



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΠΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη στην  
Ελλάδα. Οργάνωση και Διοίκηση. Η περίπτωση  
των Κέντρων Υγείας»

Ιωάννα Μουσκάι (ΑΜ 16428 )

Μερόπη Πολυχρόνη (ΑΜ16466 )

Μεσολόγγι 2020

# **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

**ΠΠΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**  
**ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

«Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη στην  
Ελλάδα. Οργάνωση και Διοίκηση. Η περίπτωση  
των Κέντρων Υγείας»

Ιωάννα Μουσκάι (ΑΜ 16428 )

Μερόπη Πολυχρόνη (ΑΜ:16466 )

Επιβλέπων καθηγητής  
Αθανάσιος Στραβοσκούφης

Μεσολόγγι 2020

# **UNIVERSITY OF PATRAS**

SCHOOL OF ECONOMICS & BUSINESS

DEPARTMENT OF MANAGEMENT SCIENCE AND TECHNOLOGY

**FORMER DEPARTMENT OF BUSINESS  
ADMINISTRATION AT MESSOLONGHI**

## **THESIS**

«Primary Health Care in Greece.  
Organisation and Management. The case  
of the Health Centers»

Ioanna Mouskai

Meropi Polixroni

Messolonghi 2020

*Η έγκριση της παρούσας πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Πανεπιστημίου Πατρών (ΠΠΣ Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων - Μεσολόγγι του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας) δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Μέσα από την εργασία αυτή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή κ., Στραβοσκούφη Αθανάσιο, για τις πολύτιμες συμβουλές του και τον χρόνο που διέθεσε, ώστε να ολοκληρώσουμε με επιτυχία την πτυχιακή μας εργασία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανάπτυξη ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα νόμων και ειδικών διατάξεων με πολλές μεταρρυθμίσεις. Η καταγραφή των νομοθετικών διατάξεων κάθε χρονικής περιόδου με την ανάδειξη των προβλημάτων που προκύπτουν, τοποθετείται σε πρώτη προτεραιότητα στην εκάστοτε διακυβέρνηση του ελληνικού κράτους. Η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα, η Οργάνωση και Διοίκηση καθώς και η περίπτωση των Κέντρων Υγείας αποτέλεσε μία σημαντική προσέγγιση σχετικά με τη λειτουργία και την ενσωμάτωση πολλών στοιχείων για το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Είναι σύνηθες, κάθε τροποποίηση και μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη να υπόκειται σε μία οργάνωση και διοίκηση τέτοια, ώστε να πληροφορεί κάθε στιγμή τον πολίτη για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία υγείας και μάλιστα υψηλής ποιότητας αλλά και να προσφέρει άμεσα πλήρες απασχόληση σε ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Επομένως, η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα, η Οργάνωση και Διοίκησή της με σημαντική περίπτωση την μελέτη των Κέντρων Υγείας να αποτελεί σημαντική παράμετρο ανάπτυξης και την αποδοτικότητα του συστήματος.

Η περίοδος μετά το 1980 χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η δομή και η οργάνωση ενός συστήματος υγείας εξαρτάται από την ιδεολογική και πολιτική κατεύθυνση μέσα στην οποία το κράτος λειτουργεί. Όπως ακριβώς υπάρχουν οργανωτικές και δομικές διαφορές ανάμεσα στα κράτη, αντίστοιχες διαφορές υπάρχουν και μεταξύ των συστημάτων υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη, Κέντρα Υγείας, Νόμοι

## **ABSTRACT**

The development of a health care system in Greece involves a wide range of laws and special provisions with many reforms. Recording the laws of each time period with the emergence of the problems that arise is a top priority in the Greek government. Primary Health Care in Greece, the Organization and Administration as well as the case of the Health Centers constituted an important approach to the operation and integration of many elements of the Greek primary care system

It is common for any Primary Health Care modification and reform to be subject to a organization and administration in such a way as to inform the citizen at any time of any health service provided and of high quality, but also to provide full-time employment to medical, nursing and other health workers.

Therefore, Primary Health Care in Greece, its Organization and Administration is an important case for the study of Health Centers to be an important parameter for the development and efficiency of the system. The post-1980 period is characterized by the development of a National Health System, the country's accession to the European Union and the rapid introduction of new technologies in the provision of health services.

The structure and organization of a health system depends on the ideological and political direction in which the state operates. Just as there are organizational and structural differences between states, similar differences exist between health systems.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Centers, Laws

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
Περιεχόμενα.....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ .....	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xiv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	xv
Κεφάλαιο 1ο : Υγειονομική Περίθαλψη.....	1
1.1 Α΄ Περίοδος 1821-1929-Ίδρυση Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης.....	1
1.2 Β' Περίοδος:1929-1952 .....	2
1.3 Γ' Περίοδος:1952-1982 .....	3
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> Υγειονομική φροντίδα στην μεταπολεμική Ελλάδα .....	8
2.1 Νόμος 1397/83 .....	8
2.2 Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	11
2.3 Χάρτης της Λουμπλιάνα για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας υγείας στην Ευρώπη, 1996.....	16
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> Η σύγχρονη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα.....	17
3.1 Τα προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη 1987-2001.....	17
3.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα κατά τα έτη 2004-2009.....	20
3.2.1 Ν. 3329/2005.....	22
3.4 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1997-2006 .....	25
3.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα κατά τα έτη 2009-2017.....	26
3.6 Τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.....	30
Β ΜΕΡΟΣ .....	31



Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> Στατιστικά Στοιχεία Κέντρων Υγείας.....	31
4.1 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2009-2010.....	31
4.2 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2009-2010 .....	33
4.3 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2014-2016 .....	34
4.4 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2017-2018 .....	39
4.5 Συγκριτικά στοιχεία Κέντρων Υγείας για τα έτη 2016-2018.....	41
4.6 Τα σημαντικότερα προβλήματα των Κέντρων Υγείας .....	47
4.6.1 Κατακερματισμός των δομών των Κέντρων Υγείας .....	47
Κεφάλαιο 5ο Σύγκριση Ιδιωτικού και Δημοσίου τομέα στην υγεία .....	54
5.1 Εξέλιξη των Κέντρων υγείας .....	54
5.2 Ιδιωτικός Τομέας Υγείας.....	59
5.2.1 Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας .....	60
5.2.2 Κατανομή κρεβατιών στον Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα.....	61
5.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή Δημόσιου ή Ιδιωτικού Φορέα Υγείας .....	63
5.3.1 Κόστος .....	63
5.3.2 Γραφειοκρατία .....	63
5.3.3 Οι επενδύσεις.....	63
5.3.4 Τεχνολογία .....	64
5.3.5 Ελλείψεις.....	64
5.4 Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2007.....	64
5.5 Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2010-2017.....	66
5.6 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017 .....	72

Πηγή:<https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecdf9eb44f3> ..... 75

5.7 Οι μεταρρυθμίσεις στον ιδιωτικό τομέα της υγείας αυξάνουν την αποδοτικότητα..... 76

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ..... 79

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ..... 81

ΝΟΜΟΙ & ΦΕΚ..... 85

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 : Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, 1900-1940 .....	2
Πίνακας 2 Οι υπηρεσίες στην Ελλάδα, 1952-1975 .....	6
Πίνακας 3 Θεραπευτήρια και Κλίνες 1980-1999 .....	7
Πίνακας 4: Τα επίπεδα Πρωτοβάθμιας υγείας.....	23
Πίνακας 5: Κύρια νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΠΦΥ) .....	24
Πίνακας 6: Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΠΦΥ) – δευτερεύουσες διατάξεις.....	24
Πίνακας 7: Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.Πε. και συνολικά.....	31
Πίνακας 8: Ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν τα Κέντρα Υγείας το 2009 και το 2010, καθώς και ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.....	32
Πίνακας 9: Κάλυψη οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά Δ.Υ.Πε .....	33
Πίνακας 10: Στοιχεία για τα Κέντρα Υγείας τα έτη 2013-2014.....	33
Πίνακας 11: Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2012-2016 .....	35
Πίνακας 12: Κέντρα Υγείας, κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, 2015 και 2016 .....	37
Πίνακας 13: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, 2015 και 2016 .....	38
Πίνακας 14: Ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, 2015 και 2016 .....	39
Πίνακας 15: Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας υγείας ανά κατηγορία, έτη 2017-2018.....	40
Πίνακας 16: Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2018 .....	40
Πίνακας 17: Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2014-2018.....	40
Πίνακας 18: Κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018 .....	43
Πίνακας 19: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018.....	44

Πίνακας 20: Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2013-2014.....	45
Πίνακας 21: Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2015-2016.....	46
Πίνακας 22 : Ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, έτη 2016 έως 2018.....	47
Πίνακας 23: Στελέχωση των ΚΥ .....	50
Πίνακας 24 : Ελλείψεις των Κέντρων Υγείας σύμφωνα με την έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ το 2017 .....	52
Πίνακας 25: Ποσοστό ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού που δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας επειδή είναι πολύ ακριβές.....	68
Πίνακας 26: Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών για την υγεία (out-of-pocketmoney) .....	71
Πίνακας 27: Το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών 2010 .....	72
Πίνακας 28: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε εκατ. ευρώ).....	72
Πίνακας 29: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης Υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.....	73
Πίνακας 30: Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας.....	74

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Κέντρα Υγείας κατά Περιφέρεια, 2016.....	35
Γράφημα 2: Κέντρα Υγείας κατά Περιφέρεια, 2018.....	41
Γράφημα 3: Οι δαπάνες στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	57
Γράφημα 4: Κατανομή μηνιαίας δαπάνης νοικοκυριών για την υγεία 2008-2015 .....	58
Γράφημα 5 : Η Ελλάδα δαπανά λιγότερα από τα δύο τρίτα του μέσου όρου στην ΕΕ για υγειονομική περίθαλψη.....	59
Γράφημα 6 : Εξέλιξη κλινών νοσηλείας Private vs. Public, 2000-2009 .....	61
Γράφημα 7: Κατανομή δαπανών ανά Κατηγορία δαπάνης(2009-2011) .....	62
Γράφημα 8: Ιδιωτική αγορά Υγείας 2000-2012 .....	63
Γράφημα 9: Ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας (2007) .....	65
Γράφημα 10: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες % των συνολικών δαπανών.....	66
Γράφημα 11: Οι δαπάνες για την υγεία στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 45% μικρότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ.....	67
Γράφημα 12: Συνολική τρέχουσα δαπάνη Υγείας για τα έτη 2013-2017 (σε εκατ. ευρώ).....	73
Γράφημα 13: Κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών Υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας για τα έτη 2013-2017 (σε εκατ. ευρώ) .....	75

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Απογευματινά ιατρεία νοσοκομείων ΕΣΥ .....	29
Εικόνα 2: Αποτύπωση του συστήματος Υγείας στον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα .....	48
Εικόνα 3: Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας .....	61
Εικόνα 4: Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι πρώτες στην Ελλάδα .....	69
Εικόνα 5: Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν τους μεγαλύτερους τομείς άμεσων ιδιωτικών δαπανών .....	70
Εικόνα 6: Οι παροχές υγείας στην Ελλάδα σήμερα. ....	78

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δημιουργία ενός υγειονομικού συστήματος προώθησε και την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μέσα από πολλές και διαφορετικές τροποποιήσεις και διατάξεις νόμων στην Ελλάδα από το 1900 μέχρι σήμερα.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα, η Οργάνωση και Διοίκηση, και η περίπτωση των Κέντρων Υγείας, παρουσιάζοντας τις αρχές και τους νόμους που τέθηκαν σε ισχύ από το 1990 μέχρι και σήμερα, την Οργάνωση και διοίκησή τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται ανάλυση της έννοιας της Υγειονομικής Περίθαλψης, αναφέρονται οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν καθώς και οι νόμοι που ψηφίζονται σε κάθε χρονική περίοδο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η Υγειονομική φροντίδα στην μεταπολεμική Ελλάδα με ανάλυση του νόμου Νόμος 1397/83 που αποτέλεσε την βάση του Πρωτοβάθμιου συστήματος Υγείας με τα θετικά και τα αρνητικά σημεία του.

Στο τρίτο κεφάλαιο, περιγράφεται η σύγχρονη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα καθώς και τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από το 1987 μέχρι και το 2019 και τις επιπτώσεις στον πολίτη και καις την Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύονται η οργάνωση και η Διοίκηση των ελληνικών Κέντρων Υγείας, με στοιχεία που αφορούν το ιατρικό προσωπικό, το επικουρικό, τις κλίνες και τα μηχανήματα που υπάρχουν σε καθένα από αυτά.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται στοιχεία που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον ιδιωτικό τομέα και ακολουθούν οι Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή Δημόσιου ή Ιδιωτικού Φορέα Υγείας.

Και στο τέλος καταγράφονται τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την συγκεκριμένη εργασία.

## **Κεφάλαιο 1ο : Υγειονομική Περίθαλψη**

### **1.1 Α΄ Περίοδος 1821-1929-Ίδρυση Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η λήξη της ελληνικής επανάστασης του 1821, οδήγησε σε μία σειρά δραστηριοτήτων της πρώτης ς κυβέρνησης πολύ σημαντικές μεταξύ των άλλων και της ασφαλιστικής κάλυψης των Ελλήνων πολιτών με την ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου, του Ταμείου Συντάξεων των Δημοσίων Υπαλλήλων και την νομοθέτηση του φόρου αποζημίωσης των θυμάτων από ατυχήματα στα μεταλλεία (1861). Έχει αποδειχτεί ότι υπήρχε κακή οικονομική διαχείριση των προαναφερόμενων ταμείων με αποτέλεσμα να οδηγηθούν σε λάθος κατεύθυνση (Τσαλίκης, 2001).

Η ιστορία των ταμείων αυτών συνεχίστηκε για τα υπόλοιπα 60 χρόνια χωρίς καμία αξιόλογη κρατική δραστηριότητα και το 1922 επί πρωθυπουργίας του Δ. Γούναρη ψηφίστηκε ο Νόμος 2868/16-7-22, που ανάγκασε το κράτος και τους εργοδότες να προχωρήσουν στη δημιουργία κλαδικών ταμείων, καλύπτοντας την ασφάλεια των εργατών σε επιχειρήσεις με περισσότερους από 70 εργαζόμενους και οι οποίες λειτουργούσαν πάνω από μία τριετία. Με την ψήφιση του νέου νόμου 2882/1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Παρόλα αυτά η περίθαλψη χαρακτηριζόταν ανύπαρκτη και ο έλεγχος ασκούνταν από τα ελάχιστα Δημοτικά Κοινοτικά νοσοκομεία. Το 1925 έκαναν την εμφάνισή τους τα κλαδικά ταμεία για τη συνταξιοδότηση επαγγελματιών; δικηγόρων, συμβολαιογράφων, γιατρών, φαρμακοποιών, χρηματιστών, τελωνειακών, πρακτόρων ναυτιλίας, εργολάβων δημοσίων έργων, εμπόρων κ.λ.π

Ταυτόχρονα εμφανίζονται και περισσότερα ταμεία που αναφέρονταν στην ασφάλιση των εργαζομένων για ομάδες μισθωτών εκτεθειμένων σε επαγγελματικούς κινδύνους ή εποχιακή ανεργία όπως οι εργαζόμενοι στα καπνά και σε άλλα επαγγέλματα. Η κρατική υποστήριξη κρίθηκε αναγκαία και επιβλήθηκε μέσω ειδικών έμμεσων φόρων ή «κοινωνικών πόρων», που διέφεραν από ταμείο σε ταμείο ανάλογα με την πολιτική και οικονομική δύναμη που ασκούσαν τα μέλη τους στην εκάστοτε κυβέρνηση. Εκείνη την εποχή ο αριθμός των συνολικών ασφαλισμένων ήταν 160.000 άτομα.

Η σημαντικότερη περίοδος της υγειονομικής ανάπτυξης είναι η περίοδος της διακυβέρνησης από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909–1932), με την κατασκευή των



Εθνικών νοσοκομείων και των αντιφυματικών ιατρείων. Το 1917 ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημοσίας Αντιλήψεως με αντικειμενικό στόχο την αποκατάσταση των προσφύγων που εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα μετά τους Βαλκανικούς πολέμους και κατά τη διάρκεια του πρώτου παγκοσμίου πολέμου και το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως και ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή. Το Υπουργείο Περιθάλψεως μετεξελίχθηκε πέντε χρόνια αργότερα (Ν.2882/1922) σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2003) Το 1929 ιδρύεται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών.

## **1.2 Β' Περίοδος:1929-1952**

Το 1934 με τον Νόμο 6298 ιδρύεται το Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) ως ενιαίος φορέας για άτομα που δεν ήταν ασφαλισμένα με τη δημιουργία ειδικών διατάξεων σχετικά με τις υγειονομικές παροχές των υπάρχοντων κλαδικών ταμείων. Εξαιτίας της άσχημης οικονομικής κατάστασης του ελληνικού κράτους η λειτουργία του Ι.Κ.Α άρχισε μετά από το 3 χρόνια, δηλαδή το 1937 καλύπτοντας τόσο τον τομέα της υγείας όσο και τον τομέα των συντάξεων και της ανεργίας. Με τη δημιουργία του Ι.Κ.Α. καθιερώθηκε οριστικά η κλαδική ασφάλιση (Τσαλίκης, 2001).

Η ψήφιση του νόμου 965 /1937 έφερε την νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα με τη ρύθμιση των νοσηλίων από το Υπουργείο Υγιεινής χρηματοδοτούμενο από το κράτος με ετήσια οικονομική στήριξη. Ακολούθησε, ο Νόμος 2769/41 με την ίδρυση προσωρινών κρατικών νοσοκομείων, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πολέμου τα οποία παρέμειναν και μετά τη λήξη του (Πολύζος, 1994).

Με την ψήφιση του Α.Ν. 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στους Υπουργούς Υγιεινής και Οικονομικών να προχωρήσουν στην ίδρυση των κρατικών νοσοκομείων, για να αντιμετωπιστούν οι έκτακτες και τεράστιες ανάγκες περίθαλψης του πληθυσμού που προέκυψαν από τη συμμετοχή της χώρας στο Β' παγκόσμιο πόλεμο.

### **Πίνακας 1 : Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, 1900-1940**

### Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, 1900-1940

1912 Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας (Μακεδονία)

1917 Υπουργείον Περιθάλψεως

1922 Υπουργείον Υγιεινής & Κοινωνικής Προνοίας

Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο

Ν. 2868 για την Κοινωνική Ασφάλιση

1928 Δάγγειος, Υγειονομική Σχολή Αθηνών

1934-1937 (Ν. 5733)                      Ν. 6298 ΙΚΑ

1937 Ν. 965 για τα Νοσοκομεία

Πηγή:[https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16840/mod\\_resource/content/1/KY-07%20Ellada%202015.pdf](https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16840/mod_resource/content/1/KY-07%20Ellada%202015.pdf)Ιδία επεξεργασία

### 1.3 Γ' Περίοδος:1952-1982

Το 1952, για πρώτη φορά ιδρύεται και υπάρχει ένα ουσιαστικό υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα της κυβέρνησης Παπάγου (Νόμος 2593/52),δημιουργώντας έτσι τα θεμέλια για την οργάνωση μονάδων υγείας, κυρίως των νοσοκομείων με την οργάνωση τους σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και την καθιέρωση των τιμολογίων των νοσηλίων (Πολύζος, 2000).

Το 1953, ήταν το έτος σταθμός στην υγειονομική περίθαλψη στη χώρα μας, καθώς με την ψήφιση του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως», εφαρμόζονται οι διατάξεις για πρώτη φορά για ένα ενιαίο πλαίσιο που ενίσχυε την ορθολογική και επιστημονική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε όλη την χώρα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα και τον απαραίτητο υλικοτεχνικό εξοπλισμό των νοσοκομείων. Το Διάταγμα αυτό, έχει χαρακτηριστεί ως μια αναξιοποίητη ευκαιρία για την υγειονομική οργάνωση της χώρας (Μωραΐτης,1987), αφού αποτελούνταν από πρωτοποριακές για την εποχή του αρχές, και μεταξύ των άλλων προέβλεπε, τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση υγειονομικών συμβουλίων, τη διοικητική και οικονομική αποκέντρωση των υπηρεσιών, τη συγκέντρωση των πόρων και των οικονομικών δραστηριοτήτων κάτω από τον έλεγχο και τον συντονισμό του τότε Υπουργείου.

Ειδικότερα, τα άρθρα 6 και 16, προέβλεπαν τη σύσταση υγειονομικών μονάδων, που ονομάστηκαν «Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί», με απώτερο σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της υπαίθρου και μάλιστα των κοινοτήτων με πληθυσμό

από 5.000 έως 8.000 κατοίκων. Θα αποτελούνταν από μία νοσηλευτική πτέρυγα μέχρι 6 κλίνες στελεχωμένες με ένα γιατρό, μία νοσηλεύτρια ή μαία και μέχρι δύο βοηθητικούς υπαλλήλους και θα βρίσκονταν σε σύνδεση με το πιο κοντινό νοσοκομείο και η χρηματοδότησή τους θα γίνονταν από την είσπραξη νοσηλίων από τους ευπορότερους πολίτες και την αποζημίωση που θα λάμβαναν από το κράτος, τους δήμους και τις κοινότητες, για την παροχή υπηρεσιών στους άπορους.

Αν και το Ν.Δ. 2592/53 είχε ομόφωνη έγκριση από την Βουλή, δεν προχώρησε στην εφαρμογή του με τις αρχές αυτές που ψηφίστηκε, γιατί έγιναν στη συνέχεια αρκετές αλλαγές με μεταγενέστερα νομοθετήματα είτε καταργήθηκαν εντελώς. Η μορφή αυτού του τύπου υγειονομικής περίθαλψης θα βοηθούσε στην οργάνωση και λειτουργία τον υγειονομικού μας συστήματος (Μωραΐτης, 1987).

Στα τέλη του 1955 ψηφίζεται ο Νόμος 3487 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών» που αποτέλεσε για 28 χρόνια τον πυλώνα ανάπτυξης και οργάνωσης της περίθαλψης τον αγροτικού πληθυσμού. Στις διατάξεις του προβλεπόταν, μεταξύ άλλων, η ίδρυση ενός εκτεταμένου δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις σε όλη την επικράτεια. Προβλέπονταν η ίδρυση Κοινοτικών Ιατρείων στην έδρα δήμων ή κοινοτήτων ή σε όμορους οικισμούς με πληθυσμό άνω των 3.000 κατοίκων και θα απασχολούσε έναν γιατρό, μία μαία και μία επισκέπτρια υγείας και σε Αγροτικά Ιατρεία που ιδρύονται με σκοπό την κάλυψη περιοχών με πληθυσμό κάτω των 3.000 κατοίκων και στελεχώνονται με έναν γιατρό.

Παράλληλα το 1960 με 1970 εξαιτίας της μεγάλης ανάπτυξης του κατασκευαστικού τομέα, η γέννηση πολλών νέων επιχειρήσεων με την απασχόληση πολλών εργαζομένων δημιουργεί νέους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, την χρηματοδότηση των οποίων αναλαμβάνει ο εργοδότης παρέχοντας μεγάλη και υψηλή ποιότητα ασφαλιστικής κάλυψης (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 2006). Ταυτόχρονα, με τον νόμο 4169/61 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) που ασφαλίζει τον αγροτικό πληθυσμό, καθώς εκείνη την εποχή ξεπερνούσε το 50% του συνολικού πληθυσμού.

Ο ερχομός όμως της δικτατορίας (1967-1974), δημιούργησε πολλά προβλήματα στον ελληνικό χώρο σε κάθε πτυχή του. Το αποτέλεσμα ήταν κάθε προσπάθεια για αναβάθμιση όπως αυτή παρουσιάζεται στο σχέδιο για την «Κοινωνική και Οικονομική Ανάπτυξη» του 1968, να καταρρεύσει. Δυστυχώς πολύ λίγα από αυτά

πραγματοποιήθηκαν μέχρι το 1973 αλλά ήταν και οι πρώτες προτάσεις για ένα εθνικό σύστημα υγείας.

Το 1972 με το Ν.Δ. «Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και με την υπ' αριθμ. 3294 Απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών «Περί εγκρίσεως κανονισμού περί θεραπόντων ιατρών του ΙΚΑ» ισχύει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με ορισμένες τροποποιήσεις σε κάποιες από τις λειτουργικές του παραμέτρους. Οικογενειακοί γιατροί μπορούσαν να απασχοληθούν, γιατροί γενικής ιατρικής. Επιπρόσθετα με παθολόγους και γιατρούς χωρίς ειδικότητα είχαν το δικαίωμα και οι πολίτες να δεχτούν τις υπηρεσίες του οικογενειακού γιατρού. Παιδιά κάτω των 12, δικαιούνται οικογενειακό παιδίατρο. Οι ασφαλισμένοι ανά οικογενειακό γιατρό δεν θα μπορούσαν να υπερβαίνουν τις 2.000 και σε ειδικές περιπτώσεις τις 2.500. Κάθε οικογενειακός γιατρός όφειλε ανά τακτά χρονικά διαστήματα να προχωρεί σε προληπτικές εξετάσεις των ασθενών του φροντίζοντας και ελέγχοντας τους φακέλους των ασθενών που διατηρούσε στο αρχείο του.

Το 1980 υπάρχουν περίπου 10530 φορείς, με μεγαλύτερους το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ, το ΟΓΑ, το ΤΑΕ, το ταμείο του ΟΤΕ και των τραπεζών κ.α. (Ρομπόλης και συν, 2001).

Η πρόταση για ένα Εθνικό συμβούλιο Υγείας που θα αποτελεί το συντονιστικό όργανο όλων των ασφαλιστικών οργανισμών, ήταν ένα σημαντικό βήμα για τον σχεδιασμό του υγειονομικού τομέα. Αυτό το εγχείρημα προέβλεπε την σταδιακή δημιουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας βασισμένο στους οικογενειακούς γιατρούς που θα αμείβονταν για κάθε ασφαλισμένο, αντικαθιστώντας τους υπάρχοντες ιδιώτες ειδικευμένους γιατρούς. Επιπρόσθετα, σχεδιάζονταν και ένας άλλος φορέας ενιαίας πηγής χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα και θα συγκέντρωνε όλες τις ασφαλιστικές εισφορές ενώ θα είχε την δυνατότητα να πληρώσει γιατρούς και νοσοκομεία στη βάση της αμοιβής κατά πράξη, μετά από διαπραγματεύσεις με τους ιατρικούς συλλόγους. Αλλά δυστυχώς και αυτό δεν εφαρμόστηκε (Καρόκης & Σισσύρας, 1994).

Μετά την πτώση της δικτατορίας η ομάδα του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, διατυπώνει ένα σχέδιο με την δημιουργία τριών εναλλακτικών λύσεων για την οργάνωση του συστήματος, ενώ για πρώτη φορά αναφέρθηκε στην έκθεση αυτή το πρόβλημα της παραοικονομίας στον τομέα της υγείας.

