



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ  
«ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Μαστρογιάννη Χαριτωμένη**

**«Δαπάνες και χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας»**

Τριμελής Επιτροπή

Οικονόμου Χαράλαμπος (Επιβλέπων Καθηγητής)

Τσοτσωρός Ευστάθιος (Μέλος)

Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος(Μέλος)

Αθήνα, Δεκέμβριος 2014



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	<b>5</b>
<b>ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ</b>	<b>7</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	<b>10</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>11</b>
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ</u></b>	<b>13</b>
<b>Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΥ 19<sup>ου</sup> ΑΙΩΝΑ</b>	<b>13</b>
<b>ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.</b>	<b>21</b>
<b>Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>25</b>
<b>ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ. ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ ΤΟΥ 1990 ΚΑΙ ΤΟΥ 2000</b>	<b>28</b>
<b>ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΟΝΕΣ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ</b>	<b>33</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ</b>	<b>38</b>
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</u></b>	<b>41</b>
<b>2.1. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>41</b>
<b>2.2. Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ</b>	<b>44</b>
<b>2.3. ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΧΡΕΟΥΣ</b>	<b>48</b>
<b>2.4. Η ΣΥΡΡΙΚΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>52</b>

<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ</u></b>	<b>58</b>
<b>3.1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>58</b>
<b>3.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>62</b>
<b>ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΝΗΜΟΝΙΑ</b>	<b>77</b>
<b><u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u></b>	<b>79</b>
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b>	<b>84</b>
<b><u>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ</u></b>	<b>87</b>

## *Ευχαριστίες*

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εκπονήθηκε από την Χαριτωμένη Μαστρογιάννη, φοιτήτρια του Παντείου Πανεπιστημίου και του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Ελλάδας» 2012-2014.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Χαράλαμπο Οικονόμου για το αμείωτο ενδιαφέρον του και τη συμπαράσταση που έδειξε, την καθοδήγηση αλλά και την υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας διπλωματικής. Η βιβλιογραφία που τον αφορά αποδείχτηκε ιδιαίτερα σημαντική για την εν λόγω εργασία.

Ευχαριστώ τους κ.κ. Ευστάθιο Τσοτσόρο και Θεόδωρο Σακελλαρόπουλο, οι οποίοι δέχτηκαν να αποτελέσουν μέλη της τριμελούς επιτροπής παρακολούθησής μου. Ως καθηγητές μου από την προπτυχιακή χρονική περίοδο, γνώριζα εκ των προτέρων την ευαισθησία τους στην εκπαιδευτική προσπάθεια των φοιτητών τους.

Δεν θα πρέπει να παραληφθούν από τις ευχαριστίες αυτές οι προϊστάμενοι της υπηρεσίας μου που αγκάλιασαν το «εγχείρημα» να συνεχίσω τις σπουδές μου και που δίχως τη συμπαράστασή τους ίσως δεν τα κατάφερνα.

Τέλος, χωρίς να υστερεί η ευγνωμοσύνη μου, ευχαριστώ από καρδιάς τη Μαριάννα Μεταλλινού που χάρη στη βοήθειά της πραγματοποίησα ένα όνειρο ζωής, τον συμφοιτητή μου Στάθη που με στήριξε σαν αδελφή και βέβαια την οικογένειά μου, τον σύζυγό μου Ηλία, για τη συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση που έδειξε όλον αυτό τον καιρό και τα παιδιά μου Ελένη και Νίκο για την ανοχή τους.

## Συντομεύσεις

ΑΕΠ= Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΔΥΠΕ= Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας

ΔΝΤ= Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

ΕΕ= Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΓΣΣΕ= Εθνική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας

ΕΚΕΒΥΛ= Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών

ΕΟΠΥΥ= Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΟΦ= Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

ΕΣΥ= Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΣΥΕ = Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος

ΙΚΑ= Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΙΦΕΤ= Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας

ΚΕΠΕ= Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

ΚΕΣΥ= Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΝΔ= Νομοθετικό Διάταγμα

ΝΠΔΔ= Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

ΟΑΕΕ= Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών

ΟΓΑ= Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης

ΟΟΣΑ= Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΠΑΔ= Οργανισμός Περιθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΠΕΣΥ= Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας

ΠΕΣΥΠ= Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας

ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΠΠΥ= Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών

ΠΦΥ= Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΣΕΠ= Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών

ΣΛΥ= Συστήματα Λογαριασμών Υγείας

ΣΕΥΥΠ= Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας

ΤΕΒΕ= Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος

ΤΣΑ= Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών

ΤΣΑΥ= Ταμείο Συντάξεων και Αυτασφάλισης Υγειονομικών

Υ.ΠΕ= Υγειονομική Περιφέρεια

ΥΥ&ΚΑ= Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Commission= Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή

EMA= European Medicine Evaluation Agency (ευρωπαϊκός οργανισμός φαρμακευτικής αξιολόγησης)

EUROSTAT= Η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα αποτέλεσε πρωταρχικό μέλημα των κυβερνήσεων της από συστάσεως του κράτους. Εκκινώντας εκ βάθρων θα θεμελιώνεται κατά τις ανάγκες μέχρι τις αρχές του δεύτερου μισού του 19<sup>ου</sup> αιώνα, διάστημα που η φιλανθρωπική δραστηριότητα θα δραστηριοποιηθεί και θα στηρίζει την κρατική προσπάθεια.

Η απουσία συστηματικής προσπάθειας δημιουργίας υγειονομικού συστήματος, την οποία συμπλήρωναν οι προσφορές των ευεργετών θα συνεχιστεί και στις αρχές του επόμενου αιώνα, συνθήκη η οποία αμβλύθηκε μερικώς μέσωσειράς νομοθετημάτων και μέτρων. Την περίοδο αυτή θα τεθούν οι βάσεις για την ασφαλιστική προστασία στο Ελληνικό κράτος

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η συμφωνία Ελλάδας και ΗΠΑ το 1947 για παροχή βοήθειας θα αποτελέσει μια σημαντική προσπάθεια εκσυγχρονισμού των υγειονομικών δομών και υπηρεσιών.

Κορυφαία στιγμή για τη Δημόσια Υγεία στη χώρα θα αποτελέσει ο Ν. 1397/1983 με την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η Υγεία αναγνωρίζεται ως δημόσιο αγαθό και τελεί υπό την αντίληψη της ισότητας και της προσβασιμότητας κάθε πολίτη σε αυτή. Προβλήματα όμως όπως η απουσία σαφών αρχών χρηματοδότησης, ελέγχου των δαπανών, αύξηση της παραοικονομίας στην Υγεία και αδυναμία διοίκησης των οικονομικών του τομέα θα οδηγήσουν σε μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις τις δύο επόμενες δεκαετίες. Οι εναλλασσόμενες κυβερνήσεις, φιλελεύθερης ή σοσιαλιστικής ιδεολογίας θα επιφέρουν αλληλοαναιρούμενες αλλαγές και ο δημόσιος υγειονομικός τομέας θα κλυδωνίζεται στις πολιτικές αποφάσεις, μη αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα όπως η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών του.

Το 2010, όταν η Ελληνική οικονομία θα εισέλθει σε μια βαθειά δομική και πολύπλευρη κρίση, με κύρια χαρακτηριστικά το τεράστιο δημόσιο χρέος, το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα και τη συρρίκνωση του ΑΕΠ, ο υγειονομικός τομέας θα ακολουθήσει στις αναδιαρθρωτικές αλλαγές και εκεί σχεδόν θα αποδομηθεί, με το μισό σχεδόν του πληθυσμού να δηλώνει πως δεν έχει την αναγκαία έστω περίθαλψη.

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί θέμα ύψιστης σημασίας στη λειτουργία και συνέχεια κάθε κράτους. Οφείλει λοιπόν η χώρα να υλοποιήσει διαρθρωτικές αλλαγές, ακόμη και σαν μέρος επιβολής των μνημονίων, στο σημείο όμως που αυτές πραγματοποιούνται στο πνεύμα της ισότιμης και πλήρους δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες της για όλους τους Έλληνες πολίτες. Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα απαραίτητα πρέπει να επανακτήσει το ρόλο της αλλά και η λήψη μέτρων όπως η προστασία του άνεργου πληθυσμού, των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων, η χρηστή χρησιμοποίηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και η ανάληψη δράσεων που θα μειώσουν επιβαρυντικούς για την υγεία παράγοντες θα πρέπει να αποτελούν συνεχείς στόχους κάθε πολιτικής για την υγεία, ειδικότερα δε στο περιβάλλον μιας υφιστάμενης οικονομικής κρίσης.



## ABSTRACT

The Public Health in Greece was a primary concern of government since the establishment of the state. Starting fundamentally was established by according to the needs until the beginning of the second half of the 19th century, a period that the charity shall operate and support the state effort.

The lack of systematic effort for the creation of a health system, which was supplemented by the offerings of benefactors, will continue and in early next century that partially mitigated through a series of legislation and measures. This period will provide the basis for insurance protection in the Greek state.

After the Second World War, the agreement between Greece and the US in 1947 for assistance will be a major effort to modernize the health structures and services.

Highlight for Public Health in the country will be the L. 1397/1983 with the creation of the National Health System. Health is recognized as a public good and is under the concept of equality and accessibility of every citizen in this. But problems such as lack of clear funding authorities, expenditure control, growth of the shadow economy in Health, weakness administration of its financial sector will lead to reform interventions in the next two decades. The alternating governments of liberal or socialist ideology would lead to conflicting changes and the public health sector will wobble in political decisions, but shall not address the serious problems of quality, effectiveness and efficiency of its services.

In 2010, when the Greek economy will enter into a deep structural and multifaceted crisis, characterized mainly by a huge public debt, large fiscal deficit and GDP contraction and the health sector will follow on restructuring changes and there will almost be degraded, with almost half of the population saying that it does not even have the necessary care.

Public health is an issue of paramount importance in the operation and continuance of every state. So the country must Implement Structural changes, even as part of enforcing memoranda, at the point that they are made in the spirit of fair and full right of access to services for all Greek citizens. The Primary Health Care must necessarily regain its role and take measures such as protection of the unemployed population, small and medium enterprises, the proper use of medical technology and the actions that will reduce aggravating health factors should be continuous targets of any health policy, especially in the environment of the current economic crisis.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας διήλθε μέσα από πολλές δυσχέρειες μέχρι την σημερινή του μορφή και αρκετή βιβλιογραφία περιγράφει την εξέλιξη του τομέα της υγείας στην Ελλάδα από δημιουργίας του Ελληνικού κράτους, εντούτοις μη καταγεγραμμένη σε ενιαίο σύνολο.

Οι αλλαγές που επήλθαν με την τελευταία οικονομική ελληνική κρίση έδωσαν ακόμη ένα έναυσμα για την εκπόνηση της εργασίας αυτής. Η ελληνική κοινωνία βιώνοντας έως και τον παρόντα χρόνους επιπτώσεις της κρίσης χρέους προσπαθεί να ισορροπήσει στις ανακατατάξεις που υφίσταται, μεταξύ των οποίων και στο χώρο της υγείας.

Θεωρήθηκε λοιπόν σκόπιμο από τη γράφουσα να συλλεχθούν και να καταγραφούν οι προσπάθειες των ελληνικών κυβερνήσεων για την οικοδόμηση του υγειονομικού τομέα, προσπάθειες σχεδόν πάντα αναπτυσσόμενες σε δυσχερές οικονομικό περιβάλλον, καθώς και η χρηματοδότησή του, οι δαπάνες και τα προβλήματα που εμφανίστηκαν στην υλοποίηση ενός συστήματος υγείας ικανού να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ελληνικού πληθυσμού και οι παραγόμενες μεταρρυθμίσεις, όπως αυτές απαιτήθηκαν για την προσαρμογή στο οικονομικό και πολιτικό κάθε φορά περιβάλλον που αναπτύσσονταν.

Η υγεία στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα σε όλα τα στάδιά της. Η οργανωτική του δομή, η συνεργασία των τομέων της, η φειδωλή χρηματοδότησή της συνδυαστικά με τις συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες καθιστούν κοινή αίσθηση ότι η ισότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα και η αποδοτικότητά της δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των χρηστών της

Το μεγαλύτερο «όραμα» του ελληνικού τομέα υγείας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, και οι χρήστες του, υπομένουν τα τελευταία χρόνια την αποδόμησή του, βορά στις αδηφάγες αλλαγές μιας παραπαίουσας οικονομίας.

Έτσι, στα ακόλουθα τέσσερα κεφάλαια που διαρθρώνεται η παρούσα εργασία επιχειρείται μια σύνολη αποτύπωση της σύστασης της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα από την προεπαναστατική περίοδο, συνεχίζοντας στη δημιουργία του Ελληνικού κράτους το 1832 και μέχρι το 2013. Συγχρόνως καταγράφονται τα προβλήματα και οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν συν τω χρόνο.

Το 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρεται στη συγκρότηση της δημόσιας υγείας του νεοσύστατου ελληνικού κράτους. Η αναφορά αυτή καταταμείται στην δημόσια υγεία του 19<sup>ου</sup> αιώνα, καταγράφοντας τους εμπειρικούς ιατρούς, την ανάθεση της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας σε γιατρούς και αστυνόμους, το Ιατροσυνέδριο, τα Λοιμοκαθατήρια, την ίδρυση των πρώτων νοσοκομείων και ακολουθούν οι προσπάθειες του 20<sup>ου</sup>.

Ο τελευταίος διαχωρίζεται σε δύο κρίσιμες για τη δημόσια υγεία περιόδους: τη δημιουργία του Εθνικού συστήματος Υγείας με το Ν. 1397/1983, τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που συντελέστηκαν μέχρι το 2000 και έπονται εκείνες μέχρι το 2010, με τα προβλήματα του ΕΣΥ τις παραμονές υπογραφής του μνημονίου. Θεωρήθηκε απαραίτητη από τη γράφουσα η αναφορά στους επαγγελματίες του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας λόγω της

σημαντικότητας του ρόλους τους, ειδικά τον παρόντα χρόνο που οι περικοπές στους υλικούς και ανθρώπινους πόρους καθιστούν δυσχερέστερες τόσο τις απολαβές για τους χρήστες όσο και τις επαγγελματικές συνθήκες των λειτουργών της υγείας. Αποτελώντας όμως οι τελευταίοι Κεφάλαιο του συστήματος, οφείλουν οι πολιτικές αποφάσεις να μην τους συνθλίβουν στη δίνη της ασφυκτικής δημοσιονομικής πολιτικής, επιβαρύνοντας επιπρόσθετα το ελληνικό σύστημα υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στα συστήματα υγείας, επικεντρώνοντας στο ελληνικό σύστημα, τη διάρθρωσή του και τις πολιτικές υγείας έναντι των μνημονίων. Εδώ αποτυπώνεται το ιστορικό της κρίσης, οι προτάσεις των καθηγητών Οικονομικών Υγείας κ.κ. Λ. Λιαρόπουλου και Ι. Κυριόπουλου, η συρρίκνωση της δημόσιας υγείας και επιχειρείται μια αποτίμηση της κατάστασης στο χώρο της υγείας και των επαγγελματιών της.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο καταγράφηκαν η χρηματοδότηση και οι δαπάνες του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, οι στατιστικές λογαριασμών υγείας, η έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών, η φαρμακευτική δαπάνη, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας, ενώ τη δική του αναφορά φέρει και το διπλογραφικό σύστημα που εφαρμόστηκε για την χρηστή άσκηση της οικονομικής διαχείρισης στον υγειονομικό τομέα. Το κεφάλαιο «κλείνει» με τις κοινωνικές συνέπειες των περικοπών στις δαπάνες του υγειονομικού συστήματος.

Στα συμπεράσματα επιχειρείται η αποτίμηση της κατάστασης του τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Εκκινώντας εκ βάθρων να συσταθεί ως κράτος και στα 180 χρόνια της ανακηρύξεώς του, θα διέλθει των συμπληγών των υποτυπωδών αρχικά οικονομικών πόρων, θα ακολουθεί τις πολιτικές αποφάσεις των εναλλασσόμενων κυβερνήσεων, θα γνωρίσει πολέμους και θα προσπαθήσει στο τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα να οικοδομηθεί σε στέρεα πόδια.

Η οικονομική κρίση θα ανακόψει τις προσπάθειες για συγκρότηση ενός συστήματος υγείας ικανού να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των χρηστών του και στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα η χώρα θα βρεθεί μπροστά σε ένα μεγάλο δίλημμα: να αναδιπλώσει τις δυνάμεις της και να προσαρμοστεί στη νέα οικονομική συγκυρία προσδοκώντας την ανάκαμψη ή να χαθεί στη δίνη της οικονομικής ύφεσης.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

### 1.1. Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟΥ 19<sup>ου</sup> ΑΙΩΝΑ

Η ιστορία της σύγχρονης Ελλάδας αρχίζει ουσιαστικά με την Ελληνική επανάσταση του 1821 και την ανεξαρτησία του ελληνικού κράτους το 1828, με κυβερνήτη τον Ιωάννη Καποδίστρια και επίσημη ονομασία του κράτους Ελληνική Πολιτεία, ενώ με το πρωτόκολλο του Λονδίνου (3-2-1830) ορίζονται τα σύνορα του νεοσύστατου κράτους τα οποία κάλυπταν την Πελοπόννησο και μέρος της Στερεάς Ελλάδας μέχρι τη γραμμή Παγασητικού- Αμβρακικού.<sup>3</sup>

Η Πελοπόννησος, τα νησιά του Αργοσαρωνικού, η Στερεά Ελλάδα, η Εύβοια, οι Βόρειες Σποράδες και οι Κυκλάδες αποτέλεσαν τα όρια του πρώτου ανεξάρτητου κράτους.<sup>4</sup>

Το 1832 έχοντας έκταση 47.516 τετρ.χιλ. αριθμεί περίπου 740.000 κατοίκους. Στα όριά του ο πληθυσμός κατανέμεται στην Πελοπόννησο (392.200 κάτοικοι), στη Στερεά (162.000 κάτοικοι) και 162.000 κάτοικοι στα νησιά, ενώ το 1899 αριθμούσε περίπου 2.400.000 κατοίκους.<sup>5</sup>

Ο αγώνας της Ανεξαρτησίας αποδιοργάνωσε πλήρως όλες τις οικονομικές δραστηριότητες που είχαν αναπτυχθεί στην προεπαναστατική περίοδο. Ο Ιωάννης Καποδίστριας αναλαμβάνοντας Κυβερνήτης της Ελλάδος τον Ιανουάριο του 1828 έπρεπε να διασώσει την επανάσταση και να ανορθώσει οικονομικά τη χώρα, όμως το έργο του διακόπηκε λόγω της δολοφονίας του τον Σεπτέμβριο του 1831, γεγονός που οδήγησε στη διοικητική αποδιοργάνωση της χώρας.

Στη διακυβέρνηση της χώρας έρχεται ο Όθωνας, πρωτότοκος γιος του φιλέλληνα βασιλιά της Βαυαρίας Λουδοβίκου Α', επιλεγμένος από την Αγγλία, την Γαλλία και τη Ρωσία. Η Αντιβασιλεία, τριμελής επιτροπή και ο Όθωνας ουσιαστικά θα διατηρήσουν την καποδιστριακή πολιτική.<sup>6</sup>

Ο Όθωνας θα μεταφέρει την πρωτεύουσα του κράτους το 1834 από το Ναύπλιο στην Αθήνα, μια μικρή κωμόπολη της εποχής με πληθυσμό περίπου 10.000 κατοίκους και με πολλά προβλήματα, όπως έλλειψη συστήματος ύδρευσης, ανυπαρξία δημόσιου φωτισμού και συγκοινωνιών, ενώ υπήρχε παντελής έλλειψη υπηρεσιών ή άλλων κοινωνικών αγαθών. Η οικοδόμηση της νέας πόλης έγινε με γρήγορους ρυθμούς προσπαθώντας να καλύψει το νέο της ρόλο.<sup>7</sup>

3.Νικολαΐδου 1993

4.ΚΟΤΕΑ 2007:29

5.Της ίδιας

6.της ίδιας: 37

7.Απόστολος2013, [http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_kathextra\\_1\\_17/09/2006\\_164673](http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_kathextra_1_17/09/2006_164673)

Στην πολυκύμαντη οικονομικά και πολιτικά πορεία της η Ελλάδα προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της, να οργανώσει την κεντρική της διοίκηση και να ανοικοδομήσει τα ερείπια των πολέμων και της οικονομίας της, ενώ ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα μιας χώρας, αυτό της οργάνωσης της δημόσιας υγείας, είναι διαρκώς στο προσκήνιο.

Στις ευρωπαϊκές χώρες η δημόσια υγεία ήταν στενά συνυφασμένη με το επίπεδο ανάπτυξής τους και αποτελούσε δείκτη προόδου και πολιτισμού. Την περίοδο του 19<sup>ου</sup> αιώνα οι συζητήσεις για την υγεία στην Ευρώπη προεκτάθηκαν στην υγιεινή και την οργάνωση της υγείας στην πόλη λόγω των επιδημιών.<sup>8</sup> Αντίθετα, στον ελλαδικό χώρο προεπαναστατικά επικρατούσε κατάσταση βαριάς πνευματικής και οικονομικής εξαθλίωσης, χωρίς στοιχειώδη κοινωνική και ιατρική μέριμνα.

Η «πενία» επιστημόνων ιατρών στις ελληνικές περιοχές ήταν μεγάλη ευνοώντας την ανάδυση ψευτογιατρών, αγυρτών και τσαρλατάνων, όχι μόνο Ελλήνων αλλά και αλλοεθνών όπως Τούρκοι, Αλβανοί και Ευρωπαίοι υπηρέτες ιατρών ή υπάλληλοι φαρμακείων στην πατρίδα τους.

Ανάμεσά τους και μια μεγάλη κατηγορία ψευτογιατρών στους οποίους είχε δοθεί το όνομα «κομπογιαννίτες» (από το κομπώνω = απατώ και Γιαννίτης = Ιωαννίτης διότι η καταγωγή των περισσότερων ήταν η Ήπειρος και ιδιαίτερα τα Ιωάννινα, ενώ κατ' άλλους ονομάζονταν κομπογιαννίτες γιατί είχαν δεμένα τα θεραπευτικά τους βότανα σε κόμπους μαντιλιών). Της ίδιας κατηγορίας γιατροί στην Ήπειρο ήταν οι βικογιατροί, οι όποιοι συνέλεγαν τα βότανά τους από την πλούσια φαρμακευτική χλωρίδα της χαράδρας του Βίκου.

Συνέχεια των κομπογιαννιτών ήταν οι καλογιατροί και μια ιδιαίτερη κατηγορία αυτών, οι σπασογιατροί, οι οποίοι ήταν ειδικοί θεραπευτές των καταγμάτων και εξάρθρημάτων αλλά και της βουβωνοκήλης.

Οι Εμπειρικοί γιατροί, των οποίων ο αριθμός ήταν μεγάλος κατά τα προεπαναστατικά χρόνια ασκούσαν την λαϊκή ιατρική και δεν είχαν καμία σχέση με τους αγύρτες και τους τσαρλατάνους. Εκείνο δε που ιδιαίτερα τους ξεχώριζε ήταν η έντιμη κατά κανόνα άσκηση της τέχνης τους και ο τρόπος που απέκτησαν τις γνώσεις τους, είτε μέσω της παράδοσης, από τον πατέρα στο γιο, είτε μαθαίνοντας κοντά σε άλλους εμπειρικούς έχοντας ως βοηθήματα γιατροσόφια και χειρόγραφους ιατρικούς κώδικες, είτε με μαθητεία στο Σχολείο Επιστημών και Ιατρικής που ίδρυσε ο Ανάργυρος Πετράκης το 1812 ή ακόμη και στο Σχολείο Ιατροχειρουργικής που συστάθηκε στο Μυστρά από τον διάσημο εμπειρικό γιατρό Παναγιώτη Γιατράκο.

Η υγιεινή κατάσταση του πληθυσμού κατά την έναρξη της επανάστασης ήταν άθλια, με τις επιδημίες να διαδέχονται η μια την άλλη και τεράστιες ελλείψεις σε φαρμακευτικό και επιδεσμικό υλικό. Οι εμπειρικοί γιατροί ήταν ταυτόχρονα και πολεμιστές που έλαβαν μέρος στον αγώνα, όπως οι Γιατράκοι από την Άρνα Λακωνίας, οι πιο διάσημοι εμπειρικοί γιατροί του Αγώνα, καθώς και ο Χρήστος Νικολαΐδης από τον Πολύγυρο της Χαλκιδικής, ενώ Μονές λειτούργησαν και ως νοσηλευτήρια.

Μετά την απελευθέρωση οι εμπειρικοί γιατροί θα συνεχίσουν να ασκούν την ιατρική επισήμως και να κατέχουν θέση στο Δημόσιο και το Στρατό, μια κατάσταση που ως ήταν φυσικό επέφερε εχθρότητα μεταξύ εμπειρικών και επιστημόνων ιατρών.

8. Σαπουνάκη-Δρακάκη 2005: 82

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι εμπειρικοί ιατροί ασκώντας την λαϊκή ιατρική μπόρεσαν να αναπληρώσουν, μέχρι ενός σημείου, την μεγάλη έλλειψη επιστημόνων ιατρών και να προσφέρουν ικανοποιητική ιατρική βοήθεια στους τραυματίες του 1821.<sup>9</sup>

### **Οι πρώτες προσπάθειες δημιουργίας συστήματος δημόσιας υγείας**

Το πλαίσιο οργάνωσης του τομέα της υγείας μεταφυτεύτηκε από το εξωτερικό στην Ελλάδα με σύστημα ελεγχόμενο κρατικά.

Η υγειονομική νομοθεσία διακρίνονταν σε **εσωτερική** και **εξωτερική**. Η εξωτερική κάλυπτε θέματα υγείας ατόμων που προέρχονταν από το εξωτερικό, όπως τα λοιμοκαθαρτήρια, ενώ η εσωτερική απέβλεπε στο να αποφεύγονται οι κίνδυνοι που δημιουργούνταν από τις κακές συνθήκες στα όρια του κράτους. Στα πλαίσια δικαιοδοσίας της χειρίζονταν ζητήματα νεκροταφείων, νοσοκομείων, «νοσηρών επαγγελμάτων», εξέταση μαιών, φαρμακοποιών, και γιατρών.<sup>10</sup>

### **Εξωτερική Υγειονομική Πολιτική**

#### **Λοιμοκαθαρτήρια**

Στις πολιτικές διαφύλαξης της δημόσιας υγείας και από τις πρώτες ενέργειες του νέου κράτους υπήρξε η δημιουργία λοιμοκαθαρτηρίων για την παρεμπόδιση της εισόδου μεταδοτικών ασθενειών και κυρίως της πανώλης από περιοχές πέραν των συνόρων. Έτσι, για ορισμένο χρονικό διάστημα, ταξιδιώτες, εμπορεύματα και ζώα υποβάλλονταν σε κάθαρση, επ' αμοιβή (τα λεγόμενα «δικαιώματα»), στην περίπτωση που δεν έφεραν πιστοποιητικό υγιεινής. Η каранτίνα κυμαινόταν ανάλογα από τον τόπο προέλευσης.

Τέτοιοι χώροι καθαρισμού ανθρώπων, ζώων και εμπορευμάτων συστάθηκαν με παρουσία γιατρού σε πολλά σημεία του ελληνικού χώρου όπως στον Πειραιά (1835), στη Σκιάθο και στην Αίγινα (1838), στη Θήρα και στη Νάξο (1840), τον Άγιο Σώστη Μεσολογγίου, στις Σπέτσες, την Τήνο, τη Μύκονο, την Άνδρο, στην Πάτρα, στο Ναύπλιο, την Ύδρα, την Κύμη, την Σκόπελο, τη Χαλκίδα κ.α.<sup>11</sup>

Η νομοθεσία για την αποφυγή μολυσματικών ασθενειών ήταν αυστηρή και η παραβίασή της επέσειε ακόμη και την ποινή του θανάτου καθορίζοντας από τον τρόπο ελαχιστοποίησης της μετάδοσης μέχρι και τον τρόπο ταφής όσων υπέκυπταν, αποσκοπώντας στον περιορισμό της εξάπλωσης, φτάνοντας ακόμη και σε παρέμβαση της αστυνομίας (για παράδειγμα παρεμποδίζονταν συνοικέσια με λεπρούς).<sup>12</sup>

9. ΑΡΓΟΛΙΚΗ ΑΡΧΕΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

10. Σαπουνάκη-Δρακάκη 2005: 93-95

11. Κορασίδου 2002: 28-60

12. Εθνικό Τυπογραφείο

Διαφαίνεται ως κυρίαρχη νοοτροπία της υγειονομικής πολιτικής στην περίπτωση των μεταδοτικών ασθενειών, ότι ο αποκλεισμός του ασθενή χρήζει στενής συνεργασίας γιατρού και αστυνομίας. Τα μέτρα επιβάλλονται προκειμένου να προστατευτεί η υγεία του πληθυσμού. Κατά τον Michel Foucault η χριστιανική λογική μιγατοποίησε την ιατρική και την ηθική στη μορφή της καταπίεσης και της «σωτηρίας με το στανιό».<sup>13</sup>

### **Εσωτερική Υγειονομική Πολιτική**

Τα πρώτα αξιόλογα μέτρα προφύλαξης της δημόσιας υγείας εφαρμόστηκαν την περίοδο του Καποδίστρια. Το υπουργείο Εσωτερικών ορίστηκε αρμόδιο σε θέματα υγείας και υγιεινής και ειδικότερα το Υγειονομικό ανέλαβε ως υπεύθυνη υπηρεσία για την εφαρμογή των νόμων, την αντιμετώπιση της μετάδοσης μολυσματικών νοσημάτων, την υγιεινή των πόλεων, κωμών και χωριών σχετικά με την ύδρευση, την καθαριότητα, τα τρόφιμα, τις αγορές, τους υπονόμους, τα σφαγεία κ.α., επιτηρούμενα από τις δημοτικές Αρχές με τη βοήθεια της δημοτικής Αστυνομίας και των γιατρών.<sup>14</sup>

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι προσπάθειες του Όθωνα να οργανώσει τον τομέα υγείας στο νεοσύστατο κράτος έβρισκαν αντιδράσεις από τους Έλληνες, οι οποίοι αδυνατούσαν να αποδεχτούν τους νέους θεσμούς λόγω της θρησκευτικής τους προσήλωσης και του νεοεφαρμοζόμενου κρατικά ελεγχόμενου συστήματος.<sup>15</sup>

### **Διαίρεση Δήμων**

Με το βασιλικό διάταγμα 3, στις 22 Ιανουαρίου 1834, οριοθετήθηκαν οι Δήμοι και οι αρμοδιότητές τους, διαιρούμενοι σε τρεις τάξεις ανάλογα με τον πληθυσμό τους και τα «αγαθοεργά καταστήματα» πέρασαν στη δικαιοδοσία των Δήμων.

Ορίστηκε ως υποχρέωση των Δημάρχων η τήρηση βιβλίου καταγραφής γεννήσεων, γάμων και θανάτων, ενώ στα χωριά το καθήκον αυτό ανέλαβαν ο εφημέριος και ο πάρεδρος, οι οποίοι όφειλαν να διαβιβάζουν τα σχετικά στοιχεία στο Δήμαρχο, όπως καταγράφεται στο άρθρο 13 και ετησίως το σύνολο των στοιχείων αυτών να αποστέλλεται από το Δήμαρχο στο πρωτοδικείο.<sup>16</sup>

Η διαφύλαξη της δημόσιας υγείας ανατέθηκε σε γιατρούς και αστυνόμους και η Αστυνομία θα ονομαστεί δημοτική με το νόμο «περί δήμων» το 1833.

Ο δήμαρχος υπό την εποπτεία του νομάρχη έλεγχε τη δημόσια υγεία των κατοίκων της περιοχής μέσω της υγειονομικής Αστυνομίας (έλεγχος της αρρώστιας), της Αγορανομίας (τρόφιμα) και της Αστυνομίας των οικοδομών (οικοδόμηση με βάση τους κανονισμούς και αποφυγή συνωστισμού) με την ανώτερη εποπτεία να την έχουν οι νομάρχες και το υπουργείο Εσωτερικών

13. Κορασίδου 2002: 40-60

14. Σαπουνάκη-Δρακάκη 2005: 92

15. Σαπουνάκη-Δρακάκη 2005: 93-95

16. Εθνικό Τυπογραφείο

Η επιτήρηση της εφαρμογής των νόμων απέβλεπε στην αποτροπή και καταστολή των επιδημιών. Σύμφωνα με τον αστυνομικό νόμο του 1836 οι αστυνομικές Αρχές όφειλαν «να επαγρυπνούν για την υγεία των πόλεων και να βοηθούν στην υλοποίηση των υγειονομικών κανονισμών». Στα καθήκοντά τους υπάγονταν οδηγίες προς τους βιοτέχνες, κτηνοτρόφους και άλλους επαγγελματίες σχετικές με τα απόβλητα των επιχειρήσεών τους, τήρηση από μέρους των πολιτών των οδηγιών για τους οχετούς, επίβλεψη του καθαρισμού βρύσεων, δεξαμενών, υδραγωγείων και λιμένων, επαγρύπνησης για την εφαρμογή των διατάξεων σχετικών με την ταφή και την νεκροσκοπία καθώς και οδηγίες για την ατομική υγιεινή των πολιτών. Επέβλεπαν επίσης τους φαρμακοποιούς ως προς τη μη παραβίαση του σχετικού για την πώληση των φαρμάκων νόμου αλλά και τους εμπειρικούς που πουλούσαν «θαυματουργά φάρμακα».

