

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

VEMA OF ASKLIPIOS

JANUARY - MARCH 2005 VOLUME 4 No 1

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

In cooperation with ION PUBLISHING GROUP

Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Στρατηγική Καινοτομίας

Στάσεις στην Ψυχική Νόσο

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Μια Πιλοτική Μελέτη

Δευτεροπαθής Αμηνόρροια

Λοιμώξεις από Ενδοαγγειακούς Καθετήρες

Παχυσαρκία σε Παιδιά

Hellenic health care system

Bringing about change

Attitudes towards mental illness

Nursing in Greece. A pilot study

Secondary amenorrhea

Intravenous catheter infection

Children's obesity

Σε συνεργασία με τον ΕΚΔΟΤΙΚΟ ΟΜΙΛΟ ΙΩΝ

Περιεχόμενα

Contents

Ανασκοπήσεις

Δομή Ελληνικού Συστήματος Υγείας και Πηγές Χρηματοδότησής του *Sp. Karakounos* 3

Η Έννοια και η Στρατηγική της Καινοτομίας σε Νοσηλευτικό Πλαίσιο
E. Lachana, I. Papathanasiou 12

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα από την Αρχαιότητα μέχρι το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο: Μια Πιλοτική Μελέτη
Alexandra Dimitriadou 16

Στάση της Κοινής Γνώμης, των Επαγγελματιών Υγείας και των Φοιτητών απέναντι στην Ψυχική Νόσο *Dr. Evangelia Adali, Helen Evagelou* 25

Δευτεροπαθής Αμηνόρροια στην Ομόζυγη β-Θαλασσαιμία. Ένα Αυξανόμενο Πρόβλημα
M.G. Gourni-Bobota 30

Ειδικό Άρθρο

Πρόληψη Λοιμώξεων από Ενδαγγειακούς Καθετήρες *Eleni Apostolopoulou* 36

Έρευνα

Η Παχυσαρκία σε Παιδιά Σχολικής Ηλικίας
Androula Zacharinia, Sphakiotaki Konstantina, Roukis Michail, Erynakis Niko, Stavrulakis George 44

Οδηγίες για τους Συγγραφείς 47

Reviews

The Structure of Greek Health System and Its Financing Sources *Sp. Karakounos* 3

The Concept and the Strategy of Innovation in Nursing Frame
E. Lachana, I. Papathanasiou 12

Nursing in Greece from Antiquity until the Second World War: A Pilot Study *A. Dimitriadou* 16

Attitudes of General Population, Health Professionals and Nursing Students, Toward Mental Illness *Evangelia Adali, Helen Evagelou* 25

Secondary Amenorrhea in Homozygous b-Thalassaemia. A Growing Problem
M.G. Gourni-Bobota 30

Specific Article

Prevention of Intravascular Catheter Related Infections *Eleni Apostolopoulou* 36

Research

Obesity in School Children *Zaharoula Androulaki, Konstantina Sfakiotaki, Michalis Roukis, Erinakis Nikolaos, George Stavrulakis* 44

Instructions to Authors 47

ΔΟΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ

Σπύρος Καρακούνος

Νοσηλεύτης ΠΕ - Υποψήφιος Msc Οργάνωσης και
Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

Spiros Karakounos

Candidate Msc Administration and Management of
Health Services

Περίληψη Θεμελιώδης μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα υπήρξε η ψήφιση του νόμου 1397/83 που προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ένα γεγονός που συνετέλεσε στην ανάπτυξη ενός κράτους πρόνοιας. Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των υγειονομικών μονάδων μιας χώρας που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση για τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Από το 1983 έως σήμερα πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, που συνετέλεσαν στη διαμόρφωση της ισχύουσας δομής του. Κινητήρια δύναμη της αναμόρφωσης και της εγκαθίδρυσης του συστήματος υγείας αποτελεί η χρηματοδότησή του από ποικίλες πηγές του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα.

Λέξεις Κλειδιά: Δημόσιος Τομέας, Ιδιωτικός Τομέας, Περίθαλψη, Δαπάνες, Χρηματοδότηση

THE STRUCTURE OF GREEK HEALTH SYSTEM AND ITS FINANCING SOURCES

Abstract Fundamental reform in the health sector in Greece was the voting of 1397/83 law, which forecasted the foundation of National Health System. A fact that contributed in the growth of a welfare state. The Health System is the total sanitary units of a country that are in continuous collaboration and functional interdependence for the maintenance and health promotion. From 1983 and so on, efforts of growth and modernisation of health system have been realized that contributed in the configuration of its, up to date, structure. Motive force of reformation and establishment of health system constitutes its financing from various sources of public or private sector.

Key Words: Public Sector, Private Sector, Care, Expenditure, Financing

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Σ. Καρακούνος,

Π. Τσαλδάρη 97,

12134 Περιστέρι, Αθήνα

E-mail: Spiros_Karakounos@Yahoo.gr

Corresponding Author:

S. Karakounos,

P. Tsaldari 97,

12134 Peristeri, Athens

E-mail: Spiros_Karakounos@Yahoo.gr

Εισαγωγή

Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί: «έναν ορισμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού».