Προτείνεται αρχικά:

- Η δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας.
- Ενοποίηση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Τ.Ε.Β.Ε.) και κάθε άλλου ταμείου που θα ήθελε να συμμετάσχει.
- Συντονισμός και συνεργασία κάθε ασφαλιστικού ταμείου ώστε να ανταποκρίνεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις απαιτήσεις των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

#### **Πίνακας 2 Οι υπηρεσίες στην Ελλάδα, 1952-1975**

<b>Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, 1952-1975</b>
Ως το 1955: Εκρίζωση ελονοσίας
1952: Δημόσια νοσοκομεία – Ν. 2592/1952
1952 ΙΚΑ, Ασφάλιση Δημοσίων Υπαλλήλων
1961: ΟΓΑ
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Το 1979 με το Προεδρικό Διάταγμα 957/79, έρχεται το πρώτο κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο ως μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων από τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Όμως εξαιτίας της μεγάλης διαφοράς του ονομαστικού (κλειστό νοσήλιο) με τις πραγματικές τιμές (μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας), δημιούργησε προβλήματα στην οικονομία σχετικά με τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς, με αποτέλεσμα την εμφάνιση για πρώτη φορά ελλειμμάτων.

Το 1980 ο υπουργός Υγείας καθηγητής Σ. Δοξιάδης, με το σχέδιο νόμου αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός φορέα κυβερνητικού προγραμματισμού για τον καλύτερο συντονισμό του τρόπου παροχής των υπηρεσιών υγείας αλλά κάθε προσπάθεια να αναπτυχθεί αυτό το δίκτυο συνάντησε μεγάλη και ισχυρή αντίδραση από τους γιατρούς και τους πολιτικούς.

**Πίνακας 3 Θεραπευτήρια και Κλίνες 1980-1999**

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

Πηγή: ΕΣΥΕ στο Βήμα του Ασκληπιού (2005) 4(1): 6

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Υγειονομική φροντίδα στην μεταπολεμική Ελλάδα**

### **2.1 Νόμος 1397/83**

Κατά τη μεταπολεμική περίοδο δημιουργούνται νέα κρατικά νοσοκομεία σε πολλές περιοχές της χώρας. Η μεγάλη συγκέντρωση των ασθενών παρουσιάζεται εξαιτίας των εξειδικευμένων υποδομών περίθαλψης στο αστικό κέντρο της Αθήνας και κατόπιν στη Θεσσαλονίκη με αποτέλεσμα να αρχίσει η δημιουργία εξειδικευόμενων τμημάτων στα νοσοκομεία με την καθιέρωση νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, με βάση τις καινοτόμες τεχνολογικές εφαρμογές.

Οι ανάγκες σε γιατρούς δεν μπορούσε να καλυφθεί με μία μόνιμη λύση και το ιατρικό προσωπικό μετακινούνταν με την εφαρμογή των διατάξεων της υποχρεωτικής άσκησης της ιατρικής σε υπηρεσίες της υπαίθρου για νέους γιατρούς «(Α.Ν. 1429/1958, Ν.Δ. 4053/60, Ν.Δ. 4440/64, Ν.Δ. 67/68)». Το 1978 οι υπηρεσίες του ΙΚΑ βελτιώνονται δομικά και διοικητικά και θεσπίζεται η ίδρυση νέων πολυιατρείων στα αστικά κέντρα.

Βασικό πρόβλημα της Πρωτοβάθμιας υγειονομικής Φροντίδας, αποτελούσε η οργάνωση και ανάπτυξη ενός ενιαίου φορέα υγειονομικού συστήματος και οι υπηρεσίες παρέχονταν στις μη αστικές περιοχές από τα Αγροτικά Ιατρεία, τους Υγειονομικούς Σταθμούς, τα Πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων και τα Ιδιωτικά Ιατρεία (Μωραΐτης και συν, 1995). Υπήρχαν 1400 αγροτικά ιατρεία και 126 Υγειονομικοί Σταθμοί που λειτουργούσαν στην περιφέρεια με σκοπό την κάλυψη των αναγκών, κυρίως μέσα από διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, των ασφαλισμένων του ΟΓΑ και των ασφαλισμένων άλλων οργανισμών ασφάλισης με τους οποίους είχαν συνάψει ειδική σύμβαση (Μωραΐτης και συν, 1995).

Στην αρχή της δεκαετίας του 1980, με το νόμο 1397/83.13, υλοποιείται η μεγαλύτερη και η σημαντικότερη μεταπολεμικά μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος στοχεύοντας στη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Αυτή η μεταρρύθμιση σύμφωνα με την εφαρμογή του άρθρου 1 του νόμου αυτού, προσφέρει περισσότερα

από την επιταγή του Συντάγματος του 1975 (άρθρο 21), σύμφωνα με την οποία το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών, προβλέποντας στην ευθύνη του Κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Το Κράτος πρέπει να παρέχει υπεύθυνα και ισότιμα σε κάθε πολίτη τις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας.

Με τον νόμο 1397/83 υλοποιούνται πολλές και σημαντικές παρεμβάσεις καθώς περιορίζεται η ανάπτυξη και λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων περίθαλψης, μετατρέποντας τα επιδοτούμενα νοσοκομεία ΝΠΔ σε ΝΠΔΔ υπό το διοικητικό έλεγχο του Κράτους. Επιπλέον, προάγει τη συμμετοχή εκπροσώπων των εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης στη διοίκηση των νοσοκομείων.

Ενισχύει τα περιφερειακά συμβούλια υγείας ως όργανα γνωμοδότησης, εποπτείας και παρακολούθησης των υγειονομικών μονάδων της περιφέρειάς τους.

Βελτιώνει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών μέσα από την ραγδαία ανάπτυξη κατάλληλων υποδομών και οργάνωσης των νοσοκομείων(Θεοδώρου και συν, 2001).

Οργανώνει με ένα ενιαίο τρόπο τα νοσοκομεία ώστε κάθε νοσοκομείο αποτελείται από τρεις υπηρεσίες: (α) ιατρική, (β) νοσηλευτική και (γ) διοικητική.

Η διεύθυνση του νοσοκομείου ασκείται από το Διοικητικό Διευθυντή, ενώ της νοσηλευτικής υπηρεσίας προϊστάται η Διευθύνουσα, που έχει βοήθεια από την Υποδιευθύνουσα και της ιατρικής ένα τριμελές επιστημονικό συμβούλιο αποτελούμενο από τους τρεις αρχαιότερους διευθυντές των ιατρικών τμημάτων.

Ορίζει την δημιουργία των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων, παρέχοντας υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας. Τα κέντρα υγείας ευρίσκονται σε επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική, λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και οργανικά

Διακρίνει τις βαθμίδες περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια καθιερώνοντας το θεσμό των ιατρών εργασίας ΕΣΥ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης( <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>).

Η ψήφιση αυτού του νόμου σήμαινε και την νομική έκφραση της υιοθετημένης πολιτικής για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Περιέχει κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την απασχόληση των



νοσοκομειακών ιατρών, και πρωτίστως, με το άρθρο 10 του νόμου 1397/83,13 αναφέρεται στην Νοσηλευτική Υπηρεσία ως μιας από τις τρεις υπηρεσίες που οργανώνουν και διοικούν ένα νοσοκομείο και αργότερα εξειδικεύεται με το ΠΔ 87/88 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων», σαν βάση για κάθε οργανισμό διοίκησης» των νοσοκομείων της χώρας. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1579-1985.html>

Σημαντικό αποτέλεσε και το γεγονός ότι τα κέντρα υγείας, δεν περιορίζονται στην παροχή θεραπευτικών ιατρικών υπηρεσιών, αλλά παρέχουν και εξωνοσοκομειακή νοσηλεία, σχολική υγιεινή, οικογενειακό προγραμματισμό, υγειονομική ενημέρωση και πρόληψη, καθώς και κοινωνική φροντίδα. Έτσι, τα κέντρα υγείας, ως μονάδες Πρωτοβάθμιας υγείας, παρέχουν την κάλυψη όλων των παραπάνω αναγκών στους πολίτες, με την φιλοσοφία ότι το κράτος το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας και αυτό συμφωνεί με το ελληνικό σύνταγμα όπως προαναφέρθηκε. Χαρακτηριστικό παράδειγμα πρακτικών υποκατάστασης της ενδονοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας από την πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί η Γαλλία, όπου η τάση αυτή είναι έκδηλη ήδη από τη δεκαετία του 1980(Πετμετζίδου, 2015).

Έτσι δικαίως ο νόμος 1397αποτελεί την μέγιστη σημαντική καινοτομία που γνώρισε η Ελλάδα στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, με αρκετές βέβαια παραλείψεις και ελλείψεις (Κυριόπουλος 1990). Οι σημαντικότερες αδυναμίες του παραπάνω εγχειρήματος σημειώνονται παρακάτω ως εξής:

α) Δεν μπόρεσε να αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων ευρωπαϊκών χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ, πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας,

β) Αδυνατούσε να προβλέψει την εξασφάλιση ενός υγιούς μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα έφερνε την χαλιναγώγηση του κόστους και

γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων.

Το ΕΣΥ το οποίο θεσπίστηκε με το νόμο 1397, συμπεριλάμβανε στο σύνολό του την πρωτοβάθμια και την νοσοκομειακή περίθαλψη, με κυριότερο παράγοντα την δεύτερη (Σισσούρας, κ.α., 1994).

Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας (ΕΣΥ) παρέχοντας όλες αυτές τις υπηρεσίες στους πολίτες ονομάζονται τύπου «Beveridge» και εδραιώθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις σκανδιναβικές χώρες κατά τα μέσα του 20ού αιώνα, και κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1970 – αρχές της δεκαετίας του 1980 εισήχθησαν και στις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης (Freeman, 2000· Wendt, 2009· Rothgang et al., 2008· Schmidt et al., 2010).

Από μια δομική σκοπιά, οι παρατηρούμενες τάσεις μπορεί να ερμηνευθούν ως ιδιαίτερη ανταπόκριση των διαφορετικών τύπων υγειονομικής περίθαλψης στις συνεχόμενες ανάγκες μετά το τέλος της μεταπολεμικής εποχής με άμεση συνέπεια την επέκταση του κράτους πρόνοιας, δηλαδή από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και μετά (Freeman, 2000· Marmor et al., 2005).

Κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιέχει και πλεονεκτήματα αλλά και αδυναμίες. Επιπρόσθετα, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των μηχανισμών προσαρμογής του κάθε συστήματος στις πιέσεις που ασκούνται σε αυτά από ένα σύνολο χρηματοδοτικών, δημογραφικών, τεχνολογικών και άλλων παραγόντων.

Η ανάπτυξη ενός οργανωμένου υγειονομικού συστήματος υλοποιήθηκε το 1981 από την κυβέρνηση του Α. Παπανδρέου.

## **2.2 Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας**

Σύμφωνα με τον Π.Φ.Υ. ο ορισμός που υιοθετήθηκε από την Επιτροπή ΕΟΚ (ACTN ΕΟΚ 1989) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο παρακάτω:

*«Ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία που προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης».*

Το 1982 έρχεται η ψήφιση του νόμου « Για την σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας», με σκοπό την συγκρότηση ενός συμβουλευτικού οργάνου με βασικές αρμοδιότητες τον επανασχεδιασμό και τον προσδιορισμό γενικών στόχων και κατευθύνσεων με σκοπό την διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής στον υγειονομικό τομέα. Νέες προτάσεις υποβάλλονται και παρακολουθούνται Υποβάλλονται προτάσεις στο Υπουργείο, καθώς και νέα μέτρα, με αποτέλεσμα την ψήφιση τελικά του νόμου, 1397/83 (Π. Αυγερινός, Γ. Γεννηματάς) «Για το Εθνικό Σύστημα Υγείας». <http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf>

Για πρώτη φορά τίθεται το θέμα συνολικά για κάθε υγειονομική ανάγκη και μπαίνουν τα θεμέλια μιας νέας πολιτικής για την υγεία, με έμφαση στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας υγείας(Μωραΐτης, 2002β) και η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν(Αλεξιάδου, 1990).

Από το 1983 έως σήμερα υλοποιήθηκαν αρκετές προσπάθειες ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, συντελώντας στην διαμόρφωση της ισχύουσας δομής του, με σκοπό την αναμόρφωση του συστήματος υγείας μέσα από χρηματοδοτήσεις του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα.

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλάμβανε την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και μάλιστα ισότιμα σε κάθε άτομο ότι ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα σε ένα ενιαίο και αποκεντρωτικό εθνικό σύστημα υγείας. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας υπάρχει ένα αποκεντρωμένο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ). Μόνο οι υγειονομικές περιφέρειες της Αττικής, αποτελείται από 3 ΠΕΣΥ, και της Κεντρικής Μακεδονίας και του Νοτίου Αιγαίου με δύο. Στο ΕΣΥ υπάγονται και τα δημόσια νοσοκομεία και τα περιφερειακά και τα νομαρχιακά, με τα εξωτερικά τους ιατρεία, τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) κ.τ.λ.

Επίσης στο πλαίσιο του ΕΣΥ με το Ν.2071/92 συστήνεται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), το κέντρο έρευνας, πρόληψης και θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη και το κέντρο κληρονομικών παθήσεων αίματος.

Ο νόμος ζητούσε την επαναπροκήρυξη όλων των ιατρικών θέσεων στα νοσοκομεία, με πλήρη απασχόληση και αποκλειστική για τους γιατρούς ενώ προέβλεπε την σύσταση 400 κέντρων υγείας (ΚΥ) σε όλη την χώρα

Επιπλέον, ο νόμος 1397/83, ζήτησε την απαγόρευση νέων ιδιωτικών κλινικών και την μεταβίβαση μεριδίων συμμετοχής μιας ιδιωτικής κλινικής. Όλες αυτές οι μεταρρυθμίσεις και οι τροποποιήσεις ελέγχτηκαν από τα δικαστήρια ως προς την ένταξη των κοινωφελών ιδρυμάτων στο ΕΣΥ. Η νομολογία με τις αποφάσεις ΣτΕ 797/1940, 1134/1957, 882/1960, 276/1961, 1689/1962, 2227/1972, 3402/1974, 2152/1979, 1324/1982, γνωμοδότησε ότι κάθε μεταβολή του σκοπού και των διατάξεων της διαθήκης ή της δωρεάς, καθώς και των όρων που αναφέρονται στη διαχείριση και την διοίκηση της περιουσίας που καταλήφθηκε για κοινωφελή ή δημόσιο σκοπό, απαγορεύεται.

Τέλος με την απόφαση ΣτΕ Ολ. 400/1986 κρίθηκε συνταγματική η προβλεπόμενη από το ΕΣΥ ένταξη στο ΕΣΥ των κοινωφελών ιδρυμάτων που είχαν ιδρυθεί με ειδικές διατάξεις και ήταν ζωτικής σημασίας για όλες τις αποφάσεις του ΣτΕ 201/2004 & 3420/2004 που εξετάζουν τη μεταβολή των όρων διαθήκης ή δωρεάν περιορίζονται στη διαφύλαξη του πυρήνα της βουλήσεως του διαθέτη (Παπαρρηνοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2009).

Ένα άλλο θέμα είναι ο κοινωνικός έλεγχος που καθίσταται για πρώτη φορά πραγματικότητα στους φορείς της υγείας, όπως είναι τα Διοικητικά Συμβούλια, αφού στα όργανα αυτά των νοσοκομείων παίρνουν μέρος ως ισότιμα μέλη, τόσο ο εκπρόσωπος των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας όσο και ο εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων στο χώρο της υγείας των υπαλλήλων των Νοσοκομείων στην διοίκηση αυτού, κάτι που δεν ίσχυε μέχρι τότε.

Ταυτόχρονα, παρουσιάζεται σημαντικό θέμα με τους γιατρούς που ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα, επειδή δεν έχουν το δικαίωμα διορισμού ως Πρόεδροι και Αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ η αντικατάσταση μέλους του εν λόγω οργάνου αποδεδμεύθηκε από όλους τους περιορισμούς και κατέστη ελεύθερη. (Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» Φ. 143Α/7.10.83).

Ένας από τους βασικούς στόχους του Ε.Σ.Υ ήταν η σύσταση της Πρωτοβάθμιας Υγείας μέσω μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας όπως π.χ τα Κέντρα

Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία κ.α. Οι σκοποί των Κέντρων Υγείας είναι (Πρεζεράκος, 2009).

Σύμφωνα με το Άρθρο 15 του Ν.1397183 ο σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι:

- «1. Η παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στο σύνολο τον πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τούς αλλά και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή
2. Η νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
3. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως την διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο
4. Η διακομιδή με ασθενοφόρο ή οποιοδήποτε άλλο μέσα στο Κέντρο Υγείας ή το νοσοκομείο
5. Η οδοντιατρική περίθαλψη
6. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση τον πληθυσμού
7. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
8. Η ιατρική της εργασίας
9. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής
10. Η ενημέρωση τον πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
11. Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας
12. Η παροχή κοινωνικής Πρωτοβάθμιας» <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2045>

Τα Περιφερειακά Ιατρεία ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τα 24ωρης ετοιμότητας που εφημερεύουν ύλες τις ώρες, προσφέροντας εξυπηρέτηση όχι μόνο στους πολίτες της έδρας τους αλλά και της γύρω περιοχής και τα Ιατρεία που λειτουργούν με τακτικό ωράριο ορισμένες μόνο ημέρες και ώρες (ΚΕΣΥ,1985).

Αρκετά χρόνια αργότερα δημιουργήθηκε στις μη αστικές περιοχές της χώρας ένα υπό το μεγαλύτερα κτιριολογικά προγράμματα (Ζηλίδης,1995). Προσπάθησε να επιτευχθεί η σύνδεση μεταξύ της Πρωτοβάθμιας με την δευτεροβάθμια περίθαλψη, ενισχύθηκε η μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων τον πληθυσμού, αναδείχθηκαν δράσεις για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας και τέθηκε ως προτεραιότητα η

σύνδεση των υπηρεσιών με την κοινότητα ενώ στο Κεντρικά Συμβούλιο Υγείας συγκροτήθηκε ειδική επιτροπή για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Επιπρόσθετα, αναπτύχθηκαν και θεσμοθετήθηκαν οι ειδικότητες της Κοινωνικής Ιατρικής και της Ιατρικής της Εργασίας, η εργασία της Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία ως ισότιμη με τους άλλους τομείς, καθώς και η αύξηση της διάρκειας εκπαίδευσης για την απόκτηση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής (το 1981 από 8 μήνες που ήταν το 1960, αυξήθηκε σε 24) σε τρία χρόνια με την αναπροσαρμογή των εκπαιδευτικών περιόδων στα διάφορα γνωστικά αντικείμενα (Π.Δ. 80/85)(Μωραΐτης, 2002β).

Δυστυχώς όμως, αυτή η σημαντική προσπάθεια που έθεσε τα πραγματικά θεμέλια για την καθιέρωση της ΠΦΥ στην χώρα μας, ατόνησε ιδιαίτερα μετά το 1988. Το επόμενο βήμα δεν έγινε και δεν υλοποιήθηκαν ποτέ οι διατάξεις τον άρθρον 16 τον Ν. 1397/83 για την δημιουργία των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου και την ενιαιοποίηση των μονάδων παροχής ΠΦΥ. Υπήρξαν πολλοί παράγοντες που εμπόδισαν την διακοπή κάθε μεταρρύθμισης και κυρίως το γεγονός ότι συνέπεσε με την αλλαγή τον πολιτικού κλίματος που χαρακτηρίστηκε από την μετατόπιση της δυναμικότητας των πρώτων ετών της δεκαετίας τον '80, στην επικράτηση της στατικής διαχείρισης (Κυριόπουλος, 1996).

Στην Ελλάδα, η λειτουργία των Κέντρων Υγείας αγροτικού τύπου καθώς και των Ιατρείων του ΙΚΑ με τη μορφή των Εξωτερικών Ιατρείων – και συνήθως κέντρων συνταγογραφίας και παραπομπής – προσφέρει μια πλούσια εμπειρία εφόσον θεωρηθεί ως σημείο εκκίνησης και στόχος για αναβάθμιση.

Ο εμπλουτισμός της τοπικής αυτής εμπειρίας με τις σύγχρονες αντιλήψεις για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Λιονής & Κουτής, 1992), θα οδηγούσε στην ανάπτυξη ενός συστήματος προσαρμοσμένου στην ελληνική πραγματικότητα, το οποίο ταυτόχρονα θα αποτελούσε ένα σημαντικό παράδειγμα για τη διεθνή κοινότητα.

### **2.3 Χάρτης της Λουμπλιάνα για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας υγείας στην Ευρώπη, 1996**

Τα συστήματα υγείας πρέπει να καθοδηγούνται από τις αξίες της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της δικαιοσύνης, της αλληλεγγύης και της επαγγελματικής ηθικής στοχεύουν στο όφελος για την υγεία με την προστασία και την προαγωγή της υγιούς ευημερίας που είναι ο πρωταρχικός στόχος της κοινωνίας.

Επικεντρώνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ανθρώπων και εστιάζονται στην ποιότητα και την οικονομική αποτελεσματικότητα της Πρωτοβάθμιας αλλά στηρίζονται και στην υγιή και βιώσιμη χρηματοδότηση με σκοπό την επίτευξη καθολικής κάλυψης και ισότητας στην πρόσβαση.

Προσανατολίζονται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και προσδιορίζουν τις αρχές που θα είναι σύμφωνες με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον κάθε χώρας

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Η σύγχρονη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα**

### **3.1 Τα προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη 1987-2001**

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο το μοντέλο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών δεν προχώρησε και ιδιαίτερα μετά το 1988 έγιναν αρκετές αλλαγές και ρυθμίσεις που άλλαξαν την ροή του συστήματος γενικότερα.

Η ψήφιση του νόμου 2071/92 «Περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας» έδωσε νέα στοιχεία στο σύστημα παροχής των υπηρεσιών (Νιάκας,1993) τροποποιώντας όχι μόνο την οργάνωση και λειτουργία των κέντρων υγείας αλλά και τις εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού όπως αυτές είχαν διαμορφωθεί με τον θεσμό του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, παρέχοντας την δυνατότητα μερικής απασχόλησης γιατρών στο σύστημα. Επιπρόσθετα, κατάργησε την οργανική διασύνδεση των νοσοκομείων με το Κέντρα Υγείας που έπαψαν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες τους και εντάχθηκαν στις Νομαρχίες, τα δε Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία μετονομάστηκαν σε Υγειονομικούς Σταθμούς. Ο Ν. 2071/1992 : «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας» είχε τις παρακάτω αρχές:

- ✓ *«ιδιωτική πρωτοβουλία στην παροχή*
- ✓ *ατομική ευθύνη για την υγεία και δικαίωμα επιλογής του χρήστη*
- ✓ *χρηματοδότηση από κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές*

*Οι διατάξεις που περιείχε ήταν τα εξής:*

- ✓ *υπαγωγή κέντρων υγείας στις Νομαρχίες*
- ✓ *δυνατότητα επιλογής γιατρών ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής*
- ✓ *απελευθέρωση ιδιωτικού τομέα και δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών*
- ✓ *ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες*
- ✓ *υιοθέτηση χάρτη δικαιωμάτων του ασθενή*



- ✓ *αύξηση νοσηλίων και θέσπιση εισιτηρίου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για εισαγωγή αύξηση συμμετοχής χρηστών στην αγορά φαρμάκων*
- ✓ *θεσμός μάνατζερ στα νοσοκομεία*
- ✓ *δυνατότητα σύμβασης ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών νοσοκομείων και*
- ✓ *διαγνωστικών κέντρων Ο Ν. 2194/1994»(Οικονόμου,2009 ).*

Απομονώθηκε κάθε μηχανισμός ανάπτυξης που αφορούσε την πρωτοβάθμια φροντίδα αφού ενεργοποιήθηκαν τα προηγούμενα πρότυπα του ΕΣΥ με παράλληλο ανταγωνισμό μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με την άρση της απαγόρευσης δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, σε συνδυασμό με την δυνατότητα επιλογής του χρήστη αποτέλεσε μια μηχανιστική και άκριτη μεταφορά προτύπων και σχημάτων που δοκιμάζονταν σε συστήματα άλλων χωρών κάτω από εντελώς διαφορετικές συνθήκες και υπό αυτή την οπτική ήταν τελικά αναμενόμενο όλη η διαδικασία να αποδειχθεί χαμένη(Νιάκας,1993).

Με την αλλαγή του πολιτικού κλίματος και την νέα Κυβέρνηση το 1993, ανασυγκροτείται το σύστημα υγείας με τη ψήφιση τον Νόμου 2194/94 υπό τον τίτλο «Αποκατάσταση τον Εθνικού Συστήματος Υγείας». Αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα, ενεργοποίησε ξανά την σύνδεση των Κέντρων Υγείας με τα νοσοκομεία και την ένταξή τους σε αυτά και μετονομάστηκαν σε περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία για τους υγειονομικούς σταθμούς της προηγούμενης περιόδου. Με το Π.Δ. 415/94 έγινε σημαντική αύξηση της διάρκειας της εκπαίδευσης για την απόκτηση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής σε τέσσερα χρόνια, με ταυτόχρονη 10μηνη πρακτική άσκηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε Κέντρο Υγείας.

Όμως, όλες αυτές οι τροποποιήσεις με την απουσία ενός σταθερού στόχου κατέστησαν αναποτελεσματικό το ΕΣΥ αμφίβολη. Έτσι, η μεταρρύθμιση του 1983, με βάση όλα αυτά τα προβλήματα και τις μεταβολές οδήγησε το 1994, την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας στην αναμόρφωση της υγειονομικής περίθαλψης μέσα από προτάσεις δύο Επιτροπών που αποτελούνταν η μία από Ξένους και η άλλη από Έλληνες Εμπειρογνώμονες.

Οι εμπειρογνώμονες διαπίστωσαν πολλά προβλήματα που εμπόδιζαν την ανάπτυξη ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και σύμφωνα με τις εκθέσεις τους

συνοψίζονται τα κάτωθι προβλήματα και δυσχέρειες του συστήματος:  
(<https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/cross-border-health-care-7-2019/el/>)

- μη ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων σε ένα πλαίσιο συνεχώς αυξανόμενου λειτουργικού κόστους και αύξηση των δαπανών.
- μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή και την πρόσβαση των υπηρεσιών καθώς και του ιατρικού και λοιπού προσωπικού
- Κατακερματισμός της χρηματοδότησης και της διεύθυνσης σχετικά με τον συντονισμό του συστήματος με περιορισμό στην ευελιξία του προσωπικού, τον συντονισμό του συστήματος και πολλές περιπτώσεις παραοικονομίας.

Τα προβλήματα στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας έγιναν εντονότερα με την λειτουργία των Κέντρων Υγείας εξαιτίας της ανεπάρκειας της στελέχωσής τους τόσο με το ιατρικό όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό. Νέες θέσεις δεν προκηρύσσονταν και η μέση κάλυψη των συστημένων θέσεων το 1995 ήταν κάτω από το 50% για το ιατρικό προσωπικό και περίπου στο 60% για το νοσηλευτικό, με αρκετές ελλείψεις και στους άλλους κλάδους των επαγγελματιών που στελεχώνουν τα Κέντρα Υγείας. Ακόμη, κάθε προβλεπόμενη τακτική επίσκεψη γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων του νοσοκομείου δεν πραγματοποιείται ενώ σε κανένα από τα Περιφερειακά Ιατρεία των Κέντρων Υγείας δεν υπηρετεί ειδικευμένος γενικός γιατρός.

