



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

ΣΧΟΛΗ Ν.Ο.Π.Ε

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΤΗΣ

ΦΩΤΕΙΝΗΣ Τ. ΚΟΥΛΟΥΡΗ

«Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ.

Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ »

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Γ. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω μέσα από αυτές τις σελίδες, όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου, στον **επιβλέποντα Καθηγητή της παρούσας διατριβής κο Γιάννη Υφαντόπουλο**, για την αμέριστη, ηθική και επιστημονική υποστήριξη προς το πρόσωπό μου, καθώς και για την ειλικρινή και ανιδιοτελή συμπαράσταση του σε κάθε στιγμή της αρμονικής μας συνεργασίας και την άνευ ορίων εμπύχωση μου, που συνέβαλαν στην επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής. Χωρίς τη συμβολή του τίποτε δεν θα είχα επιτύχει. Αποτελεί τιμή και μεγάλη ευθύνη η εμπιστοσύνη που μου επέδειξε.

Εκφράζω τις θερμότερες ευχαριστίες μου **στους κ. κ Καθηγητές της τριμελούς Επιτροπής Αλ. Μητρόπουλο και Μαίρη Γείτονα** που συνέβαλαν με τις αξιολογήσεις τους, να ολοκληρώσω αυτό το υπέροχο ταξίδι γνώσης.

Επίσης θα ήταν σημαντική παράλειψη εκ μέρους αν δεν ευχαριστούσα τη **Γραμματέα του Τμήματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσιο Δίκαιο και Δημόσια Πολιτική» κα Μάγια Στογιάνοβα** για την υποστήριξή της και την άψογη συνεργασία μας αφού με τις συμβουλές, την καθοδήγησή αλλά πάνω από όλα την εμπύχωσή της κατάφερα να ολοκληρώσω το έργο.

Ευχαριστώ όλους όσους δέχτηκαν πρόθυμα να συμμετέχουν στην ποσοτική και ποιοτική έρευνα της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Ξεχωριστά εκφράζω από καρδιάς τις ευχαριστίες μου, **στην εκλεκτή οικογένεια μου, το σύζυγο και τα παιδιά μου** για την αμέριστη υποστήριξη τους και την ανοχή τους στο πρόσωπό μου, χωρίς την οποία δεν θα είχε επιτύχει η προσπάθεια και να ζητήσω συγνώμη για το χρόνο που τους στέρησα.

Τέλος αποτίνω τιμή και καταθέτω ψυχή στους εκλιπόντες γονείς μου, οι οποίοι αποτέλεσαν φωτεινούς φανούς στη ζωή μου και τους οφείλω τα πάντα.....

«Στην εκλεκτή μου οικογένεια...

Και τους εκλιπόντες γονείς μου...»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν στα συστήματα υγείας στην Ευρώπη με εστίαση στο ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. Σήμερα, η οικονομική κρίση έχει ασκήσει καταλυτική επιρροή και στα συστήματα υγείας και κοινωνικής προστασίας. Σε όλη την Ευρώπη και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, εδώ και αρκετά χρόνια διαφαίνονται οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και στα συστήματα υγείας αυτά που έχουν υποστεί σημαντικούς μετασχηματισμούς και μεταβολές. Επιπλέον, οι προκλήσεις που υπάρχουν είναι μεγάλες και θα πρέπει να αναδειχθούν λύσεις και προτάσεις αντιμετώπισης τους. Η συνεχόμενη μείωση των πόρων στον τομέα της υγείας έχει εγείρει σημαντικές αμφιβολίες για το κατά πόσο τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και ειδικότερα το ελληνικό, επιτυγχάνουν τους στόχους τους και είναι πλέον αποτελεσματικά στις υπηρεσίες που παρέχουν και στις ανάγκες των πληθυσμών που καλύπτουν.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας με εστίαση στο ελληνικό ώστε να αναδειχθεί ο βαθμός ισότητας και αποδοτικότητας του βάσει των μεταρρυθμίσεων που έχουν γίνει. Η αξιολόγηση αυτή εστιάζει στην επίτευξη των στόχων και στις υπηρεσίες που αυτά προσφέρουν στους χρήστες τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ποσοτικής και ποιοτικής (μεικτής) μεθόδου και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η ημί-δομημένη συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου. Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις ορίζονται ως οι συνεντεύξεις που στηρίζονται σε μία ελεύθερη συζήτηση και όχι σε προκαθορισμένες ερωτήσεις των οποίων τη δομή, τη διατύπωση και τη σειρά θα πρέπει να τηρήσει η ερευνήτρια. Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας κρίσεως (judgmental). Η δειγματοληψία κρίσεως δεν είναι τυχαία και το δείγμα προσδιορίζεται από την ερευνήτρια που διεξάγει την έρευνα. Η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου έγινε λόγω της ομοιογένειας του δείγματος καθώς επίσης και λόγω του ότι η τυχαία δειγματοληψία δεν ήταν εφικτή. Η παρούσα έρευνα επίσης είναι συμπερασματική, περιγραφική και στατιστική καθώς είναι και ποσοτική και εξάγει συμπεράσματα τόσο με τη χρήση ερωτηματολογίων, όσο και με πληροφορίες που αντλούνται μέσω των στοιχείων που προέρχονται από δημόσιες υπηρεσίες. Η

ερευνητική διαδικασία που ακολουθείται είναι ο καθορισμός του στόχου και ο έλεγχος των θεωρητικών υποθέσεων οι οποίες υπόκεινται στα στοιχεία που συγκεντρώνονται και απορρίπτονται ή επιβεβαιώνονται.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είχαν ως στόχο τον εντοπισμό των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας, έτσι όπως αυτά βιώνονται και γίνονται αντιληπτά από τους λήπτες των υπηρεσιών του, αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας, με εστίαση στους τομείς της ισότητας και της αποδοτικότητας.

Η έλλειψη πόρων που προκάλεσε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα θεωρήθηκε πιθανό ότι είχε σημαντικές επιπτώσεις στην ισότητα αλλά και στην αξιοπιστία των υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Με αυτό τον τρόπο επιδεινώθηκαν ακόμα περισσότερο οι παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας που δεν μπόρεσαν να εξαλείψουν οι μεταρρυθμίσεις που έχει υποστεί κατά καιρούς.

Από την ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας προκύπτουν τα παρακάτω βασικά συμπεράσματα:

- Δεν υπάρχει ισότιμη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Μεγάλο μέρος των πολιτών στερείται τη χρήση των υπηρεσιών του, κάτι που προκύπτει από αιτίες όπως η έλλειψη ασφάλισης, απόρροια της αύξησης του ποσοστού ανεργίας αλλά και από την μη επαρκή κατανομή των υπηρεσιών υγείας καθώς και της καθολικής επέκτασης τους σε όλους τους τομείς.
- Ο ιδιωτικός τομέας προτιμάται έναντι του δημοσίου, στην περίπτωση που υπάρχει οικονομική δυνατότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας θεωρούνται αναξιόπιστες και εντοπίζονται σημαντικά προβλήματα στην εξυπηρέτηση των χρηστών που προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα γιατί θεωρούν πως θα εξυπηρετηθούν καλύτερα αλλά και πιο γρήγορα.
- Σύμφωνα με τις βασικές ερευνητικές υποθέσεις εντοπίστηκε ότι όντως η πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι ισότιμη και βασική αιτία αυτού, οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης. Επίσης, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν θεωρούν αξιόπιστο το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας και γι'αυτό αρκετοί από αυτούς απευθύνονται σε ιδιώτες ιατρούς. Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας δεν έχουν μεταβάλλει σημαντικά το επίπεδο των υπηρεσιών του, με εξαίρεση κάποιους τομείς όπως η συνταγογράφηση. Τέλος, οι

χρήστες των υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στις παροχές που λαμβάνουν.

Η διαφορά του ελληνικού συστήματος υγείας, με τα υπόλοιπα, είναι η έλλειψη προγραμματισμένων και συστηματικών μεταρρυθμίσεων, που θα λαμβάνουν υπόψη τους όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία τους. Αν και, με διαφορές ανάμεσα τους, τα συστήματα υγείας της Ευρώπης συγκριτικά με το ελληνικό, παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό αποδοτικότητας και οι νομοθετικές ρυθμίσεις εφαρμόζονται, αξιολογούνται και μετασχηματίζονται σύμφωνα με τα αποτελέσματα που επιφέρουν. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση των προβλημάτων του ελληνικού συστήματος υγείας θεωρείται ζωτικής σημασίας προκειμένου οι μεταρρυθμίσεις που θα γίνουν να τα επιλύσουν και να μην διαιωνίζεται αυτή η κατάσταση. Το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αντιπαραβάλλεται με άλλα της Ευρώπης που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα αποτελεί και την πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας.

Λέξεις κλειδιά: δημόσια υγεία, αποδοτικότητα, ισότητα, μεταρρυθμίσεις, συστήματα υγείας, πόροι, δομή, οργάνωση.

ABSTRACT

This paper aims to examine the dynamics of reforms in health systems in Europe with a focus on Greek. Health and social protection systems constituting the welfare state are now faced with major developments and changes due to new social conditions and the economic crisis. This results in intense transformations that affect their traditional typology, and at the same time face significant challenges that are growing increasingly in countries that are experiencing the effects of the economic crisis such as Greece. The continuing reduction in health resources has raised considerable doubts about whether European health systems, and in particular the Greek one, are achieving their goals.

The purpose of this research is to evaluate the reforms of the European health systems focusing on the Greek one in order to highlight its effectiveness and efficiency. This evaluation focuses on achieving the goals and the services they offer to their users.

The research was conducted through a quantitative and qualitative method and the research tools used were the semi-structured interview and the closed-ended questionnaire. Semi-structured interviews are defined as interviews based on a free debate and not on predetermined questions whose structure, formulation, and sequence the interviewer must adhere to. The judgmental method was chosen for this study. The sample sampling is not random and the sample is determined by the person conducting the survey. The application of this method was due to the homogeneity of the sample as well as to the fact that random sampling was not feasible. This research is also conclusive, descriptive and statistical, as it is quantitative and draws conclusions both with the use of questionnaires and with information obtained through the data already available in statistical and government departments. The procedure followed is the goal definition and the control of theoretical assumptions that are subject to the data collected and rejected or confirmed.

The research questions raised were aimed at identifying the problems faced by the Greek public health system as they are experienced and perceived by the recipients of their services as well as by health professionals.

The lack of resources caused by the economic crisis in Greece was considered likely to have had a significant impact on equality but also on the credibility of health

system services. This has further aggravated the pathogens of the Greek health system, which have not been able to overcome the reforms it has undergone from time to time.

Based on the analysis of the findings of the research, the following indicative conclusions are drawn:

- There is no equal access to the public health system. A large portion of the citizens are not able to use his services due to the reasons such as the lack of insurance and the lack of the distribution of the health services and their total expansion.
- The private sector is preferred to the public if it is economically possible. This is happening due to the belief that the services of the public health systems are considered without credibility and are major problems in the help of the users which prefer the private sector because they believe they will have better and quicker service.
- According to the basic research cases it was found that access to the public health system is not fair and the root cause of this is the consequences of the economic crisis. Also, health care users do not consider the Greek public health system to be reliable, and so many of them are addressed to private doctors. The reforms that have been made to the Greek public health system have not changed significantly the level of its services except in some areas such as prescribing. Finally, users of health services face significant problems with the benefits they receive.

The difference between the Greek health system and the rest is the lack of planned and systematic reforms that will take into account all the factors that affect their functioning. Although with differences between them, the health systems of Europe compared to the Greek one, are highly efficient and the legislative regulations are implemented, evaluated and transformed according to the results they bring. Therefore, the assessment of the problems of the Greek health system is considered vital for the reforms that will be made to resolve them and not to perpetuate this situation. The fact that the Greek health system contrasts with other European countries facing similar problems is also the originality of this research.

Key words: public health, efficiency, equality, reforms, health systems, resources, structure, organization.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	7
Εικόνες.....	14
Γραφήματα.....	15
Πίνακες	20
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	28
1.1. Διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος.....	28
1.2. Λόγοι και κριτήρια για την επιλογή του θέματος.....	30
1.3. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	33
2.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του συστήματος υγείας	33
2.2. Διοικητική επιστήμη και διοίκηση υπηρεσιών υγείας.....	40
2.3. Τα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας	49
2.4. Αξιολόγηση υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.....	64
2.5. Παράγοντες μη υλοποίησης των στόχων	72
2.6. Αντοχή των συστημάτων υγείας στις νέες ιατρικές ανακαλύψεις	74
2.7. Διδάγματα από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας	76
2.8. Συστήματα υγείας στην Ευρώπη και μεταρρυθμίσεις την περίοδο της οικονομικής κρίσης 86	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ.....	99
3.1. Εισαγωγή.....	99
3.2. Διοικητική οργάνωση και δομή.....	100
3.3. Κύριες μεταρρυθμίσεις.....	107
3.4. Αποκέντρωση	108
3.5. Χρηματοδότηση-δαπάνες υγείας.....	109
3.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	122
4.1. Εισαγωγή.....	122
4.2. Διοικητική οργάνωση και δομή.....	123
4.3. Κύριες μεταρρυθμίσεις.....	126
4.4. Αποκέντρωση	132

4.5. Χρηματοδότηση-δαπάνες υγείας.....	134
4.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις	138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ.....	141
5.1. Εισαγωγή	141
5.2. Διοικητική οργάνωση και δομή.....	144
5.3. Κύριες μεταρρυθμίσεις.....	145
5.4. Αποκέντρωση	148
5.5. Χρηματοδότηση-δαπάνες υγείας.....	149
5.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	155
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	158
6.1. Εισαγωγή	158
6.2. Χαρακτηριστικά του Συστήματος.....	160
6.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	163
6.4. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις.....	175
6.5. Οι αδυναμίες του ΕΣΥ.....	182
6.6. Δείκτες υγείας	188
6.7. Χρηματοδότηση	195
6.8. Η Υγεία στην Ελλάδα.....	224
6.8.1. Μεθοδολογικά στοιχεία - Πηγές.....	224
6.8.2. Προσδόκιμο ζωής-θνησιμότητα.....	225
6.8.3. Πρόωρη θνησιμότητα	227
6.8.4. Θνησιμότητα από καρδιακά και εγκεφαλικά	228
6.8.5. Αυτοκτονίες	229
6.8.6. Κατάσταση υγείας- Χρόνια νοσήματα	230
6.8.7. Κατάθλιψη.....	234
6.8.8. Αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας	235
6.8.9. Λοιμώδη Νοσήματα	237
6.8.10. Ανθρώπινο Δυναμικό στην Υγεία-Υποδομές.....	238
6.8.11. Ιατροί.....	240
6.8.12. Φαρμακεία – Οδοντιατρεία	242
6.8.13. Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες και Μαιείς.....	245
6.8.14. Ψυχίατροι.....	245
6.8.15. Νοσηλευτικό προσωπικό	246
6.8.16.Δομές Υγείας	247
6.8.17.Ιατρική Τεχνολογία –Εξοπλισμός.....	249

6.8.18. Κλίνες νοσοκομείων	251
6.8.19. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	251
6.8.20.Επισκέψεις σε οδοντίατρο	252
6.8.21. Εισαγωγές στα Νοσοκομεία.....	252
6.8.22. Μέση διάρκεια νοσηλείας	252
6.8.23. Χειρουργεία.....	253
6.8.24. Κατανάλωση φαρμάκων	254
6.8.25.Παρακλινικές εξετάσεις	257
6.8.26. Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας	257
6.8.28. Κεντρικά συμπεράσματα	261
6.9.Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	264
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ	267
7.1. Εισαγωγικά.....	267
7.2.Ορισμός της αποδοτικότητας στην υγεία	268
7.3.Ορισμός της ισότητας στην υγεία	271
Σύνοψη	275
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	276
8.1. Επιλογή ερευνητικών μεθόδων	276
8.2.Ανάλυση ποιοτικής μεθόδου	277
8.3.Τεχνικές συλλογής δεδομένων	278
8.3.1.Συνέντευξη	278
8.4.Επιλογή δείγματος	279
8.5.Ανάλυση ποσοτικής μεθόδου	279
8.6.Τεχνικές συλλογής δεδομένων	281
8.6.1.Ερωτηματολόγιο	281
8.7.Επιλογή δείγματος	281
8.8.Αξιοπιστία και εγκυρότητα έρευνας	281
8.9.Ζητήματα δεοντολογίας.....	282
8.10. Περιορισμοί.....	283
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	284
9.1. Ανάλυση αποτελεσμάτων ποσοτικής έρευνας	284
9.1.1. Δείγμα.....	284
9.1.2.Στατιστική Ανάλυση	286
9.2. Αποτελέσματα	287
9.3. Σύνοψη αποτελεσμάτων	351
9.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων ποιοτικής έρευνας	357

9.5. Αποτελέσματα	358
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	373
10.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων	373
10.2. Συμπεράσματα	374
10.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνες	377
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	378
11.1. Συγκριτική αποτίμηση του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας με τα συστήματα των υπό εξέταση χωρών	378
11.2. Σκέψεις για το μέλλον	383
11.3. Προτάσεις-παρεμβάσεις για ένα εναλλακτικό μοντέλο	385
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	391
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	414

Εικόνες

Εικόνα 1 Παράγοντες που συμβάλλουν στην πολιτική υγείας. Πηγή (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	34
Εικόνα 2 Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Πηγή: Dahlgren and Whitehead	..... 36
Εικόνα 3 Πρωταρχικοί σκοποί των μέτρων για την κοινωνική ασφάλεια. Πηγή (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009)	..... 37
Εικόνα 4 Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο. Πηγή: (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	..... 39
Εικόνα 5 Σύνδεση συστημάτων υγείας, αγαθού υγείας, πλούτου και κοινωνικής ευημερίας. Πηγή: (Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων., 2011)	..... 51
Εικόνα 6 Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Πηγή (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	..... 52
Εικόνα 7 Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Πηγή (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	..... 52
Εικόνα 8 Λειτουργία του υγειονομικού συστήματος του Bismark. (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	..54
Εικόνα 9 Η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	..... 55
Εικόνα 10 Η πυραμίδα της κρίσης. Πηγή (Ιωακειμίδης Π. Κ., 2018)	..... 61
Εικόνα 11 Η τυπολογία των ευρωπαϊκών κρατών πρόνοιας. Πηγή (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009)	..... 67
Εικόνα 12 Τρόπος λειτουργίας λήψης αποφάσεων βασισμένο στη θεωρία του Easton. Πηγή (Muller & Surel, 2002)	..... 71
Εικόνα 13 Μεταβολές στην παραγωγικότητα από 108 δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, 2009-2012. Πηγή (Xenos, Yfantopoulos, Nektarios, Polyzos, Tinios, & Constantopoulos, 2017)	..... 75
Εικόνα 14 Αποκεντρωμένη διοίκηση. Πηγή (Μακρυδημήτρης, 2013)	..... 88
Εικόνα 15 Η οργάνωση του συστήματος υγείας της Γερμανίας. Πηγή: Blumel & Busse, n.d.	..... 126
Εικόνα 16 Οργάνωση συστήματος υγείας στη Σουηδία Πηγή: Anell et al., 2012	..... 145
Εικόνα 17 Διάρθρωση του ΕΣΥ. Πηγή: Economou, 2010	..... 163
Εικόνα 18 Το ποσοστό κινδύνου φτώχειας στην Ευρώπη. Πηγή (EUROSTAT)	..... 173
Εικόνα 19 Οργανόγραμμα Υπουργείου Υγείας. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	..... 179
Εικόνα 20 Η κατανομή των γιατρών σε ολόκληρη τη χώρα. Πηγή (OECD)	..... 241
Εικόνα 21 Μοντέλο υγείας και ευεξίας. Η σύνθετη εξήγηση της “υγείας”. Πηγή (Alliance for healthier communities)	..... 269
Εικόνα 22 Κύκλος απόφασης. (Μακρυδημήτρης, 2013)	..... 379

Γραφήματα

Γράφημα 1 Τρέχουσες δαπάνες (government/compulsory schemes) για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα. Πηγή (OECD).....	43
Γράφημα 2 Δαπάνες υγείας (2016). Πηγή (OECD).....	59
Γράφημα 3 Τρέχουσες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ (2018). Πηγή (OECD) .	60
Γράφημα 4 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαχρονικά, ως % του ΑΕΠ. Πηγή (OECD)	
Γράφημα 5 Ετήσιος ρυθμός μεταβολής των τρεχουσών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, κατά κεφαλήν, σε πραγματικούς όρους, από το 2005-2006 έως 2017-2018. Πηγή (OECD) ..	62
Γράφημα 6 Τρέχουσες δαπάνες υγείας, κατά κεφαλήν σε US\$ (PPPs)-2018 (OECD)	64
Γράφημα 7 Διαβουλεύσεις ιατρών ασθενών, κατά κεφαλήν. Πηγή (OECD)	78
Γράφημα 8 Δαπανώμενος χρόνος του ιατρού με τον ασθενή σε διαβούλευση. Πηγή (OECD, 2016)	78
Γράφημα 9 Παροχή κατανοητών εξηγήσεων από τον ιατρό. Πηγή (OECD, 2016).....	79
Γράφημα 10 Παροχή ευκαιριών από τον ιατρό για ερωτήσεις ή τη διατύπωση ανησυχιών. Πηγή (OECD, 2016)	80
Γράφημα 11 Ανάμιξη του ασθενή από τον ιατρό στις αποφάσεις για φροντίδα και θεραπεία. Πηγή (OECD, 2016)	80
Γράφημα 12 Κυβερνητικά συστήματα και συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης για την υγειονομική περίθαλψη, ως % του ΑΕΠ για Ελλάδα και Κύπρο (2010-2017).Πηγή (EUROSTAT).....	85
Γράφημα 13 Κυβερνητικά συστήματα και συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης για την υγειονομική περίθαλψη, σε εκατομμύρια για Ελλάδα και Κύπρο (2010-2017). Πηγή (EUROSTAT).....	85
Γράφημα 14 Έτη υγιούς επιβίωσης στην Ελλάδα και την Κύπρο. Πηγή (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)	86
Γράφημα 15 Ρυθμός μεγέθυνσης του ΑΕΠ της Ελλάδας (1995-2018). Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ, 2019)	92
Γράφημα 16 Προσδόκιο επιβίωσης (από τη γέννηση-σε έτη). Πηγή (OECD)	93
Γράφημα 17 Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 άτομα. Πηγή (OECD)	94
Γράφημα 18 Δαπάνες για την υγεία ως % του ΑΕΠ. Πηγή (OECD)	96
Γράφημα 19Συνολικά ποσοστά αυτοκτονίας (ανά 100.000 ανθρώπους) 1990-2016. Πηγή (OECD)	96
Γράφημα 20 Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα (ανά 1000 γεννήσεις). Πηγή (OECD).....	97
Γράφημα 21 Ιατροί του Ηνωμένου Βασιλείου ανά 1000 κατοίκους. Πηγή (OECD).....	113
Γράφημα 22Νοσηλευτές του Ηνωμένου Βασιλείου ανά 1000 κατοίκους. Πηγή (OECD).....	114
Γράφημα 23 Οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες στη Γερμανία, σε σχέση με τον μέσο όρο το ΟΟΣΑ, ως ποσοστό (%) των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Πηγή (OECD)	125
Γράφημα 24 Τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, κατά κεφαλήν, σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης δολαρίων ΗΠΑ. Πηγή (OECD).....	136
Γράφημα 25 Τρέχουσες δαπάνες για την υγεία ως % του ΑΕΠ. Πηγή (OECD)	136
Γράφημα 26 Ρυθμός μεταβολής τρεχουσών δαπανών υγείας (από τις τιμές του κατακεφαλήν, ως US\$ PPP) Γερμανίας. Πηγή (OECD)	137
Γράφημα 27 Ετήσιος ρυθμός αύξησης των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, κατά κεφαλήν, σε πραγματικούς όρους. Πηγή (OECD).....	137
Γράφημα 28 Δημόσια και υποχρεωτική ασφάλιση υγείας,% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία στη Γερμανία. Πηγή (OECD)	138
Γράφημα 29 Προσδόκιο επιβίωσης στη Σουηδία. Πηγή (OECD)	141
Γράφημα 30 Τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, ως % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος για την Σουηδία. Πηγή (OECD).....	142
Γράφημα 31 Συνολικά νοσοκομειακά κρεβάτια ανά πληθυσμό 1000 κατοίκων. Πηγή (OECD) .	143

Γράφημα 32 Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (ανά 1000 άτομα) στη Σουηδία. Πηγή (OECD)	143
Γράφημα 33 Οι τρέχουσες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα (συνταγογραφούμενα και μη) και άλλες μη διαρκείς ιατρικές παροχές, κατά κεφαλήν (σε US\$ PPP) για τη Σουηδία. Πηγή (OECD)	146
Γράφημα 34 Τρέχουσες δαπάνες για φάρμακα (συνταγογραφούμενα και μη) και άλλες μη διαρκείς ιατρικές παροχές, ως % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία για τη Σουηδία. Πηγή (OECD)	150
Γράφημα 35 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία. Πηγή (EUROSTAT)	150
Γράφημα 36 Κοινωνική και υποχρεωτική ασφάλιση. Δαπάνες κατά κεφαλή (σε US\$ PPP). Πηγή (OECD)	151
Γράφημα 37 Δημόσιες δαπάνες Σουηδίας (ποσοστό συνολικών δαπανών). Πηγή (Sweden-Sverige)	152
Γράφημα 38 Δαπάνες υγείας (όλων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης) σε εκατομμύρια €. Πηγή (EUROSTAT)	153
Γράφημα 39 Δαπάνες υγείας (όλων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης) σε € ανά κάτοικο. Πηγή (EUROSTAT)	154
Γράφημα 40 Δαπάνες υγείας (όλων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης) ως % του ΑΕΠ. Πηγή (Eurostat)	155
Γράφημα 41 Προσδόκιμο επιβίωσης για την Σουηδία (1960-2017). Πηγή (OECD)	156
Γράφημα 42 Βρεφική θνησιμότητα (ανά 1000 γεννήσεις). Πηγή (OECD)	156
Γράφημα 43 Ιατροί ανά 1000 άτομα. Πηγή (OECD)	165
Γράφημα 44 Νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1000 άτομα. Πηγή (OECD)	166
Γράφημα 45 Τρέχουσες δαπάνες υγείας, ως % του ΑΕΠ. Πηγή (OECD)	167
Γράφημα 46 Δημόσια και υποχρεωτικά προγράμματα υγείας, ως % των τρεχουσών δαπανών. Πηγή (OECD)	167
Γράφημα 47 Ποσοστό κινδύνου φτώχειας (2007-2018). Πηγή (EUROSTAT)	173
Γράφημα 48 Συνολικό ποσοστό ανεργίας σε χώρες της Ευρώπης (2007-2018). Πηγή (EUROSTAT)	183
Γράφημα 49 Πληθυσμιακή πυραμίδα Ελλάδας (2019). Πηγή (Population Pyramids Net)	184
Γράφημα 50 Δημογραφική εξέλιξη στην Ελλάδα και σενάρια πρόβλεψης του πληθυσμού. Πηγή (Διανέοσις, 2016)	184
Γράφημα 51 Ποσοστό πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη. Πηγή (Διανέοσις, 2016)	185
Γράφημα 52 Ανικανοποίητες ανάγκες στην υγεία εξαιτίας οικονομικών λόγων, απόστασης-μεταφοράς, λίστας αναμονής (2014). Πηγή (EUROSTAT)	186
Γράφημα 53 Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό (2005, 2008-2017). Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ, 2019)	186
Γράφημα 54 Αποψη ασφαλισμένων για τον ΕΟΠΠΥ (2012). Πηγή ΚΑΠΑ Research	188
Γράφημα 55 Προσδόκιμο επιβίωσης (συνολικός πληθυσμός κατά τη γέννηση), σε χρόνια. Πηγή (OECD)	189
Γράφημα 56 Προσδόκιμο επιβίωσης για άνδρες και γυναίκες κατά τη γέννηση, σε χρόνια. Πηγή (OECD)	191
Γράφημα 57 Βρεφική θνησιμότητα (θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις). Πηγή (OECD)	192
Γράφημα 58 Γεννήσεις χαμηλού σωματικού βάρους (2012). Πηγή (ECHI-HEIDI Datatool)	192
Γράφημα 59 Ποσοστιαία κατανομή κυριότερων ομάδων αιτιών θανάτου για την Ελλάδα. Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ, 2016)	194
Γράφημα 60 Φυσική κίνηση πληθυσμού. Θάνατοι σε % (ανά 1000 κατοίκους) από το 1932 έως και το 2017. Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ)	194
Γράφημα 61 Τρέχουσες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο (σε US\$ PPP, 2010-2018). Πηγή (OECD)	198
Γράφημα 62 Δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ (2018). Πηγή (OECD)	199
Γράφημα 63 Τρέχουσες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα (συνταγογραφούμενα και μη), ως % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία (2017). Πηγή (OECD)	200

Γράφημα 64 Τρέχουσες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα (συνταγογραφούμενα και μη) κατά κεφαλήν, σε US\$ PPPs (2017). Πηγή (OECD)	200
Γράφημα 65 Τρέχουσες δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα (συνταγογραφούμενα και μη), ως % των τρεχουσών δαπανών υγείας (2000-2017). Πηγή (OECD).....	201
Γράφημα 66 Ετήσιος ρυθμός αύξησης τρεχουσών δαπανών για την υγεία, κατά κεφαλήν (σε πραγματικούς όρους). Πηγή (OECD)	202
Γράφημα 67 Δείκτης εξέλιξης της αγοράς γενοσήμων φαρμάκων σε αξία και όγκο (2011-2018). Πηγή (ICAP GROUP).....	206
Γράφημα 68 Εξέλιξη κατανομής της αγοράς φαρμάκων σε αξία(2015-2018). Πηγή (ICAP GROUP)	206
Γράφημα 69 Εξέλιξη κατανομής της αγοράς φαρμάκων σε όγκο (2015-2018). Πηγή (ICAP GROUP)	207
Γράφημα 70 Αγορές Αναλωσίμων Ανά ΥΠΕ 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	211
Γράφημα 71 Δαπάνες Υποχρεώσεις υπηρεσιών Ανά ΥΠΕ 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	213
Γράφημα 72 Σύνολο αγορών ανά ΥΠΕ 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	215
Γράφημα 73 Πληρωμές στο τρέχον έτος ανά ΥΠΕ 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	216
Γράφημα 74 Πληρωμές για το προηγούμενο έτος 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019).....	218
Γράφημα 75 Εισπράξεις νοσηλίων για το προηγούμενο έτος 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	219
Γράφημα 76 Εισπράξεις νοσηλίων στο τρέχον έτος 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	221
Γράφημα 77 Εισπράξεις – Σύνολα 2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019).....	222
Γράφημα 78 Ιατροί, νοσηλευτές, νοσοκομειακές και ψυχιατρικές κλίνες, ανά 1000 άτομα στην Ελλάδα (2000-2017). Πηγή (OECD)	223
Γράφημα 79 Προσδόκιμο ζωής, από τη γέννηση (1990-2017). Πηγή (OECD).....	225
Γράφημα 80 Προσδόκιμο ζωής γυναικών, από τη γέννηση (σε χρόνια), 1999-2017. Πηγή (OECD)	226
Γράφημα 81 Προσδόκιμο ζωής ανδρών, από τη γέννηση (σε χρόνια), 1999-2017. Πηγή (OECD)	226
Γράφημα 82 Θάνατοι από καρδιακές παθήσεις στην Ελλάδα (2007-2016). Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ)	228
Γράφημα 83 Θάνατοι από καρδιακές παθήσεις στην Ελλάδα (2007-2016), ως % του συνόλου των θανάτων, βάσει του συνόλου των θανάτων που καταγράφονταν κάθε χρόνο. Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ)	229
Γράφημα 84 Αυτοκτονίες ανά 100000 άτομα. Πηγή (OECD)	230
Γράφημα 85 Κατανάλωση καπνού, ως % του πληθυσμού 15+ που είναι καθημερινά καπνιστές. Πηγή (OECD).....	231
Γράφημα 86 Κατανάλωση αλκοόλ σε λίτρα ανά κάτοικο (ηλικία 15+). Πηγή (OECD)	231
Γράφημα 87 Εξέλιξη ποσοστού χρόνια πασχόντων στην Ελλάδα την περίοδο 2005 – 2013. Πηγή Δευτερογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη (Eurostat)-Έρευνες ΚΕΕΛΠΝΟ.....	233
Γράφημα 88Χρόνια πάσχοντες κατά φύλο ηλικία και κοινωνικοοικονομική τάξη στην Ελλάδα 2013. Πηγή: Έρευνα ΚΕΕΛΠΝΟ.....	234
Γράφημα 89 Εξέλιξη ποσοστού ενηλίκων με Κατάθλιψη στην Ελλάδα την περίοδο 2008 – 2013. Πηγή: Δευτερογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη (Eurostat)-Έρευνες ΚΕΕΛΠΝΟ	235
Γράφημα 90 Αντιλαμβανόμενη υγεία ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο στην Ελλάδα (2007). Πηγή (EUROSTAT).....	236
Γράφημα 91 Αντιλαμβανόμενη υγεία ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο στην Ελλάδα (2015). Πηγή (EUROSTAT).....	237
Γράφημα 92 Εξέλιξη κρουσμάτων λοιμωδών νόσων στην Ελλάδα την περίοδο1997 – 2011. Πηγή : ΚΕΕΛΠΝΟ.....	238
Γράφημα 93 Απόφοιτοι ιατρικής και νοσηλευτικής, ανά πληθυσμό 100000. Πηγή (OECD)	239
Γράφημα 94 Ιατροί ανά 1000 άτομα. Πηγή (OECD).....	241
Γράφημα 95 Αριθμό φαρμακείων ανά 100000 κατοίκους στην ΕΕ-28, για το 2016. Πηγή (IOBE & ΣΦΕΕ, 2018).....	243

Γράφημα 96 Μαιευτήρες – Γυναικολόγοι το 2011 στην Ελλάδα. Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη	245
Γράφημα 97 Αριθμός ψυχιάτρων και ψυχιατρικών ιατρείων στην Ελλάδα. Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη.....	246
Γράφημα 98 Νοσηλευτές ανά 1000 άτομα. Πηγή (OECD).....	247
Γράφημα 99 Μονάδες απεικόνισης μαγνητικού τομογράφου, ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Πηγή (OECD).....	250
Γράφημα 100 Σαρωτές υπολογιστικής τομογραφίας, ανά εκατομμύριο πληθυσμού. Πηγή (OECD)	250
Γράφημα 101 Μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, σε ημέρες. Πηγή (OECD).....	253
Γράφημα 102 Τρέχουσες δαπάνες για φάρμακα στην Ελλάδα, ως % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Πηγή (OECD).....	254
Γράφημα 103 Τρέχουσες δαπάνες για φάρμακα κατά κεφαλήν, πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (σε US\$ PPPs). Πηγή (OECD).....	255
Γράφημα 104 Φαρμακευτική κατανάλωση (αντιβιοτικά). Καθορισμένη ημερήσια δοσολογία ανά 1000 κατοίκους ανά ημέρα. Πηγή (OECD).....	256
Γράφημα 105 Τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης (2011-2015), σε εκατομμύρια €. Πηγή (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017).....	258
Γράφημα 106 Σύνολο χρηματοδότησης υγείας (2011-2015). Πηγή (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017)	258
Γράφημα 107 Τρέχουσες δαπάνες στην Ελλάδα για την υγεία, ως % του ΑΕΠ. Πηγή (OECD). 259	
Γράφημα 108 Δαπάνες υγείας που προέρχονται από την ‘‘τσέπη’’ τους, κατά κεφαλήν, σε ισοτιμία US\$ PPPs. Πηγή (OECD).....	260
Γράφημα 109 Τρέχουσες δαπάνες για φαρμακευτικά σκευάσματα, ως % των τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Πηγή (OECD).....	261
Γράφημα 110 Αιτίες θανάτου ανδρικού πληθυσμού στην Ελλάδα (2014). Πηγή (OECD)	263
Γράφημα 111 Αιτίες θανάτου γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα (2014). Πηγή (OECD).....	264
Γράφημα 112 Χάσμα ανισότητας στην αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους στην Ελλάδα. Πηγή (OECD).....	275
Γράφημα 113 Αξιολόγηση της υγείας	288
Γράφημα 114 Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθηση	290
Γράφημα 115 Περιορισμός σε συνήθειες δραστηριότητες ή δυσκολίες εκτέλεσης αυτών κατά τους τελευταίους 6 μήνες.....	291
Γράφημα 116 Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος στο παρόν ή στο παρελθόν;	295
Γράφημα 117 Διαγνωσμένη ή όχι πάθηση	297
Γράφημα 118 Κάλυψη από κάποιον κοινωνικό φορέα ασφάλισης τους τελευταίους 12 μήνες ...	299
Γράφημα 119 Κάλυψη από ιδιωτική ασφάλεια ως προς την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ...	300
Γράφημα 120 Ειδικότητες ιατρών που επισκεφθήκαν τους τελευταίους 12 μήνες.....	307
Γράφημα 121 Τελευταία χρονικά επίσκεψη ιατρού (εκτός από οδοντίατρο ή από πολυήμερη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο)	308
Γράφημα 122 Βαθμός ικανοποίησης από την τελευταία επίσκεψη σε ιατρό	309
Γράφημα 123 Είδος ιατρείου για την τελευταία επίσκεψη	311
Γράφημα 124 Στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ, εκτός των ιατρείων του ΠΕΔΥ, σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε να επισκεφθείτε και ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον νέο Οργανισμό. Εσείς τι από τα δύο επιλέγετε;	314
Γράφημα 125 Στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ, εκτός των ιατρείων του ΠΕΔΥ, σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε να επισκεφθείτε και ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον νέο Οργανισμό. Εσείς τι από τα δύο επιλέγετε;	315
Γράφημα 126 Διαδικασία για να οριστεί ραντεβού σε ιατρό.....	316
Γράφημα 127 Χρήση της τηλεφωνικής υπηρεσίας για να οριστεί ραντεβού στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ με χρέωση 1 ευρώ	317
Γράφημα 128 Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα ταμεία έως σήμερα	318

Γράφημα 129 Τα τελευταία χρόνια, λόγω και της μεγάλης οικονομικής κρίσης, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και του ΕΟΠΥΥ, καθώς και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ειδικότερα. Συμφωνείτε ότι η υγεία είναι ένας χώρος που μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους;	320
Γράφημα 130 Βαθμός συμφωνίας ως προς την στήριξη του ΕΟΠΥΥ και την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας	322
Γράφημα 131 Βαθμός συμφωνίας με τις προτάσεις για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ειδικότερα του ΕΟΠΥΥ	325
Γράφημα 132 Εξετάσεις το τελευταίο 12μηνο	327
Γράφημα 133 Μέρος όπου πραγματοποιήθηκαν οι εξετάσεις	329
Γράφημα 134 Αξιολόγηση εξετάσεων	331
Γράφημα 135 Αξιολόγηση Ελληνικών νοσοκομείων	332
Γράφημα 136 Νοσηλεία τους τελευταίους 12 μήνες με παραμονή τουλάχιστον μιας νύχτας	333
Γράφημα 137 Αξιολόγηση νοσηλείας	335
Γράφημα 138 Δαπάνη χρημάτων	338
Γράφημα 139 Αποδείξεις για ποσά που δαπανήθηκαν	340
Γράφημα 140 Βαθμός μείωσης της χρήσης υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες (ίδιοι ή οικογένεια)	341
Γράφημα 141 Απόσταση από ιατρούς και μονάδες υγείας	343
Γράφημα 142 Η Ελλάδα αντιμετωπίζει ελλείψεις σε νοσηλευτές αλλά διαθέτει δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ειδικών γιατρών. Πηγή (OECD)	378

Πίνακες

Πίνακας 1 Οι παραμορφώσεις της γραφειοκρατίας. Πηγή (Μακροδημήτρης, 2013).....	42
Πίνακας 2 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007 Πηγή (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων., 2012).....	46
Πίνακας 3 Συστήματα Χρηματοδότησης στην Ευρώπη από http://www.gsee.gr/ Πηγή: ΑΔΕΔΥ/ΓΣΕΕ/ΙΝΕ. (2008).....	59
Πίνακας 4 Δαπάνη αρκετού χρόνου από τον ιατρό στη διαβούλευση με τον ασθενή. Πηγή:OECD, 2016.....	81
Πίνακας 5 Παροχή κατανοητών εξηγήσεων από τον ιατρό Πηγή: OECD, 2016.....	82
Πίνακας 6 Παροχή ευκαιριών από τον ιατρό για ερωτήσεις ή τη διατύπωση ανησυχιών Πηγή:OECD, 2016.....	83
Πίνακας 7Ανάμειξη του ασθενή από τον ιατρό στις αποφάσεις για φροντίδα και θεραπεία Πηγή:OECD, 2016.....	84
Πίνακας 8 Αναφορά ελλείμματος /πλεονάσματος, επιπέδου χρέους και παροχή σχετικών στοιχείων Γενικής Κυβέρνησης. Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).....	90
Πίνακας 9 ΑΕΠ , Ισοζύγιο, Δαπάνες, Έσοδα, Χρέος Γενικής Κυβέρνησης. Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).....	91
Πίνακας 10 Έρευνα υγείας της ΕΛΣΤΑΤ με αναφορά στην εξέλιξη των ψυχικών νόσων στην Ελλάδα (2014). Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).....	96
Πίνακας 11 Διαφορές στη λειτουργία του παλιού και του νέου NHS. Πηγή NHS.....	103
Πίνακας 12 Συνολική δομή του νέου NHS στην Αγγλία. Πηγή NHS.....	104
Πίνακας 13 Βασικά γεγονότα και αλλαγές του Βρετανικού συστήματος υγείας τον 20ο-21ο αιώνα Πηγή: Υφαντόπουλος κ.ά., 2005; Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012; https://www.premierchoicegroup.com/the-history-of-the-nhs/	108
Πίνακας 14 Σχεδιασμός και αγορά της θεραπείας πριν και μετά την μεταρρύθμιση του 2013. Πηγή NHS.....	115
Πίνακας 15 Απεικόνιση της κατεύθυνσης της χρηματοδότησης με το νέο NHS του 2013. Πηγή NHS.....	116
Πίνακας 16 Κύκλος ανάθεσης. Πηγή NHS.....	118
Πίνακας 17 Βασικά γεγονότα και αλλαγές του Γερμανικού συστήματος υγείας από την ίδρυση του μέχρι και σήμερα. Πηγή: http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/unsere_sozialversicherung.pdf?__blob=publicationFile&v=31 ; Busse, 2004; Buchner et al., 2013; Πετρέλης & Δομάγιο, 2016.....	132
Πίνακας 18 Οι δαπάνες των χωρών για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2014 Πηγή: Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2015.....	153
Πίνακας 19 Αριθμός προσωπικών και οικογενειακών ιατρών Πηγή: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, 2006.....	169
Πίνακας 20 Πρόβλεψη ή μη των εξεταζόμενων παραμέτρων ανά μεταρρύθμιση Πηγή: Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012.....	171
Πίνακας 21 Υλοποίηση ή μη των εξεταζόμενων παραμέτρων ανά μεταρρύθμιση Πηγή: Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012.....	172
Πίνακας 22 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση σε χώρες τις EU 28-2013 Πηγή: ECHI- HEIDI Datatool.....	190
Πίνακας 23 Σύγκριση δαπανών υγείας με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ Πηγή: OECD Health Statistics, 2014.....	204
Πίνακας 24 Αγορές Πρώτων και Βοηθ. Ανά ΥΠΕ 2013 Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	205
Πίνακας 25 Αγορές Πρώτων και Βοηθ. Ανά ΥΠΕ 2014 Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	208
Πίνακας 26 Αγορές Πρώτων και Βοηθ. Ανά ΥΠΕ 2015 Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	209
Πίνακας 27 Αγορές Αναλωσίμων Ανά ΥΠΕ 2013 Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	209

Πίνακας 28 Αγορές Αναλωσίμων Ανά ΥΠΕ 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	210
Πίνακας 29 Δαπάνες Υποχρεώσεις υπηρεσιών Ανά ΥΠΕ 2013. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	212
Πίνακας 30 Δαπάνες Υποχρεώσεις υπηρεσιών Ανά ΥΠΕ 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	213
Πίνακας 31 Σύνολο αγορών ανά ΥΠΕ 2013. Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	214
Πίνακας 32 Σύνολο αγορών ανά ΥΠΕ 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	214
Πίνακας 33 Πληρωμές στο τρέχον έτος ανά ΥΠΕ 2013. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	215
Πίνακας 34 Πληρωμές στο τρέχον έτος ανά ΥΠΕ 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	216
Πίνακας 35 Πληρωμές για το προηγούμενο έτος 2013. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	217
Πίνακας 36 Πληρωμές για το προηγούμενο έτος 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	217
Πίνακας 37 Εισπράξεις νοσηλίων για το προηγούμενο έτος 2013. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	218
Πίνακας 38 Εισπράξεις νοσηλίων για το προηγούμενο έτος 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	219
Πίνακας 39 Εισπράξεις νοσηλίων στο τρέχον έτος 2013. Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	220
Πίνακας 40 Εισπράξεις νοσηλίων στο τρέχον έτος 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας.....	220
Πίνακας 41 Εισπράξεις – Σύνολα 2013. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	221
Πίνακας 42 Εισπράξεις – Σύνολα 2014. Πηγή: Υπουργείο Υγείας	222
Πίνακας 43 Χειρουργικές επεμβάσεις νοσοκομείων του ΕΣΥ ανά βαρύτητα 2012-2015. Πηγή (Υπουργείο Υγείας, 2019)	224
Πίνακας 44 Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων–παθήσεων: ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού 15 ετών και άνω που πάσχει για κάθε φύλο, 2014. Πηγή (ΕΛΣΤΑΤ).....	233
Πίνακας 45 Αριθμός κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων στην Ελλάδα την διετία 2010-2011. Πηγή (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)	240
Πίνακας 46 Ιδιωτικά Οδοντιατρεία και Φαρμακεία ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα το 2011. Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη	244
Πίνακας 47 Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη 2010.....	248
Πίνακας 48 Ανθρώπινο δυναμικό Δημοσίων Νοσοκομείων το 2010. Πηγή: Πρωτογενή στοιχεία υγειονομικού χάρτη	249
Πίνακας 49 Ετήσιος ρυθμός μεταβολής αντιβιοτικών σκευασμάτων. Πηγή (OECD)	256
Πίνακας 50 Χαρακτηριστικά δείγματος	286
Πίνακας 51 Αξιολόγηση της υγείας.....	287
Πίνακας 52 Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας ή πάθηση	289
Πίνακας 53 Περιορισμός σε συνήθειες δραστηριότητες ή δυσκολίες εκτέλεσης αυτών κατά τους τελευταίους 6 μήνες.....	290
Πίνακας 54 Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας στο παρόν ή στο παρελθόν	293
Πίνακας 55 Διαγνωσμένη ή όχι πάθηση.....	296
Πίνακας 56 Κάλυψη από κάποιον κοινωνικό φορέα ασφάλισης τους τελευταίους 12 μήνες	298
Πίνακας 57 Κάλυψη από ιδιωτική ασφάλεια ως προς την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	299
Πίνακας 58 Επίσκεψη σε ιατρό (εξαιρείται ο οδοντίατρος) για κάποιο πρόβλημα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.....	301
Πίνακας 59 Κατανομή του συνόλου των επισκέψεων σε ιατρούς τους τελευταίους 12 μήνες	302
Πίνακας 60 Ειδικότητες ιατρών που επισκέφθηκαν τους τελευταίους 12 μήνες	304
Πίνακας 61 Τελευταία χρονικά επίσκεψη ιατρού (εκτός από οδοντίατρο ή από πολυήμερη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο)	307
Πίνακας 62 Βαθμός ικανοποίησης από την τελευταία επίσκεψη σε ιατρό	308
Πίνακας 63 Είδος ιατρείου για την τελευταία επίσκεψη	310
Πίνακας 64 Αμοιβή ή κάλυψη με το βιβλιάριο υγείας	312
Πίνακας 65 Λόγος επίσκεψης στον ιατρό (τι έκανε ο ιατρός).....	313
Πίνακας 66 Στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ, εκτός των ιατρείων του ΠΕΔΥ, σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε να επισκεφθείτε και ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον νέο Οργανισμό. Εσείς τι από τα δύο επιλέγετε;	314
Πίνακας 67 Διαδικασία για να οριστεί ραντεβού σε ιατρό	315
Πίνακας 68 Χρήση της τηλεφωνικής υπηρεσίας για να οριστεί ραντεβού στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ με χρέωση 1 ευρώ	316

Πίνακας 69	Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα ταμεία έως σήμερα	318
Πίνακας 70	Από την εμπειρία σας και την χρήση ιατρικών υπηρεσιών τα τελευταία 4 χρόνια, πότε θα λέγατε ότι είχατε ευκολότερη πρόσβαση σε φάρμακα ή εξετάσεις τώρα με τον ΕΟΠΥΥ και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή παλαιότερα;	319
Πίνακας 71	Τα τελευταία χρόνια, λόγω και της μεγάλης οικονομικής κρίσης, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και του ΕΟΠΥΥ, καθώς και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ειδικότερα. Συμφωνείτε ότι η υγεία είναι ένας χώρος που μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους;	320
Πίνακας 72	Βαθμός συμφωνίας ως προς την στήριξη του ΕΟΠΥΥ και την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας	321
Πίνακας 73	Βαθμός συμφωνίας με τις προτάσεις για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ειδικότερα του ΕΟΠΥΥ	323
Πίνακας 74	Εξετάσεις το τελευταίο 12μηνο	326
Πίνακας 75	Μέρος όπου πραγματοποιήθηκαν οι εξετάσεις	328
Πίνακας 76	Αξιολόγηση εξετάσεων	330
Πίνακας 77	Αξιολόγηση Ελληνικών νοσοκομείων	331
Πίνακας 78	Νοσηλεία τους τελευταίους 12 μήνες με παραμονής τουλάχιστον μιας νύχτας	332
Πίνακας 79	Ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο	333
Πίνακας 80	Αξιολόγηση νοσηλείας	334
Πίνακας 81	Πλήθος επισκέψεων οδοντιάτρου (Ιανουάριος 2016 έως σήμερα)	336
Πίνακας 82	Ειδικότητα οδοντιάτρου	336
Πίνακας 83	Δαπάνη χρημάτων	337
Πίνακας 84	Ποσό δαπάνης	338
Πίνακας 85	Αποδείξεις για ποσά που δαπανήθηκαν	339
Πίνακας 86	Βαθμός μείωσης της χρήσης υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες (ίδιοι ή οικογένεια)	340
Πίνακας 87	Απόσταση από ιατρούς και μονάδες υγείας	342
Πίνακας 88	Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών	345
Πίνακας 89	Διαφορές στις απόψεις μεταξύ των τριών περιοχών	348
Πίνακας 90	Γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες των νοσοκομείων	350

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε ένα αδιαμφισβήτητο πολυπρόσωπο φαινόμενο που έπληξε την παγκόσμια σκηνή. Αυτό βέβαια μπορεί να υπογραμμιστεί και να υποστηριχθεί εξαιτίας του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης. Τα χαρακτηριστικά της κρίσης υπήρξαν έντονα και είχαν ιδιαίτερα αποτελέσματα σε πολλούς τομείς. Η εξωστρέφεια, η υγεία, η γενικότερη ποιότητα ζωής των πολιτών δέχθηκαν ιδιαίτερο πλήγμα από τον οικονομικό αυτό κυκεώνα. Όλα αυτά οδήγησαν τις πληγείσες χώρες στην αποδοχή μιας σειράς μέτρων λιτότητας, με στόχο τη συγκράτηση των ελλειμμάτων και την καλύτερη-ορθολογικότερη στρατηγική σχεδίαση.

Πιο συγκεκριμένα στο χώρο της υγείας τα μέτρα λιτότητας, όπως η μείωση του κόστους ή η αύξηση του καταμερισμού του κόστους στις πολιτικές για την υγειονομική περίθαλψη, μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση στο χώρο της υγείας, που οδηγεί όχι μόνο στην περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών, αλλά και τη μειωμένη ποιότητα της (Theocharous, 2014) ή ακόμη ακόμη και τον άμεσο περιορισμό του κράτους πρόνοιας, πράγμα που για την ελληνική Πολιτεία αποτελεί βασική υποχρέωση, στην προσπάθεια υποστήριξης των κοινωνικών, ατομικών και θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου (Βλαχόπουλος, 2017). Επιπλέον, τα νοικοκυριά που έχουν δεχτεί μειώσεις εισοδήματος και απασχόλησης τείνουν να μειώνουν τη χρήση του αγαθού της υγείας και πιο συγκεκριμένα τις υπηρεσίες φροντίδας, τα έξοδα για φάρμακα και τη συχνότητα των επισκέψεων σε γιατρούς, παρά το γεγονός ότι στην ελληνική επικράτεια και βιβλιογραφία το αγαθό αυτό λογίζεται κατά βάση “κοινωνικό” (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Πολλές χώρες λοιπόν που βρέθηκαν στη δίνη της “μεγάλης” οικονομικής κρίσης, όπως η Ελλάδα, υιοθέτησαν αυστηρές δημοσιονομικές πολιτικές με αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, κάτι που ουσιαστικά σήμανε και την καίρια πλήξη μιας από τις σημαντικότερες αρχές-στόχους των υγειονομικών συστημάτων εν γένει, αυτή της ισότητας-κοινωνικής δικαιοσύνης, αυξάνοντας συνεχώς τα στοιχεία της ανισότητας, της δυσκολίας στην πρόσβαση και

της ελλιπούς ποιοτικής ανταπόκρισης. Πάρα ταύτα, οι πολιτικές αυτές περιλάμβαναν μία σειρά από μεταρρυθμίσεις οι οποίες εγκαινιάστηκαν με σκοπό την μείωση των αλόγιστων, και ταυτόχρονα, καταστροφικών δαπανών.

Η μείωση των πόρων έχει οδηγήσει και σε υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας ενώ ακόμη παρατηρείται σε πολλές περιπτώσεις έλλειψή τους, κυρίως εξαιτίας της συσταλτικής πολιτικής του κράτους πρόνοιας. Όλο και περισσότερες μονάδες υγείας στην Ελλάδα δεν είναι στελεχωμένες με το απαραίτητο προσωπικό, ενώ ταυτοχρόνως παρουσιάζουν ελλείψεις ακόμα σε βασικά υλικά και τεχνικά μέσα, την ίδια στιγμή που το σύστημα ‘‘υπερφορτώνεται’’.

Η συνεχόμενη μείωση των πόρων στον τομέα της υγείας έχει εγείρει σημαντικές αμφιβολίες για το κατά πόσο τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και ειδικότερα το ελληνικό, επιτυγχάνουν τελικά τους στόχους τους παρά τις μεταρρυθμίσεις που γίνονται. Τεράστιο είναι βέβαια και το νομικό θέμα το οποίο εγείρεται και περιστρέφεται γύρω από τα κεκτημένα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Και αυτό συμβαίνει γιατί η συζήτηση που υπάρχει προσανατολίζεται στα ζητήματα-στόχους της ισότητας, της ποιότητας και της αποδοτικότητας. Τίθεται δηλαδή στο επίκεντρο το γεγονός εάν τα συστήματα υγείας παρά τις εκάστοτε δυσκολίες μπορούν να καλύψουν τις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού διευκολύνοντας την προσπέλαση στο σύστημα, ,αν μπορούν να είναι αποδοτικά, δηλαδή αν έχουν τη δυνατότητα και την επιστημονική υποστήριξη να συνδυάζουν σωστά τις υπάρχουσες εισροές και εκροές που διαχειρίζεται το σύστημα, δίνοντας έτσι και ιδιαίτερη βαρύτητα στην σύγχρονη έννοια της προσαρμοστικότητας. και τέλος εάν και κατά πόσο μπορούν να είναι αποτελεσματικά. Στην περίπτωση της Ελλάδος αλλά και των άλλων χωρών που αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση, οι στόχοι της αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης-ισότητας είναι ζωτικής σημασίας, λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό των υπηρεσιών και των παροχών που προσφέρονται καθώς και ότι οι επιπτώσεις στην υγεία που δημιουργεί η οικονομική κρίση και τα προβλήματα της αυξάνονται, όπως πολύ εύστοχα έχει αποδειχθεί και από τη θεωρία των οικονομικών εξωτερικοτήτων (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έχει ως θέμα τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν στα συστήματα υγείας, με προσανατολισμό αυτά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα σκοπός της είναι να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις αυτές θέτοντας στο επίκεντρο την περίπτωση της Ελλάδας, σχολιάζοντας και

εμμένοντας κυρίως στα χαρακτηριστικά της αποδοτικότητας και της ισότητας (με την έννοια της ισοτιμίας). Ειδικότερα τα συστήματα υγείας που θα εξεταστούν είναι αυτά της Μεγάλης Βρετανίας, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Ελλάδας.

Στην παρούσα έρευνα, η χρήση της ποιοτικής μεθόδου έγινε προκειμένου να διερευνηθούν, κατανοηθούν και ερμηνευθούν οι προσωπικές αντιλήψεις που υπάρχουν αναφορικά με το ελληνικό σύστημα υγείας (Cohen et al., 2008). Από το φάσμα των ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων επιλέχθηκαν οι προσωπικές συνεντεύξεις και ειδικότερα η μέθοδος των ημί-δομημένων συνεντεύξεων. Αυτή η μέθοδος επιλέχθηκε καθώς σκοπός του γράφοντος ήταν η συγκέντρωση ποιοτικών πληροφοριών που θα βασιζόταν στην εκμαίευση μέσω μίας ελεύθερης συζήτησης και όχι προκαθορισμένων ερωτήσεων των οποίων τη δομή, τη διατύπωση και τη σειρά θα πρέπει να τηρήσει ο συνεντευκτής (Φίλιας, 2003:132).

Έγινε παράλληλα και ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η κατασκευή του πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αυτό αποτελείται από ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η αξιοπιστία αποτελεί ένα απαραίτητο στοιχείο, τόσο της ποσοτικής, όσο και της ποιοτικής έρευνας γιατί, παρέχει εγκυρότητα τόσο στην ίδια την έρευνα όσο και στα αποτελέσματά της (Κυριαζή, 2002). Για να αυξηθεί η αξιοπιστία μίας έρευνας θα πρέπει, τόσο η ποσοτική, όσο και η ποιοτική έρευνα να περιέχει τυποποιημένα ερευνητικά εργαλεία καθώς επίσης και οι ερευνητές να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να μπορούν να εντοπίσουν ή να παρατηρήσουν τις απαραίτητες πληροφορίες (Robson, 2007).

Η εγκυρότητα επίσης σχετίζεται με τα συμπεράσματα που εξάχθηκαν από την έρευνα καθώς επίσης και με τη θεωρία που συντέλεσε στη δημιουργία του οργάνου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε (Κυριαζή, 2002).

Για να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα μίας έρευνας θα πρέπει ο ερευνητής να υιοθετεί συγκεκριμένες μεθόδους. Μία από αυτές είναι ο ερευνητής να ασχολείται με το περιβάλλον που ερευνά για μεγάλο χρονικό διάστημα ώστε να μειωθούν τυχόν αντιδράσεις και μεροληψία εκ μέρους του αλλά και εκ μέρους των ανθρώπων που συμμετέχουν στην έρευνα. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα, τόσο πιο πιθανό είναι να αμβλυυνθεί η τυχόν καχυποψία που μπορεί να

υπάρχει ανάμεσά τους και ο συμμετέχων να νιώσει πιο οικεία και πιο ειλικρινής με τον ερευνητή (Robson, 2007).

Μία άλλη μέθοδος που εξασφαλίζει την εγκυρότητα της έρευνας είναι ο τριγωνισμός, δηλαδή ο ερευνητής πρέπει να φροντίζει ώστε τα στοιχεία που συγκεντρώνει να προέρχονται από περισσότερες από μία πηγές καθώς επίσης να χρησιμοποιεί και αρκετές μεθόδους για τη συλλογή τους (Robson, 2007).

Σε μία έρευνα τα ζητήματα δεοντολογίας θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά. Για την Mason (2011), η σωστή δεοντολογική προσέγγιση είναι το ίδιο σημαντική με την έρευνα καθαυτή.

Για να εξασφαλιστεί η διατήρηση της δεοντολογίας στην ποσοτική και ποιοτική έρευνα ο ερευνητής θα πρέπει να εστιάσει σε συγκεκριμένα ζητήματα όπως:

1. Να είναι σε θέση να διατηρήσει την εμπιστοσύνη που του επέδειξαν αυτοί που συμμετείχαν στην έρευνα όπως για παράδειγμα να διατηρήσει την ανωνυμία τους ή να τους προστατέψει από τυχόν κινδύνους που μπορεί να προκύψουν.
2. Να είναι έντιμος απέναντι στους συμμετέχοντες ώστε να δημιουργήσει μαζί τους σχέσεις εμπιστοσύνης που θα του προσδώσουν σημαντικά στοιχεία για την έρευνά του.
3. Να φροντίζει ώστε οι συμμετέχοντες να είναι επαρκώς πληροφορημένοι για το τι ακριβώς αναζητά η έρευνα καθώς επίσης και το πώς θα διεξαχθεί αυτή ακριβώς ώστε όταν δώσουν τη συναίνεσή τους αυτή να είναι πραγματική και να μην έχουν πέσει θύματα παραπληροφόρησης.
4. Να ενημερώσει επίσης τους συμμετέχοντες για ποια οφέλη θα προκύψουν από την έρευνα ώστε να μην έχουν επιφυλάξεις για τη συμμετοχή τους. Η ενημέρωση για τα οφέλη θα πρέπει να είναι ρεαλιστική και να μην περιλαμβάνει υπερβολές με σκοπό να συμμετέχουν χωρίς επιφυλάξεις (Schadtetal., 2010).
5. Να φροντίζει ώστε οι συμμετέχοντες να μπορούν να έχουν συμμετοχή τόσο στη διαδικασία όσο και στα αποτελέσματα της έρευνας. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι αυτό μπορεί να γίνεται αυθαίρετα αλλά μπορεί να υπάρχει μία ειδική

συμφωνία ανάμεσα στον ερευνητή και στους συμμετέχοντες αναφορικά με την ποσότητα και την ποιότητα της πρόσβασης.

6. Τέλος, θα πρέπει οι συμμετέχοντες να ενημερώνονται για πώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας ειδάλλως υπάρχει το ενδεχόμενο οι συμμετέχοντες να μην επιθυμήσουν να λάβουν μέρος σε αυτή ή να προκληθεί σε αυτούς κάποια ζημία από τη λανθασμένη χρήση τους (Schadtetal., 2010).

Η εργασία διακρίνεται σε δύο μέρη στο θεωρητικό και στο ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο διατυπώνεται η προβληματική της έρευνας, εξετάζεται ιστορικά η εξέλιξη των συστημάτων υγείας και μελετώνται τέσσερα μοντέλα: το αγγλοσαξονικό, το ηπειρωτικό, το σκανδιναβικό και αυτό της Ελλάδας. Τα μοντέλα εξετάζονται ιστορικά, δομικά και οργανωτικά, σε επίπεδο αποκέντρωσης και χρηματοδότησης καθώς επίσης εξετάζεται και η κατάσταση υγείας του πληθυσμού και η διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας, ο ιδιωτικός τομέας υγείας και η σχέση δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Στο ερευνητικό μέρος, παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας, εξετάζονται οι έννοιες της αποδοτικότητας και της ισότητας και ο τρόπος που γίνεται η μέτρηση τους. Παρατίθεται επίσης η μεθοδολογία της έρευνας. Ειδικότερα, η ερευνητική μέθοδος που επιλέχθηκε, οι τεχνικές συλλογής δεδομένων, το εργαλείο συλλογής δεδομένων, καθώς και τα ζητήματα της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και της δεοντολογίας. Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας καθώς και η συζήτηση των αποτελεσμάτων, τα συμπεράσματα, οι προτάσεις και παρεμβάσεις που εξάχθηκαν από την μελέτη. Στο τέλος παραθέτουμε τη βιβλιογραφία και ακολουθεί παράρτημα που περιέχει τα πρωτόκολλα συνεντεύξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1. Διατύπωση του ερευνητικού προβλήματος

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έχει ως θέμα της τη δυναμική των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης με εστίαση στο ελληνικό σύστημα την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Εδώ και πολλές δεκαετίες έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες μεταρρυθμίσεων των Συστημάτων Υγείας, μία διαδικασία όμως με πολλά εμπόδια και αδυναμίες που οδήγησαν τελικά σε μη επίτευξη των στόχων. Αυτό οφείλεται και στις ιστορικές και κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα.

Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο έγινε (σχετικά) ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους δωρεάν, ενώ υπογραμμίστηκε το γεγονός ότι το κράτος θα έπρεπε να παρεμβαίνει ώστε να εξασφαλίζεται η ισότητα στην πρόσβαση των πολιτών. Έγινε λοιπόν κατανοητό ότι το κράτος πρόνοιας έπρεπε να βασιστεί στα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης ώστε να μπορέσει να εστιάσει και με την έλευση του χρόνου να επιτύχει όλους εκείνους τους στόχους και τις αρχές που με ιδιαίτερη δυσκολία αποκρυστάλλωσαν σταδιακά οι 'ιεροί πατέρες' των οικονομικών της υγείας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005).

Τα συστήματα υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη βρίσκονται σε κατάσταση ροής. Η τεχνολογική πρόοδος, οι πολιτιστικοί και πολιτικοί μετασχηματισμοί και οι ριζικές αλλαγές στις κατευθυντήριες αρχές της κυβερνητικής παρέμβασης και της δημόσιας διοίκησης, αλλά και οι σύγχρονες μορφές διακυβέρνησης έχουν θέσει σε δοκιμασία τα παραδοσιακά μοντέλα υγείας. Τις τελευταίες μάλιστα δεκαετίες τουλάχιστον, παρατηρείται πως τα μεταπολεμικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης χρειάστηκε να αγωνιστούν απλώς για να επιβιώσουν. Παρά τη συνεχή εξέλιξη, αγωνίζονται να συμβαδίσουν με τις συνεχώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της κοινωνίας. Επιπλέον, η προσπάθεια αυτή γίνεται παράλληλα με την αντιμετώπιση των αυξανόμενων περιορισμών που τίθενται στην μακροπρόθεσμη οικονομική τους βιωσιμότητα. Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση καθώς και η θεσμική ατζέντα του περιορισμού του κόστους και της λιτότητας, περιόρισαν περαιτέρω το διαθέσιμο πεδίο για την εκπλήρωση ή ακόμα και τη διευκόλυνση αυτών των εν μέρει αντικρουόμενων φιλοδοξιών (Pavolini et al., 2013) . Βέβαια δεν είναι λίγοι εκείνοι οι οποίοι υποστηρίζουν πως τα συστήματα υγείας δεν παίζουν καθοριστικό ρόλο στην

υγεία των πολιτών (με την έννοια φυσικά του well-being). Αυτό υποστηρίχθηκε κυρίως από κοινωνικούς επιδημιολόγους και από ορισμένους οικονομολόγους της υγείας, θέλοντας να υποστηρίξουν μια πιο ολιστική προσέγγιση.

Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελούν μια εξαιρετική ευκαιρία για την αρχή της αντιμετώπισης αυτών των περίπλοκων ζητημάτων τα οποία είναι σημαντικά για το μέλλον των ευρωπαϊκών κοινωνιών. Κάτι τέτοιο έχει ιστορικά και θεσμικώς τονιστεί, ιδιαιτέρως μέσα από την προσπάθεια της Ευρώπης για μια ανθρωποκεντρική πολιτική προσέγγιση, όπως φαίνεται μέσα από την πορεία και τελικά από την απόφαση και έγκριση του Ευρωπαϊκού υγειονομικού μοντέλου. Πλέον υπάρχουν σημαντικοί μετασχηματισμοί σε πολλές πτυχές των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης κυρίως στις παρεχόμενες υπηρεσίες, την πρόσβαση, την κάλυψη και τελικά τις σχέσεις προμηθευτή-αγοραστή (ή χρήστη/καταναλωτή). (Pavolini & Guillén, 2013; Mladovsky et al., 2012; Hassenteufel & Palier, 2007).

Έναν βασικό προβληματισμό που έχει δημιουργήσει η οικονομική κρίση είναι αυτός της γενικότερης συρρίκνωσης του κράτους πρόνοιας. Έτσι λοιπόν έχουν εκδηλωθεί κάποιες αλλαγές στην ατζέντα της κοινωνικής πολιτικής με απώτερο στόχο και σκοπό να αντιμετωπιστούν οι σύγχρονες προκλήσεις που έχουν δημιουργηθεί. Βέβαια, παράλληλα με τις ανωτέρω προσπάθειες έχουν γίνει και σημαντικά βήματα ώστε να δημιουργηθούν και συνθήκες ισχυροποίησης των υγειονομικών συστημάτων (Σακελλαρόπουλος, 1999).

Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές και στην περίπτωση της Ελλάδας, όπου εκτός από τα προβλήματα και τις ελλείψεις, το σύστημα υγείας έρχεται αντιμέτωπο και με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, οι οποίες έχουν οδηγήσει σε περικοπές πόρων, δημιουργώντας έτσι ακόμα περισσότερα προβλήματα. Αναφέροντας λοιπόν όλα τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτή και η ύπαρξη της ανισότητας στην πρόσβαση του συστήματος υγείας αφού τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης δεν λήφθηκε κάποια μέριμνα για τους ανασφάλιστους, οι οποίοι ήταν αποτέλεσμα της ραγδαίας αύξησης του φαινομένου της ανεργίας. Βάσει των παραπάνω, το βασικό ερευνητικό ερώτημα είναι η εξέταση του ελληνικού συστήματος υγείας, συγκριτικά με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά, οι μεταρρυθμίσεις που υπέστη στο πλαίσιο της δημοσιονομικής πολιτικής, καθώς και το κατά πόσο μπορεί να ικανοποιήσει και να καλύψει τις ανάγκες των χρηστών του σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

1.2. Λόγοι και κριτήρια για την επιλογή του θέματος

Η Ελλάδα σήμερα αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας της. Μία από τις κύριες αιτίες για το μεγάλο δημόσιο χρέος της Ελλάδας είναι η αναποτελεσματική και μη παραγωγική δημόσια διοίκηση, η οποία χαρακτηρίστηκε κατά καιρούς από σημαντικά προβλήματα γραφειοπαθολογίας και γενικότερης λανθασμένης στρατηγικής αποτίμησης στόχων και σκοπών. Σε αυτό βέβαια έπαιξε ρόλο και η εκδήλωση διαφόρων φαινομένων, όπως ο λαϊκισμός, το πελατειακό κράτος και το ‘‘ρουσφετολόγι’’ (επονομαζόμενο στο χώρο της υγείας ως ‘‘φακελάκι’’) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Η δομή και η οργάνωση των ελληνικών δημόσιων θεσμών είναι γραφειοκρατική, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε όλες τις σύγχρονες δημοκρατίες (τουλάχιστον με την κοινωνιολογική (θετική) έννοια του όρου) (Hughes & Kroehler, 2014), ενώ παράλληλα χαρακτηρίζονται από την έλλειψη κατάλληλων συστημάτων για την αξιολόγηση και τον έλεγχο (σύμφωνα με την πολιτική έννοια του όρου και την έννοια της γραφειοπαθολογίας (Μακρυδημήτρης, 2013)).

Το παραπάνω βρίσκει άμεση εφαρμογή και στην ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), η οποία είναι ιδιαίτερα κατακερματισμένη λόγω της απουσίας ενός συστήματος συντονισμού και ελέγχου των διαφόρων δημόσιων και ιδιωτικών επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται σε αυτήν, με αποτέλεσμα να πιθανολογείται πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αναμένεται να μειωθεί περαιτέρω σε σχέση με την οικονομική κρίση, πράγμα που θα δημιουργήσει μια αλυσιδωτή διαντίδραση, με περαιτέρω συνέπειες.

Η συνεχόμενη μείωση των πόρων στον τομέα της υγείας έχει εγείρει σημαντικές λοιπόν αμφιβολίες στους κύκλους της ευρύτερης επιστημικής κοινότητας για το κατά πόσο τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και ειδικότερα το ελληνικό, επιτυγχάνουν εν τέλει τους στόχους τους, την ίδια στιγμή που υποχρεώνονται για δημοσιονομικούς λόγους να προβούν σε άμεσες μεταρρυθμίσεις, οι οποίες πολλές φορές είναι άμεσα συνδεδεμένες και με τις περικοπές. Η συζήτηση που ακολουθεί προσανατολίζεται κυρίως στα ζητήματα της ισότητας και της αποδοτικότητας, δηλαδή αν τα συστήματα υγείας μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του συνολικού πληθυσμού καθώς και αν μπορούν να είναι αποδοτικά, παρά τους μειωμένους πόρους

και τα διάφορα προβλήματα που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τους.

1.3. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις που υπέστη το ελληνικό σύστημα υγείας σε αντιπαραβολή με τα άλλα ευρωπαϊκά συστήματα, μέσα από τη γνώμη των χρηστών του και ειδικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα τα συστήματα υγείας που θα εξεταστούν είναι της Μεγάλης Βρετανίας, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Ελλάδας. Η συγκεκριμένη επιλογή έγινε με γνώμονα το ακαδημαϊκό και ερευνητικό ενδιαφέρον, ώστε να μπορέσουν να ερμηνευθούν, αφού βέβαια συγκριθούν, διαφορετικά συστήματα υγείας, με στόχο να τονιστεί η αλλομορφία τους σε σχέση με το ελληνικό σύστημα.

Πιο συγκεκριμένα, στόχος της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει αν οι παρελθούσες μεταρρυθμίσεις καθώς και αυτές που υπαγορεύτηκαν στο πλαίσιο των δημοσιονομικών πολιτικών, βελτίωσαν τελικά ή όχι το ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς και πως αντιμετωπίστηκε η μεγάλη μείωση των πόρων που επιβλήθηκε. Επιπλέον θα εξεταστεί το αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων, δηλαδή κατά πόσον αυτές ήταν προς όφελος ή όχι των χρηστών των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η αντιπαράθεση με τα άλλα συστήματα υγείας θα επιτρέψει να διαφανεί αν το αποτέλεσμα των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα οφείλεται στις πολιτικές που εφαρμόστηκαν ή αποτελεί μία γενικότερη τάση στην Ευρώπη, που υπαγορεύτηκε από την οικονομική κρίση και τις δημοσιονομικές πολιτικές της.

Εν κατακλείδι, οι στόχοι της παρούσας διατριβής είναι:

1. Η διαχρονική ανάλυση των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας, επιλέγοντας τα συστήματα υγείας τεσσάρων ευρωπαϊκών χωρών, από τα οποία θα αναδειχθούν, τα βασικά χαρακτηριστικά τους.
2. Η αξιολόγηση των αρχών-στόχων της αποδοτικότητας και της ισότητας του ελληνικού συστήματος υγείας.
3. Η καταγραφή των προβλημάτων που παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας.
4. Ο εντοπισμός των αιτιών των προβλημάτων και η προσπάθεια καταπολέμησης τους μέσω των μεταρρυθμίσεων.

5. Η καταγραφή και η ανάλυση της γνώμης των χρηστών του ελληνικού συστήματος υγείας.

6. Η καταγραφή και η ανάλυση της γνώμης των στελεχών του ελληνικού συστήματος υγείας.

7. Η διατύπωση προτάσεων για το ελληνικό σύστημα υγείας.

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν είναι:

- ✓ Οι μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα δεν ήταν προγραμματισμένες και δρομολογημένες αλλά έγιναν υπό την πίεση των δημοσιονομικών πολιτικών και περιορίστηκαν στην μείωση των πόρων λόγω της οικονομικής κρίσης.
- ✓ Οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία στην Ελλάδα επηρέασαν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχει το δημόσιο σύστημα.
- ✓ Οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι ακολουθούν ίδιες πολιτικές, δεν έχουν τα ίδια αποτελέσματα με άλλες της Ευρώπης λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του εθνικού συστήματος υγείας.

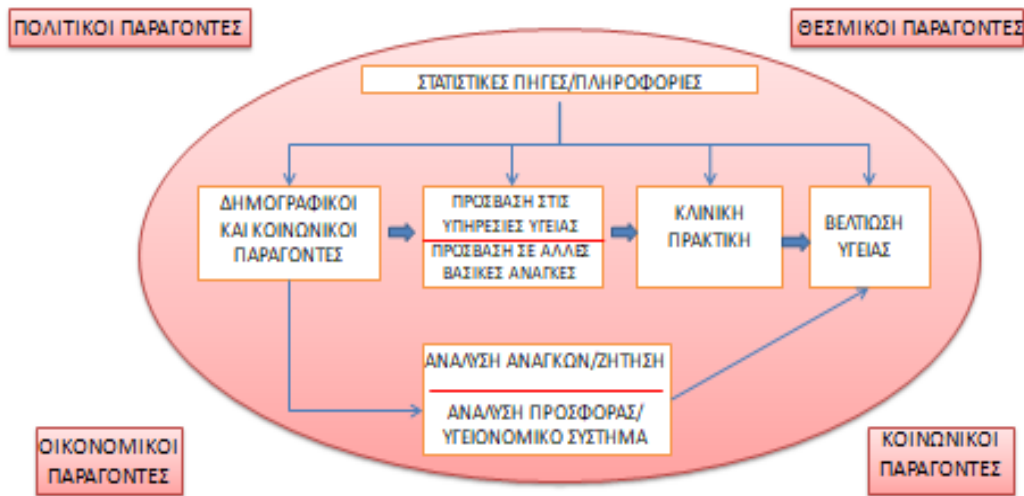
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του συστήματος υγείας

Το υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας δεν παραμένει στάσιμο, αλλά αντίθετα διαμορφώνεται και εξελίσσεται υπό το βάρος της επίδρασης των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων που διαμορφώνουν το χαρακτήρα του, τη δομή και λειτουργία του (Θεοδώρου, 2000). Αυτό σημαίνει πως κάθε ατζέντα για την πολιτική της υγείας γενικότερα, αλλά και το υγειονομικό σύστημα ειδικότερα, διαμορφώνεται και μεταβάλλεται αντιστοίχως, ανάλογα με τη γεωγραφική τοποθέτηση μέσα σε μια επικράτεια, τις ανάγκες που δημιουργούνται και τις προϋποθέσεις που απαιτούνται. Συνοψίζοντας το παραπάνω τέσσερις είναι οι παράγοντες που εν τέλει παίζουν καθοριστικό ρόλο και συμβάλλουν στην πολιτική υγείας σύμφωνα με τον καθηγητή, κύριο Υφαντόπουλο: οι πολιτικοί, θεσμικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Όσα προαναφέρθηκαν λοιπόν απαιτούν μια συγκεκριμένη πολιτική ακολουθία, σχεδόν αλυσιδωτή. Με την έννοια αυτή, παρά το γεγονός ότι ο σχεδιασμός της πολιτικής υγείας φαίνεται κάπως εύκολος, η πραγματικότητα επιτάσσει μια πιο σύνθετη προοπτική, η οποία ξεκινά από την συλλογή κι αξιοποίηση έγκυρων στατιστικών πληροφοριών και δεδομένων. Με τον καιρό επεκτείνεται στην ανάλυση των διαφόρων και ποικίλων δημογραφικών και κοινωνικών στοιχείων, πράγμα που οδηγεί με τη σειρά του στην σκιαγράφηση του γενικότερου επιδημιολογικού προφίλ της χώρας, των πραγματικών αναγκών, αλλά και την παρουσίαση τυχόν προβλημάτων, τα οποία έχουν να κάνουν με την διασφάλιση στην πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα, τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Η πολιτική βούληση είναι αυτή η οποία θα θέσει τα παραπάνω στοιχεία σε σειρά και διαβούλευση, ενώ μετά από δική της πρωτοβουλία θα τα εντάξει στη θεσμική ατζέντα, προωθώντας τα κατά τρόπο καθοριστικό. Έτσι ο τομέας της υγείας αποκτά ιδιαίτερο και ταυτόχρονα διεπιστημονικό ενδιαφέρον, αφού μέσα από έναν δαιδαλώδη μηχανισμό συνεργασίας τελικό σκοπό έχει την βελτίωση της κατάστασης, αλλά και την ποιότητα της υγείας.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην πολιτική υγείας



ΕΙΚΟΝΑ 1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΗΓΗ (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ν., 2018)

Η έννοια της υγείας έχει γίνει κατανοητή κυρίως μέσω της παρατήρησης και της εμπειρίας. Αυτές οι δύο μέθοδοι προσδίδουν επίσης και τις τεχνικές που απαιτούνται για την επαναφορά ή τη διατήρηση της υγείας. Η υγεία επίσης, είναι ένας όρος που δεν μπορεί να προσδιοριστεί με απόλυτη σαφήνεια εφόσον περιλαμβάνει διάφορους ορισμούς και ερμηνείες (Coetzee & Klopper, 2010).

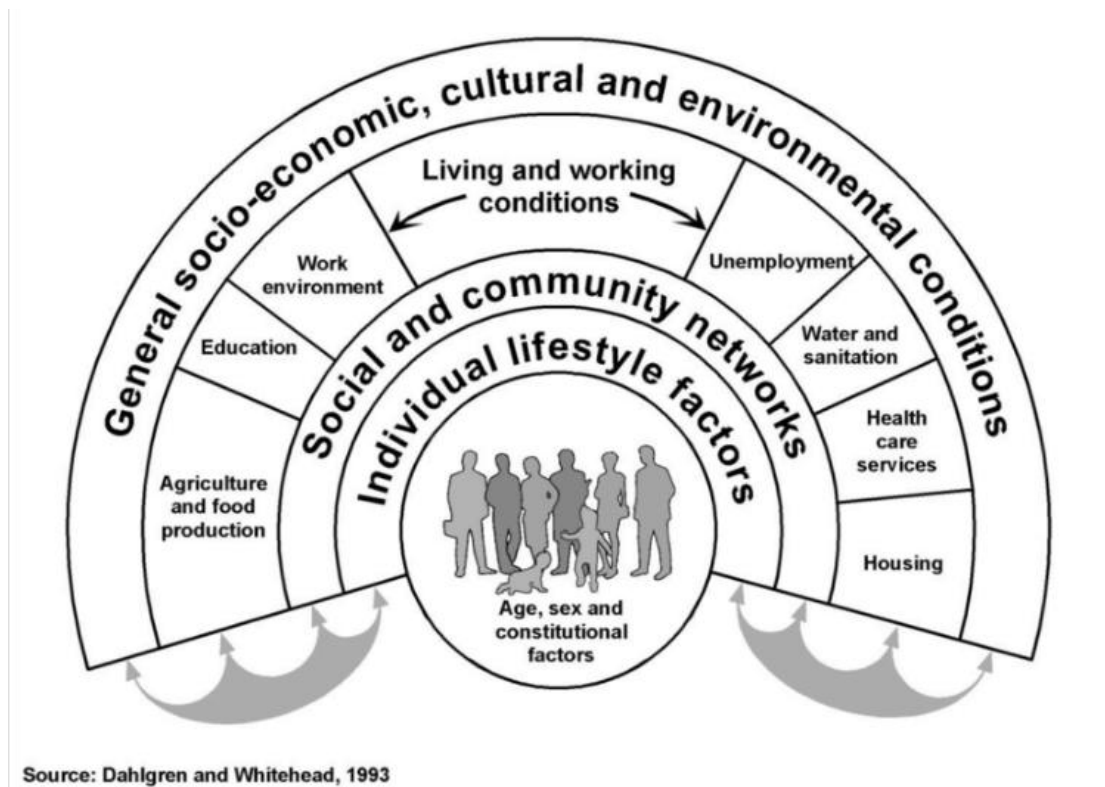
Η βιβλιογραφική ανασκόπηση για την υγεία παρέχει συγκεκριμένα θεωρητικά πλαίσια γύρω από τα οποία κινείται η ερμηνεία της. Με βάση αυτά τα πλαίσια, η υγεία αρχικά προσδιορίστηκε ως απουσία της ασθένειας. Σε αυτό το πλαίσιο, η υγεία επιτελείται όταν δεν υπάρχουν ασθένειες λόγω της διάγνωσης και της θεραπείας φυσιο-παθολογικών συνθηκών. Υπό αυτή την έννοια, κάποιος μπορεί να θεωρείται υγιής, όταν η κατάσταση ασθένειας στην οποία είχε περιπέσει είτε δεν υφίσταται πλέον, είτε είναι ελεγχόμενη. Αυτή βέβαια η έννοια έχει πλέον χάσει την άμεση εγκυρότητά της μετά από πολλές έρευνες, αφού πλέον το φαινόμενο της υγείας θεωρείται περισσότερο σύνθετο και δεν παραμένει απλά στην απουσία ή όχι της ασθένειας.

Έτσι, ένα δεύτερο πλαίσιο είναι αυτό της επιτέλεσης του ρόλου. Σύμφωνα με αυτό, ένας άνθρωπος θεωρείται υγιής όταν βρίσκεται σε κατάσταση που του επιτρέπει να επιτελεί τους κοινωνικούς ρόλους του, δηλαδή να έχει τις απαραίτητες δεξιότητες και να είναι αποτελεσματικός στην επιτέλεση των κοινωνικών του ρόλων

και στόχων (Coetzee & Klopper, 2010). Ένα ακόμα πλαίσιο είναι αυτό της προσαρμογής. Σε αυτή την περίπτωση, η υγεία είναι η θετική προσαρμογή του ανθρώπου στις περιβαλλοντικές αλλαγές και αυτή εξαρτάται από την ικανότητα του να προσαρμόζεται σε διάφορα κοινωνικά γεγονότα. Τέλος, υπάρχει και το πλαίσιο της μεγιστοποίησης των ανθρώπινων δυνατοτήτων. Ο άνθρωπος σε αυτό το πλαίσιο, αποζητά την υγεία ως την κατάσταση που θα συμβάλλει ώστε να χρησιμοποιήσει στο μέγιστο όλες τις δυνατότητες του (Coetzee & Klopper, 2010).

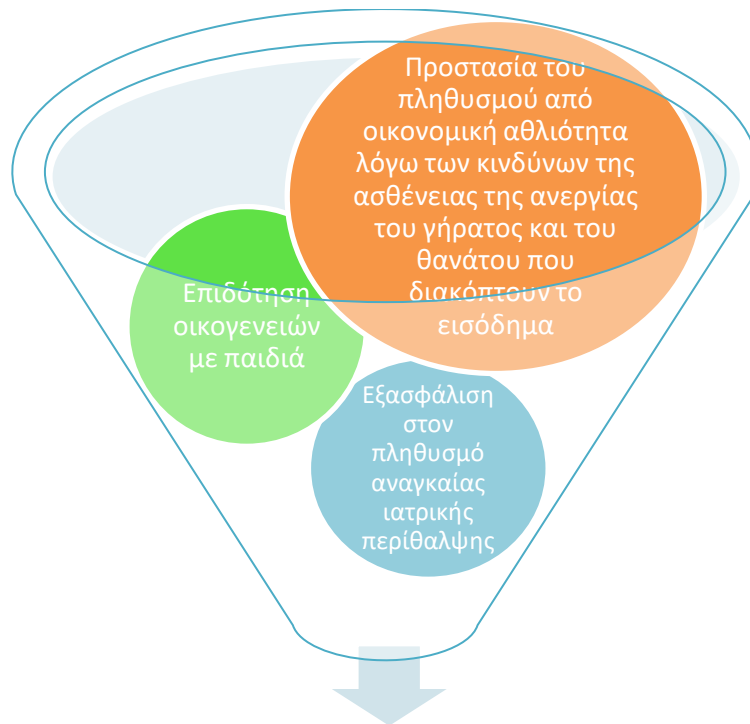
Ο πρώτος προσδιορισμός της υγείας που την ορίζει ως την απουσία νόσου, αποτελεί την πιο κοινή και απλοϊκή πεποίθηση που υπάρχει για την υγεία. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι μπορεί να καλύψει όλες τις διαστάσεις της υγείας παρά το γεγονός ότι στην προσέγγιση αυτή βασίστηκε η ανάπτυξη και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης (Τσαλακοπούλου & Sarafis, 2013).

Η πολυπλοκότητα και πολυσυνθετότητα που περιγράφηκε, φαίνεται περιγραφικά και στην παρακάτω απεικόνιση, όπου και υπογραμμίζονται οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν εν τέλει την υγεία. Είναι μια πιο ολιστική προσέγγιση, η οποία δεν βασίζεται μόνο στην ύπαρξη ή την απουσία των μικροβίων, αλλά εμπεριέχει και στοιχεία τα οποία είναι πιο κοινωνιολογικά (παραδείγματος χάρη δημογραφικά δεδομένα), πολιτικά, οικονομικά και πολιτιστικά. Σημαντικό παράδειγμα που μπορεί να αναφερθεί ήδη από τώρα που βασίζεται στην παραπάνω προσέγγιση, αλλά επιβεβαιώθηκε έντονα κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι ο χώρος της εργασίας και οι συνθήκες (υλικές και πνευματικές) κάτω από τις οποίες παρέχεται το εργασιακό φαινόμενο. Πράγματι κατά την περίοδο τη κρίσης αυξήθηκε η ανεργία (ιδιαίτερα στους νέους), με αποτέλεσμα να αυξηθούν τόσο τα προβλήματα άγχους-στρες, εξαιτίας του φόβου της απώλειας της εργασίας, όσο και τα ψυχικά προβλήματα, από την συνεχή πνευματική και σωματική εγρήγορση, την καταπόνηση, την εργασιακή εκμετάλλευση αλλά και τον άκρατο ανταγωνισμό.



ΕΙΚΟΝΑ 2 ΟΙ ΚΥΡΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ. ΠΗΓΗ: DAHLGREN AND WHITEHEAD

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) (Business, 2007), όσον αφορά τα συστήματα υγείας, αυτά αποτελούνται από οργανισμούς, ανθρώπους και δραστηριότητες που έχουν ως άμεσο στόχο την προώθηση, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Ένα σύστημα υγείας λοιπόν, περιλαμβάνει όλες τις προσπάθειες που γίνονται προκειμένου να επηρεαστούν αρχικά, θετικά οι μεταβλητές και οι δείκτες της υγείας αλλά και δραστηριότητες που είναι άμεσες και βελτιώνουν την υγεία. Ο ΠΟΥ συμπερασματικά για την υγεία εξέφρασε την άποψη ότι είναι τελικά η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1946).



Σκοπός των μέτρων για την κοινωνική ασφάλεια

ΕΙΚΟΝΑ 3 ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ. ΠΗΓΗ (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΜΠΑΛΟΥΡΟΣ, & ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ, 2009)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ένα σύστημα υγείας δεν είναι απλώς μία πυραμιδική δομή, αλλά παράγει υπηρεσίες βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, την ίδια στιγμή που προσπαθεί να τον καλύψει σε ένα ευρύτερο πεδίο, αυτό της ευδαιμονίας (“well being”) και της γενικής ευεξίας. Μπορούμε λοιπόν να αναφερθούμε σε κάποια παραδείγματα όπως οι παροχές υγείας κατ' οίκον ακόμη και από ιδιωτικούς παρόχους, η μεταβολή της συμπεριφοράς μέσω προγραμμάτων, οι εκστρατείες προώθησης ζητημάτων υγείας, η ασφάλιση και η νομοθεσία ασφαλείας. Τέλος, είναι απαραίτητο να πούμε πως περιλαμβάνει όλες τις δράσεις του προσωπικού υγείας (Business, 2007).

Οι βασικές αξίες και αρχές που διέπουν τα συστήματα υγείας καθορίζονται από τη διακήρυξη της Alma -Ata με προεξέχουσα τις παροχές υγείας χωρίς διακρίσεις λόγω φύλου ή φυλής.

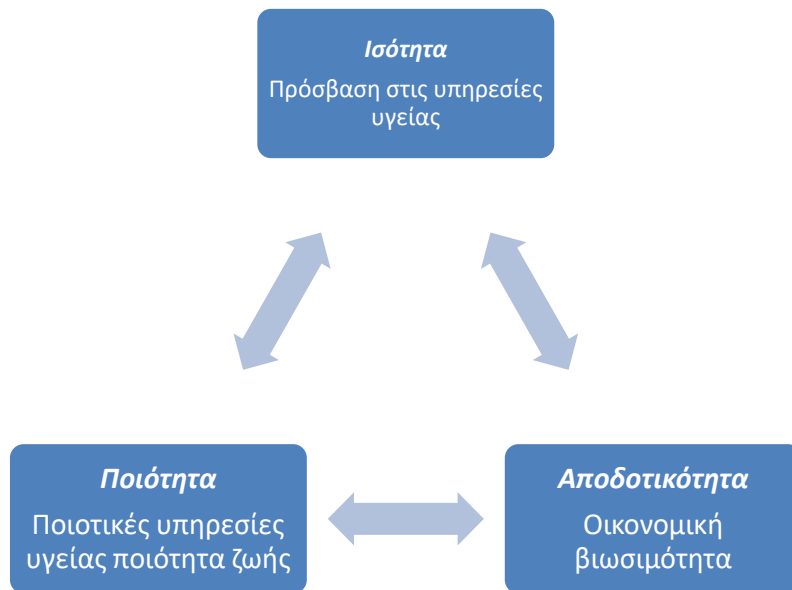
Τα συστήματα υγείας λόγω της περιπλοκότητας τους περιλαμβάνουν και πολλαπλούς στόχους. Κάποιοι από αυτούς είναι η βελτίωση της υγείας, η ισότητα στην υγεία, η ισότιμη κατανομή των πόρων, και η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα τους με τη κατάλληλη χρήση των διαθέσιμων πόρων (Business,

2007). Ένα σύστημα υγείας για να θεωρείται ως αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει αποτελεσματικές, ασφαλείς, ποιοτικές, προσωπικές και συλλογικές παρεμβάσεις, σε αυτούς που τις έχουν ανάγκη, όταν τις χρειάζονται, χωρίς την κατασπατάληση των πόρων (Business, 2007).

Όλα αυτά χρειάζονται ιδιαίτερη ανάλυση, αφού παίζουν το σημαντικότερο ρόλο στην τελική επίτευξη των σκοπών και των ευρύτερων στόχων των υγειονομικών συστημάτων. Η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης-ισότητας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) αποτελεί ίσως την κορωνίδα των τριών βασικών στόχων, οι οποίοι θα αναλυθούν παρακάτω. Κι αυτό συμβαίνει εξαιτίας του γεγονότος ότι στην βιβλιογραφία η έννοια της ισότητας μεταφράζεται στο χώρο των συστημάτων υγείας ως ισοτιμία. Περιλαμβάνει και εκφράζει λοιπόν μια έννοια που φιλοσοφικά ταλάνισε ιδιαίτερα την επιστημική κοινότητα. Ήδη πρώτος από όλους ο Σταγειρίτης φιλόσοφος, Αριστοτέλης προσέγγισε την “ισοτιμία” προβάλλοντας έτσι την “ισότητα” με μια μορφή δίκαιης “μοιρασιάς”, ανάλογα βέβαια με το τι αξίζει στον καθένα. Αποκόβεται συνεπώς κάθε μετάφρασή της ως αδικαιολόγητη ισότητα “προς τα κάτω”. Έτσι δίνει έμφαση στη σωστή και δίκαιη κατανομή των πόρων (εισροών), χωρίς να εμποδίζει την προσπέλαση στο σύστημα, μειώνοντας έτσι τις ανισότητες στον χώρο της υγείας, όπως αυτές έχουν τονιστεί μάλιστα και από τον μαρξιστή οικονομολόγο της υγείας Vincent Navaro. Αυτός είναι και ο λόγος ο οποίος την κάνει απόλυτα επιθυμητή σαν αρχή κυρίως σε περιόδους κρίσης.

Η μορφή της κοινωνικής δικαιοσύνης (με την έννοια της ισοτιμίας) αναλύεται σε πολλές παραμέτρους, οι οποίες όμως είναι πολύ δύσκολο τις περισσότερες φορές να συνδυαστούν. Μάλιστα αποτελεί κι έναν από τους βασικότερους πυλώνες του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου. Πιο συγκεκριμένα η ισότητα μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από:

- ίσες ευκαιρίες για υγεία,
- ισότητα για πρόσβαση υπηρεσιών υγείας,
- ισότητα για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας,
- ισότητα στις παροχές για ίσες ανάγκες,
- γεωγραφική ισότητα (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).



ΕΙΚΟΝΑ 4 Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο. Πηγή: (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018)

Η δεύτερη αρχή, η οποία κι αυτή με τη σειρά της παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό των συστημάτων υγείας είναι αυτή της αποδοτικότητας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Μέσα από αυτή υπογραμμίζεται και προάγεται ο σωστός συνδυασμός των εισροών και εκροών του συστήματος καθώς και η μεταξύ τους οικονομική σχέση. Είναι αντιληπτή η σημασία της τόσο κατά την περίοδο της κρίσης, όσο και γενικότερα για την επίτευξη ενός σωστά δομημένου υγειονομικού συστήματος.

Η τρίτη αρχή έχει να κάνει με την έννοια της κλινικής αποτελεσματικότητας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) η οποία θέτει στο επίκεντρο τον εξίσου σημαντικό με τα παραπάνω, ορθολογικό σχεδιασμό και ακολούθως την ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων, σύμφωνα και με τον καθηγητή, κύριο Υφαντόπουλο. Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να αναφερθεί και το γεγονός ότι βάσει της εφαρμογής αυτής της αρχής μπορεί να υπάρξει καλύτερος και ορθολογικότερος σχεδιασμός, ιεράρχηση και τελικά επιλογή και χρήση. Εν τέλει, θα πρέπει όσον αφορά αυτές τις αρχές να τονιστεί πως κάθε κράτος ή ομοσπονδία κρατών, ανάλογα με συγκεκριμένους παράγοντες που λαμβάνουν υπόψη και που ήδη προαναφέρθηκαν, προχωρούν στην επιλογή ενός συγκεκριμένου συνδυασμού μεταξύ των τριών θέτοντας στο επίκεντρο και την έννοια της “θυσίας”, δηλαδή του κόστους ευκαιρίας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

2.2. Διοικητική επιστήμη και διοίκηση υπηρεσιών υγείας

Η έναρξη της διοικητικής επιστήμης έγινε στην Ευρώπη και μεταγενέστερα στις ΗΠΑ όπου και υιοθετήθηκε πλήρως. Η διοικητική επιστήμη ή αλλιώς επιστήμη της διοίκησης, είναι οι γνώσεις που επιτρέπουν με συστηματικό τρόπο την κατανόηση των σχέσεων που εντοπίζονται, και προβλέπουν τα αποτελέσματα που μπορούν να ασκήσουν επιρροή στις οργανωμένες προσπάθειες. Μέρος της διοικητικής επιστήμης είναι και η δημόσια διοίκηση που η ενασχόληση της γίνεται στο πλαίσιο της διακυβέρνησης και με τον τρόπο που γίνεται η εκτελεστική λειτουργία (Μακρυδημήτρης, 2004; Μακρυδημήτρης & Πραβίτα, 2012; Τσαντήλα & Κωτούλα, 2015).

Ένα από τα πεδία της έρευνας της διοικητικής επιστήμης είναι το κράτος. Μέσω αυτής, τα σημεία του κράτους στα οποία απαιτείται ανάλυση είναι ορατά ενώ παράλληλα συμβάλλει στη βελτίωση των δομών αλλά και της λειτουργίας του. Με την έννοια της διακυβέρνησης νοείται ο τρόπος που γίνεται η διαχείριση του κράτους μέσω των επιστημονικών μεθόδων και της λογικής. Οι επιστήμονες της διοίκησης είναι αυτοί που βοηθούν στη διαμόρφωση και στην εφαρμογή των δημοσίων πολιτικών με στόχο την αντιμετώπιση διοικητικών αλλά και κοινωνικών προβλημάτων (Μακρυδημήτρης, 2004).

Μέρος της διοικητικής επιστήμης είναι και το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ (NDM) (New Public Management). Η μεγάλη γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης, την έκανε δύσκαμπτη και δυσλειτουργική, αλλά απαιτούσε και πολλούς πόρους λόγω των πολλών προσώπων που απαιτούσαν οι δομές και οι διαδικασίες της. Αυτό την καθιστούσε αναποτελεσματική και μη αποδοτική, με σαφή έλλειψη καινοτομίας. Επίσης χαρακτηρίζονταν από μη δημόσια αιτιολογία των ενεργειών της με έντονα στοιχεία αδιαφάνειας (Μακρυδημήτρης, 2010). Στην επίλυση αυτών των προβλημάτων θεωρήθηκε ότι μπορεί να συμβάλλει η προσέγγιση του NDM.

Σύμφωνα με τον Pollitt (2000), το NDM θα μπορούσε να οριστεί ως μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο η κυβέρνηση επιτελεί τη δημόσια διοίκηση, από τον παλαιό γραφειοκρατικό σε ένα νέο πιο επιχειρηματικό και δυναμικότερο τρόπο, ενώ ταυτόχρονα γίνονται βήματα αναδιοργάνωσης. Λόγω της οικονομικής ύφεσης και της ανάγκης για μια πιο αποτελεσματική κατάσταση, τα στοιχεία του NDM υιοθετήθηκαν παγκοσμίως, δίνοντας έμφαση στις μορφές του ιδιωτικού τομέα των πρακτικών διαχείρισης, της μείωσης του μεγέθους, της ιδιωτικοποίησης και της μέτρησης των

επιδόσεων (Hood, 1995). Οι Ferlie & Geraghty (2005) υποστηρίζουν ότι υπάρχουν σκληρές και απαλές προτάσεις του ΝΔΜ. Η σκληρή έκδοση επικεντρώνεται σε δεδομένα που προέρχονται από εκτιμήσεις και μετρήσεις, απολύσεις και αυστηρότητα, ενώ η απαλή δίνει έμφαση στην ευημερία των πολιτών και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των υλοποιήσεων του ΝΔΜ, ο Pollitt (2000) κατέληξε μέχρι στιγμής στο συμπέρασμα ότι οι κυβερνήσεις δεν έχουν τη συνήθεια να αξιολογούν τα δόγματα του ΝΔΜ που εφαρμόζονται. Επιπλέον, πρέπει να εξεταστεί το γεγονός ότι τα μεταρρυθμιστικά καθεστώτα βασίζονται σε αρνητικές υποθέσεις σχετικά με τους δημόσιους υπαλλήλους (Seddon, 2008), επομένως η εφαρμογή του θα μπορούσε να είναι περισσότερο φιλική προς τους εργαζομένους, καθώς πολλά από αυτά τα μοντέλα προσπαθούν να ικανοποιήσουν όλους τους συμμετέχοντες και να δημιουργήσουν μία κερδοφόρα κατάσταση για όλους (Karlan, 2002).

Ο Hood (1991) υποστηρίζει ότι το ΝΔΜ είναι σε γενικές γραμμές μια προσπάθεια πολλών χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) να περιορίσουν τη γραφειοκρατία και την ηθική χρεοκοπία των δημόσιων συστημάτων με τελικό σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση του κόστους του δημόσιου τομέα. Θα ήταν σα να υποθέταμε πως γίνεται προσπάθεια περιθωριοποίησης των διάφορων παραμορφώσεων που λαμβάνει ο ιδεότυπος της γραφειοκρατίας όταν περνά από την περιγραφική-αναλυτική του έννοια στη σφαίρα της πραγματικότητας και του κοινωνικού πράττειν (Μακρυδημήτρης, 2013).

Παραμορφώσεις της γραφειοκρατίας		
<i>Χαρακτηριστικά του ιδεοτύπου της γραφειοκρατίας</i>	<i>Υπερβολή</i>	<i>Έλλειψη</i>
Κανόνες	Τυπολατρία, νομικισμός, εγγραφοκρατία	Αυθαιρεσία
Ιεραρχία	Αυταρχισμός	Αναρχία
Υπαλληλία	Αδιαφορία, διαφθορά	Νουχελικότητα

Εξειδίκευση	Tunnel vision	Ερασιτεχνισμός
-------------	---------------	----------------

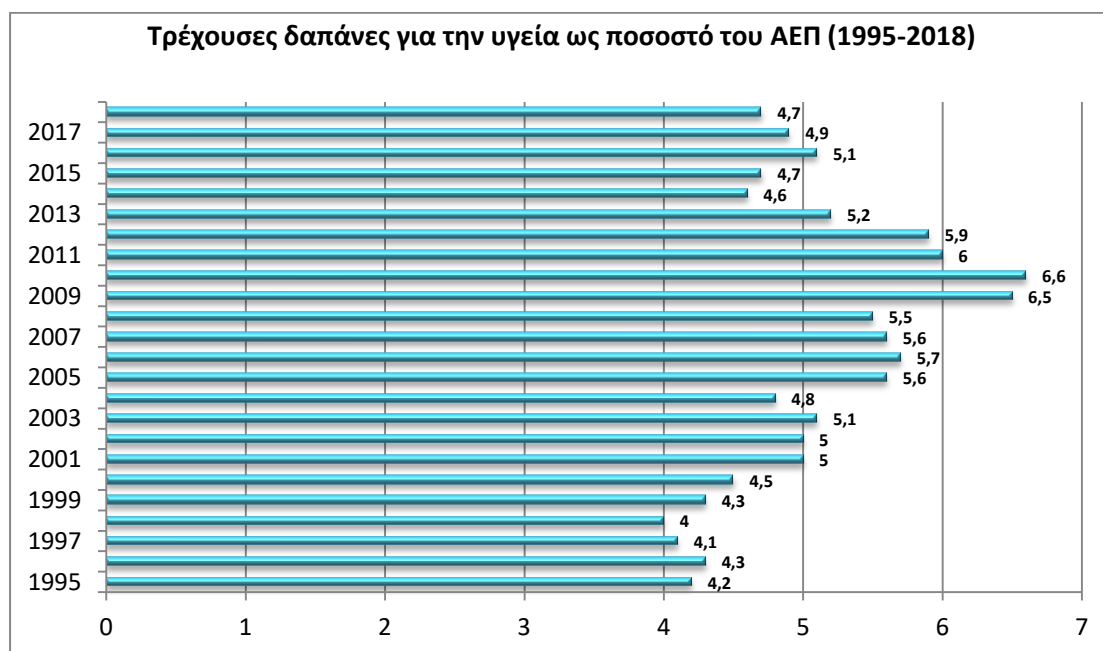
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΟΙ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΑΣ. ΠΗΓΗ (ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ, 2013)

Ο όρος ΝΔΜ περιγράφει όλες τις σωρευτικές προσπάθειες λοιπόν για μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση, με σκοπό να αποφευχθούν όλα τα παραπάνω, καθώς κι άλλα φαινόμενα, όπως είναι η διαφθορά, η “ελευσίνια γνώση” και η γραφειοπαθολογία. Κάτω από την πίεση που ασκούν διάφοροι οργανισμοί, ειδικά οι παγκόσμιοι, η Ελλάδα, όπως και άλλες χώρες που αντιμετωπίζουν χρηματοπιστωτική κρίση, πρέπει να λειτουργήσει τον δημόσιο τομέα με τρόπο παρόμοιο με τον ιδιωτικό και κερδοσκοπικό τομέα, με στόχο όχι τόσο την κερδοσκοπία, αλλά την ευελιξία και πλαστικότητα των κινήσεων που διαθέτει κυρίως ο ιδιωτικός τομέας. Ιδιαίτερα κάτω από την τρέχουσα κρίση χρέους, το ΝΔΜ αποτελεί πρόκληση καθώς απαιτεί την ικανοποίηση των πολιτών και την αξιοποίηση των χρημάτων, καθώς και τη δημοσιονομική πειθαρχία (Philippidou et al., 2004).

Λόγω της οικονομικής ύφεσης, οι κρατικοί πόροι μειώνονται σταδιακά. Τα δόγματα του ΝΔΜ υποστηρίζουν ότι μπορούμε να επιτύχουμε με αυτούς τους μειωμένους πόρους την ίδια ποιότητα και ποσότητα ίδιας παραγωγής του κράτους πρόνοιας όπως πριν. Έτσι, αυτό γίνεται μια πρόκληση, ένα αγαπημένο θέμα ρητορικής για όλους τους μεταρρυθμιστές, πολιτικούς, ανώτερους δημόσιους υπαλλήλους, ακαδημαϊκούς, ομάδες προβληματισμού και απαιτητικούς πολίτες (Pollitt, 2007). Οι δημόσιοι οργανισμοί (π.χ. υπουργεία, τοπικές αρχές, δημόσια νοσοκομεία, δημόσια σχολεία, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, δημόσιες επιχειρήσεις) βρίσκονται στο επίκεντρο μιας διαρκώς αυξανόμενης διαμάχης. Από τη δεκαετία του ‘70 μέχρι σήμερα υπάρχουν πολλοί μελετητές που επιβεβαιώνουν θεωρητικά και εμπειρικά την αποτυχία του κράτους (Hood, 1991). Ακόμη και πολιτικά κόμματα ποικίλου ιδεολογικού φάσματος επικρίνουν τον ρόλο και την αποτελεσματικότητα του κράτους (Μιχαλόπουλος, 2003).

Αυτό που έχει πάντως παρατηρηθεί στις σύγχρονες γραφειοκρατίες, είναι πως το κόστος του κράτους πρόνοιας δημιούργησε τεράστιο δημοσιονομικό έλλειμμα και δημόσιο χρέος. Η οικονομική ύφεση σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ζήτηση για χρηματοδότηση διαφόρων κοινωνικών προγραμμάτων είναι η μία πλευρά, ενώ η άλλη είναι η ποσότητα αποταμίευσης που απαιτείται για τη χρηματοδότηση του ελλείμματος. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες στην Ελλάδα ο δημόσιος τομέας

κατηγορείται σοβαρά για γραφειοκρατία (με την έννοια της σκληρής εγγραφοκρατίας), κακοδιοίκηση και αναποτελεσματικότητα (Feathertone, 2011). Αυτό έχει πλέον γίνει μια επείγουσα και άσχημη κατάσταση που απαιτεί άμεση δράση, η οποία συνεπάγεται μείωση του κόστους και εφαρμογή μέτρων λιτότητας που δεν είναι πάντοτε ευχάριστα, ενώ εμπειροκλείονται σε μια έντονη μορφή αβεβαιότητας (των αποτελεσμάτων). Επιπροσθέτως, οι δημόσιες υπηρεσίες πρέπει να αναδιαρθρωθούν με βάση τις αρχές και τις επιρροές της οικονομικής σκέψης που προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα και εφαρμόζονται στη δημόσια διοίκηση (Philippidou et al., 2004). Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται η ‘κατηφορική’ εξέλιξη των κυβερνητικών δαπανών (δαπανών του δημοσίου συστήματος εν γένει). Είναι εμφανής η σταδιακή αύξηση κατά το μεταίχμιο εισόδου στον 21^ο αιώνα, αποτέλεσμα ενός μέχρι τότε επιτυχημένου στρατηγικού σχεδιασμού, προσανατολισμένου προς τον ευρωπαϊκό τρόπο ζωής. Βέβαια από το 2005 κι έπειτα παρατηρείται μια αλματώδης αύξηση των δαπανών στο χώρο της υγείας, η οποία μάλιστα θεωρήθηκε από τους θεσμούς της ΤΡΟΙΚΑ, αλόγιστη και μη ανταποκρίσιμη στις πραγματικές ανάγκες. Αυτός είναι και ο λόγος που οι δαπάνες μειώθηκαν κατά πολύ, αφού (σχεδόν) έφτασαν αυτές του 2000 και 2004.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (GOVERNMENT/COMPULSORY SCHEMES) ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

Οι αρχές του ΝΔΜ υποστηρίζουν ότι πρέπει να κάνουμε τον δημόσιο τομέα λιγότερο απομονωμένο ως μονάδα σε σχέση με τον ιδιωτικό, ιδιαίτερα στους τομείς της διαχείρισης του προσωπικού, των συστημάτων επιβράβευσης και των μεθόδων

λειτουργίας μιας επιχείρησης (Curristine et al., 2007). Όταν ο Max Weber όρισε για πρώτη φορά τη γραφειοκρατία το 1921, ορίστηκαν τα χαρακτηριστικά και οι διαδικασίες μέσα σε έναν οργανισμό, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης οργανωτικών και ιεραρχικών γραφημάτων ροής, της συστηματικής κατάθεσης και των σωστών γραπτών αρχείων. Αυτός ο συνδυασμός έγινε αυτό που αποκαλούμε οργάνωση. Σήμερα, όταν αναφερόμαστε σε μια οργάνωση σε οποιοδήποτε τομέα της κοινωνίας, η έννοια περιλαμβάνει αυτόματα τον προϋπολογισμό, την εστίαση στην παραγωγή, τους δείκτες απόδοσης, τον διαχωρισμό των καθηκόντων και την εξωτερική ανάθεση.

Το ΝΔΜ προσπάθησε να μεταρρυθμίσει τον δημόσιο τομέα με μια χαρακτηριστική επείγουσα ανάγκη (Hood, 1991). Αυτό έχει οδηγήσει σε σοβαρές επικρίσεις για τις μεθόδους του μέσα και έξω από τη δημόσια υπηρεσία. Το ΝΔΜ πρέπει να αντιμετωπίσει όλες αυτές τις επικρίσεις και να προσαρμόσει την ατζέντα του (Dunleavy & Hood, 1994). Το έργο των ερευνητών και των υποστηρικτών του ΝΔΜ είναι να διερευνήσουν τις παγίδες και να προτείνουν βελτιώσεις.

Στην περίπτωση της Ελλάδος δε, η δημόσια διοίκηση καλείται να εκσυγχρονιστεί, αλλά για να καταστεί αυτό εφικτό δεν αρκεί μόνο η χρηματοδότηση και οι αλλαγές που γίνονται βάσει αυτής αλλά απαιτούνται μεταβολές στην πολιτική και διοικητική κουλτούρα που υπάρχει καθώς επίσης πρέπει να ληφθούν υπόψη οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες που υπάρχουν (Σπανού, 2001). Στα παραπάνω θα πρέπει να συμπεριληφθεί και το γεγονός ότι τα συστήματα και οι φορείς δεν ήταν ορθολογικά οργανωμένα (Μητρόπουλος, 2008).

Η κοινωνία των πολιτών επίσης αποτελεί πλέον ένα ισχυρό μοχλό πίεσης πολιτικά αλλά και κοινωνικά (Κουταλάκης, 2006). Μπορεί όχι μόνο να συμμετέχει ενεργά αλλά στην ουσία να λειτουργεί και ελεγκτικά προς τη δημόσια διοίκηση μέσω των καταγγελιών της στη κακοδιαχείριση και στην αθέτηση των νόμων (Κουταλάκης, 2011).

Στο πλαίσιο της μεταβολής της λειτουργίας του κράτους, εμφανίστηκε και η προσέγγιση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας που η εστίαση της είναι στον πελάτη και για την επίτευξη της απαιτείται η συμμετοχή στις επιχειρησιακές διαδικασίες όλων των υπαλλήλων. Γενικά περί Οργανισμών μπορεί να ειπωθεί ότι ανεξάρτητα από το περιεχόμενο τους, όλοι διέπονται από μια κουλτούρα οργάνωσης και

διοίκησής. Αυτό ισχύει και για τους Οργανισμούς Υγείας, και πιο συγκεκριμένα για τα νοσοκομεία.

Τα τελευταία χρόνια, οι θεσμικές και οικονομικές αλλαγές που υπάρχουν έχουν οδηγήσει τα νοσοκομεία στην αναδιαμόρφωση των στρατηγικών που έχουν προκειμένου να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις νέες συνθήκες (Naranjo-Gil & Hartmann, 2007). Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι τα συστήματα υγείας παγκοσμίως να έχουν εστιάσει στην ενδυνάμωση των διοικητικών ικανοτήτων των νοσοκομείων με μοντέλα που έχουν υιοθετηθεί στους ιδιωτικούς οργανισμούς (Kirkpatrick et al., 2013).

Τα παραπάνω ισχύουν για όλα τα νοσοκομεία και κατ' επέκταση και τα ελληνικά και ιδιαίτερος για τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που μεταξύ των άλλων προβλημάτων, είναι αντιμέτωπα και με την έλλειψη πόρων. Σήμερα τα ελληνικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν μία σειρά προβλημάτων όπως ο διαρθρωτικός κατακερματισμός, η σύγχυση αρμοδιοτήτων, η έλλειψη συντονισμού, η λανθασμένη γραφειοκρατική νοοτροπία, η έλλειψη εμπιστοσύνης, η δυσαρέσκεια του κοινού, οι πελατειακές σχέσεις, ο φόβος εκσυγχρονισμού, η τάση προς την αδιαφάνεια και ο περιορισμένος βαθμός αξιοποίησης των ανθρωπίνων πόρων (Γούλα & κ.ά., 2014).

Για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας απαιτείται οι δράσεις και οι διαδικασίες που υπάρχουν σε ένα οργανισμό να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται με τρόπο που καλύπτει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις που υπάρχουν από αυτόν (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012; Pierrakos et al., 2017). Αυτό αναδεικνύει τη σημασία που έχει για την εξασφάλιση της ποιότητας η εφαρμογή ενός σωστού μοντέλου διοίκησης που θα περιλαμβάνει αυτά τα χαρακτηριστικά.

Είδος	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας US\$ PPP	853	1263	1449	1755	1965	2028	2092	2352	2547	2727
Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ	6,6	8,6	7,9	8,8	9,1	9	8,7	9,4	9,5	9,6

Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,5	4,5	4,7	5,4	5,3	5,4	5,1	5,6	5,9	5,8
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,1	4,1	3,2	3,4	3,8	3,6	3,6	3,8	3,6	3,8
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	53,7	52	60	60,8	58	59,8	59,1	60,1	62	60,3
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	46,3	48	40	39,2	42	40,2	40,9	39,9	38	39,7
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως % των δημοσίων δαπανών υγείας	-	-	45,9	41,3	41,4	43,5	46,9	49,7	50,9	51,8
Άμεσες πληρωμές ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	-	95,8	94,5	94,1	94,5	94,5	94,8	95	94,8	94,5
Ιδιωτική ασφάλιση ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	-	4,2	5,5	5,9	5,5	5,5	5,2	5	5,2	5,5
Κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	-	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	11,3	13,1	14	13,2

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 1990-2007 ΠΗΓΗ (ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ., 2012)

Στους ίδιους συγγραφείς, επιβεβαιώνεται ότι η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων μαζί με την πολυσυλλεκτική, ομαδική εργασία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες βελτίωσης της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα ο δεύτερος παράγοντας, παρέχει το πλεονέκτημα της συνέργειας των ατόμων, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των μερών του. Δίνεται δηλαδή μεγάλη βάση όχι

μόνο στις ποσοτικές, αλλά και στις ποιοτικές διαστάσεις των μεταξύ σχέσεων του προσωπικού (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Άλλοι παράγοντες επίσης είναι: ηγεσία, δέσμευση στο στόχο, επικέντρωση στους ασθενείς, στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές, διαρκές βελτιώσεις των διαδικασιών με στόχο καλύτερα αποτελέσματα, ενδυνάμωση των εργαζομένων, προληπτικές βελτιώσεις και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012).

Τα μοντέλα διοίκησης που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία εστιάζουν σε διαφορετικές παραμέτρους τους και ειδικότερα στις σχέσεις του οργανισμού με το προσωπικό του. Με στόχο την ανάπτυξη καλύτερης σχέσης με τους ιατρούς και την καλύτερη άσκηση των δραστηριοτήτων τους, τα νοσοκομεία έχουν υιοθετήσει μοντέλα διοίκησης που περιλαμβάνουν κυρίως πληροφοριακά συστήματα και σύγχρονη ιατρική τεχνολογία (Burns & Pauly, 2012). Το ίδιο ισχύει και για το νοσηλευτικό προσωπικό για το οποίο θεωρούνται απαραίτητα μοντέλα διοίκησης που δημιουργούν μία κουλτούρα καθοδήγησης και συνοδεύονται από μετασχηματιστικές πρακτικές ηγεσίας (Bally, 2007). Αντίστοιχα, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό διαφαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα των διοικητικών πρακτικών που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά που αυτά αποκτούν (Stordeur & D'hoore, 2007; Πρεζεράκος, 2017).

Λόγω των μειωμένων πόρων με τους οποίους πλέον τα νοσοκομεία έρχονται αντιμέτωπα, είναι αναγκασμένα να εφαρμόζουν μοντέλα διοίκησης που σχετίζονται με τους πόρους που υπάρχουν προκειμένου να είναι αποτελεσματικά ως προς τις υπηρεσίες τους (Harper, 2002).

Με την έννοια της λήψης απόφασης, σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (2007), νοείται η διαδικασία επιλογής μιας κατεύθυνσης δραστηριοτήτων ανάμεσα σε έναν αριθμό εναλλακτικών λύσεων. Στην ουσία είναι μια επιλογή μεταξύ συγκεκριμένων εναλλακτικών.

Ενώ δεν έχει επιβεβαιωθεί κάποια καθολική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχικής απόφασης και της αποδοτικότητας, είναι αποδεκτό ότι το είδος της συμμετοχής και το πλαίσιο εφαρμογής του, παίζουν καθοριστικό ρόλο στο πόσο αποτελεσματική θα είναι η μέθοδος (Parnell & Crandall, 2001) ενώ θα επιφέρει

ανάμικτα αποτελέσματα αν δεν ενταχτεί σε ευρύτερα πλαίσια οργανωσιακής κουλτούρας. Χρειάζεται δηλαδή ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο οργάνωσης και διακυβέρνησης έτσι ώστε να εμφανιστούν τα θετικά αποτελέσματα της συμμετοχικής λήψης απόφασης.

Επίσης σημαντικός είναι και ο τρόπος που τα ανώτερα στελέχη θα εκλάβουν αυτή την αλλαγή και πως θα προσαρμόσουν το περιβάλλον ώστε να έχει την μέγιστη θετική επιρροή στον οργανισμό (Parnell & Crandall, 2001). Η στάση τους προς αυτή την κατεύθυνση επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του μοντέλου και την ευκολότερη μετάβαση σε αυτή την κουλτούρα.

Τέλος, με τον όρο συμμετοχική διοίκηση νοείται η συμμετοχή των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων αναθέτοντας σε όλα τα μέλη του οργανισμού να σκεφτούν στρατηγικά και να αναλάβουν την ευθύνη για την ποιότητα της προσωπικής τους εργασίας, ανυψώνοντας, βοηθώντας και επιβραβεύοντάς τους για το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι νιώθουν απαραίτητοι στην ικανοποίηση του πελάτη και στην καλύτερη λειτουργία του οργανισμού (Pardo-del-Val et al., 2012).

Σύμφωνα με τους De Dreu & West (2001), ακόμα η διαφωνία των μειονοτήτων στη λήψη αποφάσεων διεγείρει τη δημιουργικότητα και την αποκλίνουσα σκέψη η οποία όμως μέσω της συμμετοχής, μετασχηματίζεται και λειτουργεί ως καινοτομία. Η έρευνα των Laschinger et al. (2003), κατέδειξε ότι για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα σημαντικές οι συνθήκες εργασίας που εξασφαλίζουν δομική ενδυνάμωση, αυτοδυναμία, έλεγχο στις πρακτικές του περιβάλλοντος και θετικές σχέσεις ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Η μελέτη των Scott- Ladd & Chan (2004) κατέδειξε ότι η εφαρμογή ενός μοντέλου που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της συναισθηματικής νοημοσύνης, της οργανωτικής μάθησης και της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα ενός οργανισμού να διαχειρίζεται την αλλαγή και να βελτιώσει τα αποτελέσματα της επίδοσης. Η έρευνα των Bourbonnais et al. (2006), εντόπισε ότι στα νοσοκομεία που εφαρμόζονται συμμετοχικές παρεμβάσεις και η συμμετοχική επίλυση προβλημάτων μπορούν να μειωθούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν το προσωπικό και την εργασία τους καθώς και τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία του.

Η έρευνα του Mohammad Mosadegh Rad (2006), κατέδειξε ότι για την επίτευξη της ολικής διαχείρισης της ποιότητας απαιτείται μία οργανωσιακή κουλτούρα που μεταξύ άλλων περιλαμβάνει την ομαδική εργασία και συνεργασία και την ανοιχτή επικοινωνία. Η έρευνα των West et al. (2006), κατέδειξε ότι η υιοθέτηση μοντέλων διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς στα νοσοκομεία. Στην έρευνα των Pardoddel-Val et al (2012), εντοπίστηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχικής διοίκησης και της αντίστασης στην αλλαγή, χωρίς αυτό να θεωρηθεί σαν κάτι αρνητικό, αλλά σαν κάτι που φωτίζει κάποιες κρυφές πτυχές αντίστασης που εμποδίζουν την βελτίωση της ποιότητας. Αυτές τις δυσκολίες καλούνται να επιλύσουν τα μέλη ενός νοσοκομείου συνεργαζόμενα μεταξύ τους. Προϋπόθεση για τα παραπάνω είναι η συνεχής εκπαίδευση των μελών. Η κοινοποίηση των πληροφοριών μαζί με την διαφορετικότητα στα μέλη λειτουργούν σαν μηχανισμοί λειτουργίας της συμμετοχικής διοίκησης, επηρεάζοντας θετικά την μορφή αυτή διοίκησης, όπως και η διεπιστημονικότητα στην λήψη των αποφάσεων, εκτός της περίπτωσης που οι αποφάσεις πρέπει να είναι ταχείες, οπότε η συσχέτιση δεν είναι τόσο δυνατή (Hoch, 2014).

2.3. Τα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας

Ενώ οι λογικές των κρατικών συστημάτων, του εταιρικού χαρακτήρα και της κυριαρχίας στην αγορά που αντικατοπτρίζονται στις τυπολογίες του κράτους πρόνοιας αντιστοιχούν σε έννοιες της έρευνας στον τομέα της υγείας, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για αυτές τις τυπολογίες είναι λιγότερο κατάλληλα για την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας και υπηρεσιών (Bambra, 2005a; Bambra 2005b). Παρά την απουσία μιας συνεκτικής ταξινόμησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχουν τυπολογίες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που προσδιορίστηκαν από τους Wendt et al. (2009) και Freeman & Frisina (2010).

Πριν αναλυθούν όμως όλα αυτά θα πρέπει να γίνει μια μικρή και γρήγορη αναφορά στην εδραίωση της κοινωνικής πολιτικής, ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια της οποίας είναι και η χάραξη και ο σχεδιασμός των υγειονομικών συστημάτων. Ήδη στην αρχαία Αθήνα, στο λίκνο της άμεσης δημοκρατίας παρέχονταν βοηθητικά επιδόματα στους αδυνάτους από την Εκκλησία του Δήμου,

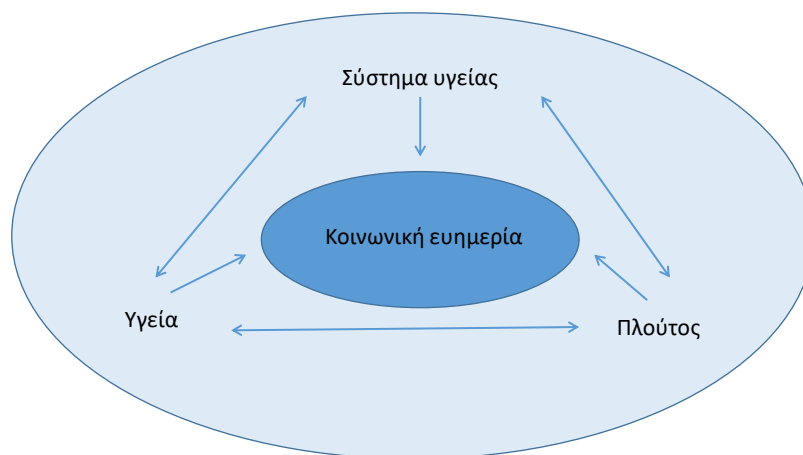
ενώ λειτουργούσε και ο θεσμός των “δημοσιευόντων ιατρών”, οι οποίοι παρείχαν δημόσια τις υπηρεσίες τους, οι οποίες βέβαια καλύπτονταν από τις δημόσιες εισφορές. Στα ίδια πλαίσια κινήθηκαν μετέπειτα και οι “χαρακτες” της κοινωνικής πολιτικής της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, οι οποίοι επέκτειναν αυτές τις παροχές. Τέλος κατά τη διάρκεια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας και του Μεσαίωνα, η κοινωνική πολιτική περνά πλέον στην Εκκλησία και τα μοναστήρια, όπου δημιουργείται μια πλειάδα κοινωνικών ιδρυμάτων.

Όσον αφορά τώρα την πρώιμη λειτουργική προσέγγιση του Field (1973; 1980) στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αυτή περιλαμβάνει δυτικές και σοσιαλιστικές χώρες. Τα βασικά κριτήρια είναι η έκταση του δημόσιου ελέγχου των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης (χρηματοδότηση, προσωπικό, γνώση και νομιμότητα) έναντι της επαγγελματικής αυτονομίας που οδηγεί σε πλουραλιστικό χαρακτήρα που χαρακτηρίζεται από ετερογενείς πόρους και υψηλό βαθμό επαγγελματικής αυτονομίας, έναν τύπο ασφάλισης που διακρίνεται κυρίως από τον πλουραλισμό με τη χρηματοδότηση από τρίτους, ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας που συνδυάζει τον δημόσιο έλεγχο των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης με την επαγγελματική αυτονομία και τον σοσιαλιστικό τύπο με πλήρη έλεγχο του κράτους από τους πόρους.

Ο Terris (1978) στοχεύει ακόμη και σε μια παγκόσμια ταξινόμηση που βασίζεται στη φύση του οικονομικού συστήματος όπου τα προ-καπιταλιστικά συστήματα αντιστοιχούν στον τύπο της δημόσιας βοήθειας, τα καπιταλιστικά συστήματα ταιριάζουν με τον τύπο ασφάλισης και τα σοσιαλιστικά καθεστάτα αναπτύσσουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης του τύπου Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Η προσέγγιση του Frenk & Donabedian (1987) στοχεύει στον εντοπισμό τύπων συστημάτων υγείας που συνυπάρχουν σε μια δεδομένη χώρα. Το κυρίαρχο ερώτημα είναι η έκταση του κρατικού ελέγχου στα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης. Εδώ, τα βασικά κριτήρια είναι η έκταση της κρατικής χρηματοδότησης και ο τρόπος επιλεξιμότητας για υπηρεσίες (ιθαγένεια, συνεισφορά ή φτώχεια).

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση που ακολουθεί, είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε το γεγονός ότι τα υγειονομικά συστήματα μολονότι έχουν ως βασικό τους σκοπό την προώθηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, δεν παραμένουν στατικά και αμετάβλητα, αφού προσπαθούν να επιτύχουν τον προαναφερθέντα σκοπό τους μέσω της ανάλυσης των αναγκών των πολιτών, οι οποίες βέβαια συνεχώς

μεταβάλλονται. Η λειτουργία τους αποσκοπεί λοιπόν στην ισότιμη παροχή του αγαθού της υγείας, αφού παρατηρείται πως στις «σύγχρονες ευρωπαϊκές χώρες δημιουργείται η θεσμική δέσμευση για την προστασία της υγείας, της ισότητας και της αλληλεγγύης αναγνωρίζοντας την αξία που δίνουν οι κοινωνίες σε αυτές» (WHO, 2008) (Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων., 2011).



ΕΙΚΟΝΑ 5 ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΓΑΘΟΥ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΛΟΥΤΟΥ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ. ΠΗΓΗ: (ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ., 2011)

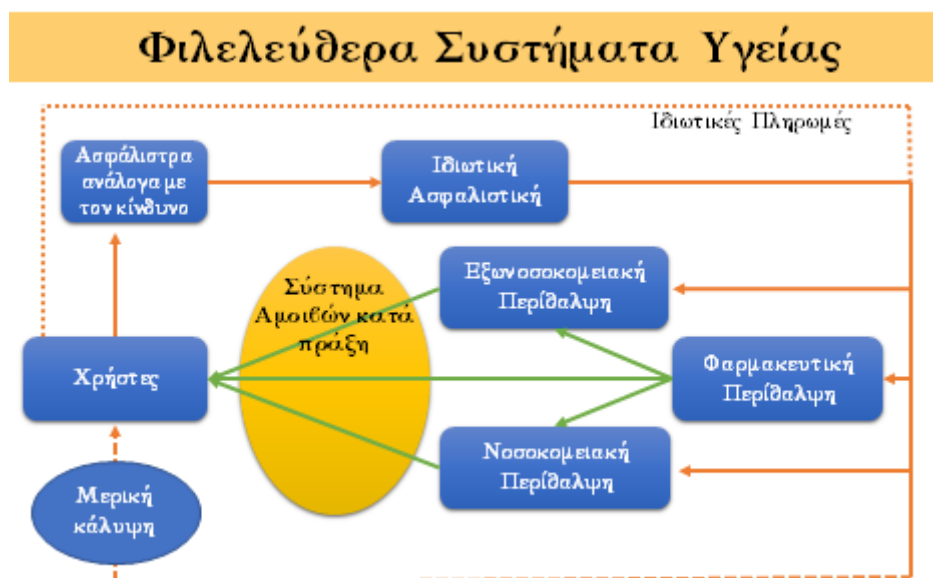
Σήμερα γίνεται πλέον (κατά κόρον) λόγος για την ταξινόμηση του OECD, (1987) των πλούσιων δυτικών χωρών, η οποία βασίζεται σε παρόμοια κριτήρια και απαριθμεί τρεις τύπους που χρησιμοποιούνται τακτικά από τους ερευνητές της υγειονομικής περίθαλψης (Freeman & Frisina, 2010). Έτσι έκταση της κάλυψης και ο τρόπος χρηματοδότησης και παροχής υγειονομικής περίθαλψης διακρίνουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας από το πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης (ή μεικτό σύστημα) και το μοντέλο ιδιωτικής ασφάλισης.

Πιο συγκεκριμένα το μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας διαθέτει καθολική κάλυψη, χρηματοδότηση από γενικούς φόρους και δημόσια παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Το πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης συνδυάζει την καθολική κάλυψη με τη χρηματοδότηση που προέρχεται κυρίως από εισφορές και δημόσια ή ιδιωτική χρηματοδότηση. Ενώ τέλος, στο ιδιωτικό ασφαλιστικό μοντέλο η κάλυψη βασίζεται μόνο στην ιδιωτική ασφάλιση, η οποία είναι επίσης η κύρια πηγή χρηματοδότησης.

Εμβαθύνοντας έτι περαιτέρω τα παραπάνω, το φιλελεύθερο υγειονομικό σύστημα αποτελεί την αρχική σκέψη, αφού ανταποκρινόταν καλύτερα στην αρχή του Laissez-faire. Σε αυτό, καθοριστικό ρόλο παίζει η οικονομική θεωρία των νόμων της προσφοράς και της ζήτησης. Γίνεται δηλαδή αποδεκτό το γεγονός ότι η αγορά έχει τη δύναμη, μέσα από τις διάφορες αλληλεπιδράσεις, να παράγει και να προσφέρει το αγαθό που της ζητείται. Εδώ (δηλαδή στην ελεύθερη αγορά), εμπλέκονται τρεις διαφορετικές αγορές για τη νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη.



ΕΙΚΟΝΑ 6 ΤΟ ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΗΓΗ (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ν., 2018)



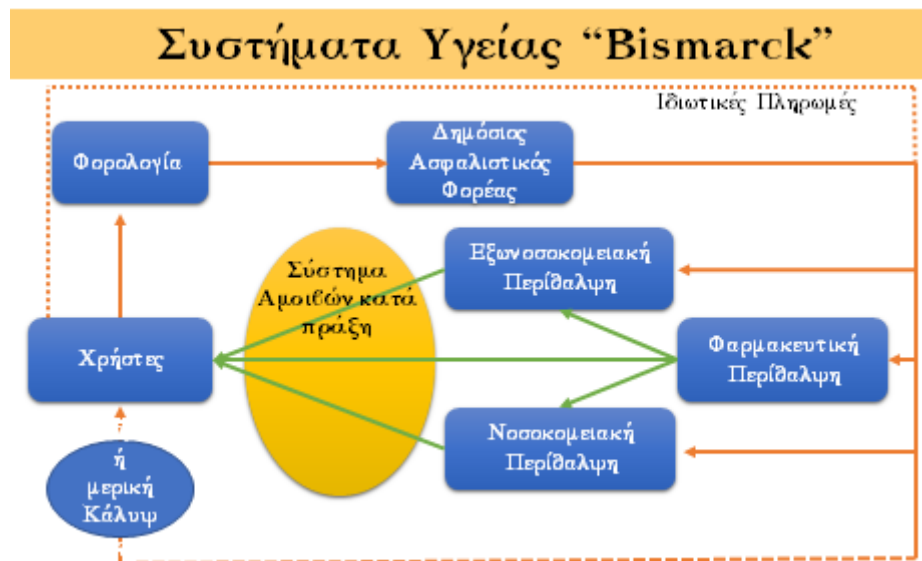
ΕΙΚΟΝΑ 7 ΤΟ ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΗΓΗ (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ν., 2018)

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου συστήματος είναι το γεγονός ότι η προσφορά και η ζήτηση του αγαθού της υγείας προέρχεται μέσα από μια αλληλόδραση των νόμων της προσφοράς και της ζήτησης. Βάση του φιλελεύθερου συστήματος θεωρείται το σύστημα της ιδιωτικής ασφάλισης, το οποίο βέβαια έχει βαρέως κατακριθεί και αμφισβητηθεί, αφού αποτελεί πηγή πολλών “δινών”, εξαιτίας της απόκλισης που πραγματοποιείται μέσω των τιμών αυξάνοντας το ποσοστό των ανασφάλιστων, του κοινωνικού αποκλεισμού, της φτωχοποίησης (αν η προσφορά του αγαθού της υγείας υποτεθεί ως “κοινωνικός μισθός”) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) και γενικότερα των ανισοτήτων (Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων., 2011).

Όσον αφορά την πιο τεχνική και λειτουργική του υπόσταση, οι εισφορές των ασφαλισμένων στις ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης αποτελούν την πηγή χρηματοδότησής του. Ίσως εδώ θα μπορούσε να γίνει μια μικρή αναφορά στο πρόβλημα που δημιουργείται εξαιτίας αυτού. Ο λόγος φυσικά δεν είναι άλλος, παρά για το φαινόμενο του “ηθικού κινδύνου” (moral hazard), το οποίο και προκαλεί στρεβλώσεις στην οικονομία της υγείας, και δε του συγκεκριμένου συστήματος. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του ότι ούτε το ιατροφαρμακευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά ούτε οι ασθενείς θα ενδιαφερθούν για τις υπηρεσίες που θα παράσχουν και θα καταναλώσουν αντιστοίχως, αφού η ασφαλιστική (δηλαδή κάποιος τρίτος) θα χρειαστεί να καλύψει και να αποπληρώσει τον λογαριασμό. Σημαντική βέβαια είναι και η εξήγηση της ασύμμετρης πληροφόρησης, η οποία έχει να κάνει με την μυστικοπάθεια του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να μην παραθέτει το ιστορικό του με σαφή και αληθή τρόπο, κρύβοντας έτσι κάποια ασθένεια, με σκοπό να μπορέσει αφενός να την ασφαλίσει και αφετέρου να συμφωνήσει λιγότερα ασφάλιστρα, αφού αποκρύπτει τον κίνδυνο (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης ακολούθησε χρονικά το προαναφερθέν. Η λογική του αναπτύχθηκε από τον Καγκελάριο Bismark. Αποτέλεσε ιδιαίτερα καινοτομικό, αφού εισήγαγε την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, προσπαθώντας να επιτύχει ένα πιο κοινωνικά δίκαιο αποτέλεσμα σε σχέση με το προηγούμενο. Η πηγή της χρηματοδότησής του ήταν οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, θέτοντας στο επίκεντρο τόσο το ύψος του εισοδήματος όσο και τις δυνατότητες πληρωμής του κάθε εργαζομένου (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

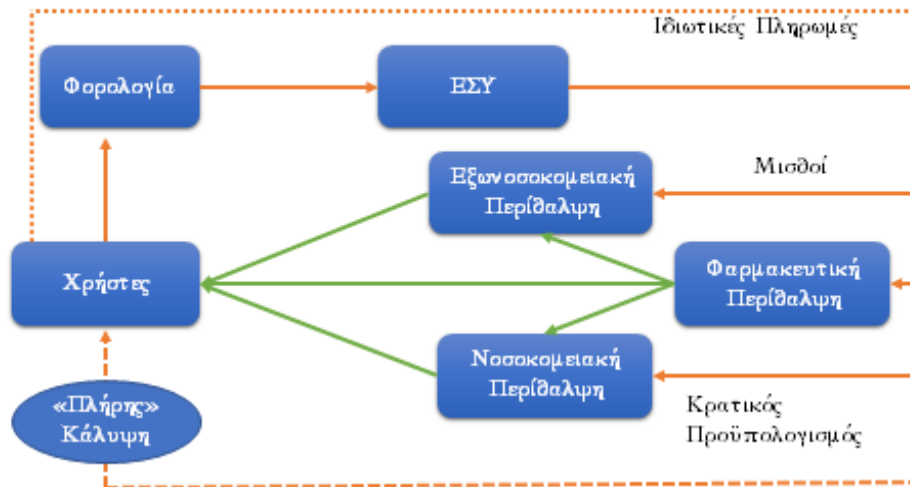
Σημαντικό επίσης είναι και το γεγονός ότι το συγκεκριμένο υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται και ως μεικτό. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του ότι η παροχή του αγαθού της υγείας θα προέρχεται τόσο από τον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Για την αποφυγή δημιουργίας αρνητικών αποτελεσμάτων θεσμοθετήθηκε και επιτράπηκε η παρέμβαση του κράτους, με απώτερο κιάλας σκοπό την επίτευξη ενός αποδοτικού και αποτελεσματικού συστήματος. Αυτός ήταν και ο λόγος που βασίστηκε στην αποκέντρωση (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).



ΕΙΚΟΝΑ 8 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ BISMARCK.
(ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ν., 2018)

Στον αντίποδα όλων αυτών που αναφέρθηκαν ως εδώ βρίσκεται η θεωρία του υγειονομικού συστήματος που βασίστηκε στο πρότυπο του Beveridge και αποτελεί την γνωστή μορφή του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Προήλθε μετά από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο κι αυτός ήταν ο λόγος που προσέβλεπε στην πλήρη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από την γενική φορολογία με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, υποστηρίζοντας την θεωρία πως η υγεία είναι ένα δημόσιο-κοινωνικό αγαθό που δεν μπορεί να καλυφθεί από την ελεύθερη αγορά, αφού δεν μπορεί να προσδώσει μια κοινωνικά άριστη και δίκαιη κατανομή. Τέλος υποστηρίζει τον διαχωρισμό των επιπέδων για την παροχή του αγαθού της υγείας, με βάση την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Συστήματα Υγείας “Beveridge”



ΕΙΚΟΝΑ 9 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ν., 2018)

Μία πιο πρόσφατη τυπολογία από τους Lee et al. (2008) επικρίνει τη διαφορούμενη ταξινόμηση της Νότιας Κορέας και της Ταϊβάν στις καθιερωμένες τρεις κατηγορίες του ΟΟΣΑ. Υποστηρίζεται ότι τα συστήματα αυτά αποτελούν μια κατηγορία που συνδυάζει την καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μέσω ενός κρατικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης με ιδιωτική πρόνοια. Η διαχείριση της χρηματοδότησης μπορεί να συγκεντρωθεί στα χέρια του κράτους ή να διασκορπιστεί σε δημόσια ή ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία, ενώ η παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική.

Πέρα από τις ταξινομήσεις που βασίζονται κυρίως σε ποιοτικές αξιολογήσεις, τρεις μελέτες συνέβαλαν στη βιβλιογραφία του καθεστώτος υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες υποστηρίζουν την αναγνώριση των τάξεων του συστήματος υγείας μέσω της ανάλυσης συμπλέγματος. Οι Joumard et al. (2010) επικεντρώνονται στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ η Borisova (2011) επιδιώκει να ομαδοποιήσει τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις μεταβατικές προκειμένου να εκτιμήσει τις επιπτώσεις τους στα αποτελέσματα της υγείας και ο Wendt (2009) δίνει έμφαση στους δείκτες παροχής υπηρεσιών και πρόσβασης φροντίδα υγείας.

Οι Joumard et al. (2010) βασίστηκαν σε μια έρευνα των θεσμικών χαρακτηριστικών των 29 συστημάτων υγείας του ΟΟΣΑ από τους Paris et al. (2010). Η ανάλυση αυτή χρησιμοποιεί 20 θεσμικές μεταβλητές που αναφέρονται στην

εξάρτηση από τους μηχανισμούς της αγοράς, τις αρχές κάλυψης και τις προσεγγίσεις διαχείρισης. Η μελέτη καταλήγει σε έξι συμπλέγματα. Η Γερμανία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβακία και η Ελβετία αποτελούν ένα σύνολο χωρών που χρησιμοποιούν μηχανισμούς αγοράς για παροχή υπηρεσιών και ελεύθερη επιλογή ασφάλισης. Ένα δεύτερο σύμπλεγμα, το οποίο συγκροτείται από την Αυστραλία, το Βέλγιο, τον Καναδά και τη Γαλλία, χρησιμοποιεί τους μηχανισμούς της αγοράς αλλά χρησιμοποιεί δημόσια (κατά την έννοια της εκχωρημένης) ασφάλιση για βασική κάλυψη. Αυτό το σύμπλεγμα χαρακτηρίζεται επίσης από ιδιωτικές ασφαλιστικές προσθήκες. Το τρίτο σύμπλεγμα, συμπεριλαμβανομένης της Αυστρίας, της Τσεχίας, της Ελλάδας, της Ιαπωνίας, της Κορέας και του Λουξεμβούργου, εξαρτάται και πάλι από τους μηχανισμούς της αγοράς όσον αφορά την παροχή και την εκχώρηση ασφάλισης, αλλά από τα μικρά ιδιωτικά ασφαλιστικά στοιχεία. Το τέταρτο σύμπλεγμα, το οποίο αποτελείται από την Ισλανδία, τη Σουηδία και την Τουρκία, χαρακτηρίζεται από δημόσιες παροχές και ασφάλειες, και παρέχει ελεύθερη επιλογή παρόχων. Το πέμπτο σύμπλεγμα, συμπεριλαμβανομένης της Δανίας, της Φινλανδίας, του Μεξικού, της Πορτογαλίας και της Ισπανίας, μοιράζεται τη δημόσια παροχή και την ασφάλιση με το τέταρτο, αλλά οι χρήστες έχουν περιορισμένη επιλογή παρόχων και υπάρχουν δημοσιονομικοί περιορισμοί. Τέλος, το έκτο σύμπλεγμα, το οποίο περιλαμβάνει την Ουγγαρία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Νέα Ζηλανδία, τη Νορβηγία, την Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο, χαρακτηρίζεται από δημόσιες παροχές και ασφάλειες, ενώ χρησιμοποιεί αποκλεισμούς και αυστηρούς δημοσιονομικούς περιορισμούς. Υπάρχει επίσης μεγάλη επιλογή παρόχων.

Η Borisova (2011) χρησιμοποιεί μια παρόμοια προσέγγιση που βασίζεται σε 58 επαγωγικά επιλεγμένες μεταβλητές που αναφέρονται στη χρηματοδότηση, την οργάνωση, την πρωτοβάθμια φροντίδα, τον προσανατολισμό του ασθενούς και την επαγγελματική επιρροή. Η ανάλυσή της στρέφεται προς τις χώρες μετάβασης και την ανάπτυξή τους από τα σοβιετικά συστήματα Semashko που χαρακτηρίζονται ως αυστηρά σχεδιασμένα, ανήκοντα και προϋπολογιζόμενα από το κράτος με τάση υπερπληθυσμού και υπερκάλυψης και αύξηση της ανεπαρκούς χρηματοδότησης στα σημερινά συστήματα υγείας. Ως εκ τούτου, προτιμά μια λεπτή ταξινόμηση προκειμένου να εντοπίσει μικρές μεταρρυθμίσεις. Η τελική περίοδος παρατήρησης προσδιορίζει επτά τύπους. Έτσι, το αναθεωρημένο υβριδικό μοντέλο (π.χ. Εσθονία, Πολωνία ή Σλοβενία) χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη, χρηματοδότηση μέσω

ειδικών φόρων, διάσπαση αγοραστή - παροχέων, δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτική ή μικτή διανομή στον τομέα των εξωτερικών ασθενών. Η Τσεχική Δημοκρατία και η Σλοβακία οικοδομούν μια απελευθερωμένη ομάδα των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, η οποία μοιάζει περισσότερο με συστήματα πολλών ταμείων του δυτικού κόσμου.

Επιπλέον, ο Wendt (2009) επιδιώκει να πλαισιώσει τους τύπους συστημάτων που αφορούν την παροχή υπηρεσιών και την πρόσβαση στη φροντίδα σε χώρες της ΕΕ. Οι μεταβλητές περιλαμβάνουν τις συνολικές δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανά ΑΕΠ, το δημόσιο μερίδιο της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, το μερίδιο των δαπανών εκτός του νοικοκυριού ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, τους δείκτες περίθαλψης και εξωτερικής περίθαλψης, την αμοιβή ιατρού και ένας δείκτης ρύθμισης της πρόσβασης των ασθενών. Το δείγμα της ΕΕ αποκαλύπτει τρεις ομάδες, ενώ οι Κάτω Χώρες και η Ελλάδα αδυνατούν να συσπειρωθούν με οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία και το Λουξεμβούργο αποτελούν έναν τύπο παροχής υπηρεσιών υγείας, ο οποίος μοιράζεται υψηλά επίπεδα δαπανών με ένα μέτριο ποσοστό ιδιωτικής χρηματοδότησης, υψηλά επίπεδα εξωτερικής περίθαλψης και ελεύθερη επιλογή παρόχου. Το δεύτερο σύμπλεγμα αντιπροσωπεύει μια καθολική κάλυψη, ελεγχόμενο τύπο πρόσβασης. Αυτό το σύμπλεγμα περιλαμβάνει τη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Σουηδία και την Ιρλανδία, τα οποία παρουσιάζουν μεσαία δαπάνη, ένα μέτριο ποσοστό ιδιωτικής χρηματοδότησης, χαμηλή περίθαλψη εξωτερικού ιατρού και περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρούς. Τέλος, το τρίτο σύμπλεγμα παρουσιάζεται ως περιορισμένος τύπος πρόσβασης περιορισμένου προϋπολογισμού. Η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Φινλανδία παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα δαπανών, υψηλά επίπεδα ιδιωτικής χρηματοδότησης, περιορισμένη πρόσβαση ασθενών στους παρόχους και μέτρια παροχή εξωτερικών ασθενών. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις για την ταξινόμηση μοιράζονται πολλές έννοιες και επισημαίνουν τις κύριες κατηγορίες που πρέπει να αφορούν όταν ορίζονται οι ταξινομήσεις. Η παροχή υπηρεσιών και η χρηματοδότησή τους αποτελούν βασικές διαστάσεις, ιδίως όσον αφορά το βαθμό στον οποίο το κράτος παρεμβαίνει στην υγειονομική περίθαλψη και σε σχέση με το δημόσιο / ιδιωτικό μίγμα. Περιστασιακά, τα κριτήρια αυτά τροποποιούνται από ζητήματα επαγγελματικής αυτονομίας, επιλεξιμότητας, κάλυψης ή πρόσβασης και από τη διαχείριση της χρηματοδότησης.

Στην Ευρώπη, εντοπίζονται τέσσερα μοντέλα, αναφορικά με τα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας. Το πρώτο είναι το αγγλοσαξονικό μοντέλο το οποίο ανέπτυξε ο Sir William Beveridge στην Αγγλία. Βασικές αρχές αυτού του συστήματος είναι η ισότιμη πρόσβαση στις παροχές υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποκέντρωση γεωγραφικά των υπηρεσιών της υγείας και τέλος, η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005).

Το δεύτερο μοντέλο, γνωστό ως ηπειρωτικό, είναι απόρροια της πολιτικής φιλοσοφίας και των μεταρρυθμίσεων που προτάθηκαν το 1883 από τον Bismarck. Ο βασικός άξονας πάνω στον οποίο δομήθηκε και αναπτύχθηκε το μοντέλο ήταν ένα αυτόνομο και αυτό-διαχειριζόμενο ασφαλιστικό σύστημα (Or et al., 2010).

Το τρίτο μοντέλο γνωστό ως σκανδιναβικό, αποδίδει την οικονομική αξιολόγηση αλλά και τη διαχείριση της υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας στην κεντρική και τοπική αυτοδιοίκηση.

Τέλος, το νότιο-ευρωπαϊκό μοντέλο βασίζεται στα αντίστοιχα των Beveridge & Bismarck και προτάθηκε ως η λύση για την ανάπτυξη εθνικών συστημάτων υγείας στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Οργανωτικά βασίζεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο αλλά λόγω διαφόρων παραγόντων δεν ήταν εφικτή η καθολική εφαρμογή του παρουσιάζοντας έτσι σημαντικά μειονεκτήματα στη διαχείριση των πόρων που είναι περιορισμένοι (Σύνταξη, 2005).

Παρακάτω, κατατάσσουμε τα διάφορα συστήματα υγείας, καθώς και το ελληνικό, ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης τους. Συγκεκριμένα:

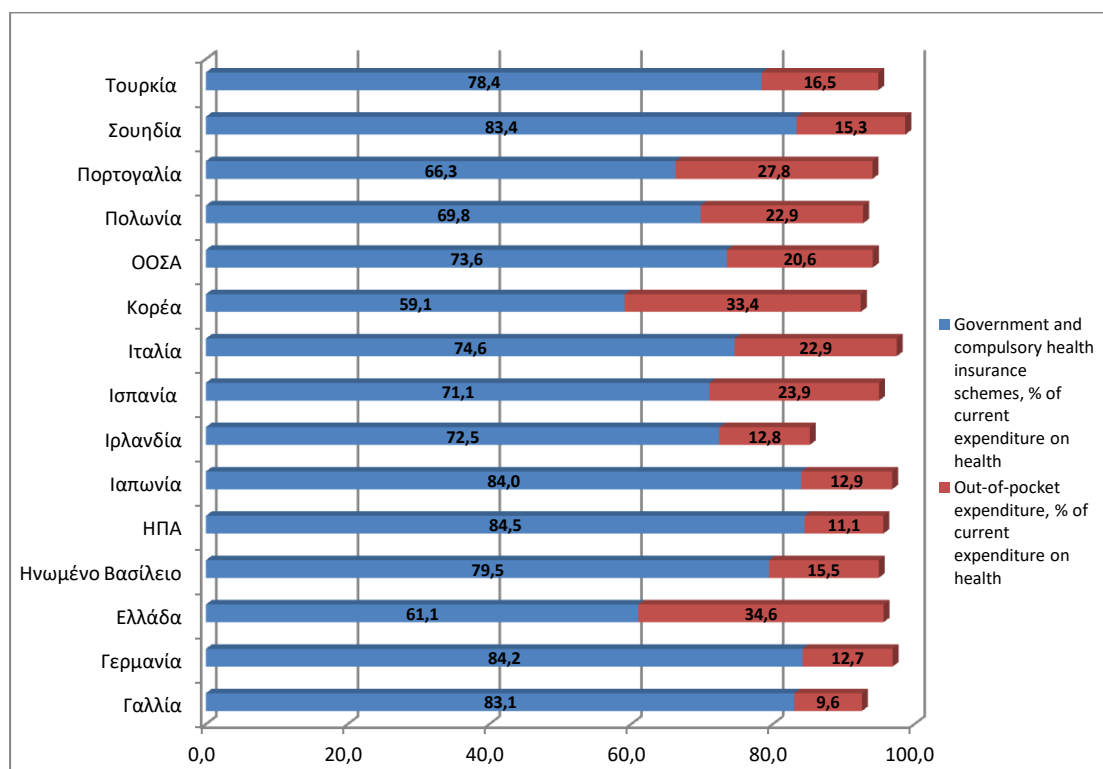
Χώρες	Προέλευση χρηματοδότησης
Ολλανδία	Ιδιωτική και κοινωνική ασφάλιση
Αυστρία	Κοινωνική ασφάλιση, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Βέλγιο	Κοινωνική ασφάλιση, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Γαλλία	Κοινωνική ασφάλιση, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Γερμανία	Κοινωνική ασφάλιση, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Λουξεμβούργο	Κοινωνική ασφάλιση, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Ελβετία	Ιδιωτική ασφάλιση, ιδιωτικούς φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Νορβηγία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Δανία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Σουηδία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας

Ισλανδία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Μεγάλη Βρετανία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Ιρλανδία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Ισπανία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Ελλάδα	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας
Πορτογαλία	Φορολογία, δημόσιους φορείς (κυρίως), παραγωγή υπηρεσιών υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΑΠΟ [HTTP://WWW.GSEE.GR/](http://www.gsee.gr/) ΠΗΓΗ: ΑΔΕΔΥ/ΓΣΕΕ/ΙΝΕ. (2008)

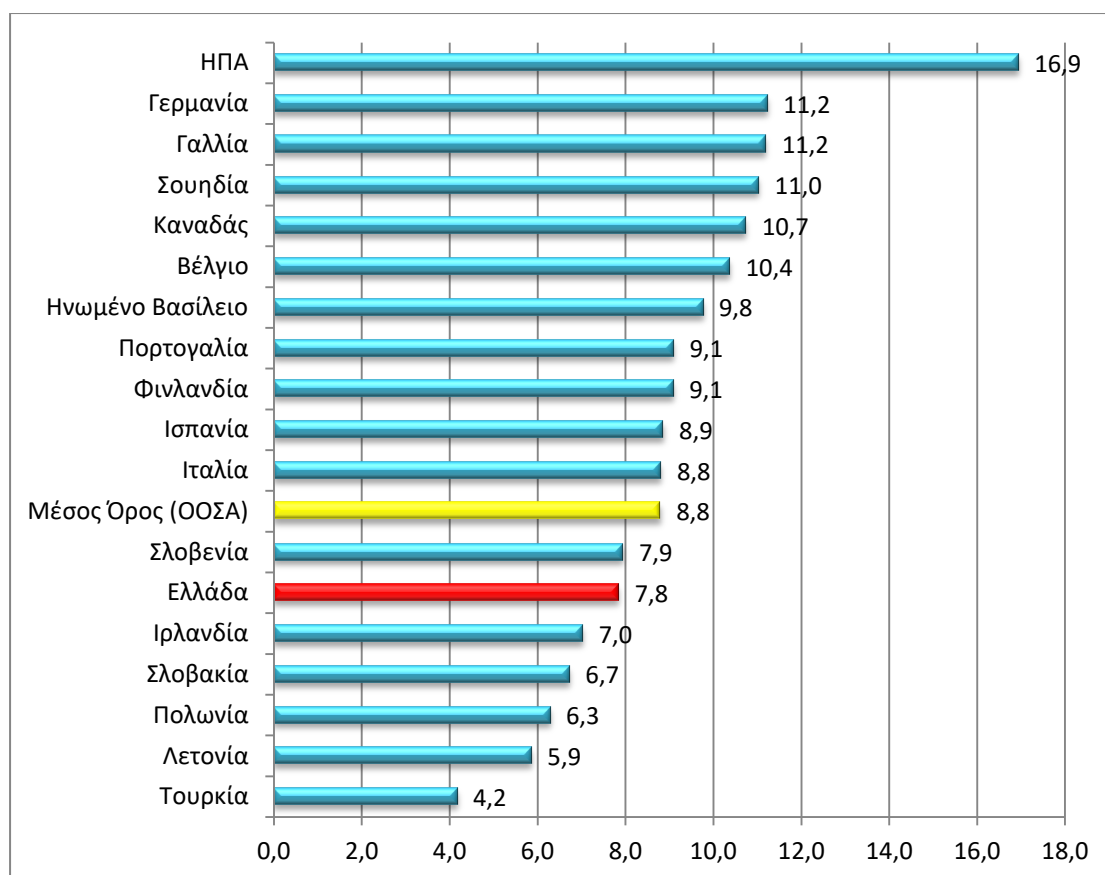
Από τον παραπάνω πίνακα διαφαίνεται ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών χρηματοδοτούνται από την φορολογία χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν παροχές και από την ασφάλιση. Εξαίρεση αποτελεί η Ελβετία που μαζί με τις ΗΠΑ χρηματοδοτούνται κατά βάση από την ιδιωτική ασφάλιση αλλά η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας γίνεται από ιδιωτικούς φορείς όπως και στην περίπτωση του Καναδά παρά το γεγονός ότι χρηματοδοτείται από τη φορολογία.

Η ποσοστιαία συμμετοχή των δημοσίων και ιδιωτικών πηγών στη χρηματοδότηση της συνολικής υγειονομικής δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2016 απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (2016). ΠΗΓΗ (OECD)

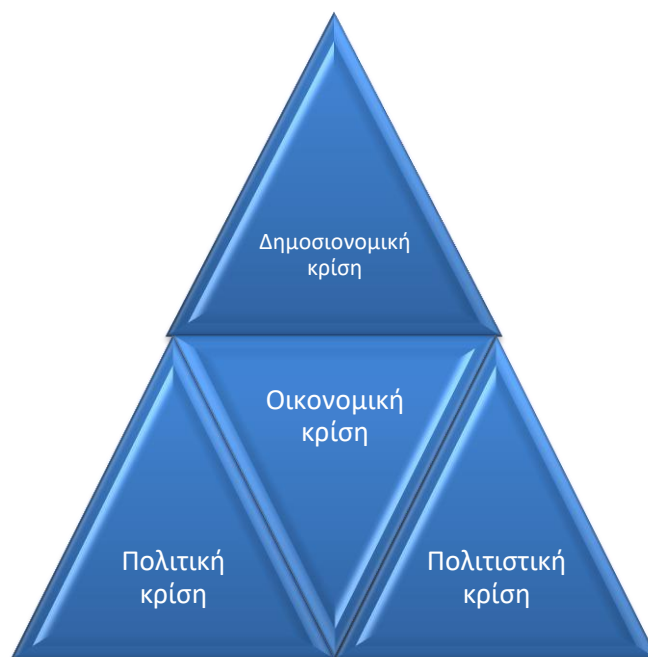
Είναι φανερό πως η Ελλάδα παρά το μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ που διαθέτει για την παροχή υπηρεσιών υγείας και την κάλυψη των αναγκών των ατόμων σε αυτό τον τομέα, ταυτοχρόνως παρουσιάζει αυξημένο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης. Αυτό ίσως να υπογραμμίζει το γεγονός της ελλειμματικής κρατικής προσπάθειας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 3 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΤΟΥ ΑΕΠ (2018). ΠΗΓΗ (OECD)

Είναι φανερό πως το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας αντιμετώπιζε ήδη πριν την κρίση σημαντικά προβλήματα συντονισμού, επικοινωνίας και συνεργασίας, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική, μη ποιοτική και ανισότιμη κοινωνική παροχή των υπηρεσιών του στην ελληνική κοινωνία. Η οικονομική κρίση επηρέασε ακόμη περισσότερο τη δομή του συστήματος. Αυτό συνέβη εξαιτίας του γεγονότος ότι η κρίση αποτέλεσε μια πολυσύνθετη έννοια με πολλαπλές αιτίες. Ίσως στο σημείο αυτό θα ήταν σημαντική η ανάλυση του φαινομένου της κρίσης ώστε να υπάρξει μια σχετική-αδρή αποτύπωσή του, με στόχο την κατανόηση του ευρύτερου κλίματος που επικρατούσε στην αγορά αλλά και στον στρατηγικό σχεδιασμό του κράτους. Η κρίση στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον καθηγητή κύριο Ιωακειμίδα, χαρακτηρίστηκε ως

καθολική και συστηματική, αφού εμπειρείχε μια πλειάδα αιτιών που προέρχονταν τόσο από το πολιτιστικό και πολιτικό-θεσμικό προσκήνιο, όσο και από το οικονομικό και δημοσιονομικό (Ιωακειμίδης Π. Κ., 2018).



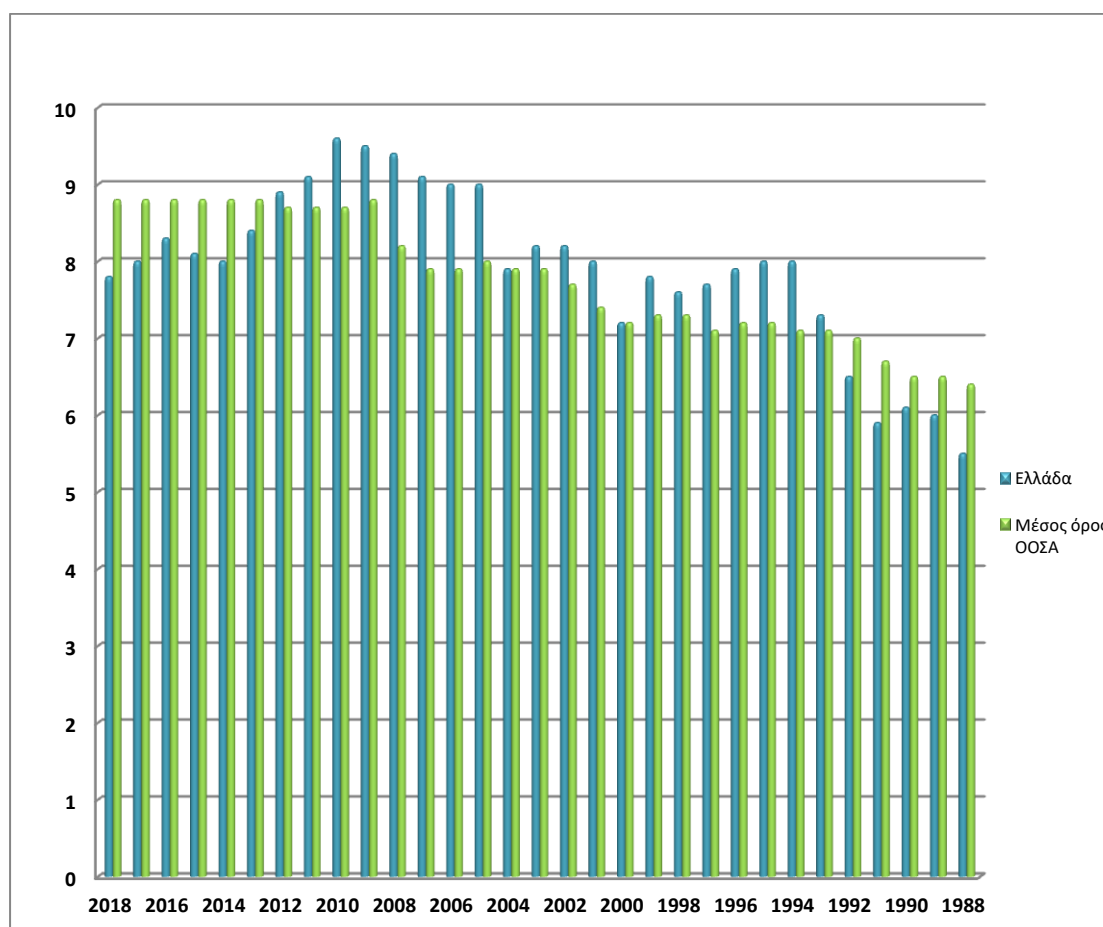
ΕΙΚΟΝΑ 10 Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ. ΠΗΓΗ (ΙΩΑΚΕΙΜΙΔΗΣ Π. Κ., 2018)

Όπως φαίνεται και στην παραπάνω αποτύπωση, η κρίση ενέπλεκε ταυτοχρόνως πολλά σημεία, τα οποία ήταν εκείνα που δημιούργησαν μια ιδιαίτερη ταυτότητα για την ελληνική κρίση, η οποία μάλιστα χαρακτηρίστηκε “made in Greece” (Ιωακειμίδης Π. Κ., Κρίση. Ευρώπη και αριστερά. Η φύση και η επίλυση της κρίσης, ο ΣΥΡΙΖΑ στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκή αριστερά και σοσιαλδημοκρατία., 2016). Η κρίση επέδειξε τα κενά που είχαν δημιουργηθεί και συνέχιζαν να υπάρχουν στο ελληνικό σύστημα, ταλανίζοντας-εμποδίζοντας ιδιαίτερος τόσο την αναπτυξιακή πορεία της όσο και την ικανότητά της να εξελιχθεί και να ακολουθήσει τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά πρότυπα.

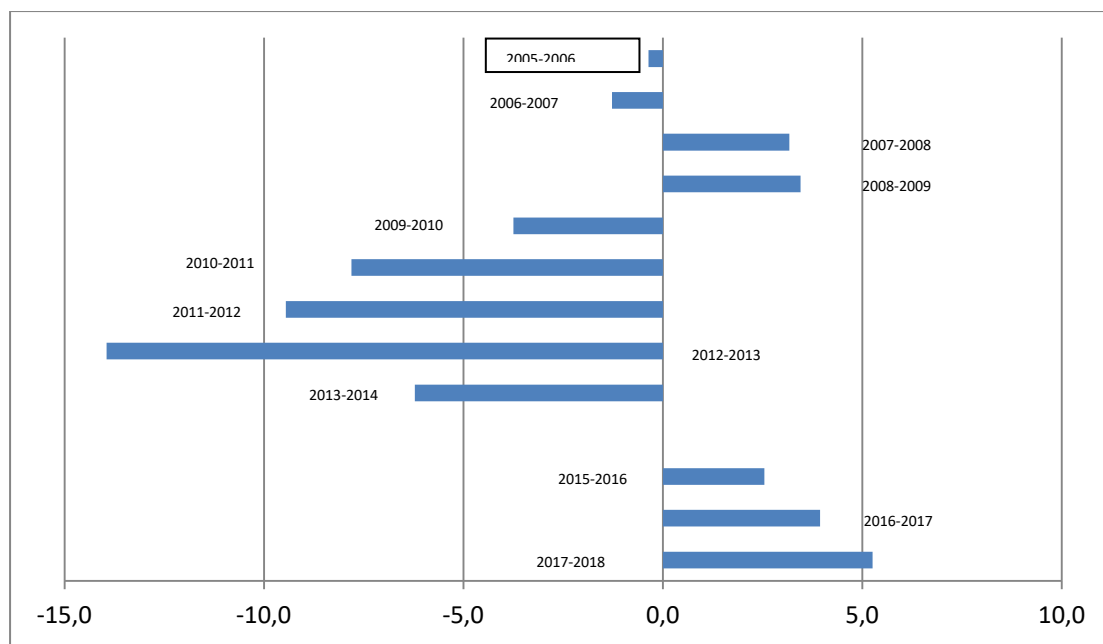
Τα συγκεκριμένα κενά ήταν εκείνα τα οποία οδήγησαν και στη καταστρατήγηση των ευρωπαϊκών αρχών-στόχων για την κατάλληλη και απαραίτητη παροχή του αγαθού της υγείας. Ο λανθασμένος θεσμικός σχεδιασμός και η ελλιπής “χαρτογράφηση” τα οποία προήλθαν από τις συνεχείς αλλαγές των νομοσχεδίων και την εναλλαγή των προσώπων (κυρίως υπουργών, υφυπουργών, αναπληρωτών υπουργών και γενικών γραμματέων). Αυτό είχε ως συνέπεια την μη αποτελεσματική απορρόφηση των δοθέντων πόρων, παρά το σημαντικό ποσό που διατίθονταν στο χώρο της υγείας, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα. Παρατηρείται πως ενώ

οι υπόλοιπες χώρες ηύξαναν το ποσοστό των υγειονομικών δαπανών τους σταδιακά, αποδεικνύοντας και το φαινόμενο της «εμπάθειας»-κατανόησης των πραγματικών αναγκών των πολιτών, η Ελλάδα προχωρούσε σε ραγδαίες αυξήσεις, με αποτέλεσμα να δαπανά αλόγιστα ποσά.

Αυτό την οδήγησε κατά την περίοδο της κρίσης να μειώσει κατά πολύ το ποσοστό του ΑΕΠ προς την δαπάνη για υγειονομικούς πόρους. Σε αυτό βέβαια πίεσαν και τα μνημόνια και οι μνημονιακές υποχρεώσεις οι οποίες συνέτρεχαν από αυτά.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4 ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ, ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

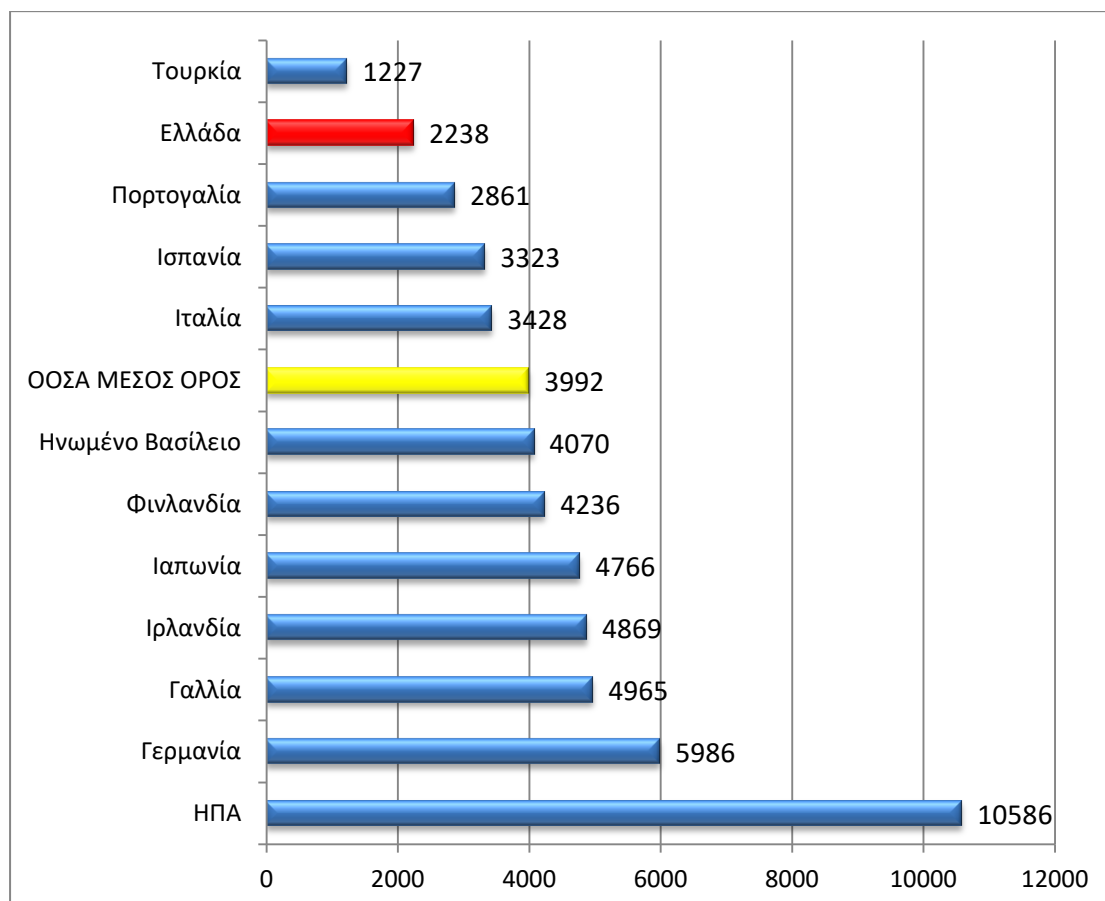


ΓΡΑΦΗΜΑ 5 ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ, ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥΣ ΟΡΟΥΣ, ΑΠΟ ΤΟ 2005-2006 ΕΩΣ 2017-2018. ΠΗΓΗ (OECD)

Το παραπάνω σχήμα υποστηρίζει ακριβώς αυτή την ανικανότητα της ελληνικής πλευράς να σκιαγραφήσει τις ανάγκες, να τις εναρμονίσει με την πραγματική οικονομική πορεία αλλά και την επικαιροποίηση του επιδημιολογικού χάρτη της χώρας, ο οποίος μάλιστα στον καιρό της κρίσης άλλαξε άρδην αφού συνέπεσε με άλλες πολλές και μεγάλες αλλαγές του παγκόσμιου ρου (αύξηση ψυχολογικών προβλημάτων και ανάδειξη του στρεσογόνου παράγοντα ως κύριου συστατικού στοιχείου επιβάρυνσης της υγείας των Ελλήνων, πράγμα το οποίο στηρίχθηκε ιδιαίτερα από την αναδυόμενη-σύγχρονη επιστήμη της κοινωνικής επιδημιολογίας, αυξανόμενη ροή μεταναστών και προσφύγων, μεγάλη ανεργία και αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων). Μέσα σε όλα αυτά σημαντικό υπήρξε και το πρόβλημα της δυσκολίας των ατόμων (κυρίως των κατώτερων και μεσαίων στρωμάτων και των συνταξιούχων) να προσεγγίσουν το χώρο του φαρμάκου, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ανικανοποίητες ανάγκες.

Η συρρίκνωση του προνοιακού κράτους λοιπόν οδήγησε στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, πράγμα το οποίο όπως προαναφέρθηκε και πριν οδήγησε πολλούς χρήστες-καταναλωτές του συστήματος στον αποκλεισμό από την αγορά. Όπως παρατηρείται και στο επόμενο διάγραμμα, αν και η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα του ευρωπαϊκού χώρου, και πιο συγκεκριμένα στην ιδιαίτερη “ομάδα” των νότιων χωρών, παρουσιάζει απόκλιση, αφού συγκλίνει περισσότερο με τις χώρες της

ανατολής (π.χ. Τουρκία). Εδώ ίσως ευθύνεται τόσο η λανθασμένη πολιτική της χώρας, όσο και το πρόβλημα που τονίζεται από τους ειδικούς και αναφέρεται στην θέση και σχέση της Ελλάδας με την Ευρωπαϊκή Ένωση και το αίσθημα του ανήκειν στην Ανατολή, τη Δύση ή αν εν τέλει αποτελεί κάτι διαφορετικό-ξεχωριστό (Ιωακειμίδης Π. Κ., 2018).



ΓΡΑΦΗΜΑ 6 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΣΕ US\$ (PPPs)-2018 (OECD)

2.4. Αξιολόγηση υγειονομικών μεταρρυθμίσεων

Η δεκαετία του '90 σημαδεύει μέσω των μεταρρυθμίσεων τα συστήματα υγείας (Αγγλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Γερμανία, Ελλάδα κ.ά.), ενώ παρατηρείται και η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο σύστημα. Και σε αυτή την περίπτωση οι μεταρρυθμίσεις έχουν στόχο τον έλεγχο των δαπανών και την καλύτερη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων υγείας, με απώτερο στόχο την αποδοτικότητα-βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και φυσικά την όσο το δυνατόν εγγύτερη απόδοση και επίτευξη της έννοιας της κοινωνικής δικαιοσύνης (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Ήδη από την πρώτη φορά της χάραξης της ‘‘σύγχρονης’’ κοινωνικής πολιτικής τέθηκε στο επίκεντρο μια οργανωμένη αντιμετώπιση, η οποία πήρε μια μορφή φιλανθρωπικού μοντέλου, το οποίο διαπερνούσε την ευρωπαϊκή νοοτροπία μέχρι και τον 19^ο αιώνα. Με την θέσει σε ισχύ της Ευρωπαϊκής ιδέας (και μετέπειτα Ευρωπαϊκής Ένωσης), δημιουργήθηκε μια τυπολογία των ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων η οποία βασίστηκε κατά κύριο λόγο σε τέσσερα βασικά κριτήρια, όπως αναφέρθηκαν κι από τον καθηγητή, κύριο Υφαντόπουλο και συν (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009).

Σύμφωνα με αυτά, στο επίκεντρο αρχικά τέθηκε ο διαχωρισμός της ασφαλιστικής κάλυψης που αυτά παρείχαν. Η διαφοροποίηση αυτή βασιζόταν στην βούληση του εκάστοτε συστήματος να προχωρήσει σε παροχή επιλεκτικής ή καθολικής κάλυψης. Σημαντικό όμως ήταν και το κριτήριο το οποίο αφορούσε άμεσα την οργάνωση του συστήματος (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009), όπως είναι η νομική φύση των προσώπων (φορέων) που το αντιπροσωπεύουν, κάτι το οποίο έχει επανέλθει στην πολιτική ατζέντα και συζήτηση με στόχο την επανατοποθέτηση και λειτουργία του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Αυτό συνδέεται με τη σειρά του με το επόμενο κριτήριο της διάκρισης το οποίο έχει να κάνει με την έννοια της ποιότητας-της ποιοτικής παροχής και έχει ιδιαίτερα πληγεί τα τελευταία χρόνια της κρίσης.

Τέλος, το τέταρτο κριτήριο του διαχωρισμού εμπεριέχεται στην έννοια της χρηματοδότησης. Σημαντική είναι τόσο η τριμερής χρηματοδότηση, η οποία βασίζεται στην τριμερή σχέση εργοδότη-εργαζομένου-κράτους, όσο και η χρηματοδότηση που προέρχεται καθόλα από την φορολογία. Εδώ βέβαια θα πρέπει να υπογραμμιστεί πως χώρες, όπως η Αγγλία, οι οποίες έχουν θέσει σε λειτουργία μια προοδευτική φορολόγηση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, έχουν και ένα πιο δίκαιο αποτέλεσμα (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009).

Αυτή η διάκριση των κοινωνικών ευρωπαϊκών συστημάτων αναλύθηκε έτι περαιτέρω από πολλούς θεωρητικούς της ευρύτερης επιστημικής κοινότητας, με σκοπό τη σκιαγράφηση την σύγχρονης ευρωπαϊκής πραγματικότητας, αφού είναι γνωστή η προσπάθεια της ευρωπαϊκής ατζέντας για σταδιακή ενδυνάμωση της κοινωνικής πολιτικής δράσης, όπως αυτή εκφράστηκε ήδη από τη δημιουργία της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (με την προστασία των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας, ώστε να γίνει πραγματικότητα η οικονομική μεγέθυνση και η

συνεργασία, για την οποία υπήρξε και ο προαναφερθείς οργανισμός), έως και την υπογραφή του άρθρου 121 της συνθήκης της Λισαβόνας (Ιωακειμίδης Π. Κ., Η συνθήκη της Λισαβόνας. Παρουσίαση, ανάλυση, αξιολόγηση., 2010) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) το οποίο έθετε στο επίκεντρο το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο, το οποίο με τη σειρά του είχε βαθύτερους στόχους έναντι της πρώιμης επιδερμικής πολιτικής, όπως η προαγωγή της γεωγραφικής και κρατικής ισότητας, της ποιοτικής παροχής, αλλά και της αποδοτικής-βιώσιμης και αποτελεσματικής λειτουργίας τους για την αντιμετώπιση του φαινομένου της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και των ανικανοποίητων αναγκών.

Έτσι η πρώτη τυπολογία, η οποία χαρακτηρίζεται από μια κλιμακωτή-σταδιακή παρέμβαση του κράτους για την επίτευξη της κοινωνικής πολιτικής ατζέντας, επέρχεται με την αναφορά του Titmuss, ο οποίος επικέντρωσε το ενδιαφέρον του στο πολιτικό προσκήνιο του κρατικού μηχανισμού και της προαγωγής του υγειονομικού συστήματος. Διέκρινε λοιπόν το υπολειμματικό μοντέλο, στο οποίο κεντρική ήταν η αρχή της συμπληρωματικότητας (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009), Όπου η βοήθεια και η καθοριστική συμβολή του κράτους στην κοινωνική πολιτική παρεμποδίζεται από την αρχή του Laissez-Faire. Έτσι η κρατική παρέμβαση αντικαθίσταται από την απλή συμπλήρωση, όπου, και αν χρειάζεται.

Το επόμενο μοντέλο είναι αυτό που αναφέρεται σε μια πιο παρεμβατική κρατική κοινωνική πολιτική, η οποία όμως βασίζεται στην ασφάλιση της εργασίας και οριοθετείται από τη συμμετοχή του χρήστη-καταναλωτή στο χώρο της εργασίας και των εισφορών σε αυτή. Αυτό αναφέρεται ως βιομηχανικό μοντέλο και προσιδιάζει με τις αρχές του μοντέλου του Bismark (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009).

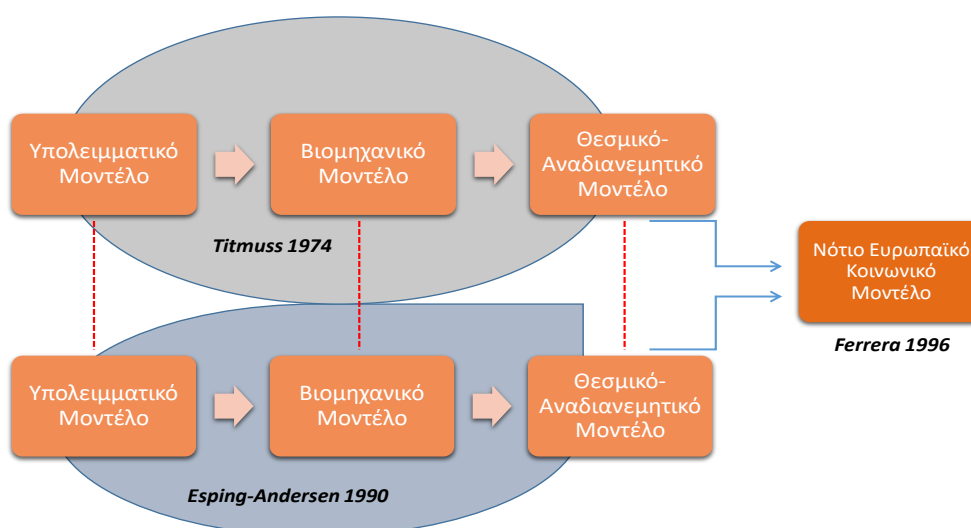
Τέλος ο Titmuss έκανε λόγο για το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε στην αρχή της καθολικότητας και προσιδιάζει στο μοντέλο του Beveridge (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009). Εδώ σύμφωνα με τον κύριο Υφαντόπουλο και συν (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009), υπογραμμίζεται η ομοιομορφία των παροχών (flat rate) και η συλλογική κάλυψη.

Ο επόμενος θεωρητικός που προέβη σε μια εξίσου σημαντική τυπολογία του προνοιακού κράτους για την ευρωπαϊκή επικράτεια ήταν ο Esping-Andersen, ο οποίος το συνέδεσε με την ανάλογη κατάσταση που επικρατούσε στις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009). Σύμφωνα με αυτή τη διατύπωση διέκρινε στον ευρωπαϊκό χώρο το φιλελεύθερο καθεστώς προνοιακού χαρακτήρα, ή αλλιώς αγγλοσαξονικό πρότυπο, όπου η ιδιωτική πρωτοβουλία επικρατεί, ενώ το κράτος δεν παρεμβαίνει, αλλά λειτουργεί μονάχα ως απλό δίκτυ ασφαλείας (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009). Βέβαια εξαιτίας αυτού τονίζονται οι κοινωνικές ανισότητες.

Ένα βήμα πιο κάτω, ο Esping-Andersen τοποθέτησε το συντηρητικό καθεστώς ή ηπειρωτικό πρότυπο, το οποίο φαίνεται να είναι συνδεδεμένο με αυτό του Bismark, καθώς τοποθετεί τις εισφορές από τον εργασιακό χώρο στο επίκεντρο.

Τέλος ο Esping-Andersen αναφέρεται στο σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς ή αλλιώς σκανδιναβικό πρότυπο. Εδώ η παροχή του προνοιακού κράτους αποκτά καθολικό χαρακτήρα, προάγοντας το δικαίωμα της πρόσβασης όλων των πολιτών.

Η Τρίτη προσπάθεια θεωρητικού για τον διαχωρισμό-τυπολογία των συστημάτων επήλθε από τον Ferrera, ο οποίος εισήγαγε και τις παρατηρήσεις που είχε συλλέξει από τις χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Το μοντέλο του ανωτέρω θεωρητικού αναφέρεται ως Νότιο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο και αποτελεί μια σύμμιξη των μοντέλων Bismark και Beveridge.



ΕΙΚΟΝΑ 11 Η ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. ΠΗΓΗ (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΜΠΑΛΟΥΡΔΟΣ, & ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ, 2009)

Επιπλέον στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης υιοθετείται η λογική του διαχωρισμού αγοραστή-προμηθευτή και της εσωτερικής αγοράς. Εμφανίζεται η βασισμένη «σε τεκμήρια ιατρική», όχι μόνο ως εργαλείο για τη σωστή ιατρική περίθαλψη αλλά και ως εργαλείο «management» (Hoffmann et al., 2014; Meessen et al., 2011). Εδώ θα ήταν χρήσιμη η αναφορά στο χώρο του φαρμάκου μεταξύ του συστήματος της Αγγλίας και της Γερμανίας, όπου στη μια το ενδιαφέρον συγκεντρώνεται στη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας, ενώ αντιστοίχως στην άλλη χώρα.....

Στον αντίποδα, στην Ανατολική Ευρώπη, με την πτώση του υπαρκτού σοσιαλισμού και την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης και των άλλων Κομμουνιστικών Καθεστώτων, γίνεται μια μεγάλη στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα, παράλληλα με την «απορύθμιση»(de-regulation), τη μείωση της γραφειοκρατίας και τη διοικητική αποκέντρωση, στην προσπάθεια των χωρών αυτών να υιοθετήσουν το κοινοτικό κεκτημένο και να επιτύχουν την είσοδό τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Balabanova et al., 2012), θέλοντας μάλλον να διορθώσουν και την επιβαλλόμενη μέχρι τότε από το κομμουνιστικό καθεστώς, ‘προς τα κάτω ισότητα’, η οποία με τους δικούς της τρόπους οδηγούσε σε αναποτελεσματική, μη αποδοτική και ποιοτική παροχή.

Ειδικότερα, η βαθμιαία μετάβαση στις αρχές του 1980, από το «Κεϋνσιανό» στο «νεοφιλελεύθερο» μοντέλο διαχείρισης της καπιταλιστικής οικονομίας, στο κοινωνικό πεδίο η συγκεκριμένη μετάβαση εκφράστηκε με τη βαθμιαία απόσυρση του «κοινωνικού κράτους» από το πεδίο προσφοράς κοινωνικών αγαθών, μεταξύ άλλων και της υγείας, την εμπορευματοποίηση και ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας-πρόνοιας σε βάρος μεγάλων αδύναμων κοινωνικών ομάδων . Συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας, άρχισαν να προωθούνται μεταρρυθμίσεις προς την κατεύθυνση ενίσχυσης του ρόλου της αγοράς (περικοπές δαπανών υγείας, «ορθολογισμός» με περικοπές στην έγκριση φαρμάκων και θεραπειών, αύξηση εισφορών, μείωση προσωπικού). Από τις αρχές της δεκαετίας του ‘90, η συγκεκριμένη πολιτική, πήρε γενικευμένο χαρακτήρα, με όλο και εντονότερη προώθηση του «μοντέλου αγοράς» στην υγεία, στο βαθμό πάντα που κατάφεραν να κάμψουν τις αντιστάσεις των εργαζόμενων και συνολικά της κοινωνίας. Μερικοί από τους βασικούς άξονες είναι η περικοπή κονδυλίων για υπηρεσίες υγείας και δαπάνες προσωπικού, η πολιτική ιδιωτικοποίησης, οι συμβάσεις μεταξύ αγοραστών-

προμηθευτών υγείας, τα κίνητρα ενίσχυσης ιδιωτικού τομέα, η αγορά υπηρεσιών υγείας δημόσιων φορέων από τον ιδιωτικό τομέα, καθώς και οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. (Τσέλιος κ.ά., 2016).

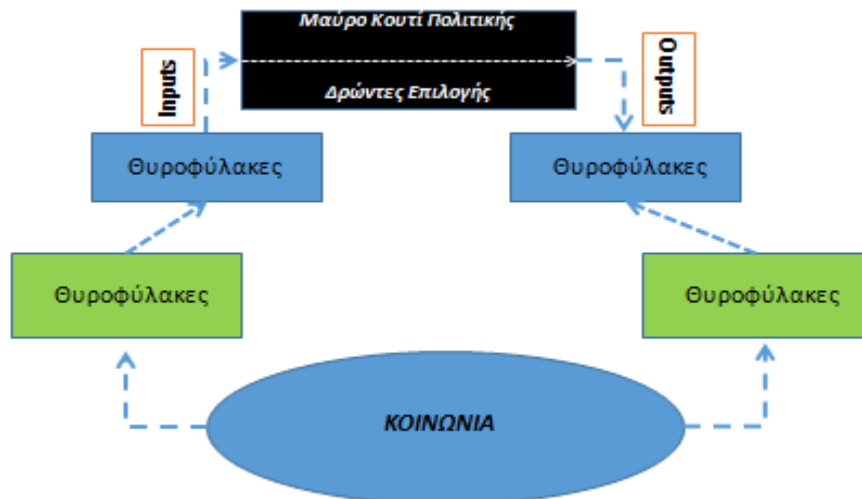
Η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας αποδείχθηκε διαχρονικά μια δύσκολη διαδικασία, όπως αναφέρεται φυσικά και στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς η πολύπλοκη σύνθεση του συστήματος απαιτεί μεγάλη και διεπιστημονική συνεργασία. Οι οργανωτικές και διοικητικές αδυναμίες των εκάστοτε χωρών, οι καθυστερήσεις στην εφαρμογή των νόμων και το χάσμα υλοποίησης, η οικονομική δυσπραγία σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού οδήγησαν στο ‘‘πάγωμα’’ πολλών μεταρρυθμίσεων. Η Ελλάδα αποτελεί πράγματι ένα ζωντανό παράδειγμα των ανωτέρω. Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις συνδέονται με μια δέσμη αλληλένδετων παραγόντων που έχουν να κάνουν με την ιστορικότητα των θεσμών μιας χώρας, τις κοινωνικές αξίες όπως καθορίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα, τις μακρο-οικονομικές διακυμάνσεις που παρουσιάζουν την οικονομική έξαρση ή ύφεση, το διοικητικό και οργανωτικό βαθμό και το πολιτικό σύστημα μιας χώρας, εστιάζοντας στο βαθμό «πολιτικής βούλησης» για την υλοποίηση των στόχων μιας μεταρρύθμισης (Υφαντόπουλος, 2005; Παπούλιας, 2019). Η οργανωτική, θεσμική, πολιτιστική και πολιτική σημασία που δίνει κάθε χώρα, οι ανάγκες και καταστάσεις που αντιμετωπίζει διαχρονικά, ο ‘‘κοινωνικός επιδημιολογικός της χάρτης’’, αλλά και οι κοινωνικές διαντιδράσεις που λαμβάνουν χώρα στο εσωτερικό της, επηρεάζουν την πολιτική πρωτοβουλία σχετικά κάθε φορά.

Παρά το γεγονός ότι πολλές χώρες έχουν εφαρμόσει πιλοτικά τα έργα των νέων μοντέλων ΠΦΥ, η κλιμάκωση για την κάλυψη ολόκληρης της χώρας έχει συναντήσει αντιδράσεις. Ορισμένες χώρες εισήγαγαν βαθύτερες αλλαγές σε ορισμένους τομείς από ό, τι άλλες. Λίγες χώρες, ωστόσο, έχουν υιοθετήσει μια ολιστική προσέγγιση με σκοπό την ολοκληρωμένη αλλαγή (Atun et al., 2005) και στόχο την επίτευξη των αρχών της βιωσιμότητας, αποτελεσματικότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οι Shakarishvili et al. (2010) προτείνουν μια προσέγγιση τριών βημάτων για την αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων για την υγεία για να περιγράψει: (i) τους παράγοντες κλειδιά που ωθούν στην μεταρρύθμιση, (ii) την ίδια την μεταρρύθμιση και τους στόχους της, και (iii) την διαδικασία με την οποία η μεταρρύθμιση εφαρμόστηκε ή εφαρμόζεται.

Σε αυτή την προσέγγιση, τρία περαιτέρω βήματα μπορούν να προστεθούν: (iv) η περιγραφή των αλλαγών που εισάγονται από τις μεταρρυθμίσεις, (v) η ανάλυση του αντίκτυπου των αλλαγών αυτών σχετικά με στόχους και σκοπούς, όπως η ισότητα, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, η επιλογή, η βελτίωση της υγείας (επίπεδο και διανομή), η προστασία από τους οικονομικούς κινδύνους και (vi) η διαπίστωση κατά πόσον οι μεταρρυθμίσεις έχουν επιτύχει τους πολιτικούς στόχους που έχουν τεθεί από την εκάστοτε κυβέρνηση.

Εδώ ίσως θα μπορούσε να μας βοηθήσει στην κατανόηση της διαδικασίας αυτής η θεωρία του Easton για την ανάλυση των δημοσίων πολιτικών. Μπορεί η κοινωνία μέσα από τη διαδικασία διαντίδρασης με την εξουσία, αλλά και με την προώθηση των πραγματικών της αναγκών να πιέζει τους κυβερνώντες για τη λήψη κάποιας απόφασης. Τα αιτήματα αυτά γίνονται αποδεκτά από μικρότερες ομάδες που βρίσκονται σε πιο στενή αλληλόδραση με τους εκάστοτε δρώντες επιλογής (decision makers). Αυτές οι ομάδες αφού φιλτράρουν τα αιτήματα, τα εξειδικεύουν και διατηρούν-προάγουν εκείνα που τους ενδιαφέρουν περισσότερο. Αυτά αφού εξειδικευτούν ακόμη περισσότερο εισάγονται στο “μαύρο κουτί της πολιτικής” κι αφού επεξεργαστούν με έναν συγκεκριμένο τρόπο, ο οποίος είναι πολύ δύσκολο να αναλυθεί καθώς εμπεριέχει μια πλειάδα παραγόντων (προσωπικές βλέψεις, πολιτικό κόστος, καταστατικός χάρτης, θεσμικός-νομικός κόσμος, αξίες, πραγματικές ανάγκες, στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν, αντίληψη της κοινωνίας και οικονομική δυνατότητα), παράγουν αποτελέσματα (με τη μορφή απόφασης) σχετικά με τα αιτήματα που εισήλθαν. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και με τις επιλογές των κυβερνώντων για τις πολιτικές προνοιακού κράτους που θα υιοθετηθούν.



ΕΙΚΟΝΑ 12 ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ EASTON. ΠΗΓΗ (MULLER & SUREL, 2002)

Δεν είναι εύκολη η δημιουργία αιτιακών συνδέσεων και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων σε ευρείες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες διότι οι μεταρρυθμίσεις δεν είναι σαφώς διακρινόμενες παρεμβάσεις ή εφαρμογές σε ελεγχόμενες ρυθμίσεις, αλλά αντίθετα είναι πολύπλευρα και πολύπλοκα προγράμματα αλλαγής, όπως άλλωστε αναλύθηκε και παραπάνω στην εικόνα αποτύπωσης της θεωρίας του Easton.

Οι μεταρρυθμίσεις για την υγεία δεν λαμβάνουν χώρα σε ένα καθορισμένο πλαίσιο αλλά τείνουν να ακολουθούν μια τροχιά σε μια περίοδο χρόνου και ως εκ τούτου, αποτελούν μέρος μιας συνεχούς πορείας που περιλαμβάνει όχι πάντα διακριτά συμβάντα. Αυτό σημαίνει ότι είναι πιο ορθό να μην αντιμετωπίζεται ως μεταρρύθμιση ενός συστήματος υγείας αλλά ως ανάπτυξη του. Άλλωστε στην πολιτική ανάλυση και τη διοικητική επιστήμη είναι γνωστό πως μια απόφαση (όπως είναι ένας νόμος) έχει τη δική του δυναμική και πολλές φορές είτε δεν εκπληρώνει τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκε, είτε δεν μεταβάλλει την υφιστάμενη κατάσταση, είτε πολλές φορές έχει μεγαλύτερη ροή από αυτή που του προσδίδεται στην αρχή (Muller & Surel, 2002). Σε όλο αυτό σίγουρα δεν αποτελούν εξαίρεση και οι εκάστοτε προσπάθειες μεταρρύθμισης του υγειονομικού συστήματος. Περαιτέρω, οι αλλαγές στους στόχους και τα αποτελέσματα του συστήματος υγείας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι επηρεάζονται από προσωπικούς και συγκυριακούς παράγοντες όπως για παράδειγμα, το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης, το εισόδημα, η εκπαίδευση, οι επιλογές του τρόπου ζωής, η φτώχεια, το περιβάλλον και η στέγαση (Wilkinson & Marmot, 2003).

Δεδομένων των δυσκολιών που αναφέρθηκαν και αναπτύχθηκαν, είναι αντιληπτό ότι η αξιολόγηση των πολύπλοκων πολιτικών παρεμβάσεων, έχει περιορισμούς. Πάρα ταύτα, μια συστηματική προσέγγιση για την αξιολόγηση μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή συμπερασμάτων για την ενημέρωση της πολιτικής. Ένας αριθμός πλαισίων έχει αναπτυχθεί για την ανάλυση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει ένα τέτοιο πλαίσιο που συγκρίνει την απόδοση των συστημάτων υγείας όσον αφορά την επίτευξη ενός αριθμού στόχων όπως το μέσο επίπεδο της υγείας, η μέση απόκριση, η κατανομή, η ανταπόκριση και η αμεροληψία της χρηματοδοτικής συνεισφοράς (Atun et al., 2003), ενώ πλέον πολύ μεγάλη είναι η σημασία που δίνεται από πολλούς θεωρητικούς της ευρύτερης επιστημικής κοινότητας στην ποιότητα της ζωής που επιτυγχάνεται (Quality of Life) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Άλλα πλαίσια που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των συστημάτων υγείας επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα, στην ισοτιμία πρόσβασης ή στην οικονομική βιωσιμότητα (Wilkinson & Marmot, 2003; Shakarishvili et al., 2010) (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, & Νικολόπουλος, 2009) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Σε σχέση με την ΠΦΥ, υπάρχουν πλαίσια αξιολόγησης που εστιάζουν στην ποιότητα και μόνο. Τα πλαίσια αυτά όμως έχουν περιορισμούς και ειδικά στις εισροές, στους πόρους και στις διαδικασίες. Είναι αναγκαία παράλληλα και η μέτρηση των εκροών και των αποτελεσμάτων καθώς και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ της υγείας και στοιχείων του συστήματος που αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν τα αποτελέσματα του συστήματος (Marshall et al., 2003), ενώ σημαντική για το σημείο αυτό είναι και η καταγραφή των άτυπων σχέσεων που δημιουργούνται μέσα στην εκάστοτε τυπική οργάνωση υγείας και έχουν σχέση με μια πιο ποιοτική διάσταση (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

2.5. Παράγοντες μη υλοποίησης των στόχων

Όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι σύνηθες οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία να αντιμετωπίζουν αντιστάσεις, με βασικότερη αυτή που προέρχεται από τους εργαζόμενους στο χώρο της. Ακόμη και σε ένα σταθερό περιβάλλον εργασίας, τα κίνητρα των εργαζομένων μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Η μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας, είναι ουσιαστικά μια διαδικασία αλλαγής και προσθέτει επιπλέον αποσταθεροποίηση στο περιβάλλον εργασίας μέσω των

προσπαθειών της για την βελτίωση των εθνικών πολιτικών, των προγραμμάτων και πρακτικών με την αλλαγή στον τομέα της υγείας των προτεραιοτήτων, των νόμων, των κανονισμών, της οργανωτικής δομής ακόμα και τις ρυθμίσεις χρηματοδότησης. Ωστόσο, ακόμη και οι μεταρρυθμίσεις που έχουν προσπαθήσει να βελτιώσουν το περιβάλλον εργασίας και συνεπώς, και τα κίνητρα των εργαζόμενων, δεν είχαν πάντα τις αναμενόμενες επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Αντίθετα, είναι σύνηθες το φαινόμενο οι εργαζόμενοι να εμφανίζουν μη αναμενόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, κάτι που αντανακλά στην ουσία την έλλειψη της εσωτερίκευσης της μεταρρύθμισης της υγείας και των οργανωτικών στόχων, όπως έχει ήδη διατυπωθεί (Martineau & Martineau, 1996; Schmidt et al., 2010).

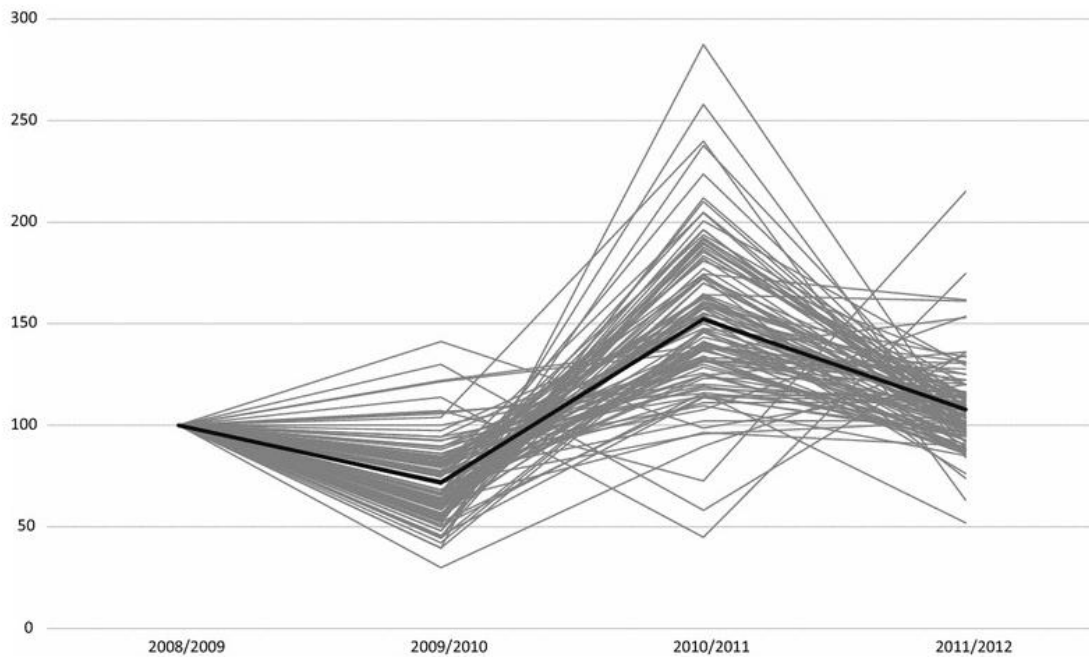
Αντιμέτωποι με ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με το τι παρακινεί τους εργαζόμενους στην υγεία και πώς οι μεταρρυθμίσεις επηρεάζουν τα κίνητρα των εργαζομένων, πολλές χώρες έχουν εφαρμόσει μέτρα ή προγράμματα παροχής κινήτρων για την τόνωση της συμπεριφοράς των εργαζομένων χωρίς όμως την ύπαρξη μίας εμπειρικής βάσης. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν συχνά στηριχθεί κατά κύριο λόγο σε οικονομικά κίνητρα, όπως στην Ινδονησία (De Ree et al., 2015) και στην Ταϊλάνδη (Francesca et al., 2011).

Υπάρχει όμως μία σημαντική συζήτηση για τις προοπτικές και την αποτελεσματικότητα των πολιτικών που σχετίζονται με την απόδοση των αμοιβών για την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2015). Ακόμα και όταν τα οικονομικά κίνητρα δεν χρησιμοποιούνται άμεσα για την προώθηση υψηλότερης παραγωγικότητας, η φιλοσοφία πολλών προγραμμάτων μεταρρύθμισης της υγείας συνεπάγεται συχνά ότι τα χρήματα είναι ένα βασικό κίνητρο στο πλαίσιο της εργασίας (Ξένος, κ.ά., 2014), πράγμα το οποίο έχει τονιστεί ήδη από τους πρώτους θεωρητικούς για την ανάλυση της θεωρίας των οργανώσεων, με τον Henri Taylor να υπογραμμίζει τη σημασία της μεγαλύτερης αμοιβής και των bonus για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη εργασία (Μακρυδημήτρης, 2013). Ενώ όμως τα οικονομικά κίνητρα μπορεί να είναι καθοριστικοί παράγοντες παρακίνησης των εργαζομένων, είναι εξίσου προφανές ότι από μόνα τους δεν μπορούν να επιλύσουν όλα τα προβλήματα των εργαζομένων, μια αμφισβήτηση που εκφράστηκε εξαρχής στη θεωρία του Taylor. Επιπλέον, η υπερβολική έμφαση στα οικονομικά κίνητρα στο δημόσιο τομέα θα μπορούσε να οδηγήσει σε αρνητικές συνέπειες. Αυτός είναι και ο λόγος που ο θεμελιωτής της γραφειοκρατικής οργάνωσης (του δημοσίου τομέα) Max

Weber απέφυγε να μιλήσει για τα προαναφερθέντα, αλλά αρκέστηκε μόνο στην αναφορά της υπαλληλίας και της αμοιβής με βάση την αρχαιότητα και τη θέση στη διοικητική πυραμίδα (Μακρυδημήτρης, 2013). Οι εργαζόμενοι μπορούν να αρχίσουν να αντιμετωπίζουν τα οικονομικά οφέλη ως πιο σημαντικά από άλλα είδη ανταμοιβής (π.χ., επαίνους από τους επόπτες ή εκτίμηση από την κοινότητα), και θα μπορούσε να υπάρξει μια σύγκρουση μεταξύ της δικής τους έννοιας των αξιών του δημόσιου τομέα και των μηνυμάτων που λαμβάνουν για την εργασία για οικονομικό κέρδος (Weimer & Vining, 2017).

2.6. Αντοχή των συστημάτων υγείας στις νέες ιατρικές ανακαλύψεις

Είναι γεγονός ότι έχει γίνει κατανοητή η μεγάλη σημασία των συστημάτων υγείας με αποτέλεσμα, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια υγεία, να διατίθενται, στο μέτρο που είναι εφικτό, αρκετοί πόροι. Εντούτοις, παρά την αναγκαιότητα και τη μεγάλη σημασία, η ίδια προσοχή δεν αποδίδεται και στη μέτρηση της αποτελεσματικότητας, δηλαδή στο κατά πόσο οι πόροι οι οποίοι απορροφώνται παράγουν και το αντίστοιχο αποτέλεσμα (Edwards & Harrison, 1999; Ifantopoulos, 1980; Bangdiwala et al., 2010). Μια σύγχρονη μελέτη στον τομέα αυτό απέδειξε πως στην Ελλάδα «το μέσο νοσοκομείο παρουσίασε σημαντική αύξηση της παραγωγικότητας μεταξύ 2009 και 2012. Σχεδόν όλη η αύξηση της παραγωγικότητας οφείλεται στην τεχνολογική αλλαγή και μόνο ένα ελάχιστο μέρος οφείλεται στην αλλαγή της απόδοσης» (Xenos, Yfantopoulos, Nektarios, Polyzos, Tinios, & Constantopoulos, 2017).



ΕΙΚΟΝΑ 13 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ 108 ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, 2009-2012. ΠΗΓΗ (XENOS, YFANTOPOULOS, NEKTARIOS, POLYZOS, TINIOS, & CONSTANTOPOULOS, 2017)

Αυτό ισχύει για την περίπτωση των νοσοκομείων που προσφέρουν παροχές υγείας αλλά παράλληλα σε αυτά διενεργούνται και ένα μεγάλο μέρος των κλινικών μελετών και ερευνών που προσφέρουν νέα ιατρικά επιτεύγματα. Αυτό είναι κάτι εύλογο που συμβαδίζει με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και την αντιμετώπιση των νέων νόσων που υπάρχουν αλλά και παλαιότερων που ταλανίζουν την υγεία μεγάλου μέρους του πληθυσμού. Η καταπολέμηση των ασθενειών και των νόσων απαιτεί την ανακάλυψη νέων φαρμάκων, σύγχρονης τεχνολογίας-καινοτομίας και ιατρικών μεθόδων που όμως για να είναι επισφαλείς και να μη βλάψουν, χρειάζονται συνεχόμενες δοκιμές. Όμως, φαίνεται ότι αποτελεί μία πάγια τακτική, ενώ τα νέα σκευάσματα εξετάζονται και αξιολογούνται, να μην ισχύει το ίδιο και για τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιούνται. Είναι σύνηθες λοιπόν, στην προσπάθεια βελτίωσης των συστημάτων υγείας, να υπόκεινται σε αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, που συχνά υπαγορεύονται από κοινωνικές και πολιτικές μεταβλητές, αλλά σπανίως γίνεται αξιολόγηση του αποτελέσματος, που αυτά έχουν στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας (Hillman, 1998).

2.7. Διδάγματα από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας

Παγκοσμίως, τα συστήματα υγείας, κυρίως στα βιομηχανοποιημένα κράτη, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι τα συστήματα υγείας που είναι εθνικά, βασίζονται κυρίως στο κράτος και χρηματοδοτούνται μέσω της συλλογικής φορολόγησης, ενώ η κάλυψή τους είναι καθολική (Beveridge) και η δεύτερη κατηγορία είναι τα ιδιωτικά συστήματα υγείας που βασίζονται στην ιδιωτική ασφάλιση και την αρχή του μη παρεμβατισμού *Laissez-Faire* (φιλελεύθερο σύστημα). Υπάρχουν βέβαια και χώρες όπου υπάρχουν μικτά συστήματα υγείας που συνδυάζουν το ιδιωτικό με το κρατικό στοιχείο (Bismark) (Finkel & Fein, 2006).

Ασχετα όμως από τον τύπο που έχει κάθε σύστημα υγείας, όλα αντιμετωπίζουν σχεδόν τις ίδιες προκλήσεις και ανάγκες. Είναι υποχρεωμένα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας, να διευκολύνουν και να προάγουν την ισότιμη πρόσβαση στην υγεία και στις υπηρεσίες της καθώς και να εξασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν..

Κάθε κράτος έχει το δικό του εθνικό σύστημα υγείας που έχει διαφορετική οργανωτική δομή και χρηματοδότηση, ανάλογα με τις ανάγκες και τις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούν (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Διαφοροποίηση σε αυτά τα συστήματα αποτελεί το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που θεωρείται όχι μόνο διαφορετικό αλλά και μοναδικό. Αποτελεί το πιο ακριβό σύστημα υγείας παγκοσμίως αλλά παράλληλα περιλαμβάνει κάποια μορφή παγκόσμιας πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες για όσους είναι πολίτες των ΗΠΑ αλλά χωρίς καθολική κάλυψη των φαρμάκων και με μία αύξηση της επιβάρυνσης των ανασφάλιστων (Finkel & Fein, 2006) Βέβαια την τελευταία διετία είχε γίνει προσπάθεια ανοικοδόμησης ενός πιο προσιτού συστήματος υγείας προς τον πολίτη, με ένα πρόγραμμα μεταρρύθμισης για περίθαλψη (μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και βελτίωση της ποιότητας της ζωής για άτομα που δεν μπορούσαν να λάβουν ασφάλιση υγείας από το χώρο εργασίας τους), με τις κινήσεις του προηγούμενου Προέδρου των ΗΠΑ Barack Obama, γνωστό και ως *Obamacare*, πράγμα το οποίο δεν ευοδώθηκε τελικά, αν και είχε προγραμματιστεί ως Σχέδιο Υγείας για την Αμερική το 2009 και είχε ψηφιστεί ως νόμος στις αρχές της παγκόσμιας κρίσης, το 2010.

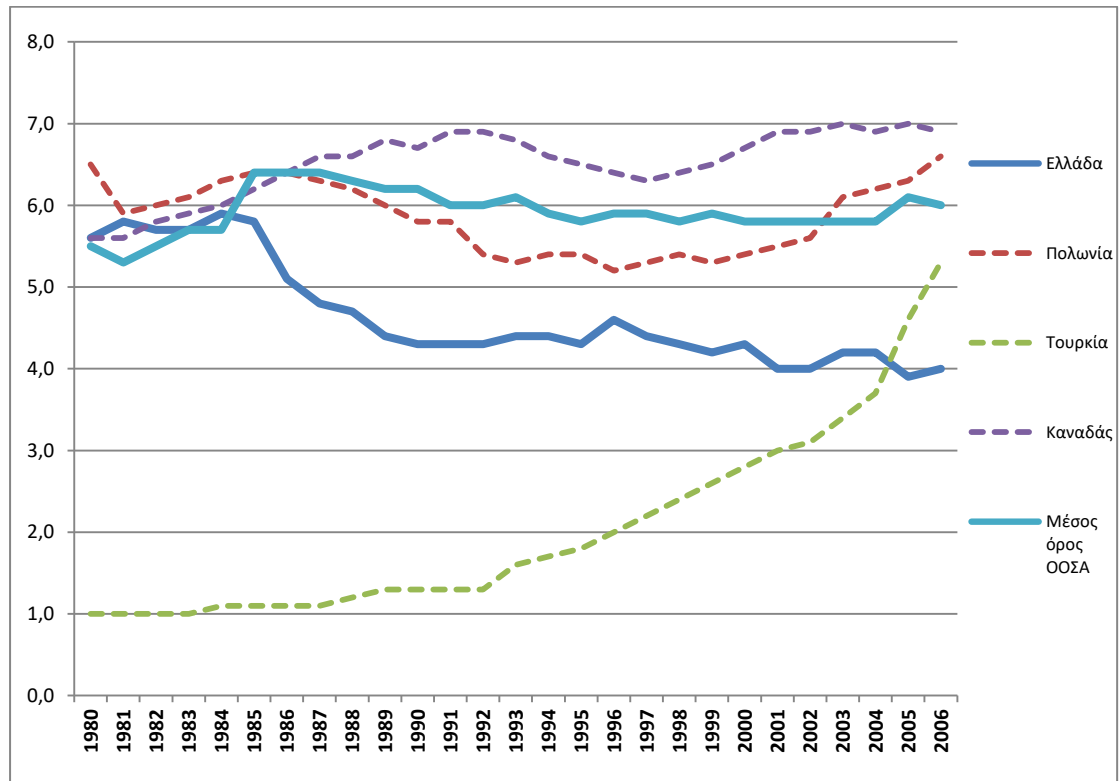
Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από τα στοιχεία και δεδομένα που παρέχει ο Οργανισμός για την Συνεργασία και Ανάπτυξη (Organization for Economic

Cooperation and Development-OECD). Τα στοιχεία αυτά επιτρέπουν τη σύγκριση των συστημάτων υγείας τριάντα βιομηχανοποιημένων χωρών. Από τα δεδομένα αυτά προκύπτει ότι οι ΗΠΑ δαπανούν τα μεγαλύτερα ποσά από όλες τις υπόλοιπες χώρες του OECD, αλλά δεν παρέχει περισσότερες υπηρεσίες συγκριτικά με τις άλλες χώρες (Finkel & Fein, 2006).

