

# ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΟ ΑΣΥΜΠΤΩΤΟ ΜΕΤΑΞΥ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

---

Κυριάκος Σουλιώτης, διδάκτωρ Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας  
επισκέπτης καθηγητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

## 1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, επηρεάστηκε ως προς το περιεχόμενο της από το ευρύτερο πολιτικό και κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, το οποίο χαρακτηριζόταν από εναλλαγές στην ιδεολογική κηδεμονία διαφορετικών ρευμάτων. Αντίστοιχες εναλλαγές διαπιστώνονται και στη σφαίρα της πολιτικής υγείας, ενώ είναι ενδεικτικό, ότι οι τέσσερις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που επιχειρήθηκαν στον υγειονομικό τομέα στη χώρα μας τα τελευταία δέκα χρόνια, περιελάμβαναν μέτρα, πολλά εκ των οποίων ήδη προβλέπονταν στον Ν. 1397/1983 με τον οποίο συγκροτήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά δεν είχαν τελικά εφαρμοστεί.

Στο παρόν κείμενο επιχειρείται μια κριτική προσέγγιση των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας μετά τη θεσμοθέτησή του, υπό το πρίσμα της αντίστοιχης διεθνούς εμπειρίας αλλά και της ασυνέχειας και των αντιφάσεων σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής.

Στον πυρήνα του προβληματισμού τοποθετείται το γεγονός ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα σταδιακά τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει το δημόσιο χαρακτήρα του σε ό,τι αφορά τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών<sup>1</sup>. Επί πλέον επισημαίνεται ότι ο υγειονομικός προγραμματισμός στη χώρα μας αναλώθηκε κατά την υπό εξέταση περίοδο στη διαγνωστική μελέτη του συστήματος, καταλήγοντας σε προτάσεις οι οποίες ουσιαστικά αποτελούσαν μηχανιστική μεταφορά ξένων προτύπων μη συμβατών με την ελληνική πραγματικότητα (Ν. 2194/1994), ή στην εκπόνηση φιλόδοξων σχεδίων τα οποία όμως δεν μεταφράστηκαν σε πολιτική πρακτική (Ν. 2519/1997).

Σε ό,τι αφορά την τελευταία μεταρρυθμιστική προσπάθεια (Ν.2889/2001), αυτή εξελίσσεται υπό το καθεστώς των έντονων χρηματοδοτικών πιέσεων που ασκούνται στο σύστημα, το οποίο εμφανίζει σταθερά, τα τελευταία χρόνια, τάσεις ιδιωτικοποίησης.

---

1. Σουλιώτης Κ. (2000), *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Σημειώνεται ότι οι τάσεις αυτές δεν είναι αποτέλεσμα μιας κεντρικά σχεδιασμένης πολιτικής, όπως συμβαίνει σε άλλους τομείς της οικονομίας, αλλά απόρροια της αντίδρασης της εν λόγω αγοράς στα χρηματοδοτικά κενά τα οποία προκύπτουν από τις περιορισμένες δυνατότητες του κρατικού προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης, της απουσίας πραγματικών τιμών στο σύστημα το οποίο αναπτύσσει παράπλευρες λειτουργίες και, βέβαια, της έλλειψης εμπιστοσύνης από τους πολίτες σε ό,τι αφορά τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Υπό τις συνθήκες αυτές, η μέχρι τώρα εμπειρία δείχνει ότι για να καταστεί αποτελεσματική μια πολιτική υγείας στη χώρα μας απαιτούνται πλουραλιστικές προσεγγίσεις, απαλλαγμένες από δογματισμούς και πολιτικούς περιορισμούς, που θα αντιλαμβάνονται τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού «υγεία» και ταυτόχρονα τις ανάγκες για διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης, για επαναπροσδιορισμό του υποδείγματος του συστήματος υγείας, για εξασφάλιση της επάρκειας των πόρων και για την ορθολογική αξιοποίησή τους.

Επί πλέον είναι σαφές ότι ο εγκλωβισμός της πολιτικής υγείας στους παράγοντες που προαναφέρθηκαν αποτέλεσε εμπόδιο στην πλήρη εφαρμογή ενός σχεδίου, το οποίο έτυχε σχεδόν καθολικής αποδοχής και θα μπορούσε με επιμέρους βελτιώσεις και προσαρμογές να αποτελέσει την πλατφόρμα πάνω στην οποία θα οικοδομούταν ένας «υγιής» υγειονομικός τομέας. Αντιθέτως, ο περιορισμός της διαδικασίας καθορισμού των υγειονομικών προτεραιοτήτων σε απλοϊκά διλήμματα του τύπου «ισότητα ή αποδοτικότητα» εγκλώβισε το σύστημα υγείας και οδήγησε σε αλληπάλληλες ανατροπές του θεσμικού πλαισίου, οι οποίες δεν μεταφράστηκαν σε πολιτική πρακτική.

## **2. Η θεσμοθέτηση και τα οράματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Η μεταρρύθμιση-τομή η οποία υλοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '80 με την ψήφιση του σχετικού νόμου (1397/1983) για τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ είχε ως αφετηρία μια σειρά από αρχές, που παρέπεμπαν στη φιλοσοφία των εθνικών συστημάτων υγείας. Οι αρχές αυτές ήταν <sup>2</sup>:

- α) Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους.
- β) Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση.
- γ) Η προστασία της υγείας αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους και η παροχή των υπηρεσιών πρέπει να γίνεται χωρίς την ύπαρξη οικονομικών φραγμών που μπορεί να στερούν τις υπηρεσίες από κάποια άτομα ή ομάδες.
- δ) Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της υγειονομικής πολιτικής και φυσικά να ελέγχουν την εφαρμογή των καθορισμένων πολιτικών υγείας.

---

2. Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, σελ. 1.

Όπως γίνεται αντιληπτό, βασικός κατευθυντήριος άξονας της νέας πολιτικής ήταν το ευρύτερο κοινωνικό συμφέρον<sup>3</sup>, ενώ ως ειδικότερες παράμετροι οι οποίες θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των παραπάνω αρχών καθορίστηκαν<sup>4</sup>:

- η εφαρμογή διαδικασιών αποκέντρωσης
- η εφαρμογή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών
- η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των Κέντρων Υγείας
- η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης

Σε επίπεδο υλοποίησης, στο πρώτο στάδιο επιχειρήθηκε η εισαγωγή του προγραμματισμού στις υπηρεσίες υγείας<sup>5</sup>, με τη διαίρεση της χώρας σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες και την οργάνωση των επιπέδων περίθαλψης καθώς και του τρόπου με τον οποίο κινείται ο ασθενής στο σύστημα<sup>6</sup>.

Στη συνέχεια επιχειρήθηκε η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων, των οποίων τόσο ο αριθμός, όσο και η χωροθέτηση βασίστηκαν σε μια δέσμη κριτηρίων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η επαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων των μη αστικών περιοχών. Αντίθετα, η εφαρμογή του μέτρου στις αστικές περιοχές ατόνησε, με αποτέλεσμα να διαιωνίζονται οι οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος<sup>7</sup>.

