

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
Π. Μ. Σ. «ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ
MANAGEMENT ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΡΙΣΗΣ. Η
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.**

Εισηγητής: Μαρίνα Ευσταθίου Α.Μ.: 07 2011 03

Επιβλέπων: κος. Ξ. Κοντιάδης

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, 2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	8
1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	8
1.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	9
1.4 ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	11
2.1 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
2.2 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ	14
3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	14
3.2 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	14
3.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	15
3.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	15
3.5 ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	17
3.6 ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	19
3.6.1 Στρατηγικό Μάνατζμεντ.....	19
3.6.2 Μάνατζμεντ Νοσοκομείου.....	20
3.6.3 Μάνατζμεντ ανθρώπινων πόρων.....	21
3.6.4 Μάνατζμεντ έργου.....	21
3.7 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: HEALTH MANAGEMENT	24
4.1 ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	24
4.2 Ο ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΣΤΑ ΣΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	24
4.3 HEALTH MANAGEMENT ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
4.3.1 Συστήματα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO 9001:2000.....	26
4.3.2 Συστήματα HACCP.....	27
4.4. ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	28
4.4.1 Οικονομικές Αγορές.....	28
4.4.2 Διοίκηση Συμβάσεων (Contracting ή Contract Programme).....	28
4.4.3 Performance Management.....	29
4.4.4 Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking).....	30
4.3.1 Balanced Scorecard.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	32

5.1 ΓΕΝΙΚΑ	32
5.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	33
5.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ	35
5.3.1 National Health Service & Community Care Act 1990.....	35
5.3.2 Μεταρρύθμιση 1999	36
5.3.3 Σκεπτικό Μεταρρυθμίσεων.....	38
5.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	39
5.4.1 Συμβάσεις (Contracting).....	39
5.4.2 Συγχωνεύσεις Νοσοκομείων	39
5.4.3 Συμπράξεις Ιδιωτικού-Δημοσίου Τομέα.....	40
5.4.4 Επιπλέον Μέθοδοι Μάνατζμεντ	41
5.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	44
6.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	44
6.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ HEALTH MANAGEMENT	47
6.2.1 Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για Μάνατζμεντ Ποιότητας (EFQM)	47
6.2.2 Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO)	48
6.2.3 Φορέας Πιστοποίησης Νοσοκομείων για Ποιότητα και Ασφάλεια (ΚΤQ).....	48
6.2.4 Balanced Scorecard	49
6.2.5 Six Sigma	50
6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΤΟ ΓΑΛΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	51
7.1 ΓΕΝΙΚΑ	51
7.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	51
7.3 ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ	53
7.4 ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΣΤΟ CONTRACTING	55
7.4.1 Υπουργείο Υγείας.....	55
7.4.2 Κοινωνική Ασφάλιση και Εθνική Ομοσπονδία ταμείων ασφάλεια υγείας.....	56
7.4.3 Πάροχοι υπηρεσιών υγείας.....	56
7.5 ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ	57
7.5.1 Συμβάσεις με στόχο τη συγκράτηση του κόστους	57
7.5.2 Ατομικές συμβάσεις	58
7.5.3 Συλλογικές Συμβάσεις	60
7.5.4 Συμβάσεις ομαδικής πρακτικής.....	61
7.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΤΟ ΝΟΡΒΗΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	63
8.1 ΓΕΝΙΚΑ	63
8.2 ΔΟΜΗ	63

8.3 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ.....	65
8.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ HEALTH MANAGEMENT.....	68
8.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΤΟ ΙΣΠΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	72
9.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	72
9.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	73
9.3 ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	74
9.4 ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	75
9.5 ΑΜΕΣΟ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ.....	76
9.6 ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΟΝΙΑΣ, ΤΗΣ ΜΑΔΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΛΕΝΘΙΑ.....	76
9.6.1 ΚΑΤΑΛΟΝΙΑ.....	76
9.6.2 ΒΑΛΕΝΘΙΑ.....	77
9.6.3 ΜΑΔΡΙΤΗ.....	77
9.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	81
10.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	81
10.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ.....	82
10.3 ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ.....	84
10.3.1 Κριτική των μεταρρυθμίσεων.....	86
10.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ HEALTH MANAGEMENT ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΡΙΣΗΣ.....	87
10.4.1 Τομέας Οικονομικής Διαχείρισης.....	87
10.4.2 Ρυθμίσεις για την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	88
10.4.3 Μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών.....	88
10.4.4 Τομέας λογιστικής διαχείρισης.....	89
10.4.5 Τομέας παροχής υπηρεσιών.....	93
10.4.6 Τομέας ανθρώπινου δυναμικού.....	94
10.4.1 Κεντρικές προμήθειες.....	94
10.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	99
11.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	99
11.2 ΤΟ CONTRACTING ΣΕ ΙΣΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΓΑΛΛΙΑ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	100
11.2.1 Οι συμβάσεις στην Ελλάδα.....	103
11.2.2 Συμπεράσματα.....	105
11.3 ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ.....	105
11.3.1 Δυσκολίες σε θεσμικό επίπεδο και προτάσεις.....	107
11.3.2 Δυσκολίες σε λειτουργικό επίπεδο και προτάσεις.....	108
11.3.3 Συμπεράσματα.....	110
11.4 HEALTH MANAGEMENT ΣΕ Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ, ΝΟΡΒΗΓΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ.....	111

11.4.1 Η ελληνική πραγματικότητα.....	114
11.4.2 Συμπεράσματα.....	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΕΠΙΛΟΓΟΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	122

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια βρισκόμαστε σε μία περίοδο οικονομικής ύφεσης σε παγκόσμια κλίμακα. Αν και η οικονομική κρίση πρωτοεμφανίστηκε στις ΗΠΑ στον τραπεζικό τομέα, πιο συγκεκριμένα στον τομέα των στεγαστικών δανείων, επεκτάθηκε με γρήγορους ρυθμούς στις πιο ανεπτυγμένες χώρες και έπειτα σε όλο τον κόσμο. Όσον αφορά στην περίπτωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2008 παρουσιάστηκε το σχέδιο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης, του οποίου κύριο χαρακτηριστικό ήταν η χάραξη κοινών δράσεων με την ταυτόχρονη ικανοποίηση των στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Με την παγκόσμια οικονομία να διέρχεται μία μακρά περίοδο ύφεσης, αναπόφευκτες είναι και οι αρνητικές συνέπειες στον τομέα της υγείας. Η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας εξαρτάται από το πόσο εύκολα μπορούν να προσαρμοστούν με τις τρέχουσες, ιδιαίτερες συγκυρίες και εξελίξεις σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο.

Με γνώμονα τις απαιτήσεις της εποχής μας, στόχος της συγκεκριμένης εργασίας είναι να καταγράψει τα εργαλεία Health Management που χρησιμοποιούν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και να αναδείξει τον τρόπο, μετά από μία εκτεταμένη σύγκριση τους με την ελληνική πραγματικότητα, με τον οποίο θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στον υγειονομικό τομέα της Ελλάδας.

Κλείνοντας, θα ήθελα ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για τη στήριξη της στην προσπάθεια εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης και τους καθηγητές του ΠΜΣ «Θεσμοί και Πολιτικές υγείας» για όλα όσα μου δίδαξαν τον περασμένο χρόνο, ιδιαίτερα την κα. Μπρίνια και τον κο. Κοντιάδη, αφού με τις συμβουλές τους και την καθοδήγησή τους ολοκληρώθηκε αυτή η Διπλωματική Εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται αναλυτικά το θέμα «Συγκριτική Μελέτη: Μέθοδοι και Εργαλεία Μάνατζμεντ στα Συστήματα Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε περίοδο κρίσης. Η Περίπτωση της Ελλάδας». Αναλύονται: οι έννοιες του συστήματος υγείας και της διοίκησης, η ιστορική εξέλιξη του μάνατζμεντ, ο όρος Health Management, τα εργαλεία και οι μέθοδοι μάνατζμεντ στα συστήματα υγείας της Μ. Βρετανίας, της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Νορβηγίας, της Ισπανίας και η περίπτωση του ελληνικού υγειονομικού τομέα. Ακολουθεί η σύγκριση των παραπάνω συστημάτων, μεταξύ τους αλλά και με το ελληνικό. Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και μελλοντικές προτάσεις.

Λέξεις-Κλειδιά: διοίκηση, σύστημα υγείας, Κράτος, μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας, εργαλεία Health Management

ABSTRACT

The purpose of this essay is to discuss theoretically the methods and the tools of modern Health Management, which are being used by the health systems of G. Britain, Germany, France, Norway and Spain during times of economic recession. Firstly, a discussion takes place about the concepts of the health system and the evolution of management. Then, a representation follows of the health systems mentioned above and an extensive comparison between them, but, also, with the health system of Greece. Finally, a number of conclusions and propositions are made, concerning the evolution of the Greek healthcare system.

Key-Words: management, healthcare system, reforms, Health Management

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΓΕΝΙΚΑ

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται τα συστήματα υγείας της Μ. Βρετανίας, Νορβηγίας, Γαλλίας, Ισπανίας, Γερμανίας, καθώς και τα εργαλεία Health Management που εφαρμόζουν. Επέλεξα να εξετάσω τις παραπάνω περιπτώσεις, διότι θεωρώ ότι η καθεμία από αυτές εφαρμόζει καλές πρακτικές έως μάλιστα και θα μπορέσω να καλύψω ευρύ φάσμα διαφορετικών προσεγγίσεων στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Η Μ. Βρετανία, η Νορβηγία, η Γερμανία και η Γαλλία είναι χώρες που θεωρούνται πρωτοπόροι στα ζητήματα του υγειονομικού τομέα ακόμα και πριν το ξέσπασμα της κρίσης, ενώ ακόμα και κατά τη διάρκεια αυτής προχώρησαν επιτυχώς σε μεταρρυθμίσεις αλλά και εφάρμοσαν επιτυχώς εργαλεία Health Management. Η Ισπανία με τη σειρά της, αποτελεί παράδειγμα για τις χώρες του Ευρωπαϊκού νότου, στις οποίες οι επιδράσεις της κρίσης ήταν εντονότερες από ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη. Παρά την οικονομική στενωπό από την οποία διέρχεται, εφαρμόζει με επιτυχία ένα πρόγραμμα συμβάσεων σε κάθε επίπεδο του τομέα υγείας, αλλά και την ιδιαίτερη μέθοδο της «διοικητικής παραχώρησης». Τέλος, παρουσιάζεται το ελληνικό σύστημα υγείας και όσα έχει να διδαχθεί από τις προαναφερθείσες χώρες στον τομέα του μάλιστα.

1.2. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επιμέρους στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

- Να μελετηθούν οι έννοιες του συστήματος υγείας, management και του Health Management.
- Να παρουσιάσει την εφαρμογή εργαλείων Health Management σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (Μ. Βρετανία, Νορβηγία, Γαλλία, Ισπανία, Γερμανία)
- Να περιγράψει τα οφέλη από την αποτελεσματική εφαρμογή μάλιστα στον τομέα της υγείας.
- Να περιγράψει την περίπτωση του ελληνικού τομέα υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

- Να συγκρίνει τα εργαλεία health management των προαναφερθέντων ευρωπαϊκών χωρών με την περίπτωση της Ελλάδας.
- Να καταλήξει σε συμπεράσματα και μελλοντικές προοπτικές για τον ελληνικό τομέα υγείας.

1.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τους εξής λόγους:

1. Για να εντοπιστούν τυχόν παραλείψεις κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.
2. Για να προσδιοριστούν νέες ερευνητικές προτάσεις.
3. Για να αποφευχθούν ανώφελες ερευνητικές προσεγγίσεις.
4. Για να θέσουμε γερά θεωρητικά θεμέλια.

Πρώτα από όλα είναι αναγκαίο να προσδιορίσουμε τις βάσεις δεδομένων τις οποίες θα χρησιμοποιήσουμε, όπως είναι το Google Scholar. Στη συνέχεια, γίνεται χρήση των δευτερογενών πηγών που έχουμε συγκεντρώσει, όπως είναι τα διάφορα περιοδικά. Τελικός στόχος είναι η ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με τη σύνταξη ενός κειμένου, το οποίο θα δίνει απαντήσεις στα ερωτήματα της έρευνάς μας.

Στη συγκεκριμένη εργασία, πραγματοποιήθηκε μελέτη ελληνόγλωσσων και ξενόγλωσσων βιβλιογραφικών πηγών. Οι ελληνόγλωσση βιβλιογραφία περιλαμβάνει αναφορές από διδακτικές σημειώσεις μαθημάτων του ΠΜΣ «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας», βάσεις δεδομένων, όπως το Google, το Google Books, βιβλία, ομιλίες, συγκεκριμένα από την ανοιχτή συζήτηση που πραγματοποιήθηκε στις 17/1/2013 με θέμα «Το εθνικό σύστημα υγείας πρέπει να αλλάξει και όχι να καταργηθεί», και από άρθρα στο διαδίκτυο, κυρίως από τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Η ξενόγλωσση περιλαμβάνει αναφορές βιβλίων, περιοδικών και άρθρων αποκλειστικά από το διαδίκτυο, κυρίως από τη βάση δεδομένων Google Books, από την ιστοσελίδα του European Observatory on Health Systems and Policies και τα blogs του LSE.

1.4. ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

Το πρώτο κεφάλαιο είναι η εισαγωγή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την έννοια του συστήματος υγείας και παρουσιάζεται ένας πίνακας με τα συστήματα υγείας που συγκρίνονται στην εργασία (Beveridge, Bismarck, μικτό).

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια της διοίκησης οργανισμών και στα εργαλεία εκσυγχρονισμού της. Ακολουθεί η ιστορική εξέλιξη του management και παρουσιάζονται οι διάφοροι ορισμοί και μορφές του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος αποκλειστικά για το health management των υπηρεσιών υγείας και περιγράφονται τα εργαλεία μανάτζμεντ της υγείας. .

Στο πέμπτο παρουσιάζεται η περίπτωση της Μ. Βρετανίας. Συγκεκριμένα γίνεται μία συνοπτική αναφορά στην ιστορική εξέλιξη του βρετανικού συστήματος υγείας, στη χρηματοδότησή του και στις δαπάνες. Στη συνέχεια, αναλύονται οι μέθοδοι και τα εργαλεία health management που εφαρμόζονται. Κατά τον ίδιο τρόπο, στα απόμεινα κεφάλαια (στο 6^ο, 7^ο, 8^ο, 9^ο) παρουσιάζονται τα συστήματα υγείας της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Νορβηγίας και της Ισπανίας.

Στο 10^ο κεφάλαιο αναλύεται το σύστημα υγείας της Ελλάδας. Γίνεται μία σύντομη αναφορά στην ιστορική εξέλιξή του και έπειτα παρουσιάζονται τα μέτρα που στοχεύουν στην αναδιάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού τομέα.

Στο 11^ο κεφάλαιο συγκρίνονται οι χώρες που εφαρμόζουν παρόμοια εργαλεία health management μεταξύ τους αλλά και με την Ελλάδα. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συμπεράσματα, τα οποία προκύπτουν από τη σύγκριση.

Τέλος, στο 12^ο κεφάλαιο αναλύονται λεπτομερώς τα συμπεράσματα για στο σύστημα υγείας της Ελλάδας και γίνεται αναφορά σε μελλοντικές προοπτικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

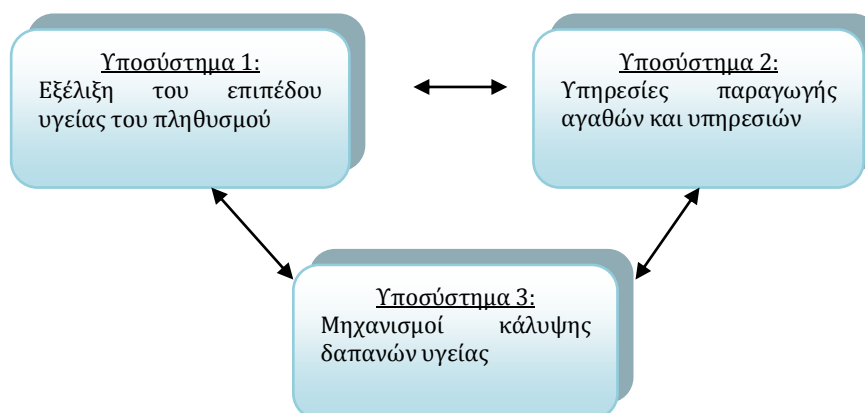
2.1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Για να ορίσουμε την έννοια του συστήματος υγείας, πρέπει καταρχήν να προσπαθήσουμε να αποσαφηνίσουμε την ευρύτερη έννοια του συστήματος για δύο λόγους. Πρώτον, για να κατανοήσουμε πλήρως τον τρόπο δόμησης και λειτουργίας του. Δεύτερον, για να είμαστε σε θέση να προβλέπουμε την εξέλιξη των πολύπλοκων συστημάτων κοινωνικού χαρακτήρα, στα οποία περιλαμβάνονται και τα συστήματα υγείας.

Ως σύστημα ορίζεται μία οργανωμένη πολυπλοκότητα λειτουργικά διαφοροποιημένων στοιχείων (υπηρεσίες, οργανώσεις, πρόσωπα κ. τ. λ.), τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με σχέσεις δυναμικής αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης, δρουν σύμφωνα με κάποιους κανόνες, οι οποίοι προσδιορίζονται και προδιαγράφονται αναλυτικά από το εκάστοτε νομοθετικό και αξιολογικό πλαίσιο μίας χώρας και αποβλέπουν στην επίτευξη συγκεκριμένων σκοπών και στόχων (σκοπιμότητα δράσης). Το σύστημα διατηρεί μία ποικιλία διασυνδέσεων με το περιβάλλον του. Με αυτή την έννοια, συνιστά υποσύστημα ενός ανώτερου συστήματος (μέγα σύστημα), ενώ τα επιμέρους στοιχεία του χαρακτηρίζονται ως υποσυστήματά του (Μπουρσανίδης, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας εξαρτάται άμεσα από την κοινωνικο-οικονομική δομή μίας χώρας, την εννοιολογική υπάρχουσα ισορροπία, το πολιτικό σύστημα, το πολιτικό σύστημα που επικρατεί, το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (Σουλιώτης, 2010).

Εικόνα 1: Σύστημα Υγείας



Πηγή: Σουλιώτης, 2010

Στο υποσύστημα 1 συναντάμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και μπορούν να εντοπιστούν στο κοινωνικό, οικονομικό και οικολογικό περιβάλλον. Το υποσύστημα 2 περιλαμβάνει το δίκτυο παραγωγής υπηρεσιών υγείας και επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση που επικρατεί, από το πολιτικό σύστημα, το επίπεδο εκπαίδευσης κ. ά. Τέλος, στο υποσύστημα 3 βρίσκονται οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών υγείας και επηρεάζονται από το εθνικό εισόδημα, το σύστημα ασφάλισης και την οικονομική πολιτική που ακολουθεί η κάθε χώρα.

2.2. ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι διάφορες μορφές των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη:

Πίνακας 1:

Κατηγορίες Συστημάτων Υγείας

ΤΥΠΟΣ	ΘΕΜΕΛΙΩΔΗΣ ΑΡΧΗ/ ΜΕΙΝΟΕΚΤΗ- ΜΑ	ΧΡΗΜΑΤΟ- ΤΗΣΗ	ΚΑΛΥΨΗ	ΠΑΡΟΧΗ	ΠΑΡΑΔΕΙ- ΓΜΑΤΑ
Εθνικό/ Κρατικό	Ισότητα/ Γραφειοκρατία	Μέσω κρατικού προϋπολογισμού	Πλήρης και καθολική	Δημόσιος έλεγχος των παραγωγικών συντελεστών	Συστήματα Beveridge (Βρετανικό NHS)
Κοινωνικής Ασφάλισης	Αλληλεγγύη/ Διαφορές στην κάλυψη	Μέσω εισφορών (εργοδοτών, εργαζομένων) σε οργανισμούς υποχρεωτικής ασφάλισης	Σύμφωνα με το φορέα ασφάλισης	Δημόσιος και ιδιωτικός έλεγχος των παραγωγικών συντελεστών και πλέγμα συμβολαίων και συμβάσεων.	Συστήματα Bismarck (Γαλλία, Γερμανία)

Πηγή: Σουλιώτης, 2000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ MANAGEMENT

3.1. ΓΕΝΙΚΑ

Όλοι οι οργανισμοί, οποιασδήποτε μορφής, χρειάζονται τον ανθρώπινο παράγοντα για να λειτουργήσουν ομαλά και να αναπτυχθούν. Θεμέλιο και κινητήριος δύναμη των επιχειρήσεων είναι ο ανθρώπινος παράγοντας, αποτελεί μέρος της διοίκησής τους, τις εξελίσσει και τις ωθεί να παράγουν αγαθά και υπηρεσίες προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ανθρώπων.

Οι διάφοροι οργανισμοί σήμερα έχουν μία αμφίδρομη σχέση με την κοινωνία, την οικονομία, την τεχνολογία, με ένα ευμετάβλητο περιβάλλον γενικότερα. Η διοίκηση ασκείται πια από ηγετικά στελέχη, όχι από ένα μόνο άτομο, τα οποία διακρίνονται για ιδιαίτερες τεχνικές στον τρόπο που διοικούν.

Ειδικότερα στον τομέα υπηρεσιών υγείας, είναι αναγκαίο να διαθέτουν αυτές τις τεχνικές, όπως αποτελεσματικότητα, τόσο ο πρόεδρος ή το διοικητικό συμβούλιο όσο και οι επαγγελματίες υγείας που ασκούν διοίκηση, καθώς το αγαθό της υγείας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο.

3.2. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Η στάση των διοικήσεων των επιχειρήσεων απέναντι στο σύνολο του εργατικού δυναμικού της σήμερα οφείλει να στηρίζεται στους ακόλουθους κανόνες:

- Στις αρχές της εκτίμησης και του σεβασμού.
- Στην ιεραρχία, η οποία οδηγεί σε αποδοτικό καταμερισμό ευθυνών και εργασιών, στη σωστή επίβλεψη και καθοδήγηση.
- Στις αρχές της ισονομίας και της δικαιοσύνης.
- Είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται η εισφορά του κάθε εργαζόμενου στην επιχείρηση.
- Μετά την αρχή της αναγνώρισης, ακολουθεί η αρχή της επιβράβευσης.

- Η αλληλεγγύη ανάμεσα στους υπαλλήλους πρέπει να αποτελεί ιδιαίτερο στόχο του οργανισμού.
- Οι αρχές της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας.
- Το εργατικό δυναμικό πρέπει να εκφράζει ελεύθερα τις ιδέες του σχετικά με την επιχείρηση.
- Τέλος, απαραίτητη είναι η αρχή της πειθαρχίας.

3.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Οι σύγχρονες μεταρρυθμίσεις εφαρμόζονται με εργαλεία και μεθόδους, όπως:

- Χρηματοδότηση βάσει αποτελεσμάτων, όπως γίνεται με τα DRGs.
- Έμφαση στις εκροές και όχι στις εισροές.
- Benchmarking
- Health Management.
- Έλεγχος της απόδοσης.
- Στρατηγικό Μάνατζμεντ
- Balanced Scorecard.
- Ενδυνάμωση του προσωπικού με προγράμματα επιμόρφωσης.
- Υιοθέτηση σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας.

3.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Η αντίληψη που έχουμε σήμερα για το Μάνατζμεντ εξελίχθηκε σταδιακά από την αρχή του περασμένου αιώνα. Οι γνώσεις που αντλούμε από το παρελθόν συμβάλλουν με αποφασιστικό τρόπο τόσο στην κατανόηση του παρόντος όσο και στην κατανόηση μελλοντικών τάσεων.

Ο ορισμός που δίνουν τα λεξικά στο μάνατζμεντ είναι η τεχνική της διοίκησης, διεύθυνσης και οργάνωσης της επιχείρησης. Μπορούμε να πούμε ότι το μάνατζμεντ είναι η τέχνη της απόδοσης, μία δραστηριότητα με την οποία καθίσταται δυνατή η δράση σε συλλογικό επίπεδο. Ένας σύγχρονος ορισμός, ο οποίος επικεντρώνεται στη σημασία του ανθρώπινου παράγοντα, αναφέρει ότι

το μάνατζμεντ είναι η εργασία μαζί με άλλους και μέσω άλλων για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης (ή του οργανισμού) αλλά και των μελών της/του (Τούντας, 2008).

Μερικά από τα πρώτα κείμενα τα οποία σχετίζονται με το μάνατζμεντ εντοπίζονται το 18^ο αιώνα στην Αγγλία στην αρχή της Βιομηχανικής Επανάστασης και στη συνέχεια κατά τον επόμενο αιώνα στην υπόλοιπη Ευρώπη και στην Αμερική.

Ο Frederick W. Taylor έθεσε τα θεμέλια της επιστήμης του μάνατζμεντ, στρέφοντας την προσοχή του στο μεμονωμένο εργαζόμενο και στη βελτίωση της αποδοτικότητας της παραγωγής μέσω της ανάλυσης της εργασίας (Τούντας, 2008).

Ακολούθησε ο πιο γνωστός θεωρητικός του μάνατζμεντ, ο Henry Fayol, οποίος έδωσε έμφαση στο μάνατζμεντ του συνόλου της επιχείρησης και καθόρισε τις λειτουργίες του μάνατζμεντ που είναι ο προγραμματισμός (planning), η οργάνωση (organizing), η διοίκηση (commanding), ο συντονισμός (coordinating) και ο έλεγχος (controlling). Επιπλέον, διατύπωσε τις 14 αρχές του μάνατζμεντ, μερικές από τις οποίες είναι: η πειθαρχία, η ανταμοιβή, η εξουσιοδότηση, η πρωτοβουλία, η τάξη κ. ά.

Ο Elton Mayo (1880-1949), ο οποίος ήταν ψυχολόγος, ίδρυσε το κίνημα των ανθρώπινων σχέσεων και εντόπισε τη σημασία της ανθρώπινης διάστασης της εργασίας την οποία πρέπει να λαμβάνουν υπόψη οι ειδικοί προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την απόδοση των εργαζόμενων.

Ο Abraham Maslow διατύπωσε τη θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν 5 επίπεδα αναγκών τα οποία καθορίζουν σχεδόν κάθε πτυχή της συμπεριφοράς μας. Οι ανάγκες ταξινομούνται από τις πιο βασικές προς τις πιο ώριμες και πολύπλοκες. Αυτή η ταξινόμηση των αναγκών περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες (Κατωτικίδη, 2008):

1. Φυσιολογικές ανάγκες: εδώ περιλαμβάνονται οι βασικές ανάγκες για αέρα, τροφή, στέγη.
2. Ανάγκες ασφάλειας και σταθερότητας: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για ασφάλεια και σταθερότητα.
3. Κοινωνικές ανάγκες: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για συντροφικότητα, στοργή και φιλία.
4. Ανάγκες για κοινωνική θέση και εκτίμηση: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για αναγνώριση, κοινωνική θέση, αυτοεκτίμηση, αυτοσεβασμός.
5. Αυτοπραγμάτωση: εδώ περιλαμβάνονται οι ανάγκες για ανάπτυξη, επιτυχία, εξέλιξη.

Το κάθε άτομο ξεχωριστά στοχεύει πρώτα στην ικανοποίηση εκείνων των αναγκών που είναι σημαντικότερες για εκείνον. Μία κατηγορία αναγκών μπορεί να λειτουργήσει ως κίνητρο μόνο όταν δεν έχει ικανοποιηθεί και υπό την προϋπόθεση ότι έχει καλυφθεί η αμέσως προηγούμενη σύμφωνα με την ιεραρχία των αναγκών (Σπυράκη και συν., 2005)

3.5. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΟ MANAGEMENT

Ο όρος μάνατζμεντ έχει μία ποικιλία περιεχομένων και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουμε δυσκολίες στην προσπάθειά μας να ορίσουμε τον όρο. Προέρχεται από το γαλλικό *ménage*, που σημαίνει νοικοκυριό και ταυτίζεται με τη διοίκηση, τη διεύθυνση αλλά και την ηγεσία.

Ο R. Griffin ορίζει το μάνατζμεντ ως τη διαδικασία του προγραμματισμού (planning), της οργάνωσης (organizing), της διεύθυνσης (directing) και του ελέγχου (controlling) των ανθρώπινων, χρηματοοικονομικών, φυσικών και πληροφοριακών πόρων μίας νοσοκομειακής μονάδας ώστε να επιτυγχάνονται οι στόχοι της με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο και το μικρότερο κόστος (Μπρίνια, 2012).

Με τον προγραμματισμό καθορίζονται οι στόχοι (στρατηγικοί, μεσοπρόθεσμοι, μακροπρόθεσμοι) και οι ενέργειες και τα μέσα (ανθρώπινο δυναμικό, κεφάλαιο,

πληροφορίες) που χρειάζονται για την ολοκλήρωση των στόχων. Η οργάνωση είναι η δεύτερη λειτουργία του μάνατζμεντ με την οποία διαιρούμε το συνολικό έργο σε εργασίες και καθήκοντα, σχεδιάζονται τα επιμέρους τμήματα και προσδιορίζεται η οργανωτική δομή τους και, τέλος, καθορίζεται το πλαίσιο για την αποτελεσματική υλοποίηση των στόχων, δηλαδή τα ιεραρχικά επίπεδα και οι σχέσεις εξουσίας. Η διεύθυνση έχει καθοριστική επιρροή στη συμπεριφορά του ανθρώπινου παράγοντα, μέσω της ηγεσίας, της εμπύχωσης, της υποκίνησης, της καθοδήγησης κ. ά., ώστε να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι. Τέλος, η λειτουργία του ελέγχου περιλαμβάνει τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, τη σύγκρισή με τους στόχους, τον προσδιορισμό των αποκλίσεων αποτελεσμάτων-στόχων και τη διαμόρφωση διορθωτικών κινήσεων για την εξάλειψη των τυχών αποκλίσεων.

Τα διοικητικά στελέχη (managers) πρέπει να είναι σε θέση να παίρνουν τις κατάλληλες αποφάσεις, μεγάλες ή μικρές, ώστε να προγραμματίζουν, να οργανώνουν, να διευθύνουν και να ελέγχουν. Για αυτό το λόγο πρέπει να διαθέτουν ευρύ φάσμα γνώσεων, μία εννοιολογική και θεωρητική βάση που να είναι σχετική με τις όλες τις λειτουργίες του μάνατζμεντ και τις ικανότητες να θέσουν σε εφαρμογή τις γνώσεις που διαθέτουν (Παυλάκη, 2009).

Ίσως η πιο σημαντική παράμετρος που έχει αδιαμφισβήτητη επίδραση στα διοικητικά στελέχη που ασκούν διοίκηση (management) είναι η κουλτούρα από την οποία διακρίνονται. Το μάνατζμεντ είναι μία ανθρώπινη δραστηριότητα, η οποία επηρεάζεται από παράγοντες που συνθέτουν την κουλτούρα ή τη φιλοσοφία του ατόμου που το ασκεί. Τέτοιοι παράγοντες είναι τα πιστεύω, από τις αξίες, τις νοοτροπίες, τις αξίες κ. ά.

Δεν πρέπει να παραλείψουμε να αναφερθούμε και στην ύπαρξη και χρήση συστημάτων μάνατζμεντ, όπως είναι τα συστήματα πληροφοριών, προγραμματισμού, αμοιβών, επικοινωνίας, ελέγχου.

Η σημαντικότερη διαφορά εντοπίζεται μεταξύ μάνατζμεντ και ηγεσίας. Ο όρος ηγεσία είναι ευρύτερος από αυτόν του μάνατζμεντ, είναι η διαδικασία

επηρεασμού των ατόμων ε έναν οργανισμό τα οποία επιδιώκουν με προθυμία και με ενθουσιασμό την επίτευξη ομαδικών στόχων. Ακόμα μία λέξη για το μάνατζμεντ είναι η διοίκηση, χρησιμοποιείται κυρίως όταν αναφερόμαστε σε δημόσιους οργανισμούς, όπως σχολεία και νοσοκομεία και εκφράζει την εκτέλεση αναγκαίων λειτουργιών ώστε ένας οργανισμός να θεωρηθεί επιτυχημένος.

3.6. ΜΟΡΦΕΣ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

3.6.1. Στρατηγικό Μάνατζμεντ

Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη μάνατζμεντ, συνδυάζεται ο στρατηγικός σχεδιασμός και η επιχειρησιακή λήψη αποφάσεων. Πρωταρχικός στόχος είναι να προσαρμοστεί το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού ή της επιχείρησης με το εξωτερικό του περιβάλλον. Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, το εξωτερικό περιβάλλον ασκεί ιδιαίτερα ισχυρή επίδραση σε κάθε οργανισμό υγείας.

Συνεπώς, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι κύριοι παράγοντες που μπορούν να διαμορφώσουν το στρατηγικό σχεδιασμό είναι τρεις: το εξωτερικό περιβάλλον, δηλαδή τι θα πρέπει να κάνει ο οργανισμός, οι αξίες και η αποστολή του οργανισμού, δηλαδή τι θέλει να κάνει. Αυτοί οι τρεις παράγοντες αλληλεπιδρούν με το εσωτερικό περιβάλλον, το οποίο μας δείχνει τι μπορεί να κάνει ο οργανισμός και τελικά έχουμε τη στρατηγική του σχεδιασμού.

Αφού διαμορφωθεί η στρατηγική, είναι απαραίτητο να διαμορφωθούν με τη σειρά τους επιμέρους επιχειρησιακές στρατηγικές (operational strategies) που θα συμβάλλουν στην υλοποίησή της. Επίσης, χρειάζονται ακόμα λειτουργικές στρατηγικές (functional strategies) για νευραλγικούς τομείς, όπως είναι το μάρκετινγκ, καθώς και οργανωτικές στρατηγικές (organization-wide strategies) που στοχεύουν στη μεταβολή δομών και υπηρεσιών και της οργανωτικής κουλτούρας.

3.6.2. Μάνατζμεντ Νοσοκομείων

Σύμφωνα με το γραφειοκρατικό μοντέλο του Γερμανού κοινωνιολόγου Max Weber, η γραφειοκρατία συνιστά τον αποτελεσματικότερο τρόπο οργάνωσης περίπλοκων οργανισμών, όπως είναι ένα σύγχρονο νοσοκομείο. Τόσο τα νοσοκομεία όσο και οι υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, ακολουθούν μία σειρά βασικών αρχών:

Καταμερισμός και εξειδίκευση καθηκόντων: Το εργατικό δυναμικό των νοσοκομείων έχει μεγάλο αριθμό εξειδικευμένων καθηκόντων που πρέπει να εκτελέσουν. Οπότε, ο καταμερισμός της εργασίας συμβάλλει στην αποδοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου.

Σύστημα κανόνων: Οριοθετεί τις πράξεις των εργαζόμενων εντός του νοσοκομείου.

Εύρος του ελέγχου: Σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο αριθμό προσώπων τα οποία μπορεί να επιβλέπει ένας προϊστάμενος.

Πυραμίδα ή ιεραρχική οργάνωση: Θεμέλιος λίθος της γραφειοκρατικής οργάνωσης είναι η υπαγωγή των θέσεων εργασίας σε πυραμίδα. Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται ο διοικητής ή ο γενικός διευθυντής.

Πίνακας 2: Ιεράρχηση στελεχών Νοσοκομείου

ΑΝΩΤΕΡΑ ΚΛΙΜΑΚΙΑ	Διοικητής, Υποδιοικητές, Διευθυντές ιατρικής, Νοσηλευτικής, Διοικητικής υπηρεσίας, Προϊστάμενοι Τομέων
ΜΕΣΑΙΑ ΚΛΙΜΑΚΙΑ	Προϊστάμενοι Τμημάτων και Μονάδων, Ιατροί, προσωπικό κοινωνικής υπηρεσίας
ΚΑΤΩΤΕΡΑ ΚΛΙΜΑΚΙΑ	Λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό

Πηγή: Τσέκος, 2010

Ενότητα στη διοίκηση: Κάθε εργαζόμενος στο νοσοκομείο είναι υπεύθυνος απέναντι σε ένα ή περισσότερα πρόσωπα.

Ανάθεση αρμοδιοτήτων: Ένας οργανισμός ωφελείται περισσότερο όταν οι αποφάσεις λαμβάνονται στο κατώτερο επίπεδο μαζί με την αποκέντρωση των

αρμοδιοτήτων. Δηλαδή, από το κεντρικό επίπεδο να μεταβαίνουμε σε περιφερειακές υπηρεσίες.

