



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Αικατερίνη Ε. Κομποράκη

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2009



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Αικατερίνη Ε. Κομποράκη

Διοίκηση Δημόσιο Νοσοκομείου Συγκριτικά με Ιδιωτική Κλινική

Επόπτης :
Μανιαδάκης Νικόλαος

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
Διοίκηση της Υγείας**

Πειραιάς, 2009



**UNIVERSITY
PIRAEUS**

COURSE OF POSTGRADUATE STUDIES

ADMINISTRATION OF HEALTH



**TEI OF
PIRAEUS**

Aikaterini E. Komporaki

Management Public Hospital comparatively with Private Clinic.

**Diplomatic Work for the Degree
“Master in Health Management”**

Piraeus, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολλούς ανθρώπους για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής. Αρχικά τον επόπτη καθηγητή μου κ. Μανιαδάκη για την πολύτιμη βοήθειά του στην διαμόρφωση της εργασίας μου. Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους εργαζομένους των βιβλιοθηκών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, του ΤΕΙ Κρήτης για την βοήθεια και την έγκρισή τους στο να χρησιμοποιήσω στοιχεία χωρίς κανένα περιορισμό. Τέλος οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια που έθεσα σε επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα στις διοικητικές υπηρεσίες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και συγκεκριμένα του εργαζομένους στο ΠΑΓΝΗ Κρήτης και στο INTERCLINIC οι οποίες αποτέλεσαν σημαντικό κομμάτι της εργασίας αυτής. Τέλος ευχαριστώ τους γονείς μου και τον σύζυγο μου, οι οποίοι με στήριξαν καθ'όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Ειλικρινά τους ευχαριστώ όλους.

Πανεπιστήμιο

Διπλωματική εργασία την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Διοίκηση της Υγείας».
Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. του Πειραιά
Επόπτης: PhD Μανιαδάκης Νικόλαος

Η διπλωματική εργασία με θέμα διοίκηση δημόσιου νοσοκομείου συγκριτικά με ιδιωτική κλινική έχει ως κύριο σκοπό να αναδείξει το περιβάλλον που επικρατεί στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας και στις δυσκολίες που διέπει η διοίκηση ενός νοσοκομείου, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Επιπροσθέτως αναλύει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου. Επίσης κάνει μια περιγραφή στον γενικότερο όρο υγεία και στα συστήματα υπηρεσιών υγείας και τέλος αναλύει τον όρο Διοίκηση / Διαχείριση των υπηρεσιών υγείας και τις λειτουργίες που διέπουν αυτές τις υπηρεσίες. Μια περιγραφή του Εθνικού συστήματος υγείας και των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αποτελούν ένα από τα κύρια μέρη της εργασίας αυτής. Τέλος μέσω ενός ερωτηματολογίου προσπαθήσαμε να αντλήσουμε στοιχεία για τον θεσμό του μάνατζερ σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο.

Μετά από την θεωρητική ανάλυση που παρουσιάζεται σε πολλές σελίδες της διπλωματικής εργασίας αλλά και την πρακτική ανάλυση με την χρήση ενός ερωτηματολογίου καταλήξαμε σε πολλές προτάσεις που θεωρούμε ότι είναι και ο κύριος σκοπός της μελέτης αυτής.

Αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι οι επαγγελματίες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στις διοικητικές υπηρεσίες νοσοκομείων ή κλινικών είναι ευχαριστημένοι από τον θεσμό του μάνατζερ στη διοίκηση του νοσοκομείου αλλά τονίζουν ότι χρειάζεται ακόμα προσπάθεια για την βέλτιστη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών.

Ως προς την ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρατηρούμε αυξημένο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια λόγω σημαντικών επενδύσεων που έγιναν από πλευράς του ιδιωτικού τομέα τόσο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη όσο και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα την παροχή πολλών υπηρεσιών να γίνεται ταχύτερη ευκολότερη και περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη συγκριτικά με τα δημόσια θεραπευτήρια.

Τέλος μέσω των ερωτηματολογίων διεξήχθη και ένα ακόμη συμπέρασμα ότι τα προβλήματα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αποτελούν η έλλειψη προσωπικού, εκπαίδευσης, ελέγχου, αξιολόγησης και εξοπλισμού.

Οπότε ως κύριο συμπέρασμα της μελέτης μας θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την καταπολέμηση των όποιων προβλημάτων μέσω μιας συστηματικής, σωστής, εμπειριστατωμένης και οργανωμένης αναδιάρθρωσης το τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσω σχεδιασμού και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης με δύο κύριους άξονες. Την παροχή υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον πολίτη και τη σωστή αντιμετώπιση των επαγγελματιών έτσι ώστε να διασφαλιστεί:

- Το δικαίωμα της υγείας σε υψηλά ποιοτικά επίπεδα
- Αναβάθμιση του συστήματος υγείας μέσω χρήσης καλύτερου εξοπλισμού, σωστότερη εκπαίδευση των εργαζομένων, αξιολόγηση αυτών και έλεγχος όλων των διαδικασιών
- Αποφυγή της σπατάλης μέσω ενός σωστού λειτουργικού συντονισμού στον τομέα υγείας
- Βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού και παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς όλο τον πληθυσμό.

Θεμελιώδη αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες. Γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

Λέξεις – Κλειδιά

Υγεία

Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Εθνικό Σύστημα Υγείας

Δημόσιος-Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας

Dissertation Submitted for the
“Master in Health Management”
University of Piraeus-TEI of Piraeus
Supervisor: PhD Maniadakis Nikolaos

The dissertation in public administration, compared with private hospital clinic is primarily intending to make the environment prevailing in the health services in our country and the difficulties of governing the administration of the hospital, both public and private sectors. In addition to this, its aim is to analyze the advantages and disadvantages of public and private hospital. It also refers to the overall health conditions and finally it analyzes the meaning of Administration / Management in health services and the functions of them. A description of the national health system and private health services in Greece are one of the main components of this work. Finally through a questionnaire it is tried to be drawn the institution of management in public and private hospital.

After the theoretical analysis presented in several pages of diplomatic work and the practical analysis using a questionnaire we have several proposals which we believe is the main purpose of this study.

Results of our investigation showed that professionals in the public and private sector health services and administrative services to specific hospitals or clinics are satisfied with the institution of management in the administration of the hospital, but indicate that there is still work for the optimum functioning of public hospitals or private clinics.

As for the demand for private health services we are witnessing increased interest in recent years due to significant investments made by the private sector both in out-patient care and diagnostics in high technology which have resulted in providing many services to facilitate faster and more valid and reliable compared with public clinics.

Finally through the questionnaires it is concluded that the lack of staff, training, control, evaluation and equipment still remain serious problems.

So the main conclusion of our study could be considered to combat any problems through a systematic, accurate, thorough and organized restructuring the health services sector, through design and implementation of an integrated intervention plan with two main thrusts. The provision of health services focusing on the citizen and the proper treatment of professionals to ensure:

- The right to health in high quality

- Enhance the health system through use of better equipment, better training of workers, assessment and control of all procedures

-Avoiding wastage through proper coordination in the functional health

-Improvement of human resources and medical care to all Greek citizens.

Fundamental principle of health policy is the creation of a modern health system, which will be important to protect health and not just the management of the disease and will be guaranteed same easy access to high-level health services for all citizens. Why is a national health and social good.

Words - Keys

Health

Health Services Administration

National Health System

Public-Private sector health service

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ	I
ΑΓΓΛΙΚΟ ΕΞΩΦΥΛΛΟ	II
ΕΝΤΟΛΗ ΘΕΜΑΤΟΣ	III
ΣΕΛΙΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ	IV
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	V
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VI
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	X
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	XI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1. Ορισμός της έννοιας υγεία	3
1.2. Η υγεία ως «αγαθό» και συνταγματική προστασία	4
1.3. Η συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα	4
1.4. Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας	5
1.4.1. Ορισμός της έννοιας σύστημα υγείας	6
1.4.2. Προσφορά συστημάτων υγείας	6
1.4.3. Γενικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας	7
1.4.4. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	7
1.5. Εθνικό Σύστημα υγείας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.	14
1.5.1. Χρηματοδότηση:Πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας(Ε.Σ.Υ.)	17
1.6. Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1. Ορισμός της έννοιας Διοίκηση/Διαχείριση (Μάνατζμεντ)	23
2.1.1. Λειτουργίες της Διοίκησης	28
2.2. Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας	32
2.2.2. Γενικά χαρακτηριστικά του κλάδου	34

	2.3. Δαπάνες Υγείας	36
	2.4. Ιδιαιτερότητες στη Διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	3.1. Δημόσια Νοσοκομεία	41
	3.2. Ιδιωτικές Κλινικές	42
	3.2.1 Ο ιδιωτικός τομέας στην Ελλάδα και ο ρόλος του	43
	3.2.2. Η πορεία του κλάδου Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας	44
	3.2.3 Οργάνωση και Λειτουργία των Ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών	49
	3.2.4 Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	51
	3.3. Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο	52
	3.4. Η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	55
	3.5. Η προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	56
	3.6. Η Αγορά των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας (Μέγεθος εγχώριας Αγοράς)	58
	3.7. Μερίδια Αγοράς Εταιριών και ομίλων – Δείκτες Συγκέντρωσης	60
	3.8. Συμπεράσματα και προοπτικές του κλάδου	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	4.1. Υλικό –Μέθοδος	66
	4.2.Αποτελέσματα	69
	4.3. Συζήτηση	75
	4.4. Συμπεράσματα	82
	4.5. Προτάσεις	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Ερωτηματολόγιο	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Βασική Νομοθεσία Ε.Σ.Υ.	14
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Δείκτης Κάλυψης Νοσηλευτικών	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Δαπάνες για Υγεία και Φάρμακα	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή κλινών	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Διαχρονική εξέλιξη αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κεφαλαιακή Διάρθρωση, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα.	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Σύνοψη Αριθμοδεικτών Κλάδου	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Εξέλιξη Αγοράς	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Μέγεθος Αγοράς Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Μερίδιο Αγοράς εταιρειών του κλάδου	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Μερίδια Αγοράς ομίλων του κλάδου	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συντελεστής Συγκέντρωσης στην Αγορά της Ιδιωτικής Υγείας	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος	65
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Η Αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	59
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας	68

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συντελούνται τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας και ευρύτερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση μεταβάλλουν συνεχώς το περιβάλλον στο οποίο βιώνεται η υγεία ενός λαού. Σε αυτό λοιπόν το συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικό παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα.

Σε αυτή την εργασία θα προσπαθήσουμε να καλύψουμε όσο το δυνατόν περισσότερο το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, την έννοια της διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας και τις ιδιαιτερότητες αυτής καθώς επίσης τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το θεωρητικό σκέλος της εργασίας βασίζεται στο νομοθετικό πλαίσιο και σε βιβλιογραφία που είναι συναφής με το κομμάτι αυτό καθώς επίσης πολλά είναι και τα στοιχεία που αντλήθηκαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, την Hellastat, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Eurostat.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά της έννοιας της υγείας καθώς επίσης και στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης κάνουμε και μια ιστορική αναδρομή του συστήματος της υγείας στην Ελλάδα και τις πηγές χρηματοδότησης τους.

Σε ένα δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην έννοια της διοίκησης καθώς επίσης και στις λειτουργίες της στις Υπηρεσίες Υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας καθώς επίσης και στις ιδιαιτερότητες που έχει η Διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά για τον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα, θα μιλήσουμε επίσης για τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα του, αλλά και την οικονομική πορεία αυτού του ιδιωτικού κλάδου. Επίσης θεωρήθηκε αναγκαίο να γίνει αναφορά στη ζήτηση και προσφορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον στο τέταρτο κεφάλαιο θα κάνουμε μια αναφορά για το μερίδιο που έχουν οι ιδιωτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα καθώς επίσης και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση αυτή και οι προοπτικές του συγκεκριμένου κλάδου.

Τέλος στο κεφάλαιο πέντε γίνεται μια έρευνα που αφορά την γνώμη

επαγγελματιών υγείας στις διοικητικές υπηρεσίες δημόσιου νοσοκομείου και ιδιωτικής κλινικής στο Ηράκλειο της Κρήτης με θέμα τον θεσμό του μάνατζερ σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Στην προσπάθεια μας αυτή συνέβαλε και η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που δόθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα επαγγελματιών υγείας στις διοικητικές υπηρεσίες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα με σκοπό την αποτύπωση της γνώμη τους για τον θεσμό του μάνατζερ σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο και τη διατύπωση σχεδίων και προτάσεων που θα μπορούσαν να αποδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την άσκηση αποδοτικότερης διοίκησης από τους μάνατζερ, σύμφωνα με την προσωπική τους άποψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός της υγείας

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»

Το πώς ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίσημα), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία. Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αντίληψη που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων.

Συνοψίζοντας λοιπόν τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Βέβαια έχουν υποστηριχθεί πολλές απόψεις για έναν εμπεριστατωμένο ορισμό της υγείας. Ο πιο συνεπής μπορεί να θεωρηθεί αυτός που ως υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας και αποτελεί βασικό δικαίωμα του ατόμου. Ο όρος «Υπηρεσίες Υγείας» ή «Υγειονομικές Υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος είναι

σκόπιμο να αναφερθεί ότι εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας όσο και την έννοια της περίθαλψης.[11].

1.2. Η συνταγματική προστασία της υγείας ως αγαθού

Η υγεία αποτελεί φυσικό αγαθό αναφερόμενο στην ίδια την υπόσταση του ατόμου. Ο συντακτικός νομοθέτης στο άρθρο 7 § 2 και 21 § 3 προστατεύει αντικειμενικά το αγαθό της υγείας το οποίο ανάγεται σε συνταγματικό αγαθό. Η υγεία διακρίνεται σε ατομική και σε δημόσια, η οποία αφορά το κοινωνικό σύνολο.

1.3. Η συνταγματική κατοχύρωση της υγείας ως δικαίωμα

Το σύνταγμα κατοχυρώνει βέβαια την υγεία αντικειμενικά ως αγαθό αλλά και υποκειμενικά ως δικαίωμα. Δικαίωμα υγείας κατοχυρώνεται στο 7§ 2 Σ όπως και δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ανθρώπου. Το συμβούλιο της επικρατείας στην απόφαση 400/1986 έκρινε ότι το άρθρο 21§3 ιδρύει εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους για την λήψη των θετικών μέτρων προς την προστασία της υγείας των πολιτών [2].

Φορείς του δικαιώματος της υγείας είναι όλοι οι Έλληνες πολίτες. Αντικείμενο του δικαιώματος της υγείας δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η επέκτασή του επεκτείνεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν την πρόληψη, διατήρηση, αποκατάσταση της υγείας και την επανένταξη των ασθενών στην φυσιολογική δραστηριότητά τους. Προς την κατεύθυνση αυτή στράφηκε τόσο ο Ν 1397/1983, που με το άρθρο 15 § 1, αναφέρεται διεξοδικά στους σκοπούς των κέντρων υγείας όσο και ο μεταγενέστερος Ν 2071/1992 στο άρθρο 16 που γίνεται λόγος για τον σκοπό των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης [1].

Πιο συγκεκριμένα αποστολή του κράτους είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, και πρέπει να περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

- Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- Την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.
- Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.
- Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

1.4. Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία [8]. Η προστασία της υγείας πραγματοποιείται με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών έτσι όπως εμφανίζονται σε παγκόσμιο επίπεδο, μπορούν να διακριθούν θεωρητικά σε τρεις κατηγορίες:

- σε συστήματα παροχής υπηρεσιών, όπως το ΕΣΥ, τα οποία καλύπτουν όλο τον πληθυσμό και χρηματοδοτούνται από την φορολογία. Λέγονται και συστήματα Beveridge.
- σε συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία καλύπτουν μεγάλες ομάδες ασφαλιζομένων και χρηματοδοτούνται με προσωπικές και εργοδοτικές εισφορές και βασίζονται στην αρχή της ανταποδοτικότητας. Λέγονται και συστήματα Bismark
- σε σχήματα ιδιωτικής ασφάλισης στα πλαίσια των οποίων παρέχονται στα άτομα ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, με χρηματοδότηση από τους ίδιους τους ασφαλιζομένους.

Μεταξύ των χωρών υπάρχουν διαφορές στη χρηματοδότηση των συστημάτων, στις παροχές, στον τρόπο αμοιβής του ιατρικού προσωπικού.

1.4.1. Τι είναι σύστημα υγείας (ένας γενικότερος ορισμός)

Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

1.4.2. Προσφορά συστημάτων υγείας

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους.

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.4.3. Γενικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Οι άξονες λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας αφορούν[8]:

1. Την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο
2. Τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας
3. Την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη.

1.4.4. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της [10]. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Παρά τα σημαντικά αυτά προβλήματα που άφησαν την Ελλάδα τουλάχιστον είκοσι χρόνια πίσω, σε σύγκριση με άλλες Δυτικές χώρες, συγκροτήθηκε ένας υγειονομικός τομέας που απορροφά το 10% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού.

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων.

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομίατρο, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού. Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του ΝΑΤ, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.

Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη.

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου [1]. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες – ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την Παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές νοσοκόμες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούταν πρακτικές μαίες, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίιστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα) και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασίζονταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία¹, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας

Για την αντιμετώπιση των οξύτερων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

Το σχέδιο Πάτρα (1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.

Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιορίζε την εμπορευματοποίηση

¹ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Ιούνιος 1994, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος, Αθήνα.

και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες της σοσιαλιστικής κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελεί πιθανώς τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές που στηρίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, και της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Δίνεται επίσης έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα. Το 1985 ψηφίστηκε ο νόμος 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου του ΕΣΥ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια εκδόθηκε ο Νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ.

Αν και ο 1397/83 θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις². Αυτές συμπυκνώνονται α) στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών β) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων [7]. Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης δίνει την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν

² Κυριόπουλος Γ., (1990), σελ.87

μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια.

Όσον αφορά την δομή και οργάνωση των νοσοκομείων, είναι ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημοσίων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν. 1397/83. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/97 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις και θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως ΝΠΔΔ και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου.

Όμως το ΕΣΥ που ικανοποίησε ένα πάγιο και βασικό αίτημα της κοινωνίας μας, υγεία στον πολίτη, δέχθηκε νομοθετικές παρεμβάσεις που αλλοίωσαν εν μέρει τον βασικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στην χώρα μας. Μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές: α) το ΕΣΥ, β) τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό

τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήρθαν να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που ιδρύθηκαν με το Ν 2889/2.3.2001, και αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και στην συνέχεια θα αναλύσουμε τον θεσμό των ΠΕΣΥΠ που αντικαταστάθηκε από τις ΔΥΠΕ με τον νόμο 3329/2005) πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η ανάγκη αυτών των νέων ρυθμίσεων συνίσταται στην αποκέντρωση που θα οδηγήσει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των περιφερειών και στην καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων. Τέλος, με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υγεία, τον Νοέμβριο του 2003, γίνονται κάποιες τροποποιήσεις, του Ν2889/2001 οι οποίες αφορούν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τις αρμοδιότητες του Διοικητή των νοσοκομείων, τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, τους γιατρούς άνευ ειδικότητας καθώς και την καθαριότητα και φύλαξη των χώρων του ΠΕΣΥΠ. Μετά τις εκλογές της 11 Απριλίου 2004, ανακοινώθηκε η πρόθεση της νέας κυβέρνησης, να καταργήσει τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας αφού κατά την άποψη των στελεχών τους δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

Τα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) ιδρύθηκαν με το Νόμο 2889/2.3.2001 (ΦΕΚ 37, ΤΑ.Α') και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η Ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας.