Μία άλλη θεμελιακή ρύθμιση του ΕΣΥ αφορούσε στον έλεγχο της παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών και στον περιορισμό της δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα

3. Αναλυτική παρουσίαση των βασικών επιδιώξεων της υγειονομικής πολιτικής γίνεται στα προκαταρκτικά του πενταετούς αναπτυξιακού προγράμματος 1983-1987, όπου αναφέρεται ότι «η δημιουργία ενός συστήματος υγείας υψηλού επιπέδου και κοινωνικά δίκαιου, που θα εξασφαλίζει το δικαίωμα για ίση και υψηλής στάθμης περίθαλψη σε όλους τους πολίτες, την καταπολέμηση των βασικών ασθενειών της εποχής μας και την αποτελεσματική και ορθολογική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί τη συνισταμένη της αναπτυξιακής πολιτικής για την υγεία». Βλ. υπουργείο Εθνικής Οικονομίας - ΚΕΠΕ (1985), «Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση», σελ. 378, Αθήνα.

4. Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, σελ. 5.

5. Στα ίδια πλαίσια εντασσόταν και η σύσταση του ΚΕΣΥ ένα χρόνο νωρίτερα, του οποίου όμως ο ρόλος σταδιακά αποδυναμώθηκε, ως αποτέλεσμα των γενικότερων ασαφειών που χαρακτηρίζαν από την αρχή της εφαρμογής του συστήματος τις σχέσεις μεταξύ των οργάνων του κεντρικού σχεδιασμού. Βλ. Κυριόπουλος Γ. (1990), «Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση», σελ. 113, στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Στεφάνου - Νικολακοπούλου Η., (επιμ.), *Οι Υπηρεσίες Υγείας, Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός*, European Institute of Social Security, Ελληνικό τμήμα, Αθήνα.

6. Ντάκας Δ. (1993), «Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα», σσ. 183-184, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

7. Μωραϊτης Ε. κ.ά. (1995), *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, σσ. 63-65, υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

υγείας. Έτσι, τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου τα οποία επιχορηγούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό μετατράπηκαν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ενώ απαγορεύτηκε η ίδρυση, η επέκταση καθώς και η μεταβίβαση των μετοχών των ιδιωτικών κλινικών<sup>8</sup>.

Ιδιαίτερα σημαντικό, τέλος, ήταν και το μέτρο της καθιέρωσης της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, όμως οι εκτεταμένες συζητήσεις για το θέμα αυτό επεσκίασαν μερικά από τα πραγματικά προβλήματα του συστήματος υγείας την περίοδο εκείνη, όπως τη διαρκή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, την ανάγκη προσαρμογής του συστήματος στις δημογραφικές εξελίξεις, την αναγκαιότητα για βελτίωση της ιατρικής εκπαίδευσης κ.λπ.<sup>9</sup> Βέβαια, ο προσανατολισμός του νομοσχεδίου, με 18 από τα 47 άρθρα να ρυθμίζουν τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών, ενισχύει την άποψη σχετικά με την κεντρική θέση του ιατρικού σώματος στην οργάνωση του συστήματος υγείας<sup>10</sup>.

Πάντως, σε κάθε περίπτωση, η συγκρότηση του ΕΣΥ διατηρεί μια ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στη χώρα μας, διότι αποτέλεσε την αφετηρία για την ανάπτυξη του δημόσιου ενδιαφέροντος για την υγεία και έθεσε στην ελληνική πραγματικότητα τα ευρέως διαδεδομένα σε άλλα υγειονομικά συστήματα προβλήματα, σχετικά με την οργάνωση, τον προγραμματισμό και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας<sup>11</sup>.

Τα ελλείμματα όμως της πολιτικής υγείας κατά την πρώτη δεκαετία εφαρμογής του ΕΣΥ είχαν ως αποτέλεσμα τη μη επίτευξη βασικών στόχων του συστήματος, ενώ και η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα. Ως συνέπεια, η δεκαετία που ακολούθησε χαρακτηρίστηκε από μια εντατικοποίηση του επιστημονικού διαλόγου και των αντίστοιχων παρεμβάσεων για την αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

---

8. Ν. 1397/1983 - Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 6, ΦΕΚ 143, 7/10/89.

9. Βενιέρης Δ. (1997), «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης», σελ. 166, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυτοπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα.

10. Ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας των ρυθμίσεων του Ν. 1397/1983 ερμηνεύεται από το γεγονός ότι το ευνοϊκό πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον κατά το οποίο διατυπώθηκε το ΕΣΥ διαμορφώθηκε υπό την έμπνευση και επιρροή του ιατρικού σώματος, που διέθετε ένα σημαντικό κοινωνικοπολιτικό βάρος. Βλ. Κυριόπουλος Γ. (1990), *ό.π.* (σημ. 5).

11. Αναλυτική προσέγγιση των προβλημάτων αυτών, καθώς και των μέτρων τα οποία έχουν ληφθεί στις ανεπτυγμένες χώρες για την επίλυσή τους, στο Abel - Smith B. (1994), «*An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*», Longman, London.

### 3. Οι παρεμβάσεις για την αναμόρφωση και την αποκατάσταση του ΕΣΥ

#### 3.1. Η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση (1992)

Κάτω από τις πολιτικές και οικονομικές συνθήκες οι οποίες διαμορφώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 και συνδέονταν με την ιδεολογική κυριαρχία του νεοφιλελευθερισμού, η κεντρική διοίκηση προέβη σε μια παρέμβαση η οποία ουσιαστικά αποτελούσε «υπονόμηση» του Εθνικού Συστήματος Υγείας<sup>12</sup>. Έτσι, το 1992 ψηφίζεται ο Ν. 2071 για τον «Εκσυγχρονισμό και οργάνωση του Συστήματος Υγείας», με στόχο την αναμόρφωση του ΕΣΥ, αλλά με τρόπο που ουσιαστικά σήμαινε αλλαγή της φιλοσοφίας του<sup>13</sup>.

Στα πλαίσια της νεοφιλελεύθερης αυτής προοπτικής επιχειρήθηκε ο περιορισμός της ευθύνης του κράτους και η εγκατάσταση μιας ανταγωνιστικής αγοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, μέσα από την αναβάθμιση του ιδιωτικού τομέα, τον έλεγχο των δημόσιων δαπανών, την προαγωγή της ελεύθερης επιλογής των πολιτών και τελικά τη μεταφορά ενός σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς<sup>14</sup>. Ειδικότερα, οι μεταβολές που επιχειρήθηκαν σε σχέση με τον Ν. 1397/1983 αφορούσαν<sup>15</sup>:

α) Στη διοικητική αυτονόμηση των Κέντρων Υγείας και στη χρηματοδότησή τους –η οποία μέχρι τότε γινόταν μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία συνδέονταν– κατευθείαν από τις νομαρχίες.

β) Στην εισαγωγή του θεσμού των ιατρών μερικής απασχόλησης, στους οποίους παρέχονταν το δικαίωμα της άσκησης ιδιωτικού έργου.

γ) Στην απελευθέρωση της λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων, με κάποιες προϋποθέσεις σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό και την ποιότητα της διαθέσιμης τεχνολογίας.

δ) Στην εξασφάλιση της ελευθερίας επιλογής του φορέα παροχής των υπηρεσιών υγείας, μέσα από την εγγύηση, από την πλευρά της πολιτείας, της ύπαρξης τόσο ιδιωτικών όσο και δημόσιων οργανισμών. Αυτή η μετατόπιση των προτεραιοτήτων από τη διασφάλιση της πλήρους πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας –η οποία αποτελούσε τον κύριο στόχο του Ν. 1397/1983– στην επίτευξη της αυξημένης ελευθερίας επιλογής των

12. Κυριόπουλος Γ. (1995), «Κράτος ή Αγορά; Η Κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό Τομέα», σσ. 15-16, στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.

