



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα:
Συγκριτική Αποτίμηση**

**Μαρία Αποστολάκη
Πολιτικός Επιστήμων**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 - 2. Κ. Δικαίος**, Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής και Ιστορίας των Υπηρεσιών Υγειονομικής Φροντίδας, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα και το συνεπιβλέποντα καθηγητή μου, κύριους Αναστάσιο Φιλαλήθη και Κωνσταντίνο Δικαίο, η συμβολή και η καθοδήγηση των οποίων ήταν πολύτιμη για την εκπόνηση της εργασίας αυτής. Επίσης, δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω το προσωπικό της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, καθώς και το προσωπικό της ICAP. Τόσο στη μια όσο και στην άλλη περίπτωση, η επικοινωνία ήταν πολύ καλή και τα στοιχεία που πρόθυμα μου δόθηκαν προς έρευνα και επεξεργασία πολύ χρήσιμα για τη συγγραφή της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
3.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
<i>3.1.1. Ο Ρόλος του Πολιτικού, Κοινωνικού και Οικονομικού Περιβάλλοντος στα Υγειονομικά Δεδομένα της Χώρας.....</i>	<i>8</i>
<i>3.1.2. Το Πολιτικό Πλαίσιο για τον Τομέα της Υγείας</i>	<i>9</i>
3.2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ Γ.Γ. ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΕΣΥΕ)	10
3.3. ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΥ ΔΙΕΠΕΙ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	24
<i>6.1.Οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.....</i>	<i>24</i>
<i>6.2.Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας.....</i>	<i>26</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	41
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	47

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα: Συγκριτική Αποτίμηση

Της: Αποστολάκη Μαρία

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Α. Φιλαλήθη
2. Κ. Δικαίου

Ημερομηνία: Ιούνιος 2010

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει ταυτόχρονα πεδίο ανάπτυξης, κοινωνικής κυβερνητικής πολιτικής ή πεδίο ανάπτυξης έντονης επιχειρηματικής δραστηριότητας. Ευρύτερα, η υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες ερμηνεύεται ταυτόχρονα ως ένα κοινωνικό αγαθό και ως ένα οικονομικό προϊόν. Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής διαδικασίας είναι να αναλυθούν οι σχέσεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα το κατά πόσο έχει μεταβληθεί ο συσχετισμός μεταξύ των δύο τομέων, τόσο σε ποιοτικό όσο και σε ποσοτικό επίπεδο. Σε πολιτικό και νομικό επίπεδο, παρατηρείται μια σχετική σταθεροποίηση των μέτρων και των ρυθμίσεων από το 1994 μέχρι σήμερα και η βασική διαφοροποίηση των δύο μεγάλων κομμάτων έγκειται στα περιθώρια ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα, χωρίς να μεταβάλλονται σε σημαντικό βαθμό οι ισορροπίες στο δημόσιο, κυρίως λόγω του αυξημένου πολιτικού κόστους. Σε οικονομικό επίπεδο, ο δημόσιος τομέας δεν προσφέρει κίνητρα για περαιτέρω ανάπτυξη, με αποτέλεσμα να είναι στάσιμος, ενώ αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται στα πλαίσια της ανταγωνιστικότητας και της κερδοφορίας. Βέβαια, ο δημόσιος τομέας παραμένει ο ισχυρότερος επενδυτής, συγκεντρώνοντας κατά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία. Τέλος, δεν υπάρχουν περιθώρια κατασπατάλησης ανθρώπινων και υλικών πόρων ούτε σε οικονομικό ούτε σε κοινωνικό επίπεδο. Οι δύο τομείς πρέπει να συνεργάζονται, έτσι ώστε να αυξηθεί η παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών, να μειωθεί το κόστος για τον πολίτη και να εξυγιανθούν τα δημόσια οικονομικά, ενώ παράλληλα ο ιδιωτικός τομέας θα πρέπει να αναπτυχθεί σε τομείς που αδυνατεί ο δημόσιος, έτσι ώστε και σταθερά υψηλή κερδοφορία να επιτύχει και ταυτόχρονα να αποτελεί σημαντικό εφόδιο για την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: δημόσια υγεία, ιδιωτικός τομέας υγείας, δημόσιος τομέας υγείας, δημόσια δαπάνη υγείας, ιδιωτική δαπάνη υγείας, ιατρικοί εξοπλισμοί, νομοθεσία για την υγεία, ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), Ελλάδα, ΟΟΣΑ.

Abstract

Title: Public and Private Health Sector in Greece: Comparative Evaluation

By: Apostolaki Maria

Supervisors: 1. A. Philalithis
2. K. Dikeos

Date: June 2010

The provision of health services may constitute a field of growth and social governmental policy or a field of intense enterprising activity. In general, health in modern societies can be simultaneously explained as both a social and an economic product. The purpose of this particular inquiry is the analysis of the relations between the public and private health sector in Greece and specifically the extent to which the association between these two sectors has been altered, both on qualitative and on quantitative level. On political and legal level, it is observed a relative stabilisation of the regulations from 1994 up to today and the basic differentiation of the two big parties lies in the scope of the private sector development, without causing a significant imbalance in the public sector due to the increased political cost it may involve. On economic level, the public sector does not offer motives for further growth, so that it remains stagnant, while the private sector evolves in the frames of competitiveness and profitability. The public sector remains the strongest investor, accumulating by far a bigger percentage of the GDP available for health. Finally, there are no fringes of overspending of human and material resources neither on economic nor on social level. The two sectors have to cooperate in order to enhance the quality of services provided, to decrease the cost for the citizen and to improve the public finances, while the private sector should develop in sectors that the public fails to develop, so that a regularly high profitability could be achieved and at the same time it could constitute an important supply in the defence of public health.

Key words: public health, private health sector, public health sector, public health expenditure, private health expenditure, medical equipment, health legislation, NHS (National Health System), Greece, OECD.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητούμενα στη ζωή των πολιτών είναι η επίτευξη της ατομικής τους υγείας αλλά και της υγείας της οικογένειάς τους. Γι' αυτό το λόγο γίνεται όλο και μεγαλύτερη η ανάγκη για τη συνεχιζόμενη βελτίωση του συνόλου των υπηρεσιών και των δομών που δραστηριοποιούνται στο συγκεκριμένο χώρο. Για να επιτευχθεί όμως ο παραπάνω στόχος, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί τι περιλαμβάνει η αναφορά στον όρο υπηρεσίες υγείας και να αναλυθεί η διαδικασία με βάση την οποία διαχωρίζονται οι δομές και οι λειτουργίες των υπηρεσιών σε πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η έννοια της υγείας είναι μια έννοια πολυδιάστατη, που συγκεντρώνει λειτουργίες και χαρακτηριστικά από τομείς που παρουσιάζουν έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, παρακάτω αναφέρονται τα βασικά οργανωτικά χαρακτηριστικά και οι λειτουργίες που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας (Σουλιώτης Κ., 2000: 51):

1. Η προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες
2. Το ποσοστό της υλοποίησης των αναγκών του πληθυσμού σε υγειονομικό επίπεδο
3. Η μορφή των υπηρεσιών
4. Ο διαχωρισμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας

Έτσι, η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα πεδίο ανάπτυξης κοινωνικής κυβερνητικής πολιτικής ή πεδίο ανάπτυξης έντονης επιχειρηματικής δραστηριότητας. Ευρύτερα, η υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες ερμηνεύεται ταυτόχρονα ως ένα κοινωνικό αγαθό αλλά και ως ένα οικονομικό προϊόν. Αφ' ενός, η Υγεία είναι ένα αγαθό που αφορά όλους τους πολίτες και συνδέεται άμεσα με την ευημερία τους, και αφ' ετέρου είναι ένας χώρος στον οποίο μπορεί να αναπτυχθεί η ιδιωτική πρωτοβουλία. Οι πιθανές πηγές χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι α) η κοινωνική ασφάλιση, β) ο ιδιωτικός τομέας και γ) η επιβολή φόρων.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μείωση της υγειονομικής εξυπηρέτησης από δομές αμιγώς κοινωνικής ασφάλισης και ανάλογη επικράτηση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. Με εξαίρεση κάποια μεγάλα ταμεία που έχουν αναπτύξει χωριστές δομές παροχής υπηρεσιών (ΙΚΑ), η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασφαλισμένων παρέχεται από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα υγείας, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυσή τους σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, έναντι του αυτοτελούς μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης. Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να αντιληφθούμε τη σημασία των υπηρεσιών που παρέχονται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς.

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης ερευνητικής διαδικασίας θα προσπαθήσουμε να προβούμε σε μια σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και όσον αφορά τον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών αλλά και όσον αφορά τον τελικό στόχο των δύο τομέων. Το βασικό, λοιπόν, ερευνητικό ερώτημα είναι το κατά πόσο έχει μεταβληθεί ο συσχετισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας –τόσο σε ποιοτικό όσο και σε ποσοτικό επίπεδο– σύμφωνα με σύγχρονα αλλά και παλαιότερα δεδομένα (από το 1974 και μετά). Αρχικά θα αναλυθεί η σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας αλλά και οι διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται. Στη συνέχεια θα αναπτυχθούν τα οικονομικά και αριθμητικά δεδομένα (αριθμό θεραπευτηρίων-κλινών) και θα γίνει προσπάθεια εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων. Έπειτα θα ακολουθήσει μια ανάλυση των δαπανών συνολικά αλλά και επιμέρους για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Επίσης, θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια συνοπτική αλλά ολοκληρωμένη εικόνα του νομικού πλαισίου που διέπει τις σχέσεις μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και καθορίζει το ρόλο τους σε σχέση με την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αναγκών του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, θα γίνει μια αναφορά στο μοντέλο των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, αφού αποτελεί ένα σύγχρονο μοντέλο ανάπτυξης υποδομών που δείχνει να προωθείται σε σημαντικό βαθμό σε διεθνές επίπεδο. Τέλος, έχοντας συγκεντρώσει όλα τα παραπάνω δεδομένα, θα προχωρήσουμε στη συζήτηση, στη διαμόρφωση προτάσεων και στην εξαγωγή των απαραίτητων συμπερασμάτων.

2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την εκπόνηση της εργασίας αυτής ακολουθήθηκε συγκεκριμένη μεθοδολογία για την εύρεση στοιχείων, πινάκων, ορισμών και βιβλιογραφικών αναφορών.

Αρχικά, για την αναφορά του όρου «δημόσια υγεία» χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων MeSH, θέτοντας ως όρο αναζήτησης το 'public health'.

Ακόμα, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα που συνδέονται με στατιστικά στοιχεία, με επιστημονική βιβλιογραφία και με τις τρέχουσες εξελίξεις στο χώρο της υγείας. Όσον αφορά τα στοιχεία που σχετίζονται με τον αριθμό δημόσιων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων και ιατρείων, καθώς και με τον αριθμό των κλινών της εκάστοτε κατηγορίας, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΣΥΕ) έπειτα από επίσκεψη στο παράρτημα της ΕΣΥΕ στο Ηράκλειο. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι Στατιστικές Επετηρίδες των ετών 2003-2006, οι οποίες αναφέρουν στοιχεία των ετών 1999-2004. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες της Στατιστικής Πρόνοιας και Υγιεινής των ετών 1974, 1984 και 1994 της ΕΣΥΕ, καθώς και πληροφορίες από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών. Για τον πίνακα που δημιουργήθηκε στην εργασία χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία των ετών 1974, 1984, 1994 και 2004 των Στατιστικών Επετηρίδων και της Στατιστικής Πρόνοιας και Υγιεινής.

Αναφορικά με τα στοιχεία για τους ιατρικούς εξοπλισμούς σε δημόσιο και ιδιωτικό, χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες από την κλαδική μελέτη της ICAP για το 2008, οι οποίες αποκτήθηκαν έπειτα από επίσκεψη στο παράρτημα της ICAP στο Ηράκλειο.

Οι πίνακες που προέρχονται από την ΕΣΥΕ και από την ICAP είναι αποτέλεσμα επιλογής και επεξεργασίας των στοιχείων και των πινάκων και στις δύο περιπτώσεις.

Οι υπόλοιπες αναφορές στην εργασία προέρχονται από βιβλιογραφική μελέτη και ανασκόπηση τόσο από προσωπική συλλογή όσο και από έρευνα στη Βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η ανάλυση του νομικού πλαισίου προέρχεται είτε από μελέτη των αντίστοιχων ΦΕΚ των νόμων είτε από μελέτη των αναλύσεων που γίνεται στις βιβλιογραφικές αναφορές. Τέλος, άντληση πληροφοριών έγινε μέσα από εφημερίδες και από το διαδίκτυο.

Κατά τη διενέργεια της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας παρουσιάστηκαν σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα. Αυτά είχαν να κάνουν κυρίως με το οικονομικό σκέλος της έρευνας, αφού τα στοιχεία και κατ' επέκταση η σύγκριση και η ανάλυσή τους συναντούν αρκετά εμπόδια. Αρχικά, η κατά χώρα μέτρηση περιλαμβάνει διαφορετικά ερευνητικά δεδομένα λόγω της ποικιλομορφίας μεταξύ των χωρών. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι τα δεδομένα επηρεάζονται από τις διαφοροποιημένες οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, δημογραφικές και υγειονομικές ιδιομορφίες της κάθε χώρας (Σουλιώτης Κ., 2000:134). Μέχρι το 2000 δεν έχει εφαρμοστεί ένα αυτοτελές και ενιαίο μεθοδολογικό εργαλείο υγειονομικής στατιστικής, παρ' όλο που ο ΟΟΣΑ προωθεί το σύστημα των λογαριασμών υγείας από το 2000 και έπειτα (Λιαρόπουλος Λ., Νικολάου Σ., 2002: 15). Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα, κυρίως για τα στοιχεία σε εθνικό επίπεδο, είναι το γεγονός ότι το φαινόμενο της παραοικονομίας δε μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια. Οι βασικές διαστάσεις του συγκεκριμένου προβλήματος είναι η φοροδιαφυγή, η ανυπαρξία συσχέτισης μεταξύ δαπανών και εισοδημάτων και η έλλειψη ενός ισχυρού μεθοδολογικού εργαλείου για ακριβείς μετρήσεις (Σουλιώτης Κ., 2000:137).

Παρ' όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα, έγινε μια σοβαρή προσπάθεια εύρεσης των στοιχείων και ανάλυσης των βιβλιογραφικών δεδομένων. Για να υπερκεραστούν τα παραπάνω, βασιστήκαμε σε επίσημα στοιχεία από αναγνωρισμένους κρατικούς φορείς.

3.ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Για να μπορέσουμε να προχωρήσουμε σε μια ολοκληρωμένη και έγκυρη ανάλυση της διαδικασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, θα πρέπει να δώσουμε μία σαφή σημασία για κάθε μια από αυτές τις βασικές έννοιες.

Ωστόσο, οι δύο αυτές έννοιες συνυπάρχουν και πολλές φορές αλληλεπικαλύπτονται. Εξαιτίας αυτού, αρχικά, θα πρέπει να ορίσουμε την έννοια του υγειονομικού τομέα ανεξάρτητα από δημόσιες ή ιδιωτικές δομές. Έτσι, υγειονομικός τομέας ή τομέας υγείας είναι «το σύνολο των δομών και των υποδομών που έχουν σχέση με την παραγωγή και τη διανομή υπηρεσιών υγείας (κτίρια, εξοπλισμοί και προσωπικό), όσο και το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο αυτός διέπεται, τις υπηρεσίες εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας, της ασφάλισης υγείας, της παραγωγής και της εμπορίας φαρμάκων, τεχνολογικού και αναλώσιμου υλικού υγείας, κτλ.» (Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., 1999: 15).

Άρα, στον ευρύτερο υγειονομικό τομέα συμπεριλαμβάνονται τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές δομές πρόωθησης υπηρεσιών υγείας. Οι δημόσιες είναι οι υποδομές που ανήκουν στο κράτος: νοσοκομεία, κέντρα υγείας και υπηρεσίες του ΕΣΥ, πολυιατρεία και υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων, υπηρεσίες και ιατρεία που ανήκουν στους κατά τόπους δήμους και, τέλος, οι δημόσιες δομές που ασχολούνται με την επιμόρφωση και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Αντίστοιχα, στον ιδιωτικό τομέα εντάσσονται όλοι οι ιδιωτικοί φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, οι ιδιωτικοί εκπαιδευτικοί φορείς που ασχολούνται με την εκπαιδευτική διαδικασία στο χώρο της υγείας και, τέλος, οι εταιρείες που προωθούν φαρμακευτικά και ιατροτεχνολογικά προϊόντα.

Επιπρόσθετα, θα ήταν πολύ χρήσιμο να αναπτύξουμε στο συγκεκριμένο σημείο και τον ορισμό της δημόσιας υγείας που ευρύτερα καλύπτει το πεδίο δράσης και των δύο τομέων. Έτσι, όταν αναφερόμαστε στον όρο **δημόσια υγεία** μιλάμε για εκείνον τον τομέα της ιατρικής που ασχολείται με «την πρόληψη και τον έλεγχο της ασθένειας και της αναπηρίας και με την προαγωγή της σωματικής και διανοητικής υγείας του πληθυσμού σε διεθνές, εθνικό, κρατικό ή τοπικό επίπεδο» (MeSH Database).

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι πολλά από τα χαρακτηριστικά της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται στο πεδίο δράσης του ιδιωτικού τομέα υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δομές αποτελούν ένα ενιαίο σύστημα υγείας. Έτσι, πιο συγκεκριμένα, με τον όρο σύστημα υγείας αναφερόμαστε «στο σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών, στους οποίους απευθύνονται» (Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., 1999: 16).

Αυτό που παρατηρείται είναι το γεγονός ότι ουσιαστικά, ενώ η υγεία είναι μια κρατική πολιτική και ευθύνη - αφού είναι δημόσια και αφορά το συνολικό πληθυσμό - αφήνει περιθώρια δράσης στον ιδιωτικό τομέα είτε γιατί δεν καλύπτει κάποιες ανάγκες, είτε γιατί δεν τις καλύπτει επαρκώς ή ακόμα τις καλύπτει με μεγάλη καθυστέρηση και χαμηλό επίπεδο εξυπηρέτησης. Ωστόσο, η δημόσια υγεία - δηλαδή η υγεία για το σύνολο των πολιτών - είναι ένας κατ' εξοχήν τομέας κρατικής δραστηριότητας που αφήνει ελάχιστο χώρο δράσης για τον ιδιωτικό τομέα (Χ. Ζηλίδης 2002, σελ. 81).

Πώς είναι, όμως, δυνατόν, μέσα σε αυτό το περιορισμένο πεδίο δράσης, ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας αλλά και ευρύτερα, να είναι ένας ισχυρός και ταυτόχρονα κερδοφόρος επιχειρηματικός κλάδος; Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας δύο βασικές παραμέτρους: αφ' ενός, η παροχή υπηρεσιών από το δημόσιο τομέα δεν ευνοεί την ανάπτυξη υψηλού επιπέδου εξυπηρέτησης πελατών, κυρίως λόγω της έλλειψης κινήτρων, της απουσίας αξιολόγησης και, τέλος, λόγω της έλλειψης του παράγοντα της κερδοφορίας, που κυριαρχεί στον ιδιωτικό τομέα. Αφ' ετέρου, ο ιδιωτικός τομέας υγείας έχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα, το μάρκετινγκ, μέσα από την ανάπτυξη του οποίου μπορεί να προσελκύσει σημαντικό αριθμό πελατών-ασθενών, χωρίς απαραίτητα να συνδυάζεται με βελτίωση ή έστω διαφοροποίηση ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών. Τέλος, για τη διαμόρφωση της αγοράς στο χώρο της υγείας στη χώρα μας, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι εξελίξεις στο πολιτικό περιβάλλον, με τις μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν. Στο παρακάτω κεφάλαιο δίνεται μια σαφής εικόνα για τη συγκεκριμένη παράμετρο.

3.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

3.1.1. Ο Ρόλος του Πολιτικού, Κοινωνικού και Οικονομικού Περιβάλλοντος στα Υγειονομικά Δεδομένα της Χώρας

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να αναλυθεί είναι το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο αναπτύσσεται ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας υγείας αντίστοιχα.

Ξεκινώντας να αναπτύσσουμε το πολιτικό περιβάλλον της χώρας, θα πρέπει να σημειώσουμε κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Η Ελλάδα είναι μια χώρα που κατά την Τρίτη Ελληνική Δημοκρατία, όσον αφορά τον τρόπο διακυβέρνησής της, έχει θεμελιώσει το σύστημα του δικομματισμού¹. Αυτό οδήγησε σε μια εναλλαγή πολιτικών, κυρίως ως προς το ιδεολογικό και το θεωρητικό επίπεδο και όχι ως προς την πρακτική εφαρμογή των μέτρων. Αυτές οι μεταβολές γίνονται τόσο λόγω αλλαγής του κυβερνώντος κόμματος, όσο και λόγω συχνής εναλλαγής προσώπων στα ανώτατα επίπεδα των κέντρων λήψης αποφάσεων (υπουργοί - υφυπουργοί), χωρίς αυτό να σημαίνει αλλαγή του πολιτικού σκηνικού σε επίπεδο κομμάτων. Αποτέλεσμα των παραπάνω στον τομέα της υγείας ήταν να μη σημειωθούν πολύ σημαντικές αλλαγές σε ουσιαστικά σημεία πολιτικής, αλλά αντίθετα οι αλλαγές να περιορίζονται σε δευτερεύοντα και επιμέρους ζητήματα. Εκτενέστερη ανάλυση για τις αλλαγές στον τομέα της πολιτικής θα γίνει σε επόμενο κεφάλαιο.

