

Διπλωματική εργασία

Τίτλος: Διοίκηση και δομή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας στην Ελλάδα: Ένα μοντέλο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συγγραφή: Κρίνα Ιωάννα

Επιβλέπων καθηγητής : Γιαννακόπουλος Διονύσιος.

Πειραιάς 2017.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος στη διοίκηση μονάδων υγείας και πρόνοιας. Επικεντρώνεται στην μελέτη των διοικητικών χαρακτηριστικών και της δομής των ιδιωτικών και δημόσιων παροχών υγείας στην Ελλάδα. Επιπλέον προτείνει μεταρρυθμίσεις οι οποίες ίσως να οδηγήσουν σε ένα νέο βελτιωμένο μοντέλο λειτουργίας για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας βασίστηκε στην άντληση στοιχείων από υφιστάμενες μελέτες και στην επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας τόσο σε επιστημονικά άρθρα όσο και βιβλία. Τα αίτια στα οποία οφείλεται η δυσλειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αφορούν στην συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με τους λιγοστούς πόρους, την ελλιπή κρατική χρηματοδότηση, την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας (σε συνθήκες οικονομικής κρίσης) και τον κατακερματισμό των ταμείων υγείας. Επιπρόσθετα από έρευνες οι οποίες παρατίθενται και αφορούν την ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας απορρέει το γεγονός ότι οι Έλληνες πολίτες δεν είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας και αυτό οφείλεται σε παράγοντες που αφορούν στις κτηριακές εγκαταστάσεις, στις ανισότητες στην πρόσβαση καθώς και στις μεγάλες λίστες αναμονής. Συμπερασματικά, η υφιστάμενη λειτουργία του συστήματος υγείας πρέπει να επανεξεταστεί ενώ νέες προσεγγίσεις όσον αναφορά στην διοίκηση, την οργάνωση και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να υιοθετηθούν. Ο τελικός στόχος θα πρέπει να είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε όλους παράλληλα με την άριστη χρήση των λιγοστών πόρων.

Λέξεις κλειδιά: σύστημα υγείας, διοίκηση, ιδιωτικός τομέας, δημόσιος τομέας, βελτίωση.

Abstract

This thesis has been submitted in fulfillment of the requirement for the award of the degree MSc in Administration of health and welfare units. It focuses on the study of the administrative features and the structure of the private and public health service providers in Greece. Moreover, it tries to propose reforms which may lead to a new improved operating model for the Greek National Health System (GNHS). This work has mainly been based on the use of data, already available at pre-existing relevant studies on the same issue, as well as, on an extended review of the relevant literature. It concludes that the causes to which the poor performance of the GNHS is due to, relate to the increasing demand for high quality health services together with the scarce resources, the inadequate state funding, the increase in private health expenditure (in conditions of economic recession), and the fragmentation of health funds. Moreover, based on surveys concerning the citizens' satisfaction from the GNHS, we conclude that Greek citizens are not satisfied from GNHS and this is due to factors related to health infrastructure, inequalities regarding the accession to the health system and on long lists waiting. In conclusion, the current operation of the health system should be reviewed, whereas new approaches should be adopted, regarding the administration, the structure and the funding of health services. The final goal should be the provision of high quality health services to everybody, and this should go hand in hand with the optimal use of the scarce resources.

Keywords: health system, administration, private sector, public sector, improvement.

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου και διευθυντή σπουδών του μεταπτυχιακού προγράμματος Γιαννακόπουλο Διονύσιο για την επίβλεψη της διπλωματικής μου εργασίας καθώς και τον κύριο Λαβράνο Γιάγκο μέλος της εξεταστικής επιτροπής για τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις του. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση της στην προσπάθεια μου αυτή.

| | |
|------------------|---|
| Περίληψη..... | 1 |
| Abstract..... | 2 |
| Ευχαριστίες..... | 3 |
| Εισαγωγή..... | 7 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1 Γενικές αρχές διοίκησης..... | 9 |
| 1.2 Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η εφαρμογή του management στα νοσοκομεία.. | 14 |
| 1.3 Η δομή του συστήματος υγείας..... | 15 |
| 1.4 Οι μορφές των οργανισμών υγείας..... | 18 |
| 1.5 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας..... | 20 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 Η πορεία μέχρι την δημιουργία του ΕΣΥ..... | 25 |
| 2.2 Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις μετά την δημιουργία του ΕΣΥ..... | 27 |
| 2.3 Οι πηγές χρηματοδότησης και οι δαπάνες του ΕΣΥ..... | 31 |
| 2.4 Η στελέχωση του ΕΣΥ..... | 37 |
| 2.5 Τα προβλήματα της υφιστάμενης κατάστασης του ΕΣΥ..... | 40 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1 Το πλαίσιο ανάπτυξης και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα..... | 43 |
| 3.2 Οι αιτίες ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα..... | 47 |
| 3.3 Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας..... | 49 |
| 3.4 Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες των ιδιωτικών δαπανών υγείας..... | 52 |
| 3.5 Σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα..... | 54 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

| | |
|---------------------------------------------------|----|
| 4.1 Μέθοδοι αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας..... | 56 |
| 4.2 Ανταποκρισιμότητα του συστήματος..... | 57 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3 Η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών..... | 59 |
| 4.4 Οι προσδοκίες των πολιτών από το σύστημα υγείας..... | 62 |
| 4.5 Η ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας..... | 64 |
| 4.6 Ευρήματα από μελέτες ικανοποίησης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας..... | 66 |

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΝΕΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.**

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1 Συγκριτική ανασκόπηση συστημάτων άλλων χωρών..... | 71 |
| 5.2 Ο σχεδιασμός προς ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας..... | 74 |
| 5.3 Προτάσεις για την βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας..... | 77 |
| 5.3.1 Προτάσεις για την βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την αποκέντρωση του συστήματος..... | 80 |
| 5.3.2 Προτάσεις για την συγκράτηση των δαπανών και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης..... | 83 |
| Συμπεράσματα..... | 85 |
| Βιβλιογραφία..... | 86 |

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ:

| A/A | | ΣΕΛ. |
|-----|---------------------------------------------------------------------|------|
| 1.1 | Τα χαρακτηριστικά της δομής του Συστήματος Υγείας. | 22 |
| 1.2 | Ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες του συστήματος υγείας. | 24 |
| 2.1 | Η χρηματοδότηση στο πρότυπο του Εθνικού συστήματος υγείας. | 32 |
| 2.2 | Το σύστημα χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης | 33 |
| 2.3 | Το σύστημα χρηματοδότησης των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών | 33 |
| 2.4 | Δομή της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2011. | 36 |
| 3.1 | Swot ανάλυση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. | 46 |

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ:

| A/A | | ΣΕΛ. |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.1 | Ιδιωτικές και δημόσιες δαπάνες υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε.,1995-2013(% ΑΕΠ). | 35 |
| 2.2 | Ανάλυση των δαπανών υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε.,2013(%ΑΕΠ). | 36 |
| 2.3 | Αριθμός επαγγελματιών ενεργών ιατρών,2013(ανά 1000 κατοίκους) | 39 |
| 2.4 | Αριθμός επαγγελματιών ενεργών νοσηλευτών,2013(ανά 1000 κατοίκους) | 39 |
| 3.1 | Οι εγγεγραμμένοι ανά κλάδο ασφάλισης για τα έτη 2012-2015. | 50 |
| 3.2 | Τα έξοδα για τα έτη 2012-2015 σε κλινικές και επιδόματα καθώς και καλυπτόμενα έξοδα σε δημόσιους παρόχους από ιδιωτικές ασφαλιστικές. | 51 |
| 3.3 | Οι καταβεβλημένες αποζημιώσεις για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από ιδιωτικές ασφαλιστικές. | 52 |
| 4.1 | Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών το 2015. | 70 |

Εισαγωγή

Η πρόσφατη χρηματοοικονομική κρίση έχει αφήσει το στίγμα της στην παγκόσμια οικονομία και φυσικά δεν άφησε ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας. Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του καταναλωτή με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για το κράτος θα πρέπει να αποτελεί το πρωταρχικό μέλημα τόσο για τους ιθύνοντες χάραξης πολιτικής υγείας όσο και για τους ασκούντες διοίκησης στις μονάδες υγείας και πρόνοιας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1983 και σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο επρόκειτο να εγγυηθεί την καθολική και ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, περισσότερο από τριάντα χρόνια μετά, είναι κοινή πεποίθηση ότι αυτός ο στόχος δεν έχει επιτευχθεί. Αντίθετα είναι ευρέως αποδεκτό ότι το Ε.Σ.Υ χρειάζεται ριζική αναδιάρθρωση. Σκοπός λοιπόν για την συγγραφή της παρούσας διπλωματικής αποτέλεσε η ανάδειξη ενός νέου μοντέλου παροχής υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα αφού πρώτα παρουσιαστεί και αναλυθεί το πλαίσιο της υφισταμένης κατάστασης στην διοίκηση, την δομή, την χρηματοδότηση των υπηρεσιών αλλά και τα προβλήματα από τα οποία διέπονται οι μονάδες παροχής υπηρεσιών αλλά και το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται η αποσαφήνιση του όρου διοίκησης και αναφέρονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η εφαρμογή του management σήμερα στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες και τα χαρακτηριστικά από τα οποία διέπεται το αγαθό της υγείας. Επιπλέον αναλύεται η υφισταμένη δομή του συστήματος υγείας αλλά και των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Η πορεία που διανύθηκε μέχρι την δημιουργία του, οι στόχοι της δημιουργίας του, οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα μέχρι και σήμερα. Επιπροσθέτως αναλύονται οι τρόποι χρηματοδότησης αλλά και η στελέχωση του. Συμπερασματικά των προηγούμενων αναφέρονται τα προβλήματα της υφιστάμενης κατάστασης.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αίτια που οδήγησαν στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα αλλά και τον ρόλο αυτού στο σύστημα υγείας καθώς και οι κοινωνικές και οι οικονομικές συνέπειες αυτής της ανάπτυξης.

Αναλύεται η ιδιωτική ασφάλιση ως μέσο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αλλά και το πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Τέλος με βάση την Βρετανική εμπειρία διερευνάται κατά πόσο οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα όσον αναφορά στις υπηρεσίες υγείας θα βοηθούσαν το σύστημα υγείας να γίνει πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό.

Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται η αξιολόγηση του συστήματος υγείας μέσω δεικτών όπως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ανταποκρισιμότητα του συστήματος και η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα. Αφού επισημανθούν οι προσδοκίες των ασθενών όπου μέσα από την εκπλήρωση τους προσδιορίζεται η ικανοποίηση τους παρατίθενται έρευνες που πραγματοποιηθήκαν προκειμένου να ποσοτικοποιήσουν την ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αφού γίνει μια σύντομη ανασκόπηση στο σύστημα υγείας τεσσάρων άλλων χωρών προκειμένου να συγκριθούν με το Ελληνικό παρατίθενται λύσεις και προτάσεις προκειμένου να βελτιωθεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Οι προτάσεις προσδιορίζονται γενικά στο πλαίσιο της βελτίωσης αλλά γίνεται και μια εκτεταμένη ανάλυση των προτάσεων που θεωρούνται πιο ζωτικής σημασίας για το σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

1.1 Γενικές αρχές διοίκησης.

Αρκετοί ορισμοί έχουν δοθεί στο πέρασμα των ετών τόσο στην Ελληνική όσο και στην ξένη βιβλιογραφία αναφορικά με το όρο διοίκηση ή αλλιώς management όρος που έχει επικρατήσει στις μέρες μας. Πριν όμως παρατεθούν διάφοροι ορισμοί που έχουν δοθεί αξίζει να αποσαφηνιστεί η πραγματική σημασία των λέξεων έτσι όπως χρησιμοποιούνται σήμερα.

Ο όρος διοίκηση είναι ταυτόσημος με τον γαλλικό όρο administration και η διοικητική επιστήμη συνδέεται με το διοικητικό δίκαιο και την οργάνωση. Στον αντίποδα ο όρος management που χρησιμοποιείται στις αγγλοσαξονικές χώρες περιέχει περισσότερο την έννοια της οργάνωσης και λιγότερο της διοίκησης. Συχνά όμως στην βιβλιογραφία οι όροι οργάνωση – management και διοίκηση – administration ταυτίζονται (Λιαρόπουλος Λ., 2007). Τέλος αξίζει να σημειωθεί σύμφωνα με τον Ζευγαρίδη (1984) ότι ο όρος που εισήγαγε ο πατέρας της διοικητικής επιστήμης F.W Taylor “scientific management” μεταφράστηκε στην γαλλική βιβλιογραφία ως « επιστημονική οργάνωση της εργασίας »

Σύμφωνα με τον Κανελλόπουλο (1992) το management μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε είδος οργανισμού. Ο συντονισμός πολλών παραγωγικών πόρων (ανθρώπινων , υλικών και τεχνικών) με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων αποδίδεται με τον όρο διοίκηση ή management.

Σύμφωνα με τον Σαίτη (1992) με τον όρο management εννοούμε την μεθοδική προσπάθεια υλοποίησης δεδομένων σκοπών μέσω της οργάνωσης , του ελέγχου , του προγραμματισμού και της διεύθυνσης.

Ο Richard Daft ορίζει το management σαν *“ την εκπλήρωση των σκοπών του οργανισμού μέσω προγραμματισμού, οργάνωσης διεύθυνσης και ελέγχου των πηγών του οργανισμού ”*. Ο Paul Hersey και ο Kenneth Blanchard ορίζουν το management σαν *“ μια εργασία που πραγματοποιείται με άτομα και δια μέσου ατόμων και ομάδων εκπληρώνονται οι σκοποί ενός οργανισμού ”*. (Ζαβλάνος Μ., 2002).

Η επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από μια ομάδα ατόμων που έχουν ως στόχο την επιδίωξη σκοπών προς όφελος της ομάδας ως προς το σύνολο, αλλά και ως και προς όφελος των μελών ξεχωριστά ορίζεται ως διοίκηση. Το διοικητικό έργο έγκειται στην αποτελεσματική αξιοποίηση των πάσης φύσεως

δυνατοτήτων της ομάδας και των εργαλείων που έχει στην διάθεση της. (Φλώρος Χ., 1993).

Το management είναι μια κοινωνική διαδικασία. Κοινωνική γιατί καθορίζεται από τις σχέσεις των ατόμων και διαδικασία γιατί απαρτίζεται από συγκεκριμένες τακτικές με μόνο σκοπό την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων. (Ζαβλάνος Μ., 2002).

Όπως παρατηρείται σε όλους τους ορισμούς αναφορικά με την διοίκηση περιλαμβάνεται η λέξη " οργανισμός ". Έτσι σύμφωνα με τον Πολύζο (2014) με τον όρο οργανισμό εννοούμε μια ομάδα ατόμων (δύο ή περισσότερων), οι οποίοι αφού τεθούν οι στόχοι εργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού.

Οι βασικές λειτουργίες της διοίκησης περιλαμβάνουν τα εξής :

- Σχεδιασμό – προγραμματισμό
- Οργάνωση
- Διεύθυνση – καθοδήγηση
- Έλεγχο
- Ανασκόπηση

Ο σχεδιασμός – προγραμματισμός θέτει τους στόχους και τους σκοπούς του οργανισμού και τον τρόπο με τον οποίο αυτοί θα επιτευχθούν. Η οργάνωση περιλαμβάνει το στάδιο της κατανομής των αρμοδιοτήτων στα μέλη του οργανισμού με διαμορφωμένη την βαθμίδα εξουσίας. Η διεύθυνση – καθοδήγηση είναι η εποπτεία αν επιτυγχάνονται οι στόχοι. Με τον έλεγχο πραγματοποιείται η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και σύμφωνα με τα συμπεράσματα γίνονται οι απαραίτητες διορθώσεις των δραστηριοτήτων , αναθεωρώντας και τροποποιώντας τις διαδικασίες σύμφωνα με τα βήματα που περιλαμβάνει η ανασκόπηση (Πολύζος Ν., 2014).

Η διοίκηση στο χώρο της υγείας διαφοροποιείται σε σχέση με τους υπόλοιπους οργανισμούς για τον λόγο ότι περιέχει πολλούς εμπλεκόμενους φορείς κυρίως στους δημόσιους οργανισμούς σε σχέση με τους ιδιωτικούς. Επιπλέον οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας παρέχουν ένα κοινωνικό αγαθό με πρωταρχική θέση στην κλίμακα των αναγκών του ανθρώπου αυτό της υγείας και οφείλουν προς τούτο να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ένα ασφαλές για τον ασθενή περιβάλλον και να προσαρμόζονται στις επικρατούσες κάθε φορά συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος (Γούλα Α., κ συν., 2014).

Η δυσλειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων όπως αυτή επισημάνθηκε από διάφορους ερευνητές, οδήγησαν τις κυβερνήσεις στη δημιουργία νόμων προκειμένου να εισάγουν την εφαρμογή του management και τους διοικητές στα νοσοκομεία (Στάθης Γ., 1996). Έτσι από το 1983 έως το 2001, στους νομούς αναφορικά με την υγεία γινόταν λόγος για τους ασκούντες διοίκησης στα νοσοκομεία. (Γώγος Χ., 2011)

Με τον νόμο 2889/2001 εισάγεται το επαγγελματικό management στα νοσοκομεία με διοικητές που επιλέγονται από την επιτροπή αξιολόγησης και επιλογής ανώτερων στελεχών υπηρεσιών υγείας.

Οι managers διοίκησης ή ανθρωπίνων πόρων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν ένα δύσκολο εξωτερικό περιβάλλον (κυβέρνηση, ασφάλιση, ιδιωτική χρηματοδότηση και παροχή, εθνικά συστήματα υγείας, προμηθευτές φαρμάκων, υλικών και υπηρεσιών, πολλά επαγγέλματα υγείας με τα ανάλογα συνδικάτα, καθώς και σύλλογοι ασθενών) το οποίο δημιουργεί ένα πολύπλοκο μείγμα συμφερόντων όπου καλείται να διαχειριστεί ο manager (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000). Ο manager ενός νοσοκομείου είτε είναι δημόσιο και ο στόχος είναι η υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών σε συνδυασμό με την συγκράτηση του κόστους, είτε είναι ιδιωτικό όπου θεωρείται κερδοσκοπικός οργανισμός, με βάση την βιβλιογραφία θα πρέπει να έχει συγκεκριμένα προσόντα. Το βασικότερο εξ αυτών είναι το ενδιαφέρον του για τον άνθρωπο (Koozes & Posner, 1999). Επιπλέον προσόντα είναι οι δυνατότητα προσαρμογής στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και τα οικονομικά δεδομένα που αλλάζουν διαρκώς (Altacron AM., et al., 2002), η ικανότητα του να δημιουργεί ένα στόχο και η υλοποίηση του να γίνεται όραμα από τα μέλη του οργανισμού (Contino D., 2004).

Όπως έχει επισημανθεί από τους ερευνητές, επειδή οι οργανισμοί είναι πολύπλοκοι και δυναμικοί οι ηγέτες καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλούς ρόλους και καταστάσεις, γεγονός που αναπτύσσει ανταγωνιστικές συμπεριφορές (Lawrence K., et al., 2009). Για τον λόγο αυτό οι Quinn R. και Cameron K. διατύπωσαν την θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών (Cameron & Whetten, 1996). Το εν λόγω πλαίσιο βασίζεται στην παραδοχή ότι οι οργανισμοί περιγράφονται βάση δύο διαστάσεων (Γούλα Α., 2013).

Η πρώτη διάσταση αφορά το εσωτερικό μικρο – περιβάλλον του οργανισμού καθώς και το εξωτερικό μακρο – περιβάλλον (Tianyuan & Nengquan, 2009). Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002), το εσωτερικό ενός οργανισμού αφορά την εσωτερική οργάνωση και το εσωτερικό κλίμα, ενώ το εξωτερικό περιβάλλον αφορά

στοιχεία όπως η αγορά, οι εξελίξεις, ο πελάτης και ο ανταγωνισμός. Η δεύτερη διάσταση αφορά τον προσανατολισμό του οργανισμού για ευελιξία ή έλεγχο (Tianyuan & Nengquan, 2009). Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν οργανισμοί που εστιάζουν στον έλεγχο, την ιεραρχία και την σταθερότητα σε αντίθεση με άλλους οργανισμούς που δίνουν έμφαση στην ευελιξία των εργαζομένων, στην ελευθερία πρωτοβουλιών και στις ανεπίσημες σχέσεις (Μπουραντάς Δ., 2002).

Ο συνδυασμός των δύο προαναφερθέντων διαστάσεων δημιουργεί τέσσερα μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας (Γούλα Α., 2013), που κάθε μοντέλο αντικατοπτρίζει μια διαφορετική θεωρία στην λειτουργία των οργανισμών (O'Neill & Quinn, 1993). Τα μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας σύμφωνα με την Γούλα (2013), είναι τα έξης:

1. Μοντέλο ανθρωπίνων πόρων
2. Μοντέλο ανοιχτού συστήματος
3. Μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας
4. Ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο

Το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων εστιάζει στο εσωτερικό του οργανισμού δίνοντας έμφαση στην εμπιστοσύνη και την ομαδική εργασία. Ο ηγέτης προάγει την συμμετοχική διοίκηση και την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων προκειμένου ο οργανισμός να λειτουργήσει καλύτερα. Αντίθετα στο μοντέλο ανοιχτού συστήματος ο οργανισμός εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον. Αποτελεί μοντέλο οργανισμών που επενδύουν στην έρευνα και την ανάπτυξη με την διοίκηση να ενθαρρύνει την καινοτομία, χωρίς τίποτα να είναι σταθερό αφού οι αρμοδιότητες των υπαλλήλων προσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες. Το μοντέλο στόχων – αποδοτικότητας εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και η εφαρμογή του εν λόγω μοντέλου από τους οργανισμούς έχει σαν στόχο την παραγωγικότητα και το κέρδος. Το ιεραρχικό – γραφειοκρατικό μοντέλο αναπτύχθηκε από το κοινωνιολόγο Max Weber και εστιάζει στις εσωτερικές διαδικασίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου είναι οι δημόσιοι οργανισμοί όπου τηρείται η ιεραρχία και οι σταθερές διαδικασίες (Cameron & Quinn, 2006).

Είναι γεγονός πως στην Ελλάδα οι δημόσιοι φορείς υγείας λειτουργούν με το γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης εμφανίζοντας έτσι το πρόβλημα του διαρθρωτικού κατακερματισμού μεταξύ της διοίκησης και των τμημάτων. Το φαινόμενο της γραφειοκρατίας έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία σύγχυσης αρμοδιοτήτων μεταξύ του προσωπικού μετακυλώντας έτσι τις ευθύνες στο χώρο

εργασίας και δημιουργώντας αναποτελεσματικό συντονισμό. Συνεπώς η αξιοποίηση του προσωπικού χάνει το σωστό προσανατολισμό της. Όλες αυτές οι συνέπειες επιβαρύνουν τον ασθενή και κλονίζουν την εμπιστοσύνη του προς το δημόσιο πάροχο υγείας και δημιουργούν έντονη δυσαρέσκεια (Σαρρής κ συν., 2003). Αξίζει να σημειωθεί ότι με τον όρο γραφειοκρατία εννοούμε τις διαδικασίες που χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα με αποτέλεσμα την καθυστέρηση ή και την αδράνεια των διαδικασιών. (Ζαβλάνος Μ., 2002).

Φυσικά το συγκεκριμένο μοντέλο δεν αποτελεί μόνο Ελληνικό φαινόμενο. Από τις αρχές του 1980 σε χώρες όπως η Σουηδία, ο Καναδάς, η Μεγάλη Βρετανία, οι ΗΠΑ κ.α. επιχείρησαν την εφαρμογή του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης (Philippidou S., 2009). Όμως το 1990 εισήγαγαν το μοντέλο της συμμετοχικής διοίκησης στα νοσοκομεία εξαιτίας της αποτυχίας του γραφειοκρατικού μοντέλου, με απώτερο στόχο να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να προστατέψουν την ασφάλεια των ασθενών. (Mannion R., et al., 2005). Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης προέβλεπε την συμμετοχική εργασία. Δηλαδή την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, την επίλυση προβλημάτων, την λήψη αποφάσεων και τελικά την αλλαγή του χαρακτήρα του νοσοκομείου από ιατρο-κεντρικό σε ασθενό-κεντρικό (Scott K., 2003). Πλέον στις μέρες μας, σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι για να παραχθούν υψηλής ποιότητας παροχές υγείας πρέπει το προσωπικό να συνεργάζεται αρμονικά. (Γούλα Α., 2013).

Η δράση του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης εστιάζει στην διεπιστημονική προσέγγιση της ασθένειας και την αμοιβαία συμπληρωματικότητα όλων των επαγγελματιών υγείας. Έτσι το προσωπικό γίνεται πιο αποδοτικό μέσω της αναγκαίας συνεργασίας του και οι ευθύνες κατανέμονται στο προσωπικό δίκαια και αναλογικά. Συνεπώς το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες υγείας (Σαρρής Μ., 2001).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν την αποδοτικότητα του συμμετοχικού μοντέλου κατέγραψαν θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού, αυξάνοντας έτσι την ικανοποίηση του τελικού αποδέκτη – ασθενή (Speroff T., et al., 2010).

Ειδικεύοντας βέβαια θα πρέπει να τονιστεί ότι το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης έχει ως κύριο στόχο την ικανοποίηση του ασθενή και θέτει τον ίδιο στο κέντρο του συνόλου των ενεργειών (Γούλα Α., κ συν., 2014). Έχει επισημανθεί ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα που εφαρμόζουν ασθενό-κεντρικό σύστημα κουλτούρας έχουν

άμεση επίλυση προβλημάτων μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας καθώς επίσης και σωστό συντονισμό του προσωπικού με στόχο την λήψη αποφάσεων για την πορεία ενός ασθενούς (Zimmerman JE., 1993).

1.2 Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η εφαρμογή του management στα νοσοκομεία.

Η εφαρμογή του management στους οργανισμούς, οδηγεί στην βελτίωση της λειτουργίας τους (Aarand JM., et al., 2014). Η δομή και η λειτουργία των οργανισμών εκφράζεται μέσα από τις κοινωνικές σχέσεις που αποτυπώνουν αξίες, προσδοκίες και ανάγκες. (Σιγάλας I.,1999)

Τα πρότυπο οργάνωσης των οικονομικών και διοικητικών μονάδων δεν είναι ταυτόσημα με τους νοσοκομειακούς οργανισμούς (Υφαντόπουλος Γ., 1984) και αυτό γιατί στην λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων συμμετέχουν διάφορες επαγγελματικές ομάδες (Epstein & Manzoni, 2003). Στις υπόλοιπες οικονομικές και διοικητικές μονάδες η εξουσία είναι κάθετη και άμεσα αναγνωρίσιμη, στις μονάδες όμως παροχής υγείας η δομή εξουσίας είναι διπλή (Brooks K., 1995). Η μια εξουσία αφορά αυτή που ασκείται από την διοίκηση του οργανισμού (εκτελεστική) και η άλλη αυτή που πραγματοποιείται από τους ιατρούς (επαγγελματική) (Μαίνα και Αγραφιώτης, 1997). Η ιεραρχία στο νοσοκομείο ξεκινάει από την ανώτατη διοίκηση δηλαδή τον διοικητή ή τον πρόεδρο του νοσοκομείου, όπου κατανέμει τις αρμοδιότητες στις τέσσερις υπηρεσίες του νοσοκομείου, δηλαδή στην ιατρική, την νοσηλευτική, την διοικητική και την τεχνική (Χρυσάκης & Υφαντόπουλος, 2007).

Δεδομένου ότι οι δύο εξουσίες δηλαδή η ιατρική και διοικητική δεν έχουν εφάμιλλη οργάνωση και λειτουργία η διοίκηση περιπλέκεται. (Τούντας Γ., κ συν., 2008). Επιπλέον οι γιατροί και οι νοσηλευτές ασκούν διοικητικά καθήκοντα και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συγκρούονται οι ρόλοι και τα συμφέροντα (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Από την μια το ιατρικό προσωπικό λαμβάνει τις αποφάσεις για την νοσηλεία των ασθενών και από την άλλη η διοίκηση διαχειρίζεται τους πόρους με τέτοιο τρόπο ώστε η επιτυχής έκβαση των ιατρικών δραστηριοτήτων να εξασφαλίζεται με τις απολύτως απαραίτητες δαπάνες. Συμπερασματικά οι ιατροί μετρούν την αποδοτικότητα με βάση τα κλινικά αποτελέσματα ενώ η διοίκηση λαμβάνει υπόψη της και την οικονομική απόδοση της μονάδας (Χρυσάκης & Υφαντόπουλος, 2007). Σύμφωνα με τους Jacobs et al., (2012) οι διοικητικοί ρόλοι αντιμετωπίζουν τον οργανισμό σαν σύνολο, αντίθετα με τους ιατρούς όπου

αντιμετωπίζουν κάθε περίπτωση ξεχωριστά, δίνοντας αξία στην επαγγελματική αυτονομία.

Στα δημόσια νοσοκομεία πολλές φορές η εφαρμογή διοικητικών αποφάσεων δεν υλοποιείται γιατί παρατηρείται το φαινόμενο της αλλαγής των διοικήσεων κάθε φορά που ορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση νέος υπουργός υγείας. Επιπλέον επισημαίνεται ότι ο ρόλος των διοικητών είναι περιορισμένος αφού το υπουργείο υγείας διατηρεί τον επιτελικό του ρόλο, υπαγορεύοντας εντολές και οδηγίες στους διοικητές των νοσοκομείων (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι από τους 171 διοικητές και αναπληρωτές διοικητές που στελέχωναν τα νοσοκομεία της χώρας το 2010, πτυχίο που να σχετίζεται με τα οικονομικά ή την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας διέθεταν μόνο οι 24 (Λιαρόπουλος Λ., 2010).

1.3 Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Προτού αναφερθούμε στην δομή του συστήματος υγείας θα πρέπει να οριστεί τι είναι το σύστημα γενικά και τι είναι το σύστημα υγείας ειδικά. Το σύνολο των στοιχείων που είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους ορίζεται ως σύστημα (Καλογερόπουλου και Μουρδουκούτας, 2007). Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007) σύστημα είναι ο συνδυασμός αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που ο συνδυασμός τους αποφέρει ένα συγκεκριμένο σκοπό.

Σύμφωνα με τον ορισμό που αναφέρεται από τους Καλογερόπουλου και Μουρδουκούτα (2007) το σύστημα υγείας απαρτίζεται από επιμέρους υποσυστήματα που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να διατηρηθεί και να προαχθεί η υγεία των πολιτών δηλαδή να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος. Ειδικότερα αποτελείται από τρία υποσυστήματα: το πρώτο αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο αναφέρεται στην παράγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και το τρίτο στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας. Σε μια πιο ελεύθερη μετάφραση των υποσυστημάτων μπορεί να κατανοήσει κανείς ότι το πρώτο αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το δεύτερο την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Παρόμοιος είναι και ο ορισμός που έχει δοθεί από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας ορίζοντας ως σύστημα υγείας εκείνο το σύστημα που περιέχει όλες τις απαραίτητες πράξεις οι οποίες επιτυγχάνουν την πρόληψη, την αποκατάσταση και την διατήρηση της υγείας των πολιτών (WHO, 2000).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας θεωρείται ανοιχτό και αυτό γιατί ανταλλάσσει ενέργεια, ύλη, πληροφορίες, προϊόντα και υπηρεσίες με το περιβάλλον (Καλογερόπουλου και Μουρδουκούτας, 2007). Σύμφωνα με τους Θεοδώρου κ. συν., (2001) το σύστημα υγείας δεν είναι ο μόνος υπεύθυνος για την υγεία ενός πληθυσμού. Η υγεία καθορίζεται επιπλέον από τον τρόπο ζωής των ατόμων, από κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Ezati et al ., 2002).

Η δομή των συστημάτων υγείας προσδιορίζεται από τον τρόπο κάλυψης των πολιτών. Τρεις είναι οι βασικοί τύποι συστημάτων:

- Φιλελεύθερο σύστημα υγείας – σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης.
- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – σύστημα τύπου Bismark.
- Εθνικό σύστημα υγείας – σύστημα τύπου Beveridge.