Η αγορά τροφίμων ήταν μέσα στις βασικές υποχρεώσεις της Αστυνομίας, όπως και η επίβλεψη αρτοποιιών, κρεοπωλών, η απαγόρευση λειτουργίας ιδιωτικών κρεοπωλείων χωρίς την άδεια της Αστυνομίας και η σωστή προώθηση των αποβλήτων των σφαγείων. Μετά το 1849 η δημοτική Αστυνομία της Αθήνας και του Πειραιά δόθηκε στο κράτος.<sup>17</sup>

### **Νομιάτροι – Επαρχιακοί γιατροί**

Τον Οκτώβριο 1833 εκδίδεται διάταγμα «περί συστάσεως ιατρών κατά νομούς και περί των καθηκόντων αυτών». Με βάση το διάταγμα αυτό σε κάθε νομαρχία του κράτους διορίζεται ένας γιατρός ο οποίος ουσιαστικά θα επιτηρούσε όλο το ιατρικό προσωπικό της νομαρχίας, τους φαρμακοποιούς, τους εμβολιαστές, ακόμη και τους ιερείς της κοινότητας που ασκούσαν και χρέη ληξιαρχου αλλά θα είχε επίσης και την επιτήρηση όλων των ιδρυμάτων κοινωνικής πρόνοιας (όπως ορφανοτροφεία και βρεφοκομεία), των σχολείων και των νοσοκομείων του νομού. Η επαγρύπνηση στην εμφάνιση επιδημικών νόσων ήταν ένα ακόμη καθήκον του νομιάτρου ενώ παρείχε και γνωματεύσεις που χρησιμοποιούνταν στη δικαιοσύνη.

Παράλληλα με τους νομιάτρους δύο «περιοδευτικά ιατρεία», τα οποία συγκροτήθηκαν τον Αύγουστο του 1840, για την επίτευξη της υγείας στην επαρχία, επισκέπτονταν την Πελοπόννησο και την Στερεά Ελλάδα για «επιδήμια νοσήματα», εκεί όπου δεν υπήρχαν γιατροί, παρέχοντας αμισθί υπηρεσίες.

Τον Δεκέμβριο του 1852 ο νόμος ΣΜΑ «περί συστάσεως επαρχιακών ιατρών» θα εντείνει την επιτήρηση και αστυνόμευση της δημόσιας υγείας στα πλαίσια της επαρχίας.

Σύμφωνα με τον νόμο αυτό σε κάθε επαρχία συστήνεται θέση επαρχιακού ιατρού με καθήκοντα όπως εκείνα του νομιάτρου αλλά επιπλέον να διενεργεί εμβολιασμούς, τους οποίους μέχρι τότε εκτελούσαν οι νομοεμβολιαστές. Μάλιστα με διάταγμα, τον Μάρτιο του 1853, ο γιατρός όφειλε να κρατά πρωτόκολλο του εμβολιασμού και να επισκέπτεται τον εμβολιασμένο οκτώ με δέκα ημέρες κατόπιν του εμβολιασμού μαζί με τον πάρεδρο και τον ιερέα προς διαπίστωση των αποτελεσμάτων. Στα καθήκοντά του ενέπιπτε και η υποχρέωση ανακάλυψης, στα όρια δικαιοδοσίας του, νοσούντων από τρέλα, επιληψία, λέπρα και σύφιλη επισυνάπτοντας κατάλογο αυτών στην ετήσια έκθεσή του, ενώ όφειλε να επισκέπτεται δωρεάν χωροφύλακες και στρατιωτικούς όπου υπήρχε έλλειψη στρατιωτικού γιατρού αλλά ακόμη και να προσφέρει δωρεάν τις υπηρεσίες του σε άπορους ασθενείς με μεταδοτική ασθένεια.

17. Σαουνάκη-Δρακάκη 2005: 97-102



Οι νομιάτροι βέβαια υπερείχαν των επαρχιακών γιατρών, ενώ υπό την προεδρία του νομιάτρου όλοι οι επαρχιακοί γιατροί, συνεδρίαζαν το πρώτο δεκαπενθήμερο του Μαρτίου κάθε χρόνο σχετικά με την κατάσταση της δημόσιας υγείας, υποβάλλοντας έκθεση για την προφύλαξη και τη διατήρησή της και η οποία αποστέλλονταν από τον νομάρχη στο υπουργείο Εσωτερικών.<sup>18</sup>

### **Ιατροσυνέδριο**

Το Ιατροσυνέδριο, το οποίο ιδρύθηκε το 1834, ανέλαβε τη «συστηματική συγκρότηση και εφαρμογή της υγειονομικής αστυνομίας». Ήταν το όργανο του κράτους το οποίο εξέταζε και αδειοδοτούσε όσους θα ασχολούνταν με την χειρουργική, κτηνιατρική, οδοντιατρική φαρμακευτική ή μαιευτική και επίσης γνωμοδοτούσε σε ιατροδικαστικές υποθέσεις.

Το Ιατροσυνέδριο που αποσκοπούσε στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και της ορθολογικής σκέψης θα συγκροστεί με τους εμπειρικούς ιατρούς (αλλά ακόμη και με κουρείς οι οποίοι διαθέτοντας βδέλλες σε βάζα πραγματοποιούσαν αφαιμάξεις) έχοντας όμως τη βοήθεια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών που ιδρύθηκε το 1837, τις ανώτατες διοικητικές αρχές, την Εκκλησία και τον ιατρικό τύπο της εποχής. Η επιστημονική εναντίον της εμπειρικής γνώσης θα γίνει μια δύσκολη υπόθεση σε όλη τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα.<sup>19</sup>

### **Νοσοκομεία**

Το πρώτο δημοτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα είναι το «Βαρδάκειον και Πρώϊον Νοσοκομείο Σύρου "Ελπίς"», το οποίο αρχίζει να λειτουργεί το 1825 με χρήματα εύπορων προσφύγων που κατέφυγαν στη Σύρο και εξυπηρετούσε κυρίως απόρους.

Στην Αθήνα ιδρύεται το 1834 το Στρατιωτικό Νοσοκομείο, ως έκφραση των πρόσφατων από την Επανάσταση μνημών, για περίθαλψη των αγωνιστών και ακολουθεί μετά την άφιξη του Όθωνα η δημιουργία του δημοτικού Νοσοκομείου «Η Ελπίς». Το «Ελπίς» θα στεγαστεί αρχικά σε σπίτι χωρητικότητας 30-40 ατόμων αλλά οι άθλιες συνθήκες που επικρατούσαν οδήγησαν τον δήμαρχο Ανάργυρο Πετράκη σε έκκληση συνδρομών προς ανέγερση δημοτικού νοσοκομείου, στην οποία ανταποκρίθηκαν ακόμη και ο Όθωνας και ο πατέρας του. Παραδόθηκε το 1841 με δύο κλινικές, παθολογική και χειρουργική, στο οποίο θα νοσηλευόταν φτωχοί Έλληνες και ξένοι ενώ παράλληλα θα διδασκόταν και η κλινική ιατρική.

Το 1835 θα λειτουργήσει στην Αθήνα Μαιευτήριο<sup>20</sup>. Το 1854, η επιδημία χολέρας που θα πλήξει αρχικά τον Πειραιά και κατόπιν την πρωτεύουσα θα αναδείξει περισσότερο από ποτέ την ανυπαρξία δημόσιας πρόνοιας, ειδικά για τον ενδεή πληθυσμό της Αθήνας που θα πληρώσει βαρύ τίμημα.

18. Κορασίδου 2002: 164-170

19. της ίδιας: 144-154

20. της ίδιας: 64-100

Δημόσιες αρχές και ιατρικές υπηρεσίες παραλύουν. Η θεία πρόνοια ως εναπομείνασα λύση των απελπισμένων, θα οδηγήσει πλήθος λαού έξω από το σπίτι του Μητροπολίτη Αθηνών στις 17 Νοεμβρίου 1854 και θα ακολουθήσει περιφορά των αγίων εικόνων στην πόλη. Η βίαιη εμφάνιση της χολέρας θα κινητοποιήσει την ιδιωτική πρωτοβουλία προς την προστασία των απόρων και κυρίως προς τις γυναίκες και τα παιδιά.<sup>21</sup>

Οι προσπάθειες ανόρθωσης της δημόσιας υγείας θα συνεχιστούν με την ίδρυση του Οφθαλμιατρείου Αθηνών το 1854, τη δημιουργία δημοτικού νοσοκομείου το 1847 στο Μεσολόγγι χάρη σε κληροδότημα του Γ. Χατζηκωνσταντά, της Αστυκλινικής στην Αθήνα το 1857 για την περίθαλψη των οικονομικά ασθενέστερων η οποία θα αποτελέσει και χώρο πρακτικής άσκησης των φοιτητών της ιατρικής σχολής, ενώ στην Πάτρα το 1857 ο Όθωνας θέτει τον θεμέλιο λίθο του νοσοκομείου Πατρών, το οποίο θα αρχίσει να λειτουργεί το 1872.

Το 1873 θα λειτουργήσει το Ζάννειο νοσοκομείο στο Πειραιά, το οποίο μέχρι τα τέλη της δεκαετίας 1880 θα χαρακτηρίζεται περισσότερο ως άσυλο αστέγων παρά ως σύγχρονο ιατρικό ίδρυμα και το 1875 ιδρύεται η πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική Αιγινήτειο, η οποία θα αρχίσει να λειτουργεί στις αρχές του 20ου αι (24. Κορασίδου 2002: 88-91). Το 1881 ιδρύεται το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», έτος που και στην Κρήτη όπως σημειώνει ο Νικόλαος Σταυράκης στη Στατιστική του πληθυσμού «... υπήρχαν τέσσερα πολιτικά ή μάλλον δημοτικά νοσοκομεία. Ένα κοινό Χριστιανών και Οθωμανών στα Χανιά, ένα άλλο παρόμοιο στο Ρέθυμνο και δύο στο Ηράκλειο...».

Το 1882 το σωματείο «Καλή προαίρεσις» συστήνει ειδικό νοσοκομείο, το «Άσυλο Ανιάτων» για την περίθαλψη απόρων ασθενών που δεν είχαν τα μέσα όχι μόνο να θεραπευτούν αλλά ούτε να ζήσουν, ενώ το 1887 με δωρεά του Ζώρζη Δρομοκαϊτή και παραχώρηση του οικοπέδου από την κυβέρνηση θα λειτουργήσει στην Αθήνα το Δρομοκαϊτείο. Το 1895 θα τεθεί ο θεμέλιος λίθος του Αρεταίειου Νοσοκομείου, κληροδότημα του καθηγητή χειρουργικής Θ.Αρεταίου με παραχώρηση του οικοπέδου από τη Μονή Πετράκη.

Ένα χρόνο αργότερα, το 1896, η πρωτοβουλία της πριγκίπισσας Σοφίας σηματοδοτεί την ίδρυση του πρώτου νοσοκομείου παιδών. Το νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία» θα εγκαινιαστεί τον Μάρτιο του 1900.

Όσον αφορά την παροχή νοσηλευτικών γνώσεων, με πρωτοβουλία της βασίλισσας Όλγας και του «Συλλόγου κυριών υπέρ της γυναικείας παιδείσεως» θα δημιουργηθεί το «Νοσοκομικόν Παιδευτήριον» για την εκπαίδευση γυναικών νοσοκόμων και θα συνεχίσει η «Ένωσις Ελληνίδων», η οποία θεωρώντας ότι η γυναίκα γεννήθηκε προορισμένη νοσοκόμος οργανώνει το 1897 τμήμα νοσηλείας και υγιεινής συστήνοντας μια μικρή κλινική για άπορους ασθενείς.

Συνοψίζοντας, η δημιουργία νοσοκομείων στην Ελλάδα το 19ου αιώνα ήταν κυρίως το αποτέλεσμα της φιλανθρωπίας των μεσαίων στρωμάτων την ίδια στιγμή που στην αντίληψη του κράτους η οργάνωση της υγείας συνίσταται σε όρους υγειονομικής αστυνομίας, ενώ τα περισσότερα νοσοκομεία του 19<sup>ου</sup> αιώνα θα αποτελέσουν κλινικές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και οι οικονομικά ασθενέστεροι θα είναι η «πρώτη ύλη της κλινικής παρατήρησης».<sup>22</sup>

21: ΚΟΡΑΣΙΔΟΥ 1995 σελ: 58-61

22. Κορασίδου 2002: 88-91,64-100

## Συμπερασματικές διαπιστώσεις

Στην αντίληψη του ελληνικού κράτους διοίκηση σημαίνει διατήρηση, αύξηση και ευημερία του πληθυσμού της. Για το λόγο αυτό η προστασία του από την αρρώστια θα αποτελέσει ένα από τα πρωταρχικά του μελήματα.

Βασικό μέσο προστασίας θα γίνει ο αποκλεισμός και η απομόνωση των αρρώστων με διαδικασίες επιτήρησης και ελέγχου της ασθένειας και των νοσούντων. Η θεωρία βιο-εξουσίας του Michel Foucault, που η φιλοσοφική του σκέψη υπάρχει στις δυτικές κοινωνίες από τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα και η οποία επιβάλλει ιατρικό κοινωνικό έλεγχο και ιατρικούς κανόνες με στόχο τη διατήρηση, αύξηση και ευημερία του πληθυσμού, εμφανώς επηρεάζει και τη δημιουργία συστήματος δημόσιας υγείας του Ελληνικού κράτους.

Τα λοιμοκαθαρτήρια, η στενή συνεργασία γιατρού και αστυνόμου, το Ιατροσυνέδριο, ο νομιάτρος και ο επαρχιακός γιατρός θα αποτελέσουν εκφράσεις της αντίληψης αυτής. Μια μεγάλη προσπάθεια του κράτους, για την ανάπτυξη και ευημερία της υγείας του πληθυσμού, συντελέστηκε στο πεδίο της καταπολέμησης της θρησκοληψίας, της αμάθειας και των δεισιδαιμονιών. Η αρρώστια υπήρχε ακόμη στην αντίληψη των Ελλήνων ως θεόσταλη που διδάσκει ταπεινοφροσύνη και υπομονή στοχεύοντας στη σωτηρία.

Ο πόλεμος αυτός θα κερδίσει έδαφος υπέρ του κράτους, όπως φαίνεται και στα λογοτεχνικά κείμενα της εποχής. Μάλιστα στο διήγημα του Γεώργιου Βιζυηνού *Το αμάρτημα της μητρός μου* αναφέρεται: « Η μήτηρ μου ήτο μάλλον ευλαβής παρά δεισιδαίμων. Κατ' αρχάς απετροπιάζετο τας τοιαύτας διαγνώσεις και ηρνείτο να εφαρμόση τας προτεινομένας γοητείας, φοβούμενη μή αμαρτήση. Άλλως τε ο ιερεύς ανέγνωσεν ήδη επί της ασθενούς τους εξορκισμούς τού κακού, διά πάν ενδεχόμενον. Αλλά μετ' ολίγου μετέβαλε γνώμη». <sup>23</sup>

Η φιλανθρωπική δραστηριότητα, η οποία θα κινητοποιηθεί κατόπιν της βίαιης εμφάνισης της χολέρας στην πρωτεύουσα του κράτους το 1854 και θα στρέψει την ιδιωτική πρωτοβουλία προς την προστασία των ατόρων και κυρίως προς τις γυναίκες και τα παιδιά, με σημαντική πηγή χρηματοδότησης τους αστούς ομογενείς της διασποράς, συμβάλει στη δημιουργία ενός νέου πεδίου κοινωνικής δράσης, ενισχύοντας τη διαδικασία κοινωνικής συγκρότησης. Ο φτωχός πληθυσμός της χώρας ενσωματώνεται αλλά και ελέγχεται κοινωνικά μέσω των φιλανθρωπιών και γίνεται έτσι η φιλάνθρωπη πράξη αρωγός των δημοσίων αρχών οι οποίες αδύναμες ούσες να παράσχουν κοινωνική πρόνοια, προσφέρουν κάθε δυνατή βοήθεια για την εξάπλωση της φιλανθρωπίας.

Η φιλανθρωπική σκέψη της εποχής διαποτισμένη από την ιδέαση πως η διαφορά των κοινωνικών καταστάσεων είναι εκ των μεγαλύτερων νόμων, εμφορούμενη από τη Θεία Πρόνοια για όλη την ανθρωπότητα, αντιτάσσονται στις εξισωτικές ιδέες που καρπίζονται στη σκέψη των κοινωνιών της Δυτικής Ευρώπης.

Η αστική κοινωνία του 19ου αιώνα έχοντας ως βασικά γνωρίσματα την πίστη στην ατομική ιδιοκτησία και ελευθερία, αντιμετωπίζει ως ουτοπική την εξάλειψη της φτώχειας, την οποία την ορίζει ως παθολογική κοινωνική κατάσταση χρήζουσας θεραπείας προκειμένου να μη διαρραγεί η κοινωνική ομαλότητα. <sup>24</sup>

23. Κορασίδου 2002: 13-19, 217

24. ΜΑΡΙΑ ΚΟΡΑΣΙΔΟΥ (1995) σελ: 82-86

## 1.2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Ουσιαστικά από το 1864 και μέχρι τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα υπήρξε στασιμότητα στον τομέα της υγείας, με μόνο αξιοσημείωτο και θετικώς εξελισσόμενο την αύξηση του αριθμού ιατρών και μαιών. Το 1908 δημιουργείται στο Υπουργείο Παιδείας το γραφείο Σχολικής Υγιεινής και μετά το 1912 ιδρύονται ειδικά νοσοκομεία από το κράτος, όπως μαιευτήρια, ψυχιατρεία, σανατόρια κ.α.

Μέχρι το 1914 είναι εμφανής η απουσία στον τομέα της υγείας συστηματικής κρατικής παρέμβασης, την οποία συμπλήρωνε η προσφορά των ευεργετών, ενώ στον κατοπινό χρόνο η συνειδητοποίηση αυτή οδήγησε σε προσπάθεια κάλυψης των κενών μέσω σειράς νομοθετημάτων και μέτρων.

Μεταξύ αυτών η ανασύσταση των θέσεων νομιάτρων και εμβολιαστών το 1914 και η ίδρυση το ίδιο έτος της Διεύθυνσης Υγιεινής και Δημόσιας Αντίληψης στο Υπουργείο Εσωτερικών, ο Ν. 346/1914 «Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας», η ίδρυση του Υπουργείου Περίθαλψης το 1917, το Ν.Δ. 12/6/1919 που προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Ιδρύματος Περιθάλψεως και Μορφώσεως Ορφανών και Απόρων Ανατολικής Μακεδονίας και η ίδρυση από τη βασίλισσα Σοφία του Πατριωτικού Ιδρύματος Ελληνίδων (μετέπειτα ΠΙΚΠΑ) το 1915.

Σημαντικό αυτή την περίοδο (1911-1922) είναι ότι τίθενται τα θεμέλια για την ανάπτυξη της ασφαλιστικής προστασίας στην Ελλάδα.

Με το Ν. ΓΠΛΔ΄ (3934) «Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και περί ωρών εργασίας», την 21/11/1911, θεσπίζεται η λήψη από τους εργοδότες μέτρων ασφάλισης για τους κινδύνους ζωής, υγείας και αναπηρίας, ενώ το 1914 με το Ν.281 «Περί σωματείων» δίνεται η δυνατότητα ίδρυσης αλληλοβοηθητικών σωματείων με σκοπό τη χορήγηση στα μέλη τους ιατρικής και φαρμακευτικής αγωγής καθώς και επιδομάτων.

Θα ακολουθήσει ο Ν.551/8-1-1925 «Περί ευθύνης προς αποζημίωση των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων», υποχρεώνοντας τον εργοδότη να αποζημιώνει το εργατικό ατύχημα.

Σημαντικός επίσης για το εργατικό δυναμικό της χώρας νόμος υπήρξε ο Ν. 2868/20-1-1922, «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων», κατά τον οποίο οι επιχειρήσεις με πάνω από 70 απασχολούμενους υποχρεούνταν να ιδρύσουν ταμείο ασφάλισης.

Σπουδαία περίοδος για την κοινωνική ασφάλιση υπήρξε η δεκαετία του 1930 και ο Ν. 5733/1932 «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων», δημιουργώντας έναν ενιαίο φορέα ασφάλισης όλων των μισθωτών (το ΙΚΑ, που αρχίζει να λειτουργεί όμως τον Δεκέμβριο του 1937) και το 1934 το Λαϊκό Κόμμα ψηφίζει τον Ν.6298 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων».

Τον Μάρτιο του 1933 με τον κανονισμό «Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και υπαλλήλων της πάσης φύσεως βιομηχανικών και βιοτεχνικών εργοστασίων, εργαστηρίων κλπ» υποχρεώθηκαν οι εργοδότες να διατηρούνται μηχανήματα και χώροι εργασίας σε τέτοια κατάσταση ώστε να μην επιφέρουν βλαπτικές συνέπειες για την υγεία και τη σωματική κατάσταση των εργαζομένων.<sup>25</sup>

25. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή σελ. 247-251

Με την είσοδο στον ελληνικό χώρο των προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής το 1922 δημιουργείται μια σοβαρή δημογραφική αναστάτωση. Η Αθήνα, ο Πειραιάς και η Θεσσαλονίκη αυξάνουν το πληθυσμό τους από 300.000 σε 400.000, από 130.000 σε 200.000 και από 170.000 σε 250.000 κατοίκους αντίστοιχα.<sup>26</sup>

Οι ελληνικές κυβερνήσεις του Μεσοπολέμου υποχρεώθηκαν να παρέμβουν για να εξασφαλίσουν ένα ελάχιστο επίπεδο υγείας στον πληθυσμό της χώρας.

Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, θεωρώντας τους προσφυγικούς καταυλισμούς των πόλεων πραγματικές εστίες μόλυνσης για τη δημόσια υγεία, διέταξε την παρακολούθησή τους από υγιεινολόγους. Μέχρι τον Απρίλιο του 1923 είχαν εμβολιαστεί περίπου μισό εκατομμύριο πρόσφυγες, ενώ παράλληλα τέθηκε σε εφαρμογή εκτεταμένο πρόγραμμα αποφθειριάσεων στους προσφυγικούς καταυλισμούς.

Η βελτίωση της διατροφής, της κατοικίας, η υγιεινή της εργασίας, η φροντίδα για τη μητρική, τη βρεφική και την παιδική υγεία και η γενικότερη ανύψωση του βιοτικού επιπέδου ήταν τα μέτρα που υπέδειξαν οι υγιεινολόγοι ευελπιστώντας να «χτυπήσουν» τα αίτια εκδήλωσης των επιδημικών νόσων στη ρίζα τους, ενώ η ενημέρωση των πολιτών πάνω σε σχετικά με την δημόσια υγεία ζητήματα κρίθηκε απαραίτητη.

Από το 1930 εφαρμόστηκε στους προσφυγικούς πληθυσμούς μια παραλλαγή του θεσμού των δημοτικών γιατρών, αυτή των «ατρών προσφύγων». Γιατροί παρείχαν τις υπηρεσίες τους στους πρόσφυγες διατηρώντας ιατρεία στους προσφυγικούς συνοικισμούς και επισκέπτονταν τους ανήμπορους ασθενείς στα σπίτια τους, συμπληρώνοντας το έργο των λαϊκών ιατρών, τα οποία παρείχαν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη κυρίως σε άπορους.

Η δευτεροβάθμια υγειονομική φροντίδα παρέχονταν στους πολίτες από νοσοκομεία, τα οποία διακρίνονταν σε δημοτικά, κρατικά, φιλανθρωπικών οργανώσεων και πανεπιστημιακά, ενώ αρκετά εξ αυτών παρείχαν περίθαλψη για συγκεκριμένες ασθένειες, όπως στην Αθήνα το Νοσοκομείο «Σωτηρία» για αναπνευστικές παθήσεις ή το Νοσοκομείο «Συγγρός» για την ίαση αφροδίσιων νοσημάτων.

Με τις νέες συνθήκες που δημιούργησε η προσφυγική κατάσταση δεκαέξι επιπλέον νοσοκομεία ιδρύθηκαν στην Κεντρική και Βόρεια Ελλάδα, αποκλειστικά για τη θεραπεία ασθενών προσφύγων, χωρίς ωστόσο να μπορεί να καλύψει η προσφορά τη ζήτηση.

Σε αυτή την προσπάθεια εντάσσεται η επίταξη του Δ' Στρατιωτικού Νοσοκομείου που με Βασιλικό Διάταγμα μετονομάζεται σε «Νοσοκομείο Προσφύγων Αθηνών».<sup>27</sup>

Το 1922, με Ν.Δ. την 31η Δεκεμβρίου, το Υπουργείο Περιθάλψεως (το οποίο συστάθηκε το 1917), μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, για να καταργηθεί το 1926 εντασσόμενο στο Υπουργείο Εσωτερικών και να επανασυσταθεί τον Αύγουστο του 1926.

Το 1928 θα συσταθεί το Υφυπουργείο Υγιεινής το οποίο αυτονομείται το 1929 και το 1932 εντάσσεται εκ νέου στο Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως. Είναι επομένως κατανοητό ότι η κρατική μέριμνα στον τομέα της υγείας ήταν περιπτωσιακή.

26. Η ΜΙΚΡΑΣΙΑΤΙΚΗ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ 1988: 79

27. <http://asiaminor.ehw.gr/forms/fLemmaBodyExtended.aspx?lemmaID=4082>

Δύο ακόμη αποφάσεις συνέχισαν την προσπάθεια για την υγειονομική οργάνωση της χώρας.

Η πρώτη πρότεινε, αν και δεν εφαρμόστηκε, δύο Μητροπολιτικές Υπηρεσίες Υγιεινής, στον Πειραιά και στην Αθήνα, που θα ασκούσαν έλεγχο στις περιφερικές υγειονομικές υπηρεσίες, έπειτα από πρόγραμμα αναμόρφωσης και οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της Οργάνωσης Υγείας της ΚΤΕ ΤΟ 1928, μετά από αίτημα της κυβέρνησης και του υφυπουργού Α. Δοξιάδη. Το θετικό αποτέλεσμα από το πρόγραμμα αυτό ήταν η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών το 1929.

Η δεύτερη απόφαση για την υγεία του πληθυσμού υπήρξε ο Α.Ν. 965/1927 (ΦΕΚ Α'476) «Περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων», θεμέλιος νόμος για την οργάνωση της νοσοκομειακής φροντίδας της χώρας. Τα νοσοκομεία κατά τον νόμο αυτό θα χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και θα ελέγχονταν από το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως.

Με τον ερχομό του Β' Παγκοσμίου Πολέμου ο Α.Ν. 2769/1941 δίνει τη δυνατότητα στους υπουργούς υγείας και οικονομικών να ιδρύουν κατά τις ανάγκες προσωρινά κρατικά νοσοκομεία, τα οποία συνέχισαν να λειτουργούν και μετά το τέλος του πολέμου, καλύπτοντας ανάγκες του πληθυσμού, ανάγκες που όμως αδυνατούσαν να καλυφθούν από μια χώρα που μόλις βγήκε από έναν πόλεμο.

Η συμφωνία Ελλάδας και Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής το 1947 για παροχή βοήθειας θα δώσει, μέσω της Ομάδας της Αμερικανικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, ώθηση για δραστηριότητες για την υγεία προσπαθώντας να αντιμετωπιστούν μείζονα θέματα όπως η άσχημη κατάσταση των υποδομών της, μεταδοτικά νοσήματα όπως η φυματίωση, αλλά και ελλείψεις σε εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εργαστήρια και ασθενοφόρα.

Την περίοδο 1947-1950 εξοπλίζονται τα υπάρχοντα κέντρα υγείας, χτίζονται 11 νέα με σύγχρονο εξοπλισμό και γιατροί στέλνονται για εκπαίδευση στην Αθήνα, ενώ αρκετά νοσοκομεία, μαιευτήρια, σανατόρια και κέντρα δημόσιας υγείας καθώς και νοσηλευτικές σχολές αποπερατώνονται ή κατασκευάζονται.

Σαφώς όμως ο τομέας της υγείας εξακολουθεί να αντιμετωπίζει έντονα προβλήματα και να βρίσκεται θεσμικά στάσιμος πλην δύο νομοθετημάτων: του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 4169/1961.

Το πρώτο απέβλεπε στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου αποκεντρωμένου συστήματος υγείας με δημιουργία κεντρικού νοσοκομείου στην έδρα κάθε περιφέρειας και κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, ενώ ειδικά νοσοκομεία, όπως σανατόρια και μαιευτήρια θα παρείχαν φροντίδα σε διαπεριφερειακό επίπεδο. Σημαντικές διατάξεις προέβλεπαν οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς που θα στελέχωναν απομακρυσμένες περιοχές, ίση μεταχείριση των πολιτών και τα προσόντα των διοικητικών διευθυντών των νοσοκομείων.

Με το δεύτερο νομοθέτημα πραγματοποιήθηκε η ασφαλιστική κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού, με τη δημιουργία τριών κλάδων ασφάλισης: παροχής περίθαλψης στους ασφαλισμένους και τις οικογένειές τους, παροχής σύνταξης λόγω γήρατος και παροχής αποζημίωσης από ζημιές λόγω παγετού ή χαλαζιού. Για την επιβίωση του οργανισμού «καθορίστηκε εισφορά το 2% επί της συνολικής ετήσιας ακαθάριστης προσόδου από την άσκηση

*του αγροτικού επαγγέλματος και κοινωνική εισφορά από πρόσθετο ποσοστό επί του φόρου εισοδήματος φυσικών και νομικών προσώπων και επί των τελών χαρτοσήμου, καθώς και ειδική εισφορά στα τσιγάρα, το καφέ, το κακάο, τη μύρα και τα είδη πολυτελείας».*

Ο νόμος δέχτηκε κριτική η οποία κινήθηκε σε δύο άξονες: αφενός τονιζόταν η προτεραιότητα του εθνικού εισοδήματος έναντι της κοινωνικής προστασίας και αφετέρου υπεράσπιζε ότι η κοινωνική πολιτική δεν αντιπαλεύεται την ανάπτυξη.

Ως γενικότερο συμπέρασμα για την ασφάλιση των αγροτών αυτή την εποχή μπορούμε να συνάγουμε πως η πρωτοβάθμια προστασία των αγροτών ήταν αρκετά προβληματική. Έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, άνιση κατανομή υγειονομικών σταθμών και χαμηλή γενικά ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών δυσχέραιναν την ήδη δύσκολη αγροτική ζωή, ενώ ακόμη και η φαρμακευτική περίθαλψη δεν ήταν δωρεάν, κάτι που καθιερώθηκε με το Ν. 1287 το 1982.

Από την ιστορική αυτή ανασκόπηση δεν θα πρέπει να παραληφθούν:

α) Το Ν.Δ. 2592/1953, σύμφωνα με το οποίο κατανεμήθηκαν οι νοσοκομειακές κλίνες βάση των αναγκών, διαιρέθηκε η χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες, συστάθηκαν κεντρικά νοσοκομεία στις έδρες των περιφερειών όπως και γενικά νοσοκομεία στις έδρες των νομών αλλά και ειδικός λογαριασμός που συγκέντρωνε τους χρηματικούς πόρους

β) Το Ν.Δ. 67/1968, με το οποίο θεσμοθετήθηκε η υποχρεωτική υπηρεσία ιατρών στην ύπαιθρο.<sup>28</sup>

Εξίσου σχεδόν σημαντικές υπήρξαν και ακόμη δύο πρότερες προτάσεις:

-το σχέδιο Πάτρα το 1968, με το οποίο προτάθηκε η σύνταξη εθνικού συνταγολογίου, η δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, η σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων, καθώς και η δημιουργία ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου και η εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών

-η έκθεση του ΚΕΠΕ το 1976 προτείνοντας τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας και ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας για τους μεγάλους ασφαλιστικούς οργανισμούς.<sup>29</sup>

28. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004 : 196-197, 251-272

29. Γεωργία Τσέτσου, 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή:14

### 1.3. Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι η τρίτη ελληνική δημοκρατία υπήρξε η πλέον ανεπτυγμένη περίοδος για τη χώρα λόγω της σταθερότητας του πολιτικού σκηνικού.

Στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα αξιόλογη θεωρήθηκε η προσπάθεια Δοξιάδη (1980) για ψήφιση ενός καινοτόμου νόμου με στόχο την ορθή εκτίμηση των αναγκών της υγείας, την έμφαση στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα αλλά και την παράλληλη ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας. Το νομοσχέδιο δεν ψηφίστηκε τελικά, μένοντας στη βάση νομοπαρασκευαστικών επιτροπών, καθώς «πολεμήθηκε» τόσο από την αντιπολίτευση που ήθελε να μην ανήκει ένα τόσο σημαντικό εγχείρημα στους πολιτικούς αντιπάλους αλλά και από την συμπολίτευση που θεωρούσε το σχέδιο μαρξιστικής νοοτροπίας.<sup>30</sup>

Τα προβλήματα στο χώρο της υγείας όμως εξακολουθούν όχι μόνο να υφίστανται αλλά και να οξύνονται λόγω της παραιοοικονομίας στον εν λόγω χώρο και της εμπορευματοποίησης του.

Τον Οκτώβριο του 1981 αναλαμβάνει τη διακυβέρνηση της χώρας η σοσιαλιστική κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ και ψηφίζει το 1982 τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας με τον Ν.1278 και τον Ν.1316/1983, συστήνοντας τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκου, την Εθνική Φαρμακοβιομηχανία και την Εθνική Φαρμακαποθήκη.

Με τον Ν. 1397/1983 θεσμοθετείται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), η μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στον τομέα της υγείας της χώρας, παρέχοντας δωρεάν πρόσβαση στην υγεία για όλους τους πολίτες. Ο νόμος αυτός αναγνωρίζει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, το οποίο παρέχεται με βάση την αρχή της ισότητας και δίνεται έμφαση και στα τρία επίπεδα της υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).<sup>31</sup>

Η υγεία θεσπίζεται ως κοινωνικό αγαθό και η παροχή της αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους για οποιονδήποτε πολίτη, ασχέτως της κοινωνικό-οικονομικής του θέσης. Η αποκέντρωση των υγειονομικών δομών, η ισοκατανομή πόρων σε αυτές και η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσαν την κεντρική σκέψη του Ν. 1397/1983.<sup>32</sup>

Με τον ίδιο νόμο συστήνεται το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ), το οποίο θα ασκούσε τον έλεγχο της λειτουργίας του συστήματος, αλλά θα λειτουργούσε και ως εποπτικό και γνωμοδοτικό όργανο, ιδρύθηκαν επίσης τα κέντρα υγείας, ενώ τα νοσοκομεία μετέβαλαν τη νομική τους υπόσταση ως Ν.Π.Δ.Δ. πλέον και διακρίθηκαν σε νομαρχιακά, καλύπτοντας τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού σε νομαρχιακό επίπεδο και περιφερειακά τα οποία διαθέτοντας όλες τις ειδικότητες μπορούσαν να παράσχουν και ιατρική εκπαίδευση.<sup>33</sup>

30. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007: 75-76

31. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 15

32. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, ΜΑΡΤΙΟΣ 2012: 83

33. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004: 202-204



Εκκινώντας το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε τη σημαντικότερη προσπάθεια σύστασης υγειονομικού συστήματος, που μέχρι τότε το διέκρινε η ανισοκατανομή υγειονομικών παροχών και ο κατακερματισμός δομών και λειτουργιών. Η κοινωνική προστασία για τους πολίτες επεκτάθηκε και ιδιαίτερα για τον αγροτικό πληθυσμό, ενώ παράλληλα αυξήθηκαν οι ανθρώπινοι για την υγεία πόροι όπως και οι οικονομικοί.<sup>34</sup>

Και ενώ ο εν λόγω νόμος αποτέλεσε μια μεγαλεπήβολη επιδίωξη, όχι μόνο της κυβέρνησης αλλά και της κοινωνίας, δεν κατάφερε να αποδειχθεί «αντάξιος των προσδοκιών» τους, αφενός γιατί οι μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα δεν ολοκληρώθηκαν (δεν καταργήθηκαν οι προηγούμενες πρωτοβάθμιες δομές με συνέπεια την υπονόμηση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος), αφετέρου γιατί τα ΠΕΣΥ δεν συστάθηκαν, με συνέπεια οι προϋπάρχουσες για τους πολίτες ανισότητες να εξακολουθούν να ισχύουν.

Σημαντική υπήρξε επίσης και η ανυπαρξία διάταξης στο νόμο για τις πηγές χρηματοδότησης του συστήματος, την κατανομή των οικονομικών πόρων και τις μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, εκτός της πρωτοβάθμιας (που όμως δεν εφαρμόστηκε).<sup>35</sup>

Αλλά και οι επερχόμενοι νόμοι, όπως ο Ν. 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου για το ΕΣΥ, σχετικός με θέματα εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και με θέματα ειδίκευσης ιατρών και οδοντιάτρων και ο Ν. 1759/1988, με αναφορά και στον διορισμό των ιατρών ΕΣΥ<sup>36</sup> δεν επέφεραν κάποια σημαντική βελτίωση.

Κατά τον ιδρυθέντα του ΕΣΥ νόμου προβλεπόταν η κατάργηση των μονάδων Π.Φ.Υ. που λειτουργούσαν και η σύσταση κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου. Καταληκτικά, δημιουργήθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου διατηρώντας η δημόσια υγεία σε ισχύ τον νοσοκομειακεντρικό της χαρακτήρα. Επίσης, η απόδοση από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών των ασφαλισμένων σε κέντρα υγείας σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δεν υλοποιήθηκε όπως και η λειτουργία των ΠΕΣΥ. Έτσι αν και κατά το διάστημα 1981-1989 διευκολύνθηκε η πρόσβαση των πολιτών στις δομές του ελληνικού συστήματος υγείας, εντούτοις προϋπάρχουσες αδυναμίες και ανισότητες, όπως η έλλειψη αποκέντρωσης στη λήψη αποφάσεων, εξακολουθούσαν να υφίστανται.

Παράλληλα και εξαιρετικά επιβαρυντικά για τα δημοσιονομικά του τομέα της υγείας, σημειώθηκε μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, καθώς δεν εφαρμόστηκαν οι προβλεπόμενες διατάξεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα του δημόσιου τομέα (ποσοστιαία μεταξύ του 1986 και του 1991 ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανήλθε στο 25,8%).

Δεν θα πρέπει να παραληφθεί και η απουσία στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ διατάξεων οι οποίες να αφορούν τις αρχές χρηματοδότησής του, την κατανομή των οικονομικών πόρων και τις μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας.

Η προσπάθεια που έγινε προς τη δημιουργία μιας νέας μορφής συστήματος υγείας έγειρε περισσότερο στην πλευρά της προσφοράς και στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών της.

34. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, ΜΑΡΤΙΟΣ 2012: 83-84

35. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004:202-204

36. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 16-18

Τη δεκαετία του 1980 αυξήθηκε το υγειονομικό προσωπικό, κατασκευάστηκαν πάνω από 180 αγροτικά κέντρα υγείας και συστάθηκε πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Πάτρα, στο Ηράκλειο και στα Ιωάννινα. Η πρόσβαση των πολιτών στις δομές της υγείας του κράτους διευκολύνθηκε σημαντικά και με τη δημιουργία ή επέκταση νομαρχιακών νοσοκομείων. Όμως η βελτίωση της ποιότητας της υγείας βρισκόταν να ακροβατεί με την αμετάβλητη κατάσταση απουσίας σαφών αρχών χρηματοδότησης, ελέγχου των δαπανών και την εν γένει αδυναμία διοίκησης των οικονομικών του τομέα, οδηγώντας σε αναγκαιότητα τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που θα ακολουθήσουν από τη δεκαετία του 1990.<sup>37</sup>

37. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012: 84-85

#### 1.4. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ. ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ ΤΟΥ 1990 ΚΑΙ ΤΟΥ 2000

Η δεκαετία του 1990, από τις αρχές της ήδη, διαφάνηκε ως το χρονικό διάστημα που επιβαλλόταν η λήψη μέτρων για την άμβλυνση των οικονομικών αδυναμιών του τομέα της δημόσιας υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία εμφάνισαν ελλείμματα στον προϋπολογισμό τους, το σύστημα «έπασχε» από συγκεντρωτισμό στη λήψη αποφάσεων, η διοικητική και διαχειριστική ικανότητα εμφανιζόταν περιορισμένη, ενώ αυξήθηκε η παραοικονομία στην υγεία λόγω υπερπροσφοράς ιατρών και απουσίας συστήματος παραπομπής.<sup>38</sup>

Η αλλαγή του πολιτικού σκηνικού στη χώρα και η κυριαρχία της φιλελεύθερης ιδεολογίας επαναπροσδιόρισαν τον χαρακτήρα του ΕΣΥ. Πλέον δόθηκε έμφαση στην ατομική έναντι της συλλογικής ευθύνης για την υγεία, και ενδυναμώθηκε η ιδιωτική πρωτοβουλία απέναντι στην κρατική υποχρέωση παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.<sup>39</sup>

Η κυρίαρχη ιδεολογία του 1980 για επέκταση του ρόλου του κράτους αρχίζει να υποχωρεί τη νέα δεκαετία. Οι μεταρρυθμίσεις που θα επιδιωχθούν εφεξής θα αποβλέπουν στην ελευθερία των επιλογών των χρηστών υπηρεσιών υγείας, στην αποκέντρωση και στην αποτελεσματικότερη διοίκηση, στόχοι επ'απουσίας όμως ενός συγκεκριμένου σχεδίου υγειονομικής πολιτικής.<sup>40</sup>

Με το Ν. 2071/1992 υπάχθησαν τα κέντρα υγείας στις νομαρχίες και δόθηκε η δυνατότητα στους ιατρούς άσκησης ιδιωτικού ιατρείου. Με τον ίδιο νόμο θεσπίστηκε εισιτήριο για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξήθηκε η συμμετοχή του ασφαλισμένου στην αγορά φαρμάκων και στα ημερήσια νοσήλια.

Ο ίδιος νόμος ενέταξε το θεσμό του Γενικού Διευθυντή στα Νοσοκομεία, έγινε ενιαία η σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων ανεξαρτήτου κλινών και ρύθμισε θέματα λειτουργικών δαπανών των σχετικών με την υγεία φορέων του δημοσίου καθώς και θέματα προγραμματισμού.<sup>41</sup>

Ο ιδιωτικός τομέας απελευθερώθηκε και δόθηκε η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών αλλά και αυξήθηκε η συμμετοχή του πολίτη στην αγορά φαρμάκων.<sup>42</sup>

Παρέμειναν όμως τόσο η δυνατότητα σύναψης συμβάσεων των ασφαλιστικών ταμείων με διαγνωστικά κέντρα και κλινικές όσο και οι ήδη παραχωρημένες ελευθερίες του ιδιωτικού τομέα που είχαν θεσπιστεί από τον προηγούμενο νόμο.

38.ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012: 85

39. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004.: 204

40. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012: 85

41. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 16-18

42. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004: 205

Η αλλαγή πολιτικού σκηνικού στη χώρα οδηγεί στην ψήφιση του Ν. 2194/1994, με τον οποίο επανατέθηκε σε ισχύ η φιλοσοφία του Ν.1397/1983 και ο κοινωνικός του χαρακτήρας. Τα κέντρα υγείας μετατράπηκαν και πάλι σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και καταργήθηκε η δυνατότητα μερικής απασχόλησης των γιατρών.

Παρά ταύτα, τόσο ο Ν. 2071/1992 όσο και ο Ν. 2194/1994 δεν έδωσαν ουσιαστικές λύσεις επί επιτακτικών ζητημάτων όπως η χρηματοδότηση, ο διοικητικός συγκεντρωτισμός, η έλλειψη μέτρων ελέγχου για το κόστος των υπηρεσιών αλλά και ανάλογων μέτρων για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στον διάλογο που θα ακολουθήσει τα επόμενα τρία χρόνια για την υγεία και την «ίαση» των προβλημάτων της θα κατατεθούν δύο προτάσεις: του υπουργού υγείας Κρεμαστινού το 1995 και η πρόταση των Πεπονή και Παπαδέλη το επόμενο έτος, προσπάθειες που όμως δεν καρποφόρησαν λόγω προκήρυξης εκλογών και αλλαγής των υπουργών υγείας.<sup>43</sup>

Η πρώτη πρόταση του υπουργού υγείας Γ. Κρεμαστινού προέβλεπε τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας και τη δημιουργία περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων. Ακόμη, προβλεπόταν η εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, η εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού, η ίδρυση εθνικού οργανισμού αξιολόγησης και επιτροπών αξιολόγησης στα νοσοκομεία, η έμφαση στην πρόληψη και ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, η σύνταξη θετικής λίστας φαρμάκων και η υιοθέτηση τιμών αναφοράς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Η πρόταση των Πεπονή-Παπαδέλη, περισσότερο μετριοπαθής της προηγούμενης, προωθούσε τους περιφερειακούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς, τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών, τη θεσμοθέτηση του γενικού ιατρού, τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών και την σύσταση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας.<sup>44</sup>

Το 1997 εκδόθηκε ο Ν.2519, στη φιλοσοφία του ιδρυτικού για το ΕΣΥ νόμου, με τον οποίο θεσπίστηκαν κανόνες για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στα αστικά κέντρα, όπως και κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας.<sup>45</sup>

Κύρια σημεία του υπήρξαν η διοίκηση και η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τα δικαιώματα των ασθενών και η αξιολόγηση των υπηρεσιών. Ειδικότερα, προβλέπονταν η σύσταση στο υπουργείο Υγείας ειδικής υπηρεσίας για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αλλά και επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας. Επίσης ορίστηκε υπεύθυνο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας το Ινστιτούτο έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών.

Η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας και το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας αναλάμβανε με τον παρόντα νόμο το συντονισμό της λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων.

43. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012: 86-87

44. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004: 205-206

45. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 16-18

Ο διορισμός γενικών διευθυντών, οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και η σύσταση ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων ασθένειας θα αποσκοπούσε στη βελτίωση τόσο της διοίκησης όσο και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης με τον Ν. 2519 αποφασίστηκε η λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία, η οργάνωση μονάδων αποκατάστασης στις δομές τους και η ανάπτυξη της κατ'οίκον νοσηλείας.

Οι αλλαγές όπως προβλέφθηκαν στον εν λόγω νόμο δεν υλοποιήθηκαν κατ'ολοκληρία. Έτσι, η λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως συλλήφθηκε ως ιδέα, ο συντονισμός στον οποίο ο νόμος απέβλεπε αλλά και η χρηματοδότηση και οι αλλαγές στη διοίκηση παρέμειναν αμετάβλητες.

Η δεκαετία του 2000 ως προς τις αποφάσεις για την βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας μπορεί να διαχωριστεί στα διαστήματα 2001-2004, με νομοθετήματα της σοσιαλιστικής κυβέρνησης και στο διάστημα 2005-2007 με τη νομοθεσία της επόμενης κυβέρνησης συντηρητικής νοοτροπίας.

Τον Ιούλιο του 2000 κοινοποιήθηκε από το υπουργείο Υγείας σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, το «Υγεία για τον Πολίτη», με περίπου 200 μέτρα που θα επέφεραν βελτιώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας της χώρας. Με στόχο την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες, την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, τη διοικητική αποκέντρωση, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την αναδιοργάνωση της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας αποσκοπούσε σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, ικανού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των χρηστών του.

Προβλεπόταν επίσης η ενοποίηση των πόρων χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών κι η ορθολογική κατανομή τους όπως και του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα. Η ίδρυση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας ο οποίος θα διαχειριζόταν τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων του ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΤΕΒΕ, τα οποία ταμεία κάλυπταν το 95% του πληθυσμού της χώρας, και του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας το οποίο θα διασφάλιζε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας περιλαμβανόταν μέσα στη δέσμη των φερέλπιδων μέτρων για την αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας.

Στο σχέδιο αυτό αντιτάχθηκε το συνδικαλιστικό κίνημα με προβληματική επί της απουσίας οικονομοτεχνικών μελετών και σημαντικών ζητημάτων όπως η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η δυνατότητα ανταπόκρισης των δημοσίων νοσοκομείων, η παρουσία εκπροσώπων της τοπικής αυτοδιοίκησης και των κοινωνικών φορέων υγείας στη διοίκηση των περιφερειακών δομών κ.α.

Στην πορεία του εγγύς χρόνου υλοποιήθηκαν μόνο ορισμένες από τις προβλέψεις του σχεδίου. Ο ακόλουθος Ν. 2889/2001 θέσπισε τα ΠεΣΥ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας), αποτελώντας διοικητικές μονάδες με σκοπό «το συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας»<sup>46</sup>, διαιρώντας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες τη χώρα και προσδιόρισε νέο πλαίσιο ίδρυσης, οργάνωσης, διοίκησης και χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, ανασυστώντας τη διάρθρωση της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας τους και εισάγοντας το θεσμό των απογευματινών ιατρείων που απέβλεπε αφενός στην αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων και αφετέρου στον περιορισμό της παραοικονομίας που είχε αναπτυχθεί στο εσωτερικό τους.

46. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 16-18

Με το νομοθέτημα 2955/2001 ορίστηκε ένα νέο πλαίσιο στη διαδικασία προμηθειών των δομών του ΠεΣΥ. Τα νοσοκομεία και τα ΠεΣΥ όφειλαν να δημιουργούν ένα ετήσιο σχέδιο προμηθειών όπου τα απαιτούμενα υλικά και ιατρικά μηχανήματα θα καθορίζονταν με υπουργική απόφαση και θα καταγράφονταν σε ειδικό μητρώο επιτρεπόμενων ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

Σημαντική νομοθετική παρέμβαση θεωρείται ο Ν.2920/2001, με την οποία συστάθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, υπαγόμενο απευθείας στον Υπουργό, στοχεύοντας με τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση της παραγωγικότητας και της ποιότητάς τους.

Το 2002 σε μια προσπάθεια μεταρρύθμισης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης ψηφίζεται ο Ν. 3029, συστήνοντας τη λειτουργία επαγγελματικών ταμείων, υπό τη νομική μορφή ΝΠΙΔ, τα οποία απέβλεπαν σε μια επιπρόσθετη της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, χρηματοδοτούμενα από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Θα ακολουθήσει ο Ν. 3106/2003 κατά τον οποίο τα ΠεΣΥ μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠΙ λαμβάνοντας την αρμοδιότητα της κοινωνικής πρόνοιας, ενώ τα νοσοκομεία ορίστηκαν διοικητικά και οικονομικά αυτόνομες μονάδες τους, διοικούμενα από το Διοικητικό Συμβούλιο και ένα Διοικητή πενταετούς θητείας.

Το ίδιο έτος, ο Ν. 3172 εισηγήθηκε τη δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας αποσκοπώντας στην εφαρμογή της εθνικής πολιτικής για τη δημόσια υγεία, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών της, αναβαθμίζοντας και το ρόλο των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας στην περιφέρεια. Ο ανωτέρω νόμος θα καταργηθεί με την αλλαγή της πολιτικής κατάστασης της χώρας.

Το 2004 και προ των εθνικών εκλογών ψηφίζεται ο Ν. 3235, δίνοντας τη δυνατότητα στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης να δημιουργούν δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, να εισάγουν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και του προσωπικού νοσηλεύτη. Θεσπίζεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας και η μετατροπή των πολυϊατρείων σε αστικά κέντρα υγείας. Την ίδια «τύχη» όμως με το προηγούμενο θα έχει και αυτό το νομοθέτημα λόγω αλλαγής πολιτικού σκηνικού.

Η νέα κυβέρνηση θα υποβάλλει στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης 2004-2007, καταγράφοντας την προώθηση ενός συστήματος υγείας το οποίο θα εξασφάλιζε την οικονομική βιωσιμότητά του μέσω της συγκράτησης των δαπανών, εξασφαλίζοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της.

Όπως απεδείχθη με την πάροδο του χρόνου υπήρξε αναντιστοιχία των δεσμεύσεων με την ασκούμενη πολιτική για την υγεία. Οι νεοεισαγόμενοι μηχανισμοί τιμολόγησης-κοστολόγησης, οι διαδικασίες ελέγχου και οι πολιτικές συγκράτησης κόστους τελικά δεν εφαρμόστηκαν.

Ειδικότερα, ο Ν. 3329/2005 μετονόμασε τα ΠεΣΥΠΙ σε ΔΥΠΕ και μειώθηκαν κατά 10, για οικονομικούς λόγους και προς χάρη της αύξησης απόδοσής τους. Η απόφαση όμως αυτή τα καθιστούσε πιο δυσλειτουργικά και λόγω της διοίκησής τους (5 από τα 7 μέλη των Δ.Σ. τους

ήταν διορισμένα από την κυβέρνηση) και επειδή οι αρμοδιότητές τους ήταν περιορισμένες σε σχέση με εκείνες των ΠεΣΥΠ.

Ο νόμος επίσης επικρίθηκε ως η κατάργηση κάθε προσπάθειας από το 2001 για επιστημονική διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων επαναφέροντας παρελθόντα πρότυπα διοίκησης που βασιζόνταν σε πολιτικά κριτήρια.

Το ίδιο έτος, το νομοθέτημα 3370 θεσμοθετεί τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Έργο τους θα αποτελέσει η εφαρμογή και η επιθεώρηση των μέτρων για τη Δημόσια Υγεία όπως και των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της επιθεώρησή τους. Για το συντονισμό των δράσεων των φορέων που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων για τη δημόσια υγεία και την παρακολούθηση των εφημεριών των νοσοκομείων συστάθηκε το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονισμού Οργάνου Τομέα Υγείας. Επιπλέον, δημιουργήθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, ως συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου Υγείας αλλά και ως συντονιστικό όργανο των φορέων για την δημόσια υγεία.

Το επόμενο και το μεθεπόμενο έτος θα ψηφιστούν ο Ν. 3457/2006 και ο Ν. 3580/2007, ο πρώτος επί της ρύθμισης της αγοράς φαρμάκου και ο δεύτερος για τον εξορθολογισμό του συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων. Με τον 3457 καταργήθηκε η θετική λίστα φαρμάκων και χορηγούνταν κατόπιν ιατρικής συνταγής όλα τα νόμιμα εν Ελλάδι κυκλοφορούντα σκευάσματα, ενώ με τον 3580 συστάθηκε η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας, όπου σε κεντρικό πλέον επίπεδο θα είχε την ευθύνη του στρατηγικού σχεδιασμού προμηθειών για την υγεία, επικουρούμενη από το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ) και τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ).<sup>47</sup>

Το 2007 τα ΠεΣΥΠ θα μειωθούν σε 7 προς μείωση του κόστους λειτουργίας, της γραφειοκρατίας και κάλυψης των κενών θέσεων σε νοσοκομεία με μετακίνηση προσωπικού.<sup>48</sup>

47. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012:88-94

48. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2012: 21-23

## 1.5. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΟΝΕΣ ΤΩΝ ΜΝΗΜΟΝΙΩΝ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, συσταθέν με το Ν.1397/1983, έφερε την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Η χώρα διαιρέθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες στις οποίες λειτούργησαν νοσοκομεία, κέντρα υγείας ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων καθώς και περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας, υπαγόμενες όλες οι ανωτέρω δομές στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.<sup>49</sup>

Έκτοτε, στη χώρα λειτούργησαν συνολικά 128 Νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων και των πανεπιστημιακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων<sup>50</sup>, 15 Στρατιωτικά<sup>51</sup> και 206 κέντρα υγείας για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.<sup>52</sup>

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε τη μεγαλύτερη τομή και προσπάθεια στην οργάνωση του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Εντούτοις δεν κατόρθωσε να υλοποιήσει το μεγαλεπήβολο όραμά του και τούτο γιατί:

- εξέλειπε μια ενιαία, συνεχής και σταθερή πολιτική βούληση ικανή να προγραμματίσει και να εφαρμόσει το πρόγραμμα για την υγεία. Τουναντίον, οι κομματικές στελεχώσεις έσυραν και την υγεία δεμένη στο άρμα των πολιτικών αποφάσεων
- απουσίαζαν ανεξάρτητα όργανα που θα θέσπιζαν κριτήρια αξιολόγησης της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας
- εμπλέχθηκαν πολλά υπουργεία για την επίλυση των προβλημάτων του τομέα της υγείας
- απουσίαζε η ουσιαστική συνεργασία και η λειτουργική σύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως και οι μηχανισμοί ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- ανισοκατανεμήθηκαν, σε βάρος της περιφέρειας, οι πόροι με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία της επαρχίας να εμφανίζουν ελλείψεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό
- υπήρξαν απόντα τα κίνητρα για την αύξηση της παραγωγικότητας των επαγγελματιών υγείας.<sup>53</sup>
- Το αναχρονιστικό σύστημα αποζημίωσης των προμηθευτών δεν συνέδεε την πληρωμή των παρόχων με την επίδοσή τους έχοντας ως αποτέλεσμα την απουσία κινήτρων για βελτίωση της απόδοσης και ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

49.<http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf> ΝΟΜΟΣ-1397-1989

50.<http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/xrhsima-thlefwna-amp-dieythynseis/75-nosokomeia-ana-ygeionomikh-perifereia>

51. <http://www.iatropedia.gr/index/information/11>

52. <http://www.iatropedia.gr/index/information/7>

53. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007 :176-177



Απουσίαζε ένα σύστημα αποτίμησης της τεχνολογίας, αξιολογώντας τη οικονομικά και ποιοτικά με συνέπεια μια υπερβάλλουσα εισαγωγή βαρέως βιοϊατρικού εξοπλισμού.<sup>54</sup>

Επιπρόσθετα, η διοικητική δομή και οργάνωση του ΕΣΥ ήταν κατακερματισμένη. Εκτός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο ήταν υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών του συστήματος, αρμοδιότητες κατανεμήθηκαν και σε άλλα υπουργεία. Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας έγινε υπεύθυνο για 14 στρατιωτικά νοσοκομεία, τα οποία όπως και το προσωπικό τους λειτουργούν εκτός ΕΣΥ και εντάχθηκαν σε ειδικό καθεστώς. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης μεταβίβασε τομείς και κλάδους υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μόλις στο πρόσφατο παρελθόν, όπως μεταβιβάστηκε και η διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων από το Υπουργείο Ανάπτυξης στο Υ.Υ. &Κ.Α.

Το Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων έγινε αρμόδιο για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, συνκαθορίζοντας με το Υ.Υ.&Κ.Α. τα επαγγελματικά τους δικαιώματα. Στην αρμοδιότητά του υπάγονται το Αρεταίειο και Αιγινήτειο Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, υπό την εποπτεία του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθήνας. Επίσης, Το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων φέρει την ευθύνη τριών θεραπευτικών καταστημάτων για παροχή υπηρεσιών υγείας σε κρατούμενους, ενώ το Υπουργείο Οικονομικών ελέγχει, αφού καταρτίσει την εφαρμογή του κρατικού προϋπολογισμού, τους διατιθέμενους οικονομικούς πόρους.<sup>55</sup>

Στα προβλήματα του υγειονομικού τομέα θα πρέπει να συμπεριληφθούν και οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τα κακώς κείμενα μέσω και της προσωπικής του επαφής με τον χρήστη υπηρεσιών υγείας.

Το ανθρώπινο δυναμικό στο χώρο της υγείας αποτελεί σημαντικό μέρος του εθνικού στόχου μιας χώρας για την επίτευξη των στρατηγικών της στόχων στον τομέα αυτό. Καθοριστικής σημασίας ο ρόλος τους στην παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας, συνδέεται περισσότερο όχι τόσο με το μέγεθος αλλά με την ποιότητα. Αποτελώντας λοιπόν στρατηγικό κεφάλαιο σε οποιονδήποτε φορέα ή οργανισμό οφείλουν οι πολιτικές αποφάσεις να μην υποτιμούν τον ρόλο τους.

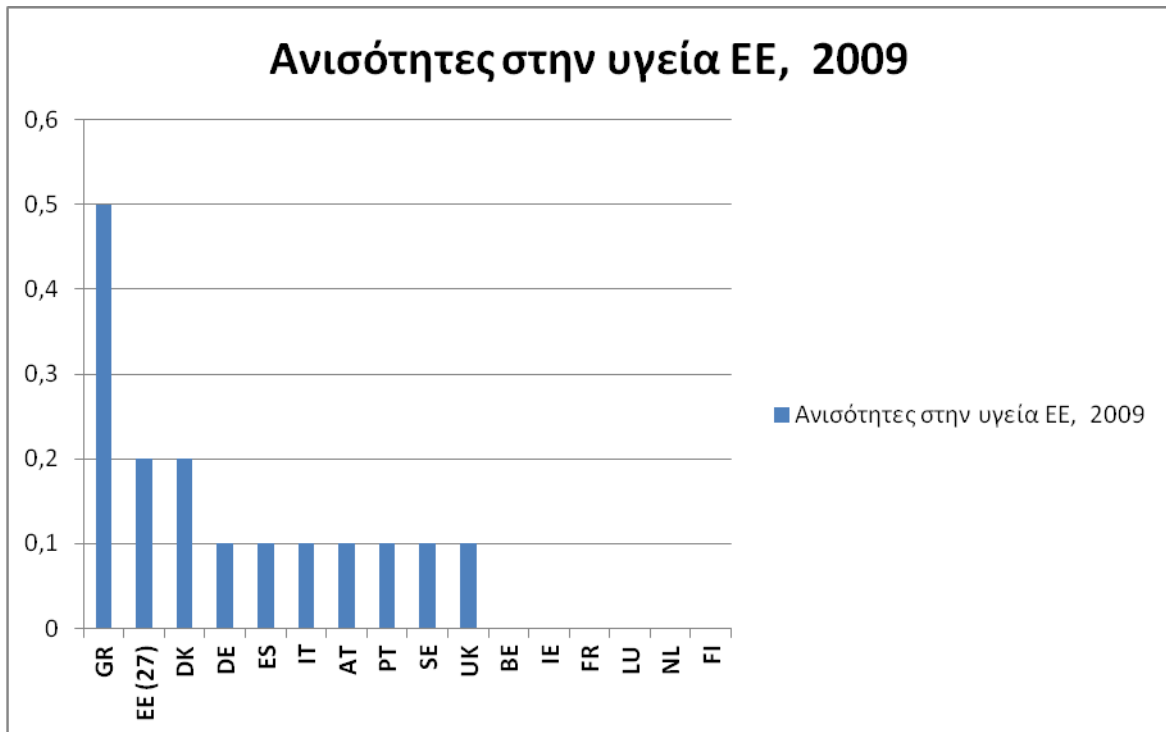
Οι επαγγελματίες υγείας αποτελώντας μέρος του «όλου» για την υγεία, αποδέκτες και εκείνοι αναποτελεσματικών αποφάσεων, υφίστανται τα αποτελέσματα πρόχειρων εκτιμήσεων, με το πρόβλημα να διογκώνεται στις απομακρυσμένες κυρίως περιοχές. Το ζήτημα συνεπικουρείται από την έλλειψη προσωπικού και κινήτρων για να στελεχωθούν επαρκώς οι υπηρεσίες υγείας αγροτικών και «προβληματικών» υπό γεωγραφική έννοια περιοχών.

Αλλά και στα αστικά κέντρα ο όγκος της γραφειοκρατίας, ο εφησυχασμός των επαγγελματιών υγείας λόγω της μονιμότητας και η απουσία ελέγχου τους διευκόλυναν τη διαφθορά (φακελάκια-παραοικονομία) και την εκμετάλλευση του ανίσχυρου αρρώστου (η απογοήτευση και η πτώση ηθικών αξιών δεν είναι φαινόμενα ασυνήθη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ειδικά των νέων ιατρών).

54.ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, ΙΝΕ, Μάρτιος 2012, σελ 110

55. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2012: 14-15

Αν και στην αριθμητική του εξέλιξη το ανθρώπινο υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα αυξήθηκε σημαντικά, εντούτοις οι ανισότητες στην υγεία λόγω άνισης γεωγραφικής πρόσβασης κατέταξαν τη χώρα μας στην πρώτη μεταξύ των χωρών της ΕΕ θέση, όπως καταγράφεται στον ακόλουθο πίνακα:



*Πηγή:* Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) (ΧΡΙΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΩΥΣΙΔΟΥ, σσ.: 35, Μελέτες (Studies)/16, Υγειονομική περιθάλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2011)

Μεταξύ των στόχων του συστήματος και της υπάρχουσας πραγματικότητας η απόσταση είναι σημαντική. Μπορούμε λοιπόν να αποδεχτούμε ότι «η σύγκυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού».