13. Όπως διαφαίνεται και από την *Εισηγητική Έκθεση του Ν. 2071/1992* (σελ. 1), η φιλοσοφία των προτεινόμενων αλλαγών αποτελούσε έκφραση της ιδεολογικής αντιπαράθεσης και κριτικής του Ν. 1397/1983 και λιγότερο προσπάθεια εναρμόνισης του συστήματος με τις διεθνείς εξελίξεις και προτεραιότητες για την επίτευξη της ισότητας και της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας.

14. Είναι γενικά παραδεκτό ότι τα μέτρα που υιοθετούνται με τον Ν. 2071/1992 δεν συνιστούν μια ολοκληρωμένη πρόταση με σαφείς στόχους και σχεδιασμό. Βλ. Νιάκας Δ. (1992), «Οι νέες προτάσεις για την υγεία: Ο τετραγωνισμός του κύκλου», σσ. 3-16, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, τόμ. 1, τεύχ. 1, Αθήνα.

15. Ν. 2071/1992 - *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*, ΦΕΚ 123, 15/7/1992.

πολιτών συνιστά και τη μεγαλύτερη τομή του Ν. 2071/1992, η οποία, όπως προαναφέρθηκε, οριοθετούσε την αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος<sup>16</sup>.

Η αλλαγή αυτή, βέβαια, δεν ολοκληρώθηκε λόγω της νέας μετατροπής του πολιτικού σκηνικού, αλλά είναι αδιαμφισβήτητο ότι αποδυνάμωσε τις δημόσιες λειτουργίες του συστήματος υγείας και ανέστρεψε την πορεία εξέλιξής του.

### 3.2. Η αποκατάσταση του ΕΣΥ (1994)

Η μεταβολή των πολιτικών συνθηκών και της κεντρικής διοίκησης η οποία ακολούθησε, συνοδεύτηκε από την ψήφιση του Ν.2194/1994 για την «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», με τον οποίο επαναφέρονται βασικοί στόχοι της μεταρρύθμισης του 1983. Ενδεικτικά, με τον νόμο αυτό τα Κέντρα Υγείας επανήλθαν στη διοικητικο-οικονομική διασύνδεση με τα νοσοκομεία, ενώ επανίσχυσε και το καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών<sup>17</sup>.

Ουσιαστικά, επρόκειτο για μια προσπάθεια επαναδιατύπωσης της αρχικής φιλοσοφίας του ΕΣΥ, χωρίς να αλλοιώνονται ο πυρήνας, οι προσανατολισμοί και οι στόχοι του. Άλλωστε, όπως αναφέρεται και στην Εισηγητική Έκθεση του νόμου, η φιλοδοξία του συγκεκριμένου νομοσχεδίου δεν ήταν η επίλυση όλων των προβλημάτων του υγειονομικού συστήματος της χώρας<sup>18</sup>. Αντίθετα, προς την κατεύθυνση μιας συνολικής μεταρρύθμισης η οποία θα μπορούσε να ανταποκριθεί σε έναν τέτοιο στόχο, η κεντρική διοίκηση δρομολόγησε τις απαραίτητες διαδικασίες, ώστε σε συνεργασία με έλληνες και ξένους ειδικούς στον χώρο της υγείας, να επεξεργαστεί συγκεκριμένες προτάσεις και να οριοθετήσει ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας του ΕΣΥ. Συνοπτικά, οι προτάσεις των σχετικών επιτροπών προσανατολιζονταν<sup>19</sup>:

α) Στον εκσυγχρονισμό και στην οικοδόμηση ενός πολυτομεακού συστήματος υγείας, με έμφαση στην υγειονομική ενημέρωση και πρόληψη.

β) Στη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), στον οποίο θα ενταχθούν αρχικά τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία, μεταβιβάζοντας όλους τους πόρους που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.

γ) Στη σύσταση και λειτουργία Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων με διαχει-

16. Στον Ν.2071/1992 προβλέπονταν ακόμη η σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου για την αξιοποίηση της περιουσίας των νοσοκομείων, καθώς και η θέσπιση αντικειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού, που όμως δεν εφαρμόστηκαν, όπως και άλλες άλλωστε διατάξεις (ΠΦΥ, επιτροπές δεοντολογίας κ.λπ.). Βλ. Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. (επιμ.) (1995), *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*, σελ. 17, υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

17. Ν. 2194/1994 - Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 34 Α', 16/3/1994.

18. Βλ. Εισηγητική Έκθεση του Ν. 2194/1994, σελ. 2.

19. Abel - Smith Β. κ.ά. (1994), *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.

ριστικές, μεταξύ άλλων, αρμοδιότητες των πόρων του ΕΦΥ και με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος.

δ) Στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

ε) Στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων από σφαιρικούς προϋπολογισμούς.

στ) Στην αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, τη μετατροπή τους σε ανώνυμες εταιρείες και τη σταδιακή κατάργηση της μονιμότητας των εργαζομένων.

ζ) Στην υιοθέτηση θετικού καταλόγου συνταγογράφησης φαρμάκων, στον προσδιορισμό των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και στην παρακολούθηση της συνταγογραφίας του κάθε ιατρού.

η) Στην οργάνωση προγραμμάτων μετεκπαίδευσης των στελεχών διοίκησης, των γιατρών της δημόσιας υγείας και των γιατρών της γενικής ιατρικής.

Οι προτάσεις των επιτροπών –στις οποίες ασκήθηκε ιδιαίτερη κριτική<sup>20</sup> είχαν σαφείς ενδείξεις επιρροής από τις αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις του βρετανικού Συστήματος Υγείας και εντάσσονταν στη γενικότερη διεθνή προβληματική για την διάκριση προσφοράς και ζήτησης και την εισαγωγή μεθόδων ελεγχόμενου ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας<sup>21, 22</sup>.

Η γενική αντίληψη πάντως της εγχώριας επιστημονικής κοινότητας για τις προτάσεις αυτές εστίαστηκε στο ότι σε αρκετά σημεία φαίνεται ότι παραβλέφθηκαν η ιστορική εξέλιξη, τα οικονομικά δεδομένα και οι δημοσιο-οικονομικοί περιορισμοί του ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς και οι κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιομορφίες του πληθυσμού της χώρας μας<sup>23</sup>. Ουσιαστικά επρόκειτο για προσπάθεια μεταφοράς ξένων –επιτυ-

20. Μια βασική κριτική που ασκήθηκε στο εγχείρημα της επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων αφορούσε στις μεθοδολογικές ανεπάρκειες του τρόπου προσέγγισης της ελληνικής πραγματικότητας στον υγειονομικό τομέα και ειδικότερα: στον περιορισμένο χρόνο παραμονής στην Ελλάδα (περίπου 10 ημέρες), στη διενέργεια επισκέψεων σε οργανισμούς μόνο στην περιοχή των Αθηνών και στην περιορισμένη ελληνική παρουσία στην επιτροπή (ένας από τα οκτώ μέλη). Βλ. Τσαλίκης Γ. (1995), «Φιλελευθερισμός, Οράματα και Παροράματα για την Υγεία», σσ. 39-40, στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών», Θεμέλιο, Αθήνα.

