



Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7

Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα

Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

**Το θεσμικό πλαίσιο
παροχών ασθενείας στην Ελλάδα:
Ο ρόλος και η λειτουργία του
Εθνικού Συστήματος Υγείας**



Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Χαράλαμπος Οικονόμου

Μάρτιος 2012

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α
106 81, Αθήνα
Τηλ. +30 2103327779
Fax +30 2103327770
www.ineobservatory.gr

Οι απόψεις που διατυπώνονται στο παρόν κείμενο
είναι των συγγραφέων και δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη
τις θέσεις της ΓΣΕΕ.

Επιμέλεια εξωφύλλου: Βάσω Αβραμοπούλου

Γλωσσική επιμέλεια - Διορθώσεις: Αναστασία Σακελλαρίου

Φωτογραφία εξωφύλλου: www.shutterstock.com

Ηλεκτρονική σελιδοποίηση: Γιάννης Παπαδημητρόπουλος

Εκτύπωση - Παραγωγή: ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΕΒΕ

© ΙΝΕ ΓΣΕΕ

ISBN: 978-960-9571-19-7

Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό
Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής
Ασφάλισης στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος
«Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007-2013.



Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ αποτελεί έναν χώρο έρευνας και δράσης που απευθύνεται στους εργαζομένους, στην ακαδημαϊκή κοινότητα, στους φορείς χάραξης πολιτικής και στο σύνολο των πολιτών. Στόχος του είναι να προσφέρει επιστημονικά τεκμηριωμένες αναλύσεις για μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων που βρίσκονται στο επίκεντρο της τρέχουσας συγκυρίας και που έχουν άμεση σχέση με τα συμφέροντα του κόσμου της εργασίας. Το Παρατηρητήριο είναι σημείο συνάντησης και δημιουργικού διαλόγου πληθώρας ερευνητών, με απώτερο στόχο την ανάδειξη διαστάσεων των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων που έχουν ιδιαίτερη αξία για την οπτική των εργαζομένων και των συνδικάτων. Παράλληλα, η ερευνητική του δραστηριότητα εντάσσεται σε μια ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής πολιτικών που δύνανται να συνεισφέρουν με ουσιαστικό τρόπο στην επίλυση των σημαντικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην τρέχουσα περίοδο ο κόσμος της εργασίας.

Η δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: α) στην οικονομία και την ανάπτυξη, β) στο κοινωνικό κράτος και το μέλλον της εργασίας και γ) στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε περιβάλλον δημοκρατίας και ισότητας. Ο πρώτος τομέας αφορά τα αίτια και τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, τις σύγχρονες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο δημόσιος τομέας και η δημοσιονομική πολιτική στην Ελλάδα, καθώς και τις αλλαγές που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν στο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας. Ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στην ασκούμενη κοινωνική πολιτική, στα ζητήματα της φτώχειας και των ανισοτήτων, στις εργασιακές σχέσεις και στο θεσμικό πλαίσιο των αγορών εργασίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην ανάλυση της τρέχουσας συγκυρίας και στην αποδόμηση που επιχειρείται σε μια σειρά δικαιωμάτων και κατακτήσεων των εργαζομένων. Τέλος, ο τρίτος τομέας επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων, τις ποιοτικές και ποσο-

τικές διαστάσεις της ανεργίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και το ρατσισμό που βιώνει σημαντική μερίδα των εργαζομένων και των ανέργων στη χώρα.

Είναι προφανές ότι οι τρεις προαναφερθέντες τομείς έχουν επικαλύψεις μεταξύ τους. Μέσα από τα κείμενά του το Παρατηρητήριο επιδιώκει να αναδείξει αυτές τις επικαλύψεις και να φέρει στην επιφάνεια τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την πολύπλευρη ανάλυση των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας που επιχειρείται, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η κατάθεση παρατηρήσεων, προτάσεων αλλά και εναλλακτικών προσεγγίσεων από όσους και όσες επιθυμούν να συνεισφέρουν στην ερευνητική δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΙΝΕ ΓΣΕΕ



Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	9
2	Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	13
2.1	Επισκόπηση του συστήματος υγείας	13
2.2	Η διοικητική δομή και οργάνωση του ΕΣΥ και ο ρόλος των δρώντων κοινωνικών υποκειμένων	14
2.2.1	<i>Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των άλλων Υπουργείων</i>	14
2.2.2	<i>Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας</i>	16
2.2.3	<i>Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης</i>	17
2.2.4	<i>Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας</i>	18
2.2.5	<i>Ο ρόλος των ομάδων χρηστών υπηρεσιών υγείας, των καταναλωτικών ενώσεων και των επαγγελματιών και συνδικαλιστικών ενώσεων</i>	19
2.2.6	<i>Ο ρόλος της Εκκλησίας και των εθελοντικών και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων</i>	20
2.3	Η περιφερειακή διάρθρωση και η αποκέντρωση του ΕΣΥ	21
2.4	Η θέση και οι δυνατότητες επιλογών των ασθενών	23
3	Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	27
3.1	Εισαγωγή	27
3.2	Οι δαπάνες υγείας	29
3.3	Πληθυσμιακή κάλυψη και κατοχύρωση πρόσβασης του πληθυσμού στη φροντίδα υγείας	32
3.4	Συλλογή εσόδων και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	34
3.4.1	<i>Φορολογία</i>	34
3.4.2	<i>Κοινωνική ασφάλιση</i>	35
3.4.3	<i>Ιδιωτικές πληρωμές</i>	35
3.4.4	<i>Προαιρετική ασφάλιση υγείας</i>	38
3.5	Συγκέντρωση των πόρων	39
3.6	Η σχέση αγοραστών και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας	40
3.7	Μέθοδοι χρηματοδότησης/αποζημίωσης	41
3.7.1	<i>Αποζημίωση μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας</i>	41
3.7.2	<i>Αμοιβές επαγγελματιών υγείας</i>	44

4	Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	49
4.1	Η διαδρομή των ασθενών στο σύστημα υγείας	49
4.2	Δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	50
4.2.1	<i>Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από το ΕΣΥ</i>	50
4.2.2	<i>Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης</i>	54
4.2.3	<i>Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από την τοπική αυτοδιοίκηση</i>	56
4.2.4	<i>Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τον ιδιωτικό τομέα</i>	57
4.2.5	<i>Αποτίμηση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα</i>	58
4.3	Νοσοκομειακή περίθαλψη	60
4.4	Οδοντιατρική φροντίδα	65
4.5	Φαρμακευτική φροντίδα	67
5	Αξιολόγηση της επίδοσης του ελληνικού συστήματος υγείας	73
5.1	Οι διακρυγμένοι στόχοι του συστήματος υγείας	73
5.2	Η κατανομή του κόστους και του οφέλους λειτουργίας του συστήματος υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων	73
5.3	Η αποδοτικότητα της κατανομής των υγειονομικών πόρων	75
5.4	Η τεχνική αποδοτικότητα στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας	77
5.5	Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	79
5.6	Η συμβολή του συστήματος υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	81
6	Βασικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας	83
6.1	Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και η προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας	83
6.2	Το πρώτο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του 1990	85
6.3	Το δεύτερο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του 2000	88
6.4	Τα προβλήματα του ΕΣΥ λίγο πριν από την υπογραφή του Μνημονίου και προτάσεις που θα μπορούσαν να τα είχαν αντιμετωπίσει	94
6.5	Οι εξελίξεις στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεννόησης	97
6.6	Συμπερασματικές διαπιστώσεις και ορισμένες εκτιμήσεις για τις επιχειρούμενες αλλαγές	104
7	Συμπερασματικές διαπιστώσεις	109
	Βιβλιογραφία	115



1. Εισαγωγή

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

Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, ο τομέας της υγείας βρέθηκε στο επίκεντρο των επιχειρούμενων αναδιαρθρωτικών προσαρμογών. Αιτία για αυτό είναι το γεγονός ότι, παρά τον μεγάλο αριθμό των θεσμικών παρεμβάσεων που έγιναν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο δεκαετιών με σκοπό την ανάπτυξη των υλικοτεχνικών υποδομών του και τον εκσυγχρονισμό των διοικητικών-διαχειριστικών μηχανισμών του, αυτό

εξακολούθησε να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, ισότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες δεν ανταποκρίθηκαν στις προϋποθέσεις διαμόρφωσης και άσκησης σύγχρονης πολιτικής υγείας και δεν κατόρθωσαν να δώσουν λύση στις δομικές αντινομίες που εμφανίζει ο υγειονομικός τομέας.

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

Στην επόμενη ενότητα αποτυπώνεται η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας, με έμφαση στο ρόλο των επιμέρους δρώντων

φορέων και κοινωνικών υποκειμένων. Ειδικότερα, εξετάζεται ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και άλλων Υπουργείων που έχουν αρμοδιότητες υγείας, των ασφαλιστικών ταμείων, της τοπικής αυτοδιοίκησης, του ιδιωτικού τομέα, των ομάδων πολιτών, των καταναλωτικών ενώσεων και των επαγγελματικών οργανώσεων, καθώς και της Εκκλησίας. Επιπροσθέτως, παρουσιάζεται η περιφερειακή διάρθρωση και ο βαθμός αποκέντρωσης του ΕΣΥ, καθώς και η θέση και οι δυνατότητες επιλογών που έχουν οι ασθενείς.

Στην Ενότητα 3 διερευνάται η εξέλιξη των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Επιπροσθέτως, αναλύεται η σημασία και η βαρύτητα των επιμέρους πηγών χρηματοδότησης του συστήματος, και ιδιαίτερα της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης, των ιδιωτικών πληρωμών και της προαιρετικής ασφάλισης υγείας. Στη συνέχεια, η μελέτη επικεντρώνεται στη σχέση αγοραστών και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και στις μεθόδους αποζημίωσης των μονάδων παροχής υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας. Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να αναδείξει τα προβλήματα και την αναχρονιστικότητα των μορφών χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.

Αντικείμενο της Ενότητας 4 είναι η οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Αναλυτικότερα, αναδεικνύονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην οδοντιατρική φροντίδα, η οποία χαρακτηρίζεται από εκτενή ιδιωτικοποίηση και τη σχεδόν παντελή απουσία του δημόσιου τομέα, καθώς και στη φαρμακευτική περίθαλψη, λόγω της πολύ μεγάλης έκτασης της συνταγογράφησης από τους για-

τρούς και της χρησιμοποίησης φαρμάκων από τον ελληνικό πληθυσμό.

Η Ενότητα 5 επιχειρεί την αξιολόγηση της επίδοσης του συστήματος υγείας σε σχέση με τους διακηρυγμένους στόχους του. Εδώ εντοπίζεται μια σειρά ανεπαρκειών και δυσλειτουργιών, όπως η άνιση κατανομή του κόστους και του οφέλους λειτουργίας του ΕΣΥ μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, η μη αποδοτική κατανομή των υγειονομικών πόρων, η χαμηλή τεχνική αποδοτικότητα στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, η χαμηλή ποιότητα της περίθαλψης που οδηγεί στην έκφραση δυσαρέσκειας από τους πολίτες και η φθίνουσα συμβολή του συστήματος υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Η ανάλυση των μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ και του βαθμού στον οποίο αυτές εφαρμόστηκαν και συνέβαλαν στον εκσυγχρονισμό της φροντίδας υγείας στην Ελλάδα διενεργείται στην Ενότητα 6. Ειδικότερα, εξετάζονται τα χαρακτηριστικά του πρώτου και του δεύτερου κύματος μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000 αντίστοιχα. Εντοπίζονται τα σημεία και τα αποτελέσματα της αποτυχίας αυτών, όπως αντικατοπτρίζονται στα σοβαρά προβλήματα που εμφάνιζε ο υγειονομικός τομέας τη στιγμή υπογραφής του Μνημονίου Συνεννόησης, και διατυπώνονται προτάσεις μέτρων που θα μπορούσαν να τα είχαν αντιμετωπίσει. Στη συνέχεια, γίνεται η κριτική επισκόπηση των εξελίξεων στο σύστημα υγείας, έτσι όπως αυτές προβλέφθηκαν και επιβλήθηκαν από το Μνημόνιο.

Στην τελευταία ενότητα συμπυκνώνεται η απάντηση στα δύο βασικά ερωτήματα που έχουν τεθεί στη μελέτη αυτή. Υπό προϋποθέσεις, η παρούσα οικονομική κρίση, διακόπτοντας την αυτο-αναφορικότητα του συστήμα-

τος υγείας ως εξωγενής προς αυτό παράγοντας ανατροπών, θα μπορούσε να αποτελέσει ένα παράθυρο ευκαιρίας για την αλλαγή του παραδείγματος πολιτικής υγείας στη χώρα, η οποία υπήρξε θεσμικά εξαρτημένη από το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Όμως, η θετική οπτική που μπορεί να δίνει η απάντηση αυτή στο πρώτο ερώτημα σχετικοποιείται και ανατρέπεται από την απάντηση στο δεύτερο ερώτημα. Από τις έως τώρα

ενδείξεις, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι έχει δοθεί υπερβολική έμφαση στην αποδοτικότητα και εν μέρει και στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, με πρωταρχικό στόχο την περικοπή των δαπανών υγείας, ενώ έχει παντελώς παραμεληθεί η διάσταση της ισοτιμίας. Αυτό σημαίνει πλήρη υποταγή στις επιταγές λιτότητας του Μνημονίου, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα τις κοινωνικές επιπτώσεις μιας τέτοιας πολιτικής.



2. Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

2.1 Επισκόπηση του συστήματος υγείας

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

Εκτός των στοιχείων από διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης δημόσιου χαρακτήρα συστημάτων υγείας, το ελληνικό σύστημα ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα. Σε σχέση με τον δημόσιο τομέα, στοιχεία των μπισμαρκιανών μοντέλων συνυπάρχουν με στοιχεία των μπεβεριτζιανών μοντέλων. Πριν από τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983, η παροχή φροντίδας

υγείας ακολουθούσε το μπισμαρκιανό πρότυπο της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Τα ασφαλιστικά ταμεία συνεχίζουν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, και μέχρι σήμερα ακολουθούσαν δύο υποδείγματα. Το πρώτο περιλάμβανε ταμεία τα οποία είχαν δικές τους ιατρικές δομές, κάλυπταν όλες τις ανάγκες για πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων τους και απασχολούσαν υγειονομικό δυναμικό αμειβόμενο με μισθό. Το δεύτερο υπόδειγμα αναφερόταν σε ταμεία που δεν διέθεταν δικές τους δομές περίθαλψης αλλά σύναπταν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν αναδρομικά, κατά πράξη και περίπτωση, σε προκαθορισμένες, συμφωνημένες τιμές. Το ύψος της αποζημίωσης εγκρινόταν από τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών. Παραλλαγή αυτού του υποδείγματος ήταν η περίπτωση όπου το ασφαλισμένο πρόσωπο είχε τη δυνατότητα να επισκεφτεί οποιονδήποτε ιατρό της επιλογής του, να τον πληρώσει με βάση τις αγοραίες τιμές και στη συνέχεια να του επιστραφεί από το ταμείο του ένα προβλεπόμενο ποσοστό του ποσού που είχε καταβάλει, το οποίο και αυτό ήταν προϊόν συμφωνίας μεταξύ των τριών προαναφερθέντων Υπουργείων. Τα παραπάνω δύο υποδείγματα, στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων που

επιχειρούνται σήμερα και οι οποίες θα αναλυθούν εκτενώς σε επόμενο κεφάλαιο, τείνουν να καταργηθούν και να αντικατασταθούν από τη μέθοδο της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των ιατρών, βάσει των κλιμακίων περιθαλπόμενων δικαιούχων φροντίδας.

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

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας και παρέχει επείγουσα πρωτοσοκομειακή, πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, με αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία που μέχρι πρόσφατα αποζημιώνονταν με κλειστό ημερήσιο νοσήλιο.

Και εδώ όμως έχουν δρομολογηθεί αλλαγές, με την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), κατά το πρότυπο των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών. Οι ιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική.

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

2.2 Η διοικητική δομή και οργάνωση του ΕΣΥ και ο ρόλος των δρώντων κοινωνικών υποκειμένων

2.2.1 Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των άλλων Υπουργείων

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ, όπως η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες.

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

Εκτός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αρμοδιότητες για ζητήματα υγείας έχουν και άλλα Υπουργεία. Μέχρι πρόσφατα, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης είχε στην αρμοδιότητά του τα ταμεία και τους κλάδους υγείας, που όμως πλέον μεταβιβάστηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία 14 στρατιωτικών νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία αυτά και το προσωπικό τους εντάσσονται σε ειδικό καθεστώς, λειτουργούν εκτός του ΕΣΥ και δεν παρείχαν υπηρεσίες σε πολί-

τες που δεν είναι στρατιωτικοί. Από τα μέσα όμως του 2010, όλοι οι πολίτες απέκτησαν πρόσβαση στα πέντε στρατιωτικά νοσοκομεία που βρίσκονται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, καθώς αυτά διέθεσαν μέρος των κλινών τους για την εξυπηρέτηση όλου του πληθυσμού της χώρας. Το Υπουργείο Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων είναι αρμόδιο για την προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ενώ, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, καθορίζει και τα επαγγελματικά δικαιώματα αυτών. Επίσης το Υπουργείο Παιδείας έχει την ευθύνη για τη λειτουργία δύο μικρών πανεπιστημιακών νοσοκομείων (Αρεταίειο, Αιγινήτειο), τα οποία λειτουργούν εκτός ΕΣΥ και βρίσκονται υπό την εποπτεία του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθήνας.

Ένα άλλο Υπουργείο που είχε αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας ήταν το Υπουργείο Ανάπτυξης, στο οποίο υπαγόταν η διαδικασία τιμολόγησης των φαρμάκων. Αυτή η διαδικασία πλέον μεταβιβάστηκε στο Υπουργείο Υγείας. Στο Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας υπαγόταν ο «Οίκος Ναύτου», το ταμείο ασφάλισης υγείας των ναυτικών, του οποίου όμως, με την κατάργηση του εν λόγω Υπουργείου, η αρμοδιότητα πέρασε στο Υπουργείο Οικονομικών. Το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων έχει στη δικαιοδοσία του τρία θεραπευτικά καταστήματα για παροχή υπηρεσιών στους κρατούμενους. Τέλος, το Υπουργείο Οικονομικών καταρτίζει και ελέγχει την εφαρμογή του κρατικού προϋπολογισμού και συνεπώς αποφασίζει για το ύψος των δημόσιων οικονομικών πόρων που θα διατεθούν για το σύστημα υγείας. Επιπροσθέτως, το εν λόγω Υπουργείο ήταν υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση του ΟΠΑΔ, πριν αυτός μετατραπεί σε ασφαλιστικό ταμείο, ενώ κάλυ-

πτε και τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων.

2.2.2 Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι θεωρητικά αυτοδιοικούμενα, στην πραγματικότητα όμως έχουν άμεση εξάρτηση από το Υπουργείο Οικονομικών, αφού αυτό καλύπτει τα ελλείμματά τους, ενώ και οι διοικητές τους διορίζονται από την εκάστοτε κυβέρνηση, συχνά με πολιτικά και όχι αξιοκρατικά κριτήρια. Το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται πλέον από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών του ΕΣΥ και ο σημαντικότερος «πελάτης» του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία συνιστούν τη μοναδική δεξαμενή πελατείας και ταυτόχρονα μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης.

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

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

Πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ. Συνεπώς, ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ καλύπτει περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Η ύπαρξη διαφορετικών ταμείων είχε ως αποτέλεσμα να διαμορφωθούν ποικίλες δέσμες παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά τη δεκαετία του 1980, το εύρος των υπηρεσιών αυτών επεκτάθηκε. Από το 1982, ο ΟΓΑ άρχισε να παρέχει φαρμακευτική κάλυψη, επεκτάθηκε η διαθεσιμότητα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη λειτουργία 200 περίπου αγροτικών κέντρων υγείας

και ο ΟΑΕΕ επέκτεινε την κάλυψη πρωτοβάθμιας φροντίδας. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο αριθμός των ταμείων μειώθηκε περίπου στο μισό, με πολλά μικρά ταμεία να ενσωματώνονται στο ΙΚΑ, το οποίο προσέφερε το πιο ολοκληρωμένο πακέτο προστασίας. Παρ' όλα αυτά, σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κάλυψη εξακολούθησαν να υπάρχουν. Για παράδειγμα, οι παροχές του ΟΠΑΔ ήταν καλύτερες από αυτές του ΙΚΑ, του ΙΚΑ καλύτερες από του ΟΑΕΕ, ενώ του ΟΓΑ ήταν οι πιο περιορισμένες. Διαφοροποιήσεις επίσης υπήρχαν μεταξύ των ταμείων ως προς την ελευθερία επιλογής από τους ασφαλισμένους των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι διαφοροποιήσεις αυτές πλέον μειώθηκαν λόγω λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, ενώ αναμένεται να μειωθούν περαιτέρω από την ένταξη σε αυτόν και άλλων ταμείων.

2.2.3 Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης

Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι εξαιρετικά περιορισμένος. Παρ' όλα τα θετικά βήματα που έχουν γίνει προς αυτή την κατεύθυνση τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα δεν έχει μακρόχρονη εμπειρία στην αποκεντρωμένη διοίκηση. Οι περιφερειακές και τοπικές αυτοδιοικήσεις παίζουν δευτερεύοντα ρόλο και δεν διαθέτουν επαρκή εξουσία ή οικονομικούς πόρους προκειμένου να εφαρμόσουν εκτεταμένες πολιτικές σε αποκεντρωμένο επίπεδο.

Στον τομέα της υγείας, μέχρι το 2010, οι περιφερειακές και νομαρχιακές αρχές ήταν μόνο διοικητικά υπεύθυνες για ζητήματα όπως: (α) η κατανομή των προϋπολογισμών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, όπως αυτή προσδιοριζόταν από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών,

(β) η έγκριση νέου υγειονομικού δυναμικού, (γ) η παροχή των βιβλιαρίων απορίας για τους φτωχούς, (δ) η παροχή αδειών λειτουργίας και η παρακολούθηση του ιδιωτικού τομέα (ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων κ.λπ.), για το βαθμό στον οποίο αυτός τηρούσε το προβλεπόμενο θεσμικό πλαίσιο που είχε διαμορφώσει το Υπουργείο Υγείας και (ε) η εκτέλεση συγκεκριμένων καθηκόντων αναφορικά με την περιβαλλοντική και τη δημόσια υγεία.

Στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των δημόσιων βρεφικών και παιδικών σταθμών, των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και για την εφαρμογή προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι». Ορισμένοι μεγάλοι δήμοι λειτουργούν μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων, κυρίως στην ευρύτερη περιφέρεια της Αττικής.

Τον Ιούνιο του 2010, θεσμοθετήθηκε ο Ν. 3852/2010, με σκοπό τη διαμόρφωση μιας νέας αρχιτεκτονικής της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης. Το γνωστό ως σχέδιο Καλλικράτης προβλέπει τη δημιουργία 7 αποκεντρωμένων διοικήσεων, 13 διοικητικών περιφερειών, την κατάργηση των νομαρχιών και τον περιορισμό των δήμων σε 325. Αναφορικά με τη φροντίδα υγείας, ο Καλλικράτης προβλέπει τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων των υγειονομικών περιφερειών στην τοπική αυτοδιοίκηση. Ειδικότερα προβλέπει την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος μέσα σε δύο χρόνια από την ψήφιση του Καλλικράτη, με βάση το οποίο θα περάσουν στην ευθύνη των τοπικών αρχών η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (λειτουργία κέντρων υγείας) και η εφαρμογή των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, εμβολιασμού και σχολικής υγιεινής.

2.2.4 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

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

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

ρεσίες για ηλικιωμένους (γηριατρικά κέντρα) παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα.

Αναφορικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, θα μπορούσε κάποιος να συμπεράνει ότι παίζει έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο στο ευρύτερο σύστημα υγείας, καθώς δεν καλύπτει πάνω από το 15% του πληθυσμού (Econoπου, 2008). Λαμβάνει κυρίως τη μορφή συμπληρωματικών κερδοσκοπικών σχημάτων, τα οποία παρέχουν κάλυψη για ταχύτερη πρόσβαση και καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών και αυξημένη δυνατότητα επιλογής των χρηστών. Ορισμένες από τις αιτίες της υπανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα σχετίζονται με οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, όπως: το διαθέσιμο εισόδημα (οικονομική στενότητα, λιτότητα και πιέσεις για μείωση του εισοδήματος του νοικοκυριού), οι συνθήκες στην αγορά εργασίας (υψηλά ποσοστά ανεργίας), η δημογραφική κατάσταση (γήρανση), οι οικογενειακές δομές (ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί ως μέσο επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και την αναπαραγωγή), οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία (η υγεία ως δημόσιο αγαθό), η ύπαρξη κάλυψης από την κοινωνική ασφάλιση (που είναι θεωρητικά δωρεάν και καθολική). Κάποιοι άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι περισσότερο ενδογενείς και πηγάζουν από τα χαρακτηριστικά της ίδιας της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι χαμηλές οργανωτικές δυνατότητες που συνοδεύονται από ελλείψεις κεφαλαίων και έχουν αποτέλεσμα τη χαμηλή παραγωγικότητα και το υψηλό κόστος διαχείρισης, καθώς και η απουσία προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες των καταναλωτών. Μια άλλη αιτία ίσως είναι η απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου κ.α., 2001).

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

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

σες καταστάσεις ή να θέσουν ηλικιακά όρια. Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια λήγουν όταν ο ασφαλισμένος φτάσει στην ηλικία των 65 ετών, μετά την οποία δεν του παρέχεται η δυνατότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης.

2.2.5 Ο ρόλος των ομάδων χρηστών υπηρεσιών υγείας, των καταναλωτικών ενώσεων και των επαγγελματικών και συνδικαλιστικών ενώσεων

Οι ομάδες χρηστών υπηρεσιών υγείας και οι ενώσεις καταναλωτών στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά αδύναμες, καθώς συχνά αντιπροσωπεύουν τα περιορισμένα αιτήματα μικρών συγκεκριμένων ομάδων ασθενών. Επιπροσθέτως, οι ομάδες των δικαιούχων περίθαλψης ή των ασθενών δεν εκπροσωπούνται από ισχυρές οργανώσεις. Αντίθετα, υπάρχουν πολλές μικρές ομάδες αυτοβοήθειας για συγκεκριμένες παθήσεις, όπως η νεφρική ανεπάρκεια, ο καρκίνος και η μεσογειακή αναιμία. Ακόμα και αυτές όμως οι ομάδες στερούνται οποιουδήποτε θεσμικού ρόλου στο σχεδιασμό και τη ρύθμιση του τομέα υγείας. Ωστόσο, κάτω από ειδικές περιστάσεις, οι ομάδες αυτές είναι πιθανό να ερωτηθούν από τον Υπουργό Υγείας να καταθέσουν τις προτάσεις τους.

Από την άλλη μεριά, υπάρχει μεγάλος αριθμός ιατρικών ενώσεων, είτε με επιστημονικό είτε με καθαρά επαγγελματικό χαρακτήρα. Στη χώρα λειτουργούν πάνω από 50 ιατρικές επιστημονικές ενώσεις, οι οποίες συνήθως αφορούν μια ειδικότητα, υποειδικότητα ή ακόμα μια συγκεκριμένη ασθένεια, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή ο καρκίνος. Οι επαγγελματικές ομάδες περιλαμβάνουν μικρές ή και μεγαλύτερες επαγγελματικές ενώσεις, όπως οι ιατρικοί, οδοντιατρικοί και φαρμακευτικοί σύλλογοι. Κάποιες από αυτές τις ενώσεις, όπως η Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Επιστημονικού

Υγειονομικού Προσωπικού ΙΚΑ (ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ), η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας και Πειραιά (ΕΙΝΑΠ) και η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ), χαρακτηρίζονται από μαζικότητα στη συμμετοχή των μελών τους και ασκούν ισχυρή πίεση, μέσω απεργιακών κινητοποιήσεων, για την προώθηση των συμφερόντων τους. Κάποιες άλλες ενώσεις, όπως ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) και ο Ιατρικός Σύλλογος Αθήνας (ΙΣΑ), έχουν σημαντική πολιτική επιρροή και τους έχει αποδοθεί θεσμικός ρόλος, συμβουλευτικός του Υπουργείου Υγείας. Εκπρόσωποί τους συμμετέχουν επίσης στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Η μέχρι τώρα εμπειρία από τη δράση τους δείχνει ότι πάντα προσπαθούν να προασπίσουν και να προάγουν περισσότερο τα δικά τους συμφέροντα, παρά να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας μέσω μεγάλης κλίμακας μεταρρυθμίσεων (Νικολέντζος, 2008).

Εκτός από τους ιατρούς, τους οδοντιάτρους και τους φαρμακοποιούς, τις δικές τους επαγγελματικές και συνδικαλιστικές ενώσεις έχουν και άλλες κατηγορίες του υγειονομικού δυναμικού, όπως το νοσηλευτικό και το μαιευτικό δυναμικό ή οι φυσιοθεραπευτές. Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (ΠΟΕΔΗΝ) εκπροσωπεί όλους τους επαγγελματίες υγείας, εκτός των ιατρών, που εργάζονται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Το νοσηλευτικό προσωπικό εκπροσωπείται από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΣΝΕ).

2.2.6 Ο ρόλος της Εκκλησίας και των εθελοντικών και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων

Η Εκκλησία της Ελλάδας διαδραματίζει αξιόσημο ρόλο, κυρίως στην παροχή προνοι-

ακών υπηρεσιών. Στο πλαίσιο του φιλανθρωπικού της ρόλου, λειτουργεί έναν σημαντικό αριθμό ανοικτών και κλειστών μονάδων προνοιακού χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένων νοσοκομείων, γηριατρικών μονάδων, ιδρυμάτων χρονίως, ψυχικά πασχόντων και ανιάτων, μονάδων παιδικής φροντίδας, φοιτητικών εστιών, οικοτροφείων και ορφανοτροφείων (Εκκλησία της Ελλάδος, 2001α). Όμως, αυτό το εκτενές δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών δεν έχει καμία λειτουργική διασύνδεση και σχέση με τις αντίστοιχες δομές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και απουσιάζει οποιοσδήποτε τύπος εποπτείας ή ελέγχου των δομών αυτών. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται από δωρεές και εισοδήματα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων της Εκκλησίας.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν έχει καμία αρμοδιότητα ή οποιαδήποτε επίδραση στο σχεδιασμό, τη διοίκηση και τη ρύθμιση της λειτουργίας του ΕΣΥ. Σε ορισμένες περιπτώσεις και για κάποια ζητήματα, ιδιαίτερα για όσα σχετίζονται με βιοηθικές διαστάσεις, η Εκκλησία εκφράζει δημόσια τη θέση της και καταθέτει τις προτάσεις της. Η Βιοηθική Επιτροπή της Εκκλησίας της Ελλάδος ιδρύθηκε το 1998, με σκοπό τη σε βάθος εξέταση, από επιστημονική σκοπιά, βιοηθικών προβλημάτων, με βάση το ορθόδοξο ήθος και τη θεολογική αντίληψη της ανθρώπινης υπόστασης, της κοινωνίας και των αξιών, και προκειμένου να δώσει απαντήσεις που θα εκφράζουν τη θέση της Εκκλησίας σε σχετικά ερωτήματα και διλήμματα. Για παράδειγμα, η Επιτροπή έχει καταθέσει προτάσεις για τη μεταμόσχευση και τη δωρεά οργάνων, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα την επίσημη υποστήριξη από την Εκκλησία στην εκστρατεία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων για την προώθηση και την ενθάρρυνση των

πολιτών να γίνουν δωρητές οργάνων (Εκκλησία της Ελλάδος, 2001β).

Οι εθελοντικές και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) παράγουν σημαντικό έργο στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας, παρέχοντας βοήθεια σε ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού, όπως οι ανάπηροι, οι μετανάστες, οι Ρομά και οι κακοποιημένες γυναίκες. Ορισμένες από αυτές τις οργανώσεις είναι πολύ δραστήριες, εξασφαλίζοντας σημαντικά ποσά χρηματοδότησης και δωρεών. Οι ΜΚΟ, όπως οι Γιατροί του Κόσμου, η UNICEF, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδών, ο Ερυθρός Σταυρός, το Χαμόγελο του Παιδιού και η Praksis, έχουν ιδιαίτερη επιρροή σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Συνήθως διανέμουν τους πόρους τους για υπηρεσίες και προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, πρόληψης και προνοιακής φροντίδας, καθώς και για να χρηματοδοτήσουν τη λειτουργία προνοιακών μονάδων, ξενώνων ή νοσοκομειακών τμημάτων που παρέχουν περίθαλψη σε ειδικές ομάδες, όπως ανάπηρους, παιδιά με καρκίνο ή άτομα με νευρομυϊκά προβλήματα. Σε αυτή την κατηγορία εθελοντικών οργανώσεων εντάσσονται επίσης και οι ομάδες δωρητών αίματος.

Οι ΜΚΟ που είναι ενεργές και δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας είναι υποχρεωμένες να έχουν διαπιστευτεί και να έχουν εγγραφεί στο μητρώο ΜΚΟ που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας. Αυτό αποτελεί προϋπόθεση για να έχουν τη δυνατότητα λήψης χρηματοδότησης από το Υπουργείο ή συμμετοχής σε προγράμματα που χρηματοδοτούνται από εθνικούς ή Κοινωνικούς πόρους.

2.3 Η περιφερειακή διάρθρωση και η αποκέντρωση του ΕΣΥ

Ένα κεντρικής σημασίας ζήτημα για το ΕΣΥ, από τη στιγμή ακόμη της ίδρυσής του, αποτέλεσε η αποκεντρωμένη του διάρθρωση. Η βαρύτητα και η σημασία του ζητήματος αυτού αυξήθηκε ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία του 2000. Ο Ν. 1397/1983 προέβλεπε τη δημιουργία ισχυρών περιφερειακών υγειονομικών αρχών και τη μεταβίβαση σε αυτές μεγάλου φάσματος διοικητικών αρμοδιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, μεταβίβαζε στα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας σχεδιαστικές και διοικητικές εξουσίες οι οποίες στο παρελθόν ασκούνταν από την κεντρική κυβέρνηση. Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ εισήγαγε μια περιφερειακή δομή, με την πρόθεση αυτή να παίξει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό αρμοδιοτήτων και στη διατύπωση προτάσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν καλύτερα οι τοπικές ανάγκες. Όμως, λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού και της απουσίας επαρκών διοικητικών δομών, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας δεν λειτούργησαν ποτέ. Το αποτέλεσμα ήταν να παραμείνει το σύστημα υγείας πλήρως εξαρτημένο από την κεντρική κυβέρνηση, ακόμα και για τα πιο απλά διοικητικά ζητήματα, συνιστώντας ακόμα ένα γραφειοκρατικό βάρος για το Υπουργείο Υγείας.

Οι μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του 2001 και του 2003 (Ν. 2889/2001 για την περιφερειακή δομή του ΕΣΥ και Ν. 3106/2003 για την περιφερειακή δομή του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας) εγκαινίασαν μια ρητή, θεσμικά κατοχυρωμένη διαδικασία δόμησης των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) και εκχώρησαν σε αυτά πολιτικές και επιχειρησιακές αρμοδιότητες. Το Υπουργείο Υγείας διατηρούσε το ρόλο του στρατηγικού σχεδιασμού σε εθνικό επίπεδο,

καθώς και του συντονιστή των ΠεΣΥΠ. Σύμφωνα με τις διατάξεις των δύο παραπάνω νόμων, δημιουργήθηκαν 17 ΠεΣΥΠ, υπεύθυνα για το συντονισμό των δραστηριοτήτων και την αποτελεσματική οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση όλων των μονάδων υγείας και πρόνοιας. Κάθε ΠεΣΥΠ ήταν ΝΠΔΔ, διοικούμενο από 10μελές συμβούλιο και τον Πρόεδρο, ο οποίος διοριζόταν από τον Υπουργό Υγείας έπειτα από έγκριση του Κοινοβουλίου. Τα ΠεΣΥΠ θα διατηρούσαν στενή συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, μέσω ενός Συντονιστικού Συμβουλίου (ΣυΠεΣΥΠ), αποτελούμενου από τον Γενικό Γραμματέα Υγείας και τους 17 Προέδρους των ΠεΣΥΠ.

Οι περισσότερες από τις αρμοδιότητες των ΠεΣΥΠ είχαν είτε τη μορφή προτάσεων στον Υπουργό Υγείας είτε προϋπόθεταν την υπουργική έγκριση προκειμένου να εφαρμοστούν, γεγονός το οποίο υποδήλωνε ότι δεν είχε επιτευχθεί η πραγματική αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων στον τομέα της υγείας. Παρ' όλα αυτά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η θέσπιση των ΠεΣΥΠ αποτέλεσε ένα πρώτο ουσιαστικό βήμα για την αποκέντρωση του σχεδιασμού, της διαχείρισης και της ρύθμισης του ΕΣΥ, σε μια χώρα όπου δεν υπήρχε προηγούμενη μακροχρόνια εμπειρία αποκεντρωμένης διοίκησης, ούτε και οποιαδήποτε σχετική κουλτούρα και παράδοση στην περιφερειακή και τοπική διακυβέρνηση (Ζηλίδης, 2005).

Όπως θα συζητηθεί και σε επόμενη ενότητα, η αλλαγή στην κυβέρνηση είχε ως αποτέλεσμα την κατάργηση της προηγούμενης νομοθεσίας και την ψήφιση του Ν. 3329/2005. Τα ΠεΣΥΠ μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και το 2007, με το Ν. 3527/07 για την «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλ-

ληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ο αριθμός τους μειώθηκε σε επτά. Αποτελούν ΝΠΔΔ και οι αρμοδιότητές τους παρέμειναν οι ίδιες με αυτές των ΠεΣΥΠ, δηλαδή η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τους, ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, η οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση των προμηθευτών υγείας εντός της περιοχής ευθύνης τους, η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους και η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις διοικήσεις των εποπτευόμενων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας. Ωστόσο, ο αριθμός των μελών του διοικητικού τους συμβουλίου από δέκα μειώθηκε αρχικά σε επτά, υπό την προεδρία ενός διοικητή διορισμένου από το Υπουργείο Υγείας, έπειτα από έγκριση της Βουλής, και στη συνέχεια καταργήθηκαν τα διοικητικά συμβούλιά τους, ενώ το σύνολο των αρμοδιοτήτων τους ασκείται πλέον, κατά κανόνα, από το διοικητή και τους δύο υποδιοικητές κάθε ΔΥΠΕ.

Η κριτική η οποία μπορεί να ασκηθεί στις ΔΥΠΕ είναι η ίδια με αυτή των ΠεΣΥΠ που αναφέρθηκε παραπάνω. Ωστόσο, ένα σημαντικό πρόβλημα αποτέλεσε το γεγονός ότι τα όρια των διοικητικών περιφερειών δεν συνέπιπταν με αυτά των υγειονομικών περιφερειών, με συνέπεια τον περιορισμό των δυνατοτήτων συντονισμού μεταξύ των δύο δομών και την αδυναμία ανάπτυξης μιας ολοκληρωμένης και συνεκτικής κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας.

Ακολουθώντας την τυπολογία του Vrangbaek (2007) για την αποκέντρωση των υπη-

ρεσιών υγείας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η περίπτωση της Ελλάδας είναι μια προσπάθεια για κάθετη αποκέντρωση και μεταφορά αρμοδιοτήτων και εξουσίας από έναν μικρότερο σε έναν μεγαλύτερο αριθμό διοικητικών φορέων εντός μιας τυπικής διοικητικής δομής. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τη μείωση των ΔΥΠΕ από 17 σε 7, η τάση κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 2000 φαίνεται να ήταν προς τον επανασυγκεντρωτισμό του συστήματος υγείας, κυρίως λόγω οικονομικών αιτιών. Σύμφωνα με συνέντευξη που δόθηκε το 2006 από τον τότε Υπουργό Υγείας, το ετήσιο λειτουργικό κόστος των 17 ΔΥΠΕ ήταν 50 εκατ. ευρώ. Με τη μείωση του αριθμού τους σε 7, υπήρχε η προσδοκία το κόστος να μειωθεί σε 15 εκατ. ευρώ. Επιπροσθέτως, 400 από τους 750 εργαζομένους των ΔΥΠΕ θα μετακινούνταν σε νοσοκομεία που αντιμετώπιζαν ελλείψεις προσωπικού. Τρίτο, δεδομένου ότι οι ΔΥΠΕ συνιστούν έναν διοικητικό μηχανισμό στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η μείωσή τους αναμενόταν να περιορίσει τη γραφειοκρατία, μειώνοντας τον αριθμό των διοικητικών συμβουλίων (<http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltia.2006-05-15.7815150240>).

Σήμερα, από το νόμο για τον Καλλικράτη, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, προκύπτει μια κατεύθυνση προς την κατάργηση των υγειονομικών περιφερειών, με μετακίνηση αρμοδιοτήτων από αυτές προς τους δήμους (κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας) και προς τις αυτοδιοικητικές περιφέρειες (κυρίως δημόσιας υγείας), σε βάθος διετίας. Όμως, μέχρι σήμερα, δεν έχουν αναληφθεί πρωτοβουλίες προς αυτή την κατεύθυνση και, δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας, υπάρχουν πολλά ερωτηματικά για το βαθμό στον οποίο οι προβλέψεις του Καλλικράτη θα υλοποιηθούν.

2.4 Η θέση και οι δυνατότητες επιλογών των ασθενών

Η πληροφόρηση των ασθενών αποτελεί κομβικό σημείο για την αποτελεσματική λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Όλα τα ιδρύματα εποπτείας του Υπουργείου Υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία διαθέτουν τη δική τους ιστοσελίδα. Οι διαθέσιμες πληροφορίες σε αυτές τις ιστοσελίδες καλύπτουν κυρίως το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι όμως και το κόστος ή την ποιότητά τους. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας σε 600 ασθενείς από 6 δημόσια νοσοκομεία, το 84,3% αυτών δεν γνώριζε την ύπαρξη σχετικού άρθρου για το δικαίωμα στην πληροφόρηση, το οποίο συμπεριλαμβάνεται στο χάρτη δικαιωμάτων του ασθενή. Κάποιοι άλλοι είχαν ακούσει για αυτό από τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές εκπομπές ή από τις εφημερίδες, χωρίς όμως να το έχουν διαβάσει (13,2%), και μόνο πολύ λίγοι το είχαν διαβάσει (2,5%). Συνολικά, 97,5% των ερωτώμενων ασθενών δεν ήταν ενήμεροι για τη συγκεκριμένη πρόβλεψη (Merakou et al., 2001).

Εκτός της πληροφόρησης, τα δικαιώματα των ασθενών στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα θέμα που απασχολεί έντονα τις προηγμένες κοινωνίες. Το άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προβλέπει την προστασία μιας σειράς δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, την ισχύ των οποίων ο Ν. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ επέκτεινε και στους ασθενείς που αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα. Η Ελλάδα έχει επίσης υπογράψει και επικυρώσει τη σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπί-

νων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης σε σχέση με τις χρήσεις της βιολογίας και της ιατρικής (Garanis-Papadatos and Dalla-Vorgia, 2003).

Προκειμένου να προστατευτούν τα δικαιώματα των ασθενών, ο Ν. 2519/1997 θέσπισε τη λειτουργία: α) Αυτοτελούς Υπηρεσίας προστασίας δικαιωμάτων ασθενών υπαγόμενη στον Γενικό Γραμματέα Υγείας, έργο της οποίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, καθώς και η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς, β) Επιτροπής Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελούμενης από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, εκπροσώπους των επαγγελματιών και επιστημονικών ενώσεων και των κοινωνικών εταίρων, με σκοπό η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της να επισκέπτονται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένων καταγγελιών ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, γ) Γραφείου Επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε νοσοκομείο και δ) τριμελούς επιτροπής προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη σε κάθε νοσοκομείο, που λειτουργεί στο Γραφείο Επικοινωνίας.