Η αναβάθμιση του τεχνολογικού εξοπλισμού ήταν απύσχα καθώς και η ανανέωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και ο εκσυγχρονισμός των κτιριακών υποδομών. Όλα αυτά τα προβλήματα σε συνδυασμό με την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, μηχανοργάνωσης και αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας είχε πολλαπλές επιπτώσεις.

Άμεση συνέπεια των παραπάνω καταστάσεων αποτέλεσε ο προσανατολισμός της ζήτησης για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες προς τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων με αποτέλεσμα την συγκέντρωση όλων των προβλημάτων σε αυτά και επιπρόσθετο όγκο ασθενών στα αστικά κέντρα. Έτσι, ο κορυφαίος αυτός μηχανισμός ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ουσιαστικά εγκαταλείφθηκε «στην τύχη του», και έφτασε να λειτουργεί σαν ένα παραδοσιακού τύπου δίκτυο πολυιατρείων παρέχοντας κυρίως εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Μωραΐτης και συν., 1995).

Η νομοθεσία του 1997 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα όπως εκφράστηκε στον Νόμο

2519/97 και πιο ειδικά στα κεφάλαια Ε και Ζ έφερε την έννοια των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Υγείας ως αυτόνομους φορείς παραγωγής και διανομής υπηρεσιών που ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας, και αποτελούνται από μία ή περισσότερες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, παρέχοντας στους δικαιούχους όλο το φάσμα της Πρωτοβάθμιας ιατρικής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Όμως, και ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε (Μωραΐτης, 2000), παραβλέποντας την διατύπωση των προτάσεων της επιτροπής των εμπειρογνομόνων του 1995. Ο νόμος καθιερώνει τον κλάδο ιατρών δημόσιας υγείας, αλλά δεν προβλέπει σχετικά για τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους της δημόσιας υγείας χωρίς καμία αναφορά στο ρόλο των νοσηλευτών σε αυτούς τους νέους θεσμούς. Ο ίδιος νόμος, ρυθμίζει μια σειρά από θέματα των ιατρών ΕΣΥ και άλλων κλάδων εκτός των νοσηλευτών. Στη πραγματικότητα ισχύει η επαναφορά ρυθμίσεων Ν 1397/1983.

Τα κέντρα υγείας με τους νόμους 1397/83 και 2194/94 υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία, ενώ με το νόμο 2071/92 υπάγονται στις νομαρχίες. («Β' έκδοση» του ΕΣΥ) – Κ. Υγ. στις Νομαρχίες, Ιατρείο στους γιατρούς.

Με το νόμο 2889/01 και τη μεταρρύθμιση του 2000 προβλέπεται η διοικητική τους αυτοτέλεια με εποπτεία από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠεΣΥ) και με το νόμο 3235/04 υπάγονται στα ΠεΣΥ. Με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994 και το νόμο 2519/97 προβλέπεται η διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των μονάδων Πρωτοβάθμιας υγείας με τη μορφή Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ενώ στο σχέδιο νόμου του 2008 προβλέπεται η ένταξή τους στις ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες). Στα χρόνια μεταξύ του 1997-1999 δυστυχώς υπάρχει άρνηση στα Δίκτυα ΠΦΥ και το ΕΣΥ βρίσκεται σε μία μετέωρη μεταρρύθμιση.

### **3.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα κατά τα έτη 2004-2009**

Σημαντική ρύθμιση για την υλοποίηση της περιφερειακής συγκρότησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θεωρήθηκε και ο νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» σύμφωνα με τον οποίο κάθε περιφέρεια της χώρας αποτελείται από το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) ως Ν.Π.Δ.Δ.

Σε κάθε Πε.Σ.Υ. (Άρθρο 1§4) θα εντάσσονται όλες οι μονάδες ΕΣΥ κάθε Περιφέρειας:

Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία και μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες τον αντίστοιχου Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Προκειμένου να υπάρξει θετική έκβαση της νομοθέτησης αυτού του εγχειρήματος, δημιουργούνται αρχικά δύο βασικές Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Την διεύθυνση της ΠΦΥ σε επίπεδο Περιφέρειας έχει ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής τον Πε.Σ.Υ. Το Δημόσιο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Υγείας θα παρέχει:

- ✓ Πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα,
- ✓ Προληπτική ιατρική,
- ✓ Προαγωγή της υγείας και Κοινωνική φροντίδα.

Επίσης κάθε Κέντρο Υγείας θεωρείται αυτόνομη διοικητικά μονάδα που ανήκει στο Πε.Σ.Υ. και συνδέεται επιστημονικά με το Νοσοκομείο αναφοράς του, με δικό του τον προϋπολογισμό και οργανισμό στον οποίο ορίζεται η περιοχή ευθύνης του, η διοίκησή του, οι υπηρεσίες τις οποίες προσφέρει, οι θέσεις της κάθε κατηγορίας προσωπικού και το είδος των εργασιακών σχέσεων, που διέπουν την κάθε κατηγορία. Η διασύνδεση των Κέντρων Υγείας με τα Περιφερειακά Ιατρεία συνεχίζεται και ονομάζονται Περιφερειακά Ιατρεία 24ωρης Ετοιμότητας ή Πολυδύναμα Ιατρεία. Σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων υγείας αλλά και γενικά για την ανάπτυξη τον δημόσιου συστήματος της Πρωτοβάθμιας στο σχέδιο της μεταρρύθμισης προβλέπεται (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2000).

Εφαρμόζεται ο θεσμός του Προσωπικού γιατρού και οι εργασιακές σχέσεις με το Κέντρο Υγείας και τον ενιαίο φορέα διαχείρισης πόρων ρυθμίζονται εκ νέου. Αρχίζει η τήρηση υποχρεωτικά του ατομικού φακέλου του ασθενούς σε ηλεκτρονική μορφή και παράλληλα εφαρμόζεται με την εφημερία ετοιμότητας λειτουργία «Τηλεφωνικής Υπηρεσίας Υγείας» για την παροχή ιατρικών συμβουλών. Οι πολίτες πρέπει να κάνουν την εγγραφή τους στο πλησιέστερο Κέντρο Υγείας ή σε ένα προσωπικό γιατρό της περιοχής μόνιμης κατοικίας του προκειμένου να απολαμβάνει τις υπηρεσίες της ΠΦΥ ειδάλλως θα επιβαρύνεται με το πλήρες κόστος των υπηρεσιών.

Το Κέντρο Υγείας ή ο προσωπικός γιατρός, θα έχει τη δυνατότητα παραπομπής για κάθε πολίτη είτε για νοσοκομειακή περίθαλψη, είτε για εξετάσεις από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Αν κάποιος πολίτης δεν είναι ικανοποιημένος από τον προσωπικά γιατρό που επέλεξε, έχει τη δυνατότητα αλλαγής μια μόνο φορά στη διάρκεια κάθε έτους. Ο

αριθμός των δικαιούχων που θα μπορούν να εγγράφονται στον κατάλογο κάθε προσωπικού γιατρού καθορίζεται από τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, γεωγραφικά κ.ά. δεδομένα κάθε περιοχής

Σημαντική θεσμοθέτηση υπήρξε και ο θεσμός της νοσηλεύτριας ΠΦΥ, που εργάζεται στο Κ.Υ. ή στο ιατρείο του προσωπικού γιατρού και αποτελεί μαζί με τον προσωπικό γιατρό το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Μεταξύ των καθηκόντων της είναι και η παρακολούθηση και εκπαίδευση ασθενών με χρόνια νοσήματα

Σε κάθε Πε.Σ.Υ. εγκαθίσταται Τηλεφωνική Υπηρεσία Υγείας σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ, Υπηρεσία Διαχείρισης Χρόνιων Ασθενών, Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι, Νοσοκομεία Ημέρας, Μονάδες Αποκατάστασης και Τηλεϊατρικές Υπηρεσίες.

Αυτή η προσπάθεια ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλήφθηκε στο Σχέδιο Περιφερειακής Ανάπτυξης, εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (4 Απριλίου 2001) και τελικώς εντάχθηκε στο Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης οπότε και συγχρηματοδοτείται κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικά Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής ανάπτυξης(Ε.Τ.Π.Α.).

### **3.2.1 Ν. 3329/2005**

Ο νόμος 3329/2005 επέφερε αλλαγές στη λειτουργία κυρίως των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας καταργήθηκαν τα ΠΕΣΥΠ και συνεστήθη Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Σκοπός των ΔΥΠΕ είναι ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη

Ως φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζονται οι ακόλουθοι: Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Πρωτοβάθμιας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, Λοιπά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου του Δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με τον Ν.3580/2005 περί «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις». Συγκροτείται ενιαία Επιτροπή Προμηθειών Υγείας η οποία διενεργεί ή εγκρίνει όλες τις προμήθειες των φορέων που εποπτεύονται από το ΥΥΚΑ. Τα Κέντρα Υγείας Αστικών περιοχών και ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας δεν υφίσταται.

Το 2007 με το νόμο 3527/2007 τρίτο άρθρο, η επικράτεια του ελληνικού κράτους διαιρείται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠ) με 7 αντίστοιχες ΔΥΠΕ. Με το νόμο αυτό όργανα διοίκησης της κάθε ΔΥΠΕ είναι: α) ο διοικητής της ΥΠΕ και β) δύο υποδιοικητές. Ο διοικητής και οι υποδιοικητές είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν διετή θητεία. Με άλλο άρθρο του ίδιου νόμου το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ) μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό, συντονίζεται από το Γενικό Γραμματέα του ΥΥΚΑ και διοικείται από τον διοικητή και υποδιοικητή πλήρους και όχι αποκλειστικής απασχόλησης, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.

**Πίνακας 4: Τα επίπεδα Πρωτοβάθμιας υγείας**

Επίπεδο Πρωτοβάθμιας	Διοικητική περιοχή	Πληθυσμός	παροχές
Αυτοθεραπεία	Οικογένεια	1-10	
Πρωτοβάθμια Φροντίδα	Τοπικό (επαρχιακό) Επίπεδο	500-50.000	Προληπτικές δραστηριότητες. Γενικός γιατρός. Γιατρός εργασίας.
Δευτεροβάθμια Φροντίδα	Νομός	50.000-500.000	Νοσηλευτική φροντίδα σε τοπικό ή Νομαρχιακό επίπεδο
Τριτοβάθμια Φροντίδα	Περιφέρεια	500.000 - 1.500.000	Νοσηλευτική φροντίδα σε Περιφερειακό(συνήθως Πανεπιστημιακό) νοσοκομείο.
Τριτοβάθμια Φροντίδα	Περισσότερες από μια υγειονομικές περιφέρειες	. 1.500.000 - 5.000.000	Νοσηλευτική εξειδικευμένη φροντίδα σε ειδικό νοσοκομείο.

Πηγή: Βοζίκης Λ., Λοπατζίδης Α., Κοινωνική Ασφάλιση και Διαχείριση Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας, 2007

**Πίνακας 5: Κύρια νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΠΦΥ)**

Νόμος	ΦΕΚ	Τίτλος
1397/1983	143Α	Εθνικό Σύστημα Υγείας
1579/1985	217Α	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
2071/1992	123Α	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας
2194/1994	34Α	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
2519/1997	165Α	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
2889/2001	37Α	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
3235/2004	53Α	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ίδια επεξεργασία

**Πίνακας 6: Νομοθεσία για το ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΠΦΥ) – δευτερεύουσες διατάξεις.**

Νόμος	ΦΕΚ	Τίτλος
N. 1471/84	ΦΕΚ 112 Α	Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
N. 1759/88	ΦΕΚ 50	Α΄ Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
N. 1963/91	ΦΕΚ 138	Α΄ Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
N. 2345/95	ΦΕΚ 213 Α΄	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
N. 2646/98	ΦΕΚ 236 Α΄	Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Πρωτοβάθμιας και άλλες διατάξεις
N. 2955/01	ΦΕΚ 256 Α	Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ και άλλες διατάξεις
N. 3106/03	ΦΕΚ 30 Α΄	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Πρωτοβάθμιας και άλλες διατάξεις
N. 3172/03	ΦΕΚ 197 Α	Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
N. 3209/03	ΦΕΚ 304 Α΄	Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N. 3329/05	ΦΕΚ 81 Α΄	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
N. 3370/05	ΦΕΚ 176 Α	Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις ΠεΣΥΠ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας

Πηγή: ΠεΣΥΠ: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας. Καραθάνος και Τατσιώνη(2015)

### 3.4 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1997-2006

Τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης σύμφωνα με τους (Μανιού και Ιακωβίδου,2009):

Η σύνθεση των κλινών των νοσοκομείων κατά νομική μορφή (ΝΠΔΔ 69%, Ιδιωτικά 28% και ΝΠΙΔ 3%), αντανakλά την ισχυρή παρουσία του ιδιωτικού τομέα και στον νοσοκομειακό τομέα.

Η πλειοψηφία των νοσοκομείων ανήκει στις κατηγορίες με 101-300 κλίνες (29,7% των νοσοκομείων) και με 41-100 κλίνες (29,1% των νοσοκομείων). Αντίθετα, οι διεθνείς τάσεις στρέφονται σε μεγάλα γενικά νοσοκομεία και μικρότερα εξειδικευμένα νοσοκομεία.

- ✓ Πολλές ανισότητες εξαιτίας των κατανομών των κλινών σε όλη τη χώρα. Οι περισσότερες βρίσκονται στην Αθήνα(43%) και τη Μακεδονία (23%).
- ✓ Το ποσοστό των κατοίκων στην Αθήνα παρουσιάζει τον μεγαλύτερο δείκτη κλινών ανά 1.000 κατοίκους και στη συνέχεια έρχεται η Μακεδονία.
- ✓ Τα ίδια στοιχεία διαπιστώνονται και στους καταλόγους των ΠεΣΥΠ το 2003.
- ✓ Η θέση της Ελλάδας είναι στο μέσο περίπου της κατάταξης των χωρών του ΟΟΣΑ με βάση το δείκτη όλων των κλινών που υπάρχουν στα νοσοκομεία ανά 1.000 κατοίκους.
- ✓ Τον πιο μικρό δείκτη εμφανίζει η χώρα του Μεξικού (1,9) και τον πιο υψηλό η Ιαπωνία (14,4).
- ✓ Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο δείκτης φτάνει τις 4,2 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους, ενώ στη Γερμανία σε 8,9 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους.
- ✓ Οι κλίνες στη χώρα μας θεωρούνται αρκετές καθώς παρουσιάζονται νέα στοιχεία που εμφανίζουν μία συνεχής μείωση των αναγκών για νοσηλεία, καθώς και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.
- ✓ Η Ελλάδα το 2000 είχε μία μικρή διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) 8,4 ημερών για κάθε ασθενή με τα μεγάλα ιδιωτικά Θεραπευτήρια να έχουν ΜΔΝ 3,27 ημέρες, τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία έχουν υπερδιπλάσια ΜΔΝ, πράγμα



που δείχνει πόσα προβλήματα δημιουργούνται από την κακή οργάνωση και διοίκηση.

- ✓ Σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οι κλίνες καλύπτουν το 70% κρίσιμων περιστατικών .
- ✓ Σχετικά με το ιατρικό δυναμικό, η Ελλάδα παρουσιάζει έναν δείκτη ιατρών ανά 1.000 κατοίκους, πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των νοσηλευτών σε ίδιο αριθμό κατοίκων.
- ✓ Στον νοσοκομειακό τομέα η αντιστοιχία γιατρών ανά κλίνη φτάνει τους 112 γιατρούς και τους 111 νοσηλευτές ανά κλίνη. Επομένως ο δείκτης επάρκειας των ιατρών στα νοσοκομεία θεωρείται επαρκής, ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό ανεπαρκής.
- ✓ Αναφορικά με το ΕΣΥ, και οι ιατροί και οι νοσηλευτές κατανέμονται με ανισότητα καθώς δεν υπάρχει η σωστή αναλογία σε κάθε περιφέρεια.
- ✓ Σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η συγκεκριμένη αναφορά παρουσιάζει πόσο σύνθετο και πολύπλοκο θέμα είναι η διανομή των φροντίδων το οποίο αποτελούν οι υπηρεσίες του ΕΣΥ, της Κοινωνικής Ασφάλισης, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του Ιδιωτικού Τομέα..

### **3.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα κατά τα έτη 2009-2017**

Η οικονομική κρίση που βίωσε η χώρα από το 2009 είχε μεγάλο αντίκτυπο και στον τομέα υγείας γενικά και πιο ειδικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Η συγχώνευση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων υγείας σε ένα ενιαίο ταμείο υγείας, τον ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) με το νόμο 3918 του 2011, οι μεγάλες καθυστερήσεις των πληρωμών στη συνέχεια του ΕΟΠΥΥ, καθώς και η παρακράτηση εισφορών για την κάλυψη συνταξιοδοτικών και άλλων δαπανών από τα ασφαλιστικά ταμεία, έφερε πολλά προβλήματα στη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ. *«Ο νόμος 4238 του 2014 επιβάλλει τη διάκριση ανάμεσα στις λειτουργίες ασφάλισης υγείας και αγοράς υπηρεσιών ( Πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας Πρωτοβάθμιας) από τη μια μεριά, που αναλαμβάνονται από τον ΕΟΠΥΥ, και την παροχή (δημόσιας) Πρωτοβάθμιας υγείας που ανατίθεται στον νέο φορέα, το ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας)».*

Ο ΕΟΠΠΥ αποτελείται πλέον από (α) τα περίπου 200 αγροτικά Κέντρα Υγείας και ένα μικρό αριθμό λειτουργούντων αστικών Κέντρων Υγείας (τα οποία μεταφέρονται από το ΕΣΥ στην αρμοδιότητα του ΠΕΔΥ)· (β) τα πρώην πολυ-ιατρεία του ΙΚΑ (τα οποία το 2012 είχαν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ, αλλά μεταφέρονται και αυτά στο ΠΕΔΥ)· (γ) τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων που εξετάζουν ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ στα ιδιωτικά ιατρεία τους και (δ), τα (συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ) ιδιωτικά εργαστήρια και άλλες ιδιωτικές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας. Όλες οι μονάδες υγείας Πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναγκάστηκαν να σταματήσουν τη λειτουργία τους για ένα μήνα με την ψήφιση αυτού του νόμου και όταν άρχισαν πάλι τη λειτουργία τους δυστυχώς το ιατρικό προσωπικό μειώθηκε και έγινε αναγκαστικά αναδιάταξη και του διοικητικού προσωπικού.

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία (2014) από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, κατά μέσο όρο, οι πολίτες επισκέπτονται ένα γιατρό Πρωτοβάθμιας Υγείας πέντε φορές το χρόνο, δηλαδή 55 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως περίπου. Τα αγροτικά Κέντρα υγείας δέχονταν περίπου 8 έως 8,5 εκατομμύρια επισκέψεις ετησίως. Οι πρώην μονάδες του ΕΠΟΥΥ καταγράφουν περίπου 17 εκατομμύρια επισκέψεις, και οι περίπου 5.000 συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατροί 12 εκατομμύρια (με ανώτατο όριο τις 200 επισκέψεις μηνιαίως. Όμως αυτό δεν αποτελεί καθολική κάλυψη των ασθενών(<https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf>).

Ο Νόμος 4486/2017 για τη Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», αναδιάρθρωσε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου, *«ως ΠΦΥ αποτελεί η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, με σκοπό τη φροντίδα της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες αποτελούνται από εξετάσεις που προάγουν την υγεία, προλαμβάνουν τη νόσο, κάνουν πρόωρη διάγνωσή της και παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία.»*(Νόμος 4486/2017, άρθρο 1).

Πλέον, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας αποτελείται; α) από το πρώτο επίπεδο, που αποτελεί το σημείο εισόδου των ατόμων στο ΕΣΥ, παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από

τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ).

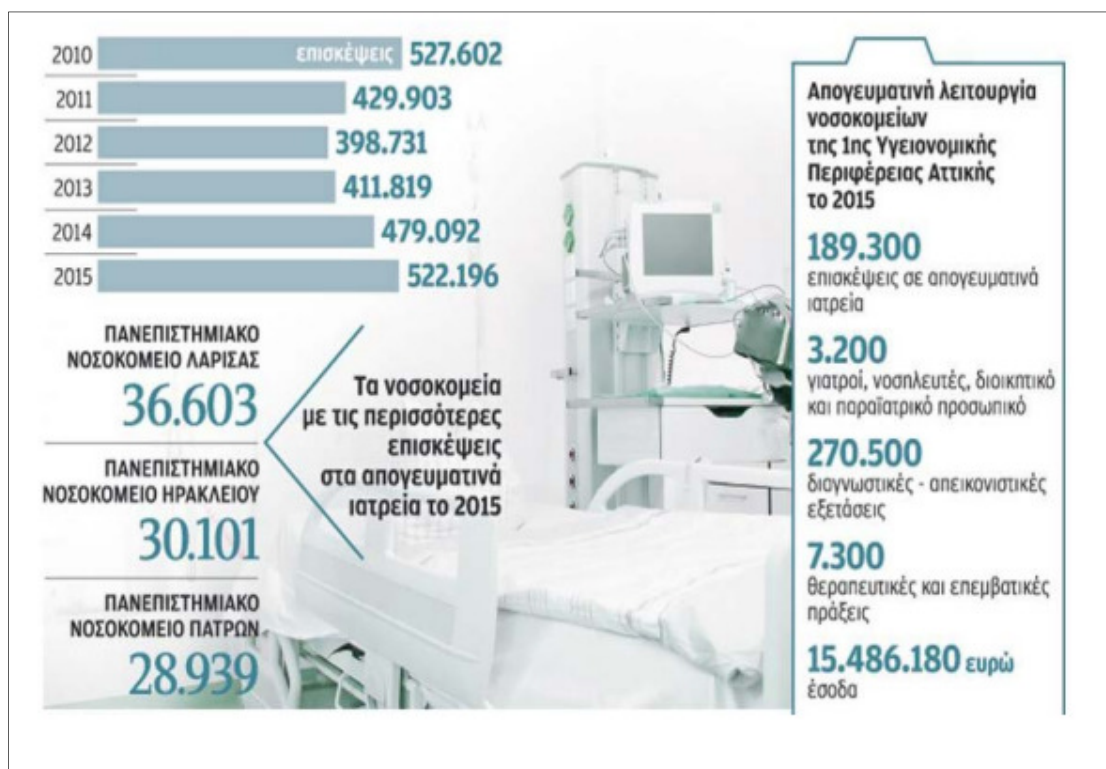
*«Ειδικότερα ως προς τις Το.Μ.Υ., αυτές είναι νέες αποκεντρωμένες δομές, περιφερειακές των Κέντρων Υγείας, οι οποίες λειτουργούν στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας που περιλαμβάνει οικογενειακό γιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό»(Βραχνέλη, 2017).*

Κάθε Το.Μ.Υ. θα έχει στην ευθύνη του πληθυσμό 10.000 - 12.000 κατοίκων, και μόνο σε περιοχές που θεωρούνται ορεινές καθώς και στα νησιά ο πληθυσμός ευθύνης τους μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10-12.000 κατοίκους. Αρχικά λειτουργούν 239 Το.Μ.Υ. σε 65 αστικές περιοχές ενώ η χρηματοδότηση του προγράμματος έχει εξασφαλιστεί τουλάχιστον μέχρι το 2020, μέσω πόρων του ΕΣΠΑ. Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής Πρωτοβάθμιας από τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ. Οι τελευταίες μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας, αφού όπως προβλέπεται στο Ν.4486/2017, η ονομασία ΠΕΔΥ καταργείται. Στο πλαίσιο του νέου συστήματος επαναπροσδιορίζεται το περιεχόμενο του Τομέα Πρωτοβάθμιας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ο οποίος είχε εισαχθεί με το Ν.4238/2014.

Επιπρόσθετα, σε κάθε δήμο θα αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ. Επίσης, ο Ν.4486/2017 επαναφέρει τον οικογενειακό γιατρό και μπορεί να είναι είτε γιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ που υπηρετεί στις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, είτε γιατρός που παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας του άρθρου 106 του Ν.4461/2017 («Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας»), είτε ιδιώτης γιατρός που έχει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.

Πέρα από την εγγραφή των πολιτών σε οικογενειακό γιατρό, ο Ν.4486/2017 καθιερώνει στο άρθρο 19 και τη διαδικασία παραπομπής, ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας (με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα 45 περιστατικά). Παράλληλα καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ), που θα καταχωρηθούν όλες οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία

και τις επισκέψεις των ασθενών. Σε κάθε κέντρο υγείας λειτουργεί οδοντίατρο, υπεύθυνο για τη φροντίδα του πληθυσμού ευθύνης και αναβαθμίζεται ο ρόλος των μαιών παρέχοντας συμβουλές και φροντίδα ώστε να γίνει πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, στην κύηση και στον τοκετό.



Εικόνα 1:Απογευματινά ιατρεία νοσοκομείων ΕΣΥ

### **3.6 Τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα**

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπισε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στην Ελλάδα συνοψίζονται στα εξής:

- ✓ Ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών.
- ✓ Απουσία κάθε σχεδιασμού και οργάνωσης.
- ✓ Πολλά ασφαλιστικά ταμεία.
- ✓ Απουσία εξοπλισμού και κάθε υποδομής.
- ✓ Απουσία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✓ Πολύ κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών.
- ✓ Έλλειψη πληροφοριακού συστήματος που θα βοηθάει στη διαχείριση της ροής των ασθενών.
- ✓ Απουσία ελέγχου για συνταγογραφήσεις και παραπομπές σε εξετάσεις.
- ✓ Μη υλοποίηση προγραμμάτων που προωθούν την πρόληψη και αγωγής υγείας .
- ✓ Νοσοκομειακή Περίθαλψη Παλαιότητα εγκαταστάσεων.
- ✓ Ανισότητες στην περιφερειακή κατανομή κλινών.
- ✓ Απουσία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης.
- ✓ Απουσία οικονομικού ελέγχου, σύγχρονων μεθόδων αποζημίωσης, διαδικασιών κόστους-αποτελεσματικότητας.
- ✓ Μη σωστά κατανεμημένες οι ειδικότητες των ιατρών σε κάθε περιφέρεια.
- ✓ Απουσία του ανάλογου αριθμού του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων.
- ✓ Ανεπαρκής εκπαίδευση νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.
- ✓ Μη σωστή αντιστοιχία του ιατρικού προσωπικού σε κάθε περιφέρεια.
- ✓ Μικρή αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού.
- ✓ Χαμηλή χρηματοδότηση.
- ✓ Ανάλωση πολύ μεγάλου ποσού σε ιδιωτικές κλινικές
- ✓ Η ΠΦΥ χρηματοδοτείται κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές.
- ✓ Μεγάλη εμφάνιση της παραοικονομίας.
- ✓ Τρόποι πληρωμής προμηθευτών που δεν πληρούν το ανάλογο κριτήριο της αποδοτικότητας
- ✓ Άνιση επιβάρυνση νοικοκυριών.

## Β ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Στατιστικά Στοιχεία Κέντρων Υγείας

#### 4.1 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2009 2010

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που καταγράφηκαν για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τον Νοέμβριο του 2010, διαπιστώνεται η ύπαρξη 1.801 δομές ΠΦΥ που ανήκουν στο ΕΣΥ, από τις οποίες τα 201 είναι Κέντρα Υγείας (ΚΥ), 8 Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (ΚΥΑΤ), 89 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), 1.460 Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), 43 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ).