21. Νιάκας Δ. (1994), «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνομόνων», σσ. 115-116, στο *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.

22. Ειδικότερα για τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό στις υπηρεσίες υγείας, βλ. Culyer A.J. (1989), *Competition and Markets in Health Care: What we Know and What we Do Not Know*, Centerngor Health Economics, Occasional Paper No 32, York University· Enthoven A. (1993), *The History and Principles of Managed Competition*, σσ. 24-48· *Health Affairs*, Supplement και Frech H.E. III (1996), *Competition and Monopoly in Medical Care*, σσ.147-153, The American Enterprise Institute Press, Washington.

23. Αναλυτική επιχειρηματολογία της άποψης ότι οποιαδήποτε προσπάθεια εισαγωγής ξένων προτύπων –με παράδειγμα το βρετανικό υπόδειγμα λειτουργίας του θεσμού του οικογενειακού γιατρού (general practice fund - holding)– στην Ελλάδα είναι καταδικασμένη να αποτύχει, στο Ματσαγγάνης Μ. (1995), «Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της: Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;», σσ. 149-170, στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.

χημένων- προτύπων σε μια χώρα, όμως, όπου η κοινωνικοοικονομική δομή και η πολιτιστική της παράδοση διαφέρουν από τις αντίστοιχες των χωρών που έχουν εφαρμόσει τις παραπάνω προτάσεις στα συστήματα υγείας τους<sup>24</sup>.

Ανεξάρτητα όμως από αυτό, η κεντρική διοίκηση έκανε αποδεκτές στο σύνολό τους τις προτάσεις αυτές και έτσι το υπουργείο Υγείας συγκρότησε τρεις νέες επιτροπές από έλληνες ειδικούς, οι οποίες ανέλαβαν να επεξεργαστούν αναλυτικότερα τα θέματα που αφορούσαν στη δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας, στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και στην οργάνωση των νοσοκομείων.

### 3.3. Η λειτουργική παρέμβαση (1997)

Τελικά, σε επίπεδο υλοποίησης πολλές από τις προτάσεις των τριών επιτροπών συμπεριλήφθηκαν στο Νόμο 2519/1997 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Μερικές από τις σημαντικότερες ρυθμίσεις του συγκεκριμένου νομοθετήματος αφορούσαν<sup>25</sup>:

α) Στη σύσταση οργάνων για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών.

β) Στην επαναδιατύπωση των σκοπών των υπηρεσιών δημόσιας υγείας προς την κατεύθυνση της πρόληψης, της ενημέρωσης, του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου στο χώρο εργασίας, της συνεχούς εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού και της ανάπτυξης διατομεακών συνεργασιών.

γ) Στη σύσταση οργάνων ελέγχου και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

δ) Στη ρύθμιση του καθεστώτος εποπτείας των νοσοκομείων του ΕΣΥ και στη δημιουργία ειδικών μονάδων για την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και αποθεραπείας.

ε) Στην επαναδιατύπωση του πλήρους και αποκλειστικού χαρακτήρα της εργασίας των ιατρών του ΕΣΥ και στην αξιολόγηση του έργου τους.

στ) Στην υιοθέτηση του συστήματος των κλειστών προϋπολογισμών (global budget) για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

ζ) Στην οργάνωση και λειτουργία δικτύων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

η) Στην κατάρτιση καταλόγου χορηγούμενων φαρμάκων, στη δημιουργία εθνικού συνταγολογίου και στη θέσπιση μηχανισμών αυστηρού ελέγχου των παραγόμενων ή εισαγόμενων σκευασμάτων.

24. Για τις διαφορές του ελληνικού με το βρετανικό σύστημα υγείας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση του ιδιωτικού τομέα, βλ. Σουλιώτης Κ. (2002), «Η Κατανάλωση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία», *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τόμος θ', τεύχ. 32, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

25. Ν. 2519/1997 – *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 165, 21/8/1997.



Το παραπάνω νομοθέτημα αποτέλεσε μια προσπάθεια εισαγωγής ρυθμίσεων, πολλές εκ των οποίων θεωρήθηκαν καινοτομικές, όπως π.χ. η δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας<sup>26</sup>, η δυνατότητα σύμπραξης των ασφαλιστικών φορέων και οι ρυθμίσεις για τα φάρμακα. Συνεχίζοντας, όμως, μια πρακτική η οποία τείνει να μεταβληθεί σε παράδοση τη πολιτικής υγείας στη χώρα μας, η καινοτομική αυτή πρόταση είχε επίσης περιορισμένη εφαρμογή, με αποτέλεσμα τα δομικά και χρηματοδοτικά προβλήματα του συστήματος υγείας να ενταθούν τα χρόνια που ακολούθησαν.

### 3.4. Μια νέα ριζική τομή (2001)

Με δεδομένο τον κίνδυνο της μη εφαρμογής των σχεδιαζόμενων μεταρρυθμίσεων, βρίσκεται στις μέρες μας σε εξέλιξη μια προσπάθεια ριζικής παρέμβασης στο Σύστημα Υγείας. Ο νέος νόμος (Ν.2889/2001) επικεντρώνεται<sup>27</sup>:

- α) στην περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ
- β) στην ανασυγκρότηση των νοσοκομείων
- γ) στην αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού

Πιο συγκεκριμένα αποσκοπεί:

- Στην οργανωτική αναδιάρθρωση του υγειονομικού τομέα σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας.
- Στην ενδυνάμωση των νοσοκομείων και τη στελέχυσή τους με μάντζερ.
- Στη δημιουργία νέων τμημάτων υποστηρικτικών της διοίκησης, π.χ. τμήματα προμηθειών, τμήματα ποιοτικού ελέγχου, τμήματα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, αυτοτελή τμήματα οργάνωσης και πληροφορικής, καθώς και τμήματα υποδοχής ασθενών.
- Στη βέλτιστη χρησιμοποίηση των πόρων και την αύξηση της αποδοτικότητας.
- Στον αποτελεσματικότερο έλεγχο των παραγωγών και των δομών του συστήματος.
- Στη δημιουργία ενιαίου φορέα διαχείρισης των πόρων για την υγεία (Ο.Δι.Π.Υ.) και την ενοποίηση ΕΣΥ και ασφαλιστικών οργανισμών που διαθέτουν δομές παροχής φροντίδων υγείας.
- Στην ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την εισαγωγή του θεσμού του Προσωπικού/Οικογενειακού Ιατρού.

26. Κριτική και σχολιασμός για τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα πλαίσια του Ν. 2519/97, στο Μωραΐτης Ε. (2000), «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή λύση ή ουτοπία», στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Θεμέλιο, Αθήνα.

27. Ν. 2889/2002 - Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Άλλες Διατάξεις, ΦΕΚ 37, 2/3/2001.

Σε επίπεδο υλοποίησης, η περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος είναι ήδη μια πραγματικότητα και αναμένεται να συμβάλει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τα οποία προκύπτουν από τον υπερσυγκεντρωτισμό των αρμοδιοτήτων σε κεντρικό επίπεδο και τη γραφειοκρατική διοίκηση. Επί πλέον, έχει ήδη τεθεί σε εφαρμογή ο θεσμός των απογευματινών ιατρείων των νοσοκομείων του ΕΣΥ, που αποσκοπεί στη βελτίωση της χρονικής διαθεσιμότητας των φροντίδων στους πολίτες, στη μείωση των ημερών αναμονής και στον περιορισμό της φοροδιαφυγής (τα έσοδα εισπράττονται από το νοσοκομείο και αποδίδονται σε τακτική βάση στους γιατρούς).