Τα τελευταία χρόνια αρχίζει να αναγνωρίζεται η ανάγκη για συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, καθώς αυξάνει την καλή τους απόδοση και μειώνει το επίπεδο της διαφθοράς στην υγεία. Οι πόροι βέβαια είναι περιορισμένοι και δεν έχει γίνει απολύτως δεκτική η σημασία της εκπαίδευσης ούτε από τους ίδιους ούτε από τις διοικήσεις τους. Αποτελώντας η συνεχιζόμενη εκπαίδευση ένα από τα κύρια θέματα της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας και υπό το σκεπτικό ότι η περαιτέρω στελέχωση της υγείας με ανθρώπινο δυναμικό θα είναι ιδιαίτερα φειδωλή εν μέσω οικονομική ύφεσης, κρίνεται αναγκαία αλλά και σκόπιμη η παρότρυνση για συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών της.<sup>56</sup>

Αξίζει να σημειωθεί η έλλειψη επαγγελματιών στη υγεία με εξειδικευμένες γνώσεις στη διαχείρισή της, όπως ικανών στελεχών με γνώσεις τεχνικών διοίκησης, επιχειρησιακών ερευνητών και στελεχών πληροφορικής, καθιστώντας τον υγειονομικό τομέα καθηλωμένο σε προϊούσες τεχνικές διαχείρισης και καθυστερώντας τις επιβεβλημένες και επείγουσες μεταρρυθμίσεις στην υγεία.

Εν μέσω μνημονίων και δραματικών περιστολών στη δημοσιονομική πολιτική της χώρας, από το 2010 που η Ελλάδα τέθηκε υπό την «κηδεμονία» του ΔΝΤ, το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας δέχθηκε ένα ισχυρό πλήγμα, που εκτός των συνεπειών στην δημόσια υγεία επέφερε και σημαντικές στους ίδιους τους επαγγελματίες της υγείας.<sup>57</sup>

Η μισθοδοτικές απολαβές τους υπέστησαν σημαντική μείωση από το 2009, καταργήθηκαν ο13<sup>ος</sup> και 14<sup>ος</sup> μισθός τους, μειώθηκε η σύνταξή τους αλλά και αυξήθηκαν τα όρια συνταξιοδότησης. Ο δημόσιος τομέας παροχής υπηρεσιών λειτουργεί σήμερα με 10-40% λιγότερους εργαζομένους, των οποίων ο μισθός συρρικνώθηκε κατά 40%, ενώ παράλληλα λόγω της κλιμάκωσης της επιδείνωσης της δημόσιας υγείας λόγω της λιτής δημοσιονομικής πολιτικής, οι ανάγκες σε προσωπικό αυξήθηκαν.

Σύμφωνα με υπολογισμούς, η οικονομική κρίση θα καθλώσει στην ανεργία το 1/3 των πτυχιούχων νοσηλευτών για διάστημα έως τέσσερα έτη κατόπιν της αποφοίτησής τους, ενώ και οι ήδη εργαζόμενοι νοσηλευτές θα πρέπει να εργαστούν με λιγότερους υλικούς πόρους, λιγότερες ημέρες αδείας και χαμηλότερο μισθό αναλογικά με μια τριετία πριν τον παρόντα χρόνο.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως το αίσθημα απογοήτευσης των επαγγελματιών υγείας και υψηλό και δικαιολογημένο είναι, με συνέπεια την μείωση της αποδοτικότητας τους, της ποιότητας των παραγόμενων υπηρεσιών και τελικούς αποδέκτες τους ασθενείς.

Είναι ενδεχομένως οξύμωρο αλλά ένα μέρος των χρηστών υπηρεσιών υγείας στράφηκαν αφενός στα Κοινωνικά Ιατρεία, που μέχρι πρότινος εξυπηρετούσαν κατά συντριπτική πλειοψηφία τους μετανάστες και ένα άλλο στην Ιδιωτική Υγεία, επιδεινώνοντας την οικογενειακή δαπάνη.<sup>58</sup>

Ο τομέας υγείας, ευαίσθητος εκ φύσεως στη λειτουργία και παροχή φροντίδας, υπέστη σοβαρότατο πλήγμα λόγω των περικοπών των δαπανών του και καλείται να λειτουργήσει με λιγότερο κόστος και πιο αποτελεσματικά με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγείας, να βιώνει ίσως περισσότερο τις επιπτώσεις της εφαρμοζόμενης δημοσιονομικής πολιτικής, κυρίως λόγω της φύσης του επαγγέλματος και της άμεσης επαφής με τον πάσχοντα άνθρωπο.

Το αίσθημα της απογοήτευσης, της δυσαρέσκειας και της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι διάχυτα στους εργαζομένους στην υγεία. Παράλληλα ο ανθρωποκεντρικός ρόλος της εργασίας τους δεν τους επιτρέπει παρά να αποδίδουν τα μέγιστα κατά το δοκούν και σύμφωνα με τους υφιστάμενους υλικούς πόρους.

57. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, σελ.: 63- 64,65-70

58. ιατρικός τύπος, ΕΛΛΑΔΑ, έρευνα της ΕΣΔΥ: Τραγική επιδείνωση της δημόσιας και ατομικής υγείας, ψυχικής

Η στρατηγική σημασία του ρόλου των επαγγελματιών υγείας είναι αδιαμφισβήτητη, αποτελώντας τη βάση τόσο για την ανάπτυξη των μεθόδων όσο και για την αποδοτικότερη χρήση των πόρων. Η ιδιαίτερη σχέση άλλωστε που αναπτύσσεται μεταξύ των ασθενών και του ανθρώπινου δυναμικού στον ευαίσθητο τομέα της υγείας καταδεικνύει τη σημαίνουσα σημασία του. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί και τον πυρήνα του, το οποίο οφείλει να είναι εναρμονισμένο τόσο με τις αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών όσο και με τις απαιτήσεις των ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων

Άλλωστε, μια ομάδα στελεχών στην πυραμίδα τη διοίκησης δεν θα μπορούσε από μόνη της να υλοποιήσει μια στρατηγική. Η επιτυχία έγκειται στην συνολική προσπάθεια. Στο πλαίσιο αυτό κάθε οργανισμός οφείλει να επενδύει στην ενίσχυση των δυνατοτήτων και ικανοτήτων του προσωπικού του, αντιμετωπίζοντάς το ως κινητήρια δύναμη της στρατηγικής που επιχειρείται.

Χρήζει επομένως μια αναδίπλωση των σχεδιασμών της πολιτικής υγείας. Οι αναδιαρθρώσεις του δημόσιου τομέα , επιβεβλημένες και λόγω της οικονομικής συγκυρίας αλλά και διότι ο δημόσιος τομέας έδειχνε να χρειάζεται αμεσότητα σε αλλαγές και προ οικονομικής κρίσης, οφείλουν να είναι περισσότερο μελετημένες και να μην συνθλίβουν χάριν των περικοπών τομείς όπως η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση, των οποίων οι περικοπές επιδρούν στη μείωση της διαθεσιμότητας παροχών και αυτές με τη σειρά τους επιβαρύνουν τα άτομα και τελικά το ίδιο το σύστημα υγείας.

## 1.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες της δεκαετίας του 1990 απέτυχαν στο στόχο τους λόγω διοικητικών αδυναμιών, δημοσιονομικού περιορισμού αλλά και της κομματικοκρατίας. Η μερική εφαρμογή των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων ή η κατάργησή τους θα χαρακτηρίσει τις προσπάθειες στο χώρο τη υγείας τη δεκαετία αυτή. Αλλά και την επόμενη οι αλλαγές στο πολιτικό σκηνικό δεν θα αφήσουν να ευοδωθεί η εισαγωγή επιστημονικών τρόπων τεχνικών διαχείρισης και να αντιμετωπιστούν οι αδυναμίες και ανεπάρκειες του συστήματος υγείας.

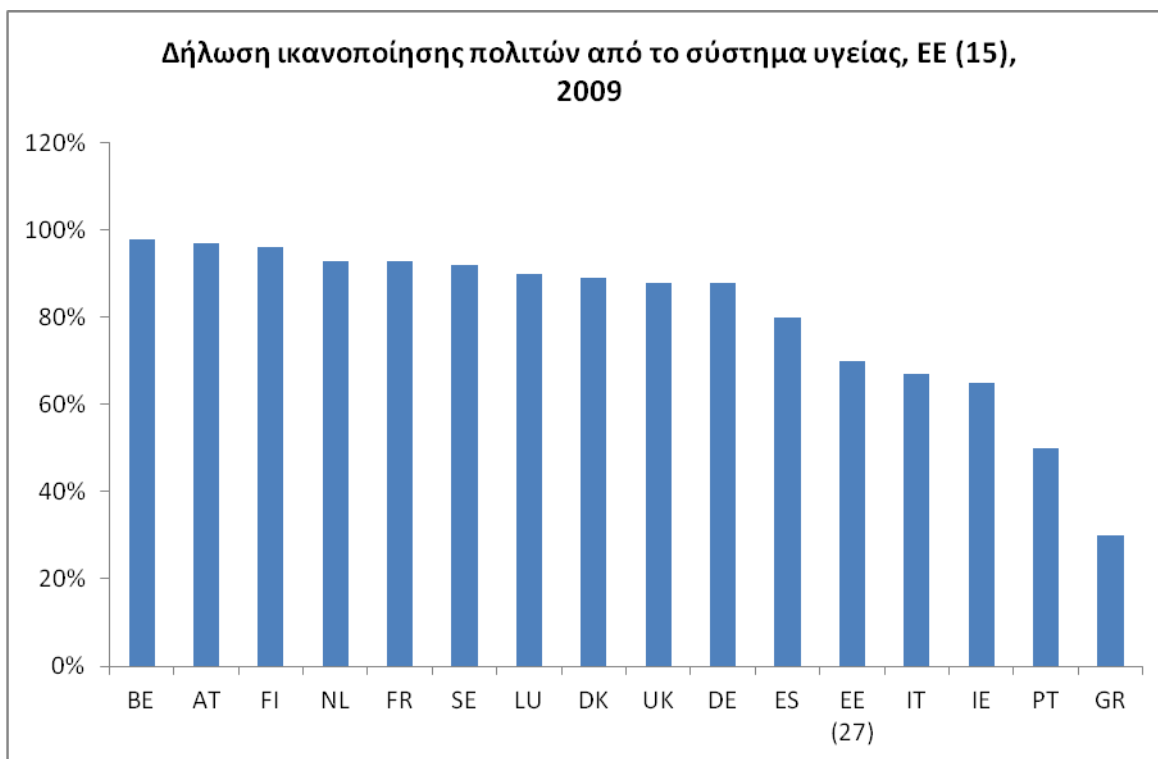
Σε έρευνα που έγινε το 1996 από το Ευρωβαρόμετρο<sup>59</sup>, οι Έλληνες απάντησαν ότι ήταν από μέτρια έως πολύ δυσαρεστημένοι από το σύστημα υγείας τους, σε ποσοστό 53,9%, το τρίτο υψηλότερο (μετά την Ιταλία και την Πορτογαλία) μεταξύ κρατών-μελών της ΕΕ, ενώ το 69,2% επιθυμούσε θεμελιακές αλλαγές του συστήματος.

Σε ίδια έρευνα το 2002, απαντήθηκε σε ποσοστό 78,1% η επιθυμία των πολιτών για ριζικές αλλαγές, ενώ το 2010 σε ποσοστό 83% δόθηκε η απάντηση πως αισθάνονται την πιθανότητα ύπαρξης βλάβης αν νοσηλευτούν σε κάποιο νοσοκομείο της χώρας! Ίσως δεν πρέπει να αγνοήσουμε την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που μαστίζει την δημόσια υγεία, την ύπαρξη λίστεων αναμονής και τη μη γενικευμένη ή την απουσία συστημάτων διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας.

Αυτό που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ονομάζει «ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας», δηλαδή την αξιοπρέπεια, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, την έγκαιρη προσοχή, την αυτονομία, την ποιότητα του περιβάλλοντος χώρου, την επικοινωνία, την δυνατότητα επιλογής των προμηθευτών και την κοινωνική υποστήριξη, δυστυχώς σύμφωνα με μελέτη του ΠΟΥ και σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, εμφάνισε το χαμηλότερο επίπεδο στη χώρα μας.<sup>60</sup>

59. Οι έρευνες του Ευρωβαρόμετρου (ΕΒ) συλλέγουν πληροφορίες από τους Ευρωπαίους για διάφορα θέματα, τα αποτελέσματα των οποίων βοηθούν την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να βελτιώνει τις πολιτικές της. [http://ec.europa.eu/health/reports/eurobarometer/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/reports/eurobarometer/index_el.htm)

60. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, ΙΝΕ, Μάρτιος 2012, σελ 110-111



Πηγή: Eurobarometer 2010 (ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΩΥΣΙΔΟΥ, Μελέτες (Studies)/16,σελ: 43, Υγειονομική περιθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2011)

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα είναι αναντίστοιχη των δηλωμένων στόχων της. Οι νομοθετικές προβλέψεις εφαρμόστηκαν από καθόλου μέχρι μερικώς ή στην καλύτερη περίπτωση εφαρμόστηκαν αλλά καταργήθηκαν σε βραχεία πορεία χρόνου λόγω αλλαγής πολιτικού σκηνικού.

Μεταξύ 1974-2010, εποχή δημοκρατικής διακυβέρνησης της χώρας, επισημαίνονται δύο μόνο επιτυχημένες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 και η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ με εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων με τον Ν. 2889/2001. Οι νομοθετικές αυτές παρεμβάσεις, παρά το γεγονός ότι δεν εφαρμόστηκαν πλήρως, άλλαξαν το οργανωτικό μοντέλο και τη δομή του υγειονομικού τομέα. Λόγω όμως συντεχνιακών αντιπαραθέσεων και ανεπαρκούς χρηματοδότησης δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν τους στόχους τους.<sup>61</sup>

Οι οποιοσδήποτε άλλες πρωτοβουλίες για βελτίωση του υγειονομικού τομέα μέχρι το 2010, απεδείχθησαν ατελέσφορες κυρίως λόγω τη δοτικότητας τους σε πολιτικά και συντεχνιακά συμφέροντα.

61. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2012 : 79-81

Η απουσία συνέχειας στην πολιτική υγείας αποτέλεσε κομβικό σημείο για τις ισχυρές αδυναμίες του υγειονομικού τομέα. Οι πελατειακές σχέσεις και ο ρόλος των κομμάτων επιβαρύνονται για αυτή την ασυνέχεια σε συνδυασμό με την αδύνατη κοινωνία των πολιτών. Για τη διασφάλιση της επιτυχίας ενός υγειονομικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου ως προς την ισοτιμία χρήσης του και την αποδοτικότητα στη χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών του, η εισαγωγή διαφορετικής πολιτικής κουλτούρας και περισσότερο συμμετοχικών μορφών διακυβέρνησης θεωρούνται θεμελιώδους σημασίας.

Μπορεί όμως στην παρούσα χρονική συγκυρία, υπό μνημονιακές οικονομικές συνθήκες να επιτευχθεί ο ανωτέρω στόχος;

Οι μέχρι τώρα ενδείξεις οδηγούν στη διαπίστωση ότι η υπερβολική έμφαση στην αποδοτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας σε σύγκριση με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους είναι ασφυκτικά δυσανάλογη. Η πλήρης υποταγή στη λιτότητα των μνημονιακών δεσμεύσεων έχει θέσει σε δεύτερη ή και υστερότερη μοίρα τις κοινωνικές συνέπειες.<sup>62</sup>

62. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, INE, Μάρτιος 2012 σελ 111-113

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Με βάση τα ερωτήματα περί του τι αποτελεί ασθένεια και τι υγεία μπορούμε να διακρίνουμε ως υγεία τη σύνδεσή της με το κοινωνικό-πολιτιστικό και οικονομικό περιβάλλον σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που την προσδιορίζει ως «κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου». Ο ιατροκεντρικός ορισμός, περισσότερο παραδοσιακός άρα και περιορισμένος, επικεντρώνεται στην «απουσία ασθένειας και πόνου».

Η ευρύτερη διάσταση που αποδίδει ο ΠΟΥ καθιστά τον ορισμό υγείας επαναπροσδιοριζόμενο, ανάλογο με το κοινωνικό περιβάλλον και των παραγόντων που αλληλοεπηρεάζονται στο κοινωνικό πεδίο δράσης, αποδίδοντας ευθύνη και στο άτομο και στον χώρο που ελίσεται. Στο σημείο αυτό ανακύπτει ο σημαίνον προβληματισμός περί του αν η υγεία συνιστά υποχρέωση του δρώντος όντος και σε ποιο βαθμό ο κοινωνικός του χώρος το επηρεάζει, ανακύπτοντας εύλογα και το συνεπακόλουθο ερώτημα ποιος φέρει το καθήκον διαφύλαξής της: το άτομο; οι κοινωνικό-πολιτισμικές και πολιτικές συνθήκες που βιώνει; και τα δύο μέρη;

Κάθε σύστημα υγείας οφείλει να ανταποκρίνεται στις συνθήκες που εφαρμόζεται, να λειτουργεί με ισότητα πρόσβασης των χρηστών του, να είναι αποτελεσματικό και να διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Λειτουργώντας σε ορισμένο περιβάλλον είναι αυτονόητο πως επηρεάζεται από αυτό καθώς και τις εξελίξεις που συντελούνται στα όριά του.<sup>63</sup>

Χρήσιμο όμως είναι να γίνει αναφορά στο τι είναι σύστημα υγείας. Ο όρος αναφέρεται σε ένα μοντέλο παραγωγής, με εισροές, ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φάρμακα, μηχανήματα κ.α, των οποίων ο συνδυασμός και η οργάνωση επιφέρουν την εκροή, δηλαδή το σύστημα υγείας.

Ως έννοια η λέξη «σύστημα» παραπέμπει σ' ένα σύνολο στοιχείων και υποσυστημάτων, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς. Κατά τη συστημική αντίληψη το σύστημα δεν είναι άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων αλλά ενιαίο σύνολο με τη δική του λειτουργία. Έτσι, οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των υποσυστημάτων είναι σημαντικές και αποτελούν προϋποθέσεις για την ομαλή λειτουργία του. Επομένως, σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων με διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου για τη διατήρηση και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

63. Χ.Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 357-360



Δεν θα ήταν άστοχο να ορίσουμε επίσης το σύστημα υγείας ως «έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας». <sup>64</sup>

Ως σύστημα υγείας εννοούμε ακόμη την οργάνωση των πόρων στον τομέα υγείας τόσο για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού μιας χώρας, όσο και για την καλύτερευση της υγείας του. Στους πόρους αυτούς συμπεριλαμβάνονται το υλικό δυναμικό (εγκαταστάσεις, φάρμακα, τεχνολογία κτλ.) αλλά και το ανθρώπινο (ιατροί, νοσηλευτές, έτεροι επαγγελματίες υγείας κτλ), όπως και ο τρόπος συνδυασμού τους ο οποίος αποτελεί και τον τρόπο της οργάνωσης κάθε υγειονομικού συστήματος.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σύστημα υγείας είναι η σύνθεση όλων των στοιχείων που με συνδυασμένη επίδραση στοχεύουν σε έναν πληθυσμό και σε όλους τους χώρους όπου κινείται ο άνθρωπος όπως σπίτι, δημόσιοι χώροι κ.λ.π. και αφορά το φυσικό και ψυχολογικό περιβάλλον του. <sup>65</sup>

Κατά τη διεθνή εμπειρία, τα συστήματα υγείας έχουν τις εξής τρεις μορφές:

- Το πρότυπο Beveridge, με αντιπροσωπευτική χώρα τη Μεγάλη Βρετανία, το οποίο στοχεύει στη χρηματοδότηση μέσω της φορολόγησης και στην πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, ενώ το κράτος έχει τον έλεγχο των παραγωγικών συντελεστών.
- Το πρότυπο Bismark, με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία και τη Γαλλία, το οποίο παρέχει πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, με δημόσια ή ιδιωτική κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών και χρηματοδότηση από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.
- Το Πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης, με αντιπροσωπευτική χώρα τις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου ο χρήστης-καταναλωτής επιλέγει να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα και οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες.

Η διεθνής εμπειρία καταφάσκει υπέρ μιας έντονης κινητικότητας των συστημάτων υγείας, στοχεύοντας στη σύμπλευση των παραδοσιακών μορφών του κράτους πρόνοιας με τεχνικές της αμερικανικής πολιτικής για την υγεία.

Επιχειρούνται λοιπόν, λόγω των οικονομικών συγκυριών όπως η αύξηση της ανεργίας και η οικονομική κρίση, διαρθρωτικές κινήσεις με σκοπό την αύξηση του ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας χωρίς να εγκαταλείπεται ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος. <sup>66</sup>

64. [http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/eisagogikes\\_enies\\_politiki\\_igias/ili\\_mathimatos/kefalaio2.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf)

65. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 138-139

66. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα 1997 : 33-37

Το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα μικτό σύστημα, με στοιχεία και χαρακτηριστικά τόσο του μοντέλου Bismarck (με ενεργό ρόλο και παρουσία της κοινωνικής ασφάλισης) όσο και του μοντέλου Beveridge (με κύρια πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό). Τα βασικά συστατικά του στοιχεία είναι:

-ο τομέας της ασφάλισης (με κλάδουσή φορείς υγείας)

-ο τομέας της παροχής, οποίος απαρτίζεται από

(α) τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας - ΕΣΥ (κρατικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας)

(β) τις μονάδες που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία (πολυϊατρεία, ιατρεία και ειδικά κέντρα)

(γ) τον συμβεβλημένο με ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτικό τομέα (γιατρούς ειδικοτήτων, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια).<sup>67</sup>

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες που θα αποτελέσουν το εφαλτήριο σχεδιασμού για το σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας, είναι σχετικοί με το κοινωνικό, γεωγραφικό και οικονομικό περιβάλλον στο οποίο θα εφαρμοστούν, το κόστος και την αποτελεσματικότητα, τους διαθέσιμους πόρους (ανθρώπινοι και υλικοί), αλλά και αν ακόμη υπάρχει ήδη ένα αποτελεσματικό σχέδιο που απέφερε τα αιτούμενα αποτελέσματα και προκειμένου να απαντηθούν χρήσιμη είναι η συλλογή πληροφοριών αλλά και διεξαγωγής έρευνας, που να αφορούν την εξακρίβωση των προβλημάτων στην υγεία, τους επαγγελματίες της, την ποιότητα των ήδη παρεχομένων υπηρεσιών, την ανάγκη και τη ζήτηση.

Ως προς την υιοθέτηση του μοντέλου σχεδιασμού η απάντηση δίνεται με βάση το αποτέλεσμα που επιθυμεί ο σχεδιαστής του ώστε να ικανοποιηθούν τα αιτήματα που του ανατέθηκαν.

Η ΠΟΥ διακρίνει σε παραδοσιακό, ολοκληρωτικό, προσαυξανόμενο και συμμετοχικό σχεδιασμό, όπου ο παραδοσιακός επιλέγει την συστημική ανάλυση και ο συμμετοχικός το διάλογο σχεδιασμού με εκπροσώπους όλων των ομάδων συμφερόντων του τομέα της υγείας (προμηθευτές, ασφαλιστικά ταμεία, επαγγελματίες υγείας).

Η ολοκληρωτική σχεδίαση βρίσκει πρόσφορο έδαφος σε κράτη με εθνικό σύστημα υγείας, καθώς αποτελεί κυβερνητική έκφραση της πολιτικής του για την υγεία και με βάση ασφαλώς το δίπτυχο διαθέσιμοι πόροι-υφιστάμενοι περιορισμοί και ο προσαυξανόμενος σχεδιασμός αποτελεί την ενδιάμεση πρόταση απουσίας σχεδιασμού και ολοκληρωτικής σχεδίασης και απαντάται σε χώρες με μικτά συστήματα υγείας.

Η επιλογή μιας ευέλικτης διαδικασίας, ευπροσάρμοστης στις αλλαγές του κοινωνικο-πολιτισμικού αλλά και του πολιτικό-οικονομικού πλαισίου, λόγω της αλληλεπίδρασής τους θα ήταν η πλέον ενδεδειγμένη.<sup>68</sup>

67. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές 2007: σελ: 367-368

68. Χ. Οικονόμου, Διδακτορική Διατριβή: 171-173

## 2.2. Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, την Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή.<sup>69</sup>

**Η Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας** περιλαμβάνει τις προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς σε νοσηλευτική μονάδα.

Περισσότερο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα ευρύ φάσμα δράσεων σχετικών με:

- Ενημέρωση του πληθυσμού σε ζητήματα υγείας και άσκηση προληπτικής ιατρικής
- Επιδημιολογική έρευνα, ιατροκοινωνική έρευνα, καταπολέμηση των αιτιών της αρρώστιας και ιατρική της εργασίας (για την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών ατυχημάτων και νόσων)
- Κοινωνική φροντίδα στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, υπερήλικες κ.λ.π.)
- Υπηρεσίες προσχολικής και σχολικής υγιεινής και έλεγχο προληπτικής οδοντιατρικής του πληθυσμού
- Έλεγχο της ρύπανσης του Περιβάλλοντος.<sup>70</sup>

Έμφαση στη σπουδαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δόθηκε στη διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, όπου τονίστηκε ο κεντρικός της ρόλος στα συστήματα υγείας, δίνοντας η διακήρυξη κατευθυντήριες οδηγίες προς τα κράτη-μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για πλήρη υποστήριξη σε οικονομικό και τεχνολογικό επίπεδο αλλά και ανθρώπινο δυναμικό και συγκεκριμένα αποφασίστηκε η άμεση σύνδεση φροντίδας υγείας και πληθυσμού, η καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων, η συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο σχεδιασμό και την εφαρμογή τους και ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα «αποτελεί την τοπική έκφραση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας».

Με βασική μονάδα το Κέντρο Υγείας η Π.Φ.Υ. οφείλει να εξυπηρετεί όλο τον πληθυσμό με βάση την αρχή της ισότητας και να υποστηρίζεται από τις άλλες βαθμίδες του συστήματος, ενώ η χρηματοδότησή της γίνεται κυρίως ως ακολουθεί:

- αμοιβή του ιατρού κατά πράξη και περίπτωση, η οποία παρέχει μεν υψηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών αλλά αυξάνει το κόστος περίθαλψης,

69. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές 2007: 181-182

70. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 24-25

- αμοιβή με μισθό, η οποία παρουσιάζει όμως χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών,
- αμοιβή κατά κεφαλή, η οποία ανταποκρίνεται στη διατήρηση καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού και μειώνει ταυτόχρονα την άσκοπη παροχή ποσότητας υπηρεσιών υγείας,
- αμοιβή ανάλογη της διαγνωστικής κατηγορίας, η οποία όμως φέρει τεχνικές δυσκολίες στην εφαρμογή της.<sup>71</sup>

Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα παρέχεται στη χώρα από περισσότερα από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και πλήθος διαγνωστικών κέντρων, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία ή παρέχουν υπηρεσίες αμειβόμενες είτε από τον ίδιο το χρήστη είτε μέσω της ιδιωτικής του ασφάλισης. Μάλιστα, προ οικονομικής κρίσης ο ιδιωτικός τομέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας κατέγραφε ετήσια κέρδη 154 εκατ. ευρώ, με πάνω από 5 εκατ. περιπτώσεις ασθενών, λόγω και της οργανωτικής δυσλειτουργίας των δημόσια παρεχομένων υπηρεσιών αλλά και της έλλειψης ικανοποίησης εκ μέρους των χρηστών της.

Η έλλειψη όμως ελέγχου οδήγησε σε διόγκωση των οικονομικών των ταμείων. Χαρακτηριστικό αυτού αποτελεί η αναλογία μαγνητικών τομογράφων ανά εκατομμύριο πληθυσμού, 21,8/εκατομμύριο, με μέσο όρο στην Ε.Ε. 9,5/εκατομμύριο, ενώ η αναλογία για τους αξονικούς τομογράφους είναι 33,9/εκατ. με μέσο όρο στην Ε.Ε. 19,2/εκατ.

Δεν θα απέχουμε από την πραγματικότητα καταγράφοντας πως η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει αφενός προβλήματα συντονισμού μεταξύ νοσοκομειακών ιατρών και προμηθευτών εξωνοσοκομειακής φροντίδας, υποσκελίζοντας τη συνέχεια στη φροντίδα και υποδαυλίζοντας την αναποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και αφετέρου διαφορετικότητα στην οργάνωση των δομών σε συνάρτηση με την ανεπαρκή στελέχωση πόρων (ανθρωπίνων και υλικών) ώστε να συνεπικουρείται εν τέλει το «θολό τοπίο» στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) σε έκθεσή του από το 2007 διαπίστωσε ανισοροπία στην κατανομή των επαγγελματιών υγείας στα Κέντρα Υγείας, παλαιότητα τεχνολογικού εξοπλισμού και κτιριακών εγκαταστάσεων και έλλειψη μηχανοργάνωσης.

Η απουσία ποιοτικών υπηρεσιών οδήγησαν τους χρήστες στην δυσπιστία και τους έστρεψαν προς τον ιδιωτικό τομέα. Αν και επιχειρήθηκε η αντιστροφή του κλίματος με δύο νόμους, τον Ν.2519/1997 και τον Ν.3235/2004, δεν επιτεύχθηκε ο σκοπός καθώς ο πρώτος δεν βρήκε πρόσφορο έδαφος να εφαρμοστεί από μια κυβέρνηση που δεν κατάφερε να υλοποιήσει δραστικές αλλαγές και ο δεύτερος δεν πρόλαβε λόγω αλλαγής του πολιτικού σκηνικού.<sup>72</sup>

**Η Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας** περιλαμβάνει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές τεχνικές, με αναγκαία την νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο, χωρίς να είναι απαιτητή και η διανυκτέρευση στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Κομβικό στοιχείο του 2ου επιπέδου υγείας αποτελεί το νοσοκομείο, κρατικό, πανεπιστημιακό, στρατιωτικό ή ιδιωτικό.<sup>73</sup>

71. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 191-195

72. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007: 57-60

73. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 25-26

Το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως νοσοκομειοκεντρικό και μάλιστα έντονα, οφειλόμενο στην ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί σε οποιοδήποτε τύπο υπηρεσίας υγείας, απόντων κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες του. Στα νοσοκομεία ελλείπει της πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχεται και αυτό το επίπεδο υπηρεσιών αλλά κι ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας από διαγνωστικές εξετάσεις μέχρι οδοντιατρική φροντίδα. Η οικονομική κρίση μάλιστα που ταλανίζει τη χώρα, διόγκωσε τη ροή ασθενών προς τα νοσοκομεία.<sup>74</sup>

Τρίτο και τελευταίο επίπεδο του τομέα της Υγείας στη χώρα αποτελεί η **Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας**, με υπηρεσίες εξειδικευμένες, διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού κι εκπαιδευτικού χαρακτήρα, έχοντας ως στόχο την προαγωγή της ιατρικής έρευνας, την αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών, τη συνεισφορά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την παροχή ποιοτικούελέγχου των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό που οφείλει να διαθέτει και υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό.<sup>75</sup>

Στην Ελλάδα το 52% των δαπανών για την υγεία αναλογούν στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Η Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζεται από το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών. Σε έρευνα της ΕΣΥΕ το 2008 ένα νοικοκυριό κατέβαλε μέσο μηνιαίο ποσό 142,10 ευρώ για χρήση υπηρεσιών υγείας δίνοντας 87,4% για ιατρούς εκτός νοσοκομείου, 21,4% για νοσοκομειακή φροντίδα και 33,02% για θεραπευτικές συσκευές και φάρμακα.<sup>76</sup>

Στην ελληνική πραγματικότητα παροχής υπηρεσιών υγείας μετέχει και ο ιδιωτικός τομέας με κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και ασφάλιση υγείας. Οι περισσότερες ιδιωτικές κλινικές διαθέτουν μικρό ή μεσαίο αριθμό κλινών σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Σχετικά με τα διαγνωστικά κέντρα, ο αριθμός τους αυξήθηκε μετά το 1985, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, λόγω των αδυναμιών θετικής ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στους χρήστες υπηρεσιών υγείας και ειδικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Τα κέντρα αυτά αμείβονται από τα ασφαλιστικά ταμεία με το σύστημα της «εκ των υστέρων και κατά πράξη αποζημίωσης». Σε συνδυασμό με την απουσία ελέγχου αύξησαν το κόστος για τα ταμεία και δημιουργήθηκε προκλητή ζήτηση καθώς η λειτουργία τους στηρίζεται μόνο σε επιχειρηματικά κριτήρια (π.χ. η χρήση απεικονιστικής διαγνωστικής ξεπέρασε τους δείκτες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης). Στο εν λόγω «ελληνικό φαινόμενο» αθροίστηκε και η συμμετοχή ιατρών του ΕΣΥ ως μέτοχοι διαγνωστικών κέντρων.

74. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, ΙΝΕ, Μάρτιος 2012 σελ 60-62

75. Γεωργία Τσέτσου 2004, Μεταπτυχιακή Διατριβή: 26

76. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012, σελ: 32

Η ιδιωτική ασφάλιση αρχίζει να αναπτύσσεται την δεκαετία του '80 καθώς ο δημόσιος τομέας αδυνατούσε να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη ζήτηση. Εντούτοις και πέραν του σκεπτικού ως συμπληρωματικής ασφάλισης και παροχής εναλλακτικών λύσεων επιλογής ιατρού και νοσοκομείου, η ιδιωτική ασφάλιση και περιορισμούς επιφέρει στο εισόδημα και δεν εναρμονίζει τις παροχές της με τον πληθωρισμό, ενώ στερώντας ασφαλισμένους με υψηλά εισοδήματα από την κοινωνική ασφάλιση αντιδιαστέλλεται στη χρηματοδότηση της τελευταίας.

Δεν θα πρέπει να θεωρείται όμως λαίλαπα. Αντίθετα ο συνδυασμός κρατικής και ιδιωτικής παροχής, με υπεροχή της πρώτης, μπορούν να επιτύχουν τη ρεαλιστικότερη λύση για την καλύτερη αντιμετώπιση της υγείας του πληθυσμού. Και αναφέρεται ως αναγκαία η υπεροχή της κρατικής περίθαλψης καθώς κάποιες υπηρεσίες όπως η πληροφόρηση αποτελούν δημόσια αγαθά.

Η αναγκαιότητα της δημόσιας παροχής υγείας έγκειται άλλωστε στο ότι αποτελεί έναν τρόπο μείωσης της φτώχειας, εφόσον ο ιδιωτικός τομέας δεν ενέχεται καθόλου στον πληθυσμό αυτό.<sup>77</sup>

Αναφορικά με την κάλυψη του πληθυσμού αυτή παρέχεται από ασφαλιστικούς οργανισμούς όπου ασφαλιζονται όσοι παρέχουν ή παρείχαν εργασία εντός των ορίων της χώρας, Έλληνες καθώς και αλλοδαποί (μισθωτοί, ελεύθεροι επαγγελματίες, συνταξιούχοι). Επιπλέον καλύπτονται τα μέλη της οικογένειας των ανωτέρω εφόσον δεν έχουν ίδιο δικαίωμα ασφάλισης καθώς και οι άνεργοι υπό κάποιες προϋποθέσεις.

Για τις ελάχιστες περιπτώσεις οικονομικά αδυνάτων και ανέργων, χορηγείται ειδικό βιβλιάριο υγείας, και το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης αναλαμβάνει απευθείας ο κρατικός προϋπολογισμός.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει καθολική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού και επιπλέον προβλέπεται η κάλυψη των επείγουσών ιατρικών αναγκών των τουριστών καθώς και όσων διαμένουν παράνομα στη χώρα.

Οι παροχές υγείας που καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς περιλαμβάνουν πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα παρέχεται:

- Πρωτοβάθμια ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα
  - Νοσοκομειακή περίθαλψη
  - Φαρμακευτική περίθαλψη
- Πρόσθετη περίθαλψη (βηματοδότες, εμφυτεύσιμα υλικά, ορθοπεδικά είδη, συσκευές κλπ).<sup>78</sup>

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης επιβαλλόμενος από το κράτος, συνδέεται με την επαγγελματική απασχόληση και διέπεται από τις διατάξεις του Δημοσίου Δικαίου και νόμους του κράτους, όπως υπουργικές αποφάσεις και προεδρικά διατάγματα.

77. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: σελ 328

78. «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ»

Οι εισφορές αντιστοιχούν σε μεγάλες επαγγελματικές κατηγορίες και μεταβάλλονται με υπουργική απόφαση επικυρωμένη από του ελληνικό κοινοβούλιο και με βάση παράγοντες όπως η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού ταμείου, η ελλειμματικότητα του ισοζυγίου πληρωμών, η μείωση του εισοδήματος, η αύξηση της ανεργίας καθώς και αντιδράσεις σε άλλους κλάδους παραγωγής. Δίχως να χρειάζεται ειδική συμφωνία με κάθε ασφαλισμένο, η ασφαλιστική κάλυψη είναι ενιαία για όλα τα άτομα που ανήκουν στην ίδια επαγγελματική κατηγορία.

Τα οικονομικά ελλείμματα των ταμείων και η γενικότερη οικονομική τους βιωσιμότητα καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή διευθετούνται με κρατική παρέμβαση.

Παράλληλα με την κοινωνική ασφάλιση μπορεί να υπάρξει ως προσωπική υπόθεση του ατόμου η περαιτέρω συμπληρωματική του ασφάλιση, καλύπτοντας κυρίως κινδύνους που δεν περιέχονται στην κύρια ασφάλισή του.

Η ιδιωτική ασφάλιση ρυθμίζεται νομικά από τον εμπορικό νόμο και η ασφαλιστική επιχείρηση διέπεται από το νομοθετικό διάταγμα 400/1970.

Τα ασφαλιστικά και η μεταβολή τους αποτελούν θέμα διαπραγμάτευσης ασφαλιστικής εταιρείας και ασφαλισμένου και μπορεί να διακριθεί σε ατομική και ομαδική (αφορώντας ασφαλιστική σύμβαση που συνάπτεται για μέλη ορισμένης ομάδας).

Τα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης έχουν αυξήσει το ενδιαφέρον για τη σύναψη ιδιωτικών συμβολαίων ζωής, υγείας και σύνταξης. Η ελληνική ασφαλιστική αγορά λειτουργεί στο πλαίσιο ενός ενιαίου ευρωπαϊκού συστήματος εναρμονισμένη με τις οδηγίες της Ε.Ε. και τους κανόνες ανταγωνισμού της ελεύθερης αγοράς.<sup>79</sup>

Τα ασφαλιστικά ταμεία διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο για την παροχή και την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας. Θεωρητικά είναι αυτοδιοικούμενα, αλλά τόσο η εξάρτησή τους από το Υπουργείο Οικονομικών για την κάλυψη των ελλειμμάτων τους, όσο και η τοποθέτηση Διοικητών τους με κυβερνητική απόφαση τα καθιστούν δέσμια των εκάστοτε πολιτικών επιλογών.

Τριάντα περίπου ασφαλιστικά ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας παρείχαν κάλυψη (προ ενοποίησης τους υπό τη «στέγη» του ΕΟΠΥΥ) των αναγκών υγείας στη συντριπτική πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα το ΙΚΑ κάλυπτε το 50% του πληθυσμού, ο ΟΓΑ το 20%, ο ΟΠΑΔ το 12% και ο ΟΑΕΕ το 13%, παρέχοντας ανομοιόμορφη παροχή υπηρεσιών και καθιστώντας κάποια ασφαλιστικά ταμεία «υποδεέστερα» άλλων.<sup>80</sup>

Ιστορικά, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), υπεύθυνο για τους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και τις οικογένειές τους, πρόσφερε υγειονομική κάλυψη σε 5,6 εκατομμύρια δικαιούχους. Παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των 272 πολυιατρείων του αλλά και υγειονομικών μονάδων της ευθύνης του κάλυπτε τον μισό ελληνικό πληθυσμό.

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) παρείχε φροντίδες υγείας στον αγροτικό πληθυσμό (αναλογώντας σε 2,03 εκατομμύρια κατοίκους). Μη έχοντας δικές του μονάδες υγείας, οι δικαιούχοι του μπορούσαν να επισκεφτούν αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, συμβεβλημένα ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων.

79. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007: 341-358

80. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012 : 16-17

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ασφαλίζει από το 2007 επαγγελματίες, βιοτέχνες, εμπόρους και αυτοαπασχολούμενους κατόπιν ενοποίησης των ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ.

Στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν με το Ν. 3655/2008 το Ταμείο Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), οι κατά κύριοι ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ) και το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων.

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) συστάθηκε με το Ν. 2768/1999, ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και μετατράπηκε σε ασφαλιστικό ταμείο με το Ν. 3918/2011. Παρείχε κάλυψη για 1,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους . Το 2008 ο Ν.3655 θα προσθέσει και 150.000 ακόμη δικαιούχους στους κόλπους του, προερχόμενους από το Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ).<sup>81</sup>

81. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, ΙΝΕ, Μάρτιος 2012: 54-55, 98-100,



## 2.3 ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΧΡΕΟΥΣ

Στις 4 Οκτωβρίου 2009 η κυβέρνηση του Γεωργίου Παπανδρέου ανακοίνωσε ότι το χρέος της χώρας θα έφθανε το 12,7%, αντί του προβλεπόμενου, από την προκάτοχο κυβέρνηση, του 6%, συνεχίζοντας όμως την υστέρηση λήψης μέτρων για τις απαιτήσεις της κατάστασης που παρέλαβε. Υποτιμώντας το μέγεθος του κινδύνου για τη χώρα ο υπουργός οικονομικών Γ. Παπακωνσταντίνου θα έχει την πρώτη τραυματική επαφή με το Συμβούλιο της Ε.Ε. ειπωμένη σκληρά από τον Ζ. Κ. Γιούνκερ: «the game is over».

Την περίοδο Φεβρουαρίου-Μαΐου 2010 τα ελληνικά ομόλογα τείνουν να υποβαθμιστούν σε «σκουπίδια» (junks). Στις 6 Μαΐου 2010 ο υπουργός οικονομικών Γ. Παπακωνσταντίνου θα πει στη Βουλή των Ελλήνων:

*«Σε λιγότερο από δύο εβδομάδες, λήγει ένα ομολογιακό δάνειο 9 δις. Ευρώ. Το ταμείο του Κράτους δεν έχει αυτά τα χρήματα. Σήμερα που μιλάμε, η χώρα δεν μπορεί να δανειστεί από τις ξένες αγορές. Ο μόνος τρόπος για να αποφύγει η χώρα την πτώχευση και τη στάση πληρωμών είναι να πάρει τα χρήματα από τους Ευρωπαίους εταίρους μας και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Είναι τόσο απλά τα πράγματα. Και για να πάρουμε αυτά τα χρήματα, πρέπει να συμφωνήσουμε σε ένα τριετές πρόγραμμα οικονομικής πολιτικής, το οποίο είναι και προαπαιτούμενο».*<sup>82</sup>

Στις 23 Απριλίου 2010 η ελληνική κυβέρνηση υποβάλλει επίσημα αίτημα προς την Ε.Ε. για την ενεργοποίηση του μόλις συσταθέντος μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας και στις 3 Μαΐου αίτημα συνδρομής στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο.

Ο ψηφισθείς, από τη Βουλή των Ελλήνων τον Μάιο 2010, Νόμος 3845, ενεργοποιεί το 1<sup>ο</sup> Μνημόνιο για την Ελλάδα, περιλαμβάνοντας ένα πρόγραμμα εξυγίανσης και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων μέχρι το 2012 αποδίδοντας στη χώρα δάνειο ύψους 110 δις. ευρώ.

Πέρα από τις ελληνικές υποχρεώσεις για μεταρρυθμίσεις, καθιερώθηκε η φυσική παρουσία στελεχών του Δ.Ν.Τ. και της Ε.Ε. στην πρωτεύουσα. Ήταν όμως μονόδρομος για την Ελλάδα λόγω της μικρής της διαπραγματευτικής ικανότητας.

Στη δίνη της οικονομικής κρίσης θα ακολουθήσουν το Μνημόνιο 2 (Ν. 4046/2012), με υπερψηφισαντες 199 βουλευτές, από τους 278 και διαταραγμένο όχι μόνο το πολιτικό σκηνικό αλλά και σύσσωμη την ελληνική κοινωνία.<sup>83</sup>

Αποκρατικοποιήσεις, αξιοποίηση δημόσιας περιουσίας, αυξήσεις 25% στα τιμολόγια του ΟΑΣΑ, του ΟΣΕ και της ΤΡΑΙΝΟΣΕ, εξάλειψη φορολογικών απαλλαγών και προνομίων, μείωση φορολογικών συντελεστών, ποινική δίωξη και δέσμευση κεφαλαίων/περιουσιακών στοιχείων για φορολογικές οφειλές, μείωση των θέσεων στο δημόσιο κατά 150 χιλιάδες μεταξύ των ετών 2010 - 2015, μείωση κατά 22% των ελάχιστων μισθών οριζόμενοι από την εθνική γενική συλλογική σύμβαση εργασίας (ΕΓΣΣΕ), μείωση ενός δισεκατομμυρίου ευρώ στις εξωνοσοκομειακές φαρμακευτικές δαπάνες το 2012 και προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, ήταν μερικά από τα επαχθή μέτρα που ψηφίστηκαν.<sup>84</sup>

82. Σωτήρης Νταλής, σελ. 138-152

83. Νόμος του κράτους το Μνημόνιο 2

84. Το μνημόνιο 2 σε 63 προτάσεις

Με το Νόμο 4093/2012 θα ακολουθήσει το 3<sup>ο</sup> Μνημόνιο, όπως και νέα μέτρα από 2 έως 4 δις. ευρώ για το διάστημα 2015-2016. Μεταξύ άλλων προβλέπονταν αλλαγές στα εργασιακά (μεταρρύθμιση του κατώτατου μισθού), απολύσεις στο δημόσιο (κλείσιμο φορέων και κατάργηση θέσεων), καθώς και χρονοδιάγραμμα αποκρατικοποιήσεων.<sup>85</sup>

Τα αποτελέσματα της πολιτικής των μνημονίων, σύμφωνα με το παρατηρητήριο της ΓΣΕΕ, είναι ότι τα μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας και η απορρύθμιση της αγοράς εργασίας όχι μόνο επιδείνωσαν σημαντικά τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού στην Ελλάδα αλλά και οδήγησαν σε διεύρυνση των ανισοτήτων, σε δραματική επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών στην Ελλάδα και άνιση κατανομή των βαρών στον πληθυσμό, ενώ το ποσοστό σχετικής φτώχειας των εργαζομένων αυξήθηκε από 11,9% το 2010 σε 15,1% το 2011.<sup>86</sup>

Θεωρείται δεδομένο βέβαια ότι στα τέλη της δεκαετίας του 2000 το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης, ανεπάρκειες στη λειτουργία της ΠΦΥ, ξεπερασμένες τεχνικές διοίκησης, απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών και απουσία μηχανισμών ελέγχου, παρακολούθησης και αξιολόγησης του κόστους αλλά και μη ορθολογική κατανομή των πόρων για την υγεία.<sup>87</sup>

Η αναδιάρθρωσή του φαινόταν απαραίτητη, ίσως όμως όχι με απότομες λύσεις και σε οικονομικό περιβάλλον ιδιαίτερος δυσχερές.

85. <http://www.real.gr/DefaultArthro.aspx?page=arthro&id=209967&catID=2>

86. Παρατηρητήριο ΓΣΕΕ: Ραγδαία αύξηση της φτώχειας την πρώτη μνημονιακή διετία

87. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2012: 94-95

## 2.4 Η ΣΥΡΡΙΚΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η νομοθεσία των μνημονίων στον τομέα της δημόσιας υγείας στόχευσε στον διαχωρισμό του κλάδου υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Με το Ν. 3863/2010 οι κλάδοι υγείας και τα ταμεία διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, περνώντας στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με το ανωτέρω νομοθέτημα προβλεπόταν ενιαίο πλαίσιο υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παροχής υγείας του ΕΣΥ αλλά και δημιουργία Συμβουλίου Συντονισμού στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με σκοπό τον καθορισμό ενιαίων κανόνων αγοράς για υπηρεσίες υγείας στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αλλά και θέσπιση κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους υγείας αποσκοπώντας στη μείωση των δαπανών για την υγεία.

Ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος συστάθηκε με το Ν.3918/2011, είχε ως σκοπό τη συγκέντρωση των πόρων υγείας και την αυξημένη διαπραγμάτευση έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, Ο ΟΠΑΔ και ο ΟΑΕΕ υπάχθησαν στους κόλπους του ως τα μεγαλύτερα ταμεία κατανάλωσης πόρων, με προσανατολισμένη τη σκέψη για υπαγωγή στον ΕΟΠΥΥ και άλλων κλάδων υγείας όπως και ταμείων.

Η κατοπινή της σύστασης του ΕΟΠΥΥ πραγματικότητα έδειξε πως σε πολλές περιπτώσεις υπήρξε μείωση των παροχών (π.χ. σχετικά με τον τοκετό, τη νεφροπάθεια, την μεσογειακή αναιμία, την λουτροθεραπεία και την αεροθεραπεία) και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος (όπως στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στη νοσηλεία σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής ένωσης, στα προϊόντα ειδικής διατροφής, στις αναπνευστικές συσκευές, στα ορθοπεδικά είδη, σε προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα).<sup>88</sup>

Ακόμη, για την εξύγιανση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, οι μνημονιακοί νόμοι προέβλεπαν την ενίσχυση της δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από τον υπουργό Οικονομικών, κεντρικό σύστημα προμηθειών, αναμόρφωση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής και χρηματοοικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και ιατρικών εξετάσεων, αύξηση κινήτικότητας υγειονομικού δυναμικού, αλλαγή χρήσης μικρών νοσοκομείων.

Οι στόχοι αυτοί ποσοτικοποιημένοι απέβλεπαν σε εξοικονόμηση ½ % του ΑΕΠ για το 2011, τη διαμόρφωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία κάτω του 6% του ΑΕΠ, μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης σε 1% του ΑΕΠ, μείωση του κόστους των νοσοκομείων κατά 10% το 2011 και κατά επιπλέον 5% το 2012.

Συνεχίζοντας στους ποσοτικοποιημένους στόχους των μνημονίων και ειδικότερα για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας προβλεπόταν η μείωση κατά 50% του διοικητικού προσωπικού του και κατά 25% των συμβεβλημένων ιατρών αναθεωρώντας τις αμοιβές για ιατρικές υπηρεσίες από ιδιώτες προμηθευτές, ενώ προωθήθηκε η χρήση γενοσήμων φαρμάκων με στόχο να αποτελούν μέχρι το 2013 το 60% των φαρμάκων που πωλούνται από τα φαρμακεία.

88. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, ΙΝΕ, Μάρτιο; 2012, σελ:98-100

Συγκεντρωτικά, η νομοθεσία των ελληνικών μνημονίων που αφορά τις μεταρρυθμίσεις οι οποίες συντελέστηκαν στον τομέα της υγείας έως το 2013, μπορεί να καταγραφεί ως ακολούθως:<sup>89</sup>

- Ν. 3816/2010 ο οποίος εισήγαγε τη θετική λίστα φαρμάκων.
- Ν. 3863/2010 οποίος διαχώρισε τον κλάδο σύνταξης από τον κλάδο υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και θέσπισε το Συμβούλιο Συντονισμού Παροχών Υγείας.
- Ν. 3868/2010 ο οποίος θέσπισε υποχρεωτική την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων (απογευματινά ιατρεία).
- Ν. 3892/2010 ο οποίος καθιέρωσε την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.
- Ν. 3918/2011 με τον οποίο συστάθηκε ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάχθηκαν στο ΕΣΥ, συστάθηκε ο ΠΠΠΥ (Περιφερειακός Προγραμματισμός Προμηθειών Υγείας) και η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών καθώς και το Παρατηρητήριο Τιμών. Με τον ίδιο νόμο επιχειρήθηκε ο εξορθολογισμός του συστήματος αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων θεσπίζοντας την τιμολόγηση των φαρμάκων με βάση τις τρεις χώρες της ΕΕ που έχουν τις χαμηλότερες τιμές, ποσό επιστροφής από τα φαρμακεία, υπέρ των ασφαλιστικών φορέων, ποσό έκπτωσης φαρμακευτικών εταιρειών προς τα ασφαλιστικά ταμεία και τα νοσοκομεία, αναπροσαρμογή περιθωρίου κέρδους των φαρμακοποιών, μείωση περιθωρίου κέρδους χονδρεμπόρων.
- Ν. 4025/2011 ο οποίος ενεργοποίησε τους εσωτερικούς ελεγκτές δημοσίων μονάδων υγείας
- Ν. 4052/2012 ο οποίος όρισε την περιφερειακή συγκρότηση ΕΣΥ, την κοινή διαχείριση/λειτουργία διασυνδεδεμένων νοσοκομείων, την εισαγωγή ΚΕΝ (Κλειστά Ενοσπονημένα Νοσήλια) και γενοσήμων φαρμάκων.

Σκόπιμη κρίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν στον νοσοκομειακό τομέα λόγω του κεντρικού χαρακτήρα που κατέχει στο ελληνικό σύστημα υγείας. Με το Φ.Ε.Κ. 1681/28-7-2011 (β' τεύχος) ορίστηκε η Διασύνδεση Νοσοκομείων καθώς και ο τρόπος λειτουργίας τους.

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη, με στόχο την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία τους και στο πλαίσιο μιας ευρύτερης αναμόρφωσης του συστήματος υγείας, δεν αποτελούν «λύση» των τελευταίων ετών αλλά είχαν ως αφετηρία τις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Σε μελέτες που έγιναν σε Νορβηγία, Δανία, Αγγλία και Σουηδία σχετικά με την αποδοτικότητα του μέτρου, η εξοικονόμηση πόρων υπήρξε θετική χωρίς να αποκλειστεί και μείωση της αποδοτικότητας, όπως στην περίπτωση της Αγγλίας και της Νορβηγίας.

Στα γενικότερα συμπεράσματα εφαρμογής της πολιτικής αυτής ως αρνητικά σημεία αναφέρονται εντάσεις μεταξύ του προσωπικού και διαχωρισμός τους ανάλογα από που προέρχονταν, όπως και αίσθηση αποξένωσης από την εργασία τους αλλά και αύξηση του χρόνου πρόσβασης στα συγχωνευμένα νοσοκομεία, λόγω του εκτεταμένου γεωγραφικού χώρου που κάλυπταν.

89. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΙΝΕ Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, Μάρτιος 2012: 97-104

Στα θετικά σημεία συγχώνευσης δομών υγείας συγκαταλέγησαν η μεγέθυνση «δεξαμενής» επαγγελματιών υγείας και η εξοικονόμηση πόρων.

Στην Ελλάδα με στόχο την μείωση κατά 75 εκατομμύρια το 2012 και 150 έως το 2015, οκτώ νοσοκομεία άλλαξαν σκοπό λειτουργίας<sup>90</sup> και στις 7 Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες ο αριθμός των Νοσοκομείων κατανεμήθηκε σε 82 Διασυνδεδεμένα, δυναμικότητας 36.035 κλινών.<sup>91</sup>

Μάλιστα, όταν ετέθη επί τάπητος το θέμα της αναδιάρθρωσης των δομών δημόσιας υγείας, ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανδρέας Λοβέρδος δήλωνε *«Θεωρούμε αυτή την προσέγγιση την πιο ενδιαφέρουσα. Συνενώνει τις δυνάμεις των νοσοκομείων και μειώνει τη ζήτηση, που σε πολλές περιπτώσεις είναι τεχνητή και δημιουργείται από την πολυδιάσπαση»*.

Στην ίδια λογική και ο Γενικός Γραμματέας Υγείας Νίκος Πολύζος αλλά και ο καθηγητής Πολιτικής της Υγείας Ηλίας Μόσιαλος.

Για την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ το αρμόδιο Υπουργείο όρισε επικεφαλής τον καθηγητή Λυκούργο Λιαρόπουλο, στον οποίο διάλογο δεν θέλησαν να συμμετάσχουν ούτε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων σε Δημόσια Νοσοκομεία αλλά ούτε και η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος.<sup>92</sup>

Επικεντρώναστε ειδικότερα σε δύο προτάσεις, οι οποίες διατυπώθηκαν από τους καθηγητές Οικονομικών της Υγείας Λ. Λιαροπούλο και Ι. Κυριόπουλο, λόγω της ιδιαίτερης βαρύτητας του νοσοκομειακού τομέα στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

Ο κ. Λιαρόπουλος οποίος πρότεινε την δημιουργία εννέα ομάδων-κύκλων νοσοκομείων με ενιαία λειτουργία και κοινή διοίκηση και υπηρεσίες και ειδικότερα:

1<sup>ος</sup>Κύκλος: με πυλώνα το Νοσοκομείο ΚΑΤ, να συναπαρτίζεται από το Σισμανόγλειο, το 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ και το «Αμαλία Φλέμινγκ».

2<sup>ος</sup> Κύκλος: με κεντρικό νοσοκομείο το Γενικό Κρατικό Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», να περιλαμβάνει το «Σωτηρία», τον Ερυθρό Σταυρό και το «Ερρίκος Ντυνάν».

3<sup>ος</sup>Κύκλος: που συμπεριλάμβανε το «Ελενα Βενιζέλου», το 3ο Νοσοκομείο ΙΚΑ, την Πολυκλινική, το Οφθαλμιατρείο και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός».

4<sup>ος</sup>Κύκλος: με πυλώνα το νοσοκομείο «Αγ. Σάββας» να περιλαμβάνει το «Σπηλιοπούλειο», το 6ο Νοσοκομείο ΙΚΑ και το «Ελπίς».

5<sup>ος</sup>Κύκλος: με κέντρο το νοσοκομείο «Αγία Όλγα» και να υπάγει το νοσοκομείο των «Αγ. Αναργύρων», το 7ο Νοσοκομείο ΙΚΑ, το «Παμμακάριστος» και το νοσοκομείο Πατησίων.

6<sup>ος</sup> Κύκλος: με κεντρικό νοσοκομείο το «ΛΑΪΚΟ» και να εντάσσει το Ιπποκράτειο, το «Αλεξάνδρα», τα πανεπιστημιακά «Αρεταίειο», «Αιγινήτειο», «Ευγενίδειο» και το στρατιωτικό νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ.

90: mednet, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, «Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα»

91. ΦΕΚ Β 1681/2011

92. Πρώτα βήματα συγχωνεύσεων στα δημόσια νοσοκομεία

7<sup>ος</sup> Κύκλος: με κεντρικό νοσοκομείο το «Αττικόν», συμμετέχοντας το νοσοκομείο Αγίας Βαρβάρας, το ΨΝΑ, το Δρομοκαΐτειο και το Θριάσειο.

8<sup>ος</sup> Κύκλος: με κέντρο το νοσοκομείο Τζάννειο και να περιλαμβάνει το Γενικό Κρατικό της Νίκαιας, το Μεταξά, το Ωνάσειο, και το Ασκληπιείο Βούλας.

9<sup>ος</sup> Κύκλος: στον οποίο η συνένωση των δύο παιδιατρικών νοσοκομείων «Αγία Σοφία» και «Αγλαΐα Κυριακού» να αποτελούν το βασικό πυλώνα, με «δορυφόρους» το Παίδων Πεντέλης και το Παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο.<sup>93</sup>

Η πρόταση του καθηγητού Ιωάννη Κυριόπουλου εκκινώντας από τη σημαντική μείωση δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα (η χαμηλότερη στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ, από 5,7% το 2009 σε 4% περίπου το 2012), επισήμανε πως η σημαντική μείωση ανθρωπίνων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων δεν μπορεί να διασφαλίσει την αναγκαία ποσότητα υγειονομικών υπηρεσιών. Θεωρώντας αναγκαίες όμως τις διαρθρωτικές αλλαγές στον τομέα της υγείας πρότεινε επαναπροσδιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης, έλεγχο της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και της νοσοκομειακής περίθαλψης και επαναπροσέγγιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Κατά τον καθηγητή Κυριόπουλο, τα δημόσια νοσοκομεία όφειλαν να μετατραπούν σε αυτοτελείς και επιχειρησιακές ομάδες, με διοίκηση η οποία θα ασκεί υπάκουη στο σφαιρικό προϋπολογισμό χρηματοοικονομική διαχείριση, ενώ επισημάνθηκε η αναγκαιότητα ανασυγκρότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας λόγω του μεγάλου κόστους που παρουσιάζει και οφείλεται στην διάσπαση της συνέχειας της ιατρικής φροντίδας.

Η λογική του καθηγητή Οικονομικών της Υγείας εναρμονίζονταν στο δρόμο της λειτουργικής ενοποίησης πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης με δίκτυα συνεχούς και ολοκληρωμένης υγειονομικής παροχής φροντίδας. Υπερτόνισε δε, τη στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα και μάλιστα με θέσπιση οικονομικών κινήτρων για τους χρήστες.

Τάχθηκε επίσης υπέρ της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων, θέσπισης ασφαλιστικής τιμής αναφοράς του φαρμάκου, οριζόντια και κάθετη κινητικότητα των λειτουργών του συστήματος υγείας, διαφοροποίηση του ποσού συμμετοχής στην υγειονομική δαπάνη ανάλογα με το εισόδημα και αντιστρόφως ανάλογη με τη βαρύτητα της νόσου, ενώ εισηγήθηκε τη συγκρότηση μηχανισμού υποστήριξης και αναπλήρωσης του εισοδήματος στην περίπτωση παρουσίας σημαντικών/αιφνίδιων νοσημάτων απειλητικών για την οικονομική βιωσιμότητα του νοικοκυριών.<sup>94</sup>

Τον Αύγουστο 2013 ολοκληρώθηκε ο επανασχεδιασμός του υγειονομικού χάρτη της Αττικής από το Υπουργείο Υγείας, με βασικούς άξονες την μετατροπή των νοσοκομείων χαμηλής πληρότητας σε Μονάδες Χρονίων Παθήσεων ή Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου και την ενίσχυση των μεγάλων νοσοκομείων της Αττικής μέσω της κινητικότητας των υπαλλήλων.

93. Η εισήγηση Λιαρόπουλου για τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων

94. Πέραν του “Μνημονίου”: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας

Στα πλαίσια αυτά αποφασίστηκε:

- Το νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης να συνδεθεί με το Σισμανόγλειο και με το Αμαλία Φλέμιγκ να αποτελέσουν ένα τραστ νοσοκομείων για την εξυπηρέτηση των κατοίκων της Βορειοανατολικής Αττικής.
- Στο νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμιγκ» να αναπτυχθεί Μονάδα Αποκατάστασης και Ιατρεία Νοσηλείας μίας ημέρας. Να διατηρηθούν η Παθολογική, η Καρδιολογική και η Χειρουργική Κλινική, ενώ η Πνευμονολογική, Οφθαλμολογική, η Ορθοπαιδική, η Ουρολογική και η Νεφρολογική κλινική να μετακινηθούν σύμφωνα με το επιχειρησιακό πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας και να εφημερεύει μερικώς το Νοσοκομείο.
- Το νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι» να μετατραπεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα με πλήρη εφημέρευση και ενίσχυση με ειδικότητες και προσωπικό, όπως και το νοσηλευτικό ίδρυμα «Παμμακάριστος».
- Να ενισχυθούν με ειδικότητες που δεν διαθέτουν ή υπολειπονται κυρίως τα νοσοκομεία «Σωτηρία», «Λαϊκό», «Σισμανόγλειο», «Θριάσειο», «Τζάνειο».
- Το νοσοκομείο «Σπηλιοπούλειο» να μετατραπεί σε Κέντρο Περίθαλψης Χρονίως Πασχόντων καθώς και σε κέντρο Ακτινοθεραπείας.
- Στο νοσοκομείο Πατησίων να λειτουργήσουν εξωτερικά ιατρεία τα οποία να συνδέονται με το «Αγία Όλγα», και το προσωπικό να μετακινηθεί στο νοσοκομείο της Παμμακάριστου ή στο Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι».
- Η Πολυκλινική Αθηνών να λειτουργήσει ως Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου από τις 8 το πρωί ως τις 8 το βράδυ και οι κλινικές να μεταφερθούν σε άλλα νοσοκομεία. Να στεγάσει επίσης Καρδιολογική και Παθολογική Μονάδα Αποθεραπείας.
- Το νοσοκομείο «Αγία Βαρβάρα» να μετατραπεί σε Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου, ενώ μέρος των κλινών να φιλοξενήσει χρόνια περιστατικά που δεν χρήζουν περαιτέρω νοσηλείας σε νοσοκομεία της Β' ΥΠ.Ε. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του να μεταφερθεί σε νοσοκομεία της Β' ΥΠ.Ε Πειραιά και στο Νοσοκομείο «Αγία Βαρβάρα» να παραμείνει μικρό μέρος του προσωπικού.<sup>95</sup>

Διαβεβαιώνοντας ο υπουργός Υγείας, Άδωνις Γεωργιάδης, πως δεν πρόκειται να απολυθεί κανείς ξεκίνησε η υλοποίηση του σχεδίου αυτού.

Οι διαμαρτυρίες των λειτουργών υγείας, μέσω απεργιακών κινητοποιήσεων, υπέπεσαν εν κενό. Τα μέτρα «αναδιάρθρωσης» (και κατά την κοινή γνώμη «καταβαράθρωσης») είχαν αποφασιστεί.

95. "Όλες οι αλλαγές στα νοσοκομεία της Αττικής"

Οι συγχωνεύσεις, αποφασισμένες μεν από τα τέλη του 2010, άρχισαν να εφαρμόζονται από τον Αύγουστο του 2013. Είναι επομένως, στον παρόντα χρόνο, χωρίς σχετικά για την αποτίμηση των μέτρων που ελήφθησαν. Υπάρχουν ωστόσο, κάποια «αποτελέσματα» που επιτρέπουν μια πρώτη εκτίμηση.

