



# ΠΕΔΙΣ

Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων



**ΠΜΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΑΙ  
ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ**

Εργασία με θέμα:

*«Η αξιολόγηση των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας*

*στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση: Εφαρμογή, επιπτώσεις, προοπτικές»*

*«The Evaluation of the Public Health Services in the Greek Public Administration;  
implementation, consequences, perspectives»*

Φοιτήτρια: ΚΑΛΛΙΡΟΗ ΤΣΙΟΒΟΥΛΟΥ - Student: KALLIROI TSIOVOULOU

A.M.: 3033201901036

ΑΘΗΝΑ 30-10-2020

Επιβλέπων Καθηγητής: Κος ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΛΙΑΡΓΚΟΒΑΣ

Supervisor: Professor PANAGIOTIS LIARGKOVAS

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες σε όλους τους Κ.κ. Καθηγητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διακυβέρνηση και Δημόσιες Πολιτικές» που παρακολούθησα, που με την αμέριστη προσφορά τους, την εμπιστοσύνη που μου ενέπνευσαν, τη γνώση και τη σοφία που τους διακατέχει, με δίδαξαν και με οδήγησαν στη συγγραφή αυτού του έργου.*

*Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου Κύριο Παναγιώτη Λιαργκόβα, που με τη γνώση και την εμπειρία του με καθοδήγησε στη συγγραφή αυτού του έργου, και στην ολοκλήρωση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.*

*Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τον σύζυγο και τα παιδιά μου που με τη συμπαράστασή τους μου δίνουν δύναμη να προχωρώ και να εκπληρώσω τους στόχους μου.*

*Την παρούσα Διπλωματική Εργασία την αφιερώω στην Αείμνηστη μητέρα μου «Αθανασία».*

## **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Με την παρούσα δήλωση: 1. Δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι η διπλωματική εργασία που σας καταθέτω αποτελεί προϊόν δικής μου πνευματικής προσπάθειας, δεν παραβιάζει τα δικαιώματα τρίτων μερών και ακολουθεί τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα επιστημονικής συγγραφής, τηρώντας πιστά την ακαδημαϊκή δεοντολογία.

2. Οι απόψεις που εκφράζονται αποτελούν αποκλειστικά ευθύνη του/ης συγγραφέα/ως και ο/η επιβλέπων/ουσα, οι εξεταστές, το Τμήμα και το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου δεν υιοθετούν κατ' ανάγκη τις εκφραζόμενες απόψεις ούτε φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν λάθη και παραλείψεις.

Αθήνα 30/10/2020

**Η δηλούσα**

Καλλιρόη Τσιόβουλου

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

<b>I. ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	6
<b>II. ABSTRACT</b> .....	7
<b>III. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ (1): ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

<b>1.1</b> Γενικές αρχές διοίκησης.....	9-12
<b>1.2</b> Τα δύσκολα σημεία εφαρμογής του νοσοκομειακού μάνατζμεντ».....	13
<b>1.3</b> Διάρθρωση του Ε.Σ.Υ.....	14-16
<b>1.4</b> Μοντέλα οργανισμών υγείας.....	16-17
<b>1.5</b> Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υγειονομικών υπηρεσιών.....	17-21

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ (2) : ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

<b>2.1</b> Χρονική αναδρομή έως την σύσταση του Ε.Σ.Υ.....	21-23
<b>2.2</b> Οι μεταρρυθμίσεις στην μετά – Ε.Σ.Υ. περίοδο .....	23-26
<b>2.3</b> Οι δυσλειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	26-28

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ (3): ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

<b>3.1</b> Μέθοδοι αξιολόγησης των υπηρεσιών .....	28-29
<b>3.2</b> Η έννοια της ανταποκρισιμότητας.....	29-30
<b>3.3</b> Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας .....	31-32
<b>3.4</b> Οι προσδοκίες των ασθενών από το Ε.Σ.Υ.....	32-34
<b>3.5</b> Η ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας.....	34-35
<b>3.6</b> Έρευνες ικανοποίησης για το Ε.Σ.Υ.....	35-38

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ (4): ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

<b>4.1</b> Συγκριτική ανασκόπηση υγειονομικών συστημάτων άλλων κρατών.....	38-41
<b>4.2</b> Ο σχεδιασμός για ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας.....	41-43
<b>4.3</b> Προοπτικές για την βελτίωση του Ε.Σ.Υ.....	43-46
<b>4.4</b> Προοπτικές για την βελτίωση της Π.Φ.Υ. και την ισοκατανομή των πόρων του συστήματος.....	46-47

<b>4.5 Προτάσεις για την συγκράτηση των δαπανών και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης.....</b>	<b>47-48</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>49</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>50-60</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....</b>	<b>61-62</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....</b>	<b>63-79</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο αυτής της Διπλωματικής Εργασίας είναι η Αξιολόγηση παροχής Υπηρεσιών Υγείας στο Δημόσιο Τομέα μέσα από την εφαρμογή κατάλληλων εργαλείων/μηχανισμών με σκοπό τη βελτίωση και την αναβάθμιση των υπηρεσιών αυτών προς τους λήπτες και τις λήπτριες καθώς και την αξιοποίηση και ορθολογική χρήση των Δημόσιων πόρων.

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί τον πιο ευαίσθητο και συγχρόνως νευραλγικό τομέα του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού γίνεσθαι σε παγκόσμιο επίπεδο, ιδιαίτερα στις μέρες μας που απειλείται από την πανδημία του Covid-19, με γνώμονα το Ε.Σ.Υ..

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) καθιστά τον κύριο άξονα παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά αντιμετωπίζει πολλές δυσλειτουργίες με αντίκτυπο στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στα χαμηλά εισοδηματικά επίπεδα.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από συγκεκριμένες μεταβλητές όπως τη νοσοκομειακή υποδομή, την προσβασιμότητα στη δομή υγείας, η έκβαση ή η πορεία της υγείας του λήπτη, η οικονομική δαπάνη που θα βαρύνει τον ίδιο, αλλά κυρίως από την ικανοποίηση και τις προσδοκίες του ασθενή.

Με αυτό το κίνητρο στην εν λόγω εργασία διεξήχθη έρευνα με ποιοτική μέθοδο μέσω ερωτηματολογίου, με σκοπό να αντλήσουμε αποτελέσματα από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ- ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ-ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ», αναφορικά με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Επίσης αναφέρονται ενδεικτικά και προγενέστερες έρευνες ώστε να σκιαγραφηθούν τα ζητήματα που αντιμετωπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας διαχρονικά και σύμφωνα με τα υγειονομικά μοντέλα των άλλων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ να επισημανθούν οι βελτιωμένες πρακτικές που τείνουν να εξυγιάνουν το σύστημα.

Συμπεραίνουμε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα πρέπει να αναβαθμιστεί σύμφωνα με τις σύγχρονες ανάγκες της κοινωνίας και να παραχθούν στο μέγιστο βαθμό οι υπηρεσίες στο χώρο της Υγείας.

Προτείνουμε νομοθετικές μεταρρυθμίσεις, συμπράξεις Δημόσιων και Ιδιωτικών Μονάδων Υγείας, σύσταση μοντέλου ψηφιακής Διακυβέρνησης-όπως ηλεκτρονική συνταγογράφηση – αναβάθμιση και επέκταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΟΜΥ- ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΑΣ Π.Φ.Υ.) καθώς και εξορθολογισμό των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, ανεύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης, με απώτερο στόχο την εξυγίανση της Δημόσιας Υγείας και την εξυπηρέτηση του Δημόσιου Συμφέροντος.

## **ABSTRACT**

This bachelor's thesis deals with the evaluation of the rendering of health services in the Public Sector, through the application of the appropriate tools/mechanisms, in order to improve and upgrade such services towards the recipients, both male and female, as well as to make good and rational use of Public resources.

The Public Health is the most sensible sector of the socio-political and financial well-being, in a global scale, especially during these days, when we are threatened by the Covid-19 pandemic.

The National Health System is the main axis to provide health services but faces many malfunctions, which have a great impact on the quality of the rendering of health services, especially for the low-income levels.

The quality of the rendered services is affected by specific variables, like the hospital infrastructure, the accessibility to the health structure, the outcome or the course of the patients' health, the financial cost that will burden them themselves, but mainly the satisfaction and the expectations of the patient.

Motivated by the above, a research was conducted in the specific thesis, using the quality method of handing in questionnaires, so as to extract data from the recipients, and more specifically, the patients at the General Hospital "SISMANOGLEIO – AMALIA FLEMIG-PAIDON PENTELIS" of Athens, regarding how pleased they were of the health services, which they received.

Moreover, there is an indicative reference to earlier researches so that the matters, which the national health system faces over time, be outlined, and, according to the hygiene models of other countries-members of the European Union and of the United States of America, to highlight the improved practices that tend to heal the system.

To conclude, the National Health System should be upgraded according to the contemporary needs of the society, and the services in the Health sector be produced at the maximum.

We propose legislative reforms, partnerships between Public and Private Health Units, the constitution of a digital governing model with services such as electronic prescription, the upgrade and extension of the Primary Health Care (TOMY- K.Y. ΠΦΥ), as well as the rationalization of the financial and human resources, and the discovery of alternative sources of funding with the long-term aim of reclaiming the Public Health in favor of the Public interest.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύστημα Υγείας της χώρας μας δημιουργήθηκε το 1983 και δυνάμει του θεσμικού πλαισίου ίδρυσής του εγγυάται την ίση προσβασιμότητα για όλους τους πολίτες σε υγειονομικές υπηρεσίες. Το εν λόγω σύστημα υγείας λειτουργεί πέραν των 30 ετών, ωστόσο ο επιδιωκόμενος σκοπός του δεν φαίνεται να έχει πραγματοποιηθεί. Αντιθέτως είναι κοινώς παραδεκτό ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας απαιτεί ολική αναδιοργάνωση με όρους αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Στόχος της εργασίας μας είναι η παρουσίαση του συστήματος υγείας και η εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης και καταμέτρησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύοντας ένα αναδιαμορφωμένο μοντέλο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με αναδιαρθρωμένη διοικητική και οργανωτική δομή, αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα από τα οποία πάσχει το Ε.Σ.Υ..

Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζεται και αποσαφηνίζεται ο όρος «*διοίκηση*» - «*management*» και αναφερόμαστε στα δύσκολα σημεία που αντιμετωπίζει η εφαρμογή του διοικητικού μοντέλου στους φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς οι τελευταίοι εμφανίζουν ποικίλα ιδιόμορφα σημεία και χαρακτηριστικά, ως σχετίζονται με την υγεία. Επιπρόσθετα, επιχειρείται η ανάλυση της παρούσας οργανωσιακής δομής του Ε.Σ.Υ. αλλά και τι μορφές εκλαμβάνουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το Σύστημα Υγείας της χώρας μας και τα βασικότερα χαρακτηριστικά του. Γίνεται αναδρομή στην πορεία που διανύθηκε από την ημερομηνία ίδρυσής του, οι σκοποί της σύστασής του, οι οργανωτικές μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν έως και σήμερα, ενώ παράλληλα αναφέρονται οι δυσλειτουργίες του συστήματος.

Στη συνέχεια με το τρίτο κεφάλαιο προβαίνουμε στην αξιολόγηση του εθνικού συστήματος υγείας μέσω ειδικότερων δεικτών, όπως για παράδειγμα: η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, η ανταπόκριση του συστήματος στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση της κοινωνίας. Μετά τον προσδιορισμό των προσδοκιών των πολιτών όπου μέσα από την εκπλήρωσή τους προσδιορίζεται το επίπεδο ικανοποίησης αυτών, θα αναφερθούμε σε ποιοτική έρευνα που διεξήχθη με ερωτηματολόγιο αποτελούμενου από ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεων σε λήπτες υπηρεσιών υγείας που παρείχε το Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΠΓΚ-Π.ΠΕΝΤΕΛΗΣ». Πρόκειται για αντιπροσωπευτικά δείγματα αναφορικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας, την προσβασιμότητα, την περιεκτικότητα φροντίδας, την ποιότητα ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, τις νοσοκομειακές υποδομές, τις διαστάσεις υπηρεσιών υγείας καθώς και το ποσοστό ικανοποίησης των ωφελουμένων. Επίσης αναφερόμαστε και σε μελέτες της διεθνής και εθνικής βιβλιογραφίας, που προσπαθούν να προσδιορίσουν και να προσδώσουν ποσοτική διάσταση στην ικανοποίηση των ασθενών από το Ε.Σ.Υ..

Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση στο σύστημα υγείας και άλλων κρατών ώστε να γίνει σύγκριση με το Ε.Σ.Υ. παραθέτοντας προοπτικές εφαρμογής προς βελτίωση αυτού. Οι προοπτικές αναφέρονται στη βελτίωση του συστήματος



παραθέτοντας συμπληρωματικά προτάσεις ζωτικής και βιώσιμης σημασίας για το Ε.Σ.Υ..

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ (1): ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

### 1.1 Γενικές αρχές διοίκησης

Ποικίλοι ορισμοί έχουν αποδοθεί διαχρονικά στην εθνική και διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τον ορισμό της «διοίκησης» - «*management*» δημοφιλής όρος που επικρατεί σήμερα στο διοικητικό γίγνεσθαι. Πριν αναφερθούμε σε διαφορετικούς ορισμούς που έχουν παρουσιαστεί αξίζει να αναλυθεί και να διασαφηνιστεί η ουσιαστική εννοιολογική σημασία της λέξης όπως χρησιμοποιείται στις μέρες μας.

Η έννοια «διοίκηση» συσχετίζεται άμεσα με την λέξη γαλλικής προελεύσεως «*administration*» και η επιστήμη της διοίκησης συσχετίζεται άμεσα με το διοικητικό δίκαιο. Από την άλλη μεριά η λέξη «*management*» που χρησιμοποιείται στις δυτικές χώρες εμπεριέχει πιο πολύ την οργανωσιακή έννοια και πιο λίγο την έννοια της «διοίκησης». Στην παγκόσμια βιβλιογραφία οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί «*διοίκησης*», «*οργάνωση*», «*management*» και «*administration*» συσχετίζονται άμεσα. Σημειώνουμε ότι ο εννοιολογικός προσδιορισμός που εισήχθη από τον F.W.Taylor «*scientific-management*» μεταφράστηκε υπό γαλλικούς όρους ως «*οργάνωση της εργασίας με επιστημονικούς όρους*»<sup>1</sup>.

Το «μάνατζμεντ» δύναται να εφαρμοστεί σε κάθε είδος οργανωτική δομή οργανισμού. Ο συντονισμός ποικίλων συντελεστών και πόρων (*ανθρώπων, άυλων, υλικών κ.τ.λ.*) με απώτερο στόχο την επίτευξη ειδικότερων επιμέρους στόχων προσδιορίζει την έννοια της διοίκησης ή αλλιώς του «μάνατζμεντ». Ακόμη ένας ορισμός χαρακτηρίζει τον όρο «μάνατζμεντ» ως την συντονισμένη καταβολή προσπάθειας για την υλοποίησης ειδικότερων στόχων μέσω του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης, της ηγεσίας και του ελέγχου<sup>2</sup>.

Σύμφωνα με τον R.Daft η «*διοίκηση*» ορίζεται ως: «*η επίτευξη των σκοπών του οργανισμού μέσω του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου των πηγών του οργανισμού*». Ο P. Hersey & ο K. Blanchard ορίζουν το *management* ως «*μια διεργασία που εκπονείται με πρόσωπα και δια μέσου προσώπων και ομάδων προσώπων εκπληρώνονται οι στόχοι του εκάστοτε οργανισμού*»<sup>3</sup>.

Η επίλυση των προς επίλυση θεμάτων που προκύπτουν από ένα σύνολο προσώπων που έχουν ως στόχο την επίδιωξη συγκεκριμένων στόχων προς όφελος του συνόλου της ομάδας, αλλά και προς όφελος του καθενός μεμονωμένα προσώπου ορίζεται ως «*διοίκηση*». Οι δράσεις της διοίκησης συμπεριλαμβάνουν την αποδοτική χρήση κάθε μορφής δυνατότητας του συνόλου και των μέσων που διακατέχουν. Το «μάνατζμεντ»

<sup>1</sup> Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., 1999, «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα.

<sup>2</sup> Λανάρα Β., 2002, «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών – Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο», Θ) Έκδοση. Εκδόσεις Ηγεσία, Αθήνα.

<sup>3</sup> Clark J., Copcutt L., 1997, «Management for nurses and health Care Professionals», Εκδόσεις Churchill Livingstone, N. York, London, Madrid, Melbourne, Tokyo.

αποτελεί μια κοινωνική διεργασία, φέρει την έννοια «κοινωνική» καθόσον διέπεται και διαμορφώνεται από τις διαδράσεις των δρώντων και η διαδικασία απαρτίζεται από ειδικότερες τακτικές με απώτερο στόχο την επίτευξη ειδικότερων προγραμματισμένων στόχων. Ποικίλοι ορισμοί έχουν αναφερθεί στις παγκόσμιες βιβλιογραφικές πηγές αναφορικά με το «μάνατζμεντ» η οποία συμπεριλαμβάνει στους εννοιολογικούς ορισμούς της, την έννοια του οργανισμού. Ως «οργανισμός» νοείται ένα σύνολο ατόμων, οι οποίοι αφού έχουν στοχοθετήσει και επιδιώκουν την επίτευξη των στόχων που έθεσαν<sup>4</sup>.

Οι σημαντικότερες αρχές του «μάνατζμεντ» περιλαμβάνουν τα κάτωθι:

- *προγραμματισμός*
- *οργάνωση*
- *διεύθυνση*
- *έλεγχος*
- *ηγεσία*

Ο προγραμματισμός οριοθετεί και ορίζει το όραμα αλλά και τους περαιτέρω στόχους του εκάστοτε φορέα καθώς επίσης και τον τρόπο με τον οποίο αυτοί θα περαιωθούν. Η λειτουργία της οργάνωσης περιλαμβάνει το στάδιο του ορισμού των αρμοδιοτήτων στους δρώντες του φορέα με διαμορφωμένη την ιεραρχία. Η αρχή της διεύθυνσης ορίζεται ως ο έλεγχος επίτευξης των στόχων, δηλαδή εάν επιτυγχάνεται η στοχοθεσία. Με τον έλεγχο γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και σύμφωνα με τα συμπεράσματα γίνονται οι απαραίτητες αναμορφώσεις των δραστηριοτήτων, αναθεωρώντας και μετατρέποντας τις διαδικασίες βάσει των βημάτων της ανασκόπησης.

Το «μάνατζμεντ» υγείας διαφέρει συγκριτικά με το «μάνατζμεντ» σε λοιπούς οργανισμούς καθόσον εμπεριέχει ποικίλους δρώντες και μεταβλητές αναφορικά με τους οργανισμούς του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα. Επιπρόσθετα, οι φορείς παροχής υγείας προσφέρουν το προϊόν - αγαθό της υγείας βάσει της κλίμακας των ανθρώπινων αναγκών (*πυραμίδα αναγκών Maslow*) και κατ' αυτόν τον λόγο δύναται να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς, προσαρμοσμένες στις τρέχουσες κοινωνικο-υγειονομικό-οικονομικές συνθήκες. Η ελλειπής και προβληματική λειτουργία και οργάνωση των νοσοκομείων όπως αυτή είναι πλέον κοινή παραδεκτή, έστειψαν τις πολιτικές διοικήσεις στη θεσμοθέτηση νομικού πλαισίου προκειμένου να εισαχθεί το «μάνατζμεντ» και νέα διοικητικά μοντέλα στα δημόσια νοσοκομεία<sup>5</sup>.

Με τον Ν. 2889/01 εισήχθη το «μάνατζμεντ» των νοσοκομείων με Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές να επιλέγονται από την ειδική επιτροπή που απαρτίζεται από στελέχη υπηρεσιών υγείας. Οι Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές δημόσιων νοσοκομείων έρχονται αντιμέτωποι με το εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου (*PEST Analysis*) όπως για παράδειγμα (*κοινωνία, ασφαλιστικοί οργανισμοί, προσφερόμενες παροχές υπηρεσιών υγείας, προμηθευτές και αναδόχους προμηθειών, υπηρεσιών και έργων, επαγγελματίες υγείας, συνδικαλιστικές ομάδες κ.τ.λ.*)

<sup>4</sup> Kron T., Gray A., 1987, «The management of patient care – Putting Leadership skills to work», Εκδόσεις W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Sydney, Tokyo.

<sup>5</sup> Shortell S., Kaluzny A., 1997, «Essentials of Health Care Management», Cengage Learning, United States.

δημιουργώντας μια πολύπλοκη συνάρτηση με ποικίλες μεταβλητές που καλείται να διαχειριστεί ο «μάνατζερ». Ο «μάνατζερ» ενός δημόσιου νοσοκομείου έχει στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών συνδυαστικά με την περικοπή κόστους, ενώ βασικό προσόν του θα πρέπει να είναι ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας που πρέπει να διέπεται. Επιπρόσθετα, συμπληρωματικά προσόντα του πρέπει να είναι η προσαρμοστικότητα στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον (πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, τεχνολογικό κ.τ.λ.) αλλά και η δυνατότητα στοχοθεσίας που πρέπει να θέτει και να υλοποιεί, ενώ θα πρέπει να παράγει όραμα και να ηγείται του προσωπικού του οργανισμού<sup>6</sup>.

Καθόσον οι οργανισμοί και οι φορείς είναι πολυσύνθετοι και οι «μάνατζερ» καλούνται να προσαρμοστούν και να ανταποκριθούν σε ποικίλους ρόλους και διαδικασίες, αναπτύσσουν υψηλή ανταγωνιστικότητα. Έτσι, οι Quinn και Cameron προέβαλαν την θεωρία των ανταγωνιστικών αρχών. Η θεωρία αυτή βασίζεται στο ότι οι υγειονομικοί φορείς περιγράφονται βάσει δύο διαστάσεων. Η 1<sup>η</sup> διάσταση αναφέρεται στο εσωτερικό (*internal*) περιβάλλον (*environment*) του οργανισμού καθώς και το εξωτερικό (*external*) περιβάλλον (*environment*). Το εσωτερικό περιβάλλον ενός φορέα αφορά την οργάνωσή του στο εσωτερικό του, ενώ το εξωτερικό περιβάλλον αφορά στοιχεία όπως το οικονομικό περιβάλλον, οι ανταγωνιστές, η πολιτεία, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, το διεθνές οικονομικό γίνεσθαι κ.τ.λ.. Η 2<sup>η</sup> διάσταση αναφέρεται στην προσήλωση του φορέα για έλεγχο και εποπτεία. Ειδικότερα, ποικίλοι φορείς που αποβλέπουν στην οργανωσιακή σταθερότητα, στην εφαρμογή κουλτούρας, ενώ έτεροι φορείς δίνουν έμφαση στην ευελιξία των εργαζομένων, στην ελευθερία πρωτοβουλιών και στις ανεπίσημες σχέσεις<sup>7</sup>.

Ο συνδυασμός των 2 διαστάσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω συστήνει 4 μοντέλα κουλτούρας οργάνωσης, το εκάστοτε μοντέλο αποτελεί μια διαφοροποιημένη θεωρία στην λειτουργία των οργανισμών. Τα μοντέλα αυτά είναι τα κάτωθι:

- *Μοντέλο ανθρωπίνου δυναμικού*
- *Μοντέλο προσπελάσιμου συστήματος*
- *Μοντέλο στοχοθεσίας*
- *Μοντέλο γραφειοκρατίας*

Το μοντέλο του ανθρωπίνου δυναμικού αναφέρεται στο εσωτερικό του οργανισμού δίνοντας έμφαση στην εμπιστοσύνη, στην συνεργασία και την ομαδική εργασία. Ο ηγέτης οδηγεί την ομάδα και αναπτύσσει το ανθρώπινο δυναμικό ώστε ο φορέας να λειτουργήσει αποτελεσματικότερα. Από την άλλη μεριά το μοντέλο προσπελάσιμου συστήματος ο φορέας δίνει έμφαση στο εξωτερικό (*external*) περιβάλλον. Συνιστά μοντέλο φορέων που προσδίδουν βαρύνουσα σημασία στο research and development (*R&D*) με την ηγεσία να ενθαρρύνει τις καινοτόμες ιδέες προσαρμοζόμενοι στις διαρκώς μεταβαλλόμενες οικονομικό-τεχνολογικές συνθήκες. Το μοντέλο στοχοθεσίας δίνει έμφαση στο εξωτερικό (*external*) περιβάλλον του φορέα και η εφαρμογή του μοντέλου αυτού εστιάζει στην αποτελεσματικότητα και την αύξηση κερδοφορίας. Το μοντέλο γραφειοκρατίας πρωτοεμφανίστηκε και παρουσιάστηκε

<sup>6</sup> Ξανθοπούλου Ι., 2002., «Η διαδικασία του ελέγχου στις Υγειονομικές Μονάδες και ο Ρόλος της Αξιολόγησης της Αξιολόγησης του Ιατρικού Δυναμικού των Νοσοκομείων του ΕΣΥ», Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 79, Αθήνα, (13):24-27.

<sup>7</sup> Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ., 1994, «Η νοσηλευτική στην Ελλάδα – Εξελίξεις και Προοπτικές», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

από το M. Weber και εστιάζει στις διεργασίες που τελούνται στο εσωτερικό του οργανισμού. Ιδιαίτερο παράδειγμα του μοντέλου γραφειοκρατίας αποτελούν οι δημόσιες υπηρεσίες όπου διατηρείται η ιεραρχία και η διοικητική δομή<sup>8</sup>.

Στην χώρα μας η λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων χαρακτηρίζεται από το σύστημα γραφειοκρατίας κάνοντας εντονότερη την δυσλειτουργία της διαρθρωτικής δομής μεταξύ της ηγεσίας και των λοιπών διοικουμένων. Η γραφειοκρατία καταλήγει στην σύγχυση και κωλυσιεργία αρμοδιοτήτων μεταξύ του ανθρωπίνου δυναμικού μετακινώντας τις ευθύνες στον εργασιακό χώρο και παράγοντας αναποτελεσματικότητα. Έτσι, η αξιοποίηση των ανθρωπίνων πόρων χάνει την ορθή στοχοθεσία της. Συνέπειες των ανωτέρω να μετακυλίνουν στον ασθενή επιβαρύνοντας την κοινωνία, κλονίζοντας την εμπιστοσύνη προς τα δημόσια νοσοκομεία, δημιουργώντας αν-ικανοποίηση. Άξιο λόγου αποτελεί ότι ο όρος γραφειοκρατίας, που συμπεριλαμβάνει όλες τις πολυσύνθετες διαδράσεις έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση και την αναποτελεσματικότητα των διεργασιών.

Το μοντέλο γραφειοκρατίας δεν εμφανίζεται μόνο στα ελληνικά δεδομένα και μόνο για τους ελληνικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ήδη από την δεκαετία του '80 σε λοιπά κράτη όπως ο Καναδάς, η Αγγλία, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Σκανδιναβικές χώρες προσπάθησαν να εφαρμόσουν το γραφειοκρατικό μοντέλο στην οργάνωση και διοίκηση οργανισμών. Όμως την δεκαετία του '90 άρχισε να εφαρμόζεται το μοντέλο του συμμετοχικού «μάνατζμεντ» στα δημόσια νοσοκομεία καθώς το γραφειοκρατικό μοντέλο απέτυχε να λειτουργήσει ορθά, με άμεσο σκοπό την αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και προστατεύοντας την ασφάλεια και την υγεία των πολιτών. Το συμμετοχικό διοικητικό μοντέλο προέβλεπε στην συνεργασία, την ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων, την διευθέτηση δυσλειτουργιών, την εφαρμογή θεωρίας λήψης αποφάσεων και εν τέλει την μετατροπή της διοικητικής κουλτούρας του νοσοκομειακού οργανισμού σε ασθενοκεντρικό μοντέλο διοίκησης. Στις σύγχρονες θεωρίες «μάνατζμεντ», η πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού υποστηρίζει ότι για να «παραχθούν» ποιοτικές υπηρεσίες υγείας πρέπει οι άνθρωποι πόροι να συναρμολογούνται και να συν-λειτουργούν.

Η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου «μάνατζμεντ» δίνει έμφαση στην επιστημονική προσέγγιση των ασθενειών και βασίζεται στην συνεργασία του συνόλου των υγειονομικών επαγγελματιών. Οι άνθρωποι πόροι γίνονται αποδοτικότεροι μέσω της αμοιβαίας διάδρασης καθώς τα καθήκοντα ισοκατανέμονται στο ανθρώπινο δυναμικό αναλογικά. Κατ' αυτόν τον λόγο το συμμετοχικό μοντέλο «μάνατζμεντ» παρέχει αποτελεσματικότερες υγειονομικές υπηρεσίες<sup>9</sup>.

Έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας που έλαβαν χώρα προκειμένου μελετήσουν την αποτελεσματικότητα του συμμετοχικού μοντέλου «μάνατζμεντ» εντόπισαν ιδιαίτερα σημαντικά αποτελέσματα στην αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, μεγιστοποιώντας την ικανοποίηση των ασθενών. Δύναται να σημειωθεί ότι το συμμετοχικό μοντέλο «μάνατζμεντ» στοχεύει στην ικανοποίηση των ασθενών και σ' αυτούς επικεντρώνεται το σύνολο των διαδράσεων.

<sup>8</sup> Χολέβας ΙΚ., 1995 «Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων», Interbooks, Αθήνα.

<sup>9</sup> Χατζητολιός Α., Ζαμπίτης Π., Αθανάσιος Α., Σανιδάς Α., Ζαφειρόπουλος Α., Ασλανίδης Ι. Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΠΤ) στο χώρο της Υγείας [ιστοσελίδα]. Φεβ.-Μάρ. 2007, τευχ. 107.

Επισημαίνεται ότι τα δημόσια νοσοκομεία υιοθετούν κουλτούρα με επίκεντρο τον ασθενή καθώς προσηλώνονται στην άμεση διευθέτηση των προβλημάτων των ασθενών διαμέσου της επικοινωνίας και της σωστής συνεργασίας των ανθρωπίνων πόρων με απώτερο σκοπό την αποφασιστικότητα για την πορεία υγείας των ασθενών.

## 1.2 Τα δύσκολα σημεία εφαρμογής του νοσοκομειακού «μάνατζμεντ».

Η χρήση του «μάνατζμεντ» στα νοσοκομειακά ιδρύματα, έχει ως αποτέλεσμα την βελτιστοποίηση της λειτουργίας αυτών. Η οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων αποτυπώνεται μέσα από τις διαδράσεις της κοινωνίας που αποτυπώνει αρχές & ανάγκες.

Τα οργανωσιακά πρότυπα λοιπών φορέων και οργανισμών δεν συσχετίζονται άμεσα με τα νοσοκομειακά ιδρύματα καθόσον στην διάρθρωση και διοίκηση των νοσοκομείων διαδρούν ποικίλες κατηγορίες επαγγελματιών. Στους λοιπούς φορείς και οργανισμούς η ιεραρχία είναι ισχυρή και αναγνωρίζεται εύκολα, στα νοσοκομειακά ιδρύματα η ιεραρχία είναι διττή. Η μια ιεραρχία αναφέρεται σ' αυτή που ασκείται από την ηγεσία του φορέα και η έτερη αυτή που αφορά τους επαγγελματίες υγείας. Η βαθμίδα ιεράρχησης σ' έναν νοσοκομειακό οργανισμό έχει σημείο εκκίνησης τον Διοικητή του οργανισμού, όπου είναι αρμόδιος για την κατανομή αρμοδιοτήτων στα τμήματα του νοσοκομείου, όπως το ιατρικό, το νοσηλευτικό, το τεχνικό, το βιοϊατρικό και το διοικητικό<sup>10</sup>.