Επιπρόσθετα, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι πλέον αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ, τα οποία έχουν τη διοικητική και χρηματοδοτική ευθύνη για το συντονισμό της παροχής και το γενικότερο στρατηγικό σχεδιασμό των μονάδων της περιοχής ευθύνης τους. Η υλοποίηση του θεσμού του "μάνατζερ" στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αποτελεί τη δεύτερη σημαντική διοικητική τομή του νέου νόμου, η οποία στοχεύει στη βελτίωση του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου και στη χάραξη και υλοποίηση μακροπρόθεσμων επιχειρησιακών σχεδίων.

Τα θετικά –τουλάχιστον σε επίπεδο σχεδιασμού– μέτρα, τα οποία είναι ήδη σε εφαρμογή, αποτέλεσαν τη φιλόδοξη εκκίνηση μιας προσπάθειας χωρίς ουσιαστική συνέχεια, κυρίως λόγω της υιοθετούμενης από την κεντρική διοίκηση πρακτικής της απομόνωσης και ειδικότερα από τη διατύπωση μέτρων χωρίς τον απαιτούμενο κοινωνικό διάλογο. Συγκεκριμένα, η ανάλωση γύρω από το ζήτημα της απαγόρευσης της άσκησης ιδιωτικού έργου σε πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους είτε σε νοσοκομεία των ΑΕΙ είτε σε εργαστήρια ή μονάδες νοσοκομείων του ΕΣΥ καθυστέρησε σημαντικά την προώθηση άλλων θεμάτων, μείζονος σημασίας για το ίδιο το Σύστημα Υγείας, αλλά και για τους πολίτες.

Ένα από τα θέματα αυτά αφορά στη βελτίωση της επάρκειας και της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πεδίο το οποίο, μετά την επεξεργασία αντίστοιχων σχεδίων σε επίπεδο συναρμόδιων φορέων, παραμένει στάσιμο. Η υλοποίηση πάντως του σχεδίου για την ενοποίηση της χρηματοδοτικής βάσης αλλά και των δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει ένα βήμα για τη διοικητική-οργανωτική αναδιοργάνωση του συστήματος, χωρίς όμως να μπορεί να εγγυηθεί τη βελτίωση σε λειτουργικό επίπεδο<sup>28</sup>.

Πάντως, δεδομένου ότι τόσο η υλοποίηση της μεταρρύθμισης όσο και η επεξεργασία σχεδίων για επιμέρους πτυχές της πολιτικής υγείας βρίσκονται σε εξέλιξη, οποιαδήποτε προσπάθεια αξιολόγησής τους δεν κρίνεται σκόπιμη στην παρούσα φάση. Σε κάθε περίπτωση όμως, τόσο η αντιμετώπιση του χρηματοδοτικού αδιεξόδου, όσο και η αποκατάσταση της ισότητας και της διαφάνειας στον τρόπο διαχείρισης των πόρων είναι αναγκαίο να αποτελέσουν κύρια προτεραιότητα και στόχο της πολιτικής υγείας, διότι, όπως

28. Σουλιώτης Κ. (2002), «Η Εισαγωγή Επιχειρηματικών Λογικών στην Άσκηση Πολιτικής Υγείας: Το Παράδειγμα της Λειτουργικής Ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» Δ' Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Κρήτη, Οκτώβριος 2002 (υπό έκδοση).

θα φανεί και στη συνέχεια, τα εν λόγω προβλήματα αφ' ενός επηρεάζουν τη λειτουργία του Συστήματος Υγείας και αφ' ετέρου οριοθετούν το πλαίσιο και το εύρος των παρεμβάσεων της πολιτικής υγείας.

#### **4. Η υφιστάμενη κατάσταση στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα και η διαιώνιση του χρηματοδοτικού αδιεξόδου**

Από την αναφορά που προηγήθηκε σχετικά με την πορεία συγκρότησης του ΕΣΥ και τις συνεχείς αλλαγές οι οποίες επιχειρήθηκαν τα τελευταία χρόνια μέσα από μια σειρά από νομοθετικές παρεμβάσεις (Πίνακας 1), αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη βαρύτητα η άποψη ότι η αναποτελεσματικότητα του σημερινού συστήματος οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην απουσία μιας ενιαίας πολιτικής στο χώρο της υγείας. Αντί γι' αυτό, παρατηρούνται σημαντικές ανακολουθίες και ασυνέχειες, οι οποίες εκφράζονται με τη συνεχή επαναδιατύπωση και ταυτόχρονα τη μη υλοποίηση φιλόδοξων μεταρρυθμιστικών σχεδίων.

Η συνεχής αυτή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών ώθησε το σύστημα έξω από την εξελικτική του πορεία, με αποτέλεσμα ο πυρήνας των προβλημάτων από τον οποίο ξεκινούν όλες οι προσπάθειες για υγειονομική μεταρρύθμιση να παραμένει αμετάβλητος. Τον πυρήνα αυτό συνθέτουν οι ανισότητες στην πρόσβαση και παροχή των υπηρεσιών, ο πληθωρισμός των ιατρών και οι ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, η ανορθολογική κατανομή των πόρων<sup>29</sup>, η αδύναμη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, που τους ωθεί στον ιδιωτικό τομέα, με επιβάρυνση βέβαια των ατομικών και οικογενειακών τους εισοδημάτων<sup>30</sup>.

Στο επίκεντρο του προβληματισμού βρίσκεται η απουσία ρυθμίσεων σε ό,τι αφορά τη θεσμοθέτηση παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών, με συνέπεια την εξέλιξη ενός συστήματος το οποίο κινείται μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού σχεδιασμού χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης. Αποτέλεσμα αυτού του τρόπου διαχείρισης και διευθέτησης του ζητήματος της χρηματοδότησης του ΕΣΥ ήταν η εμφάνιση και διαιώνιση μιας σειράς προβλημάτων, τα οποία σχετίζονται με τα ελλείμματα του δημόσιου τομέα, την εμφάνιση υψηλής παραοικονομικής δραστηριότητας, τη δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και τα υψηλά ποσοστά συναφάσεως<sup>31</sup>.

29. Αναλυτική παρουσίαση του προβλήματος της κατανομής των πόρων σε σχέση με τις ανισότητες στο επίπεδο και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στο Σουλιάτης Κ. (2001), «Προσέγγιση των Κοινωνικών και Περιφερειακών Ανισοτήτων της Υγείας στην Ελλάδα», *Τόπος*, 17, 2001.

30. Σουλιάτης, Κ. (2000).

31. Κυριόπουλος Γ. (2002), «Η Χρησιμοποίηση των Οικονομικών Δεικτών ως Εργαλείο Άσκησης Πολιτικής Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιάτης Κ. (επιμ.), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Αποτελέσματα πρόσφατων μελετών σχετικά με τις δαπάνες υγείας<sup>32</sup> και τη δικαιοσύνη της κατανομής του χρηματοδοτικού βάρους για την υγεία<sup>33</sup> είναι ενδεικτικά του χρηματοδοτικού αδιεξόδου του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, κατά τη δεκαετία 1991-2000 διαπιστώνεται μια ραγδαία αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα, η οποία φθάνει πλέον στα 108 δισ. €, 9,1 % επί του ΑΕΠ, ποσοστό το οποίο υπερβαίνει το μέσο όρο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ. Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το 42% των συνολικών δαπανών υγείας –με την παραοικονομία να ανέρχεται σε 20% περίπου–, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι, πρακτικά, το δικαίωμα της ασφαλιστικής κάλυψης ακυρώνεται σε μεγάλο βαθμό, διότι το χρηματοδοτικό βάρος των υπηρεσιών υγείας μετακυλιέται στα νοικοκυριά<sup>34</sup>.

Επισημαίνεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή (65,3%) και λιγότερο στη φαρμακευτική (15,4%) και νοσοκομειακή περίθαλψη (12,4%), ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι αφ' ενός τα κενά του δημόσιου συστήματος υγείας επιβαρύνουν τους ατομικούς και οικογενειακούς προϋπολογισμούς, ενώ, αφ' ετέρου, ότι ο ιατρικός πληθωρισμός αποτελεί βασικό παράγοντα προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, φαινόμενο βέβαια το οποίο παρατηρείται και σε άλλες χώρες<sup>35</sup>.

Συμπληρώνοντας τα παραπάνω, αναφέρεται ότι από την ανάλυση του βαθμού δικαιοσύνης της κατανομής του οικονομικού βάρους για την υγεία στον ελληνικό πληθυσμό (Fair Financing Contribution /FFC), προέκυψε μελλοντικός κίνδυνος για πιθανή πτώχευση του 2,4% των νοικοκυριών, τα οποία εμφανίζουν καταστροφικές δαπάνες για υγεία (CAT) (catastrophic health expenditure)<sup>36</sup>.

32. Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.) (2002).

33. ΕΣΔΥ - WHO (2002), *Έρευνα για την Υγεία και την Ανταποκρισιμότητα του Συστήματος Υγείας*, Αθήνα.

34. Σουλιώτης Κ. (2002), «Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.

35. Turner B. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, σσ. 131-156, SAGE Publications, London.

36. Οι δαπάνες υγείας θεωρούνται «καταστροφικές» όταν τα νοικοκυριά αναγκάζονται να μειώσουν τις βασικές τους δαπάνες για μια χρονική περίοδο ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε έξοδα που προκύπτουν από τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα νοικοκυριά παρουσιάζουν καταστροφικές δαπάνες όταν δαπανούν περισσότερο από 40% του διαθέσιμου εισοδήματός τους, μετά την κάλυψη των βασικών αναγκών (διατροφή, ένδυση κ.λπ.) για τη φροντίδα της υγείας όλων των μελών τους. Βλ WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva και Wagstaff A. (2001), «*Measuring Equity in Health Care Financing. Reflections on (and alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index*, Policy Research Working Paper 2550, The World Bank, Washington.

Την ίδια στιγμή η χρηματοδοτική παρουσία της κοινωνικής ασφάλισης έχει περιοριστεί τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να θεωρείται ανεπαρκής ως προς την πλήρη κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Επί πλέον, οι δυνατότητες του κρατικού προϋπολογισμού για επιδότηση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στο χώρο της υγείας θεωρούνται περιορισμένες και αποτελούν συνέχεια –ή αποτέλεσμα– της πολιτικής των τελευταίων ετών, η οποία διαμορφώθηκε υπό το πρίσμα των δημοσιοοικονομικών περιορισμών που επέβαλε η προσπάθεια ένταξης της χώρας στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση.

Υπό τις παραπάνω συνθήκες κρίνεται επιβεβλημένη η ανάληψη της ευθύνης της κεντρικής διοίκησης ως προς την επαναδιατύπωση των όρων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει πρότυπα μέσω των οποίων αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα (σφαιρικοί προϋπολογισμοί, εισαγωγή φραγμών στο σύστημα υγείας, θέσπιση ενιαίας συμμετοχής των χρηστών, διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης κ.λπ.)<sup>37</sup>, αλλά, πρωτίτως, στη χώρα μας απαιτείται μια πλουραλιστική αντιμετώπιση του προβλήματος και σύνδεσή του με τις χρηματοδοτικές αδυναμίες της κοινωνικής ασφάλισης, τις πολιτικές απασχόλησης και την οικονομική ανάπτυξη.

## 5. Συμπερασματικές διαπιστώσεις

Η μελέτη της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας αποκαλύπτει μια εξαιρετικά δυναμική λογική της πολιτικής υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, η οποία προκύπτει από την αναγκαιότητα αντιμετώπισης του συνεχώς αυξανόμενου κόστους των φροντίδων υγείας, καθώς και της κάλυψης των νέων αναγκών υγείας των πληθυσμών<sup>38</sup>. Στη χώρα μας, αντίθετα, ο επιστημονικός λόγος και ακόμη περισσότερο η πολιτική υγείας φαίνεται πως τελούν υπό την ομηρία των ανεκπλήρωτων υποσχέσεων του παρελθόντος, όπως αυτές διατυπώθηκαν κατά την αρχική συγκρότηση του ΕΣΥ.

Μελετώντας τις θεσμικές παρεμβάσεις στο Σύστημα Υγείας από τις αρχές της δεκαετίας του '90 (Πίνακας 1), είναι εμφανές, ακόμη και από τα λεκτικά σχήματα τα οποία χρησιμοποιούνται, ότι πρόκειται για επαναδιατύπωση των αρχικών στόχων. Είναι ενδεικτικό ότι η λέξη «εκασυγχρονισμός» περιλαμβάνεται στα τρία από τα τέσσερα νομοσχέδια

37. Για την εξέλιξη των μηχανισμών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της πολιτικής συγκράτησης των δαπανών υγείας, βλ. Schieber G. (1997), *Innovations in Health Care Financing*, World Bank Discussion Paper No 365, Washington· Mossialos E., Le Grand J. (edit.) (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot· και Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.

38. Frenk J. (1994), «Dimensions of health system reform», *Health Policy*, v. 27, No 1, January 1994· Janovsky K. (1996), *Health policy and systems development. An agenda for research*, WHO, Geneva, και Saltman R., Figueras J. (1997), *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen. Σχετικά με την ανάπτυξη επιχειρηματικών πρακτικών στα συστήματα υγείας, βλ. Saltman R., Busse R., Mossialos E. (edit.) (2002), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Open University Press, Buckingham.

**Πίνακας 1**

**Θεσμικές παρεμβάσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ**

<p>1992 (N. 2071)</p> <p><b>Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας</b></p>	<p>Αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος, έμφαση στην αποδοτικότητα και τη συγκράτηση του κόστους</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διοικητική αυτονομία των Κέντρων Υγείας και υπαγωγή στις νομαρχίες.</li> <li>• Εισαγωγή του θεσμού των ιατρών μερικής απασχόλησης, στους οποίους παρέχονταν το δικαίωμα της άσκησης ιδιωτικού έργου.</li> <li>• Απελευθέρωση της λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων, εφόσον εξασφαλίζουν κάποιες προϋποθέσεις που σχετίζονται με την ποιότητα της τεχνολογίας που χρησιμοποιούν και το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολούν.</li> <li>• Εξασφάλιση της ελευθερίας επιλογής του φορέα παροχής των υπηρεσιών υγείας μέσα από την εγγύηση, από την πλευρά της πολιτείας, της ύπαρξης τόσο ιδιωτικών όσο και δημόσιων οργανισμών.</li> </ul>	<p>Περιορισμένη εφαρμογή</p>
<p>1994 (N. 2194)</p> <p><b>Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις</b></p> <p>1994-1995</p>	<p>Επαναφορά των αρχικών χαρακτηριστικών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Επαναφορά των Κέντρων Υγείας σε διοικητικο-οικονομική διασύνδεση με τα νοσοκομεία.</li> <li>• Επαναφορά της πλήρους και αποκλειστικής απασχόληση των ιατρών του ΕΣΥ.</li> </ul> <p>Πόρισμα-προστάσεις επιτροπών εμπειρογνομένων για την οριοθέτηση ενός νέου πλαισίου λειτουργίας του ΕΣΥ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έμφαση στην πρόληψη.</li> <li>• Δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ).</li> <li>• Σύσταση και λειτουργία Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων.</li> <li>• Εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.</li> <li>• Σύστημα σφαιρικών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία.</li> <li>• Σύνταξη περιορισμένης θετικής λίστας φαρμάκων.</li> </ul>	<p>Εφαρμογή</p> <p>Μη υλοποίηση</p>