Το προσωπικό των νοσοκομείων της χώρας βιώνει μια συνεχή αμφισβήτηση της εργασίας του. Δεν γνωρίζει αν το επόμενο διάστημα θα διατηρήσει τη δουλειά του, αν θα καταργηθεί ο κλάδος που ανήκει, αν το νοσοκομείο τεθεί και αυτό βορά των απαιτήσεων της τρόικας. Είναι ακριβώς αυτό το αίσθημα ανασφάλειας που το καθιστά υπάκουο μεν, παραγωγικό μόνο υπό το καθεστώς του φόβου.

Είναι λογικό πως με την μετακίνηση προσωπικού λύεται η επαφή με το τμήμα του και σταδιακά χάνει το ενδιαφέρον του για τον κοινωνικό του ρόλο ως λειτουργός. Ο εργαζόμενος επομένως ακυρώνεται, γίνεται ο ίδιος ασθενής, σύμπτωμα μιας κοινωνίας που νοσεί μη καταφέροντας να υπερασπίσει τα στοιχειώδη ηθικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Οι διοικήσεις των νέων δομών υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν πλειάδα προβλημάτων στη νέα κλίμακα ανάπτυξης της δομής που διοικούν. Πέραν του μεγάλου αριθμού εργαζομένων, η στοχοποίηση στην κερδοφορία της «επιχείρησης» θα εξανεμίσει τον παράγοντα άνθρωπο και θα εξαλείψει την μοναδικότητά του. Ο εργαζόμενος θα αποτελεί πλέον ένα γρανάζι και η οντότητά του θα υπάρχει μόνο στο πόσο παρέχει ποσοτικά στη λειτουργία αυτής της «μηχανής».

Ήδη από συστάσεώς του το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν εκπλήρωνε τον αριθμό των εργαζομένων που απαιτούνταν. Πόσο δε μάλλον, με την πληθώρα των συνταξιοδοτούμενων και πανικόβλητων για τις οικονομικές απώλειες που υπέστησαν, αφήνοντας το υπάρχον προσωπικό να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες υγείας και με την προοπτική να μειωθεί πολύ περισσότερο γεμίζοντας τη χοάνη ανθρωποθυσίας των 150.000 απολυόμενων από το Δημόσιο έως το 2015, όπως έχει ήδη αποφασιστεί και υπογραφεί με τους δανειστές της χώρας.

Ακόμη, το κλείσιμο των ψυχιατρικών δομών όπως ανακοινώθηκε πρόσφατα, χωρίς την ύπαρξη ανάλογων για επανένταξη θα οδηγήσει τους μη έχοντες να καταβάλουν νοσήλια σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, είτε στα γενικά νοσοκομεία είτε στο δρόμο, απόλυτα θύματα μιας νοσηρής κοινωνικής πραγματικότητας.

Θα ήταν άδικο να μην αναφερθεί πως οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων έγιναν προς το δρόμο της μείωσης των λειτουργικών εξόδων για δομές οι οποίες επιβαρύνουν παρά προσφέρουν στο γενικό κοινωνικό σύνολο, όπως αυτές αξιολογήθηκαν πρόσφατα. Στη λογική όμως της εξεύρεσης άμεσων λύσεων για την ικανοποίηση των απαιτήσεων των δανειστών για ελάττωση των δημοσιονομικών εξόδων και χωρίς ένα εκπονημένο σε καιρό μη πίεσης σχέδιο, δεν είναι δύσκολο να οδηγηθούμε σε λύσεις express οι οποίες να εγκυμονούν κινδύνους για τον ήδη πάσχοντα αλλά και τον κάθε πολίτη, μέλλοντα χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

Σε επίπεδο κράτους τα μέτρα άμεσης επίπτωσης (σοκ) που επιβλήθηκαν μέσω των μνημονίων, με έμφαση στην αύξηση της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, στη μείωση του εργασιακού κόστους, στην ιδιωτικοποίηση και στην περικοπή του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων, στρέβλωσαν την εγχώρια ζήτηση και την παραγωγικότητα, χειροτέρεψαν τις συνθήκες εργασίας αλλά και διαβίωσης του πληθυσμού, χωρίς να δείχνουν ότι αντιμετωπίζονται μακροπρόθεσμα τα διαρθρωτικά προβλήματα της οικονομίας, καθώς οι κυβερνήσεις των ετών 2010-2013 δεν κατάφεραν να ελέγξουν την παραοικονομία, να εκσυγχρονίσουν τη δημόσια διοίκηση και να διαμορφώσουν ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο.



### ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Με τον όρο χρηματοδότηση εννοούμε «τον εφοδιασμό των παραγωγικών μονάδων με τα αναγκαία κεφάλαια που είναι απαραίτητα για τη βραχυχρόνια και μακροχρόνια λειτουργία της επιχείρησης. Τα κεφάλαια αυτά μπορεί να προέρχονται από ίδιες πηγές της επιχείρησης(αυτοχρηματοδότηση) ή από εξωτερικές πηγές». <sup>96</sup>

Το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και από τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, είτε από καταβολές των χρηστών είτε μέσω τη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. <sup>97</sup>

Ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας χρηματοδοτεί τα κέντρα υγείας, τα αγροτικά ιατρεία, τους μισθούς του προσωπικού των νοσοκομείων, χορηγεί επιδοτήσεις στα ασφαλιστικά ταμεία και τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και πραγματοποιεί επενδύσεις κεφαλαίου.

Την σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων αποτελεί ο γενικός προϋπολογισμός του κράτους. Οι εισροές πόρων στα δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιούνται μέσω τακτικών και έκτακτων επιχορηγήσεων καθώς και δημοσίων επενδύσεων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν ως κύρια πηγή εσόδων τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών (στην περίπτωση των αυτοαπασχολούμενων οι ίδιες εισφορές), καθώς και τις προσόδους περιουσίας.

Για τη χώρα μας έχει διαπιστωθεί ότι η αναδιανεμητική πολιτική των ασφαλιστικών εισφορών και της φορολογίας δεν επιτυγχάνει τα βέλτιστα αποτελέσματα. Η προστασία των πολύ φτωχών, των μεταναστών και άλλων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού παρουσιάζει ανισότητες, θέτοντας εκ νέου σε επαναπροσδιορισμό τις πηγές χρηματοδότησης του τομέα της υγείας. <sup>98</sup>

Όμως η ασφάλιση υγείας, χορηγούμενη από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα δικαιολογείται από τον απρόβλεπτο χαρακτήρα εμφάνισης νόσου, της οποίας η αντιμετώπιση και ζωτικής σημασίας είναι για το άτομο αλλά και πρέπει να εξασφαλίζεται ανεξάρτητα του κόστους της.

Το νοσοκομείο οφείλει να τηρεί τις αρχές της ισότητας, της δωρεάν πρόσβασης και της συνεχούς παροχής υπηρεσιών εννοώντας με τον όρο «ισότητα» ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ίδιου βαθμού για όλους τους πολίτες, η δωρεάν πρόσβαση έγκειται στη μη καταβολή αντιτίμου από τους χρήστες και η συνεχής πρόσβαση αφορά τη μη διακοπτόμενη παροχή για όλους τους πολίτες. <sup>99</sup>

96. Γ. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ-ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ (1999): 142, ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ Α ΩΣ ΤΟ Ω, Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ

97. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 312

98. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ 2004: 251

99. ΔΟΥΜΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Γ.ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ 2000: 114, 120

Το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων των νοσοκομείων προέρχεται από την κρατική επιχορήγηση, κάτι που οφείλεται στην υιοθέτηση του κλειστού νοσηλίου κατά την δεκαετία του 1970. Με το Π.Δ.957/1979 καθιερώθηκε το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο, το οποίο όμως δεν ανταποκρινόταν στο πραγματικό κόστος ημερήσιας νοσηλείας επιφέροντας ελλείμματα στα νοσοκομεία, το βάρος των οποίων ανέλαβε το κράτος.<sup>100</sup>

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας βασίζεται στο διανεμητικό σύστημα ασφάλισης, κατά το οποίο η αναπλήρωση του εισοδήματος (π.χ. σε περίπτωση ασθένειας) γίνεται μέσω των εισφορών των εν ενεργεία ασφαλισμένων και χαρακτηρίζεται ως υποχρεωτική, εξασφαλισμένη εκ του νόμου, ενώ διέπεται από το δημόσιο δίκαιο, δεν είναι κερδοσκοπική, οι εισφορές είναι αναλογικές του μισθού, παρέχεται από δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς και χρηματοδοτείται από το κράτος στην περίπτωση εμφάνισης ελλειμμάτων.

Στον αντίποδα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, η ιδιωτική βασίζεται στο ανταποδοτικό σύστημα και χαρακτηρίζεται ως ατομική επιλογή του χρήστη, είναι προαιρετική και συνήθως συμπληρωματική, ενώ διέπεται από τους εμπορικούς νόμους. Επιπλέον, έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα, παρέχεται από ιδιωτικές επιχειρήσεις και δεν χρηματοδοτείται από το κράτος σε περίπτωση ελλείμματος.<sup>101</sup>

Στα πλαίσια της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, πόρους αποτελούν οι εισφορές των ιδίων ατόμων αλλά και των εργοδοτών στην περίπτωση της ομαδικής ασφάλισης, αποτελώντας κύρια ένα συμπληρωματικό σχήμα χρηματοδότησης. Οι ασφαλιστικές εταιρείες συνάπτοντας ειδικές συμφωνίες με άτομα ή εταιρείες δίνουν το δικαίωμα μιας ακόμη επιλογής χρήσης υπηρεσιών υγείας, ανάλογες με την εισοδηματική τους δυνατότητα.

Η ανισότητα στην ελευθερία επιλογής για τους έχοντες και μη έχοντες ιδιωτική ασφάλιση υγείας επιτείνεται με τον αποκλεισμό παροχής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για ομάδες υψηλού κινδύνου. Έτσι, γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι η ιδιωτική ασφάλιση είναι προτιμότερο να λειτουργεί ως συμπληρωματική πηγή καθώς αδυνατεί να διαδραματίσει κυρίαρχο ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.<sup>102</sup>

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων Ν.Π.Δ.Δ. προκύπτει από την κάλυψη των δαπανών από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη δημόσια ασφάλιση ή από δωρεές αλλά και από τον ίδιο τον ασθενή ή την ιδιωτική του ασφαλιστική εταιρεία.

Οι δαπάνες υγείας που προϋπολογίστηκαν, εγκεκριμένες κατανέμονται μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους στο Υπουργείο Υγείας το οποίο και εκείνο με τη σειρά του κατανέμει στα νοσοκομεία τους διατιθέμενους πόρους.

Από τον τακτικό προϋπολογισμό καλύπτονται η μισθοδοσία, οι δαπάνες λειτουργίας, οι επιχορηγήσεις ερευνητικών προγραμμάτων, οι αγορές επιστημονικών οργάνων και τα τοκοχρεολύσια δανείου Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων.

Επίσης, το Υπουργείο Υγείας δίνοντας επιχορηγήσεις προς τα νοσοκομεία μέσω του προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων επιχειρεί τη βελτίωση των εγκαταστάσεων και την ανέγερση νέων, αλλά και προμήθεια τεχνικού και επιστημονικού εξοπλισμού για τα νοσοκομεία, αν και τα προβλεπόμενα κονδύλια είναι πολύ μικρά.<sup>103</sup>

100. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 304

101. ΣΩΤΗΡΗΣ ΣΟΥΛΗΣ 1998: 207-208

102. Κυριάκος Σουλιώτης 2000: 64-65

103. ΣΩΤΗΡΗΣ ΣΟΥΛΗΣ 1998: 304-305

Ο νοσοκομειακός τομέας χρηματοδοτείται μέσω του ημερήσιου νοσηλίου, δηλαδή το αντίτιμο που καταβάλλει ο ασφαλιστικός φορέας του ασφαλισμένου ή ο ίδιος ο ασφαλισμένος για κάθε ημέρα παραμονής του στο νοσοκομείο, περιλαμβάνοντας τις τιμές κάθε είδους υπηρεσίας υγείας που του παρέχονται (εργαστηριακές εξετάσεις, ιατρικές, φαρμακευτική αγωγή, ξενοδοχειακή υποδομή κλπ).

Το ημερήσιο νοσήλιο διακρίνεται σε:

- Κλειστό νοσήλιο, το οποίο αφορά ένα πάγιο ποσό καταβλητέο για κάθε ημέρα νοσηλείας ανεξάρτητα από το είδος και την ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ημερησίως στον ασθενή, με βάση σύμβαση μεταξύ του ασφαλιστικού φορέα του ασθενή και του οργανισμού που παράσχει την ιατρική φροντίδα.<sup>104</sup>

Το σύστημα όμως αυτό χρηματοδότησης οδήγησε στην εμφάνιση μεγάλων ελλειμμάτων στα νοσοκομεία και στην αναγκαστική ανάληψη αυτού του κόστους από το κράτος.<sup>105</sup>

- Ανοικτό νοσήλιο, το οποίο διαμορφώνεται από ένα ποσό για τις διοικητικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες που παρέχει και στο οποίο προστίθεται η οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία που προφέρεται στον ασθενή. Η αποζημίωση αυτή εφαρμόζεται στις μεγάλες ιδιωτικές κλινικές.
- Ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο, ως παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου, με καταβολή ενός σταθερού κόστους για τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες και ενός μεταβαλλόμενου κόστους σε συνάρτηση στην αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.<sup>106</sup>

Με το Ν. 2519/97 (άρθρα 28,29,30) εισάγονται το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα και οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί, σύμφωνα με τους οποίους βάση κατανομής των πόρων γίνονται οι δείκτες κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού και η παραγωγικότητα των υπηρεσιών.

Η κεντρική διοίκηση (Υπουργείο Υγείας) έχει τον επιτελικό ρόλο και οι Περιφερειακές διοικήσεις με βάση τις γενικότερες κατευθύνσεις πολιτικής της υγείας ασκούν τον διοικητικό έλεγχο στις μονάδες υγείας με σκοπό και τον έλεγχο της οικονομικής αποκέντρωσης των πόρων στην περιφέρεια και την ευελιξία στη διοίκηση του συστήματος.

Τις κατηγορίες των σφαιρικών προοπτικών προϋπολογισμών αποτελούν ο κρατικός προϋπολογισμός (ο οποίος καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος εσόδων των νοσοκομείων), επιχορηγήσεις από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων και τα κονδύλια για έρευνα και εκπαίδευση, αλλά και τα έσοδα από εργαστηριακές εξετάσεις και επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία όπως και τα έσοδα από τα νοσήλια των νοσοκόμων.

104. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα 1997: 107

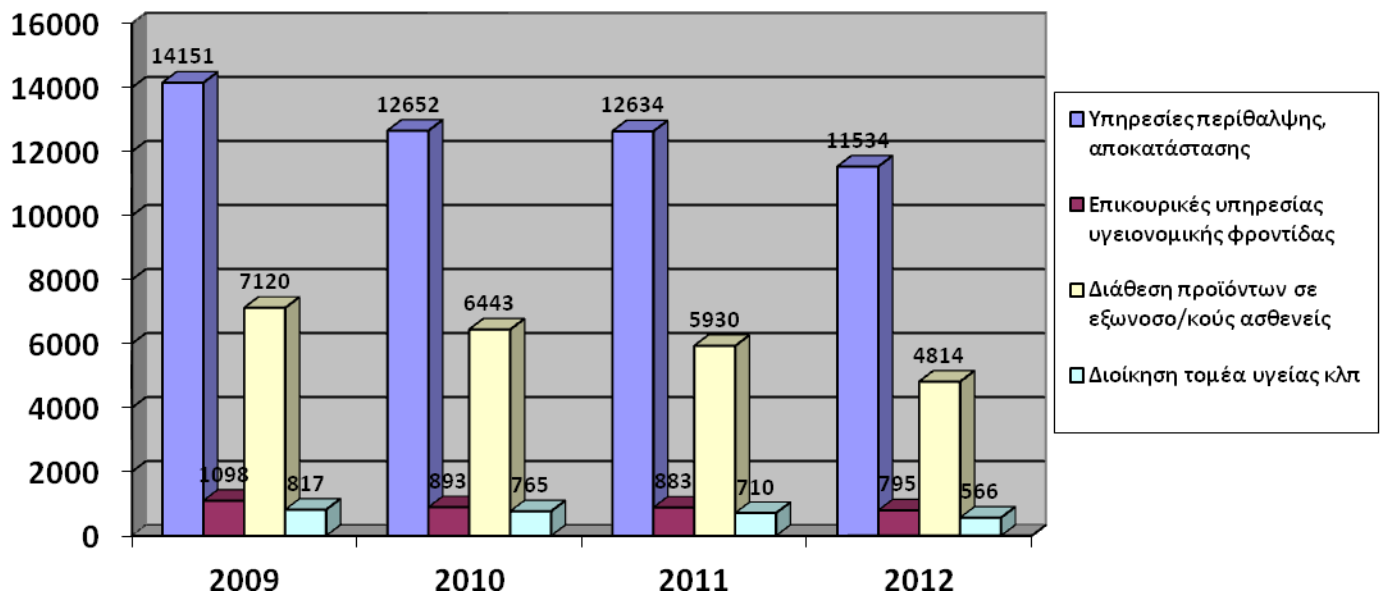
105. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 312

106. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα 1997: 108

Η μεταρρύθμιση του Ν. 2519/97 στηρίχθηκε αφενός σε σύγχρονες τεχνικές διοίκησης και διαχείρισης, εφαρμόζοντας τον κλινικό προϋπολογισμό κατά τμήμα, τομέα και σύνολο με τη συμβολή του ιατρικού σώματος του ΕΣΥ, αλλά και αφετέρου εφαρμόζοντας το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα και κατατάσσοντας τους ασθενείς σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες.<sup>107</sup>

Η κατάρτιση του προϋπολογισμού συντάσσεται με ευθύνη του Οικονομικού Τμήματος κάθε νοσοκομείου με βάση την προηγούμενη χρήση, τις ενδείξεις των αναγκών και τις εκτιμήσεις για αυξήσεις στις δαπάνες του επόμενου έτους. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας ακολουθείται από εισηγητική έκθεση προς έγκριση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου συνοδευόμενη με πίνακες εσόδων-εξόδων.<sup>108</sup>

### ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



πηγή:

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103\\_SHE35\\_DT\\_AN\\_00\\_2012\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf)

107. Γ. ΔΟΥΜΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Γ.ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ 2000: 72-75

108. Γ. ΔΟΥΜΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Γ.ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ 2000: 69

### 3.2. ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δαπάνες για την υγεία ανήκουν στις δημόσιες δαπάνες. Με τον τελευταίο όρο αναφερόμαστε στο σύνολο των δαπανών μιας χώρας για κατανάλωση και επένδυση στο χρονικό διάστημα ενός έτους.

Διακρίνονται σε: α) Δημόσιες δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες και αναλυτικότερα σε

- Τρέχουσες δαπάνες δημοσίου (μισθοί υπαλλήλων, αγορά υλικών κτλ)
- Δαπάνες δημοσίων επενδύσεων (κατασκευή δρόμων, νοσοκομείων κτλ)

β) Μεταβιβαστικές πληρωμές, μεταβιβάζοντας εισόδημα σε νοικοκυριά (π.χ. επιδόματα ανεργίας κτλ) και σε επιχειρήσεις (π.χ. επιδοτήσεις γεωργικών επιχειρήσεων, βιομηχανικών κλάδων κτλ).<sup>109</sup>

Στη συνολική εθνική δαπάνη υγείας περιλαμβάνεται και η σχολική ιατρική, η ιατρική της εργασίας και η λειτουργία και έρευνα των υγειονομικών υπηρεσιών των Ενόπλων Δυνάμεων.<sup>110</sup>

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 μια ομάδα οικονομολόγων, όπως οι S. Wiseman, Jr. Lees και S. Jewkes, υποστήριξε ότι η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό και επομένως θα έπρεπε για την ορθολογική κατανομή των πόρων της να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς.

Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό, σχεδόν από κάθε κοινωνία, ότι «η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι αναιρούνται οι ιδιότητές της ως καταναλωτικού και επενδυτικού αγαθού», με υποστηρικτές αυτής της οικονομικής νοοτροπίας τους Sorokin, Pauly, Arrow, Culyer κ.α. Κατά την ίδια οικονομικοφιλοσοφική «σχολή», σε μια κοινωνία σύγχρονη κανένα άτομο δεν πρέπει να αποκλείεται από τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη και αν δεν έχει τη δυνατότητα να καταβάλλει την τιμή της.

Στις πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα, επικρατούσα η κεϋνσιανή αντίληψη περί κρατικού παρεμβατισμού και κράτους πρόνοιας, υποστήριξε την προτεραιότητα του κράτους στην ικανοποίηση των αναγκών για κοινωνικές υπηρεσίες και αγαθά, καθώς η εξ ολοκλήρου στροφή ενός υγειονομικού συστήματος στους νόμους της αγοράς θα καθιστούσε επισφαλής τη διατήρηση ηθικών κοινωνικών αξιών και θα οδηγούσε σε έντονες μονοπωλιακές τάσεις. Μόνο το κράτος με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα ασφάλισης θα μπορούσε να αντισταχθεί έναντι των τάσεων αυτών.<sup>111</sup>

Βασικός στόχος των συστημάτων υγείας είναι η διασφάλιση επιπέδου υγείας για τον πληθυσμό τέτοιο ώστε να του επιτρέπει κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.

109. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ-ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ 1999 : 36

110. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ 2002: 98

111. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα 1997: 25-28

Η αύξηση όμως του κόστους των υπηρεσιών υγείας και της οικονομικής συγκυρίας, όπως αυτή διαμορφώνεται σε επίπεδα ύφεσης και σε παγκόσμιο επίπεδο, καθιστά τη στενότητα πόρων για την υγεία δραματική.

Ο έλεγχος των δαπανών καθίσταται επομένως απόλυτη αναγκαιότητα, στη βάση λήψης αποφάσεων με τα κριτήρια βέβαια της ποιότητας και συνέχειας των υπηρεσιών και αδιαπραγμάτευτα της ισότητας στην πρόσβαση.

Η συνολική δαπάνη υπηρεσιών υγείας είναι η συνάρτηση της τιμής των υπηρεσιών και του όγκου αυτών των υπηρεσιών:

$$\Sigma\text{ΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ} = \text{ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ} \times \text{ΟΓΚΟ ΧΡΗΣΗΣ}$$

Στη συνολική δαπάνη περιλαμβάνονται οι ημέρες νοσηλείας, οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι ιατρικές επισκέψεις, τα φάρμακα και τα υλικά γενικής χρήσης που καταναλώνονται από τον ασθενή. Τη μεγαλύτερη βαρύτητα στη συνολική δαπάνη επιφέρει ο όγκος χρήσης, πρόβλημα κοινό σε πολλά παραδοσιακά συστήματα υγείας.

Ιδανικές προτάσεις διαχείρισης συστημάτων υγείας δεν υπάρχουν. Ως περισσότερο αποδοτικά συστήματα υγείας θεωρούνται εκείνα που ικανοποιούν καλύτερα παράγοντες ανταγωνισμού και περιβαλλοντικές ανάγκες.<sup>112</sup>

Η Ελλάδα μη υιοθετώντας το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ αδυνατεί να διαθέτει επάρκεια στοιχείων σε υψηλό επίπεδο. Έτσι, για παράδειγμα, παρουσιάζεται ανεπάρκεια αυτών ως προς την κατανομή τους στις διάφορες μορφές περίθαλψης για τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Την τελευταία 30ετία παρατηρείται μια ανοδική συνεχόμενη πορεία των δαπανών για την υγεία. Μεταξύ των ετών 1990 και 2007 η αύξηση ανήλθε σε 3% του ΑΕΠ, το υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, που ίσως να μπορεί να αποδοθεί στην προσπάθεια της χώρας να φτάσει στο επίπεδο παροχής υγείας των χωρών της Ε.Ε.

Η αυξητική πορεία συνεχίστηκε και κατόπιν της πίεσης που ασκήθηκε στην Ελλάδα από την Ε.Ε. μετά το 2000 για μείωσή τους και δημοσιονομική εξομάλυνση των οικονομικών της, αφενός συνεπής προς τα κριτήρια του Μάαστριχτ και αφετέρου στο Σύμφωνο Σταθερότητας και Ανάπτυξης, με ελπιδοφόρα όμως αναστροφή κατόπιν και των μέτρων που ελήφθησαν από το 2010.<sup>113</sup>

112. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007: 370-371

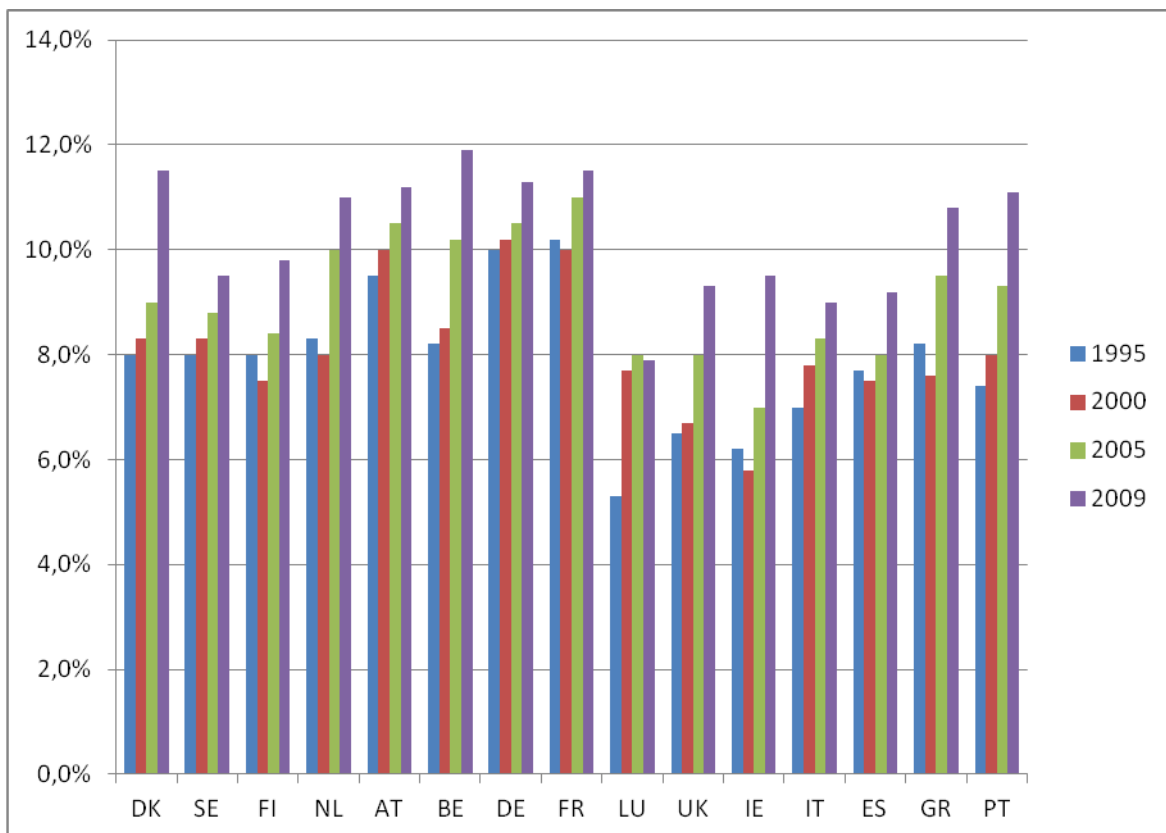
113. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, ΙΝΕ, Μάρτιος 2012 : 29-32

Η αναχρονιστική νομοθεσία κατάρτισης των προϋπολογισμών των νοσοκομείων και η χαλαρότητα εκτέλεσής τους σε συνδυασμό με την αδυναμία μέτρησης του νοσοκομειακού προϊόντος που οδηγεί στη σπατάλη, επιβαρύνονται για τις σημαντικές αδυναμίες διαχείρισης των οικονομικών των νοσοκομείων, καθιστώντας ιδιαίτερου ενδιαφέροντος των διοικούντων την αποδοτικότητα (ποσοτική και ποιοτική) και την αποτελεσματικότητά τους.<sup>114</sup>

Κυρίαρχη λογική σε διεθνή κλίμακα αποτελεί σήμερα η προσπάθεια συγκράτησης του κόστους υπηρεσιών υγείας λόγω της αυξανόμενης τάσης τους.

Η αυξανόμενη αυτή τάση οφειλόμενη σε οικονομικούς, δημογραφικούς και κοινωνικό-πολιτιστικούς κυρίως παράγοντες οδηγεί σε αναντιστοιχία διαθέσιμων πόρων και επιπέδου δαπανών αλλά και σε άμβλυνση ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στην υγεία.

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, Ε.Ε.(15), 1995-2009



Πηγή: National health accounts - WHO (ΧΡΙΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΩΥΣΙΔΟΥ, σσ.: 20, Μελέτες (Studies)/16, Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2011)

Ενοχοποιημένη για την αύξηση των δαπανών στην υγεία εμφανίζεται η βιοϊατρική τεχνολογία, όροσαναφερόμενος στα ιατρικά μηχανήματα, στον ιατρικό εξοπλισμό και σε διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους.

Αφενός έχει αποδειχτεί πως η χρησιμοποίησή της συντέλεσε στην αύξηση των δαπανών από 15% έως και 50%, αφετέρου με τον εξοπλισμό αυτό το 95% των ασθενών εξέρχονται ζώντες από τα νοσοκομεία ενώ μειώθηκε και ο χρόνος παραμονής τους σε αυτά. Και ενώ το κόστος παραγωγής του νοσοκομείου προσαυξάνεται με τη χρήση της τεχνολογίας, μειώνεται το κόστος από τη χρήση άλλων διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών.

Ευθύνη της χρήσης, αλόγιστης ή χρήσιμης, φέρει η διοίκηση του φορέα, η οποία μπορεί να ελέγχει και την κατανομή των πόρων και την αποδοτικότητα, σε σχέση όχι μόνο με οικονομικούς αλλά και ποιοτικούς όρους, ενώ και το κράτος είναι υπεύθυνο για την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και των καταναλωτών της για τη χρησιμότητά της.<sup>115</sup>

Κάθε οργανισμός οφείλει να στραφεί στην αξιοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων και στη διακίνηση της πληροφορίας. Τα πληροφοριακά συστήματα έχουν αποκτήσει στρατηγική σημασία με τις διαδικασίες που εκτελούν και τις πληροφορίες που παρέχουν και η διαχείρισή τους εντάσσεται στη γενικότερη διαχείριση των πόρων του οργανισμού.<sup>116</sup>

Η ύπαρξη πληροφόρησης για την υγεία και το επίπεδό της θα διευκόλυνε την προώθηση του σημαίνοντος θέματος της ισότητας σε αυτή. Η κατάλληλη συλλογή πληροφοριών και η αξιοποίησή τους θα αποτελούσε εφιαλτήριο για την προοδευτική καταπολέμηση των αιτιών οι οποίες ευθύνονται για τις ανισότητες στην υγεία, θα μείωνε τους παράγοντες εκείνους που επιφέρουν βλάβες, θα αύξαινε τον όγκο των υπηρεσιών και θα βελτίωνε την αποδοτικότητα και ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.<sup>117</sup>

Η χρήση ανεπτυγμένης τεχνολογίας θεωρείται στα σημερινά συστήματα υγείας δεδομένη, με άξονες την τεχνολογία της πληροφορικής και της επικοινωνίας, υποστηρίζοντας την ιατρική φροντίδα και την οργάνωση σε κάθε επίπεδο της παροχής υγείας. Επιπλέον, η σύγχρονη τεχνολογία της επικοινωνίας θα καταστήσει οντότητα τη μεταφορά της γνώσης σε όλα τα επίπεδα του υγειονομικού τομέα.

Επιπρόσθετα, με τη συνεπικουρία του πληροφοριακού δικτύου γίνεται εφικτή η καλύτερη οργάνωση και διοίκηση του ιδρύματος, στη συνέχεια του δικτύου και εν τέλει του φορέα με συνεχή ροή πληροφοριών και ανατροφοδότησή τους, δίνοντας τη δυνατότητα για επιδημιολογικές έρευνες, για σύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ελέγχοντας την πορεία του ασθενή και εκτός νοσοκομείου, για οργάνωση και αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών και για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου υπό γενική έννοια, λαμβανομένης υπόψη της αμεσότητας της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας.

115. Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα 1997: 80-82

116. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Εκδόσεις 2007: σελ: 230-231

117. Χ. Οικονόμου 1996, Διδακτορική Διατριβή: 164



Η ιατρική γνώση και η ιατρική τεχνολογία αλληλοσυμπληρώνονται. Ένα σύγχρονο και ορθολογικό σύστημα υγείας έχει κεντρομόλο δύναμη της αποδοτικής λειτουργίας του το προαναφερθέν δίπτυχο που αθροίζει στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, διαγνωστικού κέντρου ή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών υγείας.<sup>118</sup>

**Οι Στατιστικές Λογαριασμών Υγείας** αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για την μέτρηση των δαπανών υγείας και την άσκηση πολιτικής της. Εναρμονισμένες με το ευρωπαϊκό σύστημα και με ερωτήσεις σχετικές για την χρηματοδότηση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας προσφέρει στατιστικές οδηγίες για τις εν λόγω δαπάνες, οι οποίες και με βάση τις τρεις διαστάσεις ταξινόμησης των λογαριασμών υγείας αφορούν τις λειτουργίες υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, τις πηγές χρηματοδότησης και τους προμηθευτές.

Στο Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών (ESA95) οι υπηρεσίες υγείας εν συνόλω εκφράζονται με τον κωδικό 85. Στο Ελληνικό Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται με τον κωδικό 85Α, για τις παρεχόμενες από τις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας και τα νοσοκομεία και με τον κωδικό 85C για όσες αφορούν ιδιωτικές κλινικές και ιατρεία.

Με βάση την κωδικοποίηση αυτή οι υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται ως ακολούθως:

- 853. Δραστηριότητες κοινωνικής μέριμνας

-853.1 με παροχή καταλύματος

-853.2 χωρίς παροχή καταλύματος

- 851. Δραστηριότητες σχετικές με την ανθρώπινη υγεία

-851.1 Νοσοκομειακές δραστηριότητες

-851.2 Δραστηριότητες άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

-851.3 Δραστηριότητες άσκησης οδοντιατρικού επαγγέλματος

-851.9 Άλλες δραστηριότητες σχετικές με την ανθρώπινη υγεία

- 852 Κτηνιατρικές δραστηριότητες

Στους ελληνικούς εθνικούς λογαριασμούς υπάρχουν για πρακτικούς λόγους δύο θεωρητικές ακολουθίες λογαριασμών, μία για τα δημόσια νοσοκομεία (κωδ. S13-14-2) και μία για τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (κωδ. S13-14-1).

Οι πηγές για την κατάρτιση αυτών των λογαριασμών είναι:

α) για τα μεν νοσοκομεία οι αναλυτικοί Απολογισμοί εσόδων και εξόδων σε ετήσια βάση, περιλαμβάνοντας και τα κέντρα υγείας και τις σχολές μαθητείας που υπάγονται σε αυτά

β) για τους δε Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης από την «Ετήσια Έρευνα της Δραστηριότητας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης» (μέχρι ενοποίησης των ταμείων και καθώς δεν δύναται να παρακολουθηθούν όλοι οι Απολογισμοί των Ταμείων, συλλέγονταν τα στοιχεία από τους Απολογισμούς των 5 μεγαλύτερων Ταμείων της χώρας, δηλαδή από ΙΚΑ, ΤΣΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΤΣΑΥ).<sup>119</sup>

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) μέσω του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), προσδιορίζει το σύνολο της υγειονομικής δαπάνης προκειμένου για την αποτελεσματική άσκηση δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας. Το ΣΛΥ παρέχει αξιόπιστα στοιχεία στη Eurostat και σε Διεθνείς Οργανισμούς προκειμένου για τη συγκρισιμότητα μεταξύ ομοειδών μεγεθών σχετικών με τις υγειονομικές δαπάνες βάση κοινής από τον ΟΟΣΑ, τη Eurostat και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) μεθοδολογίας.

Το ΣΛΥ βασίζεται στους άξονες:

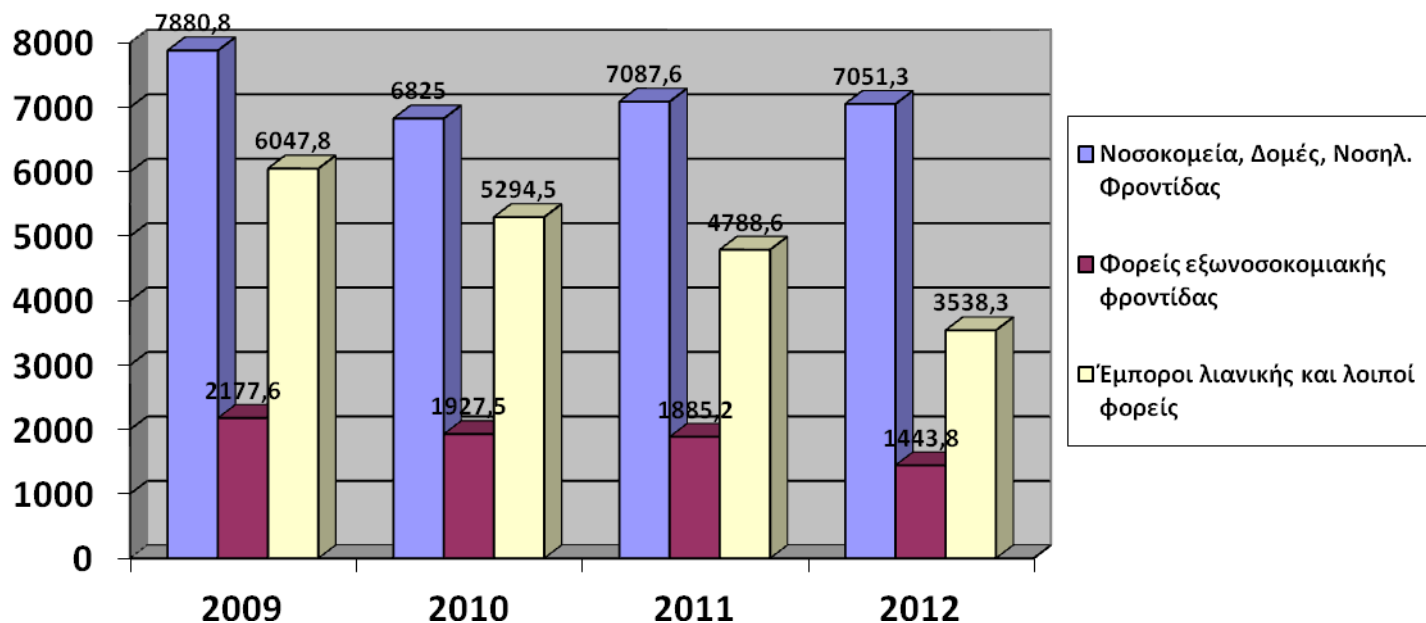
- α) χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα (πλευρά της ζήτησης)
- β) χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (πλευρά της κατανάλωσης)
- γ) κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (πλευρά της προσφοράς)

προσδιορίζει την οικονομική επιβάρυνση του κάθε χρηματοδοτικού φορέα και την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), ως υπεύθυνης αρχής για την κατάρτιση ετήσιων στοιχείων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (από τον Φεβρουάριο 2013) η τρέχουσα δαπάνη υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, για τα έτη 2009-2012 παρουσίασε πτωτική τάση. Συγκεκριμένα από 10,03% το 2009, διαμορφώθηκε στο 9,16% το 2012.

119. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ 2002: 27-44

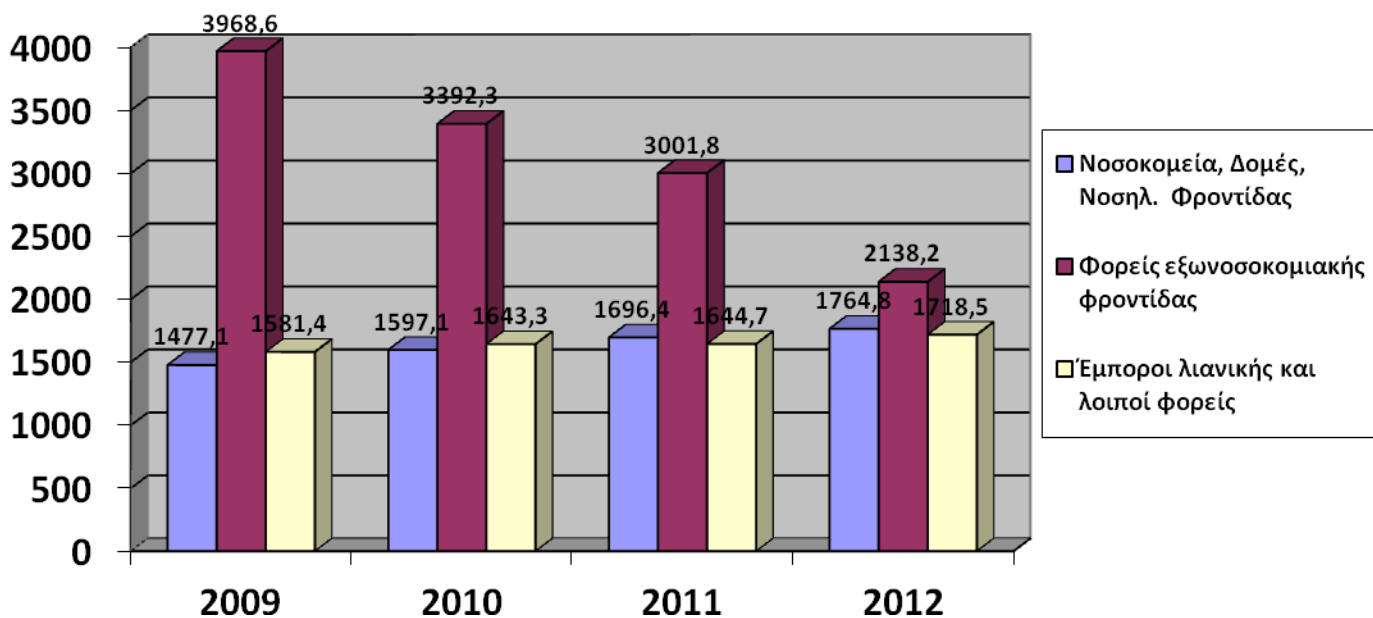
### ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ



Πηγή: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 31-3-2014

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103\\_SHE35\\_DT\\_AN\\_00\\_2012\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf)

### ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ



Πηγή: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 31-3-2014

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103\\_SHE35\\_DT\\_AN\\_00\\_2012\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf)

Η περικοπή των δαπανών για την υγεία και σύμφωνα με δημοσιευμένη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης και του Καθηγητή Οικονομικών της Υγείας κ. Ιωάννη Κυριόπουλου, έχει σημαντική επίπτωση για την υγεία των πολιτών. Άτομα και οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση στην κοινωνική πυραμίδα είναι ευάλωτα σε αυξημένη νοσηρότητα και διατρέχουν δύο φορές τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου, λόγω της πλημμελούς διαχείρισης των επιβαρυσμένων υγειονομικών υπηρεσιών αθροιστικά με τα προβλήματα της οικονομικής κρίσης (εισόδημα, ιατρική περίθαλψη, εκπαίδευση, στέγαση και διατροφή).<sup>120</sup>

Λόγω της υψηλής βαρύτητας που έχει η **φαρμακευτική δαπάνη** κανουμε μια ιδιαίτερη αναφορά σε αυτή, αναγνωρίζοντας καταρχήν ότι τα φαρμακευτικά προϊόντα μείωσαν σε παγκόσμιο επίπεδο τη νοσηρότητα αλλά και την θνησιμότητα και αφετέρου πως η προσφορά τους παρέχεται σε ένα περιβάλλον ρευστό, διαμορφούμενο από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. οικονομικούς) αλλά και λόγω της δικής τους πολύπλοκης φύσης (συγκεκριμένες αναλογίες, ακριβείς και σύνθετες συνθήκες επεξεργασίας), η αγορά τους επηρεάζεται από πολιτικές και κρατικές παρεμβάσεις.

Η σημασία που αποδίδουν για την ευημερία τους οι κοινωνίες στον φαρμακευτικό τομέα καταδεικνύεται και από τη χρηματοδοτούμενη από δημόσιους πόρους της ιατρική και βιολογικής έρευνας. Το φάρμακο αποτελεί στοιχείο της υγειονομικής πολιτικής με στόχο τη μεγιστοποίηση της ατομικής και κοινωνικής ωφέλειας, εξυπηρετώντας τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας.<sup>121</sup>

Η καταγεγραμμένη όμως διόγκωση της φαρμακευτικής δαπάνης τα τελευταία χρόνια οδήγησε τα κράτη στην ανάληψη δράσης για μεταβολή της συμπεριφοράς των καταναλωτών, περιορισμό της συνταγογράφησης και ελέγχου των τιμών των φαρμάκων.

Σε πολλές περιπτώσεις με την υιοθέτηση γενοσήμων ή ουσιωδώς ομοίων φαρμάκων προωθήθηκε ο ανταγωνισμός των τιμών, όπου ως γενόσημα νοούνται εκείνα των οποίων βασικό συστατικό αποτελεί η δραστική ουσία του πρωτότυπου, ενώ τα ουσιωδώς όμοια φάρμακα (και τα οποία αποτελούν τον κύριο κορμό της ελληνικής φαρμακοβιομηχανίας) παρουσιάζουν χημική σύσταση και ιδιότητες παρόμοιες με τα πρωτότυπα και μπορούν να παραχθούν νόμιμα με τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας του πρωτότυπου φαρμάκου.

ΠΗΓΗ 120

[http://www.nspg.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%5B%CE%9B%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%84%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%5D.pdf](http://www.nspg.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%5B%CE%9B%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%84%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%5D.pdf)

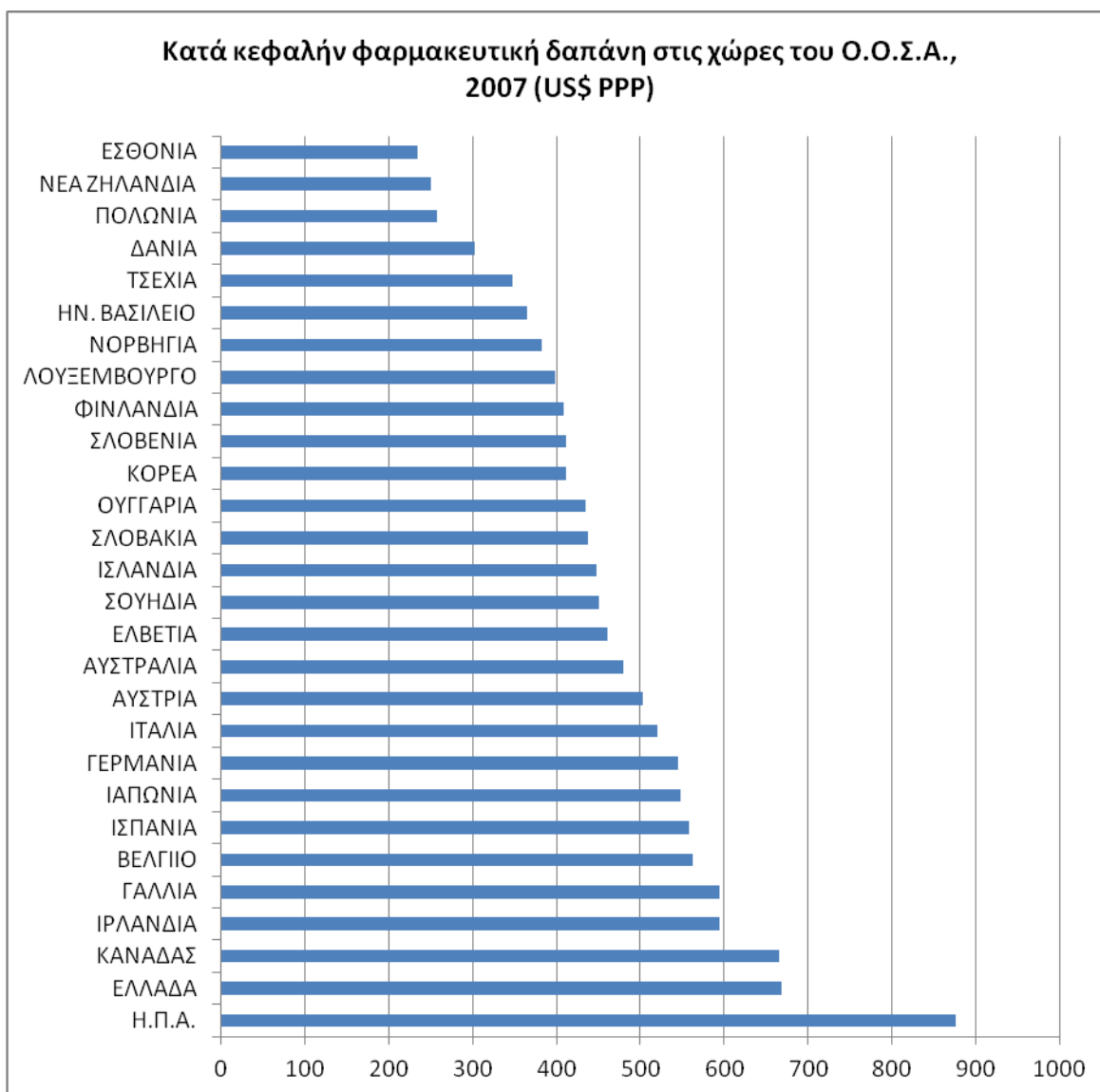
121. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, 2002: 47-57

Η χρήση γενοσήμων ίσως αποτελεί μια σοβαρή λύση στο πρόβλημα της διόγκωσης της φαρμακευτικής δαπάνης. Προς αυτόν ακριβώς τον σκοπό άλλωστε μπορούμε να εντάξουμε και τη δημιουργία θετικής ή αρνητικής λίστας συνταγογραφούμενων φαρμάκων, οι οποίες αναθεωρούνται ανά διαστήματα προκειμένου να ενημερώνονται για τα νέα φάρμακα.

Στην περίπτωση της θετικής λίστας την φαρμακευτική δαπάνη αναλαμβάνουν τα ταμεία ανάλογα με το αν το χορηγούμενο φάρμακο περιλαμβάνεται σε αυτή. Στη δεύτερη περίπτωση περιλαμβάνονται φάρμακα μη καλυπτόμενα από την κοινωνική ασφάλιση (για ελάχιστα προβλήματα υγείας), ενώ κριτήριο ένταξης ενός φαρμάκου στη λίστα αποτελούν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η σχέση αποτελεσματικότητας και ασφάλειας και η δυνατότητα υποκατάστασης του με κάποιο άλλο σκεύασμα.<sup>122</sup>

122. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007 σελ: 504-507

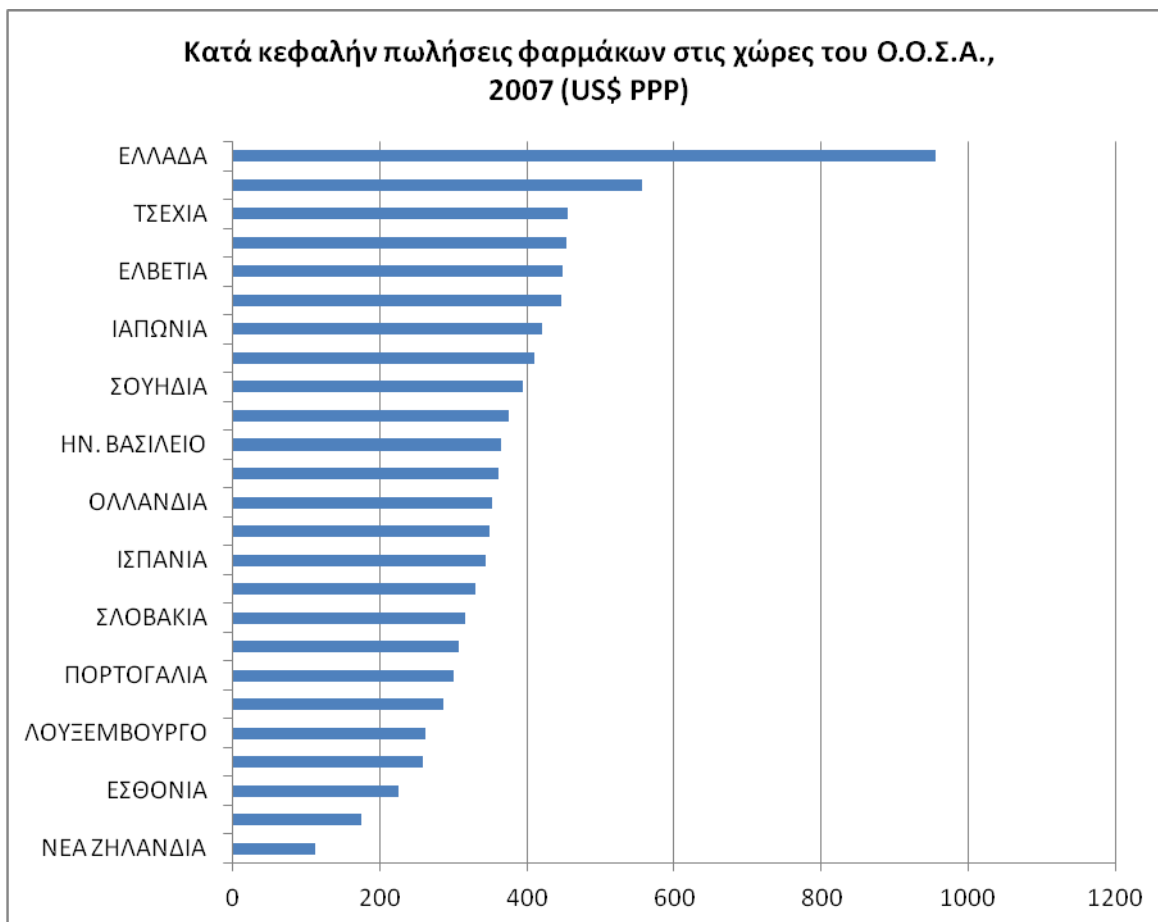
Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2007



Πηγή: OECD (2010a, 2010b)(ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7 Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2012 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ, σελ: 71)

Η Ελλάδα, όπως δείχνει ο πίνακας, εμφανίζει την υψηλότερη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μετά τις ΗΠΑ.

Κατά κεφαλήν πωλήσεις φαρμάκων στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., 2007



Πηγή: OECD(2010a, 2010b)(ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7 Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2012 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ, σελ: 69

Στον ανωτέρω πίνακα καταδεικνύεται η πρωτιά της Ελλάδας μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., στις κατά κεφαλήν πωλήσεις φαρμάκων για το 2007.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στο πεδίο της φαρμακευτικής αγοράς οι αρμοδιότητες πολιτικής του φαρμάκου βρίσκονται διαχωρισμένες στην Commission και στα κράτη συντείνοντας στις στρεβλώσεις της αγοράς. Διάφορα συστήματα καθορισμού των τιμών και ιδιαίτεροι νομικοί περιορισμοί καθυστερούν την πρόσβαση των ασθενών σε καινοτόμες θεραπείες αλλά και στην προστασία της πνευματικής ιδιοκτησίας.

Η διαφορετικότητα των τιμών του φαρμάκου μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενθαρρύνει την ανάπτυξη παράλληλου εμπορίου μεταξύ των χωρών-μελών, ωφελώντας κατά κύριο λόγο τους χονδρέμπορους και σπάνια τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ή τους ασθενείς (σύμφωνα με εκτιμήσεις το μέγεθος του παράλληλου εμπορίου για το 2001 εκτιμήθηκε

σε 3.500 εκ. €).

Το 1995 αποφασίστηκε η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Φαρμακευτική Αξιολόγηση (European Medicine Evaluation Agency), γνωστός ως EMEA, με έδρα το Λονδίνο και με σκοπό το συντονισμό των προσπαθειών της Ε.Ε. για την αξιολόγηση και τον έλεγχο των φαρμακευτικών προϊόντων.

Με βάση την γνωμοδότησή του η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρέχει την άδεια κυκλοφορίας νέων φαρμακευτικών προϊόντων, με ισχύ για όλα τα κράτη της Ε.Ε., αλλά και εγκρίνει αλλαγές στις θεραπευτικές ενδείξεις ή συμπληρώνει τα φύλλα οδηγιών. Ακόμη, έχει δικαίωμα αναστολής της κυκλοφορίας ενός φαρμάκου αν κριθεί απαραίτητο.

Η Ευρώπη φαίνεται να υστερεί έναντι των Ηνωμένων Πολιτειών στην προσέλκυση κεφαλαίων για επενδύσεις έρευνας και ανάπτυξης, οφειλόμενο τούτο στη δομή της υγειονομικής αγοράς, στις διαφορές κουλτούρας ΗΠΑ και Ε.Ε., στο ρυθμιστικό πλαίσιο αλλά και στο συνολικό επενδυτικό κλίμα.

Η ανάπτυξη του φαρμακευτικού κλάδου, η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης και η εξασφάλιση της ποιοτικής επάρκειας της αγοράς φαρμάκου αποτελούν αντικείμενο των Υπουργείων Ανάπτυξης, Υγείας και Οικονομικών.

Με κύριο εργαλείο τον ορισμό των τιμών, η ρύθμιση της προσφοράς παίρνει δύο μορφές, αφενός της ρύθμισης από το Υπουργείο Ανάπτυξης για τις τιμές και αφετέρου εκείνης του Υπουργείου Υγείας, μέσω του ΕΟΦ. Η ρύθμιση της ζήτησης ασκείται μέσω του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, μέσω των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων και από το Υπουργείο Υγείας μέσω των νοσοκομείων και του ταμείου Δημοσίων Υπαλλήλων των οποίων έχει την εποπτεία.

Η αποβιομηχάνιση της χώρας μας επηρέασε και την ελληνική φαρμακοβιομηχανία συρρικνώνοντάς τη, για λόγους που δεν οφείλονται μόνο σε παγκόσμιες εξελίξεις (άνοιγμα αγορών, χαμηλό κόστος εργασίας και πρώτων υλών από τρίτες χώρες, συγχωνεύσεις).

Η απουσία μακρόχρονης εθνικής φαρμακευτικής πολιτικής υποχρέωσε την ελληνική φαρμακοβιομηχανία να λειτουργεί σε περιβάλλον αστάθειας, αλλά και ο ιδιαίτερα μεγάλος χρόνος που μεσολαβεί από την κατάθεση του φακέλου-αίτησης ενός φαρμάκου προς έγκριση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκου μέχρι την τελική λήψη τιμής από το Υπουργείο Ανάπτυξης καταλήγει στον κορεσμό τελικά από τον ανταγωνισμό.

Σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται σημαντική αύξηση των δαπανών για φαρμακευτικές δαπάνες. Στα σημαντικότερα αίτια συγκαταλέγονται η αύξηση του κόστους παραγωγής των νέων φαρμακευτικών προϊόντων, η εισαγωγή νέας φαρμακευτικής τεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και η χρήση νέων φαρμάκων, προστατευόμενων από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και τα οποία διατίθενται σε υψηλότερες τιμές.

Ελλοχεύοντας σοβαρούς κινδύνους για τα οικονομικά των ασφαλιστικών ταμείων η διατήρηση υψηλών ρυθμών αύξησης της φαρμακευτικής δαπάνης απειλεί τη βιωσιμότητά τους σε συνδυασμό με την αύξηση των γενικών για την υγεία δαπανών, αν και η χρήση της δύναμης των κυβερνήσεων οφείλει να ενθαρρύνει την καινοτομία και να διαφυλάσσει την κοινωνική ισότητα. Η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών στη αγορά για ανταγωνιστικές τιμές για τα εκτός ευρεσιτεχνίας φάρμακα μπορεί να αποτελέσει μια προσπάθεια προς την ανωτέρω κατεύθυνση.<sup>123</sup>



Στην Ελλάδα η έγκριση κυκλοφορίας ενός φαρμακευτικού σκευάσματος αλλά και η παρακολούθηση της ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας και κατόπιν της έγκρισης κυκλοφορίας του, είναι αρμοδιότητα του ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων), οποίος συστάθηκε ως ΝΠΔΔ το 1983 με τον Ν. 1316.

Ο ΕΟΦ συνεπικουρείται από το ΕΚΕΒΥΛ (Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών) αρμόδιο για την ιατρική τεχνολογία και τον ΙΦΕΤ (Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας), καθώς στα καθήκοντα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων εμπίπτουν επίσης η ανάπτυξη της φαρμακευτικής έρευνας και η ενημέρωση των επιστημόνων υγείας και των αρμόδιων φορέων με πληροφορίες σχετικές με τα φαρμακευτικά προϊόντα.

Όσον αφορά τον καθορισμό της τιμής του φαρμάκου γίνεται με βάση την εισήγηση του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προκύπτοντας ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών που τιμάται το σκεύασμα στα κράτη –μέλη της ΕΕ. Για τα παραγόμενα ελληνικά σκευάσματα η τιμή διαμορφώνεται σύμφωνα με το κοστολόγιο (δαπάνες παραγωγής, διοίκησης, συσκευασίας, διάθεσης και διάδοσης).<sup>124</sup>

Στη χώρα μας ο κλάδος παραγωγής φαρμακευτικών προϊόντων, σε μια περίοδο όπου η ελληνική βιομηχανία εμφάνισε φθίνουσα πορεία, αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο κλάδο, με περιορισμένες απώλειες λόγω της οικονομικής κρίσης συγκρινόμενος με άλλους κλάδους μεταποίησης.

Τροχοπέδη καθίστανται τα χρέη προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, τα οποία όπως καταγράφονται την 31.12.2013 αναλογούν σε 12,6 εκατ. Ευρώ για τον ΕΟΠΥΥ, 7,3 για τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και 16,2 για Νοσοκομεία ΕΣΥ.<sup>125</sup>

Οι ελληνικές κυβερνήσεις επικέντρωσαν την σχετική με το φάρμακο πολιτική στη ρύθμιση της τιμής του, η οποία όμως αυξήθηκε καθώς δεν προσδιορίστηκαν παράγοντες όπως η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών. Έτσι και ενώ επήλθε μείωση της δαπάνης με την τιμολόγηση του φαρμάκου σύμφωνα με τις χαμηλότερες τιμές κυκλοφορίας του σε χώρες της Ε.Ε., η δαπάνη στη συνέχεια αυξήθηκε με την αντικατάσταση των παλαιών σκευασμάτων από ακριβότερα νέα, λόγω της προτίμησης κάποιων ιατρών στη συνταγογράφησή τους, αποβλέποντας σε οφέλη που θα ελάμβαναν από τις φαρμακευτικές εταιρείες που συνεργάζονταν.

Επομένως είναι χρήσιμο ο έλεγχος της τιμής του φαρμάκου να συνοδεύεται από έλεγχο της έντασης κατανάλωσης.<sup>126</sup>

123. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής 2007: 517-533

124. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, ΙΝΕ, Μάρτιος 2012: 67, 71-72

125. ΙΟΒΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Η Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2013 [http://www.iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_21072014\\_REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_21072014_REP_GR.pdf)

Το 2012 όπου καταγράφηκε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, αυτή οφειλόταν σε δράσεις κατά τις οποίες:

- πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στο σύστημα τιμολόγησης των φαρμάκων (γενοσήμων και εκτός λίστας)
- μειώθηκε το κέρδος των φαρμακοποιών
- εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- επικαιροποιήθηκε ο κατάλογος θετικών και αρνητικών συνταγογραφούμενων φαρμάκων,
- καθιερώθηκε η ασφαλιστική τιμή των φαρμάκων
- αυξήθηκε η συμμετοχή στη δαπάνη των ασφαλισμένων (με ελάχιστες εξαιρέσεις για ειδικές χρόνιες παθήσεις) .<sup>127</sup>

Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη, 2006-2012 (σε δισ. €)



Πηγή: ΙΟΒΕ, Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, Ετήσια Έκθεση 2012

127. PHARMA TEAM: Σημαντική μελέτη του ΚΕΠΕ για τη φαρμακευτική δαπάνη(  
[http://pharmateam.blogspot.com/2013/02/blog-post\\_9025.html#ixzz3Akb3ed6h](http://pharmateam.blogspot.com/2013/02/blog-post_9025.html#ixzz3Akb3ed6h))

Στην προσπάθεια ελέγχου των δαπανών εντάσσεται η υιοθέτηση του **διπλογραφικού λογιστικού συστήματος** (Ν.2519/97).

Το πρόβλημα του ελληνικού «δημόσιου λογιστικού σχεδίου» υπήρξε η ανεπάρκεια πληροφοριών γενικής και αναλυτικής λογιστικής (π.χ.καταμερισμός κόστους ανά τμήμα, σταθερού και μεταβλητού), αλλά και ότι ο έλεγχος αφορούσε περισσότερο τη νομιμότητα παρά την σκοπιμότητα εκτελούμενος από τους κατά τόπους φορείς του Ελεγκτικού Συνεδρίου.

Με το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα γίνεται ταυτόχρονη χρέωση λογαριασμού με αντίστοιχη πίστωση ενός άλλου. Οι βασικές αρχές του συστήματος είναι οι εξής:

- διαχωρισμός των οικονομικών πράξεων για διαφορετικές χρονικές χρήσεις
- ύπαρξη παραστατικού
- διαθεσιμότητα σε κάθε αρμόδιο εξωτερικό έλεγχο
- και για το σχέδιο λογαριασμών: η αρχή της αυτονομίας, της κατ'είδος συγκέντρωσης των αποθεμάτων, εσόδων και εξόδων και η αρχή των λογιστικών εγγράφων στην κατάρτιση λογαριασμού γενικής εκμετάλλευσης.