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίστηκε στην παραδοχή του Milton Friedman, δηλαδή ότι η υγεία αποτελεί ένα αγαθό όπως όλα τα άλλα (Friedman M., 1982), συνεπώς η αγορά των υπηρεσιών είναι ελεύθερη με περιορισμένη την κρατική παρέμβαση (Κυριόπουλος και Νίακας, 1994). Τα συστήματα υγείας τύπου Bismark βασίζονται στις εισφορές που πληρώνουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες (Δανηλίδου Α., 2009). Σύμφωνα με την Νικολακόπουλου – Στεφάνου (1992) οι εργοδότες κατόπιν την κρατικής παρέμβασης αναγκάστηκαν να πληρώνουν ασφαλιστικές εισφορές για την προστασία των εργαζομένων. Στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge για την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας ο μόνος υπεύθυνος είναι το κράτος και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας. (Μπεαζόγλου Τ., 1995)

Στην Ελλάδα θα μπορούσε να πει κανείς ότι το σύστημα υγείας είναι μικτό. Η προαναφερθέντα παραδοχή εξηγείται αν λάβει κανείς υπόψη ότι στο δημόσιο τομέα συνυπάρχουν τόσο στοιχεία μπερριτζιανών μοντέλων όσο και μπισμαρκιανών (Πολύζος Ν., 2014). Επιπλέον το Ελληνικό σύστημα υγείας ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα γεγονός που υποδηλώνει ανισότητες τόσο στην πρόσβαση όσο και στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω τριών βαθμίδων περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορά τις εξωνοσοκομειακές παροχές δηλαδή όταν το άτομο δεν παραμένει στο νοσοκομείο. Παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των

δημόσιων νοσοκομείων, από τα κέντρα υγείας, από τα πολυιατρεία (μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης), από ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα καθώς και από τα δημοτικά ιατρεία. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε πολίτες οι οποίοι χρειάζονται να νοσηλευτούν σε νοσοκομεία. Παρέχεται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, από νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ όπως τα στρατιωτικά και από τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τέλος η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές και αφορά υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας (Δανηλίδου Α., 2009).

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας του ΕΣΥ προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος δηλαδή η ισότιμη και καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Το Υπουργείο αποφασίζει για την κατανομή των πόρων και καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης στα πλαίσια ενός ευρύτερου σχεδιασμού και προγραμματισμού για την εφαρμογή πολιτικής υγείας. Είναι αρμόδιο για την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής καθώς και για τους επαγγελματίες υγείας. Κατόπιν έγκρισης από το υπουργικό συμβούλιο καθορίζονται οι προλήψεις του υγειονομικού προσωπικού. Ο εκάστοτε υπουργός εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων (Πολύζος Ν., 2014). Το 2011 εγκαθιδρύθηκαν οι υγειονομικές περιφερειακές αρχές και ορισμένες αρμοδιότητες μεταφέρθηκαν στις προαναφερθέντες αρχές (Οικονόμου Χ., 2012).

Εκτός από το Υπουργείο Υγείας όμως εμπλέκονται και άλλα υπουργεία. Το Υπουργείο Εργασίας το οποίο είναι αρμόδιο για τα ασφαλιστικά ταμεία. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πριν τις μεταρρυθμίσεις του 2011-12 υπήρχε μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων τα μεγαλύτερα εξ αυτών ενοποιήθηκαν με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (Πολύζος Ν., 2014). Επιπλέον εμπλεκόμενοι φορείς είναι το Υπουργείο Αμύνης το οποίο είναι αρμόδιο για τα στρατιωτικά νοσοκομεία, το Υπουργείο Παιδείας όπου έχει την εποπτεία των πανεπιστημιακών νοσοκομείων και τέλος το Υπουργείο Δικαιοσύνης το οποίο είναι υπεύθυνο για την υγεία των φυλακισμένων (Δανηλίδου Α., 2009). Τέλος σημαντικός ρόλο διαδραματίζει και το Υπουργείο Οικονομικών καθώς ελέγχει τον κρατικό προϋπολογισμό για δαπάνες υγείας και αποφασίζει τους πόρους που θα διατίθενται για την υγεία (Οικονόμου Χ., 2012).

Για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας όπως ήδη έχει αναφερθεί, το Υπουργείο Υγείας αποτελεί την οργανωτική δομή του συστήματος με τις κεντρικές και περιφερειακές του υπηρεσίες (Πολύζος Ν., 20014). Ο ρόλος της περιφερειακής και

τοπικής αυτοδιοίκησης είναι εξαιρετικά περιορισμένος. Προκειμένου να καταμεριστούν οι αρμοδιότητες το 2010 θεσμοθετήθηκε το σχέδιο Καλλικράτης το οποίο προέβλεπε για την υγεία την μεταφορά της ΠΦΥ στις τοπικές αρχές καθώς και την εφαρμογή από αυτές προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης (Οικονόμου Χ., 2012). Η απουσία όμως ουσιαστικών περιφερειακών αρχών υγείας έχει οδηγήσει σε υπερσυγκέντρωση αρμοδιοτήτων με αποτέλεσμα τελικά το υπουργείο να εγκαταλείπει τις αρχές του, να αθετεί τις ηθικές υποχρεώσεις και να απέχει από τον επιτελικό του ρόλο (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000), αφού στις κύριες αρμοδιότητες του είναι η διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων, η ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα και η διαχείριση του ΕΣΥ. (Οικονόμου Χ., 2012)

1.4 Οι μορφές των οργανισμών υγείας.

Σύμφωνα με τους Δίκαιο και Χλέτσο (1999) οι υπηρεσίες διακρίνονται ανάλογα με το είδος παροχής σε μονάδες ανοιχτής περίθαλψης και σε μονάδες κλειστής περίθαλψης. Ανοιχτές μονάδες είναι τα ιδιωτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, ενώ κλειστές μονάδες είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας. Επίσης ανάλογα με την νομική μορφή οι μονάδες υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε ιδιωτικές και δημόσιες. Οι δημόσιες υπόκεινται στο δημόσιο φορέα ή στην τοπική αυτοδιοίκηση ενώ οι ιδιωτικές σε φυσικό πρόσωπο ή σε νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Πολύζος Ν., 2014).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα, αναπτύσσεται μεταξύ τεσσάρων δομών, τόσο από ιδιωτικούς όσο και δημόσιους φορείς (Τούντας Γ., κ συν., 2008). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Οικονόμου (2012), παρέχεται από το ΕΣΥ, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα. Το ΕΣΥ παρέχει υπηρεσίες ΠΦΥ μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων καθώς και των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και επιπλέον των απογευματινών ιατρείων, των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και τέλος από το ΕΚΑΒ (Οικονόμου Χ., 2012).

Τα κέντρα υγείας απαρτίζονται από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και γενικούς ιατρούς, με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό προσωπικό και άλλους επαγγελματίες υγείας. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων και αποτελούν σημαντικό πάροχο στα αστικά κέντρα. Τέλος το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), παρέχει άμεση ιατρική φροντίδα και

διακομιδή των πολιτών στα νοσοκομεία. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης διαθέτουν πολυιατρεία και συμβεβλημένα με αυτά διαγνωστικά εργαστήρια και ιδιωτικά ιατρεία, ενώ η τοπική αυτοδιοίκηση παρέχει δημοτικά ιατρεία και διάφορες προνοιακές υπηρεσίες. Ο ιδιωτικός τομέας παρέχει υπηρεσίες όπως έχει ήδη αναφερθεί μέσω των συμβεβλημένων με τα ταμεία ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα όπου η αμοιβή γίνεται κατά πράξη καθώς και από μη συμβεβλημένα που αποζημιώνονται είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Οικονόμου Χ.,2012).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, από νοσοκομεία που δεν υπάγονται στο ΕΣΥ και από ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ η τριτοβάθμια φροντίδα από τις πανεπιστημιακές κλινικές. Εκτός από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία λειτουργούν και νοσοκομεία που χαρακτηρίζονται ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), που δημιουργήθηκαν με πόρους κοινωφελών ιδρυμάτων, είναι υπό την εποπτεία του δημόσιου τομέα και παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους των ταμείων (Οικονόμου Χ., 2012). Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ υποδιαιρούνται σε δύο κατηγορίες, γενικά και ειδικά. Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε παραπάνω από μια ιατρική ειδικότητα, ενώ τα ειδικά διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διάκριση σε περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία πλέον δεν ισχύει (Πολύζος Ν., 2014).

Αναφορικά με τα δικαιώματα των μεταναστών για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον νόμο 2910/2010 οι ξένοι πολίτες που κατοικούν μόνιμα στην χώρα μας έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες τόσο στην Εθνική όσο και στην κοινωνική ασφάλιση. Επιπλέον στους πρόσφυγες και στους αιτούντες άσυλο παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα, χωρίς όμως να έχουν την δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας. Αντίθετα οι πολίτες που δεν κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα σύμφωνα με τον νόμο 3386/2005 δεν έχουν ασφαλιστικά δικαιώματα και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, πλην των επειγόντων περιστατικών και των παιδιών που έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από το αν το περιστατικό είναι επείγον ή όχι (Mighealthnet 2009).

Σημαντικό ρόλο και ιδιαίτερα με τους κατοίκους που δεν έχουν δικαιώματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) καθώς και διάφορα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα που αναλαμβάνουν να

διευκολύνουν την πρόσβαση των μεταναστών στα νοσοκομεία για εξετάσεις ή για νοσηλεία. Παρά ταύτα οι δυνατότητες των εν λόγω οργανώσεων είναι περιορισμένες εξαιτίας του μεγάλου κόστους που απαιτεί η οργάνωσή τους αλλά και του μεγάλου αριθμού μεταναστών που δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Χριστοφιλάκη Μ., 2013).

1.5 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας.

Τα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας όπως έχουν οριστεί από τον Μπουρσανίδη (1991) είναι τα εξής: α) διαθεσιμότητα, β) προσπελασιμότητα, γ) συνέχεια της προσφοράς και δ) η καταλληλότητα και η αποδοτικότητα.

Πιο αναλυτικά οι παροχές υπηρεσιών υγείας οφείλουν να παρέχονται στο πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής θέσης του ασθενή. Οι υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται όχι μόνο σε περίπτωση ασθένειας αλλά πριν και μετά από αυτή και επιπλέον η προσφορά πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του πληθυσμού, βελτιώνοντας το επίπεδο υγείας του. (Μπουρσανίδης Χ., 1991)

Επιπλέον τα χαρακτηριστικά της δομής του συστήματος σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) είναι τα εξής:

1. Ο βαθμός ισοτιμίας του συστήματος ως προς την χρηματοδότηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
2. Η έκταση της κάλυψης των αναγκών Υγείας του πληθυσμού.
3. Η μορφή υπηρεσιών υγείας στις οποίες δίνει έμφαση
4. Η σχέση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών
5. Οι βαθμοί ελευθερίας επιλογών για τους χρήστες των υπηρεσιών.

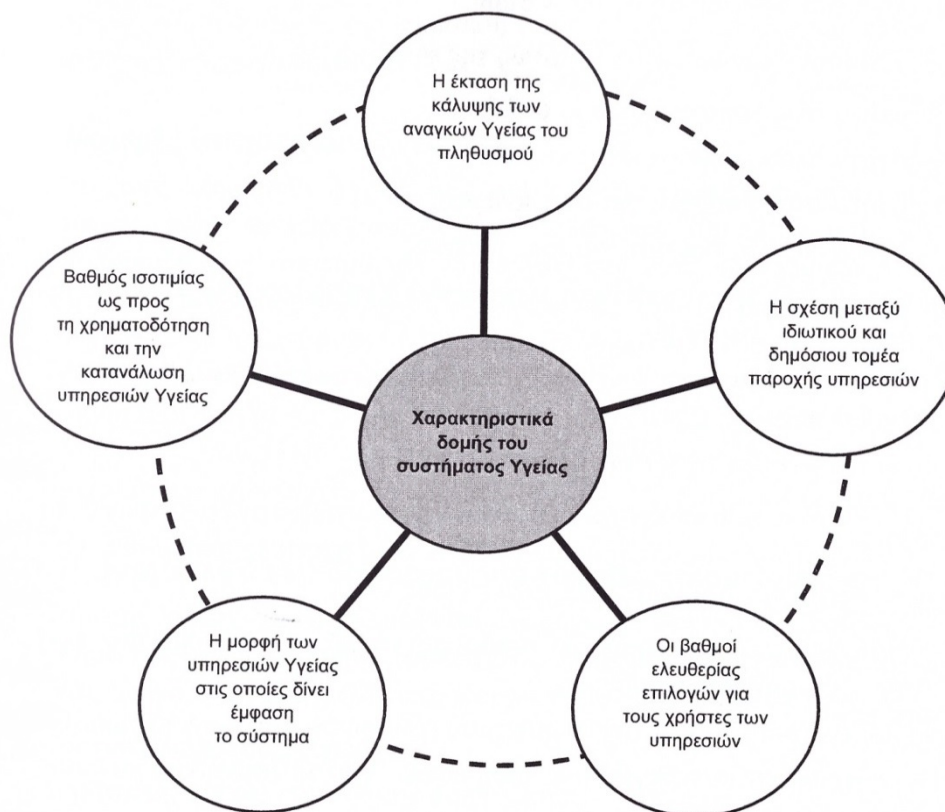
Πιο αναλυτικά σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) η ισοτιμία έχει δυο διαστάσεις. Η μια διάσταση είναι η οριζόντια και αφορά «ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων». Με τον τρόπο αυτό μεγιστοποιείτε το όφελος της κοινωνίας με συγκεκριμένους πόρους. Η άλλη διάσταση είναι κάθετη και αφορά «άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων αναγκών». Στην συγκεκριμένη διάσταση εντοπίζεται το πρόβλημα της μέτρησης και της εκτίμησης των ανισοτήτων με σκοπό να παραχθούν οι απαραίτητες υγειονομικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με τον Mooney (1984), η ισοτιμία περιλαμβάνει την ισότητα στις δαπάνες και τους πόρους κατά κεφαλή, την ισότητα στους πόρους και την πρόσβαση για ίσες ανάγκες, την ισότητα στην χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες

μεταξύ ομάδων του πληθυσμού καθώς και την ισότητα στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζεται και τέλος την ισότητα στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Οι ανισότητες στην πρόσβαση σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) πηγάζουν από διάφορες αιτίες. Το μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο του πληθυσμού, την γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας, που συνήθως ευνοούνται οι αστικές περιοχές, το χρόνο των πολιτών, που συνήθως ευνοούνται οι συνταξιούχοι και τέλος το ασφαλιστικό σύστημα, που θέτει οικονομικούς φραγμούς στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Η έκταση της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού επηρεάζεται από τους ακόλουθους παράγοντες: το επιστημονικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των ιατρών και των νοσηλευτών, πως κατανέμονται οι πόροι και οι υπηρεσίες ανά γεωγραφική περιφέρεια καθώς την επάρκεια των υπηρεσιών και των πόρων που διατίθενται στην παραγωγική διαδικασία. Οι μορφές των υπηρεσιών υγείας που δίνει έμφαση το σύστημα υγείας διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Υπάρχουν συστήματα που δίνουν έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και άλλα στην δευτεροβάθμια φροντίδα (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Ο βαθμός συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών θεωρείται ότι πρέπει να λειτουργεί συμπληρωματικά και ανταγωνιστικά ως προς το δημόσιο φορέα. Στα συστήματα υγείας, που λειτουργεί επιτυχώς ο δημόσιος φορέας ο ιδιωτικός τομέας δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος. Αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται σε συστήματα, που υπάρχει ανισοκατανομή της δημόσιας υποδομής, αυξημένη γραφειοκρατία και αυξημένη ζήτηση των πολιτών για εξατομικευμένες υπηρεσίες υγείας. Η ελευθερία επιλογών για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη καθώς οι χρήστες δεν έχουν την γνώση να επιλέξουν την κατάλληλη θεραπεία και συνεπώς δεν επιλέγουν τις υπηρεσίες που θα καταναλώσουν καθώς και τον ιατρό ή τους επαγγελματίες υγείας που θα τις προσφέρουν (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Ακολούθως παρουσιάζονται σχηματικά σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2004), τα χαρακτηριστικά της δομής του συστήματος υγείας.



Σχήμα 1.1: Τα χαρακτηριστικά της δομής του συστήματος υγείας.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες αγορές, αφενός διότι η επιβολή κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς κρίνεται απαγορευτική και αφετέρου λόγω των ιδιοτήτων του υγειονομικού τομέα. Οι χώρες της Ευρώπης διαχειρίζονται την υγεία ως κοινωνικό αγαθό και για τον λόγο αυτό προφυλάσσουν την παραγωγή και τη διανομή υπηρεσιών υγείας από τους μηχανισμούς της αγοράς (Σίκου Ο., κ συν., 2008). Ο καταναλωτής σε σχέση με τα υπόλοιπα αγαθά – προϊόντα στα οποία επικρατούν οι βασικές αρχές της αγοράς στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι αρχές αυτές ουσιαστικά αλλοιώνονται. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει ασύμμετρη πληροφόρηση, υπάρχει μειωμένος ανταγωνισμός λόγω του μονοπωλιακού καθεστώτος που επικρατεί, το προϊόν με το αποτέλεσμα χαρακτηρίζεται από ανομοιογένεια, η σχέση ζήτησης και προσφοράς επηρεάζεται από την κρατική παρέμβαση που διαφοροποιεί την προσφορά μέσω της παραγωγής και τέλος λόγω των εξωτερικών παραγόντων που επιδρούν στον υγειονομικό τομέα (Μαλλιαρού Μ., κ συν., 2011).

Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικές ιδιαιτερότητες έτσι όπως έχουν οριστεί από τους Δίκαιο κ συν., (1999):

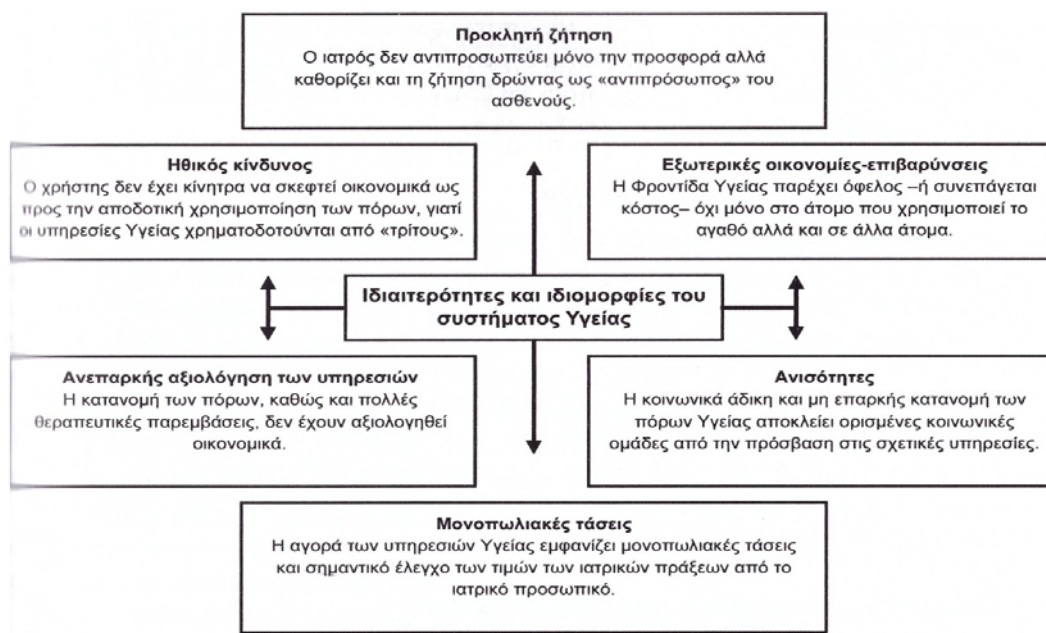
1. Η αυξημένη κρατική παρέμβαση.
2. Η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις.
3. Η ένταση της εργασίας, της οργάνωσης και της διαχείρισης.
4. Ο τρόπος που επιμερίζεται η εξουσία και οι ευθύνες.

Στην προσφορά υπηρεσιών υγείας έχουν αναπτυχθεί μονοπωλιακές τάσεις. Αυτό συμβαίνει αφενός γιατί οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία να αλλάξουν γιατρό και αφετέρου γιατί δεν είναι σε θέση να διαπραγματευθούν τις τιμές για τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Υφαντόπουλος Γ., 2003 & Κυριόπουλος Γ., 2007). Προκειμένου λοιπόν να περιοριστεί το μονοπώλιο υπάρχει έντονη κρατική παρέμβαση. Έτσι το κράτος ελέγχει τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, κατανέμει τους πόρους, χρηματοδοτεί τα προγράμματα υγείας και συντονίζει την κοινωνική πολιτική με σκοπό να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο υγείας στους πολίτες με το λιγότερο κόστος (Υφαντόπουλος Γ., 2003).

Στα συστήματα υγείας οι ασθενείς αντιπροσωπεύουν την πλευρά της ζήτησης, χωρίς όμως να έχουν την σχετική γνώση αλλά και πληροφόρηση για να αποφασίσουν την κατάλληλη θεραπεία αναλόγως της διάγνωσης (Υφαντόπουλος Γ., 2003). Αποτέλεσμα της έλλειψης πληροφόρησης είναι η αβεβαιότητα των ασθενών αφού οι προμηθευτές δηλαδή οι γιατροί προσφέρουν τόσο την πληροφόρηση όσο και την υπηρεσία γεγονός που πολλές φορές δημιουργεί αντικρουόμενα συμφέροντα (Κυριόπουλος Γ., 2007). Αποτέλεσμα των προαναφερθέντων είναι η κατανομή τόσο της εξουσίας όσο και της ευθύνης να είναι αποκλειστικά των ιατρών.

Τα συστήματα υγείας περιβάλλονται τόσο από τους ανθρώπινους πόρους (γιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό), όσο και από τους οικονομικούς πόρους. Για το λόγο αυτό απαιτείται μεγάλη εξειδίκευση του προσωπικού και συνεχής επιμόρφωση με σκοπό την βέλτιστη διοίκηση και οργάνωση αλλά και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων με πρωταρχικό μέλημα την ικανοποίηση και το καλό επίπεδο υγείας των πολιτών (Bulter & Valie 1984 και Harrison & Nutley 1993).

Συμπερασματικά στο ακόλουθο σχήμα αποτυπώνονται οι ιδιαιτερότητες και οι ιδιομορφίες του συστήματος υγείας έτσι όπως έχουν επισημανθεί από τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007).



Σχήμα 1.2: Ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες του συστήματος Υγείας.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα ενότητα αξίζει να αναφερθούν και οι ιδιαιτερότητες άσκησης διοίκησης στις μονάδες υγείας οι οποίες προκύπτουν από τις πολλές και διαφορετικές παραμέτρους που επηρεάζουν και πρέπει να λαμβάνει υπόψη η διοίκηση. Η διοίκηση καλείται να παράγει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιώντας κατάλληλα το ανθρώπινο δυναμικό που έχει στην διάθεση της και να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών ελέγχοντας το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών. Κάθε μονάδα λειτουργεί εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο και το προσωπικό θα πρέπει να έχει κατανεμηθεί κατάλληλα από την διοίκηση προκειμένου να είναι έτοιμο να διαχειριστεί πολλά και διαφορετικά περιστατικά, δείχνοντας την απαραίτητη ευαισθησία για κάθε πρόβλημα υγείας ξεχωριστά (Δίκαιος Κ., κ συν., 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.

2.1 Η πορεία μέχρι την δημιουργία του ΕΣΥ.

Κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στην Ελληνική ιστορία και συγκεκριμένα στις πρωτοβουλίες για την προστασία της υγείας, η διαμόρφωση του κοινωνικού αιτήματος για υγειονομική και κοινωνική φροντίδα επηρεαζόταν από τις αλλαγές των κοινωνικών και πολιτικών εξελίξεων που χαρακτήριζαν την χώρα (Σισσούρας Α., 2012).

Στα χρόνια μετά την ανεξαρτησία γίνονται οι πρώτες προσπάθειες για να αντιμετωπιστούν προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία, όπως για παράδειγμα μεταξύ άλλων η δημιουργία της ιατρικής αστυνομίας καθώς και η εφαρμογή υγειονομικών κανονισμών για τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών (Φιλαλήθης Α., 1983).

Το 1850 με την ευθύνη των δήμων αλλά και με δωρεές δημιουργούνται ασφαλιστικά ταμεία για τους ναυτικούς, τους μεταλλωρύχους, τους στρατιωτικούς και τους δημοσίους υπαλλήλους (Οικονόμου Χ., 2004). Οι καλύψεις των ασφαλιστικών ταμείων περιοριζόταν κυρίως στα εργατικά ατυχήματα και την εργατική αναπηρία (Βεννιέρης Δ., 1997).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και τα χρόνια του μεσοπολέμου προκειμένου το κράτος να διαχειριστεί τις επιπτώσεις του πολέμου αλλά και την εγκατάσταση των προσφύγων στην Ελλάδα δρομολογήθηκαν μια σειρά πρωτοβουλιών και θεσμικών παρεμβάσεων. Τα σημαντικότερα μέτρα είναι η σύσταση ξεχωριστού Υπουργείου Περιθάλψεως (Ν. 3934/1917), η δημιουργία των πρώτων νόμων που αφορούσαν τη λειτουργία των νοσοκομείων το 1937 (παρόλο που η λειτουργία τους είχε ξεκινήσει από το 1872 με την ίδρυση του νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας Πατρών, το Τζάνειο στον Πειραιά το 1873, το Αιγηνίτειο το 1875, τον Ευαγγελισμό το 1881 κ.α.). Τέλος ιδρύεται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) το 1934, αν και προβλεπόταν από την κυβέρνηση Βενιζέλου με το νόμο 5733/1933 «περί κοινωνικών ασφαλίσεων» (Φιλαλήθης Α., 1983).

Αξίζει φυσικά να σημειωθεί ότι όπως και τότε έτσι και σήμερα η ιατρική περίθαλψη και η παροχή φροντίδα υγείας συνδέονται με την κοινωνική ασφάλιση, της οποίας το κύριο έργο είναι η εξασφάλιση συντάξεων, μη έχοντας ακόμη αποκτήσει ένα αυτόνομο μηχανισμό λειτουργίας (Σισσούρας Α., 2012).

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004), κατά καιρούς νομοθετήματα μετέβαλλαν το περιεχόμενο του ρόλου του Υπουργείου Υγείας διατηρώντας ωστόσο πάντα τον επιτελικό του ρόλο στην διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Οι μεταβολές αυτές αντανακλώνται στις διαφορετικές ονομασίες που αποδίδονταν στο Υπουργείο Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρονται: με τον νόμο 3937/1917 μετονομάζεται σε Υπουργείο Περίθαλψης, τρία χρόνια μετά με τον νόμο 2882 μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας (ονομασία που όμως δεν εφαρμόστηκε λόγω της μικρασιατικής καταστροφής). Εν συνεχεία, με νομοθετικό διάταγμα στις 31/12/1922 μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, το οποίο εντάσσεται στο Υπουργείο Εσωτερικών. Τέλος, το 1926 επανιδρύεται το Υπουργείο Υγείας.

Στην μεταπολεμική περίοδο πλέον αξιοσημείωτη παρέμβαση είναι ο νόμος 2592/1953 ο οποίος αποτέλεσε μια καινοτόμο πρόταση για την συγκρότηση ενός «καλά οργανωμένου συστήματος υγείας». Ο νόμος προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος, την ανάπτυξη των περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων, τη δημιουργία αγροτικών κέντρων υγείας και περίθαλψης και άλλες οργανωτικές και λειτουργικές ρυθμίσεις. Τελικά οι προτάσεις αυτές απορρίφθηκαν. Επιπλέον αξιοσημείωτο για την περίοδο εκείνη είναι η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) με τον νόμο 4169/1961 (Φιλαλήθης Α., 1983).

Κατά την περίοδο της δικτατορίας (1967-1974), αναπτύσσεται έντονα ο ιδιωτικός τομέας και εφαρμόζεται ο νόμος (Ν.68) το 1967 που ισχύει ως και σήμερα και ο οποίος υποχρεώνει τους νέους ιατρούς μετά την απόκτηση του πτυχίου τους να εργάζονται σε αγροτικά ιατρεία (Σισσούρας Α., 2012). Τέλος αξίζει να σημειωθεί και το σχέδιο Πάτρα για την υγεία το οποίο πρότεινε ένα πλαίσιο Εθνικού Συστήματος Υγείας από τον πρώτο υπουργό υγείας επί δικτατορίας (Πάτρας Α., 1992).

Πριν ολοκληρωθεί η ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά στις αλλαγές που επήλθαν μετά την πτώση της δικτατορίας και είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Από τις πρώτες πολιτικές κινήσεις ήταν η έκθεση του ΚΕΠΕ το 1976. Παρόλο που αναγκαία στοιχεία δεν ήταν διαθέσιμα η έκθεση κάλυπτε σημεία μείζονος σημασίας και προβληματισμού για την υγεία. Έτσι στη μελέτη περιελήφθησαν θέματα για την οργάνωση του συστήματος περίθαλψης, για τη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, το ανθρώπινο δυναμικό, την κατάσταση υγείας του Ελληνικού πληθυσμού, τα φάρμακα, τη χρηματοδότηση αλλά και τις δαπάνες, την προληπτική ιατρική και τη δημόσια υγεία (Σισσούρας Α., 2012).

Την περίοδο 1978-1981, όταν υπουργός υγείας ήταν ο Σπύρος Δοξιάδης συστήθηκε η επιτροπή φιλίας και τα μέτρα Δοξιάδη. Σε μια έκταση 79 άρθρων τα μέτρα Δοξιάδη περιελάμβαναν οργανωτικές και θεσμικές ρυθμίσεις που αφορούσαν την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων με σκοπό την αποδοτικότερη λειτουργία τους, μέτρα για την συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας. Επιπρόσθετα τα μέτρα πρότειναν αλλαγές στον τρόπο απασχόλησης των ιατρών, δίνοντας στους ιατρούς τη δυνατότητα να τους επισκέπτονται ασθενείς στο χώρο του δημόσιου νοσοκομείου αλλά σε ιδιωτική βάση. Το μέτρο αυτό υλοποιήθηκε 25 χρόνια αργότερα. Τέλος τα μέτρα πρότειναν την δημιουργία Κεντρικού αλλά και Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΚΕΣΥ και ΠΕΣΥ) (Σισσούρας Α., 2012).

Η επιτροπή φιλίας συστάθηκε μετά από ανάθεση του υπουργού στον Βασίλη Φίλια προκειμένου να υποβάλει προτάσεις για την εφαρμογή του θεσμού του ιατρού πλήρους απασχόλησης. Η επιτροπή επισήμανε ότι ο θεσμός δεν μπορεί να μελετηθεί απομονωμένα από το γενικό θέμα της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και έτσι στην έκθεση της επιτροπής αναφερόταν η δημιουργία του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και των υγειονομικών περιφερειών, η ανάπτυξη και η οργάνωση της ΠΦΥ, ο προγραμματισμός των αναγκών σε κλίνες ανά την χώρα κ.α. (Σισσούρας Α., 2012).

Το 1983 ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας με τον νόμο 1397 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», το οποίο αποτελεί καινοτόμο πολιτική υγείας για την Ελλάδα και ένα φιλόδοξο πρόγραμμα ανάπτυξης σε όλα τα επίπεδα των μονάδων υγείας (Ζηλίδης Χ., 2005). Με δεδομένο ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό, σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ., το κράτος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής τους θέσης. Το σύστημα αποκτά δημόσιο και ενιαίο χαρακτήρα με στόχο την αποκέντρωση των πόρων με βάση την γεωγραφική κατανομή (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου, 2011).

2.2 Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις μετά την δημιουργία του ΕΣΥ.