Η δομή και η οργάνωση ενός συστήματος υγείας εξαρτάται από την ιδεολογική και πολιτική κατεύθυνση μέσα στην οποία το κράτος λειτουργεί. Όπως ακριβώς υπάρχουν οργανωτικές και δομικές διαφορές ανάμεσα στα κράτη, αντίστοιχες διαφορές υπάρχουν και μεταξύ των συστημάτων υγείας. Το σημείο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό προκειμένου να γίνει κατανοητό ότι όσο αποτελεσματικό και να είναι ένα σύστημα υγείας είναι πολύ

πιθανό να μη διατηρήσει τα πλεονεκτήματά του αν εφαρμοστεί αυτούσιο σε ένα άλλο κράτος. Οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγείας των διαφόρων κρατών είναι πολλαπλές και αφορούν σε δομικά, οργανωτικά και διοικητικά χαρακτηριστικά. Ιδανικό σύστημα υγείας δεν υπάρχει, αλλήλ' ακόμα κι αν υποτεθεί ότι υπάρχει είναι αβέβαιο το αν θα παραμείνει ιδανικό, αν εφαρμοστεί σε ένα άλλο κοινωνικό πλαίσιο.

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στα διάφορα συστήματα υγείας είναι δυνατόν να σχηματιστούν. Συγκεκριμένα, τα συστήματα υγείας τοποθετούνται πάνω σε ένα συνεχές πεδίο στο οποίο στο ένα άκρο τοποθετείται το ιδιωτικό μοντέλο της προσφοράς και στο άλλο το δημόσιο μοντέλο της παροχής της φροντίδας της υγείας. Απαραίτητο είναι να τονιστεί ότι αυτά τα δύο μοντέλα είναι ακραία και δεν εφαρμόζονται αυτού-

σια σε καμία χώρα. Εντούτοις, το Αμερικάνικο σύστημα υγείας προσεγγίζει το ιδιωτικό και το βρετανικό το δημόσιο μοντέλο. Ένα από τα πιο σπουδαία συστήματα είναι το Γερμανικό σύστημα υγείας, το οποίο αποτελεί ένα μικτό σύστημα. Το **Ελληνικό Σύστημα Υγείας** συνίσταται σε ένα «μείγμα» των προαναφερθέντων μορφών, καθώς είναι έντονος τόσο ο ρόλος του κράτους, όσο και της κοινωνικής ασφάλισης, σε συνδυασμό με τον ιδιωτικό τομέα που είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος. Η παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας γίνεται και από το κράτος και από ιδιώτες.

Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από το κράτος, από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και από ιδιωτικές πληρωμές. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μπορεί να προέλθει και από τη χρήση μη εθνικών πόρων, δηλαδή από χρηματοδοτικές πηγές εξωτερικής βοήθειας, όπως της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών. Στη συνέχεια αναλύεται ο φορέας παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης τους για κάθε επίπεδο φροντίδας υγείας.

Δομή του συστήματος υγείας

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως πρόσφατα μετονομάστηκε, είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Ο υπουργός είναι ο πλέον αρμόδιος για την χάραξη της υγειονομικής πολιτικής της χώρας, ενώ υπό τον έλεγχό του βρίσκονται όλες οι υπηρεσίες του ΕΣΥ. Η χώρα έχει διαιρεθεί σε 13 υγειονομικές περιφέρειες. Αυτές τοποθετούνται στις εξής περιοχές: 1) Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, 2) Κεντρική Μακεδονία, 3) Δυτική Μακεδονία, 4) Ήπειρος, 5) Θεσσαλία, 6) Ιόνιοι νήσοι, 7) Δυτική Ελλάδα, 8) Στερεά Ελλάδα, 9) Αττική, 10) Πελοπόννησος, 11) Βόρειο Αιγαίο, 12) Νότιο Αιγαίο και 13) Κρήτη. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια προβλέπεται η λειτουργία ενός τουλάχιστον Πανεπιστημιακού νοσοκομείου για την παροχή φροντίδας υγείας.

Η δομή του ελληνικού συστήματος υγείας μπορεί να διακριθεί σε κατηγορίες με βάση *α) τον τρόπο χρηματοδότησης και β) το επίπεδο περίθαλψης*. Ανάλογα με τη μορφή της χρηματοδότησης που εφαρμόζεται διακρίνουμε, το δημόσιο τομέα, στον οποίο πρωτεύοντα ρόλο έχει το κράτος και τον ιδιωτικό, στον οποίο κυριαρχεί ο νόμος της ελεύθερης αγοράς. Ανάλογα με το επίπεδο περίθαλψης διακρίνεται σε *πρωτοβάθμια* (εξωνοσοκομειακή), σε *δευτεροβάθμια* (νοσοκομειακή) και σε *τριτοβάθμια* (πανεπιστημιακή). Οι επιμέρους αυτές διαβαθμίσεις του συστήματος, μέσω της συνεργασίας τους, στοχεύουν στην ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και στην κάλυψη των ποικίλων υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

Α) Δημόσιος τομέας

Στο δημόσιο τομέα η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό και οι υπηρεσίες της προσφέρονται σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες. Ο δημόσιος τομέας απαρτίζεται από το ΕΣΥ, την *κοινωνική ασφάλιση* και την *τοπική αυτοδιοίκηση* κάτω από την παρέμβαση και τον έλεγχο του κράτους.

1) Εθνικό Σύστημα Υγείας

Με το νόμο 1397/83, όπως αναφέρθηκε, ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Γενικές αρχές του είναι ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ότι οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα σε ένα ενιαίο και αποκεντρωτικό εθνικό σύστημα υγείας. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας ιδρύεται ένα αποκεντρωμένο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ). Εξαιρέση αποτελούν οι υγειονομικές περιφέρειες της Αττικής, που έχει 3 ΠΕΣΥ, και της Κεντρικής Μακεδονίας και του Νοτίου Αιγαίου που έχουν από δύο.