Κάθε ΠΕΣΥΠ έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος ορίζει και τους αντίστοιχους Πρόεδρο και Αναπληρωτές Διευθυντές. Συνολικά υπάρχουν 17 ΠΕΣΥΠ. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) ΠΕ.Σ.Υ.Π. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) ΠΕ.Σ.Υ.Π.

1.5. Εθνικό σύστημα υγείας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας θεμελιώθηκε νομοθετικά με το νόμο 1397/83. Βάσει του 1^{ου} άρθρου του συγκεκριμένου νόμου «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση» [2]. Το Σύνταγμα στο άρθρο 21§ 3Σ ορίζει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών αυτό όμως δεν σημαίνει ότι αποκλείεται η ιδιωτική πρωτοβουλία στο χώρο της υγείας. Διάφορες είναι οι διατάξεις που συμπληρώνουν, τροποποιούν ή βελτιώνουν τον αρχικό νόμο. **(ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ).**

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Βασική Νομοθεσία Ε.Σ.Υ

ΓΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	N. 1278 - ΦΕΚ 105 ^Α /31.8.82
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	N. 1397 - Φ. 143 ^Α /7.10.83
ΙΔΡΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΕΟΦ) ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ (ΕΦ) ΤΗΣ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗΣ (Κ.Φ.) ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 1316 - Φ. 3 ^Α /11.1.83
ΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ	N. 1383 - Φ. 106 ^Α /5.8.83
ΠΕΡΙ ΡΥΘΜΙΣΕΩΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑ-ΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ	N. 1471 - Φ. 112 ^Α /6.8.84
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 1431 - Φ. 46 ^Α /16.4.84
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 1579 - Φ.217 ^Α /23.12.85
ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 1729 - Φ. 44 ^Α /7.8.87
ΠΕΡΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	N. 1820 - Φ. 261 ^Α /17.11.88
ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	N. 2071 - Φ. 123 ^Α /15.7.92
ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΝΕΩΝ ΘΕΣΜΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	N. 2082 - Φ. 158 ^Α /21.9.92
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2194 - Φ. 34 ^Α /16.3.94
ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 2345 - Φ. 213 ^Α /12.10.95
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2519 - Φ. 165 ^Α /21.8.97
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	N. 2646 - Φ. 236 ^Α /20.10.98
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	N. 2716 - Φ. 96 ^Α /17.4.99
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2737 - Φ. 174 ^Α /27.8.99
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	N. 2889 - Φ. 37 ^Α /2.3.01
ΣΩΜΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)	N. 2920 - Φ. 131 ^Α /27.6.01
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2955 - Φ. 256 ^Α /1.11.01
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3172 - Φ. 197 ^Α /6.8.03
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 3204 - Φ. 296 ^Α /23.12.04
ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3106 - Φ. 30 ^Α /10.2.03
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 3209 - Φ. 304 ^Α /24.12.03
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 3204 - Φ. 296 ^Α /23.12.04
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	N. 3235 - Φ. 53 ^Α /18.2.04
ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3252 - Φ. 132 ^Α /16.7.04
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ, ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3293 - Φ. 231 ^Α / 26.11.04
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3329 - Φ. 81 ^Α / 4.4.05
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	N. 3305 - Φ. 17 ^Α / 27.1.05

Πηγή : Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η νομοθετική ρύθμιση υπ' αριθμόν 2889/2001 θεσμοθετεί την περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ στα λεγόμενα «Περιφερειακά Συστήματα Υγείας» (Πε.Σ.Υ.) τα οποία στη συνέχεια μετασηματίστηκαν σε «Διοικητικές Υγειονομικές Υπηρεσίες» (Δ.Υ.ΠΕ) σύμφωνα με τον νόμο 3329/05. Η Ελλάδα είναι χωρισμένη σε 13 Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες δημιουργούνται Περιφερειακές Διευθύνσεις ως αποκεντρωμένες διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας. Η περιφερειακή Διεύθυνση Π.Φ.Υ υπάγεται απευθείας στο Υπουργείο Υγείας είναι το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) , συστάθηκε με το νόμο 2920/01 και άρχισε να λειτουργεί στις 19/09/2002. Αποστολή του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργείου Υγείας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με

κύριο σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας. Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. διαρθρώνεται οργανωτικά στους τομείς α) Υγειονομικού-Φαρμακευτικού Ελέγχου, β) Διοικητικού-Οικονομικού Ελέγχου, γ) Ελέγχου Φορέα Πρόνοιας, δ) Μονάδας Διοικητικής Υποστήριξης και ε) Περιφερειακών Γραφείων.

Ένας ακόμη νόμος έρχεται ως συνέχεια των ρυθμίσεων του Ν.2889/2001 (ΦΕΚ Α'37) και στοχεύει στην οργάνωση του συστήματος προμηθειών της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των Δ.Υ.ΠΕ. κατά τρόπο που να αποφεύγονται οι χρονοβόρες διαδικασίες, να εξασφαλίζονται υγιείς όροι ανταγωνισμού και να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της τεράστιας δημοσιονομικής επιβάρυνσης που προκαλεί η σπατάλη των πόρων υγείας. Βασικός στόχος είναι να αποκτήσει η διαπραγματευτική δύναμη των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. το πραγματικό της βάρος στην αγορά και να αξιοποιηθεί από έμπειρα στελέχη και ευέλικτους μηχανισμούς υλοποίησης. Η σύναψη και εκτέλεση των συμβάσεων προμηθειών μπορεί να είναι είτε κεντρική είτε αποκεντρωμένη. Οι ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά εργαστήρια υποχρεώνονται να υποβάλλουν στη Δ.Υ.ΠΕ. αντίγραφα των τιμολογίων και των συμβάσεων με τους προμηθευτές τους.

Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα χωρίζεται σε δύο κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης:

Πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Ασκείται με τα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς καθώς και με τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σήμερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται κυρίως από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (ΙΚΑ), την ιδιωτική πρωτοβουλία και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία εμπλέκεται στο τομέα αυτό με τους εξής τρόπους:

1. μικροβιολογικά εργαστήρια, λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας με περιορισμένες δυνατότητες.
2. διαγνωστικά κέντρα που προσφέρουν διαγνωστικές υπηρεσίες
3. εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες με σύγχρονο εξοπλισμό και ουσιαστικά αποτελούν πλήρη διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν ως τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε Κλινικές ή νοσοκομεία, παρέχονται δε με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων:

1. δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος.
2. ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος,
3. ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% περίπου.

1.5.1. Χρηματοδότηση: Πηγές Χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Οι κύριες πηγές Χρηματοδότησης του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος ³ είναι οι εξής:

- Κρατικός Προϋπολογισμός (άμεσους και έμμεσους φόρους που αποτελούν το 36% των συνολικών δαπανών υγείας)
- Κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών που αποτελούν περίπου το 24% των συνολικών δαπανών υγείας)
- Ιδιωτικές πληρωμές (που καλύπτουν το υπόλοιπο 40%).

Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό ταξινομείται σε δαπάνες [5]:

- Για λειτουργικά έξοδα π.χ. μισθοί προσωπικού
- Για επενδύσεις π.χ. κτίρια, εξοπλισμός κ.α.
- Για εκπαίδευση και έρευνα στην υγεία
- Για τη δημόσια υγεία
- Για την κεντρική διοίκηση
- Για επιχορηγήσεις ελλειμματικών κλάδων υγείας ασφαλιστικών οργανισμών.

Από το 1990 και έπειτα τα νοσοκομεία είναι ελλειμματικά, εξαιτίας της μη αναπροσαρμογής των νοσηλίων.

Η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση [4]: Τα ασφαλιστικά ταμεία αντλούν τα έσοδά τους από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων και καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Σήμερα

³ Θεόδωρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1997) σελ. 208

λειτουργούν 39 ασφαλιστικά ταμεία, τα μεγαλύτερα των οποίων είναι το Ι.Κ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε., το Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων κ.α. Οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. (δεύτερο σε αριθμό ασφαλισμένων ταμείο) καλύπτουν τις ανάγκες υγείας εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, αφού δεν έχουν εισφορές για τον κλάδο υγείας. Το συνολικό ποσό εισφορών (εργοδότη και εργαζόμενου) για παροχές υγείας είναι κατά μέσο όρο στο 7-8% του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού. Οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν: α) Αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (27%), β) νοσοκομειακής περίθαλψης (42%) και γ) φαρμακευτικής περίθαλψης (31%).

Η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές [9]: Οι πληρωμές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι και προέρχονται από το προσωπικό ή το οικογενειακό τους εισόδημα. Οι ιδιωτικές πληρωμές περιλαμβάνουν τη θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το Ε.Σ.Υ. και αφορούν:

- Τη νοσοκομειακή (15% των ιδιωτικών δαπανών) και φαρμακευτική περίθαλψη (17% των ιδιωτικών δαπανών)
- Τις αμοιβές των επισκέψεων στους ιδιώτες ιατρούς που δεν είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία (68% των ιδιωτικών δαπανών αφορούν για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη)
- Τη διαφορά των αμοιβών που καταβάλλονται από τους ασθενείς στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και του ποσού που τελικά εγκρίνεται
- Τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ως ασφάλιση υγείας

Σημαντικοί παράγοντες των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι οι ακόλουθοι:

1. Ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων σε σχέση με τον πληθυσμό
2. Ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με την χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημόσιου συστήματος υγείας
3. Περιοριστική πολιτική τιμών στις υπηρεσίες υγείας
4. Αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

1.6 .Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς,νοσοκομεία κ.ά.).Οι παράγοντες που

προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη [6].

Υπάρχουν κάποια βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας στα οποία η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος διαμορφώνεται ως εξής:

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή διαφορετικά εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή και διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος.

Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα από τους εξής φορείς:

- Ιατροί που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια.
- Διαγνωστικά κέντρα.
- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από 190 Κέντρα Υγείας και περίπου 1350 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στις λοιπές περιοχές η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από τα Πολυιατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες γιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Είναι σκόπιμο στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό [11]. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του

Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.

- Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της Ιατρική έρευνας
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από:

- A. 144 δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και
- B. 196 ιδιωτικές κλινικές

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας το 2004.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός των νοσηλευτικών κλινών που αναλογεί ανά χίλιους κατοίκους βάσει των απογραφών πληθυσμού 1991 και 2001 ανά γεωγραφική περιφέρεια. Σύμφωνα με τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, βελτιωμένος εμφανίζεται ο συγκεκριμένος δείκτης για τις περιφέρειες της Ηπείρου, της Θεσσαλίας, της Θράκης, της Κρήτης και της Στερεάς Ελλάδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΩΝ (ΕΤΟΣ 1991 & 2001)

Πίνακας 1.1 Δείκτης κάλυψης νοσηλευτικών κλινών (1991 & 2001)

Περιφέρεια	1991	2001
Αιγαίο	5	4,1
Αττική	7	6,1
Ηπειρος	3,7	4,3
Θεσσαλία	3,2	4
Θράκη	2,5	2,8
Ιόνιο	4,9	4,5
Κρήτη	4,8	5
Μακεδονία	5,1	5
Πελοπόννησος	3	3
Στερεά Ελλάδα	1,9	2,6
Σύνολο χώρας	5	4,8

Αριθμός κλινών ανά 1.000 άτομα

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ορισμός της έννοιας Διοίκηση/Διαχείριση (Μάνατζμεντ)

Διοίκηση μπορεί να υπάρξει και σε πιο απλές καταστάσεις όπως στο κτίσιμο ενός σπιτιού, στην οργάνωση μιας τελετής, στη διακυβέρνηση ενός σκάφους και στη λειτουργία μιας ποδοσφαιρικής ομάδας. Δηλαδή όπου εμπλέκεται μια ομάδα ανθρώπων (ή και υλικών) με κάποιο κοινό σκοπό – ένας Οργανισμός – εμφανίζεται η έννοια της διοίκησης.

Τέσσερις (γενικοί) ορισμοί από ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία μπορεί να θεωρηθούν ως βάση της προσέγγισης μας στην έννοια της διοίκησης και είναι οι εξής:

- Η διαδικασία του μάνατζμεντ (management) μπορεί να λάβει χώρα σε οποιοδήποτε είδος Οργανισμού. Διοίκηση ή μάνατζμεντ είναι ο συντονισμός και η εναρμόνιση/ενοποίηση όλων των παραγωγικών πόρων (ανθρώπινων, υλικών, τεχνικών) για να επιτευχθούν συγκεκριμένα αποτελέσματα (Κανελλόπουλος 1990).
- Με τον όρο «μάνατζμεντ» εννοούμε την μεθοδική προσπάθεια προγραμματισμού, οργάνωσης, διεύθυνσης, και ελέγχου δραστηριοτήτων για την επιτυχία δεδομένων σκοπών (Σαίτης 1992).
- Διοίκηση είναι η διαδικασία του συντονισμού ανθρώπων και άλλων πηγών, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. (Pride, Hughes, Kapoor, 1996).
- Διοίκηση είναι η διαδικασία της επίτευξης των στόχων ενός οργανισμού, με τη χρήση και αξιοποίηση των ανθρώπινων και άλλων πόρων του Οργανισμού (Certo, 1980)

Μια πιο «φιλοσοφική» άποψη είναι η ακόλουθη:

«Διοίκηση είναι η τέχνη της επίτευξης των στόχων μέσω άλλων ανθρώπων»
(Follet στο Gray, Smeltzer, 1989)

Γενικότερα λοιπόν διοίκηση μπορεί να θεωρηθεί μια σειρά διαδικασιών η οποία είναι η εξής:

- α. Η διαδικασία συντονισμού ανθρώπων και άλλων παραγωγικών συντελεστών με σκοπό την επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού.
- β. Η διαδικασία επίτευξης των στόχων ενός οργανισμού με τη χρήση και αξιοποίηση των ανθρώπινων και άλλων πόρων του Οργανισμού.
- γ. Η διαδικασία ενσυνείδητης καθοδήγησης οργανωμένων δραστηριοτήτων.
- δ. Η τέχνη της επίτευξης στόχων μέσω του ανθρώπινου παράγοντα.

Μια χρήσιμη προσέγγιση του ρόλου των managers και των διοικητικών στελεχών επιτυγχάνεται αν θεωρήσουμε το διοικητικό έργο σαν διαδικασία. Η διαδικασία της διοίκησης περιλαμβάνει μια σειρά από συγκεκριμένες ενέργειες που έχουν γενική εφαρμογή στη διοίκηση οποιασδήποτε επιχείρησης ή οργανισμού και βοηθούν στην επίτευξη των στόχων μέσα στα πλαίσια που επιβάλλουν οι συνήθεις περιορισμοί χρόνου και κόστους.

Με την έννοια αυτή διοίκηση είναι η διαδικασία επιλογής στόχων, η διαδικασία καταμερισμού των ανθρωπίνων και λοιπών (τεχνολογικών, οικονομικών, κλπ) πόρων στις διάφορες επί μέρους δραστηριότητες που έχουν σαν σκοπό την επίτευξη των στόχων και η διαδικασία συντονισμού των ενεργειών και δράσεων για τη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας των υπάρχοντων διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Συμπερασματικά λοιπόν με την γενικότερη έννοια του όρου διοίκηση εννοούμε την διαδικασία επιλογής στόχων, η την διαδικασία καταμερισμού των ανθρωπίνων και λοιπών (τεχνολογικών, οικονομικών, κλπ) πόρων στις διάφορες επί μέρους δραστηριότητες που έχουν σαν σκοπό την επίτευξη των στόχων και την διαδικασία συντονισμού των ενεργειών και δράσεων για τη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας των υπάρχοντων διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών πόρων.

Σημαντική θέση σε όλες τις δραστηριότητες και λειτουργίες της διοίκησης έχει η έννοια του μάνατζερ, στο πνεύμα της καθοδήγησης της υποκίνησης και του ελέγχου. Είναι, λοιπόν, ταυτόσημη με τη διαδικασία με την οποία ο ένας επηρεάζει τη συμπεριφορά και τις πράξεις άλλων ανθρώπων με σκοπό την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν. Οι δεξιότητες ή ικανότητες του κάθε manager, αν και ποικίλουν ανάλογα με το επίπεδο διοίκησης που ασκεί, βασικά πρέπει να είναι:

Διοικητικές ικανότητες

Είναι προφανές ότι για να επιτελέσει κανείς τις διοικητικές λειτουργίες με επιτυχία πρέπει να έχει αναπτύξει βασικές διοικητικές ικανότητες όπως η ικανότητα αντίληψης καταστάσεων και προβλημάτων, η ικανότητα επιλογής του τρόπου δράσης και η ικανότητα επικοινωνίας με το προσωπικό.

1. Ικανότητα αντίληψης καταστάσεων και προβλημάτων.

Είναι η δυνατότητα κατανόησης της υπάρχουσας κατάστασης στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης και πρόβλεψης προβλημάτων ή αποκλίσεων βασισμένη στην κατανόηση του τρόπου που πρέπει να λειτουργεί η επιχείρηση, καθώς

και των αρχών της θεωρίας των συστημάτων, σύμφωνα με την οποία κάθε οργάνωση τείνει σε μια κατάσταση ισορροπίας και ανισορροπίας με τελικό στάδιο την εντροπία την αδράνεια και την αποσύνθεση.

Συστατικά στοιχεία αυτής της ικανότητας είναι η δυνατότητα:

1. Αντίληψης των λεπτομερειών ουσίας μέσα στα πλαίσια της ευρύτερης εικόνας.
2. Οργάνωσης και αναπαράστασης πληροφοριών.
3. Επισήμανσης όλων των παραγόντων ή σχέσεων που διαμορφώνουν την κάθε κατάσταση και η αναγνώριση όλων των δεδομένων ή πληροφοριακών στοιχείων που στηρίζουν την διαδικασία λήψης αποφάσεων, και
4. Ανάλυσης του συστήματος επιχείρηση-περιβάλλον στα συστατικά του μέρη, εξέτασης του κάθε μέρους από διεπιστημονική προσέγγιση και η διερεύνηση των αλληλεξαρτήσεων ανάμεσα στα διάφορα μέρη του συστήματος καθώς και κάθε μέρους του όλου συστήματος.

Η ικανότητα αντίληψης στηρίζεται στη συστηματική θεώρηση και τον συστηματικό τρόπο σκέψης (systems approach) και είναι περισσότερο απαραίτητη στα κορυφαία διοικητικά επίπεδα όπου γίνεται και η χάραξη της επιχειρηματικής στρατηγικής.