Μετά την ψήφιση του νόμου 1397, ακολουθήθηκε μια σειρά ενεργειών προκειμένου να αναβαθμιστούν οι υποδομές του υγειονομικού συστήματος, να βελτιωθεί η ποιότητα και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα κατά την πρώτη δεκαετία να κατασκευαστούν κέντρα υγείας, πανεπιστημιακά και νομαρχιακά νοσοκομεία. Όμως τομείς όπως η χρηματοδότηση, η διοίκηση, η διαχείριση, η ΠΦΥ και ο έλεγχος των δαπανών παρέμειναν στάσιμα

(Οικονόμου Χ., 2012). Επιπλέον οι άτυπες πληρωμές και η παραοικονομία όλο και αναπτυσσόταν εξαιτίας της απουσίας ελεγκτικού μηχανισμού στις παραπομπές σε εξετάσεις και φάρμακα και στην ανορθολογική πολιτική αποζημίωσης των προμηθευτών (Liaropoulos L., 1998).

Οι μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν την δεκαετία του 1990 επεδίωκαν έλεγχο των δαπανών, αποκέντρωση και αποτελεσματική διοίκηση, ελευθερία επιλογής από τους ασθενείς, συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες κ.α. Δυστυχώς όμως οι προθέσεις για μεταρρυθμίσεις παρέμειναν σε μελέτες και νομοσχέδια, χωρίς να μετατραπούν σε νόμους αφού δεν ψηφίστηκαν ή δεν εφαρμόστηκαν ολοκληρωτικά (Οικονόμου Χ., 2012).

Η πρώτη μεταρρύθμιση που ακολούθησε την δημιουργία του ΕΣΥ επιχειρήθηκε το 1990 (Ν.2071/1992) και αφορούσε τον εκσυγχρονισμό του συστήματος. Σύμφωνα με τον νόμο δεν απαγορευόταν πλέον η ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών με σκοπό την ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης και τον επιμερισμό των δαπανών υγείας στο κράτος και τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (Κυριόπουλος Γ., 1995). Επιπλέον αυξήθηκε η συμμετοχή των ασθενών στα φάρμακα, η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία γινόταν με εισιτήριο και τέλος αυξήθηκε το ημερήσιο νοσήλιο και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ελλείμματα στα ασφαλιστικά ταμεία (Κυριόπουλος & Καραλής, 1997).

Το 1994 γίνεται η κατάθεση του νόμου 2194 και αφορούσε την αποκατάσταση του ΕΣΥ. Σύμφωνα με τον νόμο ορίστηκε μια επιτροπή από Έλληνες ειδικούς για να εντοπίσει τις ελλείψεις και τα προβλήματα του συστήματος, κάνοντας μια ολοκληρωμένη πρόταση για την επίλυση τους. Μεταξύ άλλων επισημάνθηκε η οργάνωση της χρηματοδότησης, η αναθεώρηση του τρόπου απασχόλησης τόσο των ιατρών όσο και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας καθώς και η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Γαλανόπουλος Ν., 2001).

Παράλληλα εκείνη την εποχή δημιουργήθηκε μια ακόμη επιτροπή από ξένους ειδικούς με την εποπτεία του Έλληνα καθηγητή Ηλία Μόσιαλου με σκοπό τη σύνταξη μιας έκθεσης για το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και τις προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις. Η επιτροπή αφού επισήμανε την δυσαρέσκεια των πολιτών από το σύστημα πρότεινε την ενοποίηση των ταμείων, την κατάργηση της μονιμότητας στα νοσοκομεία, των περιορισμό των εισακτέων στην Ιατρική σχολή αλλά και την

αύξηση των νοσηλευτών στις μονάδες υγείας. Τέλος η έκθεση έκανε αναφορά και στην καθιέρωση του θεσμού των διοικητών στα νοσοκομεία (Γαλανόπουλος Ν., 2001). Ορισμένα από αυτά τα μέτρα δεν υλοποιήθηκαν αλλά νομοθετήθηκαν τρία χρόνια αργότερα με το νόμο 2519.

Ο νόμος που αναφέρθηκε παραπάνω και που κατατέθηκε το 1997 αφορούσε στον εκσυγχρονισμό, την ανάπτυξη και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Με το συγκεκριμένο νόμο επιχειρήθηκε να δοθεί έμφαση στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και την ίδρυση σύμφωνα με το Γαλλικό πρότυπο δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Άλλα σημαντικά σημεία που προέβλεπε ο νόμος αφορούσαν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, την διοίκηση και την χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τα δικαιώματα των ασθενών, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες κ.α. Τα παραπάνω θα επιτυγχάνονταν με τον διορισμό των managers, με σφαιρικούς προϋπολογισμούς και τη κατηγοριοποίηση των ασθενών σε ομογενείς διαγνωστικές ομάδες (Οικονόμου Χ., 2012 & Κυριόπουλος Γ., κ συν., 2003).

Το 2001 με τον νόμο 2889, επιχειρείται για άλλη μια φορά η βελτίωση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος ο οποίος περιελάμβανε σημαντικές τροποποιήσεις στην διάρθρωση του συστήματος με την ίδρυση 17 περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕΣΥ). Τα ΠΕΣΥ ήταν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και είχαν υπό την εποπτεία τους τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ. Το 2003 με τον νόμο 3106 τα ΠΕΣΥ μετατρέπονται σε περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) αφού ο νόμος έχει ως στόχο να ρυθμίσει θέματα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Δανηλίδου Α., 2009). Ο νόμος δημιουργήθηκε προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι δυσλειτουργίες του συστήματος που επηρεάζουν και τον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Για το λόγο αυτό στις αρμοδιότητες των ΠΕΣΥ πλέον εντάσσονται και αυτές της κοινωνικής φροντίδας έχοντας διοικητική και οικονομική ανεξαρτησία (Κακαλέτσης Ν., κ συν., 2013). Επιπλέον όπως και στις προγενέστερες μεταρρυθμίσεις ο νόμος 2889 δίνει έμφαση στην ΠΦΥ με την θεσμοθέτηση του οικογενειακού ιατρού και την τοποθέτηση των managers στα νοσοκομεία (Κυριόπουλος Γ., κ συν., 2003).

Το 2005 με τον νόμο 3329 καταργούνται τα ΠΕΣΥΠ τα οποία αντικαθίστανται από τις διοικήσεις υγειονομικής περιφέρειας (ΔΥΠΕ) και έτσι πλέον τα νοσοκομεία περνούν στην εποπτεία του διοικητή της ΔΥΠΕ όπου υπάγονται. Η εποπτεία των ΔΥΠΕ ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και

σκοπός τους είναι όλα τα νομικά πρόσωπα τόσο δημόσιου όσο και ιδιωτικού δικαίου τα οποία δραστηριοποιούνται σε τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης να συντονίζονται από αυτά. Το 2007 με το νόμο 3527 οι ΔΥΠΕ από 17 γίνονται 7. Επιπλέον με τον Ν.3329/2005 το ΕΣΥ μετονομάζεται σε ΕΣΥΚΑ, δηλαδή Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Δανιηλίδου Α., 2009).

Συμπερασματικά, κάνοντας ανασκόπηση στις μεταρρυθμίσεις πριν την εφαρμογή του μνημονίου στην χώρα μας, απορρέει το γεγονός ότι παρόλο που οι μεταρρυθμίσεις προέβλεπαν στην βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος πολλά προβλήματα παρέμειναν άλυτα. Μόνιμο αγκάθι του συστήματος παραμένει η ΠΦΥ και όπως αναφέρει και ο Λιαρόπουλος (2007), η πρακτική των νοσοκομείων κρίνεται αντιπαραγωγική καθώς οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα μπορούσαν και θα έπρεπε να παράγονται εκτός νοσοκομείου.

Το 2010 η Ελλάδα υπογράφει το πρώτο μνημόνιο, το οποίο επιβάλλει στην χώρα να λάβει μέτρα λιτότητας με σκοπό τον περιορισμό των πόρων μέσω μεταρρυθμίσεων χωρίς φυσικά να αφήσει ανεπηρέαστο τον τομέα της υγείας.

Ο πρώτος νόμος 3863 θεσμοθετήθηκε το 2010 και αφορούσε το διαχωρισμό των ταμείων και των κλαδών υγείας, που πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από το συνταξιοδοτικό σύστημα (Οικονόμου Χ., 2012). Επόμενος νόμος την ίδια χρονιά ήταν ο Ν.3868 βάσει του οποίου καθιερώθηκε η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ στα εξωτερικά ιατρεία. Η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία προϋπόθετε την άμεση πληρωμή από τους πολίτες και αυτό από την μια δημιούργησε ανισότητες οι οποίες σχετίζονταν με την δυνατότητα καταβολής του αντίτιμου από αυτούς (Οικονόμου Χ., 2012), από την άλλη όπως είχε επισημανθεί προγενέστερα από την εφαρμογή του μέτρου από τους Νιακα et al., (2005) με την εφαρμογή του νόμου αυτού θα αυξηθούν τα έσοδα του νοσοκομείου, ενώ οι πολίτες θα μπορούν να επιλέγουν το γιατρό της αρεσκείας τους και παράλληλα να μειωθούν οι λίστες αναμονής.

Το 2011 με το νόμο 3918, επέρχονται καταλυτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες εξ αυτών ήταν η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και οι αλλαγές στο σύστημα προμηθειών και στα φάρμακα. Ο ΕΟΠΥΥ έχει διπλό ρόλο, τόσο του παρόχου όσο και του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας. Σε αυτόν πλέον εντάσσονται τα τέσσερα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας δηλαδή το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, ο ΟΠΑΔ και ο ΟΑΕΕ ενώ βασικά πλεονεκτήματα του αποτελούν η συγκέντρωση των πόρων και η αυξημένη

διαπραγματευτική δύναμη έναντι των υπολοίπων προμηθευτών υγείας (Οικονόμου Χ., 2012).

Το 2014 με τον νόμο 4238 η υπόσταση του ΕΟΠΥΥ αλλάζει. Ο ΕΟΠΥΥ πλέον είναι μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας τόσο από τον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα και σύμφωνα με τον Νίκα (2013), η αλλαγή του χαρακτήρα του ΕΟΠΥΥ αποσκοπούσε στον έλεγχο των δαπανών υγείας και στην ορθολογικότερη κατανομή των πόρων.

Επιπλέον μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών είναι η θεσμοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΦΕΚ 1702/Β/2011), ενώ μέτρα που συμβάλουν στην αύξηση των εσόδων είναι η θεσμοθέτηση του clawback και του rebate (Χλέτσος Μ., 2015). Η εφαρμογή των ΚΕΝ βασίστηκε στο πρότυπο των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων βάσει του οποίου οι ασθενείς κατατάσσονται βάσει κοινών δημογραφικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών ιδιοτήτων (Οικονόμου Χ., 2012). Με το rebate (επιδότηση) καθιερώνεται η υποχρεωτική έκπτωση επί του συνολικού τιμολογίου από τους ιδιώτες παρόχους καθώς και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών σε φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις. Με το clawback (ανάκτηση/παρακράτηση) καθορίζεται μηνιαίο όριο για δαπάνη από τους ιδιώτες παρόχους, οι οποίοι υποχρεώνονται να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που υπερβαίνουν του ορίου. Τέλος με επιδότηση από το ΕΣΠΑ θεσμοθετήθηκε το health voucher μέσω του οποίου οι πρώην ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ με ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 1.500€ έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος Μ., 2015).

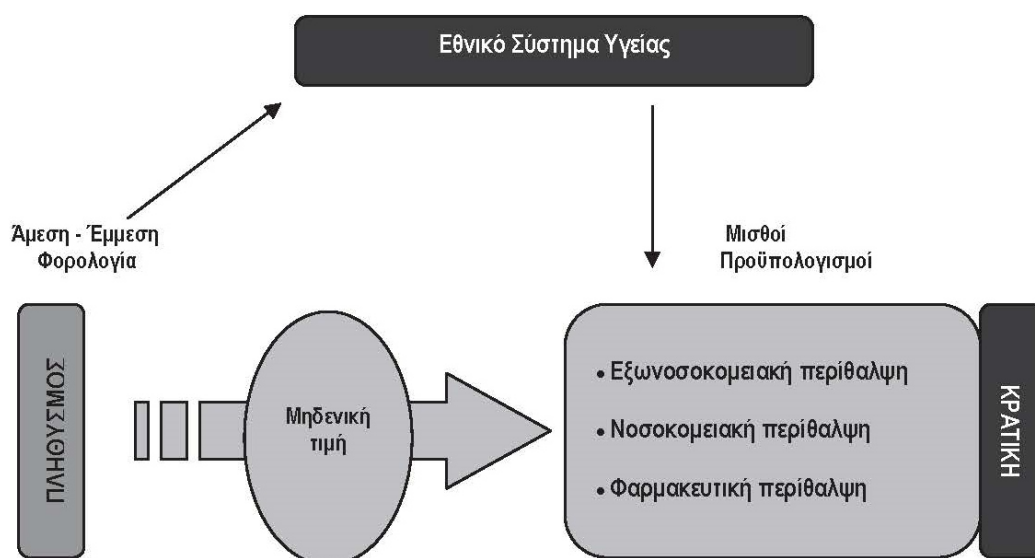
2.3 Οι πηγές χρηματοδότησης και οι δαπάνες του ΕΣΥ.

Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας και η εξεύρεση των αναγκαίων πόρων επηρεάζουν το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών αλλά και γενικότερα την οικονομία μιας χώρας (Λιαρόπουλος Λ., 2006). Σύμφωνα με το Σούλη (1999), η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί μια σύνθετη έννοια λόγω των πολλών εμπλεκόμενων φορέων. Η χρηματοδότηση περιλαμβάνει από τη μία την προέλευση των πόρων από τους διάφορους φορείς και από την άλλη τα κριτήρια κατανομής τους. Στο μείγμα συμπεριλαμβάνονται επιπλέον και ο τρόπος διαχείρισης των πόρων αλλά και οι μέθοδοι χρηματοδότησης και αποζημίωσης μέσω αυτών.

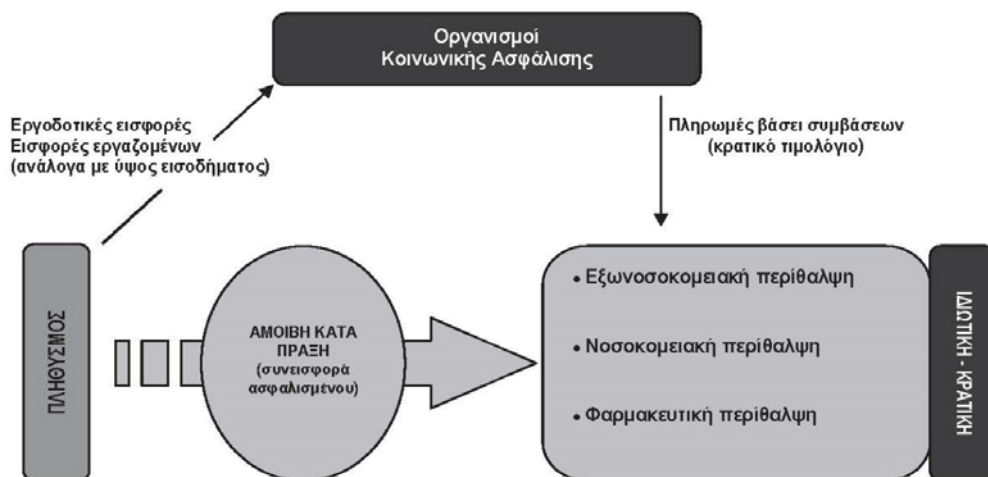
Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα το Ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Έτσι από την πλευρά της προσφοράς είναι οργανωμένο

κατά το πρότυπο Beveridge, ενώ η ζήτηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία (πρότυπο Bismark). Στην Ελλάδα η κύρια πηγή χρηματοδότησης για υπηρεσίες υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Εξίσου σημαντική χρηματοδότηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπου καλύπτουν μεγάλο μέρος των εξωνοσοκομειακών εξόδων και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπλέον πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ιδιωτικές πληρωμές που μπορεί να προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους μέσω πληρωμών από το εισόδημα τους, είτε από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

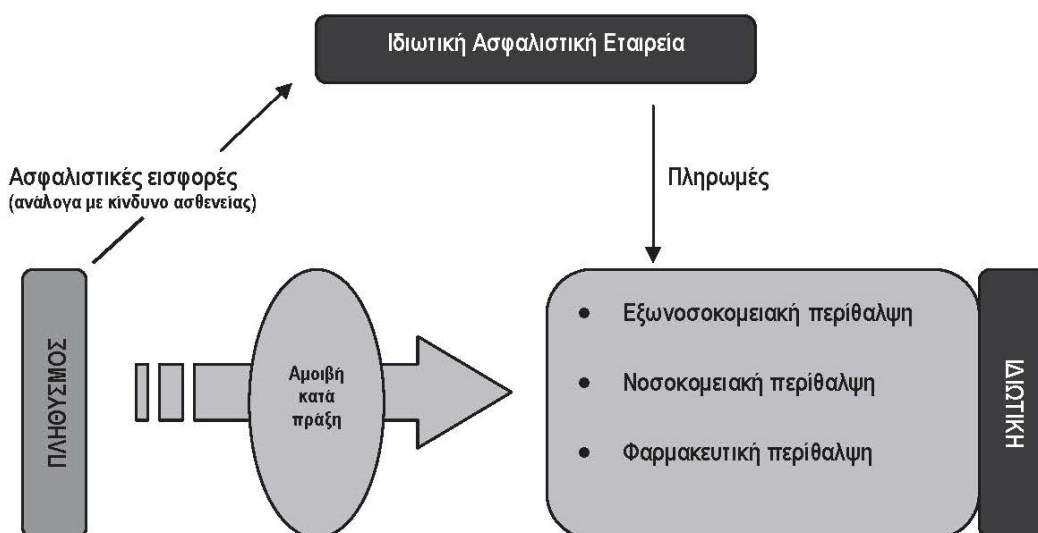
Παρακάτω παρατίθενται σχηματικά η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας, του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και του συστήματος της ιδιωτικής ασφάλισης έτσι όπως έχουν αποτυπωθεί από τον Κονδύλη (2009).



Σχήμα 2.1: Η χρηματοδότηση στο πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας.



Σχήμα 2.2: Το σύστημα χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης.



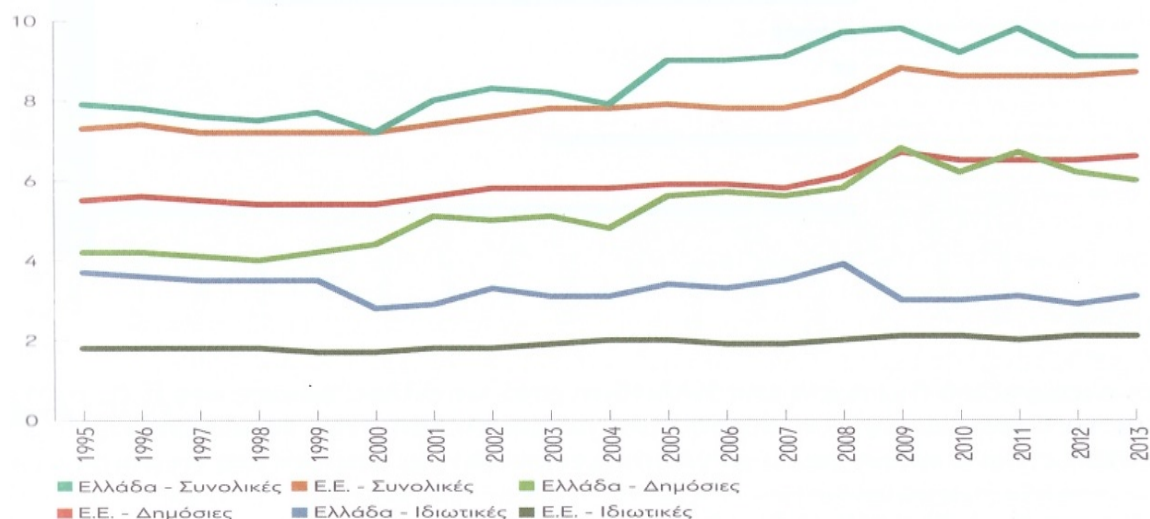
Σχήμα 2.3: Το σύστημα χρηματοδότησης των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

Έχει παρατηρηθεί ότι με την πάροδο των ετών τα ποσοστά συμμετοχής των τριών πηγών χρηματοδότησης υφίστανται διακυμάνσεις και αυτό δεν είναι αποτέλεσμα πολιτικών παρεμβάσεων των κυβερνήσεων στα πλαίσια εφαρμογής χάραξης πολιτικής υγείας (Liaropoulos & Kaitelidou 1998). Συμπερασματικά σύμφωνα με το Σουλιώτη (2000) στο Ελληνικό σύστημα υγείας συνυπάρχουν τόσο η δημόσια αντίληψη όσο και η φιλελεύθερη αφού ο ιδιωτικός τομέας είναι ανεπτυγμένος.

Από τη γενική φορολογία δεν εξασφαλίζονται μόνο οι προϋπολογισμοί των δημόσιων νοσοκομείων αλλά στις δαπάνες συμπεριλαμβάνονται και έξοδα για

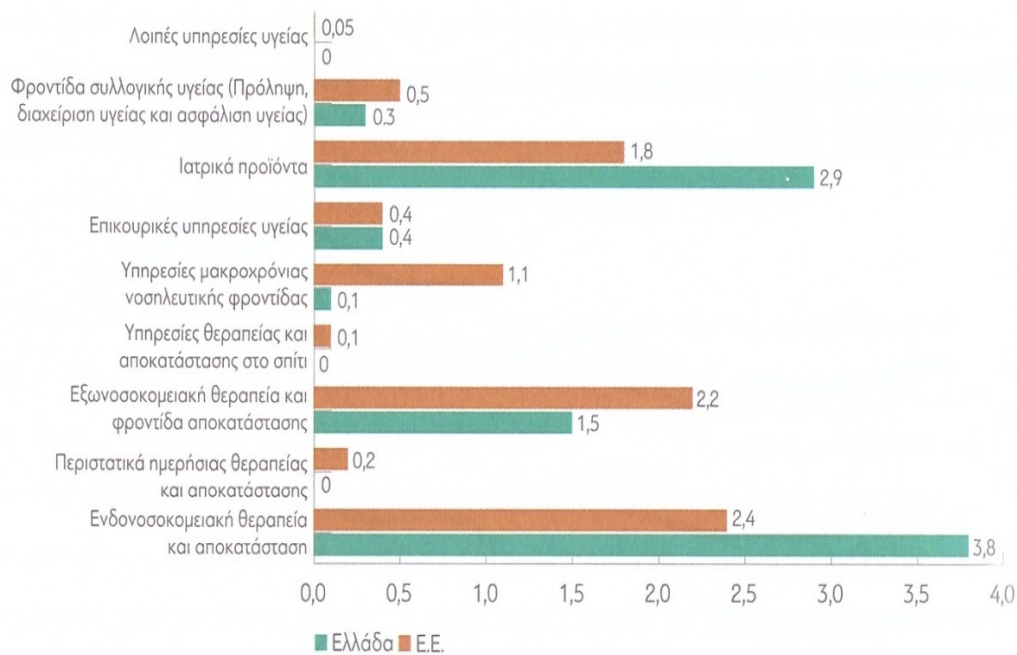
επενδύσεις και συντήρηση κτιρίων και εξοπλισμών, ενώ επίσης πρέπει να καλύπτονται τα ελλείμματα που προκύπτουν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και να γίνεται επένδυση στην έρευνα και την ανάπτυξη. Επιπλέον το κράτος καλύπτει τα έξοδα της μισθοδοσίας των νοσοκομείων (Liagorou et al., 2008). Τα έσοδα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Οι παροχές περιλαμβάνουν νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φαρμακευτική, εν μέρει οδοντιατρική φροντίδα και ορισμένα επιδόματα (Ρεκλείτη Μ., κ συν., 2012). Όσο αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες αυτές προέρχονται κατά 90% από τις ιδιωτικές πληρωμές και μόνο το 10% από τις ασφαλιστικές εταιρείες (Τσακλόγλου Π., κ συν., 2016). Σύμφωνα με τους Σίσκου κ συν., (2008), η δαπάνη του συστήματος χαρακτηρίζεται ως το Ελληνικό παράδοξο. Ο χαρακτηρισμός αυτός αποδίδεται αν λάβει κανείς ως δεδομένο ότι το ΕΣΥ πρεσβεύει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού ενώ το σύστημα χαρακτηρίζεται πλέον ως ιδιωτικοποιημένο.

Το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας παρουσίασε μια αυξητική τάση από το 1995 έως και το 2009 με ποσοστά 4.2% και 6.8% αντίστοιχα. Αυτή η αύξηση οφείλεται πιθανότατα αφενός στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης και αφετέρου στην έλλειψη μηχανισμών αντιμετώπισης της. Γεγονότα που συνέβαλαν στα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και κατ' επέκταση στα δημοσιονομικά ελλείμματα της χώρας. Στα χρόνια της ύφεσης παρατηρείται μια μικρή κάμψη της τάξης του 0,8% μέχρι το 2013. Το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ είναι από τα υψηλότερα παρόλο που κατά την περίοδο της κρίσης μειώθηκε. Το 2008 ήταν 3.9% του ΑΕΠ και το 2013 3,1%. (Τσακλόγλου Π., κ συν., 2016). Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα και την ΕΕ κατά την περίοδο 1995-2013 σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2013).



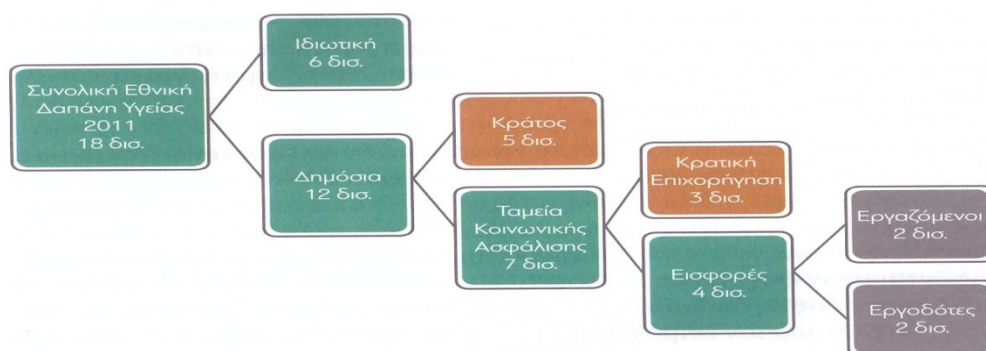
Διάγραμμα 2.1: Ιδιωτικές και Δημόσιες Δαπάνες Υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε.,1995-2013 (%ΑΕΠ)

Επιπλέον διαφορά παρατηρείται σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ στη κατανομή των διαθέσιμων πόρων, δηλαδή σε ποιους τομείς του υγειονομικού συστήματος δαπανούνται οι πόροι. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα διαθέτει περισσότερους πόρους για νοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα σε σχέση με την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, μακροχρόνια φροντίδα και προληπτική ιατρική (Τσακλόγλου Π., κ.α. 2016). Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η ανάλυση των δαπανών για την Ελλάδα και τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2013).



Διάγραμμα 2.2: Ανάλυση των δαπανών υγείας σε Ελλάδα και Ε.Ε, 2013(% ΑΕΠ)

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2013) η χρηματοδότηση της υγειονομικής δαπάνης το 2011. Επισημαίνεται από τον ομότιμο καθηγητή ότι η εικόνα το 2013 δεν παρουσίαζε ουσιαστικές διαφορές.



Σχήμα 2.4: Δομή της δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, 2011

Συμπερασματικά για το 2011, σύμφωνα με το ανωτέρω διάγραμμα προκύπτει ότι από τα 12 δις. της δημόσιας δαπάνης για την υγεία τα 5 δις. προερχόταν από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα 7 δις., από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το

κράτος όμως επιχορηγούσε τα ταμεία με 3 δις., ενώ εργαζόμενοι και εργοδότες συμμετείχαν με 2 δις. έκαστος.

2.4 Η στελέχωση του ΕΣΥ.

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα μια από τις ιδιαιτερότητες του συστήματος είναι ότι χαρακτηρίζεται ως σύστημα εντάσεως εργασίας. Με άλλα λόγια η αποτελεσματικότητα του συστήματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ορθολογική κατανομή και την ποιοτική επάρκειά του προσωπικού.

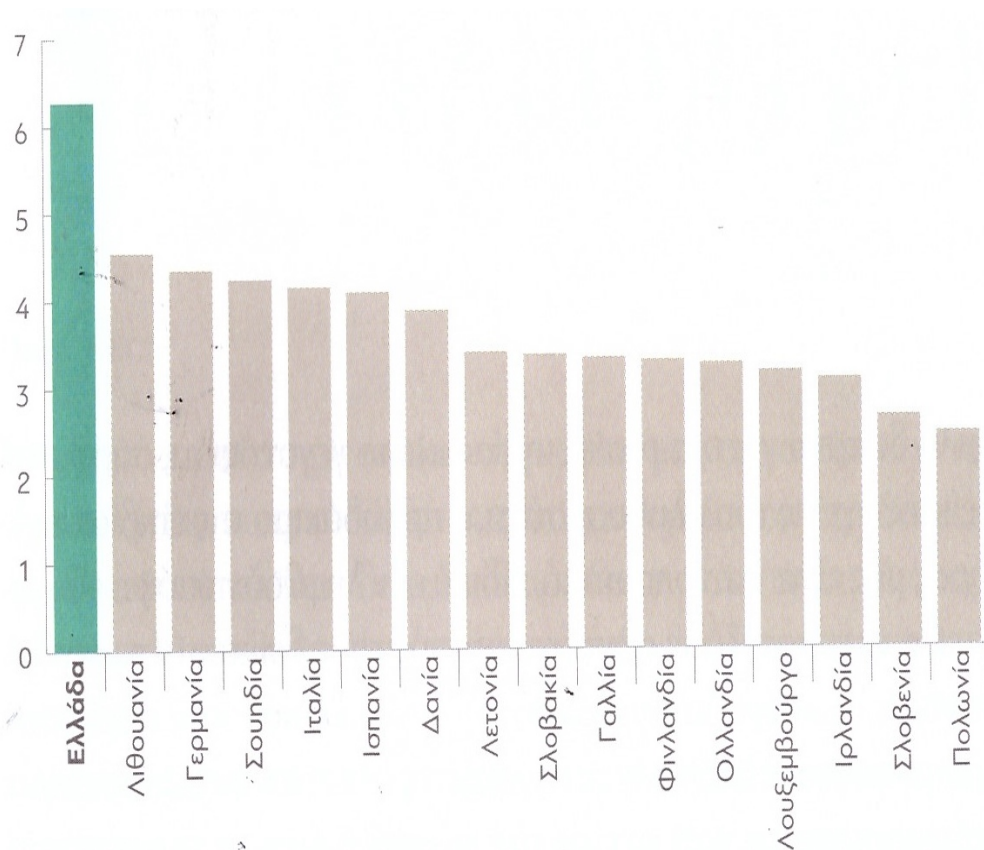
Το πώς θα κατανεμηθεί το προσωπικό στις μονάδες υγείας δεν είναι προκαθορισμένο αλλά εξαρτάται από τους υγειονομικούς στόχους που έχουν τεθεί (Mejia A.,1980), λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες μιας χώρας μέσω των υγειονομικών προβλημάτων ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον υγειονομικό τομέα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και άλλες παραϊατρικές ειδικότητες, διοικητικό προσωπικό, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων κ.α. Όλες οι ειδικότητες πρέπει να συντονίζονται και να συνεργάζονται, έχοντας υψηλή εξειδίκευση με σκοπό την βέλτιστη λειτουργία του συστήματος και την ορθολογική κατανομή των πόρων (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

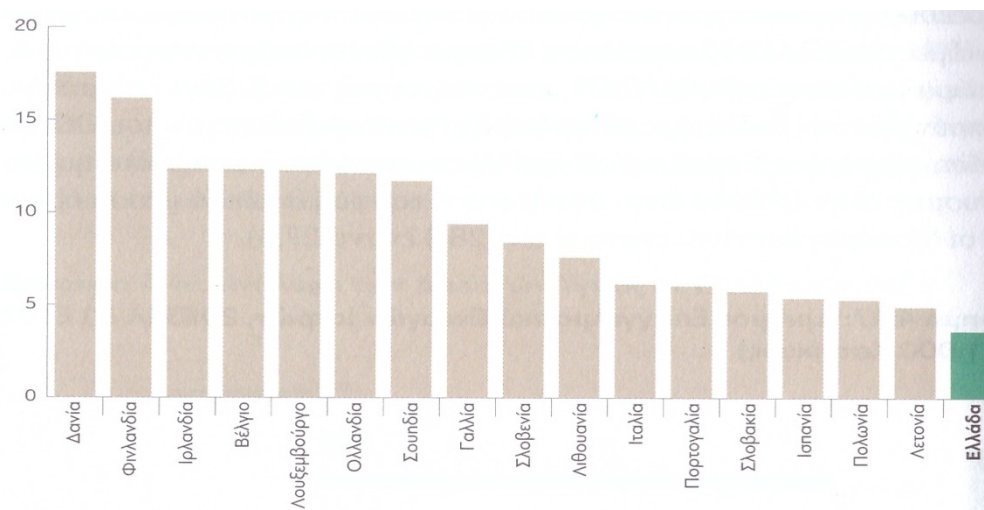
Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένες πολιτικές και στόχοι για την στελέχωση των μονάδων υγείας και πρόνοιας. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι τα Υπουργεία Παιδείας και Υγείας είναι μεταξύ τους ανεξάρτητα. Το Υπουργείο Παιδείας είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την παραγωγή επαγγελματιών υγείας και το Υπουργείο Υγείας που είναι υπεύθυνο για την λειτουργία του υγειονομικού τομέα δεν γνωρίζει τις ουσιαστικές ανάγκες για ανθρώπινο δυναμικό. Αποτέλεσμα αυτού είναι να υπάρχει ένας υπέρμετρα μεγάλος αριθμός ιατρών σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικότητες όπως μάντζερ και βιοστατιστικοί να σπανίζουν ή να μην έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Μεγαλύτερες ελλείψεις παρουσιάζονται στις αγροτικές και φτωχότερες περιοχές από τις οποίες απουσιάζει η παροχή κινήτρων και κατάρτισης με αποτέλεσμα την σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και τελικά τη μη ικανοποίηση του προσωπικού (Υφαντόπουλος Γ., κ συν., 1993).