Στην περίπτωση ιατρικού λάθους, υπάρχουν τρεις μορφές ευθύνης του ιατρού: α) η πειθαρχική ευθύνη για παραβιάσεις των καθηκόντων και των υποχρεώσεων που επιβάλλονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, β) η αστική ευθύνη απέναντι στον ασθενή, όταν ο ιατρός προκαλεί σε αυτόν ζημιά κατά την άσκηση της δραστηριότητάς του, οπότε και γεννάται υποχρέωση αποζημίωσης, και γ) η ποινική ευθύνη για προσβολή εννόμων αγαθών του ασθενή, π.χ. πρόκληση σωματικής

βλάβης ή θανάτου, οπότε τιμωρείται ο ιατρός με ποινές. Στην πρώτη περίπτωση, τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων και το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας επιβάλλουν κυρώσεις που κυμαίνονται από επίπληξη έως αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος. Στις δύο άλλες περιπτώσεις, αποφασίζουν τα αστικά και ποινικά δικαστήρια και στην περίπτωση ενοχής του ιατρού επιβάλλονται χρηματικές ποινές ή ποινές φυλάκισης. Κάποιες άλλες περισσότερο εξειδικευμένες ρυθμίσεις για την πρόληψη επιβλαβών για την υγεία του ασθενή ιατρικών λαθών δεν έχουν ληφθεί, παρά το γεγονός ότι αυτά αναδεικνύονται από τους πολίτες σε σοβαρό πρόβλημα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας γνώμης του Ευροβαρόμετρου (Eurobarometer, 2006), το 86% των Ελλήνων θεωρεί ότι τα ιατρικά λάθη είναι σημαντικό πρόβλημα. Το ποσοστό αυτό είναι το τέταρτο υψηλότερο μετά της Ιταλίας (97%), της Πολωνίας (91%) και της Λιθουανίας (90%). Για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το 75% των Ελλήνων ερωτώμενων (το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών-μελών της ΕΕ) επισημαίνει ότι οι νοσηλευθέντες ασθενείς θα πρέπει να ανησυχούν ιδιαίτερα για την περίπτωση να πέσουν θύματα ιατρικού λάθους. Από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι, μεταξύ των Κοινοτικών χωρών, οι Έλληνες εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας (24%), στους ιατρούς (25%) και στους οδοντίατρους (35%).

Επιπροσθέτως, με το Ν. 2667/1998 συστάθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, ως ανεξάρτητο συμβουλευτικό σώμα αποτελούμενο από επιστήμονες κύρους, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Αποστολή της είναι η ανάδειξη της στενής

σύνδεσης των εφαρμογών των βιολογικών επιστημών με τις σύγχρονες κοινωνικές αξίες. Στο πλαίσιο αυτό, η Επιτροπή παρακολουθεί και επεξεργάζεται τα ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν με εντεινόμενο ρυθμό από τη διαρκή εξέλιξη της βιολογίας, της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις. Συνεργάζεται, επίσης, με αρμόδιους φορείς στη χώρα μας και διατυπώνει προτάσεις για τη θέσπιση νομοθεσίας ή τη λήψη άλλων μέτρων πολιτικής από την πλευρά της Πολιτείας. Συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς σε διεθνές επίπεδο, μεριμνώντας για την ενεργό συμμετοχή της χώρας μας στον προβληματισμό και στη λήψη αποφάσεων στα διεθνή fora. Εξασφαλίζει επίσης, με κάθε πρόσφορο τρόπο, κατάλληλη ενημέρωση για τις εξελίξεις που αφορούν το αντικείμενο της βιοηθικής στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

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

Η ενδυνάμωση της θέσης των ασθενών συνδέεται και με τη δυνατότητα επιλογής που έχουν. Γενικά, η επιλογή του ασθενή περιλαμβάνει την επιλογή ασφαλιστή, προμηθευτή και θεραπείας. Στην Ελλάδα, οι πολίτες δεν έχουν δικαίωμα επιλογής του ασφαλιστή. Η ασφάλιση σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο είναι υποχρεωτική για τον εργαζόμενο πληθυσμό και βασίζεται στο επάγγελμα. Αντίθετα, υπάρχει μεγάλος βαθμός επιλογής προμηθευτή. Κάθε έλληνας πολίτης μπορεί να λάβει υπηρεσίες σε οποιοδήποτε κέντρο υγείας ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει σύστημα παραπομπών, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν οποιοδήποτε δημόσιο νοσοκομείο θέλουν για να υποβληθούν σε θεραπεία. Η εισαγωγή του θεσμού των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, όπου οι ιατροί παρέχουν φροντίδα αμειβόμενοι κατά πράξη, αύξησε τη δυνατότητα επιλογής ιατρών ειδικοτήτων, αν και αυτή αφορά μόνο τους έχοντες επαρκές εισόδημα. Σε σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, η επιλογή περιορίζεται μόνο μεταξύ όσων προμηθευτών έχουν σύμβαση με το συγκεκριμένο ταμείο. Θεωρητικά, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναζητήσουν και δεύτερη γνώμη, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή νοσοκομείου. Εντούτοις, η ελευθερία επιλογής τους εξαρτάται από την πρόσβαση που έχουν σε πληροφόρηση για το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η πρόσβαση σε τέτοιου είδους πληροφόρηση είναι πολύ περιορισμένη.

Εκτός των παραπάνω, οι επιλογές των ασθενών σχετίζονται και με τη δυνατότητα διασυννοριακής φροντίδας υγείας. Στην Ελλάδα, η ζήτηση για νοσηλεία σε άλλη χώρα αποτελεί πεδίο ρύθμισης από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στην περίπτωση νοσηλείας σε άλλο κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι έλληνες πολίτες δικαιούνται φροντίδας σύμφωνα με τους Κανονισμούς 1408/71 και 574/72 και τις μετέπειτα τροποποιήσεις τους. Στους κανονισμούς αυτούς ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα η δαπάνη νοσηλείας, πρώτον, για προεγκεκριμένη από αυτόν νοσηλεία, σύμφωνα με τη διαδικασία E112, όπως αντικαταστάθηκε από την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας το 2004, και, δεύτερον, για επείγουσα φροντίδα κατά τη διάρκεια μιας σύντομης παραμονής στο εξωτερικό, σύμφωνα με τη διαδικασία E111. Ειδικότερα, στην περίπτωση μετάβασης κάποιου έλληνα πολίτη σε άλλο κράτος-μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος που ορίζεται από τους κανονισμούς που αναφέρθηκαν παραπάνω καλύπτεται από την Ελλάδα μόνο στην περίπτωση που το άτομο έχει λάβει έγκριση για αυτή τη μετάβαση. Η Ελλάδα δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που τηρούνται ταυτόχρονα τα εξής: α) το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του, και β) η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους-μέλους ασφαλιστής. Στην περίπτωση που έλληνας πολίτης χρειαστεί θεραπεία για κάποιο έκτακτο γεγονός ενώ ταξιδεύει σε κράτος-μέλος της Κοινότητας, η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας εξασφαλίζει την κάλυψη του κόστους της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Δύο ακόμα σημεία χρήζουν διερεύνησης σχετικά με τη θέση των ασθενών στο ελληνικό σύστημα υγείας: η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η φυσική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχή των ασθενών και η

επίδρασή τους στις αποφάσεις για την αγορά υπηρεσιών από συλλογικούς φορείς, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία, περιορίζεται σε δύο διαστάσεις. Πρώτον, σε δημόσιες διαβουλεύσεις που σχετίζονται κυρίως με τη διαμόρφωση των εθνικών σχεδίων δράσης για τη δημόσια υγεία και τη συζήτηση σχεδίων νόμων για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, στα διοικητικά συμβούλια των ασφαλιστικών οργανισμών μέσω της συμμετοχής σε αυτά εκπροσώπων των ασφαλισμένων, καθώς και στα διάφορα συμβουλευτικά όργανα του Υπουργείου Υγείας, όπως το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, στο οποίο συμμετέχουν, μεταξύ άλλων, εκπρόσωποι συνδικαλιστικών φορέων και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Τέλος, ο Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός (Ν. 2831/2000) προβλέπει ειδικές διατάξεις για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στους χώρους στους οποίους στεγάζονται δημόσιες υπηρεσίες. Ακόμα, το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Κοινωνία της Πληροφορίας περιλαμβάνει χρηματοδοτούμενα προγράμματα για τη διευκόλυνση των αναπήρων στην πρόσβαση υπηρεσιών και αγαθών. Ο ΟΤΕ έχει επίσης αναπτύξει ειδικές υπηρεσίες και δομές, όπως το πρόγραμμα «Τηλεβοήθεια στο Σπίτι», όπου όσοι είναι γραμμένοι σε αυτό μπορούν με το πάτημα ενός πλήκτρου μιας τηλεφωνικής συσκευής να έχουν άμεση βοήθεια όταν παραστεί ανάγκη. Πέρα όμως από αυτά τα γενικά μέτρα, δεν έχουν ρυθμιστεί, στο βαθμό που θα έπρεπε, ζητήματα διευκόλυνσης της παραμονής των ατόμων με αναπηρία σε νοσοκομεία, στην περίπτωση που χρειαστούν νοσηλεία για οξεία περιστατικά. Για παράδειγμα, πολλά από τα δημόσια νοσοκομεία δεν διαθέτουν θαλάμους νοσηλείας ειδικά διαμορφωμένους για άτομα με αναπηρία.



3. Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

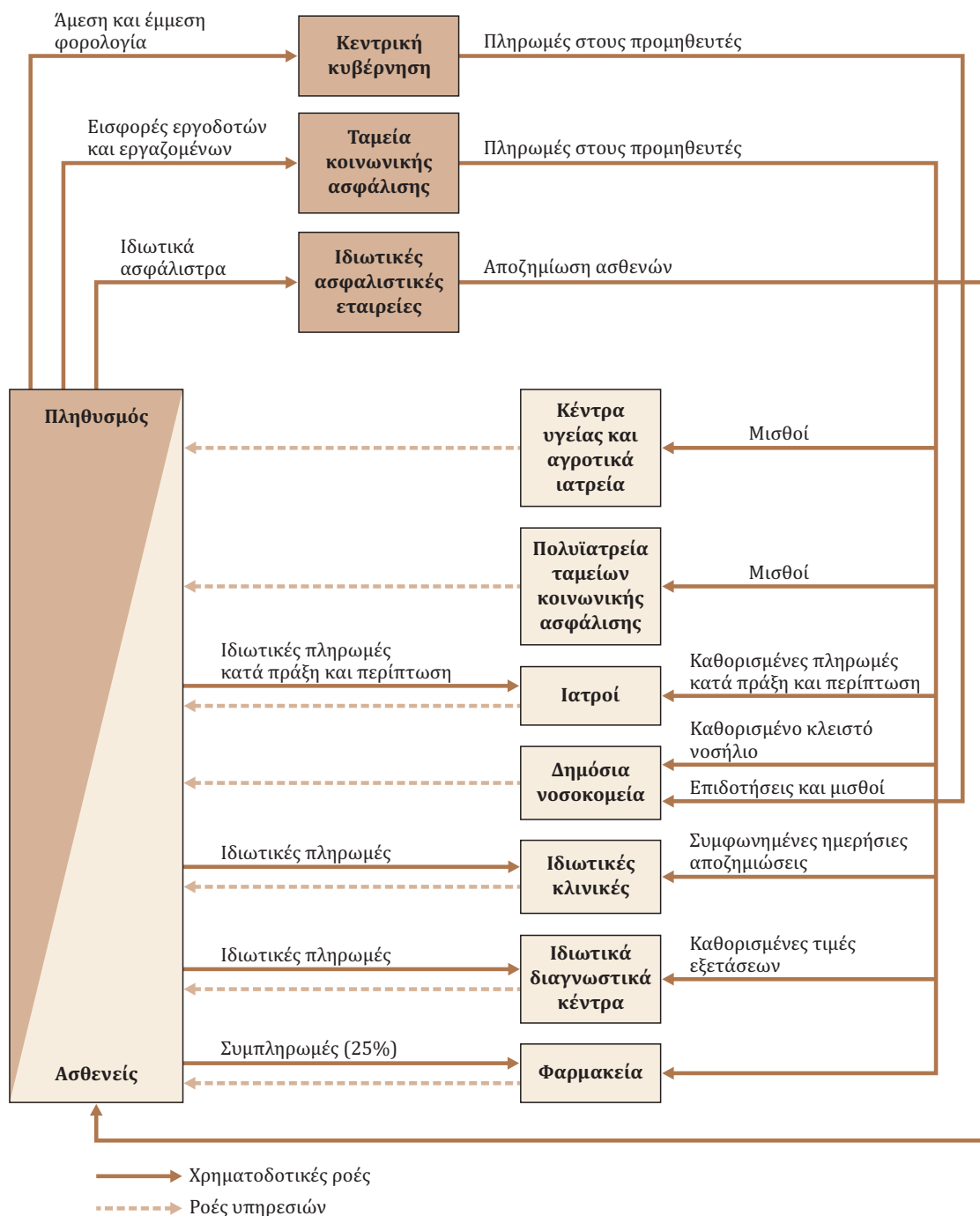
3.1 Εισαγωγή

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού δημόσιων και ιδιωτικών πόρων. Η δημόσια χρηματοδότηση προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και τη φορολογία. Βασική πηγή εσόδων για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους για τους δημόσιους υπαλλήλους. Ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των άμεσων και έμμεσων φόρων, καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, τις δαπάνες για τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, επιδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοϊατρικό εξοπλισμό κ.λπ.) και χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες συνιστούν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας και μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Μια μορφή είναι η καταβολή άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση είτε τις καλύπτει αλλά οι πολίτες προτιμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Άλλες μορφές ιδιωτικής δαπάνης είναι οι επίσημες συμπληρωμές που προβλέπονται για

συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι παράτυπες πληρωμές που καταβάλλονται προκειμένου να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής ή να επιτευχθεί η καλύτερη προσοχή από την πλευρά του ιατρού και, τέλος, οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης για όσους έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του μείγματος των χρηματοδοτικών πόρων του ελληνικού συστήματος υγείας είναι το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών. Οι άμεσες από τον πολίτη πληρωμές, οι συμπληρωμές και οι παράτυπες πληρωμές (στο βαθμό που καταγράφονται στις έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών) αποτελούν το 37,6% του συνόλου των δαπανών υγείας και οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση το 2,1%, με αποτέλεσμα το 39,7% των δαπανών υγείας να είναι ιδιωτικές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να τίθεται σε αμφισβήτηση ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας. Το πρόβλημα της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης ενισχύεται ακόμα περισσότερο από το γεγονός ότι η επίπτωση του φορολογικού συστήματος στην Ελλάδα είναι αντίστροφα προοδευτική λόγω της εκτεταμένης φοροδιαφυγής αλλά και του μεγάλου όγκου παραοικονομίας. Ως αποτέλεσμα, η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστή-

Διάγραμμα 1: Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας



Πηγή: Sissouras et al. (1994)

ματος υγείας δεν επιτυγχάνεται και οι δαπάνες υγείας επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα.

Οι πληρωμές προς τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας είναι αναδρομικές και πε-

ριλαμβάνουν τους μισθούς του προσωπικού του ΕΣΥ, την αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση όσον αφορά τους συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία παρόχους και τα ημερήσια νοσήλια για τα δημόσια νοσοκομεία. Οι πα-

Πίνακας 1: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας US\$ PPP	853	1.263	1.449	1.755	1.965	2.028	2.092	2.352	2.547	2.727
Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ	6,6	8,6	7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,5	4,5	4,7	5,4	5,3	5,4	5,1	5,6	5,9	5,8
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,1	4,1	3,2	3,4	3,8	3,6	3,6	3,8	3,6	3,8
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	53,7	52,0	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	46,3	48,0	40,0	39,2	42,0	40,2	40,9	39,9	38,0	39,7
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως % των δημόσιων δαπανών υγείας	μδ	μδ	45,9	41,3	41,4	43,5	46,9	49,7	50,9	51,8
Άμεσες πληρωμές ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	95,8	94,5	94,1	94,5	94,5	94,8	95,0	94,8	94,5
Ιδιωτική ασφάλιση ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	4,2	5,5	5,9	5,5	5,5	5,2	5,0	5,2	5,5
Κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	μδ	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	11,3	13,1	14,0	13,2

Πηγή: WHO (2010)

Σημείωση: μδ = μη διαθέσιμα στοιχεία.

ραπάνω μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας δεν σχετίζονται με την επίδοσή τους, με αποτέλεσμα η χρησιμοποίηση των πόρων υγείας να είναι λιγότερο αποδοτική απ' ό,τι θα ήταν εάν είχαν εφαρμοστεί προοπτικές μέθοδοι αποζημίωσης (Κυριόπουλος κ.ά., 2000).

Στο Διάγραμμα 1 αποτυπώνονται οι χρηματοδοτικές ροές, οι ροές των υπηρεσιών και οι μέθοδοι αποζημίωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς επίσης και οι επιμέρους σχέσεις μεταξύ των διάφορων συστατικών μερών του συστήματος υγείας.

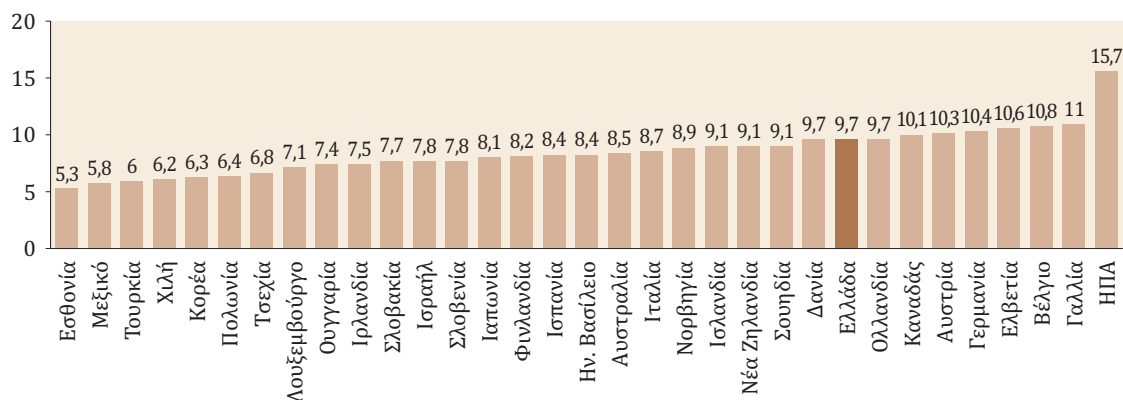
3.2 Οι δαπάνες υγείας

Ένα σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα είναι ότι αποτελεί μια από τις λίγες

χώρες του ΟΟΣΑ που δεν έχουν υιοθετήσει το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του οργανισμού αυτού. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα και η επάρκεια των στοιχείων βρίσκονται σε ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο. Για παράδειγμα, δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία σχετικά με την κατανομή των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας μεταξύ των διάφορων μορφών περίθαλψης. Επιπροσθέτως, οι διάφορες αναθεωρήσεις του ΑΕΠ που έγιναν μετά το 2006 συνέτειναν σε συνεχείς αλλαγές των μεριδίων που καταλαμβάνουν στο ΑΕΠ οι συνολικές, ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες υγείας.

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι δαπάνες υγείας, τόσο οι κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό στο ΑΕΠ, έχουν αυξηθεί σημαντικά. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία έχει

Διάγραμμα 2: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στον ΟΟΣΑ, 2007



Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

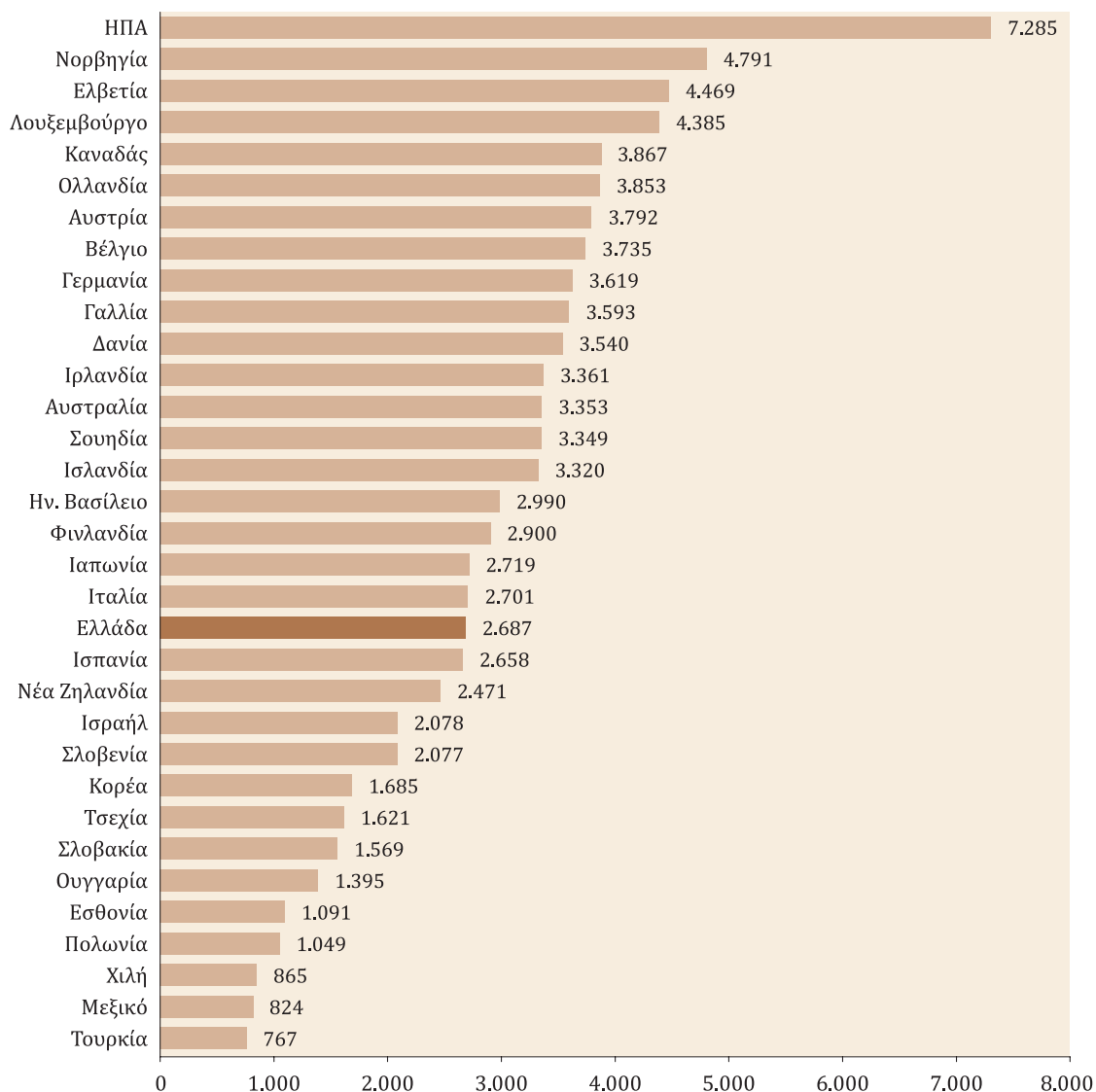
αυξηθεί από 6,6% το 1990 σε 9,6% του ΑΕΠ το 2007. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%) και κατατάσσει την Ελλάδα ανάμεσα στις δέκα χώρες με τις υψηλότερες πληρωμές για την υγεία. Η Ελλάδα δαπανά περισσότερα για την υγεία απ' ό,τι οι Σκανδιναβικές χώρες (η Φινλανδία δαπανά το 8,2% του ΑΕΠ, η Νορβηγία το 8,9% και η Σουηδία το 9,1%), άλλες μεσογειακές χώρες (η Ιταλία δαπανά το 8,7% και η Ισπανία το 8,4%) και χώρες όπως το Λουξεμβούργο (7,1%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (8,4%) (Διάγραμμα 2).

Όσον αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, η Ελλάδα, με 2.687\$ το 2007 (σε τιμές ίσης αγοραστικής δύναμης - PPP), κατατάσσεται κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 3). Αυτό το γεγονός, εκ πρώτης όψεως, φαίνεται να έρχεται σε αντίφαση με τη διαπίστωση της προηγούμενης παραγράφου ότι η Ελλάδα έχει από τις υψηλότερες δαπάνες υγείας ως ποσοστό στο ΑΕΠ. Μια πιθανή ερμηνεία, η οποία όμως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, ίσως σχετίζεται με το ότι το παραγόμενο προϊόν στην Ελλάδα είναι χαμηλότερο από άλλες χώρες. Συνεπώς, το πρόβλημα στην Ελλάδα μπορεί να μην είναι τόσο οι υψηλές δαπάνες υγείας αλλά το χαμηλό ΑΕΠ.

Επιπλέον, φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει ένα από τα μεγαλύτερα μερίδια ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, δεδομένου ότι το 2007 αποτελούσε το 39,7% των συνολικών δαπανών υγείας. Το ποσοστό αυτό κατατάσσει την Ελλάδα ως τον πέμπτο υψηλότερο καταναλωτή ιδιωτικών υπηρεσιών για την υγεία, μετά το Μεξικό (54,8%), τις Ηνωμένες Πολιτείες (54,6%), τη Δημοκρατία της Κορέας (45,1%) και την Ελβετία (40,7%). Το ποσοστό του ΑΕΠ που η Ελλάδα διαθέτει για δημόσιες δαπάνες υγείας (5,8%) είναι ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, μετά το Μεξικό (2,7%), τη Δημοκρατία της Κορέας (3,5%), την Πολωνία (4,6%), τη Σλοβακία (5,2%) και την Ουγγαρία (5,2%) (OECD, 2009).

Παρά τις παραπάνω διαπιστώσεις, δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι κατά τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια παρατηρείται μια συνεχής αύξηση των δαπανών υγείας, τόσο σε απόλυτους όσο και σε σχετικούς όρους, αν και με διαφορετικούς ρυθμούς. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας σε σταθερές τιμές για την περίοδο 2000-2007 ήταν υψηλότερος από αυτόν για τις περιόδους 1980-1989 και 1990-1999, φτάνοντας το 7,2%. Επιπροσθέτως, κατά το

Διάγραμμα 3: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2007 (US\$ PPP)



Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

διάστημα 1980-2007, ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν περίπου διπλάσιος από αυτόν αύξησης του ΑΕΠ. Ένα τρίτο συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί από τον Πίνακα 2 είναι ότι η αύξηση των ιδιωτικών και των δημόσιων δαπανών υγείας συνέβαλε σχεδόν εξίσου στην αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας. Η αυξητική αυτή τάση των δαπανών υγείας μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι η Ελλάδα προσπάθησε να καλύψει την απόσταση που τη χώριζε στις κοινωνικές

δαπάνες από τις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες. Το ζήτημα, ωστόσο, είναι εάν αυτή η αύξηση των δαπανών υγείας συνοδεύτηκε και από βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος, ερώτημα το οποίο διερευνάται σε επόμενη ενότητα.

Παρά την πίεση που ασκήθηκε στην Ελλάδα από την Ευρωπαϊκή Ένωση μετά το 2000 για μείωση των δημόσιων δαπανών, για διατήρηση της δημοσιονομικής πειθαρχίας και για αποφυγή υπερβολικών ελλειμμάτων, προκειμένου

Πίνακας 2: Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%) δαπανών υγείας και ΑΕΠ, 1980-2007

	1980-1989	1990-1999	2000-2007
Συνολικές δαπάνες υγείας	1,9	5,2	7,2
Δημόσιες δαπάνες υγείας	2,0	5,1	7,3
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	1,9	5,2	7,1
ΑΕΠ	0,8	2,1	4,2
Συνολικές δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	1,2	3,0	2,9
Δημόσιες δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	1,2	2,9	2,9
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως % ΑΕΠ	1,1	3,1	2,7

Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

να εκπληρώσει τα κριτήρια του Μάαστριχτ και τις προβλέψεις του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας συνέχισε την ανοδική του πορεία. Η τάση αυτή αναμένεται να αντιστραφεί υπό το πρίσμα των μέτρων που έλαβε η ελληνική κυβέρνηση το 2010 με στόχο την αντιμετώπιση του τεράστιου δημόσιου χρέους της χώρας. Η μείωση του διαθέσιμου προσωπικού εισοδήματος λόγω της συγκράτησης των μισθών και της εφαρμογής πολιτικών ακραίας λιτότητας από την κυβέρνηση, καθώς και οι μεταρρυθμίσεις για την υγεία που προωθούνται θα οδηγήσουν σε συγκράτηση του κόστους και περιορισμό των δαπανών στον τομέα της υγείας.

Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι νοσοκομειοκεντρικό, με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας να αντιπροσωπεύουν άνω του 52% των δημόσιων δαπανών υγείας. Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας διατίθεται στην πρωτοβάθμια και οδοντιατρική περίθαλψη. Αυτό τεκμηριώνεται από την έρευνα του προϋπολογισμού των νοικοκυριών, που διενεργήθηκε από την ΕΣΥΕ το 2008. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το μέσο μηνιαίο ποσό που διατίθεται για υπηρεσίες υγείας ανά νοικοκυριό ήταν 142,10 ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 6,7% των συνολικών δαπανών

των νοικοκυριών (2.117,67 ευρώ). Από τα 142,10 ευρώ για υγεία, τα 21,54 ευρώ είναι δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη, τα 33,02 ευρώ είναι δαπάνη για φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές και τα 87,54 ευρώ για γιατρούς κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου.

3.3 Πληθυσμιακή κάλυψη και κατοχύρωση πρόσβασης του πληθυσμού στη φροντίδα υγείας

Η υγεία είναι κατοχυρωμένη στο ελληνικό Σύνταγμα ως κοινωνικό δικαίωμα. Σύμφωνα με αυτό, όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα σε προστασία της υγείας και της γενετικής τους ταυτότητας (Άρθρο 5.5). Το κράτος φροντίζει για την υγεία των πολιτών και υιοθετεί ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων (Άρθρο 21.3). Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας (Άρθρο 21.6). Ο καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται και το κράτος υποχρεούται να παρέχει κοινωνική ασφάλεια στους εργαζομένους (Άρθρο 22.5).

Δύο είναι οι βασικές αρχές με βάση τις

οποιές εξασφαλίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η μία είναι η αρχή της ιδιότητας του πολίτη, η οποία αφορά την πρόσβαση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από το ΕΣΥ, και η άλλη είναι η αρχή του καθεστώτος απασχόλησης και της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών, η οποία εξασφαλίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που παρέχονται και χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Η πρόσβαση με βάση την ιδιότητα του πολίτη περιλαμβάνει δύο τύπους παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΕΣΥ: τα αγροτικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η πρόσβαση σε όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας κατοχυρώνεται με βάση το επάγγελμα. Εδώ εντάσσονται τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και οι ιδιώτες προμηθευτές (ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές) που έχουν σύμβαση με αυτά, καθώς και η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Η ένταξη σε κάποιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης είναι υποχρεωτική με βάση το επάγγελμα και δεν υπάρχει η δυνατότητα επιλογής του εργαζομένου σε ποιο από αυτά θα ασφαλιστεί. Μια τρίτη αρχή για την κατοχύρωση δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το καθεστώς απορίας. Οι φτωχοί που στερούνται ασφάλισης και εισοδήματος έχουν δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στα κέντρα υγείας και στα δημόσια νοσοκομεία, έπειτα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης. Τέλος, μια τέταρτη αρχή πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι η δυνατότητα και η πρόθεση καταβολής ιδίων πληρωμών. Κάποιος, ανεξάρτητα από το εάν καλύπτεται ή όχι από ένα ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, έχει την ελευθερία προσφυγής σε ιδιωτική υπηρεσία υγείας μη συμβεβλημένη με το ταμείο του, με την προϋπόθεση ότι θα καλύψει με δικούς του πόρους το κόστος περίθαλ-

ψης. Επιπροσθέτως, οποιοσδήποτε πολίτης θέλει και έχει το διαθέσιμο εισόδημα μπορεί να συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, όπου το εύρος της κάλυψης ποικίλλει ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου.

Στη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, η Ελλάδα μετατράπηκε από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Αναφορικά με το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, για τους μετανάστες που διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ισχύει ότι και για τους έλληνες πολίτες. Για όσους όμως διαμένουν παράνομα στη χώρα, προβλέπεται η παροχή μόνο επείγουσας νοσοκομειακής περίθαλψης σε περιπτώσεις όπου απειλείται η υγεία κάποιου και μέχρι το σημείο σταθεροποίησης της κατάστασής του. Επιπροσθέτως, οι παράνομοι μετανάστες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από δημοτικά ιατρεία και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Στην περίπτωση των αιτούντων άσυλο, όσοι αποκτήσουν την ιδιότητα αυτή έχουν τα ίδια δικαιώματα με αυτά των ελλήνων πολιτών. Μέχρι όμως να αποκτήσουν την ιδιότητα αυτή, έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο σε επείγουσα νοσοκομειακή περίθαλψη, όπως και οι παράνομα διαμένοντες στη χώρα. Η παραπάνω εικόνα δείχνει τη λειτουργία ενός θεσμικού πλαισίου περιοριστικού για την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, κατάσταση η οποία περιπλέκεται ακόμα περισσότερο λόγω της αδυναμίας πολλές φορές ανταπόκρισης των φορέων υγείας στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεταναστών, αλλά και της διακριτικής μεταχείρισης ή άρνησης παροχής υπηρεσιών. Η απουσία επαρκών διαθέσιμων δεδομένων δυσχεραίνει τη χάραξη μιας αποτελεσματικής πολιτικής, με αποτέλεσμα η περίθαλψη των μεταναστών να προσεγγίζεται

μόνο από την άποψη του οικονομικού κόστους για το σύστημα υγείας και όχι από την οπτική των κινδύνων δημόσιας υγείας στην περίπτωση που δεν τους παρασχεθεί φροντίδα (Φούσκας και Οικονόμου, 2011).

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ αποσκοπούσε στην ισότιμη, ολοκληρωμένη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, αυτό μόνο εν μέρει έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, λόγω της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης ως προς το επίπεδο της παρεχόμενης κάλυψης (έκταση, περιεχόμενο, διαδικασίες, ποιότητα κάλυψης). Τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν κάλυψη για πρωτοβάθμια, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη και σε μερικές περιπτώσεις καλύπτουν επίσης διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και την αγορά γυαλιών. Το ΙΚΑ, ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας, παρέχει την πιο ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, η οποία περιλαμβάνει σχεδόν τα πάντα εκτός από κοσμητική χειρουργική. Επιπροσθέτως, τα περισσότερα ταμεία παρέχουν χρηματικά βοηθήματα στην περίπτωση απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας, επιδόματα μητρότητας, λουτροθεραπείας κ.λπ.

Η οδοντιατρική φροντίδα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των μεγάλων διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων. Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ καλύπτονται μόνο για σφραγίσματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες και προσθετική που παρέχονται από οδοντιάτρους στα πολυϊατρεία του ταμείου. Οι δικαιούχοι του ΟΓΑ έχουν περιορισμένη οδοντιατρική κάλυψη στα κέντρα υγείας και στα δημόσια νοσοκομεία. Ασφαλισμένοι άλλων ταμείων καλούνται να καταβάλλουν συμπληρωμές ή πληρώνουν οι ίδιοι και στη συνέχεια τους επιστρέφεται από

το ταμείο τους ένα μικρό ποσοστό της δαπάνης που έκαναν.

Η ίδρυση και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ το 2011, με την ενοποίηση των κλάδων υγείας του ΙΚΑ, του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ και του ΟΠΑΔ, όπως θα εξεταστεί σε επόμενη ενότητα, αποσκοπεί στην εφαρμογή ενιαίων κανόνων και κοινής δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασφαλισμένους αυτών.

3.4 Συλλογή εσόδων και πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

3.4.1 Φορολογία

Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας το 1983 επιδίωξε να αλλάξει το μείγμα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα με τη δημιουργία ενός δημόσιου συστήματος υγείας χρηματοδοτούμενου από τη φορολογία. Η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία που σημειώθηκε τη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 χρηματοδοτήθηκε σχεδόν εξ ολοκλήρου από τη φορολογία. Ως αποτέλεσμα, στα μέσα της δεκαετίας του 1990, το 75% της δημόσιας χρηματοδότησης προήλθε από φορολογικά έσοδα. Αυτό αντανακλούσε τις μεγάλες κρατικές επιδοτήσεις που αποσκοπούσαν στο να διατηρήσουν τις τιμές των υπηρεσιών υγείας όσο το δυνατόν χαμηλότερα, προκειμένου να μετριάσουν οι πιέσεις που ασκούνταν στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων και να αποθαρρυνθεί η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, η ισορροπία μεταξύ της φορολογίας και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης άλλαξε στα μέσα της δεκαετίας του 1990, μετά το διπλασιασμό των επίσημων ημερήσιων κλειστών νοσηλίων των νοσοκομείων και την ως εκ τούτου αύξηση της χρηματοδότησης

από την κοινωνική ασφάλιση. Σήμερα, η φορολογία αποτελεί μόνο το 29,1% των συνολικών δαπανών για την υγεία και το 48,2% των δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Στην Ελλάδα, τα φορολογικά έσοδα προέρχονται από άμεσους φόρους, κυρίως εισοδήματος, και έμμεσους φόρους στα αγαθά και στις υπηρεσίες. Χαρακτηριστικό του ελληνικού φορολογικού συστήματος είναι ότι οι έμμεσοι φόροι αποτελούν περίπου το 60% των συνολικών φορολογικών εσόδων. Ως εκ τούτου, η εξάρτηση από τους έμμεσους φόρους, των οποίων η επίπτωση είναι αντιστρόφως προοδευτική, υπονομεύει την οριζόντια και κάθετη ισότητα (Bronchi, 2001).

3.4.2 Κοινωνική ασφάλιση

Το 2007, τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση για την υγεία αντιπροσώπευαν το 31,2% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, το ύψος των οποίων ποικίλλει μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών. Για παράδειγμα, το ποσοστό της εισφοράς για υγεία στο ΙΚΑ ανέρχεται σε 7,65% επί του ακαθάριστου μισθού, από το οποίο το 2,55% επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και το 5,10% τον εργοδότη. Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού των ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν καταταγεί οι ασφαλισμένοι. Στον ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου σε ποσοστό 5,10%. Στην περίπτωση του ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ 14 ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε

ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται. Επιπροσθέτως, οι εισφορές για την ασφάλιση ασθένειας των συνταξιούχων των φορέων κύριας ασφάλισης ποικίλλουν. Στην πλειοψηφία τους όμως οι συνταξιούχοι καταβάλλουν 4% επί του ποσού της συντάξεώς τους και ο ασφαλιστικός οργανισμός 6% επί του ποσού αυτού. Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλιστικές εισφορές προβλέπεται να είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας (7,65%: 5,1% εργοδότης και 2,55% εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ, που για τους νέους ασφαλισμένους-εργαζομένους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές.

3.4.3 Ιδιωτικές πληρωμές

Οι ιδιωτικές πληρωμές που καταβάλλουν τα νοικοκυριά για την υγεία, όπως ήδη έχει αναφερθεί, αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τη μεγάλη διαφορά μεταξύ του επίσημου ποσοστού αποζημίωσης και του πραγματικού ποσού που καταβάλλεται στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Την ώρα της συνδιαλλαγής οι πολίτες είναι εκτεθειμένοι σε υψηλές άμεσες πληρωμές, με συνέπεια να τίθεται σε δοκιμασία το κριτήριο της ισότητας και η καθολική ασφάλιση με μηδενικές τιμές να φαλκιδεύεται, καθώς υπάρχει σημαντικό ποσοστό συνασφάλισης, παρά το γεγονός ότι, τυπικά, οι θεσμικές χρεώσεις των πολιτών για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ θεωρούνταν χαμηλές (Κυριόπουλος κ.ά., 2001). Η μόνη σημαντική πηγή εσόδων από τη χρήση των υπηρεσιών του ΕΣΥ προερχόταν μέχρι πρόσφατα από τα φαρμακευτικά προϊόντα, για τα οποία τα ποσά συμμετοχής/συνασφάλισης διαφέρουν από 0-25% ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη χρονική διάρκεια της

νόσου, καθώς και το εισόδημα των ασθενών. Έπειτα όμως από τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι επίσημες επιβαρύνσεις των πολιτών αυξήθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, οι πιο συνηθισμένες ρυθμίσεις συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης είναι οι ακόλουθες:

3.4.3.1 Συμπληρωμές ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας

Οι ασθενείς που προσέρχονται στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ για μια ιατρική εξέταση καταβάλλουν από 1/1/2011 το ποσό των 5 ευρώ, το οποίο μέχρι τότε ήταν 3 ευρώ. Το ποσό αυτό καταβάλλεται απευθείας από τον ασθενή και δεν βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα. Από αυτή την καταβολή εξαιρούνται μόνο οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά, οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας, καθώς και οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί. Επιπροσθέτως, από 1/1/2011 η συμμετοχή των 5 ευρώ θεσμοθετήθηκε και για τις επισκέψεις στα κέντρα υγείας. Εξαιρούνται της καταβολής οι προσερχόμενοι στα κέντρα υγείας στο πλαίσιο προγράμματος προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, τα άτομα που έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, τα άτομα που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς, καθώς και άτομα που πάσχουν από Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS).

3.4.3.2 Άμεσες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία

Αν και δεν υφίστανται χρεώσεις για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα δημόσια νοσοκομεία, καταβάλλονται, ωστόσο, ορισμέ-

νες ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες περιλαμβάνουν έξοδα για νοσηλεία σε ανώτερη θέση από αυτή που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας, πληρωμές για ορισμένα φαρμακευτικά προϊόντα, ιδιωτικές πληρωμές για λοιπές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως ορισμένες εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις.

3.4.3.3 Επισκέψεις σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων

Την 1η Ιανουαρίου 2002, η κυβέρνηση εισήγαγε την ιδιωτική πρακτική ιατρών σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, με την καθιέρωση των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία. Οι ιατροί πληρώνονται με αμοιβή κατά πράξη, η οποία στον αρχικό νόμο κυμαινόταν από 25 ευρώ για τους επιμελητές β' σε νοσοκομεία της περιφέρειας έως 90 ευρώ για ιατρούς-καθηγητές σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι πληρωμές αυτές αποτελούσαν άμεσες πληρωμές οι οποίες δεν επιστρέφονταν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το σκεπτικό εισαγωγής του θεσμού των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων σε δημόσια νοσοκομεία ήταν για να αυξηθούν τα έσοδα των νοσοκομείων από δαπάνες που ούτως ή άλλως θα διοχετεύονταν στον ιδιωτικό τομέα, για να περιοριστεί η φοροδιαφυγή και η παραοικονομία, καθώς και για να ενισχυθεί η δυνατότητα επιλογής του ασθενή. Ωστόσο, αυτό το μέτρο είναι πιθανό να συνέβαλε στην αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Το 2010, επεκτάθηκε ο θεσμός των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, με την ολόημερη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όπου μπορούν πλέον να πραγματοποιούνται επισκέψεις σε εξειδικευμένους γιατρούς, επεμβατικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις. Οι αμοιβές των ιατρών κυμαίνονται

στο ίδιο εύρος με πριν. Η διαφορά σε σχέση με την αρχική εφαρμογή του θεσμού το 2002 είναι ότι η δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τις θεραπευτικές και επεμβατικές πράξεις που πραγματοποιούνται πέραν του τακτικού ωραρίου στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας βαραίνει το ταμείο του ασθενή. Όμως, κάθε ασφαλιστικός φορέας αποζημιώνει την ιατρική απογευματινή δαπάνη με το ίδιο καθεστώς που ισχύει για τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία. Το ύψος όμως της αποζημίωσης αυτής είναι πολύ χαμηλότερο (π.χ. ο ΟΠΑΔ μέχρι πρόσφατα δικαιολογούσε 20 ευρώ) από αυτό που καλείται να πληρώσει ο ασθενής στα ιατρεία των νοσοκομείων. Το αποτέλεσμα είναι ο ασθενής να καλείται να καλύψει ο ίδιος τη διαφορά.