2. Ικανότητα επιλογής του τρόπου δράσης.

Οι διαστάσεις της ικανότητας αυτής είναι η εξασφάλιση μιας αξιόπιστης πληροφοριακής βάσης για τη στήριξη της προσπάθειας λήψης ορθολογιστικών αποφάσεων, ο χειρισμός ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων στα πλαίσια της συγκριτικής αξιολόγησης εναλλακτικών λύσεων, η εφαρμογή των κατάλληλων μεθοδολογιών πρόβλεψης, και η εκτέλεση τυποποιημένων διοικητικών πράξεων.

Στα κατώτερα διοικητικά επίπεδα περισσότερο απαραίτητη είναι η ικανότητα επιλογής του τρόπου δράσης όσον αφορά τη διοικητική εργασία που σχετίζεται με την εφαρμογή της επιχειρηματικής στρατηγικής, και την τεχνική εργασία που σχετίζεται με το επιτελούμενο έργο. Αντίθετα στα ανώτερα διοικητικά επίπεδα περισσότερο απαραίτητη είναι η ικανότητα επιλογής του τρόπου δράσης που σχετίζεται με τη διαμόρφωση της επιχειρηματικής στρατηγικής.

3. Ικανότητα επικοινωνίας με το προσωπικό

Οι διαστάσεις της ικανότητας αυτής είναι:

1. Η διαμόρφωση διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσουν κλίμα εθελοντικής συνεργασίας των εργαζομένων.
2. Η ανάπτυξη εργασιακού κλίματος που δημιουργεί υψηλό φρόνημα στο προσωπικό, καλλιεργεί τη συνεργασία, συσπειρώνει τα μέλη της ομάδας και «υποχρεώνει» κάθε εργαζόμενο να αποδίδει περισσότερο.
3. Η ενστάλαξη αφοσίωσης στο έργο και σεβασμού στις διαδικασίες και πίστης στο σύστημα.
4. Η ικανοποίηση της εσωτερικής ανάγκης των εργαζομένων για αυτοσεβασμό, πλήρωση και νόημα από τη δουλειά τους μέσω ενός συστήματος εργασιακών αξιών που συνδυάζει τους σκοπούς της επιχείρησης με ανώτερες υπαρξιακές ιδεολογίες, και
5. Ευαισθησία προς τις ανάγκες και τα κίνητρα των εργαζομένων.

Η ικανότητα επικοινωνίας είναι στο μεγαλύτερο βαθμό έμφυτη και έχει σχέση με το χαρακτήρα κάθε ανθρώπου και τη γενικότερη «κουλτούρα» και συμπεριφορά του αλλά είναι προφανές ότι μπορεί να βελτιωθεί «υποχρεωτικά» ανάλογα με τη γενικότερη πολιτική που έχει υιοθετήσει η επιχείρηση.

Μια άλλη προσέγγιση των απαραίτητων διοικητικών ικανοτήτων – δεξιοτήτων κάθε manager είναι η θεώρηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται στην πράξη, που σύμφωνα με τον Katz, έχουν χαρακτήρα αναπτυξιακό (διαμορφώνονται και μαθαίνονται από κάθε ενδιαφερόμενο) και πρακτικό (εκδηλώνονται, επισημαίνονται στην πρακτική συμπεριφορά του manager). Είναι προφανές ότι δεν πρόκειται για ατομικά ή προσωπικά χαρακτηριστικά (ταλέντο) αλλά για δεξιότητες οι οποίες αποκτώνται μέσω της εκπαίδευσης και της εμπειρίας. Οι δεξιότητες αυτές διαχωρίζονται σε τεχνικές, συμπεριφοράς και σκέψης-θεώρησης.

α. Τεχνικές Δεξιότητες (technical skills). Είναι οι ικανότητες χρησιμοποίησης αντικειμένων, μεθόδων, μηχανισμών και τεχνικών, δηλαδή εξειδικευμένη γνώση και εργασία. Είναι προφανές ότι όπως ένας χειρουργός πρέπει να έχει τεχνικές δεξιότητες για επιτυχή διεκπεραίωση μιας εγχειρητικής διαδικασίας, αντίστοιχα απαιτούνται τεχνικές

δεξιότητες για την σύνταξη του προϋπολογισμού ή για την καθοδήγηση και το συντονισμό των υφισταμένων από ένα διευθυντικό στέλεχος.

β. Διαπροσωπικές δεξιότητες (interpersonal skills). Είναι δεξιότητες συμπεριφοράς που επιτρέπουν την αρμονική συνύπαρξη και συνεργασίας με άλλους ανθρώπους και την κατανόηση της οργάνωσης, και της δημιουργίας κινήτρων στους χώρους εργασίας, μέσω της καθοδήγησης, παρακίνησης, συνεργασίας, συντονισμού, επικοινωνίας κλπ.

γ. Δεξιότητες Σκέψης – θεώρησης ή Διανοητικές δεξιότητες (conceptual skills). Είναι οι δεξιότητες αντίληψης της ολότητας της επιχείρησης και των τμημάτων αυτής, όλων των σύνθετων αλληλεπιδράσεων που υφίστανται σε ένα χώρο εργασίας (μεταξύ ανθρώπων, τμημάτων ή μονάδων μιας οργάνωσης, και ακόμη και μεταξύ ενός οργανισμού και του περιβάλλοντός του). Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων δίνει στο manager τη δυνατότητα να κατανοεί πως συσχετίζονται και αλληλεπιδρούν οι διάφοροι παράγοντες σε κάθε ιδιαίτερη κατάσταση

Επειδή όπως είναι αυτονόητο η αποτελεσματική επίτευξη των σκοπών κάθε επιχείρησης ή οργανισμού, ανεξάρτητα από τα υπάρχοντα τεχνικά μέσα, επιτυγχάνεται από ανθρώπους και η βάση στην οποία θα στηριχτεί κάθε manager είναι το ανθρώπινο δυναμικό της επιχείρησης, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι έργο του manager είναι:

1. Να καλλιεργεί προδιαθέσεις και συμπεριφορές που προάγουν την αποτελεσματικότητα της οργάνωσης.
2. Να παρακινεί με δημιουργικότητα τους υφιστάμενους του.
3. Να χρησιμοποιεί τη δημιουργικότητα των υφισταμένων του.
4. Να καλλιεργεί την επιθυμία για καινοτομίες.
5. Να διδάσκεται από τη συνεργασία με τους άλλους.

Αρα προϋποθέσεις επιτυχίας του manager είναι το ενδιαφέρον για το έργο (παραγωγή) και κυρίως το ενδιαφέρον για τον άνθρωπο (σχέσεις).

Οι managers πρέπει να στηρίζονται στην ομαδική εργασία, στη συνοχή, στην ενότητα και στην κοινή προσπάθεια.

2.1.1 Λειτουργίες της Διοίκησης

Αφού παραπάνω έγινε αναφορά στο τι σημαίνει διοίκηση είναι απαραίτητο να αναφερθούμε και στις λειτουργίες της διοίκησης σε έναν Οργανισμό. Το περίεργο είναι ότι ενώ οι διάφοροι συγγραφείς δίνουν διαφορετικούς ορισμούς του όρου «διοίκηση» υπάρχει μια συμφωνία για τις λειτουργίες της διοίκησης. Από πλευράς αλληλουχίας ενεργειών, μπορούμε να χωρίσουμε τη διαδικασία της διοίκησης συμβατικά σε πέντε βασικές λειτουργίες, το σχεδιασμό- προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διεύθυνση, το συντονισμό και τον έλεγχο.

- Προγραμματισμός /Σχεδιασμός
- Οργάνωση
- Διεύθυνση/Καθοδήγηση
- Έλεγχος

Η σημασία των παραπάνω λειτουργιών επιγραμματικά μπορεί να ορισθεί ως εξής:

A. Σχεδιασμός

Είναι η λειτουργία η οποία θέτει τις βασικές κατευθύνσεις και σκοπούς στον Οργανισμό και διαμορφώνει ένα αρχικό πλάνο προσέγγισης τους. Ειδικότερα με αυτήν την λειτουργία καθορίζονται οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι της συλλογικής δραστηριότητας και τα μέσα επίτευξής τους.

B. Οργάνωση

Είναι η διαδικασία του καθορισμού εκείνων των δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των σκοπών, της ομαδοποίησης τους, της ανάθεσης τους σε συγκεκριμένες ομάδες ή ανθρώπους και της διαμόρφωσης βαθμίδων εξουσίας και ευθύνης. Ειδικότερα είναι η λειτουργία με την οποία καθορίζονται η δομή, η ιεράρχηση, η κατανομή ρόλων, αρμοδιοτήτων, καθηκόντων και ευθυνών όλων των εργαζομένων και σε συγκεκριμένες ομάδες και τμήματα, με διαμορφωμένη βαθμίδα εξουσίας, καθώς και τα επιμέρους αντικείμενα και οι δράσεις που απαιτούνται για την επίτευξη των σκοπών και στόχων της επιχείρησης

Γ. Διεύθυνση/Καθοδήγηση

Είναι η λειτουργία που διασφαλίζει την εποπτεία και καθοδήγηση για την επίτευξη των στόχων και κυρίως η λειτουργία με την οποία επιδιώκεται η δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος (κλίματος) στο οποίο οι εργαζόμενοι μπορούν να ικανοποιήσουν τους στόχους τους καθώς εργάζονται, ώστε να ικανοποιηθούν εν τέλει οι προκαθορισμένοι, αντικειμενικοί στόχοι του οργανισμού ή της επιχείρησης.

Δ. Συντονισμός

Είναι η λειτουργία που στοχεύει σε συνειδητές προσπάθειες σύγκλισης και συγχρονισμού των διαφόρων δραστηριοτήτων και προσώπων που τις ασκούν ώστε να λειτουργήσουν αρμονικά προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού ή της επιχείρησης

Ε. Έλεγχος

Είναι η φάση αξιολόγησης και διόρθωσης των δραστηριοτήτων των υφισταμένων, προκειμένου να εξασφαλιστεί η τήρηση των σχεδίων. Αν το αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό, αναθεωρείται ή τροποποιείται όλη η διαδικασία ή κάποιο μέρος της (π.χ. ο τρόπος καθοδήγησης των υφισταμένων). Γενικότερα λοιπόν είναι η λειτουργία με την οποία διασφαλίζεται η σύγκριση των πραγματικών αποτελεσμάτων με τους στόχους ώστε να προκύπτει το μέτρο επιτυχίας ή αποτυχίας και να λαμβάνονται οι αναγκαίες διορθωτικές αποφάσεις.

Ανάλογα με τα διάφορα επίπεδα διοίκησης καθορίζεται και το εύρος των δραστηριοτήτων. Έτσι, στο «ανώτερο» επίπεδο οι «διοικητικές» δραστηριότητες (π.χ. σχεδιασμός, διεύθυνση, μέρος της οργάνωσης κ.ο.κ.) είναι περισσότερες, ενώ στο «κατώτερο» επίπεδο οι «εκτελεστικές» δραστηριότητες (π.χ. μέρος της οργάνωσης, έλεγχος, ανασκόπηση, κλπ.) είναι μεγαλύτερες. Παρόλο που φαίνεται ότι η διαδικασία του management αποτελείται από μια αλληλουχία μεμονωμένων λειτουργιών, όπως αναφέρθηκαν για λόγους καθαρά διδακτικούς, η ολοκληρωμένη και σφαιρική προσέγγιση της διεργασίας του management απαιτεί στην καθημερινή πράξη ο manager να ασκεί όλες τις λειτουργίες συγχρόνως σαν μέρη μιας συνεχούς ολότητας.

Ένας συνδυασμός θέσεων και απόψεων των διαφόρων «σχολών» του management δίνει ένα σύνολο λειτουργιών για την άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης όπως:

1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ: Αφορά στον Προσδιορισμό της Διάρθρωσης (Τμήματα, Υπηρεσίες) και της Κατανομής του Έργου, στη Συγκρότηση Ιεραρχίας, στον Καθορισμό αρμοδιοτήτων και Προσδιορισμό των καθηκόντων.

2. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ: Αφορά στην Επιλογή προσωπικού, Εκπαίδευση, Αμοιβές, Προαγωγές, κλπ

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ: Αφορά στον καθορισμό των μελλοντικών ενεργειών και δράσεων με βάση τα στοιχεία του παρελθόντος και του παρόντος και την πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων

4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Αφορά στο Συντονισμό και κατεύθυνση της εργασίας των υφισταμένων, την Εναρμόνιση των προσπαθειών και την Απρόσκοπτη λειτουργία τμημάτων και υπηρεσιών και αρμονική μεταξύ τους συνεργασία

5. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: Αφορά στη Μετάδοση ιδεών την Παρακίνηση με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος

6. ΕΛΕΓΧΟΣ: Αφορά στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά που προβλέπονται από το «πρόγραμμα», την εξακρίβωση του αν τηρούνται οι οδηγίες και εντολές, αν γίνονται λάθη υπερβολές και παραλείψεις και την επιβολή διορθωτικών πράξεων όταν και όπου είναι αναγκαίες.

7. ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ: Αφορά στην εναρμόνιση όλων των προσπαθειών στην απρόσκοπτη λειτουργία υπηρεσιών και τμημάτων, την ωφέλιμη μεταξύ τους συνεργασία και τον καθορισμό του πεδίου και της έκτασης δράσης κάθε οργάνου.

8. ΠΑΡΟΤΡΥΝΣΗ: Αφορά στην κατανόηση των αναγκών, το συνδυασμό κινήτρων και ικανοποιητικής αμοιβής, την προσφορά ικανοποιητικών συνθηκών, την πρόκληση ενδιαφέροντος, την καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας και την αποφυγή απογοήτευσης.

9. ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ: Αφορά στην εφαρμογή αποκέντρωσης την εκχώρηση αρμοδιοτήτων, την απαλλαγή από «περιττές» δράσεις τη διατήρηση της ευθύνης τον προσδιορισμό του περιεχομένου των αρμοδιοτήτων , την αποφυγή συγχύσεων και την αποφυγή συγκρούσεων.

ΚΑΝΟΝΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΟ Μ.Β.Ο.

1. Η υποστήριξη του προγράμματος από τη διοίκηση, η αφοσίωση και η συμμετοχή όλων στην εφαρμογή του πρέπει να είναι υποχρεωτική. Διαφορετικά θα αποτύχει με την πάροδο του χρόνου.
2. Το πρόγραμμα M.B.O. πρέπει να ενσωματωθεί στις καθημερινές διοικητικές δραστηριότητες. Οι managers πρέπει να το δεχθούν σαν μέρος του συστήματος διοίκησης και όχι να το θεωρήσουν σαν μια προσωρινή διαδικασία.
3. Το σύστημα M.B.O. πρέπει να δίνει έμφαση στους αντικειμενικούς σκοπούς και στόχους της οργάνωσης
4. Στο πρόγραμμα πρέπει να υπάρχουν αντικειμενικοί σκοποί που να καλύπτουν την προσωπική εξέλιξη των ατόμων που συμμετέχουν σ' αυτό.
5. Πρέπει να εξασφαλίζονται όλες οι δυνατότητες και οι πηγές που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του προγράμματος.
6. Το σύστημα M.B.O. δεν θα πρέπει να δημιουργεί φόρτο γραφικής διαδικασίας
7. Ο manager πρέπει συνεχώς να ενημερώνεται πάνω στις νέες εξελίξεις και εμπειρίες και πάνω από όλα να είναι πρόθυμος να προσαρμόζει και να αλλάζει το σύστημα για να γίνει αυτό περισσότερο *ευέλικτο, χρήσιμο, και βιώσιμο* γι' αυτούς που πρόκειται να το εφαρμόσουν
8. Το σύστημα του M.B.O. απαιτεί αρκετό χρόνο, κάποτε περισσότερο από αυτόν που ο μάνατζερ μπορεί να διαθέσει

Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΛΕΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ

2.2 Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας

Αναφορικά με τον τίτλο του κεφαλαίου αυτού στόχοι είναι αρχικά η ιδιομορφία που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες υγείας και έπειτα η περιγραφή των Μονάδων παροχής καθώς επίσης και η επισήμανση των ιδιαιτεροτήτων που έχει η οργάνωση και διοίκηση αυτών των Μονάδων. Τέλος ένας ακόμα στόχος είναι να περιγράψει την ελληνική πραγματικότητα και να αναδείξει τα ζητούμενα για την οργανωτική ανάπτυξη και εξέλιξη του τομέα υγείας σ' αυτή.

Ο όρος υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας όσο και την έννοια της περίθαλψης.

Η φροντίδα υγείας αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας, ενώ αντίθετα η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

2.2.1. Βασικά χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού.

Τα βασικά αυτά χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

α. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης καις τη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.

β . Με δεδομένη την ύπαρξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η επόμενη παράμετρος, η οποία χαρακτηρίζει τη χρησιμότητα του, είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει τον χαρακτήρα της τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στον καθένα από τους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και επίσης στη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.

γ. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται όμως μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης κάποιου συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος, μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση του (προληπτική ιατρική και αποκατάσταση. Επομένως πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

δ. Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η δυνατότητα προσπέλασης των πολιτών σ'αυτές και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν εκείνοι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η «αποδοχή» αναφέρεται κυρίως:

- στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών,
- στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και
- στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων, στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας παράγονται και προσφέρονται στους ασθενείς.

2.2.2. Γενικά χαρακτηριστικά του κλάδου των Υπηρεσιών Υγείας

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια δευτεροβάθμιας περίθαλψης που λειτουργούν στην Ελλάδα, κατά το μεγαλύτερο μέρος τους υπάγονται στην κατηγορία που έχουν δυναμικότητα 41-100 κλίνες, καθώς επίσης μεγάλος είναι και ο αριθμός αυτών που έχουν δυναμικότητα 100-300 κλίνες.

Οι ιδιωτικές γενικές κλινικές μπορούν να χωριστούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Μεγάλες κλινικές (οι οποίες είναι και πολυδύναμες) : Οι κλινικές αυτές είναι λίγες σε αριθμό και βρίσκονται στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Η δυναμικότητα που έχουν σε κλίνες είναι πάνω από 300 και κατά το μεγαλύτερο ποσοστό είναι στελεχωμένες από άρτια εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, διαθέτοντας βέβαια και ιατρικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας. Επιπλέον οι κλινικές αυτές διατηρούν συμφωνίες με ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία του δημοσίου, καθώς επίσης και με τις περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα. Οι συγκεκριμένες κλινικές αξίζει να σημειωθεί ότι καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και διάγνωσης. Τα έσοδα τους προέρχονται από τους εσωτερικούς-

νοσηλευόμενους ασθενείς και από ασθενείς οι οποίοι επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία.

Άλλες κατηγορίες ιδιωτικών γενικών κλινικών είναι:

- Μεσαίες κλινικές, είναι αυτές που διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα καθώς και με ταμεία του δημοσίου.
- Μικρές κλινικές, οι περισσότερες από αυτές καλύπτουν το κόστος για την νοσηλεία των ασθενών τους μέσω συμβάσεων που έχουν συνάψει με διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημοσίου.
- Νευροψυχιατρικές κλινικές: Η κατηγορία αυτή είναι μια εντελώς ξεχωριστή κατηγορία η οποία σε αριθμό περιλαμβάνει πολλές, και τα έσοδα προέρχονται εξ ολοκλήρου από εσωτερικούς νοσηλευόμενους ασθενείς και εμφανίζονται υψηλές μέσες ετήσιες πληρότητες.

Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφέρουμε ότι από γεωγραφικής θέσης οι περισσότερες ιδιωτικές κλινικές βρίσκονται συγκεντρωμένες στην Αθήνα και μετά ακολουθεί η περιφέρεια της Θεσσαλονίκης.

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια γίνονται διάφορες ανακατατάξεις στο χώρο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς μικρές περιφερειακές μονάδες απορροφώνται, εξαγοράζονται ή συγχωνεύονται με μεγαλύτερες.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλες μονάδες του κλάδου αποκτούν διεθνή χαρακτήρα επεκτείνοντας τις εργασίες τους και σε χώρες του εξωτερικού. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ το οποίο έχει επεκτείνει τις δραστηριότητες του σε διάφορες χώρες της Βαλκανικής.

Επιπροσθέτως είναι σκόπιμο να γίνει μια σύντομη αναφορά και για τα ιδιωτικά μαιευτήρια.

Τα ιδιωτικά μαιευτήρια που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα είναι κλινικές που παρέχουν μαιευτικές και γενικότερα γυναικολογικές υπηρεσίες. Πολλά απ αυτά έχουν ιδρύσει και σύγχρονα εξεταστικά κέντρα για την παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κλάδος των ιδιωτικών μαιευτηρίων είναι ένας κλάδος με την μεγαλύτερη πληρότητα και είναι έντονη τα τελευταία κυρίως χρόνια η επενδυτική του δραστηριότητα, τόσο σε κτιριακές εγκαταστάσεις, όσο και σε μηχανολογικό εξοπλισμό με σκοπό τη συνεχή αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Όσον αφορά τα **διαγνωστικά κέντρα**, αυτά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και πρόληψη των ασθενειών. Με τη σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή και με το

εξειδικευμένο προσωπικό που διαθέτουν, είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα ιατρικά–διαγνωστικά κέντρα υποστηρίζουν στο έργο τους και τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Τα διαγνωστικά κέντρα υπό τη μορφή μεγάλων οργανωμένων μονάδων που προσφέρουν υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης, καλύπτοντας περισσότερες από μία ειδικότητες, εμφανίστηκαν στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Ωστόσο, τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια υπό τη μορφή εταιρειών (Α.Ε. και Ε.Π.Ε.) άρχισαν νόμιμα να λειτουργούν στη χώρα κατά τη διάρκεια της 10ετίας του 1970. Μετά το 1985 παρουσίασαν ιδιαίτερη ανάπτυξη και μετεξελίχθηκαν σε μεγάλες διαγνωστικές μονάδες.

Μάλιστα, εξαιτίας του θεσμικού πλαισίου που έθετε εμπόδια στην ίδρυση νέων κλινικών και την επέκταση παλαιότερων, ιδιωτικοί φορείς που επιθυμούσαν να δραστηριοποιηθούν στον κλάδο της υγείας αναγκάστηκαν να στραφούν στην ίδρυση διαγνωστικών κέντρων. Σήμερα, εκτιμάται ότι στη χώρα μας λειτουργούν λίγο περισσότερα από 400 ιατρικά διαγνωστικά κέντρα.

Τα τελευταία χρόνια, η έντονη ζήτηση για εξειδικευμένες και αναβαθμισμένες διαγνωστικές υπηρεσίες, οδήγησε τις μεγάλες μονάδες του κλάδου στην υλοποίηση σημαντικών επενδυτικών σχεδίων για τον εξοπλισμό τους. Η λύση της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) μέσω της οποίας πολλά εξεταστικά κέντρα χρηματοδοτούν τον πάγιο ιατρομηχανολογικό τους εξοπλισμό, είναι αρκετά διαδεδομένη τα τελευταία χρόνια.

Εκτός των μεγάλων πολυδύναμων διαγνωστικών κέντρων, αρκετά σε αριθμό είναι τα μικρά τοπικά μικροβιολογικά εργαστήρια, τα οποία συχνά απευθύνονται σε μεγαλύτερα κέντρα για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων εξετάσεων, καθώς δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν πάντοτε στις ανάγκες των πελατών τους λόγω έλλειψης του απαιτούμενου εξοπλισμού.

Τέλος, έντονο είναι τα τελευταία χρόνια και στο χώρο των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, το φαινόμενο των εξαγορών και απορροφήσεων συνήθως μικρών κέντρων από μεγαλύτερα.

2.3. Δαπάνες Υγείας (ένας γενικότερος ορισμός)

Οι δαπάνες υγείας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ : Με τον όρο δημόσια δαπάνη υγείας εννοούμε τις δαπάνες που πραγματοποιεί το δημόσιο για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε ο ασφαλισμένος νοσηλεύεται σε κρατικά νοσοκομεία, είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.
- ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ : Με τον όρο ιδιωτική δαπάνη υγείας εννοούμε τις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, καθώς επίσης περιλαμβάνουν και τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και τις δαπάνες των ατόμων εκείνων που είναι ανασφάλιστα.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δαπάνης για υγεία και για φάρμακα, καθώς και η διάρθρωση αυτής μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής, για την περίοδο 2001-2006. Όπως προκύπτει από τα αναθεωρημένα στοιχεία της Γ.Γ.Ε.Σ.Υ.Ε, η συνολική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. ανέρχεται σταθερά πάνω από το 8% για την εξεταζόμενη περίοδο. Σχετικά με το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας αυτό ανήλθε στο 38,4 % το 2006.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΕΤΗ 2001-2006)

	2001*	2002*	2003*	2004*	2005*	2006*
Α.Ε.Π.	146.259	157.587	171.257	185.225	198.611	213.985
Συνολική δαπάνη για την υγεία	12.256	12.996	14.626	15.294	17.803	19.508
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη	1.996	2.183	2.607	3.017	3.300	3.438
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την υγεία	16,29%	16,80%	17,82%	19,73%	18,54%	17,62%
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ	1,36%	1,39%	1,52%	1,63%	1,66%	1,61%
Δημόσια δαπάνη για την υγεία	7.814	8.254	9.182	9.449	11.178	12.018
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη	1.502	1.793	2.132	2.476	2.875	3.193
Δημόσια δαπάνη για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία	63,76%	63,51%	62,78%	61,78%	62,79%	61,61%
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	75,25%	82,13%	81,78%	82,07%	87,12%	92,87%
Ιδιωτική δαπάνη για την υγεία	4.442	4.742	5.444	5.845	6.625	7.490
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη	494	390	475	541	425	245
Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία	36,24%	36,49%	37,22%	38,22%	37,21%	38,39%
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	24,75%	17,87%	18,22%	17,93%	12,88%	7,13%
Συνολική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ	8,38%	8,25%	8,54%	8,26%	8,96%	9,12%
Ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την υγεία	-	6,04%	12,54%	4,57%	16,41%	9,58%
Ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	-	9,37%	19,42%	15,73%	9,38%	4,18%

Πηγή :Γ.Γ.Ε.Σ.Υ.Ε / Εθνικοί Λογαριασμοί

Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφέρουμε ορισμένες από τις κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Αυτές είναι οι παρακάτω:

- Δαπάνες των ανασφάλιστων
- Δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων
- Νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης (ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα διαφέρει)
- Η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του γιατρού.
- Οι επιπλέον δαπάνες που προκύπτουν για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία
- Οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό.

2.4. Ιδιαιτερότητες στη Διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας

Στη Διοίκηση των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας υπάρχουν πολλές ιδιαιτερότητες. Οι ιδιαιτερότητες αυτές αφορούν

- τη λειτουργία του σχεδιασμού-προγραμματισμού στο χώρο της υγείας γενικά και ειδικά στους Οργανισμούς Υγείας,
- τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η λήψη των αποφάσεων σ' αυτούς τους οργανισμούς,
- τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η λήψη των αποφάσεων σ' αυτούς τους οργανισμούς, καθώς επίσης
- και τις ιδιαιτερότητες που συνδέονται με την παραγωγή, την ανάπτυξη και τη χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού τους είναι ευνόητο ότι επιδρούν σοβαρά στη λειτουργία της διοίκησης στους Οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και διαμορφώνουν τον τρόπο άσκησης της.

Επιπλέον η άσκηση της διοίκησης στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, επηρεάζεται και από τις ακόλουθες παραμέτρους:

- **Από το ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας.** Οι ανάγκες του ατόμου για πρόληψη της ασθένειας, για αποκατάσταση, βελτίωση ή διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του και κατ'επέκταση για ανάλογες υπηρεσίες που θα καλύπτουν απόλυτα αυτές τις ανάγκες, είναι πρωταρχικής σημασίας. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και την επιβίωση του ανθρώπου, δηλαδή με τη ζωή, έχει αποτέλεσμα αυτές τις ανάγκες να κατέχουν πρωταρχική θέση στην κλίμακα των αξιών του ανθρώπου και η επιδίωξη της ικανοποίησης τους να απορροφά κάθε είδος και μορφή δραστηριότητας του για όσο χρονικό διάστημα αυτές παραμένουν ανικανοποίητες. Είναι ευνόητο και απόλυτα δικαιολογημένο το ενδιαφέρον από τους ίδιους τους ασθενείς, το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, όσο και από το κοινωνικό σύνολο ευρύτερα, ενώ η δημοσιότητα και η προβολή που δίνεται στα θέματα αυτά από τα Μ.Μ.Ε. είναι συνεχής και πάντοτε κατέχει δεσπόζουσα θέση στην επικαιρότητα. Η άσκηση της διοίκησης στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας οφείλει να διακρίνεται από ιδιαίτερη ευαισθησία σε όλες τις φάσεις της λειτουργίας της.
- **Από την κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας.** Η λειτουργία των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας διαφέρει ριζικά από τη λειτουργία κάθε

άλλου Οργανισμού. Η λειτουργία αυτών των Μονάδων είναι συνεχής, καθ'όλη τη διάρκεια του 24ώρου και όλες τις ημέρες του χρόνου δεν σταματάει η λειτουργία του. Οι κλινικές, τα εργαστήρια και τα άλλα τμήματα τους είναι συνεχώς σε κατάσταση λειτουργίας και ετοιμότητας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας όχι μόνο των ασθενών που περιθάλπουν, αλλά και των υγειονομικών προβλημάτων του πληθυσμού της περιοχής αναφοράς τους. Επομένως η άσκηση της διοίκησης στους οργανισμούς υγείας είναι συνεχής σε όλη τη διάρκεια του χρόνου.

- **Από την έντονη και καθολική απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.**
Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σήμερα καθολική κοινωνική ανάγκη και η αναζήτηση της απασχολεί έντονα όχι μόνο τους καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών, δηλαδή τους ασθενείς, αλλά και τους υπεύθυνους για την παροχή τους (κράτος, ασφαλιστικά ταμεία, Οργανισμούς υγείας, επαγγελματίες υγείας). Σήμερα η ζήτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν περιορίζεται μόνο στο ιατρικό και νοσηλευτικό έργο, αλλά επεκτείνεται στο σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων που παρέχουν οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Το περιβάλλον της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, το είδος και η κατάσταση του εξοπλισμού που διαθέτει, η νοσηλευτική υποστήριξη της περίθαλψης των ασθενών, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων τους, η στάση και η συμπεριφορά εκείνων οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες κ.α. αποτελούν βασικές παραμέτρους, οι οποίες συμμετέχουν στην τελική διαμόρφωση της εντύπωσης για καλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών και σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να αγνοηθούν. Επίσης η διαφορετική αντίληψη που έχουν για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση αυτών των υπηρεσιών (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία) δημιουργεί συχνά εντυπώσεις καλής ή κακής ποιότητας, οι οποίες όμως δεν ανταποκρίνονται πάντοτε στην πραγματικότητα.

Η διοίκηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να επιδιώκει σταθερά την επίτευξη της ποιότητας σε όλες τις υπηρεσίες που παρέχουν αυτές οι Μονάδες, να καθοδηγεί σωστά και να εμπνέει όλα τα ηγετικά στελέχη προς αυτή την κατεύθυνση. Ο ρόλος της είναι καθοριστικός στη διαμόρφωση σαφούς και κοινής αντίληψης για την έννοια της ποιότητας, στην αναγνώριση της ανάγκης για βελτιώσεις, όπου χρειάζονται, στη δέσμευση της ότι στηρίζει τις

προσπάθειες που καταβάλλονται, καθώς και στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η πετυχημένη άσκηση της διοίκησης στους οργανισμούς υγείας, η αποτελεσματικότητα των οποίων εξαρτάται κυρίως από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, συνδέεται άμεσα με τη συνεχή επιδίωξη της ποιότητας σε όλες τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά μέσα σ'αυτές, αλλά και με τον βαθμό στον οποίο ικανοποιείται τελικά αυτή η επιδίωξη.

- **Από το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας.** Το κόστος παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια και έχει αναδειχθεί σε καθοριστική παράμετρο για τη λειτουργία των Οργανισμών υγείας. Αυτή η συνεχής αύξηση του κόστους, που οφείλεται σε διάφορους λόγους, σε συνδυασμό με τη στενότητα των διαθέσιμων πόρων και γενικά τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, υποχρεώνουν τη διοίκηση να επιδεικνύει ιδιαίτερη μέριμνα κατά την άσκηση της για την επίτευξη της οικονομικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διοίκηση της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει όχι μόνο να ενδιαφέρεται για την παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και να φροντίζει, ώστε αυτές οι υπηρεσίες να παράγονται και να διανέμονται στους ασθενείς με τον αποδοτικότερο τρόπο. Ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών που παράγει ένας Οργανισμός υγείας αποτελεί πλέον βασική ευθύνη της διοίκησης του.
- **Από τις προσδοκίες της κοινωνίας.** Η κοινωνία σε κάθε εποχή έχει συγκεκριμένες προσδοκίες και απαιτήσεις από τη λειτουργία των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις διαμορφώνονται όχι μόνο με βάση τα δημογραφικά και επιδημιολογικά πρότυπα που ισχύουν κάθε φορά, αλλά και από τις πολιτικές, πολιτισμικές, κοινωνιολογικές κ.α. τάσεις και αξίες που επικρατούν. Για παράδειγμα, η κοινωνία μας σήμερα αναζητά την ποιότητα παντού, συνήθως μαξιμαλιστικά, και συχνά μεγιστοποιεί τις τυχόν ατέλειες. Η διοίκηση πρέπει, κατά την άσκηση της, να συνυπολογίζει αυτές τις προσδοκίες και να σχεδιάζει τις κατάλληλες αποκρίσεις στις απαιτήσεις και στις ανάγκες της κοινωνίας που εξυπηρετεί η Μονάδα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων [3]. Ο Αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40%-60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή Κλινών

	Σύνολο	Ιδιωτικά	Δημόσια
Νοσοκομεία	340	60%	40%
Στην Αττική	110	62,5%	37,5%
Κλίνες Ασθενών	50.,000	30%	70%
Στην Αττική	23.,000	34%	66%

Πηγή: ΕΣΥΕ

3.2. Ιδιωτικές Κλινικές

Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση

υφιστάμενων [6]. Μια δεκαετία αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα με το παραπάνω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος τους μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών: Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

3.2.1 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην υγεία

Η ανεπαρκής κάλυψη πολλών νοσοκομείων με σύγχρονα διαγνωστικά μέσα οδηγούσε και οδηγεί πολλούς ασθενείς σε συμβεβλημένες ή μη μονάδες του ιδιωτικού τομέα που πολλές από αυτές είναι μειωμένης αξιοπιστίας. Δεν είναι τυχαίο ότι ακόμη και σήμερα πολλά νοσοκομεία δεν έχουν αξονικό τομογράφο, ενώ είναι πολύ περισσότερα

αυτά που δεν έχουν μαγνητικό τομογράφο, προς μεγάλη τέρψη βέβαια των ιδιωτικών κέντρων. Με το Νόμο 2071 του 1992 δίνεται για πρώτη φορά η δυνατότητα σύστασης νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), τα οποία μάλιστα θα μπορούσαν να επιχορηγούνται και από το κράτος.

Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να είμαστε η τελευταία χώρα στην Ευρώπη σε δημόσιες και η πρώτη σε ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι σταθερά αυξανόμενη τα τελευταία 20 έτη τουλάχιστον, ανεξαρτήτως κυβέρνησης ή μέτρων που λαμβάνονται για την δημόσια υγεία. Δεν μπορεί παρά να σχετίζεται με το παραπάνω το γεγονός ότι στην Ελλάδα οι μετρήσεις δείχνουν τη μικρότερη ικανοποίηση του κόσμου (λιγότερο από 20%) από τις υπηρεσίες υγείας, στο σύνολο της Ε.Ε. των 155. Η Ελλάδα είναι η 4η χώρα του ΟΟΣΑ⁴ που εμφανίζει αυτής της έκτασης την ανισότητα στη χρηματοδότηση. Προηγούνται μόνο ΗΠΑ, Κορέα και Μεξικό. Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών στην Ευρώπη λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες υγείας των πολιτών σε ποσότητα και ποιότητα.