Προκειμένου να μετρηθεί η επάρκεια του προσωπικού στο συστήματος υγείας χρησιμοποιούνται δείκτες όπως κλίνες ανά γιατρό, κλίνες ανά νοσηλεύτρια/τή, κλίνες ανά βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό αλλά και διοικητικό καθώς και νοσηλεύτριες/τές ανά γιατρό (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Κατά την περίοδο 2010-2012 στην Ελλάδα πολλά νοσοκομεία συγχωνεύτηκαν , μειώνοντας έτσι τις παρεχόμενες κλίνες των δημόσιων νοσοκομείων (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής 2016α). Έτσι από 33,853 κλίνες το 2010 παρατηρήθηκε μείωση 8% σε σχέση με το 2012 όπου υπήρχαν 30.886 κλίνες (Υπουργείο Υγείας). Συνολικά οι δημόσιες και ιδιωτικές κλίνες το 2010 ήταν 54,012, ενώ το 2012 ήταν 53,773. Παρά τις μειώσεις των κλινών όμως ο δείκτης ανά 1000 κατοίκους παρέμεινε ουσιαστικά σταθερός από 4,88 το 2009 σε 4,84 το 2012 (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής 2016α).

Στην Ελλάδα είναι ευρέως γνωστό ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός ιατρών σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Στις αρχές της δεκαετίας 2000 αντιστοιχούσαν πάνω από έξι γιατροί και κάτω από τέσσερις νοσηλεύτριες/τές ανά χίλιους κατοίκους. Η αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς στην χώρα μας είναι 0,6:1, ενώ στις χώρες της Ε.Ε είναι 2,6:1. (Τσακλόγου Π., κ συν., 2016). Πιο αναλυτικά το 2013 η Ελλάδα μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών κατείχε τον υψηλότερο αριθμό ιατρών 6,3 ανά 1000 κατοίκους, τιμή σχεδόν διπλάσια από το μέσο όρο της Ε.Ε., σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό όπου το 2012 αντιστοιχούσαν 3,6 νοσηλεύτριες/τές ανά 1000 άτομα κατέχοντας από τις πιο χαμηλές θέσεις σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε. (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής 2016α) .Στα παρακάτω διαγράμματα παρουσιάζεται ο αριθμός επαγγελματιών ιατρών για το έτος 2013 σε σχέση με άλλες χώρες και ο αριθμός των νοσηλευτών για το έτος 2013 σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2013).



Διάγραμμα 2.3: Αριθμός Επαγγελματιών Ενεργών Ιατρών , 2013 (ανά 1000 κατοίκους)



Διάγραμμα 2.4: Αριθμός Επαγγελματιών Ενεργών Νοσηλευτών , 2013 (ανά 1000 κατοίκους)

2.5 Τα προβλήματα της υφιστάμενης κατάστασης του ΕΣΥ.

Πραγματοποιώντας μια ανασκόπηση στις προηγούμενες ενότητες της παρούσας διπλωματικής εργασίας συνάγεται το γεγονός ότι το ΕΣΥ αποτέλεσε για την εποχή της δημιουργίας του καινοτομία στα πολιτικά δρώμενα για την υγεία, τα προβλήματα όμως άρχισαν να διαφαίνονται από πολύ νωρίς. Παρόλο που επιχειρήθηκαν πολλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες εντούτοις δεν κατάφεραν να εξαλείψουν την οργανωτική παθογένεια από την οποία διέπεται το ΕΣΥ. Τα δυο χαρακτηριστικά προβλήματα είναι η σχέση του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας και αφορά τόσο την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών όσο και την πρόσβαση σε αυτές και η αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Οι λόγοι για τους οποίους οι μεταρρυθμίσεις δεν κατάφεραν να λύσουν τα προαναφερθέντα προβλήματα είναι η έλλειψη πολιτικής βούλησης μα κυρίως η αδυναμία επίτευξης των προκαθορισμένων μεταρρυθμιστικών στόχων (Κουρής κ συν., 2007).

Η χρηματοοικονομική κρίση που μαστίζει την χώρα τα τελευταία χρόνια, ανέδειξε περισσότερα προβλήματα από τα ήδη υπάρχοντα δεδομένου ότι το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών μειώθηκε, η ανεργία αυξήθηκε και οι δαπάνες για υγεία μειώθηκαν εξαιτίας των δημόσιων ελλειμμάτων και όχι μόνο. Προβλήματα όπως η ανισότητα στην πρόσβαση, οι μεγάλες λίστες αναμονής, ο κατακερματισμός των ταμείων, η μη ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας, η αύξηση των ασθενειών που αφορούν την ψυχική υγεία κ.α αναδεικνύουν την παθογένεια του συστήματος και η ανάγκη για αλλαγές κρίνεται πλέον επιτακτική.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπου απειλείται η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας οι τομείς που παίζουν καταλυτικό ρόλο στα συστήματα υγείας είναι τόσο ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης όσο και ο τομέας της κοινωνικής προστασίας (Κυριόπουλος Γ., κ συν., 2011).

Όταν το διαθέσιμο εισόδημα μειώνεται, δημιουργείται η ανάγκη στους ασθενείς για υπηρεσίες υγείας με ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009), με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ασκώντας πίεση τόσο στους προϋπολογισμούς όσο και στην κοινωνική ασφάλιση. (Appledy J., 2008). Από την αρχή της οικονομικής κρίσης και με το πέρασμα των ετών ο κρατικός προϋπολογισμός για δαπάνες υγείας όλο και μειώνεται. Οι τομείς της υγείας και της πρόνοιας υπόκεινται σε συνθήκες σκληρής λιτότητας, θέτοντας σε κίνδυνο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (Karanikolos & Kentikelenis 2016).

Σύμφωνα με έρευνα των Zavra et al., (2016) ο αριθμός των ανασφάλιστων έχει αυξηθεί δραματικά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και οι ευπαθείς ομάδες όπως άνεργοι και άτομα με χαμηλό εισόδημα έχουν ανικανοποίητες ανάγκες στην παροχή υπηρεσιών υγείας και αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες. Οι Τούντας & Φρισήρας (1996), διατυπώνουν την άποψη ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συσχετίζεται με την κατάσταση υγείας και εκφράζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας σε πολίτες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ. Η ίδια άποψη διατυπώθηκε και από τον Marnot (2010), όπου υποστήριξε ότι οι ανισότητες μεταξύ των κοινωνικών ομάδων έχουν άμεσο αποτέλεσμα στην υγεία των πολιτών που είναι οικονομικά ασθενέστεροι. Επιπλέον σύμφωνα με μελέτη των Vandonos et al (2013), οι ευπαθείς ομάδες αυτοαξιολογούν το επίπεδο υγείας τους χαμηλά. Συνοψίζοντας ο Μεργκούπης (2001) συμπέρανε ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από το εισόδημα.

Παρόλο λοιπόν που το ΕΣΥ πρεσβεύει την καθολική, ίση αλλά και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η Ελλάδα είναι η χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού που δεν μπόρεσε να πραγματοποιήσει ιατρικές εξετάσεις λόγω μεγάλης γεωγραφικής απόστασης από την αρμόδια υγειονομική υπηρεσία. Το γεγονός αυτό αναπαράγει ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου, 2011). Από την άλλη ο Doorslaer (2000) διατύπωσε την άποψη ότι οι οικονομικά ασθενέστεροι κάνουν λιγότερη χρήση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε σύγκριση με τους οικονομικά εύπορους, όμως για να αντισταθμίσουν την έλλειψη πρωτοβάθμιας και προληπτικής φροντίδας κάνουν περισσότερη χρήση των νοσοκομειακών δομών.

Μεγάλο πρόβλημα που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης είναι και αυτό των λιστών αναμονής από το οποίο πρόβλημα πλήττονται κυρίως τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα αφού δεν έχουν την επιλογή να στραφούν σε ιδιωτικές κλινικές λόγω του χαμηλού εισοδήματος (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου, 2011).

Συμφώνα με την έρευνα των Σίσκου κ συν., (2008), προκύπτει ότι οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την συναλλαγή τους με τα δημόσια ταμεία. Τα εν λόγω προβλήματα απορρέουν από την περιπλοκότητα των γραφειοκρατικών διαδικασιών, την καθυστερημένη καταβολή των αποζημιώσεων και τη μη σωστή πληροφόρηση αναφορικά με τις παρεχόμενες καλύψεις.

Επιπλέον σημαντικό πρόβλημα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι οι άτυπες πληρωμές (μίζες ή φακελάκια). Από τους ασθενείς όμως εκλαμβάνεται ως μέσο με το οποίο μπορούν να λάβουν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας, καλύτερη μεταχείριση από τον ιατρό καθώς και ευκολότερη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες (Σουλιώτης κ συν., 2002). Ερευνά έδειξε ότι το 36% των περιθαλπομένων σε δημόσια νοσοκομεία έχει πραγματοποιήσει τουλάχιστον μια άτυπη πληρωμή (Liagoroulos L., et al, 2008).

Λόγω της απότομης αύξησης στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, σε συνδυασμό με τις περικοπές στους προϋπολογισμούς μειώθηκε η μέση διάρκεια νοσηλείας από 4,84 ημέρες το 2009 σε 4,13 ημέρες το 2011. Επιπλέον η πληρότητα των νοσοκομείων από το 64% το 2009 αυξήθηκε σε 73% το 2011 σε αντίθεση με το μέσο κόστος νοσηλείας που από 3522€ το 2009 μειώθηκε σε 2340€ το 2011 (Kondilis E., et al., 2013). Τα ευρήματα αυτά εν μέρει αντανακλούν προβλήματα ελλιπούς στελέχωσης και έλλειψη σε προμήθειες των δημόσιων νοσοκομείων (Kentikelenis A., et al., 2011).

Σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα που διεξήχθη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης με θέμα τη διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (2006) επισημαίνεται ότι η ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του δημόσιου τομέα στις προσδοκίες του πληθυσμού είναι χαμηλή και η ποιότητα του περιβάλλοντος των υγειονομικών μονάδων βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Το χρηματοδοτικό βάρος των υπηρεσιών υγείας κατανέμεται άνισα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού της χώρας καθώς το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας, η εκτεταμένη παραοικονομία και η δομή του φορολογικού συστήματος επιδρούν αντίστροφα προοδευτικά στην διανεμητικότητα του συστήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

3.1 Το πλαίσιο ανάπτυξης και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Στην Ελλάδα οι πρώτες μεγάλες επενδύσεις για την δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων υλοποιήθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 με την ίδρυση της μαιευτικής κλινικής Μητέρα και το γενικό νοσοκομείο Υγεία. Ακολούθησαν το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών , το Ιασώ, τα εργαστήρια της Βιοιατρικής και η Euromedica. Ταυτόχρονα διάφορες ιατρικές ειδικότητες προκειμένου να μοιράζονται την πελατεία τους, αλλά και να εκμεταλλευτούν την εξοικονόμηση πόρων μέσω της κοινής στέγασης, της κοινής γραμματείας και του επιμερισμού των λογαριασμών, δημιουργούσαν πολυιατρεία (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ σταμάτησε η χορήγηση αδειών για την δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υπάρχουσών στο πλαίσιο της τότε πολιτικής για την ενίσχυση του νεοσύστατου συστήματος και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού από αυτό. Αποτέλεσμα της απαγόρευσης ήταν η εμφάνιση των διαγνωστικών κέντρων που ουσιαστικά προϋπήρχαν με τη μορφή μικροβιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων. Το 1991 με προεδρικό διάταγμα επιτρέπεται και πάλι η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές, θέτοντας όμως αυστηρότερες προδιαγραφές για την οικοδομή και τον εξοπλισμό των κλινικών. Τέλος από το 2005 με το νόμο 3370 τα δημόσια νοσοκομεία συνεργάζονται με τις ιδιωτικές κλινικές. Η συνεργασία αφορά τα κρεβάτια στην μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), αφού οι συγκεκριμένες μονάδες των δημόσιων νοσοκομείων παρόλο που είναι εξοπλισμένες δεν λειτουργούν πλήρως λόγω έλλειψης προσωπικού (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Ο ταχύς ρυθμός με τον οποίο προσαρμόστηκε ο ιδιωτικός τομέας στις τεχνολογικές εξελίξεις κατά την δεκαετία του 1980 σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας οδήγησε στην ανάπτυξη των διαγνωστικών ιατρικών κέντρων με την προσδοκία εκ μέρους των ιδρυτών για υψηλά κέρδη. (Μπέσης Ν.,1993). Έτσι κατά την δεκαετία 1985-1995 οι επενδυτικές δραστηριότητες κατευθύνθηκαν στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα παρέχοντας ένα μεγάλο όγκο διαγνωστικών υπηρεσιών. Κατά κανόνα τα διαγνωστικά κέντρα παρέχουν σύγχρονο

εξοπλισμό και απασχολούν άρτια εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό. Χαρακτηριστικό εκείνης της δεκαετίας και συγκεκριμένα για το έτος 1992 από το σύνολο των 119 αξονικών τομογράφων που λειτουργούσαν στην Ελλάδα οι 97 ανήκαν σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα . Φυσικά υπάρχουν και οι εξαιρέσεις του κανόνα, αφού υπάρχουν αρκετά διαγνωστικά κέντρα που δεν έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό και είτε απευθύνονται σε άλλα κέντρα προς ικανοποίηση των πελατών τους, είτε χρησιμοποιούν εξοπλισμό παλαιάς τεχνολογίας μειώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών (Σουλιώτης Κ., 2000).

Στην Ελλάδα οι ιδιωτικές κλινικές ως επί το πλείστον είναι μικρές κλινικές οι οποίες παρουσιάζουν αδυναμία να ανταποκριθούν στη ζήτηση για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας καθώς εξαρτώνται κυρίως από τα δημόσια ταμεία όπου οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας από τις εν λόγω κλινικές τιμολογούνται χαμηλότερα του κόστους (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009). Επιπλέον λόγω των οικονομικών δυσκολιών δεν είναι εφικτή η προσαρμογή των κλινικών στους κοινοτικούς κανονισμούς, διότι οι πόροι δεν επαρκούν για αναβάθμιση του ιατρικού, μηχανολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού (Ανδριώτη Δ., 1998). Στον αντίποδα, αν και δεν είναι πολλές στον αριθμό, υπάρχουν κλινικές κυρίως στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα που είναι πολυδύναμες, προσφέροντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών άρτια οργανωμένων τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα με σύγχρονο εξοπλισμό και ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής φροντίδας στην ΠΦΥ ενδεικτικά είναι η εικοσιτετράωρη λειτουργία, η ύπαρξη δικτύων σε όλη την Ελλάδα και η ποιότητα των υπηρεσιών (χρόνος αναμονής, εξειδικευμένο προσωπικό, κ.λ.π). Τα πλεονεκτήματα της δευτεροβάθμιας φροντίδας αφορούν κυρίως τις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις οι οποίες είναι ξενοδοχειακών προδιαγραφών, την εφαρμογή σύγχρονου μάνατζμέντ από τις διοικήσεις των νοσοκομείων καθώς και την στελέχωση των τμημάτων από τεχνολογίες αιχμής (Μάνιου & Ιακωβίδου 2009). Εντούτοις η εισαγωγή νέων μονάδων στο χώρο αντιμετωπίζει δυσκολίες καθώς η επένδυση προϋποθέτει υψηλό κόστος και αργεί να υλοποιηθεί με αποτέλεσμα οι ήδη υπάρχουσες ιδιωτικές μονάδες να διατηρούν πλεονεκτική θέση. Παρά ταύτα η συνεχής προσπάθεια για εκσυγχρονισμό και παροχή υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών είναι προϋποθέσεις άρρηκτα συνδεδεμένες για την διατήρηση της πλεονεκτικής θέσης (Ζηλίδης Χ., 1988).

Συγκριτικό πλεονέκτημα του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με το δημόσιο είναι ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι πελατοκεντρικός, εστιάζοντας στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, τομείς όπου ο δημόσιος φορέας υστερεί. Άλλωστε τρεις είναι οι βασικοί άξονες στους οποίους στηρίχτηκαν κατά την δημιουργία τους οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Πρώτος άξονας αποτελεί η γεωγραφική κάλυψη του πληθυσμού, όπου νοσοκομεία ή διαγνωστικά κέντρα με ηχηρά ονόματα στο χώρο της υγείας επέκτειναν το δίκτυο τους και εκτός Αττικής. Ο δεύτερος άξονας αφορά τη διεύρυνση του χαρτοφυλακίου των υπηρεσιών, δηλαδή την παροχή επιπρόσθετων εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών. Τέλος η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας ως αποτέλεσμα ερευνών από φορείς του εξωτερικού, όπως και η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά του τρίτου άξονα (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009).

Παρόλα όμως τα οφέλη από την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι δημόσιες υπηρεσίες ενδιαφέρονται πρωτίστως για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών, ενώ στο ενδιαφέρον των ιδιωτικών υπηρεσιών προστίθεται και το κέρδος, δηλαδή η οικονομική αποδοτικότητα τους (Σούλης Σ., 1999).

Συμπερασματικά, ακολούθως παρατίθεται οι δυνάμεις, οι αδυναμίες, οι ευκαιρίες και οι απειλές για τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

| | <i>ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</i> | <i>ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</i> |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>ΔΥΝΑΜΕΙΣ</u> | Δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, νοσοκομεία με κύρος και φήμη. | Ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις, εστίαση στον ασθενή, εξειδικευμένες θεραπευτικές και διαγνωστικές πρακτικές, επένδυση στην έρευνα, εφαρμογή σύγχρονου management και πληροφοριακών συστημάτων ,εφαρμογή συστημάτων ποιότητας , ύπαρξη δικτύων πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλη την Ελλάδα, εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό. |
| <u>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ</u> | Ελλιπής πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, άτυπες πληρωμές, υποχρηματοδότηση, πλεονάζων αριθμός σε ιατρούς και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και άλλα επαγγέλματα υγείας. | Υψηλό κόστος λειτουργίας, εστίαση στην οικονομική αποδοτικότητα. |
| <u>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</u> | Εφαρμογή σύγχρονου management και συστημάτων ποιότητας και πληροφοριακών συστημάτων. | Επέκταση των εγκαταστάσεων, εφαρμογή νέων ιατρικών πρακτικών, συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές. |
| <u>ΑΠΕΙΛΕΣ</u> | Ιδιωτικός τομέας, γραφειοκρατία, δημογραφικό, αύξηση ανέργων και ανασφάλιστων, αύξηση της ζήτησης για δωρεάν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. | Οικονομική κρίση, μεγάλο κόστος για αναβάθμιση ιατρικού, μηχανολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού. |

Σχήμα 3.1: Swot ανάλυση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

3.2 Οι αιτίες ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα.

Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας αλλά και αλόγιστη χρήση αυτής, η γήρανση του πληθυσμού και οι πιέσεις της κοινωνίας για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αύξησαν τις δαπάνες για την υγεία (Towse & Sussex 2000), γεγονότα που οδήγησαν στα δημοσιονομικά ελλείμματα. Για το λόγο αυτό δαπάνες από το δημόσιο μετακύλησαν σε ιδιωτικούς φορείς χρηματοδότησης (Glennister H., 1997), λαμβάνοντας μέτρα που επιβάρυναν τους ασθενείς να έχουν συμμετοχή στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών (Thomshon S., et al., 2003). Η διατύπωση του Thomson επιβεβαιώνεται αν λάβει κανείς υπόψη ότι στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει στην συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας με σχεδόν διπλάσιο ποσοστό από ότι στις υπόλοιπες χώρες της E.E (OECD, 2003a).

Σύμφωνα με τον Blenton (2001), όπου άντλησε στοιχεία από το Ευρωβαρόμετρο για έρευνα ικανοποίησης των Ελλήνων από τις υπηρεσίες υγείας, μόνο το 19% ήταν ικανοποιημένο. Η αδυναμία του συστήματος να καλύψει τις ανάγκες υγείας, αλλά και τις προσδοκίες των πολιτών για γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας οδήγησε στην αύξηση του ιδιωτικού τομέα (Πολύζος & Δρακόπουλος, 2008). Επιπλέον λόγοι για τους οποίους η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα οφείλονται στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου, στη συνειδητοποίηση αναφορικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, την ανάγκη για ποιοτικές υπηρεσίες, στην έλλειψη της ΠΦΥ από το δημόσιο σύστημα (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009). Αποτέλεσμα της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ήταν η δημιουργία πολυτελών κλινικών με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις και ως επί το πλείστον εφοδιασμένες με εξοπλισμό υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας (Kumaranayake L.,1998).

Σύμφωνα με έρευνα των Σίσκου κ συν. (2008) που πραγματοποιήθηκε σε 1616 νοικοκυριά και αφορούσε τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, το 68% απορροφούν οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες με το 31% να αφορά πληρωμές για οδοντιατρικές παροχές. Ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά λιγότερο από το 15% και 20% αφορά άτυπες πληρωμές εντός των δημόσιων νοσοκομείων. Συμπερασματικά εκ της μελέτης προκύπτει ότι η συμπληρωματική φύση της ιδιωτικής φροντίδας είναι αδιαμφισβήτητη και συνδέεται με την υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος και το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι δαπάνες για την υγεία το 2005 απορροφούσαν το 7% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών και το 95% εξ αυτών αφορούσε

άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών παρά σε δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας). Από ευρήματα μελέτης, προκύπτει ότι το 2,44% των Ελληνικών νοικοκυριών διαθέτει περισσότερο από το 40% από το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα με σκοπό την κάλυψη αναγκών υγείας. Από αυτούς το 67% δήλωσε πως οι πληρωμές αυτές είναι άμεσες, δηλαδή δεν καλύπτονται από κανέναν ασφαλιστικό φορέα (Κυριόπουλος Γ., κ συν., 2003).

Οι άτυπες πληρωμές εντός των νοσοκομείων που δίνονται σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων μα κυρίως στους χειρουργούς καταβάλλονται από τους ασθενείς προκειμένου να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής, να έχουν τη μέγιστη προσοχή από τους ιατρούς και να λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Οικονόμου Χ., 2012).

Σύμφωνα με έρευνα των Liaporoulos et al., (2008) σε δείγμα 4.738 ατόμων, το 36% των νοσηλευθέντων σε νοσοκομείο πραγματοποίησαν τουλάχιστον μια φορά άτυπη πληρωμή. Από αυτούς το 20% το έκανε ύστερα από απαίτηση του ιατρού, ενώ το 42% από το φόβο μήπως δε του παρασχεθούν επαρκείς υπηρεσίες. Τα χειρουργικά περιστατικά εμφανίζουν υψηλότερες πιθανότητες να προβούν σε άτυπες πληρωμές σε σχέση με τα καρδιολογικά, παθολογικά και άλλα περιστατικά. Τέλος από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι η πιθανότητα καταβολής άτυπης πληρωμής είναι μεγαλύτερη κατά 72% σε άτομα που θέλουν να παρακάμψουν τις διαδικασίες και να μην καταγραφούν στις λίστες αναμονής.

Εξαιτίας της κακής οργάνωσης και της έλλειψης μηχανισμών ελέγχου της ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρατηρείται κερδοσκοπία μέσω παραπομπών από γιατρούς του δημοσίου τομέα της ΠΦΥ στα ιδιωτικά τους ιατρεία και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα (Οικονόμου Χ., 2012). Επιπλέον εξαιτίας της ελλιπούς στελέχωσης των δομών της ΠΦΥ, ιδιαίτερα στην περιφέρεια, οι ασθενείς αναγκάζονται να πραγματοποιούν επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2005). Αυτό επιβεβαιώνει τις ανισότητες του υγειονομικού συστήματος.

Από έρευνα των Λιαρόπουλου κ συν. (2006), προκύπτει ότι για ένα σημαντικό μέρος την κοινής γνώμης ο τομέας της υγείας φαίνεται να επιβαρύνει την Ελληνική κοινωνία και οικονομία υπέρμετρα σε σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα, με επακόλουθα τη χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών με άτυπες ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες που υποτίθεται ότι καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ο δημόσιος τομέας βρίσκεται σε συνεχή υποχώρηση και ο πολίτης επιβαρύνεται ολοένα

και περισσότερο με πρόσθετες πληρωμές, σε μια προσπάθεια εξασφάλισης ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας.

3.3 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα.

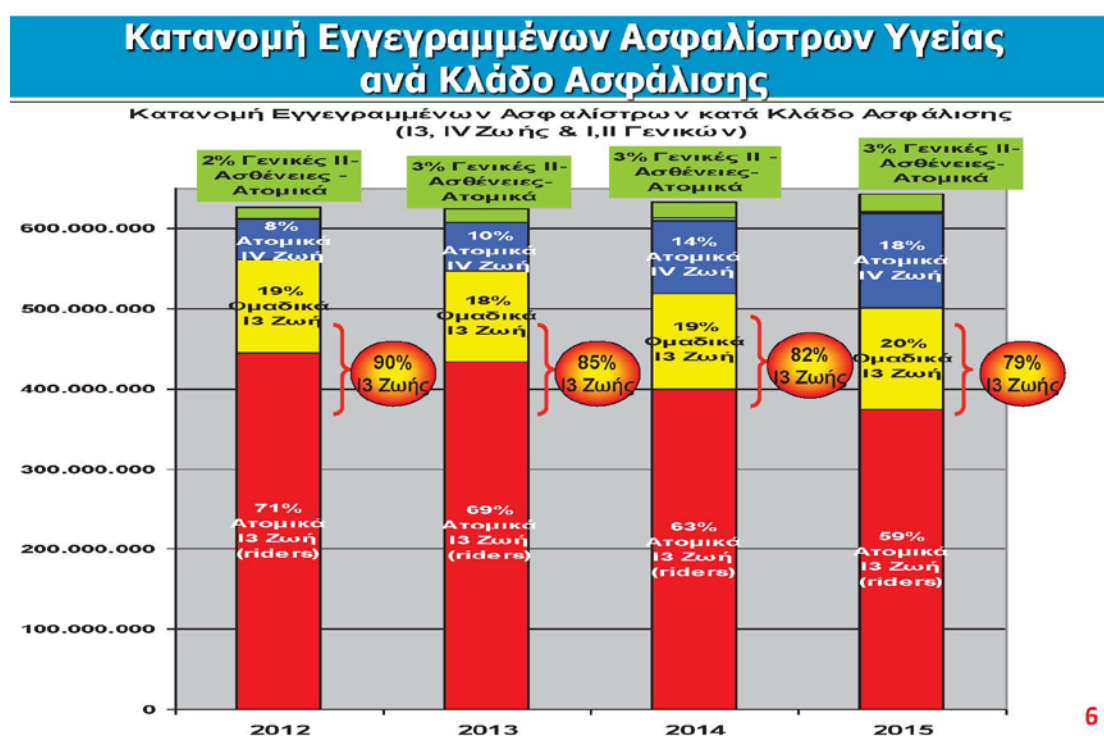
Η δημιουργία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης δεν επέτρεψε την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλειας στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη (Σίσκου Ο., 2006), σε αντίθεση με τα φιλελεύθερα συστήματα που η πηγή χρηματοδότησης προέρχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες παρέχοντας κάλυψη από διαφόρους κινδύνους στους ασφαλισμένους, έχοντας όμως ως στόχο το κέρδος (Ρομπόλης Σ., 1995).

Παρά ταύτα, στην Ελλάδα ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης παρουσίαζε αυξητικές τάσεις. Έτσι το 1979 μόλις το 0,6% του πληθυσμού είχε συνάψει ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας (Σίσκου Ο., 2006), τοποθετώντας την Ελλάδα στα μέσα της δεκαετίας του 1980 στα χαμηλότερα ποσοστά όπου ο πληθυσμός καλύπτονταν από ιδιωτικά συμβόλαια υγείας (Shnider & Roulier, 1991). Την δεκαετία του 1990 εισάγεται η κάρτα νοσηλείας μέσω της οποίας οι ασφαλισμένοι είχαν πρόσβαση στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Παλαιολόγος Δ., 2003), αυξάνοντας το ποσοστό των ασφαλισμένων μέσω των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, που κυμαίνονταν μεταξύ 5-10% (Economidou Ch., 2001).

Ο κλάδος των ασφαλίσεων ζωής περιλαμβάνει καλύψεις που αφορούν αναπλήρωση εισοδήματος, ανικανότητα/αναπηρία, ασθένεια και σύνταξη. Αναλόγως της κάλυψης διακρίνουμε την κατηγορία α) της αποταμίευσης μέσω της οποίας τα καταβληθέντα ασφάλιστρα των ασφαλισμένων κεφαλαιοποιούνται και διανέμονται είτε με την μορφή της σύνταξης είτε με την μορφή εφάπαξ και β) την κατηγορία της προστασίας έναντι θανάτου, ασθένειας ή και ατυχήματος ή των συνεπειών της ασθένειας και του ατυχήματος καλύπτοντας νοσοκομειακά έξοδα, αναπληρώνοντας το εισόδημα σε περίπτωση ανικανότητας και αποπληρώνοντας υποχρεώσεις των ασφαλισμένων (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος).

Στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση είναι εθελοντική και παρέχεται μέσω ατομικών και ομαδικών συμβολαίων. Συνήθως τα ομαδικά συμβόλαια παρέχονται από τους εργοδότες στους εργαζόμενους (OECD, 2004a) με τη συμμετοχή των τελευταίων στο κόστος των υπηρεσιών να κυμαίνεται στο 10% με 20%. Το ύψος των ασφαλίσεων καθορίζεται ανάλογα με τον κίνδυνο ασθένειας των ατόμων λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία και άλλους δημογραφικούς παράγοντες (Δήμου & Μανωλέσσου, 2000). Η ιδιωτική ασφάλεια προσφέρει καλύψεις είτε που

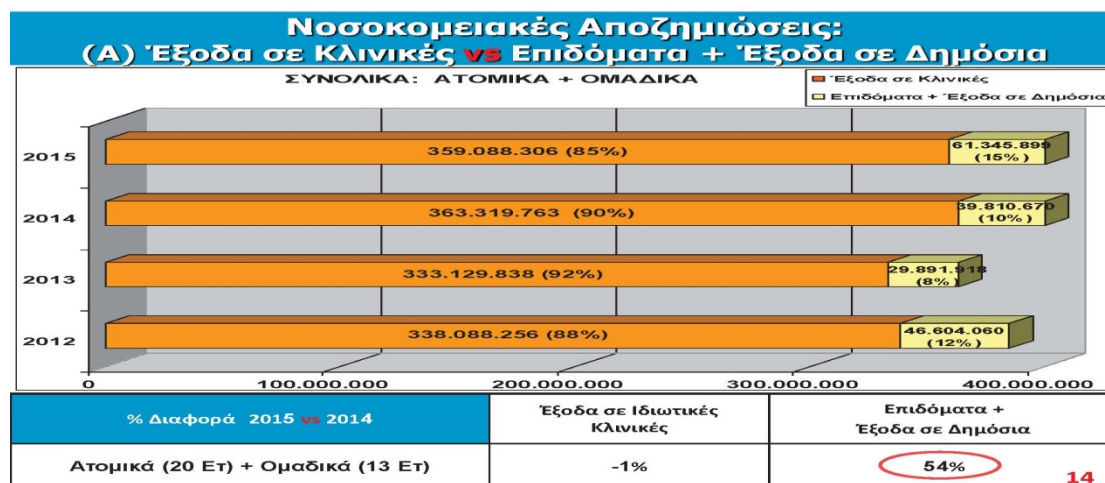
δεν παρέχονται από τους δημόσιους φορείς, είτε υπηρεσίες που προσφέρονται να μεν από το κράτος εξασφαλίζοντας όμως για τους ασφαλισμένους ευκολότερη και γρηγορότερη πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές με ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις (Mossialos & Thomson, 2002). Η ασφάλεια ζωής μπορεί να έχει συμπληρωματικό ρόλο (συμπληρωματικές καλύψεις – riders), ή και κύριο (IV) (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος). Στο παρακάτω διάγραμμα σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος απεικονίζονται οι εγγεγραμμένοι ανά κλάδο ασφάλισης για τα έτη 2012-2015.



Διάγραμμα 3.1: Οι εγγεγραμμένοι ανά κλάδο ασφάλισης για τα έτη 2012-2015.

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος το 2015 ο κλάδος ζωής συγκέντρωνε το μεγαλύτερο όγκο των ασφαλιστρών (1,2 δις €) παρόλο που ήταν μειωμένος κατά 2,8% σε σχέση με το 2014. Το 2015 το σύνολο των αποζημιώσεων έφτανε τα 2,4 δις € εκ των οποίων τα 1,6 δις € αφορούσε αποζημιώσεις και παροχές των ασφαλίσεων ζωής ποσό αυξημένο κατά 5,3% σε σχέση με το 2014. Τέλος η παραγωγή ασφαλιστρών του κλάδου ζωής αφορούσε 76% σε ατομικά συμβόλαια, και 24% σε ομαδικά συμβόλαια. Από αυτά τα συμβόλαια το 50% αφορούσε προγράμματα αποταμίευσης / σύνταξης, το 34% προγράμματα για νοσοκομειακή περίθαλψη και το 16% σε λοιπές καλύψεις. Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζονται τα έξοδα για τα έτη 2012-2015 σε κλινικές και επιδόματα καθώς και

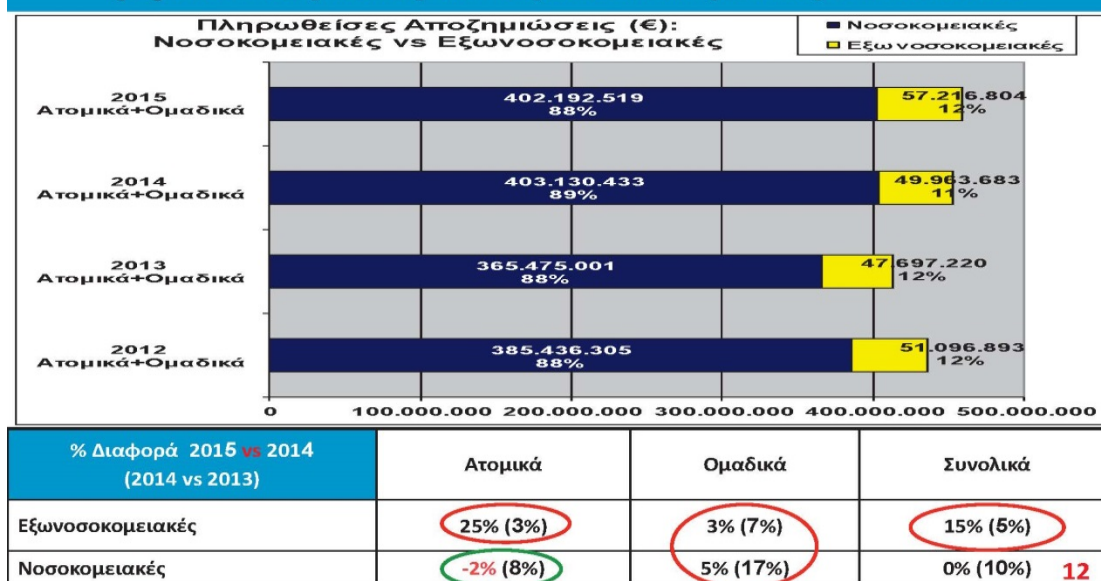
καλυπτόμενα έξοδα σε δημόσιους παρόχους από ιδιωτικές ασφαλιστικές σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος.



Διάγραμμα 3.2: Τα έξοδα για τα έτη 2012-2015 σε κλινικές και επιδόματα καθώς και καλυπτόμενα έξοδα σε δημόσιους παρόχους από ιδιωτικές ασφαλιστικές.

Ο τρόπος αποζημίωσης επιτυγχάνεται με δύο τρόπους. Στην μια περίπτωση ο ασθενής καταναλώνει υπηρεσίες υγείας τις οποίες και πληρώνει ο ίδιος και στην συνέχεια λαμβάνει τα χρήματα από την ασφαλιστική εταιρεία προσκομίζοντας τις αποδείξεις. Στην άλλη περίπτωση ο ασθενής δεν πληρώνει το κόστος των υπηρεσιών που κατανάλωσε, αλλά η ασφαλιστική εταιρεία αποζημιώνει απευθείας τον προμηθευτή μέσω συμβάσεων και συμφωνηθέντων τιμοκαταλόγων στις συμβεβλημένες κλινικές είτε μέσω του τιμοκαταλόγου των μη συμβεβλημένων κλινικών. Επιπρόσθετα υπάρχουν προγράμματα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μέσω των οποίων οι ασφαλισμένοι δικαιούνται εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου (ένα check – up ετησίως) καθώς και πακέτα για διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις μέχρι ένα συγκεκριμένο ποσό (Κονδύλης Η., 2009). Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνονται οι καταβεβλημένες αποζημιώσεις για νοσοκομειακή και έξω νοσοκομειακή περίθαλψη από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος για τα έτη 2012-2015.

Πληρωθείσες Αποζημιώσεις: (Α) Νοσοκομειακή vs Εξω-νοσοκομειακή ΣΥΝΟΛΙΚΑ



Διάγραμμα 3.3: Οι καταβεβλημένες αποζημιώσεις για νοσοκομειακή και έξω νοσοκομειακή περίθαλψη από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Τα δυνατά σημεία του ιδιωτικού τομέα είναι κατά γενική ομολογία στην πληθώρα των περιπτώσεων τα αδύνατα σημεία του δημόσιου τομέα (Μάνιου & Ιακωβίδου 2009). Σε μελέτες έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η ιδιωτική ασφάλεια υγείας δύναται να συνεισφέρει στην άμεση και ολοκληρωμένη κάλυψη των πολιτών για υπηρεσίες υγείας, χωρίς να επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό (Λιαρόπουλος Λ., 1993). Παρά ταύτα δεν έχει αποσαφηνιστεί αν η ιδιωτική ασφάλεια υγείας προσφέρει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες συνδράμοντας στην μείωση του κόστους εξαιτίας της διαπραγματευτικής δύναμης που έχει ως προς τους προμηθευτές υγείας ή αν αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία εξαιτίας του επιλεκτικού μηχανισμού κάλυψης (OECD, 2003b), καθώς θέτουν ως στόχο άτομα νέα, υγιή και εύρωστα οικονομικά (Liaropoulos L., 1995).

3.4 Οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Οι δαπάνες που καταβάλλονται από τους πολίτες για υπηρεσίες υγείας αφορούν άμεσες πληρωμές, άτυπες πληρωμές και συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών. Ανάλογα με την πηγή που αντλούνται οι πόροι για υπηρεσίες υγείας έχουν συνέπειες τόσο στην ισοτιμία της κάλυψης και της πρόσβασης του πληθυσμού όσο και στα διαθέσιμα εισοδήματα των πολιτών (Λιαρόπουλος Λ., 2005).

Από την μια πλευρά υποστηρίζεται ότι η συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας μειώνει την ζήτηση για αυτές αυξάνοντας τα έσοδα (Abel-Smith B., 1994), ενώ τα έσοδα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αμβλύνουν τις ανισότητες καλύπτοντας υγειονομικές ανάγκες του ασθενέστερου οικονομικά πληθυσμού (Willman J., 1998).

Αντίθετα ο Creese (1991) υποστηρίζει ότι η συνεισφορά των πολιτών στο κόστος μετακυλά το οικονομικό βάρος από τη φορολογία και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στα νοικοκυριά επιδρώντας στην ισότιμη μεταχείριση των πολιτών από το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με τους Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, (2011) η ανισότητα μπορεί να υπολογιστεί με βάση την συνολική ετήσια καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, αφαιρώντας τη δαπάνη για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα οι ατομικές ή οικογενειακές δαπάνες για υπηρεσίες υγείας έχουν περισσότερες συνέπειες όπως ήταν αναμενόμενο στα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού αφού στερούν πόρους από άλλα αγαθά που χρειάζονται τα νοικοκυριά. Επιπλέον αν αφαιρεθούν οι δαπάνες για την υγεία το 21,2% του πληθυσμού πέφτει κάτω από το όριο φτώχειας, ενώ ταυτόχρονα επιδεινώνεται και το επίπεδο διαβίωσης των φτωχών (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011).

Από μελέτη των Christiansen et al., (2002) προκύπτει ότι τα άτομα με υψηλό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο συνάπτουν συμβόλαια με ασφαλιστικές εταιρείες προκειμένου να καλύψουν την συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ενώ τα άτομα με χαμηλό εισόδημα δεν έχουν την δυνατότητα σύναψης τέτοιων συμβολαίων, αυξάνοντας έτσι τις ανισότητες. Από μελέτη που διεξήχθη στην περιφέρεια Αττικής από τους Dolgeras et al., (2001), συνάγεται ότι πολίτες σε ποσοστό 70%, αποδέχονται τη συμμετοχή στο κόστος αρκεί να λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Από το δείγμα των 350 ατόμων, τα 94 άτομα δήλωσαν ότι δεν μπορούν να ανταπεξέρθουν στο κόστος και τα 105 δεν ήταν διατεθειμένα να καταβάλουν το κόστος. Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι πολίτες που αντιπροσωπεύουν τη μεσαία τάξη, τόσο κοινωνικά όσο και οικονομικά, προτιμούν την άμεση πληρωμή μετά το πέρας της λήψης της υγειονομικής υπηρεσίας, ενώ οι πολίτες με υψηλό εισόδημα προτιμούν την αύξηση των εισφορών της κοινωνικής ασφάλισης και την αύξηση της συμμετοχής για την ιδιωτική ασφάλιση. Όμως τόσο η κοινωνική όσο και η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργούν με βάση τις αρχές της ανταποδοτικότητας, γεγονός που δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη (Σίσκου Ο., 2006). Συμπερασματικά η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση δεν συνάδει με τις αρχές της ισοτιμίας που πρεσβεύει

το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα αφού απευθύνεται στις εύπορες ομάδες του πληθυσμού (Thompson et al., 2003).

Επιπλέον ανισότητες παρατηρούνται και στις άμεσες πληρωμές που αφορούν διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που παρέχονται από τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, οι οποίες διαφοροποιούνται αναλόγως του διαθέσιμου εισοδήματος (Van Doorslaer & Masseria, 2004).

3.5 Σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) παροχής υπηρεσιών τείνει να γίνει παγκόσμιο φαινόμενο (Gaffney D., et al., 1999), παρότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει βασικός σχεδιασμός για την σύμπραξη των δύο τομέων. Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να εξεταστεί βάσει της Βρετανικής εμπειρίας κατά πόσο η εν λόγω σύμπραξη δύναται να είναι αποδοτική για το σύστημα και επομένως για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και τελικά για την ικανοποίηση των πολιτών στην χώρα μας.

Το 2005 ψηφίστηκε ο ν.3389 και αφορούσε την σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας (Κονδύλης Η., κ συν., 2008). Σύμφωνα με τον νόμο το Υπουργείο Υγείας βασιζόμενο στο Βρετανικό μοντέλο ΣΔΙΤ (Αρκουμανέας Π.,2005) σκόπευε την κατασκευή νοσοκομείων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Κομοτηνή, Πρέβεζα και Κω (Πετροπούλου Μ.,2007). Ταυτόχρονα παρουσιάστηκε ενδιαφέρον και από ιδιωτικούς ομίλους για σύμπραξη των νοσοκομείων του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα (Κονδύλης Η., κ συν., 2008).

Σύμφωνα με τους Gaffney et al., (1999) σύμπραξη είναι η διαδικασία κατά την οποία ιδιωτικοί φορείς παρέχουν υπηρεσίες και έργα που κατ' εξοχήν παρέχονταν από το δημόσιο. Με την σύμπραξη μέρος του κινδύνου μετατοπίζεται από το δημόσιο φορέα στον ιδιώτη έτερο.

Το Ηνωμένο Βασίλειο προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για τα νοσοκομεία ήταν η πρώτη χώρα που έκανε χρήση των ΣΔΙΤ ενώ τα τελευταία χρόνια ειδικά στις χώρες όπου η χρηματοδότηση των συστημάτων γίνεται από τη φορολογία παρατηρείται μια αύξηση των ΣΔΙΤ προκειμένου να επενδυθούν κεφάλαια στο νοσοκομειακό τομέα (Thompson & McKee, 2004). Η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ στηρίζεται στην άποψη ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι πιο αποδοτικός από το δημόσιο, εξασφαλίζοντας ποιοτικότερες υπηρεσίες με μικρότερο κόστος (Κονδύλης Η., κ συν., 2008).

Σύμφωνα με έρευνα των Κονδύλη κ συν. (2008) για τη ΣΔΙΤ στην Μ. Βρετανία προκύπτει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών δεν είναι ανάλογη της τιμής, καθώς το κόστος είναι υψηλό και ειδικά αν συγκριθεί με τον τρόπο χρηματοδότησης μέσω των δημόσιων επενδύσεων, εκποιώντας την ακίνητη περιουσία του Βρετανικού συστήματος στον ιδιωτικό τομέα. Η δυναμικότητα των νοσοκομείων μειώθηκε εξαιτίας της οικονομικής και όχι της κλινικής αναγκαιότητας, αφού σημειώθηκε μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού εξαιτίας των περικοπών στις μισθοδοσίες με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Επιπλέον παρατηρήθηκε αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος καθώς και αύξηση της ζήτησης των ιδιωτικών κλινικών. Όσον αφορά στον κίνδυνο, υποστηρίζεται ότι δεν μεταφέρθηκε μέρος αυτού στον ιδιωτικό τομέα, αλλά πιθανότατα συνέβη το αντίθετο, καθώς η επένδυση γίνεται από το δημόσιο τομέα. Επιπλέον διατυπώνονται ανησυχίες σχετικά με την διαφάνεια αλλά και την ανάπτυξη φαινομένων διαφθοράς καθώς οι χρηματοοικονομικοί σύμβουλοι εργάζονται είτε ταυτόχρονα είτε διαδοχικά και στους δύο φορείς.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους Κονδύλη κ συν., (2008) η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην περίπτωση της Ελλάδας δεν αποτελεί μια επιλογή που θα επιφέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Από την άλλη σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2006) σε περιόδους οικονομικής κρίσης η σύμπραξη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα κρίνεται ως αναγκαία. Από τη μια η ανάγκη διατήρησης των ελλειμμάτων σε μηδενικά επίπεδα και η έλλειψη πόρων στο δημόσιο τομέα και στον αντίποδα η αναζήτηση κερδοφόρων επενδύσεων από τον ιδιωτικό τομέα καθιστούν τη συνεργασία δυνητικά αποδοτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

4.1 Μέθοδοι αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή του παρεχόμενου προϊόντος συμβάλει στην βελτίωση όλων των οργανισμών. Πιο συγκεκριμένα στις υπηρεσίες υγείας η αξιολόγηση υποδεικνύει τον τρόπο για την χάραξη πολιτικής υγείας, αφού μέσω αυτής προσδιορίζονται οι υγειονομικές προτεραιότητες (Κυριόπουλος Γ., κ συν., 2003) και βάσει των αποτελεσμάτων της σχεδιάζεται, οργανώνεται και διοικείται ένα σύστημα υγείας (Τούντας & Οικονόμου, 2007). Βασικοί δείκτες αξιολόγησης για τα συστήματα υγείας είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισότητα όπως αυτοί διατυπώθηκαν από τον Cochrane (1972).

Η ισότητα περιλαμβάνει την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, λαμβάνοντας όλοι οι πολίτες τις ίδιες ποιοτικές υπηρεσίες ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης, επαγγελματικού και οικονομικού προφίλ και άλλων παραγόντων (Κοντούλη – Γείτονα Μ., 1997). Διάφοροι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, αναφορικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, ποιος δικαιούται υγειονομική περίθαλψη, η έκταση της κάλυψης (δηλαδή τι δικαιούνται οι πολίτες), η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών καθώς και το προσιτό κόστος περίθαλψης (δηλαδή η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014). Με τον όρο αποτελεσματικότητα εννοείται η επίτευξη των στόχων οι οποίοι μπορεί να άπτονται σε θέματα ποιότητας, πρόσβασης και ισότητας αλλά και στα κλινικά αποτελέσματα, δηλαδή το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Arah.O., et al., 2003). Τέλος η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα σε σχέση με τους πόρους που δαπανήθηκαν (Κυριόπουλος Γ., κ συν., 1994).

Ανεξάρτητα από τις προαναφερθείσες διαστάσεις της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας σπουδαίο ρόλο για την αξιολόγηση αυτών διαδραματίζει και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία μελετάται ανεξάρτητα από τις υπόλοιπες (Τούντας Γ., 2006). Τα κριτήρια μέσω των οποίων οι υπηρεσίες κρίνονται ως ποιοτικές ή όχι αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών αλλά και την γενικότερη απόδοση του συστήματος συνολικά. Το κριτήριο της συνολικότητας εμπεριέχει εκτός των τριών διαστάσεων της αξιολόγησης και αυτό της ασφάλειας της διαδικασίας παροχής της φροντίδας (Scott & Campbell., 2002).

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούσε ακρογωνιαίο λίθο στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας καθώς θεωρούνταν εύκολα μετρήσιμη. Στις μέρες όμως η έννοια της ικανοποίησης υπόκειται σε αμφισβήτηση καθώς έχει εισαχθεί η έννοια της ανταποκρισιμότητας (Δανιηλίδου Α., 2009). Η ανταποκρισιμότητα χρησιμοποιείται ως εργαλείο που μετρά την ανταπόκριση των προσδοκιών του χρήστη από το σύστημα υγείας σε σχέση με τις μη ιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνει όπως η δυνατότητα της επιλογής της υγειονομικής μονάδας, η έγκαιρη λήψη της φροντίδας και η ευγενική συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού ως προς τους ασθενείς (Darby C., et al., 2000).

4.2 Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος.

Ο όρος της ανταποκρισιμότητας εισήχθη πρόσφατα στις υπηρεσίες υγείας και ήταν αποτέλεσμα των αδυναμιών άλλων μεθόδων αξιολόγησης των συστημάτων υγείας όπως η ικανοποίηση (Δανιηλίδου Α., 2009). Η ανταποκρισιμότητα δεν αξιολογεί τα ιατρικά αποτελέσματα τα οποία έτσι και αλλιώς αξιολογούνται με τους δείκτες υγείας (Darby C., et al, 2000) αλλά αξιολογεί κατά πόσο ικανοποιούνται οι προσδοκίες των ασθενών από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών αλλά και από την συμπεριφορά των προμηθευτών (Δανιηλίδου Α., 2009). Η μέτρηση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος στις προσδοκίες των ασθενών έχει απασχολήσει έντονα τα τελευταία χρόνια την επιστημονική κοινότητα, καθώς αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας.

Η μέτρηση της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνει δύο ομάδες κριτηρίων. Η μια είναι υποκειμενική καθώς αξιολογείται από τον ασθενή και αφορά το σεβασμό που θεωρεί ότι λαμβάνει ο ίδιος από το προσωπικό των υγειονομικών μονάδων. Αντίθετα η άλλη ομάδα κριτηρίων θεωρείται αντικειμενική και έγκειται στην διευκόλυνση του προσανατολισμού του ασθενή και μπορεί κάποιος να την παρατηρήσει απευθείας μέσα από την μονάδα. (Δανιηλίδου Α., 2009).

Σύμφωνα με τους Murray & Frenk., (2000) η κάθε κατηγορία περιλαμβάνει ορισμένα στοιχεία.

Σχετικά με τον σεβασμό του ατόμου:

- Αξιοπρέπεια
- Αυτονομία στην λήψη αποφάσεων
- Εμπιστευτικότητα των πληροφοριών

- Επικοινωνία

Σχετικά με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας:

- Έγκαιρη προσοχή/ ανταπόκριση
- Επιλογή υγειονομικού προσωπικού και υγειονομικής μονάδας
- Πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη
- Ποιότητα βασικών παροχών

Η έννοια της αξιοπρέπειας στον υγειονομικό χώρο περιλαμβάνει τον σεβασμό, την ευγένεια, τη προσοχή, την φροντίδα και την ευγενική συμπεριφορά στους ασθενείς χωρίς φωνές, θυμούς και επιπλήξεις (Valentine N., et al., 2003), διατηρώντας την ιδιωτικότητα του ατόμου αναφορικά με τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων (Δανηλίδου Α., 2009). Η αυτονομία στην λήψη αποφάσεων εφόσον το άτομο είναι ενήλικο και διαθέτει πνευματική υγεία καθιστά τον ιατρό υπεύθυνο να σεβαστεί το δικαίωμα του ασθενή να εκφράσει την γνώμη του στην καταλληλότητα και ωφέλεια της θεραπευτικής επιλογής (Hebert P., 1996). Η εμπιστευτικότητα χαρακτηρίζεται από το χώρο που ο ασθενής λαμβάνει υπηρεσίες, ο οποίος πρέπει να είναι σχεδιασμένος με τέτοιο τρόπο ώστε να προστατεύεται η ιδιωτικότητα του ασθενή (Valentine N. et al., 2003). Όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή και τη γνωστοποίηση ιατρικών δεδομένων προκειμένου να αναπτυχθεί το αίσθημα της εμπιστοσύνης από την πλευρά του ασθενή θα πρέπει να μην παρευρίσκονται άλλοι στο χώρο των λαμβανόμενων υπηρεσιών αν δεν το επιθυμεί ο ασθενής έκτος αν η παρουσία άλλου υγειονομικού υπαλλήλου κρίνεται απαραίτητη για τη θεραπεία του ασθενή (Δανηλίδου Α., 2009). Επιπλέον η επικοινωνία συνδράμει στην δημιουργία καλής σχέσης μεταξύ του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας και του καταναλωτή ασθενή γεγονός που εδραιώνει την συνεργασία μεταξύ τους και τελικά συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών (Coulter A., et al., 1999). Η επικοινωνία όμως δεν αφορά μόνο αυτή που δημιουργείται ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή αλλά και σε αυτή που αναπτύσσεται με το υπόλοιπο διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό (Δανηλίδου Α., 2009).

Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αίσθηση ότι αν καταστεί ανάγκη θα έχουν εύκολη πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα (Grol R., et al., 1999) και από την αίσθηση ότι σε μη επείγουσες καταστάσεις θα λάβουν την προγραμματισμένη φροντίδα σε εύλογο χρονικό διάστημα, χωρίς καθυστερήσεις στην

παραλαβή των αποτελεσμάτων (Δανηλίδου Α., 2009). Επιπλέον τα ποσοστά της ικανοποίησης αυξάνονται αν ο ασθενής νιώθει ότι έχει το δικαίωμα της επιλογής του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας και αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη περισσότερων από μια διαθέσιμη επιλογή (Δανηλίδου Α., 2009). Η έννοια της πρόσβασης σε κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται μόνο στους νοσηλευόμενους και όχι στους εξωτερικούς ασθενείς και αυτό γιατί οι νοσηλευθέντες ασθενείς υφίστανται συχνά αλλαγές στην ψυχολογία τους και αναζητούν στήριγμα στις οικογένειες τους (Δανηλίδου Α., 2009). Η ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται όταν έχουν την επιλογή να στραφούν σε άλλες υποστηρικτικές δομές (Valantine et al., 2003), όπως σε μη κυβερνητικές οργανώσεις ή σε συλλόγους ασθενών με παρόμοια πάθηση (Δανηλίδου Α., 2009). Όσο αφορά την ποιότητα των βασικών παροχών αυτή εξαρτάται από την υποδομή της μονάδας τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά και θα αναλυθεί ενδελεχώς σε επόμενη ενότητα.

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 4003 άτομα η προσοχή που επιδεικνύει το υγειονομικό προσωπικό στους ασθενείς επιλέχθηκε η σημαντικότερη παράμετρος της ανταποκρισιμότητας σε ποσοστό 58,4%, ενώ η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται η λιγότερο σημαντική σε ποσοστό 27,4% (Δανηλίδου Α., 2009).

4.3 Η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Ο τομέας της υγείας διαφοροποιείται σημαντικά από τους υπόλοιπους τομείς παροχής προϊόντων και υπηρεσιών και αυτό καθιστά τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας πιο σύνθετο. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 1960 είχε περισσότερο ακαδημαϊκό – ερευνητικό χαρακτήρα σε αντίθεση με τον βιομηχανικό τομέα που εφαρμοζόταν από το 1930 (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Στον χώρο της υγείας ο κλασικός ορισμός της ποιότητας διαμορφώθηκε από τον (Donabedian, 1988) που ορίζει την ποιότητα *“ως το είδος φροντίδας το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία”*.

Σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχουν δοθεί διάφοροι, συγγενείς μεταξύ τους, ορισμοί. Για παράδειγμα, οι Kibbe et al. (1994), προσεγγίζουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε ένα πλαίσιο, που συνδέει τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη βέλτιστη περίθαλψη με τις διαδικασίες

υλοποίησης (των εν λόγω οδηγιών) που έχουν υιοθετηθεί από τις διάφορες μονάδες ιατρικής φροντίδας. Το πλαίσιο αυτό βασίζεται στην λογική του Deming¹ που συνοψίζεται στην ακόλουθη φράση «κάνε το σωστό πράγμα, με το σωστό τρόπο, ώστε να πετύχεις το σωστό στόχο» (doing the right thing the right way to achieve the right goals). Στο ίδιο πνεύμα, το Department of Health της Μεγάλης Βρετανίας θεωρεί ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας “σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιεί αυτό που χρειάζεται στο κατάλληλο χρόνο, με σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα” (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Επιπρόσθετα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζει ότι η ποιότητα περιλαμβάνει τις κατάλληλες θεραπευτικές και διαγνωστικές πράξεις ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Στον όρο ποιότητα από κάποιους ερευνητές διακρίνονται δύο διαστάσεις. Η τεχνική και η λειτουργική (Kang & James, 2004). Η τεχνική διάσταση αφορά αυτό που λαμβάνει ο ασθενής, ενώ η λειτουργική στον τρόπο με τον οποίο παράγονται οι υπηρεσίες (Δουμουλάκης Γ., 2003). Παρόλο που πολλές φορές η έννοια της ποιότητας συνδέεται μόνο με τεχνικά θέματα, εντούτοις η έννοια είναι ευρύτερη και περιλαμβάνει τη συνολική λειτουργία του συστήματος, από τη διοίκηση και τη στελέχωση ως την κλινική πρακτική με κατευθυντήριο άξονα τις ανάγκες του ασθενή (Γείτονα Μ., κ συν., 2004).

Για άλλους ερευνητές η ποιότητα στο χώρο της υγείας έχει πέντε διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν τα υλικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός κ.α), την εμπιστοσύνη του ασθενή στον προμηθευτή υγείας, την ανταπόκριση του προμηθευτή στα παράπονα του χρήστη, το αν ο προμηθευτής συμπάσχει με το πρόβλημα του ασθενή και τέλος το να θεωρεί ο χρήστης τον προμηθευτή αξιόπιστο (Parasuraman A., et al., 1998).

Πάντως ανεξάρτητα με το πόσες διαστάσεις έχει η ποιότητα στο χώρο της υγείας, οι ερευνητές συγκλίνουν στην άποψη ότι ένας χρήστης υπηρεσιών υγείας μπορεί να δηλώσει ικανοποιημένος από την υπηρεσία, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει

¹ Ο Δρ. W. Edwards Deming υπήρξε στατιστικός του οποίου η φιλοσοφία συνδυάζει την ευρεία χρήση στατιστικών ιδεών και μεθόδων οργάνωσης και διαχείρισης, και που η διατύπωση της ήταν σε πλήρη αντίθεση με τις ισχύουσες πρακτικές στο Δυτικό κόσμο την συγκεκριμένη χρονική περίοδο (μέσα δεκαετίας του 1950). Επίσης, προχώρησε στη διατύπωση 14 σημείων που αφορούν στο σωστό management. Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε H. R. Neave (1987).

ότι θεωρεί ότι η υπηρεσία που έλαβε ήταν υψηλής ποιότητας (Parasuraman A., et al., 1998).

Οι δείκτες ποιότητας αποτελούν χρήσιμα εργαλεία και αποτυπώνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και για τη σύγκριση μεταξύ τμημάτων σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου και μπορούν να βοηθήσουν στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση, π.χ αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος), δείκτες διαδικασιών (π.χ Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ώρα, Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος) και δείκτες αποτελέσματος (π.χ Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων) (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Εκτός από του δείκτες ποιότητας υπάρχουν και οι προσδιοριστικοί παράγοντες που την καθορίζουν οι οποίοι είναι πανομοιότυποι με τους δείκτες. Έτσι σύμφωνα με τον Παπανικολάου Β., (2007) οι παράγοντες αυτοί είναι η διαθεσιμότητα των κλινών στα νοσοκομεία καθώς και η υποδομή αυτών (ξενοδοχειακές υποδομές , χωροδιάταξη), η καθαριότητα των χώρων και των τροφίμων, η οργανωτική δομή των μονάδων μα κυρίως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες αποτελούν η εξάλειψη της γραφειοκρατίας και η αξιοποίηση της τεχνολογίας (Αποστόλα Μ., κ συν., 2008).

Καθώς τα νοσοκομεία είναι το κέντρο των συστημάτων υγείας αφού απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των διαθέσιμων πόρων για την υγεία και εξυπηρετούν μεγάλες μερίδες ασθενών, η ποιότητα στα νοσοκομεία μπορεί να μετρηθεί καθώς τα αποτελέσματα είναι άμεσα και εμφανή (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999). Επιπλέον η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών μπορεί να πιστοποιηθεί από διαπιστευμένο φορέα, ο οποίος απονέμει το πιστοποιητικό αφότου περάσει το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο ο υπό πιστοποίηση οργανισμός οφείλει να προβεί στις προτεινόμενες από τον αρμόδιο φορέα βελτιώσεις του συστήματος ποιότητας και αφού έχει ολοκληρωθεί θετικά το στάδιο της επιθεώρησης από τον φορέα διαπίστευσης (Μπινιώρης Σ., 2009).