3.6.3. Μάνατζμεντ ανθρώπινων πόρων

Οι ανθρώπινοι πόροι ενός οργανισμού είναι οι άνθρωποι που εργάζονται σε αυτή. Το μάνατζμεντ ανθρώπινων πόρων (Human Resources Management) περιλαμβάνει το σχεδιασμό των ανθρώπινων πόρων, την ανάλυση των θέσεων εργασίας, την εποπτεία και την αξιολόγηση του προσωπικού, την παρακίνησή του, την πολιτική των αμοιβών, τις εργασιακές σχέσεις, την εκπαίδευση και την κατάρτισή του (Τούντας, 2008).

Αυτό το είδος μάνατζμεντ έχει συνδυαστεί με το μοντέλο του «κύκλου ανθρώπινων πόρων» (human resource style), σύμφωνα με το οποίο πρέπει να βασιστούμε στην επιλογή του κατάλληλου προσωπικού, να αξιολογήσουμε την απόδοσή του, να επιβραβεύσουμε τους εργαζόμενους και να βασιστούμε στην βελτίωση των δεξιοτήτων τους.

3.6.4. Μάνατζμεντ έργου

Στα καθήκοντα ενός μάνατζερ συμπεριλαμβάνεται η διαχείριση νέων έργων ή μονάδων εντός των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με 5 στάδια (Τούντας, 2008):

1. *Σύλληψη του έργου:* Μία νέα ιδέα εξετάζεται από οικονομικής, τεχνικής και λειτουργικής άποψης.
2. *Έναρξη έργου:* Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιούνται μελέτες και μια σειρά από αρχικές εργασίες, όπως χρονοδιαγράμματα, καθορισμός προϋπολογισμού, καταμερισμός των πόρων κ. ά.
3. *Υλοποίηση και κατασκευή του έργου:* Εδώ έχουμε την αγορά υλικών και αρχίζει η υλοποίηση του έργου.
4. *Ολοκλήρωση και αποδοχή του έργου:* Το έργο ολοκληρώνεται σύμφωνα με τις αρχικές μελέτες και τον προϋπολογισμό, χωρίς να υπάρχουν εκκρεμότητες.

5. *Λειτουργία και συντήρηση*: Σε αυτό το στάδιο υπάρχει η πιθανότητα να συναντήσουμε παρεμβάσεις λόγω ελλείψεων, λόγω αλλαγών στο θεσμικό πλαίσιο ή αλλαγών στις λειτουργίες του έργου.

3.7. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Το μάνατζμεντ σήμερα έρχεται αντιμέτωπο με μία σειρά προκλήσεων, όπως:

Έμφαση στην ολική ποιότητα: Η διοίκηση της ποιότητας θεωρείται ένα ζήτημα κρίσιμης στρατηγικής σημασίας αφού αποτελεί την πιο σημαντική μεταβλητή ανταγωνιστικότητας, που σε συνδυασμό με την τιμή, προσδιορίζει την αξία την οποία αγοράζει ο «πελάτης» (Μπορμπουδάκη και συν., 2005). Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) θεμελιώνεται στην άποψη ότι είναι προτιμότερο, από οικονομικής άποψης, για ένα οργανισμό να αναπτυχθεί σύμφωνα με την ποιότητα.

Οι ομάδες στους οργανισμούς: Οι ομάδες έχουν σημαντικό ρόλο στην ολοκλήρωση των εργασιών ενός οργανισμού. Μπορούμε να συναντήσουμε ομάδες ανώτατης διοίκησης, εργατικού δυναμικού, διάφορες επιτροπές, ομάδες που προσπαθούν να βελτιώσουν την ποιότητα.

Περιορισμοί στην παραγωγή: Η ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού μπορεί να επιτευχθεί με τον περιορισμό της παραγωγής, με στόχο το σωστό μέγεθός του και την εξασφάλιση της μέγιστης απόδοσης.

Επανασχηματισμός: Αφορά στο ριζικό επαναπρογραμματισμό των διαδικασιών του οργανισμού με στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα.

Ύπαρξη διακρίσεων: Με τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, εντείνονται οι διακρίσεις μέσα στο εργασιακό περιβάλλον των οργανισμών, μεταξύ περισσότερο και λιγότερο εξειδικευμένου υπαλλήλων. Ο ρόλος του μάνατζερ σε αυτές τις περιπτώσεις να αμβλύνει τις διαφορές και να διατηρήσει κινητοποιημένους τους λιγότερο εξειδικευμένους εργαζόμενους.

Κανόνες συμπεριφοράς: Αποτελεί πρόκληση η κινητοποίηση του εργατικού δυναμικού να συμπεριφέρεται σύμφωνα με ηθικούς κανόνες.

Συνδικάτα εργαζομένων: Καθήκον του μάνατζερ είναι να δημιουργήσει ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον στο εσωτερικό του οργανισμού ώστε να αποφευχθούν εντάσεις μεταξύ των υπαλλήλων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: HEALTH MANAGEMENT

4.1. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Η εφαρμογή του μάνατζμεντ είναι άρρηκτα συνδυσασμένη με την κουλτούρα στη διοίκηση και στο σχεδιασμό των νοσοκομείων. Απαιτούνται: νέες δομές, συγκεκριμένοι στόχοι και προτεραιότητες, επενδύσεις στον τομέα της τεχνολογίας (σύγχρονα εργαλεία) και στο ανθρώπινο δυναμικό (κίνητρα).

Το νοσοκομειακό μάνατζμεντ έχει δύο στόχους. Πρώτον, στοχεύει να διαθέσει τους υγειονομικούς πόρους προς όφελος του πληθυσμού. Δεύτερον, στοχεύει στην ορθολογική χρήση τους, με τη βοήθεια ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Είναι επιτακτική ανάγκη όλα τα νοσοκομεία να έχουν μία σύγχρονη διοίκηση προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των καιρών. Διανύουμε μία δύσκολη οικονομική περίοδο, κατά την οποία αυξάνονται οι ανάγκες των ασθενών, επομένως και οι προσδοκίες τους από τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Ο πιο σίγουρος τρόπος για να ανταπεξέλθουν τα νοσοκομεία, τα οποία είναι πολύπλοκοι οργανισμοί, είναι να έχουν μία σύγχρονη διοίκηση η οποία να λαμβάνει αποφάσεις βασιζόμενη σε τεκμηριωμένη, επιστημονική γνώση.

4.2. Ο ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Σε κάθε αναπτυγμένη χώρα η διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων ασκείται καταρχήν από το Διοικητικό Συμβούλιο και από το μάνατζερ του νοσοκομείου .

Στο ΕΣΥ το Διοικητικό Συμβούλιο και ο πρόεδρος του έχουν το πρώτο λόγο στη διοίκηση, αφού ο θεσμός του μάνατζερ δεν εφαρμόζεται ακόμα συστηματικά. Στην επόμενη βαθμίδα της ιεραρχίας στη διοίκηση βρίσκονται οι Διευθυντές των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Ο πρόεδρος του ΔΣ πρέπει να είναι έμπειρος σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης και συνήθως σε αυτή τη θέση διορίζονται γιατροί. Στην σημερινή πραγματικότητα όμως δεν συμβαίνει αυτό. Η διοίκηση

των νοσοκομείων ασκείται τελείως εμπειρικά, με συνέπεια να διακρίνεται από αναποτελεσματικότητα και έλλειψη οργάνωσης και ορθολογισμού.

Ο αποτελεσματικός μάνατζερ ενός δημόσιου νοσοκομείου, αλλά και των επιμέρους οργανισμών που υπάγονται σε αυτό, π. χ. Κέντρα Υγείας, επωμίζεται την οργάνωσή του, τον έλεγχο του εργατικού δυναμικού και την ορθολογική διαχείριση των πόρων. Από την πρώτη στιγμή που αναλαμβάνει τα καθήκοντά του πρέπει:

- Να λάβει μέτρα τα οποία θα μηδενίζουν την ταλαιπωρία των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
- Να καταπολεμήσει τις αιτίες που σπαταλούνται πόροι.
- Να ελέγξει τις λίστες αναμονής των ασθενών για προγραμματισμένα χειρουργεία ή εξετάσεις και να τις μειώσει όσο το δυνατόν περισσότερο.
- Να ελέγχει την τήρηση του ωραρίου.
- Να προσπαθήσει να δίνει κίνητρα, να πείθει και να έχει ομαλή συνεργασία με του εργαζόμενους του οργανισμού.
- Να διοικεί με αξιοκρατία.

4.3. HEALTH MANAGEMENT ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Health Management αποτελεί μία διάσταση του μάνατζμεντ στη σύγχρονη διοίκηση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Η διοίκηση που βασίζεται στην ολοκληρωμένη, επιστημονική γνώση οδηγεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων των νοσοκομειακών μονάδων και επομένως στην ομαλή λειτουργία τους. Το βασικότερο, ίσως, εργαλείο του Health Management αποτελούν τα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας.

Η έννοια της ποιότητας στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας έχει πολλές διαστάσεις. Μολονότι ως γενικής έννοια είναι κατανοητή σε όλους, η προσπάθεια να οριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια δεν είναι επιτυχής (Σκαλκίδης και συν., 2010). Σε γενικές γραμμές, μπορούμε να συμφωνήσουμε ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008). Στην εξασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας,

σημαντικό ρόλο έχει ο κύκλος της ποιότητας. Σε πρώτο στάδιο πραγματοποιείται η εκτίμηση της κατάστασης και προσδιορίζονται τα προβλήματα. Έπειτα, καθορίζονται οδηγίες, πρότυπα, πρωτόκολλα, κριτήρια που θα βελτιώσουν την ποιότητα και πραγματοποιούνται μετρήσεις, οι οποίες απεικονίζουν την πραγματική κατάσταση της. Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μετρήσεων, προγραμματίζονται ανάλογες δράσεις.

Πιο συγκεκριμένα, η εφαρμογή των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας μπορεί να αποτελέσει αναντικατάστατο εργαλείο για τη Διοίκηση οργανισμών, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, προσφέροντας βελτίωση της οργάνωσης του οργανισμού και μετρήσιμα αποτελέσματα.

Το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) παρέχει στους οργανισμούς στον τομέα της υγείας συμβουλευτικές υπηρεσίες και μπορεί να εγκαταστήσει τα εξής Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας:

- Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας για την πιστοποίησή τους σύμφωνα με το νέο πρότυπο ISO 9001:2000.
- Συστημάτων Ελέγχου υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων HACCP (για την πιστοποίηση των Τμημάτων Διατροφής Δημόσιων Νοσοκομείων) (Σουλιώτης, 2012).

4.3.1. Συστήματα διαχείρισης ποιότητας κατά ISO 9001:2000

Ο γενικότερος τρόπος οργάνωσης ενός οργανισμού μπορεί να περιγραφεί με το πρότυπο ISO 9001:2000. Εφαρμόζοντας το εν λόγω πρότυπο μπορούμε να επιτύχουμε:

- ✓ Σταθεροποίηση των υλοποιούμενων διεργασιών (δραστηριοτήτων).
- ✓ Συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ✓ Αύξηση της παραγωγικότητας.
- ✓ Αύξηση των δεξιοτήτων του προσωπικού.
- ✓ Μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των πελατών, αποδεκτών, χρηστών των προϊόντων ή υπηρεσιών του οργανισμού (www.ifet.gr)

Προκειμένου να πιστοποιηθεί ένας οργανισμός, πρέπει να σχεδιαστεί ένα ΣΔΠ, βασισμένο στις αρχές του μάνατζμεντ, σύμφωνα με τα παρακάτω στάδια:

- Αρχική ανάλυση και διάγνωση.
- Ανάπτυξη και τεκμηρίωση του ΣΔΠ (πολιτική ποιότητας, διαδικασίες, οδηγίες, έντυπα, εγχειρίδιο ποιότητας).
- Περιγραφή αρμοδιοτήτων και των υπευθυνοτήτων των κρίσιμων θέσεων εργασίας.
- Καθιέρωση δεικτών και μετρήσεων σχετικά με τις ιδιαίτερες λειτουργίες του οργανισμού.
- Δοκιμαστική λειτουργία του ΣΔΠ.
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις.
- Ανασκόπηση του ΣΔΠ και προετοιμασία της επιθεώρησης από το Φορέα Πιστοποίησης.
- Πιστοποίηση του οργανισμού.
(http://www.ifet.gr/activities_quality.htm#iso)

4.3.2. Συστήματα HACCP

Σύμφωνα με την ισχύουσα κοινοτική οδηγία 93/43, σε όλα τα στάδια παραγωγής ενός συγκεκριμένου τροφίμου, από τις πρώτες ύλες μέχρι και την κατανάλωσή του, είναι αναγκαστικό να εφαρμόζεται το σύστημα HACCP.

Οι 7 αρχές στις οποίες στηρίζεται το σύστημα HACCP είναι:

1. Εντοπισμός τυχόν κινδύνων για την ασφάλεια των τροφίμων, οι οποίοι πρέπει να προληφθούν, να εξαιρεθούν ή να μειωθούν σε αποδεκτά επίπεδα.
2. Εντοπισμός κρίσιμων σημείων ελέγχου για την πρόληψη ή την εξάλειψη ενός κινδύνου.
3. Καθορισμός των κρίσιμων ορίων στα κρίσιμα σημεία ελέγχου, προκειμένου να διαχωρίζεται το αποδεκτό από το μη αποδεκτό.
4. Καθορισμός και εφαρμογή αποτελεσματικών διαδικασιών παρακολούθησης στα κρίσιμα σημεία ελέγχου.

5. Καθορισμός διορθωτικών μέτρων, όταν η παρακολούθηση υποδεικνύει ότι ένα κρίσιμο σημείο ελέγχου βρίσκεται εκτός του κρίσιμου ορίου.
6. Καθορισμός διαδικασιών επαλήθευσης για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.
7. Ανάπτυξη διαδικασίας τήρησης αρχείων, προκειμένου να εξασφαλίζεται η εφαρμογή των μέτρων και να καθίστανται δυνατοί οι επίσημοι έλεγχοι. (http://www.ifet.gr/activities_quality.htm#haccp)

4.4. ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.4.1. Οικονομικές Αγορές

Ο δημόσιος τομέας θεσμοθετεί την οικονομική αγορά, με τη βοήθεια της οποίας συγκεντρώνει τα κέρδη που προκύπτουν από την αποδοτικότητα της ελεύθερης αγοράς μαζί με τα πλεονεκτήματα του κλασικού τρόπου διοίκησης και χρηματοδότησης. Για παράδειγμα, στη Μ. Βρετανία, από τη μία μεριά οι γενικοί ιατροί (GPs), οι οποίοι χρηματοδοτούνται από το κράτος, αγοράζουν υγειονομική περίθαλψη από τα NHS Trusts και από την άλλη παρατηρούμε ανταγωνισμό των περιφερειακών υγειονομικών αρχών για να δελεάσουν τους GPs. Είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε αυξημένη αποδοτικότητα εφόσον τα νοσοκομεία κοστολογούν χαμηλότερα τις υπηρεσίες που προσφέρουν για να είναι πιο ελκυστικά στους ασθενείς αλλά και στους πιθανούς χρηματοδότες.

4.4.2. Διοίκηση Συμβάσεων (Contracting ή contract-programme)

Η διοίκηση συμβάσεων σχετίζεται με συμβάσεις που γίνονται με την πελατεία, τους υπεύθυνους προμηθειών, του συνεργάτες ή και τους εργαζόμενους και διαπραγματεύεται τους όρους τους. Στόχος είναι οι ενδιαφερόμενοι να ακολουθούν κάθε όρο της σύμβασης, ακόμα και στην περίπτωση που προκύψουν αλλαγές.

Στα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας, μία σύμβαση πρέπει να είναι ξεκάθαρη ως προς το τι μπορεί να περιλαμβάνει η παραγωγή υπηρεσιών υγείας, ποιος μπορεί να θεωρηθεί παραγωγός και αγοραστής και πως πραγματοποιείται η επιθυμητή αγορά. Εδώ, το κράτος μπορεί να έχει μία θέση «επόπτη».

Πίνακας 3: Δομικά στοιχεία μανάτζμεντ συμβάσεων υγείας

Αντικείμενα Διαπραγματεύσεων	Περιεχόμενο Συμβάσεων
Ποσότητες	-Όγκος και είδος παρεχομένων υπηρεσιών -Εργαλεία συντονισμού προσφοράς -Τρόπος παραγωγής και διανομής υπηρεσιών -Ενδεικτικά μεγέθη-περιορισμοί προσφοράς
Προδιαγραφές Ποιότητας	-Δομή και Διαδικασία -Αποτέλεσμα
Τιμές (Αποζημιώσεις - Αμοιβές)	-Ύψος -Μονάδα υπολογισμού (ΣκτΠ ή DRG)
Δαπάνες	-Συνολικές δαπάνες (Global Budgeting) -Επιμέρους δαπάνες (internal Budgeting)

Πηγή: Μπουρσανίδης, 2010

4.4.3. Performance Management

Είναι μία διαδικασία η οποία προσπαθεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των οργανώσεων. Εκτός από την αξιολόγηση περιλαμβάνει και την κινητοποίηση του εργατικού δυναμικού ώστε να επιτευχθούν συγκεκριμένοι στόχοι σε εγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Τελικός στόχος είναι η επιβίωση και η ανάπτυξη του οργανισμού.

Οι Letts, Ryan και Grossman (1998) προτείνουν 4 ικανότητες-κλειδιά με τις οποίες είναι δυνατόν να επιτύχουμε την επιθυμητή αποδοτικότητα του οργανισμού (Smither, London, 2009):

Ικανότητα προσαρμογής: Αναφέρεται στην ικανότητα μίας οργάνωσης να δίνει έμφαση στο εξωτερικό περιβάλλον της, προσαρμόζοντας την απόδοσή της με τις ανάγκες των πελατών. Απαραίτητη είναι η αξιολόγηση, η συνεργασία, η δικτύωση και ο προγραμματισμός.

Ικανότητα ηγεσίας: Η δυνατότητα του ηγέτη της οργάνωσης καθοδηγεί τα μέλη αλλά και τους πόρους προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση, με τη βοήθεια. Η ικανότητα ηγεσίας χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη οράματος, καθιέρωσης των στόχων, κινητοποίησης και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.

Διοικητική Ικανότητα: Αναφέρεται στην χρήση των πόρων στην οργάνωση κατά των πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο. Απαιτείται προσεκτικός συντονισμός των ανθρώπινων πόρων και χρηματικών πόρων αλλά και των εγκαταστάσεων.

Τεχνική ικανότητα: Αναφέρεται στον επιτυχή σχεδιασμό και στην επιτυχή παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών.

4.4.4. Συγκριτική Αξιολόγηση (Benchmarking)

Το benchmarking είναι η συνεχής έρευνα, μέτρηση και συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων, στρατηγικών, πολιτικών, λειτουργιών, κουλτούρας, δομών, διαδικασιών, συστημάτων, μεθόδων, ικανοτήτων και πρακτικών μίας οργάνωσης με αυτές των καλύτερων στον κλάδο με σκοπό τη συνεχή μάθηση και βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας συνολικά (Μπουραντάς, 2002).

Με τη βοήθεια αυτού του εργαλείου είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε τις επιδόσεις ενός οργανισμού, τις μεθόδους και τα συστήματα που χρησιμοποιεί και τα επίπεδα βελτίωσής του. Έτσι, επιτυγχάνεται κατά κύριο λόγο μία ικανοποιητική πρόβλεψη της μελλοντικής κατάστασης του οργανισμού αλλά και τα σημεία που χρειάζεται να βελτιωθούν. Επίσης, με το benchmarking ένας σύγχρονος οργανισμός μπορεί να εκπαιδευτεί να ακολουθεί τις υποδειγματικές μεθόδους άλλων οργανισμών.

4.4.5. Balanced Scorecard

Ως στρατηγικός σχεδιασμός ορίζεται ο καθορισμός των μακροπρόθεσμων στόχων, με ορίζοντα τουλάχιστον ετήσιο, η κατάστρωση σχετικών σχεδίων υλοποίησης των στόχων αυτών, η παρακολούθηση, η ανασκόπηση, η κατάστρωση σχετικών σχεδίων υλοποίησης και συνεχής αναπροσαρμογή των σχεδίων. Σύμφωνα με τους Nokes και Greenwood (2005), «Προγραμματισμός είναι η διεργασία ορισμού του οργανισμού, ο καθορισμός ενός στόχου ανάπτυξης του και η εξέταση εναλλακτικών δρόμων πορείας προς αυτό το στόχο, ως ανάπτυξη στρατηγικής ορίζεται η διαδικασία η οποία επισημαίνει τα

σημερινά και μελλοντικά κρίσιμα θέματα του νοσοκομείου και αναπτύσσει κατάλληλους τρόπους προσέγγισής τους, που είναι συνεπείς με τους διατιθέμενους πόρους και περιορισμούς του περιβάλλοντος, σε συνοχή με την περιφερειακή και εθνική πολιτική υγείας. (Ανδρούτσου, 2010).

Το balanced scorecard, είναι ένα εργαλείο το ποίο μετατρέπει το στρατηγικό σχεδιασμό μίας επιχείρησης σε πρόγραμμα δράσης. Η μεθοδολογία που ακολουθούμε είναι η εξής:

- Διατυπώνουμε το όραμα και τη στρατηγική που θα ακολουθήσουμε για να το επιτύχουμε.
- Προσδιορίζουμε τους παράγοντας που θα μας εξασφαλίσουν την επιτυχία.
- Δημιουργούμε δείκτες με τους οποίους θα μπορούμε να ελέγχουμε την απόδοση και τον προϋπολογισμό.
- Αναθέτουμε σε ένα στέλεχος την αρμοδιότητα να ελέγχει την εξέλιξη του έργου και να διαχειρίζεται τους πόρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1. ΓΕΝΙΚΑ

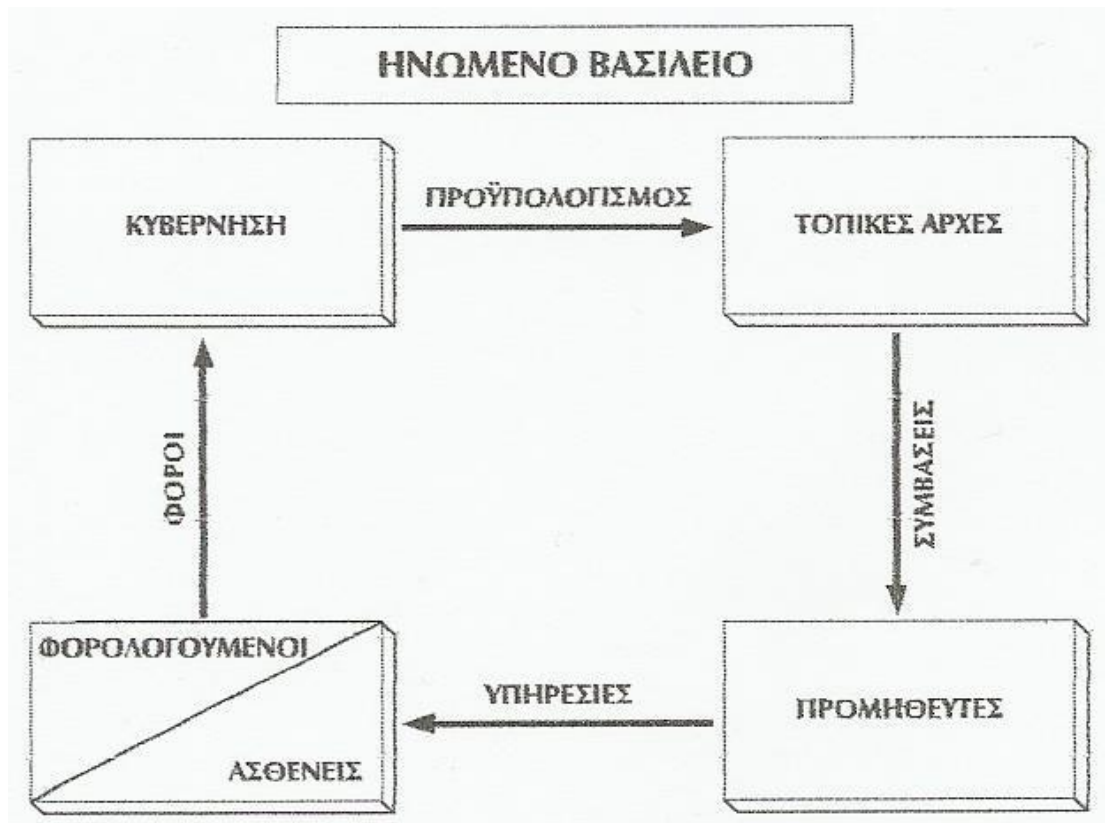
Το Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης (NHS), ιδρύθηκε το 1948 και αποτελεί το βασικότερο εκπρόσωπο των δημοσίων εθνικών συστημάτων υγείας. Γενικότερα ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα συστημάτων υγείας τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge. Βασικό χαρακτηριστικό αυτών των μοντέλων είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας (Υφαντόπουλος και συν., 2005).

Το NHS ήταν το πρώτο σύστημα που κάλυπτε το πληθυσμό καθολικά και δωρεάν. Μόνο το 13% του πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτικές ασφάλειες υγείας (Boyle, 2011). Θεμελιώνεται στις αρχές της αλληλεγγύης, της πλήρους υγειονομικής κάλυψης του συνόλου των πολιτών και της ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας.

Η έκθεση του Beveridge στόχευε στο σχεδιασμό ενός συστήματος υγείας, βασικό χαρακτηριστικό του οποίου θα ήταν η ύπαρξη μίας κεντρικής διοίκησης με τον εξής πρωταγωνιστικό ρόλο: θα αναλάμβανε να προστατεύσει τους πολίτες από την ασθένεια, την ανεργία, το γήρας.

Στο σχήμα που ακολουθεί απεικονίζεται η λειτουργία του NHS:

Εικόνα 2: Η λειτουργία του βρετανικού συστήματος υγείας της Βρετανίας.



Πηγή: Υφαντόπουλος και συν, 2005

Είναι εμφανές ότι σημαντική θέση κατέχουν: η κυβέρνηση, οι τοπικές αρχές, οι προμηθευτές του συστήματος υγείας (NHS Trusts) και οι φορολογούμενοι πολίτες. Η κεντρική κυβέρνηση, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, παρέχει τους απαραίτητους φόρους στην τοπική αυτοδιοίκηση, η οποία με τη σειρά τις πραγματοποιεί συμβάσεις (contracts) με τους προμηθευτές του συστήματος. Στη συνέχεια οι προμηθευτές παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες, οι οποίοι πληρώνουν φόρους.

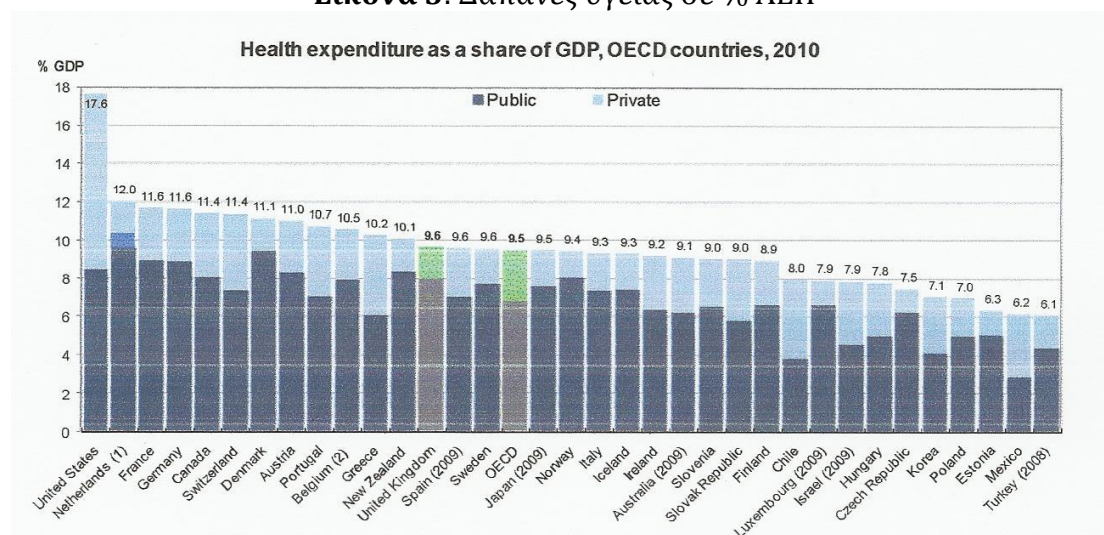
5.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Το βρετανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία αλλά και από ιδιωτικές πληρωμές, κατά κύριο λόγο από την ιδιωτική ασφάλιση. Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις 8 Περιφερειακές Αρχές Υγείας (Regional Health Authorities, RHAs) και έμμεσα, μέσω αυτών, στις Ομάδες Πρωτοβάθμιας φροντίδας, με κορμό τους γενικούς γιατρούς (Primary

Care Groups, PCGs) και στις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHAs) (Τούντας, 2008).

Οι δαπάνες υγείας στη Μ. Βρετανία το 2010 αντιστοιχούσαν στο 9.6% του ΑΕΠ, λίγο παραπάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ 9.5%. Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008, αρχικά οδήγησε σε μία ραγδαία αύξηση στις δαπάνες υγείας, η οποία όμως μειώθηκε στα πλαίσια μέτρων που ελήφθησαν για τη μείωση των δαπανών. Έτσι το 2009, το 9.8% του ΑΕΠ που αντιστοιχούσε στις υγειονομικές δαπάνες μειώθηκε, όπως προαναφέρθηκε, στο 9.6%.

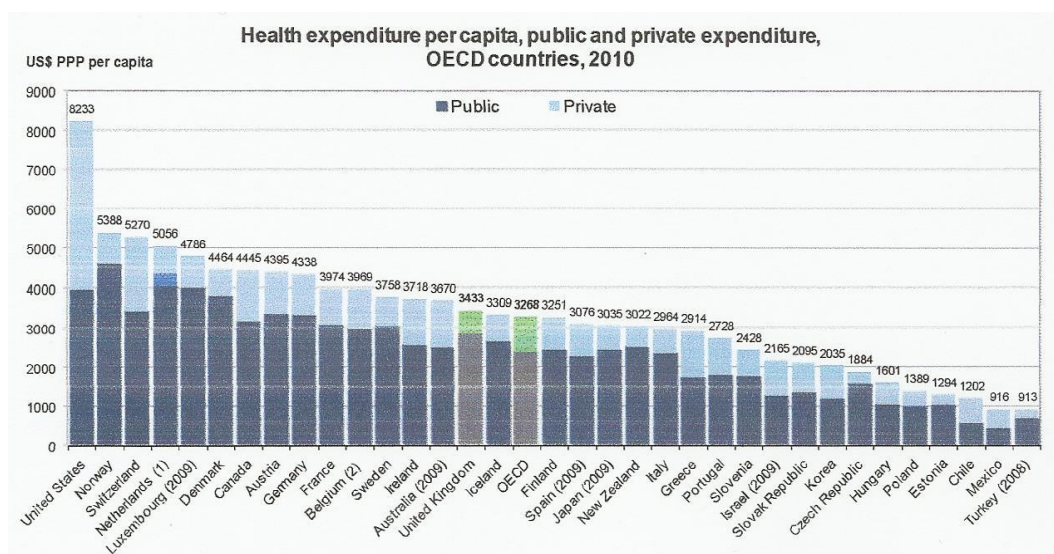
Εικόνα 3: Δαπάνες υγείας σε % ΑΕΠ



Πηγή: OECD, 2012

Όσον αφορά στο κατά κεφαλήν ΑΕΠ, οι δαπάνες της Μ. Βρετανίας στον τομέα της υγείας (3.433 \$ το 2010) είναι ελάχιστα μεγαλύτερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, (3.268 \$ το 2010) (OECD, 2012).

Εικόνα 4: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές)



Πηγή: OECD, 2012

5.3. ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

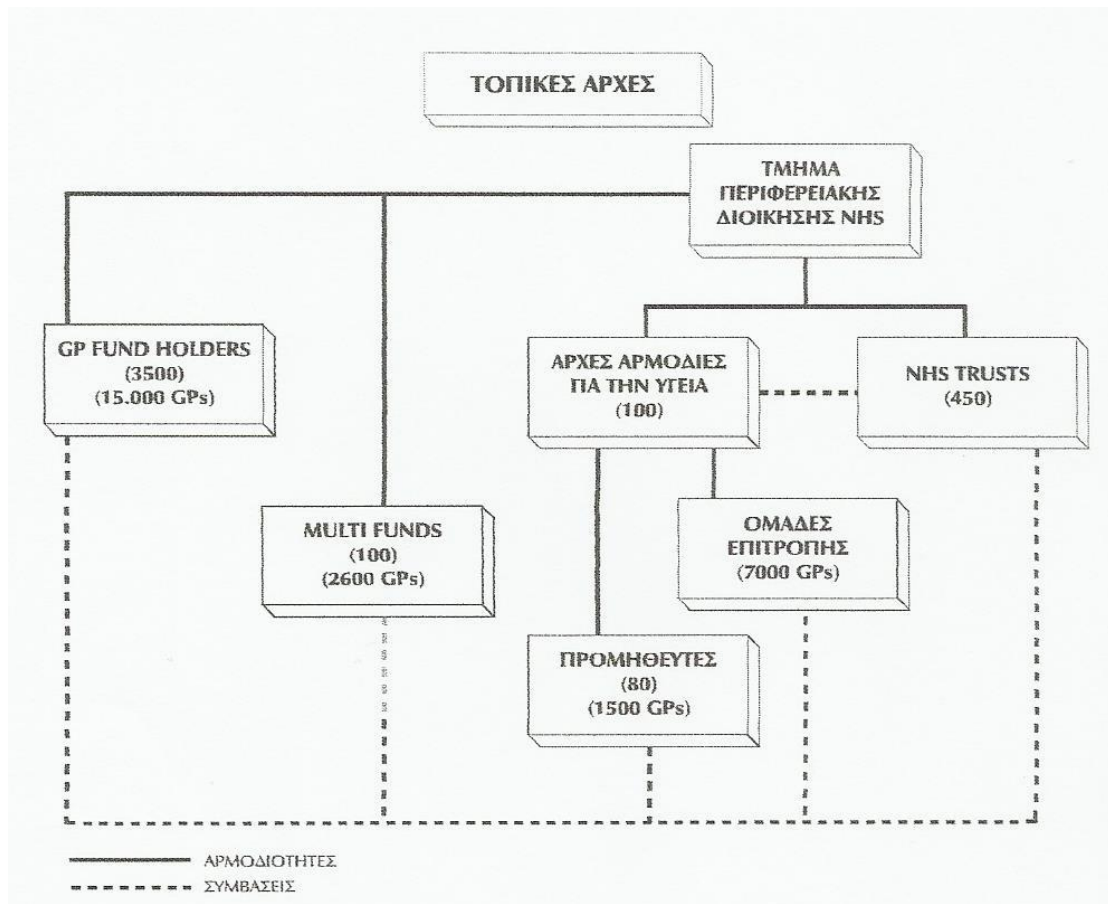
5.3.1. National Health Service and Community Care Act 1990

Με τις μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση του στη δομή του NHS το 1991, είμαστε σε θέση να διακρίνουμε 4 επίπεδα οργάνωσης:

1. Υγειονομικές περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs): σχεδιασμός και κατανομή πόρων στις επαρχίες σύμφωνα με προϋπολογισμούς του Υπουργείου Υγείας, διασφάλιση δημόσιας υγείας, έλεγχος συμβάσεων ώστε οι προσφερόμενες υπηρεσίες να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού.
2. Υγειονομικές επαρχίες (District Health Authorities, DHAs): αγορά υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό που έχουν να καλύψουν, σύναψη συμβάσεων DHAs-νοσοκομείων.
3. Ενώσεις γενικών ιατρών (General Practitioners Fund Holders): GPs καθίστανται ως «αγοραστές» υπηρεσιών υγείας, παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αγορά δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας από νοσοκομεία βάσει συμβάσεων.

