

# Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα Παρελθόν – Παρόν - Μέλλον

Μαρία Κιούρτη

Μαία

Πρόεδρος ΣΕΜ  
Πατρών (ΝΠΔΔ)

# Πολιτική Υγείας

- **Ορισμός:** Το κράτος χρησιμοποιεί ένα σύνολο κανόνων και μέτρων που ρυθμίζουν την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού.

# Στόχος

- Είναι μέρος της ευρύτερης κρατικής πολιτικής και περιλαμβάνει τις προσπάθειες πραγματοποίησης του *erga omnes* που έχει ορίσει η Π.Ο.Υ. ότι: υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας –όχι μόνο ή έλλειψη ασθενείας και αναπηρίας.

# Δράσεις

- Οι δράσεις αφορούν εθνικό ή υπερεθνικό επίπεδο (χρηματοδότηση , κατανομή πόρων αποδοτικότητα των διατεθειμένων πόρων ,η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και η ισότητα στην πρόσβαση) και η χρήση όλων των μέσων (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, επανένταξη ) ή συνδυασμό τους. Η κεντρική εξουσία είναι υπόχρεη σε εθνικό επίπεδο να εφαρμόσει τους κανόνες και τα μέτρα της πολιτικής υγείας με νόμους , διατάξεις , αποφάσεις και κανονισμούς λειτουργίας των μονάδων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

# Παράγοντες που επιδρούν και συμβάλλουν στην Πολιτική Υγείας

- Οικονομικοί: δομή-ανάπτυξη οικονομίας, καταμερισμός εργασίας, δαπάνες υγείας, παραοικονομία, περιορισμοί από διεθνείς οργανισμούς(Ε.Ε.,Δ.Ν.Τ.)
- Δημογραφικοί –κοινωνικοί: γήρανση πληθυσμού, μετανάστευση, σύνθεση κατά φύλο - ηλικία- επάγγελμα, κοινωνική διαστρωμάτωση, αγροτικός –αστικός πληθυσμός
- Περιβαλλοντολογικοί: κλιματολογικές συνθήκες, μόλυνση περιβάλλοντος
- Πολιτισμικοί: ήθη-έθιμα, συνήθειες-τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή), εκπαίδευση, οικογένεια, κατοικία, κ.α
- Πολιτικοί: Σύνταγμα, ιδεολογία κομμάτων-κυβέρνησης, δημόσια διοίκηση, γραφειοκρατία, κ.α.
- Υγειονομικοί-ιατρικοί: δομή και λειτουργία υγειονομικού συστήματος, αριθμός ιατρών, επίπεδο-εξέλιξη ιατρικών γνώσεων, εισαγωγή νέων τεχνολογιών κ.α.

# Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα κατά το παρελθόν

- Στις αρχές του 20ου αιώνα επικράτησε ως οικονομική σκέψη στην ευρωπαϊκή ήπειρο η κεϋνσιανή αντίληψη περί κράτους πρόνοιας και κρατισμού παρεμβατισμού. Είναι αυτή που υποστήριξε τον αναπτυξιακό ρόλο του δημοσίου τομέα και την προτεραιότητα του κράτους για κοινωνικές υπηρεσίες και αγαθά (εκπαίδευση, υγεία, συνταξιοδότηση, κ.α.).

# Ιδιαίτερες συνθήκες στην Ελλάδα

- η οικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1950-70
- συνέπεια αυτής η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- πλεόνασμα διαθέσιμου εισοδήματος
- Παροχή κοινωνικής ασφάλισης σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού (αγρότες) με την ίδρυση το 1960 του ΟΓΑ
- Μεταβολή του νοσολογικού φάσματος
- Δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης
- αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης σε αριθμό προσώπων και σε έκταση κάλυψης κινδύνων.
- Δεκαετία 1980: πλήρης και καθολική ασφαλιστική κάλυψη για την υγεία – συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