3.2.2 Πορεία κλάδου ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

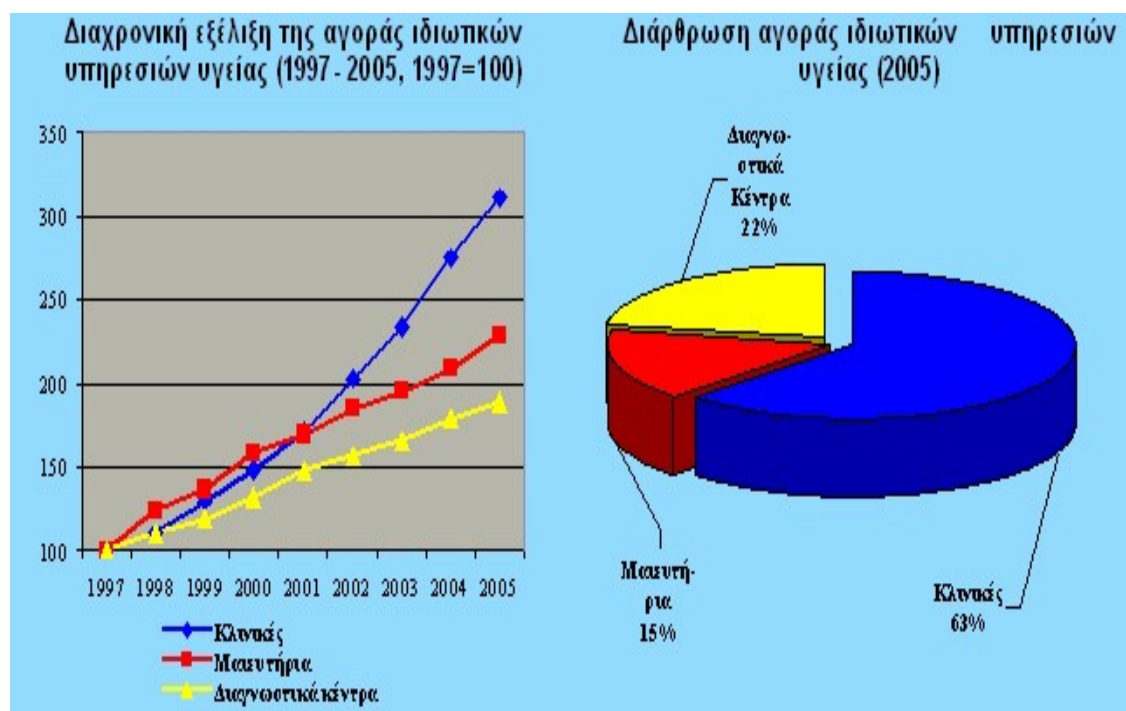
Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιεί η ICAP⁵ μας ενημερώνει πως συνεχίζει την ανοδική του πορεία ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στροφή του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Στο διάστημα 1998-2004, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας σημείωσαν αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,1%, για να ανέλθουν κατά το 2004 στο 46,1% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, όπως βλέπουμε στον παρακάτω πίνακα, το 2003 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 218 ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι κλίνες στα ιδιωτικά θεραπευτήρια κάλυψαν το 28,1% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών της χώρας. Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, διακρίνονται σε μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, σε μεσαίες και μικρότερες μονάδες, ενώ ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια και οι μαιευτικές κλινικές. Όσον αφορά τα διαγνωστικά κέντρα, σύμφωνα

⁴ ΟΟΣΑ

⁵www.icap.gr, Εταιρία Οικονομικών Πληροφοριών, Εκδόσεων και Συμβούλων Επιχειρήσεων στην Ελλάδα

με στοιχεία της Πανελληνίας Ένωσης Ιδιωτικών Διαγνωστικών Κέντρων, σε ολόκληρη τη χώρα εκτιμάται ότι λειτουργούν πάνω από 400 κέντρα κάθε μορφής και μεγέθους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Διαχρονική εξέλιξη αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών



Πηγή: ΕΣΥΕ – Κάθετος άξονας = αριθμός κλινικών ή μαιευτηρίων ή διαγνωστικών κέντρων

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας βάσει αξίας, παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7%. Ειδικότερα ανά κατηγορία, τη μεγαλύτερη αύξηση εμφανίζει το μέγεθος αγοράς των γενικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,2% και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 10,9%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8,3%. Οι γενικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο στο σύνολο της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκτιμάται στο 63% περίπου για το 2005, ενώ οι μαιευτικές κλινικές αντιπροσωπεύουν το 15% περίπου της αγοράς. Το υπόλοιπο 22% της αγοράς μοιράζονται τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Την περίοδο αυτή φαίνεται να βρίσκεται σε εξέλιξη ένα σχέδιο συσπείρωσης των δυνάμεων του κλάδου, καθώς πέρα από τις συνεχείς επαφές για εξαγορές, οι ανακοινώσεις δημιουργίας στρατηγικών συμμαχιών, καθώς και οι

μεταγραφές ιατρών με σκοπό τη διεύρυνση της πελατείας τους, δημιουργούν νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας.

Αποτέλεσμα των εξαγορών και συγχωνεύσεων που έλαβαν χώρα τα τελευταία κυρίως χρόνια μεταξύ των εταιρειών του κλάδου, είναι η δημιουργία ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες: α) στη γεωγραφική κάλυψη, β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών και γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη. Παράλληλα, στα σχέδια των ομίλων αυτών περιλαμβάνεται και η περαιτέρω ισχυροποίησή τους, όχι μόνον στην εσωτερική αγορά, αλλά και σε χώρες του εξωτερικού.

Πρέπει να αναφέρουμε τους παράγοντες που συνέβαλλαν στην αναπτυξιακή πορεία του κλάδου Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας καθώς η αναπτυξιακή πορεία του κλάδου των υπηρεσιών υγείας, συνεχίστηκε και το 2005, με την αξία της αγοράς να διαμορφώνεται σε 1,34 δις., αυξημένη κατά 12,2% έναντι του 2004. Το πλαίσιο ανάπτυξης του κλάδου διαμορφώθηκε από μια σειρά ρυθμιστικών, τεχνολογικών, δημογραφικών, αλλά και αμιγώς επιχειρηματικών παραγόντων. Ειδικότερα αναφέρονται [12]:

- Η απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας, που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης, σε ένα περιβάλλον που ο δημόσιος τομέας παραδοσιακά εμφανίζει αδυναμίες ανταπόκρισης
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη, εξελίξεις που συνεπάγονται την ανάγκη αυξημένων επενδύσεων
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

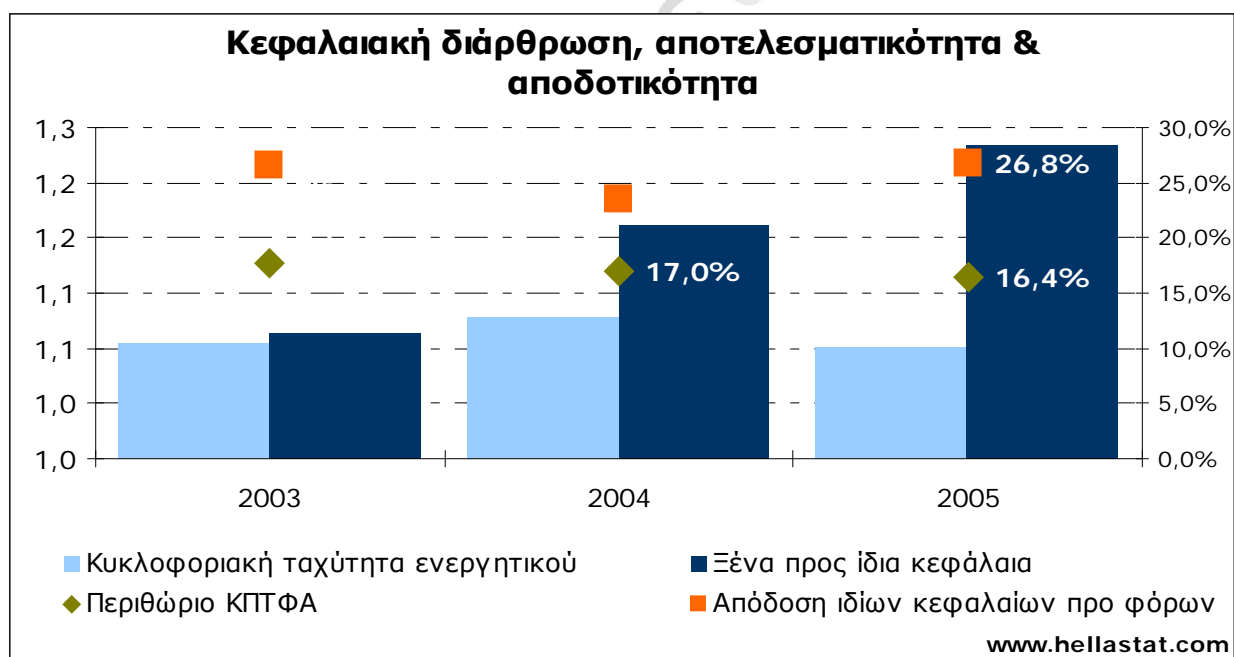
Ο κλάδος παρουσιάζει αυξημένη συγκέντρωση, με τις μεγαλύτερες εταιρίες να κατέχουν το 58% περίπου της αγοράς.

Τα προ φόρων κέρδη του κλάδου διαμορφώθηκαν στο ύψος των 108,53 εκ .€ σημειώνοντας αξιοσημείωτη άνοδο κατά 22,4% (19,9% την περίοδο 04/03), γεγονός που

οφείλεται στη σημαντική βελτίωση του αντίστοιχου περιθωρίου κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες, από 8,9% το 2004 σε 10,9% το 2005.

Επισημαίνεται ότι η ελκυστική αυτή εικόνα οφείλεται στις 20 μεγαλύτερες εταιρείες, οι οποίες, αυξάνοντας την κερδοφορία τους σχεδόν κατά 40%, συγκεντρώνουν το 66% των συνολικών κερδών, ισχυροποιώντας τη θέση τους από το 2004, όταν και κατείχαν το 58% των κερδών του κλάδου. Σε αυτή την τάση συντελεί και η οριακή κάμψη της κερδοφορίας των μικρότερων μονάδων (-0,9%), δείγμα της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στο γιγαντισμό των μεγάλων παικτών. Η κυκλοφοριακή ταχύτητα των συνολικών κεφαλαίων παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, οριακά μειωμένη έναντι του 2004 (1,05 από 1,08).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κεφαλαιακή διάρθρωση, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα



Πηγή: Hellastat

Το περιθώριο λειτουργικής κερδοφορίας διαγράφει μια διαχρονικά πτωτική πορεία (από 17,7% το 2003 σε 16,4% το 2005), ωστόσο εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα υψηλότερα μεταξύ του συνόλου των κλάδων της οικονομίας.

Η αποδοτικότητα των επενδεδυμένων κεφαλαίων ανέρχεται από 23,5% το 2004 στο αρκετά υψηλότερο 26,8%, γεγονός που οφείλεται αφενός στη σημαντική βελτίωση του περιθωρίου καθαρών προ φόρων κερδών (από 8,9% σε 10,9%) και αφετέρου στην

αυξημένη χρήση εξωτερικών κεφαλαίων, με το δείκτη μόχλευσης να επιδεικνύει σταθερά ανοδική πορεία: 1,06 το 2003, 1,23 το 2005⁶.

Οι 8 μεγαλύτερες επιχειρήσεις (έσοδα άνω των 50 εκ. €) επιδεικνύουν τη χαμηλότερη αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων (6,3%), καθώς τα συνολικά τους κεφάλαια ανακυκλώνονται μόλις 0,51 φορές. Αντιθέτως, οι εταιρείες με έσοδα 1 εκ.€ - 3 εκ. € εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα (32%). Όλα αυτά τα οικονομικά δεδομένα μπορούμε να τα δούμε συνοπτικά και στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Σύνοψη Αριθμοδεικτών Κλάδου

Αριθμοδείκτες	ΕΤΗ		
	2005	2004	2003
Κεφαλαιακή Διάρθρωση			
Βραχ. υποχρεώσεις / Πωλήσεις	47,60%	45,40%	46,10%
Βραχ. τραπεζικές υποχρ. / Πωλήσεις	16,70%	13,00%	13,30%
Ξένα προς ίδια κεφάλαια	1,23	1,16	1,06
Κάλυψη τόκων από λειτουργικά κέρδη	12,5	13,2	14,6
Βραχ. Υποχρεώσεις προς Ενεργητικό	51,60%	52,10%	50,50%
Ρευστότητα			
Γενική ρευστότητα	1,23	1,25	1,22
Άμεση ρευστότητα	1,19	1,24	1,2
Εμπορικός Κύκλος	-28	-32	-25
Ημέρες απαιτήσεων	142	134	128
Ημέρες αποθεμάτων	8	7	8
Ημέρες πίστωσης από προμηθευτές	178	173	160
Κερδοφορία & Αποδοτικότητα			

⁶www.hellastat.com

Περιθώριο μικτού κέρδους	35,80%	37,60%	37,60%
Περιθώριο ΚΠΤΦΑ	16,40%	17,00%	17,70%
Περιθώριο καθαρού κέρδους (προ φόρων)	10,90%	8,90%	11,30%
Απόδοση συνολικού ενεργητικού προ φόρων	10,70%	9,70%	12,20%
Απόδοση ιδίων κεφαλαίων προ φόρων	26,80%	23,50%	26,50%
Διάμεσος			

Πηγή : www.hellastat.com

3.2.3. Οργάνωση και λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών

Για πολλές δεκαετίες στην Ελλάδα η ιδιωτική πρωτοβουλία ανέλαβε τη λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων και των ιδιωτικών (μικρών και μεσαίου μεγέθους) κλινικών.

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1980 η επέκταση που είχε ο δημόσιος τομέας στον χώρο της υγείας είχε ως άμεση συνέπεια την συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στις μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης και τη στροφή του ενδιαφέροντος της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ιδιαίτερα όσον αφορά το διαγνωστικό μέρος, με επενδύσεις που έγιναν στην εισαγωγή σύγχρονου ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο δημόσιος τομέας αντιμετώπιζε προβλήματα χρηματοδότησης που σε συνδυασμό με χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες που ισχύουν σ' αυτόν, δεν επέτρεψαν κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής να εφοδιαστούν έγκαιρα τα δημόσια νοσοκομεία τον απαραίτητο σύγχρονο εξοπλισμό βιοιατρικής τεχνολογίας και κατά συνέπεια δεν ήταν σε θέση να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών διαγνωστικής υψηλής τεχνολογίας. Η αδυναμία αυτή λοιπόν που αντιμετώπιζε ο δημόσιος τομέας έκανε πρόσφορο το έδαφος στον ιδιωτικό τομέα να διεισδύσει στον χώρο των διαγνωστικών εργαστηρίων και κέντρων όπου η παρουσία του κράτους ήταν περιορισμένη, και να σημειώσει ιδιαίτερα μεγάλη ανάπτυξη την περίοδο αυτή.

Η αλλαγή του νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών στις αρχές της δεκαετίας του 1990 επέτρεψε στον ιδιωτικό τομέα να αρχίσει να επενδύει και πάλι στη νοσοκομειακή περίθαλψη έχοντας προφανώς

βλέψεις ότι αυτή αποτελεί ένα πολύ καλό πεδίο επιχειρηματικής δραστηριότητας με ευνοϊκές προοπτικές για το μέλλον. Αρχικά η ίδρυση και η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών ήταν στα χέρια ομάδων γιατρών. Η ραγδαία όμως και σπουδαία ανάπτυξη που σημείωσε η ιατρική τεχνολογία και οι μεγάλες πλέον επενδύσεις που απαιτούνται έχουν ως συνέπεια, η ιδιοκτησία των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών να περιέρχεται σε μεγαλοεπενδυτές, σε μεγάλους χρηματοδοτικούς οργανισμούς ή ασφαλιστικές εταιρείες.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς επίσης και οι ιδιωτικές κλινικές αποτελούνται από τρεις βασικές υπηρεσίες οι οποίες είναι οι εξής:

- Ιατρική υπηρεσία
- Νοσηλευτική υπηρεσία
- Διοικητική υπηρεσία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί, οι οποίοι έχουν την επιστημονική ευθύνη της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Οι γιατροί αυτοί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς κατόπιν ιδιαίτερης συμφωνίας και συνεπώς το ιδιωτικό νοσοκομείο ή η ιδιωτική κλινική δεν επιβαρύνεται με τις αμοιβές ή την μισθοδοσία των συγκεκριμένων γιατρών.

Συνεπώς οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι μειώνεται σημαντικά το λειτουργικό κόστος του ιδιωτικού νοσοκομείου ή κλινικής. Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, όταν στο νοσοκομείο ή στην κλινική δεν βρίσκονται οι επισκέπτες ή οι συνεργάτες γιατροί, τα ιδιωτικά νοσοκομεία ή οι κλινικές διαθέτουν περιορισμένο αριθμό μόνιμων γιατρών.

Οι γενικές και ειδικές τεχνικές προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές, ο ιατρικός εξοπλισμός που είναι απαραίτητος και οφείλουν να διαθέτουν τα εργαστήρια, τα τμήματα και οι μονάδες που υποχρεωτικά πρέπει να λειτουργούν σ' αυτά, το προσωπικό και η σύνθεση του κτλ ανάλογα με τον αριθμό των κλινών τους και την εξειδίκευση των τμημάτων που λειτουργούν, έχουν οριστεί με τις διατάξεις του ΠΔ 517/1991.

3.2.4. Μειονεκτήματα και Πλεονεκτήματα ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Είναι αρκετοί οι λόγοι που η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως:

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.
- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης σε υπηρεσιών υγείας.
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.
- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων.

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Βέβαια τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24ωρη λειτουργία
- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- Ποιότητα υπηρεσιών
- Ποσοστό εσόδων από εξωτερικούς ασθενείς το 2005: 16,4%

Πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη

- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management
- Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων

στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.

3.3. Ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας συγκρινόμενος με τον δημόσιο

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια. Η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο - σχεδόν 4πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία - αποτέλεσαν θετικό στοιχείο για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

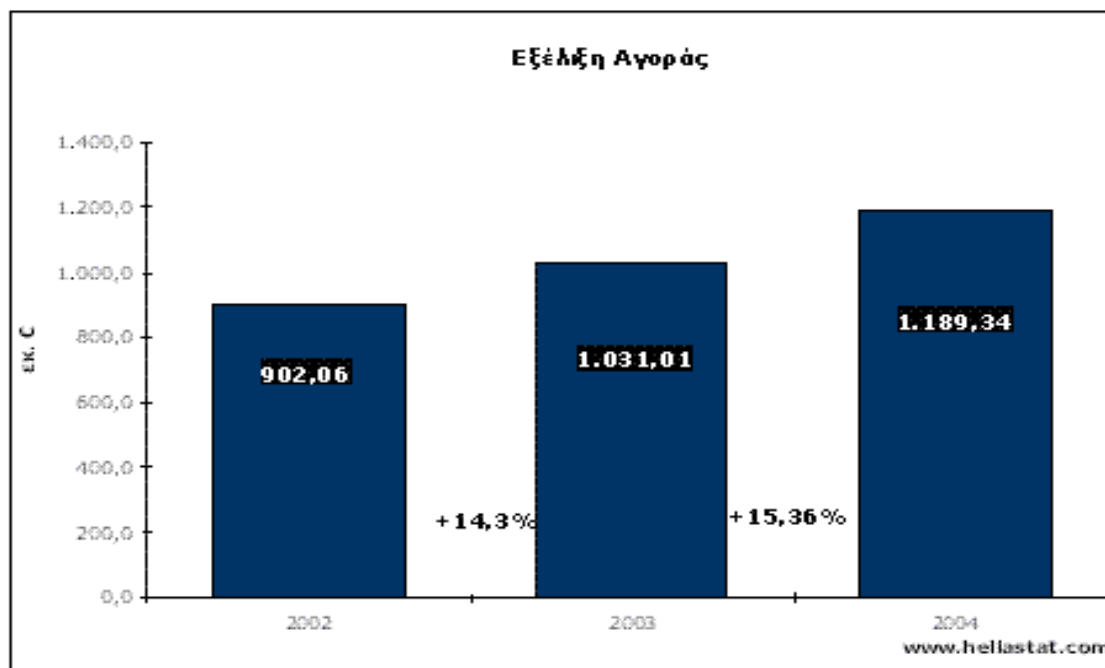
Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 70, με την μαιευτική κλινική Μητέρα και το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία, ενώ ακολούθησαν τα Εργαστήρια της Βιοϊατρικής, το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, η Euromedica και το ΙΑΣΩ.

Παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών σύναπταν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one - stop - shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990⁷.

⁷www.statistics.gr

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Εξέλιξη αγοράς



Πηγή : www.hellastat.com

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ)⁸. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το Ε.Σ.Υ. (Κάθετη Στήλη = Δαπάνες για ιδιωτική υγεία).

