
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ: ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**

Κυριακίδης Βασίλειος

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

Πειραιάς, 2022

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ: ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**

Κυριακίδης Βασίλειος, Α.Μ.: ΟΔΥ/1925

Επιβλέπων: Χατζηδήμα Σταματίνα / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2022

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE HEALTH CARE SYSTEM IN GREECE: CURRENT
SITUATION, WEAKNESSES AND COMPARISON WITH
MODERN EUROPEAN SYSTEMS**

Kyriakidis Vasileios

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 Economics and Management

Piraeus, Greece, 2022

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την διαρκή τους υποστήριξη, τόσο για την επιλογή του συγκεκριμένου προγράμματος, όσο και κατά τη διάρκειά του, για την υπομονή τους και την βοήθεια κάθε είδους που μου παρείχαν.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω το διδακτικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν κατά τη δύσκολη περίοδο του κορονοϊού, καθώς την καθηγήτριά μου και επιβλέπουσα καθηγήτρια στη διπλωματική εργασία μου, Κα. Σταματίνα Χατζηδήμα, για την υπομονή, καθοδήγηση και στήριξή της.

Το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης στην Ελλάδα: Ισχύουσα Κατάσταση, Αδυναμίες και Σύγκριση με Ευρωπαϊκά Σύγχρονα Συστήματα

Σημαντικοί όροι: Υγειονομικό Σύστημα Υγείας, ΕΣΥ, Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα, Υγειονομικό Σύστημα Υγείας Άλλων Χωρών, Δημόσιος Τομέας Υγειονομικής Περίθαλψης, Ιδιωτικός Τομέας Υγειονομικής Περίθαλψης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετά το 2000, έλαβε χώρα μία παγκόσμιας έκτασης οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και πολύ γρήγορα έκανε την εμφάνισή της στα υπόλοιπα κράτη του κόσμου, με αφαιμακτικές συνέπειες για διάφορους τομείς των ανεπτυγμένων (ή μη) συστημάτων υγείας. Ανάμεσα στα κράτη που επηρεάστηκαν από αυτή την οικονομική κρίση, η Ελλάδα βρέθηκε στο επίκεντρο των Ευρωπαϊκών χωρών, η οποία με το πέρασμα των ετών πέρασε σε σοβαρή ύφεση.

Η Ελλάδα, την περίοδο που η οικονομική κρίση έκανε εμφάνιση στα εδάφη της, μετρούσε ήδη κενά και ελαττώματα όσον αφορά την διάρθρωση οργάνωση και τα κρατικά συστήματα, με αποτέλεσμα αυτά να αναδειχθούν ακόμη περισσότερο και να ενισχυθούν. Εν συνεχεία, οι μεταρρυθμιστικές αλλαγές που υπέστη η Ελλάδα, την αποδυνάμωσαν σε σημείο που εξάντλησαν και τους πολίτες της.

Οι αλλαγές που επιβλήθηκαν στην Ελλάδα, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις δημοσιονομικές απαιτήσεις της Ευρωζώνης, συνδυαστικά με τα μέτρα που έπρεπε να ακολουθήσει, επηρέασαν διάφορους τομείς του κράτους, συμπεριλαμβανομένου και του

υγειονομικού τομέα, με στόχο την συγκράτηση κόστους, τη μείωση των δαπανών και τον εκσυγχρονισμό της διοίκησής του.

Στην παρούσα εργασία διερευνάται η αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα σήμερα, σε σύγκριση με αντίστοιχα συστήματα άλλων χωρών, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ενώ επίσης διεξάγεται έρευνα μέσω ερωτηματολογίων προκειμένου να γίνει γνωστό το αντίκτυπο που έχει η υφιστάμενη κατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας τόσο παρακολουθώντας την μεριά των ασθενών-καταναλωτών όσο και τη μεριά των υγειονομικών παρόχων.

Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο της έρευνας μελετώνται τα συστήματα υγείας, υπό το πρίσμα των μορφών και των χαρακτηριστικών που αυτά μπορούν να έχουν, αλλά και της χρηματοδότησής τους, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς τους και των τρόπων αξιολόγησης, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα προβλήματα στο ΕΣΥ, παρουσιάζοντας την υφιστάμενη κατάσταση, τα εμπόδια στην χρηματοδότηση, τις ανισότητες, την διαχείριση των πόρων και την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται συγκριτική αξιολόγηση του ΕΣΥ με τα βασικότερα υγειονομικά συστήματα ανεπτυγμένων χωρών και στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθεται η ποσοτική μεθοδολογία της παρούσας ερευνητικής εργασίας, καθώς επίσης και οι απαντήσεις από τα ερωτηματολόγια για Αξιολόγηση & Μέγεθος Ικανοποίησης από το Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε παρόχους (ιατρούς, φαρμακοποιούς) και ασθενείς-αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν καθώς και οι προτάσεις για την εξυγίανση του ΕΣΥ που απορρέουν από τα συμπεράσματα της έρευνας.

The Health Care System in Greece: Current Situation, Weaknesses and Comparison with Modern European Systems

Key Words: Health System, NSS, Hellenic Health System, Health System of Other Countries, Public Health Sector, Private Health Sector

ABSTRACT

After 2000, a global economic crisis erupted, beginning in the United States and spreading rapidly to the rest of the world, with bloody consequences for various sectors of developed (or underdeveloped) health systems. Among the countries affected by this economic crisis, Greece was at the center of European countries, which over the years went into a severe recession.

Greece, at the time when the economic crisis appeared in its territories, was already counting gaps and defects in terms of the structure of the organization and the state systems, with the result that they stand out even more and are strengthened. Subsequently, the reform changes that Greece underwent, weakened it to the point that it exhausted its citizens as well.

The changes imposed on Greece in order to meet the fiscal requirements of the Eurozone, combined with the measures it had to follow, affected various sectors of the state, including the health sector, in order to contain and reduce costs and modernize its administration.

More specifically, in the first chapter of this paper, the health systems are studied, in the light of the forms and characteristics that they may have, but also of their financing, their efficiency and effectiveness and the ways of evaluation, while in the second chapter the

problems of NSS are being analyzed, presenting the current situation, barriers to funding, inequalities, resource management and the efficiency and effectiveness of this system.

The third chapter compares the NSS with the main health systems of other developed countries and the fourth chapter presents the quantitative methodology of the present research, as well as the results of the questionnaires for Evaluation & Satisfaction Size by the Hellenic Health System to providers (pharmacists) and patients receiving health services.

Finally, the fifth chapter presents the conclusions of the present research, while the last chapter presents the proposals for the consolidation of the NSS that result from the conclusions of the research.

1 ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	ix
Abstract	xi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	1
ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	2
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	3
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	3
ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	5
1.1 Μορφές και χαρακτηριστικά	5
1.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.....	10
1.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	13
1.4 ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ	14
1.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	19
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	19
2.1 ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	19
2.2 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	22

2.3 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ.....	23
2.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΡΩΝ	24
2.5 ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	31
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΤΑ ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΑ ΥΓΕΙΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΧΩΡΩΝ	31
3.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	31
3.1.1 Γαλλία	31
3.1.2 Σουηδία	33
3.1.3 Γερμανία	35
3.2 ΑΠΟΔΕΚΤΟΙ ΑΞΟΝΕΣ	37
3.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΕΣ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	43
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	43
4.1.1 Σκοπός.....	43
4.1.2 Ερωτηματολόγιο	43
4.1.3 Συλλογή δεδομένων	43
4.1.4 Ανάλυση δεδομένων	44
4.2 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	44

4.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ	49
4.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία, παρατίθεται και αναλύεται η αποτελεσματικότητα του Υγειονομικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Για τον σκοπό αυτό διενεργείται βιβλιογραφική ανασκόπηση και σύγκριση του ΕΣΥ με τα αντίστοιχα συστήματα άλλων χωρών, ενώ επίσης διεξάγεται έρευνα μέσω ερωτηματολογίων προκειμένου να γίνει γνωστό το αντίκτυπο που έχει η υφιστάμενη κατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας, τόσο στην πλευρά των καταναλωτών όσο και στην πλευρά των παρόχων, ενώ τέλος λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω δεδομένα, συντάσσονται ορισμένες προτάσεις αναδιάρθρωσης και ανασχεδιασμού. Εν ολίγοις, ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης και των ερωτηματολογίων, να καταλήξει σε ορισμένες προτάσεις βελτίωσης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα.

ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχοι της παρούσας έρευνα παρουσιάζονται οι εξής:

1. Ανάλυση της σημερινής κατάστασης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα,
2. Εντοπισμός των οι αδυναμιών που αυτό παρουσιάζει στους τομείς της χρηματοδότησης, ποιότητας, παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργίας πόρων και της διαχείρισης, μέσω συγκριτικής αξιολόγησης με τα υγειονομικά συστήματα άλλων χωρών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ως ερευνητικές υποθέσεις, παρουσιάζονται οι εξής:

1. Η υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, δημιουργεί ανάγκη για αποδοτικότερο έλεγχο.
2. Το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από ανισότητες και αναποτελεσματική ταξινόμηση υγειονομικών πόρων κάθε είδους.
3. Η παροχή υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται αναποτελεσματική και αναποδοτική, ενώ το ελληνικό υγειονομικό σύστημα παρουσιάζεται στις χειρότερες κατατάξεις ανάμεσα στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης καθώς και τον ΟΟΣΑ (2016 στοιχεία αξιολόγησης των Ελλήνων).
4. Η περιοδική αξιολόγηση του υγειονομικού δυναμικού της χώρας θα δώσει κίνητρα για περαιτέρω βελτίωση, καλύτερο και πιο μακροπρόθεσμο προγραμματισμό.
5. Απαιτούνται αλλαγές στο ΕΣΥ, προσασμόζοντας αποδοτικά τμήματα συστημάτων υγείας άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, τόσο στη πλευρά της ζήτησης όσο και της προσφοράς.

ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το πρώτο κεφάλαιο της έρευνας μελετά τα συστήματα υγείας, υπό το πρίσμα των μορφών και των χαρακτηριστικών που αυτά μπορούν να έχουν, αλλά και της χρηματοδότησής τους, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς τους και των τρόπων αξιολόγησης.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τα προβλήματα στο ΕΣΥ, παρουσιάζοντας την υφιστάμενη κατάσταση, τα εμπόδια στην χρηματοδότηση, τις ανισότητες, την διαχείριση των πόρων και την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται συγκριτική αξιολόγηση του ΕΣΥ με τα βασικότερα υγειονομικά συστήματα ανεπτυγμένων χωρών.

Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει την ποσοτική μεθοδολογία της παρούσας έρευνας, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια για Αξιολόγηση & Μεγεθος Ικανοποίησης από το Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα σε παρόχους (ιατρούς, φαρμακοποιούς) και ασθενείς-αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, ενώ το τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζει τις προτάσεις για την εξυγίανση του ΕΣΥ που απορρέουν από τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Μορφές και χαρακτηριστικά

Καθώς τα συστήματα υγείας των εκάστοτε κρατών, διακρίνονται από πολυκλαδικά τμήματα, περιπλεγμένα μεταξύ τους σε αρμοδιότητες και δομή, ο σαφής ορισμός και διάκρισή τους, αποτελεί μια απαιτητική και αρκετά δύσκολη προσπάθεια. (Bambra, 2005). Θα μπορούσαμε να ορίσουμε τα συστήματα υγείας με πολύ απλά λόγια, ως το αποτέλεσμα-άθροισμα όλων των ενεργειών, οργανισμών αρμοδιοτήτων και πόρων, που έχουν ως βασικό στόχο, την βελτίωση της δημόσιας υγείας των πολιτών της κάθε χώρας, σπαταλώντας όσο το δυνατόν λιγότερους πόρους. Η βέλτιστη υγεία δηλαδή, με το ελάχιστο δυνατό κόστος για τον προϋπολογισμό. Το πρόβλημα στον χαρακτηρισμό των διαφόρων υγειονομικών συστημάτων, μεγαλώνει και περιπλέκεται, όσο βάζουμε ολοένα και περισσότερες διαφορετικές περιπτώσεις διαχείρισης της υγείας από άλλες χώρες. Ανά τα χρόνια λοιπόν έχουν προταθεί διαφορετικές προσεγγίσεις προκειμένου να γίνει δυνατός αυτός ο προσδιορισμός, καθώς και η σύγκριση των συστημάτων υγείας, με σκοπό την ομαλοποίηση της διαδικασίας της αξιολόγησης τους και με τελικό στόχο την ενδυνάμωση της υγείας, την αποφυγή δαπανών, και την εξομάλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Η πρώτη εφαρμόσιμη πρόταση του Field, όπως αναφέρεται στο Wendt et al., 2009, στους τύπους υγειονομικής περίθαλψης αφορά χώρες της δύσης και σοσιαλιστικές χώρες. Πρότεινε τέσσερις «ιδανικούς» όπως τους ονόμασε τύπους, που διέφεραν ως προς την προέλευση της παροχής υγείας και τον έλεγχο αυτής. Ο πρώτος τύπος είχε να κάνει με αυτάρκεια και κυρίως ιδιωτική παροχή. Ο δεύτερος αφορούσε κυρίως τροφοδοτήσεις από τρίτους. Ο τρίτος τύπος, αφορούσε αυτονομία στην παροχή αλλά και ταυτόχρονη δημόσια διαχείριση σε ένα μεγάλο ποσοστό, ενώ ο τέταρτος τύπος που πρότεινε χαρακτηριζόταν από εξ'ολοκλήρου δημόσιο έλεγχο και ιδιοκτησία. Ο Terris (1978) όπως αναφέρεται στο Freeman & Frisina, 2010, προτείνει μια συνολική κατάταξη, στηριζόμενος στα διαφορετικά επίπεδα κρατικής εμπλοκής (αναφέρονται και στους τύπους υγειονομικών συστημάτων που είχε προτείνει ο Field προγενέστερα), και στην

τροφοδότηση. Μία τέτοια πρότασή του για παράδειγμα είναι ότι τα συστήματα των καπιταλιστικών χωρών ακολουθούν τα πρότυπα του τρίτου τύπου που είχε προτείνει ο Field, ενώ από την άλλη, τα φιλοσοσιαλιστικά συστήματα, έχουν να κάνουν με υγειονομική περίθαλψη τύπου NHS. Με μία διαφορετική οπτική, η προσέγγιση των Frenk και Donabedian (1987, Freeman & Frisina, 2010) αποσκοπεί στον εντοπισμό των διαφορετικών τύπων συστημάτων υγείας για το εκάστοτε κράτος. Το γενικότερο ζήτημα βέβαια, αφορά την έκταση του κρατικού ελέγχου, λαμβάνοντας υπ'όψιν, τόσο τη χρηματοδότηση, όσο και τα κριτήρια για τη λήψη των υπηρεσιών (υψηκότητα, συνεισφορά ή οικονομική κατάσταση κ.ά.).

Η ταξινόμηση που πραγματοποιήθηκε από τον ΟΟΣΑ (ΟΟΣΑ 1987, όπως αναφέρεται στο Freeman & Frisina, 2010) και αφορά ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης, βασίστηκε σε παρεμφερή κριτήρια και κατέληξε σε τρεις τύπους που έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί από ερευνητές υγειονομικής περίθαλψης (Freeman & Frisina, 2010). Ο πρώτος τύπος, είναι αυτός της «Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας», (E.Y.Y) και διακρίνεται από τα μοντέλα κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, αναφορικά με την κάλυψη (μέχρι πού αυτή εκτείνεται) αλλά και το πώς χρηματοδοτείται και παρέχεται το αγαθό της περίθαλψης υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στο σύστημα της E.Y.Y., γενικοί φόροι καλύπτουν την χρηματοδότηση, η κάλυψη των πολιτών είναι πλήρης, ενώ η υγειονομική περίθαλψη έχει δημόσια κτήση. Στον δεύτερο τύπο, αυτόν της «κοινωνικής ασφάλισης», βρίσκουμε από τη μία πλήρη και καθολική κάλυψη, ωστόσο η χρηματοτροφοδοσία γίνεται μέσω εισφορών, και είναι δημόσιας αλλά και ιδιωτικής προέλευσης. Στο τρίτο μοντέλο, αυτό της ιδιωτικής ασφάλισης, τόσο η χρηματοδότηση όσο και η παροχή ασφάλισης υγείας έχει ιδιωτική προέλευση και διαχείριση.

Τώρα, σε πιο πρόσφατα δεδομένα, ο Lee και οι συνεργάτες του, αναλύει στηριζόμενος στη χώρα της Ταϊβάν αλλά και της Νοτίου Κορέας, μία σύμπραξη των τύπων υγειονομικής ασφάλισης του ΟΟΣΑ που αναφέραμε προηγουμένως. Είναι άξιο προσοχής, πώς σε αυτές τις χώρες, η πρόσβαση στη περίθαλψη από τους πολίτες, η διαχείριση και η χρηματοδότηση, μπορεί να διακλαδίζεται τόσο σε δημόσιο, όσο και σε ιδιωτικό τομέα. Πιο συγκεκριμένα, ο νέος αυτός τύπος «υβρίδιο», συνδυάζει στοιχεία καθολικής κάλυψης της κοινωνικής ασφάλισης με ιδιωτικές παροχές. Η χρηματοδότηση έχει κρατική διαχείριση ή γίνεται μέσω δημόσιων ή/και ιδιωτικών ασφαλιστικών

ταμείων, ενώ οι πάροχοι φροντίδας μπορούν να προέρχονται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.

Αυτό αποδίδει τις καθιερωμένες κατηγορίες - τύπος NHS (μονός πληρωτής, δημόσια πρόνοια), τύπος κοινωνικής ασφάλισης υγείας (πολλοί πληρωτές, δημόσιες παροχές), ιδιωτικός τύπος ασφάλισης υγείας (πολυπληρωτής, ιδιωτική παροχή) - συν ένας νέος τύπος εθνικής ασφάλισης υγείας (NHI) που συνδυάζει δομές ενός πληρωτή με ιδιωτικές παροχές. Ωστόσο, το πλέγμα πρέπει να προσδιοριστεί με περαιτέρω κριτήρια: «Πρώτον, ποια ομάδα ανθρώπων σκοπεύει να προστατεύσει το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης - όλοι οι πολίτες, οι συγκεκριμένοι ασφαλισμένοι ή οι ευάλωτοι; Δεύτερον, ποιος τομέας είναι ο κύριος πάροχος υπηρεσιών υγείας - είναι δημόσιος ή ιδιωτικός; Τρίτον, είναι συγκεντρωμένη ή διασκορπισμένη η κρατική παρέμβαση στη διοίκηση χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης;» (Lee et al. 2008, σελ. 111). Το NHI θεωρείται διαφορετικό από το NHS και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που βασίζονται στην ασφάλιση, δεδομένου ότι στοχεύουν στην καθολική κάλυψη (όπως το NHS αλλά σε αντίθεση με τα συστήματα που βασίζονται στην ασφάλιση), η οποία αντικατοπτρίζεται από την άμεση κρατική παρέμβαση στη χρηματοδότηση και το προκύπτον σύστημα ενός πληρωτή και από τότε βασίζονται σε ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (σε αντίθεση με το NHS και σε αντίθεση με το SHI όπως ισχυρίζονται οι Lee et al. 2008). Η τυπολογία φτάνει σε ιδανικούς τύπους που βασίζονται σε διαφορετικές έννοιες αλληλεγγύης και δυνάμεις της κρατικής παρέμβασης. Ωστόσο, ορισμένες προειδοποιήσεις είναι σε τάξη, όταν πρόκειται να ταξινομηθούν πραγματικές ιστορικές περιπτώσεις. Πρώτα από όλα, η προσέγγιση παραμελεί τις δαπάνες εκτός τσέπης, οι οποίες μπορούν να λάβουν μεγάλο μερίδιο στα συστήματα NHI και ουσιαστικά παρακωλύουν την ιδέα των ενιαίων πληρωτών, της καθολικής κάλυψης και της αλληλεγγύης. Επιπλέον, ο δημόσιος / ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών εφαρμόζεται απλώς ως το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομειακών κρεβατιών που ανήκουν σε δημόσιους ή ιδιωτικούς παρόχους. Αυτό δεν λαμβάνει υπόψη το δημόσιο / ιδιωτικό μείγμα στους εξωτερικούς και φαρμακευτικούς τομείς. Ως αποτέλεσμα, η τυπολογία περιλαμβάνει ασαφείς ταξινομήσεις, καθώς χώρες όπως η Ολλανδία και η Ιαπωνία είναι SHI με ιδιωτική κυριαρχία στον τομέα των νοσοκομείων. Λαμβάνοντας υπόψη τον τομέα των εξωτερικών ασθενών, αποκαλύπτεται σαφώς η κυριαρχία της

παροχής ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης σε πολλά συστήματα SHI (βλ. το κεφάλαιο των Schmid και Wendt στο Rothgang et al. 2010).

Σε συνέχεια των ανωτέρω ταξινομήσεων που αφορούν αξιολογήσεις με ποιοτικά χαρακτηριστικά, πρόσφατα, τρία έγγραφα έχουν συμβάλει στη βιβλιογραφία της ισχύουσας κατάστασης, η οποία υποστηρίζει τον προσδιορισμό των διαφορετικών συστημάτων υγείας μέσω της ανάλυσης συστάδων. Οι Joumard et.al.,(2010) δίνουν βάση στα υγειονομικά συστήματα του ΟΟΣΑ, ενώ η Borisova (2011) κάνει προσπάθειες για τον διαχωρισμό και την συστηματοποίηση σε χώρες μετά τη σοβιετική μετάβαση, μελετώντας τα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία ενώ από την άλλη μεριά, ο Wendt (2009) υπογραμμίζει κριτήρια σχετικά με την πρόσβαση και τις παροχές υγείας.

Οι Joumard et.al., βασίζονται στην έρευνα των Paris et.al.,(2010) σχετικά με τους θεσμούς από 29 υγειονομικά συστήματα. Χρησιμοποιούνται διαφορετικές μεταβλητές, 20 στο σύνολο, αναλύοντας το πως λειτουργεί η αγορά. Η Γερμανία, η Ολλανδία, η Σλοβακία και η Ελβετία εμπλέκουν μηχανισμούς αγοράς σε θέματα παροχής καθώς και στην ασφάλιση, της οποίας η επιλογή είναι ελεύθερη. Η Αυστραλία, το Βέλγιο, ο Καναδάς και τη Γαλλία, έχουν την ίδια εμπλοκή των αγοραίων μηχανισμών σε θέματα παροχής αλλά η ασφάλιση είναι δημόσια, με μια κάποια ύπαρξη του ιδιωτικού ασφαλιστικού τομέα. Το σύμπλεγμα τρία της Αυστρίας, της Τσεχικής Δημοκρατίας, της Ελλάδας, της Ιαπωνίας, της Κορέας και του Λουξεμβούργου, βασίζεται στις ίδιες αξίες με τα ανωτέρω, έχοντας λίγα στοιχεία ιδιωτικής ασφάλισης και χωρίς φύλαξη. Το σύμπλεγμα τέσσερα, αποτελούμενο από το ισλανδικό, σουηδικό και τουρκικό κράτος, αφορά δημόσια παροχή-ασφάλιση, αλλά δεν χρησιμοποιεί φύλαξη και η επιλογή παρόχων είναι δεσμευμένη. Σε επόμενο σύμπλεγμα, το Δανέζικο, Φινλανδικό, Μεξικανικό Πορτογαλικό και Ισπανικό κράτος, έχουν επίσης δημόσια ασφάλιση και παροχές όπως στο προηγούμενο σύμπλεγμα, με τη διαφορά όμως εδώ της ύπαρξης της φύλαξης, με περιορισμούς στην επιλογή παρόχων και προϋπολογισμού. Το τελευταίο συγκρότημα κρατών περιλαμβάνει τα κράτη της Ουγγαρίας, Ιταλίας, Ζηλανδίας, Νορβηγίας Βρετανίας και Πολωνίας και διαθέτει δημόσια παροχή και ασφάλιση, ενώ χρησιμοποιεί αυστηρούς περιορισμούς και αυστηρούς προϋπολογισμούς. Υπάρχει άφθονη επιλογή παρόχων. Είναι ενδιαφέρον ότι τα θεσμικά χαρακτηριστικά αποκαλύπτουν μικρές διαφορές μεταξύ των δομών NHS και SHI. Το γεγονός ότι χώρες

με υψηλά μερίδια δαπανών εκτός τσέπης (π.χ. Ελλάδα, Κορέα, Τουρκία και Μεξικό) σχηματίζουν συστάδες με καθολικά δημόσια σχέδια είναι συγκλονιστικό. Τα αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας ομαδοποίησης είναι δύσκολο να καθοριστούν και οι συγγραφείς απέχουν από τη συμπύκνωση των αποτελεσμάτων σε τύπους συστήματος. Η Borisova (2011) προσεγγίζει την ταξινόμηση, κάνοντας χρήση 58 μεταβλητών βασισμένων σε δείκτες όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα ή η χρηματοδότηση, ενώ βασίζεται στα σοβιετικά συστήματα Semashko, που αποτελούν συστήματα κρατικής ιδιοκτησίας και προϋπολογισμού, έχουν σχεδιαστεί με αυστηρά πρότυπα και προδιαγραφές, και παρουσιάζουν υπερβολή σε προσωπικό και κλινοσκεπάσματα ως αποτέλεσμα μιας υπερ του δέοντος χρηματοδότησης. Στα κράτη παρατήρησης, εντοπίζονται όχι μόνο πρότυπα αυτών των συστημάτων Semashko, αλλά και συστήματα εφαρμοσμένα σε τύπο SHI, ενώ αλλού επικρατούν στοιχεία και των δύο μοντέλων .