Συμπερασματικά λαμβάνοντας υπόψη τους προσδιοριστικούς παράγοντες αλλά και τους δείκτες ποιότητας, τα νοσοκομεία στην Ελλάδα δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για ποιοτικές υπηρεσίες γεγονός που απορρέει από τις εγκαταστάσεις καθώς τα περισσότερα νοσοκομεία στεγάζονται σε παλιά κτίρια αλλά και εξαιτίας της ελλιπούς στελέχωσης από υγειονομικό προσωπικό, αφού υπάρχουν τμήματα που υπολειπούνται ή δεν λειτουργούν καθόλου δυσχεραίνοντας τη διακίνηση των ασθενών. Η γραφειοκρατία και το μη εξειδικευμένο προσωπικό αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για ποιοτικές υπηρεσίες αφήνοντας τελικά τους ασθενείς ανικανοποίητους.

Πρόσφατα, το Ευρωβαρόμετρο διεξήγαγε μια νέα έρευνα γνώμης με κύριο στόχο να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι Ευρωπαίοι προσλαμβάνουν την ασφάλεια των ασθενών και αντιλαμβάνονται την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρα τους. Στο πλαίσιο αυτό, το ποσοστό των Ελλήνων (83%) οι οποίοι δήλωσαν ότι αισθάνονται πως υπάρχει ο κίνδυνος να υποστούν βλάβη στην υγεία τους από τη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ήταν πολύ υψηλότερο από το ποσοστό όλων των υπολοίπων Ευρωπαίων. Αντίστοιχη ήταν η κατάσταση και για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, όπου και πάλι το ποσοστό των Ελλήνων (78%) που δήλωσαν ότι νοιώθουν φόβο πως η υγεία τους θα υποστεί βλάβη από την επίσκεψή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν το υψηλότερο από όλους τους άλλους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, 2010).

4.4 Οι προσδοκίες των πολιτών από το σύστημα υγείας.

Από έρευνα των Crow et al. (2002), συνεπάγεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από το βαθμό επίτευξης των προσδοκιών τους, αποτιμώντας την διαφορά ανάμεσα σε αυτό που τελικά έλαβαν με αυτό που αρχικά προσδοκούσαν. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις προσδοκίες των ασθενών όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η κατάσταση της υγείας τους καθώς και παλαιότερες εμπειρίες από υγειονομικές υπηρεσίες (Crow et al. 2002). Οι προσδοκίες επιπλέον επηρεάζονται από τις οδηγίες των εμπλεκόμενων μελών, τις προσωπικές ανάγκες των χρηστών και την στάση των χρηστών απέναντι στο σύστημα υγείας (Κουτελάκος & Χαλιάσος, 2014)

Οι προσδοκίες χαρακτηρίζονται από δυο βασικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο αφορά τις προσδοκίες που θα είχαν σε ένα ιδανικό σύστημα υγείας και το δεύτερο στοιχείο αντικατοπτρίζει τις ρεαλιστικές προσδοκίες (Bowling et al., 2012). Οι

κυριότερες προσδοκίες των ασθενών αφορούν τη συνεχή πληροφόρηση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, σαφείς πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους, το δικαίωμα της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, την καθαριότητα των χώρων και την καλή συμπεριφορά του υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού (Bowling et al., 2012). Οι προσδοκίες σχετικά με τη συμμετοχή στην θεραπευτική αντιμετώπιση διαφοροποιούνται αναλόγως της ηλικίας. Έτσι τα νεότερα άτομα έχουν αυξημένες προσδοκίες αναφορικά με τη συμμετοχή τους στη λήψη της απόφασης για την θεραπευτική μέθοδο, τα οποία κρίνουν την ποιότητα της επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό κακή σε αντίθεση με τα ηλικιωμένα άτομα που θεωρούν ότι ο γιατρός πρέπει να κατέχει τον πρωταρχικό λόγο στη λήψη αποφάσεων (Coulter & Jenkinson, 2005).

Καθώς οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες των ασθενών οδηγούν σε χαμηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες (Rao JK., et al., 2000 & Πολύζος Ν., κ συν., 2005), είναι θεμιτό οι λειτουργοί υγείας να γνωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών (Bowling A., et al., 2012). Παρόλο που οι προσδοκίες είναι πολλές και ποίκιλες, για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και για τους ιθύνοντες χάραξης πολιτικής υγείας η κατανόηση και η αξιολόγηση των προσδοκιών θα είναι σημαντικό έργο, το οποίο θα βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών (Kravitz R., et al., 1996). Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να συνδέονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας με σκοπό να εξασφαλίζεται η καλύτερη θεραπευτική συμμαχία και συνεργασία (Σταλίκας & Μερτίκα, 2004).

Συμπερασματικά σύμφωνα με έρευνα των Parasuraman et al. (1988) οι ασθενείς προσδοκούν οι υπηρεσίες υγείας που θα λαμβάνουν να διακρίνονται για:

- Την αξιοπιστία τους που αφορά την εκτέλεση της υπηρεσίας.
- Την ανταπόκρισή τους που αφορά την προθυμία και ετοιμότητα των εργαζομένων, για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη εκτέλεση των υπηρεσιών.
- Την ικανότητα που αφορά τα προσόντα και τις δεξιότητες των εργαζομένων για να ακολουθηθεί η προβλεπόμενη διαδικασία. Το εξειδικευμένο και καταρτισμένο προσωπικό θεωρείται πιο αποτελεσματικό και επιθυμητό από κάθε ασθενή.
- Την άμεση πρόσβαση, μιας και όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως προσδοκούν εύκολη και ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς έντονη γραφειοκρατία και αναμονή.

- Την ευγένεια και κατανόηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φαίνεται σε όλες τις εκφράσεις της και σέβεται την προσωπικότητα και τα δικαιώματα των ασθενών.
- Τις άνετες συνθήκες διαβίωσης και την ασφάλεια τόσο στους χώρους διανομής και διατροφής, όσο και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας που εξασφαλίζουν όμορφο και ζεστό κλίμα.
- Και φυσικά το κόστος, το οποίο αναμένουν να εξασφαλίζεται από το κράτος με τη δημόσια ασφάλιση ή από την ιδιωτική ασφάλιση και τα ασφαλιστικά ταμεία χωρίς επιπλέον κόστος.

Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν τα αίτια που δημιουργούν τη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την αντίληψή τους για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Το πρώτο αίτιο αφορά στη διαφορά που προκύπτει μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο. Το δεύτερο εστιάζει στη διαφορά προσδοκιών και προδιαγραφών του νοσοκομείου. Το τρίτο αίτιο αφορά την διαφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα πρότυπα που έχουν τεθεί αρχικά. Τέταρτον στο κενό που προκύπτει από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που υποσχέθηκε το νοσηλευτικό ίδρυμα σε σχέση με αυτές που τελικά προσέφερε (Βενιού Α. κ συν., 2013). Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναλυθεί η έννοια της ικανοποίησης και θα παρατεθούν μελέτες από έρευνες ικανοποίησης.

4.5 Η ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας.

Τα περισσότερα συστήματα υγείας στις μέρες μας, προκειμένου να υλοποιήσουν αλλαγές λαμβάνουν υπόψη την γνώμη των ασθενών – χρηστών, που θεωρείται δείκτης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Ford Rc, et al., 1997). Αυτό αποτελεί μια μορφή ανατροφοδότησης του συστήματος υγείας από τους ίδιους τους πολίτες και με τον τρόπο αυτό εντοπίζονται τα προβλήματα και παίρνονται μέτρα για την επίλυση τους, την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων βελτιώνοντας τελικά την οργάνωση και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Συμπερασματικά σύμφωνα με τον Donabedian A., (1988), από τους ασθενείς αντλούνται πληροφορίες προκειμένου να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες.

Σε πρόσφατη έρευνα των Γούλα κ συν., (2017) που διεξήχθη με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που

πραγματοποιήθηκε σε 59 δημόσια νοσοκομεία της χώρας και απευθύνοντας στους υπεύθυνους ποιότητας ανέδειξε σε ποσοστό 98,2% ότι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει στην καλύτερη επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μονάδες υγείας σήμερα.

Η έννοια της ικανοποίησης αρχικά αφορούσε στην θεραπεία του ασθενούς και στην μείωση του πόνου των ασθενών. (Πιερράκος Γ., κ συν 2013). Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα συμπεριελήφθητε στην έννοια και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σαρρής Μ., κ συν 2001). Οι Band & Thomas (1992), υποστήριζαν ότι « *οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι κατάλληλες*»

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες .Σύμφωνα με τους Σαρρή & Γούλα (2006), οι παράγοντες αυτοί αφορούν την θεραπευτική σχέση μεταξύ του λειτουργού υγείας και του ασθενούς, την θεραπευτική αποτελεσματικότητα, την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Επιπλέον σύμφωνα με τους Greenwish et al, (1992) η ικανοποίηση επηρεάζεται από την τεχνική δεξιότητα και ικανότητα του λειτουργού υγείας, την ενημέρωση και την εκπαίδευση του ασθενή, το περιβάλλον του νοσοκομείου (ποιότητα των υποδομών και των υποστηρικτικών υπηρεσιών), το κόστος των υπηρεσιών, την εκπλήρωση των προσδοκιών τους. Επιπλέον άλλοι παράγοντες σχετίζονται με την προσβασιμότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (Καλογεροπούλου Μ., 2011).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, τα κοινωνικό- οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς και τα ψύχο – κοινωνικά χαρακτηριστικά (Παπαγιαννοπούλου Β., κ συν., 2008). Σε προηγούμενη ενότητα αναλύθηκε εκτενώς τι αφορούν οι προσδοκίες των ασθενών. Τα κοινωνικό – οικονομικά χαρακτηριστικά αφορούν το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο όπου σύμφωνα με μελέτες έχει αποδειχτεί ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση (Coulter & Jenkinson, 2005). Οι ψύχο- κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τον χρήστη κατά την διαδικασία της αξιολόγησης, αλλοιώνοντας πολλές φορές τα μέγεθος της ικανοποίησης (Παπαγιαννοπούλου Β., κ συν., 2008). Αυτό εξηγείται σύμφωνα με τους Levois M., et al., (1981), γιατί ένα μεγάλο ποσοστό προκειμένου να έχει καλή αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από όσο ουσιαστικά είναι, ενώ από την άλλη

μεριά σύμφωνα με τον Ley (1972) υπάρχουν ασθενείς που δεν θέλουν να συμμετέχουν στην διαδικασία καθώς θεωρούν πως η κατάσταση της υγείας τους δεν θα αλλάξει.

4.6 Ευρήματα από μελέτες ικανοποίησης από το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Οι τρόποι μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών διενεργείται με την μέθοδο του ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις στις οποίες καλείται να απαντήσει ο κάθε ασθενής αφορούν την πρόσβαση, την ανταπόκριση από τις υπηρεσίες υγείας, την πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και το κόστος, το νοσηλευτικό περιβάλλον, τα δικαιώματά τους, καθώς και την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (Aletas V., et al., 2009).

Σε συγκριτική ανάλυση δυο ερευνών μέτρησης ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπου στην πρώτη έρευνα συλλέχθηκαν 457 ερωτηματολόγια από 8 νοσοκομεία με την μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και με προσωπικές συνεντεύξεις για διάστημα ενός μήνα, ενώ στην δεύτερη συλλέχθηκαν 168 ερωτηματολόγια στο ίδιο χρονικό διάστημα, σχεδόν στα ίδια νοσοκομεία που συλλέχθηκαν όμως σε κουτί παραπόνων. Σε όλους τους δείκτες η ικανοποίηση είναι υψηλότερη στη δεύτερη έρευνα, γεγονός που γεννά ερωτήματα για την μεθοδολογία της έρευνας γιατί στο κουτί παραπόνων θα μπορούσαν να είχαν παρέμβει και εξωγενείς παράγοντες. Σε γενικές γραμμές και στις δυο έρευνες εξαιτίας της γραφειοκρατίας και των προβλημάτων στην οργάνωση οι ερωτηθέντες δεν ήταν ικανοποιημένοι από την διοικητική υπηρεσία και γενικότερα από την συνολική εικόνα της μονάδας. Αντίθετα απέναντι στον γιατρό υπάρχει εμπιστοσύνη από τους εξωτερικούς ασθενείς (Πιερράκος Γ., κ συν., 2015).

Σύμφωνα με έρευνα των Λαμπράκη κ συν., (2013) που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την διερεύνηση και την σύγκριση των απόψεων των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων, από τους 270 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα το 95,3% δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού. Το 97,7% και το 98,1% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι από την ευγένεια του προσωπικού και την συνέχεια του νοσηλευτικού έργου αντίστοιχα. Οι ασθενείς ανέφεραν σημαντικό έλλειμμα 67,7% στην εκπαίδευση κατά την νοσηλεία τους και 70,1% στην ενημέρωση των συγγενών τους. Από τους 140 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών

της έρευνας δήλωσαν ικανοποιημένοι από την συνέχεια του νοσηλευτικού έργου το 98,5% και το 94,9% από την ευγένεια του προσωπικού. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες δόθηκαν 66,7% στην κάλυψη των προσωπικών αναγκών των ασθενών και 85,3% στην ενημέρωση των συγγενών τους. Επίσης, δήλωσαν δυσαρεστημένοι από την ποσότητα και ποιότητα του φαγητού 64,6% και 73,6% αντίστοιχα. Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα κρίνεται ικανοποιητική από τους ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών που αφορούν στην πληροφόρηση και την εκπαίδευση ασθενών και οικογένειας.

Από έρευνα της Καλογεροπούλου Μ., (2011), που έλαβε χώρα σε έξι γενικά δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας προκειμένου να διερευνήσει αφενός την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και αφετέρου το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικής αποδοτικότητας του νοσοκομείου, σε συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 71%, το 67% παρέμεινε ανικανοποίητο ως προς την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους, σημειώνοντας ότι παραβιάστηκε το δικαίωμα συγκατάθεσης τους για διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις. Επιπλέον το 27,1% ανέφερε παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου. Σε ποσοστό 57,3% οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από το χρόνο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο, ενώ το 32,7% δήλωσε ικανοποιημένο από την φροντίδα που δέχτηκε. Συντριπτικό ήταν το ποσοστό 82,7% που δεν έμεινε ικανοποιημένο από την καθαριότητα, την διανομή και την ποιότητα του φαγητού, ενώ το 93,5% δήλωσε ότι πρέπει να βελτιωθούν οι συνθήκες καθαριότητας, το 92,5% οι κτηριακές εγκαταστάσεις, το 92,1% η συμπεριφορά του προσωπικού και το 87,9% ο τεχνολογικός εξοπλισμός.

Σύμφωνα με τους Pierrakos & Tomaras (2009) οι ασθενείς έχουν υψηλές προσδοκίες και εμφανίζονται γενικά ικανοποιημένοι με τη νοσηλευτική και την ιατρική φροντίδα, δηλώνουν δυσαρεστημένοι σε ότι αφορά το επίπεδο των ξενοδοχειακών παροχών, την οργάνωση, την επικοινωνία, την κατάσταση του θαλάμου, το φαγητό και την καθαριότητα. Αρνητικοί επίσης παράγοντες για την ικανοποίηση των ασθενών είναι η έλλειψη προσωπικού και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Σε έρευνα ικανοποίησης σε δημόσιο παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, όπου η ικανοποίηση μετρήθηκε με την μέθοδο Likert αντιπροσωπεύοντας το 1 «καθόλου ικανοποιημένος» και το 5 «απόλυτα ικανοποιημένος», χαμηλά βαθμολογήθηκαν οι υποδομές του νοσοκομείου, ενώ σε ανοιχτή ερώτηση σχεδόν

όλοι ερωτώμενοι επισήμαναν ότι το κτίριο χρήζει ανακαίνισης. Το 49% δήλωσε ότι έμεινε ικανοποιημένο από την ταχύτητα που επιτεύχθηκε η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ 150 συνοδοί δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εισαγωγής. Πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 2,1% είχε παράπονο από την συμπεριφορά του προσωπικού, ενώ το 54,3% δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο. Από αυτούς το 33,4% των συνοδών δήλωσε πολύ ως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του διοικητικού προσωπικού, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση. Τέλος από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες οι περισσότεροι ασθενείς έμειναν μέτρια ή αρκετά ικανοποιημένοι (Παπαγιαννοπούλου Β., κ συν., 2008).

Σε μελέτη για τους παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου το δείγμα αποτέλεσαν 300 κάτοικοι που διαμένουν εκτός Αθήνας, αλλά επισκέφτηκαν 4 νοσοκομεία της Αθήνας, αναδείχτηκαν τα προβλήματα της πρόσβασης του Εθνικού Συστήματος Υγείας που επηρεάζουν την ικανοποίηση των πολιτών. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτώμενοι βαθμολόγησαν με μικρό βαθμό ικανοποίησης (5,34 με άριστα το 10) τις υπηρεσίες που έλαβαν από το κέντρο υγείας της περιοχής που κατοικούν, σε αντίθεση με το βαθμό ικανοποίησης (8,23) από τις υπηρεσίες που έλαβαν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων της Αθήνας (Πιερράκος & Υφαντόπουλος 2007).

Από την συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε ένα εξειδικευμένο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και σε ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο προκύπτουν μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης και στα δυο νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα για το δημόσιο νοσοκομείο οι εντυπώσεις για την νοσηλεία ήταν θετικές σε ποσοστό 75,2%, ενώ στο μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο 91,1%. Οι εντυπώσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν 84,4% και 92,7% αντίστοιχα, ενώ για το ιατρικό προσωπικό 71,3% και 92,7%. Τα ποσοστά αυτά οφείλονται στο γεγονός ότι και τα δυο νοσοκομεία χρησιμοποιούν συστήματα ποιότητας αλλά το μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο εξαιτίας του ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο το σύστημα ποιότητας εφαρμοζόταν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με την συγκριτική έρευνα του Vestaridis (2009) για το χρόνο αναμονής στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων σε σχέση με τα απογευματινά ιατρεία προέκυψε ότι ο χρόνος αναμονής είναι μεγαλύτερος για τους

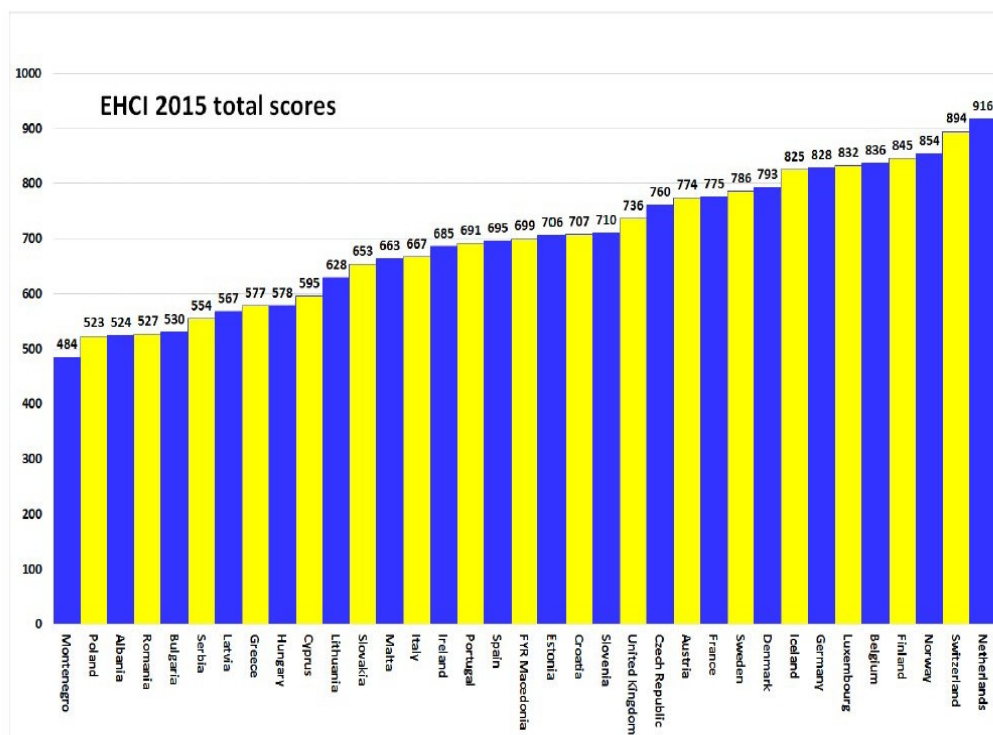
εξωτερικούς ασθενείς των πρωινών ιατρείων εξαιτίας του μεγαλύτερου αριθμού επισκέψεων. Η έλλειψη επιλογών για την ημέρα και την ώρα του ραντεβού επίσκεψης έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να συνωστίζονται στην αίθουσα αναμονής μέχρι τη σειρά τους για εξέταση. Η δυσλειτουργία των εξωτερικών ιατρείων το πρωί, αποτελούν πηγή δυσαρέσκειας για τους ασθενείς που τελικά αναζητούν την υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς στα απογευματινά ιατρεία.

Η παραπάνω διατύπωση επιβεβαιώνεται με κάποιες διαφορές και από τη συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και το αντίτιμο του κόστους των πρωινών και των απογευματινών ιατρείων που εκπονήθηκε σε 7 νοσοκομεία της Αττικής με δείγμα 454 εξωτερικών ασθενών, οι 372 εξ αυτών επισκέφτηκαν τα πρωινά ιατρεία ενώ 65 τα απογευματινά ιατρεία. Ο χρόνος αναμονής ήταν μεγαλύτερος κατά 15 λεπτά για τους ασθενείς των πρωινών ιατρείων, ενώ το 58% στο σύνολο του πληθυσμού δεν ήταν πρόθυμο να πληρώσει 10€ επιπλέον προκειμένου να λάβει καλύτερες υπηρεσίες. Το 38,9% των επισκεπτών στα πρωινά ιατρεία και το 47,6% των επισκεπτών στα απογευματινά ιατρεία θεωρούν ότι το αντίτιμο της εξέτασης είναι υψηλό, δηλώνοντας απροθυμία στην πληρωμή το 60% και το 45,2% αντίστοιχα. Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του κόστους και της ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες, με χαμηλότερη των ασθενών που επισκέπτονται τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία (Πιερράκος Γ., κ συν., 2015).

Παρά τα οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και κάποιες διαφωνίες που σχετίζονται με τη χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας αμφισβητείται, θεωρούμενη περιορισμένης εγκυρότητας (Πιερράκος & Τομάρας, 2009). Από την άλλη οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι σε θέση να εκτιμήσουν το επίπεδο ποιότητας και να αναγνωρίσουν διάφορους παράγοντες ικανοποίησης όπως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την τεχνολογική και ξενοδοχειακή υποδομή και τη διοίκηση στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Αξίζει να αναφερθεί ότι ειδικά οι ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, επειδή επισκέπτονται συχνά τον χώρο του νοσοκομείου, βιώνουν άμεσα και αναγνωρίζουν οποιοσδήποτε οργανωτικές αλλαγές λαμβάνουν χώρα, κρίνοντας και αξιολογώντας αυτές από τη στιγμή εφαρμογής τους (Polyzos N., et al., 2005).

Συμπερασματικά ως προς την αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες 35 ευρωπαϊκές χώρες σύμφωνα με στοιχεία της ετήσιας

μελέτης που εκπόνησε το Euro Health Consumer Index(ECHI), η Ελλάδα το 2015 κατείχε την 28^η θέση συγκεντρώνοντας 577 βαθμούς από τους 1000 που ήταν το άριστα. Την ίδια θέση κατείχε και το 2014. Το 2013 και το 2012 κατείχε την 25^η θέση και την 22^η αντίστοιχα. Στις πιο αρνητικές επιδόσεις συγκαταλέγονται οι κτηριακές εγκαταστάσεις και υποδομές των υγειονομικών μονάδων, η ελλιπής στελέχωση των μονάδων από υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό, στην πληροφόρηση και τα δικαιώματα των ασθενών, στις ανισότητες στην πρόσβαση, στις μεγάλες λίστες αναμονής και στις παράνομες πληρωμές. Ενώ οι καλές αποδόσεις αφορούν τους δείκτες θνητότητας και θνησιμότητας καθώς και η άμεση πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής 2016). Στο ακόλουθο διάγραμμα απεικονίζεται η συνολική βαθμολογία που συγκέντρωσαν τα συστήματα υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία της Euro Health Consumer Index, (EHCI 2015).



Διάγραμμα 4.1: Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας 35 Ευρωπαϊκών χωρών το 2015.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Προτάσεις για ένα νέο μοντέλο παροχής υπηρεσιών.

5.1 Συγκριτική ανασκόπηση συστημάτων υγείας άλλων χωρών.

Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι μέσω μιας σύντομης ανασκόπησης των συστημάτων υγείας άλλων ανεπτυγμένων χωρών να γίνει μια προσπάθεια να εντοπιστεί πιο από αυτά τα συστήματα είναι πιο κοντά στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας το οποίο σύμφωνα με τους Θεοδώρου κ συν., (2001) παλινδρομεί ανάμεσα σε ένα φιλελεύθερο και ένα εθνικό σύστημα υγείας. Η συγκριτική ανάλυση των άλλων συστημάτων μπορεί να βοηθήσει στην εξαγωγή συμπερασμάτων για το αν το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι αποδοτικό.

Το Αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το πλέον αντιπροσωπευτικό μεταξύ των φιλελευθέρων συστημάτων υγείας. Το σύστημα λειτουργεί κυρίως με τις αρχές της ελεύθερης αγοράς καθώς το κράτος δεν παρεμβαίνει σχεδόν καθόλου παρά μόνο χρηματοδοτεί τα προγράμματα Medicare και Medicaid τα οποία καλύπτουν τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και φτωχούς, ανέργους και ανάπηρους αντίστοιχα (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από την ομοσπονδιακή και πολιτειακή κυβέρνηση, από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και από το εισόδημα των πολιτών. Έτσι συνολικά το 55% αφορά ιδιωτικές πηγές και το 45% κρατικούς πόρους (Χλέτσος Μ., 2011). Καθώς στο Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική υπάρχουν πολλοί ανασφάλιστοι ή μερικώς ασφαλισμένοι έχοντας μόνο νοσοκομειακή κάλυψη και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού που είναι ασφαλισμένο, ασφαρίζεται μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Συμπερασματικά το σύστημα της Αμερικής χαρακτηρίζεται ως πολύπλοκο και με μεγάλες αδυναμίες συγκριτικά με άλλα συστήματα καθώς δεν εξασφαλίζει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η εκπλήρωση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από το οικονομικό υπόβαθρο των πολιτών. (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας σε γενικές γραμμές αποτελεί υπόδειγμα αποτελεσματικού και οργανωμένου συστήματος υγείας προσφέροντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Θεωρείται αντιπροσωπευτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – τύπου Bismark αφού κυρίαρχο ρόλο έχουν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης όπου οι εισφορές καταβάλλονται από εργοδότες και εργαζομένους συνυπάρχοντας αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία

υγείας (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Τα ασφαλιστικά ταμεία ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, που εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή που ζουν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Το ύψος της συμμετοχής διαφέρει από ταμείο σε ταμείο ή από περιοχή σε περιοχή, όμως η καταβολή των εισφορών είναι 50% από τους εργαζόμενους και 50% από τους εργοδότες (Χλέτσος Μ., 2011). Το μεγαλύτερο συγκριτικό πλεονέκτημα του συστήματος είναι ότι η καταβολή των εισφορών καθορίζεται ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος και τις δυνατότητες πληρωμής από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007).

Το εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας αποτελεί το κλασικό παράδειγμα των συστημάτων τύπου Beveridge. Αποτέλεσε πρωτοπορία η δημιουργία του καθώς ήταν το πρώτο σύστημα που παρείχε δωρεάν και καθολική πρόσβαση στο πληθυσμό, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά απευθείας από την γενική φορολογία. Διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας με περιορισμένη την ύπαρξη του ιδιωτικού τομέα. Η είσοδος στο σύστημα επιτυγχάνεται μέσω των οικογενειακών ιατρών που θεωρούνται ένα από τα πιο οργανωμένα τμήματα του συστήματος. Η μεταρρύθμιση που αφορούσε τον διαχωρισμό των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές έδωσε την δυνατότητα στα νοσοκομεία να λειτουργούν ανταγωνιστικά με βάση τους κανόνες της αγοράς αφού πρόκειται για αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς προσλαμβάνοντας το προσωπικό που επιθυμούν, καθορίζοντας τους μισθούς και τιμολογώντας τις υπηρεσίες. (Χλέτσος Μ., 2011). Συμπερασματικά το Βρετανικό σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα που κατάφερε να συγκρατήσει τις δαπάνες σε χαμηλά επίπεδα χωρίς να επηρεαστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αντιμετωπίζοντας όμως προβλήματα στην πρόσβαση των υπηρεσιών αφού παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

Το εθνικό σύστημα της Σουηδίας εντάσσεται στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας, αποτελώντας αναπόσπαστο κομμάτι του κράτους πρόνοιας αφού διέπεται από τις αρχές της καθολικότητας και της ισοτιμίας (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001). Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανωμένες σε τρία επίπεδα αυτά της περιφέρειας, του νομού και του δήμου και η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται μέσα από κέντρα υγείας (Χλέτσος Μ., 2011). Έτσι την ευθύνη για υπηρεσίες υγείας την έχει το κράτος και οι κατά τόπους εκλεγμένες νομαρχίες και δημοτικές αρχές, Αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό του συστήματος που εντάσσεται στα πλεονεκτήματα του είναι η αποκεντρωτική του δομή (Glennester & Matsaganis, 1992). Συμπερασματικά το

Σουηδικό σύστημα υγείας διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα εθνικά συστήματα γιατί είναι πλήρως αποκεντρωμένο και οι αναζητήσεις και οι μελέτες για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος δεν σταματούν ποτέ (Θεοδώρου Μ. κ συν., 2001).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι αναπτυγμένες χώρες στην προσπάθεια τους να υλοποιηθούν οι στόχοι των συστημάτων υγείας, δηλαδή η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, η επάρκεια, η ισοτιμία, η ελεύθερη επιλογή και η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και γενικά από το σύστημα υγείας ποικίλλουν από χώρα σε χώρα (OECD, 2004b).

Στα συστήματα υγείας που προαναφέρθηκαν μπορεί να εντοπίσει κάποιος δυνατά και αδύνατα σημεία. Το μείγμα των δυνατών σημείων μπορούν να ενσωματωθούν στο Ελληνικό σύστημα υγείας, ενώ τα αδύνατα σημεία να αποταχθούν από αυτό. Το Ελληνικό σύστημα υγείας δημιουργήθηκε βασισμένο στην δομή του συστήματος υγείας της Βρετανίας από το οποίο όμως διαφοροποιείται σημαντικά στα δυνατά σημεία του ενώ αντίθετα υπάρχει ταύτιση στα αδύνατα σημεία του. Έτσι ουσιαστικά στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας δεν ενσωματώθηκαν ποτέ οι οικογενειακοί ιατροί αποδυναμώνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρόλο που επιχειρήθηκαν πολλές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που αφορούσαν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εντούτοις το πρόβλημα παρέμεινε άλυτο αυξάνοντας τις ιδιωτικές δαπάνες. Όσο αναφορά τις ιδιωτικές δαπάνες η Ελλάδα τείνει να παράγει ένα σύστημα ανισοτήτων όπως η Αμερική όπου οι οικονομικά ασθενέστεροι και οι ανασφάλιστοι δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αντί να μιμηθεί το Γερμανικό σύστημα υγείας όπου τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης διέπονται από την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης. Συγκρίνοντας το Ελληνικό σύστημα υγείας με το σύστημα της Σουηδίας σε θεωρητικό επίπεδο υπάρχουν ομοιότητες όσο αφορά την αποκέντρωση του συστήματος. Πρακτικά όμως δεν εντοπίζεται καμία ομοιότητα διότι οι νομοθετικές προσπάθειες για αποκέντρωση του ΕΣΥ προδίδουν προχειρότητα στο σχεδιασμό, έλλειψη μακροπρόθεσμης εφαρμογής και πολιτικής βούλησης.