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα της Hellastast (ΠΙΝΑΚΑΣ 8) η εξέλιξη της αγοράς που αφορά τις ιδιωτικές «επιχειρήσεις» παροχής υγείας είχαν μια αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών τους της τάξης του 14,3% μεταξύ των ετών 2002 και 2003, η οποία συνεχίστηκε και το 2004 φτάνοντας στο 15,36%.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, είτε πρόκειται για Διαγνωστικά Κέντρα όπως η Βιοϊατρική, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και

⁸www.hellastat.com

εκτός Αττικής, κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.

- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας.
- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η σύναψη στρατηγικών συμμαχιών με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα. Πρωτοπόρος στον τομέα αυτό είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, ενώ εγκαινίασε την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων. Παράλληλα, σύναψε συνεργασία με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και σχεδιάζει επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη.

Οι υπηρεσίες υγείας βρίσκονται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων. Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η - έστω και με χαμηλούς ρυθμούς - σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι θετικοί μέχρι σήμερα ρυθμοί ανάπτυξης της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, εκτιμάται ότι θα συνεχισθούν και το 2007. Συγκεκριμένα, τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ότι θα αυξηθούν με ρυθμό 12-14% ετησίως, των μαιευτηρίων με ρυθμό 7-8% και των διαγνωστικών κέντρων με ρυθμό.

3.4. Η Ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες) μπορούν να συνοψιστούν στους παρακάτω:

- Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες (ηλικία, βιοτικό επίπεδο, τόπος διαβίωσης κτλ.)
- Οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο ασφάλισης).
- Το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τυχόν ελλείψεις στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, συνθήκες νοσηλείας, ξενοδοχειακή υποδομή, επάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κλπ.), στρέφουν συχνά το κοινό προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
- Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μακρές λίστες αναμονής που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Ο παράγων τεχνολογία είναι βαρύνουσα σημασίας, δεδομένου ότι η προηγμένη τεχνολογία σε ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό αυξάνει το ποσοστό θετικού αποτελέσματος στη διάγνωση και θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια σημαντικές είναι οι επενδύσεις από πλευράς του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία, έχοντας σαν αποτέλεσμα την παροχή πολλών υπηρεσιών να γίνεται ταχύτερη, ευκολότερη και το βασικότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη.

Επιπροσθέτως οι ελλείψεις που έχουν διαπιστωθεί σε μερικά δημόσια θεραπευτήρια ιδιαίτερα αυτά της επαρχίας και αφορούν το σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, τις κτιριακές υποδομές, την μη επαρκή κάλυψη σε κλίνες, την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, έχουν ως αποτέλεσμα το άμεσο όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

3.5. Η Προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη [6].

Όταν εισήχθη το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με το νόμο 1397/83 προέβλεψε σημαντικές αλλαγές στην παροχή και κατανομή των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Μετά το 1983 και για μια σειρά ετών πραγματοποιήθηκαν πολλές επενδύσεις στον τομέα της υγείας οι οποίες αποσκοπούσαν στην άμβλυνση ενός από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπιζε επί χρόνια το ελληνικό υγειονομικό σύστημα, την ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού.

Οι επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούν τα εξής:

- Δημιουργία πανελλαδικού δικτύου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις μη αστικές περιοχές, για την κάλυψη των αναγκών του μόνιμου πληθυσμού, αλλά και των αναγκών που παρουσιάζονται κατά την τουριστική περίοδο.
- Αναβάθμιση των υποδομών των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών μονάδων.
- Κατασκευή και λειτουργία τριών Περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων (Ιωαννίνων, Πάτρας, Ηρακλείου).
- Υλοποίηση του προγράμματος «μεταρρύθμισης» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος από ένα δίκτυο προληπτικών και θεραπευτικών εξωνοσοκομειακών δομών.
- Βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των υποδομών καθώς επίσης και την ανανέωση και συμπλήρωση του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, με μικρής κλίμακας παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν κυρίως μέσω των ΜΟΠ και του Α΄ ΚΠΣ σε διάφορους νομούς και περιφέρειες της χώρας, με εξαίρεση τα μεγάλα αστικά κέντρα των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης.

3.6. Η Αγορά των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας (Μέγεθος Εγχώριας Αγοράς)

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζεται το μέγεθος της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (σε αξία) για την περίοδο 1998-2007. Επισημαίνεται ότι το εκτιμώμενο μέγεθος της αγοράς αναφέρεται στο συνολικό κύκλο εργασιών των επιχειρήσεων του κλάδου και δεν συμπεριλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα, διαχρονική άνοδο παρουσιάζει το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 13,5% την περίοδο 1998-2007. Ειδικότερα, η συνολική αξία εκτιμάται σε €1.792 εκατ. το 2007 έναντι €1.544,5 εκατ. το 2006 (αύξηση 16%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Μέγεθος Αγοράς Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας (1998-2007)

Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2007)				
Έτος	Κλινικές	Μαιευτήρια	Διαγνωστικά Κέντρα	Σύνολο Αγοράς
1998	293.500	110.300	170.200	574.000
1999	343.700	120.900	183.100	647.700
2000	395.000	140.600	203.100	738.700
2001	455.800	150.000	227.700	833.500
2002	539.300	164.000	241.500	944.800
2003	620.700	173.000	255.300	1.049.800
2004	730.000	184.800	275.000	1.189.800
2005	847.000	203.300	291.300	1.341.600
2006	1.000.000	225.500	319.000	1.544.500
2007	1.190.000	250.000	352.000	1.792.000

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Σχετικά με τη διάρθρωση της αξίας της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία, σημειώνονται τα εξής:

α) Κλινικές

Η αγορά των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζει τη μεγαλύτερη αύξηση κατά την περίοδο 1998-2007 με μέσο ετήσιο ρυθμό 16,8%. Ειδικότερα, το 2007 η αξία της συγκεκριμένης αγοράς εκτιμάται στο ύψος των €1.190 εκατ. έναντι €1.000 εκατ. το 2006 (αύξηση 19%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007, εκτιμάται ότι το 85%-90% του συνολικού μεγέθους της αγοράς ιδιωτικών κλινικών προέρχεται από τους εσωτερικούς - νοσηλεύομενους ασθενείς. Σχετικά με το μερίδιο των κλινικών στο σύνολο της εξεταζόμενης αγοράς, αυτό εκτιμάται στο 66,4% για το 2007.

β) Μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές

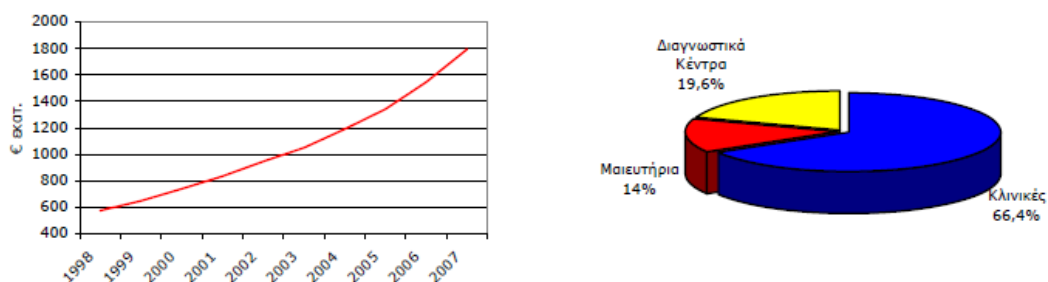
Διαχρονική αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 9,5% καταγράφει το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών κατά την περίοδο 1998-2007. Συγκεκριμένα, το 2007 εκτιμάται σε €250 εκατ. έναντι €225,5 εκατ. το 2006 (αύξηση 10,9%). Σημειώνεται ότι οι μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 14% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2007.

γ) Διαγνωστικά κέντρα

Η αγορά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων παρουσιάζει επίσης διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1998-2007, με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,4% (χαμηλότερος σε σύγκριση με τις κλινικές και τα μαιευτήρια). Αναλυτικότερα, για το 2007 η συγκεκριμένη αγορά εκτιμάται σε €352 εκατ. έναντι €319 εκατ. το 2006 (αύξηση 10,3%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007, εκτιμάται ότι το μεγαλύτερο μέρος της υπό εξέταση αγοράς (περίπου 70%) καλύπτεται από τους ασφαλισμένους στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Τέλος, το μερίδιο των διαγνωστικών κέντρων στο σύνολο της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2007 εκτιμάται στο 19,6%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Η Αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Διάγραμμα 4.1 Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας
α) Εξέλιξη μεγέθους αγοράς (1998-2007) β) Διάρθρωση της αγοράς (2007)



Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

3.7. Μερίδια Αγοράς Εταιρειών και Ομίλων – Δείκτες Συγκέντρωσης

Στον πίνακα 4.2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς ορισμένων εκ των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών, μαιευτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων για το 2007. Τονίζεται στο σημείο αυτό ότι, τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν βάσει των αντίστοιχων δημοσιευμένων πωλήσεων των παρουσιαζόμενων εταιρειών, ενώ μόνον στην περίπτωση της Euromedica AE έχουν διαχωριστεί τα έσοδα ανά τομέα υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 4.2, μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών για το 2007, η εταιρεία Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ (1.200 κλίνες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη) καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο (22,9%) και ακολουθεί στη δεύτερη θέση ο τομέας των κλινικών της Euromedica AE (1.021 κλίνες) με μερίδιο 10,3%. Στην τρίτη θέση με μερίδιο 9% βρίσκεται η Υγεία Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΑΕ (254 κλίνες).

Μεταξύ των ιδιωτικών μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών, η Ιασώ ΑΕ (333 κλίνες) κατέχει την πρώτη θέση για το 2007 με μερίδιο 40,4%. Ακολουθούν οι Μητέρα ΑΕ (345 κλίνες, μερίδιο 30,7%) και Λητώ ΑΕ (97 κλίνες, μερίδιο 7,9%).

Τέλος, από την πλευρά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, η Βιοϊατρική ΑΕ κατατάσσεται στην πρώτη θέση με μερίδιο 21,2%. Ακολουθεί η Euromedica AE (τομέας διαγνωστικών κέντρων) με μερίδιο 8,5% και η Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ με μερίδιο 5,9%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Μεριδίο αγοράς εταιρειών του κλάδου (έτους 2007)

Επωνυμία	Μεριδίο
Γενικές Κλινικές	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.	22,9%
EUROMEDICA Α.Ε.	10,3%
ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	9,0%
ΠΕΡΣΕΥΣ Α.Ε.	7,1%
ΙΑΣΩ GENERAL Α.Ε.	5,4%
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	4,7%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	4,5%
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	2,5%
ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	1,8%
ΔΡΑΓΙΝΗ Ε. Δ. Α.Ε.	1,7%
ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ Η ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΝ Α.Ε.	1,6%
ΕΥΡΩΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΘΗΝΑΙΟΝ Α.Ε.	1,4%
ΑΘΗΝΑΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.	1,3%
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Α.Ε.	1,3%
ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Α.Ε.	1,3%
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	1,2%
ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ Η Α.Ε.	1,1%
ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Γ. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ Α.Ε.	1,1%
CRETA INTERCLINIC Α.Ε.	1,0%
Μαιευτικές – Γυναικολογικές Κλινικές	
ΙΑΣΩ Α.Ε.	40,4%
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	30,7%
ΛΗΤΩ Α.Ε.	7,9%
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.	5,6%
Διαγνωστικά Κέντρα	
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	21,2%
EUROMEDICA Α.Ε.	8,5%
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ Α.Ε.	5,9%
ΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε.	2,5%
SKIN LASER ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ - ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	2,4%
ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ Ι.Α.Ε.	2,3%
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε.Ε.	1,6%
ΒΙΟΦΟΡΜΑ Ι. Α.Ε.	1,4%
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Δ. Ε.Π.Ε.	1,3%
IN VITRO Ε.Π.Ε.	1,3%
ΜΙΚΡΟΑΝΑΛΥΣΗ Α.Ε.Β.Ε.	1,3%
ΧΑΛΑΤΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	1,2%
ΠΛΑΤΩΝ Λ. ΚΕΛΕΚΗΣ Α.Ε.	1,2%
ΒΙΟΤΥΠΟΣ Α.Ε.	1,1%
ΕΥΡΩΑΝΑΛΥΣΗ Α.Ε.	1,1%
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ Α.Ε.	1,0%
ΚΟΥΤΑΝΙΤΗΣ ΝΙΚ. Β. ΓΑΛΗΝΟΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ Α.Ε.	1,0%
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΚΟΠΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε.	1,0%
ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΙΜΟΥ Α.Ε.	1,0%
ΙΑΤΡΙΚΟ ΧΑΝΙΩΝ Α.Ε.	1,0%

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς σε επίπεδο ομίλων για το 2007. Σημειώνεται ότι οι όμιλοι της Euromedica και της Βιοιατρικής έχουν παρουσία τόσο στην αγορά των κλινικών όσο και στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων, ενώ στις ίδιες αγορές παρουσία έχει και ο όμιλος Υγεία. Επίσης, στον όμιλο Ιασώ ανήκουν μια γενική και μια γυναικολογική κλινική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11:Μερίδια Αγοράς ομίλων του κλάδου (έτος 2007)

Όμιλος	Μερίδιο
Όμιλος Euromedica	12,4% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Euromedica	12,4% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
Όμιλος Interamerican	7,0% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Βιοιατρικής	2,6% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Βιοιατρικής	23,7% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
Όμιλος Ιασώ	11,5% στην αγορά των κλινικών (γενικών & μαιευτικών)
Όμιλος Υγεία	7,2% στην αγορά των κλινικών & διαγνωστικών κέντρων

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Τέλος, για να εξετασθεί η ένταση του ανταγωνισμού που επικρατεί στον κλάδο, εκτιμήθηκε ο συντελεστής συγκέντρωσης (πίνακας 4.4) για τις μεγαλύτερες επιχειρήσεις, ο οποίος και προέκυψε από τον εξής λόγο:

Πωλήσεις n Μεγαλυτέρων

$CR_n = \frac{\text{Πωλήσεις n Μεγαλυτέρων}}{\text{Σύνολο πωλήσεων}} \times 100$

Σύνολο πωλήσεων

όπου ο αριθμητής είναι το άθροισμα των πωλήσεων των n μεγαλύτερων μονάδων και ο παρανομαστής το σύνολο του μεγέθους της εξεταζόμενης αγοράς.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα που ακολουθεί, η υψηλότερη συγκέντρωση παρατηρείται στον κλάδο των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών και ακολουθεί ο τομέας των γενικών κλινικών. Μικρότερη είναι η συγκέντρωση στον κλάδο των διαγνωστικών κέντρων, κάτι που αποδίδεται στο μεγάλο αριθμό αυτών που λειτουργούν σε ολόκληρη τη χώρα, τα περισσότερα από τα οποία αποτελούν μικρού μεγέθους επιχειρήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συντελεστής συγκέντρωσης στην αγορά της ιδιωτικής υγείας

η	CRη
Γενικές Κλινικές	
η=3	42,3%
η=5	54,8%
η=7	64,0%
η=9	68,3%
η=11	71,6%
η=13	74,3%
η=15	77,0%
Μαιευτικές – Γυναικολογικές Κλινικές	
η=3	79,0%
Διαγνωστικά Κέντρα	
η=3	35,6%
η=5	40,6%
η=7	44,4%
η=9	47,2%
η=11	49,8%
η=13	52,2%
η=15	54,4%

Πηγή: ICAP

3.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Γενικά

Στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ο υφιστάμενος ανταγωνισμός είναι ιδιαίτερα έντονος. Μετά από μια περίοδο σημαντικών επιχειρηματικών εξελίξεων και ανακατατάξεων που σηματοδοτήθηκαν από μεγάλες επενδύσεις, εξαγορές, συγχωνεύσεις, αλλά και συμφωνίες στρατηγικών συνεργασιών, οι μεγάλοι και καλά οργανωμένοι επιχειρηματικοί όμιλοι έχοντας εδραιώσει την παρουσία τους στην αγορά και έχοντας εξασφαλίσει την απαραίτητη φήμη και πελατεία, απολαμβάνουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των μικρότερων επιχειρήσεων του κλάδου. Οι εν λόγω όμιλοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τέσσερις βασικούς άξονες και συγκεκριμένα: α) στη γεωγραφική κάλυψη, β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών, γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη και δ) στην επέκταση σε νέες αγορές του εξωτερικού.

Ακολουθούν τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης, παρουσιαζόμενα βάσει του υποδείγματος των πέντε δυνάμεων του Porter και της ανάλυσης SWOT. Τέλος, συνοψίζονται τα βασικά σημεία που προέκυψαν από τη χρηματοοικονομική ανάλυση των εταιρειών του κλάδου.

Ανάλυση Ανταγωνιστικού Περιβάλλοντος

Είσοδος Νέων Ανταγωνιστών

Από τεχνοοικονομικής σκοπιάς, η είσοδος στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση. Η ίδρυση ενός διαγνωστικού κέντρου και ιδιαίτερα ενός θεραπευτηρίου απαιτεί σημαντικές επενδύσεις και ενέχει αρκετές δυσκολίες. Απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός ως προς τη σκοπιμότητα και τη βιωσιμότητα της επένδυσης, ενώ σημαντικό μέρος μιας επένδυσης στο συγκεκριμένο κλάδο πέραν της υψηλής τεχνολογίας και του εξειδικευμένου προσωπικού που είναι απαραίτητα, αφορά το κόστος γης στο οποίο εντοπίζονται και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις, καθώς το κόστος της κατάλληλης γης στην κατάλληλη τοποθεσία εντός της περιφέρειας Αττικής είναι αρκετά υψηλότερο σε σχέση με αυτό σε άλλες περιοχές της χώρας. Επιπλέον, η καθιέρωση και εδραίωση της φήμης – ονόματος ενός θεραπευτικού / διαγνωστικού κέντρου καθιστά δύσκολη την είσοδο νέων ανταγωνιστών καθώς η δημιουργία «καλής φήμης» είναι μακροχρόνια διαδικασία.

Εμπόδια όμως στη δημιουργία νέων εταιρειών στον κλάδο θέτει και το ίδιο το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Στην μεν περίπτωση των θεραπευτηρίων, οι προϋποθέσεις και ιδιαίτερα οι οικοδομικές προδιαγραφές που ισχύουν κρίνονται ως ιδιαίτερα αυστηρές, στη δε περίπτωση των διαγνωστικών κέντρων – μέχρι πρότινος τουλάχιστον - η ίδρυση και λειτουργία αυτών ήταν αποκλειστικά προνόμιο των ιατρών στο όνομα των οποίων εκδιδόταν και η σχετική άδεια.

Κίνδυνοι από Υποκατάστατα Προϊόντα & Υπηρεσίες

Ως υποκατάστατες υπηρεσίες των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας θεωρούνται βέβαια οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης του δημοσίου τομέα.