Πίνακας 7: Κατανομή δομών ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.Πε. και συνολικά

Δ.Υ.Π	ΚΥ	ΚΥΑ Τ	ΠΠΙ	ΠΙ	ΕΠΙ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	7 (3%)	2 (25%)	-	7 (0,5%)	1(2%)	17(15%)
2η	25(12%)	33(8 %)	37(42%)	132(9%)	10(23%)	207(11%)
3η	17(8%)	-	33(3%)	112(76%)	2(5%)	198(11%)
4η	35(17%)	2(25%)	12(13%)	152(	5(12%)	277(15%)
5η	33(16%)	1(13%)	15(17%)	296(20% 0	7(16%)	352(20%)
6η	70(35%)	-	20(22%)	5003 4%)	10(23%)	600(33%)
7η	147	-	2(2%)	126 9%	8(19%)	150(8%)
<b>Σύνολο</b>		8	89	1460	43	1801

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010

Μέσα από τις δομές Πρωτοβάθμιας υγείας (ΠΦΥ), παρέχεται ένα σύστημα υπηρεσιών σε πολλούς ασθενείς τα έτη 2009-2010. Στον παρακάτω πίνακα καταγράφονται οι επισκέψεις των ασθενών στα Κέντρα υγείας το 2009 και το 2010, καθώς και ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά τα στοιχεία ως εξής:

**Πίνακας 8: Ο αριθμός των ασθενών που επισκέφθηκαν τα Κέντρα Υγείας το 2009 και το 2010, καθώς και ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργήθηκαν κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.**

Δ.Υ.Πε.	Αριθμός εξετασθέντων των 2009	Αριθμός εξετασθέντων 2010	% μεταβολής	Αριθμός εξετάσεων 2009	Αριθμός εξετάσεων 2010	% μεταβολής
			61%			
1η	255.852	411.641		246.887	390.729	58% 2η
2η	710.287	800.750	13%	596.865	518.368	13%
3η	771.151	690.097	1%	1.387.062	1.316.911	5%
4η	1.363.539	194.285	1%	2.183.470	2.119.615	3%
5η	891.689	902.270	1%	1.421.002	1.276.909	10%
6η	1.574.561	1.607.373	2%	1.314.899	1.378.319	5%
7η	499.721	699.043	40%	768.830	7η 708.648	8%
<b>Σύνολο</b>	<b>6.066.800</b>	<b>6.305.459</b>	<b>4%</b>	<b>7.919.015</b>	<b>77.709.499</b>	<b>3%</b>

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι το 2010, 6.305.459 ασθενείς επισκέφθηκαν συνολικά τα Κέντρα Υγείας και έγιναν 7.709.499 εξετάσεις. Συγκριτικά με το 2009, το 2010 σημειώνεται μία περίπου 4% όσον αφορά τον αριθμό των εξετασθέντων (6.305.459 έναντι 6.066.800), αλλά υπάρχει και μία μείωση περίπου 3% αναφορικά με τις διενεργηθείσες εξετάσεις (7.709.499 έναντι 7.919.015).

Πιο ειδικά: Τους περισσότερους ασθενείς δέχτηκε η 1η Δ.Υ.Πε. (61%) και ακολουθούν η 7η Δ.Υ.Πε. (40%), η 2η Δ.Υ.Πε. (13%), η 6η Δ.Υ.Πε. (2%) και η 5η Δ.Υ.Πε. (1%). Μεγάλη μείωση σημειώθηκε στην 4η Δ.Υ.Πε. (-12%) και στην 3η Δ.Υ.Πε. (-11%), ενώ στις πιο πολλές Δ.Υ.Πε. υπήρξε μείωση στις εξετάσεις. Η μεγαλύτερη μείωση σημειώθηκε στην 2η Δ.Υ.Πε. (-13%) και μετά στην 5η Δ.Υ.Πε. (-10%), την 7η Δ.Υ.Πε. (-8%), η 3η Δ.Υ.Πε. (-5%) και την 4η Δ.Υ.Πε. (-3%). Αντίθετα στην 1η Δ.Υ.Πε. (58%), ενώ στην 6η Δ.Υ.Πε. υπήρξε σημαντική αύξηση περίπου 5%.

Στα Κέντρα Υγείας μέχρι το 2010 περιλαμβάνονται 2.967 οργανικές θέσεις ιατρικού προσωπικού (ποσοστό κάλυψης 48,63%), οι οποίες κατανέμονται ανά Δ.Υ.Πε. ως ακολούθως:

**Πίνακας 9: Κάλυψη οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά Δ.Υ.Πε**

Δ.Υ.Πε	Οργανικές θέσεις/ΚΥ	Υπηρετούντες /ΚΥ	Ποσοστό κάλυψης (%)	Οργανικές θέσεις ΚΥ/ΠΠ Γενικών Ιατρών & Υπόχρεων Υπηρεσίας Υπαίθρου	Υπηρετούντες ΚΥ/ΠΠ Γενικών Ιατρών & Υπόχρεων Υπηρεσίας Υπαίθρου	Συνολικό Ποσοστό κάλυψης %
1η	136 (5%)	87 (6%)	64%	-	-	64%
2η	355 (12%)	175 (12%)	49%	204- (16%)	182 (11%)	64%
3η	313(10.5%)	194 (13%)	62%	61% (5%)	187 (11%)	102%
4η	550 (18.5%)	280 (19%)	51%	315 (25%)	361 (22%)	74%
5η	589 (20%)	32 (15%)	5%	5η 533 (43%)	454 (28%)	60%
6η	6η 839 (28%)	16 (28. %)	5%	73 (6%)	386 (24%)	87%
7η	185 2.967 (6%)	179 (5.5%)	5%	66 (5%)	60 (41.630 %)	55%
ΣΥΝΟΛ		443	1,63%	1.252		73%
Ο						

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010

## 4.2 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2009- 2010

Τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των Κέντρων υγείας, Κλινών και Προσωπικού 2013-14 σε πανελλαδικό επίπεδο ήταν τα παρακάτω:

**Πίνακας 10: Στοιχεία για τα Κέντρα Υγείας τα έτη 2013-2014**

	2013	2014
Κέντρα Υγείας	205	205
Κλίνες	964	967
Μεταβολή %		0.3%
Ιατρικό Προσωπικό	1671	1616
Μεταβολή %		-3.3%
Νοσηλευτικό Προσωπικό	2031	1968
Μεταβολή %		-3.1%
Προσωπικό Λοιπών ειδικοτήτων	1968	1795
Μεταβολή %		-8.8%

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας 2014



Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ τα Κέντρα Υγείας που υπήρχαν στην Ελλάδα το 2014 έφταναν σε αριθμό τα 205 συνολικά όπως ακριβώς και το 2013. Τα Κέντρα υγείας, κατανέμονταν σε 13 περιφέρειες της χώρας με τα περισσότερα από αυτά (33) να βρίσκονται στην περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας, και να ακολουθεί η Πελοπόννησος με 23, η Δυτική Ελλάδα με 21 κέντρα ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο 7 κέντρα και τη Δυτική Μακεδονία 6 κέντρα

Σχετικά με τον αριθμό των κλινών που βρίσκονται στα Κέντρα Υγείας το 2014 είχε μία μικρή μείωση όπως και ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού κατά 3,3%, και αντίστοιχα και ο αριθμός των νοσηλευτών μειώθηκε κατά 3,1%. Παράλληλα μείωση διαπιστώθηκε και στις υπόλοιπες ειδικότητες του προσωπικού περίπου 8,8%.

Πιο ειδικά, στην περιφέρεια Βόρειου Αιγαίου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση στο ιατρικό προσωπικό κατά 20,9% σε αντίθεση με την Ήπειρο και την Αττική που σημειώθηκε αύξηση 10,3% και 7,9%, αντίστοιχα. Στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, στην Πελοπόννησο και στο Νότιο Αιγαίο επίσης υπήρχε μείωση στο νοσηλευτικό προσωπικό 12,4%, 8,8% και 7,2%, αντίστοιχα. Στα Ιόνια Νησιά, στην Ήπειρο και στην Κεντρική Μακεδονία σημειώθηκε μείωση προσωπικού των υπόλοιπων ειδικοτήτων 17,2%, 11,5% και 10,9%, αντίστοιχα.

Αλλά και στα ιατρικά μηχανήματα των Κέντρων Υγείας σημειώθηκε αύξηση 7,6% στα Ιόνια Νησιά ενώ αντίθετα σημειώθηκε μείωση 7,6% στην περιφέρεια της Θεσσαλίας(<https://www.newsbeast.gr/health/arthro/2290812/ta-kentra-igias-pou-iparchoun-stin-ellada>).

### **4.3 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2014-2016**

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) ανακοινώνει στοιχεία αναφορικά με τα Κέντρα Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) με βάση τα αποτελέσματα της ετήσιας απογραφικής έρευνας του έτους 2016.

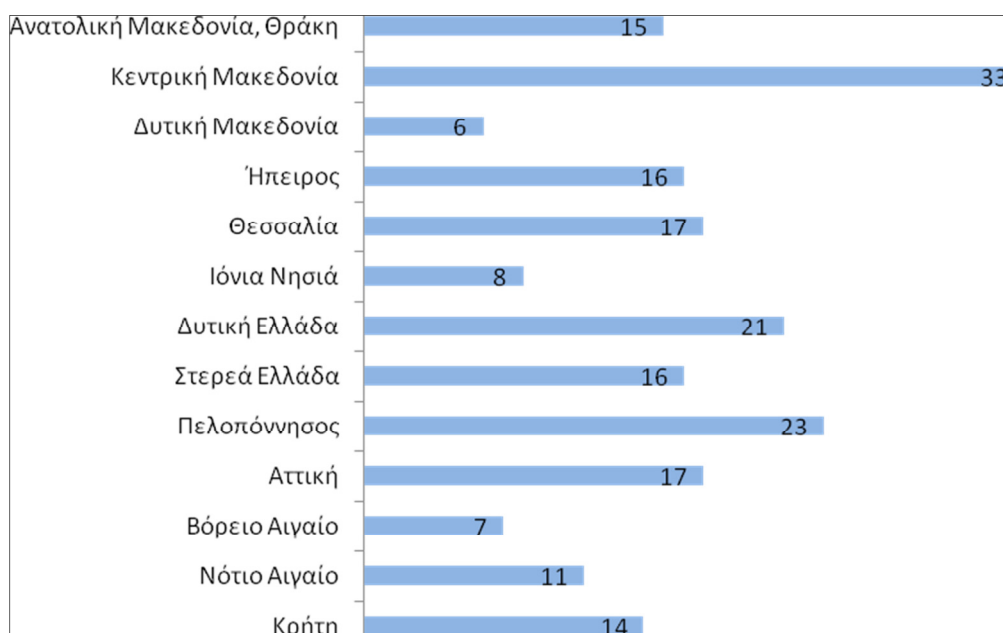
**Πίνακας 11: Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2012-2016**

	Κέντρα υγείας		Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Λοιπών ειδικοτήτων προσωπικό	Μηχανήματα
	Κέντρα υγείας	Κλίνες				
<b>2012</b>	205	992	2.049	2.096	2.292	2.397
<b>2013</b>	205	964	1.671	2.030	1.966	2.349
<b>2014</b>	205	967	1.616	1.968	1.795	2.363
<b>2015</b>	205	955	1.624	2.015	1.683	2.324
<b>2016</b>	204	928	1.674	2.136	1.657	2.288

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ: Έτος 2016

Το 2016 ο αριθμός των Κέντρων Υγείας μειώθηκε κατά μία (1) μονάδα, και έφτασε στα 204 δεδομένου ότι το Κέντρο Υγείας Θήρας άρχισε να λειτουργεί ως νοσοκομείο. Η κατανομή των Κέντρων Υγείας στις περιφέρειες αποτυπώνεται στο παρακάτω γράφημα:

**Γράφημα 1: Κέντρα Υγείας κατά Περιφέρεια, 2016**



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ: Έτος 2016

Ο αριθμός των κλινών, το 2016 μειώθηκε κατά 2,8% συγκριτικά με τα προηγούμενα

έτη ενώ ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού αυξήθηκε συνολικά κατά 3,1% και ο αριθμός των μηχανημάτων μειώθηκε 1,5%, στο σύνολο της Χώρας συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη. Το Νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε κατά 6,0% κυρίως στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Δυτικής Ελλάδας κατά 15,2% και 13,7% αντίστοιχα. Αναφορικά με το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, μειώθηκε κατά 1,5% συνολικά με σημαντικότερη αυτή στις Περιφέρειες Ιονίων Νήσων και Δυτικής Μακεδονίας με ποσοστά 17,9%, και 16,7% αντίστοιχα.

**Πίνακας 12: Κέντρα Υγείας, κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, 2015 και 2016**

	Κέντρα Υγείας		Κλίνες		Ιατρικό προσωπικό		
	2016	2015	2016	Μεταβολή%	2015	2016	Μεταβολή%
<b>Σύνολο Χώρας</b>	<b>204</b>	<b>955</b>	<b>928</b>	-2,8	<b>1.624</b>	<b>1.674</b>	3,1
<b>Ανατολική Μακεδονία, Θράκη</b>	15	58	58	0,0	104	105	1,0
<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	33	117	124	6,0	293	316	7,8
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	6	29	29	0,0	43	47	9,3
<b>Ήπειρος</b>	16	75	72	-4,0	100	78	-22,0
<b>Θεσσαλία</b>	17	88	86	-2,3	148	125	-15,5
<b>Ιόνια Νησιά</b>	8	36	34	-5,6	38	36	-5,3
<b>Δυτική Ελλάδα</b>	21	84	85	1,2	169	154	-8,9
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	16	82	82	0,0	115	132	14,8
<b>Πελοπόννησος</b>	23	117	118	0,9	148	157	6,1
<b>Αττική</b>	17	57	57	0,0	207	286	38,2
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	7	44	44	0,0	52	38	-26,9
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	11	90	77	-14,4	92	87	-5,4
<b>Κρήτη</b>	14	78	62	-20,5	115	113	-1,7

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ: Έτος 2016

**Πίνακας 13: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, 2015 και 2016**

	Νοσηλευτικό προσωπικό			Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων		
	2015	2016	Μεταβολή %	2015	2016	Μεταβολή %
		<b>6</b>			<b>16</b>	
<b>Σύνολο Χώρας</b>	<b>2.015</b>	<b>2.1</b>	6,0	<b>1.683</b>	<b>1.6</b>	-1,5
		<b>36</b>			<b>57</b>	
<b>Ανατολική Μακεδονία, Θράκη</b>	193	200	3,6	107	116	8,4
<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	427	492	15,2	285	294	3,2
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	70	75	7,1	54	45	-16,7
<b>Ήπειρος</b>	167	172	3,0	124	115	-7,3
<b>Θεσσαλία</b>	233	259	11,2	183	165	-9,8
<b>Ιόνια Νησιά</b>	48	35	-27,1	56	46	-17,9
<b>Δυτική Ελλάδα</b>	124	141	13,7	131	136	3,8
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	135	142	5,2	140	129	-7,9
<b>Πελοπόννησος</b>	140	139	-0,7	133	142	6,8
<b>Αττική</b>	247	244	-1,2	170	171	0,6
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	68	69	1,5	72	74	2,8
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	74	71	-4,1	105	102	-2,9
<b>Κρήτη</b>	89	97	9,0	123	122	-0,8

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ: Έτος 2016

**Πίνακας 14: Ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, 2015 και 2016**

	2015	2016	Μεταβολή %
<b>Σύνολο Χώρας</b>	<b>2.324</b>	<b>2.288</b>	<b>-1,5</b>
<b>Ανατολική Μακεδονία, Θράκη</b>	202	179	-11,4
<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	381	362	-5,0
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	61	65	6,6
<b>Ήπειρος</b>	152	172	13,2
<b>Θεσσαλία</b>	210	219	4,3
<b>Ιόνια Νησιά</b>	101	90	-10,9
<b>Δυτική Ελλάδα</b>	173	175	1,2
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	166	158	-4,8
<b>Πελοπόννησος</b>	241	241	0,0
<b>Αττική</b>	218	207	-5,0
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	86	104	20,9
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	143	131	-8,4
<b>Κρήτη</b>	190	185	-2,6

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας του ΠΕΔΥ: Έτος 2016

#### **4.4 Αριθμός Κέντρων Υγείας για τα έτη 2017-2018**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) αναφορικά με τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας (Π.Φ.Υ) για τα έτη 2017 και 2018 τα στοιχεία που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και συγκεκριμένα τα Κέντρα Υγείας είναι τα παρακάτω:

Μέχρι το 2016 υπήρχαν τα Κέντρα Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Στη συνέχεια με την ψήφιση του Ν.4486/2017 που αφορούσε την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Υγείας» η ονομασία «Κέντρο Υγείας», αποτελείται όλα τα στοιχεία στο πρώτο επίπεδο της Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες

από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ. Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται το σύνολο των δομών παροχής Πρωτοβάθμιας Υγείας, πλην των Το.Μ.Υ, για τα έτη 2017 – 2018.

**Πίνακας 15: Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας υγείας ανά κατηγορία, έτη 2017-2018**

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες* Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
<b>2017</b>	204	101	1425	93	49	22	6
<b>2018</b>	204	101	1425	94	49	22	7

\*Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν. 4486/2017 μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας

Επιπρόσθετα, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 16: Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2018**

Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	33
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*	14
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	12
<b>Σύνολο</b>	<b>59</b>

\*Υβριδικός τύπος δομής που απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και εφήβους

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή(2019). Διαθέσιμο στη διεύθυνση :

Στους πίνακες 8 έως 11 αποτυπώνονται με λεπτομέρεια τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κλινών και λοιπού μόνο των 204 Κέντρων Υγείας (Ν.4238/2014), καθώς και με το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αυτών.

**Πίνακας 17: Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2014-2018**

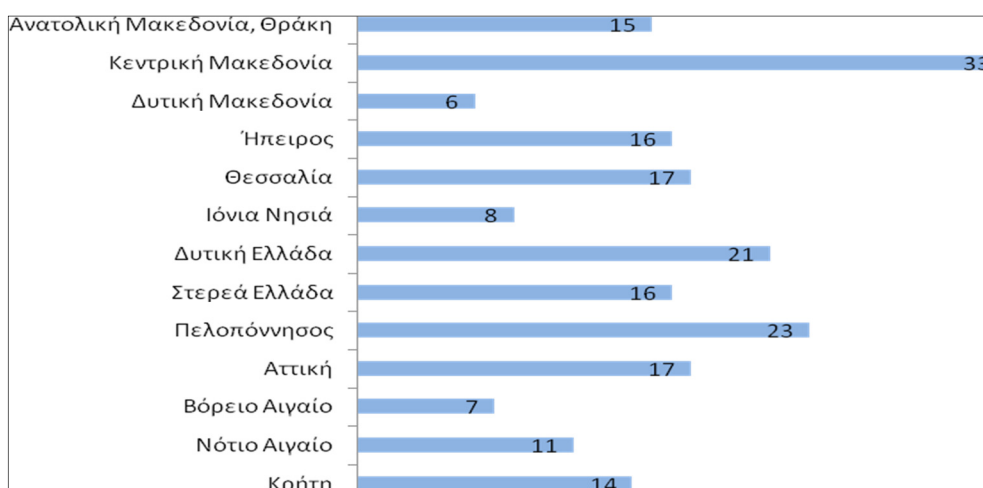
	Κέντρα υγείας*	Κλίνες	Ιατρικό	Νοσηλ/κό προσωπικ	Λοιπών Ειδικοτήτων	Μηχανήματα
<b>2014</b>	205	967	1.616	1.968	1.795	2.363
<b>2015</b>	205	955	1.624	2.015	1.683	2.324
<b>2016</b>	204	928	1.674	2.136	1.657	2.288
<b>2017</b>	204	903	1.776	2.215	1.800	2.255
<b>2018</b>	204	901	1.797	2.318	1.967	2.321

\*Συμπεριλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας Καμένων Βούρλων και Καρπάθου

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή(2019). Διαθέσιμο στη διεύθυνση : <https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>

Ο συνολικός αριθμός των Κέντρων Υγείας για τα έτη 2017 και 2018 παρέμεινε, 204 στις 13 Περιφέρειες της Χώρας, με τα περισσότερα Κέντρα Υγείας στην Κεντρική Μακεδονία (33 κέντρα), στην Πελοπόννησο (23 κέντρα) και στη Δυτική Ελλάδα (21 κέντρα) ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο (7 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (6 κέντρα).

**Γράφημα 2: Κέντρα Υγείας κατά Περιφέρεια, 2018**



Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή(2019). Διαθέσιμο στη διεύθυνση : <https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>

#### 4.5 Συγκριτικά στοιχεία Κέντρων Υγείας για τα έτη 2016-2018

Από τη σύγκριση των στοιχείων των Κέντρων Υγείας των τελευταίων ετών 2016-2018 παρατηρούνται τα ακόλουθα:

Η δύναμη των κλινών στα Κέντρα Υγείας σημείωσε μείωση κατά 0,2% το 2018 συγκριτικά με το 2017 και κατά 2,7% το 2017 συγκριτικά με το 2016 στο σύνολο της Χώρας.

Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού των Κέντρων υγείας αυξήθηκε κατά 1,2% το 2018 σε σχέση με το 2017 και κατά 6,1% το 2017 σε σχέση με το 2016, συνολικά.

Σημαντική αύξηση παρατηρείται το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες Αττικής και Ιονίων Νησιών κατά 11,8% και 6,1%, αντίστοιχα, καθώς και το 2017 σε σχέση με το 2016 στις Περιφέρειες των Ιονίων Νησιών και της Ηπείρου κατά 36,1% και 25,6% αντίστοιχα.

Το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες της Ανατολικής Μακεδονίας και



Θράκης και της Κρήτης παρατηρείται σημαντική μείωση που φτάνει το 8,1% και 6,0%, αντίστοιχα, καθώς και το 2017 σε σχέση με το 2016 στις Περιφέρειες Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδας κατά 11,5% και 9,1%, αντίστοιχα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε το 2018 σε σχέση με το 2017 κατά 4,7% και το 2017 σε σχέση με το έτος 2016 κατά 3,7%.

Αυξήθηκε επίσης το 2018 συγκριτικά με το 2017 σε όλες τις Περιφέρειες, με σημαντικότερη αυτή στις Περιφέρειες Βόρειου Αιγαίου και Κρήτης κατά 15,9% και 9,9% αντίστοιχα.

Το 2017 συγκριτικά με το 2016 παρατηρείται αύξηση στις Περιφέρειες Ιονίων Νησιών και Νοτίου Αιγαίου κατά 14,3% και 11,3% αντίστοιχα, αλλά στη Περιφέρεια του Βορείου Αιγαίου σημειώνεται μείωση.

Αύξηση επίσης υπάρχει και στο νοσηλευτικό προσωπικό των υπολοίπων ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, το 2018 σε σχέση με το 2017 κατά 9,3% και το 2017 σε σχέση με το 2016 κατά 8,6%. Μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης υπάρχει το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες του Βορείου Αιγαίου και της Αττικής, κατά 30,4% και 30,1%, αντίστοιχα, καθώς και το 2017 σε σχέση με το 2016 στις Περιφέρειες της Δυτικής και της Κεντρικής Μακεδονίας κατά 28,9% και 16,7%, αντίστοιχα. Τέλος, το 2018, στα ιατρικά μηχανήματα των Κέντρων Υγείας σημειώθηκε αύξηση συνολικά της Χώρας, σε σχέση με το 2017, κατά 2,9% ενώ το 2017 σε σχέση με το 2016 παρατηρήθηκε μείωση κατά 1,4%.

Με βάση την έρευνα των Σουλιώτη & Τούντα (2009) στα Κέντρα Υγείας το 20% των ιατρών των Κέντρων Υγείας είναι γενικοί ιατροί, το 21,9% παθολόγοι και το 17,3% οδοντίατροι.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του μη ιατρικού προσωπικού είναι νοσηλευτές (55%) και ακολουθεί ο μαιευτικός κλάδος

Δυστυχώς η στελέχωση των ΚΥ δεν είναι πλήρης με μεγαλύτερες ελλείψεις σε κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και φυσιοθεραπευτές.

Παράλληλα παρατηρείται και μία ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας των ΕΣΥ όπου στην Αττική και την Κεντρική Μακεδονία το σχετικό ποσοστό αγγίζει το 74% και 71% αντίστοιχα, τη στιγμή που στην Πελοπόννησο και τα Ιόνια Νησιά δεν υπερβαίνει το 31%. Ανισοκατανομή παρατηρείται επίσης και σε θέσεις του λοιπού προσωπικού.

