



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

**ΑΓΟΡΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ
ΤΟ 2009 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ**

Φοιτητές : Νίκη Κατσουλάκη, Νικόλαος Κωνσταντινίδης, Θεοφάνης
Σακελλαρίου

Επιβλέπων : Θεόδωρος Σταματόπουλος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2015

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο τμήμα λογιστικής και χρηματοοικονομικής του ΤΕΙ Κρήτης στα πλαίσια της ανάλυσης και έρευνας στην **''Αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από το 2009 έως σήμερα''** υπό την επίβλεψη του καθηγητή **κ. Θεόδωρου Σταματόπουλου** ο οποίος διατύπωσε το αντικείμενο της εργασίας σύμφωνα με τα δικά μας ενδιαφέροντα. Με την παρούσα εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μας στο τμήμα λογιστικής και χρηματοοικονομικής του ΤΕΙ Κρήτης. Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους που συνέβαλλαν σε αυτό. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή **κ. Θεόδωρο Σταματόπουλο** για την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον που έδειξε κατά την ανάθεση της εργασίας. Θα θέλαμε επίσης να τον ευχαριστήσουμε για την καθοδήγηση, την προθυμία και την συμπαράσταση του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας καθένας ξεχωριστά, για την υποστήριξη κατά τη συγγραφή της αλλά και κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μας σπουδών και την πίστη τους σε εμάς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ.5
Κεφάλαιο 1.Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	σελ.7
1.1 Επισκόπηση του συστήματος υγείας	σελ.7
1.2 Η διοικητική δομή και οργάνωση του ΕΣΥ και ο ρόλος των δρώντων κοινωνικών υποκειμένων	σελ.9
1.2.1. Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των άλλων Υπουργείων	σελ.9
1.3.Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας	σελ.10
1.4.Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης	σελ.12
1.5. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας	σελ.13
1.6. Ο ρόλος των ομάδων χρηστών υπηρεσιών υγείας, των καταναλωτικών ενώσεων και των επαγγελματικών και συνδικαλιστικών ενώσεων.....	σελ.15
1.7. Η θέση και οι δυνατότητες επιλογών των ασθενών.....	σελ.16
Κεφάλαιο 2. Η δομή των συστημάτων υγείας άλλων χωρών : Σύντομη ανασκόπηση.....	σελ.18
Κεφάλαιο 3. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	σελ.22
3.1 Η διαδρομή των ασθενών στο σύστημα υγείας	σελ.22
3.2 Δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	σελ.23
3.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από το ΕΣΥ	σελ.23
3.4.Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης	σελ.28
3.5.Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από την τοπική αυτοδιοίκηση	σελ.30
3.6.Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τον ιδιωτικό τομέα	σελ.32
3.7.Αγορά Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας.....	σελ.34
3.8.Φαρμακευτική Πολιτική.....	σελ.35
3.9. Αποτίμηση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας.....	σελ.37
Κεφάλαιο 4. Τα προβλήματα του ΕΣΥ	σελ.40
4.1. Τα προβλήματα του ΕΣΥ λίγο πριν από την υπογραφή του Μνημονίου	σελ.40
4.2. Οι εξελίξεις στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεννόησης το 2010.....	σελ.41
Κεφάλαιο 5. Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα (2009 έως σήμερα).....	σελ.44
5.1 Εισαγωγή.....	σελ.44
5.2 Οι δαπάνες υγείας.....	σελ.45

Περιεχόμενα (συνέχεια)

5.3 Πληθυσμιακή κάλυψη και κατοχύρωση πρόσβασης του πληθυσμού στη φροντίδα υγείας.....	σελ.51
5.4.Στατιστικά στοιχεία για την περίοδο 2009-2013.....	σελ.51

5.5.Μελέτη επίδρασης της οικονομικής κρίσης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (2009 έως σήμερα).....σελ.52	σελ.52
5.6. Μελέτη κατάστασης της υγείας των Ελλήνων Πολιτών.....σελ.57	σελ.57
5.7.Μελέτη Παραοικονομίας στην Υγεία.Στατιστικά Δεδομένα του 2012.....σελ.62	σελ.62
5.8. Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στον καιρό της κρίσης(2009 έως σήμερα).....σελ.64	σελ.64
Κεφάλαιο 6. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία.....σελ.69	σελ.69
6.1.Το βασικό πρόβλημα: Η ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης.....σελ.71	σελ.71
6.2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως «πύλη εισόδου» της μεταρρύθμισης..σελ.71	σελ.71
6.3. Βασικές αρχές και κριτήρια της μεταρρύθμισης.....σελ.73	σελ.73
6.4. Η μετεξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και η συμβολή του ΕΟΠΥΥ..σελ.74	σελ.74
Συμπεράσματα-Επίλογος.....σελ.78	σελ.78
Βιβλιογραφία –Πηγές.....σελ.81	σελ.81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τον Μάιο του 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ανακοίνωσαν 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.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Στην παρούσα εργασία 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 της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει τα προβλήματα και την αναχρονιστικότητα των μορφών χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα.

INTRODUCTION:

In May 2010, the European Commission, the European Central Bank and the International Monetary Fund announced an agreement with Greece for a three-year restructuring program of economic and fiscal policies. The main features of this agreement is strict income policy, the increase in direct and indirect taxes, the introduction of flexibility measures to strengthen the labor market, cutting costs and the merger or abolition of public sector entities that are not productive.

Within this environment, the health sector was the focus of attempted adjustments. Reason for this is the fact that, despite the large number of institutional interventions made in the National Health System (NHS) during the past two decades in order for the the logistics infrastructure and modernizing the administrative-management mechanisms to develop, still serious problems of profitability, efficiency, equity and quality of service are exist.. The reforming initiatives have failed to meet configuration requirements and modern health policy and failed to solve the structural contradictions that displays the health sector.

OBJECT OF THIS PAPER:

This paper studies the evolution of public and private health expenditure. In addition, it analyzes the importance and gravity of the various sources of financing, particularly taxation, social security, private payments and voluntary health insurance. Then, the study focuses on the relationship of health services buyers and suppliers in the methods of compensation units for services and health professionals. The purpose of this paper is to highlight the problems of established forms of health sector financing from 2009 until today.

Κεφάλαιο 1. Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

1.1 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.

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 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 συγχωνεύτηκαν 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 προνοσοκομειακή, 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.

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

1.2.1 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. Επίσης, 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 πολίτες 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 κάλυπτε και τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων.

1.3. 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 νοσηλευόμενο ασφαλισμένο τους, λόγω της αντικατάστασης του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου από τα ΚΕΝ.

Από την άλλη μεριά, οποιαδήποτε αλλαγή στα ασφαλιστικά 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 πολυιατρείων 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.

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.

1.4. 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 (ιατρειών, οδοντιατρειών, 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.

1.5. 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 υπηρεσίες 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 (Econoμου, 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.ά., 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 ασφαλιστρών 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 προϋπάρχουσες 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.

1.6.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 οποιοδήποτε 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).

1.7. 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 ανθρωπίνων 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 επαγγελματικών 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%).

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 νοσηλευομένων 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.

Κεφάλαιο 2. Η δομή των συστημάτων υγείας άλλων χωρών : Σύντομη ανασκόπηση

Η γνώση των δομών των συστημάτων άλλων χωρών, εκτός της Ελλάδας, μας επιτρέπει να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τον τρόπο που είναι οργανωμένο και πόσο αποτελεσματικά είναι το ελληνικό σύστημα υγείας. Στην συγκεκριμένη ενότητα παραθέτουμε ορισμένα βασικά στοιχεία για το σύστημα υγείας άλλων χωρών.

ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ.

Το αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το αντιπροσωπευτικότερο του «φιλελεύθερου μοντέλου – ιδιωτικής ασφάλισης». Είναι ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας το οποίο λειτουργεί με βάση τους νόμους της αγοράς. Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και αφορά κυρίως τον καθορισμό των πλαισίων αρχών και κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας που στην πλειοψηφία τους είναι ιδιωτικοί φορείς.

Αποτελείται από υγειονομικά προγράμματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και από την πολιτειακή κυβέρνηση, από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το προσωπικό εισόδημα των ατόμων και από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές πηγές ανέρχεται περίπου στο 55% και από κρατικούς πόρους στο 45% (Θεοδώρου, 2001).

Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική και επειδή η πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας στις ΗΠΑ είναι συνάρτηση του εισοδήματος του ατόμου, περίπου το 15% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ ένα 10% που είναι φτωχοί και ηλικιωμένοι είναι ασφαλισμένοι μέσω των πολιτειακών προγραμμάτων Medicaid και Medicare που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση. Το Medicare καλύπτει τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, χρηματοδοτείται μέσω ενός ειδικού φόρου για όλους τους εργαζόμενους και κατά ένα μικρό ποσοστό από τους ίδιους τους δικαιούχους. Παρέχει κυρίως νοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης για εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη. Το Medicaid καλύπτει τους φτωχούς, τους άνεργους και τους αναπήρους. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του προγράμματος προέρχεται από την εθνική φορολογία και ένα μέρος προέρχεται από την πολιτειακή χρηματοδότηση. Το πρόγραμμα αυτό καλύπτει όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας μέσα από συμβάσεις που συνάπτει το πρόγραμμα σε πολιτειακό επίπεδο με νοσοκομεία και ιατρούς.

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν προγράμματα υγείας γνωστά ως «κατευθυνόμενη φροντίδα υγείας». Τα πιο διαδεδομένα μοντέλα είναι τα HMOs (Health Maintenance Organizations) και τα PPOs (Preferred Provider Organizations). Οι HMOs αποτελούν ομάδες ιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σ' ένα σύνολο εγγεγραμμένων ατόμων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αμείβονται βάση ετήσιας συνδρομής. Οι PPOs είναι μηχανισμοί διαμεσολάβησης μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών υπηρεσιών υγείας. Οι ιατροί είναι είτε υπάλληλοι της ασφαλιστικής εταιρείας, είτε ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με την εταιρεία. Οι ιατροί αυτοί έχουν κίνητρα όταν μπορούν να περιορίσουν το κόστος υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασφαλισμένους.

Οι ασφαλισμένοι είναι υποχρεωμένοι να προσφύγουν στους ιατρούς της εταιρείας με την οποία έχουν το πρόγραμμα, γιατί αν καταφύγουν σε άλλο ιατρό τότε η εταιρεία δεν θα τους αποζημιώσει πλήρως τη δαπάνη που έκαναν.

Υπάρχουν επίσης προγράμματα από ιδιωτικές ασφαλιστικές που απευθύνονται σε ομάδες ατόμων και οι τιμές τους καθορίζονται με βάση την ηλικία, το επάγγελμα κλπ. Τα ασφάλιστρα καταβάλλονται από τον εργοδότη του ασφαλισμένου. Οι παροχές προς τους ασφαλισμένους γίνονται είτε από υπηρεσίες που ανήκουν στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία, είτε από νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα με την ασφαλιστική εταιρεία, είτε και από νοσοκομεία της προτίμησης του ασφαλισμένου.

ΙΑΠΩΝΙΑ

Το σύστημα υγείας της Ιαπωνίας χαρακτηρίζεται ως «κλουραλιστικό». Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας είναι πολύ σημαντική. Η κεντρική κυβέρνηση αναλαμβάνει ρυθμιστικό ρόλο, θεσπίζοντας νόμους σχετικά με την τιμολόγηση και τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ενώ ο πολίτης έχει δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής τόσο του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και του ιατρού (Τούντας, 2000). Οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι ίδιες για όλους, διαφοροποιούνται ανάλογα με την κοινωνική ομάδα.

ΚΑΝΑΔΑΣ

Το σύστημα υγείας στον Καναδά ανήκει στο μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (ή τύπου Beveridge). Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται στη βάση των 12 περιφερειακών αρχών που η κάθε μία έχει δική της πρόγραμμα υγείας και δική της μέθοδο τιμολόγησης των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος στηρίζεται κυρίως στη γενική φορολογία που ανέρχεται περίπου στο 90% της συνολικής χρηματοδότησης. Οι υπόλοιποι πόροι προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση και από εργοδότες για πρόσθετες παροχές. Είναι από τις πρώτες χώρες που ανέπτυξε δίκτυα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία, στην πλειοψηφία τους, είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές στη βάση σφαιρικών προϋπολογισμών. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς και οικογενειακούς ιατρούς που στην πλειοψηφία τους εργάζονται στο δημόσιο. Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές.

ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί το κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1947. Η ίδρυσή του εκείνη την περίοδο αποτελούσε σημαντικό σταθμό στη οργάνωση του χώρου της υγείας. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από τη γενική φορολογία. Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας από τη γενική φορολογία ανέρχεται περίπου στο 80% της συνολικής χρηματοδότησής του. Η κοινωνική ασφάλιση συμβάλλει στη συνολική χρηματοδότηση κατά 15% και οι ιδιωτικοί πόροι κατά 5%. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού, της ισότητας και της επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών. Διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας. Υπάρχουν επίσης και οι υγειονομικές περιφέρειες που αποτελούν «προέκταση» του Υπουργείου Υγείας στην περιφέρεια. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς ιατρούς. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι περιορισμένος και λειτουργεί συμπληρωματικά προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι οι οικογενειακοί γιατροί, που αποτελούν το καλύτερο οργανωμένο τμήμα του συστήματος. Το δίκτυο των οικογενειακών ιατρών αποτελεί την πύλη εισόδου του ασθενούς στο σύστημα υγείας. Στη δεκαετία του '90 ξεκινάει η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχοντας επηρεαστεί σημαντικά από τη συνολική πολιτική στροφή της Μ. Βρετανίας προς τον φιλελευθερισμό. Η βάση της μεταρρύθμισης ήταν ο διαχωρισμός των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Οι προμηθευτές του συστήματος υγείας είναι τα νοσοκομεία και οι γενικοί ιατροί. Μεταξύ των προμηθευτών και των καταναλωτών συνάπτονται συμβόλαια με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και τις τιμές. Τα νοσοκομεία έχουν μεταβληθεί σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς και λειτουργούν με βάση τους κανόνες της αγοράς, δηλαδή προσλαμβάνουν το προσωπικό που επιθυμούν, καθορίζουν τους μισθούς, τιμολογούν τις υπηρεσίες τους και ανταγωνίζονται το ένα το άλλο.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismark. Στα πλαίσια αυτού του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα Ταμεία Υγείας. Υπεύθυνος για τις υπηρεσίες υγείας είναι σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων. Τους πυλώνες του συστήματος αποτελούν τα Ασφαλιστικά Ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το

ύψος των εισφορών διαφέρει από Ταμείο σε Ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας.

ΓΑΛΛΙΑ

Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας που συνδυάζει το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στηρίζεται στη λογική της κοινωνικής ασφάλισης και είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismark. Το σύστημα υγείας στη Γαλλία στηρίζεται στην υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση η οποία υποβοηθάται από την εθελοντική κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική ασφάλιση.

Ο ρόλος του κράτους στο σύστημα υγείας της Γαλλίας είναι σημαντικός. Το κράτος έχει την ευθύνη για την προστασία όλων των πολιτών, για τη δημόσια υγεία και την εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας, τον έλεγχο των σχέσεων μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης, τον έλεγχο της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων κλπ. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες αποτίμησης των ιατρικών πράξεων μέσω της υιοθέτησης μεθόδων όπως είναι οι Διαγνωστικές Συσχετιζόμενες Ομάδες Ασθενών .

Οι ιατροί στα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με μισθούς, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία αμείβονται με την πράξη. Για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οι ιδιώτες ιατροί είναι χωρισμένοι σε δύο ομάδες. Σε αυτούς που είναι συμβεβλημένοι με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και αυτοί που δεν είναι συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας και καθορίζουν μόνοι τους τις τιμές τους.

ΣΟΥΗΔΙΑ

Το σύστημα υγείας στη χώρα αυτή αποτελεί σημαντικό μέρος του κράτους – πρόνοιας. Στηρίζεται στην αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση δικαιούται ισότιμης κάλυψης των αναγκών τους. Το σουηδικό σύστημα υγείας είναι : δημόσιο σύστημα, η ευθύνη για την ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία του ανήκει στα εκλεγμένα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα, τα νομαρχιακά συμβούλια επιβάλλουν φόρους που αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και το σύστημα στηρίζεται κεντρικά από ένα εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά από ένα δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα : α) στο επίπεδο περιφέρειας, β) στο επίπεδο νομού και στο επίπεδο δήμου. Η

πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται μέσα από κέντρα υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς.

Κεφάλαιο 3. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

3.1 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 σύνηθες φαινόμενο οι ασθενείς να αναζητούν 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 περίπτωσή 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 ποσοστό αυτό είναι το χαμηλότερο μεταξύ των κρατών-μελών της Κοινότητας (OECD, 2010a, 2010b).

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

3.3. 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 παρακάτω ενότητα, 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 πυλωρούς 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 2011 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 2012 η αύξηση σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα του 2011 ήταν **21%** (από 4.730.993 σε 5.702.890 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

παρακάτω 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 1, 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 εισοδηματικά την καταβολή των άμεσων υψηλών πληρωμών που απαιτούνται προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές.

Πίνακας 1. Αριθμός των εξετασθέντων στα ΤΕΠ, ΤΕΙ και τα απογευματινά ιατρεία

	2010	2011	Μεταβολή (%)	Μ.Ο. Ιαν.- Σεπτ.2011	Μ.Ο. Ιαν.- Σεπτ.2012
Σύνολο	13.056.652	11.911.390	-9%	1.102.127	1.001.698
Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών	5.190.101	4.909.280	-5%	417.307	412.994
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	7.307.193	6.474.508	-11%	549.211	546.543
Απογευματινά Ιατρεία	559.358	527.602	-6%	45.609	42.162

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

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 περιφερειακές 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 επείγοντος.

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) μοτοσυκλέτες 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 αχρησιμοποίητες.

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 अपαρχαιωμένο 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).

3.4. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση και παροχή 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, ασφαρίζει 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).

Ο ΟΑΕΕ 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 παρακάτω, τα εν λόγω ταμεία ενοποιούνται σε ένα φορέα, όπου όλοι οι ασφαλισμένοι αυτών έχουν πλέον θεωρητικά πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3.5.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, ορθοπεδικού χειρουργού, καρδιολόγου, οφθαλμίατρου, παιδίατρου, δερματολόγου, ΩΡΛ, μαστολόγου και οδοντίατρου.

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 προ-αγωγής 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, Ο ατομική υγιεινή κ.λπ., ενώ επτά στα δέκα ΚΑΠΗ παρέχουν προγράμματα φυσιοθεραπείας και Οτέσσερα 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.

3.6. 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 στο επόμενο κεφάλαιο 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 (Liagoroulos 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.

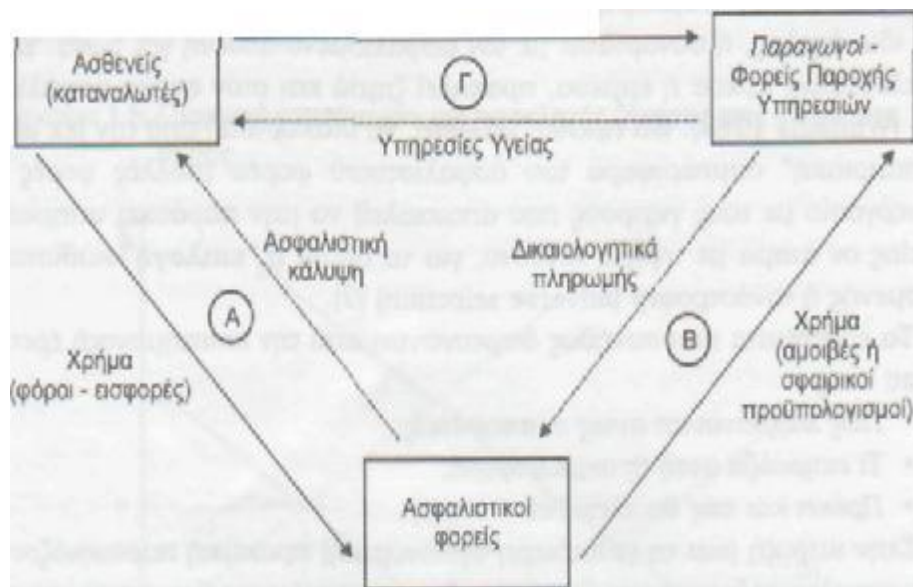
Συνέπεια της εν λόγω κατάστασης είναι ότι η Ελλάδα εμφανίζει τη μεγαλύτερη αναλογία εξετάσεων στην ΕΕ, αναλογώντας 98,1 μαγνητικές και 320,9 αξονικές τομογραφίες ανά 1.000 άτομα (OECD, 2010a, 2010b).

3.7. Αγορα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Η εξεταζόμενη αγορά αποτελείται από 3 βασικούς τομείς υπηρεσιών :

- Γενικές ιδιωτικές κλινικές: οι οποίες αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 65% .
- Μαιευτικές- γυναικολογικές κλινικές: όπου οι δυο μεγαλύτερες εταιρίες κατέχουν πάνω από το 70% της εν λόγω αγοράς. Το ποσοστό όμως που κατέχουν στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι 14%.
- Διαγνωστικά κέντρα: Αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία του κλάδου με ποσοστό 21%. Οι 2 πρώτες εταιρείες καλύπτουν περίπου το (1/3) της αγοράς, ενώ πλήθος εταιρειών περίπου 400 καλύπτουν το υπόλοιπο (2/3) της αγοράς διαγνωστικών κέντρων.

Πίνακας 2. Οικονομικές σχέσεις που κυριαρχούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας



Πηγή: Reinhardt U: Princeton University, Princeton, New Jersey, 1989 (από Λιαροπουλο 1993).

Η στρατηγική ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας και ειδικότερα των γενικών κλινικών βασίστηκε σε 4 άξονες:

1. Παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.
2. Μικροί χρόνοι αναμονής.
3. Συνεργασία με ιδιώτες γιατρούς υψηλού κύρους.
4. Μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας.

Το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ (το οποίο εστιάζει στην κατασκευή υποδομών) δεν ξεπερνά το 30% πηγή (ΕΣΥΕ).

Ο κλάδος των κλινικών διακρίνεται από ολιγοπωλιακά χαρακτηριστικά, ο ανταγωνισμός είναι ιδιαίτερα έντονος, γιατί υπάρχει σχετικά μικρός αριθμός επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στην αγορά και εμπόδια εισόδου τα οποία προέρχονται είτε από το υπάρχον αυστηρό θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών μονάδων (νοσοκομεία) που δεν ευνοεί την δημιουργία νέων και οδηγεί σε περιορισμό του ανταγωνισμού είτε από το υψηλό κόστος της αρχικής επένδυσης μιας νεοσύστατης νοσοκομειακής μονάδας. Ακόμη οι μεγάλοι όμιλοι προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια

3.8. Φαρμακευτική πολιτική.

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 τεχνολογίας 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 τεχνολογίας.

Το ανώτατο ποσοστό 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.

Αντίθετα με την αυξητική 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, 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.

Τρίτον, οι παράλληλες εξαγωγές, δεδομένου ότι οι τιμές των φαρμάκων στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλές συγκρινόμενες με αυτές των άλλων χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3.9. Αποτίμηση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας

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 κατανέμο- νταν 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 Πρόνοιας, 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 διενέργεια 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.

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, 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..

Κεφάλαιο 4. Τα προβλήματα του ΕΣΥ .

4.1. Τα προβλήματα του ΕΣΥ λίγο πριν από την υπογραφή του Μνημονίου

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 περιόριζε σημαντικά τα κίνητρα για προκλητή ζήτηση (Mossialos et al., 2005).

4.2. Οι εξελίξεις στο ελληνικό σύστημα υγείας μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεννόησης το 2010.

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 προέβλεψε 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 κατατετημημένος 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 ολοήμερης 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 άνιση 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 διαρθρωτικές 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 Παρατηρητηρίου 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 θεραπευτικά 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.

Κεφάλαιο 5 . Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα .

5.1 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 συστήματος 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 περιλαμβάνουν 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 παραπάνω 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).

5.2 Οι δαπάνες υγείας

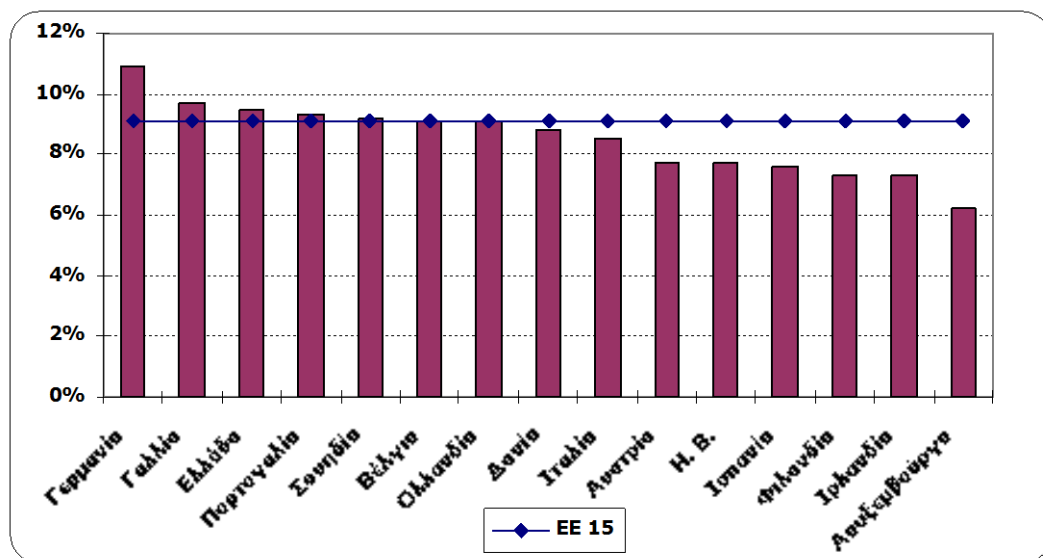
Ένα σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα είναι ότι αποτελεί μια από τις λίγες χώρες του ΟΟΣΑ που δεν έχουν υιοθετήσει το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του οργανισμού αυτού. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα και η επάρκεια των στοιχείων βρίσκονται σε ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο.

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 συντέιναν 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 3, το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία έχει 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.

Πίνακας 3. Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (2007)

Η Ελλάδα δαπάνησε περισσότερα για την υγεία απ' ό,τι οι Σκανδιναβικές χώρες την περίοδο 2007 (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%) (Πίνακας 2).



Πίνακας 4.Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ,1980-2007

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 (Πίνακας 3).

Στον Πίνακα 4 φαίνεται πως είχαν εξελιχθεί διαχρονικά οι φαρμακευτικές δαπάνες για την περίοδο 1995-2001, όπου φαίνεται ότι η Ελλάδα για τη δεδομένη περίοδο κατείχε την 6η θέση ανάμεσα στις χώρες που μελετήθηκαν από το ΟΟΣΑ.

Πίνακας 5.Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ,1995-2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Δανία	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
Φινλανδία	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2
Γαλλία	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0
Γερμανία	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6
Ελλάδα	1,5	1,5	1,5	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6
Ιρλανδία	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8
Ιταλία	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9
Λουξεμβούργο	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Ολλανδία	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
Ισπανία	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Σουηδία	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2

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 είχε 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%) μέχρι την περίοδο 2007.

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 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 από την Ευρωπαϊκή Ένωση μετά το 2000 για μείωση των δημόσιων δαπανών, για διατήρηση της δημοσιονομικής πειθαρχίας και για αποφυγή υπερβολικών ελλειμμάτων, προκειμένου να εκπληρώσει τη Συνθήκη του Μάαστριχτ και τις προβλέψεις του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας συνέχισε την ανοδική του πορεία.

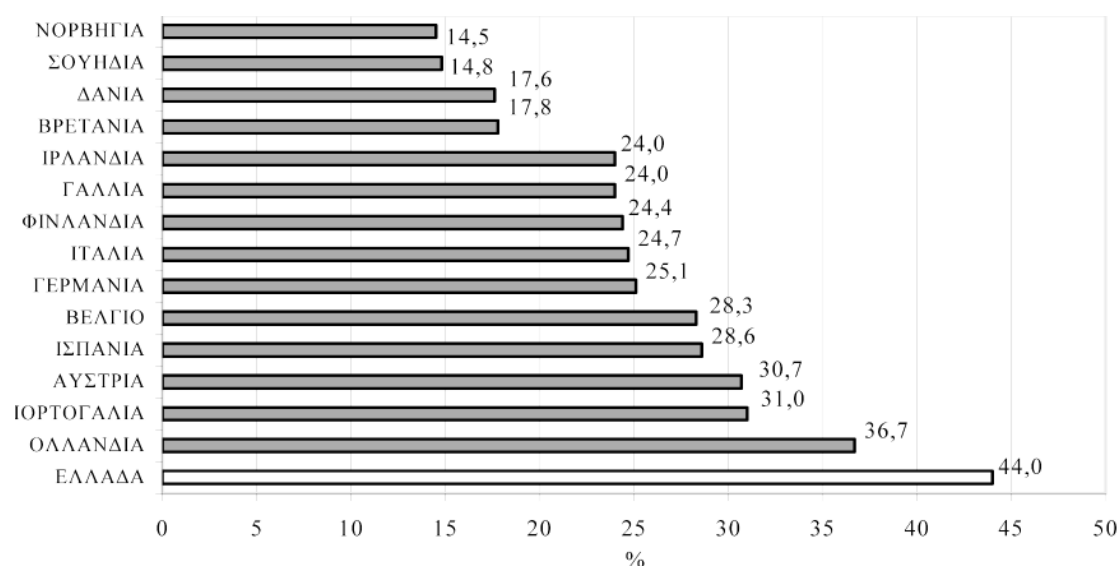
Η τάση αυτή αναμενόταν να αντιστραφεί υπό το πρίσμα των μέτρων που έλαβε ελληνική κυβέρνηση το 2010 με στόχο την αντιμετώπιση του τεράστιου δημόσιου χρέους της χώρας.

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 οδήγησαν 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.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΕ 15: Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % επί των συνολικών δαπανών υγείας (2008)

Ερχόμενοι σε πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία, την 25η θέση μεταξύ 35 ευρωπαϊκών χωρών κατέχει η Ελλάδα στην ποιότητα του συστήματος υγειονομικής

περίθαλψης, το οποίο σημείωσε μάλιστα επιδείνωση σε σχέση με το 2012 οπότε κατείχε την 22η θέση στη σχετική κατάταξη. Η χώρα μας κατέχει ακόμη την 4η θέση μετά τη Ρουμανία, την Ουγγαρία και τη Λετονία στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά σε "φακελάκια".

Σύμφωνα με μελέτη του οργανισμού Health Powerhouse (HCP), το 2013 η Ελλάδα συγκέντρωσε 568 βαθμούς από το μέγιστο σύνολο των 1.000 βαθμών, ενώ το 2012 είχε συγκεντρώσει 617 βαθμούς.

Η οικονομική κρίση είναι ο βασικός λόγος για την υποβάθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας. Ο πρόεδρος του HCP Αρν Μπγιόνμπεργκ δήλωσε ότι οι Έλληνες ασθενείς φαίνεται να είναι θύματα των σκληρών μέτρων λιτότητας, καθώς οι επιδόσεις του συστήματος υγείας έχουν σημειώσει σημαντική πτώση από το προηγούμενο έτος. "Στην Ελλάδα πολλές πτυχές του κλάδου υγειονομικής περίθαλψης επηρεάστηκαν αρνητικά", αναφέρει χαρακτηριστικά η έκθεση του HCP επισημαίνοντας ως παραδείγματα, την ενημέρωση των ασθενών και τη συμμετοχή τους στη διαμόρφωση πολιτικών, τους χρόνους αναμονής, τα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς και το εύρος και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.

Στη μελέτη παρατίθενται και στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τα οποία καταγράφουν δραματική πτώση (-28%) στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, από το 2009 ως το 2011. Από 3.276 δολάρια το 2009, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σε 3.069 δολάρια το 2010 και σε 2.359 δολάρια το 2011. Όπως επισημαίνεται στη μελέτη της HCP, πρόκειται για τη μεγαλύτερη μείωση δαπανών υγείας στην Ευρώπη, καθώς, το διάστημα 2009-2011, καμία άλλη χώρα δε μείωσε τις δαπάνες υγείας πάνω από 10%.

Σε σύγκριση με χώρες που βρίσκονται κοντά στην Ελλάδα στον πίνακα κατάταξης συστημάτων υγείας, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία ανέρχονταν σε 2.443 δολάρια στη Μάλτα, σε 2.359 δολάρια στην Ελλάδα, σε 2.221 δολάρια στην Κύπρο, 2.088 δολάρια στη Σλοβακία, 1.669 δολάρια στην Ουγγαρία, 1.337 δολάρια στη Λιθουανία και 546 δολάρια στην ΠΓΔΜ. Ενδεικτικά αναφέρεται, επίσης, ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στο Βέλγιο ανέρχονταν σε 4.119 δολάρια, στη Σουηδία σε 3.870 δολάρια, στην Ιταλία σε 3.130 δολάρια και στην Πορτογαλία σε 2.624 δολάρια. Εξάλλου, η μελέτη επισημαίνει τις υψηλές ετήσιες δαπάνες για φάρμακα στην Ελλάδα, σημειώνοντας συγκεκριμένα ότι ανήλθαν το 2010 σε 8 δις ευρώ, ενώ σε μία πληθυσμιακά συγκρίσιμη χώρα όπως η Σουηδία, οι δαπάνες για τα φάρμακα ανήλθαν την ίδια χρονιά σε 4 δις. Ευρώ. Η αναφορά καταδεικνύει και το μεγάλο βαθμό σπατάλης που γινόταν στη χώρα μας. Η έκθεση σημειώνει, ωστόσο, ότι η "παραδοσιακά γενναιόδωρη" συνταγογράφηση φαρμάκων στην Ελλάδα περιορίστηκε, επηρεάζοντας την πρόσβαση σε καινούργια σκευάσματα. Επίσης, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες πληγείσες από την κρίση χώρες, δεν υπήρξε μείωση στην κατάχρηση αντιβιοτικών, συμπεριφορά που συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των ανθεκτικών λοιμώξεων.

Στη μελέτη για λογαριασμό της Euro Health Consumer Index το 2012, με τίτλο "Κατάταξη καταναλωτών υπηρεσιών υγείας για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης", καταγράφηκε η συνολική βαθμολογία η οποία προκύπτει από σύνολο 42 δεικτών που καλύπτουν 5 τομείς (δικαιώματα και πληροφόρηση ασθενών, χρόνοι

αναμονής για θεραπεία, αποτελέσματα θεραπευτικών αγωγών, πρόληψη και φάρμακα) .

Πίνακας 7 . Euro Health Consumer Index 2012- -Συνολική βαθμολογία

5.3 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).

5.4.Στατιστική ανάλυση για την περίοδο 2009-2013

Μείωση για πρώτη χρονιά την τελευταία δεκαετία παρουσίασε το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, η οποία σε ποσοστό εκτιμάται στο 13,5% το 2010/09, σύμφωνα με την ICAP.

Το 2009 σε ολόκληρη τη χώρα καταγράφηκαν 15.124 κλίνες σε ιδιωτικά θεραπευτήρια (επί συνόλου 54.704 κλινών). Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια ανήλθαν σε 166 επί συνόλου 312 θεραπευτηρίων.

Εκτός από δημογραφικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα, χαρακτηρίζεται ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), το 2009 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 15.124 κλίνες σε ιδιωτικά θεραπευτήρια επί συνόλου 54.704 κλινών. Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, σε μεσαίες και μικρότερες μονάδες, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια και οι μαιευτικές κλινικές. Σημαντικός είναι και ο αριθμός των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, αρκετά δε εξ' αυτών ανήκουν σε μεγάλους επιχειρηματικούς ομίλους.

Σχετικά με την πορεία και τη διάρθρωση της αγοράς των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας, η διευθύντρια οικονομικών - κλαδικών μελετών της ICAP Group, κυρία

Σταματίνα Παντελαίου, τόνισε ότι «η συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (βάσει αξίας), παρουσίασε μείωση κατά 13,5% το 2010 σε σχέση με το 2009. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν τα έσοδα των γενικών κλινικών (ποσοστό 15,6%) και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών με ποσοστό μείωσης 13,1%. Σχετικά με τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η μείωση των εσόδων τους διαμορφώθηκε στο 6,3% το 2010. Η κατηγορία των γενικών κλινικών αποσπά το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 65% για το 2010. Οι μαιευτικές κλινικές συγκεντρώνουν το 14% των συνολικών εσόδων, ενώ το υπόλοιπο 21% μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα».

Στο πλαίσιο της μελέτης πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη χρηματοοικονομική ανάλυση των επιχειρήσεων του κλάδου βάσει 19 επιλεγμένων αριθμοδεικτών για την πενταετία 2006-2010. Επίσης, συνετάχθη ομαδοποιημένος ισολογισμός (για τις χρήσεις 2009 και 2010) βάσει αντιπροσωπευτικού δείγματος 57 επιχειρήσεων εκμετάλλευσης ιδιωτικών κλινικών, 11 επιχειρήσεων εκμετάλλευσης μαιευτικών κλινικών και 60 επιχειρήσεων εκμετάλλευσης διαγνωστικών κέντρων.

Όπως προέκυψε από την εν λόγω ανάλυση, το σύνολο του ενεργητικού των ιδιωτικών κλινικών παρουσίασε οριακή ποσοστιαία μείωση 1,1% το 2010, των μαιευτικών κλινικών μείωση κατά 2,7%, ενώ των διαγνωστικών κέντρων κατέγραψε αύξηση κατά 3,2%. Αντίστοιχα, τα συνολικά έσοδα των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζονται μειωμένα κατά 13,3%, των μαιευτικών κλινικών μειωμένα κατά 18,3% και των διαγνωστικών κέντρων μειωμένα κατά 5,2%. Το τελικό καθαρό αποτέλεσμα των γενικών κλινικών ήταν ζημιογόνο το 2010 σε αντίθεση με το 2009 όπου ήταν κερδοφόρο, ενώ δραστική είναι η μείωση των κερδών (προ φόρου) για τις μαιευτικές - γυναικολογικές κλινικές. Αναφορικά με τα διαγνωστικά κέντρα, τα κέρδη (προ φόρου) εμφανίζονται μειωμένα κατά 24,3% το 2010.

Μελετώντας τα οικονομικά αποτελέσματα των μεγάλων επιχειρηματικών ομίλων του κλάδου για το πρώτο 3μηνο του 2011 σε σύγκριση με το αντίστοιχο 3μηνο του 2010, στον τομέα των γενικών κλινικών παρατηρείται μείωση του κύκλου εργασιών των εταιρειών της τάξης του 20%, ενώ στον τομέα των μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών η μείωση είναι της τάξης του 26%. Λιγότερες είναι οι απώλειες για τον τομέα των διαγνωστικών κέντρων όπου σημειώνεται μείωση της τάξης του 10%.

5.5. Μελέτη επίδρασης της οικονομικής κρίσης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας έχει καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία, με τους ερευνητές του χώρου να αναζητούν διεξόδους, κυρίως μέσα από πολιτικές ελέγχου του κόστους.

Στην Ελλάδα, η προσαρμογή του τομέα της υγείας στα δεδομένα της δημοσιονομικής κρίσης την οποία διέρχεται η χώρα συνδέεται με αντίστοιχες επιλογές, δεδομένης και

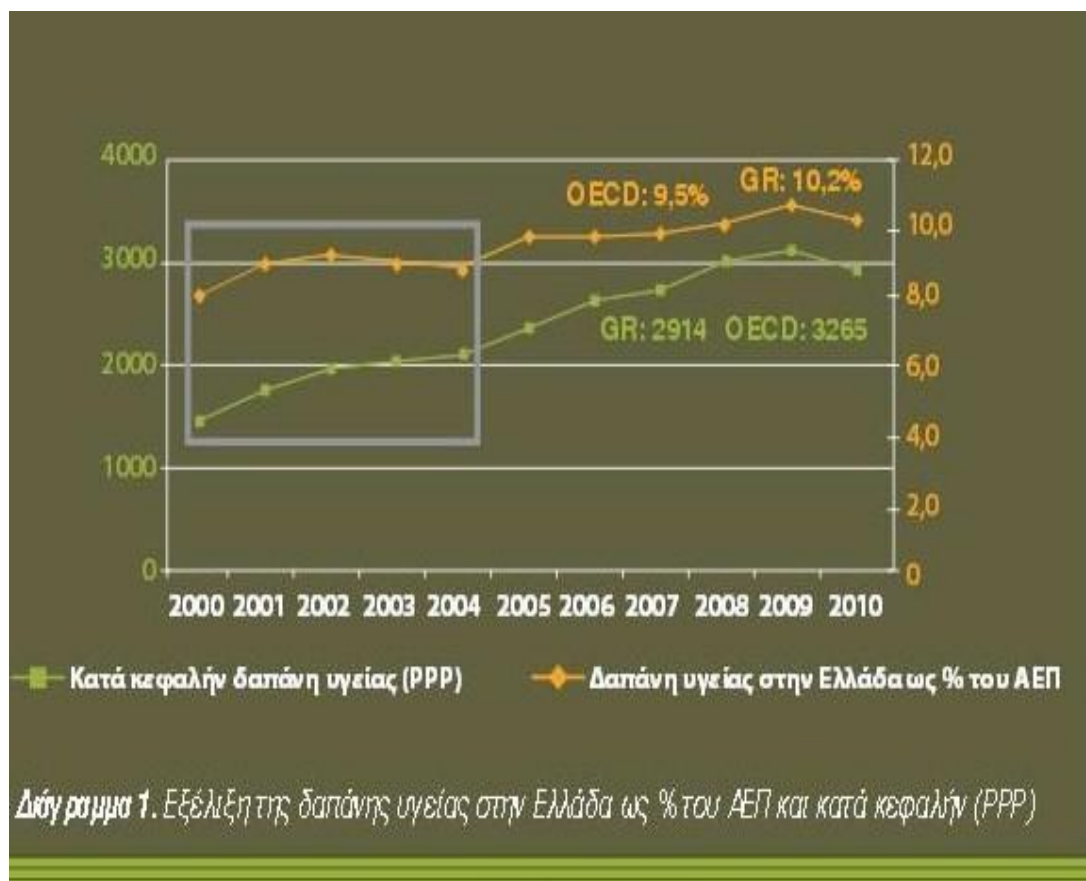
της αδιαμφισβήτητης «υπερβολής» που χαρακτήριζε τη διαχείριση των σχετικών μεγεθών στο παρελθόν. Έτσι, σε μικρό χρονικό διάστημα, υλοποιήθηκαν –έστω και ατελώς– δράσεις που υπό «κανονικές» συνθήκες θα απαιτούσαν μακροχρόνιο σχεδιασμό και σίγουρα ένα διαφορετικό βηματισμό εφαρμογής.

Ωστόσο, από τη μέχρι τώρα αξιολόγηση της πορείας του κλάδου στο πλαίσιο της ευρύτερης προσπάθειας «διόρθωσης» της λειτουργίας της οικονομίας, προκύπτουν τρία κομβικής σημασίας θέματα για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων πολιτικής υγείας:

Κατά πρώτον, ο πρωταγωνιστικός ρόλος του συστήματος υγείας τόσο στη δημοσιονομική ολίσθηση της χώρας όσο και –εύλογα– στην προσπάθεια διεξόδου από αυτή, απαιτεί ακριβείς προσεγγίσεις κατά τον προσδιορισμό των στόχων προσαρμογής.

Ειδικότερα, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, ενώ ως προς το ΑΕΠ η Ελλάδα υπερβαίνει τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, σε όρους κατά κεφαλήν δαπάνης (και κοινής αγοραστικής δύναμης), υπολείπεται σε μεγάλο βαθμό από τις υπόλοιπες χώρες (Διάγραμμα 1).

Αυτή η επισήμανση είναι πολύ σημαντική, ιδίως τη στιγμή που οι στόχοι της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας συνδέονται με το διαρκώς μειούμενο ΑΕΠ.



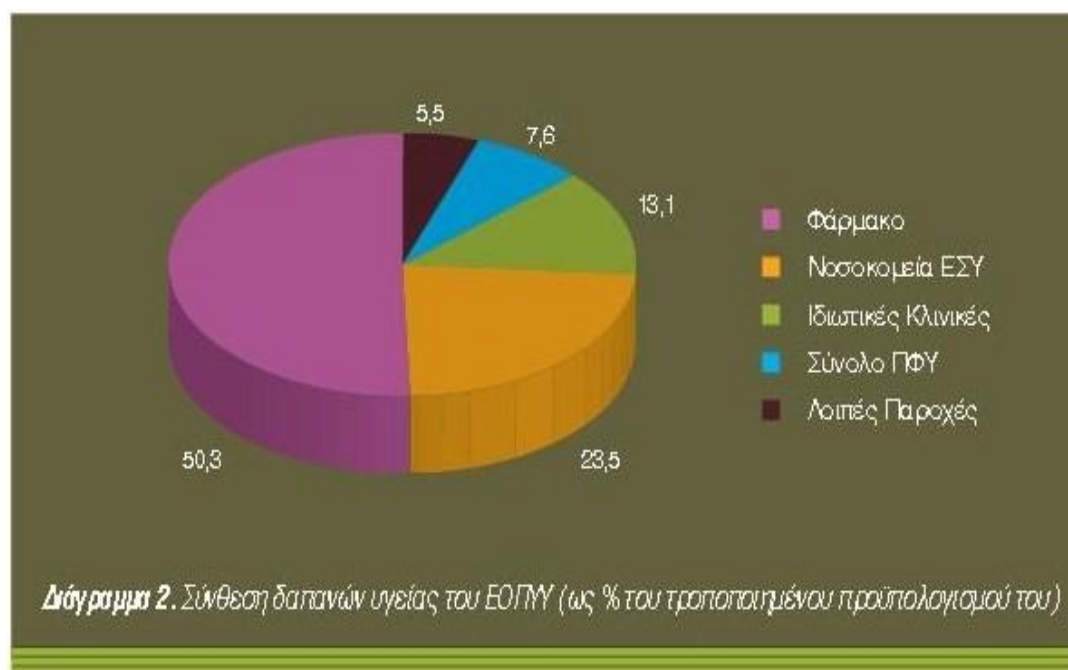
Διάγραμμα 1. Εξέλιξη της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ και κατά κεφαλήν (PPP) Πηγή: OECD, Health Data (2012).

Δεύτερον, το διαρθρωτικό εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ δεν αποτελεί την αιτία της κρίσης στην ασφάλιση υγείας καθώς, απλώς συγκεντρώνει το ευρύτερο οικονομικό πρόβλημα το οποίο θα επιμεριζόταν στους φορείς που εντάχθηκαν σε αυτόν.

Το έλλειμμα του νέου οργανισμού είναι κατά βάση το αποτέλεσμα της τεράστιας υστέρησης στο σκέλος των εσόδων (η οποία ήδη στο πρώτο εξάμηνο του 2012 ξεπέρασε τα 700 εκατ. €) –προφανώς λόγω της ύφεσης– και λιγότερο σαν συνέπεια της πορείας των μεγεθών στο σκέλος των δαπανών.

Αυτό πάντως που πρέπει να επισημανθεί είναι η σταδιακή «απο-ασφάλιση» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας λόγω του διαρκώς περιορισμένου προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, συνθήκη η οποία σε κάποιο βαθμό «ακυρώνει» τη βούληση των εμπνευστών του εγχειρήματος για ενδυνάμωση –μέσω του ασφαλιστικού αυτού μονοψωνίου– της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την οποία διατίθεται πλέον

κάτι λιγότερο από το 6% των εσόδων του οργανισμού ή 8% των δαπανών του (Διάγραμμα 2).



Πηγή: ΕΟΠΥΥ, 2012.

Τρίτον, σε συνέχεια με το παραπάνω και τις συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί, είναι προφανές ότι η χάραξη πολιτικής υγείας απαιτεί διαρκή ανατροφοδότηση με τεκμήρια. Σε αυτά περιλαμβάνεται και η ανάλυση των στάσεων και συμπεριφορών των εμπλεκόμενων, ιδίως δε των πολιτών.

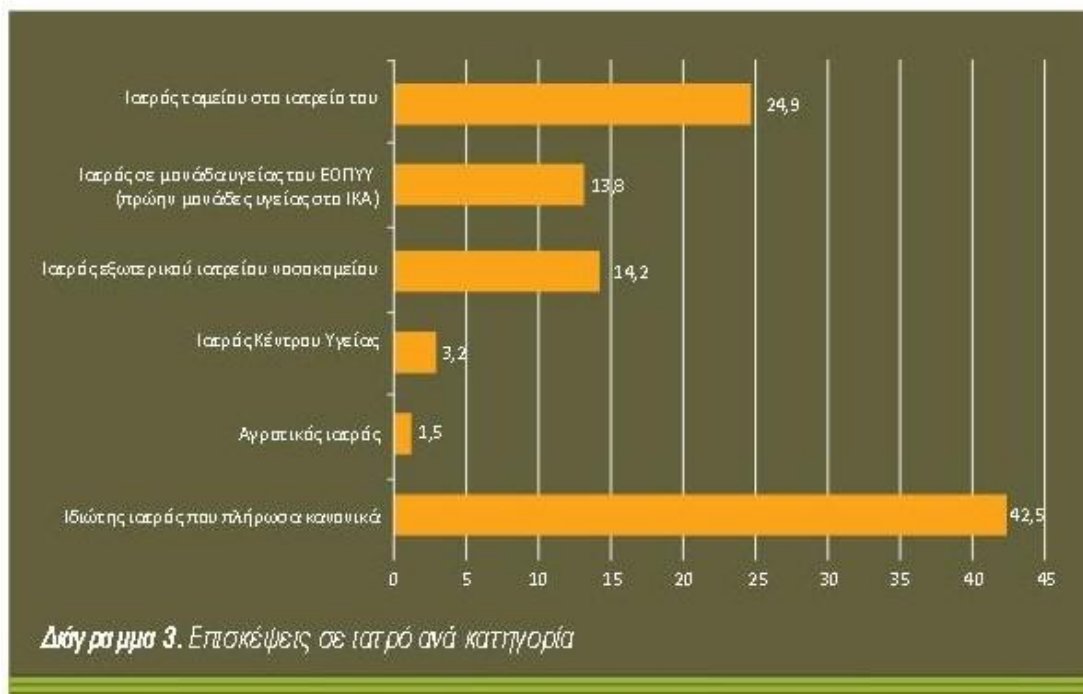
Υπό το πρίσμα αυτό, ακολουθούν σημαντικά ευρήματα πρόσφατης έρευνας σε ιατρούς και ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, σε μια προσπάθεια «αποκρυπτογράφησης» της επίπτωσης της νέας πραγματικότητας στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Από τα Διαγράμματα 3 και 4 προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι πολίτες, προκειμένου να είναι σε θέση να «υποστηρίξουν» τον πιο συχνό τρόπο πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ήτοι με επιλογή του ιατρού και επιβάρυνσή τους με το κόστος της ιατρικής επίσκεψης (σε ποσοστό 42,5%), έχουν σε μεγάλο βαθμό περιορίσει τον όγκο των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν (το 59% δηλώνουν ότι περιόρισαν τον τελευταίο χρόνο τη χρήση υπηρεσιών υγείας).

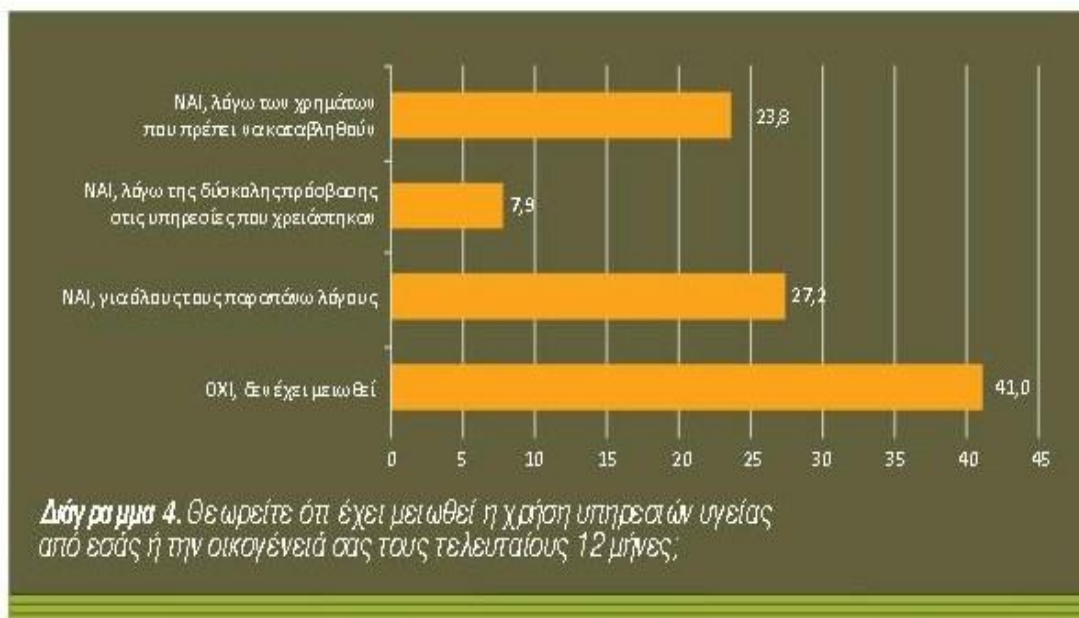
Αυτή η επιλογή έχει ως αποτέλεσμα να αναδεικνύεται και μια υπο-απασχόληση παραγωγικών συντελεστών σε δομές στις οποίες μέχρι τώρα η χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ήταν υποχρεωτική (π.χ. πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών).

Ωστόσο, πριν από τη διατύπωση οποιασδήποτε πρότασης αλλαγής ρόλων στις δομές αυτές, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί κατά πόσον η επιλογή αυτή των πολιτών είναι βιώσιμη όσο περιορίζονται τα ατομικά εισοδήματα.

Διάγραμμα 3. Επισκέψεις σε ιατρό ανά κατηγορία.



Πηγή: Δημοσκοπική έρευνα «Υγεία και Κοινωνική Ασφάλιση», Σεπτέμβριος 2012, (δείγμα: γενικό κοινό).



Πηγή: Δημοσκοπική έρευνα «Υγεία και Κοινωνική Ασφάλιση», Σεπτέμβριος 2012, (δείγμα: γενικό κοινό).

Διάγραμμα 4. Εκτίμηση της μείωσης χρήσης υπηρεσιών υγείας την περίοδο 2011-2012.

Εν κατακλείδι, από τα ερευνητικά ευρήματα και τη μελέτη της εμπειρικής πραγματικότητας διαφαίνεται η αναγκαιότητα λήψης μέτρων άμεσης εφαρμογής για την αντιμετώπιση του χρηματοδοτικού αδιεξόδου του ΕΟΠΥΥ –ουσιαστικά της κοινωνικής ασφάλισης υγείας– όπως π.χ. η καθολική εφαρμογή της πολιτικής που συνδέει την αποζημίωση των παρόχων με τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχουν (Price-volume agreement), ο διαχωρισμός των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ και η συνένωσή τους με τις αντίστοιχες υποδομές του ΕΣΥ κ.ά.

5.6. Μελέτη κατάστασης της υγείας των Ελλήνων Πολιτών.

Ο σχεδιασμός των πολιτικών υγείας διαμορφώνεται ανάλογα με τις συγκυριακές διαθέσεις και δράσεις των πολιτικών και διοικητικών στελεχών που αναλαμβάνουν σε περιστασιακή βάση την εποπτεία και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι μόλις το 2009 διεξήχθη από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, η πρώτη συστηματική καταγραφή της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Η επεξεργασία μέρους αυτών των δεδομένων από το Παρατηρητήριο των Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του ΙΝΕ/ΓΣΕΕ έδειξε ότι σε γενικές γραμμές το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα είναι ικανοποιητικό (Μπάγκαβος, 2011). Ωστόσο αυτό το επίπεδο δεν προκύπτει ότι συναρτάται άμεσα με την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια των υπηρεσιών υγείας. Ενώ στη χώρα μας αυτές οι υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται αρκετά ανεπτυγμένες και ποσοτικά και ποιοτικά, οι δυνατότητες

των πολιτών να έχουν πρόσβαση σ' αυτές είναι άνισες και σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από τη δυνατότητά τους να πληρώνουν, τυπικά ή άτυπα, ένα σημαντικό αντίτιμο για τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες.

Διάγραμμα 5. Έτη Υγιούς Επιβίωσης (ΕΥΕ) στη γέννηση και στην ηλικία των 65 ετών κατά φύλο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2008

	Άνδρες		Γυναίκες	
	0 έτους	65 ετών	0 έτους	65 ετών
Αυστρία	58,02	7,32	59,51	7,32
Βέλγιο	63,2	10,28	63,77	10,2
Βουλγαρία	61,92	8,68	65,51	9,28
Γαλλία	62,41	8,67	64,21	9,79
Γερμανία	55,78	6,24	57,42	6,57
Δανία	62,27	12,03	60,66	12,32
Ελλάδα	65,43	8,89	65,79	8,11
Εσθονία	52,75	3,91	57,24	4,15
Ηνωμένο Βασίλειο	64,99	10,72	66,31	11,76
Ιρλανδία	63,16	9,38	64,97	10,28
Ισπανία	63,83	9,81	63,27	8,6
Ιταλία	62,4	7,35	61,21	6,8
Κύπρος	64,48	9,31	65,11	7,68
Λετονία	51,46	4,85	54,15	4,91
Λιθουανία	54,62	5,7	59,34	6,34
Λουξεμβούργο	64,81	10,8	64,2	11,57
Μάλτα	68,62	10,3	71,69	11,2
Ολλανδία	62,41	9,73	59,76	9,57
Ουγγαρία	54,65	5,52	57,97	6,34
Πολωνία	58,42	6,94	62,63	7,55
Πορτογαλία	58,99	6,57	57,22	5,36
Ρουμανία	60,03	7,67	62,64	7,78
Σλοβακία	51,81	2,92	52,3	2,62
Σλοβενία	59,41	9,23	60,9	9,29
Σουηδία	69,22	12,93	68,71	13,77
Τσεχία	61,16	7,4	63,33	8,16
Φινλανδία	58,56	8,05	59,38	8,92
ΕΕ27	60,89	8,22	61,96	8,38

Πηγή: Μπάγκαβος Χρ., Κατάσταση Υγείας και δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, αρ. μελέτης 20, Αθήνα, 2011.

Η εικόνα αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ε.Ε. αλλάζει σημαντικά όταν συγκρίνουμε τις τιμές του δείκτη των ετών υγιούς επιβίωσης κατά τη γέννα και τις αντίστοιχες τιμές στην ηλικία των 65 ετών στις διαφορετικές χώρες. Τα έτη υγιούς επιβίωσης των Ελλήνων κατά τη γέννηση είναι 65,43 (μ.ο.Ε.Ε. 27: 60, 89) αλλά στην ηλικία των 65 ετών είναι 8,89 έτη (μ.ο.Ε.Ε. 27: 8,22) και στις γυναίκες 65,79 (μ.ο.Ε.Ε. 27: 61,96) και 8,11 (μ.ο.Ε.Ε. 27: 8,38).

Η αναλυτική εξέταση των στοιχείων του Πίνακα μας δείχνει ότι χώρες όπως είναι η Δανία, η Ιρλανδία, η Ισπανία, και το Λουξεμβούργο, ενώ υστερούν απέναντι στην Ελλάδα αναφορικά με το δείκτη των ετών υγιούς επιβίωσης κατά τη γέννηση, υπερτερούν σημαντικά στο δείκτη των ετών υγιούς επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Κάτι που προφανώς οφείλεται στην αναποτελεσματικότητα των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα παρά το υψηλό κόστος που καταβάλλουν άμεσα και έμμεσα οι πολίτες γι' αυτές.

Επίσης, οι ανισότητες στην Ε.Ε. είναι ιδιαίτερα μεγάλες αναφορικά με το επίπεδο υγιούς διαβίωσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ ένα αγόρι που γεννήθηκε στη Σουηδία το 2008 είχε μπροστά του 79,2 έτη ζωής από τα οποία τα 69,2 θα είναι με καλή κατάσταση υγείας (87,4%), τα αντίστοιχα μεγέθη για την Λιθουανία ήταν 66,3 και 54,6 (82,4%).

Μάλιστα υπάρχουν χώρες, συγκεκριμένα η Εσθονία, η Σλοβακία και η Λετονία στις οποίες τα έτη υγιούς επιβίωσης είναι ακόμη χαμηλότερα από της Λιθουανίας (52,7, 51,8 και 51,5 αντίστοιχα) (Μπάγκαβος, 2011).

Σε ότι αφορά στις γυναίκες, οι προαναφερόμενες διαφορές στη γέννηση, είναι λιγότερο έντονες ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά είναι πιο σημαντικές για τα έτη υγιούς επιβίωσης και συνεπώς για το ποσοστό του βίου τους που θα ζήσουν με καλή υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι πιο υψηλές διαφορές στη μέση διάρκεια ζωής είναι μεταξύ των γυναικών στη Γαλλία (84,8 έτη) και τη Βουλγαρία (77 έτη), ενώ οι μεγαλύτερες διαφορές στη μέση διάρκεια ζωής χωρίς κανένα περιορισμό στην άσκηση δραστηριοτήτων, εντοπίζονται μεταξύ των γυναικών στη Μάλτα (71,7 έτη) και τη Σλοβακία (52,3 έτη), χώρες στις οποίες συναντάται το υψηλότερο (87,6%) και το χαμηλότερο (66,2%) ποσοστό επιβίωσης με καλή υγεία αντίστοιχα (Μπάγκαβος, 2011).

Διάγραμμα 6. Σταθμισμένα ποσοστά ατόμων (%) χωρίς περιορισμό δραστηριοτήτων (καλή κατάσταση υγείας) κατά φύλο και γεωγραφική ενότητα, Ελλάδα, 2010

	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες
Επίπεδο Nuts_1			
Βόρεια Ελλάδα	74,6	80,1	70,1
Κεντρική Ελλάδα	75,7	79,3	73,0
Αττική	80,5	84,8	75,3
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	75,9	80,5	70,7
Επίπεδο Nuts_2			
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	74,7	79,0	71,3
Κεντρική Μακεδονία	73,4	77,0	70,2
Δυτική Μακεδονία	73,6	86,6	67,3
Θεσσαλία	78,2	88,0	70,4
Ήπειρος	71,3	67,4	73,8
Ιόνια Νησιά	85,0	93,8	76,3
Δυτική Ελλάδα	68,4	74,1	64,0
Στερεά Ελλάδα	74,9	77,8	72,8
Πελοπόννησος	83,2	86,1	81,3
Βόρειο Αιγαίο	73,3	74,3	72,2
Νότιο Αιγαίο	81,2	85,4	77,4
Κρήτη	74,4	80,5	66,4

Πηγή: Υπολογισμοί που βασίζονται στα στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας, 2009, ΕΛΣΤΑΤ.

Όσον αφορά τις περιφερειακές διαφορές στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα, το Διάγραμμα 6 μας δείχνει ότι τα ποσοστά αυτών που είναι σε καλή κατάσταση υγείας και δεν έχουν περιορισμούς στην άσκηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων κυμαίνονται μεταξύ 74,6% (Βόρεια Ελλάδα) και 80,5% (Αττική).

Επίσης, οι άνδρες φαίνεται ότι βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας από ότι οι γυναίκες, ενώ οι διαφορές που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας των δύο φύλων σε περιφερειακό επίπεδο είναι πιο σημαντικές από αυτές που παρατηρούνται σε εθνικό επίπεδο (Μπάγκαβος 2011).

Με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε, χωρίς να προβούμε απαραίτητως στη στατιστική συσχέτιση μεταβλητών όπως είναι το επίπεδο των δαπανών υγείας και η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, μπορούμε με ασφάλεια να διατυπώσουμε το συμπέρασμα ότι τουλάχιστον στην Ελλάδα δεν προκύπτει ότι οι υψηλές δαπάνες υγείας διασφαλίζουν την καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Το υψηλό επίπεδο των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, κατά κοινή ομολογία, δεν φαίνεται να διασφαλίζει αναλόγου εύρους και ποιότητας υπηρεσίες.

Επιπλέον, από τις εκτιμήσεις της κατάστασης υγείας του πληθυσμού διαμέσου των ερευνών πεδίου, δεν προκύπτει άμεση σχέση μεταξύ του επιπέδου των δαπανών και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα, κατά το 2002, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Πορτογαλία εμφανίζονται να έχουν το χαμηλότερο επίπεδο υγείας σε αρκετές μεταβλητές προσδιορισμού του όπως είναι για παράδειγμα οι δυσκολίες εκτέλεσης φυσικών λειτουργιών από τα άτομα. Η Σουηδία, η Δανία και η Φιλανδία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα χρόνιας νοσηρότητας, περιορισμών στην άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων καθώς και υψηλά ποσοστά προβλημάτων στον αισθησιοκινητικό τομέα, ενώ οι Κάτω Χώρες και η Αυστρία παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα καλής υγείας, παρά το γεγονός ότι οι δαπάνες τους δεν είναι οι υψηλότερες, ακολουθούμενες από την Ιταλία την Ισπανία και την Ελλάδα.

Το πρόβλημα της **υψηλής ιδιωτικής δαπάνης** ενισχύεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι η επίπτωση του φορολογικού συστήματος στην Ελλάδα είναι αντίστροφα προοδευτική λόγω της εκτεταμένης φοροδιαφυγής αλλά και από τον μεγάλο όγκο παραοικονομίας. Ως αποτέλεσμα, η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν επιτυγχάνεται και οι δαπάνες υγείας επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα .

5.7.Μελέτη Παραοικονομίας στην Υγεία.

Η συνολική παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα είναι 1793,3 εκατ. Ευρώ το οποίο αντιστοιχεί στο 26 – 29% των πληρωμών των χρηστών και στο 12% - 13,5% της συνολικής δαπάνης υγείας.

Από το παραπάνω ποσό :

- 194,5 εκατ. Ευρώ «φακελάκι» δηλ 11% της συνολικής παραοικονομίας του υγειονομικού τομέα
- 1598,8 εκατ. Ευρώ σε πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα

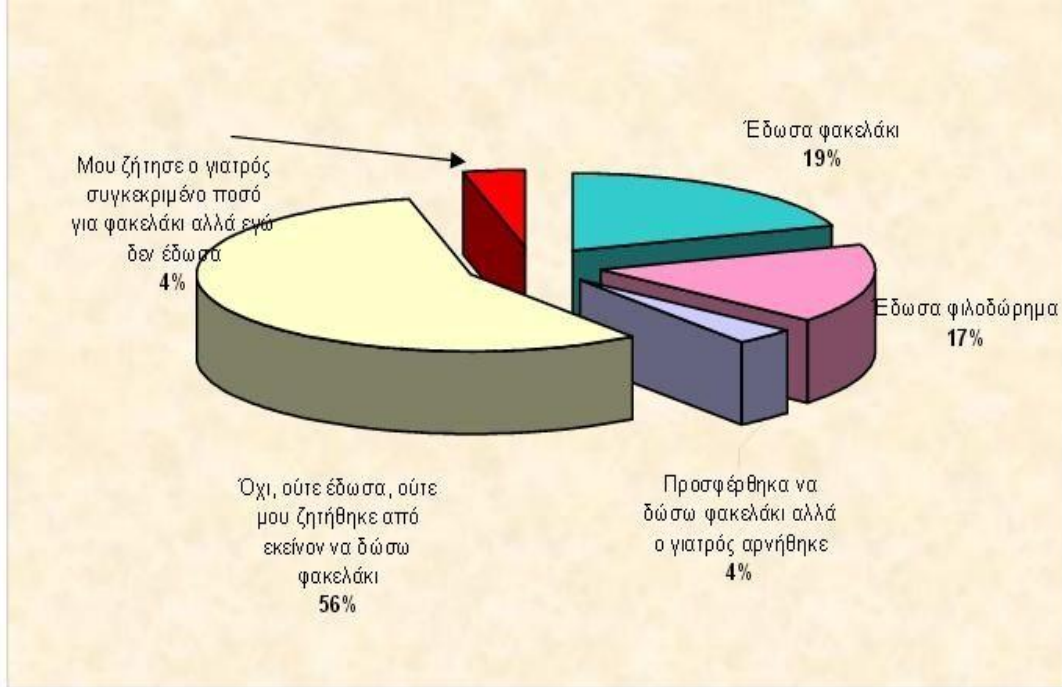
Συνεπώς, πολύ σημαντικότερη από το « φακελάκι» είναι η καταβολή αμοιβών χωρίς απόδειξη.

Τα διαφυγόντα φορολογικά έσοδα για το κράτος είναι 628 εκατ . Ευρώ(με φορολογικό συντελεστή 35%).

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7 το 36% των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία (336) δήλωσαν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς γιατρούς , η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκε ως « φακελάκι» (66 άτομα) και σε άλλες ως φιλοδώρημα (56 άτομα) .

Αξιοσημείωτος είναι ο χαμηλός βαθμός αντίστασης τόσο των γιατρών όσο και των ιδίων των ασθενών προς αυτές τις συναλλαγές.

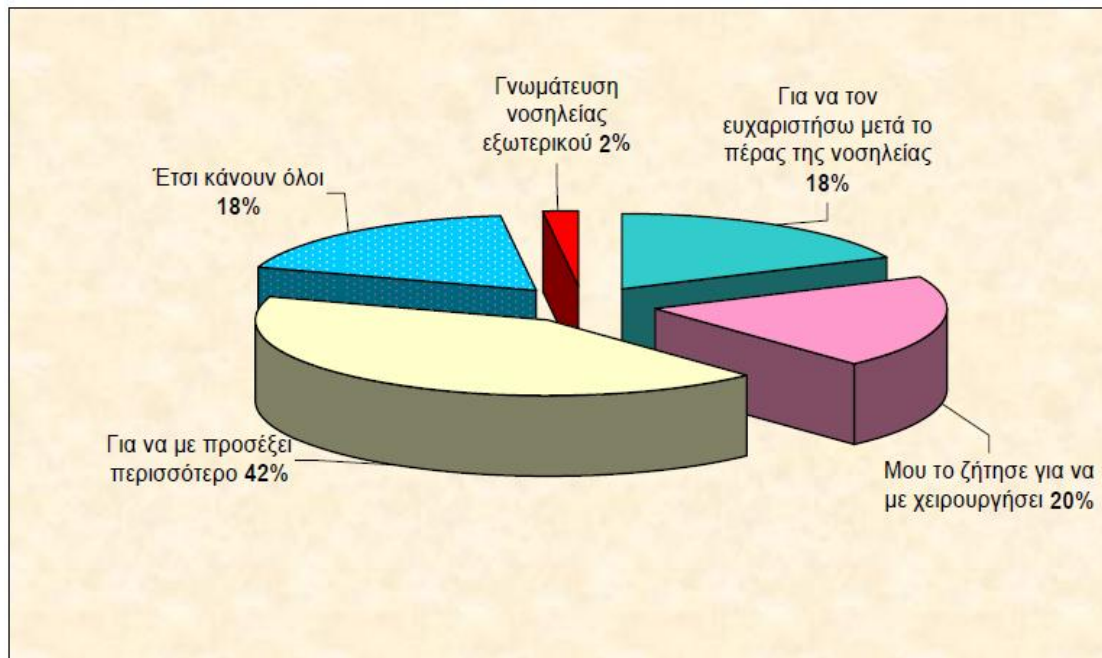
Συγκεκριμένα, μόλις το 4% των γιατρών αρνήθηκε να λάβει προσφερόμενη άτυπη αμοιβή από τους ασθενείς και επίσης μόνο το 4% των ασθενών αρνήθηκε να δώσει κάποια πρόσθετη αμοιβή σε γιατρούς όταν αυτοί άμεσα τη ζήτησαν.



Αναφορικά με τους λόγους καταβολής της πρόσθετης πληρωμής προκύπτει ότι στη συντριπτική πλειοψηφία υποκρύπτεται η αναζήτηση ποιοτικότερης φροντίδας (42% δήλωσαν «για να με προσέξει περισσότερο») καθώς επίσης και η ανάγκη λήψης απαραίτητων υγειονομικών υπηρεσιών που θεωρητικά παρέχονται δωρεάν από το δημόσιο σύστημα (20% δήλωσαν «μου το ζήτησε για να με χειρουργήσει»).

Σε μικρό σχετικά ποσοστό 18% φαίνεται ότι οι άτυπες πληρωμές αποτελούν μέρος της κουλτούρας μας («έτσι κάνουν όλοι») ενώ το ίδιο ποσοστό αριθμούν και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι άτυπες πληρωμές αποτελούν έκφραση ευγνωμοσύνης προς τους θεράποντες ιατρούς μετά το πέρας της νοσηλείας όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8.

Διάγραμμα 8. Οι λόγοι καταβολής άτυπων πληρωμών σε γιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων ως % στο σύνολο των νοσηλευθέντων που δήλωσαν ότι κατέβαλαν άτυπη πληρωμή.



ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Α. Η Ιδιωτική Δαπάνη για την Υγεία, σε νοσοκομεία, γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας είναι περίπου 7 δις ευρώ. Από αυτά, η παραοικονομία είναι 1,8 δις ευρώ. Από αυτά μόνο τα 200 εκ ευρώ είναι τα γνωστά «φακελάκια». Το κύριο μέρος είναι πληρωμές στους επαγγελματίες υγείας (κυρίως γιατρούς), χωρίς απόδειξη. Η φοροδιαφυγή ετησίως είναι 628 εκ. ευρώ, ή 0,4% του ΑΕΠ. Τα υψηλότερα ποσοστά είναι 45% στις χειρουργικές ειδικότητες (πλην γυναικολόγων), 41% στις παθολογικές και 32% σε γυναικολόγους και οδοντίατρους.

Β. Η ιδιωτική δαπάνη δεν σχετίζεται με το εισόδημα ή άλλα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια και, μάλιστα, η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών είναι μεγαλύτερη στις αγροτικές περιοχές για ορισμένες χειρουργικές ειδικότητες και ιδιαίτερα για τους γυναικολόγους που συγκεντρώνουν το 22% της ιδιωτικής εξονοσοκομειακής δαπάνης.

Γ. Το «φακελάκι» δεν σχετίζεται με το εισόδημα, που σημαίνει ότι είναι «εγκατεστημένη συνήθεια» και όχι δαπάνη επιλογής ή «πολυτέλειας». Φακελάκι έδωσαν, πάντως, λιγότεροι από τους μισούς νοσηλευθέντες (44%). Μόνο το 18% από όσους έδωσαν «φακελάκι» το έκαναν μετά τη νοσηλεία για «να ευχαριστήσουν» το γιατρό. Οι περισσότεροι (42%) το έκαναν «για να με προσέξει περισσότερο».

Δ. Η ασφαλιστική προστασία που προσφέρουν τα Ταμεία είναι εξαιρετικά μικρή ως προς την κάλυψη της δαπάνης. Από το σύνολο των 6,9 δις που ξοδεύουν οι Έλληνες ιδιωτικά, παρά την 100% κάλυψη από την Κοινωνική Ασφάλιση, μόνο το 6,4%, ή 446 εκ. ευρώ τους επιστρέφεται από την κοινωνική ασφάλιση (5% για νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο), είτε γιατί δεν το δικαιούνται, είτε επειδή δεν το ζητούν λόγω της πολύπλοκης διαδικασίας αποζημίωσης και της γραφειοκρατίας.

Ε. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν το 16% των εισαγωγών και τα δημόσια το 81% (οι μισές επείγουσες). Τα 2/3 των νοσηλευθέντων στα ιδιωτικά έκαναν επέμβαση και μόνο το 44% στα δημόσια. Το 11% των νοσηλευθέντων στο δημόσιο νοσοκομείο νοσηλεύθηκαν και στη ΜΕΘ.

5.8.ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΙΡΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Στο Διάγραμμα 9 παρουσιάζονται με συνοπτικό τρόπο οι βασικές διαφορές μεταξύ των παροχών υγείας του ΕΟΠΥΥ και των παροχών που επικρατούσαν στο σύστημα των διαφορετικών ταμείων, οι οποίες ταυτόχρονα αξιολογούνται είτε ως θετικές (+) είτε ως αρνητικές (-) με βάση τη «γενναιοδωρία» τους απέναντι στους ασφαλισμένους/ασθενείς.

Διάγραμμα 9. Εκτίμηση των παροχών του ΕΟΠΥΥ συγκριτικά με το προηγούμενο σύστημα των διαφορετικών ταμείων ασφάλισης υγείας.

Είδος παροχής	Πριν	ΕΟΠΥΥ
Υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις στους άνω των 50 ετών	Δεν προβλέπονταν (-)	Προβλέπεται (+)
ΚΕΝ(Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο	Δεν προβλέπονταν (-)	Προβλέπεται αλλά πριμοδοτεί τα ιδιωτικά θεραπευτήρια (+ -)
Αρνητική Λίστα φαρμάκων	Δεν υπήρχε (-)	Καταρχήν Θετικό μέτρο (+) Θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το ζήτημα των αμφιβολών Γενοσήμων (N.4052/2012) (-)
Υποχρεωτική Ηλεκτρονική συνταγογράφηση	Δεν υπήρχε (-)	Με προβλήματα αλλά εφαρμόζεται(+)
Αμοιβή ιατρικού προσωπικού	Πολύ υψηλότερη (+)	Πολύ χαμηλή (-)
Αριθμητική επάρκεια ιατρικού προσωπικού	Μεγάλη (+)	Πολύ περιορισμένη (-)
Οικογενειακός Γιατρός	Απουσιάζει (-)	Απουσιάζει (-)
ΜΕΘ και ΜΑΘ	Χαμηλότερα νοσήλια(-)	Υψηλότερα νοσήλια κοντά στο πραγματικό κόστος (+) Επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία(-)
Κέντρα Αποθεραπείας	Χαμηλό νοσήλιο (-)	Αύξηση νοσηλίου (+) Ανώτατος αριθμός ημερών φροντίδας (-)
Υγειονομικό Υλικό	Λογική αγοράς (-)	Ανώτατες ποσότητες (+), ανώτατες τιμές (+) Συμμετοχή ασφαλισμένου (-)
Αιμοκάθαρση	100%	Ανώτατο όριο στο κόστος μετακινήσεων (+)
Φυσιοθεραπείες	Αμοιβή κατά πράξη (ιδιαίτερα χαμηλή) (-)	Αμοιβή κατά συνεδρία (ικανοποιητική) (+)
Λογοθεραπεία	Απεριόριστος αριθμός	Όριο συνεδριάσεων το μήνα (+)
Λουτροθεραπεία	Κυμαινόμενη αποζημίωση (-)	Συγκεκριμένο ποσό (+)
Αεροθεραπεία	Κυμαινόμενη αποζημίωση (-)	Συγκεκριμένο ποσό (+)
Εργαστηριακές εξετάσεις	Περιορισμένη συμμετοχή ασφαλισμένων (+)	Αυξημένη συμμετοχή ασφαλισμένων (-)

Πηγή: Dimoulas C., 2012, «Evidence based-policy and evaluation of primary health services. The case of the insurance fund IKA-ETAM/Greece», 10th Biennial Conference, European Evaluation Society, 1-5 October, Helsinki.

Αναλυτικότερα, συγκρίνοντας τις παροχές που παρείχαν τα μεμονωμένα ταμεία πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ με τις παροχές υγείας του ΕΟΠΥΥ διαπιστώνουμε ότι:

- Με τον ΕΟΠΥΥ παρέχεται ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ασφαλισμένους από όλες τις κατά τόπους δομές με ενιαίο τρόπο και διακρίνονται δύο βασικές κατηγορίες ιατρικού προσωπικού. Οι γιατροί που εργάζονται με συμβάσεις χρόνου και αποτελούνται από αυτούς που ήταν εργαζόμενοι στο ΙΚΑ και οι γιατροί που εργάζονται ως συμβεβλημένοι με συμβάσεις έργου. Για την αμοιβή τους υιοθετήθηκε το σύστημα του ΟΑΕΕ δηλαδή η αμοιβή ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλισμένων που αναλαμβάνουν να παράσχουν υπηρεσίες κατά μήνα. Οι αμοιβές του ιατρικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα χαμηλές με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και του βαθμού ανταπόκρισης (λίστες αναμονής).

- Προσδιορίστηκαν οι παθήσεις στις οποίες χορηγούνται συγκεκριμένα σκευάσματα με ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου 10% επί της δαπάνης ενώ στο προηγούμενο σύστημα δεν υπήρχε συμμετοχή του ασφαλισμένου ούτε πλαφόν ανώτατης τιμής. Η περίθαλψη στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης είτε κλειστής είτε ημερήσιας νοσηλείας παρέχεται με βάση το ημερήσιο νοσήλιο του Π.Δ. 383/2002 στο οποίο περιλαμβάνονται αναλώσιμα υλικά, επιθέματα, καθετήρες, εξετάσεις και υγειονομικό υλικό.

- Ορίστηκε ανώτατη ποσότητα χορήγησης αναλώσιμων υλικών (ταινίες μέτρησης σακχάρου έως 200/ μήνα, βελόνες έως 100/ μήνα, σκαριφηστήρες έως 150/ μήνα), ανώτατο χρηματικό ποσό για άλλα υλικά(επιθέματα έως 300 ευρώ το μήνα, οστομικά υλικά από 150 ευρώ το μήνα έως 330 ευρώ το μήνα ανάλογα με το είδος) και πρόβλεψη συμμετοχής των ασφαλισμένων στη δαπάνη(10% για συσκευές έκχυσης φαρμάκων και σκιαγραφικές ουσίες και 25% όταν οι προμήθειες γίνονται από το εμπόριο, με την εξαίρεση ορισμένων χρόνιων παθήσεων(παραπληγικοί, τετραπληγικοί, νεφροπαθείς, σκλήρυνση κατά πλάκας, HIV ασθενείς).

- Παρέχεται αποζημίωση για αποκλειστική νοσοκόμα μόνο στα δημόσια θεραπευτήρια (32 ευρώ τη νύχτα τις καθημερινές και 40 ευρώ τη νύχτα τα σαββατοκύριακα και τις αργίες) ενώ πριν τον ΕΟΠΥΥ ή συγκεκριμένη κάλυψη δινόταν για 5-8 νύχτες τόσο στα κρατικά όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία (εκτός από τον ΟΓΑ και τον ΟΠΑΔ που δεν προέβλεπαν ανάλογη παροχή). Όσον αφορά τη νοσηλεία σε χώρες της Ε.Ε. όσο και σε χώρες εκτός Ε.Ε. αυτή παρέχεται όταν είναι αδύνατη η θεραπεία στην Ελλάδα και αποζημιώνεται το κόστος νοσηλείας (χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου), επιπλέον καταβάλλεται το αντίτιμο του εισιτηρίου μετάβασης και επιστροφής της οικονομικότερης θέσης και ποσό 90 ευρώ την ημέρα έξοδα διαμονής και διατροφής. Επίσης για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ε.Ε. κατόπιν επιθυμίας του ασφαλισμένου θεσπίζεται συμμετοχή των ασφαλισμένων κατά 70% της δαπάνης νοσηλείας, εξόδων ταξιδιού και διαμονής.

Επίσης ορίστηκε:

- Το καταβαλλόμενο ποσό για έξοδα μετακίνησης των νεφροπαθών για αιμοκάθαρση καθώς και των μεταγγιζόμενων πασχόντων από μεσογειακή αναιμία ανά περιοχή της χώρας με κλιμακούμενα ποσά ανάλογα με το μεταφορικό μέσο από 115 ευρώ μέχρι 400 ευρώ το μήνα, ενώ στο προηγούμενο σύστημα ήταν απεριόριστο.

- Ενιαίο χρηματικό ποσό για βοήθημα τοκετού αντί μαιευτικής περίθαλψης (από 900 ευρώ έως 1600 ευρώ) ανάλογα με τον αριθμό των νεογνών. Στο προηγούμενο σύστημα υπήρχε αποζημίωση που ακολουθούσε τους κανόνες που ίσχυαν στις άλλες ασθένειες και σε ορισμένα ταμεία το επίδομα μπορούσε να ανέλθει έως και 1767 ευρώ.

- Αποζημίωση φυσικοθεραπειών ανά συνεδρία (επίσκεψη) μέχρι 12 συνεδρίες το βήμα και απόδοση 20 ευρώ ανά συνεδρία, με εξαίρεση τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (10 συνεδρίες / μήνα και για 6 μήνες), σε σοβαρά κινητικά προβλήματα (10 συνεδρίες / μήνα και για 6 μήνες με δυνατότητα παράτασης) και σε σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα (12 συνεδρίες / μήνα και μέχρι 6 μήνες). Πριν τον ΕΟΠΥΥ οι παροχές για φυσικοθεραπείες κυμαινόταν ανάλογα με το ταμείο και η αποζημίωση

δινόταν κατά πράξη αλλά ήταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα ενώ ταυτόχρονα υπήρχε ανώτατος αριθμός πράξεων ανά έτος όπως και στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ.

- Αποζημίωση λογοθεραπευτών για 8 συνεδρίες το μήνα με τιμή 10 ευρώ / συνεδρία. Στο προηγούμενο σύστημα παρέχονταν αμοιβή 30 ευρώ για την πρώτη συνεδρία και 15 ευρώ για κάθε επόμενη χωρίς αριθμητικό περιορισμό.

- Συμμετοχή των ασφαλισμένων σε ποσοστό 25% ανάλογα με το είδος και την κατηγορία του ασθενούς στις δαπάνες πρόσθετης περίθαλψης.

- Το επίδομα λουτροθεραπείας δεν ξεπερνά τα 250 ευρώ για κάθε ασθενή ετησίως ενώ στο προηγούμενο σύστημα κυμαινόταν από 400-1600 ευρώ.

- Το επίδομα αεροθεραπείας καθορίζεται στα 200 ευρώ για κάθε ασθενή ετησίως ενώ στο προηγούμενο σύστημα ήταν περίπου 500 ευρώ.

- Χρηματοδοτείται η ειδική αγωγή για παιδιά (λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ειδική διαπαιδαγώγηση, ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, εκμάθηση δυσκολιών, λογοπαιδικές ασκήσεις, συμβουλευτική γονέων, ψυχολογική υποστήριξη) σε συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών και μέχρι συγκεκριμένου συνολικού ποσού με κάλυψη του 100% του ημερήσιου τροφείου σε ειδικά εκπαιδευτήρια, οικοτροφεία και άσυλα π.χ. α) σε περιστατικά κινητικών προβλημάτων, φυσικοθεραπείες 10 συνεδρίες / μήνα, με 20 ευρώ ανά συνεδρία, β) σε σοβαρά νοητικά ή ψυχιατρικά προβλήματα 20 συνεδρίες / μήνα, ανά είδος θεραπείας με απόδοση μέχρι 900 ευρώ το μήνα και γ) επί διαταραχής ελλειμματικής προσοχής ανώτατο ποσό 300 ευρώ το μήνα.

- Μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην κάλυψη των δαπανών.(π.χ. 15% συμμετοχή για την πραγματοποίηση πολλών παρακλινικών εξετάσεων – μικροβιολογικές ακτινογραφίες κ.ά)όταν αυτές δεν πραγματοποιούνται στις δομές του οργανισμού. Δομές που είναι περιορισμένες και έχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι ασφαλισμένοι ή θα πληρώνουν τη συμμετοχή του 15% στα ιδιωτικά κέντρα(μέχρι τώρα στον ΟΠΑΔ δεν υπήρχε συμμετοχή των άμεσα ασφαλισμένων) ή θα πάνε στα κέντρα του ΕΣΥ που ήδη είναι επιβαρημένα με τις λίστες αναμονής των ασφαλισμένων του ΟΓΑ(αυξάνει η συμμετοχή τους από 0 σε 15%).• Οι παρακλινικές εξετάσεις πραγματοποιούνται εντός των δομών του Οργανισμού στους σχηματισμούς του ΕΣΥ καθώς και σε συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια. Όταν πραγματοποιούνται σε συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια συμμετέχουν οι ασφαλισμένοι σε ποσοστό 15% επί της δαπάνης και απαιτείται θεώρηση για εξετάσεις κόστους πάνω από 50 ευρώ. Μειώνεται η συμμετοχή των ασφαλισμένων στον ΟΑΕΕ (από 25%) και αυξάνει η συμμετοχή των ασφαλισμένων του ΟΠΑΔ.

- Ο ενιαίος κανονισμός παροχών υγείας δεν θεσπίζει τον οικογενειακό γιατρό και ένα πιο αποδοτικό και αξιοπρεπές σύστημα αμοιβής των ιατρών με συγκεκριμένο δεσμευτικό πλαίσιο παροχής ιατρικών υπηρεσιών εκ μέρους τους. Οι ρυθμίσεις που προβλέπονται στον κανονισμό αναφορικά με τις αμοιβές των γιατρών θα προκαλέσουν μεγάλη υποβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας προς τους ασφαλισμένους κυρίως του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ και των άλλων οργανισμών εκτός του

ΟΓΑ (Για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ η κατάσταση λίγο ως πολύ θα παραμείνει ίδια).

- Τέλος, απουσιάζει η ουσιαστική μέριμνα για την οδοντιατρική φροντίδα καθώς υιοθετείται το πρότυπο του ΟΠΑΔ του οποίου το κρατικό τιμολόγιο είναι πολύ χαμηλό και πρακτικά αναγκάζει τους ασφαλισμένους να καλύπτουν μόνοι τους της δαπάνες της οδοντιατρικής φροντίδας (άρθρο 12).

Από την αξιολόγηση του Διάγραμματος 9 συμπεραίνεται ότι με τον ΕΟΠΥΥ μειώθηκε σημαντικά η αμοιβή του ιατρικού προσωπικού και ταυτόχρονα υποβαθμίστηκαν υλικοτεχνικά οι συνθήκες εργασίας τους καθώς επιφορτίζονται με την εξυπηρέτηση περισσότερων ασθενών στο ίδιο χρονικό διάστημα. Επίσης αυξήθηκαν σημαντικά τα νοσήλια που καταβάλλονται προς τα νοσοκομεία και τις κλινικές, ταυτόχρονα με την αλλαγή των κριτηρίων καθορισμού τους και την τυπική πριμοδότηση των ιδιωτικών κλινικών, έναντι της προϋπάρχουσας «άτυπης» ενίσχυσής τους. Τέλος, τέθηκαν ανώτατα όρια στις τιμές και τις ποσότητες υγειονομικού υλικού και αναλωσίμων που αντιστοιχούν σε κάθε ασθενή και επιβλήθηκε αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες διάγνωσης, περίθαλψης και θεραπείας. Πρόκειται δηλαδή για μέτρα νεοφιλελεύθερης κατεύθυνσης που διαχειρίζονται το πρόβλημα των αυξημένων δαπανών υγείας με τον διοικητικό περιορισμό τους ανεξάρτητα εάν αυτό επιδρά αρνητικά στην ποιότητα και την επάρκεια των υπηρεσιών και το επίπεδο υγείας των ασφαλισμένων.