3.4.3.4 Φάρμακα

Το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανέρχεται στο 25% για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Ποσοστό 10% προβλέπεται για τους συνταξιούχους που είναι δικαιούχοι του ΕΚΑΣ και για την αγορά φαρμάκων υψηλού κόστους που χορηγούνται για ορισμένες χρόνιες παθήσεις. Δωρεάν, χωρίς ποσοστό συμμετοχής, χορηγούνται τα φάρμακα για τη μητρότητα, το εργατικό ατύχημα, τις επιπλοκές της μεσογειακής αναιμίας, για ορισμένες χρόνιες παθήσεις, τα φάρμακα για τους φορείς και ασθενείς με AIDS και για τους μεταμοσχευθέντες. Επίσης, δωρεάν παρέχονται ορισμένα ακριβά φάρμακα από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς και τα ιδιωτικά φαρμακεία.

3.4.3.5 Επισκέψεις σε ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαγνωστικά κέντρα

Όλες οι επισκέψεις σε ιατρούς και σε διαγνωστικά κέντρα που έχουν σύμβαση με ασφα-

λιστικά ταμεία είναι δωρεάν για τον ασθενή. Ωστόσο, λόγω των διαρθρωτικών και οικονομικών προβλημάτων, οι ασθενείς συχνά είναι αναγκασμένοι να αναζητήσουν πρωτοβάθμια περίθαλψη όχι μόνο δημόσια αλλά και ιδιωτική. Μερικά ασφαλιστικά ταμεία επιτρέπουν στους ασφαλισμένους τους να επισκεφθούν μη συμβεβλημένο ιατρό πληρώνοντάς τον οι ίδιοι άμεσα, σύμφωνα με τις τιμές που επικρατούν στην αγορά, ενώ στη συνέχεια λαμβάνουν από το ταμείο τους ένα συγκεκριμένο ποσό ως επιστροφή, το οποίο όμως ανέρχεται σε περίπου 20 ευρώ. Το ποσό αυτό είναι κατά πολύ χαμηλότερο από την τιμή της αγοράς (η οποία κατά μέσο όρο ξεπερνά τα 50 ευρώ). Η συμμετοχή για τις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις κυμαίνεται από 0-30%, ανάλογα με τη δέσμη ασφάλισης που προσφέρει το κάθε ασφαλιστικό ταμείο.

3.4.3.6 Οδοντιατρική φροντίδα

Το κόστος έχει αυξηθεί σημαντικά για τις οδοντιατρικές θεραπείες και πολλές υπηρεσίες (όπως π.χ. η προσθετική οδοντιατρική) έχουν αφαιρεθεί από τη λίστα των ασφαλιστικών ταμείων. Τα ποσοστά συμμετοχής κυμαίνονται από 0-40%, ενώ η ορθοδοντική φροντίδα για παιδιά (έως 13-14 ετών) καλύπτεται από ορισμένα μόνο ασφαλιστικά ταμεία. Το πεδίο της οδοντιατρικής περίθαλψης χρήζει άμεσης ενίσχυσης, καθώς υπάρχει έλλειψη πλήρους κάλυψης από ασφαλιστικά ταμεία αλλά και από την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ πάνω από το 30% των άμεσων πληρωμών οφείλεται σε δαπάνες για οδοντιατρική θεραπεία.

3.4.3.7 Το πρόβλημα της παραοικονομίας

Η εκτεταμένη παραοικονομία και οι άτυπες πληρωμές είναι κοινά χαρακτηριστικά του ελληνικού τομέα της υγείας. Μπορεί να

αποδοθεί, μεταξύ άλλων αιτιών, στην έλλειψη ορθολογικής πολιτικής ως προς την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας και τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας. Οι ανήθικες συναλλαγές αφορούν κυρίως την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και τις πληρωμές προς τους γιατρούς, κυρίως τους χειρουργούς, προκειμένου ο ασθενής να πετύχει την παράκαμψη της λίστας αναμονής, την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και τη μέγιστη προσοχή από την πλευρά του ιατρού. Σε έρευνα που διενεργήθηκε σε δείγμα 4.738 ατόμων, διαπιστώθηκε ότι το 36% των νοσηλευθέντων σε δημόσιο νοσοκομείο κατέβαλαν τουλάχιστον μία φορά άτυπες πληρωμές σε κάποιον ιατρό. Από αυτούς που κατέβαλαν άτυπες πληρωμές, το 42% δήλωσε ότι το έκανε από φόβο μήπως δεν λάβει επαρκούς ποιότητας υπηρεσίες και το 20% το έκανε επειδή το απαίτησε ο ιατρός. Από την ίδια έρευνα προέκυψε ότι η πιθανότητα καταβολής άτυπων πληρωμών είναι 72% υψηλότερη σε αυτούς που επιθυμούν να παρακάμψουν τη λίστα αναμονής από αυτούς που εισάγονται για νοσηλεία με την κανονική διαδικασία. Επιπροσθέτως, τα χειρουργικά περιστατικά εμφανίζουν 137% υψηλότερες πιθανότητες να προβούν σε άτυπες πληρωμές σε σύγκριση με τα υπόλοιπα περιστατικά (Liagoropoulos et al., 2008). Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 20% της νοσοκομειακής φροντίδας που χρηματοδοτείται με ιδιωτικούς πόρους αφορά τις άτυπες πληρωμές που καταβάλλονται στα δημόσια νοσοκομεία (Siskou et al., 2008). Επιπροσθέτως, υπάρχουν αυξημένα περιστατικά όπου ιατροί που εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραπέμπουν τους ασθενείς στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Η ανεπαρκής οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα συντελεί στην υπερβολική παρακλινική συνταγο-

γραφία και στην κερδοσκοπία μέσω εκτεταμένων παραπομπών των ασθενών σε ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Κατά το παρελθόν έχουν γίνει προσπάθειες για την εκτίμηση της έκτασης της παραοικονομίας στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Σε μια από αυτές υπολογίστηκε ότι το 1994 αυτή ανερχόταν στο 1,13% του ΑΕΠ ή στο 16,9% του συνόλου των δαπανών υγείας (Κυγιουρούλος, 2004). Μια πιο πρόσφατη μελέτη για την εκτίμηση της παραοικονομίας και της φοροδιαφυγής στην Ελλάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στον τομέα της υγείας οι περισσότερες άτυπες πληρωμές εντοπίζονται στον τομέα της καρδιοχειρουργικής και το ύψος του καταβαλλόμενου ποσού είναι συνάρτηση της φήμης του ιατρού και της κοινωνικο-οικονομικής θέσης του ασθενή. Η μελέτη εκτίμησε ότι η παραοικονομία στην υγεία στην Ελλάδα το 1999 πλησίαζε τα 1,5 δις ευρώ, δηλαδή το 14% των συνολικών δαπανών υγείας (Τάτσος, 2001).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, μπορούν να ερμηνευτούν τα αποτελέσματα ερευνών που έχουν δείξει ότι μεγάλη μερίδα των πολιτών που έχουν διαθέσιμο εισόδημα εκφράζουν τη διάθεση να πληρώσουν πρόσθετο ποσό μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας (Δόλγερας κ.ά., 2001· Ζανβράς et al., 2004).

3.4.4 Προαιρετική ασφάλιση υγείας

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η ιδιωτική ασφάλιση ζωής στην Ελλάδα συνήθως συνιστούν ένα ενιαίο ασφαλιστικό πακέτο και προωθούνται στην αγορά ασφαλιστικών προϊόντων συνδυαστικά. Κατά συνέπεια δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία όσον αφορά το μερίδιο που καταλαμβάνει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στο σύνολο της ασφαλιστικής αγο-

ράς. Ωστόσο, για το 2006, μπορεί να εκτιμηθεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση για την υγεία αντιπροσώπευε περίπου το 25% του συνόλου των ασφαλειών ζωής, δηλαδή 567,5 εκατ. ευρώ ή 0,27% του ΑΕΠ (Εconoμoυ, 2008). Ως εκ τούτου, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί σχετικά περιορισμένης βαρύτητας πηγή εσόδων για το σύστημα υγείας.

Προκειμένου να δοθούν κίνητρα στους πολίτες για αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ο Ν. 2071/1992 επέτρεψε φορολογικές απαλλαγές για τα ιδιωτικά ασφάλιστρα. Μέχρι το 1997 δεν υπήρχε ανώτερο όριο στο ποσό απαλλαγής από τη φορολογία. Ωστόσο, από το 1997, οι δαπάνες πάνω από ένα ορισμένο ποσό φορολογούνται. Σήμερα, το ανώτατο όριο για τα ατομικά συμβόλαια είναι 1.200 ευρώ. Στην περίπτωση των ομαδικών συμβολαίων το ποσό που εξαιρείται από τη φορολογία (για μια εταιρεία) δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 1.500 ευρώ για κάθε εργαζόμενο. Ωστόσο, υπό το καθεστώς της επικείμενης κατάργησης των φοροαπαλλαγών, είναι πιθανό οι παραπάνω εξαιρέσεις να καταργηθούν.

Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν πώς τα φορολογικά κίνητρα επηρεάζουν την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Πιθανότατα, τη μελλοντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα θα την καθορίσουν τρεις άλλοι παράγοντες. Ο ένας σχετίζεται με την εξέλιξη του θεσμού του συστήματος υγείας και τις μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων χρηματοδότησής του. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά την ικανότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών να εισάγουν πολιτικές που θα καλύπτουν τις ανάγκες των καταναλωτών σε λογικές τιμές. Ο τρίτος παράγοντας σχετίζεται με το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, το οποίο έχει περιοριστεί δρα-

στικά από την αυστηρή πολιτική λιτότητας που εφαρμόζεται μετά το 2010.

3.5 Συγκέντρωση των πόρων

Η νομοθεσία που θεσπίστηκε τη δεκαετία του 2000, όπως θα δούμε σε επόμενη ενότητα, άλλαξε την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας, με τη θέσπιση των περιφερειακών αρχών για την υγεία, οι οποίες θεωρητικά έχουν την ευθύνη για το συντονισμό των περιφερειακών δραστηριοτήτων, την αποτελεσματική οργάνωση και τη διαχείριση όλων των μονάδων υγείας, τη χρηματοδότηση και τα συστήματα διαχείρισης πληροφοριών. Στην πράξη, ωστόσο, δεν έχουν καμία αρμοδιότητα όσον αφορά την επένδυση κεφαλαίων ή τη χρηματοδότηση των μονάδων υγείας, οι οποίες παραμένουν υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Υπουργείο εξακολουθεί να είναι η κύρια αρχή χάραξης πολιτικής, καθορισμού προτεραιοτήτων σε εθνικό επίπεδο και ρύθμισης της χρηματοδότησης και της κατανομής των υγειονομικών πόρων.

Σε μακρο-επίπεδο, η διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού στον δημόσιο τομέα δημιουργεί ερωτήματα σχετικά με την κατανομή των πόρων για την υγεία και την ικανότητα επιβολής ανώτατων ορίων στις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Τα όρια για τις δημόσιες δαπάνες υγείας, θεωρητικά, διαμορφώνονται στην αρχή κάθε οικονομικού έτους και περιλαμβάνουν τόσο τις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού όσο και τις δαπάνες των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, στην πράξη, η έλλειψη μηχανισμού συγκέντρωσης των πόρων, συντονισμού μεταξύ των αγοραστών υπηρεσιών υγείας, επαρκούς οικονομικής διαχείρισης και λογιστικού συστήματος, καθώς και αποτελεσματικών μηχανισμών

παρακολούθησης και ελέγχου οδήγησε σε μη ορθολογική διαχείριση του προϋπολογισμού υγείας και σε συχνές υπερβάσεις του, με αποτέλεσμα κάθε χρόνο οι δαπάνες να ξεπερνούν τις προβλέψεις του προϋπολογισμού.

Το πρόβλημα οφείλεται στο ότι η διαδικασία κατάρτισης του προϋπολογισμού βασιζόταν μέχρι σήμερα σε ιστορικά στοιχεία και υπέκειτο σε πολιτική διαπραγματεύση. Ο συνολικός ετήσιος προϋπολογισμός των νοσοκομείων του ΕΣΥ δεν οριζόταν σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού, αλλά βασιζόταν σε ιστορικά στοιχεία, όπως αυτά διαμορφώνονταν βάσει δημοσιονομικών προτεραιοτήτων της κυβέρνησης και της εκτιμώμενης αύξησης του επιπέδου κατανάλωσης, των μισθών και του ποσοστού του πληθωρισμού. Σε αυτό το πλαίσιο, η συνολική ετήσια δαπάνη των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των κέντρων υγείας (διοικητικές δαπάνες, προσωπικό, επενδύσεις κεφαλαίου, φαρμακευτικές δαπάνες κ.λπ.) εκτιμόταν βάσει προηγούμενων επιδόσεων. Ως εκ τούτου, οι δαπάνες υγείας συνήθως υπερέβαιναν τα όρια του προϋπολογισμού με αποτέλεσμα να χρειάζονται πρόσθετες επιδοτήσεις. Επιπλέον, οι προϋπολογισμοί των κοινωνικών ασφαλιστικών οργανισμών καθορίζονταν με βάση τη ζήτηση, καταλήγοντας να αποζημιώνουν όλες τις απαιτήσεις των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης των δραστηριοτήτων τους ή η εφαρμογή κανονισμών, λόγω γενικότερης έλλειψης συντονισμού. Για το λόγο αυτόν, ο Ν. 2519/1997 προέβλεπε τη σύσταση ενός Συμβουλίου Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥΣΕΔΥΠΥ) με στόχο την υποβοήθηση του συντονισμού μεταξύ του ΕΣΥ και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, το σώμα αυτό δεν λειτούργησε ποτέ. Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ με το Ν. 3918/2011, στον

οποίο ενοποιήθηκαν οι κλάδοι υγείας σε είδος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΑΕΕ, του ΟΠΑΔ και του ΟΓΑ, αποτελεί, όπως θα δούμε σε επόμενη ενότητα, προσπάθεια αντιμετώπισης των παραπάνω προβλημάτων.

Επιπλέον, τα ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων επιδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό αναδρομικά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την έλλειψη κινήτρων για βελτίωση της αποδοτικότητας και της ισότητας, τον περιορισμό της διαπραγματευτικής δύναμης των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ενώ η σταυροειδής επιδότηση μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων κατέστη αδύνατη (Sissouras et al., 1999· Mossialos et al., 2005).

3.6 Η σχέση αγοραστών και προμηθευτών υπηρεσιών υγείας

Ένας από τους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης του 2001 ήταν η διάκριση των λειτουργιών της αγοράς και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και η δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς (Tountas et al., 2002· Theodorou, 2002). Προέβλεπε τη δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΙΠΥ), με στόχο την ενοποίηση των 5 μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΝΑΤ) και την εθελοντική ένταξη σε αυτών και των υπόλοιπων μικρότερων ταμείων. Σκοπός του ΟΔΙΠΥ ήταν η συλλογή, παρακολούθηση, διαχείριση και κατανομή των υγειονομικών πόρων και η λειτουργία του ως τρίτου πληρωτή και αγοραστή εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών υπηρεσιών. Ως προμηθευτές των υπηρεσιών θα λειτουργούσαν οι υγειονομικές περιφέρειες στις οποίες ανήκαν οι δημόσιες υπηρεσίες και οι ιδιωτικοί φορείς. Ο ΟΔΙΠΥ θα ήταν οργανωμένος και σε περιφερειακό επίπεδο και θα συνήπτε συμβά-

σεις με τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, στη βάση διαπραγμάτευσης ως προς την ποσότητα, το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών και σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού της κάθε υγειονομικής περιφέρειας, όπως αυτές προκύπτουν από τα δημογραφικά, επιδημιολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Επιπροσθέτως, οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα εντάσσονταν στο ΕΣΥ.

Το σκεπτικό αυτής της πρότασης ήταν ότι οι υφιστάμενες διαφορές ως προς την κατοχύρωση του δικαιώματος παροχής υπηρεσιών υγείας και το εύρος της κάλυψης που παρατηρούνται μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού θα εξαλείφονταν μέσω της διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης και κοινής για όλους τους ασφαλισμένους δέσμης παροχών. Επιπροσθέτως, θα επιτυχανόταν η πιο αποδοτική χρήση των πόρων μέσω της άρσης της κατάτμησης του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός μηχανισμού συγκέντρωσης όλων των χρηματικών πόρων του συστήματος υγείας. Όμως, το σχέδιο αυτό απορρίφθηκε από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το ΙΚΑ αρνήθηκε να ενταχθούν στο ΕΣΥ τα πολυϊατρεία του και τα ευγενή ταμεία αρνήθηκαν να εξισωθούν οι παροχές τους με αυτές των υπόλοιπων ταμείων, θεωρώντας ότι αυτό θα σήμαινε υποβάθμιση της ασφαλιστικών τους παροχών (Davaki and Mossialos, 2006).

Μέχρι το 2010, οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ήταν ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έπαιζε έναν σχετικά περιορισμένο ρόλο. Τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού προέρχονται κυρίως από τους άμεσους και έμμεσους φόρους, ενώ των ασφαλιστικών ταμείων

από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Στην περίπτωση των ασφαλιστικών εταιρειών τα έσοδα προέρχονται από ασφάλιστρα που διαφοροποιούνται με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε πελάτη. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ αναμένεται να αλλάξει το τοπίο και να επαναφέρει στη σκηνή τη λογική λειτουργίας του ΟΔΙΠΥ.

Οι βασικοί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είναι οι διάφορες μονάδες του ΕΣΥ (ΕΚΑΒ, αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας, δημόσια νοσοκομεία), οι μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων (πολυϊατρεία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, νοσοκομεία) και ο ιδιωτικός τομέας (ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και κλινικές).

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο ΕΣΥ και στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ αμείβονται με μισθό. Τα δημόσια νοσοκομεία και όσα ιδιωτικά έχουν συμβάσεις με τα ταμεία αποζημιώνονται με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Οι ιδιώτες ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση σε προσυμφωνημένες τιμές. Τα συμβεβλημένα με τα ταμεία ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά εργαστήρια αποζημιώνονται σε προσυμφωνημένες για κάθε εξέταση τιμή.

3.7 Μέθοδοι χρηματοδότησης/ αποζημίωσης

3.7.1 Αποζημίωση μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέθοδοι χρηματοδότησης των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, των δημόσιων κέντρων υγείας και των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Είναι σαφές ότι ο τρόπος χρηματοδότησης είναι πολύπλοκος λόγω του δημόσιου και ιδιωτικού

Πίνακας 3: Μέθοδοι πληρωμής ανά τύπο παρόχου

Προμηθευτές υγείας	Τρόπος πληρωμής	Πληρωτής
Νοσοκομεία ΕΣΥ	Προϋπολογισμός και επιδοτήσεις Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες Πληρωμές κατά πράξη για διαγνωστικές εξετάσεις και απογευματινά εξωτερικά ιατρεία	Κρατικός προϋπολογισμός Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Ιδιωτική ασφάλιση Προϋπολογισμοί νοικοκυριών
Αγροτικά κέντρα υγείας	Ετήσιος προϋπολογισμός	Κρατικός προϋπολογισμός
Νοσοκομεία ταμείων κοινωνικής ασφάλισης	Ετήσιος προϋπολογισμός	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης
Στρατιωτικά νοσοκομεία	Ετήσιος προϋπολογισμός Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο Πληρωμές κατά πράξη	Υπουργείο Άμυνας Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης
Κερδοσκοπικά ιδιωτικά ιδρύματα	Ημερήσιο νοσήλιο Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες Πληρωμές κατά πράξη για διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Ιδιωτική ασφάλιση Προϋπολογισμοί νοικοκυριών Δωρεές από φιλανθρωπικά ιδρύματα και άλλες πηγές
Ιδιωτικά νοσοκομεία	Ημερήσιο νοσήλιο Πληρωμές κατά πράξη για διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Ιδιωτική ασφάλιση Προϋπολογισμοί νοικοκυριών
Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα	Πληρωμές κατά πράξη και ομαδικές συμβάσεις	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης Προϋπολογισμοί νοικοκυριών

μείγματος παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Γενικά, τα δημόσια νοσοκομεία και τα αγροτικά κέντρα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούν με έναν σταθερό προϋπολογισμό που καλύπτει τις λειτουργικές δαπάνες τους και τις επενδύσεις σε κεφάλαιο. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζει σε ετήσια βάση τις τιμές της νοσοκομειακής περίθαλψης και το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο σύμφωνα με το οποίο αποζημιώνονται τα νοσοκομεία του ΕΣΥ από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Έως το 1970, το ποσό της ημερήσιας αποζημίωσης κάλυπτε το τρέχον κόστος των νοσοκομείων και συνεπώς η επιπλέον χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ήταν περιορισμένη. Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1970, η κυβέρνηση αρνείται να ακολουθήσει τις πραγματικές τιμές της αγοράς, τόσο στην

πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Οι συνέπειες της πρακτικής αυτής, εκτός του ότι θέτουν τα ασφαλιστικά ταμεία σε μια κατάσταση όπου ο κίνδυνος πιθανής πτώχευσης παραμονεύει διαρκώς, ανάγκασαν τους ασφαλισμένους να καταβάλλουν σημαντικά ποσά άμεσων πληρωμών τόσο για πρωτοβάθμια όσο και για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και επιβάρυναν τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων με μεγάλα ελλείμματα. Προς αποφυγή της χρεοκοπίας των δημόσιων νοσοκομείων, η κυβέρνηση άρχισε να τα επιδοτεί από τον κρατικό προϋπολογισμό. Για παράδειγμα, η ημερήσια αποζημίωση που καταβάλλεται στα δημόσια νοσοκομεία από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης για παθολογικά περιστατικά είναι 73 ευρώ και για χειρουργικά περιστατικά 88 ευρώ. Ωστόσο, το πραγματικό κόστος υπολογίζεται ότι είναι 3

φορές μεγαλύτερο από αυτά τα ποσά. Για ορισμένες περιπτώσεις ισχύει μια μορφή Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, όπου η οικονομική επιβάρυνση καθορίζεται περίπου στο πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. σε επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και διαδερμικής στεφανιαίας αγγειοπλαστικής). Το μέτρο αυτό εισήχθη ως ένα μέσο για την άμβλυνση του προβλήματος της συστηματικής υπο-πληρωμής. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει δρομολογήσει την αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των νοσοκομείων, με την επέκταση των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών, εφαρμόζοντας, όπως θα αναλυθεί παρακάτω, τα ΚΕΝ.

Οι άμεσες ίδιες πληρωμές σε νοσοκομεία του ΕΣΥ αποτελούν άλλη μια πηγή εσόδων. Συνήθως περιλαμβάνουν πρόσθετη χρέωση για νοσηλεία σε δωμάτιο με επιπλέον παροχές, η οποία χρέωση δεν επιστρέφεται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, άμεσες πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα, άμεσες πληρωμές και πληρωμές συνασφάλισης για άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. χρέωση 5 ευρώ για επίσκεψη σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις) και ιδιωτικές πληρωμές για επισκέψεις σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία. Όπως προαναφέρθηκε, από τον Ιανουάριο του 2002 η κυβέρνηση επέτρεψε την ιδιωτική πρακτική για τους ιατρούς του ΕΣΥ στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και από το 2010 επέκτεινε το θεσμό με τη μορφή της ολόημερης λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων. Οι ιατροί αμείβονται κατά πράξη με τιμές που κυμαίνονται από 30 ευρώ έως 90 ευρώ ανάλογα με τη βαθμίδα τους. Οι αμοιβές αυτές μοιράζονται μεταξύ ιατρών και νοσοκομείων

σε ποσοστά 40% για τα νοσοκομεία και 60% για τους ιατρούς.

Επί του παρόντος, πολλά δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν ελλείμματα, ως αποτέλεσμα: α) της απουσίας πραγματικών κινήτρων για τα νοσοκομεία, ώστε να παραμείνουν εντός των ορίων του προϋπολογισμού τους, β) των καθυστερήσεων στην είσπραξη των νοσηλίων από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, γ) των χαμηλών θεσμοθετημένων αμοιβών για νοσοκομειακές υπηρεσίες σε σύγκριση με το πραγματικό κόστος νοσηλείας και δ) των υπηρεσιών που προσφέρονται δωρεάν στους μετανάστες και τους άπορους. Τα εν λόγω ελλείμματα αντιμετωπίζονται περιοδικά μέσω κρατικών επιχορηγήσεων που προέρχονται από φορολογικά έσοδα. Κατά την περίοδο 1997-2003, ο κρατικός προϋπολογισμός κάλυψε δύο φορές τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων. Είναι ενδεικτικό ότι τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων για την περίοδο 1/5/2001-31/12/2004 ανήλθαν στα 2,5 δις ευρώ. Το 2004 ο Ν. 3301/2004 προέβλεψε ότι το κράτος θα καλύπτει άμεσα τα ελλείμματα των νοσοκομείων λόγω προμήθειας φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, χημικών αντιδραστηρίων και ορθοπεδικού υλικού. Ωστόσο, στο τέλος του 2007 τα ελλείμματα ανήλθαν εκ νέου στα 2,8 δις ευρώ. Αργότερα, με το Ν. 3867/2010, ρυθμίστηκαν οι συσσωρευμένες υποχρεώσεις των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές τους, από προμήθειες φαρμάκων, υγειονομικού και ορθοπεδικού υλικού και χημικών αντιδραστηρίων, για το χρονικό διάστημα από 1/1/2007-21/12/2009. Οι ως άνω οφειλές, ποσού 5,3 δις ευρώ, εξοφλήθηκαν με την έκδοση και διάθεση προς τους προμηθευτές ομολόγων του ελληνικού δημοσίου.

Τα νοσοκομεία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτούνται κυρίως από

την κοινωνική ασφάλιση. Τα στρατιωτικά νοσοκομεία λειτουργούν με ετήσιους προϋπολογισμούς που καλύπτονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και μέσω συμπληρωματικών πληρωμών από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, στη βάση ημερήσιων κλειστών νοσηλίων και κατά πράξη αμοιβών. Τα κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδιωτικά νοσοκομεία χρεώνουν είτε ένα σταθερό ημερήσιο νοσήλιο ή κοστολογημένες κατά μονάδα παρεχόμενης υπηρεσίας τιμές. Οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες αποκατάστασης, μεταξύ άλλων, αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση. Τόσο για τα δημόσια όσο και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, το ποσό αποζημίωσης από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι συγκεκριμένο και προκαθορισμένο. Θεωρητικά, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Οικονομικών καθορίζουν συγκεκριμένες κοινές τιμές για υπηρεσίες που παρέχονται είτε σε δημόσια είτε σε ιδιωτικά συμβεβλημένα νοσοκομεία. Παρ' όλα αυτά, στην πράξη, οι χρεώσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι κατά πολύ υψηλότερες και η διαφορά καλύπτεται με απευθείας πληρωμές από τους ασθενείς. Η ιδιωτική ασφάλιση αποζημιώνει τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας βάση σταθερών πληρωμών ανά διαγνωστική κατηγορία και κατά πράξη και περίπτωση, τόσο για δευτεροβάθμια όσο και για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και για διαγνωστικές εξετάσεις. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα χρεώνουν τους ασθενείς και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με αμοιβές κατά πράξη που καθορίζονται από το κράτος.

3.7.2 Αμοιβές επαγγελματιών υγείας

Οι ιατροί του ΕΣΥ δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική. Επιτρέπεται μόνο

να προσφέρουν περίθαλψη σε ιδιώτες ασθενείς που επισκέπτονται τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων αποζημιώνοντάς τους με αμοιβή κατά πράξη. Ο Ν. 2889/2001 επέκτεινε την αποκλειστική απασχόληση και στους πανεπιστημιακούς ιατρούς, οι οποίοι μέχρι τότε ήταν ελεύθεροι να εργαστούν τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με το πλαίσιο αυτό, οι πανεπιστημιακοί ιατροί μπορούσαν είτε να εργάζονται στο ΕΣΥ, λαμβάνοντας ένα μισθό και να έχουν το δικαίωμα να εξετάζουν ασθενείς στα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, είτε μπορούσαν να επιλέξουν την απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα, χάνοντας όμως έτσι το δικαίωμα διευθυντικής θέσης σε κλινικές του ΕΣΥ. Ωστόσο, πολλοί πανεπιστημιακοί ιατροί εξακολούθησαν να ασκούν παράνομα ιδιωτική πρακτική. Η ιδιωτική πρακτική είναι επίσης απαγορευμένη για τους ιατρούς ειδικότητας με πλήρη απασχόληση σε ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. ΙΚΑ). Ωστόσο, οι περισσότεροι ιατροί επιλέγουν τη μερική απασχόληση, που τους δίνει το δικαίωμα να ασκούν ιδιωτική πρακτική ή να έχουν συμβάσεις με ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ιδιώτες ιατροί ειδικότητας μπορούν να ασκούν ιδιωτική πρακτική, να συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία και να αποζημιώνονται κατά πράξη.

Η Ελλάδα διαθέτει ένα σύστημα πληρωμών ιατρικής φροντίδας που προσφέρει κίνητρα στους ιατρούς να παρέχουν περισσότερες υπηρεσίες, ιδίως όταν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης συμβάλλονται με ιδιώτες προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης αμείβοντάς τους κατά πράξη. Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το κράτος και από ορισμένα κύρια ασφαλιστικά ταμεία, το υγειονομικό προσωπικό πληρώνεται κατά βάση με μισθό. Παρ' όλα

αυτά, όμως, και λόγω του ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας λειτουργούν με έναν σταθερό προϋπολογισμό που βασίζεται σε αποδόσεις του παρελθόντος, οι στρατηγικές συγκράτησης των δαπανών δεν κατάφεραν να ελέγξουν το κόστος και να αποτρέψουν τις άσκοπες σπατάλες. Επιπλέον, αν και η πληρωμή των ιατρών με μηνιαίο μισθό υποτίθεται ότι συμβάλει στον έλεγχο και περιορισμό του κόστους, επί της ουσίας δεν προσφέρει κίνητρα για βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποτελεσματικότητας. Αυτό επιβεβαιώνεται από την εμπειρία λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Παρά το γεγονός της πληρωμής των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ και των ιατρών των μονάδων του ΙΚΑ ως μισθωτών πλήρους απασχόλησης και τον περιορισμό της άσκησης ιδιωτικής πρακτικής, αυτοί και οι ιατροί του ΙΚΑ, οι οποίοι, ως επί το πλείστον, απασχολούνται με μερική απασχόληση, καταλήγουν να εργάζονται λιγότερες από τις προβλεπόμενες από τις συμβάσεις τους ώρες, τις οποίες ουσιαστικά χρησιμοποιούν για προσέλευση ασθενών στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Οι πρακτικές αυτές ενθαρρύνονται από τους χαμηλούς μισθούς που τους προσφέρονται αλλά και από την έλλειψη οποιουδήποτε μηχανισμού ελέγχου (Mossialos et al., 2005).

Οι ιατροί και οι οδοντίατροι οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνονται κατά πράξη, που είναι ένας τρόπος αμοιβής ο οποίος θεωρητικά εισάγει προκλητή μη αναγκαία ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ορισμένοι ιατροί χρεώνουν για επιπλέον επισκέψεις ή συνταγογραφούν περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα από αυτά που ιατρικώς απαιτούνται, με σκοπό την ενίσχυση του εισοδήματός τους.

Επιπλέον, όσο οι αμοιβές των ιατρών διατηρούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, οι άτυπες πληρωμές των ιατρών από τους ασθενείς γίνονται όλο και πιο συχνές.

Οι ιδιωτικές κλινικές, εκτός από τους μισθωτούς ιατρούς, απασχολούν και συμβεβλημένους ιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη απευθείας από τον ασθενή. Οι τελευταίοι λαμβάνουν επίσης ένα μερίδιο από το λογαριασμό που πληρώνει ο ασθενής στην κλινική, ως πρόσθετη αμοιβή.

Οι οδοντίατροι και οι ιατροί στον ιδιωτικό τομέα αποζημιώνονται κατά πράξη απευθείας από τους ασθενείς. Οι εν λόγω αμοιβές συνήθως προσδιορίζονται σε ένα ελάχιστο επιτρεπτό επίπεδο από τους ιατρικούς συλλόγους και εξαρτώνται από τα προσόντα και τις δεξιότητες του ιατρού. Για τους ιατρούς ειδικοτήτων οι αμοιβές συνήθως κυμαίνονται από 40 ευρώ έως 100 ευρώ ανά επίσκεψη. Το ποσό αυτό εξαρτάται από παράγοντες προσφοράς και ζήτησης, καθώς και από το κατά κεφαλήν εισόδημα στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές.

Το νοσηλευτικό προσωπικό σε όλες τις υγειονομικές μονάδες αμείβεται κυρίως με μισθό. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές περιπτώσεις νοσηλευτικής φροντίδας (κατ' οίκον νοσηλεία κ.λπ.) το νοσηλευτικό προσωπικό αποζημιώνεται κατά πράξη.

Οι φαρμακοποιοί αποζημιώνονται κατά πράξη, εισπράττοντας από τους ασθενείς ένα ποσοστό (το οποίο κυμαίνεται από 10% έως 25%) επί της αξίας των συνταγών και το υπόλοιπο ποσό το εισπράττουν από το ασφαλιστικό ταμείο.

Οι φυσιοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές δραστηριοποιούνται κυρίως ιδιωτικά και αμείβονται κατά πράξη απευθείας από τους ασθενείς. Μόνο ένα μικρό

Πίνακας 4: Τρόποι πληρωμής ανά κατηγορία επαγγελματία υγείας

Επαγγελματική κατηγορία	Μέθοδος πληρωμής
Νοσοκομειακοί ιατροί του ΕΣΥ	Μηνιαίος μισθός Κατά πράξη πληρωμές (απογευματινά ιατρεία) Άτυπες πληρωμές
Ιατροί νοσοκομείων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης	Μηνιαίος μισθός Κατά πράξη πληρωμές Άμεσες πληρωμές από ασθενείς για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχεται στα ιδιωτικά τους ιατρεία
Ιατροί σε στρατιωτικά νοσοκομεία	Μηνιαίος μισθός Κατά πράξη πληρωμές Άμεσες πληρωμές από ασθενείς Άτυπες πληρωμές
Ιατροί αγροτικών ιατειρών και κέντρων υγείας του ΕΣΥ	Μηνιαίος μισθός
Ιατροί ιδιωτικών νοσοκομείων	Μηνιαίος μισθός Κατά πράξη πληρωμές Επιπλέον αμοιβές
Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία	Κατά πράξη πληρωμές Σε μερικές περιπτώσεις πληρωμή κατά κεφαλήν Άτυπες πληρωμές
Ιδιώτες οδοντίατροι συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία	Κατά πράξη πληρωμές Επιπλέον άμεσες πληρωμές από ασθενείς
Ιδιώτες οδοντίατροι και ιατροί	Κατά πράξη πληρωμές
Νοσηλεύτες/τριες	Μηνιαίος μισθός
Φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές	Κατά πράξη πληρωμές

ποσοστό από τις εν λόγω κατηγορίες επαγγελματιών συμβάλλεται με τα ασφαλιστικά ταμεία και αποζημιώνεται κατά πράξη από το φορέα. Στον Πίνακα 4 συνοψίζονται οι τρόποι αποζημίωσης για κάθε κατηγορία επαγγελματιών υγείας.

Εν κατακλείδι, οι μέθοδοι αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας στον ελληνικό υγειονομικό τομέα δεν δημιουργούν κίνητρα για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας. Τα δημόσια νοσοκομεία ακόμη αποζημιώνονται με το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και ο κρατικός προϋπολογισμός επιχορηγεί τα ελλείμματά τους. Οι ιατροί οι οποίοι εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας είναι εργαζόμενοι με πλήρη απασχόλη-

ση, πληρώνονται με μισθό και δεν τους επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική. Οι συμβεβλημένοι ιατροί οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας αμείβονται κατά πράξη. Το γεγονός ότι οι αμοιβές των ιατρών δεν σχετίζονται με τις επιδόσεις τους, καθώς και η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου, αποτελεί κίνητρο για την ελαχιστοποίηση του χρόνου που αφιερώνουν στις υποχρεώσεις τους που απορρέουν από τις συμβάσεις τους και αύξηση του χρόνου που αφιερώνουν στην ιδιωτική πρακτική, είτε αυτή επιτρέπεται είτε όχι (Sissouras et al., 1999· Mossialos et al., 2005). Πολύ συχνά, εξαιτίας των χαμηλών μισθών, οι ιατροί του ΕΣΥ εξετάζουν ασθενείς στα δικά τους ιατρεία ή λαμβάνουν άτυπες πληρωμές.

Παρομοίως, οι ιατροί με καθεστώς μερικής απασχόλησης στα ασφαλιστικά ταμεία ελαχιστοποιούν το χρόνο που αφιερώνουν στα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών φορέων και διοχετεύουν το χρόνο τους στην προσέλευση ασθενών για τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Η αιτιολογία που χρησιμοποιείται σε αυτή την περίπτωση είναι ότι στα πολυϊατρεία ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος και ο διαθέσιμος χρόνος των ιατρών για κάθε περιστατικό περιορισμένος. Σε αυτό το πλαίσιο, ο μόνος τρόπος για τον ασθενή να απολαύει καλύτερης ποιοτικά

φροντίδας υγείας από τον ιατρό είναι να τον επισκεφθεί στο ιδιωτικό του ιατρείο. Επιπροσθέτως, οι αμοιβές που καταβάλλονται στους συμβεβλημένους ιατρούς είναι χαμηλές και κατά συνέπεια μπορούν να εισάγουν προκλητή ζήτηση μέσω της χρέωσης για περαιτέρω μη αναγκαίες επισκέψεις και της συνταγογράφησης περιττών διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων, με σκοπό την αύξηση του εισοδήματός τους. Ως απόρροια, τα ασφαλιστικά ταμεία επωμίζονται το οικονομικό βάρος της αποζημίωσης εικονικών εξετάσεων.



4. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

4.1 Η διαδρομή των ασθενών στο σύστημα υγείας

Στο ΕΣΥ απουσιάζει πλήρως ένας μηχανισμός ελέγχου της εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στις υπηρεσίες. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν να επισκεφτούν τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) οποιουδήποτε δημόσιου ή ιδιωτικού, συμβεβλημένου με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, νοσοκομείου, παρακάμπτοντας τα σημεία επαφής με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία ελέγχου της διαπεριφερειακής ροής των ασθενών. Οι πολίτες προτιμούν να επισκέπτονται τα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων ή τα μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που προσφέρουν ακριβές, υψηλής τεχνολογίας υπηρεσίες, λόγω του γεγονότος ότι τα επαρχιακά νοσοκομεία πολλές φορές είναι ελλιπώς στελεχωμένα και χωρίς επαρκή βιοϊατρικό εξοπλισμό. Η κατάσταση αυτή οδηγούσε, μέχρι τώρα, σε περιπτώσεις όπου πολλά νοσοκομεία ήταν αναγκασμένα να αναπτύξουν επιπλέον κλίνες, ακόμα και στους διαδρόμους, προκειμένου να καλύψουν την υπερβάλλουσα ζήτηση.

Μια δεύτερη αρνητική επίπτωση της απουσίας συστήματος παραπομπών είναι η ύπαρξη λιστών αναμονής για υπηρεσίες ειδικοτήτων. Είναι σύνθηες φαινόμενο οι ασθενείς να ανα-

ζητούν υπηρεσίες ειδικοτήτων σύμφωνα με τις δικές τους προσωπικές εκτιμήσεις για την κατάστασή τους και όχι αφού προηγουμένως έχουν λάβει τη γνώμη ενός γενικού ιατρού σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο οποίος στη συνέχεια θα τους παραπέμψει στον αρμόδιο για την περίπτωση τους ιατρό. Τρίτον, οι ασθενείς συχνά νοσηλεύονται για καταστάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από εξωνοσοκομειακές δομές, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να επιφορτίζονται με επιπλέον έργο και να δεσμεύουν πόρους που θα μπορούσαν να διαθέσουν σε άλλες υπηρεσίες.

Από την άλλη, όσοι έχουν συνάψει συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, στη βάση δικτύων επιλεγμένων προμηθευτών ή ολοκληρωμένων σχημάτων όπου ασφαλιστής και πάροχος λειτουργούν στο πλαίσιο μιας κοινής οργανωτικής δομής, είναι υποχρεωμένοι να επισκέπτονται μια μονάδα πρώτης επαφής με τις υπηρεσίες υγείας, η οποία στη συνέχεια θα τους παραπέμψει σε κάποια υπηρεσία ειδικότητας ή σε κάποιο νοσοκομείο.

Η απουσία ενός συστήματος παραπομπής στην Ελλάδα αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό ποσοστό των γενικών ιατρών που δραστηριοποιούνται στη χώρα. Ενώ σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης οι γενικοί ιατροί αποτελούν το 25% του συνόλου των ιατρών, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 4,5%, το οποίο είναι

το χαμηλότερο μεταξύ των κρατών-μελών της Κοινότητας (OECD, 2010a, 2010b).

4.2 Δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

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

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

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

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

δ) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κρά-

τος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

4.2.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από το ΕΣΥ

Η ΠΦΥ στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο 201 κέντρων υγείας, στελεχωμένων με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους, παιδίατρους, οδοντιάτρους, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των κέντρων υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς τους, ο οποίος κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 10.000 και 30.000 κατοίκων. Στόχος τους, σύμφωνα με τον ιδρυτικό τους νόμο (Ν. 1397/83), ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην ΠΦΥ, καθώς παρείχαν, μέχρι πρόσφατα, δωρεάν υπηρεσίες σε εικοσιτετράωρη βάση, χωρίς επιβάρυνση των ασθενών. Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, όπως αναλύεται στην Ενότητα 6, οι πολίτες επιβαρύνονται πλέον με 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε κέντρο υγείας. Τα τελευταία χρόνια, εκτός των αγροτικών κέντρων υγείας, συστάθηκαν και 8 κέντρα υγείας αστικού τύπου. Πέρα αυτών, λειτουργούν 89 πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, 1.460 περιφερειακά ιατρεία και 43 ειδικά περιφερειακά ιατρεία, στα οποία υπηρετούν κυρίως απόφοιτοι ιατρικών σχολών που μετά τη λήψη του πτυχίου τους είναι υποχρεωμένοι να ασκήσουν ιατρική σε αγροτικές περιοχές (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

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

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

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

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

Παρά τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν και την οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται πλέον οι ασθενείς για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, τα τελευταία χρόνια η κίνηση των κέντρων υγείας δείχνει να έχει αυξηθεί. Το 2010 ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας αυξήθηκε κατά 4% σε σχέση με το 2009 (από 6.066.800 σε 6.305.459 εξετασθέντες), ενώ για το διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2011 η αύξηση σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα του 2010 ήταν 21% (από 4.730.993 σε 5.702.890

Πίνακας 5: Κίνηση εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, 2009-2011

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

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

εξετασθέντες) (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Το γεγονός αυτό δείχνει τη σημασία της λειτουργίας των κέντρων υγείας για την κάλυψη των αναγκών των μη αστικών περιοχών. Δείχνει επίσης την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Πρωτοβάθμια φροντίδα εντός του ΕΣΥ παρέχουν επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των 131 δημόσιων νοσοκομείων. Καλύπτουν όλες τις ειδικότητες και αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές, καθώς η ανάπτυξη αστικών κέντρων υγείας δεν προχώρησε. Για κάθε επίσκεψη σε αυτά, ο ασθενής κατέβαλλε το ποσό των 3 ευρώ, ενώ πρόσφατα το ποσό αυτό ανέβηκε σε 5 ευρώ. Με το Ν. 2889/2001, όπως αναλύεται στην Ενότητα 6, ιδρύθηκαν τα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, η λειτουργία των οποίων επεκτάθηκε το 2010. Σε αυτά, οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο, στη βάση προγραμματισμένων ραντεβού και αμειβόμενοι κατά πράξη, σε προκαθορισμένες τιμές που πλησιάζουν τον μέσο όρο της αγοράς. Από τον αριθμό των ασθενών που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων φαίνεται ότι η κίνηση σε αυτά έχει μειωθεί τα τελευταία τρία χρόνια. Ενδεικτικά είναι τα στοιχεία του Πίνακα 5, όπου καταγράφεται ο

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

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

ριακές υπηρεσίες του ΕΚΑΒ ως αυτοδύναμα παραρτήματα. Κάθε παράρτημα έχει ως περιοχή ευθύνης του ορισμένη γεωγραφική περιφέρεια.

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

Προκειμένου να πετύχει τους παραπάνω στόχους του, το ΕΚΑΒ διαθέτει μέσα άμεσης επέμβασης και διακομιδής πασχόντων, όπως: (α) κατάλληλα εξοπλισμένα ασθενοφόρα που στελεχώνονται με δύο διασώστες, (β) κινητές μονάδες επείγουσας ιατρικής που έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με δύο διασώστες και έναν ιατρό εκπαιδευμένο στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική, (γ) μο-

τοσικλέτες άμεσης επέμβασης οι οποίες έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με ένα διασώστη και έναν ιατρό εκπαιδευμένο στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική και (δ) τρία ελικόπτερα τα οποία έχουν παραχωρηθεί στην πολεμική αεροπορία για επιχειρησιακή εκμετάλλευση στις αεροδιακομιδές επειγόντων περιστατικών από το ΕΚΑΒ. Ο συντονισμός των μέσων και των δράσεων επιτυγχάνεται, εκτός από τη λειτουργία του τηλεφωνικού κέντρου που αναφέρθηκε παραπάνω, με την ύπαρξη ψηφιακού δικτύου ασύρματης επικοινωνίας για τη συνεχή επαφή με ασθενοφόρα και άλλα μέσα και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς, ασύρματου ψηφιακού συστήματος εντοπισμού και πλοήγησης όλων των οχημάτων του ΕΚΑΒ Αθηνών, δικτύου ενσύρματης επικοινωνίας με τα τμήματα υποδοχής επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, συστήματος πληροφορικής για καταγραφή και επεξεργασία πληροφοριών και μέσων μετάδοσης ιατρικών πληροφοριών (σύστημα τηλεϊατρικής στο τμήμα αεροδιακομιδών).

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, το ΕΚΑΒ αντιμετώπιζε μια σειρά προβλημάτων που σχετίζονταν με ελλείψεις στην υλικοτεχνική του υποδομή και το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Θεοδώρου, 1994). Η διοργάνωση από την Ελλάδα των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004 ήταν ένας παράγοντας ο οποίος συνέβαλε στον εκσυγχρονισμό του ΕΚΑΒ σε σχέση με τη μέχρι τότε υφιστάμενη κατάσταση. Πριν από τους Αγώνες, το ΕΚΑΒ διέθετε 435 ασθενοφόρα, 77 ειδικές κινητές μονάδες επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, 16 μοτοσικλέτες και 3 ελικόπτερα. Κατά την περίοδο προετοιμασίας για τους Αγώνες, το ΕΚΑΒ ενισχύθηκε με 270 επιπλέον ασθενοφόρα, 20 ειδικές κινητές μονάδες επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, 21

μοτοσικλέτες, 2 αυτοκινούμενα συντονιστικά κέντρα και 2 οχήματα αντιμετώπισης καταστροφών (Zygoura et al., 2007). Σήμερα, το ΕΚΑΒ διαθέτει 735 ασθενοφόρα, 102 ειδικές κινητές μονάδες επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, 25 μοτοσικλέτες, 4 οχήματα ταχείας πρόσβασης, 3 ελικόπτερα, 2 αυτοκινούμενα συντονιστικά κέντρα και 2 οχήματα αντιμετώπισης καταστροφών. Επιπροσθέτως, 350 ασθενοφόρα έχουν παραχωρηθεί από το ΕΚΑΒ και χρησιμοποιούνται από νοσοκομεία και κέντρα υγείας.

Όμως, μετά τους Ολυμπιακούς Αγώνες δεν έγινε καμία άλλη προσπάθεια ανανέωσης του στόλου του ΕΚΑΒ, με αποτέλεσμα αυτός να χαρακτηρίζεται σήμερα γερασμένος. Εκτός αυτού, η έλλειψη ιατρικού δυναμικού έχει ως αποτέλεσμα κινούμενες μονάδες, όπως οι μοτοσικλέτες, να παραμένουν ακρησιμοποίητες. Ένα τρίτο πρόβλημα είναι η μη πλήρης λειτουργία του ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος του ΕΚΑΒ. Τέταρτον, σημαντικό ποσοστό της τάξης του 35% των διακομιδών που πραγματοποιούν τα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ αφορούν χρόνια περιστατικά, δηλαδή περιπτώσεις οι οποίες δεν εντάσσονται στην αποστολή του οργανισμού. Τα παραπάνω προβλήματα επιδεινώθηκαν από τον μέχρι πρόσφατα απαρχαιωμένο οργανισμό του φορέα και την απουσία επιχειρησιακού σχεδίου, με συνέπεια η πληθυσμιακή και γεωγραφική κατανομή του στόλου του ΕΚΑΒ να μη βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού (Μπουλούτζα, 2010).

4.2.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση και παρο-

χή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο, το οποίο καλύπτει σχεδόν το 50% του πληθυσμού της χώρας, παρέχοντας περίθαλψη κυρίως στους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και στα μέλη των οικογενειών τους. Ειδικότερα, είναι υπεύθυνο για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους 5,6 εκατ. δικαιούχους του, μέσω ενός εκτεταμένου και αποκεντρωμένου δικτύου 272 πολυϊατρείων και ειδικών υγειονομικών μονάδων, συμπεριλαμβανομένων 2 διαγνωστικών κέντρων ιατρικής της εργασίας, 2 κέντρων παιδοψυχικής υγιεινής και 7 κέντρων προληπτικής ιατρικής. Οι μονάδες αυτές είναι στελεχωμένες με 8.280 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και 3.573 νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό δυναμικό (ΙΚΑ, 2011). Οι περισσότεροι από τους ιατρούς είναι μερικής απασχόλησης μισθωτοί, οι οποίοι διατηρούν και ιδιωτικό ιατρείο. Σε ορισμένες απομακρυσμένες περιοχές όπου δεν υπάρχουν επαρκείς δομές του ΙΚΑ, υπηρεσίες στους ασφαλισμένους του παρέχουν συμβεβλημένοι με αυτό αγροτικοί ιατροί.

Θεωρητικά, το ΙΚΑ παρέχει στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα. Στην πράξη, όμως, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων από το ΙΚΑ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιορίστηκε στη συνταγογράφηση (45% των

περιπτώσεων), στην παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, καθώς και στην παραπομπή των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων (κυρίως των ηλικιωμένων που είναι οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών του ΙΚΑ).

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους αγρότες, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού (2,03 εκατ. δικαιούχοι). Δεν έχει δικές του μονάδες υγείας όπως το ΙΚΑ, αλλά οι δικαιούχοι του περίθαλψης μπορούν να επισκέπτονται τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων ή των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών κλινικών, προκειμένου να τους παρασχεθούν ιατρικές φροντίδες, να υποβληθούν σε μικροβιολογικές ή άλλες παρακλινικές εξετάσεις και για συνταγογράφηση φαρμάκων. Ο ΟΓΑ έχει επίσης σύμβαση με περίπου 10.680 ιδιώτες ιατρούς, ο ρόλος των οποίων είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων. Η δαπάνη της επίσκεψης σε αυτούς επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και δεν αποδίδεται από τον ΟΓΑ στον ασφαλισμένο.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε το 2007, ασφαλίσει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Με το Ν. 3655/2008 για τη διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν ο κλάδος κύριας ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι κατά κύρια ασφάλιση ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης

Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ). Παρέχει στους περίπου 2,06 εκατ. ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις σε συμβεβλημένα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα ύστερα από παραπομπή του θεράποντα ιατρού. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κατά 25% επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου που ισχύει κάθε φορά. Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να εκτελούνται και από μη συμβεβλημένα με τον ΟΑΕΕ εργαστήρια, χωρίς παραπεμπτικό του θεράποντα ιατρού, αλλά ύστερα από γνωμάτευση ιατρού υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Σε αυτή την περίπτωση ο ΟΑΕΕ καταβάλλει το 75% της τιμής του κρατικού τιμολογίου.

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα. Συστάθηκε ως ΝΠΔΔ με το Ν. 2768/1999, ενώ με το Ν. 3918/2011 μετατράπηκε σε ασφαλιστικό ταμείο. Παρέχει κάλυψη για ιατρική φροντίδα σε περίπου 1,5 εκατ. δικαιούχους, μέσω συμβάσεων με 12.744 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, 2.685 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, 710 φυσιοθεραπευτές, 1.108 οπτικούς και 9.735 φαρμακεία (Σουλιώτης, 2010). Με το Ν. 3655/2008, στον ΟΠΑΔ εντάχθηκαν και οι περίπου 150.000 ασφαλισμένοι του Ταμείου Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ).

Τα παραπάνω 4 ταμεία καλύπτουν περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, όπως θα αναλυθεί στην Ενότητα 6, τα εν λόγω ταμεία ενοποιούνται σε ένα φορέα, όπου όλοι οι ασφαλισμένοι αυτών έχουν πλέον θεωρητικά πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

4.2.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από την τοπική αυτοδιοίκηση

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Συνήθως πρόκειται για ιατρεία των οποίων η λειτουργία ξεκινά σε εθελοντική βάση με κάποιες από τις βασικές ειδικότητες, όπως παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο, και στην πορεία μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων προσλαμβάνεται υγειονομικό προσωπικό και αγοράζεται ο αναγκαίος εξοπλισμός. Τα ιατρεία αυτά λειτουργούν ορισμένες μέρες και ώρες της εβδομάδας και παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας περιπτώσεων που δεν είναι αναγκαία η νοσηλεία, συνταγογράφησης, μετανοσοκομειακής φροντίδας, αποκατάστασης, παρακολούθησης χρονίως πασχόντων και κοινωνική φροντίδα, δωρεάν για τους δημότες. Κυρίως καλύπτουν τις ανάγκες των φτωχών, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε άλλες δομές υγείας. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής της Διεύθυνσης Κοινωνικής Μέριμνας και Υγείας του Δήμου Αθηναίων λειτουργεί επτά ιατρεία, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες παθολόγου, κυτταρολόγου, γυναικολόγου, μικροβιολόγου, ορθοπαιδικού χειρουργού, καρδιολόγου, οφθαλμίατρο, παιδίατρο, δερματολόγου, ΩΡΛ, μαστολόγου και οδοντίατρο. Συγκεντρωτικά στοιχεία για τη λειτουργία των δημοτικών ιατρείων σε όλη τη χώρα ως προς τη στελέχωση, τον εξοπλισμό, τον αριθμό των επισκέψεων, το κόστος λειτουργίας και το προφίλ των ασθενών δεν υπάρχουν. Συνεπώς, καθίσταται δυσχερής η αποτίμηση του έργου τους και της βαρύτητάς τους, εικάζεται όμως

ότι η θέση τους στο ευρύτερο σύστημα υγείας της χώρας δεν είναι τέτοια που να επηρεάζει τη συνολική προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα άλλωστε που αντιμετωπίζει η τοπική αυτοδιοίκηση στην παροχή δομών κοινωνικής πολιτικής, τα οποία εκτός των άλλων συνδέονται με το ζήτημα της χρηματοδότησης, θέτουν όρια στις δυνατότητες οργάνωσης από αυτή ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Σκαμνάκης, 2006).

Εκτός των ιατρείων, οι δήμοι παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας, όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι πάνω από το 80% των ΚΑΠΗ της χώρας εκτελούν δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως η μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου και οι εμβολιασμοί. Επιπροσθέτως, στο 40% περίπου των ΚΑΠΗ διενεργούνται σε ικανοποιητικό βαθμό έλεγχοι χοληστερίνης και καρδιογραφήματα. Όσον αφορά την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, τρία στα τέσσερα ΚΑΠΗ υλοποιούν σχετικά προγράμματα, όπως διαλέξεις για σωστή διατροφή, ένδυση, αποφυγή ατυχημάτων, ατομική υγιεινή κ.λπ., ενώ επτά στα δέκα ΚΑΠΗ παρέχουν προγράμματα φυσιοθεραπείας και τέσσερα στα δέκα προγράμματα εργοθεραπείας. Τέλος, σε περισσότερα από τα μισά ΚΑΠΗ έχει αναπτυχθεί το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». Το εύρος και η έκταση εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ποικίλλει μεταξύ των ΚΑΠΗ ανάλογα με τον αριθμό των μελών τους, τον αριθμό και τη σύνθεση του προσωπικού τους και τους διατιθέμενους οικονομικούς πόρους (Γεωργούση κ.ά., 2002).

Μια σχετικά πρόσφατη δραστηριότητα ορισμένων δήμων είναι η λειτουργία κοινωνικών

φαρμακείων. Το 2008 λειτούργησε το πρώτο κοινωνικό φαρμακείο του Δήμου Αθηναίων με τη συνεργασία του Ιδρύματος Αστέγων και των Δημοτικών Ιατρείων του Δήμου Αθηναίων, του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής και της ΜΚΟ «Φαρμακοποιοί του Κόσμου». Σκοπός του φαρμακείου είναι η δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων ατόμων που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας (http://www.hellasnews.tv/kyada/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=65).

Αντίστοιχες δραστηριότητες έχουν αναπτυχθεί και σε άλλες πόλεις, όπως ο Βόλος και το Κιλκίς, με τη συνεργασία της Εκκλησίας.

4.2.4 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τον ιδιωτικό τομέα

Εκτός των δημόσιων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, λειτουργούν επίσης πάνω από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια και περίπου πάνω από 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Τα περισσότερα από αυτά παρέχουν υψηλής τεχνολογίας και δαπάνης υπηρεσίες και βρίσκονται κυρίως στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Τα ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα συνάπτουν συμβάσεις με ένα ή περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία και παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους αυτών. Επίσης, παρέχουν υπηρεσίες άμεσα στους ιδιώτες ασθενείς στη βάση της κατά πράξη αμοιβής, όπου η δαπάνη καλύπτεται είτε με άμεση καταβολή του κόστους από το χρήστη είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Εκτός των παραπάνω, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Πριν από την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα,

εκτιμάται ότι πάνω από 5 εκατ. περιπτώσεις ασθενών απευθύνονταν ετησίως στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος κατέγραφε ετήσια κέρδη της τάξης των 154 εκατ. ευρώ (ICAP, 2006).

Η μειωμένη ικανοποίηση εκ μέρους του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Γεωργούση κ.ά., 1994· Κυριόπουλος κ.ά., 2003), τα διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και ο μεγάλος αριθμός ιατρών οδήγησαν στην αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται, όπως είδαμε στην Ενότητα 3, από το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας και από το μεγάλο μέγεθος της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα. Ο αυξημένος αριθμός των διαγνωστικών κέντρων τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και αμείβονται αναδρομικά κατά πράξη και περίπτωση και ο έντονος ανταγωνισμός έχουν οδηγήσει στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών τους. Η απουσία μηχανισμού παραπομπών και ελέγχου έχει ως αποτέλεσμα τα ταμεία να καλούνται να καταβάλλουν στα διαγνωστικά κέντρα σημαντικά ποσά τα οποία δεν αιτιολογούνται πλήρως.

Επιβαρυντική συνθήκη αυτής της κατάστασης είναι το γεγονός ότι η επέκταση των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα έλαβε χώρα σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηριζόταν, μέχρι το 2010, από την απουσία ρυθμιστικού πλαισίου και προγραμματισμού για τη διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και τη μη διεξαγωγή αξιολογήσεων του κόστους, του οφέλους και της ιατρικής αποτελεσματικότητας που να πιστοποιούν την αναγκαιότητα για την έγκριση εγκατάστασης νέων μηχανημάτων. Συνέπεια αυτού είναι η μεγάλη επέκταση της απεικονιστικής διαγνωστικής όπου κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας (Liaropoulos and

Kaitelidou, 2000). Επιπροσθέτως, η απουσία διαδικασιών αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας αποθάρρυνε οποιαδήποτε προσπάθεια αποτίμησης των προγραμμάτων υγείας, με συνέπεια να καθίσταται δύσκολη η εκτίμηση εάν μια διαγνωστική εξέταση θα έπρεπε ή όχι να αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Mousiama et al., 2001)

Οι φραγμοί που έθεσε η κεντρική διοίκηση στον ιδιωτικό τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στη δεκαετία του 1980 οδήγησε στη στροφή του προς την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, η οποία απορρόφησε περίπου το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία, με επικέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα (Κυριόπουλος κ.ά., 1994· Κυριόπουλος, 1995). Έτσι, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι, μεταξύ των χωρών-μελών της ΕΕ, η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους αναλογικά μαγνητικούς τομογράφους, όπου σε κάθε εκατομμύριο πληθυσμού αντιστοιχούν 21,8, τη στιγμή που ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 9,5 μαγνητικοί τομογράφοι. Αντίστοιχη είναι η κατάσταση αναφορικά και με τους αξονικούς τομογράφους, όπου η χώρα μας, με 33,9 ανά εκατομμύριο πληθυσμού, είναι δεύτερη μετά την Κύπρο (35,5), τη στιγμή που ο Κοινοτικός μέσος όρος είναι 19,2 αξονικοί τομογράφοι. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 70% της τεχνολογίας αυτής στην Ελλάδα βρίσκεται στον ιδιωτικό τομέα. Συνέπεια της εν λόγω κατάστασης είναι ότι η Ελλάδα εμφανίζει τη μεγαλύτερη αναλογία εξετάσεων στην ΕΕ, αναλογώντας 98,1 μαγνητικές και 320,9 αξονικές τομογραφίες ανά 1.000 άτομα (OECD, 2010a, 2010b).

4.2.5 Αποτίμηση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η σχετική βαρύτητα του ΕΣΥ, των ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα

στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον ελληνικό πληθυσμό είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, λόγω της έλλειψης επαρκών και συγκρίσιμων επίσημων στοιχείων αναφορικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Επί της αρχής, δεδομένης της απουσίας συστήματος παραπομπής, οι πολίτες, μέχρι σήμερα και πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, μπορούσαν να επιλέξουν να επισκεφτούν κάποια από τις διαφορετικές δημόσιες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, ένας ασφαλισμένος του ΙΚΑ είχε την επιλογή να επισκεφτεί δομές του ΙΚΑ ή του ΕΣΥ, αλλά δεν ήταν σαφές το πού τελικά θα προτιμούσε να πάει και για ποιο λόγο. Ήταν επίσης πιθανό να επισκεφτεί υπηρεσίες και από τα δύο δίκτυα. Τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη το 2006 σε δείγμα 1.000 ατόμων έδειξαν ότι το 50,1% των συμμετεχόντων επισκέφτηκε υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων, το 26,3% ιδιωτικές υπηρεσίες και το 22,3% υπηρεσίες του ΕΣΥ (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2006). Σύμφωνα με τα δεδομένα που αναφέρονται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα για την Υγεία και την Πρόνοια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι επισκέψεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη το 2006 κατανέμονταν ως εξής: 12,5% στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία, 38,8% στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, 2,5% σε δομές άλλων ασφαλιστικών ταμείων, 34,4% σε ιδιωτικά ιατρεία και 11,2% σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

Από τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι τα ασφαλιστικά ταμεία, και πρωτίστως το ΙΚΑ, καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για πρωτοβάθμια περίθαλψη. Με βάση τα στοιχεία του ΙΚΑ, το 2007 σε κάθε δικαιούχο περίθαλψης αναλογούσαν

4,02 ιατρικές επισκέψεις και 6,34 εργαστηριακές εξετάσεις (ΙΚΑ, 2011). Συγκριτικά με 27 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, η Ελλάδα, με 4 επισκέψεις ανά κάτοικο, εμφανίζει την 6η χαμηλότερη χρησιμοποίηση υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (OECD, 2011). Ως εκ τούτου, δεν προκύπτει υπερβάλλουσα ζήτηση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών τέτοια που να καθιστά αναγκαία την πρόσφατη επιβολή συμμετοχής του πολίτη στο κόστος παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας ύψους 5 ευρώ. Αυτό υποδεικνύει τον εισπρακτικό χαρακτήρα παρόμοιων μέτρων. Επίσης, δεν δίνει κίνητρα στροφής του πληθυσμού προς την πρωτοβάθμια φροντίδα προκειμένου να αποφορτιστούν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ο τομέας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προβλήματα συντονισμού σε δύο επίπεδα. Σε ένα πρώτο γενικό επίπεδο, λόγω της απουσίας συστήματος παραπομπής, δεν επιτυγχάνεται ο συντονισμός μεταξύ των προμηθευτών εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομειακών ιατρών, με αποτέλεσμα να διαρρηγνύεται η συνέχεια στη φροντίδα και να αυξάνεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, παρατηρούνται διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές με ανεπαρκή στελέχωση και εξοπλισμό. Τα κέντρα υγείας αύξησαν την πρόσβαση στην περίθαλψη των αγροτικών περιοχών, ωστόσο η εγκατάλειψή τους, η οποία οδήγησε στην ανεπαρκή στελέχωσή τους και στην απαξίωση του κτιριολογικού και τεχνολογικού εξοπλισμού τους, καθώς και η έλλειψη οικονομικής και διαχειριστικής αυτονομίας είχαν ως συνέπεια η πραγματική τους επίδοση να είναι κατώτερη των προσδοκιών. Αυτό επιβεβαιώνεται και από εκθέσεις του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοι-

ας, οι οποίες διαπιστώνουν σημαντικές ανεπάρκειες στη λειτουργία των κέντρων υγείας (ΣΕΥΥΠ, 2007). Μια πρώτη ανεπάρκεια είναι η αριθμητική και κατανομητική ανισορροπία των ανθρώπινων πόρων που οδηγεί σε αναντιστοιχία μεταξύ της γεωγραφικής κατανομής και του μείγματος των διαθέσιμων ειδικοτήτων. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι η παλαιότητα κτιρίων και τεχνολογικού εξοπλισμού αλλά και η απουσία κατάλληλης μηχανοργάνωσης. Η επίπτωση των παραπάνω είναι η άνιση κατανομή των υγειονομικών πόρων, η οποία οδηγεί σε δυσκολίες στην πρόσβαση, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, και το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας των κέντρων υγείας να περιορίζεται στη συνταγογράφηση και την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία. Δυστυχώς, οι κυβερνήσεις θεώρησαν την πρόσληψη του αναγκαίου στελεχιακού δυναμικού, προκειμένου να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα κέντρα υγείας, περισσότερο δημοσιονομικό βάρος παρά ζήτημα επένδυσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στη δημόσια υγεία.

Ο μέχρι πρόσφατα μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών με διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές παρείχε υπηρεσίες που ήταν ασυντόνιστες μεταξύ τους. Όχι μόνο εμφάνιζαν αλληλεπικαλύψεις, αλλά επίσης διέφεραν ως προς την ποιότητα και την έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής και τη στελέχωση, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ανισοτήτων. Το πρόβλημα διογκωνόταν από τη μη λειτουργία αστικών κέντρων υγείας. Έτσι, διαμορφώνονταν οι όροι ώστε τα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για υπηρεσίες που δεν μπορούσαν να προσφέρουν. Ειδικότερα, η έλλειψη μηχανισμών ελέγχου των παραπομπών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διε-

νέργεια δαπανηρών εξετάσεων επιβάρυνε τα ταμεία με αδικαιολόγητες δαπάνες. Η απουσία συστήματος παραπομπής βασισμένου στη θεσμοθέτηση του γενικού ιατρού, καθώς και ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή, υπέσκαψε τη συνέχεια της φροντίδας, υπερφόρτωσε το σύστημα με περιττές επισκέψεις και υπερχρέωσε τα ταμεία. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η απουσία ολοκληρωμένων συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας δημιούργησαν ένα συναίσθημα δυσπιστίας των χρηστών δημόσιων υπηρεσιών και τους οδήγησαν στην αναζήτηση δεύτερης γνώμης από τον ιδιωτικό τομέα. Ενδεικτικά αυτής της κατάστασης είναι τα αποτελέσματα ερευνών γνώμης τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά στην Ενότητα 5. Επιπροσθέτως, ο σχετικά μεγάλος αριθμός των συμβεβλημένων με τα ταμεία ιατρών και η αμοιβή τους κατά πράξη και περίπτωση συνέβαλαν στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης και αύξησαν το κόστος που επωμίστηκαν τα ταμεία. Τέλος, η απουσία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων έκανε αδύνατη τη διάθεση δεδομένων σχετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών και την οικονομική και διαχειριστική κατάσταση των μονάδων. Ως εκ τούτου, ήταν δύσκολη η αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος με βάση καλά προσδιορισμένους δείκτες επίδοσης, επιτείνοντας τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας απουσίας υπευθυνότητας και λογοδοσίας (de Kervasdoue, 2009).

Οι Ν. 2519/1997 και 3235/2004, όπως αναλύεται στην Ενότητα 6, επιχείρησαν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν, χωρίς ωστόσο επιτυχία, αφού δεν εφαρμόστηκαν, ο πρώτος λόγω της απουσίας διάθεσης από την πολιτική εξουσία να προωθήσει μείζονες δομικές μεταρρυθμίσεις και της γραφειοκρατικής αδράνειας και ο δεύτερος

λόγω της αλλαγής κυβέρνησης. Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ, όπως θα δούμε παρακάτω, αποτελεί μια μερική, όχι όμως και ολοκληρωμένη, απάντηση στις υφιστάμενες ανεπάρκειες, ενώ οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν σήμερα χώρα δεν αναφέρονται καθόλου στα ζητήματα που αφορούν τα κέντρα υγείας.

4.3 Νοσοκομειακή περίθαλψη

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλλουν η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσίας, καθώς και η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη. Οι δικαιούχοι κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές. Τα ανασφάλιστα και φτωχά στρώματα του πληθυσμού έχουν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία έπειτα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης. Όλος ο πληθυσμός της χώρας έχει το δικαίωμα επιλογής της χρήσης ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά στην περίπτωση αυτή υφίσταται το κόστος της νοσηλείας.

Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις δομές: α) τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότησή τους την έχει το κράτος, β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ, στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκο-

μεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του ΙΚΑ, και τα νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης και γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες. Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που αναλύονται διεξοδικότερα στην Ενότητα 6, τα στρατιωτικά νοσοκομεία δέχονται πλέον και πολίτες ασθενείς, ενώ τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάχθηκαν στο ΕΣΥ.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη, η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό, παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνολογίας υπηρεσιών υγείας. Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά, που είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον χειρουργικό και παθολογικό τομέα, και σε ειδικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Επιπροσθέτως, ανάλογα με τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά, που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιφέρειες και παρέχουν εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο, και σε νομαρχιακά, που λειτουργούν σε κάθε νομό. Ο Ν. 2889/2001 κατάργησε τη διάκριση των νοσοκομείων σε νομαρχιακά και περιφερειακά, ενώ διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργούν και ορισμένα κέντρα υγείας-νοσοκομεία, τα οποία παρέχουν βασικές διαγνωστικές υπηρεσίες, βραχυχρόνια νοσηλεία και διενεργούν μικρής έκτασης χειρουργικές επεμβάσεις.

Εκτός της νοσηλείας, τα νοσοκομεία του

ΕΣΥ παρέχουν ένα ευρύ φάσμα και άλλων υπηρεσιών, όπως πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των εξωτερικών τους ιατρείων, ημερήσια και επείγουσα φροντίδα, διαγνωστικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Σε περιπτώσεις που η λίστα αναμονής για απεικονιστικές υπηρεσίες είναι μακρά ή υπάρχει βλάβη των σχετικών μηχανημάτων, οι σχετικές υπηρεσίες ανατίθενται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι μη κλινικές υπηρεσίες, όπως καθαρισμού και συντήρησης, συνήθως ανατίθενται από τα δημόσια νοσοκομεία σε ιδιωτικές εταιρείες, με βάση το σκεπτικό ότι έτσι επιτυγχάνεται μείωση του κόστους και βελτίωση της ποιότητας (Moschuris and Kondylis, 2006).

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

Κατά τη δεκαετία που ακολούθησε της θεσμοθέτησης του ΕΣΥ (1983-1992), ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων σταδιακά μειώθηκε, καθώς απαγορεύτηκε η ίδρυση νέων και τα προϋπάρχοντα δεν μπόρεσαν να ανταγωνιστούν τα δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία, η αύξηση των λιστών αναμονής στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και οι επιφυλάξεις του πληθυσμού για την ποιότητα της παρεχόμενης από αυτά περίθαλψης οδήγησε

Πίνακας 6: Διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα, 1980-2009

Υποδομή	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Νοσοκομεία*	608	460	387	358	337	317	313
ΝΠΔΔ	112	127	140	139	140	141	142
Ιδιωτικά	468	318	244	215	192	170	166
ΝΠΙΔ	28	15	3	4	5	6	5
Κλίνες**	59.327	53.713	51.263	52.227	51.500	52.511	54.704
ΝΠΔΔ	25.905	32.646	35.896	36.717	35.730	36.554	38.115
Ιδιωτικά	25.075	17.767	15.214	15.241	15.141	14.389	15.124
ΝΠΙΔ	8.347	3.300	153	269	629	1.568	1.465

Πηγή: ΕΣΥΕ, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A2103. Ίδιοι υπολογισμοί

*Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία και οι κλίνες τους.

**Περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Δικαιοσύνης, καθώς και τα νοσοκομεία των ΝΠΔΔ (ΙΚΑ, ΜΤΣ) και Πανεπιστημίων.

σημαντική μερίδα των ασθενών στην αναζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών. Έτσι, δεδομένης της άρσης της απαγόρευσης ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, υπήρξε ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών γενικών, νευροψυχιατρικών και γυναικολογικών/μειευτικών νοσοκομείων. Τα περισσότερα από αυτά βρίσκονται στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, υποδηλώνοντας τον υψηλό βαθμό συγκέντρωσής τους στις αστικές περιοχές.

Στον Πίνακα 6 αποτυπώνεται η διαχρονική εξέλιξη της νοσοκομειακής υποδομής στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία, παρατηρείται μια μείωση των ιδιωτικών και αύξηση των δημόσιων νοσοκομείων, με αντίστοιχη τάση και στις κλίνες, ως αποτέλεσμα της περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σε σχέση με την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών αλλά και της πολιτικής χρηματοδότησης μέσω του κλειστού νοσηλίου. Έτσι, το 2009 το 69,7% των κλινών ήταν δημόσιες.

Εκτός όμως των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων, λειτουργούν και 5 νοσοκομεία με τη μορφή ΝΠΙΔ. Τα νοσοκομεία αυτά,

όπως το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, το Παπαγεωργίου ή το Ερρίκος Ντυνάν, έχουν δημιουργηθεί με πόρους κοινωφελών ιδρυμάτων και δεν θεωρούνται ούτε δημόσια ούτε ιδιωτικά. Ωστόσο, υπάγονται στην εποπτεία του δημόσιου τομέα και παρέχουν υπηρεσίες στους δικαιούχους των ασφαλιστικών ταμείων.

Η παρούσα παρατεταμένη οικονομική κρίση και ο περιορισμός του διαθέσιμου εισοδήματος οδήγησε σε στροφή των ασθενών προς τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό τεκμηριώνουν τα δεδομένα του Πίνακα 7 που αναφέρονται στα 131 νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η αύξηση των νοσηλευθέντων ασθενών συμβαδίζει με μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και αύξηση του ποσοστού κάλυψης των κλινών, γεγονός που υποδηλώνει, πιθανώς, αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των πόρων.

Η συνολική εικόνα όμως που αποτυπώνεται στον Πίνακα 7 συσκοτίζει τις έντονες διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών, οι οποίες απεικονίζονται στον Πίνακα 8. Ειδικότερα, παρατηρούνται

Πίνακας 7: Κίνηση εσωτερικών ασθενών νοσοκομείων, μέση διάρκεια νοσηλείας και ποσοστό κάλυψης κλινών, 2009-2011

	Αριθμός νοσηλευθέντων	Ημέρες νοσηλείας	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Ποσοστό κάλυψης κλινών
2009	1.711.352	8.136.989	4,75	63%
2010	2.118.869	8.867.427	4,18	70%
Μεταβολή (%) 2009-2010	24%	9%	-12%	11,1%
Μέσος μηνιαίος αριθμός Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2010	176.406	736.785	4,18	70%
Μέσος μηνιαίος αριθμός Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2011	189.419	762.138	4,02	71
Μεταβολή (%) 2010-2011	7,38%	3,4%	-3,8%	1,4%

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

Πίνακας 8: Μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης κλινών και ανθρώπινο δυναμικό κατά υγειονομική περιφέρεια, 2010

Υγειονομική περιφέρεια	Μέση διάρκεια νοσηλείας	Ποσοστό κάλυψης %	Ιατροί/ κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό/ κλίνη	Λοιπό προσωπικό/ κλίνη	Συνολικό προσωπικό/ κλίνη	Νοσηλευτικό προσωπικό/ ιατρό
1η	4,39	77%	0,78	1,03	0,90	2,71	1,32
2η	6,91	72%	0,51	0,86	0,66	2,03	1,68
3η	3,96	62%	0,64	0,96	0,66	2,27	1,50
4η	3,35	61%	0,78	1,12	0,75	2,65	1,44
5η	3,05	71%	0,92	1,27	0,92	3,11	1,37
6η	3,67	69%	0,80	1,20	0,91	2,91	1,49
7η	3,71	66%	0,77	1,11	0,81	2,69	1,43
Σύνολο	4,18	70%	0,72	1,05	0,80	2,57	1,45

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

περιφερειακές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις κλίνες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, οι οποίες οδηγούν σε ανισότητες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών, με μείωση των επισκέψεων στα νοσοκομεία της επαρχίας υπέρ των μεγάλων νοσοκομείων των αστικών κέντρων (Οικονόμου κ.ά., 2000· Γείτονα, 2001).

Παρά το γεγονός ότι μετά το 1980 η υγειονομική περιφερειακή πολιτική και η ανακατανομή των πόρων υπήρξε προτεραιότητα της εθνικής πολιτικής για την υγεία και ένα

σημαντικό μέρος των επενδύσεων στράφηκαν προς την επαρχία με τη λειτουργία νέων νοσοκομείων, οι περιφερειακές ανισότητες εξακολουθούν να παραμένουν μείζον πρόβλημα του νοσοκομειακού τομέα, ευνοώντας τα μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνει το «νόμο της αντίστροφης φροντίδας» του Hart (1971), σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αναπτύσσονται όπου υπάρχει εισόδημα και όχι όπου υπάρχουν ανάγκες. Ωστόσο, η αναπαραγωγή τους βασίζεται στα προβλήματα σχεδιασμού και

προγραμματισμού των επενδύσεων και κυρίως στην απουσία κριτηρίων και μηχανισμών ορθολογικής περιφερειακής κατανομής των πόρων. Προς αυτή την κατεύθυνση, η σύνταξη του υγειονομικού χάρτη της χώρας που λαμβάνει χώρα αυτή την περίοδο, και ο οποίος απεικονίζει τα επιδημιολογικά, δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα χαρτογραφώντας τις ανάγκες του πληθυσμού, αποτελεί ένα σημαντικό θετικό βήμα.

Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα εντοπίζεται στη διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων όπου εμφανίζονται αδυναμίες σε σχέση με την ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, η αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, η απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους τμημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, η έλλειψη δικτύου πληροφορικής, η απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και η έλλειψη κινητρών παραγωγικότητας των εργαζομένων (Abel-Smith κ.ά., 1994· Δερβένης και Πολύζος, 1995). Η θέσπιση της θέσης του Συντονιστή στα νοσοκομεία σύμφωνα με το Ν. 1397/83 δεν εφαρμόστηκε, όπως άλλωστε έγινε αργότερα και με τους Ν. 2071/92 και 2519/97 που προέβλεπαν τη θεσμοθέτηση του Γενικού Διευθυντή, θεσμός που επίσης δεν υλοποιήθηκε. Στο πλαίσιο αυτό, θεωρήθηκε άμεση και επιτακτική προτεραιότητα η διαμόρφωση μιας νέας διοικητικής και διαχειριστικής αντίληψης που να δίνει έμφαση στη θεσμική και λειτουργική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων. Συνιστώσες της νέας αυτής αντίληψης αποτελούν η διαμόρφωση ικανών μεσαίων και ανώτερων στελεχών, η εφαρμογή των σύγχρονων μεθόδων και εργαλείων μανάτζμεντ, η καλλιέργεια κουλτούρας υπευθυνότητας όλων των παρα-

γόντων απέναντι στον ασθενή, την ποιότητα των υπηρεσιών και τη λήψη των αποφάσεων, η εισαγωγή του θεσμού του Γενικού Διευθυντή, η καθιέρωση των επιχειρησιακών σχεδίων δράσης των νοσοκομείων και η αλλαγή του νομικού καθεστώτος τους (Σισσούρας, 2000). Ανταποκρινόμενος στις επιταγές αυτές, ο Ν. 2889/2001 θέσπισε τη θέση του Διοικητή και τη σύνταξη από τα νοσοκομεία επιχειρησιακών σχεδίων δράσης, μέτρα τα οποία συνέβαλαν στον εκσυγχρονισμό των μεθόδων διοίκησης. Υπό το πρίσμα αυτό, η εισαγωγή μηχανογραφημένων εφαρμογών για την υποστήριξη των λειτουργικών συστημάτων των νοσοκομείων και η σύναψη τον Οκτώβριο του 2010 ειδικού μνημονίου μεταξύ των διοικήσεων των νοσοκομείων, των ΔΥΠε και του Γενικού Γραμματέα ΥΓΚΑ, με περιεχόμενο την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων εντός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος, αποτελούν βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση.

Τέλος, ένα ακόμα πρόβλημα των νοσοκομείων σχετίζεται με την οικονομική τους διαχείριση. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων, εκτός του τρόπου χρηματοδότησής τους, οφείλονταν και σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους, όπως η απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς τους, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος και η απουσία μεθόδων κοστολόγησης κλπ. (Σιγάλας, 1994· Μπουρσανίδης κ.ά., 1992). Η προσπάθεια που γίνεται αυτή την περίοδο για τη σύνταξη ισολογισμών και απολογισμών των νοσοκομείων, την πλήρη εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής και την κατάρτιση προϋπολογισμών με βάση κλει-

στους προϋπολογισμούς ανά ΔΥΠε και νοσοκομείο αναμένεται να έχει θετικές επιπτώσεις.

4.4 Οδοντιατρική φροντίδα

Η χαμηλή προτεραιότητα της οδοντιατρικής φροντίδας στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας στην Ελλάδα συμβαδίζει με την περιορισμένη ανάπτυξη του επιστημονικού προβληματισμού και διαλόγου σε σχέση με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, παρά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν σημαντικό τμήμα της εθνικής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η κάλυψη της οδοντιατρικής φροντίδας από την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και η διασφάλιση της οικονομικής αποδοτικότητας, της κοινωνικής ισότητας, της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών αναδεικνύονται σε μείζονα ζητήματα προβληματισμού και συστηματικότερης ανάλυσης (Dolgeras et al., 2004).

Η κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού για οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται από τρεις βασικές δομές: (α) τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, (β) το Εθνικό Σύστημα Υγείας και (γ) τον ιδιωτικό τομέα. Συνεπώς, εμφανίζει την ίδια δομική αδυναμία με το υπόλοιπο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας, δηλαδή έλλειψη συντονισμού και ολοκληρωμένης προστασίας λόγω κατακερματισμού του συστήματος (Κωλέτση-Κουνάρη, 1992).

Βασική αδυναμία του ασφαλιστικού συστήματος είναι ότι παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις και ανισότητες, δεδομένου ότι δεν καλύπτει για οδοντιατρικές υπηρεσίες σημαντικά τμήματα του πληθυσμού. Για παράδειγμα, ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών δεν καλύπτει τον πληθυσμό

ηλικίας άνω των 16 ετών. Επιπροσθέτως, ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων δεν προβλέπει καμία οδοντιατρική κάλυψη των ασφαλισμένων του. Τα κενά αυτά καλύπτουν εν μέρει οι υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω των κέντρων υγείας στην ύπαιθρο χώρα και των δημόσιων νοσοκομείων, όπου απασχολούνται συνολικά 600 οδοντίατροι αποκλειστικής απασχόλησης αμειβόμενοι με μισθό. Στα κέντρα υγείας προσφέρεται οδοντιατρική πρόληψη και θεραπεία στον μη αστικό πληθυσμό μέχρι 18 ετών, οι οποίοι είναι κυρίως αγρότες. Οι άνω των 18 ετών ασφαλισμένοι του ΟΓΑ είναι αναγκασμένοι να προσφύγουν στον ιδιωτικό τομέα, δεδομένου ότι δεν τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη για οδοντιατρική περίθαλψη παρά μόνο όσον αφορά την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού. Στα δημόσια νοσοκομεία καλύπτονται οι περιπτώσεις που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης λόγω ύπαρξης άλλων ασθενειών (ασθενείς με AIDS, διαβητικοί, άτομα με χρόνιες νευρολογικές παθήσεις κ.λπ.), καθώς και τα έκτακτα περιστατικά. Διαπίστωση πολλών μελετητών είναι ότι το υπάρχον πλαίσιο παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών από το ΕΣΥ είναι ανεπαρκές και περιοριστικό και επισημαίνεται η ανάγκη ανάληψης συντονισμένων δράσεων που να στοχεύουν σε ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες δεν καλύπτονται επαρκώς (Κωνσταντινίδης κ.ά., 1996· Βάλτος, 2002· Δημητριάδης κ.ά., 2009). Ενδεικτικό είναι άλλωστε το γεγονός ότι από τους 14.774 οδοντίατρος το 2009, μόνο οι 600 απασχολούνταν στο ΕΣΥ.

Η οδοντιατρική περίθαλψη στο ΙΚΑ παρέχεται από τα πολυιατρεία του, από τα ειδικά οδοντιατρεία που διαθέτει, καθώς επίσης και από συμβεβλημένους οδοντίατρος οι οποίοι εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους στα ιδιωτι-

κά τους ιατρούς. Προσφέρονται όλες οι οδοντιατρικές υπηρεσίες εκτός από ακίνητη προσθετική, όπως κατασκευή στεφάνης και γέφυρες. Καλύπτονται επίσης ορθοδοντικές υπηρεσίες σε παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών. Παρά το γεγονός ότι το ΙΚΑ προσφέρει σχεδόν όλο το φάσμα των οδοντιατρικών εργασιών σε όλους τους ασφαλισμένους του, εκφράζονται σημαντικές ενστάσεις σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών λόγω του ανεπαρκούς αριθμού οδοντιάτρων, του κόστους χρόνου και του ελλιπούς κτιριακού και τεχνολογικού εξοπλισμού (Λαζαρή και Κωλέτση-Κουνάρη, 1996).

Ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία που δεν διαθέτουν δικά τους πολυϊατρεία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες οδοντιάτρους οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη με βάση προκαθορισμένο τιμολόγιο. Κάποια άλλα ταμεία εφαρμόζουν το σύστημα της εκ των υστέρων αποζημίωσης, σύμφωνα με το οποίο ο ασφαλισμένος προσφεύγει στον ιδιώτη ιατρό της επιλογής του, τον πληρώνει και εισπράττει από το ταμείο ένα συγκεκριμένο ποσό το οποίο καλύπτει μικρό μέρος του ποσού που κατέβαλε.

Τα κενά στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού για οδοντιατρική περίθαλψη, καθώς και τη δυσαρέσκεια για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το δημόσιο σύστημα υγείας, αναπληρώνει ο ιδιωτικός τομέας και η άμεση χρηματοδότηση από τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών. Η εκτεταμένη χρησιμοποίηση των ιδιωτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών φαίνεται από το γεγονός ότι, σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2008, οι οδοντιατρικές δαπάνες καταλαμβάνουν τη 14η θέση μεταξύ των 20 μεγαλύτερων οικογενειακών δαπανών, απορροφώντας το 2% του οικογενειακού προϋπολογισμού. Επιπροσθέτως, οι οδοντιατρικές δαπάνες αποτελούν το 29,8% του συνόλου

των δαπανών υγείας των νοικοκυριών και το 48,3% των δαπανών των νοικοκυριών που πηγαίνει για αγορά εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2010). Συνεπώς, δεν θα πρέπει να ξαφνιάζουν ευρήματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τη χρησιμοποίηση οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και χρησιμοποίησης: τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα έχουν αυξημένη πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν οδοντιατρικές υπηρεσίες και το υψηλότερο εισόδημα σχετίζεται με περισσότερες επισκέψεις σε οδοντίατρο (Zavras et al., 2004).

Τα σοβαρά προβλήματα της οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα αντανακλώνονται στα αποτελέσματα έρευνας γνώμης που διενεργήθηκε από το Ευρωβάρόμετρο το 2007. Σύμφωνα με αυτά, οι Έλληνες βρίσκονται μεταξύ των λιγότερο διατεθειμένων να αξιολογήσουν θετικά την ποιότητα της οδοντιατρικής περίθαλψης που λαμβάνουν. Από τους ερωτώμενους Έλληνες, το 61% δήλωσε ότι η ποιότητα των εν λόγω υπηρεσιών είναι καλή, ποσοστό που είναι το τρίτο χαμηλότερο έπειτα από αυτό των Πολωνών (50%) και των Πορτογάλων (51%). Επιπροσθέτως, αναφορικά με τη δυνατότητα να επωμιστούν το βάρος της δαπάνης, οι Έλληνες εξέφρασαν το υψηλότερο ποσοστό αρνητικής άποψης (75%) μετά τους Πορτογάλους (82%) (Eurobarometer, 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, θα ανέμενε κανείς ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ να αντιμετωπίζε τις υφιστάμενες ελλείψεις. Κάτι τέτοιο όμως δεν συμβαίνει, αφού δεν προβλέπεται η σύμβαση του Οργανισμού με οδοντιάτρους. Επιπροσθέτως, ο Κανονισμός προβλέπει ότι η οδοντιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ

παρέχεται σύμφωνα με τους επιμέρους κανονισμούς των ταμείων που συγχωνεύτηκαν, κάτι το οποίο ισχύει και για τη δαπάνη για ορθοδοντικές εργασίες. Έτσι όμως διατηρούνται οι ανισότητες και οι ανεπάρκειες που επισημάνθηκαν παραπάνω.

4.5 Φαρμακευτική φροντίδα

Στην Ελλάδα, η κάλυψη για φαρμακευτική φροντίδα είναι καθολική. Όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που εντάσσονται στη θετική λίστα αποζημιώνονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Αυτά που δεν αποζημιώνονται είναι όσα περιλαμβάνονται στην αρνητική λίστα φαρμάκων, τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ), δηλαδή αυτά που λαμβάνονται χωρίς ιατρική συνταγή και όσα σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στην κάλυψη μέρους του κόστους των φαρμάκων, σε ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 25% της τιμής. Οι ασθενείς με συγκεκριμένες χρόνιες καταστάσεις εξαιρούνται της συμμετοχής στο κόστος, ενώ οι συνταξιούχοι με χαμηλό εισόδημα που είναι δικαιούχοι του ΕΚΑΣ συμμετέχουν καταβάλλοντας το 10% της τιμής. Οι φτωχοί και οι άποροι μπορούν να προμηθευτούν φάρμακα χωρίς καμία επιβάρυνση από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων. Επίσης, σε ταμεία όπως το ΙΚΑ, δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι ασφαλισμένοι για φάρμακα που χορηγούνται για εργατικά ατυχήματα και μητρότητα.

Ο αρμόδιος φορέας για την έγκριση κυκλοφορίας των φαρμάκων είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο οποίος ιδρύθηκε με το Ν. 1316/1983 και είναι ΝΠΔΔ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στο πλαίσιο της αποστολής του, εκτός της έγκρισης κυκλοφορίας νέων φαρμάκων, είναι να

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

Από τον Ιούνιο του 2011, οι τιμές των φαρμάκων καθορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με βάση την εισήγηση του Τμήματος Τιμών Φαρμάκων της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και τη γνώμη της Επιτροπής Τιμών Φαρμάκων. Η τιμή των φαρμάκων προκύπτει από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων αντίστοιχων τιμών στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για τα φάρμακα που παράγονται στην Ελλάδα, η τιμή καθορίζεται με βάση το κοστολόγιο, στο οποίο περιλαμβάνονται οι δαπάνες παραγωγής, συσκευασίας, διοίκησης, διάδοσης και διάθεσης. Στην περίπτωση των φαρμάκων για τα οποία έχει κατοχυρωθεί ελληνική ευρεσιτεχνία, στη διαμόρφωση της κοστολόγησης υπολογίζονται και οι δαπάνες για επενδύσεις, έρευνα και ανάπτυξη της δραστικής ουσίας και της τεχνογνωσίας. Το ανώτατο ποσοστό

Πίνακας 9: Κατανάλωση φαρμάκων σε συσκευασίες και αξίες, 1990-2010

Έτος	Συσκευασίες (εκατομμύρια)				Αξίες (εκατομμύρια ευρώ)			
	Δημόσια νοσοκομεία	Φαρμακεία, φαρμακαποθήκες	Σύνολο	Μεταβολή %	Δημόσια νοσοκομεία (νοσοκομειακή τιμή)	Φαρμακεία, φαρμακαποθήκες (λιανική τιμή)	Σύνολο	Μεταβολή %
1990	28,768	214,669	243,437	-	70	428	498	-
1991	30,659	211,258	241,918	-0,62	94	539	634	27,3
1992	33,013	221,916	254,929	5,4	123	701	824	30,1
1993	34,515	235,348	269,863	5,9	156	902	1.059	28,5
1994	35,450	240,584	276,034	2,3	187	1.064	1.250	18,1
1995	39,453	254,316	293,769	6,4	231	1.226	1.457	16,5
1996	41,967	277,534	319,502	8,8	277	1.441	1.717	17,9
1997	45,178	285,753	330,931	3,6	318	1.561	1.879	9,4
1998	44,739	297,420	342,159	3,4	322	1.441	1.763	-6,2
1999	46,546	324,102	370,648	8,3	367	1.755	2.123	20,4
2000	47,732	343,242	390,974	5,5	423	2.148	2.572	21,2
2001	50,896	363,415	414,311	6	523	2.612	3.135	21,9
2002	51,160	381,794	432,954	4,5	626	3.136	3.762	20,0
2003	55,166	387,455	442,621	2,2	768	3.562	4.330	15,1
2004	57,245	402,435	459,679	3,8	835	4.164	4.999	15,5
2005	μδ	μδ	μδ	μδ	921	4.627	5.548	11,0
2006	μδ	μδ	μδ	μδ	1.014	5.155	6.169	11,2
2007	μδ	μδ	μδ	μδ	1.514	6.364	7.878	27,7
2008	97,531	468,796	566,327	μδ	1.467	6.568	8.035	2,0
2009	96,771	465,752	562,523	-0,67	1.466	6.995	8.461	5,3
2010	86,883	434,316	521,199	-7,3	1.312	6.028	6.697	-20,86

Πηγή: ΙΦΕΤ (2007) και ΕΟΦ (2011) (συμπεριλαμβάνονται οι παράλληλες εξαγωγές)

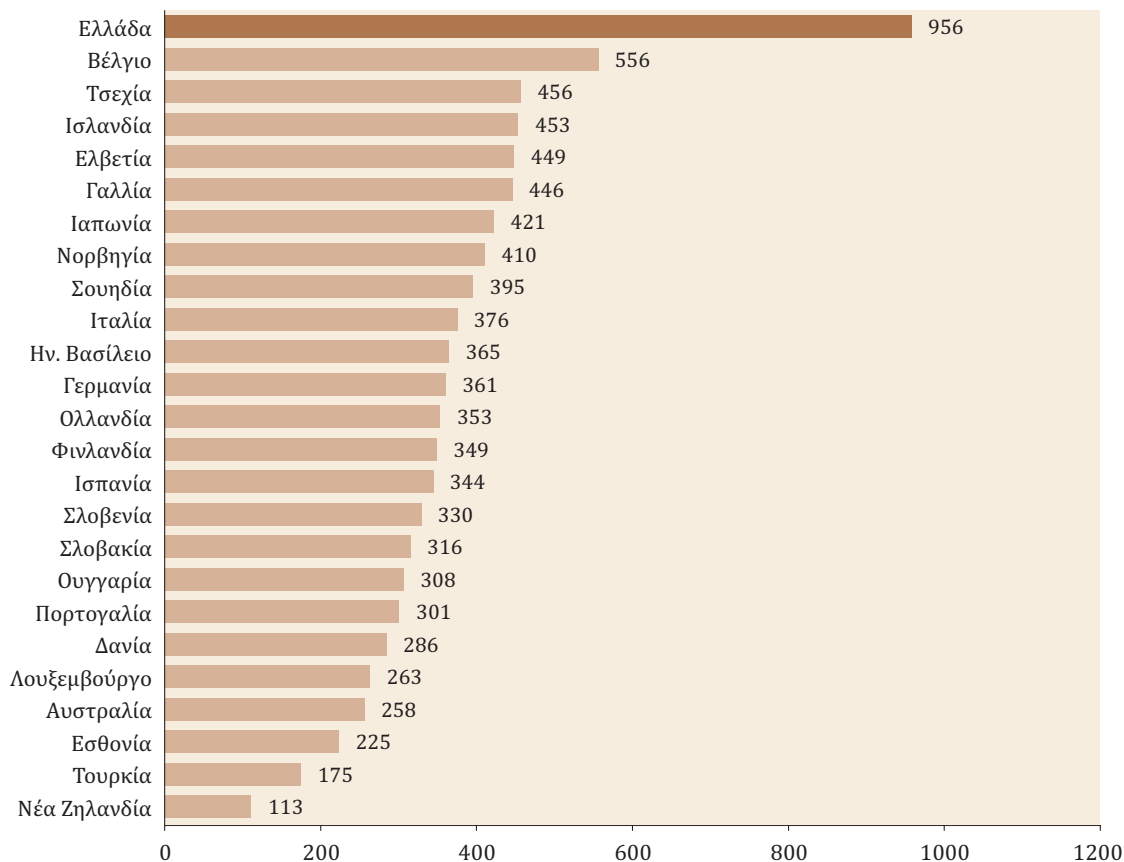
Σημείωση: μδ = μη διαθέσιμα στοιχεία.

καθαρού κέρδους είναι 8,5%, υπολογιζόμενο στο συνολικό κόστος εκτός αποσβέσεων, τόκων και κέρδους υπέρ τρίτων για φασόν. Η χονδρική τιμή ενός φαρμάκου μετά τη λήξη του διπλώματος ευρεσιτεχνίας μειώνεται κατά 30%, ενώ οι χονδρικές τιμές πώλησης των φαρμάκων όμοιας δραστικής ουσίας καθορίζονται στο 63% της χονδρικής τιμής που είχε το αντίστοιχο φάρμακο το τελευταίο εξάμηνο

πριν από τη λήξη της ισχύος του διπλώματος ευρεσιτεχνίας.

Εξετάζοντας την κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από τον Πίνακα 9, κατά την περίοδο 1990-2009 αυξήθηκαν οι πωλήσεις και προς τα δημόσια νοσοκομεία και προς τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες. Η αύξηση αυτή σημειώθηκε τόσο σε αριθμό συσκευασιών (μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης

Διάγραμμα 4: Κατά κεφαλήν πωλήσεις φαρμάκων στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2007 (US\$ PPP)



Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

5%) όσο και σε αξίες (μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης 16,5%). Τη μερίδα του λέοντος στις πωλήσεις απορροφούν τα φάρμακα για το καρδιαγγειακό σύστημα, το νευρικό σύστημα, τις λοιμώξεις, την πεπτική οδό και το μεταβολισμό, στα οποία αναλογεί συνολικά μερίδιο 60% επί των πωλήσεων συσκευασιών και 57% επί της αξίας (ΙΦΕΤ, 2007).

Αντίθετα με την τάση της περιόδου 1990-2009, το 2010, λόγω των μέτρων ελέγχου των τιμών και της συνταγογράφησης των φαρμάκων που λήφθηκαν, παρατηρήθηκε μείωση της κατανάλωσης σε ποσοστό 7,3% ως προς τις συσκευασίες και 20,86 ως προς την αξία.

Πέρα από το γεγονός ότι οι πωλήσεις φαρμάκων αυξήθηκαν σημαντικά σε όγκο και αξία

τα τελευταία είκοσι χρόνια, θα πρέπει να επισημανθούν τρεις ακόμα τάσεις. Πρώτον, από το Διάγραμμα 4 είναι προφανές ότι η κατά κεφαλήν ζήτηση φαρμάκων στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη μεταξύ 25 χωρών του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. Δεύτερον, στις πωλήσεις φαρμάκων από το 1998 και μετά κυριαρχούν τα εισαγόμενα προϊόντα σε σχέση με τα ελληνικά παραγόμενα και συσκευασμένα. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 2004 το μερίδιο των εισαγόμενων φαρμάκων αντιπροσώπευε το 73,3% της αγοράς φαρμάκων στη χώρα, έναντι 18,3% το 1987 (Πίνακας 10). Τρίτον, οι παράλληλες εξαγωγές, δεδομένου ότι οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλές συγκρινόμενες με αυτές των άλλων χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένω-

Πίνακας 10: Προέλευση φαρμάκων που πωλούνται στην ελληνική αγορά, 1987-2004

Έτος	Εισαγόμενα	% συνόλου	Τοπικά παραγόμενα	% συνόλου	Τοπικά συσκευασμένα	% συνόλου
1987	47	18,3%	192	75,1%	14	5,5%
1988	69	21,3%	233	72,1%	19	6,0%
1989	89	23,6%	263	69,7%	23	6,1%
1990	154	30,9%	276	55,4%	68	13,8%
1991	219	34,6%	322	50,8%	93	14,6%
1992	306	37,1%	395	47,9%	124	15,0%
1993	407	38,5%	488	46,1%	164	15,5%
1994	502	40,1%	528	42,2%	220	17,6%
1995	610	41,9%	596	40,9%	250	17,2%
1996	784	45,6%	651	37,9%	282	16,4%
1997	905	48,2%	664	35,3%	309	16,5%
1998	903	51,2%	598	33,9%	262	14,9%
1999	1.134	53,4%	656	30,9%	324	15,3%
2000	1.460	56,8%	705	27,4%	375	14,6%
2001	1.937	61,8%	759	24,2%	379	12,1%
2002	2.532	67,3%	802	21,3%	411	10,9%
2003	3.028	69,9%	843	19,5%	435	10,1%
2004	3.667	73,3%	879	17,6%	441	8,8%

Πηγή: ΙΦΕΤ (2007)

σης, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, η αξία τους από 107 εκατ. ευρώ το 1998 (7,7% του συνόλου της φαρμακευτικής αγοράς) αυξήθηκε σε 557 εκατ. ευρώ το 2002 (21,6% του συνόλου της φαρμακευτικής αγοράς) (Kanavos et al., 2004).

Το πρόβλημα με τις φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα αποτυπώνεται ξεκάθαρα στον Πίνακα 11. Στο διάστημα μιας επταετίας η φαρμακευτική δαπάνη υπερδιπλασιάστηκε από 2,033 δις ευρώ το 2000 σε 5,439 δις το 2007. Οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών αυξήθηκαν από 62,9% σε 79%. Αύξηση παρατηρήθηκε επίσης στις φαρμακευτικές δαπάνες ως ποσοστό στο σύνολο των

δαπανών υγείας από 18,9 το 2000 σε 24,8 το 2007, απορροφώντας δηλαδή το ένα τέταρτο αυτών. Κατά την ίδια περίοδο, αυξήθηκε κατά 0,9% το μερίδιο των φαρμακευτικών δαπανών στο ΑΕΠ, από 1,5% σε 2,4%.

Συγκρίνοντας την Ελλάδα με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, διαπιστώνουμε ότι εμφανίζει την υψηλότερη κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.

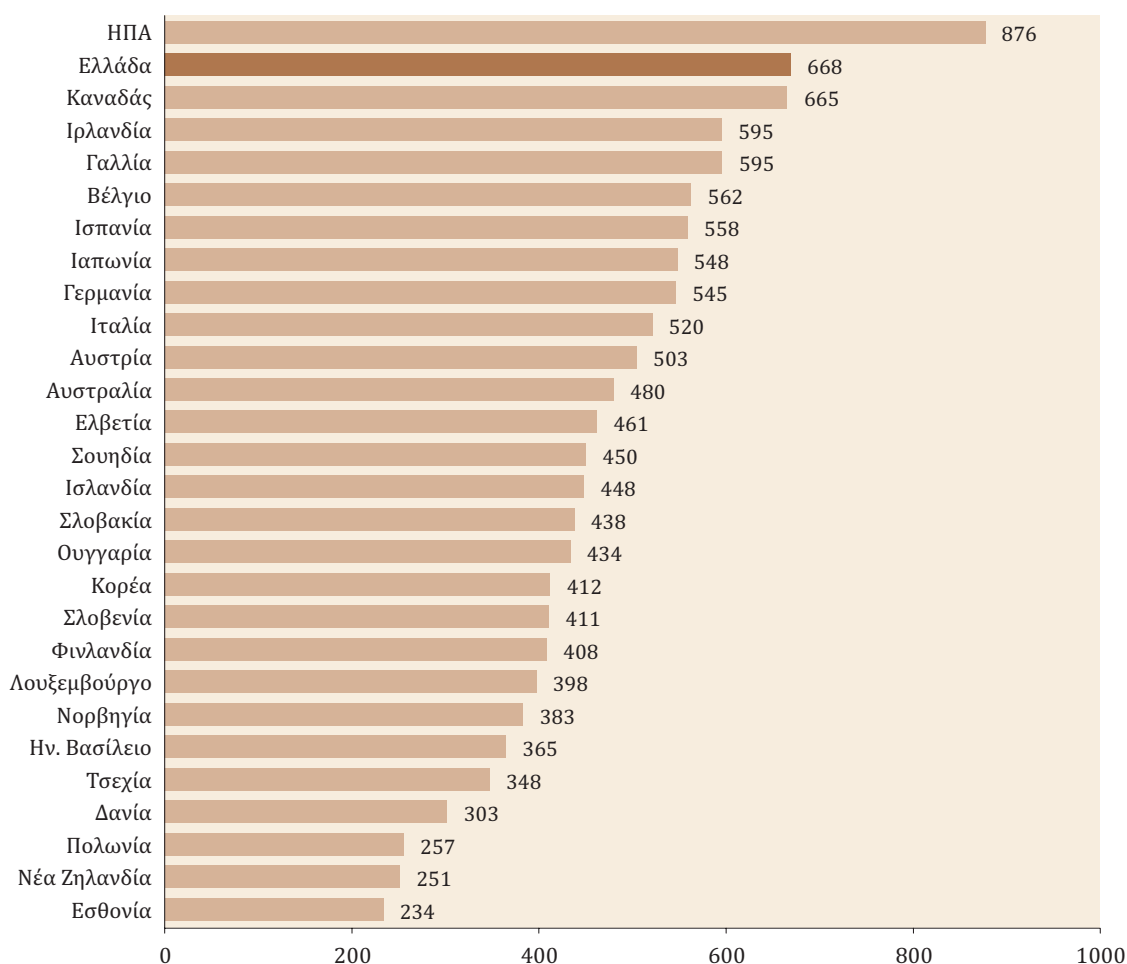
Εάν η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη επιμεριστεί ανά ασφαλιστικό ταμείο, τότε βλέπουμε ότι το ΙΚΑ εμφανίζει το υψηλότερο μερίδιο με 55,6% και ακολουθεί ο ΟΓΑ με 30,8% (ΣΦΕΕ, 2008· Κουσουλάκου και Βίτσου, 2008). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την Έρευνα Οικο-

Πίνακας 11: Φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα, 2000-2007 (εκατ. ευρώ)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Σύνολο	2.033	2.319	2.685	3.137	3.540	4.004	4.612	5.439
Δημόσιες % συνόλου	62,9	64,8	67,2	69,0	71,0	72,9	75,8	79,0
Ιδιωτικές % συνόλου	37,1	35,2	32,8	31,0	29,0	27,1	24,2	21,0
% ΑΕΠ	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,2	2,4
% συνόλου δαπανών υγείας	18,9	18,0	18,8	20,4	22,0	21,5	22,7	24,8

Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

Διάγραμμα 5: Κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2007 (US\$ PPP)



Πηγή: OECD (2010a, 2010b)

γενειακών Προϋπολογισμών του 2008, η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη αποτελεί το 23,2% των δαπανών των νοικοκυριών για υγεία (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2010).

Η πολιτική για το φάρμακο που εφάρμοσαν

όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις τα τελευταία είκοσι χρόνια επικεντρώθηκε, από μακροοικονομική οπτική, στη ρύθμιση των τιμών των φαρμάκων προκειμένου να ελεγχθεί η δαπάνη. Όμως η φαρμακευτική δαπάνη, αντίθετα,

αυξήθηκε λόγω του ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις αποτυγχάνουν να ελέγξουν την ένταση της κατανάλωσης, η οποία προσδιορίζεται από παράγοντες όπως ο αριθμός των ιατρών, η συνταγογραφική συμπεριφορά αυτών και η ζήτηση των ασθενών. Για παράδειγμα, η εισαγωγή της θετικής λίστας και η τιμολόγηση των φαρμάκων με βάση τις χαμηλότερες τιμές στην Ευρωπαϊκή Ένωση αρχικά επέφεραν μείωση της δαπάνης, ωστόσο στη συνέχεια η τάση αυτή αναστράφηκε λόγω της αντικατάστασης παλαιών σκευασμάτων από καινούργια που ήταν ακριβότερα. Οι υψηλότερες τιμές ήταν αποτέλεσμα όχι τόσο της πραγματικής βελτίωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, όσο της αλλαγής της συσκευασίας των φαρμάκων. Επιπροσθέτως, οι ιατροί στράφηκαν προς τη συνταγογράφηση ακριβότερων φαρμάκων της ίδιας θεραπευτικής κατηγορίας (Γκόλνα

κ.ά., 2005· Karokis et al., 2000· Yfantopoulos, 2008). Το κίνητρο μερίδας ιατρών να υιοθετούν τέτοιες συμπεριφορές συνδέεται με ανήθικες συνδιαλλαγές που αναπτύσσουν με τις φαρμακευτικές εταιρείες και με τη μέχρι τώρα απουσία ενός συστήματος παρακολούθησης και ελέγχου της συνταγογραφίας τους. Είναι γνωστό ότι αρκετοί ιατροί λαμβάνουν χορηγίες από φαρμακευτικές εταιρείες προκειμένου να καλύψουν το κόστος συμμετοχής και παρακολούθησης συνεδρίων και σεμιναρίων. Επιπροσθέτως, δεν υπάρχουν μέτρα όπως η εφαρμογή ορίων προϋπολογισμού στους ιατρούς, οι επισκοπήσεις χρησιμοποίησης και τα πρωτόκολλα συνταγογράφησης. Συνεπώς, φαίνεται ότι η έμφαση στον έλεγχο των τιμών δεν ήταν αποτελεσματικό μέτρο συγκράτησης των δαπανών γιατί δεν συνοδεύτηκε από πολιτικές ελέγχου της έντασης της κατανάλωσης.

5. Αξιολόγηση της επίδοσης του ελληνικού συστήματος υγείας

5.1 Οι διακηρυγμένοι στόχοι του συστήματος υγείας

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983) ψηφίστηκε το Σεπτέμβριο του 1983 και αποτέλεσε τη σημαντικότερη κατά τη δεκαετία του 1980, αλλά ίσως και μέχρι σήμερα, από άποψη σημασίας, αναγκαιότητας και προσπάθειας, θεσμική παρέμβαση ριζοσπαστικής αλλαγής του τομέα της υγείας στην Ελλάδα μεταπολεμικά. Και αυτό για δύο λόγους: Πρώτον, σηματοδότησε την πρώτη ολοκληρωμένη παρέμβαση για την κατοχύρωση της καθολικής κοινωνικής προστασίας της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα, με βάση τη θέση του ατόμου ως πολίτη μιας δημοκρατικά ευνομούμενης κοινωνίας. Δεύτερον, η όλη προσπάθεια προϋπέθετε την υιοθέτηση και εφαρμογή ενός διαφορετικού πλαισίου αντιλήψεων και οργανωτικών αρχών για το ρόλο και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που καθιστούσε αναγκαία την αναδιοργάνωση του υφιστάμενου μέχρι το 1983 κατακερματισμένου «μη συστήματος» (Οικονόμου, 2005).

Η φιλοσοφία του Ν. 1397/1983 βασιζόταν στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό το οποίο πρέπει να παρέχεται από το κράτος ισότιμα σε όλους, ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης. Από αυτή την οπτική, οι θεμελιώδεις διακηρυγμένοι στόχοι που διέπνεαν τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ θα μπορούσαν

να συνοψιστούν στη λειτουργία ενός συστήματος ολοκληρωμένου, ισότιμου, καθολικής παροχής δωρεάν υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Το ερώτημα συνεπώς που τίθεται και επιχειρείται στη συνέχεια να απαντηθεί είναι εάν και σε ποιο βαθμό οι στόχοι αυτοί τελικά επιτεύχθηκαν.

5.2 Η κατανομή του κόστους και του οφέλους λειτουργίας του συστήματος υγείας μεταξύ των κοινωνικών ομάδων

Η θεωρητική και εμπειρική τεκμηρίωση δείχνει ότι τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση είναι πιο προοδευτικά ως προς τις αναδιανεμητικές τους επιπτώσεις και περισσότερο ισότιμα σε σχέση με αυτά που χρηματοδοτούνται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και την άμεση καταβολή του κόστους από τους πολίτες (Mossialos and Dixon, 2002). Στην Ελλάδα, η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία και το ΕΣΥ είναι φαινομενικά καθολική και πλήρης. Επιπροσθέτως, υποτίθεται ότι η πρόσβαση είναι ελεύθερη και ισότιμη και ότι οι ασθενείς δεν πληρώνουν επίσημες χρεώσεις κατά τη στιγμή της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών, με την εξαίρεση όσων έχουν προαναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο. Στην πράξη, ωστόσο,



η πραγματικότητα αυτή αποτυπώνει μια στρεβλή εικόνα. Το υψηλό επίπεδο των επίσημων και ανεπίσημων ιδιωτικών δαπανών για την υγεία αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που αναιρεί την αρχή της ισοτιμίας και της μηδενικής τιμής τη στιγμή της χρήσης των υπηρεσιών. Ουσιαστικά, η ιδιωτική δαπάνη και η παραοικονομία συνιστούν μια μορφή άτυπης συνασφάλισης και συμπληρωμής που είναι από τις υψηλότερες στις χώρες του ΟΟΣΑ (Kyriopoulos et al., 2001). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που έχει αναφερθεί και παραπάνω (Liaropoulos et al., 2008), το μέσο ποσό που κατέβαλε το 2008 κάθε ασθενής ως «φιλοδώρημα» στον θεράποντα ιατρό ανερχόταν σε 300 ευρώ. Το ποσό αυτό είναι σχεδόν το διπλάσιο της μηνιαίας δαπάνης κάθε νοικοκυριού για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ή το 15% των συνολικών μηνιαίων οικογενειακών δαπανών. Ανάλογα «φιλοδωρήματα λαμβάνει και το νοσηλευτικό προσωπικό, χαμηλότερου ωστόσο ύψους (25-35 ευρώ). Η συμπεριφορά αυτή ενθαρρύνεται από τις χαμηλές αποδοχές του δημόσιου τομέα. Ως αποτέλεσμα, έχει εκτιμηθεί ότι κατά μέσο όρο, το 2008, οι ασθενείς πλήρωναν επιπλέον αμοιβές περίπου 5.300 ευρώ για εγχείρηση καρδιάς, η αποζημίωση της οποίας από τα ασφαλιστικά ταμεία ήταν περίπου 8.800 ευρώ.

Επιπλέον αυτών, η εκτεταμένη φοροδιαφυγή, το υψηλό ποσοστό της έμμεσης φορολογίας και η εισφοροδιαφυγή καθιστούν τη δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αντίστροφα προοδευτική, επιβαρύνοντας δυσανάλογα υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Συνεπώς, είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα σήμερα είναι περισσότερο ανισότιμη απ' ό,τι ήταν στις αρχές της δεκαετίας του 1980 (Liaropoulos and Tragakes, 1998).

Η έκταση του προβλήματος αντανακλάται στα αποτελέσματα έρευνας που διενεργήθηκε το 2002 (Κυριόπουλος κ.ά., 2003). Η έρευνα αυτή, εφαρμόζοντας τη μεθοδολογία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τη μέτρηση της δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και χρησιμοποιώντας στοιχεία του 1998, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρηματοδότηση του ΕΣΥ είναι αντίστροφα προοδευτική, δεδομένου ότι τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα πλήρωναν υψηλότερο ποσοστό του εισοδήματός τους για υγεία απ' ό,τι τα πλουσιότερα νοικοκυριά. Το δεύτερο σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι το 2,44% των ελληνικών νοικοκυριών αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο καταβολής καταστροφικών πληρωμών για την υγεία. Δηλαδή, την ανάγκη πληρωμής δαπανών που ξεπερνούν το 40% του διαθέσιμου εισοδήματός τους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα υγείας κάποιου μέλους τους.

Μέχρι σήμερα δεν έχει διενεργηθεί κάποια επίσημη έρευνα ή δεν έχει εκδοθεί κάποια επίσημη έκθεση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με την έκταση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Όμως, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ανισότητες υφίστανται. Προκύπτουν από τις διαφορές που εμφανίζονται σε σχέση με την κάλυψη των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, τις υψηλές άμεσες ίδιες πληρωμές και την άνιση κατανομή των υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων. Συνέπεια αυτών είναι πολλές γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας να αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού τους και να καταγράφονται διασυννοριακές ροές ασθενών προς τα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (Κυριόπουλος κ.ά., 2003).

Μια άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε από

τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και αφορούσε την ισοτιμία ως προς τη χρησιμοποίηση και τις επισκέψεις σε ιατρούς στις χώρες-μέλη του έδειξε ότι στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλη ανισοτιμία στις συνολικές επισκέψεις σε ιατρούς. Ειδικότερα, το φτωχότερο πεμπτημόριο του ελληνικού πληθυσμού κάνει 20% λιγότερη χρήση των ιατρών συνολικά σε σχέση με το πλουσιότερο πεμπτημόριο. Ωστόσο, όταν τα δεδομένα εξεταστούν χωριστά για τους γενικούς ιατρούς και χωριστά για τους ιατρούς ειδικοτήτων, τότε προκύπτει ότι οι επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς σχετίζονται με την ανάγκη και είναι ισότιμα κατανεμημένες. Αντίθετα, οι επισκέψεις στους ιατρούς ειδικοτήτων είναι ανισότιμες υπέρ των πλουσιότερων στρωμάτων. Επιπροσθέτως, οι σχετικές με το εισόδημα ανισοτιμίες στη χρησιμοποίηση ιατρών ειδικοτήτων συνδέονται με τις περιφερειακές διαφορές στην πρόσβαση αυτών των υπηρεσιών (Van Doorslaer et al., 2002).

Τέλος, έρευνα που βασίστηκε σε στοιχεία του 1996 προερχόμενα από το τεύχος 44 του Ευρωβαρόμετρου, και τα οποία αναφέρονταν στη χρησιμοποίηση 17 διαφορετικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, επιχειρήσε να διερευνήσει την επίπτωση του εισοδήματος στη χρήση αυτών (Μεργούπης, 2003). Στις υπηρεσίες συμπεριλαμβάνονταν η διαμονή σε νοσοκομείο, η επικοινωνία με ιατρό και εξετάσεις οφθαλμολογικές, καρδιολογικές, αίματος, καρκιнологικές, ακτινολογικές, χοληστερίνης, ακοής, ούρων, διαβητικές και γυναικολογικές. Από την ανάλυση των στοιχείων βρέθηκε ότι το εισόδημα επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη χρησιμοποίηση 13 υπηρεσιών από τις 17 και ότι οι εισοδηματικές ελαστικότητες της χρησιμοποίησης ήταν υψηλότερες στις γυναικο-

λογικές υπηρεσίες, εγείροντας το ζήτημα της διάκρισης μεταξύ των φύλων.

5.3 Η αποδοτικότητα της κατανομής των υγειονομικών πόρων

Η διεθνής εμπειρία των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού τομέα δείχνει ότι τα δημόσια συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από ένα φορέα-αγοραστή των υπηρεσιών, ο οποίος διαθέτει ισχυρή μονοψωνιακή δύναμη κατά τη διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, επιτυγχάνει καλύτερο έλεγχο και συγκράτηση της συνολικής δαπάνης υγείας. Αντίθετα, τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από πολλούς διαφορετικούς φορείς αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην επίτευξη και τη διατήρηση χαμηλότερων ρυθμών αύξησης των δαπανών, καθώς και στην ορθολογικότερη κατανομή των πόρων. Επιπροσθέτως, τα προοπτικά συστήματα πληρωμής των προμηθευτών που συνδέονται με τις εκροές, όπως οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί και οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες, επιτυγχάνουν ελαχιστοποίηση του κόστους, αντίθετα με τις αναδρομικές μεθόδους οι οποίες είναι υπεύθυνες για την εισαγωγή προκλητής ζήτησης και την ελαχιστοποίηση των κινήτρων προς τους προμηθευτές για ορθολογικότερη συμπεριφορά (Docteur and Oxlay, 2003).

Από μακροσκοπική οπτική, το υψηλό μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών υγείας καθιστά δύσκολη την επιβολή ενός ανώτατου ορίου στις συνολικές δαπάνες υγείας. Θεωρητικά, όρια στις δημόσιες δαπάνες υγείας συμφωνούνται και τίθενται στην αρχή κάθε οικονομικού έτους και αφορούν τις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Στην πραγματικότητα, όμως, η απουσία μιας κοινής δεξαμενής συγκέντρωσης

όλων των υγειονομικών χρηματοδοτικών πόρων, συντονισμού μεταξύ του μεγάλου αριθμού πληρωτών, επαρκών μηχανισμών χρηματοοικονομικής διαχείρισης και λογιστικού συστήματος και διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου οδηγεί στην εμφάνιση υπερβάσεων στον συνολικό προϋπολογισμό υγείας. Το αποτέλεσμα είναι κάθε χρόνο η πραγματική δαπάνη υγείας να ξεπερνά τις προβλέψεις του προϋπολογισμού. Το πρόβλημα είναι ότι η διαδικασία προϋπολογισμού των κρατικών δαπανών βασίζεται σε ιστορικά πρότυπα. Επιπροσθέτως, οι προϋπολογισμοί των ασφαλιστικών οργανισμών καθοδηγούνται από τη ζήτηση, δεδομένου ότι αποζημιώνουν όλα τα αιτήματα των προμηθευτών, χωρίς τα ταμεία να ρυθμίζουν και να ελέγχουν τις πραγματικές δραστηριότητες των παρόχων. Ακόμα περισσότερο, τα ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων επιδοτούνται αναδρομικά από τον κοινωνικό προϋπολογισμό και, ως αποτέλεσμα, δεν υπάρχουν κίνητρα για τη βελτίωση της απόδοσης (Sissouras et al., 1999· Mossialos et al. 2005).

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα είναι οι περιφερειακές διαφορές στην κατανομή των υγειονομικών πόρων. Τα αποτελέσματα έρευνας που συνέκρινε τη χρηματοδότηση των περιφερειών για το έτος 1998-1999, χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία της Ομάδας Εργασίας Κατανομής των Πόρων του Ηνωμένου Βασιλείου, έδειξε την ύπαρξη μεγάλων ανισοτήτων στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ως συνέπεια του μη ορθολογικού τρόπου με τον οποίο γίνεται αυτή. Η μελέτη επισήμανε ότι στο ελληνικό σύστημα υγείας η κατανομή των πόρων από το κέντρο προς την περιφέρεια ακολουθεί την πρακτική της ad hoc εκτίμησης της προσδοκώμενης αύξησης, λαμβάνοντας ως βάση υπολογισμού

τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους. Αυτή η διαδικασία καθοδηγείται πρωτίστως από τις πολιτικές πιέσεις που ασκούνται και τις πελατειακές σχέσεις σε κάθε περιφέρεια (Mitropoulos and Sissouras, 2004).

Η κατάσταση επιδειωνόταν ακόμα περισσότερο από την απουσία, μέχρι πρόσφατα, συγκεκριμένων θεσμικών ρυθμίσεων για τον έλεγχο της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Η εισαγωγή βιοϊατρικής τεχνολογίας στο σύστημα υγείας ήταν ανεξέλεγκτη, χωρίς να υπακούει σε κάποια διαδικασία διερεύνησης των αναγκών, ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας και χωρίς να παρακολουθείται η απόδοση των εγκατεστημένων μηχανημάτων. Η μόνη ρύθμιση περιοριζόταν στη δραστηριότητα της Ελληνικής Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας, που είναι αυτή η οποία δίνει τις άδειες και ελέγχει από πλευράς ακτινοπροστασίας όλα τα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών, τις ραδιοενεργές πηγές, καθώς και την εφαρμογή των Κανονισμών Ακτινοπροστασίας. Στο πλαίσιο αυτό εκδίδει τα πιστοποιητικά καταλληλότητας για ιατρικά εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών. Η αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και η έλλειψη κατάλληλων κινήτρων που να ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του ιατρικού σώματος προκάλεσαν την ανέλεγκτη προσφορά ακριβής βιοϊατρικής τεχνολογίας (Liaropoulos and Kaitelidou, 2000). Κάτω από αυτό το πρίσμα θα πρέπει να θεωρηθεί ένα θετικό βήμα η απόφαση το 2010 του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αριθμ. ΔΥΓ2/Γ.Π.οικ 154949, στην οποία προβλέπονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, τα όργανα και η διαδικασία χορήγησης αδειών σκοπιμότητας και αδειών λειτουργίας για εγκατάσταση και λειτουργία μηχανημάτων ιοντιζουσών και μη ιοντιζουσών ακτινοβολιών από ιδιώτες. Μεταξύ των κριτηρίων έγκρισης της άδειας

είναι και η πληθυσμιακή κάλυψη, δηλαδή ο πληθυσμός στον οποίο αντιστοιχεί κάθε είδος μηχανήματος.

5.4 Η τεχνική αποδοτικότητα στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας

Σε μικρο-επίπεδο, οι μέθοδοι πληρωμής των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα δεν δημιουργούν κίνητρα για βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας αυτών. Τα δημόσια νοσοκομεία εξακολουθούν, μέχρι την πλήρη εισαγωγή των ΚΕΝ, τα οποία, όπως θα αναφερθεί στην επόμενη ενότητα, θεσμοθετήθηκαν πρόσφατα, να πληρώνονται με βάση το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και ο κρατικός προϋπολογισμός επιδοτεί τα ελλείμματά τους. Οι ιατροί που εργάζονται στα κέντρα υγείας και τα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με μισθό, ενώ οι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνονται κατά πράξη και περίπτωση. Το γεγονός ότι η αποζημίωση των ιατρών δεν σχετίζεται με την απόδοσή τους αποτελεί κίνητρο για ελαχιστοποίηση της προσπάθειας που αφιερώνουν κατά την εργασία τους στις δημόσιες μονάδες υγείας και μεγιστοποίηση του χρόνου που αφιερώνουν στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ανεξάρτητα από το εάν τους επιτρέπεται ή όχι να ασκούν ιδιωτική πρακτική (Sissouras et al., 1999· Mossialos et al., 2005).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι υφίστανται σημαντικές ανεπάρκειες σε σχέση με την απόδοση τόσο των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσο και των νοσοκομείων. Υπό την έννοια αυτή, μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχουν μεγάλα περιθώρια δυνητικών βελτιώσεων στην απόδοση του ελληνικού συστήματος υγείας. Μελέτη η οποία αξιολόγησε τη σχετική αποδοτικότητα 133 πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε όλη τη χώρα με τη μέθοδο των «Βέλ-

τιστων Προτύπων Αποδοτικότητας» (DEA) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μονάδες με περιορισμένη τεχνολογική υποδομή είναι αυτές με τη χαμηλότερη απόδοση (Zavras et al., 2002). Παλαιότερη μελέτη σε 87 πολυϊατρεία του ΙΚΑ έδειξε ότι τα μισά από αυτά είχαν χαμηλή και μέτρια απόδοση, ενώ ανέδειξε και τις σημαντικές διαφοροποιήσεις που εμφάνιζε ο συντελεστής επίδοσης των πολυϊατρείων μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών (Μητρόπουλος κ.ά., 1996). Άλλη μελέτη, βασισμένη σε δεδομένα του 1996 και χρησιμοποιώντας και αυτή τη μέθοδο DEA, ανέλυσε τη χρησιμοποίηση των πόρων και αποτίμησε την απόδοση 24 αγροτικών κέντρων υγείας σε δύο περιφέρειες της χώρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν και στη συγκεκριμένη περίπτωση τη μη αποδοτική λειτουργία αυτών και την άνιση γεωγραφική κατανομή τους (Sissouras et al., 2000).

Σε ανάλογες διαπιστώσεις καταλήγουν και μελέτες που αφορούν τα δημόσια νοσοκομεία. Ειδικότερα, μελέτη βασισμένη σε στοιχεία του 1992, και χρησιμοποιώντας και αυτή τη μέθοδο DEA, βρήκε ότι η αποδοτικότερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων θα μπορούσε να οδηγήσει σε εξοικονόμηση κατά 20% των νοσοκομειακών δαπανών. Τα γενικά νοσοκομεία εμφάνιζαν έλλειμμα αποδοτικότητας κατά 27% και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία 16%. Τα μη αποδοτικά νοσοκομεία, εάν λειτουργούσαν με αποδοτικότερο τρόπο, θα μπορούσαν να παράγουν τα ίδια αποτελέσματα με 26% λιγότερο κόστος ανά ασθενή. Επιπροσθέτως, με βάση τη μελέτη αυτή, περίπου το 4,1% του υγειονομικού κόστους στο ΑΕΠ οφείλεται σε ανεπάρκειες της λειτουργίας των νοσοκομείων (Giokas, 2001).

Ο Aletras (1999), χρησιμοποιώντας δείγμα 91 γενικών δημόσιων νοσοκομείων, εκτίμησε ότι το 1992 η μέση αποδοτικότητα αυτών υπο-

λειπόταν κατά 20-34%. Οι Athanassopoulos et al. (1999) βρήκαν ότι η αποδοτικότητα 98 δημόσιων νοσοκομείων το 1992 θα μπορούσε να βελτιωθεί σημαντικά με καλύτερη διαχείριση των πόρων. Ο Πρεζεράκος (2001), σε δείγμα 106 νοσοκομείων, βρήκε ότι τα 62 από αυτά παρουσίαζαν έλλειμμα αποδοτικότητας 20%. Ο Πολύζος (1999), βασισμένος σε δεδομένα του 1995, συμπέρανε ότι τα νοσοκομεία με 250 έως 400 κλίνες λειτουργούν αποδοτικότερα απ' ό,τι τα μικρότερα ή τα μεγαλύτερα νοσοκομεία. Οι Kontodimopoulos et al. (2006), εκτιμώντας την αποδοτικότητα των νοσοκομείων-κέντρων υγείας που βρίσκονται σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, διαπίστωσαν μειωμένη αποδοτικότητα κατά 25,13 έως 26,77%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα αποτελέσματα έρευνας που προσπάθησε να εκτιμήσει την επίδραση στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων που είχε η υγειονομική μεταρρύθμιση του 2001 (Aletras et al., 2007). Με τη μέθοδο DEA, διερευνήθηκε η αποδοτικότητα 51 γενικών νοσοκομείων πριν και μετά τη μεταρρύθμιση. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η αποδοτικότητα του δείγματος μειώθηκε μετά τις αλλαγές, υποδεικνύοντας ότι τα προσδοκώμενα οφέλη από τη μεταρρύθμιση τελικά δεν επιτεύχθηκαν. Η αποτυχία αυτή αποδίδεται από τους ερευνητές σε διοικητικούς και οργανωσιακούς παράγοντες οι οποίοι υπέσκαψαν τη μεταρρυθμιστική διαδικασία. Για παράδειγμα, η μεταρρύθμιση δεν εισήγαγε αποτελεσματικούς μηχανισμούς παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους, επαρκή συστήματα διαχείρισης των πληροφοριών ή διαδικασίες αποτίμησης της επίδοσης, με συνέπεια η παρακολούθηση της παραγωγής και του κόστους των νοσοκομείων να παρεμποδίζεται. Επιπροσθέτως, η χρηματοδότηση

των νοσοκομείων παρέμεινε υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εξακολουθώντας να διαμορφώνεται με βάση ιστορικά πρότυπα υπολογισμού των δαπανών και όχι τεκμηριωμένα αποτελέσματα αποδοτικότητας.

Ένα ζήτημα που σχετίζεται στενά με τη συζήτηση που προηγήθηκε και το οποίο θα πρέπει να επισημανθεί είναι ο προβληματικός χαρακτήρας του μέχρι πρόσφατα εφαρμοζόμενου απλογραφικού λογιστικού συστήματος των δημόσιων νοσοκομείων (Ballas and Tsoukas, 2004· Πολύζος, 2007). Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, μόνο τα βεβαιωμένα έσοδα και έξοδα καταχωρούνται στον προϋπολογισμό. Ως έσοδα λογαριάζονται μόνο τα βεβαιωμένα και εισπραγμένα ποσά μέσα στη χρήση και όχι το σύνολο των πωλήσεων και της εκμετάλλευσης αγαθών, υπηρεσιών και δικαιωμάτων. Αντίστοιχα, ως έξοδα υπολογίζονται μόνο οι πληρωμές χρηματικών ενταλμάτων και όχι η κάθε απόκτηση υλικών και υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη εσόδων. Έτσι, όμως, είναι αδύνατη η μέτρηση της επίδοσης του νοσοκομείου, δεδομένου ότι η χρησιμοποίηση των πόρων δεν σχετίζεται με τα αποτελέσματα που έχουν επιτευχθεί. Επιπροσθέτως, δεν καταγράφονται οι πιστωτές και οι χρεώστες, γεγονός που είναι μείζονος σημασίας, δεδομένου ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν σημαντικά χρέη προς τους προμηθευτές και αιτήματα προς τα ασφαλιστικά ταμεία για διευθέτηση της νοσηλείας των ασφαλισμένων τους. Η απουσία απογραφών ελέγχου ως προς τα αναλώσιμα και τα φάρμακα οδήγησε περαιτέρω σε αδυναμία προσδιορισμού των αναγκών προς παραγγελία ποσοτήτων αυτών. Το ΠΔ. 146/2004 προέβλεψε την εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος λογιστικής παρακολούθησης των νοσοκομείων, ωστόσο

μόνο τελευταία έχει καταστεί δυνατή η εφαρμογή του και στα 131 δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Δύο ακόμα παράγοντες που δυσχέραιναν την αποδοτική λειτουργία των νοσοκομείων είναι ο τρόπος διοίκησής τους και οι διαδικασίες δημόσιων προμηθειών. Πιο συγκεκριμένα, όπως επισημάνθηκε σε προηγούμενη ενότητα, σε μεγάλο βαθμό το χρέος των νοσοκομείων οφείλεται στις προμήθειες. Ήταν συχνό φαινόμενο οι προμήθειες ιατρικών ειδών να γίνονται με απευθείας αναθέσεις και χωρίς την προηγούμενη προκήρυξη και διενέργεια διαγωνισμών. Επίσης, παρατηρούνταν υψηλό κόστος προμηθειών για κατηγορίες υλικών, ιδιαίτερα όταν η τελική επιλογή εξαρτιόταν από τον ιατρό (European Profiles, 2007). Το νέο σύστημα προμηθειών, με τη διενέργεια κεντρικών διαγωνισμών και τη σύναψη συμφωνιών-πλαίσιο, υπό την αιγίδα της νεοσυσταθείσας Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών Υγείας και της Επιτροπής Προδιαγραφών, αναμένεται να λειτουργήσει θετικά προς την αντιμετώπιση των δυσχερειών που αναφέρθηκαν. Θα πρέπει όμως να επιλυθούν άμεσα δύο ακόμα προβλήματα. Το πρώτο αφορά τα προβλήματα που παρατηρούνται στην αλυσίδα ανεφοδιασμού των νοσοκομείων και το δεύτερο την καθυστερημένη πληρωμή από αυτά, των προμηθευτών για υλικά που έχουν παραγγείλει, η οποία καθυστέρηση φτάνει και τους 18 μήνες.

Σε σχέση με τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων, παραδοσιακά αυτή βασίστηκε σε διορισμένους από την εκάστοτε κυβέρνηση διοικητές, ανάλογα με τις πολιτικές τους πεποιθήσεις και όχι σύμφωνα με τα αντικειμενικά προσόντα που είναι απαραίτητα για την επίτευξη ενός τέτοιου ρόλου. Εκτός της σύντομης περιόδου 2001-2005, κατά τη διάρκεια της οποίας έγινε προσπάθεια να εισαχθούν διαδι-

κασίες «επιστημονικής-τεχνοκρατικής διοίκησης-διαχείρισης» των νοσοκομείων, κυρίαρχη τάση διαχρονικά αποτέλεσε το πρότυπο της «πολιτικής διοίκησης-διαχείρισης των ημετέρων». Η διαδικασία της «ανοικτής διακυβέρνησης» που εφαρμόστηκε μετά το 2010, ενώ ως κεντρική ιδέα κινήθηκε προς τη σωστή κατεύθυνση, στην πράξη δεν απέδωσε τα αναμενόμενα και παρατηρήθηκαν αστοχίες στις επιλογές των διοικητών των νοσοκομείων.

5.5 Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Σε μια έρευνα γνώμης που διεξήχθη το 1996 από το Ευρωβαρόμετρο, το 53,9% των Ελλήνων δήλωσαν ότι ήταν από μέτρια έως πολύ δυσαρεστημένοι από τη λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας. Το ποσοστό αυτό δημόσιας δυσαρέσκειας ήταν το τρίτο υψηλότερο μεταξύ των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά των Ιταλών (59,4%) και των Πορτογάλων (59,3%). Επιπλέον, 69,2% των Ελλήνων εξέφραζαν την άποψη ότι χρειαζόταν μια ριζική αναδόμηση του συστήματος υγείας ή θεμελιακές αλλαγές αυτού, σε σύγκριση με το 76,9% των Ιταλών και το 70,1% των Πορτογάλων που δήλωναν το ίδιο (Mossialos, 1998). Σε μεταγενέστερη έρευνα γνώμης του Ευρωβαρόμετρου, το ποσοστό των Ελλήνων που υποστήριζαν την ανάγκη για θεμελιακές αλλαγές ή ριζική αναδόμηση του συστήματος υγείας αυξήθηκε σε 78,1%, έναντι 80,4% των Πορτογάλων και 65,5% των Ιταλών (Eurobarometer, 2002).

Πρόσφατα, το Ευρωβαρόμετρο διεξήγαγε μια νέα έρευνα γνώμης με κύριο στόχο να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι Ευρωπαίοι προσλαμβάνουν την ασφάλεια των ασθενών και αντιλαμβάνονται την ποιότη-

τα της φροντίδας υγείας στη χώρα τους. Στο πλαίσιο αυτό, το ποσοστό των Ελλήνων (83%) οι οποίοι δήλωσαν ότι αισθάνονται πως υπάρχει ο κίνδυνος να υποστούν βλάβη στην υγεία τους από τη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ήταν πολύ υψηλότερο από το ποσοστό όλων των υπόλοιπων Ευρωπαίων. Αντίστοιχη ήταν η κατάσταση και για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, όπου και πάλι το ποσοστό των Ελλήνων (78%) που δήλωσαν ότι νιώθουν φόβο πως η υγεία τους θα υποστεί βλάβη από την επίσκεψή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν το υψηλότερο από όλους τους άλλους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, 2010).

Φαίνεται ότι το πάγωμα των προσλήψεων στον δημόσιο τομέα τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα είχε σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αναγκάζονται να προσλάβουν ιδιωτικό, και σε πολλές περιπτώσεις χωρίς τα αναγκαία προσόντα, αποκλειστικό νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να αντιμετωπίσουν την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία (Σαπουντζή και Λεμονίδου, 1994· Geitona et al., 1998). Επίσης, οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία επέφεραν την αδυναμία λειτουργίας και το κλείσιμο πολλών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Το πρόβλημα είναι πιθανό να διογκωθεί εάν ο νέος θεσμός της εργασιακής εφεδρείας εφαρμοστεί χωρίς προσοχή και στο υγειονομικό δυναμικό που απασχολείται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Ένα άλλο πρόβλημα ποιότητας των ελληνικών υπηρεσιών υγείας είναι η ύπαρξη εκτενών λιστών αναμονής. Σύμφωνα με ανεπίσημα στοιχεία, σε ορισμένα νοσοκομεία οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να περιμένουν από τρεις

έως έξι μήνες προκειμένου να υποστούν κάποια μη επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Ο χρόνος αναμονής για χημειοθεραπεία ασθενών με καρκίνο φτάνει ή και ξεπερνάει σε ορισμένες περιπτώσεις τους τρεις μήνες. Αντίστοιχοι είναι οι χρόνοι αναμονής και για την αφαίρεση όγκων. Σε ορισμένα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων πρέπει να περάσουν πέντε με έξι μήνες προκειμένου να καθοριστεί επίσκεψη. Ο χρόνος αναμονής για μαστογραφία είναι τρεις με έξι μήνες και για εξέταση Παπανικολάου δύο με τρεις μήνες. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι παραπάνω πληροφορίες για τους χρόνους αναμονής είναι ενδεικτικές. Η υπανάπτυξη των νοσοκομειακών πληροφοριακών συστημάτων, η απουσία ενός οργανωμένου κεντρικού ή περιφερειακού τμήματος συλλογής και επεξεργασίας σχετικών δεδομένων και κυρίως η μη ύπαρξη μιας εθνικής πολιτικής για τη διαχείριση των χρόνων και των λιστών αναμονής καθιστούν την καταγραφή αξιόπιστων στοιχείων αδύνατη.

Εκτός από τις προσλήψεις και τις λίστες αναμονής, ένας τρίτος παράγοντας με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας είναι η μη γενικευμένη εφαρμογή στις μονάδες υγείας συστημάτων διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η εφαρμογή τέτοιων συστημάτων στα ελληνικά νοσοκομεία είναι περιορισμένη και καθίσταται αναγκαία η ευρύτερη εισαγωγή τους. Σε όσες περιπτώσεις έχουν γίνει προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση, η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας ήταν συνέπεια της πρωτοβουλίας των εργαζομένων και δεν προερχόταν από ένα κεντρικά διαμορφωμένο σχέδιο της πολιτικής ηγεσίας του χώρου (Theodorokioglou and Tsiotras, 2000).

Η έννοια της ποιότητας καλύπτει επίσης

και μια ομάδα μη ιατρικών και μη οικονομικών διαστάσεων, οι οποίες αντικατοπτρίζουν το βαθμό σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και τις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνονται κατά τη διαδικασία παροχής της φροντίδας υγείας. Είναι αυτό που ο ΠΟΥ ορίζει ως «ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας». Οι πυλώνες της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνουν την αξιοπρέπεια, την αυτονομία, την έγκαιρη προσοχή, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, την επικοινωνία, τη δυνατότητα επιλογής των προμηθευτών, την κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα του περιβάλλοντος χώρου. Σε έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το σύστημα υγείας που βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο είναι μόνο η κοινωνική υποστήριξη και η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Τα υπόλοιπα έξι στοιχεία δεν βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο, με την ποιότητα του χώρου όπου παρέχεται η θεραπεία να λαμβάνει τη χειρότερη τιμή (Κυριόπουλος κ.ά., 2003). Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά με 15 άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, μελέτη του ΠΟΥ έδειξε ότι, συνολικά, η Ελλάδα εμφανίζει το χαμηλότερο επίπεδο ανταποκρισιμότητας (Valentine et al., 2003). Ειδικότερα, στη νοσοκομειακή περίθαλψη, η Ελλάδα έχει τη χειρότερη επίδοση στην αυτονομία, την επικοινωνία, την αξιοπρέπεια και την έγκαιρη προσοχή, τη δεύτερη χειρότερη επίδοση στην επιλογή των προμηθευτών και την κοινωνική υποστήριξη και την τέταρτη χειρότερη επίδοση στην εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η Ελλάδα καταγράφει τη χειρότερη επίδοση σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, όπου εμφανίζει την τέταρτη χειρότερη επίδοση.

5.6 Η συμβολή του συστήματος υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας είναι πολλοί, συμπεριλαμβανομένων του κοινωνικο-οικονομικού και πολιτικού πλαισίου, του βαθμού ύπαρξης κοινωνικής συνοχής και κοινωνικού κεφαλαίου, των υλικών συνθηκών, των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, της προσωπικής συμπεριφοράς, του τρόπου ζωής, των βιολογικών παραγόντων και της δομής του συστήματος υγείας. Στην περίπτωση της Ελλάδας, είναι αδύνατο να εκτιμήσουμε τη συμβολή καθενός από αυτούς τους παράγοντες στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, λόγω της απουσίας σχετικών μελετών.

Είναι δυνατό, ωστόσο, να εξαχθούν ορισμένα συμπεράσματα από τα αποτελέσματα δύο ερευνών που διεξήχθησαν από τους Nolte και McKee, οι οποίοι συνέκριναν την επίδοση 19 χωρών του ΟΟΣΑ σε σχέση με την αποφεύξιμη θνησιμότητα η οποία μπορεί να αποδοθεί στο σύστημα υγείας. Από τις μελέτες αυτές προκύπτει ότι, κατά τη δεκαετία του 1980, τουλάχιστον το 70% της συνολικής βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ελλάδα οφείλεται στη μείωση της αποφεύξιμης θνησιμότητας και για τα δύο φύλα και το 50% περίπου αυτής της βελτίωσης αποδίδεται στην πτώση της βρεφικής θνησιμότητας. Κατά τη δεκαετία του 1990, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες, αν και η αποφεύξιμη θνησιμότητα συνέβαλε σε μικρότερο ποσοστό στη βελτίωση της υγείας στην Ελλάδα απ' ό,τι τη δεκαετία του 1980, εξακολούθησε η επίδρασή της να είναι σημαντική, αφού σε αυτήν οφείλονται τα δύο τρίτα της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και για τα δύο φύλα. Και πάλι, μεγάλο μερίδιο αυτής της αλλαγής μπορεί να αποδοθεί στη μείωση

των θανάτων κατά τη βρεφική ηλικία, η οποία επέφερε 36% για τις γυναίκες και 47% για τους άντρες βελτίωση της υγείας τους (Nolte and McKee, 2004). Επιπροσθέτως, κατά το διάστημα 1998-2003, η αποφεύξιμη θνησιμότητα μειώθηκε κατά 11% για τους άντρες και κατά 17% για τις γυναίκες (Nolte and McKee, 2008).

Αν και οι δύο παραπάνω μελέτες υπονοούν ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είχε θετική επίπτωση στην υγεία του πληθυσμού, μια πιο πρόσφατη μελέτη, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο DEA, συμπεραίνει ότι η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας της χώρας έχει διαβρωθεί. Η ανάλυση, η οποία είναι παρόμοια με αυτή των Journaud et al. (2008), δείχνει ότι η απόδοση του ελληνικού συστήματος υγείας, η οποία καταλάμβανε το 1990 την τρίτη και πέμπτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, το 2006 έπεσε στη δωδέκατη και δέκατη όγδοη

θέση, ανάλογα με το εάν οι εισροές στην ανάλυση περιλαμβάνουν την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ή τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού. Ενώ το 1990 η αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων θα αύξανε το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελλήνων μεταξύ 0,8 και 0,9 έτη, το χάσμα διευρύνθηκε, και το 2006 η αύξηση θα ήταν μεταξύ 1,7 και 3 έτη. Επιπροσθέτως, η μείωση της σχετικής απόδοσης του ελληνικού συστήματος υγείας φαίνεται να είναι περισσότερο απότομη εάν στους υπολογισμούς χρησιμοποιηθεί ως εισροή ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού. Τα στοιχεία αυτά τεκμηριώνουν ότι η μειωμένη επίδοση του ελληνικού συστήματος υγείας απορρέει από τη μείωση της τεχνικής αποδοτικότητας μάλλον, παρά από το υψηλότερο κόστος, δηλαδή τις τιμές και τις πληρωμές για ιατρικές υπηρεσίες (Economou and Giorno, 2009).

6. Βασικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του ελληνικού συστήματος υγείας



6.1 Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και η προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας

Από τις βασικότερες προτεραιότητες της προσπάθειας διαμόρφωσης ενός πλαισίου κοινωνικής πολιτικής κατά τη δεκαετία του 1980 στην Ελλάδα ήταν η αναμόρφωση του συστήματος υγείας της χώρας και η διαμόρφωση νέων αξόνων πολιτικής. Στην Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983, με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το ΕΣΥ, τονίζεται ότι η παροχή της φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, πρέπει να στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, να εξασφαλίζει για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτου κοινωνικής και οικονομικής θέσης, ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη, καθώς και ενεργή συμμετοχή του στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας. Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την εφαρμογή των παραπάνω αρχών θα ήταν η αποκέντρωση, η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και η ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενιαίου προγραμματισμού και ίσης κατανομής των πόρων, η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Με το Ν. 1397/1983 η χώρα διαιρέθηκε

σε υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας συστάθηκε Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ) ως όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό και άσκησης ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος. Προηγουμένως, με το Ν. 1278/1982 είχε συσταθεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) ως γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας. Η σύνθεση του ΚΕΣΥ και των ΠΕΣΥ ήταν αντιπροσωπευτική των κοινωνικών εταίρων. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ και απαγορεύτηκε η ίδρυση και η επέκταση ιδιωτικών κλινικών. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν σε περιφερειακά, τα οποία διέθεταν όλες τις ειδικότητες και παρείχαν ιατρική εκπαίδευση, και νομαρχιακά, τα οποία κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού. Καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ιδρύθηκαν τα αγροτικά κέντρα υγείας.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητη τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας που κάθε άλλο παρά ως σύστημα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν. Διαπνεόταν από μια συγκεκριμένη θεώρηση για το ρόλο του αγαθού υγείας στη σύγχρονη κοινωνία και αντα-

ποκρινόταν στην παράδοση και το κεκτημένο του κοινωνικού χαρακτήρα των σύγχρονων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Συνέβαλλε στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των αγροτικών περιοχών, και σημειώθηκε αύξηση των διατιθέμενων για την υγεία ανθρώπινων και χρηματοδοτικών πόρων. Ωστόσο, δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει επαρκώς ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης/διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης (Tsalikis, 1988· Liaporoulos, 1998). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιες ρυθμίσεις του νέου θεσμικού πλαισίου δεν εφαρμόστηκαν, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση καταστάσεων οι οποίες στην πορεία ανείρεσαν τη φιλοσοφία του, κάποιες άλλες είχαν συνέπειες που δεν προβλέφθηκαν, ενώ για ορισμένα βασικά ζητήματα δεν γινόταν καμία μνεία στο νόμο.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσεται η αδυναμία ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο Ν. 1397/83 προέβλεπε την κατάργηση όλων των μέχρι τότε λειτουργούντων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ίδρυση, αντί αυτών, κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Τελικά, ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου, ενώ η κατάργηση των άλλων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας και η λειτουργία του ειδικού λογαριασμού δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα την επίφαση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διατήρηση της πανσπερμίας των δομών και υπηρεσιών πρω-

τοβάθμιας περίθαλψης (Οικονόμου, 1994). Επιπροσθέτως, τα ΠΕΣΥ δεν συστάθηκαν και δεν λειτούργησαν, με αποτέλεσμα, αν και η περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων βελτιώθηκε στο διάστημα 1981-1989 διευκολύνοντας την πρόσβαση των πολιτών, να εξακολουθήσουν να υφίστανται ανισότητες, καθώς και αδυναμίες, όπως η μη επίτευξη της αποκέντρωσης στη λήψη των αποφάσεων (Νιάκας, 1993· Οικονόμου κ.ά., 2000).

Στη δεύτερη περίπτωση, οι περιορισμοί που τέθηκαν στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη και οι αδυναμίες του δημόσιου τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα λόγω της μη εφαρμογής των προβλεπόμενων διατάξεων οδήγησαν στην έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, των οποίων η λειτουργία μέχρι σήμερα δεν ελέγχεται ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν και ταυτόχρονα εξακολουθεί να επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι κατά την περίοδο 1986-1991 ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των διαγνωστικών κέντρων ήταν 25,8%. Το 1991 ο αριθμός των διαγνωστικών κέντρων ανερχόταν σε 192, ενώ το 1999 σε πάνω από 400. (Μπέσης, 1993· ICAP, 1999).

Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στο πολύ σημαντικό ζήτημα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Στο νόμο θεσμοθέτησης του ΕΣΥ δεν υπάρχει καμία διάταξη που να ρυθμίζει την κατανομή των οικονομικών πόρων, τις πηγές χρηματοδότησης και τις μορφές αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, εκτός αυτής που προαναφέρθηκε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία άλλωστε δεν εφαρμόστηκε. Η ενοποίηση των ταμείων και η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα δεν επιχειρήθηκε, με

αποτέλεσμα την απουσία σαφών αρχών χρηματοδότησης του συστήματος, τη δημιουργία ελλειμμάτων και την αγνόηση της σημασίας των μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας. Αντίθετα, η έμφαση δόθηκε αποκλειστικά στην πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της υγειονομικής υποδομής της χώρας, την επέκταση και ενδυνάμωση του δημόσιου τομέα φροντίδας και τον περιορισμό του ιδιωτικού.

6.2 Το πρώτο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του 1990

Την ψήφιση του Ν. 1397/1983 ακολούθησε μια αύξηση και αναβάθμιση των υγειονομικών υποδομών (κτιριακές εγκαταστάσεις και ιατρικός τεχνολογικός εξοπλισμός), αύξηση του απασχολούμενου υγειονομικού δυναμικού και βελτίωση της ποιότητας και της πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Κατά τη δεκαετία του 1980 κατασκευάστηκαν πάνω από 180 αγροτικά κέντρα υγείας, τρία νέα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Πάτρας, Ιωαννίνων και Ηρακλείου) και σημαντικός αριθμός νομαρχιακών νοσοκομείων, ενώ σημαντικός αριθμός άλλων ανακαινίστηκαν και επεκτάθηκαν. Ωστόσο, σε κάποιους άλλους τομείς του συστήματος υγείας, όπως η χρηματοδότηση, η διοίκηση, η διαχείριση, ο έλεγχος των δαπανών και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα αστικά κέντρα, η κατάσταση δεν βελτιώθηκε αλλά παρέμεινε αμετάβλητη. Το αποτέλεσμα ήταν, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ο υγειονομικός τομέας στη χώρα να αντιμετωπίζει σημαντικές αδυναμίες. Η απουσία μέτρων συγκράτησης του κόστους και καθορισμένων κριτηρίων χρηματοδότησης των υπηρεσιών οδήγησε τα ασφαλιστικά ταμεία στην εμφά-

νιση οικονομικών δυσκολιών και ελλειμμάτων στον προϋπολογισμό τους. Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών ερχόταν σε αντίθεση με την αρχή της δίκαιης χρηματοδότησης και της ισοτιμίας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Η αποδοτικότητα ήταν αμφίβολη λόγω της έλλειψης κινήτρων για βελτίωση της επίδοσης του δημόσιου τομέα. Οι μηχανισμοί αποτίμησης αναγκών και διαμόρφωσης προτεραιοτήτων ήταν υπανάπτυκτοι, με συνέπεια την άνιση περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων. Ο συγκεντρωτισμός του συστήματος συνοδευόταν από την απουσία μηχανισμών σχεδιασμού και συντονισμού και περιορισμένη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα. Επιπροσθέτως, η υπερπροσφορά ιατρών, η απουσία συστήματος παραπομπής και η ανορθολογική πολιτική τιμολόγησης των υπηρεσιών και αποζημίωσης των προμηθευτών ενθάρρυναν την ανάπτυξη των άτυπων πληρωμών και της παραοικονομίας (Sissouras et al., 1994· Liaropoulos, 1998).

Κατά την ίδια περίοδο, η τάση επέκτασης του ρόλου του κράτους, που ήταν κυρίαρχη τη δεκαετία του 1980, άρχισε να υποχωρεί και στον δημόσιο διάλογο άρχισαν να εμφανίζονται προτάσεις για μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής υπηρεσιών από τους ασθενείς, συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αποκέντρωση και αποτελεσματικότερη διοίκηση, προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, έλεγχος των δαπανών υγείας και εισαγωγή οιοει αγορών στο σύστημα υγείας. Όλες οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν τη δεκαετία του 1990 επιδίωκαν την επίτευξη των παραπάνω στόχων, χωρίς ωστόσο να το κάνουν αυτό με την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου και ολοκληρωμένου σχεδίου πολιτικής. Σχεδόν όλες οι

μεταρρυθμιστικές προσπάθειες εξαντλήθηκαν σε μελέτες και νομοσχέδια που δεν ψηφίστηκαν ποτέ ή σε νόμους που δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν μόνο μερικώς.

Πιο συγκεκριμένα, προτάθηκε η διάκριση μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και η εισαγωγή διευθυνόμενου ανταγωνισμού κυρίως μεταξύ των προμηθευτών νοσηλευτικών υπηρεσιών. Στην πλευρά της ζήτησης προτάθηκε η ίδρυση ενός ενιαίου φορέα υγείας στον οποίο θα μετέφεραν τους οικονομικούς τους πόρους τα μεγαλύτερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ο ενιαίος φορέας θα έπαιζε το ρόλο του αγοραστή, λειτουργώντας ως μονοψώνιο, θέτοντας προτεραιότητες και προσδιορίζοντας την ποσότητα, την ποιότητα και τις τιμές των υπηρεσιών, μέσω της διαπραγμάτευσης σύναψης συμβάσεων με προμηθευτές (Κυριόπουλος και Σισσούρας, 1997). Στην πλευρά της προσφοράς, τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία θα ανταγωνίζονταν για τη σύναψη συμβάσεων με τον ενιαίο φορέα και θα αποζημιώνονταν με προοπτικές μεθόδους, όπως ο σφαιρικός προϋπολογισμός ή οι Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προτάθηκε η θεσμοθέτηση είτε του γενικού οικογενειακού ιατρού αμειβόμενου με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του ασθενών, κατά το βρετανικό πρότυπο, είτε δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά το γαλλικό πρότυπο (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996· Γεωργούση κ.ά., 2000).

Επίκεντρο της πολιτικής υγείας στις αρχές της δεκαετίας του 1990 αποτέλεσαν επίσης τα ζητήματα χρηματοδότησης, λόγω των μακροοικονομικών περιορισμών, και η υιοθέτηση διαδικασιών συμμετοχής του ασθενή στο κόστος της φροντίδας. Σκοπός ήταν η αντικα-

τάσταση της κρατικής ευθύνης με την αύξηση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, ο Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προέβλεπε την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις Νομαρχίες και τη χρηματοδότησή τους από αυτές, τη δυνατότητα επιλογής των γιατρών του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής, την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, την ελευθερία επιλογής ιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες, την υιοθέτηση χάρτη δικαιωμάτων του ασθενή, την αύξηση των νοσηλίων και τη θέσπιση εισιτηρίου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για εισαγωγή, την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στην αγορά φαρμάκων, την εισαγωγή του θεσμού του μάνατζερ στα νοσοκομεία και τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Επιπροσθέτως, δόθηκαν φορολογικά κίνητρα για τη σύναψη από τους πολίτες συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Η αλλαγή του πολιτικού σκηνικού οδήγησε στην έκδοση του Ν. 2194/1994 για την αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, ο οποίος απέβλεπε στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ και επανέφερε σε ισχύ τις διατάξεις του Ν. 1397/1983 σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών, καταργώντας τη δυνατότητα μερικής απασχόλησης και τα κέντρα υγείας, μετατρέποντάς τα εκ νέου σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Όμως, ο νέος νόμος δεν κατάργησε τις προβλέψεις του προηγούμενου όσον αφορά τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων

με τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα, τις ελευθερίες που είχαν παραχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα και τα μέτρα συμμετοχής του ασθενή στο κόστος περίθαλψης.

Τα δύο παραπάνω νομοθετήματα είχαν περισσότερο το χαρακτήρα διορθωτικών παρεμβάσεων, δεν οδήγησαν σε ριζική αναμόρφωση του ΕΣΥ και δεν έδωσαν απαντήσεις στα επιτακτικά ερωτήματα που έθεταν τα προβλήματα του συστήματος υγείας και αφορούσαν τη χρηματοδότηση, τον διοικητικό συγκεντρωτισμό, την απουσία κατάλληλων διαχειριστικών μηχανισμών, την έλλειψη μέτρων ελέγχου του κόστους, την ανεπάρκεια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, τους μηχανισμούς κατανομής των υγειονομικών πόρων και την απουσία μέτρων ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών.

Η επόμενη τριετία χαρακτηρίστηκε από τη διεξαγωγή ενός έντονου διαλόγου των κοινωνικών εταίρων, ο οποίος κατέληξε στην κατάθεση δύο μεταρρυθμιστικών σχεδίων και ενός νέου νόμου. Οι προτάσεις του σχεδίου Κρεμαστινού κατατέθηκαν το 1995 και προέβλεπαν τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων, την εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, την αλλαγή της οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων, την εισαγωγή του γενικού οικογενειακού ιατρού, την έμφαση στην πρόληψη και την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, τη σύνταξη θετικής λίστας φαρμάκων και την υιοθέτηση τιμών αναφοράς, τη συνεχόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και την εφαρμογή μέτρων ποιοτικού ελέγχου, όπως σύσταση επιτροπών αξιολόγησης στα νοσοκομεία και ίδρυση εθνικού οργανισμού αξιολόγησης. Οι προτάσεις αυτές βασίστηκαν στις θέσεις οι οποίες διατυπώθηκαν στο πόρισμα της Επιτροπής Ξένων Εμπει-

ρογνωμόνων που είχε συσταθεί (Abel-Smith κ.ά., 1994), έτσι όπως στη συνέχεια εξειδικεύτηκαν από τρεις ομάδες ελλήνων εμπειρογνομητών (Δερβένης και Πολύζος, 1995· Σισσούρας κ.ά., 1995· Μωραΐτης κ.ά., 1995). Όμως οι αλλαγές στο κυβερνητικό σχήμα και στη θέση του Υπουργού Υγείας είχαν ως αποτέλεσμα τη μη εφαρμογή του σχεδίου Κρεμαστινού και την κατάθεση ενός νέου σχεδίου από τους Πεπονή και Παπαδέλη (1996). Το νέο σχέδιο ήταν περισσότερο μετριοπαθές σε σχέση με το προηγούμενο και πρότεινε όχι την ενοποίηση των ταμείων αλλά την εφαρμογή περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών, τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών και την κοστολόγηση ανά τμήμα ή περίπτωση, την ενθάρρυνση των ταμείων για εισαγωγή του θεσμού του γενικού ιατρού, την αναβάθμιση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, την ίδρυση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας και τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Η προκήρυξη εκλογών και η αλλαγή Υπουργού Υγείας έθεσαν στο συρτάρι και αυτό το σχέδιο (Tragakes and Polyzos, 1998).

Το 1997 εκδίδεται ο Ν. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Τα κύρια σημεία του νόμου αφορούσαν τα δικαιώματα των ασθενών, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την αξιολόγηση των υπηρεσιών, την οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ, τη διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος προέβλεπε τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας ειδικής υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την ίδρυση στα νοσοκομεία επιτροπών για τα δικαιώματα των ασθενών, καθώς και τη σύσταση επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας. Στη δημόσια υγεία προβλε-

πτόταν η λειτουργία περιφερειακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας και η σύσταση γνωμοδοτικού επιστημονικού συμβουλίου, διεύθυνσης σχολικής υγιεινής και περιφερειακών γραφείων σχολικής υγείας. Υπεύθυνο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας θα ήταν το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών. Για την καλύτερη οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ και το συντονισμό της λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων θα ιδρυόταν Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας και το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας. Η βελτίωση της διοίκησης και της χρηματοδότησης των νοσοκομείων θα επιτυχανόταν με το διορισμό γενικών διευθυντών (μάντζερς) και την εισαγωγή των σφαιρικών προϋπολογισμών και των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων ασθενειών. Όσον αφορά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, στόχος ήταν η οργάνωση μονάδων αποκατάστασης στα νοσοκομεία, η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας και η λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία. Τέλος, μια σημαντική πρόβλεψη του νόμου ήταν η αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με τη θεσμοθέτηση του γενικού ιατρού και το συντονισμό της λειτουργίας των διάφορων δομών μέσω του γαλλικού μοντέλου των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Όπως και με τις προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, οι καινοτόμες διατάξεις του Ν. 2519/1997 δεν εφαρμόστηκαν. Ο συντονισμός και η ενιαία δράση των υπηρεσιών υγείας, οι αλλαγές στη διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων και η λειτουργία των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν υλοποιήθηκαν. Έτσι, οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες του ΕΣΥ συνέχισαν να αναπαράγονται και στις αρχές της νέας χιλιετίας τέθηκε εκ νέου το ζήτημα της μεταρρύθμισής του.

6.3 Το δεύτερο κύμα μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ κατά τη δεκαετία του 2000

Οι αλλαγές οι οποίες εισήχθησαν στο σύστημα υγείας τη δεκαετία του 2000 μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο γύρους μεταρρυθμίσεων που αντανακλούν δύο διαφορετικά ιδεολογικά ρεύματα. Ο πρώτος γύρος μεταρρυθμίσεων περιλαμβάνει τη νομοθεσία που ψηφίστηκε στο διάστημα 2001-2004 από την τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση και ο δεύτερος γύρος τη νομοθεσία της περιόδου 2005-2007 που πέρασε η συντηρητική κυβέρνηση. Σε μερικές περιπτώσεις, όπως θα φανεί από την ανάλυση που ακολουθεί, οι αλλαγές ήταν αντιφατικές μεταξύ τους.

Τον Ιούλιο του 2000 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έδωσε στη δημοσιότητα το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον Πολίτη», στο οποίο καταγράφονταν 200 περίπου μέτρα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Όπως αναφερόταν στην αρχή του σχεδίου, σκοπός του εγχειρήματος ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ελλήνων πολιτών, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης. Ειδικότερα, ως στόχοι προσδιορίζονταν η έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, η διοικητική αποκέντρωση και περιφερειακή ανάπτυξη του ΕΣΥ, η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα και η αλλαγή των όρων απασχόλησης των ιατρών, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσι-

ών, η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών πόρων, η ενοποίηση των πόρων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος στην παροχή των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και η άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής και πολιτικής υγείας (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000).

Η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας βρισκόταν στο κέντρο της διάκρισης μεταξύ προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Προβλεπόταν ότι ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας που θα ιδρυόταν θα διαχειριζόταν τα έσοδα των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων υγείας, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, που καλύπτουν πάνω από το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Το μέτρο αυτό θα συνοδευόταν από τη διαμόρφωση μιας βασικής δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που θα ήταν κοινή για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και η κατανομή των πόρων θα ακολουθούσε δημογραφικά κριτήρια. Επιπροσθέτως, υπήρχε η πρόθεση ανάπτυξης μιας πολιτικής διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της έρευνας, της εκπαίδευσης, της δημόσιας υγείας και της ιατρικής πληροφορικής τεχνολογίας, με τη σύσταση του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας.

Στις προτάσεις του παραπάνω σχεδίου διατυπώθηκαν σημαντικές κριτικές από τους κοινωνικούς εταίρους. Το συνδικαλιστικό κίνημα, μέσω του επιστημονικού του φορέα (ΙΝΕ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 2000), συμφώνησε με τους στόχους της μεταρρύθμισης, ωστόσο διατύπωσε ενστάσεις για το γεγονός ότι στο κείμενο του Υπουργείου παρουσιάζονταν περίπου 200 παρεμβάσεις, οι οποίες όμως ήταν αποσπασματικές, δεδομένου ότι δεν δινόταν απάντηση στο κεντρικής σημασίας ζήτημα των θεμελιακών επιλογών και προτεραιοτήτων του συστήμα-

τος υγείας. Επιπροσθέτως, απουσίαζαν οι αναγκαίες οικονομοτεχνικές μελέτες προσδιορισμού του κόστους των αλλαγών και ποσοτικής προσέγγισης των πηγών χρηματοδότησης του κόστους αυτού. Δεν δινόταν απάντηση σε κρίσιμα ζητήματα πολιτικής, όπως η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ο ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και η δυνατότητα ανταπόκρισης των δημοσίων νοσοκομείων στη με αμοιβή περίθαλψη των εύπορων πολιτών, ο καθορισμός προτεραιοτήτων ως προς το είδος των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας, ο ποσοτικός προσδιορισμός της χρηματοδότησης και η αναλογική κατανομή των πηγών χρηματοδότησης και ιδιαίτερα ο βαθμός συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού. Ακόμα, δεν προσδιοριζόταν εάν στη διοίκηση των περιφερειακών δομών θα περιλαμβάνονταν εκπρόσωποι των κοινωνικών φορέων υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση αυτών από την εκάστοτε κυβέρνηση.

Ενστάσεις από το συνδικαλιστικό κίνημα εκφράστηκαν και ως προς τη λειτουργία του ΟΔΙΠΥ. Τα αυξημένα τιμολόγια με τα οποία θα καλούνταν να αγοράζουν υπηρεσίες από το ΕΣΥ οι φορείς και οι κλάδοι ασφάλισης υγείας που δεν θα μεταβίβαζαν τους πόρους τους στον ΟΔΙΠΥ συνιστούσε εκβιαστικό εξαναγκασμό για την ένταξή τους στον ΟΔΙΠΥ. Από την άλλη μεριά, δεν προσδιορίζονταν το είδος και η έκταση της διαφοροποίησης των τιμολογίων τα οποία θα δημιουργούνταν, ούτε και τα κριτήρια ποιότητας και κόστους σύμφωνα με τα οποία ο ΟΔΙΠΥ θα αγόραζε υπηρεσίες από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα. Προβληματική θα ήταν και η μετατροπή των πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε αστικά κέντρα υγείας και η ένταξή τους

στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι αυτά αποτελούσαν περιουσία του ΙΚΑ που ανήκει στους ασφαλισμένους του. Τέλος, η λειτουργία απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία θα οδηγούσε σε αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (ΙΝΕ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 2000).

Το χρονοδιάγραμμα που έθεσε το Υπουργείο για την ολοκλήρωση του νομοθετικού πλαισίου και την έκδοση όλων των απαραίτητων νόμων μέχρι το τέλος του 2001 δεν τηρήθηκε και από τις προβλέψεις του Σχεδίου μόνο ορισμένες υλοποιήθηκαν. Ειδικότερα, με το Ν. 2889/2001 για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, συστάθηκαν περιφερειακές αρχές υγείας, προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης, οργάνωσης και χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς και η διάρθρωση της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας τους, εισήχθηκε ο θεσμός των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία και θεσπίστηκαν νέες εργασιακές σχέσεις για τους ιατρούς που απασχολούνται σε αυτά. Η χώρα διαιρέθηκε σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ). Αργότερα, με το Ν. 3106/2003 για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών πρόνοιας, αποκεντρώθηκαν και εκχωρήθηκαν οι αρμοδιότητες της κοινωνικής πρόνοιας στα ΠεΣΥ, τα οποία μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠ. Κάθε ΠεΣΥΠ αποτελούσε δημόσιο νομικό πρόσωπο διοικούμενο από δεκαμελές συμβούλιο και ήταν υπεύθυνο για το σχεδιασμό, το συντονισμό, τη στελέχωση, τον οικονομικό έλεγχο και την παρακολούθηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας της γεωγραφικής του εμβέλειας.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες αλλά διοικητικά και οικονομικά αυτόνομες μονάδες των ΠεΣΥΠ, διοικούμενα από έναν Διοικητή πενταετούς θητείας

και ένα Διοικητικό Συμβούλιο αποτελούμενο από τους διευθυντές της διοικητικής, της ιατρικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τον πρόεδρο του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Με το προηγούμενο καθεστώς, τα νοσοκομεία ήταν ΝΠΔΔ υπαγόμενα στην επίβλεψη του Υπουργού Υγείας και οι διοικητές τους ήταν πολιτικά διορισμένα πρόσωπα χωρίς την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση και διοικητική εμπειρία. Ο Ν. 2889/2001 προέβλεπε επίσης τη σταδιακή εισαγωγή της προοπτικής χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων μέσω σφαιρικών και τμηματικών προϋπολογισμών, καθώς και την κατάρτιση από αυτά επιχειρησιακών σχεδίων. Επιπροσθέτως, θεσμοθετήθηκε η λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, όπου οι ιατροί μπορούσαν να παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιώτες ασθενείς με βάση την κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή. Ο στόχος ήταν η διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών στη νοσοκομειακή φροντίδα με βάση το εισόδημα και τη δυνατότητα που είχαν για ίδιες πληρωμές, ο περιορισμός της παραοικονομίας που είχε αναπτυχθεί στο εσωτερικό των δημόσιων νοσοκομείων και η αύξηση των εσόδων τους. Οι νεοπροσλαμβανόμενοι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων αποκτούσαν το δικαίωμα μονιμοποίησης, εφόσον για την πλήρωση της συγκεκριμένης θέσης είχαν επιλεγεί για δύο συνεχόμενες πενταετείς θητείες. Στους πανεπιστημιακούς ιατρούς δόθηκε η δυνατότητα επιλογής είτε να παραμείνουν στο ΕΣΥ λαμβάνοντας μια επιπλέον αμοιβή και έχοντας το δικαίωμα συμμετοχής στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων είτε να μπορούν να ασκούν ιδιωτική πρακτική, χάνοντας όμως το δικαίωμα να γίνονται διευθυντές κλινικών του ΕΣΥ.

Στη συνέχεια, με το Ν. 2955/2001 υιοθε-

τήθηκε ένα νέο ρυθμιστικό πλαίσιο για τις διαδικασίες προμηθειών των μονάδων υγείας των ΠεΣΥ. Σύμφωνα με αυτόν, οι συμβάσεις προμηθειών μπορούσαν να συνάπτονται και να εκτελούνται είτε από το Υπουργείο Ανάπτυξης είτε από τα ΠεΣΥ είτε από τα νοσοκομεία, ανάλογα με τον αριθμό και το είδος των προμηθειών. Με τον νέο νόμο τα νοσοκομεία και τα ΠεΣΥ ήταν πλέον υποχρεωμένα να καταρτίζουν ένα ετήσιο σχέδιο προμηθειών. Τα είδη των ιατροτεχνολογικών μηχανημάτων και υλικών που κρίνονταν αναγκαία για τη λειτουργία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας θα καθορίζονταν με υπουργική απόφαση και θα εγγράφονταν σε ειδικό μητρώο επιτρεπόμενων ιατροτεχνολογικών προϊόντων. Για κάθε προϊόν που θα περιλαμβανόταν στο μητρώο θα καθορίζονταν κοινές για όλες τις μονάδες υγείας τεχνικές προδιαγραφές.

Ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας ήταν στόχος ενός άλλου νόμου, του Ν. 3172/2003, ο οποίος προέβλεπε τη σύσταση ενός Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ως γνωμοδοτικού και συμβουλευτικού οργάνου και τη δημιουργία οργάνων συντονισμού της δημόσιας υγείας, καθώς και Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με σκοπό την ανάπτυξη και εφαρμογή μέτρων για την υλοποίηση της εθνικής πολιτικής δημόσιας υγείας, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Προβλέπονταν επίσης η αναβάθμιση των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών, της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και των ΟΤΑ και η ρύθμιση θεμάτων προσωπικού και εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία. Τέλος, υπήρχαν ρυθμίσεις για την ανάπτυξη του χάρτη υγείας της χώρας, προκειμένου να αποτελέσει ένα εργαλείο ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων.

Μια άλλη σημαντική νομοθετική παρέμβαση ήταν ο Ν. 2920/2001 για το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Με το νόμο αυτόν συστάθηκε, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας υπαγόμενο απευθείας στον Υπουργό, με σκοπό τη διενέργεια επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του Υπουργείου Υγείας και τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί η ψήφιση του Ν. 3029/2002 για τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Ο νόμος αυτός προέβλεπε για πρώτη φορά τη σύσταση και λειτουργία επαγγελματικών ταμείων ασφάλισης με τη μορφή ΝΠΙΔ. Τα ταμεία αυτά παρέχουν εθελοντική ασφαλιστική κάλυψη στους δικαιούχους τους, η οποία είναι επιπρόσθετη της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας και χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.