4. Εσωτερική αγορά: συμβάσεις μεταξύ αγοραστών (DHAs, GPs με δικό τους προϋπολογισμό) και προμηθευτών (νοσοκομεία, GPs), ανταγωνισμός σε επίπεδα ποιότητας και τιμών.

Εικόνα 5: Η δομή του Εθνικού Συστήματος της Βρετανίας σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1991



Πηγή: Υφαντόπουλος και συν, 2005

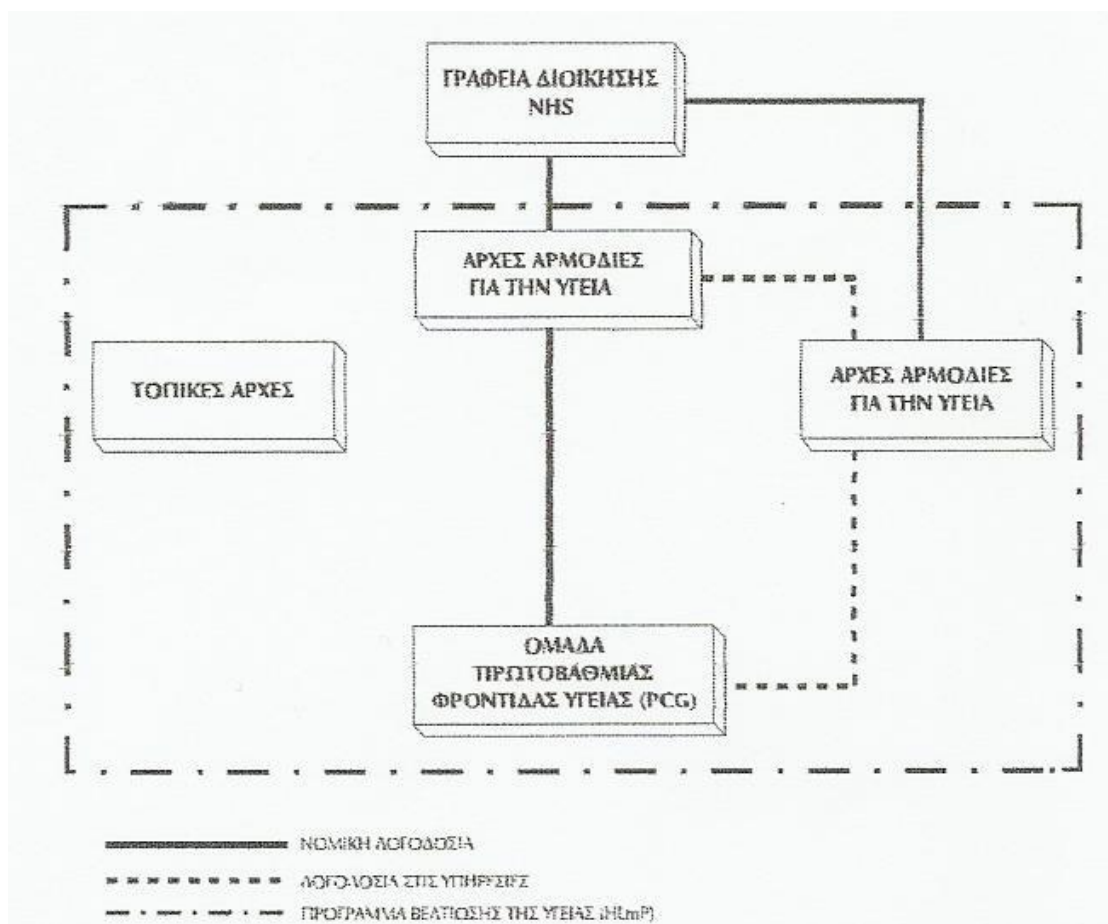
5.3.2. Μεταρρύθμιση 1999

Οι Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs) αντικαθιστώνται από τις Υγειονομικές αρχές (Health Authorities, Has) και εμφανίζονται οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs).

Σύμφωνα με τις μεταρρυθμίσεις του 1999, η δομή του Εθνικού Συστήματος της Αγγλίας διακρίνεται στα ακόλουθα επίπεδα (Υφαντόπουλος, 2005):

- Εθνικό Σύστημα Υγείας-Περιφερειακά γραφεία (NHS executive-regional offices)
- Υγειονομικές αρχές (Health Authorities)
- Ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Groups)
- Τοπικές Αρχές (Local Authorities)
- Εσωτερική αγορά (NHS Trusts)

Εικόνα 6: Η δομή του Βρετανικού Συστήματος Υγείας με βάση τη μεταρρύθμιση του 1999



Πηγή: Υφαντόπουλος και συν, 2005

5.3.3. Σκεπτικό Μεταρρυθμίσεων

Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας που έλαβαν χώρα στη Μ. Βρετανία στόχευαν στη βελτίωση της απόδοσής του και στον περιορισμό της κατασπατάλησης των πόρων του.

Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός ότι βάση των μεταρρυθμίσεων αποτελούν δύο ιδέες, αυτή της αποζημίωσης βάση αποτελεσμάτων και αυτή της υπευθυνότητας. Η πρώτη αποδεικνύει ότι σε κάθε φάση μίας μεταρρύθμισης υπάρχει ένας μακροπρόθεσμος στρατηγικός σχεδιασμός που στοχεύει στην επιτυχία των αλλαγών, ακόμα και αν τα αποτελέσματά τους δεν φανούν άμεσα αλλά σε βάθος χρόνου. Η δεύτερη, από τη μία πλευρά αναφέρεται στο δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν, από την άλλη στην αποφυγή στην άσκοπη σπατάλη των πόρων. Επιπλέον, άλλα σημεία των μεταρρυθμίσεων που αξίζουν την προσοχή μας είναι η τήρηση του προϋπολογισμού με πειθαρχία, η ελαχιστοποίηση του χρόνου αναμονής των ασθενών, η άποψη ότι η επιβράβευση είναι πιο αποδοτική μέθοδος όταν επιδεικνύουν οι προμηθευτές δημοσιονομική πειθαρχία παρά όταν γίνονται περικοπές.

Το NHS έδωσε έμφαση και στην ενδυνάμωση (empowerment) των ασθενών και στην καλλιέργεια ανταγωνισμού μεταξύ των NHS Trusts, με αποτέλεσμα την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους και τελικά την ικανοποίηση των ασθενών αυτών. Αυτό επιτυγχάνεται με την αποζημίωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων ανά περιστατικό και όχι σύμφωνα με εθνικές συμβάσεις. Η ενδυνάμωση των ασθενών έχει κοινά στοιχεία με τα νόμιμα δικαιώματα ασθενών και κοινού, όπως παρουσιάζονται στο το NHS Constitution που εκδόθηκε το 2009. Επικεντρώνεται σε 6 σημεία (Boyle, 2011):

- Πρόσβαση χωρίς περιορισμούς στις υπηρεσίες υγείας.
- Ποιότητα στη φροντίδα και στο περιβάλλον.
- Εθνικά αποδεκτές θεραπείες και φαρμακευτικές αγωγές.
- Σεβασμός, συγκατάθεση, εμπιστευτικότητα.

- Πλήρης πληροφόρηση.
- Παράπονα, παρατηρήσεις και αποζημιώσεις.

Είναι προφανές, λοιπόν, ότι οι μεταρρυθμίσεις του βρετανικού συστήματος υγείας θεμελιώνονται από παλιά σε βασικές έννοιες μάνατζμεντ, όπως η υπευθυνότητα και η αποδοτικότητα, και με τη βοήθεια τους θα μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής.

5.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

5.4.1. Συμβάσεις (contracting)

Όπως προαναφέρθηκε, πίσω από τη χρήση συγκεκριμένων μεθόδων μάνατζμεντ βρίσκονται οι ιδέες της ποιότητας, της αποδοτικότητας, της ενδυνάμωσης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, η μείωση του χρόνου αναμονής τους και η επιβράβευση των προμηθευτών.

Δύο από τα σημαντικότερα εργαλεία μάνατζμεντ, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν και κατά τις διάρκειες των μεταρρυθμίσεων, είναι η σύναψη συμβάσεων (contracting) και η αποζημίωση σύμφωνα με τα αποτελέσματα. Οι συμβάσεις μεταξύ των υγειονομικών αρχών και των Ομάδων Πρωτοβάθμιας με τους υπόλοιπους προμηθευτές υγείας, τονίζουν περισσότερο την ποιότητα και την ποσότητα παρά την τιμή των υπηρεσιών. Είναι ξεκάθαρο ότι για την κυβέρνηση της Μ. Βρετανίας είναι σημαντικότερη η συνεργασία ανάμεσα στους 'εμπλεκόμενους' των υπηρεσιών υγείας και όχι ο ανταγωνισμός.

5.5.2. Συγχωνεύσεις Νοσοκομείων

Στη Μ. Βρετανία, έλαβαν χώρα 99 συγχωνεύσεις νοσοκομείων (trusts) από το 1997, 14 από τις οποίες πραγματοποιήθηκαν στο Λονδίνο (Τσαβαλιάς και συν, 2012). Στις οριζόντιες συνενώσεις συμπεριλήφθηκαν κλινικές οξείας νοσηλείας, ψυχιατρικές κλινικές και μονάδες ΠΦΥ.

Στα μειονεκτήματα των συγχωνεύσεων περιλαμβάνονται:

- Καθυστερήσεις στα χρονοδιαγράμματα των συγχωνεύσεων

- Επιπλοκές στην προσφορά υπηρεσιών των νοσοκομείων που προκύπτουν μετά τη συγχώνευση.
- Δυσκολίες και εντάσεις στη σχέση μεταξύ managers και προσωπικού. Οι μεν αισθάνονται αποκομμένοι από το νέο προσωπικό, ενώ οι δεν ότι οι απόψεις τους δεν λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τη νέα διοίκηση.
- Οι ασθενείς-χρήστες χρειάζονται περισσότερο χρόνο προκειμένου να μεταβούν σε κάποια συγχωνευμένη νοσοκομειακή μονάδα.

Στα οφέλη προσμετρήθηκαν:

- Αποτελεσματικότερη διαχείριση στις μικρότερες μονάδες, χάρη στον αυξημένο αριθμό ιατρών.
- Εφαρμόστηκαν κατά τον πιο αποδοτικό τρόπο εργαλεία μάνατζμεντ, όπως η αξιολόγηση.
- Ευκαιρίες εκπαίδευσης και καριέρας του προσωπικού λόγω δημιουργίας μεγαλύτερων οργανισμών μετά τις συνενώσεις.
- Ενίσχυση περιφερειακών μονάδων υγείας με την αύξηση του μεγέθους τους.
- Μείωση του λειτουργικού κόστους. Ειδικότερα, η εξοικονόμηση από τη μείωση του κόστους διαχείρισης ανήλθε στα £ 178.700 των πρώτο χρόνο και στα £ 346. 800 το δεύτερο χρόνο (Τσαβαλιάς και συν, 2012).

5.5.3. Συμπράξεις ιδιωτικού-δημοσίου τομέα

Ένα ακόμα εργαλείο μάνατζμεντ που παρατηρούμε στο NHS είναι οι συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία (ΣΔΙΤ) (public private partnerships, PPPs). Τα τελευταία χρόνια, στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται μία συνεχής επέκταση της χρήσης των ΣΔΙΤ ως μέσου επένδυσης κεφαλαίου στο νοσοκομειακό τομέα, ιδιαίτερα σε συστήματα υγεία χρηματοδοτούμενα μέσω φορολογίας. Το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η πρώτη χώρα στη Ευρώπη που έκανε εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ προκειμένου να εξασφαλίσει επενδύσεις για κοινωνικές υποδομές, όπως είναι τα νοσοκομεία (Κονδύλης και συν., 2008).

Ιδιώτες αναλαμβάνουν τις υποστηρικτικές λειτουργίες ενός νοσοκομείου, όπως είναι η συντήρηση του κτιρίου, του εξοπλισμού, την ασφάλεια, τη στάθμευση κ. ά. Και τα NHS Trust με την αυτόνομη διοίκησή τους, αναλαμβάνουν την παροχή των κλινικών υπηρεσιών, όπως είναι η πρόσληψη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, και καταβάλλουν κάθε χρόνο ένα χρηματικό ποσό στον ιδιώτη. Οι περισσότερες ΣΔΙΤ στο NHS προβλέπουν τη συγχώνευση δύο ή περισσότερων δημόσιων νοσοκομείων με στόχο ενός νοσοκομείου με φθηνότερες υποδομές. Οι εκτάσεις που θα περισσέψουν μετά τη συγχώνευση πωλούνται ή παραχωρούνται σε ιδιώτες.

Δύο είναι τα κύρια επιχειρήματα υπέρ των ΣΔΙΤ. Πρώτον, η ανάγκη για επενδύσεις τόσο στη δευτεροβάθμια όσο και στο τριτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό την οικονομική στενότητα που επικρατεί στους δημόσιους πόρους, επιβάλλει την αναζήτηση πόρων στον ιδιωτικό τομέα. Δεύτερον, οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα διακρίνονται για την τεχνογνωσία, την καινοτομία και την αποτελεσματικότητά τους και είναι αναμφίβολο ότι ο δημόσιος τομέας θα μπορούσε να επωφεληθεί. Ο ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει ρίσκα του δημοσίου οπότε είναι προς όφελος του να εξασφαλίσει την καλύτερη απόδοση, ενώ το δημόσιο έχει κυρίως ένα οργανωτικό έργο να επιτελέσει.

5.5.4. Επιπλέον μέθοδοι Health Management

Μερικοί ακόμα εργαλεία Health Management που εφαρμόζονται στο βρετανικό NHS είναι:

- *Σύγχρονη διοίκηση:* Αρχικά, οι διοικήσεις των βρετανικών νοσοκομείων, ανάλογα με το που βρισκόταν το νοσοκομείο, υπάγονταν στη δικαιοδοσία της αντίστοιχης DHA. Στη συνέχεια, όμως, έκαναν την εμφάνισή τους τα NHS Trusts, με αυτόνομο καθεστώς και τη δυνατότητα κατάλληλης πολιτικής, η οποία θα οδηγούσε στην βελτίωση της απόδοσης και τις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- *Ενδυνάμωση ασθενών (patients' empowerment):* Οι προμηθευτές είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν λεπτομερή πληροφόρηση σχετικά με τις

υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν, ώστε ο ασθενής-χρήστης του συστήματος υγείας να είναι σε θέση να προχωρήσει στην κατάλληλη για αυτόν επιλογή.

- *Στρατηγικό μάνατζμεντ*: Τη δεκαετία του 1980 το NHS αντιμετώπιζε προβλήματα οργάνωσης, αναποτελεσματικότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και μειωμένης απόδοσης, καθώς οι δαπάνες υγείας αυξάνονταν χωρίς να σημειώνονται, όμως, αντίστοιχες αποδοτικές επιδόσεις. Ο Griffith εισήγαγε την έννοια του «στρατηγικού μάνατζμεντ» και πρότεινε την τοποθέτηση μάνατζερ σε κάθε επίπεδο διοίκησης, καθώς μέχρι τότε απουσίαζε κάποιος υπεύθυνος σε κάθε επίπεδο λήψης αποφάσεων.
- *Οιωνεί αγορές*: Από τη μία μεριά οι γενικοί ιατροί (GPs), οι οποίοι χρηματοδοτούνται από το κράτος, αγοράζουν υγειονομική περίθαλψη από τα NHS Trusts και από την άλλη παρατηρούμε ανταγωνισμό των περιφερειακών υγειονομικών αρχών για να δελεάσουν τους GPs. Παρατηρείται αυξημένη αποδοτικότητα εφόσον τα νοσοκομεία κοστολογούν χαμηλότερα τις υπηρεσίες που προσφέρουν για να είναι πιο ελκυστικά στους ασθενείς αλλά και στους πιθανούς χρηματοδότες.
- *Μάνατζμεντ ποιότητας (Quality Management)*: Μετά την εισαγωγή του όρου στρατηγικού μάνατζμεντ από το Griffith, το NHS στρέφεται στη Διοίκηση Ποιότητας, δίνοντας έμφαση στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
- *Έμφαση στα αποτελέσματα*: Δίνεται ιδιαίτερη αξία στη σχέση ποιότητας-τιμών (value for money), πρακτική η οποία ικανοποιείται πλήρως όταν δίνεται έμφαση στα αποτελέσματα και όχι στην ποσότητα και στον έλεγχο των εισροών.
- *Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας βάσει αποτελεσμάτων*: Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από το κράτος εξαρτάται από την απόδοσή τους (payment by results).
- *Μεγαλύτερη ελευθερία στα νοσοκομεία και στις ενώσεις των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Primary Care Trusts)*, προκειμένου να

εστιάσουν σε τοπικές ανάγκες , ώστε με αυτή να δημιουργηθεί ένα εθνικό πλαίσιο προτύπων και υπευθυνότητας.

5.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα τέλη της δεκαετίας του '90 μέχρι και το 2010 παρατηρείται μεγάλη αύξηση στις δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη. Αν και το συνολικό κόστος της υγειονομικής δαπάνης αυξανόταν από το 1948, όπου και ιδρύθηκε το NHS, η πραγματική δαπάνη διπλασιάστηκε από το 1999 και μετά. Το 1980 το κατά κεφαλήν κόστος των υγειονομικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων και των ιδιωτικών δαπανών, ήταν £231, το 2000 ήταν £1168 και 2008 ήταν £1852.

Επιπλέον, η διεύρυνση του ιατρικού προσωπικού είναι ένα ακόμα θέμα που απασχολεί τη βρετανική κυβέρνηση. Από το 2000 και μετά, στο NHS απασχολούνται 50.000 ιατροί, 10. 000 περισσότεροι GPs και σχεδόν 100.000 περισσότεροι νοσηλευτές και μαίες. Όμως, δεν έχει παρατηρηθεί αύξηση της παραγωγικότητας. Μεταξύ 1997-2008, αν και αυξήθηκαν οι εκροές στο NHS κατά 4.5% κάθε χρόνο σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, οι εισαγωγές αυξήθηκαν ακόμα περισσότερο κατά 4.75 % κάθε έτος. Επομένως, οι δαπάνες του NHS αυξάνονται, αποτυγχάνοντας να επιτύχει το επιθυμητό value for money.

Η απαίτηση ότι όλοι οι οργανισμοί που υπάγονται στο NHS πρέπει να περικόψουν τις δαπάνες του και να προβούν σε ευρείας κλίμακας οικονομικότερες δραστηριότητες, έχει σοβαρές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας από το 2010 και μετά. Το ερώτημα που πρέπει να μας απασχολεί είναι αν ένα NHS, το οποίο στην προσπάθειά του να αυξήσει την παραγωγικότητα του αντιμετώπισε δυσκολίες στο να μειώσει τις δαπάνες του, κατά πόσο θα μπορέσει να διατηρηθεί, στην καλύτερη περίπτωση, στάσιμο τα επόμενα χρόνια ώστε να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που επιτάσσουν οι καιροί, αυτές της οικονομικής στενότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

6.1. ΓΕΝΙΚΑ

Από το 1990 και έπειτα, ο τομέας της υγείας της Γερμανίας έχει υποστεί σημαντικό αριθμό παρεμβάσεων με στόχο τον έλεγχο του κόστους, ωστόσο ακολουθεί πιστά όσα προστάζουν οι αρχές της αλληλεγγύης και της επικουρικότητας. Χαρακτηρίζεται από έναν έντονο κορπορατιτισμό, ο οποίος μαζί με την αρχή της επικουρικότητας, καθορίζουν την χάραξη της πολιτικής υγείας, τη διαφύλαξη των συμφερόντων των σωματείων και την οργάνωση των ασθενών. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική αλλά ταυτόχρονα με αυτή οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να δράσουν αυτόνομα μέσα στο σύστημα.

Είμαστε σε θέση να διακρίνουμε τρία υποσυστήματα του γερμανικού συστήματος υγείας. Αυτά είναι (Παπαγεωργίου, 2007):

- Το σύστημα Διεύθυνσης-Συντονισμού.
- Το σύστημα Παραγωγής και Διανομής.
- Το σύστημα Χρηματοδότησης.

Στο πρώτο υποσύστημα, η οργάνωση και η λήψη αποφάσεων πραγματοποιούνται σε επίπεδο ομοσπονδίας, κρατιδίων και σε κορπορατιστικό επίπεδο, χωρίς να αγνοούμε την αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Σε εθνικό επίπεδο, οι βασικοί εμπλεκόμενοι στη λήψη αποφάσεων είναι η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, τα 16 κρατίδια και οι νόμιμες οργανώσεις των πολιτών. Η δράση της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης περιορίζεται από το Γερμανικό σύνταγμα, το οποίο καθορίζει τα πεδία αποκλειστικής δράσης της καθώς και τα πεδία που δρα παράλληλα με τα κρατίδια. Το θέματα που εντάσσονται στον τομέα της υγείας υπάγονται στη δικαιοδοσία των κρατιδίων και δεν αποτελούν αποκλειστική αρμοδιότητα της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης. Το Υπουργείο Υγείας έχει το δικαίωμα να υποβάλλει προτάσεις νομοθετικού περιεχομένου και κύριο έργο του είναι να διατηρεί την ισορροπία ανάμεσα στις ομοσπονδιακές

ενώσεις ιατρών και ασφαλιστικών ταμείων με την Ομοσπονδιακή Κοινή Επιτροπή. Η τελευταία απαρτίζεται από αντιπροσώπους ιατρών, ασφαλιστικών ταμείων και ασθενών.

Στο επίπεδο του κρατιδίου, η κάθε κυβέρνηση ασχολείται με πρακτικά ζητήματα, όπως η διατήρηση και η βελτίωση των νοσοκομειακών υποδομών, η υιοθέτηση μέτρων για τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, ο συχνός έλεγχος στα τρόφιμα και στα φάρμακα, η προώθηση της πρόληψης κ. ά. Επίσης, το κάθε κρατίδιο αναλαμβάνει την εκπαίδευση του προσωπικού που στελεχώνει τον τομέα υγείας, ιατρικού και παραϊατρικού.

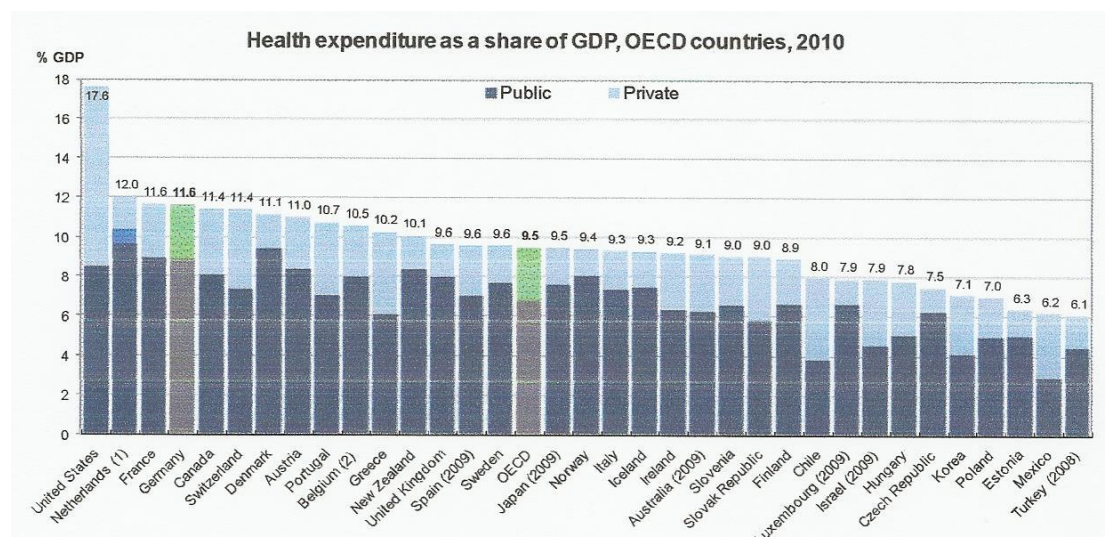
Στο κορπορατιστικό επίπεδο, όσο αφορά στη λήψη αποφάσεων έχουμε την αλληλεπίδραση μεταξύ οργανώσεων των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, οργανώσεων των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων. Πάροχοι υπηρεσιών υγείας είναι οι 17 ενώσεις ιατρών σε περιφερειακό και ομοσπονδιακό επίπεδο, οι 16 εταιρείες νοσοκομείων στην περιφέρεια και 12 εταιρίες πανεπιστημιακού, δημόσιου ή ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τα αντίστοιχα σε επίπεδο ομοσπονδίας, διάφορες ενώσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα. Αγοραστές υπηρεσιών υγείας είναι κατά κύριο λόγο τα ασφαλιστικά ταμεία, των οποίων τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η αυτόνομη διοίκησή τους και ο μη κερδοσκοπικός χαρακτήρας τους. Ακόμα μία οργάνωση που εμπλέκεται στη λήψη αποφάσεων σε αυτό το επίπεδο είναι οι ενώσεις επαγγελματιών υγείας. Κάθε κρατίδιο έχει τη δική του ένωση και όλες μαζί συγκροτούνται σε μία ομοσπονδιακή οργάνωση. Η κάθε ένωση υπακούσει στις νομοθετικές ρυθμίσεις του κρατιδίου στο οποίο ανήκει και έχει συμβουλευτικό ρόλο στη λήψη κάθε απόφασης.

Μέχρι το 2000, στο υποσύστημα Παραγωγής και Διανομής, οι νοσοκομειακές και οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας ήταν σαφώς διαχωρισμένες μεταξύ τους. Μετά τη μεταρρύθμιση του 2000, καταργήθηκε αυτός ο διαχωρισμός και υιοθετήθηκε η πρακτική των συμβάσεων μεταξύ νοσοκομείων και ιδιωτών ιατρών. Οι ιδιώτες ιατροί παρέχουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και αμείβονται κατά πράξη (fee for service) και οι υπηρεσίες έκτακτου χαρακτήρα ή

μακροχρόνιας φροντίδας παρέχονται από κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες απαρτίζονται από νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικούς υπαλλήλους.

Το γερμανικό σύστημα υγείας αποτελεί το βασικό εκπρόσωπο του βισμαρκιανού μοντέλου, συνεπώς η χρηματοδότηση του βασίζεται κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση υγείας. Το 2010, οι δαπάνες στον τομέα υγείας στη Γερμανία αντιστοιχούσαν στο 11.6% του ΑΕΠ, δηλαδή δύο μονάδες παραπάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ αλλά στο ίδιο επίπεδο με τη Γαλλία (OECD, 2012).

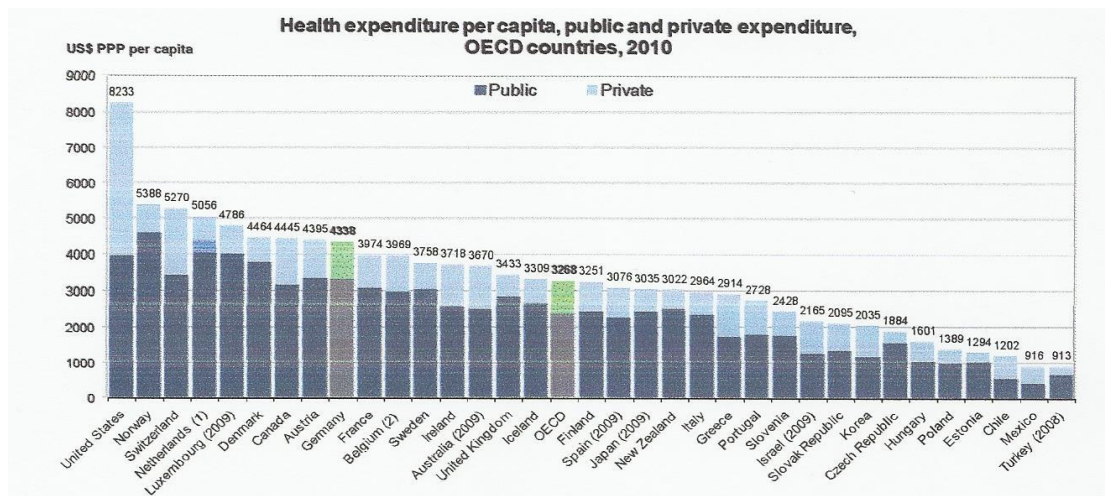
Εικόνα 7: Συνολικές δαπάνες σε % ΑΕΠ το 2010



Πηγή: OECD, 2012

Όσον αφορά στις κατά κεφαλήν δαπάνες, η Γερμανία βρίσκεται στην ένατη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, δαπανώντας 4.338 \$ κατά άτομο ενώ ο μέσο όρος ήταν 3.268 \$ (OECD, 2012).

Εικόνα 8: Κατά Κεφαλήν δαπάνες για το έτος 2010



Πηγή: OECD, 2012

6.2. ΕΡΓΑΛΕΙΑ HEALTH MANAGEMENT

Οι μεταρρυθμίσεις που υπέστη ο υγειονομικός τομέας της Γερμανίας στόχευαν, εκτός από τον περιορισμό των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης, στη βέλτιστη διαχείριση της ποιότητας της. Οι αλλαγές στο προφίλ του ασθενή του Δυτικού κόσμου, η στενότητα στους πόρους, η νέα αντίληψη που δίνει έμφαση στην πρόληψη των ασθενών και στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθιστούν απαραίτητη την εφαρμογή του ποιοτικού μάνατζμεντ.

Θα ακολουθήσει περιγραφή των τριών βασικών εργαλείων ποιοτικού μάνατζμεντ, του ISO, του EFQM και του ΚΤQ, τα οποία εφαρμόζονται ευρέως στα γερμανικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα εργαλεία αυτά δεν είναι νομικά δεσμευτικά, αλλά συμβάλλουν στη μετάδοση της γνώσης που σχετίζεται με διοικητικές λειτουργίες, τονίζουν την αξία της έννοιας της κουλτούρας στη διοίκηση και συνδέουν το όραμα του νοσοκομείου με όλα τα επίπεδα των υπαλλήλων προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή απόδοση.

6.2.1. Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για Μάνατζμεντ Ποιότητας (EFQM)

Το 1988 δημιουργήθηκε ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, γνωστός ως EFQM, και καθιέρωσε ένα μοντέλο μάνατζμεντ ποιότητας για κάθε είδους επιχείρηση, βάση της οποίας αποτελεί η αυτό-αξιολόγηση. Το μοντέλο αυτό πήρε το όνομα «Excellence Model» και αποτελείται από 9 κριτήρια και 32

υποκριτήρια. Τα πέντε πρώτα κριτήρια σχετίζονται με τις λειτουργίες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ένας οργανισμός υγείας, όπως η ηγεσία, η στρατηγική, το ανθρώπινο δυναμικό, η γνώση του υγειονομικού τομέα, η θεραπευτικές διαδικασίες που ακολουθεί, οι υπηρεσίες που προσφέρονται. Τα κριτήρια 6-9 ασχολούνται με τα αποτελέσματα της αποδοτικότητας του ιδρύματος, τα αποτελέσματα στην κοινωνία κ. ά. Το μοντέλο EFQM στηρίζεται στη μέθοδο της αυτοαξιολόγησης και απαντά σε ερωτήματα όπως: Α) Ποια είναι τα δυνατά σημεία του οργανισμού που πρέπει να διατηρηθούν ή να βελτιωθούν με τη χρήση των υπάρχουσών διαδικασιών; Β) ποιες είναι οι βασικές περιοχές που μπορούν να βελτιωθούν; Γ) Πως παρακολουθεί κανείς την πρόοδο των συμφωνημένων βελτιωτικών δράσεων; (Παπαγεωργίου, 2007). Το πρώτο βήμα για να τεθεί σε εφαρμογή το μοντέλο EFQM είναι η διοίκηση να υποστηρίξει τη μέθοδο της αυτοαξιολόγησης και να συμμετέχει σε αυτή. Στη συνέχεια, σχηματίζονται ομάδες εργαζομένων, οι οποίες θα ασχοληθούν με τις βελτιώσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν σε κάθε επίπεδο του οργανισμού. Τα συμπεράσματα στα οποία θα καταλήξουν, θα αποτελέσουν τα σχέδια δράσης του έργου.

6.2.2. Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO)

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης καθορίζει μία σειρά από πρότυπα και όσοι οργανισμοί επιθυμούν να τα ακολουθήσουν, πρέπει να περάσουν από ποιοτικούς ελέγχους. Ο πιο διαδεδομένος ποιοτικός έλεγχος είναι ο ISO:9001 και διασφαλίζει την ποιότητα στα πεδία του σχεδιασμού, της παραγωγής και των προσφερόμενων υπηρεσιών.

6.2.3. Φορέας Πιστοποίησης Νοσοκομείων για την Ποιότητα και την Ασφάλεια (KTQ)

Η εν λόγω διαδικασία προσπαθεί να κινητοποιήσει τη διοίκηση και τους εργαζόμενους ενός νοσοκομείου, προκειμένου να εφαρμοστεί ένα εσωτερικό σύστημα ποιοτικού μάνατζμεντ, το ποίο θα επικεντρώνεται στους ασθενείς και στις πράξεις που εκτελούνται σε καθημερινή βάση. Η λειτουργία του KTQ έχει ως εξής: αρχικά δημιουργούνται ομάδες εργασίας από επαγγελματίες υγείας, οι

οποίες στη συνέχεια καθορίζουν τις κατηγορίες βάσει των οποίων θα παρακολουθείται το ποιοτικό μάνατζμεντ στους νοσοκομειακούς οργανισμούς.

Τα συμπεράσματα στα οποία θα καταλήγουν οι ομάδες εργασίας θα καταγράφονται και θα λειτουργούν ως οδηγοί για την επιτυχή εφαρμογή του ΚΤQ. Το 2007 δημιουργείται μία διαδικασία πιστοποίησης, κοινή για όλες τις δομές στον τομέα της υγείας, με πληθώρα κριτηρίων ώστε να εναρμονιστεί το μάνατζμεντ ποιότητας με τις ιδιαιτερότητες της κάθε δομής.

Όσος αφορά στα νοσοκομεία, η διαδικασία πιστοποίησης έχει ως εξής:

1^ο στάδιο αυτοαξιολόγηση: Κάθε υπάλληλος αξιολογεί την απόδοσή του σε σχέση με την κατάσταση της υγείας των ασθενών, την κατάσταση του προσωπικού, την ασφάλεια, την υπηρεσία πληροφοριών, την ηγεσία του νοσοκομείου και το ποιοτικό μάνατζμεντ.

2^ο στάδιο εξωτερική εκτίμηση: ειδικοί συνεργάτες της ΚΤQ από το χώρο της υγείας αξιολογούν τα νοσοκομεία, βασιζόμενοι στις αυτοαξιολογήσεις που έχουν ήδη διενεργηθεί από το προσωπικό του νοσοκομείου.

3^ο στάδιο επισημοποίηση της πιστοποίησης: εάν η εκτίμηση των ειδικών συνεργατών της ΚΤQ είναι επιτυχής, το νοσοκομείο πιστοποιείται επίσημα για τα επόμενα 3 χρόνια. Επίσης, συντάσσεται και μία αναφορά ποιότητας της ΚΤQ, στην οποία παρουσιάζονται αναλυτικά οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν και τα επιτεύγματα του νοσοκομείου.

6.2.4. Balanced Scorecard

Είναι μία μέθοδος που εντάσσεται στο στρατηγικό μάνατζμεντ ποιότητας και μετασχηματίζει το όραμα ενός οργανισμού σε λεπτομερές σχέδιο δράσης. Το σχέδιο αυτό πρέπει να αποτελεί το μοναδικό κίνητρο για το κάθε εργαζόμενο και να παραμερίζεται κάθε είδους προσωπικού συμφέροντος. Επίσης, καταργείται η παραδοσιακή ιεραρχική δομή και δίνεται έμφαση στο κατά πόσο δεσμεύεται το κάθε άτομο ξεχωριστά στην υλοποίηση των στόχων.

6.2.5. Six Sigma

Είναι ένα εργαλείο το οποίο στοχεύει αποκλειστικά στη δημιουργία αλάνθαστων διαδικασιών και στα αποτελέσματά τους, έπειτα από τη στατιστική ανάλυση δεδομένων. Η εφαρμογή της μεθοδολογίας αυτής μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη για την περίπτωση των νοσοκομείων, καθώς είναι απαραίτητο να καθοριστεί με ακρίβεια το πόσο κοστίζει η κάθε διαδικασία, πχ. μία ιατρική διάγνωση.

6.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, το σύστημα υγείας της Γερμανίας χαρακτηρίζεται αναμφίβολα από την εφαρμογή μάνατζμεντ ποιότητας σε όλους τους τομείς της φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό τομέα.

Μία αρνητική παράμετρος η οποία είναι αναγκαία να αναφερθεί είναι ότι στη διαθέσιμη βιβλιογραφία δεν δίνεται τόση έμφαση στις διοικητικές υπηρεσίες που απαρτίζουν ένα νοσοκομείο όση δίνεται στα κλινικά στοιχεία, δηλαδή στους δείκτες που περιγράφουν το σύνολο των κλινικών του κάθε νοσοκομείου. Αυτό συμβαίνει διότι βάσει των τελευταίων ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει που θα πραγματοποιηθεί θεραπεία του και το κάθε ασφαλιστικό ταμείο να συνάψει συμβόλαια. Στην ουσία, όμως, οι αναφορές των κλινικών στοιχείων δεν μπορούν να υποδείξουν στον ασθενή-χρήστη ποιο είναι το κατάλληλο νοσοκομειακό ίδρυμα για την περίπτωσή του.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι το μάνατζμεντ ποιότητας στον υγειονομικό τομέα της Γερμανίας συνέβαλλε στη επικράτηση της διαφάνειας σε κάθε επιμέρους τομέα, χωρίς όμως να δίνεται ικανοποιητική απάντηση σε πρακτικούς προβληματισμούς των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΤΟ ΓΑΛΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

7.1. ΓΕΝΙΚΑ

Το σύστημα υγείας της Γαλλία μεικτό μοντέλο και μπορεί να χαρακτηριστεί κυρίως ως τύπου Bismarck ως προς τη δομή, όμως θυμίζει το μοντέλο του Beveridge ως προς τους στόχους και την έντονη κρατική παρέμβαση. Η οργάνωσή του βασίζεται στις αξίες της ελευθερίας, της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της ελευθερία της επιλογής. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας (Statutory Health Insurance, SHI) η οποία σχηματίστηκε ολοκληρωτικά μετά από μεταρρυθμίσεις που διήρκησαν 55 χρόνια, καλύπτει τον πληθυσμό σχεδόν στο σύνολό του (νόμιμους πολίτες και χωρίς άδεια παραμονής στη Γαλλία) και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ιδιώτες ιατρούς και από δημόσιες, ιδιωτικές και μη κερδοσκοπικές νοσοκομειακές μονάδες. Η πολιτική υγείας ασκείται κυρίως από (Chevreul et al., 2010):

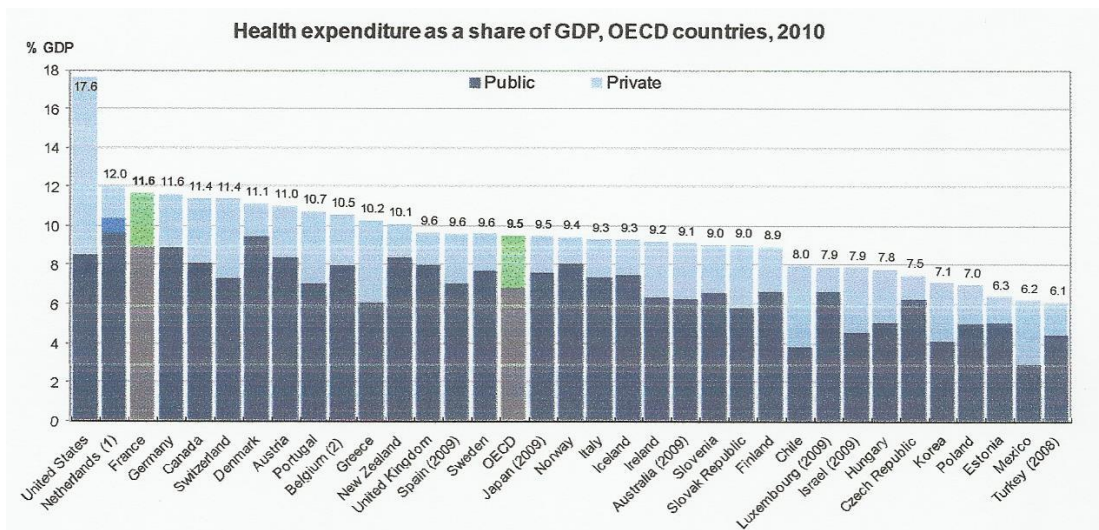
1. Το κράτος: Βουλή, Κυβέρνηση και διάφορα Υπουργεία
2. Την κοινωνική ασφάλιση υγείας
3. Σε μικρότερο βαθμό από τις τοπικές κοινότητες, σε περιφερειακό επίπεδο κυρίως

Η τάση που επικρατεί σήμερα είναι η παραχώρηση αρμοδιοτήτων που αφορούν στον σχεδιασμό σε περιφερειακό επίπεδο. Σύμφωνα με νόμο του 2009, δημιουργήθηκε ο Περιφερειακός Οργανισμός Υγείας (ARS), ο οποίος προέκυψε έπειτα από συνένωση των παραπάνω θεσμών, με στόχο την καλύτερη διαχείριση του συστήματος σε τοπικό επίπεδο βελτιώνοντας τις σχέσεις μεταξύ νοσοκομείων, εξωνοσοκομειακών μονάδων και κοινωνικών υπηρεσιών.

7.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Το 2007, η συνολική δαπάνη για την υγεία στη Γαλλία εκτιμήθηκε στα 208 εκατομμύρια ευρώ, δηλαδή στο 11% του ΑΕΠ (Chevreul, 2010), ενώ δύο χρόνια αργότερα στο 11.7% του ΑΕΠ. Την επόμενη χρονιά στο 11.6% του ΑΕΠ, δύο μονάδες περισσότερο από το 9.5% του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (OECD, 2012).

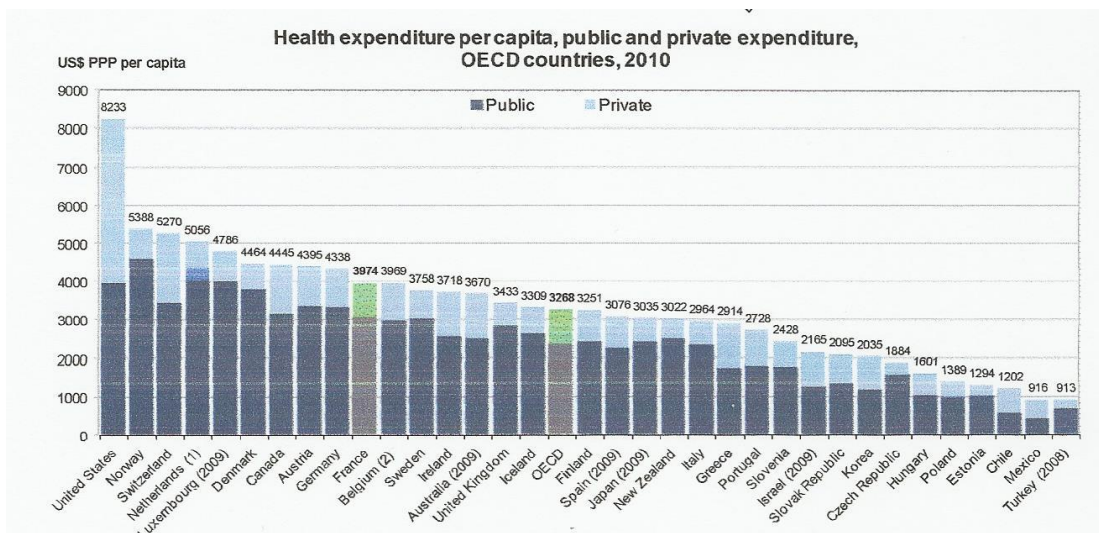
Εικόνα 9: Συνολικές δαπάνες υγείας σε % ΑΕΠ



Πηγή; OECD, 2012

Όσο για τις κατά κεφαλήν δαπάνες του πληθυσμού της Γαλλίας στον τομέα της υγείας το 2010 (3.974\$) είναι μεγαλύτερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (3.268\$) (OECD, 2012).

Εικόνα 10: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας



Πηγή: OECD, 2012

Για το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας είναι υπεύθυνο το Υπουργείο Υγείας μαζί με το Υπουργείο Οικονομικών και εμπλέκονται επιπλέον οι προμηθευτές

υγείας, εκπρόσωποι της κοινωνικής ασφάλισης. Αφού ολοκληρωθούν οι μεταξύ τους διαπραγματεύσεις, τα διατάγματα ή οι νόμοι ψηφίζονται από τη Βουλή. Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται σύμφωνα με μία ειδική κατηγορία DRGs και οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται σύμφωνα με συμβάσεις που έχουν συνάψει οι εκπρόσωποί τους με το SHI. Επιπλέον, οι ιατροί των νοσοκομείων μπορούν να δέχονται την πελατεία από τα ιδιωτικά τους ιατρεία στο χώρο της νοσοκομειακής μονάδας.

Κλείνοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το σύστημα υγείας στις Γαλλίας έχει επιτύχει ως προς την εκπλήρωση των βασικών του στόχων: την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, την απουσία λιστών αναμονής, την ποικιλία επιλογών και την ικανοποίηση των χρηστών. Τα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει είναι χαμηλής έντασης και σχετίζονται με τον περιορισμό των υγειονομικών δαπανών, την ασυνεννοησία μεταξύ νοσοκομειακού και εξωνοσοκομειακού τομέα και με τις ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας λόγω δύσκολων γεωγραφικών συνθηκών. Σε κάθε περίπτωση, όμως, τα πλεονεκτήματα υπερτερούν των μειονεκτημάτων, καθιστώντας το γαλλικό σύστημα υγείας ένα από τα καλύτερα στον κόσμο.

7.3. ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Όπως, αναφέρθηκε προηγουμένως συνδυάζει στοιχεία από ποικίλα μοντέλα οργάνωσης:

- Είναι συνδυασμός των μοντέλων Beveridge και Bismarck, συνδυάζοντας την κοινωνική ασφάλιση με την κρατική παρέμβαση.
- Συνδυάζει δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία χρηματοδοτεί τις ίδιες υπηρεσίες υγείας για τους όλο τον πληθυσμό.
- Χαρακτηρίζεται από την ελευθερία επιλογής για τους ασθενείς και την ελεύθερη άσκηση ιατρικής από τους επαγγελματίες υγείας.
- Συν-διοικείται από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση υγείας.

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε περίοδο οικονομικής ύφεσης είναι (Chevreul, 2010) :

2007

- Συμφωνία νοσηλευτών με SHI σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού σε περιοχές με ελλείψεις.
- Δημιουργία ασφαλιστικού σχεδίου για τη χρηματοδότηση μακροχρόνιων ασθενειών. Η μεταρρύθμιση αυτή αναβλήθηκε αρκετές φορές μέχρι το 2009
- HTA (Health Technology Assessment) με τη χρήση οικονομικών

2008

- Ατομικές συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς (CAPI) με SHI, σε ισχύ από 1 Ιανουαρίου 2009. Στόχοι είναι η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας για χρόνιες ασθένειες, προώθηση της προληπτικής ιατρικής και η αποτελεσματική συνταγογράφηση.

2009

- Υπογράφηκε το «2009 Hospital, patients, Health and Territories ACT» (no. 2009-879, 21 Ιουλίου 2009) που στόχευε στη βελτίωση της τοπικής διακυβέρνηση με τη δημιουργία τοπικών οργανισμών-αντιπροσωπειών υγείας, τα οποία θα αντικαθιστούσαν διάφορους θεσμούς του SHI. Κατά αυτό τον τρόπο, βελτιώνεται η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας σε τοπικό επίπεδο και εκμοντερνίζεται ο οργανισμός του νοσοκομείου με τη δημιουργία τοπικών νοσοκομειακών κοινοτήτων

2010

- 15% από 35% κάλυψης φαρμάκων τα οποία δεν σχετίζονται άμεσα με ιατρικά θέματα.

Με λίγα λόγια, οι στόχοι των μεταρρυθμίσεων στο γαλλικό σύστημα υγείας συνοψίζονται ως εξής:

- Εξορθολογισμός των δαπανών της SHI, χωρίς να θίγεται η ισότιμη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.
- Ενδυνάμωση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από τις γεωγραφικές διαφορές.

- Ικανοποίηση της ζήτησης για μακροχρόνια φροντίδα ασθενών.

7.4. ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΣΤΟ CONTRACTING

Πριν αναφερθούμε στο contracting ως το κύριο εργαλείο μανάτζμεντ στο γαλλικό σύστημα υγείας, είναι απαραίτητο να γίνει αναφορά στα εμπλεκόμενα φορείς. Αυτοί είναι το υπουργείο υγείας, οι ασφαλιστικοί φορείς υγείας, οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.

7.4.1. Υπουργείο Υγείας

Από το 1990 και μετά, έχουν αυξηθεί οι παρεμβάσεις του κράτους στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, τον πρώτο λόγο στο σχεδιασμό και στις νομοθετικές ρυθμίσεις έχουν οι εκπρόσωποι των ταμείων και τον προμηθευτών υγείας, οι οποίοι διαπραγματεύονται τα εκάστοτε ζητήματα, όπως δημόσια υγεία και μεταρρυθμίσεις, πριν την ψήφιση του οποιουδήποτε νόμου.

Οι δαπάνες του υγειονομικού τομέα και η ρύθμισή τους αποτελούν την κύρια προτεραιότητα το Υπουργείου Υγείας. Είναι υπεύθυνο για τη ρύθμιση των συμβάσεων μεταξύ των ταμείων και των ιδιωτών ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, τις διακυμάνσεις στις τιμές των ιατρικών πράξεων αλλά και φαρμάκων και ορίζει ένα συγκεκριμένο αριθμό εισακτέων σε ιατρικές σχολές κάθε χρόνο.

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας δεσμεύεται με το Υπουργείο Υγείας με σύμβαση τρίχρονης διάρκειας. Περιεχόμενο αυτής της σύμβασης είναι η γενικότερη διακυβέρνηση του SHI αλλά και οι στόχοι που είναι απαραίτητο να επιτύχει. Ορισμένοι από αυτούς είναι η βελτίωση της αποδοτικότητας του SHI, η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, σχεδιασμός δράσεων σχετικά με την προώθηση της πρόληψης και σύναψη συμβολαίων με τις οργανώσεις επαγγελματιών υγείας.

7.4.2. Κοινωνική ασφάλιση και Εθνική Ομοσπονδία ταμείων ασφάλισης υγείας

Στη Γαλλία, η κοινωνική ασφάλιση στηρίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης και στην αρχή της υποχρεωτικότητας. Κάθε ασφαλισμένος ανάλογα με το επάγγελμά του υπάγεται υποχρεωτικά στο αντίστοιχο ταμείο. Το SHI απαρτίζεται από 17 Ταμεία, το καθένα από τα οποία αποτελείται από παραρτήματα ανάλογα με την περιφερειακή διαίρεση της Γαλλίας.

Το 2004 τα τρία βασικότερα ταμεία, το Γενικό Ταμείο (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salaries, CNMATS), το Αγροτικό ταμείο (Mutualite sociale agricole, MSA) και το Κοινωνικό ταμείο ελεύθερων επαγγελματιών Regime social des independents, RSI), ενώθηκαν σε ένα και δημιουργήθηκε η Εθνική Ομοσπονδία ταμείων ασφάλισης υγείας (Union Nationale des caisses d'assurance maladie, UNCAM). Η UNCAM είναι η μόνη που μπορεί να εκπροσωπήσει τους ασφαλισμένους κατά τη διάρκεια διαπραγματεύσεων με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, η γαλλική κοινωνική ασφάλιση υγείας διακρίνεται για την οικονομική αυτονομία της και είναι στην ευχέρειά της να προτείνει αυξομειώσεις τις χρεώσεις των ασφαλισμένων. Όμως, σε κάθε περίπτωση τον τελευταίο λόγο έχει το Υπουργείο Υγείας, ο επόπτης του SHI.

7.4.3. Πάροχοι υπηρεσιών υγείας

Οι προμηθευτές του τομέα υγείας στη Γαλλία οργανώνονται στους επαγγελματικούς συλλόγους ή στις επαγγελματικές ενώσεις. Η πρώτη κατηγορία επαγγελματικής οργάνωσης ασχολείται με θέματα ηθικής και επαγγελματικής δεοντολογίας, ενώ η δεύτερη φροντίζει να μη θίγονται τα συμφέροντα των διάφορων επαγγελματιών υγείας.

Η εκπροσώπηση των ιδιωτών επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα ιδιόμορφη εξαιτίας της ποικιλίας των επαγγελμάτων και έχει τη μορφή της οριζόντιων ενώσεων σε τοπικό/ περιφερειακό επίπεδο. Πριν από μια δεκαετία, συγκεκριμένα το 2004, σχηματίστηκε το Εθνικό Σωματείο των Επαγγελματιών

Υγείας (UNPS), το οποίο ανέλαβε την εκπροσώπηση όλων των ιδιωτών επαγγελματιών υγείας και καθόριζε το περιεχόμενο των διαπραγματεύσεων μεταξύ SHI- επαγγελματιών υγείας σε εθνικό επίπεδο.

Η εκπροσώπηση των νοσοκομείων γίνεται από οργανισμούς, ανάλογα με το καθεστώς ιδιοκτησίας τους. Δηλαδή, ανάλογα από το αν είναι δημόσια, ιδιωτικά ή ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά.

7.5. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

Όπως συμβαίνει στα συστήματα τύπου Bismarck, έτσι και στη Γαλλία πριν από τη σύναψη οποιασδήποτε σύμβασης, υπογράφονται συμβάσεις μεταξύ της κοινωνικής ασφάλισης και των επαγγελματιών υγείας. Οι συμβάσεις αυτές είναι ένα εργαλείο το οποίο διατηρεί σε ισορροπία τις σχέσεις των αγοραστών και των προμηθευτών υγείας. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελούν οι διαπραγματεύσεις ανάμεσα στους ιδιώτες ιατρούς και στην κοινωνική ασφάλιση καθώς είναι ιδιαίτερα δύσκολο να συντονιστούν οι σχέσεις τους και να ικανοποιηθούν και οι δύο πλευρές στο βαθμό που η καθεμία θα επιθυμούσε.

7.5.1. Συμβάσεις με στόχο τη συγκράτηση του κόστους

Αυτή η κατηγορία συμβάσεων επικεντρώνεται στις συνταγογραφήσεις των ιατρών, στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας, σε συνδυασμό με την ελαχιστοποίηση των κακών πρακτικών.

Από το 2002 και έπειτα, οι συμβάσεις αυτές αποτέλεσαν εργαλεία για την επίτευξη των προαναφερθέντων στόχων και οργανώθηκαν στις εξής κατηγορίες:

Συμφωνίες για καλές πρακτικές (accords de bon usage des soins, AcBUS):

Τελικός στόχος τους είναι η συγκράτηση του κόστους με τη βοήθεια παρεμβάσεων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, οι οποίες μεταβάλλουν τη συμπεριφορά των ιατρών. Θέμα τους αποτελούν οι υπηρεσίες υγείας, τα φάρμακα που συνταγογραφούνται πιο συχνά και οι αμοιβές των ιατρών, οι

οποίες όσο πιο υψηλές είναι τόσο του κινητοποιούν. Μεταξύ 2002 και 2010, υπογράφηκαν 8 εθνικές AcBUS με ιδιώτες ιατρούς, με πιο γνωστή αυτή του 2006, στόχος της οποίας ήταν η αύξηση της συνταγογράφησης της ασπιρίνης μετά από θρομβωτικό επεισόδιο.

Συμβάσεις για καλές πρακτικές (Contrat de bonne pratique, CBP):

Αποτελούν ατομικές συμβάσεις, των οποίων το περιεχόμενο είναι οι υποχρεώσεις των ιατρών και στοχεύουν στον έλεγχο τους και στη βελτίωση των ιατρικών πράξεων. Αντάλλαγμα για τον έλεγχο αυτό αποτελεί μία επιπλέον αμοιβή κάθε έτος και μία επιπλέον εισφορά που θα συμπεριληφθεί στη σύνταξή τους. χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι συμβάσεις που στοχεύουν να εξασφαλίσουν υγειονομικές υπηρεσίες σε ορεινές περιοχές και προσφέρουν κίνητρα στους ιατρούς να μεταβούν σε αυτές.

Συμβάσεις για τη δημόσια υγεία (contrat de santé publique, CSP):

Αποτελούν ακόμα μία κατηγορία ατομικών συμβάσεων, σύμφωνα με τις οποίες ο συμβαλλόμενος ιατρός υποχρεούται να παρέχει επιπλέον υπηρεσίες σε ορεινές ή επαρχιακές περιοχές, όπως καταγραφή τα ληφθέντων φαρμάκων, ενημέρωση ασθενών για παρενέργειες φαρμάκων, ετήσιες εξετάσεις ασθενών.

7.5.2. Ατομικές συμβάσεις

Το 2009, μετά την αποτυχία που είχαν οι διαπραγματεύσεις σε εθνικό επίπεδο, το γαλλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εισήγαγε τις ατομικές συμβάσεις με τους γενικούς ιατρούς, τις λεγόμενες «ατομικές συμβάσεις για τη βελτίωση της ατομικής πρακτικής» (contrat d'amélioration des pratiques individuelles, CAPI). Οι CAPI θυμίζουν το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου και αποτελούν ατομικές συμβάσεις, εθελοντικού χαρακτήρα, μεταξύ των γενικών ιατρών και του SHI. Έχουν τριετή διάρκεια και οι γενικοί ιατροί μπορούν να τις καταγγείλουν ή να τις διακόψουν όποτε επιθυμούν.

Οι CAPI ακολουθούν τη γραμμή της δημόσιας πολιτικής υγείας της Γαλλίας, όπως αυτή έχει καθοριστεί από το Κοινοβούλιο, και η εισαγωγή τους στο γαλλικό σύστημα υγείας έγινε το 2009 με το Νόμο για τη χρηματοδότηση του

SHI. Δίνουν έμφαση στην απόδοση των ιατρών σε διάφορους τομείς, όπως στην προώθηση της πρόληψης, στις πιο ποιοτικές θεραπείες, στη στενή παρακολούθηση ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, στην αύξηση της συνταγογράφησης των γενόσημων φαρμάκων. Εάν οι γενικοί ιατροί εκπληρώσουν πλήρως τους στόχους που προβλέπονται από τη σύμβαση, θα είναι σε θέση να απολαμβάνουν πρόσθετες αμοιβές πάνω από 6.000 ευρώ. Όσοι από τους ιατρούς δεν έπιασαν τους επιθυμητούς στόχους, θα αποζημιώνονται ανάλογα με την πρόοδο που έχουν σημειώσει. Το περιεχόμενο και οι προαναφερθέντες στόχοι αναφέρονται κυρίως στους τομείς της πρόληψης, των χρόνιων παθήσεων και της συνταγογράφησης.

Μέχρι τον Αύγουστο του 2009, 8.000 γενικοί ιατροί είχαν υπογράψει ατομικές συμβάσεις και έως το Δεκέμβριο του ίδιου έτους ήταν στο σύνολό τους 12.600. Έως το 2010, το ένα τρίτο των γενικών ιατρών προχώρησαν στη σύναψη συμβάσεων με την κοινωνική ασφάλιση υγείας (SHI), παρά τις προτροπές των ενώσεων των ιατρών να πράξουν το αντίθετο. Ειδικότερα, στα δύο τρίτα των ιατρών παρατηρήθηκε 5% αύξηση στο ετήσιο εισόδημά τους.

Η SHI έχει αναλάβει να παρακολουθεί την εξέλιξη των συμβάσεων ως εξής: Τρεις φορές μέσα σε κάθε έτος οι εκπρόσωποι της SHI συναντώνται με τον κάθε συμβαλλόμενο ιατρό, του παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την απόδοσή του και την επίτευξη των στόχων που περιλαμβάνονται στη σύμβαση. Επίσης, η SHI δημοσιεύει ειδικά φυλλάδια με πληροφορίες για διάφορα ιατρικά θέματα και πληροφορίες για ειδικές κατηγορίες ασθενειών με απώτερο σκοπό να σεβαστούν οι ιατροί τις συστάσεις που τους δίνονται για τη βελτίωση της πρακτικής τους. Από το 2010 και έπειτα, ήταν σύνηθες φαινόμενο οι εκπρόσωποι της κοινωνικής ασφάλισης υγείας να επισκέπτονται γενικούς ιατρούς που δεν είχαν προχωρήσει στη σύναψη συμβάσεων προκειμένου να πειστούν για τα θετικά τους αποτελέσματα.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η σύναψη ατομικών συμβάσεων, βασισμένη στο σεβασμό των οδηγιών που δίνονται από τη SHI, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Εντούτοις, δεν μπορούμε να

παραβλέψουμε τους προβληματισμούς, οι οποίοι σχετίζονται με την παρατήρηση ότι η συμπεριφορά των συμβεβλημένων ιατρών είναι σχεδόν ίδια με αυτή των μη συμβεβλημένων, παρουσιάζοντας βελτίωση γενικά και όχι σε συγκεκριμένους τομείς. Ένα ακόμα σημείο άξιο προσοχής είναι ότι οι γιατροί που πραγματοποίησαν σύμβαση με το SHI ήταν πολύ κοντά στους στόχους και στις πρακτικές που αυτές προέβλεπαν. Γενικά, είναι δύσκολο εγχείρημα να προσδιοριστούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των εν λόγω συμβάσεων, αφενός γιατί μεσολαβεί μικρό διάστημα από την εφαρμογή τους αφετέρου γιατί εφαρμόστηκαν ταυτόχρονα με άλλες πολιτικές στο γαλλικό σύστημα υγείας.

7.5.3. Συλλογικές συμβάσεις

Οι σχέσεις της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτών προμηθευτών υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο καθορίζονται με τη σύναψη συλλογικών συμβάσεων. Εκπρόσωποι από την κάθε ένωση επαγγελματιών συνάπτουν συμβάσεις με την Εθνική Ομοσπονδία των Ταμείων Ασφάλισης Υγείας, οι οποίες έχουν διττό ρόλο: από τη μία καθορίζουν τις σχέσεις ανάμεσα τους επαγγελματίες υγείας και από την άλλη τη σχέση με τους ασφαλισμένους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και σε περίπτωση που κάποιος θελήσει να αποδεσμευτεί θα του επιβληθούν κυρώσεις.

Θέμα των συλλογικών συμβάσεων αποτελούν οι αμοιβές, η ορθή εφαρμογή οδηγιών για την άσκηση καλής πρακτικής, η συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων κ. ά. Η περίοδος ισχύς τους διαρκεί έως πέντε χρόνια και μπορεί να παραταθεί με την υπογραφή νέων συμβάσεων. Οι τροποποιήσεις των γενικών συμβάσεων είναι αρκετά συχνές, κάθε χρόνο όσον αφορά στους γενικούς ιατρούς, καθώς κρίνεται αναγκαίο να συμπεριληφθούν σε αυτές όλες οι τροποποιήσεις των νόμων που σχετίζονται με θέματα υγείας, όπως η κοινωνική ασφάλιση. Στις τροποποιήσεις αυτές έχει ανάμειξη και το Υπουργείο Υγείας, έχοντας σημαντικό ρόλο.

Άξια αναφοράς είναι η σύμβαση, η οποία υπογράφηκε το 2007, ανάμεσα στη SHI και στην ένωση νοσηλευτών. Σύμφωνα με αυτή, προβλέπεται για πρώτη φορά η κατανομή του υγειονομικού προσωπικού, εκτός των φαρμακοποιών, σύμφωνα με γεωγραφικούς όρους. Το 2008 τροποποιήθηκε η συγκεκριμένη σύμβαση και διατυπώθηκαν οι ορισμένες προϋποθέσεις, σύμφωνα με τις οποίες θα περιορίζεται η δράση των νοσηλευτών σε περιοχές όπου υπάρχει ήδη μεγάλος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, καθορίστηκαν κίνητρα προκειμένου να δραστηριοποιηθούν οι νοσηλευτές σε περιοχές όπου υπάρχει έλλειψη προσωπικού. Στόχος είναι αυτού του είδους η σύμβαση να επεκταθεί και στον τομέα των ιδιωτών ιατρών.

7.5.4. Συμβάσεις ομαδικής πρακτικής

Αυτή η κατηγορία συμβάσεων αφορά κυρίων το νοσηλευτικό προσωπικό και τους φυσιοθεραπευτές. Η ομαδική πρακτική ενθαρρύνεται ιδιαίτερα από τη γαλλική πολιτική υγείας ώστε να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην πρόληψη, στο συγχρονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας, στη βελτίωση των ποιοτικών δεικτών, στην εξασφάλιση της απρόσκοπτης πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας όλο το 24ωρο. Από το 2008, και για χρονικό ορίζοντα 5 ετών, σε 6 περιφέρειες της Γαλλίας ξεκίνησαν πιλοτικά σχήματα συμπληρωματικών επαγγελματιών υγείας, τα οποία εφαρμόζουν το σύστημα της κατά πράξης αμοιβής. Αυτά τα σχήματα χρηματοδοτούνται μερικώς από την κοινωνική ασφάλιση υγείας.

7.6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΓΑΛΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Περιληπτικά, οι στόχοι του συστήματος υγείας της Γαλλίας είναι:

- Καθολική κάλυψη ανεξάρτητα από ηλικία και κατάσταση υγείας.
- Ισότιμη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας.
- Κάθε πολίτης αναμένεται να συνεισφέρει στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, στο βαθμό που του επιτρέπει η οικονομική του κατάσταση.
- Συνέχεια, συγχρονισμός και αποτελεσματικότητα του των υπηρεσιών υγείας.

Το 2000, ο ΟΟΣΑ δήλωσε ότι: «Το σύστημα υγείας της Γαλλίας διακρίνεται για τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες που προσφέρει, σε συνδυασμό με την ελευθερία της επιλογής και τον ελάχιστο χρόνο παραμονής σε λίστα αναμονής για θεραπείες. Η πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες είναι ισότιμη για όλο τον πληθυσμό και, αντίθετα με άλλες χώρες, ότι όλοι οι πολίτες έχουν την ίδια αντιμετώπιση ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση τους» (Chevreul, 2010). Όμως, τα κύρια προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει σχετίζονται με την έλλειψη συντονισμού μεταξύ των νοσοκομείων και των κινητών υπηρεσιών υγείας,, καθώς και την ασυνεννοησία ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομές υγείας. Επίσης, οι κατά κεφαλήν δαπάνες είναι συνήθως υψηλότερες από αυτές του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, έχοντας την τρίτη ή τέταρτη θέση μετά από τις ΗΠΑ, τη Γερμανία και την Ελβετία. Είναι μία κρίσιμη κατάσταση σε μία περίοδο όπου ο δημόσιος τομές έχει να αντιμετωπίσει χρόνια ελλείμματα, τα οποία αναμένονται να αυξηθούν υπό το πρίσμα της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΤΟ ΝΟΡΒΗΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

8.1. ΓΕΝΙΚΑ

Από το τέλος του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου, ο υγειονομικός τομέας της Νορβηγίας, όπως και ο ευρύτερος δημόσιος τομέας, αντιμετωπίζει ανισορροπίες στην ισχύ δύο επιπέδων διακυβέρνησης, του κράτους και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η εναρμόνιση αυτών των δύο επιπέδων θα μπορούσε να επιτευχθεί με την αποκέντρωση, καθώς οι πολίτες θα έχουν τη δυνατότητα να εμπλακούν άμεσα στη λήψη αποφάσεων για θέματα τοπικού χαρακτήρα.

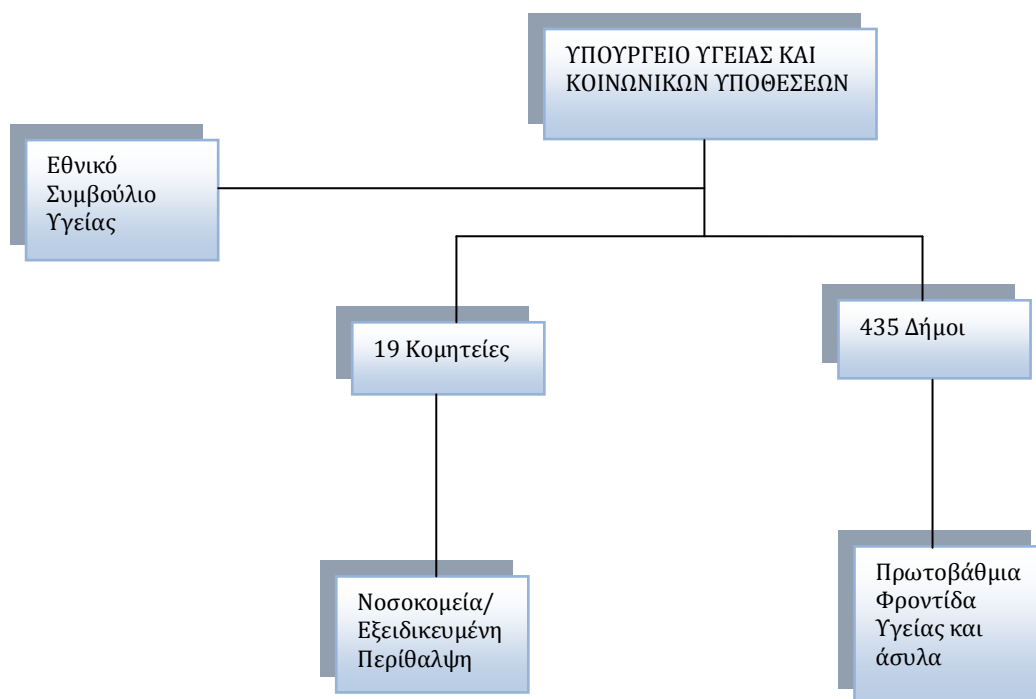
Το νορβηγικό σύστημα υγείας ακολουθεί το μοντέλο του Beveridge, συνεπώς είναι ένα δημόσιο σύστημα υγείας. Η πλειοψηφία των νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο τομέα ως επιχειρήσεις (enterprises) και χαρακτηρίζονται από ένα βαθμό ελευθερίας, όπως οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα. Εντούτοις, όλοι οι νοσοκομειακοί οργανισμοί είναι υποχρεωμένοι να λογοδοτούν και να διακρίνονται από σταθερότητα, όπως οι υπόλοιπες δημόσιες υπηρεσίες.

8.2. ΔΟΜΗ

Το νορβηγικό σύστημα υγείας ακολουθεί το πρότυπο του βρετανικού NHS ως προς τη φιλοσοφία της αποκέντρωσης και διαρθρώνεται σε 3 επίπεδα: το κράτος, τις κομητείες και τους δήμους (Johnsen, 2006).

Στόχος είναι μέσω της αποκεντροποίησης να μειωθεί η γραφειοκρατία, να βελτιωθεί η διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και να ενδυναμωθεί η πληροφόρηση του ασθενή-χρήστη. Συνεπώς, η ευθύνη για την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας βρίσκεται ανάμεσα σε δύο κυβερνητικά επίπεδα. Οι Κομητείες είναι υπεύθυνες για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, ενώ οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί:

Εικόνα 11: Δομή νορβηγικού συστήματος υγείας



Πηγή: Νικάκη, 2008

Το 2001 ψηφίστηκε το Health Enterprise Act, σύμφωνα με το οποίο αλλάζει η δομή των νοσοκομείων. Η ιδιοκτησία των νοσοκομείων ανήκει στο Κράτος και όχι στις 19 Κομητείες. Επιπλέον, εγκαταλείπεται το καθεστώς δημόσιας διοίκησης που τα διακρίνει και μεταβάλλονται σε εταιρείες που παράγουν υπηρεσίες υγείας. Τόσο οι υπηρεσίες υγείας που συναντώνται σε τοπικό επίπεδο όσο και οι διάφοροι οργανισμοί του υγειονομικού τομέα αντιμετωπίζονται ως επιχειρήσεις, οι οποίες λογοδοτούν στο κράτος. Οι στόχοι της δημόσιας πολιτικής υγείας που θα ακολουθείται διαμορφώνονται από το κράτος, ενώ την ευθύνη του καθημερινού μάνατζμεντ αναλαμβάνουν οι Γενικοί Διευθυντές και τα Διοικητικά Συμβούλια. Ο στόχος του Health Enterprise Act ήταν διπλός: αφενός επιτυγχάνεται ο καλύτερος δυνατός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από το κράτος, αφετέρου τα επιμέρους τμήματα των προαναφερθέντων εταιρειών υγείας είναι ανεξάρτητα. Τέλος, είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι το Health Enterprise Act δεν στοχεύει στο να ιδιωτικοποιηθούν οι νοσοκομειακοί οργανισμοί. Αναφέρεται ξεκάθαρα ότι ιδιώτες δεν μπορούν να

αναλάβουν τις λειτουργίες ενός νοσοκομείου εάν δεν έχει δοθεί η έγκριση του Κοινοβουλίου.

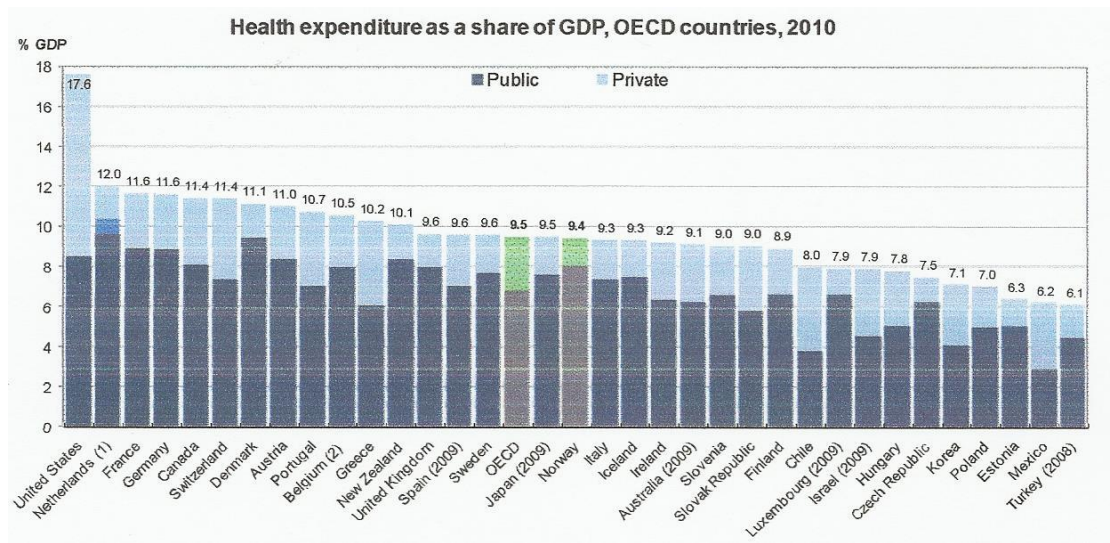
Ο Υπουργός Υγείας είναι ο αρμόδιος της διοίκησης όλων των επιχειρήσεων παραγωγής υπηρεσιών υγείας, καθώς και της απρόσκοπτης λειτουργίας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Στην κορυφή της ιεραρχίας στο νορβηγικό υγειονομικό τομέα βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ακολουθούν οι πέντε Περιφερειακές Επιχειρήσεις Υγείας (Regional Health Enterprises), 34 εταιρείες παραγωγής υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο και 250 επιμέρους οργανισμοί υγείας.

Μπορούμε να πούμε ότι με τη μεταρρύθμιση του 2001, ο υγειονομικός τομέας της Νορβηγίας δεν είναι εντελώς αποκεντρωμένος, αλλά μπορεί να χαρακτηριστεί ως ημι-αποκεντρωμένος. Οι Κομητείες και οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών υγείας, όμως, ο σχεδιασμό στις δημόσιες πολιτικής υγείας ανήκει στην κεντρική κυβέρνηση και σε ορισμένα βοηθητικά όργανα, όπως το Council on Smoking and Health, το Norwegian Board of Health κ. ά.

8.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ

Σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΟΣΑ, το 2004 το ποσοστό του ΑΕΠ, το οποίο αφορούσε στις υγειονομικές δαπάνες έφτασε το 10% και το 2002 η Νορβηγία κατέλαβε την τέταρτη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ για τις υγειονομικές δαπάνες της (Johnsen, 2006). Το 2010 οι δαπάνες της Νορβηγίας έφτασαν το 9.5%, κοντά στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2012).

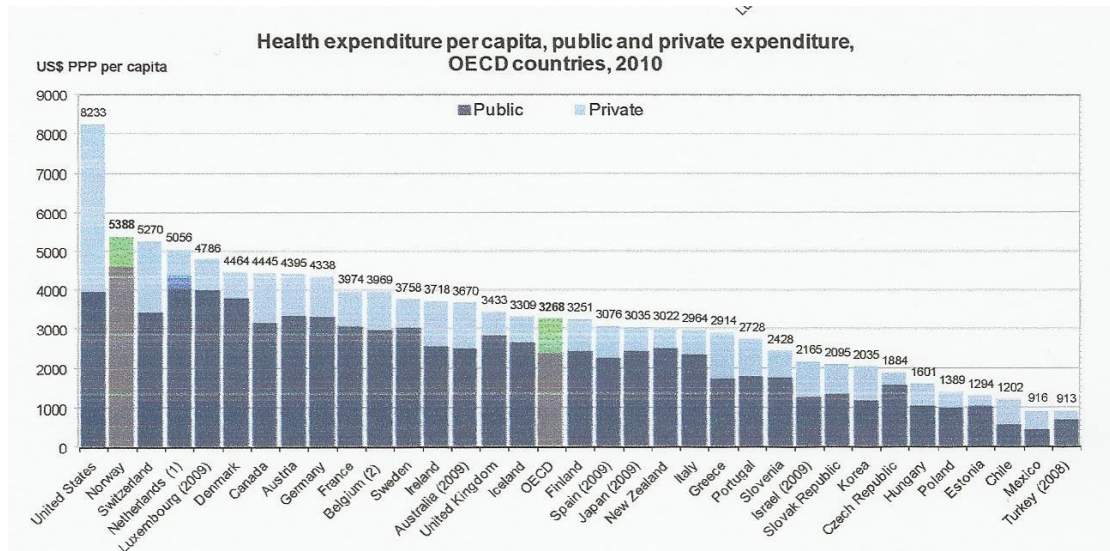
Σχήμα 12: Συνολικές δαπάνες της Νορβηγίας το 2010



Πηγή: OECD, 2012

Ενώ όσον αφορά στις κατά κεφαλήν δαπάνες η Νορβηγία βρίσκεται στη δεύτερη θέση, μετά τις ΗΠΑ (OECD, 2012).

Σχήμα 13: Κατά κεφαλήν δαπάνες της Νορβηγίας το 2010



Πηγή: OECD, 2012

Η αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας στη Νορβηγία είναι παρόμοια με αυτή άλλων δυτικών χωρών και μπορούν να δοθούν διάφορες αιτίες, όπως είναι η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, οι υψηλότερες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας, η αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ και η εφαρμογή νέων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας.

Η χρηματοδότησή του νορβηγικού συστήματος υγείας είναι βασισμένη στη γενική φορολογία και η ευθύνη της λήψης των αποφάσεων βρίσκεται στους Δήμους και στις Κομητείες. Χαρακτηρίζεται από ένα μεγάλο αριθμό υγειονομικών υπηρεσιών και δίνει έμφαση στην κοινωνική προστασία της υγείας. Απόδειξη της μεγάλης σημασίας που δίνεται στον τομέα της υγείας στη Νορβηγία είναι ότι το περίπου 35% του ετήσιου κρατικού προϋπολογισμού δαπανάται για τον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας, γεγονός που τοποθετεί τη Νορβηγία ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες με το υψηλότερο επίπεδο που ξοδεύεται κατά κεφαλήν για την υγεία (Νικάκη, 2008).

Η χρηματοδότησή του μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποκεντρωμένη, καθώς η κεντρική Κυβέρνηση παρέχει πόρους προς τις 19 Κομητείες και τους 435 Δήμους, χωρίς να παρεμβαίνει στη διαχείρισή τους, με την προϋπόθεση να λογοδοτούν προς αυτό. Οι Κομητείες έχουν την ευθύνη να σχεδιάσουν και να χρηματοδοτήσουν φορείς που θα έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Οι Δήμοι αναλαμβάνουν το σχεδιασμό και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, κοινωνικών υπηρεσιών, υπηρεσιών πρόληψης ασθενειών και ατυχημάτων, προαγωγής της δημόσιας υγείας και αποκατάστασης (Johnsen, 2006).

Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από το κράτος, από το νορβηγικό ασφαλιστικό σύστημα (National Insurance System) και από τους χρήστες αυτών των υπηρεσιών. Η ασφάλιση στο NIS των κατοίκων και των εργαζόμενων της Νορβηγίας είναι καθολική και υποχρεωτική. Πηγή της χρηματοδότησής τους αποτελούν οι εισφορές των εργατικού δυναμικού, των εργοδοτών αλλά και κρατικές επιχορηγήσεις, σε ποσοστό που αποφασίζει το νορβηγικό Κοινοβούλιο.

Η χρηματοδότηση του νορβηγικού συστήματος υγείας δίνει έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα. Ο καθορισμός των εσόδων των νοσοκομείων βασίζεται στους σφαιρικούς προϋπολογισμούς, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συγκράτηση των δαπανών των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ισότιμη πρόσβαση σε αυτές και η μείωση των λιστών αναμονής. Οι πληρωμές στηρίζονταν στο σύστημα των κλειστών ενοποιημένων νοσηλείων (DRGs), υπάρχουν 500 τέτοιες ομάδες, και προέρχονταν κυρίως από τις επιχορηγήσεις της Κυβέρνησης προς τις Κομητείες και τους Δήμους και από την αμοιβή κατά ιατρική πράξη.

8.4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ HEALTH MANAGEMENT

Προτού αναφερθούμε στα επιμέρους εργαλεία του μάνατζμεντ της υγείας, με τη βοήθεια της βιβλιογραφίας είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε ότι χαρακτηρίζεται ο τομέας υγείας της Νορβηγίας χαρακτηρίζεται από μία σύγχρονη διοικητική κουλτούρα βασισμένη στην ποιότητα. Καταρχήν, έχει εξασφαλιστεί η ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η ελευθερία της επιλογής για κάθε χρήστη-ασθενή, ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση του, τον τόπο κατοικίας του και το εισόδημά τους (Johnsen, 2006). Δεύτερον, τα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να λογοδοτούν στο κράτος για οποιαδήποτε δραστηριότητά τους, οπότε ο ασθενής είναι εφοδιασμένος με κάθε είδους πληροφορία πριν επιλέξει οποιαδήποτε νοσοκομειακή μονάδα.

Τα εργαλεία και οι μέθοδοι που χαρακτηρίζουν το νορβηγικό σύστημα υγείας είναι:

Σύγχρονες διοικήσεις: Οι διοικήσεις των νοσοκομειακών οργανισμών στοχεύουν στην περιφερειακοποίηση των διαδικασιών και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, κάτι που σημαίνει μείωση των χρόνων αναμονής, καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων, μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Ένα ακόμα στοιχείο που καθιστά σύγχρονες τις διοικήσεις του νορβηγικού μοντέλου είναι η υβριδικότητά τους, δηλαδή ο επιτυχής συνδυασμός μίας κεντρικής διακυβέρνησης και αποκεντρωτικές επιχειρήσεις υγείας.

Στρατηγικό Μάνατζμεντ: Η Νορβηγία χαρακτηρίζεται από ένα μοντέλο στον τομέα της υγείας, το οποίο προβλέπει την ανάγκη ύπαρξης στρατηγικού

σχεδιασμού και αυτονομίας στις υπηρεσίες υγείας. Οι managers στη Νορβηγία έχουν επωμιστεί την ευθύνη της διατήρησης της στρατηγικής και λειτουργικής αυτονομίας των επιπέδων διοίκησης που έχουν αναλάβει.

Οιωνεί αγορές: Ο δημόσιος τομέας θεσμοθετεί την οιωνεί αγορά, με τη βοήθεια της οποίας συγκεντρώνει τα κέρδη που προκύπτουν από την αποδοτικότητα της ελεύθερης αγοράς μαζί με τα πλεονεκτήματα του κλασικού τρόπου διοίκησης και χρηματοδότησης. Στη Νορβηγία, οι υπηρεσίες υγείας σε κάθε Κομητεία και Δήμο μπορούν να αντιμετωπιστούν ως επιχειρήσεις, οι οποίες βρίσκονται υπό τον έλεγχο της κεντρικής Κυβέρνησης. Είναι δεδομένο, αφού έχει προηγηθεί η πληροφόρηση των χρηστών για την ποιότητα της κάθε υπηρεσίας, ότι οι καλύτερες επιχειρήσεις θα έχουν μεγαλύτερο αριθμό χρηστών.

Quality management: Το σύστημα υγείας της Νορβηγίας στηρίζεται στη διοίκηση Ποιότητας, έχοντας ως προτεραιότητά του την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Μάνατζμεντ Απόδοσης: Οι μάνατζερς των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι ενεργοί, να στρέφουν την προσοχή τους στην απόδοση της υπηρεσίας που έχουν αναλάβει, η οποία οφείλει να είναι σύμφωνη με τους επιθυμητούς στόχους.

DRGs: Οι πληρωμές του νοσοκομειακού τομέα καθορίζονται από συνδυασμό του κόστους της θεραπείας του κάθε ασθενή με το σφαιρικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Το κόστος για κάθε κατηγορία ασθένειας έχει προϋπολογιστεί καθώς υπάρχουν 500 ομάδες DRGs.

Ενδυνάμωση ασθενών: Τονίζεται η ανάγκη για ολοκληρωμένη πληροφόρηση των ασθενών-χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Συμβάσεις: Η κάθε Κομητεία έχει τη δυνατότητα να συνάψει συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς, των οποίων τα έσοδα θα προέρχονται από επιχορηγήσεις των Κομητειών και του NIS. Στόχος είναι να υπάρχει επαρκές ιατρικό προσωπικό σε περιφερειακές περιοχές.

Συνενώσεις νοσοκομειακών μονάδων: Μετά από μελέτη συγχωνεύσεων 17 μη ψυχιατρικών νοσοκομείων, εκτιμήθηκε ότι:

- Όλα τα νοσοκομεία εμφάνισαν αύξηση της αποδοτικότητάς τους σε ποσοστό 3.6%-12.9% στο διάστημα πριν από τις συγχωνεύσεις. Αυτό ίσως οφείλεται στην εντεινόμενη συνεργασία πριν από τις επερχόμενες συγχωνεύσεις.
- Η επίπτωση των συγχωνεύσεων των νοσοκομείων στην τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) ήταν σχεδόν μηδενική, ενώ η αποδοτικότητα (cost efficiency) μειώθηκε κατά 2-2.8% μετά τις συγχωνεύσεις.
- Οι συγχωνεύσεις δημιούργησαν ευκαιρίες για αναδιαπραγμάτευση των μισθών, με θετικά αποτελέσματα.
- Σε μία περίπτωση νοσοκομείου που προέκυψε μετά από συγχώνευση, η τεχνική αποδοτικότητα αυξήθηκε κατά 6% και το cost efficiency κατά 4%. (Τσαβαλιάς και συν, 2012)

8.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Νορβηγικό σύστημα υγείας βασίζεται στη γενική εισφορά φόρων και καλύπτει όσους ζουν και εργάζονται στη Νορβηγία. Έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να προσφέρει ισότιμη πρόσβαση σε όλους, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση και την οικονομική τους κατάσταση. Για την εκπλήρωση αυτού του σκοπού η δομή του απαρτίζεται από 3 επίπεδα: την κεντρική Κυβέρνηση, τις Κομητείες και τους Δήμους. Το Κράτος χρηματοδοτεί τις τοπικές κυβερνήσεις ώστε να καλύψουν τις δαπάνες τους και ταυτόχρονα τις επιβλέπει προκειμένου να είναι σίγουρο ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν συνάδουν με τους εθνικούς στόχους. Ο αποκεντρωμένος υγειονομικός τομέας της Νορβηγίας βασίζεται σε δημοκρατικές αρχές και ωθεί τους ασθενείς-χρήστες να εμπλακούν στη διαμόρφωση των τοπικών πολιτικών υγείας. Η πολιτική υγείας στη Νορβηγία είναι επιτυχημένη διότι διαμορφώνεται έπειτα από διαπραγματεύσεις μεταξύ των ενδιαφερόμενων ομάδων και μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας

συνδυασμός κεντρικού ελέγχου και τοπικής ελευθερίας. Επιπλέον, η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί προτεραιότητα των πολιτικών δεσμεύσεων.

Η κυριότερη πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει η Νορβηγία στο μέλλον είναι οι ανισότητες στον τομέα της υγείας. Είναι αναγκαίο να συντονιστούν τα διαφορετικών επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ του τομέα υγείας και του κοινωνικού τομέα. Συγκεκριμένα, αυτή η πρόκληση σχετίζεται με την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Άλλες προκλήσεις αφορούν παρεμβάσεις για τη μείωση χρήσης αλκοόλ και ουσιών, για την αντιμετώπιση προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων του πληθυσμού, για την αντιμετώπιση πανδημιών κ. ά.

Η πολιτική υγείας στη Νορβηγία αποτελεί προτεραιότητα της Κυβέρνησης και η δομή του συστήματος υγείας επιτρέπει στους κατοίκους να εμπλέκονται στη διαμόρφωσή της. Ο τομέας υγείας στη Νορβηγία αποδεικνύει ότι είναι δυνατό να επιτευχθούν πολιτικοί και κοινωνικοί στόχοι και αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΤΟ ΙΣΠΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

9.1. ΓΕΝΙΚΑ

Η Ισπανία θεωρείται σε μεγάλο βαθμό αποκεντρωμένη, διότι αποτελείται από μία κεντρική κυβέρνηση και από 17 αυτόνομες κοινότητες (ACs), από τις οποίες η κάθε μία έχει τη δική της κυβέρνηση και τη δική της βουλή. Η οργάνωση του ισπανικού κράτους σε περιφέρειες είναι εμφανής και στο σύστημα υγείας. Κάθε περιφέρεια είναι αυτόνομη και ακολουθεί τη δική της πολιτική υγείας. Το σύστημα υγείας της Ισπανίας είναι τύπου Beveridge, πηγή χρηματοδότησής του είναι το κράτος και λειτουργεί καθολικά το σύνολο του πληθυσμού, με εξαίρεση τα φαρμακευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών, τα οποία υποχρεούνται να πληρώσουν ο 40% της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Οι πλειοψηφία των παρόχων του SNS ανήκουν στο δημόσιο τομέα (Garcia-Arnest et al.,2010)

Το κάθε περιφερειακό σύστημα υγείας έχει το δικό του περιφερειακό υπουργείο υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη στρατηγική που θα ακολουθήσει και τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν στον τομέα της υγείας. Επίσης, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας έχουν την ευθύνη του σχεδιασμού, της διαχείρισης και του συντονισμού του δικτύου των υπηρεσιών υγείας. Η κάθε περιφέρεια με τη σειρά της διαιρείται σε περιοχές υγειονομικής φροντίδας (health care areas) και στα μικρότερα τμήματα της οργάνωσης, τις βασικές υγειονομικές ζώνες (basic healthcare zones). Η καθεμία από τις τελευταίες, καθορίζεται ανάλογα με τον αριθμό των κατοίκων καλύπτει περίπου 5.000-25.000 κατοίκους), τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της και τις υγειονομικές εγκαταστάσεις της. Η διοίκηση της κάθε περιφέρειας διακρίνεται σε δύο οργανισμούς πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας. Η κεντρική κυβέρνηση συντονίζεται με τις περιφέρειες με τη βοήθεια του Δι-εδαφικού Συμβουλίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (CISNS), του οποίου τα μέλη προέρχονται τόσο από την κεντρική κυβέρνηση όσο και από τις περιφέρειες.

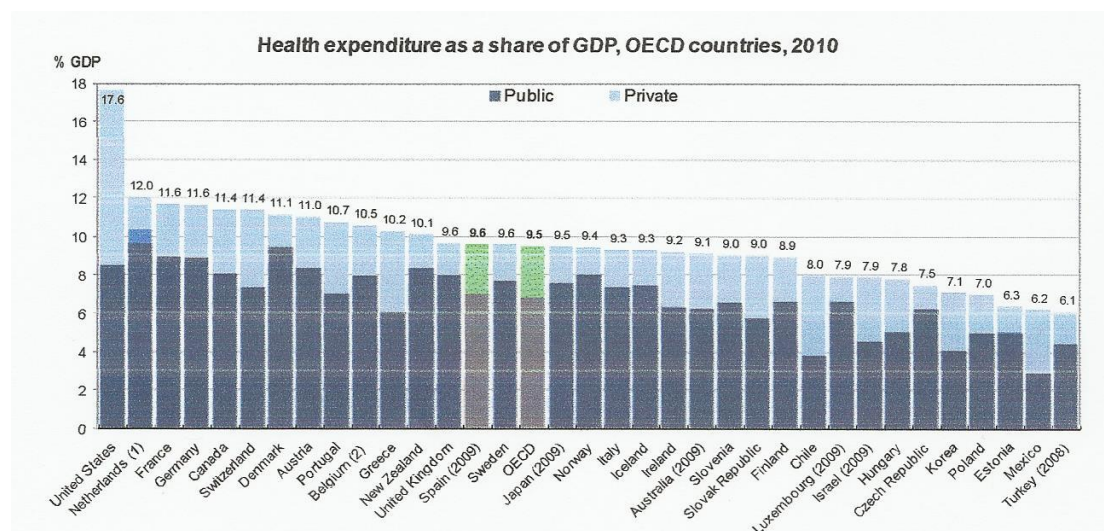
Η πλειοψηφία των παρόχων υγείας του SNS και το μοντέλο διακυβέρνησης που επικρατεί είναι αυτό του άμεσου μανάτζμεντ (direct management), με βασικό

εργαλείο τις συμβάσεις (contract-programme) στην πρωτοβάθμια και στη νοσοκομειακή φροντίδα. Το contract-programme λειτουργεί όπως το μάνατζμεντ με στόχους: κίνητρα μας βοηθάνε να θέσουμε σε εφαρμογή μία στρατηγική και να επιτύχουμε. Το άμεσο μάνατζμεντ μπορεί να περιλαμβάνει ακόμα συμβάσεις μεταξύ των περιφερειακών παρόχων υπηρεσιών υγείας με εξωτερικούς παρόχους ή περιπτώσεις όπου η χρηματοδότηση προέρχεται από ιδιωτική πρωτοβουλία.

9.2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΣΠΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η συνολική δαπάνη για την υγεία αντιστοιχούσε στο 9.6% του ισπανικού ΑΕΠ το 2009, ελάχιστα υψηλότερα από εκείνη του ΟΟΣΑ (9.5%). Η πρόσφατη οικονομική ύφεση οδήγησε σε μία ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας, ενώ το ΑΕΠ παρουσίαζε μείωση κατά το 2ο μισό του 2008. Το αποτέλεσμα ήταν το ποσοστό του ΑΕΠ που αντιστοιχεί στην υγεία, να αυξηθεί κατά 1% μεταξύ 2007 και 2009, από 8.5% το 2007 σε 9.0% το 2008 και 9.6% το 2009.

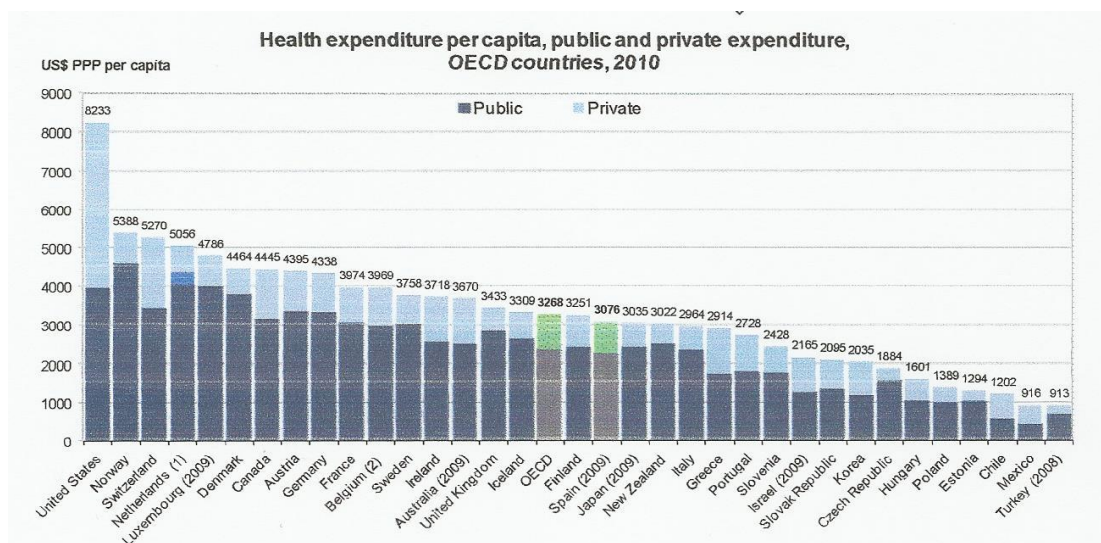
Εικόνα 14: Δαπάνη υγείας ως % ΑΕΠ



Πηγή: OECD, 2012

Η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στην Ισπανία (3.076 \$ το 2009) είναι χαμηλότερη από εκείνη του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (3.268 \$ το 2010) (OECD, 2012).

Εικόνα 15: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας



Πηγή: OECD, 2012

9.3. ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΟΙ ΥΓΕΙΑΣ

Στην αγορά του τομέα υγείας στην Ισπανία δεν υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα οι σχέσεις μεταξύ παρόχων και αγοραστών να έχουν ενοποιηθεί και ενσωματωθεί σε ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από την αποκέντρωση και την αυστηρή ιεραρχία. Εντούτοις, τις τελευταίες δεκαετίες έχουν κάνει την εμφάνισή τους καινοτόμα εργαλεία μανάτζμεντ. Από το 1990 και μετά, στις ACs της Καταλονίας, τη Ανδαλουσίας και της Επαρχίας των Βάσκων τα συστήματα πληρωμών φαίνεται να έχουν εμπνευστεί από τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια (Disease Related Groups, DRGs) ή το shadow programme budgeting, δηλαδή τις κατηγορίες μανάτζμεντ των ασθενών. Μέσα σε αυτό το κλίμα, κρατικοί οργανισμοί, ειδικά τα νοσοκομεία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιτύχουν μία αποτελεσματική αυτοδιαχείριση, δίχως την απειλή της κακοδιαχείρισης των ελλειμμάτων ή των πλεονασμάτων.

Τα Περιφερειακά Υπουργεία Υγείας καθορίζουν τους προϋπολογισμούς κάθε έτους με τις αντίστοιχες Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας, οι οποίες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναλαμβάνουν την κύρια παροχή υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα. Οι τελευταίες με τη σειρά τους, όσον αφορά στο θέμα των προϋπολογισμών, συνδιαλέγονται με τους υπεύθυνους για την παροχή της

πρωτοβάθμιας φροντίδας, της νοσοκομειακής φροντίδας, καθώς και με υπηρεσίες για τη δημόσια υγεία. Επιπλέον, ορισμένες υπηρεσίες υγείας μπορούν να αποτελέσουν περιεχόμενο συμβάσεων με παρόχους του ιδιωτικού τομέα, με τελικό σκοπό τη μείωση του χρόνου αναμονής ή την πραγματοποίηση χειρουργικών και διαγνωστικών πράξεων με τη χρήση εξελιγμένης τεχνολογίας.

9.4. ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας της Ισπανίας, οι συμβάσεις μεταξύ παρόχων και αγοραστών έχουν έντονο χαρακτήρα.

Στην ιδιαίτερη περίπτωση της Καταλονίας και της Βαλένθια, ιδιώτες ανέλαβαν τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, μετά από τη σύναψη συμβάσεων. Στην Καταλονία υπάρχουν γενικοί ιατροί που θυμίζουν τους GPs της Μ. Βρετανίας και στη Βαλένθια, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι υπεύθυνες για τις υπηρεσίες στο πρωτοβάθμιο επίπεδο και στο επίπεδο του νοσοκομείου.

Εντός του SNS, τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται σύμφωνα με συμβάσεις μεταξύ των νοσοκομείων και των περιφερειακών αρχών, οι οποίες έχουν τον ρόλο του 3rd party payer, δηλαδή των πληρωτών. Οι περιφερειακές αρχές θέτουν μία σειρά από στόχους για το κάθε νοσοκομείο και συνδέουν τη χρηματοδότηση με την επίτευξη τους. Υπάρχει και μία σειρά από δείκτες κινδύνου που συνδέονται με την εκτεταμένη χρήση των συμβάσεων, με σκοπό να έχουμε δίκαιη κατανομή των πόρων.

Στην Ισπανία, εκτός από τα δημόσια νοσοκομεία, υπάρχουν και τα ιδιωτικά καθώς και νοσοκομεία των οποίων τη χρηματοδότηση έχουν αναλάβει διοικητικοί φορείς του δημοσίου. Αυτά τα δύο είδη νοσοκομείων συνάπτουν συμβάσεις με τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο ισπανικό σύστημα υγείας. Το περιεχόμενο αυτών των συμβάσεων και ο απαιτούμενος προϋπολογισμός αναθεωρούνται κάθε έτος.

9.5. ΑΜΕΣΟ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ

Οι πλειοψηφία όσων παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο ισπανικό σύστημα υγείας ανήκουν στο δημόσιο τομέα, ο οποίος χαρακτηρίζεται από άμεσο μάνατζμεντ (direct management). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το άμεσο μάνατζμεντ βασίζεται στην υπογραφή συμβάσεων μεταξύ του Περιφερειακού Υπουργείου Υγείας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας. Στη συνέχεια, η κάθε περιφερειακή υπηρεσία υγείας διαπραγματεύεται τη σύναψη συμβάσεων με τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και με τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Ο προϋπολογισμός και η αξιολόγηση των δεύτερων συμβάσεων βασίζεται στις ετήσιες συμβάσεις περιφερειακού υπουργείου-περιφερειακής υπηρεσίας υγείας. Επομένως, παρατηρούμε ότι το όλο σύστημα βασίζεται στην ιεραρχία του κράτους και το σκίρτημα των συμβάσεων μπορεί να θεωρηθεί σαν μάνατζμεντ στόχων προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι στρατηγικές πολιτικές.

Βασικό χαρακτηριστικό του έμμεσου μάνατζμεντ (indirect management) είναι ο διαχωρισμός των σχέσεων ανάμεσα στους πληρωτές και στους παρόχους, όπως παρατηρείται στις περιπτώσεις της Μαδρίτης, της Βαλένθια και της Καταλονίας.

Το Contracting στα πλαίσια του έμμεσου μάνατζμεντ έχει ως εξής: κάθε περιφερειακό υπουργείο υγείας προβλέπει ένα ποσό που δίνεται στις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας που του αντιστοιχούν, μαζί με μία σειρά από κατευθυντήριες οδηγίες. Οι εν λόγω οδηγίες περιλαμβάνουν λεπτομέρειες που μπορεί να σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι επενδύσεις ή η εξασφάλιση κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού.

9.6. ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΟΝΙΑΣ, ΤΗΣ ΜΑΔΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΛΕΝΘΙΑΣ.

9.6.1. Καταλονία

Στην Καταλονία το Υπουργείο Υγείας (Departament de Salut) είναι υπεύθυνο για τη χρηματοδότηση, το σχεδιασμό και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Η περιφερειακή υπηρεσία υγείας της Καταλονίας είναι ο αγοραστής και το ρόλο του παρόχου έχει το Καταλονικό Νοσοκομειακό Δίκτυο Δημόσιας Χρήσης

(XHUP), το οποίο αποτελείται από ομάδες επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως συμπράξεις αλληλοβοήθειας, θρησκευτικές ενώσεις κ. ά.

Αυτές οι ομάδες θυμίζουν το βρετανικό μοντέλο των γενικών ιατρών (GP fundholders) και παρουσιάζονται σαν οργάνωση με αυτόνομη νομική προσωπικότητα. Κάθε ομάδα περιφερειακής πρωτοβάθμιας φροντίδας διαχειρίζεται και από μία ζώνη της Περιφερειακής Υπηρεσίας Υγείας, βάσει συμβάσεων.

9.6.2. Βαλένθια

Στη Βαλένθια παρατηρούμε την περίπτωση της «διοικητικής παραχώρησης» (Concession Administrativa, CA) (Alvarez, Duran, 2013): η παροχή υπηρεσιών υγείας παραχωρούνται από την περιφερειακή υπηρεσία υγείας σε εταιρίες και ομάδες επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα. Ενδεικτικό παράδειγμα, αποτελεί η περίπτωση της Αλζίρας όπου το μάνατζμεντ του νοσοκομείου ανατέθηκε σε ομάδα εταιριών για 10 χρόνια, με αντάλλαγμα τη δημιουργία νοσοκομείου στη Ριβέρα. Η σύμβαση αυτή έληξε το 2003 διότι χαρακτηρίστηκε ως ασύμφορη. Όμως, τη θέση της πήρε μία νέα σύμβαση η οποία περιελάμβανε και την κάλυψη από ανάδοχη εταιρία τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της νοσοκομειακής φροντίδας.

Οι αντίθετες απόψεις που εκφράστηκαν αφορούσαν στην αποδοτικότητα του συγκεκριμένου μοντέλου, καθώς θα ήταν δύσκολο να επιτευχθεί ισορροπία μεταξύ της κάλυψης του κόστους των συναλλαγών, του κέρδους των εταιριών με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πολίτες. Η απάντηση που δόθηκε από την περιφερειακή υπηρεσία της Βαλένθια ήταν ότι με την εφαρμογή του εν λόγω μοντέλου ήταν εξασφαλισμένη η ανέγερση ενός νέου νοσοκομείου χωρίς της επιβάρυνση τους προϋπολογισμού της περιφέρειας. Στη συνέχεια, και η Μαδρίτη ακολούθησε το μοντέλο της παραχώρησης.

9.6.3. Μαδρίτη

Η περιφερειακή υπηρεσία της Μαδρίτης (SERMAS) προμηθεύει και παρέχει της υπηρεσίες υγείας, υιοθετώντας το μοντέλο της Βαλένθια, δηλαδή της

παραχώρησης του μάνατζμεντ των νοσοκομείων σε αναδόχους εταιρίες με ανταλλαγή την ανέγερση νοσοκομειακών μονάδων.

Ο ρόλος των SERMAS ως third-party payer ενισχύεται με την υιοθέτηση ενός επιπλέον σχεδίου, αυτό της μοναδικής ζώνης (single area). Οι 11 ζώνες υγείας της Μαδρίτης μετατρέπονται σε μία με στόχο την υγειονομική κάλυψη των περισσότερο από 6 εκατομμυρίων κατοίκων. Στόχος είναι να ενισχυθεί το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής των ασθενών στην αυτόνομη κοινότητα της Μαδρίτης, όπως αυτό ορίζεται στο Νόμο 6/2009 (Garcia-Arnesto et al, 2010). Ανοίγεται ο δρόμος για τους ασθενείς να επιλέγουν ελεύθερα τον επαγγελματία ή κέντρο υγείας του δημοσίου τομέα που επιθυμούν, ανάλογα με παράγοντες όπως οι λίστες αναμονής. Εάν ο δημόσιος τομέας δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες τους για ορισμένες διαδικασίες, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν ιδιώτες επαγγελματίες υγείας χωρίς καμία χρέωση.

9.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά γενική ομολογία, το ισπανικό σύστημα υγείας έχει να επιδείξει εξαιρετικά αποτελέσματα σε διάφορες διαστάσεις, όπως:

- Στην κάλυψη, πρόσβαση και στην οικονομική διαχείριση διάφορων παραμέτρων.
- Στην ισότητα και στην ασφάλεια
- Στην ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Για την εκπλήρωση των παραπάνω επιτευγμάτων, το ποσοστό του ΑΕΠ που αντιστοιχεί στις δαπάνες υγείας διατηρήθηκε στην Ισπανία σε χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο άλλων ευρωπαϊκών χωρών, συγκεκριμένα κατά 8.5% το 2010. Συνεπώς, οι Ισπανοί έχουν επιτύχει το επιθυμητό value for money.

Το SNS είναι προορισμένο ώστε να είναι ένα καθολικό σύστημα υγείας, να χρηματοδοτείται από φόρους, να βασίζεται στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και να είναι αποκεντρωμένο σε 17 αυτόνομες κοινότητες. Σε καιρούς που επιβάλλουν την αποκεντροποίηση, η Ισπανία μπορεί να αποτελέσει ένα

χαρακτηριστικό παράδειγμα προς μελέτη, όσον αφορά στην εφαρμογή πολιτικών υγείας σε περιφερειακό-τοπικό επίπεδο.

Όμως, το SNS βρίσκεται αντιμέτωπο με μία σειρά προκλήσεων, οι οποίες πηγάζουν μέσα από τους ίδιους τους στόχους του:

- Διατήρηση της συνοχής ανάμεσα σε 17 ανεξάρτητα τοπικά συστήματα υγείας
- Εξασφάλιση οριζόντιας ποιότητας για όλους τους Ισπανούς πολίτες
- Υιοθέτηση νοοτροπίας, η οποία θα βασίζεται στη βιβλιογραφία και εφαρμογή αναλύσεων κόστους-αποτελεσματικότητας
- Εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking)
- Μετατροπή σε ένα ασθενο-κεντρικό σύστημα υγείας, το οποίο θα αποτελείται κυρίως από δημοσίους υπαλλήλους
- Διαχείριση χρόνιων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών διαταραχών
- Οργάνωση υπηρεσιών αποκλειστικά για το τελευταίο στάδιο ασθενειών
- Βελτίωση του πλαισίου των κλινικών ερευνών
- Διατήρηση οικονομικής σταθερότητας, παρά τα οικονομικά скаμπανεβάσματα εξαιτίας της κρίσης

Στο συμβούλιο του Εθνικού Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής (CISNS) στις 18 Μαρτίου 2010, όλα τα μέλη του SNS δεσμεύτηκαν σε μία κοινή στρατηγική για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ισότητας, της συνοχής. Το κείμενο αυτής της απόφασης υπογράφηκε από εθνικά και τοπικά υπουργεία προκειμένου να αντιμετωπιστούν όσο το δυνατόν πιο ομαλά γίνεται οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης. Περιλαμβάνει μία σειρά από μέτρα τα οποία έχουν δύο στόχους: αφενός να διατηρηθεί και να βελτιωθεί η συνοχή και η ποιότητα του SNS και αφετέρου να εφαρμοστούν μέτρα συγκράτησης των δαπανών.

Τα ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας της Ισπανίας είναι πολλά η και απαιτείται η αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκλήσεων που προαναφέρθηκαν. Η εφαρμογή μέτρων θα δοκιμάσει τις αντοχές του

συστήματος, ιδιαίτερα ως προς τη συνοχή του. Τα τελικά αποτελέσματα θα είναι εμφανή σε όλους τα επόμενα χρόνια και απαιτούν την προσοχή μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

10.1. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, παρατηρείται μία επεκτατική πολιτική στην πλειοψηφία των συστημάτων υγείας των ευρωπαϊκών χωρών. Όμως, αυτό δεν συμβαίνει στην περίπτωση της Ελλάδας, εξαιτίας οικονομικής αδυναμίας, η οποία είχε επιπτώσεις και στον τομέα της υγείας.

Το ελληνικό κράτος, μετά την ανεξαρτησία του, ταλανιζόταν από ραγδαίες κοινωνικο-οικονομικές εξελίξεις. Αναπόφευκτα, επηρεάστηκε και το υποσύστημα της υγείας. Επικράτησαν δυσκολίες, οι οποίες σχετίζονται με θέματα οργάνωσης, διαχείρισης, απόδοσης, αντιμετώπισης σοβαρών ελλείψεων. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας βρίσκεται συνεχώς σε μία διαδικασία ανάπτυξης και προσαρμογής, κατά την οποία σημειώνονται προοδευτικά βήματα, χωρίς, όμως, να μπορεί να χαρακτηριστεί σήμερα ως αποτελεσματικό.

Το εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) θεσπίστηκε το 1983 στη χώρα μας, με σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος (Σίσκου και συν., 2008). Εντούτοις, η Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτες του ΟΟΣΑ, διαθέτει το πιο ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ζηκίδου, Μπατσαλιάς, 2011).

Η καθιέρωση του ΕΣΥ με το νόμο 1397/1983, ως ενιαίου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διέπεται από μία σειρά οργανωτικών αρχών που παραπέμπουν ευθέως στο πρότυπο των εθνικών συστημάτων τύπου Beveridge (Κοντιάδης, 2010). Οι κυριότερες είναι:

- Η ευθύνη του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους του πολίτες (περίθαλψη, επανένταξη, προαγωγή δημόσιας υγείας)
- Η περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών
- Η ανάπτυξη της ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας, περιφερειακά ιατρεία)

- Ο κοινωνικός έλεγχος
- Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών ΕΣΥ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του ΟΟΣΑ το 1992, το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεικτό, ενσωματώνοντας τις αρχές διαφορετικών προτύπων οργάνωσης (Econoμou, 2010). Στον τομέα υγείας της Ελλάδας ταυτόχρονα με το κράτος δραστηριοποιούνται και διάφοροι φορείς ιδιωτικού χαρακτήρα, όπως ιδιωτικά ιατρεία και ιδιωτικές κλινικές. Στο δημόσιο τομέα, συνυπάρχουν τα μοντέλα του Beveridge, καθώς τα νοσοκομεία του ΕΣΥ προσφέρουν νοσοκομειακή περίθαλψη και τα κέντρα υγείας εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και του Bismarck, αφού υπάρχει πληθώρα ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

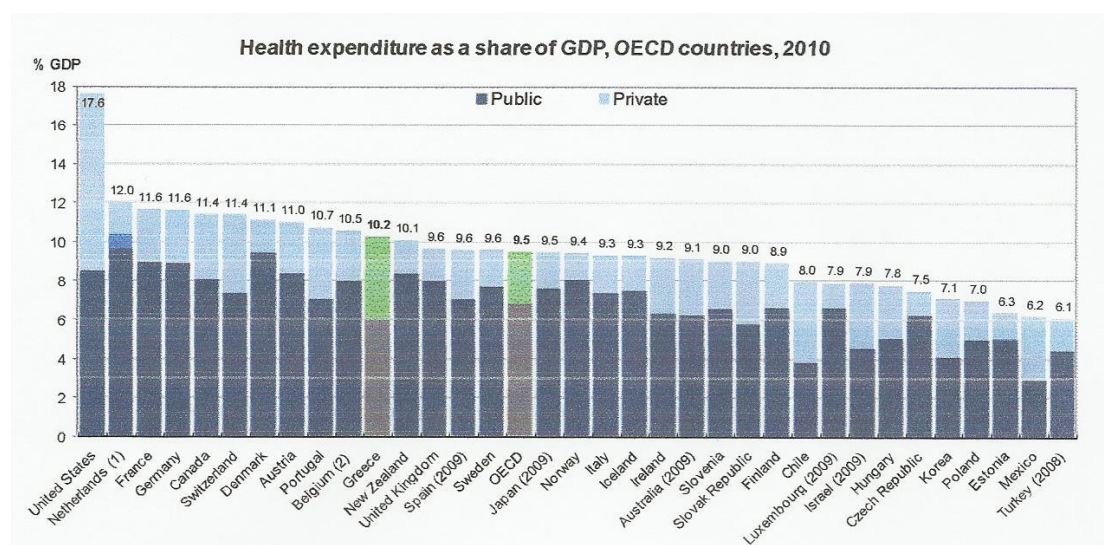
10.2. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως μεικτό σύστημα υγείας, το ΕΣΥ παρουσιάζει ιδιαιτερότητες στο μηχανισμό χρηματοδότησής του. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησής του είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (προϋπολογισμοί νοσοκομείων και ΚΥ, μισθοί, υποδομές, εξοπλισμός κ. ά), η κοινωνική ασφάλιση υγείας και οι πληρωμές ιδιωτικού χαρακτήρα (συμμετοχή ασφαλισμένων, αμοιβές μη συμβεβλημένων ιατρών με ταμεία κ. ά).

Τα τελευταία 15 χρόνια, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία βρίσκονται σε ανοδική πορεία. Ειδικότερα, οι συνολικές δαπάνες της Ελλάδας για την υγεία το 2009 ανέρχονταν στο 9.6% του ΑΕΠ (όταν ο μέσος όρος των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ ήταν 9%) και το μεγαλύτερο μέρος αφορούσε πληρωμές των νοικοκυριών, κυρίως σε γιατρούς και πολύ λιγότερο στην ιδιωτική ασφάλιση (Ζηκίδου, Μπατσαλιάς, 2011). Επίσης, οι δαπάνες προκειμένου να εξοπλιστούν κατάλληλα τα νοσοκομεία και να εφοδιαστούν με τις προμήθειες που θα εξασφάλιζαν την ομαλή λειτουργία τους ήταν εκτός ελέγχου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2004 τα χρέη των ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων ήταν 2.7 δις € (1.1% ΑΕΠ), το 2008 ήταν 5.22 δις € (2% ΑΕΠ) ενώ στο τέλος του 2009 ανέρχονταν σε 7.5 δις € (3% ΑΕΠ) (Καραφύλλης, 2012).

Το 2010, οι συνολικές δαπάνες έφτασαν το 10.2% του ΑΕΠ, τη στιγμή που ο μέσος όρος των δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν στο 9.5% (OECD, 2012). Εξαιτίας περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, παρατηρήθηκε πτώση στο κομμάτι εκείνο του ΑΕΠ που αφορά την υγεία. Οι ΗΠΑ κατέχουν την πρώτη θέση στις συνολικές δαπάνες υγείας με ποσοστό 17.6%, ακολουθούν οι Κάτω Χώρες με 12.0% και η Γερμανία και η Γαλλία με 11.6% (OECD, 2012).

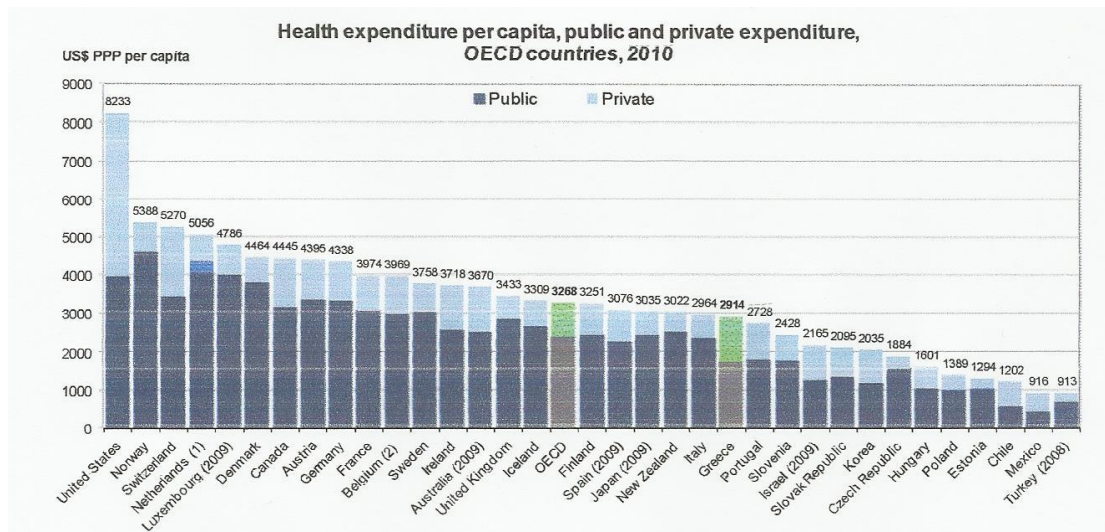
Εικόνα 16: Συνολικές δαπάνες της Ελλάδας στον τομέα της υγείας το 2010



Πηγή: OECD, 2012

Όσον αφορά στις κατά κεφαλήν δαπάνες, η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το 2010 στη Ελλάδα δαπανήθηκαν 2.914\$ κατά άτομο, ενώ που ο μέσος όρος των κρατών-μελών του ΟΟΣΑ αντιστοιχούσε σε 3.268\$ κατά άτομο (OECD, 2012).

Εικόνα 17: Κατά κεφαλήν δαπάνες της Ελλάδας στον τομέα της υγείας το 2010



Πηγή: OECD, 2012

Η αύξηση των δαπανών οφείλεται στην άνθιση της παραοικονομίας και στις 'ανεπίσημες' πληρωμές, χαρακτηριστικά τα οποία συναντάει κανείς συχνά στον ελληνικό τομέα υγείας. Αυτού του είδους οι ανεπίσημες πληρωμές προς το ιατρικό προσωπικό, παρατηρούνται κυρίως στον τομέα των νοσοκομείων συνήθως όταν πρόκειται για επεμβάσεις και έχουν ως στόχο την παράκαμψη της λίστας αναμονής και την εξασφάλιση πιο ποιοτικών υπηρεσιών και την αναπόσπαστη προσοχή των ιατρών. Έρευνα του κ. Λιαρόπουλου το 2008 με δείγμα 4.738 άτομα, έδειξε ότι από το 36% του δείγματος που νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο, τουλάχιστον ένας πραγματοποίησε 'ανεπίσημη συναλλαγή με κάποιον ιατρό. Από αυτό το ποσοστό, το 42% ανέφερε ότι προχώρησε στη συναλλαγή αυτή ώστε να εξασφαλίσει τη σίγουρη προσοχή των ιατρών, ενώ το 20% ότι ο γιατρός απαίτησε 'φακελάκι'. Η πιθανότητα να πραγματοποιηθούν επιπλέον πληρωμές είναι 72% υψηλότερη στους ασθενείς που επιθυμούν να παρακάμψουν τη λίστα αναμονής και 137% στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε επεμβάσεις (Economou, 2010).

10.3. ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

Σημαντικό μεταρρυθμιστικό εγχείρημα για τη λειτουργία και την οργάνωση του ΕΣΥ αποτέλεσε η θέσπιση του νόμου 2889.2001, που επικεντρώθηκε στην περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και

την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού (Κοντιάδης, 2010). Ειδικότερα προέβλεπε:

- Αποκέντρωση του ΕΣΥ με δημιουργία 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕ. ΣΥ.)
- Δημιουργία επιχειρηματικού σχεδίου για τη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, ανάθεση διοίκησης σε μάνατζερ με στόχο τη βέλτιστη απόδοση.
- Πρόσληψη νέου ιατρικού προσωπικού με συμβόλαια πενταετούς διάρκειας και μονιμοποίησή τους μετά από σειρά αξιολογήσεων.
- Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των πανεπιστημιακών ιατρών και λειτουργία ιδιωτικών ιατρείων κατά τις απογευματινές ώρες.

Δύο χρόνια αργότερα, το 2003, οι ΠΕ. ΣΥ μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.ΣΥ.Π) και περιελάμβαναν επιπλέον υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα. Τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας κάθε περιφέρειας ήταν πλέον αυτόνομες μονάδες, τόσο διοικητικά όσο και οικονομικά. Για ακόμα μία φορά η διοίκηση των μονάδων υγείας ανατέθηκε σε μάνατζερς και καθορίστηκαν καινούριες διαδικασίες για την πρόσληψη και την κρίση των ιατρών.

Σημαντική μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία, ως προς τη θεσμική οργάνωση του συστήματος υγείας, αποτέλεσε επίσης ο νόμος 3235/2004, με τον οποίο επιχειρήθηκε η αναδιάρθρωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κοντιάδης, 2010). Ο συγκεκριμένος νόμος προέβλεπε:

- Συνένωση υπηρεσιών ΠΦΥ σε έναν ενιαίο φορέα.
- Συνεργασία των ασφαλιστικών ταμείων για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε κάθε ασφαλισμένο.
- Καινούριες προϋποθέσεις για την δημιουργία νέων ΚΥ και οργανισμών ασφάλισης.
- Επαναλειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.
- Διατήρηση ηλεκτρονικού φακέλου για κάθε χρήστη-ασθενή του συστήματος.

Το 2005, οι ΠΕ.ΣΥ.Π αντικαταστάθηκαν από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ. Υ. ΠΕ.) με απώτερο σκοπό την ελαχιστοποίηση της γραφειοκρατίας. Τέλος, το 2007 ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών ορίζεται σε 7 από 17.

Είναι προφανές ότι ο κύριος στόχος των προαναφερθέντων ρυθμίσεων ήταν να δημιουργηθεί ένα ενδιάμεσο επίπεδο μεταξύ των δύο κυρίαρχων άκρων, αυτό της Κεντρικής Κυβέρνησης και του νοσοκομείου, ώστε να μετατεθεί η ευθύνη της λήψης των αποφάσεων από το κέντρο στην περιφέρεια. Ένας δεύτερος στόχος είναι η προσπάθεια να μετατραπούν τα νοσοκομεία σε ανεξάρτητες μονάδες, οι οποίες θα δίνουν έμφαση στην αύξηση της παραγωγικότητας, στη βελτίωση της απόδοσής τους και στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

10.3.1. Κριτική των μεταρρυθμίσεων

Το ΕΣΥ, όπως και τα υπόλοιπα συστήματα υγείας στην Ευρώπη, οφείλει να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής: περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, ασταθή στοιχεία δημογραφικής και ανοσολογικής φύσεως, μεταβαλλόμενο περιβάλλον διοίκησης.

Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε, ότι οι μεταρρυθμίσεις εντός του τομέα υγείας της χώρας μας συμφωνούν με τις διεθνείς πρακτικές αποκέντρωσης, όμως, σε πρακτικό επίπεδο, οι επιθυμητοί στόχοι δεν έχουν επιτευχθεί. Η εξέλιξη του ΕΣΥ σε θεσμικό επίπεδο, όπως παρουσιάστηκε εν συντομία στην προηγούμενη παράγραφο, χαρακτηρίζεται από την απουσία ισχυρών νομοθετικών διατάξεων, χωρίς να είναι σαφές πότε μία καινούρια αντικαθιστά μία παλαιότερη. Επιπλέον, αρκετά νομοθετήματα δεν εφαρμόστηκαν ολοκληρωτικά, παραμένοντας ανενεργά, όπως αυτό της λειτουργίας εκ νέου του οικογενειακού ιατρού. Πέρασαν 30 χρόνια από τη θέσπιση του ΕΣΥ και είναι ακόμα αισθητή η απουσία ενός ολοκληρωμένου διοικητικού μοντέλου, το οποίο θα επωμιστεί το καθήκον της οργάνωσης, της ομαλής λειτουργίας του δημόσιου υγειονομικού τομέα και της ορθής εφαρμογής των νομοθετικών διατάξεων.

10.4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ HEALTH MANAGEMENT ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΡΙΣΗΣ

Το Μάιο του 2010, η Ελλάδα τέθηκε υπό την επίβλεψη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου εξαιτίας του συνεχώς αυξανόμενου ελλείμματος και του όγκου των χρεών, που θα οδηγούσαν στη χρεοκοπία της χώρας. Προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα σχέδιο διάσωσης, Ελλάδα υπέγραψε ένα Μνημόνιο (Memorandum of Understanding) το Μάιο του 2010, στόχο του οποίου ήταν η μείωση των δαπανών του δημόσιου τομέα υγείας. Το Φεβρουάριο του 2012, η Ελλάδα υπέγραψε ένα δεύτερο Μνημόνιο, το οποίο περιελάμβανε μέτρα που στόχευαν στο ΕΣΥ.

Στα πλαίσια των Μνημονίων που υπέγραψε η Ελλάδα, αναφέρονται μία σειρά από παρεμβάσεις, μέτρα και πολιτικές για τον ελληνικό υγειονομικό τομέα. Οι συνολικές δράσεις του Μνημονίου που αναφέρονται στο ΥΥΚΑ είναι κυρίως στους τομείς των δημοσιονομικών, διαθρωτικών και χρηματοπιστωτικών μέτρων (ΥΥΚΑ, 2012). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για δράσεις, οι οποίες αφορούν στην οικονομική διαχείριση, στο λογιστικό έλεγχο των νοσοκομείων, στη μηχανοργάνωσή τους, στις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΣΥ, στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και στον έλεγχο των κεντρικών προμηθειών.

10.4.1. Τομέας οικονομικής διαχείρισης

Τρεις βασικές στρατηγικές επηρεάζουν τους διαθέσιμους πόρους του ελληνικού συστήματος υγείας (Kaiteliou, Kouli, 2012):

Πρώτον, σύμφωνα με τα περιεχόμενα των Μνημονίων, η συνολική δαπάνη υγείας έπρεπε να μειωθεί κατά 0.5%, επομένως το τμήμα του προϋπολογισμού που αφορά στον τομέα υγείας μειώθηκε το 2011 κατά 1.4 δις €, εκ των οποίων τα 568 εκατομμύρια € προέρχονται από μειώσεις μισθών και τα υπόλοιπα 840 εκατομμύρια € από μειώσεις στα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων

Δεύτερος στόχος αυτής της οικονομικής αναδιάρθρωσης ήταν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Για το 2011, προβλεπόταν να κρατείται από το μισθό των δημοσίων υπαλλήλων το 5% ως εισφορά στον ΟΠΑΔ, ενώ μέχρι το 2013 οι

εισφορές των συνταξιούχων ασφαλισμένων του δημοσίου θα αυξάνονταν σταδιακά από 2.55% στο 4%. Επιπλέον, οι συμμετοχή των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος καλύπτει περίπου το 95% του πληθυσμού, για εξετάσεις σε συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ορίστηκε στο 15%, ενώ παλαιότερα κυμαινόταν μεταξύ 0%-25%, με την πλειοψηφία των ασφαλισμένων να μην πληρώνει για πλήθος εξετάσεων.

Τρίτον, ορίστηκε το κόστος της επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ στα 5€.

10.4.2. Ρυθμίσεις για την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Τον Ιούνιο του 2011, συγχωνεύτηκαν τα τέσσερα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία της Ελλάδας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ) και δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ, ένας ενιαίος ασφαλιστικός φορέας. Παράδειγμα αυτής της διαδικασίας εξορθολογισμού αποτελεί η διακοπή ακόμα και της κάλυψης από τον ΕΟΠΥΥ δαπανηρών εξετάσεων, οι οποίες πλέον πρέπει να καλύπτονται από την τσέπη του ασθενή.

Σχετικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, το 2010 παρατηρήθηκε αύξηση στις εισαγωγές στα νοσοκομεία, κατά 24% σε σχέση με το 2009 (Kaitelidou, Kouli, 2012). Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν η αύξηση του χρόνου αναμονής των ασθενών. Αν και δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία, η χρήση των υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα έχει αυξηθεί, με τον κίνδυνο να τίθεται σε κίνδυνο το κριτήριο της ποιότητας.

10.4.3. Μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών

1. Από το 2011, μειώθηκαν οι μισθοί του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού προσωπικού.
2. Δεν προβλέπεται ανανέωση των συμβάσεων του προσωρινού προσωπικού και παρατηρείται μείωση στην αντικατάσταση των υπαλλήλων που συνταξιοδοτούνται.

3. Δίνεται έμφαση στην πολιτική του φαρμάκου. Στόχος των Μνημονίων είναι να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη στο 1% του ΑΕΠ.
4. Το 2011 σχηματίστηκε η θετική λίστα φαρμάκων, η οποία περιλαμβάνει όσα φάρμακα καλύπτονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε μία προσπάθεια προώθησης των γενόσημων φαρμάκων και συγκεκριμένα τον Ιούλιο του 2012 προβλέφθηκε με νόμο οι ιατροί συνταγογραφούν τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου.
5. Τα Μνημόνια προέβλεπαν κλείσιμο και συγχωνεύσεις νοσοκομείων, ακόμα και μεταξύ νοσοκομείων υπό την επίβλεψη των ασφαλιστικών ταμείων με εκείνα του ΕΣΥ. Στόχος η εξοικονόμηση € 75 εκατομμυρίων το 2012 και € 150 εκατομμυρίων έως το 2015 (Τσαβαλιάς και συν., 2012).
6. Καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών υγείας υπό την επίβλεψη του ΕΟΠΥΥ.
7. Καλύτερη διαχείριση και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ με το σχέδιο «Καλλικράτης», το οποίο παρουσιάστηκε τον Ιούνιο του 2010.

10.4.4. Τομέας λογιστικής διαχείρισης

Εσωτερικός Ελεγκτής

Σχετικά πρόσφατα ψηφίστηκε ο Ν. 4025/2011 περί των Μονάδων Υγείας, μέρος το οποίου αφιερώθηκε και στην καθιέρωση του Εσωτερικού Ελεγκτή στις μονάδες υγείας και στο διορισμό Εσωτερικών ελεγκτών σε κάθε μία από αυτές με απόφαση των Δ. Σ. των μονάδων υγείας (Κουτουπής, 2012). Κάθε εσωτερικός ελεγκτής συνάπτει συμβάσεις παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών με της μονάδες υγείας για το πού 3 χρόνια. Επιπλέον, μπορεί να συσταθεί και μία επιτροπή Ελέγχου από 2 μέλη του Δ. Σ. και τον εντεταλμένο εσωτερικό ελεγκτή, η οποία αναλαμβάνει την εποπτεία του εσωτερικού ελέγχου γενικά.

Ο θεσμός του εσωτερικού ελέγχου στις μονάδες υγείας αφορά θέματα διοικητικού, λογιστικού και διαχειριστικού χαρακτήρα. Είναι υποχρέωση του

εσωτερικού ελεγκτή να αναφέρει στη διοίκηση της κάθε μονάδας κάθε τα αποτελέσματα του ελέγχου, αλλά και κάθε πρόβλημα που μπορεί να προκύψει κατά την εξέλιξη του και να συντάσσει αναφορές σε μηνιαία βάση.

Μητρώα Δεσμεύσεων

Από την αρχή του 2011 οπότε και εφαρμόζεται το διπλογραφικό σύστημα, υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου της εκτέλεσης των εξόδων, εσόδων και του μητρώο δεσμεύσεων του κάθε νοσοκομείου εσωλογιστικά. Προκειμένου να ενημερώνονται σε ικανοποιητικό βαθμό τα συγκεκριμένα μητρώα, δημιουργήθηκε ένας λογαριασμός, στον οποία θα καταγράφονται όλες οι κινήσεις που θα επηρεάζουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου. Το 2012, 101 νοσοκομεία χρησιμοποίησαν το εν λόγω πληροφοριακό σύστημα, ενώ τα υπόλοιπα 30 κατέγραφαν τις δεσμεύσεις σε έγγραφο excel.

Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Κρίνεται απαραίτητο κάθε νοσοκομειακός οργανισμός να εφαρμόζει ένα σύστημα παρακολούθησης, ώστε κάθε ασφαλιστικό ταμείο, ελληνικό, ευρωπαϊκό, ιδιωτικό, να έχει μία έγκαιρη τιμολόγηση του κόστους της κάθε θεραπείας. Σημαντική είναι και η εφαρμογή του θεσμού των κλειστών ενοποιημένων νοσηλειών (DRGs) σε κάθε σύμβαση που συνάπτεται ανάμεσα στο ΕΣΥ και στον ΕΟΠΠΥ.

Ένα πλάνο εφαρμογής των ΚΕΝ περιελάμβανε τα ακόλουθα (ΥΚΚΑ, 2012):

- Δημιουργία λίστας ΚΕΝ με ΜΔΝ και κόστος
- Δημιουργία αντιστοιχίσεων ΚΕΝ-διαγνώσεις ιατρικών πράξεων και λογισμικό αξιοποίησης/ προβολής αυτών.
- Μηχανισμός παρακολούθησης εφαρμογής ΚΕΝ-ESY.net
- Έναρξη εφαρμογής των ΚΕΝ
- 1^η αναθεώρηση με βάση τα στοιχεία εφαρμογής (ESY.net)

- Εξασφάλιση χρηματοδότησης ΕΣΠΑ για την υλοποίηση υποσυστημάτων-δράσεων 9κατευθυντήριες οδηγίες ανά ΚΕΝ, Grouper, Υποστήριξη)
- 2^η αναθεώρηση με βάση τα πρώτα στοιχεία (1/2/2012)
- 3^η αναθεώρηση (1/3/2012) με βάση τα στοιχεία από νοσοκομεία (ESY.net) και προτάσεις των ΦΚΑ και της επιτροπής για τα ΚΕΝ του ΕΟΠΥΥ

Ο θεσμός των ΚΕΝ στηρίχθηκε στην πιο πρόσφατη εκδοχή των DRGs της Γερμανίας και της Αυστραλίας και προσαρμόστηκε στα δεδομένα του ελληνικού τομέα υγείας. Είναι αποτέλεσμα αναπροσαρμογής διεθνών λιστών και κάθε κατηγορία ΚΕΝ μπορεί να βρεθεί σε αντίστοιχους καταλόγους.

Ο καθορισμός των υφιστάμενων ΚΕΝ προέκυψε μέσα από μία αξιόπιστη μέθοδο, η οποία έχει εφαρμοστεί από πλήθος άλλων χωρών. Ειδικότερα, έχει συνυπολογιστεί το λειτουργικό κόστους του ελληνικού δημοσίου νοσοκομείου με τους δείκτες βαρύτητας των DRGs. Οι εν λόγω δείκτες προκύπτουν από την υπόθεση ότι η σχετική βαρύτητα του κάθε περιστατικού είναι η ίδια ανάμεσα σε κάποιες χώρες, συμπέρασμα που προκύπτει μετά από παρατήρηση πολυάριθμων νοσηλειών. Οι δείκτες βαρύτητας πολλαπλασιάστηκαν με το μέσο όρο του κόστους του κάθε περιστατικού στην Ελλάδα, δηλαδή με τα έξοδα του νοσοκομείου εκτός της μισθοδοσίας.

Διαγωνισμοί για Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας είναι τα σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων. Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζεται λειτουργία βασικών πληροφοριακών συστημάτων στα ελληνικά νοσοκομεία το τον τελευταίο μήνα του 2011:

Πίνακας 4: Πληροφοριακά συστήματα στα νοσοκομεία το 2011

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΠΛΗΡΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	ΜΕΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
Διαχείριση Φαρμακείου	131	0
Διαχείριση Υλικών- αποθήκες	130	1
Διαχείριση Λογ. Ασθενών-KEN	131	0
Διαχείριση Γραφείου Κίνησης	130	1
Διαχείριση ΤΕΙ	108	11
Διαχ. Γεν. Λογιστηρίου- Διπλογραφικό	129	2
Διαχείριση Προσωπικού	69	15
Διαχ. Κλινικών-Ατομ. Συνταγ. Φαρμάκων	100	12
Διαχείριση Εργαστηρίων (LIS)	81	20
Ιατρονοσηλευτικός Φάκελος	30	43

Πηγή: ΥΥΚΑ, 2012

Εφαρμογή Διπλογραφικού Συστήματος

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 146/2003, ορίστηκε η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος καταγραφής των οικονομικών συναλλαγών των μονάδων υγείας, σε αντίθεση με την απλογραφική ενημέρωση που επικρατούσε μέχρι τότε. Σε διεθνές επίπεδο, το συγκεκριμένο σύστημα έχει κριθεί ως το πλέον κατάλληλο προκειμένου να δίνεται μία ακριβής εικόνα της οικονομικής κατάστασης κάθε οργανισμού και στηρίζεται στην καθημερινή καταγραφή όλων των οικονομικών συναλλαγών. Αντίθετα, με τη μέθοδο της απλογραφικής ενημέρωσης γινόταν αποκλειστική καταγραφή των ταμειακών συναλλαγών. Το διπλογραφικό σύστημα επιτρέπει την ταυτόχρονη λειτουργία τριών λογιστικών οντοτήτων:

- Της Γενικής Λογιστικής, η οποία δίνει γενικές πληροφορίες προς εξωτερικούς ενδιαφερόμενους.
- Της Δημόσιας Λογιστικής, η οποία επιβλέπει τον προϋπολογισμό των μονάδων υγείας.
- Της Αναλυτικής Λογιστικής, η οποία επιβλέπει τα έσοδα και τις δαπάνες των επιμέρους τμημάτων των μονάδων υγείας.

Ηλεκτρονικά Αρχεία Ασθενών

Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας γίνεται χρήση του ιατρονοσηλευτικού φακέλου των ασθενών, ο οποίος περιλαμβάνει ένα συγκεκριμένο αριθμό ιατρικών και διοικητικών υπηρεσιών. Αφού ολοκληρωθεί η μηχανοργάνωση των ελληνικών νοσοκομείων, υπάρχει η προοπτική ο συγκεκριμένος φάκελος να σε κάθε μονάδα υγείας της χώρας.

Enterprise Resource Planning

Η τελευταία δράση που προβλέπεται σε αυτό τον τομέα είναι η ολοκλήρωση του ERP (Enterprise Resource Planning), ενός προγράμματος μηχανοργάνωσης και επέκταση της κάλυψης της ηλεκτρονικής πλατφόρμας ESY.net σε όλα τα νοσοκομεία (ΥΚΚΑ, 2012).

10.4.5. Τομέας παροχής υπηρεσιών

Η κυριότερη δράση στο συγκεκριμένο τομέα είναι η εφαρμογή συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) των υγειονομικών υπηρεσιών. Ανάμεσα στις υποχρεώσεις που ανέλαβε η χώρα, ήταν και η δημιουργία ενός συστήματος, το οποίο θα στοχεύει στη σύγκριση των επιδόσεων των νοσοκομείων και στην κοινοποίηση των αποτελεσμάτων αυτής της σύγκρισης. Το εν λόγω σύστημα είναι το γνωστό ESY.net.

Άλλες δράσεις περιλαμβάνουν την αύξηση της μετακίνησης του ιατρικού προσωπικού μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών, ρύθμιση των οργανογραμμάτων των νοσοκομείων προκειμένου να ρυθμιστούν με τη σειρά του οι υπηρεσίες που παρέχονται εντός και μεταξύ των νοσοκομείων που

βρίσκονται στην ίδια περιοχή και ώθηση των μικρών νοσοκομειακών οργανισμών προς την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών (υπηρεσίες αποκατάστασης, ανακούφισης κ. ά.).

10.4.6. Τομέας ανθρώπινου δυναμικού

Καθιερώθηκε η ετήσια ενημέρωση, στην οποία παρουσιάζονται τα επίπεδα των αμοιβών και ο όγκος της απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία, κέντρα υγείας και στα ταμεία υγείας. Τον Ιανουάριο του 2012 παρουσιάστηκε η πρώτη έκθεση σχετικά με την κατανομή και την αξιολόγηση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού μέχρι το 2013.

10.4.7. Κεντρικές προμήθειες

Ο σημαντικότερος παράγοντας από τον οποίο εξαρτάται το λειτουργικό κόστος των νοσοκομειακών μονάδων, είναι αυτός της διαχείρισης των προμηθειών. Ένα από τα προφανέστερα σημεία, στα οποία μειονεκτεί το σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι το θέμα της διαχείρισης των υλικών στα νοσοκομεία. Μέχρι και το 2009, οι δαπάνες για υλικά και τεχνολογικό εξοπλισμό των νοσοκομείων ήταν εκτός ελέγχου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2004 τα χρέη των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων ήταν 2.7 δις € (1% ΑΕΠ), το 2008 ήταν 5.22 δις € (2% ΑΕΠ) ενώ στο τέλος του 2009 ανέρχονταν σε 7.5 δις € (3% ΑΕΠ) (Καραφύλλης, 2012).

Τα προβλήματα εστιάζονται σε κρίσιμες πτυχές της διαδικασίας των προμηθειών ενός δημοσίου φορέα, όπως καθυστερήσεις στην προμήθεια των υλικών, περιθώρια για καταστρατηγήσεις στην ποιότητα εξαιτίας της έλλειψης κοινών βασικών προδιαγραφών και καθυστερήσεις στην εξόφληση των προμηθευτών, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οι τιμές αγοράς και να ενθαρρύνονται ολιγοπωλιακές καταστάσεις στην αγορά εξαιτίας της διεξαγωγής διαπραγματεύσεων ξεχωριστά από κάθε νοσοκομεία (Καλογεροπούλου, Κατοστάρας, 2010).