Συμπερασματικά η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά το Αγγλικό πρότυπο, η αποκέντρωση του συστήματος κατά το Σουηδικό, η μείωση των δαπανών των νοικοκυριών για δαπάνες υγείας προς αποφυγήν του προτύπου του Αμερικάνικου συστήματος και η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη προσαρμοσμένη στις οικονομικές δυνατότητες εργαζομένων και εργοδοτών κατά το Γερμανικό πρότυπο πρέπει να αποτελέσουν την βάση για την δημιουργία ενός νέου συστήματος

υγείας που θα πρεσβεύει την καθολική και ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού όπως αρχικά σχεδιάστηκε, ικανοποιώντας τις ανάγκες τους για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

5.2 Ο σχεδιασμός προς ένα ολοκληρωμένο συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δοθεί από τον Λιαρόπουλο (2007) « ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στην μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας».

Για να λειτουργήσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας και να αποδώσει στο μέγιστο βαθμό οφείλει να εκτιμά πόσο αποτελεσματικό είναι στο να επιτυγχάνει τους προκαθορισμένους στόχους και αναλόγως να επανακαθορίζει τους στόχους και να σχεδιάζει νέα προγράμματα λαμβάνοντας υπόψη τις διαρκείς μεταβολές του περιβάλλοντος και τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (Θεοδώρου Μ., κ συν., 2001).

Προκειμένου να διαφοροποιηθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας από την απλή παροχή υπηρεσιών υγείας προκύπτουν κάποιες βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η ανάπτυξη και η λειτουργία του συστήματος. Αυτές οι αρχές όπως έχουν διατυπωθεί από τον Λιαρόπουλο (2007) είναι ότι το σύστημα υγείας πρέπει να έχει έναν ευδιάκριτο και υλοποιήσιμο σκοπό, που αντικατοπτρίζει τις ανάγκες του πληθυσμού όπως η βελτίωση και η διατήρηση της υγείας. Οι στόχοι μεταφράζονται σε πολιτική υγείας, επανεξετάζονται διαρκώς και υπόκεινται σε κοινωνικό έλεγχο. Αφού καθοριστεί, σχεδιαστεί, προγραμματιστεί και εφαρμοστεί η διαδικασία μέσω της οποίας θα επιτευχθούν οι στόχοι, εκτιμάται η αποτελεσματικότητα της ως προς την επίτευξη των στόχων. Συμπερασματικά πρόκειται για μια κυκλική διαδικασία όπου επαναλαμβάνεται διαρκώς με σκοπό την συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αντλώντας στοιχεία από την αποκτώμενη εμπειρία (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Το σύστημα υγείας προσδιορίζεται από ορισμένα οργανωτικά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων μπορεί να πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση ως προς την αποτελεσματικότητα και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007) αποτελούν ένα σύνθετο μίγμα που περιλαμβάνει τον βαθμό ισότιμης μεταχείρισης των πολιτών τόσο από την πλευρά της χρηματοδότησης όσο και από την πλευρά της έκτασης των καλυπτόμενων αναγκών. Επιπρόσθετα περιλαμβάνει το είδος των

υπηρεσιών που δίνεται έμφαση, την σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και η αποτελεσματικότητα του συστήματος, δηλαδή το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σε σχέση με την αποδοτικότητά του, δηλαδή τους πόρους που χρησιμοποιούνται.

Το καθένα από τα προαναφερθέντα οργανωτικά χαρακτηριστικά μπορεί να αποτελέσει στόχο για την χάραξη πολιτικής υγείας, λαμβάνοντας πάντα υπόψη ότι μεταξύ τους είναι αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα και η μεγιστοποίηση του αποτελέσματος προς ένα χαρακτηριστικό προϋποθέτει και τον σχεδιασμό των υπολοίπων (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Με άξονα τις απαντήσεις στα ερωτήματα που είμαστε, που θέλουμε να είμαστε και πως θα φτάσουμε εκεί, έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί που αφορούν την έννοια του σχεδιασμού (Τούντας Γ., 2006). Σχεδιασμός ορίζεται ως η διαδικασία κατά την οποία το μέλλον διαφέρει από το παρόν, εντοπίζονται οι ανάγκες για αλλαγές και ο τρόπος πραγματοποίησης των αλλαγών (Lee & Mills, 1985). Σύμφωνα με τους Koontz & O'Donnell (1984), σχεδιασμός είναι η γεφύρωση του χάσματος από το σημείο που βρισκόμαστε με το σημείο που θέλουμε να πάμε, αποφασίζοντας προκαταβολικά τι θα γίνει, από ποιον και πότε θα γίνει. Σύμφωνα με τον Allen (1970) σχεδιασμός είναι η καταγραφή της πορείας, προς την επίτευξη του στόχου σε αναλογία με τον χρόνο. Συμπερασματικά για τις υπηρεσίες υγείας βάσει των προαναφερθέντων ορισμών ο σχεδιασμός περιλαμβάνει την εκτίμηση των αναγκών της υγείας του πληθυσμού, την ανάλυση των εναλλακτικών δυνατοτήτων για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πληθυσμού και η επιλογή της καλύτερης εναλλακτικής (Τούντας Γ., 2006).

Ο παραδοσιακός σχεδιασμός εφαρμόζεται για την κατανομή των πόρων λαμβάνοντας υπόψη γεωγραφικά και πληθυσμιακά δεδομένα. Τα πληθυσμιακά δεδομένα αφορούν δημογραφικούς παράγοντες, εκτίμηση των αναγκών υγείας καθώς και ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα γεωγραφικά δεδομένα αφορούν την απόσταση, τον χρόνο πρόσβασης και το κόστος μεταφοράς (Τούντας Γ., 2006).

Ο λειτουργικός σχεδιασμός αποτελεί ευθύνη της μέσης και κατώτερης διοίκησης στις τρέχουσες λειτουργίες και εξελίξεις στο άμεσο μέλλον και έχει σχέση με τις καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού, κυρίως στο πλαίσιο των εκάστοτε προϋπολογισμών (Τούντας Γ., 2006).

Αντίθετα ο στρατηγικός σχεδιασμός αποτελεί μέρος μιας γενικότερης στρατηγικής προσφέροντας την δυνατότητα αποδοτικότερης διοίκησης, οργάνωσης

και λειτουργίας με την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των πόρων και των μέσων, υπό τον έλεγχο όλων των δραστηριοτήτων (Παπούλιας Δ., 2002).

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ΠΟΥ 1981), έτσι όπως αναφέρεται στον Πολύζο Ν., (2014) υπάρχουν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές που πρέπει να ακολουθούνται από τους αρμόδιους φορείς για να επιτευχθεί η σωστή και αποδοτική λειτουργία των συστημάτων υγείας. Κατά σειρά είναι οι ακόλουθες:

1. Διαμόρφωση πολιτικής υγείας
2. Στρατηγικός σχεδιασμός
3. Προϋπολογισμός
4. Επιχειρησιακός σχεδιασμός
5. Εφαρμογή
6. Αξιολόγηση
7. Επαναπρογραμματισμός και επανασχεδιασμός
8. Υποστήριξη όλων των ανωτέρων
9. Πρόβλεψη και λειτουργία μηχανισμών διασφάλισης

Η Ελλάδα έχει παρουσιάσει χρονική υστέρηση για την εφαρμογή των ανωτέρω με αποτέλεσμα να διαιωνίζονται οι δυσλειτουργίες στην διοίκηση και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας επιτάσσοντας πλέον το σύστημα να διαμορφώσει προγράμματα που αφορούν στον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας και της οργάνωσης, της διοικητικής αναδιάρθρωσης, της οικονομικής εξυγίανσης και απόδοσης, της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών και της μέτρησης των αποτελεσμάτων (Πολύζος Ν., 2014).

Η ανάπτυξη του συστήματος υγείας διακρίνεται από ορισμένες αντιφάσεις και η άρση αυτών είναι η ίσως η αφετηρία προς τον σχεδιασμό ενός νέου ολοκληρωμένου συστήματος. Η μεγαλύτερη αντίφαση είναι η ίδια η υπόσταση του ΕΣΥ γιατί παρά τον εθνικό του χαρακτήρα αναπτύχθηκε στην πορεία η κοινωνική ασφάλιση και ο ιδιωτικός τομέας. Το τριαδικό πρότυπο θεωρείται υπεύθυνο για την αποτυχία των μεταρρυθμίσεων, διατηρώντας το πλέγμα των ανισοτήτων, ενώ σε οικονομικό επίπεδο ο ρυθμός των ιδιωτικών δαπανών είχε αυξητικές τάσεις, όπως και τα ελλείμματα των ταμείων. Υπό το πρίσμα της συγκεκριμένης αντίφασης ο νέος σχεδιασμός πρέπει να περιλαμβάνει την ενοποίηση του ΕΣΥ και της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και την ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης και τέλος την δημιουργία ενός ρυθμιστικού πλαισίου, ελέγχου και αξιολόγησης τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα (Σισσούρας Α., 2012).

Συμπερασματικά για την εφαρμογή ενός σχεδίου προς ένα ολοκληρωμένο σύστημα θα πρέπει να ξεπεραστούν οι παγιωμένες τυπικές και άτυπες καταστάσεις που εμποδίζουν τις αλλαγές και να υπάρξει πολιτική βούληση και συνεργασία από όλους τους φορείς που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας προκειμένου να εξασφαλιστούν ποιοτικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες, εκπληρώνοντας τις προσδοκίες τους. Η ορθολογικότερη χρήση των πόρων, η προσαρμογή στους κανόνες που επιτάσσει η κοινωνία, η αγορά και το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και ο σχεδιασμός των στόχων με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού μπορεί να αποτελέσει την αρχή μια νέας εποχής για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

5.3 Προτάσεις για την βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ορισμένες από τις προτάσεις για την βελτίωση του Ε.Σ.Υ που θα παρατεθούν σε αυτό το κεφάλαιο έχουν επισημανθεί κατά καιρούς από την επιστημονική κοινότητα και όχι μόνο, χωρίς όμως να εφαρμοστούν ουσιαστικά από τις διάφορες κυβερνήσεις του τόπου. Η χώρα πλέον διανύει τον έβδομο χρόνο οικονομικής ύφεσης και οι συνέπειες τις στο σύστημα υγείας είναι σχεδόν αβάσταχτες πλέον για την μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού.

Κατά καιρούς έχει επισημανθεί ότι ο σχεδιασμός των προτάσεων για την βελτίωση του συστήματος πρέπει να βασίζεται στην επαναθεμελίωση των θέσεων και της θεσμικής και οργανικής ανασυγκρότησης του συστήματος. Παρακάτω θα παρατεθούν οι προτάσεις για την βελτίωση του συστήματος υγείας έτσι όπως διαμορφώθηκαν από τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήγαγε το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής με τίτλο, βελτιώνοντας το σύστημα υγείας (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016). Οι προτάσεις είναι οι εξής:

1. Διαμόρφωση εθνικής πολιτικής υγείας
2. Ενίσχυση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ.
3. Μετατροπή του Ε.Σ.Υ. από κακοδιοικούμενη δημοσία υπηρεσία σε σύγχρονο δημόσιο οργανισμό.
4. Ανάπτυξη της Π.Φ.Υ και των υπηρεσιών πρόληψης.
5. Ενίσχυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ
6. Νέες πολιτικές για πρόσβαση στα φάρμακα.

Η εθνική πολιτική υγείας πρέπει να διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού, θέτοντας μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους που θα μπορούν να ποσοτικοποιηθούν προκειμένου να αξιολογούνται. Η εθνική πολιτική

υγείας θα πρέπει να ακολουθηθεί τόσο από το κυβερνών κόμμα όσο και από τα κόμματα της αντιπολίτευσης, σχεδιάζοντας τις αναγκαίες διορθωτικές αλλαγές αλλά και τον τρόπο κατανομής των πόρων, έχοντας πάντα στο επίκεντρο την ολοκληρωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Η ενίσχυση της χρηματοδότησης θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα νέων ρυθμίσεων λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κρίση και τις αδυναμίες που διέπουν την κοινωνική ασφάλιση. Οι ρυθμίσεις αυτές είναι η σταθερή δέσμευση του Α.Ε.Π. της τάξης του 6% που θα διατίθεται αποκλειστικά για δαπάνες υγείας και το οποίο θα διανέμεται στην περιφέρεια τηρώντας τους προϋπολογισμούς και αναλόγως τις ανάγκες του πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής. Σταδιακή κατάργηση των εισφορών, ενισχύοντας την εθνική ασφάλιση υγείας η οποία θα χρηματοδοτείται από την φορολογία και επιτάχυνση των χρηματοδοτικών ροών από το Υπουργείο Οικονομικών προς το Ε.Σ.Υ και τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. Επαναφορά του εισιτηρίου για τις δημόσιες υπηρεσίες με εξαίρεση από αυτό των ευπαθών ομάδων. Τέλος οι αποζημιώσεις των μονάδων θα γίνονται βάσει της αξίας και της ποιότητας των υπηρεσιών και όχι μόνο του όγκου (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Η μετατροπή του Ε.Σ.Υ από κακοδιοικούμενη δημόσια υπηρεσία σε σύγχρονο δημόσιο οργανισμό, προϋποθέτει την δημιουργία ενός νόμου επανίδρυσης που θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος. Ο νόμος θα πρέπει να εστιάσει τόσο σε ζητήματα στελέχωσης και επιλογής του υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού όσο και σε λειτουργικές διαδικασίες του συστήματος. Πιο αναλυτικά προτείνεται η επιλογή των διοικήσεων στα νοσοκομεία να γίνεται μέσω αξιοκρατικών διαδικασιών υπό την εποπτεία του ΑΣΕΠ, με βασικό κριτήριο τα επιστημονικά προσόντα. Οι διοικητές θα οφείλουν να λειτουργούν με τις αρχές του σύγχρονου management και θα αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητα των μονάδων. Επιπλέον προτείνεται δημιουργία οργανισμών ανά υγειονομική περιφέρεια με διευρυμένες αρμοδιότητες, προκειμένου να στελεχώνονται οι υπηρεσίες με το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Υπό το πρίσμα της επανίδρυσης επιπλέον προτείνεται επανασχεδιασμός των νοσοκομειακών κλινών αναλόγως των υγειονομικών αναγκών ανά περιφέρεια ενισχύοντας τον ρόλο της Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής για την κατανομή των προϋπολογισμών αλλά και τον έλεγχο και την αξιολογία των μονάδων. Επιπροσθέτως προτείνεται η

δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ηλεκτρονικής διακυβέρνησης με την δημιουργία της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και του ηλεκτρονικού φακέλου. Κλείνοντας τις προτάσεις για την μετατροπή του συστήματος, επισημαίνεται ότι η ένταξη του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα πρέπει να έχει συμπληρωματικό ρόλο ως προς το δημόσιο σύστημα αναπληρώνοντας κυρίως ανεπαρκείς τομείς του δημοσίου (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των συστημάτων υγείας (Σουλιώτης Κ., 2014), καθώς αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα και το μέσο για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012). Η Π.Φ.Υ έχει καταλυτικό ρόλο σε ένα σύστημα υγείας καθώς η σωστή λειτουργία των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας σχετίζεται με τις χαμηλές δαπάνες του συστήματος και ενισχύει την ικανοποίηση των πολιτών προάγοντας την υγεία του πληθυσμού (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Συνεπώς η Π.Φ.Υ πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στην χάραξη πολιτικής υγείας και οι προτάσεις σχετικά με την ανασυγκρότηση και την ενίσχυση της θα παρατεθούν σε επόμενη ενότητα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ αποτελεί θετικό γεγονός για την αρχή μιας νέας εποχής για το Ε.Σ.Υ. Πάρα ταύτα ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ αντιμετωπίζει προβλήματα υποχρηματοδότησης και ακόμα δεν έχει αποσαφηνιστεί η ταυτότητα του τόσο σε θεσμικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο. Προτείνεται λοιπόν η διοικητική και οικονομική του ανεξαρτησία και η υπαγωγή του στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή στο Υπουργείο Οικονομικών, ανάλογα με το μοντέλο χρηματοδότησης. Ισχυροποίηση της διαπραγματευτικής του ικανότητας για την αγορά υπηρεσιών υγείας που θα υπόκεινται σε κριτήρια ποιότητας και κόστους με νέες μεθόδους οικονομικής διαπραγμάτευσης. Τέλος προτείνεται οριοθέτηση και επιβολή κανόνων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για την αγορά υπηρεσιών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων, οι δαπάνες για αυτά έχουν μειωθεί. Εντούτοις εξαιτίας της τιμής των φαρμάκων τα κατώτερα οικονομικά στρώματα του πληθυσμού αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην απόκτηση τους. Προτείνονται λοιπόν λύσεις για τον επιπλέον εξορθολογισμό των δαπανών για φάρμακα αλλά και για την δυνατότητα πρόσβασης σε αυτά και των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Συμπερασματικά προτείνεται αύξηση των γενόσημων φαρμάκων και ένταξη τους στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Υπαγωγή καινοτόμων φαρμάκων

στην θετική λίστα για την διευκόλυνση πρόσβασης σε αυτά των ασθενών αλλά και επιβολή νέου συστήματος τιμολόγησης, με το κέρδος των φαρμακοποιών να αντιστοιχεί στην τιμή του φαρμάκου (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Συνοψίζοντας την ενότητα αυτή παρατίθενται επιγραμματικά οι προτάσεις για την βελτίωση του Ε.Σ.Υ έτσι όπως διατυπώθηκαν από τον Σισσούρα (2012)

1. Δημόσια υγεία και προαγωγή της υγείας. Μια εθνική πολιτική για την προστασία και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
2. Εθνική πολιτική για την αντιμετώπιση και διαχείριση των χρόνιων παθήσεων.
3. Ενδυνάμωση των δικαιωμάτων των ασθενών και ικανοποίηση του πολίτη από την χρήση υπηρεσιών υγείας.
4. Εθνική στρατηγική για την διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία.

Επιπλέον ακολουθούν οι έξι άξονες, έτσι όπως διατυπώθηκαν από τον Σισσούρα (2012), στους οποίους πρέπει να κινηθεί η θεσμική και οργανωτική ανασυγκρότηση του Ε.Σ.Υ για αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα:

1. Οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
2. Οργάνωση και ορθολογικοποίηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας
3. Αποκέντρωση και περιφερειακή διοίκηση του συστήματος υγείας
4. Νέα πρότυπα διοίκησης και management
5. Ρυθμίσεις αποδοτικής διαχείρισης οικονομικών πόρων
6. Επαναπροσδιορισμός υγειονομικού χάρτη της χώρας

Οι προτάσεις και οι τρόποι επίτευξης για να βελτιωθεί το σύστημα υγείας έχουν επισημανθεί και αναλυθεί από την επιστημονική κοινότητα, το μόνο που μένει τώρα είναι η ενίσχυση της πολιτικής βούλησης προκειμένου να εφαρμοστούν και να γίνει το σύστημα υγείας αυτό που πρέσβευε από την αρχή της δημιουργίας του, δηλαδή ένα Εθνικό Σύστημα.

5.3.1 Προτάσεις για την βελτίωση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την αποκέντρωση του συστήματος.

Από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ το 1983 περιγράφονται ο οικογενειακός ιατρός και η δημιουργία αστικών κέντρων υγείας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014), ως βασικοί πυλώνες της ΠΦΥ. Παρά ταύτα η οργανωμένη ΠΦΥ απουσιάζει από το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, θεωρείται κατακερματισμένη και υποστελεχωμένη με αποτέλεσμα να υπάρχουν έκδηλες γεωγραφικές ανισότητες (Βραχάτης &

Παπαδόπουλος, 2011). Συμπερασματικά η ΠΦΥ δεν έχει υποστηριχθεί διοικητικά και οικονομικά, στο βαθμό τουλάχιστον που της αναλογεί από τις Ελληνικές κυβερνήσεις (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Η τελευταία μεταρρύθμιση που αφορούσε την ΠΦΥ είναι ο νόμος 4382/2014. Ο νόμος προέβλεπε την δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου (Π.Ε.ΔΥ) , το οποίο θα διοικείται από τις διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών (Δ.Υ.Πε). Οι διατάξεις του νόμου αφορούσαν τα κέντρα υγείας, τον οικογενειακό ιατρό, τον σκοπό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

Η εφαρμογή επί της ουσίας του Ν.4382/2014 και η επέκταση του περιλαμβάνοντας επιπλέον διατάξεις για την εφαρμογή πρωτοκόλλων αντιμετώπισης χρόνιων αλλά και βασικών νοσημάτων, η αξιολόγηση των δομών, η 24ώρη λειτουργία των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014) καθώς και ενίσχυση της πρόληψης τόσο της πρωτογενούς για την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου όσο και της δευτερογενούς για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016) είναι οι προτάσεις για την ενίσχυση της Π.Φ.Υ.

Τα μέτρα που προτείνεται να παρθούν θα πρέπει να έχουν σαν κύριο στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών και την αλλαγή νοοτροπίας των πολιτών απομακρύνοντας τους από το νοσοκομείο (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Ως προς την αλλαγή της νοοτροπίας προτείνεται η ενίσχυση των χειρουργείων ημέρας, των μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και η κατ'οίκον νοσηλεία (Χατζηπουλίδης Χ., 2004) μέτρο που θα συγκρατήσει και τις δαπάνες καθώς η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και η έξοδος του από αυτό γίνεται την ίδια μέρα. Επιπλέον προτείνεται η άμεση εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα αποτελεί την πύλη εισόδου στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας αλλά και μέσω αυτού θα γίνεται η παραπομπή σε άλλες ειδικότητες, καθώς η εξέταση από αυτόν θα είναι υποχρεωτική. Επιπλέον υποχρεωτικό για την μετακίνηση του ασθενή μέσα στο σύστημα δύναται να είναι το ηλεκτρονικό παραπεμπτικό το οποίο θα εκδίδεται μέσα από την πλατφόρμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΕΣΔΥ,2013). Επιπλέον ο οικογενειακός ιατρός, πρέπει να αναλάβει τον καταλυτικό ρόλο του εκφραστή της πρόληψης μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου. Αυτό θα επιτευχτεί δίνοντας κίνητρα στους ιατρούς και επιβάλλοντας χρηματική ποινή στους ασθενείς που

ζημιώνουν το σύστημα αμελώντας τις προληπτικές εξετάσεις, συμμετέχοντας στο κόστος της νοσηλείας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

Ως προς την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσίες προτείνεται το νοσηλευτικό, ιατρικό και διοικητικό προσωπικό στα κέντρα υγείας να ανταποκρίνεται στις πληθυσμιακές ανάγκες. Διαφορετικά πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την στελέχωση και την ορθή κατανομή του προσωπικού. (Ποτήρης & Σαράφης, 2014). Για τον ίδιο σκοπό απαιτείται η εφαρμογή της αξιολόγησης τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών δομών από τον ίδιο φορέα. Η αξιολόγηση θα εκτιμά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών μέσω των δεικτών υγείας, όπως την θνησιμότητα και της θνητότητας, τον αριθμού νοσηλειών μέσω των παραπομπών στην δευτεροβάθμια φροντίδα από τον οικογενειακό ιατρό και την οικονομική αποδοτικότητα (Σωτηριάδου Κ., κ συν., 2011). Τέλος τα κέντρα υγείας πρέπει να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση όπου γιατροί όλων των ειδικοτήτων από το διασυνδεδεμένο νοσοκομείο θα παράσχουν τις υπηρεσίες τους (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε., 2013). Συμπερασματικά αυτό που απαιτείται είναι η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου όπου οι βαθμίδες φροντίδας θα λειτουργούν συμπληρωματικά η μια προς την άλλη (Τούντας Γ., 2013).

Και στην περίπτωση της αποκέντρωσης του ΕΣΥ, παρόλο που έχουν διατυπωθεί πληθώρα νομοθετικών παρεμβάσεων αναφορικά με την ενίσχυση του ρόλου των υγειονομικών περιφερειών δεν κατέστη δυνατή η απεξάρτησή τους από την κεντρική εξουσία και τελικά οι υγειονομικές περιφέρειες έχουν διεκπερευτικό ρόλο, χωρίς επιτελικές αρμοδιότητες (Κακαλέτσης Ν., κ συν., 2013).

Ως σύστημα αποκέντρωσης ορίζεται εκείνο το σύστημα το οποίο επιτρέπει στα περιφερειακά όργανα του κράτους να έχουν γενικές αποφασιστικές αρμοδιότητες για υποθέσεις που αφορούν την επικράτεια τους. Έτσι με τη εφαρμογή του αποκεντρωτικού συστήματος επιτυγχάνονται η διαπίστωση των αναγκών του τοπικού πληθυσμού και με τον κατάλληλο σχεδιασμό η ικανοποίηση των πολιτών λόγω της αντιμετώπισης των προαναφερθέντων αναγκών (Τάχος Α., 2008).

Στόχος λοιπόν της αποκεντρωμένης οργάνωσης είναι η απεξάρτηση από το κεντρικό πρότυπο εξουσίας και διοίκησης, φέρνοντας τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας πιο κοντά στον πολίτη. Συμπερασματικά προτείνεται ο ρόλος του υπουργείου να εστιάζει στην στρατηγική χάραξη και στην αξιολόγηση των υγειονομικών περιφερειών δίνοντας επιτελικές αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες. Η άντληση των πόρων ανά περιφέρεια να είναι ανάλογη των αναγκών του

πληθυσμού και οι ανάγκες να καθορίζονται με επιδημιολογικούς και νοσολογικούς δείκτες και αξιολογώντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της εκάστοτε περιφέρειας (Σισσούρας Α., 2012).

5.3.2 Προτάσεις για την συγκράτηση των δαπανών και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης.

Λόγω της επιβάρυνσης της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας αφού η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν οργανώθηκε ποτέ με τέτοιο τρόπο ώστε να αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία και να εξοικονομηθούν πόροι , έχουν δημιουργηθεί τεράστια οικονομικά ελλείμματα (Gorantinis I., et al., 2014). Κατά τα τελευταία χρόνια όπου η Ελλάδα βρίσκεται σε ύφεση μέσω των μνημονιακών επιταγών επιχειρείται η μείωση των δαπανών υγείας όπου έχει επιτευχθεί σταδιακά, χωρίς όμως όραμα οργάνωσης του υγειονομικού τομέα της χώρας (Κουκουφιλλίπου Ι., και συν., 2016).

Προκειμένου λοιπόν να συγκρατηθούν οι δαπάνες, χωρίς όμως να μειωθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αλλά αντίθετα να αυξηθεί και να εξυγιανθεί η λειτουργία του Ε.Σ.Υ προτείνονται τα ακόλουθα μέτρα. Η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα που θα διαχειρίζεται τους πόρους συγκεντρώνοντας όλες τις πηγές χρηματοδότησης (Νιάκας D., 2013), η επιβολή στα νοσοκομεία κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών έτσι ώστε να είναι ενήμερο το νοσοκομείο αλλά και οι αρμόδιοι φορείς για το budget που έχουν στην διάθεση τους για να ανταπεξέρθουν στις ετήσιες ανάγκες του νοσοκομείου (Χατζηπουλίδης X., 2004), ο έλεγχος και ο εξορθολογισμός των προσλήψεων καθώς και η παροχή οικονομικών κινήτρων στους εργαζόμενους που εξοικονομούν πόρους (Χατζηπουλίδης X., 2004).

Όμως πέρα από την ανάγκη για συγκράτηση των δαπανών πρέπει να αναζητηθούν και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης. Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην παρούσα διπλωματική το μίγμα της χρηματοδότησης είναι πολύπλοκο καθώς εμπλέκονται οι κρατικές παρεμβάσεις, τα ασφαλιστικά ταμεία και ο ιδιωτικός τομέας. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης από την μια οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν οπισθοχωρήσει στρέφοντας τους πολίτες στο δημόσιο σύστημα, από την άλλη σύμφωνα με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012), εξαιτίας της δημοσιονομικής πειθαρχίας τόσο το κράτος όσο και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν αποδυναμωθεί και βρίσκονται στα όρια κατάρρευσης. Οι πηγές χρηματοδότησης θα πρέπει να αναζητηθούν κατά κύριο λόγο στην έμμεση φορολογία αλλά και σε άλλες

κατευθύνσεις οι οποίες παρουσιάζονται ακολούθως όπως αναφέρονται από τους Κουκουφιλίππου Ι., και συν., (2016):

1. Μετατροπή ενός μέρους του φόρου προστιθέμενης αξίας(ΦΠΑ), σε κοινωνικό φόρο με βασική προϋπόθεση ότι η εκάστοτε κυβέρνηση θα μεταφέρει το έσοδο αυτόματα στον τομέα της υγείας και δεν θα το διαθέτει σε άλλους τομείς. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούσε να μετριαστεί ή και να εξαλείφει εντελώς το έλλειμμα του ΕΟΠΥΥ αφού η μετατροπή τεσσάρων μονάδων σε κοινωνικό φόρο θα απέφερε στο σύστημα 3,5 δις ευρώ.
2. Επιβολή ειδικής φορολογίας σε βλαπτικά προϊόντα όπως το αλκοόλ και τα τσιγάρα. Ο φόρος αυτός θα καλύπτει ανάγκες για το υγειονομικό σύστημα, χωρίς όμως να είναι υπέρμετρος, προς αποφυγήν φαινομένων παραοικονομίας.
3. Η συμμετοχή των ασφαλισμένων πρέπει να είναι ανάλογη των εισοδημάτων τους. Επιπλέον πρέπει να επιβάλλεται μεγαλύτερη συμμετοχή όταν παρατηρούνται υπερβολές σε εξετάσεις και φάρμακα, χωρίς να τεκμηριώνεται ιατρικά η αναγκαιότητα αυτών.
4. Προσαρμογή των τιμών στα Ευρωπαϊκά πρότυπα μέσω της συγκρότησης μηχανισμού όπου θα προσδιορίζονται οι τιμές.
5. Στροφή των χρηστών στην ΠΦΥ, που εξορισμού είναι οικονομικότερη και αποτελεσματικότερη.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή μέτρων συγκράτησης των δαπανών, η εξεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης και η σταδιακή μετατροπή του ΕΣΥ σε ένα αμιγώς Εθνικό σύστημα, όπου οι πηγές χρηματοδότησης θα προέρχονται από το κράτος, αποτελούν αναγκαίες και απαραίτητες μεταρρυθμίσεις.

Συμπεράσματα

Από την δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν σαφή τα προβλήματα τα οποία είχε να αντιμετωπίσει και να επιλύσει η εκάστοτε κυβέρνηση το τόπου. Το πλήθος των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν σε αυτά τα τριάντα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ δεν κατάφερε να απαλλάξει το σύστημα από την παθογένεια από την οποία διέπεται. Στις μέρες μας όμως όπου το σύστημα υγείας νοσεί θανάσιμα οι λύσεις και οι προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος είναι σαφείς και γνωστές σε όλους τους αρμόδιους φορείς. Τα συμφέροντα των διαφόρων ομάδων που εμπλέκονται στον τομέα της υγείας πρέπει να παραγκωνιστούν από τις κυβερνήσεις και μοναδικό μέλημα πρέπει να είναι η ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών των πολιτών.