<p>1997 (N.2519)</p> <p><b>Ανάπτυξη και εκ- συγχρονισμός του Εθνικού Συστήμα- τος Υγείας, οργά- νωση των υγειονο- μικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις</b></p>	<p>Καινοτομικές ρυθμίσεις, έμφαση στη λειτουργική αναδιοργάνωση του συστήματος και στην αποδοτικότητα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση Οργάνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.</li> <li>• Ενίσχυση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.</li> <li>• Έλεγχος και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και των ιατρών.</li> <li>• Χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω κλειστών προϋπολογισμών (global budget).</li> <li>• Οργάνωση και λειτουργία Δικτύων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας</li> <li>• Εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού Γιατρού.</li> <li>• Κατάρτιση θετικού καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων και έλεγχος των παραγό- μενων ή εισαγόμενων σκευασμάτων</li> </ul>	<p><b>Περιορισμένη εφαρμογή</b></p>
<p>2001 (N. 2889)</p> <p><b>Βελτίωση και Εκ- συγχρονισμός του Εθνικού Συστήμα- τος Υγείας και άλ- λες διατάξεις</b></p> <p>2001-2002</p>	<p>Ριζική μεταρρυθμιστική λογική, περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος, διοικητική περέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημιουργία 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ).</li> <li>• Τοποθέτηση μάντζερ στα δημόσια νοσοκομεία.</li> <li>• Συγκρότηση Ειδικού Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας.</li> </ul> <p><b>Προτάσεις προς επεξεργασία</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαχωρισμός της προσφοράς από τη ζήτηση <ul style="list-style-type: none"> <li>(α) Δημιουργία ενιαίου φορέα διαχείρισης των πόρων για την υγεία (Ο.Δι.Π.Υ.)</li> <li>(β) Ενοποίηση ΕΣΥ και ασφαλιστικών οργανισμών που διαθέτουν δομές παροχής φροντίδων υγείας</li> </ul> </li> <li>• Ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας εισαγωγή του θεσμού του Προσωπικού/Οικο- γενειακού Ιατρού.</li> </ul>	<p><b>Εφαρμογή</b></p> <p><b>Εκκρεμούν</b></p>

που ακολούθησαν την ψήφιση του Ν. 1397/1983, γεγονός το οποίο προφανώς υποδηλώνει μία υστέρηση του Συστήματος Υγείας σε σχέση με την εξέλιξη των αντίστοιχων στις ανεπτυγμένες χώρες.

Μία άλλη παρατήρηση σχετίζεται με τον εγκλωβισμό των τεχνικών και πολιτικών προσεγγίσεων του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα σε ιδεολογικά κατασκευασμένα διλήμματα του τύπου «δημόσιο ή ιδιωτικό» και «ισότητα ή αποδοτικότητα». Η απλοϊκή αυτή ερμηνεία του υγειονομικού τομέα ενοχοποιείται σε μεγάλο βαθμό για την ανεπάρκεια της πολιτικής υγείας ως προς τη διαμόρφωση μιας σταθερής πορείας για το Σύστημα Υγείας και τη δημιουργία μιας προοπτικής σταδιακής επίλυσης των προβλημάτων του, κυρίως δε εκείνων που σχετίζονται με τη διαμόρφωση όρων ισότητας στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες.

Αυτή η προοπτική είναι εφικτό να συμπεριλαμβάνει στις στοχεύσεις της και την αποδοτικότητα του συστήματος, αφού μέτρα όπως η διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης, η ανατροπή της υφιστάμενης αναλογίας μεταξύ κρατικού προϋπολογισμού και κοινωνικής ασφάλισης –υπέρ της δεύτερης– σε ό,τι αφορά τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών<sup>39</sup>, η συγκρότηση και λειτουργία μηχανισμού τιμών και ο έλεγχος της προσφοράς ικανοποιούν τόσο το στόχο της ισότητας, όσο και το στόχο της αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας.

Ο ουσιαστικός εκσυγχρονισμός, λοιπόν, του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι πιθανότερο να επέλθει μέσω αλλαγών σε διαχειριστικο-λειτουργικό επίπεδο –π.χ. με την εισαγωγή επιχειρηματικών λογικών– παρά μέσω νομικών κειμένων και θεσμικών αναπροσαρμογών της υφιστάμενης πραγματικότητας<sup>40</sup>. Άλλωστε και η εμπειρική πραγματικότητα μας οδηγεί σε μια πλουραλιστική προσέγγιση για την πολιτική υγείας, σύμφωνα με την οποία το παραδοσιακό δίπολο «κράτος ή αγορά» καταρρέει κάτω από τις δημοσιονομικές πιέσεις, τις δημογραφικές εξελίξεις, την αύξηση της ανεργίας, καθώς και από

39. Η πρόταση έχει ως αφετηρία το ερώτημα σχετικά με το κατά πόσο οι πληρωμές για υπηρεσίες υγείας συνδέονται με τις διακυμάνσεις των εισοδημάτων ή, αλλιώς, σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η προοδευτικότητα των πηγών χρηματοδότησης σε σχέση με τις πληρωμές αυτές. Ενώ, όμως, οι ασφαλιστικές εισφορές, έστω και μερικώς, έχουν έναν αναλογικό χαρακτήρα σε σχέση με το εισόδημα, η κυριαρχία των έμμεσων φόρων στο ελληνικό φορολογικό σύστημα (υπερβαίνουν το 60% των συνολικών φορολογικών εσόδων) δημιουργεί σημαντικές ανισότητες στην κατανομή του φορολογικού βάρους, ενώ και ο πραγματικός φορολογικός συντελεστής θεωρείται αντίστροφα προοδευτικός. Υπό το πρίσμα αυτό, η διατήρηση της υψηλής συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού στις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αποτελεί εμπόδιο για την επίτευξη αναδιανομής εισοδήματος από τα πλουσιότερα προς τα ασθενέστερα στρώματα. Αναλυτικότερα για τη διάρθρωση των φορολογικών εσόδων του κράτους και την κατανομή του φορολογικού βάρους στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, βλ. Αγαπητός Γ. (1997), *Εξελίξεις και διαρθρωτικά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας*, σσ. 214-224, Το Οικονομικό, Αθήνα.