Στον εν λόγω τομέα, προτείνεται να εφαρμοστεί ένα ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης των ιατρικών προμηθειών, ιατρικών και φαρμακευτικών

προϊόντων, που μπορεί να χρειαστεί το οποιοδήποτε νοσοκομείο. Την υλοποίηση της πολιτικής αυτής θα αναλάβει η Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών, με τη συμβολή της επιτροπής προδιαγραφών.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, το 2011 πραγματοποιήθηκε μία εργασία υπό τον καθηγητή Λιαρόπουλο και κατατέθηκαν προτάσεις για την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα. Ειδικότερα, έχουμε:

Προτάσεις κατά αιτία νοσηρότητας: Περιλαμβάνουν βελτιωτικές παρεμβάσεις κυρίως στην οργάνωση της φροντίδας υγείας, καθώς και τη διασύνδεση και το συντονισμό των διαφόρων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο για κάθε μία από τις πέντε κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ψυχική νόσος).

Προτάσεις σε επίπεδο χώρας: Αναφέρονται στην πρόσβαση του ασθενούς στα νοσοκομεία, στην αναδιάρθρωση της επείγουσας φροντίδας και τα ΤΕΠ.

Προτάσεις σε επίπεδο ΥΠΕ: Οι προτάσεις έχουν γίνει με βάση αποκεντρωμένες Καλλικρατικές διοικήσεις. Σε κάθε ΥΠΕ προτείνεται ένας Κύκλος Νοσοκομείων: ένα κεντρικό νοσοκομείο το οποίο θα συνδέεται με περιφερειακές υπηρεσίες υγείας.

Προτάσεις σε επίπεδο Νοσοκομείων: Οι προτεινόμενες μεταβολές που εντάσσονται σε μία από τις παρακάτω πέντε πιθανές εκδοχές:

1. Λειτουργεί ως Περιφερειακό Κέντρο
2. Λειτουργεί ως Κέντρο Κύκλου νοσοκομείων
3. Καμία μεταβολή
4. Αλλαγή σκοπού-χρήσης νοσοκομείου
5. Συλλειτουργία με άλλο (αναφέρεται το νοσοκομείο)

Οι παραπάνω προτάσεις προέκυψαν όχι αποκλειστικά και μόνο από τη βαθμολογία με βάση τα Κριτήρια της Αναδιάρθρωσης αλλά λαμβάνοντας υπόψη και κάποιους πρόσθετους παράγοντες όπως:

1. Η συγκέντρωση του απαραίτητου αριθμού γιατρών και ειδικοτήτων στο κάθε νοσοκομείο
2. Η ύπαρξη ή η δυνατότητα ανάπτυξης ΤΕΠ
3. Η ύπαρξη εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών (MTN, ακτινοθεραπεία, επεμβατική καρδιολογία, καρδιοχειρουργική κλπ). (Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων, <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php>)

10.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα το 1983 ήταν το αποτέλεσμα μίας μακράς περιόδου κοινωνικών αναταραχών, η οποία ακολούθησε μετά από δύο παγκόσμιους πολέμους και έναν εμφύλιο. Μέχρι τότε οι υπηρεσίες υγείας είχαν ιδιωτικό χαρακτήρα και η χρηματοδότησή τους βασιζόταν στις επιταγές ενός βασικού βισμαρκιανού μοντέλου, του οποίου οι ελλείψεις άφηναν ακάλυπτη την πλειοψηφία των ανέργων, δηλαδή των ανασφάλιστων. Μετά από απαίτηση για καθολική κάλυψη του πληθυσμού και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ακολουθήθηκε το μοντέλο του Beveridge.

Το ΕΣΥ θεμελιώθηκε με το Ν. 1397/1983, ο οποίος στηρίχτηκε στην παραδοχή ότι η υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό και το κράτος οφείλει να εξασφαλίσει ίση πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Όμως, σημαντικά τμήματα του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ δεν εφαρμόστηκαν ποτέ ή εφαρμόστηκαν μερικώς. Ο στρατηγικός στόχος για έναν ενοποιημένο τομέα υγείας αποδείχθηκε αμφιλεγόμενος και προκάλεσε αντιπαραθέσεις σε πολιτικό επίπεδο. Παρά το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα υγείας κατάφερε σε γενικά επίπεδα να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού, οι δομικές ανεπάρκειες που σχετίζονταν με την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας δεν ξεπεράστηκαν και αυξήθηκαν με την πάροδο του χρόνου. Το ελληνικό σύστημα υγείας λειτουργεί ακόμα μέσα σε πλαίσια ξεπερασμένης οργανωτικής κουλτούρας, χωρίς να παρουσιάζει καμία πρόοδο στην αντιμετώπιση των αναγκών.

Από το 2010 και μετά, έχει παρατηρηθεί αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών του ΕΣΥ εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης και μίας σειράς διαρθρωτικών αλλαγών που έλαβαν χώρα. Η χρηματοδότηση της πλειοψηφίας των φορέων του ΕΣΥ έχει ρυθμιστεί σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό τα τελευταία 3 χρόνια, καθώς μειώθηκαν οι επιχορηγήσεις και τα λειτουργικά κόστη. Ακόμα και στα χρέη των νοσοκομείων έχει παρουσιαστεί κάποια μείωση. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο τρίμηνο του 2012 σημειώθηκε μία απόπειρα ικανοποίησης των οφειλών των νοσοκομείων, οι οποίες έφταναν μέχρι τον Αύγουστο του 2011.

Για την υλοποίηση των δεσμεύσεων του Μνημονίου επιστρατεύτηκαν εμπειρογνώμονες διαφόρων ειδικοτήτων, δημόσιοι υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας και ομάδες των υγειονομικών περιφερειών και των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Τα μέτρα που έχουν ολοκληρωθεί περιλαμβάνουν την ολοκλήρωση των ισολογισμών έως το 2010, εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος, τα μητρώα δεσμεύσεων, την έγκαιρη τιμολόγηση, τα DRGs και η αξιολόγηση των νοσοκομείων, με τη βοήθεια του ESY.net και εκθέσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται σε ετήσια βάση.

Όσον αφορά στην πολιτική του φαρμάκου, το 2011 παρατηρήθηκαν αυξητικές τάσεις στη χρήση των γενοσήμων φαρμάκων, της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για εξωτερικούς και εντός νοσοκομείου ασθενείς και ξεκίνησαν ηλεκτρονικές δημοπρασίες για 50 δραστικές ουσίες, οι οποίες στόχευαν στη μείωση στο μισό της τιμής για το 1/5 των φαρμάκων. Άλλοι διαγωνισμοί για διάφορες κατηγορίες υγειονομικού υλικού υψηλού όστους έχουν ήδη ολοκληρωθεί.

Τα μέτρα τα οποία προβλέπονται από τα Μνημόνια που υπέγραψε η Ελλάδα είναι αναγκαία για την ανάκαμψη και την ομαλή λειτουργία του ΕΣΥ, όμως η εφαρμογή τους μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα τα καθιστά αναποτελεσματικά. Μοναδικό στόχος είναι η μείωση της δαπάνης στην υγεία, χωρίς να λάβουν υπόψη σημαντικές παραμέτρους όπως (Ευριπίδης, 2013):

- Τη σχέση κόστους - οφέλους των φαρμάκων

- Την απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών στα φάρμακα
- Την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς.

Στα πλαίσια της δημόσιας συζήτησης με θέμα «Το εθνικό σύστημα υγείας πρέπει να αλλάξει, όχι να καταργηθεί», ο κ. Μόσιαλος ανέφερε ότι το ΕΣΥ βρίσκεται στο δρόμο της ανάπτυξης με σοβαρά στοιχεία αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς, με πληθωρισμό ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και αδύναμη ΠΦΥ. Η μόνη βιώσιμη λύση είναι μετατροπή του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας σε ένα άλλο πιο σύγχρονο και αποτελεσματικό, με λιγότερες δαπάνες, που θα παρέχει, όμως, σε όλους τους ασθενείς-χρήστες στην Ελλάδα υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, από τη θεραπεία έως την αποκατάσταση και την πρόληψη. Συνεπώς, μπορούμε να πούμε ότι από το 2010 ο τομέας υγείας της Ελλάδας βρίσκεται σε μία συνεχή προσπάθεια εξορθολογισμού και κάθε χρονιά φαίνεται να αυξάνονται οι υποχρεώσεις για την υλοποίηση των δεσμεύσεων στα πλαίσια των Μνημονίων.

11. ΣΥΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

11.1. ΓΕΝΙΚΑ

Μετά την παρουσίαση των μεθόδων και εργαλείων μόνιτων που εφαρμόζουν πέντε ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε ότι οι μεταρρυθμίσεις στον κάθε υγειονομικό τομέα έχουν μία γραμμική εξέλιξη κατά το πέρασμα του χρόνου. Πριν τον οποιοδήποτε στρατηγικό σχεδιασμό, προηγήθηκαν οι εξής τρεις φάσεις:

- 1^η φάση: Προϋπήρξε κοινωνική έρευνα η οποία προσμέτρησε και καθόρισε το είδος, τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος των κοινωνικών αναγκών.
- 2^η φάση: Ακολούθησε το θεσμικό πλαίσιο που προώθησε τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στο δημόσιο και τον υγειονομικό τομέα.
- 3^η φάση: Η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων επιτεύχθηκε από μία ικανή δημόσια διοίκηση που ανέλαβε το σχεδιασμό, τη γεωγραφική αποκέντρωση και τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση του υγειονομικού τομέα. (Υφαντόπουλος, 2007)

Ο τομέας υγείας της Ελλάδας δεν εφάρμοσε την παραπάνω εξελικτική μορφή των μεταρρυθμίσεων. Καταρχήν, δεν πραγματοποιήθηκαν ολοκληρωμένες κοινωνικές έρευνες στο κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα, στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και στους κλάδους των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να εντοπιστούν οι ουσιαστικές ανάγκες των Ελλήνων χρηστών υπηρεσιών υγείας. Δεύτερον, ο ελληνικός τομέας υγείας χαρακτηρίζεται από την έλλειψη σταθερών νομοθετικών βάσεων, η οποίες θα μπορούσαν να υποστηρίξουν υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Τρίτον, οι συχνές αλλαγές στο πολιτικό σκηνικό της Ελλάδας έδωσαν έντονο πολιτικό χαρακτήρα στη δημόσια διοίκηση, η οποία δεν έδωσε προτεραιότητα στις πραγματικές ανάγκες του τομέα υγείας: προσεκτικός σχεδιασμός, αποκέντρωση και αξιολόγηση.

Στη συνέχεια ακολουθεί σύγκριση των συστημάτων υγείας, των οποίων οι παρουσίαση έγινε στα προηγούμενα κεφάλαια, με αυτό της Ελλάδας ως προς τα κύρια εργαλεία μανάτζμεντ της υγείας που εφαρμόζουν.

11.2. ΤΟ CONTRACTING ΣΕ ΙΣΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΓΑΛΛΙΑ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο θεσμός των συμβάσεων στα συστήματα υγείας της Ισπανίας και της Γαλλίας, τα οποία εξετάστηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας, είναι εντελώς διαφορετικός από τη μία χώρα στην άλλη. Κύρια αιτία των διαφορών είναι ότι το ισπανικό σύστημα υγείας ακολουθεί το πρότυπο του Beveridge, είναι δηλαδή ένα εθνικό σύστημα υγείας, ενώ στη Γαλλία επικρατεί το μοντέλο Bismarck, δηλαδή της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας.

Το contracting είναι το κύριο εργαλείο μανάτζμεντ της υγείας, ωστόσο το εθνικό σύστημα υγείας της Ισπανίας, δεν προσφέρει πρόσφορο έδαφος για την απρόσκοπτη ανάπτυξη του. Όσο αφορά στην ΠΦΥ, δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στη προσφορά και στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Είναι ένα ιδιαιτέρως αποκεντρωμένο σύστημα, στο οποίο η κεντρική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη λήψη των αποφάσεων. Σε κάθε περιφέρεια, την ευθύνη των αποφάσεων για θέματα υγείας έχει επωμιστεί το κάθε υπουργείο υγείας και οι τοπικές υπηρεσίες, οι οποίες προσφέρουν και αγοράζουν ταυτόχρονα υγειονομικές υπηρεσίες. Οι συμβάσεις που συνάπτονται στον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα χαρακτηρίζονται από το σαφή διαχωρισμό αγοραστών και ιδιωτών παρόχων, ενώ στις συμβάσεις στα νοσοκομεία που χρηματοδοτούνται από φορείς του δημοσίου παρατηρείται έντονη παρέμβαση της κυβέρνησης.

Το contract-programme Ισπανία έχει καταφέρει να εκσυγχρονιστεί και είναι σε θέση να ικανοποιεί τις ιδιαίτερες απαιτήσεις της κάθε περιφέρειας. Η απόσταση ανάμεσα στους παρόχους και στους αγοραστές υπηρεσιών υγείας στο πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας αυξάνεται ή ελαχιστοποιείται, αναλόγως ποιο είδος νομικής μορφής αποκτούν οι πρώτοι με τη συμβολή του δημοσίου, θυμίζοντας αρκετά το βρετανικό μοντέλο των γενικών ιατρών (GP fundholders).

Στις ιδιαίτερες περιπτώσεις της Καταλονίας, της Μαδρίτης και της Βαλένθια, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας έχουν το ρόλο του αγοραστή και διαχωρίζονται σαφώς από τους παρόχους, με απώτερο σκοπό τη ύπαρξη ανταγωνισμού. Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι στην Καταλονία παρατηρείται παρέμβαση του Υπουργείου Υγείας (Departament de Salut) και στη Μαδρίτη το σχέδιο των 11 ζωνών υγείας προκαλεί συχνά προβλήματα.

Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην ομαλή λειτουργία του contract-programme είναι η απουσία συναίνεσης όλων των περιφερειών ως προς το σχεδιασμό κοινής πολιτική υγείας. Κάθε περιφέρεια χαράσσει τη δική της, ξεχωριστή πολιτική υγείας και αυτό έχει αντίκτυπο στο περιεχόμενο των συμβάσεων. Απουσιάζουν οι κοινές βάσεις και αρχές ώστε οι συμβάσεις να εφαρμοστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Αντιθέτως, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της υγείας στη Γαλλία, αφήνει περιθώρια για την ανεμπόδιστη εφαρμογή του contracting. Επικρατούν συνθήκες οριζών αγοράς, με διαπραγματεύσεις, οι οποίες έχουν το ρόλο του συντονιστή του συστήματος και με την κεντρική κυβέρνηση στο ρόλο του επιτηρητή. Το contract-programme αποτελεί το βασικό εργαλείο health management για την επίτευξη των στόχων που έχουν καθοριστεί τόσο από τους αγοραστές όσο και από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, των οποίων ο διαχωρισμός είναι πλήρης. Κρατική παρέμβαση παρατηρείται σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως στον διορισμό των διοικητών των ταμείων και στον καθορισμό των ορίων των δαπανών τους.

Πρωταγωνιστικό ρόλο στο γαλλικό σύστημα υγείας έχουν οι συμβάσεις μεταξύ της Εθνικής Ομοσπονδίας ταμείων ασφάλισης υγείας (UNCAM) και των ενώσεων επαγγελματιών υγείας. Έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν τη ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, τις τιμές των υπηρεσιών και τους τρόπους πληρωμών. Επίσης, συνάπτονται συμβάσεις και σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο μεταξύ των παραρτημάτων των ταμείων στην περιφέρεια και των ενώσεων επαγγελματιών υγείας. Τόσο οι συλλογικές όσο και οι ατομικές συμβάσεις αποδεικνύουν τον προσεκτικό σχεδιασμό του

κράτους όσον αφορά στη χάραξη της πολιτικής υγείας και την προσπάθεια επίτευξης ιδιαίτερων στόχων, όπως είναι η διάδοση της συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων, η αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και η προώθηση της πρόληψης.

Μετά από τη σύγκριση της Ισπανίας και της Γαλλίας, είμαστε σε θέση να καταλήξουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Στην Ισπανία είναι περιορισμένος ο αριθμός των συμβάσεων και δεν διαθέτουν το δυναμικό χαρακτήρα των γαλλικών συμβάσεων. Ενώ στη Γαλλία, έχει αναπτυχθεί δυναμικά ο θεσμός των συμβάσεων, συλλογικών και ατομικών, μέσα σε πλαίσια οριζών αγοράς, με λεπτομερή σχεδιασμό σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο και με σαφή διαχωρισμό προσφοράς-ζήτησης.
2. Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα στην Ισπανία παρέχεται από ενώσεις επαγγελματιών υγείας, διαφόρων νομικών μορφών, οι οποίες θυμίζουν τους GP fundholders της Μ. Βρετανίας. Αντίθετα, στη Γαλλία οι πάροχοι είναι ιδιώτες.
3. Το contracting στην Ισπανία πραγματοποιείται σε τοπικό/ περιφερειακό επίπεδο και χαρακτηρίζονται από την έλλειψη κοινών αρχών και κανόνων. Οι γαλλικές συμβάσεις συνάπτονται σε εθνικό επίπεδο και χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια.
4. Στην Ισπανία δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ παρόχων και αγοραστών υπηρεσιών υγείας, όπως στη Γαλλία.
5. Στο ισπανικό σύστημα υγείας δεν έχει παγιωθεί συναίνεση σχετικά με το contract-programme, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της Γαλλίας.
6. Ο μηχανισμός contracting έχει εισαχθεί πρόσφατα στο σύστημα υγείας της Ισπανίας, οπότε δεν έχει ολοκληρωθεί η αποτίμηση των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του. Αντίθετα στη Γαλλία, έχουμε αναφορές ως προς τον περιορισμό των δαπανών και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

11.2.1. Οι συμβάσεις στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, συνάπτονται συμβάσεις μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων. Ωστόσο, η σύναψη των εν λόγω συμβάσεων δεν διενεργείται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ώστε να αντληθούν θετικά αποτελέσματα και για τους δύο συμβαλλόμενους, παρά το γεγονός ότι σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν ο συγκεκριμένος θεσμός μόνο οφέλη έχει να προσφέρει σε όσα συστήματα υγείας εφαρμόζεται.

Τα σημεία όπου η Ελλάδα παρουσιάζει αδυναμίες που δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη του contract-programme, όπως συμβαίνει στην Ισπανία και στη Γαλλία είναι:

- Ο ελληνικός υγειονομικός τομέας χαρακτηρίζεται από έντονη παρέμβαση της κεντρικής κυβέρνησης, ενώ απουσιάζουν οι συνθήκες οριζοντίων αγορών και υγιούς ανταγωνισμού. Επιπλέον, δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ αγοραστών και παρόχων υπηρεσιών υγείας.
- Δεν υπάρχει συνεργασία, συνεννόηση, συντονισμός μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα να έχουν ελάχιστη διαπραγματευτική δύναμη ως αγοραστές υπηρεσιών υγείας.
- Υπάρχει έντονος κρατικός παρεμβατισμός στις διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων, περιορίζοντας κατά αυτό τον τρόπο την αυτονομία τους και το ρόλο τους στο σύστημα υγείας.
- Απουσία σύγχρονων εργαλείων health management, ιδιαίτερα στρατηγικού μάνατζμεντ, από το ελληνικό σύστημα υγείας.

Για να υπάρχουν πιθανότητες να εφαρμοστεί με επιτυχία ο θεσμός των συμβάσεων στην ελληνική πραγματικότητα, είναι απολύτως απαραίτητο το κράτος να μειώσει τις παρεμβάσεις τόσο στον τομέα της προσφοράς όσο και στον τομέα της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και να αναλάβει το ρόλο το επιτηρητή. Ο μηχανισμός του contracting συνδέεται με την αλλαγή κουλτούρας στον τομέα της διοίκησης και την εφαρμογή του στρατηγικού μάνατζμεντ. Η Ελλάδα διέρχεται από μία οικονομική στενωπό και τα οφέλη της συγκράτησης

των δαπανών και της βελτίωσης της ποιότητας που μπορούν να προκύψουν από την εφαρμογή του contracting είναι αναγκαία περισσότερο από ποτέ.

Όμως, παρά τις αδυναμίες που προαναφέρθηκαν, ο μηχανισμός των συμβάσεων μπορεί να τεθεί σε εφαρμογή εφόσον υιοθετηθούν από την ελληνική πλευρά οι δοκιμασμένες καλές πρακτικές του γαλλικού συστήματος. Οι εν λόγω καλές πρακτικές είναι:

- Η καθιέρωση διαπραγματεύσεων σε συλλογικό επίπεδο καθώς και συλλογικών συμβάσεων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Στη Γαλλία, οι συλλογικές διαπραγματεύσεις ανάμεσα στην Ομοσπονδία των ταμείων ασφάλισης και στις ενώσεις των επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν στην καθιέρωση ομοειδών κανόνων στο σύστημα και εξασφαλίζουν με επιτυχία την ισότητα στην πρόσβαση. Επιπλέον, οι συμβάσεις συλλογικού τύπου έχουν τη δυνατότητα να εξασφαλίζουν χαμηλό κόστος σε κάθε είδους συναλλαγή.
- Στη Γαλλία, ο καθορισμός της αμοιβής για τον κάθε πάροχο υγείας είναι αποτέλεσμα διαπραγματεύσεων ανάμεσα στους παρόχους και τους αγοραστές, χωρίς την παραμικρή παρέμβαση της Κεντρικής Κυβέρνησης. Κατά αυτό τον τρόπο, το γαλλικό σύστημα υγείας λειτουργεί μέσα σε πλαίσια οριζοντίων αγορών αλλά και ανταγωνισμού μεταξύ των δύο άκρων. Συνεπώς, παρατηρείται η αύξηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των δράσεων των κύριων εμπλεκόμενων σε κάθε σύστημα υγείας.
- Το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να επωφεληθεί ακολουθώντας το παράδειγμα της Γαλλίας, όσον αφορά στη χάραξη στρατηγικών. Τόσο η Κεντρική Κυβέρνηση όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία προσπαθούν να επιτύχουν το μεταξύ τους συντονισμό, προκειμένου να επιτευχθούν οι γενικοί και οι συγκεκριμένοι στόχοι που έχουν θέσει, κυρίως η μεταστροφή όσων παρέχουν υπηρεσίες υγείας προς τις δικές τους επιδιώξεις.

11.2.2. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι ο μηχανισμός των συμβάσεων μπορεί να εφαρμοστεί μέσα στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας κατά τον πλέον αποδοτικό τρόπο εάν η Κεντρική Κυβέρνηση κατορθώσει να συντονίσει τις σχέσεις των αγοραστών-παρόχων και την ίδια στιγμή να μειώσει την εμπλοκή του στη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων. Είναι γεγονός ότι η οποιαδήποτε βελτίωση στην εφαρμογή του contracting στη χώρα μας απαιτεί την υιοθέτηση σύγχρονης διοικητικής κουλτούρας από κάθε εμπλεκόμενο στη διοίκηση. Μέσα στο πλαίσιο ενός αναβαθμισμένου διοικητικά κράτους, οι συμβάσεις μπορούν συμπεριληφθούν στη χάραξη νέων στρατηγικών σχεδιασμών, όπου η Κεντρική Κυβέρνηση θα είναι ο συντονιστής των εξελίξεων.

Είναι σίγουρο ότι ο μηχανισμός της σύναψης συμβάσεων έχει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μέσα στα πλαίσια του ελληνικού συστήματος υγείας. Εάν η εφαρμογή του γίνει συνδυαστικά με άλλες δράσεις στρατηγικού χαρακτήρα, θα βρεθούμε αντιμέτωποι με μία πληθώρα θετικών εξελίξεων. Ειδικότερα, θα μπορούσαμε να έχουμε συγκράτηση του κόστους των δαπανών σε συνδυασμό με την εξασφάλιση της ποιότητας και τις ισότιμες πρόσβασης σε κάθε υπηρεσία υγείας. Τώρα περισσότερο από ποτέ ο υγειονομικός τομέας της Ελλάδας έχει ανάγκη την αποκατάσταση της αρμονίας μεταξύ των σχέσεων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, της ορθολογικής κατανομής των πόρων και, τέλος, την αποτελεσματική εφαρμογή μηχανισμών και μεθόδων άλλων συστημάτων υγείας, μετά από την αναπροσαρμογή τους ως προς τα ελληνικά δεδομένα.

11.3. MANATZMENT ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

Η κυριότερη διαφορά ανάμεσα στα συστήματα υγείας της Γερμανίας και της Ελλάδας είναι τα διαφορετικά πρότυπα που ακολουθεί η κάθε χώρα στον υγειονομικό τομέα. Η Γερμανία ακολουθεί το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck, με βασικά χαρακτηριστικά τον έντονο κορπορατισμό, υπάρχει, δηλαδή, έντονη αλληλεπίδραση των σωματείων των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας με τις οργανώσεις επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και τα ασφαλιστικά ταμεία και την έμφαση στο μάνατζμεντ ποιότητας στο νοσοκομειακό τομέα. Τα εργαλεία, τα οποία συμβάλλουν στην ποιοτική

διοίκηση των νοσοκομείων είναι το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για Μάνατζμεντ Ποιότητας (EFQM), ο Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης (ISO) , ο Φορέας Πιστοποίησης των Νοσοκομείων για την Ποιότητα και την Ασφάλεια (EKT), το Balanced Scorecard και η μέθοδος Six Sigma.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, ενώ στην αρχή ακολούθησε το πρότυπο του βισμαρκιανού μοντέλου, τελικά διαμορφώθηκε σύμφωνα με τις επιταγές του μοντέλου Beveridge, διατηρώντας το στοιχείο της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας. Είναι ένα εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται για το συντηρητισμό του, την προσκόλληση στην τήρηση της ιεραρχίας των δομών του και την απόρριψη του κορπορατισμού που διακρίνει τη Γερμανία.

Όσον αφορά στα εργαλεία ποιοτικού μάνατζμεντ, η Ελλάδα σε σχέση με τη Γερμανία βρίσκεται ξεκάθαρα σε ένδεια. Πρώτον, σε θεσμικό επίπεδο η έννοια της διοίκησης ποιότητας απουσιάζει από την κουλτούρα των διοικήσεων των νοσοκομείων. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται αποσπασματικά, κυρίως στο χώρο των δημοσίων νοσοκομείων, χωρίς, όμως, τη στήριξη ισχυρών νομοθετικών πράξεων. Δεύτερον, σε λειτουργικό επίπεδο η απουσία της διοίκησης ποιότητας είναι ακόμα εντονότερη εξαιτίας της μειωμένης εφαρμογής ανάλογων εργαλείων. Είναι, επομένως, εξαιρετικά δύσκολο να εφαρμοστούν συνολικά συστήματα διαχείρισης της ποιότητας στους νοσοκομειακούς οργανισμούς της χώρας μας. Έχοντας αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο τις δράσεις και της μεταρρυθμιστικές προτάσεις της Γερμανίας στον τομέα του ποιοτικού μάνατζμεντ, μπορούμε να αναφέρουμε τα σημεία στα οποία υστερεί το ελληνικό σύστημα υγείας σε θεσμικό και σε λειτουργικό επίπεδο. Κάθε μεταρρύθμιση η οποία θα σχετίζεται με την εισαγωγή εργαλείων ποιοτικού μάνατζμεντ εντός των ελληνικών νοσοκομείων, θα πρέπει να προσαρμόζεται στα δεδομένα της κοινωνίας μας, η οποία είναι πιστή στις ιεραρχικού τύπου δομές της και μπορεί να χαρακτηριστεί από επιφυλακτική έως δύσπιστη στον κορπορατισμό του γερμανικού συστήματος υγείας.

13.3.1. Δυσκολίες σε θεσμικό επίπεδο και προτάσεις

Σε θεσμικό επίπεδο, εφαρμόζονται ελάχιστα δύο σχετικά πρόσφατες νομοθετικές πράξεις που αναφέρονται το θέμα της ποιότητας εντός των ελληνικών νοσοκομείων είναι:

- *N. 2889/2001*: Ο συγκεκριμένος νόμος αναφέρεται στη βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Το νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να καθορίζουν μία επιχειρησιακή στρατηγική, η οποία αποτελεί τη βάση του ποιοτικού μάνατζμεντ.
- *N. 3329/2005*: Με το νόμο αυτό, δημιουργείται η υποχρέωση να ληφθούν μετρά στο εσωτερικό του νοσοκομείου για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, ορίζεται η σύσταση ειδικού τμήματος, σε όλες τις Δ. Υ. ΠΕ., το ποίο θα εποπτεύει τις υπηρεσίες των νοσοκομείων και θα τις υποβάλλει σε διαδικασίες πιστοποίησης.

Κατά καιρούς, υπήρξαν και άλλες νομοθετικές πράξεις σχετικές με την ποιότητα εντός των νοσοκομειακών μονάδων, οι οποίες, όμως, δεν ευοδώθηκαν εξαιτίας της αναποτελεσματικής οργάνωσης των νοσοκομείων και της απουσίας ισχυρής θεσμικής επιτήρησης. Μερικές από είναι:

N. 1579/1985: Ιδρύθηκε το Εθνικό Κέντρο Ερευνών της Υγείας, το οποίο στόχευε στην προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας και στη συνεργασία με διεθνή κέντρα έρευνας.

N. 2519/1997: Το Εθνικό Κέντρο Ερευνών της Υγείας αντικαθιστάται από το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας, με τελικό στόχο την εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω της αξιολόγησης.

N. 2071/ 1992: Στο άρθρο 51, προβλεπόταν ότι ο Υπουργός Υγείας θα είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό των προδιαγραφών σύμφωνα με τις οποίες θα λειτουργούν όλα τα τμήματα των νοσοκομείων. Στο άρθρο 56, γίνεται λόγος για τη δημιουργία κοινών κριτηρίων οργάνωσης των νοσοκομείων ανάλογα με τον αριθμό των κλινών που διαθέτουν αλλά και του προσωπικού.

Μελετώντας το παράδειγμα της Γερμανίας, θα είμαστε σε θέση να καταλήξουμε στην εύρεση λύσεων, οι οποίες θα επαναφέρουν το ζήτημα του ποιοτικού μάνατζμεντ στα ελληνικά νοσοκομεία στο προσκήνιο.

Σε επίπεδο θεσμών, θα μπορούσε να ιδρυθεί ένας φορέας, ανάλογος αυτών της Γερμανίας, του οποίου το καθήκον θα ήταν διπλό: από τη μία θα καθόριζε πρότυπα σχετικά με τις υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας (οδηγίες, πρωτόκολλά κ. ά.) και από την άλλη θα ήταν σε θέση να πιστοποιήσει τις υπηρεσίες των νοσοκομείων σύμφωνα με τα πρότυπα ISO και EFQM. Επιπλέον, είναι αναγκαίο να τεθεί σε πλήρη εφαρμογή ο Ν. 3329/2005 και να εφαρμοστεί από την πλειοψηφία των ελληνικών νοσοκομείων. Τέλος, με τις κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις θα μπορούσε να προβλεφθεί η εισαγωγή του μηχανισμού των αναφορών ποιότητας, των οποίων η εφαρμογή εξαρτάται από τις συνθήκες λειτουργίας των νοσοκομείων.

Σε αυτό το σημείο, είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι όλες οι προτεινόμενες νομοθετικές ρυθμίσεις έχουν να αντιμετωπίσουν τους περιορισμούς που επιβάλλουν οι διαθέσιμοι πόροι, κυρίως όσον αφορά στο κατάλληλα καταρτισμένο ανθρώπινο δυναμικό, και η ελάχιστα ευμετάβλητη οργανωτική δομή των νοσοκομείων της χώρας μας.

13.1.2. Δυσκολίες σε λειτουργικό επίπεδο και προτάσεις

Στη Γερμανία υπάρχει ανεξάρτητος φορέας πιστοποίησης των νοσοκομείων, ο ΚΤQ και αποτελεί το σημαντικότερο εργαλείο μάνατζμεντ της υγείας που διασφαλίζει την ποιότητα το εσωτερικό των νοσοκομείων. Αντίθετα, στη Ελλάδα απουσιάζει αντίστοιχος φορέας πιστοποίησης. Η πιστοποίηση των ελληνικών νοσοκομείων πραγματοποιείται από τον ΕΛΟΤ, ο οποίος έχει αναλάβει την ευθύνη πιστοποίησης όλων δημοσίων και ιδιωτικών επιχειρήσεων, με τα θετικά και τα αρνητικά που μπορεί να περιλαμβάνει η ανάληψη αυτής της ευθύνης.

Ο αριθμός πιστοποιημένων νοσοκομείων στη χώρα μας είναι πάρα πολύ μικρός. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 2004 το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και ο Ευαγγελισμός πιστοποιήθηκαν με βάση το πρότυπο ISO 9001:2000 και κατά

EFQM αντίστοιχα, για τις υπηρεσίες των Καρδιοχειρουργικών Τμημάτων τους. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται μερικά ακόμα νοσοκομειακά τμήματα, τα οποία πιστοποιήθηκαν κατά EN ISO 9001:2000:

Πίνακας 5: Πιστοποιημένα κατά ISO τμήματα ελληνικών νοσοκομείων

Επωνυμία επιχείρησης	Θέσεις εφαρμογής	Πεδίο εφαρμογής	Πρότυπο αναφοράς	Ημερομηνία λήξης
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΕΩΣ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ "Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"	<input type="checkbox"/> Τμήμα Αιμοδοσίας-Ν. Ιωνία-Ελλάδα	Σχεδιασμός, ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών αιμοθεραπείας (αιμοδοσία, μεταγγίσεις, εργαστηριακές διαγνώσεις)	ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000	16/04/2009
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε. - ΚΕΝΤΡΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ	<input type="checkbox"/> Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο-Μαρούσι-Ελλάδα	Παροχή Υπηρεσιών Ακτινοθεραπείας	ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000	28/11/2006
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε. - ΤΜΗΜΑ PET/CT	<input type="checkbox"/> Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο-Μαρούσι-Ελλάδα	Παροχή διαγνωστικών απεικονιστικών υπηρεσιών εκτίμησης του μεταβολισμού και ανατομικού εντοπισμού παθολογικών εξεργασίων με συνδυασμό ποζιτρονικού και αξονικού τομογράφου (PET/CT)	ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000	24/05/2009
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε. - ΤΜΗΜΑ ΑΞΟΝΙΚΗΣ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ & ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ	<input type="checkbox"/> Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο-Μαρούσι-Ελλάδα	Παροχή ιατρικών διαγνωστικών και επεμβατικών υπηρεσιών απεικόνισης	ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000	19/04/2008
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ Α.Ε. - ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	<input type="checkbox"/> Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο-Μαρούσι-Ελλάδα	Σχεδιασμός και παροχή υπηρεσιών Φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης	ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000	16/12/2006
ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	<input type="checkbox"/> Καρδιοχειρουργικό Κέντρο-Καλλιθέα-Ελλάδα	Ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών υγείας στον τομέα της Καρδιοχειρουργικής και της Καρδιολογίας ενηλίκων και παιδών, συμπεριλαμβανομένων των Μεταμοσχεύσεων Ενδοθωρακικών Οργάνων, καθώς και των υπηρεσιών υποστήριξης	ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000	10/02/2007

Πηγή: Παπαγεωργίου, 2007

Είναι προφανές ότι η εφαρμογή ποιοτικού μάνατζμεντ εφαρμόζεται αποσπασματικά σε συγκεκριμένες κλινικές και όχι σε ολόκληρο το νοσοκομείο. Σύμφωνα με το Ν. 2889/2001, ο οποίος αναφέρεται στη βελτίωση και στον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, το νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να καθορίζουν μία επιχειρησιακή στρατηγική, η οποία αποτελεί τη βάση του ποιοτικού μάνατζμεντ. Όμως, οι μέχρι στιγμής προσπάθειες περιορίζονται στην πιστοποίηση κλινικών και νοσοκομείων και όχι στο να εισαχθούν εργαλεία μάνατζμεντ ποιότητας.