Περνάμε στον Wendt (2009), ο οποίος προσπαθεί να ταξινομήσει με βάση την παροχή στις υπηρεσίες υγείας καθώς και σε ότι αφορά την πρόσβαση σε αυτές, θέτοντας ως μεταβλητές δείκτες οικονομικής φύσεως όπως το σύνολο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης συνδυασμένο με το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, τα out of pocket payments, τις αμοιβές των παρόχων και άλλους παρεμφερείς οικονομικούς δείκτες. Το δείγμα της ΕΕ αποκαλύπτει τρεις ομάδες, ενώ η Ολλανδία και η Ελλάδα αποτυγχάνουν να ομαδοποιηθούν με άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Βέλγιο, Γαλλία, Αυστρία, Λουξεμβούργο και Γερμανία, προσανατλίζονται στις παροχές με υψηλές υγειονομικές δαπάνες συνδυαστικά με μέτριες δαπάνες out of pocket, δωρεάν επιλογή για τον πάροχο υγείας και βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας για τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία. Στη δεύτερη ομάδα κρατών, που περιλαμβάνει τις χώρες της Δανίας Βρετανίας Ιρλανδίας καθώς και Σουηδίας, συναντάμε πρόσβαση στις υπηρεσίες η οποία βρίσκεται κάτω από μερικό έλεγχο, όμως με συνολική κάλυψη του πληθυσμού, μέτριες δαπάνες και ποσοστά χρηματοδότησης εκτός τσέπης αλλά χαμηλή φροντίδα για τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία. Τέλος, το τρίτο σύμπλεγμα πλαισιώνεται ως χαμηλού προϋπολογισμού με τη πρόσβαση να είναι περιορισμένη. Σε αυτή την ομάδα κρατών, οι χώρες της Φινλανδίας, Ισπανίας και Πορτογαλίας, διαθέτουν συστήματα με περιορισμό σε πρόσβαση, μέτρια φροντίδα σε εξωτερικούς ασθενείς υψηλά επίπεδα χρηματοδότησης καθώς και χαμηλές δαπάνες.

Όπως βλέπουμε, οι διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με την ταξινόμηση των υγειονομικών συστημάτων, παρουσιάζουν πολλά κοινά σημεία μεταξύ τους. Αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά, μας υποδεικνύουν και τους τομείς που συγκεντρώνουν και το ενδιαφέρον σε αυτές τις ταξινομήσεις. Αυτά τα κοινά σημεία, έχουν να κάνουν με την πρόσβαση, τη χρηματοδότηση, τις παροχές φροντίδας υγείας, καθώς επίσης και την εμπλοκή του εκάστοτε κράτους σε αυτές τις διαδικασίες. Ανάλογα με την κάθε περίπτωση, αυτοί οι δείκτες ταξινόμησης όπως θα μπορούσαμε απλά να τους ορίσουμε, αλλάζουν και μετατρέπονται. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι Rothgang και συνεργάτες (2010, 2005) και οι Wendt και συνεργάτες (2009) υποστηρίζουν ότι, εκτός από τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών, η ρύθμιση θα πρέπει να θεωρηθεί ως διάσταση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης από μόνη της και να συμπεριλαμβάνεται συστηματικά στις τυπολογίες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Πράγματι, μια σειρά λεπτομερών συγκριτικών μελετών περιπτώσεων που αφορούν τους τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης θέτουν τους κύριους παράγοντες των συστημάτων υγείας καθώς και τους τρόπους διακυβέρνησης στο επίκεντρο των αναλύσεών τους. Οι μελέτες επισημαίνουν παρόμοιες έννοιες που διακρίνουν τρεις ιδανικές μορφές ρύθμισης που αντιστοιχούν σε κρατικούς φορείς, κοινωνικούς φορείς και συμμετέχοντες στην αγορά. Ιεραρχία, κρατικά συστήματα ή συστήματα διοίκησης και ελέγχου πλαισιώνουν μια τάξη συντονισμού ή διακυβέρνησης. Το δεύτερο αναφέρεται σε δίκτυα, συλλογικότητα ή εταιρική σχέση ως μέσο ρύθμισης μέσω μη κυβερνητικών φορέων. Τέλος, η αγορά εμφανίζεται ως ένας τυπικός τρόπος ρύθμισης σε αυτές τις μελέτες. Κατά συνέπεια, εντοπίζονται και πάλι τρεις τύποι που επισημαίνουν τον στατιστικό, τον εταιρικό και τον ιδιωτικό χαρακτήρα της υγειονομικής περίθαλψης.

1.2 Χρηματοδότηση

Η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό του τρόπου χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων, βρίσκεται τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο του προβληματισμού για την αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών σε σχέση πάντα με το υψηλό κόστος δαπάνης αυτών. Έτσι, τα περισσότερα υγειονομικά συστήματα, υφίστανται μία

σειρά μεταρρυθμίσεων, με μεγάλη έμφαση στην καταβολή προσπαθειών για έλεγχο του κόστους και της βελτίωσης αποδοτικότητας των υπηρεσιών (Σούλης, 1999).

Η οικονομική λοιπόν διάσταση της οργάνωσης και της λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων, η οποία επιμερίζεται στην μελέτη των πηγών χρηματοδότησης, του ύψους των δαπανών και των πολιτικών πρακτικών για τον υπολογισμό του κόστους, αποτελεί το περιεχόμενο αυτής της υπό ενότητας (Δικαίος & Χλέτσος, 1999). Η οικονομική αυτή προσέγγιση των συστημάτων περίθαλψης, έχει ως σκοπό την απεικόνιση των πραγματικών αιτιών της αναποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, που κατά βάση αποδίδεται στην μη ορθολογική διαχείριση, κατανομή και απορρόφηση των πόρων. Επομένως θα παρουσιαστεί ο τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης οι πηγές των κεφαλαίων ανάλογα με το Υγειονομικό Σύστημα και η σχέση του ύψους των δαπανών με τη ζήτηση για υπηρεσίες, η οποία στο χώρο της υγείας παρουσιάζει αρκετές σημαντικές ιδιομορφίες (Θεοδώρου, Χλατσής & Σούλης, 2001).

Η χρηματοδότηση, μπορεί να οριστεί με πολύ απλά λόγια ως η ανάγκη για εξεύρεση των χρηματικών εισροών και η ταξινόμησή τους. Στα υγειονομικά συστήματα, ο ορισμός της χρηματοδότησης λαμβάνει ένα σύνθετο περιεχόμενο συμπεριλαμβανομένων των πηγών και φορέων προέλευσης οικονομικών πόρων, μεθόδων χρηματοδότησης, τρόπων διαχείρισης και σε τελικό στάδιο κριτηρίων κατανομής αυτών (Σίσκου, 2007). Οι οικονομολόγοι υγείας ωθούμενοι του έντονου ρυθμού εξελίξεων των συστημάτων υγείας ασχολούνται συστηματικότερα τα τελευταία χρόνια με εύρεση πηγών που θα δώσου στα συστήματα υγεία τους απαραίτητους πόρους για την βέλτιστη λειτουργία τους.

Κατα βάση, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, χρηματοδοτούνται μέσω δημόσιων και ιδιωτικών πηγών. Στη πρώτη κατηγορία, δηλαδή στον προϋπολογισμό όπως αναφέρεται, ανήκουν τα διάφορα είδη φορολογίας και οι κοινωνικές ασφαλίσεις. Στη δεύτερη κατηγορία χρηματοδότησης, συγκαταλέγονται οι εισροές από τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, οι πράξεις φιλανθρωπίας καθώς και οι χρηματοδοτήσεις τύπου «δωρεάς». Ωστόσο, αξίζει να αναφερθούμε πέραν των πηγών χρηματοδότησεις και στις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιούνται στα υγειονομικά συστήματα των διάφορων κρατών. (Σούλης, 1999)

Τα νοσοκομεία, και οι υπηρεσίες που προσφέρουν, χρηματοδοτούνται με διαφορετικές μεθόδους εκ των οποίων οι βασικότερες είναι οι εξής: το ημερήσιο νοσήλιο, στο οποίο

συμπεριλαμβάνεται και η αμοιβή για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που λαμβάνει ο εκάστοτε ασθενής κατά την επίσκεψή του, η πληρωμή κατά την πράξη που αφορά κυρίως ιδιωτικά θεραπευτήρια, και ο καθολικός-σφαιρικός προϋπολογισμός, που υπολογίζεται βάσει του προηγούμενου έτους, και αφομοιώνει τις νέες και διαφορετικές ανάγκες των νοσοκομειακών μονάδων, πιθανές αυξομειώσεις σε τιμές αγαθών και άλλους παράγοντες (Στεργίου, 2005). Μία άλλη μέθοδος χρηματοδότησης είναι τα DRG's, ή όπως αναφέρονται στην Ελλάδα τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (KEN), τα οποία αφορούν την προϋπολογισμένη κοστολόγηση των πράξεων παροχής φροντίδας υγείας ανάλογα με τη διαγνωστική ομάδα στην οποία κατατάσσεται ο κάθε ασθενής κατά την είσοδό του σε ένα νοσοκομείο. (Στεργίου, 2005).

Οι αμοιβές των προμηθευτών για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν, παρουσιάζουν επίσης μεγάλο ενδιαφέρον, κυρίως διότι από τον τρόπο με τον οποίο αμοιβονται, μπορούν και επηρεάζουν τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά την παροχή. Η κάθε διαφορετική μέθοδος, αλλάζει τη στάση και τη συμπεριφορά του προμηθευτή υγείας προς τον ασθενή και γενικά την άσκηση της ιατρικής πράξης, δίνοντας ή αφαιρώντας τον παράγοντα «κίνητρο» καθώς και το ενδιαφέρον για επιπλέον οφέλη, διαμορφώνοντας την υπηρεσία που παρέχουν τόσο σε ποιότητα, όσο και σε ποσότητα και χαρακτήρα, ενώ ακόμη μπορεί να αντιμετωπίσει ή να δημιουργήσει φαινόμενα ηθικού κινδύνου και προκλητής ζήτησης. Οι προμηθευτές λοιπόν, μπορεί να αμοιβονται με σταθερό μισθό, ή με τη μέθοδο της αμοιβής κατά πράξη, αμοιβής κατά περίπτωση, με τη μέθοδο της αμοιβής βάσει απόδοσης καθώς και της πληρωμής από οργανισμούς υγείας. (Rice, 2006).

Τώρα, στα συστήματα τύπου Beveridge, η κρατική χρηματοδότηση αποτελεί την κύρια πηγή για τη συγκεκριμένη περίπτωση. Με τη λογική αυτή, δημιουργείται ένα αίσθημα της σταθερότητας στην πληρωμή, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν οι συνθήκες για συγκράτηση κόστους, και έτσι ο θεράπων ιατρός θέτει ως προτεραιότητα την εξασφάλιση της υγείας του ασθενούς χωρίς να υπάρχει το τροχοπέδι του οικονομικού περιορισμού, ενώ ακόμη δεν εξαιρείται κανείς από τις ιατρικές υπηρεσίες. Με άλλα λόγια δηλαδή, θα χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μέθοδο ανεξαρτήτως κόστους προκειμένου να θεραπεύσει τον ασθενή του. Ωστόσο, το φαινόμενο της μη ύπαρξης οικονομικού περιορισμού, δημιουργεί τα φαινόμενα της προκλητής ζήτησης και του

ηθικού κινδύνου, τόσο από τη πλευρά των παρόχων όσο και των αποδεκτών της ιατρικής υπηρεσίας (Ματσαγγάνης, 2007).

Από την άλλη μεριά, τα συστήματα τα οποία χρηματοδοτούνται με έμμεση και άμεση φορολογία, επικρατεί το φαινόμενο του «κοινωνικά δίκαιου», και στερούνται των οικονομικών αλλοιώσεων που υφίστανται συστήματα με άλλες πηγές χρηματοδότησης. Επιπλέον των ανωτέρω, η ιδιωτική ασφάλιση, βασίζεται στους αγοραίους νόμους, λειτουργεί με ανταγωνιστικά πρότυπα και ορίζει το κόστος των υπηρεσιών με βάση το καταναλωτικό πρότυπο (Σουλιώτης, 2002).

1.3 Αποτελεσματικότητα

Βασική συνιστώσα για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας, αποτελεί η εξισορρόπηση εισροών και εκροών. Πιο συγκεκριμένα, για η βέλτιστη αποτελεσματικότητα, αποσκοπεί σε βέλτιστα αποτελέσματα όταν η εισροή είναι δεδομένη, ή αντίθετα σε ελάχιστες εισροές όταν το αποτέλεσμα είναι το βέλτιστο (Σούλης, 1999).

Ανάμεσα στις υγειονομικές αξίες της άριστης ασφάλειας και ικανοποιητικής εμπειρίας για τους ασθενείς, η αξία της αποτελεσματικότητας στην υγειονομική φροντίδα αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό μέτρησης της απόδοσης και ποιότητας των συστημάτων υγείας σε όλο τον κόσμο, χωρίς όμως να είναι και το μόνο. Η μέτρησή της, συνεχίζει και γίνεται ολοένα και πιο σημαντική για την αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων, λόγω της προόδου της τεχνολογίας και των εξελίξεων στον τομέα της υγείας. Η αλήθεια είναι, ότι συγκριτικά με τις προηγούμενες γενιές, ο γενικός πληθυσμός της γής παρουσιάζει αυξημένο προσδόκιμο ζωής ενώ η αντιμετώπιση ασθενειών που παλαιότερα μάστιζαν τον κόσμο, πλέον αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και τον υποχρεωτική εμβολιασμό. (OECD, 2011).

Φαντάζει λογικό λοιπόν, πως στον βωμό της συνεχούς βελτίωσης των συστημάτων υγείας σε όλο τον κόσμο, η αποτελεσματικότητα αυτών αποτελεί βασικό στοιχείο για σύγκριση και αξιολόγηση. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί διαφορετικές αναλύσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, οι οποίες μπορεί να είναι τόσο παραμετρικές όσο και μη παραμετρικές, αλλά πάντα έχουν ως βασικό στοιχείο τη βελτιστοποίηση της υγείας των ασθενών. (Ματσαγγάνης, 2007). Ωστόσο, λόγω της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας όπως έχουμε προαναφέρει, η σύγκριση της αποτελεσματικότητάς τους, αποτελεί

ένα ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα, κυρίως γιατί η σύνδεση της αποτελεσματικότητας με τις δαπάνες υγείας παρουσιάζει προβλήματα. Στην προσπάθεια αυτή, έχει χρησιμοποιηθεί ένας δείκτης που αφορά το προσδόκιμο ζωής συνδυαστικά με τις δαπάνες υγείας, χωρίς όμως να μπορέσει να αποτελέσει επαρκής για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας, αφού αποκλείει δεδομένα απαραίτητα για τον προσδιορισμό της, όπως είναι η ασθένεια και η ποιότητα ζωής. Νεότερα δεδομένα ωστόσο, υποστηρίζουν την επάρκεια του συγκεκριμένου δείκτη, καθώς όπως διαφαίνεται το προσδόκιμο ζωής είναι αποτέλεσμα όχι μόνο της δαπάνης υγείας, αλλά και της ποιότητας ζωής (κάπνισμα, αλκοολισμός, παιδεία κ.τ.λ.), (Fulop, 2004).

1.4 Αποδοτικότητα

Η αποδοτικότητα σε ένα σύστημα υγείας, εκπροσωπείται από την βέλτιστη παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες όμως προκύπτουν μέσω εξορθολογισμένης διαχείρισης και διαμοιρασμού των υγειονομικών πόρων. Οι πόροι-εισροές στους οποίους αναφερόμαστε, μπορεί να είναι τόσο υλικοί (π.χ. κτηριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και διοικητικά συστήματα) όσο και ανθρώπινοι, και είναι αυτοί που εν τέλει θα διαμορφώσουν την τελική αποδοτικότητα του συστήματος. Αυτό γιατί, στις νοσοκομειακές μονάδες ο κατάλληλος συνδυασμός των εισροών, δηλαδή των ιατρικών πράξεων και συστημάτων καθώς και η ικανοποιητική μετατροπή αυτών των εισροών σε αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς (εκροές), θα δώσουν την καλύτερη δυνατή απόδοση. (Καλογεροπούλου, et.al., 2009).

Η αποδοτικότητα, αποτελεί και τον κύριο παράγοντα στη συγκριτική αξιολόγηση των νοσοκομείων μεταξύ τους, κατά την οποία, τα νοσοκομεία παρουσιάζουν διάφορα αποδεικτικά δεδομένα, και συγκρίνονται με μία υποθετική ή πραγματική βέλτιστης απόδοσης νοσοκομειακή μονάδα προκειμένου να εντοπισθούν πιθανές αδυναμίες τους και περιθώρια εξέλιξης και βελτίωσης (Androutsou et.al., 2011).

Μάλιστα, μέσω της σύγκρισης αποδοτικότητας, μπορεί να οριστεί καλύτερα η στελέχωση των δομών υγείας, καθώς αυτή αντανακλά και τη διαχείριση τόσο στη κατανομή όσο και στην αξιοποίηση των πόρων, με αποτέλεσμα να γίνεται αντιληπτό το εάν υπάρχει περιθώριο βελτίωσης με τις δεδομένες εισροές. (Kontodimopoulos, et al., 2003 / Τούντας, 2008).

Για τον καθορισμό του επιπέδου αποδοτικότητας μιας νοσοκομειακής μονάδας, απαιτείται να είναι διαθέσιμα τα στοιχεία προϋπολογισμού, καθώς επίσης και οι διαφορετικοί τρόποι κατανομής αυτών των χρηματικών πόρων με τις διάφορες μεθόδους χρηματοδότησης. Ωστόσο, μπορεί η απουσία της ορθής διαχείρισης καθώς και της χρηματοδότησης να οδηγεί σε πτώση της ποιότητας και άρα πτώση απόδοσης λόγω μειωμένης ζήτησης, εξίσου σοβαρή επίπτωση έχει και η συναισθηματική και ψυχολογική εξασθένηση των εργαζομένων του τομέα υγείας, που αποδίδει παράλληλα και μεγάλους χρόνους αναμονής. Η παραγωγή στις μονάδες υγείας, εκτός από την αξιοποίηση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού εξαρτάται κατα κύριο λόγο από το ανθρώπινο δυναμικό και άρα αύξηση της παραγωγικότητάς τους, συνεπάγεται και αυξημένη απόδοση. (Eurostat Grand, 2005 / Docteur et.al., 2003 / Androusoy et.al., 2011).

1.5 Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας είναι πολυπαραγοντική, και κατα καιρούς έχει οριστεί με διαφορετικούς τρόπους από πολλούς ερευνητές. Όλοι ωστόσο μεταξύ τους, συμφωνούν στο ότι η αξιολόγηση έχει να κάνει με τον προσδιορισμό ή εντοπισμό ή την εκτίμηση του συνόλου, ή μέρους των υπηρεσιών των διαδικασιών και εξετάσεων, οι οποίοι θα πρέπει να βρίσκονται σε επάρκεια, προκειμένου να επιτευχθεί ένας προκαθορισμένος και προσχεδιασμένος στόχος, με απώτερο σκοπό την εξεύρεση περιθωρίου βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας που απολαμβάνουν οι ασθενείς (Μεϊντάνης, 2004). Μάλιστα, η αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να πληρεί κάποιες προδιαγραφές, με σκοπό την διαρκή βελτίωση. Για παράδειγμα, θα πρέπει αυτή να εφαρμόζεται για τα εγχώρια δεδομένα, χωρίς όμως υστερεί σε δομές που θα βοηθήσουν την αξιολόγηση σε παγκόσμιο επίπεδο. Επίσης, θα πρέπει να διαθέτει στοιχεία για παρακολούθηση και από άλλους τομείς, όπως πχ αυτών της χρηματοδότησης, ενώ ακόμη να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες διευκολύνοντας τις αποφάσεις που πρέπει να παρθούν (Τούντας, 2007).

Παράλληλα με τις ανωτέρω προδιαγραφές, στην αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων θα πρέπει να τίθονται υπό παρακολούθηση συγκεκριμένοι τομείς:

- 1) *Η χρηματοδότηση.*

- 2) *Η παροχή.*
- 3) *Η εκ των έσω δημιουργία πόρων, δηλαδή η εξέλιξη του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού.*
- 4) *Η διαχειριστική πολιτική και στρατηγική πολιτική, για τη σωστή συνεργασία των τμημάτων, την ρύθμιση και τον καθορισμό προτεραιοτήτων.*
- 5) *Η κάθετη ενσωμάτωση, δηλαδή η αλληλεπίδραση των δομών και λειτουργιών.*
- 6) *Οι παράγοντες εκτός του υγειονομικού συστήματος που σχετίζονται με άλλα κοινωνικά συστήματα.*

Αυτοί οι παράγοντες εκτός του συστήματος υγείας που αναφέρονται ως βασικό τομέα υπό διερεύνηση κατά τη διαδικασία αξιολόγησης, όπως οι κοινωνικές ανισότητες και το επίπεδο εκπαίδευσης, έχουν μεγάλη σημασία για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας και για αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, καθώς μπορούν και επηρεάζουν τα συστήματα υγείας σε εξαιρετικό βαθμό (Murray & Frenk, 1999).

Για τους υπόλοιπους τομείς, κατά την αξιολόγηση, αναφερόμαστε στην αξιολόγηση των εισροών όταν μελετάμε τους χρηματικούς και ανθρώπινους πόρους που συμμετέχουν στην διεκπεραίωση των τελικών στόχων για την υγεία των ασθενών. Επίσης, μελετάται τόσο η ποιότητα στις παρεχόμενες φροντίδες υγείας όσο και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και ο τελικός όγκος των παραγόμενων προϊόντων. Επιπλέον, λογίζονται εξ'ίσου και τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών. Παράλληλα, κατά την αξιολόγηση μελετάται και η επάρκεια των υγειονομικών συστημάτων, δηλαδή το κατά πόσο οι προϋπάρχοντες πόροι αρκούν για τις ανάγκες του συστήματος και την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ενώ οι πόροι μπορεί να είναι δεδομένοι και να παράγουν βέλτιστη εκροή-αποτέλεσμα ή να πρέπει να είναι ελάχιστοι, όταν η εκροή είναι αυτή που προκαθορίζεται. Μαζί, υπολογίζονται και έννοιες όπως είναι η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα που αναφέραμε σε προηγούμενη παράγραφο. (Σούλης, 1999). Μάλιστα, ο Κυριόπουλος, (2002) τονίζει για την αποτελεσματικότητα πως αυτή αφορά τον βαθμό που επιτυγχάνεται το αποτέλεσμα για την υγεία του ασθενή συγκριτικά με τον στόχο που έχει τεθεί από πριν.

