

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα

Μανιού Μαρία¹, Ιακωβίδου Ελισάβετ²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Εργαστηριακός συνεργάτης Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»
2. Γενική Ιατρός, MSc, Επιμελήτρια Β', Κ.Υ. ΕΚΑΒ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεμελιώδη αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η παρουσία των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στον ελλαδικό χώρο.

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη και είναι απαραίτητη η αξιολόγηση προτάσεων και λύσεων για την προαγωγή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του Έλληνα πολίτη.

Λέξεις κλειδιά: Υγεία, Ιδιωτικός και δημόσιος τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας, Ελλάδα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μανιού Μαρία,
Θέτιδος 17,
Γιόφυρος 71304,
Ηράκλειο - Κρήτη,
e-mail: mmaniou@hotmail.com

SPECIAL ARTICLE

The current situation in the public and private hospitals in Greece

Maniou M.¹, Iakovidou Elissavet²

1. R.N, MSc, Laboratory collaborator, Nursing Department, ATEI Crete, "Venizelio - Pananio" General Hospital of Heraklion, Greece.

2. General Physician, MSc, C. A. National Center of Emergency Care, Athens, Greece

ABSTRACT

The fundamental concept of the policy of the health-care sector, is the creation of a modern System of Health, in which the protection of health and not only the management of illness will come first and it will be ensured that all the citizens will have the same access in the health serviced of high quality.

Aim: The purpose of the present study was to evaluate the public and private hospitals in Greece.

Conclusively: There is necessity and it is important to evaluate proposals and solutions for the improvement of the health services.

Key words: Health, Public and Private sector of health services, Greece

CORRESPONDING AUTHOR

M.Maniou

Thetidos 17,

Giofiros, Iraklio,

P.C. 71304

Tel. 210-317172

e-mail: mmaniou@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά

συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην

χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα ριζικές αλλαγές στον τομέα Υγείας, που έχουν εξαγγελθεί ήδη από τη δεκαετία του 80, μέχρι πρόσφατα δεν είχαν υλοποιηθεί, ενώ νόμοι και προτάσεις έχουν ελλιπώς εφαρμοσθεί ή έχουν πέσει στο κενό, εν πολλοίς και λόγω του δυσβάστακτου κόστους τους.¹

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck βάσει του 1^{ου} άρθρου του νόμου 1397/83, «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση». Όμως ο πολίτης στην προσπάθειά του να πετύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε πρακτικές χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία τους ή καταφεύγοντας στον ιδιωτικό τομέα.²

Στην ανάπτυξη που ακολουθεί θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε όσο το δυνατό περισσότερο τις πτυχές του συστήματος υγείας στον ελλαδικό χώρο, με απώτερο σκοπό την παρουσίαση κάθε ιδιομορφίας του, στηριζόμενοι στο νομοθετικό πλαίσιο και σε συναφή βιβλιογραφία.

Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων.

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομίατρο, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού. Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα

χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του NAT, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.

Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες

να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη.

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό

οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.³

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες – ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την Παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές νοσοκόμες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούταν πρακτικές μαίες, ενώ η

αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν

είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα) και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από

την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας.⁴

Για την αντιμετώπιση των οξύτατων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

Το σχέδιο Πάτρα (1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.

Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιορίζε την

εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές που στηρίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Δίνεται επίσης έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία

νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα. Το 1985 ψηφίστηκε ο νόμος 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου του ΕΣΥ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια εκδόθηκε ο Νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ.

Αν και ο 1397/83 θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις. Αυτές συμπυκνώνονται α) στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, β) στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους και γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων. Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και

προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης δίνει την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια.^{5,6}

Όσον αφορά την δομή και οργάνωση των νοσοκομείων, καθίστατο ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημοσίων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν. 1397/83. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του

διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/97 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις και θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως ΝΠΔΔ και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Οι διατάξεις αυτές αφορούν περισσότερα τον Πρόεδρο των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες, η αξιολόγηση του.

Όμως το ΕΣΥ που ικανοποίησε ένα πάγιο και βασικό αίτημα της κοινωνίας μας, υγεία στον πολίτη, δέχθηκε νομοθετικές παρεμβάσεις που αλλοίωσαν εν μέρει τον βασικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στην χώρα μας.

Μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές: α) το ΕΣΥ, β) τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήρθαν να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που ιδρύθηκαν με το Ν 2889/2.3.2001, και αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και στην συνέχεια θα αναλύσουμε τον νέο θεσμό των ΠΕΣΥΠ πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η ανάγκη αυτών των νέων ρυθμίσεων συνίσταται στην αποκέντρωση που θα οδηγήσει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των περιφερειών και στην καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων. Τέλος, με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υγεία, τον Νοέμβριο του 2003, γίνονται κάποιες τροποποιήσεις, του Ν2889/2001 οι οποίες αφορούν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τις αρμοδιότητες του Διοικητή των νοσοκομείων, τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, τους γιατρούς άνευ ειδικότητας καθώς και την καθαριότητα και φύλαξη των χώρων του ΠΕΣΥΠ. Μετά τις εκλογές της 11

Απριλίου 2004, ανακοινώθηκε η πρόθεση της νέας κυβέρνησης, να καταργήσει τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας αφού κατά την άποψη των στελεχών τους δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

Τα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) ιδρύθηκαν με το Νόμο 2889/2.3.2001 (ΦΕΚ 37, ΤΑ.Α΄) και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Κάθε Πε.Σ.Υ.Π έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος ορίζει και τους αντίστοιχους Πρόεδρος και Αναπληρωτές Διευθυντές. Συνολικά υπάρχουν 17 Πε.Σ.Υ.Π. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ.Π. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.Π.⁷

Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.). Οι παράγοντες που

προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη.⁸

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδας.⁹ Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόληψη και

έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).

- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού,

δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.⁹

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- Στρατιωτικά, που υπάρχουν στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια. 10

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της Ιατρικής έρευνας
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό,

εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.¹¹

Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων. Ο Αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

Ιδιωτικά νοσοκομεία

Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων. Μια δεκαετία αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα με το παραπάνω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών: Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.¹²

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα

της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995.

Με το Νόμο 3370/2005¹⁹ είναι η συνεργασία με ιδιωτικά νοσοκομεία για κρεβάτια ΜΕΘ και νεογνών. Σήμερα υπάρχουν περί τα 120-140 κρεβάτια ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία ενώ είναι έτοιμα από πλευράς εξοπλισμού, δεν λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού. Την ίδια στιγμή ασθενείς πεθαίνουν ή στην καλύτερη περίπτωση ταλαιπωρούνται, λόγω του μικρού αριθμού κλινών ΜΕΘ. Ως απάντηση σε αυτά το κράτος υπογράφει τη μίσθωση κλινών από τον ιδιωτικό τομέα.¹³

Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Είναι αρκετοί οι λόγοι που η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως:

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.

- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης σε υπηρεσιών υγείας.
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.

- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

Όπως είναι φανερό ήταν αναγκαία η ύπαρξη και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία βέβαια υπάρχουν αρνητικά και θετικά αυτής της προσπάθειας. Αρχικά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία περιλαμβάνει λιγοστές «εταιρίες» παροχής υπηρεσιών υγείας με ετήσιο τζίρο που φτάνει τα 270 εκ. ευρώ. επίσης ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% - 7% κατά έτος αφού τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και τέλος η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή. Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει και εκείνη ορισμένα μειονεκτήματα, όπως:

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο

περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία με μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο.

- Ιδιωτική Υγεία δυο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο διέπει την κατασκευή νέων ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων
- Έλλειψη τεχνογνωσίας παρά τη δυνατότητα απόκτησης τεχνολογία αιχμής
- Υπο-ασφαλισμένος πληθυσμός

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Βέβαια τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24ωρη λειτουργία
- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- Ποιότητα υπηρεσιών
- Ποσοστό εσόδων από εξωτερικούς ασθενείς το 2005: 16,4%
- Στόχος κέρδους: 20-25% (=Ευρωπαϊκός μέσος όρος)

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Market Leader (μερίδιο αγοράς περίπου 30%)
- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management
- Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.¹⁴

Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια. Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία - αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα και το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία, ενώ ακολούθησαν τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ. Παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών σύναπταν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one - stop - shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω

εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ). Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ.

Η εξέλιξη της αγοράς που αφορά τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας είχαν μια αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών τους της τάξης του 14,3% μεταξύ των ετών 2002 και 2003, η οποία συνεχίστηκε και το 2004 φτάνοντας στο 15,36%.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, είτε πρόκειται για Διαγνωστικά Κέντρα όπως η Βιοϊατρική, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και εκτός Αττικής,

κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.

- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας.
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η σύναψη στρατηγικών συμμαχιών με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα. Πρωτοπόρος στον τομέα αυτό είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, ενώ εγκαινίασε την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων. Παράλληλα, σύναψε

συνεργασία με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και σχεδιάζει επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη.