# Αποτελέσματα

- **Συνέπεια:** αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία ενισχύθηκε από τη δημογραφική ωρίμανση και την επικράτηση του νέου επιδημιολογικού προτύπου.
- Υψηλότερες τιμές, μεγαλύτερο πλεόνασμα, και αύξηση του επενδύμενου κεφαλαίου (κλίνες, εξοπλισμός και βιοϊατρική τεχνολογία).
- **Αύξηση του κόστους παρεχομένων υπηρεσιών.**
- Δαπάνες Υγείας αποτελούν το 25% των κοινωνικών δαπανών και 15% των δημοσίων δαπανών (χώρες ΟΟΣΑ – δεκαετίες 60-70)
- Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τα 6% της συνολικής απασχόλησης



# Υπηρεσίες Υγείας

	1960	1970	1980	1990
<b>Προσφορά υπηρεσιών υγείας</b>				
Αριθμός γιατρών	10.424	14.263	23.469	33.151
Αριθμός οδοντιάτρων	2.998	4.395	7.677	9.104
Αριθμός φαρμακοποιών	1.600	2.120	5.170	6.611
Αριθμός νοσηλευτών	-	16.082	23.593	26.461
Σύνολο	-	44.000	67.000	109.000
Συνολικό προσωπικό ανά κλίνη	-	0.64	0.88	1.46
Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη	-	0.29	0.31	0.67
Αριθμός κλινών	48.239	54.638	60.067	51.329
<b>Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού</b>				
Δημόσια κάλυψη νοσοκομειακής περίθαλψης (%)	30	91	98	100
Δημόσια κάλυψη ιατρικής περίθαλψης (%)	75	90	97	100
Δημόσια κάλυψη ιατρικών αγαθών και φαρμάκων (%)	25	46	60	100

## Υπηρεσίες Υγείας II

<b>Χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας</b>				
Δείκτης εισαγωγής στα νοσοκομεία (% πληθυσμού)	-	10.5	11.8	7.9
Χρήση νοσοκομειακών κλινών (κλίνες/ημέρες/άτομα)	1.3	1.6	1.6	1.1
Μέση διάρκεια νοσηλείας (ημέρες)	-	15	13.3	10.8
Μέση κάλυψη κλινών (%)	-	76	69	65.5
Αριθμός φαρμακευτικών σκευασμάτων (κατά κεφαλή/έτος)	-	5.8	6.9	7.4
<b>Δαπάνες υγείας</b>				
Συνολικές δαπάνες υγείας	3.036	12.072	74.172	572.000
Δημόσιες δαπάνες υγείας	1.950	6.443	60.957	435.000
Δαπάνες επενδύσεων	-	310	3.723	33.761
Δημόσιες δαπάνες επενδύσεων	-	203	2.094	12.754

# Εθνικό Σύστημα Υγείας

- Νόμος 1278/82 «Σύσταση κεντρικού συμβουλίου υγείας και εθνικού οργανισμού φαρμάκων».
- Νόμος 1397/83 ορίζονται τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός εθνικού συστήματος υγείας με χαρακτηριστικά μικτού συστήματος δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα και με έντονα στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού.

# Στόχοι

- Η ισότητα στην πρόσβαση και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών,
- Η αποκέντρωση (κέντρα υγείας αγροτικού τύπου), ο κοινωνικός έλεγχος (με την ασφάλιση όλου του πληθυσμού),
- Ο ενιαίος προγραμματισμός,
- Η δικαιότερη κατανομή των πόρων για την υγεία,
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και
- Η καθιέρωση στο ΕΣΥ ιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

# Αλλαγές

- Τα νοσοκομεία που επιχορηγούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ .
- Η σχέση του αριθμού κλινών του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τον αριθμό κλινών του δημοσίου τομέα άλλαξε λόγω της απαγόρευσης ανέγερσης και λειτουργίας νέων ιδιωτικών κλινών.
- Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σε 5% του ΑΕΠ αντίστοιχα οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν επιβαρύνοντας τα ασφαλιστικά ταμεία.