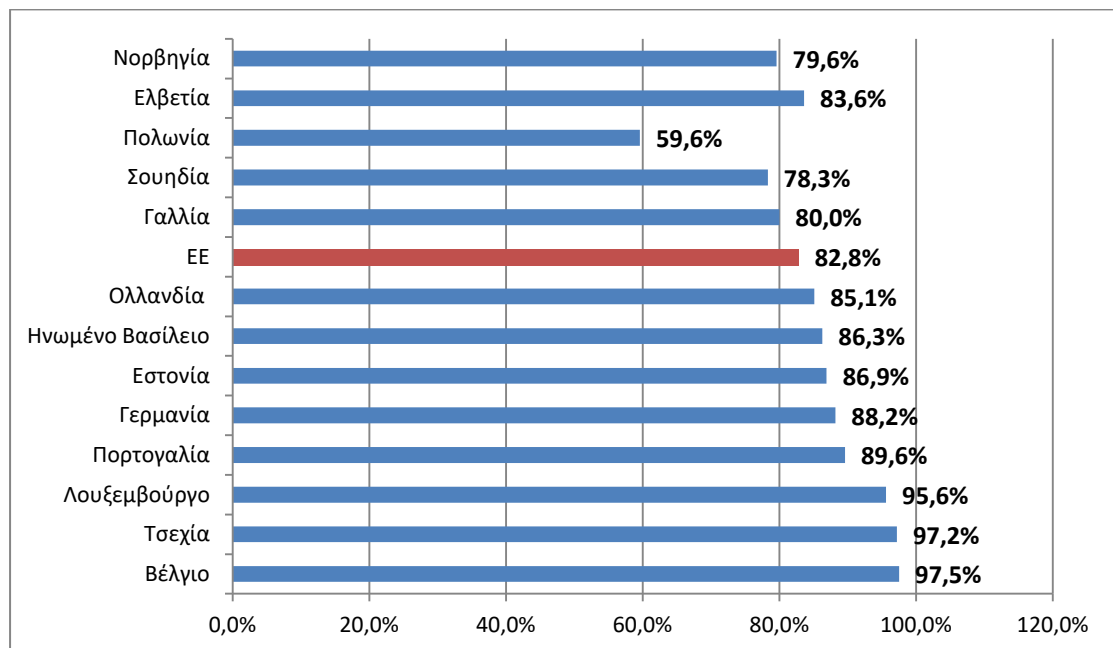
Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ και τα υπόλοιπα, ευρωπαϊκά κυρίως, συστήματα υγείας, προκύπτουν όπως διαφαίνεται και από άλλους παράγοντες που δεν σχετίζονται άμεσα μόνο με την υγεία. Οι ΗΠΑ έχουν μεγαλύτερες δαπάνες γιατί ως χώρα είναι πιο ακριβή αφού τα αγαθά και οι υπηρεσίες κοστολογούνται περισσότερο, ενώ και πολιτισμικά και πολιτικά απέχει παρασάγγας από τις ιδέες της Ενωμένης Ευρώπης και του ευρύτερου ευρωπαϊκού χώρου. Εντούτοις, συγκριτικά με τις άλλες χώρες, η μεγαλύτερη αύξηση πόρων δεν έχει βελτιώσει τους δείκτες υγείας της, αφού κατατάσσεται ως 17η στο μέσο όρο ζωής ανάμεσα στις 30 βιομηχανοποιημένες χώρες (Finkel & Fein, 2006).

Βέβαια η Ευρωπαϊκή Ένωση θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως τοποθετείται θετικά και ενεργητικά-δραστήρια απέναντι σε μια σχετικά νέα-σύγχρονη θεωρία, τουλάχιστον για τον ευρύτερο χώρο της υγείας-του φαρμάκου και της κοινωνικής πολιτικής, που είναι η διπλωματία υγείας. Αυτή ορίζεται ως μέσο με το οποίο αντιμετωπίζονται μαζί προβλήματα που επηρεάζουν την υγεία και τα οποία δεν μπορούν να επιλυθούν από μια χώρα ή μια υπηρεσία που εργάζεται μόνη της. Απαιτεί τη δημιουργική δέσμευση πολλών διαφορετικών φορέων συμπεριλαμβανομένων των κυβερνήσεων, των διεθνών οργανισμών, της κοινωνίας των πολιτών αλλά και του ιδιωτικού τομέα (Kickbusch & Kökény, 2017). Σημαντικό παράδειγμα των ανωτέρω αποτελεί η διακρατική συμμαχία της Βαλέτας, η οποία αποτελείται κυρίως από χώρες τις νότιας Ευρώπης (Ελλάδα, Κύπρος, Μάλτα, Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία, Ιρλανδία, Σλοβενία, Κροατία) αλλά και η BENELUXA (Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο, Αυστρία). Η παραπάνω αναφορά γίνεται για να υπογραμμίσει τη διαφορά της ευρωπαϊκής δραστηριοποίησης για την κοινωνική πολιτική σε σχέση με τις ΗΠΑ. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι εξαιτίας της διακρατικής συμμαχίας της BENELUXA γίνεται πιο εύκολη η διακίνηση πληροφοριών, η ανταλλαγή απόψεων, ενώ προωθείται η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας (Health Technology Assessment-ΗΤΑ) και η από κοινού τιμολόγηση προς το συμφέρον των πολιτών.

Αναφορικά δε με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο ΟΕCD παρέχει σημαντικά στατιστικά δεδομένα στα διαφορετικά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, όπως διαφαίνεται και από τα παρακάτω γραφήματα:

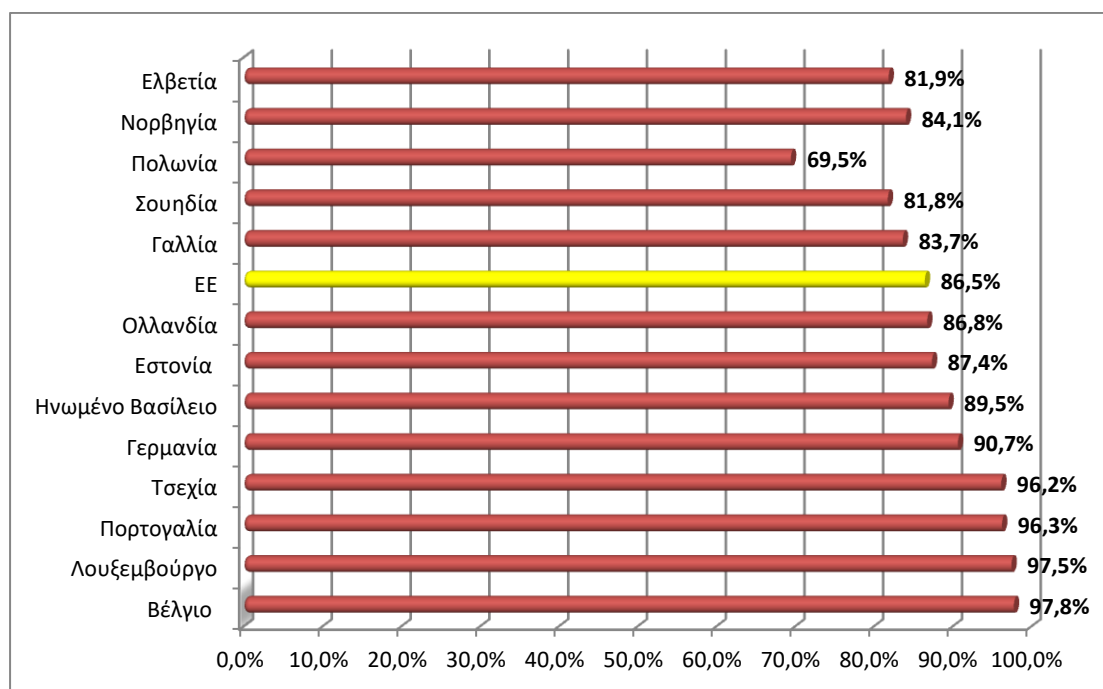


ΓΡΑΦΗΜΑ 7 ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



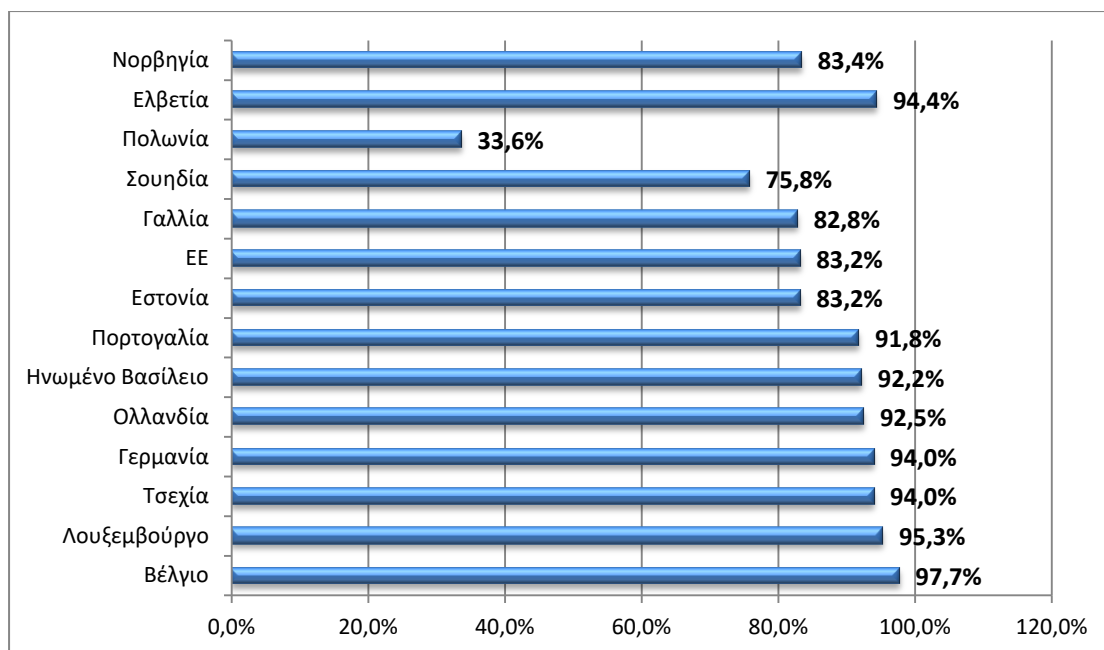
ΓΡΑΦΗΜΑ 8 ΔΑΠΑΝΩΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD, 2016)

Ενδεικτικά, πως διαφαίνεται από το γράφημα, το Βέλγιο είναι η χώρα όπου δαπανάται ο περισσότερος χρόνος εκ μέρους του ιατρού για να διαβουλευτεί με τον ασθενή. Αξιοσημείωτο όμως είναι ότι και στις υπόλοιπες χώρες οι διαφορές δεν είναι μεγάλες με εξαίρεση την Πολωνία. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δύο χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, η Τσεχία και η Εσθονία έχουν υψηλά ποσοστά.



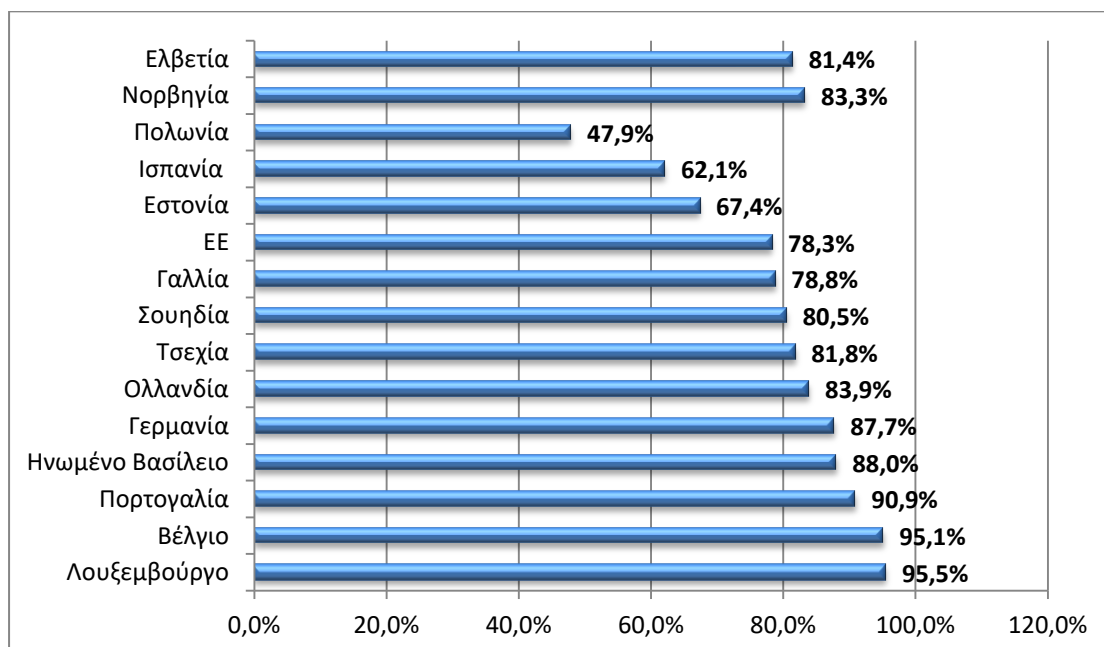
ΓΡΑΦΗΜΑ 9 ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΤΑΝΟΗΤΩΝ ΕΞΗΓΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD, 2016)

Αντίστοιχα είναι τα ποσοστά και σε αυτό το γράφημα όπου η Πολωνία παρουσιάζει την μεγαλύτερη απόκλιση στις κατανοητές εξηγήσεις από τον ιατρό. Το ποσοστό της καταδεικνύει ότι περίπου το 1/3 αυτών που αναφέρει ο ιατρός στην ουσία δεν είναι κατανοητά στον ασθενή. Αυτό φυσικά μπορεί να έχει περισσότερες εξηγήσεις. Μπορεί κανείς να το ερμηνεύσει ως αποτέλεσμα της ελλιπούς εκπαίδευσης και της γενικής παιδείας των πολιτών.



ΓΡΑΦΗΜΑ 10 ΠΑΡΟΧΗ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ Η ΤΗ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΑΝΗΣΥΧΙΩΝ. ΠΗΓΗ (OECD, 2016)

Οι περισσότερες εκ των χωρών παρουσιάζουν ένα εντυπωσιακό ποσοστό για την παροχή ευκαιριών στον ασθενή να ρωτήσει ή να εκφράσει τις ανησυχίες τους. Στην περίπτωση της Πολωνίας όμως το ποσοστό είναι εξαιρετικά μικρό, κάτι που καταδεικνύει ότι περίπου τα 2/3 των ιατρών της δεν προσφέρουν αυτή την ευκαιρία στον ασθενή.



ΓΡΑΦΗΜΑ 11 ΑΝΑΜΕΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD, 2016)

Age/sex standardised rates per 100 patients			
		Value	95% CI deviation
Norway 2	2013	79,6	2,0
Switzerland 2	2013	83,6	1,3
Poland 1, 2	2013	59,6	0,6
Sweden 2	2013	78,3	1,5
France 2	2013	80,0	1,4
EU11		82,8	
Netherlands 2	2013	85,1	1,3
United Kingdom 2	2013	86,3	1,4
Estonia 1	2013	86,9	0,1
Germany 2	2013	88,2	1,2
Portugal 1, 2	2015	89,6	0,4
Luxembourg 1	2011	95,6	0,7
Czech Republic 1	2010	97,2	0,6
Belgium 1	2013	97,5	0,5
EU11		82,8	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ΔΑΠΑΝΗ ΑΡΚΕΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΣΤΗ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.
ΠΗΓΗ: **OECD, 2016**

Ο μέσος όρος στην Ε.Ε. των 11 είναι αρκετά υψηλός αλλά η πρώτη χώρα (Βέλγιο) με την τελευταία (Πολωνία) παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση ανάμεσα τους, περίπου το 1/3.

Age/sex standardised rates per 100 patients			
		Value	95% CI deviation
Switzerland 2	2013	81,9	1,3
Norway 2	2013	84,1	2,0
Poland 1, 2	2013	69,5	0,6
Sweden 2	2013	81,8	1,4
France 2	2013	83,7	1,3
EU11		86,5	

Netherlands 2	2013	86,8	1,2
Estonia 1, 2	2013	87,4	0,1
United Kingdom 2	2013	89,5	1,3
Germany 2	2013	90,7	1,2
Czech Republic 1	2010	96,2	0,7
Portugal 1, 2	2015	96,3	0,3
Luxembourg 1	2011	97,5	0,5
Belgium 1	2013	97,8	0,3
EU 11		86,5	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΤΑΝΟΗΤΩΝ ΕΞΗΓΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΠΗΓΗ: **OECD, 2016**

Το ίδιο ισχύει και για την παροχή κατανοητών εξηγήσεων από τον ιατρό όπου όμως η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στις δύο χώρες είναι μικρότερη. Για κάποια από τα ποσοστά όμως θα πρέπει να τηρηθούν προφυλάξεις γιατί δεν προέρχονται όλα από την ίδια χρονολογία. Για παράδειγμα το ποσοστό του Λουξεμβούργου είναι υψηλό αλλά αφορά δεδομένα του 2011 ενώ του Βελγίου που το ξεπερνά του 2013.

		Age/sex standardised rates per 100 patients	
		95% Value	CI deviation
Norway 2	2010	83,4	1,6
Switzerland 2	2010	94,4	1,2
Poland 1, 2	2013	33,6	0,6
Sweden 2	2010	75,8	1,8
France 2	2010	82,8	1,6
EU11		83,2	

Estonia 1, 2	2013	83,2	0,1
Portugal 1	2015	91,8	0,3
United Kingdom 2	2010	92,2	1,0
Netherlands 2	2010	92,5	1,2
Germany 2	2010	94,0	0,9
Czech Republic 1	2010	94,0	0,9
Luxembourg 1	2011	95,3	0,7
Belgium 1	2013	97,7	0,4
EU 11		83,2	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ΠΑΡΟΧΗ ΕΥΚΑΙΡΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ Η ΤΗ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΑΝΗΣΥΧΙΩΝ
ΠΗΓΗ:OECD, 2016

Η διαφορά στα έτη προέλευσης των δεδομένων εντοπίζονται και σε αυτή την περίπτωση, με τις περισσότερες χώρες να προσφέρουν ποσοστά του 2010 ενώ άλλες του 2013, ακόμα και του 2015. Του 2013 είναι και τα ποσοστά της Πολωνίας που την καθιστούν τελευταία και με εξαιρετικά μικρό ποσοστό συγκριτικά με τις άλλες.

		Age/sex standardised rates per 100 patients	
		Total	
		Value	95% CI deviation
Switzerland 2	2013	81,4	1,3
Norway 2	2013	83,3	2,0
Poland 1, 2	2013	47,9	0,6
Spain 1, 2	2013	62,1	
Estonia 1, 2	2013	67,4	0,2
EU 12		78,3	
France 2	2013	78,8	1,5
Sweden 2	2013	80,5	1,4
Czech Republic	2010	81,8	1,6

1				
Netherlands 2	2013	83,9	1,3	
Germany 2	2013	87,7	1,4	
United Kingdom				
2	2013	88,0	1,4	
Portugal 1	2015	90,9	0,4	
Belgium 1	2013	95,1	0,8	
Luxembourg 1	2011	95,5	0,7	
EU 12		78,3		

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ΑΝΑΜΕΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
 ΠΗΓΗ:OECD, 2016

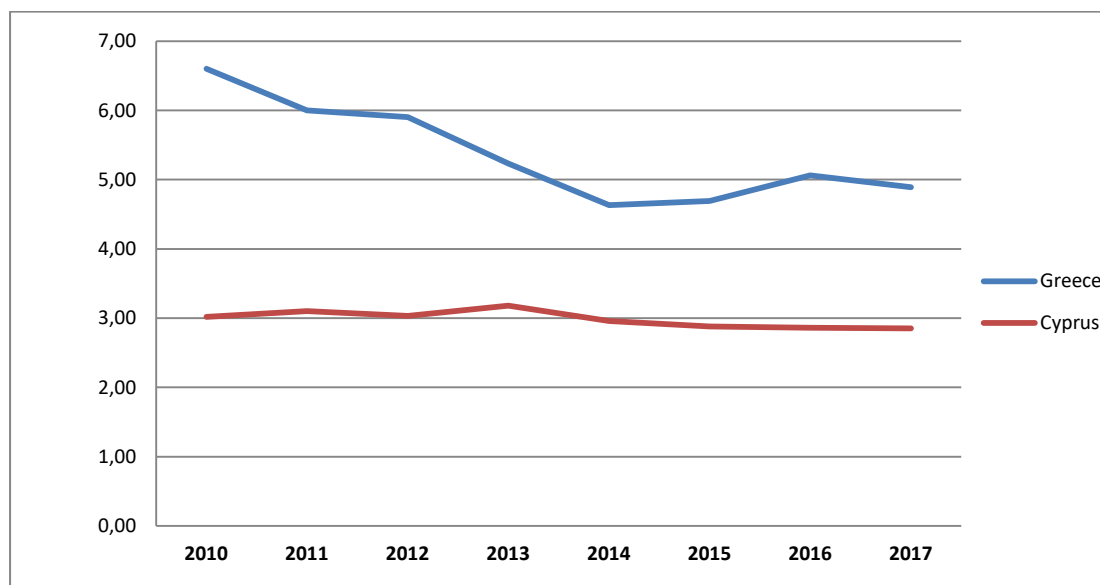
Σε αυτό τον πίνακα είναι πιο ενιαία τα ποσοστά και οι πηγές προέλευσης τους και ελάχιστες οι διαφορές ανάμεσα στις δύο πρώτες χώρες με τα υψηλά ποσοστά με την Πολωνία να παραμένει στην τελευταία θέση παρά την αύξηση του ποσοστού της.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι τα συστήματα υγείας δεν παρουσιάζουν όλα τις ίδιες επιδόσεις και αποδόσεις. Αντιμετωπίζουν μεν όλα προβλήματα και προκλήσεις αλλά οι δομές που έχουν είναι διαφορετικές και ως εκ τούτου, διαφορετικός είναι και ο τρόπος αντιμετώπισης τους. Αυτά φαίνονται σε επιμέρους διαστάσεις που έχουν συμπεριληφθεί και στην παρούσα εργασία όπως οι πόροι που δαπανώνται στο σύστημα υγείας αλλά και η συμπεριφορά και η απόδοση του προσωπικού υγείας.

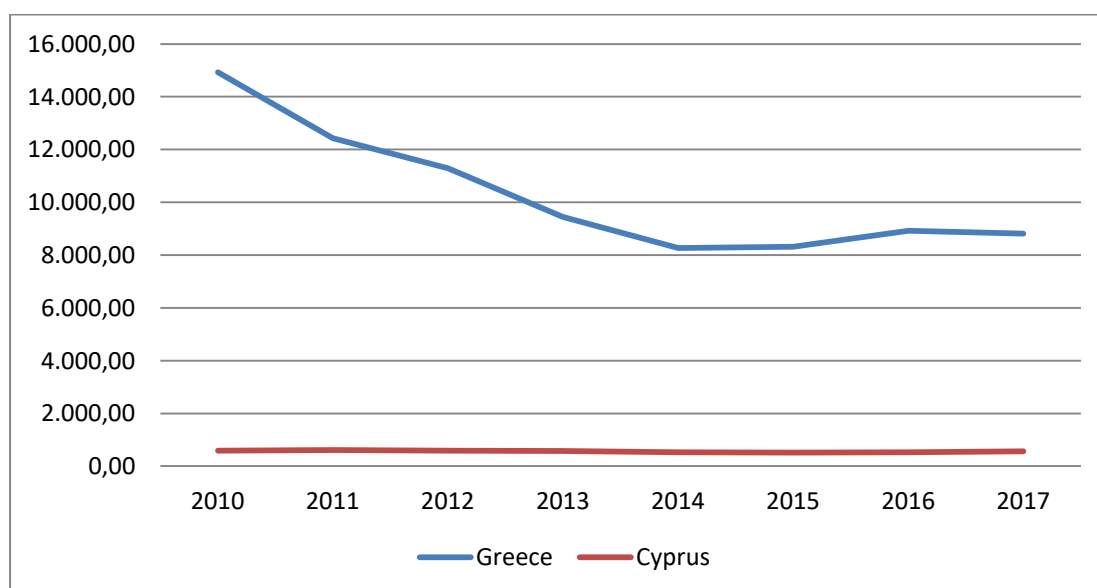
Όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα, οι πόροι και οι εισροές που ανήκουν σε κάθε σύστημα υγείας, χρησιμοποιούνται διαφορετικά, ανάλογα βέβαια από με εκάστοτε ανάγκες, τα προβλήματα, την πολιτική βούληση-πρωτοβουλία (και την αντίληψη της “θυσίας”-του κόστους ευκαιρίας), την κουλτούρα αλλά και τις απαιτήσεις της κοινωνίας, με άνωτο σκοπό την επίτευξη του γενικού-κοινού καλού (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Παρά το γεγονός λοιπόν της κοινής κουλτούρας, της αντιμετώπισης των κοινών οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών προβλημάτων, ενώ η Ελλάδα δαπανούσε περισσότερα χρήματα στην υγειονομική-κοινωνική πολιτική (όπως φαίνεται κι από τα δύο πρώτα παρακάτω διαγράμματα) η Κύπρος κατάφερε μέσα στον καιρό της κρίσης και των μνημονιακών υποχρεώσεων να αυξήσει την ποιότητα της ζωής των πολιτών της (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018), αποδεικνύοντας πως οι μεταρρυθμίσεις της και ο συντονισμός των δράσεων επιλογής της είχαν προχωρήσει

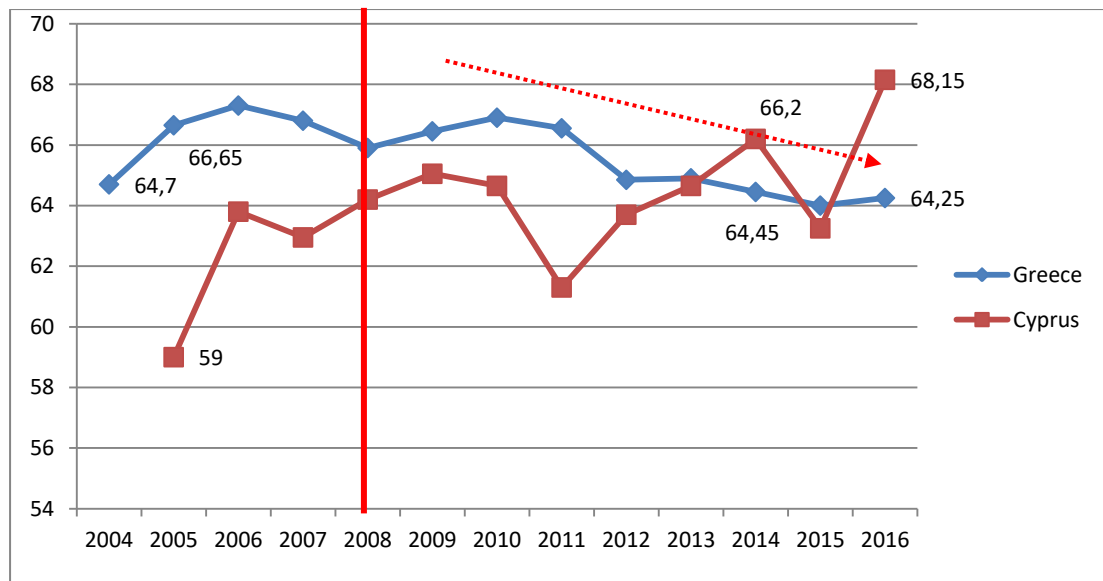
στη σωστή στρατηγική αντιμετώπιση καθώς και στον σωστό σχεδιασμό του προβλήματος. Έτσι παρά τις δυσπραγίες και τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που αντιμετώπιζε η Κύπρος μπόρεσε να αυξήσει το 2017 τα έτη υγιούς επιβίωσης των πολιτών της κατά 6,85 χρόνια (από το 2016), σε σχέση με την Ελλάδα, στην οποία πραγματοποιήθηκε μεγάλη μείωση το 2017, η οποία ανήλθε σε 2,65 έτη υγιούς επιβίωσης (συγκριτικά με το 2016) και ήταν λιγότερα ακόμη και από αυτά του 2004 (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).



ΓΡΑΦΗΜΑ 12 ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ ΓΙΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ (2010-2017). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



ΓΡΑΦΗΜΑ 13 ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΓΙΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ (2010-2017). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



ΓΡΑΦΗΜΑ 14 ΈΤΗ ΥΓΙΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΥΠΡΟ. ΠΗΓΗ (ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Ν., 2018)

2.8. Συστήματα υγείας στην Ευρώπη και μεταρρυθμίσεις την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Όπως πρότειναν οι Marmor & Wendt (2012), οι μελέτες των συστημάτων υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο άξονες: την εξέταση των αποτελεσμάτων της υγείας και την εστίαση στο ρόλο των φορέων, ή μάλλον στην περιγραφή του πώς οργανώνονται τα συστήματα υγείας. Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να εξεταστούν άμεσα κυρίως λόγω της καινοτομίας των εξεταζόμενων μεταρρυθμίσεων, αλλά εξαιτίας και άλλων παραγόντων, όπως είναι η έξαρση και γρήγορη πρόοδος της τεχνολογίας καθώς και το φαινόμενο της διπλωματίας της υγείας δια μέσου σημαντικών διακρατικών συμφωνιών και συνεργασιών. Όσον αφορά τη δεύτερη διάκριση, η τυπολογία των μεταρρυθμίσεων εστιάζει σε παράγοντες (δημόσιοι φορείς /ιεραρχίες, κοινωνικοί παράγοντες/συλλογικές διαπραγματεύσεις, ιδιωτικοί παράγοντες/αγορές) που διέπουν τις λειτουργικές διαστάσεις στις οποίες βασίζονται οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: τη ρύθμιση, τη χρηματοδότηση και την παροχή (Moran, 2000; Rothgang et al., 2005).

Αυτή η ταξινόμηση συγκεντρώνει όλους τους δυνατούς συνδυασμούς τριών παραγόντων και των τριών διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης. Εκτός από τα θεωρητικά πλεονεκτήματά της, η τυπολογία αυτή είναι χρήσιμη για την εμπειρική αξιολόγηση των συστημικών επιπτώσεων των φαινομενικά ήσσονος σημασίας μεταρρυθμίσεων, ακόμη και ως ένα προκαταρκτικό βήμα για τη μελέτη των τάσεων σύγκλισης, απόκλισης ή ομαδοποίησης (Böhm et al., 2012; Hacker 2009).

Ο βαθμός συμμετοχής των δημόσιων, κοινωνικών και ιδιωτικών παραγόντων σε κάθε διάσταση της υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι αυτονόητος. Αντίθετα, εξαρτάται από ένα σύνολο πολιτικών και θεσμικών χαρακτηριστικών, τα οποία καθορίζουν επίσης κάποιες περισσότερο λεπτές πτυχές της κατανομής της εξουσίας (όπως, στο πλαίσιο της δημόσιας σφαίρας, ο ρόλος των εθνικών, περιφερειακών και δημοτικών επιπέδων διακυβέρνησης). Αυτές οι διαφορές έχουν σημασία για τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν τα συστήματα υγείας, αντιμετωπίζουν προβλήματα και εισάγουν καινοτομίες μέσω των μεταρρυθμίσεων (Marmor & Wendt, 2012; Παπούλιας, 2019).

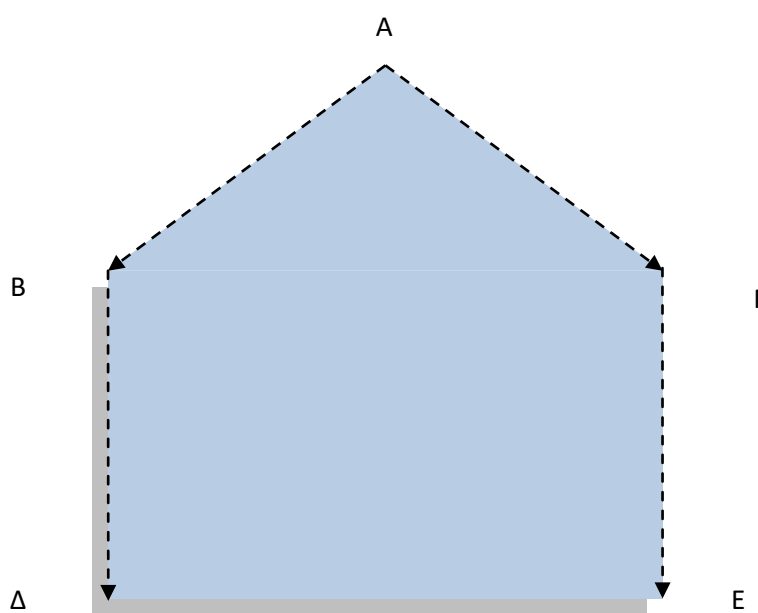
Από το 2012, η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνεται στη στρατηγική «Ευρώπη 2020» (στρατηγική ανάπτυξης της ΕΕ) και η υποβολή μεταρρυθμίσεων στη μακροοικονομική εποπτεία προετοιμάστηκε με μια κοινή έκθεση για τα συστήματα υγείας που δημοσίευσε το 2010 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Τα συμπεράσματα του Συμβουλίου σχετικά με την κοινή αυτή έκθεση, που εκδόθηκε από το Συμβούλιο ECOFIN στα τέλη του 2010, αποτελούν μέχρι σήμερα, όπως άλλωστε έχει υποστηριχθεί κι από την ευρύτερη επιστημική κοινότητα, την πιο λεπτομερή καθοδήγηση της ΕΕ σχετικά με το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας και έτσι έδωσαν νομιμότητα στους φορείς χρηματοδότησης να συμπεριληφθεί η μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης στο ευρωπαϊκό εξάμηνο και να παρέμβουν στο περιεχόμενο των πολιτικών υγείας (Baeten & Thomson, 2012).

Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010) αναφέρει ότι οι βασικές προκλήσεις πολιτικής που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν από τα κράτη μέλη είναι:

- εξασφάλιση βιώσιμης βάσης χρηματοδότησης, υψηλού βαθμού συγκέντρωσης κεφαλαίων και καλή κατανομή πόρων που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση, απόφαση που θα μπορούσε να υποθεθεί πως ταιριάζει άμεσα με την αρχική επίτευξη και των τριών βασικών στόχων που είχαν τεθεί στο επίκεντρο εξ αρχής με τη δημιουργία και υπογραφή-αποδοχή του ευρωπαϊκού υγειονομικού μοντέλου, που δεν είναι άλλοι από την αποδοτικότητα-οικονομική βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).
- ενθάρρυνση της οικονομικά αποδοτικής χρήσης της περίθαλψης μέσω επαρκών κινήτρων, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων κατανομής των δαπανών και πληρωμών των παρόχων και, ενδεχομένως, με τη συμμετοχή μη δημόσιων φορέων

παροχής υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας παράλληλα την προστασία των πιο ευάλωτων, με σημαντικές παρεμβάσεις για την διερεύνηση του συνδυασμού εισροών και εκροών του υγειονομικού συστήματος,

- ενθάρρυνση της παροχής και πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της γενικής υγείας και τη μείωση της περιττής χρήσης της ειδικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, δίνοντας μάλιστα ιδιαίτερο βάρος στη λειτουργία της αποκέντρωσης, χάρη στην οποία θα ρυθμίζονταν καλύτερα οι τοπικές ανάγκες, θα υπογραμμιζόταν το φαινόμενο της ευελιξίας, ενώ ταυτοχρόνως θα οριοθετούνταν και η έννοια της ευθύνης, όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα. Αυτό σημαίνει πως αν και υπάρχει συνεργασία και αποκέντρωση η ευθύνη παίζει σημαντικό ρόλο και διαχωρίζεται σαν έννοια από την αρχή. Δηλαδή αν και τα νοσοκομεία συμμετάσχουν αποφασιστικά στην προαγωγή της υγείας, τα κέντρα υγείας, ως πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας θα πρέπει να βοηθούν στην αποσυμφόρηση των πρώτων και να μην πάσχουν από το διοικητικό σύνδρομο του ‘‘τροχονόμου’’ ή απλά των κέντρων διαλογής.



ΕΙΚΟΝΑ 14 ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ. ΠΗΓΗ (ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ, 2013)

- περιορισμός της ζήτησης που προκαλείται από την προσφορά, λαμβάνοντας υπόψη την αλληλεπίδραση μεταξύ παραγόντων της πλευράς της ζήτησης και παραγόντων της πλευράς της προσφοράς, καθώς και ζητημάτων που έχουν να κάνουν με την προκλητή ζήτηση, την ασύμμετρη πληροφόρηση και την διαφθορά (όπως το ‘‘φακελάκι’’).