Η Δημόσια Υγεία βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η έστω και με χαμηλούς ρυθμούς σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ότι θα αυξηθούν με ρυθμό 12-14% ετησίως, των μαιευτηρίων με ρυθμό 7-8% και των διαγνωστικών κέντρων με ρυθμό 5%.

Αδυναμίες συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού)- Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής .

- Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

Αναλύοντας το σημερινό αριθμό, την εκπαίδευση και τους όρους με τους οποίους προσφέρουν υπηρεσίες οι ιατροί οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα, διαπιστώσαμε με έκπληξη μια ολόκληρη σειρά προβλημάτων και αδυναμιών. Η κατανομή των ιατρών αυτών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν συνδέονται στην πραγματικότητα με την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, ούτε οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία αισθάνονται ευθύνη για αυτούς. Η σχέση μεταξύ των ιατρών που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία και του υπόλοιπου συστήματος υγείας είναι γραφειοκρατική και όχι συναδελφική ή διοικητική. Ως συνέπεια, οι ιατροί που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία δεν έχουν καμία αρμοδιότητα να επιθεωρούν, να σχολιάζουν ή να αξιολογούν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας.

Η δημόσια αναγνώριση, οι αμοιβές και οι συνθήκες υπηρεσίας των ιατρών δημόσιας υγείας είναι χαμηλές σε σχέση με αυτές των κλινικών ιατρών. Έτσι οι ιατροί που

ασχολούνται με τη δημόσια υγεία θεωρούνται από πλευράς ποιότητας δευτέρας διαλογής σε σχέση με την ιδιωτική ιατρική στη συνείδηση των πολιτών. Η εκπαίδευση στη δημόσια υγεία στις ελληνικές ιατρικές σχολές, προ της απόκτησης πτυχίου, φαίνεται ότι είναι φτωχή σε πρακτική άσκηση. Η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της απόκτησης τίτλου ιατρικής είναι εν μέρει ικανοποιητική, αλλά από πολλές πλευρές ανεπαρκής σε σχέση με τα σημερινά προβλήματα και σε μεγάλο βαθμό θεωρητική, αντί να επικεντρώνεται στα πρακτικά προβλήματα. Οι συμμετέχοντες στη Σχολή Δημόσιας Υγείας παίρνουν απλώς μαθήματα αντί να ερευνούν οι ίδιοι θέματα που συνδέονται με τις ανάγκες τους και τα ενδιαφέροντά τους.

Υπάρχει μικρή συνειδητοποίηση των προβλημάτων που προκύπτουν από την έλλειψη οργάνωσης και επαρκούς προσδιορισμού στόχων και ευθυνών, την αδυναμία παρεμβάσεων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, την έλλειψη ικανοποιητικών αρχείων (π.χ. γεννήσεων και θανάτων), την έλλειψη εργαστηριακών εγκαταστάσεων για την διερεύνηση επιδημιών και καμία πραγματική αντίληψη της ανάγκης για τη δημιουργία διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Έτσι δεν προκαλεί έκπληξη ότι η κατάσταση από πλευράς εμβολιασμών στην Ελλάδα είναι φτωχή σε σχέση με την ΕΕ και ότι έχει υπάρξει ένας αριθμός από σοβαρές επιδημίες συνηθισμένων μεταδοτικών

ασθενειών, όπως ερυθρά και γαστρεντερίτιδα, που θα μπορούσαν να αποτραπούν.

Αν η Ελλάδα επιθυμεί να αναπτύξει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας και να αξιοποιήσει με τρόπο αποτελεσματικό τους διαθέσιμους πόρους για την περίθαλψη όσων έχουν ανάγκη, είναι ουσιαστικό να δημιουργήσει μια πολιτική για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και όσων τον υπηρετούν.

Εμπορευματοποίηση της υγείας και έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας συστηματικά υποβαθμίζονται με την υποχρηματοδότηση, την ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας, την μετατροπή του κοινωνικού αγαθού και πολιτικού δικαιώματος σε εμπόρευμα. Οι ακόλουθες πρακτικές στον τομέα της υγείας είναι συνηθισμένες. Ο πολίτης στην προσπάθειά του να πετύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε πρακτικές χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία τους. Από την ίδια τη φύση τους δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί πόσο εκτεταμένες είναι αυτές οι πρακτικές και ποια είναι τα συνολικά ποσά χρημάτων τα οποία διακινούνται σε:

1. Πληρωμές σε "φακελάκια" δίδονται συχνά και μερικές φορές απαιτούνται από αρκετούς ιατρούς που δουλεύουν στα νοσοκομεία και αλλού. Μερικές

εταιρίες φαρμάκων είναι διατεθειμένες να δώσουν μηνιαία αμοιβή σε μετρητά σε όσους ιατρούς συστήνουν στους ασθενείς τους τα προϊόντα τους. Εναλλακτικά, οι ιατροί μπορεί να έχουν κάλυψη του κόστους συμμετοχής τους σε "συνέδρια" που διοργανώνουν αυτές οι εταιρίες σε απόμακρες και ακριβές τοποθεσίες, αρκεί να προωθούν συχνά τα προϊόντα τους.