**Πίνακας 18: Κλίνες και ιατρικό προσωπικό κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018**

	Κέντρα		Κλίνες				Ιατρικ προσωπικό				
	201	2	2017	2	17/	18/17	2	2017	2018	17/16	18/1
	204	9	903	9	-	-0,2	1	1.776	1.	6,1	1,2
<b>Ανατολική Μακεδονία,</b>	15	5	55	5	-	5,5	105	124	114	18,1	-8,1
<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	33	1	113	1	-	-1,8	316	342	335	8,2	-2,0
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	6	2	26	2	-	0,0	47	53	54	12,8	1,9
<b>Ήπειρος</b>	16	7	71	7	-	0,0	78	98	101	25,6	3,1
<b>Θεσσαλία</b>	17	8	95	9	1	1,1	125	120	113	-4,0	-5,8
<b>Ιόνια Νησιά</b>	8	3	34	3	0,	0,0	36	49	52	36,1	6,1
<b>Δυτική Ελλάδα</b>	21	8	85	8	0,	0,0	154	140	136	-9,1	-2,9
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	16	8	78	7	-	0,0	132	121	124	-8,3	2,5
<b>Πελοπόννησος</b>	23	1	108	1	-	0,9	157	139	143	-11,5	2,9
<b>Αττική</b>	17	5	59	5	3,	-1,7	286	330	369	15,4	11,8
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	7	4	40	3	-	-5,0	38	46	46	21,1	0,0
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	11	7	71	7	-	2,8	87	98	101	12,6	3,1
<b>Κρήτη</b>	14	6	68	6	9,	-5,9	113	116	109	2,7	-6,0

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή(2019). Διαθέσιμο στη διεύθυνση : <https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>

**Πίνακας 19: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018**

	Νοσηλευτικό προσωπικό					Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων				
				17/1	18/1	2016	2017	2018	17/16	18/17
	2016	2017	2018	%	7%				%	%
Σύνολο Χώρας	2.136	2.215	2.31	3,7	4	1.657	1.800	1.9	8,6	9,3
Ανατολική	200	208	213	4,0	2	116	126	141	8,6	11,9
Κεντρική Μακεδονία	492	512	537	4,1	4	294	343	346	16,	0,9
Δυτική Μακεδονία	75	82	90	9,3	9	45	58	63	28,	8,6
Ήπειρος	172	169	179	-	5	115	123	132	7,0	7,3
Θεσσαλία	259	260	273	0,4	5	165	173	184	4,8	6,4
Ιόνια Νησιά	35	40	42	14,	5	46	47	45	2,2	-4,3
Δυτική Ελλάδα	141	152	154	7,8	1	136	136	145	0,0	6,6
Στερεά Ελλάδα	142	136	135	-	-	129	146	160	13,	9,6
Πελοπόννησος	139	143	155	2,9	8	142	150	151	5,6	0,7
Αττική	244	270	271	10,	0	171	186	242	8,8	30,1
Βόρειο Αιγαίο	69	63	73	-	1	74	79	103	6,8	30,4
Νότιο Αιγαίο	71	79	85	11,	7	102	105	116	2,9	10,5
Κρήτη	97	101	111	4,1	9,9	122	128	139	4,9	8,6

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή(2019). Διαθέσιμο στη διεύθυνση : <https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>

Πίνακας 20: Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2013-2014

2013										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΑΡΑ- ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΛΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	237.591.126,19	113.796.920,07	20.489.789,02	54.000.805,20	32.938.142,95	458.816.783,43	3.038.497,83	2.463.213,44	13.412.725,79	18.914.437,06
2η	90.521.590,85	75.797.916,70	9.243.063,55	24.620.376,94	15.821.136,95	216.004.084,99	338.236,15	2.630.246,57	6.658.863,88	9.627.346,60
3η	56.903.371,41	35.589.040,86	8.663.766,59	12.852.009,15	13.077.205,40	127.085.393,41	1.084.762,96	4.260.021,11	3.634.342,13	8.979.126,20
4η	88.060.899,34	38.439.330,60	5.102.958,69	20.783.661,41	11.652.809,29	164.039.659,33	1.680.347,18	6.002.239,97	7.167.499,85	14.850.087,00
5η	43.923.523,26	24.919.210,52	4.438.176,84	11.390.592,22	3.988.407,69	88.659.910,53	985.565,87	5.393.160,50	4.156.281,02	10.535.007,39
6η	85.008.640,16	54.157.881,56	12.219.338,92	23.518.983,98	10.149.772,73	185.054.617,35	1.946.631,42	12.978.723,52	9.044.451,18	23.969.806,12
7η	39.862.638,43	24.397.000,58	3.540.983,27	10.689.534,66	5.150.027,98	83.640.184,92	1.816.164,99	5.008.939,01	4.427.922,17	11.253.026,17
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>641.871.789,64</b>	<b>367.097.300,89</b>	<b>63.698.076,88</b>	<b>157.855.963,56</b>	<b>92.777.502,99</b>	<b>1.323.300.633,96</b>	<b>10.890.206,40</b>	<b>38.736.544,12</b>	<b>48.502.086,02</b>	<b>98.128.836,54</b>
2014										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΑΡΑ- ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΛΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	201.199.420,26	110.718.445,82	21.245.061,50	52.536.705,00	32.101.045,19	417.800.677,77	3.269.308,97	973.850,57	13.994.266,05	18.237.425,59
2η	77.567.938,70	63.791.826,60	8.789.292,73	22.005.618,83	14.094.322,18	186.248.999,04	406.809,80	2.557.733,99	6.187.804,95	9.152.348,74
3η	51.216.249,57	33.239.253,42	8.765.495,43	11.573.296,87	14.177.246,65	118.971.541,94	1.199.797,20	3.574.437,37	3.379.174,58	8.153.409,15
4η	76.502.085,05	35.683.766,73	4.915.431,94	18.375.929,46	9.393.430,52	144.870.643,70	930.257,40	5.536.244,70	6.440.504,60	12.907.006,70
5η	36.480.926,48	24.551.020,36	5.253.709,19	12.195.969,67	4.407.329,66	82.888.955,36	1.485.247,41	4.579.753,45	3.977.171,65	10.042.172,51
6η	67.610.769,52	44.257.642,18	11.031.264,85	22.032.000,88	9.528.570,67	154.460.248,10	1.764.192,07	11.307.237,08	7.688.125,55	20.759.554,70
7η	32.768.487,28	24.279.808,63	3.623.364,30	10.133.882,70	5.029.965,22	75.835.508,13	1.917.847,83	5.047.592,94	3.835.520,40	10.800.961,17
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>543.345.876,86</b>	<b>336.521.763,74</b>	<b>63.623.619,94</b>	<b>148.853.403,41</b>	<b>88.731.910,09</b>	<b>1.181.076.574,04</b>	<b>10.973.460,68</b>	<b>33.576.850,10</b>	<b>45.502.567,78</b>	<b>90.052.878,56</b>

Πίνακας 21: Δαπάνες νοσοκομείων ΕΣΥ 2015-2016

2015										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	173.861.594,62	101.859.317,04	19.575.456,39	48.264.251,47	23.587.841,23	367.148.460,75	3.035.447,44	641.815,53	13.005.151,14	16.682.414,11
2η	71.625.510,49	56.332.431,32	9.379.059,83	22.141.766,77	13.354.459,33	172.833.227,74	380.115,20	2.098.853,32	5.614.864,89	8.093.833,41
3η	44.799.675,20	31.281.514,39	7.928.885,68	10.209.429,81	17.237.071,08	111.456.576,16	599.149,36	2.361.668,29	3.062.586,71	6.023.404,36
4η	72.895.767,57	34.148.817,85	5.093.760,56	17.333.311,27	7.811.351,69	137.283.008,94	836.192,15	3.932.829,35	5.314.004,11	10.083.025,61
5η	32.686.057,26	20.681.882,99	4.524.142,10	10.978.166,81	3.865.701,13	72.735.950,29	1.361.123,85	3.416.617,04	3.126.953,47	7.904.694,36
6η	60.898.436,85	39.091.215,47	11.160.851,22	20.425.616,76	8.858.373,49	140.434.493,79	1.582.296,14	9.838.411,30	6.662.246,53	18.082.953,97
7η	32.070.798,34	20.208.648,79	3.537.798,86	9.261.267,81	4.711.009,68	69.789.523,48	1.527.413,62	4.357.529,80	3.369.721,15	9.254.664,57
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>488.837.840,33</b>	<b>303.603.827,85</b>	<b>61.199.954,64</b>	<b>138.613.810,70</b>	<b>79.425.807,63</b>	<b>1.071.681.241,15</b>	<b>9.321.737,76</b>	<b>26.647.724,63</b>	<b>40.155.528,00</b>	<b>76.124.990,39</b>
2016										
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.						Αγορές Αναλώσιμων			
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	247.666.826,46	106.268.587,35	19.765.231,27	47.447.837,97	22.641.912,09	443.790.395,14	2.803.901,68	405.513,30	12.295.160,41	15.504.575,39
2η	89.888.302,77	52.810.447,12	9.269.458,06	20.315.439,72	11.560.595,17	183.844.242,84	251.743,03	1.572.246,41	5.520.684,19	7.344.673,63
3η	54.548.135,85	30.002.728,37	7.894.891,77	10.840.564,18	15.638.072,42	118.924.392,59	481.074,24	2.033.653,85	3.272.244,12	5.786.972,21
4η	107.536.257,60	36.762.067,33	5.833.367,92	18.038.274,33	7.929.415,80	176.099.382,98	733.057,41	2.873.309,88	5.190.494,25	8.796.861,54
5η	44.016.641,79	22.022.795,53	5.332.941,37	10.833.381,53	3.963.872,74	86.169.632,96	997.341,25	2.625.102,20	3.452.751,03	7.075.194,48
6η	87.781.809,64	40.356.129,35	10.204.327,07	20.893.707,36	7.883.661,67	167.119.635,09	1.516.688,49	8.516.457,66	6.828.411,43	16.861.557,58
7η	51.116.813,80	20.017.363,42	3.801.399,69	9.904.618,96	4.741.118,43	89.581.314,30	1.405.570,55	3.226.383,40	4.184.525,00	8.816.478,95
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>682.554.787,91</b>	<b>308.240.118,47</b>	<b>62.101.617,15</b>	<b>138.273.824,05</b>	<b>74.358.648,32</b>	<b>1.265.528.995,90</b>	<b>8.189.376,65</b>	<b>21.252.666,70</b>	<b>40.744.270,43</b>	<b>70.186.313,78</b>

Πίνακας 22 : Ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, έτη 2016 έως 2018

	2016	2017	2018	17/16	18/17
				%	%
<b>Σύνολο Χώρας</b>	<b>2.288</b>	<b>2.255</b>	<b>2.321</b>	<b>-1,4</b>	<b>2,9</b>
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	179	179	189	0,0	5,6
Κεντρική Μακεδονία	362	391	409	8,0	4,6
Δυτική Μακεδονία	65	70	72	7,7	2,9
Ήπειρος	172	145	166	-15,7	14,5
Θεσσαλία	219	199	206	-9,1	3,5
Ιόνια Νησιά	90	91	89	1,1	-2,2
Δυτική Ελλάδα	175	170	167	-2,9	-1,8
Στερεά Ελλάδα	158	147	152	-7,0	3,4
Πελοπόννησος	241	234	234	-2,9	0,0
Αττική	207	222	229	7,2	3,2
Βόρειο Αιγαίο	104	97	102	-6,7	5,2
Νότιο Αιγαίο	131	132	135	0,8	2,3
Κρήτη	185	178	171	-3,8	-3,9

#### 4.6 Τα σημαντικότερα προβλήματα των Κέντρων Υγείας

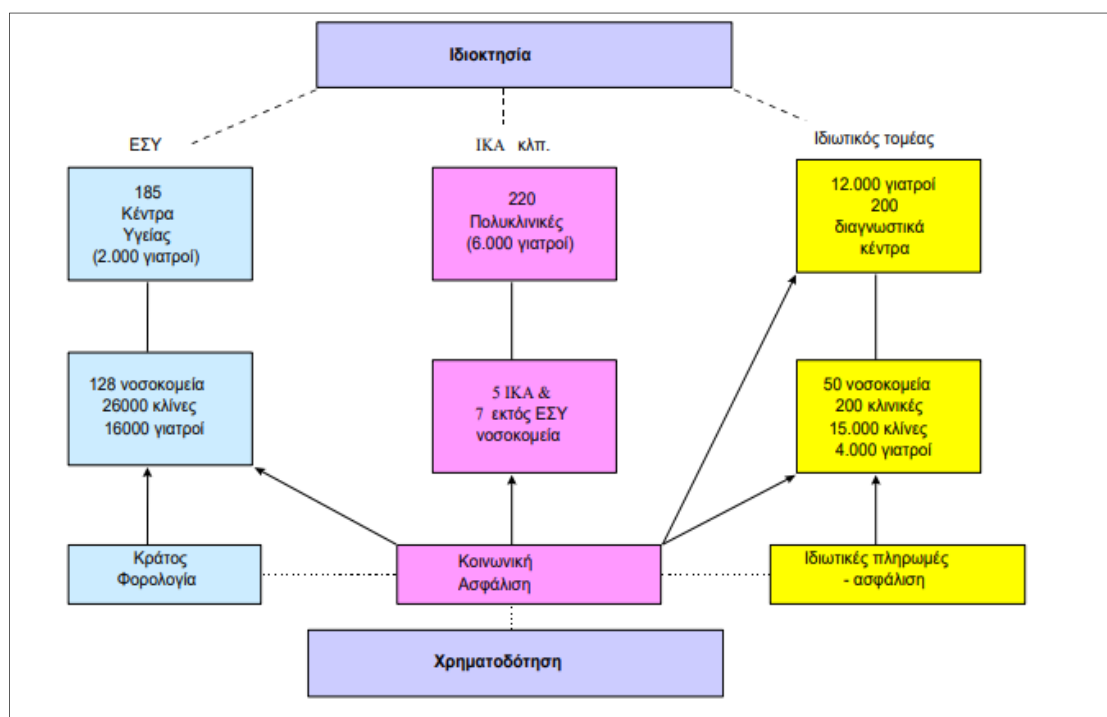
Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας της Διανόεσις <https://www.dianeosis.org/2020/02/ena-neo-ethniko-systima-ygeias/> στην Ελλάδα λειτουργούν 201 Κέντρα Υγείας και περίπου 200 πρώην Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και όλα αυτά αποτελούν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Επιπλέον, υπάρχουν 1.487 περιφερειακά ιατρεία στις αγροτικές περιοχές και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ) σε αστικές περιοχές, που ιδρύθηκαν πρόσφατα. Όλες αυτές οι μονάδες ανήκουν σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, που εποπτεύουν και συντονίζουν τα νοσοκομεία. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διορίζουν τους διευθυντές των Κέντρων Υγείας.

##### 4.6.1 Κατακερματισμός των δομών των Κέντρων Υγείας

Στην Ελλάδα, μολονότι έχουν γίνει πολλές μεταρρυθμίσεις σχετικά με τη δομή των Κέντρων Υγείας στην πραγματικότητα έχουν κατακερματιστεί όλες οι υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην καλύπτουν βασικές ανάγκες των ασθενών. Σήμερα, διατίθενται Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές, τα ΠΕΔΥ και τα ΤοΜΥ στις αστικές περιοχές, καθώς και αρκετά ιδιωτικά ιατρεία αλλά και πολλές υπηρεσίες σε Δήμους και άλλους οργανισμούς. Αυτό το αποτέλεσμα κρατάει μακριά τον ασθενή

από την "πρόληψη" και "προαγωγή υγείας", καθώς δεν υπάρχει παροχή ανάλογων υπηρεσιών. Παρόμοια κατάσταση επικρατεί και στις υπηρεσίες για επισκέψεις στο σπίτι για ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Το ποσοστό των ασθενών δεν έχει ανταπόκριση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο δυσμενής καθώς η διοίκηση ελέγχεται από κάθε κόμμα που βρίσκεται στην εξουσία. <https://www.dianeosis.org/2020/02/ena-neo-ethniko-systima-ygeias/>

Όλα αυτά τα γεγονότα οδήγησαν στην γρήγορη ανάπτυξη των ιδιωτικών ιατρείων και κλινικών καθώς και των διαγνωστικών κέντρων. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ιδιωτικών γιατρών και διαγνωστικών κέντρων έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Αυτό οφείλεται κυρίως και όπως παρατηρούμε σε αναφορές των Tountas et al.,(2005), στα παραπάνω στοιχεία σχετικά με την χαμηλή ποιότητα στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.



Εικόνα 2: Αποτύπωση του συστήματος Υγείας στον Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα

Πηγή: (Πολύζος, 2000)

Βασικός στόχος της Πρωτοβάθμιας Υγείας αποτελεί η παραμονή των ασθενών

εκτός νοσοκομείου, ώστε να υπάρχει συγκράτηση των δαπανών στο σύστημα υγείας με ταυτόχρονη παροχή ποιότητας υπηρεσιών. Η πιο βασική αλλαγή που επέφερε ο νόμος ήταν η 24ωρη λειτουργία των Κέντρων Υγείας με απόφαση της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Αυτό έδινε τη δυνατότητα στους πολίτες να έχουν πρόσβαση σε αυτό ανά πάσα στιγμή και παράλληλα να εφαρμοστεί και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ώστε να μειωθεί και η εισροή των ασθενών στις άλλες δομές υγείας που είχαν να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερα περιστατικά και πιο επείγοντα. Η μείωση της περίθαλψης, από τα Κέντρα Υγείας δυστυχώς μειώνει και την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής Πρωτοβάθμιας άρα προσφέρει χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών στους ασθενείς.

Πριν από το ΕΣΥ τα χαρακτηριστικά του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα ήταν τα εξής

- ✓ Έλλειψη πόρων
- ✓ Ανεπάρκεια
- ✓ Ανισοκατανομή
- ✓ Πολυδιάσπαση
- ✓ Ισχυρός ιδιωτικός τομέας (42% κρεβατιών)
- ✓ Υπερπαραγωγή γιατρών
- ✓ Υποπαραγωγή νοσηλευτών(Τούντας, 2016)

Με την εφαρμογή του ΕΣΥ τα παραπάνω χαρακτηριστικά αντικαθίστανται από τα εξής:

- ✓ Βασικές αρχές
- ✓ ΚΕΣΥ
- ✓ ΠΕΣΥ
- ✓ Ενοποίηση ταμείων
- ✓ Ένταξη νοσοκομείων
- ✓ Νέες θέσεις γιατρών
- ✓ Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση
- ✓ ΠΦΥ ΚΥ
- ✓ Μαρασμός ιδιωτικού τομέα
- ✓ Αύξηση δαπανών(Τούντας, 2016)



Από την άλλη κάθε θεραπεία που προτείνεται δεν ελέγχεται σωστά και αυτό οδηγεί σε έλλειψη ποιοτικού ελέγχου με αναξιόπιστα αποτελέσματα και υψηλού κόστους άχρηστες θεραπείες.

Απουσιάζει κάθε αξιόπιστος μηχανισμός διαγνωστικών εξετάσεων & πράξεων στο σύστημα καθώς και ολοκληρωμένη διασύνδεσης και συνεργασία των ασφαλιστικών ταμείων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Συμπερασματικά, εκτός των άλλων, απουσιάζει ένα λειτουργικό μοντέλο οργάνωσης του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας στην Ελλάδα (Μέτρα Αναδιοργάνωσης & Εξορθολογισμού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας Ζήτηση – Προσφορά & Χρηματοδότηση Ασφάλισης Υγείας,).

Σύμφωνα με την παράγραφο 4 του άρθρου 3, του νόμου 4486 / ΦΕΚ Α 115 / 07.08.2017 τα Κέντρα Υγείας στελεχώνονται από ιατρικό και άλλο προσωπικό, όπως:

**Πίνακας 23: Στελέχωση των ΚΥ**

Υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό για τη στελέχωση των ΚΥ	Ειδικότητες Προσωπικού για τη στελέχωση των ΚΥ	Ιατρικού
ΠΕ Νοσηλευτικής	Ειδικότητα αιματολογίας, αλλεργιολογίας, αναισθησιολογίας, ακτινοδιαγνωστικής βιοπαθολογίας, γαστρεντερολογίας	
ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργών	Ειδικότητα γενικής χειρουργικής, Ειδικότητα γυναικολογίας, Ειδικότητα δερματολογίας	
ΠΕ Ψυχολογίας	Ειδικότητα ιατρικής της εργασίας, Ειδικότητα καρδιολογίας	
ΠΕ Διοικητικού	Ειδικότητα κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας	
ΠΕ Διαιτολόγων –	Ειδικότητα νευρολογίας, οδοντιατρικής, ορθοπαιδικής, ουρολογίας, οφθαλμολογίας,	
ΠΕ Λογοθεραπείας και ΠΕ Ειδικών Παιδαγωγών	Ειδικότητα παιδιατρικής, παιδοψυχιατρικής, πνευμονολογίας,	παθολογίας,
ΤΕ Νοσηλευτικής	Ειδικότητα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, ψυχιατρικής και ωτορινολαρυγγολογίας,	ρευματολογίας,

ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
ΤΕ Φυσικοθεραπείας
ΤΕ Εργοθεραπείας
ΤΕ Λογοθεραπείας
ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων (Τεχνολόγων)
ΤΕ Μαιευτικής
ΤΕ Επισκεπτών/-τριών Υγείας
ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας
ΤΕ Διοικητικού - Λογιστικού
ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
ΤΕ Οδοντοτεχνιτών
ΤΕ Διαιτολόγων - Διατροφολόγων
ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων

Πηγή: <http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n4486.htm>. Ιδία επεξεργασία

Σε έρευνα την ΠΟΕΔΗΝ του δημοσιεύτηκε το 2017, στη διεύθυνση, <https://www.capital.gr/epikairothta/3230553/poedin-tragiki-i-katastasi-sta-kentra-ugeias>, αναφέρεται ότι υπάρχει «μεγάλη έλλειψη ειδικευμένων ιατρών και της απουσίας ΕΚΑΒ» και ότι τα κέντρα υγείας σήμερα «δεν είναι σε θέση να κάνουν μία ακτινογραφία ή μία γενική αίματος. Σκουριάζουν πανάκριβα ιατρικά μηχανήματα στις ζελατίνες».

Δεν έγινε καμία πρόσληψη τα έτη 2015-2017, αναφέρει η ΠΟΕΔΗΝ και σήμερα λειτουργούν 209 Κέντρα Υγείας εκ των οποίων 9 μόνο στα χαρτιά.

*«Επίσης λειτουργούν 12 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας. Σε 7.000 οργανικές θέσεις Ιατρών υπηρετούν 3000 Ιατροί εκ των οποίων 2.000 είναι Αγροτικοί Ιατροί. Το ποσοστό κάλυψης σε Ειδικευμένους Ιατρούς είναι 20%. Στις 10.000 οργανικές θέσεις*

του προσωπικού πλην Ιατρών υπηρετούν 3.500 Επαγγελματίες Υγείας. Η κάλυψη των οργανικών θέσεων είναι 35%»(<https://www.capital.gr/epikairota/3230553/poedin-tragiki-i-katastasi-sta-kentra-ugeias>).

Σε 30 Δήμους της Χώρας δεν υπάρχουν Ειδικευμένοι Ιατροί στο Δημόσιο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. (Κέντρα Υγείας, Πολυϊατρεία, συμβεβλημένοι Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ). Σε 145 Δήμους δεν υπάρχει Καρδιολόγος, σε 115 Δήμους δεν υπάρχει Γυναικολόγος και 75 Δήμοι δεν έχουν Παιδίατρο.

**Πίνακας 24 : Ελλείψεις των Κέντρων Υγείας σύμφωνα με την έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ το 2017**

Ελλείψεις των Κέντρων Υγείας σύμφωνα με την έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ το 2017	
Αργος	Δεν έχει Παιδίατρο.
Καλαμάτα	Έχει μόνο ένα Παιδίατρο.
Ξάνθη.	Έχει μόνο έναν Γενικό Ιατρό. Δεν έχει Παιδίατρο, Καρδιολόγο, Οφθαλμίατρο, Γυναικολόγο, Ακτινολόγο
Αίγιο.	Δεν έχει Καρδιολόγο. Δεν έχει Μικροβιολογικό Εργαστήριο.
Καρδίτσα	Δεν έχει Καρδιολόγο, Γυναικολόγο.
Ναύπλιο	Δεν έχει Ακτινολόγο, Παιδίατρο, Γυναικολόγο, Καρδιολόγο, Οφθαλμίατρο, Φυσικοθεραπευτή.
Καβάλα	Έχει δύο Καρδιολόγους, έναν Παθολόγο, έναν Γενικό Ιατρό, ένα Μικροβιολόγο, έναν Ακτινολόγο και τέσσερις Οδοντιάτρους. Δεν έχει Παιδίατρο, Ορθοπαιδικό, Οφθαλμίατρο, Γυναικολόγο.
Δράμα	Έχει δύο οδοντιάτρους, ένα Μικροβιολόγο και έναν Ακτινολόγο. Δεν έχει Γενικό Ιατρό, Καρδιολόγο, Παθολόγο, Παιδίατρο, Γυναικολόγο, Οφθαλμίατρο.
Λάρισα	έχει Οδοντίατρο.
Σέρρες	Δεν έχει Παιδίατρο.
Κέρκυρα	Δεν έχει Παιδίατρο.
Πρέβεζα	Δεν λειτουργεί Μικροβιολογικό Εργαστήριο.
Κοζάνη	δεν έχει Παιδίατρο, Γυναικολόγο, Οφθαλμίατρο, Ακτινολόγο.

Πηγή: [https://www.huffingtonpost.gr/2017/08/01/koinonia-poedin-ereuna-se-65-kentra-ygeias\\_n\\_17651058.html](https://www.huffingtonpost.gr/2017/08/01/koinonia-poedin-ereuna-se-65-kentra-ygeias_n_17651058.html) Ιδία επεξεργασία

Επίσης υπάρχουν Κέντρα Υγείας που λειτουργούν με μία μόνο Νοσηλεύτρια, αν και απομακρυσμένα από τα Νοσοκομεία, αποκλεισμένα λόγω των καιρικών συνθηκών (π.χ. Ανδρίτσαινα). Στα τρία νησιά των Σποράδων που βουλιάζουν από τουρισμό δεν υπάρχει ΕΚΑΒ. Δεν υπάρχει ασθενοφόρο. Χωρίς Ασθενοφόρο είναι και τα Νησιά Μήλος, Κέα, Αμοργός, Κύθνος, Σέριφος, Σίφνος, Αντίπαρος, Φολέγανδρος, Οινούσες, Ψαρά, Κάρπαθος (δύο διασώστες), Πάτμος, Αστυπάλαια, Κάσος, Νίσυρος, Σύμη, Τήλος, Καστελόριζο, Ιθάκη, Παξοί.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται μεγάλα βήματα στη δημιουργία ενός δομημένου συστήματος Πρωτοβάθμιας μέσω ενός συνδυασμού δημοσίων εγκαταστάσεων που λειτουργούν παράλληλα με μεγάλο αριθμό (διαφόρων ειδών) ιδιωτικών παρόχων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ.

Οι ανάγκες για μία πιο αποτελεσματική Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού είναι πολλές. Δυστυχώς, η παροχή τέτοιων υπηρεσιών είναι ακόμη περιορισμένη. Επιπλέον, η κατανομή των δημοσίων εγκαταστάσεων και του προσωπικού σε όλη τη χώρα είναι ιδιαίτερα άνιση. Άρχισε πιλοτικά το 2017, η εφαρμογή ενός συστήματος αποδοτικότητας της Πρωτοβάθμιας υγείας αλλά το παρόν σύστημα Πρωτοβάθμιας δεν είναι προσανατολισμένο σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και πρόληψης, ενώ μεγάλη διαφοροποίηση υπάρχει στην κατάρτιση των γιατρών και στην ενημέρωσή τους σχετικά με μεθόδους έγκαιρης ανίχνευσης.

## Κεφάλαιο 5ο Σύγκριση Ιδιωτικού και Δημοσίου τομέα στην υγεία

### 5.1 Εξέλιξη των Κέντρων υγείας

Ο νόμος για την ίδρυση του ΕΣΥ ψηφίστηκε τον Σεπτέμβριο του 1983. Στο άρθρο 1 παρατίθενται τα βασικά στοιχεία λειτουργίας του:

*« Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.*

*Κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα.*

*Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και υλοποιείται μέσα από ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας».*

<https://www.tovima.gr/2008/11/24/politics/1983-2000-i-aktinografia-toy-esy/>

Βασικά στοιχεία του παραπάνω νόμου αποτελούν η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η ισοκατανομή, η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα.

Η σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) καθώς και 10 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) θεωρήθηκε απαραίτητη για να ολοκληρωθούν οι στόχοι του. Το ΚΕΣΥ, θα λάμβαναν μέρος άτομα που θα ανήκαν σε διάφορους φορείς με αντικειμενικό στόχο τον σχεδιασμό και τον συντονισμό των προγραμμάτων υγείας στο πλαίσιο μιας εθνικής στρατηγικής υγείας.

Τα Κέντρα υγείας δημιουργία ήταν αστικού και μη αστικού τύπου ενώ θα υπήρχε ένας φορέας υγείας ώστε να υπάρξει σταδιακή ενοποίηση των Ταμείων Υγείας με την ένταξη των πανεπιστημιακών και των στρατιωτικών νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Το πιο σημαντικό ήταν η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας υγείας και η δημιουργία των 400 Κέντρων Υγείας σε όλη τη χώρα. Σε πρώτη φάση ο νόμος προέβλεπε τη δημιουργία 180 μη αστικών Κέντρων Υγείας και σε δεύτερη φάση τη δημιουργία 220 αστικών. Τα Κέντρα υγείας ακολουθούσαν τα πρότυπα των προδιαγραφών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας με σκοπό την θεραπεία, την πρόληψη και την ιατρική φροντίδα 50.000 κατοίκων. Θα στελεχώνονταν γιατρούς βασικών ειδικοτήτων (χειρουργούς, παθολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους, μικροβιολόγους), αλλά κυρίως βασιζόταν στην παραγωγή και στην κατάλληλη εκπαίδευση γενικών γιατρών. Επίσης να υπήρχε και το ανάλογο νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας.