40. Αναλυτική τεκμηρίωση της άποψης υπέρ της εισαγωγής επιχειρηματικών μεθόδων στην άσκηση πολιτικής υγείας, στο Σουλιώτης Κ. (2002), *Η Εισαγωγή Επιχειρηματικών Λογικών στην Άσκηση Πολιτικής Υγείας: Το Παράδειγμα της Λειτουργικής Ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Δ' Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Κρήτη, Οκτώβριος 2002 (υπό έκδοση).



την αναγκαιότητα για ενίσχυση της θέσης των χρηστών και για συμπληρωματική σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Συνεπώς, μια ενδιαφέρουσα προοπτική για την πολιτική υγείας στη χώρα μας θα μπορούσε να αποτελέσει η συγκρότηση ενός πλουραλιστικού συστήματος, στη λειτουργία του οποίου έννοιες όπως η «διαπραγμάτευση», τα «συμβόλαια» και οι «συμβάσεις» μεταξύ των δρώντων – παραγόντων της προσφοράς και παραγόντων ή εκπροσώπων της πλευράς της ζήτησης (ασφαλιστικά ταμεία)– θα αποτελέσουν τους μοχλούς ανάπτυξης και διαχειριστικής εξυγίανσής του. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι αυτή η «αποκεντρωτική» και «συμβολαϊκή» λογική της αγοράς<sup>41</sup> δεν απειλεί τον κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος· αντιθέτως, σύμφωνα και με τη διεθνή εμπειρία, εξασφαλίζει τη λειτουργική του προσαρμοστικότητα στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των χρηστών, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην ορθολογικοποίηση της διαχείρισης των οικονομικών πόρων<sup>42</sup>.

## Βιβλιογραφία

- Abel-Smith B. (1994), *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, Longman, London.
- Abel-Smith B. κ.ά. (1994), Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.
- Αγαπητός Γ. (1997), *Εξελιξείς και διαρθρωτικά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας*, Το Οικονομικό, Αθήνα.
- Anell A. (1995), «Decentralization and New Contractual Arrangements within the Swedish Health Care Sector», στο ENSP - MIRE (European Conference), *Changes in Health Systems in Europe: Towards New Contracts between Providers, Payers and Governments*, Paris.
- Βενιέρης Δ. (1997), «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Η Ιστορία της Μεταρρύθμισης», στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιμ.), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Culyer A.J. (1989), *Competition and Markets in Health Care: What we Know and What we Do Not Know*, Centerngor Health Economics, Occasional Paper No 32, York University.
- Δερβένης Χ., Πολύζος Ν. επιμ. (1995), *Μελέτη - Πρόταση για την Οργάνωση - Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
- Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983.

41. Για την ανάπτυξη «συμβολαϊκού» τύπου αγορών στο δημόσιο τομέα βλ. Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. (1997), *Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services*, Oxford University Press, New York. Ειδικότερα για τα Συστήματα Υγείας, στο Flynn R., Williams G. (1997), *Contracting For Health. Quasi - Markets and the National Health Service*, Oxford University Press, New York.

42. Anell A. (1995), «Decentralization and New Contractual Arrangements within the Swedish Health Care Sector», σσ. 89-100, στο ENSP - MIRE (European Conference), *Changes in Health Systems in Europe: Towards New Contracts between Providers, Payers and Governments*, Paris.

- Εισηγητική Έκθεση του Ν. 2071/1992.  
 Εισηγητική Έκθεση του Ν. 2194/1994.
- Enthoven A. (1993), *The History and Principles of Managed Competition*, Health Affairs, Supplement.
- ΕΣΔΥ - WHO (2002), *Έρευνα για την Υγεία και την Ανταποκρισιμότητα του Συστήματος Υγείας*, Αθήνα.
- Flynn R., Williams G. (1997), *Contracting For Health. Quasi-Markets and the National Health Service*, Oxford University Press, New York.
- Frech H.E. III (1996), *Competition and Monopoly in Medical Care*, The American Enterprise Institute Press, Washington.
- Frenk J. (1994), «Dimensions of health system reform», *Health Policy*, v. 27, No 1, January 1994.
- Janovsky K. (1996), *Health policy and systems development. An agenda for research*, WHO, Geneva.
- Κυριόπουλος Γ. (1990) «Ο Υγειονομικός Τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση», στο Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Ι., Στεφάνου-Νικολακοπούλου Η., (επιμ.), *Οι Υπηρεσίες Υγείας. Οργάνωση - Διοίκηση - Προγραμματισμός*, European Institute of Social Security, Ελληνικό τμήμα, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. (1995), «Κράτος ή Αγορά; Η Κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό Τομέα», στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. (2002), «Η Χρησιμοποίηση των Οικονομικών Δεικτών ως Εργαλείο Άσκησης Πολιτικής Υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Ματσαγγάνης Μ. (1995), «Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της: Προς εισαγωγή ουστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα», στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (2002), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Mossialos E., Le Grand J. edit. (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- Μωραΐτης Ε. κ.ά. (1995), *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
- Μωραΐτης Ε. (2000), «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Εφικτή λύση ή ουτοπία;», στο Γεωργίου Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Ν. 1397/1983 – Εθνικό Σύστημα Υγείας: Άρθρο 6, ΦΕΚ 143, 7/10/89.
- Ν. 2071/1992 - Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123, 15/7/1992.
- Ν. 2194/1994 - Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 34 Α', 16/3/1994.
- Ν. 2519/1997 - Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 165, 21/8/1997.
- Ν. 2889/2002 - Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Άλλες Διατάξεις, ΦΕΚ 37, 2/3/2001.

- Νιάκας Δ. (1992), Οι νέες προτάσεις για την υγεία: Ο τετραγωνισμός του κύκλου, *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, τόμ. 1, τεύχ. 1, Αθήνα.
- Νιάκας Δ. (1993), *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Νιάκας Δ. (1994), «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι Προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνομώνων», *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, τόμ. 3, τεύχ. 3, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1994, Αθήνα.
- Saltman R., Busse R., Mossialos E., (edit.) (2002), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Open University Press, Buckingham.
- Saltman R., Figueras J. (1997), *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Schieber G. (1997), *Innovations in Health Care Financing*, World Bank Discussion Paper No 365, Washington.
- Σουλιώτης Κ. (2000), *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Σουλιώτης Κ. (2001), «Προσέγγιση των Κοινωνικών και Περιφερειακών Ανισοτήτων της Υγείας στην Ελλάδα», *Τόπος*, 17, 2001.
- Σουλιώτης Κ. (2002), «Η Κατανάλωση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία», *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, τόμος 9, τεύχ. 32, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Σουλιώτης Κ. (2002), «Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας», στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Σουλιώτης Κ. (2002), *Η Εισαγωγή Επιχειρηματικών Λογικών στην Άσκηση Πολιτικής Υγείας: Το Παράδειγμα της Λειτουργικής Ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Δ΄ Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Κρήτη, Οκτώβριος 2002 (υπό έκδοση).
- Τσαλίκης Γ. (1995), «Φιλελευθερισμός, Οράματα και Παροράματα για την Υγεία», στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών»*, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Turner B. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, SAGE Publications, London.
- Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας - ΚΕΠΕ (1985), *Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση*, Αθήνα.
- Wagstaff A. (2001), *Measuring Equity in Health Care Financing. Reflections on (and alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index*, Policy Research Working Paper 2550, The World Bank, Washington.
- Walsh K., Deakin N., Smith P., Spurgeon P., Thomas N. (1997), *Contracting For Change. Contracts in Health, Social Care and Other Local Government Services*, Oxford University Press, New York.
- WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva.