

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ  
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ  
ΦΟΡΕΙΣ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010 – 2013.**

**Βολιτάκη Στυλιανή**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ  
ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ  
ΦΟΡΕΙΣ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010 – 2013.**

**Βολιτάκη Στυλιανή, Α.Μ.: ΔΥ/1006**

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης / Επίκουρος Καθηγητής στο Τμήμα Οικονομικής  
Επιστήμης / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**M.Sc. in Health Management**

**OUTSOURCING IN GREEK PUBLIC HOSPITALS  
FOR THE PERIOD 2010 – 2013**

**Volitaki Stiliani**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014



*Στην οικογένειά μου*





# **Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010 – 2013.**

**Σημαντικοί Όροι:** [Εθνικό Σύστημα Υγείας, Δημόσια Νοσοκομεία, Εξωτερική Ανάθεση Υπηρεσιών, Πληροφοριακά Συστήματα, Τεχνολογία της Πληροφορίας, Συμβόλαια Ανάθεσης Υπηρεσιών, Δαπάνες Υγείας, Νοσοκομειακές Δαπάνες]

## **Περίληψη**

Προκειμένου το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας να λειτουργήσει αποδοτικά με σκοπό να παρέχει ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες, πρέπει να κατορθώσουν τα αρμόδια στελέχη της υγείας να διαχειριστούν αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους. Ο εξορθολογισμός των δαπανών για την δημόσια υγεία είναι δυνατόν να επιτευχθεί, μόνο εφόσον ακολουθούνται συγκεκριμένες μέθοδοι.

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η μελέτη της ανάθεσης υπηρεσιών από τα δημόσια νοσοκομεία σε εξωτερικούς φορείς και ο συσχετισμός της με την μείωση των δαπανών.

Για την βιβλιογραφική ανασκόπηση ανατρέξαμε σε πηγές από την Ελληνική και Διεθνή, έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία. Η αναζήτηση πληροφοριών και άρθρων στο διαδίκτυο πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά, ενώ για την στατιστική ανάλυση των στοιχείων, που αντλήθηκαν από την επίσημη διαδικτυακή πηγή του Υπουργείου Υγείας (esy.net), χρησιμοποιήθηκαν τα υπολογιστικά φύλλα του Excel.

Γίνεται αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στην μορφή και στις πηγές χρηματοδότησης του και στην διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας. Αναλύονται συνοπτικά οι μορφές κόστους και η εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών τα τελευταία χρόνια. Μελετούμε την έννοια και τις μορφές της εξωτερικής ανάθεσης (outsourcing), καθώς και την εφαρμογή της στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.



# **OUTSOURCING IN GREEK PUBLIC HOSPITALS FOR THE PERIOD 2010 – 2013**

**Keywords:** [National Healthcare System, Public Hospitals, Outsourcing, Information System, Information Technology, Managed Care Contracts, Health Spending, Hospitals Spending]

## **Abstract**

The Greek National Health System, in order to operate efficiently and produce quality health care services for the citizens, the health care administrators must be able to manage the available resources. The rationalization of expenditure of the public healthcare sector is possible to be achieved, only if specific methods are followed.

The purpose of this research is the study of outsourcing in Greek public hospitals and it's correlation with cost reduction. The literature review was traced from Greek and International printed and electronic literature. We developed a keyword research, in electronic database, to find articles relevant to outsourcing in general and outsourcing in healthcare sector. Moreover, for the statistical analysis, of the data which was drawn from the official online resource of the Ministry of Health (esy.net), were used the spreadsheets of Excel.

Reference is made to the National Health Care System in Greece, in forma and sources of funding and evolution of healthcare expenditure. The types of costs and the evolution of hospital's spending in recent years, were briefly reviewed. We also, study the concept and forms of outsourcing and its application in Greece and abroad. The study was limited to data analysis for outsourcing of services of security, cleaning and catering to public NHS hospitals, due to lack of further available information in other sectors.

The research revealed that the outsourcing of services to external entities in the health sector in Greece has been constantly growing. Although total costs are dramatically reduced, outsourcing spending note a significantly smaller reduction. Despite the fact that, In Health Care the outsourcing of services to external parties is at an early stage, in our country, there are significant prospects for development.

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	ix
Abstract.....	xi
Κατάλογος Πινάκων.....	xvi
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xviii
Κατάλογος Σχημάτων.....	xix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	1
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Η Έννοια του Συστήματος.....	2
1.3 Η Έννοια του Συστήματος Υγείας.....	2
1.4 Οι Μορφές Ενός Συστήματος Υγείας.....	4
1.5 Η Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	5
1.6 Ιστορική Αναδρομή – συνοπτική αναφορά.....	6
1.7 Οι Δαπάνες του Συστήματος Υγείας και η εξέλιξη τους.....	7
1.8 Δημόσια και Ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα.....	12
1.9 Πηγές Χρηματοδότησης των Συστημάτων Υγείας.....	14
1.9.1 Η Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	14
1.9.2 Κρατικός προϋπολογισμός.....	15
1.9.3 Η κοινωνική ασφάλιση.....	16
1.9.4 Ιδιωτικές πληρωμές – Ιδιωτική ασφάλιση.....	16
1.10 Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα.....	18
1.11 Ανακεφαλαίωση.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο.....	23
ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ.....	23
2.1 Εισαγωγή.....	23
2.2 Τύποι Νοσοκομειακής Περίθαλψης.....	23
2.3 Οργάνωση και Δομή των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.....	24
2.4 Μορφές κόστους.....	25
2.5 Τι περιλαμβάνει η Νοσοκομειακή Δαπάνη.....	26
2.6 Η Διαχρονική Εξέλιξη των Νοσοκομειακών Δαπανών στην Ελλάδα.....	27
2.7 Ανακεφαλαίωση.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	33
Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ «OUTSOURCING» ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ.....	33
3.1 Εισαγωγή.....	33
3.2 Έννοια και Μορφή του «outsourcing».....	33

3.3	Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ως στρατηγικό εργαλείο .....	36
3.3.1	Πέντε τυπικοί λόγοι για «εξωτερική ανάθεση».....	37
3.3.2	Πέντε στρατηγικοί λόγοι για εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών .....	38
3.4	Ειδική Αναφορά Στον Χώρο Της Υγείας .....	39
3.4.1	Κλινικές και μη κλινικές υπηρεσίες .....	41
3.4.2	Στρατηγικός σχεδιασμός «outsourcing» στην υγεία .....	41
3.4.3	Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ως στρατηγικό εργαλείο στην υγεία.....	43
3.4.4	Μέθοδος στρατηγικής ανάλυσης.....	44
3.4.5	Στρατηγικοί λόγοι για «outsourcing» στην υγεία.....	44
3.4.6	Πλεονεκτήματα «outsourcing» στην υγεία .....	45
3.4.7	Μειονεκτήματα «outsourcing» στην υγεία.....	47
3.4.8	Αντιμετώπιση προβλημάτων της ανάθεσης υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς	50
3.5	Εφαρμογή Στο Εξωτερικό .....	52
	Αμερική .....	52
	Ευρώπη .....	54
	Γερμανία.....	54
	Αγγλία.....	55
3.6	Ελληνική Πραγματικότητα και εφαρμογή.....	56
3.6.1	Εφαρμογή «outsourcing» στο Γ. Γεννηματάς. ....	59
3.6.2	Εφαρμογή «outsourcing» στο Ι.Κ.Α.....	61
3.7	Ανακεφαλαίωση.....	62
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	65
	ΈΡΕΥΝΑ «OUTSOURCING» ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010 – 2013 .....	65
4.1	Εισαγωγή .....	65
4.2	Η Γεωγραφική Κατανομή και το μέγεθος των Νοσοκομείων .....	65
4.3	Αποτελέσματα Έρευνας.....	68
	1ο Τμήμα .....	68
	2ο Τμήμα .....	77
	3ο Τμήμα .....	95
4.4	Ανακεφαλαίωση.....	102
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	104
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
5.1	Παρατηρήσεις - Συμπεράσματα .....	104
5.2	Προτάσεις .....	106
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

Ελληνική .....	108
Ξενόγλωσση .....	109
Διαδικτυακές Πηγές .....	112



## Κατάλογος Πινάκων

<u>Πίνακας 1.1:</u>	
Συνολική Δαπάνη Υγείας (Ως Ποσοστό Επί Του ΑΕΠ).....	11
<u>Πίνακας 1.2:</u>	
Δημόσια Δαπάνη Υγείας (Ως Ποσοστό Επί Του ΑΕΠ) .....	11
<u>Πίνακας 2.1:</u>	
Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη 2010 – 2013 .....	29
<u>Πίνακας 2.2:</u>	
Μεταβολή της Συνολικής Νοσοκομειακής Δαπάνης ανά έτος 2010 – 2013 .....	29
<u>Πίνακας 3.1</u>	
Οι παράγοντες που οδηγούν στην μόχλευση της επιχείρησης/του οργανισμού από τον προμηθευτή .....	64
<u>Πίνακας 3.2</u>	
Οι υπηρεσίες που έχουν ανατεθεί σε εξωτερικούς φορείς ανά δεκαετία .....	64
<u>Πίνακας 4.1:</u>	
Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2010 .....	68
<u>Πίνακας 4.2:</u>	
Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2011 .....	68
<u>Πίνακας 4.3:</u>	
Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2012 .....	69
<u>Πίνακας 4.4:</u>	
Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2013 .....	69
<u>Πίνακας 4.5:</u>	
Δαπάνη «outsourcing» και Μεταβολή 2010 – 2011 .....	71
<u>Πίνακας 4.6:</u>	
Δαπάνη «outsourcing» και Μεταβολή 2011 – 2012 .....	72
<u>Πίνακας 4.7:</u>	
Δαπάνη «outsourcing» και Μεταβολή 2012 – 2013 .....	73
<u>Πίνακας 4.8:</u>	
Κατανομή «outsourcing» 2010.....	76
<u>Πίνακας 4.9:</u>	
Κατανομή «outsourcing» 2011.....	77



<u>Πίνακας 4.10:</u>	
Κατανομή «outsourcing» 2012.....	77
<u>Πίνακας 4.11:</u>	
Κατανομή «outsourcing» 2013.....	78
<u>Πίνακας 4.12:</u>	
Συνολικές Δαπάνες «Outsourcing» 2010-2011.....	83
<u>Πίνακας 4.13:</u>	
Συνολικές Δαπάνες προς τρίτους «Outsourcing» 2011-2012 .....	84
<u>Πίνακας 4.14:</u>	
Συνολικές Δαπάνες προς τρίτους «Outsourcing» 2012-2013 .....	85
<u>Πίνακας 4.15:</u>	
Δαπάνες Προς Τρίτους 2010 Κατηγορία/Μέγεθος .....	87
<u>Πίνακας 4.16:</u>	
Δαπάνες Προς Τρίτους 2011 Κατηγορία/Μέγεθος .....	89
<u>Πίνακας 4.17:</u>	
Δαπάνες Προς Τρίτους 2012 Κατηγορία/Μέγεθος .....	91
<u>Πίνακας 4.18:</u>	
Δαπάνες Προς Τρίτους 2013 Κατηγορία/Μέγεθος .....	93
<u>Πίνακας 4.19:</u>	
Ασφάλεια/Ασθενή .....	95
<u>Πίνακας 4.20:</u>	
Καθαριότητα/Ασθενή .....	97
<u>Πίνακας 4.21:</u>	
Εστίαση/Ασθενή.....	99

## Κατάλογος Διαγραμμάτων

### Διάγραμμα 2.1:

Δημόσια Ενδονοσκοκειακή – Φαρμακευτική – Εξωνοσκοκειακή Δαπάνη και  
Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες σε δις €..... 30

### Διάγραμμα 2.2

Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη 2010 – 2013 ..... 31

### Διάγραμμα 4.1:

Ποσοστό «Outsourcing» επί της Συνολικής Δαπάνης ..... 70

### Διάγραμμα 4.2

Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2010-2013 ..... 74

### Διάγραμμα 4.3

Ποσοστιαία Απόκλιση «Outsourcing» 2010-2013..... 75

### Διάγραμμα 4.4

Κατανομή «Outsourcing» Ανά Κατηγορία Και Ανά Υ.Πε. 2010..... 78

### Διάγραμμα 4.5

Κατανομή «Outsourcing» Ανά Κατηγορία Και Ανά Υ.Πε. 2011 ..... 79

### Διάγραμμα 4.6

Κατανομή «Outsourcing» Ανά Κατηγορία Και Ανά Υ.Πε. 2012..... 79

### Διάγραμμα 4.7

Κατανομή «Outsourcing» Ανά Κατηγορία Και Ανά Υ.Πε. 2013..... 80

### Διάγραμμα 4.8

Ποσοστό «Outsourcing» 2010..... 81

### Διάγραμμα 4.9

Ποσοστό «Outsourcing» 2011..... 81

### Διάγραμμα 4.10

Ποσοστό «Outsourcing» 2012..... 82

### Διάγραμμα 4.11

Ποσοστό «Outsourcing» 2013..... 82

### Διάγραμμα 4.12

Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» Ανά Μέγεθος Μονάδας 2010 – 2013 ..... 86

### Διάγραμμα 4.13

Κατανομή Κατηγορίας «Outsourcing» Ανά Μέγεθος Μονάδας 2010 ..... 88

<u>Διάγραμμα 4.14</u>	
Ποσοστό 2010 .....	88
<u>Διάγραμμα 4.15</u>	
Κατανομή Κατηγορίας «Outsourcing» Ανά Μέγεθος Μονάδας 2011 .....	90
<u>Διάγραμμα 4.16</u>	
Ποσοστό 2011 .....	90
<u>Διάγραμμα 4.17</u>	
Κατανομή Κατηγορίας «Outsourcing» Ανά Μέγεθος Μονάδας 2012 .....	92
<u>Διάγραμμα 4.18</u>	
Ποσοστό 2012 .....	92
<u>Διάγραμμα 4.19</u>	
Κατανομή Κατηγορίας «Outsourcing» Ανά Μέγεθος Μονάδας 2013 .....	94
<u>Διάγραμμα 4.20</u>	
Ποσοστό 2013 .....	94
<u>Διάγραμμα 4.21</u>	
Δαπάνη «Ασφάλειας» Ασθενής / Υ.Πε. 2010 – 2011 .....	96
<u>Διάγραμμα 4.22</u>	
Δαπάνη «Καθαριότητα» Ασθενής / Υ.Πε. 2010 – 2011 .....	98
<u>Διάγραμμα 4.23</u>	
Δαπάνη «Εστίαση» Ασθενής / Υ.Πε. 2010 – 2011 .....	100

## **Κατάλογος Σχημάτων**

<u>Σχήμα 1.1:</u>	
Συνολική Δαπάνη Υγείας .....	21
<u>Σχήμα 3.1</u>	
Η Διαδικασία Της Ανάθεση Υπηρεσιών Σε Έναν Εξωτερικό Φορέα.....	63

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1 Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ευημερίας του ανθρώπου και επιπλέον συμβάλει ουσιαστικά στην κοινωνικό – οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας.

Σύμφωνα με την διατύπωση του Π.Ο.Υ. υγεία είναι «η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (WHO, 1958). Ωστόσο, η ολιστική προσέγγιση έρχεται να προσθέσει στον ανωτέρω ορισμό (μιας και είχε πλέον κριθεί ανεπαρκής) ότι η υγεία σχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό), ενώ επηρεάζεται από τη βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα). Η αρρώστια λοιπόν, εκλαμβάνεται ως η αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται από το περιβάλλον (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, *Συστήματα Υγείας*, 2001).

Το σύστημα υγείας μιας χώρας, συνδυάζει ένα σύνολο διαδικασιών, προκειμένου να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό της. Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ιδιόμορφο και ιδιαίτερα πολύπλοκο σύστημα, το οποίο για να λειτουργήσει αποτελεσματικά πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις συνεχείς μεταβολές του περιβάλλοντος και να ελέγχει την αποτελεσματικότητα των στόχων, που έχει θέσει ώστε να επιτύχει την βελτίωση της ποιότητας της υγείας του πληθυσμού.

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε συνοπτικά την έννοια, τη δομή, τις μορφές και την εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και επιπλέον θα αναφερθούμε στις δαπάνες και την χρηματοδότηση του.

## 1.2 Η Έννοια του Συστήματος

Σύμφωνα με το Oxford English Dictionary, «σύστημα είναι μια σειρά πραγμάτων συνδεδεμένων ή αλληλοεξαρτώμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα, ένα σύνολο που αποτελείται από επιμέρους υποσύνολα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση, σύμφωνα με κάποιο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας».

Η «Συστημική Θεώρηση» είναι ένα σύγχρονο επιστημονικό μοντέλο θεώρησης και κατανόησης της πραγματικότητας και βασίζεται κυρίως στη Γενική Θεωρεία των Συστημάτων, όπως την διατύπωσε το 1968 ο βιολόγος Ludwig von Bertalanffy, ο οποίος επισήμανε και διατύπωσε γενικές αρχές και όρους (όπως ολότητα, διαφοροποίηση, ιεραρχική ταξινόμηση, σκοπός, όρια και άλλα) που μπορούν να εφαρμοστούν στη μελέτη και κατανόηση όλων των συστημάτων.

Ως «σύστημα» ορίζεται το σύνολο των στοιχείων που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση έτσι ώστε, μία αλλαγή σε ένα από αυτά, να επιφέρει αλλαγή και στα υπόλοιπα. Σήμερα, δεν μιλάμε τόσο για την Γενική Θεωρεία των Συστημάτων, αλλά για την Συστημική Προσέγγιση, ως μια οπτική κάτω από την οποία μπορούμε να θεωρήσουμε την πραγματικότητα ως σύνολο και ως μια μέθοδο για να προσεγγίσουμε τα πολύπλοκα φαινόμενα. Η Συστημική προσέγγιση προσπαθεί να αναλύσει και να κατανοήσει την εσωτερική οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων, καθώς και την αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον.

## 1.3 Η Έννοια του Συστήματος Υγείας

Έχει καθιερωθεί το σύστημα υγείας να ταυτίζεται με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, πρέπει όμως να σημειωθεί ότι, όταν μιλάμε για σύστημα υγείας εννοούμε κάτι πολύ ευρύτερο από το σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας δεν περιλαμβάνει μόνο την ιατρική περίθαλψη, αλλά και υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την υγειονομική ενημέρωση, της υπηρεσίες στέγης, ύδρευσης και αποχέτευσης, την υγιεινή της κατοικίας και εργασίας και άλλα, αφού όπως έχει αποδειχθεί η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και η αρρώστια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, μόνο με διατομεακή συνεργασία. Κατά συνέπεια, η ιατρική περίθαλψη θα λέγαμε ότι αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας.

Έχοντας υπόψη μας τι είναι σύστημα υγείας γενικά, μπορούμε να ορίσουμε πιο ειδικά ως σύστημα υγείας «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, Συστήματα Υγείας, 2001).

Επιπλέον, σύμφωνα με την εννοιολογική προσέγγιση σύστημα υγείας είναι «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλοεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού».

Ένας άλλος ορισμός για το σύστημα υγείας είναι εκείνος που το θεωρεί ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των ιατρών και των νοσοκομείων.

Το σύστημα υγείας, θα μπορούσε να προσδιορισθεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία φυσικά βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση.

Τα υποσυστήματα αυτά είναι :

- 1) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του.
- 2) Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας.
- 3) Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Συμπερασματικά, το σύστημα υγείας ορίζεται ως το σύνολο των διαθέσιμων πόρων, καθώς και των διοικητικών προτύπων (στόχοι και μηχανισμοί διαχείρισης πόρων) που απαιτούνται, ώστε με την εφαρμογή τους να παρέχονται υπηρεσίες υγείας, με σκοπό την βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του πληθυσμού (Βλάσσης Ιωάννης σημειώσεις Διδασκαλίας, 2006).

#### 1.4 Οι Μορφές Ενός Συστήματος Υγείας.

Το σύστημα υγείας δεν θα πρέπει να το παρακολουθούμε απομονωμένα από το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, διότι μέσα σε αυτό υπάρχει και λειτουργεί και για να το κατανοήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε το περιβάλλον αυτό. Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής δομής και οργάνωσης μιας χώρας.

Τα συστήματα υγείας έχουν τις εξής μορφές :

1) Το «Ελεύθερο» σύστημα (φιλελεύθερο ή ιδιωτικό μοντέλο), το οποίο βασίζεται στην πλήρη ελευθερία των ιατρών και των ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Αυτό προϋποθέτει, την παραδοχή της αγοράς, των υπηρεσιών υγείας και το μηχανισμό των τιμών, ως τον καθοριστικό παράγοντα παραγωγής και διανομής αυτών.

2) Το «Δημόσιο» σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο), το οποίο τοποθετείται στον αντίποδα του ιδιωτικού και βασίζεται περισσότερο στην κοινωνική αλληλεγγύη, μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, επαγγέλματος και κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης. Κάτι τέτοιο, επιτυγχάνεται έπειτα από αυξημένη κρατική παρέμβαση και δράση. Σε τέτοια συστήματα το κράτος εγγυάται ένα μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες, παρεμβαίνοντας σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος. Τα συστήματα δημοσίου χαρακτήρα διακρίνονται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark) και σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge). Στην πράξη, κανένα από αυτά δεν είναι σήμερα αμιγώς χρηματοδοτούμενο μόνο από μια πηγή. Θα μπορούσαμε καλύτερα να τα ταξινομήσουμε ως συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση ή ως συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τα «Μικτά» συστήματα, τοποθετούνται ανάμεσα στις δύο κλασσικές μορφές συστημάτων υγείας που διαφοροποιούνται στον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης. Υπάρχουν διάφορες ενδιάμεσες μορφές και τέτοια συστήματα συναντάμε στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Τα συστήματα αυτά επειδή βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται βάσει της οικονομικής δυνατότητας του κάθε ένα και όχι βάσει της ανάγκης υγείας που έχει. Εδώ το κράτος παρεμβαίνει σημαντικά, τόσο σε κεντρικό

επίπεδο, καθορίζοντας την στρατηγική, όσο και σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης. Τέλος, συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας σε όλο τον πληθυσμό ένα μίνιμουμ υγειονομικών υπηρεσιών (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, Συστήματα Υγείας, 2001).

## **1.5 Η Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα**

Στόχος κάθε συστήματος υπηρεσιών υγείας είναι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ιατρικών και υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς, πετυχαίνοντας την μέγιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, με το ελάχιστο δυνατό κόστος, χωρίς κίνδυνο για τον ασθενή και με την μέγιστη δυνατή ποιότητα.

Τα επίπεδα περίθαλψης είναι τα εξής :

- 1) Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, το οποίο αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής ασθενών, στα οποία ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθορίζεται από το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετεί και που συνήθως κυμαίνεται σε 500-50.000 άτομα.
- 2) Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από ιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το νοσοκομείο, σε αυτό το επίπεδο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000-500.000 κατοίκους.
- 3) Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη, παρέχεται από ιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 έως 1,5 εκατομμύριο άτομα. Το περιφερειακό νοσοκομείο, πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.
- 4) Θα μπορούσαμε να αναφερθούμε και σε ένα τέταρτο επίπεδο περίθαλψης, στο οποίο η φροντίδα παρέχεται μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό, συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή (αυτοφροντίδα-self care) (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, Συστήματα Υγείας, 2001). Ένας άλλος ορισμός για την «αυτοφροντίδα», σύμφωνα με τον Γερμενή (1994), αναφέρει ότι, «αυτοφροντίδα είναι οι δραστηριότητες υγείας που αναλαμβάνονται από άτομα ή κοινωνικές ομάδες πέρα από τα πλαίσια των υγειονομικών σχηματισμών».



Η οργάνωση του υγειονομικού συστήματος σύμφωνα με τα ανωτέρω τρία επίπεδα περίθαλψης, συναντάται σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, εκφράζοντας με το σχήμα αυτό την σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Υπάρχουν ωστόσο διαφοροποιήσεις ανάλογα με το είδος του συστήματος υγείας που αναπτύσσει μια χώρα. Ένα πρότυπο οργάνωσης για παράδειγμα, το οποίο αναλύει ο Υφαντόπουλος (1990), είναι αυτό του Reutstein, το οποίο δίνει έμφαση στην τριτοβάθμια περίθαλψη. Το συγκεκριμένο υπόδειγμα, παρά το γεγονός ότι αποσκοπεί στην ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας κατανεμημένων σε περιφέρειες, αναδεικνύει το νοσοκομείο ως το επίκεντρο του υγειονομικού συστήματος, με έμφαση στο τριτοβάθμιο περιφερειακό νοσοκομείο. Ένα δεύτερο πρότυπο οργάνωσης, είναι του Ittig (Υφαντόπουλος, 1990), το οποίο εστιάζει στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια περίθαλψη). Το υπόδειγμα αυτό, αποσκοπεί στην διαίρεση του πρωτοβάθμιου συστήματος παροχής φροντίδας σε δύο επίπεδα. Το πρώτο, που θα δύναται να παρέχει υπηρεσίες γενικής ιατρικής και το δεύτερο το οποίο θα παρέχει πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως δερματολογία, οφθαλμολογία και άλλες.

## **1.6 Ιστορική Αναδρομή – συνοπτική αναφορά**

Η ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, προχωρούσε παράλληλα με την ανάπτυξη του ίδιου του Ελληνικού κράτους. Στην μεταπολεμική περίοδο, αρχίζει κάποια μικρή ανάπτυξη με αργούς όμως ρυθμούς, διότι όταν οι υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες μετά τον 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο σημείωναν ταχύτατη ανάπτυξη στον υγειονομικού τομέα, η Ελλάδα, δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να ακολουθήσει με τους ίδιους αναπτυξιακούς ρυθμούς.

Αναφέροντας εν συντομία την ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, διακρίνουμε τις εξής τέσσερις περιόδους: α) από την Εθνική Ανεξαρτησία έως το 1922, β) από το 1922 έως το 1945, γ) από το 1945 έως 1983 και δ) από το 1983 έως σήμερα.

Σε αναπτυξιακή τροχιά αρχίζει να μπαίνει κυρίως μετά την πτώση της δικτατορίας το 1974, όπου είναι εμφανής η ανάγκη για κατανομή των πόρων, διανομή των υπηρεσιών υγείας, παροχή ποιοτικού επιπέδου υγείας και ανάγκη χρηματοδότησης.

Το 1981, με την ψήφιση του νόμου 1397/83 γίνεται πραγματικότητα η προσπάθεια για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Όπως αναφέρει ο Σισσούρας 1994, «είναι η πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας που βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας

παράλληλα φροντίδα υψηλής ποιότητας». Βασικές αρχές της καινούργιας πολιτικής της υγείας ήταν η καθολική κάλυψη, η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για το σύνολο των πολιτών (Βοζίκης, 2012).

Το 2001, πραγματοποιείται η διαίρεση της χώρας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες Πε.Σ.Υ.Π., οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Σήμερα βέβαια ισχύει ο νόμος 3329/2005 (τροποποιήθηκε 2007), όπου η χώρα διαιρείται σε 7 υγειονομικές περιφέρειες οι οποίες μετονομάζονται σε Δ.Υ.ΠΕ. Επιπρόσθετα, την ίδια περίοδο το ενδιαφέρον εστιάζεται στην βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, εισάγοντας στοιχεία αξιοποίησης των πόρων και ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα.

Το 2011, βάσει του ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31 Α΄) αναδιαμορφώνεται το σύστημα προμηθειών υγείας και το Υπουργείο Υγείας συγκεντρώνει όλες εκείνες τις διαδικασίες, δράσεις και αρμοδιότητες που αφορούν τον υγειονομικό τομέα και έτσι συγκροτείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Η τελευταία μεταρρυθμιστική δράση του Υπουργείου Υγείας, αφορά το ν. 4238/2014 για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο αποτελεί ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο δίκτυο παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πολίτη (ΦΕΚ, Τεύχος Πρώτο, ΑΡ. 38, 17/2/2014).

## **1.7 Οι Δαπάνες του Συστήματος Υγείας και η εξέλιξη τους**

Η δαπάνη, είναι ένα μέγεθος που εκφράζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα. Η κάθε κατηγορία δαπάνης θα πρέπει να διευκρινίζεται και να προσδιορίζεται με σαφήνεια. Οι υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας σήμερα, απορροφούν πάνω από το 9% του ΑΕΠ και αντιστοιχούν περίπου στο 4,5% του εργατικού δυναμικού. Ο υγειονομικός τομέας, δεν είναι σαφώς οριοθετημένος και έτσι είναι δύσκολη τόσο η καταγραφή όσο και η μέτρηση των δαπανών. Επιπλέον, δημιουργείται πρόβλημα στην μέτρηση των δημοσίων δαπανών υγείας λόγω της πληθώρας των κρατικών φορέων που δαπανούν πόρους για την υγεία. Υπάρχει λοιπόν, ο κίνδυνος διπλομετρήσεων ιδίως όταν υπάρχουν επιχορηγήσεις προς την τοπική ή νομαρχιακή αυτοδιοίκηση ή/και τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης (Abel-Smith, 1994).

Οι δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν τις ιατρικές, τις νοσοκομειακές και τις δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών καθώς και άλλων υγειονομικών προϊόντων (Βλέπε Σχήμα 1.1,

σελ.21). Οι ιατρικές δαπάνες αφορούν τις αμοιβές ιατρών, οδοντίατρων, φυσιοθεραπευτών, τις δαπάνες για εργαστηριακές εξετάσεις & ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις, αλλά και τις δαπάνες για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες. Οι νοσοκομειακές δαπάνες, αφορούν τις δαπάνες για νοσηλεία, τις δαπάνες επεμβάσεων, εργαστηριακών & παρακλινικών εξετάσεων και τις δαπάνες για φάρμακα. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αφορούν τις δαπάνες για φάρμακα και για πρόσθετη περίθαλψη π.χ. ορθοπεδικά, οπτικά και άλλα είδη.

Για να υπολογίσουμε όμως τις συνολικές δαπάνες υγείας, όπως αναφέρει ο Θεοδώρου (2001), πρέπει να προσθέσουμε και τις δαπάνες για την δημόσια υγεία, την πρόληψη και την αγωγή υγείας, την κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας για επενδύσεις και έρευνα, καθώς και τις διοικητικές δαπάνες.

Η Ελλάδα, παρότι συγκαταλέγεται στις χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, δαπάνησε το 2012 ποσοστό της τάξεως του 9,16% επί του ΑΕΠ για τον τομέα της υγείας. Η συνολική δαπάνη υγείας, έχει αυξηθεί σταδιακά από την δεκαετία του 1970 με ποσοστό 6,1% του ΑΕΠ, σε ποσοστό 6,6% την δεκαετία του 1980 και σε ποσοστό 7,6% την δεκαετία του 1990. Από το 2000 έως και το 2011, η χώρα μας, δαπάνησε κατά μέσο όρο ποσοστό της τάξεως του 9,2% επί του ΑΕΠ (πίνακας 1.1, σελ.11).

Το αντίστοιχο ποσοστό για τις χώρες του ΟΟΣΑ, ήταν κατά μέσο όρο περίπου στο 4% του ΑΕΠ για την δεκαετία του 1960, στο 5% για την δεκαετία του 1970, στο 7,10% για την δεκαετία του 1990 και στο 8,6% για την δεκαετία του 2000 έως και το 2011. Σύμφωνα με τους Θεοδώρου, Σούλη και Σαρρή (2001), η αύξηση αυτή στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 1960-1980 ήταν περίπου τριπλάσια σε σχέση με εκείνη του ΑΕΠ, γεγονός που αιτιολογεί ότι οι εθνικές οικονομίες όλων των ανεπτυγμένων χωρών, δοκιμάστηκαν και δοκιμάζονται ακόμη και σήμερα από το μεγάλο βάρος των κοινωνικών δαπανών, όπως είναι οι δαπάνες υγείας.

Η Ελλάδα, φαίνεται να δαπανούσε το 1998 για ανάγκες υγείας περίπου το 6,8% του ΑΕΠ, όταν ο μέσος όρος των δαπανών υγείας για τις χώρες του ΟΟΣΑ έφτανε περίπου το 8,2%, με τις Η.Π.Α και την Ελβετία να βρίσκονται στην κορυφή, των οποίων η δαπάνη για υγεία άγγιζε το 14% και το 10,2% αντίστοιχα (Θεοδώρου, Σαρρή, Σούλης, 2001). Χαμηλότερη δαπάνη για την υγεία, φαίνεται να είχαν από τις ευρωπαϊκές χώρες οι χώρες της νότιας Ευρώπης, καθώς και οι πρώην ανατολικές χώρες. Η κατά κεφαλήν δαπάνη για τον Έλληνα πολίτη την ίδια περίοδο, ήταν περίπου 900 δολάρια, όταν για τον μέσο αμερικανό ήταν περίπου 4.000 δολάρια και για τον ευρωπαίο 2.500 δολάρια.

Παρόμοια εικόνα επικρατεί και σήμερα στη χώρα μας, δαπανώντας για την υγεία το έτος 2011 ποσοστό της τάξεως του 9,1% του ΑΕΠ, όταν το αντίστοιχο ποσοστό κατά μέσο όρο για τις χώρες του ΟΟΣΑ είναι περίπου στο 9,5%, με τις Η.Π.Α να παραμένουν στην κορυφή με ποσοστό της τάξεως του 17%, ενώ οι χώρες που ακολουθούν είναι η Ολλανδία, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ελβετία, με σχεδόν ίδιο ποσοστό, της τάξεως περίπου του 11% (OECD, Ιούνιος 2014). Είναι εμφανές ότι η χώρας μας υστερεί στην κατανομή των δαπανών για την υγεία, σε σχέση τουλάχιστον με τις ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα στοιχεία της τελευταία δεκαετίας όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 1.1 (σελ. 10) δείχνουν την διακύμανση της συνολικής δαπάνης υγείας στην χώρα μας, ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Βλέπουμε, ότι κυμαίνεται σταθερά ελάχιστα πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ έως το 2010, με εξαίρεση το 2005 που συμπίπτει (με ποσοστό 8,7%), ενώ το 2011 πέφτει κάτω από το μέσο όρο (με ποσοστό 9,1%). Ειδικότερα, για την δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, από την ανάλυση των στοιχείων του Πίνακα 1.2 (σελ. 10), παρατηρούμε ότι είναι χαμηλότερη του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ, με εξαίρεση το 2009 που συμπίπτει (με ποσοστό 7%).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με δημοσιευμένο άρθρο ([www.insurancedaily.gr](http://www.insurancedaily.gr)) οι δαπάνες υγείας το 2009 ήταν 23,10 δις ευρώ (10,2% του ΑΕΠ) και σημείωσαν στατιστικά σημαντική μείωση, της τάξεως του 23,5% το 2012 με τις δαπάνες υγείας να ανέρχονται μόλις σε 5,4 δις ευρώ (9,1% του ΑΕΠ). Οι μειώσεις αυτές αφορούν κυρίως τα ασφαλιστικά ταμεία, των οποίων οι δαπάνες έχουν υποστεί μείωση της τάξεως του 30% (από 10δις ευρώ το 2009, σε 7 δις ευρώ το 2012). Αν και τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν μειώσει τις δαπάνες τους, έχει αυξηθεί η συμμετοχή της κρατικής δαπάνης επί του συνόλου των Δημόσιων Δαπανών, με ποσοστό 28,7% το 2012 από 27% που ήταν το 2009. Αυτό οφείλεται κυρίως, στην σημερινή κατάσταση της αγοράς δηλαδή στην ανεργία και στην μείωση των καταβεβλημένων ασφαλιστικών εισφορών από τους ελεύθερους επαγγελματίες, οι οποίοι με την σειρά τους, αδυνατούν να αντεπεξέλθουν, λόγω των δυσμενών οικονομικών συνθηκών που επικρατούν.

Μελέτη της IOBE (2012), κατέγραψε μείωση τόσο των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, όσο και της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Ειδικότερα, η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας για το 2010, ήταν χαμηλότερη από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και παρόμοια με τις νότιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η μείωση των Δημόσιων Δαπανών υγείας αντανακλάται και στις νοσοκομειακές δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα, από το 2009 έως το 2011 η νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη

σημείωσε σημαντική μείωση (περίπου 33,5%), σε αντίθεση με τις δαπάνες για «outsourcing» και τις υπόλοιπες δαπάνες, που σημείωσαν αύξηση (περίπου 31,8%).

### Πίνακας 1.1

#### Συνολική Δαπάνη Υγείας (Ως Ποσοστό Επί Του ΑΕΠ)

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (ως ποσοστό επί του ΑΕΠ)												
	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
<b>Μ.Ο</b>	7,8	8	8,3	8,5	8,6	8,7	8,6	8,6	8,9	9,6	9,4	9,3
<b>ΟΟΣΑ</b>												
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	8	8,9	9,2	9	8,8	8,7	9,7	9,8	10,1	10,2	9,5	9,1

Πηγή : OECD 2014

### Πίνακας 1.2

#### Δημόσια Δαπάνη Υγείας (Ως Ποσοστό Επί Του ΑΕΠ)

ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (ως ποσοστό επί του ΑΕΠ)												
	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
<b>Μ.Ο</b>	5,5	5,7	5,9	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	6,4	7	6,8	6,5
<b>ΟΟΣΑ</b>												
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	4,8	5,4	5,3	5,4	5,2	5,8	6	5,9	6,1	7	6,4	5,9

Πηγή : OECD 2014

## 1.8 Δημόσια και Ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, αγγίζουν περίπου το 60% των συνολικών δαπανών υγείας και περιλαμβάνουν ποσά που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με σκοπό την αποζημίωση των προμηθευτών για όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται, την κάλυψη του λειτουργικού κόστους της διοίκησης, τις επενδύσεις και άλλα.

- Το κράτος χρηματοδοτεί τους παραγωγούς και προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας.
- Το Υπουργείο Υγείας χρηματοδοτεί τις δαπάνες των αγροτικών ιατρείων και κέντρων υγείας, επιχορηγεί τα δημόσια νοσοκομεία, παρέχει ασφαλιστική κάλυψη στους δημοσίους υπαλλήλους και χρηματοδοτεί την ασφάλιση υγείας του ΟΓΑ, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού.
- Ο κρατικός προϋπολογισμός διαιρείται σε δαπάνες των Υπουργείων και σε δαπάνες που κατανέμονται στις Νομαρχίες.
- Οι δαπάνες του Υπουργείου Υγείας, αφορούν τα έξοδα της κεντρικής διοίκησης, τη δημόσια υγεία, την υγειονομική περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, καθώς και τις επιχορηγήσεις προς τον ΟΓΑ.
- Από την άλλη μεριά, οι δαπάνες που κατανέμονται στις Νομαρχίες αφορούν την μισθοδοσία των υπαλλήλων των Διευθύνσεων Υγιεινής των νομαρχιών, τις επιχορηγήσεις των Νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, τη μισθοδοσία των αγροτικών ιατρών, καθώς και τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων της περιοχής ευθύνης τους.
- Οι δαπάνες για δημόσιες επενδύσεις στο χώρο της υγείας, κατανέμονται χωριστά σε κάθε νομαρχία, από τους προϋπολογισμούς, που διατίθενται από το Υπουργείο Οικονομίας.
- Οι δαπάνες των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης αφορούν την μισθοδοσία των ιατρών και του προσωπικού που απασχολούν, την κάλυψη εξόδων λειτουργίας των νοσοκομείων και των πολυιατρείων που ανήκουν στην ιδιοκτησία τους, καθώς και την αποζημίωση των νοσοκομείων και κλινικών, είτε δημοσίων είτε ιδιωτικών, για τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους.

Οι ιδιωτικές δαπάνες αντίθετα, προέρχονται από το εισόδημα των ελληνικών νοικοκυριών και ανέρχονται σε ποσοστό 3% του ΑΕΠ. Οι ιδιωτικές δαπάνες, αποτελούν το 40% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα και όπως προείπαμε, αυτό οφείλεται στην καθυστέρηση της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας, στην αναποτελεσματικότητα και τον κατακερματισμό του κοινωνικό-ασφαλιστικού συστήματος, στην αύξηση των εισοδημάτων σε συνδυασμό με την έλλειψη πλήρους κάλυψης, στις παρεχόμενες δημόσιες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην μη ικανοποιητική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τις δημόσιες μονάδες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν κυρίως τις δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς στους οποίους ανήκουν, σε διαφορά θέσης όσον αφορά την νοσηλευτική περίθαλψη σε δημόσιες ή ιδιωτικές κλινικές, τις δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη είτε ως συμμετοχή (ασφαλιστικού ταμείου) είτε ως ελεύθερη αγορά και τις δαπάνες για εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις (μαγνητικές ή αξονικές τομογραφίες) ή θεραπείες (φυσιοθεραπείες) λόγω της μακράς αναμονής για την πραγματοποίησή τους από τις δημόσιες υπηρεσίες ή και τους συμβεβλημένους ιδιώτες (για τους δεύτερους όσον αφορά την καθιέρωση του plafond).

Στις ιδιωτικές δαπάνες εμπεριέχονται και οι παράτυπες αμοιβές των ιατρών, κυρίως των χειρουργών, προκειμένου οι ασθενείς να τύχουν καλύτερης περιποίησης και περισσότερης προσοχής, το ονομαζόμενο «φακελάκι», το οποίο φυσικά αφορά και τις άλλες ειδικότητες.

Επιπρόσθετα, ιδιωτική δαπάνη θεωρείται και η διαφορά που καταβάλλει ο ασφαλισμένος σε μη συμβεβλημένους ιατρούς, πέραν της κάλυψης του ασφαλιστικού φορέα (τιμή αποζημίωσης επίσκεψης), καθώς και οι δαπάνες για θεραπεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα του εξωτερικού ή η διαφορά από την πραγματική δαπάνη της νοσηλείας και την αποζημίωση που καταβάλλει ο ασφαλιστικός φορέας.

Όπως αναφέρουν και οι Λιαρόπουλος, Καϊτελίδου και Σίσκου (2004), την τελευταία εικοσαετία, η προκλητή ζήτηση ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα, οι οποίες με την σειρά τους δημιούργησαν προβλήματα προσβασιμότητας.



## **1.9 Πηγές Χρηματοδότησης των Συστημάτων Υγείας**

Οι οικονομικοί πόροι αποτελούν πολύ σημαντική εισροή για τον τομέα της υγείας. Έχει αναφερθεί ότι στα ανεπτυγμένα κράτη, ο τομέας της υγείας απορρόφα περίπου το 10% του ΑΕΠ και τείνει να αυξάνεται διεθνώς, παρά τις προσπάθειες για έλεγχο των δαπανών υγείας.

Πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, μπορεί να είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεσοι και έμμεσοι φόροι), η κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων), οργανωμένοι ιδιωτικοί φορείς (ιδιωτική ασφάλιση), καθώς και το ατομικό εισόδημα των ασθενών (ιδιωτικοί πόροι). Βέβαια, το πώς καθορίζονται οι πηγές χρηματοδότησης εξαρτάται άμεσα από την μορφή του συστήματος υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, σε ένα «φιλελεύθερο» σύστημα (ΗΠΑ) μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τους οργανωμένους ιδιωτικούς φορείς και το ατομικό εισόδημα των ασθενών. Αντίστροφα, σε ένα «δημόσιο» σύστημα, το μεγαλύτερο μέρος χρηματοδότησης προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή την κοινωνική ασφάλιση, ανάλογα με το μοντέλο που επικρατεί (Beveridge ή Bismark). Διαφορές στον τρόπο χρηματοδότησης παρατηρούνται και στο εσωτερικό του συστήματος. Συνήθως, η νοσοκομειακή περίθαλψη χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από δημόσιες εισφορές, ενώ αντίθετα η πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά και η φαρμακευτική περίθαλψη χρηματοδοτείται κυρίως από τις ιδιωτικές δαπάνες.

Το ύψος και οι πηγές χρηματοδότησης καθορίζονται από τις οικονομικές δυνατότητες και την ιστορική εξέλιξη του κοινωνικού κράτους της κάθε χώρας και βέβαια από τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, Συστήματα Υγείας 2001).

### **1.9.1 Η Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί μια σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Από την πλευρά του δημοσίου τομέα, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει υιοθετήσει μικτή μορφή, στην οποία συνυπάρχουν το πρότυπο «Beveridge» και «Bismark». Ωστόσο αποτελεί ένα σύστημα, στο οποίο από τη μια απουσιάζουν οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, ενώ από την άλλη προσπαθεί να ισορροπήσει μεταξύ μιας

ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού, διότι πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας και τον αρκετά μεγάλο ιδιωτικό τομέα.

Γενικά, το σύστημα χρηματοδότησης είναι ανοιχτό (open-ended) και οδηγείται κυρίως από τη ζήτηση (demand-led). Δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί (global budget) ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες, ενώ δεν γίνονται οργανωμένες προσπάθειες για εφαρμογή πολιτικών συγκρότησης του κόστους (cost-containment), είτε από την μεριά της ζήτησης, είτε από την μεριά της προσφοράς. Συνεπώς, οι πληρωμές προέρχονται από διάφορες πηγές χωρίς τον αναγκαίο μεταξύ τους συντονισμό (Μωραΐτης Ε., Σημειώσεις Διδασκαλίας, 2004).

Βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και οι ιδιωτικές πληρωμές.

### **1.9.2 Κρατικός προϋπολογισμός**

Ο κρατικός προϋπολογισμός, δηλαδή η γενική φορολογία, από τη σύσταση του Ελληνικού κράτους μέχρι και τα μέσα του αιώνα μας αποτέλεσε την κύρια και ίσως την μοναδική πηγή χρηματοδότησης του δημόσιου υγειονομικού τομέα. Με την ανάπτυξη και επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, το βάρος μεταφέρεται από τον κρατικό προϋπολογισμό στα ταμεία και τους κλάδους υγείας. Μέχρι την δεκαετία του 60' ο κρατικός προϋπολογισμός χρησιμοποιείτο για την χρηματοδότηση προληπτικών μέτρων και προγραμμάτων δημόσιας υγείας, για το λειτουργικό κόστος της κεντρικής διοίκησης και για την κάλυψη των δαπανών της περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων και του αγροτικού πληθυσμού. Από τα μέσα της δεκαετίας του 70' ο κρατικός προϋπολογισμός άρχισε να εμπλέκεται περισσότερο και πιο ενεργά στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα όταν η κυβέρνηση αποφάσισε να ακολουθήσει την πολιτική του κλειστού νοσηλίου.

Συνέπεια της πολιτικής αυτής ήταν η δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς και λειτουργούσε σαν λύση η κάλυψη τους από τον δημόσιο προϋπολογισμό προκειμένου να αποφευχθεί η διακοπή της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Πιο συγκεκριμένα, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 80' η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων μέσω του κρατικού

προϋπολογισμού δεν περιοριζόταν μόνο στην κάλυψη συνολικών εξόδων αλλά κάλυπτε και μέρος των τρεχουσών δαπανών λειτουργίας.

### **1.9.3 Η κοινωνική ασφάλιση**

Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή τα ταμεία υγείας και οι κλάδοι υγείας, αποτελούν την δεύτερη πηγή χρηματοδότησης του δημόσιου υγειονομικού τομέα. Καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των εξωνοσοκομειακών αναγκών και σημαντικό μέρος των νοσηλευτικών αναγκών των ασφαλισμένων. Ειδικότερα, πληρώνουν τους μισθούς των ιατρών, καθώς και του υπόλοιπου προσωπικού που απασχολούν, καλύπτουν επίσης τα έξοδα των νοσοκομείων και των πολυϊατρείων που ανήκουν στην ιδιοκτησία τους και αποζημιώνουν τους συμβεβλημένους ιατρούς, αλλά και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές για τις υπηρεσίες που παρέχουν, στους ασφαλισμένους τους.

Από πού χρηματοδοτείται όμως, η κοινωνική ασφάλιση; Τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και φτάνουν σε ποσοστό της τάξεως του 65% των συνολικών της εσόδων και από τις εισφορές των εργοδοτών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων. Επιπλέον, η επιχορήγηση από το κρατικό προϋπολογισμό ως έσοδο της κοινωνικής ασφάλισης, ολοένα και αυξάνεται λόγω του συνεχώς αυξανόμενου ελλείμματος των ασφαλιστικών ταμείων, ιδιαίτερα όσον αφορά τις συντάξεις.

Ειδικότερα, για τα ταμεία και τους κλάδους υγείας, η κύρια πηγή εσόδων απαρτίζεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Οι κρατικές επιχορηγήσεις παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις αλλά αποτελούν μικρή πηγή εσόδων.

### **1.9.4 Ιδιωτικές πληρωμές – Ιδιωτική ασφάλιση**

Οι ιδιωτικές πληρωμές, αποτελούν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και κυρίως του ιδιωτικού τομέα. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ήταν και εξακολουθούν να παραμένουν ιδιαίτερα υψηλές. Το γεγονός αυτό οφείλεται κυρίως στον αργό εκσυγχρονισμό του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την οικονομική ευημερία των νοικοκυριών, που τους δίνει τη δυνατότητα επιλογής ιατρών και αναζήτησης υγειονομικών υπηρεσιών υψηλότερου επιπέδου. Η αμφιλεγόμενη ποιότητα των

παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ καθώς και η χαμηλή αξιοπιστία των δημόσιων υπηρεσιών, προκαλούν καθοριστικά, την κατεύθυνση των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα, για αναζήτηση υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας υψηλής ποιότητας.

Κατά συνέπεια, η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας έχει παρουσιάσει έντονο ρυθμό ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια. Ιδιαίτερα στον ιδιωτικό ασφαλιστικό τομέα, ο οποίος εστιάζοντας στην νοσοκομειακή περίθαλψη τόσο με τα κλασσικά «νοσοκομειακά» προγράμματα, όσο και με την «κάρτα νοσηλείας», προγράμματα που έκαναν την εμφάνιση τους κατά την δεκαετία του 90', έχουν κατακτήσει αξιοσημείωτο μερίδιο αγοράς της «υγείας». Σήμερα, εκτιμάται ότι περισσότεροι από 2.000.000 Έλληνες είναι ασφαλισμένοι έναντι κινδύνων της ασθένειας σε κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία, είτε προσωπικά οι ίδιοι με «ατομικά συμβόλαια», είτε μέσω των εργοδοτών τους ή μέσω των εργασιακών σωματείων με «ομαδικά συμβόλαια».

Παρά το γεγονός, ότι η ελληνική ασφαλιστική αγορά υπολείπεται σημαντικά των αντίστοιχων ευρωπαϊκών, υπολογίζεται ότι το 30% των ατόμων ηλικίας 25-60 ετών, έχει ασφαλιστήριο συμβόλαιο ζωής και υγείας. Για τις επιχειρήσεις, το ποσοστό αυτό ανέρχεται περίπου στο 23% (αφορά εταιρείες με προσωπικό από 20 εργαζομένους και άνω) όπου προσφέρονται αντίστοιχα ομαδικά συμβόλαια, των οποίων οι καλύψεις αφορούν είτε σε επιδόματα, είτε σε περίθαλψη (για τους εργαζόμενους και τα καλυπτόμενα μέλη αυτών).

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (OECD, Μάρτιος 2014), ο κλάδος της ασφάλισης υγείας συμμετέχει στις συνολικές δαπάνες υγείας με ποσοστό κατά μέσο όρο 9% (επί του ΑΕΠ) στις χώρες του ΟΟΣΑ και καλύπτει τουλάχιστον το 30% του πληθυσμού σε κάποιες από αυτές τις χώρες. Για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκπονήθηκε μελέτη (Shneiden, 1991), βάσει της οποίας το ποσοστό των Ελλήνων την δεκαετία του 1980 που καλύπτονταν από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη, με ποσοστό μόλις 2%. Στις μέρες μας, έχουμε ακόμα μια από τις χαμηλότερες θέσεις στον πίνακα του ΟΟΣΑ, όπου το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 2,3% (OECD, Μάρτιος 2014).

Επιπρόσθετα, η ιδιωτική ασφάλιση ζωής και υγείας μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό συμπληρωματικό ρόλο στην κοινωνική ασφάλιση, κινητοποιώντας έτσι, νέες μορφές αποταμίευσης και συμβάλλοντας τελικά μερικώς στην επίλυση των προβλημάτων χρηματοδότησης του κοινωνικού τομέα (Λιαρόπουλος Λ., 1993).

Φαίνεται ότι η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης στον σύγχρονο υγειονομικό τομέα, είναι όλο και πιο σημαντική και ότι ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται όλο και

περισσότερο, με αποτέλεσμα να συνεισφέρει στην αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, χωρίς να επιβαρύνεται το κράτος (Λιαρόπουλος Λ., 1993). Αυτό φυσικά, δεν σημαίνει ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι δυνατόν να συρρικνώσει ή να αντικαταστήσει το κοινωνικό κράτος πρόνοιας στον τομέα της υγείας.

### **1.10 Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, ο ιδιωτικός τομέας υγείας κατέχει σημαντική θέση και παίζει καθοριστικό ρόλο. Αξιοσημείωτο δε, είναι ότι συμμετέχει στην χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος σχεδόν σε ποσοστό διπλάσιο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με μελέτη του Κυριόπουλου Ι. (2003), τα ελληνικά νοικοκυριά με ποσοστό της τάξεως του 2,44%, δαπανούν περισσότερο από το 40% του διαθέσιμου οικογενειακού εισοδήματος, προκειμένου να καλύψουν ανάγκες υγείας. Το κράτος αδυνατώντας να αναπτύξει τις δημόσιες υπηρεσίες, σε συνδυασμό με την προσπάθεια των ιατρών να αναπτύξουν την ειδικότητά τους, εξασφαλίζοντας επαγγελματικό χώρο, ήταν τα στοιχεία εκείνα, που προκάλεσαν το ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα για δραστηριοποίηση στον χώρο της υγείας, δημιουργώντας τις ιδιωτικές κλινικές.

Η ιδιωτική κλινική, αποτελεί παράδοση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Ιστορικά, από το 1930 λειτουργούσαν στην Αθήνα περισσότερες από 70 ιδιωτικές κλινικές (δυναμικότητας 20 έως 50 κλινών) μιας ή περισσότερων ειδικοτήτων, ενώ στη συνέχεια ομάδες ιατρών επεδίωξαν την ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών με μεγαλύτερη δυναμικότητα (πάνω από 100 κλίνες). Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών παρουσιάζει εντυπωσιακή ανάπτυξη, ιδιαίτερα από το 1960 έως το 1980 (Μωραΐτη Ε. Σημειώσεις Διδασκαλίας, 2004).

Ωστόσο, ο νόμος του ΕΣΥ το 1983 έθεσε πολλούς περιορισμούς στον ιδιωτικό τομέα. Κατά την δεκαετία του 80' όμως, ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρά τους νομοθετικούς και διοικητικούς περιορισμούς καθώς και την σημαντική διόγκωση του δημόσιου τομέα, παρουσίασε αλματώδη ανάπτυξη. Η ανάπτυξη αυτή ήταν ιδιαίτερα αισθητή στην παροχή υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αφού ήδη άρχισε να εμφανίζεται ένας μεγάλος αριθμός «διαγνωστικών κέντρων» υψηλής τεχνολογίας.

Η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα, ήταν ραγδαία τα τελευταία χρόνια κυρίως από το 1986 έως το 1995, με μέσο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης περίπου στο 30%, γεγονός για το οποίο δεν ευθύνεται μόνο η προβλεπόμενη υψηλή κερδοφορία των συγκεκριμένων επενδύσεων. Πιο συγκεκριμένα, ήρθε ως αποτέλεσμα των περιορισμών

που έθετε ο νόμος, τόσο στην επέκταση των ιδιωτικών κλινικών που ήδη υπήρχαν, όσο και στην ανάπτυξη νέων, λειτουργώντας ως εναλλακτική λύση των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων του ιδιωτικού τομέα της υγείας.

Τα ιδιωτικά εργαστήρια, λειτουργούσαν ως αυτόνομες μονάδες («πολυιατρεία» ή «πολυεργαστήρια» ή και τα δύο). Ωστόσο, υπήρξαν και αρκετές ιδιωτικές κλινικές όπου λόγω της δυνατότητας που παρέχει το νομοθετικό πλαίσιο για τη συστέγαση-εγκατάσταση στο χώρο τους και άλλων ανεξάρτητων εταιρειών, επέλεξαν να επεκτείνουν τις δραστηριότητες τους και στο χώρο της εξωνοσοκομειακή περίθαλψης. Ο εργαστηριακός τομέας της κλινικής να εξυπηρετεί τόσο τους νοσηλεύομενους ασθενείς, όσο και τους εξωνοσοκομειακούς, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο σημαντικά κέρδη.

Η πλειονότητα των μεγάλων διαγνωστικών κέντρων λειτουργούν με την μορφή εταιρικών σχημάτων συνήθως πολυμετοχικού χαρακτήρα. Τα κέντρα που λειτουργούν, διαθέτουν κατά κανόνα σύγχρονα μέσα ιατρικού εξοπλισμού, καθώς και άρτια καταρτισμένο προσωπικό. Υπάρχουν ωστόσο και κέντρα τα οποία δεν διαθέτουν αξιόπιστο εξοπλισμό, παρέχοντας έτσι χαμηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες, δεδομένου ότι δεν υπάρχει έλεγχος ποιότητας, ποσότητας και καταλληλότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν, καθώς δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο να ορίζει τις προδιαγραφές λειτουργίας τους.

Σχεδόν όλα τα διαγνωστικά κέντρα είναι συμβεβλημένα με τα διάφορα ταμεία υγείας και τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών και αμείβονται για τις παρεχόμενες στους ασφαλισμένους υπηρεσίες, κατά πράξη και περίπτωση. Πολλά από αυτά έχουν συμβάσεις και με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για εξωνοσοκομειακή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Παρ' όλα αυτά, ο έντονος ανταγωνισμός σε συνδυασμό με την ανυπαρξία μηχανισμού ελέγχου των παραπομπών για την διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, δημιουργούν συχνά πλασματική χρήση και υπερκατανάλωση των υπηρεσιών. Τα ασφαλιστικά ταμεία καλούνται να καταβάλλουν υπέρογκα ποσά για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, κυρίως μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες, τα οποία τις περισσότερες φορές δεν δικαιολογούνται επαρκώς επιστημονικά.

### **1.11 Ανακεφαλαίωση**

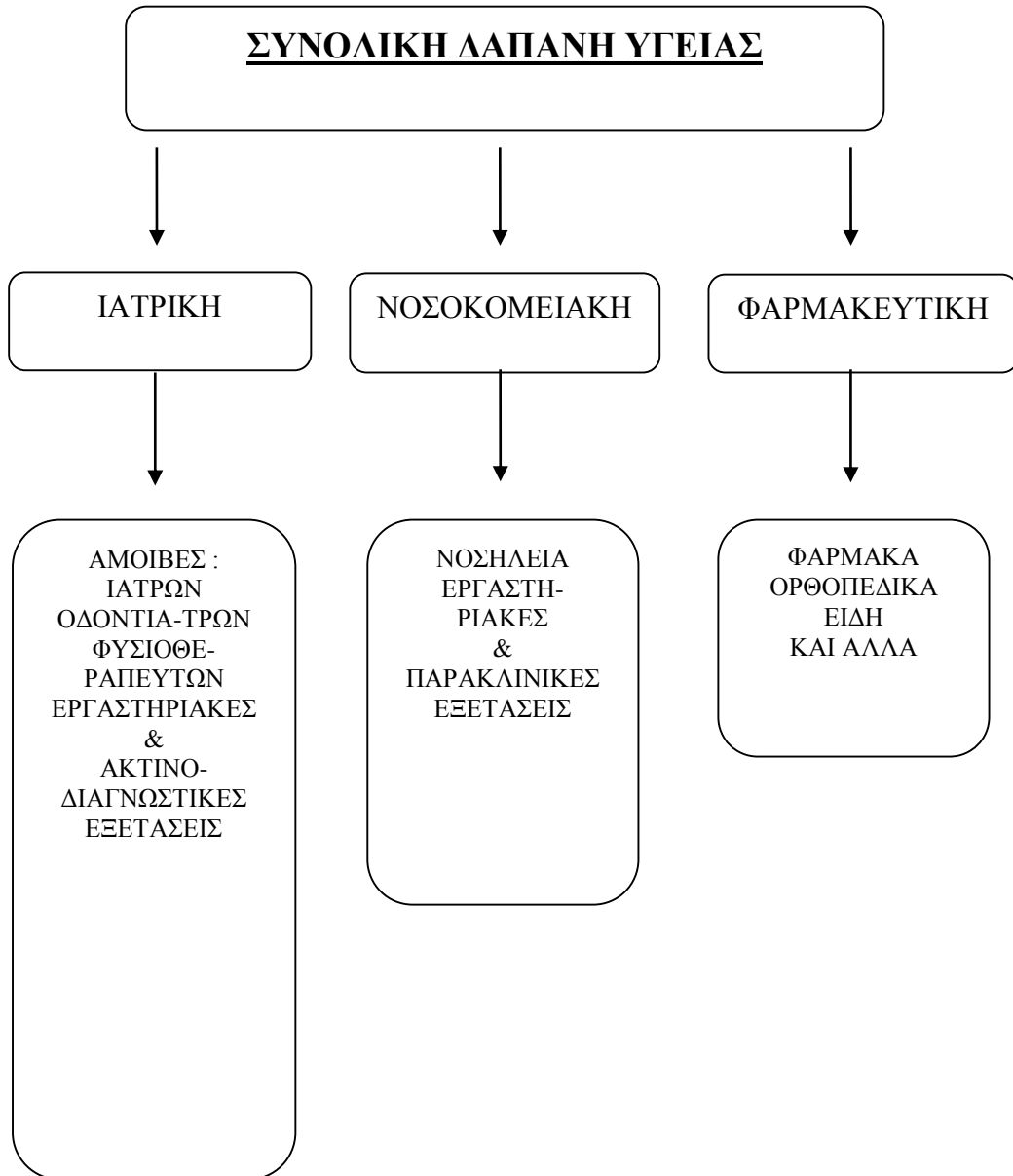
Ολοκληρώνοντας το πρώτο κεφάλαιο, αξίζει να σημειωθεί ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει κάνει κάποια ουσιαστικά αναπτυξιακά βήματα, παρά τις συνεχείς κοινωνικό-οικονομικές και πολιτικές μεταβολές που διαρκώς υφίσταται η χώρα μας. Βάσει αυτών των μεταβολών, πρέπει να προσαρμόζει τον σκοπό και τους στόχους του, προκειμένου να παράσχει ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες στον πληθυσμό.

Η υγεία είναι σημαντικότερος παράγοντας ανάπτυξης και ευημερίας μιας χώρας, καθώς από αυτή εξαρτάται η φυσική, σωματική και πνευματική κατάσταση του πληθυσμού της. Το κράτος, δημιουργώντας ένα σύστημα υγείας ικανό να καλύψει τις ανάγκες υγείας των πολιτών του, επιτυγχάνει συγχρόνως και οικονομική ανάπτυξη.

Σημαντικό όμως ρόλο για να λειτουργήσει ορθά ένα σύστημα υγείας, παίζει η σωστή διαχείριση των πόρων, ο έλεγχος των δαπανών, η χρηματοδοτική σταθερότητα και οι μηχανισμοί ελέγχου. Σύμφωνα λοιπόν και με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (όπως έχουμε προαναφέρει στα ανωτέρω), η Ελλάδα βρίσκεται κάπου στη μέση της αναπτυξιακής πορείας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες, όσον αφορά των υγειονομικό τομέα.

Συμπερασματικά, θα αναφέρουμε ότι τόσο ο δημόσιος, όσο και ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχουν ενεργά στην λειτουργία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και θα συμφωνήσουμε με τον Λιαρόπουλο Λ. (2000), ο οποίος αναφέρει ότι η σχετική θέση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα εξαρτάται από την κοινωνικό-πολιτική διάρθρωση και τις επικρατούσες αξίες σε κάθε χρονική στιγμή.

**Σχήμα 1.1**  
**Συνολική Δαπάνη Υγείας**







## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

#### 2.1 Εισαγωγή

Κάθε οργανισμός, υγειονομικής φροντίδας, προκειμένου να παράγει το προϊόν «υγεία», ακολουθεί ένα σύνολο σύνθετων διαδικασιών. Όταν αναφερόμαστε, στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, πρέπει να σημειώνεται, η βασική διάκριση ανάμεσα στις υπηρεσίες που παράγονται μέσα στον νοσοκομειακό οργανισμό (ενδονοσοκομειακές) και σε εκείνες που παράγονται εκτός του οργανισμού, τις ονομαζόμενες εξωνοσοκομειακές.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα και οι υπηρεσίες που παρέχουν, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, για την οικονομική της υγείας, καθώς αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών για την υγεία. Έτσι είναι φυσικό, όλες οι αρμόδιες αρχές της χώρας, να ενδιαφέρονται ιδιαίτερα, για την οικονομική αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των νοσοκομείων, δεδομένου ότι προορίζουν για αυτά, το ήμισυ των συνολικών δαπανών για την υγεία, όπως συμβαίνει σε όλες οι ανεπτυγμένες χώρες.

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα παρουσιάσουμε, εν συντομία, την δομή και την λειτουργία των νοσοκομειακών οργανισμών και θα αναλύσουμε τις νοσοκομειακές δαπάνες του εθνικού συστήματος υγείας.

#### 2.2 Τύποι Νοσοκομειακής Περίθαλψης.

Όπως αναφέρει ο Βοζίκης (2012), η αγορά των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ορίζεται ως, το σύνολο των υπηρεσιών, οι οποίες παράγονται, μέσα στον νοσοκομειακό οργανισμό, μέσα στην ίδια γεωγραφική περιοχή. Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί, καλύπτουν την δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας, δηλαδή την νοσοκομειακή περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, η δευτεροβάθμια περίθαλψη, καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται ή χρήζουν νοσηλείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη, παρέχεται από διαφορετικούς τύπους νοσοκομείων, όπως περιγράφεται παρακάτω (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, Συστήματα Υγείας, 2001):

- 1) Με βάση το εύρος των υπηρεσιών που παρέχουν, ταξινομούνται σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά διαθέτουν τμήματα νοσηλείας, σε περισσότερες από μια ειδικότητες, ενώ τα ειδικά διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα (ψυχιατρικό νοσοκομείο, μαιευτήριο και άλλα). Το ειδικό νοσοκομείο, διαθέτει και τμήματα άλλων ειδικοτήτων, μόνο όμως για την υποστήριξη, της κύριας ειδικότητας και έτσι καλύπτουν μια ευρύτερη, της έδρας τους, περιοχή.
- 2) Τα νοσοκομεία, διακρίνονται επίσης, σε οξείας νοσηλείας (acute hospitals) και σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων (long-term hospitals). Στα πρώτα, η διάρκεια νοσηλείας είναι συνήθως μικρότερη από ένα μήνα ενώ στα δεύτερα, είναι μεγαλύτερης διάρκειας, όπως για παράδειγμα στα γηριατρικά και στα ψυχιατρικά.
- 3) Τα γενικά νοσοκομεία, διακρίνονται με την σειρά τους σε τρεις κατηγορίες, με γνώμονα την έκταση, κατά τις ιατρικές ειδικότητες, της νοσηλείας, που παρέχουν και το εύρος της γεωγραφικής περιφέρειας, την οποία καλύπτουν, σε τοπικά (local), σε νομαρχιακά (district) και σε περιφερειακά (regional) νοσοκομεία.

### 2.3 Οργάνωση και Δομή των Νοσοκομείων του ΕΣΥ

Οι υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, διακρίνονται σε ανοικτής και κλειστής περίθαλψης. Όταν μιλάμε για ανοικτή, εννοούμε την πρωτοβάθμια περίθαλψη (εξωνοσοκομειακή φροντίδα), ενώ όταν μιλάμε για κλειστή, εννοούμε την δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη.

Τα νοσοκομεία, οργανώνονται σε τρεις ή τέσσερις υπηρεσίες, ανάλογα με το μέγεθος τους. Για παράδειγμα, στα νοσοκομεία με δυναμικότητα, άνω των 400 κλινών, λειτουργούν και οι τέσσερις υπηρεσίες, ως εξής: α) Ιατρική, β) Νοσηλευτική, γ) Διοικητική και δ) Τεχνική.

Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη, παρέχονται στη χώρα μας, συνολικά από 314 νοσοκομεία, με 53.773 κλίνες (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2011), χωρίς να συμπεριλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια και οι κλίνες τους. Πιο αναλυτικά:

- ✓ Τα Δημόσια Νοσοκομεία είναι 131 με 34.939 κλίνες (Εκθεση, 2011).
- ✓ Από τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν εκτός ΕΣΥ, 14 στρατιωτικά που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, δύο εκπαιδευτικά που εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας και έξι νοσοκομεία υπαγόμενα σε ασφαλιστικούς φορείς (Θεοδώρου, 2001).

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, επιστημονικά, νοσηλευτικά και εκπαιδευτικά, υπό τον συντονισμό, της κεντρικής υπηρεσίας της οικείας Δ.Υ.ΠΕ.. Επιπλέον, διακρίνονται σε γενικά και σε ειδικά, αναλόγως, εάν διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ή περισσότερες θεραπευτικές κατηγορίες (Κοντιάδης και Σουλιώτης, Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, 2010).

Τα δημόσια νοσοκομεία, καλύπτουν το 70% των συνολικών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος και από την κοινωνική ασφάλιση. Επιπλέον, λειτουργούν και κάποιοι μη κερδοσκοπικοί νοσοκομειακοί οργανισμοί, που χρηματοδοτούνται από το κράτος, την κοινωνική ασφάλιση και ιδρύματα.

Τέλος, αναφέρουμε τις ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες, λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν το 30%, των συνολικών νοσοκομειακών κλινών. Είναι συνήθως, μικρές νοσηλευτικές μονάδες, που λειτουργούν με περιορισμένο αριθμό κλινών, κατά μέσο όρο 77 (ICAP 2010). Οι περισσότερες ιδιωτικές κλινικές, εξαρτώνται από τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία κρατούν χαμηλά τις τιμές, ενώ δύσκολα επιλέγουν σύναψη συμβάσεων, με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, λόγω αδυναμίας, τις περισσότερες φορές, παροχής υψηλού επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών.

## **2.4 Μορφές κόστους**

Για να μπορέσουμε να αναλύσουμε τη νοσοκομειακή δαπάνη, πρέπει να αναφερθούμε συνοπτικά, στα είδη του κόστους, τα οποία εκφράζονται από μεγέθη και δείκτες, χρήσιμους για αναλύσεις και μελέτες.

Αρχικά, να αναφέρουμε ότι, μιλώντας για νοσοκομειακό κόστος, εννοούμε, το σύνολο των δαπανών, για τη παροχή υπηρεσιών υγειονομική περίθαλψης, κυρίως νοσοκομειακής. Προκειμένου να παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας, μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον, χρησιμοποιούνται ανθρώπινοι πόροι (ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό), διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα. Ο συνδυασμός των πόρων που αναφέραμε, ανάλογα με τον βαθμό και τον τρόπο χρησιμοποίησής τους, αποτελούν δαπάνη, για τον οργανισμό, έχοντας ένα ορισμένο κόστος.

Το κόστος αυτό, μπορεί να είναι σταθερό ή μεταβλητό. Ειδικότερα, σταθερό είναι το κόστος που δεν μεταβάλλεται, ανεξάρτητα από τον αριθμό των νοσηλευθέντων, την μέση διάρκεια νοσηλείας ή την κάλυψη των κλινών, όπως για παράδειγμα οι μισθοί και

το ενοίκιο, ενώ μεταβλητό είναι εκείνο το κόστος που μεταβάλλεται, ανάλογα με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ή την διάρκεια της νοσηλείας, όπως για παράδειγμα τα φάρμακα, τα τρόφιμα ή άλλα αναλώσιμα υλικά.

Επειδή, το συνολικό κόστος, το άθροισμα δηλαδή του σταθερού και του μεταβλητού κόστους, δεν παρέχει ακριβείς πληροφορίες, χρησιμοποιούνται επιπλέον, το μέσο και το οριακό κόστος. Το μέσο κόστος, μας παρέχει πληροφορίες για το κόστος ανά ασθενή, ενώ το οριακό κόστος, μας δείχνει την μεταβολή που επέρχεται στο νοσοκομειακό κόστος, από μια μικρή μεταβολή του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών (Σούλης, Οικονομικά της Υγείας 1999).

Τέλος, η διαμόρφωση του νοσοκομειακού κόστους, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Τέτοιοι είναι, το ποσοστό κάλυψης των κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας, όπως προαναφέραμε, ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανά κλινική, ο αριθμός των κλινών, η γεωγραφική θέση του νοσοκομείου και το είδος του νοσοκομείου (μεγάλο ή μικρό, ειδικό ή γενικό) καθώς και η νομική του μορφή (Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.).

## **2.5 Τι περιλαμβάνει η Νοσοκομειακή Δαπάνη**

Αναφερόμενοι στην συνολική δαπάνη λειτουργίας ενός νοσοκομειακού οργανισμού, πρέπει να διακρίνουμε τα άμεσα, τα έμμεσα καθώς και τα λειτουργικά κόστη.

Ειδικότερα,

- Το άμεσα ιατρικό κόστος, αφορά την μισθοδοσία των ιατρών, των νοσηλευτών και του λοιπού κλινικού προσωπικού, της νοσοκομειακής μονάδας, τα φάρμακα και τα υλικά. Το άμεσα μη ιατρικό κόστος, περιλαμβάνει την μεταφορά από και προς την νοσοκομειακή μονάδα, τις συσκευές και τα μηχανήματα που αποτελούν το λειτουργικό κόστος.
- Το έμμεσο κόστος, περιλαμβάνει όλα τα παραπάνω, που χρησιμοποιούνται για τον ίδιο ασθενή, στα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, όταν πρόκειται για παράδειγμα να υποβληθεί σε παρακλινικές / διαγνωστικές εξετάσεις, μέσα στο ίδιο το νοσοκομείο.
- Τέλος, το λειτουργικό ή επιμεριζόμενο κόστος (overheads), περιλαμβάνει το έξοδα για ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, καύσιμα, διοικητικά και χρηματοοικονομικά κόστη, δαπάνες διαχείρισης, ξενοδοχειακές δαπάνες (σίτιση, ιματισμός, ένδυση κ.α), συντήρηση και απόσβεση του κτηρίου, κόστη γραμματειακής υποστήριξης

και αναφοράς αποτελεσμάτων, φύλαξη, καθαριότητα, καθώς και τις δαπάνες για την συντήρηση και απόσβεση των μηχανημάτων.

## **2.6 Η Διαχρονική Εξέλιξη των Νοσοκομειακών Δαπανών στην Ελλάδα**

Το χρονικό διάστημα από το 2005 έως το 2009, η νοσοκομειακή δαπάνη, αυξάνεται με ταχύς ρυθμούς, ακολουθώντας την αντίστοιχη αύξηση της συνολικής δαπάνης για τη υγεία. Το έτος 2010, όμως, σημειώνεται μείωση της τάξεως του 10,93%, στις δαπάνες των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, η οποία οφείλεται κυρίως στη μείωση των δαπανών, για αγορά υγειονομικού υλικού, ορθοπεδικού υλικού, φαρμάκων και αντιδραστηρίων (Μόσιαλος, Αθήνα Απρίλιος 2011). Ειδικότερα, ο συνδυασμός μέτρων, όπως η μείωση των τιμών (20% περίπου), η διαχείριση της κατανάλωσης, το παρατηρητήριο τιμών και οι διαγωνισμοί προκάλεσαν αντίστοιχα, μείωση στις νοσοκομειακές δαπάνες. Δεν σημειώθηκε, ωστόσο, μείωση στις δαπάνες για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς (outsourcing), κυρίως λόγω, αδυναμίας μεταφοράς υποχρεώσεων από το 2009 στο 2010 καθώς και λόγω αδυναμίας διενέργειας διαγωνισμών την ίδια περίοδο.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι την τριετία 2009 – 2011 το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 22,6 δις. ευρώ ή 9,8%, ενώ η συνολική νοσοκομειακή δαπάνη μειώθηκε κατά 4,4 δις. ευρώ ή 18,9%. Επιπρόσθετα, μετά το 2009, είναι εμφανής και η πτώση της ενδονοσοκομειακής και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης (βλέπε διάγραμμα 2.1, σελ.30). Πιο συγκεκριμένα, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, μειώθηκε κατά 0,2% του ΑΕΠ και η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη, μειώθηκε κατά 0,5% του ΑΕΠ. Όλα αυτά, ήταν το αποτέλεσμα, των δραστικών περικοπών, που επιβλήθηκαν από την Τρόικα και στις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες δαπάνης. Ωστόσο, προβληματίζει και η πτώση της εξωνοσοκομειακής δαπάνης, που περιλαμβάνει, ιατρούς, οδοντίατρους, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα υγείας και πολυιατρεία, κατά 500 εκατ. από το 2009 έως το 2011.

Συγκεντρωτικά, η συνολική νοσοκομειακή δαπάνη από το 2009 έως το 2011 μειώθηκε κατά 14,7% και στη μείωση αυτή, συνέβαλαν σημαντικά, η δαπάνη για μισθοδοσία με ποσοστό 9%, η δαπάνη για φάρμακα με ποσοστό 6,8% και η δαπάνη για υγειονομικό υλικό με ποσοστό 5,1%. Σε αντίθεση με την μείωση των δαπανών, που προαναφέραμε, οι δαπάνες για «outsourcing» φαίνεται να παραμένουν σταθερές,

σημειώνοντας ίσως και μια μικρή αύξηση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, τον περιορισμό της περαιτέρω, εξοικονόμησης των νοσοκομειακών δαπανών.

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 2.1 (σελ.29), που ακολουθεί, η συνολική νοσοκομειακή δαπάνη σημειώνει αυξανόμενη μείωση, από το 2010 έως το 2013. Πιο αναλυτικά, υπολογίσαμε και την ποσοστιαία μεταβολή ανά έτος, για την ίδια χρονική περίοδο (βλέπε πίνακα 2.2, σελ29) και για τις επτά υγειονομικές περιφέρειες.

**Πίνακας 2.1**  
**Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη 2010 – 2013**

Υ.ΠΕ.	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ
	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΔΑΠΑΝΕΣ
	12ΜΗΝΟΥ	12ΜΗΝΟΥ	12ΜΗΝΟΥ	12ΜΗΝΟΥ
	2010	2011	2012	2013
1 <sup>η</sup>	802,351,209.54	761,431,833.42	696,980,762.56	619,065,446.50
2 <sup>η</sup>	415,565,155.39	418,124,475.15	382,419,022.15	347,483,928.81
3 <sup>η</sup>	257,527,456.29	267,558,839.80	230,151,333.06	218,092,998.98
4 <sup>η</sup>	379,262,863.57	319,897,948.29	278,191,887.87	233,031,568.86
5 <sup>η</sup>	202,463,235.31	176,593,206.18	159,096,705.32	133,984,160.99
6 <sup>η</sup>	379,338,107.04	343,687,535.82	307,877,232.96	276,843,710.56
7 <sup>η</sup>	178,400,316.06	162,849,704.33	146,914,869.84	124,266,279.61
<b><u>ΣΥΝΟΛ</u></b>	<b><u>2,614,908,343.2</u></b>	<b><u>2,450,143,543.0</u></b>	<b><u>2,201,631,813.7</u></b>	<b><u>1,952,768,094.</u></b>
<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>1</u></b>

Πηγή : esynet.gr

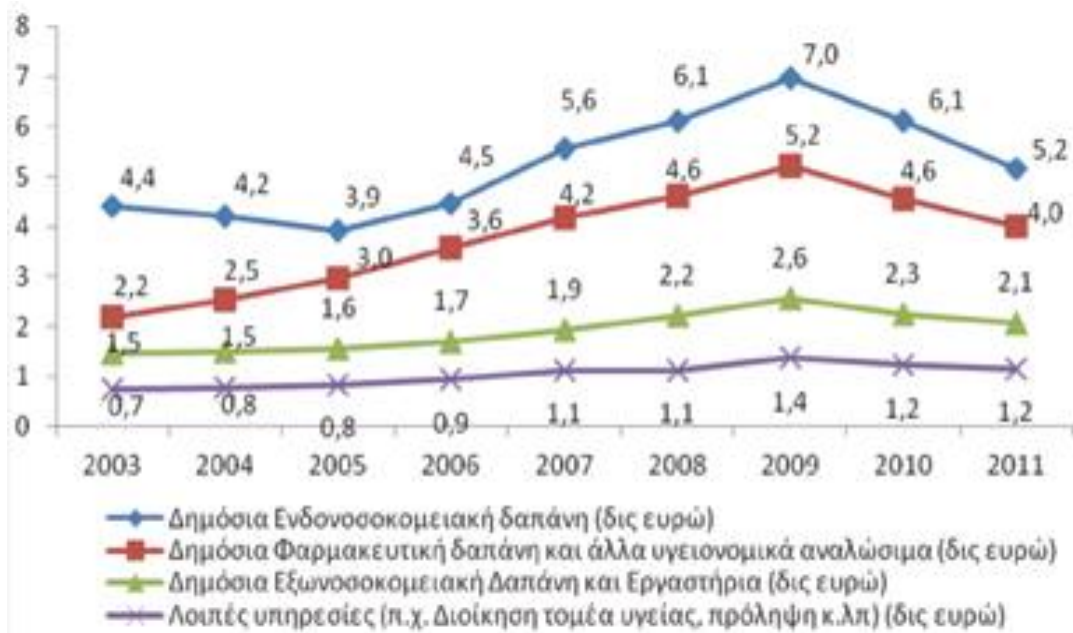
**Πίνακας 2.2**  
**Μεταβολή της Συνολικής Νοσοκομειακής Δαπάνης ανά έτος 2010 – 2013**

Υ.ΠΕ.	Μεταβολή %	Μεταβολή %	Μεταβολή %
	2010 – 2011	2011 – 2012	2012 – 2013
1 <sup>η</sup>	-5.10%	-9.25%	-12.59%
2 <sup>η</sup>	-0.25%	-8.39%	-10.05%
3 <sup>η</sup>	2.62%	-14.83%	-5.53%
4 <sup>η</sup>	-15.65%	-14.99%	-19.38%
5 <sup>η</sup>	-12.78%	-11.00%	-18.74%
6 <sup>η</sup>	-9.40%	-11.63%	-11.21%
7 <sup>η</sup>	-8.72%	-10.85%	-18.23%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>-6.56%</u></b>	<b><u>-10.97%</u></b>	<b><u>-12.74%</u></b>



### Διάγραμμα 2.1

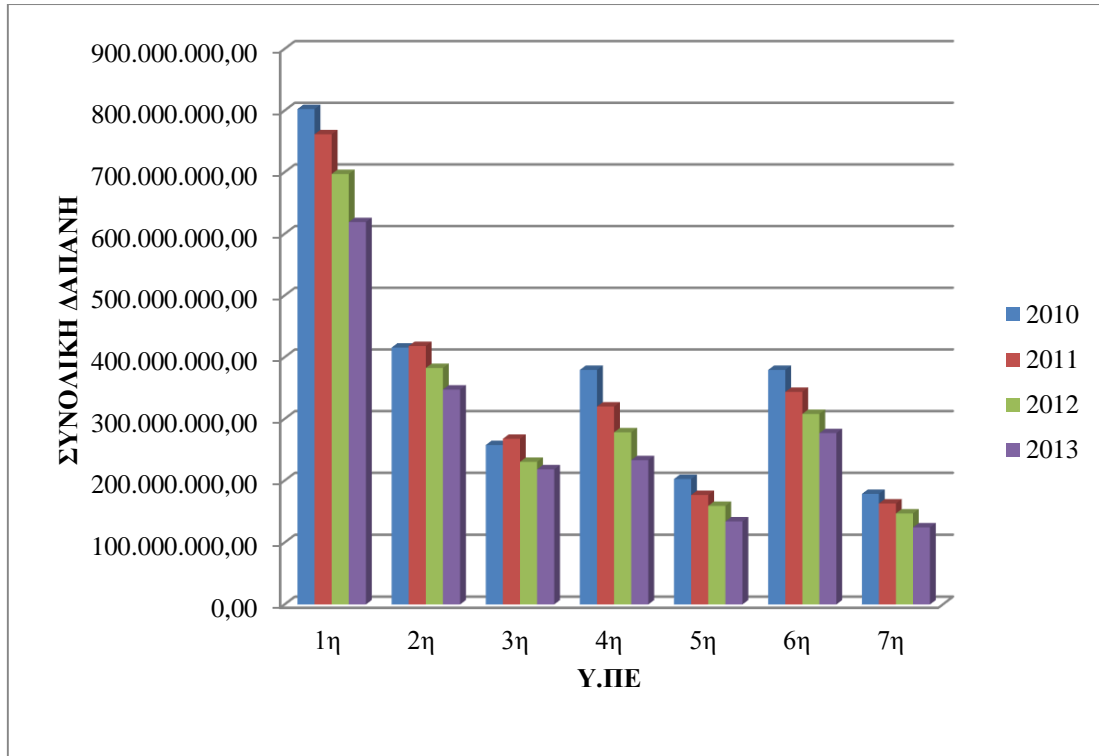
#### Δημόσια Ενδονοσοκομειακή – Φαρμακευτική – Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες σε δις €.



Πηγή : <http://diagnosispress.gr/epikerotita/telos-greek-statistics/>

**Διάγραμμα 2.2**

**Συνολική Νοσοκομειακή Δαπάνη 2010 – 2013**



## 2.7 Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο, αναφερθήκαμε στα νοσηλευτικά ιδρύματα, του Εθνικού Συστήματα Υγείας. Σύμφωνα με τον τύπο της περίθαλψης, που παρέχουν, διακρίνονται σε γενικά ή ειδικά, σε οξείας νοσηλείας ή χρόνιων παθήσεων και σε τοπικά, νομαρχιακά ή περιφερειακά. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, που παρέχουν, διακρίνονται σε ανοικτής περίθαλψης (πρωτοβάθμια – εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας) και σε κλειστής περίθαλψης (ενδονοσοκομειακή δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας).

Στη συνέχεια, έγινε αναφορά στις μορφές του κόστους και στο περιεχόμενο των νοσοκομειακών δαπανών. Πιο συγκεκριμένα, η συνολική νοσοκομειακή δαπάνη, περιλαμβάνει, το άθροισμα των δαπανών, που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν, για να λειτουργήσει, μια νοσοκομειακή μονάδα. Στις εν λόγω δαπάνες, συμπεριλαμβάνονται, οι δαπάνες για μισθοδοσία, για αμοιβές προς τρίτους (π.χ ΔΕΚΟ), για ασφάλεια, για καθαριότητα, για εστίαση, για ιματισμό, για φάρμακα, για υγειονομικό υλικό, για ορθοπεδικό υλικό, για αντιδραστήρια, για αναλώσιμα (π.χ καύσιμα, αέρια) και άλλα.

Όσον αφορά, την διαχρονική εξέλιξη, των δαπανών υγείας και συγκεκριμένα των νοσοκομειακών δαπανών, σημειώνεται μείωση, ιδιαίτερα από το 2010 μέχρι και σήμερα, ως αποτέλεσμα, κατά κύριο λόγο, της οικονομικής κρίσης που παρατηρείται στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Η ΑΝΑΘΕΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ «OUTSOURCING» ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ

#### 3.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί έχουν την τάση να αναθέτουν σε εξωτερικούς φορείς εσωτερικές λειτουργίες, στην προσπάθεια τους να ελέγξουν και να μειώσουν τα κόστη. Η κίνηση των επιχειρήσεων προς το «outsourcing» αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο, αφού ολοένα και περισσότερες επιχειρήσεις ή οργανισμοί τείνουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Το «outsourcing», δεν αποτελεί μια εφαρμογή απευθυνόμενη σε επιχειρήσεις ή οργανισμούς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Είναι ένα στρατηγικό εργαλείο που μπορεί να αξιοποιηθεί από οποιαδήποτε επιχείρηση ή οργανισμό, που επιδιώκει την αναδιοργάνωση, την μείωση των δαπανών και την αύξηση ευελιξίας. Αν και δεν αποτελεί σημερινή ανακάλυψη ή νέα ιδέα, έχουν αλλάξει οι επιταγές του και συνεχώς μεταβάλλονται.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε την έννοια και την μορφή του «outsourcing», με αναφορές στην Ελλάδα και το εξωτερικό, κυρίως όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

#### 3.2 Έννοια και Μορφή του «outsourcing»

Οι επιχειρήσεις σήμερα δεν έχουν την δυνατότητα να παράγουν τα πάντα εσωτερικά, είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο. Κατά αυτόν τον τρόπο έχει εξελιχθεί η έννοια του «outsourcing». Βέβαια, λίγο έως πολύ καθημερινά όλοι μας κάνουμε «outsourcing» και όχι μόνο οι εταιρείες. Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών δεν αποτελεί μια νέα ιδέα. Ως άτομα κάνουμε «outsourcing» σε ότι δεν μπορούμε να κάνουμε μόνοι μας ή σε οτιδήποτε είμαστε αρκετά απασχολημένοι να κάνουμε. Διαθέτοντας χρόνο και πολλές φορές υπομονή, θα μπορούσαμε να κάνουμε το service στο αυτοκίνητο μας ή να διακοσμήσουμε το χώρο μας, αλλά οι περισσότεροι από εμάς επιλέγουμε να μην το κάνουμε, αναθέτοντας την δουλειά σε ειδικούς.

Σύμφωνα με τους James and White (1996), «outsourcing» θεωρείται το συμβόλαιο συνεργασίας ανάμεσα σε έναν εξωτερικό προμηθευτή και μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό, βάσει του οποίου ο προμηθευτής δεσμεύεται να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες στην επιχείρηση ή στον οργανισμό.

Το «outsourcing» είναι η διαδικασία ανάθεσης συμβολαίου από έναν οργανισμό σε ένα εξωτερικό φορέα για την παροχή υπηρεσιών που προηγουμένως εκτελούνταν εσωτερικά από το προσωπικό του οργανισμού (Surpin and Weiderman, 1999). Υποστηρίζοντας την ανάθεση δραστηριοτήτων εκτός του πυρήνα της επιχείρησης, επιτυγχάνεται επικέντρωση στις δραστηριότητες του πυρήνα (Mullin 1996).

Έχει παρατηρηθεί βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών μέσω της ανάθεσης τους σε εξωτερικούς εξειδικευμένους συνεργάτες (Savage, 1996). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο, έδειξε ότι υπήρξε σημαντική βελτίωση (πάνω από το μέσο όρο) του επιπέδου ποιότητας των λειτουργιών που εκτελούνταν προηγουμένως με εσωτερικές διαδικασίες.

Το σύστημα υγείας και τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερες οικονομικές δυσκολίες, όσον αφορά την διαχείριση της περίθαλψης. Συνεπώς, τα στελέχη πρέπει να αντιμετωπίσουν την πρόκληση για μείωση του κόστους και των δαπανών υγείας, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε υψηλό επίπεδο.

Ένα από τα στρατηγικά εργαλεία που χρησιμοποιούν τα στελέχη της υγείας για να αντιμετωπίσουν την πρόκληση αυτή, είναι η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών (outsourcing). Τα ανώτερα στελέχη πρέπει να επιλέξουν διαχειριστές εξωτερικής ανάθεσης, που να διαθέτουν τις απαραίτητες ηγετικές ικανότητες. Η διαχείριση της εξωτερικής ανάθεσης προϋποθέτει την κατανόηση της στρατηγικής, των ωφελειών, των κινδύνων, την διαδικασία αξιολόγησης και των μεθόδων διαχείρισης. Με την κατάλληλη διαχείριση, το στρατηγικό «outsourcing» δύναται να παρέχει στα στελέχη υγειονομικής περίθαλψης τον έλεγχο του κόστους, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Ο τομέας της υγείας αποτελεί σύμφωνα με τους Brown και Wilson (2005), έναν από τους τρεις τομείς (μαζί με τα οικονομικά και τα νομικά) που εφαρμόζουν το «outsourcing» όλο και πιο συχνά, αφού την πρώτη θέση έως τώρα είχε η κατασκευαστική βιομηχανία. Οι οργανισμοί υγείας ωστόσο, επειδή θέλουν να είναι αξιόπιστοι, εξετάζουν διεξοδικά την ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς, όπως αναφέρουν οι Weick και Sutcliffe (2001). Στην πραγματικότητα, το «outsourcing» δεν αναφέρεται μόνο σε δραστηριότητες που εκτελούνταν προηγουμένως

εσωτερικά (προμήθεια) και διαφέρει από την υπεργολαβία και την σύναψη κτηριακών συμβάσεων, μακροχρόνιων σχέσεων, με υποχρέωση όχι μόνο σε μέσα αλλά και σε αποτελέσματα (Kakabadse & Kakabadse 2003).

Εξετάζοντας ένα στενό αλλά διαδεδομένο ορισμό του «outsourcing», θα λέγαμε ότι είναι «η αγορά ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας που προηγουμένως παρέχονταν από τον ίδιο τον οργανισμό ή την επιχείρηση με εσωτερικές διαδικασίες» (Lacity & Hirschheim 1993). Σύμφωνα με τον Domberger (1998, p12), ως «outsourcing» ορίζεται «η διαδικασία, κατά την οποία οι δραστηριότητες που παραδοσιακά πραγματοποιούνταν στο εσωτερικό ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης, δίδονται πλέον μέσω συμβάσεων σε εξωτερικούς προμηθευτές». Ωστόσο, ένας ευρύτερος ορισμός παρουσιάζει το «outsourcing» ως αυτό που προηγουμένως ονομαζόταν υπεργολαβία (contracting out) και ως την ανάθεση οποιασδήποτε υπηρεσίας ή δραστηριότητας σε τρίτους (Kakabadse & Kakabadse 2002).

Η επανάσταση του «outsourcing» είναι σε εξέλιξη, αφού ολοένα και περισσότερες εταιρείες μεταφέρουν τα πληροφοριακά τους συστήματα (IS), την μισθοδοσία, το προσωπικό και άλλα σε εξωτερικούς προμηθευτές.

Όταν οι «managers» ερωτούνται σχετικά με τους λόγους, για τους οποίους επιλέγουν την εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών, το πρώτο πράγμα στο οποίο αναφέρονται είναι η μείωση του λειτουργικού κόστους. Επίσης, πολύ ερωτηθέντες τείνουν να επισημαίνουν την ικανότητα να βελτιωθεί η υποστήριξη, με την πρόσβαση σε νέα τεχνολογία ή νέες αρμοδιότητες. Ωστόσο, πάντα υπάρχει το ρίσκο, όπως είναι για παράδειγμα ο μειωμένος έλεγχος και η ευελιξία, η εξάρτηση από τον προμηθευτή και η αποτυχία των υπηρεσιών (Commercial Management of Projects). Η δουλειά του «manager» είναι να βρει την πιο πρακτική, αποδοτική και οικονομική πηγή, για να υλοποιήσει μια εργασία, να παράγει ένα προϊόν ή να αναπτύξει μια ιδέα.

Τελικά, το «outsourcing» είναι μια βήμα προς βήμα διαδικασία, που εφαρμόζεται προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της επιχείρησης ή του οργανισμού. Το πρωταρχικό βήμα της διαδικασίας αυτής, είναι η στρατηγική ανάλυση. Η στρατηγική ανάλυση, αποτελεί μια ανάλυση των πόρων του οργανισμού, των δυνατών και αδύνατων σημείων του, παρέχοντας το υπόβαθρο για να λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με το τι μπορεί να ανατεθεί σε εξωτερικό φορέα και τι όχι. Ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς μπορεί να γίνει είτε σε υπηρεσίες και τμήματα, είτε σε λειτουργίες. Πιο συγκεκριμένα, το «outsourcing» μιας υπηρεσίας συμπεριλαμβάνει την ανάθεση της διοικητικής ευθύνης μιας συγκεκριμένης δραστηριότητας συνήθως ενός

τμήματος σε τρίτους. Ενώ το «outsourcing» ενός τμήματος σημαίνει την ανάθεση ευθύνης ενός ολόκληρου τμήματος στον εξωτερικό φορέα. Τέτοια παραδείγματα είναι η υπηρεσία σίτισης, ασφάλειας, καθαριότητας, ακόμα και οι εγκαταστάσεις φροντίδας των ασθενών (τμήμα επειγόντων περιστατικών). Ωστόσο, το «outsourcing» λειτουργιών αξίζει περισσότερη προσοχή. Ειδικότερα, συμπεριλαμβάνει τον διαχωρισμό μιας λειτουργίας, που ξεπερνάει τα όρια του τμήματος και την αναθέτει στον προμηθευτή. Οι λειτουργίες είναι πιο δύσκολο να προσδιοριστούν και να διαχωριστούν από ότι οι υπηρεσίες και τα τμήματα. Ένας αριθμός ανθρώπων μπορεί να μοιράζεται μια λειτουργία είτε ως επίσημη ευθύνη είτε ως ανάθεση ρόλου, για παράδειγμα η παραγγελία προμηθειών μπορεί να εμπλέκει έναν αριθμό ατόμων μέσα σε μια μονάδα.

### **3.3 Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ως στρατηγικό εργαλείο**

➤ Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών είναι ολοένα και λιγότερο συνδεδεμένη με την ελαχιστοποίηση του κόστους. Αντίθετα, χρησιμοποιείται πλέον όλο και περισσότερο ως στρατηγική κατεύθυνση, την οποία ακολουθεί ο οργανισμός. Είναι μια επιχειρηματική δραστηριότητα, για την αντιμετώπιση των προκλήσεων τόσο του παρόντος, όσο και των μελλοντικών. Με το «outsourcing» δίνεται η δυνατότητα στα στελέχη να επικεντρωθούν στα πράγματα που κάνουν καλά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποφεύγουν να κάνουν εργασίες τις οποίες θεωρούν βαρετές. Επομένως, η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών δεν αφορά μόνο την αποταμίευση ρευστού, αλλά και την μεγαλύτερη δυνατή απόδοση για μακροπρόθεσμα χρονικά διαστήματα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι προκύπτουν δυο επίπεδα «outsourcing»:

- ✓ Το Τυπικό, το οποίο αφορά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα.
- ✓ Το Στρατηγικό, το οποίο αφορά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τον Jhonson (1997) και τους Surpin και Weidermann (1999), το «outsourcing» αποτελεί ένα στρατηγικό εργαλείο για οργανωτικές αλλαγές, οι οποίες για να επιτευχθούν πρέπει να καθοδηγούνται από τα ανώτερα στελέχη του οργανισμού ή της επιχείρησης.

Αναλύοντας σήμερα το «outsourcing», για να είμαστε ειλικρινείς πρέπει να παραδεχτούμε ότι αποτελεί σαφή διχοτόμηση. Από την μια μεριά, λέγεται ότι πρέπει να

αναθέτουμε εξωτερικά οτιδήποτε δεν μπορούμε να κάνουμε εμείς καλά ή ότι δεν μας δίνει το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ή ότι δεν είναι κάτι μοναδικό για την εταιρεία μας ή ότι δεν διακινδυνεύει το μυστικό της επιτυχίας μας. Από την άλλη μεριά όμως, υποστηρίζεται ότι πρέπει να κρατάμε στον πυρήνα της επιχείρησής μας, οτιδήποτε μπορούμε να κάνουμε εμείς και μόνο εμείς καλά. Αλλά εάν η εξωτερική ανάθεση γίνει στρατηγικό εργαλείο αντί για μια απόφαση, που θα έχει μοναδικό σκοπό να φέρει ρευστό στο σύστημα, τότε σίγουρα θα αποτελέσει μια από τις βασικές ικανότητες του πυρήνα της επιχείρησής, την ικανότητα να αναθέτει υπηρεσίες εξωτερικά με επιτυχία.

➤ Ο Andrian Holcombe, ως διευθυντής τηλεπικοινωνιακών υπηρεσιών στην «Ascom Timpelex» στο Ηνωμένο Βασίλειο προειδοποιεί: «ποτέ να μην αναθέτουμε εξωτερικά ότι δεν μπορούμε να κατανοήσουμε. Ο στόχος είναι, να αναθέτουμε εξωτερικά ότι μπορούμε να κάνουμε, αλλά προτιμούμε να μην το κάνουμε» (Johnson 1997).

### **3.3.1 Πέντε τυπικοί λόγοι για «εξωτερική ανάθεση»**

Σύμφωνα με τον Johnson (1999) οι πέντε πρακτικοί λόγοι για «outsourcing» είναι :

1. Μείωση ή έλεγχος του λειτουργικού κόστους. Για αρκετό διάστημα, μοναδικός και σημαντικότερος λόγος για «outsourcing», αποτελούσε η ελαχιστοποίηση και ο έλεγχος του κόστους. Από πρόσφατη έρευνα, έχει αναφερθεί ότι εταιρείες έχουν μειώσει κατά 9 %, το κόστος μέσω της εξωτερικής ανάθεσης.
2. Διαθεσιμότητα κεφαλαίων. Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών, μειώνει την ανάγκη για διάθεση των κεφαλαίων σε επενδύσεις. Αυτό επιτρέπει την διάθεση των κεφαλαίων στους βασικούς τομείς. Επιπλέον, με το «outsourcing» μπορούν να βελτιώσουν ορισμένες οικονομικές μετρήσεις της επιχείρησης, εξαλείφοντας την ανάγκη απόδοσης ιδίων κεφαλαίων από επενδύσεις σε μη βασικούς τομείς.
3. Διαθεσιμότητα ρευστού. Εξοπλισμός, εγκαταστάσεις, οχήματα, μηχανήματα, και άδειες, που χρησιμοποιούνται για τις τρέχουσες λειτουργίες της επιχείρησης και έχουν κάποια αξία, πωλούνται στον προμηθευτή, ως κομμάτι της συναλλαγής αντί καταβολής ρευστού.
4. Πόροι μη διαθέσιμοι εσωτερικά. Οι εταιρείες, χρησιμοποιούν το «outsourcing», επειδή δεν έχουν πρόσβαση στους απαιτούμενους πόρους εσωτερικά. Για παράδειγμα, όταν ένας οργανισμός επεκτείνει τις εργασίες του, ειδικά σε μια νέα γεωγραφική



περιοχή, το «outsourcing» είναι μια ζωτική και σημαντική εναλλακτική, από το να αναπτύξει την απαραίτητη ικανότητα από το μηδέν.

5. Λειτουργίες που δεν είναι δυνατόν να διεκπεραιωθούν ή να ελεγχθούν εσωτερικά. Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών, αποτελεί σαφέστατα μια επιλογή για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιπτώσεων. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει την παραίτηση των στελεχών από την ευθύνη της διαχείρισης, ούτε έχει αποτέλεσμα, ως μια σπασμωδική κίνηση, από εταιρείες που βρίσκονται σε κίνδυνο.

### **3.3.2 Πέντε στρατηγικοί λόγοι για εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών**

1. Βελτιώνει την «συγκέντρωση» τη επιχείρησης. Με άλλα λόγια, το «outsourcing» επιτρέπει στην επιχείρηση να επικεντρωθεί σε ευρύτερα ζητήματα, έχοντας αφήσει τον εξωτερικό προμηθευτή να αναλάβει τις λειτουργικές λεπτομέρειες. Για πολλές εταιρείες ο πιο δελεαστικός λόγος για «outsourcing», είναι ότι πολλά από τα ζητήματα που χρειάζονται λύση απομυζούν τεράστιες ποσότητες πόρων και προσοχής των στελεχών.
2. Είσοδος σε δυνατότητες παγκόσμιας κλάσης. Οι εξωτερικοί συνεργάτες, φέρνουν εκτενείς πόρους παγκοσμίου κλάσης, με σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες των πελατών τους. Το να συνεργαστείς με έναν οργανισμό με δυνατότητες παγκοσμίου κλάσης, μπορεί να προσφέρει: α) πρόσβαση σε νέα τεχνολογικά εργαλεία και τεχνικές που ο οργανισμός μπορεί να μην κατέχει επί του παρόντος, β) καλύτερες προοπτικές καριέρας για το προσωπικό που θα μεταταθεί στον εξωτερικό προμηθευτή, γ) καλύτερα διαρθρωμένες μεθοδολογίες και διαδικασίες και δ) ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, διαμέσου διευρυμένων ικανοτήτων.
3. Πλεονεκτήματα επιταχυμένης αναδιάρθρωσης. Επιτρέπει στην επιχείρηση να αναγνωρίσει άμεσα τα προσδοκώμενα οφέλη της αναδιάρθρωσης, έχοντας έναν εξωτερικό οργανισμό ήδη αναδιαρθρωμένο, βάσει προτύπων παγκοσμίου κλάσης να αναλαμβάνει και να ελέγχει την διαδικασία.
4. Μοίρασμα κινδύνων. Οι επενδύσεις που κάνει ένας οργανισμός, ενέχουν τεράστια ρίσκα. Όταν οι εταιρείες κάνουν «outsourcing», αποκτούν ευελιξία και γίνονται πιο δυναμικές και ικανές να προσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες ευκαιρίες.
5. Ελεύθεροι πόροι για χρήση. Κάθε οργανισμός έχει ένα όριο διαθέσιμων πόρων. Το «outsourcing» επιτρέπει σε έναν οργανισμό, να ανακατευθύνει τους πόρους του από

δευτερεύουσες δραστηριότητες προς δραστηριότητες οι οποίες ανταποκρίνονται περισσότερο στη εξυπηρέτηση του πελάτη.

Οι ανωτέρω στρατηγικοί λόγοι για εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών, αποτελούν το κλειδί της διαδικασίας, όπως επίσης και το πάθος για αλλαγή μέσα στον οργανισμό.

### **3.4 Ειδική Αναφορά Στον Χώρο Της Υγείας**

Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί όπως και οι επιχειρήσεις, εφαρμόζουν το «outsourcing» εδώ και δεκαετίες, αναθέτοντας εξωτερικά υπηρεσίες όπως σίτιση και καθαριότητα. Σήμερα, λόγω της διαρκούς προσπάθειας για μείωση του υγειονομικού κόστους, οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιώντας ειδικά προγράμματα, στρέφονται προς το «outsourcing», προκειμένου να διατηρήσουν ή και να βελτιώσουν το επίπεδο παροχής υπηρεσιών, αντιμετωπίζοντας παράλληλα την τρέχουσα οικονομική πραγματικότητα. Επιπλέον, οι διοικητές δεν έχουν ούτε το χρόνο ούτε το προσωπικό ώστε να ελέγχουν ενδελεχώς το κάθε τμήμα του οργανισμού. Όταν λοιπόν το «outsourcing» γίνεται σωστά, οι οργανισμοί υγείας έχουν την δυνατότητα να το χρησιμοποιήσουν για να μετατρέψουν τους υπάρχοντες πόρους σε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Συχνά, το περιεχόμενο των αποφάσεων για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς είναι η αλλαγή του οργανισμού. Ακόμα και οι τομείς με χαμηλή μεταβλητότητα όπως ο τομέας της υγείας, έχουν ταραχώδεις περιόδους, ως αποτέλεσμα των αλλαγών στους κανονισμούς, των πιο πληροφορημένων και απαιτητικών ασθενών καθώς και του διευρυμένου δικτύου μιας μεγαλύτερης προσφοράς φροντίδας (Goepfert, 2002). Σε αυτό το επιχειρηματικό περιβάλλον, οι οργανισμοί υγείας υιοθετούν λύσεις ανάθεσης υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς, για τους ίδιους λόγους που γίνεται και σε άλλους τομείς, επιδιώκοντας αποτελεσματικότητα, ποιότητα και κέρδη (Quinn & Hilmer, 1994).

Τα νοσοκομειακά ιδρύματα θεωρούν την εξωτερική ανάθεση ως απάντηση στη ζήτηση που έχει δημιουργηθεί, από παράγοντες όπως οι πιέσεις των αγορών, οι απαιτήσεις των MCOs<sup>1</sup>, οι συγχωνεύσεις και οι επεκτάσεις καθώς και από τον ανταγωνισμό μέσα στην βιομηχανία της υγείας. Βλέπουμε, ότι οι πιέσεις των αγορών έχουν οδηγήσει στην αύξηση των παραδοσιακά «outsourced» υπηρεσιών αλλά και στην ταχεία αύξηση ανάθεσης σε εξωτερικούς φορείς και κλινικών υπηρεσιών. Λόγω της

---

<sup>1</sup> Managed Care Organizations: Είναι οι Οργανισμοί που χρησιμοποιούν μια ποικιλία από τεχνικές που αποσκοπούν στην μείωση του κόστους των παροχών υγείας και την βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

ανάπτυξης του συστήματος υγείας, τα νοσοκομειακά ιδρύματα δημιουργούν σχέσεις καλής συνεργασίας με τους οργανισμούς διαχείρισης της περίθαλψης (MCOs), αλλιώς κινδυνεύουν να χάσουν μερίδιο της αγοράς. Όσον αφορά τις συγχωνεύσεις, παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του «outsourcing». Τις περισσότερες φορές τα νοσοκομεία που προχωρούν σε συγχώνευση, έχουν ήδη ανεπτυγμένο ένα κέντρο εξειδίκευσης (για παράδειγμα το νοσοκομείο Α' με εξειδίκευση στη στεφανιαία νόσο συγχωνεύεται με το νοσοκομείο Β' με εξειδίκευση τη μαιευτική). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τη διαμάχη μεταξύ τους για το ποιο πληροφοριακό σύστημα θα συνεχίσει να λειτουργεί (ο κάθε οργανισμός θα προτείνει το ήδη γνωστό σε αυτόν σύστημα). Εδώ βοηθάει η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών, που στο συγκεκριμένο παράδειγμα αφορά στα πληροφοριακά συστήματα των οργανισμών (IS), αποφασίζοντας αντικειμενικά αποτρέπει την αντιπαράθεση. Επιπλέον, το IS «outsourcing» παρέχει στους συγχωνευμένους οργανισμούς τις δεξιότητες αιχμής που απαιτούνται, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση ανθρώπινων πόρων (highly skilled IS professionals) που θα είναι αναγκαίοι κατά την συγχώνευση, όταν η μετάβαση σε ένα ενοποιημένο σύστημα βρίσκεται στο αποκορύφωμα της, αλλά περιττοί όταν πια το σύστημα αυτό εδραιωθεί. Τέλος, ο ανταγωνισμός στη βιομηχανία της υγείας προκαλεί από την μια πλευρά μικρή απώλεια στους μεγάλους οργανισμούς και από την άλλη αδυναμία επιβίωσης στους μικρούς, αναγκάζοντας τους είτε να συγχωνευτούν με μεγαλύτερους οργανισμούς είτε να προβούν σε συμβόλαια διαχείρισης της περίθαλψης (Managed Care Contracts)

Η δομή των οργανισμών υγείας εξελίσσεται καθώς σταματούν να παρέχουν όλες τις υπηρεσίες και επιδιώκουν να παρέχουν μόνο προσεκτικά επιλεγμένες κλινικές υπηρεσίες. Η ανερχόμενη αυτή δομή επιβάλλει ένα δίκτυο υπηρεσιών που εκτελείται από οντότητες, οι οποίες ενεργούν σαν αυτόνομες μονάδες, με μεγαλύτερη ευελιξία και προσαρμοστικότητα σε σύγκριση με μονάδες που διοικούνται από πιο γραφειοκρατικές και μονολιθικές οντότητες. Κατά συνέπεια, αυξάνεται δραματικά η ικανότητα του οργανισμού να ανταποκρίνεται στις συνεχείς μεταβολές.

Σύμφωνα με τους Yang & Huang (2002), εντοπίζονται τέσσερις επιτακτικές ανάγκες, για την ανάπτυξη του «outsourcing» στον τομέα της υγείας :

1. Οργανωτική
2. Στρατηγική
3. Κανονιστική
4. Τεχνολογική.

Ακόμη σύμφωνα με τον Liu (2007), οι αποφάσεις για «outsourcing» στην υγεία, πρέπει να βασίζονται :

1. στο είδος της δραστηριότητας (τμηματική ή ολοκληρωτική περισσότερο ή λιγότερο συσταλή),
2. στον τύπο του συμβολαίου (κλασσικό ή σχεσιακό),
3. στην διάρκεια του συμβολαίου (εξαρτάται από τον τύπο του συμβολαίου και την διαδικασία επιλογής του παρόχου),
4. στον προσδιορισμό των απαιτήσεων απόδοσης (δείκτες διαδικασίας και αποτελεσμάτων),
5. στους μηχανισμούς πληρωμής.

### **3.4.1 Κλινικές και μη κλινικές υπηρεσίες**

Ένας νοσοκομειακός οργανισμός για να αναθέσει υπηρεσίες σε εξωτερικό φορέα, πρέπει να προβεί σε υπολογισμούς, ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας που πρόκειται να αναθέσει.

Ειδικότερα, εάν πρόκειται για την εκτίμηση της ζήτησης μη κλινικών υπηρεσιών, λαμβάνονται υπόψη ιστορικές πληροφορίες του τμήματος που μπορούν να συνδεθούν με τους δείκτες του μελλοντικού επιπέδου των υπηρεσιών, με σκοπό να προβληθεί η ζήτηση. Για παράδειγμα, οι απαιτήσεις σε ένα τμήμα ιματισμού εξαρτώνται από το πόσο συχνά αλλάζει ο ασθενής, καθώς και από τις ημέρες της νοσηλείας του. Αυτή η απλή φόρμουλα μπορεί να εφαρμοστεί σε ποικίλες περιπτώσεις, υπό την προϋπόθεση ότι είναι διαθέσιμος ένας κατάλληλος δείκτης όγκου.

Για την εκτίμηση της ζήτησης κλινικών υπηρεσιών, πρέπει να γίνουν υπολογισμοί για τις ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Τα δύο εργαλεία-κλειδιά για την πρόβλεψη του επιπέδου ζήτησης, είναι η χρήση ποσοστών και το μερίδιο της αγοράς. Για να υπολογιστούν τα μεγέθη αυτά, προτείνεται συλλογή οικονομικών πληροφοριών τουλάχιστον δύο ή τριών ετών, με σκοπό να εξαλειφθούν τυχόν ασυνήθιστα διακυμάνσεις που προέκυψαν εξαιτίας μεμονωμένων περιστατικών.

### **3.4.2 Στρατηγικός σχεδιασμός «outsourcing» στην υγεία**

Η διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού, πρέπει να ξεκινήσει με τον καθορισμό ενός στρατηγικού σχεδίου. Οι οργανισμοί υγείας χρησιμοποιούν στρατηγικά σχέδια, προκειμένου να εξασφαλίσουν τη συνέπεια στην λήψη των αποφάσεων και να διαθέσουν τους πόρους αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Το στρατηγικό πλάνο αναλύει την τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού και παρουσιάζει με διαγράμματα ένα επίσημο πρόγραμμα, για την καθοδήγηση της μελλοντικής εξέλιξης του. Δηλώνει τον αρχικό σκοπό ύπαρξης του οργανισμού, τους στόχους της αποστολής του, τους στόχους συγκριμένων τμημάτων και τις τακτικές για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί. Το στρατηγικό πλάνο αναφέρει επίσης, ποικίλες δυνάμεις της αγοράς που μπορούν να επηρεάσουν την επιτυχή λειτουργία της υγειονομικής περίθαλψης σε βάθος χρόνου. Περιλαμβάνει επιπλέον, την ιεράρχηση του κεφαλαίου, την κατεύθυνση της διαχείρισης και την ανάθεση ευθυνών στους εργαζόμενους (Keen & Knapp 1995). Μέσα από το στρατηγικό πλάνο πρέπει να αναγνωρίζεται ο δυνητικός ρόλος του «outsourcing» για την επίτευξη των ζητούμενων του οργανισμού και να τίθενται συγκεκριμένοι στόχοι για τα τμήματα που είναι υποψήφια για εξωτερική ανάθεση. Το στρατηγικό πλάνο πρέπει να αξιολογεί εάν οι προμηθευτές υπηρεσιών «outsourcing», πληρούν τις προδιαγραφές των στόχων του οργανισμού, εάν μπορούν να ανταποκριθούν σε τυχόν αλλαγές και εάν μπορούν να εντοπίσουν μελλοντικές ανάγκες του οργανισμού, με αποτελεσματικότητα.

Τελικά, θα πρέπει να περιγράφει τα συγκεκριμένα βήματα που πρέπει να πραγματοποιηθούν, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του «outsourcing» και να παρέχει λεπτομερή πληροφόρηση για την ετήσια κατανομή του κεφαλαίου.

### 3.4.3 Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ως στρατηγικό εργαλείο στην υγεία

Το «outsourcing» παίζει σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας, βοηθώντας τους οργανισμούς να διατηρήσουν τον στρατηγικό τους σκοπό και αναγκάζοντας τους να εντοπίσουν και να ενισχύσουν τις διακριτές αρμοδιότητες. Ένας οργανισμός, πρέπει να αναπτύξει και να διατηρήσει μια ισορροπία, ανάμεσα στο όραμα και τους διαθέσιμους πόρους του. Για να μετατραπεί το όραμα σε πραγματικότητα, ο οργανισμός, πρέπει να αναπτύξει τους οικονομικούς του πόρους. Το στρατηγικό «outsourcing» μπορεί να παρέχει τα μέσα για να εκπληρωθεί αυτό το όραμα, μειώνοντας τα γενικά κόστη και ελευθερώνοντας διαθέσιμους πόρους, ώστε να χρησιμοποιηθούν για να ενισχυθούν οι διακριτές αρμοδιότητες που καθορίζουν πιο ξεκάθαρα το ρόλο του οργανισμού στο χώρο της υγείας.

Η υγειονομική περίθαλψη είναι μια από τις μεγαλύτερες βιομηχανίες παγκοσμίως. Η κύρια λειτουργία της είναι η διάγνωση και η θεραπεία των ασθενών. Για τον λόγο αυτό έχει δύο πρωταρχικούς στόχους. Πρώτον, την άριστη φροντίδα των ασθενών και δεύτερον την μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας του προσωπικού. Τα μέλη του προσωπικού ωστόσο, συχνά καλούνται να αντεπεξέλθουν σε αρμοδιότητες ευρύτερης κλίμακας. Ως εκ τούτου, ο οργανισμός πρέπει να κατορθώσει να εξισορροπήσει τα καθήκοντα περίθαλψης και μη-περίθαλψης, χωρίς να μειώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ένας από τους τρόπους που μπορεί να επιτευχθεί η προαναφερθείσα ισορροπία, είναι η τεχνολογία πληροφοριών (IT<sup>2</sup> Service), συμβάλλοντας συγχρόνως στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Για αυτό το λόγο, οι περισσότεροι νοσοκομειακοί οργανισμοί, βασίζονται σε αυτήν ως απαραίτητο λειτουργικό στοιχείο. Ο πάροχος «IT Service» θα εισάγει τις καλύτερες πρακτικές λύσεις (best practices), με αποτέλεσμα την βελτίωση του επιπέδου των υπηρεσιών που παρέχονται, όχι μόνο στον τομέα της πληροφορικής αλλά και σε ολόκληρο τον οργανισμό. Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα του Garther (White Paper, 2012), οι υγειονομικοί οργανισμοί περίθαλψης σχεδιάζουν να αυξήσουν τις εταιρικές δαπάνες για τα επόμενα δύο χρόνια στους εξής τομείς – κλειδιά :

---

<sup>2</sup> Information Technology: Είναι η εφαρμογή των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και του Τηλεπικοινωνιακού Εξοπλισμού για την αποθήκευση, την ανάκτηση, την μετάδοση και την διαχείριση των δεδομένων συχνά στο πλαίσιο μιας επιχείρησης ή άλλης εταιρείας.

1. ανάπτυξη εφαρμογών (EMR, Σύστημα Διαχείρισης Εργαστηριακών Πληροφοριών, Λογισμικό Κ.Α),
2. διαχείριση επιχειρησιακών διαδικασιών,
3. αποθήκευση,
4. διοίκηση επιχειρήσεων,
5. ασφάλεια,
6. δίκτυα,
7. και διαχείριση πελατειακών σχέσεων.

#### **3.4.4 Μέθοδος στρατηγικής ανάλυσης**

Ένας νοσοκομειακός οργανισμός προτού εισάγει ένα συμβόλαιο εξωτερικής ανάθεσης υπηρεσιών, πρέπει να έχει διεξάγει μια στρατηγική ανάλυση. Το πρώτο βήμα είναι να σχηματιστεί μια ομάδα σχεδιασμού και μια ομάδα εργασίας. Η ομάδα σχεδιασμού, καθορίζει και φέρνει εις πέρας το όραμα του οργανισμού και η ομάδα εργασίας καθορίζει τους στόχους και αναγνωρίζει τους υποψήφιους για «outsourcing». Στη συνέχεια, ο οργανισμός καθορίζει τους στόχους του, αναγνωρίζει τις διακριτές του αρμοδιότητες, ταξινομεί και υπολογίζει τις υποψήφιες υπηρεσίες/λειτουργίες ή τα υποψήφια τμήματα για ανάθεση σε εξωτερικούς φορείς.

Ακολουθούν συνοπτικά τα βήματα της στρατηγικής ανάλυσης «outsourcing» :

1. Σχηματισμός μιας ομάδα σχεδιασμού.
2. Σχηματισμός μιας ομάδα εργασίας.
3. Προσδιορίζονται οι διακριτές αρμοδιότητες.
4. Καθορίζονται οι στόχοι για «outsourcing».
5. Προσδιορίζονται οι υποψήφιες υπηρεσίες για «outsourcing» .

#### **3.4.5 Στρατηγικοί λόγοι για «outsourcing» στην υγεία**

Οι πρωταρχικοί στρατηγικοί λόγοι για «outsourcing» είναι η βελτίωση των διακριτών αρμοδιοτήτων και η επιτυχία ανταγωνιστικής διαφοράς. Όσον αφορά τον πρώτο λόγο, οι νοσοκομειακοί οργανισμοί πρέπει να αναγνωρίσουν τους τομείς εξειδίκευσης που είναι εγγενείς στην επιτυχία των ιδρυμάτων τους και να διατηρήσουν τον έλεγχο τους. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διαχωρίσουν τις υπηρεσίες ζωτικής σημασίας που πρέπει

να παρέχονται από το εσωτερικό του οργανισμού, από τις λιγότερο σημαντικές υπηρεσίες που μπορούν να τις αναθέσουν σε εξωτερικούς φορείς. Επιτρέποντας στους εξωτερικούς φορείς να λαμβάνουν την ευθύνη για τις λεπτομέρειες ποικίλων καθημερινών λειτουργικών δραστηριοτήτων, το «outsourcing» ελευθερώνει εσωτερικούς πόρους, ώστε ο νοσοκομειακός οργανισμός να μπορεί να τελειοποιήσει και να βελτιώσει τις διακριτές του αρμοδιότητες.

Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών, δίνει την δυνατότητα στα στελέχη να ανταποκρίνονται ακαριαία στις αλλαγές της αγοράς που επηρεάζουν τους οργανισμούς. Μειώνοντας απευθείας τις καθημερινές ευθύνες συγκεκριμένων λειτουργιών μέσω του «outsourcing», τα στελέχη είναι πιθανότερο να ανταποκριθούν στην αλλαγή της δυναμικής της αγοράς, εισάγοντας νέα προγράμματα. Η αναγνώριση ευκαιριών είναι πιθανότερη όταν τα στελέχη δεν επιβαρύνονται με την ευθύνη των καθημερινών υπηρεσιών οι οποίες μπορούν να εκτελούνται από ένα εξωτερικό συνεργάτη.

### **3.4.6 Πλεονεκτήματα «outsourcing» στην υγεία**

Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών μπορεί να υποστηρίξει και τους ελιγμούς της αγοράς αλλά και τις αρμοδιότητες του πυρήνα ενός οργανισμού.

Οι ελιγμοί της αγοράς αποτελούν το στρατηγικό εργαλείο για να μπορέσει ο οργανισμός να εκμεταλλευτεί τις συνθήκες της αγοράς. Σε μια συνεχώς μεταβαλλόμενη αγορά τα στελέχη των υπηρεσιών υγείας μπορούν χρησιμοποιήσουν το «outsourcing», για να αυξήσουν την ευελιξία του οργανισμού και να αντιδράσουν στις ευκαιρίες της αγοράς, όταν αυτές προκύπτουν. Η εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών μπορεί επιπλέον να μειώσει τα προβλήματα που σχετίζονται με τις κυμαινόμενες ανάγκες του προσωπικού. Οι ελιγμοί στην αγορά μπορούν να εφαρμοστούν με μεγαλύτερη επιτυχία, όταν οι πάροχοι και οι χορηγοί μοιράζονται ρίσκα και οφέλη. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τους παρακάτω τρόπους :

- *Ευέλικτος σχεδιασμός.* Το «outsourcing» επιτρέπει στους οργανισμούς υγείας να είναι ευέλικτοι στο σχεδιασμό και να επικεντρώνονται γρήγορα σε νέες πρωτοβουλίες. Οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας πρέπει να προβλέψουν τις αλλαγές της αγοράς και να ανταποκριθούν.
- *Εξάλειψη των προβλημάτων στελέχωσης σε περιόδους αιχμής.* Αναθέτοντας εξωτερικά μια υπηρεσία της οποίας η ζήτηση αυξομειώνεται δραματικά μπορεί να εξαλείψει την



ανάγκη προσωπικού πλήρους απασχόλησης κατά τη διάρκεια περιόδων χαμηλής ζήτησης, διατηρώντας ωστόσο επαρκή αριθμό προσωπικού σε περιόδους αυξημένης ζήτησης.

- *Συμμετοχή σε ρίσκα και οφέλη.* Οι οργανισμοί υπηρεσιών μπορούν δημιουργήσουν συνεργασίες με χορηγούς «outsourcing», κατά τις οποίες το ρίσκο των νέων υπηρεσιών θα είναι μοιρασμένο. Με τον τρόπο αυτό και οι δυο πλευρές προσηλώνονται στην σκληρή δουλειά που απαιτείται για να δημιουργηθεί μια επιτυχημένη συνεργασία από την οποία και οι δυο θα έχουν όφελος.

Αντίστοιχα, οι αρμοδιότητες του πυρήνα είναι ένα υψηλά επικεντρωμένο μείγμα ικανοτήτων και τεχνολογιών το οποίο καθιστά δυνατό για την εταιρεία να παράγει ποιοτικές υπηρεσίες. Τα στελέχη των υπηρεσιών υγείας μπορούν να επικεντρωθούν πιο αποτελεσματικά στις δικές τους διακριτές αρμοδιότητες, επιτρέποντας στους χορηγούς του «outsourcing» να αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση την διαχείριση. Αυτό απαλλάσσει τα στελέχη από την συνεχή ανάγκη να λαμβάνουν αποφάσεις και να αντιμετωπίζουν πλήθος θεμάτων που απαιτούν προσοχή. Επιπλέον, μπορούν να ελευθερωθούν πόροι οι οποίοι να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση και την υποστήριξη των δραστηριοτήτων του πυρήνα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί ακολουθώντας τα εξής :

- *Απόκτηση τεχνικής εμπειρογνομosύνης.* Οι τεχνικοί εμπειρογνώμονες μπορούν να βοηθήσουν τα στελέχη να πάρουν τις καλύτερες αποφάσεις για την απόκτηση του κατάλληλου εξοπλισμού, ώστε το κάθε τμήμα να παραμένει επίκαιρο στις τεχνολογικές εξελίξεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει ένα τμήμα με συνεχώς εξελισσόμενη τεχνολογία, όπως αυτό της ραδιολογίας.
- *Εστιάζοντας στην αριστεία.* Πολλά στελέχη θεωρούν ότι οι εταιρίες μπορούν να επωφεληθούν από την εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών επειδή ο προμηθευτής των υπηρεσιών αυτών, είναι επικεντρωμένος στο να διατηρεί την εξειδίκευση στον τομέα που αναλαμβάνει.
- *Μείωση κόστους.* Το «outsourcing» μπορεί να επιφέρει την μείωση του κόστους, επειδή ο εξωτερικός προμηθευτής συνήθως έχει χαμηλότερα κόστη, ως αποτέλεσμα των οικονομιών κλίμακας<sup>3</sup>. Κάποιες από τις συμφωνίες εξωτερικής ανάθεσης υπηρεσιών, μπορούν επίσης να εξαλείψουν τα εσωτερικά κόστη διαχείριση και

---

<sup>3</sup>Οικονομίες Κλίμακας : Είναι ό όρος των οικονομικών, που αναφέρεται στη μείωση του κόστους που επιτυγχάνει μια επιχείρηση αυξάνοντας την ποσότητα του παραγόμενου προϊόντος και χαρακτηρίζει την παραγωγή ενός οποιουδήποτε προϊόντος.

συντήρησης και να ελευθερώσουν χώρο των εγκαταστάσεων, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο επικερδώς.

- *Μείωση του απαιτούμενου κεφαλαίου.* Κάνοντας «outsourcing» σε υποστηρικτικές υπηρεσίες, ο οργανισμός μπορεί να ανακατευθύνει τα κεφάλαια που απαιτούνται για αγορές/αποκτήσεις απεικονιστικού ή κινητού ιατρικού εξοπλισμού.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι υπηρεσίες χρεώσεων που αναθέτουν τα νοσοκομεία σε εξωτερικούς φορείς στην Αμερική. Σύμφωνα με άρθρο του Tom Lowery (Huffington Post, 2013) τα βασικά πλεονεκτήματα τέτοιων συνεργασιών είναι η μείωση της δυσaréσκειας των ασθενών, η δημιουργία μιας οικονομικά σταθερής βάσης, οι προβλέψιμες ταμειακές ροές και τα αυξημένα καθαρά έσοδα χωρίς να θυσιάζεται πολύτιμος χρόνος, χρήμα και πόροι από τον πυρήνα του οργανισμού. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες αυτές χρεώνουν τον νοσοκομειακό οργανισμό με ποσοστά βάσει των εσόδων που θα προσκομίσουν. Επιπλέον, εξοικονομεί πόρους που θα δαπανούσε για την εκπαίδευση, την μισθοδοσία, τα «benefits», την ασφάλιση και την συνταξιοδότηση του προσωπικού που θα χρειαζόταν να προσλάβει για να παρέχονται οι συγκεκριμένες υπηρεσίες, αφού οι εξωτερικοί συνεργάτες διαθέτουν άρτια εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Οι εταιρείες αυτές συμβαδίζουν με τους τελευταίους νόμους για το Σύστημα Υγείας και έτσι ο οργανισμός διασφαλίζει ότι εφαρμόζονται όλες οι νόμιμες διαδικασίες, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική πρακτική ιατρικής χρέωσης. Για τους ασθενείς (ασφαλισμένους και ανασφάλιστους), σημειώνονται εξίσου σημαντικά πλεονεκτήματα αφού με τις υπηρεσίες αυτές αποφεύγουν την δυσάρεστη για όλους γραφειοκρατία, ενώ για όσους δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη έχουν προβλεφθεί ωφέλιμες εναλλακτικές παροχές.

### **3.4.7 Μειονεκτήματα «outsourcing» στην υγεία**

Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς δεν έχει μόνο πλεονεκτήματα αλλά έχει και μειονεκτήματα, τα οποία εάν δεν προληφθούν ή αντιμετωπιστούν κατάλληλα μπορεί να αποβούν μοιραία για την πορεία την συνεργασίας αλλά και για την απόδοση της επιχείρησης. Τα μειονεκτήματα μπορεί να είναι τόσο καταστροφικά που πολλές εταιρείες έχουν αναγκαστεί να ακυρώσουν ολοκληρωτικά την σύμβαση με τον πάροχο με τεράστιο κόστος. Πιο συχνά τα προβλήματα αυτά πηγάζουν από συγκρούσεις/διαφωνίες που σχετίζονται με θέματα που συμπεριλαμβάνονται ή διευκρινίζονται στην σύμβαση.

1. Χρεώσεις εκτός σύμβασης (The Nickel and Dime Syndrome). Επειδή είναι αδύνατο να προβλεφθούν με λεπτομέρεια όλες οι υπηρεσίες και η ακριβής ποσότητα που θα απαιτηθεί είναι αναπόφευκτο ότι η επιχείρηση-πελάτης θα ζητήσει επιπλέον υπηρεσίες από αυτές που αναφέρονται στο αρχικό συμβόλαιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο εξωτερικός φορέας να χρεώνει τις επιπλέον υπηρεσίες που του ζητείται να παράσχει. Αυτό συνεχίζεται έως τη στιγμή που τα έξοδα του «outsourcing» αυξάνονται σε τόσο σημαντικό βαθμό ώστε να απασχολήσουν την διοίκηση. Το «outsourcing» γίνεται ξαφνικά κόστος αντί όφελος για την επιχείρηση ή τον οργανισμό και δεν μοιάζει πια με δελεαστική στρατηγική κίνηση για ανάπτυξη. Πρέπει ακόμη να γίνει κατανοητό ότι με την πάροδο του χρόνου το κόστος των υπηρεσιών μπορεί να αυξηθεί χωρίς απαραίτητα να αλλάξει το είδος ή η ποσότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τον εξωτερικό φορέα, λόγω εξόδων συντήρησης ή αναβάθμισης του εξοπλισμού ή παρόμοιων συνθηκών.
2. Προβλήματα διακοπής συμβολαίου. Το συμβόλαιο πρέπει να προβλέπει την λύση του συμβολαίου για οποιοδήποτε λόγο, χωρίς σημαντικές οικονομικές απώλειες. Κάποιες επιχειρήσεις έχουν βρεθεί αντιμέτωπες με δαπανηρές αποχωρήσεις από συμβάσεις με εξωτερικούς φορείς.
3. Απώλεια ελέγχου. Από την στιγμή που αναλαμβάνει ο εξωτερικός φορέας να παράσχει μια υπηρεσία, είναι πολύ εύκολο να χαθεί ο έλεγχος από την μεριά της επιχείρησης, ιδιαίτερα όταν δεν συστεγάζονται.
4. Γραφειοκρατία. Οι περισσότερες επιχειρήσεις έχουν την ιδέα ότι με την εξωτερική ανάθεση των πληροφοριακών τους συστημάτων (IS)<sup>4</sup> θα γλυτώσουν την γραφειοκρατία. Η αλήθεια όμως, είναι ότι η γραφειοκρατία παραμένει και ο εξωτερικός φορέας την χρησιμοποιεί ως αμυντικό μηχανισμό προστατεύοντας τα κέρδη του.
5. Απώλεια εξειδίκευσης. Οι περισσότερες επιχειρήσεις που δίνουν για εξωτερική ανάθεση μέρος ή το σύνολο των πληροφοριακών τους συστημάτων, καταλήγουν να μεταθέτουν το εσωτερικό προσωπικό τους που προηγουμένως έκανε αυτή τη δουλειά. Η απώλεια αυτή που αντιστοιχεί σε απώλεια γνώσης και εξειδίκευσης προκαλεί ανησυχία στις επιχειρήσεις. Χάνοντας το ικανό προσωπικό τους, θα είναι εξαιρετικά

---

<sup>4</sup>Πληροφοριακά Συστήματα : Είναι το σύνολο των διαδικασιών, του ανθρώπινου δυναμικού και των αυτοματοποιημένων υπολογιστικών συστημάτων που προορίζεται για την συλλογή, την εγγραφή, την ανάκτηση, την επεξεργασία, την αποθήκευση και την ανάλυση πληροφοριών. Τα συστήματα αυτά μπορεί περιλαμβάνουν λογισμικό, υλικό και τηλεπικοινωνιακό σκέλος.

δύσκολο να ανακτήσουν την ικανότητα για εσωτερική περαιώση των υπηρεσιών αυτών στο μέλλον. Ενώ επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος ότι υπό τον νέο εργοδότη (outsourcer) οι εξειδικευμένοι εργαζόμενοι θα αξιοποιηθούν προς όφελος των ανταγωνιστών.

6. Τέλος, σημαντικός λόγος αποτυχίας του «outsourcing» είναι ότι μεταξύ της επιχείρησης και του εξωτερικού φορέα εντοπίζεται μικρής έκτασης σύγκρουση συμφερόντων. Αυτό συμβαίνει επειδή από την μια πλευρά ο σκοπός της επιχείρησης είναι να εξυπηρετηθούν οι επιχειρηματικές ανάγκες της και από την άλλη ο σκοπός του εξωτερικού φορέα είναι το κέρδος.

Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προσθέσει η μελέτη των Lonsdale και Andrew (1998), ως ρίσκα: την απώλεια των δραστηριοτήτων του πυρήνα, την μόχλευση που μπορεί να υποστεί από τον προμηθευτή, την απώλεια στρατηγικής ευελιξίας, την διακοπή παροχής υπηρεσιών, την απολαβή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας, την πτώση του ηθικού των εργαζομένων, την απώλεια εγρήγορσης στο εσωτερικό, την διαρροή εμπιστευτικών στοιχείων-πληροφοριών καθώς και την απώλεια των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Boyne (1998), υπάρχουν δυσκολίες ακόμα και στο να γίνουν αξιόπιστες συγκρίσεις ανάμεσα στις συμφωνίες για «outsourcing» και τις λειτουργίες που γίνονται εσωτερικά στον οργανισμό, αυτό συνήθως συμβαίνει λόγω της εμπορικής ευαισθησίας των δεδομένων. Οι διαδικασίες της συγκριτικής αξιολόγησης που στοχεύουν να αξιολογήσουν τα υλικά και άυλα κόστη και τα πλεονεκτήματα των διαφορετικών συμφωνιών, μπορεί να είναι έντονα επηρεασμένες από τους τοπικούς κανόνες και αξίες (Deakin and Walsh, 1996)

### 3.4.8 Αντιμετώπιση προβλημάτων της ανάθεσης υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς

1. Ο εξωτερικός φορέας που θα επιλέξουμε πρέπει να έχει αποδεδειγμένη εμπειρία στον χώρο που δραστηριοποιούμαστε και διεξοδική κατανόηση της επιχειρηματικής διαδικασίας της επιχείρησής μας.
2. Πρέπει ακόμη να είναι ανοικτή ως εναλλακτική η λύσης της σύμβασης χωρίς ανεπιθύμητες συνέπειες για την επιχείρηση.
3. Πρέπει να διασφαλίζονται τα δικαιώματα του πρωτογενή κώδικα των εφαρμογών που αναπτύσσονται μέσα στην επιχείρηση.
4. Τονίζεται ότι το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί από τον εξωτερικό φορέα δεν πρέπει να τροποποιηθεί, ώστε σε περίπτωση που λυθεί η σύμβαση, ο επόμενος φορέας στον οποίο θα απευθυνθεί η επιχείρηση να μπορεί να μπορεί να το επεξεργαστεί.
5. Τα πάντα βασίζονται σε ένα καλά σχεδιασμένο και λεπτομερέςτατο συμβόλαιο. Ο νομικός σύμβουλος της εταιρείας, είναι ο ιδανικός σύμβουλος για τέτοιες περιπτώσεις.
6. Πρέπει να έχουμε εξ' αρχής καθορίσει με ακρίβεια όλες τις παραμέτρους της απόδοσης αλλά και τις ποινές για την μη ανταπόκριση τους.
7. Από την αρχή της συνεργασίας πρέπει να εδραιωθεί μια καλά σχεδιασμένη αναφορική δομή με την οποία ο εξωτερικός φορέας θα ενημερώνει την επιχείρηση για την πορεία και την απόδοση των υπηρεσιών.

Ένα **συμβόλαιο** ανάθεσης υπηρεσιών σε εξωτερικό φορέα θα πρέπει σύμφωνα με τον Surpin (1999) να περιλαμβάνει τα ακόλουθα :

- Τη βασική δομή.
- Την αμοιβή των υπηρεσιών που παρέχονται.
- Την αύξηση τιμών.
- Τα κριτήρια απόδοσης.
- Τα κριτήρια τις ποινές.
- Μεταβατικά σχέδια.
- Σχέδια έκτακτης ανάγκης.
- Την αποζημίωση.
- Κατοχύρωση της μεθοδολογίας.
- Καθορισμός της συνεργασίας.
- Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού.

Ειδικότερα, το συμβόλαιο εξωτερικής ανάθεσης υπηρεσιών στην υγεία μπορεί να αφορά κλινικές ή μη κλινικές υπηρεσίες. Όταν το συμβόλαιο αφορά κλινικές υπηρεσίες, οι απαιτήσεις είναι ίδιες με εκείνες των συμβολαίων για ανάθεση μη κλινικών υπηρεσιών συμπεριλαμβάνοντας επιπλέον, τα προσόντα του προσωπικού που εμπλέκεται καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η ποιότητα θεραπείας, οι απαιτήσεις του συστήματος υγείας και άλλα. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να συγκεκριμενοποιηθεί το αναμενόμενο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από το προσωπικό του προμηθευτή. Σημαντικό είναι όταν εμπλέκονται και επαγγελματίες υγείας να διασφαλίζεται ότι η εκπαίδευση και η άδεια τους είναι ακριβής και ενημερωμένη. Κάποια τμήματα του νοσοκομειακού οργανισμού πρέπει να διατηρούν αρχεία, προκειμένου να συμμορφώνονται με κανονισμούς ομοσπονδιακών, κρατικών και διαπιστευμένων πρακτορείων. Μια «outsourcing» συμφωνία θα πρέπει να καθορίζει ποια τμήματα θα πρέπει να διατηρούν τα εν λόγω αρχεία. Οι «managed care organizations» έχουν θέσει υψηλά στάνταρντ, κάνοντας τους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας, να έχουν υψηλές απαιτήσεις για τον εντοπισμό πληροφοριών και για τη διαχείριση. Ποιό τμήμα θα εκτελεί αυτές τις δραστηριότητες αλλά και το ποιός θα αντιμετωπίζει τους MCO πρέπει να αναφέρεται στο συμβόλαιο.

Τέλος, τα συμβόλαια εξωτερικής ανάθεσης κλινικών υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και τα ακόλουθα :

- Αξιολόγηση επιδόσεων.
- Οικονομικές αναφορές.
- Συμμετοχή σε εσωτερικές επιτροπές.
- Συμμετοχή σε εξωτερικούς επαγγελματικούς οργανισμούς.

### 3.5 Εφαρμογή Στο Εξωτερικό

#### Αμερική

Στις επιχειρησιακές υπηρεσίες, από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 500 εταιρείες το 1994, από τον Pitney Bowes «Management Services 100 Fortune» προέκυψε ότι:

- ✓ Το 77% των εταιρειών που μελετήθηκαν έκαναν προσπάθειες για «Outsourcing» κάποιων τμημάτων του οργανισμού τους.
- ✓ Το 39% των εταιρειών ανέθεσαν εξωτερικά μερική ή ολόκληρη την ηλεκτρονική τους εικόνα ενώ ένα ακόμη 12% αναμενόταν να κάνει το ίδιο στο διάστημα δυο των επόμενων ετών.
- ✓ Το 7% των εταιρειών ανέθεσαν εξωτερικά «records managements», σημειώνοντας άλλο ένα 14% που σχεδίαζε να κάνει το ίδιο στα επόμενα χρόνια (Johnson 1997).

Όσον αφορά τους ανθρώπινους πόρους «human resources - HR» μελέτη 400 εταιρειών από την εταιρεία Olsen το 1994, ανέδειξε ότι:

- ✓ το 45% των στελεχών ανέφεραν ότι ανέθεταν εξωτερικά την μισθοδοσία.,
- ✓ το 38% την φορολογία,
- ✓ το 35% τις επενδύσεις και
- ✓ το 34% την αποζημίωση των εργαζομένων.
- ✓ Τέλος, ο αριθμός των στελεχών που διέθεταν ένα μέρος του προσωπικού τους ως ευέλικτο ωράριο αυξήθηκε από το 18% στο 30% σε ένα μόνο έτος.

Παράλληλη μελέτη από το «Conference Board» πρόσθεσε στην εικόνα των ανθρώπινων πόρων τα εξής :

- ✓ Το 85% των στελεχών δήλωσαν ότι είχαν προσωπική εμπειρία καθοδηγώντας μια προσπάθεια εξωτερικής ανάθεσης.
- ✓ Το 67% των συνταξιοδοτικών τμημάτων μελέτησαν την εξωτερική ανάθεση τουλάχιστον μιας λειτουργίας.

Στον τομέα της υγείας, έναν χώρο ο οποίος έρχεται στο προσκήνιο όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση (εκτός συνόρων Ευρωπαϊκής Ένωσης), ετήσια έρευνα των νοσοκομείων της Αμερικής και του «Health Network» το 1995, αναφέρει τα ακόλουθα :

- ✓ Το 67% των νοσοκομείων χρησιμοποιούν την εξωτερική ανάθεση για τουλάχιστον ένα τμήμα των λειτουργιών τους.
- ✓ Το 90% αυτών των νοσοκομείων χρησιμοποιούν προμηθευτές «outsourcing» για υποστηρικτικές υπηρεσίες, το 77% για κλινικές υπηρεσίες και το 51% για επιχειρηματικές υπηρεσίες.

Από τα ανωτέρω προκύπτει όχι μόνο μια σειρά στατιστικών αλλά και το μέγεθος στο οποίο το «outsourcing» έχει κατακτήσει την αγορά.

Η εξωτερική ανάθεση φαίνεται ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε μεγάλο εύρος παροχής υπηρεσιών. Ασφαλιστικές εταιρείες στις ΗΠΑ, αναζητώντας νέους τρόπους μείωσης των δαπανών τους για παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους τους, εφαρμόζοντας «outsourcing» ασθενών (Δοξιάδης, Κατσάπη, Σουλιώτης, 2012). Πιο συγκεκριμένα, συνάπτουν συμφωνίες με νοσοκομεία της Ινδίας και της Ταϊλάνδης, προκειμένου να παράσχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους τους, περιορίζοντας το κόστος. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της «Blue Cross & Blue Shield» με έδρα την Νότια Καρολίνα, που έχει συνάψει συμφωνίες για την κάλυψη των ασφαλισμένων της, με το νοσοκομείο «Μπαμρανγκραντ» της Ταϊλάνδης, με την εταιρεία «Parkway Group Healthcare» που έχει υπό την ιδιοκτησία της τρία νοσοκομεία στην Σιγκαπούρη, με το Apollo Hospitals Group, αλλά και με νοσοκομεία της Τουρκίας, της Ιρλανδίας και της Κόστα Ρίκα.

Ακόμα ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για υπηρεσίες «outsourcing» στις ΗΠΑ είναι οι κινητές μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Ειδικότερα, στο New Hampshire, έξι τρέιλερ μεταφέρουν μηχανήματα μαγνητικής τομογραφίας ταξιδεύοντας σε όλη την πολιτεία. Μια επιπλέον κινητή μονάδα υψηλής τεχνολογίας διαθέτει μηχανήμα λιθοτριψίας αξίας 2 εκατομμυρίων, το οποίο χρησιμοποιείται για να σπάει τις πέτρες στα νεφρά με ηχοκύματα, ταξιδεύοντας επίσης στους δρόμους του New Hampshire. Αυτή η κινητή τεχνολογία εξυπηρετεί τις ανάγκες των ασθενών ενώ συγχρόνως εξοικονομεί στα νοσοκομεία την τεράστια κεφαλαιακή επένδυση που θα ήταν απαραίτητη εάν δεν υπήρχαν τα συμβόλαια «outsourcing».



## **Ευρώπη**

Στον χώρο της υγείας, σύμφωνα με τον Atum, (2006), σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες πιο πολιτικά απρόθυμες προς τις ιδιωτικοποιήσεις όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Ισπανία και η Πορτογαλία, το «outsourcing» κλινικών υπηρεσιών ήταν η απάντηση στις λίστες αναμονής. Στην πραγματικότητα, μέσα από αναθέσεις συμβάσεων σε δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές (συμπεριλαμβάνοντας το public-private partnerships (PPPs))<sup>5</sup>, τα συστήματα υγείας επιδίωκαν την πρόσβαση σε πλεονεκτήματα ποιοτικά, αποδοτικά και κεφαλαιακά πλεονεκτήματα. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτη του Bossert (2004), υπάρχουν στοιχεία βελτίωσης στην παροχή, κάλυψη και χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία ότι υπήρξε επίδραση στα ποιοτικά, αποδοτικά και κεφαλαιακά πλεονεκτήματα.

## **Γερμανία**

Η ανακατασκευή των νοσοκομείων στην Γερμανία οδήγησε όχι μόνο σε ολοένα και αυξανόμενο αριθμό ιδιωτικοποιήσεων αλλά είχε και μεγάλη επίδραση στην δομή και την διαχείριση των εναπομεινάντων δημοσίων νοσοκομείων. Πολλοί δημόσιοι νοσοκομειακοί οργανισμοί προσπαθώντας να κάνουν εκτεταμένες οργανωτικές αλλαγές εισήγαγαν συγκεκριμένα εργαλεία διαχείρισης όπως η ανάθεση σε εξωτερικούς φορείς, η διαδικασία βελτιστοποίησης, ο οικονομικός έλεγχος/έλεγχος κόστους, η εξειδίκευση, η τυποποίηση, η συγκριτική αξιολογή/βαθμολόγηση επιδόσεων και άλλα εργαλεία που είναι συνήθη στον ιδιωτικό τομέα. Σε πολλές περιπτώσεις η ανακατασκευή των νοσοκομειακών οργανισμών συμβάδιζε με αλλαγές στη νομική μορφή των δημόσιων νοσοκομείων.

Το 2004 σχεδόν το 37% των δημόσιων νοσοκομείων, είχε υιοθετήσει ιδιωτική νομική μορφή και είχαν μετατραπεί σε εταιρείες περιορισμένης ευθύνης. Το 16% των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ διατήρησε την δημόσια νομική μορφή τους, ήταν νομικά ανεξάρτητο από την δημόσια διοίκηση. Λιγότερα από τα μισά δημόσια νοσοκομεία παρέμειναν υπό τον πλήρη έλεγχο της δημόσιας διοίκησης.

Το 2005 οι διοικητές των νοσοκομείων ίδρυσαν έναν νέο οργανισμό κοινών συμφερόντων (Interessenverband kommunaler Krankenhauser, IvVK), με σκοπό να υπερασπιστούν την αρχή της δημόσιας ιδιοκτησίας ενάντια στην ιδιωτικοποίηση, κάνοντας περισσότερο οικονομικά αποδοτικά τα δημοτικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με το

---

<sup>5</sup> Public Private Partnership: Είναι μια κυβερνητική υπηρεσία ή ένα ιδιωτικό επιχειρησιακό εγχείρημα που χρηματοδοτείται ή διοικείται από κοινού από την Κυβέρνηση και μια ή περισσότερες εταιρείες του Ιδιωτικού Τομέα.

Tissen (2005), για να δημιουργηθεί περισσότερη αποδοτικότητα απαιτείται η νοσοκομειακή διοίκηση να είναι ελεύθερη από πολιτικές επιρροές, ώστε να μπορούν τα δημόσια νοσοκομεία να λειτουργούν όπως οι ιδιώτες ανταγωνιστές τους.

### **Αγγλία**

Στην Αγγλία ένα μεγάλο κυβερνητικό τμήμα έκανε «outsourcing» στην ανάπτυξη και συντήρηση των εγκαταστάσεων των υπολογιστών του, σε μια παγκοσμίου εμβέλειας εταιρεία ανάπτυξης λογισμικού και IT (Information Technology). Η απόφαση για «outsourcing» παρακινήθηκε, μεταξύ άλλων, από την επίσημη Έκθεση (1991) «Competitive for Quality» η οποία εδραίωσε την πολιτική ότι όπου είναι δυνατό, η κυβερνητική εργασία θα πρέπει να δοκιμάζεται από την αγορά, με την εργασία να ανατίθεται στον εξωτερικό φορέα με το καλύτερο αντίτιμο για τον φορολογούμενο. Το «outsourcing» πρώτο-επιχειρήθηκε στα μέσα του '90 και συμπεριλάμβανε την μεταφορά αρκετών εκατοντάδων προσωπικού.

Το επόμενο παράδειγμα αφορά ένα μεγάλο NHS Trust (National Health Service)<sup>6</sup> και την κοινοπραξία μεταξύ τριών οργανισμών του ιδιωτικού τομέα, που κέρδισαν ένα PFI (Private Finance Initiative)<sup>7</sup> συμβόλαιο κατασκευής νέων κτηρίων και παράδοσης της έκτασης, συντήρησης, καθαριότητας και υπηρεσιών τροφοδοσίας. Τα σχέδια για το συγκεκριμένο πρόγραμμα ξεκίνησαν το 1989 με 1990 με μια αρχική κοστολόγηση των κτηρίων. Το 1993 με 1994 εγκρίθηκε ένα κτηριακό σχέδιο και έπειτα τέθηκε σε δημοπρασία. Από τις δώδεκα προσφορές ξεχώρισαν δύο και τελικά επιλέχθηκε η μια κοινοπραξία. Κατά την διαδικασία της επιλογής ερευνήθηκε η ποιότητα του σχεδιασμού και θέματα σχετικά με την μεταφορά ρίσκων και ευκαιριών για καινοτομία. Η επιλεγθείσα κοινοπραξία περιλαμβάνει μια εταιρεία κτηρίων, μια εταιρεία σχεδιασμού, μια εταιρεία συμβούλων και μια πολυεθνική εταιρεία με ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Όπως και κατά την διάρκεια του '90, μαζί με τα άλλα PFI στο NHS υπάρχουν και PFI συστήματα σχετικά με την αγορά υπηρεσιών και όχι περιουσιακών στοιχείων και κτηρίων. Ένας νέος νοσοκομειακός οργανισμός δεν είναι ένα συμβόλαιο κτηρίου, αλλά ένα συμβόλαιο για την άμεση παροχή υπηρεσιών (PSPRU, 1997).

---

<sup>6</sup> National Health Service: Είναι η Δημόσια Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης για την Αγγλία. Χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από το Γενικό Φορολογικό Σύστημα. Παρέχεται υγειονομική περίθαλψη σε κάθε νόμιμο κάτοικο του Ηνωμένου Βασιλείου, με τις περισσότερες υπηρεσίες δωρεάν.

<sup>7</sup> Private Finance Initiative: Είναι ένας τρόπος για την δημιουργία «public-private partnership» Χρηματοδοτώντας έργα Δημόσιας Υποδομής με Ιδιωτικά Κεφάλαια.

### 3.6 Ελληνική Πραγματικότητα και εφαρμογή

Τα Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα αναθέτουν εξωτερικά σειρά δραστηριοτήτων. Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση εξωτερικής ανάθεσης είναι η εξοικονόμηση κόστους και η ικανοποίηση του πελάτη-ασθενή. Η συνεργασία με ένα πάροχο υπηρεσιών μέσω σύμβασης έχει οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών. Σημειώνεται δε ότι οι περισσότεροι χρηστές είναι ικανοποιημένοι με την επίδοση των εταιριών αυτών.

Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα, που ακολουθεί το μοντέλο Beveridge, απεικονίζει την σημαντικότητα του να είναι ο δημόσιος φορέας ο κύριος πάροχος σε ένα οικονομικά δυσμενές περιβάλλον (Cristina Machado Guimaraes, 2010).

Γενικά στην Ελλάδα, δεν υπάρχει εκτεταμένη έρευνα για την ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς. Μια προσπάθεια καταγραφής των «outsourcing» υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία έχει πραγματοποιηθεί από τους Μοσχούρη και Κονδύλη (2006), στέλνοντας ερωτηματολόγια σε 100 δημόσια νοσοκομεία από τα οποία απάντησαν τα 43. Τα 41 από τα οποία, απάντησαν ότι αναθέτουν υπηρεσίες σε εξωτερικούς φορείς, ενώ τα δυο ότι σκοπεύουν να το κάνουν στο μέλλον.

Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται τα ακόλουθα :

#### Υπηρεσίες στις οποίες γίνεται εξωτερική ανάθεση

Σχεδόν όλα δήλωσαν ότι κάνουν «outsourcing» στην καθαριότητα, πάνω από τα μισά στην ασφάλεια, πάνω από 25% στο κυλικείο, στα νομικά και στις υπηρεσίες συντήρησης εξοπλισμού. Οι υπηρεσίες που σπανίως ανατίθενται εξωτερικά είναι το πλυντήριο, τα εργαστήρια και η σίτιση.

#### Χρονική διάρκεια συμβολαίων εξωτερικής ανάθεσης

Το 42,3% των νοσοκομείων που απάντησαν δήλωσαν ότι η δέσμευση στις υπηρεσίες των παρόχων είναι μέτρια ή εκτεταμένη, ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι είναι περιορισμένη ή πολύ περιορισμένη.

### «Outsourcing» / Προϋπολογισμός

Πάνω από τα ¾ των νοσοκομείων του ΕΣΥ δίνουν λιγότερο από 5% για «outsourcing» από τον προϋπολογισμό τους, ενώ μόνο ένα δίνει 15% ή παραπάνω. Το 93% των υπογεγραμμένων συμβολαίων είναι για ένα ή δύο χρόνια, ενώ μόλις το 7% έχει διάρκεια μικρότερη του ενός χρόνου.

### Εμπλεκόμενα τμήματα

Το 65,1% των νοσοκομείων που απάντησαν ανέφεραν ότι το προσωπικό από το οικονομικό τμήμα εμπλέκεται ενεργά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων ακολουθούμενο από το προσωπικό του γραφείου προμηθειών με 51,2%. Επιπλέον, κάποια δημόσια νοσοκομεία δήλωσαν ότι προσωπικό από τον διοικητικό και τον νομικό τομέα εμπλέκονται πολύ στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τέλος, το προσωπικό από το τεχνικό και νοσηλευτικό τμήμα εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων σε μικρό αριθμό νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

### Πηγές και Μέσα ενημέρωσης για «outsourcing» υπηρεσιών

Στην ερώτηση για το πώς ενημερώθηκαν για τα συμβόλαια «outsourcing» όλα τα νοσοκομεία απάντησαν ότι αυτό έγινε μέσα από την διαδικασία διαγωνισμών. Το 16,3% δήλωσαν ότι τους προσέγγισαν απευθείας οι πάροχοι υπηρεσιών, ενώ μόνο 2 από τα νοσοκομεία δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν από διαφήμιση σε επαγγελματικά έντυπα ή συζητήσεις με ειδικούς.

### Λόγοι για «outsourcing»

Όσον αφορά το λόγο για τον οποίο τα ελληνικά νοσοκομεία κάνουν «outsourcing» το 53,5% απάντησε ότι η μείωση του κόστους και η ικανοποίηση των πελατών ήταν πολύ σημαντικό/σημαντικό. Το 41,9% απάντησε την ευελιξία ως πολύ σημαντικό/σημαντικό παράγοντα. Το 37,2% απάντησε την έλλειψη προσωπικού και το 23,3% απάντησε για να διατηρήσουν την προσοχή τους στον πυρήνα του οργανισμού και λόγω έλλειψης πόρων.

### Κριτήρια επιλογής εξωτερικών φορέων.

Το 83,7% απάντησε ότι η τιμή προσφοράς και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η πιο σημαντικοί/σημαντικοί παράγοντες για την επιλογή του εξωτερικού φορέα. Το 60,4% δήλωσε την προϋπηρεσία. Το 34,9% δήλωσε το εύρος των υπηρεσιών. Τέλος, μικρός αριθμός απάντησε πως η φήμη και η οικονομική θέση του προμηθευτή είναι σημαντικοί παράγοντες.

#### Οι επιπτώσεις του «outsourcing»

Το «outsourcing» στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ερευνήθηκε ως προς τα εξής :

- Αντίκτυπος στον οργανισμό.
- Πλεονεκτήματα.
- Δυσκολίες.
- Μείωση θέσεων πλήρους απασχόλησης.

Το 32,5% δήλωσε ότι ο αντίκτυπος από την εξωτερική ανάθεση στη μείωση κόστος ήταν υψηλός. Αντίθετα το 51,2% δήλωσε ότι ο αντίκτυπος ήταν χαμηλός ή πολύ χαμηλός. Ως προς την ικανοποίηση πελατών το 55,8% δήλωσε ότι είχε πολύ θετική ή θετική επίδραση. Τέλος, το 65% δήλωσε ότι η εξωτερική ανάθεση οδήγησε σε σημαντική βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν πολλαπλά οφέλη από την ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς. Το 65,1% δήλωσε βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών. Το 1/3 δήλωσε σαν σημαντικά οφέλη την αυξημένη ευελιξία, τις οικονομίες κλίμακας, την ευκαιρία του οργανισμού-χρήστη των υπηρεσιών να επικεντρωθεί στον πυρήνα των δραστηριοτήτων του και την χρήση της υποδομής του εξωτερικού φορέα.

Από τα νοσοκομεία που συμμετείχαν στην έρευνα τα 27 δήλωσαν σημαντικές δυσκολίες στο να συμμορφώσουν τους παρόχους σύμφωνα με τα δικά τους πρότυπα. Η έλλειψη συγχρονισμού και ενσωμάτωσης μεταξύ νοσοκομείου και παρόχου όπως και η αναποτελεσματική κατανόηση του παρόχου σχετικά με τις λειτουργίες του νοσοκομείου, ήταν τα πιο συχνά προβλήματα. Επιπρόσθετα, πολλά νοσοκομεία ανέφεραν προβλήματα στις διαπραγματεύσεις, αντίσταση του προσωπικού στις αλλαγές και προβλήματα ποιότητας. Θεωρητικά το «outsourcing» μπορεί να οδηγήσει τους οργανισμούς υγείας σε

μείωση προσωπικού πλήρους απασχόλησης. Το 69,8% απάντησε πως το «outsourcing» δεν οδήγησε σε μείωση προσωπικού πλήρους απασχόλησης. Το 16,3% δήλωσε ότι μείωσε από 11% μέχρι 20% το προσωπικό πλήρους απασχόλησης. Κανένας δημόσιος οργανισμός υγείας δεν δήλωσε ότι μείωσε πάνω από 21% το προσωπικό πλήρους απασχόλησης του εξαιτίας του «outsourcing». Η εξάλειψη του προσωπικού πλήρους απασχόλησης, δείχνει ότι η απόφαση για «outsourcing» θα δημιουργήσει ένα επιπλέον φόρτο εργασίας για το τμήμα ανθρώπινου δυναμικού. Είναι ανησυχητικό ότι τα στελέχη του τομέα ανθρώπινων πόρων δεν συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεων στην ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς.

### Μελλοντική τάση «outsourcing»

Η ικανοποίηση των νοσοκομείων από την συνεργασία με τους παρόχους θα επηρεάσει την μελλοντική τα του «outsourcing». Το 21% δήλωσε πως ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τον πάροχο, το 37,2% ικανοποιημένοι, ενώ το 34,8% σχετικά ικανοποιημένοι. Μόνο τρεις χρήστες δήλωσαν πολύ δυσαρεστημένοι ή δυσαρεστημένοι από την απόδοση του παρόχου. Το 60% δήλωσε ότι η συνεργασία με τον πάροχο οδήγησε σε θετική ανάπτυξη τον οργανισμό τους. Όταν ζητήθηκε να προβλέψουν την τάση για «outsourcing» του οργανισμού τους για τα επόμενα τρία χρόνια, τα 35 από 43 νοσοκομεία (81,4%) δήλωσαν σχετική ή μεγάλη αύξηση του «outsourcing» στο κοντινό μέλλον. Λιγότερο από το 20% προέβλεψε σταθερότητα ή ακόμα και μείωση των συμβολαίων «outsourcing».

#### **3.6.1 Εφαρμογή «outsourcing» στο Γ. Γεννηματάς.**

Μια σημαντική προσπάθεια, καταγραφής και ανάλυσης, της εφαρμογής υπηρεσιών «outsourcing», σε δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ, έγινε από τους Σαριβουγιούκα και Βαγγελάτο (2001 και 2002), οι οποίοι μελέτησαν την περίπτωση του νοσοκομείου «Γεννηματάς». Το Γ. Γεννηματάς είναι γενικό νοσοκομείο με δυναμικότητα 800 κλινών εξυπηρετώντας πληθυσμό 1.500.000 πολιτών και έχοντας ετήσιο προϋπολογισμό 100.000.000 €. Εγκατέστησε το πρώτο IT μοντέλο το 1993 και από τότε θεωρείται το πιλοτικό νοσοκομείο όσον αφορά την εισαγωγή του IT στον Δημόσιο Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. Ο σχεδιασμός αυτού του πλάνου είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας των

παρακάτω: α) MIS<sup>8</sup> του νοσοκομείου, β) CΤI<sup>9</sup>ως τεχνικός σύμβουλος του Ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και γ) προμηθευτής υπεύθυνος για την εκτέλεση του πληροφοριακού συστήματος υγείας. Οι υπηρεσίες ΙΤ άρχισαν να εφαρμόζονται στο «Γεννηματάς» στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας επένδυσε στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, για τη διοίκηση/διαχείριση του νοσοκομείου γνωστό ως «ΠASH» και το ανέθεσε στο «ΚΗΥΚΥ», έναν κρατικό οργανισμό πληροφοριακών υπηρεσιών. Οι πρώτες εφαρμογές ξεκίνησαν το 1993, με πρώτη την εφαρμογή που εγκαταστάθηκε στη διαχείριση του φαρμακευτικού τμήματος του νοσοκομείου. Ένα χρόνο μετά εγκαταστάθηκε στο γραφείο κίνησης ασθενών και στα εξωτερικά ιατρεία (ραντεβού εξωτερικών ασθενών) και ακολούθησε η εφαρμογή στην υπηρεσία τιμολόγησης του νοσοκομείου. Το 1996 η εφαρμογή λογισμικού στα τμήματα αποθήκης και προμηθειών χρησιμοποιήθηκε παραγωγικά και ένα χρόνο μετά εγκαταστάθηκε η εφαρμογή λογισμικού για το διατροφικό τμήμα. Το 1998 εγκαταστάθηκε η τελευταία εφαρμογή λογισμικού στον τμήμα λογιστηρίου το οποίο συνδέεται με όλες τις άλλες εφαρμογές. Το σύστημα αυτό (ΠASH) αναπτύχθηκε κάτω από την στενή επιτήρηση των χρηστών του, ως εκ τούτου είναι ευρέως αποδεκτό από τους χρήστες και μέσα σε μόλις λίγες εβδομάδες η κάθε εφαρμογή ήταν παραγωγική προς όφελος του νοσοκομείου και των ασθενών. Το 1998 εφαρμόστηκε στο νοσοκομείο το CIS<sup>10</sup>, το οποίο συνεχίζει να εξαπλώνεται και σήμερα εφαρμόζεται σχεδόν στα μισά κλινικά τμήματα.

Μέχρι στιγμής έχουν ενεργοποιηθεί συγκεκριμένες και διακριτές λειτουργίες του CIS όπως η αποστολή παραγγελιών φαρμάκων σε φαρμακεία, η διατήρηση αρχείων για την παρακολούθηση ασθενών, η έκδοση εξιτηρίων και τα λοιπά. Λόγω έλλειψης εκπαιδευμένου προσωπικού, ο εξωτερικός φορέας που παρείχε το σύστημα, τους παρείχε οκτώ άρτια εκπαιδευμένους χειριστές για την εισαγωγή στοιχείων/δεδομένων, έναν επιτηρητή και έναν τεχνικό συστημάτων.

---

<sup>8</sup> Hospital Management Information System: Ορίζεται το Σύστημα που παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη πληροφοριών σε κάθε επίπεδο λήψης αποφάσεων του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

<sup>9</sup> Computer Technology Institute: Ορίζεται ο τεχνικό σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας όσον αφορά τα ΙΤ προγράμματα στο πλαίσιο της κοινοτικής στήριξης.

<sup>10</sup> Clinical Information System: Ορίζεται ως το ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα, που είναι σχεδιασμένο για την διαχείριση όλων των πτυχών της λειτουργίας ενός νοσοκομείου, όπως η ιατρική, η διοικητική, η νομική και η οικονομική.

### **3.6.2 Εφαρμογή «outsourcing» στο Ι.Κ.Α**

Η εφαρμογή προγραμμάτων «outsourcing» στο Ι.Κ.Α, βελτίωσε τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε συγκεκριμένους τομείς δραστηριοτήτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ηλεκτρονική τήρηση της ασφαλιστικής ιστορίας των ασφαλισμένων μέσω της Αναλυτικής Περιοδικής Δήλωσης. Χρειάστηκαν περίπου 35 χρόνια για να καλυφθεί όλη η χώρα με το σύστημα των ενσήμων και μόλις μια ημέρα για να καταργηθεί, αφού την 1/1/2002 ετέθη σε εφαρμογή η Αναλυτική Περιοδική Δήλωση βάσει του ν. 2972/2001. Εξίσου αποτελεσματικό ήταν και το σύστημα των ιατρικών ραντεβού μέσω της τηλεφωνικής γραμμής «184» που κάλυπτε το σύνολο των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α σε όλη την χώρα και αποτέλεσε ένα από τα πιο σύγχρονα συστήματα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.

Σήμερα με την θέσπιση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ που στη συνέχεια επονομάστηκε σε Π.Ε.Δ.Υ. υπάρχουν περισσότεροι εξωτερικοί φορείς που παρέχουν υπηρεσίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης. Εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους κλείνοντας ραντεβού με ιατρούς των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή με συμβεβλημένους εξωτερικούς ιατρούς.



### 3.7 Ανακεφαλαίωση

Ανακεφαλαιώνοντας, διαπιστώνουμε ότι η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς δεν περιορίζεται μόνο στον ιδιωτικό τομέα, ούτε εφαρμόζεται κατά αποκλειστικότητα σε εταιρείες, αλλά μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά σε οποιονδήποτε οργανισμό και οποιαδήποτε μορφή επιχείρησης.

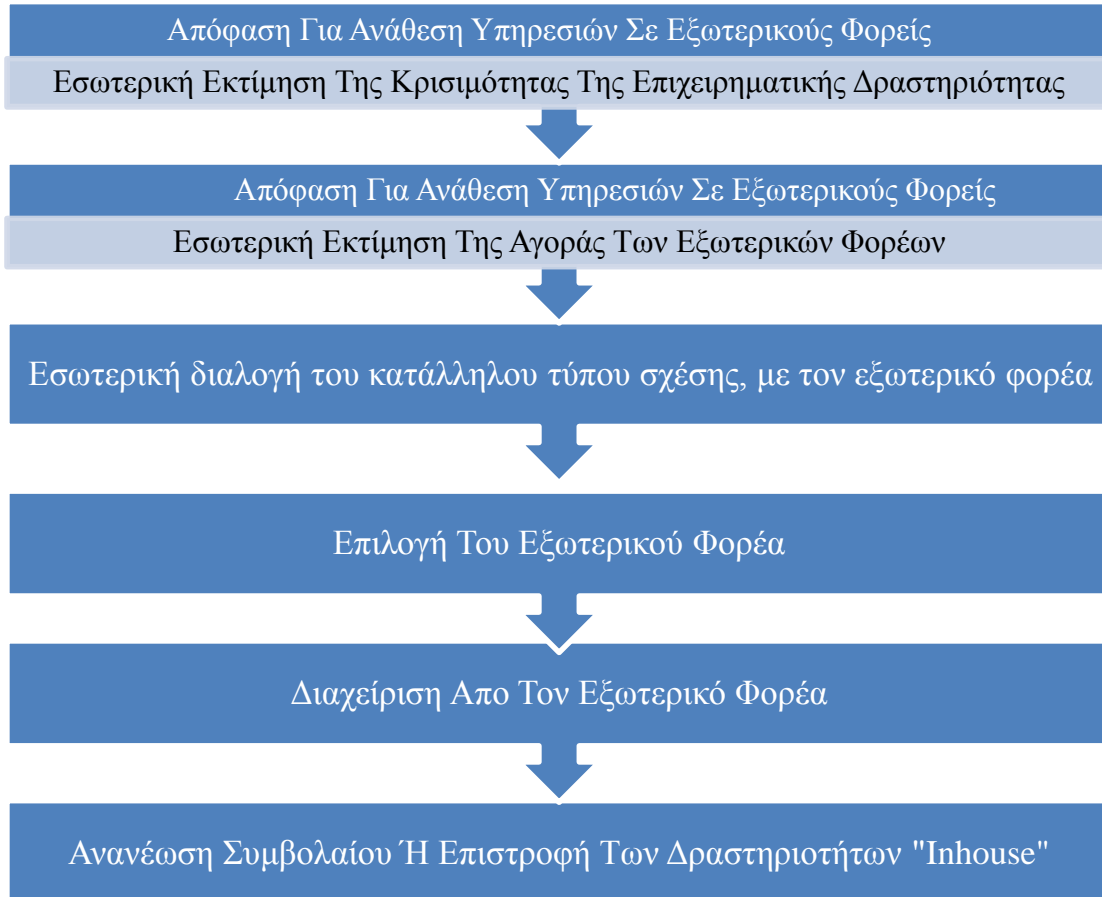
Σε έναν επιτυχημένο οργανισμό υγείας για παράδειγμα, είναι σημαντικό να υπάρχει μια γενική αντίληψη του «outsourcing» καθώς και ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει τους στόχους και τις στρατηγικές του. Το «outsourcing» δηλαδή η σύμβαση μεταξύ του οργανισμού και ενός εξωτερικού φορέα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποστηριχθούν οι διακριτές αρμοδιότητες ή για να εκμεταλλευτούν οι τρέχουσες συνθήκες της αγοράς.

Η αυξημένη χρήση της εξωτερικής ανάθεσης υπηρεσιών στην βιομηχανία της υγείας είναι η αντίδραση στην τάση της αγοράς. Τα στελέχη των μονάδων υγείας αφού εξερευνήσουν την επίδραση της τάσης της αγοράς στην κατάσταση που αντιμετωπίζουν, θα είναι προετοιμασμένοι να αξιολογήσουν τα πιθανά οφέλη του «outsourcing» κάποιων υπηρεσιών που άλλοτε θα αποσπούσαν την προσοχή (στον πυρήνα του οργανισμού) και να χρηματοδοτήσουν πιο επικερδής δραστηριότητες.

Οι συνεργασίες ωστόσο, θα πρέπει να πραγματοποιούνται με προσοχή από την μεριά του οργανισμού διότι πάντα εγκυμονούν κίνδυνοι όσων αφορά την έκβαση ενός συμβολαίου. Εκτός από πλεονεκτήματα εντοπίζονται και μειονεκτήματα στις συνεργασίες με τους εξωτερικούς φορείς που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τα στελέχη της υγείας για την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων.

### Σχήμα 3.1

#### Η Διαδικασία Της Ανάθεσης Υπηρεσιών Σε Έναν Εξωτερικό Φορέα



### Πίνακας 3.1

Οι παράγοντες που οδηγούν στην μόγλευση της επιχείρησης/του οργανισμού από τον προμηθευτή

Ανεπαρκές Συμβόλαιο	Αφορά θέματα που είναι γνωστά, μέσα στην εταιρεία και παραλείπονται από το συμβόλαιο ή ανατίθεται σε ακατάλληλο προσωπικό να κλείσει την συμφωνία
Περιορισμένη Αγορά Προμηθευτών	Διαλέγει να κάνει «outsourcing» παρά τον περιορισμένο αριθμό, διαθέσιμων προμηθευτών
Εξειδίκευση των Περιουσιακών Στοιχείων	
Αβεβαιότητα	Σε περιπτώσεις που η εταιρεία, κάνει συγκεκριμένες και μεγάλες επενδύσεις, είναι πιο ευάλωτη στην μόγλευση από τον προμηθευτή, όταν η φύση της συναλλαγής μεταξύ τους, είναι αβέβαιη. Η αβεβαιότητα θα οδηγήσει σε ατελές συμβόλαιο, το οποίο θα δώσει την ευκαιρία στον πάροχο, για επιπλέον χρεώσεις.

### Πίνακας 3.2

Οι υπηρεσίες που έχουν ανατεθεί σε εξωτερικούς φορείς ανά δεκαετία

<u>1960</u>	<u>1970</u>	<u>1980</u>	<u>1990</u>	<u>2000</u>
Ασφάλεια	Ασφάλεια	Ασφάλεια	Ασφάλεια	Ασφάλεια
	Εστίαση	Εστίαση	Εστίαση	Εστίαση
		Καθαριότητα	Καθαριότητα	Καθαριότητα
		HR	HR	HR
		IT	IT	IT
		Logistics	Logistics	Logistics
			Μηχανική	Μηχανική
			Αποθήκη	Αποθήκη
			Ήσσονος σημασίας χρηματοδότηση	Ήσσονος σημασίας χρηματοδότηση
				Νομικά

				Συντήρηση
--	--	--	--	-----------

*Πηγή : Lonsdale C., 1998*

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΈΡΕΥΝΑ «OUTSOURCING» ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010 – 2013**

#### **4.1 Εισαγωγή**

Ο κύριος σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η έρευνα και η μελέτη των δαπανών των νοσοκομειακών μονάδων υγείας στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με την τάση για εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς / προμηθευτές, με στόχο την μείωση των δαπανών και τον έλεγχο του κόστους.

Τα στοιχεία από τα οποία προέκυψαν τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, έχουν αντληθεί από τον επίσημο διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας «**esy.net**». Ειδικότερα, θα αναφερθούμε στις δαπάνες των δημοσίων νοσοκομείων και των επτά Δ.Υ.ΠΕ. και θα συσχετίσουμε τα αποτελέσματα (ποσοστό, μεταβολή, κατανομή) με τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων (μέγεθος/ αριθμός κλινών).

#### **4.2 Η Γεωγραφική Κατανομή και το μέγεθος των Νοσοκομείων**

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει και στο πρώτο μέρος της μελέτης (κεφάλαιο 2ο), τα νοσοκομεία του ΕΣΥ αριθμούνται στο σύνολο τους σε 131 μονάδες με συνολικά 34.939 κλίνες. Συγκεκριμένα υπάρχουν 86 γενικά νοσοκομεία, 17 γενικά νοσοκομεία-κέντρα υγείας, 5 ειδικά νοσοκομεία, 4 ογκολογικά νοσοκομεία, 4 νοσοκομεία παιδών, 7 πανεπιστημιακά νοσοκομεία και 8 ψυχιατρικά.

Στη χώρα μας σήμερα, σύμφωνα με το Νόμο 3329/2007 (ύστερα από την τροποποίηση του Νόμου 3329/2005) διακρίνονται επτά Δ.Υ.ΠΕ. (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας), όπου ειδικότερα: η 1<sup>η</sup> παρέχει υπηρεσίες υγείας με 25 νοσοκομεία, η 2<sup>η</sup> με 21 νοσοκομεία, η 3<sup>η</sup> με 17 νοσοκομεία, η 4<sup>η</sup> με 15 νοσοκομεία, η 5<sup>η</sup> με 13 νοσοκομεία, η 6<sup>η</sup> με 31 και η 7<sup>η</sup> με 9. Η κατανομή των μονάδων υγείας, όπως αναφέρεται και στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας (υγειονομικός χάρτης), έχει

σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας βάσει των υγειονομικών αναγκών των πολιτών της χώρας.

Όσον αφορά το μέγεθος των νοσοκομειακών μονάδων της χώρας, σε συνδυασμό με την κατανομή τους στις Δ.Υ.ΠΕ. ισχύουν τα ακόλουθα :

- στην 1<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής) με έδρα την Αθήνα, υπάρχουν 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 8 νοσοκομεία δυναμικότητας 101-250 κλινών, 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 11 νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.
- στην 2<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου) με έδρα τον Πειραιά, υπάρχουν 7 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 4 νοσοκομεία δυναμικότητας 101-250 κλινών, 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 7 νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.
- στην 3<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας) με έδρα την Θεσσαλονίκη, υπάρχουν 2 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 11 νοσοκομεία δυναμικότητας 101-250 κλινών, 1 νοσοκομείο με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.
- στην 4<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης) με έδρα την Θεσσαλονίκη, υπάρχουν 2 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 4 νοσοκομεία δυναμικότητας 101-250 κλινών, 16 νοσοκομεία με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.
- στην 5<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας) με έδρα την Λάρισα, υπάρχουν 6 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 1 νοσοκομείο δυναμικότητας 101-250 κλινών, 5 νοσοκομεία με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 1 νοσοκομείο με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.
- στην 6<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας) με έδρα την Πάτρα, υπάρχουν 12 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 14 νοσοκομεία δυναμικότητας 101-250 κλινών, 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 2 νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.
- στην 7<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. (Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης) με έδρα το Ηράκλειο, υπάρχουν 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 0-100 κλίνες, 3 νοσοκομεία δυναμικότητας 101-250 κλινών, κανένα νοσοκομείο με δυναμικότητα 251-400 κλίνες και 3 νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω.



### **4.3 Αποτελέσματα Έρευνας.**

Η έρευνα χωρίζεται σε τρία τμήματα, στο πρώτο γίνεται μια προσπάθεια εκτίμησης της συνολικής δαπάνης των νοσοκομειακών μονάδων του Ε.Σ.Υ και σύγκριση αυτής με την δαπάνη που αφορά στην ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ανά υγειονομική περιφέρεια. Στο δεύτερο τμήμα αναλύονται οι τρεις βασικές δαπάνες ανάθεσης υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς (Ασφάλεια, Καθαριότητα, Εστίαση) ανά υγειονομική περιφέρεια και ανά μέγεθος νοσοκομειακής μονάδας (δυναμικότητα κλινών : >400, 251-400, 101-250, 0-100). Τέλος, στο τρίτο τμήμα παρουσιάζεται μια συνοπτική αναφορά για την δαπάνη «outsourcing» ανά ασθενή για την χρονική περίοδο 2010-2011 (λόγω έλλειψης περισσότερων διαθέσιμων στοιχείων).

#### **1ο Τμήμα**

##### Οι Συνολικές Δαπάνες σε σχέση με την Δαπάνη για «outsourcing» 2010 – 2013.

Στους Πίνακες 4.1 – 4.2 – 4.3 & 4.4 γίνεται μια ποσοστιαία ανάλυση της δαπάνης για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ανά έτος και ανά υγειονομική περιφέρεια, σε σχέση με την συνολική νοσοκομειακή δαπάνη. Από την ανάλυση των στοιχείων, φαίνεται ότι το ποσοστό της δαπάνης του «outsourcing» είναι πολύ μικρό σε σχέση με την συνολική δαπάνη των νοσοκομειακών μονάδων. Ωστόσο, παρατηρείται μικρή αλλά σταθερή αύξηση κάθε χρόνο σε σχέση με την συνολική δαπάνη, η οποία περιορίζεται σημαντικά.

#### Πίνακας 4.1

##### Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2010

Υ.ΠΕ	Συνολικές Δαπάνες 2010	Δαπάνη «Outsourcing» 2010	Ποσοστό
1 <sup>η</sup>	802.351.210	45,298,501.63	5.65%
2 <sup>η</sup>	415.465.155	35,841,163.79	8.63%
3 <sup>η</sup>	257.527.456	6,554,787.10	2.55%
4 <sup>η</sup>	379.262.864	17,578,400.68	4.63%
5 <sup>η</sup>	202.463.235	8,535,750.09	4.22%
6 <sup>η</sup>	379.338.107	14,919,797.56	3.93%
7 <sup>η</sup>	178.400.316	6,900,557.96	3.87%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>2.614.908.343</u></b>	<b><u>135,628,958.8</u></b>	<b><u>5.19%</u></b>

Πηγή : esy.net

#### Πίνακας 4.2

##### Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2011

Υ.ΠΕ	Συνολικές Δαπάνες 2011	Δαπάνη «Outsourcing» 2011	Ποσοστό
1 <sup>η</sup>	761.431.833	49,312,060.42	6.48%
2 <sup>η</sup>	414.518.080	27,294,613.49	6.58%
3 <sup>η</sup>	264.279.653	6,610,437.91	2.50%
4 <sup>η</sup>	319.897.948	12,420,559.00	3.88%
5 <sup>η</sup>	176.593.206	7,701,169.81	4.36%
6 <sup>η</sup>	343.687.536	17,380,579.35	5.06%
7 <sup>η</sup>	162.849.704	7,664,767.35	4.71%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>2.443.257.961</u></b>	<b><u>128,384,187.33</u></b>	<b><u>5.25%</u></b>

Πηγή : esy.net



### Πίνακας 4.3

#### Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2012

Υ.ΠΕ	Συνολικές Δαπάνες 2012	Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2012	Ποσοστό
1η	696,980,762.56	45,291,093.24	6.50%
2η	382,419,022.15	24,844,810.28	6.50%
3η	230,151,333.06	8,477,267.52	3.68%
4η	278,191,887.87	11,829,899.61	4.25%
5η	159,096,705.32	8,627,952.22	5.42%
6η	307,877,232.96	18,241,162.54	5.92%
7η	146,914,869.84	6,906,484.21	4.70%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b><u>2,201,631,813.76</u></b>	<b><u>124,218,669.62</u></b>	<b><u>5.64%</u></b>

Πηγή : esy.net

### Πίνακας 4.4

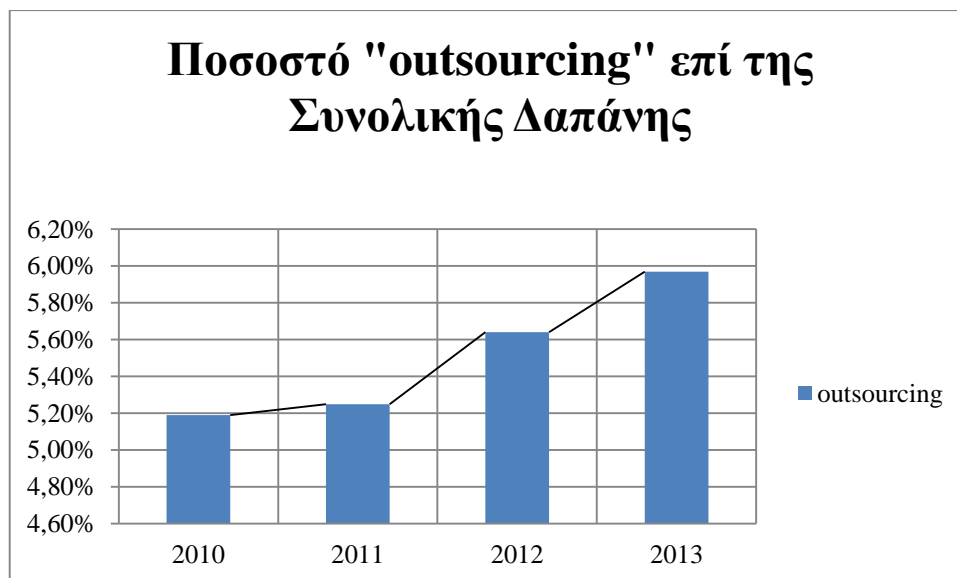
#### Σύγκριση Συνολικής Δαπάνης και Δαπάνης για «outsourcing» 2013

Υ.ΠΕ	Συνολικές Δαπάνες 2013	Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2013	Ποσοστό
1η	619,065,446.50	41,827,162.53	6.76%
2η	347,483,928.81	26,212,459.01	7.54%
3η	218,092,998.98	8,033,262.04	3.68%
4η	233,031,568.86	10,854,211.82	4.66%
5η	133,984,160.99	7,302,928.76	5.45%
6η	276,843,710.56	16,261,277.04	5.87%
7η	124,266,279.61	6,023,211.44	4.85%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b><u>1,952,768,094.31</u></b>	<b><u>116,514,512.64</u></b>	<b><u>5.97%</u></b>

Πηγή : esy.net

Στο διάγραμμα 4.1 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για «outsourcing» όλων των υγειονομικών περιφερειών ανά έτος ως προς την συνολική νοσοκομειακή δαπάνη.

**Διάγραμμα 4.1**



Η διαχρονική εξέλιξη της Συνολικής Δαπάνης για «outsourcing» ανά υγειονομική περιφέρεια 2010 – 2013.

Από την ανάλυση των στοιχείων και όπως καταγράφεται στους πίνακες 4.5 – 4.6 – 4.7 & 4.8 προκύπτει ότι η δαπάνη για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς έχει σημαντική απόκλιση ανά υγειονομική περιφέρεια και ανά έτος. Βλέποντας συνολικά την δαπάνη για «outsourcing» στα δημόσια νοσοκομεία μέσα στην τετραετία 2010-2013, προκύπτει μείωση περίπου στο 5%.

Στον πίνακα 4.5 φαίνεται ότι από το 2010 στο 2011 παρουσιάζουν αύξηση στις δαπάνες για «outsourcing» μόνο τέσσερις από τις επτά Υ.ΠΕ., με πρώτη την 6<sup>η</sup> (με ποσοστό 14,16%) και ακολουθούν αντίστοιχα η 7<sup>η</sup> (με ποσοστό 9,97%), η 1<sup>η</sup> (με ποσοστό 8,14%) και η 3<sup>η</sup> (με ποσοστό 0,84%). Ωστόσο, σημαντική είναι η μείωση της 4<sup>ης</sup> (- 41,53%).

**Πίνακας 4.5**

**Δαπάνη «outsourcing» και Μεταβολή 2010 – 2011**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2010</b>	<b>Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2011</b>	<b>% Απόκλισης 2011-2010</b>
<b>1η</b>	45,298,501.63	49,312,060.42	8.14%
<b>2η</b>	35,841,163.79	27,294,613.49	-31.31%
<b>3η</b>	6,554,787.10	6,610,437.91	0.84%
<b>4η</b>	17,578,400.68	12,420,559.00	-41.53%
<b>5η</b>	8,535,750.09	7,701,169.81	-10.84%
<b>6η</b>	14,919,797.56	17,380,579.35	14.16%
<b>7η</b>	6,900,557.96	7,664,767.35	9.97%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>135,628,958.8</u></b>	<b><u>128,384,187.33</u></b>	<b><u>-5.64%</u></b>

**Πηγή : esy.net**

Στον πίνακα 4.6 από το 2011 στο 2012 αλλάζουν τα στοιχεία και φαίνεται η 3<sup>η</sup> υγειονομική περιφέρεια να αυξάνει σημαντικά την δαπάνη, φτάνοντας στο 22,02%, ακολουθούν η 5<sup>η</sup> που σημειώνει αύξηση της τάξεως του 10,74% (σημείωνε ακριβώς αντίστοιχη μείωση τον προηγούμενο χρόνο) και μικρή αύξηση η 6<sup>η</sup> (4,72%).

**Πίνακας 4.6**  
**Δαπάνη «outsourcing» και Μεταβολή 2011 – 2012**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2011</b>	<b>Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2012</b>	<b>% Απόκλισης 2012-2011</b>
<b>1η</b>	49,312,060.42	45,291,093.24	-8.88%
<b>2η</b>	27,294,613.49	24,844,810.28	-9.86%
<b>3η</b>	6,610,437.91	8,477,267.52	22.02%
<b>4η</b>	12,420,559.00	11,829,899.61	-4.99%
<b>5η</b>	7,701,169.81	8,627,952.22	10.74%
<b>6η</b>	17,380,579.35	18,241,162.54	4.72%
<b>7η</b>	7,664,767.35	6,906,484.21	-10.98%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>128,384,187.33</u></b>	<b><u>124,218,669.62</u></b>	<b><u>-3.35%</u></b>

**Πηγή : esy.net**

Στον πίνακα 4.7 φαίνεται ότι από το 2012 στο 2013 σημειώνεται μείωση των δαπανών για «outsourcing» σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες (10 έως 15%), εκτός από την 2<sup>η</sup> που σημειώνει μικρή αύξηση (με ποσοστό 5,22%).

**Πίνακας 4.7**

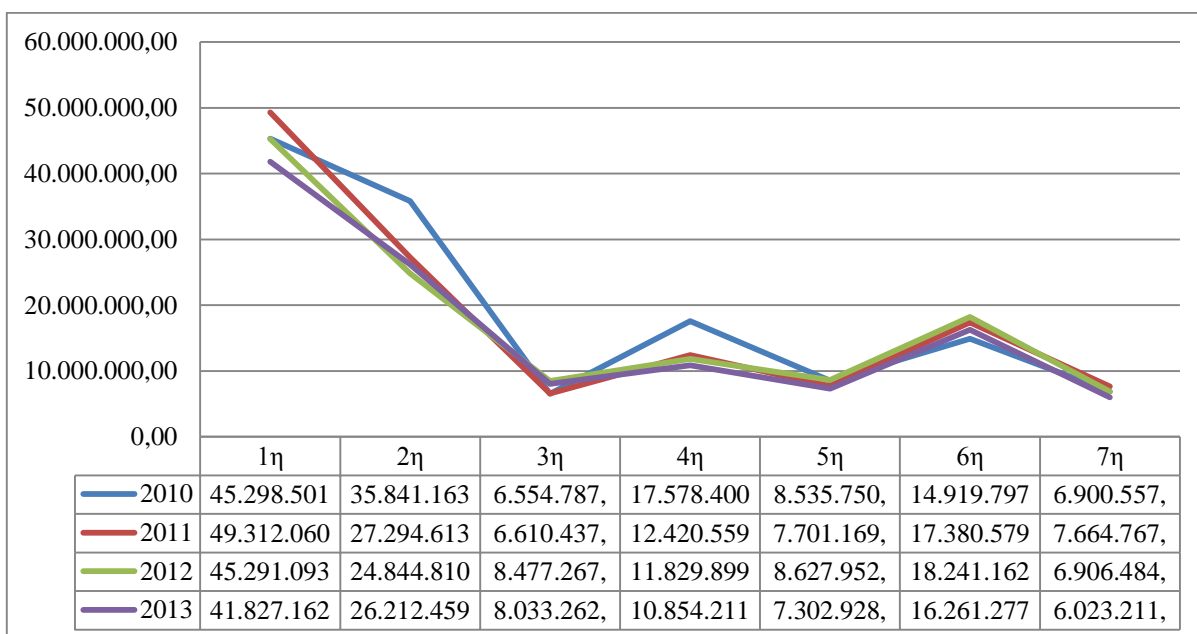
**Δαπάνη «outsourcing» και Μεταβολή 2012 – 2013**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2012</b>	<b>Συνολική Δαπάνη «Outsourcings» 2013</b>	<b>% Απόκλισης 2013-2012</b>
<b>1η</b>	45,291,093.24	41,827,162.53	-8.28%
<b>2η</b>	24,844,810.28	26,212,459.01	5.22%
<b>3η</b>	8,477,267.52	8,033,262.04	-5.53%
<b>4η</b>	11,829,899.61	10,854,211.82	-8.99%
<b>5η</b>	8,627,952.22	7,302,928.76	-18.14%
<b>6η</b>	18,241,162.54	16,261,277.04	-12.18%
<b>7η</b>	6,906,484.21	6,023,211.44	-14.66%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>124,218,669.62</u></b>	<b><u>116,514,512.64</u></b>	<b><u>-6.61%</u></b>

**Πηγή : esy.net**

Στο διάγραμμα 4.2 φαίνεται η συνολική δαπάνη για «outsourcing» και η διαχρονική της εξέλιξη από το 2010 έως το 2013 ανά υγειονομική περιφέρεια. Σημαντική παρατήρηση είναι ότι η υψηλότερη δαπάνη σημειώνεται το 2011 από τις μονάδες της πρώτης υγειονομικής περιφέρειας, ενώ η μικρότερη δαπάνη σημειώνεται το 2013 στη έβδομη υγειονομική περιφέρεια. Βέβαια, σε αυτή την εξέλιξη σημαντικό ρόλο παίζουν οι συγχωνεύσεις των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. αλλά και η πολιτική λιτότητας λόγω της εφαρμογής του μνημονίου.

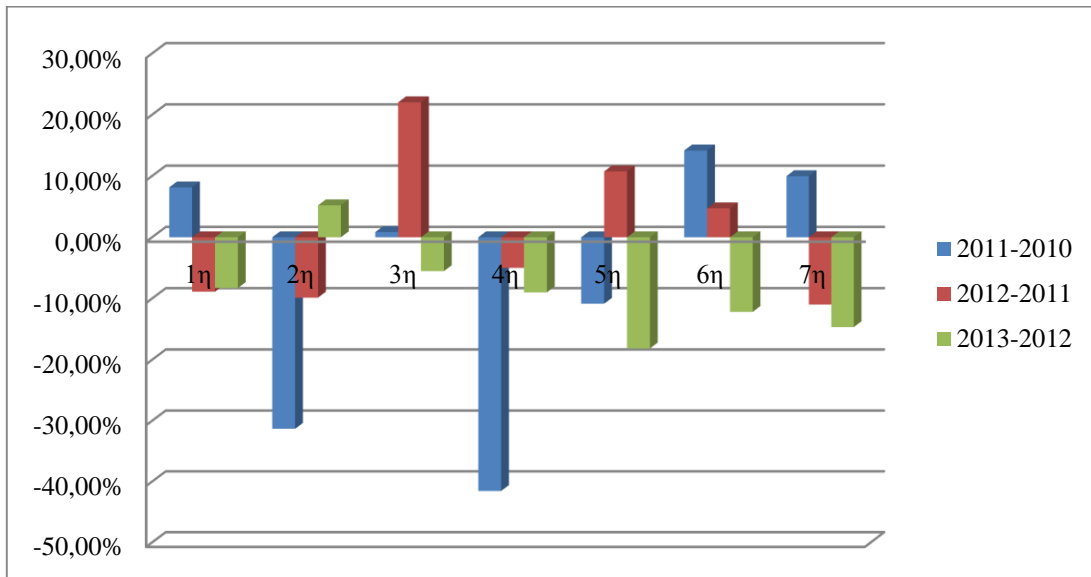
**Διάγραμμα 4.2**  
**Συνολική Δαπάνη «Outsourcing» 2010-2013**



Στο διάγραμμα 4.3 φαίνεται η απόκλιση της δαπάνης για «outsourcing» υπηρεσιών εκφρασμένη σε ποσοστό και η διαχρονική της εξέλιξη από το 2010 έως το 2013 ανά υγειονομική περιφέρεια.

### Διάγραμμα 4.3

#### Ποσοστιαία Απόκλιση «Outsourcing» 2010-2013



## 2ο Τμήμα

### Κατανομή της δαπάνης για «outsourcing» στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, η κατανομή της δαπάνης για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς ανά υγειονομική περιφέρεια καταγράφεται στους πίνακες 4.8 – 4.9 – 4.10 – 4.11. Αναλύοντας τα στοιχεία, βλέπουμε ότι η μεγαλύτερη δαπάνη για όλες τις υγειονομικές περιφέρειες και τα τέσσερα χρόνια που μελετάμε, αφορά στην καθαριότητα και με μικρότερο κόστος ακολουθεί η εστίαση και η ασφάλεια. Αξιοσημείωτο είναι, ότι η υψηλότερη δαπάνη και στις τρεις κατηγορίες εντοπίζεται στην πρώτη υγειονομική περιφέρεια και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες. Βέβαια, παίζει σημαντικό ρόλο η δυναμικότητα των μονάδων από τις οποίες αποτελείται μια υγειονομική περιφέρεια. Η πρώτη υγειονομική περιφέρεια για παράδειγμα, όπως προαναφέραμε έχει τις μεγαλύτερες δαπάνες καθώς αποτελείται από 11 νοσοκομεία δυναμικότητας άνω των 400 κλινών, κατέχοντας τον μεγαλύτερο αριθμό μεγάλων νοσοκομείων της επικράτειας.

**Πίνακας 4.8**  
**Κατανομή «outsourcing» 2010**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>1η</b>	5,762,717.76	32,509,397.28	7,026,386.59
<b>2η</b>	2,831,937.59	26,499,561.55	6,509,664.65
<b>3η</b>	279,710.39	4,764,910.11	1,510,166.60
<b>4η</b>	1,010,411.36	13,830,603.55	2,737,385.77
<b>5η</b>	1,611,482.88	6,806,952.13	117,315.08
<b>6η</b>	2,503,749.61	10,557,453.50	1,858,594.45
<b>7η</b>	659,750.14	5,935,700.20	305,107.62
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>14,659,759.73</u></b>	<b><u>100,904,578.32</u></b>	<b><u>20,064,620.76</u></b>

**Πηγή : esy.net**



**Πίνακας 4.9**  
**Κατανομή «outsourcing» 2011**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>1η</b>	5,612,229.74	34,858,873.41	8,840,957.27
<b>2η</b>	3,129,833.56	20,346,013.87	3,818,766.06
<b>3η</b>	302,819.30	4,733,368.45	1,574,250.16
<b>4η</b>	1,213,292.90	10,746,472.01	460,794.09
<b>5η</b>	1,486,652.10	6,201,840.06	12,677.65
<b>6η</b>	2,603,243.96	13,016,622.31	1,760,713.08
<b>7η</b>	397,298.08	6,607,591.32	659,877.95
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>14,745,369.64</u></b>	<b><u>96,510,781.43</u></b>	<b><u>17,128,036.26</u></b>

**Πηγή : esy.net**

**Πίνακας 4.10**  
**Κατανομή «outsourcing» 2012**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>1η</b>	4,666,892.30	33,613,806.50	7,010,394.44
<b>2η</b>	3,180,823.60	18,952,612.89	2,711,373.79
<b>3η</b>	227,486.61	6,277,435.28	1,972,345.63
<b>4η</b>	1,003,117.91	10,419,985.50	406,796.20
<b>5η</b>	1,594,425.17	6,228,197.15	805,329.90
<b>6η</b>	2,653,943.13	14,005,317.82	1,581,901.59
<b>7η</b>	335,009.80	5,862,550.76	708,923.65
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>13,661,698.52</u></b>	<b><u>95,359,905.90</u></b>	<b><u>15,197,065.20</u></b>

**Πηγή : esy.net**

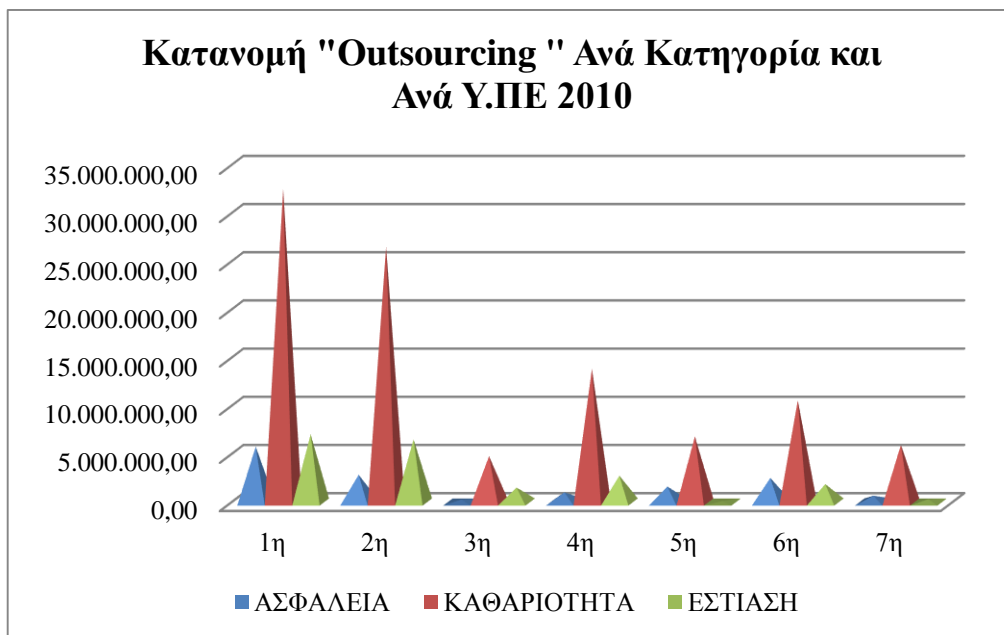
**Πίνακας 4.11**  
**Κατανομή «outsourcing» 2013**

<b>Υ.ΠΕ</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>1η</b>	4,678,243.08	31,155,256.54	5,993,662.91
<b>2η</b>	3,134,540.32	21,076,885.08	2,001,033.61
<b>3η</b>	188,007.61	5,949,918.39	1,895,336.04
<b>4η</b>	797,677.13	9,662,659.21	393,875.48
<b>5η</b>	1,334,363.33	5,291,769.96	676,795.47
<b>6η</b>	1,767,806.63	12,346,505.11	2,146,965.30
<b>7η</b>	363,067.69	5,009,841.75	650,302.00
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>12,263,705.79</u></b>	<b><u>90,492,836.04</u></b>	<b><u>13,757,970.81</u></b>

**Πηγή : esv.net**

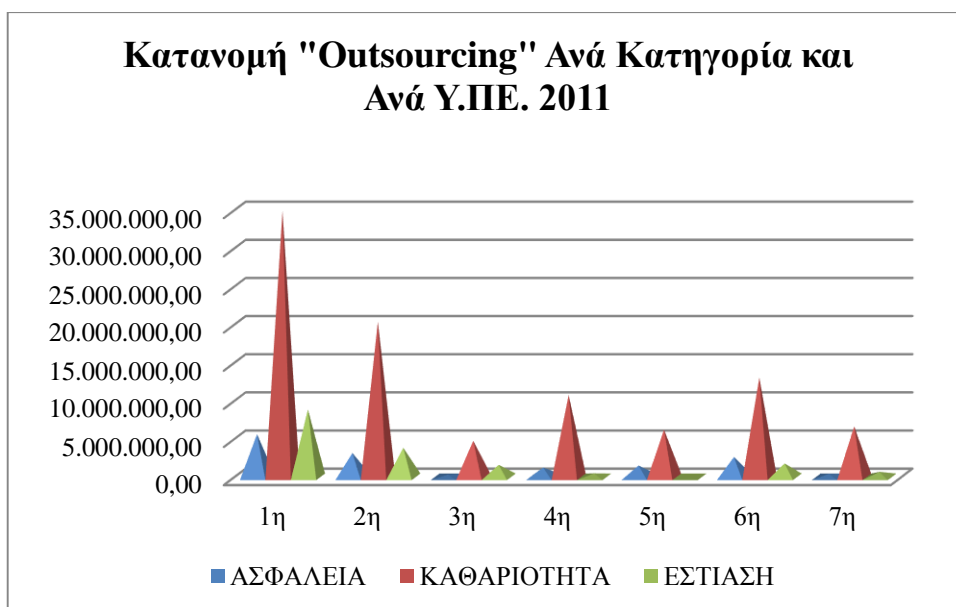
Στο διάγραμμα 4.4 απεικονίζεται η κατανομή του «outsourcing» ανά κατηγορία και ανά Υγειονομική Περιφέρεια για το 2010.

**Διάγραμμα 4.4**



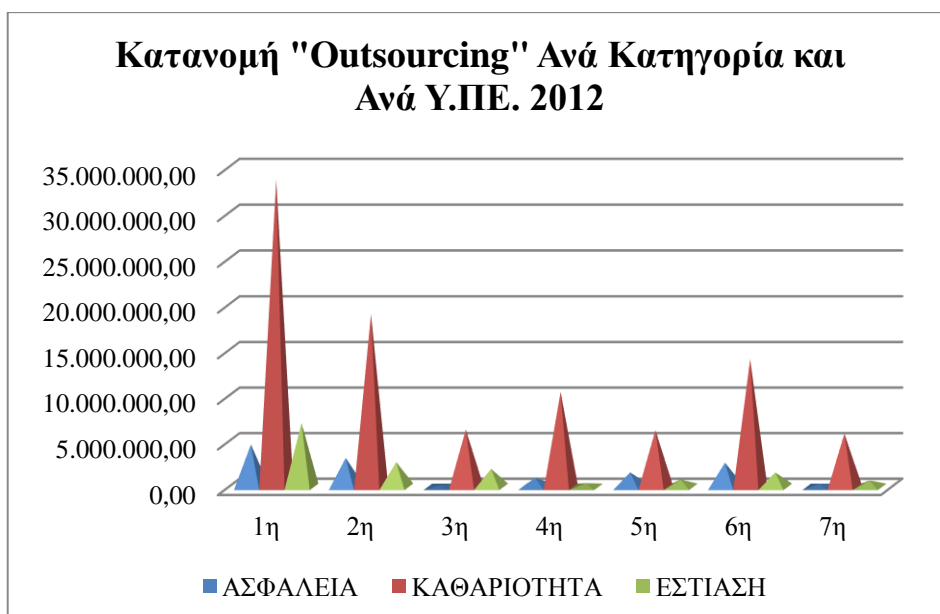
Στο διάγραμμα 4.5 απεικονίζεται η κατανομή του «outsourcing» ανά κατηγορία και ανά Υγειονομική Περιφέρεια για το 2011.

**Διάγραμμα 4.5**



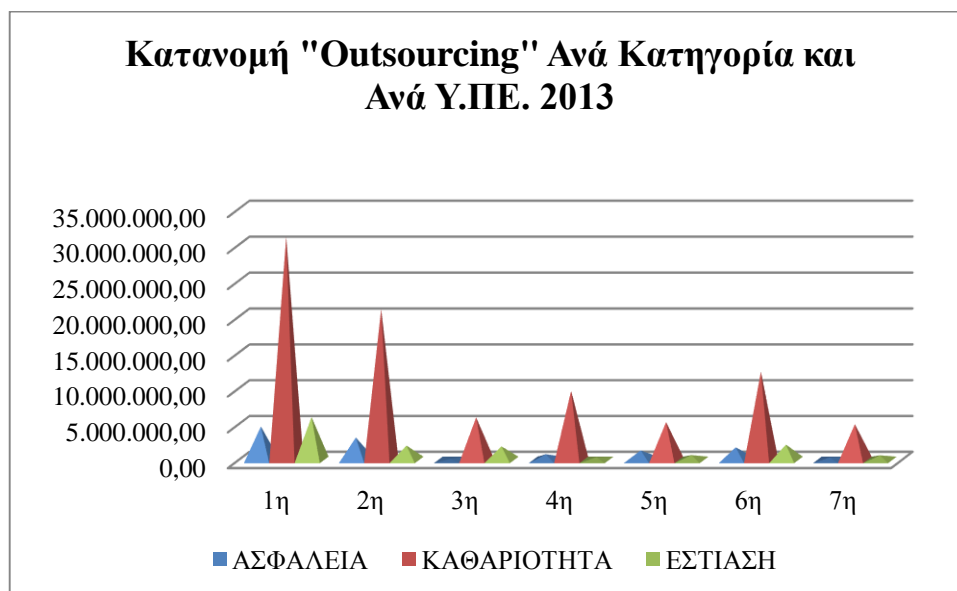
Στο διάγραμμα 4.6 απεικονίζεται η κατανομή του «outsourcing» ανά κατηγορία και ανά Υγειονομική Περιφέρεια για το 2012.

**Διάγραμμα 4.6**



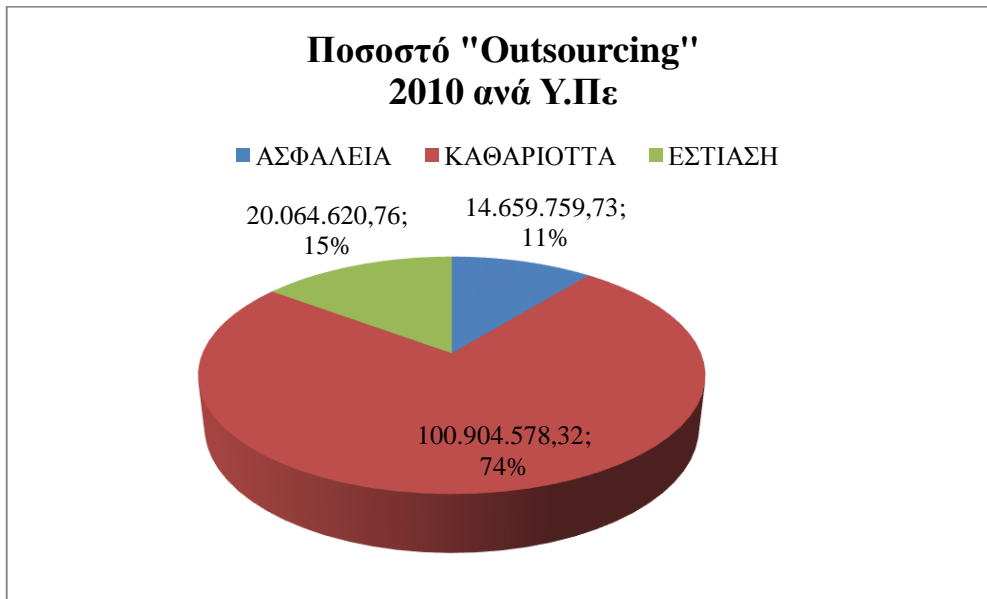
Στο διάγραμμα 4.7 απεικονίζεται η κατανομή του «outsourcing» ανά κατηγορία και ανά Υγειονομική Περιφέρεια για το 2013.

**Διάγραμμα 4.7**

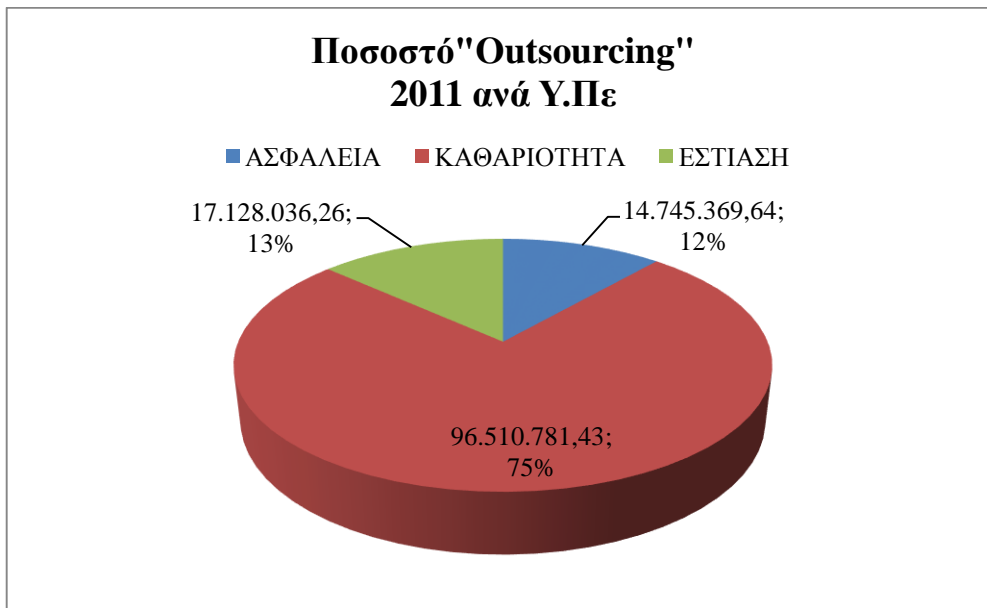


Στα Διαγράμματα 4.8 – 4.9 – 4.10 & 4.11 απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή των κατηγοριών «outsourcing» στα Δημόσια Νοσοκομεία. Η καθαριότητα με ποσοστό 74% (2010) έως 78% (2013) έχει την πρώτη θέση στις υπηρεσίες που αποφασίζεται να ανατεθεί σε εξωτερικούς φορείς. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με τις έρευνες των Solovy (1996) και Sunseri (1998), οι οποίοι αναφέρουν ότι η υπηρεσία καθαριότητας είναι η πλέον συχνή υπηρεσία που δίνεται σε εξωτερικούς φορείς. Η εστίαση παρουσιάζει μείωση από το 15% (2010) στο 12% (2013), ενώ η ασφάλεια που φαίνεται να έχει και το μικρότερο ποσοστό από το 11% (2010) μειώνεται στο 10% (2013) καταγράφοντας μια ελάχιστη αύξηση το 2011 της τάξεως του 1%.

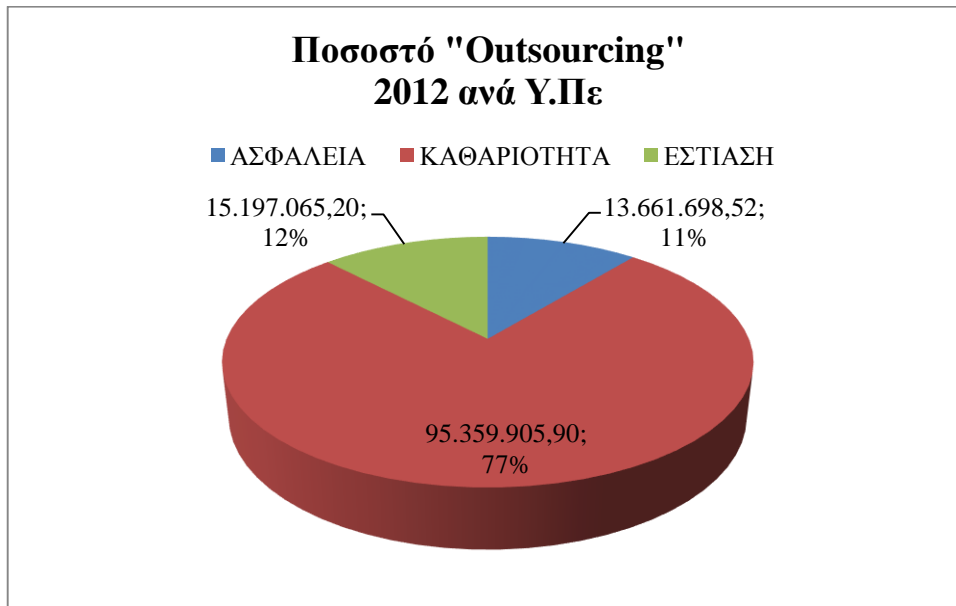
**Διάγραμμα 4.8**



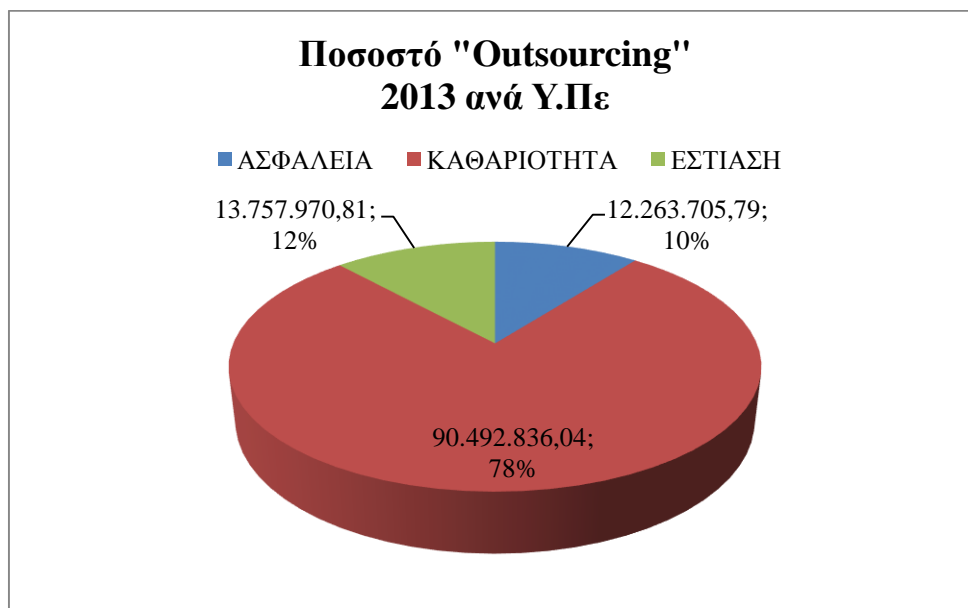
**Διάγραμμα 4.9**



**Διάγραμμα 4.10**



**Διάγραμμα 4.11**



Η Συνολική Δαπάνη «outsourcing» σε σχέση με χαρακτηριστικά των νοσοκομείων.

Στους πίνακες 4.12 – 4.13 – 4.14 & 4.15 απεικονίζεται η συνολική δαπάνη για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς, σε συσχέτισμό με το μέγεθος των νοσοκομειακών μονάδων του Ε.Σ.Υ.

Από την ανάλυση των στοιχείων στο πίνακα 4.12, προκύπτει ότι κατά τη χρονική περίοδο 2010-2011 η μεγαλύτερη μείωση σημειώνεται στα μεγάλο-μεσαία νοσοκομεία (με ποσοστό -16,17%), ακολουθούν τα μικρά (με ποσοστό -8,92%) και τα μεγάλα (με ποσοστό -6,35%), ενώ αντίθετα τα μεσαία σημειώνουν αύξηση της τάξεως του 5,90%.

#### Πίνακας 4.12

##### Συνολικές Δαπάνες «Outsourcing» 2010-2011

Μέγεθος Νοσοκομειακής Μονάδας	Συνολικές		% Μεταβολής 2010 – 2011
	Δαπάνες Τρίτους 2010	Προς Δαπάνες Τρίτους 2011	
> 400	80,578,067.28	75,768,177.45	-6.35%
<b>Μεγάλο-Μεσαία 251 - 400</b>	25,629,662.58	22,063,084.00	-16.17%
<b>Μεσαία 101 - 250</b>	20,274,952.82	21,545,602.93	5.90%
<b>Μικρά 0 - 100</b>	5,953,070.93	5,465,667.06	-8.92%
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>132,435,753.61</u></b>	<b><u>124,842,531.44</u></b>	<b><u>-6.08%</u></b>

Πηγή : esy.net

Από τον πίνακα 4.13 παρατηρούμε ότι την χρονική περίοδο 2011-2012 η μεγαλύτερη μείωση σημειώνεται στα μικρά νοσοκομεία (με ποσοστό -26,54%) και ακολουθούν τα μεγάλα (με ποσοστό -7,67%). Αντιθέτως, σημειώνεται αύξηση της τάξεως του 6,23% στα μεγάλο-μεσαία και της τάξεως του 5,32% στα μεσαία.

### **Πίνακας 4.13**

#### **Συνολικές Δαπάνες προς τρίτους «Outsourcing» 2011-2012**

<b>Μέγεθος Νοσοκομειακής Μονάδας</b>	<b>Συνολικές Δαπάνες Προς Τρίτους 2011</b>	<b>Συνολικές Δαπάνες Προς Τρίτους 2012</b>	<b>% Μεταβολής 2011 – 2012</b>
<b>&gt; 400</b>	75,768,177.45	70,369,748.27	-7.67%
<b>Μεγάλο-Μεσαία</b>	22,063,084.00		
<b>251 - 400</b>		23,527,713.29	6.23%
<b>Μεσαία 101 - 250</b>	21,545,602.93	22,755,770.16	5.32%
<b>Μικρά 0 - 100</b>	5,465,667.06	4,319,472.12	-26.54%
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>124,842,531.44</u></b>	<b><u>120,972,703.84</u></b>	<b><u>-3.20%</u></b>

**Πηγή : πίνακας 5 esy.net**



Από τον πίνακα 4.14 παρατηρούμε ότι την χρονική περίοδο 2012-2013 η μεγαλύτερη μείωση σημειώνεται στα μεγάλο-μεσαία νοσοκομεία (με ποσοστό -19,53%). Για πρώτη φορά σημειώνεται μείωση στα μεσαία νοσοκομεία (της τάξεως του -17,31%) και ακολουθούν τα μεγάλα με μείωση 1,69%. Επίσης, για πρώτη φορά σημειώνεται μικρή αύξηση στα μικρά νοσοκομεία της τάξεως του 2,31%.

#### **Πίνακας 4.14**

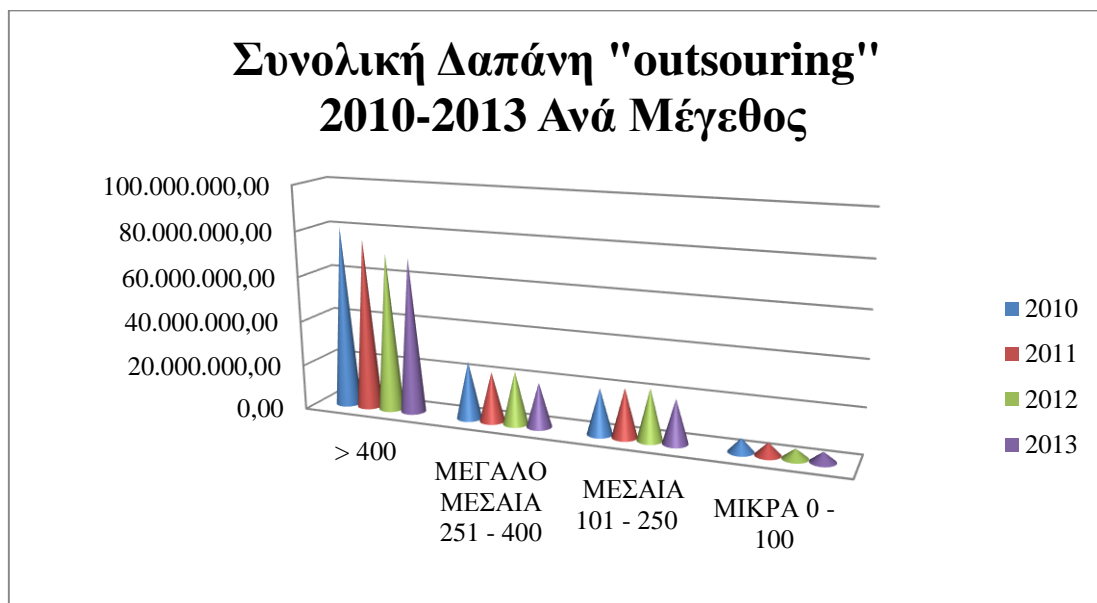
##### **Συνολικές Δαπάνες προς τρίτους «Outsourcing» 2012-2013**

<b>Μέγεθος Νοσοκομειακής Μονάδας</b>	<b>Συνολικές Δαπάνες Προς Τρίτους 2012</b>	<b>Συνολικές Δαπάνες Προς Τρίτους 2013</b>	<b>% Μεταβολής 2012 – 2013</b>
<b>&gt; 400</b>	70,369,748.27	69,203,606.09	-1.69%
<b>Μεγάλο-Μεσαία</b>			
<b>251 - 400</b>	23,527,713.29	19,683,062.80	-19.53%
<b>Μεσαία 101 - 250</b>	22,755,770.16	19,398,251.53	-17.31%
<b>Μικρά 0 - 100</b>	4,319,472.12	4,421,485.19	2.31%
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>120,972,703.84</u></b>	<b><u>112,706,405.61</u></b>	<b><u>-7.33%</u></b>

**Πηγή : esv.net**

Στο διάγραμμα 4.12 απεικονίζεται η Συνολική Δαπάνη «outsourcing» σε σχέση με το μέγεθος των νοσοκομειακών μονάδων του Ε.Σ.Υ ανά έτος (2010-2011-2012-2013). Είναι εμφανές ότι τα μεγάλα νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών έχουν την υψηλότερη δαπάνη για «outsourcing» και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες μονάδες. Οι δαπάνες των μεγάλο-μεσαίων φαίνεται να κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα με τις δαπάνες των μεσαίων και τα μικρά να σημειώνουν την μικρότερη δαπάνη.

**Διάγραμμα 4.12**



Από τον πίνακα 4.15 φαίνεται ότι σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομειακών μονάδων (μεγάλα, μεγάλο-μεσαία, μεσαία και μικρά) η καθαριότητα αποτελεί την κύρια δαπάνη «outsourcing» για το έτος 2010. Στα μεγάλα και στα μεγάλο-μεσαία νοσοκομεία ακολουθεί η εστίαση και τελευταία η ασφάλεια ενώ αντίστροφα στα μεσαία και στα μικρά έρχεται δεύτερη η ασφάλεια και τελευταία η δαπάνη για εστίαση. Επιπλέον φαίνεται ότι η δαπάνη συμβαδίζει με το μέγεθος των μονάδων, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της μονάδας τόσο αυξάνεται και η δαπάνη για τις υπηρεσίες που ανατίθενται σε εξωτερικούς φορείς.

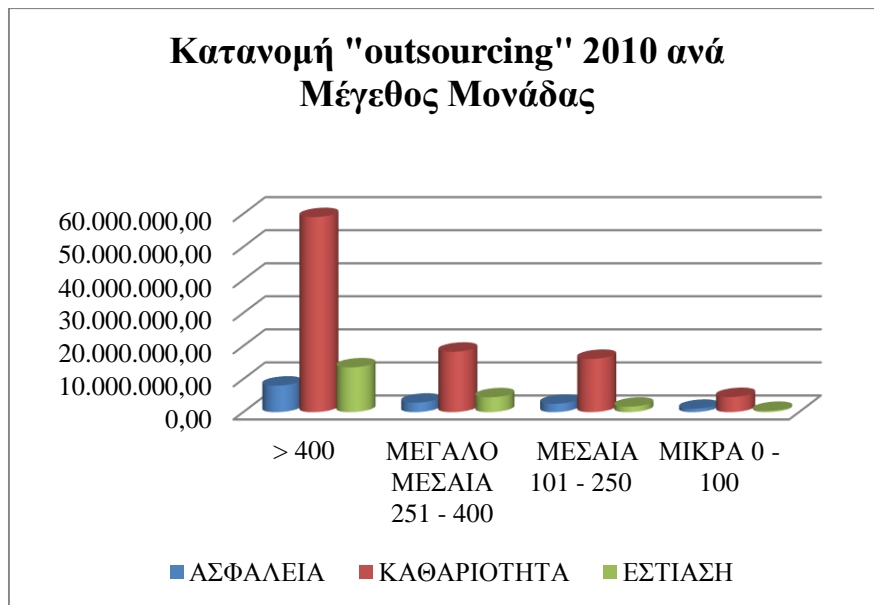
**Πίνακας 4.15**  
**Δαπάνες Προς Τρίτους 2010 Κατηγορία/Μέγεθος**

<b>Μέγεθος</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>Νοσοκομει ακής Μονάδας</b>			
<b>&gt; 400</b>	8,029,600.45	59,014,353.73	13,534,113.10
<b>Μεγάλο- Μεσαία</b>			
<b>251 - 400</b>	2,865,207.62	18,273,249.20	4,491,205.76
<b>Μεσαία</b>			
<b>101 - 250</b>	2,518,591.22	16,113,923.33	1,642,438.27
<b>Μικρά 0 - 100</b>	1,007,094.34	4,566,123.88	379,852.71
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>14,420,493.63</u></b>	<b><u>97,967,650.14</u></b>	<b><u>20,047,609.84</u></b>

**Πηγή : esy.net**

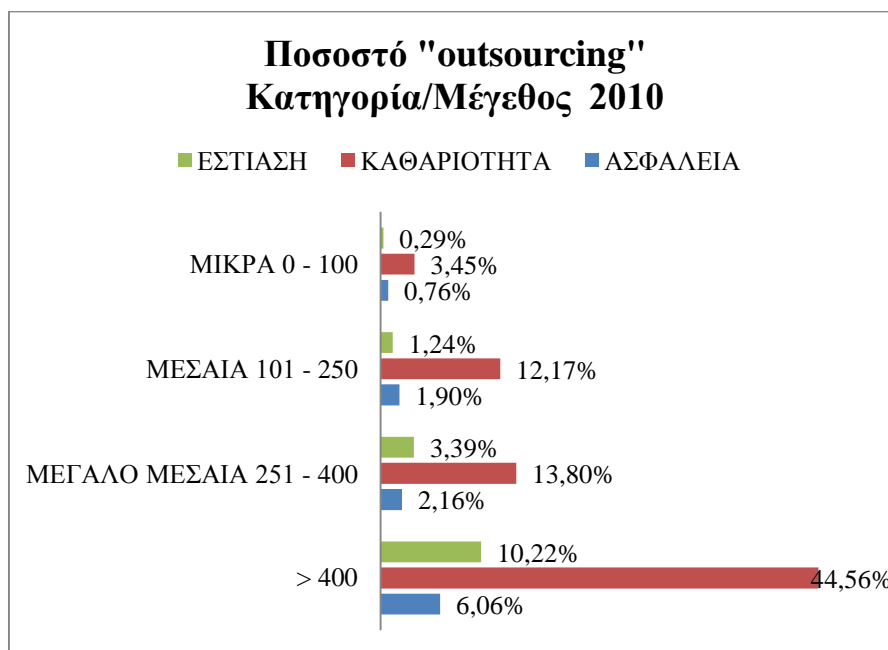
Στο διάγραμμα 4.13 απεικονίζεται η κατανομή των δαπανών για «outsourcing» στην Ασφάλεια, στην Καθαριότητα και στην Εστίαση σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2010.

**Διάγραμμα 4.13**



Στο διάγραμμα 4.14 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για «outsourcing» ανά κατηγορία σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2010.

**Διάγραμμα 4.14**



Από τον πίνακα 4.16 φαίνεται ότι σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομειακών μονάδων (μεγάλα, μεγάλο-μεσαία, μεσαία και μικρά) η καθαριότητα αποτελεί την κύρια δαπάνη «outsourcing» για το έτος 2011. Στα μεγάλα και στα μεγάλο-μεσαία νοσοκομεία ακολουθεί η εστίαση και τελευταία η ασφάλεια ενώ αντίστροφα στα μεσαία και στα μικρά έρχεται δεύτερη η ασφάλεια και τελευταία η δαπάνη για εστίαση. Επιπλέον φαίνεται ότι η δαπάνη συμβαδίζει με το μέγεθος των μονάδων, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της μονάδας τόσο αυξάνετε και η δαπάνη για τις υπηρεσίες που ανατίθενται σε εξωτερικούς φορείς.

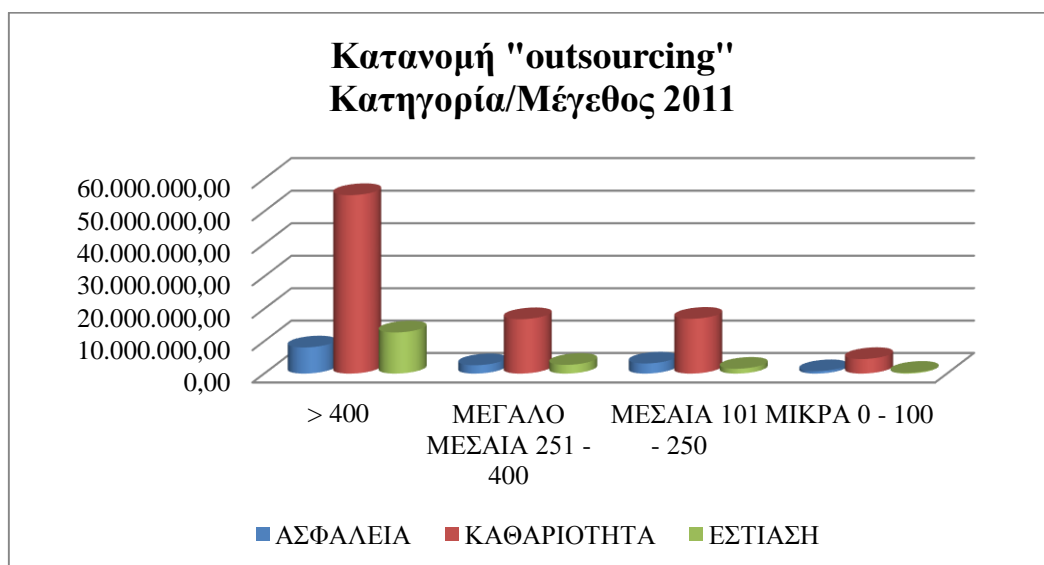
**Πίνακας 4.16**  
**Δαπάνες Προς Τρίτους 2011 Κατηγορία/Μέγεθος**

<b>Μέγεθος</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>Νοσοκομει ακής Μονάδας</b>			
<b>&gt; 400</b>	8,073,504.21	54,990,019.51	12,704,653.73
<b>Μεγάλο- Μεσαία 251 - 400</b>	2,577,558.05	16,799,541.81	2,685,984.14
<b>Μεσαία 101 - 250</b>	3,125,748.94	16,927,153.39	1,492,700.60
<b>Μικρά 0 - 100</b>	730,783.99	4,493,803.36	241,079.71
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>14,507,595.19</u></b>	<b><u>93,210,518.07</u></b>	<b><u>17,124,418.18</u></b>

**Πηγή : esy.net**

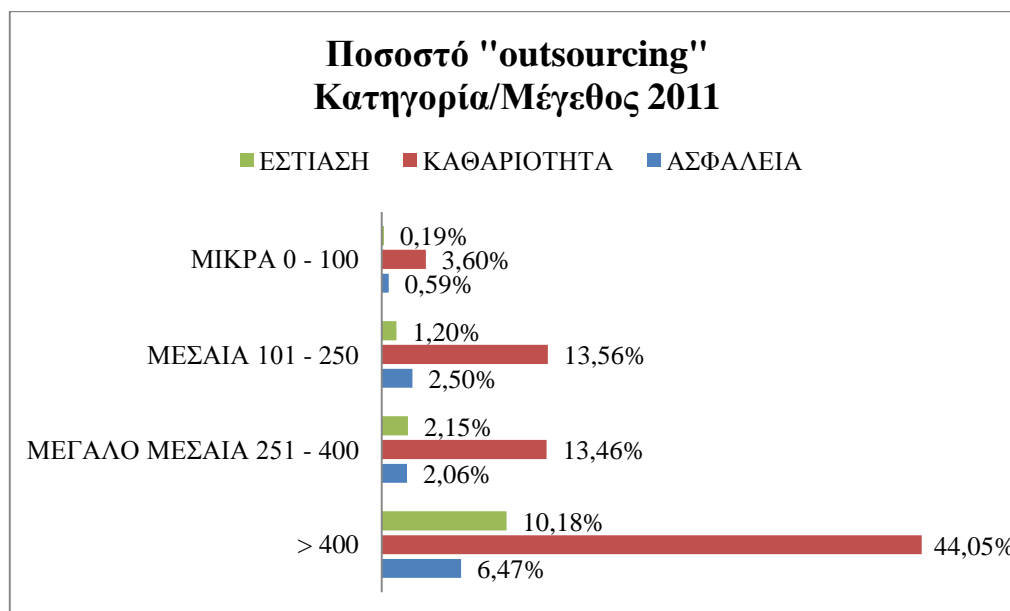
Στο διάγραμμα 4.15 απεικονίζεται η κατανομή των δαπανών για «outsourcing» στην Ασφάλεια, στην Καθαριότητα και στην Εστίαση σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2011.

**Διάγραμμα 4.15**



Στο διάγραμμα 4.16 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για «outsourcing» ανά κατηγορία σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2011.

**Διάγραμμα 4.16**



Από τον πίνακα 4.17 φαίνεται ότι σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομειακών μονάδων (μεγάλα, μεγάλο-μεσαία, μεσαία και μικρά) η καθαριότητα αποτελεί την κύρια δαπάνη «outsourcing» για το έτος 2012. Στα μεγάλα και στα μεγάλο-μεσαία νοσοκομεία

ακολουθεί η εστίαση και τελευταία η ασφάλεια ενώ αντίστροφα στα μεσαία και στα μικρά έρχεται δεύτερη η ασφάλεια και τελευταία η δαπάνη για εστίαση. Επιπλέον φαίνεται ότι η δαπάνη συμβαδίζει με το μέγεθος των μονάδων, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της μονάδας τόσο αυξάνετε και η δαπάνη για τις υπηρεσίες που ανατίθενται σε εξωτερικούς φορείς.

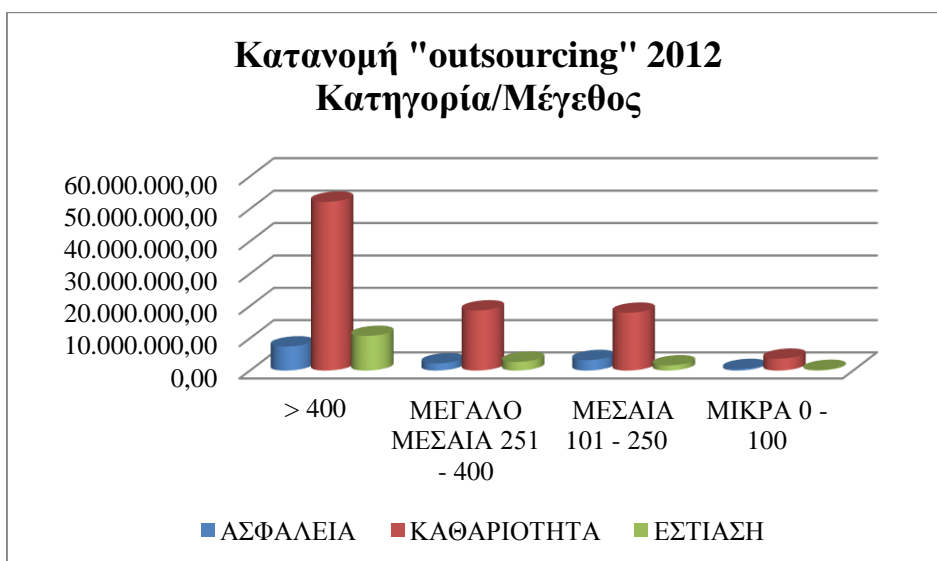
**Πίνακας 4.17**  
**Δαπάνες Προς Τρίτους 2012 Κατηγορία/Μέγεθος**

<b>Μέγεθος</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>Νοσοκομει ακής Μονάδας</b>			
<b>&gt; 400</b>	7,457,740.19	52,187,785.17	10,724,222.91
<b>Μεγάλο- Μεσαία 251 - 400</b>	2,214,584.13	18,621,336.95	2,691,792.21
<b>Μεσαία 101 - 250</b>	3,243,081.98	17,918,311.79	1,594,376.39
<b>Μικρά 0 - 100</b>	475,676.33	3,657,842.75	185,953.04
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>13,391,082.63</u></b>	<b><u>92,385,276.66</u></b>	<b><u>15,196,344.55</u></b>

**Πηγή : esy.net**

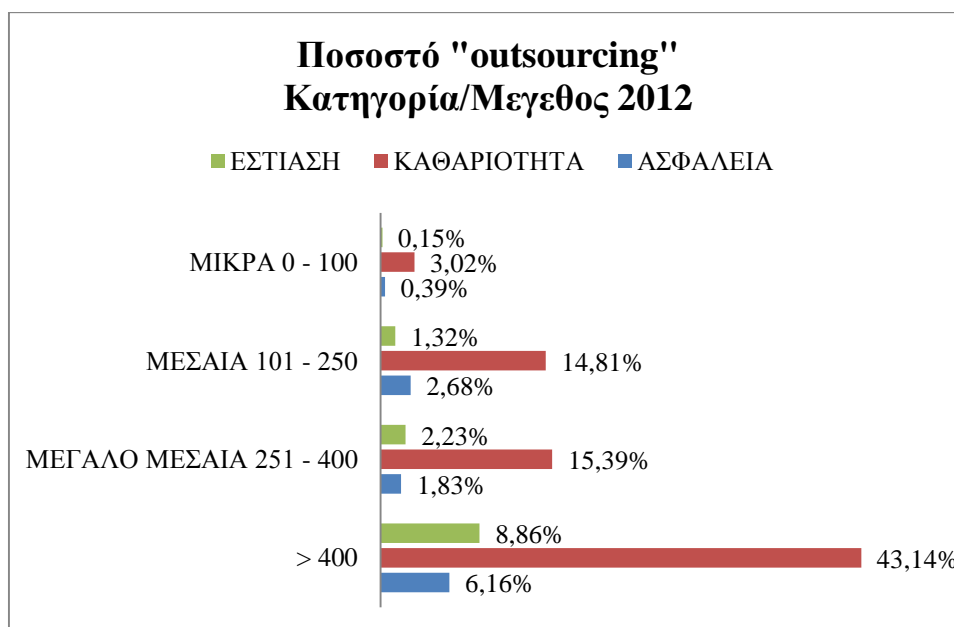
Στο διάγραμμα 4.17 απεικονίζεται η κατανομή των δαπανών για «outsourcing» στην Ασφάλεια, στην Καθαριότητα και στην Εστίαση σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2012.

**Διάγραμμα 4.17**



Στο διάγραμμα 4.18 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για «outsourcing» ανά κατηγορία σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2012.

**Διάγραμμα 4.18**



Από τον πίνακα 4.18 φαίνεται ότι σε όλες τις κατηγορίες νοσοκομειακών μονάδων (μεγάλα, μεγάλο-μεσαία, μεσαία και μικρά) η καθαριότητα αποτελεί την κύρια δαπάνη «outsourcing» για το έτος 2013. Στα μεγάλα νοσοκομεία ακολουθεί η εστίαση και τελευταία η ασφάλεια ενώ αντίστροφα στα μεγάλο-μεσαία, στα μεσαία και στα μικρά έρχεται δεύτερη η ασφάλεια και τελευταία η δαπάνη για εστίαση. Επιπλέον φαίνεται ότι



η δαπάνη συμβαδίζει με το μέγεθος των μονάδων, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της μονάδας τόσο αυξάνετε και η δαπάνη για τις υπηρεσίες που ανατίθενται σε εξωτερικούς φορείς.

**Πίνακας 4.18**

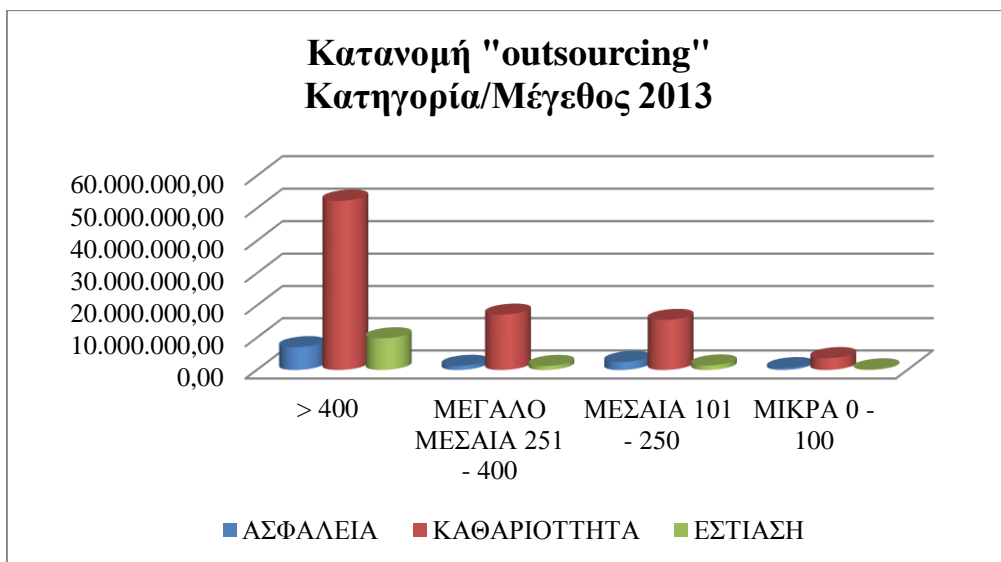
**Δαπάνες Προς Τρίτους 2013 Κατηγορία/Μέγεθος**

<b>Μέγεθος</b>	<b>Ασφάλεια</b>	<b>Καθαριότητα</b>	<b>Εστίαση</b>
<b>Νοσοκομειακής Μονάδας</b>			
<b>&gt; 400</b>	7,061,399.31	52,327,979.37	9,814,227.41
<b>Μεγάλο-Μεσαία 251</b>			
<b>- 400</b>	1,281,038.04	17,160,693.79	1,241,330.97
<b>Μεσαία 101</b>			
<b>- 250</b>	2,478,985.16	15,527,154.58	1,392,111.79
<b>Μικρά 0 - 100</b>	561,981.56	3,673,623.07	185,880.56
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b><u>11,383,404.07</u></b>	<b><u>88,689,450.81</u></b>	<b><u>12,633,550.73</u></b>

**Πηγή : esy.net**

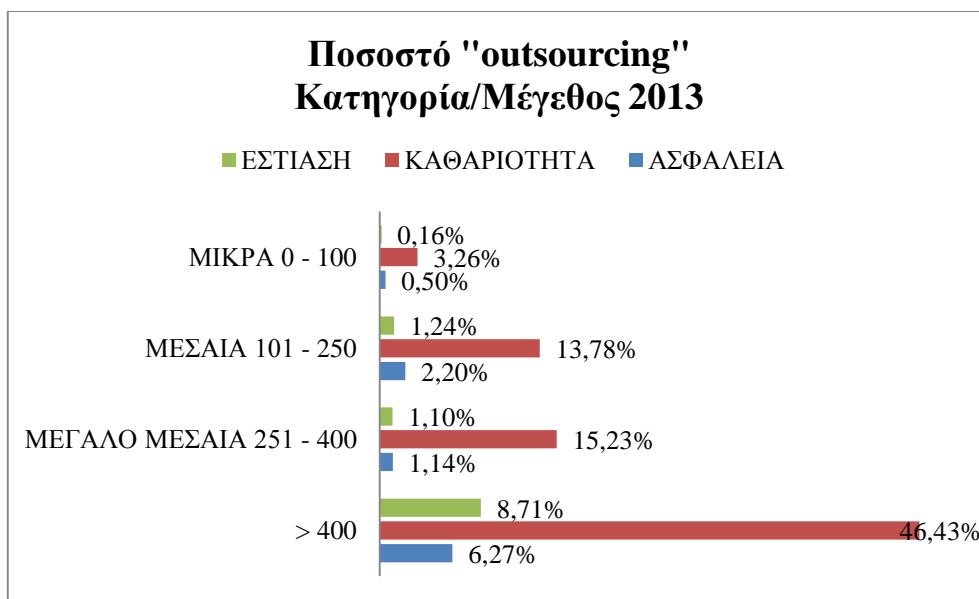
Στο διάγραμμα 4.19 απεικονίζεται η κατανομή των δαπανών για «outsourcing» στην Ασφάλεια, στην Καθαριότητα και στην Εστίαση σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2013.

**Διάγραμμα 4.19**



Στο διάγραμμα 4.20 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για «outsourcing» ανά κατηγορία σε σχέση με το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας για το έτος 2012.

**Διάγραμμα 4.20**



### 3ο Τμήμα

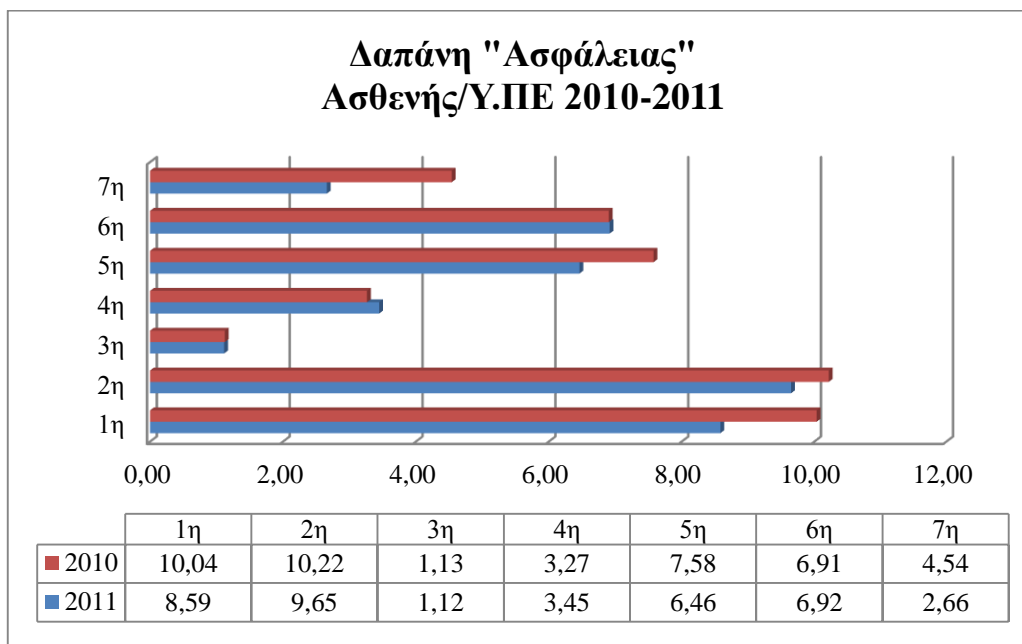
Στον πίνακα 4.19 φαίνεται ότι το ποσοστό της δαπάνης για ασφάλεια ανά ασθενή μειώνεται από το 2010 στο 2011 σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες εκτός της 4<sup>ης</sup> (με ποσοστό αύξησης 6%) με μεγαλύτερη μείωση στην 7<sup>η</sup> (με ποσοστό -41%) και μικρότερη (σχεδόν μηδενική) στην 6<sup>η</sup>.

**Πίνακας 4.19**  
**Ασφάλεια/Ασθενή**

<u>Υ.ΠΕ</u>	<u>2011</u>	<u>2010</u>	<u>Ποσοστιαία</u> <u>μεταβολή</u>
<u>1η</u>	8.59	10.04	-14%
<u>2η</u>	9.65	10.22	-6%
<u>3η</u>	1.12	1.13	-1%
<u>4η</u>	3.45	3.27	6%
<u>5η</u>	6.46	7.58	-15%
<u>6η</u>	6.92	6.91	0%
<u>7η</u>	2.66	4.54	-41%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>6.22</u></b>	<b><u>6.88</u></b>	<b><u>-10%</u></b>

Στο διάγραμμα 4.21 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για ασφάλεια ανά ασθενή. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσό (10,22) καταγράφεται το 2010 στην 2<sup>η</sup> υγειονομική περιφέρεια και το μικρότερο (1,12) καταγράφεται το 2011 στην 3<sup>η</sup>.

**Διάγραμμα 4.21**



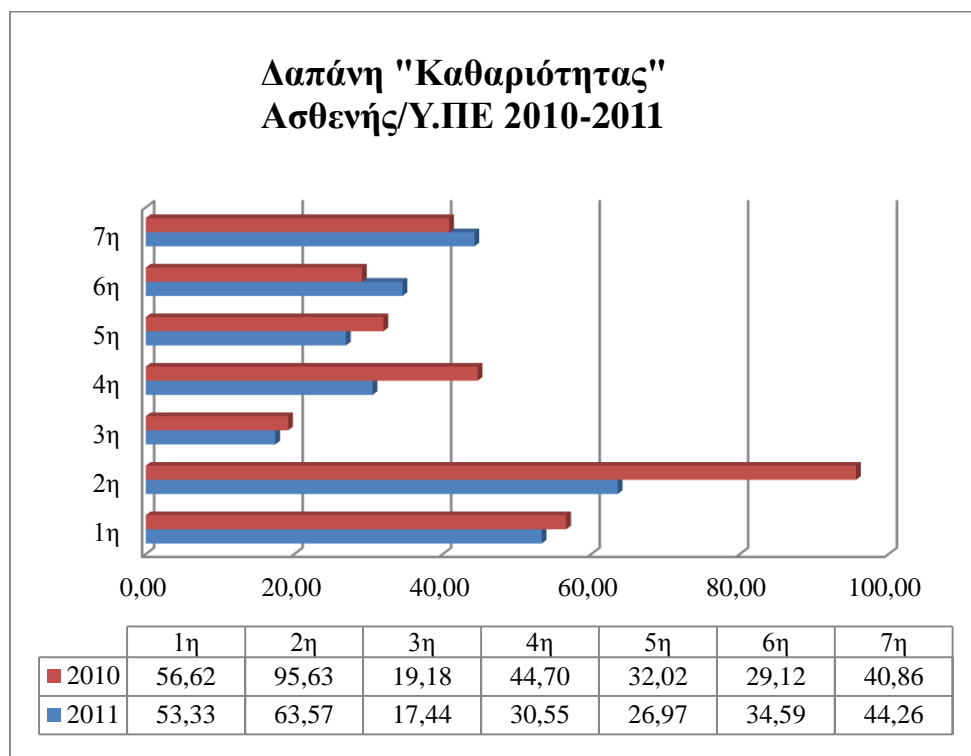
Στον πίνακα 4.20 φαίνεται ότι το ποσοστό της δαπάνης για καθαριότητα ανά ασθενή μειώθηκε από το 2010 στο 2011 σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες με μεγαλύτερη μείωση στην 2<sup>η</sup> και την 4<sup>η</sup> με ποσοστό -34% και -32% αντίστοιχα, ενώ αύξηση σημειώνουν οι 6<sup>η</sup> και η 7<sup>η</sup> με ποσοστό 19% και 18% αντίστοιχα.

**Πίνακας 4.20**  
**Καθαριότητα/Ασθενή**

<u>Υ.ΠΕ</u>	<u>2011</u>	<u>2010</u>	<u>Ποσοστιαία μεταβολή</u>
1η	53.33	56.62	-6%
2η	63.57	95.63	-34%
3η	17.44	19.18	-9%
4η	30.55	44.70	-32%
5η	26.97	32.02	-16%
6η	34.59	29.12	19%
7η	44.26	40.86	8%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>40.83</u></b>	<b><u>47.38</u></b>	<b><u>-14%</u></b>

Στο διάγραμμα 4.22 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για καθαριότητα ανά ασθενή. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσό (95,63) το 2010 στην 2<sup>η</sup> υγειονομική περιφέρεια και το μικρότερο (17,44) το 2011 στην 3<sup>η</sup>.

**Διάγραμμα 4.22**



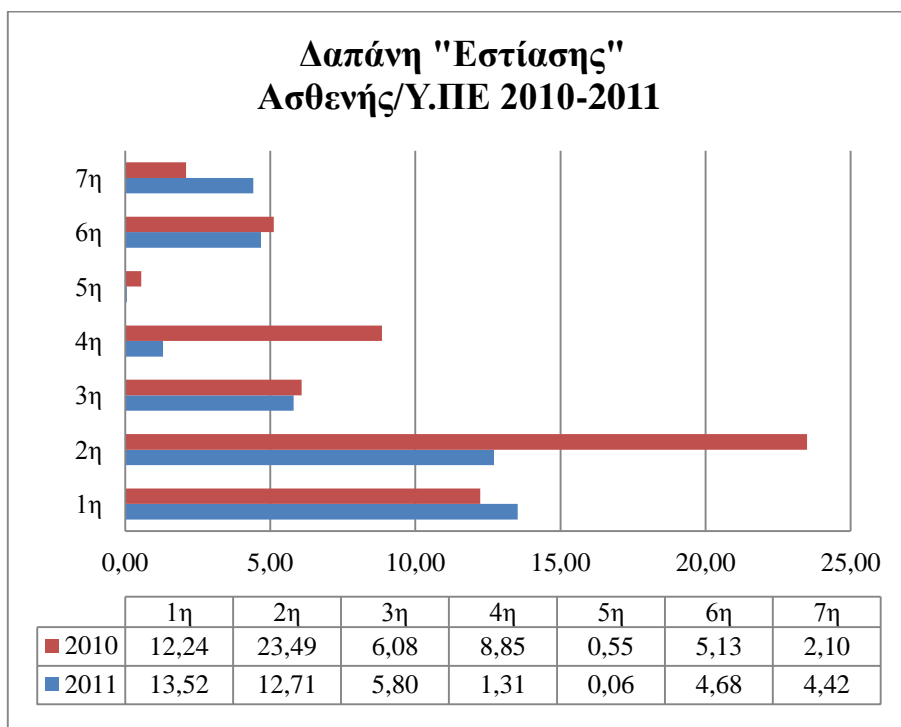
Στον πίνακα 4.21 φαίνεται ότι το ποσοστό της δαπάνης για εστίαση ανά ασθενή μειώθηκε από το 2010 στο 2011 σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες με μεγαλύτερη μείωση στην 5<sup>η</sup> και την 4<sup>η</sup> με ποσοστό -90% και -85% αντίστοιχα, ενώ αύξηση σημειώνουν οι 1<sup>η</sup> και η 7<sup>η</sup> με ποσοστό 11% και 110% αντίστοιχα.

**Πίνακας 4.21**  
**Εστίαση/Ασθενή**

<u>Υ.ΠΕ</u>	<u>2011</u>	<u>2010</u>	<u>Ποσοστιαία μεταβολή</u>
1η	13.52	12.24	11%
2η	12.71	23.49	-46%
3η	5.80	6.08	-5%
4η	1.31	8.85	-85%
5η	0.06	0.55	-90%
6η	4.68	5.13	-9%
7η	4.42	2.10	110%
<b><u>ΣΥΝΟΛΟ</u></b>	<b><u>7.34</u></b>	<b><u>9.42</u></b>	<b><u>-22%</u></b>

το διάγραμμα 4.23 απεικονίζεται το ποσοστό της δαπάνης για εστίαση ανά ασθενή. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσό (95,63) το 2010 στην 2<sup>η</sup> υγειονομική περιφέρεια και το μικρότερο (17,44) το 2011 στην 3<sup>η</sup>.

**Διάγραμμα 4.23**





#### 4.4 Ανακεφαλαίωση

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο, που αποτελεί και το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας εργασίας, αναφερθήκαμε στις δαπάνες των υγειονομικών περιφερειών του Εθνικού Υγειονομικού Συστήματος μελετώντας κατά κύριο λόγο την δαπάνη που πραγματοποιείται για ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα Δημόσια νοσοκομεία με την πάροδο του χρόνου στρέφονται όλο και περισσότερο προς το «outsourcing». Πιο συγκεκριμένα από την ανάλυση των στοιχείων που μελετήσαμε φαίνεται ότι αυξάνεται το συνολικό ποσοστό για «outsourcing» σε σχέση με τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες.

Οι υπηρεσίες που, βάσει των περισσότερων μελετών, ανατίθενται πιο συχνά σε εξωτερικούς φορείς είναι η ασφάλεια, η καθαριότητα και η εστίαση. Αν και γίνονται προσπάθειες για επέκταση του «outsourcing» και σε άλλα τμήματα των νοσοκομειακών μονάδων, προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή διαθέσιμα στοιχεία για μελέτη.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 5.1 Παρατηρήσεις - Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία, διαπιστώνεται ότι η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς, δίνει την δυνατότητα στους οργανισμούς και στις επιχειρήσεις να μειώνουν τα λειτουργικά κόστη δίνοντας παράλληλα την δυνατότητα στα στελέχη να επικεντρώνονται στον πυρήνα των αρμοδιοτήτων τους. Το «outsourcing» είναι ένα στρατηγικό εργαλείο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από οποιονδήποτε οργανισμό ή επιχείρηση που αποσκοπεί στην αναδιοργάνωση και στην αύξηση της ευελιξίας.

Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας η εισαγωγή του «outsourcing» ως στρατηγικό εργαλείο έχει λειτουργήσει αποτελεσματικά στον έλεγχο των δαπανών και στον εκσυγχρονισμό των νοσοκομειακών μονάδων. Αν και στο εξωτερικό είναι ευρέως διαδεδομένη η εφαρμογή του «outsourcing» εδώ και δεκαετίες, στην Ελλάδα έχει αρχίσει να εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια.

Τα Δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, εφαρμόζοντας την ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς εξοικονομούν πόρους χωρίς να μειώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Αν και από μελέτες που έχουν διεξαχθεί φαίνεται ότι το «outsourcing» έχει μικρό αντίκτυπο στην μείωση του κόστους, έχει αρκετά μεγάλο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των χρηστών, το οποίο είναι αποτέλεσμα της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ανάθεση σε εξωτερικούς φορείς γίνεται ως επί το πλείστον για την ασφάλεια, την καθαριότητα και την εστίαση. Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς έχει αυξηθεί στα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών (2010 - 2013). Οι σημαντικότεροι λόγοι για «outsourcing» στις νοσοκομειακές μονάδες είναι ο εκσυγχρονισμός, η αναγκαία προσαρμογή στις επιταγές της αγοράς και η μείωση τους κόστους, χωρίς να μειώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία χρησιμοποιώντας την εξωτερική ανάθεση, μπορούν να προσφέρουν υγειονομικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, με λιγότερο προσωπικό και με τους ασθενείς να μένουν πλήρως ικανοποιημένοι. Ωστόσο η συνεργασία μεταξύ του νοσοκομείου και του εξωτερικού φορέα ενέχει διαφόρους κινδύνους και ρίσκα. Για να έχει θετικά

αποτελέσματα μια τέτοια συνεργασία θα πρέπει εξ αρχής, να αναλύονται διεξοδικά οι όροι του συμβολαίου και να διευκρινίζονται οι διακριτές αρμοδιότητες και υποχρεώσεις της κάθε πλευράς.

Αν και παρατηρείται μείωση στις συνολικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων του συστήματος υγείας η μείωση αντίστοιχα της δαπάνης για «outsourcing» είναι μικρότερη σε σχέση με την μείωση της συνολικής δαπάνης. Διαπιστώνεται ότι, το ποσοστό της δαπάνης για «outsourcing» ως προς την συνολική δαπάνη σημειώνει μικρή αύξηση από το 2010 έως και σήμερα.

## 5.2 Προτάσεις

Η ανάθεση υπηρεσιών σε εξωτερικούς φορείς διευκολύνει τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς να ελέγχουν τα κόστη, περιορίζοντας τις δαπάνες και βοηθώντας στην αναδιοργάνωση της εσωτερικής τους δομής. Στην Ελλάδα όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το «outsourcing» εφαρμόζεται περιορισμένα σε συγκεκριμένα τμήματα οργανισμών και επιχειρήσεων.

Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας και στο εσωτερικό των Δημόσιων νοσοκομείων θα μπορούσε να φανεί πολύ χρήσιμη η εφαρμογή του «outsourcing» σχεδόν σε όλα τα τμήματα, δίνοντας συγκεκριμένες αρμοδιότητες σε εξωτερικούς φορείς με την ανάλογη εμπειρία.

Σημαντική μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης για παράδειγμα, θα μπορούσε να επιτευχθεί εάν γινόταν εξωτερική ανάθεση των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται στα Δημόσια νοσοκομεία. Στις Ευρωπαϊκές χώρες, τα νοσοκομεία συνεργάζονται με πιστοποιημένους φορείς για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων εδώ και δεκαετίες. Επιπρόσθετα, με την ανάθεση των εργαστηριακών εξετάσεων σε εξωτερικούς φορείς συνυπολογίζονται και άλλα οφέλη. Πιο συγκεκριμένα, οι φορείς που αναλαμβάνουν την διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων διαθέτουν σύστημα πιστοποίησης και διαπιστεύσεις που εγγυώνται την ακρίβεια και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (κάτι που στερούνται τα εργαστήρια των Δημόσιων νοσοκομείων), με αποτέλεσμα την ικανοποίηση των ασθενών και την αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Άλλο σημαντικό βήμα για τα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, θα ήταν η εξωτερική ανάθεση των πληροφοριακών συστημάτων σε εξειδικευμένους επαγγελματίες. Με τον τρόπο αυτό, το ειδικά καταρτισμένο προσωπικό (που ήδη διαθέτει η εταιρεία/προμηθευτής), αναλαμβάνει την συλλογή, την εγγραφή, την ανάκτηση, την επεξεργασία, την ανάλυση και την αποθήκευση των πληροφοριών (ιατρικών και μη) εξοικονομώντας πόρους για το νοσοκομείο.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Βλάσσης Ι., (2006). Σημειώσεις Διδασκαλίας Για Το Μάθημα «Συστήματα Υγείας», Τμήμα Διοίκησης Της Υγείας, Αθήνα.

Βοζίκης Α., (2012). Το Σύστημα Υγείας Στην Ελλάδα Κεφ. Στο Santerre R. & Neun S. Οικονομικά Της Υγείας : Θεωρία, Προοπτική ^ Συστηματική Μελέτη (Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Βοζίκης Α., Κελέση-Σταυροπούλου Μ.). Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Γερμενής Α., (1994). Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Γ' έκδοση, Αθήνα.

Δοξιάδης Α., Κατσάπη Α., Σουλιώτης Κ. (2012). Ανάπτυξη Του Ιατρικού Τουρισμού Στην Ελλάδα. Μελέτη Που Ανατέθηκε Από Το Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο Ελλάδας Και Εκπονήθηκε Από Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Και Προληπτικής Ιατρικής.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα.

Κοντιάδης Ι. Ξ., Σουλιώτης Ν. Κ., (2010). Θεσμοί Και Πολιτικές Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση , Αθήνα.

Κυριόπουλος Ι., Σουλιώτης Κ., Οικονόμου Χ., (2003). Υγεία Και Υπηρεσίες Υγείας Στον Ελληνικό Πληθυσμό, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., Καϊτελίδου Δ., Σίσκου Ο., (2004). Ο Τομέας Υγείας Στην Ελλάδα Την Τελευταία Εικοσαετία, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., (2000). «Οργάνωση Συστημάτων Υγείας». Σημειώσεις Διδασκαλίας. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., (1993). Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο Ρόλος Της, Προβλήματα Και Προοπτική Στην Ελλάδα, Financial Forum, Αθήνα.

Μόσιαλος (2011). Ενδιάμεση Έκθεση Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομώνων Στο Χώρο Της Υγείας, Αθήνα.

Μωραΐτης Ε., (2004). Σημειώσεις Διδασκαλίας Για Το Μάθημα «Συστήματα Υγείας», Τμήμα Διοίκησης Της Υγείας, Αθήνα.

Σούλης Σ., (1999). Οικονομικά Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Ι., Προβόπουλος Γ., (1990). Ειδικά Θέματα Κοινωνικής Πολιτικής. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

ΦΕΚ 17/2/2014.

## **Ξενόγλωσση**

Abel-Smith B., (1994). An Introduction To Health: Policy, Planning And Financing, Longman, London.

Atum, R. A. (2006). Privatization As Decentralization Strategy, Report To The World Health Organization Regional Office For Europe Cap 14, 246-71

Bossert, T (2004). Organizational Reforms And Reproductive Health: Decentralization, Integration Nand Organizational Reform Of Ministries Of Health. Working Paper Prepared For The WHO Technical Consultation On Health Sector Reform And Reproductive Health: Developing The Evidence Base. Geneva, 30 November – 2 December 2004.

Brown, D. And S. Wilson (2005). The Black Book Of Outsourcing: How To Manage The Changes, Chakkenges And Opporunities. Wiley, John & Sons, Incorporated April 2005.



Boyne, G. A. (1998a) Competitive Tendering In Local Government: A Review Of Theory And Evidence, *Public Administration*, 76: 695-712.

Deakin, N. And Walsh, K. (1996) The Enabling State: The Role Of Markets And Contracts. *Public Administration*, Vol. 74 (33-48).

Domberger, S. (1998) *The Contracting Organization : A Strategic Guide To Outsourcing*. Oxford University Press, Oxford.

Goepfert, J (2002). *Transformational Outsourcing – Helping Companies Adapt To A Volatile Future*, IDC White Paper Sptember 2002.

Grimshaw, D. And Vincent, S. And Willmott H. *Going Privately : Partnership And Outsourcing In UK Public Services*, February 2002, Paper Revised For Re-Submission To Public Administration.

Guimaraes Cristina M. And Jose Crespo De Carvalho (2010), *Outsourcing In Health Care Sector – A State Of Art Review*.

B. James And R. White. *The Outsourcing Manual*, Aldersot, Gower Publishing Ltd. 1996.

M. Johnson. *Outsourcing In Brief*, Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997.

Kakabadse, A. & Kakabadse, N. (2002) *Trends In Outsourcing : Contracting U.S.A. And Europe*. *European Management Joyrnal*, 20(2), 189-198.

Kakabadse, A. And N. Kakabdse (2003). *Outsourcing Best Practice: Transformational And Transactional Considerations*, *Knowledge And Process Management*. January – March 2003. Vol. 10, No.1, Pp. 60-71.

Keen P. G. And Knapp E. M. (1995). *Every Manager' Sguide To Business Processes* Boston Harvard Business, School Press, P. 183.

Lacity , M.C & Hirschheim, R. (1993) *The Informations Systems Outsourcing Bandwagon*. *Sloan Management Review*, 35 (1), 73-86.

Liu , X., D.R. Hotchkies And S. Bose. The Impact Of Contracting-Out On Health System Performance: A Conceptual Framework, Health Policy, Vol.82 Pp 200-211, 2007

Moschuris, S.J. And M.N. Kondylis (2006), Outsourcing In Public Hospitals : A Greek Perspective, Journal Of Health Organization And Management, Vol.20, No.1, Pp. 4-14.

Mullin, R. Managing The Outsourced Enterprise, Journal Of Business Strategy, Vol.17. No.4 Pp 28-32.

Lonsdale C. And Andrew C., (1998). Outsourcing A Business Guide To Risk Management Tools And Techniques. Earls Gate Press.

Pique Liberalization, In German Healthcare (WSI) Wirtschafts – Und Sozialwissenschaftliches Institute.

PSPRU (1997). *Private Finance Initiative: Dangers, Realities, Alternatives*, London: Public Services Privatisation Unit.

Quin, J.B. And F.G. Hilmer. Strategic Outsourcing, Sloan Management Review, Vol. 35, No.4 Pp. 43-55, 1994.

Sarivougioucas C., J. And Vagelatos Th., A., (2002). IT Outsourcing In The Health Care Sector: The Case Of A State General Hospital. Greece, Athens.

Savage, T. “Inside Outsourcing”. Hospitals And Health Networks, October 20, 1996, Vol. 70, No.20, Pp. 44-45

Shneider M., Dennerlian R., K;Oser A., Scholtes L., (1991). Health Care “Baskets”. Study For The Commission Of The European Community, Augsburg.

Solovy, A., (1996). “No, You Do It.” Hospitals &Health Networks, October 20, P.P. 40-46

Sunseri, R. "Outsourcig Loses Its "MO". Our Annual Survey Points To A Plateau For Most Contract Serices." Hospitals & Health Networks, November 20, 1998, Vol. 72, No. 22, P. 36-40.

Suprin, J. And G. Weiderman. Oyt sourcing In Health Care The Adminidtrator 'S Guide, AHA Press, U.S.A. 1999.

Tissen, Wolfgang (2005): Kommunal Oder Privat: Wohin Tendieren Die Krankenhausunternehmen, Interview With Wolfgang Tissen, In: Das Krankenhaus No. 8, 648-649.

Vagelatos Th., A. And Sarivougioucas C., J. (2001). Critical Success Factora For The Introduction Of A Ckinical Information System. Greece, Athens.

Weick, K. E. And K. M. Sutcliffe (2001). Managing The Unexpected: Assuring High Performance In An Age Of Complexity, San Franciscoq Jossey-Bass.

Yang, C. And J. Huang (2002). A Decision Model For ISS Outsourcing, International Journal Of Information Management, Vol.20 Pp.225-239.

### **Διαδικτυακές Πηγές**

Esy.net

<http://diagnosispress.gr/epikerotita/telos-greek-statistics/>

[www.haffingtonpost.com](http://www.haffingtonpost.com)

[www.insurancedaily.gr](http://www.insurancedaily.gr)

[www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)

[www.oecd.org](http://www.oecd.org)

[www.osf-global.com](http://www.osf-global.com) (white paper, 2012)

[www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)

[www.who.org](http://www.who.org)