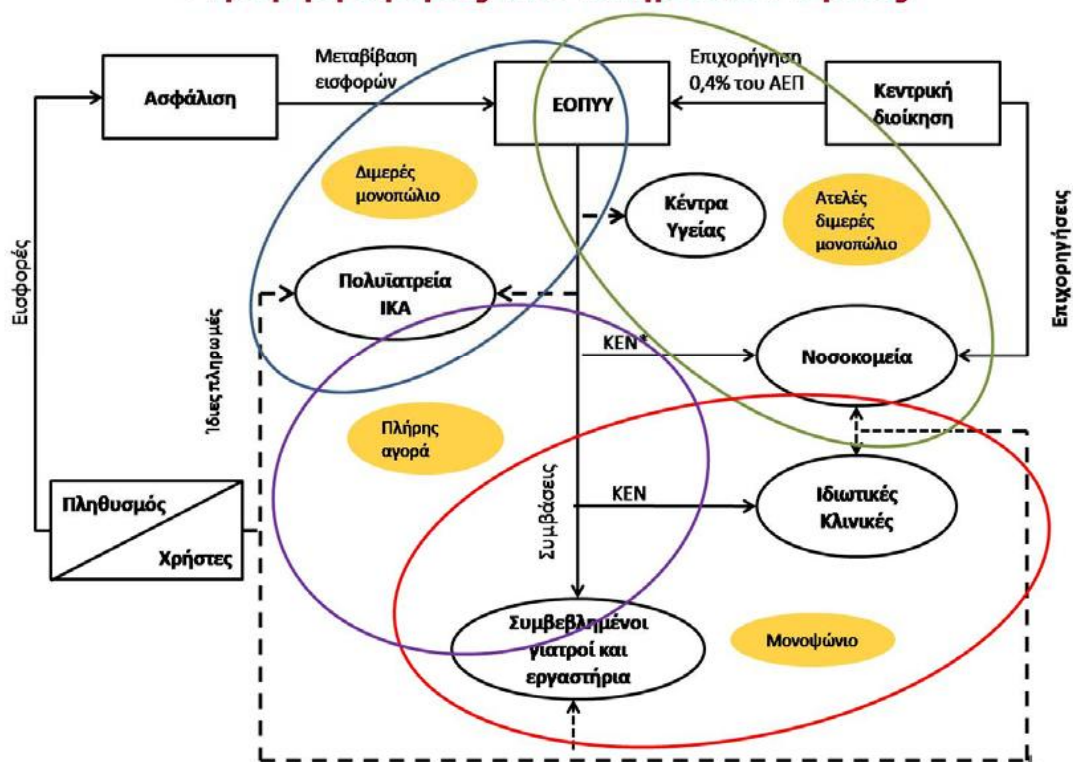
Κεφάλαιο 6. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία.

Η διασφάλιση της επάρκειας και της αποτελεσματικής διανομής των υπηρεσιών υγείας υπό τις παρούσες περιοριστικές συνθήκες απαιτεί αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής», δηλαδή διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας στον υγειονομικό τομέα με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία (Κυριόπουλος, 2001). Το ζήτημα αυτό συνδέεται με τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ για ιστορικούς αλλά και πραγματικούς λόγους και δυσχεραίνεται εξαιτίας της ασταθούς χρηματοδοτικής βάσης του ΕΟΠΥΥ αλλά και των προβλημάτων στην οργάνωση και διοίκηση του οργανισμού κατά την αρχική φάση της συγκρότησής του .

Η υφιστάμενη μορφή ΕΟΠΥΥ, ως δημόσιου μονοπωλίου, δεν είναι η κατάλληλη απάντηση στο ζήτημα της ιατροασφαλιστικής μεταρρύθμισης δεδομένου ότι (α) το κύριο πρόβλημα βρίσκεται στην μονοπωλιακή κυριαρχία της πλευράς της προσφοράς, (β) στην πλήρη απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των προμηθευτών και (γ) στην έλλειψη πραγματικής μονοψωνιακής ισχύος του ΕΟΠΥΥ ο οποίος υπό τις παρούσες συνθήκες δεν δύναται να ασκεί ασφαλιστική πολιτική με κριτήρια την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα. Επί της ουσίας συνιστά ένα διαμεσολαβητικό μηχανισμό «είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών», ο οποίος επίσης ασκείται ανεπιτυχώς.

Επί της ουσίας, η συγκεκριμένη εκδοχή του ΕΟΠΥΥ επιτρέπει τη συνύπαρξη τεσσάρων διαφορετικών τύπων αγοράς εντός του ίδιου πλαισίου με αποτέλεσμα μια πληθώρα αντιφάσεων (Διάγραμμα 1), οι οποίες καθιστούν αναποτελεσματική την άσκηση πολιτικής και ακυρώνουν τα κριτήρια της αποδοτικότητας και της ισότητας.

Η μορφή αγοράς των υπηρεσιών υγείας



Διάγραμμα 10. Η μορφή αγοράς των υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΥΥ
 Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Είναι αναγκαίο να κατανοηθεί ότι η οργάνωση του ΕΟΠΥΥ και διαμέσου αυτού η δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας έχει μείζονα σημασία για τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση της δαπάνης, και κυρίως για την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

Η ανασυγκρότηση του οργανισμού και ο επαναπροσδιορισμός των πολιτικών του είναι μια υπόθεση αναγκαία και επείγουσα προς τρεις κατευθύνσεις :

- (α) την διασαφήνιση του ρόλου του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας,
- (β) την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας και
- (γ) την διεύρυνση και σταθεροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης του οργανισμού.

Στο κείμενο αυτό επιχειρείται η διατύπωση μιας συνεκτικής πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της σχέσης της με τον ΕΟΠΥΥ ως «πύλης εισόδου» των μειζόνων διαρθρωτικών αλλαγών οι οποίες είναι απαραίτητες ώστε να βελτιωθεί ή/και επιτευχθεί η (ιατρική) αποτελεσματικότητα, (οικονομική) αποδοτικότητα και η (κοινωνική) ισότητα.

Η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εικάζεται ότι μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της διαχείρισης των ασθενών (patient management) και της διαχείρισης των νοσημάτων (disease management) και να συνδράμει την υποκατάσταση υπηρεσιών δαπανηρής τεχνολογικής νοσοκομειακής περίθαλψης με ήπια και κατάλληλη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Scott,2000).

6.1.Το βασικό πρόβλημα: Η ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης

Η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων στην περίοδο μετά το 2010 έχει εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης. Είναι αξιοσημείωτο ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας ιστορικά και παραδοσιακά συνιστά το «εισιτήριο» ευχερούς πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με μικρό κόστος χρόνου και ανάκτηση πολλαπλών επιλογών και αποτελεί ως εκ τούτου θεμελιώδη συνιστώσα στην επίτευξη ισορροπίας (Scott,2000) . Η κατάρρευση αυτού του μηχανισμού και η ύπαρξη «πλεονάζουσας» ζήτησης έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος αυτής να μην βρίσκει ανταπόκριση, κυρίως σε ευπαθή στρώματα του πληθυσμού (χρονίως πάσχοντες, φτωχοί, άνεργοι).

Το γεγονός αυτό απορρέει από ευρήματα που αναδεικνύουν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (60% του πληθυσμού δηλώνει ότι αντιμετωπίζει οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση).

Παράλληλα, ένα άλλο σημαντικό μέρος της ζήτησης διαρρέει ως μη επιθυμητή «αντίστροφη υποκατάσταση» και επιβαρύνει (κατά 28% την τελευταία περίοδο) τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Το φαινόμενο αυτό πλην του προφανούς υγειονομικού κόστους (μη έγκαιρη αντιμετώπιση) έχει ως αποτέλεσμα και την επιβάρυνση των προϋπολογισμών υγείας δεδομένου ότι το κόστος μιας μέσης περίπτωσης (baserate) στη νοσοκομειακή περίθαλψη υπερβαίνει τα 2500 ευρώ, ενώ στην ανοικτή πρωτοβάθμια φροντίδα προσεγγίζει τα 150 ευρώ [Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013^α)] .

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μεγάλη αύξηση της χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν τεκμηριώνεται από την αύξηση της νοσηρότητας ή άλλων συναφών παραγόντων. Ως εκ τούτου, το βασικό πρόβλημα στην παρούσα συγκυρία συνίσταται στην ύπαρξη ανισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, η οποία δε μπορεί να αρθεί λόγω της δραματικής μείωσης των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών, αλλά και στην απουσία μιας συνεκτικής πρότασης αντιμετώπισής της.

6.2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως «πύλη εισόδου» της μεταρρύθμισης

Αν και η διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι σχηματική και μη ακριβής, εντούτοις αξίζει να σημειωθεί ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα καλύπτει τον κύριο όγκο των πράξεων ιατροασφαλιστικής διαχείρισης του ασθενούς και της νόσου, ενώ η νοσοκομειακή έχει επεισοδιακό και ευκαιριακό

χαρακτήρα. Αυτό, παρά το γεγονός ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι πιο σύνθετη τεχνολογικά και πλέον πολύπλοκη κλινικά.

Αντιθέτως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει ένα πεδίο καθημερινής διαχείρισης του συνόλου του πληθυσμού και εκφράζεται ποσοτικά από την παραγωγή 50 περίπου εκατομμυρίων επισκέψεων (κατά μία άλλη εκτίμηση 70 εκατομμυρίων), 100 περίπου εκατομμυρίων διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων και πλέον των 70 εκατομμυρίων συνταγών φαρμακευτικής περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ δεν είχε τη δέουσα πολιτική υποστήριξη και κατά συνέπεια την αναγκαία μεταφορά πόρων ώστε να αποτελέσει εμφανή πολιτική προτεραιότητα. Εντούτοις, ιστορικά τα πολυιατρεία του ΙΚΑ αλλά και μέρος των κέντρων υγείας του ΕΣΥ, κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας τους, είχαν επιδείξει υποδειγματική λειτουργία στην άσκηση καλής κλινικής πρακτικής και αποτελεσματικής ιατροασφαλιστικής διαχείρισης.

Είναι αναγκαίο να επισημανθεί, ότι η χώρα διαθέτει ένα από τα πυκνότερα δίκτυα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας .

Διάγραμμα 11. Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανά την Ελλάδα
ΕΟΠΥΥ ,Πηγή Δημοσίευσης: Έντυπα / Καθημερινή
Ημ. Δημοσίευσης: 24-11-2013

Κατά συνέπεια η μεταρρύθμιση και ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι μείζονος σημασίας (Fortney et.al, 2005) δεδομένου ότι έχει σημαντική επίδραση (α) στη φαρμακευτική περίθαλψη, η οποία είναι συμπληρωματική φροντίδα, και (β) στην νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία ως υποκατάστατη φροντίδα μπορεί να απαλλαγεί από το βάρος του 25-30% των περιπτώσεων.

6.3. Βασικές αρχές και κριτήρια της μεταρρύθμισης

Όπως ήδη σημειώθηκε, η οπτική της προσέγγισης είναι τα κριτήρια της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι βασικοί άξονες της μεταρρύθμισης οφείλουν να εμπεριέχουν (Κυριόπουλος, Αθανασάκης, 2012) :

(α) την έμφαση στην αποκατάσταση της καλής κλινικής πρακτικής

(β) την επαναφορά στις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata (World Health Organization ,1979. Declaration of Alma-Ata, Geneva) -φροντίδα πρώτης επαφής, συνεχής, συντονισμένη και περιεκτική με επίκεντρο την οικογένεια, καθώς και την κοινότητα και προσαρμογή στην υπάρχουσα κουλτούρα.

(γ) την ελεύθερη επιλογή του ιατρού και του δικτύου αναφοράς από τους πολίτες, ώστε να αναδειχθούν οι προτιμήσεις των καταναλωτών και να δημιουργηθούν συνθήκες άμιλλας και ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών

(δ) την εγκαθίδρυση κλειστών προϋπολογισμών ανά γεωγραφική ενότητα και πληθυσμό αναφοράς

(ε) την αποζημίωση των προμηθευτών με συνδυασμό μισθού ή/και αποζημίωση κατά κεφαλήν ασφαλισμένου ή/και αποζημίωση κατά πράξη και περίπτωση (σε συνάρτηση τιμών και όγκου) ώστε τα «χρήματα να ακολουθούν τους ασθενείς»,

(στ) την εισαγωγή συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού (τιμής ή/και ποιότητας) μεταξύ των προμηθευτών και

(ζ) την διασφάλιση και τον έλεγχο της ποιότητας φροντίδας υγείας.

Είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι οι υγειονομικές αγορές δεν είναι ομοιογενείς (Enthoven, 1978) και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρεται και έχει δυνητικά ανταγωνιστικό χαρακτήρα (Διάγραμμα 12) πράγμα το οποίο ενισχύει τη θέση των χρηστών και της ασφάλισης υγείας.



Διάγραμμα 12. Ανταγωνισμός και επίπεδο φροντίδας.

6.4. Η μετεξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και η συμβολή του ΕΟΠΥΥ

Έχει διατυπωθεί ένας σημαντικός αριθμός εναλλακτικών επιλογών για την ανάπτυξη και ολοκλήρωση ενός συστήματος ΠΦΥ όπως έχουν προκύψει από προτάσεις ανεξάρτητων ερευνητών ή υπευθύνων του σχεδιασμού του συστήματος στο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου. Για το σύνολο αυτών των προτάσεων επιχειρείται στη συνέχεια μια σύντομη κριτική ανασκόπηση, σύμφωνα με τα διαθέσιμα εμπειρικά δεδομένα και τεκμήρια της διεθνούς βιβλιογραφίας, με κριτήρια την πρόσβαση των ασθενών, την ολοκλήρωση της φροντίδας, τις οικονομικές επιπτώσεις και τη βιωσιμότητα εκάστης εναλλακτικής πρότασης

6.4.1. Πρώτη Εναλλακτική Εκδοχή. Πλήρης διαχωρισμός της ΠΦΥ από τον ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο ΕΟΠΥΥ παραμένει ως ασφαλιστής (δημόσιο μονοψώνιο) και μεταφέρονται οι υπηρεσίες του ως προμηθευτή στο ΕΣΥ. Η πρόταση αυτή αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δημόσιου μονοπωλίου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας που συνυπάρχει με το αντίστοιχο μονοψώνιο από την πλευρά της ασφάλισης.

Η εκδοχή αυτή, αν και λογικοφανής υπό μια στενή διοικητική και οργανωτική οπτική, εμφανίζει μείζονες αδυναμίες, καθώς διαθέτει τη μοναδική ιδιαιτερότητα να συγκεντρώνει όλα τα μειονεκτήματα ενός συστήματος τύπου Bismarck (κοινωνικής ασφάλισης) και ενός συστήματος τύπου Beveridge (σύστημα εθνικής υπηρεσίας υγείας) δεδομένου ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο σύνολο της ζήτησης και, συνεπώς, ωθεί σε εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές. Η εξέλιξη αυτή είναι προφανές ότι οδηγεί σε μεγαλύτερη ενδυνάμωση της μονοπωλιακής ισχύος της πλευράς της προσφοράς και κατά συνέπεια σε αντίθετα –από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Η διεθνής εμπειρία από τα συστήματα Beveridge έχει πολλάκις αποδείξει ότι ενώ είναι αποτελεσματικά στον περιορισμό του συνολικού κόστους (ήτοι τη λειτουργία εντός δεδομένου προϋπολογισμού) υστερούν δραματικά σε ζητήματα πρόσβασης και διαθεσιμότητας της φροντίδας και κατά συνέπεια λειτουργούν σε βάρος της αποδοτικότητας. Τα συστήματα τύπου NHS χαρακτηρίζονται από σημαντικά εμπόδια πρόσβασης (σειρές αναμονής), απουσία προδραστικής (proactive) προσέγγισης της φροντίδας και σημαντική υποαπασχόληση των συντελεστών παραγωγής, εντός και εκτός δημοσίου συστήματος. Εν τέλει, η μεταρρύθμιση προς ένα πρότυπο Beveridge συνιστά «βήμα προς τα πίσω» στην εξελικτική πορεία των συστημάτων υγείας και ασφάλισης διεθνώς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος στην υγειονομική πραγματικότητα της χώρας (με τις δεδομένες καταναλωτικές συμπεριφορές των

χρηστών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ισχυρή ιδιωτική δαπάνη προκειμένου οι ασθενείς να άρουν τα εμπόδια πρόσβασης) αναμένεται να ωθήσει σε σημαντική υπερβάλλουσα ζήτηση, στροφή προς την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών και μαζική αποασφάλιση (Preker,2006) . Η μεταρρύθμιση πρακτικά οδηγεί στην αποδυνάμωση της ασφάλισης υγείας.