Ο πρώτος γύρος των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων της δεκαετίας του 2000 κλείνει με το Ν. 3235/2004 για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με αυτόν, δινόταν η προαιρετική δυνατότητα στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης να εγκαθιδρύσουν δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να εισαγάγουν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και του προσωπικού νοσηλεύτη. Επιπροσθέτως, θεσπιζόταν η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Ο νόμος προέβλεπε επίσης τη μετατροπή των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών ταμείων σε αστικά κέντρα υγείας, την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης και την ανάπτυξη μηχανισμών πιστοποίησης

των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ακόμα, δινόταν η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας με ειδική διαδικασία αδειοδότησης.

Η ίδρυση του ΟΔΙΠΥ τελικά δεν προχώρησε, ενώ ο Ν. 3172/2003 για τη δημόσια υγεία και ο Ν. 3235/2004 για την πρωτοβάθμια φροντίδα καταργήθηκαν μετά την αλλαγή κυβέρνησης που σημειώθηκε το 2004. Στο Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης 2004-2007, το οποίο υποβλήθηκε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την τότε νεοεκλεγμένη κυβέρνηση, γινόταν η επισήμανση ότι βασικός στόχος της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας που θα προωθούσε ήταν η εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας βραχυπρόθεσμα και η διατηρησιμότητα του συστήματος μακροπρόθεσμα μέσω της συγκράτησης δαπανών, αντιμετωπίζοντας τις συγκεκριμένες αδυναμίες του υφιστάμενου συστήματος και εξασφαλίζοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών για όλους τους έλληνες πολίτες (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, 2005). Πιο συγκεκριμένα, η μεταρρυθμιστική προσπάθεια θα απέβλεπε στην αντιμετώπιση τριών ζητημάτων:

Α) Τη διαχείριση του χρέους των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές, μέσω της αναδιάρθρωσής του, της υιοθέτησης ενός συγκεντρωτικού συστήματος διαχείρισης των προμηθειών του δημοσίου, της εφαρμογής ενός νέου συστήματος διοίκησης για τα δημόσια νοσοκομεία που θα βασιζόταν στη μεταβίβαση λειτουργικής εξουσίας στο επίπεδο του τοπικού νοσοκομείου και της ανάπτυξης ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος λογιστικής παρακολούθησης για όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα κέντρα υγείας, που στο τέλος κάθε οικονομικού έτους θα έπρεπε να παρουσιάζουν ισολογισμούς.

Β) Τη μείωση του κόστους μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, με τη χρήση πληροφορικής και τη λειτουργία συστημάτων Επιχειρησιακού Προγραμματισμού Πόρων σε όλο το ΕΣΥ, την εφαρμογή σύγχρονων διοικητικών μεθόδων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, την εισαγωγή νέων μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης και τον αυξημένο έλεγχο των κοινωνικών υπηρεσιών.

Γ) Την προώθηση συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, και πιο συγκεκριμένα της συνεργασίας μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων στον τομέα των υπηρεσιών νοσηλείας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και της εφαρμογής πιλοτικών σχεδίων συμπράξεων δημόσιου-ιδιωτικού τομέα και ιδιωτικών χρηματοοικονομικών πρωτοβουλιών για την κατασκευή δημόσιων νοσοκομείων.

Από τις παραπάνω προθέσεις και διακηρύξεις μόνο ένα μικρό μέρος αυτών τελικά υλοποιήθηκε και οι πρωτοβουλίες που αναλήφθηκαν κατά την περίοδο 2005-2008 ήταν μάλλον αμφιλεγόμενες. Οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους, οι νέοι μηχανισμοί τιμολόγησης και κοστολόγησης, οι διαδικασίες ελέγχου και η εισαγωγή ηλεκτρονικών λογιστικών συστημάτων αγνοήθηκαν παντελώς. Πιο συγκεκριμένα, ο Ν. 3329/2005 κατήργησε οποιαδήποτε προσπάθεια επιστημονικής διαχείρισης-διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων είχε γίνει μετά το 2001 και επανέφερε τα προηγούμενα πρότυπα διοίκησης που βασιζόνταν σε πολιτικά κριτήρια. Δεδομένης της σημασίας της επιστημονικής διαχείρισης των νοσοκομείων για την αποδοτικότερη λειτουργία τους, η αιτία για την κατάργηση από την τότε κυβέρνηση ενός ισχυρού εργαλείου που θα βελτίωνε την επίδοσή τους θα πρέπει να αναζητηθεί στην επιδίωξη εκ μέρους της για πολιτική χειραγώ-

γηση και δημιουργία πελατειακών σχέσεων στον συγκεκριμένο χώρο. Με τον ίδιο νόμο, τα ΠεΣΥΠ μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και ο αριθμός τους μειώθηκε από 17 σε 7. Σύμφωνα με τον τότε Υπουργό Υγείας, αιτίες για αυτή την αλλαγή ήταν η επίτευξη οικονομικών κλίμακας και η παροχή των υπηρεσιών με πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο. Όμως, όπως επισήμανε η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή σε σχετική Γνώμη της, οι ΔΥΠΕ είχαν δύο βασικά μειονεκτήματα. Το πρώτο ήταν ότι οι αρμοδιότητες των ΔΥΠΕ ήταν πιο περιορισμένες από αυτές των ΠεΣΥΠ και περιορίστηκαν κυρίως σε εποπτικό και συμβουλευτικό ρόλο. Το δεύτερο ήταν ότι τα πέντε από τα επτά μέλη των διοικητικών συμβουλίων τους ήταν διορισμένα από τον Υπουργό ή τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας. Συνεπώς, για τις ΔΥΠΕ, οποιαδήποτε πραγματική αποκέντρωση και εκχώρηση σε αυτές αρμοδιοτήτων ή αυτονομίας από την κεντρική κυβέρνηση αναφορικά με τη δυνατότητα ανάπτυξης των υπηρεσιών τους υγείας με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού τους ήταν στην πραγματικότητα ανέφικτη. Με αυτό τον τρόπο, η διαχείριση και ο έλεγχος του συστήματος υγείας παρέμενε στο Υπουργείο Υγείας (Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, 2005). Ένα επιπρόσθετο στοιχείο ανακολουθίας της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης που περιέπλεκε την κατάσταση και ουσιαστικά υποδήλωνε την απουσία ξεκάθαρων στόχων πολιτικής και τη σύγχυση που υπήρχε ήταν ότι η νεοεκλεγείσα τότε κυβέρνηση στις προεκλογικές της εξαγγελίες είχε δηλώσει ότι θα καταργούσε τις περιφερειακές δομές του ΕΣΥ, δηλαδή τα ΠεΣΥΠ.

Ακολούθησε ο Ν. 3370/2005 για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, με τη δημιουργία νέων οργανωτικών δομών.

Θεσμοθετήθηκε η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας, με έργο τους την εφαρμογή μέτρων στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, την επιθεώρηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και την παρακολούθηση και εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπροσθέτως, ιδρύθηκε το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧ-ΣΟΤΥ), με αποστολή το συντονισμό των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν τη δημόσια υγεία και το χώρο της υγείας γενικότερα και την παρακολούθηση και το συντονισμό των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων. Ένα επιπλέον όργανο που συστάθηκε ήταν το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ), ως επιστημονικό συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, καθώς και εποπτικό και συντονιστικό σώμα των φορέων δημόσιας υγείας.

Προκειμένου να ρυθμιστεί η αγορά φαρμάκου, εκδόθηκε ο Ν. 3457/2006, ο οποίος περιείχε δύο σημαντικές διατάξεις. Η πρώτη ήταν η κατάργηση της θετικής λίστας φαρμάκων. Προβλεπόταν, δηλαδή, η αποζημίωση από το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία της δαπάνης για τη χορήγηση όλων των νομίμως κυκλοφορούντων φαρμάκων στη χώρα, για τα οποία υπήρχε έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή. Η δεύτερη σημαντική διάταξη ήταν η θεσμοθέτηση της Τιμής Ανάκτησης, η οποία οριζόταν ως η θετική διαφορά που προκύπτει από την αφαίρεση της λιανικής τιμής του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος από την προκύπτουσα βάσει της Τιμής Αναφοράς της θεραπευτικής του ομάδας στην οποία ανήκει, έπειτα από αναγωγή στην καθα-

ρή τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα. Ουσιαστικά, βάσει της Τιμής Ανάκτησης, η οποία ισχύει και σήμερα, επιστρέφεται από τις φαρμακευτικές εταιρείες στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και στο Δημόσιο το χρηματικό ποσό που αντιστοιχεί στο γινόμενο της Τιμής Ανάκτησης των φαρμάκων επί την ποσότητα των φαρμάκων, των οποίων η δαπάνη καλύφθηκε από το Δημόσιο και τα ασφαλιστικά ταμεία. Με αυτό τον τρόπο, οι ασφαλιστικοί φορείς βαρύνονται με την εκάστοτε λιανική τιμή του φαρμάκου μειωμένη κατά το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου, καθώς και κατά το αντίστοιχο ποσό ανάκτησης. Οι δικαιούχοι ασφαλιστικοί φορείς και το Δημόσιο βεβαιώνουν και εισπράττουν το ποσό ανάκτησης από τις υπόχρεες φαρμακευτικές εταιρείες, το ποσό ανάκτησης νοείται ως έκπτωση επί του κύκλου εργασιών.

Η κατάργηση της θετικής λίστας και η αντικατάστασή της από την τιμή ανάκτησης δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα στη συγκράτηση των φαρμακευτικών δαπανών, καθώς δεν συνοδεύτηκε από κίνητρα προς τους ιατρούς προκειμένου να αλλάξουν τη συνταγογραφική τους συμπεριφορά. Επιπροσθέτως, τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις στην είσπραξη από τις φαρμακευτικές εταιρείες των ποσών που τους αναλογούν από τις τιμές ανάκτησης. Οι θετικές λίστες φαρμάκων δεν είναι καθαυτές αναποτελεσματικές. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι μπορούν να μειώσουν το κόστος και τον αριθμό των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, ιδιαίτερα στην περίπτωση των υψηλού κόστους φαρμάκων για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα φθηνότερα αντικατάστατα φάρμακα. Προϋπόθεση όμως για να συμβεί αυτό είναι η εφαρμογή συμπληρωματικών μέτρων τα οποία θα απευθύνονται στους ιατρούς και τους ασθενείς,

προκειμένου αυτοί να αποδεχθούν τη σημασία των εφαρμοζόμενων πολιτικών. Ένα εναλλακτικό μέτρο θα μπορούσε να είναι η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων. Παρά το γεγονός ότι τα δυνητικά οφέλη ως προς την εξοικονόμηση πόρων που είναι δυνατό να επιτευχθούν από τη μεγαλύτερη χρήση αντίγραφων φαρμάκων είναι σημαντικά, πολιτικές προς αυτή την κατεύθυνση δεν έχουν υιοθετηθεί από τη χώρα μας. Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι τα γενόσημα καταλαμβάνουν μικρό μερίδιο στην ελληνική φαρμακευτική αγορά, αντιπροσωπεύοντας, το 2003, το 9,7% αυτής (Geitona et al., 2006).

Ένα τελευταίο νομοθέτημα της υπό εξέταση περιόδου ήταν ο Ν. 3580/2007 για τον εξορθολογισμό του συστήματος προμηθειών των νοσοκομείων. Εδώ, η έμφαση δόθηκε στη διενέργεια των προμηθειών σε κεντρικό επίπεδο με τη σύσταση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ). Η ΕΠΥ έχει την ευθύνη του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού του συστήματος προμηθειών στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και στο έργο της συνεπικουρείται από το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ), τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ) και το Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (ΕΚΕΒΥΛ).

6.4 Τα προβλήματα του ΕΣΥ λίγο πριν από την υπογραφή του Μνημονίου και προτάσεις που θα μπορούσαν να τα είχαν αντιμετωπίσει

Από τη μέχρι τώρα ανάλυση προκύπτει ότι στα τέλη της δεκαετίας του 2000, παρά τον μεγάλο αριθμό νομοθετικών πρωτοβουλιών που προηγήθηκαν, το ελληνικό σύστημα

υγείας αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα τα οποία θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε έξι βασικούς άξονες (Economou and Giorno, 2009· Economou, 2010):

α) Ανεπάρκειες στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ένα κατατεταγμένο συνονθύλευμα υπηρεσιών αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού.

β) Σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπου και πάλι ήταν εμφανής η απουσία ενός φορέα συγκέντρωσης, και στη συνέχεια κατανομής των οικονομικών πόρων.

γ) Απαρχαιωμένα συστήματα αποζημίωσης των προμηθευτών που στερούσαν κάθε κίνητρο αποδοτικότερης λειτουργίας.

δ) Ξεπερασμένες τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας που οδηγούσαν σε σπατάλη πόρων.

ε) Απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας.

στ) Ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων τόσο μεταξύ των υπηρεσιών όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Τα ζητήματα που εγείρει η κακή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν είναι νέα και πολλές προτάσεις για τη μεταρρύθμισή της έχουν διατυπωθεί στο παρελθόν (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996· Γεωργούση κ.ά., 2000· Λιονής και Σουλιώτης, 2010). Η θεσμοθέτηση ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελούμενων από γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων θα μπορούσε να είναι μια βιώσιμη λύση, δεδομένης της σχετικής έλλειψης γενικών ιατρών στην Ελλάδα και της

υπερπροσφοράς ιατρών ειδικοτήτων. Στην αρμοδιότητα των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας θα μπορούσε να ενταχθεί η ευθύνη παραπομπής των ασθενών στα νοσοκομεία και στις άλλες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η τήρηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών. Ο συστηματικός έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων από αυτές τις ομάδες υπηρεσιών θα μπορούσαν να επιτευχθούν με την εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων, διαδικασιών κλινικού ελέγχου και κλινικών ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων. Η κατά κεφαλήν χρηματοδότηση των σχημάτων αυτών ή ο συνδυασμός κατά κεφαλήν χρηματοδότησης και μισθού, αντί της κατά πράξη και περίπτωση πληρωμής, θα περιορίζε σημαντικά τα κίνητρα για προκλητή ζήτηση (Mossialos et al., 2005). Τα θετικά αποτελέσματα μιας τέτοιας μεταρρύθμισης είναι η απουσία φαινομένων αλληλοεπικάλυψης μεταξύ των επιμέρους δομών, η εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα και ο καλύτερος προσανατολισμός και μετακίνηση του ασθενή στο σύστημα υγείας. Έτσι θα ήταν εφικτή η μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Επιπροσθέτως, θα μπορούσε να επιδιωχθεί η αναβάθμιση των αγροτικών κέντρων υγείας και η χρησιμοποίησή τους ως μηχανισμών ενδυνάμωσης των πολιτικών δημόσιας υγείας, προαγωγής και πρόληψης.

Η θέση ότι η μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της χώρας προϋποθέτει τη διάκριση προσφοράς και ζήτησης και τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα συγκέντρωσης όλων των πόρων που προέρχονται από τη φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα μονοψωνιακό σύστημα αγοράς υπηρεσιών, έχει επίσης διατυπωθεί κατά το παρελθόν (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 1995α· Κυριόπουλος

και Σισσούρας, 1997). Η αυξημένη οικονομική και διαπραγματευτική δύναμη μιας τέτοιας δομής, συνοδευόμενης από συστήματα ελέγχου, θα μπορούσε να επιβάλει τις προτεραιότητες της και να καταστήσει τους προμηθευτές περισσότερο υπεύθυνους, πιέζοντάς τους ώστε να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους. Επιπροσθέτως, θα παρείχε τη δυνατότητα για την ανάπτυξη μιας πιο ορθολογικής πολιτικής τιμολόγησης και την επίτευξη μιας πιο ισότιμης περιφερειακής και κοινωνικής κατανομής των πόρων, μέσω της διαμόρφωσης μιας κοινής δέσμης υπηρεσιών για όλους και της μείωσης των ανισοτήτων στην ασφαλιστική κάλυψη. Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών θα μπορούσε να γίνει δεκτή υπό την προϋπόθεση της κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, και προς τούτο θα ήταν απαραίτητη η ύπαρξη κλειστών προϋπολογισμών κατά περιφέρεια με βάση τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Μια τέτοια εξέλιξη θα ήταν αναγκαίο να διασφαλίζει τη συνέχεια και την ολοκλήρωση των φροντίδων με προσανατολισμένη επιλογή και διαχείριση των πόρων για πρωτοβάθμια, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη από τα δίκτυα υγείας, έτσι ώστε με τη συνέχεια και την υποκατάσταση να διασφαλίζεται το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών σύμφωνα με τα κριτήρια της ισότητας και της αποτελεσματικότητας (Κυριόπουλος και Οικονόμου, 2000). Όμως, τέτοιου είδους μέτρα, για να είναι αποτελεσματικά, θα πρέπει να εντάσσονται σε ένα ευρύτερο και καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα μεταρρύθμισης όλου του δημοσιονομικού και χρηματοδοτικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών. Σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση συνιστούσε ο διαχωρισμός των κλάδων και των ταμείων υγείας από τους υπόλοιπους ασφαλιστικούς κλάδους

και ταμεία και η μεταβίβαση της αρμοδιότητας για αυτά από το Υπουργείο Εργασίας στο Υπουργείο Υγείας.

Η αλλαγή του τρόπου πληρωμής των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας σήμαινε, μεταξύ άλλων, την αλλαγή κινήτρων προς αυτούς, έτσι ώστε να γίνουν πιο αποδοτικοί και αποτελεσματικοί. Μεγάλη σημασία εδώ έχει η υιοθέτηση προοπτικών μεθόδων χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, με την εισαγωγή σφαιρικών προϋπολογισμών και ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών. Επιπροσθέτως, οι νοσοκομειακοί ιατροί θα μπορούσαν να πληρώνονται με ένα συνδυασμό κατά πράξη και περίπτωση αμοιβής και ενός ετήσιου ανώτατου ορίου δαπάνης (Mossialos et al., 2005). Όμως και πάλι, τέτοιας μορφής μεταρρυθμίσεις θα έπρεπε να συμβαδίζουν με αλλαγές στις διοικητικές και διαχειριστικές δομές των δημόσιων νοσοκομείων, προκειμένου να διευκολυνθεί η διαχείριση της ροής των αναγκαίων πληροφοριών και η παρακολούθηση του κόστους, της παραγωγής και της ποιότητας των υπηρεσιών.

Μεγαλύτερη έμφαση θα έπρεπε επίσης να δοθεί στην ανάπτυξη εργαλείων και διαδικασιών παρακολούθησης και αξιολόγησης, προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και να μειωθούν οι πιέσεις που υπάρχουν στο σύστημα για αύξηση του κόστους. Για παράδειγμα, η εισαγωγή νέας βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία θα έπρεπε να εγκρίνεται μόνο έπειτα από αποτίμηση της σχέσης του κόστους που δημιουργούν και της αποτελεσματικότητας που επιτυγχάνουν. Ένα άλλο μέτρο θα ήταν ο έλεγχος της κλινικής συμπεριφοράς των ιατρών με βάση την τεκμηριωμένη ιατρική, τα κλινικά πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης.

Τέλος, για τη βελτίωση της ισοτιμίας στην πρόσβαση των υπηρεσιών και τη μείωση των χρόνων αναμονής, θα έπρεπε να εξεταστούν τρία ζητήματα. Πρώτον, η εξεύρεση ενός τύπου για την ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων μεταξύ των γεωγραφικών περιφερειών. Ένα βήμα προς αυτή την κατεύθυνση θα ήταν η ολοκλήρωση του χάρτη υγείας της χώρας, η δημιουργία του οποίου, αν και ξεκίνησε το 2001, στη συνέχεια εγκαταλείφτηκε και μέχρι το 2010 δεν είχε τελειώσει. Δεύτερον, θα έπρεπε να επιλυθούν τα προβλήματα στελέχωσης του ΕΣΥ. Τα δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και έτσι υποσκάπτεται η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Δεδομένου ότι ο τομέας της υγείας εξακολουθεί να είναι έντασης εργασίας, θα έπρεπε να διαμορφωθεί μια διαφορετική πολιτική απασχόλησης από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Οικονομικών, η οποία θα αντιμετώπιζε τους εργαζομένους όχι μόνο ως κόστος και χρηματοδοτικό βάρος αλλά και ως επένδυση στο ανθρώπινο παραγωγικό κεφάλαιο. Τρίτον, μια εθνική στρατηγική διαχείρισης των λιστών αναμονής θα έπρεπε να αποτελεί ύψιστης προτεραιότητας πολιτική.

Το τι, τελικά, από τα παραπάνω εφαρμόστηκε κατά τη διάρκεια των ραγδαίων αλλαγών που συντελέστηκαν στο ΕΣΥ μετά την οικονομική κρίση που ξέσπασε στη χώρα και την υπογραφή του Μνημονίου αποτελεί αντικείμενο της επόμενης υποενοότητας.

6.5 Οι εξελίξεις στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεννόησης

Η διεθνής εμπειρία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων δείχνει ότι ευρείας έκτασης,

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

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 και η υπογραφή του Μνημονίου συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή σκληρών, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν, αλλά και συνεχώς προωθούνται, κατέχει ο τομέας της υγείας. Στο σημείο αυτό τίθενται ορισμένα σημαντικά ερωτήματα. Σε ποιο βαθμό οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται είναι μια προσπάθεια εξορθολογισμού του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας και όχι απλώς ένα μέσο περιορισμού του δημοσιονομικού βάρους και ένας μηχανισμός εσωτερικής υποτίμησης και απαξίωσης του ανθρώπινου παραγωγικού δυναμικού της χώρας; Η κατεύθυνση που λαμβάνουν οι αλλαγές απορρέουν από εσωτερικές αναγκαιότητες του συστήματος υγείας ή ανταποκρίνονται σε εξωτερικές επιταγές και σκοπιμότητες που επιβάλλονται

από το Μνημόνιο; Στα ερωτήματα αυτά επιχειρούμε να απαντήσουμε στη συνέχεια.

Ένα πρώτο νομοθέτημα αποτέλεσε ο Ν. 3863/2010, ο οποίος αφορούσε συνταξιοδοτικές διατάξεις. Με το νόμο αυτόν τα ταμεία και οι κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η αναγκαιότητα του μέτρου αυτού, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είχε επανειλημμένως επισημανθεί από την επιστημονική κοινότητα. Για τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας, ο νόμος πρόβλεψε την ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Οίκου Ναύτου, καθώς επίσης τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός Συμβουλίου Συντονισμού. Σκοπός του Συμβουλίου είναι ο σχεδιασμός ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας, προκειμένου να αρθεί ο κατατετμημένος χαρακτήρας του συστήματος και να επιτευχθεί η μείωση της δαπάνης.

Ένα επόμενο μέτρο αποτέλεσε η επανεπιβεβαίωση και επέκταση των ρυθμίσεων του Ν. 2889/2001 για τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, με το Ν. 3868/2010 και την καθιέρωση της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ, μέσω της επέκτασης των εξωτερικών ιατρείων και τη

διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Η σκοπιμότητα αυτού του μέτρου σχετίζεται με το ότι εξασφαλίζει τη δυνατότητα επιλογής από τους πολίτες του ιατρού της αρεσκείας τους, μειώνει τις λίστες αναμονής, αξιοποιείται καλύτερα ο ιατρικός εξοπλισμός και αυξάνονται τα έσοδα των νοσοκομείων (Niakas et al., 2005). Ωστόσο, το γεγονός ότι η επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία προϋποθέτει την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον πολίτη δημιουργεί συνθήκες άνισης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αφού σχετίζεται με την εισοδηματική δυνατότητα καταβολής άμεσης πληρωμής (Οικονόμου, 2006). Το πρόβλημα διογκώνεται ακόμα περισσότερο υπό τις παρούσες συνθήκες οικονομικής στενότητας, όπου εφαρμόζονται μέτρα αυστηρής λιτότητας και δημοσιονομικών περιορισμών (Benatar et al., 2011).

Τρίτος νόμος ο οποίος ψηφίστηκε το 2010 ήταν ο Ν. 3892/2010 για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, όλοι οι ιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή ή είναι συμβεβλημένοι με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι ιατροί των δημόσιων δομών υγείας, οι φαρμακοποιοί που λειτουργούν φαρμακείο και είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το μέτρο αυτό κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση, αφού η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος. Ωστόσο, αν και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι υποχρεωτική από τον Αύγουστο του 2011, δεν έχει ακόμη

επιτευχθεί η πλήρης εφαρμογή της σε όλο το σύστημα υγείας. Αλλά και στις περιπτώσεις ταμείων που την εφαρμόζουν, όπως ο ΟΠΑΔ, το σύστημα εμφανίζει σοβαρά λειτουργικά προβλήματα. Οι αιτίες της καθυστέρησης θα πρέπει να αναζητηθούν τόσο σε διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα της δημόσιας διοίκησης και σε αδυναμίες του συντονισμού των αρμόδιων φορέων όσο και σε αντιδράσεις από μερίδα του ιατρικού και φαρμακευτικού κόσμου.

Σημαντικότερη όμως από όλες τις θεσμικές πρωτοβουλίες της υπό εξέταση περιόδου είναι ο Ν. 3918/2011, ο οποίος εισάγει σοβαρές διορθωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και, τέλος, στα φάρμακα. Οι προμήθειες υγείας θα προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ θα υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ), η οποία θα καθορίζει κατά περίπτωση: α) ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών θα διενεργηθούν σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο, β) το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας, γ) την αναθέτουσα αρχή, η οποία αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού, τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης. Ο ρόλος της ΣΕΠ είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή οικονομία κλίμακας. Θετική επίσης θα πρέπει να θεωρηθεί η σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρα-

τηρητηρίου Τιμών, έργο των οποίων είναι ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και η παρακολούθηση των τιμών για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας.

Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως μονοψώνιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης. Στο σημείο αυτό, όμως, προκύπτει ένα κρίσιμο ερώτημα. Η ομογενοποίηση των παροχών συντελείται προς τα πάνω, και συνεπώς βελτιώνεται το επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ή αντίθετα προς τα κάτω, με μείωση των παροχών; Όπως προκύπτει από τις προβλέψεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (2011), σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μείωση παροχών και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Για παράδειγμα, μείωση παρατηρείται στις παροχές που σχετίζονται με τοκετό, αεροθεραπεία, λουτροθεραπεία, μεσογειακή αναιμία, νεφροπάθεια, λογοθεραπεία. Αύξηση συμμετοχής προβλέπεται στις δαπάνες για συμμετοχή στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στα προϊόντα ειδικής διατροφής, για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, για προθέσεις και βοηθητικά θεραπευ-

τικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, υγειονομικό και αναλώσιμο υλικό, καθώς και αναπνευστικές συσκευές (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011). Ένα δεύτερο πρόβλημα αναφορικά με τον ΕΟΠΥΥ σχετίζεται με τους ιδιώτες ιατρούς που απασχολεί με σύμβαση και την πρόβλεψη αυτοί να προσφέρουν υπηρεσίες μία φορά την εβδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Μια τέτοια πρόβλεψη μπορεί να αντιμετωπίζει εν μέρει τις ελλείψεις ιατρικού δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά είναι πιθανό, εάν δεν αναπτυχθούν μηχανισμοί ελέγχου, να οδηγήσει σε αύξηση της παραοικονομίας στο σύστημα υγείας και σε αθέμιτες πρακτικές άγρας πελατείας και κατεύθυνσης των πολιτών προς ιδιωτικά ιατρεία.

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

Αναφορικά με τα φάρμακα και προκειμένου να επιτευχθεί ο εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, ο Ν. 3918/2011 προβλέπει μια σειρά ουσιαστικών και προς τη σωστή κατεύθυνση παρεμβάσεων, όπως: η καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ο καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης και ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιρειών προς τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης και τα δημόσια νοσοκομεία, στο ύψος της διαφοράς της τιμής κοινωνικής ασφάλισης από την τιμή παραγω-

γού ή εισαγωγέα, η μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών, η αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, η δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρείας, η προμήθεια των φαρμάκων στη νοσοκομειακή τιμή, για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και για τα ΝΠΔΔ που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η μείωση του μεικτού ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης κατά το ένα τρίτο του ισχύοντος ποσοστού, δηλαδή από 7,8% σε 5,4%, η μεταφορά του Τμήματος τιμών φαρμάκων και της Επιτροπής τιμών φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η μεταφορά των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας που αφορούν θέματα φαρμακευτικής πολιτικής στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στον τομέα του φαρμάκου, πρόθεση της παρούσας κυβέρνησης ήταν και η ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων (αντίγραφων) φαρμάκων και η προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου. Αυτή η πρόθεση φάνηκε σε τροπολογία που κατέθεσαν πρόσφατα οι Υπουργοί Υγείας και Εργασίας στο νομοσχέδιο για την Κοινωνική Οικονομία και την Κοινωνική Επιχειρηματικότητα. Σύμφωνα με την τροπολογία, οι ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΟΠΥΥ θα ήταν υποχρεωμένοι να συνταγογραφούν αποκλειστικά και μόνο τη δραστική ουσία και τη συνιστώμενη περιεκτικότητά της και όχι την εμπορική ονομασία των φαρμάκων. Εάν αυτή η τροπολογία τελικά ψηφιζόταν, θα

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

Ένα επιπρόσθετο μέτρο για τα φάρμακα είναι η κατάρτιση, με το Ν. 3816/2010, θετικής λίστας φαρμάκων, σύμφωνα με την οποία το δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περιθάλψης εγκρίνουν και εξοφλούν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα που περιέχονται στην εν λόγω λίστα. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία, η οποία αποτελεί την ανώτατη τιμή αποζημίωσης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης των θεραπευτικών προϊόντων ολόκληρης της θεραπευτικής κατηγορίας. Το μέτρο αυτό συνέβαλε στη μείωση των τιμών των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονταν μέχρι τότε. Εκτός όμως της θετικής λίστας, από τον Απρίλιο του 2011 (Απόφαση Αριθμ. ΔΥΓ3α/οικ.32294, ΦΕΚ 559B-8/5/2011) έχει καταρτιστεί και αρνητική λίστα φαρμάκων, η οποία περιέχει φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Φάρμακα που εντάσσονται

στην αρνητική λίστα είναι όσα ανήκουν στον σύγχρονο τρόπο ζωής, έχουν εγκριθεί ως πιθανώς ή δυνητικώς αποτελεσματικά, δεν αποζημιώνονται από άλλες χώρες της Ευρώπης, από τη διεθνή βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνεται πλήρως η αποτελεσματικότητά τους και πρόκειται για συνδυασμούς δραστικών ουσιών για ενδείξεις για τις οποίες είναι ασφαλέστερη η χωριστή τους χορήγηση. Η χρήση της αρνητικής λίστας μπορεί να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη με τον όρο, όμως, ότι δεν θα αυξηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που εμπεριέχονται στη θετική λίστα.

Θα πρέπει, ωστόσο, και πάλι να επισημανθεί το γεγονός ότι οι λίστες φαρμάκων και ο έλεγχος των τιμών μόνο εν μέρει μπορούν να περιορίσουν τις φαρμακευτικές δαπάνες. Όπως έχει δείξει και το πρόσφατο παρελθόν, η όποια αρχική θετική τους επίπτωση πολύ εύκολα παρακάμπτεται στη συνέχεια, καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες, σε συνεργασία με μερίδα των ιατρών, βρίσκουν γρήγορα το αντίδοτο. Αυτό που περισσότερο απαιτείται είναι μέτρα που θα περιορίσουν την κατανάλωση των φαρμάκων. Μέτρα που θα αλλάξουν τόσο τη συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών όσο και τις αντιλήψεις των πολιτών. Θα μπορούσε κανείς να αναφέρει την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών συνταγογράφησης, διαδικασιών ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών, μέτρων εξάλειψης των αθέμιτων συνδιαλλαγών ιατρών και φαρμακευτικών εταιρειών, αλλά και εκστρατειών ενημέρωσης του πληθυσμού για τις επιπτώσεις της πολυφαρμακίας.

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

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

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

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

Δ) Η δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο διαδικτυακών βάσεων, του Esy.net, για τη συλλογή και αποτίμηση μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων, και του Υγειονομικού Χάρτη, για την παρακολούθηση της περιφερειακής κατανομής των υγειονομικών πόρων και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η συμβολή αυτών των δύο εργαλείων αναμένεται να είναι σημαντική για την αποδοτικότερη χρήση των πόρων υγείας και την τεκμηριωμένη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικής υγείας, ωστόσο θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ορισμένες ανεπάρκειες που εμφανίζονται. Μια τέτοια ανεπάρκεια είναι ότι, ενώ στις δύο αυτές βάσεις υπάρχουν δεδομένα για τον αριθμό και τη σύνθεση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, δεν αποτυπώνονται οι δεξιότητες του προσωπικού για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Σε σχέση με τη χρηματοδότηση του συ-

στήματος υγείας, αυξήθηκαν οι φόροι «υπέρ της υγείας», όπως ο φόρος στην κατανάλωση του αλκοόλ και των τσιγάρων. Επιπροσθέτως, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αυξήθηκε η συμμετοχή των πολιτών για επισκέψεις σε κέντρα υγείας και νοσοκομεία σε 5 ευρώ. Ένα ακόμα μέτρο είναι η εφαρμογή της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρών, βάσει των κλιμακίων περιθαλαπομένων δικαιούχων περίθαλψης. Αυτό προβλέπεται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ. Η θετική αυτή πρόβλεψη, όμως, δεν συνοδεύτηκε από το επόμενο βήμα που θα έδινε τη δυνατότητα μετάβασης σε ένα σύστημα υποχρεωτικών παραπομπών κατά το πρότυπο του γενικού οικογενειακού ιατρού, αφήνοντας την όλη μεταρρυθμιστική προσπάθεια ημιτελή.

Τέλος, για την αποζημίωση των νοσοκομείων, άρχισε να λειτουργεί η μέθοδος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), τα οποία προσιδιάζουν με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τεθούν ορισμένα ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Πρώτον, είναι γεγονός ότι το σύστημα αυτό φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Συνεπώς, μειώνεται ένας παράγοντας ο οποίος συνέτεινε στα αυξημένα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων, αφού μέχρι σήμερα αυτά δεν αποζημιώνονταν με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας αλλά με το πολύ χαμηλότερο κλειστό ημερήσιο νοσήλιο. Από την άλλη όμως, για να λειτουργήσει σωστά το σύστημα, θα πρέπει να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των ταμείων υγείας και η εξεύρεση των αναγκαίων ασφαλιστικών πόρων για την κάλυψη της δαπάνης νοσηλείας των ασφαλισμένων τους. Δεύτερον, η μέθοδος αυτή συμβάλλει στην

ορθολογικότερη διαχείριση των νοσοκομείων, εφόσον όμως αντιστακτά το πραγματικό κόστος. Στην περίπτωση των ελληνικών ΚΕΝ κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει γιατί δεν έχει ενταχθεί σε αυτά το κόστος του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων, αφού αυτό καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τρίτον, θα πρέπει να διερευνηθούν οι ενστάσεις που έχουν διατυπωθεί από το ιατρικό σώμα ότι οι μέρες νοσηλείας που ορίζουν τα ΚΕΝ για κάθε περιστατικό είναι λιγότερες και δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές μέρες που είναι αναγκαίες για την αποτελεσματική θεραπεία. Η ανεπάρκεια αυτή πιθανώς να σχετίζεται με το γεγονός ότι η διαμόρφωση των ελληνικών ΚΕΝ στηρίχτηκε σε δεδομένα άλλων χωρών που δεν είναι αντίστοιχα με της χώρας μας. Πιθανώς όμως να απορρέει και από την επιδίωξη περιορισμού της δαπάνης και οικονομίας, αλλά κάτι τέτοιο θα έχει τα αντίθετα αποτελέσματα λόγω πιθανών επανεισαγωγών.

Μια ακόμα θεμελιώδης δομική παρέμβαση αφορά τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ, το τελικό σχέδιο της οποίας παρουσιάστηκε από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στις αρχές του Ιουλίου του 2011 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Στόχοι αυτής της παρέμβασης είναι η συνδιοίκηση νοσοκομείων, η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν, η μετατροπή μικρών μονάδων (γενικών νοσοκομείων – κέντρων υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας, η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ.) και η ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων. Σύμφωνα με το σχέδιο, θα επιδιωχθεί

η μείωση των διοικητικών συμβουλίων από 133 σε 83, των διοικητών σε 78, το σύνολο διοικητών και αναπληρωτών διοικητών από 175 σε 145. Επιπροσθέτως, οι λειτουργούσες κλίνες από 35.000 με κάλυψη περίπου 70% θα μειωθούν σε 33.000 με κάλυψη περίπου 80%, οι οποίες θα αναλογούν περίπου σε 400 ανά νοσοκομειακό συγκρότημα. Μεταξύ των προτεινόμενων κλινών, περίπου 550 κλίνες θα ονομαστούν «ειδικές θέσεις», με στόχο να διατεθούν σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Τέλος, από τα 2.000 συνολικά τμήματα ή μονάδες, 360 περίπου προτείνεται να συνενωθούν, με αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός των λειτουργούντων κλινικών και μονάδων να περιοριστεί σε κάτω από 1.700.

Από την παραπάνω παρέμβαση, είναι δυνατό να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας, καθώς θα προκύψει μείωση αναγκών εφημερίας ιατρών και απαιτήσεων για επικουρικούς ιατρούς, μείωση της κατάτμησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πολλά μικρά νοσηλευτικά τμήματα, που οδηγεί σε αδυναμία να διεκπεραιωθούν οι βάρδιες του νοσηλευτικού προσωπικού, μείωση των απαιτήσεων σε αποθέματα/ανάγκες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού που βρίσκεται στα φαρμακεία των τμημάτων, λόγω μείωσης του αριθμού των τμημάτων και άρα και των αντίστοιχων φαρμακείων και διαχειρίσεων/προμηθειών, μείωση του διοικητικού κόστους συντονισμού και τροφοδοσίας των νοσηλευτικών τμημάτων και παράλληλα μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, συνεπώς και λειτουργικών δαπανών. Ένα σημείο ωστόσο θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Η δέσμευση κλινών σε δημόσια νοσοκομεία για αποκλειστική χρησιμοποίηση από ασφαλισμένους

ιδιωτικών εταιρειών θα αυξήσει τα έσοδα των νοσοκομείων, ωστόσο θα δυσκολέψει την πρόσβαση των πολιτών σε αυτά, ιδιαίτερα για ειδικότητες όπου υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Το πρόβλημα θα ενταθεί, δεδομένης της στροφής που παρατηρείται από τους πολίτες προς τη χρησιμοποίηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας και περιορισμού της προσφυγής τους σε ιδιωτικές υπηρεσίες, δεδομένης της σημαντικής μείωσης του εισοδήματός τους λόγω της πολιτικής ακραίας λιτότητας που εφαρμόζεται.

6.6 Συμπερασματικές διαπιστώσεις και ορισμένες εκτιμήσεις για τις επιχειρούμενες αλλαγές

Από την ανάλυση που προηγήθηκε, είναι φανερό ότι ο τομέας της υγείας βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο των παρεμβάσεων για τον εξορθολογισμό και την καλύτερη διαχείριση των δημόσιων πόρων. Αυτό φαίνεται από το πολυδιάστατο των μεταρρυθμίσεων που προωθούνται σε αυτόν κατά τον τελευταίο ενάμισι χρόνο. Πρώτιστο μέλημα των επιχειρούμενων παρεμβάσεων είναι ο περιορισμός των δημόσιων ελλειμμάτων. Συνεπώς, τους κατευθυντήριους άξονες της όλης δραστηριότητας αποτελούν οι στόχοι που έχουν τεθεί στο Μνημόνιο Συνεννόησης σχετικά με τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με το Μνημόνιο Συνεννόησης, μέχρι το 2012 η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ. Κατά τη διετία 2011-2012 θα πρέπει να επιτευχθεί μείωση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών κατά 2 δισ. ευρώ σε σχέση με τα επίπεδα του 2010, εκ των οποίων, το 1 δισ. θα πρέπει να έχει εξοικονομηθεί μέχρι

το τέλος του 2011. Από την αγορά ιατρικών υπηρεσιών και υλικών προβλέπεται η μείωση των δαπανών κατά τουλάχιστον 25% στο τέλος του 2011 σε σύγκριση με το 2010. Από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ προβλέπεται μείωση του διοικητικού προσωπικού κατά τουλάχιστον 50% και των συμβαλλομένων ιατρών κατά τουλάχιστον 25% σε σύγκριση με το σύνολο για τα τέσσερα αρχικά ταμεία. Από την αναθεώρηση των αμοιβών για ιατρικές υπηρεσίες που ανατέθηκαν σε ιδιωτικούς παρόχους, έχει τεθεί ο στόχος της μείωσης των σχετικών δαπανών κατά τουλάχιστον 15% το 2011 και κατά επιπλέον 15% το 2012. Ένας ακόμα στόχος του Μνημονίου είναι να μειωθεί το κόστος των νοσοκομείων τουλάχιστον κατά 10% το 2011 και κατά ένα επιπλέον 5% το 2012 πλέον του προηγούμενου έτους. Από το συνολικό κόστος για μισθούς και αμοιβές των ιατρών των ασφαλιστικών ταμείων, σκοπός είναι να υπάρξει μείωση κατά τουλάχιστον 10% το 2011 και κατά ένα επιπλέον 15% το 2012 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Στα επιπρόσθετα μέτρα για το 2011 και τη μεσοπρόθεσμη δημοσιονομική στρατηγική μέχρι το 2015 περιλαμβάνονται και περικοπές στις φαρμακευτικές δαπάνες και τις δαπάνες υγείας κατά τουλάχιστον 310 εκατ. ευρώ το 2011 και επιπλέον 697 εκατ. ευρώ το 2012, 349 εκατ. ευρώ το 2013, 303 εκατ. ευρώ το 2014 και 463 εκατ. ευρώ το 2015 (Υπουργείο Οικονομικών, 2011).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΙΟΒΕ, τα μέτρα που έχουν προγραμματιστεί προκειμένου να υλοποιηθούν οι παραπάνω οικονομικοί στόχοι, εφόσον εφαρμοστούν αποτελεσματικά, είναι δυνατό να αποφέρουν εξοικονόμηση οικονομικών πόρων (ΙΟΒΕ, 2011). Πιο συγκεκριμένα, τα μέτρα αύξησης της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων, συμπίεσης των μισθών, ελέγχου των δαπανών υγειονομικού

υλικού και μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης μπορούν να αποφέρουν μείωση της δαπάνης κατά 1.081 εκατ. ευρώ το 2011 και κατά επιπλέον 380 εκατ. ευρώ το 2012. Η ενοποίηση των ταμείων υγείας με τον ΕΟΠΥΥ, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων και τα μέτρα μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης θα μπορούσαν να αποφέρουν εξοικονόμηση 1.387 εκατ. ευρώ το 2011 και επιπλέον 1.716 εκατ. ευρώ το 2012. Ειδικότερα, η δυνητική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης υπολογίζεται σε 1.033 εκατ. ευρώ το 2011 και σε επιπλέον 1.260 εκατ. ευρώ το 2012. Το γενικό αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι η μείωση της συνολικής δημόσιας δαπάνης για υγεία σε ποσοστό κάτω από το 4% του ΑΕΠ. Ωστόσο, μέχρι σήμερα υπάρχουν παλινωδίες στην εφαρμοζόμενη πολιτική και καθυστερήσεις στην υλοποίηση μέτρων, όπως για παράδειγμα η ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η επέκταση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων. Το γεγονός αυτό θέτει σε αμφισβήτηση τη δυνατότητα επίτευξης των παραπάνω προβλέψεων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, είναι δυνατό να γίνουν ορισμένες διαπιστώσεις. Μια πρώτη διαπίστωση είναι ότι η μεταρρύθμιση που αυτή τη στιγμή λαμβάνει χώρα στο ελληνικό σύστημα υγείας έχει επικεντρωθεί κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική του διάσταση. Αυτό είναι θεμιτό, καθώς επιχειρεί να αντιμετωπίσει σοβαρά μακροχρόνια προβλήματα. Ωστόσο, από την οπτική αυτή φαίνεται να απουσιάζει η πλευρά του πολίτη-ασθενή. Παρά το μεγάλο εύρος των μέτρων που λαμβάνονται, φαίνεται να έχει παραμεληθεί η προσανατολισμένη στον πολίτη παροχή υπηρεσιών. Ένα σύστημα υγείας, για να επιτελεί σωστά το ρόλο του, θα πρέπει να είναι

φιλικό προς τον ασθενή και να διευκολύνει τη μετακίνησή του μέσα σε αυτό. Το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να είναι για τον ασθενή χαοτικό, καθώς δεν έχουν αναπτυχθεί διαδικασίες προσανατολισμού και κατεύθυνσής του προς τις υπηρεσίες υγείας, όπως και η εξασφάλιση στη συνέχεια της φροντίδας. Απουσιάζουν διαδικασίες παραπομπής με τη μορφή του γενικού οικογενειακού ιατρού ή της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Απουσιάζουν επίσης υπηρεσίες όπως η ανακουφιστική ιατρική και οι υπηρεσίες για ασθενείς τελικού σταδίου. Επιπροσθέτως, η δικτύωση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες πρόνοιας είναι ανεπαρκής και μέχρι τώρα δεν έχουν αναληφθεί οι κατάλληλες πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση αυτή. Προκειμένου, λοιπόν, η όλη προσπάθεια να μην αναχθεί σε μια τεχνοκρατική-διαχειριστική άσκηση, είναι αναγκαίο να συμπληρωθεί με μέτρα που να αντιμετωπίζουν τα κενά που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι περικοπές των δαπανών υγείας είναι δυνατό να γίνουν με δύο τρόπους. Ο ένας είναι με τον περιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση των κινδύνων που καλύπτονται, καθώς και των δικαιούχων περίθαλψης, από τα ασφαλιστικά ταμεία. Με άλλα λόγια, μέσω του περιορισμού της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο δεύτερος είναι μέσω του εξορθολογισμού του συστήματος και της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Έτσι επιτυγχάνεται η εξοικονόμηση πόρων οι οποίοι μπορούν να διοχετευθούν στη συνέχεια για τη βελτίωση της κάλυψης του πληθυσμού. Η δεύτερη περίπτωση είναι φυσικά η επιθυμητή και σε μεγάλο βαθμό τα μέτρα που λαμβάνονται στην Ελλάδα κατά την παρούσα φάση εντάσσονται εδώ. Μια δεύτερη, λοιπόν, διαπίστωση

είναι ότι πολλά από τα μεταρρυθμιστικά μέτρα που έχουν εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 2010 είναι προς τη σωστή κατεύθυνση. Δίνουν έμφαση στην αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, επιχειρούν να αντιμετωπίσουν τις ανεπάρκειες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προσπαθούν να εξορθολογίσουν τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και να εισαγάγουν σύγχρονες τεχνικές διοίκησης και διαχείρισης των μονάδων υγείας και, τέλος, να ελέγξουν τις δαπάνες για προμήθειες υλικών και φάρμακα. Δυστυχώς, όμως, εξίσου αρκετά μέτρα υπάγονται στην πρώτη περίπτωση. Παρά το γεγονός ότι αυτά μπορεί να συμβάλλουν στον περιορισμό της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και να έχουν οικονομικό όφελος για το σύστημα, καθώς συγκρατούν τις δαπάνες και αυξάνουν τα έσοδα, θα επιφέρουν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες και θα εγείρουν ζητήματα δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, ιδιαίτερα για εκείνους που έχουν χαμηλό εισόδημα. Ο περιορισμός της πρόσβασης είναι πιθανό να συνδυαστεί με τη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής στη συγκράτηση του μισθολογικού κόστους. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 51% των περικοπών που έχουν γίνει στη νοσοκομειακή δαπάνη οφείλεται στη μείωση των μισθών στο ΕΣΥ (43%) και στις συνταξιοδοτήσεις (8%) (IOBE, 2011).