Όσον αφορά το οικονομικό περιβάλλον, η επενδυτική δραστηριότητα στην Ελλάδα εμπεριέχει υψηλό δείκτη αβεβαιότητας. Ωστόσο, συγκεκριμένοι επιχειρηματικοί κλάδοι παρουσιάζουν σταθερή κερδοφορία λόγω του καταναλωτικού προτύπου που έχει κυριαρχήσει αλλά και λόγω των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζονται. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ο χώρος των τραπεζών αλλά και της υγείας (κυρίως για τα μεγάλα αστικά κέντρα). Τέλος, μετά την ένταξή μας στην Ευρωζώνη, η ελληνική οικονομία προσπαθεί να ανταπεξέλθει στη νομισματική πολιτική ενός ισχυρού νομίσματος, ενώ παράλληλα το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι δαπάνες αυτές κατανέμονται ορθολογικά².

Σε κοινωνικό επίπεδο οι Έλληνες πολίτες έχουν κοινό αξιακό κώδικα με βάση τον οποίο κατατάσσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα, δίνοντας στα κυρίαρχα ζητήματα υψηλό ποσοστό στις δημοσκοπήσεις. Ειδικότερα, η αναδιαμόρφωση των καταναλωτικών συνθηκών των νοικοκυριών και η κατάταξη της καλής υγείας ως προτεραιότητά τους δείχνει την τάση για ανέλιξη του συγκεκριμένου ζητήματος σε μια από τις σημαντικότερες κοινωνικές διεκδικήσεις (Σουλιώτης Κ., 2000: 79). Αυτό φαίνεται και από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004/2005 της ΕΣΥΕ, που κατατάσσουν τις οικογενειακές δαπάνες για την

¹ «Ο δικομματισμός μπορεί να οριστεί από μια σειρά παραμέτρων όπως η ισχύς του μεγαλύτερου κόμματος της αντιπολιτεύσεως (δεύτερου κόμματος στις εκλογές) συγκριτικά με τα άλλα αντιπολιτευόμενα, όπως και από την πιθανότητα να βρεθεί στη θέση αυτή κάποιο άλλο από τα δύο μεγάλα κόμματα, το άθροισμα των ποσοστών των δύο πρώτων κομμάτων, το οποίο να υπερβαίνει το 80%, κάτι το οποίο επηρεάζεται από τον εκλογικό νόμο, και κυρίως με την κοινοβουλευτική παρουσία, την κυβερνητική εμπειρία και τη δυνατότητα άσκησης διακυβέρνησης από πλευράς των κομμάτων» (Δικαίος Κ., 2009: 1).

Την περίοδο της Μεταπολίτευσης το δικομματικό σύστημα λειτούργησε με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Τα δύο κόμματα που ιδρύθηκαν το 1974 και κυριαρχούν έκτοτε στην πολιτική σκηνή, η Ν.Δ. και το ΠΑΣΟΚ, εναλλάσσονται στην εξουσία όλη αυτή την περίοδο, με εξαίρεση την Οικουμενική Κυβέρνηση το 1989. Η εναλλαγή στην εξουσία δύο ισχυρών κομμάτων φαίνεται να εξασφαλίζει πολιτική σταθερότητα, που αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για οικονομική ανάπτυξη και ευημερία, όμως ο δικομματισμός δεν μπορεί να θεωρηθεί πανάκεια για όλες τις δυσλειτουργίες του κοινοβουλευτισμού, της κοινωνίας και της οικονομίας (www.translatum.gr/forum/index.php?topic=48359.0).

² Η συνοπτική προαναφερθείσα ανάλυση του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος της χώρας δεν εμπεριέχει τα σύγχρονα δεδομένα με βάση την παγκόσμια οικονομική κρίση γιατί δεν υπάρχουν ασφαλή δεδομένα ούτε για την έκβαση ούτε για τα αποτελέσματά της.

υγεία αμέσως μετά από είδη διατροφής, την ένδυση και υπόδηση, τα πάγια έξοδα των νοικοκυριών, τα διαρκή αγαθά οικιακής χρήσης και τις μεταφορές (ΕΣΥΕ, «Η Ελλάδα με αριθμούς», 2008). Το παραπάνω είναι ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός, πόσο μάλλον αν αναλογιστεί κανείς ότι στη χώρα μας υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας που καλύπτει το σύνολο των πολιτών. Είναι γεγονός ότι η αναζήτηση της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών, ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της υγείας και η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας ζωής ως απαραίτητου συστατικού ορθούς διαβίωσης έγιναν ζητούμενο της σύγχρονης κοινωνίας. Οι δαπάνες των πολιτών, προκειμένου να διασφαλίσουν την επίτευξη της «καλής υγείας», είναι κατά τον Grossman, πέρα από την ποιότητα ζωής, και αποτέλεσμα της προσπάθειάς τους να παραμείνουν ενεργοί στην αγορά εργασίας, επομένως να έχουν ένα σταθερό εισόδημα (Grossman M., 1972: 223-255).

3.1.2. Το Πολιτικό Πλαίσιο για τον Τομέα της Υγείας

Εκτός από το γενικό περιβάλλον που αναπτύξαμε παραπάνω, χρειάζεται να γίνει μια αποσαφήνιση του χώρου της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Έτσι, για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε τη διαμόρφωση της υπάρχουσας κατάστασης στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, και πιο συγκεκριμένα, στις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, θα πρέπει να αναλύσουμε την πορεία που ακολούθησαν κατά τη διάρκεια της μεταπολίτευσης οι δύο αυτοί τομείς. Για την παραπάνω διαδικασία, θα χρησιμοποιηθούν βιβλιογραφικά δεδομένα και επίσημα στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για την περίοδο 1974 – 2004.

Αυτό που μπορεί να γίνει αντιληπτό σε πρώτη φάση είναι το γεγονός ότι δεν παρουσιάζονται σημαντικές μεταβολές στα δεδομένα παρά μόνο σε βάθος δεκαετίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται ανεξάρτητα από το χαρακτήρα τους θέλουν κάποιο βάθος χρόνου για να δείξουν τα αποτελέσματά τους.

Για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε το πολιτικό πλαίσιο του τομέα υγείας σε εθνικό επίπεδο, θα πρέπει να αναλύσουμε τις ομοιότητες και τις διαφοροποιήσεις που παρουσίασαν τα δύο κόμματα που ανέλαβαν τη διακυβέρνηση της χώρας κατά τη διάρκεια της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας, τόσο σε θεωρητικό-ιδεολογικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο πρακτικής εφαρμογής. Οι δύο αυτές πολιτικές παρουσίασαν σημεία σύγκλισης αλλά και κάποια σημεία διαφοροποίησης των πολιτικών τους, χωρίς όμως να θεωρούνται ιδιαίτερος αποκλινόμενα, τουλάχιστον όσον αφορά τον τομέα της υγείας, με κυριότερα σημεία διαφοροποίησης να αποτελούν η συμμετοχή δημόσιου και ιδιωτικού σε πληρωμές και παροχές, η διοίκηση των κέντρων υγείας και ο ρόλος των γιατρών (δυνατότητα ή μη και σε ιδιωτική απασχόληση) (Δικαίος Κ., 2006: 78, 82-84). Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι ενώ σε ιδεολογικό και κατ' επέκταση σε θεωρητικό επίπεδο η διαφοροποίηση θέσεων και αρχών των κομμάτων γίνεται εύκολα αντιληπτή, στην πρακτική τους εφαρμογή οι διαφοροποιήσεις είναι μικρές, πολλές φορές μάλιστα παρατηρείται ταύτιση.

Η σημαντικότερη τομή που επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την πολιτική υγείας ήταν η σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, καθώς υποσχέθηκε τη δημόσια και δωρεάν Υγεία για όλους τους Έλληνες πολίτες μέσα από ένα εθνικό σύστημα υπηρεσιών. Η σύστασή του αναδιαμόρφωσε σε σημαντικό βαθμό την ισορροπία ιδιωτικού και δημόσιου και δημιούργησε ένα ολοκληρωμένο πλέγμα υπηρεσιών υγείας για τον πολίτη για όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, ο νόμος 1397/83, δήλωνε ότι «το κράτος έχει την ευθύνη να παράσχει ιατρική φροντίδα σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική τους κατάσταση». Επίσης, ο νόμος αναφέρει ότι η παρεχόμενη φροντίδα δε θα χαρακτηρίζεται από κερδοσκοπία, αλλά θα έχει πρωταρχικό στόχο την προάσπιση της υγείας με ευθύνη του κράτους και οι πολίτες θα είναι σε θέση να μετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας (Σουλιώτης Κ., 2000: 94-96).

3.2.ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ (ΕΣΥΕ)

Με βάση την παραπάνω τομή θα χωρίσουμε αρχικά την ανάλυση των δεδομένων σε δύο βασικές περιόδους: την περίοδο πριν τη θέσπιση του ΕΣΥ (1974-1982) και την περίοδο σύστασης του ΕΣΥ έως σήμερα (1983-2004). Παρακάτω θα αναλύσουμε τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη μελέτη των δεδομένων της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.

Με μια πρώτη ματιά, παρατηρούμε ότι μέχρι το 1983 οι ιδιωτικές κλινικές και τα θεραπευτήρια διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, γεγονός που προερχόταν από το θεσμικό πλαίσιο της εποχής. Αντίθετα, από το 1983 και έπειτα, στα πλαίσια της σύστασης του Ε.Σ.Υ, παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση της δυναμικής των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο σε επίπεδο περιστατικών όσο και σε επίπεδο κλινών. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι με την πάροδο των χρόνων μειώθηκε σε σημαντικό βαθμό ο αριθμός των ιδιωτικών θεραπευτηρίων - κάτι που επέφερε και αντίστοιχη μείωση των κλινών τους - ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε ο αριθμός των δημόσιων θεραπευτηρίων με αντίστοιχη αύξηση των κλινών τους. Η μεταβολή αυτή γίνεται πιο αισθητή από το 1986 και μετά, που τα αποτελέσματα της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του 1983 άρχισαν να γίνονται ορατά, περίοδο κατά την οποία παρατηρείται σημαντική μείωση δραστηριοτήτων του ιδιωτικού τομέα, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που επιχορηγούνταν από το δημόσιο προϋπολογισμό να μετατραπούν σε νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την παύση της λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών μικρού βεληνεκούς και την υποβάθμιση άλλων κλινικών που μετασημάτισαν τη λειτουργία τους σε μακρά νοσηλεία (Σουλιώτης Κ., 2000: 93-97). Όσον αφορά τη δεύτερη υπό εξέταση περίοδο (1983-2004), γίνεται αντιληπτό ότι οι πολίτες χρησιμοποιούν συχνότερα τις δημόσιες υγειονομικές δομές. Όμως, σε περιπτώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας παρατηρούμε υψηλά ποσοστά χρήσης του ιδιωτικού τομέα (αντικαρκινικά, μαιευτικά-γυναικολογικά, νευροψυχιατρικά, παθολογικά και καρδιολογικά θεραπευτήρια).

Η φιλοσοφία του νόμου του 1983 για τη σύσταση του ΕΣΥ δε μπόρεσε να διατηρηθεί, αφού το 1992, με βάση την προηγηθείσα πολιτική μεταβολή (κυβέρνηση Ν.Δ.), διαφοροποιήθηκε ριζικά, με αποτέλεσμα να περιοριστεί η κρατική ευθύνη και να εγκατασταθούν συνθήκες ελεύθερου ανταγωνισμού στην αγορά υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αναβάθμιση του ρόλου της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Στόχος της προαναφερθείσας μεταρρυθμιστικής αλλαγής ήταν να εντάξει και τον ιδιωτικό τομέα στις επιλογές των πολιτών για υγειονομική τους περίθαλψη. Ωστόσο, η συγκεκριμένη κατεύθυνση του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν κράτησε για πολύ, αφού προέκυψε νέα αλλαγή στο πολιτικό σκηνικό, με αποτέλεσμα με τον Ν. 2194/1994 να επαναφερθούν οι στόχοι της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του 1983 (Σουλιώτης Κ., 2000: 100-101).

Συγκριτικά, λοιπόν, το 1974, ενώ η διαφορά στα μεγέθη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα αναφορικά με τις κλίνες ήταν μικρότερη σε σχέση με τη μετά ΕΣΥ περίοδο, πρέπει να σημειωθεί ότι το ίδιο έτος (1974) τα δημόσια θεραπευτήρια συγκέντρωναν υψηλότερο ποσοστό περιστατικών σε σχέση με τα ιδιωτικά. Σύμφωνα με τον πίνακα εξελθόντων ασθενών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (ΕΣΥΕ), η διαφορά αυτή γίνεται μεγαλύτερη στην Πελοπόννησο, στα Ιόνια νησιά, στην Ήπειρο, στη Θράκη και στα νησιά του Αιγαίου, ενώ στις υπόλοιπες περιοχές η διαφορά δεν είναι αξιοσημείωτη. Με την πάροδο των δεκαετιών η ψαλίδα χρήσης ιδιωτικού-δημόσιου μεγαλώνει περισσότερο υπέρ του δεύτερου και εξαπλώνεται σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας (ΕΣΥΕ 1986 και 1996). Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι, από τη σύσταση του ΕΣΥ κι έπειτα και με την καθιέρωσή του, οι πολίτες άρχισαν να εμπιστεύονται όλο και περισσότερο τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ένα γενικό συμπέρασμα που παρατηρείται και στις 2 περιόδους έχει να κάνει με το γεγονός ότι συσσωρεύεται υψηλός αριθμός περιστατικών στην περιφέρεια Αττικής και σχετικά χαμηλός στις γύρω από αυτήν περιοχές. Από αυτό προκύπτει η υπόθεση ότι οι κάτοικοι των συγκεκριμένων περιοχών θεωρούν πιο αξιόπιστα τα μεγάλα υγειονομικά κέντρα των Αθηνών, ιδιωτικά και δημόσια, πράγμα που ενισχύεται από την προσπελασιμότητα των κέντρων αυτών. Το παραπάνω επιχείρημα θα μπορούσε να αιτιολογήσει και τη μείωση κλινών και θεραπευτηρίων σε περιοχές που μπορούν να εξυπηρετηθούν από την Αττική, όπως η Στερεά Ελλάδα και η Εύβοια.

Παρακάτω θα αναλύσουμε τα στοιχεία της ΕΣΥΕ ανά δεκαετία, παίρνοντας ως δείγμα τα στοιχεία των ετών: 1974, 1984, 1994 και 2004 (πίνακας 1). Το σύνολο των θεραπευτηρίων σε εθνικό επίπεδο του 1974 ήταν 725, ενώ το 1984 μειώθηκαν σε 595. Το 1994 μειώθηκαν ακόμα περισσότερο στα 362 για να καταλήξουν το 2004 σε 319. Όσον αφορά τη νομική μορφή των θεραπευτηρίων, το 1974 είχαμε 117 δημόσια θεραπευτήρια και 87 κοινοτικούς σταθμούς έναντι των 32 ΝΠΙΔ και των 489 ιδιωτικών, ενώ το 1984 είχαμε 125 δημόσια θεραπευτήρια και 92 κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς έναντι των 22 ΝΠΙΔ και των 256 ιδιωτικών. Το 1994 είχαμε 140 δημόσια θεραπευτήρια, 4 ΝΠΙΔ και 218 ιδιωτικά. Το 2004 έχουμε 141 δημόσια έναντι 6 ΝΠΙΔ και 172 ιδιωτικών κλινικών. Τέλος, όσον αφορά τις κλίνες, ο συνολικός τους αριθμός για το 1974 είναι 56.885, εκ των οποίων το μεγαλύτερο μερίδιο συγκεντρώνουν οι δημόσιες (25.297) και οι ιδιωτικές (22.091) έναντι 720 κλινών των κοινοτικών υγειονομικών σταθμών και 8.147 των ΝΠΙΔ. Το 1984 οι κλίνες συνολικά είναι 51.081 με 31.838 δημόσιες κλίνες και 723 των κοινοτικών υγειονομικών σταθμών σε σχέση με τις 4.860 και 19.660 κλίνες των ΝΠΙΔ και των ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Το 1994 οι κλίνες στα δημόσια θεραπευτήρια είναι 36.467, ενώ οι κλίνες των ΝΠΙΔ και των ιδιωτικών θεραπευτηρίων είναι 269 και 15.052 αντίστοιχα. Το 2004 οι κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων αγγίζουν τις 35.808 σε αντίθεση με 14.515 των ιδιωτικών κλινικών και 1.548 των ΝΠΙΔ.

Πίνακας 1: Θεραπευτήρια και κλίνες κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου

	1974	1984	1994	2004
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ (ΣΥΝΟΛΟ)	725	595	362	319
A) Δημόσια	117	125	140	141
B) Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί	87	92	-	-
Γ) ΝΠΙΔ	32	22	4	6
Δ) Ιδιωτικά	489	256	218	172
ΚΛΙΝΕΣ (ΣΥΝΟΛΟ)	56.885	51.081	51.788	51.871
A) Δημόσιων θεραπευτηρίων	25.297	31.838	36.467	35.808
B) Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών	720	723	-	-
Γ) ΝΠΙΔ	8.147	4.860	269	1.548
Δ) Ιδιωτικών θεραπευτηρίων	22.091	19.660	15.052	14.515

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής (1974, 1984, 1994) & Στατιστική Επετηρίδα 2006 (στοιχεία 2003-2004).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι από το 1974 μέχρι το 2004 παρατηρείται μια σημαντική μείωση του συνολικού αριθμού των θεραπευτηρίων στη χώρα μας (από 725 σε 319). Επιπρόσθετα, γίνεται αντιληπτό ότι οι δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας από το 1974 και μέχρι και το 1989 αυξάνονται και υπερσχύουν των ιδιωτικών, ενώ από το 1990 και μετά ο ιδιωτικός τομέας συγκεντρώνει υψηλότερο αριθμό θεραπευτηρίων. Όσον αφορά τις κλίνες συνολικά, ανάμεσα στη δεκαετία 1974-1984 παρουσιάζεται οριακή αύξηση περίπου 100 κλινών, ενώ αντίθετα το 1994 οι κλίνες έχουν μειωθεί περίπου κατά 5.200. Ακόμη, το 2004 οι κλίνες έχουν αυξηθεί ελάχιστα (83). Τέλος, όσον αφορά τη διάκριση των κλινών βάσει νομικής μορφής των θεραπευτηρίων, αυτό που παρατηρούμε είναι ότι μέχρι τη σύσταση του ΕΣΥ δεν παρουσιάζονταν σημαντικές αριθμητικές διαφορές μεταξύ των δύο ειδών θεραπευτηρίων, ενώ από το 1984 και έπειτα οι δημόσιες κλίνες ξεπερνούσαν κατά πολύ τις ιδιωτικές.

3.3. ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στο παραπάνω κεφάλαιο αναλύσαμε τα ποσοτικά συγκριτικά δεδομένα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα. Ωστόσο, όταν μιλάμε για οποιαδήποτε αξιολόγηση, σύγκριση, ή μελέτη, δε μπορούμε να αγνοήσουμε τη σημασία των ποιοτικών χαρακτηριστικών που εμπεριέχονται σε αυτήν. Ιδιαίτερα στις σύγχρονες ερευνητικές διαδικασίες, η ποιοτική ανάλυση είναι σε θέση να μας δώσει στοιχεία και δεδομένα, μέσα από τα οποία ο ερευνητής μπορεί να εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα.

Πιο συγκεκριμένα, στο χώρο της υγείας η χρήση των ποιοτικών μεθόδων και η ανάπτυξη εργαλείων για τη μέτρηση των δεικτών ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα σημαντική ερευνητική διαδικασία, καθώς οι παραγόμενες εκροές είναι σε θέση να δώσουν μία σαφή εικόνα για το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας, αλλά και για τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις υπηρεσίες οι πολίτες.

Στη χώρα μας, δεν υπάρχουν ιδιαίτερα δεδομένα όσον αφορά την έννοια της ποιότητας στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας και τα περισσότερα αναφέρονται σε επιμέρους ομάδες ασθενών ή περιοχές. Εντούτοις, στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης επιχειρείται η επίσημη μετάφραση και στάθμιση των εργαλείων εκείνων που συνδέουν την ποιότητα ζωής σε μια σειρά από χρόνια και επιπολάζοντα νοσήματα (Θεοδωράκης Π., Λιονής Χ., 2003: 253).

Σε πρώτη φάση, θα πρέπει να διασαφηνίσουμε την έννοια της ποιότητας: «ποιότητα είναι ο βαθμός της ετοιμότητας για ένα σκοπό ή μια λειτουργία» (Oakland J., 1991). Σύμφωνα με την Παπανικολάου Β., η ποιότητα είναι το μέτρο ικανοποίησης των αναγκών του χρήστη (2003: 262).

Για να γίνει κατανοητή η σημασία της έννοιας της ποιότητας, αναφέρουμε ότι «στο Ηνωμένο Βασίλειο η βελτίωση της ποιότητας τοποθετείται στο κέντρο της πολιτικής υγείας για την εθνική υπηρεσία υγείας (NHS)» (Θεοδωράκης Π., Λιονής Χ., 2003: 245).

