
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟ 2010

ΕΥΓΕΝΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟ 2010

ΕΥΓΕΝΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ, Α.Μ.: ΟΔΥ/2016

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, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

THE CHANGES IN THE HEALTH SYSTEM IN GREECE AFTER 2010

EUGENIA THEODORAKI

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, 2023

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Χατζηδήμα Σταματίνα, για την αμέριστη υποστήριξη, βοήθεια και καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην οργάνωση και λειτουργία του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος, ιδιαίτερα τους καθηγητές μας, οι οποίοι μας μετέδωσαν εξαιρετικές επιστημονικές γνώσεις και εμπειρίες.

ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑ ΤΟ 2010

Σημαντικοί Όροι: Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΕΟΠΥΥ, μεταρρυθμίσεις, αποδοτικότητα, προσβασιμότητα.

Περίληψη

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση και αξιολόγηση των μεταβολών που πραγματοποιήθηκαν στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας μετά το 2010. Η ελληνική οικονομία επηρεάστηκε καταλυτικά από την παγκόσμια οικονομική κρίση που έλαβε χώρα το 2008. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος ήταν η Ελλάδα να βιώσει την μεγαλύτερη οικονομική ύφεση μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και να οδηγηθεί, τον Απρίλιο του 2010, στην υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Στα πλαίσια αυτής της συνθήκης, εφαρμόστηκαν πολιτικές λιτότητας και οικονομικής εξυγίανσης σε όλους τους τομείς του Ελληνικού γίνεσθαι και φυσικά στον τομέα της υγείας. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στην ενδελεχή αναφορά και ανάλυση των σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων και νομοθετικών παρεμβάσεων που υλοποιήθηκαν στο χώρο της υγείας από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι και σήμερα, καθώς και των συνεπειών τους στην βιωσιμότητα, αποδοτικότητα, και προσβασιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας είναι ένας συνδυασμός, βιβλιογραφικής ανασκόπησης και ερευνητικής προσέγγισης. Μέσα στα πλαίσια αυτού του συγγράμματος, πραγματοποιείται αρχικά μια εμπειριστατωμένη καταγραφή της έννοιας της υγείας και πως αυτή έχει εξελιχθεί διαχρονικά. Παράλληλα αποδίδεται η εννοιολογική ανάλυση των Συστημάτων Υγείας με ιδιαίτερη αναφορά στα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα και στα βασικά μοντέλα οργάνωσής τους. Στη συνέχεια ακολουθεί η παρουσίαση της δομής και της οργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Πραγματοποιείται μία αποτύπωση των σημαντικότερων πολιτικών αποφάσεων και νομοθετικών διατάξεων, που οικοδόμησαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας από την δεκαετία του 1980 μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με την καταγραφή των βασικών μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας της Ελλάδος, από το 2010 και μετά, με ιδιαίτερη αναφορά και έμφαση στην θέσπιση της λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Το ερευνητικό μέρος αποσκοπεί στην καταγραφή και αξιολόγηση των απόψεων και των θέσεων των πολιτών για ζητήματα που αφορούν στην ποιότητα των δομών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μετά το 2010. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στους συμμετέχοντες στην έρευνα, αναδεικνύουν τις τοποθετήσεις τους σχετικά με τις συνέπειες και τα αποτελέσματα των μέτρων που εφαρμόστηκαν, και αφορούν κυρίως στην αποδοτικότητα και στην προσβασιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

THE CHANGES IN THE HEALTH SYSTEM IN GREECE AFTER 2010

Keywords: National Health System, EOPYY, reforms, efficiency, accessibility

Abstract

The object of this work is the presentation and evaluation of changes that took place in the Health System of Greece after 2010. The Greek economy was catalyzed by the global financial crisis that took place in 2008. As a result of this event, Greece experienced the greatest economic recession since World War II and was driven, in April 2010, at the signing of the first memorandum. In the context of this treaty, policies of austerity and economic reformation were implemented in all sectors of the Greek state and of course in the health sector. This work aims to thoroughly report and analyze the most important reforms and legislative interventions that have been implemented in the field of health since the beginning of the financial crisis until today, as well as their consequences on the sustainability, efficiency, and accessibility of the Greek Health System. The methodology used to prepare this work is a combination of literature review and research approach. Within the framework of this book, a thorough recording of the concept of health and how it has evolved over time is first carried out. At the same time, the conceptual analysis of Health Systems is accredited to special reference to their characteristics and their basic organizational models. Then follows the presentation of the structure and organization of the National Health System (NHS). A depiction of the most important political decisions and legislative provisions is given, which built the National Health System from the 1980s until the beginning of the economic crisis. The theoretical part concludes with the recording of the main reforms implemented in the health system of Greece, from 2010 onwards, with special reference and emphasis on the establishment of the operation of the National Organization for the Provision of Health Services (EOPYY). The research part aims to record and evaluate the views and positions of citizens on issues related to the quality of the structures of the primary and secondary healthcare after 2010. The research questions asked to the research participants highlight their positions regarding the consequences and results of the measures implemented, and mainly concern the efficiency and accessibility of the National Health System.

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή	3
Κεφάλαιο 1ο.....	6
Υγεία και Συστήματα Υγείας.....	6
1.1 Ορισμός και Έννοια της Υγείας.....	6
1.2 Υπηρεσίες Υγείας και Επίπεδα Περίθαλψης.....	8
1.3 Ορισμός και Εννοιολογική Προσέγγιση του Συστήματος Υγείας	12
1.4 Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας	14
1.5 Μοντέλα Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας.....	17
Κεφάλαιο 2ο.....	21
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ)	21
2.1 Παρουσίαση της Δομής και της Οργάνωσης του ΕΣΥ.....	21
2.2 Ιστορική Αναδρομή Εξέλιξης του ΕΣΥ: Νομοθετικό Πλαίσιο και Πρωτοβουλίες Πολιτικής.....	23
2.3 Μεταρρυθμίσεις και Καινοτομίες από το 2010: ΕΟΠΥΥ	25
2.4 Επιπτώσεις της Μακροχρόνιας Παθολογίας και της Οικονομικής Κρίσης στη Λειτουργία του ΕΣΥ	29
Κεφάλαιο 3ο.....	33
Ερευνητικό Μέρος	33
3.1 Σκοπός και ερωτήματα της έρευνας.....	33
3.2 Ερευνητικό εργαλείο και δειγματοληψία.....	34
3.3 Δημογραφικά δεδομένα – Αποτελέσματα της έρευνας	35
3.4 Η κατάσταση του συστήματος υγείας της Ελλάδας όπως διαμορφώθηκε μετά το 2010 ...	38
3.5 Αναγκαιότητα και αποτίμηση των μέτρων που ελήφθησαν από το έτος 2010 (έναρξη οικονομικής κρίσης) και μετά.....	41
3.6 Έλεγχος αν βασικοί κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις- απόψεις των συμμετεχόντων για τις συνέπειες της κρίσης του 2010 και των μέτρων στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	44
Κεφάλαιο 4ο.....	48
Συμπεράσματα.....	48
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	50

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Όνοματεπώνυμο
Ευγενία
Θαλωράκη

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



Εισαγωγή

Η υγειονομική περίθαλψη είναι μια θεμελιώδης πτυχή της ανθρώπινης ευημερίας που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στη διατήρηση, βελτίωση ή αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Στην φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνονται η ιατρική περίθαλψη, τα προληπτικά μέτρα, η διάγνωση, η θεραπεία, η αποκατάσταση και τα συστήματα υποστήριξης που συμβάλλουν συλλογικά στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου. Άλλωστε, η υγεία όπως αναγνωρίζεται παγκοσμίως χαρακτηρίζεται από την παράλληλη ευημερία του ατόμου στους τρεις αυτούς τομείς: σωματική υγεία, ψυχολογική ευημερία και κοινωνική ενσωμάτωση και ευημερία. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης οργανώνεται και διευκολύνεται μέσω των συστημάτων υγείας, τα οποία είναι πολύπλοκα δίκτυα οργανισμών, ιδρυμάτων, πόρων και ατόμων που συνεργάζονται για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και την προαγωγή της υγείας σε μια κοινωνία (Weiss & Copelton, 2020).

Τα συστήματα υγείας είναι ολοκληρωμένες δομές που έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν ότι τα άτομα έχουν πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Τα συστήματα αυτά περιλαμβάνουν διάφορες συνιστώσες, όπως εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομεία, κλινικές και φαρμακεία), επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, θεραπευτές), ιατρικές τεχνολογίες, φαρμακευτικά προϊόντα, συστήματα ασφάλισης υγείας, προγράμματα δημόσιας υγείας, ρυθμιστικούς φορείς και κυβερνητικές υπηρεσίες που είναι υπεύθυνες για τις πολιτικές και τον σχεδιασμό της υγειονομικής περίθαλψης. Ένα λειτουργικό σύστημα υγείας ενσωματώνει όλες τις παραπάνω συνιστώσες για την παροχή βασικών ιατρικών υπηρεσιών και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκλήσεων στον τομέα της υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Τα συστήματα υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην κοινωνία για διάφορους λόγους. Αρχικά, ως δομές παροχής υπηρεσιών δεν αντιμετωπίζουν μόνο τις ατομικές ανάγκες υγείας, αλλά συμβάλλουν επίσης στη συνολική υγεία των κοινοτήτων. Μέσω πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας, εμβολιασμών, επιτήρησης ασθενειών και εκπαίδευσης σε θέματα υγείας, προλαμβάνουν την εξάπλωση ασθενειών και μειώνουν τους κινδύνους για την υγεία, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Επιπλέον, ένα καλά οργανωμένο και λειτουργικό σύστημα υγείας διασφαλίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι προσβάσιμες σε

όλους, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Αυτό προάγει την ισότητα στην υγεία και αποτρέπει τις ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του πληθυσμού (Weiss & Copelton, 2020).

Η παρακολούθηση των αλλαγών και των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας με την πάροδο του χρόνου είναι κρίσιμη, καθώς μπορεί να διευκολύνει την προσαρμογή στις δημογραφικές αλλαγές, όπως η γήρανση του πληθυσμού και οι αλλαγές στα πρότυπα ασθενειών. Τα συστήματα υγείας πρέπει να εξελίσσονται για να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις που θέτουν οι αλλαγές αυτές και να ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες των διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Παράλληλα, πρέπει να ακολουθούν τις τεχνολογικές εξελίξεις. Συγκεκριμένα, ο τομέας της ιατρικής και της υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται ραγδαία με νέες τεχνολογίες, θεραπείες και διαγνωστικά εργαλεία. Η παρακολούθηση των αλλαγών στο σύστημα υγείας επιτρέπει την ενσωμάτωση αυτών των εξελίξεων για τη βελτίωση της φροντίδας και των αποτελεσμάτων των ασθενών (Dussault, & Dubois, 2003).

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο είναι σημαντικό να παρακολουθείται η πορεία εξέλιξης των συστημάτων υγείας είναι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο αυξάνεται. Η παρακολούθηση των συστημάτων υγείας βοηθά στην αξιολόγηση της κατανομής των πόρων, της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας των μοντέλων παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, συμβάλλει και στην παρακολούθηση των πολιτικών και των κανονισμών που διέπουν τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η τακτική παρακολούθηση συμβάλλει πιο συγκεκριμένα στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών των πολιτικών, καθώς μπορεί να διευκολύνει τα βήματα προς τις απαραίτητες προσαρμογές για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται ο εντοπισμός ανεπαρκειών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση για την ενίσχυση της απόδοσης του συστήματος και τη διασφάλιση της βέλτιστης χρήσης των πόρων. Με τα δεδομένα που συλλέγονται μέσω της παρακολούθησης των μεταβολών των συστημάτων υγείας, παρέχονται τα απαραίτητα στοιχεία για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων προς βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Τα συστήματα υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα δεδομένα για να σχεδιάσουν παρεμβάσεις, να καταναείμουν πόρους και να βελτιώσουν τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso & Sissouras, 2015· Witter et al., 2013).

Στην παρούσα εργασία διερευνώνται οι μεταβολές του ελληνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) μετά το 2010. Συγκεκριμένα, μελετώνται οι αλλαγές και οι μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας από την περίοδο που ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση μέχρι και σήμερα.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενώ στο δεύτερο μέρος ακολουθεί η ερευνητική προσέγγιση με την διαδικασία στατιστικής ανάλυσης. Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, λοιπόν, προσεγγίζεται η έννοια της υγείας, ενώ παρουσιάζεται παράλληλα η έννοια του συστήματος υγείας. Αρχικά, παρέχεται ο ορισμός και η εννοιολογική προσέγγιση της υγείας και αναλύεται ο τρόπος που έχει αλλάξει αυτή η προσέγγιση με το πέρασμα του χρόνου. Ακολουθούν δεδομένα και πληροφορίες που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και τον διαχωρισμό των επιπέδων περίθαλψης σε Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα. Έπειτα, παρέχεται ο ορισμός και η εννοιολογική προσέγγιση του συστήματος υγείας και παρουσιάζονται συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, όπως επίσης και τα μοντέλα οργάνωσής τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, το ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η δομή και η οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και πραγματοποιείται μια σύντομη ιστορική αναδρομή εξέλιξης του ΕΣΥ, με αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο και στις πρωτοβουλίες πολιτικής από τα χρόνια ίδρυσής του, τη δεκαετία του 1980, μέχρι και τις αρχές της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Έπειτα, παρουσιάζονται ορισμένες βασικές μεταρρυθμίσεις και κάποιες καινοτομίες που έλαβαν χώρα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας από το 2010 και μετά, με σαφή αναφορά στην ίδρυση του ΕΟΠΥΥ. Στο πλαίσιο αυτό, αναλύονται οι επιπτώσεις από τις μακροχρόνιες παθολογίες του ελληνικού συστήματος υγείας και ο αντίκτυπος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στη λειτουργία του ΕΣΥ.

Κεφάλαιο 1ο

Υγεία και Συστήματα Υγείας

1.1 Ορισμός και Έννοια της Υγείας

Ο όρος “υγεία” αντιπροσωπεύει μια πολυσύνθετη έννοια που έχει εξελιχθεί μέσα από τους αιώνες. Στον σύγχρονο κόσμο, έχει γίνει προφανές πως η υγεία ως έννοια υπερβαίνει την απλή απουσία νόσου. Αντίθετα, περιλαμβάνει πτυχές που προστατεύουν και ενισχύουν το ευ ζην του ατόμου και την ευημερία της συνολικής κοινωνίας. Παρόλο που δεν υπάρχει ενιαία αποδεκτή αναφορά ως προς τη διατύπωση ενός σαφούς ορισμού, πολλοί συμφωνούν με την αρνητική έννοια της υγείας, δηλαδή την απουσία νόσου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Αυτός ο ορισμός αναγνωρίζει τη σύνθετη φύση της υγείας και την ανάγκη για μια ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη το σωματικό μέρος, αλλά και την ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας. Συνεπώς, η υγεία δεν είναι απλώς η απουσία νόσου, αλλά μια κατάσταση ευζωίας που επιτρέπει στον άνθρωπο να αναπτύξει το πλήρες δυναμικό του και να απολαύσει την ζωή του χωρίς περιορισμούς (Μαλάμου, 2015).

Στη διάρκεια της ιστορίας, η έννοια της υγείας έχει εξελιχθεί. Με την εμφάνιση της σύγχρονης Ιατρικής στα τέλη του 18ου και τις αρχές του 19ου αιώνα, διαμορφώθηκε το βιοϊατρικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, οι άνθρωποι θεωρούνται υγιείς όταν δεν παρουσιάζουν συμπτώματα νόσου και δεν αποκλίνουν από τα φυσιολογικά πρότυπα που καθορίζονται από το φύλο, την κοινωνία και τη γεωγραφία. Ωστόσο, μελετητές όπως οι Freidson, Foucault και Jewson άρχισαν να αμφισβητούν το βιοϊατρικό μοντέλο. Υποστήριξαν ότι η υγεία δεν περιορίζεται μόνο στην απουσία νόσου, αλλά εξαρτάται επίσης από κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες, τις επιδράσεις της πολιτισμικής και ψυχολογικής πτυχής, και την ικανότητα εκάστου ατόμου να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες του και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του (Μαλάμου, 2015).

Σύμφωνα με τους Farre & Rapley (2017), υπάρχει σαφής αλληλεπίδραση μεταξύ της βιοϊατρικής και της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης της ιατρικής επιστήμης και της υγείας. Η ιατρική επιστήμη περιλαμβάνει πρακτικές που εκτελούνται από τους γιατρούς για να βοηθήσουν όσους αναζητούν ιατρική φροντίδα. Ο πυρήνας αυτής της φροντίδας έγκειται

στον ορισμό της “ασθένειας” και της “αρρώστιας”, έννοιες οι οποίες απορρέουν από διαφορετικές αντιλήψεις της “κακής υγείας”. Ενώ η αρρώστια έχει συνήθως έναν φυσιολογικό ορισμό, η “ασθένεια” περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές πραγματικότητες. Το βιοϊατρικό μοντέλο εστιάζει στην ασθένεια ως αυστηρά φυσιολογική δυσλειτουργία, ενώ το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που προτάθηκε από τον G. Engel, περιλαμβάνει ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις εκτός από τις βιολογικές πτυχές της ασθένειας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ενσωματώνει δεδομένα από το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό επίπεδο για να κατασκευάσει μια ολιστική περιγραφή του ασθενούς. Παρόλο που στοχεύει στην παροχή πιο ανθρωπιστικής φροντίδας και επιστημονικής κατανόησης, έχει αντιμετωπίσει κριτική και αντιπαραθέσεις σχετικά με τη σκοπιμότητα και την επιστημονική εγκυρότητά της.

Το μοντέλο του Engel επιχειρεί να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ αναγωγισμού (ο οντολογικός αναγωγισμός δηλώνει ότι όλες οι διαδικασίες και τα γεγονότα πρέπει τελικά να είναι αποτέλεσμα φυσικών αιτιών - το βιοϊατρικό μοντέλο επιφέρει ορισμένους συγκεκριμένους τρόπους κατανόησης της υγείας, της ασθένειας και της νόσου, με πρωταρχική προϋπόθεση ότι η ασθένεια μπορεί πάντα να αναχθεί σε μια φυσική, βιολογική ασθένεια) και ολισμού στην ιατρική πρακτική, λαμβάνοντας υπόψη πολλαπλούς αλληλένδετους παράγοντες για την κατανόηση της υγείας και της ασθένειας. Η ολιστική ιατρική είναι μια μορφή θεραπείας που λαμβάνει υπόψη ολόκληρο το άτομο - σώμα, νου, πνεύμα και συναισθήματα - στην αναζήτηση της βέλτιστης υγείας και ευεξίας (Huang, Monrouxe & Huang, 2019).

Υπάρχουν παράλληλα κάποιες έννοιες που σχετίζονται σημαντικά με την υγεία την ευζωία ή την ασθένεια, και αυτές είναι “η κατάσταση υγείας”, “η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία” και “η ποιότητα ζωής”, όροι που χρησιμοποιούνται με ποικίλους τρόπους. Η διάκριση μεταξύ τους παραμένει ασαφής και οι ορισμοί τους δεν διατυπώνονται με συμφωνία από τους ερευνητές. Η “κατάσταση υγείας” ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλώς η απουσία ασθένειας, όπως έχει καταστεί μέχρι στιγμής σαφές. Από την άλλη η “ποιότητα ζωής” είναι δύσκολο να οριστεί, με διάφορες προοπτικές που βασίζονται στην ευημερία, τις ανάγκες και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις. Η “ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία” συγκεκριμένα παρουσιάζει τέσσερις ορισμούς, οι οποίοι περιλαμβάνουν τη λειτουργικότητα και την ευημερία στους τομείς της υγείας, ενσωματώνοντας τους παράγοντες υγείας στη συνολική ποιότητα ζωής, εστιάζοντας στις πτυχές της ποιότητας ζωής

που επηρεάζονται από την υγεία και δίνοντας έμφαση στην αξία της υγείας, ιδίως κατά τον υπολογισμό των προσαρμοσμένων στην ποιότητα ετών ζωής. Οι όροι αυτοί όλοι έχουν εξελιχθεί ιστορικά, επηρεάζοντας την ιατρική έρευνα, την ιατρική επιστήμη και την ιατρική πρακτική (Karimi, 2016).

1.2 Υπηρεσίες Υγείας και Επίπεδα Περίθαλψης

Η έννοια μιας υπηρεσίας ξεπερνά την υπόσχεση μιας επιχείρησης απέναντι στους πελάτες της σε σχέση τα αγαθά και τις γενικότερες παροχές της. Μια υπηρεσία δεν σημαίνει μόνο τη φύση και τις διαστάσεις της προσφοράς μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, αλλά αποτελεί αυτομάτως τη συνολική εμπειρία της διάθεσης μιας υπηρεσίας από μια επιχείρηση/οργανισμό, τις διαδικασίες αποτελεσματικής δημιουργίας και παροχής στους πελάτες, την αποτελεσματικότητα της διάθεσης. Αυτό είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό της υπηρεσίας που τη διαχωρίζει από το προϊόν, το οποίο παράγεται εκ των προτέρων, συσκευάζεται, αποθηκεύεται, διανέμεται και καταναλώνεται εκ των υστέρων. Η υπηρεσία δημιουργείται τη στιγμή που παρέχεται, και αν είναι αποτελεσματική οδηγεί σε ικανοποίηση των πελατών. Επομένως, δεν είναι μόνο η ιδέα της προσφοράς αλλά εμπεριέχει τη συνολική εμπειρία της εξυπηρέτησης, κρύβει το όραμα ενός οργανισμού και περιλαμβάνει πληθώρα άλλων εννοιών: μείζονος σημασίας παράγοντες για την κατανόηση της έννοιας της υπηρεσίας είναι οι ανάγκες και οι προσδοκίες του τελικού χρήστη, η κάλυψή τους και η αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας, η αξία της υπηρεσίας, τόσο η οικονομική, όσο και η ουσία της σε σχέση με τον τελικό χρήστη. Μια υπηρεσία για να είναι αποτελεσματική απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό από μια επιχείρηση ή οργανισμό, διότι η άρτια κατάρτιση μπορεί να εγγυηθεί ένα καλό αποτέλεσμα και μπορεί να οδηγήσει σε θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παρόχων της υπηρεσίας με τους τελικούς χρήστες (Χυτήρης & Άννινος, 2015).

Ότι ισχύει για την πολυπλοκότητα της έννοιας της υγείας μπορεί να αναφερθεί και για τις υπηρεσίες υγείας. Η ευρύτερη έρευνα γύρω από την ιατρική επιστήμη και την έννοια της υγείας έχει πάντοτε απαραίτητως διεπιστημονικό χαρακτήρα, και το ίδιο ισχύει και για την έρευνα γύρω από τις υπηρεσίες υγείας. Ο τομέας αυτός περιλαμβάνει διάφορους κλάδους, όπως η ανθρωπολογία, η επιδημιολογία, τα οικονομικά της υγείας, η ανάλυση

πολιτικών υγείας, η ψυχολογία της υγείας, η ιατρική κοινωνιολογία κ.ά. Επιπλέον, οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας, στην αξιολόγηση των αναγκών υγείας και στη παροχή συμβουλών για την αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη. Υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ των ερευνητών και των επαγγελματιών υγείας, ιδίως όσον αφορά τα μέτρα κλινικών αποτελεσμάτων και την καταλληλότητα των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης (Bowling, 2014).

Με λίγα λόγια, οι υπηρεσίες υγείας είναι εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης από ειδικούς της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης. Οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται επομένως σε νοσοκομεία, ιατρεία και κλινικές, είτε πρόκειται για δημόσιες είτε για ιδιωτικές δομές, και σε κέντρα υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων που καλύπτουν διάφορες ανάγκες υγείας, από την πρόληψη έως τη θεραπεία και την υποστήριξη. Οι κατηγορίες των προληπτικών, θεραπευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών διαμορφώνουν την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, που συνεργάζονται για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου οικοσυστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Με την κατανόηση των διακριτών ρόλων κάθε κατηγορίας, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις διαφορετικές ανάγκες των ατόμων και των κοινοτήτων. Μέσω της συλλογικής προσπάθειας αυτών των υπηρεσιών, οι κοινωνίες μπορούν να επιδιώξουν να επιτύχουν βέλτιστα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και να προωθήσουν μια υψηλότερη ποιότητα ζωής για όλους (Geitona, Zavras & Kyriopoulos, 2007· Parkhurst, 2011).

Αναλυτικότερα, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι το αρχικό σημείο επαφής για τα άτομα που αναζητούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αποτελεί το θεμέλιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και επικεντρώνεται στις προληπτικές και βασικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται συνήθως από γενικούς γιατρούς, οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας σε κοινοτικές κλινικές, ιατρεία και κέντρα υγείας. Τα βασικά χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 2000· Talbot & Verrinder, 2017):

ι) Προληπτικές υπηρεσίες: Η πρωτοβάθμια περίθαλψη δίνει έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών μέσω τακτικών ελέγχων, εμβολιασμών και

εξετάσεων. Διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων υγείας πριν αυτά κλιμακωθούν.

ii) Πρώτης γραμμής θεραπεία: Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αντιμετωπίζει κοινές ασθένειες και μικροτραυματισμούς, προσφέροντας άμεση ιατρική φροντίδα και παραπομπές όταν αυτό είναι απαραίτητο.

iii) Συνέχεια της περίθαλψης: Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης δημιουργούν μακροχρόνιες σχέσεις με τους ασθενείς, επιτρέποντας την εξατομικευμένη φροντίδα και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων με την πάροδο του χρόνου.

Η δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών όταν απαιτείται πιο εξειδικευμένη φροντίδα και θεραπεία πέρα από αυτή που μπορεί να προσφέρει η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ειδικοί ιατροί, όπως χειρουργοί, καρδιολόγοι και δερματολόγοι, με κατάρτιση στον τομέα τους και εξειδικευμένοι στην επιστήμη τους, παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας. Οι υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν το χαρακτηριστικό της εξειδικευμένης εμπειρογνωμοσύνης, αφού οι πάροχοι δευτεροβάθμιας περίθαλψης διαθέτουν προηγμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες, που τους επιτρέπουν να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν συγκεκριμένες καταστάσεις υγείας (Pringle, 2001).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας είναι οι παραπομπές από την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι ασθενείς συχνά παραπέμπονται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη από τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν απαιτούνται σύνθετες καταστάσεις ή εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Επιπλέον, η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι συνήθης στην παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας, καθώς η δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει νοσοκομειακές υπηρεσίες, χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπείες που απαιτούν υψηλότερο επίπεδο ιατρικής εμπειρογνωμοσύνης και τεχνολογίας (McBride, Haroon, Walters, Gilmour & Raine, 2010).

Η τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι το υψηλότερο επίπεδο εξειδικευμένης περίθαλψης στο συνεχές ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας επικεντρώνεται στη διαχείριση σύνθετων και σπάνιων ιατρικών καταστάσεων, συχνά με τη συμμετοχή διεπιστημονικών ομάδων και τεχνολογιών αιχμής. Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν (Υφαντόπουλος, 1985):

- ✓ Υψηλά εξειδικευμένη θεραπεία: Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από ειδικούς σε διάφορους ιατρικούς τομείς, όπως η νευρολογία, η ογκολογία και η χειρουργική μεταμόσχευσης.
- ✓ Προηγμένες ιατρικές εγκαταστάσεις: Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε εξειδικευμένα νοσοκομεία ή ιατρικά κέντρα εξοπλισμένα με τεχνολογία και πόρους τελευταίας τεχνολογίας.
- ✓ Αποκατάσταση και μακροχρόνια περίθαλψη: Η τριτοβάθμια περίθαλψη επεκτείνεται πέρα από τη θεραπεία και περιλαμβάνει υπηρεσίες αποκατάστασης και μακροχρόνια περίθαλψη για ασθενείς που αναρρώνουν από σοβαρούς τραυματισμούς ή χειρουργικές επεμβάσεις.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των τριών επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης δημιουργεί ένα ολοκληρωμένο οικοσύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θέτει τα θεμέλια εστιάζοντας στην προληπτική περίθαλψη και τις αρχικές διαγνώσεις. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη αναλαμβάνει να αντιμετωπίσει πιο εξειδικευμένες ανάγκες και να προσφέρει προηγμένες θεραπείες, γεφυρώνοντας το χάσμα μεταξύ πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Η τριτοβάθμια περίθαλψη, με την εξειδικευμένη τεχνογνωσία και τις προηγμένες εγκαταστάσεις της, αντιμετωπίζει σύνθετα και κρίσιμα ιατρικά περιστατικά. Η προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες και ο δείκτης επιδόσεων για τα νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης είναι σημαντικοί παράγοντες. Ο αριθμός των ασθενών που παραπέμπονται από τα συστήματα δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζει τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας και την ικανότητα των μονάδων υγείας να προσαρμόζονται στις προκλήσεις των παραπομπών. Για την αποτελεσματική συνεργασία των επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης και για την εξασφάλιση ενός αποτελεσματικού συνολικού συστήματος υγείας, έχει ιδιαίτερη σημασία η παρακολούθηση των λιστών αναμονής για εισαγωγή, ιδίως για τους χρόνιους ασθενείς. Ειδικά η τριτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει εξαιρετικά εξειδικευμένη θεραπεία, η οποία συχνά απαιτεί διεπιστημονικές ομάδες και προηγμένες εγκαταστάσεις. Επομένως, πρέπει να παρακολουθούνται δείκτες, όπως το ποσοστό πληρότητας των κλινών ΜΕΘ, η μέση διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ και τα ποσοστά θνησιμότητας για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου, ενώ δεν πρέπει να παραλείπονται παράγοντες, όπως ο υπολογισμός της χρήσης μιας μονάδας υγείας από εξωτερικούς ασθενείς, η χρήση του χειρουργείου, η χρήση των επειγόντων περιστατικών, η ασφάλεια των ασθενών, ο έλεγχος

των λοιμώξεων, η συμμόρφωση με την τεκμηρίωση και τους δείκτες ικανοποίησης των ασθενών στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας περίθαλψης. Οι δείκτες αυτοί αντικατοπτρίζουν συλλογικά την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Khalifa & Khalid, 2015).

1.3 Ορισμός και Εννοιολογική Προσέγγιση του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας είναι το σύνολο των υποσυστημάτων εκείνων και των επιμέρους στοιχείων/μονάδων και λειτουργιών που έχουν ως άμεσο σκοπό την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας και την προώθηση αποτελεσματικών παροχών υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία και περιβάλλοντα των μονάδων υγείας και οι λειτουργίες των τριών επιπέδων των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη) συνθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, με σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας των ασθενών και τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας τους. Φυσικά, συζητώντας για ένα σύστημα που εξαρτάται από την αποτελεσματική λειτουργία και εύρυθμη συνεργασία διαφόρων υποσυστημάτων και επιμέρους μονάδων, καθίσταται σαφές ότι πρέπει απαραίτητα να γίνεται παράλληλα λόγος για πολιτικές και στρατηγικές υγειονομικής περίθαλψης, από φορείς και ειδικούς ρυθμιστικούς παράγοντες που προκύπτουν από τη δραστηριοποίηση της πολιτείας και που στόχο έχουν την προαγωγή και διατήρηση της υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Καθώς πρόκειται για ένα οργανωμένο σύστημα με ένα σοβαρό σκοπό, που δεν είναι άλλος από την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό, είναι σαφές ότι προκύπτουν εκτενέστερες διοικητικές προεκτάσεις, ιδιαίτερα στο πλαίσιο εμπλοκής της πολιτείας και των φορέων υγείας. Μείζον ζήτημα για τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας είναι η διοίκηση των μονάδων υγείας και η εξασφάλιση ότι οι ανθρώπινοι πόροι, που αποτελούν βασικό παράγοντα της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας, αξιοποιούνται με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο. Παράλληλα, ο τρόπος που δομείται ένα σύστημα υγείας, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι εξαρτάται σε απόλυτο βαθμό από το γενικότερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο, αφού οι παράγοντες αυτοί ρυθμίζουν τις υφιστάμενες δυνάμεις

ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας και αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού για την παροχή τους (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τους Docteur & Oxley (2003), υπάρχουν διάφοροι παράγοντες και διαστάσεις που πρέπει να εξετάζονται σε σχέση με τις διάφορες πτυχές των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, το πλαίσιο της ασφαλιστικής κάλυψης, των αποτελεσμάτων της υγείας, του ελέγχου των δαπανών και της βελτίωσης της αποδοτικότητας ενός συστήματος υγείας, είναι όλα παράγοντες προς διερεύνηση και που σχετίζονται άμεσα με τα συστήματα υγείας. Σε σχέση λοιπόν, με τα θέματα αυτά, οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν επιτύχει καθολική ή σχεδόν καθολική ασφαλιστική κάλυψη, προωθώντας την πρόσβαση στην περίθαλψη και την αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, η κάλυψη από μόνη της μπορεί να μην εξασφαλίζει πάντα την προσβασιμότητα λόγω οικονομικών ή κοινωνικών εμποδίων και ελλείψεων στην προσφορά. Οι μεταρρυθμίσεις συμμετοχής στο κόστος έχουν μεταφέρει το κόστος στον ιδιωτικό τομέα και μπορεί να έχουν μικρές επιπτώσεις στην κατανάλωση περίθαλψης, θέτοντας ενδεχομένως σε κίνδυνο την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Γενικότερα, τα ζητήματα ποιότητας, ασφάλειας και ικανοποίησης των ασθενών έχουν οδηγήσει σε μεταρρυθμίσεις για να γίνουν τα συστήματα υγείας πιο αποτελεσματικά. Τα συστήματα πληρωμών μάλιστα, φαίνεται πως πρέπει να εξελιχθούν ώστε να ευθυγραμμίζονται τα κίνητρα με τα επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ οι παράγοντες συμπεριφοράς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της υγείας του πληθυσμού.

Επιπλέον, όσον αφορά τις δαπάνες και την αποτελεσματικότητα, οι διαφορές μεταξύ των χωρών στην κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης έχουν οδηγήσει σε συζητήσεις σχετικά με τα κατάλληλα επίπεδα δαπανών. Οι προσπάθειες για τον έλεγχο του όγκου και των τιμών, σε συνδυασμό με τα ανώτατα όρια του προϋπολογισμού, έχουν επιτύχει τον περιορισμό των δαπανών, ιδίως στον νοσοκομειακό τομέα. Οι μεταρρυθμίσεις που σχετίζονται με την αποδοτικότητα περιλαμβάνουν την καθιέρωση χωριστών λειτουργιών αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας, την ευθυγράμμιση των κινήτρων μέσω συμβάσεων, την αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων και την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Τα βελτιωμένα συστήματα πληρωμών και ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστών μπορούν να ενισχύσουν την παραγωγικότητα και τη μείωση του κόστους. Ωστόσο, είναι απαραίτητη η ισορροπία μεταξύ του ελέγχου του προϋπολογισμού και της αποτελεσματικότητας του συστήματος, καθώς οι πολιτικές που αποσκοπούν σε έναν στόχο μπορεί να έχουν απρόβλεπτες συνέπειες αλλού. Καταληκτικά αξίζει να αναφερθεί ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης χρειάζονται προσεκτική

προσαρμογή των πολιτικών, ώστε να επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα χωρίς να αντισταθμίζεται το απροσδόκητο κόστος (Docteur & Oxley, 2003).

1.4 Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, όπως φαίνεται από την παραπάνω εννοιολογική προσέγγιση, είναι οι ζωτικές δομές που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, υποστήριξη και παρεμβάσεις σε άτομα και κοινότητες. Τα συστήματα αυτά έχουν σχεδιαστεί για να προάγουν την υγεία, να προλαμβάνουν ασθένειες, να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν ιατρικές καταστάσεις και να βελτιώνουν τη γενική ευημερία. Ωστόσο, πρόκειται για δομές που χαρακτηρίζονται από έντονη πολυπλοκότητα. Βασικός λόγος που τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σχηματίζουν τόσο σύνθετες δομές είναι ότι υπάρχουν πρακτικές και διαστάσεις γύρω από την έννοια της υγείας που διαφέρουν από χώρα σε χώρα και περιοχή λόγω πολιτιστικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων. Πάντως, τα συστήματα υγείας μοιράζονται ορισμένα θεμελιώδη χαρακτηριστικά που καθορίζουν τη φύση και τον σκοπό τους.

Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που συνθέτουν και το βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες για όλα τα άτομα ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Η πρόσβαση αυτή διευκολύνεται συχνά μέσω διαφόρων μηχανισμών, όπως δημόσια ή ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης, κρατικά χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη ή ακόμη και συνδυασμός και των δύο. Η καθολική ή σχεδόν καθολική κάλυψη έχει ως στόχο να διασφαλίσει ότι τα άτομα μπορούν να λαμβάνουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη χωρίς οικονομικά εμπόδια (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Πρόκειται για ζήτημα ισότιμης πρόσβασης στο θεμελιώδες αγαθό της υγείας, για αυτό και οι πολιτικές ασφάλισης αποτελούν μείζον ζήτημα στις σύγχρονες κοινωνίες. Η προώθηση της ισότητας και η εξασφάλιση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η αντιμετώπιση των υγειονομικών ανισοτήτων και η παροχή περίθαλψης σε ευάλωτους πληθυσμούς αποτελούν αδιαίρετα στοιχεία ενός καλά λειτουργικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Hanson et al., 2022).

Από την άλλη, δεν αρκεί μόνο η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα της περίθαλψης είναι ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό που τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης προσπαθούν να επιτύχουν. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή αποτελεσματικών, ασφαλών και ασθενοκεντρικών ιατρικών υπηρεσιών, δηλαδή υπηρεσιών που στο επίκεντρο της προσοχής τους θέτουν τις ανάγκες και την ευημερία του ασθενούς. Τα μέτρα ποιότητας περιλαμβάνουν τα κλινικά αποτελέσματα, την ικανοποίηση των ασθενών, την τήρηση των βέλτιστων πρακτικών και την εφαρμογή της ιατρικής που βασίζεται σε στοιχεία και επικαιροποιημένα δεδομένα. Η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας περίθαλψης είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων φροντίδας των ασθενών και τη διατήρηση της εμπιστοσύνης του πληθυσμού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Το σουηδικό σύστημα υγείας θεωρείται ένα από τα κορυφαία σε ποιότητα συστήματα υγείας παγκοσμίως, κι αυτή η διάκριση προκύπτει από την επίτευξη της κατάλληλης ισορροπίας και το συνδυασμό ερευνητικής αριστείας και κλινικής δράσης (Αντωνίου, Σουλιώτης & Σαρίδη, 2021).

Επιπρόσθετα, έχει σημειωθεί ήδη ότι ο πυλώνας ενός συστήματος υγείας βρίσκεται στους ανθρώπινους πόρους. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης, όπως γιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, τεχνικοί και διοικητικό προσωπικό, που συνθέτουν το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Αυτοί οι επαγγελματίες συνεργάζονται για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, από τη διάγνωση και τη θεραπεία έως τα προληπτικά μέτρα και την αγωγή υγείας (Fukuyama, 2018).

Παράλληλα, όμως, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν για να είναι αποτελεσματικά στο έργο τους και τις κατάλληλες υποδομές και εγκαταστάσεις για την παροχή ασφαλών και αποδοτικών ιατρικών υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία, οι κλινικές, τα ιατρικά εργαστήρια, τα κέντρα υγείας και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν βασικό σημείο και απαρτίζουν τα επιμέρους στοιχεία ενός συστήματος υγείας. Οι εγκαταστάσεις αυτές είναι αναγκαίο να είναι εξοπλισμένες με σύγχρονη ιατρική τεχνολογία και να διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους για την αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία διαφόρων ιατρικών καταστάσεων. Επομένως, άνθρωποι, οικονομικοί πόροι, εγκαταστάσεις και υποδομές είναι τα θεμελιώδη στοιχεία ενός συστήματος υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας είναι η συνέχεια της περίθαλψης. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, απαιτείται συνεχής συνεργασία των επιπέδων παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, με τις παραπομπές ασθενών από το ένα επίπεδο φροντίδας στο άλλο να αποτελεί συνήθη πρακτική. Η συνέχεια της περίθαλψης απαιτεί τον απρόσκοπτο συντονισμό των ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών χώρων και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το χαρακτηριστικό διασφαλίζει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν συνεπή φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της ιατρικής τους διαδρομής, από την πρωτοβάθμια περίθαλψη έως την εξειδικευμένη θεραπεία και την παρακολούθηση (Bodenheimer, 2008).

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δίνουν μεγάλη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών για τη μείωση του φορτίου των ασθενειών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αυτό περιλαμβάνει προγράμματα εμβολιασμού, εκστρατείες αγωγής υγείας, παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και εξετάσεις έγκαιρης ανίχνευσης. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά όλες οι αναγκαίες παρεμβάσεις για τη διατήρηση υγείας του πληθυσμού είναι απαραίτητο να υφίστανται και συγκεκριμένοι μηχανισμοί χρηματοδότησης. Στο σημείο αυτό έγκειται η έντονη πολιτική διάσταση και η διοικητική, οργανωτική σημασία που αποδίδεται στη λειτουργία μονάδων υγείας και στο σύνολο ενός συστήματος υγείας γενικότερα. Διάφοροι μηχανισμοί χρηματοδότησης που ρυθμίζονται από την πολιτεία, όπως οι φόροι, τα ασφάλιστρα, οι συμμετοχές και η κρατική χρηματοδότηση, συμβάλλουν στο σχεδιασμό, στην ανάπτυξη και στη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και συνεπώς στη βιωσιμότητα ενός συστήματος υγείας. Η ισορροπία μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης ποικίλλει στα διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ισχύουν διαφορετικές συνθήκες χρηματοδότησης σε διάφορες χώρες (Λιαρόπουλος, 2007).

Επίσης, δύο σημαντικά σημεία που αξίζει να αναφερθούν είναι η ρύθμιση των λειτουργιών και των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται εντός ενός συστήματος υγείας μέσω κανονιστικού πλαισίου και το ζήτημα της εποπτείας. Πιο συγκεκριμένα, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υπόκεινται σε ρυθμιστικά πλαίσια και σε αυστηρή εποπτεία για να διασφαλίζεται η ασφάλεια των ασθενών, η ποιότητα της περίθαλψης και η τήρηση των δεοντολογικών προτύπων. Άλλωστε, το διακύβευμα στην προκειμένη περίπτωση είναι το υπέρτατο αγαθό της υγείας, εξού και το ρυθμιστικό πλαίσιο και οι κανόνες εποπτείας σε ένα σύστημα υγείας είναι τόσο αυστηροί. Οι ρυθμιστικοί φορείς, οι απαιτήσεις αδειοδότησης και οι διαδικασίες διαπίστευσης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της ακεραιότητας ενός συστήματος υγείας (Morain & Kass, 2016).

1.5 Μοντέλα Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας

Η οργάνωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον καθορισμό της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, της προσβασιμότητας, της ποιότητας της περίθαλψης και των συνολικών αποτελεσμάτων της παροχής υπηρεσιών υγείας και της προαγωγής της υγείας σε μια κοινωνία. Τα μοντέλα οργάνωσης των συστημάτων υγείας εμπεριέχουν διάφορες προσεγγίσεις που υιοθετούν τα κράτη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό τους. Τα μοντέλα αυτά διαμορφώνονται από μια πληθώρα παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των πολιτισμικών προτύπων, των οικονομικών συνθηκών, των πολιτικών συστημάτων και των ιστορικών πλαισίων. Στο επίκεντρο αυτών των μοντέλων βρίσκονται ορισμένα θεμελιώδη στοιχεία που καθορίζουν τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Από την κατανομή των πόρων έως το συντονισμό της περίθαλψης, αυτά τα γενικά στοιχεία παρέχουν ένα πλαίσιο για την κατανόηση του ποικίλου τοπίου των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Η διερεύνηση αυτή εμβαθύνει στα βασικά στοιχεία που συνιστούν τα μοντέλα οργάνωσης των συστημάτων υγείας, ρίχνοντας φως στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνουν την παροχή φροντίδας και επηρεάζουν την ευημερία των ατόμων και των κοινοτήτων (Λιαρόπουλος, 2007). Μέσω μιας βαθύτερης εξέτασης αυτών των στοιχείων, είναι εφικτή η αποσαφήνιση της πολυπλοκότητας και των πτυχών των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως.

Τα βασικά μοντέλα οργάνωσης των συστημάτων υγείας είναι τα παρακάτω (Φιλαλήθης, 2015):

Μοντέλο Beveridge

Το μοντέλο αυτό, που πήρε το όνομά του από τον Βρετανό οικονομολόγο William Beveridge, χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με ενιαίο δημόσιο σύστημα ασφάλισης της υγείας και κρατική χρηματοδότηση. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω φόρων και παρέχονται από κρατικές εγκαταστάσεις και επαγγελματίες υγείας του δημοσίου τομέα. Οι ασθενείς συνήθως δεν αντιμετωπίζουν άμεσες χρεώσεις για ιατρικές υπηρεσίες. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Δανία και

η Νορβηγία υιοθετούν το μοντέλο Beveridge, με στόχο την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Μοντέλο Bismarck

Το μοντέλο Bismarck, που έχουν υιοθετήσει χώρες όπως Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο και Ολλανδία, περιλαμβάνει ένα σύστημα πολλαπλών ταμείων ασφάλισης της υγείας που χρηματοδοτείται μέσω υποχρεωτικών εισφορών ασφάλισης υγείας που μοιράζονται εργοδότες και εργαζόμενοι. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες διαχειρίζονται την κάλυψη και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης παραμένουν ιδιωτικοί. Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στην ολοκληρωμένη κάλυψη όλων των πολιτών, εστιάζοντας στην κοινωνική αλληλεγγύη.

Μοντέλο Schemasko

Το μοντέλο Schemasko είναι μια παραλλαγή του μοντέλου Beveridge που εμφανίστηκε στην πρώην Σοβιετική Ένωση, και σήμερα υιοθετείται σε Βουλγαρία, Ουγγαρία και Πολωνία. Περιλαμβάνει την κρατική ιδιοκτησία των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και μια συγκεντρωτική προσέγγιση στη διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται χωρίς κόστος για τους πολίτες, αντικατοπτρίζοντας τις αρχές του σοσιαλισμού, αφού η χρηματοδότηση προκύπτει αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Συστήματα υγείας της Νότιας Ευρώπης

Οι χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως η Ιταλία, Ισπανία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, έχουν συστήματα υγείας που μοιράζονται ορισμένα χαρακτηριστικά. Τα συστήματα αυτά αποτελούν συχνά ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων. Ο μεικτός χαρακτήρας των συστημάτων υγείας αυτών των χωρών προκύπτει από την δημόσια και ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη, τις δημόσιες και ιδιωτικές παροχές και τη δημόσια και ιδιωτική διοίκηση και χρηματοδότηση, καθώς η χρηματοδότηση πραγματοποιείται τόσο από τον κρατικό προϋπολογισμό, όσο και από τις εισφορές.

Σύστημα υγείας των ΗΠΑ

Οι Ηνωμένες Πολιτείες εφαρμόζουν ένα κυρίως ιδιωτικό και καθοδηγούμενο από την αγορά σύστημα υγείας. Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας παρέχεται συχνά από τους εργοδότες και υπάρχει προσανατολισμός στην κάλυψη της ζήτησης. Έτσι το σύστημα χαρακτηρίζεται κατακερματισμένο. Κυβερνητικά προγράμματα όπως το Medicare και το Medicaid απευθύνονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και αποτελούν τη δημόσια ασφάλιση υγείας. Ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται από κοινωφελείς ιδιωτικές εταιρίες και κερδοσκοπικούς οργανισμούς, ενώ πολλά εκατομμύρια πολιτών παραμένουν ανασφάλιστοι. Αυτό το μικτό μοντέλο οδηγεί σε ένα πολύπλοκο τοπίο παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Παρά την προηγμένη ιατρική τεχνολογία και τις υψηλές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, οι ΗΠΑ αντιμετωπίζουν προκλήσεις που σχετίζονται με την άνιση πρόσβαση και το υψηλό κόστος.

Συγκρίνοντας τα χαρακτηριστικά των παραπάνω μοντέλων οργάνωσης των εθνικών συστημάτων υγείας, φαίνεται πως υπάρχουν ορισμένες βασικές διαφορές ως προς τον τρόπο χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς άλλοτε η χρηματοδότηση προέρχεται από την φορολογία, τις υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές και τα ταμεία ασφάλισης και άλλοτε καλύπτεται από ιδιωτικούς οργανισμούς και φορείς. Επιπλέον, τα συστήματα αυτά έχουν εμφανείς διαφορές ως προς την δυνατότητα πρόσβασης. Αναλυτικότερα, ενώ τα μοντέλα Beveridge και Bismarck δίνουν έμφαση στην ολοκληρωμένη κάλυψη και την καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, το σύστημα των ΗΠΑ αντιμετωπίζει προκλήσεις που σχετίζονται με τον ανασφάλιστο πληθυσμό και την άνιση πρόσβαση στην περίθαλψη. Σε κάθε σύστημα υγείας είναι εμφανής πάντως ο ρόλος της κυβέρνησης. Η κυβερνητική συμμετοχή κυμαίνεται από την άμεση παροχή (όπως συμβαίνει στην περίπτωση του Beveridge και του Schemasko με την αποκλειστικότητα της χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό) έως την παροχή ρυθμιστικού πλαισίου και την εποπτεία από το κράτος (Bismarck, Νότια Ευρώπη, ΗΠΑ). Ο βαθμός συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα ποικίλλει σε όλα τα μοντέλα, σε κάθε παράμετρο που χαρακτηρίζει ένα σύστημα υγείας: σε κάποια συστήματα οι δομές υγείας ανήκουν στην κυβέρνηση, ενώ σε άλλες περιπτώσεις υπάρχει μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Τα εν λόγω μοντέλα συστημάτων υγείας καταδεικνύουν την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, της χρηματοδότησης και των πολιτικών αποφάσεων.

Κάθε μοντέλο αντικατοπτρίζει τις αξίες και τις προτεραιότητες της κοινωνίας του, με στόχο την παροχή επαρκών και δίκαιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες του.

Κεφάλαιο 2ο

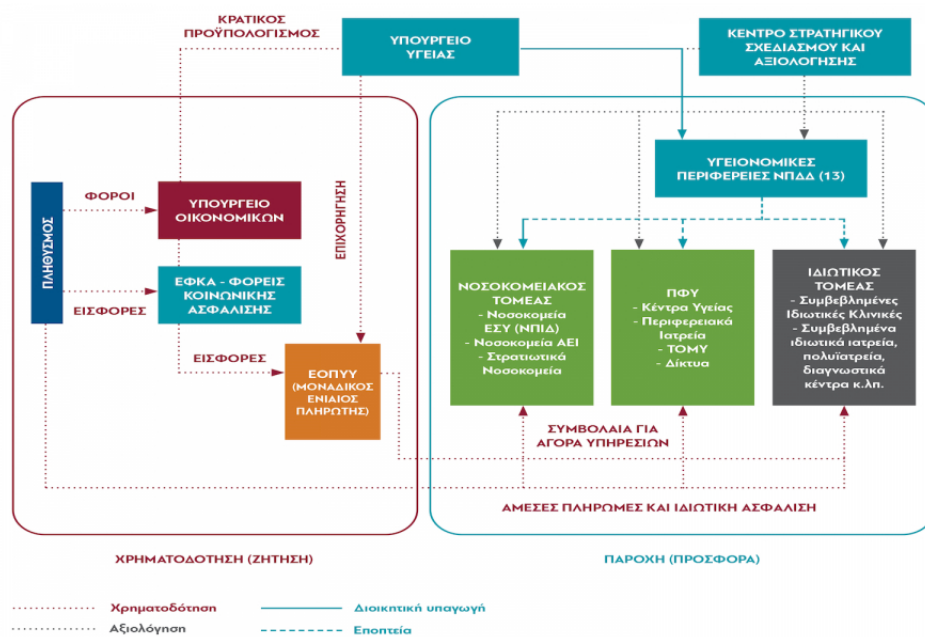
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ)

2.1 Παρουσίαση της Δομής και της Οργάνωσης του ΕΣΥ

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα πολυεπίπεδο σύστημα που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλο το φάσμα της περίθαλψης, από την πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα μέχρι την εξειδικευμένη νοσηλεία και την αποκατάσταση. Θεσπίστηκε με το Νόμο 1397/83, ο οποίος προέβλεπε την κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και εστίαζε στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Για να γίνει αυτό εφικτό, η νομοθεσία προέβλεπε την ίδρυση ενός ενιαίου αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, και σε πρακτικό επίπεδο, ορίστηκε αναγκαίος ο διαχωρισμός της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, στις έδρες των οποίων συστάθηκαν τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ). Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι γνωμοδοτικά όργανα σε θέματα προγραμματισμού, ενώ παράλληλα λειτουργούν ως όργανα εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους. Επιπρόσθετος ρόλος τους, σύμφωνα με το Άρθρο 3 του Νόμο 1397/83, είναι η λειτουργική απόδοση του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και η αποτελεσματική εφαρμογή προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση των ΠΕ.Σ.Υ ορίστηκε να αποτελεί ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Από το 1983 που ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέχρι και σήμερα έχουν υπάρξει σημαντικές μεταβολές. Πολλοί νόμοι και σχετικές ρυθμίσεις έχουν αποφασιστεί, μεταβάλλοντας ουσιαστικά το τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα στο πέρασμα του χρόνου. Μερικά βασικά χαρακτηριστικά του ΕΣΥ όσον αφορά την οργάνωση και το μοντέλο λειτουργίας του, είναι ότι έχει υιοθετήσει ένα μεικτό μοντέλο οργάνωσης, με δημόσιες και ιδιωτικές δομές περίθαλψης, ενώ η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας προέρχονται από τις φορολογικές εισφορές. Παρά τη γενικότερη προσφορά του, ως σύστημα υγείας τονίζεται ότι σε όλα τα χρόνια της πορείας του χαρακτηρίζεται από διαχρονικές παθογένειες, που προκύπτουν από ελλείμματα εξαιτίας της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης, της ανεπαρκούς διοίκησης και της έλλειψης σαφούς και επαρκούς

σχεδιασμού. Τα προβλήματα αυτά και το νοσοκομειοκεντρικό πρότυπο που χαρακτηρίζει το ελληνικό σύστημα υγείας έχουν οδηγήσει σε ανεπαρκή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και περιορισμένη δημόσια υγεία και πρόληψη. Αποτέλεσμα αυτού του ανεπαρκούς χαρακτήρα παροχής φροντίδας, αφού το σύστημα υγείας δεν καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, είναι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας. Οι σύγχρονες μεταρρυθμίσεις και το νέο νομοθετικό πλαίσιο που έχουν θεσπίσει το “Νέο ΕΣΥ” είναι αδήριτη ανάγκη να εξασφαλίζουν κλινική αποτελεσματικότητα, οικονομική αποδοτικότητα, και φυσικά, κοινωνική δικαιοσύνη. Προτάσεις που έχουν τεθεί επί τάπητος για βελτίωση του ΕΣΥ και για μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς του περιλαμβάνουν αύξηση υγειονομικών περιφερειών, ενίσχυση πρωτοβάθμιας φροντίδας με οικογενειακούς ιατρούς, και γενικότερη αναδιοργάνωση του νοσοκομειακού χάρτη. Επίσης, προτείνονται καινοτόμες υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας, ενώ απαραίτητο είναι να διαμορφώνεται στενή συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα για αποτελεσματικότερο σύστημα υγείας (Τούντας και συν., 2020).



Εικόνα 1. Σχέδιο υφιστάμενου ΕΣΥ (Τούντας και συν., 2020). Ανακτήθηκε από <https://www.news4health.gr/politiki-ygeias/435/to-profil-tou-neou-esy-oi-protaseis-7-sofon>

2.2 Ιστορική Αναδρομή Εξέλιξης του ΕΣΥ: Νομοθετικό Πλαίσιο και Πρωτοβουλίες Πολιτικής

Η θέσπιση του ΕΣΥ το 1983, με την ίδρυση υγειονομικών περιφερειών και περιφερειακών συμβουλίων υγείας για την ενίσχυση της αποκέντρωσης του ελληνικού συστήματος υγείας, είχε στόχο την άσκηση κοινωνικού ελέγχου, καθώς στη Διοίκηση των υγειονομικών μονάδων και του συστήματος υγείας είχε αποφασιστεί η συμμετοχή εκπροσώπων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των εργαζομένων του δημοσίου. Μέχρι τη δεκαετία του 1950, με εξαίρεση την ίδρυση του ΙΚΑ το 1934, δεν είχε λάβει χώρα κάποια σοβαρή κυβερνητική δράση που να κάλυπτε τις ανάγκες του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, το 1953 θεσπίστηκε ο νόμος Ν.Δ. 2592/1953 που αφορούσε την οργάνωση της “ιατρικής αντιλήψεως”. Οι δεκαετίες του 1950 και του 1960 είχαν ως κύριο χαρακτηριστικό τους την ανάπτυξη του τομέα της κοινωνικής ασφάλισης (όπως με την ίδρυση του ΟΓΑ, το 1961), ενώ θα πρέπει να τονιστεί ότι εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, η υπόθεση της Υγείας στην υπόλοιπη Ελλάδα αποτελούσε ξεκάθαρα ιδιωτική υπόθεση, γεγονός στο οποίο αποδίδεται και η ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα της Υγείας. Το 1976, το ΚΕΠΕ (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών) παρουσίασε μελέτη για το ΕΣΥ, αναδεικνύοντας προβλήματα όπως έλλειψη εναρμόνισης χρηματοδότησης-κάλυψης, γεωγραφικές ανισότητες και έλλειψη συνεργασίας κυβέρνησης. Το “σχέδιο Δοξιάδη”, το οποίο αφορούσε το συντονισμό φροντίδας και εθνικοποίηση νοσοκομείων προκάλεσε αντιδράσεις, με αποτέλεσμα τελικά την απόρριψή του. Καθώς το “σχέδιο Δοξιάδη” δεν ψηφίστηκε, η διαχείριση του συστήματος παρέμεινε ως έχει. Η Επιτροπή Φίλια προετοίμασε τελικά τον νόμο του 1983 και δημιούργησε κέντρα υγείας και πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Μπουρσανίδης, 2020).

Από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του, το ΕΣΥ βασιζόταν σε ενιαίο προγραμματισμό, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίνονταν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στη δημιουργία των Κέντρων Υγείας, τα οποία αναλάμβαναν λειτουργία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Όσον αφορά τα οικονομικά δεδομένα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οι πόροι που αφιερώνονταν στην Υγεία ανέρχονταν στο 5,5% των δημοσίων δαπανών και 8% του Α.Ε.Π για άμεση ανάπτυξη. Μερικά χαρακτηριστικά της πρώτης περιόδου λειτουργίας του ΕΣΥ ήταν (Κουφάκης, 2020):

- Η δυνατότητα ίδρυσης νοσοκομειακών μονάδων με Προεδρικό Διάταγμα
- Η λειτουργία αυτών των Νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, προβλέποντας την ύπαρξη μεταβατικού σταδίου για όσα λειτουργούσαν με άλλο καθεστώς μέχρι εκείνη την χρονική στιγμή)
- Η απασχόληση γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης
- Η δυνατότητα δημιουργίας Πανεπιστημιακών κλινικών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ
- Η επιλογή Συντονιστή (Γενικού Διευθυντή) με πενταετή θητεία για τα Νοσοκομεία μέσω προκήρυξης.

Τη δεκαετία του 1990, με το Ν. 2071/1992 σημειώθηκαν κάποιες σημαντικές αλλαγές που είχαν επιπτώσεις στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Τα Κέντρα Υγείας υπαγορεύτηκαν στις Νομαρχίες, με σκοπό την περιφερειακή τους διαχείριση. Εισήχθη επίσης με το συγκεκριμένο νόμο η αλλαγή στις σχέσεις εργασίας νοσοκομειακών γιατρών, προσφέροντας τους εναλλακτικές επιλογές. Παράλληλα, ελευθερώθηκε ο ιδιωτικός τομέας, επιτρέποντας την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις διαμόρφωσαν νέα δυναμικά στον τομέα της υγείας, δημιουργώντας συγχρόνως σημαντικές συζητήσεις για τον ρόλο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και τις επιλογές φροντίδας των πολιτών, στην προσπάθεια εκσυγχρονισμού του ελληνικού συστήματος υγείας.

Λίγο αργότερα, ψηφίστηκε ο Ν. 2519/1997, φέρνοντας επιπρόσθετες αλλαγές που επηρέασαν ουσιαστικά την ποιότητα και τη λειτουργία του ΕΣΥ. Το ρυθμιστικό πλαίσιο πλέον άνοιξε το δρόμο για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού συστήματος υγείας. Αναλυτικά, προέβλεψε τη σύσταση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥΣΕΔΥΠΥ), ενώ εισήγαγε τους τμηματικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς στα νοσοκομεία και τον θεσμό του Μάνατζερ. Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ενισχύθηκαν, ενσωματώνοντας τον Γενικό Γιατρό. Το νομοθέτημα δημιούργησε νέες δομές και μηχανισμούς, στοχεύοντας σε πιο συντονισμένη, αποδοτική και αξιόπιστη παροχή υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες.

Ο Ν. 2889/2001, γνωστός ως σχέδιο “Υγεία για τον Πολίτη”, αναμόρφωσε το ΕΣΥ με επίκεντρο τον πολίτη. Ο νόμος αυτός προέβλεπε τη δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Συστήματος Υγείας, συμπεριλαμβάνοντας τον Οργανισμό Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ). Επίσης, εισήγαγε επίσημα τον θεσμό του Μάνατζερ σε αυτόν και στα νοσοκομεία.

Επιπλέον, έθεσε σε λειτουργία το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, προωθώντας τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις ενίσχυσαν τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και προσέφεραν πιο προσβάσιμες, ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας για τον πολίτη.

Ο Ν. 3329/2005 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προωθούσε τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Εγκαθιδρύθηκαν οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), αναδιοργανώθηκε η διοίκηση νοσοκομείων και εισάγονταν ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Οι αποφάσεις αυτές ενίσχυσαν την δημόσια υγεία μέσω σχεδίων νόμων για προμήθειες και ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενθαρρύνοντας τη διαφάνεια και την αποτελεσματικότητα. Στο τέλος αυτής της περιόδου μεταβολών, το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται να τελεί υπό έντονο κρατικό έλεγχο, με την Κεντρική Διοίκηση να ελέγχει τη χρηματοδότηση και τις υπηρεσίες. Η Κεντρική Διοίκηση είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥ&ΚΑ). Γενικότερα, παρουσιάστηκαν σαφείς δυσκολίες λόγω της έλλειψης ενιαίου συστήματος διεύθυνσης-συντονισμού, με μεγάλο τμήμα του συστήματος να τελεί υπό το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας (ΥΑ&ΚΠ). Το σύστημα της περιόδου αυτής χαρακτηρίζεται από δυναμικό ιδιωτικό τομέα που εξελίσσεται ολοένα και περισσότερο, και από “πατερναλιστική” κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΥΑ&ΚΠ). Ουσιαστικά, είναι ένας συνδυασμός δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σε πολλαπλά επίπεδα (Μπουρσανίδης, 2020).

2.3 Μεταρρυθμίσεις και Καινοτομίες από το 2010: ΕΟΠΥΥ

Όσον αφορά το ζήτημα της ασφαλιστικής κάλυψης για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, το ΕΣΥ βασιζόταν σε αυτή την περίοδο σε χρηματοδότηση από πολλαπλά ταμεία ασφάλισης. Τα ταμεία αυτά υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Ωστόσο, όπως τονίζει ο Οικονόμου (2012), η έμφαση που είχε δοθεί ήδη στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις της τελευταίας δεκαετίας, φανέρωνε ότι έπρεπε να υπάρξει μια εναλλακτική προσέγγιση στο ζήτημα αυτό. Ο λόγος που μια εναλλακτική προσέγγιση στο ζήτημα της ασφάλισης ήταν αναγκαία για τον τομέα της Υγείας και Πρόνοιας ήταν ότι δεν υπήρξε ένα κοινό πλαίσιο

φορολογικής επιβάρυνσης των πολιτών, με αποτέλεσμα να υφίσταται διαφορετικό επίπεδο υγειονομικής κάλυψης στον πληθυσμό, γεγονός που ενέτεινε συνεχείς ανισότητες στην πρόσβαση αλλά και στον εντοπισμό των απαραίτητων οικονομικών πόρων για την ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών.

Μέσω του Ν. 3918/2011, τέθηκε σε λειτουργία ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Αυτός ο νόμος καθιέρωσε μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας της χώρας όσον αφορά τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και ως κύριο στόχο είχε τη βελτίωση της οργάνωσης, της διαχείρισης και της αποτελεσματικότητας της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Συντονίστηκε, λοιπόν, η δραστηριότητα των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) και θεσπίστηκε η συντονισμένη δράση ενός μεγάλου ασφαλιστικού οργάνου, το οποίο τελούσε υπό τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, του ΕΟΠΥΥ (Ξένος, Νεκτάριος, Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2014).

Η ρύθμιση αυτή έφερε σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Υγείας στην Ελλάδα. Ο ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνος για όλες τις φροντίδες υγείας των ασφαλισμένων, εκτός φυσικά από τα επείγοντα περιστατικά που εξυπηρετούνται από τα νοσοκομεία. Τα κατά τόπους γραφεία του ΕΟΠΥΥ έχουν ιατρεία, οργανώνουν επιτροπές υγείας για τις άδειες των ασφαλισμένων εργαζομένων, ενώ παράλληλα υπάρχουν συμβεβλημένα και ειδικά φαρμακεία, από τα οποία οι ασφαλισμένοι προμηθεύονται ακριβά φάρμακα που δεν μπορούν να πάρουν με απλή συνταγή από τα συμβατικά φαρμακεία. Μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών που αφορούν το συγκεκριμένο φορέα, αναφέρονται¹:

- Αναγγελία εισόδου - εξόδου / εισιτηρίων - εξιτηρίων
- Αποζημίωση οπτικών
- Άτλας υγείας
- Διαθεσιμότητα ραντεβού με γιατρούς του ΕΟΠΥΥ
- Διαχείριση κλινών ΜΕΘ
- Έγκριση ηλεκτρονικής γνωμάτευσης ΕΚΠΥ
- Έλεγχος ασφαλιστικής ικανότητας
- Ενεργοποίηση χρήστη Φακέλου Ασφάλισης Υγείας (ΦΑΥ) από γιατρό
- Μητρώο αποζημιούμενων προϊόντων και συμβάσεις παρόχων ΕΟΠΥΥ

¹<https://www.gov.gr/upourgeia/upourgeio-ugeias/ethnikos-organismos-parokhes-uperesion-ugeias-eopuu>

- Μητρώο απομυελινωτικών παθήσεων του ΚΝΣ
- Μητρώο Ηπατίτιδας C
- Μητρώο θαλασσαιμίας
- Μητρώο περιτοναϊκής κάθαρσης
- Μητρώο σακχαρώδη διαβήτη
- Μητρώο χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας
- Σύστημα ηλεκτρονικής προέγκρισης φαρμάκων
- Αιμοκαθάρσεις
- Γνωμάτευση αιμοκάθαρσης
- Ηλεκτρονική δήλωση αναλυτικών παραστατικών υγείας (eΔΑΠΥ) αιμοκαθάρσεων
- Ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (eΔΑΠΥ) αναγγελίας αιμοκάθαρσης
- Ηλεκτρονική δήλωση αναλυτικών παραστατικών υγείας (eΔΑΠΥ) υλικών αιμοκάθαρσης
- Ακτινοθεραπείες
- Ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (eΔΑΠΥ) ακτινοθεραπειών
- Ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (eΔΑΠΥ) διασύνδεσης ακτινοθεραπειών
- Αποζημιώσεις ΕΟΠΥΥ
- Αποζημίωση αεροθεραπείας
- Αποζημίωση εξόδων για αποκλειστική νοσοκόμα
- Αποζημίωση εξόδων λουτροθεραπείας
- Αποζημίωση εξόδων μετακίνησης ασθενούς
- Αποζημίωση εξόδων μετακίνησης θαλασσαιμικών
- Αποζημίωση εξόδων μετακίνησης νεφροπαθών
- Αποζημίωση εξόδων τοκετού στο σπίτι
- Αποζημίωση θεραπειών ειδικής αγωγής
- Αποζημίωση σκευασμάτων ειδικής διατροφής
- Αποζημίωση τεχνητής κόμης
- Έλεγχος και εκκαθάριση συνταγών (ΚΜΕΣ)
- Έλεγχος και εκκαθάριση συνταγών

- Ηλεκτρονικές Δηλώσεις Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (εΔΑΠΥ)
- Ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (εΔΑΠΥ) ανοικτής περίθαλψης - επισκέψεις
- Ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (εΔΑΠΥ) παροχών
- Ηλεκτρονική Δήλωση Αναλυτικών Παραστατικών Υγείας (εΔΑΠΥ) υλικών και σκευασμάτων ειδικής διατροφής
- Πιστοποίηση ιατρών - λοιπών προμηθευτών υγείας
- Πιστοποίηση προμηθευτών υλικών και σκευασμάτων ειδικών διατροφών
- Πιστοποίηση φαρμακείων / προμηθευτών για αναλώσιμα διαβητολογικού υλικού
- Ηλεκτρονικό ραντεβού για εξυπηρέτηση με φυσική παρουσία
- Ηλεκτρονικό αίτημα ραντεβού σε Περιφερειακές Διευθύνσεις (ΠΕΔΙ) του ΕΟΠΥΥ
- Παροχές ΕΚΠΥ και συμβεβλημένοι πάροχοι
- Αναζήτηση φαρμάκου
- Γνωματεύσεις / συνταγογράφηση παροχών ΕΚΠΥ
- Εγγραφή γιατρών για παροχές ΕΚΠΥ
- Ιατρική ειδικότητα για την έκδοση γνωμάτευσης ανά παροχή ΕΚΠΥ
- Παροχές Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ)
- Συμβεβλημένοι πάροχοι με τον ΕΟΠΥΥ
- Φάκελος ασφάλισης υγείας
- Εγγραφή στον Φάκελο Ασφάλισης Υγείας (ΦΑΥ)
- Φάκελος Ασφάλισης Υγείας (ΦΑΥ)
- Φάρμακα υψηλού κόστους
- Σημεία αποστολών Φαρμάκων Υψηλού Κόστους
- Υπηρεσία παραλαβής Φαρμάκων Υψηλού Κόστους

Στο ίδιο πλαίσιο και υπό το πρίσμα της ίδιας φιλοσοφίας, παρατηρείται ότι από το 2010 έως το 2020, τα νοσοκομεία του ελληνικού Συστήματος Υγείας ανασυγκροτήθηκαν οργανωτικά με σκοπό τον ενιαίο σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας. Βασικός στόχος της αναδιοργάνωσης των βασικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ήταν η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ παράλληλα υπήρξε ο στόχος βελτίωσης των διοικητικών πρακτικών που υιοθετούνταν και εξορθολογισμός της

αξιοποίησης των οικονομικών πόρων που υπήρχαν διαθέσιμοι για την Υγεία και Πρόνοια. Στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης αυτής, τα αποτελέσματα συμπεριλάμβαναν άμεση βελτίωση της οργάνωσης και της διαχείρισης του προσωπικού και αποφυγή απώλειας θέσεων εργασίας. Το διάστημα 2010-2020 η οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων πραγματοποιήθηκε με ενσωμάτωση των εκτός ΕΣΥ νοσοκομείων στο ΕΣΥ. Για να είναι αποτελεσματική η διοικητική πρακτική, δημιουργήθηκε ενιαία εποπτεία, διασυνδέσεις νοσοκομείων και τα νοσοκομεία ορίστηκαν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Οι οργανωτικές μεταρρυθμίσεις αφορούσαν την ενιαία οργάνωση, τη διαχείριση των υγειονομικών προμηθειών και των νοσοκομειακών προμηθειών, τη διαχείριση του προσωπικού, θέματα που αφορούσαν το λογιστήριο, ενώ παράλληλα ρυθμίστηκαν ζητήματα που αφορούσαν τη δράση υποστηρικτικών δομών, τη στιγμή που οι ιατρικές δομές λειτουργούσαν συμπληρωματικά για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Με αυτές τις μεταρρυθμίσεις αναμορφώθηκε ο χάρτης του ελληνικού Συστήματος Υγείας με 83 διασυνδεδεμένα νοσοκομεία από 131, και με επιπλέον δραστηριοποίηση από 5 νοσοκομεία ΙΚΑ και 2 ειδικά νοσοκομεία στη λειτουργία του ΕΣΥ. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι την περίοδο αυτή μια παγκόσμια οικονομική κρίση είχε πλήξει διάφορους τομείς, και ο τομέας της Υγείας δεν αποτελούσε εξαίρεση. Οι οποιεσδήποτε μεταρρυθμίσεις απαιτούν χρηματοδοτήσεις και ύπαρξη διαθέσιμων πόρων, ανθρωπίνων και οικονομικών, και εν τη απουσία αυτών δεν είναι εφικτό να στεφθεί με επιτυχία το οποιοδήποτε εγχείρημα αναδιάρθρωσης (IOBE, 2011).

2.4 Επιπτώσεις της Μακροχρόνιας Παθογένειας και της Οικονομικής Κρίσης στη Λειτουργία του ΕΣΥ

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση ανέτρεψε τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επηρεάζοντας σημαντικά την πολιτική υγείας. Τα περισσότερα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν μειώσεις προϋπολογισμού, περιορίζοντας τις διαθέσιμες παροχές. Μειώθηκαν αισθητά οι πόροι, οι πληρωμές σε παρόχους υπηρεσιών υγείας, οι προμήθειες σε κλινικές, ενώ υπήρξαν σαφώς περικοπές όσον αφορά τις θέσεις εργασίας σε μονάδες υγείας. Σε 18 από τις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μειώθηκαν οι δαπάνες για την υγεία. Η Ελλάδα, αντιμετωπίζοντας και αυτή την παγκόσμια οικονομική κρίση, εισήλθε σε μακροχρόνια

περίοδο ύφεσης, μειώνοντας τις δημόσιες δαπάνες με δραστικά μέτρα. Τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν και στον κλάδο της Υγείας και Πρόνοιας, ενώ τα ποσοστά ανεργίας στο σύνολο του πληθυσμού γενικότερα επηρέασαν εμφανώς το βιοτικό επίπεδο των πολιτών και την πρόσβασή τους στην περίθαλψη. Οι περιορισμένοι πόροι δυσχέραιναν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και οι συνθήκες της κρίσης επηρέασαν συνολικά την υγεία του πληθυσμού (Σουλιώτης, Παπαδονικολάκη, Παπαγεωργίου & Οικονόμου, 2018).

Όσον αφορά το ΕΣΥ, που ήδη για χρόνια αντιμετώπιζε προβλήματα που αφορούσαν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, οι διάφορες παθογένειες του συστήματος εντάθηκαν εν καιρώ οικονομικής κρίσης. Η κρίση ξέσπασε σε μια περίοδο που το ΕΣΥ χαρακτηριζόταν από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, ανισομερή κατανομή ιατρών, περιορισμένη δημόσια χρηματοδότηση. Οι κρίσιμες αστοχίες και οικονομικά προβλήματα είχαν αρχίσει πριν την κρίση, επομένως απαιτούνταν μεταρρυθμίσεις. Κατά την κρίση, οι μειώσεις δημόσιας δαπάνης επηρέασαν ακόμη περισσότερο την ποιότητα των υπηρεσιών και τις συνθήκες πρόσβασης στην υγεία. Το πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής μείωσε χρηματοδότηση, ιδιωτική και δημόσια. Οι κοινωνικές δαπάνες μειώθηκαν ενώ η φτώχεια αυξήθηκε. Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία των νοσοκομείων μειώθηκε, ενώ εξαιτίας της μείωσης της ποιότητας ζωής του άνεργου πληθυσμού, η συμμετοχή των ασθενών αυξήθηκε. Παράλληλα, η στελέχωση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και οι αποδοχές για το υγειονομικό προσωπικό μειώθηκαν. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρεται στο Σουλιώτης, Παπαδονικολάκη, Παπαγεωργίου & Οικονόμου (2018), ο αριθμός των ιατρών μειώθηκε κατά 35%.

Όπως αναφέρει ο Νιάκας (2014), το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο στον υγειονομικό τομέα, υιοθετημένο από την ελληνική κυβέρνηση σε συμφωνία με την Τρόικα εν καιρώ οικονομικής κρίσης και στην ανάγκη οικονομικών ρυθμίσεων μέσω μνημονίων φαίνεται να αποσκοπεί στην αύξηση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας και στον αποκλεισμό των ανασφαλιστών. Παρά την προηγούμενη αναλογία δημόσιου-ιδιωτικού χαρακτήρα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας δεν φάνηκαν να μεταβάλλονται αισθητά. Παρά τη σημαντική μείωση των δημόσιων δαπανών, δεν επιτεύχθηκε το προβλεπόμενο 6% του ΑΕΠ, όπως αναμενόταν. Αυτό σημαίνει ότι τελικά η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας δεν επέφερε τις αναμενόμενες αλλαγές λειτουργώντας με οικονομίες κλίμακας. Ο ΕΟΠΥΥ δεν κάλυψε την ασφάλιση, λόγω της κρίσης, για περίπου δύο εκατομμύρια ανθρώπους. Οι προβληματισμοί του Νιάκα (2014) επικεντρώνονται στην έλλειψη πρόνοιας για τους ανασφαλιστούς και στην έλλειψη κοινωνικής αλληλεγγύης,

προκαλώντας ανησυχίες για την κατεύθυνση των μεταρρυθμίσεων σε περιόδους οικονομικής δυσχέρειας. Οι κυβερνητικές αποφάσεις φαίνεται να μην λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των πολιτών, εν μέσω ανάγκης για κοινωνική αλληλεγγύη και ανοιχτή προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη.

Παράλληλα, η μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, εφαρμοζόμενη από το 2011, αντικατόπτριζε μια απότομη αλλαγή. Η χρησιμοποίηση του συστήματος ΚΕΝ (Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια) χωρίς ανάλογες προετοιμασίες προκάλεσε ανησυχίες. Η υλοποίηση των ΚΕΝ οδήγησε σε αυξημένες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, προβλέποντας αυξήσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία και αύξηση των εξόδων του ΕΟΠΥΥ προς αυτά². Το αν εξυπηρετούσε τους στόχους των μεταρρυθμίσεων ή συνέβαλε στην αύξηση των δαπανών παραμένει ωστόσο μέχρι και σήμερα αμφίβολο.

Μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και τις δυσκολίες στη χρηματοδότησή του, η ελληνική κυβέρνηση πρότεινε την εξής μεταρρύθμιση: το διαχωρισμό της ζήτησης-χρηματοδότησης από την προσφορά-παροχή υπηρεσιών υγείας, δημιουργώντας το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Οι γιατροί στο πλαίσιο αυτό βρέθηκαν ωστόσο να αντιμετωπίζουν νέες εργασιακές συνθήκες, τη στιγμή που κάποιοι από αυτούς, αποδεχόμενοι την ένταξη στο νέο σύστημα, προσπάθησαν να εγκλιματιστούν, ενώ πολλοί άλλοι προχώρησαν σε ισχυρές αντιδράσεις. Οι ανασφάλιστοι υπό τις νέες συνθήκες του ΠΕΔΥ κατευθύνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω παραπομπών και τριμελών επιτροπών διαχείρισης. Η πολιτική αυτή αντιμετώπισε έντονη κριτική, καθώς φάνηκε να μην εξυπηρετεί την αποδοτικότητα του ΕΣΥ και τις προσπάθειες για εξασφάλιση της ισότητας, επιδεινώνοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι επιλογές αυτές ίσως να μην ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, όπως σχολιάζει ο Νιάκας (2014).

Μετά το 2010 παρατηρείται πως οι κρατικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία ολοένα και μειώνονται. Αυτό είναι ένα λογικό επακόλουθο, που δεν αφορά μεμονωμένα το ελληνικό Σύστημα Υγείας, ωστόσο είναι σαφές πως ανεξαρτήτως των εξωτερικών παραγόντων, είναι αδύνατο να διακοπούν οι πόροι για τον τομέα Υγείας και Πρόνοιας (Χαραλάμπους & Τσίτση, 2010).

² . ΦΕΚ 1702 τ. Β/1-8-2011 Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ και ΦΕΚ 946 τ.Β/27-3-2012 Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/ Β'/2011)

Η οικονομική κρίση επηρέασε αρνητικά τους υγειονομικούς δείκτες, όπως είναι το προσδόκιμο ζωής, η νοσηρότητα, τα επίπεδα θνησιμότητας και η ισότιμη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Διάφορες μελέτες επιβεβαιώνουν τη σύνδεση της οικονομικής κατάστασης με την υγεία και αποδεικνύουν ότι η οικονομική ύφεση αυξάνει τις υγειονομικές ανισότητες, όντας άμεσα συνδεδεμένη με τις συνθήκες ζωής ανά την εκάστοτε κοινωνική τάξη και τις συνθήκες ανεργίας (Σαράφης & Μαλλιαρού, 2012). Η μείωση της αγοραστικής δύναμης περιορίζει άμεσα τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Έτσι, άτομα με χαμηλό εισόδημα αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης, ενώ όσοι έχουν υψηλότερα εισοδήματα συχνά αναζητούν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, επιβαρύνοντας τη λειτουργία ενός συστήματος υγείας. Η πολιτική υγείας αντιμετώπισε λοιπόν σαφείς προκλήσεις στη χρηματοδότηση, καθώς είχε να επιλέξει ανάμεσα σε δύο επιλογές για τη διάσωση της λειτουργικότητας και της αποδοτικότητας του ΕΣΥ: η μία από αυτές τις επιλογές είναι η μείωση του κόστους, με περικοπές δαπανών, προμηθειών, προσωπικού και ότι αυτό συνεπάγεται. Η άλλη επιλογή είναι η υποχρεωτική αύξηση της χρηματοδότησης με κάθε κόστος, ακόμη κι αν κάτι τέτοιο συνεπάγεται την αξιοποίηση διαθέσιμων πόρων για άλλα αγαθά και υπηρεσίες άλλων τομέων, που σημαίνει ότι θα υπάρξουν παθογένειες σε άλλα συστήματα στο όνομα της προστασίας της Υγείας (Καραϊσκού, Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Κεφάλαιο 3ο

Ερευνητικό Μέρος

3.1 Σκοπός και ερωτήματα της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως σκοπό την ανάδειξη των απόψεων και στάσεων των πολιτών για τις δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης του 2010 στο σύστημα υγείας της Ελλάδας συνολικά και επίσης τη διερεύνηση των απόψεων που έχουν και για την αναγκαιότητα, αποτελεσματικότητα και τις συνέπειες των μέτρων που ελήφθησαν από το ελληνικό κράτος την ίδια περίοδο. Κατά συνέπεια καθορίστηκαν τα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα ώστε να καθοδηγήσουν την έρευνα:

- 1) Ποιες οι στάσεις των πολιτών για τις δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και την επίδραση της οικονομικής κρίσης του 2010 στο ιδιωτικό και δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα?
- 2) Ποιες οι στάσεις των πολιτών για τις δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης σχετικά με την αναγκαιότητα, τα αποτελέσματα και τις συνέπειες των μέτρων που ελήφθησαν το 2010 στον κλάδο της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης?
- 3) Το φύλο, η προϋπηρεσία, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις των πολιτών σχετικά με την κατάσταση του συστήματος υγείας μετά την αρχή της κρίσης (2010) αλλά και την αποτίμηση που κάνουν για τα μέτρα που ελήφθησαν από το κράτος?

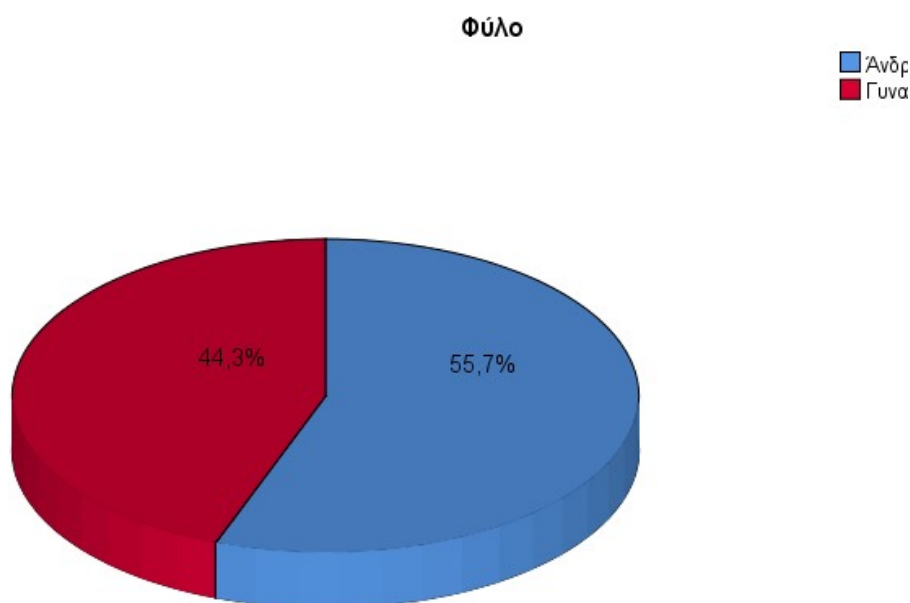
3.2 Ερευνητικό εργαλείο και δειγματοληψία

Για την εκπλήρωση του σκοπού επιλέχθηκε η διενέργεια ποσοτικής έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίου κλειστού τύπου ερωτήσεων, οι περισσότερες των οποίων δέχονται απαντήσεις σε κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 3 βασικούς άξονες, ο πρώτος εκ των οποίων αφορά ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, ο δεύτερος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την κατάσταση του συστήματος υγείας της Ελλάδας την περίοδο της κρίσης και ο τρίτος και τελευταίος άξονας περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την αναγκαιότητα, αποτελεσματικότητα και τις συνέπειες των μέτρων εξυγίανσης που ελήφθησαν από το κράτος. Σχετικά με τον πληθυσμό, τον αποτελούν πελάτες- ασθενείς του ιδιόκτητου φαρμακείου μου. Η δειγματοληψία έγινε από εμένα με άμεσο τρόπο εντός του φαρμακείου μου. Λόγω του μεγέθους του φαρμακείου ο όγκος των πελατών είναι αρκετά μεγάλος και έκρινα ότι η λήψη απαντήσεων από πελάτες θα προσδώσει έναν σχετικά ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσώπευσης του πληθυσμού. Βεβαίως επιλέχθηκε αυτός ο τρόπος δειγματοληψίας για λόγους ευκολίας, εξοικονόμησης χρόνου και δυνατότητας διενέργειας της έρευνας σε περιορισμένο γεωγραφικό χώρο (ένα φαρμακείο μίας πόλης της Ελλάδας). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους πελάτες έγινε φυσικά δια ζώσης στο φαρμακείο μου, με την απόλυτη συναίνεση τους, και αφού τους εξηγήθηκαν αναλυτικά ο σκοπός, η μεθοδολογία, ο τρόπος διασφάλισης της ανωνυμίας, η χρήση των αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων της έρευνας και ο τρόπος συμπλήρωσης του εργαλείου της έρευνας. Από τη συγκεκριμένη διαδικασία δειγματοληψίας συγκεντρώθηκαν απαντήσεις από 70 άτομα τα οποία και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας.

3.3 Δημογραφικά δεδομένα – Αποτελέσματα της έρευνας

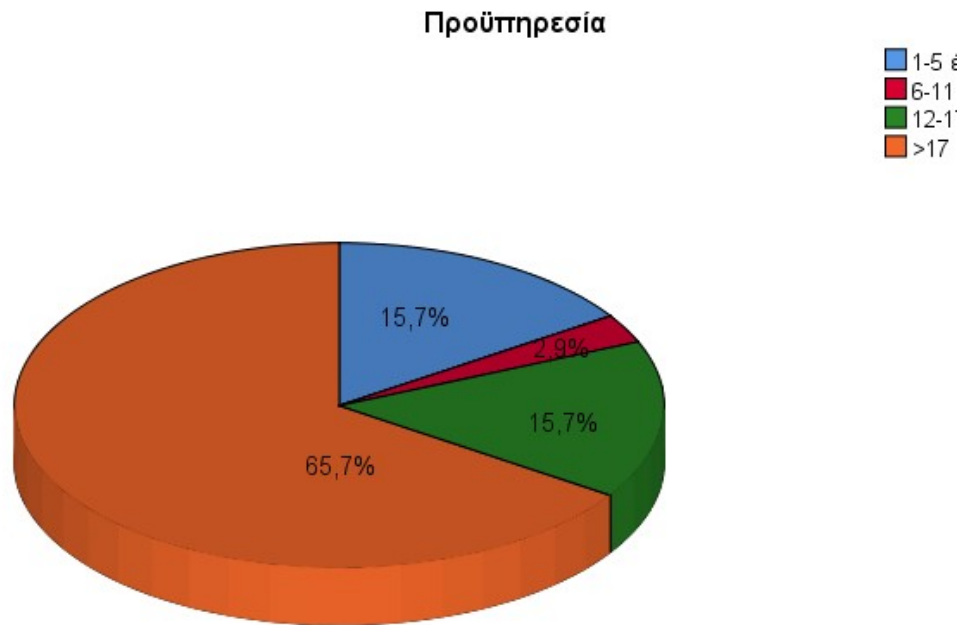
Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα βασικά κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα. Από το σχήμα 1 λοιπόν φαίνεται ότι το 55,7% του δείγματος το αποτελούν άνδρες και το 44,3% του δείγματος το αποτελούν γυναίκες. Κατά συνέπεια στο δείγμα υπάρχει επαρκής και σχεδόν ισότιμη αντιπροσώπευση των απόψεων και των δύο φύλων σχετικά με το υπό διερεύνηση θέμα.

Σχήμα 1: Φύλο



Στο σχήμα 2 παρουσιάζεται η προϋπηρεσία(έτη εργασίας) που έχουν οι συμμετέχοντες στο δείγμα. Πιο αναλυτικά λοιπόν το 65,7% φαίνεται ότι το αποτελούν εργαζόμενοι με πολύ μεγάλη προϋπηρεσία (άνω των 17 ετών) , 15,7% των ερωτώμενων έχουν προϋπηρεσία από 12 έως 17 έτη, ενώ ίδιο ποσοστό στο δείγμα καταλαμβάνουν και οι νέοι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία από 1 έως 5 έτη, ενώ τέλος υπάρχει και ένα πολύ μικρό ποσοστό (2,9%) στο δείγμα το οποίο αποτελείται από εργαζόμενους με προϋπηρεσία από 6 έως 11 έτη.

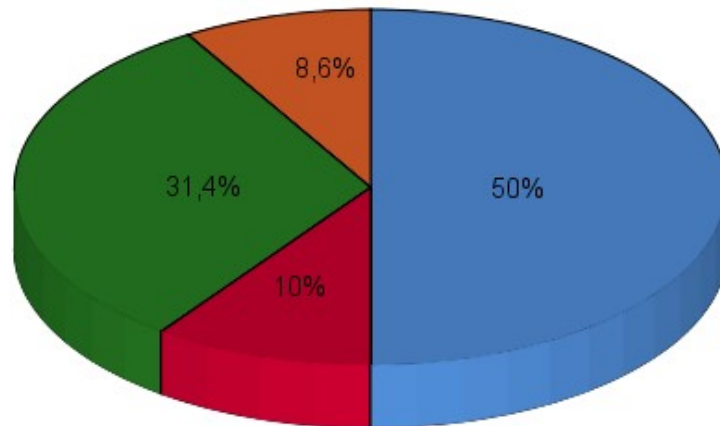
Σχήμα 2: Προϋπηρεσία(έτη εργασίας)



Από το σχήμα 3 στη συνέχεια παρατηρείται ότι το 50% των συμμετεχόντων στο δείγμα είναι απόφοιτοι μόνον δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 31,4% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 10% απόφοιτοι ΙΕΚ και το 8,6% κάτοχοι και Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών πέραν του βασικού πτυχίου ΑΕΙ. Όπως φαίνεται λοιπόν, παρά το μεγάλο ποσοστό των κατόχων πτυχίου ΑΕΙ που προσεγγίζει το 40%, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό (50% του δείγματος) συμμετεχόντων που είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Βεβαίως αυτό το μεγάλο ποσοστό οφείλεται στον τρόπο που έγινε η δειγματοληψία, με τυχαίο τρόπο, από πελάτες ενός μόνο φαρμακείου.

Σχήμα 3: Εκπαίδευση

Εκπαίδευση



Τέλος από τον πίνακα 1 φαίνεται ότι ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι τα 57,34 έτη περίπου. Το αποτέλεσμα αυτό συνδυαστικά με την τυπική απόκλιση αποτελεί μία αξιόπιστη ένδειξη, ότι στην έρευνα συμμετέχουν άνθρωποι σχετικά μεγαλύτερης ηλικίας γεγονός αναμενόμενο, αν σκεφτεί κανείς ότι η δειγματοληψία έγινε σε χώρο φαρμακείου, όπου η πλειοψηφία των πελατών συνήθως είναι άνθρωποι που έχουν σχετικά μεγάλη ηλικία. Βεβαίως το γεγονός αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης και ερμηνείας των αποτελεσμάτων συνολικά.

Πίνακας 1: Ηλικία συμμετεχόντων στην έρευνα

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία συμμετεχόντων	70	27,00	86,00	57,3429	15,74331

3.4 Η κατάσταση του συστήματος υγείας της Ελλάδας όπως διαμορφώθηκε μετά το 2010

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται οι στάσεις και οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με την κατάσταση που επικράτησε στο σύστημα υγείας της Ελλάδας από το έτος έναρξης της μεγάλης οικονομικής κρίσης (έτος 2010) και μετά. Όπως λοιπόν γίνεται φανερό από τον πίνακα 2 σε μία κλίμακα από το 1 έως το 5, ο μέσος όρος των απαντήσεων στις περισσότερες ερωτήσεις βρίσκεται κοντά στο 2. Συνεπώς εφόσον το 1 αντιπροσωπεύει την πλήρως κακή κατάσταση ή την τελείως ανεπαρκή χρηματοδότηση αντίστοιχα, φαίνεται ότι η άποψη των συμμετεχόντων κατά μέσο για την κατάσταση του συστήματος πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας το έτος 2010 συνολικά είναι αρκετά αρνητική. Παράλληλα πρέπει να τονιστεί ότι μόνο στην ερώτηση για τις υπηρεσίες των ιδιωτικών φορέων πρωτοβάθμιας υγείας η άποψη των ερωτώμενων δεν είναι αρνητική αλλά κατά μέσο όρο απαντούν ουδέτερα. Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν μία τάση, σύμφωνα με την οποία κατά τους συμμετέχοντες, οι δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας το 2010 βρέθηκαν σε μία πολύ άσχημη κατάσταση με τις ιδιωτικές αντίστοιχα να κρατούν ένα μέτριο επίπεδο ποιότητας.

Πίνακας 2: Περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούν την κατάσταση του Πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας και τη χρηματοδότηση για Φάρμακα από το 2010 και έπειτα

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Κατάσταση πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας από 2010	70	1,00	4,00	1,7857	,81459
Χρηματοδότηση πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας από 2010	70	1,00	4,00	1,9714	,93206
Χρηματοδότηση για φάρμακα από 2010	70	1,00	4,00	2,2857	,99481
Υπηρεσίες ιδιωτικών φορέων πρωτοβάθμιας υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	3,0857	1,09997

Στη συνέχεια στον πίνακα 3 γίνεται φανερό, ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν την άποψη ότι το δευτεροβάθμιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα και κυρίως τα ελληνικά δημόσια Νοσοκομεία από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, έτος 2010, παρουσίασε σημάδια παρακμής. Σύμφωνα λοιπόν με τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων, πιο συγκεκριμένα, η αναμονή στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε αρκετά, οι υποδομές από άποψη επάρκειας χειροτέρεψαν, ο φόρτος εργασίας του προσωπικού των νοσοκομείων αυξήθηκε ενώ παράλληλα οι αμοιβές μειώθηκαν ενώ τέλος, μαζική στροφή των πολιτών από το έτος 2010 και μετά στις ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας υγείας. Συμπερασματικά λοιπόν, σύμφωνα με τους

συμμετέχοντες, παρατηρείται μία τάση εμφάνισης στοιχείων έντονης παρακμής κυρίως στο δημόσιο σύστημα δευτεροβάθμιας υγείας με συνεπακόλουθο τη στροφή μαζικά των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα για λήψη υπηρεσιών υγείας, γεγονός όμως που όπως είναι αναμενόμενο τους επιβαρύνει οικονομικά.

Πίνακας 3: Περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούν την κατάσταση του Δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας από το 2010 και έπειτα

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Αναμονή στα δημόσια νοσοκομεία από το 2010	70	1,00	5,00	3,8286	,93206
Υποδομές στα δημόσια νοσοκομεία	70	1,00	5,00	1,9286	,82218
Ελλείψεις προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία από το 2010	70	1,00	5,00	4,1143	,89350
Προμήθειες σε ιατροφαρμακευτικό υλικό στα δημόσια νοσοκομεία από το 2010	70	1,00	4,00	1,9429	,88278
Συμμετοχή πολίτη σε ιδιωτικές υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	3,9143	,91276

Ποιότητα υπηρεσιών δευτεροβάθμιας υγείας από το 2010	70	1,00	4,00	2,3286	,94365
Φόρτος εργασίας προσωπικού στο δημόσιο σύστημα από το 2010	70	1,00	5,00	3,9000	,83666
Αμοιβές προσωπικού στο δημόσιο σύστημα υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	2,2143	,96147

3.5 Αναγκαιότητα και αποτίμηση των μέτρων που ελήφθησαν από το έτος 2010 (έναρξη οικονομικής κρίσης) και μετά.

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζεται μία αποτίμηση των μέτρων που ελήφθησαν από το ελληνικό κράτος το 2010, ως απάντηση στην οικονομική κρίση που έπληξε σαφώς και τον κλάδο της υγείας. Αρχικά από τον πίνακα 4 φαίνεται ότι κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι υπάρχει σε σχετικά μεγάλο βαθμό διαφθορά στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας και οι έλεγχοι κυρίως στις δημόσιες δομές υγείας κρίνονται, κατά την άποψη τους, αρκετά ανεπαρκείς. Επιπλέον γίνεται αντιληπτό ότι σύμφωνα με τον μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων, υπήρξε αρκετά μεγάλη μείωση δαπανών χωρίς όμως να είναι τόσο αναγκαία προφανώς για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Ακόμη από τον πίνακα 4 φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο θεωρούν πως ο ΕΟΠΠΥ δεν ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικό και θετικό μέτρο και συνολικά ότι τα μέτρα που ελήφθησαν αύξησαν τις ανισότητες ως προς τη πρόσβαση στο σύστημα υγείας με τους οικονομικά αδύναμους να βρίσκονται πλέον, ακριβώς λόγω των μέτρων, σε πολύ δυσμενή θέση. Τέλος γίνεται φανερή η τάση επικράτησης της πεποίθησης ότι η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών που υπήρξε δεν είχε ως επακόλουθο υψηλό βαθμό ανταποδοτικότητας προς τους ίδιους τους ασφαλισμένους. Συμπερασματικά φαίνεται λοιπόν, η τάση κατά μέσο όρο των

συμμετεχόντων να είναι αρκετά αρνητική, τόσο για την αναγκαιότητα, όσο και για την αποτελεσματικότητα των μέτρων, ενώ παράλληλα θεωρούν ότι οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις αυτών των μέτρων έφεραν σε δυσχερή θέση το κοινωνικό σύνολο και ιδίως τους οικονομικά αδύναμους αφαιρώντας τους σε μεγάλο βαθμό το δικαίωμα πρόσβασης στις δομές υγείας.

Πίνακας 4: Περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούν στις στάσεις- απόψεις για τα μέτρα που ελήφθησαν στον κλάδο υγείας από το έτος 2010 (έτος έναρξης οικονομικής κρίσης) και μετά.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Διαφθορά στο εθνικό σύστημα υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	3,4000	,82357
Έλεγχος λειτουργίας δομών υγείας από το 2010	70	1,00	4,00	2,8286	,76084
Μείωση δαπανών υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	3,5571	1,00196
Δημιουργία ΕΟΠΠΥ- θετικό μέτρο	70	1,00	5,00	2,8571	1,12012
Μέτρα από το 2010 οδήγησαν σε υποκατάσταση δημόσιων υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές	70	1,00	5,00	3,4714	,88008

Μείωση δαπανών από το 2010 αναγκαία	70	1,00	5,00	2,4000	1,18444
Τα μέτρα οδήγησαν σε ανισότητες στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	3,4286	1,16185
Τα μέτρα βοήθησαν την πρόσβαση στο σύστημα υγείας των οικονομικά αδύναμων από το 2010	70	1,00	5,00	2,0286	1,15434
Αποτίμηση μέτρων για συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας από το 2010	70	1,00	5,00	2,8143	,80385
Ασφαλιστικές εισφορές για πολίτες από το 2010	70	1,00	5,00	3,5857	,92459
Ανταποδοτικότητα ασφαλιστικών εισφορών από το 2010	70	1,00	4,00	2,4143	,80744
Μέτρα του 2010 απαραίτητα για τη	70	1,00	4,00	2,3857	1,01143

βιωσιμότητα ασφαλιστικών ταμείων					
--	--	--	--	--	--

3.6 Έλεγχος αν βασικοί κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις- απόψεις των συμμετεχόντων για τις συνέπειες της κρίσης του 2010 και των μέτρων στο ελληνικό σύστημα υγείας

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τη διερεύνηση αν τα βασικά κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της άποψης τους για την κατάσταση του συστήματος υγείας από το έτος 2010 που ξεκίνησε η κρίση καθώς και για τις συνέπειες και την αποτελεσματικότητα των μέτρων που ελήφθησαν από το κράτος με στόχο τον οικονομικό εξορθολογισμό του. Συνεπώς ο στόχος είναι να εξεταστεί αν οι απόψεις των μερών που απαρτίζουν τον πληθυσμό επηρεάζονται από παράγοντες που αφορούν τα ίδια τα άτομα και όχι την κατάσταση που μελετάται. Εφόσον η έρευνα στηρίζεται στις απόψεις μίας πληθυσμιακής ομάδας για την κατάσταση του συστήματος υγείας και για την αποτελεσματικότητα των μέτρων που ελήφθησαν, είναι σημαντικό να ξεκαθαριστεί αν οι απόψεις αυτές εξαρτώνται και επηρεάζονται από παράγοντες κοινωνικό-δημογραφικούς, συνεπώς εξωγενείς ως προς την κατάσταση που επικράτησε, ώστε να ληφθεί υπόψη στην προσπάθεια να βγουν αντικειμενικά συμπεράσματα για το υπό μελέτη ζήτημα. Από τους πίνακες 5 έως 7 λοιπόν γίνεται φανερό ότι τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν στατιστικώς σημαντικά μόνο την άποψη του πληθυσμού σχετικά με την κατάσταση του δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας και δεν παίζουν ρόλο στην άποψη για το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας και στην αποτίμηση που κάνουν για την αποτελεσματικότητα και τις συνέπειες των μέτρων που ελήφθησαν. Στη συνέχεια από τους πίνακες 8 έως 10 φαίνεται ότι το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να επηρεάσει στατιστικώς σημαντικά μόνο την άποψη των ατόμων του πληθυσμού για την κατάσταση που επικράτησε στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας την περίοδο της κρίσης που ξεκίνησε από το 2010. Τέλος οι σχετικοί έλεγχοι (t- test) που διενεργήθηκαν ανάδειξαν ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απόψεις για την κατάσταση του πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου

συστήματος υγείας και στην αποτίμηση των μέτρων ανάμεσα στα δύο φύλα. Συνεπώς το φύλο δεν αποτελεί παράγοντα που μπορεί να καθορίσει ή να επηρεάσει σημαντικά τις στάσεις και τις απόψεις του πληθυσμού για τα υπό μελέτη ζητήματα.