Οι δύο μορφές οργάνωσης ιεραρχίας (δηλαδή βάσει επαγγελματιών υγείας και βαθμίδων διοίκησης) δεν συσχετίζονται άμεσα και η οργανωσιακή λειτουργία τους περιπλέκεται. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας επιτελούν καθήκοντα διοίκησης και αυτό καταλήγει στην σύγκρουση συμφερόντων και αρμοδιοτήτων. Από τη μια πλευρά οι ιατροί είναι αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων για την ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία και από την άλλη μεριά η ηγεσία του οργανισμού (Διοικητής, Δ.Σ.) είναι αρμόδια για την διαχείριση των πόρων με τρόπο ώστε η επιτυχημένη έκβαση των ιατρικών πράξεων να επιτυγχάνεται με βελτιστοποιημένο κόστος. Καταλήγοντας το ιατρικό προσωπικό καταμετρά την αποτελεσματικότητα βάσει αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεων, ενώ η ηγεσία επιμετρά την οικονομική επίδοση και την ορθή οικονομική διαχείριση του οργανισμού. Οι «μάνατζερ» λαμβάνουν υπόψη τον φορέα ως σύνολο, αντιθέτως με το ιατρικό προσωπικό το οποίο αντιμετωπίζει κάθε περίπτωση διαφορετικά, προσθέτοντας αξία στην αυτονομία των επαγγελματιών.

Στους οργανισμούς των νοσοκομείων ποικίλες φορές η λήψη αποφάσεων από την διοικητική ιεραρχία δεν λαμβάνει χώρα καθόσον μεταβάλλεται συχνά η σύνθεση των Διοικήσεων (*Διοικητές, Αναπληρωτές Διοικητές, σύνθεση Δ.Σ. νοσοκομειακών μονάδων*), λόγω αλλαγής πολιτικών κυβερνήσεων και διορισμού «ημετέρων». Επιπρόσθετα, στο σημείο αυτό θα πρέπει να προσθέσουμε ότι οι Διοικητές των νοσοκομείων έχουν περιορισμένο ρόλο καθόσον τελικός ρυθμιστής αποφάσεων είναι ο εκάστοτε Υπουργός που τοποθετείται στην κορυφή της ιεραρχίας της διοικητικής

<sup>10</sup> Στάθης Γ., 2000, Άρθρο «Χρειάζονται Ακόμη Ριζικότερες Λύσεις», Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» Τόμος 11, Τεύχος 67 (11):13-14, Νοέμβριος – Δεκέμβριος.

δομής του υγειονομικού συστήματος, ο οποίος δίνει τις τελικές κατευθυντήριες γραμμές που θα πρέπει να ακολουθήσουν τα κατώτερα επίπεδα ιεραρχίας.

### 1.3 Διάρθρωση του Ε.Σ.Υ..

Πριν ακόμη κάνουμε λόγο για την διάρθρωση του Ε.Σ.Υ. δύναται ο γενικότερος αλλά και ο ειδικότερος ορισμός ενός οργανωσιακού συστήματος και εν γένει τι ορίζεται σύστημα υγείας. Ως σύστημα νοείται το σύνολο των μεταβλητών που συναρμολογούνται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Σύστημα αποτελεί ο συνδυασμός αλληλο-διάδρασης ενεργειών που επιφέρει ένα αποτέλεσμα.

Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από ειδικότερα μικρότερα συστήματα που διαδρούν ανά μεταξύ τους με αποτέλεσμα να παραχθούν υπηρεσίες υγείας και να διατηρηθεί και να προαχθεί η υγεία των πολιτών δηλαδή να επιτευχθεί ο στόχος του συστήματος, παράγοντας «υγεία». Επιπρόσθετα, τρία (3) είναι τα πιο σημαντικά υπό-συστήματα του συστήματος υγείας, το 1<sup>ο</sup> αναφέρεται στις μεταβλητές που επηρεάζουν το υγειονομικό επίπεδο της κοινωνίας, το 2<sup>ο</sup> αναφέρεται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και αγαθών και το 3<sup>ο</sup> στα μέσα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο απλά και πιο λιτά, το 1<sup>ο</sup> υποσύστημα αναφέρεται στην Α' βάρθμια και το 2<sup>ο</sup> στην Β' βάρθμια φροντίδα υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει προσδώσει παρόμοιο ορισμό αναφέροντας ότι: «σύστημα υγείας ορίζεται το σύστημα που εμπεριέχει όλες τις απαραίτητες πράξεις οι οποίες επιτυγχάνουν την πρόληψη, την αποκατάσταση και την διατήρηση της υγείας των πολιτών»<sup>11</sup>.

Το Ε.Σ.Υ. δύναται να θεωρηθεί προσπελάσιμο σύστημα καθόσον συναλλάσσεται εύκολα, άμεσα και προσβάσιμα πληροφόρηση, αγαθά και υπηρεσίες με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον. Ένα σύστημα υγείας δεν είναι από μόνο του υπεύθυνο για το επίπεδο υγείας μιας κοινωνίας, το επίπεδο υγείας καθορίζεται από ποικίλες μεταβλητές, όπως ο τρόπος ζωής, καθώς και από λοιπούς κοινωνικο-οικονομικο-περιβαλλοντολογικούς παράγοντες.

Η διάρθρωση των συστημάτων υγείας περιγράφεται ανάλογα τον τρόπο κάλυψης του πληθυσμού. Τρία είναι τα βασικά μοντέλα συστημάτων:

- *Ιδιωτικό σύστημα υγείας*
- *Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark)*
- *Εθνικό σύστημα υγείας (Beveridge)*

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας θεωρεί την υγεία ένα ακόμα ιδιωτικό εμπορεύσιμο αγαθό, έτσι η προσφορά και ζήτηση των υπηρεσιών υγείας δεν περιορίζεται από το κράτος. Τα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα υγείας στηρίζονται στις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλουν οι πολίτες. Οι εργοδότες μετά από κρατική παρέμβαση υποχρεώθηκαν στην καταβολή ασφαλιστικών εισφορών για την καλύψεις των εργαζομένων σε θέματα υγείας και ασφάλισης. Στο σύστημα υγείας (*Beveridge*)

<sup>11</sup> Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 821 – 1960, Αθήνα 960.

αρμόδιος για τη παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ο κρατικός μηχανισμός ο οποίος χρηματοδοτείται από τον προϋπολογισμό του κράτους<sup>12</sup>.

Για τα δεδομένα της χώρας μας, το Ε.Σ.Υ. χαρακτηρίζεται ως μικτό. Ο ορισμός αυτός δίνεται καθώς υπάρχει ο συγκερασμός των δύο μοντέλων συστημάτων (*Bismark και Beveridge*). Επιπρόσθετα, το Ε.Σ.Υ. συσχετίζει και συμπεριλαμβάνει την λειτουργική δομή του ιδιωτικού τομέα καθόσον παρουσιάζονται ανισότητες προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών επιτυγχάνεται μέσω 3<sup>ο</sup> βαθμίδων περίθαλψης. Η Α' βαθμια περίθαλψη συμπεριλαμβάνει τις εξω-νοσοκομειακές υπηρεσίες (*εκτός του νοσοκομείου*). Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα ιατρεία των νοσοκομειακών οργανισμών, από τα κέντρα υγείας, από τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, από δημοτικά ιατρεία και από ιδιωτικές μονάδες υγείας. Στην Β' βαθμια περίθαλψη παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς οι οποίοι πρέπει να νοσηλευτούν σε νοσοκομειακές δομές. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και από τις ιδιωτικές κλινικές. Τέλος η Γ' βαθμια φροντίδα παρέχεται από τις κλινικές και αναφέρεται στις υπηρεσίες υψηλής επιστημονικής κατάρτισης και τεχνολογίας.

Το Υπουργείο κατανέμεται στην ιεραρχία της «*πυραμίδας*» του συστήματος υγείας ώστε να εφαρμοστεί ο στόχος του συστήματος: η καθολική και ισόνομη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Το Υπουργείο Υγείας αποφαινεται για την ανάλογη κατανομή των πόρων και διασφαλίζει την κρατική επιχορήγηση στα πλαίσια συντονισμού και προγραμματισμού των πολιτικών υγείας που πρόκειται να ακολουθήσει, επιπρόσθετα, είναι υπεύθυνο για την αξιολόγηση των διαρθρωτικών πολιτικών και της στρατηγικής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ έπειτα από έγκριση του υπουργικού συμβουλίου καθορίζεται ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας και οι προσλήψεις του υγειονομικού προσωπικού. Ο εκάστοτε Υπουργός δύναται να τροποποιεί το νομοθετικό πλαίσιο αλλά και είναι αρμόδιος για την εφαρμογή των Νόμων και λοιπών διατάξεων.

Πέραν του προαναφερόμενου Υπουργείου αλληλο-διαδρούν και λοιπά Υπουργεία. Το Υπουργείο Εργασίας το οποίο εποπτεύει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Κατά το χρονικό διάστημα (2011-2012) που πραγματοποιήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό σύστημα, υφίσταντο πλήθος ασφαλιστικών οργανισμών καθόσον τα πιο ισχυρά ασφαλιστικά ταμεία συνενώθηκαν έπειτα από την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Επιπρόσθετα, ποικίλοι οργανισμοί που διαδρούν είναι το Υπουργείο Άμυνας το οποίο είναι υπεύθυνο για τα στρατιωτικά δημόσια νοσοκομεία της χώρας, το Υπουργείο Παιδείας που επιφορτίζεται με τον έλεγχο των Πανεπιστημιακών δημόσιων νοσοκομείων καθώς επίσης και το Υπουργείο Δικαιοσύνης το οποίο είναι αρμόδιο για της παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες των φυλακισμένων. Επιπλέον, το Υπουργείο Οικονομικών το οποίο είναι αρμόδιο για την δημοσιονομική διαχείριση των πόρων του τακτικού προϋπολογισμού και την κατανομή αυτών στις υπηρεσίες υγείας.

Για το Ε.Σ.Υ. αναφέραμε, ότι το Υπουργείο Υγείας είναι η «*καρδιά*» συστήματος υγείας με τις κεντρικές και αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας. Ο ρόλος των

---

<sup>12</sup> Wolper L., 2001, «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Health Care Administration», Τόμος Α», Εκδόσεις Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης συρρικνώνεται σημαντικά. Για να μοιραστούν τα καθήκοντα και οι διαδικασίες, το έτος 2010 πρωτοπαρουσιάστηκε το σχέδιο «ΚΑΛΙΚΡΑΤΗΣ» το οποίο προέβλεπε την μετακύλιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις κοινοτικές αρχές μέσω της λειτουργίας κοινωνικών προγραμμάτων υγείας. Η έλλειψη περιφερειακών υγειονομικών οργανισμών οδήγησε σε συσσώρευση καθηκόντων και αυτό είχε ως αποτέλεσμα το Υπουργείο να απαξιώνει τις αρχές και τις δεσμεύσεις του και διαφεύγει του ειδικού του διοικητικού – εποπτικού ρόλου, εγκαταλείποντας την διαχείριση των ασφαλιστικών οργανισμών, αλλά και του μανάτζμεντ του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

#### 1.4 Μοντέλα οργανισμών υγείας.

Οι υπηρεσίες κατηγοριοποιούνται δυνάμει του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε μονάδες προσπελάσιμης περίθαλψης και σε μονάδες κλειστής περίθαλψης. Προσπελάσιμες μονάδες νοούνται οι ιδιωτικές μονάδες υγείας, τα κέντρα υγείας αστικού τύπου και τα πολυϊατρεία, ενώ μονάδες κλειστής περίθαλψης νοούνται τα δημόσια νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές. Επιπρόσθετα, βάσει της νομικής μορφής προσώπου οι οργανισμοί παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, διαιρούνται σε ιδιωτικούς και δημόσιους. Οι δημόσιοι εποπτεύονται και υπάγονται στο δημόσιο τομέα ενώ οι ιδιωτικοί σε ιδιώτη - φυσικό πρόσωπο (επιχειρηματία) ή σε Ν.Π.Ι.Ι. (επιχειρήσεις)<sup>13</sup>.

Στην χώρα μας, η Π.Φ.Υ., αναπαράγεται και επεκτείνεται μεταξύ τεσσάρων μοντέλων, τόσο από οργανισμούς του ιδιωτικού αλλά και οργανισμούς του δημόσιου τομέα. Ειδικότερα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας παρέχεται στην χώρα μας από Εθνικό Σύστημα Υγείας, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και από το ιδιωτικό επιχειρείν. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς παρέχει υπηρεσίες υγείας μέσω των κέντρων υγείας, των δημόσιων νοσοκομείων, των Τ.Ε.Π., των απογευματινών ιατρείων και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)<sup>14</sup>.

Τα κέντρα υγείας επανδρώνονται από υγειονομικό προσωπικό ποικίλων ιατρικών ειδικοτήτων, από νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό και λοιπούς επαγγελματίες του χώρου της υγείας. Τα εξωτερικά ιατρεία παρέχουν ένα μεγάλο φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων και είναι ο σημαντικότερος πάροχος υπηρεσιών υγείας στις εκάστοτε πόλεις. Το Ε.Κ.Α.Β. (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) παρέχει κατεπείγουσες ιατρικές υπηρεσίες και άμεση μεταφορά των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία και λοιπούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί διαθέτουν δικά τους ιατρεία και έχουν συνάψει συμβάσεις με ιδιωτικά εργαστήρια και ιατρεία, ενώ η τοπική αυτοδιοίκηση παρέχει δημοτικά ιατρεία και διάφορες προνοιακές υπηρεσίες. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες όπως αναφέρθηκε μέσω των ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών εργαστηρίων που είναι συμβεβλημένα τα ασφαλιστικά ταμεία όπου η αμοιβή των ανωτέρω γίνεται βάσει ιατρικής πράξης καθώς και από κλινικές και εργαστήρια που δεν είναι

<sup>13</sup> Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι., «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)», 1999: Τόμος Δ, Σελ. 31, 39 – 43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

<sup>14</sup> Γεωργακόπουλος Γ., 1989, «Ανθρώπινες σχέσεις στην εργασία», Αθήνα, Σμπίλιας. 3. Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ., 1993, «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας» Αθήνα, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας.



συμβεβλημένα και πληρώνονται από τους πολίτες, είτε από φορείς ιδιωτικής ασφάλισης.

Αρμόδιος για την παροχή Β' βάθμιας φροντίδας είναι οι νοσοκομειακοί οργανισμοί που υπάγονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά και οργανισμοί που δεν υπάγονται σ' αυτό, καθώς και από ιδιωτικές κλινικές, ενώ η Γ' βάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές νοσοκομείων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας. Πέραν των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομειακών οργανισμών λειτουργούν και δημόσια νοσοκομεία που φέρουν τον χαρακτηρισμό Ν.Π.Ι.Δ., που συστάθηκαν με κεφάλαια κοινωφελών ιδρυμάτων και τελούν υπό τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες. Τα δημόσια νοσοκομεία διαιρούνται σε δύο μορφές, στα γενικά νοσοκομεία & στα ειδικά νοσοκομεία. Τα γενικά «εξοπλίζονται» με ποικίλα τμήματα ιατρικής νοσηλείας σε αρκετές ειδικότητες, ενώ τα ειδικά δημόσια νοσοκομεία «εξοπλίζονται» με τμήματα ιατρικής νοσηλείας σε μια συγκεκριμένη ειδικότητα.

Βάσει του Ν. 2910/10 που αφορά τα δικαιώματα των αλλοδαπών για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας, οι αλλοδαποί υπήκοοι των άλλων χωρών που διαμένουν στην Ελλάδα έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους ημεδαπούς στις παροχές υγείας αλλά και στις ασφαλιστικές καλύψεις της κοινωνικής ασφάλισης. Επιπρόσθετα, στους πρόσφυγες δίνεται δωρεάν ιατρική περίθαλψη καίτοι αυτοί δεν έχουν ασφάλιση ή έχουν ελάχιστο εισόδημα. Από την άλλη μεριά οι πολίτες που δεν διαμένουν μόνιμα στην χώρα μας, δυνάμει του Ν. 3386/05 δεν εξασφαλίζουν τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα και την πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, εξάρτηση αποτελούν τα επείγοντα περιστατικά.

Ιδιαίτερη εμφάνιση στην χώρα μας έχουν κάνει οι μη κυβερνητικές οργανώσεις – Μ.Κ.Ο. με τους πολίτες που δεν έχουν πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και ποικίλα δίκτυα κοινωνικής μέριμνας επικουρούν στην διευκόλυνση της προσβασιμότητας των προσφύγων και των αλλοδαπών στα δημόσια νοσοκομεία για νοσηλεία. Πέραν αυτών, οι λειτουργίες και οι παροχές αυτών των οργανώσεων είναι πολύ περιορισμένες καθώς απαιτείται υψηλό κόστος για το μάνατζμεντ αλλά και το πλήθος των προσφύγων και των μεταναστών είναι πολύ υψηλό.

### **1.5 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υγειονομικών υπηρεσιών.**

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υγειονομικών υπηρεσιών είναι τα κάτωθι:

- α) διαθεσιμότητα*
- β) συνέχεια της παροχής*
- γ) καταλληλότητα*
- δ) προσβασιμότητα*
- ε) αποτελεσματικότητα*

Ειδικότερα, οι παροχές υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να παρέχονται στους πολίτες ισότιμα και ανεμπόδιστα και δίχως χρονικούς και τοπικούς περιορισμούς και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του πολίτη. Οι υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται προληπτικά (*πρωτοβάθμια*) και όχι κατασταλτικά (*δευτεροβάθμια*) δηλαδή σε περίπτωση ασθένειας, ενώ η παροχή πρέπει

να συναρμόζεται με τις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας, αυξάνοντας το υγειονομικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής τους<sup>15</sup>.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που διέπουν την οργανωτική δομή του υγειονομικού συστήματος είναι τα κάτωθι:

*α) Η ισοτιμία του συστήματος σχετικά με την χρηματοδότηση και την προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες.*

*β) Η συσχέτιση ιδιωτικών και δημόσιων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.*

*γ) Η ελευθερία των ασθενών στην επιλογή υπηρεσιών υγείας.*

*δ) Η σύνθεση και η «υφή» των υπηρεσιών υγείας που δίνεται έμφαση.*

*ε) Η διασπορά της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών της κοινωνίας.*

Η ισοτιμία αποτελείται από δύο μορφές. Η πρώτη μορφή αναφέρεται στην «ισότιμη μεταχείριση μεταξύ ίσων απαιτήσεων». Με παρόμοιο τρόπο πολλαπλασιάζεται το όφελος που αντλεί η κοινωνία με πεπερασμένους υλικούς και άυλους πόρους. Η δεύτερη μορφή αναφέρεται στην «άνιση μεταχείριση μεταξύ άνισων απαιτήσεων». Στην εν λόγω μορφή γίνεται λόγος για το ζήτημα της καταμέτρησης και αξιολόγησης των ανισοτήτων με απώτερο στόχο να παρασχεθούν οι ανάλογες υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται. Η ισοτιμία συμπεριλαμβάνει την ισοδυναμία των δαπανών και των αναλογούντων υγειονομικών πόρων, την ισότητα στους πόρους και την πρόσβαση για ίσες ανάγκες, την ισότητα στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών για ισοδύναμες ανάγκες μεταξύ της κοινωνίας αλλά και την ισότητα στις ανάγκες για υγειονομικές υπηρεσίες. Οι ανισότητες πρόσβασης έχουν ποικίλες αιτίες. Το επίπεδο εκπαίδευσης, το επίπεδο εργασίας, η χωρική κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών, ευνοούνται περισσότερο στα αστικά κέντρα και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, θεσμοθετούν τους περιορισμούς στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η επικάλυψη των αναγκών υγείας δύναται να επηρεαστεί από αρκετές μεταβλητές, μερικές από αυτές είναι: η εμπειρία και η ακαδημαϊκή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η κατανομή των υγειονομικών και υπηρεσιών ανά χωρική περιοχή καθώς η αναγκαία προσφορά των υπηρεσιών υγείας που είναι προς άμεση διάθεση. Οι μορφές των υπηρεσιών που προσδίδουν έμφαση στο υγειονομικό σύστημα μεταβάλλονται συνεχώς αναλόγως των επιταγών της κοινωνίας και διαφοροποιούνται από έθνος σε έθνος. Μερικά συστήματα υποστηρίζουν σημαντικά την Α' βάρθμια φροντίδα υγείας και άλλα την Β' βάρθμια φροντίδα υγείας<sup>16</sup>.

Ο συμμετοχή του ιδιωτικού επιχειρείν στις υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να λειτουργεί σε συμπλήρωση με τις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας. Στα εθνικά συστήματα υγείας ή τα μεικτά συστήματα υγείας, που υποστηρίζεται σημαντικά η υγεία από τον δημόσιο τομέα, ο ιδιωτικός τομέας δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα σημαντικά. Αντιθέτως, ο ιδιωτικός τομέας υγείας αναπαράγεται σε υγειονομικά συστήματα, που υπάρχει έντονη ανισοκατανομή των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και σημαντική ζήτηση των ασθενών για άκρως εξειδικευμένες

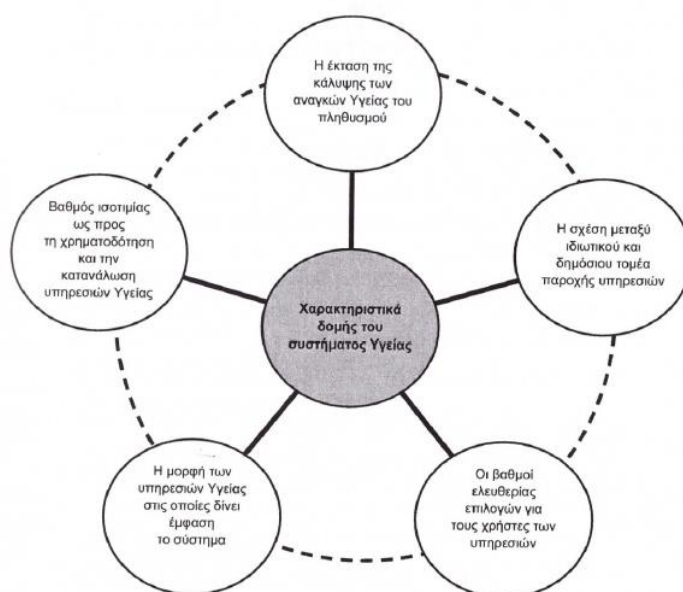
<sup>15</sup> Ανδριότη Δ., 1994, «Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

<sup>16</sup> Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα 1988.

υγειονομικές υπηρεσίες. Η επιλογή των πολιτών για την λήψη υπηρεσιών υγείας είναι εμφανώς περιορισμένη καθώς οι τελευταίοι δεν δύναται να έχουν την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση για να επιλέξουν ανάλογα φαρμακευτικά σκευάσματα ή ακόμη και την θεραπεία που θα λάβουν, έτσι δεν δύναται να επιλέξουν τις υγειονομικές υπηρεσίες που θα λάβουν και αντίστοιχα τον επαγγελματία υγείας που θα παράγει αυτές<sup>17</sup>.

Στο κάτωθι Σχήμα 1, αποτυπώνονται σχηματικά, τα βασικότερα στοιχεία της δομής του υγειονομικού συστήματος.

**Σχήμα 1: βασικότερα στοιχεία της δομής του υγειονομικού συστήματος.**



Η προσφορά και ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών διαφέρει από τα λοιπά αγοραία συστήματα στα οποία αλληλοεπιδρά η προσφορά και η ζήτηση, καθόσον η επιβολή κανονισμών ελεύθερης ιδιωτικής αγοράς δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί και καθώς επίσης, ο υγειονομικός τομέας φέρει ποικίλες ιδιαιτερότητες. Τα ευρωπαϊκά κράτη χαρακτηρίζουν την υγεία ως δημόσιο αγαθό, κατ'επέκταση προσβάσιμο για όλους και κατ' αυτόν τον λόγο προσπαθούν να προστατεύουν την παροχή και τη ισοκατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών από τους αγοραίους μηχανισμούς και ιδιαιτερότητες. Ο εκάστοτε λήπτης υγειονομικών υπηρεσιών σε συσχέτιση με τα υπόλοιπα αγαθά και υπηρεσίες, τα οποία δύναται να τα χαρακτηρίζουν οι αρχές της αγοράς, στις υγειονομικές υπηρεσίες οι αγοραίες αρχές και χαρακτηριστικά δεν δύναται να τις επηρεάσουν. Αυτό πραγματώνεται αφού υφίσταται ασυμμετρία στην πληροφόρηση για υπηρεσίες υγείας, ενώ υφίσταται περιορισμένη ανταγωνιστικότητα ένεκα μονοπωλίου, η παρεχόμενη υπηρεσία χαρακτηρίζεται ανομοιογενής, ενώ ο λόγος ζήτησης και προσφοράς μπορεί να

<sup>17</sup> Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ., 1993, «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας» Αθήνα, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας.

επηρεαστεί από την παρέμβαση του κράτους που μεταβάλει την προσφορά των υπηρεσιών υγείας βάσει λοιπόν παραγόντων που την αναδιαμορφώνουν.

Οι σημαντικότερες ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας δύνανται να προσδιοριστούν ως εξής:

α) *Υψηλή κρατική παρέμβαση.*

β) *Αδυναμία στην λήψη αποφάσεων του ασθενή.*

γ) *Το είδος της εργασίας, του μόνιμου και του προγραμματισμού.*

δ) *Τρόπος κατανομής αρμοδιοτήτων και ευθυνών.*

Στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν παρατηρηθεί μονοπωλιακές ροπές. Αυτό λαμβάνει χώρα καθόσον οι χρήστες υπηρεσιών υγείας δύσκολα μπορούν να μεταβάλλουν τον ιατρό που τους επιβλέπει και επίσης, δεν δύνανται να διαπραγματευθούν την οικονομική επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας που θα λάβουν. Έτσι, για να μειωθούν οι μονοπωλιακές δυνάμεις απαιτείται σημαντική παρέμβαση του κράτους. Κατά αυτόν τον τρόπο ο κρατικός μηχανισμός εποπτεύει τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται, επιδιώκει την ισοκατανομή των πόρων, δαπανά μέρος του κρατικού προϋπολογισμού για υγειονομικά προγράμματα, οργανώνει και προγραμματίζει τις πολιτικές υγείας με απώτερο σκοπό να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο υγείας στους πολίτες με περιορισμένο κόστος.

Στα υγειονομικά συστήματα οι χρήστες υπηρεσιών υγείας συνάδουν με την πλευρά της ζήτησης, χωρίς όμως να έχουν ανάλογη κατάρτιση και πληροφόρηση για να μπορούν να λάβουν απόφαση για την ανάλογη εξατομικευμένη θεραπεία που πρέπει να λάβουν. Η περιορισμένη πληροφόρηση έχει ως αποτέλεσμα την αβεβαιότητα των χρηστών υγείας καθόσον οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας, παρέχουν την ανάλογη πληροφορία και την υπηρεσία υγείας, δημιουργώντας έριδες. Όλα τα ανωτέρω μας οδηγούν ότι η κατανομή των αρμοδιοτήτων, ευθυνών και διεργασιών αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες υγείας<sup>18</sup>.

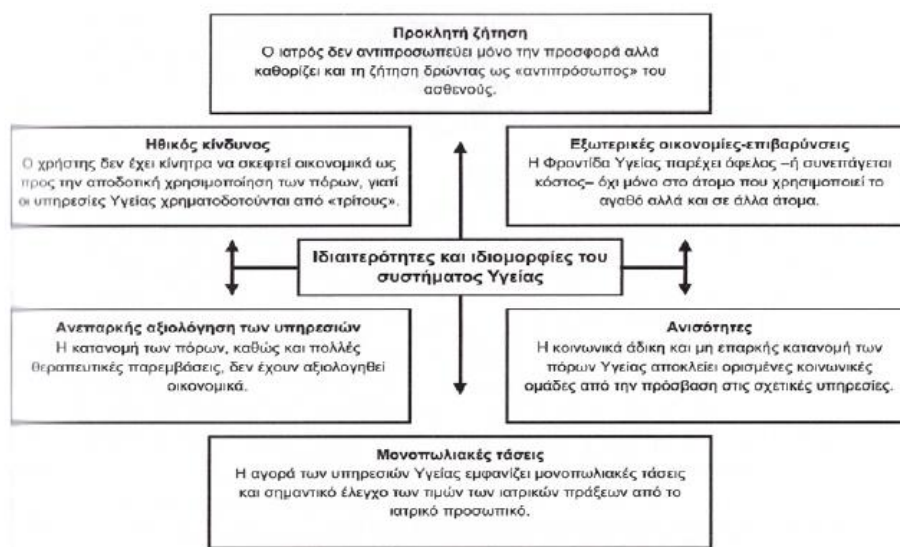
Τα υγειονομικά συστήματα απαρτίζονται από τους επαγγελματίες υγείας -ανθρώπινο δυναμικό- αλλά και από τους οικονομικούς πόρους (*δαπάνες υγείας*). Έτσι, πρέπει να υφίσταται υψηλή εξειδίκευση του ανθρωπίνου δυναμικού και δια βίου εκπαίδευση και κατάρτιση με απώτερο στόχο την βελτιστοποίηση της οργάνωσης και του προγραμματισμού αλλά και την πιο αποδοτική κατανομή και χρήση άυλων και υλικών πόρων βάσει ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και βελτιστοποίηση επιπέδου υγείας.

Στο παρακάτω Σχήμα 2, σκιαγραφούνται τα ιδιόμορφα σημεία του υγειονομικού συστήματος.

---

<sup>18</sup> Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1997.

**Σχήμα 2: Ιδιόμορφα σημεία του υγειονομικού συστήματος.**



Έχοντας ολοκληρώσει το παρόν κεφάλαιο, πρέπει να αναφερθούν τα ιδιαίτερα σημεία που αφορούν το μάνατζμεντ των υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο προκύπτει από τις ποικίλες μεταβλητές που δύναται να επηρεάζουν αυτό και πρέπει να λαμβάνουν γνώση τα ανώτερα ιεραρχικά όργανα. Ο οργανισμός έχει ως στόχο να παρέχει βέλτιστες και ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες κάνοντας χρήση του ανάλογου ανθρώπινου δυναμικού που ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινωνίας, διαχειρίζοντας το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών. Κάθε νοσοκομειακός οργανισμός λειτουργεί συνεχώς και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κατανέμονται ορθά βάσει αναγκών των οργανισμών, ώστε να είναι σε ετοιμότητα να διαχειριστούν περιστατικά υγείας, παρέχοντας εξατομικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες.

## **ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.1 Χρονική αναδρομή έως την σύσταση του Ε.Σ.Υ.**

Ανατρέχοντας ιστορικά στην διαδρομή του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας και ειδικότερα στις ενέργειες που έχουν λάβει χώρα για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η κοινωνική επιταγή για παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, συσχετίζονταν άμεσα από τις μεταβολές των οικονομικό-πολιτικών συνθηκών που επικρατούσαν στην Ελλάδα.

Στα μεταπολεμικά χρόνια έγιναν προπαρασκευαστικές ενέργειες για να ξεπεραστούν οι έντονες δυσλειτουργίες που συσχετίζονται με την ίση κατανομή και παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, όπως παραδείγματος χάριν έλεγχοι για την εφαρμογή των θεσμικών υγειονομικών διατάξεων για τον περιορισμό των μολυσματικών παθήσεων.

Το 1860 με ενέργειες και διαδικασίες των δημοτικών αρχών και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης αλλά και με δωρεές ευαγών ιδρυμάτων συστήνονται οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για τους εργαζόμενους στα καράβια, στα μεταλλεία αλλά και τους υπαλλήλους του δημοσίου. Οι παροχές των ασφαλιστικών οργανισμών αναφέρονταν κυρίως στις καλύψεις για τα εργατικά ατυχήματα και τις διάφορες μορφές αναπηρίας.