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε κάποιες βασικές ποιοτικές παραμέτρους που συνάδουν με τις δημόσιες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες αντίστοιχα. Όσον αφορά τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, ένα από τα βασικά ποιοτικά τους χαρακτηριστικά είναι ο υψηλός βαθμός εξυπηρέτησης του ασθενούς. Παράλληλα, σημαντικό στοιχείο είναι και η ταχύτητα ανταπόκρισης του ιδιωτικού τομέα στα εκάστοτε περιστατικά. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι στις περισσότερες ιδιωτικές μονάδες παρέχονται υπηρεσίες ξενοδοχειακού τύπου, γεγονός που συντελεί στη βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενούς. Όλα τα παραπάνω προκύπτουν από τη φύση του ιδιωτικού τομέα υγείας και την οικονομική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και φορέα. Το γεγονός ότι ο ασθενής είναι ταυτόχρονα πελάτης, του δίνει τη δυνατότητα της επιλογής και της απαίτησης κάποιων συγκεκριμένων ποιοτικών χαρακτηριστικών. Ωστόσο, η ποιότητα στον ιδιωτικό τομέα είναι πάντα σε συνάρτηση με τα οικονομικά κεφάλαια που επενδύονται στα πλαίσια του ανταγωνισμού. Πιο συγκεκριμένα, η ανάπτυξη του ποιοτικού σκέλους στον ιδιωτικό τομέα είναι πάντοτε σε αντιστοιχία με τη χρήση τόσων χρηματικών μονάδων όσων επιτρέπεται για να είναι η επιχείρηση κερδοφόρος (Κυριόπουλος Γ. κ. ά., 2003: 119).

Όσον αφορά το δημόσιο τομέα υγείας, είναι γεγονός ότι κυρίαρχο ρόλο στην ικανοποίηση του πολίτη διαδραματίζει το γεγονός ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι δωρεάν και χωρίς πρόσθετη δική του επιβάρυνση. Μια ακόμα ποιοτική παράμετρος, που είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους πολίτες, είναι ότι το εθνικό σύστημα υγείας απασχολεί έμπειρο και καταρτισμένο προσωπικό λόγω της αντιμετώπισης μεγάλου αριθμού περιστατικών σε όλες σχεδόν τις ειδικότητες. Επιπλέον, όσον αφορά το δημόσιο τομέα, ισχύει μια σημαντική διαφοροποίηση. Ο χρήστης των υπηρεσιών που προσφεύγει στις δημόσιες υπηρεσίες είναι ταυτόχρονα και πελάτης και πολίτης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι ένας έμμεσος ιδιοκτήτης αυτών των υπηρεσιών και ουσιαστικά να είναι αναγκασμένος, ακόμα και αν δεν είναι ικανοποιημένος από αυτές, να τις επαναχρησιμοποιεί λόγω του δωρεάν χαρακτήρα τους (Αγάλος Δ., Τσώλη Κ., 1997: 78).

Παράλληλα, η έννοια της ποιότητας και κατ' επέκταση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί κίνητρο για τη βελτίωση των υπηρεσιών, αφού στο δημόσιο τομέα δεν εξετάζονται τα περιθώρια του κέρδους (Κυριόπουλος Γ. κ. ά., 2003:116).

Και στους δύο τομείς κυρίαρχο ρόλο για την εισαγωγή της ποιότητας στα λειτουργικά τους χαρακτηριστικά διαδραματίζουν πρωτίστως οι εμπλεκόμενοι ανθρωπίνι πόροι και δευτερευόντως οι υλικοί. Συγκεκριμένα, το επίπεδο περίθαλψης συνδέεται κυρίως με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού και ως επί το πλείστον με το επίπεδο ιατρών και νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, οι σύγχρονοι ιατρικοί εξοπλισμοί αναβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σιγάλας Ι., 2003: 148).

Η έννοια της ποιότητας και η εισαγωγή της στον τομέα της διοίκησης έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα σε σημαντικό βαθμό και έχει αναπτυχθεί μια ολόκληρη κουλτούρα, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, είναι γεγονός ότι σταδιακά και ο δημόσιος τομέας έχει αρχίσει να κινείται προς αυτήν την κατεύθυνση, με αποτέλεσμα η ικανοποίηση των χρηστών να είναι σε πολύ υψηλότερο επίπεδο όσον αφορά τους στόχους του εκάστοτε οργανισμού. Με βάση τα παραπάνω, έχουν αναπτυχθεί κάποια βασικά χαρακτηριστικά που προσιδιάζουν με την έννοια της ποιότητας και τη χρήση της. Τα βασικότερα αυτών είναι η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η δραστηκότητα, η αποδοτικότητα, ο σεβασμός και η φροντίδα, η ασφάλεια και η επικαιρότητα (Παπανικολάου Β., 2003: 155).

Επιπλέον, η έννοια της ποιότητας χωρίζεται σε τρία βασικά και αλληλένδετα μεταξύ τους επίπεδα: το κόστος των παροχών, το ποιοτικό επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης και την ελεύθερη επιλογή υπηρεσιών. Στα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, η έννοια της ποιότητας ταυτίζεται πλήρως και με τη χρήση υψηλού επιπέδου πληροφοριακών συστημάτων, τα οποία είναι σε θέση να βελτιώσουν σε μεγάλο βαθμό την οργάνωση και να μειώσουν το κόστος και το χρόνο των απαιτούμενων διεργασιών (Δουμουλάκης Γ., 2003: 228, 239).

Παραπάνω αναπτύξαμε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που μας δείχνουν για ποιο λόγο είναι χρήσιμη η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας στη λειτουργία των υπηρεσιών και επιπρόσθετα αναπτύξαμε κάποια ποιοτικά χαρακτηριστικά των δημόσιων και ιδιωτικών δομών υγείας. Ωστόσο, για να δειχθεί ακόμα καλύτερα η διαφορά των δύο τομέων, πρέπει να προβούμε σε μια σύντομη συγκριτική ανάλυση ως προς την ικανοποίηση των χρηστών από διάφορες υγειονομικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, βασιστήκαμε σε μια ερευνητική προσπάθεια για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή της Αθήνας και αυτό γιατί είναι το μεγαλύτερο αστικό κέντρο της χώρας και μπορούμε να συγκρίνουμε μεγάλες δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες που, στην επαρχία, και κατ' επέκταση στην επικράτεια, δε θα υπήρχε αυτή η δυνατότητα.

Εξετάζοντας την ικανοποίηση στις διάφορες υγειονομικές δομές, παρατηρούμε ότι υπάρχει διαφοροποίηση τόσο ως προς το ποσοστό της ικανοποίησης όσο και ως προς την ταυτότητα των χρηστών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, οι νοσοκομειακές μονάδες του ΕΣΥ συγκεντρώνουν ποσοστά πάρα πολύ και αρκετά ικανοποιημένων χρηστών της τάξης του 59,2%, μέτριων της τάξης του 28,6%, ενώ καθόλου ικανοποιημένων σε ποσοστό 11,2%. Όσον αφορά την κοινωνική τάξη, οι δημόσιες υπηρεσίες ικανοποιούν περισσότερο τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αφήνουν ανικανοποίητους ασθενείς υψηλών παραγωγικών τάξεων (Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., 2003: 286, 289).

Στις ιδιωτικές κλινικές, η υψηλή ικανοποίηση αγγίζει το ½ του δείγματος (50,7%), ενώ συνολικά 85,9% είναι πάρα πολύ ή αρκετά ικανοποιημένο, αφήνοντας συνολικά 12,7% για μέτρια έως μηδενική ικανοποίηση. Από τα παραπάνω ποσοστά προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι ικανοποιημένο ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής τάξης (Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., 2003: 287, 290).

Τα κέντρα υγείας σημειώνουν αρκετά υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τα δημόσια νοσοκομεία (79,3%), αφού το 79,3% δηλώνει πάρα πολύ ή αρκετά ικανοποιημένο, ενώ το 17,2% δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο και, τέλος, μόλις το 3,4% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο. Όσον αφορά την κοινωνική προέλευση των ερωτηθέντων, υπάρχει ικανοποίηση για τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο σύνολο των κοινωνικών στρωμάτων. Αντίστοιχα, στον ιδιωτικό τομέα η ικανοποίηση για τη χρήση υπηρεσιών στα πλαίσια των ιδιωτικών ιατρείων αγγίζει το 89,9% για πάρα πολύ και αρκετά ικανοποιημένους χρήστες, ενώ η μέτρια ικανοποίηση συγκεντρώνει 10,1%, χωρίς να δηλώνονται ανικανοποίητοι χρήστες. Και εδώ φαίνεται ότι η ικανοποίηση δεν παρουσιάζει κοινωνική διαστρωμάτωση,

αλλά προέρχεται σχεδόν από το σύνολο των εξεταζόμενων κοινωνικών ομάδων (Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., 2003: 288, 291).

Πίνακας 2: Βαθμός Ικανοποίησης Χρηστών στην Αθήνα

Βαθμός Ικανοποίησης	Δημόσια		Ιδιωτικά	
	Κέντρα Υγείας	Νοσ/μεία ΕΣΥ	Ιδ. Ιατρεία	Ιδ. Κλινικές
Πάρα πολύ/ Αρκετά	79,3%	59,2%	89,9%	85,9%
Μέτρια	17,2%	28,6%	10,1%	9,9%
Καθόλου	3,4%	11,2%	-	2,8%

Πηγή: Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., 2003

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από ότι ο δημόσιος. Επίσης, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό και κυρίως το οικονομικό υπόβαθρο των ασθενών καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επιλογή του φορέα για την κάλυψη των υγειονομικών του αναγκών.

4.ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΥ ΔΙΕΠΕΙ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως σε οποιαδήποτε πολιτική, έτσι και στην πολιτική υγείας, το νομικό πλαίσιο που διέπει τους κανόνες με τους οποίους ασκείται η συγκεκριμένη πολιτική έχει σημαίνοντα ρόλο στον καθορισμό και στη διαμόρφωση των εξελίξεων. Βέβαια, το νομικό πλαίσιο κατά τη διαδικασία θέσπισής του, δεν είναι αυτόνομο, αλλά εκφράζει συγκεκριμένη πολιτική βούληση των ατόμων και των φορέων, όπως τα κόμματα και οι ομάδες πίεσης, που το συνδιαμορφώνουν. Στο χώρο της υγείας, κατά τη διάρκεια της μεταπολίτευσης, έγιναν σημαντικές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι οποίες όμως πολλές φορές είχαν διαφορετικές κατευθύνσεις και σε ένα βαθμό δεν υπήρχε ο χρόνος, έτσι ώστε να φανούν τα αποτελέσματά τους και να σταθεροποιηθούν. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μέχρι το 1983 που έγινε η πρώτη ολοκληρωμένη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο χώρο της υγείας, σε νομικό επίπεδο ίσχυαν στο μεγαλύτερο βαθμό οι διατάξεις της προηγούμενης μεταρρύθμισης που είχε γίνει το 1953, με αποτέλεσμα να μη μπορεί το νομικό πλαίσιο να ανταποκριθεί στις σύγχρονες διεθνείς εξελίξεις στο χώρο της υγείας.

Στη συνέχεια, θα αναλυθούν οι βασικοί άξονες του νομικού πλαισίου που καθορίζουν τόσο τη σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όσο και τις υποχρεώσεις τους προς τους πολίτες και το κράτος. Θα αναλυθούν οι μεγάλες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της μεταπολίτευσης, αλλά και μικρότερης έκτασης νόμοι και διατάγματα.

➤ Νομοσχέδιο Δοξιάδη

Το σχέδιο νόμου που κατατέθηκε στη Βουλή το 1980 από τον τότε Υπουργό Σπύρο Δοξιάδη αποτέλεσε τον προάγγελο των επερχόμενων νομοθετικών πράξεων. Προκειμένου να δημιουργηθεί μια ολοκληρωμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη πρόταση για την υγεία, δημιουργήθηκε η Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ), η οποία εξέτασε τις ελληνικές υγειονομικές ανάγκες, εξέτασε τα συστήματα υγείας των άλλων χωρών, ανέλυσε τη ροή δαπανών και εσόδων, προτείνοντας ταυτόχρονα μέτρα για την ορθολογική διαχείριση των πόρων. Απόρροια των παραπάνω ήταν η διαμόρφωση του καινοτόμου σχεδίου νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», το οποίο προσidiάζε με τη φιλοσοφία του βρετανικού εθνικού συστήματος υγείας.

Το σχέδιο αυτό κατευθύνθηκε προς την ουσιαστική βελτίωση του συστήματος υγείας και της κατάστασης της υγείας των πολιτών, που θα επιφέρει τα αποτελέσματα που αναμένονταν από την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας των τελευταίων χρόνων. Συνεπώς, θεωρείται αναγκαία η εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών του ελληνικού πληθυσμού, η μελέτη διαφόρων υγειονομικών συστημάτων άλλων χωρών και η υλοποίηση των προτάσεων σε βάθος χρόνου, έτσι ώστε η μακροπρόθεσμη πολιτική υγείας να προσαρμόσει στα ελληνικά δεδομένα με ομαλό τρόπο τα παραδείγματα άλλων χωρών και να υλοποιήσει σωστά τις προτάσεις για μια ολοκληρωμένη πολιτική υγείας.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου θεωρείται πολύ σημαντική η προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την επίλυση βασικών υγειονομικών προβλημάτων, ενώ η αποκέντρωση των υγειονομικών υπηρεσιών –πέρα από τη διοικητική ευελιξία- θα προσφέρει ρόλο μεσολάβησης των αναγκών της περιφέρειας προς το κέντρο. Ακόμη, με το νομοσχέδιο αυτό θεωρείται αναγκαίος ο εξορθολογισμός των δαπανών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος, όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, στα επαγγέλματα υγείας θα συμμετέχουν άτομα μόνο βάσει της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ θα διασφαλίζεται η ειδίκευση και μετεκπαίδευσή τους για την εξέλιξη της κατάρτισης του προσωπικού (Υφαντόπουλος Ι., 2006: 190-195).

Τελικά, το αξιολογικό αυτό νομοσχέδιο δεν υποστηρίχθηκε για να ψηφιστεί στη Βουλή τόσο από την πλευρά του κυβερνώντος κόμματος όσο και από την πλευρά της αντιπολίτευσης: σύμφωνα με μερίδα της ΝΔ το νομοσχέδιο είχε διαφορετική ιδεολογική ταυτότητα από αυτήν που υποστήριζε το κόμμα, πολλοί βουλευτές από την πλευρά του ΠΑ.ΣΟ.Κ. προτιμούσαν την ψήφιση ενός τέτοιου νόμου σε μια δική τους τετραετία (Δικαίος Κ., 2006: 76).

➤ *N. 1397/83*

Ο πρώτος νόμος που δημιουργήθηκε με σκοπό την αλλαγή του συστήματος υγείας προς ένα εθνικό επίπεδο ήταν ο Ν. 1397/83 για το Ε.Σ.Υ.. Μαζί με αυτόν θεσπίστηκαν και κάποιες αρχές που συνάδουν με τη φιλοσοφία των εθνικών συστημάτων υγείας, ήτοι:

- η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό.
- η παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι καθολική και χωρίς διακρίσεις βάσει κοινωνικοοικονομικής θέσης.
- η προστασία της υγείας αποτελεί κρατική ευθύνη.
- οι πολίτες έχουν ενεργό ρόλο στον προγραμματισμό και τον έλεγχο για την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής.

Συνεπώς, ειδικότεροι στόχοι του νόμου αυτού είναι η βελτίωση της υγείας και του επιπέδου περίθαλψης, η οποία θα επιτευχθεί μέσω της κοινωνικοποίησης της υγείας, δηλαδή μέσα από την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες «χωρίς την ύπαρξη οικονομικών φραγμών που μπορεί να στερούν τις υπηρεσίες από κάποια άτομα ή ομάδες» (Σουλιώτης Κ., 2000: 94).

Ακόμη, ο νόμος προέβλεπε την αποκέντρωση, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών και την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των νοσοκομειακών ιατρών, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα ιδιωτικής απασχόλησής τους. Μία πολύ σημαντική ρύθμιση του νόμου, προκειμένου να επιτευχθούν η αποκέντρωση και η διοικητική αυτοτέλεια στο ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών, ήταν ο διοικητικός διαχωρισμός της χώρας σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες. Προς τη φιλοσοφία της αποκέντρωσης κινήθηκε και η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη θέσπιση των κέντρων υγείας, των οποίων σκοπός ήταν η πρόληψη και ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα υγείας, καθώς και ο έλεγχος της παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Καθώς ο νόμος αυτός αποτελούσε την ισότιμη πρόσβαση υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες και την αντίστοιχη παροχή τους, μια πρόσθετη ρύθμιση ήταν ο περιορισμός του ιδιωτικού τομέα υγείας, έτσι ώστε να μην αποτελεί αντικείμενο κερδοσκοπίας. Απότοκος των παραπάνω ήταν τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που επιχορηγούνταν από το δημόσιο προϋπολογισμό να εξελιχθούν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και να απαγορευτεί και η επέκταση, η ίδρυση και η μεταβίβαση των μετοχών των ιδιωτικών κλινικών. Ο περιορισμός αυτός, σε συνδυασμό με την πολιτική ελέγχου τιμών από το κράτος, οδήγησε στην υποβάθμιση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης από μέρους των ιδιωτικών κλινικών, καθώς και στη διακοπή της λειτουργίας πολλών τέτοιων κλινικών μικρής δυναμικότητας λόγω μη επικερδούς λειτουργίας (Σουλιώτης, Κ., 2000: 96-7).

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι, παρά την απαγόρευση ίδρυσης και επέκτασης ιδιωτικών κλινικών, δεν προβλέφθηκε απαγόρευση για την ίδρυση διαγνωστικών κέντρων, με αποτέλεσμα αυτά να αναπτυχθούν σε μεγάλο βαθμό (Καρόκης, Α., Σισσούρας, Α., 1994: 60). Ανάπτυξη σημειώθηκε και στα ιδιωτικά μαιευτήρια, κυρίως λόγω της προτίμησης των γυναικών να προσφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς (Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., 1991: 55). Αντίστοιχη έκβαση είχαν και τα ιδιωτικά θεραπευτήρια λόγω της τρόπον τινά ξενοδοχειακής τους υποδομής, της υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών και της επιθυμίας των καταναλωτών να αποφύγουν γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Παρά τους αισιόδοξους στόχους του νόμου για τη βελτίωση της υγείας και του επιπέδου περίθαλψης και την καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας ως κοινωνικό αγαθό, τελικά υλοποιήθηκαν μερικά από τα μέτρα, τα οποία περιλαμβάνουν την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών, τον αποτελεσματικό έλεγχο του κόστους και την προσπάθεια ικανοποίησης του δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Δικαίος, Κ., 2006: 78).

Κατά τα άλλα, σημειώθηκε αντίδραση από το ιατρικό σώμα για τον αποκλεισμό του ενδεχομένου απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών στον ιδιωτικό τομέα. Η διατήρηση της νοσοκομειακής αντίληψης και η όχι και τόσο επιτυχημένη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας επέφερε την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και την αύξηση του κόστους. Η έλλειψη αξιολόγησης και η διοικητική δυσκαμψία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων και στην κατανομή των πόρων οδήγησαν στην αδυναμία εφαρμοσιμότητας αυτών που προέβλεπε ο νόμος. Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε και η αντιμετώπιση του ζητήματος των ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι ελλείψεις του δημόσιου τομέα συνετέλεσαν στην αύξηση των πολυτελών κλινικών, των διαγνωστικών κέντρων και των ιδιωτικών μαιευτηρίων. Σε γενικές γραμμές, όμως, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι ο νόμος του 1983 ήταν μια νομοθετική πράξη μείζονος σημασίας και μια ουσιαστική βάση, πάνω στην οποία το σύστημα υγείας εξελίσσεται μέχρι και σήμερα (Δικαίος, Κ., 2006: 79-91).

➤ **N. 2071/92**

Ο νόμος αυτός, σε σχέση με αυτούς των προηγούμενων ετών (Ν. 1579/85, Ν. 1759/88, Ν. 1902/90), παρουσιάζει σημαντικές διαφορές, διότι είναι ο πρώτος νόμος έπειτα από την αλλαγή κυβέρνησης και την ανάληψη καθηκόντων από τη ΝΔ. Ο νόμος προσανατολίζεται προς μια νεοφιλελεύθερη νοοτροπία, επιδιώκοντας τον «Εκσυγχρονισμό και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας». Μέσω αυτού, επιδιώκονται αλλαγές στην κρατική ευθύνη και παρέμβαση, στις δημόσιες δαπάνες, στο ρόλο του ιδιωτικού τομέα, καθώς και στη διάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, ο νόμος προέβλεπε την απελευθέρωση της λειτουργίας κλινικών και νοσοκομείων εφόσον τηρούνταν προϋποθέσεις ανθρώπινου δυναμικού και ποιότητας τεχνολογίας. Ακόμη, προβλεπόταν ελευθερία επιλογής του φορέα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ οι γιατροί είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στα νοσοκομεία και τη μερική απασχόληση στα νοσοκομεία αλλά την ταυτόχρονη δυνατότητα των ιατρών αυτών να ασκούν το επάγγελμά τους και σε ιδιωτικά ιατρεία. Τέλος, τα κέντρα υγείας δεν υπόκεινταν πλέον στη δικαιοδοσία των νοσοκομείων αλλά είχαν διοικητική αυτοτέλεια και η χρηματοδότησή τους προερχόταν από τις νομαρχίες.