2. Προμήθειες μπορεί να πληρώνονται για την παραπομπή ασθενών σε κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο ή την εισαγωγή τους σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Συμβαίνει επίσης ο ιατρός να είναι εκ των ιδιοκτητών του νοσοκομείου ή του διαγνωστικού κέντρου στο οποίο οι ασθενείς παραπέμπονται.
3. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ιατροί του ΙΚΑ παίρνουν προμήθειες από τα φαρμακεία.
4. Δεν είναι καθόλου ασύνηθες το φαινόμενο ιατρών στις κλινικές του ΙΚΑ και άλλων ιατρών να χρησιμοποιούν τις θέσεις τους για να αποκτούν πελατεία στα ιδιωτικά τους ιατρεία.
5. Ιδιαίτερα στο σύστημα παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς τους δημοσίους υπαλλήλους, υπάρχουν ιατροί οι οποίοι ζητούν αμοιβή για πολλαπλές επισκέψεις ασθενών όταν

στην πραγματικότητα έχει υπάρξει μια μόνο επίσκεψη.

6. Αναφέρεται ότι γιατροί αποφεύγουν να τηρούν ιατρικά αρχεία για να μην μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στοιχεία εις βάρος τους για τη διάπραξη αδικημάτων φοροδιαφυγής.

Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι οδηγεί σε ένα άκαμπτο σύστημα αμοιβών και στην αδυναμία της τοπικής διοίκησης των μονάδων να ανταμείψουν την παροχή καλών υπηρεσιών και να τιμωρήσουν εκείνους που παραμελούν την εργασία τους ή την κάνουν αδιάφορα. Υπάρχει έλλειψη κινήτρων σε όλες τις ομάδες του προσωπικού, εκτός του κινήτρου να φύγουν νωρίς από την εργασία τους για να κάνουν τη δική τους δουλειά. Υπάρχει περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση από την πλευρά των ιατρών, νοσηλευτών και περιορισμένη ικανοποίηση των χρηστών για την έλλειψη συνέχειας στην ιατρική περίθαλψη, για την έλλειψη φιλικής συμπεριφοράς έναντι των χρηστών και για τις δυσχέρειες στη χρήση δημοσίων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στα κορεσμένα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που δεν διαθέτουν χωριστά τμήματα για ατυχήματα και πρώτες βοήθειες. Δεν υπάρχει ακόμα στο σύστημα η παραμικρή εκπροσώπηση των ίδιων των χρηστών.¹⁵

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια σύντομης περιγραφής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο σημαντικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν – αν και προς την σωστή κατεύθυνση - δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών πόρων, δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας. Κυρίαρχος στόχος της πολιτείας είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης που παράγουν κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Από την παρούσα εργασία καταλήξαμε σε ένα τελικό συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη και είναι απαραίτητη η αξιολόγηση προτάσεων και λύσεων για την προαγωγή των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος του Έλληνα πολίτη. Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

Βιβλιογραφία

1. Λαδά – Χαντζοπούλου Α. Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη - σημερινά

- προβλήματα, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα, 1978
2. Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 - 1960, Αθήνα, 1960.
3. Αλεξιάδης Α.Δ. Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη, 1999
4. Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 821 - 1960, Αθήνα 1960.
5. Κυριόπουλος Γ. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security. Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα, 1990
6. Αναπλίωτη - Βαζαίου Ε. Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Ζητήματα. Εκδόσεις Σάκουλας, Αθήνα 1987
7. Ευρωπαϊκή Επιτροπή Έκθεση για την ευρωπαϊκή ανταγωνιστικότητα το 2004, Κείμενο Εργασίας της Ευρωπαϊκή Επιτροπής, Ειδική Γραμματεία για την Ανταγωνιστικότητα, Βρυξέλλες, 2004
8. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986. Τεύχος 5. Αθήνα
9. Κυριόπουλος Γ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα, 1995
10. Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα 1988.
11. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986. Τεύχος 5. Αθήνα.
12. Ανδριώτη Δ. Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Εξάντας. Πολιτικές Υγείας. Αθήνα, 1988
13. Θεόδωρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1997. σελ. 208
14. Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα, 1988
15. Υφαντόπουλος Ι. Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική 1986, Τεύχος 5. Αθήνα