Στο ΕΣΥ ανήκουν τα δημόσια νοσοκομεία (που διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά, σε γενικά και ειδικά) με τα εξωτερικά τους ιατρεία, τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) κ.τ.λ. Επίσης στο πλαίσιο του ΕΣΥ με το Ν.2071/92 ιδρύονται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), το κέντρο έρευνας, πρόληψης και θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη και το κέντρο κληρονομικών παθήσεων αίματος.

Το 2001 με το νόμο 2889 λειτουργούν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ). Σκοπός των ΠεΣΥ, όπως αναφέρεται στον ιδρυτικό τους νόμο, είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, που θα εγγυάται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.

Επίπεδα Περίθαλψης (3 Βαθμίδες)

α) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ανήκουν τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού και Αστικού τύπου, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων και το ΕΚΑΒ. Στις διατάξεις του ΕΣΥ περιλαμβάνονται ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού και της Κατ' οίκον Νοσηλείας

Το κέντρο υγείας είναι η βασική μονάδα περίθαλψης και γενικότερα φροντίδας υγείας. Ο Ν.1397/83 αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, γι' αυτό χαρακτηριστικά ιδρύονται 170 Κέντρα

Υγείας και 1407 Περιφερειακά Ιατρεία, στα οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οι αγροτικοί ιατροί καθώς και οι πτυχιούχοι της Ιατρικής Σχολής για ένα έτος. Η διοίκηση αυτών των μονάδων ανατέθηκε στα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων, ώστε να επιτυγχάνεται η διασύνδεσή τους και η συνεργασία τους. Το 1992 με το Ν.2071/92 τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία ανεξαρτητοποιήθηκαν από τα νοσοκομεία σε μια προσπάθεια αυτονόμησής τους και υπήχθησαν στις Διευθύνσεις Υγείας των νομαρχιών αλλιά με το Ν.2194/94 επανήλθαν στο αρχικό νομοθετικό πλαίσιο. Επίσης το 1994 όλα τα μη ενταγμένα αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε περιφερειακά ιατρεία και ορίστηκε να υπάγονται απευθείας στα νοσοκομεία.

Ο οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για την υγειονομική κάλυψη των αναγκών μιας περιοχής 1800 ατόμων. Ασχολείται κυρίως με χρόνια νοσήματα, καθώς και με την πρόληψη και την ενημέρωση. Ο γενικός γιατρός λειτουργεί σαν ένα είδος φίλτρου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αξιολογώντας τη βαρύτητα της νόσου και την αναγκαιότητα ή όχι για περαιτέρω περίθαλψη.

Τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούν προέκταση της νοσοκομειακής υποδομής και συνδέουν λειτουργικά την πρωτοβάθμια με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αποτελούνται από διάφορες κλινικές, όπως παθολογική, χειρουργική, καρδιολογική κ.τ.λ.

Το ΕΚΑΒ ιδρύθηκε το 1992 με σκοπό την παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας. Η δράση του αποσκοπεί τόσο στην περίθαλψη επειγόντων περιστατικών με ειδική φροντίδα και στην παροχή πρώτων βοηθειών, όσο και στη μεταφορά περιστατικών που χρήζουν νοσοκομειακής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο συνδέει την πρωτοβάθμια με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Σήμερα το ΕΚΑΒ έχει περιορίσει το ρόλο του συνήθως σε απλή διακομιδή ασθενών.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκτός των υπολοίπων περιλαμβάνει και την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, την παροχή προληπτικής ιατρικής, την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, την ενημέρωση και τη διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

β) Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από νοσοκομειοκεντρική αντίληψη. Αυτό έχει ως συνέπεια την απουσία κλιμάκωσης των επιπέδων οργάνωσής του. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν αξιοποιείται, με αποτέλεσμα να δημιουργείται συγκεντρωτισμός στη δευτεροβάθμια, δηλαδή στα νοσοκομεία. Αυτό καθιστά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη ως κύρια μορφή.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, χειρουργικό και παθολογικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Στα γενικά περιλαμβάνονται Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία για τις ανάγκες της οικείας περιφέρειας και Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία για τον ευρύτερο νομό. Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι τα δημόσια νοσοκομεία ΝΠΔΔ το 1985 ήταν 112 (18%), ενώ το 1999 ήταν 140 (41%). Τα νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ από 28 (5%) το 1980, έμειναν μόνο 4 (1%) το 1999. (Πίν. 1)

γ) Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ διέκρινε τη φροντίδα υγείας σε πρωτοβάθμια (εξωνοσοκομειακή) και δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή). Η νοσοκομειακή διαχωρίστηκε σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια με το Ν.2071/92 και έτσι εντάχθηκε και το τρίτο επίπεδο οργάνωσης του ΕΣΥ. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια υπάρχει τουλάχιστον ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο του ΕΣΥ για την παροχή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2) Ασφαλιστικά ταμεία

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, ο οποίος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων, που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονί-

Πίνακας 1. Θεραπευτήρια και Κλίνες 1980-1999

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ				ΚΛΙΝΕΣ			
	1980	1987	1997	1999	1980	1987	1997	1999
ΝΠΔΔ	112	136	140	140	25905	35290	37047	36438
ΝΠΙΔ	28	5	4	4	8347	243	293	293
ΙΔΙΩΤΙΚΑ	468	267	206	195	25075	15900	15134	14673
ΣΥΝΟΛΟ	608	408	350	339	59327	51443	52474	51404

ζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων, που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποβλέπει στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Το Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας συνθέτει το τελικό δίκτυο ασφάλειας για τα άτομα εκτός αγοράς εργασίας που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Το σύστημα χορηγεί χρηματικά επιδόματα, παροχές σε είδος και κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας μέσω αποκεντρωμένων νομικών προσώπων, που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, που ανήκει στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εποπτεύει 172 οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης από τους οποίους οι 85 περίπου αφορούν σε αυτόνομα ταμεία υγείας. Το πολυπληθέστερο ταμείο είναι το ΙΚΑ, το οποίο μαζί με τον ΟΓΑ και το ΟΑΕΕ περιλαμβάνουν πάνω από το 80% του πληθυσμού.