Η μεγαλύτερη αλλαγή που επέφερε ο Ν. 2071/92 ήταν ότι από ένα σύστημα πλήρους πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας μεταφερθήκαμε σε μια μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής των πολιτών για τους φορείς υγειονομικών υπηρεσιών. Η διοικητική αυτοτέλεια των κέντρων υγείας και η μη χρηματοδότησή τους από τα νοσοκομεία αλλά από τις νομαρχίες δημιούργησε προβλήματα στις διευθύνσεις υγιεινής των νομαρχιών. Επιπλέον, η σημαντική διαφοροποίηση στις αμοιβές των ιατρών μερικής και πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης οδήγησε στο να επιλέξουν το μέτρο ολιγάριθμοι ιατροί (Σουλιώτης Κ., 2000: 100-101 & Δικαίος Κ., 2006: 80, 84, 90).

➤ **N. 2194/94**

Εν συνεχεία, ο νόμος αυτός είναι προϊόν μιας νέας αλλαγής κυβέρνησης, η οποία επιδιώκει την επαναφορά των στόχων του νόμου του '83 για το ΕΣΥ. Συνεπώς, μέσω του Ν. 2194/94 για την «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», προβλέπεται η επαναφορά της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών (με τον αναμενόμενο αποκλεισμό του ενδεχομένου ιδιωτικών ιατρείων από τους τελευταίους), όπως και η οικονομική και διοικητική υπαγωγή των κέντρων υγείας στα νοσοκομεία.

Ενισχυτικά προς τη δημιουργία ενός νέου εθνικού συστήματος υγείας λειτούργησαν και οι επιτροπές των ξένων και Ελλήνων εμπειρογνομόνων που συγκροτήθηκαν με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας. Η επιτροπή των ξένων εμπειρογνομόνων σε συνεργασία με την ελληνική επιτροπή εστίασαν σε συγκεκριμένα σημεία για την προτεινόμενη μεταρρύθμιση, εκ των οποίων τα κυριότερα αφορούσαν τη σύσταση του Ενιαίου Φορέα Υγείας, του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και ευρύτερα την ενίσχυση της ΠΦΥ και, τέλος, την οργάνωση των νοσοκομείων. Τα σημεία αυτά ανατέθηκαν αντίστοιχα σε τρεις ελληνικές επιτροπές ειδικών.

Στόχος της πρώτης επιτροπής ήταν η οργάνωση του Ενιαίου Φορέα Υγείας με τέτοιο τρόπο, ώστε να διαχειρίζεται και να κατανέμει τους διατιθέμενους πόρους για την Υγεία, όπως και να ελέγχει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η δεύτερη επιτροπή

προέβλεπε την αποκεντρωτική δράση των κέντρων υγείας στα πλαίσια της προσβασιμότητας και της εξυπηρέτησης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, υπογραμμίζεται ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα αποτελεί το πρώτο στάδιο επαφής του πολίτη στις υγειονομικές υπηρεσίες. Η τρίτη επιτροπή συνιστά την αλλαγή της νομικής υπόστασης των νοσοκομείων από ΝΠΔΔ σε ΝΠΔ ή σε ανώνυμες εταιρίες υπό κρατική ιδιοκτησία.

Ωστόσο, οι παραπάνω στόχοι αμφισβητούνται για τη δυνατότητα υλοποίησής τους και προσαρμογής τους στα ελληνικά δεδομένα είτε λόγω ελλείψεων και ανεπαρκειών είτε λόγω αδυναμίας μεταφοράς των ρυθμίσεων της επιτροπής από τα επιτυχημένα παραδείγματα του εξωτερικού (Σουλιώτης, Κ., 2000: 101-107).

➤ **N. 2519/97**

Ο Ν. 2519/97 για την «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις και άλλες Διατάξεις» ενσωμάτωσε πολλές από τις προτάσεις της επιτροπής των εμπειρογνομόνων του 1994. Βασική του φιλοσοφία ήταν η προαγωγή της δημόσιας υγείας, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας και η επαναπροσέγγιση της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, δημιουργήθηκαν όργανα για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών (Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη, Επιτροπή Ελέγχου, αυτοτελής υπηρεσία υπαγόμενη στο Γ. Γ. του Υπουργείου Υγείας). Η δημόσια υγεία προσανατολίστηκε προς την πρόληψη, την ενημέρωση, τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου, τη συνεχή εκπαίδευση και τελικά προς τη δημιουργία Διεύθυνσης Σχολικής Υγείας, Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), τα οποία θα υπάγονται στην εποπτεία του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.).

Προβλέπεται ακόμη η σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Υ.Υ.), του Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ.), καθώς και του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας (Α.Ε.Ε.Σ.Υ.), εκ των οποίων τα δύο τελευταία εντάσσονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το πρώτο στο Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας.

Προκειμένου να επαναπροσδιοριστεί η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αντίστοιχες ενέργειες γίνονται στις αρμοδιότητες και τη σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου και του Προέδρου των νοσοκομείων, ενώ θεσπίζεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός. Η λειτουργία Μονάδων Αποκατάστασης που προβλέπονται για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν ως στόχο την αποθεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών μετά το τέλος της αγωγής που έχουν δεχθεί. Στόχος των Ειδικών Κέντρων που θα λειτουργούν στα Περιφερειακά ή Ειδικά νοσοκομεία είναι η παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης και η κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού και υπόλοιπου προσωπικού στα νέα δεδομένα.

Επιπλέον, επαναδιατυπώνεται η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών, ενώ προβλέπεται και η αξιολόγηση του έργου τους με ετήσιες εκθέσεις. Με τον νόμο αυτό δημιουργείται και μια νέα ειδικότητα των ιατρών για την απορρόφησή τους στα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, αυτή της γενικής ιατρικής, προκειμένου να ενισχυθεί η προαγωγή της υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα. Για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας δημιουργείται και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Αξιοσημείωτη είναι και η υιοθέτηση συστήματος κλειστών προϋπολογισμών για τα νοσοκομεία και η προσέγγιση των πόρων των Κέντρων Υγείας, τα οποία συνδέονται με τα νοσοκομεία. Τέλος, μέσω του Ε.Ο.Φ. ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τα φάρμακα, όπως η δημιουργία εθνικού συνταγολογίου, η χορήγηση λίστας φαρμάκων και η διενέργεια ελέγχων εισαγόμενων ή παραγόμενων σκευασμάτων (Σουλιώτης, Κ., 2000: 107-110 & Δικαίος, Κ.,).

Οι νομοθετικές προσπάθειες που ακολούθησαν επεχείρησαν να εναρμονίσουν το ΕΣΥ με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά συστήματα και να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες έτσι ώστε να ενισχυθεί η ικανοποίηση των χρηστών και παράλληλα να συγκρατηθούν οι δαπάνες.

➤ **N. 2889/01**

Συνολικά, η μεταρρυθμιστική προσπάθεια της περιόδου 2000-2002 υπό την ηγεσία του Αλ. Παπαδόπουλου, είχε ως στόχο την επιβίωση του συστήματος και τον απαραίτητο

εκσυγχρονισμό που απαιτούνταν έτσι ώστε να κερδίσει και πάλι την εμπιστοσύνη των Ελλήνων πολιτών. Το παραπάνω πλαίσιο καθορίστηκε από το Ν. 2889/01. Το πολιτικό πλαίσιο του νόμου στόχευε στη διατήρηση μιας σχέσης ισορροπίας μεταξύ της κοινωνικής αλληλεγγύης και της συγκράτησης του κόστους συνδυάζοντας την αποδοτικότητα των πόρων και την ανταπόκριση του ΕΣΥ στην κάλυψη των αναγκών (Κουλούρη Φ., 2005).

Ειδικότερα, ο νόμος εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργάνωση του ΕΣΥ μέσα από τη δημιουργία των ΠΕ.Σ.Υ. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας), τα οποία καθορίζονται ως αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου με στόχο την επίβλεψη όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του συστήματος, έχοντας θεσπίσει ξεχωριστό θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας μέσω του Π.Δ. 357/2001 «Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των ΠΕΣΥ». Παράλληλα, ο συγκεκριμένος νόμος απαγορεύει την απασχόληση των πανεπιστημιακών γιατρών στον ιδιωτικό τομέα (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Επίσης, καθιερώνεται ο θεσμός του manager, ο οποίος υπογράφει συμβόλαιο με συγκεκριμένη στοχοθέτηση και με σαφή χρονική διάρκεια υλοποίησής της και επιπρόσθετα καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατάλογος εθνικών κριτών ανά ειδικότητα, έτσι ώστε μέσα από τα συμβούλια επιλογής και αξιολόγησης να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να απαλειφθούν οι στρεβλώσεις από τη λειτουργία του συστήματος (ΦΕΚ 37Α, άρθρο 11).

Ο συγκεκριμένος νόμος ήταν μια από τις πιο ολοκληρωμένες και τολμηρές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του ΕΣΥ. Ωστόσο, βλέποντας τη γενικότερη εικόνα που ακολουθήθηκε τα επόμενα χρόνια, γίνεται αντιληπτό ότι μεγάλο μέρος των θετικών στοιχείων και διατάξεων του συγκεκριμένου νόμου προσέκρουσε αφενός στην ισχυρή γραφειοκρατική λογική του συστήματος και αφετέρου στη στενότητα της αντίληψης του υγειονομικού χώρου ως πεδίο κομματικού ανταγωνισμού.

Αξίζει ωστόσο να αναφερθούμε στο Ν. 3301/04 (ΦΕΚ 263 Α'), μέσα από τον οποίο διευκολύνθηκε η αποπληρωμή των χρεών των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και εξυγιάνθηκαν σε σημαντικό βαθμό, έστω και προσωρινά.

➤ Ν. 3329/05

Το 2005 οδηγηθήκαμε στην αλλαγή της συγκρότησης του ΕΣΥ μέσα από το Ν. 3329/05 «Περιφερειακή Συγκρότηση του ΕΣΥ και Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Το πολιτικό πλαίσιο του συγκεκριμένου νόμου είχε ως στόχο να αναδιαρθρώσει τη δομή του ΕΣΥ, έτσι ώστε να συκρατηθούν και να εξορθολογιστούν οι δαπάνες και παράλληλα να αυξηθεί ο βαθμός ετοιμότητας της κρατικής μηχανής. Συγκεκριμένα, ιδρύονται υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις αντίστοιχες διοικητικές, τόσο ως προς την έδρα τους, όσο και ως προς τη συγκρότησή τους (άρθρο 1, ΦΕΚ 81 Α').

Ο διοικητής της εκάστοτε υγειονομικής περιφέρειας διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ύστερα από γνωμοδότηση της Βουλής των Ελλήνων με διετή θητεία και αυξημένες αρμοδιότητες (άρθρο 3, ΦΕΚ 81 Α').

Στα πλαίσια του συντονισμού του έργου των υγειονομικών περιφερειών και της παραγωγής της ευρύτερης υγειονομικής πολιτικής, συστήνονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.) και το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.Π.Ε.) (άρθρο 6, ΦΕΚ 81 Α').

Παράλληλα, προωθούνται διατάξεις για τις πειθαρχικές ποινές, την έγκριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων, καθώς και μέτρα για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης και επανένταξης (άρθρα 21 και 28).

Ο συγκεκριμένος νόμος εισήγαγε αρκετές διαφοροποιήσεις στον υγειονομικό τομέα και προσπάθησε να βελτιώσει το διοικητικό μοντέλο του ΕΣΥ και της κοινωνικής ασφάλισης. Παρ' όλα αυτά, παρατηρούμε ότι, παρά τις αισιόδοξες προβλέψεις που τον ακολούθησαν, τα χρόνια προβλήματα του ΕΣΥ συνεχίστηκαν και σε ένα βαθμό διογκώθηκαν.

Ωστόσο, οι όποιες αλλαγές παρατηρούνται σε δευτερεύοντα ζητήματα και αυτά αφορούν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και τη διοίκηση των κέντρων υγείας. Γενικά, όπως προκύπτει από την εξέλιξη των νομοθετικών ρυθμίσεων που αναπτύξαμε παραπάνω, η ειδοποιός διαφορά των δύο κομμάτων προέρχεται από το βαθμό ελευθερίας

επιλογής του ασθενή αλλά και από τη δυνατότητα και τα περιθώρια ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα, χωρίς να προκαλούνται αναδιαρθρώσεις με μεγάλο πολιτικό κόστος στο δημόσιο τομέα (Δικαίος Κ., 2002: 527).

Συνολικά, παρατηρούμε ότι, παρά τις εναλλαγές στη διακυβέρνηση της χώρας και τις νομοθετικές πράξεις που έπονται αυτών, υπάρχει μια γενική σταθερότητα στις βασικές αρχές που διέπουν το σύστημα υγείας. Επομένως, οι απόψεις της Ν.Δ. και του ΠΑ.ΣΟ.Κ. συγκλίνουν: η Ν.Δ. αποδέχεται το κοινωνικό κράτος και μια ορθή δημόσια υγειονομική περίθαλψη, ενώ το ΠΑ.ΣΟ.Κ. αποδέχεται «το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής από τους γιατρούς σε επίπεδο νοσηλευτηρίου» (Δικαίος Κ., 2006: 77, 84).

5.Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

Παραπάνω αναλύσαμε το νομικό πλαίσιο που διέπει τις σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, πράγμα που είναι σημαντικό για την κατανόηση της διαμόρφωσης πολιτικής στον τομέα της υγείας. Εξίσου σημαντικό κεφάλαιο για την κατανόηση των μεγεθών του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας αποτελεί η διαμόρφωση των δαπανών υγείας σε διεθνές επίπεδο, έτσι ώστε να μπορέσουμε να αντιληφθούμε τη συσχέτιση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας σε εθνικό επίπεδο. Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να δούμε τη θέση της Ελλάδας στη διαμόρφωση των σύγχρονων υγειονομικών προτύπων και στην ισορροπία μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών. Με τα δεδομένα αυτά θα μπορέσουμε να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα και μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τη χώρα μας.

Ο όρος *«δημόσια δαπάνη υγείας»* χρησιμοποιείται για να αναφερθούμε στις *«δαπάνες που πραγματοποιούνται από το δημόσιο για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια»* (ICAP, 2008: 4). Παρακάτω θα αναλύσουμε τα δεδομένα για τις δημόσιες δαπάνες υγείας, έτσι ώστε να γίνει μια σύγκριση μεταξύ των εθνικών και των δημόσιων δαπανών και του ισχύοντος διεθνούς καθεστώτος. Οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, ενώ ενσωματώνουν στοιχεία τόσο από τα αμιγώς εθνικά συστήματα υγείας όσο και από τις υγειονομικές παροχές των ασφαλιστικών ταμείων, επιλέγουν να ενισχύουν σε σημαντικό βαθμό μία από τις προαναφερθείσες λειτουργικές δομές. Έτσι, σε άλλες χώρες υπερισχύει η παροχή των υπηρεσιών που συνδέεται με τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ σε άλλες ενισχύουν τις αμιγώς κρατικές δομές.

Από την άλλη, κάνοντας λόγο για *«ιδιωτική δαπάνη υγείας»* εννοούμε τις *«δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, περιλαμβανομένων και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων πληθυσμού, καθώς και τις δαπάνες εκείνων των ατόμων που είναι ανασφάλιστα»* (ICAP, 2008: 4). Στη χώρα μας ακολουθούμε συνήθως τα διεθνή πρότυπα και όσον αφορά τις επενδυτικές πρωτοβουλίες και όσον αφορά τις καταναλωτικές συνήθειες. Ωστόσο, ο χώρος της υγείας είναι ιδιαίτερα σύνθετος και πολυεπίπεδος. Για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε το μέγεθος και το ρόλο των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε εθνικό επίπεδο, θα πρέπει να αναδείξουμε τα μεγέθη των δαπανών αυτών σε διεθνές επίπεδο, έτσι ώστε να γίνει μια συγκριτική ανάλυση, μέσα από την οποία θα αποκτήσουμε μια συνολική εικόνα για το χώρο των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Για την παραπάνω ανάλυση θα χρησιμοποιήσουμε στοιχεία από τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η επιλογή αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι τα συγκεκριμένα στοιχεία απολαμβάνουν υψηλό βαθμό εγκυρότητας, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να μας δώσουν μια συνοπτική εικόνα για τα παγκόσμια οικονομικά μεγέθη, αναλύοντας δεδομένα από χώρες που βρίσκονται σε διαφορετική οικονομική και πολιτική κατάσταση. Αυτή η ετερογένεια είναι πολύ σημαντική για την ανάλυση της ελληνικής περίπτωσης, αφού δείχνει τη θέση της χώρας μας τόσο σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες και τα οικονομικά μεγαθήρια, όσο και με χώρες με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες στα επίπεδα της Ελλάδας.

Η διαμόρφωση των δαπανών υγείας σε διεθνές επίπεδο μας δίνει μια γενικότερη εικόνα των πολιτικών που εφαρμόστηκαν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, κυρίως εκφράζοντας ένα μέσο όρο διότι υπάρχουν αποκλίσεις από χώρα σε χώρα. Ειδικότερα, στις χώρες του ΟΟΣΑ παρατηρούμε εξελίξεις ως προς τις δαπάνες ανά δεκαετία, τόσο ως προς το ποσοστό των δαπανών επί του ΑΕΠ όσο και ως προς το μερίδιο δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών.

Πίνακας 3: Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ

ΧΩΡΑ	1980	1990	1997
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	7,3	8,3	8,3
ΑΥΣΤΡΙΑ	7,7	7,2	7,9
ΒΕΛΓΙΟ	6,5	7,5	7,6
ΚΑΝΑΔΑΣ	7,3	9,2	9,3
ΔΑΝΙΑ	8,7	8,2	7,7
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	6,5	8	7,3

ΧΩΡΑ	1980	1990	1997
ΓΑΛΛΙΑ	7,6	8,9	9,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	8,8	8,7	10,4
ΕΛΛΑΔΑ*	3,6	4,2	7,1
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	6,2	7,9	8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	8,7	6,7	7
ΙΤΑΛΙΑ	7	8,1	7,6
ΙΑΠΩΝΙΑ	6,4	6	7,3
ΚΟΡΕΑ	2,9	3,9	4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	6,2	6,6	7,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	7,9	8,3	8,5
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	6	7	7,6
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	7	7,8	7,4
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	5,8	6,5	8,2
ΙΣΠΑΝΙΑ	5,6	6,9	7,4
ΣΟΥΗΔΙΑ	9,4	8,8	8,6
ΕΛΒΕΤΙΑ	5,6	6	6,7
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	1,8	2	2,5
Η.Π.Α.	9,1	12,6	14
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΟΟΣΑ	6,9	7,6	8,1
* σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ			
Πηγή: α) OECD (1998) "Health Data" Paris, β) Ίδιοι υπολογισμοί			

Πηγή: Σουλιώτης Κ., 2000: 133

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, την περίοδο 1965-1975 οι δαπάνες υγείας αναπτύσσονται ραγδαία, ενώ στη συνέχεια την περίοδο 1975-1985 η αύξηση περιορίζεται σε αισθητά μικρότερα επίπεδα. Στη συνέχεια, και μέχρι το 1997, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών συνεχίζει να μην είναι ιδιαίτερα υψηλός, ενώ το ίδιο ισχύει και μέχρι το 2007 σε ένα τελείως διαφοροποιημένο υγειονομικό σκηνικό. Συγκεκριμένα, το 1980 ο μέσος όρος των δαπανών υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ αγγίζει το 6,9% του ΑΕΠ, το 1990 αυξάνεται σε 7,6, το 1997 συνεχίζει να αυξάνεται σε 8,1, ενώ το 2007 βρίσκεται στο 8,9% (Σουλιώτης Κ., 2000: 128, 133 & Ισοτιμία, 2010: 52).

Οι δημόσιες δαπάνες κατέχουν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών διαχρονικά, ενώ σε συγκεκριμένες περιόδους παρουσιάζουν και σημαντικές αυξήσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε την αύξηση από το 61% του συνόλου των δαπανών το 1965 στο 76,2% το 1975 (Σουλιώτης Κ., 2000: 130).

Αντίστοιχα, ο ιδιωτικός τομέας στράφηκε στην κάλυψη των ελλείψεων του δημόσιου τομέα, στην οδοντιατρική φροντίδα και κυρίως στο χώρο του φαρμάκου που είναι ο κυριότερος χώρος δράσης του. Παραδείγματος χάρη, στη χώρα μας η φαρμακευτική και η οδοντιατρική φροντίδα, τόσο για τα έτη 1988 και 1994 ξεπερνούν το 50% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας (Σουλιώτης Κ., 2000: 146).

Η αρχική μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας και στη συνέχεια ο μικρότερος ρυθμός αύξησης των δαπανών που ακολούθησε, οφείλεται σε συγκεκριμένα πολιτικοοικονομικά γεγονότα. Σε πρώτη φάση, επενδύθηκαν κεφάλαια για τη δημιουργία νέων και τον εκσυγχρονισμό παλαιότερων δομών αλλά και ευρύτερα της ανασυγκρότησης και της ενίσχυσης του κοινωνικού κράτους, με αποτέλεσμα να εκτιναχθούν οι δαπάνες στα ύψη. Στη συνέχεια, η οικονομική κρίση που ακολούθησε και η μετέπειτα κυριαρχία του νεοφιλελευθερισμού οδήγησαν στη σταδιακή μείωση του ετήσιου ρυθμού αύξησης των δαπανών. Τέλος, η προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών στη λογική ότι η αύξησή τους δε συνεπάγεται απαραίτητα βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, οδήγησε στη σταθεροποίηση του ρυθμού αύξησης των δαπανών (Σουλιώτης Κ., 2000: 129).