Οι λογαριασμοί διαχωρίζονται ανά ομάδα (1-9) και επίπεδο (1<sup>ο</sup>-2<sup>ο</sup>-3<sup>ο</sup>-4οβάθμιο) καθώς και σε γενικούς (1<sup>ο</sup>βάθμιοι) και αναλυτικούς (για τους υπόλοιπους).

Η αναλυτική λογιστική αποτελεί το εργαλείο για την επιτυχία κοστολόγησης ενός προγράμματος. Τα κέντρα κόστους ενός δημόσιου νοσοκομείου μπορεί να είναι οι κλινικές, τα χειρουργεία, τα εργαστήρια, τα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας, καθώς και τα υλικά και φάρμακα και οι διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες, ενώ τα οι δαπάνες διαχωρίζονται ως γενικές και ειδικές.

Στις γενικές περιλαμβάνονται οι τακτικές και πρόσθετες αμοιβές του προσωπικού, το γενικό και τεχνικό υλικό και το υγειονομικό, επιδεδασμένο και αποστειρωμένο υγειονομικό υλικό.

Στα ειδικά έξοδα περιλαμβάνονται το κόστος όλων των υπηρεσιών (π.χ. διοικητικές υπηρεσίες) αλλά και τα λειτουργικά (π.χ. καύσιμα, ιατρικά αέρια, τηλέφωνο κτλ).

Επίσης στα ειδικά έξοδα υπάγονται εκείνα από τη λειτουργία των εργαστηρίων (π.χ. έξοδα αντιδραστηρίων), των κλινικών (π.χ. φάρμακα), των χειρουργείων (π.χ. έξοδα αναισθησίας), των εξωτερικών ιατρείων και των ερευνητικών κέντρων.<sup>128</sup>

### 3.3. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΝΗΜΟΝΙΑ

Η περιστολή δαπανών, όπως επιβλήθηκε μέσω των Μνημονίων, συμπαρέσυρε και εκείνες για την δημόσια υγεία. Η Ελλάδα όφειλε να προβεί σε περικοπές από 5,9% του ΑΕΠ, ποσοστό για το έτος 2009, σε 4% για το 2012.<sup>129</sup>

Η φαρμακευτική δαπάνη, η μείωση της χρήσης βιοϊατρικής τεχνολογίας αλλά και η μείωση της δημόσιας ασφάλισης υγείας επιφορτίστηκαν ως ο κύριος μοχλός περιστολής των δαπανών για την υγεία. Αναμενόμενη φυσικά λόγω της οικονομικής κρίσης ήταν και η ελάττωση της ιδιωτικής δαπάνης των νοικοκυριών για χρήση υπηρεσιών της.<sup>130</sup>

Δεδομένου του μικρού χρονικού διαστήματος υλοποίησης των μνημονιακών δεσμεύσεων και στη βάση του ότι δεν υπήρχε ένα εκπονημένο σχέδιο από τις ελληνικές κυβερνήσεις του τρόπου πραγμάτωσης τους, ο κίνδυνος για κατάρρευση τομέων της κοινωνίας δεν μοιάζει με κινδυνολογία, καθώς η επιβολή μείωσης πόρων (υλικών και ανθρώπινων) δύναται να διαταράξει σοβαρά την ποσοτική και (όσο είναι) ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ενδεχομένως όμως η παρούσα συγκυρία να αποτελέσει την απαρχή για διαρθρωτικές αλλαγές που να επιφέρουν βελτίωση και χρηστή διαχείριση στους πόρους για τον υγειονομικό τομέα<sup>131</sup>

Έλληνες και Βρετανοί κοινωνιολόγοι, αλλά και ειδικοί επί θεμάτων δημόσιας υγείας, προναγγέλουν πως η λιτότητα και η ύφεση ελλοχεύουν σοβαρούς κινδύνους για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, λόγω της επιδείνωσης της ψυχικής υγείας των Ελλήνων, της αύξησης των λοιμωδών περιστατικών αλλά και της αδυναμίας ακόμη πρόσβασης μέρος του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.

Τα ανωτέρω αποτελέσματα εξήχθησαν σύμφωνα με μελέτη του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κέιμπριτζ, με επικεφαλής τον Δρ. Αλέξανδρο Κεντικελή του Βασιλικού Κολεγίου του Λονδίνου και επισημάνθηκε κατά τα στοιχεία ότι η δημόσια δαπάνη για την υγεία του ελληνικού πληθυσμού είναι η μικρότερη από κάθε άλλη χώρα μέλος της Ευρωζώνης, ενώ και ένα μέρος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχει μετακυλιστεί στους έλληνες πολίτες με συνέπεια το 47% των Ελλήνων πολιτών να δηλώνουν πως δεν έχουν την αναγκαία έστω περίθαλψη!

129. ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΓΓΕΛΑΚΗ ΣΟΦΙΑ – ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ «ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. – ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ, Μάρτιος 2011: 14-15, [http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/fi/2011/AngelakiSofia,KyriakopoulouMaria/attached-document-1343905234-773946-11313/Aggelaki\\_Kiriakopoulou2011.pdf](http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/fi/2011/AngelakiSofia,KyriakopoulouMaria/attached-document-1343905234-773946-11313/Aggelaki_Kiriakopoulou2011.pdf)

130: IOBE ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Η Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2013 [http://www.iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_21072014\\_REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_21072014_REP_GR.pdf)

Σύμφωνα με την εν λόγω μελέτη, η κρατική χρηματοδότηση για την υγεία μειώθηκε κατά 55% από το 2011 έως το 2012, υπερδιπλασιάστηκαν τα περιστατικά AIDS μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών από το 2009 έως το 2012 όπως και τα περιστατικά φυματίωσης μέσα σε ένα χρόνο (από το 2012 έως το 2013).

Η κατάθλιψη μεταξύ 2008 και 2011 αυξήθηκε κατά 4,9% και οι αυτοκτονίες κατά 45% από το 2007-2011. Εμφανίστηκε η ελονοσία μετά από 40 χρόνια (!), ενώ ως προς τα σχετικά για βρέφη στοιχεία ενδεικτικό των συνεπειών των μέτρων που πάρθηκαν για περιστολή των δαπανών για την υγεία είναι η αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 43% και κατά 19% η αύξηση γεννήσεων παιδιών με χαμηλό βάρος.<sup>132</sup>

Οι συνολικές δαπάνες για το χώρο της υγείας παρουσιάζονται το 2012 μειωμένες κατά - 2,4 δις. Ευρώ (σε ποσοστό του ΑΕΠ 9,2%) σύμφωνα με τα στοιχεία των Συστημάτων Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ).<sup>133</sup>

Χώρες που διήλθαν από τις συμπληγάδες της οικονομικής κρίσης, όπως η Φιλανδία και η Ισλανδία, όπως αναφέρεται στη μελέτη, προστατεύοντας τον τομέα της υγείας και των κοινωνικών παροχών συγκράτησαν τις δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού τους, καταλήγοντας η ανωτέρω μελέτη στην αναγκαιότητα μεν διαρθρωτικών αλλαγών αλλά όχι στο μέγεθος και στο ασφυκτικά μικρό χρονικό περιθώριο επιβολής τους, καθιστώντας το ελληνικό σύστημα υγείας αναποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της υγείας των Ελλήνων.<sup>134</sup>

132. ΗΜΕΡΗΣΙΑ.gr, ΥΓΕΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ, Το μνημόνιο βλάπτει σοβαρά την υγεία , Τρίτη, 2 Σεπτεμβρίου 2014 <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=27201&subid=2&pubid=113226186>

133.ΙΟΒΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Η Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2013 [http://www.iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_21072014\\_REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_21072014_REP_GR.pdf)

134. ΗΜΕΡΗΣΙΑ.gr, ΥΓΕΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ, Το μνημόνιο βλάπτει σοβαρά την υγεία , Τρίτη, 2 Σεπτεμβρίου

#### 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής παρουσιάστηκε η προσπάθεια οικοδόμησης της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του κράτους και έως το 2013.

Η πενία οικονομικών αλλά και ανθρωπίνων, προς στελέχωση του τομέα της υγείας, πόρων παρέδωσε την προσπάθεια αυτή ταλανιζόμενη σε συγκυριακούς χειρισμούς και καθυστέρησε την ανάπτυξη των δομών υγείας στην Ελλάδα.

Οι ελληνικές κυβερνήσεις είχαν να αντιμετωπίσουν εκτός της οικονομικής δυσχέρειας και της δυσεύρετης παρουσίας προσωπικού ικανού να στελεχώσει την δημόσια υγεία του τόπου, τις δεισιδαιμονίες και προκαταλήψεις του λαού, απόρροια της απουσίας εκπαιδευτικού συστήματος και τεσσάρων αιώνων υποδούλωσης στον Οθωμανικό ζυγό.

Η χρεοκοπία του κράτους το 1843 αλλά και το 1893, Οι Βαλκανικοί Πόλεμοι, ο Μικρασιατικός Πόλεμος και οι 1.500.000 πρόσφυγες, η παγκόσμια οικονομική κρίση του 1929 και ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, θα αθροίσουν τα μείζονα προβλήματα του τόπου, μεταξύ των οποίων και εκείνο της δημιουργίας δημόσιας υγείας ικανής να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού.

Στα χρόνια που θα ακολουθήσουν, οι πολιτικές αποφάσεις θα αποτελέσουν τον γνώμονα στη λήψη σχετικών αποφάσεων, παράγοντας που δεν αντανάκλασε τα αιτήματα των πολιτών για ουσιαστική και ισοκατανομημένη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Αν και ο 20<sup>ος</sup> αιώνας αποτέλεσε το μοχλό ανύψωσης της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, εντούτοις η χώρα παρέμενε ουραγός των ευρωπαϊκών εν λόγω εξελίξεων, ασθμαίνων για την ελληνική πραγματικότητα, όπως και στο σύνολο σχεδόν των κοινωνικών της πεπραγμένων.

Εντούτοις σημαντικές προσπάθειες υπήρξαν η ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα και των αγροτών και καθοριστικός για την εξέλιξη του τομέα της υγείας στην Ελλάδα υπήρξε ο Ν. 1397/1983 με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στη βάση της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ο ανωτέρω Νόμος, εμφάνισε φερέλπιδη την ανασύνταξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, ανασύνταξη που όμως δεν ευοδώθηκε, τουλάχιστον στο μέγεθος της σύλληψης της ιδέας και γιατί δεν υπήρξε ομοφωνία του πολιτικού κόσμου στη συνέχεια των ελληνικών κυβερνήσεων και γιατί απουσίασε ανεξάρτητος έλεγχος των δομών και της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. αλλά ακόμη και για το λόγο ότι εξέλειπαν ικανά κίνητρα για στελέχωση της περιφέρειας σε συνδυασμό με την ανισοκατανομή των πόρων εις βάρος της επαρχίας.

Το σύστημα υγείας μιας χώρας οφείλει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών του, να διασφαλίζει την ισότητα πρόσβασης όλων των πολιτών σε αυτό και να παρέχει αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες.

Προκειμένου να καθοριστούν οι ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού και με βάση τις συλλεχθείσες πληροφορίες για τα προβλήματα υγείας τους, επιλέγεται το ανάλογο μοντέλο συστήματος υγείας. Ενδεικτική θεωρείται η επιλογή που μπορεί να ανταποκριθεί στις αλλαγές του κοινωνικό-πολιτισμικού και του πολιτικό-οικονομικού πλαισίου, καθώς μπορεί να προσαρμοστεί στις αλλαγές των πεδίων αυτών.

Το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μικτό σύστημα με χαρακτηριστικά του μοντέλου Bismark (με ενεργό το ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης) αλλά και του μοντέλου Beveridge (δηλαδή με κύρια πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό). Τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι ο τομέας ασφάλισης (κλάδοι υγείας) και ο τομέας παροχής αποτελούμενος από τις μονάδες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, πολυιατρεία, ιατρεία και ειδικά κέντρα που ανήκουν σε ασφαλιστικά ταμεία και ιατρούς, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια που συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς φορείς.

Οι ασφαλιστικοί φορείς παρέχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη και οδοντιατρική φροντίδα στους ασφαλισμένους τους και τα μέλη της οικογένειάς τους καθώς και στους συνταξιούχους.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έρχεται να καλύψει συμπληρωματικά τα κενά της δημόσιας, περιλαμβάνοντας κυρίως κινδύνους που δεν περιέχονται στην κύρια ασφάλισή της. Η σημερινή πραγματικότητα λόγω της μείωσης των δαπανών για την υγεία οδήγησε στην αύξηση του ενδιαφέροντος του πληθυσμού για σύναψη ιδιωτικών συμβολαίων ζωής, υγείας και σύνταξης.

Το γεγονός δεν υπερκερνά βεβαίως την σημασία των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας που καταλαμβάνει τη συντριπτική πλειοψηφία ασφαλισμένων, έστω και αν παρέχονται ανομοιόμορφες παροχές στους δικαιούχους των παροχών τους.

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας διακρινόμενες σε επίπεδα παρέχονται από το Πρωτοβάθμιο, Δευτεροβάθμιο και Τριτοβάθμιο. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει κύριο μέλημα την παροχή προληπτικών και διαγνωστικών εξετάσεων, ενώ μπορεί να παράσχει και κοινωνική φροντίδα αλλά και να πράττει έρευνες με στόχο την συλλογή πληροφοριών για την αναβάθμιση της υγείας του πληθυσμού.

Η έλλειψη συντονισμού όμως των υπηρεσιών της και της διασύνδεσης τους με τα νοσοκομεία της χώρας αλλά και η ανεπαρκής στελέχωσή της με υλικούς και ανθρώπινους πόρους υποβάθμισε τη σημασία της, κάνοντας τη διακήρυξη της Alma-Atava μοιάζει ουτοπική σκέψη.

Στο χώρο της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας, αναφερόμενη στα νοσοκομεία και στις εξειδικευμένες διαγνωστικού, θεραπευτικού και ερευνητικού, εκπαιδευτικού χαρακτήρα υπηρεσίες αντίστοιχα, επίσης οι στόχοι από τον πρωταρχικό δημιουργία του ΕΣΥ φαίνεται να απέχουν.

Ελλείμματα, με το κράτος να καλείται να αναλάβει το κόστος τους, διόγκωση της ροής ασθενών στα νοσοκομεία, υψηλό κόστος λειτουργίας για τον σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό και το υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό (κυρίως του Τριτοβάθμιου Τομέα Υγείας) κάνουν τελικά τον υγειονομικό τομέα της χώρας να μοιάζει εκείνος ο «μεγάλος ασθενής» έναντι των χρηστών του.

Στις αρχές του 21ου αιώνα το ελληνικό σύστημα υγείας αδυνατούσε να παρακολουθήσει

τις διεθνείς στον τομέα της υγείας εξελίξεις. Η οικονομική κρίση της χώρας την οδήγησε σε συμφωνίες υποστήριξης με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, με επαχθείς για τους πολίτες όρους, ενδεχομένως συνθήκες αναγκαίες για την επιβίωση του κράτους. Ο τομέας της υγείας θα συμπαρασυρθεί στη δίνη της πιθανής οικονομικής κατάρρευσης και θα αναπροσαρμόσει τις δυνατότητές του στην οικονομική πραγματικότητα και διαθεσιμότητα των υπάρχοντων πόρων.

Αναγκαία ή όχι η υπαγωγή της Ελλάδας στον οικονομικό έλεγχο του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου θα κληθεί στη λήψη δραστικών αποφάσεων προκειμένου να «διασωθεί» δημοσιονομικά.

Το κύριο θέμα της πολιτικής ηγεσίας της χώρας αποτελεί η περιστολή των δημοσίων δαπανών και ο αυστηρός έλεγχος τους. Οι πολιτικές προσανατολίζονται στην τιθάσευση των διατιθέμενων κονδυλίων, πολιτικές όμως οι οποίες δεν συνοδεύονται με επανεισαγωγή των προτεραιοτήτων και με ανάληψη ενός σχεδίου δράσης με μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα για τους πολίτες.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα διέρχεται κρίση ανάλογη της οικονομικής, η οποία αν και δραματικά επιβαρυνόμενη, μπορεί να ανασκευάσει την κατάσταση με διαρθρωτικές αλλαγές που και την απόδοση θα αυξήσουν στις υπηρεσίες υγείας αλλά και την ισότητα στην πρόσβαση μπορούν να βελτιώσουν, ειδικά για τον πληθυσμό που βρίσκεται σε κατάσταση κινδύνου λόγω ασθένειας. Σε μια χώρα μάλιστα που πάνω του 25% του πληθυσμού της πλήττεται από φτώχεια, η ανάληψη δράσης στον τομέα της υγείας κρίνεται εξαιρετικά σημαντική.

Όπως έχει αναδείξει η διεθνής επιστημονική αλλά και στη χώρα μας έρευνα η οικονομική κρίση προκαλεί αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Σε ένα σύστημα υγείας όπως το ελληνικό παράδειγμα, στο οποίο ήδη προ κρίσης υπήρχαν διακρίσεις στην παροχή των υπηρεσιών του και σε βάρος των μη ευνοημένων κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων, η κατάσταση επιβαρύνθηκε περαιτέρω.

Οι άνεργοι, οι ηλικιωμένοι, οι χρόνια πάσχοντες και εκείνοι με εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας θα πρέπει να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η νοσοκομειακή τους κάλυψη να θεωρείται δεδομένη.

Για την επίτευξη του στόχου της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται απαραίτητη λύση ως κατώτατο όριο εισοδήματος της μερίδας αυτής του πληθυσμού το επίπεδο του 50% του κατά κεφαλήν ΑΕΠ για μια τετραμελή οικογένεια.

Επιπλέον πρόσφορο θα ήταν η υιοθέτηση μιας δέσμης φροντίδων υγείας, για την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων ασθένειας στη βάση πρόσβασης, ενδεχομένως και με μηδενικές τιμές, για τον πληθυσμό που η υγεία του βρίσκεται σε κίνδυνο. Στην περίπτωση αυτή η προτεραιότητα της ΠΦΥ επανακτά το ρόλο που της αρμόζει στην πράξη και όχι ως χαριτόβρυτη αναφορά συνεδρίων για την υγεία.

Σημαντική θεωρείται και η πληροφόρηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Έως και τον παρόντα χρόνο, οι καταναλωτές υπηρεσιών υγειονομικού τομέα εμφανίζονται δυσαρεστημένοι από τη χρήση υπηρεσιών υγείας στη χώρα και με χαμηλές προσδοκίες, όπως παρουσιάζουν τα ερευνητικά εμπειρικά δεδομένα.

Η ενημέρωση και η αυτενέργειά τους δύνανται να επιφέρουν ευέλπιδες προοπτικές για εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών και προϊόντων υγείας, σχετικά με



την τιμή και την ποιότητά τους, προς όφελος των καταναλωτών.

Η οικονομική κρίση ως ήταν επακόλουθο διόγκωσε την ύφεση και την ανεργία δημιουργώντας προβλήματα στο μηχανισμό χρηματοδότησης της ασφάλισης υγείας. Μειώθηκαν οι εργατικές εισφορές και αδυνατούν να καταβληθούν οι εργοδοτικές, κυρίως από τις μικρές επιχειρήσεις, καταλήγοντας να θίγεται και ο τομέας ασφάλισης όπως και εκείνος των συντάξεων.

Μια ενδεχομένως διαρθρωτική αλλαγή, αποσκοπώντας σε επιπλέον καταβολές εισφορών, θα ήταν η μερική απαλλαγή για μικρομεσαίες και οικογενειακές επιχειρήσεις από ασφαλιστικές εισφορές και η εισαγωγή ενός δικαιότερου συστήματος καταβολής εργοδοτικών εισφορών με βάση των αριθμό των απασχολούμενων. Και είναι αλήθεια πως οι μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις στην Ελλάδα πλήγηκαν περισσότερο λόγω της ύφεσης και της ανεργίας.

Ο έλεγχος επίσης της έντασης χρήσης της βιοϊατρικής τεχνολογίας δύναται να προκαλέσει μείωση των δαπανών για την υγεία, να αποφορτίσει οικονομικά μερικώς τα ασφαλιστικά ταμεία και να μειώσει την έννοια του «ηθικού κινδύνου», στη βάση της άσκοπης και αλόγιστης χρήσης υπηρεσιών.<sup>135</sup>

Άλλωστε τι αποδεικνύει ότι η το τίμημα για την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης προϋποθέτει αύξηση της δαπάνης για υψηλή τεχνολογία; Το περισσότερο είναι και το καλύτερο ή μήπως πρέπει να εκτιμώνται τα αποτελέσματα με βάση δείκτες μέτρησης της ποιότητας και της ζωής;

Η σύγχρονη ιατρική έχει κοινωνική οφειλή απόδειξης της αναγκαιότητας χρησιμοποίησης των εξειδικευμένων μορφών της, ειδικά στο παρόν οικονομικό περιβάλλον.<sup>136</sup>

Εφόσον λοιπόν αποτελεί πραγματικότητα πως οι συνθήκες κρίσης έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία, εκφράζοντας αντίστοιχα το αρνητικό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον που διαβιεί ο πληθυσμός μιας χώρας, η ανάληψη ειδικότερων σχετικών πολιτικών καθίστανται αναγκαίες και επιτακτικές για την άμβλυνση των δυσχερών επιπτώσεων.

Τέτοιου είδους πολιτικές, οι οποίες θα μείωναν τους επιβαρυντικούς για την υγεία παράγοντες, μπορούν να είναι επιπλέον μέτρα π.χ. για τη μείωση του καπνίσματος. Επίσης θετική προς τον σκοπό θα ήταν η συμβουλευτική από ανάλογους φορείς όπως για χρήση οينوπνευματωδών και εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και διαιτητικής αγωγής για την πρόληψη νοσημάτων οφειλόμενα στην κακή διατροφή με τελική στόχευση στη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

Σημαντική επιβάρυνση επίσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας επιφέρουν τα χρόνια νοσήματα. Ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η οστεοπόρωση κ.α., σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση, αποτελούν σημαντική απειλή για κάθε σύστημα υγείας των σύγχρονων κοινωνιών λόγω του κόστους φροντίδας τους.

Εδώ κρίνεται για ακόμη μια φορά αναγκαία η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, «δίνοντας βήμα» στη σημασία της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Φροντίδας, η οποία θα αποσυμφορήσει αφενός το επίπεδο της Δευτεροβάθμιας και θα ανακόψει αφετέρου την αριθμητική αύξηση των χρονιζόντων ασθενειών επισημαίνοντάς τες σε αρχικό στάδιο αλλά και μέσω της άσκησης ενός εκ των «υποχρεώσεων» της, της ενημέρωσης.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ (Μάρτιος 2010), Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, *ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ*
- Γ. ΔΟΥΜΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Γ.ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ (2000), *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Β΄*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Γεωργία Τσέτσου, Μεταπτυχιακή Διατριβή (2004), *Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Ο θεσμός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥΠ) καλύπτει τις ανάγκες των περιφερειών;*, Αθήνα
- Γιάννης Κυριόπουλος – Χριστίνα Λασπά (2011), *Τα Οικονομικά της Υγείας Γλωσσάριο Βασικών όρων και Εννοιών*, Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ
- ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ – ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ (2002), *ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ*, ΣΕΙΡΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ & ΥΓΕΙΑ, ΑΘΗΝΑ: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ
- ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΚΩΣΤΑΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ, ΕΛΠΙΔΑ ΠΑΒΗ (2012), *ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ*, Αθήνα: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗΣ
- ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΕΥΓΕΝΙΑ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ-ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ (1999), *ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ Α ΩΣ ΤΟ Ω*, Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ
- Δημήτρης Χρ.Βανδώρος (2007), *«ΓΕΝΙΚΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ» 85 ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ & Η ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΑΜΑΤΟΣ ΤΟΥ (2005-2007)*, Αθήνα: Σταμούλης
- ΘΕΜΑΤΑ ΝΕΟΤΕΡΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΗΓΕΣ, Γ΄ ΛΥΚΕΙΟΥ (1988), Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων
- Κέντρο Μαρξιστικών Ερευνών (1988), *Η ΜΙΚΡΑΣΙΑΤΙΚΗ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ Επιστημονικό Διήμερο 1-2 Νοέμβρη 1982*, Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή
- Κορασίδου Μαρία (2002), *«ΟΤΑΝ Η ΑΡΡΩΣΤΕΙΑ ΑΠΕΙΛΕΙ»*, Αθήνα: τυπωθήτω
- Κοτέα Γ.Α. Μαριάνθη (2007), *«ΤΟΠΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ: Ο Εκσυγχρονισμός της Δημοτικής Διοίκησης στην Ελλάδα του 19ου αιώνα»*, Αθήνα: Διόνικος

- Κυριάκος Σουλιώτης (2000), *Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ*, Αθήνα: Παπαζήσης
- Κωνσταντίνος Δ. Σβολόπουλος (2009), «*Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΥΡΙΑΡΧΙΑΣ ΣΤΗ ΜΙΚΡΑ ΑΣΙΑ*», *ΕΘΝΙΚΟΝ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ «ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ Κ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ»*, Αθήνα: Ίκαρος
- Μαρίνος Γερουλάνος (1996), «*ΑΝΑΜΝΗΣΕΙΣ 1867-1957*», Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
- Μαίρη Κοντούλη-Γείτονα (1997), «*ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*», , Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ/ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
- ΜΑΡΙΑ ΚΟΡΑΣΙΔΟΥ (1995), *ΟΙ ΑΘΛΙΟΙ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ ΤΟΥΣ Φτώχεια και φιλανθρωπία στην ελληνική πρωτεύουσα τον 19<sup>ο</sup> αιώνα*, ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΟΛΑΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ
- Νικολαΐδου Σήλια (1993), «*Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΤΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ*», Αθήνα: Παπαζήσης
- ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (2007), *Στρατηγικός Σχεδιασμός- Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές*, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Επιστημονική Επιμέλεια Κυριάκος Ν. Σουλιώτης, Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ
- Σαπουνακη-Δρακάκη Λυδία(2005), «*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ. Η γέννηση των υπηρεσιών υγείας στον Πειραιά και το ΤΖΑΝΕΙΟ Νοσοκομείο*», Αθήνα: Διόνικος
- ΣΩΤΗΡΗΣ ΝΤΑΛΗΣ (2012), *ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ: 1981-2011(ΕΛΛΑΔΑ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ: Η ΑΤΕΛΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΥ)*, Αθήνα: Παπαζήσης
- ΣΩΤΗΡΗΣ ΣΟΥΛΗΣ (1998), *ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*, Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (2005), *ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (2003)*
- Χ. Οικονόμου, Διδακτορική Διατριβή (1996), «*ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1980 ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ*», Αθήνα
- ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (2004), *ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ & ΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ*, Αθήνα: ΔΙΟΝΙΚΟΣ
- ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ (ΜΑΡΤΙΟΣ 2012), *Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7 Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού*

- ΧΡΙΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΩΥΣΙΔΟΥ(ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2011),  
Μελέτες (Studies)/16, *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ
- ΕΘΝΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ,  
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΕΙΡΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ & ΥΓΕΙΑ, ΑΘΗΝΑ,  
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ

## Διαδικτυακές πηγές

- [http://www.hygeia.gr/page.aspx?p\\_id=561164673](http://www.hygeia.gr/page.aspx?p_id=561164673) (πρόσβαση 19-5-2013)
- Απόστολος Αριστείδης (2013) «Αναδρομές» Αθήνα: το «χωριό» που έγινε πρωτεύουσα Kathimerini.gr [http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_kathextra\\_1\\_17/09/2006\\_164673](http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_kathextra_1_17/09/2006_164673) (πρόσβαση 19-5-2013)
- Άρθρα με ετικέτες 'κομπογιαννίτες' Οι εμπειρικοί γιατροί και η συμβολή τους στην περίθαλψη των αγωνιστών κατά την επανάσταση του 1821 ΑΡΓΟΛΙΚΗ ΑΡΧΕΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ <http://argolikivivliothiki.gr/tag/%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CF%80%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CE%BD%CE%BD%CE%AF%CF%84%CE%B5%CF%82/> (πρόσβαση 8-6-2013)
- Δημόσια Υγεία και Πρόσφυγες στην Ελλάδα κατά το Μεσοπόλεμο <http://asiaminor.ehw.gr/forms/fLemmaBodyExtended.aspx?lemmaID=4082> (πρόσβαση 12-5-013)
- <http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf> ΝΟΜΟΣ-1397-1989 (πρόσβαση 26/5/2014)
- Νοσοκομεία ανά Υγειονομική Περιφέρεια <http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/xrhsima-thlefwna-amp-dieythynseis/75-nosokomeia-ana-ygeionomikh-perifereia> (πρόσβαση 10/6/2014)
- <http://www.iatropedia.gr/index/information/11> (πρόσβαση 18/6/2014)
- <http://www.iatropedia.gr/index/information/7> (πρόσβαση 20/6/2014)
- ΦΕΚ Β 1681/2011 (πρόσβαση 27/6/2014)
- "Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη" <http://www.mednet.gr/archives/2012-2/pdf/233.pdf> (πρόσβαση 2/7/2014)
- Capital.gr Η εισήγηση Λιαρόπουλου για τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων <http://www.capital.gr/Wall.asp?id=1176080> (πρόσβαση 12/8/2014)
- Iatropedia, Ρεπορτάζ Υγείας, "Όλες οι αλλαγές στα νοσοκομεία της Αττικής" <http://www.iatropedia.gr/articles/read/4659> (πρόσβαση 7/9/2014)
- Μιχάλης Χλέτσος Αν. Καθηγητής Τμημ. Οικονομικών Επιστημών, Παν. Ιωαννίνων, Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Κύκλος Διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία» [http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/eisagogikes\\_eni\\_es\\_politiki\\_igias/ili\\_mathimatos/kefalaio2.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_eni_es_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf) (πρόσβαση 2/9/2014)

- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ [http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/el\\_healthreply\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/el_healthreply_el.pdf) (πρόσβαση 18-1-2014)
- ΙΟΒΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ Η Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ & ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2013 [http://www.iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_21072014\\_REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_21072014_REP_GR.pdf)(πρόσβαση 1/11/2014)
- PHARMA TEAM: Σημαντική μελέτη του ΚΕΠΕ για τη φαρμακευτική δαπάνη [http://pharmateam.blogspot.com/2013/02/blog-post\\_9025.html#ixzz3Akb3ed6h](http://pharmateam.blogspot.com/2013/02/blog-post_9025.html#ixzz3Akb3ed6h) (πρόσβαση 17/10/2014)
- Ευρωπαϊκή επιτροπή, ΓΔ Υγείας και Καταναλωτών, Δημόσια υγεία, Εκθέσεις για την υγεία, Eurobarometer Ευρωβαρόμετρο [http://skyatm.eu/health/reports/eurobarometer/index\\_el.htm](http://skyatm.eu/health/reports/eurobarometer/index_el.htm) (πρόσβαση 10/10/2014)
- Γ. Κυριόπουλος, Πέραν του «Μνημονίου»: ανασυγκρότηση ή collapse στο σύστημα υγείας [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf)(πρόσβαση 2/9/2014)
- ΗΜΕΡΗΣΙΑ.gr, ΥΓΕΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ, Το μνημόνιο βλάπτει σοβαρά την υγεία , Τρίτη, 2 Σεπτεμβρίου 2014 <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=27201&subid=2&pubid=113226186> (πρόσβαση 2/9/2014)
- ιατρικός τύπος, ΕΛΛΑΔΑ, έρευνα της ΕΣΔΥ: Τραγική επιδείνωση της δημόσιας και ατομικής υγείας, ψυχικής υγείας, αυτοκτονιών, επιδημιών λόγω της κρίσης. , 3 Απριλίου 2014 <http://www.iatrikanea.gr/2014/7548/> (πρόσβαση 4/9/2014)
- πηγή: ΙΟΒΕ, Η ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, Ετήσια Έκθεση 2012 [http://www.iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_03022013REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/RES_05_A_03022013REP_GR.pdf) (πρόσβαση 4/9/2014)
- ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΓΓΕΛΑΚΗ ΣΟΦΙΑ – ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ «ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. – ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ, Μάρτιος 2011: 14-15, [http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/fi/2011/AngelakiSofia,KyriakopoulouMaria/attached-document-1343905234-773946-11313/Aggelaki\\_Kiriakopoulou2011.pdf](http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sdo/fi/2011/AngelakiSofia,KyriakopoulouMaria/attached-document-1343905234-773946-11313/Aggelaki_Kiriakopoulou2011.pdf) (πρόσβαση 2/9/2014)
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Δαπάνες Υγείας-Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (2009-2012) (Προσωρινές εκτιμήσεις) 31 Μαρτίου 2014 [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103\\_SH E35\\_DT\\_AN\\_00\\_2012\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SH E35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf) (πρόσβαση 17-10-2014)
- ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ , Γιάννης Κυριόπουλος, Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20)

5B%CE%9B%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%84%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%5D.pdf (πρόσβαση 21-10-2014)