# Συμπεράσματα

- Αναβάθμιση των υποδομών με το Α'ΚΠΣ (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα, κατασκευή και λειτουργία τριών περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων)
- Στελέχωση βελτίωση της δυνατότητας πρόσβασης, αύξηση των διατιθέμενων πόρων για την υγεία.
- Πολυδιάσπαση ταμείων και καθήλωση νοσηλίων.
- Στασιμότητα στη διοίκηση-διαχείριση, στην αποκέντρωση, στον έλεγχο του κόστους και στην αποδοτικότητα των πόρων
- Αύξηση της παραοικονομίας (1994 υπολογίστηκε σε 269 δις. Δρχ δηλ. 16,9 % του συνόλου των δαπανών υγείας στη χώρα μας)
- Επικέντρωση στο ιατροκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα της πολιτικής υγείας.

# Μεταρρύθμιση του ΕΣΥ

- Η δεκαετία του 90 χαρακτηρίζεται από αλλαγή του πολιτικού σκηνικού με έντονη επίδραση της φιλελεύθερης ιδεολογίας και οικονομικούς περιορισμούς από την ΕΕ.
- Ο Ν2071 /92 επιτρέπει τη σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή ΝΠΙΔ
- Το κράτος παρέχει εγκριτική εξουσιοδότηση για την ίδρυση και λειτουργία νέων μονάδων.
- Ανατροπή ισορροπίας ιδιωτικού και δημοσίου τομέα.

# Εισαγωγή των Managers

- Αλλάζει η διοίκηση του συστήματος υγείας: εισαγωγή του θεσμού του **Manager**,
- Ολιγομελή Συμβούλια Διοίκησης
- Υπαγωγή των Κ.Υ. στις νομαρχίες,
- Εργασιακές σχέσεις γιατρών του ΕΣΥ (παράλληλη άσκηση ιδιωτικού έργου),
- Οικονομική πολιτική στην υγεία (αύξηση νοσηλείου κατά 600%-συμμετοχή ασθενών στο κόστος.
- Μετά το 1993 έχουμε άλλους νόμους και διατάξεις με σκοπό την επαναφορά της φιλοσοφίας του δημοσίου χαρακτήρα (2194/94, 2519/97).
- Επανέρχεται ο συγκεντρωτισμός των υγειονομικών υπηρεσιών και συνδέονται τα Κ.Υ. με τα νοσοκομεία, διοικητικά και οικονομικά.



# Μεταρρύθμιση 2000

- Η μεταρρύθμιση του 2000 είναι υγεία για τον πολίτη,
- Εισάγει έννοιες ποιότητας, ισότητας και αποτελεσματικότητας, ως δείκτες μέτρησης της παραγωγικότητας της παρεχόμενης φροντίδας.
- Προβάλλεται η ανάγκη για συνέχεια στη φροντίδα χωρίς όμως να αναφέρεται πια στη δωρεάν περίθαλψη (κατ'οίκον).

## Γ ΚΠΣ

- Η μεταρρύθμιση έγινε υπό το Γ' ΚΠΣ.
- Νόμοι 2889/01 και ο 3106/03 προωθούν την αποκέντρωση του συστήματος δημιουργώντας τα ΠΕΣΥΠ.
- Θέσπιση απογευματινών ιατρείων ως κίνητρα του ιατρικού προσωπικού.
- Αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού.
- Ο νόμος 2920/01 και ο 2955/01 δίνουν βαρύτητα στον έλεγχο των προμηθειών και αναφέρονται στην πιστοποίηση των διαδικασιών. Έλλειψη μητρώου προμηθευτών.
- Ο 3106/03 και ο 3172/03 αναφέρονται στην κοινωνική φροντίδα/πρόνοια και στη δημόσια υγεία,
- Νόμος 3235/04 αναφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – οικογενειακός ιατρός.

# Συνεχής Προσαρμογή της Πολιτικής Υγείας - Παρόν

- Δημογραφικές εξελίξεις που δείχνουν ότι τα άτομα άνω των 60 ετών είναι το 23.7% του πληθυσμού, Ποσοστό μεγαλύτερο του μέσου ευρωπαϊκού όρου,
- Η ένταξή μας στην ΟΝΕ,
- Η μεταβαλλόμενη φύση της εργασίας (ημιαπασχόληση),
- Αλλαγές των συνηθειών των Ελλήνων,
- Οικονομικοί μετανάστες
- Περιορισμός του πολυκερματισμού-επικάλυψης του υγειονομικού τομέα, δηλαδή ενσωμάτωση των υπηρεσιών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, μετεξέλιξη των πολυιατρείων του ΙΚΑ σε αστικά κέντρα υγείας.
- Ιδιωτικός τομέας. Ιδιωτικές δαπάνες 45% του συνόλου (6 δις €).