Στην Ελλάδα παρατηρείται γενικότερα το φαινόμενο της καθυστέρησης όσον αφορά την παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων. Αυτό ισχύει και στον τομέα της υγείας και οφείλεται στις πολιτικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις της χώρας μας σε σχέση με τις περισσότερες άλλες χώρες. Συγκεκριμένα, μέχρι το 1975, οι συνολικές δαπάνες υγείας σε εθνικό επίπεδο είναι πολύ μικρότερες από την πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ. Στη

συνέχεια, και κυρίως από το 1983 και έπειτα, οι εθνικές δαπάνες υγείας ξεπερνούν σε σημαντικό βαθμό τον αντίστοιχο μέσο όρο του ΟΟΣΑ, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην ίδρυση του ΕΣΥ και κατ' επέκταση στην αύξηση των δημόσιων δαπανών. Η ίδια εικόνα συνεχίζεται και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 με το ρυθμό αύξησης των δαπανών να παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Αποτέλεσμα της παραπάνω αυξητικής τάσης ήταν στα τέλη της προαναφερθείσας δεκαετίας τα μεγέθη των εθνικών δαπανών υγείας να συμπίπτουν με αυτά των περισσότερων χωρών του ΟΟΣΑ (Σουλιώτης Κ., 2000: 132). Τα παραπάνω δεδομένα μας βοηθούν να αντιληφθούμε τη σχέση της χώρας μας με το διεθνές υγειονομικό περιβάλλον σε επίπεδο δαπανών. Ωστόσο, ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναλυθούν οι εθνικές δαπάνες υγείας, έτσι ώστε να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα ως προς τη διαμόρφωση του οικονομικού σκέλους του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.

6.Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Με βάση την παραπάνω αναφορά για τη διαμόρφωση των δαπανών υγείας σε διεθνές επίπεδο, θα μπορούσαμε να μεταβούμε στο ειδικότερο επίπεδο, που είναι η διαμόρφωση των δαπανών υγείας σε ελληνικό επίπεδο. Ένας αρχικός διαχωρισμός που πρέπει να γίνει είναι ο διαχωρισμός μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών. Σε ένα δεύτερο επίπεδο θα πρέπει να διαχωρίσουμε τους βασικούς άξονες από τους οποίους προέρχονται οι δαπάνες αυτές:

1. Δημόσιες δαπάνες υγείας μέσω κρατικής χρηματοδότησης (συνήθως προέρχονται από τη φορολόγηση)
2. Δαπάνες προερχόμενες από την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων στα ταμεία)
3. Ιδιωτικές δαπάνες υγείας μέσω ιδιωτικής ασφάλισης
4. Ιδιωτικές δαπάνες μέσω απ' ευθείας χρηματοδότησης
5. Δαπάνες για την παραοικονομία (δεν είναι εύκολο να υπολογιστούν).

Η αξιολόγηση και ο διαχωρισμός των δαπανών που αφορούν την υγεία θα μας δώσει μια σαφή εικόνα για τα μεγέθη των δύο τομέων και το ρόλο που κατέχουν στη συνολική λειτουργία της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό θα αναλυθούν οι δαπάνες αυτές βάσει στοιχείων του ΟΟΣΑ και βιβλιογραφικών δεδομένων.

1.Οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αποτελούν το σύνολο των πόρων που διατίθενται στην παροχή υπηρεσιών υγείας από το κράτος προς τους πολίτες. Οι δαπάνες αυτές προέρχονται από τους πολίτες είτε μέσω της φορολόγησης των εισοδημάτων τους και της κατανομής ενός ποσοστού των χρημάτων αυτών για την υγεία είτε μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και των εισφορών που οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας κυριαρχούν δύο βασικά συστήματα: τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark) και τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας από ένα εθνικό ενιαίο σύστημα υγείας (τύπου Beveridge).

Στη χώρα μας και τα δύο συστήματα διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους Έλληνες πολίτες. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας λαμβάνει χώρα σε δύο επίπεδα, με αποτέλεσμα ο δημόσιος τομέας υγείας να είναι ιδιαίτερα εκτεταμένος και να αλληλεπικαλύπτεται αρκετά συχνά. Σημαντικό χαρακτηριστικό του δημόσιου τομέα είναι ότι είναι υποχρεωμένος να καλύπτει για όλο τον ελληνικό πληθυσμό όλες τις βαθμίδες και όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες υγείας ως οικονομικό δείκτη, πρέπει να εξετάσουμε τον όγκο που αυτές καταλαμβάνουν ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά και σε σχέση με τις ιδιωτικές δαπάνες. Τέλος, πρέπει να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται οι δαπάνες αυτές και αν οι εκροές που παράγονται ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις προσδοκίες των πολιτών.

Ο κρατικός προϋπολογισμός και η κοινωνική ασφάλιση αποτελούν δημόσιες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Σημαντικό ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού διατίθεται στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχύσει τα έσοδά τους και να λειτουργήσει συμπληρωματικά με τα νοσήλια και με άλλα έσοδα. Η κρατική ενίσχυση περιλαμβάνει τόσο τη συνδρομή στις λειτουργικές δαπάνες όσο και στις αμοιβές προσωπικού. Η προσπάθεια ενίσχυσης των νοσοκομείων από την πλευρά του κράτους προέκυψε από την αδυναμία των νοσοκομείων να μπορούν να στηριχθούν στα έσοδα από τα νοσήλια, τα οποία αναμένονταν να αποτελούν κύρια πηγή εσόδων τους. Η αδυναμία αυτή προέκυψε από τη χαμηλή κοστολόγηση του κλειστού νοσοκομειακού νοσήλιου σε μια προσπάθεια περιορισμού του ιδιωτικού τομέα (μέσω της δημιουργίας ανταγωνιστικού τιμολογίου από τα δημόσια νοσοκομεία).

Έτσι, η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού το 1981 ανέρχεται στο 45,5% του συνόλου των εσόδων των νοσοκομείων, το 1989 αυξάνεται στο 74,3% και γνωρίζει τη μεγαλύτερη αύξηση το 1992 με 78,1%, ενώ το 1994 παρατηρείται μείωση στο 58,9%. Αντίστοιχα, οι τιμές των εσόδων των νοσοκομείων από νοσήλια ανέρχονται στο 34,4% το

1981, στο 8,8% το 1989 και στο 8,4% το 1992 και στο 27,7% το 1994. Τέλος, τα ποσοστά των λοιπών εσόδων των νοσοκομείων έχουν ως εξής: το 1981 20,1%, το 1989 16,9%, το 1992 13,5% και το 1994 στο 13,4% (Σουλιώτης Κ., 2000: 115-118). Παρατηρούμε, λοιπόν, μια μεγάλη αυξομείωση τιμών στην κρατική επιχορήγηση και μικρότερη αυξομείωση στα νοσήλια, με τις τιμές των δύο κατηγοριών –όπως είναι λογικό- να λειτουργούν αντίστροφα, ήτοι, η αύξηση του ποσοστού της κρατικής επιχορήγησης να συνεπάγεται παρόμοια μείωση του νοσήλιου. Η τρίτη κατηγορία παρουσιάζει πολύ μικρότερες αυξομειώσεις. Στον πίνακα 4 αναφέρεται αναλυτικότερα αυτή η ποσοστιαία κατανομή:

Πίνακας 4: Ποσοστιαία σύνθεση πηγών χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων (1981-1994)

Έτος	Από επιχορήγηση κρατικού προϋπολογισμού	Από νοσήλια	Λοιπά έσοδα
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	78,1	8,4	13,5
1993	69	17,8	13,2
1994	58,9	27,7	13,4

Πηγή: Κοινωνικοί προϋπολογισμοί, 1981-1994

Όπως προαναφέρθηκε, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά δημόσια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές τόσο των εργοδοτών όσο και των εργαζομένων, το ποσοστό συμμετοχής των οποίων μεταβάλλεται ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο εντάσσονται.

Η εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει παρόμοια έκβαση με αυτήν της κρατικής επιχορήγησης, με την έννοια ότι κι εδώ προκύπτουν ελλείμματα στους κλάδους των συντάξεων των ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα ο κρατικός προϋπολογισμός να συμμετέχει στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης και μάλιστα με αυξανόμενη κάθε χρόνο συμμετοχή. Οι παράγοντες που προκάλεσαν κάτι τέτοιο από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 περιγράφονται στους εξής (Σουλιώτης Κ., 2000: 119-121):

- οι δημογραφικές εξελίξεις
- η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης
- η αύξηση των επιδομάτων
- η αύξηση των εισφορών σε χαμηλότερα από τα απαραίτητα επίπεδα.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται η ποσοστιαία κατανομή των δημόσιων δαπανών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης τα έτη 1982 και 1991. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη, πέραν του ότι καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας, το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την πάροδο των ετών και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό (από 54,62% το 1982 στο 63,5% το 1991), το οποίο συνεπάγεται και την αντίστοιχη μείωση των μεγεθών της εξωνοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης (Σουλιώτης Κ., 2000: 147-148).

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή των δημόσιων δαπανών υγείας ανά επίπεδο περίθαλψης

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	ΛΟΙΠΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ
1982	54,6	15,5	14,6	15,3
1991	63,5	14,2	15,8	6,7

Πηγή: Κυριόπουλος Γ. (1993): 73

Η ποσοστιαία αυτή υπεροχή που σημειώνει η νοσοκομειακή περίθαλψη αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες (Σούλης Σ., 1998: 167):

- στις υψηλές επενδύσεις και στη σημαντική ανάπτυξη των δημόσιων νοσοκομείων
- στην υψηλή εξειδίκευση πολλών δημόσιων νοσοκομείων
- στο σχετικά μεγάλο κόστος των νοσηλευτικών υπηρεσιών
- στην απουσία επαρκούς αριθμού νοσοκομείων στην ιδιωτική αγορά.

2.Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούν τους πόρους που προέρχονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους για την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών τους αναγκών και επιβαρύνουν τα ατομικά ή τα οικογενειακά τους εισοδήματα (Σουλιώτης Κ., 2000: 125). Οι δαπάνες αυτές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: τις δαπάνες που προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση των πολιτών, τις δαπάνες που προέρχονται απ' ευθείας από τον οικογενειακό προϋπολογισμό, και, τέλος, τα χρήματα που απορροφώνται από την παραοικονομία στο χώρο της υγείας. Όσον αφορά την τελευταία κατηγορία δαπανών, δε μπορούμε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα, αφού τα μεγέθη, ακριβώς λόγω της ίδιας της πράξης, είναι δύσκολο να υπολογιστούν.

Πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν το σύνολο των δαπανών που χρησιμοποιούνται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανεξαρτήτως βαθμίδας και νομικού καθεστώτος των θεραπευτηρίων. Επίσης, στα πλαίσια των ιδιωτικών δαπανών υγείας περιλαμβάνονται όλα τα κεφάλαια που καταναλώνονται για τη σύσταση και τη δημιουργία υγειονομικών δομών ιδιωτικού δικαίου. Πιο συγκεκριμένα, αναφερόμαστε στις ιδιωτικές επενδύσεις στο χώρο της υγείας, που ιδιαίτερα στη χώρα μας βρίσκονται σε αρκετά υψηλά επίπεδα, λόγω της αυξανόμενης κερδοφορίας των επιχειρήσεων αυτών.

Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία περιλαμβάνουν (Σουλιώτης Κ., 2000: 127):

- τις αμοιβές των ιδιωτών ιατρών και των μη συμβεβλημένων με τον ασφαλιστικό φορέα του εκάστοτε ασφαλισμένου διαγνωστικών κέντρων,
- τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος παροχής διαφόρων υπηρεσιών από το ΕΣΥ,
- στη διαφορά που προκύπτει από τα ποσά που δικαιολογεί το εκάστοτε ασφαλιστικό ταμείο και το πραγματικό κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας σε ιδιωτικούς φορείς, την οποία πρέπει να καταβάλλει ο ασθενής,
- στα καταβαλλόμενα ασφάλιστρα στις ιδιωτικές εταιρείες για την παροχή ασφάλισης υγείας.

Στη χώρα μας, οι βασικοί λόγοι που οδηγούν τους πολίτες να στρέφονται προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας συνδέονται με τη γενικότερη αδυναμία του συστήματος να παρέχει αξιόπιστες, άμεσες και ποιοτικές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικότεροι

παράγοντες για το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε εθνικό επίπεδο είναι (Σουλιώτης Κ., 2000: 145):

1. Η υποτονική ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας
2. Η φτωχή ποιότητα υπηρεσιών του ασφαλιστικού συστήματος (κυρίως όσον αφορά το χρόνο εξυπηρέτησης και τον υψηλό βαθμό γραφειοκρατίας), η ταυτόχρονα υψηλή ποιότητα υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υγείας και η εξασφάλιση ξενοδοχειακών υποδομών
3. Η αδυναμία κάλυψης των υγειονομικών αναγκών
4. Η σταδιακή βελτίωση της εισοδηματικής κατάστασης των πολιτών (από τη μεταπολίτευση και έπειτα)

Ως εκ τούτου, οι κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι οι εξής (ICAP, 2008: 5):

- οι δαπάνες των ανασφάλιστων και οι δαπάνες για υγειονομικές υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση κάποιων ομάδων
- η συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης, η οποία ποικίλλει ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα
- η διαφορά μεταξύ της ασφάλισης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του γιατρού
- οι πρόσθετες δαπάνες που καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία
- οι δαπάνες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό.

Ένα από τα ζητήματα που ανέκαθεν συγκέντρωνε μεγάλο βαθμό προσοχής από τους επιστήμονες και τους αρμόδιους φορείς είναι η διαμόρφωση των δαπανών υγείας. Αυτό είναι λογικό γιατί αφ' ενός οι προς διάθεση πόροι δεν είναι ανεξάντλητοι και αφ' ετέρου η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μια αγορά που παρουσιάζει έντονη ποικιλομορφία ως προς τον τρόπο συγκέντρωσης των κινούμενων χρηματικών μονάδων και παράλληλα παρουσιάζει σημαντικές στρεβλώσεις, αφού το ιατρικό δυναμικό έχει αναλάβει το ρόλο του διαμεσολαβητή και ο πολίτης δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά των προϊόντων και των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να μην έχει ουσιαστικά τη δυνατότητα επιλογής.

Σε πρώτο στάδιο, θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τις δαπάνες για τον ιδιωτικό τομέα της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Όπως έγινε και με την ανάλυση των δεδομένων της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, η υπό μελέτη χρονική βάση θα είναι η περίοδος της μεταπολίτευσης. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των δαπανών που θα αναλυθούν είναι: οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, ο συσχετισμός μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και, τέλος, η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών στο χώρο της υγείας.

Μετά την κατάρρευση του χουντικού καθεστώτος και την απαρχή της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας, υπήρχαν πολλά και σημαντικά προβλήματα να επιλυθούν σε όλους τους τομείς του δημόσιου βίου (πολιτειακό, αποχουντοποίηση, κυπριακό, Σύνταγμα, ένταξη στην Ε.Ε.). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η αντιμετώπιση των ζητημάτων δημόσιας υγείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του πληθυσμού να μη βρίσκονται ψηλά στην πολιτική ατζέντα, γεγονός που σήμαινε ότι παρέμεινε το ίδιο υγειονομικό καθεστώς που ίσχυε και πριν τη μεταπολίτευση με τα σημαντικά προβλήματα που αυτό παρουσίαζε.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1975 οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα έφταναν το 5,1% του ΑΕΠ (Σουλιώτης Κ., 2000: 130). Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα μικρό αν αναλογιστεί κανείς ότι μιλάμε για τις συνολικές δαπάνες του τομέα της υγείας σε εθνικό επίπεδο, σε μια εποχή μάλιστα που τα συνολικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας βρισκόταν σε ανοδική πορεία.

Εξίσου σημαντικό γεγονός είναι ότι ο συσχετισμός μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών δείχνει την ήπια συμμετοχή του δημόσιου τομέα υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους Έλληνες πολίτες. Πιο συγκεκριμένα, το 1975 οι δημόσιες δαπάνες υγείας άγγιξαν το 51% των συνολικών δαπανών υγείας σε εθνικό επίπεδο σημειώνοντας αύξηση μόλις τρεις μονάδες από το 1960 που ήταν 48%, σε μια εντελώς διαφορετική εποχή σε πολιτικό, κοινωνικό και κυρίως οικονομικό επίπεδο (Σουλιώτης Κ., 2000: 130-131).

Σταδιακά, και ενώ η δημοκρατία είχε εμπεδωθεί στη χώρα, η ανάγκη για αλλαγή και αύξηση του κοινωνικού κράτους ήταν έκδηλη. Στο πλαίσιο αυτό, η ανάγκη για μια βαθιά μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας ήταν επιβεβλημένη. Ένα πρώτο εγχείρημα αλλαγών στην υγεία πραγματοποιήθηκε με το μη-εφαρμοσθέν σχέδιο Δοξιάδη αναφορικά με τη σχέση κράτους-πολίτη, προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας και την αναλογία παροχών και πληρωμών δημόσιου-ιδιωτικού (Δικαίος Κ., 2006: 84). Με την αλλαγή του πολιτικού σκηνικού και την άνοδο της πρώτης σοσιαλιστικής κυβέρνησης στην εξουσία, η ανάγκη αυτή έγινε πραγματικότητα το 1983 με το νόμο 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στην επιχειρούμενη αυτή μεταρρυθμιστική προσπάθεια, μπήκαν οι βάσεις για να αλλάξει ο τρόπος με τον οποίο το ελληνικό κράτος αντιμετώπιζε τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, για να επιτευχθεί αυτό, έπρεπε να γίνει μια ολοκληρωτική αναδιάρθρωση του συσχετισμού δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το 1984 οι συνολικές δαπάνες υγείας αγγίζουν το 7% του ΑΕΠ. Αυτό οφείλεται στη σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών, οι οποίες αποτελούν το 4,2% του ΑΕΠ και το 63% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών (Σουλιώτης Κ., 2000: 131-132). Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι, σε σχέση με τα δεδομένα του 1975, η σύσταση του ΕΣΥ αναδιαμόρφωσε τη συνολική πολιτική υγείας στη χώρα, αλλά και τα συνολικά οικονομικά δεδομένα του κλάδου.

Στη συνέχεια, και καθώς η χώρα συμπλήρωνε την πρώτη της δεκαετία στην Ε.Ε., με αποτέλεσμα αρκετά υψηλά κοινοτικά κονδύλια να εισρέουν στη χώρα, οι δαπάνες υγείας συνέχισαν την ανοδική τους πορεία. Έτσι, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, συνεχίστηκε ο ιδιαίτερα υψηλός ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας, κυρίως λόγω της προσπάθειας για βελτίωση αλλά και για συντήρηση του ΕΣΥ, ενώ παράλληλα αυξήθηκε και η ιδιωτική πρωτοβουλία λόγω της πολιτικής αλλαγής και του πλαισίου που αυτή καθόρισε. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το 1990 το σύνολο των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 7,6%, εκ των οποίων το 4,8% αντιστοιχεί σε δημόσιες δαπάνες, ενώ αντίστοιχα το 2,8% αντιστοιχεί σε ιδιωτικές (Σουλιώτης Κ., 2000: 136).

Καθώς διανύαμε τη δεκαετία του 1990, η εκ νέου αναδιαμόρφωση του πολιτικού σκηνικού και η σταδιακή προσπάθεια εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ οδήγησε στα ύψη τους ρυθμούς αύξησης των υγειονομικών δαπανών. Ωστόσο, και η ιδιωτική πρωτοβουλία συνεχίζει την επέκτασή της και την αύξηση των επενδύσεων σε αυτήν. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αφορούν το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που κατανέμεται ως εξής: το 68% διατίθεται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το 17% στη φαρμακευτική, ενώ μόλις το 15% στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Σουλιώτης Κ., 2000: 128). Από τα προηγούμενα στοιχεία, λοιπόν, συμπεραίνουμε εύκολα ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη απορροφά και το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Παραπάνω αναλύσαμε την εξέλιξη των δαπανών υγείας σε εθνικό επίπεδο. Εξίσου σημαντικό γεγονός είναι και η ανάλυση του καταμερισμού των δαπανών, τόσο μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (σε ένα βαθμό αναλύθηκε και παραπάνω) όσο και μεταξύ των διάφορων βαθμίδων φροντίδων υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).

Η ανάλυση των στοιχείων που ακολουθεί συνάδει απόλυτα με την εικόνα που παρουσιάζει η δημόσια υγεία στη χώρα και ουσιαστικά επεξηγεί την παθογένειά του. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αξιοποιούνται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού και στα πλαίσια ενός ευρύτερου υγειονομικού σχεδιασμού. Ωστόσο, στην Ελλάδα υπάρχει ανισοκατανομή μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, σε επίπεδο δαπανών, παρουσιάζοντας μάλιστα ανοδικές τάσεις. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των δαπανών για τα νοσοκομεία της χώρας (είτε για συντήρηση υφιστάμενων δομών είτε για τη δημιουργία νέων) αυξήθηκε μέσα σε μια δεκαετία (1982-1991) από το 54,62% σε 63,5% των συνολικών δαπανών υγείας. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των δημοσίων δαπανών υγείας καταλαμβάνει η φαρμακευτική δαπάνη. Η δαπάνη αυτή προέρχεται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία και ανέρχεται στο 22% του συνόλου των

δημοσίων δαπανών. Γίνεται, λοιπόν, εύκολα αντιληπτό ότι το ποσοστό των δημοσίων δαπανών που κατευθύνεται προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη -χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη η φαρμακευτική δαπάνη- είναι ιδιαίτερα μικρό.