Πίνακας 5: Έλεγχος Ανοη για την άποψη για την κατάσταση του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας το 2010 με παράγοντα διασποράς τα έτη προϋπηρεσίας

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,598	3	,199	,291	,832
Within Groups	45,188	66	,685		
Total	45,786	69			

Πίνακας 6: Έλεγχος Ανοη για την άποψη για την κατάσταση του δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας το 2010 με παράγοντα διασποράς την προϋπηρεσία

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9,063	3	3,021	3,807	,014
Within Groups	52,379	66	,794		
Total	61,443	69			

Πίνακας 7:Έλεγχος Ανομα για την αποτίμηση των μέτρων που ελήφθησαν το 2010 με παράγοντα διασποράς την προϋπηρεσία

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,078	3	,693	1,075	,366
Within Groups	42,508	66	,644		
Total	44,586	69			

Πίνακας 8:Έλεγχος Ανομα για την άποψη για την κατάσταση του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας το 2010 με παράγοντα διασποράς το επίπεδο εκπαίδευσης

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,171	3	2,057	3,427	,022
Within Groups	39,614	66	,600		
Total	45,786	69			

Πίνακας 9:Έλεγχος Ανομα για την άποψη για την κατάσταση του δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας το 2010 με παράγοντα διασποράς το επίπεδο εκπαίδευσης

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,261	3	,087	,094	,963
Within Groups	61,181	66	,927		
Total	61,443	69			

Πίνακας 10: Έλεγχος Ανομα για την αποτίμηση των μέτρων που ελήφθησαν το 2010 με παράγοντα διασποράς το επίπεδο εκπαίδευσης

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,984	3	,328	,496	,686
Within Groups	43,602	66	,661		
Total	44,586	69			

Κεφάλαιο 4ο

Συμπεράσματα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αποτελεί ένα πολυεπίπεδο μοντέλο, το οποίο συνδυάζει την παροχή υπηρεσιών υγείας, τόσο από δημόσιες, όσο και από ιδιωτικές δομές. Από το 2010, έχουν πραγματοποιηθεί διαφορετικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες είχαν ως στόχο την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση, η οποία μαστίζει την χώρα, έχουν οδηγήσει σε μία σειρά από αρνητικές συνέπειες στο ΕΣΥ. Οι κυριότερες από αυτές αφορούν την υποχρηματοδότηση του, ενώ οδήγησε και σε δυσμενείς επιπτώσεις σε πολλούς υγειονομικούς δείκτες.

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας μελετήθηκαν οι απόψεις, οι στάσεις και η ικανοποίηση των πολιτών σχετικά με το σύστημα υγείας της Ελλάδας και τις επιπτώσεις οι οποίες έχουν προκληθεί από το 2010 και μετά, ενώ αξιολογήθηκαν και τα μέτρα, τα οποία έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση της κρίσης. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν πολίτες, οι οποίοι προσέρχονταν σε ένα φαρμακείο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής παρατηρείται μία αρνητική στάση, ως προς το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της χώρας, με την αντίστοιχη στάση για τις ιδιωτικές δομές να αναδεικνύει έναν μέτριο βαθμό ικανοποίησης. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως από το 2010 και έπειτα η κατάσταση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει μετατοπιστεί προς το χειρότερο. Ως κύριοι παράγοντες αυτού αναγνωρίζονται η αναμονή στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε αρκετά, οι υποδομές από άποψη επάρκειας χειροτέρεψαν, ο φόρτος εργασίας του προσωπικού των νοσοκομείων αυξήθηκε ενώ παράλληλα οι αμοιβές μειώθηκαν ενώ τέλος, παρατηρήθηκε μία μαζική στροφή των πολιτών από το έτος 2010 και μετά στις ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας υγείας, γεγονός το οποίο σχετίζεται και με σημαντικό επίπεδο οικονομικής επιβάρυνσης τους.

Παράλληλα, με βάση τα αποτελέσματα της εργασίας, μπορεί να αναφερθεί μία γενικά αρνητική στάση ως προς τα αποτελέσματα των μέτρων, τα οποία έχουν ακολουθηθεί από το 2010 και μετά. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται υψηλά επίπεδα διαφθοράς, με τους ελέγχους οι οποίες πραγματοποιούνται να κρίνονται ανεπαρκείς. Επιπλέον, φαίνεται πως η μείωση των δαπανών δεν οδηγεί σε εξορθολογισμό και τη βιωσιμότητα του συστήματος. Η δημιουργία φορέων, όπως ο ΕΟΠΠΥ δεν κρίνεται ως ιδιαίτερα αποτελεσματικό και θετικό μέτρο και συνολικά ότι τα μέτρα που ελήφθησαν αύξησαν τις ανισότητες ως προς τη πρόσβαση στο

σύστημα υγείας με τους οικονομικά αδύναμους να βρίσκονται πλέον, ακριβώς λόγω των μέτρων, σε πολύ δυσμενή θέση. Τέλος, υπάρχει η πεποίθηση ότι η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών που υπήρξε δεν είχε ως επακόλουθο υψηλό βαθμό ανταποδοτικότητας προς τους ίδιους τους ασφαλισμένους.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των διαφορετικών κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τις απόψεις αυτές. Τα έτη προϋπηρεσίας επηρεάζουν στατιστικώς σημαντικά μόνο την άποψη σχετικά με την κατάσταση του δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας και δεν παίζουν ρόλο στην άποψη για το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας και στην αποτίμηση που κάνουν για την αποτελεσματικότητα και τις συνέπειες των μέτρων που ελήφθησαν. Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει μόνο την άποψη των ατόμων του πληθυσμού για την κατάσταση που επικράτησε στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας την περίοδο της κρίσης που ξεκίνησε από το 2010. Τέλος, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά το φύλο.

Οι κύριοι περιορισμοί της μελέτης αυτής αφορούν το μικρό δείγμα μελέτης και το γεγονός πως πραγματοποιήθηκε μόνο σε μία τοποθεσία, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα της στον ευρύτερο πληθυσμό.

Σε γενικές γραμμές η μελέτη αυτή ανέδειξε την αρνητική στάση, την οποία εμφανίζουν οι πολίτες για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα μέτρα, τα οποία έχουν ληφθεί τα τελευταία 13 χρόνια. Χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός μελετών, για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα αυτά. Οι απόψεις και οι αποτιμήσεις των πολιτών θα πρέπει να αποτελούν ένα σημαντικό πεδίο από την πολιτική ηγεσία ως προς την ανάπτυξη των ανάλογων νομοθετικών πλαισίων.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσσες αναφορές

- Αντωνίου, Π., Σουλιώτης, Κ., & Σαρίδη, Μ. (2021). Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(5), 588-598. <https://www.mednet.gr/archives/2021-5/pdf/588.pdf>
- Εγκύκλιος Ο.Α.Ε.Ε. Αρ. 69/12.12.2011. Σχετικά με τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο του ΕΣΥ. <https://www.taxheaven.gr/circulars/13128/egkyklios-o-a-e-e-ar-69-12-12-2011>
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- ΙΟΒΕ, (2011). *Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου*. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.
- Καραϊσκού, Α., Μαλλιάρου, Μ., & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(2), 49-54.
- Κουφάκης, Α. (2020). Διδακτικές σημειώσεις για το μάθημα "Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων του ΕΣΥ". ΕΣΔΔΑ ΚΣΤ' εκπαιδευτική σειρά Τμήμα ΔΥΥ.
- Κ.Υ.Α.Υ 4α/οικ.18051/2012 (ΦΕΚ 946/Β/27-3-2012). Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-yeia/perithalypse/kya-4a-oik-18051-2012.html>
- Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 12(4), 169-188.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Βήτα.
- Μαλάμου, Θ. (2015). Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 54(3), 236-237. https://www.researchgate.net/profile/Theodora-Malamou/publication/319349844_Social_determinants_of_health/links/5c6f1326299bf1268d1b8fec/Social-determinants-of-health.pdf

Μπουρσανίδης, Χ. (2020). *Συστήματα Υγείας και Συγκριτική Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST_BEID_PDYY120/%CE%9C%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CF%83%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B4%CE%B7%CF%82%20%CE%A7.%20-%20%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%26%20%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%28%CE%9A%CE%A3%CE%A4%CE%84%20%CE%A3%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%AC%29.pdf

Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), 3-7. <http://old-eclass.uop.gr/modules/document/file.php/NRS264/%282014%29%20%CE%97%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%BF%CE%B9%20%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%BF%20%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C.pdf>

Νόμος Υπ' Αριθ. 1397 (ΦΕΚ Α'143/7.10.1983). Εθνικό Σύστημα Υγείας. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/283774/nomos-1397-1983>

Νόμος Υπ' Αριθ. 2071 (ΦΕΚ 123/15.07.1992). Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/228371/nomos-2071-1992>

Νόμος Υπ' Αριθ. 2519 (ΦΕΚ Α' 165/21.8.1997). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/206122/nomos-2519-1997>

Νόμος Υπ' Αριθ. 2889 (ΦΕΚ Α' 37/2.3.2001). Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/46458/nomos-2889-2001>

Νόμος Υπ' Αριθ. 3329 (ΦΕΚ Α' 81/04.04.2005). Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/46629/nomos-3329-2005>

Νόμος Υπ' Αριθ. 3918 (ΦΕΚ Α' 31/2.3.2011). Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/58580/nomos-3918-2011>

Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 31(2), 172-185. <http://srv54.mednet.gr/archives/2014-2/172per.html>

Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Σαράφης, Π., & Μαλλιάρου, Μ. (2012). Οικονομική Κρίση: Τρόπος Επίδρασης στην Υγεία των Πολιτών και στα Συστήματα Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(2), 202-212. http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/issues/2012/issue_2/issue_2_2012.html

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(1), 9-16. <http://mail.mednet.gr/archives/2018-sup/pdf/9.pdf>

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (2020). *Το "Νέο ΕΣΥ": Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης. https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf

Υφαντόπουλος, Γ. (1985). *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα: Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Φιλαλήθης, Τ. (2015). *Κοινωνία και Υγεία: Οργάνωση Υπηρεσιών και Μοντέλα Συστημάτων Υγείας*. Έκδοση: 1.0. Ηράκλειο, Πανεπιστήμιο Κρήτης. <https://opencourses.uoc.gr/courses/course/view.php?id=360>

Χαραλάμπους, Α., & Τσίτση, Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Οικονομικά της Υγείας, Athens Medical Society-Archives of Hellenic Medicine*. <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf>

Χυτήρης, Α. & Αννινος, Α.Ν. (2015). *Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών*. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ξενόγλωσσες αναφορές

Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care-a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*, 358(10), 1064. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=0d233762db24091d122c6b8704379a6d5cd59897>

Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services*. McGraw-hill education (UK). https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=6lOLBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=health+services&ots=YfM89AbHbE&sig=y0NFdV0H0h9C2EdcVeRcgidhOyU&edir_esc=y#v=onepage&q=health%20services&f=false

Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. *OECD Health Working Papers No. 9, OECD Economics Department Working Papers No. 374*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1329305

Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*, 1(1), 1-16. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-1>

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447857/>

Farre, A., & Rapley, T. (2017, November). The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and

illness. In *Healthcare* (Vol. 5, No. 4, p. 88). MDPI.
<https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>

Fukuyama, M. (2018). Society 5.0: Aiming for a new human-centered society. *Japan Spotlight*, 27(5), 47-50.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62213365/soc_5.020200227-84216-1291i85-libre.pdf?1582802392=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSoc_5.pdf&Expires=1692871672&Signature=ELOnBCiMRBT18X8YVzjfsfDB4oTz4k78AGYYV58Lt0QZwauoKaXYsuObE-blmEI51FdxI2YJtgejSsKwgr77N4PYXcS6r6hJ7SRvCVkDLtN9GwmKtK9zeeQxfcG-fcwFx7oqi4~ECbDLhyrvWREoX4YW2ZnHuL7ttmX3B2nAHkhBKG75NyQrYzKuLMLunOcgVNTv14nYgxTwQBzt8dt7Dl8psaVSHuKuEubS~pMKADkNlkQ1ZLPnQh2qD4gOAKpl9YVIKxRMbvE8kYvc~uoWfdfn2cGzNulkgvIxut-VkV55c9E531wS6fxcMNtUBv8tbL~Mo8a4VTG6Jrc65hXitw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Geitona, M., Zavras, D., & Kyriopoulos, J. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *The European journal of general practice*, 13(3), 144-150. <https://doi.org/10.1080/13814780701541340>

Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., ... & Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), e715-e772. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00005-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00005-5/fulltext)

Huang, Y., Monrouxe, L. V., & Huang, C. D. (2019). The influence of narrative medicine on medical students' readiness for holistic care practice: a realist synthesis protocol. *Bmj Open*, 9(8), e029588. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e029588.abstract>

Karimi, M. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34 (7), 645-649. ISSN 1170-7690
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>

Khalifa, M., & Khalid, P. (2015). Developing strategic health care key performance indicators: a case study on a tertiary care hospital. *Procedia Computer Science*, 63, 459-466. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.368>

- McBride, D., Hardoon, S., Walters, K., Gilmour, S., & Raine, R. (2010). Explaining variation in referral from primary to secondary care: cohort study. *Bmj*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.c6267>
- Morain, S. R., & Kass, N. E. (2016). Ethics issues arising in the transition to learning health care systems: results from interviews with leaders from 25 health systems. *eGEMs*, 4(2), 1212. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827789/>
- Parkhurst, J. (2008). Understanding determinants of health service use from a systems perspective. *Journal of health services research & policy*, 13(2), 122-123. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008019>
- Pringle, M. (2001). Please mind the gap: addressing the divide between primary and secondary care. *Clinical Medicine*, 1(3), 172-174. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.1-3-172>
- Talbot, L., & Verrinder, G. (2017). *Promoting health: the primary health care approach*. Elsevier Health Sciences. https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=PlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=primary+health+care+&ots=Jqm0AV8ikK&sig=CMYupgsi62vWMfQUNWiBqzTu0KE&redir_esc=y#v=onepage&q=primary%20health%20care&f=false
- Weiss, G., & Copelton, D. (2020). *The sociology of health, healing, and illness*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429279447>
- Witter, S., Toonen, J., Meessen, B., Kagubare, J., Fritsche, G., & Vaughan, K. (2013). Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC health services research*, 13, 1-10. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-13-367>

Ηλεκτρονικές Πηγές

- Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), gov.gr. <https://www.gov.gr/upourgeia/upourgeio-ugeias/ethnikos-organismos-parokhes-uperesion-ugeias-eopuu>