# Αποκέντρωση

- αφορά την ενίσχυση της περιφερειακής διάρθρωσης και την ανάληψη του έργου του συντονισμού και της εποπτείας των νοσοκομείων από την περιφερειακή διεύθυνση υγείας. Αλλαγές στη δομή και οργάνωση νοσοκομείων, εισαγωγή του ελέγχου και της ποιότητας. Ενίσχυση και ανακατανομή ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία. Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης, αντικατάσταση του ισχύοντος κλειστού νοσηλείου με νέο τύπο, υιοθέτηση κλειστών νοσοκομειακών προϋπολογισμών, συμμετοχή του χρήστη ασθενή στο σύστημα.

# Νόμος για τη Δημόσια Υγεία

- Επικεντρώνεται στην προσπάθεια προώθησης της Π.Φ.Υ.
- Εισαγάγει το Σώμα Επιθεωρητών Δημόσιας Υγείας
- Σ.Ο.Τ.Υ. επιτροπή ελέγχου των νοσοκομείων
- Δημιουργία εξάμηνης επιτροπής με σκοπό τον προγραμματισμό δημόσιας υγείας σε κάθε περιφέρεια
- Μετατροπή της ειδικότητας της κοινωνικής ιατρικής σε ειδικότητα δημόσιας υγείας.
- Εστιάζεται στα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου
- Δίνει αρμοδιότητες διοίκησης στους διευθυντές ιατρούς των νοσοκομείων
- Αναβάθμιση της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας
- Ορίζει ΝΠΙΔ ως χώρους εκπαίδευσης ιατρών.

# Μέλλον: Δημογραφική Εξέλιξη

- Συρρίκνωση του ανθρώπινου δυναμικού λόγω της αλλαγής του ασφαλιστικού.
- Γήρανση του ανθρώπινου δυναμικού
- Αλλαγή του ασφαλιστικού
- Πληθωριστική τάση των ιατρών

## Μέλλον: Εκπαίδευση

- Συρρίκνωση νοσηλευτικών σχολών σε μία βαθμίδα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
- Λειτουργία τμημάτων εκπαίδευσης στα υγειονομικά ιδρύματα.
- Εκπαίδευση και αξιολόγηση των ιατρών

# Μέλλον: Τεχνολογία

- Κοινωνία της πληροφορίας
- Χρήση τεχνογνωσίας στο 60% του πληθυσμού
- Εξοπλισμός σε αποκεντρωμένες μονάδες
- Εξέλιξη βιοϊατρικής



## Μέλλον: Διοίκηση

- Σύσταση εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας νοσηλευτικών ιδρυμάτων
- Σύσταση νέων οργανισμών
- Μεγαλύτερη πρόσβαση των εργαζομένων με ευέλικτους μηχανισμούς στη λήψη αποφάσεων

# Μέλλον: Οικονομικοί Παράγοντες

- Γραμμική σχέση βιοτικού και κοινωνιο-οικονομικού επιπέδου με την ανάπτυξη του υγειονομικού
- Εξέλιξη δημόσιων δαπανών
- Παραοικονομία
- Κατευθυνόμενη ζήτηση για προϊόντα
- Κλειστά – ανοιχτά νοσήλια/νοσοκομεία

# Σενάρια Μέλλοντος

- «Ίασις»: Ευελιξία στελέχωσης των υγειονομικών ομάδων, ποιοτική προσφορά υπηρεσιών υγείας, ικανοποίηση χρηστών, λειτουργία των υγειονομικών μονάδων εντατικής θεραπείας, αποκέντρωση.
- «Σήψη»: Συρρίκνωση δημόσιου τομέα, συμμετοχή στο 50% των νοσηλίων, κατάρρευση ασφαλιστικού συστήματος