Αντίστοιχα, ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται με βάση τις ανάγκες της αγοράς και πιο συγκεκριμένα με βάση τη ζήτηση συγκεκριμένων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, έχει το συγκριτικό πλεονέκτημα της διαφήμισης και της προώθησης των προϊόντων του. Για αυτούς κυρίως τους λόγους ο ιδιωτικός τομέας επέλεξε να επενδύσει κατά κύριο λόγο στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, αναπτύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα, τα οποία παρουσίαζαν και παρουσιάζουν υψηλή κερδοφορία. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το 68% των ιδιωτικών δαπανών υγείας προορίζονται για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Σουλιώτης Κ., 2000: 148-149).

Ωστόσο, ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει αξιοσημείωτη δραστηριότητα και σε κάποιους τομείς της νοσοκομειακής φροντίδας, όπως είναι η μαιευτική και γυναικολογική περίθαλψη (ICAP, 2008: 22).

Ακόμη, πρέπει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών στο χώρο της υγείας αφορά την οδοντιατρική φροντίδα, ενώ αξιοσημείωτο ποσοστό καταλαμβάνει η φαρμακευτική δαπάνη και στον ιδιωτικό τομέα: 15% επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας (Σουλιώτης Κ., 2000: 145-147). Τέλος, σύμφωνα με στοιχεία της ICAP, το 2006 η ιδιωτική δαπάνη βρίσκεται στο 38,4% στο σύνολο των δαπανών για την υγεία (ICAP, 2008: 5).

Στον πίνακα 6 παρακάτω αναγράφεται η μέση μηνιαία δαπάνη υγείας των νοικοκυριών τις περιόδους 1998/1999 και 2004/2005, σύμφωνα με τον οποίο οι δαπάνες υγείας το 2004/05 αυξάνονται κατά 35,9% σε σχέση με την πρώτη χρονική περίοδο, ενώ το μερίδιο της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών αυξήθηκε από 6,82 σε 7,15%.

Πίνακας 6: Μέση μηνιαία δαπάνη υγείας των νοικοκυριών

	1998/1999	2004/2005	Ρυθμός μεταβολής
Σύνολο αγορών	1.383,24	1.792,28	29,60%
Δαπάνες υγείας	94,29	128,17	35,90%
Μερίδιο σε €	6,82%	7,15%	-

Πηγή: ICAP, Κλαδικές Μελέτες, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας 2008

Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε στο μέγεθος της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας την περίοδο 1998-2007. Σύμφωνα με τον πίνακα 7, εξετάζεται το μέγεθος της αγοράς στο σύνολό της και ειδικότερα όσον αφορά τις κλινικές, τα μαιευτήρια και τα διαγνωστικά κέντρα (καθότι αυτοί είναι οι τομείς νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας με τους οποίους ασχολείται σε μεγάλο βαθμό ο ιδιωτικός τομέας).

Πίνακας 7: Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2007)

Έτος	Κλινικές	Μαιευτήρια	Διαγνωστικά κέντρα	Σύνολο αγοράς
1998	293.500	11.300	170.200	574.000
1999	343.700	120.900	183.100	647.700
2000	395.000	140.600	203.100	738.700
2001	455.800	150.000	227.700	833.500
2002	539.300	164.000	241.500	944.800
2003	620.700	173.000	255.300	1.049.000
2004	730.000	184.800	275.000	1.189.800
2005	847.000	203.300	291.300	1.341.600
2006	1.000.000	225.500	319.000	1.544.500
2007	1.190.000	250.000	352.000	1.792.000

Αξία σε €000 σε τρέχουσες τιμές κατ' έτος

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Παρατηρείται λοιπόν ότι τόσο το συνολικό μέγεθος αγοράς όσο και οι κλινικές, τα μαιευτήρια και τα διαγνωστικά κέντρα παρουσιάζουν διαχρονική άνοδο. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του συνολικού μεγέθους της αγοράς είναι 13,5% για την περίοδο 1998-2007, ενώ η συνολική αξία των υπηρεσιών αυξήθηκε από τα 574 εκατομμύρια το 1998 στα 1.792 εκατομμύρια € το 2007. Τα έτη 2006-2007 το συνολικό μέγεθος της αγοράς αυξήθηκε κατά 16% (1.792 εκατομμύρια έναντι των 1.544,5 εκατομμυρίων €).

Η μεγαλύτερη αύξηση με την πάροδο των ετών σημειώνεται στις ιδιωτικές κλινικές, με τον ετήσιο ρυθμό μεταβολής της δεκαετίας αυτής να είναι 16,8%. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με στοιχεία του 2007, οι ιδιωτικές κλινικές καλύπτουν το 66,4% της εξεταζόμενης αγοράς, ενώ το 85-90% του συνολικού μεγέθους αγοράς προέρχεται από τους εσωτερικούς-νοσηλεύμενους ασθενείς. Τέλος, το 2007 η αξία της αγοράς των ιδιωτικών κλινικών σε σχέση με το 2006 αυξάνεται κατά 19% (από τα 1.000 εκατομμύρια € στα 1.190 εκατομμύρια €).

Η αμέσως επόμενη αύξηση παρατηρείται στις μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές, με μέσο ετήσιο ρυθμό 9,5% στο σύνολο των ετών, ενώ τα έτη 2006-2007 αυξήθηκε κατά 10,9% (από 225,5 εκατομμύρια € σε 250 εκατομμύρια €). Τέλος, το 2007 οι μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές κάλυψαν το 14% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Τέλος, η μικρότερη αλλά όχι λιγότερο σημαντική αύξηση σημειώνεται στα διαγνωστικά κέντρα, με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 8,4% τα έτη 1998-2007, ενώ τα έτη 2006-2007 παρατηρείται αύξηση της τάξης του 10,3% (από 319 εκατομμύρια το 2006 στα 352 εκατομμύρια € το 2007). Ως μερίδιο του τομέα αυτού, τα διαγνωστικά κέντρα αποτελούν το 19,6% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι περίπου το 70% της υπό εξέταση αγοράς καλύπτεται από τους ασφαλισμένους στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία του ευρύτερου δημόσιου τομέα (ICAP, 2008: 180-181).

7.ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ

Η Ιατρική επιστήμη είναι ένας χώρος που συνεχώς εξελίσσεται. Οι προσδοκίες και οι ανάγκες των πολιτών απαιτούν τη συνεχιζόμενη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα (ποιότητα, χρόνος, αποτελεσματικότητα). Παράλληλα, η εμφάνιση νέων ασθενειών και η ανάγκη για την έγκυρη και έγκαιρη αντιμετώπισή τους ώθησαν τους επιστήμονες να δημιουργήσουν καινοτόμα συστήματα κι εξοπλισμούς, αλλά και να εξελίξουν τα ήδη υπάρχοντα.

Ιστορικά, οι σημαντικές επιστημονικές ανακαλύψεις οδήγησαν στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και στη συνεχή αναθεώρηση των ιατρικών δεδομένων. Κυρίως τον 20^ο αιώνα και ακόμα περισσότερο μετά τη λήξη του 2^{ου} παγκοσμίου πολέμου, οι σημαντικές τεχνολογικές εξελίξεις αφ' ενός μετέλλαξαν τον τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αφ' ετέρου οδήγησαν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη μείωση του πόνου και της ανικανότητας. Παράλληλα, οι τεχνολογικές εξελίξεις οδήγησαν στην αύξηση του κόστους της φροντίδας υγείας αλλά και της έρευνας, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια νέα, ισχυρή βάση για τον «ανταγωνισμό» δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας.

Ο ρόλος των ιατρικών εξοπλισμών κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού μπορούν να δώσουν ασφαλή και εμπειρισταωμένα αποτελέσματα, τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο διάγνωσης. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε μια εξέλιξη στο χώρο της υπερηχογραφίας για να γίνει κατανοητό πως ο εκσυγχρονισμός των ιατρικών εξοπλισμών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας: *«Η Τέταρτη Διάσταση (4D) στην Υπερηχογραφία, αφορά ροές υγρών, ιδιαίτερα του αίματος και πρόσθετες, ιδιαίτερα χρήσιμες, αιμοδυναμικές πληροφορίες, που αφορούν στη λειτουργία και την αιμάτωση των οργάνων. Οι πληροφορίες αυτές είναι πολύτιμες στην Καρδιολογία, την Αγγειολογία και την Ογκολογία όλων των οργάνων, επιτρέποντας τον χαρακτηρισμό καλοηθών και κακοηθών όγκων και νεοπλασμάτων»* (Νέτα Σ., 2007).

Όμως, οι σύγχρονες εξελίξεις στο χώρο της βιοϊατρικής επηρεάζουν ακόμα και τη φύση της σχέσης γιατρού-ασθενή. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι νέες τεχνολογίες απλοποιούν τις διαδικασίες, είναι σε θέση να δώσουν πιο ασφαλή αποτελέσματα, τα οποία είναι ταυτόχρονα και πιο συγκεκριμένα, με αποτέλεσμα να τα κατανοεί ο ασθενής. Πιο συγκεκριμένα, η σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, σε συνδυασμό με τα microchips, απλουστεύουν τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Οι υπέρηχοι, τα lasers, η τηλεματική, τα μηχανήματα μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου, καθιστούν την ιατρική πράξη φαινομενικά πιο απλή και σίγουρα πιο προσιτή σε λιγότερο εξειδικευμένα επαγγέλματα υγείας, αλλά και στον ίδιο τον ασθενή (Φιλαλήθης Α., 1995: 64).

Όπως αναφέραμε παραπάνω, η διαδικασία που έχει ως στόχο την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και τη βελτίωση των ιατρικών εξοπλισμών, εκτός από σημαντικό επιστημονικό ζήτημα, αποτελεί ταυτόχρονα αξιοσημείωτο πολιτικό και οικονομικό γεγονός. Αυτό συμβαίνει γιατί αφ' ενός η βιομηχανία που αναπτύσσεται για την παραγωγή αυτών των προϊόντων αποκομίζει τεράστια οφέλη, αφού τόσο τα ποσά που διατίθενται για την έρευνα για τα συγκεκριμένα προϊόντα, όσο και τα ποσά που διατίθενται για την αγορά τους είναι τεράστια. Επίσης, σε πολιτικό επίπεδο, εξετάζεται η βούληση των υπευθύνων να χορηγήσουν τα απαραίτητα κεφάλαια, έτσι ώστε η τεχνολογική αυτή εξέλιξη να φτάνει στους πολίτες.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος του μάρκετινγκ όσον αφορά την προώθηση συγκεκριμένων προϊόντων, γεγονός που συνεπάγεται ότι σε αρκετές περιπτώσεις η τεχνολογία προχωρά όχι με βάση τις υγειονομικές ανάγκες και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά με κύριο γνώμονα το κέρδος και την εξυπηρέτηση οικονομικών και άλλων συμφερόντων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα συγκρίνουμε τις δυνατότητες και τις προοπτικές στην ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών στην Ελλάδα και στην εξέλιξη των ιατρικών εξοπλισμών για το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας αντίστοιχα. Στόχος είναι να δειχθεί το κατά πόσο συμβαδίζει ο ένας τομέας με τον άλλο, τόσο σε ποιοτικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο.

Πρέπει να αναφερθεί ότι ο δημόσιος τομέας υγείας λειτουργεί μέσα σε ένα σύνθετο γραφειοκρατικό πλαίσιο, με το κέντρο λήψης αποφάσεων να είναι απομακρυσμένο από το χώρο δραστηριοποίησης του συστήματος, με αποτέλεσμα οι αποφάσεις για τον εκσυγχρονισμό των εξοπλισμών να καθυστερούν, ή να κινούνται σε λάθος κατεύθυνση. Ειδικότερα, οι αποφάσεις λαμβάνονται από το Υπουργείο Υγείας, δηλαδή από πολιτικό

προσωπικό, το οποίο δεν έχει καθημερινή τριβή με τα προβλήματα, ούτε διαθέτει εξειδίκευση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, ενώ, τέλος, κατευθύνεται καθαρά από πολιτικά κριτήρια. Αυτό συμβαίνει γιατί βασικός πολιτικός φορέας, που είναι υπεύθυνος για τη λήψη απόφασης, είναι το Υπουργείο Υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι αποφάσεις να παίρνονται από την κορυφή του συγκεκριμένου θεσμού, χωρίς να υπάρχει πάντα άμεσος συσχετισμός αναγκών- χρηματοδότησης και χωρίς να έχει γίνει μια ορθολογική καταγραφή των προβλημάτων και των αναγκών.

Από την άλλη, ο ιδιωτικός τομέας, στην προσπάθειά του να παραμείνει ανταγωνιστικός, και σε σχέση με το δημόσιο αλλά και μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων, προσπαθεί να εκσυγχρονίζει συνεχώς τον εξοπλισμό του, έτσι ώστε να συγκεντρώνει μεγαλύτερη αποδοχή από το κοινό και κατ' επέκταση να αυξάνει τα κέρδη του. Ωστόσο, ο εκσυγχρονισμός αυτός δε συνεπάγεται ότι γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού, αλλά βάσει σύγχρονων διαφημιστικών προτύπων και ανάπτυξης ενός μοντέλου παροχής υπηρεσιών που βασίζεται σε υγειονομικές παροχές ξενοδοχειακού τύπου (Hellastat, 2006). Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί σημαντικά, προσαρμοζόμενος γρήγορα στις τεχνολογικές εξελίξεις του κλάδου, ενώ ακολουθεί τις εξελίξεις και την ανάπτυξη της βιοϊατρικής και της ακτινολογίας προβαίνοντας σε επενδύσεις προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας (ICAP, 2008: 22).

Ακόμα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι κύρια μέθοδος προμήθειας των δημόσιων θεραπευτηρίων με ιατρικά μηχανήματα είναι αυτή του ανοιχτού διαγωνισμού που γίνεται από τα κατά τόπους θεραπευτήρια -βάσει των αναγκών που δημιουργούνται- και αφορούν τις προμηθεύτριες εταιρείες, των οποίων τα μηχανήματα πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές. Στον ιδιωτικό τομέα, πέρα από την κλασική διαδικασία της προμήθειας ιατρικών μηχανημάτων, τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα η μέθοδος της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing), μέσω της οποίας πολλά εξεταστικά κέντρα χρηματοδοτούν τον πάγιο ιατρομηχανολογικό τους εξοπλισμό (ICAP, 2008: 4).

Σε εθνικό επίπεδο, αν συμπεριλάβουμε και τους δύο τομείς, με βάση τα στοιχεία, βρισκόμαστε σε ικανοποιητικό στάδιο εκσυγχρονισμού των ιατρικών μηχανημάτων. Χαρακτηριστικό είναι ότι η Ελλάδα από κοινού με τη Σουηδία, τη Μ. Βρετανία και την Ελβετία συγκεντρώνουν τον υψηλότερο δείκτη αξονικών τομογράφων ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα υγείας, η ευελιξία ως προς την απόκτηση των μηχανημάτων, τα σημαντικά κεφάλαια που επενδύθηκαν και η ζήτηση που δημιουργήθηκε για σύγχρονα διαγνωστικά κέντρα οδήγησαν στην ισχυροποίησή του όσον αφορά τη χρήση νέων τεχνολογιών. Σημαντικό στοιχείο, ωστόσο, είναι το γεγονός ότι το κράτος χρηματοδότησε σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη αυτή μέσω των ασφαλιστικών φορέων, οι οποίοι ήταν συμβεβλημένοι με τα διαγνωστικά αυτά κέντρα. Ο αμιγώς δημόσιος τομέας, παρ' όλες τις δυσκολίες που αναφέρθηκαν παραπάνω, εκσυγχρονίστηκε τα τελευταία χρόνια, κυρίως με την ενίσχυση των νομαρχιακών και περιφερειακών νοσοκομείων με σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα (Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., 1999: 62-63).

Σε γενικές γραμμές, κυρίως μετά το 1980, λόγω του υψηλού επενδυτικού κεφαλαίου της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του ΕΣΥ, αλλά και της φύσης του συστήματος, ο δημόσιος τομέας κατέχει το μεγαλύτερο μέρος χρήσης νέων τεχνολογιών. Ωστόσο, αυτή η προσπάθεια δε συνεχίστηκε με την πάροδο των χρόνων και δημιουργήθηκαν ευκαιρίες ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα. Έτσι, από το 1988 έως το 2002 η αύξηση των δαπανών για ιατρικό εξοπλισμό από το δημόσιο τομέα ήταν στις 150 ποσοστιαίες μονάδες (150%), ενώ αντίστοιχα στον ιδιωτικό τομέα η αύξηση για τα ίδια έτη άγγιξε τις 1.450 ποσοστιαίες μονάδες (1.450 %) (Καϊτελίδου Δ., 2006: 497).

Παρ' όλα αυτά, ο δημόσιος τομέας συνέχισε να έχει τη μερίδα του λέοντος όσον αφορά το σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό σε ποσοτικό επίπεδο. Σύμφωνα με την κλαδική μελέτη της ICAP για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, παρατηρούμε ότι το 2006 το γενικό σύνολο των ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας ήταν στις 7.683 σε σχέση με τις 6.518 του 2001 και τις 4.830 του 1996, με σταθερή την αριθμητική υπεροχή των μηχανημάτων αυτών στα δημόσια θεραπευτήρια σε σχέση με τα ιδιωτικά και τα Ν.Π.Ι.Δ.. Πιο συγκεκριμένα, το 2006, από τα συνολικά 7.683 μηχανήματα, τα 5.300, δηλαδή το 69%, ανήκαν στα δημόσια νοσοκομεία. Αντίστοιχα, το 2001 το ποσοστό των μηχανημάτων των δημόσιων νοσοκομείων σε σχέση με τα ιδιωτικά ανέρχεται στο 69% (τα 4.476 από τα συνολικά 6.518), ενώ το ποσοστό αυτό το 1996 ανεβαίνει στο 72% (3.463 από τα 4.830

ιατρικά μηχανήματα ανήκουν στα δημόσια νοσοκομεία). Στον πίνακα 8 παρακάτω αναφέρεται η κατανομή των ιατρικών μηχανημάτων κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου στο σύνολο της χώρας. Στον αναλυτικότερο πίνακα του παραρτήματος με τις κατηγορίες ειδικών ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου σημειώνεται ότι στην πλειονότητα των κατηγοριών των ιατρικών μηχανημάτων ο Νομός Αττικής έχει το αριθμητικό προβάδισμα.

Πίνακας 8: Κατανομή ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2006)

Έτος	Σύνολο Μηχανημάτων	Μηχανήματα σε Δημόσια Νοσοκομεία	Μηχανήματα σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία	Μηχανήματα σε Νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ.
1996	4.830	3.463	1.322	45
1997	4.873	3.490	1.336	47
1998	5.157	3.702	1.412	43
1999	5.341	3.844	1.450	47
2000	5.937	4.188	1.624	125
2001	6.518	4.476	1.832	210
2002	7.140	4.835	2.068	237
2003	7.388	5.083	2.071	234
2004	7.432	5.095	2.091	246
2005	7.507	5.155	1.996	256
2006	7.683	5.300	2.146	237

σε τεμάχια

Πηγή: ICAP, Κλαδικές Μελέτες, Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα 2008

8.ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας που θεσπίστηκαν και καθιερώθηκαν τις πρώτες δεκαετίες μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο συνέβαλαν ουσιαστικά στη βελτίωση της υγείας των πολιτών και θεμελίωσαν την έννοια του κοινωνικού κράτους ή, σε κάποιες περιπτώσεις, την έννοια του φιλελευθερισμού στο χώρο της υγείας. Τα θετικά στοιχεία που προσέφεραν σε όλους τους πολίτες και στον τρόπο άσκησης της ιατρικής επιστήμης ήταν ιδιαίτερα σημαντικά κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες.

Ωστόσο, με την ανάπτυξη νέων ασθενειών και τη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση περισσότερων και καλύτερων υπηρεσιών, τα συστήματα αυτά δοκιμάστηκαν τόσο κατά μία οικονομική όσο και κατά μία ποιοτική έννοια. Για αυτό το λόγο, κάποιες χώρες επιχείρησαν, μέσα από μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, να αντιστρέψουν το κλίμα και να προσφέρουν σύγχρονες και βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας.