Για τον σκοπό αυτόν ο νόμος απαγόρευε την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών και την επέκταση των υπαρχουσών δομών(<https://www.tovima.gr/2008/11/24/politics/1983-2000-i-aktinografia-toy-esy/>).

Μέχρι το 2010 στην υγεία οι περιφερειακές και νομαρχιακές αρχές ασχολούνταν μόνο με τα θέματα των προϋπολογισμών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, σύμφωνα με τον τρόπο που ορίζονταν από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών, την έγκριση των προσλήψεων, την παροχή υγείας σε άπορους, την άδεια λειτουργίας των οδοντιατρείων, εργαστηρίων, κλινικών, διαγνωστικών κέντρων του ιδιωτικού τομέα σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο του υπουργείου Υγείας καθώς και την προβλεπόμενη περιβαλλοντική μεταρρύθμιση σχετικά με τη δημόσια υγεία.

Πολλοί μεγάλοι δήμοι έχουν δημοτικά ιατρεία ενώ τον Ιούνιο του 2010 θεσμοθετήθηκε ο Ν. 3852/2010, με σκοπό τη διαμόρφωση μιας νέας αρχιτεκτονικής της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης. Το πρόγραμμα Καλλικράτης μεταβίβασε πολλές αρμοδιότητες των υγειονομικών περιφερειών στην τοπική αυτοδιοίκηση ειδικότερα η ευθύνη της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (λειτουργία κέντρων υγείας) και η εφαρμογή των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, εμβολιασμού και σχολικής υγιεινής(Τζωρτζόπουλος, 2018).

Σύμφωνα με τους (Γεωργούση και συν,2002), σε έρευνα που έγινε σε πανελλαδικό επίπεδο, βρέθηκε ότι το 44,87% των Κέντρων Υγείας προάγουν δραστηριότητες σχετικά με την πρόληψη και την προστασία της υγείας

Η οικονομική κρίση δημιούργησε πολλά προβλήματα σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας και μεταξύ των άλλων και στο ελληνικό σύστημα υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις που άρχισαν το 2010, ανήκουν στο πλαίσιο της πολιτικής των μνημονίων με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας και την ελαχιστοποίηση των εξόδων. Ωστόσο, το 2011 ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που υλοποιήθηκε με την συγχώνευση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, είχε αρκετά προβλήματα λειτουργίας.

Η ελαχιστοποίηση των δαπανών στον τομέα της υγείας σε ποσοστό 8,4% του ΑΕΠ το 2015, έφερε την Ελλάδα σε πολύ χαμηλή θέση στον μέσο όρο στην ΕΕ

Η μεταρρύθμιση του 1983 έφερε περισσότερες ιδιωτικές νοσηλευτικές δομές στο ΕΣΥ. Κατά την περίοδο 1983-1992, δεν εκδίδονταν άδειες για ιδιωτικές κλινικές και προσπάθησε το Υπουργείο Υγείας να τις απορροφήσει στο δημόσιο τομέα. Πολλές έκλεισαν ενώ οι μεγαλύτερες από αυτές με ανάλογες συμβάσεις επιβίωσαν, και κυρίως οι μαιευτικές κλινικές. Το 1992, όμως καταργείται η παραπάνω απόφαση και παρουσιάζεται μία σημαντική αύξηση στην ίδρυση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

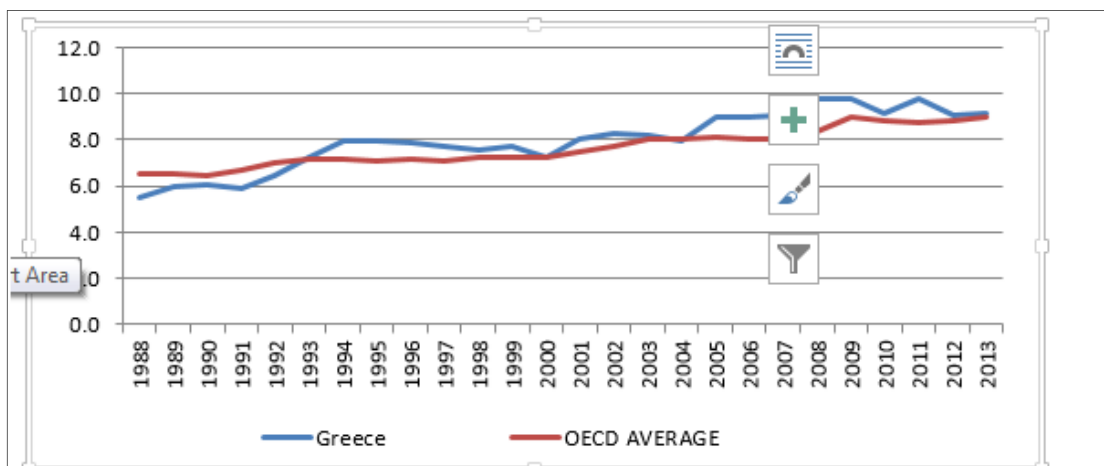
Επιπλέον, δημιουργούνται κλινικές που παρέχουν υπηρεσίες αποκατάστασης (φυσιοθεραπεία κ.λπ.) και υπηρεσίες για ηλικιωμένους (γηριατρικά κέντρα). Η ιδιωτική παρέμβαση στον τομέα υγείας στην Ελλάδα, δεν καλύπτει πάνω από το 15% του πληθυσμού (Οικονόμου, 2008). Όμως η αμεσότερη κάλυψη και η καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών, τους δίνει τη δυνατότητα να αποτελούν από τις πρώτες επιλογές των πολιτών.

Βέβαια η οικονομική κατάσταση των πολιτών δεν τους επιτρέπει και την ανάλογη ανάπτυξη καθώς η οικονομική κρίση τα τελευταία δέκα χρόνια, η μείωση του εισοδήματος και η ανεργία, έχουν σαν αποτέλεσμα την Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι χαμηλές οργανωτικές δυνατότητες που συνοδεύονται από ελλείψεις κεφαλαίων και έχουν αποτέλεσμα την απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου και συν, 2001).

Δυστυχώς η οικονομική κατάσταση της χώρας δεν βοήθησε στην αύξηση των δαπανών στον τομέα υγείας αλλά αντίθετα μειώθηκε από 9,8% το 2009, ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε 9,2% το 2013. Στο παρακάτω διάγραμμα γίνεται η σύγκριση των

δαπανών για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας και του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ.

**Γράφημα 3: Οι δαπάνες στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ**



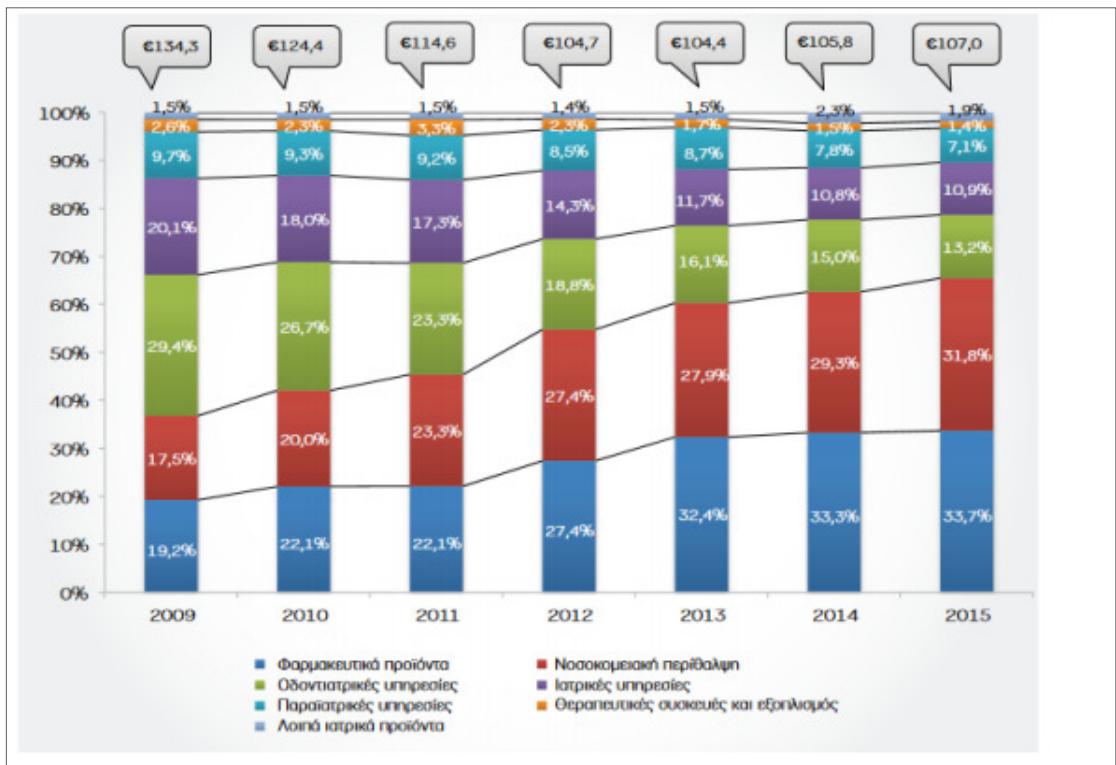
Πηγή : OECD Database

Οι συνέπειες της κρίσης ήταν πολύ φανερές στον τομέα υγείας. Η εφαρμογή από τα μνημόνια μίας αυστηρής χρησιμοποίησης των δημοσίων πόρων, επέτρεπε ως ανώτατο όριο το 6% του ΑΕΠ με σκοπό την μείωση όλων των δαπανών του δημοσίου τομέα.

Το 2014 θεσπίστηκε με νόμο η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε όλους τους Έλληνες πολίτες δόθηκε το δικαίωμα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων. Με μεταγενέστερη νομοθεσία θεσπίστηκε δωρεάν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και δικαίωμα σε φαρμακευτική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους, με τους ίδιους όρους και τις ίδιες συμμετοχές στις πληρωμές που ίσχυαν για τους ασφαλισμένους. Ωστόσο, εξαιτίας διαφόρων διοικητικών εμποδίων τα μέτρα αυτά αποδυναμώθηκαν σημαντικά και το 2016 απαιτήθηκε νέα δράση.



**Γράφημα 4: Κατανομή μηνιαίας δαπάνης νοικοκυριών για την υγεία 2008-2015**

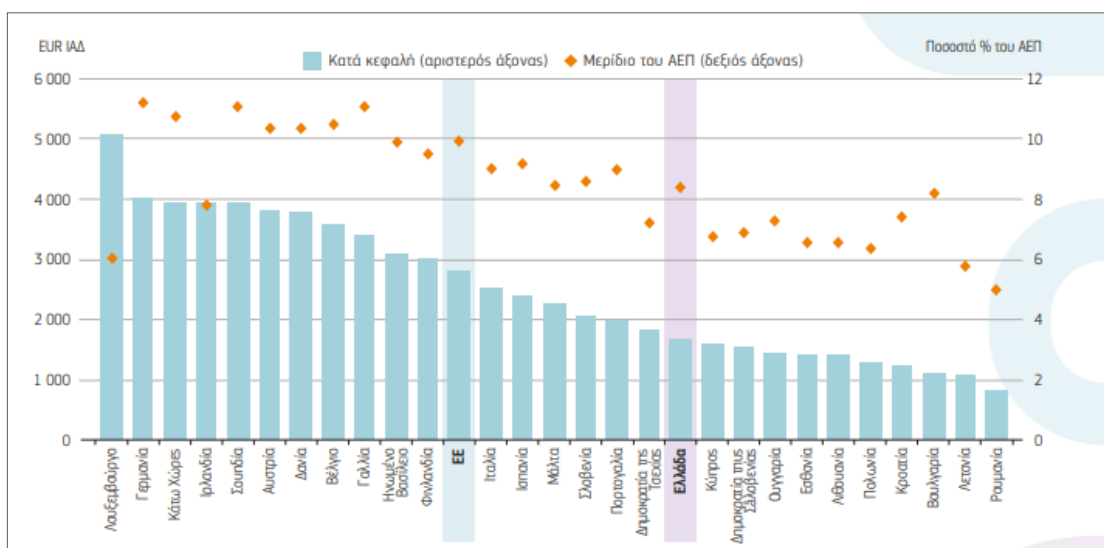


Πηγή: Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ και στην Ελλάδα. Προφίλ Υγείας 2019.

Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως με τη μορφή άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς, ήταν ανέκαθεν σημαντικό χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και εξακολουθούν να αυξάνονται. Το 2015 οι άμεσες πληρωμές συνιστούσαν πάνω από το ένα τρίτο (35%) των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό υπερδιπλάσιο του μέσου όρου (15%) στην ΕΕ και το τέταρτο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών.

Οι μεγαλύτερες πληρωμές αφορούν τις ιδιωτικές ιατρικές υπηρεσίες και μικρότερο ποσοστό τη συμμετοχή των πολιτών σε πληρωμές. Από τις ιδιωτικές δαπάνες, σχεδόν το ένα τρίτο αναφέρεται σε «κρυφές πληρωμές» που καταβάλλονται κυρίως σε χειρουργούς, ώστε να ανέβουν στις λίστες αναμονής για χειρουργική επέμβαση και για την εξασφάλιση της θεωρούμενης «καλύτερης Πρωτοβάθμια Φροντίδας».

**Γράφημα 5 : Η Ελλάδα δαπανά λιγότερα από τα δύο τρίτα του μέσου όρου στην ΕΕ για υγειονομική περίθαλψη**



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία· βάση δεδομένων της Eurostat· βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

## 5.2 Ιδιωτικός Τομέας Υγείας

Όπως προαναφέρθηκε οι ιδιωτικές κλινικές ήταν αρκετά περιορισμένες το 1980 καθώς προσπαθούσε να συσταθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας(ΕΣΥ). Πιο ειδικά και με βάση την ψήφιση του νόμου 1397/83 δεν εκδίδονταν άδειες για τη δημιουργία νέων κλινικών. Μετά το 1990, με το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 άρχισε η λειτουργία

και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Ταυτόχρονα με το ΠΔ 517/91 τίθενται πιο αυστηρές προδιαγραφές σχετικές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών. Οι ιδιωτικές κλινικές έχουν μικρότερο αριθμό κλινών και ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική φτάνει σε 77. Οι πιο πολλές από αυτές δύσκολα συνάπτουν συμβάσεις με προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, καθώς δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Οι μεγάλες πολυκλινικές στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη είναι εξοπλισμένες άρτια προσφέροντας ένα εξαιρετικά καλό

αποτέλεσμα υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη .

Τα μικροβιολογικά και ακτινολογικά που δημιουργήθηκαν πριν από 30 χρόνια, καθώς και τα διαγνωστικά κέντρα αποτελούν ένα σημαντικό προϊόν στο χώρο της υγείας μετά το 1990. Οι γιατροί με την δημιουργία αυτών των κέντρων στην Ελλάδα την περίοδο 1990-1995 άρχισαν και τη συνεργασία με τα δημόσια νοσοκομεία για τη διαθεσιμότητα των κλινών στη ΜΕΘ.

### **5.2.1 Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας**

Δυστυχώς υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί λόγοι που οι πολίτες στρέφονται την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

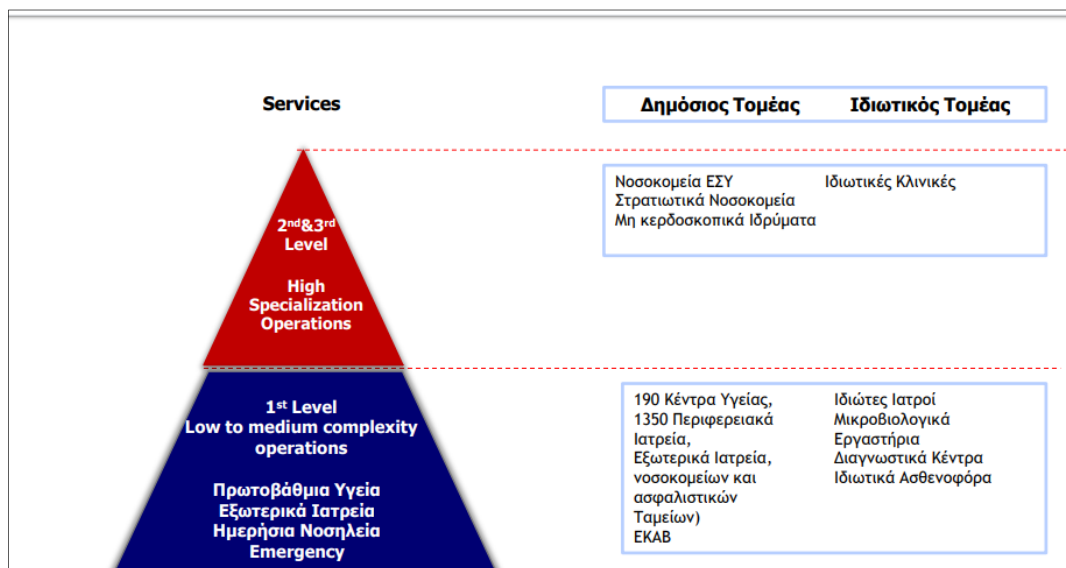
Αρχικά, η ηλικία του πληθυσμού, οι αυξανόμενες ασθένειες αλλά και ο τρόπος πρόληψης όλων των ασθενειών σύμφωνα με τα νέα πρότυπα του βιοτικού επιπέδου οδηγούν στην ανάπτυξη του ιδιωτικού χαρακτήρα της Πρωτοβάθμιας υγείας.

Η αύξηση του πληθυσμού στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας καθώς και η ανάπτυξη των ιδιωτικών κέντρων υγείας οδήγησε πολλούς πολίτες να ζητήσουν τις υπηρεσίες τους. Στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία έχει λίγες

*«εταιρίες παροχής υπηρεσιών υγείας με ετήσιο τζίρο που φτάνει τα 270 εκ. ευρώ. επίσης ο κλάδος της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% - 7% κατά έτος αφού τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα στην δευτεροβάθμια περίθαλψη και τέλος η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή»*(Ιακωβίδου & Μανιού, 2009).

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι:

- ✓ Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- ✓ 24ωρη λειτουργία
- ✓ Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- ✓ Ποιότητα υπηρεσιών



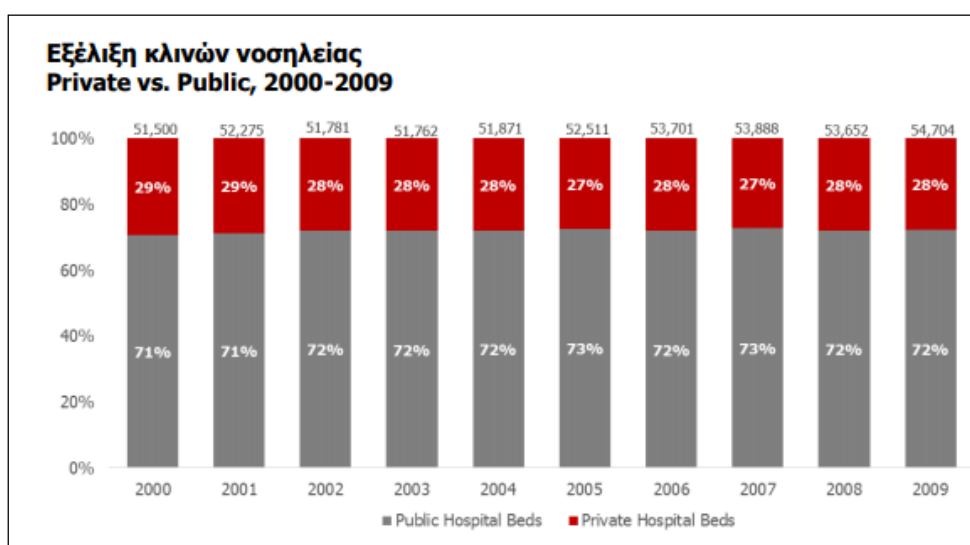
Εικόνα 3: Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας

Πηγή:(Σύρμας, 2014)

### 5.2.2 Κατανομή κρεβατιών στον Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα

Συνολικά από τα 313 νοσοκομειακά ιδρύματα τα 166 ανήκουν στον Ιδιωτικό τομέα με 15.000 κρεβάτια. Οι κλίνες και των ιδιωτικών και των δημοσίων νοσοκομείων φτάνουν τις 54,000 με το 70% από αυτές να βρίσκονται σε Γενικά Νοσοκομεία. Και οι 7.500 κλίνες σε Γενικά Ιδιωτικά Θεραπευτήρια. Στην περιοχή της Αττικής είναι υπάρχουν περίπου το 48% του συνόλου των Ιδιωτικών κλινών.

Γράφημα 6 : Εξέλιξη κλινών νοσηλείας Private vs. Public, 2000-2009



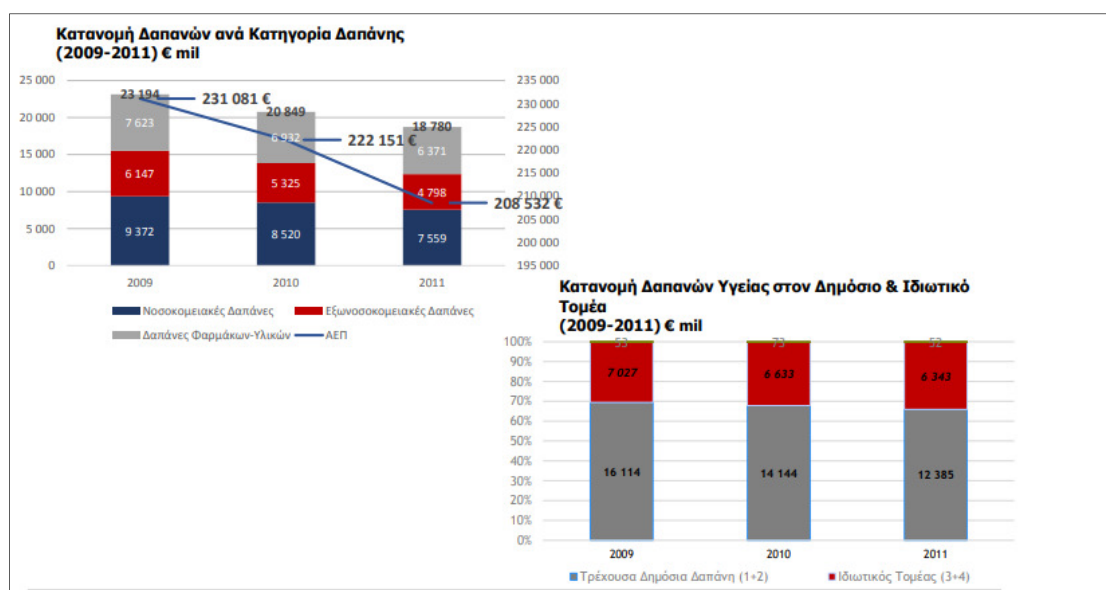
Πηγή: (Σύρμας, 2014)

### 5.2.3 Κατανομή δαπανών Υγείας ανά κατηγορία σε Ιδιωτικούς και Δημόσιους Φορείς

Ο ιδιωτικός φορέας υγείας την χρονική περίοδο 2009-2011, είχε πολύ περισσότερες δαπάνες νοσηλείας αλλά και περισσότερες δαπάνες στα φάρμακα και στα υλικά όπως αποτυπώνεται στο παρακάτω διάγραμμα αλλά αντίθετα μειώθηκαν οι εξωνοσοκομειακές δαπάνες από 65% σε 63%.

Ο Δημόσιος Τομέας σημείωσε μεγαλύτερη συμμετοχή στις δαπάνες Υγείας, αλλά ο Ιδιωτικός Τομέας σημείωσε αύξηση από 30% (2009) σε 34% το (2011).

Γράφημα 7: Κατανομή δαπανών ανά Κατηγορία δαπάνης(2009-2011)

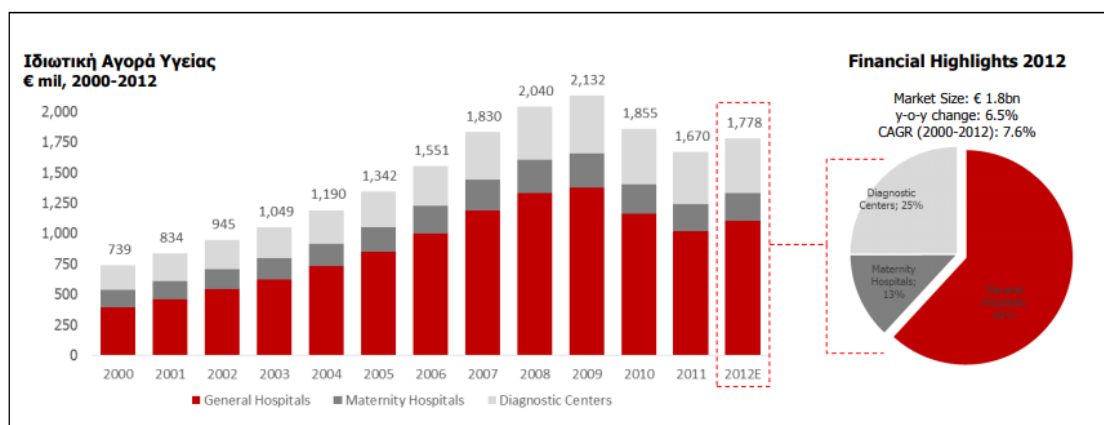


Πηγή: (Σύρμας,2014).

Από το 2000, η αγορά των Ιδιωτικών κλινικών έφτασε από το 53% σε 62%. Οι γενικές κλινικές κατά το 2012, επίσης αυξήθηκαν κατά 7, 8% που αντιστοιχεί πάνω από το 60% της συνολικής αγοράς

Το 2012 η Ιδιωτική Αγορά υπηρεσιών Υγείας ήταν σημείωσε 6.5% αύξηση σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

Γράφημα 8: Ιδιωτική αγορά Υγείας 2000-2012



Πηγή: (Σύρμας,2014).

### 5.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή Δημόσιου ή Ιδιωτικού Φορέα Υγείας

#### 5.3.1 Κόστος

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε καταλυτικό παράγοντα στο εισόδημα των καταναλωτών. Το συνεχώς ελαττωμένο εισόδημα σε συνδυασμό με τις τιμές των ιδιωτικών υπηρεσιών, επηρέασε τη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών αλλά και των δημοσίων κατευθύνοντας τους πολίτες άλλοτε προς τον ιδιωτικό και άλλοτε προς το Δημόσιο τομέα υπηρεσιών υγείας.

#### 5.3.2 Γραφειοκρατία

Πολύ βασικός παράγοντας στον τομέα υγείας αποτέλεσε και η γραφειοκρατία. Δυστυχώς η συνεχής και οι μεγάλες λίστες αναμονής σε όλα σχεδόν τα δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα υγείας παρέκαμψε τη δημόσια υγεία, και προώθησε την ιδιωτική πρωτοβουλία. Αρκετές από τις εξετάσεις των ασθενών δεν μπορούσαν να περιμένουν πότε θα βρεθεί ημερομηνία για την ανάλογη εξέταση που είχε ανάγκη ο ασθενής με αποτέλεσμα να στρέφεται στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

#### 5.3.3 Οι επενδύσεις

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια σημειώθηκαν αρκετά μεγάλες ιδιωτικές επενδύσεις από πλευράς στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία, με αποτέλεσμα να παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε όλους τους ασθενείς που στράφηκαν στον ιδιωτικό τομέα.