Το λειτουργικό επίπεδο των νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από την πλήρη απουσία οποιουδήποτε εργαλείου μάνατζμεντ ποιότητας, πόσο μάλλον αυτών που εφαρμόζει με επιτυχία η Γερμανία. Είναι εμφανές πως το πρόβλημα της εφαρμογής ποιοτικού μάνατζμεντ εντός του πλαισίου της ελληνικής πραγματικότητας, είναι περισσότερο λειτουργικό παρά θεσμικό και οφείλεται στην απουσία κατάλληλα καταρτισμένου ανθρωπίνου δυναμικού σε θέματα ποιότητας και στην παρωχημένη ιεραρχική δομή των ελληνικών νοσοκομείων. Στην πρώτη περίπτωση, η επιβράβευση για την βελτίωση της απόδοσης, η αναπροσαρμογή των μισθών, η μείωση του φορτίου εργασίας μέσω νέων προσλήψεων, επιδρούν θετικά στη ψυχολογία του ήδη υπάρχοντος προσωπικού και συμβάλλουν στην αύξηση της αφοσίωσης του σε πιο ποιοτικές μεθόδους εργασίας. Στη δεύτερη περίπτωση, η ξεπερασμένη δομή των νοσοκομείων μπορεί να αντικατασταθεί με την τοποθέτηση ενός δικτύου ατόμων, κατάλληλα εκπαιδευμένων σε θέματα ποιότητας, τα οποία θα διακρίνονται για το όραμά τους και τη αποφασιστικότητα τους να εφαρμόσουν καινοτόμα εργαλεία ποιοτικού μάνατζμεντ, όπως η μέθοδος Six Sigma.

11.3.3. Συμπεράσματα

Από την ανάλυση που προηγήθηκε, είναι προφανής η ανάγκη για την εισαγωγή εργαλείων ποιοτικού μάνατζμεντ εντός των ελληνικών νοσοκομείων, όπως ακολουθώντας το μοντέλο του Γερμανικού συστήματος υγείας. Κάθε οργανισμός του ελληνικού υγειονομικού τομέα σήμερα, έρχεται αντιμέτωπος με ένα ρευστό οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο είναι υποχρεωμένος να προσαρμοστεί άμεσα προκειμένου να είναι ικανός, αποτελεσματικός και αποδοτικός σε θέματα λειτουργίας και διοίκησης. Η έννοια

της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι οφείλει να είναι το κύριο μέλημα κάθε χώρας που επιθυμεί να παρέχει υψηλό επίπεδο υπηρεσιών φροντίδας στους πολίτες της. Μόνο έτσι ένα σύστημα υγείας θα μπορέσει να είναι πιο αποδοτικό και πιο ανταγωνιστικό σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Εκτός από μεταβολές σε επίπεδο λειτουργιών και θεσμών, είναι αναγκαίο να επέλθει αλλαγή στον προσανατολισμό της διοικητικής νοοτροπίας που επικρατεί μέχρι σήμερα και να εφαρμοστούν καινοτόμες πολιτικές υγείας, με έμφαση στη διαφάνεια. Η αλλαγή της κουλτούρας των ίδιων των οργανισμών αλλά και του κάθε επαγγελματία υγείας, αποτελεί το θεμέλιο για τη χάραξη σύγχρονων πολιτικών υγείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν τον ασθενή-χρήστη ως πελάτη και θα στοχεύουν στην αποτελεσματική εξυπηρέτηση των αναγκών του.

Οι προκλήσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο ελληνικός νοσοκομειακός τομέας μπορούν να αντιμετωπιστούν εφόσον γίνει κοινή συνείδηση η ανάγκη για καινοτόμες μεταρρυθμίσεις σχετικές με την ορθολογική διαχείριση των πόρων, χωρίς να θίγεται η παράμετρος της ποιότητας, της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την συνεχή παροχή κινήτρων με απώτερο σκοπό την αναβάθμιση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας.

11.4. HEALTH MANAGEMENT ΣΕ Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ, ΝΟΡΒΗΓΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ

Ο τομέας υγείας της Μ. Βρετανίας, της Νορβηγίας και της Ελλάδας ακολουθούν το πρότυπο του Beveridge. Είναι εθνικά συστήματα υγείας, των οποίων η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Ωστόσο, το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται σε μειονεκτική θέση συγκριτικά με τις δύο άλλες χώρες.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κοινά εργαλεία health management που εφαρμόζουν η Μ. Βρετανία και η Νορβηγία:

Σύγχρονες διοικήσεις

Αρχικά, οι διοικήσεις των βρετανικών νοσοκομείων, ανάλογα με το που βρισκόταν το νοσοκομείο, υπάγονταν στη δικαιοδοσία της αντίστοιχης DHA.

Στη συνέχεια, όμως, έκαναν την εμφάνισή τους τα NHS Trusts, με αυτόνομο καθεστώς και τη δυνατότητα κατάλληλης πολιτικής, η οποία θα οδηγούσε στην βελτίωση της απόδοσης και τις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη Νορβηγία οι διοικήσεις των νοσοκομειακών οργανισμών στοχεύουν στην περιφερειακοποίηση των διαδικασιών και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, κάτι που σημαίνει μείωση των χρόνων αναμονής, καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων, μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Ένα ακόμα στοιχείο που καθιστά σύγχρονες τις διοικήσεις του νορβηγικού μοντέλου είναι η υβριδικότητά τους, δηλαδή ο επιτυχής συνδυασμός μίας κεντρικής διακυβέρνησης και αποκεντρωτικές επιχειρήσεις υγείας.

Σύγχρονη κουλτούρα διοίκησης

Στο βρετανικό και στο νορβηγικό τομέα υγείας ισχύει η ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και ο σεβασμός στις επιλογές των ασθενών-χρηστών. Οι διοικήσεις και των δύο συστημάτων λογοδοτούν στην Κεντρική κυβέρνηση προκειμένου να εξασφαλιστεί η διαφάνεια σε όλα τα επίπεδα των διαδικασιών και προσφέρουν επαρκή πληροφόρηση σχετικά με τις υπηρεσίες των νοσοκομειακών οργανώσεων στους ασθενείς-χρήστες του συστήματος.

Στρατηγικό Μάνατζμεντ

Η μέθοδος του στρατηγικού μάνατζμεντ εφαρμόζεται και από τις δύο χώρες της βόρειας Ευρώπης. Στη Μ. Βρετανία πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν το NHS αντιμετώπιζε προβλήματα οργάνωσης, αναποτελεσματικότητας και μειωμένης απόδοσης. Ο Griffith εισήγαγε την έννοια του «στρατηγικού μάνατζμεντ» και πρότεινε την τοποθέτηση μάνατζερς σε κάθε επίπεδο διοίκησης. Οι μάνατζερς στη Νορβηγία έχουν επωμιστεί την ευθύνη της διατήρησης της στρατηγικής και λειτουργικής αυτονομίας των επιχειρήσεων υγείας που έχουν αναλάβει.

Ενδυνάμωση ασθενών (patients' empowerment)

Οι φορείς του βρετανικού και του νορβηγικού συστήματος υγείας, παρέχουν στους ασθενείς-χρήστες ολοκληρωμένες πληροφορίες για τις παρεχόμενες

υπηρεσίες υγείας, σεβόμενοι το δικαίωμα της ελευθερίας της επιλογής. Ο ασθενής, πλήρως ενημερωμένος, θα επιλέξει τις ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας, συνεπώς ενισχύεται ο ανταγωνισμός μεταξύ των υπηρεσιών υγείας ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Περιβάλλον οικονομικής αγοράς

Το βρετανικό σύστημα υγείας λειτουργεί μέσα σε πλαίσια οικονομικής αγοράς, καθώς οι γενικοί ιατροί (GPs) έχουν τη δυνατότητα να αγοράζουν υπηρεσίες για τους ασθενείς τους από τα NHS Trusts. Στην περίπτωση της Νορβηγίας, οι υπηρεσίες υγείας σε τοπικό επίπεδο λειτουργούν ως επιχειρήσεις, όμοιες με αυτές του ιδιωτικού τομέα, υπό την επίβλεψη της κεντρικής διακυβέρνησης.

Contract-programme

Μεταξύ των βρετανικών υγειονομικών αρχών και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας με τους υπόλοιπους προμηθευτές υγείας. Δίνεται έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρά στην κοστολόγησή τους. Στην περίπτωση της Νορβηγίας, συνάπτονται συμβάσεις μεταξύ των Κομητειών και ιδιωτών ιατρών προκειμένου να στελεχωθούν με επαρκές ιατρικό προσωπικό δύσκολες περιοχές, ορεινές κ. ά.

Quality management

Μετά την έκθεση Griffiths το 1983, το NHS στρέφεται στη Διοίκηση Ποιότητας, δίνοντας έμφαση στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και το σύστημα υγείας της Νορβηγίας, θέτοντας ως προτεραιότητά του την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Έμφαση στα αποτελέσματα

Στη Μ. Βρετανία δίνεται ιδιαίτερη αξία στο value for money, πρακτική η οποία ικανοποιείται πλήρως όταν δίνεται έμφαση στα αποτελέσματα και όχι στην ποσότητα και στον έλεγχο των εισροών. Ομοίως και στον τομέα υγείας της Νορβηγίας, η Κεντρική Κυβέρνηση χρηματοδοτεί τις Κομητείες και τους Δήμους, χωρίς να εμπλέκεται στον τρόπο διαχείρισής τους. Όμως, υπάρχει η απαίτηση για απόλυτη διαφάνεια, οπότε Κομητείες και Δήμοι λογοδοτούν στο Κράτος. Τα

νοσοκομεία έχουν τη μορφή επιχειρήσεων (enterprises), θυμίζοντας αυτές του ιδιωτικού τομέα, είναι υποχρεωμένα όμως να διακρίνονται από σταθερότητα και να λογοδοτούν στο Κράτος για την οποιαδήποτε ενέργειά τους.

Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας βάσει αποτελεσμάτων

Στη Μ. Βρετανία εφαρμόζεται η μέθοδος payment by results, δηλαδή η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από το κράτος εξαρτάται από την απόδοσή τους. Κατά παρόμοιο τρόπο, στη Νορβηγία η χρηματοδότηση των νοσοκομείων προκύπτει μέσα από το συνδυασμό των σφαιρικών προϋπολογισμών (global budgets) τους και την εκάστοτε περίπτωση του ασθενή. Οι θεραπείες εντός των νοσοκομείων βασίζονται στο σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (DRGs) και αποζημιώνονται κατά ιατρική πράξη (fee for service) από ένα μέρος του κρατικού προϋπολογισμού.

11.4.1. Η ελληνική πραγματικότητα

Παρά τις περιστασιακές μεταρρυθμίσεις, το σύστημα υγείας της Ελλάδας δείχνει απρόθυμο να προχωρήσει στην δυναμική εισαγωγή και χρήση εργαλείων Health Management, κατά τον τρόπο που εφαρμόζεται το μάνατζμεντ απόδοσης στο νορβηγικό τομέα υγείας. Το performance management συνέβαλλε αποφασιστικά στον καθορισμό στόχων, στο προγραμματισμό, στο σχεδιασμό και στην επιτήρηση ενός καλά οργανωμένου περιβάλλοντος διοίκησης. Επίσης, ο τρόπος χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων, ο οποίος βασίζεται σε νοσήλια που έχουν καθοριστεί από την κεντρική διοίκησης, φαίνεται να αγνοεί το σύγχρονο μηχανισμό των DRGs, ο οποίος χρησιμοποιείται επιτυχώς στους υγειονομικούς τομείς των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών.

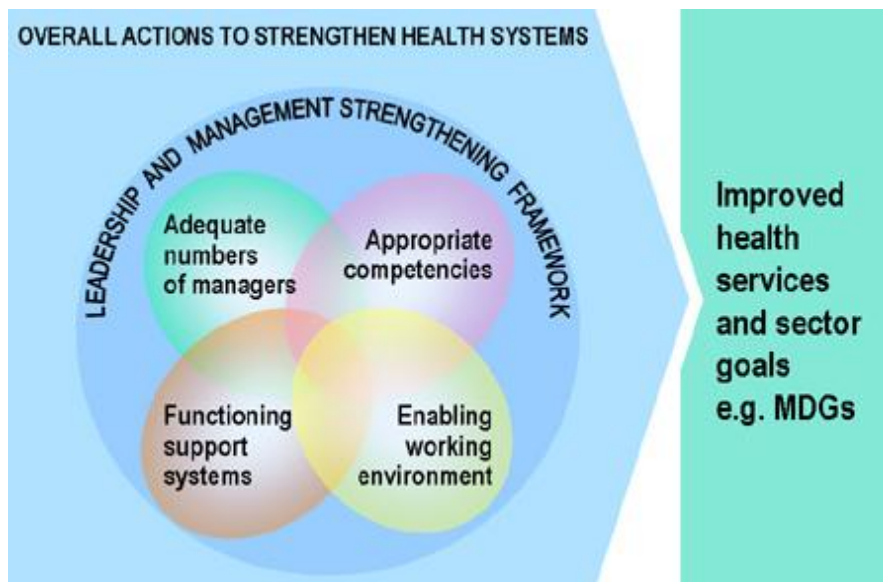
Το ΕΣΥ, αν και μοιάζει να είναι προσκολλημένο στο πρότυπο του βρετανικού NHS, μπορεί να επωφεληθεί από την εφαρμογή των καλών πρακτικών του νορβηγικού παραδείγματος:

- Η συστηματική άσκηση του μάνατζμεντ απόδοσης ανήκει σε αυτές τις καλές πρακτικές. Στα σημαντικότερα πλεονεκτήματα, τα οποία η Ελλάδα επιμένει να αγνοεί, συμπεριλαμβάνονται η βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του ΕΣΥ. Ακολουθώντας τις πρακτικές της

Νορβηγίας, θα διευκολυνθεί ο έλεγχος και ο συντονισμός όλων των επιμέρους μερών του τομέα υγείας, η γενικότερη χρηματοδότησή του, καθώς και οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στο σχεδιασμό του συστήματος.

- Η λειτουργία των νοσοκομειακών συστημάτων ως επιχειρήσεις (enterprises) και η σύγχρονη διοίκησή τους από καταρτισμένους μάνατζερς, οδηγούν στην ενδυνάμωση του επιπέδου μεταξύ κρατικής διοίκησης και νοσοκομείων. Με την υιοθέτηση του μάνατζμεντ εντός των πλαισίων της ελληνικής πραγματικότητας, αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών περιφερειών αλλά και των νοσοκομειακών οργανισμών. Όπως φαίνεται και από το ακόλουθο σχήμα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ηγεσία βασίζεται στον επαρκή αριθμό μάνατζερς, στις εξειδικευμένες γνώσεις τους, σε κατάλληλους υποστηρικτικούς μηχανισμούς, όπως είναι οι νέες τεχνολογίες και σε ένα περιβάλλον εργασίας, το οποίο δεν θα τους εμποδίζει να εκτελέσουν το καθήκον τους.

Εικόνα 17: Ηγεσία και μάνατζμεντ στα συστήματα υγείας.



Πηγή: <http://www.who.int/>

- Η κάθε υγειονομική περιφέρεια στο νορβηγικό τομέα υγείας έχει αυξημένες ευθύνες στους τομείς της οργάνωσης, της χρηματοδότησης και της επιτήρησης των νοσοκομείων που ανήκουν σε αυτές, από άποψη γεωγραφίας.

- Στη Νορβηγία ερχόμαστε αντιμέτωποι με την εξής αντίφαση: ταυτόχρονα με την ενδυνάμωση της περιφέρειας, αυξάνονται οι αρμοδιότητες της κεντρικής διοίκησης. Είναι, όμως, μία κατάσταση που λειτουργεί ομαλά και το σύστημα υγείας της Νορβηγίας χαρακτηρίζεται ως παράδειγμα προς μίμηση.
- Η συνεχής βελτίωση του νορβηγικού τομέα υγείας οφείλεται στην λεπτομερή παρατήρηση και επεξεργασία προηγούμενων μεταρρυθμιστικών διατάξεων.
- Στη Νορβηγία επικρατεί μία αδιάκοπη επιστημονική συζήτηση, η οποία μετά από επισταμένες έρευνες πάνω στο θέμα του στρατηγικού σχεδιασμού, προμηθεύει το σύστημα με νέα δεδομένα.
- Βασική προϋπόθεση της επιτυχία των μεταρρυθμίσεων στη Νορβηγία, είναι η ομοφωνία των εμπλεκόμενων μερών, φαινόμενο που σπάνια συναντάται εντός των πλαισίων της ελληνικής πραγματικότητας.
- Το νορβηγικό σύστημα είναι καινοτόμο, ευέλικτο, θετικά προδιατεθειμένο απέναντι στις εξελίξεις του μέλλοντος, δίνοντας έμφαση στα σύγχρονα μοντέλα διοίκησης, παραμερίζοντας τα μοντέλα ιεραρχικού τύπου, στα οποία φαίνεται να παραμένει πιστό το συντηρητικό ΕΣΥ.

Προκειμένου, όμως, να λειτουργήσει ομαλά ο θεσμός του Health Management στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η σύσταση ανάλογου θεσμικού πλαισίου, για να επικρατήσουν συνθήκες οριζών αγοράς, σύμφωνα με το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας.

Η πλέον απαιτητική πρόκληση, πριν την οποιαδήποτε μεταρρύθμιση υγειονομικού χαρακτήρα, είναι η αλλαγή της διοικητικής κουλτούρας, η οποία πρέπει να βασίζεται στις αρχές της διαφάνειας, της αξιοκρατίας και να στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών. Αυτό που χρειάζεται είναι μία

συνολική αλλαγή νοοτροπίας σε συνδυασμό με τη χάραξη μακροπρόθεσμων πολιτικών υγείας, με τη βοήθεια των εργαλείων του Health Management, όπως είναι το contracting, μάνατζμεντ ποιότητας και το benchmarking.

Ακόμα, είναι απαραίτητη η ριζική αλλαγή στις μεθόδους χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Το ημερήσιο νοσήλιο είναι πλέον μη αποδοτικό και η χρηματοδότηση κάθε νοσοκομειακής μονάδας από διάφορους φορείς ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται ως αναποτελεσματική. Ο προσανατολισμός του ελληνικού χρηματοδοτικού συστήματος προς αυτό της Μ. Βρετανίας θα μπορούσε να αποδειχθεί ωφέλιμος, μετά από τις κατάλληλες αναπροσαρμογές στα ελληνικά δεδομένα.

Εκτός από τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα χρηματοδότησης, η ελληνική κρατική διοίκηση πρέπει να εφαρμόσει το μηχανισμό του στρατηγικού μάνατζμεντ, να επιμείνει στις προσπάθειες αποκέντρωσης του ΕΣΥ και να δώσει έμφαση στον παράγοντα της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας.

Συμπερασματικά, είμαστε σε θέση να υποστηρίξουμε ότι είναι αναγκαίο να αλλάξει η υπάρχουσα νοοτροπία της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού των υγειονομικών υπηρεσιών, να επικρατήσει επιστημονικός και κοινωνικός διάλογος για τα υγειονομικά ζητήματα, με πλήρη ομοφωνία μεταξύ των συμμετεχόντων. Μόνο έτσι θα καταφέρει να λειτουργήσει ο τομέας υγείας της χώρας μας μέσα σε πλαίσια οριζών αγοράς και να εφαρμοστούν όλα τα εργαλεία Health Management κατά τον πλέον αποδοτικό τρόπο.

11.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ελληνικός τομέας υγείας χαρακτηρίζεται από τον αυξημένο αριθμό εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού και μειωμένο αριθμό νοσηλευτικού, την ελάχιστη αποτελεσματική δημόσια διοίκηση και αποτυχημένες μεταρρυθμίσεις. Η χρηματοδότηση των ελληνικών νοσοκομείων δεν προέκυψε έπειτα από αντίστοιχο ερευνητικό έργο και η αξιολόγησή τους δεν στηρίχτηκε σε κλινικές έρευνες, στην έννοια της ποιότητας και της καινοτομίας. Δεν έγινε εφαρμογή σύγχρονου μάνατζμεντ της ασθένειας, από το οποίο θα μπορούσε να προκύψει

μία ορθολογική διαχείριση των ελλειμμάτων των νοσοκομείων και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης της υγείας, ούτε του πλαισίου των οικονομικών αγορών στο δημόσιο, το οποίο θα είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και επομένως την αύξηση της ποιότητας και της απόδοσής τους.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ΕΣΥ δεν βρίσκεται στα ίδια επίπεδα με τη Μ. Βρετανία και τη Νορβηγία ως προς την ευρεία εφαρμογή εργαλείων health management. Ούτε, όμως, μπορούμε να πούμε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται παντελώς σε ένδεια. Η Ελλάδα βρίσκεται εν μέσω μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα από το 2010 και έπειτα, οπότε και υπογράφηκε το πρώτο Μνημόνιο. Όπως και στις άλλες δύο χώρες, έτσι και στην Ελλάδα εφαρμόζονται σε ικανοποιητικό βαθμό εργαλεία μανάτζμεντ, όπως είναι τα KEN-DRGs, στα πλαίσια των οποίων επιτυγχάνεται η έγκαιρη έκδοση τιμολογίων, το διπλογραφικό σύστημα, κ. ά. Επιπλέον, έχει πλέον γίνει αντιληπτό ότι είναι απαραίτητη η ανάγκη για αλλαγή της διοικητικής κουλτούρας, με την τοποθέτηση σε διοικητικές θέσεις κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, για ποιότητα, γεγονός που αποδεικνύει η τοποθέτηση εσωτερικών ελεγκτών στα νοσοκομεία και για αξιολόγηση και παρακολούθηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων.

12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τη ίδρυση του Εθνικού Συστήματος υγείας με το Ν. 1397/1983, δεν διατυπώθηκε κάποιος ολοκληρωμένος στρατηγικός σχεδιασμός για τον ελληνικό τομέα υγείας. Απουσιάζει μία εθνική πολιτική υγείας με συγκεκριμένους υγειονομικούς στόχους. Δεν πραγματοποιούνται αναπτυξιακά έργα στον τομέα της υγείας, ούτε κοινωνικές έρευνες, των οποίων τα στατιστικά αποτελέσματα θα παρείχαν μία αξιόπιστη εικόνα της πραγματικότητας και θα συνέβαλαν στην επίτευξη των εν λόγω έργων.

Τα μοντέλα διοίκησης που επικρατούν στον κρατικό τομέα, σε ορισμένες περιπτώσεις και στον ιδιωτικό, είναι ξεπερασμένα και οδηγούν στα εξής αρνητικά αποτελέσματα: κακοδιαχείριση των εσόδων υγείας, με ποιοτικής και μη αποδοτικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας και απουσία αξιολόγησης στον κλάδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και στον κλάδο των επαγγελματιών υγείας.

Στο ελληνικό σύστημα υγείας επικρατούν αναμφίβολα το ιατρικό και το νοσοκομειακό μοντέλο, χωρίς να δίνεται προτεραιότητα σε υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής της δημόσιας υγείας και ΠΦΥ. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες δεν λειτουργούν με γνώμονα το συμφέρον του χρήστη του υγειονομικού συστήματος και μελλοντικά υπάρχει η πιθανότητα να αποδειχθούν υπεύθυνες για την υποβάθμιση της υγείας του συνολικού πληθυσμού.

Για να αντιμετωπιστεί η παραπάνω δυσχερής κατάσταση, είναι αναγκαία η λήψη μέτρων, τα οποία θα στηρίζονται σε γερά θεμέλια. Καταρχήν είναι απαραίτητο να διατυπωθεί σε εθνικό επίπεδο μία ολοκληρωμένη στρατηγική υγείας, η οποία θα είναι αποτέλεσμα διαβουλεύσεων εμπειρογνομόνων από τους χώρους της πολιτικής, της επιστήμης και των κοινωνικών επιστημών.

Στόχοι της οποίας θα είναι η ανάπτυξη και ο εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, μέσα στα πλαίσια ισχυρών νομοθετικών ρυθμίσεων, νέων και αναθεωρημένων διατάξεων.

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες από την ίδρυση του ΕΣΥ έχει παρατηρηθεί κατακόρυφη αύξηση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα από το 2010 και έπειτα εξαιτίας των τρεχουσών οικονομικών συγκυριών και των διαρθρωτικών μέτρων που εφαρμόστηκαν. Αν και η οικονομική κρίση απαιτεί την περικοπή αδικαιολόγητων δαπανών, στον τομέα υγείας είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί, όχι αυτή η απόλυτη πρακτική, αλλά εξορθολογισμός των δαπανών και στον περιορισμό στην κατασπατάληση των πόρων, δημόσιων και ιδιωτικών. Προς την κατεύθυνση αυτή, χρήσιμη θα μπορούσε να αποδειχθεί δύο προτάσεις. Πρώτον, η εφαρμογή κριτηρίων ποιότητας και μεθόδων αξιολόγησης, όπως, για παράδειγμα, έχει εφαρμόσει η Γερμανία στο δικό της τομέα υγείας. Δεύτερον, η δημιουργία ενός ανεξάρτητου φορέα ως μοναδικού υπευθύνου για την οικονομική διαχείριση των εσόδων του ΕΣΥ.

Στον περιορισμό των δαπανών θα μπορούσαν να συμβάλλουν και τα παρακάτω εργαλεία:

- Outsourcing: Στην Ελλάδα ο αριθμός του επιστημονικού προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού) υπερκαλύπτει τις ανάγκες του συνολικού πληθυσμού. Κρίνεται, επομένως, αναγκαίο να καθοριστούν με ακρίβεια οι παραπάνω αναλογίες και να αρχίσει η εφαρμογή του θεσμού της «εξωτερικής ανάθεσης» (outsourcing), σε συνδυασμό με το θεσμό των συμβάσεων.
- Κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας (ιατρικές πράξεις, φάρμακα κλπ), αντίστοιχη της πραγματικής εικόνας, από εξειδικευμένους επιστήμονες.
- Κεντρική διαχείριση των προμηθειών από καταρτισμένους μάνατζερς.
- Εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος (σε νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία κ.ά), το οποίο θα συμβάλλει αποφασιστικά στον καθορισμό του κόστους των υπηρεσιών.

- Ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα, όπως ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, ηλεκτρονική καταγραφή προμηθειών, ηλεκτρονική παραγγελία εξετάσεων κ.α.

Ο σημαντικότερος τομέας στον οποία υστερεί το ΕΣΥ σε σχέση με τα συστήματα υγείας που παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, είναι αυτός της επιστημονικής διοίκησης. Το ΕΣΥ δεν περιλαμβάνει από δομές και κανόνες του ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι θα διευκόλυναν το θεσμό του επιστημονικού μάνατζμεντ και θα εξυπηρετούσαν τους σκοπούς του.

Είναι καιρός να παραδεχτούμε ότι ήρθε η ώρα να αλλάξει το νόημα της διοικητικής κουλτούρας στο ελληνικό σύστημα υγείας. Οι διοικητικές θέσεις πρέπει να στελεχώνονται από άρτια εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό, με εμπειρία και διοικητικά προσόντα, και όχι από πρόσωπα που δεν σχετίζονται με το χώρο της υγείας, της διοίκησης, των οικονομικών, όπως συμβαίνει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τώρα. Πλέον υπάρχει μεγάλος αριθμός κατόχων πτυχίου και μεταπτυχιακού διπλώματος στη διοίκηση μονάδων υγείας, οι οποίοι, δυστυχώς, δεν τυγχάνουν κατάλληλης αξιοποίησης.

Πολλά από τα μέτρα που αναφέρθηκαν στην παρουσίαση πέντε πιο εξελιγμένων υγειονομικών συστημάτων, εφαρμόστηκαν στο ΕΣΥ μόλις πρόσφατα, συγκεκριμένα το 2010 με την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου. Είναι προφανές ότι για να αναπτυχθεί, να εκσυγχρονιστεί και να ανταπεξέλθει το ελληνικό σύστημα υγείας μέσα σε ένα περιβάλλον οικονομικής στενότητας και αβεβαιότητας, απαιτείται να εφαρμόσει ακόμα πιο καινοτόμα και εξυγιαντικά μέτρα με ακόμα πιο αποφασιστικό τρόπο. Μπορούμε να πούμε πως μία μικρή αρχή έχει γίνει με την προσπάθεια σχεδιασμού μίας εθνικής στρατηγικής για την υγεία, εξορθολογισμού της υγειονομικής δαπάνης, την εισαγωγή κριτηρίων ποιοτικού ελέγχου και αξιολόγησης και τη συνειδητοποίηση ότι υπάρχει ανάγκη για επιστημονική διοίκηση του ΕΣΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

13.1. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασιλική Μπρίνια, *Εισαγωγή στο Management υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Κόρινθος, 2012
- Γιάννης Τούντας, *Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, 2008
- Λ. Μπορμπουδάκη, Μ. Βοζικάκη, Α. Φιλαλήθης, *Γιοθέτηση Αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον Υγειονομικό Τομέα*, Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα, επιμ. Δημήτρης Νιάκας, Mediforce, 2005
- Χ. Σπυράκη, Π. Καρατσής, Κ. Στεφανοπούλου, Ο. Γραφάκου, Ε. Φραγκιαδάκη, *Η Υποκίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού και ο ρόλος του στην ποσοτική και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*, Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα, επιμ. Δημήτρης Νιάκας, Mediforce, 2005
- Γεωργία Κατωτικίδη, *Ιστορική Εξέλιξη του Management & Προοπτικές στο Σύγχρονο Περιβάλλον. Η ανάπτυξη της Διοικητικής Επιστήμης στον κλάδο των Υπηρεσιών Υγείας: Η περίπτωση του Νοσοκομείου Σερρών*, ΤΕΙ Κρήτης, 2008
- Θωμαή Παυλάκη, *Ηγεσία-management και το προφίλ του οικονομικού ηγέτη στο σύγχρονο κόσμο*, Διαθέσιμο από: http://eprints.teikoz.gr/184/1/L54_2009.pdf (19/6/2012)
- Κυριάκος Σουλιώτης, *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Κόρινθος, 2012
- Δημήτρης Μπουραντάς, *Μάνατζμεντ, θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*, Εκδόσεις Μπένου, 2002

- X. Μπουρσανίδης, *Συγκριτική πολιτική υγείας: δομές διακυβέρνησης και εργαλεία μάνατζμεντ στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, επιστ. επιμ. Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, Κυριάκος Σουλιώτης , εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010

- Α. Σισσούρας, *Το «υπόδειγμα μάνατζμεντ» στην υγεία: από τη δομική και θεσμική συσγκρότηση στην αποδοτική διαχείριση των λειτουργιών του συστήματος (αντλώντας από τις εμπειρίες ανάπτυξης του ΕΣΥ)*, Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, επιστ. επιμ. Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, Κυριάκος Σουλιώτης , εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010

- Κ. Σουλιώτης, *Πολιτική, οικονομία και υπηρεσίες υγείας: από το στρατηγικό σχεδιασμό στη διοίκηση και την αξιολόγηση*, Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, επιστ. επιμ. Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, Κυριάκος Σουλιώτης , εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010

- Θ. Τσέκος, *Το μεθοδολογικό πλαίσιο και τα εργαλεία οργανωτικής ανάλυσης και σχεδιασμού: εφαρμογή στο χώρο της υγείας*, Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, επιστ. επιμ. Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, Κυριάκος Σουλιώτης , εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010

- Λ. Ανδρούτσου, *Στρατηγικός σχεδιασμός για διαχείριση προγραμμάτων και έργων στα δημόσια νοσοκομεία*, Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, επιστ. επιμ. Ξενοφών Ι. Κοντιάδης, Κυριάκος Σουλιώτης , εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010

- Κυριάκος Σουλιώτης, *Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2000

- Η. Κονδύλης, Λ. Αντωνοπουλος, Α. Μπένος, *Συμπράξεις δημοσίου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;*, Αρχεία Ελληνικής ιατρικής, 2008, 25(4):496-508

- Γ. Υφαντόπουλος, Δ. Πολυμένη, Ι. Τακουμάκης , *Το Βρετανικό σύστημα υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2005, 22(1):73-96
- Νικολέτα Νικήτα, *Δομές διακυβέρνησης και εργαλεία δημόσιου Management υγείας στη Νορβηγία*, Εθνική σχολή Δημόσιας Διοίκησης, 2008
- Γεωργία Παπαγεωργίου, *Management Ποιότητας στα νοσοκομεία της Γερμανίας. Θεσμικές και διαχειριστικές διαστάσεις*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, 2007
- Ο. Σίσκου, Δ. Καϊτελίδου, Μ. Θεοδώρου, Λ. Λιαρόπουλος, *Η δαπάνη υγεία στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(5):663-672
- Σταυρούλα Ζηκίδου, Ανδρέας Μπατσαλιάς, *Προτεραιότητες στη Κατανομή των Πόρων και Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας*, Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος -Φεβρουάριος 2011
- Ιωάννης Καραφύλλης, *Η Γνώση του Κόστους των Προμηθειών στα Ελληνικά Νοσοκομεία*, Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 2012
- Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011 , 2012
- Ανδρέας Κουτουπής, *Ο Ρόλος του Εσωτερικού Ελέγχου στις Μονάδες Υγείας: Τυπική Συμμόρφωση ή Προσθήκη Αξίας*, Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος - Δεκέμβριος, 2012
- Γιάννης Υφαντόπουλος, *Ορθολογική Διαχείριση*, Εφημερίδα το Βήμα, 16/6/2007 Διαθέσιμο από: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=204258> (20/4/2012)
- *Συμπεράσματα ανοιχτής συζήτησης: «Το Εθνικό Σύστημα Υγείας πρέπει να αλλάξει, όχι να καταργηθεί»*, Διαθέσιμο από: <http://www.eliamep.gr/events/> (17/01/2013)

- *Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων*, Διαθέσιμο από: <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php> (1/5/2013)
- Μ. Καλογεροπούλου, Θ. Κατοστάρας, *Γνώσεις και απόψεις των εργαζομένων για την προμήθεια των υλικών στα ελληνικά νοσοκομεία*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2010, 27(4):662-668
- Γιάννης Τούντας, *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2003, 20(5):532-546
- Ι. Σκαλκίδης, Φ. Παπαδόπουλος, Η. Σκαλκίδης, *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(3):487-497
- Κ. Τσαβαλίας, Ο. Σίσκου, Λ. Λιαρόπουλος, *Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη. Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2012, 29(2):233-239
- Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας, www.ifet.gr (12/2/2013)

13.2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- James W. Smither, Manuel London, *Performance Management: Putting Research into Action*, 2009, Διαθέσιμο από: <http://books.google.gr/> (12/2/2013)
- Sean Boyle, *Health System In Transition: United Kingdom (England)*, European Health Observatory on Health Systems and Policies, 2011, Διαθέσιμο από: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> (10/10/2012)
- Sandra Garcia-Arnesto, Marina-Begona Abadia-Taira, Antonia Durom, Christina Hernandez-Quevedo, Enrique Bernal-Delgado, *Spain, Health*

- System Review*, European Health Observatory on Health Systems and Policies, 2010, <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> (10/10/2012)
- Karine Chevreul, Isabelle Durand-Zaleski, Stephane Bahrami, Christina Hernandez-Quevedo, Philipa Madovsky, *France, Health System Review*, European Health Observatory on Health Systems and Policies, 2010, <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> (10/10/2012)
 - Jan Roth Johnsen, *Norway, Health System in Transition*, European Health Observatory on Health Systems and Policies, 2006, <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> (10/10/2012)
 - Charalambos Economou, *Greece: Health System Review*, Observatory on Health Systems and Policies, 2010, <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series> (13/4/2013)
 - *How Does United Kingdom Compare*, OECD Health Data, 2012, Διαθέσιμο από: <http://www.oecd.org/health/> (8/11/2012)
 - *How Does Spain Compare*, OECD Health Data, 2012, Διαθέσιμο από: <http://www.oecd.org/health/> (8/11/2012)

- *How Does France Compare*, OECD Health Data, 2012, Διαθέσιμο από:
<http://www.oecd.org/health/> (8/11/2012)
- *How Does Norway Compare*, OECD Health Data, 2012, Διαθέσιμο από:
<http://www.oecd.org/health/> (8/11/2012)
- *How Does Germany Compare*, OECD Health Data, 2012, Διαθέσιμο από:
<http://www.oecd.org/health/> (8/11/2012)
- *How Does Greece Compare*, OECD Health Data, 2012, Διαθέσιμο από:
<http://www.oecd.org/health/> (8/11/2012)
- D. Kaitelidou, E. Kouli, *Greece: The Health System in a Time of Crisis*, *Eurohealth*, Vol. 18, no1, 2012, Διαθέσιμο από:
<http://blogs.lse.ac.uk/healthandsocialcare/> (12/4/2013)
- Arturo Alvarez, *Spain's Hospital Autonomy: Muddling through the economic crisis*, *Eurohealth*, vol. 19, no. 1, 2013, Διαθέσιμο από:
<http://blogs.lse.ac.uk/healthandsocialcare/> (19/4/2013)
- *Strengthening management capacity*, Διαθέσιμο από:
<http://www.who.int/management/strengthen/en/index.html>
(21/5/2013)