Η εφαρμογή του management στις μονάδες υγείας και πρόνοιας και η άσκηση αυτού από έμπειρο και καταρτισμένο προσωπικό καθώς και η εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης αποτελεί το πρώτο βήμα για την βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας πρέπει να είναι έννοιες συνυφασμένες με το σύστημα υγείας. Η προσφερόμενη εκμετάλλευση της τεχνολογίας για την εξάλειψη της γραφειοκρατίας μέσω ενός συστήματος ηλεκτρονικής διακυβέρνησης που θα διευκολύνει την μετακίνηση των πολιτών μέσα στο σύστημα και που ταυτόχρονα θα επιτρέπει τον έλεγχο των δαπανών μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό βήμα προς την αλλαγή. Όσον αφορά στην χρηματοδότηση του συστήματος οι αλλαγές πρέπει να είναι ριζικές και προσαρμοσμένες στις οικονομικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν την δεδομένη οικονομική συγκυρία για την χώρα μας.

Συμπερασματικά η εμπειρία που αποκομίστηκε από την μέχρι τώρα εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ικανή να σημάνει την επανεκκίνηση και την αναδιάρθρωση του συστήματος . Όπως πολύ σοφά λέει ο λαός το πάθημα πρέπει να γίνεται μάθημα και τώρα που οι γνώσεις είναι αρκετές ήρθε η ώρα για την εφαρμογή τους...

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Ανδριώτη Δ. (1988). Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: εκδόσεις Εξάντας.

Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική τομ.1*(No 1): 62-68.

Αποστολά Μ., Σκαρλέα Δ., Χρύσου Μ. (2008). *Σύγκριση απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης*. Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, Σ.Ε.Υ.Π Νοσηλευτικής, Ηράκλειο.

Αρκουμανέας Π .(2005). Το όραμα και ο σχεδιασμός του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης για τις ΣΔΙΤ στο χώρο της υγείας. Στο: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας : ομιλίες του 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου για την Διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας.

Βενιέρης Δ. (1997). «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Η ιστορία της μεταρρύθμισης*» Στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α.,(επιμ.) «*Ενιαίος φορέας υγείας : Αναγκαιότητα και αυταπάτη*» Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο.

Βένιου Α., Τεντολούρης Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.30* (No5): 613-618.

Βραχάτης Δ., Παπαδόπουλος Α .(2012). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές. *Νοσηλευτική τομ.51*(No 1): 10-17.

Γαλανόπουλος Ν.(2001). Ιστορική αναδρομή των επιχειρούμενων νομοθετικών αλλαγών στην υγεία. *Ιατρικό βήμα*, Μάρτιος – Απρίλιος.

Γείτονα Μ., Καρόκης Α., Κυριόπουλος Γ., Λίονης Χ., Σισσούρας Α., Υφαντόπουλος Γ. (2004). *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και την φροντίδα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Γούλα Α., Κέφης Β., Δημάκου Σ., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., (2014). Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο. Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.31*(No5): 583-590.

Γούλα Α., Σαρρής Μ., Πιερράκος Γ., Σπυρόπουλος Ν., Βακολιώτου Κ.,Νιολάδος Ι.(2017). Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.34*(No1): 49-57.

Γούλα Α.,(2013). *Οργανωσιακή κουλτούρα Δημόσιου Νοσοκομείου: Παράγοντες μετάβασης από το γραφειοκρατικό σε ένα νέο μοντέλο διοίκησης*. Διδακτορική διατριβή.

Γώγος Χ.(2011). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού τομ.10,(No1)*: Ιανουάριος- Μάρτιος.

Δανιηλίδου Α. (2009). *Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή.

Δήμου Π., Μανωλέσσου Α., (2000). *Ατομικά ασφαλιστικά συμβόλαια υγείας*. Πανεπιστήμιο Αιγαίου : Σχολή θετικών επιστημών, τμήμα στατιστικής και αναλογιστικής επιστήμης.

Δουμουλάκης Γ. (2003). *Η ποιότητα στην ασφάλιση υγείας*. Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (επιμ.): «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο/ κοινωνία και υγεία.

Δίκαιος Κ., Κουντουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης , διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ. (1999). «*Υπηρεσίες Υγείας. Νοσοκομείο , ιδιοτυπίες και προκλήσεις*», τόμος Β, Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Εθνική σχολή δημόσιας Υγείας (2012). *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας- Το εγχείρημα του εθνικού οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ)*. Διαθέσιμο στο: www.esdy.edu.gr/ . Τελευταία επίσκεψη 01/02/2017

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013). *Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαθρωπτικών αλλαγών στην υγεία*. Διαθέσιμο στο: www.esdy.edu.gr/ . Τελευταία επίσκεψη 01/02/2017

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2006). *Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης. Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο: www.esdy.edu.gr/ . Τελευταία επίσκεψη 04/01/2017

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος. Διαθέσιμο στο [www. eaee.gr](http://www.eaee.gr). Τελευταία ανάκτηση 15/01/2017.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014). Ανακοίνωση της επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας. Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_el.pdf. Τελευταία ανάκτηση 27/03/2017.

Ζαβλανός Μ. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα : εκδόσεις Σταμούλη.

Ζευγαρίδης Σ .(1984). *Οργάνωση και διοίκηση*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Ζηλίδης Χ .(1988). *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Αθήνα

Ζηλίδης Χ. (2005). *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000-2004*. Αθήνα: εκδόσεις Mediforce.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). *Σύστημα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Καιτελίδου Δ., Φαραστέλη Ο., Λιαρόπουλος Λ. (2005). *Η οργάνωση και η διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα*. Στο: θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αθήνα: Γ΄ ΠΕΣΥΠ Αττικής.

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016a). *Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση*. Επιμέλεια Τούντας Γ. Διανέοσις. Διαθέσιμο στο: http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/ygeia_singles_complete_ver02.pdf . Τελευταία ανάκτηση : 28/12/2016.

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016). *Βελτιώνοντας το Σύστημα Υγείας* .Επιμέλεια Τούντας Γ. Διανέοσις. Διαθέσιμο στο: <http://www.dianeosis.org/2016/03/greek-health-proposals/>. Τελευταία ανάκτηση : 29/01/2017.

Κακαλέτσης Ν., Ιωαννίδης Α., Σιγάλας Ι., Χατζηπάλιος Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.30(No2): 233-240*.

Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά*. Τόμος Α ,Αθήνα: εκδόσεις κλειδάριθμος.

Καλογεροπούλου Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών :Μέθοδοι βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.28(No5): 667-673.*

Κανελλόπουλος Χ. (1992). *Αποτελεσματική διοίκηση*. Αθήνα: εκδόσεις international publishing.

Κονδύλης Η. (2009). *Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα: χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές*. Διδακτορική διατριβή.

Κονδύλης Η., Αντωνοπούλου Λ., Μπένος Α. (2008). Συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας; *Αρχεία Ελληνικής ιατρικής τομ.25(No4): 496-508.*

Κοντούλη – Γείτονα Μ. (1997). «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*». Αθήνα : εκδόσεις Εξαντάς.

Κουκουφιλίππου Ι., Μπόγρη Δ., Κοΐνης Α. (2016). Συγκράτηση των δαπανών Υγείας και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας 8(No 2):57-63.*

Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., Φιλαλήτης Α. (2007). Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία Ιούλιος- Δεκεμβριος (No1): 35-67.*

Κουτελέκος Ι., Χαλίασος Ν. (2014). Προσδοκίες. *Το βήμα του Ασκληπιού τομ.13(No2):* Απρίλιος – Ιούνιος.

Κυριόπουλος Γ. (1995). *Κράτος ή αγορά ;Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα*. στο: Κυριόπουλος Γ., (επιμ.) « Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών» Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο και ακαδημία επαγγελματιών Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου Χ. (2003). *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό*. Αθήνα : εκδόσεις Παπαζήση.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α. (1994). *Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια*. Στο : Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (επιμ.) «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα». Αθήνα : Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Κάραλης Γ. (1997). *Τα οικονομικά της κοινωνικής ασφάλισης στην υγεία*. Στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α.,(επιμ.) «Ενιαίος φορέας υγείας : Αναγκαιότητα και αυταπάτη» Αθήνα: εκδόσεις θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ., Μανιαδάκης Μ., Στουρνάρας Γ. (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας την περίοδο του μνημονίου στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ίδρυμα οικονομικών και βιομηχανικών ερευνών.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ. (1994). *Η Οργανωτική και περιφερειακή διάθρωση των υγειονομικών συστημάτων*. Αθήνα : εκδόσεις κέντρο κοινωνικών επιστημών της υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ. (2003) «*Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια*». Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Κυριόπουλος Γ. (2007). *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Αθήνα : εκδόσεις Παπαζήση.

Λαμπράκη Μ., Κωνσταντινίδης Θ., Κουτσιπετσιδής Β., Βογιατζή Ε., Σταυροπούλου Α., Μερκούρης Α. (2013). Σύγκριση των απόψεων ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. *Το βήμα του Ασκληπιού τομ.12(No 2): 206-221*.

Λιαρόπουλος Λ. (1993). *Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας : ο ρόλος της, τα προβλήματα και η προοπτική στην Ελλάδα*. Αθήνα : εκδόσεις Financial Forum.

Λιαρόπουλος Λ. (2004). *Οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Τμήμα νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Λιαρόπουλος Λ.(2005). *Τα εγώ του ΕΣΥ*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις.

Λιαρόπουλος Λ.(2006). «*Παγκοσμιοποίηση και κοινωνικό κράτος. Ευρώπη και Αμερική*». Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Λιαρόπουλος Λ.(2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Τόμος Α , Αθήνα: εκδόσεις Βήτα.

Λιαρόπουλος Λ.(2013). «*Καθιέρωση Εθνικής Ασφάλισης Υγείας με χρηματοδότηση από φορολογικά έσοδα και κατάργηση όλων των εισφορών για υγεία*». Παρουσίαση σε συνέδριο με τίτλο “Greek Reforms in the Health care sector”. Αθήνα, Δεκέμβριος.

- Λιαρόπουλος Λ., Κατελίδου Δ., Σίσκου Ο. (2006). *Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας οικονομικών και κοινωνικών επιστημών.
- Μαίνα Α., Αγραφιώτης Δ. (1997). *Το νοσοκομείο ως οργάνωση*. Αθήνα: εκδόσεις Το σύγχρονο νοσοκομείο.
- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ. (2011). Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*, τόμος 3, τεύχος (2),38-43..
- Μάνιου Μ., Ιακωβίδου Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού* τομ.8,(No4): Οκτώβριος-Δεκέμβριος.
- Μεργκούπης Θ. (2001). *Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: μια ανάλυση σε μικρο – επίπεδο*. Κομοτηνή : 1^ο συνέδριο της πανελλήνιας ομοσπονδίας κοινωνικής πολιτικής.
- Μπεαζόγλου Τ. (1995). *Η δομή της αγοράς υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα με ασφαλιστική κάλυψη*. Στο: Κυριόπουλος Γ., επιμ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Αθήνα : θεμέλιο/κοινωνία και υγεία.
- Μπέσης Ν.(1993). *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις IOBE.
- Μπινίωρης Σ.(2009). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Μπουραντάς Δ.(2002). *Μάνατζμεντ. Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένοσ.
- Μπουρσανίδης Χ. (1991). *Συστήματα υγείας*. Σημειώσεις ΤΕΙ Αθήνας.
- Νικολακοπούλου – Στεφάνου Η. (1992). «*Σύγκλιση συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης*». Αθήνα: εκδόσεις Σιδέρη.
- Ο. Ε.Ν.Γ.Ε (2013). *Προτάσεις της Ο.Ε.Ν.Γ.Ε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Αθήνα.
- Οικονόμου Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*. Αθήνα: εκδόσεις Διόνικος.

Οικονόμου Χ .(2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: *Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

Παλαιολόγος Δ. (2003). *Ο συμπληρωματικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης στην υγεία*. Συνέδριο του ομίλου Κολοφωλία. Τα οικονομικά της υγείας , 21-22 Οκτωβρίου, Αθήνα.

Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Γ., Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.25(No 1): 73-82*.

Παπαθεοδώρου Χ., Μωυслиδου Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.

Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ,29(No 4): 480-488*.

Παπανικολάου Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Παπούλιας Δ. (2002).*Η στρατηγική διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμών*. Αθήνα: εκδόσεις Καστανιώτη.

Πάτρας Λ .(1992). *Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα : Ελληνικός εκδοτικός οργανισμός.

Πετρέλης Μ., Δομάγερ Φ.Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και την δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το βήμα του Ασκληπιού, τομ.15 (No14), Ιούλιος – Δεκέμβριος*.

Πετροπούλου Μ. (2007). Συμπράξεις με ιδιώτες στα μουλωχτά. Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία. Διαθέσιμο στο: www.enet.gr. Τελευταία ανάκτηση 23/12/2015.

Πιερράκος Γ., Λάτσου Δ., Γούλα Α, Σταμούλη Μ., Δημάκου Σ., Υφαντόπουλος Ι. (2015). Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.32(No5): 629-635*.

Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α., Λάτσου Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ., Γιαννουλάτος Π. (2013). Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.30(No3)*: 316-324.

Πιερράκος Γ., Τομαράς Π. (2009). Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. *Νοσηλευτική 48:(No1)*:104-113.

Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι. (2007). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.24(No6)*: 578-582.

Πολύζος Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα : εκδόσεις Κριτική.

Πολύζος Ν., Δρακόπουλος Σ. (2008). Οικονομική αξιολόγηση του συστήματος υγείας. *Κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη vol.3(No2)*, 121-136.

Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.22(No3)*: 284-295.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομείο στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.22, (No3)*: 284-295.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.17(No6)*: 627-639.

Ποτήρης Α., Σαράφης Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας τομ.6,(No 3)*, 116-121.

Ρεκλείτη Μ., Τανατάκη Μ., Κολούσης Π. (2012). Οι δαπάνες υγείας στο Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε σχέση με την διεθνή εμπειρία. *Προεγχειριστική Νοσηλευτική τομ.1(No 1)*.

Ρομπόλης Σ. (1995) *Κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση στην υγεία*. Στο: Κυριόπουλος Γ., επιμ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Αθήνα : θεμέλιο/κοινωνία και υγεία.

- Σαΐτης Χ. (1992). *Οργάνωση και διοίκηση της εκπαίδευσης – θεωρία και πράξη*. Αθήνα: εκδόσεις Λιβάνη.
- Σαρρής Μ., Γούλα Α. (2006). *Η ποιότητα ζωής των ασθενών ως κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Υφαντόπουλος Ι. (2001). Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.18 (No3): 230-238*.
- Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ. (2003). «*Το νοσοκομείο – επιχείρηση: εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα*» Επιθεώρηση οικονομικών επιστημών.
- Σαρρής Μ. (2001) «*Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*». Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σιγάλας Ι. (1999). *Κοινωνιολογικές πτυχές της ταυτότητας και της λειτουργίας του νοσοκομείου*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σιγάλας Ι., Αλεξιάδης Δ. (1999). *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείου ιδιοτυπίες και προκλήσεις : Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείου, εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές*. Πάτρα: τόμος Δ Ελληνικό ανοικτό πανεπιστήμιο
- Σίσκου Ο. (2006). *Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική διατριβή.
- Σίσκου Ο., Καιτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ.(2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το Ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.25(No5): 633-677*.
- Σίσκου Ο., Μάνιου Μ., Πάλλη Ε., Κωστόπουλος Ε., Ζαράγκας Σ., Κατσανέβας Θ., (2008). Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: έρευνα άποψης των επαγγελματιών υγείας , δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας. *Το βήμα του Ασκληπίου ,τόμος 7ο , τεύχος (4) Οκτώβριος- Δεκέμβριος*.
- Σισσούρας Α. (2012). *Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ*. Αθήνα : εκδόσεις Καστανιώτη.
- Σούλης Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης Κ. (2000). *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης Κ. (2014). Η ενδυνάμωση και η διερεύνηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή

δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων . Η περίπτωση εξάρτησης από οπιοειδή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.31* (No1): 13-18.

Σουλιώτης Κ., Δολγεράς Α., Κοντός Δ., Οικονόμου Χ. (2002). Η ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τομ.14*(No3): 114-118.

Στάθης Γ.(1996). Το μέλλον των Ελληνικών νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας τομ.7*,(No 1): 7-10.

Σταλίκας Α., Μερτίκα Α. (2004). *Η θεραπευτική συμμαχία*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.

Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. (2011). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα : κατάσταση και προοπτικές *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας τομ.3* (No4): 140-148.

Τάχος Α. (2008). *Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο: Η διοικητική αποκέντρωση*. Αθήνα: εκδόσεις Σάκκουλα.

Τούντας Γ. (2013) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ σε κρίσιμο σταυροδρόμι. Διαθέσιμο στο www.neaygeia.gr/page.asp?p=1499. Τελευταία επίσκεψη 01/02/2017

Τούντας Γ. (2006). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.23* (No1): 72-83.

Τούντας Γ., Δημητράκη Χ., Οικονόμου Χ., Παληκαρώνα Γ., Σουλιώτης Κ.(2008). Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006. Αθήνα: Κέντρο μελετών υπηρεσιών υγείας.

Τούντας Γ., Οικονόμου ΝΑ. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.24* (No1): 7-21.

Τούντας Γ., Φρισήρας Σ.(1996). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Ιατρική τομ.69*(No 3).

Τσακλόγλου Π., Οικονομίδης Γ., Παγουλάτος Γ., Φιλιπόπουλος Α. (2016). *Χάρτης εξόδου από την κρίση. Ένα νέο παραγωγικό μοντέλο για την Ελλάδα*. Αθήνα: εκδόσεις διανέοσις.

Υπουργείο υγείας. Υγειονομικός χάρτης. Στατιστικά και δεδομένα για την υγεία. Διαθέσιμο στο : <http://ygeiamap.gov.gr/statistika-kai-dedomena-ygeia/>. Τελευταία ανάκτηση 24/12/2016.

Υφαντόπουλος Γ., Σούλης Σ., Παπαηλίας Θ., Μανιαδάκης Ν. (1993). *Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα: 1980-2000*. Αθήνα: έκθεση στη διεύθυνση της Ε.Ε.

Υφαντόπουλος Γ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: εκδόσεις Τυπωθητώ.

Υφαντόπουλος Γ. (1984). Οικονομική ανάλυση της λειτουργίας των νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.1(No.1):93-112*.

Φιλαλήθης Α. (1983). « *Η κοινωνική και ιστορική αναγκαιότητα για σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*» *Ιατρικό Βήμα*.

Φλώρος Χ. (1993). *Διοικητική των επιχειρήσεων*. Αθήνα: εκδόσεις σύγχρονη εκδοτική.

Χατζηπουλίδης Χ. (2004). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας- ο ρόλος της στην βελτίωση της αποδοτικότητας. *Το βήμα του Ασκληπιού τομ. 3(No3): 12-27*.

Χλέτσος Μ. (2011). *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Πατάκη.

Χλέτσος Μ. (2015). *Το Ελληνικό σύστημα υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης*. Quality in health.

Χριστοφιλάκη Μ. (2013). Ο ρόλος των ΜΚΟ στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες. Διπλωματική εργασία: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Χρυσάκης Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2007). Κοινωνιομετρία και υπηρεσίες υγείας. Ανάλυση των υγειονομικών και διοικητικών δικτύων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.24(Συμπλ.1):93-112*.

Brooks K. (1995). Ο γενικός διευθυντής νοσοκομείου πως αντιμετωπίζονται οι αντιπαραθέσεις μεταξύ διοίκησης και ιατρών. Αθήνα : επιθεώρηση υγείας.

Koontz H., O' Donnell C. (1984). Οργάνωση και διοίκηση, μία συστηματική και ενδεχόμενη ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Mighealthnet (2009). Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο <http://www.mighealth.net/el/images>. Τελευταία ανάκτηση 31/03/2017.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Aarand JM., Dopson S., Renz A., Vincent C. (2014). *The role of hospital managers in quality and patient safety*. BMJ Open, UK.

Abel – Smith B. (1994). *An introduction to health policy planning and financing*. London: Logman.

Aletras V., Papadopoulos E., Niakas D. (2009). Development and preliminary validation of a Greek – language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi- trait analyses. *BMC Health Services Research*,6 -DOI: 10.1186/1472-6963.

Allen J. (1970). *Management and organization. Mc Craw Hill series in management. Association for systems management*. Cleveland: business systems.

Altacron AM., Astudilo PR., Barrios SA. (2000). *Nursing leadership in Chile: a concept in transition*.

Appledy J. (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*:337:a:2259.

Arah OA., Klazinga NS, Delnoij DMJ, Asbroek AHA., Custers T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15(No5):337-398.

Band S., Thomas LH. (1992). Measuring patients satisfaction with nursing care. *Journal of advanced nursing* 17,(No11) : 52-56.

Blenton R., Kim M., Benson J. (2001). The public versus the World Health Organization on health system performance: *Health Affairs* 20, (No13): 10-20.

Bowling A., Rowe G., Lambert N., Waddington M. Mahtani KR., Kenten C.(2012). The measurement of patient expectations for health care: A review and psychometric testing of measure of patients expectations. *Health Techol Assess*, 16 (No1i-xii) :1-509.

Bulter J., Vaile M. (1984). *Health and Health services. An introduction to health care in Britain*. London: Routlege and Kegan Paul.

- Cameron K., Quinn R. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. Jossey – Bass.
- Cameron K., Whetten D. (1996). *Organizational effectiveness and quality: the second generation*. New York: Agathon Press.
- Christiansen T., Lauridsen J., Kamper- Jorgensen F. (2002). Demand for private health insurance and demand for health care privately and non- privately insured in Denmark. University of southern Denmark, *Health economics papers: 1*.
- Cohrane A. (1972). «*Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*». London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Contino D. (2004). Leadership competencies: *knowledge, skills, and aptitudes nurses need to lead organizations effectively*. Critical care Nurse, June.
- Coulter A., Entwistle V., Gilbert D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *British Medical Journal* 318, (No17179): 318--322.
- Coulter A., Jenkinson C. (2005). European patients views on the responsiveness of health systems and health care providers. *European Journal of Public Health* 14(No14) :355-360.
- Creese A. (1991). User charges for health care: A review of recent experience. *Health policy and planning* 4(No):309-315.
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L. (2002). The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Techol Assess*, (No16) :1-244.
- Darby C., Valentine NB., Murray CJ., De Silva A. (2000). World Health Organization (WHO) : *Strategy on measuring responsiveness*. Geneva: Discussion paper series: No 23.
- Dolgeras A., Economou Ch., Kyriopoulos J., Kontos A. (2001). *Users' willingness for additional payments in order to gain advanced insurance health care coverage: The case of region of Attica, in health insurance in Greece*. Athens: themelio press.
- Donabedian A. (1988). Quality assessment and assurance: Unit of propose diversity of means. *Inquiry* 25(No11) : 173-192.

- Dooslaer E. (2000). Equity in the delivery of health care in Greece and U.S.J. *Health Econ* 19, (No5): 553-558.
- Economou CH. (2001). *Voluntary health insurance in the European Union: A study for the European commission, country report: voluntary health insurance in Greece*. Athens.
- Epstein M., Manzoni F. (2003). *Performance measurement and management control: superior organizational performance*. USA: Elsevier.
- Ezzati M., Lopez AD., Rodgers A., Vander Hoorn S., Murray CJ. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360, (No193430): 1347-1360.
- Eurobarometer (2010). *Patient safety and quality of health care*. Eurobarometer 327 wave: 72.2.
- Euro Health consumer powerhouse. Euro health consumer index (ECHI), (2015). Διαθέσιμο στο : <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015/>. Τελευταία ανάκτηση 8/01/2017.
- Ford RC., Bach SA., Fottler MD. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health care manage rev.*22,(No12):74-89.
- Friedman M. (1982). «*Capitalism and freedom*». 2nd edition, Chicago: University of Chicago press.
- Gafney D., Pollock A., Price D., Shaoul J. (1999). The politics of the private finance initiative and the new NHS. *Br Med J* 319 (No17204): 249-253.
- Glennester H. (1997). *Paying for welfare : Towards 2000.*, NJ : Prentice – Hall 3rd edition Englewood Cliffs.
- Glennester H., Matsaganis M. (1992). *The England and Swedish health care reforms. Economic and social research council, Welfare state programme*. London: number wsp/79.
- Goranitis I. Siskou O., Liaropoulos L. (2014). Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health policy* 117, (No13) :279-284.

Greenish DS, Long CO., Miller BK. (1992). Patient satisfaction update research applied to practice. *Appl Nurses* 5:43-48.

Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P., Olesen F., Ribacke M., Spenser T., Szecsenyi J. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 16(1):4-11

Harrison D., Nutley S. (1993). *Written Health Services management? In the managerial issue in the reformed NHS*. England: edited by Malek M., et al.

Hebert Pc. (1996). « *Doing right- a practical guide to ethnics for medical trainees and physicians*» Oxford University Press.

Jacobs R., Mannion R., Davies HT., Harisson S., Konteh F., Walse K. (2012). The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Soc Sci Med* 76(No1): 115-25.

Kang G., James C . (2004). Service quality dimensions : an examination of Gronroos 's service quality model. *Managing Quality* 14, (No 4): 266-277.

Karanikolas M., Kentikelenis A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *The official journal of the international society for Equity in health* 15. (No) : 83. DOI: 10.1186/s12939-016-0374-0

Kentikelenis A., Karanikolas M., Papanicolas I., Basu S., Stucler D. (2011). *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*. *Lancet* 378, (No9801): 1457-1458.

Kibbe DC, Kaluzny AD, McLaughlin CP (1994): Integrating guidelines with continuous quality improvement: doing the right thing the right way to achieve the right goals. *Jt Comm J Qual Improv* 20(4), pages 181-91.

Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waizkin H. Benos A. (2013). Economic crisis, restrictive policies and populations. *Health and Health Care* 103, (No6): 973-975.

Kouzes JM., Posner BZ. (1999). *Encouraging the heart: A leaders Guide to rewarding and recognizing others*. San Francisco, Calif : Jossey Bass.

Kravitz RL., Callahan EJ., Paterniti D., Antonias D., Dunham M. (1996). Prevalence and sources of patient unmet expectations for care. *Ann Inter Med* 1;125(No19):730-7.

Kumaranayake L. (1998). *Effective regulation of private sector health service providers*. Morocco: The World Bank.

Lawrence K., Lenk P., Quinn R.E. (2009). Behavioral Complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire. *The Leadership Quarterly Vol:20(2)*: 87-102.

Lee K., Mills A. (1985). *Policy – making and planning in the health sector*. London: Croom Helm.

Levois M., Nguyen Td., Attkisson C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment : experience in community mental health setting. *Evaluation and programme planning* 4 : 139-150.

Ley P. (1972). Complaints made by hospitals staff and patients: *A review of the literature*. *Bull Br Psychol* 25 : 115-120.

Liaropoulos L. (1995). Health services financing in Greece : a role of private health insurance. *Health policy* 34(No11): 238-265.

Liaropoulos L. (1998). *Ethics and the management of health care in Greece : A health economists perspective*, in Dracopoulou S., (ed), *Ethics and values in health care management*. London : Routledge.

Liaropoulos L., Kaitelidou D. (1998). Changing the public – private mix : An assessment of the health reforms in Greece. *Health care anal* 6, (No2): 227-285.

Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras TH. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health policy* 87, (No1) : 72-81.

Mannion R., Davies H., Marshall M. (2005). *Cultures for performance in health care*. London: Open University Press, MC Graw- Hill Education.

Marmot M. (2010). *Fair society healthy lives : A strategic review of health inequalities in England post. The Marmot review*. Διαθέσιμο στο : <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>. Τελευταία ανάκτηση 04/01/2017.

- Mejia A. (1980). World trends in health manpower development: a review world health statistics. *Quarterly 33* ,(No12): 112-126.
- Mooney G. (1984). *Equity in Health Care: Confronting the Confusion*. Health Economics Research Unit. Aberdeen University.
- Mossialos E., Thomson SM. (2002). Voluntary health insurance in the European union: a critical assessment. *Int J Health services*32, (No11): 19-88.
- Murray CJ., Frenk J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78,(No6) : 717-731.
- Neave H.R.(1987). Deming's 14 points for management: framework for success. *The Statistician* 36(No5): 561-570.
- Niakas D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International journal of health services* 43, (No 4): 597-602.
- Niakas D., Theodorou M., Liaropoulos L. (2005). Can privatizing selected services benefit the public health care system? The Greek case. *Applied health economics and health policy* 4, (No3): 223-249.
- OECD (2003a). *Private health insurance*. Draft final report. Paris: A multi-center study.
- OECD (2003b). *Health at a Glance- OECD Indicator*. Organization for economic cooperation and development.
- OECD (2004a). *Private health insurance in OECD countries*. France: Organization for economic cooperation and development.
- OECD (2004b). *Towards High- performing health systems*. Paris: OECD.
- OECD (2013). *“Greece : Reform of Social Welfare Programmes”*. Paris: OECD Publishing.
- O’Neill R., Quinn R. (1993). Applications of the Competing Values Framework. *Journal of Human Resource Management, spring, Vol. 32*,(No 1): pp. 1-7.
- Parasuraman A., Zeithaml VA., Berry LL. (1988). SERVQUAL : A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64(No 1) :12-40.

- Philippidou S. (2009). Efforts to modernized public administration: The Greek case. *Omani Journal of Applied sciences* 1, :13-55.
- Piarrakos G., Tomaras P. (2009). The role of patient satisfaction in the development of health care services. *Marketing Nosileftiki* 48, (No1): 105-114.
- Polyzos N., Mylonakis J., Mpartzokas D., Yfantopoulos J. Mougios V. (2005). Factors affecting outpatient and inpatient hospital satisfaction. *European Journal of scientific research* 11, (No1): 45-42.
- Rao JK., Weinberger M., Krownke K. (2000). Visit- specific expectations and patient – centered outcomes: A literature review. *Archive fam med* 9(No110): 1148-1155.
- Scott K. (2003). The quantitative measurement of organizational culture care: A review of the available instruments: *Health service research* 38. (No13): 923-945.
- Scott I., Campbell D. (2002). Health services research : what is it and what does it offer? *Internal Medicine Journal* 32: 91-99. DOI: 10.1046/j.1445-5994.2002.d01-20.x
- Shnider GJ., Poulier JP. (1991). International health spending. Issues and trends. *Health Affairs* 10(No13) :22-38.
- Speroff T., Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, Deshpande JK, France DJ, Ely EW, Burgess H, Englebright J, Williams MV, Dittus RS. (2010). Organization culture. Variation across hospitals and conection to patient safety climate. *Health care* 19, (No16): 592-596.
- Tianyuan Y., Nengquan W. (2009). A Review of Study on the Competing Values Framework. *International Journal of Business and Management, Vol. 4,(No 7):* 37-42.
- Thompson CR., McKee M. (2004). Financing and planning of public and private not – for profit hospitals in the European Union. *Health policy* 67,(No13):281-291.
- Thomshon S., Mossialos E., Jemiai N. (2003). *Cost sharing for health services in the European Union*. European observatory on health care systems LSE health and social care. London Scholl of Economics and political science.
- Towse A., Sussex J.(2000). Getting UK health care expenditure up to the European union mean – what does the mean ? *BMJ* 320, (No17235):640-642.

Valentine NB., De Silva A., Kawabata K., Darby C., Murray CJ., Evans DB. (2003). *Health systems responsiveness: concepts, domains and operationalization*. In : Murray CJ., Evans DB., (eds): « Health systems Performance Assessment. Debates , Methods, and Empiricism» , Geneva: World Health Organization.

Van Doorslaer E., Masseria C. (2004). *Income – related inequality in the use of medi care in 21 OECD countries*. Paris.

Vandoros S., Hessel P., Leone T., Avedano M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of public health* 23, (No5): 727-731.

Vestariadis M. (2009). *Longitudinal comparative study of oncology patient's outpatient clinics*. Athens: 15th international congress of oncology.

WHO (2000). The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva.

WHO (2009). The financial crisis and global health. Geneva. Διαθέσιμο στο : <http://www.who.int/media centre/events/meetings/2009 financial crisis report en pdf>. Τελευταία ανάκτηση 04/01/2017.

Willman L. (1998). *A better state of health; A prescription for the NHS London Profile*.

Zavras D, Zavras AI, Kyriopoulos II, Kyriopoulos J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Serv Res*. 27;16:309. doi: 10.1186/s12913-016-1557-5.

Zimmerman JE., Shortell SM, Rousseau DM, Duffy J, Gillies RR, Knaus WA, Devers K, Wagner DP, Draper EA. (1993). Improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units : A prospective multicenter study. *Crit Care Med* 21, (No110): 1443-1451.