### **5.3.4 Τεχνολογία**

Η υψηλή τεχνολογία των ιδιωτικών νοσοκομείων κατέστησε πιο ελκυστικό τον ιδιωτικό τομέα και πιο αξιόπιστη στη συνείδηση πάρα πολλών ασθενών και στράφηκαν σε αυτόν.

### **5.3.5 Ελλείψεις**

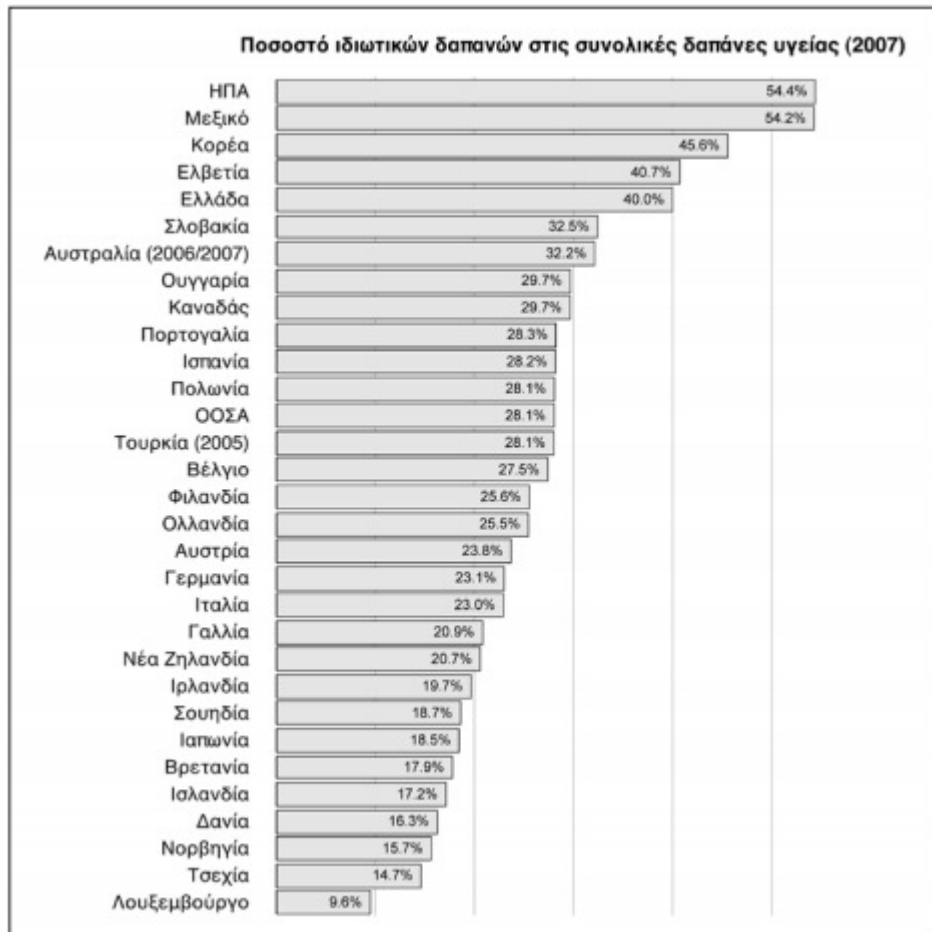
Οι επενδύσεις στον ιδιωτικό τομέα παρείχαν σημαντικά άρτιες υπηρεσίες υγείας, ωστόσο στα δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα υγείας, ειδικά τα περιφερειακά παρατηρήθηκε χαμηλή τεχνολογία, άσχημη κτιριακή υποδομή και ανεπαρκές ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

## **5.4 Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2000-2007**

Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα αποτελούν τις πιο μικρές συγκριτικά με άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης καθώς και αυτές που παρουσιάζουν μία μέτρια οικονομική ανάπτυξη διαθέτουν μικρότερο ποσοστό του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας.

Σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ η Ελλάδα είναι από τις υψηλότερες του κόσμου. Οι ΗΠΑ, η Ελβετία, το Μεξικό και η Κορέα έχουν μεγαλύτερο ποσοστό του προϊόντος τους για την αγορά υπηρεσιών υγείας με ιδιωτικές δαπάνες. Σε καμία άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης το αντίστοιχο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών δεν ξεπερνά το 3%. Ειδικότερα στις χώρες της Σκανδιναβίας, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι μικρότερες του 2% του ΑΕΠ, όπως και στην νεοφιλελεύθερη Βρετανία.

Γράφημα 9: Ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας (2007)



Πηγή ΟΑΣΣΑ

Εξετάζοντας το διάγραμμα και τη θέση της Ελλάδας σχετικά με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, διαπιστώνεται η ύπαρξη πολύ έντονα του ιδιωτικού τομέα μαζί με τις ΗΠΑ και την Ελβετία.

Σημαντική είναι και η σειρά των χωρών της Σκανδιναβίας, της Γαλλίας, της Ιαπωνίας, και ιδιαίτερα της Βρετανίας και της Ιρλανδίας. Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούνται από δύο βασικά συστατικά:

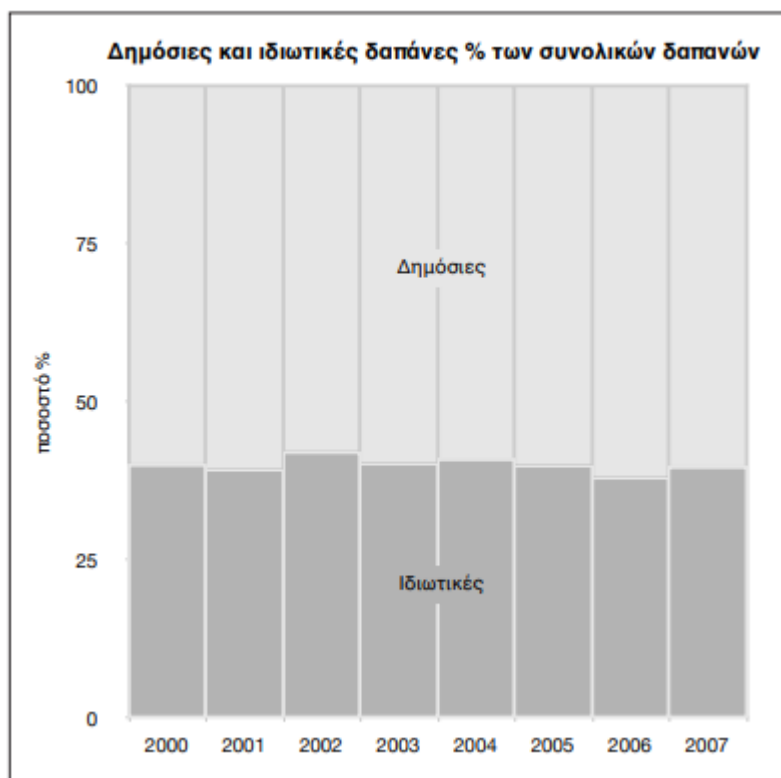
- ✓ τις δαπάνες των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών
- ✓ και τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών.

Αν και στις Η.Π.Α οι ιδιωτικές δαπάνες αγγίζουν ένα μεγάλο ποσοστό, περίπου 54,4% των συνολικών δαπανών υγείας, αλλά το 37% περίπου πληρώνεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι της



τάξης του 3%, σύμφωνα με τους (Mossialos et al. 2005). Αυτή η διαφορά της Ελλάδας στις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι μακροχρόνια. Όπως αποτυπώνεται και στο διάγραμμα η ιδιωτικοποίηση της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας είχε φθάσει στο επίπεδο του 2007 ήδη από το 2000.

Γράφημα 10: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες % των συνολικών δαπανών



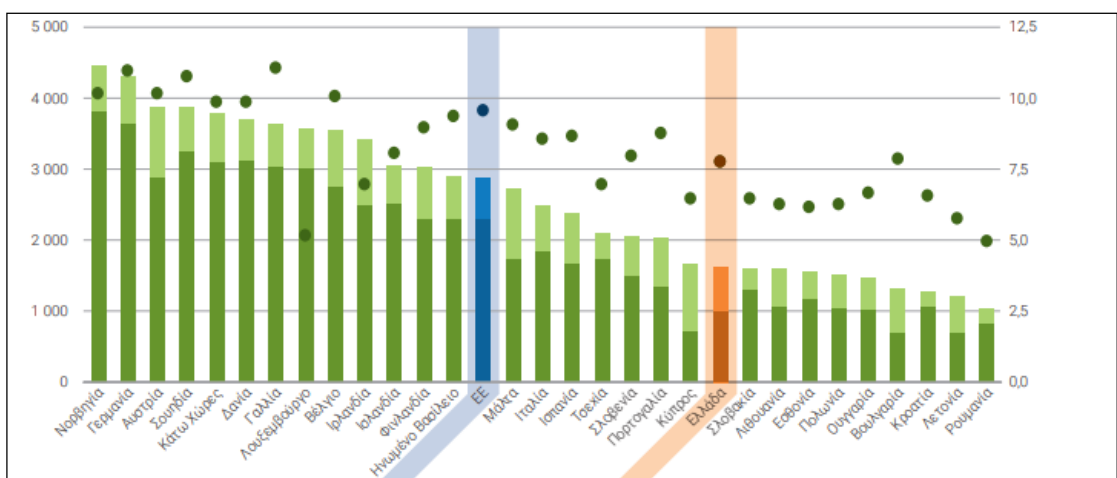
Πηγή: World Health Organization

### **5.5 Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2010- 2017**

Η οικονομική κρίση και η συνεχής αναπροσαρμογή της οικονομίας της χώρας από την πολιτική των μνημονίων κατά την περίοδο 2010–2018 επέβαλαν στην Ελλάδα αρκετές αλλαγές και στην υγεία. Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ ως ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και αγοραστή, ο περιορισμός της αγοράς, η τιμολόγηση και η αποζημίωση των εξόδων, καθώς και η συνταγογράφηση έφερε ένα νέο θεσμικό πλαίσιο Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας, που θα αναπτυχθεί σε μεγαλύτερη έκταση τα επόμενα πέντε έτη. Επίσης, επί του παρόντος βρίσκεται σε εξέλιξη μια εκτεταμένη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

«Το 2017 η Ελλάδα διέθεσε 8 % του ΑΕΠ στην υγεία. Το ποσοστό αυτό μεταφράζεται σε ποσό 1 623 ΕΥΡΩ ανά άτομο (προσαρμοσμένο ανάλογα με τις διαφορές στην αγοραστική δύναμη) — αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (2 884 ΕΥΡΩ) Αφού κορυφώθηκαν στα 2 267 ΕΥΡΩ ανά άτομο το 2008, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν σχεδόν κατά ένα τρίτο στη διάρκεια των επόμενων πέντε ετών»(Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ και την Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2019, σελ. 9).

**Γράφημα 11: Οι δαπάνες για την υγεία στον ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 45% μικρότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ.**



Πηγή: Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ και την Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2019.

Το 2017 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ήταν σημαντικά μικρότερες από το 5 % του ΑΕΠ. Η οικονομική στήριξη από τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία (ΕΔΕΤ) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) έπαιξε σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας αφού η χρηματοδότηση για την περίοδο 2014–2020, έφτασε 545 εκατομμύρια ΕΥΡΩ για την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, εκ των οποίων τα μισά δαπανήθηκαν για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας.(ΠΟΥ, Περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη, 2019α).

**Πίνακας 25: Ποσοστό ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού που δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας επειδή είναι πολύ ακριβές**

	Self-reported unmet need for medical examination	Self-reported unmet needs for dental examination
2004	3,1	4,1
2005	3,2	4,9
2006	4,5	5,0
2007	4,6	5,1
2008	4,2	5,6
2009	4,0	5,7
2010	4,2	5,6
2011	6,2	6,8
2012	6,5	6,9
2013	7,8	8,1

Πηγή: (ΠΟΥ, Περιφερειακό γραφείο για την Ευρώπη, 2019α).

Η περίοδος που διανύουμε αποτελεί μία πολύ κρίσιμη περίοδο για το σύστημα υγείας το οποίο αντιμετωπίζει πολύ σημαντικά προβλήματα όπως δεσμεύσεις των κυβερνήσεων απέναντι στους δανειστές μας και την δημοσιονομική αβεβαιότητα που δημιουργείται από το δημοσιονομικό έλλειμμα και το εμπορικό ισοζύγιο.

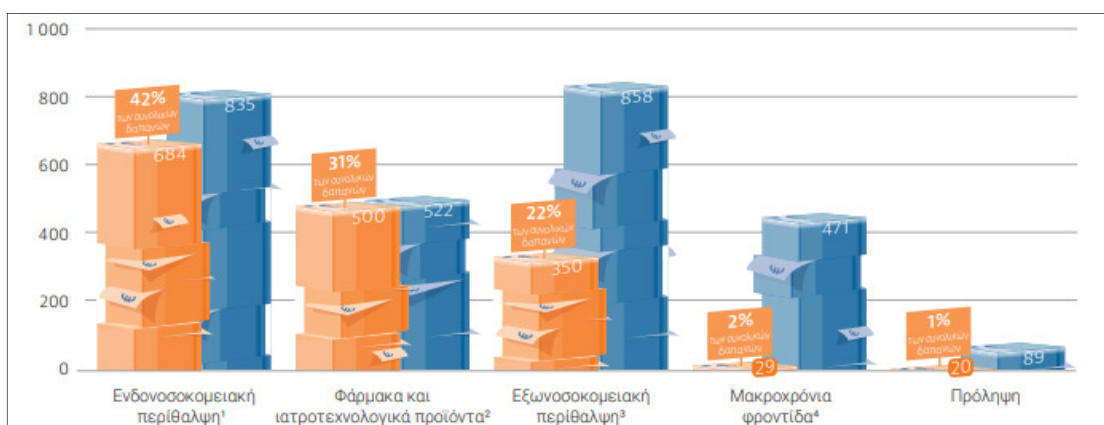
Το σύστημα υγείας με την μορφή τη σημερινή δεν αποτελεί βιώσιμο σύστημα γεγονός που δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην αναδιάρθρωσή του και στο ρόλο του ιδιωτικού τομέα, καθώς και της αναμεταξύ τους σχέσης. Το δεύτερο πρόβλημα που καλείται το κράτος να αντιμετωπίσει είναι η άνιση μεταχείριση των πολιτών σχετικά με την προσβασιμότητα όλων σε κάθε υπηρεσία υγείας, ανεξαρτήτου εισοδήματος και εργασιακής κατάστασης. Αυτό είναι σημαντικό και ιδιαίτερα δύσκολο σε περίοδο έντονης οικονομικής κρίσης.

<https://qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-toumixali-xletsou>

Το 2017 οι περισσότερες δαπάνες (42%) χορηγήθηκαν για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, μετά για την φαρμακευτική και τέλος για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (22 %). Περισσότερα από τα μισά χρήματα δαπανήθηκαν για τα φάρμακα

και υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και το ένα τέταρτο των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές

Επομένως η Ελλάδα δαπανά συγκριτικά ελάχιστους πόρους για προληπτική φροντίδα, μόλις 20 ΕΥΡΩ ανά άτομο (έναντι 89 ΕΥΡΩ που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ) ή 1,3 % των δαπανών υγείας, ποσοστό που την κατατάσσει, μαζί με την Κύπρο και τη Σλοβακία, μεταξύ των τελευταίων τριών κρατών μελών.

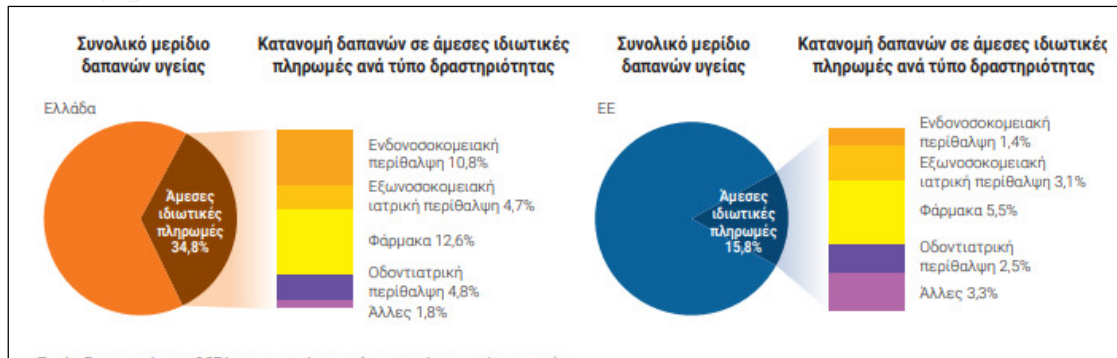


Εικόνα 4: Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι πρώτες στην Ελλάδα

Πηγή: Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ και την Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2019.

Το κόστος είναι το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Από το 10% των νοικοκυριών με μη καλυπτόμενες ανάγκες, τέσσερα στα πέντε αναφέρουν το κόστος ως το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Η Ελλάδα έχει πολύ υψηλά ποσοστά άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, που ανέρχονται στο 35% των δαπανών υγείας ποσοστό διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Οι πληρωμές για φάρμακα συνιστούν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, ακολουθούμενες από τις πληρωμές για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες (11%). Το τελευταίο αυτό ποσοστό προκαλεί έντονη εντύπωση δεδομένου ότι η περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία είναι δωρεάν. Παρότι ορισμένες από τις δαπάνες ενδέχεται να διατίθενται για νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, ορισμένα έμμεσα στοιχεία δείχνουν ότι άτυπες πληρωμές καταβάλλονται επίσης στα δημόσια νοσοκομεία. Καθώς είναι απίθανο τα φτωχότερα νοικοκυριά να στραφούν στην ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω των περιορισμένων οικονομικών τους δυνατοτήτων, το ποσοστό αυτό υποδηλώνει ότι πραγματοποιούνται επίσης πληρωμές και στο πλαίσιο της δημόσιας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.



Εικόνα 5: Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν τους μεγαλύτερους τομείς άμεσων ιδιωτικών δαπανών

Πηγή: Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ και την Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2019.

«Το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες για να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας, παρόλο που είναι ασφαλισμένοι, αποτελεί ένα σημαντικό θέμα που απασχολεί τη βιβλιογραφία, αλλά κυρίως και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό των χρημάτων που ο ασφαλισμένος πρέπει να πληρώσει, τόσο πιο δυσβάστακτο γίνεται αυτό για το φτωχό και τόσο περισσότερο του απαγορεύει την πρόσβασή του σε υπηρεσίες υγείας»(Χλέτσος,2015).

**Πίνακας 26: Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό του συνόλου των τρεχουσών δαπανών για την υγεία (out-of-pocketmoney)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Australia</b>	19,0	19,1	20,4	19,2	19,9	..
<b>Austria</b>	17,5	17,4	17,7	17,9	17,5	17,4
<b>Belgium</b>	18,5	18,2	17,9	18,7	17,8	17,9
<b>Canada</b>	15,4	15,0	15,4	14,8	14,5	14,3
<b>Chile</b>	36,8	34,2	34,1	34,1	33,1	33,0
<b>Czech Republic</b>	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	14,7
<b>Denmark</b>	14,1	13,7	13,7	13,3	12,9	13,7
<b>Estonia</b>	20,5	21,2	18,7	17,8	20,7	21,8
<b>Finland</b>	19,9	19,8	20,3	19,7	19,1	19,3
<b>France</b>	7,9	7,8	7,7	7,1	6,9	6,7
<b>Germany</b>	14,1	13,9	14,1	14,1	14,1	13,5
<b>Greece</b>	37,9	28,4	29,4	28,7	28,8	30,7
<b>Hungary</b>	26,3	25,9	27,0	27,9	29,3	28,1
<b>Iceland</b>	16,0	16,6	18,2	18,0	17,9	17,8
<b>Ireland</b>	15,3	16,1	18,2	17,7	16,9	..
<b>Israel</b>	25,0	24,8	23,2	23,3	24,1	25,8
<b>Italy</b>	21,3	20,7	20,5	22,0	22,0	21,7
<b>Japan</b>	15,2	15,2	14,6	14,1	14,0	..
<b>Korea</b>	37,9	36,1	35,7	36,0	36,5	36,9
<b>Luxembourg</b>	10,1	9,9	10,2	11,2	11,6	..
<b>Mexico</b>	51,9	50,8	48,9	45,9	45,8	44,7
<b>Netherlands</b>	6,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,3
<b>New Zealand</b>	13,5	12,8	12,6	12,6	12,7	12,6
<b>Norway</b>	15,7	15,3	15,0	15,2	14,8	14,6
<b>Poland</b>	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6
<b>Portugal</b>	25,8	24,6	24,8	26,7	28,8	28,0
<b>Slovak Republic</b>	26,1	26,9	22,8	23,6	23,2	23,3
<b>Slovenia</b>	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6
<b>Spain</b>	21,0	19,1	20,4	20,6	22,1	..
<b>Sweden</b>	16,9	16,9	17,0	14,1	14,5	14,8
<b>Switzerland</b>	24,8	24,7	26,4	26,4	27,2	25,8
<b>Turkey</b>	19,2	14,5	16,9	15,9	15,9	16,9
<b>United Kingdom</b>	9,7	9,5	10,2	9,7	9,9	9,9
<b>United States</b>	13,3	12,8	12,5	12,5	12,4	12,3
<b>OECD AVERAGE</b>	20,2	19,4	19,5	19,3	19,5	19,9

Πηγή(Χλέτσος,2015)

## 5.6 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύει η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) για το 2017 σχετικά με τις δαπάνες στον τομέα υγείας σε Εθνικό επίπεδο προέκυψαν τα παρακάτω στοιχεία.

**Πίνακας 27: Το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών 2010**

Έτος	Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2014	7,95%
2015*	8,09%
2016*	8,28%
2017	28,04%

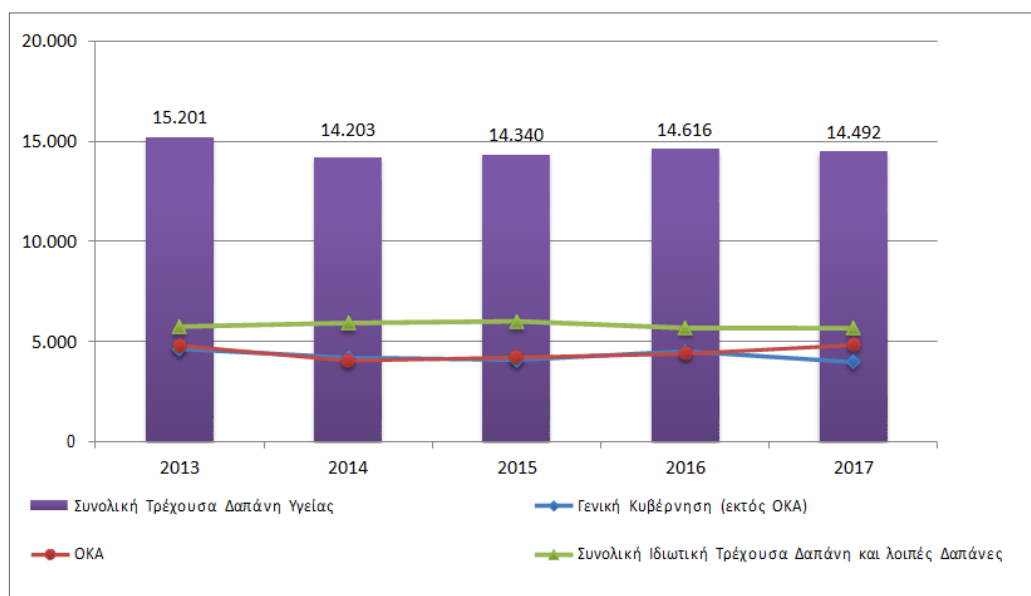
Πηγή: <https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecdf9eb44f3>

**Πίνακας 28: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (σε εκατ. ευρώ)**

	2013	2014	2015*	2016*	2017
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.984,9
2. ΟΚΑ (HF.1.2)	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)</b>	<b>9.445,9</b>	<b>8.267,0</b>	<b>8.312,2</b>	<b>8.923,8</b>	<b>8.815,8</b>
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)</b>	<b>5.616,3</b>	<b>5.737,9</b>	<b>5.765,4</b>	<b>5.625,4</b>	<b>5.614,7</b>
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	139,2	198,3	262,0	67,2	61,8
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)</b>	<b>15.201,4</b>	<b>14.203,2</b>	<b>14.339,6</b>	<b>14.616,4</b>	<b>14.492,2</b>

Πηγή: <https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecdf9eb44f3>

**Γράφημα 12: Συνολική τρέχουσα δαπάνη Υγείας για τα έτη 2013-2017 (σε εκατ. ευρώ)**



Πηγή: <https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecdf9eb44f3>

**Πίνακας 29: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης Υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα**

	2013	2014	2015*	2016*	2017
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.984,9
(% της συνολικής)	30,5%	29,6%	28,5%	30,9%	27,5%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
(% της συνολικής)	31,6%	28,6%	29,5%	30,1%	33,3%
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1)+ (2)</b>	<b>9.445,9</b>	<b>8.267,0</b>	<b>8.312,2</b>	<b>8.923,7</b>	<b>8.815,8</b>
(% της συνολικής)	62,1%	58,2%	58,0%	61,1%	60,8%
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3)+ (4) (% της συνολικής)</b>	<b>5.616,3</b>	<b>5.737,9</b>	<b>5.765,4</b>	<b>5.625,4</b>	<b>5.614,6</b>
	36,9%	40,4%	40,2%	38,5%	38,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1) (3)	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
(% της συνολικής)	3,3%	3,8%	3,8%	3,9%	4,0%



	2013	2014	2015*	2016*	2017
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1) (4)	5.121,2	5.202,9	5.224	5.057,9	5.03
(% της συνολικής)	33,7%	36,6%	36,4%	34,6%	34,8%
<b>Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0) (5)</b>	<b>139,2</b>	<b>198,3</b>	<b>262,0</b>	<b>67,2</b>	<b>61,8</b>
(% της συνολικής)	0,9%	1,4%	1,8%	0,5%	0,4%
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (HF)</b>	<b>15.201,4</b>	<b>14.203,</b>	<b>14.33</b>	<b>14.616,</b>	<b>14.4</b>
<b>(1) έως (5)</b>		<b>2</b>	<b>9,6</b>	<b>4</b>	<b>92,2</b>

Πηγή: <https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecdf9eb44f3>  
**Πίνακας 30: Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας**