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετώπισαν τα συστήματα ήταν η συσσώρευση των δαπανών από το ολοένα αυξανόμενο κόστος των ιατρικών πράξεων σε συνδυασμό με την έλλειψη ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Μια από τις βασικότερες προσπάθειες που έγιναν για την αντιστροφή του αρνητικού αυτού κλίματος ήταν και η καθιέρωση των συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. Η φιλοσοφία της συγκεκριμένης ρύθμισης ήταν ο συγκερασμός της ορθολογικής διαχείρισης και της συγκράτησης των δαπανών, όπως ακριβώς συμβαίνει σε μια επιχείρηση, και της καθολικής και ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών υγείας με υψηλούς δείκτες προσβασιμότητας, αφήνοντας παράλληλα περιθώρια κέρδους για όσους συμμετείχαν στο επενδυτικό κεφάλαιο των συγκεκριμένων υποδομών. Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι επιχειρήθηκε να γίνει ένας συνδυασμός των θετικών στοιχείων των δύο τομέων (δημόσιου και ιδιωτικού), μειώνοντας έτσι τα αρνητικά στοιχεία που προϋπήρχαν με στόχο τον εκσυγχρονισμό των υφιστάμενων δομών και τη βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης του πληθυσμού.

Το συγκεκριμένο θέμα είναι πολυδιάστατο και υπάρχει μεγάλο εύρος πληροφοριών γύρω από αυτό σε επίπεδο βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ωστόσο, στα πλαίσια της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας, δεν υπάρχει το περιθώριο να αναλυθεί περαιτέρω, αφού μπορεί να αποτελέσει ξεχωριστό θέμα άλλης ερευνητικής προσπάθειας.

9.ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα παραπάνω κεφάλαια προσπαθήσαμε να αναλύσουμε τη σχέση μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα υγείας, καθώς και να διασαφηνίσουμε το ρόλο και το μερίδιο που έχουν στην ευρύτερη υγειονομική αγορά, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Παράλληλα, προσπαθήσαμε να δώσουμε μια εικόνα για την εξέλιξη των δύο τομέων στη χώρα μας σε πολιτικό και νομικό επίπεδο. Τέλος, προσπαθήσαμε να αναπτύξουμε δεδομένα και στατιστικά στοιχεία με στόχο να ξεκαθαριστούν τα προαναφερθέντα ερευνητικά ζητούμενα. Από τα παραπάνω είμαστε σε θέση να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα, όχι μόνο για τη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού τομέα υγείας αλλά και ευρύτερα για τον τομέα της υγείας με τη σημερινή του μορφή, τις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε πρακτικό επίπεδο είναι πολύ δύσκολο να γίνει διαχωρισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, αφού δεν υπάρχουν σαφή όρια και οι δύο τομείς αλληλεπιδρούν σε σημαντικό βαθμό. Έτσι, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία εντάσσονται στο δημόσιο τομέα, κάποιες φορές οι παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες υλοποιούνται από ιδιωτικές θεραπευτικές δομές. Ωστόσο, μπορεί να υπάρξει διαχωρισμός σε ό,τι αφορά τη νομική μορφή, τις δαπάνες, τον τρόπο λειτουργίας, κτλ. εν κατακλείδι, ενώ οι δύο έννοιες μπορούν να αποσαφηνιστούν, στην πράξη οι δύο τομείς είναι αλληλένδετοι και ουσιαστικά «υπηρετούν» και οι δύο την προστασία της «δημόσιας υγείας». Πάνω σε αυτή τη βάση οι δύο τομείς αναπτύσσουν τις λειτουργίες τους υπό διαφορετικό πρίσμα: ο δημόσιος τομέας προσπαθεί να επιτύχει τη βέλτιστη κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός προσπαθεί να προσελκύσει όσο το δυνατό μεγαλύτερο αριθμό ασθενών για την αύξηση των κερδών του.

Το πολιτικό πλαίσιο που διέπει τις σχέσεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ρυθμίζεται από το κράτος και την εκάστοτε πολιτική ηγεσία. Σε εθνικό επίπεδο, το πλαίσιο αυτό διαμορφώθηκε στη βάση θεμελίωσης του δικομματισμού. Έτσι, ανάλογα με ποιο από τα δύο κόμματα επικρατούσε, μέχρι το 1994 αναδιαμορφωνόταν εκ βάθρων η πολιτική υγείας, ενώ στη συνέχεια οι μεταρρυθμίσεις και οι αλλαγές που ακολούθησαν δε μετέβαλαν τη φύση του συστήματος.

Σε οικονομικό επίπεδο και με βάση την παραπάνω εναλλαγή καταλήγουμε στη λογική ότι, παρά τον υψηλό δείκτη αβεβαιότητας για την ανάπτυξη της επιχειρηματικής δραστηριότητας στο χώρο της υγείας, υπάρχουν σημαντικά περιθώρια κέρδους λόγω των ελλείψεων του αμιγώς δημόσιου τομέα και του κοινωνικού προφίλ του Έλληνα ασθενή που έχει ψηλά την οικονομική του ατζέντα την κάλυψη των υγειονομικών του αναγκών και παράλληλα γοητεύεται από τις «ξενοδοχειακού τύπου» υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα.

Ιδιαίτερα σημαντικό μέρος της ερευνητικής αυτής προσπάθειας αποτελούν τα επίσημα στοιχεία της ΕΣΥΕ που μας οδηγούν σε κάποια ιδιαίτερα χρήσιμα συμπεράσματα:

- Ο ρόλος των ιδιωτικών θεραπευτηρίων ήταν πολύ ισχυρότερος πριν από το 1983 που με τη σύσταση του ΕΣΥ μεγάλο μέρος τους αφομοιώθηκε και εντάχθηκε στο νέο σύστημα μέσω της μετατροπής τους σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου.
- Σταδιακά, με την εφαρμογή του νόμου το 1983 έγινε ευρύτατη αναπροσαρμογή του συσχετισμού των κλινών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας
- Τα ουσιαστικά αποτελέσματα της σύστασης του ΕΣΥ άρχισαν να φαίνονται από το 1986 και μετά που οι πολίτες άρχισαν να χρησιμοποιούν τις δημόσιες υπηρεσίες ολοένα και περισσότερο.
- Παρ' όλες τις καινοτομίες που εισήχθησαν το 1983 δεν επιτεύχθηκε ο στόχος της αποκέντρωσης, όχι ως προς την ύπαρξη των δομών αλλά ως προς τη συμπεριφορά των πολιτών, οι οποίοι συνέχισαν να επισκέπτονται την Αθήνα για τα ιατρικά τους θέματα από τις γύρω περιοχές και όχι μόνο.
- Οι πολίτες συνέχισαν να εμπιστεύονται τον ιδιωτικό τομέα σε περιπτώσεις σοβαρών ιατρικών ζητημάτων.
- Από το 1974 μέχρι το 2004 ο συνολικός αριθμός των θεραπευτηρίων σταδιακά μειώθηκε από 725 σε 319.

Αυτό που προκύπτει από τα όλα τα παραπάνω είναι ότι μέσα σε τριάντα χρόνια (1974-2004) ο υγειονομικός χάρτης της χώρας άλλαξε ριζικά, ο αριθμός των θεραπευτηρίων μειώθηκε αλλά δημιουργήθηκαν νέες, εκσυγχρονισμένες, αποκεντρωμένες και εξειδικευμένες δομές υγείας στα πλαίσια ενός εθνικού συστήματος.

Εξίσου σημαντική είναι και η διάσταση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αφ' ενός γιατί τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των δύο δομών διαφέρουν και αφ' ετέρου γιατί μέσα από την έρευνα και την ποιότητα είμαστε σε θέση να μετρήσουμε την ικανοποίηση των χρηστών και να αντιληφθούμε τους λόγους για τους οποίους επιλέγουν τους δημόσιους ή τους ιδιωτικούς φορείς αντίστοιχα. Στη χώρα μας, οι ιδιωτικές δομές συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών, ωστόσο, όπως είδαμε και από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, μιλάμε για πολύ μικρότερο δείγμα. Τέλος, η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας ως εργαλείο σχεδιασμού και αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και λαμβάνοντας πάντα υπ' όψη τη συγκράτηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το νομικό πλαίσιο που διέπει τον υγειονομικό χώρο σε εθνικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Το πλαίσιο αυτό έχει μεταβληθεί αρκετές φορές από το 1974 μέχρι σήμερα. Απαρχή αυτών των μεταβολών υπήρξε το Νομοσχέδιο Δοξιάδη που ουσιαστικά, με την «Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας» και τα «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» εισήγαγε ένα τεχνοκρατικό προφίλ στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία και προετοίμασε το έδαφος για τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του 1983. Ωστόσο, είναι κατακριτέο και ταυτόχρονα απόρροια του γενικότερου πολιτικού μας συστήματος ότι ένα τόσο αξιόλογο νομοσχέδιο δεν υπερψηφίστηκε.

Ουσιαστικά, ο Ν. 1397/83 υπήρξε το σημαντικότερο νομοθετικό διάταγμα για την υγεία κατά τη διάρκεια της μεταπολίτευσης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι με βάση το συγκεκριμένο νόμο θεμελιώθηκε το ΕΣΥ και μαζί με αυτό το καθολικό δικαίωμα των πολιτών για πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης, για πρώτη φορά υπήρξε σχεδιασμός για την ενίσχυση του δημόσιου τομέα σε σχέση με τον ιδιωτικό για τη συνολική μείωση των θεραπευτηρίων αλλά και την ορθολογική κατανομή τους στη βάση ενός αποκεντρωμένου πανελλαδικού υγειονομικού χάρτη με διοικητικά αυτοτελή περιφέρειες και κέντρο. Όλα τα παραπάνω υπήρξαν καινοτόμα και πρωτοπόρα για την ελληνική πραγματικότητα. Ωστόσο, αν και επέφερε σημαντική βελτίωση σε γενικότερο επίπεδο, δεν μπόρεσε να υλοποιήσει τους στόχους του. Ουσιαστικά δε μπόρεσε να εφαρμοστεί πλήρως, αφού το 1986 -που σύμφωνα με τα στοιχεία άρχισε το σύστημα να αποδίδει- επικράτησε πολιτική αστάθεια, συνεχιζόμενες εκλογικές διαδικασίες και, τέλος, μια κυβερνητική αλλαγή που αναμόρφωσε τους στόχους και τη φυσιογνωμία του ΕΣΥ, χωρίς και αυτή με τη σειρά της να προλάβει να δει τα αποτελέσματα του νέου νόμου.

Ο Ν. 2071/92 θέλησε να δώσει έμφαση στην ελευθερία επιλογής υγειονομικών υπηρεσιών από τους πολίτες, θυσιάζοντας μέρος της προσβασιμότητας του συστήματος και αυξάνοντας τα περιθώρια δράσης του ιδιωτικού τομέα. Παράλληλα, απελευθερώθηκε και ο τρόπος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, οι οποίοι είχαν να επιλέξουν μεταξύ μερικής ή πλήρους απασχόλησης.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η προσπάθεια εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας, παρά την αλλαγή της κυβέρνησης, δεν επέφερε ουσιώδεις μεταβολές στο σύστημα υγείας, πέρα από την ελευθερία επιλογής του υγειονομικού φορέα από τους πολίτες (Σουλιώτης Κ., 2000: 100-101 & Δικαίος, Κ., 2006: 80, 84, 90).

Ο Ν. 2194/94 προέρχεται από μια εκ νέου πολιτική μεταβολή και επαναφέρει τους στόχους και τις ρυθμίσεις του 1983. Εντούτοις, το συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο δε βελτίωνε την εικόνα του ΕΣΥ, ούτε προσέφερε μια εκσυγχρονιστική βάση αναβάθμισής του. Τα προβλήματα και η δυσαρέσκεια που είχε δημιουργηθεί οδήγησε την πολιτική ηγεσία της εποχής στη σύσταση επιτροπών ξένων και Ελλήνων εμπειρογνομόνων που σταδιακά εξήγαγαν κάποια συμπεράσματα και προτάσεις που συμπεριλήφθηκαν στο νέο νόμο για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ (Ν. 2519/97).

Ο συγκεκριμένος νόμος σε γενικές γραμμές προσπάθησε να φέρει το ΕΣΥ πιο κοντά στον πολίτη, να ενισχύσει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και να αναδιοργανώσει τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέσα από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού αλλά και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας. Ο Ν. 2519/97 εισήγαγε νέες επιτροπές και καινοτόμα μέτρα με σημαντικότερο τη δημιουργία της ειδικότητας της γενικής

ιατρικής. Οι διοικητικές, οικονομικές και εκπαιδευτικές διατάξεις του συγκεκριμένου νόμου αναβάθμισαν το εθνικό μας νομικό πλαίσιο για τον υγειονομικό τομέα, ωστόσο δεν είχαν πλήρη εφαρμογή, αφού είχαν να αντιμετωπίσουν τις χρόνιες και σε ένα βαθμό ανυπέρβλητες δυσκολίες του ΕΣΥ: σπατάλη, κακοδιαχείριση, κομματικοποίηση στελεχών, λανθασμένη «κουλτούρα» ασθενή, κ.ά.

Ο Ν. 2889/01 υπήρξε ίσως η σημαντικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο χώρο της υγείας μετά τον Ν. 1397/83. Προσπάθησε να εκσυγχρονίσει τις δομές αλλά κυρίως οδήγησε στη διοικητική αναδιάρθρωση του συστήματος στα πλαίσια ενός σύγχρονου διοικητικού μοντέλου. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος και ενίσχυσε το ρόλο της αξιολόγησης στη λειτουργία του. Οι διοικητικές, οικονομικές και εκπαιδευτικές διατάξεις του συγκεκριμένου νόμου αναβάθμισαν το εθνικό μας νομικό πλαίσιο για τον υγειονομικό τομέα, ωστόσο δεν είχαν πλήρη εφαρμογή, αφού είχαν να αντιμετωπίσουν τις χρόνιες και σε ένα βαθμό ανυπέρβλητες δυσκολίες του ΕΣΥ: σπατάλη, κακοδιαχείριση, κομματικοποίηση στελεχών, λανθασμένη «κουλτούρα» ασθενή, κ.ά.

Ο Ν. 3329/05 ήταν μια σοβαρή προσπάθεια για τη δημιουργία ενός νέου διαχειριστικού μοντέλου στα πλαίσια της περιφερειακής συγκρότησης του συστήματος και είχε διπλή κατεύθυνση: αφενός τον εξορθολογισμό των πόρων, τη συγκράτηση των δαπανών και του λειτουργικού κόστους του συστήματος και αφετέρου τη βελτίωση του συστήματος στην ανταπόκρισή του απέναντι στους πολίτες, τόσο σε χρονικό όσο και σε ποιοτικό επίπεδο.

Αυτό που παρατηρούμε εξετάζοντας συνολικά τις μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα είναι ότι μέχρι το 1994 υπήρξε πολιτική βάση διαφοροποίησης των νομοθετημάτων ανάλογα με την εκάστοτε κυβερνητική αλλαγή. Από το 1994 και μέχρι το 2001 παρατηρούμε ότι υπάρχει μια σχετική στασιμότητα όσον αφορά την παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων από το εθνικό υγειονομικό σύστημα, ενώ, από το 2001, και, λαμβάνοντας υπ' όψη τις ρυθμίσεις του 2005, γίνεται αντιληπτό ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερες αποκλίσεις με τον έντονο πολιτικό χαρακτήρα των προηγούμενων ετών μεταξύ των δύο κομμάτων. Γενικά, οι νομικές πρωτοβουλίες που αναπτύχθηκαν όλα αυτά τα χρόνια εμπεριείχαν μέτρα που θα μπορούσαν να αναδιαμορφώσουν και να ενισχύσουν την εικόνα του συστήματος. Ωστόσο, η πρακτική τους εφαρμογή κατέστη δύσκολη έως αδύνατη λόγω των παθογενειών του ελληνικού διοικητικού συστήματος, οι οποίες διογκώθηκαν στον υγειονομικό τομέα, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να υπερκεραστούν.

Η διαμόρφωση των δαπανών είναι από τα σημαντικότερα στοιχεία για τη σύγκριση των μεγεθών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. Παρά τα μεθοδολογικά προβλήματα, μπορούμε να αντιληφθούμε το «συσχετισμό δυνάμεων» των δύο τομέων με μετρήσιμα δεδομένα. Σε διεθνές επίπεδο, αντιλαμβανόμαστε ότι η ολοένα και μεγαλύτερη ζήτηση για κοινωνικό κράτος μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο οδήγησε στη ραγδαία αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας, που σταδιακά ομαλοποιήθηκε και παρουσίασε μια σταθερή ετήσια αυξητική τάση. Αντίστοιχα, ο ιδιωτικός τομέας, προσπαθώντας να εκμεταλλευτεί τα κενά, αυξομειώνει τις δαπάνες ανάλογα με τις επενδυτικές ευκαιρίες και τη ζήτηση.

Οι δαπάνες υγείας σε διεθνές επίπεδο μας δείχνουν ότι, μέχρι και τη δεκαετία του 1990, η χώρα μας υστερούσε σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, γεγονός που στη συνέχεια αναδιαμορφώθηκε με τις εθνικές δαπάνες να ξεπερνούν τον αντίστοιχο μέσο όρο. Το μέγεθος της παραοικονομίας εμποδίζει σε σημαντικό βαθμό την ανάλυση των δεδομένων, ωστόσο μπορούμε να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο, όπως θα δούμε παρακάτω, μεγαλύτερος «επενδυτής» είναι ο δημόσιος τομέας.

Η διαδικασία διαμόρφωσης των δαπανών σε εθνικό επίπεδο αποτελεί σημείο αναφοράς για το διαχωρισμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα. Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες, αξίζει να αναφερθεί ότι το συνολικό ποσοστό των δαπανών αντιστοιχεί στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, οι δαπάνες περιλαμβάνουν τόσο πόρους από τη φορολόγηση των πολιτών όσο και από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων. Προσπαθώντας να αναλύσουμε τον τρόπο διαμόρφωσης των δημόσιων δαπανών σε εθνικό επίπεδο, αντιλαμβανόμαστε ότι μιλάμε για ένα τεράστιο σύστημα παροχής υπηρεσιών, με σημαντικό βαθμό αλληλοεπικάλυψης μεταξύ των δομών, με υψηλό κόστος λειτουργίας και με σημαντικό βαθμό ανικανοποίητων χρηστών. Το εύλογο συμπέρασμα είναι πως, ενώ οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ (αν και θα έπρεπε να είναι μεγαλύτερο), δεν κατανέμονται

ορθολογικά και δεν ελέγχεται ο τρόπος διάθεσής τους, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα και να μην προσφέρονται ποιοτικές υπηρεσίες.

Επίσης, παρατηρούμε ότι ο δημόσιος τομέας δε λειτουργεί ανταγωνιστικά, αφού δεν υπάρχουν κίνητρα για κάτι τέτοιο. Με βάση τα παραπάνω, αν αναφερθούμε στην κατάσταση που επικρατεί στα δημόσια νοσοκομεία, θα δούμε ότι δεν είναι κερδοφόρες παραγωγικές δομές όπως έχουν σχεδιαστεί και ότι χωρίς την κρατική επιχορήγηση δε θα ήταν βιώσιμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αύξηση του κρατικά χορηγούμενου ποσού να επιφέρει αντίστοιχη μείωση ως προς το κόστος νοσηλείας ανά ημέρα και ασθενή.

Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης, παρατηρούμε ότι, αν και τα οικονομικά μεγέθη και οι εισφορές κινούνται σε υψηλά επίπεδα, δημιουργούνται στρεβλώσεις από οικονομικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ελλείμματα στους κλάδους των συντάξεων και σημαντικές καθυστερήσεις στην κάλυψη των εξόδων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των εργαζομένων.

Παρατηρώντας την κατανομή των δημόσιων δαπανών υγείας, συμπεραίνουμε ότι το σύστημα υγείας είναι καθαρά ασθενοκεντρικό και κατ' επέκταση οι νοσοκομειακές δαπάνες είναι κατά πολύ υψηλότερες από τις άλλες λειτουργίες της φροντίδας υγείας. Αυτό οδηγεί και στη διαμόρφωση των αντίστοιχων προτύπων που κυριαρχούν στη χώρα μας: ο πολίτης μόλις νιώσει κάποια αδιαθεσία οδηγείται στο νοσοκομείο χωρίς να περάσει από τα απαραίτητα για την αποσυμφόρηση του συστήματος φίλτρα, είτε γιατί δεν υπάρχουν είτε γιατί δεν έχει «εκπαιδευτεί» να τα προτιμά. Τέλος, παρ' όλο που οι δημόσιες δαπάνες για τα νοσοκομεία είναι υψηλές, παρατηρούμε το φαινόμενο της συσσώρευσης χρεών. Αυτό οφείλεται στην κατασπατάληση υλικών και πόρων που προέρχονται από την κακοδιαχείριση και κατ' επέκταση από την επιλογή ακατάλληλων ανθρώπων, επιλεγμένων με κομματικά κριτήρια στις κομβικές θέσεις.

Στον ιδιωτικό τομέα η κατάσταση είναι πιο ξεκάθαρη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αφ' ενός είναι πολύ μικρότερα τα μεγέθη και η αγορά εργασίας είναι ελαστικότερη, και αφ' ετέρου κυρίαρχος στόχος για τον ιδιωτικό τομέα είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν του τις τόσο σύνθετες παραμέτρους που λαμβάνουν χώρα στο δημόσιο τομέα υγείας.

Ωστόσο, η ένταξη της παραοικονομίας στις ιδιωτικές δαπάνες αυξάνει σημαντικά τα συνολικά τους μεγέθη. Οι δύο άλλες κατηγορίες (η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές) είναι αντίστοιχα σημαντικά μεγέθη. Το σημαντικότερο συμπέρασμα που προκύπτει από την εξέταση των ιδιωτικών δαπανών είναι ότι οι πολίτες στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα γιατί ακριβώς δεν αρκούνται στην προσφερόμενη ποιότητα και ποσότητα του δημοσίου. Επίσης, ο χρόνος εξυπηρέτησης είναι πολύ ταχύτερος στον ιδιωτικό τομέα και, αν συνδυαστεί με τις ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσίες που προσφέρει, είναι σε θέση να προσελκύει όλο και περισσότερους καταναλωτές.