Σχετικά με την ποιότητα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, αυτή περιλαμβάνει το σύνολο των ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων, που πρέπει να συντρέχουν με την

εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής, με σκοπό να παρέχουν στους ασθενείς την καλύτερη δυνατή θεραπευτική λύση για τα προβλήματα υγείας τους, προφυλάσσοντάς τους από οικονομική κατάρρευση και παρέχοντάς τους ασφάλεια, συνδυαστικά με το αίσθημα ικανοποίησης κατά την εμπειρία τους με τις υγειονομικές διαδικασίες. Η ποιότητα αυτή καθ'αυτή, αντανακλά την πληρότητα σε ένα σύστημα περίθαλψης, από άποψη κλινών, προσωπικού και συμπεριφοράς, κτηριακών υποδομών και φαρμακοτεχνολογικού εξοπλισμού, δίνοντας στον ασθενή έναν συγκεκριμένο βαθμό ικανοποίησης, συνδυαστικά βέβαια με το αποτέλεσμα στην υγεία του. Έτσι, διαφαίνεται το πόσο σημαντική είναι η διερεύνηση της ποιότητας κατά την αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας (Τούντας, 2008).

Σήμερα, όπως θα δούμε μάλιστα και στη συνέχεια της παρούσας εργασίας, η ποιότητα διαφέρει στην Ελλάδα στη δημόσια και την ιδιωτική περίθαλψη, με αποτέλεσμα η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας να είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνα ικανοποίησης, τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα βρίσκεται στις χαμηλότερες κατατάξεις όσον αφορά την εμπειρία των πολιτών της από δημόσια νοσοκομεία, σε σχέση με άλλες χώρες του κόσμου. (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2008).

Για την εξασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, έχει μετατεθεί η ευθύνη σε εξωτερικούς φορείς πιστοποίησης. Αυτή η διαδικασία, ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και έχει βρει εφαρμογή στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ενώ η Ελλάδα δεν συμπεριλαμβάνεται σε αυτές. Οι φορείς πιστοποίησης, θέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σαν πρότυπα, με πιο γνωστό από αυτά να είναι το ISO-9000. Μέσω συνεχούς παρακολούθησης ή με καθεστώς περιοδικών ελέγχων, τα νοσοκομεία (όπως και πολλά διαφορετικά είδη επιχειρήσεων), πιστοποιούνται για την ποιότητά τους ή όχι. Η πιστοποίηση αυτή βέβαια, δεν αποτελεί και εξασφάλιση της εφαρμογής της ποιότητας, εάν κάτι τέτοιο μπορεί να διατυπωθεί, και για αυτό χαρακτηρίζεται απλά σαν μια συμπληρωματική αλλά συγχρόνως απαραίτητη διαδικασία για την βελτίωση των συστημάτων υγείας. (Ανδρούτσου et.al., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Υφιστάμενη κατάσταση

Η σημερινή κατάσταση του υγειονομικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί ένα δημιούργημα των πιέσεων που δέχτηκε μετά την οικονομική κρίση. Ακολουθώντας τις μνημονιακές οδηγίες, έπρεπε να ελαχιστοποιηθούν οι δαπάνες του ΑΕΠ, και να πραγματοποιηθούν δράσεις που μακροπρόθεσμα θα κατέληγαν σε αύξηση της αποδοτικότητας του. Βέβαια, η οικονομική κρίση σημαίνει και μειωμένο κρατικό εισόδημα, το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τα ποσά που μπορεί η κάθε χώρα να δαπανήσει για τον υγειονομικό τομέα (Χαλκιά 2015). Περιορισμένοι πόροι για την υγεία απαιτούν αξιολογημένες και σαφώς τεκμηριωμένες μεταρρυθμίσεις για στόχευση των πόρων εκεί που είναι απαραίτητοι. Να σημειωθεί εδώ, πως η ψηφιοποίηση της παραγωγής και παροχής φροντίδας, μπορεί να συμμετέχει στον έλεγχο του κόστους λειτουργίας και διοίκησης του συστήματος υγείας, βελτιώνοντας ταυτόχρονα την επίδοσή του (Παπανικολάου 2016).

Τη περίοδο 2010-2011, το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, υπέστη μεγάλες πιέσεις, από την ταυτόχρονη αυξημένη χρησιμοποίησή του από τους πολίτες και την εφαρμογή καταναγκαστικών μέτρων, με σκοπό την διόρθωση δεικτών απόδοσης και συγκράτησης κόστους. Μάλιστα, τα προβλήματα του υγειονομικού συστήματος, είχαν δημιουργηθεί μια δεκαετία νωρίτερα, και επιδεινώθηκαν με την οικονομική κρίση. Εντοπίζονταν σε διάφορους τομείς όπως η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στη διοίκηση και τη διαχείριση των οικονομικών πόρων, στην έλλειψη πλάνου αξιολόγησης, καθορισμού προτεραιοτήτων και αναγκών με σκοπό την καθοδηγούμενη χρηματοδότηση όπου αυτή χρειάζεται, και πολλά άλλα, τα οποία γέννησαν υποχρηματοδοτούμενα ταμεία ασθενείας (Rice, 2006). Στο στόχαστρο διορθώσεων του Ε.Σ.Υ., βρέθηκαν τα συστήματα συνταγογράφησης, η κατανομή και ο έλεγχος των προμηθειών, η αποζημίωση των νοσοκομείων και του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και η χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, με απότερο σκοπό την βελτίωσή τους. (Κατελαΐδου,2014).

Η λογική των περικοπών ωστόσο, προσέθεσε επιπλέον βάρη σε ένα ήδη εξαντλημένο εθνικό σύστημα υγείας. Μειώνοντας τις κρατικές υγειονομικές χρηματοδοτήσεις κατά 40% το 2011, δημιουργήθηκαν «κενά» στην εφοδιαστική αλυσίδα των νοσοκομείων, με ελλείψεις να συνδέονται άμεσα με ανικανότητα παροχής ιατρικής φροντίδας και ανικανοποίηση των αποδεκτών αυτής (Kentikelenis, 2011). Αυτό με τη σειρά του, έρχεται να εξασθενήσει συναισθηματικά και να αποπροσωποποιήσει τον ανθρώπινο πάροχο (ιατρό-νοσηλεύτη), βασικό «κρίκο» της αλυσίδας παροχής υγείας, ο οποίος παράλληλα επωμίζεται και μείωση αποδοχών. Εκτός της ελάττωσης των απολαβών, αποφασίζεται και περικοπή στις προσλήψεις προσωπικού, κινήσεις που έγιναν με στόχο τον περιορισμό του κόστους αποζημίωσης εργασίας. Σύμφωνα μάλιστα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη μισθοδοσία εντός της ευρωπαϊκής ηπείρου, οι απολαβές των υγειονομικών βρίσκονταν στην χαμηλότερη κλίμακα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και ελαττώθηκαν μετά την κρίση σε ποσοστό 25% για τους ιατρούς παρόχους και 14% όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα με τα ανωτέρω, παρουσιάζονται αυξήσεις στην ιδιωτική συμμετοχή των πολιτών για πρόσβαση στην υγεία (out of pocket payments), με τη λογική της μεταφοράς ενός μεγαλύτερου μέρους του κόστους φροντίδας στη μεριά του καταναλωτή για αύξηση των πρωτογενών εσόδων των δημόσιων δομών και μείωση των δαπανών τους, που επέφερε μια αποστροφή των ασθενών στη χρήση υπηρεσιών υγείας και άρα μείωσε την υπερκατανάλωσή τους (Νιάκας 2014 / Correia et.al., 2014).

Μέσα από τη γενική κατάσταση του Ελληνικού συστήματος υγείας, διακρίνονται και τρεις πτυχές του, που εκπροσωπούν την καλή του εικόνα. Αυτές είναι, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος έχει ρόλο «γενικού διοικητή», η αποζημιώσεις με βάσει τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (KEN), καθώς και η εκσυγχρόνιση της συνταγογράφησης, με την τελευταία να γίνεται ηλεκτρονική, με τη λογική της ψηφιοποίησης των συστημάτων και της χρησιμοποίησης της τεχνολογίας.

Αρχικά η σύνταξη του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ήταν κρίσιμη και καίριας σημασίας για τη δύσκολη περίοδο που διένυε το ΕΣΥ. Με ρόλο γενικού ρυθμιστή με ασφαλιστική πολιτική, χωρίς χαρακτηριστικά οργανισμού, ασκεί ρόλο μεσολαβητή σε εισπράξεις και αποζημιώσεις και τον έλεγχο αυτών με κριτήρια την

επίτευξη της βέλτιστης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και την κατάρριψη των ανισοτήτων (ΕΣΔΥ, 2012).

Από την άλλη μεριά, τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλεια (KEN) άλλαξαν τον τρόπο αμοιβής των πράξεων στα δημόσια νοσοκομεία, προσφέροντας καλύτερο έλεγχο, καταλληλότερη αποζημίωση ανάλογα την περίπτωση, δηλαδή όχι υποπληρωμές ή υπερπληρωμές για κάθε ξεχωριστή περίπτωση υπηρεσίας ιατρικής φροντίδας, αφήνοντας στο παρελθόν την αμοιβή κατά πράξη, σταθερό μισθό ή αμοιβή ανα ημέρα, που δημιουργούσε προβλήματα μειωμένης αποδοτικότητας, απουσίας κινήτρου και υποβαθισμό της ποιότητας υπηρεσίας υγείας. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα να συντάσσεται ένας προϋπολογισμός και κάθε αίτηση για πληρωμή πρέπει να αιτιολογείται απόλυτα. Παράλληλα, εντάσει την έννοια της συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ δημόσιων δομών ή τμημάτων τους, όπου με βάση ένα θεωρητικά βέλτιστο επίπεδο, το οποίο έχει έναν εκπρόσωπο, επιτυγχάνεται η βέλτιστη ποιότητα, εξοικονόμηση πόρων και αποτελεσματικότητα (Θηραΐος 2015).

Τέλος, η θεσμοθέτηση της «ηλεκτρονικής συνταγογράφησης» αποτέλεσε μια από τις πιο σοβαρές μεταρρυθμίσεις στον κοινωνικοασφαλιστικό τομέα, με τη λογική της ψηφιοποίησης των συστημάτων και της αξιοποίησης των σύγχρονων τεχνολογιών. Μέσω αυτής, επιτεύχθηκε εξορθολογισμός των διαδικασιών συνταγογράφησης και εκτέλεσης φαρμάκων και ιατρικών εξετάσεων, αποδοτικότερος έλεγχός τους ενώ ακόμη δόθηκε η δυνατότητα συγκέντρωσης δεδομένων, βασισμένης σε διεθνή πρότυπα και οδηγίες με σκοπό την εξυγίανση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ανάπτυξη της έρευνας για την αντιμετώπιση ασθενειών της ικανότητας περίθαλψης. Μάλιστα, εν μέσω κορονοϊού, δόθηκε η δυνατότητα για εκσυγχρονισμό αυτού το τομέα, μέσω της άυλης συνταγογράφησης, κάτι το οποίο βελτίωσε την δυνατότητα πρόσβασης σε παροχή φαρμάκων και εξετάσεων, κάνοντάς την ακόμα πιο άμεση, τόσο για τους πολίτες όσο και για την πλευρά των παρόχων. Η αναβάθμιση αυτή των υπηρεσιών μέσω της εκμετάλλευσης της τεχνολογίας, βοηθά στην εξοικονόμηση χρόνου και πόρων, την αύξηση της παραγωγικότητας και αναδεικνύει την δημιουργία νέων τρίτων καινοτόμων υπηρεσιών και προϊόντων, που αποσκοπούν στον απότερο σκοπό του ΕΣΥ, δηλαδή την καλή υγεία των πολιτών της (Rice 2006).

2.2 Εμπόδια στη χρηματοδότηση

Τη δεκαετία της οικονομικής κρίσης, η ελληνική οικονομία υπέστη συρρίκνωση, η οποία έφερε πολλές αλλαγές στη χρηματοδότηση των δημόσιων ταμείων, συμπεριλαμβανομένου και αυτού του τομέα της υγείας. Ο προϋπολογισμός του εθνικού συστήματος υγείας, μειώθηκε σε ένα μεγάλο ποσοστό, ασκώντας πίεση τόσο στη μεριά των κυβερνήσεων, των μη κερδοσκοπικών οργανισμών (που τροφοδοτούσαν δευτερογενώς το ελληνικό σύστημα υγείας) και των παρόχων, όσο και στους καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας.

Συνοπτικά, τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας από τις περικοπές στις προσλήψεις και τις μαζικές απολύσεις, οι ελλείψεις προσωπικού δηλαδή καθώς και οι ελλείψεις σε μηχανήματα και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, συνδυαστικά με τη μεγάλη συμμετοχή των ασθενών για την κάλυψη των ιατρικών και φαρμακευτικών τους δαπανών, έρχονται να επιβεβαιώσουν την αφαιμάξη του ΕΣΥ, λόγω προβλημάτων στην χρηματοδότηση. Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνα, όλα τα ανωτέρω συνδυαστικά επέφεραν και προβλήματα στην ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών, οδηγώντας έτσι σε εμφανείς ανισότητες, με τους Έλληνες πολίτες που βρίσκονται σε δυσχερή οικονομική κατάσταση, να μην έχουν εύκολη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα και περίθαλψη, και να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο νόσησης και πρόωρου θανάτου σε σχέση με τους οικονομικά ισχυρότερους. (Στεργίου 2005 / Σούλης 2009).

Μιλώντας πιο συγκεκριμένα και με αριθμούς, η εκτεταμένη πίεση στους προϋπολογισμούς για διάθεση στον τομέα της υγείας, οδήγησαν σε πτώση κατά 25% το 2012 σε σχέση με τα δεδομένα του προηγούμενου έτους στις δαπάνες υγείας. Στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ μάλιστα, έδειξαν πτώση, από 23 εκατομμύρια στα 14 εκατομμύρια ευρώ την περίοδο 2009-2014, των πόρων που διατέθηκαν στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Συνδυαστικά ελαττώθηκαν και κατά 40% οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων, αριθμοί που κρατάνε μέχρι και σήμερα, και επέφεραν όπως προαναφέραμε ελλείψεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε εξοπλισμό και μηχανήματα. Παράλληλα, κατά 50% περίπου μειώθηκε και η προσφορά του Ταμείου Κοινωνικής ασφάλισης. (Σίσκου, 2007).

Το αρνητικό αποτέλεσμα της συγκεκριμένης κατάστασης, είναι το ότι το βάρος της αποπληρωμής των ιατρικών πράξεων, προϊόντων και υπηρεσιών φροντίδας υγείας μετατέθηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό του, στα ήδη οικονομικά επιβαρυνόμενα νοικοκυριά,

καθώς αυτά καλούνται να χρεωθούν ένα μεγάλο μερίδιο του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, σαν μέσο συγκράτησης δαπανών από μεριάς κράτους αλλά και λόγω αδυναμίας αυτού να συνεισφέρει εξ'ολοκλήρου, και όλα αυτά με την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, συνεχίζει και αυξάνεται (ΟΟΣΑ-ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2016).

2.3 Ανισότητες

Η έννοια της ανισότητας, αποτελεί φαινόμενο διακριτό από όλους, τόσο μεταξύ των κρατών-χωρών, όσο και μεταξύ των πολιτών μελών ενός κράτους ενώ είναι κάτι που δεν αφορά μονάχα τον τομέα της υγείας, και η κοινωνία έρχεται αντιμέτωπη με τη συγκεκριμένη έννοια από την απαρχή της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως ανισότητα ορίζεται «κάθε πράξη υγείας που είναι αθέμιτη ή και άδικη, και η οποία θα μπορούσε να αποφευχθεί» (WHO, 2005).

Τη σημερινή εποχή, η έννοια των ανισοτήτων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα προβλήματα των συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο, και αφορούν όπως αναφέραμε προηγουμένως τις χώρες, τις κοινωνίες καθώς και τα άτομα μεταξύ τους. Η γενικότερη ιδέα πίσω από τις ανισότητες και το γεγονός ότι αυτές δημιουργούν φραγμούς στη πρόσβαση στην υγεία, ενώ ακόμα και όταν αυτή υπάρχει, η ποιότητα διαφέρει ανάλογα την κοινωνική τάξη (ή κοινωνική διαστρωμάτωση), είναι το ότι τα άτομα προέρχονται από χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ή έχουν μεγαλώσει στο παρελθόν σε κοινωνίες με οικονομικές δυσχέρειες και δυσκολίες σε εκπαίδευση και άλλα αγαθά, παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας και αυξημένα επίπεδα θνησιμότητα, σε σχέση με όσους είναι οικονομικά πιο ευκατάστατοι. (WHO, 2005).

Πλήθος ερευνητικών εργασιών, αποδεικνύουν την γενικότερη αντίληψη της έννοιας των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η πρώτη ιδέα διατυπώθηκε το 1931, όπου ως ανισότητα διακρίνεται το φαινόμενο κατά το οποίο “η κοινότητα διαιρείται με βάση την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου (WHO 2005). Την έρευνα αναφοράς ωστόσο έρχεται να αποτελέσει εν έτη 1980 το επονομαζόμενο “Black Report”, του υπουργείου εργασίας της Μεγάλης Βρετανίας, όπου εξέτασε τη σχέση θνητότητας και κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε Αγγλία και Ουαλία, κατά τα έτη 1950-1980. Το αποτέλεσμα της έρευνας συνοψίζεται στο ότι τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα, είχαν

και καλύτερη πρόσβαση στην υγεία ενώ παράλληλα απολάμβαναν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους οικονομικά ασθενείς συμπολίτες τους, και άρα ήταν αποδέκτες μιας γενικότερης καλής υγείας. Το 2004 μάλιστα, πραγματοποιήθηκε μελέτη ανάμεσα σε 16 ευρωπαϊκές χώρες που επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα της ανωτέρω εργασίας, διακρίνοντας κιόλας πως οι χώρες της Δυσης παρουσιάζουν κατα ενάμιση με δύομισι φορές μικρότερο βαθμό κινδύνου νόσησης, σε σχέση με τις υπόλοιπες υποανάπτυκτες χώρες. (Πετμεζίδου et.al. 2015).

Σημαντικά ήταν και τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών τα μετέπειτα έτη, που ήρθαν να προσθέσουν πως όχι μόνο υπάρχει διαφορά της υγείας ανάμεσα σε οικονομικά ισχυρούς και ανίσχυρους, αλλά και το ότι αυτή η διαφορά είναι κλιμακούμενη όσο ανεβαίνουμε από τα χαμηλά προς τα υψηλά κοινωνικά στρώματα, και επομένως δεν αφορούν δύο διακριτούς “χώρους υγείας”. Άλλη έρευνα σημειώνει πως οι διακρίσεις στον τομέα της υγείας δεν αφορούν μόνο την οικονομική ευχέρεια στην οποία βρίσκεται τη τωρινή στιγμή ένα άτομο, αλλά είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με το περιβάλλον στο οποίο το άτομο αυτό μεγάλωσε και από το οποίο προήλθε, δηλαδή με την “ανήλική του ηλικία”. Με άλλα λόγια, άτομα με χαμηλό επίπεδο υγείας στην ανήλικη ζωή τους, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν κακή υγεία και στην μετέπειτα ζωή τους, κάτι το οποίο δείχνει την αναπαραγωγή της έννοιας της ανισότητας από γενιά σε γενιά (Bartley, 2003). Εν ολίγοις, η ύπαρξη των σοβαρών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για επίλυση που βρίσκεται στο επίκεντρο της πολιτικής της υγείας, τόσο σε διακρατικό όσο και σε επίπεδο διεθνών οργανισμών, και εξαρτάται από το πού έχει γεννηθεί, πώς έχει μεγαλώσει αλλά και την εργασία και ζωή του κάθε ατόμου (Σουλιώτης 2007 / Πετμεζίδου 2015).

2.4 Διαχείριση πόρων

Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία στην Ελλάδα, απαιτούν πλήρη αλλαγή των πρακτικών διαχείρισης τους, και μπορούν να βοηθήσουν και σε έναν γενικότερα αποδοτικότερο έλεγχο των δαπανών της χώρας και στην αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης. Αυτό γιατί, η καλή υγεία αφορά και επηρεάζει την συντήρηση των υπόλοιπων τομών που απαιτούν χρηματοδότηση, καθώς από τη μία μεριά, η διατήρηση της υγείας των πολιτών μιας χώρας, συνεπάγεται υψηλότερους δείκτες εργασίας και

μετακύλιση χρημάτων αλλού, ενώ ταυτόχρονα η εξοικονόμηση των πόρων για τον συγκεκριμένο τομέα δίνει τη δυνατότητα διάθεσής τους σε άλλους τομείς που αυτοί είναι απαραίτητοι. Στην Ελλάδα μάλιστα, οι υψηλές και χωρίς αυστηρούς όρους δαπάνες για την υγεία, αποτελούν υπολείμματα αποφάσεων από τις εκάστοτε κυβερνήσεις που πέρασαν ανά τα χρόνια εξουσίας και διαχείρισης, έχουν εκτροχιάσει την κρατική οικονομία, μη συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση της κρίσης. Έτσι, έχει δημιουργηθεί μια γενικότερη εικόνα ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό, και ανεπάρκεια εξοπλισμού, κάτι που προκύπτει από εξάρτηση από δαπανηρές εισφορές, ενώ δεν έχει ακολουθηθεί η λογική της παροχής κινήτρων και ελέγχου βάσει ιδανικών προτύπων για βελτίωση της απόδοσης και αποτελεσματικότητας της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Πιο συγκεκριμένα, το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, μαστίζεται από ανισότητες σε πρόσβαση όσο και σε εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό, κάτι το οποίο ενισχύει το αποτέλεσμα της μειωμένης ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας και του αρνητικού αποτελέσματος στην υγεία των πολιτών.

Πρέπει να σημειωθεί εδώ, πως όλοι οι πόροι του ΕΣΥ είναι άνισα κατανεμημένοι σε όλη τη χώρα. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ένα μεγάλο μερίδιο της αγοράς αφορά ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά εργαστήρια, μεταξύ των οποίων μοιράζονται οι πόροι, μαζί με τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό της διαθέσιμης “πρόσβασης” της υγείας βρίσκεται εντοπισμένη στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο τα νοσοκομεία και τα εργαστήρια που προαναφέραμε, αλλά και τον εξοπλισμό και τους φροντιστές υγείας. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει ένα μεγάλο κέντρο υγείας, ικανό σε χώρους να εξυπηρετήσει έναν συγκεκριμένο αριθμό ασθενών, ωστόσο να μην διαθέτει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ή/και τα μηχανήματα που θα μπορέσουν να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας για κάθε περίπτωση ασθένειας. Κάτι τέτοιο, εγκαθιστά συνθήκες άνιση πρόσβασης και ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών, καθώς παραμεθόριες περιοχές και γενικότερα κοινωνίες μακριά από τις μεγαλουπόλεις παρουσιάζουν ελλειπείς υπηρεσίες υγείας, με την ζήτηση ωστόσο για φροντίδα να μην είναι αντίστοιχα χαμηλή.