Κατά τα έτη του μεσοπολέμου για να μπορέσει ο κρατικός μηχανισμός να επωμιστεί τις απώλειες των πολεμικών συγκρούσεων αλλά και την μεταφορά και επαν-εγκατάσταση των μεταναστών στη χώρα μας, προγραμματίστηκε μια σωρεία δράσεων και διαδικασιών. Τα σημαντικότερα μέτρα αποτελεί η σύσταση του Υπουργείου Περιθάλψεως με τον Νόμο 3934/17, η θέσπιση του νομικού πλαισίου που αφορούσαν τη σύσταση και οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων το 1937. Το 1934 συστήνεται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ ήδη είχε προβλεφθεί η σύστασή του από την κυβέρνηση του Ελευθέριου Βενιζέλου με το νομικό πλαίσιο 5733/33.

Σημειώνεται έως και σήμερα οι υγειονομικές υπηρεσίες και η πρωτοβάθμια αλλά και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας συσχετίζονται άμεσα με την ασφάλιση, της οποίας κύριος σκοπός αποτελεί η απονομή συντάξεων, χωρίς να έχει αποκτήσει αυτοτελές λειτουργικό μηχανισμό. Κατά τα τρέχοντα χρονικά διαστήματα, παρήχθησαν ποικίλα νομοθετήματα και διατάξεις που επηρέασαν τις αρμοδιότητες και τον σκοπό του Υπουργείου Υγείας όμως κατάφεραν να διατηρήσουν τον ιεραρχικά διοικητικό και στρατηγικό ρόλο των υπηρεσιών υγείας. Οι επηρεασμοί αυτοί συσχετίζονται με ποικίλες ονομασίες που αναφέρονταν στο Υπουργείο Υγείας. Για παράδειγμα, με το νομικό πλαίσιο 3937/17 φέρει την ονομασία σε Υπουργείο Περιθάλψης, ενώ με το νομικό πλαίσιο 2882/21 φέρει την ονομασία σε Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας. Έπειτα, με το νομ. διάταγμα στις 31-12-1922 φέρει την ονομασία Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας & Αντιλήψεως, το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο Εσωτερικών. Το 1926 συστήνεται το Υπουργείο Υγείας<sup>19</sup>.

Στην περίοδο μετά τον πόλεμο, ο Ν. 2592/53 ο οποίος συντέλεσε μια πρωτότυπη πρόταση για την σύσταση ενός συντονισμένου συστήματος υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο ανέφερε την αποκέντρωση του συστήματος υγείας, τον ποσοτικό πολλαπλασιασμό του πλήθους των περιφερειακών και νομαρχιακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τη σύσταση κέντρων υγείας αγροτικού τύπου και λοιπές διαχειριστικές και οργανωσιακές ρυθμίσεις. Όμως, τα ανωτέρω απορρίφθηκαν. Επιπρόσθετα, κατά την χρονική περίοδο με τον Ν.4169/61 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων. Την περίοδο δικτατορίας, εξελίσσεται και πολλαπλασιάζεται το ιδιωτικό επιχειρείν και γίνεται εφαρμογή του Νόμου 68/1967 που ισχύει ως και σήμερα και ο οποίος υποχρεώνει τους ιατρούς που ορκίζονται πτυχιούχοι ιατρικής, να απασχολούνται στα ιατρεία της υπαίθρου, προς ενίσχυση της φροντίδας υγείας των αγροτικών περιοχών.

Πρωταρχική πολιτική κίνηση που επιτάχυνε τη σκέψη για ίδρυση του Ε.Σ.Υ. αποτελούσε η έκθεση του Κέντρου Επαγγελματικού Προγραμματισμού το 1975. Πέραν της έλλειψης διαθέσιμων στοιχείων η μελέτη του εν λόγω ιδρύματος επικάλυπτε σημαντικά σημεία για την οργάνωση και τον προγραμματισμό του

<sup>19</sup> Κυριόπουλος Γ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία .

συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Κατά αυτόν τον τρόπο στην έκθεση συμπεριελήφθησαν ενότητες και θεματολογία για τον προγραμματισμό του συστήματος υπηρεσιών υγείας, για την ενδο-νοσοκομειακή & εξω-νοσοκομειακή φροντίδα υγείας, τους επαγγελματίες υγείας, το επίπεδο υγείας της ελληνικής κοινωνίας, τα φαρμακευτικά σκευάσματα, τις δαπάνες υγείας από τον τακτικό προϋπολογισμό και τη δημόσια υγεία.

Κατά την περίοδο 1978- 1981, όντας Υπουργός Υγείας ο Σ. Δοξιάδης δημιούργησε την επιτροπή φιλίας μετά των ανάλογων μέτρων που έλαβε ο Υπουργός. Σε σύνολο 80 άρθρων οι ρυθμίσεις Δοξιάδη περιείχαν οργανωσιακές μεταρρυθμίσεις που αναφέρονταν στην οργάνωση των νοσοκομειακών μονάδων με απώτερο στόχο την πιο αποτελεσματική λειτουργία, έχοντας ως σκοπό την δια βίου εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών. Ακόμη, οι μεταρρυθμίσεις αναφέρονταν στην εργασιακή απασχόληση των γιατρών, παρέχοντας στο υγειονομικό προσωπικό τη δυνατότητα να επισκέπτονται τους ασθενείς του στο νοσοκομείο που εργάζονται. Η μεταρρύθμιση αυτή εφαρμόστηκε είκοσι-πέντε χρόνια πιο μετά. Επίσης, οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν την σύσταση των Κεντρικών και των Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων.

Η επιτροπή φιλίας δημιουργήθηκε έπειτα από βούληση του Υπουργού Υγείας ώστε να υποβληθούν σκέψεις και ιδέες για την θεσμοθέτηση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η επιτροπή φιλίας δεν μπορούσε να μελετήσει μεμονωμένα το πρόβλημα του προγραμματισμού και του μανάτζμεντ των υγειονομικών υπηρεσιών και έτσι η επιτροπή πρότεινε τη σύσταση του εθνικού συμβουλίου υγείας, τη δημιουργία και την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τον σχεδιασμό των αναγκών για νοσηλευτικές κλίνες<sup>20</sup>.

Το 1983 συστήνεται το Ε.Σ.Υ. με τον Ν.1397/1983, το οποίο αποτελεί καινοτόμο πολιτική υγείας για την χώρα μας και ένα φιλόδοξο πρόγραμμα ανάπτυξης σε όλα τα επίπεδα των μονάδων υγείας. Βάσει της παραδοχής του Ε.Σ.Υ., η υγεία αποτελεί ελεύθερο και προσβάσιμο αγαθό προς όλους. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ., το κράτος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σ' όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της οικονομικό-κοινωνικό-επαγγελματικής τους θέσης. Το σύστημα αποκτά δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα με απώτερο στόχο την αποκέντρωση των πόρων υγείας βάσει γεωγραφικής- χωρικής κατανομής.

## **2.2 Οι μεταρρυθμίσεις στην μετά – Ε.Σ.Υ. περίοδο**

Μετά την ψήφιση του Ν. 1397, ακολουθήθηκε μια σειρά ενεργειών προκειμένου να αναβαθμιστούν οι δομές και η οργανωσιακή κουλτούρα του υγειονομικού συστήματος, να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας και προσβασιμότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες. Το ανωτέρω είχε ως αιτιατό την δημιουργία κέντρων υγείας και περιφερειακών νοσοκομείων. Δυστυχώς όμως η χρηματοδότηση, το μανάτζμεντ, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η οικονομική εποπτεία των εξόδων δεν βελτιώθηκαν σημαντικά. Επιπρόσθετα, οι ιδιωτικές πληρωμές (*out of pocket payments*) και η διαφθορά αυξάνονταν σημαντικά λόγω περιορισμένων μηχανισμών ελέγχου στην συνταγογράφηση και στην κατανομή των πόρων υγείας.

<sup>20</sup> Λανάρα Β., 2002, «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών – Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο», Θ» Έκδοση. Εκδόσεις Ηγεςία, Αθήνα.

Οι μεταρρυθμίσεις μετά το '90 προσπαθούσαν να ελέγξουν το οικονομικό κόστος, την αποδοτικότητα του μάνατζμεντ, την επιλογή από τους χρήστες υγείας, σύμπραξη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα υγείας, πιστοποίηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται κ.τ.λ.. Παρ' όλο που υπήρχε ισχυρή θέληση για να γίνουν βελτιώσεις και αλλαγές στον χώρο της υγείας, οι ιδέες αυτές παρέμειναν ως ιδέες και δεν προωθήθηκαν για εφαρμογή, χωρίς να θεσπιστεί ειδικότερο δεσμευτικό θεσμικό πλαίσιο.

Από τις πρώτες μεταρρυθμιστικές περιόδους που ακολουθήθηκαν έπειτα από την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αποτέλεσε η χρονική περίοδος κατά το 1990 και αναφερόταν στην «μοντερνοποίηση» του εθνικού συστήματος υγείας. Έτσι, πλέον μπορούσαν να συσταθούν νέες ιδιωτικές κλινικές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας με απώτερο στόχο την αύξηση της ανταγωνιστικότητας του ιδιωτικού τομέα, της ιδιωτικοποίησης και της μετακύλισης των υγειονομικών δαπανών στον κρατικό μηχανισμό και στα νοικοκυριά. Επιπρόσθετα, πολλαπλασιάστηκε το κόστος συμμετοχής των πολιτών στα φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία γινόταν με κόστος συμμετοχής, αυξάνοντας παράλληλα και το κόστος του ημερήσιου νοσηλίου, δημιουργώντας σημαντικά οικονομικά κενά στους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Το 1994 υποβάλλεται προς ψήφιση ο Ν. 2194/94 και αναφερόταν στην βελτιστοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Δυνάμει του ανωτέρω Νόμου συστάθηκε εξειδικευμένη επιτροπή προκειμένου εντοπιστούν οι παθογένειες και οι δυσλειτουργίες του Ε.Σ.Υ., συστήνοντας μια ολιστική πρόταση για την εξάλειψη αυτών των προβλημάτων. Πέραν των άλλων προτάσεων έγινε λόγος για ορθή δημοσιονομική διαχείριση, μεταβολή του τρόπου και του προτύπου εργασίας των επαγγελματιών του χώρου της υγείας, αλλά και η εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού στην παροχή υπηρεσιών υγείας<sup>21</sup>.

Την περίοδο εκείνη συστήθηκε μια ακόμη Επιτροπή από ειδικευμένα στελέχη διεθνών οργανισμών υπό τον έλεγχο και την καθοδήγηση του καθηγητή Η. Μόσιαλου με απώτερο στόχο την εκπόνηση μελέτης αναφορικά με το Ε.Σ.Υ. και τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και τις μεταβολές που δύναται να βελτιώσουν την λειτουργία του. Η Επιτροπή αυτή καίτοι αναφέρθηκε στην αν-ικανοποίηση των χρηστών του συστήματος υγείας εισήγαγε την συνένωση των ασφαλιστικών οργανισμών, την αξιολόγηση του προσωπικού των νοσοκομείων, των περικοπή του αριθμού των εισακτέων στις σχολές υγείας, ακόμη πρότεινε την αύξηση των οργανικών θέσεων των νοσηλευτών στα νοσοκομειακά ιδρύματα. Επιλογικά, η μελέτη αναφέρθηκε στην αναγκαιότητα ύπαρξης του ρόλου του Διοικητή στις νοσοκομειακές μονάδες. Μερικές από αυτές τις προτάσεις δεν περατώθηκαν ποτέ αλλά επανεισήχθησαν προς ψήφιση μερικά χρόνια μετέπειτα με νεότερα νομοθετήματα.

Ο Νόμος που αναφέραμε υπεβλήθη προς ψήφιση το 1997 στις μεταρρυθμίσεις, για τη βελτίωση και τη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών. Μ' αυτό το θεσμικό πλαίσιο δόθηκε έμφαση στην μεταρρύθμιση της Α' βάθμιας περίθαλψης με τη θεσμοθέτηση του οικογενειακού ιατρού και την σύσταση αυτού βάσει του γαλλικού μοντέλου Α' βάθμιας περίθαλψης. Επιμέρους σημαντικές διατάξεις που προέβλεπε η

<sup>21</sup> Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 821 – 1960, Αθήνα 1960.



νομοθεσία αναφέρονταν στην αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, το μάνατζμεντ και τις δαπάνες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων κ.τ.λ.. Τα παραπάνω θα λάμβαναν χώρα με την εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών και τη κατηγοριοποίηση των ασθενειών σε πρότυπες ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (*DRG's*).

Με τον Ν. 2889/2001, προσπαθείτε για μια δεύτερη φορά η βελτιστοποίηση του συστήματος υγείας, το θεσμικό πλαίσιο αυτό εμπειρείχε ιδιαίτερες μεταρρυθμίσεις στο μάνατζμεντ και στην λειτουργία του συστήματος υγείας με την σύσταση δεκαεπτά (17) περιφερειακών υγειονομικών συστημάτων (*Π.Ε.Σ.Υ.*). Τα Π.Ε.Σ.Υ. αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. και είχαν υπό τον έλεγχό τους τα νοσοκομεία του συστήματος υγείας. Με τον Ν. 3106/2003 τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας μεταβάλλονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας & Πρόνοιας (*Π.Ε.Σ.Υ.Π.*) καθόσον το θεσμικό πλαίσιο έχει ως απώτερο σκοπό να προσαρμόσει επιμέρους ρυθμίσεις στα κοινωνικά συστήματα. Το νομοθετικό πλαίσιο συστάθηκε ώστε να εξαλειφθούν τα κακώς κείμενα του συστήματος υγείας που επιδρούν άμεσα στον προνοιακό τομέα. Για τον ανωτέρω λόγο στα καθήκοντα των περιφερειακών υγειονομικών συστημάτων υπάγονται και οι αρμοδιότητες παροχής κοινωνικής πρόνοιας, οι εν λόγω αρμοδιότητες διέπονται από διοικητική αυτοτέλεια. Επιπρόσθετα, ο Ν. 2889/2001 τονίζει την ύπαρξη και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την σύσταση του οικογενειακού ιατρού και τον διορισμό των μάνατζερ στα νοσοκομειακά ιδρύματα.

Με το νομοθετικό πλαίσιο 3329/2005 καταργείται η λειτουργία των Π.Ε.Σ.Υ.Π. και αντικαθίστανται αυτές από τις διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών και πλέον τα νοσοκομειακά ιδρύματα εποπτεύονται από τον εκάστοτε Διοικητή των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών όπου υπάγονται. Οι Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών ανήκουν και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στόχος τους είναι να συντονίζουν τα Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία δραστηριοποιούνται στους υγειονομικούς τομείς. Με το Ν. 3527/2007 οι Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών μειώνονται από δεκαεπτά σε επτά. Επιπρόσθετα, με τον νόμο 3329 του 2005 το Εθνικό Σύστημα Υγείας μετονομάζεται σε Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ανατρέχοντας στις μεταβολές που έλαβαν χώρα προγενέστερα των μνημονιακών ρυθμίσεων στην Ελλάδα, γεννάται το γεγονός ότι πέραν του ότι οι μεταβολές βελτίωναν το εν λόγω σύστημα για ποικίλες δυσλειτουργίες δεν ανευρέθη λύση. Σημαντικό πρόβλημα του συστήματος υγείας υφίσταται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθόσον οι υγειονομικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. πρέπει να προσφέρονται εξωνοσοκομειακά.

Το 2010 η χώρα μας δεσμεύτηκε με το 1ο Μνημόνιο, το οποίο επέβαλε μέτρα λιτότητας με στόχο την μείωση κυρίως των οικονομικών μέσων διαμέσου των προωθούμενων μεταρρυθμίσεων επηρεάζοντας άμεσα τον υγειονομικό τομέα. Με τον Ν. 3863/2010 κατατμήθηκαν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και των υγειονομικών κλαδών, που εποπτεύονταν από το Υπουργείο Υγείας. Το ίδιο έτος ψηφίστηκε ο Νόμος 3868/2010 δυνάμει του οποίου θεσμοθετήθηκε η συνεχής λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων του συστήματος υγείας. Η εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία γινόταν έπειτα από καταβολή αντίστοιχου αντιτίμου επίσκεψης από τους ασθενείς και έτσι δημιουργήθηκαν έντονες ανισότητες στην υγεία

που συσχετίζονταν με το κατά πόσο ο ασθενής θα μπορούσε να καταβάλει το αντίτιμο για την επίσκεψη, από την άλλη μεριά όμως πολλαπλασιάζονται τα έσοδα του δημόσιου νοσοκομείου ενώ οι ασθενείς δύναται να επιλέγουν το ιατρό που επιθυμούν και παράλληλα να περιοριστούν οι ουρές αναμονής.

Με το Ν. 3918/2011, θεσμοθετούνται σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο Ε.Σ.Υ.. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές ήταν η σύσταση του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, η ενσωμάτωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι μεταβολές στις διαγωνιστικές διαδικασίες και στα φαρμακευτικά σκευάσματα. Ο Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας έχει διττό ρόλο, είναι και πάροχος (*προσφέρει*) όσο και προμηθευτής (*ζητάει*) υγειονομικές υπηρεσίες. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπάγονται πλέον οι 4 πιο μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί της Ελλάδας όπως το Ι.Κ.Α., ο Ο.Π.Α.Δ. και ο Ο.Γ.Α. ενώ μερικά από τα θετικά στοιχεία είναι η συσσώρευση πλήθους πόρων και η διαπραγματευτική ισχύ αναλογικά με τους λοιπούς προμηθευτές υγείας<sup>22</sup>.

Με τον Ν. 4238/2014 η σύσταση - σύνθεση του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας μεταβάλλεται. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προμηθεύεται – αγοράζει υγειονομικές υπηρεσίες από το δημόσιο (*δημόσια νοσοκομεία, δημοτικά ιατρεία κ.τ.λ.*) και από το ιδιωτικό τομέα (*ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα κ.τ.λ.*), η μεταβολή της υφής του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας προωθούσε τον προγραμματισμό των υγειονομικών δαπανών και την ορθή δημοσιονομική διαχείριση των προϋπολογισμών.

Επιπρόσθετες ρυθμίσεις για την συρρίκνωση των εξόδων αποτελεί η θεσμοθέτηση των Κ.Ε.Ν., ενώ ρυθμίσεις που συμβάλουν στον πολλαπλασιασμό των προόδων αποτελεί η εισαγωγή του rebate και του clawback. Η εφαρμογή των Κ.Ε.Ν. (*Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλειών*) συσχετίστηκε με το μοντέλο των DRG's των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων δυνάμει του οποίου οι χρήστες υπηρεσιών υγείας κατηγοριοποιούνται βάσει κοινών θεραπευτικών και υγειονομικών μεταβλητών. Με το rebate – επιδοτήσεις εφαρμόζεται υποχρεωτική περικοπή στο συνολικό κόστος από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και ο πολλαπλασιασμός της συμμετοχής των ασθενών στην συνταγογράφηση και τις υγειονομικές εξετάσεις. Με το clawback – παρακρατήσεις, οριοθετείται η δαπάνη (*τίθεται οικονομικός περιορισμός*) από τους παρόχους, οι οποίοι πρέπει να γυρίσουν στον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας την οικονομική διαφορά που υπερβαίνει το όριο.

### **2.3 Οι δυσλειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Ανατρέχοντας στις προηγούμενες ενότητες της εργασίας διεξάγουμε το συμπέρασμα ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας υπήρξε ιστορικά, ο πυλώνας και ο κύριος άξονας παροχής υπηρεσιών υγείας με ποικίλες όμως δυσλειτουργίες που εμφανίστηκαν εξ αρχής. Καίτοι έγινε προσπάθεια για τις προσπάθειες μεταρρύθμισης, πλην όμως δεν κατέστησαν ικανές να εξαλείψουν τις οργανωσιακές δυσλειτουργίες που χαρακτηρίζουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τα δύο σημαντικότερα προβλήματα που στιγματίζουν το Ε.Σ.Υ. είναι η συσχέτιση του ασθενή με τις υγειονομικές υπηρεσίες και αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών αλλά και στην προσβασιμότητα αλλά και η αναποδοτική δημοσιονομική διαχείριση. Τα αίτια για τα οποία οι μεταβολές δεν

<sup>22</sup> Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1997.

μπόρεσαν να διευθετήσουν τις παραπάνω δυσλειτουργίες αποτελεί η περιορισμένη πολιτική θέληση αλλά και η ανικανότητα στην αποτελεσματικότητα.

Η δημοσιονομική ύφεση που ταλάνισε την Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, δημιούργησε πολλά περισσότερα προβλήματα καθόσον η οικονομική δυναμικότητα των πολιτών περιορίστηκε, η ανεργία πολλαπλασιάστηκε και οι συνολικές υγειονομικές δαπάνες περιορίστηκαν λόγω των δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Δυσλειτουργίες όπως: οι ανισότητες προσβασιμότητας, οι ουρές αναμονής, η κατάτμηση των ασφαλιστικών οργανισμών, οι ανικανοποίητοι και δυσαρεστημένοι ασθενείς, η υγειονομική «έκρηξη» αυξάνοντας την νοσηρότητα κυρίως ψυχικών νοσημάτων, φέρνουν στην επιφάνεια τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ. αλλά και η επιταγή για καινοτόμες μεταρρυθμίσεις κρίνεται ενδεδειγμένη.

Στην παγκόσμια οικονομική ύφεση απειλήθηκε η λειτουργία και η συνέχεια λειτουργίας, των υγειονομικών συστημάτων τόσο σε διεθνή επίπεδο όσο και σε εθνικό, οι τομείς που διαδραμάτισαν και διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην βιωσιμότητα των υγειονομικών συστημάτων είναι αυτοί της κοινωνικής ασφάλισης και της προστασίας.

Όταν το εισόδημα συρρικνώνεται, συστήνεται η ανάγκη για υγειονομικές υπηρεσίες, έτσι αυξάνεται η ζήτηση περιορίζοντας τους οικονομικούς προϋπολογισμούς και την ασφάλιση. Από τις πρότερες χρονικές περιόδους της δημοσιονομικής κρίσης, ο προϋπολογισμός του κράτους συρρικνώνεται. Οι υγειονομικοί και προνοιακοί τομείς δοκιμάζονται σε συνθήκες αυστηρής λιτότητας, διακινδυνεύοντας την ποιότητα των υπηρεσιών και την προσβασιμότητα των ασθενών.

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των ανασφάλιστων αυξήθηκε κατακόρυφα και οι ευάλωτες ομάδες με υψηλές ανάγκες για λήψη υγειονομικών υπηρεσιών αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα προσβασιμότητας. Επιπρόσθετα, υπάρχει η αντίληψη ότι το οικονομικό-κοινωνικό-υγειονομικό επίπεδο της κοινωνίας σχετίζεται σημαντικά με την υγειονομική κατάσταση αυτής και διατυπώνεται με αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας. Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες έχουν άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο υγείας της κοινωνίας χαμηλότερης οικονομικής τάξης. Επιπρόσθετα, οι ευάλωτες ομάδες προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας τους ιδιαίτερα χαμηλά.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας προωθεί την καθολική και ισότιμη προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες, η χώρα μας αποτελεί κράτος μέλος της Ε.Ε. με το σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού να μην μπορεί να λάβει υπηρεσίες υγείας λόγω μεγάλης χωρικής απόστασης το πλησιέστερο μέρος λήψης υπηρεσιών υγείας. Έτσι πολλαπλασιάζονται οι ανισότητες μεταξύ των διάφορων περιοχών (*αστικών, ημιαστικών, αγροτικών κ.τ.λ.*). Επιπρόσθετα, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι ασθενείς χαμηλής εισοδηματικής τάξης λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με τους ασθενείς υψηλής οικονομικής κατάστασης, όμως για να εξισώσουν την περιορισμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) χρησιμοποιούν περισσότερες νοσοκομειακές δομές<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ., 1993, «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας» Αθήνα, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας.

Ιδιαίτερη δυσλειτουργία του Ε.Σ.Υ. αποτελεί η μεγάλη ουρά αναμονής καθώς πλήττονται τα πιο χαμηλά εισοδηματικά επίπεδα καθόσον δεν δύναται να επιλέξουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα λόγω χαμηλού εισοδήματος. Οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα κατά την συναναστροφή τους με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Τα προβλήματα αυτά συσχετίζονται με τις περίπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, την περιορισμένη καταβολή βοηθημάτων και την ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με τις ασφαλιστικές καλύψεις.

Επιπρόσθετα, σημαντική δυσλειτουργία του Ε.Σ.Υ. αποτελούν οι άτυπες πληρωμές (*out of pocket payments*). Οι ασθενείς που επιθυμούν να λάβουν υπηρεσίες υγείας άμεσα και ποιοτικά κατ' επιλογή πληρώνουν με ιδιωτική δαπάνη από τον οικογενειακό προϋπολογισμό τους, ώστε να έχουν γρήγορη προσβασιμότητα.

Βάσει έρευνας που περατώθηκε το 2006 από την Ε.Σ.Δ.Υ. (*Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*) με θεματολογία τη διερεύνηση του υγειονομικού επιπέδου και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, γίνεται μνεία ότι η ανταπόκριση των υπηρεσιών στις ανάγκες της κοινωνίας είναι πολύ χαμηλή και η ποιότητα παροχής αλλά και υποδομών του περιβάλλοντος των μονάδων υγείας είναι πολύ χαμηλό. Οι δαπάνες υγείας και η χρηματοδότηση ανισο-κατανέμεται μεταξύ της κοινωνίας, ενώ πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών επιλέγουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, η φοροδιαφυγή, η σκιώδης οικονομία και η οργάνωση του αναδιανεμητικού συστήματος επιδρούν ιδιαίτερα αρνητικά για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

## **ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.**

### **3.1 Μέθοδοι αξιολόγησης των υπηρεσιών.**

Η μελέτη αξιολόγησης των υπηρεσιών που παρέχονται οδηγεί στην βελτίωση των φορέων που τις παρέχουν. Ειδικότερα, στις υγειονομικές υπηρεσίες η έννοια της «αξιολόγησης» τροποποιεί την κατάρτιση της υγειονομικής πολιτικής, καθόσον ένεκα αυτής καταρτίζονται οι τομείς που πρέπει να δοθεί βάση και κατ' αυτόν τον τρόπο προγραμματίζεται και διοικείται ένας οργανισμός υγείας. Τα σημαντικότερα εργαλεία για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας αποτελεί η προσβασιμότητα, η ποιότητα & η αποδοτικότητα.

Η ισοκατανομή υπηρεσιών υγείας συνιστά την δίκαιη προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες, κατανέμοντας στο σύνολο της κοινωνίας ομοιογενείς και προτυποποιημένες υπηρεσίες που δεν διαφοροποιούνται αναλόγως το φύλο, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, του επαγγέλματος και άλλων λοιπών μεταβλητών. Ποικίλοι παράγοντες αλληλοσυσχετίζονται και αναφέρονται στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, ποιοι είναι οι δικαιούχοι λήψης υγειονομικών υπηρεσιών, ποιες υπηρεσίες δικαιούνται οι δικαιούχοι, ποιες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες και επίσης ποιο είναι το κόστος για τους δικαιούχους (*ποσοστό συμμετοχής*). Η έννοια της αποτελεσματικότητας σχετίζεται με την υλοποίηση των επιμέρους σκοπών (*goal achievement*) οι οποίοι συσχετίζονται με την ποιότητα, την προσβασιμότητα και την ισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη μεριά η

έννοια της αποδοτικότητας ερμηνεύει την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και σχετίζεται με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν<sup>24</sup>.

Πέραν των ανωτέρω προσεγγίσεων που αναφέραμε και συσχετίζονται με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση διαδραματίζει η ποιότητα αυτών. Για να θεωρηθεί μια υπηρεσία ποιοτική πρέπει να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών, η αποδοτικότητα του συστήματος συνολικά, καθώς και η ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας υφίσταντο μια σημαντική μεταβλητή που αφορά την αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς υπήρχε η αντίληψη ότι προσμετράτε εύκολα. Στην εποχή του σύγχρονου μανάτζμεντ υπηρεσιών υγείας ο εννοιολογικός προσδιορισμός της ικανοποίησης αμφισβητείται καθόσον υπάρχει έντονη συσχέτιση με τον ορισμό της ανταποκρισιμότητας. Ο ορισμός αυτός προσεγγίζεται ως δείκτης που επιμετρά την ανταπόκριση των απαιτούμενων του ασθενή από τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας σε συσχέτιση με τις λοιπές υπηρεσίες που κάνει χρήση και δεν συσχετίζονται με την υγεία, για παράδειγμα συμπεριφορά προσωπικού, επιλογή νοσοκομείου κ.τ.λ.<sup>25</sup>

### **3.2 Η έννοια της ανταποκρισιμότητας.**

Η έννοια της ανταποκρισιμότητας πρόσφατα εμφανίστηκε στον χώρο των υγειονομικών υπηρεσιών και αποτέλεσε πόνημα μελέτης για την καταγραφή των δυσλειτουργιών και των εργαλείων αξιολόγησης των υγειονομικών συστημάτων. Η έννοια της ανταποκρισιμότητας δεν βαθμολογεί τα αποτελέσματα υγείας τα οποία αξιολογούνται ήδη από τους υγειονομικούς δείκτες αλλά καταμετρά τον δείκτη ικανοποίησης των προσδοκιών των ληπτών υπηρεσιών υγείας από την παροχή των υπηρεσιών αλλά και την συμπεριφορική προσέγγιση των παροχών υπηρεσιών. Η επιμέτρηση της ανταποκρισιμότητας του υγειονομικού συστήματος στις απαιτήσεις των ληπτών υπηρεσιών υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης της επιστημονικής κοινότητας και έχει δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην μελέτη του.

Η επιμέτρηση της έννοιας της ανταποκρισιμότητας εμπεριέχει δύο μοντέλα κριτηρίων. Το πρώτο μοντέλο αφορά το υποκείμενο και η αξιολόγηση του γίνεται από τον λήπτη υπηρεσιών υγείας και συσχετίζεται με την συμπεριφορά που αντιλαμβάνεται αυτός από το σύνολο των επαγγελματιών του χώρου του υγειονομικού οργανισμού. Από την άλλη μεριά το δεύτερο μοντέλο κριτηρίων αφορά το αντικείμενο (*υπηρεσίες υγείας*) και κατά πόσο διευκολύνεται ο προσανατολισμός και η προσέλευση του λήπτη στις υπηρεσίες υγείας.

Το εκάστοτε μοντέλο συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένες μεταβλητές.

Αναφορικά με τον σεβασμό:

- *Ανεξαρτησία στις αποφάσεις του λήπτη*
- *Εχεμύθεια*

<sup>24</sup> Διομήδους Μ, Διαμαντής Θ, Λιάσκος Ι, Πιστόλης Ι, Μαντάς Ι. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου, Νοσηλευτική 2005, 44(1):106-114.

<sup>25</sup> Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα 1988.

- *Αξιοπρέπεια*

- *Διάδραση*

*Αναφορικά με τον προσανατολισμό:*

- *Προσβασιμότητα*

- *Ανταποκρισιμότητα*

- *Ποιότητα*

- *Ελεύθερη επιλογή υπηρεσιών υγείας*

Η αξιοπρέπεια στον χώρο υγείας συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως: ο σεβασμός, η ευγένεια, η εξατομικευμένη φροντίδα υγείας και η ευγένεια στους ασθενείς χωρίς ενοχλητικές και ακραίες συμπεριφορές, προσφέροντας ιδιωτικότητα κατά την διάρκεια της περίθαλψης του ασθενή. Η ανεξαρτησία στις αποφάσεις του ασθενή κάνει τους επαγγελματίες υγείας να σεβαστούν τα δικαιώματα του λήπτη υπηρεσιών υγείας και να εκφράσουν ελεύθερα την επιθυμία του, στην καταλληλότητα και στην ωφέλεια από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η εχεμύθεια – εμπιστοσύνη ερμηνεύεται ως η προστασία της ιδιωτικότητας του χρήστη υπηρεσιών υγείας κατά την διάρκεια που παρευρίσκεται στην νοσοκομειακή δομή. Αναφορικά με την σχέση επικοινωνίας ιατρού - ασθενή και τη ενημέρωση για ιατρικά δεδομένα μεταξύ αυτών δεν θα πρέπει να βρίσκονται άλλα πρόσωπα στον χώρο που λαμβάνει υπηρεσίες υγείας ο ασθενής. Επιπρόσθετα, η διάδραση μεταξύ ιατρού και ασθενή συμβάλει στην βελτιστοποίηση της σχέσης μεταξύ του παρόχου υγειονομικών υπηρεσιών και του χρήστη εδραιώνοντας την συνεργασία αυτών, ικανοποιώντας τις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Η επικοινωνιακή διάδραση δεν αναφέρεται μόνο στην σχέση που συστήνεται μεταξύ ιατρού και ασθενή αλλά και σε αυτή που δημιουργείται και με τους λοιπούς και μη επαγγελματίες υγείας<sup>26</sup>.

Η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας συναρτάται σημαντικά από την αίσθηση ότι αν υπάρξει κάποια ανάγκη θα υπάρχει εύκολη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και σε τακτικές περιόδους και ανάγκες για υπηρεσίες υγείας θα λάβουν την ανάλογη φροντίδα άμεσα, χωρίς αναμονή σε ουρές αναμονής. Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση πολλαπλασιάζεται εάν ο λήπτης υπηρεσιών υγείας αισθάνεται ότι του δίνεται η επιλογή να επιλέξει πάροχο υπηρεσιών υγείας, βέβαια θα πρέπει να υπάρχουν ανάλογες επιλογές. Η προσβασιμότητα σε κοινωνική φροντίδα και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών αναφέρεται στους ασθενείς που νοσηλεύονται και μεταβάλλεται η ψυχολογία τους λόγω νοσηλείας του και όχι τους εξωτερικούς ασθενείς που είναι απλά διερχόμενοι και μόλις λάβουν τις υπηρεσίες υγείας αποχωρούν. Η ικανοποίηση πολλαπλασιάζεται όταν παρέχεται η δυνατότητα επιλογής επιπλέον υποστηρικτικών και ψυχολογικών υποδομών, όπως από συλλόγους ασθενών, από κοινωνικές υπηρεσίες, από Μ.Κ.Ο. κ.τ.λ.. Αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αυτή συσχετίζεται με τις εγκαταστάσεις και τις δομές των υπηρεσιών, τόσο ως προς την ποσότητα αυτών όσο και ως προς την υφή τους.

---

<sup>26</sup> Κυρίοπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α. Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994.

### 3.3 Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ο υγειονομικός τομέας διαφέρει κατά πολύ από τους διάφορους λοιπούς τομείς τόσο στον χώρο των υπηρεσιών όσο και στον χώρο των προϊόντων. Έως και το 1960 η ποιότητα στον υγειονομικό τομέα αναφέρεται μόνο σε βιβλιογραφικές και ακαδημαϊκές πηγές και δεν έχει εφαρμοστέο χαρακτήρα, αντιθέτως με τον βιομηχανικό τομέα που ξεκίνησε ήδη να εφαρμόζεται, από τις εποχές εκείνες.

Στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας ο βασικότερος ορισμός της ποιότητας συστήθηκε το 1988 από τον A. Donabedian<sup>27</sup>, ορίζοντας την ποιότητα: ως η φροντίδα που προσδοκάτε να συμβάλει στην μεγιστοποίηση του «καλώς έχουν» του λήπτη υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ωφέλειες αλλά και τους κινδύνους που ενέχει η περίθαλψη, στα ειδικότερα σημεία<sup>28</sup>.

Αναφορικά με την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών έχουν διατυπωθεί ποικίλοι εννοιολογικοί ορισμοί. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, προσεγγίζεται σ' ένα πλαίσιο, που συσχετίζεται με τις προτυποποιημένες οδηγίες για την καλύτερη δυνατή παροχή υπηρεσιών και έχουν ενστερνιστεί από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα ανωτέρω συνοψίζονται στην ρήση του Deming «*κάνε το σωστό πράγμα, με σωστό τρόπο, για να πετύχεις το σωστό στόχο*». Σε παρόμοιους τόνους το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας ενστερνίζεται ότι η ποιότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες «*ορίζει την προσφορά της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον λήπτη υπηρεσιών υγείας, δηλαδή να πραγματοποιεί αυτό που χρειάζεται στο κατάλληλο χρόνο, με κατάλληλο τρόπο, στο πολίτη που του είναι αναγκαίο εξασφαλίζοντας το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα*». Επιπρόσθετα, ο Π.Ο.Υ. αναφορικά με την ποιότητα στις προσφερόμενες υγειονομικές υγείας ορίζει ότι η ποιότητα περιλαμβάνει τις ανάλογες θεραπευτικές πράξεις για την επιτυχία του βέλτιστου αποτελέσματος για τον λήπτη υπηρεσιών υγείας.

Στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ποιότητας, κάποιοι μελετητές διακρίνουν δύο προοπτικές την τεχνική & την λειτουργική. Η τεχνική προοπτική αναφέρεται στις παροχές που λαμβάνουν οι ασθενείς, ενώ η λειτουργική προοπτική στον τρόπο παραγωγής των υπηρεσιών. Αρκετές φορές η έννοια της ποιότητας συσχετίζεται με τεχνικά ζητήματα, όμως η εν λόγω έννοια έχει μεγάλο εύρος και συμπεριλαμβάνει το σύνολο της οργανωτικής λειτουργίας του οργανισμού, από το μάνατζμεντ έως και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας με ασθενοκεντρική προσέγγιση.

Για πολλούς ερευνητές η ποιότητα στον υγειονομικό χώρο φέρει πέντε διαστάσεις. Οι διαστάσεις συσχετίζονται με τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών (*υποδομές, κτίρια, εξοπλισμός κ.τ.λ.*), την ανταποκρισιμότητα του παρόχου υγείας στον ασθενή, την εχεμύθεια των επαγγελματιών υγείας και η αξιοπιστία του ασθενή στον πάροχο υπηρεσιών υγείας.

Ανεξάρτητα από την ποσότητα των διαστάσεων κατά την άποψη των μελετητών, η ποιότητα στον υγειονομικό χώρο δεν ορίζεται μόνο από την ικανοποίηση των ληπτών παρεχόμενης υπηρεσίας. Οι δείκτες επιμέτρησης της ποιότητας συντελούν αποτελεσματικά εργαλεία και σκιαγραφούν τη λειτουργία ενός μέρους του

<sup>27</sup> Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Arch Pathol Lab Med J 1988, 11:1145–1150.

<sup>28</sup> Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π.: «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01», Σελ. 27 – Επιθεώρηση Υγείας, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2006.

οργανισμού υγείας και βοηθάει στην σύγκριση εντός του οργανισμού αναλογικά με τα πρότυπα λειτουργίας. Δίνουν ποσοτική διάσταση στο αιτιατό των διεργασιών μιας ειδικότερης περιόδου και δύναται να συνδράμουν στην αέναη βελτίωση μέσω της ανάδειξης των δυνατών, αδύνατων σημείων, προοπτικών και ευκαιριών του οργανισμού. Έτσι, οι δείκτες δύναται να κατηγοριοποιηθούν σε 3 βασικές κατηγορίες: δείκτες υποδομής, δείκτες διεργασιών και δείκτες αποτελεσματικότητας.

Πέραν των ανωτέρω δεικτών υπάρχουν και οι παράγοντες - μεταβλητές που οριοθετούν την ποιότητα οι οποίοι είναι παρόμοιοι με τους δείκτες που παρουσιάστηκαν. Οι παράγοντες αυτοί συσχετίζονται με τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και τις δομές των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας ακόμη οι παράγοντες αυτοί αφορούν, τη καθαριότητα, την οργανωτική κουλτούρα, την ικανοποίηση των ασθενών, την γραφειοκρατία και την καινοτομία.

Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί αποτελούν το επίκεντρο των υγειονομικών συστημάτων καθόσον παρέχουν την πλειοψηφία των υγειονομικών πόρων εξυπηρετώντας πλήθος ασθενών, η ποιότητα στα νοσοκομεία μπορεί να μετρηθεί καθώς τα αποτελέσματα εμφανίζονται άμεσα. Επιπρόσθετα, η ποιότητα των υπηρεσιών δύναται να πιστοποιηθεί από διαπιστευμένους φορείς που είναι αρμόδιοι για την διαπίστευση και εφόσον ελέγξουν τον οργανισμό για τις διαδικασίες που ακολουθεί προτείνει διορθώσεις ή βελτιώσεις και αφού εφαρμόζονται αυτές δίνεται η πιστοποίηση<sup>29</sup>.

Έχοντας λάβει υπόψη τους παράγοντες, τις μεταβλητές και τους δείκτες ποιότητας, τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας δεν κατέχουν τις ανάλογες προϋποθέσεις για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, λόγω υποδομών και εγκαταστάσεων καθόσον η πλειοψηφία των κτιρίων εδράζονται σε πολύ παλιές κτιριακές υποδομές και δεν στελεχώνονται από κατάλληλο προσωπικό επαγγελματιών υγείας, καθόσον υφίσταντο τμήματα που δεν λειτουργούν ορθά ή και καθόλου. Η γραφειοκρατία και το ακατάλληλο και προβληματικό προσωπικό είναι κάποιοι από τους παράγοντες που αναστέλλουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

### **3.4 Οι προσδοκίες των ασθενών από το Ε.Σ.Υ.**

Η ικανοποίηση των ληπτών υγείας συσχετίζεται με το βαθμό επιδίωξης των προσδοκιών των ασθενών, αξιολογώντας το έλλειμμα μεταξύ σ' αυτό που εν τέλει έλαβαν και μ' αυτό που επιθυμούσαν στην αρχή. Πολλές είναι οι μεταβλητές που επηρεάζουν τις επιδιώξεις των ασθενών όπως για παράδειγμα το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και το επίπεδο υγείας. Οι προσδοκίες για την παροχή υπηρεσιών υγείας συσχετίζονται με τις κατευθύνσεις των μελών που εμπλέκονται, τις ανάγκες των ληπτών υγειονομικών υπηρεσιών και την αντίληψη των ληπτών υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το σύστημα υγείας,

Οι προσδοκίες σκιαγραφούνται από δυο χαρακτηριστικά. Το πρώτο αναφέρεται στις προσδοκίες που θα είχαν από ένα ιδεατό υγειονομικό σύστημα και το δεύτερο

<sup>29</sup> Χολέβας ΙΚ., 1995 «Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων», Interbooks, Αθήνα.



στοιχείο αναφέρεται στις πραγματικές προσδοκίες. Οι πιο σημαντικές προσδοκίες των ληπτών υπηρεσιών υγείας αναφέρονται στην διαρκή πληροφόρηση για την διαθεσιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, ακριβής πληροφόρηση για το επίπεδο υγείας τους, την συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων για τη λήψη ιατρικής φροντίδας και την ευπρεπή συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και του συνόλου του προσωπικού. Αναφορικά, με τις προσδοκίες για τη συμμετοχή στα πρωτόκολλα της περίθαλψης, διαφέρουν βάσει ηλικίας. Τα πιο νέα σε ηλικία άτομα έχουν σημαντικές προσδοκίες σχετικά με τη συμμετοχικότητά τους στη λήψη της απόφασης για την λήψη υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αναφέρονται στην ποιότητα της σχέσης με τους επαγγελματίες υγείας εν αντιθέσει με τα γηραιότερα άτομα που έχουν την αντίληψη ότι ο ιατρός πρέπει να επέχει τον βασικότερο λόγο στη λήψη απόφασης.

Οι προσδοκίες των ληπτών υπηρεσιών υγείας που δεν ικανοποιούνται οδηγούν σε σχετικά χαμηλή ικανοποίηση αυτών από τις υπηρεσίες υγείας, δέον θα ήταν οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας να γνωρίζουν τις προσδοκίες των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Οι προσδοκίες είναι αρκετές και διαφοροποιούνται, τόσο για το υγειονομικό προσωπικό όσο και για τους αρμόδιους για την χάραξη υγειονομικών πολιτικών, αλλά και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλές έρευνες καταλήγουν ότι οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να συσχετίζονται με τις προσδοκίες του προσωπικού του χώρου της υγείας με απώτερο στόχο να διασφαλίζεται η καλύτερη συνεργασία για την παροχή υπηρεσιών υγείας<sup>30</sup>.

Τα κύρια χαρακτηριστικά που προσδοκούν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας είναι τα κάτωθι:

- *Η αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών.*
- *Η ανταποκρισιμότητα που αναφέρεται στην προθυμία του προσωπικού, για πιο αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες.*
- *Η ικανότητα που αναφέρεται στις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας ώστε να τηρηθούν τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων. Το ειδικευμένο και έμπειρο ανθρώπινο δυναμικό που θεωρείται αποδεκτό από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας.*
- *Η προσβασιμότητα, οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας επιδιώκουν την εύκολη προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες χωρίς γραφειοκρατία και ουρές αναμονής.*
- *Η ευγένεια και η εν γένει συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας που διαφαίνεται στην επικοινωνία του προσωπικού με τους ασθενείς και συνάδει με τα δικαιώματα των ασθενών.*
- *Οι συνθήκες φιλοξενίας και η ασφάλεια στους χώρους διαμονής αλλά και στους χώρους πλησίον των οργανισμών παροχής υγειονομικών υπηρεσιών που διασφαλίζουν φιλική ατμόσφαιρα και φιλοξενία.*

Και ιδιαίτερα το κόστος, το οποίο θεωρούν πως διασφαλίζεται από τον κρατικό μηχανισμό μέσω δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης. Έμφαση δίδεται και στις αιτίες που παράγουν το έλλειμμα μεταξύ των προσδοκώμενων και της ικανοποίησης των πολιτών αναφορικά με την αντίληψή τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η πρώτη αιτία εστιάζεται στο έλλειμμα που προκύπτει μεταξύ των προσδοκιών και των παρεχόμενων υπηρεσιών που παρέχει ο νοσοκομειακός οργανισμός.

<sup>30</sup> Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Α. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των Τούντας Γ., 2008, «Συστήματα Υγείας - Σχεδιασμός, Οργάνωση, Αξιολόγηση», Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

Δεύτερη αιτία θεωρείται το έλλειμμα των προσδοκιών και προδιαγραφών του νοσοκομειακού οργανισμού για βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η τρίτη αιτία αναφέρεται στην διαφορά των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών αναλογικά με τα πρότυπα που έχουν οριοθετήσει οι Μονάδες Υγείας.

Η τέταρτη αιτία έχει σχέση με το έλλειμμα που γεννάται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που υποσχέθηκε ο νοσοκομειακός οργανισμός αναλογικά μ' αυτές που προσέφερε. Στην επόμενη παράγραφο θα αναλυθεί η έννοια της ικανοποίησης ως παράγοντας αξιολόγησης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ θα παρατεθούν αποτελέσματα ερευνών ικανοποίησης<sup>31</sup>.

### **3.5 Η ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας.**

Σήμερα η πλειοψηφία των υγειονομικών συστημάτων, για να μπορέσουν να πραγματοποιήσουν τις επιδιωκόμενες μεταρρυθμίσεις προσπαθούν να επιμετρήσουν την αντίληψη των ληπτών υπηρεσιών υγείας, η αντίληψη αυτή νοείται ως δείκτης για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Κατά αυτόν τον τρόπο ανασυγκροτείται το υγειονομικό σύστημα από τους ίδιους τους χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών και έτσι σκιαγραφούνται οι δυσλειτουργίες και λαμβάνονται αντίστοιχα προληπτικά και κατασταλτικά μέτρα για να επιλυθούν οι δυσλειτουργίες, καθώς επιδιώκεται αποδοτικότερη διαχείριση των υγειονομικών και λοιπών πόρων επιτυγχάνοντας το αποδοτικό μάνατζμεντ και βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι ίδιοι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας αποτελούν την πιο ισχυρή μεταβλητή που αποτυπώνει την υφή των παρεχόμενων υπηρεσιών και βοηθάει τα συστήματα να βελτιωθούν.

Ο ορισμός της ικανοποίησης αναφερόταν στα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολουθεί ο ιατρός για την θεραπεία του ασθενή και του περιορισμού του πόνου του τελευταίου. Γύρω στο 1900, η έννοια της ικανοποίησης προστέθηκε στην συνάρτηση αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Οι λήπτες υπηρεσιών υγείας θεωρούνται ότι λαμβάνουν ικανοποίηση όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες και οι επιδιώξεις τους, όπως για παράδειγμα η επικοινωνία, η αναγνώριση και η συμμετοχική λήψη αποφάσεων, από την άλλη μεριά δυσαρεστημένοι λήπτες υπηρεσιών υγείας νοούνται οι λήπτες υγείας όταν λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας σε ακατάλληλες συνθήκες και σε νοσηρό περιβάλλον<sup>32</sup>.

Ποικίλοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Οι μεταβλητές - παράγοντες που αναφέρονται στην σχέση για θεραπεία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του λήπτη υπηρεσιών υγείας, δύναται να είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, το επιδιωκόμενο επίπεδο υγείας του ασθενή, καθώς και η επιδιωκόμενη ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση του ασθενή δύναται να επηρεαστεί από την επαγγελματική, τεχνική και ακαδημαϊκή γνώση και ικανότητα του επαγγελματία υγείας, την γνώση και την κατάρτιση του λήπτη υπηρεσιών υγείας, τις υποδομές και τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομειακού οργανισμού, το οικονομικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση από τις αναμενόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα,

<sup>31</sup> Shortell S., Kaluzny A., 1997, «Essentials of Health Care Management», Cengage Learning, United States.

<sup>32</sup> Antonioni D, 1996, Designing an Effective 360-Degree Appraisal Feedback Process Organizational Dynamics, 24-38.

ποικίλες μεταβλητές συσχετίζονται με την προσβασιμότητα και την επάρκεια των υγειονομικών πόρων.

Η κλίμακα ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας λαμβάνει υπόψη τις επιδιώξεις αυτών από την παρεχόμενη υπηρεσία, τα οικονομικά-κοινωνικά-πολιτισμικά γνωρίσματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας αλλά και λοιπά κοινωνικά γνωρίσματα. Τα οικονομικά-κοινωνικά-πολιτισμικά γνωρίσματα αναφέρονται στο φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο μόρφωσης και εκπαίδευσης όπου βάσει μελετών αποδεικνύεται ότι επηρεάζουν σημαντικά τις υπηρεσίες υγείας. Οι κοινωνικές μεταβλητές δύναται να επηρεάζουν τον ασθενή κατά την διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, μεταβάλλοντας ποικίλες φορές τον βαθμό ικανοποίησης. Αρκετά μεγάλο ποσοστό για να λάβει καλύτερη και πιο άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας από το υγειονομικό προσωπικό θεωρεί τον εαυτό του πιο πολύ ικανοποιημένο από όσο πραγματικά είναι, ενώ υπάρχουν λήπτες υπηρεσιών υγείας που δεν επιθυμούν να συμμετέχουν στην διαδικασία αξιολόγησης καθώς πιστεύουν ότι η υγειονομική τους κατάσταση δεν θα μεταβληθεί.

### **3.6 Έρευνες ικανοποίησης για το Ε.Σ.Υ.**

Για να επιμετρηθεί η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται ποικίλες μέθοδοι και εργαλεία ενώ η κύρια μορφή αξιολόγησης περατώνεται με την μεθοδολογία του ερωτηματολογίου. Τα ερωτήματα στα οποία πρέπει να απαντήσει ο εκάστοτε ασθενής αναφέρονται στην προσβασιμότητα, στην ανταποκρισιμότητα από τις υγειονομικές υπηρεσίες, την διαχείριση της πληροφορίας για την υγειονομική κατάσταση καθώς και την οικονομική επιβάρυνση, οι υποδομές και το περιβάλλον νοσηλείας αλλά και η σχέση επικοινωνίας μεταξύ λήπτη υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υγείας.

Λαμβάνοντας τις παραμέτρους αυτές και προκειμένου να καταγράψουμε την ικανοποίηση των πολιτών/ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο φορέα, εκπονήθηκε (ad hoc) πιλοτική έρευνα το Σεπτέμβριο του 2020, συγκεκριμένα στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ.ΦΛΕΜΠΓΚ-Π.ΠΕΝΤΕΛΗΣ» (πρόκειται για διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία, σύμφωνα με το άρθρο 32 και 70 του ν. 3918/2011 τεύχος Α΄ 129, με το άρθρο 66 του ν. 3984/2011 (Α΄150), καθώς και το άρθρο 18 του ν.3868/2010 τεύχος Α΄129). Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε μέσα από ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από δέκα (10) ερωτήσεις κλειστού τύπου με επτά (7) υποερωτήματα και έξι (6) ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου απαρτίζονται από μια κλίμακα πέντε βαθμίδων (από το μικρότερο έως το μεγαλύτερο βαθμό), εκτός τριών ερωτήσεων που αποτελούνται από δύο βαθμίδες (θετική ή αρνητική απάντηση). Στη μεθοδολογία σχεδιασμού και διενέργειας της ποιοτικής έρευνας εν μέσω της πανδημίας του Covid-19, χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο δομημένο σε επτά ενότητες ώστε να έχει καλύτερη προσέγγιση και ανταπόκριση από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Στην πρώτη ενότητα αναφέρονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο και ηλικία, ενώ η

δεύτερη ενότητα αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων και πραγματώνονται με σταθερές μεταβλητές Στην τρίτη ενότητα μας απασχολεί το ιατρικό ιστορικό, ενώ η τέταρτη και πέμπτη περιέχουν ποιοτικά στοιχεία (υποδομή, ξενοδοχειακός εξοπλισμός, συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας) αλλά και ποσοτικά στοιχεία απεικονίζοντας την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αντίστοιχα. Στις δύο τελευταίες ενότητες οι συμμετέχοντες έχουν το περιθώριο μέσα από μεταβλητές, να αποτυπώσουν την άποψή τους, την αντίληψη για τις ελλείψεις στο σύστημα υγείας καθώς και να δώσουν τις συστάσεις τους σε έτερους λήπτες. Όλες οι παραπάνω ενότητες εστιάζουν σε ένα κεντρικό ερευνητικό ερώτημα που αφορά την ικανοποίηση του λήπτη/ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα είναι σχεδιασμένο σύντομο και περιεκτικό με στόχο την αποτίμηση της εμπειρίας του συμμετέχοντος και ειδικά του βαθμού ικανοποίησής του από τους φορείς παροχής υπηρεσιών.

Έπειτα από τη μελέτη των διαγραμμάτων όπως αυτά αποτυπώνονται παρακάτω στο Παράρτημα (II) και έχοντας υπόψη τις εξής μεταβλητές, δείκτες υποδομής (κτιριακές εγκαταστάσεις), δείκτες διεργασιών (μέτρα προφύλαξης και προστασίας), δείκτες αποτελεσματικότητας (έκβαση χειρουργικών επεμβάσεων), τις ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τη δυσλειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών (γραφειοκρατία), συμπεραίνουμε ότι η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Το αποτέλεσμα που προκύπτει από την έρευνα, φαίνεται να μην είναι το επιδιωκόμενο. Για το λόγο αυτό και με γνώμονα τα Ευρωπαϊκά πρότυπα θα πρέπει να προβούμε σε καινοτόμα προγράμματα, με στόχο την αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ. και των εμπλεκόμενων φορέων.

Επίσης βάσει μελέτης των Λαμπράκη et.al., (2013) που έλαβε χώρα το 2013 και αφορούσε την έρευνα, την ανάλυση και την σύγκριση των αντιλήψεων των ληπτών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε εξειδικευμένα χειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων, από τους 280 λήπτες υπηρεσιών υγείας που απάντησαν στην έρευνα το 95% δήλωσε ικανοποιημένο από την ικανότητα και την επαγγελματική κατάρτιση των υπηρεσιών υγείας. Το 97% & το 98% των ληπτών υπηρεσιών υγείας δήλωσαν ικανοποίηση από την συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού και του υγειονομικού - νοσοκομειακού έργου αντίστοιχα. Οι λήπτες υπηρεσιών παρατήρησαν ιδιαίτερο έλλειμμα 67% στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση κατά την διάρκεια που αυτοί νοσηλεύονταν. Από τους 150 επαγγελματίες υγείας που απάντησαν στην έρευνα δήλωσαν ικανοποιημένοι από το νοσοκομειακό έργο το 98% και το 95 % από την συμπεριφορά των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Οι πιο χαμηλές βαθμολογίες παρατηρήθηκαν 66% στην κάλυψη των προσωπικών αναγκών των ληπτών υπηρεσιών υγείας και 85% στην πληροφόρηση του συγγενικού τους περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, δήλωσαν δυσαρέσκεια από την ποιότητα σίτισης το 73 %. Η νοσοκομειακή φροντίδα που παρέχεται κρίνεται αρκετά ικανοποιητική από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και τους επαγγελματίες υγείας. Βέβαια υπάρχουν περιθώρια

βελτίωσης των υπηρεσιών που αφορούν στην πληροφόρηση και την εκπαίδευση ασθενών και οικογένειας<sup>33</sup>.

Η έρευνα της Καλογεροπούλου Μ. (2011), πραγματοποιήθηκε σε 6 δημόσιους νοσοκομειακούς οργανισμούς περιοχών της πρωτεύουσας ώστε γίνει διερεύνηση της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες που παρέχονται και από την άλλη μεριά να διερευνηθεί το έλλειμμα μεταξύ των επιθυμιών των ληπτών και των υπηρεσιών που εν τέλει έλαβαν, αναλύοντας την αποδοτικότητα του νοσοκομειακού οργανισμού, σε ποσοστό ανταποκρισιμότητας 70%, το 66% δεν ικανοποιήθηκε αναφορικά με πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας του, αναφέροντας ότι δεν ρωτήθηκε για την συγκατάθεσή του για την λήψη ιατρικών πράξεων. Επιπρόσθετα, το 26% σημείωσε ότι παραβιάζεται το ιατρικό απόρρητο. Κατά 57% οι λήπτες υπηρεσιών υγείας δήλωσαν ικανοποιημένοι από την αμεσότητα για την εισαγωγή τους στο νοσοκομειακό οργανισμό, ενώ το 33 % δήλωσε ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το 82% έμεινε ανικανοποίητο από την καθαριότητα, την σίτιση, ενώ το 93% δήλωσε ότι δύναται να βελτιωθεί η καθαριότητα και η φροντίδα των χώρων, το 92% ότι οι κτηριακές υποδομές χρήζουν βελτίωσης, το 92% η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας δεν είναι ευγενική και χρήζει βελτίωσης και το 87% απαιτείται εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού<sup>34</sup>.

Σύμφωνα με την έρευνα του Πιερράκου και Τομαρά (2009), οι λήπτες υπηρεσιών υγείας διακατέχονται από υψηλές επιδιώξεις και σκιαγραφούνται ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες υγείας, από την άλλη μεριά εκφράζουν δυσαρέσκεια αναφορικά με το επίπεδο των υποδομών, των εγκαταστάσεων, το μάνατζμεντ, την επικοινωνία και την σχέση με τους επαγγελματίες υγείας και την σίτιση. Δυσχερείς μεταβλητές για την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας αποτελεί οι ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό και η συμπεριφορά αυτού<sup>35</sup>.

Η έρευνα του Βεσταρίδη (2009) αναφορικά με το χρόνο (ουρές) αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών οργανισμών συγκριτικά με τα απογευματινά ιατρεία είχε ως αποτέλεσμα ότι οι λίστες αναμονής είναι μεγαλύτερες για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας των ιατρείων ημέρας εξαιτίας του μεγάλου όγκου επισκεπτών<sup>36</sup>. Οι περιορισμένες επιλογές για την ημερομηνία των ραντεβού επισκέψεων έχει ως αποτέλεσμα οι λήπτες υπηρεσιών υγείας να συγχρωτίζονται στις αίθουσες αναμονής έως ότου έρθει η σειρά τους. Τα προβλήματα των εξωτερικών ιατρείων κατά τις πρωινές ώρες, εκφράζουν την δυσαρέσκεια αναζητώντας την πιο υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών κατά τα απογευματινά ιατρεία. Η ανωτέρω έρευνα επιβεβαιώνεται με κάποιες διαφορές και από τη συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και το κόστος για τα πρωινά και απογευματινά ιατρεία που

<sup>33</sup> Λαμπράκη Μ., Κωνσταντινίδης Θ., Κουτσιπετσιδής Β., Βογιατζή Ε., Σταυροπούλου Α., Μερκούρης Α. (2013). Σύγκριση των απόψεων ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Το βήμα του Ασκληπιού τομ.12(No 2): 206-221.

<sup>34</sup> Καλογεροπούλου Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών :Μέθοδοι βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.28(No5): 667-673.

<sup>35</sup> Πιερράκος Γ., Τομαράς Π. (2009). Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. Νοσηλευτική 48:(No1 ):104-113.

<sup>36</sup> Vestaridis M. (2009). Longitudinal comparative study of oncology patient's outpatient clinics. Athens: 15th international congress of oncology.

έλαβε χώρα σε 8 νοσοκομειακά ιδρύματα της Αθήνας με δείγμα 480 ασθενών από τους Πολύζο Ν. και Υφαντόπουλο Ι. (2005). Οι 370 από αυτούς πραγματοποίησαν επίσκεψη στα πρωινά ιατρεία ενώ 120 στα απογευματινά. Η χρονική διάρκεια αναμονής ήταν μεγαλύτερη κατά 20 λεπτά για τα πρωινά ιατρεία, ενώ το 60% του συνόλου του πληθυσμού δεν μπορούσε να πληρώσει τα επιπλέον δέκα ευρώ ώστε να λάβει πιο ποιοτικές και άμεσες υπηρεσίες. Το 40% των επισκεπτών των πρωινών ιατρείων και το 48% των επισκέψεων των ασθενών στα απογευματινά ιατρεία πιστεύουν ότι το κόστος της εξέτασης είναι ιδιαίτερα υψηλό, καθώς το 60% δεν επιθυμεί να πληρώσει. Θετική συσχέτιση σκιαγραφήθηκε αναφορικά με το κόστος και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, που παρέχουν τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία<sup>37</sup>.

Πέρα από τα οφέλη από την ικανοποίηση των ληπτών υγείας, υπάρχουν και λοιπές διαφωνίες που συνάδουν με τη αντίληψη της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Κατά αυτόν τον λόγο, η μέτρηση της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας ως δείκτης ποιότητας δεν λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν, καθόσον η εγκυρότητα θεωρείται περιορισμένη (Πιερράκος & Τομάρας, 2009)<sup>38</sup>. Από την άλλη μεριά οι ασθενείς δύναται να εκτιμήσουν την ποιότητα και να αντιληφθούν ποικίλους παράγοντες ικανοποίησης όπως οι επαγγελματίες υγείας, οι υποδομές και ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός, και το μάνατζμεντ του νοσοκομειακού οργανισμού. Γίνεται μνεία ότι οι λήπτες υπηρεσιών υγείας που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία, επισκέπτονται αρκετά συχνά τις εγκαταστάσεις του νοσοκομειακού οργανισμού, βιώνοντας και αναγνωρίζοντας πλήρως τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόζονται, αξιολογώντας αυτές σχετικά με την εφαρμογή τους.

## **ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

### **4.1 Συγκριτική ανασκόπηση υγειονομικών συστημάτων άλλων κρατών**

Στόχος του εν λόγω κεφαλαίου αποτελεί μια εν τάχει ανασκόπηση των υγειονομικών συστημάτων λοιπών ανεπτυγμένων κρατών με απώτερο σκοπό να επιτευχθεί μια προσπάθεια εντοπισμού για την προσομοίωση των συστημάτων με το Ε.Σ.Υ.. Το σύστημα υγείας της χώρας μας ακροβατεί μεταξύ ιδιωτικού και εθνικού μοντέλου συστήματος υγείας. Η ανάλυση των υγειονομικών συστημάτων μπορεί να συνδράμει να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την αποδοτικότητα του Ε.Σ.Υ..

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας που εφαρμόζεται στις Η.Π.Α. αποτελεί το πλέον αντιπροσωπευτικό σύστημα μεταξύ των ιδιωτικοποιημένων συστημάτων υγείας. Το εν λόγω σύστημα λειτουργεί βάσει των αξιών του ιδιωτικού επιχειρείν και της ιδιωτικής αγοράς, καθόσον ο κρατικός μηχανισμός δεν ρυθμίζει αλλά παρέχει

<sup>37</sup> Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομείο στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.22, (No3): 284-295.

<sup>38</sup> Πιερράκος Γ., Τομάρας Π. (2009). Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. Νοσηλευτική 48:(No1 ):104-113.

χρηματοδότηση στα υγειονομικά προγράμματα τύπου Medicare & Medicaid που παρέχουν κοινωνικές παροχές σε ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά ευπαθείς ομάδες. Οι προϋπολογισμοί των δαπανών των εν λόγω συστημάτων προέρχονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, από τις ασφαλιστικές πληρωμές αλλά και από το εισόδημα (*pocket payments*) των πολιτών. Κατά αυτόν τον λόγω το 60% αναφέρεται σε ίδιες πηγές ενώ το 40% σε εθνικές δαπάνες. Στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α. η ασφάλιση δεν φέρει υποχρεωτικό χαρακτήρα ενώ είναι πολλοί οι ανασφάλιστοι ή αυτοί που ασφαλιζονται μερικώς, καλύπτοντας την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη τους και σημαντικό ποσοστό των πολιτών φέρει ασφάλιση μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Καταλήγοντας το υγειονομικό σύστημα των Η.Π.Α. μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα διδακτώδης και με ποικίλα αδύναμα σημεία αναφορικά με έτερα υγειονομικά συστήματα καίτοι δεν διασφαλίζεται η συνολική πληθυσμιακή κάλυψη και η επικάλυψη των υγειονομικών αναγκών συναρτάται από την οικονομική και κοινωνική κατάσταση των πολιτών<sup>39</sup>.

Το γερμανικό υγειονομικό σύστημα εν γένει αποτελεί πρότυπο προγραμματισμένου και οργανωμένου υγειονομικού συστήματος παρέχοντας υγειονομικές υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης και επιπέδου στην κοινωνία. Το γερμανικό σύστημα υγείας φέρει τον χαρακτηρισμό συστήματος κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark, καθόσον επιτακτικό ρόλο διακατέχουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί όπου οι ασφαλιστικές εισφορές πληρώνονται από τους εργοδότες και τους εργαζομένους καθόσον υφίσταται αποτελεσματικής κρατική εποπτεία, η ανεξαρτησία των επαγγελματιών υγείας και η εποπτεία οικονομικών των νοσοκομείων. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί διασφαλίζουν πολίτες που εργάζονται στον ίδιο επαγγελματικό κλάδο ή σε μεγάλες εταιρείες ή πολίτες σε κάποια συγκεκριμένη περιοχή. Το ποσό συμμετοχής διαφοροποιείται από ασφαλιστικό οργανισμό σε ασφαλιστικό οργανισμό ή από πόλη σε πόλη, όμως αναλογικά οι καταβαλλόμενες εισφορές αναλογούν 50% στους εργαζόμενους και 50% στους εργοδότες. Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα του εν λόγω υγειονομικού συστήματος αποτελεί η καταβολή των εισφορών η οποία καθορίζεται αναλόγως του εισοδήματος και των τρόπων πληρωμής από τους χρήστες υγείας<sup>40</sup>.

Το σύστημα υγείας (*N.H.S.*) της Μεγάλης Βρετανίας είναι το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα των εθνικών συστημάτων (*μοντέλο Beveridge*). Το εν λόγω σύστημα ήταν πρωτοπόρο για την σύστασή του καθώς αποτελούσε πρότυπο υγειονομικό σύστημα που έδινε δωρεάν και ισότιμη προσβασιμότητα στους πολίτες, καθόσον οι δαπάνες του δεν χρηματοδοτούνταν από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς αλλά από εθνικούς πόρους και την φορολογία. Αρμόδιο για την διοίκηση του εν λόγω συστήματός είναι το Υπουργείο Υγείας καθώς συνυπάρχει παράλληλα και συμπληρωματικά με τον ιδιωτικό τομέα. Για να ενταχθεί κάποιος στο σύστημα υγείας αυτό γίνεται μέσω του οικογενειακού ιατρού (*general practitioner*) ο θεσμός του οποίου θεωρείται ο πιο επιτυχημένος του εν λόγω συστήματος αλλά και στα παγκόσμια υγειονομικά δεδομένα. Οι μεταβολές που αναφέρονταν στον επιμερισμό των προμηθευτών υπηρεσιών από τους παρόχους υπηρεσιών δίνοντας την

<sup>39</sup>Οικονομοπούλου Χ. Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη, Τμήμα οικονομικών και κοινωνικών επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2005; (4): 605-625.

<sup>40</sup>Manghani K., Quality assurance: Importance of systems and standard operating procedures. *Perspectives in Clinical Research* 2011; 2(1): 34-37.

δυνατότητα στους νοσοκομειακούς οργανισμούς να λειτουργούν με ιδιωτικοποιημένα κριτήρια βάσει αγοραίων κανόνων και επιταγών καθόσον αναφερόμαστε σε αυτοδιοίκητους φορείς οι οποίοι λειτουργούν ελεύθερα και ανεξάρτητα καθώς προσλαμβάνουν το ανθρώπινο δυναμικό που θέλουν, κατανέμουν τις οικονομικές απολαβές και κοστολογούν τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Καταλήγοντας το N.H.S. αποτελεί ένα υγειονομικό σύστημα που φέρει ορθολογικές δαπάνες και κόστη υγείας μη επηρεάζοντας την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, το αρνητικό είναι ότι αντιμετωπίζονται προβλήματα στην προσβασιμότητα καθόσον οι ουρές αναμονής είναι ιδιαίτερα αυξημένες<sup>41</sup>.

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας φέρει τον χαρακτηρισμό εθνικό και αποτελεί μέρος του κοινωνικού και προνοιακού κράτους καθόσον το διέπουν οι αξίες της καθολικότητας και της προσβασιμότητας. Οι υγειονομικές υπηρεσίες οργανώνονται σε 3 επίπεδα ανά περιφέρεια, νομό και δήμο, ενώ η Π.Φ.Υ. προσφέρεται από τα κέντρα υγείας. Υπεύθυνος για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ο κρατικός μηχανισμός και οι επιμέρους οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης ανά διάφορα μέρη. Ιδιαίτερη μεταβλητή του υγειονομικού συστήματος αποτελεί η αποκεντρωμένη διάρθρωσή του. Ειδικότερα, το σουηδικό υγειονομικό σύστημα διαφέρει από τα λοιπά υγειονομικά συστήματα καθόσον αποκεντρώνεται σημαντικά και οι έρευνες για την πιο αποτελεσματική διοίκηση και προγραμματισμό του συστήματος είναι συνεχείς<sup>42</sup>.

Τα σύγχρονα προβλήματα που ταλανίζουν τις αναπτυγμένες χώρες στην θέλησή τους να εφαρμόσουν τους σκοπούς των υγειονομικών συστημάτων, την αποδοτικότητα, την ποιότητα, την ισότητα, την ελευθερία λήψης αποφάσεων και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το σύστημα υγείας διαφέρουν από κράτος σε κράτος. Στα συστήματα υγείας που προαναφέρθηκαν δύναται να εντοπιστούν δυνατά, αδύναμα σημεία, ευκαιρίες και απειλές. Τα δυνατά σημεία δύναται να συμπεριληφθούν στο Ε.Σ.Υ., ενώ τα αδύναμα σημεία να τεθούν εκτός. Το Ε.Σ.Υ. συστήθηκε βάσει της οργάνωσης του N.H.S. – συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου όμως υπάρχει ιδιαίτερη διαφοροποίηση στις δυνάμεις του ενώ αντιθέτως τα αδύνατα σημεία του συσχετίζονται. Κατά αυτόν τον τρόπο στο Ε.Σ.Υ. ουδέποτε συμπεριελήφθησαν οι οικογενειακοί ιατροί (*general practitioners*) παραλείποντας σημαντικά την οργάνωση της Π.Φ.Υ.. Πέραν του ότι σχεδιάστηκαν και προγραμματίστηκαν ποικίλες μεταβολές που συσχετίζονταν με την Π.Φ.Υ. οι δυσλειτουργίες παρέμειναν χωρίς λύση πολλαπλασιάζοντας σημαντικά την ιδιωτική δαπάνη. Αναφορικά με την ιδιωτική δαπάνη στην χώρα μας δύναται να προωθήσει ένα σύστημα που παράγει ανισότητες υγείας όπως για παράδειγμα οι Η.Π.Α. όπου οι χαμηλότερες οικονομικές τάξεις και τα άτομα χωρίς ασφάλιση δεν διαθέτουν προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες. Κάνοντας μια σύγκριση του Ε.Σ.Υ. με το σουηδικό σύστημα υγείας σε επίπεδο θεωρίας συνίσταντο ποικίλες ομοιότητες αναφορικά με την κατανομή του υγειονομικού συστήματος. Ουσιαστικά, δεν υπάρχει ουδεμία σχέση και κοινό σημείο καθόσον οι προσπάθειες νομοθετικών και θεσμικών μεταρρυθμίσεων για αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας αποδεικνύουν μη εφικτή και πρόχειρη συγκέντρωση αλλά και έλλειψη πολιτικής θέλησης<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> Lee H., Kim K., (2017). Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. *International Journal of Quality Innovation*, 3(1): 1-15.

<sup>42</sup> Khan A., Siddiqui A., Mohsin S., (2018), Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction in Public and Private Dental Clinics. *Pak J Med Sci*,34(5):1152-1157.

<sup>43</sup>Harteloh P. (2003) The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis* 11: 259.



Καταλήγοντας η ανασύσταση της Π.Φ.Υ. κατά το βρετανικό υπόδειγμα, η αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος βάσει σουηδικού μοντέλου, ο περιορισμός του κόστους για υγειονομικές δαπάνες προκειμένου αποφευχθεί η εφαρμογή του συστήματος υγείας των Η.Π.Α. αλλά και η υποχρεωτικότητα στην ασφάλιση βάσει οικονομικής κατάστασης και δυνατοτήτων των εργαζομένων και εργοδοτών, πρέπει να αποτελέσουν την βάση για την δημιουργία ενός καινοτόμου υγειονομικού συστήματος που θα αναφέρεται στην ισότιμη προσβασιμότητα των πολιτών όπως προγραμματίστηκε παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες<sup>44</sup>.

#### **4.2 Ο σχεδιασμός για ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας.**

Ως ολοκληρωμένο υγειονομικό σύστημα μπορεί να αποτελέσει ένα ειδικότερο μοντέλο προγραμματισμού και μανάτζμεντ των διαθέσιμων πόρων του υγειονομικού τομέα, που με την βοήθεια της σχεδιασμένης βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επιδιώκει την βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας της κοινωνίας, εντός του πλαισίου των ιδιομορφιών της κοινωνίας. Για την λειτουργία ενός ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος ώστε να μπορέσει να έχει πλήρη αποδοτικότητα επιδιώκει να αποτιμά την αποτελεσματικότητα του επιδιωκόμενων στόχων και κατά πόσο αυτοί επιτεύχθηκαν, ενώ παράλληλα να καθορίζει στρατηγικούς σκοπούς και να προσαρμόζεται στα κοινωνικό-οικονομικά δεδομένα της κοινωνίας<sup>45</sup>.

Για να μπορέσει να γίνει αντιληπτή η διαφορά ενός ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος μ' ένα απλοποιημένο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών υφίσταντο συγκεκριμένες αρχές στις οποίες στηρίζεται ο σχεδιασμός και η λειτουργικότητα του υγειονομικού συστήματος. Κατά αυτόν τον λόγο ένα υγειονομικό σύστημα δύναται να έχει έναν ειδικότερο στόχο, που απεικονίζει τις απαιτήσεις της κοινωνίας για βελτίωση του επιπέδου υγείας. Οι σκοποί αποτυπώνονται σε υγειονομική πολιτική, αναδιαμορφώνονται και αποτυπώνονται σε κοινωνικό έλεγχο. Εφόσον οργανωθεί, προγραμματιστεί, ελεγχθεί και ολοκληρωθούν οι διεργασίες μέσω των οποίων επιτυγχάνονται οι σκοποί, αποτιμάται η αποδοτικότητα αναφορικά με την επίτευξη της στοχοθεσίας. Εν κατακλείδι αναφερόμαστε σε μια επαναλαμβανόμενη αέναη διαρκή διαδικασία βελτιώνοντας συνεχώς τις υπηρεσίες υγείας βάσει εμπειρικής προσέγγισης των συστημάτων.

Το υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από ειδικότερες οργανωσιακές μεταβλητές δυνάμει των οποίων επιτυγχάνεται η αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ικανοποίησης των αναγκών της κοινωνίας. Οι μεταβλητές αυτές καταρτούν ένα πολυεπίπεδο συνονθύλευμα εμπεριέχει το επίπεδο ίσης αντιμετώπισης του πολίτη από το μέρος της χρηματοδότησης αλλά και το μέρος της ικανοποίησης των αναγκών υγείας. Επιπρόσθετα, δύναται να εμπεριέχει διάφορα είδη των υπηρεσιών που δίνεται έμφαση, την σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και τη αποδοτικότητα του συστήματος, δηλαδή το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αναλογικά με την αποδοτικότητά του, δηλαδή τους πόρους που αναλώνονται. Η εκάστοτε από τις μεταβλητές που αναφέρθηκαν δύναται να συντελέσει σκοπό για την σύσταση υγειονομικής πολιτικής, λαμβάνοντας υπόψη ότι μεταξύ τους συνδέονται

<sup>44</sup>Pierrakos G., Yfantopoulos J., (2006) Factors that influence the evaluation of primary health care services Archives of Hellenic Medicine, 24(6):578-582.

<sup>45</sup>Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008.

και αλληλεξαρτώνται και η βελτιστοποίηση του αιτιατού αναφορικά με μια μεταβλητή απαιτεί και τον προγραμματισμό των λοιπών<sup>46</sup>.

Βάσει των ερωτήσεων-απαντήσεων αναφορικά με το σε ποια κατάσταση βρισκόμαστε και που θέλουμε να πάμε και με ποιόν τρόπο θα πάμε, έχουν διατυπωθεί πολλοί εννοιολογικοί προσδιορισμοί και συσχετίζονται με την έννοια του προγραμματισμού. Ως προγραμματισμός προσδιορίζονται όλες εκείνες οι διαδικασίες βάσει των οποίων καταγράφονται όλες οι απαιτήσεις που πρέπει να γίνουν και ο τρόποι που δύναται να επιτευχθούν οι εν λόγω αλλαγές. Προγραμματισμός ορίζεται ο περιορισμός του χάσματος - ελλείμματος από το σημείο που είμαστε με το σημείο που επιθυμούμε να βρεθούμε, λαμβάνοντας αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο που πρέπει να γίνει αυτό. Προγραμματισμός αποτελεί η αποτύπωση της πορείας, για την επίτευξη του στόχου αναλόγως του χρονικού προσδιορισμού. Αναφορικά με τις υγειονομικές υπηρεσίες και δυνάμει των εννοιών που έχουν αποτυπωθεί ο προγραμματισμός εμπεριέχει την οργάνωση των υγειονομικών αναγκών της κοινωνίας, την ανάλυση των εναλλακτικών δυνατοτήτων για να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού και η επιλογή της βέλτιστης δυνατής λύσης<sup>47</sup>.

Ο προγραμματισμός εφαρμόζεται στην ισοκατανομή των πόρων έχοντας λάβει υπόψη επιδημιολογικά στοιχεία, τα στοιχεία αυτά αναφέρονται σε διάφορους δημογραφικούς παράγοντες, την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών αλλά και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Τα χωρικά δεδομένα αναφέρονται στην απόσταση, στην προσβασιμότητα, τον χρόνο μεταφοράς και το μεταφορικό κόστος. Ο προγραμματισμός αποτελεί αρμοδιότητα του μανάτζμεντ λειτουργιών και οι μελλοντικές μεταρρυθμίσεις συσχετίζονται με την λειτουργικότητα του φορέα, αναφορικά με το οικονομικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο<sup>48</sup>.

Από την άλλη μεριά ο στρατηγικός προγραμματισμός είναι μέρος ενός ειδικότερου σχεδιασμού παρέχοντας την δυνατότητα πιο αποδοτικού μανάτζμεντ, σχεδιασμού και προγραμματισμού για την βέλτιστη χρήση των πόρων, βάσει εποπτείας όλων των λειτουργιών. Η αποδοτικότητα στην λειτουργία ενός οργανισμού αποτυπώνεται και ορίζεται βάσει των κάτωθι μεταβλητών:

- *Σύσταση υγειονομικής πολιτικής*
- *Στρατηγικός σχεδιασμός*
- *Μελέτη κόστους*
- *Επιχειρησιακός σχεδιασμός*
- *Πρακτική εφαρμογή*
- *Βαθμολόγηση*
- *Προγραμματισμός & σχεδιασμός από την αρχή*

Η χώρα μας δεν έχει εφαρμόσει ως έπρεπε τα ανωτέρω στο υγειονομικό της σύστημα και αυτό είχε ως αιτιατό τα προβλήματα στο μανάτζμεντ και την λειτουργία του

<sup>46</sup>Υφαντόπουλος Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα ,2006.

<sup>47</sup> Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ.,(2015) Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Περιεγχειριτική Νοσηλευτική. 4(3), 106- 120.

<sup>48</sup> Αντωνοπούλου Λ.,Δερμεντζή Χ., Λούστης Δ. & συν.(2013) Εργαλεία Ελέγχου της Διαχείρισης των Νοσοκομειακών Μονάδων Quality in Health.

συστήματος να διαιωνίζονται ενώ πλέον επιτακτικός είναι ο σχεδιασμός και ο εκσυγχρονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με αρχές ποιότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας<sup>49</sup>.

Η βελτιστοποίηση του υγειονομικού συστήματος αναφέρεται σε αντιφάσεις και η εξάλειψη αυτών αποτελεί την αρχή της οργάνωσης ενός καινοτόμου συστήματος. Την κυριότερη αντίφαση αποτελεί η ίδια η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας πέραν του κρατικού χαρακτήρα αναπτύχθηκαν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και η ιδιωτική υγεία. Το τριαδικό μικτό μοντέλο υγειονομικών συστημάτων είναι υπαίτιο για τις εσφαλμένες μεταρρυθμίσεις, συντηρώντας τις ανισότητες, ενώ σε χρηματοοικονομική βάση οι ιδιωτικές δαπάνες τείνουν ανοδικά, το ίδιο όμως και τα οικονομικά ελλείμματα των ασφαλιστικών οργανισμών. Το νέο μοντέλο του προγραμματισμού συμπεριλαμβάνει την συνένωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των ασφαλιστικών οργανισμών αλλά και τον ομοιόμορφο σχεδιασμό και κατανομή των δαπανών και εν τέλει την σύσταση ενός θεσμικού πλαισίου για τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα<sup>50</sup>.

Συμπερασματικά για την κατάρτιση ενός σχεδιασμού ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος δύναται να υπερκεραστούν οι παράγοντες που απαγορεύουν τις μεταρρυθμίσεις και να υπάρξει σύμπνοια και συνένωση των οργανισμών που εμφανίζονται στο υγειονομικό χώρο ώστε να διασφαλιστούν αποδοτικές και ποιοτικές υπηρεσίες για το σύνολο των πολιτών, ικανοποιώντας τις απαιτήσεις τους. Η πιο ορθολογική χρήση των πόρων, η προσαρμογή στο θεσμικό πλαίσιο βάσει επιταγών της κοινωνίας και του διαρκώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος και ο προγραμματισμός της στοχοθεσίας αναλογικά με τις ανάγκες υγείας της κοινωνίας δύναται να συντελέσει στο έναυσμα μια σύγχρονης περιόδου για το Ε.Σ.Υ.<sup>51</sup>.

### **4.3 Προτάσεις για την βελτίωση του Ε.Σ.Υ.**

Μερικές από τις πιο ενδεδειγμένες προτάσεις για τον εξ ορθολογισμό και ανανέωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας που θα αναλύσουμε έχουν διατυπωθεί κατά ποικίλα χρονικά διαστήματα από την κοινότητα, δίχως να γίνει εφαρμογή αυτών. Η οικονομική κρίση αλλά και οι τρέχουσες καταστάσεις της πανδημίας COVID-19 έχουν επηρεάσει και επηρεάζουν σημαντικά το σύστημα υγείας.

Ανά διάφορες περιόδους έχουν διατυπωθεί ποικίλες προτάσεις για τον ανασχεδιασμό του συστήματος υγείας και βασίζονται στον επαναπροσδιορισμό και την θεσμική ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος. Κάτωθι παραθέτουμε διάφορες προτάσεις που αφορούν την ανάπτυξη και τον εξ ορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος<sup>52</sup>:

- *Σχεδιασμός εθνικής υγειονομικής πολιτικής*
- *Εξ ορθολογισμός των δαπανών του συστήματος υγείας*
- *«Αναγέννηση» του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε καινοτόμο οργανισμό του δημοσίου.*

<sup>49</sup> Γκίκα Γ, 2018. Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας-Γενικές Αρχές. ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ- ΤΜΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.

<sup>50</sup> Thompson G., Sunol R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care, 7(2):127-141.

<sup>51</sup>Ματσαγγάνης Μ.(1999).Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα.

<sup>52</sup> Σιγάλας Ι., Αλεξιάδης Α.(1999)Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ., 1999.

- Σχεδιασμός προληπτικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Ανάπτυξη φαρμακοοικονομίας και εθνικής φαρμακευτικής πολιτικής.

Η υγειονομική πολιτική της χώρας δύναται να συστήνεται βάσει των αναγκών της κοινωνίας, έχοντας θέσει αντίστοιχη στοχοθεσία ώστε να υπάρξει αξιολόγηση και ποσοτικοποίηση. Η πολιτική αυτή πρέπει να ακολουθηθεί συλλογικά από τα μέλη και μη της κυβέρνησης, προγραμματίζοντας τις επιτακτικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις αλλά και την ισοκατανομή των πόρων, καταρτώντας αντίστοιχη φαρμακευτική πολιτική. Η ορθολογική κατανομή των δαπανών στον χώρο της υγείας θα πρέπει να αποτελεί πόνημα μεταρρυθμίσεων έχοντας υπόψη τα αδύνατα σημεία που χαρακτηρίζουν τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποτελούν την δέσμευση ποσοστού του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος και την διάθεσή του για υγειονομικές δαπάνες και την κατανομή των τελευταίων ανά περιοχή και ανάγκες του πληθυσμού.

Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα επιφέρει στο μέγιστο δυνατό την ποιότητα και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Θα δημιουργηθεί ένας καινοτόμος φορέας του δημοσίου και αυτό θα επιτευχθεί με την θεσμοθέτηση ενός νομικού πλαισίου που θα αποβλέπει σ' ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας μ' όρους ποιότητας. Το θεσμικό πλαίσιο θα πρέπει να δώσει έμφαση στην στελέχωση του Ε.Σ.Υ. με αποδοτικό προσωπικό επαγγελματιών υγείας. Αναλυτικότερα γίνεται πρόταση η αξιολόγηση των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Δημόσιων Νοσοκομείων να γίνεται με αξιοκρατικές διαδικασίες και με πραγματική αξιολόγηση προσόντων και όχι διορισμός ημετέρων προσώπων. Οι Διοικητές πρέπει να έχουν ως κύριο άξονα λειτουργίας τους το επιστημονικό μάνατζμεντ και η αξιολόγησή τους να γίνεται με όρους αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και παραγωγικότητας των οργανισμών υγείας που διοικούν. Επιπρόσθετα, γίνεται πρόταση για την σύσταση οργανισμών ανά περιφέρεια με ποικίλα καθήκοντα, ώστε να στελεχώνονται οι υπηρεσίες με το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό την αμεσότερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Προκειμένου εφαρμοστούν ανάλογες μεταρρυθμίσεις πρέπει να γίνει επανα-προγραμματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών και υποδομών ανά υγειονομική περιφέρεια και όχι να υπερσυγκεντρώνονται υπηρεσίες και πόροι στα αστικά κέντρα. Ακόμη, δίνεται έμφαση στη σύσταση ολοκληρωμένου μοντέλου ψηφιακής διακυβέρνησης με την εισαγωγή της ψηφιακής υγειονομικής κάρτας και του ψηφιακού ατομικού φακέλου υγείας. Καταλήγοντας με τις προτάσεις για τις μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού συστήματος, γίνεται μνεία ότι η συγχώνευση του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας πρέπει να έχει ρόλο συμπλήρωσης αναφορικά με το εθνικό σύστημα συμπληρώνοντας τις ελλείψεις, τα κενά και τις παθογένειες του δημόσιου συστήματος υγείας<sup>53</sup>.

Η Π.Φ.Υ. συντελεί αναπόσπαστο μέρος των υγειονομικών συστημάτων, και είναι το πρώτο σημείο συνάντησης του ασθενή με το σύστημα υγείας και μέσω αυτού για παροχή δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο σε ένα υγειονομικό σύστημα καθόσον η ορθή

<sup>53</sup> Manghani K., Quality assurance: Importance of systems and standard operating procedures. Perspectives in Clinical Research 2011; 2(1): 34-37.

λειτουργία της Π.Φ.Υ. συσχετίζεται με τις εξορθολογισμένες δαπάνες και την αύξηση της ικανοποίησης των πολιτών προβλέποντας στην προαγωγή υγείας των πολιτών. Κατ' αυτόν τον λόγο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δύναται να αποτελέσει πρωτοπόρο δράση με την ίδρυση καινοτόμων φορέων υγείας όπως τα TOMY, με σκοπό να εκσυγχρονίσει την παροχή υπηρεσιών στη Δημόσια Υγεία, να συμβάλει στην αποσυμφόρηση των έκτακτων προσελεύσεων στα Νοσοκομεία και να περιορίσει εν γένει τις πρόσθετες Δημόσιες Δαπάνες όταν πρόκειται για ήπια περιστατικά.

Η σύσταση του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας συντελεί σημαντικό γεγονός για την επανέναρξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όμως ο Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στιγματίζεται από χρηματοδοτικά προβλήματα χαμηλής οικονομικής αποδοτικότητας. Έτσι, κατά αυτόν τον λόγο γίνεται πρόταση για οικονομική αυτοτέλεια αυτού και διοικητική υπαγωγή του στο Υπουργείο Εργασίας αναλόγως της μορφής χρηματοδότησης. Επίσης, προτείνεται η ενίσχυση της ικανότητας για διαπραγμάτευση για την προμήθεια υγειονομικών υπηρεσιών βάσει αρχών ποιότητας και οικονομίας με νεότερες μεθόδους διαπραγμάτευσης. Εν τέλει θεσμοθετούνται κανόνες στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για την προμήθεια υπηρεσιών από τον Ενιαίο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας<sup>54</sup>.

Με την λειτουργία του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (*H.A.I.K.A.*), το κόστος για τα φάρμακα έχει περιοριστεί σημαντικά. Όμως βάσει κόστους φαρμάκων τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα της κοινωνίας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αγορά αυτών. Επιπλέον προτάσεις για τον ορθολογισμό του κόστους των φαρμάκων αλλά και την δυνατότητα προσβασιμότητας σ' αυτά από ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας. Εν κατακλείδι γίνεται πρόταση για πολλαπλασιασμό των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων και συναρμογή τους στην πλατφόρμα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η προσθήκη πρωτοπόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων στην λίστα προς βελτίωση της προσβασιμότητας των πολιτών σ' αυτά αλλά και την αναδιάρθρωση της κοστολόγησης. Μερικές από τις προτάσεις που μπορούμε να παραθέσουμε για την βελτίωση του Συστήματος Υγείας είναι οι κάτωθι:

- *Βελτίωση και προάσπιση δημόσιας υγείας. Σύσταση στοχευμένης εθνικής πολιτικής για την προαγωγή του επιπέδου υγείας των πολιτών.*
- *Πολιτική για την αναδιάρθρωση της φροντίδας και παροχής υπηρεσιών υγείας για χρόνιες παθήσεις.*
- *Ενίσχυση του θεσμικού πλαισίου για προάσπιση των δικαιωμάτων και της ικανοποίησης των ασθενών.*
- *Στρατηγικός σχεδιασμός για την διαπίστευση στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.*

Προκειμένου επιτευχθεί η οικονομικότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας με όρους ποιότητας, η ανασυγκρότηση του συστήματος πρέπει να βασιστεί στους κάτωθι άξονες :

---

<sup>54</sup>Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008.

- Προώθηση της Π.Φ.Υ..
- Εξορθολογισμός δαπανών υγείας.
- Αποκέντρωση υγειονομικού συστήματος σε περιφερειακούς άξονες.
- Εφαρμογή αρχών *New Public Management*.
- Αποδοτικότερη διαχείριση οικονομικών πόρων.
- Αναδιάρθρωση χάρτη υγείας.

Οι προτεινόμενες λύσεις προς βελτίωση του υγειονομικού συστήματος έχουν παρουσιαστεί σε διάφορες επιστημονικές μελέτες και έρευνες, αυτό που πρέπει να δοθεί βάσει είναι η ενδυνάμωση της πολιτικής θέλησης ώστε να λάβουν χώρα και να ανασυνταχθεί το υγειονομικό σύστημα<sup>55</sup>.

#### **4.4 Προοπτικές για την βελτίωση της Π.Φ.Υ. και την ισοκατανομή των πόρων του συστήματος.**

Από την σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 έχει αναφερθεί η εφαρμογή του μοντέλου του οικογενειακού γιατρού και η σύσταση κέντρων υγείας αστικού τύπου, που αποτελούν τους πιο σημαντικούς πυλώνες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρόλα αυτά η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν υφίσταται σε ικανοποιητικό βαθμό στο Ε.Σ.Υ., καθόσον η ύπαρξή της είναι αποσπασματική και ανοργάνωτη, αποτέλεσμα των ανωτέρω αποτελεί η ύπαρξη έντονων υγειονομικών ανισοτήτων. Κατά αυτόν τον τρόπο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν έχει στηριχθεί από την διοίκηση του Ε.Σ.Υ. αλλά και δεν έχει παρασχεθεί αντίστοιχη οικονομική ενίσχυση<sup>56</sup>.

Με τον Ν.4382/14 προβλέπεται η τελευταία μεταρρύθμιση στην λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η νομοθεσία αναφέρει την σύσταση ενός συλλογικού Πρωτοβάθμιου Δικτύου (ΠΕΔΥ), την διοίκηση του οποίου αναλαμβάνουν οι διοικήσεις των περιφερειών (ΔΥΠΕ). Το θεσμικό πλαίσιο αναφέρεται στα κέντρα υγείας, την επανεκκίνηση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και την εφαρμογή του ψηφιακού φακέλου. Η εφαρμογή του Νόμου 4382/14 και η επέκταση σε εφαρμογή πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών, ο έλεγχος των υποδομών, η συνεχής λειτουργία των μονάδων Π.Φ.Υ. αλλά και η ενίσχυση της πρόληψης και η έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, αποτελούν σημαντικές προτάσεις για την ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τα προτεινόμενα μέτρα που δύναται να ληφθούν πρέπει να έχουν ως βασικό στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και την μετατροπή της κουλτούρας της κοινωνίας σχετικά με την χωρίς λόγω προσέλευσής του στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Αναφορικά με την μεταβολή της κουλτούρας δίνεται έμφαση στην ενίσχυση στην λειτουργία των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας και στην νοσηλεία στο σπίτι, τα μέτρα αυτά θα συμβάλουν στην περικοπή τους κόστους συγκρατώντας τις υγειονομικές δαπάνες. Επιπρόσθετα, γίνεται πρόταση για την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (*general practitioner*), ο οποίος θα «ελέγχει» και θα «περιορίζει» την είσοδο των ασθενών σε νοσοκομειακούς οργανισμούς αλλά και διαμέσω αυτού θα παραπέμπονται οι ασθενείς σε άλλες εξειδικευμένες ιατρικές

<sup>55</sup> Σιγάλας Ι., Αλεξιάδης Α. (1999) Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και Προκλήσεις Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ., 1999.

<sup>56</sup> Υφαντόπουλος Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα ,2006.

ειδικότητες. Ακόμη, υποχρεωτικό χαρακτήρα θα δύναται να φέρει το ψηφιακό πιστοποιητικό, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ο ψηφιακός φάκελος του ασθενή. Ο οικογενειακός ιατρός, δύναται να αναλάβει σημαντικό ρόλο στην προληπτική και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το προαναφερθέν επιτυγχάνεται μέσω κινητροποίησης των ιατρών και επιβολής προστίμων στους πολίτες που αμελούν τις διαγνωστικές εξετάσεις πρόληψης και επιβαρύνουν λειτουργικά και οικονομικά το σύστημα υγείας.

Αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας γίνεται πρόταση οι επαγγελματίες υγείας στα κέντρα υγείας να κατανέμονται και να αντικατοπτρίζουν τις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας. Σε διαφορετική περίπτωση πρέπει να καταρτίζεται σχεδιασμός για την ανάλογη αποδοτική κατανομή των επαγγελματιών υγείας ανά των περιοχών της χώρας<sup>57</sup>.

Επιπρόσθετα, πρέπει να εφαρμοστεί αξιολόγηση των υποδομών από τον ίδιο φορέα. Η αξιολόγηση θα εκτιμά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και των παρεχόμενων υπηρεσιών με την χρήση δεικτών υγείας (π.χ. θνησιμότητα, θνητότητα, κόστος, αποδοτικότητα κ.τ.λ.). Όλα τα κέντρα υγείας θα λειτουργούν σε 24ωρη λειτουργία όπου το υγειονομικό προσωπικό θα παρέχει τις υπηρεσίες του. Πρέπει να συσταθεί ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός όπου το μοντέλο των βαθμίδων φροντίδας θα έχει συμπληρωματική λειτουργία.

Σχετικά με το Εθνικό Σύστημα υγείας, έχει προταθεί σωρεία νομοθεσιών, αναφορικά με την ενδυνάμωση του θεσμού των υγειονομικών περιφερειών (Υ.Π.Ε.). Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ανεξαρτητοποίηση των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας σύμφωνα με ένα αποκεντρωτικό μοντέλο ώστε να φέρουν αποφασιστικές αρμοδιότητες για τις υποθέσεις στην χωρική αρμοδιότητά τους. Εφαρμόζοντας το σύστημα αποκέντρωσης επιτυγχάνεται η καταγραφή των υγειονομικών αναγκών της τοπικής κοινωνίας και με τον προγραμματισμό και την ικανοποίηση της κοινωνίας ένεκα της αντιμετώπισης των αναγκών που αναφέρθηκαν. Σκοπός του αποκεντρωμένου σχεδιασμού αποτελεί η ανεξαρτητοποίηση από την κεντρική διοίκηση κάνοντας πιο προσιτές και άμεσες τις υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης, πρόταση γίνεται σχετικά με τον ρόλο της κεντρικής διοίκησης να δίνει βάσει στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των περιφερειών ενδυναμώνοντας πρακτικά και διοικητικά αυτές. Η διάθεση οικονομικών πόρων ανά υγειονομική περιφέρεια, συσχετίζεται άμεσα με τις ανάγκες του πληθυσμού βάσει επιδημιολογικών και δημογραφικών δεικτών που σκιαγραφούν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

#### **4.5 Προτάσεις για την συγκράτηση των δαπανών και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης.**

Η Β' βαθμια φροντίδα υγείας επιβαρύνεται ιδιαίτερα καθόσον η Α' βαθμια φροντίδα υγείας είναι ανεπαρκής και ανοργάνωτη, έτσι οι δομές της Β' βαθμιας φροντίδας υγείας είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένες τόσο από την αθρόα προσέλευση πολιτών στις νοσοκομειακές υποδομές όσο και από την αναποτελεσματική κατανομή

<sup>57</sup>Μουμτζόγλου Α., Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας. Εκδοτική σειρά MediForce 16,Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας Υγείας. Αθήνα ,2008.

κατασπατάληση των επαγγελματιών υγείας, ενώ από οικονομικής άποψης τα δημοσιονομικά ελλείμματα που αναπτύχθηκαν και συνεχίζουν να αναπτύσσονται είναι σημαντικά. Τα τελευταία έτη το Ε.Σ.Υ. αντιμετώπισε την οικονομική κρίση με καταστρεπτικές συνέπειες για την λειτουργία του. Οι έντονες περικοπές δαπανών, οι ελλείψεις ιατρικού, νοσηλευτικού/ υγειονομικού προσωπικού, καθώς και η έλλειψη οργανωτικού σχεδιασμού αποτέλεσαν τα αδύνατα σημεία του συστήματος.

Για τον εξ ορθολογισμό των δαπανών και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προτείνονται τα εξής μέτρα και ρυθμίσεις. Πρέπει να συσταθεί ένας ενιαίος φορέας διαχείρισης των υλικών και άυλων πόρων υπερ-συγκεντρώνοντας τα μέσα χρηματοδότησης, ενώ θα πρέπει να εφαρμοστούν κλειστοί σφαιρικοί προϋπολογισμοί στα νοσοκομεία προκειμένου τα τελευταία, καταστούν ικανά για να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ασθενών, ενώ θα πρέπει να εφαρμοστεί εποπτεία και προγραμματισμός των διορισμών των επαγγελματιών υγείας και να δοθούν κίνητρα στους εργαζομένους<sup>58</sup>.

Στον οικονομικό εξ ορθολογισμό πρέπει να διερευνηθεί η ανεύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης (*χορηγίες, δωρεές, ευρωπαϊκά προγράμματα κ.τ.λ.*). Ένεκα της οικονομικής ύφεσης που ταλάνισε την χώρα μας κατά συνέπεια και το σύστημα υγείας παρατηρούμε ότι οι ιδιωτικές δαπάνες περιορίστηκαν καθώς οι ασθενείς στράφηκαν στο δωρεάν και προσβάσιμο Ε.Σ.Υ. ενώ βάσει των μνημονιακών επιταγών τόσο ο κρατικός μηχανισμός όσο και οι ασφαλιστικοί φορείς αποδυναμώθηκαν σημαντικά. Οι πηγές χρηματοδότησης που δύναται να ανευρεθούν και να υποστηρίξουν την οικονομική λειτουργία του Ε.Σ.Υ. δύναται να παρουσιαστούν περιληπτικά<sup>59</sup>:

- *Μετατροπή ποσοστού του Φ.Π.Α., σε κοινωνικό φόρο μετακυλίοντας τα έσοδα στο σύστημα υγείας και σε ασφαλιστικούς οργανισμούς.*
- *Εισαγωγή ειδικής αυξημένης φορολογίας σε επιβλαβή προϊόντα και υπηρεσίες (αλκοόλ καπνός κ.τ.λ.) και μετακύλιση εσόδων στο υγειονομικό σύστημα.*
- *Αναλογική συμμετοχή των πολιτών βάσει εισοδήματος, ενώ πρέπει να αυξάνεται η συμμετοχής τους σε περίπτωση υπερ-κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων (πολύ- φαρμακία) πέραν των αναγκών των ανωτέρω*
- *Δημιουργία παρατηρητηρίου τιμών για φαρμακευτικά σκευάσματα και υπηρεσίες υγείας βάσει ευρωπαϊκών προτύπων.*
- *Ενίσχυση και σχεδιασμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, εξοικονόμηση πόρων και αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος.*

Η εφαρμογή μέτρων εξ ορθολογισμού των δαπανών, η ανεύρεση καινοτόμων πηγών χρηματοδότησης και η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε ένα κραταιό δημόσιο σύστημα, όπου η χρηματοδότηση θα είναι κρατική υπόθεση, αποτελούν τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις.

<sup>58</sup> Οικονομοπούλου Χ. Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη, Τμήμα οικονομικών και κοινωνικών επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2005; (4): 605-625.

<sup>59</sup>Ματσαγγάνης Μ.(1999).Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις ΕΑΠ., Πάτρα.



## Συμπεράσματα

Από την σύσταση του Ε.Σ.Υ. ήταν συγκεκριμένες οι δυσλειτουργίες που είχε να ρυθμίσει και να εξαλείψει η εκάστοτε κεντρική διοίκηση. Το σύνολο των αλλαγών που έλαβαν χώρα κατά την περίοδο λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν μπόρεσε να απεξαρτητοποιήσει το Ε.Σ.Υ. από τα προβλήματα που το διέπουν. Σήμερα το σύστημα υγείας ταλανίζεται από ποικίλα προβλήματα ενώ οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις αναφορικά με την αναδιαμόρφωσή του είναι οικείες στους αρμόδιους οργανισμούς. Τα οφέλη των ποικίλων φορέων που αλληλεπιδρούν στον υγειονομικό τομέα δύναται να τεθούν εκτός προσοχής από τις κεντρικές διοικήσεις καθώς επιθυμούν την άμεση ικανοποίηση της κοινωνίας για ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Το μάνατζμεντ των οργανισμών υγείας και η εφαρμογή αυτού απαιτεί καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας και απαιτείται να αναπτυχθεί ένα ορθό σύστημα αξιολόγησης προκειμένου να βελτιωθεί το Ε.Σ.Υ.

Αναφορικά με την πρωτογενή έρευνα που διεξήχθη τον Σεπτέμβριο του 2020 (Παράρτημα I και II) αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχουν σημαντικά θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν για την επίλυση των προβλημάτων στους δημόσιους φορείς Υγείας. Από τη μία πλευρά οι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά από την άλλη πλευρά οι υποδομές, οι ελλείψεις προσωπικού, η γραφειοκρατία και η μείωση των ετήσιων προϋπολογισμών

Οι υπηρεσίες υγείας προκειμένου να χαρακτηριστούν από ποιότητα και να βελτιωθεί η ικανοποίηση των ασθενών από το Ε.Σ.Υ. πρέπει να γίνει χρήση της τεχνολογίας και των ψηφιακών υποδομών για τον περιορισμό της γραφειοκρατίας διευκολύνοντας την κίνηση των ασθενών εντός του συστήματος και επιτρέποντας τον εξ ορθολογισμό των δαπανών. Αναφορικά με την χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να είναι κάθετες και να προσαρμόζονται στις συνθήκες που ορίζουν την οικονομική, κοινωνική και πολιτική κατάσταση της χώρας μας. Συνοψίζοντας η ως τώρα πρακτική και εμπειρία από την λειτουργία του Ε.Σ.Υ. αλλά και των μεταρρυθμίσεων που ελήφθησαν, ορίζουν την ανασύσταση και αναδιοργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας .



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση

- Ackland P. (2014) Prevalence, Detection, Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *British Medical Journal*.; 348 (doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7688>).
- Alaskar A. (2017) Predictors of patient satisfaction in an emergency care center in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emerge Medicine Journal*,34(1):27-33.
- Antonioni D, 1996, Designing an Effective 360-Degree Appraisal Feedback Process *Organizational Dynamics*, 24-38.
- Arpey N., Gaglioti A., Rosenbaum M., (2017), How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*, 8(3):169-175.
- Assefa F., Mosse A., Hailemichael Y., (2011). Assessment of Clients' Satisfaction with Health Service Deliveries at Jimma University Specialized Hospital. *Ethiop J. Health Sc.*, 21(2): 101-109.
- Bernhard L., Walsh M., 1995, «Leadership – The key to the professionalization », 3rd edition. Εκδόσεις Mosby, Boston, Chicago, New York, Portland, London, Mexico City, Sidney, Tokyo, Toronto, Wiesbaden.
- Boudreaux D., Mandry C. Wood K., (2003). Patient Satisfaction Data as a Quality Indicator: A Tale of Two Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine*, 10(3): 261–268.

- Boulding W., Glickman S., Manary M., Schulman A., Staelin R., (2011). Relation Between Patient Satisfaction with Inpatient Care and Hospital Readmission Within 30 Days. *American Journal of Managed Care*,17(1):41-48.
- Brennan P., (1995). Patient Satisfaction and Normative Decision Theory. *J Am Med Informatics Assoc.*, 4(2):250-259.
- Brent J., (1989), *Quality Management for Health Care Delivery*. The Hospital Research and Educational Trust of the American Hospital Association. Chicago, Illinois,1989.
- Buchanan, Mohammed, Cox, Köhler, Canaud, Taal, Selby, Francis, McIntyre (2017). Intradialytic cardiac magnetic resonance imaging to assess cardiovascular responses in a short-term trial of hemodiafiltration and hemodialysis. *J. Am. Soc. Nephrol.* 28(2): 1269–1277.
- Busari J. Comparative analysis of quality assurance in health care delivery and higher medical education. *Adv Med Educ Pract.* 2012; 3:121–127.
- Camacho F., Anderson R., Safrit A., Jones A., Hoffmann P., (2006). The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N.C. Med. J.*,67(6):409-413.
- Cameron, S. (1996) *Kidney Failure. The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Campbell S.M., Braspenning J, A Hutchinson A., Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care *Quality Satisfaction Health Care* 2002;11;358-364.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Carson M., 2006, Saying it like it isn't: The pros and cons of 360-degree feedback. *Business Horizons* 49, 395-402.
- Chantzopoulou, M., Marvaki, C., Latsou, D., Papageorgiou, D. (2017). Inpatients satisfaction with health care services after emergency admission at tertiary hospital of Attiki. *Health & Research Journal*, 3(1), 26-42.
- Clark J., Copcutt L., 1997, «Management for nurses and health Care Professionals», Εκδόσεις Churchill Livingstone, N. York, London, Madrid, Melbourne, Tokyo.
- Crosby P., (1979). *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: Mc Graw-Hill.
- Donabedian A. Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. (1966). *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:194-196.

- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Arch Pathol Lab Med J 1988, 11:1145–1150 .
- Donabedian A., (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian A., (1988) The quality of care. How can it be assessed? JAMA,260(12):1743-1748.
- Donabedian Av. The Quality of Care How Can It Be Assessed. JAMA 260, 1998;12(9):23.
- Douglass L.M., 1996, «The effective nurse – Leader and manager», 5th edition. Εκδόσεις Mosby, Boston, Chicago, New York, Portland, London, Mexico City, Sidney, Tokyo, Toronto, Wiesbaden.
- Drummod M., O’ Brien B., Stoddart G., Torrance G., (1997) Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης των Προγραμμάτων Υγείας. Εκδόσεις Κριτική Α.Ε., Αθήνα,2002.
- Edlund J., Young S., Kung Y., Sherbourne D., Wells B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? Health Services Research, 38(2), 631-645.
- Ene - Iordache B.et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk in six regions of the world (ISN-KDDC): a cross-sectional study. Lancet Glob. Health 4, e307–e319 (2016).
- Evans L, Olumide F., 2010, Teacher job satisfaction in developing countries: a critique of Herzberg »s two-factor theory applied to the Nigerian context. International Studies in educational Administration, 38(2) : 73-85.
- Fatt QK. (2015) Epidemiology of Chronic Kidney Disease. International Journal of Nephrology & Therapeutics,1(1):001-003.
- Ferris E., Williams I., Llewellyn-Thomas A., Basinski H., Cohen M., Naylor D. (1992). A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. Canadian Medical Association Journal. 146(10):1727-1731.
- Fraser S., Blakeman T., (2016). Chronic kidney disease: identification and management in primary care Pragmat Obs Res. 2016; 7: 21–32.2016 Aug 17. doi: 10.2147/POR.S9731.
- GlassockJ.,Warnock G.,Delanaye, P. (2017)The global burden of chronic kidney disease: estimates, variability and pitfalls. Nat. Rev. Nephrol.13: 104–114.
- Goel S., Gupta A., Singh A., (2014). Hospital Administration. 1st Edition. Elsevier India.

- Grace BS., Clayton P., Mc Donald SP., Socio-economic status and incidence of renal replacement therapy: a registry study of Australian patients. *Nephrol. Dial Transplant* 2012 Nov;27(11):4173-80. doi: 10.1093/ndt/gfs361. Epub 2012 Aug 23.
- Grogan S., Conner M., Norman P., Willits D., Porter I., (2000), Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care*, 9(4):210-215.
- Guyatt GH., Mitcell A., Molly DW., Capretta R., Horsman J., Griffith L. (1995). Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life-threatening illness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48 (10): 1215-1224.
- Hall A., Dornan C., (1990), Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *SocSci Med.*, 30(7):811-818.
- Harteloh P. (2003) The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis* 11: 259.
- Hu SX, Lei WI, Chao KK, Hall BJ, Chung SF., (2016), Common chronic health problems and life satisfaction among Macau elderly people. *Int J Nurs Sci.* ,3(4):367-370.
- Huerta T., Ford E, Peterson L., Brigham K., (2008). Testing the hospital value proposition: an empirical analysis of efficiency and quality. *Health Care Manage Rev.*, 33(4):341-349.
- Ibraheem W., Ibraheem A., Bekibele C., (2013), Socio-demographic predictors of patients' satisfaction. *African Journal of Medical and Health Science*, 12(2):87-89.
- Inker L., Astor B., Fox C., Isakova T., Lash J., Peralta C., Tamura M., Feldman H., (2014) KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD *American Journal of Kidney Disease* May 2014, Volume 63, Issue 5, Pages713–735.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academy Press. 2001.
- Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, *Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods*, Lohr KN, editor Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.
- Jatulis E., Bundek I., Legorreta P. (1997). Identifying predictors of satisfaction with access to medical care and quality of care. *Am. J. Med. Qual.*, 12(1):11-18.

- Jenkinson C., Coulter A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *QualSaf Health Care*, 11(4):335-339.
- Juran J. M. «Juran on leadership for quality, an executive handbook», THE PRESS, NEW YORK, 1989.
- Kalogeropoulou M. (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5):667–673.
- Kelley E., Hurst J., (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers, No. 23, Paris: OECD Publishing, p.11-19.
- Khan A., Siddiqui A., Mohsin S., (2018), Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction in Public and Private Dental Clinics. *Pak J Med Sci.*,34(5):1152-1157.
- Kotler F. Marketing management: analysis, planning, implementation and control. Englewood Cliffs, NJ, CA: Prentice-Hall,1991.
- Kron T., Gray A., 1987, «The management of patient care – Putting Leadership skills to work», Εκδόσεις W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Sydney, Tokyo.
- Lee H., Kim K., (2017). Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. *International Journal of Quality Innovation*, 3(1): 1-15
- Lefter V, Manolescu A., 1995, «Human Resources Management», Bucharest , Academy of Economic Studies Bucharest-ASE.
- Lionis C., Papadakis S., Tatsi C., Bertsiias A., Duijker G., Mekouris B., Boerma W., Schäfer W., Greek QUALICOPC team, (2015). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res.*,5(17):255.
- Luthans F., Peterson S., 2003, 360-Degree feedback with systematic coaching: empirical analysis suggests a winning combination, *Human Resource Management* 42(3), 243-256.
- Manghani K., Quality assurance: Importance of systems and standard operating procedures. *Perspectives in Clinical Research* 2011; 2(1): 34-37.
- Marriner-Tomey A., 1996, «Guide to Nursing Management and Leadership», 5th edition. Εκδόσεις Mosby, Boston, Chicago, New York, London, Mexico City, Sidney, Tokyo, Toronto, Wiesbaden.
- Maxwell R.J., (1984) Quality assessment in Health. *British Medical Journal*,288:1470-1472.

- O'Hare AM, Kurella Tamura M, Lavalley DC, et al. (2019). Assessment of Self-reported Prognostic Expectations of People Undergoing Dialysis: United States Renal Data System Study of Treatment Preferences (USTATE). *JAMA Intern Med*.
- Øvretveit J. Health service quality: An introduction to quality methods for health services. Oxford: Blackwell Scientific; 1992.
- Pakdil, F., Harwood. T. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management*, 16(1):15-30.
- Parasuraman A., Berry L., Zeithaml A., (1991) Refinement and Reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67 (4): 57-67.
- Parasuraman A., Zeithaml A., Berry L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4):420-450.
- Pascoe GC., (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*, 6(3-4):185-210.
- Pierrakos G., Yfantopoulos J., (2006) Factors that influence the evaluation of primary health care services *Archives of Hellenic Medicine*, 24(6):578–582.
- Ross C, Frommelt G, Hazelwood L, Chang R. The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, 1994:55–69.
- Rutz W. Mental health in Europe: problems advances and challenges. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000:15-20.
- Scotto F., Antonella de ceglie, Guerra V., Misciagna G., (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy service. *Clinical Governance International Journal*, 14(2):86-97.
- Shortell S., Kaluzny A., 1997, «Essentials of Health Care Management», Cengage Learning, United States.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997, 12:1829–1843.
- Swansburg R.C, Swansburg R.J., 1999, «Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία» (επιμέλεια Αποστολοπούλου Ε.), Δεύτερη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός, Boston, Toronto, London, Singapore.
- Szabo E., Moody H., Hamilton T., Ang C., Kovithavongs C., Kjellstrand C. (1997) Choice of treatment improves quality of life. A study on patients undergoing dialysis. *Archives of International Medicine*, 157(12):1352-1356.

- Thompson G., Sunol R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2):127-141.
- Vestaridis M. (2009). Longitudinal comparative study of oncology patient's outpatient clinics. Athens: 15th international congress of oncology.
- Vuorinen R., Tarkka M.T., Meretoja R. 2000, Peer evaluation in nurses» professional development: a pilot study to investigate the issues, *Journal of Clinical Nursing* 9, 273-281.
- Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A., Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983, 6:247–263.
- WHO Continuous quality development: A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.
- Wiig S, Aase K, von Plessen C, et al., (2014), Talking about quality: exploring how 'quality' is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Service Research* , 11(14):478.
- Wolper L., 2001, «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Health Care Administration», Τόμος Α», Εκδόσεις Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.

## Ελληνική

- Αλεξιάδη Α-Δ. Εισαγωγή στο Δίκαιο της Υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη, 1999.
- Αλεξιάδης Α. Α, 2002, «Η αξιολόγηση του παραϊατρικού προσωπικού του τομέα Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τεύχος 17 (2):205-211, Αθήνα.
- Αλεξιάδης Α., 1999, «Εισαγωγή στο Δίκαιο της Υγείας», Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.
- Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι., «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων / Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές)», 1999: Τόμος Δ, Σελ. 31, 39 – 43, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Αναπλιώτη – Βαζαίου Ε. Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Ζητήματα. Εκδόσεις Σάκουλας, Αθήνα 1987.
- Ανδριώτη Δ., 1994, «Οι ανθρώπινοι πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Αντωνοπούλου Λ., Δερμεντζή Χ., Λούστης Δ. & συν.(2013) Εργαλεία Ελέγχου της Διαχείρισης των Νοσοκομειακών Μονάδων Quality in Health.



- Αραβαντινού Νίκη, 2009, «Διερεύνηση μεθόδων και εμπειριών για την αξιολόγηση του προσωπικού στις υπηρεσίες Υγείας: Η περίπτωση του Νοσηλευτικού προσωπικού», Διπλωματική εργασία, Ε.Α.Π., Αθήνα.
- Αργυράτου Β., 2005, «Εγχειρίδιο οργανωτικής συμπεριφοράς: εγχειρίδιο θεωρητικού πλαισίου και πρακτικών εφαρμογών της συμπεριφοράς των εργαζομένων σε οργανισμούς & επιχειρήσεις», Αθήνα, Γκιούρδας.
- Γεωργακόπουλος Γ., 1989, «Ανθρώπινες σχέσεις στην εργασία», Αθήνα, Σμπίλιας.
- Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ., 1993, «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας» Αθήνα, Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας.
- Γκίκα Γ, 2018. Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας-Γενικές Αρχές. ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ- ΤΜΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.
- Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., 1999, «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα.
- Διομήδους Μ, Διαμαντής Θ, Λιάσκος Ι, Πιστόλης Ι, Μαντάς Ι. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου, Νοσηλευτική 2005, 44(1):106-114.
- Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα, 1995 2. SITZIA J, WOOD N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. SocSciMed 1997, 12:1829–1843.
- Ζευγαρίδης Σ., Σταματιάδης Γ., 1997, «Διοίκηση και Εποπτεία Προσωπικού», Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα.
- Ζηλίδης Χ. Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα 1988.
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 1997.
- Θεοχαροπούλου-Κοντόγιωργα Δ., 1989, «Οι προαγωγές των δημοσίων υπαλλήλων», Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.
- Καλογεροπούλου Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών :Μέθοδοι βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.28(Νο5): 667-673.
- Καμπάντας Μ., Νιάκας Δ.,(2004) Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21:354–362.
- Κανελλόπουλος Δημήτριος, 2012, «Θεωρίες παρακίνησης του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία», Διδακτορική Διατριβή, Βουκουρέστι,

Ρουμανία: «Το Βήμα του Ασκληπιού», 11ος Τόμος, 2ο Τεύχος, Απρίλιος – Ιούνιος 2012.

- Κανελλόπουλος Χ., 1991, «Διοίκηση Προσωπικού – Τα ανθρώπινα προβλήματα του μανάτζμεντ (Σε οργανισμούς επιχειρήσεις και υπηρεσίες) Θεωρία και Πράξη», Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α. Έρευνα της ΕΣΔΥ για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας νοσηλευτήρια: Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα Ακαδημία επαγγελματιών υγείας, Αθήνα, 1994.
- Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α. Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994.
- Κυριόπουλος Γ. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία .
- Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008.
- Λαμπράκη Μ., Κωνσταντινίδης Θ., Κουτσιπετσιδής Β., Βογιατζή Ε., Σταυροπούλου Α., Μερκούρης Α. (2013). Σύγκριση των απόψεων ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Το βήμα του Ασκληπιού τομ.12(No 2): 206-221.
- Λανάρα Β., 2002, «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών – Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο», Θ» Έκδοση. Εκδόσεις Ηγεσία, Αθήνα.
- Μαγρίπλη Ευτυχία., 2006, «Αξιολόγηση Διοικητικού και Νοσηλευτικού προσωπικού Υπηρεσιών Υγείας», Διπλωματική εργασία, Ε.Α.Π., Πάτρα.
- Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 821 – 1960, Αθήνα 960.
- Ματσαγγάνης Μ.(1999).Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις ΕΑΠ., Πάτρα.
- Μειντάνης Σ. Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. [ιστοσελίδα]. Αθήνα: Νοσοκομεία, 2008.
- Μηνακούλη Θ.,Τσιακατούρα Χ., Κολίτση Ζ., Χρηστάκης Μ. «Η υγειονομική περιθάλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους», Υπουργείο Υγείας και Κοινω- νικής Αλληλεγγύης Ετήσια έκθεση για την Υγεία Ιούνιος 2005.
- Μουμτζόγλου Α., Ποιότητα και Ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας. Εκδοτική σειρά MediForce 16,Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας Υγείας. Αθήνα ,2008.

- Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ.,(2015) Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Περιεγχειριτική Νοσηλευτική. 4(3), 106- 120.
- Μπουλούτζα Π. Τα 3 <<άλφα>> των υπηρεσιών υγείας: Ανισοκατανομή, νεπάρκεια και ανισότητα ταλανίζουν τους πολίτες, που στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα.
- Ξανθοπούλου Ι., 2002, «Η διαδικασία του ελέγχου στις Υγειονομικές Μονάδες και ο Ρόλος της Αξιολόγησης της Αξιολόγησης του Ιατρικού Δυναμικού των Νοσοκομείων του ΕΣΥ», Επιθεώρηση Υγείας, , Τεύχος 79, Αθήνα, (13):24-27.
- Οικονομοπούλου Χ. Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη, Τμήμα οικονομικών και κοινωνικών επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2005; (4): 605-625.
- Παγκάκη Γ., 1998, «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων», Τόμος Α΄. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- Παπαγιαννόπουλου Β, Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ, Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αθήνας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 20(1):73-82.
- Παπαλεξανδρή Ν, Χαλικιάς Γ., Παναγιωτοπούλου Λ., 2001, «Συγκριτική έρευνα στις πρακτικές διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση», Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Παπαλεξανδρή Ν., Μπουραντάς Δ., 2003, «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων», Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα.
- Παπάνης Ε., Ρόντος Κ., «Παιδαγωγική, Ψυχολογική και Κοινωνιολογική Έρευνα», ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://penthileus.blogspot.com>.
- Παπανικολάου Β. «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχές - Μέθοδοι και Εφαρμογές» Εκδ. Παπαζήση, 2007, 121-125.
- Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη, 1994.
- Παπαχατζή Γ., 1983, «Σύστημα του ισχύοντος στην Ελλάδα Διοικητικού Δικαίου», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
- Πετάσης Α., 1995, «Αξιοποίηση Ανθρώπινου Δυναμικού – Ένας οδηγός αξιολόγησης και βελτίωσης της απόδοσης», ΕΛΚΕΠΑ, Αθήνα.
- Πετσετάκη Ε., 2002, «Η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στον Υγειονομικό τομέα», τόμος 5, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.

- Πιερράκος Γ., Τομαράς Π. (2009). Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. Νοσηλευτική 48:(No1 ):104-113.
- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομείο στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής τομ.22, (No3): 284-295.
- Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ., 1994, «Η νοσηλευτική στην Ελλάδα – Εξελίξεις και Προοπτικές», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Σαραφίδης Π., Σταφύλας Π.: «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01», Σελ. 27 - 30, Επιθεώρηση Υγείας , Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2006.
- Σιγάλας Ι., Αλεξιάδης Α.(1999)Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ., 1999.
- Σουλιώτης Κ., 2006, «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Στάθης Γ., 2000, Άρθρο «Χρειάζονται Ακόμη Ριζικότερες Λύσεις», Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» Τόμος 11, Τεύχος 67 (11):13-14, Νοέμβριος – Δεκέμβριος.
- Τάχου Α., 1985, «Διοικητική Επιστήμη», Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.
- Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Λ. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των Τούντας Γ., 2008, «Συστήματα Υγείας - Σχεδιασμός, Οργάνωση, Αξιολόγηση», Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, 2001, «Διοίκηση με στόχους – Αξιολόγηση, Σταδιοδρομία Δημοσίων Υπαλλήλων», Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 1999, «Η ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων στον Υγειονομικό Τομέα», τόμος 5, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα ,2006.
- Χάματσος Σάββας, 2012 ,«Η εφαρμογή μεθόδων υποκίνησης στο προσωπικό Δημόσιων οργανισμών ως μέσο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας», Διατριβή, Α.Π.Κ., Κύπρος.
- Χητύρης Λέων, 2001, «Διοίκηση Ανθρώπινων πόρων», INTERBOOKS, ΑΘΗΝΑ.
- Χολέβας ΙΚ., 1995 ,«Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων», Interbooks, Αθήνα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ(Ι)

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ- ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ»

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ηλικία
2. Φύλο
3. Εκπαιδευτική Βαθμίδα-Μορφωτικό επίπεδο
4. Μεταπτυχιακός Τίτλος
5. Διδακτορικός Τίτλος
6. Κατάσταση υγείας
  
7. Πόσες επισκέψεις κάνατε σε δημόσιο φορέα (Κέντρο Υγείας ή Νοσοκομείο) το τελευταίο έτος εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειας 1-2, 2-4, 4-6, ή πάνω από 6?
8. Οι επισκέψεις έγιναν για κάποιο χρόνιο νόσημα ή έκτακτο περιστατικό?
9. Με ποιο μεταφορικό μέσο φτάσατε στο Φορέα Υγείας  
Α) ΕΚΑΒ  
Β) Ιδιωτικό μεταφορικό μέσο  
Και ποιος σας παρέλαβε αν είσασταν ασυνόδευτος/η?
10. Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών –ΤΕΠ, μέχρι να μπειτε στο Εξεταστήριο?
11. Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ μέχρι να ολοκληρωθούν οι εξετάσεις και να γίνει εισαγωγή στο Νοσοκομείο ή να δοθούν οδηγίες για το σπίτι?
12. Σε περίπτωση νοσηλείας είσασταν ευχαριστημένο/η από τα ακόλουθα:
  - Από την υποδομή του Φορέα (ξενοδοχειακό εξοπλισμό-εγκαταστάσεις),
  - Από τον Ιατρο-τεχνολογικό εξοπλισμό,(μηχανήματα, αναλυτές εργαστηρίων κ.λ.π.)
  - Από την Φαρμακευτική κάλυψη –αναλώσιμα υλικά,

- Από την Ιατρική περίθαλψη-τακτικές επισκέψεις ιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικών εξετάσεων (π.χ. υπέρηχο,αξονικές τομογραφίες, αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες)
- Από τη συμπεριφορά του Ιατρικού, Νοσηλευτικού, Υγειονομικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός στον ασθενή, αξιοπιστία, εχεμύθεια)
- Από την καθαριότητα, ,από την σίτιση?
- Από τις διοικητικές υπηρεσίες (γραφείο κίνησης ασθενών-γραμματεία κ.λ.π)

13. Αισθανθήκατε ότι υπάρχει έλλειψη Ιατρικού- Νοσηλευτικού-Βοηθητικού Υγειονομικού προσωπικού?
14. Κατά τη γνώμη σας θεωρείτε ότι τηρούνται τα υγειονομικά πρωτοκόλλα ιδιαίτερα μέσω της πανδημίας Covid-19 (απολύμανση, λήψη προστατευτικών μέτρων ασφαλείας)?
15. Γενικά είσαστε ικανοποιημένος/η κατά την παραμονή σας στο Φορέα:
- α) από την παροχή υπηρεσιών
  - β) από την έκβαση και τα αποτελέσματα της υγείας σας ή τυχόν κάποιας χειρουργικής επέμβασης που υποβλήθήκατε.
16. Θα προτείνατε σε κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο το συγκεκριμένο Φορέα Υγείας σε περίπτωση έκτακτης ή τακτικής ιατρικής ανάγκης?

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ**

**ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ -ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΩΝΥΜΙΑΣ & ΤΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΚΕΙΜΕΝΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ(ΙΙ)

Η παρούσα πρωτογενή έρευνα διεξήχθη πιλοτικά μέσα από ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο και απευθυνόταν σε λήπτες υπηρεσιών υγείας που είχαν εξεταστεί στα Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία ή είχαν νοσηλευτεί στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ-ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ» κατά το τρέχων έτος (2019-2020). Σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας περί προσωπικών δεδομένων Άρθρο 27 του ν.4538/2018 και ν.2472/1997, διασφαλίστηκε η ανωνυμία καθώς και το απόρρητο.

Αναφορικά με το θέμα συμμετείχαν εξήντα πέντε (65) τυχαία δείγματα ως εξής:

α) 60 % εξετάστηκαν στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών και έλαβαν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και

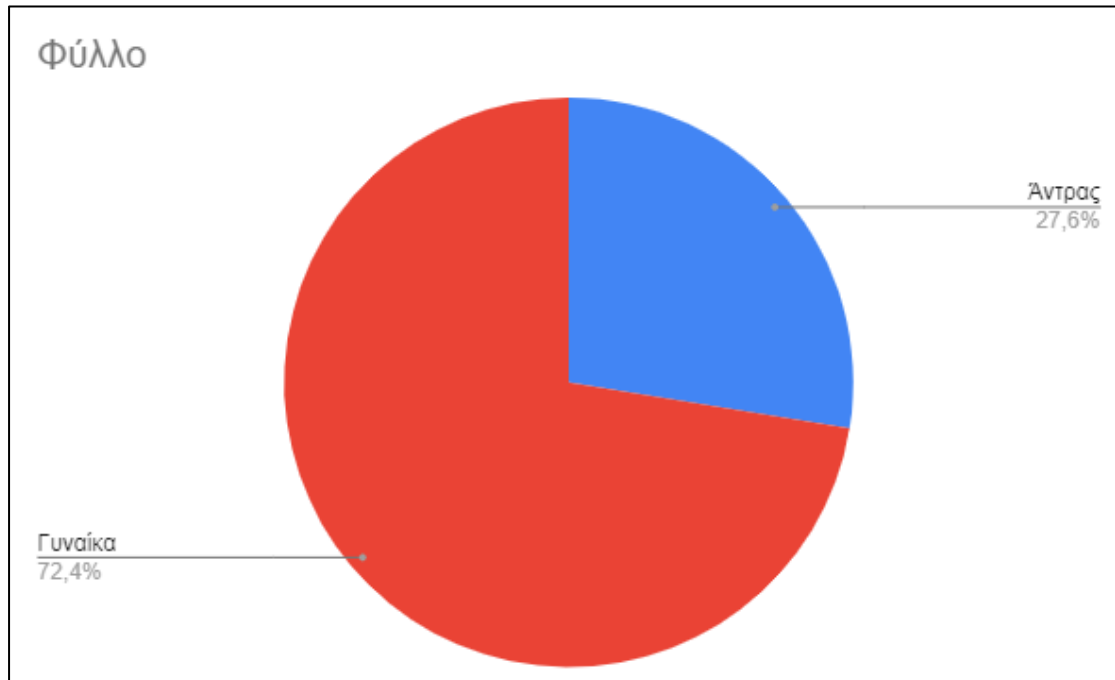
β) 40 % νοσηλεύτηκαν σε κλινικές του εν λόγω νοσοκομείου συμπεριλαμβανομένων και της Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής, ωφελούμενοι από δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ν.4486/20170)

**Η εν λόγω πιλοτική έρευνα λαμβάνει χώρα σε επτά (7) αλληλένδετες ενότητες αναφορικά με την ικανοποίηση των ληπτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και σύμφωνα με τις απαντήσεις υπάρχει σύγκλιση απόψεων και διακρίνεται εγκυρότητα και αξιοπιστία.**

## ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

### Ενότητα (1): Δημογραφικά χαρακτηριστικά

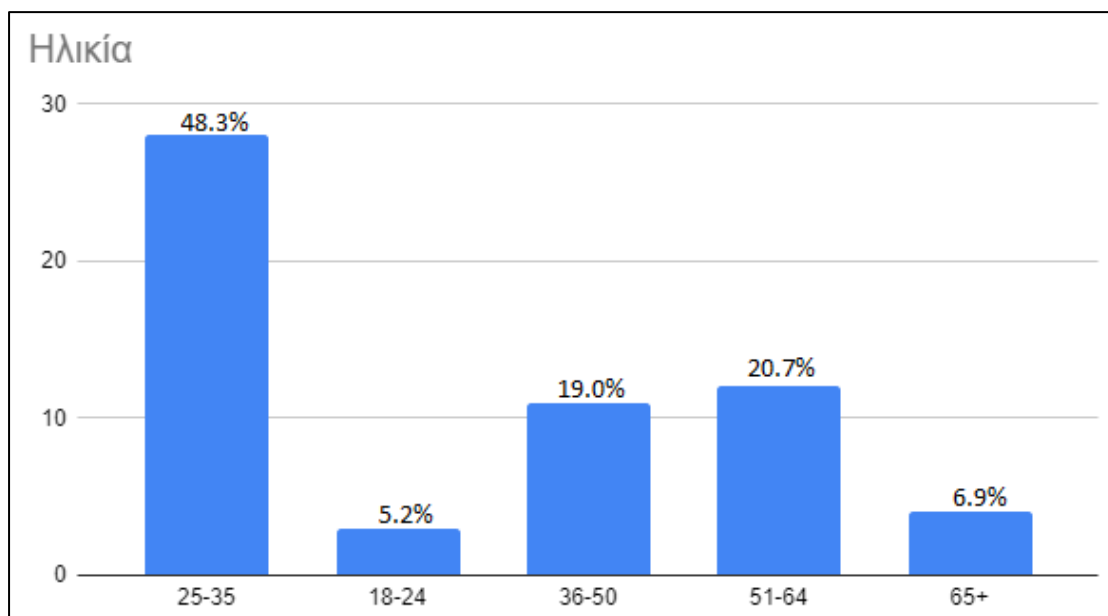
Το μεγαλύτερο ποσοστό που απάντησε είναι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες διότι οι γυναίκες συμμετέχουν περισσότερο σε έρευνες και επισκέπτονται περισσότερο τους δημόσιους φορείς υγείας.



Διάγραμμα:1<sup>α</sup>



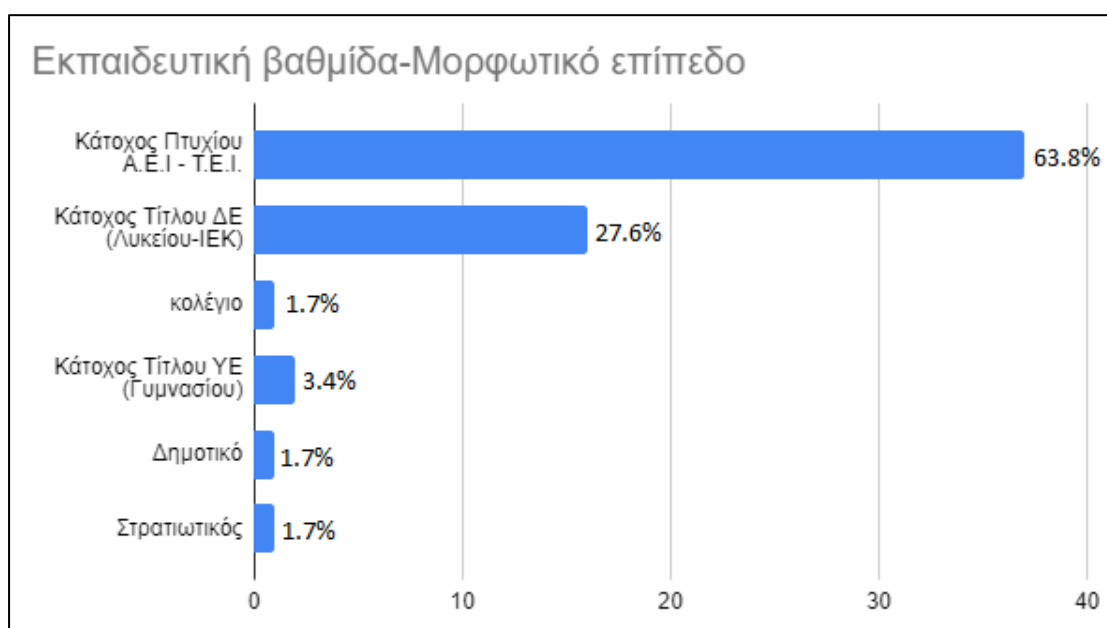
Σύμφωνα με τις απαντήσεις που συγκεντρώσαμε παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά σε ηλικίες 25-35 ετών διότι πολλοί νέοι τυγχάνουν ανασφάλιστοι, με αποτέλεσμα να επισκέπτονται τους δημόσιους φορείς όταν πρόκειται ιδιαίτερα τα έκτακτα περιστατικά. Με αυτό το στοιχείο είναι η έρευνα αποκτά μεγαλύτερη αξιοπιστία διότι όσο καλύτερη είναι η υγεία τόσο καλύτερη είναι και η αξιολόγηση του αποτελέσματος της έρευνας. Επίσης οι ηλικίες 50-60 ετών νοσούν περισσότερο ενώ στις ηλικίες 65 ετών και άνω δεν είχαμε μεγάλο ποσοστό διότι το ερωτηματολόγιο ήταν ηλεκτρονικό με αποτέλεσμα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να μην προσέλθουν στην έρευνα.



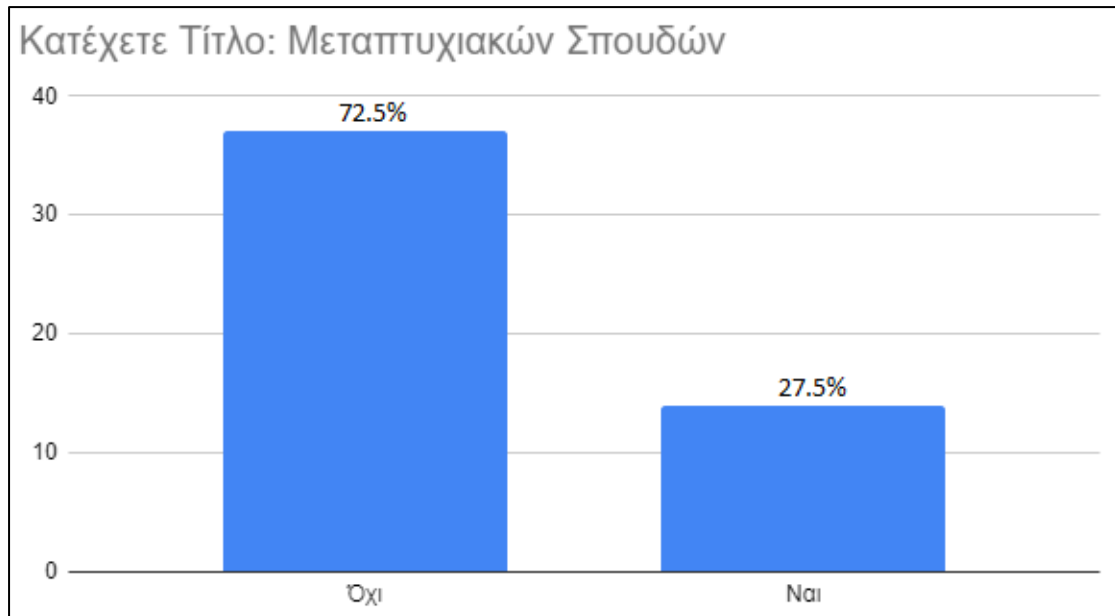
Διάγραμμα:1<sup>α</sup>

## Ενότητα (2):Μορφωτικό επίπεδο

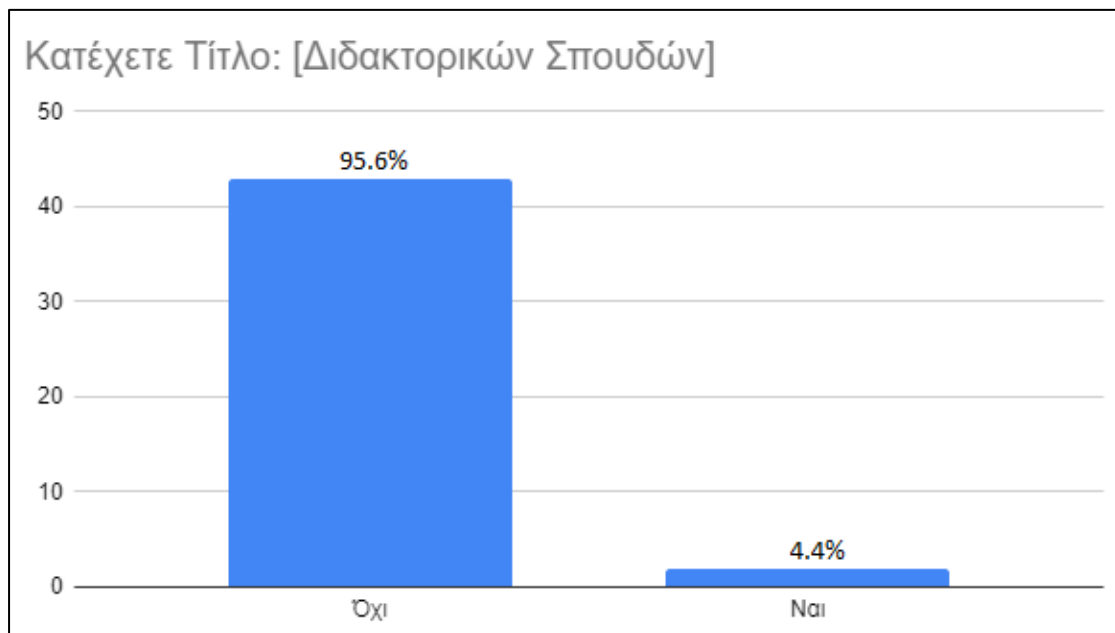
Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι κάτοχοι Πανεπιστημιακού Τίτλου σπουδών με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να έχουν αυξημένη αντίληψη της πραγματικότητας και αποτύπωσης της υφιστάμενης κατάστασης στο δημόσιο φορέα που επισκέφτηκαν.



Διάγραμμα:2α



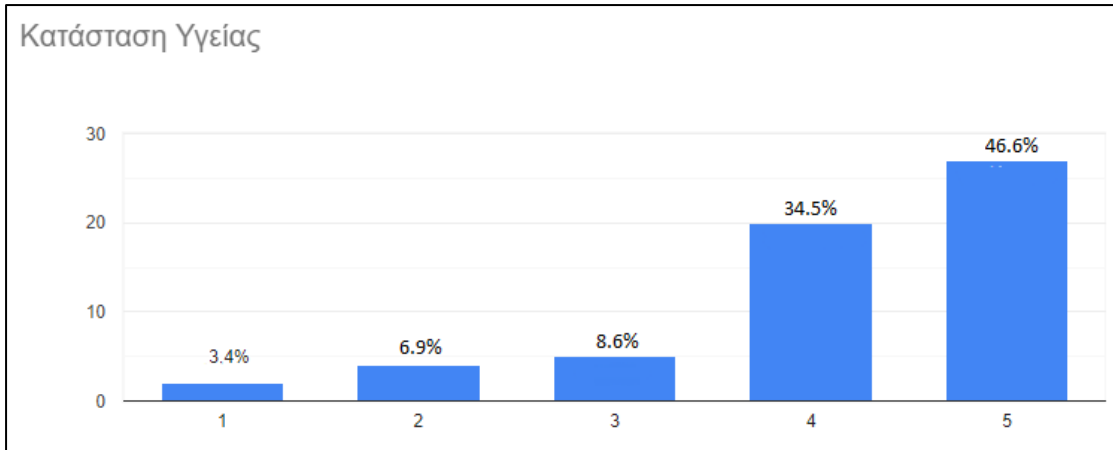
Διάγραμμα:2b



Διάγραμμα:2c

### Ενότητα (3): Ιατρικό ιστορικό λήπτη υπηρεσιών υγείας

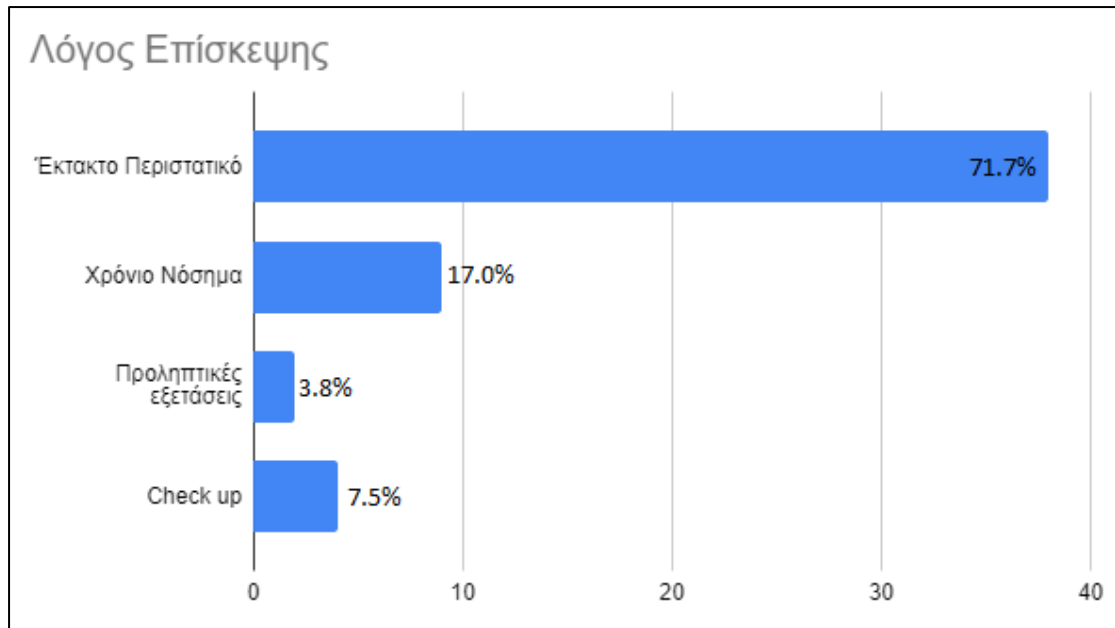
Στην ενότητα αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι η κατάσταση της υγείας του ήταν καλή και έκαναν 1-2 επισκέψεις σαν έκτακτα περιστατικά στο νοσοκομείο και αυτό προκύπτει από το ποσοστό της ηλικίας (στα διαγράμματα 1<sup>α</sup>, 3b, 3c), καθότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι νέοι.



Διάγραμμα:3α



Διάγραμμα:3b



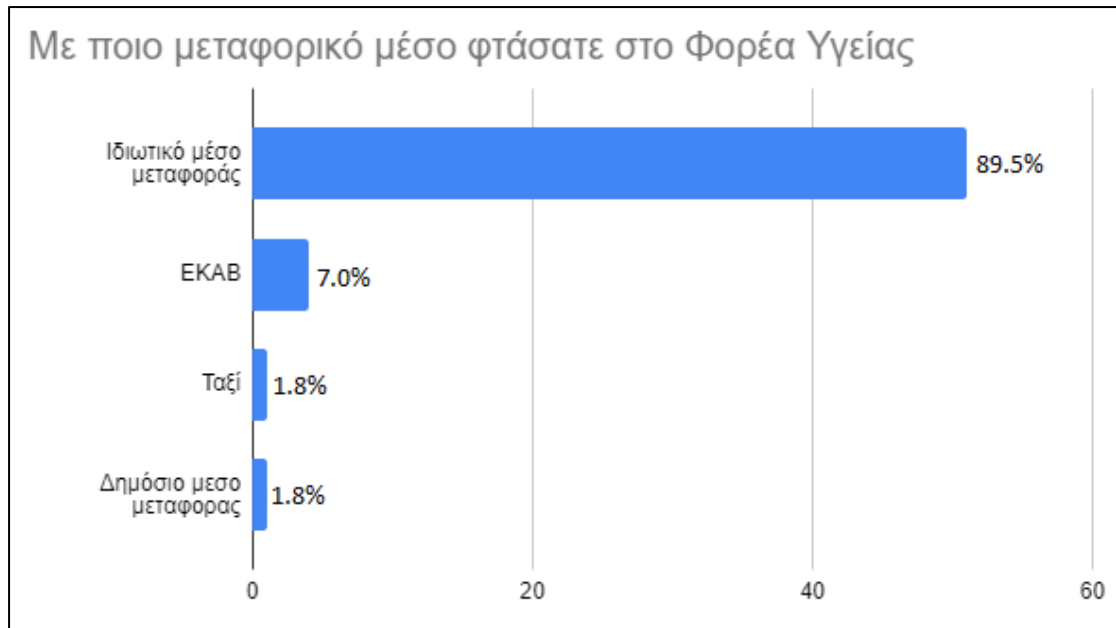
Διάγραμμα:3c

#### **Ενότητα (4): Εξυπηρέτηση στο Τ.Ε.Π. (Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας)**

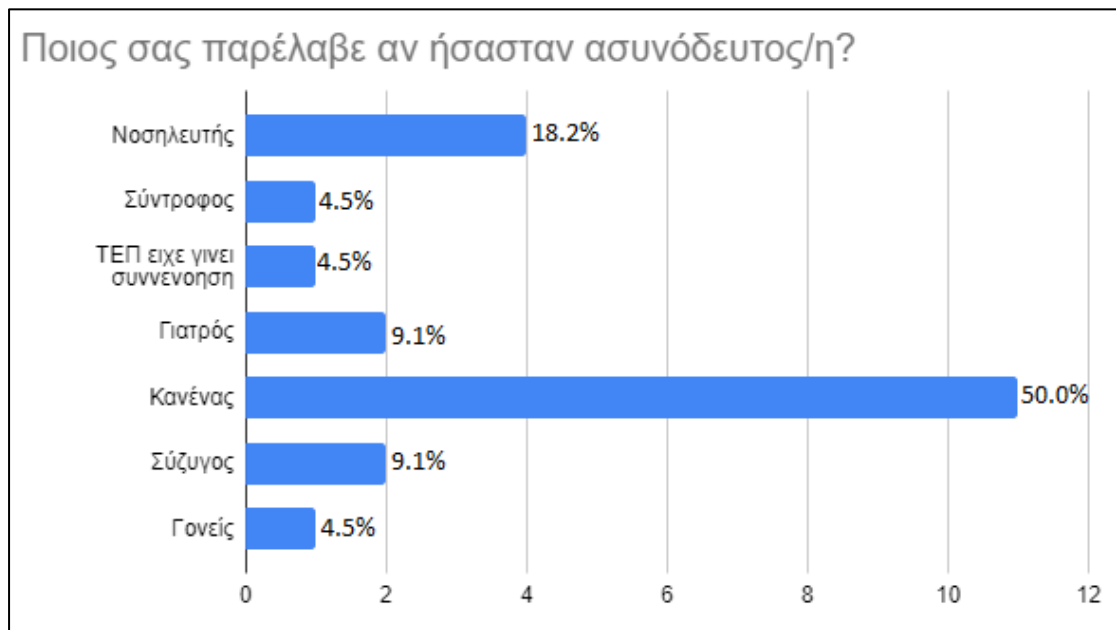
Στην ενότητα αυτή αποτυπώνεται η κατάσταση που επικρατεί στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία κατά την παραμονή του λήπτη υπηρεσιών υγείας, μέχρι να διαγνωστεί το αίτιο που τον οδήγησε στο νοσοκομείο.

Οι περισσότεροι καταφτάνουν με δικό τους μεταφορικό μέσο προκειμένου να αποφύγουν τυχόν καθυστερήσεις του ΕΚΑΒ, συνήθως δεν υπάρχει κάποιος να τους υποδεχτεί και αυτό δείχνει τις ελλείψεις του υγειονομικού, βοηθητικού προσωπικού και προσωπικού ασφαλείας στους δημόσιους φορείς (Διάγραμμα:4a ,Διάγραμμα:4b)

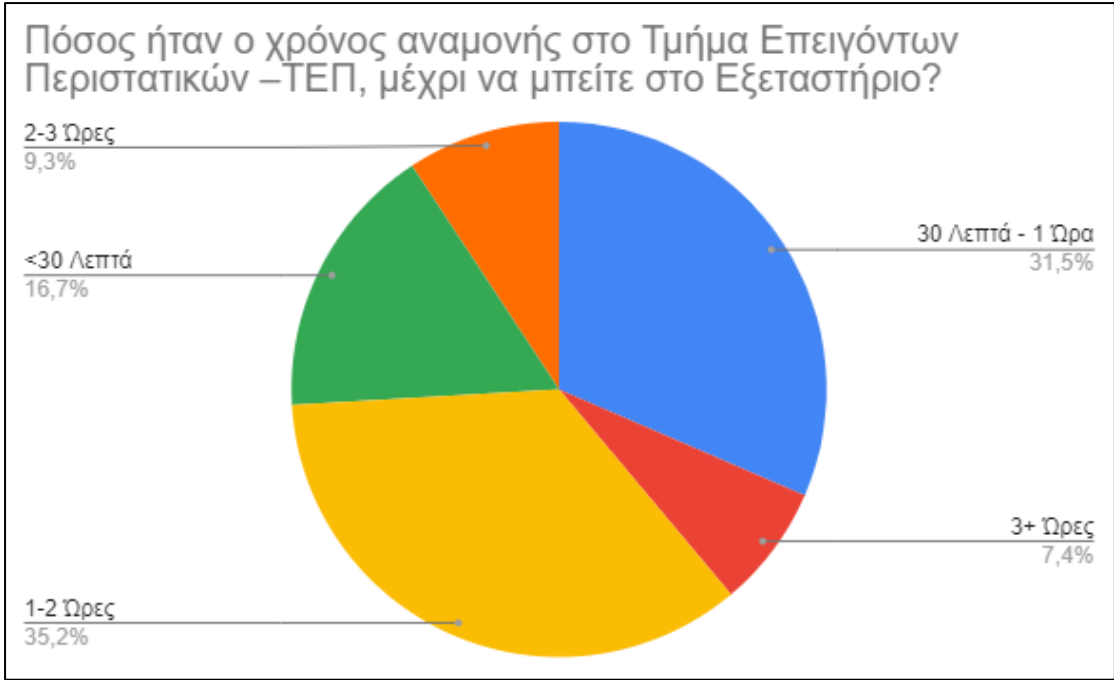
Ενώ αντιθέτως, ο χρόνος αναμονής για εξέταση στα ΤΕΠ και αξιολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων δεν ξεπερνά τις δύο ώρες περίπου. Αυτό κυρίως οφείλεται στον συντονισμό του εκάστοτε φορέα καθώς και στον εργαστηριακό εξοπλισμό όπως αναλυτές βιοϊατρικών εργαστηρίων, απεικονιστικά μηχανήματα νέας τεχνολογίας και γενικά ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που διαθέτουν τα νοσοκομεία.



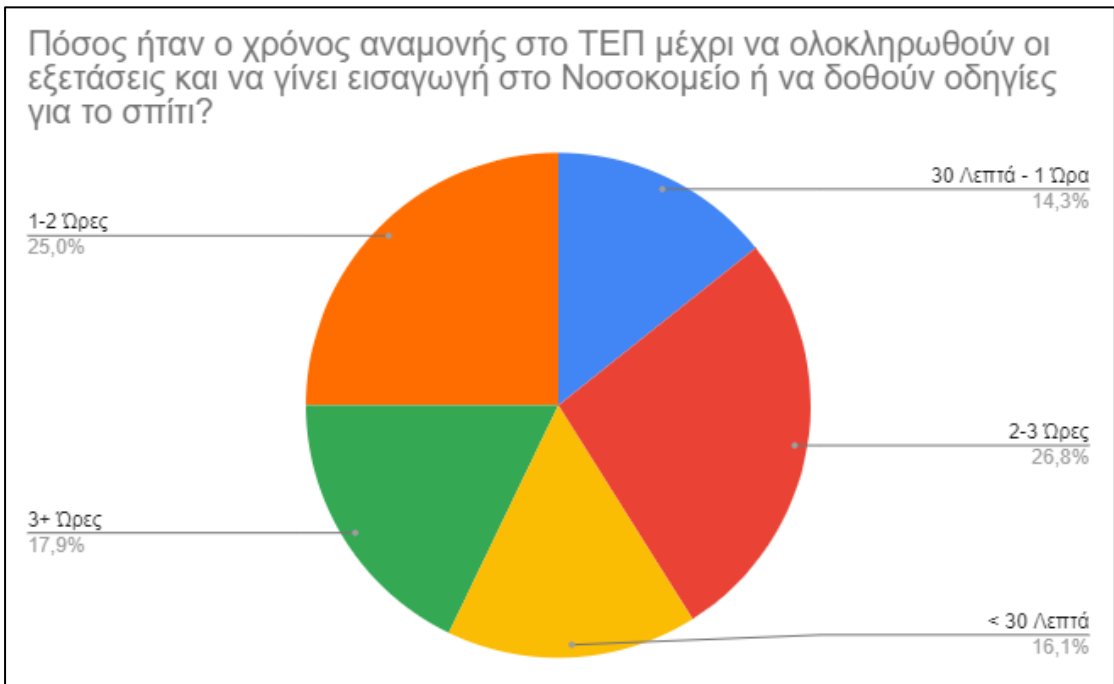
Διάγραμμα:4a



Διάγραμμα:4b



Διάγραμμα:4c



Διάγραμμα:4d

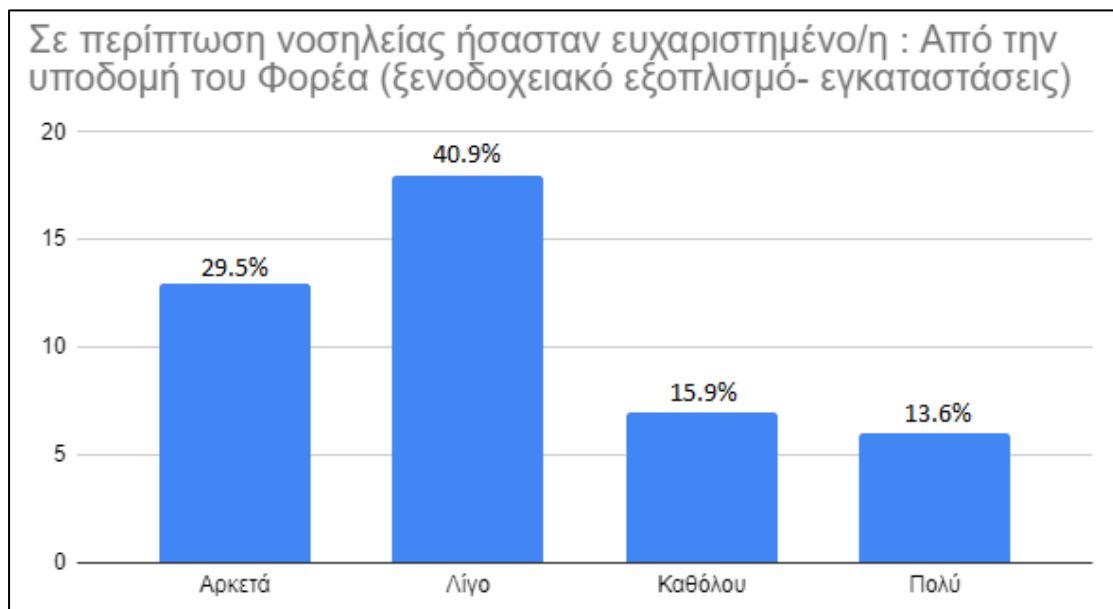
## Ενότητα (5):Νοσηλεία στη Μονάδα Υγείας (Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας)

Τα στοιχεία αυτής της ενότητας έχουν ιδιαίτερη σημασία για την ερευνητική διαδικασία στο χώρο της υγείας. Πρόκειται για τη νοσηλεία του λήπτη υπηρεσιών υγείας, ένα ζήτημα ιδιαίτερα ευαίσθητο και σημαντικό από το οποίο κρίνεται η έγκαιρη διάγνωση κάποιας ασθένειας ή λοίμωξης, η έκβαση κάποιας χειρουργικής επέμβασης ή η πορεία κάποιου χρόνιου νοσήματος.

