman. London 1988.
- GUTENSCHWAGER G.A.:** Η πολιτική οικονομία της υγείας στη νεώτερη Ελλάδα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. Αθήνα 1989.
- HERTZMAN C., KEATING D.P.:** Developmental health and the wealth of nations. The Guilford Press. New York 1999.
- JEWKES J.:** The genesis of the British NHS. Blackwell. Oxford 1962.
- JONES R.M.:** The mental health act 1983. Sweet & Maxwell. London 1997.
- OECD OBSERVER:** OECD in figures. Statistics on the member countries, 2001.
- ROMBOLIS S.:** Sante et developpement. Paris 1981.
- STATISTICAL ABSTRAT OF SWEEDEN 1998.** Stockholm 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/ WHO:** Health care systems in transition – Greece. WHO regional office for Europe. Copenhagen 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO: Health care systems in transition – United Kingdom. WHO regional office for Europe. Copenhagen 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO: Health care systems in transition – Sweden. WHO regional office for Europe. Copenhagen 2001.

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις :

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΑΣ: <http://www.statistics.gr>

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ: <http://europa.eu.int>

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΔ. : <http://www.apapadopoulos.gr>

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ:

<http://www.oecd.org>

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: <http://www.mohaw.gr>