Στους πρωταρχικούς στόχους της πολιτείας εντάσσεται μεταξύ άλλων η βελτίωση και αναβάθμιση των υποδομών της δημόσιας υγείας. Πρόσφατα ξεκίνησε τη λειτουργία

του το Αττικό Νοσοκομείο στο Χαϊδάρι, ενώ κατασκευάστηκαν και παραδόθηκαν προς χρήση νέες νοσοκομειακές μονάδες και επεκτάσεις συνολικής επιφάνειας 830 χιλ. τ.μ. Επιπλέον, ανακαινίσθηκαν πλήρως και παραδόθηκαν προς χρήση άλλα 220 χιλ. τ.μ. υποδομών νοσοκομείων. Ειδικότερα κατά την περίοδο 2004-2006, ολοκληρώθηκαν οι υποδομές νέων νοσοκομείων και επεκτάσεων συνολικού εμβαδού 450 χιλ. τ.μ., καθώς και οι ανακαινίσεις παλαιών νοσοκομείων 200 χιλ. τ.μ., ενώ η ολοκλήρωση των νοσοκομειακών υποδομών όλης της χώρας τοποθετείται χρονικά μέχρι το τέλος του 2008 με την προσθήκη άλλων 200 χιλ. τ.μ.

Το 2005 ξεκίνησαν τη λειτουργία τους τα πρώτα Αστικά Κέντρα Υγείας στους δήμους Βύρωνα και Καλυβίων Αττικής τα οποία και εντάχθηκαν στο Ε.Σ.Υ., ενώ και άλλα αστικά κέντρα υγείας πρόκειται να δραστηριοποιηθούν σε διάφορες περιοχές της χώρας με σκοπό την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Επίσης, η Πολυκλινική του Ολυμπιακού χωριού θα λειτουργεί όχι μόνον ως κέντρο υγείας αλλά και ως κέντρο αποκατάστασης. Επίσης, σε πρώτη φάση τρεις νοσηλευτικές μονάδες πρόκειται να κατασκευαστούν με την σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Διαπραγματευτική Δύναμη Προμηθευτών

Σημαντικοί προμηθευτές των εταιρειών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι οι επιχειρήσεις που τις προμηθεύουν με τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς και οι φαρμακοβιομηχανίες / φαρμακαποθήκες και οι επιχειρήσεις παραγωγής / εμπορίας τροφίμων και ποτών στην περίπτωση των νοσοκομειακών μονάδων. Οι μεγάλες και αναγνωρισμένες εταιρείες εμπορίας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού με πολλαπλές εφαρμογές στο απαιτητικό περιβάλλον της ιδιωτικής υγείας, είναι αυτές που διατηρούν διαπραγματευτικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών τους. Όσον αφορά τους προμηθευτές υγειονομικού υλικού, διαπραγματευτικό πλεονέκτημα διατηρούν εκείνοι οι οποίοι τηρούν αυστηρά όλες τις απαιτούμενες διαδικασίες ελέγχου ποιότητας, τα προϊόντα τους διαθέτουν τις απαραίτητες πιστοποιήσεις (CE, ISO κλπ.), είναι εγκεκριμένα από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς και εγγυώνται την ασφάλεια εφαρμογής τους στον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Υλικό μέθοδος

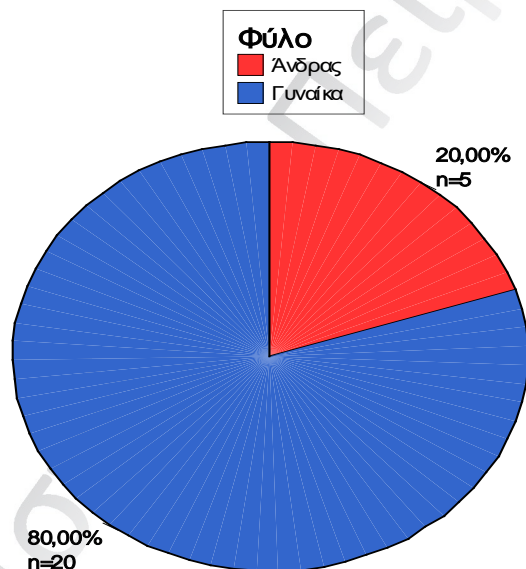
Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στην εξέταση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τον θεσμό του μάντζερ σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο που πραγματοποιήθηκε για την πρακτική προσέγγιση του θέματος που πραγματεύεται η εργασία. Για τον σκοπό αυτό συντάχθηκε το κατάλληλο ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1) το οποίο δόθηκε προς συμπλήρωση σε ένα τυχαίο δείγμα επαγγελματιών υγείας του νομού Ηρακλείου τον Φεβρουάριο του 2009. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS11.1. Η ανταπόκριση στο ερωτηματολόγιο ήταν 100%. Δεκατέσσερα ερωτηματολόγια απάντησαν επαγγελματίες υγείας (διοικητικοί υπάλληλοι) που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτική κλινική), καθώς επίσης έντεκα ερωτηματολόγια απάντησαν επαγγελματίες υγείας (διοικητικοί υπάλληλοι) που εργάζονται στο δημόσιο τομέα (νοσοκομείο). Ακόμα 5 άτομα του δείγματος είναι άνδρες και οι υπόλοιποι 20 γυναίκες. Τα στοιχεία αυτά απεικονίζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και στις δυο γραφικές απεικονίσεις που ακολουθούν. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 37,58 χρόνια με τυπική απόκλιση τα 8,13 χρόνια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας

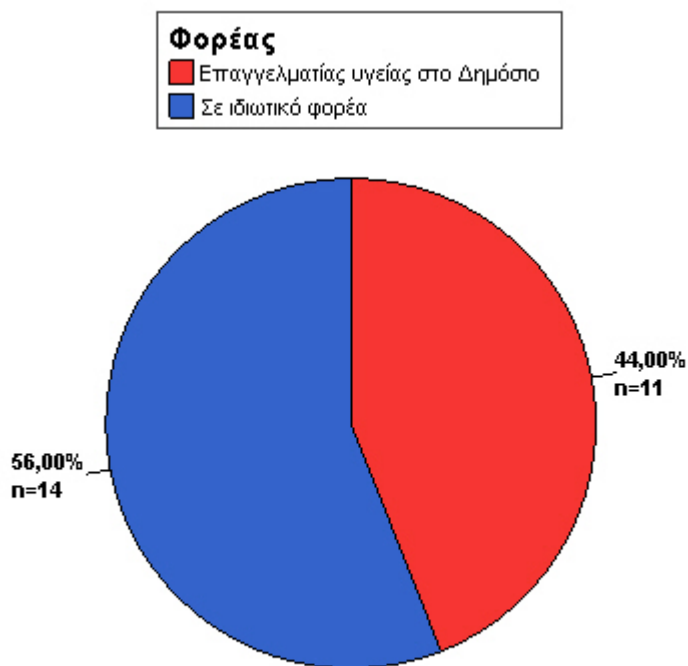
ΦΥΛΟ	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΑΝΔΡΕΣ	5	-
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	6	14

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 : Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας

Descriptive Statistics		
	Ηλικία	Valid N (listwise)
N	24	24
Minimum	23,00	
Maximum	52,00	
Mean	37,5833	
Std. Deviation	8,13963	



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 : Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικίας του δείγματος έρευνας



Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 4 πρώτες αποσκοπούν στην ανάδειξη της προσωπικής άποψης – βαθμού ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το θεσμό του μάνατζερ σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ η 5^η ερώτηση ζητά την ιεράρχηση κατά σειρά προτεραιότητας των σημαντικότερων προβλημάτων στο χώρο εργασίας τους και τις προτεινόμενες λύσεις που θα έδιναν σύμφωνα με την προσωπική τους άποψη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον η παράθεση και η μελέτη της άποψης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στις διοικητικές υπηρεσίες της, αφού βιώνουν καθημερινά κάθε θετική ή αρνητική συνέπεια από την διοίκηση που ασκείται από τους μάνατζερ στα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία.

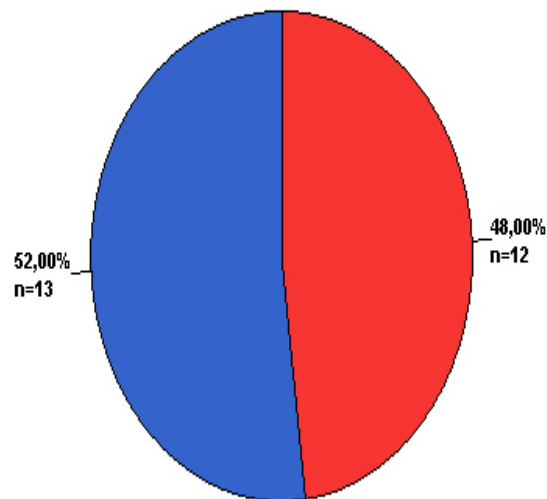
4.2 Αποτελέσματα

Στην ερώτηση 1: «Πιστεύετε ότι ο θεσμός του μάνατζερ στα νοσοκομεία έκανε βέλτιστη τη λειτουργία τους?»

Το μεγαλύτερο ποσοστό 52% πιστεύει ότι δεν την έκανε βέλτιστη ενώ το υπόλοιπο 48 % του δείγματος πιστεύει ότι την έκανε βέλτιστη.

Πιστεύετε ότι ο θεσμός του μάνατζερ στα νοσοκομεία έκανε βέλτιστη την λειτουργία τους;

■ Ναι
■ Όχι

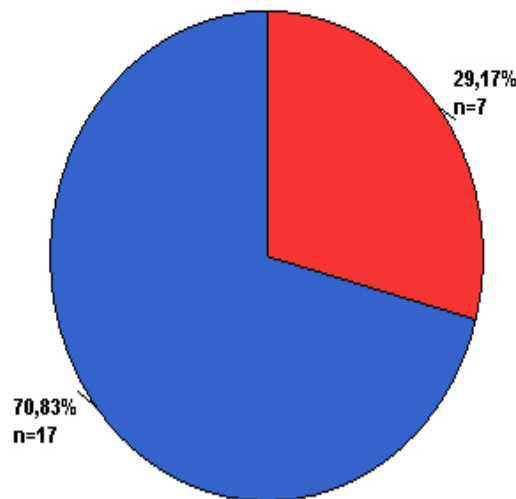


Στην ερώτηση 2: «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι οι μάνατζερ των δημόσιων ή ιδιωτικών κλινικών (ανάλογα με τον χώρο που ανήκει ο καθένας), διαθέτουν τις γνώσεις που απαιτούνται για την άσκηση των αυξημένων καθηκόντων τους?»

Το 70,83% του δείγματος δεν πιστεύει ότι οι μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται για την άσκηση των αυξημένων καθηκόντων τους.

Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι οι μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών (ανάλογα με τον χώρο που ανήκετε), διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται για την άσκηση των αυξημένων καθηκόντων τους;

■ Ναι
■ Όχι

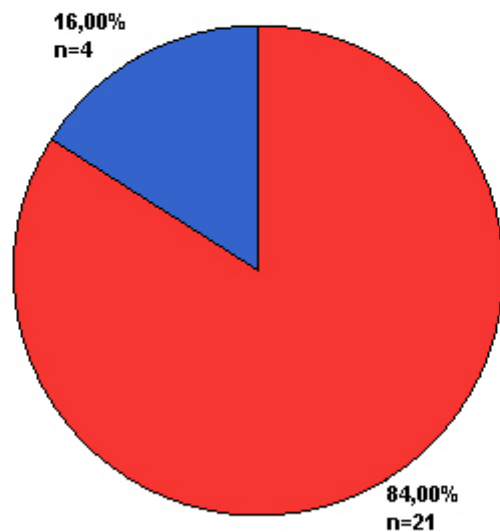


Στην ερώτηση 3: « Γνωρίζετε τι είναι το μάνατζμεντ δημόσιων οργανισμών και ειδικότερα δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών καθώς επίσης αν το κρίνετε απαραίτητο στη σύγχρονη διοίκηση των οργανισμών?»

Το 84% του δείγματος γνωρίζει τι είναι το μάνατζμεντ δημοσίων οργανισμών και ειδικότερα δημοσίων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών.

Γνωρίζετε τι είναι το μάνατζμεντ δημόσιων οργανισμών και ειδικότερα δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών καθώς επίσης το κρίνετε απαραίτητο στη σύγχρονη διοίκηση των οργανισμών;

■ Ναι
■ Όχι

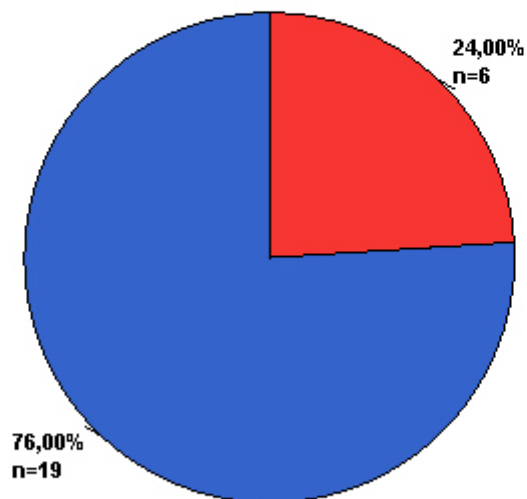


Στην ερώτηση 4: «Πιστεύετε ότι ο μάνατζερ σε δημόσιο νοσοκομείο διαθέτει τα ίδια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα συγκριτικά με τον μάνατζερ σε ιδιωτική κλινική?»

Το 76% του δείγματος δεν πιστεύει ότι ο μάνατζερ σε δημόσιο νοσοκομείο διαθέτει τα ίδια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα συγκριτικά με τον μάνατζερ σε ιδιωτική κλινική.

Πιστεύετε ότι ο μάνατζερ σε δημόσιο νοσοκομείο διαθέτει τα ίδια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα συγκριτικά με τον μάνατζερ σε ιδιωτική κλινική;

■ Ναι
■ Όχι



Στην ερώτηση 5:

«Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε σημαντικότερο πρόβλημα στο χώρο εργασίας σας σχετικά με το μάνατζμεντ του νοσοκομείου (δημόσιου ή ιδιωτικού) ανάλογα με το χώρο που ανήκετε» αξιολογούν οι επαγγελματίες υγείας στις διοικητικές υπηρεσίες με την εξής σειρά βαρύτητας:

Descriptive Statistics		
	N	Mean
Έλλειψη της αξιολογικής φιλοσοφίας <<ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση>>, και συγκεκριμένα ο κατάλληλος άνθρωπος για μάνατζερ	18	2,1667
Έλλειψη τυπικών και ουσιαστικών γνώσεων στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ	17	2,4706
Έλλειψη σύστασης νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να επανδρωθούν εκ νέου οι διοικητικές υπηρεσίες των οργανισμών (δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική)	16	3,3125
Έλλειψη βασικών γνώσεων των διοικητικών υπαλλήλων της νοσοκομειακής κοινότητας	17	3,5294
Έλλειψη συνεργασίας διοικητικού προσωπικού με τον μάνατζερ της νοσοκομειακής κοινότητας	17	3,7059
Ανεπαρκής χρηματοδότηση	16	4,2500
Valid N (listwise)	14	

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι οι επαγγελματίες υγείας στις διοικητικές υπηρεσίες αξιολογούν τα προβλήματα στο χώρο εργασίας του σχετικά με το μάνατζμεντ με την εξής σειρά βαρύτητας:

1^ο Έλλειψη αξιολογικής φιλοσοφίας

2^ο Έλλειψη τυπικών και ουσιαστικών γνώσεων στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ

3^ο Έλλειψη σύστασης νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να στελεχωθούν εκ νέου οι διοικητικές υπηρεσίες των οργανισμών

4^ο Έλλειψη συνεργασίας του διοικητικού προσωπικού με τον μάνατζερ της νοσοκομειακής κοινότητας

5^ο Ανεπαρκής χρηματοδότηση.

Από την παραπάνω έρευνα φαίνεται λοιπόν, ότι οι εργαζόμενοι στις διοικητικές υπηρεσίες τόσο στον δημόσιο τομέα όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας θεωρούν ότι τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο εργασίας τους είναι η έλλειψη αξιοκρατικής φιλοσοφίας όσον αφορά ορθολογική κατανομή του προσωπικού, η έλλειψη συνεργασίας με τα ανώτερα διοικητικά στελέχη του δημόσιου νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής, η έλλειψη προσωπικού και η ανεπαρκής χρηματοδότηση. Η άποψη τους αυτή τεκμηριώνεται και από τις προτάσεις που εκθέτουν οι οποίες είναι:

1. Αύξηση προσλήψεων εξειδικευμένου προσωπικού, με γνώσεις ειδικότερα στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ και σωστή κατανομή αυτού του προσωπικού. Επίσης σωστή διοίκηση και οργάνωση όλων των διοικητικών υπηρεσιών υγείας.
2. Αύξηση χρηματοδότησης, όχι άσκοπες σπατάλες σε άχρηστο εξοπλισμό υλικοτεχνικής φύσεως.
3. Απαραίτητη συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού για την εξειδίκευση του σε θέματα μάνατζμεντ.

4.3 Συζήτηση

Σύγκριση Ιδιωτικού – Δημόσιου φορέα

Από την παραπάνω έρευνα καταλήξαμε σε ένα τελικό συμπέρασμα σύγκρισης γνώμης επαγγελματιών υγείας (δημόσιου νοσοκομείου και ιδιωτικής κλινικής) για τον θεσμό του μάντζερ στις υπηρεσίες υγείας. Από την έρευνα φαίνεται ότι οι απαντήσεις των ερωτώμενων του ιδιωτικού και του δημόσιου φορέα δεν διαφέρουν μεταξύ τους.

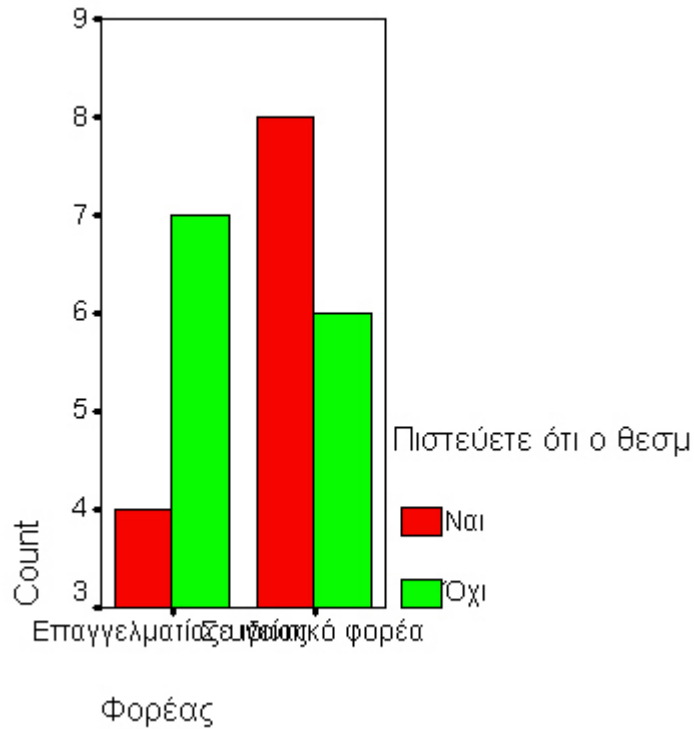
Για τον σκοπό αυτό της ανάλυσης για την σύγκριση ιδιωτικού –δημόσιου φορέα χρησιμοποιούμε τον X^2 έλεγχο για τις κατηγορικές μεταβλητές και το t – test για τις ποσοτικές μεταβλητές. Έχουμε λοιπόν:

		Crosstab Count		
		Πιστεύετε ότι ο θεσμός του μάντζερ στα νοσοκομεία έκανε βέλτιστη την λειτουργία τους;		Total
		Ναι	Όχι	
Φορέας	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	4	7	11
	Σε ιδιωτικό φορέα	8	6	14
Total		12	13	25

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,066(b)	1	,302		
Continuity Correction(a)	,396	1	,529		
Likelihood Ratio	1,075	1	,300		
Fisher's Exact Test				,428	,265
Linear-by-Linear Association	1,023	1	,312		
N of Valid Cases	25				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,28.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες καθώς $0,302 > 0,05$.