Εξετάζοντας τα δεδομένα, παρατηρούμε ότι από το 1975 μέχρι το 1983 οι ιδιωτικές δαπάνες ήταν περίπου στα ίδια επίπεδα με τις δημόσιες, ενώ στη συνέχεια υπέστησαν μείωση λόγω της δημιουργίας του ΕΣΥ για να αναπτυχθούν ξανά κατά τη δεκαετία του 1990 και να καταλήξουν σε σταθερό επίπεδο από το 2000 και έπειτα, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Όσον αφορά την κατανομή των ιδιωτικών δαπανών, κυρίαρχο ρόλο διαδραμάτισε η ΠΦΥ, ακριβώς για να καλυφθούν τα κενά από το δημόσιο τομέα. Γενικά, το μεγαλύτερο μερίδιο κατέχεται από την οδοντιατρική φροντίδα και τις μαιευτικές κλινικές. Συνολικά, ο ιδιωτικός τομέας παρουσίασε αυξητικές τάσεις από το 2000 και μετά, περίπου κατά 13,5% ανά έτος. Είναι σημαντικό ότι στον ιδιωτικό τομέα αυξήθηκαν τα επενδυτικά κεφάλαια όλα αυτά τα έτη, με αποτέλεσμα να εκσυγχρονιστεί, και, σε συνδυασμό με τη χρήση της διαφήμισης, κατάφερε να αποσπάσει σημαντικό μερίδιο της αγοράς.

Συγκρίνοντας τις ιδιωτικές και τις δημόσιες δαπάνες υγείας σε εθνικό επίπεδο, αντιλαμβανόμαστε ότι κύρια πηγή διαφοροποίησης αποτελεί η στοχοθέτηση των δύο τομέων και τα μέσα που διαθέτουν. Επίσης, συμπεραίνουμε ότι οι δύο τομείς είναι αλληλένδετοι και ουσιαστικά συμπληρώνει ο ένας τον άλλον.

Ο χώρος των ιατρικών εξοπλισμών αντιπροσωπεύει την εξέλιξη του τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επίσης, μας δίνει μια σαφή εικόνα για τις λειτουργικές διαφορές του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αντιληπτό ότι

ο ιδιωτικός τομέας είναι ευέλικτος και μπορεί να αναπτύσσει καινοτόμα οικονομικά μοντέλα (τύπου leasing), με αποτέλεσμα να εκσυγχρονίζεται και να εξελίσσεται ταχύτατα, έτσι ώστε να είναι πιο ανταγωνιστικός και να προσελκύει τις εκροές του δημόσιου τομέα.

Ο δημόσιος τομέας διεξάγει ανοικτούς διαγωνισμούς ανά νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να είναι σε μειονεκτική θέση λόγω του χρόνου αλλά και τους κόστους που απαιτείται. Ωστόσο, επειδή τα επενδυτικά κεφάλαια του δημόσιου τομέα είναι πολύ μεγαλύτερα λόγω της ανάγκης για την κάλυψη των προβλημάτων του συνόλου του πληθυσμού και παράλληλα κάποια δημόσια νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα μεγάλες μονάδες, ο δημόσιος τομέας κυριαρχεί ως προς την ποσόστωση των ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας, συγκεντρώνοντας περίπου το 69% της συνολικής αγοράς. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι τα τελευταία έτη και οι δύο τομείς αναπτύσσονταν παράλληλα, αφού και οι δύο εκσυγχρονίζουν τις υποδομές τους.

Αφ' ενός ο δημόσιος τομέας εκσυγχρόνισε τον εξοπλισμό του λόγω της αποκέντρωσης που προήλθε από την ανάπτυξη των περιφερειακών νοσοκομείων. Αφ' ετέρου, ο ιδιωτικός τομέας αναπτύχθηκε με κεφάλαια που προέρχονται από τις δημόσιες δαπάνες υγείας και συγκεκριμένα από τις συμβάσεις των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και θεραπευτήρια. Συμπερασματικά, η ανανέωση των εξοπλισμών αποτελεί ζητούμενο και για τους δύο τομείς, τόσο για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, όσο και για τη διευκόλυνση των επαγγελματιών. Παράλληλα, η χρήση νέων τεχνολογιών (π.χ. βλαστοκύτταρα) αποτελεί ένα στοίχημα γενικότερα για το χώρο της υγείας και θα πρέπει να γίνεται με προσοχή.

Καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής αυτής προσπάθειας οδηγημάσταν ολοένα και περισσότερο στο συμπέρασμα ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δε λειτουργούσε προς όφελος των πολιτών αλλά απλά συντηρούσε, ανάλογα με την εποχή, τις παθογένειες και τις στρεβλώσεις του εθνικού υγειονομικού συστήματος. Παραπάνω αναπτύξαμε τις αξιολογικές προσπάθειες σε νομοθετικό και διοικητικό επίπεδο των προηγούμενων χρόνων, αντήσαμε κάποια χρήσιμα συμπεράσματα και είμαστε σε θέση να διαμορφώσουμε κάποιες προτάσεις για τη βελτίωση της κατάστασης.

Αρχικά, θα πρέπει να εξορθολογισθεί η διαδικασία, μέσα από την οποία ο πολίτης επιλέγει την εκάστοτε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει τόσο ως προς τη βαθμίδα όσο και ως προς τη νομική μορφή του θεραπευτηρίου. Αυτή η επιλογή θα πρέπει να γίνεται αφενός με βάση τη δυνατότητα κάλυψης των υγειονομικών του αναγκών και αφετέρου με βάση τη λιγότερη δυνατή οικονομική επιβάρυνσή του.

Στη συνέχεια, θα πρέπει επιτέλους να δημιουργηθεί ένα σύστημα μέσα από το οποίο θα «φιλτράρονται» τα περιστατικά, έτσι ώστε να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία και να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πρόταση που εδώ και πολλά χρόνια συστήνεται από τους μεγαλύτερους υγειονομικούς οργανισμούς (Π.Ο.Υ. κ.ά.) και προβλέπεται από αρκετές νομοθετικές ρυθμίσεις που απλά δεν εφαρμόζονται.

Για να γίνουν πραγματικότητα τα παραπάνω, πρέπει να δημιουργηθεί από την αρχή ένα σύστημα αγωγής υγείας των πολιτών, είτε μέσα από την αμιγώς εκπαιδευτική διαδικασία, είτε στα πλαίσια των Δ.Υ.Π.Ε. και των ιατρικών σχολών ανά τη χώρα. Αυτή η προσπάθεια θα πρέπει να έχει διπλή κατεύθυνση, που από τη μία θα διαμορφώνει τις συνθήκες, έτσι ώστε ο πολίτης να επιλέγει έναν υγιή τρόπο διαβίωσης και από την άλλη να του δημιουργεί το αίσθημα της κοινωνικής ευθύνης και παράλληλα να τον κάνει ορθολογικό χρήστη των προσφερόμενων υγειονομικών παροχών.

Εξίσου σημαντικό με την αναδιαμόρφωση των δεδομένων χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι και το επίπεδο αυτών και οι συνιστώσες που το επηρεάζουν (χρόνος, ικανοποίηση των χρηστών). Το σύστημα θα πρέπει να αναδιαμορφωθεί και να στραφεί προς τα σύγχρονα διοικητικά μοντέλα που εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία σε χώρες με ένα τελειώς διαφορετικό υγειονομικό προφίλ. Ειδικότερα, θα πρέπει να εφαρμοστούν Συστήματα Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας και να ενισχυθεί η αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού. Παράλληλα, θα πρέπει να ενισχυθούν οι ελεγκτικοί μηχανισμοί, έτσι ώστε να μην προκύπτουν σφάλματα από μέρους του προσωπικού και ανορθολογική διαχείριση των πόρων.

Επιπλέον, είναι απαραίτητο την εποχή που έχει προχωρήσει τόσο η τεχνολογία να μην υπάρχει ένα ενιαίο σύστημα μηχανοργάνωσης του ΕΣΥ και παράλληλα ένα εθνικό

μητρώο ασθενών, έτσι ώστε και ο πολίτης να μπορεί να λάβει τις κατάλληλες θεραπείες όπου και αν βρεθεί και να μπορούν να συγκεντρωθούν εύκολα επιδημιολογικά δεδομένα και στατιστικά στοιχεία για την αποτίμηση της συνολικής κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Στο επίπεδο των ιατροτεχνολογικών εξοπλισμών, και επειδή ως μικρή χώρα δεν είναι εύκολο να ακολουθούμε τις διεθνείς επιστημονικές εξελίξεις, κυρίως λόγω του υψηλού κόστους που επιφέρουν, θα πρέπει ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας υγείας να δημιουργήσουν ένα δίκτυο συνεργασίας. Το δίκτυο αυτό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη ζήτηση και την προσφορά στα πλαίσια του εθνικού υγειονομικού χάρτη και να αναπτύσσει πρωτοβουλίες για την ύπαρξη των απαραίτητων ιατροτεχνολογικών υποδομών, λαμβάνοντας υπόψη την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και την κερδοφορία του ιδιωτικού τομέα.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, όπως είδαμε και από τα στοιχεία, παρουσιάζει υψηλή κερδοφορία. Επειδή όμως δραστηριοποιείται σε έναν τόσο ευαίσθητο τομέα, θα πρέπει αφενός να αυξήσει τις δράσεις του στα πλαίσια της Κοινωνικής Εταιρικής Ευθύνης και αφετέρου να επανεπενδύει μέρος των κερδών του στην έρευνα και στην ανάπτυξη και βελτίωση των υποδομών.

Τέλος, θα πρέπει να γίνει αντιληπτό σε όλους ότι η υγεία δεν είναι πεδίο κομματικής αντιπαράθεσης. Θα πρέπει να δημιουργηθεί μια επιτροπή, στα πλαίσια της οποίας θα προκύψει ένα κλίμα συναίνεσης για να παραχθούν οι βασικές αρχές που θα διέπουν την πολιτική υγείας μακροπρόθεσμα, έτσι ώστε να υπάρχει μια σταθερή κατεύθυνση βελτίωσης και όχι μια λογική αναπροσαρμογής με βάση την εναλλαγή στην πολιτική ηγεσία. Όσο ουτοπικό και να ακούγεται αυτό για τα δεδομένα του πολιτικού μας συστήματος, θα πρέπει να γίνει πραγματικότητα σύντομα, γιατί δεν υπάρχουν περιθώρια ούτε σε οικονομικό ούτε σε κοινωνικό επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγάλος Δ., Τσώλη Κ. (1997), «Παράγοντες που θα Επηρεάσουν στο Μέλλον την Ανάπτυξη και την Ποιότητα των Υπηρεσιών στο Δημόσιο Τομέα» στο: *Ποιότητα και Υπηρεσίες*, Quality Forum/ Τόμος Εισηγήσεων, Αθως, Αθήνα.

Δικαίος Κ. (2002), «Οι Απόψεις και Θέσεις των Κομμάτων Εξουσίας για την Υγεία: Πολιτικά και Θεωρητικά Προτάγματα ή Προσπάθεια Απάντησης στην Κρίση;» στο: *Ιδεολογικά Ρεύματα και Τάσεις της Διανοήσεως στη Σημερινή Ελλάδα*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα.

Δικαίος Κ. (2006), «Πολιτικά Κόμματα και Πολιτική Υγείας» στο: *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Σουλιώτης Κ., Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Δικαίος Κ. (2009), «Κεντρομόλος Δικομματισμός, Κομματικός Ανταγωνισμός και Σχέση Δημόσιου - Ιδιωτικού στο Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης», στο: *Κοινωνική Πολιτική, Κοινωνική Διοίκηση, Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Παρέμβαση: Παρούσα Κατάσταση και Μελλοντικές Τάσεις και Προοπτικές*, Δικαίος Κ., Πεμπτετζόγλου Μ., Πετμεζίδου Μ. (επίμ.), Πρακτικά Πανηγυρικού Συνεδρίου για τον Εορτασμό της Δεκαετίας του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης, 19-21/10/07, Εκδόσεις Κριτική/ Επιστημονική Βιβλιοθήκη.

Δουμουλάκης Γ. (2003), «Η Ποιότητα στην Ασφάλιση Υγείας» στο: *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Στατιστικών και Οικονομικών Πληροφοριών (Hellastat) (2006), *Ιατρικός Εξοπλισμός και Αναλώσιμα*.

Ζηλίδης Χ. (2002), «Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα», στο: *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ. (επίμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. (1999), «Η Διεθνής Εμπειρία» στο: *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Αγραφιώτης Δ. (επίμ.), Τόμος Γ – Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», ΕΑΠ Πάτρας.

Θεοδωράκης Π., Λιονής Χ. (2003), «Η Ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Είναι η Γενική Ιατρική Αποτελεσματική στην Έγκαιρη Διάγνωση Νοσημάτων και στην Ποιότητα Ζωής;» στο: *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

ICAP (2008), Κλαδικές Μελέτες, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Κατηγορία: Λοιπές Υπηρεσίες.

Καϊτελίδου Δ. (2006), «Διαχείριση Τεχνολογίας στον Τομέα της Υγείας» στο: *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Σουλιώτης Κ. (επίμ.), Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Καρόκης Α., Σισσούρας Α. (1994), «Οργάνωση και Χρηματοδότηση» στο: *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1991), *Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1993), *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Η., Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ. (2003), «Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας: Η Οπτική των Οικονομικών της Υγείας» στο: *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Α., Νικολάου Σ. (2002), «Η Μεθοδολογία του ΟΟΣΑ για τη Μέτρηση των Δαπανών Υγείας» στο: *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επίμ.), Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Παπανικολάου Β. (2003) «Εισάγοντας και Διατηρώντας ένα Πρόγραμμα Ολικής Ποιότητας/ Συνεχούς Βελτίωσης Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα: Αναπτύσσοντας Πρότυπα και Μέτρα Απόδοσης» στο: *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Σιγάλας Ι. (2003), «Συνθήκες και Παράγοντες που Αναβαθμίζουν ή Υποβαθμίζουν την Ποιότητα Περίθαλψης» στο: *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Σούλης Σ., (1998), *Οικονομική της Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

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

Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ. (2003), «Η Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας: Ερευνητικά Αποτελέσματα από την Περιοχή της Αθήνας» στο: *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Ι. (2006), *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*, Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης & Πολιτικής Υγείας, Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.

Φιλαλήθης Α. (1995), «Η Ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων στην Υγεία» στο: *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Grossman M., (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health.
Journal of Political Economy No 80, v. 2.

Oakland J., (1991), *Total Quality Management*, 2^η έκδοση, Heinemann.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

«Δομικές οι Στρεβλώσεις του Ελληνικού Συστήματος», *Ισοτιμία*, Σάββατο-Κυριακή 29-30/05/2010.

Κουλούρη Φ., (2005) «Το ΕΣΥ 27 Χρόνια Μετά», *Βορεινή Εφημερίδα ΒΑ Αττικής*, 14/06/05, όπως ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα <http://www.voreini.gr/?p=15269>.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης», όπως ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα <http://www.ggka.gr/asfalistikokefl.htm>.

Νέτα Σ., «Σύγχρονοι Υπερηχογράφοι σε Διαστάσεις Laptop ή Υπολογιστή Παλάμης», 30/05/2007, όπως ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα <http://www.iatronet.gr>.

Περιγραφή του δικομματισμού, όπως ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα <http://www.translatum.gr/forum/index.php?topic=48359.0>.

NOMOI

N. 1397/83, ΦΕΚ 143Α, 07/10/1983.

N. 2071/92, ΦΕΚ 123Α, 15/07/1992.

N. 2194/94, ΦΕΚ 34Α, 16/03/1994.

N. 2519/97, ΦΕΚ 165Α, 21/08/1997.

N. 2889/01, ΦΕΚ 37Α, 02/03/2001.

N. 3303/04, ΦΕΚ 263Α.

N. 3329/05, ΦΕΚ 81Α, 04/04/2005.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Ειδικά ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου
(2001-2006)**

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΑ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	84	92	80	88	67	70
	Δημόσια	48	52	44	50	35	38
	Ν.Π.Ι.Δ.	2	3	2	2	2	2
	Ιδιωτικά	34	37	34	36	30	30
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	941	985	1.064	995	979	1.033
	Δημόσια	665	722	791	750	715	753
	Ν.Π.Ι.Δ.	26	26	29	29	25	25
	Ιδιωτικά	250	237	244	216	239	255
ΑΞΟΝΙΚΟΙ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	111	113	121	141	142	148
	Δημόσια	65	70	79	91	95	97
	Ν.Π.Ι.Δ.	4	5	5	5	5	5
	Ιδιωτικά	42	38	37	45	42	46
ΑΥΤΟΜΑΤΟΙ ΑΝΑΛΥΤΕΣ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	1.611	1.673	1.724	1.725	1.769	1.701
	Δημόσια	1.280	1.336	1.371	1.362	1.392	1.358
	Ν.Π.Ι.Δ.	55	38	43	47	57	27
	Ιδιωτικά	276	299	310	316	320	316
ΓΡΑΜΜΙΚΟΙ ΕΠΙΤΑΧΥΝΤΕΣ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	27	30	32	44	38	55
	Δημόσια	15	16	18	23	19	36
	Ν.Π.Ι.Δ.	2	2	2	2	2	2
	Ιδιωτικά	10	12	12	19	17	17
Γ CAMERA							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	53	55	58	59	56	58
	Δημόσια	31	30	35	37	35	38
	Ν.Π.Ι.Δ.	5	5	5	5	5	5
	Ιδιωτικά	17	20	18	17	16	15
ΛΙΘΟΤΡΙΠΤΕΣ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	51	43	69	53	51	47
	Δημόσια	35	27	53	35	34	31
	Ν.Π.Ι.Δ.	1	1	1	1	1	1
	Ιδιωτικά	15	15	15	17	16	15
ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	32	47	39	44	62	60
	Δημόσια	18	28	19	21	25	33
	Ν.Π.Ι.Δ.	2	3	3	3	3	3
	Ιδιωτικά	12	16	17	20	34	24
ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	1.762	1.878	1.968	2.040	2.140	2.256
	Δημόσια	1.226	1.268	1.342	1.393	1.481	1.528
	Ν.Π.Ι.Δ.	47	63	63	69	70	75
	Ιδιωτικά	489	547	563	578	589	653

Πίνακας 2 (συνέχεια)							
		2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΥΠΕΡΗΧΟΙ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΙ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	242	298	255	304	310	308
	Δημόσια	153	149	146	185	168	179
	Ν.Π.Ι.Δ.	8	8	9	9	12	12
	Ιδιωτικά	81	141	100	110	130	117
ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	270	268	296	326	358	353
	Δημόσια	178	173	194	222	245	250
	Ν.Π.Ι.Δ.	16	12	13	13	14	7
	Ιδιωτικά	76	83	89	91	99	96
ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΟΙ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	391	424	415	440	437	446
	Δημόσια	218	231	240	252	255	245
	Ν.Π.Ι.Δ.	5	9	1	1	1	15
	Ιδιωτικά	168	184	174	187	181	186
ΚΑΡΔΙΟΤΟΜΟΓΡΑΦΟΙ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	130	248	240	223	178	197
	Δημόσια	30	119	90	76	67	100
	Ν.Π.Ι.Δ.	1	5				
	Ιδιωτικά	99	124	150	147	11	97
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	304	416	431	332	325	360
	Δημόσια	213	271	294	205	205	230
	Ν.Π.Ι.Δ.	13	33	33	35	35	35
	Ιδιωτικά	78	112	104	92	85	95
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΚΑΡΔΙΑΣ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	41	45	43	47	51	50
	Δημόσια	20	19	20	23	24	24
	Ν.Π.Ι.Δ.	5	5	5	5	5	5
	Ιδιωτικά	16	21	18	19	22	21
ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΙ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	171	190	170	171	174	146
	Δημόσια	106	111	100	111	127	105
	Ν.Π.Ι.Δ.	6	5	5	5	5	5
	Ιδιωτικά	59	74	65	55	42	36
ΜΕΤΡΗΤΕΣ ΚΥΤΤΑΡΩΝ LASER							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	29	51	55	82	72	59
	Δημόσια	18	40	46	66	38	39
	Ν.Π.Ι.Δ.	4	6	6	6	6	6
	Ιδιωτικά	7	5	3	10	28	14
ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΑ HOTLER							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	223	233	261	272	254	298
	Δημόσια	130	142	156	162	165	186
	Ν.Π.Ι.Δ.	7	7	8	8	7	7
	Ιδιωτικά	86	84	97	102	82	105
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ							
Σύνολο Χώρας	Σύνολο	45	51	67	46	44	38
	Δημόσια	27	31	45	31	30	30
	Ν.Π.Ι.Δ.	1	1	1	1	1	
	Ιδιωτικά	17	19	21	14	13	8

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ							
		2001	2002	2003	2004	2005	2006
Γενικό Σύνολο Μηχανημάτων	Σύνολο	6.518	7.140	7.388	7.432	7.507	7.683
	Δημόσια	4.476	4.835	5.083	5.095	5.155	5.300
	Ν.Π.Ι.Δ.	210	237	234	246	256	237
	Ιδιωτικά	1.832	2.068	2.071	2.091	1.996	2.146

Πηγή: ICAP, Κλαδικές Μελέτες, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας 2008