Παράλληλα με τα ανωτέρω, περικοπές τόσο σε προσλήψεις όσο και σε μισθοδοσίες και αυξήσεις αυτών, οδήγησαν σε χαμηλό αριθμό διαθέσιμων ιατρών για να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης συμβουλής και φροντίδας στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας.

Να σημειωθεί εδώ, ότι ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, ένας μεγάλος αριθμός γιατρών έχει αποχωρήσει από την Ελλάδα, βρίσκοντας καλύτερες εργασιακές συνθήκες με μεγαλύτερες απολαβές σε διάφορες χώρες του εξωτερικού. Από την άλλη μεριά όμως, η Ελλάδα διαθέτει την υψηλότερη αναλογία γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, κάτι το οποίο όμως δικαιολογείται από τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας σε αυτό το επάγγελμα στον ελλαδικό χώρο (Τούντας, 2008). Εν συνεχεία, και σε αντιπαράθεση με τα δεδομένα για τους έλληνες γιατρούς, ο αριθμός των νοσηλευτών είναι ανεπαρκής για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού της χώρας μας, σε σύγκριση πάντα με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (3,2 νοσηλευτές αντιστοιχούν σε 1000 άτομα στην Ελλάδα ενώ τα νούμερα σε άλλες χώρες είναι 8,4 ανα 1000 ασθενείς) (Τούντας, 2008).

2.5 Αποδοτικότητα - Αποτελεσματικότητα

Οι όροι της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την οικονομική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο. Με λίγα λόγια, είναι απαραίτητοι, ώστε να παρθεί το κατάλληλο σύνολο αποφάσεων βάσει ενός βέλτιστου και λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις εισροές των συστημάτων υγείας (δηλαδή την χρήση και την κατανομή τους και όχι μόνο τις υλικές αλλά και τον άνθρωπο) με σκοπό να παραχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα, με γνώμονα την καλή και ποιοτική υγεία των πολιτών μιας χώρας (Κυριόπουλος, 2002).

Ξεκινώντας με την αποδοτικότητα, αυτή αφορά την επίτευξη των υγειονομικών στόχων που προαναφέραμε, παίρνοντας ως δεδομένο ένα προκαθορισμένο επίπεδο δημόσιων δαπανών, ενώ διακρίνονται σε τεχνική και καταναεμητική αποδοτικότητα.

Στην τεχνική αποδοτικότητα, κύρια επίτευξη αποτελούν η βελτιστοποίηση της παραγωγής καθώς και το ελάχιστο κόστος, λαμβάνοντας υπόψη δεδομένα κόστη και καθορισμένη παραγωγή αντίστοιχα για την κάθε περίπτωση. Εδώ, ορίζεται ένα “επίπεδο αναφοράς” για παράδειγμα ένα νοσοκομείο που βρίσκεται στην αποδοτικότερη κατάσταση λειτουργίας. Από αυτή τη λειτουργία του, προκύπτει και η συνάρτηση αναφοράς της αποδεκτής μέγιστης απόδοσης συνδυαστικά με δεδομένες από πριν εισροές, εκφράζοντας τους παραγωγικούς συντελεστές δηλαδή το κεφάλαιο κίνησης, τον εργασιακό παράγοντα και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό σε συνδυασμό με τα

αποτελέσματα υγείας που αφορούν τους ασθενείς, τις ημέρες υγείας μετά το εξιτήριο, τους χρόνους αναμονής κτλ.

Με την καταναλωτική αποδοτικότητα, αναφερόμαστε στην βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων σε διαφορετικού είδους περιπτώσεις υγείας και προγραμμάτων, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα με το μέγιστο όφελος για την υγεία των ασθενών. Με άλλα λόγια, μιλάμε για τις άριστες και προκαθορισμένης τιμής εισροές με σκοπό το βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών (Σουλιώτης, 2000).

Σήμερα, η απόδοση του υγειονομικού συστήματος, εμφανίζει διάφορα κενά, και λόγω του ότι επηρεάζεται από την οικονομική κρίση, αλλά και εξαιτίας άλλων παραγόντων, όπως η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών και του εξοπλισμού, η συνεχιζόμενη πρόοδος της τεχνολογίας που τρέχει με ταχείς ρυθμούς και απαιτεί “γρήγορα βήματα” από το υγειονομικό σύστημα προκειμένου να μην μείνει πίσω σε τεχνολογία ή και την κτήση εξοπλισμού που θα φέρει καλύτερα αποτελέσματα με μειωμένο κόστος (άρα απαιτείται κεφάλαιο), οι μετακινήσεις του πληθυσμού που μεταθέτουν τη ζήτηση καθώς επίσης και αλλαγές στις ανάγκες και τα πρότυπα κατανάλωσης των ατόμων. Κάτι τέτοιο καθιστά τη δημιουργία ενός πλάνου για τη ορθότερη λειτουργία του ΕΣΥ (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002).

Η αποτελεσματικότητα, αφορά την μέτρηση του βαθμού στον οποίο επιτυγχάνονται οι στόχοι, βάσει μιας “χρυσής τομής” που έχει προκαθοριστεί ακολουθώντας τους όρους της άριστης αποδοτικότητας που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο. Για να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων, πρέπει να χρησιμοποιηθούν κάποιες ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές. Οι ποσοτικοί δείκτες, μετράνε τα αποτελέσματα συναρτήσει του αριθμού των ασθενών. Από την άλλη μεριά, και ενώ είναι αρκετά δύσκολη η μέτρηση των ποιοτικών δεικτών, αυτοί μας δίνουν τη δυνατότητα να αποσαφηνίσουμε την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, μετρώντας δείκτες όπως τον λόγο των κλινών που είναι ελεύθερες προς το σύνολό τους κτλ. (Κοντοδημόπουλος 2019).

Ωστόσο, βλέποντας το πρόβλημα από την οπτική της οικονομικής αξιολόγησης, διαπιστώνεται ότι υπάρχει χώρος για βελτίωση στο κομμάτι της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, τόσο από πλευράς διαχείρισης και κατανομής πόρων, όσο και από πλευράς ποιότητας υπηρεσιών. Όσον αφορά την ποιότητα (εφόσον έχουμε ήδη

αναφερθεί προηγουμένως στη συγκράτηση κόστους), η έλλειψη παροχής κινήτρων και σθένους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η ύπαρξη πολιτικών παραγόντων-προσώπων στη διαχείριση και διοίκηση, δημιουργούν τα κολλήματα στην αύξηση της αποτελεσματικότητας. Σύμφωνα με τους Κοντοδημόπουλος et.al, παρουσιάζονται τεράστιοι χρόνοι αναμονής για υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, εν έτει 2006, ένας ασθενής έπρεπε να περιμένει ένα εξάμηνο για να χειρουργηθεί, περίπου 5 μήνες για εξωτερική περίθαλψη ή 3 μήνες για αντικαρκινική θεραπεία (Taner, 2006). Παράλληλα, η απόδοση των κέντρων περίθαλψης υπό την ευθύνη του ΙΚΑ παρουσιάζουν κατά 15% διαφορά στην απόδοσή τους σε σχέση με τα αντίστοιχα του NHS. Επίσης, ειδικά μετά την οικονομική κρίση, επικρατεί μία λογική της περικοπής μισθών και προσλήψεων, με τον Έλληνα γιατρό να μην βρίσκει κίνητρο να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης, να εργάζεται λιγότερες ώρες από τις αναγραφόμενες στη σύμβασή του και να αφιερώνει το μεγαλύτερο μέρος της προσπάθειάς του στην ιδιωτική πρακτική του, για αύξηση των απολαβών του.

Αξίζει να σημειωθεί, πως και ο διορισμός στις διοικητικές θέσεις, τόσο σε επίπεδο νοσοκομειακών μονάδων, όσο και σε επίπεδο περιφερειών, γινόταν με βάσει πολιτικά κριτήρια και όχι αξιολογήσεων ικανοτήτων και αξιώσεων για τις συγκεκριμένες θέσεις. Η ύπαρξη ικανών διοικητών βρισκόταν υπό αμφισβήτηση με δικαιολογία την αποφυγή εμπλοκής τεχνοκρατικών οργάνων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, που όμως το 2001 νομοθετικά ορίστηκε η εγκαθίδρυση συμβουλίων σε πενταετή βάση (και επαναξιολόγησή τους) με διευθυντές που πληρούν τα απαραίτητα επαγγελματικά προσόντα (Κυριόπουλος, 2014). Οι δημόσιες συμβάσεις μάλιστα, ορίζονται και εποπτεύονται από συγκεκριμένα εκτελεστικά όργανα. Αυτή η μη ύπαρξη “κατάλληλων για τη θέση”, επιδεινώνει και το πρόβλημα της διαχείρισης των οικονομικών, καθώς δεν μπορούσε να δημιουργηθεί ένα πλάνο ροής της χρηματοδότησης προκειμένου να κατανεμηθούν αποδοτικά οι πόροι, και δεν μπορούσε να τεθεί μια βάση σύγκρισης για αξιολόγηση και περαιτέρω βελτίωση του Ε.Σ.Υ. Όμως, το 2010, με ένα σύστημα διπλής εισόδου, διευκολύνεται η παραπάνω διαδικασία.

Κλείνοντας, θα πρέπει να αναφερθούμε στη σύμπραξη του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, ως μια επιφανής λύση στα ανωτέρω προβλήματα. Η δημόσια διαχειριστική

λογική, θα μπορούσε να επωφεληθεί από την τεχνογνωσία των ιδιωτικών νοσοκομείων, κυρίως στο κομμάτι της οργάνωσης, του ελέγχου και της συγκράτησης κόστους. Ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα, και επομένως για να βρίσκεται ψηλά στον δείκτη προτίμησης των ασθενών, διαθέτει αυστηρά όρια όσον αφορά την παρεχόμενη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ ακολουθεί και αυστηρά πρότυπα σε θέματα διαχείρισης κόστους και επανεπένδυσης των κερδών του. Με αυτόν τον τρόπο, ο δημόσιος τομέας θα μπορέσει να αυξήσει την αποτελεσματικότητά του, χωρίς να δαπανά πολλά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΤΑ ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΩΝ ΧΩΡΩΝ

3.1 Επισκόπηση υγειονομικών συστημάτων

3.1.1 Γαλλία

Το γαλλικό σύστημα, έχει εφαρμόσει τη λογική της σύμπραξης του δημόσιου υγειονομικού ταμείου, με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά, ενώ υπάρχει και διατίθεται ένας επίσημος κατάλογος με τις τιμές για τις εκάστοτε υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και για τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Αξίζει να αναφερθεί, πως για τους γάλλους, η κυβέρνηση μέσω δημόσιων δαπανών καλύπτει το 74% του συνόλου, ενώ το υπόλοιπο 16% αφορά ιδιωτική ασφάλιση υγείας και out of pocket payments. Κάποια επιπλέον στοιχεία είναι τα εξής: Η ιδιωτική συμμετοχή στα φάρμακα που κυμαίνεται μεταξύ 0%-65% , η ιδιωτική συμμετοχή στα νοσοκομεία, όπου οι Γάλλοι πληρώνουν το 8% ενώ αντίθετα με τα ανωτέρω χαμηλά ποσοστά, πληρώνουν μεγάλη συμμετοχή στις οδοντιατρικές υπηρεσίες υγείας. Επίσης, οι Γάλλοι διαχωρίζονται και καλύπτονται από ταμεία που αφορούν το επάγγελμά τους (πχ ξεχωριστό ταμείο για τους αγρότες), με το ασφαλιστικό ταμείο για τους μισθωτούς να καλύπτει το 80% των ασφαλισμένων της γαλλικής επικράτειας (Greenwald, 2010)

Αξίζει να αναφερθεί πως, έχουν ληφθεί και μέτρα για την κάλυψη των υγειονομικών εξόδων των πολιτών που βρίσκονται κάτω από το όριο φτώχειας στη Γαλλία, δηλαδή σε εισοδήματα κάτω από 788 ευρώ μηνιαίως. Αυτή η μεταρρύθμιση προέκυψε το 2000, καθώς μέχρι και τότε, στη Γαλλία οι πολίτες αυτής της οικονομικοκοινωνικής τάξης ζούσαν χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο πολίτης που κατοικεί μόνιμα στη Γαλλία ή νόμιμα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών, έχει τη δυνατότητα να εκμεταλλευτεί μια συμπληρωματική κάλυψη, όπου αφορά όλα τα ιατρικά έξοδα. (Rice, 2006)

Τέλος, υπάρχει και η επιλογή της επιπλέον ιδιωτικής ασφάλισης, όπου είναι προαιρετική και ο πολίτης μπορεί να καλύψει την προσωπική του συμμετοχή στα ιατρικά έξοδα, κάτι

το οποίο ακολουθεί ένα μεγάλο μερίδιο του γαλλικού πληθυσμού, (της τάξεως του 93%). Έτσι, δίνεται η δυνατότητα, το υπολειπόμενο ποσό που δεν καλύπτεται (και διαφέρει ανάλογα την εκάστοτε προσφερόμενη υπηρεσία), να μην το δίνει ο ασφαλισμένος, με αποτέλεσμα η ιδιωτική συμμετοχή να αφορά μόνο ένα 10% και αυτό σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. (Νεκτάριος, 2018)

Όσον αφορά τα νοσοκομεία, τα περισσότερα από αυτά είναι δημόσια και συνυπάρχουν με κερδοσκοπικά ιδιωτικά ή μη, ενώ χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του σφαιρικού προϋπολογισμού για την χρηματοδότησή τους, με αυτό να αλλάζει τα τελευταία χρόνια, όπου την θέση αυτού πήραν τα DRG's τα λεγόμενα KEN για την Ελλάδα. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εργαζόταν κάτω από συμβάσεις σε δημόσια νοσοκομεία ή διατηρούνταν αυτοαπασχολούμενοι. Για την πρώτη κατηγορία εργαζομένων, η αμοιβή τους αφορά έναν μηνιαίο μισθό ο οποίος είναι σταθερός ενώ για τη δεύτερη κατηγορία, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του fee for service. Μετά από μεταρρυθμίσεις το 2009, ο τρόπος πληρωμής των παρόχων αλλάζει, και γίνεται μέσω της διαδικασίας της αμοιβής βάσει των επιδόσεων τους, κάτι το οποίο τους εξόπλισε με τα απαραίτητα για αυτούς κίνητρα προκειμένου να βελτιώσουν την παρεχόμενη υπηρεσία φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς τους, με σκοπό να αμείβονται και καλύτερα, με το ποσό της αμοιβής τους, να καθορίζεται πλέον και βάσει του αριθμού των πολιτών που εξυπηρετούσαν αλλά και με τη χρήση προκαθορισμένων ποιοτικών δεικτών, σε αντίθεση με παλαιότερα, που τις τιμές καθορίζουν οι ιατρικοί σύλλογοι συνεργιστικά με τα ταμεία ασφάλισης. (Chevreul et al., 2015)

Αξίζει να αναφερθούν οι τέσσερις μεγάλοι τομείς που συνθέτουν τη κοινωνική ασφάλιση στη Γαλλία :

1. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, που αφορά τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, καθώς και τα μέλη 1ου βαθμού συγγένειας με τους ασφαλισμένους, δηλαδή άτομα της οικογένειας τους, που όμως δεν καλύπτονται από άλλο ασφαλιστικό ταμείο.
2. Το Αγροτικό Ταμείο ασφάλισης, που καλύπτει τους αγρότες-εργαζόμενους.
3. Ταμείο ασφάλισης συγκεκριμένων ομάδων, που ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση υπόκεινται σε οδηγίες με διαφορετικές καλύψεις κάθε φορά (π.χ. δημόσιοι υπάλληλοι)
4. Ο Οικονομικός οργανισμός που διαχειρίζεται τους πόρους, το κεφάλαιο της κοινωνικής ασφάλισης, ελέγχοντας και διακινώντας τους επιμέρους προϋπολογισμούς.

Τα τελευταία χρόνια, το υγειονομικό σύστημα της Γαλλίας, βρέθηκε σε θέση να βελτιώσει τη “διαφάνεια” του, ενώ παράλληλα διευκολύνθηκε και η πρόσβαση. Αρχικά, έγινε ελάττωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, με αφαίρεση ορισμένων από την “θετική” λίστα, ενώ ταυτόχρονα μετατέθηκε μερίδιο του κόστους της φαρμακευτικής δαπάνης στους ιδιώτες με παράλληλη προώθηση των γενοσήμων. Από την άλλη, πραγματοποιήθηκε απεμπλοκή του υγειονομικού συστήματος από τον έλεγχο των φαρμακευτικών προϊόντων τα οποία θα διατίθενται στη γαλλική αγορά, ενώ ταυτόχρονα αξιοποιήθηκαν και μέσα ψηφιοποίησης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Εν ολίγοις το Γαλλικό σύστημα υγείας, επιτυγχάνει την κάλυψη του πληθυσμού, συνδυάζοντας την κύρια υποχρεωτική ασφάλιση, με την επικουρική, η οποία είναι επίσης υποχρεωτική να συμπληρώνει, ενώ δίνεται η δυνατότητα και της προαιρετικής ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία εάν χρησιμοποιηθεί, μειώνει την συμμετοχή του Γάλλου πολίτη μόλις στο 10%. Η Γαλλική κυβέρνηση, έχει μεριμνήσει για να καλύψει και τον πληθυσμό που αδυνατεί να καλύψει τα ιατρικά του έξοδα, ενώ παράλληλα διαθέτει ελεγκτικούς μηχανισμούς και σώματα επιθεώρησης, σε διάφορα επίπεδα διοίκησης και από συνεργασίες του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και Οικονομικών, διενεργώντας τους απαραίτητους ελέγχους και διοικητικές πράξεις, προκειμένου όλοι να τηρούν τα προκαθορισμένα πρότυπα και προδιαγραφές.

3.1.2 Σουηδία

Το υγειονομικό σύστημα της Σουηδίας, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge, με άλλα λόγια, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική, ο πληθυσμός καλύπτεται καθολικά, ενώ η παρουσία του κράτους είναι αυξημένη ως προς την παρέμβαση και η χρηματοδότηση, γίνεται κυρίως μέσω φοροεισφορών από τους πολίτες. Ιδιαίτερο γνώρισμα του Σουηδικού συστήματος, είναι ο επιμερισμός της ευθύνης για τη διατήρηση της υγείας και της ισότιμης πρόσβασης όσων ζουν στη συγκεκριμένη χώρα, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στην οποία υπάρχει παράδοση. Αυτό, έγινε με τη λογική της απομάκρυνσης του συγκεντρωτισμού από το εθνικό επίπεδο προς τα νομαρχιακά συμβούλια και τους δήμους, τα οποία έχουν ελευθερία σε οργανωτικό επίπεδο αλλά και στην διαδικασία παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, λειτουργώντας όμως κάτω από την

επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας της Σουηδίας, που αποφασίζει και επιτηρεί βάσει, των οδηγιών του κοινοβουλίου.

Το σουηδικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από υψηλή ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που παρέχει στους πολίτες της, κάτι το οποίο την έχει κατατάξει σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ στις υψηλότερες βαθμίδες ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι πολίτες της χώρας, αντιμετωπίζονται με σεβασμό ενώ συναντούν και μειωμένους χρόνους πρόσβασης κάτι το οποίο προέκυψε από τις μεταρρυθμίσεις που θα αναφέρουμε στη συνέχεια. Αξίζει να αναφερθεί εδώ ότι η Σουηδία, έχει δώσει έμφαση στην φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας και στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και για αυτό είναι η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων, ανάμεσα στις χώρες σύγκρισης του ΟΟΣΑ.

Ωστόσο, για να πετύχει τη διαφάνεια και την καλή κατάταξη του υγειονομικού συστήματός της, η Σουηδία, προέβη σε πλήθος μεταρρυθμίσεων, ξεκινώντας από τα μέσα του 1990. Αυτές αφορούσαν τόσο τον συντονισμό των ευθυνών, της παρακολούθησης και της εκτέλεσης πράξεων από πλευράς κομητειών και δήμων, την ιδιωτικοποίηση στη πρωτοβάθμια και την εξέλιξη της τριτοβάθμιας παροχής καθώς και διάφορες συγχωνεύσεις με τη βελτίωση των χρόνων αναμονής.

Πιο συγκεκριμένα, από το 1990 ως το 2011 και έπειτα, πραγματοποιήθηκαν συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων, παρέχοντας αυξημένη εξειδίκευση η οποία επέφερε αποτελεσματικότητα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας καθώς και καλύτερα κατανομημένη ανάμεσα στις περιοχές πρόσβαση, πετυχαίνοντας βελτιωμένους χρόνους αναμονής. Επίσης, η σουηδική κυβέρνηση διέθεσε υψηλά ποσά σε επιδοτήσεις, που θα διαχειρίζονταν οι κομητείες για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους. Δεν είναι τυχαίο που, που το 70% των ηλικιωμένων λαμβάνουν κατ οίκον υγειονομική φροντίδα. Παράλληλα με τα ανωτέρω, σημαντικό πολιτικό ζήτημα αποτέλεσε και η ιδιωτικοποίηση, η οποία ανάλογα με το εκάστοτε κυβερνών κόμμα και την αντιπολίτευση, συνδεόταν ή όχι με την ελεύθερη επιλογή παρόχων και μονάδων υγείας, μία απόφαση που ίσχυε ανά τα χρόνια καθολικά ή εφαρμοζόταν μονάχα σε συγκεκριμένες κομητείες ή/και δήμους. Σήμερα, έχει επιτραπεί η είσοδος πιστοποιημένων ιδιωτικών παρόχων ενώ η επιλογή παραμένει ελεύθερη.

Από την άλλη μεριά, η βελτίωση των χρόνων αναμονής επετεύχθη με δύο τρόπους : Ο ένας ακούει στο όνομα “Κανόνας 0-7-90-90”, σύμφωνα με τον οποίο πρέπει να υφίσταται άμεση πρόσβαση και επικοινωνία με το ενιαίο σύστημα, παρακολούθηση από έναν general practitioner (γενικό ιατρό) εντός χρονικού διαστήματος επτά ημερών, ενώ μέγιστος χρόνος είναι 90 ημέρες για την πρώτη παροχή εξειδικευμένης φροντίδας και το πολύ 90 ημέρες για θεραπεία (π.χ. χειρουργείο). Ο άλλος τρόπος ήταν η εφαρμογή του τρόπου πληρωμής βάσει απόδοσης και αποτελεσματικότητας (Payment for Performance), κατά το οποίο η τοπική αυτοδιοίκηση που διαχειρίζεται τη χρηματοδότηση, λάμβανε πληρωμή όταν πετύχαινε απόδοση που είχε τεθεί από την κυβέρνηση. Σύμφωνα με έρευνα το 2015, παρατηρήθηκε μάλιστα, ότι αντιμετωπίστηκαν και περιπτώσεις ανισοτήτων, καθώς όλοι οι Σουηδοί ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης και κοινωνικής τάξης, εκλάμβαναν τις ίδιες ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες από το σύστημα υγείας, και μάλιστα στους ίδιους χρόνους, παρουσιάζοντας δεδομένα εμφανώς ανώτερα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

3.1.3 Γερμανία

Η γερμανία, διαθέτει σε αντίθεση με τη Γαλλία, ένα υγειονομικό σύστημα βασισμένο στις αρχές του Bismarck. Ωστόσο, η λειτουργία του γερμανικού συστήματος υγείας, πραγματοποιείται για αρκετά χρόνια μέσω της ίδρυσης διαφορετικών ταμείων υγείας, τα οποία αφορούσαν τις εκάστοτε κατηγορίες επαγγελματιών του γερμανικού πληθυσμού, και του τόπου στον οποίο διέμεναν, ένα κοινό χαρακτηριστικό δηλαδή με το γαλλικό υγειονομικό σύστημα. Τα συγκεκριμένα ταμεία, διεθνώς γνωστά ως sickness funds, βάσιζαν την κάλυψή τους στην οικονομική δυνατότητα των ασφαλισμένων που άνηκαν σε αυτά, με τις παροχές να προσαρμόζονται και να συγκεκριμενοποιούνται για τις ανάγκες παροχής φροντίδας υγείας τους, ενώ η κάλυψή τους αφορούσε το σύνολο του γερμανικού πληθυσμού. (Busse et al., 2017)

Η γερμανική κυβέρνηση ωστόσο, προέβη σε μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού συστήματός της, προκειμένου να αυξήσει τους δείκτες αποδοτικότητας και να επιτύχει καλύτερες και πιο ποιοτικές παροχές στους ασφαλισμένους της, εισάγοντας στη λειτουργία του, τις έννοιες της συγκριτικής αξιολόγησης, της παροχής κινήτρων και τον ανταγωνισμό τόσο στη πλευρά των αγοραστών όσο και στη πλευρά των παρόχων, ενώ

παράλληλα εισήγαγε και τη διενέργεια πράξεων και αποφάσεων για την εξοικονόμηση πόρων και τη συγκράτηση κόστους. Αρχικά, έδωσε τη δυνατότητα στους γερμανούς ασφαλισμένους, να μπορούν να φύγουν από ένα συγκεκριμένο sickness fund στο οποίο ανήκουν βάσει της επαγγελματικής τους κατάρτισης, και να επιλέξουν άλλο το οποίο του διέθετε καλύτερες παροχές υγείας ή περισσότερες καλύψεις. Η ελεύθερη επιλογή του γερμανικού πληθυσμού, δημιούργησε συνθήκες ανταγωνισμού στη πλευρά των αγοραστών, με αποτέλεσμα εκείνοι, να βελτιώνουν τα κόστη για ασφάλιση, μειώνοντας τις εισφορές ενώ παράλληλα καλυτέρευαν και τις παρεχόμενες καλύψεις τους, όπως για παράδειγμα το 2000 όπου ορισμένα ταμεία προσέφεραν καλύψεις και σε τμήμα της φαρμακευτικής δαπάνης ή επτά χρόνια αργότερα που ορισμένα ταμεία εξατομίκευαν τα προγράμματά τους βάσει των αναγκών του εκάστοτε ατόμου-ασφαλισμένου. Η πίεση αυτή βέβαια που δέχτηκαν, ώθησε τα ταμεία σε αναγκαστικές συγχωνεύσεις, με σκοπό τη διατήρηση της βιωσιμότητάς τους (ελαττώθηκαν σε αριθμό, κατά 90% το 2017 σε σχέση με το έτος έναρξης της χιλιετίας), κάτι το οποίο βοήθησε και στη συγκράτηση κόστους και καλύτερη διαχείριση της χρηματοδότησης. Επιπλέον, δόθηκε και η δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής των ιατρών και νοσοκομείων από τους ασφαλισμένους της γερμανικής επικράτειας, βοηθώντας ακόμη στους προαναφερόμενους στόχους και στη καθιέρωση μιας συνείδησης του ανταγωνισμού. Οι αμοιβές τους ήταν τύπου “σταθερού μισθού”, με όσους είναι και αυτοαπασχολούμενοι να αμείβονται με τη λογική του Fee for service. Τέλος, ο δημόσιος τομέας καλύπτεται ασφαλιστικά εξ’ολοκλήρου μέσω κρατικής χρηματοδότησης, ενώ όσοι είναι άνεργοι πληρώνουν υποχρεωτικά και με αναδρομικό τρόπο τα ασφάλιστρά τους, καθώς η υγειονομική ασφάλιση στη συγκεκριμένη χώρα είναι υποχρεωτική. (Theodorou et al., 2001)

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος της γερμανίας, εδώ παρουσιάζεται μία συνεργασία από ιδιωτικές και δημόσιες δομές. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται μέσω ασφαλιστικών εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών, και η χρηματοδότηση αυτή διαχειρίζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα συσσώρευσης κακών κινδύνων, μια τακτική που διευκολύνει στην μείωση των ανισοτήτων. Με άλλα λόγια, το κάθε ταμείο χρηματοδοτείται ανάλογα με τις ανάγκες για υγειονομικές καλύψεις των ασφαλισμένων τους, αναιρώντας έτσι τον συνυπολογισμό

των προϋπαρχουσών ασθενειών. Τα νοσοκομεία ανήκουν κατά πλειοψηφία στο δημόσιο τομέα, και συνυπάρχουν με λίγα μη κερδοσκοπικά ιδιωτικά και ακόμη λιγότερα κερδοσκοπικά, ενώ οι δαπάνες κεφαλαίου καλύπτονται από τις κυβερνήσεις των κρατιδίων και τα λειτουργικά κόστη από τα εκάστοτε ταμεία, μέσω των DRG's.

Αξίζει να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο, ότι η Γερμανική κυβέρνηση διαθέτει ξεχωριστά τμήματα (Τα ονομάζει Ομοσπονδιακά Ινστιτούτα ή Ομοσπονδιακές Επιτροπές), το καθένα εκ των οποίων ασχολείται με διαφορετικά θέματα. Για παράδειγμα, υπάρχει συγκεκριμένη επιτροπή η οποία διαχειρίζεται την κυκλοφορία και τη διατήρηση και βελτίωση της ασφάλειας των φαρμάκων που διατίθενται στη Γερμανία, με συνεχείς παρακολουθήσεις και ελέγχους, ενώ άλλο Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο εκτελεί χρέη ελεγκτή για περιπτώσεις αποτελεσματικότητας, ενώ όλα απαρτίζονται από εξειδικευμένο προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων όπως γιατροί, χημικοί φαρμακευτικοί και διοικητικά στελέχη. (Busse and Blumel, 2014)

3.2 Αποδεκτοί άξονες

Η λογική πίσω από τα συστήματα υγείας, ακολουθεί τον άτυπο κανόνα της συνεχούς διατήρησης της υγείας των πολιτών μιας χώρας, κινούμενη σε συγκεκριμένους άξονες. Αυτοί οι άξονες, αφορούν την προστασία των πολιτών από την οικονομική αποδυνάμωση που μπορεί να επιφέρει η ασθένειά τους, ο διαρκής σεβασμός και η αξιοπρεπής αντιμετώπιση που πρέπει να λαμβάνουν, η ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η ποιοτική και αποτελεσματική παροχή ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας. Αξίζει να σημειωθεί εδώ, πως η προστασία της υγείας του ατόμου ανήκει στα 6 θεμελιώδη δικαιώματά του, σύμφωνα πάντα με τη συνθήκη της Νίκαιας το 2000, και πρέπει να παρέχεται σε όλους ανεξαιρέτως, σύμφωνα πάντα με τις διατάξεις του εκάστοτε έθνους.

Παράλληλα με την επίτευξη των παραπάνω παραμέτρων, κάθε υγειονομικό σύστημα θα πρέπει να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξοικονομεί κόστη ενώ επιτυγχάνει τη μέγιστη ωφελιμότητα. Ωστόσο, λόγω της αυξημένης ζήτησης, της διαρκούς μετακίνησης του πληθυσμού, της διαρκούς εξέλιξης των τεχνικών και των γνώσεων στον τομέα της υγείας, παράλληλα με τα οικονομικά προβλήματα που επικρατούν σε κάθε χώρα, η πραγματοποίηση των παραπάνω στόχων αποτελεί ένα αρκετά δύσκολο εγχείρημα.

Τα προβλήματα εντοπίζονται αρχικά σε εκπαιδευτικά ζητήματα για την παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Βασικό πρόβλημα αποτελεί και η εύρεση χρηματοδότησης για τα συστήματα υγείας που ιδιαίτερα στην Ελλάδα είναι κατακερματισμένη. Ακόμη ένα πρόβλημα που απαιτεί επίλυση είναι η διευθέτηση της διαφάνειας του υγειονομικού συστήματος. Επίσης, θέματα πρόσβασης στην υγεία, εξάλειψης ανισοτήτων, και η παροχή κινήτρων για ποιοτικά αποτελέσματα αποτελούν βασικούς στόχους ενός υγειονομικού συστήματος. Πιθανή βοήθεια για την εξεύρεση λύσεων είναι ο συγχρονισμός των υγειονομικών συστημάτων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής ένωσης για παράδειγμα, μία κατάσταση κατά την οποία η υγεία των κρατών μελών θα λειτουργεί κάτω από ενιαίες οδηγίες, προσαρμοσμένες πάντα στις επιδημιολογικές και δημογραφικές ανάγκες της εκάστοτε χώρας. (Κυριόπουλος et al., 2010)

Σύμφωνα τώρα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, συντέθηκε ένας δείκτης ο οποίος αναφέρεται ως Disability Adjusted Life Year Expectancy (DALE), σύμφωνα με τον οποίο μετριέται η γενική υγεία στους πολίτες μιας χώρας, ενώ παράλληλα έχουν χρησιμοποιηθεί και πέντε δείκτες απόδοσης, οι οποίοι αποτελούν στόχους για το εκάστοτε υγειονομικό σύστημα. Αυτοί είναι : Α) ο δείκτης DALE, ως μέσο αξιολόγησης για την επίτευξη της υγείας Β) Η εκμηδένιση της ανισότητας στον τομέα της υγείας Γ) Η επίτευξη της βέλτιστης ανταπόκρισης του συστήματος υγείας Δ) Η ελάττωση της μεταβλητότητας του δείκτη ανταπόκρισης και Ε) Η δίκαιη, προγραμματισμένη και σωστά καθοδηγούμενη χρηματοδότηση.

Για την χρήση του δείκτη DALE, λαμβάνονται υπόψη δεδομένα πληθυσμού και θνησιμότητας, για τους άλλους δείκτες πραγματοποιούνται ερωτηματολόγια παρεμφερή με αυτό της παρούσας έρευνας, που θέτουν ερωτήσεις στους πολίτες σε θέματα ποιότητας και ανταπόκρισης του συστήματος υγείας, ενώ για τη χρηματοδότηση χρησιμοποιούνται δεδομένα εισοδημάτων πληθυσμού και δαπανών για τις υπηρεσίες. Η απόδοση αφορά μια συνεργασία των ανωτέρω δεικτών. (Γκάτσου, 2006).

3.3 Σύγκριση - Διαφορές

Σύμφωνα με τα όσα προαναφέραμε, τρεις από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία), παρουσιάζουν συγκριτικά με την

Ελλάδα, διαφορές στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση αλλά και τη ποιότητα του υγειονομικού συστήματός τους. Συγκεντρωτικά, αναφέρουμε :

1. Σχετικά με το Γαλλικό υγειονομικό σύστημα, αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck με παραλλαγές, και μπορεί να χαρακτηριστεί απλά με μία πρόταση: με τη σύμπραξη του δημόσιου υγειονομικού ταμείου με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Επιτυγχάνει κάλυψη κατα 74% με δημόσια έσοδα και το υπόλοιπο 16% καλύπτεται ιδιωτικά, συμπεριλαμβάνοντας και τις out of pocket payments. Χωρίζει τη διαχείριση της κάλυψης σε διαφορετικά ταμεία ανάλογα με το επάγγελμα, ενώ έχει μεριμνήσει με συμπληρωματικές καλύψεις για όσους ζουν κάτω από το όριο φτώχειας. Τέλος, εφαρμόζοντας την λογική της παροχής κινήτρων μέσω payment for performance και DRG's επιτυγχάνει συγκράτηση κόστους καθώς και αποτελεσματικές και ποιοτικές παροχές υγείας.
2. Η Γερμανία από την άλλη μεριά, στηριζόμενη στα sickness funds, διαθέτει ως κοινό γνώρισμα με την Γαλλία την ύπαρξη διαφορετικών ταμείων ασφάλισης, με την κάλυψη τους να αφορά το σύνολο του γερμανικού πληθυσμού. Εδώ όμως, η γερμανική κυβέρνηση με μεταρρυθμίσεις και στηριζόμενη στη καθιέρωση μιας συνείδησης διαρκούς ανταγωνισμού, έδωσε τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ταμείου αλλά και παρόχων, πιέζοντας τους αγοραστές για προσφορά καλύτερων υπηρεσιών και καλύψεων. Οι πιέσεις ανταγωνισμού μάλιστα οδήγησαν σε συγχωνεύσεις για λόγους βιωσιμότητας, οδηγώντας έτσι σε συγκράτηση κόστους και πιο αποτελεσματικούς ελέγχους. Από πλευράς χρηματοδότησης, αυτή διαχειρίζεται και μοιράζεται στα ταμεία ανάλογα με τη νοσηρότητα των ασφαλισμένων τους, αποτρέποντας τις διακρίσεις βάσει προϋπάρχουσας ασθένειας, ενώ τα νοσοκομεία που είναι κατα πλειοψηφία δημόσια χρηματοδοτούνται κεφαλαιακά από τις κυβερνήσεις κρατιδίων ενώ λειτουργικά μέσω των DRGs και με προοδευτικό τρόπο. Να σημειώσουμε πώς εκτός της βελτίωσης στην αποδοτικότητα, η γερμανική κυβέρνηση έχει καταφέρει να διατηρεί υπό αποτελεσματικό έλεγχο τις όλες διαδικασίες, με τις ξεχωριστές Ομοσπονδίες ή Επιτροπές όπως τις ονομάζει, που έχουν διαφορετικούς ρόλους, εποπτείες και αρμοδιότητες.

3. Η Σουηδία, κατατάσσεται σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ και τις ίδιες δηλώσεις των πολιτών της στις υψηλότερες βαθμίδες ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό γηραιού πληθυσμού, οι οποίοι βρίσκουν τέτοια ποιότητα που το 80% της κατηγορίας λαμβάνει φροντίδα στο σπίτι. Η διαχείριση και οι αποφάσεις λαμβάνονται σε επίπεδο κομητειών και δήμων ακολουθώντας τις οδηγίες του υπουργείου υγείας, οι οποίες έχουν τεθεί από το κοινοβούλιο. Με μεταρρυθμίσεις των τελευταίων 2 δεκαετιών, βελτιώθηκαν οι χρόνοι αναμονής, η πρόσβαση και η εξειδίκευση με συγχωνεύσεις καθώς και την εφαρμογή του P4P, ενώ συναντάμε και ελεύθερη επιλογή παρόχων και μονάδων υγείας, με την παρουσία του ιδιωτικού τομέα, να δημιουργεί ανταγωνιστικά πρότυπα, για καλύτερη ποιότητα και ελάττωση κόστους. Το πιο σημαντικό επίτευγμα ωστόσο, είναι ότι όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως οικονομικής και κοινωνικής τάξης αλλά και ηλικίας, απολαμβάνουν ίδιες συνθήκες πρόσβασης και ποιότητας υπηρεσιών.
4. Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας βασίζεται στη λογική του μοντέλου Beveridge, αλλά και του μοντέλου Bismarck, όσον αφορά τη πλευρά της προσφοράς, δηλαδή της παροχής φροντίδας και της ζήτησης, δηλαδή των ασφαλιστικών ταμείων, αντίστοιχα. Την κυριότητα του συστήματος, έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής ανάπτυξης, διατηρώντας στοιχεία συγκεντρωτισμού. Σαν μία προσπάθεια αποφυγής του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού, με αφορμή επιρροές από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δημιουργήθηκαν οι υγειονομικές περιφέρειες (Υ.ΠΕ.), οι οποίες ωστόσο δεν λειτουργούν αυτόνομα ως προς τη ρύθμιση, τον έλεγχο, την αξιολόγηση και την αναδιάρθρωση, αλλά ακολουθούν τις οδηγίες του αρμόδιου υπουργείου. (Οικονόμου, 2012)

Σχετικά με το σύστημα ασφάλισης, αυτό αποτελείται από πλήθος ασφαλιστικών ταμείων κάτω από την εποπτεία του ίδιου Υπουργείου, κάτι το οποίο όμως διατηρεί ενεργό το φαινόμενο των ανισοτήτων ανάμεσα στον ασφαλισμένο πληθυσμό, λόγω των διαφορετικών παροχών και καλύψεων που αυτά προσφέρουν. Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ όπως προαναφέραμε (εν έτη 2011), βοήθησε στην καλύτερη οργάνωση των δύο τμημάτων του ελληνικού συστήματος υγείας (προσφορά-ζήτηση). (Πολύζος, 2014)

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και το μεγάλο μερίδιο ιδιωτικών δαπανών που πληρώνουν οι Έλληνες πολίτες για τη φροντίδα υγείας τους (out of pocket payments), οι οποίες αν και αποτελούν σημαντικό ποσοστό της χρηματοδότησης του συστήματος μαζί με την εθνική χρηματοδότηση και τις ασφαλιστικές εισφορές. ανα τα χρόνια ολοένα και αυξάνονται λόγω κακής διαχείρισης και έλλειψης μεταρρυθμίσεων για τον ορθό συντονισμό των τριών.

Έντονη είναι και η παρουσία του ιδιωτικού τομέα, που απαρτίζεται από ιδιωτικούς παρόχους και μονάδες υγείας, με την χρηματοδότησή τους να αφορά περισσότερο απευθείας πληρωμές από τους ασθενείς, και στηρίζεται λιγότερο στη χρηματοδότηση από τα ιδιωτικά συμβόλαια υγείας (μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών), τα οποία τους πληρώνουν βάσει ενός προσυμφωνημένου κοστολογίου. (Οικονόμου, 2012)

Τέλος, η μέθοδος χρηματοδότησης μέσω των KEN, βασισμένη στα διεθνή πρότυπα των DRG's, κινητοποιεί για καλύτερα αποτελέσματα, βελτιωμένη απόδοση και κυρίως καλύτερη και πιο στοχευμένη χρηματοδότηση και επανεπένδυση, μία λογική που θα πρέπει να ακολουθηθεί και στις μεθόδους χρηματοδότησης των παρόχων, που αμείβονται κατά κύριο λόγο με σταθερό μισθό, όπως για παράδειγμα με τη μέθοδο του payment for performance.

Εν ολίγοις, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα, εκπροσωπείται ισάξια τόσο από τον ιδιωτικό, όσο και από τον κρατικό τομέα και την κοινωνική ασφάλιση. Οι δημόσιες δαπάνες στη χώρα μας, βρίσκονται στο χαμηλότερο βάθρο σε σχέση με τις άλλες τρεις προαναφερόμενες ευρωπαϊκές χώρες παράλληλα με το γεγονός της υπερχείλισης του συστήματος από επιστήμονες γιατρούς. Η αξιοποίηση των τεχνικών χρηματοδότησης για παροχή κινήτρων που αναφέρθηκαν παραπάνω, μαζί με την αξιοποίηση τεχνικών και μεθόδων για την βελτίωση της αποδοτικότητας, αλλά και με τη χρησιμοποίηση μέσων ψηφιοποίησης, θα βοηθήσουν στο σχηματισμό ενός πλέον αποτελεσματικού συστήματος υγείας για τη χώρα μας (Παπαθεοδώρου et.al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Μεθοδολογία

4.1.1 Σκοπός

Ο σκοπός αυτής της έρευνητικής εργασίας, είναι ο εντοπισμός του αντίκτυπου που έχει το Ελληνικό σύστημα υγείας, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, στους Έλληνες πολίτες, κατά την επαφή τους με τους παρόχους και τα διάφορα κέντρα υγείας.

4.1.2 Ερωτηματολόγιο

Για τον σκοπό της ερευνητικής αυτής εργασίας, κρίθηκε κατάλληλη η χρησιμοποίηση ερωτηματολογίου, το οποίο τέθηκε σε ένα σύνολο 102 ατόμων. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας χωρίστηκε σε 2 διαφορετικές ενότητες, η πρώτη αφορούσε δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ενώ η δεύτερη αφορούσε ερωτήσεις που αποτύπωναν την εμπειρία τους από ξεχωριστές περιπτώσεις της επαφής τους με το ιδιωτικό ή δημόσιο υγειονομικό σύστημα. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, απαρτίζεται από 7 ερωτήσεις. Όσο για το δεύτερο μέρος, αυτό αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες είναι τύπου Likert που δέχονται απαντήσεις από το 1 έως το 5, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να αποτυπώσουν την εμπειρία τους μέσω αυξομείωσης της «έντασης», αλλά και 2 ερωτήσεις κλειστού τύπου.

4.1.3 Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα για την έρευνα, συλλέχθηκαν με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου τύπου Google Form, που μοιράστηκε στους συμμετέχοντες μέσω διαδικτύου και σε διαφορετικά μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Συγκεκριμένα, περιλάμβανε τις ερωτήσεις, τις οποίες συνόδευανο σκοπός της ερευνητικής εργασίας, η εθελοντική μορφή συμμετοχής καθώς και η εξασφάλιση της ανωνυμίας από τους συμμετέχοντες, ενώ τέλος ήταν διαθέσιμα και τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή, για τυχόν απορίες σχετικά με τις ερωτήσεις.

4.1.4 Ανάλυση δεδομένων

Μετά το πέρας της συλλογής των δεδομένων από τα ερωτηματολόγια, δημιουργήθηκε ένα σύνολο απαντήσεων από 102 συμμετέχοντες διαφορετικών ηλικιών και γενικότερα δημογραφικών χαρακτηριστικών. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, μέσω ενός αρχείου Excel, του οποίου έγινε αυτόματα η εξαγωγή από το πρόγραμμα «Google form», στη συνέχεια τμηματοποιήθηκαν, και δημιουργήθηκαν διαφορετικά γραφήματα και πίνακες για τις δύο ενότητες των ερωτήσεων. Τέλος έγινε και εξαγωγή κάποιων στατιστικών αποτελεσμάτων σχετικά με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, προκειμένου να προκύψουν τα συμπεράσματα που θα αναφερθούν στη συνέχεια.

4.2 Δειγματοληψία και χαρακτηριστικά

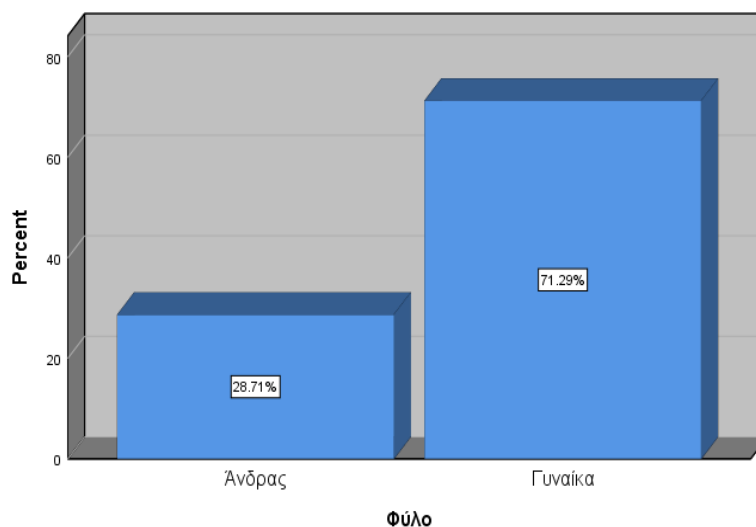
Η δειγματοληψία της έρευνας ήταν τυχαία, ενώ δεν αποκλείονταν κάποιος συμμετέχοντας από αυτήν. Επιπλέον, στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 102 ερωτηθέντες, όλοι Έλληνες υπήκοοι.

Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 1, Γράφημα 1) παρατηρείται πως το 71.3% όσων συμμετείχαν στην έρευνα ανήκουν στο γυναικείο φύλο, ενώ το 28.7% είναι άνδρες.

Πίνακας 1: Φύλο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	29	28.7	28.7
	Γυναίκα	72	71.3	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
Total		102		

Γράφημα 1: Φύλο

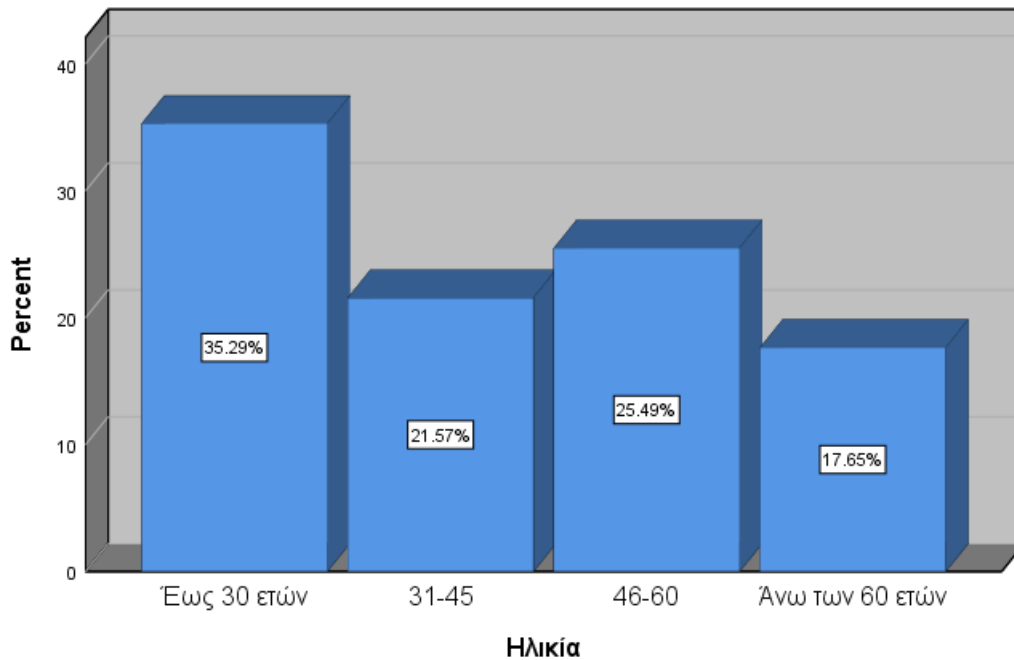


Παρακάτω ακολουθούν το γράφημα και ο πίνακας που αφορούν την ηλικία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το 35.3% αυτών είναι έως 30 ετών, το 25.5% αφορά ηλικίες μεταξύ 46 και 60 ετών, ενώ ακολουθούν και οι ηλικίες 31 με 45 ετών, που αφορούν το 21.6% του δείγματος, και όσοι ήταν άνω των 60 ετών που καταλαμβάνουν το 17.6% .

Πίνακας 2: Ηλικία

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έως 30 ετών	36	35.3	35.3
	31-45	22	21.6	56.9
	46-60	26	25.5	82.4
	Άνω των 60 ετών	18	17.6	100.0
	Total	102	100.0	

Γράφημα 2: Ηλικία



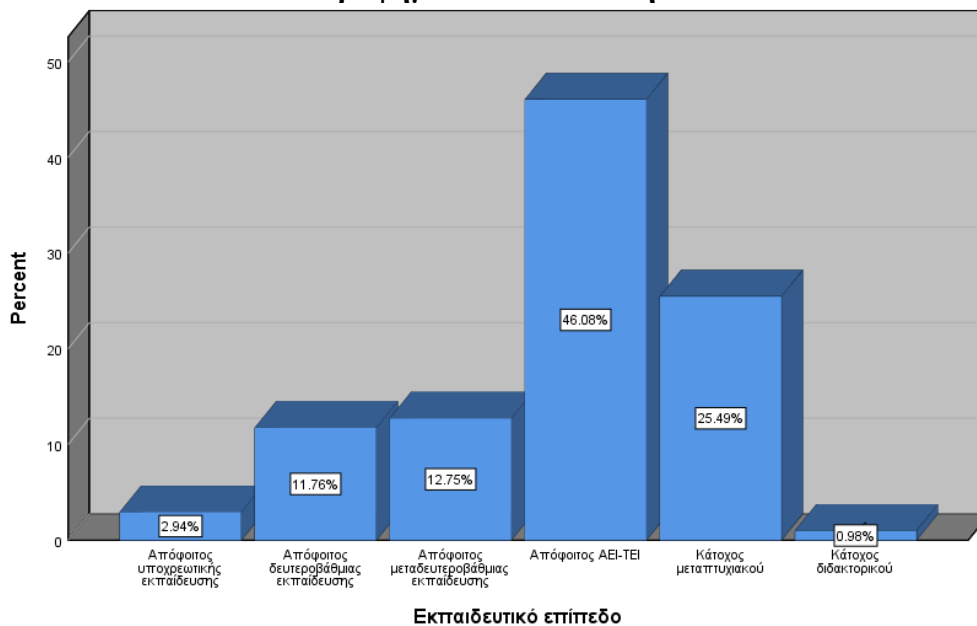
Οι τρίτοι πίνακες και γραφήματα, αφορούν την εκπαίδευση των συμμετεχόντων. Το 46.1% αυτών έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε κάποιο ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 25.5% αποτελείται από όσους είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ενώ στη συνέχεια ακολουθούν οι απόφοιτοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με 12.7%, οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 11.8% και όσοι έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική

εκπαίδευση που καταλαμβάνουν μόλις το 2,9%. Ακόμη, μονάχα το 1% του δείγματος απαρτίζεται από διδάκτορες.

Πίνακας 3: Εκπαίδευση

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης	3	2.9	2.9
	Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	12	11.8	14.7
	Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	13	12.7	27.5
	Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ	47	46.1	73.5
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	26	25.5	99.0
	Κάτοχος διδακτορικού	1	1.0	100.0
	Total	102	100.0	

Γράφημα 3: Εκπαίδευση

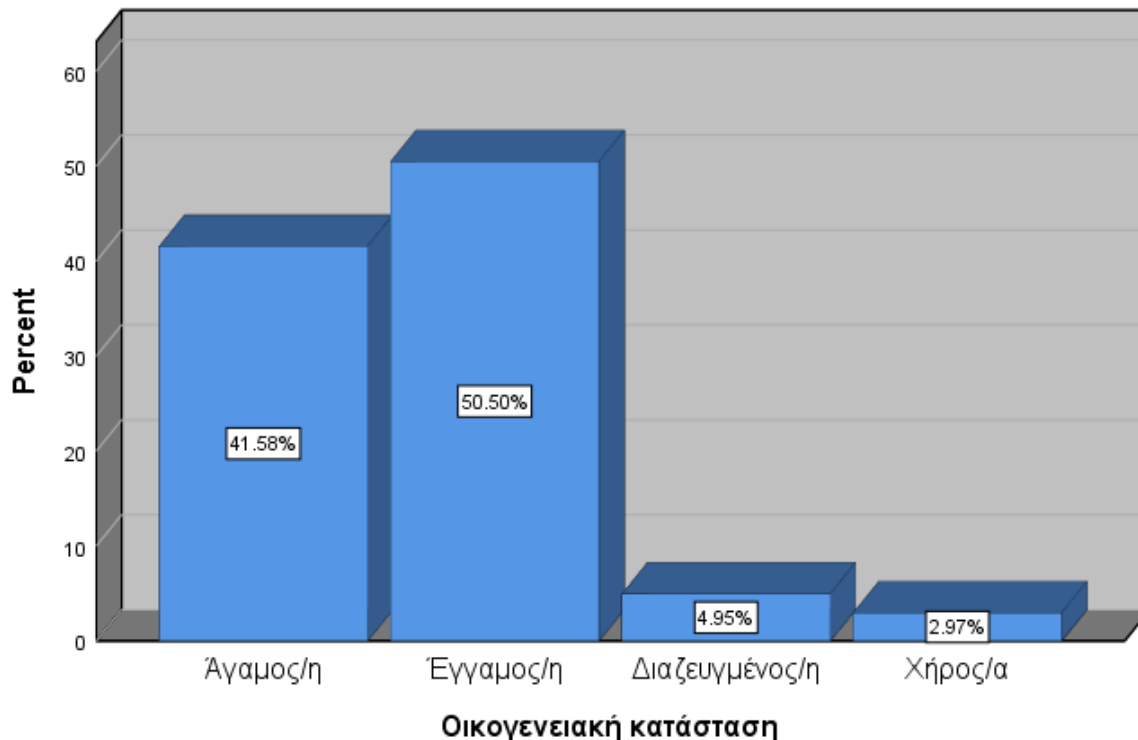


Ακολούθως, διερευνάται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος. 50.5% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, το 41.6% είναι άγαμοι, ενώ οι διαζευγμένοι και οι χήροι καταλαμβάνουν τα χαμηλότερα ποσοστά.

Πίνακας 4: Κατάσταση Οικογενείας

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος/η	42	41.6	41.6
	Έγγαμος/η	51	50.5	92.1
	Διαζευγμένος/η	5	5.0	97.0
	Χήρος/α	3	3.0	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
	Total	102		

Γράφημα 4: Κατάσταση Οικογενείας

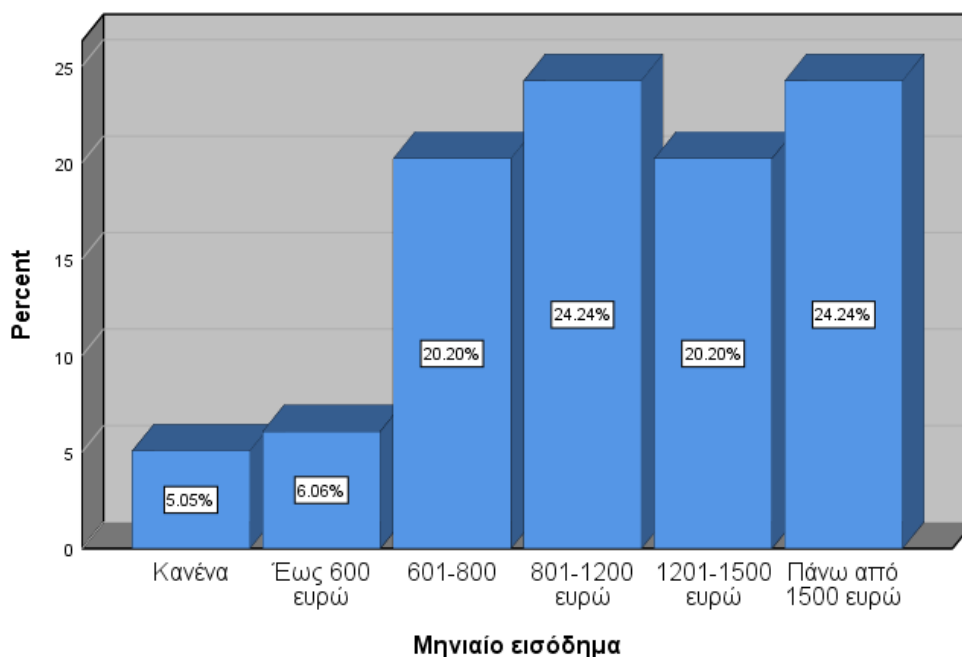


Εν συνεχεία, έχουμε τους ερωτηθέντες με εισόδημα από 801-1200 ευρώ ή μεγαλύτερο των 1500 ευρώ το μήνα, που καταλαμβάνουν ποσοστό 24.2%. Από την άλλη μεριά, οι ερωτηθέντες με μηνιαίο εισόδημα από 601-800 ευρώ ή 1200-1500 ευρώ βρίσκονται σε ποσοστό 20.2%. Επιπλέον, το 6.1% του δείγματος έχει μηνιαίο εισόδημα έως 600 ευρώ, ενώ ερωτηθέντες με μηνιαίο εισόδημα καταλαμβάνουν ποσοστό μόλις 5,1%.

Πίνακας 5: Μηνιαία μισθοδοσία

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανένα	5	5.1	5.1
	Έως 600 ευρώ	6	6.1	11.1
	601-800	20	20.2	31.3
	801-1200 ευρώ	24	24.2	55.6
	1201-1500 ευρώ	20	20.2	75.8
	Πάνω από 1500 ευρώ	24	24.2	100.0
Total		99	100.0	
Missing	System	3		
	Total	102		

Γράφημα 5: Μηνιαία μισθοδοσία

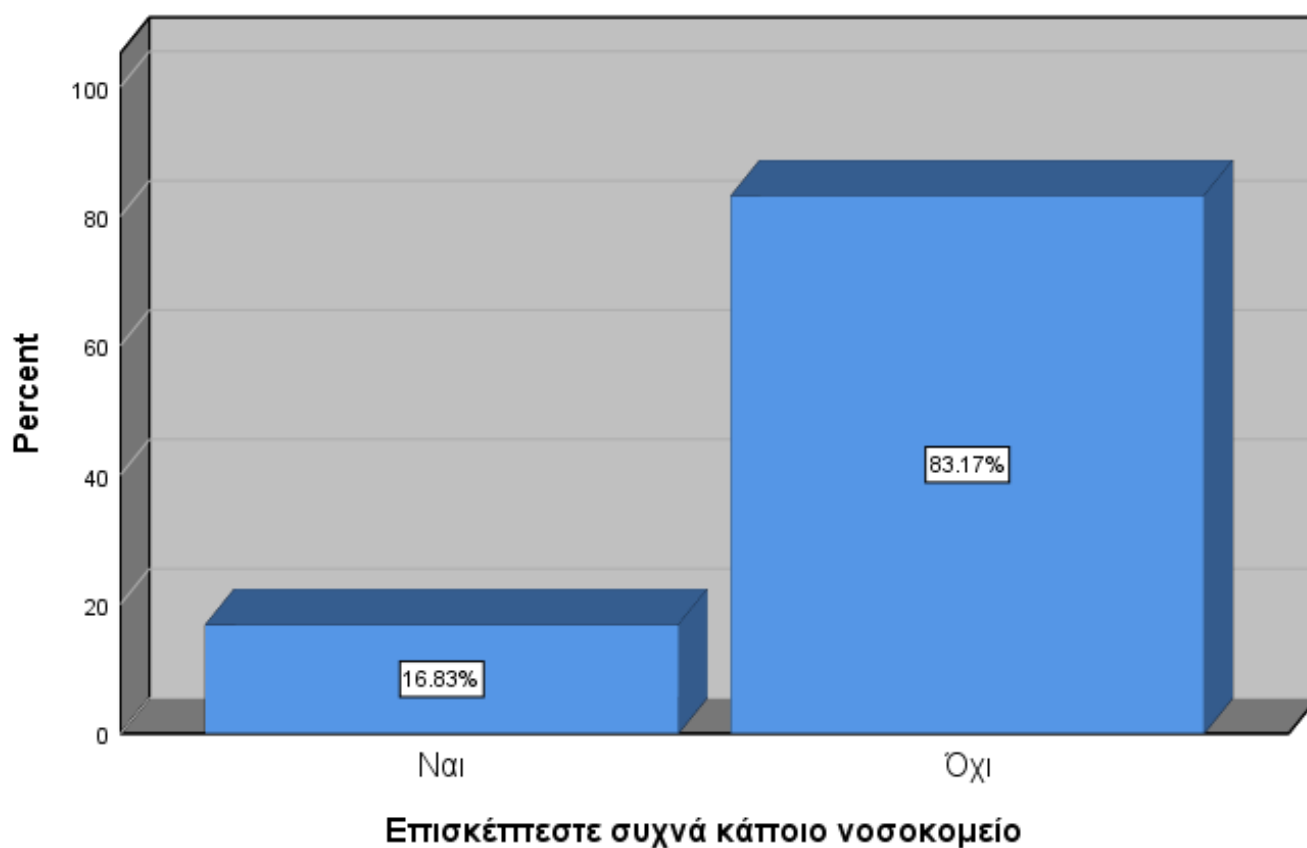


Τέλος, στους Πίνακες και γραφήματα 6, παρουσιάζεται το ποσοστό των ερωτηθέντων που επισκέπτονται συχνά κάποιο νοσοκομείο ή όχι. Το 83.2% του συνόλου απάντησε αρνητικά, ενώ το 16.8% έδωσαν θετική απάντηση.

Πίνακας 6: Επισκέπτεστε συχνά κάποιο νοσοκομείο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	17	16.8	16.8
	Όχι	84	83.2	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
Total		102		

Γράφημα 6: Επισκέπτεστε συχνά κάποιο νοσοκομείο



4.3 Περιγραφική στατιστική ανάλυση και ερμηνεία

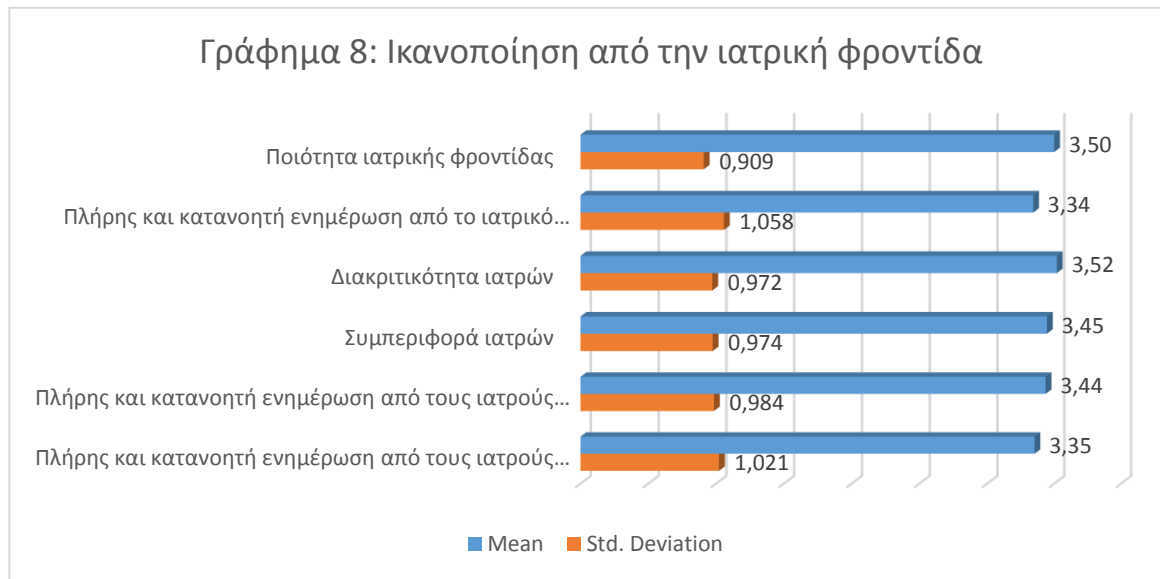
Στη συγκεκριμένη ενότητα της εργασίας, παρατίθεται η ικανοποίηση που έλαβε το σύνολο των 102 ερωτηθέντων, κατά την εμπειρία τους με το ελληνικό σύστημα υγείας, είτε αυτό αφορούσε τον δημόσιο είτε τον ιδιωτικό τομέα. Χρησιμοποιήθηκαν όπως

προαναφέρθηκε, ερωτήσεις τύπου Likert, όπου έδωσαν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να αποτυπώσουν στις απαντήσεις τους, αυξομειώση στην ικανοποίηση που έλαβαν. Οι τιμές των απαντήσεων, βρίσκονταν σε μία κλίμακα που παίρνει τιμές από το 1 έως το 5, αντιστοιχίζοντας τους αριθμούς με τις απαντήσεις κατά σειρά και αντίστοιχα «Καθόλου», «Λίγο», «Μέτρια», «Πολύ», και «Πάρα πολύ».

Στο γράφημα 7, διερευνάται η ικανοποίηση που έλαβαν οι συμμετέχοντες της έρευνας σχετικά με το περιβάλλον και την υποδοχή, κατά την εμπειρία τους από το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας. Σε μέτριο επίπεδο οι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των χώρων υποδοχής (3.04), τις πινακίδες διευκόλυνσης κίνησης στα τμήματα (2.97) και τη συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής (2.87). Ταυτόχρονα, σε μέτριο επίπεδο είναι ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των βοηθητικών χώρων (2.86), την ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων κατά την διάρκεια αναμονής (2.85) και την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού (2.77). Επιπλέον, μεταξύ των απαντήσεων «Λίγο» και «Μέτρια», με έμφαση στη δεύτερη απάντηση, αποτυπώνουν την εμπειρία τους από την παροχή πληροφοριών (2.65) και την ταχύτητα εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό (2.53). Ακόμη, στην ίδια κλίμακα, αλλά με έμφαση στην απάντηση «Λίγο», ικανοποιούνται από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση (2.37) και το ήσυχο περιβάλλον (2.36). Τέλος, λίγο ικανοποιημένοι δηλώνουν από το ευχάριστο περιβάλλον του νοσοκομείου (2.21).



Στο γράφημα με τον αριθμό οκτώ, μελετάται η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ιατρική φροντίδα. Εδώ, οι ασθενείς-ερωτηθέντες, στη κλίμακα μεταξύ «Μέτρια» και «Πολύ» φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την διακριτικότητα των ιατρών (3.52) και την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας (3.50), ενώ έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι, από τη συμπεριφορά των ιατρών (3.45) και την ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία (3.44), την επανεξέτασή τους (3.35) και την ασθένεια και πορεία αυτής (3.34).



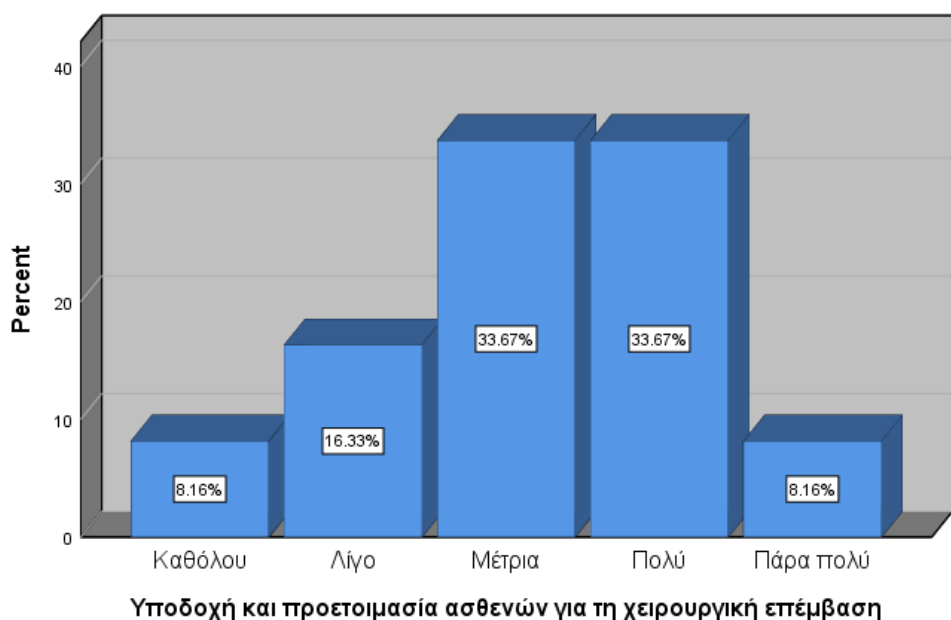
Στο παρακάτω γράφημα, αποτυπώνεται η ικανοποίηση σχετικά με την υποδοχή και η προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση, με όσους είναι μέτρια ή πολύ ευχαριστημένοι να αποτελούν το 33,7 % του δείγματος. Όσοι είναι λίγο ικανοποιημένοι αγγίζουν το 16.3%, ενώ εκείνοι που δεν ήταν καθόλου ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι φτάνουν καταλαμβάνουν από 8,2%.

Πίνακας 9: Υποδοχή και προετοιμασία ασθενών για τη χειρουργική επέμβαση

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	Καθόλου	8	8.2
	Λίγο	16	24.5
Valid	Μέτρια	33	58.2
	Πολύ	33	91.8
	Πάρα πολύ	8	100.0

	Total	98	100.0
Missing	System	4	
	Total	102	

Γράφημα 9: Υποδοχή και προετοιμασία ασθενών για τη χειρουργική επέμβαση



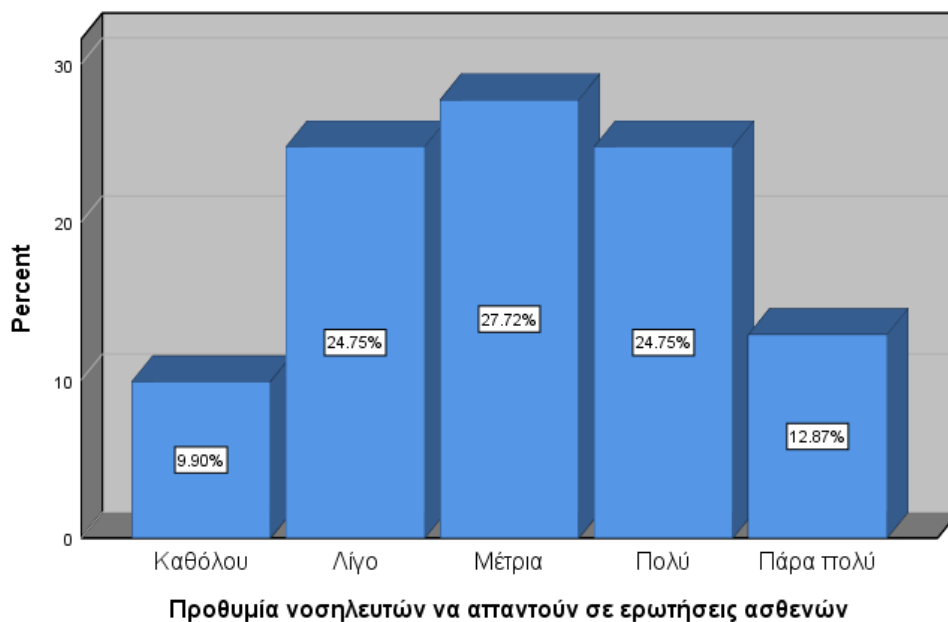
Στον ακόλουθο Πίνακα 10 και Γράφημα 10, διερευνάται η προθυμία νοσηλευτών να απαντούν σε ερωτήσεις ασθενών. Το 27.7% αγγίζουν όσοι υποστηρίζουν πως ικανοποιηθήκαν από την προθυμία μέτρια, το 24.8% αγγίζουν οι απαντήσεις «Λίγο» και «Πολύ» αντίστοιχα, ενώ όσοι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι καταλαμβάνουν το 12.9%.

Πίνακας 10: Προθυμία νοσηλευτών να απαντούν σε ερωτήσεις ασθενών

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	10	9.9	9.9
Λίγο	25	24.8	34.7
Μέτρια	28	27.7	62.4
Πολύ	25	24.8	87.1
Πάρα πολύ	13	12.9	100.0
Total	101	100.0	

Missing	System	1
	Total	102

Γράφημα 10: Προθυμία νοσηλευτών να απαντούν σε ερωτήσεις ασθενών



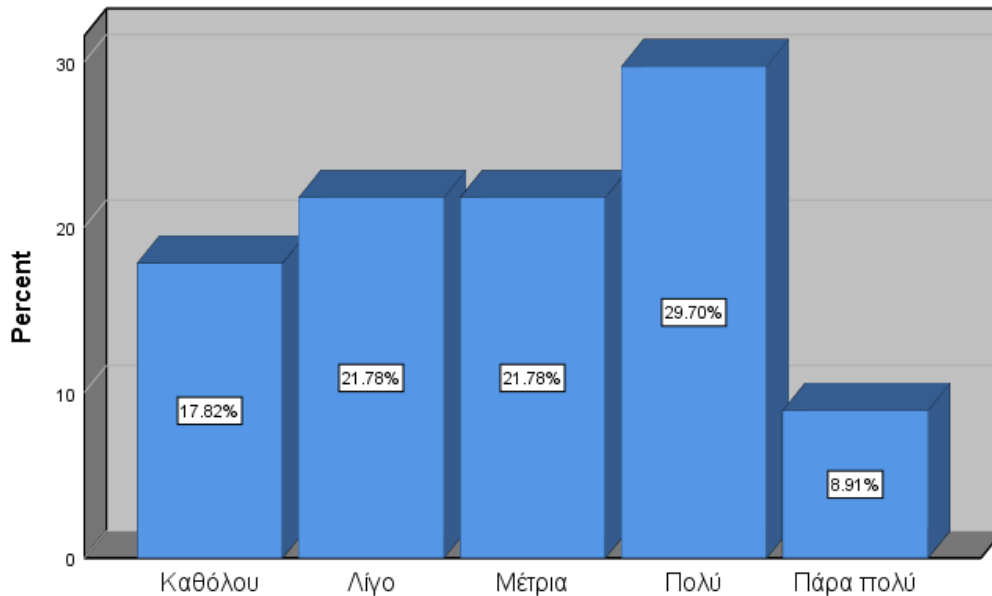
Στον παρακάτω πίνακα 11 καθώς και το γράφημα 11, αναλύεται η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τις συζητήσεις τους με τους νοσηλευτές όσον αφορά τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Όσοι είναι πολύ ικανοποιημένοι φτάνουν το 29.7%, ενώ το 21.8% αγγίζουν τόσο όσοι είναι λίγο όσο και μέτρια ικανοποιημένοι.

Πίνακας 11: Συζήτηση ανησυχιών και φόβων με τους νοσηλευτές

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	18	17.8	17.8
	Λίγο	22	21.8	39.6
	Μέτρια	22	21.8	61.4
	Πολύ	30	29.7	91.1

	Πάρα πολύ	9	8.9	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
	Total	102		

Γράφημα 11: Συζήτηση ανησυχιών και φόβων με τους νοσηλευτές



Συζήτηση ανησυχιών και φόβων με τους νοσηλευτές

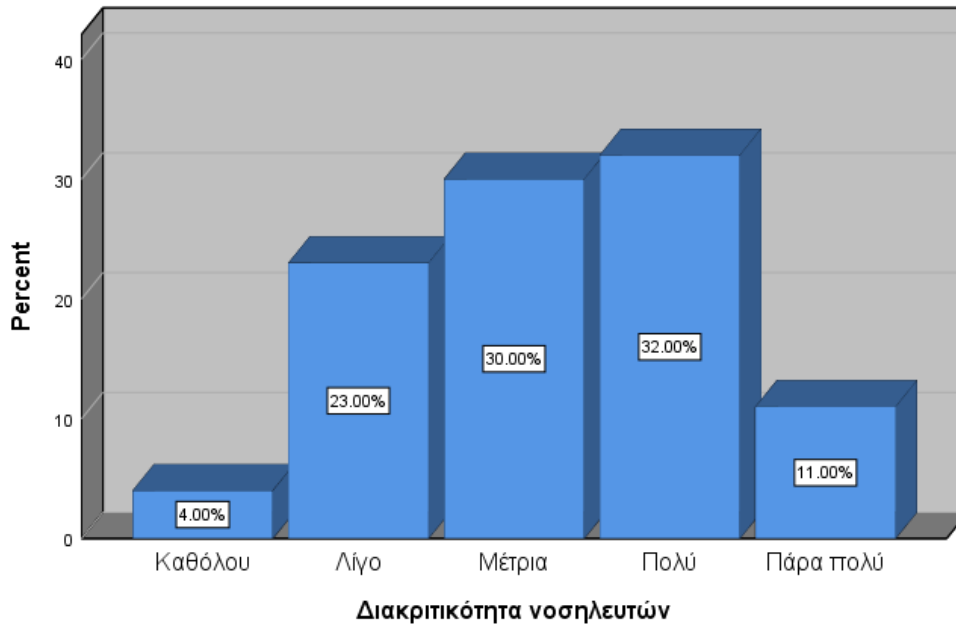
Στο παρακάτω γράφημα, είναι εμφανές το ότι το 32% όσων συμμετείχαν στην έρευνα είναι πολύ ευχαριστημένοι από την διακριτικότητα των νοσηλευτών, το 30% είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 23% λίγο ικανοποιημένοι.

Πίνακας 12: Διακριτικότητα νοσηλευτών

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	4	4.0	4.0
Λίγο	23	23.0	27.0
Μέτρια	30	30.0	57.0
Πολύ	32	32.0	89.0
Πάρα πολύ	11	11.0	100.0
Total	100	100.0	

Missing	System	2
Total		102

Γράφημα 12: Διακριτικότητα νοσηλευτών



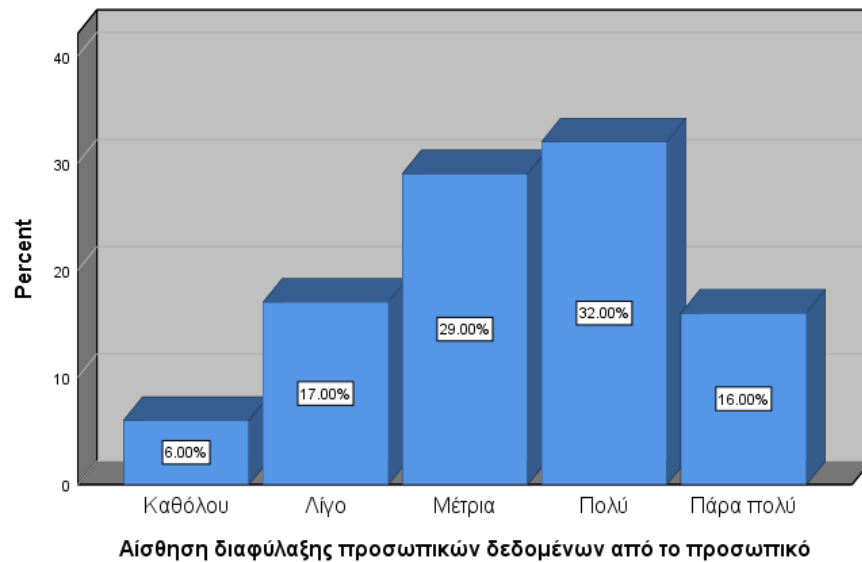
Στο γράφημα 13, βλέπουμε τα ποσοστά που οι ασθενείς ικανοποιήθηκαν από την αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από το προσωπικό. Το 32% δηλώνει πολύ μεγάλη ικανοποίηση, το 29% μέτρια, το 17% μικρή και το 16% πάρα πολύ μεγάλη. Ωστόσο, ένα ποσοστό που αγγίζει το 6% του δείγματος δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο.

Πίνακας 13: Αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από το προσωπικό

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	6	6.0	6.0
Λίγο	17	17.0	23.0
Μέτρια	29	29.0	52.0
Πολύ	32	32.0	84.0
Πάρα πολύ	16	16.0	100.0
Total	100	100.0	

Missing	System	2
	Total	102

Γράφημα 13: Αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από το προσωπικό



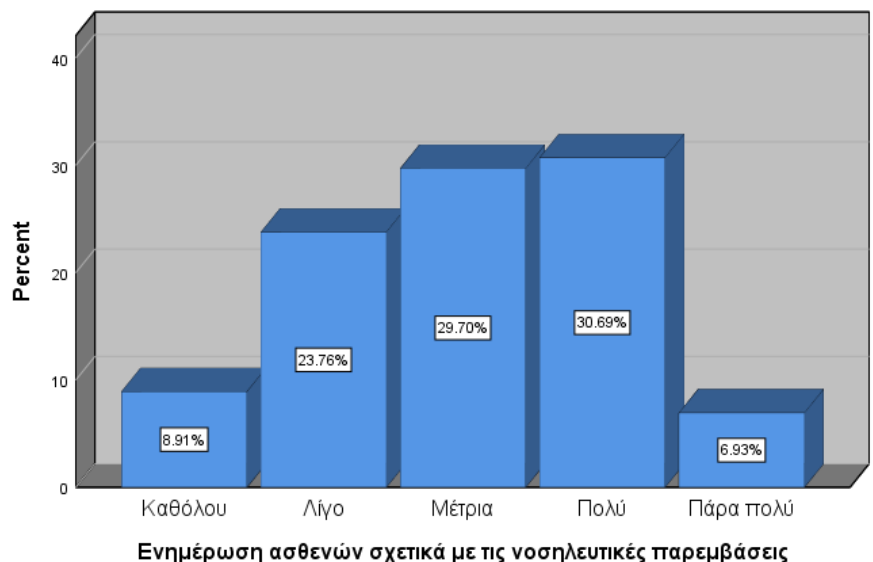
Τώρα, στα γραφήματα 14, παρουσιάζεται το ποσοστό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ενημέρωσή τους σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Σημαντική παρατήρηση στην ενημέρωση σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, είναι το ότι όσοι είναι καθόλου αλλά και όσοι είναι εξαιρετικά ευχαριστημένοι καταλαμβάνουν ποσοστά κάτω του 10%.

Πίνακας 14: Ενημέρωση ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	9	8.9	8.9
	Λίγο	24	23.8	32.7
	Μέτρια	30	29.7	62.4
	Πολύ	31	30.7	93.1

	Πάρα πολύ	7	6.9	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
	Total	102		

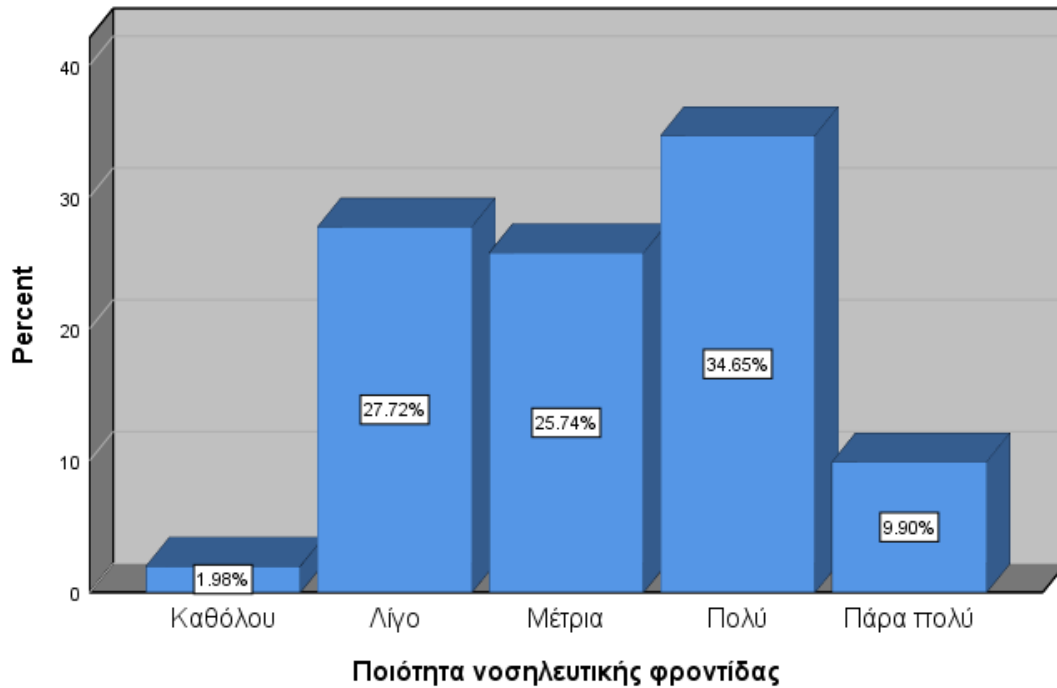
Γράφημα 14: Ενημέρωση ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις



Στον Πίνακα 15 και το Γράφημα 15, βλέπουμε ότι το 34.7% του δείγματος βρίσκει πολύ μεγάλη ικανοποίηση από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, το 27.7% είναι λίγο ικανοποιημένο και το 25.7% είναι μέτρια ικανοποιημένο.

Πίνακας 15: Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	2.0
	Λίγο	28	27.7
	Μέτρια	26	25.7
	Πολύ	35	34.7
	Πάρα πολύ	10	9.9
	Total	101	100.0
Missing	System	1	

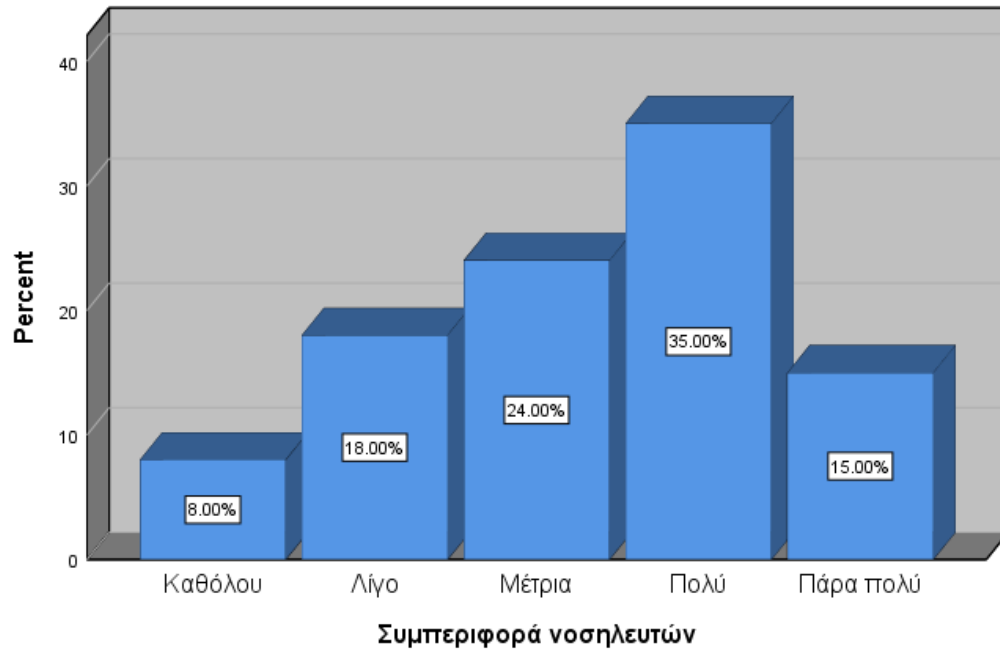
Γράφημα 15: Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

Ο πίνακας 16 είναι σχετικός με την συμπεριφορά των νοσηλευτών, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (35%), να είναι πολύ ικανοποιημένοι μετά την επαφή τους με τα ελληνικά νοσοκομεία.

Πίνακας 16: Συμπεριφορά νοσηλευτών

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	8	8.0	8.0
	Λίγο	18	18.0	26.0
	Μέτρια	24	24.0	50.0
	Πολύ	35	35.0	85.0
	Πάρα πολύ	15	15.0	100.0
	Total	100	100.0	
Missing	System	2		
	Total	102		

Γράφημα 16: Συμπεριφορά νοσηλευτών

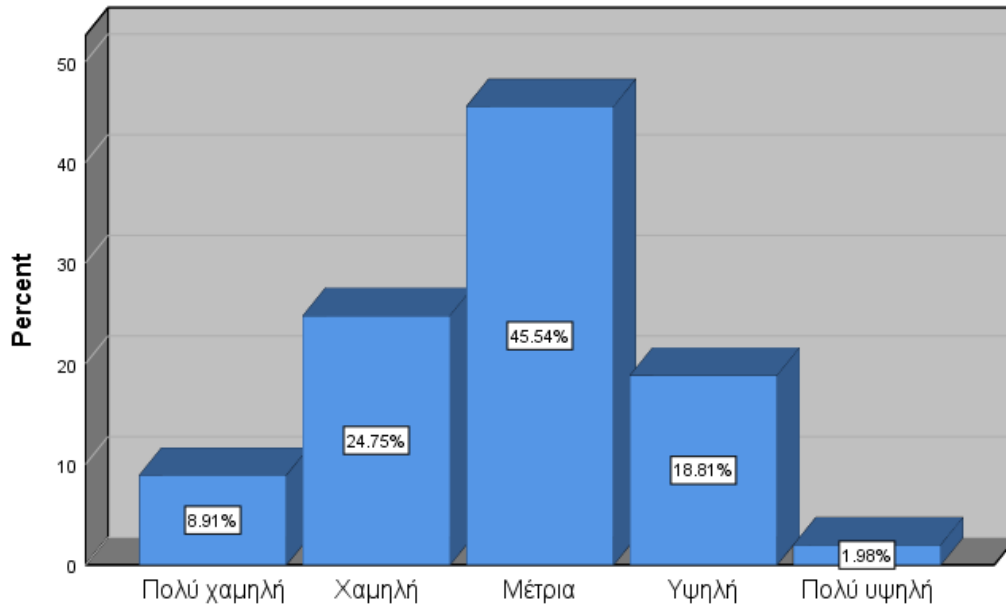


Στη συνέχεια, διερευνάται η γενικότερη ικανοποίηση των ερωτηθέντων από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την εμπειρία τους. Το 45.5% δηλώνει μέτρια ικανοποιημένο, το 24.8% χαμηλά ικανοποιημένο, και το 18.8% υψηλά ικανοποιημένο.

Πίνακας 17: Γενικότερα πως θα αξιολογούσατε την ικανοποίηση σας από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την εμπειρία σας

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ χαμηλή	9	8.9	8.9
	Χαμηλή	25	24.8	33.7
	Μέτρια	46	45.5	79.2
	Υψηλή	19	18.8	98.0
	Πολύ υψηλή	2	2.0	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
	Total	102		

Γράφημα 17: Γενικότερα πως θα αξιολογούσατε την ικανοποίηση σας από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την εμπειρία σας



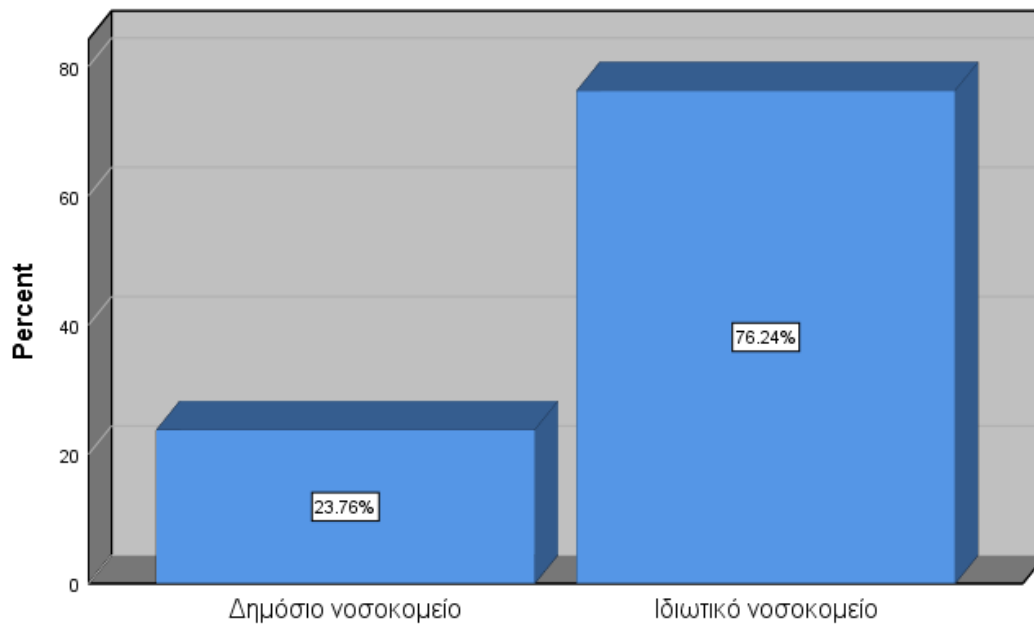
Γενικότερα πως θα αξιολογούσατε την ικανοποίηση σας από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την εμπειρία σας

Στα γραφήματα 18, εντοπίζεται η επιλογή δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου από τους ερωτηθέντες, σε περίπτωση ανάγκης. Το 76.2% των συμμετεχόντων θα προτιμούσε να επισκεφθεί κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ το 23.8%, φάνηκε να προτιμά δημόσιο νοσοκομείο.