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

κές περιφέρειες να αποκτήσουν πραγματικές, ουσιαστικές αρμοδιότητες.

Τέταρτον, θα πρέπει να προσεχθεί το εξής: όταν ως επιδίωξη έχει τεθεί η διατήρηση των δημόσιων δαπανών κάτω από ένα ορισμένο ποσοστό του ΑΕΠ, δεδομένης της τάσης μείωσης που παρατηρείται συνεχώς στο παραγόμενο προϊόν της χώρας, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή συρρίκνωση των δαπανών υγείας, με άμεσο κίνδυνο την απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας και την υποβάθμιση της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών. Το πρόβλημα διογκώνεται εάν κανείς αναλογιστεί ότι σε περίοδο οικονομικής κρίσης μειώνεται η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και αυξάνεται η χρησιμοποίηση των δημόσιων υπηρεσιών. Συνεπώς, η διάθεση λιγότερων πόρων, σε συνδυασμό με υψηλότερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, θέτει έντονο προβληματισμό για την επάρκεια της φροντίδας υγείας, εάν δεν έχει επιτευχθεί αποδοτικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας. Σύμφωνα, λοιπόν, με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το 2010 παρατηρήθηκε αύξηση της προσέλευσης των ασθενών στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ κατά 4% και των νοσηλευθέντων στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% σε σχέση με το 2009. Την ίδια ώρα, η αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων εμφανίζει σημαντικά προβλήματα, με μόνο τα 26 από το σύνολο των 117 να χαρακτηρίζονται ως 100% αποδοτικά (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Τέλος, μια πέμπτη διαπίστωση είναι ότι η εφαρμογή ορισμένων μέτρων συναντά εμπόδια που οφείλονται στον μη ολοκληρωμένο σχεδιασμό τους και στις διαχειριστικές ανεπάρκειες της δημόσιας διοίκησης, όπως για

παράδειγμα η καθυστέρηση στην ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το γεγονός αυτό θέτει ερωτηματικά για το βαθμό στον οποίο είναι δυνατή η αποτελεσματική διαχείριση τέτοιου εύρους μεταρρυθμίσεων, στο πλαίσιο ενός διοικητικού μηχανισμού ο οποίος όχι μόνο δεν ενδυναμώνεται, δεν εκσυγχρονίζεται και δεν αναδιοργανώνεται, αλλά υφίσταται τον περιορισμό και τη διαρροή ανθρώπινου

δυναμικού. Η συνέπεια είναι να δίνεται έμφαση σε μέτρα ταμειακού χαρακτήρα, τα οποία είναι πιο εύκολο να εφαρμοστούν, και η προώθηση των αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών να εμφανίζει στασιμότητα και παλινωδίες. Οι παλινωδίες αυτές είναι προφανέστερες εκεί όπου οι διαχειριστικές αδυναμίες συμβαδίζουν με τις ισχυρές αντιδράσεις που εκφράζονται από ομάδες οικονομικών συμφερόντων.



7. Συμπερασματικές διαπιστώσεις

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983 ήταν το αποτέλεσμα μιας μακράς περιόδου κοινωνικής αναταραχής, η οποία ακολούθησε δύο παγκόσμιους πολέμους και τους κοινωνικούς αγώνες για την αποκατάσταση της δημοκρατίας. Μέχρι εκείνο το έτος, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν κυρίως από ιδιωτικές δομές και χρηματοδοτούνταν από ένα μπισμαρκιανό ασφαλιστικό πλαίσιο, από το οποίο απουσίαζαν τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά ενός συνεκτικού και ολοκληρωμένου συστήματος, καθώς άφηνε τη μεγάλη πλειονότητα των ανέργων, και συνεπώς ανασφάλιστων, πολιτών χωρίς υγειονομική κάλυψη. Εξαιτίας αυτής της παράδοσης κατάτμησης της παροχής και της χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας, όταν η απαίτηση για καθολική, δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας έγινε κατακλυσμιαία, η εγκαθίδρυση ενός μπεβεριτζιανού τύπου εθνικού συστήματος υγείας ήταν αναπόφευκτη.

Βασισμένο στην αρχή ότι η υγεία συνιστά δημόσιο αγαθό και το κράτος έχει την ευθύνη να παρέχει την αναγκαία περίθαλψη, σκοπός του ΕΣΥ ήταν η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες για όλους τους πολίτες. Προκειμένου να το πετύχει αυτό, το ΕΣΥ προσπάθησε να αντιμετωπίσει τις αυξανόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού, πρωτίστως μέσω της ανάπτυξης μιας δημόσιας

διαχειριζόμενης υποδομής. Ωστόσο, σημαντικές διατάξεις του θεμελιακού Ν. 1397/1983 δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν μερικώς. Ο στρατηγικός στόχος διαμόρφωσης ενός ενοποιημένου τομέα υγείας αποδείχθηκε ένα επίμαχο ζήτημα και μια πολιτικά δύσκολη διαδικασία. Παρά το γεγονός ότι το σύστημα πέτυχε στο να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, δομικές ανεπάρκειες στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τη διανομή των υπηρεσιών υγείας εξακολούθησαν να υφίστανται και με την πάροδο των χρόνων διογκώθηκαν. Ένα συνεκτικό και καθολικό σύστημα φροντίδας υγείας δεν επιτεύχθηκε ποτέ, εξακολουθώντας να λειτουργούν διαφορετικά, ως προς την οργάνωση και ρύθμιση, υποσυστήματα, λόγω της αποτυχίας να προταθεί και να εφαρμοστεί ένα καλά συναρμοσμένο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων που να απολαμβάνει επαρκούς δημόσιας και πολιτικής υποστήριξης. Το σύστημα υγείας, μέχρι πρόσφατα, εξακολουθούσε να λειτουργεί με μια ξεπερασμένη οργανωτική κουλτούρα, κυριαρχούμενη από την κλινική ιατρική και τη νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση, χωρίς την υποστήριξη μιας αποτελεσματικής μονάδας σχεδιασμού, χωρίς τη διάθεση επαρκών πληροφοριών για το επίπεδο υγείας, τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας ή το κόστος και χωρίς να λειτουργεί προληπτικά, προοπτικά και δυναμικά

στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση σε δράσεις στη δημόσια υγεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό ΕΣΥ πάσχει από ανεπάρκειες, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

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

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

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

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

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

ΣΤ) Ύπαρξη ανισοτιμιών στην πρόσβαση

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

Ζ) Ύπανάπτυξη μηχανισμών αποτίμησης των αναγκών και διαμόρφωσης προτεραιοτήτων.

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

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

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

Οι ανεπάρκειες αυτές συνέβαλαν στη χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας και στην εκδήλωση μιας «επιδημίας» βραχύβιων προτάσεων για υγειονομική μεταρρύθμιση (Stambolovic, 2003). Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες που αναλήφθηκαν τη δεκαετία του 1990, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που αναφέρθηκαν, απέτυχαν στο στόχο τους. Η κομματικοκρατία, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί και οι διοικητικές αδυναμίες έθεσαν τεράστια εμπόδια, προκαλώντας τη μερική εφαρμογή ή την πλήρη κατάργηση των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων (Tragakes

and Polyzos, 1998). Ο δεύτερος γύρος αλλαγών εγκαινιάστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Ωστόσο, οι αλλαγές στο πολιτικό σκηνικό και πάλι υπέσκαψαν οποιαδήποτε προσπάθεια εισαγωγής σύγχρονων επιστημονικών τεχνικών διαχείρισης στο σύστημα υγείας και αντιμετώπισης των αδυναμιών και ανεπαρκειών στην παροχή των υπηρεσιών, δίνοντας προσοχή στην απουσία συντονισμού και επιχειρησιακής ολοκλήρωσης. Στο πλαίσιο αυτό, η ανάγκη για καθοριστικές μεταρρυθμίσεις προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας έχει αναγνωριστεί από την ακαδημαϊκή και πολιτική κοινότητα και έχει υπογραμμιστεί από διεθνείς οργανισμούς (Econoμou and Giorno, 2009). Οι εξελίξεις αυτές θα πρέπει να ιδωθούν υπό το φως μιας συνεχούς μεταβατικής φάσης στην οποία εισήλθε η Ελλάδα κατά τον 21ο αιώνα. Οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και η συμβολή του κρατικού προϋπολογισμού αποτελούν πεδία ενδιαφέροντος και επίκεντρο συνεχούς διαμάχης. Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, του φορολογικού συστήματος και του εκπαιδευτικού συστήματος αποτέλεσαν και εξακολουθούν να αποτελούν αντικείμενο έντονης κοινωνικής διαμάχης, δίνοντας την αίσθηση μιας μεταρρυθμιστικής προοπτικής χωρίς τέλος. Η κατάσταση αυτή έχει λάβει ακόμα μεγαλύτερη ένταση στις παρούσες συνθήκες της βαθιάς οικονομικής κρίσης στην οποία βρίσκεται η χώρα.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η πολιτική υγείας στην Ελλάδα είναι το χάσμα μεταξύ δηλωμένων στόχων και θέσπισης και εφαρμογής της νομοθεσίας. Συγκεκριμένες νομοθετικές προβλέψεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων εφαρμόστηκαν μερικώς ή καθόλου. Κάποιες άλλες ήταν βραχύβιες λόγω των αλλαγών στην κυβέρνηση που επακολου-

θούσαν και σταματούσαν τη διαδικασία εφαρμογής τους. Εξετάζοντας την 36ετή περίοδο από το 1974 έως το 2010 που ακολούθησε την αποκατάσταση της δημοκρατίας, μόνο δύο μεταρρυθμιστικές προσπάθειες μπορούν να θεωρηθούν επιτυχημένες: πρώτη και σημαντικότερη αυτή του 1983, που εγκαθίδρυσε το ΕΣΥ, και δεύτερη αυτή του 2001, κυρίως με το Ν. 2889/2001, που οδήγησε μεταξύ άλλων στην περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ και στην εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων. Και οι δύο αυτές μεταρρυθμίσεις αποτέλεσαν μεγάλης κλίμακας παρεμβάσεις, οι οποίες άλλαξαν το οργανωτικό μοντέλο και τη δομή του υγειονομικού τομέα, παρά το γεγονός ότι δεν εφαρμόστηκαν πλήρως. Και στις δύο περιπτώσεις και παρά την ευνοϊκή χρονική συγκυρία και τη δηλωμένη δέσμευση των τότε κυβερνήσεων να τις ολοκληρώσουν, η ανεπαρκής χρηματοδότηση και οι συντεχνιακές αντιπαραθέσεις παρεμπόδισαν κάτι τέτοιο. Όλες οι υπόλοιπες μέχρι το 2010 σοβαρές μεταρρυθμιστικές απόπειρες είτε εγκαταλείφθηκαν αμέσως μετά την εκδήλωσή τους είτε μετασχηματίστηκαν σε ανώδυνες παρεμβάσεις προκειμένου να κατευναστούν τα αντίθετα κατεστημένα οικονομικά, πολιτικά, επαγγελματικά και συντεχνιακά συμφέροντα. Υπό το πρίσμα αυτό, η μεταφορά του εκκρεμούς είναι η πιο κατάλληλη προκειμένου να περιγράψει το σχεδιασμό και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, δεδομένου ότι οι δύο αυτές διαδικασίες χαρακτηρίζονται από μια συνεχή παλινδρομική κίνηση. Η ώθηση προς μια ευνοϊκή κατεύθυνση επιδίωξης μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ακολουθείται από μια ώθηση προς τη διαμετρικά αντίθετη κατεύθυνση και την εφαρμογή μέτρων πολιτικής αντιφατικών μεταξύ τους (Οικονόμου, 2004· Polyzos et al., 2008).

Το γεγονός είναι ότι η πολιτική υγείας στερείται συνέχειας λόγω της κυριαρχίας της κομματικοκρατίας και της προσπάθειας κατοχύρωσης από κάθε δρώντα παράγοντα των δικών του συμφερόντων, αντί να επιδιώκεται η διαμόρφωση συναινετικών διαδικασιών. Τα δομικά στοιχεία στη διαδικασία διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας είναι επισφαλής, δεδομένου ότι στη διαδικασία αυτή σπάνια εμπλέκονται όλοι οι δρώντες παράγοντες με τρόπο που να εξασφαλίζεται μια εποικοδομητική συνεργατική προσπάθεια, η οποία να αποσκοπεί στη διασύνδεση της διαδικασίας σχεδιασμού με αυτή της εφαρμογής. Όπως δείχνουν οι Mossialos et al. (2005), η πολιτική υγείας και οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα υπήρξαν θεσμικά εξαρτημένες και επηρεάστηκαν από το νοτιοευρωπαϊκό σύνδρομο των πελατειακών σχέσεων, την κομματικοκρατία, την απουσία συναίνεσης, τις χαμηλές δεξιότητες της δημόσιας διοίκησης και την αδύνατη κοινωνία των πολιτών. Η αδυναμία προώθησης αλλαγών είναι συνέπεια των κυρίαρχων πολιτικών συνθηκών, των ανεπίλυτων κομματικών συγκρούσεων, των συγκρούσεων μεταξύ των οικονομικών συμφερόντων, της σημαντικής αντίστασης του ιατρικού κατεστημένου και της αδυναμίας της γραφειοκρατικής δομής του συστήματος της δημόσιας υγείας να εισάγει επιτυχώς διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις. Ως αποτέλεσμα, έχει υποστηριχθεί ότι ραγδαίες, απότομες, μεγάλης έκτασης υγειονομικές μεταρρυθμίσεις, επιβαλλόμενες από τα πάνω, είναι καταδικασμένες να αποτύχουν στην Ελλάδα (Econoμou, 2010). Μάλλον, μια περισσότερο σταδιακή προσέγγιση, η οποία να βασίζεται στην εισαγωγή τομεακών μέτρων που επιχειρούν να αντιμετωπίσουν διαπιστωμένες συγκεκριμένες ανεπάρκειες του συστήματος υγείας, θα ήταν ίσως πιο αποτελεσματική και

θα οδηγούσε σε περισσότερο κοινωνικά βιώσιμες πολιτικές. Στο πλαίσιο αυτό, για την επιτυχία ενός υγειονομικού μεταρρυθμιστικού σχεδίου, το οποίο να διασφαλίζει ταυτόχρονα την ισοτιμία και την αποδοτικότητα στη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας, θα ήταν θεμελιώδες να γίνει κατανοητό ότι χρειάζεται μια διαφορετική πολιτική κουλτούρα και η εισαγωγή περισσότερο συμμετοχικών μορφών διακυβέρνησης.

Η παραπάνω θέση φαίνεται ότι θα ήταν δύσκολο να γίνει αποδεκτή στο πλαίσιο υπογραφής του Μνημονίου Συνεννόησης, καθώς δεν συνάδει με το δόγμα του «σοκ» που αποτελεί τη βασική του φιλοσοφία. Το ερώτημα που τίθεται πλέον, κάτω από τις ειδικές περιστάσεις που διαμορφώνει η ένταξη της Ελλάδας στο μηχανισμό στήριξης, είναι εάν και προς ποια κατεύθυνση η οικονομική κρίση έχει επιδράσει στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Σε ένα κείμενό τους, οι Doetter and Gotze (2011), διερευνώντας τις περιπτώσεις της Βρετανίας και της Ιταλίας, συμπέραναν ότι οι οικονομικές κρίσεις, αν και δημιουργούν παράθυρα ευκαιρίας για σοβαρές αλλαγές πολιτικής, δεν παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο όσο οι εσωτερικές, ενδογενείς ανεπάρκειες του συστήματος υγείας, που είναι τελικά αυτές που καθοδηγούν τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Ωστόσο, επισημαίνουν, τα εσωτερικά προβλήματα του συστήματος υγείας δεν επαρκούν για την ερμηνεία των ρυθμιστικών αλλαγών σε αυτά. Μάλλον το περιεχόμενο, ο χρονισμός και η επιτυχής εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την αποδοχή και τη διάχυση των συγκεκριμένων πολιτικών από τους πολιτικά δρώντες.

Υιοθετώντας την προσέγγιση των Tsoukas and Paroulias (2005), ότι μια επιτυχημένη διαδικασία αλλαγής θα πρέπει πρώτα να διακόπτει

την αυτο-αναφορικότητα που είναι τυπική σε κρατικούς οργανισμούς και ότι μια τέτοια διακοπή συμβαίνει κυρίως μέσω διαμορφωτικών της συμπεριφοράς πληροφοριών που προέρχονται από εξωτερικές προς το σύστημα πηγές, προτείνουμε μια τροποποιημένη εκδοχή της θέσης των Doetter and Gotze. Πιο συγκεκριμένα, συμφωνούμε ότι πράγματι οι εσωτερικές ανεπάρκειες του συστήματος υγείας δεν επαρκούν για να ερμηνεύσουν τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Όμως, στην περίπτωση της Ελλάδας, ο ρόλος της οικονομικής κρίσης είναι πρωταρχικός στην προώθηση αλλαγών, δεδομένου ότι οι πολιτικά δρώντες, οι λήπτες των αποφάσεων και οι κοινωνικοί εταίροι εμφανίζονται να διαφωνούν ριζικά μεταξύ τους αναφορικά με τις αξίες και τις κατευθύνσεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Ως αποτέλεσμα, όπως επισημάνθηκε και παραπάνω, η επιδίωξη από κάθε δρώντα παράγοντα των δικών του συμφερόντων παρεμπόδισε την προώθηση αλλαγών, και αυτό αντανακλάται στις πολυάριθμες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000 που δεν εφαρμόστηκαν, εφαρμόστηκαν μερικώς ή στη συνέχεια αναιρέθηκαν.

Από τη στιγμή, λοιπόν, που η αδυναμία εφαρμογής σημαντικών μεταρρυθμιστικών

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



Βιβλιογραφία

- Aletras, V. (1999). "A comparison of hospital scale effects in short-run and long-run cost functions", *Health Economics*, 8 (6), pp. 521-530.
- Aletras, V., Kontodimopoulos, N., Zagouldoudis, A. and Niakas, D. (2007). "The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals", *Health Policy*, 83 (2-3), pp. 236-245.
- Athanassopoulos, A., Gounaris, C. and Sissouras, A. (1999). "A descriptive assessment of the production and cost efficiency of general hospitals in Greece", *Health Care Management Science*, 2 (2), pp. 97-106.
- Ballas, A. and Tsoukas, H. (2004). "Measuring nothing: The case of the Greek National Health System", *Human Relations*, 57 (6), pp. 661-690.
- Benatar, S., Stephen, G. and Bakker, I. (2011). "Global health and the global economic crisis", *American Journal of Public Health*, 101 (4), pp. 646-653.
- Bronchi, C. (2001). "Options for reforming the tax system in Greece", Economics Department Working Paper 291, OECD.
- Davaki, K. and Mossialos, E. (2006). "Financing and delivering health care", in Petmesidou, M. and Mossialos, E. (eds), *Social Policy Developments in Greece*, Aldershot: Ashgate.
- de Kervasdoué, J. (2009). "Health care system in Greece", Working Paper V5, OECD Public Management Reviews: Strengthening public administration reform in Greece.
- Docteur, E. and Oxley, H. (2003). "Health care systems: Lessons from the reform experience", Economics Department Working Paper 374, OECD.
- Doetter, L.-F. and Gotze, R. (2011). "Health care policy for better or for worse? Examining NHS reforms during times of economic crisis versus relative stability", *Social Policy & Administration*, 45 (4), pp. 488-505.
- Dolgeras, A., Economou, Ch. and Kyriopoulos, J. (2004). "Dental insurance coverage and dental expenditures: The case of Greece", in Kyriopoulos, J. (ed.), *Health Systems in the World: From Evidence to Policy*, Athens: Papazisis Publishers.
- Economou, Ch. (2008). "Country report: Private Health Insurance in Greece", Unpublished.
- Economou, Ch. (2010). *Greece: Health System Review: Health Systems in Transition*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, Ch. and Giorno, C. (2009). "Improving the performance of the public health care system in Greece", Economic Department Working Paper 722, OECD.
- Eurobarometer (2002). "Health issues, cross-border purchases and national identities", Eurobarometer 57.2.
- Eurobarometer (2006). "Medical errors", Special Eurobarometer 241, Wave 64.1 and 64.3.
- Eurobarometer (2007). "Health and long-term care in the European Union", Special Eurobarometer 283, Wave 67.3.
- Eurobarometer (2010). "Patient safety and quality of health care", Special Eurobarometer 327, Wave 72.2.

- European Profiles (2007). *Sectorial Study: The Medical Devices Sector in Greece*, Athens.
- Figueras, J., Saltman, R. and Mossialos, E. (1997). "Challenges in evaluating health sector reform: an overview", LSE Health Discussion Paper 8, LSE.
- Figueras, J., McKee, M., Cain, J. and Lessof, S. (eds) (2004). *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policy.
- Garanis-Papadatos, T. and Dalla-Vorgia, P. (2003). "Bioethics in Greece: A regional approach", in Peppin, J. and Cherry, M. (eds), *Regional Perspectives in Bioethics*, London: Routledge.
- Geitona, M., Margaritidou, V. and Kyriopoulos, J. (1998). "Nursing manpower requirements in Greece: The case of private non-qualified nurses", in Beazoglou, T., Heffley, D. and Kyriopoulos, J. (eds), *Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System*, Athens: Exandas Publishers.
- Geitona, M., Zavras, D., Hatzikou, M. and Kyriopoulos, J. (2006). "Generics market in Greece: The pharmaceutical industry's beliefs", *Health Policy*, 79 (1), pp. 35-48.
- Giokas, D. (2001). "Greek hospitals: how well their resources are used", *Omega*, 29 (1), pp. 73-83.
- Hart, J. T. (1971). "The inverse care law", *Lancet*, 1, pp. 405-412.
- Joumard, I., Andre, C., Nicq, C. and Chatal, O. (2008). "Health status determinants: Lifestyle, environment, health care resources and efficiency", Economics Department Working Paper 627, Paris.
- Kanavos, P., Costa-i-Font, J., Merkur, S. and Gemmill, M. (2004). "The economic impact of pharmaceutical parallel trade in European Union member states: A stakeholder analysis", Special Research Paper, LSE Health and Social Care.
- Karokis, A., Christodouloupoulou, A., Tsiaras, T. and Mossialos, E. (2000). "Pharmaceutical price controls and positive drug list effects on total and social insurance pharmaceutical expenditure", in Proceedings of the 5th Annual ISPOR Conference, Washington DC, 21-24 May 2000.
- Kontodimopoulos, N., Nanos, P. and Niakas, D. (2006). "Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece", *Health Policy*, 76 (3), pp. 49-57.
- Kyriopoulos, J. (2004). "Informal payments in the health sector: Some evidence and research issues", in Kyriopoulos, J. (ed.), *Health Systems in the World: From Evidence to Policy*, Athens: Papazisis Publishers.
- Kyriopoulos, J., Economou, Ch. and Dolgeras, A. (2001). "Side payments in the Greek health sector: The dilemma of equity and efficiency", in Kyriopoulos, J., Beazoglou, T. and Heffley, D. (eds), *Health Economics in the New Era*, Athens: Exandas Publishers.
- Liaropoulos, L. (1995). "Health services financing in Greece: A role for private health insurance", *Health Policy*, 34 (1), pp. 53-62.
- Liaropoulos, L. (1998). "Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective", in Dracopoulou, S. (ed.), *Ethics and Values in Health Care Management*, London: Routledge.
- Liaropoulos, L. and Kaitelidou, D. (2000). "Health technology assessment in Greece", *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*, 16 (2), pp. 429-448.
- Liaropoulos, L. and Tragakes, E. (1998). "Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity", *Health Policy*, 43 (2), pp. 153-169.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. and Katostarar, Th. (2008). "Informal payments in public hospitals in Greece", *Health Policy*, 87 (1), pp. 72-81.
- Merakou, K., Dalla-Vorgia, P., Garanis-Papadatos, T. and Kourea-Kremastinou, J. (2001). "Satisfying patients' rights: a hospital patient survey", *Nursing Ethics*, 8 (6), pp. 499-509.
- Mitropoulos, J. and Sissouras, A. (2004). "Rationalising the allocation of central resources to the

- health care regions in Greece”, Paper presented in the 5th European Conference of Health Economics, LSE, 8-11 September 2004, London.
- Moschuris, S. and Kondylis, M. (2006). “Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective”, *Journal of Health Organization and Management*, 20 (1), pp. 4-14.
- Mossiallos, E. (1998). *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*, Luxembourg: European Commission.
- Mossiallos, E., Allin, S. and Davaki, K. (2005). “Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”, *Health Economics*, 14, pp. 151-168.
- Mossialos, E. and Dixon, A. (2002). “Funding health care in Europe: weighing up the options”, in Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (eds), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Mossialos, E. and Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Copenhagen: Observatory on Health Systems and Policies.
- Mousiama, T., Ioakimidou, S., Largatzi, E., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L. (2001). “Health technology assessment in the area of prevention”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17 (3), pp. 338-357.
- Niakas, D., Theodorou, M. and Liaropoulos, L. (2005). “Can privatising selected services benefit the public healthcare system? The Greek case”, *Applied Health Economics and Health Policy*, 4 (3), pp. 153-157.
- Nolte, E. and McKee, M. (2004). *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, London: The Nuffield Trust.
- Nolte, E. and McKee, M. (2008). “Measuring the health of nations. Updating an earlier analysis”, *Health Affairs*, 27 (1), pp. 58-71.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2010a). *Health at a Glance: Europe 2010*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2010b). *OECD Health Data*, Paris: OECD.
- OECD (2011). *OECD Health Data*, Paris: OECD.
- Polyzos, N., Oikonomou, Ch. and Zilidis, Ch. (2008). “National health policy in Greece: Regulations or reforms?”, *European Research Studies*, XI (3), pp. 91-118.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L. (2008). “Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins”, *Health Policy*, 88, pp. 282-293.
- Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1994). “Greece”, in OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD.
- Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1999). “Health care and cost containment in Greece”, in Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot: Ashgate.
- Sissouras, A., Mitropoulos, J. and Gounaris, C. (2000). “Evaluating the efficiency of health care units: The case of the Greek primary health care centres”, in Javor, A., Van Eimeren, W. and Duru, G. (eds), *Proceedings of the 7th International Conference on System Science in Health Care: Sustainable Structure for Better Health*, Budapest.
- Stambolovic, V. (2003). “Epidemic of health care reforms”, *European Journal of Public Health*, 13 (1), pp. 77-79.
- Theodorokioglou, Y. and Tsiotras, G. (2000). “The need for the introduction of quality management into Greek health care”, *Total Quality Management and Business Excellence*, 11 (8), pp. 1153-1165.
- Theodorou, M. (2002). “Recent reforms in the Greek NHS”, *Eurohealth*, 8 (2), pp. 29-32.
- Tountas, Y., Karnaki, P. and Pavi, E. (2002). “Reforming the reform: The Greek national health system in transition”, *Health Policy*, 62 (1), pp. 15-29.
- Tragakes, E. and Polyzos, N. (1998). “The evolution of health care reforms in Greece: Charting a

- course of change”, *International Journal of Health Planning and Management*, 13 (2), pp. 107-130.
- Tsalikis, G. (1988). “Evaluation of the socialist health policy in Greece”, *International Journal of Health Services*, 18 (4), pp. 543-561.
- Tsoukas, H. and Papoulias, D. (2005). “Managing third-order change: The case of the Public Power Corporation in Greece”, *Long Range Planning*, 38, pp. 79-95.
- Valentine, N., Ortiz. H. P., Tandon, A., Kawabata, K., Evans, D. and Murray, Ch. (2003). “Patient experiences with health services: Population surveys from 16 OECD countries”, in Murray, Ch. and Evans, D. (eds), *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*, Geneva: WHO.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X. and Puffer, F. (2002). “Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved?”, in Smith, P. (ed.), *Measuring up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, Paris: OECD.
- Vrangbaek, K. (2007). “Towards a typology for decentralization in health care”, in Saltman, R., Bankauskaite, V. and Vrangbaek, K. (eds), *Decentralization in Health Care*, Berkshire/Buckingham: Open University Press.
- WHO/EURO (2010). *European Health for All Database*, Copenhagen: WHO.
- Yfantopoulos, J. (2008). “Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece”, *European Journal of Health Economics*, 9 (1), pp. 87-97.
- Zavras, D., Economou, Ch. and Kyriopoulos, J. (2004). “Factors influencing dental utilization in Greece”, *Community Dental Health*, 21, pp. 181-188.
- Zavras, D., Geitona, M. and Kyriopoulos, J. (2004). “Paying more money for better health care? Searching for willingness to accept to pay in Greece”, in Tavakoli, M. and Davies, H. (eds), *Reforming Health Systems: Analysis and Evidence. Strategic Issues in Health Care Management*, St. Andrews: University of St. Andrews.
- Zavras, A., Tsakos, G., Economou, Ch. and Kyriopoulos, J. (2002). “Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy within a Greek National Primary Health Care Network”, *Journal of Medical Systems*, 26 (4), pp. 285-292.
- Zygoura, A., Syndos, M. and Kekeris, V. (2007). “Preparedness of emergency medical services”, in Tsouros, A. and Efstathiou, P. (eds), *Mass Gatherings and Public Health: The Experience of the Athens 2004 Olympic Games*, Copenhagen: WHO Europe.
- Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B. και Μόσιαλος, Η. (1994). *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Βάλτος, Ι. (2002). «Οδοντιατρικές υπηρεσίες σε ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες», στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, με θέμα Δημόσια Υγεία: Η πρόκληση του 2004, Αθήνα 25-27 Φεβρουαρίου 2002.
- Γείτονα, Μ. (2001). «Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα», *Ιατρική* (79) 3, σελ. 259-267.
- Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2010*, Αθήνα.
- Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Δρίζη, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (1994). «Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας υγείας», στο Κυριόπουλος, Γ. και Γεωργούση, Ε. (επιμ.), *Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. και Μπεαζόγλου, Τ. (επιμ.) (2000). *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ. και Κυριόπουλος Γ. (2002). «Η δημόσια υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», στο Δημολιάτης, Γ., Κυριό-

- πουλος, Γ., Λάγγας, Δ. και Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ., Δανηλίδου, Ν. και Κυριόπουλος Γ. (2002). «Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα ΚΑΠΗ», στο Δημόλιάρη, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ. και Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γκόλνα, Χ., Κοντιάδης, Ξ. και Σουλιώτης, Κ. (2005). *Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Λειτουργία της Αγοράς και Ρυθμιστικό Πλαίσιο*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Δερβένης, Χ. και Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του ΕΣΥ και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Δημητριάδης, Δ., Κωνσταντινίδης, Ρ. και Ζερβού-Βάλβη, Φ. (2009). «Η νοσοκομειακή οδοντιατρική στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας: Καταγραφές και προβληματισμοί», *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική*, 2, σελ. 9-14.
- Δόλγερρας, Α., Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. και Κοττός, Δ. (2001). «Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του Λεκανοπεδίου Αττικής», στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Α., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Εκκλησία της Ελλάδος (2001α). *Η Μαρτυρία της Αγάπης: Το Φιλανθρωπικό και Κοινωνικό Έργο της Εκκλησίας της Ελλάδος*, Αθήνα: Κλάδος Εκδόσεων Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Εκκλησίας της Ελλάδος.
- Εκκλησία της Ελλάδος (2001β). *Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2010). *Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών*, Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΟΠΥΥ (2011). «Ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας», http://www.ggka.gr/in_main_newnomoi.htm
- Ζηλίδης, Χ. (1995). *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και Δυνατότητες Ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ζηλίδης, Χ. (2005). *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: Η Μεταρρύθμιση 2000-4*, Αθήνα: Mediforce.
- Θεοδώρου, Μ. (1994). «Επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα», στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας*. Ανάλυση και δομή του συστήματος, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ. (1994). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, *Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας*. Ανάλυση και δομή του συστήματος, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Φαραστέλη, Ο. και Λιαρόπουλος, Α. (2005). «Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα», στο Τσάμης, Ν. (επιμ.), *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ICAP (1999). *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: ICAP.
- ICAP (2006). *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: ICAP.
- ΙΚΑ (2011). *Στατιστικό Δελτίο Έτους 2007*, Αθήνα: ΙΚΑ.
- ΙΝΕ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ (2000). «Προτάσεις του ΙΝΕ για την υγεία», *Ενημέρωση*, 64, σελ. 2-18.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2006). *Hellas Health I*, Αθήνα: ΙΚΠΙ.
- ΙΦΕΤ (2007). *Παρακολούθηση των Στοιχείων της Φαρμακευτικής Αγοράς*, Αθήνα: ΙΦΕΤ.
- Κουσουλάκου, Χ. και Βίτσου, Ε. (2008). *Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2008*, Αθήνα: IOBE.
- Κυριόπουλος Γ. (1995). «Επενδύσεις και τεχνολογία στην υγεία», στο Νιάκας, Δ., Κυριόπουλος, Γ. και Στάθης Γ., (επιμ.), *Πολιτική για την Υγεία:*

Οργάνωση, Χρηματοδότηση, Τεχνολογία, Αθήνα: Γνώση.

- Κυριόπουλος, Γ. και Οικονόμου, Χ. (2000). «Είναι επιθυμητή και εφικτή η διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας;», στο Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. και Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ. και Σισσούρας, Α. (επιμ.) (1997). *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.) (1996). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Σ. και Οικονόμου, Χ. (2000). «Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας: A priori versus a posteriori κριτήρια αποζημίωσης;», στο Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. και Σισσούρας, Α. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορου, Σ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.) (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Κυριόπουλος, Γ., Λέβητ, Τ. και Νιάκας, Δ. (επιμ.) (1994). *Η διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ. και Γεωργούση, Ε. (2001). «Ασφαλιστική κάλυψη και ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας», στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κωλέτση-Κουνάρη, Χ. (1992). «Η διανομή των οδοντιατρικών φροντίδων», στο Κωλέτση-Κουνάρη, Χ. και Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), *Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών της Υγείας.
- Κωνσταντινίδης, Ρ., Λαζαρή, Μ., Ρωμανός, Γ., Κοντός, Δ. και Αγραφιώτης, Δ. (1996). «Η κοινωνική οδοντιατρική κατά την περίοδο 1991-95: Δυσκολίες, επιτεύγματα και προοπτικές», στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, με θέμα Η Δημόσια Υγεία στο λυκόφως του 20ού αιώνα, Αθήνα 18-20 Μαρτίου 1996.
- Λαζαρή, Μ. και Κωλέτση-Κουνάρη, Χ. (1996). «Αξιολόγηση της οδοντιατρικής περίθαλψης του ΙΚΑ 1980-1994», στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας, με θέμα Η Δημόσια Υγεία στο λυκόφως του 20ού αιώνα, Αθήνα 18-20 Μαρτίου 1996.
- Λιονής, Χ. και Σουλιώτης, Κ. (επιμ.) (2010). *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης*, Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Μαρούλη, Δ., Αϊβατίδη, Χ., Μακρή, Α. και Νιάκας, Δ. (2002). «Η λειτουργική ικανότητα των κέντρων υγείας της Περιφέρειας Αττικής», στο Νιάκας, Δ. και Στάθης, Γ. (επιμ.), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Μάνατζμεντ: Προβληματισμοί και Προοπτικές*, Αθήνα: Mediforce.
- Μεργούπης, Θ. (2003). «Εισόδημα και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα: Μια μικροανάλυση με στοιχεία από το Ευρωβαρόμετρο», στο Βενιέρης, Δ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα: Προκλήσεις και Προοπτικές*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μητρόπουλος, Ι., Αθανασόπουλος, Α. και Σισσούρας, Α. (1996). «Αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υγειονομικών υποκαταστημάτων του ΙΚΑ: Εφαρμογή της μεθόδου DEA (Data Envelopment Analysis)», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 5 (1), σελ. 5-21.
- Μπέσης, Ν. (1993). *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: IOBE.
- Μπουλούτζα, Π. (2010). «Το ΕΚΑΒ αναζητεί τη θεραπεία επιβίωσης», *Καθημερινή* 29/5/2010, http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_eil_1_29/05/2010_402728
- Μπουρσανίδης, Χ., Μπαλασοπούλου, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (1992). «Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών προϋπολογισμού», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1 (4), σελ. 23-42.

- Μωραϊτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ. και Πολύζος, Ν. (1995). *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Νιάκας, Δ. (1993). *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Νικολέντζος, Α. (2008). *Η Επιρροή των Ιατρών στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: 1983-2001*, Αθήνα: Focus on Health.
- Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (2005). «Εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», Γνώμη 128, ΟΚΕ.
- Οικονόμου, Χ. (1994). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Η εφαρμογή του θεσμού των κέντρων υγείας», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 3 (2), σελ. 83-95.
- Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Χ. (2005). «Υγεία και πολιτική στην Ελλάδα κατά τη μεταπολεμική περίοδο (1950-1983)», στο Σακελλαρόπουλος, Θ. (επιμ.), *Οικονομία και Πολιτική στη Σύγχρονη Ελλάδα*, Τόμος Α', Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Χ. (2006). «Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές», στο Οικονόμου, Χ. και Φερώνας, Α. (επιμ.), *Οι Εκτός των Τειχών: Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις Σύγχρονες Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου, Χ., Καραλής, Γ. και Κυριόπουλος, Γ. (2001). «Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα: Μια απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου», στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. και Καραλής, Γ. (2000). «Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση», *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 62 (3), σελ. 229-234.
- Πολύζος, Ν. (1999). *Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με Βάση την Ταξινόμηση των Ασθενών (DRGs)*, Αθήνα: ΤΥΠΕΤ.
- Πολύζος, Ν. (2007). *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Αθήνα: Διόνικος.
- Πρεζεράκος, Π. (2001). «Μέτρηση της τεχνικής Χ-αποδοτικότητας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας», στο Στάθης, Γ. (επιμ.), *Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management*, Αθήνα: Mediforce.
- Σαπουντζή, Δ. και Λεμονίδου, Χ. (επιμ.) (1994). *Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα: Εξελίξεις και Προοπτικές*, Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- ΣΕΥΥΠ (2007). *Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων 2006*, Αθήνα: ΣΕΥΥΠ.
- Σιγάλας, Ι. (1994). «Τα ελλείμματα των νοσοκομείων: Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης;», *Επιθεώρηση Υγείας*, 5 (5), σελ. 60-64.
- Σισσούρας, Α. (2000). «Επίθεση μανάτζμεντ στο σύστημα υγείας: Επαναφέροντας (και εκσυγχρονίζοντας) το υπόδειγμα μανάτζμεντ για την υγεία», στο Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. και Σισσούρας Α. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Σισσούρας, Α., Καρόκης, Α., Πολύζος, Ν. και Θεοδώρου Μ. (1995). *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Σκαμνάκης, Χ. (2006). «Τοπική αυτοδιοίκηση και υπηρεσίες υγείας», στο Σουλιώτης, Κ. (επιμ.), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός, Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία, Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σουλιώτης, Κ. (2010). *Συνοπτική Διαγνωστική Μελέτη ΟΠΑΔ*, Αθήνα: ΟΠΑΔ.
- ΣΦΕΕ (2008). *Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία*, Αθήνα: ΣΦΕΕ.
- Τάτσος, Ν. (2001). *Υπολογισμός Καθαρών Δαπανών Κοινωνικής Προστασίας*, Αθήνα: ΕΣΥΕ.

- Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Οικονόμου, Ν., Παληκαρώνα, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (2011). «Διαφορές μεταξύ νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας και του ισχύοντος καθεστώτος», Δελτίο Τύπου Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Αθήνα: Πέμπτη 29 Σεπτεμβρίου 2011.
- Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών (2005). *Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης της Ελλάδας 2004-2007*, (Αναθεωρημένο), Αθήνα.
- Υπουργείο Οικονομικών (2011). *Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, 4ο Επικαιροποιημένο Πρόγραμμα*, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2006). *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια 2000-2006: Τρίτο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης*, Αθήνα: ΥΓΚΑ.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *Πρόταση Λειτουργικών Αναδιατάξεων Μονάδων Υγείας ΕΣΥ*, Αθήνα: ΥΓΚΑ.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000). *Σχέδιο Μεταρρύθμισης: Υγεία για τον Πολίτη*, Αθήνα.
- Φούσκας, Θ. και Οικονόμου, Χ. (2011). «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής», στο Μαγριπλής, Δ. (επιμ.), *Πολιτισμός και Διαφορετικότητα: Εμείς και οι Άλλοι*, Θεσσαλονίκη: Σταμούλης.



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ"
2007-2013
**ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ
ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ**



ISBN: 978-960-9571-19-7