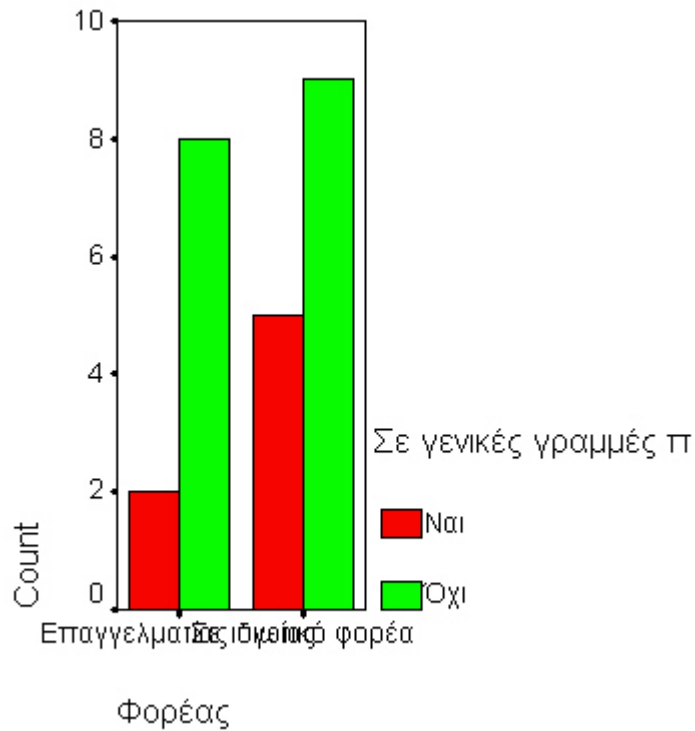


Crosstab Count				
		Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι οι μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών (ανάλογα με τον χώρο που ανήκετε), διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται για την άσκηση των αυξημένων καθηκόντων τους;		Total
		Ναι	Όχι	
Φορέας	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο Σε ιδιωτικό φορέα	2	8	10
Total		5	9	14
		7	17	24

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,697(b)	1	,404		
Continuity Correction(a)	,144	1	,704		
Likelihood Ratio	,717	1	,397		
Fisher's Exact Test				,653	,357
Linear-by-Linear Association	,668	1	,414		
N of Valid Cases	24				

a Computed only for a 2x2 table
b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,92.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες καθώς $0,404 > 0,05$.

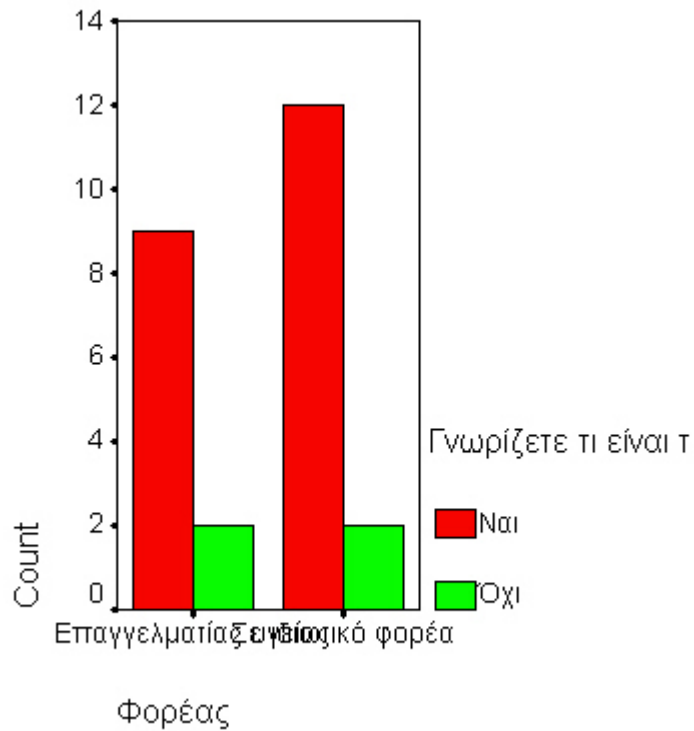


Crosstab Count				
		Γνωρίζετε τι είναι το μάνατζμεντ δημόσιων οργανισμών και ειδικότερα δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών καθώς επίσης το κρίνετε απαραίτητο στη σύγχρονη διοίκηση των οργανισμών;		Total
		Ναι	Όχι	
Φορέας	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο Σε ιδιωτικό φορέα	9	2	11
Total		12	2	14
		21	4	25

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,070(b)	1	,792		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,069	1	,793		
Fisher's Exact Test				1,000	,604
Linear-by-Linear Association	,067	1	,796		
N of Valid Cases	25				

a Computed only for a 2x2 table
b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες καθώς $0,792 > 0,05$.

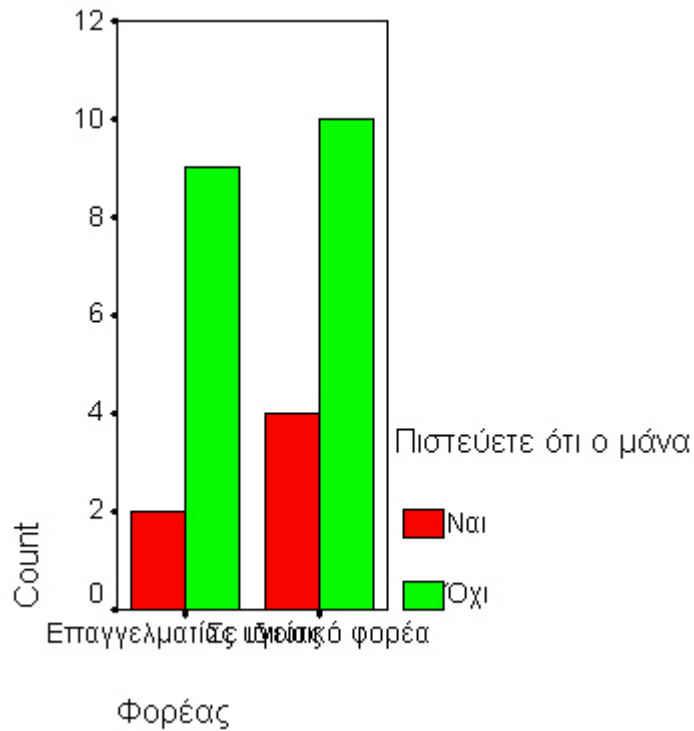


		Crosstab Count		Total
		Πιστεύετε ότι ο μάντζερ σε δημόσιο νοσοκομείο διαθέτει τα ίδια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα συγκριτικά με τον μάντζερ σε ιδιωτική κλινική;		
		Ναι	Όχι	
Φορέας	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο Σε ιδιωτικό φορέα	2	9	11
Total		4	10	14
		6	19	25

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,365(b)	1	,546		
Continuity Correction(a)	,017	1	,895		
Likelihood Ratio	,371	1	,542		
Fisher's Exact Test				,661	,452
Linear-by-Linear Association	,350	1	,554		
N of Valid Cases	25				

a Computed only for a 2x2 table
b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,64.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες καθώς $0,546 > 0,05$.



Group Statistics					
	Φορέας	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Έλλειψη τυπικών και ουσιαστικών γνώσεων στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	6	2,1667	1,16905	,47726
	Σε ιδιωτικό φορέα	11	2,6364	1,62928	,49125
Έλλειψη της αξιοκρατικής φιλοσοφίας <<ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση>>, και συγκεκριμένα ο κατάλληλος άνθρωπος για μάνατζερ	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	6	1,8333	1,32916	,54263
	Σε ιδιωτικό φορέα	12	2,3333	1,37069	,39568
Έλλειψη συνεργασίας διοικητικού προσωπικού με τον μάνατζερ της νοσοκομειακής κοινότητας	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	6	3,5000	1,76068	,71880
	Σε ιδιωτικό φορέα	11	3,8182	1,88776	,56918
Έλλειψη σύστασης νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να στελεχωθούν εκ νέου οι διοικητικές υπηρεσίες των οργανισμών (δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική)	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	6	2,6667	1,63299	,66667
	Σε ιδιωτικό φορέα	10	3,7000	1,49443	,47258
Έλλειψη βασικών γνώσεων των διοικητικών υπαλλήλων της νοσοκομειακής κοινότητας	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	6	3,6667	2,06559	,84327
	Σε ιδιωτικό φορέα	11	3,4545	1,50756	,45455
Ανεπαρκής χρηματοδότηση	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	6	4,1667	2,22860	,90982
	Σε ιδιωτικό φορέα	10	4,3000	2,11082	,66750

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Έλλειψη τυπικών και ουσιαστικών γνώσεων στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ	Equal variances assumed	,611	,447	-,620	15	,544	-,4697	,75708	-2,08338	1,14398
	Equal variances not assumed			-,686	13,583	,504	-,4697	,68491	-1,94292	1,00352
Έλλειψη της αξιολογικής φιλοσοφίας <<ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση>>, και συγκεκριμένα ο κατάλληλος άνθρωπος για μάνατζερ	Equal variances assumed	,000	1,000	-,736	16	,472	-,5000	,67892	-1,93925	,93925
	Equal variances not assumed			-,745	10,395	,473	-,5000	,67157	-1,98868	,98868
Έλλειψη συνεργασίας διοικητικού προσωπικού με τον μάνατζερ της νοσοκομειακής κοινότητας	Equal variances assumed	,000	,993	-,340	15	,739	-,3182	,93707	-2,31550	1,67913
	Equal variances not assumed			-,347	11,062	,735	-,3182	,91686	-2,33481	1,69844
Έλλειψη σύστασης νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να στελεχωθούν εκ νέου οι διοικητικές υπηρεσίες των οργανισμών (δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική)	Equal variances assumed	,010	,922	-1,295	14	,216	-1,0333	,79801	-2,74490	,67824
	Equal variances not assumed			-1,265	9,899	,235	-1,0333	,81718	-2,85664	,78997
Έλλειψη βασικών γνώσεων των διοικητικών υπαλλήλων της νοσοκομειακής κοινότητας	Equal variances assumed	1,012	,330	,244	15	,811	,2121	,86983	1,64187	-2,06611
	Equal variances not assumed			,221	7,990	,830	,2121	,95798	1,99745	-2,42169
Ανεπαρκής χρηματοδότηση	Equal variances assumed	,000	,989	-,120	14	,906	-,1333	1,11213	-2,51861	2,25194
	Equal variances not assumed			-,118	10,191	,908	-,1333	1,12842	-2,64124	2,37458

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι όλες οι τιμές στην στήλη (sig 2 tailed) είναι πάνω από 0,05 πράγμα που σημαίνει ότι δεν διαφέρουν οι μέσες τιμές των απαντήσεων μεταξύ των ιδιωτικών και δημόσιων επαγγελματιών υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

4.4 Συμπεράσματα

Από την παραπάνω ανάλυση έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

Το πιο σημαντικό πρώτο αποτέλεσμα είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές στις απόψεις μεταξύ των ιδιωτικών και δημόσιων επαγγελματιών υγείας. Έτσι λοιπόν έχουμε το 48% του δείγματος να πιστεύει ότι ο θεσμός του μάνατζερ στα νοσοκομεία έκανε βέλτιστη την λειτουργία τους και το 52% όχι. Το 70,83% του δείγματος δεν πιστεύει ότι οι μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται για την άσκηση των αυξημένων καθηκόντων τους. Ακόμα το 84% του δείγματος γνωρίζει τι είναι το μάνατζμεντ δημοσίων οργανισμών και ειδικότερα δημοσίων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών. Το 76% του δείγματος δεν πιστεύει ότι ο μάνατζερ σε δημόσιο νοσοκομείο διαθέτει τα ίδια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα συγκριτικά με τον μάνατζερ σε ιδιωτική κλινική.

Επιπρόσθετα το σημαντικότερο πρόβλημα στο χώρο εργασίας του δείγματος σχετικά με το μάνατζμεντ του νοσοκομείου είναι η έλλειψη αξιοκρατικής πλειοψηφίας, δεύτερο έρχεται η έλλειψη τυπικών και ουσιαστικών γνώσεων στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ, τρίτο στη σειρά έχουμε την έλλειψη σύστασης νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να επανδρωθούν εκ νέου οι διοικητικές υπηρεσίες των οργανισμών, τέταρτο έχουμε την έλλειψη βασικών γνώσεων των διοικητικών υπαλλήλων της νοσοκομειακής κοινότητας, πέμπτο σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη συνεργασίας του διοικητικού προσωπικού με τον μάνατζερ της νοσοκομειακής κοινότητας και τελευταία έρχεται η ανεπαρκής χρηματοδότηση.

4.5 Προτάσεις

Ποιοι όμως πρέπει να είναι οι βασικοί στόχοι για την βελτίωση του μάνατζμεντ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική? Πιο κάτω παραθέτονται προτάσεις που κατά την γνώμη μας θα μπορούσαν να συμβάλλουν σε αυτήν την κατεύθυνση.

Κάποιες προτεινόμενες λύσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι οι εξής:

- Να εφαρμοστεί μια αξιοκρατική επιλογή των διοικητικών υπαλλήλων που στελεχώνουν τις υπηρεσίες υγείας. (Αξίζει να σημειωθεί ότι το τόνισαν όλοι οι ερωτώμενοι)
- Να διαμορφωθεί, σε εθνικό επίπεδο, ένα ενιαίο πλαίσιο που θα εξασφαλίζει σύγχρονη και υψηλού επιπέδου εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση των διοικητικών υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας.
- Να γίνει καταμερισμός διοικητικών ευθυνών
- Να υπάρξουν τα κατάλληλα κίνητρα για υποκίνηση του προσωπικού
- Να δημιουργηθεί ένας αυστηρός και αξιόπιστος ελεγκτικός μηχανισμός προκειμένου να υπάρχει αξιολόγηση του προσωπικού για όλες τις βαθμίδες.

Από όλα λοιπόν τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι ο όρος «διοίκηση του προσωπικού» μεταβάλλεται σε «ανάπτυξη και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων». Με καλύτερα εκπαιδευμένο και με ουσιαστικά κίνητρα προσωπικό η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας θα γίνει περισσότερο αξιόπιστη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο

Το θέμα αφορά την έρευνα γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τον θεσμό του μάντζερ σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο, ξεκινώντας θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και τα ερωτηματολόγια ανώνυμα.

1	ΦΥΛΟ:	Άνδρας	<input type="checkbox"/>	Γυναίκα	<input type="checkbox"/>
2	Ηλικία:	<input type="checkbox"/>			
3	Επαγγελματίας υγείας στο Δημόσιο	<input type="checkbox"/>	ή σε Ιδιωτικό φορέα	<input type="checkbox"/>	
4	Απαντήστε σημειώνοντας ναι ή όχι στις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με την άποψή σας.				
	➤ Πιστεύετε ότι ο θεσμός του μάντζερ στα νοσοκομεία έκανε βέλτιστη την λειτουργία τους;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
	➤ Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι οι μάντζερ των δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών (ανάλογα με τον χώρο που ανήκετε), διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις που απαιτούνται για την άσκηση των αυξημένων καθηκόντων τους;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
	➤ Γνωρίζετε τι είναι το μάντζερμντ δημόσιων οργανισμών και ειδικότερα δημόσιων νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών καθώς επίσης το κρίνετε απαραίτητο στη σύγχρονη διοίκηση των οργανισμών;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
	➤ Πιστεύετε ότι ο μάντζερ σε δημόσιο νοσοκομείο διαθέτει τα ίδια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα συγκριτικά με τον μάντζερ σε ιδιωτική κλινική;				
	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
5	Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε σημαντικότερο πρόβλημα στο χώρο εργασίας σας σχετικά με το μάντζερμντ του νοσοκομείου(δημόσιου ή ιδιωτικού) ανάλογα με τον χώρο που ανήκετε				

(ιεραρχήστε από το a έως το f ανάλογα με την σοβαρότητα)

a	Έλλειψη τυπικών και ουσιαστικών γνώσεων στο νοσοκομειακό μάνατζμεντ.	<input type="text"/>
b	Έλλειψη της αξιολογικής φιλοσοφίας «ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση», και συγκεκριμένα ο κατάλληλος άνθρωπος για μάνατζερ.	<input type="text"/>
c	Έλλειψη συνεργασίας διοικητικού προσωπικού με τον μάνατζερ της νοσοκομειακής κοινότητας.	<input type="text"/>
d	Έλλειψη σύστασης νέων θέσεων εργασίας προκειμένου να στελεχωθούν εκ νέου οι διοικητικές υπηρεσίες των οργανισμών (δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική)	<input type="text"/>
e	Έλλειψη βασικών γνώσεων των διοικητικών υπαλλήλων της νοσοκομειακής κοινότητας.	<input type="text"/>
f	Ανεπαρκής χρηματοδότηση για την άσκηση ουσιαστικού μάνατζμεντ.	<input type="text"/>
g	Προτεινόμενες Λύσεις	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Αλεξιάδης Α.Δ. (1999). Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας, Θεσσαλονίκη.
- [2] Αλεξιάδης Α.Δ. (2003). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη.
- [3] Γιανουλάτος Πέτρος (2002). Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων. Σημειώσεις και διδακτικό υλικό. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Αθήνα
- [4] Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α., (1992). Μέτρηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά Προβλήματα και Εμπειρικά Δεδομένα. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία.. Τόμος 1, Τεύχος 2. Αθήνα
- [5] Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα.
- [6] Κυριόπουλος Γ., (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα
- [7] Κυριόπουλος Γ., (1990). Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security. Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.
- [8] Λαδά – Χαντζοπούλου Α., (1978). Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα, Εκδ. Σύγχρονα Θέματα. Αθήνα
- [9] Μαρδάς Γ., (1993). Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Εκδόσεις Σμπίλλιας
- [10] Μαστρογιάννης Ι., (1960). Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960, Αθήνα.
- [11] Μωραΐτης Ευάγγελος (2002). Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων, Σημειώσεις και Διδακτικό Υλικό
- [12] Σούλης Σωτήρης (1999). Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα

- www.google.gr
- www.in.gr
- scholar.google.gr
- www.iatrikionline.gr
- www.kathimerini.gr
- www.statistics.gr
- www.hellastat.com
- www.statistics.gr

Πανεπιστήμιο Πειραιώς