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε το 1934 με το νόμο 6298, ως αυτόνομο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, άρχισε όμως να λειτουργεί το 1937. Στο ΙΚΑ ασφαλιζονται όλοι οι μισθωτοί, οι εργάτες και γενικά τα πρόσωπα που έχουν ως κύριο επάγγελμά τους την παροχή εξαρτημένης εργασίας, καθώς και ειδικές κατηγορίες προσώπων (ορκωτοί λογιστές, εφημεριδοπώλες, συγγραφείς, μαθητευόμενοι). Σήμερα το ΙΚΑ έχει πάνω από 5,5 εκατομμύρια ασφαλιζόμενους (άμεσα ή έμμεσα) και 850 χιλιάδες περίπου συνταξιούχους.

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε το 1961 με το νόμο 4169 λόγω του μεγάλου ποσοστού του αγροτικού πληθυσμού. Λόγω της εσωτερικής μετανάστευσής στα μεγάλα αστικά κέντρα το ποσοστό αυτό μειώθηκε (κάτω από 2 εκατομμύρια άτομα). Στον ΟΓΑ ασφαλιζονται οι αγρότες, οι αλιείς και οι κάτοικοι χωριών με μικρό πληθυσμό (<5000).

Το 1999 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), που είναι και ο κύριος φορέας ασφάλισης των ελεύθερων επαγγελματιών, των εμπόρων, του επαγγελματοβιοτέχνη, του αυτοκινητιστή και του ξενοδόχου. Στον ΟΑΕΕ έχουν συγχωνευτεί τρία νομικά πρόσωπα: 1) το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ), 2) το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) και 3) το Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ).

Στο δημόσιο ασφαλιζονται οι τακτικοί (μόνιμοι) υπάλληλοι των υπουργείων και της Βουλής, οι δικαστικοί λειτουργοί, οι υπάλληλοι των περιφερειών, των

νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, των δήμων και κοινοτήτων, των κρατικών νοσοκομείων, των ΑΕΙ και ΤΕΙ, ορισμένων ΝΠΔΔ, οι εκπαιδευτικοί, τα στελέχη των ενόπλων δυνάμεων και των σώματων ασφαλείας, οι βουλευτές, οι νομάρχες, οι δήμαρχοι και οι πρόεδροι κοινοτήτων, οι κληρικοί, οι ανάπηροι των πολέμων και της Εθνικής Αντίστασης.

Η ασφαλιστική κάλυψη της ανεργίας για τους μισθωτούς εργαζόμενους εξασφαλίζεται από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), που εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Επίπεδο Περίθαλψης (2 Βαθμίδων)

α) Πρωτοβάθμιο Επίπεδο

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ασφαλισμένους τους είτε μέσω των πολυιατρείων, είτε με συμβάσεις με το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Το ΙΚΑ καλύπτει όλο το φάσμα των παροχών, εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών. Ως το πολυπληθέστερο ταμείο διαθέτει και πολυιατρεία, που καλύπτουν ένα ευρύτατο φάσμα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο ΟΓΑ προσφέρει ένα περιορισμένο φάσμα εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από αγροτικά ιατρεία και υγειονομικούς σταθμούς. Τα υπόλοιπα ταμεία προσφέρουν συνήθως πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω συμβάσεων με ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα.

β) Δευτεροβάθμιο Επίπεδο

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους νοσοκομειακή φροντίδα συνάπτοντας συμβάσεις με νοσοκομεία. Υπάρχουν και κάποιοι φορείς που διαθέτουν και οι ίδιοι νοσοκομεία. Το ΙΚΑ διαθέτει τα εξής: 1° Νοσοκομείο ΙΚΑ «Η Πεντέλη», 3° Νοσοκομείο ΙΚΑ, Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ «Γ. Γεννηματάς», 7° Νοσοκομείο ΙΚΑ, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης «Η Παναγία». Τα τέσσερα πρώτα βρίσκονται στην Αθήνα, ενώ το πέμπτο στη Θεσσαλονίκη. Επίσης το ταμείο ασφαλισμένων της Εθνικής Τράπεζας (ΤΥΠΕΤ) διαθέτει δική του κλινική. Τα υπόλοιπα ταμεία παρέχουν νοσοκομειακή περίθαλψη σε δημόσια νοσοκομεία και συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές. Αυτό καθιστά κυριαρχικό το ρόλο του ΕΣΥ στο δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας.

3) Τοπική αυτοδιοίκηση

Η πατροπαράδοτη ιδεολογική αντιπαράθεση δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό, τίθεται επί νέας συνθετικής βάσεως μέσω των πρωτοβουλιών, που αναλαμβάνει η τοπική αυτοδιοίκηση και ο ευρύτερος «τρίτος τομέας». Ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός δήμων και κοινοτήτων διαθέτουν δημοτικά ιατρεία, που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ένα μικρό αριθμό ατόμων. Στα

δημοτικά ιατρεία πραγματοποιούνται προληπτικές και διαγνωστικές εξετάσεις και οργανώνονται εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα σχετικά με την υγεία. Τα δημοτικά ιατρεία δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί και η περαιτέρω πορεία και εξέλιξή τους αποτελεί πρόκληση για το μέλλον.

B) Ιδιωτικός τομέας

Στον ιδιωτικό τομέα η υγεία θεωρείται ιδιωτικό αγαθό και δεν διαχωρίζεται από τα υπόλοιπα οικονομικά αγαθά. Το κράτος δεν παρεμβαίνει στη λειτουργία του συστήματος και όλη η ρύθμισή του καθορίζεται από την αγορά μέσω των νόμων της προσφοράς και της ζήτησης. Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ επέβαλλε σοβαρούς περιορισμούς σε ό,τι αφορά στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Αυτό συνέβη κυρίως με δύο διατάξεις. Η πρώτη απαγορεύει την επέκταση των κλινών ιδιωτικού τύπου και η δεύτερη καθιερώνει το γιατρό του ΕΣΥ με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση. Αυτό είχε ως συνέπεια τη μείωση του αριθμού των ιδιωτικών νοσοκομείων. Όμως παρά τους περιορισμούς πολλοί γιατροί βρήκαν διέξοδο στην άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Αυτό οφείλεται στο ότι λόγω της έμφασης, που έδωσε το ΕΣΥ στη νοσοκομειακή περίθαλψη, ατόνησε η πρωτοβάθμια ποιοτικά και ποσοτικά.

Ο ιδιωτικός τομέας έως σήμερα έχει αντιμετωπιστεί μονοδιάστατα. Ο προσανατολισμός της πολιτικής βούλησης στόχευε αποκλειστικά στη μείωση των ιδιωτικών κλινών. Με την πολιτική που ακολουθήθηκε ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων συρρικνώθηκε χωρίς όμως να συνεπάγεται και την αντίστοιχη μείωση των εσόδων του ιδιωτικού τομέα και κυρίως η ιδιωτική πρωτοβουλία δεν εντάχθηκε στον αρχικό σχεδιασμό και την αρχική οργάνωση του συστήματος, με αποτέλεσμα τη μη αξιοποίησή της. Ο Ν.2071/92 προσπάθησε να αλλιάξει τη φιλοσοφία του ΕΣΥ. Δίνει στο κράτος εποπτικό ρόλο και επιτρέπει τη σύναψη συμβάσεων των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικούς φορείς.

Η υπανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με την αναποτελεσματικότητά και τον κατακερματισμό του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος οδήγησε στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας και το μέγεθος της παραοικονομίας επιβεβαιώνουν το παραπάνω. Σήμερα οι πολυτελείς κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα αποτελούν την επενδυτική αιχμή του ιδιωτικού τομέα.

Παράλληλα οι υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που προσφέρονται στα μεγάλα ιδιωτικά κέντρα προωθούν την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Τα διαγνωστικά εργαστήρια πραγματοποιούν εξειδικευμένες εξετάσεις λόγω της υψηλής τεχνολογίας που διαθέτουν, με ακρίβεια και ταχύτητα. Οι μεγάλες ιδιωτικές κλινικές με το ανθρώπινο και το υλικοτεχνικό δυναμικό τους προωθούν την επιστημονική γνώση, εισάγοντας νέες τεχνικές και μεθόδους και ανταγωνίζονται την πανεπιστημιακή – τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τέλος σημασία στην ανά-

πτυξη του ιδιωτικού χώρου συνιστά το αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας που εμπνέει στους ασθενείς.

Επίπεδα Περίθαλψης (2 Βαθμίδων)

α) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα και του ΕΣΥ είναι συμπληρωματικές, ιδίως στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Τα ιδιωτικά ιατρεία προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ κύριο ρόλο κατέχουν και τα διαγνωστικά εργαστήρια. Οι εξετάσεις που εκτελούνται εκεί συνταγογραφούνται από γιατρούς συμβεβημένους με την ιδιωτική ή τη δημόσια ασφάλιση και από ιδιώτες γιατρούς. Τα περισσότερα διαγνωστικά κέντρα διαθέτουν σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή και μπορούν να εκτελέσουν ένα μέρος από το μεγάλο όγκο των ιατρικών εξετάσεων. Μ' αυτή την υποδομή, που διαθέτουν, αποτελούν αναπόσπαστα τμήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

β) Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές συνάντησαν πολλές δυσκολίες στην ανάπτυξή τους. Το μεγαλύτερο πρόβλημα, όπως αναφέρθηκε, συνιστά η μη ένταξή τους στον προγραμματισμό του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση η μη αξιοποίησή τους. Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η πορεία του ακολουθήσε ο αριθμός των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινών. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία από 468 (77%) με 25075 κλίνες (43%) το 1980 (πριν το ΕΣΥ) περιορίστηκαν σε 195 (57%) με 14673 κλίνες (28%) το 1997 (μετά το ΕΣΥ). Αρα διαπιστώνεται η συρρίκνωση του δευτεροβάθμιου ιδιωτικού τομέα κατά τα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ, γεγονός που αποτελεί απόρροια της ακολουθούμενης πολιτικής.

Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας

Σε κάθε ανάπτυξη που σχετίζεται με το σύστημα της υγείας κυρίαρχο ρόλο έχει ο οικονομικός παράγοντας. Πάντα οι επιθυμίες και οι ανάγκες ως προς την υγεία είναι απεριόριστές και δεν μπορούν να καλυφθούν από τους πεπερασμένους οικονομικούς πόρους. Αυτή η κατάσταση διατυπώνεται με το νόμο της ανεπάρκειας σύμφωνα με τον οποίο "κανένα οικονομικό σύστημα και καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας, για να εξασφαλίσει πλήρη υγεία και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των πολιτών της". Έτσι προκύπτει το πρόβλημα της επιλογής, το οποίο καλείται να αντιμετωπίσει ο αντίστοιχος τομέας των οικονομικών της υγείας. Η εξεύρεση πόρων αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη λειτουργία όλου του μηχανισμού που αναλήφθηκε, γι' αυτό και θα εξεταστεί ξεχωριστά.