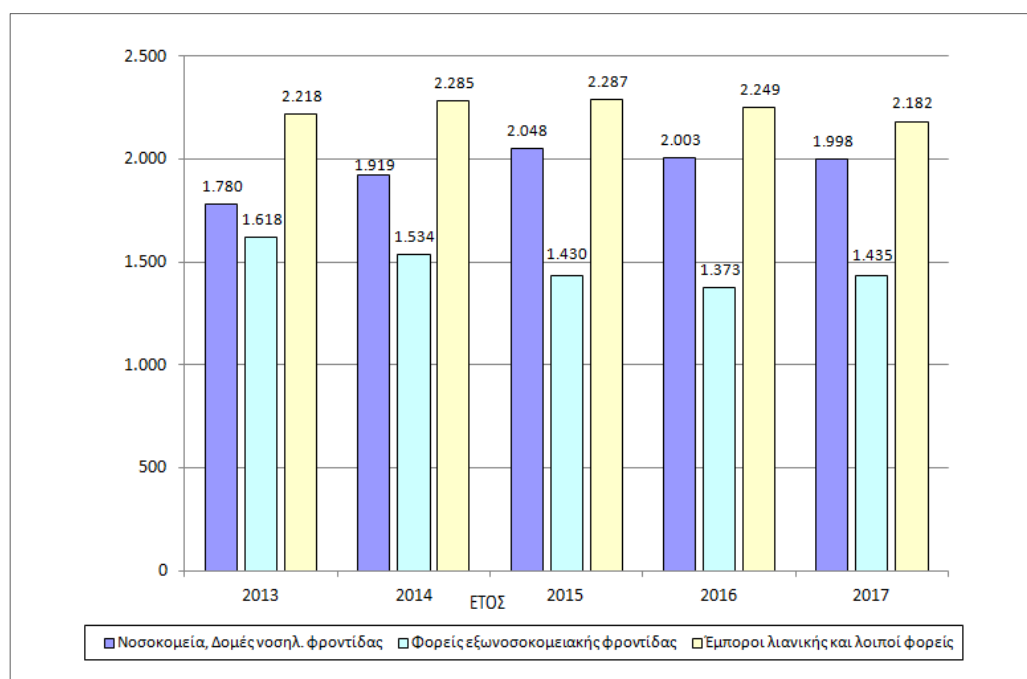
	2013	2014	2015*	2016*	2017	14/13 %	15/14 %	16/15 %	17/16 %
<b>1.Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4)</b>	<b>15.201,4</b>	<b>14.203,2</b>	<b>14.339,6</b>	<b>14.616,4</b>	<b>14.492,2</b>	-6,6	1,0	1,9	-0,8
<b>2.Χρηματοδότηση για δημόσια δαπάνη (2Α+2Β)</b>	<b>9.445,9</b>	<b>8.267,0</b>	<b>8.312,2</b>	<b>8.923,8</b>	<b>8.815,8</b>	-12,5	0,5	7,4	-1,2
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής Πρωτοβάθμιας (HP.1, HP.2)	4.890,2	4.242,2	4.166,6	4.684,8	4.448,9	-13,3	-1,8	12,4	-5,0
Φορείς εξωνοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας (HP.3)	1.171,5	954,7	947,5	1.019,4	1.092,8	-18,5	-0,7	7,6	7,2
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.384,2	3.070,1	3.198,1	3.219,6	3.274,1	-9,3	4,2	0,7	1,7
<b>2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)</b>	<b>4.638,6</b>	<b>4.210,5</b>	<b>4.087,6</b>	<b>4.519,0</b>	<b>3.984,9</b>	-9,2	-2,9	10,6	-11,8
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής Πρωτοβάθμιας (HP.1, HP.2)	4.064,8	3.606,7	3.341,3	3.660,2	3.167,7	-11,3	-7,4	9,5	-13,5
Φορείς εξωνοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας (HP.3)	410,8	393,2	601,8	708,5	679,7	-4,3	53,1	17,7	-4,1
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	163,0	210,6	144,5	150,3	137,5	29,2	-31,4	4,0	-8,5
<b>2Β.ΟΚΑ (HF.1.2)</b>	<b>4.807,3</b>	<b>4.056,5</b>	<b>4.224,6</b>	<b>4.404,8</b>	<b>4.830,9</b>	-15,6	4,1	4,3	9,7
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής Πρωτοβάθμιας (HP.1, HP.2)	825,4	635,5	825,3	1024,6	1281,2	-23,0	29,9	24,1	25,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.221,2	2.859,5	3.053,6	3.069,3	3.136,6	-11,2	6,8	0,5	2,2
<b>3.Ιδιωτικός τομέας(3Α+3Β)</b>	<b>5.616,2</b>	<b>5.737,9</b>	<b>5.765,4</b>	<b>5.625,4</b>	<b>5.614,6</b>	2,2	0,5	-2,4	-0,2
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής Πρωτοβάθμιας (HP.1, HP.2)	1.779,8	1.919,0	2.047,9	2.002,9	1.997,7	7,8	6,7	-2,2	-0,3
Φορείς εξωνοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας (HP.3)	1.618,4	1.533,9	1.430,4	1.373,2	1.434,9	-5,2	-6,7	-4,0	4,5
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.218,1	2.285,0	2.287,1	2.249,3	2.182,0	3,0	0,1	-1,7	-3,0

<b>3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)</b>	<b>495,1</b>	<b>535,0</b>	<b>541,3</b>	<b>567,5</b>	<b>578,3</b>	<b>8,1</b>	<b>1,2</b>	<b>4,8</b>	<b>1,9</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής Πρωτοβάθμιας (HP.1, HP.2)	358,2	395,1	394,1	423,0	434,6	10,3	-0,3	7,3	2,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας (HP.3)	47,7	50,0	57,2	54,4	49,9	4,8	14,4	-4,9	-8,3
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	89,2	89,9	90,0	90,1	93,8	0,8	0,1	0,1	4,1
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015*</b>	<b>2016*</b>	<b>2017</b>	<b>14/13 %</b>	<b>15/14 %</b>	<b>16/15 %</b>	<b>17/16 %</b>
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής Πρωτοβάθμιας (HP.1, HP.2)	1.421,6	1.523,9	1.653,8	1.579,9	1.563,1	7,2	8,5	-4,5	-1,1
Φορείς εξωνοσοκομειακής Πρωτοβάθμιας (HP.3)	1.570,7	1.483,9	1.373,2	1.318,8	1.385,0	-5,5	-7,5	-4,0	5,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2128,9	2195,1	2.197,1	2.159,2	2.088,2	3,1	0,1	-1,7	-3,3
<b>4.Λοιπές δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)</b>	<b>139,3</b>	<b>198,3</b>	<b>262,0</b>	<b>67,2</b>	<b>61,8</b>	<b>42,4</b>	<b>32,1</b>	<b>-74,4</b>	<b>-8,0</b>

Πηγή:<https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecd9eb44f3>

Τα στοιχεία του πίνακα παραπάνω δείχνουν τον τρόπο χρηματοδότησης των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης (των Νοικοκυριών, των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών, των ΜΚΟ και της Αλλοδαπής ανά προμηθευτή αγαθών και υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, εμπόρους λιανικής, κλπ.), καθώς και τις ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ των ετών.

**Γράφημα 13: Κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών Υγείας στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας για τα έτη 2013-2017 (σε εκατ. ευρώ)**



Πηγή:<https://www.statistics.gr/documents/20181/f45e83e2-5899-4012-916b-3ecd9eb44f3>

## **5.7 Οι μεταρρυθμίσεις στον ιδιωτικό τομέα της υγείας αυξάνουν την αποδοτικότητα**

Η αύξηση της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκαν με τις συνεχείς αλλαγές στην αγορά υπηρεσιών

*Η δημόσια αγορά υπηρεσιών από ιδιωτικούς παρόχους αντιμετώπιζε αρκετά προβλήματα αλλά τελικά η δυναμική του ιδιωτικού τομέα, σε συνδυασμό με την ασθενή διαπραγματευτική δύναμη των ασφαλιστικών ταμείων, τις ελλείψεις διαδικασίες πληρωμής, την έλλειψη κλινικών πρωτοκόλλων/ κατευθυντήριων γραμμών και την αδυναμία παρακολούθησης της χρήσης των διαγνωστικών εξετάσεων από τους γιατρούς δημιούργησαν μια δομή κινήτρων που ευνοούσε την υπερκατανάλωση και τη σπατάλη.(Χλέτσος,2015).*

Πιο ειδικά η συνεχής και υπερβολικά μεγάλη συνταγογράφηση των εξετάσεων στα διαγνωστικά κέντρα έφερε μεγάλο χρέος εξετάσεων οδήγησε σε εξαιρετικά υψηλή ζήτηση των αξονικών και μαγνητικών τομογράφων. Δημιουργήθηκε έτσι ένα μεγάλο πρόβλημα στην οικονομία της χώρας σχετικά με την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και αναζητήθηκαν λύσεις που θα προωθούσε αυτόν τον παράγοντα.

Από το 2012, που δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ υπήρξαν πολλές επισκέψεις ασθενών και μάλιστα αρκετές από αυτές ήταν επιτακτικές και δεν μπορούσαν να καθυστερήσουν επειδή υπήρχε ανάγκη για άμεση φροντίδα.

Βέβαια με την οικονομική κρίση τα πράγματα έγιναν πολύ πιο επώδυνα καθώς οι περικοπές στον τομέα υγείας ήταν επίσης αρκετές και σε πολλές εξετάσεις. Από την άλλη υπήρχαν και οι άνεργοι και τα άτομα που εξαρτιόνταν από αυτούς με αποτέλεσμα να μην μπορούν να έχουν πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος υπηρεσίες έως το 2015. Μετά από νομοθετικές ρυθμίσεις υπήρξε άμεση στήριξη και παροχή υπηρεσιών ώστε να εξυπηρετηθούν οι παραπάνω περιπτώσεις πληθυσμού.

Τα προβλήματα που αντιμετώπισε το σύστημα υγείας όπως «ο κατακερματισμός των παροχών και της κάλυψης, οι υπέρμετρες φαρμακευτικές δαπάνες, οι μη αποδοτικές

δημόσιες συμβάσεις και η ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν ήδη αντιμετωπιστεί ή αντιμετωπίζονται επί του παρόντος». Άλλα, όπως η πρόληψη, η συμμετοχή των ασθενών και των πολιτών και η καθιέρωση ουσιαστικών μηχανισμών λογοδοσίας και διαφάνειας έχουν αποτελέσει στόχο ειδικών μέτρων, ωστόσο απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες.

Παρόλο που έληξε η εποχή των μνημονίων στην Ελλάδα τον Αύγουστο το 2018, ωστόσο, η οικονομική κατάσταση που παραμένει επώδυνη δεν επιτρέπει την ανάλωση μεγάλων δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία σταμάτησε το 2015 και έχει σταθεροποιηθεί. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως υπό τη μορφή πληρωμών των νοικοκυριών, εξακολουθούν να είναι πολύ υψηλές, με αποτέλεσμα το ένα τρίτο της υγειονομικής περίθαλψης να πληρώνεται απευθείας από την τσέπη των νοικοκυριών.

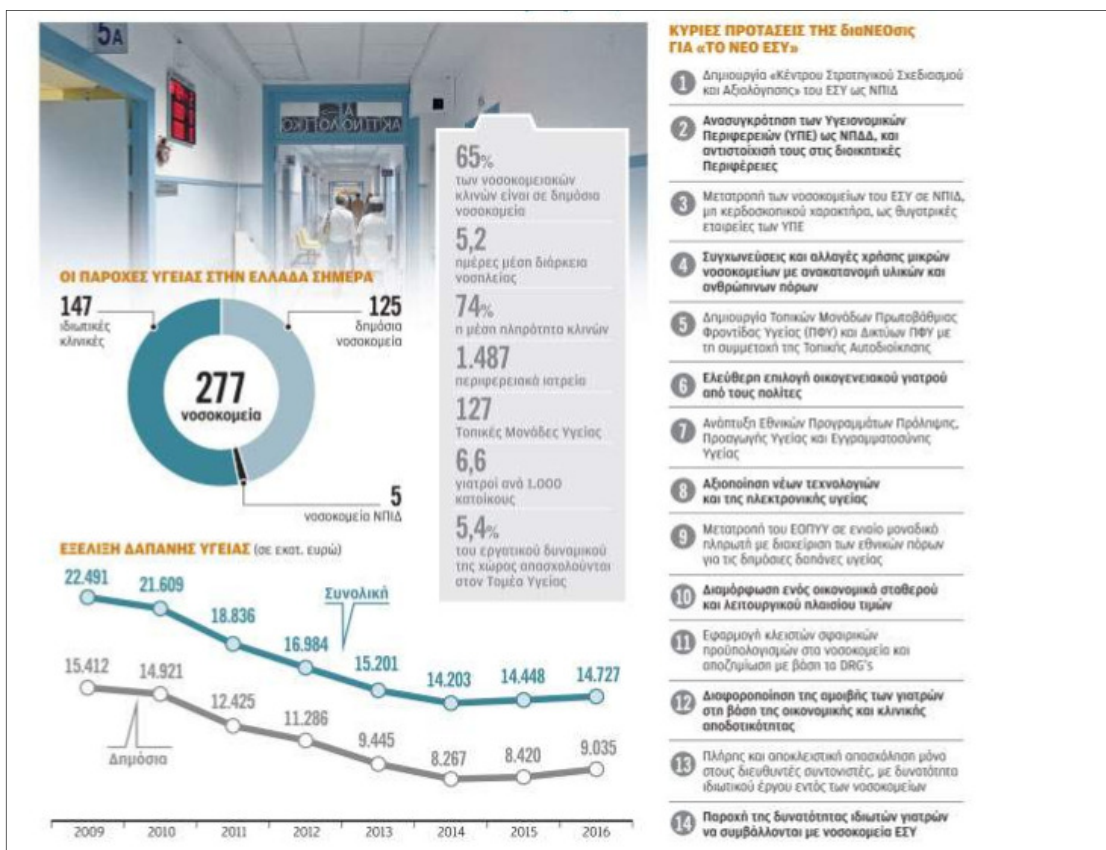
Σήμερα, όπως δημοσιεύεται στο άρθρο 11/02/2020 το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν μπορεί να φροντίσει τις απαιτήσεις των ασθενών αλλά και να παράσχει υπηρεσίες με ποιότητα. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που δημοσιεύονται, ένας στους πέντε Έλληνες δεν έλαβε υπηρεσίες υγείας, παρόλο που τις είχε ανάγκη και οι δημόσιες δαπάνες υγείας αγγίζουν ένα χαμηλό ποσοστό (5%) του ΑΕΠ, έναντι 7% που είναι ο μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε., ενώ πάνω από 35% των συνολικών δαπανών υγείας είναι ιδιωτικές. Σχεδόν, το 90% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία πληρώνεται άμεσα από τους ίδιους τους ασθενείς και μόνο το 10% προέρχεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Όμως στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία στον ιδιωτικό τομέα προκύπτουν από την περικοπή άλλων βασικών αναγκών, ώστε να εξοικονομηθούν τα ανάλογα χρήματα για να πληρωθούν οι υπηρεσίες που προσφέρονται.

Την χρονική περίοδο 2009-2018, τα άτομα που προσήλθαν σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας έφτασαν ένα ποσοστό της τάξης 30%, πράγμα που σημαίνει ότι ο πληθυσμός της χώρας ηλικιακά γερνάει αλλά και παράλληλα αρχίζει η επιστροφή στο ΕΣΥ λόγω της οικονομικής κρίσης.

*«Σήμερα, το 43% του συνολικού αριθμού των νοσοκομειακών κλινών στη χώρα βρίσκεται στην Αττική, καλύπτοντας το 35% του ελληνικού πληθυσμού. Εκτιμάται δε ότι το ένα τρίτο των εισαγωγών έκτακτης ανάγκης σε ένα γενικό νοσοκομείο για χειρουργικά, ΩΡΛ, οφθαλμολογικά και γυναικολογικά περιστατικά, θα μπορούσε να*

αντιμετωπιστεί από δομές Πρωτοβάθμιας Υγείας. Και ένας μεγάλος αριθμός πολιτών που απευθύνονται στα φαρμακεία για να εκτελέσουν τη συνταγή τους μένει στην αναμονή, λόγω των σοβαρών ελλείψεων φαρμάκων οι οποίες, τα τελευταία χρόνια λόγω των παράλληλων εξαγωγών, έχουν λάβει τη μορφή ενός μόνιμου «βραχνά» για τους ασθενείς»

<https://www.kathimerini.gr/1064341/gallery/ygeia/ygeia-epikairothta/varia-arrwsto-to-esy-xrhzei-epeigoysas-metarry8mishs>.



Εικόνα 6: Οι παροχές υγείας στην Ελλάδα σήμερα.

Πηγή: <https://www.kathimerini.gr/1064341/gallery/ygeia/ygeia-epikairothta/varia-arrwsto-to-esy-xrhzei-epeigoysas-metarry8mishs>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την βιβλιογραφική έρευνα που έγινε για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ειδικότερα, τη δομή των Κέντρων Υγείας, διαπιστώθηκε η ανάγκη της εφαρμογής μίας καλύτερης και πιο αποτελεσματικής πολιτικής σχετικά με τη λειτουργία τους.

Δυστυχώς οι προσπάθειες για βελτίωση των Πρωτοβάθμιων δομών Υγείας δεν ήταν αποτελεσματικές σε τέτοιο βαθμό που να προσφέρουν στους ασθενείς καθολικότητα και ισότιμη πρόσβαση σε ένα σύστημα υγείας που καθημερινά ασθενεί και μειώνει συνεχώς τις δαπάνες για την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων που έχει.

Είναι σημαντική επισήμανση το γεγονός ότι έγιναν αρκετές προσπάθειες για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά οι ιδιωτικές κλινικές και γενικότερα οι υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα, δεν περιόρισαν σημαντικά τις επισκέψεις των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία και επομένως τις δαπάνες στον χώρο αυτό.

Επομένως, χρήζει επιτακτική η ανάγκη εξασφάλισης της Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας υγείας για όλους τους πολίτες μειώνοντας έτσι την κοινωνική ανισότητα και βελτιώνοντας τις συνθήκες νοσηλείας.

Η έλλειψη πρωτοβουλιών και συνεργασίας με τις άλλες δομές Υγείας δεν οργάνωσαν το Πρωτοβάθμιο δίκτυο και δεν παρέχουν τις αναγκαίες υπηρεσίες. Παρόλο που έγινε αρκετές φορές αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, εν τούτοις η παροχή ιδιωτικής Πρωτοβάθμιας ήταν πολύ μεγαλύτερη από την δημόσια καθώς Υγείας, ο κρατικός μηχανισμός δεν χρηματοδοτούσε ανάλογα τις μονάδες των Κέντρων Υγείας.

Τα προβλήματα στην κάλυψη των μηχανημάτων, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και στο προσωπικό των λοιπών ειδικοτήτων, η μη λειτουργία των Κέντρων Υγείας πέραν του πρωινού ωραρίου έφεραν τους ασθενείς σε μία δυσμενή κατάσταση και έδειξαν μεγαλύτερη αξιοπιστία και εμπιστοσύνη στο δίκτυο των ιδιωτών ιατρών.

Είναι αναγκαίο επομένως να επιβληθούν ανάλογες πολιτικές που θα αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και πιο ειδικά των Κέντρων Υγείας στη χώρα μας με επίκεντρο την διαμόρφωση ενός ασθενοκεντρικού μοντέλου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. -Smith, B., Calltrop, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B., MOcuathe, H. 1994. Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα
2. Αλεξιάδου, Α. κ.α, (1990), «Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας υγείας», *Περιοδικό: Διοικητική Ενημέρωση*, Τεύχος 35, σελ.108
3. Βραχνέλη, Α.,(2017). *Πρωτοβάθμια περίθαλψη και σύστημα υγείας: μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, προβλήματα και προοπτικές*. Διπλωματική Εργασία. Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Αθήνα. 2017
4. Ζηλίδης, Γ. 1995. *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα και Δυνατότητες Ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Πρωτοβάθμιας Υγείας*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη
5. Καρόκης, Λ., Σισσύρας, Λ., 1994. *Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Ανάλυση και Ασφαλίσεων*, Αθήνα.
6. Κυριακόπουλος, Γ., Σισσύρα, Α., (1997). *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα & Αυταπάτα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
7. Κυριόπουλος, Γ.,(1991). Η συμβολή της Αγωγής Υγείας στην εμπλοκή της κοινότητας, στην προστασία τον καταναλωτή-χρήστη και στην ορθολογική λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, τδμ.3, τχ.11, σ. 169-173
8. Μανιού, Μ., Ιακωβίδου, Ε.,(2009). Η σημερινή εικόνα των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο , Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009
9. Μωραΐτης, Ε. 2000β. : *Ελληνικά Σύστημα Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα
10. Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν. 1995. *Μελέτη Για Την Οργάνωση Και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Πρωτοβάθμιας*, ΥΥΠΚΑ, Αθήνα



11. Νιάκας, Δ., 1993. *Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις τον Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
12. Παπαρρηνοπούλου-Πεγλιβανίδη Π. 2009. *Το δημόσιο δίκαιο της υγείας*, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 185-187
13. Παπευαγγέλου-Κορκοντζέλου, Ε.1998). *Νομοθεσία στη Νοσηλευτική. Ανθρώπινα δικαιώματα*. Πανεπιστημιακές παραδόσεις. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
14. Πετμεζίδου, Μ. Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου Χ. Πολυζώιδης, Π. 2015. Οι 'επιταγές' των Μνημονίων και οι υπό εξέλιξη θεσμικές αλλαγές στην υγεία: Κριτική επισκόπηση, στο: INE-ΓΣΕΕ, *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων στην Ελλάδα*, Οκτώβριος 2015. Διαθέσιμος τη διεύθυνση: <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf>. Ανάκτηση 5/5/2020.
15. Πετρέλης, Μ., Δομάγερ, Φ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. Τόμος 15, Τεύχος 4 (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2016
16. Πολύζος, Ν., (2000) *Η Διαχείριση του υγειονομικού συστήματος : η εμπειρία και η προοπτική*, στο Κυριόπουλος Γ. κ.α. «Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης - διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας». Εκδόσεις Θεμέλιο Αθήνα 2000.
17. Πρεζεράκος, Π., 2009. Η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Υγείας. 7<sup>ο</sup> *Πολυθεματικό Ιατρικό Συνέδριο Λακωνίας*. Ιούνιος 2009.
18. Ρομπόλης, Σ. Ρωμανιάς, Γ & Μαργιός, Β. 2007. *Αναλογιστική Μελέτη ΙΚΑ – ΕΤΑΜ*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: [https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH\\_26.pdf](https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH_26.pdf). Διαθέσιμος τη διεύθυνση: [https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH\\_26.pdf](https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH_26.pdf). Ανάκτηση: 2/7/2020.
19. Σούλης, Σ., Σαρής, Μ., Θεοδώρου, Σ. 2001. *Συστήματα Υγείας*. Εκδ. Παπαζήση.
20. Σύρμας, Δ. 2014. *Ο ρόλος των Υπουργείων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: <http://docplayer.gr/31105891-Dimosia-kai-idiotiki>

[ygeia-dimitris-syrmas-bsc-msc-mba-dieythytis-anaptyxis-okt-2014.html](http://ygeia-dimitris-syrmas-bsc-msc-mba-dieythytis-anaptyxis-okt-2014.html).

Ανάκτηση 25/6/2020.

21. Τζωρτζόπουλος, Α.2018. *Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: <https://www.mednet.gr/archives/2018-5/pdf/649.pdf>. Ανάκτηση: 2/7/2020.
22. Τσαλίκης Γ., 2001. *Η θεμελίωση της (Ανη)κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα 1840-1940*. Εκδόσεις Θεμέλιο Αθήνα
23. Χλέτσος, Μ. 2015. *Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης*. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou.html>. Ανάκτηση 25/6/2020.
24. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.)(2012). Έκθεση Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010 Επιμέλεια συγγραφής: Ν. Πολύζος, Γενικός Γραμματέας Υ.Υ.Κ.Α. Διαθέσιμος τη διεύθυνση: <https://docplayer.gr/29599628-Ekthesi-apotelesuaton-yyka-kai-ton-monadon-toy-esy-2011.html> Ανάκτηση 30/6/2020.
25. ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ (2020), Πώς θα μπορέσει το ελληνικό κράτος να προσφέρει σύγχρονες, αποτελεσματικές και προσβάσιμες από όλους υπηρεσίες υγείας; Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση. Φεβρουάριος, 2020. Ανάκτηση 3/7/2020.
26. Τα Κέντρα Υγείας που υπάρχουν στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: <https://www.newsbeast.gr/health/arthro/2290812/ta-kentra-igias-pou-iparchoun-stin-ellada>. Ανάκτηση: 3/7/2020
27. Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας. Διαθέσιμος την διεύθυνση: [https://www.inegsee.gr/content/uploads/2014/02/ekp\\_yliko\\_krat\\_pron1.pdf](https://www.inegsee.gr/content/uploads/2014/02/ekp_yliko_krat_pron1.pdf). Ανάκτηση: 5/7/2020.
28. ΠΟΕΔΗΝ: Τραγική η κατάσταση στα Κέντρα Υγείας. Διαθέσιμο στη διεύθυνση: <https://www.capital.gr/epikairoτητα/3230553/poedin-tragiki-i-katastasi-sta-kentra-ugeias>. Ανάκτηση: 5/7/2020.
29. Έλληνας, Δ.(2010). Πρωτοβάθμια περίθαλψη και σύστημα υγείας: Διαθέσιμο στη διεύθυνση: Το Κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ από σύστημα ασθένειας

- σε σύστημα Υγείας. Διαθέσιμο: στη διεύθυνση: <http://www.isth.gr/images/uploads/02.3-ELLHNAS.pdf>.  
Ανάκτηση: 5/7/2020.
30. Ειδική έκθεση αριθ. 7/2019: Δράσεις της ΕΕ για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη. Διαθέσιμος τη διεύθυνση: <https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/cross-border-health-care-7-2019/el/> Ανάκτηση: 5/7/2020.
31. Νόμος 1397-1983. Διαθέσιμος τη διεύθυνση: <http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf> Ανάκτηση: 5/7/2020.
32. Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ ΕΛΛΑΔΑ Προφίλ Υγείας 2017. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf).  
[http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)  
Ανάκτηση: 5/7/2020.
33. Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ ΕΛΛΑΔΑ Προφίλ Υγείας 2019. [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)  
Ανάκτηση: 5/7/2020.

## **NOMOI & ΦΕΚ**

1. Νόμος 1397/83. Εθνικό Σύστημα Υγείας. ΦΕΚ 143/Α/1983
2. Σύνταγμα της Ελλάδος 1975. ΦΕΚ 111/1975, άρθρο 21
3. Νόμος 1672/86. Κύρωση της 149/1977 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και
4. Νόμος 1579/85. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ. ΦΕΚ217Α/1985
5. ΠΔ 87/88. Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων
6. Ν. 2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123α/1992) «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123α/1992)
7. Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» (ΦΕΚ 34.Α/1994
8. Νόμος 2646/98 «Ανάπτυξη τον Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Πρωτοβάθμιας και άλλες διατάξεις», (Φ.Ε.Κ. 236 Α')
9. Νόμος 2719/97. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165 Α/1997
10. Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός τον Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», (Φ.Ε.Κ. 37 Α')
11. Νόμος 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Πρωτοβάθμιας και άλλες διατάξεις», (Φ.Ε.Κ. 30 Α')
12. Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» ΦΕΚ 81α/2005
13. Ν. 3389/2005 «Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα» (ΦΕΚ 2324 /2005)
14. Ν. 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 25α /2007)
15. Ν. 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις» (ΦΕΚ 115Α/2010)

16. Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ 129\*22010)

<https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf>

Σύνταγμα της Ελλάδας, Αναρτημένο στην

<http://el.wikisource.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%82%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82#.CE.86.CF.81.CE.B8.CF.81.CE.BF7> προσπελάστηκε την 10/08/2011

Copyright ©Πολυχρόνη Μερόπη, 2020, Μουσκάι Ιωάννα, 2020.Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευτεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Πατρών.