Πίνακας 18: Προσωπικά θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιο νοσοκομείο	24	23.8	23.8
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	77	76.2	100.0
	Total	101	100.0	
Missing	System	1		
	Total	102		

Γράφημα 18: Προσωπικά θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο



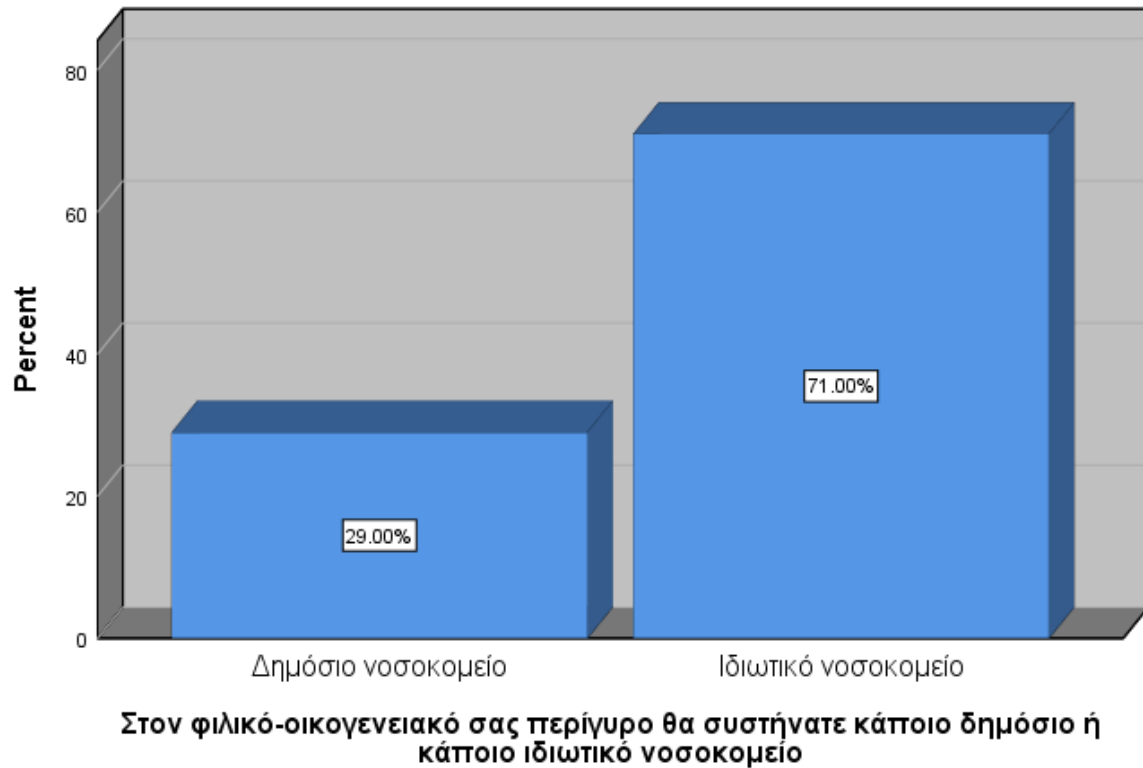
Προσωπικά θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο

Στους πίνακες 19, βλέπουμε ότι το 71% όσων συμμετείχαν, θα πρότειναν στο φιλικό και οικογενειακό τους περίγυρο κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο, σε αντίθεση με το 29% το οποίο θα πρότεινε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο.

Πίνακας 19: Στον φιλικό-οικογενειακό σας περίγυρο θα συστήνατε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
	Δημόσιο νοσοκομείο	29	29.0	29.0
Valid	Ιδιωτικό νοσοκομείο	71	71.0	100.0
	Total	100	100.0	
Missing	System	2		
	Total	102		

Γράφημα 19: Στον φιλικό-οικογενειακό σας περίγυρο θα συστήνατε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο



4.4 Αξιολόγηση αποτελεσμάτων έρευνας

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με την άποψη των πολιτών που επισκέφθηκαν μονάδες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν 102 πολίτες, εκ των οποίων οι περισσότεροι γυναίκες έως 30 ετών και απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ. Επιπλέον, όλοι οι ερωτηθέντες είναι Έλληνες υπήκοοι, ενώ η πλειοψηφία αποτελείται από έγγαμους, με μηνιαίο εισόδημα από 801 έως 1200 ή πάνω από 1500 ευρώ που δεν επισκέπτονται συχνά κάποιο νοσοκομείο.

Συνεχίζοντας, διαπιστώθηκε πως πιο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτηθέντες από την καθαριότητα των χώρων υποδοχής και τις πινακίδες διευκόλυνσης κίνησης στα τμήματα, αλλά και από την διακριτικότητα των ιατρών. Ταυτόχρονα, μεγαλύτερη ικανοποίηση εμφανίζουν από την αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από το προσωπικό του νοσοκομείου και από την διακριτικότητα που επέδειξαν οι νοσηλευτές. Γενικότερα

ωστόσο, οι ερωτηθέντες είναι μέτρια ικανοποιημένοι από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, βασισμένοι πάντα στην εμπειρία τους. Τέλος, προσωπικά οι συμμετέχοντες θα επέλεγαν οι ίδιοι ή θα πρότειναν στον στενό περίγυρο τους ένα ιδιωτικό νοσοκομείο και όχι κάποιο δημόσιο.

Μέσω του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, αναδείχθηκε πως οι ηλικίες 31 με 45 ετών παρουσιάζουν υψηλότερη ικανοποίηση ως προς την ιατρική φροντίδα, ενώ οι χήροι είναι πιο ευχαριστημένοι από την υποδοχή και το περιβάλλον των νοσοκομείων. Ακόμη, τόσο οι ερωτηθέντες με εισόδημα από 1201 έως 1500 ευρώ και όσοι επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο αξιολογούν πιο θετικά το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, έγινε σαφές πως όσοι θα επέλεγαν ή θα πρότειναν στο περίγυρο τους κάποιο δημόσιο νοσοκομείο είναι πιο ικανοποιημένοι από την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα που τους δόθηκε. Ακόμη, οι ερωτηθέντες που θα πρότειναν κάποιο δημόσιο νοσοκομείο είναι πιο ικανοποιημένοι από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία, αναφέρονται τα δομικά στοιχεία και τα χαρακτηριστικά των υγειονομικών συστημάτων. Στη συνέχεια, αναδείχθηκαν κάποια από τα πλέον σημαντικά προβλήματα που εντοπίζονται στα συστήματα υγείας και συγκεκριμένα στην Ελλάδα, ενώ έγιναν αναφορές στα βασικά χαρακτηριστικά τριών σύγχρονων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, αυτού της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Σουηδίας, αναδεικνύοντας τις διαφορές τους με το Ε.Σ.Υ..

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίων σε 102 Έλληνες υπηκόους, χρήστες του ελληνικού συστήματος υγείας, η οποία ανέδειξε μία “μέτρια” σε γενικές γραμμές ικανοποίησή τους από αυτό, με την πλειοψηφία να προτιμά και να συστήνει τον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών.

Κατά γενική ομολογία, στην Ελλάδα, η ποιότητα συνδέεται με τον ιδιωτικό τομέα, πιθανά γιατί και έτσι πρέπει να θεωρείται, ως μια απαραίτητη ιδιότητα σε μια ιδιωτική κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιχείρηση όπως είναι μία ιδιωτική κλινική μονάδα υγείας ή νοσοκομείο, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα ξεχωρίσει σε σχέση με τον ανταγωνισμό, ανεβαίνοντας στη κλίμακα προτίμησης των ασθενών, και επιφέροντας περισσότερα κέρδη. Ωστόσο και οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υγειονομικής φροντίδας παρουσιάζουν έλλειψη ποιότητας, με την αποπροσωποποίηση των γιατρών που στοχεύουν μονάχα στο κέρδος, και την, όπως υποστηρίζουν ορισμένοι, ανεπαρκή αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες που αυτές παρέχουν, στοχεύοντας κυρίως στην εξωτερική εικόνα και σε παροχές που χαρακτηρίζονται ως ξενοδοχειακές.

Ειδικότερα, στις δημόσιες δομές, η ποιότητα υγείας παραγκωνίζεται από την προσπάθεια συγκράτησης κόστους, και περισσότερο τα τελευταία έτη λόγω της οικονομικής κρίσης. Παράλληλα, το πρόβλημα της μειωμένης ποιότητας εντείνεται και λόγω των ελλείψεων στη στελέχωση των δημόσιων δομών, όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα 2 της εργασίας, της υψηλής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, και της μη παροχής κινήτρου για τους εργαζόμενους στον δημόσιο τομέα (σταθερός μηνιαίος μισθός), με τη λογική της

στείρας εξυπηρέτησης του υψηλού αριθμού περιστατικών, με άλλα λόγια το να “βγει η δουλειά”, χωρίς να στοχεύει στην ποιότητα.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, πως τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, συνάδουν με τη γενική ομολογία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, με το 90% των Ελλήνων να είναι γενικά δυσαρεστημένοι. Σύμφωνα με έρευνες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα φτάνει στο χειρότερο ποσοστό σε σχέση με άλλες χώρες, όσον αφορά την ευχαρίστηση των πολιτών της, με τους πολίτες της Ελλάδας, να βρίσκονται αντιμέτωποι με εξαιρετικά υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών, που φτάνουν και το 40%, όταν σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη, το ίδιο ποσοστό αγγίζει μόλις το 10%.

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν, και σε συνδυασμό με τις αναφορές μας στα συστήματα υγείας άλλων χωρών, παραθέτουμε ορισμένες προτάσεις αναδιοργάνωσης και ανασχεδιασμού του Ε.Σ.Υ., οι οποίες στηρίζονται στην συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με περισσότερα στοιχεία από το Γαλλικό υγειονομικό σύστημα και ορισμένα στοιχεία από το Γερμανικό και το Σουηδικό :

Αρχικά, προτείνεται να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα, το παράδειγμα της Γαλλίας, με σύμπραξη του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Προτείνεται με άλλα λόγια η αποκέντρωση του ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, με τον καλύτερο διαμοιρασμό των αρμοδιοτήτων και αποφάσεων στις Υγειονομικές περιφέρειες (οι οποίες έχουν ήδη ιδρυθεί), ακολουθώντας πάντα τις αποφάσεις του Υπουργείου, και ακολουθώντας στόχους και πρότυπα που έχουν τεθεί από τους εκάστοτε Ευρωπαϊκούς φορείς. Κάτι τέτοιο, γίνεται και στη Σουηδία, με τον διαμοιρασμό των ευθυνών σε περιφέρειες και δήμους, όπως και προαναφέραμε σε προηγούμενη παράγραφο. Με αυτόν τον τρόπο, θα επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος σε «τοπικό επίπεδο», αφού θα ενισχυθεί έτσι ο εποπτικός χαρακτήρας του Υπουργείου Υγείας ενώ πλέον θα έχει το περιθώριο να ασχοληθεί και με τον τομέα της βελτίωσης και της καλύτερης κατανομής πόρων με βάση τις ανάγκες της εκάστοτε περιφέρειας, δηλαδή ασκεί σε μεγαλύτερο βαθμό την πολιτική υγείας. Οι Υγειονομικές περιφέρειες θα είναι της μορφής Ιδιωτικού Δικαίου Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ΝΠΙΔ), ακολουθώντας τα βήματα εξελιγμένων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Για την στελέχωση των υγειονομικών περιφερειών, θα πρέπει να στηθούν επιτροπές, με τη βοήθεια διεθνών και ευρωπαϊκών προτύπων, και μη επηρεαζόμενες από πολιτικούς παράγοντες. Μάλιστα, θα πρέπει να δημιουργηθεί και

οργανισμός, ο οποίος θα επαναξιολογεί διαρκώς όλους τους παρόχους, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, για εξασφάλιση της μέγιστης επίδοσης και ποιότητας της φροντίδας υγείας. Οι οργανισμοί εποπτείας στα διάφορα επίπεδα που προαναφέραμε, μπορούν να δημιουργηθούν με βάση τους σύγχρονους ελεγκτικούς οργανισμούς που χρησιμοποιούνται στο σύστημα υγείας της Γερμανίας, όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας.

Με την προτεινόμενη αυτή δομή του ΕΣΥ, δίνεται η δυνατότητα αύξησης της διαφάνειάς του, βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, κάλυψη θέσεων από έμπειρα και καταξιωμένα πρόσωπα τα οποία θα «τραβηχτούν» από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και γενικά η αποτελεσματικότερη διαχείριση και διοίκηση των ήδη υπάρχοντων ανθρώπινων, υλικών και χρηματικών πόρων του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Μάλιστα, υπάρχει περιθώριο για περαιτέρω βελτίωση στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας, χωρίς επιπλέον χρηματοδότηση, καθώς όπως έχει βρεθεί και από τους Xenos et al., 2018, υπάρχει spare capacity, το οποίο μάλιστα αγγίζει το 40%.

Με τους παραπάνω τρόπους δημιουργείται μια εσωτερική αγορά στον τομέα της προσφοράς. Κάτι αντίστοιχο, θα πρέπει να αποτελέσει και στόχο για τον τομέα της ζήτησης. Πιο αναλυτικά, θα πρέπει να βελτιωθεί ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ (ένας οργανισμός που αναδείχθηκε εξαιρετικά σημαντικός στην βελτίωση του προϋπάρχοντος συστήματος υγείας στην Ελλάδα), ο οποίος θα συγκεντρώνει τη συνολική χρηματοδότηση από το δημόσιο, και θα αγοράζει υπηρεσίες, τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα. Αυτή η κίνηση, θα δώσει τα αναμενόμενα κίνητρα για βελτίωση στους εμπλεκόμενους προμηθευτές του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, δημιουργώντας συνθήκες ανταγωνισμού, με σκοπό την προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε ανταγωνιστικές τιμές.

Τέλος, προτείνεται η επέκταση της ασφάλισης των πολιτών στην Ελλάδα, με τη συνεργασία της δημόσιας ασφάλισης με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, καταργώντας τις συνθήκες διπλής ασφάλισης που υφίστανται μέχρι στιγμής. Πατώντας στην καθολική ασφαλιστική κάλυψη της Γαλλικής επικράτειας, θα πρέπει να καλλιεργηθεί το αίσθημα της ασφάλισης στο Έλληνας, με την υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση που υφίσταται μέχρι στιγμής, και επέκταση της χρήσης ιδιωτικών ασφαλιστικών συμβολαίων από το σύνολο των επιχειρήσεων στην ιδιωτική επικράτεια,

αφήνοντας σαν προερατική επιλογή την ατομική ιδιωτική ασφάλιση, προκειμένου να μειωθούν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία (out of pocket payments) σε ποσοστό κοντά στο 10%, όπως συμβαίνει και στη Γαλλία. Στη Γαλλία, το 90% του πληθυσμού διαθέτει τέτοια ιδιωτικά ασφαλιστικά συμβόλαια, με τους Γάλλους να είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις παροχές που επωφελούνται. Στην Ελλάδα αντίθετα κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Στα ιδιωτικά ασφαλιστικά τους συμβόλαια, οι πολίτες πληρώνουν καλύψεις που όμως υπάρχουν και στην υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση τους. Ωστόσο, η διαφορά εντοπίζεται στην εξυπηρέτηση του ιδιωτικού τομέα. Ο ασφαλισμένος επιλέγει να ασφαλιστεί διπλά, καθώς με αυτόν τον τρόπο δεν βρίσκεται αντιμέτωπος με μακριές λίστες αναμονής, ή με τις σημαντικές ελλείψεις που διαμορφώνουν τον δημόσιο τομέα. Εξελίσσοντας και βελτιώνοντας την εικόνα και τις παροχές των δημόσιων νοσοκομείων και υπηρεσιών υγείας, δίνεται το περιθώριο για εφαρμογή συμπληρωματικών καλύψεων από τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια, με απαλλαγές και συνασφαλίσεις σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης και σε συμμετοχές συνταγών για φάρμακα και άλλες δαπάνες. Με αυτό τον τρόπο, ελαττώνεται το φαινόμενο της οικονομικής κατάρρευσης των νοικοκυριών με βελτίωση της κοινωνικής συνοχής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ικανοποίηση ασθενών από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενή

1. Φύλο
 - Άνδρας
 - Γυναίκα
2. Ηλικία
 - Έως 30 ετών
 - 31-45
 - 46-60
 - Άνω των 60 ετών
3. Εκπαιδευτικό επίπεδο
 - Απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης
 - Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
 - Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
 - Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
 - Κάτοχος μεταπτυχιακού
 - Κάτοχος διδακτορικού
4. Οικογενειακή κατάσταση
 - Άγαμος/η
 - Έγγαμος/η
 - Διαζευγμένος/η
 - Χήρος/α
5. Υπηκοότητα
 - Ελληνική
 - Άλλη
6. Μηνιαίο εισόδημα
 - Κανένα
 - Έως 600 ευρώ
 - 601-800 ευρώ
 - 801-1200 ευρώ
 - 1201-1500 ευρώ
 - Πάνω από 1500 ευρώ
7. Επισκέπτεστε συχνά κάποιο νοσοκομείο;
 - Ναι
 - Όχι

Ικανοποίηση από το σύστημα υγειονομικής περιθαλψής

8. Κατά πόσο είστε ικανοποιημένοι με τις ακόλουθες παραμέτρους που σχετίζονται με την υποδοχή-περιβάλλον των νοσοκομείων που έχετε επισκεφθεί; Επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση, από το «Καθόλου» έως το «Πάρα πολύ».

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση					
Συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής					
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού					
Ταχύτητα εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό					
Παροχή πληροφοριών					
Πινακίδες διευκόλυνσης κίνησης στα τμήματα					
Καθαριότητα των χώρων υποδοχής					
Ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων κατά τη διάρκεια αναμονής					
Καθαριότητα βοηθητικών χώρων					
Ευχάριστο περιβάλλον					
Ήσυχο περιβάλλον					

9. Κατά πόσο είστε ικανοποιημένοι με τις ακόλουθες παραμέτρους που σχετίζονται με την ιατρική φροντίδα που λάβατε από τα νοσοκομεία που έχετε επισκεφθεί; Επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση, από το «Καθόλου» έως το «Πάρα πολύ».

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την ασθένεια και την πορεία της					
Διακριτικότητα ιατρών					
Συμπεριφορά ιατρών					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με τη θεραπεία					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την επανεξέτασή σας					

10. Κατά πόσο είστε ικανοποιημένοι με τις ακόλουθες παραμέτρους που σχετίζονται με την νοσηλευτική φροντίδα που λάβατε από τα νοσοκομεία που έχετε επισκεφθεί; Επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση, από το «Καθόλου» έως το «Πάρα πολύ».

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Υποδοχή και προετοιμασία ασθενών για τη χειρουργική επέμβαση					
Προθυμία νοσηλευτών να απαντούν σε ερωτήσεις ασθενών					
Συζήτηση ανησυχιών και φόβων με τους νοσηλευτές					
Διακριτικότητα νοσηλευτών					
Αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από το προσωπικό					
Ενημέρωση ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις					
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας					
Συμπεριφορά νοσηλευτών					

11. Γενικότερα πως θα αξιολογούσατε την ικανοποίησή σας από το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περιθαλψής, με βάση την εμπειρία σας;

- Πολύ χαμηλή ικανοποίηση
- Χαμηλή ικανοποίηση
- Μέτρια ικανοποίηση
- Υψηλή ικανοποίηση
- Πολύ υψηλή ικανοποίηση

12. Προσωπικά θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο;

- Δημόσιο νοσοκομείο
- Ιδιωτικό νοσοκομείο

13. Στον φιλικό-οικογενειακό σας περίγυρο θα συστήνατε κάποιο δημόσιο ή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο;

- Δημόσιο νοσοκομείο
- Ιδιωτικό νοσοκομείο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνοπούλου, Λ., (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- Bambra, C. (2005α). Cash versus services: worlds of welfare and the decommodification of cash benefits and health care services. *Journal of social policy.*, 34(2), 195-213.
- Bambra, C. (2005β). Worlds of welfare and the health care discrepancy. *Social policy and society.*, 4(1), 31-41.
- Borisova, L. V. (2011). Health care systems as determinants of health outcomes in transition countries: Developing classification. *Social Theory & Health*, 9(4), 326-354.
- Γκάτσου, Ε., (2006), " Ο ΕΞΕΥΡΩΠΑΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ", Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Κατεύθυνση Διοίκησης Οργανισμών Κοινωνικής Πολιτικής, ΙΖ Εκπαιδευτική Σειρά 2004-2006, p. 28-41
- Freeman, R., & Frisina, L. (2010). Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2), 163-178.
- Fulop, T (2004). Health personnel for “health for all”: progress or stagnation?
- WHO Chronicle, 40, part 1:194-199, part 2:222-225
- Rice, Thomas., 2006. Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση. Αθήνα: Κριτική
- Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). Health care systems: efficiency and institutions.

- Correia, T., et.al., 2015. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*. P.1-6.
- Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Π. Μ., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ.,
- Φιλαλήθης Τ. και ομάδα εργασίας, (2000), “Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης”, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 4: 169-188
- Σίσκου, et.al., 2008. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, το ελληνικό παράδοξο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 25(5), σ.663-672.
- Κυριόπουλος, Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2002). Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στην μέτρηση και τις συνέπειες για τις πολιτικές υγείας. Αθήνα: Παπαζήση .
- Κυριόπουλος, Ι., Κυριόπουλος, Η., Μπεαζόγλου, Τ. (2014), Η ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα : Κρίσιμα θέματα και αναγκαίες Μεταρρυθμίσεις, 10ο τ.
- Κυριόπουλος, Ι. (2014). Η ανάκτηση της εθνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας: Αθήνα.
- Κωνσταντοπούλου, Α. (2006). Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα, <http://www.archive.gr>.
- Lee, S. Y., Chun, C. B., Lee, Y. G., & Seo, N. K. (2008). The National Health Insurance system as one type of new typology: the case of South Korea and Taiwan. *Health policy*, 85(1), 105-113.

- Ματσαγγάνης, Μ. (2007). Οικονομία και Πολιτική Υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αθήνα: *Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Διεθνών Και Ευρωπαϊκών Σπουδών. Διδακτικές Σημειώσεις.*
- Οικονόμου, Χ. (2004), «Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες», 181-182.
- OECD (2002). Health Data 2002: A comparative analysis of 29 countries.
- Organization for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2011), “An assessment of health system performance across OECD countries”, OECD DEELSA/ELSA/WPI 3.
- Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries.
- Πολύζος, Ν.(2014), Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κριτική:Αθήνα
- Reibling, N., & Wendt, C. (2009). Access to health care by level of education. A comparative analysis of access regulation and utilisation of specialist healthcare in Europe. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 72(8-9), 447-454.
- Rice, T. (2006). Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση. Επιμέλεια : Ματσαγγάνης, Μ., Αθήνα: Εκδ. Κριτική.
- Δημητρακάκη, Χ. & Τούντας, Γ., 2013: Κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στη σημερινή Ευρώπη: Πηγές δεδομένων, αποτελέσματα της ερευνητικής δραστηριότητας και προτεραιότητες της πολιτικής.

- Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Grimmeisen, S., Schmid, A., & Wendt, C. (2010). *The state and healthcare: comparing OECD countries*. Springer.
- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeisen, S., & Wendt, C. (2005). 9 The changing role of the state in healthcare systems. *European review*, 13(5), 187-212.
- Σίσκου, Ο. (2007). Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας. *Βήτα*. Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ. (2000). Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Σύστημα Υγείας. Αθήνα : Εκδ. Παπαζήση.
- Σούλης, Σ. (1999). Οικονομική της υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.
- Στεργίου, Γ. (2005). Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχ. Ελλ. Ιατρική*, 22 (1), 8-12.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. & Souliotis, K. (2005). The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*.74 (1): 167-180.
- Τούντας, Γ. (2001). Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. *Ιατρική 2001*, 79:215-21
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432-445.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- WHO Health for all database, Regional Office for Europe
- WHO (2005). Coordinated health and human resources development.
- Technical Report Series No 801

- Υπουργείο Υγείας (2005). Υγειονομικές Περιφέρειες,
- <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nea/deltio> , Ανακτήθηκε 23-07-21