A) Δημόσιος τομέας

Στο δημόσιο τομέα το κράτος έχει πρωτεύοντα ρόλο όχι μόνο διοικητικά αλλά και οικονομικά μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, που ανακοινώνει κάθε χρόνο.

1) Εθνικό Σύστημα Υγείας

Οι πόροι του ΕΣΥ προέρχονται από: 1) τον κρατικό προϋπολογισμό όπου η κρατική επιχορήγηση περιλαμβάνει τον τακτικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων, 2) τα νοσήλια που μπορεί να βαρύνουν την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση ή τους ίδιους τους νοσηλευόμενους, 3) τα έσοδα από ασφαλιστικούς οργανισμούς, 4) τα έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, 5) τα έσοδα από αξιοποίηση ακίνητης περιουσίας, 6) τόκους καταθέσεων, 7) δωρεές.

Τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγονται. Άλλες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως το ΕΚΑΒ, το ΚΕΕΛ και τα υπόλοιπα κέντρα χρηματοδοτούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

Στο δημόσιο τομέα το μεγαλύτερο ποσοστό της χρηματοδότησης αναφέρεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

ψη. Στις χώρες που ανήκουν στον Οικονομικό Οργανισμό Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) οι νοσοκομειακές δαπάνες ξεπερνούν το 60% των συνοδικών δαπανών. Στην Ελλάδα για το 2001 το ποσοστό αυτό υπολογίστηκε σε 56%.

Στον Πίν. 2 παρουσιάζονται οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ. Από 3,7% το 1980 το ποσοστό αυξήθηκε σε 5,2% το 2001.

Στον Πίν. 3 παρατηρείται η κατανομή των δημόσιων δαπανών στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης.

Στα δημόσια νοσοκομεία παρατηρείται μια υστέρηση του ποσοστού των εισροών, που προέρχονται από τα νοσήλια, αν και θα έπρεπε να αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων, καθώς η πολιτική του κλειστού νοσηλίου είχε ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται μεγάλα ελλείμματα στο νοσοκομειακό προϋπολογισμό (Πιν. 4).

Ο κρατικός προϋπολογισμός έρχεται να καλύψει το έλλειμμα στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων για

Πίνακας 2. Δημόσιες Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ

1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
3,7%	4%	3,9%	4,3%	4,8%	4,8%	5%	5,1%	5%	4,9%	5,1%	5,3%	5,2%

Πηγή: ΟΟΣΑ

Πίνακας 3. Κατανομή Δημοσίων Δαπανών ανά επίπεδο περίθαλψης

ΕΤΟΣ	1982	1991	2001
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	15,5%	14,2%	24%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ	54,6%	63,5%	56%
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	14,6%	15,8%	15,8%
ΛΟΙΠΕΣ	15,3%	6,7%	4,2%

Πηγές: 1) ΟΟΣΑ, 2) ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ. «θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας»,

Πίνακας 4. Σχέση Ημερήσιου Νοσηλίου και Πραγματικού Ημερήσιου Κόστους Νοσηλείας Γενικών Νοσοκομείων 1980-1998 (σε δραχμές)

ΕΤΟΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	% ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΠΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ
1983	1430	7356	19,4
1985	1430	13945	10,3
1986	1790	19313	9,3
1989	2480	32252	7,7
1990	8000	41621	19,2
1991	8000	51957	15,4
1992	15550	59000	26,3
1996	15550	70000	22,1
1998	20000	94000	21,3

Πηγή: ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας»

κάλυψη των δαπανών μισθοδοσίας, αλλιά και των τρεχουσών δαπανών υγείας. Έτσι η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων μπορεί να ξεπερνάει το 75% του συνολικού κόστους λειτουργίας τους (Πιν. 5).

2) Κοινωνική Ασφάλιση

Τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών προέρχονται κατά κύριο λόγο από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών καθώς και από εισφορές των αυτοαπασχολούμενων και συνταξιούχων και κατά δεύτερο λόγο από την κρατική επιχορήγηση. Οι εισφορές που καταβάλλουν οι δημόσιοι υπάλληλοι εισάγονται στον κρατικό προϋπολογισμό ως δημόσιο έσοδο.

Ο ΟΓΑ χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από το Δημόσιο. Οι αγρότες μέχρι το 1998 δεν κατέβαλαν ασφαλιστικές εισφορές.

3) Τοπική Αυτοδιοίκηση

Τα δημοτικά ιατρεία προσφέρουν περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται από δημοτικούς φόρους και από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εργασίας.

B) Ιδιωτικός τομέας

Στο Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης. Στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφαλιστική αγορά είναι μάλλον μικρή. Το 1991 περιελάμβανε το 0,3% του ΑΕΠ.

Την περίοδο λειτουργίας του ΕΣΥ παρουσιάστηκε μια εντυπωσιακή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Σημειωτέον ότι, σύμφωνα με τα συγκρίσιμα στοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών, η Ελλάδα, που έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. (Σχήμ. 1)

Ο τρόπος αμοιβής των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα εξαρτάται από το αν ο φορέας έχει σύμβαση με τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι συμβεβλημένοι φορείς χρηματοδοτούνται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, με τιμές που έχουν προκαθοριστεί για κάθε υπηρεσία. Οι μη συμβεβλημένοι αμείβονται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ή από ιδίους πόρους του καταναλωτή. Οι επαγγελματίες υγείας αμείβονται είτε κατά πράξη, είτε με μισθό και ποσοστά.

Τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια χρηματοδοτούνται από το φορέα ασφάλισης, με τον οποίο είναι συμβεβλημένα. Ο φορέας αυτός μπορεί να είναι κοινωνικός ή ιδιωτικός. Πηγή εσόδων μπορεί να είναι και η άμεση πληρωμή των εξετάσεων του ίδιου του ασθενούς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον κατά την παρουσίαση των Ιδιωτικών Δαπανών ανά επίπεδο περίθαλψης έχει η παρατήρηση ότι το 65% του συνόλου αυτών ανήκουν στην Πρωτοβάθμια και στην Οδοντιατρική, το 12,4% στη Νοσοκομειακή, το 15,4% στη Φαρμακευτική Φροντίδα Υγείας, ενώ μόλις το 7,2% είναι οι λοιπές δαπάνες. (Σχήμ. 2)

Συμπέρασμα

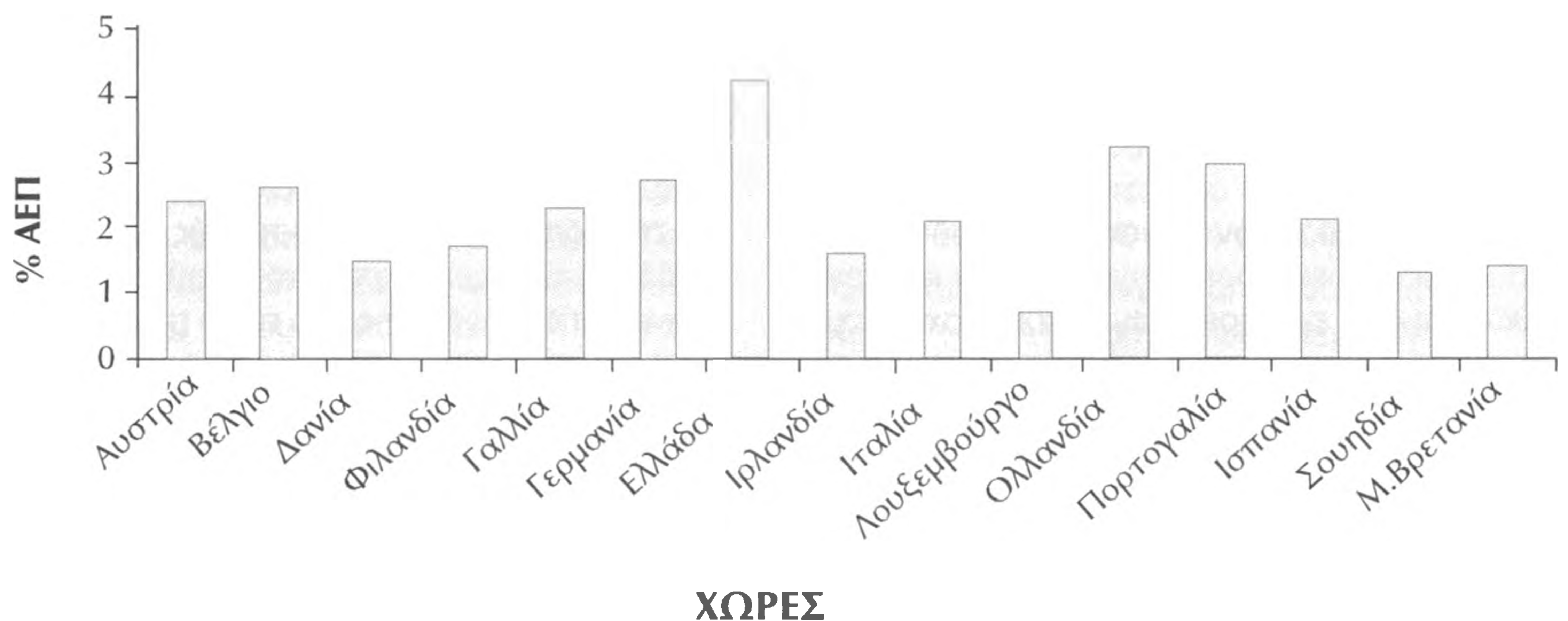
Ιδιαίτερη έμφαση στα χρόνια που ακολουθούν πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του δημόσιου τομέα, που αφενός θα αποφορτί-