6.4.2. Δεύτερη Εναλλακτική Εκδοχή: Ενοποίηση των διαδικασιών λειτουργίας στο ΕΣΥ.

Η προσέγγιση αυτή αποτελεί συναφή πρόταση με την προηγούμενη, με τη διαφοροποίηση ότι αποσκοπεί πλήρως στην κατάργηση των ασφαλιστικών εισφορών (κατά συνέπεια και του λόγου ύπαρξης του ΕΟΠΥΥ) και την αντικατάστασή τους από τα έσοδα μέσω της γενικής φορολογίας. Αν και η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στο επίσης λογικοφανές επιχείρημα της αδυναμίας καταβολής ασφαλιστικών εισφορών σε περίοδο κρίσης και υψηλής ανεργίας, η αντίθετη άποψη, ήτοι η επιβολή επιπλέον φορολογίας κρίνεται ακόμα πιο δυσχερής.

Πέραν αυτών, τίθεται το ζήτημα της μη δίκαιης φορολογίας στην χώρα μας, συνεπεία της φοροδιαφυγής και της φοροαποφυγής, και της θεμελιώδους παράλειψης του αξιώματος ότι οι χρήστες του συστήματος συμμετέχουν αναλόγως της έντασης της χρήσης υπηρεσιών υγείας (αίρεται το ατομικό κίνητρο για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας). Πέραν αυτών, η κατάργηση του ανταγωνισμού και (εκ των πραγμάτων) της ελεύθερης επιλογής (όπως χαρακτηριστικά έχει δείξει η εμπειρία τριάντα ετών του ΕΣΥ στη χώρα), αποτελούν μείζονα προβλήματα της πρότασης, η οποία πρακτικά αποτελεί μια «αναπαραγωγή» της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων και στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η προσέγγιση αυτή οδηγεί αναπόφευκτα στη σύγκρουση διημερούς μονοπωλίου «προνοιακού» χαρακτήρα με περιορισμένη δυνατότητα προσφοράς υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια στον «δίχασμό» του υγειονομικού τομέα με την ανάπτυξη και προσαρμογή του ιδιωτικού τομέα για τα μεσαία στρώματα.

6.4.3. Τρίτη Εναλλακτική Εκδοχή: Παραχώρηση της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην αγορά.

Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί σε ένα «καθαρό» σύστημα Bismarck (όσον αφορά την ΠΦΥ). Η πρόταση αυτή έχει ως βασική επίπτωση την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος μέσω της αναζήτησης χαμηλότερων τιμών για δεδομένες (και ποιοτικά διασφαλισμένες) υπηρεσίες.

Όμως, βασικό της χαρακτηριστικό της είναι ότι μπορεί να λειτουργήσει μόνον όπου υπάρχει ικανή ζήτηση για τη δημιουργία αγοράς (προσέλκυση προμηθευτών), γεγονός το οποίο μπορεί να καταστήσει μη καλυπτόμενες τις γεωγραφικά απομακρυσμένες και χαμηλής πληθυσμιακής πυκνότητας περιοχές της χώρας.

Επιπλέον, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα τα αδύναμα εισοδηματικά στρώματα να αντιμετωπίσουν ανυπέρβλητα εμπόδια πρόσβασης, τα οποία ωθούν ως συνήθως σε ζήτηση για υπηρεσίες ΠΦΥ στα δημόσια νοσοκομεία. Η πρόταση αυτή υποβιβάζει το ρόλο της ΠΦΥ από την «φροντίδα» στην «περίθαλψη», και δεν επιτρέπει την άσκηση ολοκληρωμένων πολιτικών πρωτοβάθμιας φροντίδας δημόσιας υγείας, οι οποίες είναι πλέον απαραίτητες, στην παρούσα συγκυρία.

6.4.4. Τέταρτη Εναλλακτική Εκδοχή: Δημιουργία δημόσιου πυλώνα ΠΦΥ, με διακριτή δομή και διοίκηση.

Η βασική σύλληψη εστιάζεται στη δημιουργία ενός οργανισμού παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας), ο οποίος θα αποτελεί διακριτή δομή, υπό τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ. Τυπολογικά, η προτεινόμενη μεταρρύθμιση ακολουθεί το σύστημα Bismarck αλλά εισάγει και όλες τις βελτιώσεις από τη διεθνή εμπειρία, ιδίως στη Γερμανία με την εισαγωγή κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών σε όλες τις κατηγορίες δαπανών, τιμών αναφοράς στα φάρμακα, εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των δικτύων (δημόσια και ιδιωτικά), την επιλογή δικτύου αναφοράς και οικογενειακού γιατρού αναφοράς από τους ασφαλισμένους καθώς και την προστασία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Στο πλαίσιο αυτό, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να αγοράζονται από τον ΕΟΠΥΥ είτε από τον νεοσύστατο δημόσιο πυλώνα, είτε από ιδιώτες προμηθευτές με προοδευτική εξίσωση των τιμών, ώστε να δημιουργηθούν συνθήκες ανταγωνισμού και αύξησης της οικονομικής αποδοτικότητας. Η ύπαρξη, όμως, του δημόσιου πυλώνα στην αγορά αυτή, επιτρέπει να αναπτυχθούν τα ειδικά και διακριτά χαρακτηριστικά πολιτικής υγείας που πρέπει να διέπουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ, όπως:

- (α) η εστίαση στην αναίρεση των εμποδίων πρόσβασης κυρίως για τις οικονομικά αδύναμες ομάδες του πληθυσμού (διακριτές τιμές),
- (β) η ανάπτυξη ολοκληρωμένων δράσεων δημόσιας υγείας (αγωγή και προαγωγή υγείας, προσυμπτωματικοί έλεγχοι και άλλα σχετικά), οι οποίες απαιτούν κεντρικό σχεδιασμό και κίνητρα μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας (σε αντιδιαστολή με τα επιχειρηματικά κίνητρα) προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές, και
- (γ) η δημιουργία ενός «αντίπαλου πόλου» δημόσιου χαρακτήρα σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία, με στόχο την υποκατάσταση υπηρεσιών, η οποία στην παρούσα φάση συνιστά υψηλή προτεραιότητα για την ανταπόκριση στην «πλεονάζουσα» ζήτηση και βελτίωση της αποδοτικής χρήσης των πόρων.

Πλέον των προαναφερομένων, η παρουσία ενός ολοκληρωμένου δημόσιου πυλώνα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ μπορεί να ευνοήσει την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών ΠΦΥ και να (α) επηρεάσει τις τιμές των υπηρεσιών των ιδιωτών προμηθευτών ώστε να ισορροπήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα, λόγω ανταγωνισμού (β) αποτρέψει τη δημιουργία φυσικών μονοπωλίων ή ολιγοπωλιακών πρακτικών, τα οποία αναμένεται να δημιουργηθούν εξαιτίας της απουσίας ενός «αντίπαλου δέους» από πλευράς της δημόσιας παροχής.

Κεφάλαιο 7. Επίλογος

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκαν με ιδιαίτερα υψηλούς ρυθμούς κατά την τελευταία εικοσαετία, χωρίς ωστόσο να οδηγήσουν σε ανάλογη βελτίωση της ποιότητας και της επάρκειας των υπηρεσιών υγείας προς τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους. Το καλό επίπεδο υγείας που απολαμβάνουν οι έλληνες και οι ελληνίδες εργαζόμενοι κατά τη γέννησή τους δεν διατηρείται και κατά την ενήλικη ζωή τους και κυρίως κατά τη συνταξιοδότησή τους, εξαιτίας της κακής ποιότητας στις συνθήκες εργασίας αλλά και του τρόπου ζωής τους.

Μεγάλο μέρος της αύξησης των δαπανών υγείας οφείλεται στις ιδιωτικές δαπάνες. Οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν κυρίως στο σκέλος της φαρμακευτικής δαπάνης και τις δαπάνες για υγειονομικό υλικό. Ένα σημαντικό μέρος αυτής της αύξησης οφείλεται στη δημογραφική γήρανση και τις ανάγκες των ηλικιωμένων σε φάρμακα και υγειονομικό υλικό.

Ένα άλλο μέρος, ίσως το σημαντικότερο, οφείλεται στη φιλοσοφία που διέπει το σύστημα υγείας στη χώρα μας το οποίο στηρίζεται στη χαμηλή αμοιβή του στελεχιακού ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τη θεσμική τους υποβάθμιση σε διεκπεραιωτές θεσμικών προδιαγραφών διαχείρισης της ασθένειας, δηλαδή στη διαχείριση των εργαστηριακών εξετάσεων και της χρήσης φαρμάκων από τους κατά κανόνα ηλικιωμένους και χρόνια ασθενείς.

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα μας δεν ασκεί, στο επίπεδο της πρακτικής, τα καθήκοντα του λειτουργήματός του αλλά διαχειρίζεται γραφειοκρατικά τα προβλήματα των ασθενών. Χαρακτηριστική είναι από αυτή την άποψη η απουσία βιώσιμων ρυθμίσεων για το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και την προληπτική ιατρική καθώς επίσης και η υποβάθμιση της ιατρικής της εργασίας.

Οι προσπάθειες της τελευταίας τριετίας (2009-2012), για τον εξορθολογισμό των δαπανών και των υπηρεσιών υγείας κινούνται σε μία ακραία διαχειριστική λογική νεοφιλελεύθερης έμπνευσης που επικεντρώνεται αποκλειστικά στη διοικητική επιβολή των «φτηνότερων λύσεων» ανεξάρτητα από τις ενδεχόμενες επιπτώσεις τους στην υγεία των πολιτών.

Αυτή η πολιτική μειώνει άμεσα τις δημόσιες δαπάνες υγείας με αντίτιμο την υποβάθμιση της ποιότητας, της επάρκειας και της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Μεσομακροπρόθεσμα οι δημόσιες δαπάνες υγείας αναμένεται να συνεχίσουν την ανοδική τους πορεία καθώς αυξάνει η μέση ηλικία του πληθυσμού και δεν αντιμετωπίζονται προληπτικά τα προβλήματα υγείας που συνοδεύουν τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Ο Εφαρμοστικός Νόμος για την Υγεία (Ν.4052/2012) αναμένεται να επιδεινώσει ακόμα περισσότερο το επίπεδο των παροχών υγείας για τους εργαζόμενους.

Η φιλοσοφία, ο χαρακτήρας και η στρατηγική του εφαρμοστικού νόμου κινούνται στην κατεύθυνση διαμόρφωσης ενός κρατικοποιημένου και ελεγχόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συστήματος υγείας και ενός ιδιωτικοποιημένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (άρθρο 35 και μετά σε συνδυασμό με Ν. 3863/10).

Η στρατηγική αυτή που συνιστά μία σοβαρή συστημική αντίφαση στο σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα καταλήγει στην σημαντική συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, στην μείωση των συντάξεων (κύριων και επικουρικών, εφάπαξ κλπ) και στην αντιστοίχιση του επιπέδου των κοινωνικών δαπανών στην κάλυψη των ελλειμμάτων του Κρατικού Προϋπολογισμού, διευρύνοντας έτσι ακόμη περαιτέρω τα ελλείμματα των υπηρεσιών υγείας και των παροχών κοινωνικής ασφάλισης.

Εκτός των άλλων, η συγκέντρωση και ο περιορισμός του αριθμού των νοσοκομείων του ΕΣΥ που οδηγεί σε ακόμα μεγαλύτερο Υδροκεφαλισμό της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και υποβαθμίζει την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν τα νοσοκομεία. Πρόκειται για αλλαγή που αντιβαίνει προς την επικρατούσα διεθνώς πρακτική ενίσχυσης της αποκέντρωσης και περιορισμού του μεγέθους των νοσοκομείων και των κλινικών με αιώτερο σκοπό την ευελιξία, την αποτελεσματικότητα, τη βελτίωση της ποιότητας, την βελτίωση των συνθηκών πρόσβασης και την ενίσχυση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η περιορισμένη διοικητική ικανότητα των μονάδων υγείας θα επιδεινωθεί με την επιβάρυνση της με πρόσθετα καθήκοντα διοίκησης στο πλαίσιο ενός δαιδαλώδους και σύνθετου κανονιστικού πλαισίου και με δεδομένη την απουσία καινοτομίας και αποδοτικής διοικητικής κουλτούρας και πρακτικής.

Τέλος, από το νεοσύστατο σχήμα διοίκησης των νοσοκομείων απουσιάζει η πρόβλεψη για την συμμετοχή των εκπροσώπων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και είναι υποβαθμισμένη η παρουσία των βασικών χρηματοδοτών των συστήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αν και αποτελεί προνομιακό πεδίο της επιστημονικής και πολιτικής ρητορικής δεν συνιστά –επί του παρόντος υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής. Όμως σε διεθνή κλίμακα έχει γίνει αντιληπτό ότι τα οικονομικά, κοινωνικά και υγειονομικά αδιέξοδα του υγειονομικού τομέα επαναφέρουν στο προσκήνιο την επικαιρότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Επιπροσθέτως, η συρρίκνωση ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, επιβάλλει εναλλακτικές προσεγγίσεις μεταξύ των οποίων η πρωτοβάθμια φροντίδα συνιστά επίσης προτεραιότητα.

Η κρίσιμη και μεταβατική συγκυρία στη χώρα μας επιβάλλει διαρθρωτικές αλλαγές μείζονος κλίμακας μεταξύ των οποίων η ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ και συνδυαστικά η δημιουργία Δικτύων ΠΦΥ που μπορεί να συντελέσουν στην κινητοποίηση θετικών εξελίξεων στην υγειονομική πολιτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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 ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2010, Αθήνα.

Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Δρίζη, Λ. 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., 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.

Δόλγερας, Α., Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. και Κοντός, 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, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα: Θεμέλιο.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013α), Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα. Διαθέσιμο στο:

http://www.healthpolicy.gr/images/stories/pdf/portaria_forum_2013_mylyona_k.pdf

Ζηλίδης, Χ. 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). «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, Λ. (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

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., Γκρέγκορυ, Σ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.) (2003). Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό, Αθήνα: Παπαζήσης.

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_ell_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.
- 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.
- Πολύζος, Ν. (2007). Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Αθήνα: Διόνικος.
- .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.
- 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., Παληκάρωνα, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2009). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1999-2009, Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). Πρόταση Λειτουργικών Αναδιατάξεων Μονάδων Υγείας ΕΣΥ, Αθήνα: ΥΥΚΑ.

Διεθνής Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B. και Μόσιαλος, Η. (1994). Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Enthoven, A.C., (1978) "Consumer choice health plan". *New England Journal of Medicine*, 28:650- 658
- Fortney, J.C., Steck, D.E., Burgess Jr, J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L. A. (2005): "Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services". *Health Services Research* 40, 1422-1442.
- 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 Katostaras, Th. (2008). "Informal payments in public hospitals in Greece", *Health Policy*, 87 (1), pp. 72-81.
- Moschuris, S. and Kondylis, M. (2006). "Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective", *Journal of Health Organization and Management*, 20 (1), pp. 4-14.
- 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
- 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.
- OECD (2010 a). *Health at a Glance: Europe 2010*, Paris: OECD Publishing.
- Preker A., "Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers World Bank". Publications No 13085, 2006.
- Scott, Anthony 2000, "Economics of General Practice", Chapter 22 in Culyer, A. and Newhouse, J. (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier
- 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.
- 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.
- 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 Kekkeris, V. (2007). "Preparedness of emergency medical services", in Tsouros, A. and Efsthathiou, P. (eds), *Mass Gatherings and Public Health: The Experience of the Athens 2004 Olympic Games*, Copenhagen: WHO Europe