Από τα παρακάτω διαγράμματα αντιλαμβανόμαστε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ληπτών υπηρεσιών υγείας δεν είναι ευχαριστημένο από τις υποδομές του Δημόσιου Φορέα (Διάγραμμα:5a) από τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό (Διάγραμμα:5b) από από τη σίτιση, την καθαριότητα, (Διάγραμμα:5f) και τις διοικητικές υπηρεσίες (Διάγραμμα:5g).

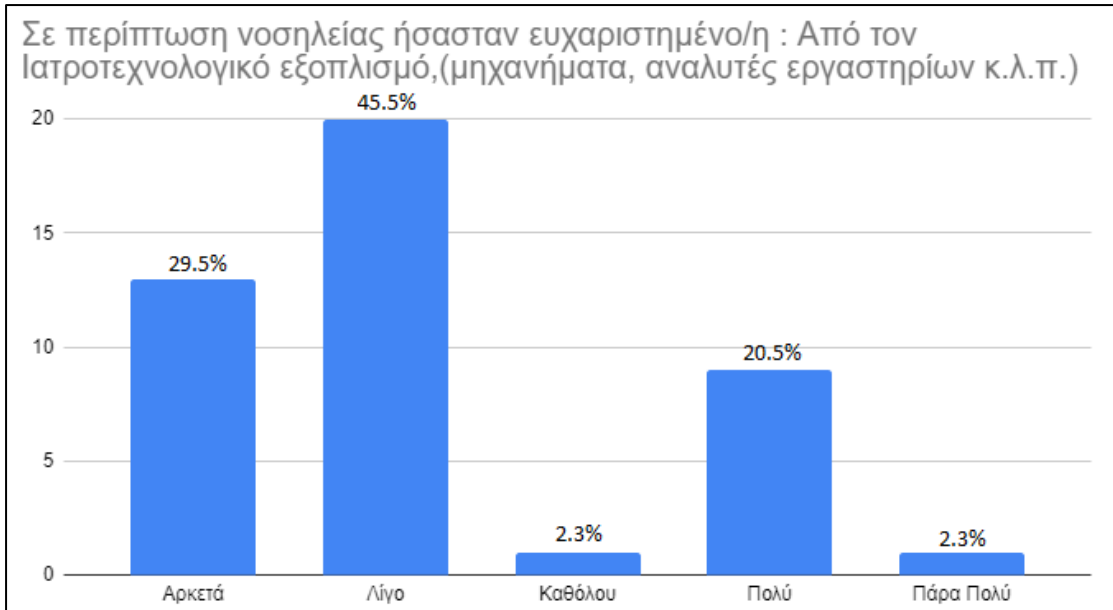
Αντίθετα οι λήπτες υπηρεσιών υγείας ήταν σε μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, το σεβασμό την αξιοπιστία την εχεμύθεια, τις τακτικές επισκέψεις, τον τακτικό εργαστηριακό έλεγχο, την ιατροφαρμακευτική κάλυψη (Διάγραμμα:5c, Διάγραμμα:5d Διάγραμμα:5e).

**Επίσης στο Διάγραμμα:5h μας δείχνει ότι ποσοστό 45,8% δηλώνει ότι δεν είχε οικονομική επιβάρυνση κατά τη νοσηλεία του στο Δημόσιο φορέα υγείας, γεγονός που σημαίνει ότι τα ασφαλιστικά Ταμεία καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος των κλειστών νοσηλείων**

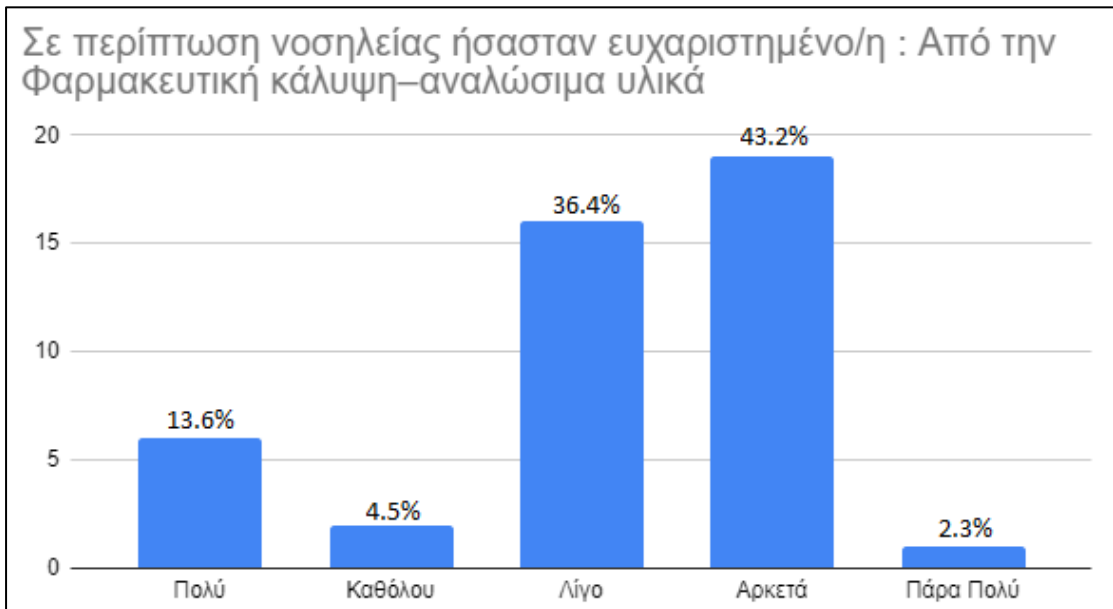


Διάγραμμα:5a



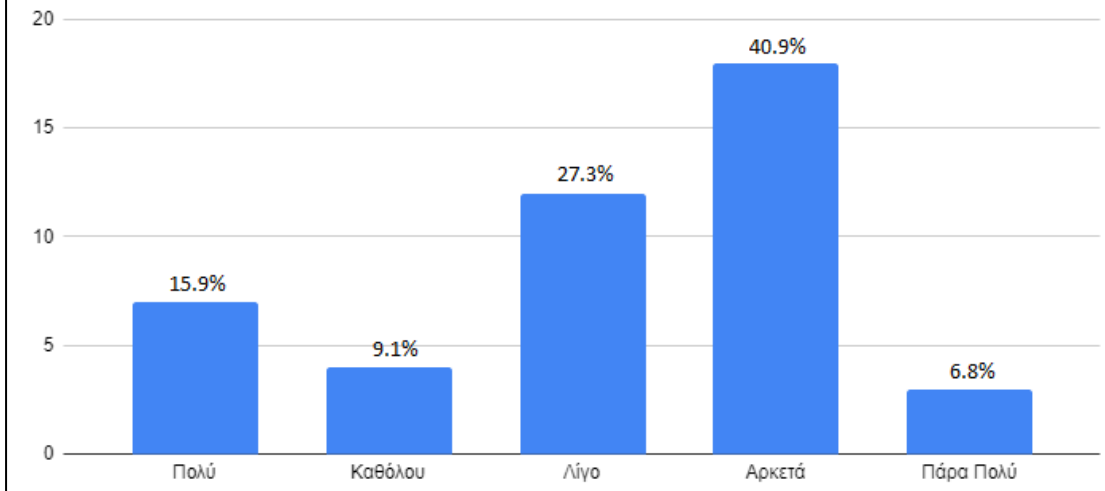


Διάγραμμα:5b



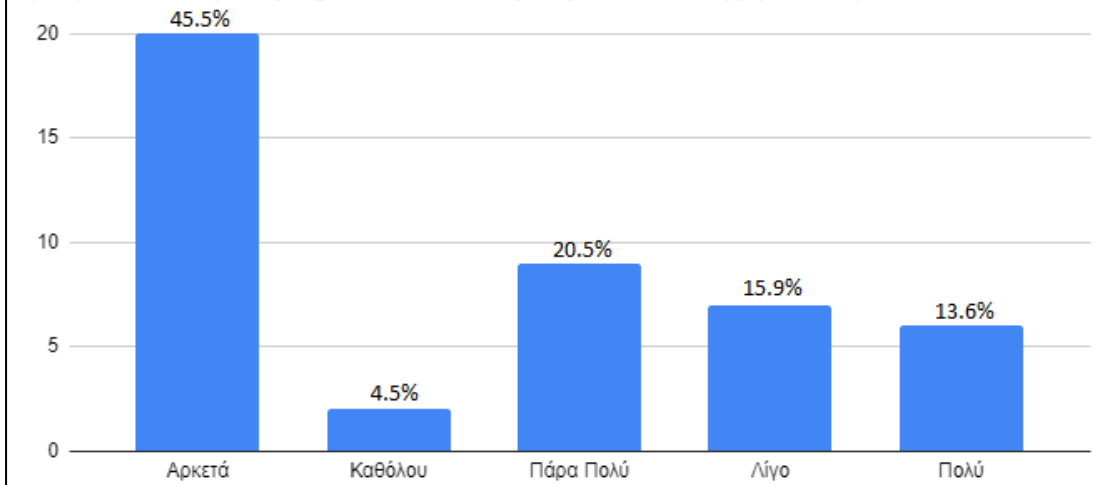
Διάγραμμα:5c

Σε περίπτωση νοσηλείας ήσασταν ευχαριστημένο/η : Από την Ιατρική περίθαλψη-τακτικές επισκέψεις ιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικών εξετάσεων (π.χ. υπέρηχο, αξονικές τομ., αιματολογικές εξετ., ακτινογραφίες)

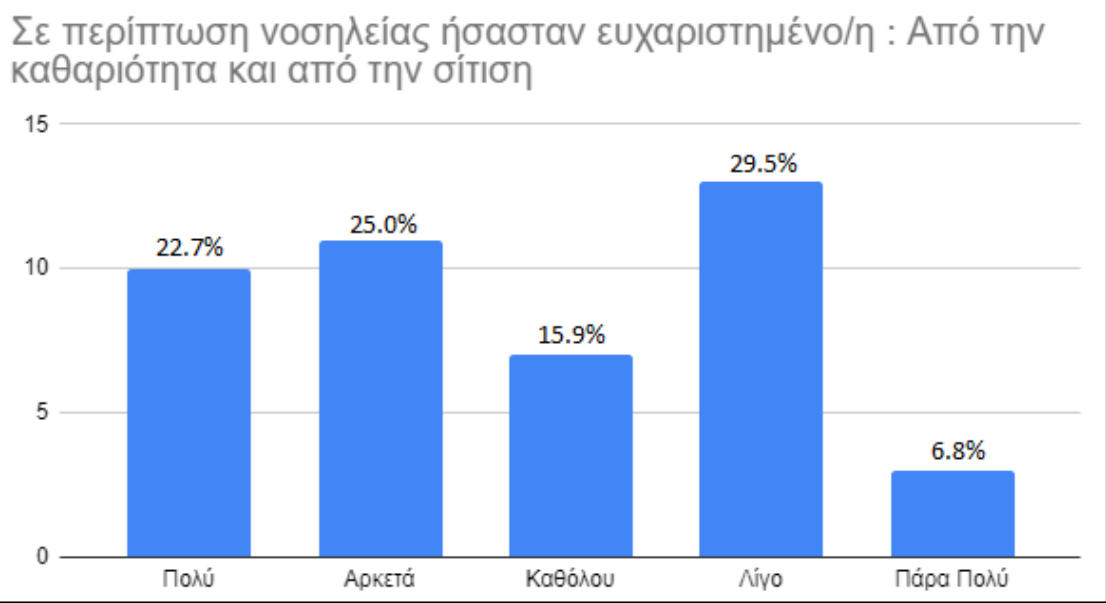


Διάγραμμα:5d

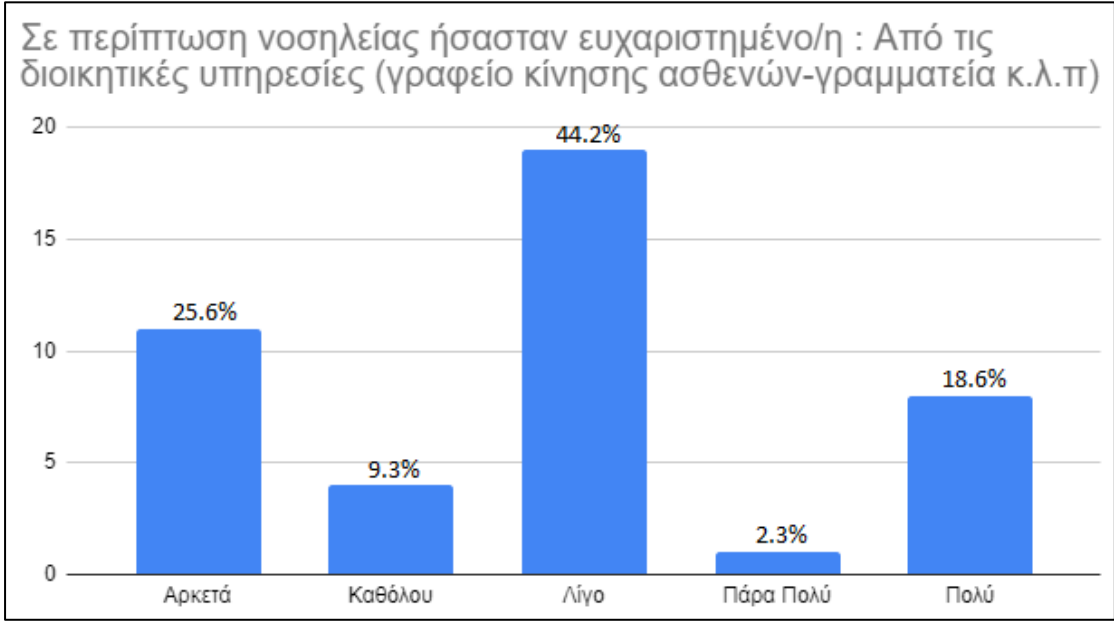
Σε περίπτωση νοσηλείας ήσασταν ευχαριστημένο/η : Από τη συμπεριφορά του Ιατρικού, Νοσηλευτικού, Υγειονομικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός στον ασθενή, αξιοπιστία, εχεμύθεια)



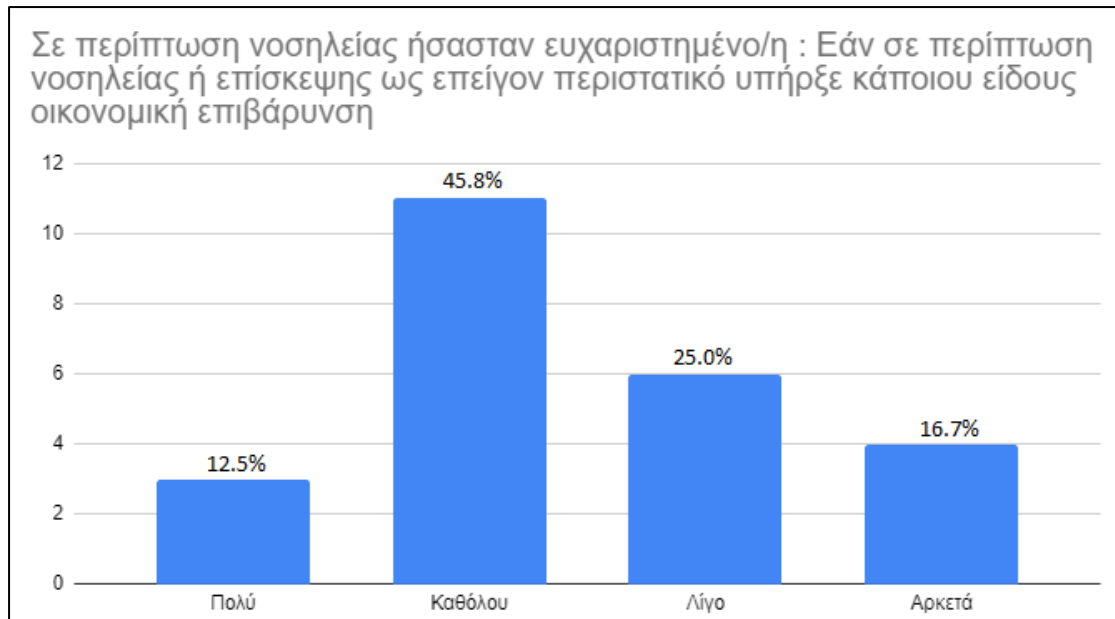
Διάγραμμα:5e



Διάγραμμα:5f



Διάγραμμα:5g



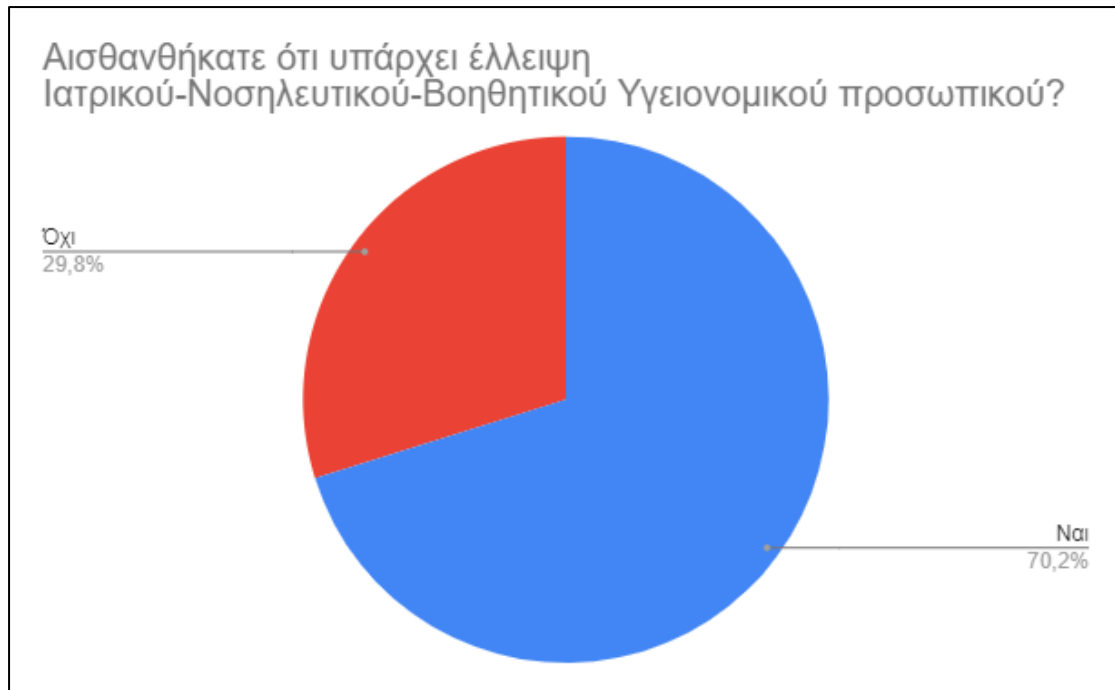
Διάγραμμα:5h

#### **Ενότητα (6):Προσωπική άποψη-αντίληψη ασθενούς / λήπτη υπηρεσιών υγείας για τη Μονάδα Υγείας**

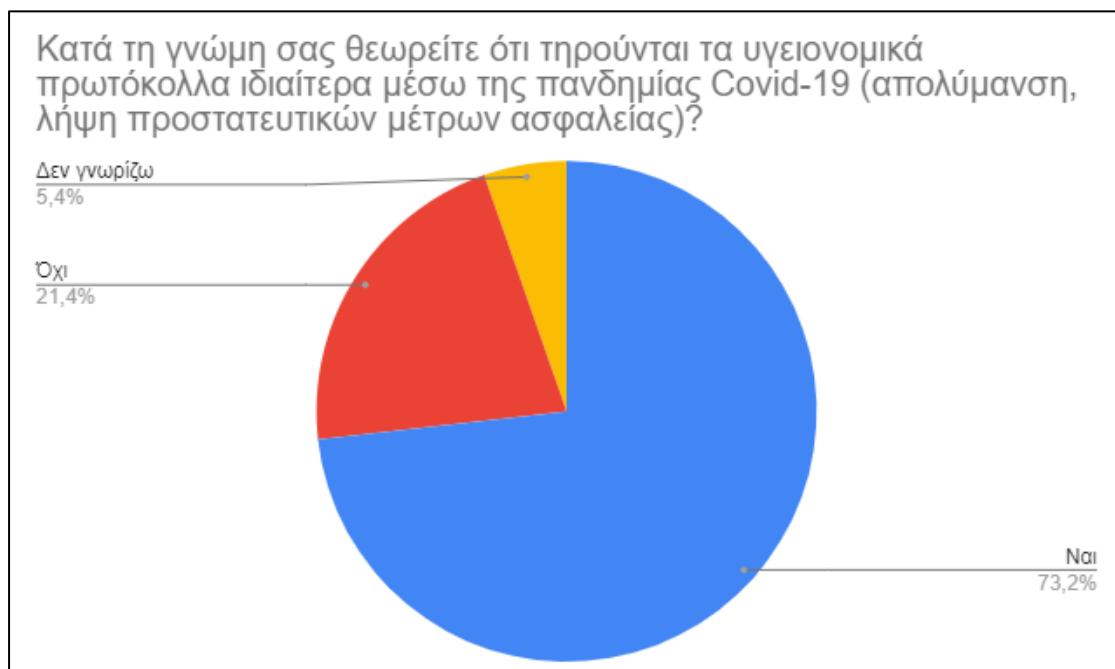
Από αυτή την ενότητα προκύπτουν καθαρά οι μεγάλες ελλείψεις του Ιατρικού, νοσηλευτικού, βοηθητικού, υγειονομικού προσωπικού (Διάγραμμα: 6a)

Ενώ από το διάγραμμα 6b συμπεραίνουμε ότι εν μέσω πανδημίας τηρούνται τα υγειονομικά πρωτόκολλα στο μέγιστο δυνατό καθώς και τα μέτρα προστασίας.

Αυτό μας δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας τηρούν τους κανόνες ασφαλείας και υλοποιούν το έργο τους στο μέγιστο δυνατό παρά τις αντίξοες συνθήκες εργασίας.



Διάγραμμα: 6α



Διάγραμμα: 6β

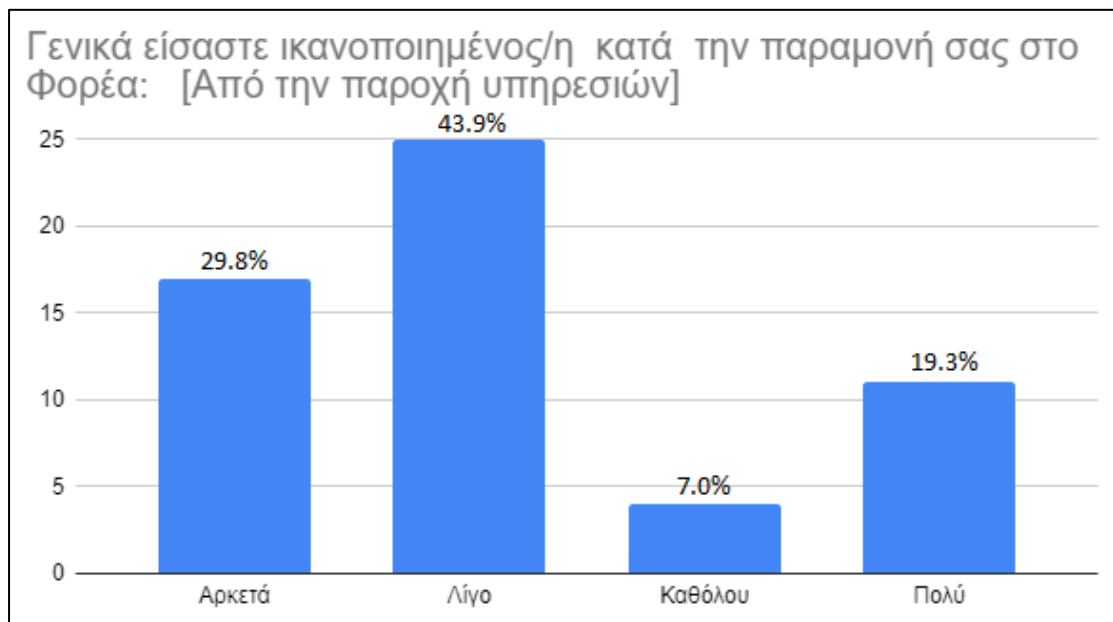
**Ενότητα (7): Ικανοποίηση ασθενούς/ λήπτη υπηρεσιών υγείας από τη Μονάδα Υγείας, συστάσεις σε άλλους λήπτες.**

Τέλος από αυτή την ενότητα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού δεν είναι ικανοποιημένο από τις παροχές υπηρεσιών υγείας, κυρίως από τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό, την σίτιση, σε αντίθεση με την συμπεριφορά και την

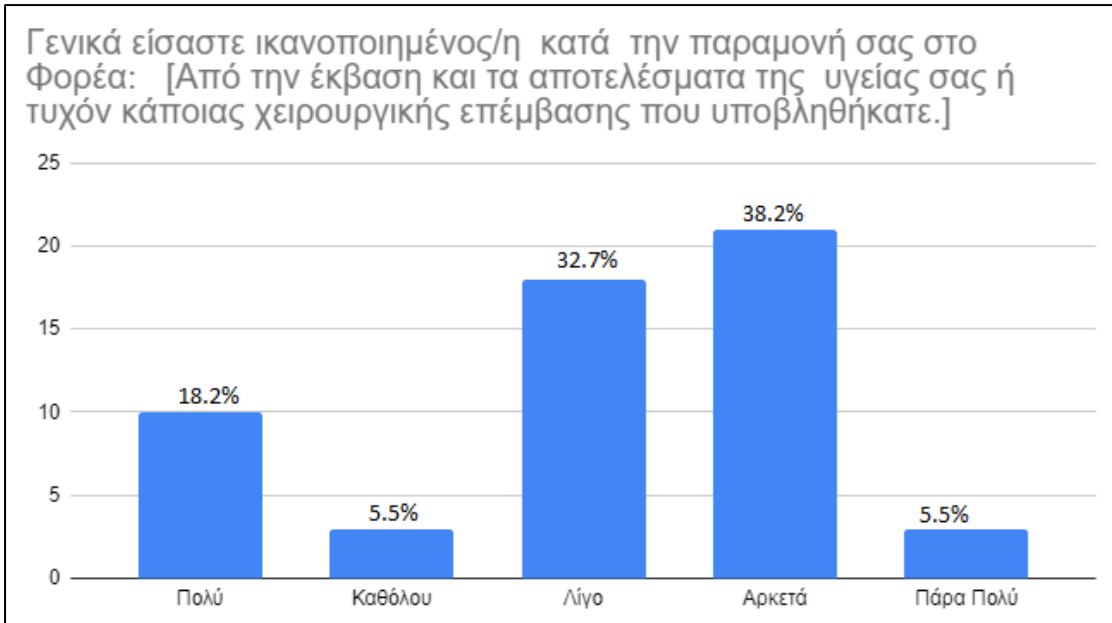
αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας κατά την παραμονή τους στη συγκεκριμένη Μονάδα υγείας.

Σημειώνεται ότι η έκβαση της υγείας από χειρουργικές επεμβάσεις και γενικά η παρακολούθηση της πορείας της υγείας των ληπτών υπηρεσιών υγείας φάνηκαν να ικανοποιούν το ένα τρίτο του πληθυσμού.

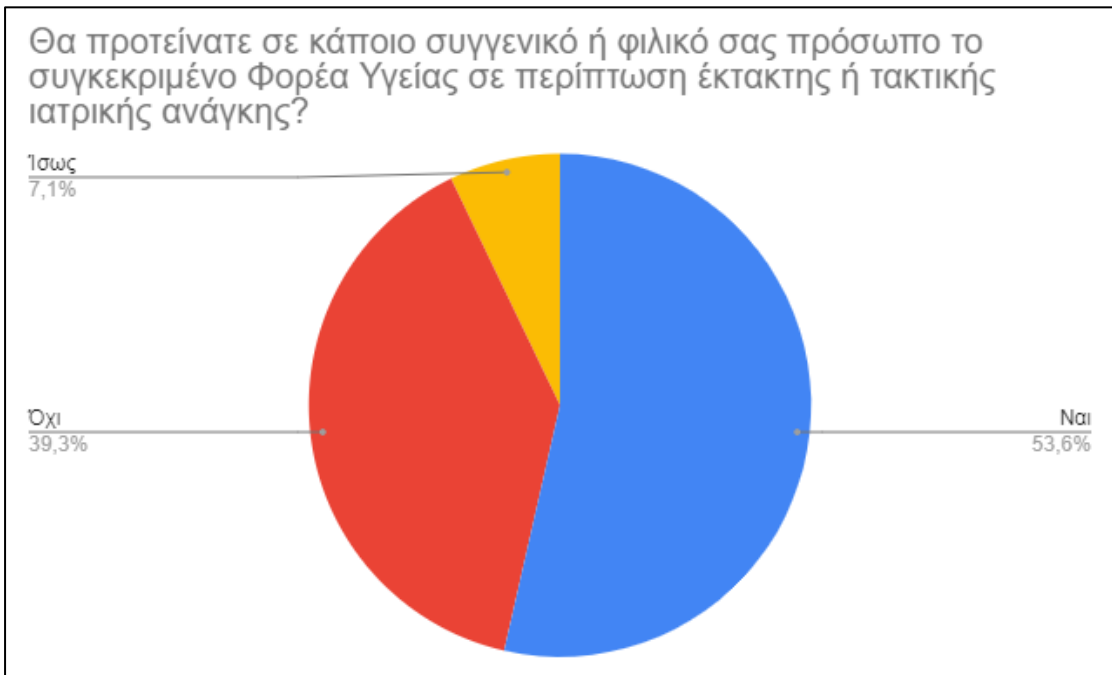
**Παρόλα αυτά ποσοστό 53,6% των συμμετεχόντων θα πρότειναν σε οικεία τους πρόσωπα να επισκεφθούν το Γ.Ν.Α. «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜ ΦΛΕΜΙΓΚ-Π.ΠΕΝΤΕΛΗΣ» σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, διότι όπως αποδείχθηκε από την παραπάνω έρευνα διαθέτει προσβασιμότητα, εγκυρότητα και αξιοπιστία.**



Διάγραμμα:7a



Διάγραμμα:7b



Διάγραμμα:7c