Πίνακας 5. Πηγές Χρηματοδότησης Δημοσίων Νοσοκομείων 1981-1994

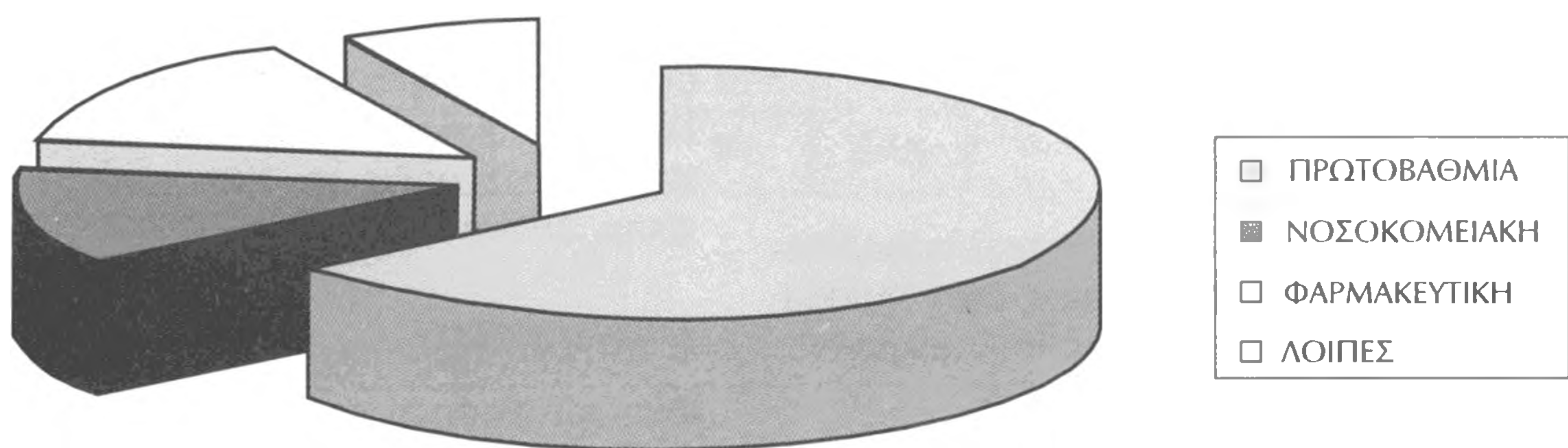
ΕΤΟΣ	ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ %	ΝΟΣΗΛΙΑ %	ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ %
1981	45,5	34,4	20,1
1982	51,4	30,1	18,5
1983	57	23,8	19,2
1984	57,9	21	21,1
1985	60,4	17,7	21,9
1986	66,5	13,2	20,3
1987	68,8	11,2	20
1988	66,5	13,5	20
1989	74,3	8,8	16,9
1990	77,4	7,7	14,9
1991	77,2	7,7	15,1
1992	74,7	14,6	10,7
1993	69	17,8	13,2
1994	58,9	27,7	13,4

Πηγή: ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. «Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας».

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ % ΑΕΠ - 2001



Σχήμα 1. Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε 15 χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ - 2001
Πηγή: ΟΟΣΑ



Σχήμα 2. Κατανομή Ιδιωτικών Δαπανών ανά Επίπεδο Περίθαλψης - 2001
Πηγή: ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΝΙΑΚΑΣ Δ. «Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας»

σει τη δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή) και αφετέρου θα μειώσει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο και μαζί και τις αντίστοιχες ιδιωτικές δαπάνες, αφού οι ασθενείς θα προσφεύγουν σε φορείς παροχής υπηρεσιών δημόσιου τομέα.

Είναι αναγκαίο να επιτευχθεί σύγκλιση ανάμεσα στο κλειστό ημερήσιο νοσήλιο και στο πραγματικό καθώς η διάφορα τους σήμερα είναι χαώδης και οδηγεί σε ελλειμματικούς νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Τα ασφαλιστικά ταμεία μπορούν να κινηθούν προς μια προσπάθεια ενοποίησής τους με τελικό στόχο την ίδρυση του Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ), ώστε να επιτευχθεί η

καλύτερη διοικητική αποδοτικότητα και οικονομική αποτελεσματικότητα.

Κοινή επιδίωξη όλων των εφαρμοζόμενων πολιτικών οφείλει να αποτελέσει η βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας μέσα σ' ένα πλαίσιο ανθρώπινο και οικονομικά υποφερτό για όλους, τόσο για το κράτος, όσο και για τους πολίτες. Η ορθολογική διαχείριση των πόρων από τους φορείς παροχής των υπηρεσιών υγείας και από τους αποδεκτές αυτών είναι επιβεβλημένη, ώστε το σύστημα υγείας να επιτελέσει το ρόλο του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Βιβλιογραφία

1. Υφαντόπουλος Γ. (2003), Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική.
2. Υφαντόπουλος Γ. (1998), Ο προγραμματισμός του τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις. Β' Έκδοση.
3. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994), Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας. Κέντρο κοινωνικών επιστημών της υγείας.
4. Σούλης Σ. (1998), Οικονομική της υγείας. Εκδ. Παπαζήση.
5. Ζηλίδης Χρ. (1995), Τα κέντρα υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. University Studio Press.
6. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων (1994), Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος.
7. Προβόπουλος Γ., Υφαντόπουλος Γ., Νικοηακοπούλου – Στεφάνου Η. (1990), Οι υπηρεσίες υγείας. Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός.
8. Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (2000), Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
9. Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991), Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κ.Κ.Ε.Υ.
10. Σουλιώτης Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδ. Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία.
11. Λιαρόπουλος Λ. (2003), Οικονομία της υγείας, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις ΕΚΠΑ Νοσηλευτική.
12. Λιαρόπουλος Λ. (2003), Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις ΕΚΠΑ Νοσηλευτική.
13. Κατοστάρας Θ. (2004), Οικονομία της Υγείας,, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις ΕΚΠΑ Νοσηλευτική.
14. Κρατικός Προϋπολογισμός 2004.
15. ΦΕΚ 143 Α 7/10/83 Ν. 1397.
16. ΦΕΚ 123 Α 15/7/92 Ν. 2071.
17. ΦΕΚ 34 Α 16/3/94 Ν. 2194.
18. ΦΕΚ 165 Α 21/8/97 Ν. 2519.
19. ΦΕΚ 37 Α 2/3/01 Ν. 2889.
20. Σπυριδάκης Ι. (1981) Βασικοί Θεσμοί του Ιδιωτικού Δικαίου.
21. Σπηλιωτόπουλος Ε. (1982) Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου. Β' Έκδοση.