- εξασφάλιση της οικονομικά αποδοτικής χρήσης των φαρμάκων μέσω καλύτερων πρακτικών ενημέρωσης, τιμολόγησης και αποζημίωσης και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας. Σε αυτό σημαντικό ρόλο πλέον άρχισαν να παίζουν οι οργανισμοί Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (ΑΤΥ-ΗΤΑ) κάτι που αναφέρεται ρητώς και παρακάτω, καθώς και οι διακυβερνητικές-διακρατικές συνεργασίες χωρών, όπως οι χώρες της Διακήρυξης της Βαλέτας και οι BENELUXA.
- τη βελτίωση των διαύλων συλλογής δεδομένων και πληροφοριών και τη χρήση των διαθέσιμων πληροφοριών για την αύξηση της συνολικής απόδοσης του συστήματος,
- την ανάπτυξη συστηματικής αξιολόγησης της τεχνολογίας της υγείας όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, το κόστος και τον ευρύτερο αντίκτυπο των θεραπειών περίθαλψης στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και
- τη βελτίωση της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών και εκτός του τομέα της υγείας, κάτι το οποίο τονίζεται συνεχώς κυρίως δια μέσου της επιστήμης της κοινωνικής επιδημιολογίας.

Βυθισμένα στη χειρότερη οικονομική τους κρίση, μετά από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (σε σύγκριση με την οικονομική κρίση της δεκαετίας του '30) τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης υφίστανται σημαντικές οικονομικές πιέσεις στα συστήματα υγείας τους και όχι μόνο. Μετά τη διεθνή τραπεζική κρίση του 2008 η οποία προκλήθηκε και ξεκίνησε από τις Ηνωμένες Πολιτείες (και που προέκυψε από την απορρύθμιση της χρηματοπιστωτικής αγοράς τις τελευταίες δεκαετίες), η οικονομική κρίση προκάλεσε ευρεία ύφεση το 2009, η οποία συνεχίζει να υφίσταται μέχρι και σήμερα σε πολλές χώρες. Έκτοτε η Ευρώπη υπέστη κρίση με υψηλό χρέος και δημόσια ελλείμματα που απορρέει από την εξαγορά των οφειλών ιδιωτικών τραπεζών από την κυβέρνηση, την αύξηση και τη διάδοση των επιτοκίων στα διάφορα ευρωπαϊκά κράτη και τα δημοσιονομικά μέτρα λιτότητας. Οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις χρησιμοποίησαν δημόσιους πόρους για τη διάσωση των χρηματοπιστωτικών τους συστημάτων, μεταφέροντας τα χρέη των ιδιωτικών τραπεζών στο δημόσιο χρέος, ενώ η οικονομική ύφεση (με την αύξηση της ανεργίας) προκάλεσε πτώση στα δημόσια έσοδα. Αυτή η διαδικασία οδήγησε σε ελλείμματα στους δημόσιους προϋπολογισμούς και στη λεγόμενη «κρίση δημόσιου χρέους» (Wahrig & Vallina, 2011).

Στοιχεία σε εκατομμύρια Ευρώ	2015	2016	2017	2018
Ισοζύγιο				
Έλλειμμα (-) Πλεόνασμα (+)				
Γενική Κυβέρνηση	-9.953	858	1317	1991
Κεντρική Κυβέρνηση	-9.892	-1594	-2.121	-1990
Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης	491	554	655	673
Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης	-552	1.898	2.783	3.308
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) σε αγοραίες τιμές	177.258	176.488	180.218	184.714
Έλλειμμα (-) / Πλεόνασμα (+) ως % του ΑΕΠ	-5,6	0,5	0,7	1,1
Ακαθάριστο ενοποιημένο χρέος Γενικής Κυβέρνησης ως % του ΑΕΠ	175,9	178,5	176,2	181,1

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ /ΠΛΕΟΝΑΣΜΑΤΟΣ, ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΧΡΕΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ. ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ, 2019)

		2015	2016	2017	2018
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν(ΑΕΠ)	(εκατ. ευρώ)	177.258	176.488	180.218	184.714
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης Έλλειμμα (-) / Πλεόνασμα (+)	(εκατ. ευρώ) (% του ΑΕΠ)	-9.953 -5,6	858 0,5	1.317 0,7	1.991 1,1

Πρωτογενές Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης Έλλειμμα (-) Πλεόνασμα (+)	(εκατ. ευρώ)	-3.758	6.430	6.946	8.149
	(% του ΑΕΠ)	-2,1	3,6	3,9	4,4
Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης	(εκατ. ευρώ)	94.787	86.313	85.311	86.343
	(% του ΑΕΠ)	53,47	48,91	47,34	46,74
Έσοδα Γενικής Κυβέρνησης	(εκατ. ευρώ)	84.834	87.171	86.628	88.334
	(% του ΑΕΠ)	47,86	49,39	48,07	47,82
Χρέος Γενικής Κυβέρνησης	(εκατ. ευρώ)	311.729	315.010	317.485	334.573
	(% του ΑΕΠ)	175,9	178,5	176,2	181,1

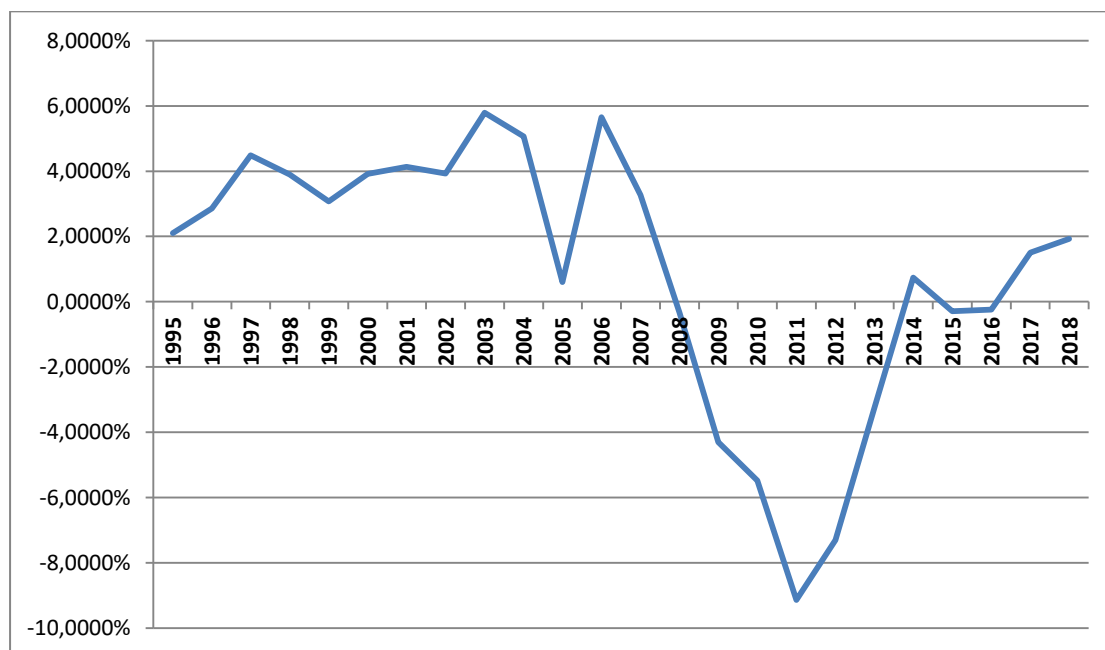
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ΑΕΠ, ΙΣΟΖΥΓΙΟ, ΔΑΠΑΝΕΣ, ΈΣΟΔΑ, ΧΡΕΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ. ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ, 2019)

Με στόχο την σταθεροποίηση του ευρωπαϊκού χρηματοπιστωτικού συστήματος, διαπραγματεύθηκε ένα δημοσιονομικό σύμφωνο και ένα ταμείο χρηματοοικονομικής σταθεροποίησης για τη στήριξη των χωρών που βρίσκονται σε κρίση. Στο πλαίσιο του συμφώνου δημοσιονομικής λιτότητας, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεσμεύτηκαν για τη συνεχή μείωση των ελλειμμάτων τους και τη μεγαλύτερη δημοσιονομική πειθαρχία για την «εδραίωση» των δημόσιων προϋπολογισμών τους. Η ανάληψη δανείων από το ταμείο σταθεροποίησης, στις χώρες που υποβλήθηκαν σε ένα πρόγραμμα λιτότητας και προσαρμογής περιλάμβανε μέτρα αναδιάρθρωσης της αγοράς εργασίας και των οικονομικών, φορολογικών, κοινωνικών ασφαλίσεων και συστημάτων υγείας τους, καθώς και άνευ προηγουμένου περικοπές του προϋπολογισμού σε διάφορα κοινωνικά προγράμματα και όχι μόνο. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, οι διεθνείς οργανισμοί παρενέβησαν άμεσα

στις εθνικές πολιτικές για την υγεία (Mladovsky et al., 2012), ενώ παρατηρήθηκε έντονη και η παρουσία της κοινωνίας των πολιτών.

Η κρίση επηρέασε τις ευρωπαϊκές χώρες σε διαφορετικούς βαθμούς και με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με το καπιταλιστικό μοντέλο ανάπτυξης κάθε χώρας και το αντίστοιχο καθεστώς κράτους πρόνοιας, με ξεχωριστές αλληλεπιδράσεις μεταξύ πολιτικών ανάπτυξης, θεσμών της αγοράς εργασίας και κοινωνικών τομέων, της συσχέτισης των πολιτικών δυνάμεων και διαφορετική ένταξη των χωρών στην ενιαία ευρωπαϊκή αγορά.

Σημαντικό ρόλο στο συγκεκριμένο σημείο έπαιξαν και διάφορα πολιτικά φαινόμενα, όπως ο ευρωσκεπτικισμός και ο λαϊκισμός που επικρατούσαν καθώς και οι ακραίες πολιτικές θέσεις. Εντούτοις, λόγω των υπερβολικών δημόσιων χρεών που προέκυψαν λόγω της οικονομικής κρίσης, η ενιαία συνταγή των ευρωπαϊκών οργανισμών είναι ένα πρόγραμμα δημοσιονομικής λιτότητας που επηρέασε τις κοινωνικές πολιτικές και τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας (Mladovsky et al., 2012).

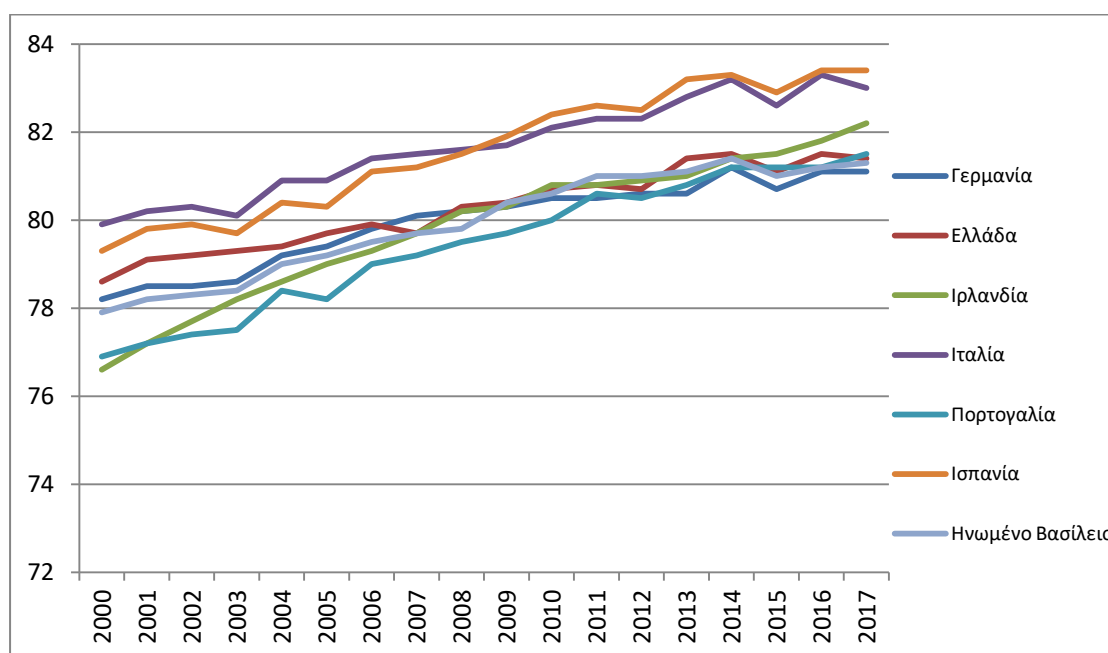


ΓΡΑΦΗΜΑ 15 ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΓΕΘΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΑΕΠ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ (1995-2018). ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ, 2019)

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας παρουσιάζουν ήδη επιπτώσεις από την πολιτική οικονομικής κρίσης και δημοσιονομικής λιτότητας, βέβαια αυτό που υποστηρίζεται από τους ειδικούς, δηλαδή οικονομολόγους της υγείας, επιδημιολόγους, κοινωνικούς επιδημιολόγους, κλινικούς ιατρούς, κοινωνιολόγους και

πολιτικούς επιστήμονες, είναι το γεγονός ότι μέχρι και σήμερα ελάχιστα μπορεί να είναι τα φανερά αποτελέσματα της κρίσης στην υγεία.

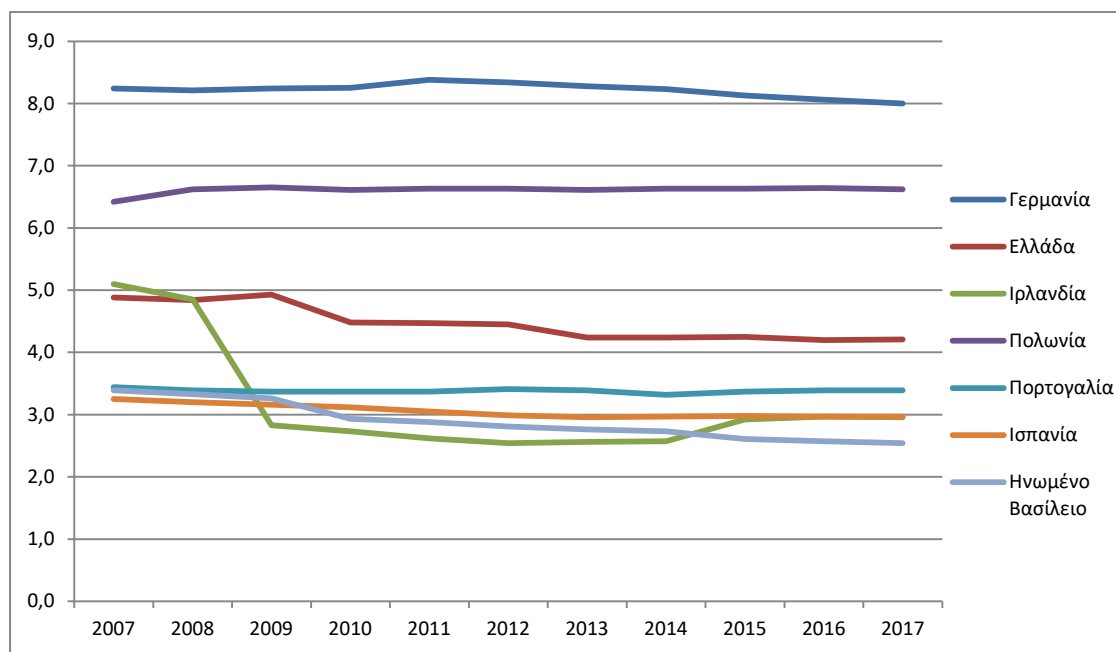
Στην Ελλάδα φαίνεται (Διάγραμμα 11) πως συνέχισε να υπάρχει η σταδιακή άνοδος του προσδόκιμου επιβίωσης, όμως με τη συσσώρευση των κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών και ηθικών προβλημάτων παρατηρήθηκε μια κάμψη, όχι τόσο έντονη όσο σε άλλες χώρες, αλλά διατηρήθηκε με αποτέλεσμα να βρίσκεται κάτω από τη γραμμή τάσης. Βέβαια παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα όμως η παρατήρηση των αποτελεσμάτων αυτών θα φανεί στο μέλλον, αφού η υγεία λογίζεται τόσο ως πλούτος, όσο και ως επένδυση (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).



ΓΡΑΦΗΜΑ 16 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ (ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ-ΣΕ ΕΤΗ). ΠΗΓΗ (OECD)

Τα γραφήματα 12 και 13 παρουσιάζουν ακριβώς αυτή την περικοπή και μείωση των πόρων, η οποία θα είναι και υπεύθυνη για τον μακροπρόθεσμο αλλά και βραχυπρόθεσμο επηρεασμό της κρίσης επί του αγαθού της υγείας και των στόχων των υγειονομικών και εν γένει κοινωνικών συστημάτων. Παρατηρείται λοιπόν πως σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση οι μνημονιακές υποχρεώσεις αλλά και οι ευρύτερες πιέσεις που προέρχονταν από την αγορά, ωθούσαν τις κυβερνήσεις σε μια περιστολή στις δημόσιες δαπάνες (συμπεριλαμβανομένων και αυτών της υγείας), ενώ τα φαινόμενα της ανεργίας και

της περιστασιακής εργασίας με πολύ χαμηλούς μισθούς (ειδικότερα για άτομα κάτω των 24 ετών) μείωναν και τις δυνατότητες των νοικοκυριών για κάλυψη αναγκών που είχαν να κάνουν με την υγεία, ακόμη τουλάχιστον και δια μέσου της ιδιωτικής δαπάνης.



ΓΡΑΦΗΜΑ 17 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΑΙΝΕΣ ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Το 2010, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, οι πραγματικές κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν, αντιστρέφοντας μια σταθερά ανοδική τάση (4,6% ετησίως την προηγούμενη δεκαετία) (Morgan & Astolfi, 2013), όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 13.

Η μείωση των δαπανών κατά πολύ, στην περίοδο της κρίσης, ήταν ένα φαινόμενο που βρισκόταν σε αντίθεση με τις πολιτικές των άλλων ευρωπαϊκών χωρών που βρέθηκαν κι αυτές στο επίκεντρο της οικονομικής δίνης. Μονάχα στην Ελλάδα και την Ιρλανδία παρατηρήθηκε μια τόση ακραία μεταβολή, όπου από την τεράστια-αλματώδη αύξηση των δαπανών υγείας από το 2007-2010, πέρασαν στην κατακόρυφη μείωση (κυρίως μετά το 2011), όπως φαίνεται κι από το Διάγραμμα 12.

Η οικονομική κρίση επηρέασε επίσης την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, με αύξηση των αυτοκτονιών (Διάγραμμα 14), των ψυχικών διαταραχών και της κατάχρησης ναρκωτικών στις χώρες με τις μεγαλύτερες πληγές (Kondilis et al., 2013; Gili et al., 2012; McKee et al., 2012 Βέβαια στην Ελλάδα οι αυτοκτονίες κυμάνθηκαν στα ίδια, χαμηλά σχετικά ποσοστά,

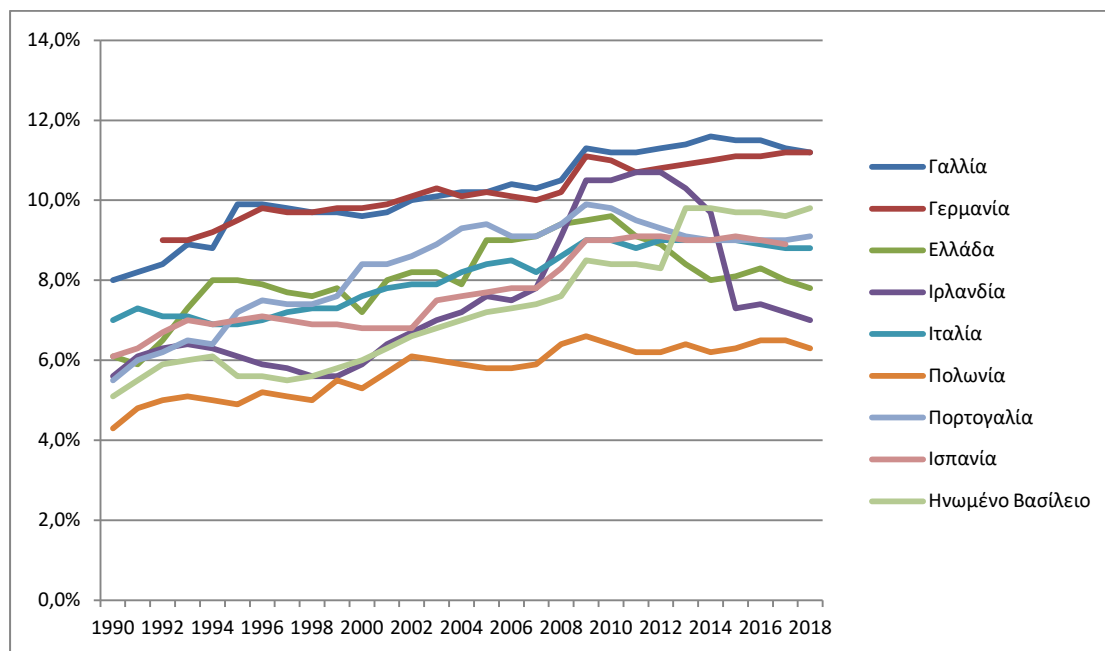
σε σύγκριση με τις άλλες πληγείσες από την πολύμορφη κρίση ευρωπαϊκές χώρες. Φαίνεται όμως η ανοδική τάση που υπήρξε από το 2008 κι έπειτα, μέχρι και το 2014-2015, όπου ξεκίνησε η μείωση και εξασθένηση του φαινομένου της αυτοχειρίας.

Αυτό που αυξήθηκε ραγδαία ήταν τα ψυχολογικά προβλήματα, το στρες και το άγχος, οδηγώντας στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και σκευασμάτων. Η εξασθένηση της ψυχικής υγείας των Ελλήνων αποτυπώνεται χαρακτηριστικά στο Δελτίο Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ που δημοσιεύτηκε το 2014 και παρουσιάζεται στο παρακάτω πλαίσιο.

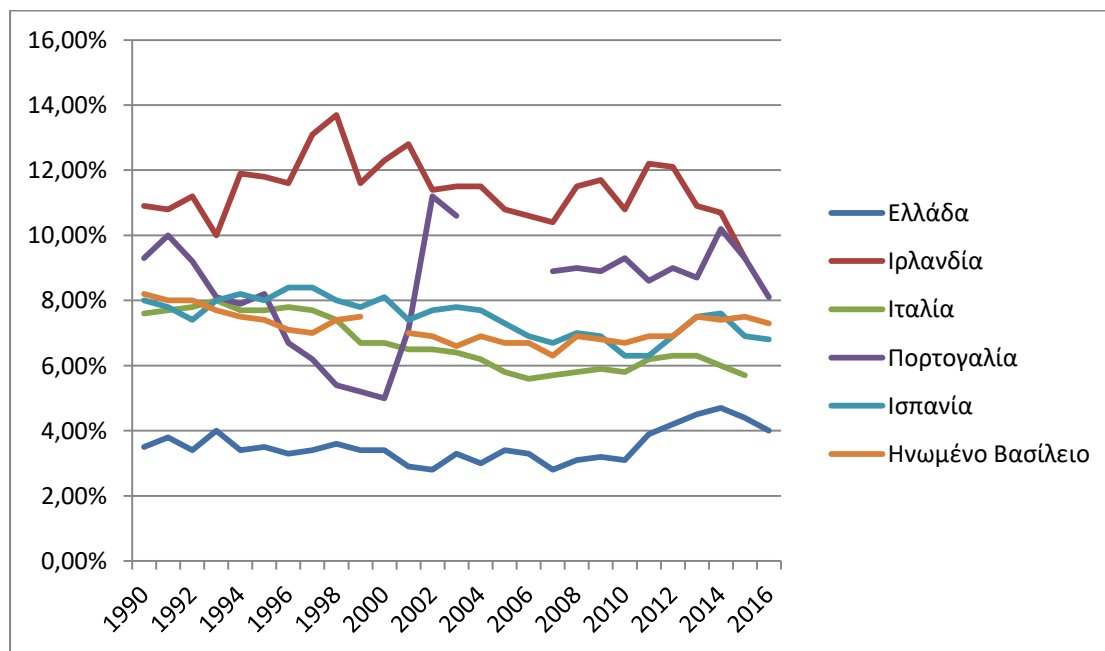
Στην έρευνα περιλαμβάνονταν ερωτήματα που αποσκοπούσαν στην καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών νόσων, ειδικότερα της κατάθλιψης. Οι καταστάσεις που καταγράφονταν παρέχουν στους ειδικούς σαφή εικόνα της ψυχολογικής κατάστασης του πληθυσμού κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων πριν την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας. Κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%). Οι 3 στους 10 είναι άνδρες (33,0%) και οι 7 γυναίκες (67,0%). 7,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω πάσχει από αγχώδεις διαταραχές, το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές και το 1,0% από ανοϊκή διαταραχή ή νόσο Alzheimer. Το 92,9% του συνολικού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω απάντησε με σαφήνεια (δεν έδωσε απαντήσεις δεν γνωρίζω/ δεν είμαι σίγουρος-η/ δεν απαντώ) σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας της ψυχικής υγείας. Από αυτούς, ποσοστό 61,7% απάντησε αρνητικά σε όλα τα υποερωτήματα της ενότητας, ενώ ποσοστό 38,3% δήλωσε ότι βίωσε ένα τουλάχιστον από τα «αρνητικά» συναισθήματα / καταστάσεις με συχνότητα: αρκετές ημέρες, περισσότερες από τις μισές ημέρες ή σχεδόν κάθε ημέρα, στο διάστημα των δύο τελευταίων, πριν τη διενέργεια της έρευνας, εβδομάδων. ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ, 2014 5 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πριν τη διενέργεια της έρευνας, ποσοστό 4,7% του πληθυσμού ηλικίας 15+ επισκέφθηκε ψυχίατρο ή ψυχολόγο για πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Το ποσοστό ανδρών και γυναικών που καταγράφηκαν είναι 3,3% και 6,0%, αντίστοιχα. Για πρώτη φορά συμπεριλήφθηκε στην έρευνα ερώτημα αναφορικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συχνότητα εμφάνισής του. Σύμφωνα με τις απαντήσεις «σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να μη ζει ή να βλάψει τον εαυτό του» έκανε, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων

πριν τη διενέργεια της έρευνας, το 3,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που απάντησε με σαφήνεια στο συγκεκριμένο υποερώτημα της ψυχικής υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ΈΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΣΤΑΤ ΜΕ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2014). ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ, 2016)

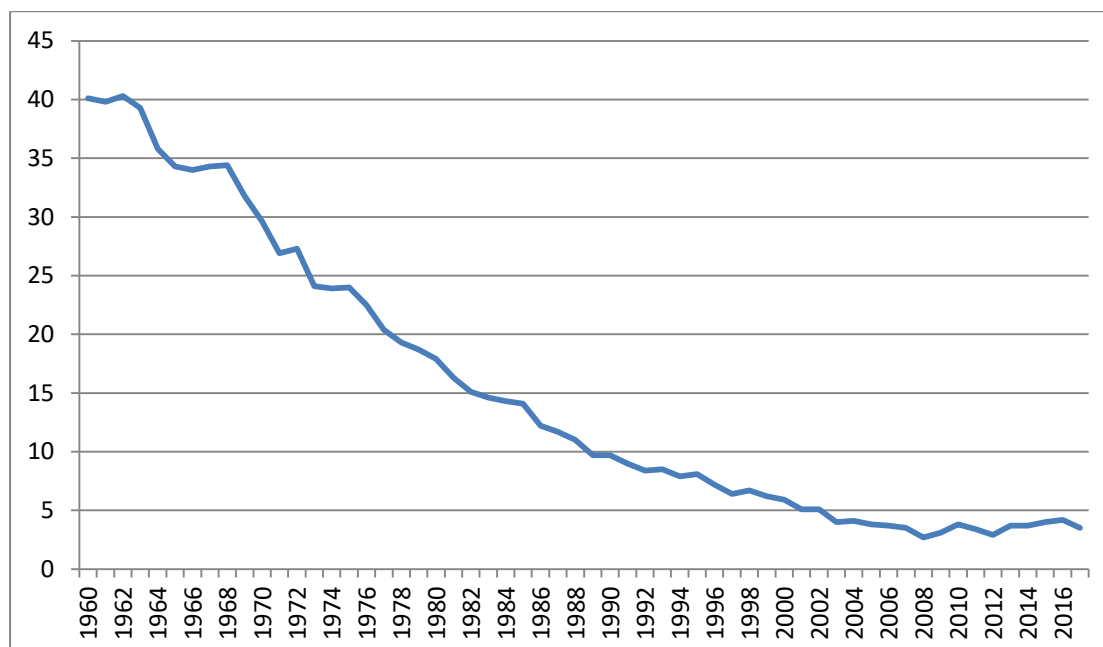


ΓΡΑΦΗΜΑ 18 ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 19 ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ (ΑΝΑ 100.000 ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ) 1990-2016. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Επιπλέον, αυξήθηκε και ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας (κατά 45% από το 2012 στο 2016), κάτι που είναι ιδιαίτερα αποδοκιμαστικό για μια χώρα η οποία ανήκει στο χώρο των ανεπτυγμένων δυτικών κρατών (Διάγραμμα 14).



ΓΡΑΦΗΜΑ 20 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (ΑΝΑ 1000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ). ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Η πρόσφατη διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση αύξησε τις οικονομικές πιέσεις στα εθνικά συστήματα υγείας και χρησιμοποιήθηκε ως ευκαιρία από τις συντηρητικές κυβερνήσεις να επεκτείνουν τα περιοριστικά μέτρα, το χώρο της αγοράς και τον ανταγωνισμό, καθώς και να μειώσουν την κρατική παρέμβαση (Taylor-Gooby & Stoker, 2011).

Οι πρόσφατες πολιτικές ενόψει της χρηματοπιστωτικής κρίσης ακολουθούν τις προηγούμενες στρατηγικές μεταρρυθμίσεων με γνώμονα την αγορά και επεκτείνουν τον ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό, με τον διαχωρισμό των ρόλων, δηλαδή σε χρηματοδότες, αγοραστές και παρόχους υπηρεσιών στα εθνικά συστήματα υγείας, εκτός από μηχανισμούς επέκτασης του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Έχουν επεκταθεί τα μέτρα διαχείρισης που εμπνέονται από τη «Νέα Δημόσια Διοίκηση», με νέα μοντέλα διαχείρισης στις δημόσιες υπηρεσίες.

Ενόψει της κρίσης, οι ευρωπαϊκές χώρες γενικά δεν έχουν πραγματοποιήσει σημαντικές αλλαγές στη δέσμη των νόμιμα ασφαλισμένων παροχών και οι μειώσεις

στην πληθυσμιακή κάλυψη ήταν ως επί το πλείστον περιθωριακές, καθώς οι βάσεις της κοινωνικής ασφάλισης και του εν γένει κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη βασίζονται σε έναν όχι μόνον υποστηρικτικό αλλά δυναμικό κλάδο. Ωστόσο, σημειώθηκε στασιμότητα ή μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία, η οποία αν παραμείνει, θα μπορούσε να έχει αρνητικές συνέπειες για την καθολική κάλυψη μεσοπρόθεσμα, επηρεάζοντας άμεσα και έμμεσα την υγεία του πληθυσμού, κάτι που όμως θα φανεί στο μέλλον.

Αυτή είναι μια ανοιχτή διαδικασία. Η οικονομική κρίση έχει ασκήσει σοβαρές πιέσεις στα ευρωπαϊκά κράτη πρόνοιας και στα εθνικά συστήματα υγείας, αλλά οι αναλύσεις των επιπτώσεων προηγούμενων εμπειριών με συντηρητικές μεταρρυθμίσεις κατά τη δεκαετία του '80 και του '90 υποδηλώνουν μη γραμμικές διαδικασίες με καθυστερημένες και μελλοντικές τάσεις. Η ρητορική κατά της αγοράς ήταν πιο έντονη από την εφαρμογή της στην πράξη και η αρχή της αλληλεγγύης και του δημόσιου χαρακτήρα των συστημάτων υγείας δεν έχουν κλονιστεί σοβαρά (Toth, 2010; Maarse & Paulus, 2003).

Εν τω μεταξύ, οι κρίσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν θετικές συνέπειες και νέες λύσεις, κάτι το οποίο τονίστηκε και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος μάλιστα χαρακτήρισε την κρίση ως “παράθυρο ευκαιρίας” (window of opportunity) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Οι καταστάσεις οικονομικής κρίσης υπογραμμίζουν τη σημασία των κοινωνικών πολιτικών για τον μετριασμό των δυσμενών επιπτώσεών τους και οι πολίτες μπορούν να συσπειρώσουν αυτές τις πολιτικές (Hemerijck, 2012). Η ένταση των επιπτώσεων στην παγκόσμια κάλυψη μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα θα εξαρτηθεί από τη δράση των κοινωνικών φορέων και τη φύση της κρίσης (κατάστασης ή δομής) ως κρίση του δημοκρατικού καπιταλισμού που χαρακτηρίζει τη Δυτική Ευρώπη κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

3.1. Εισαγωγή

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (National Health Service - NHS) λειτουργεί από το 1948 και εντάσσεται στα μοντέλα τύπου Beveridge. Τα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι η παρέμβαση του κράτους, η δημόσια χρηματοδότηση και ένα αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής προστασίας που αποδίδει στον πληθυσμό ένα ελάχιστο εισόδημα με απώτερο σκοπό την επίτευξη του κοινού συμφέροντος (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Στη Μεγάλη Βρετανία, οι πρώτες συζητήσεις για τον τομέα υγείας ξεκίνησαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Ο πρώτος όμως ουσιαστικός σχεδιασμός έγινε δεκαετίες αργότερα και ειδικότερα το 1942 όπου με την έκθεση Beveridge τίθενται τα θεμέλια δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας όπως και έγινε το 1948 (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005).

Το (NHS) άρχισε να λειτουργεί το 1948 σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου NHS του 1946. Ο νόμος αυτός ήταν κρίσιμης σημασίας για την καθιέρωση του προτύπου της χρηματοδότησης και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στη Μεγάλη Βρετανία μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Εισήγαγε την αρχή της συλλογικής ευθύνης από το κράτος για ένα ολοκληρωμένο υγειονομικό σύστημα, το οποίο έπρεπε να είναι διαθέσιμο προς δωρεάν χρήση σε όλο τον πληθυσμό (European Observatory of Health Care Systems, 1999), καλύπτοντας έτσι σημαντικά κενά που είχε αφήσει πίσω του ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος.

Η αναγνώριση του προβλήματος της περιορισμένης χρηματοδότησης οδήγησε στο πρόγραμμα για τα νοσοκομεία του 1962, το οποίο πρότεινε σημαντική νέα κεφαλαιακή χρηματοδότηση κατά τα επόμενα δέκα χρόνια και εισήγαγε την έννοια του περιφερειακού γενικού νοσοκομείου (DGH).

Το DGH αντιπροσώπευε μια προγραμματισμένη προσέγγιση όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, σύμφωνα με την οποία μια μονάδα από 600 έως 800 κλίνες θα κάλυπτε όλες τις γενικές ιατρικές ανάγκες ενός πληθυσμού 100.000 – 150.000. Αυτό το μοντέλο νοσηλείας διατηρήθηκε για αρκετές δεκαετίες και ήταν ένας λόγος για τον οποίο ορισμένοι σχολιαστές ανέφεραν ότι η εσωτερική αγορά του

NHS - που εισήχθη από τις μεταρρυθμίσεις του 1991 - θα χαρακτηριζόταν από μια σειρά τοπικών μονοπωλίων (European Observatory of Health Care Systems, 1999).

Ορισμένα από τα βασικά στοιχεία της σημερινής οργανωτικής δομής του NHS μπορούν να αναχθούν στις μεγάλες αλλαγές που εισήχθησαν μέσω του νόμου NHS του 1973. Εισήχθη έτσι ένα νέο ιεραρχικό διοικητικό σύστημα εντολών και ελέγχου. Στην κορυφή υπήρχε το Υπουργείο Υγείας με επικεφαλής τον Υπουργό Υγείας. Κάτω από το Υπουργείο υπήρχαν περιφερειακές υγειονομικές αρχές (RHAs) με ευρείες αρμοδιότητες σχεδιασμού και κάτω από αυτές υπήρχαν 90 υγειονομικές αρχές ανά περιοχή που με τη σειρά τους, χωρίστηκαν σε περιοχές που διοικούνταν από μια περιφερειακή ομάδα διαχείρισης. Όλα αυτά εισήχθησαν το 1974 σύμφωνα με τις διατάξεις της Πράξης του 1973. Ήταν η περιοχή που γενικά είχε την ευθύνη για τη λειτουργία του περιφερειακού γενικού νοσοκομείου.

Η Merrison Royal Commission ιδρύθηκε το 1976 για να εξετάσει την καλύτερη χρήση και διαχείριση των πόρων στο NHS. Η Επιτροπή δημιούργησε μία αναφορά το 1979 και συνέστησε να δημιουργηθεί, μεταξύ άλλων, ένα ενιαίο σύνολο υγειονομικών αρχών για την ανάληψη των καθηκόντων των περιοχών. Σύμφωνα με αυτές τις συστάσεις, το 1982 δημιουργήθηκαν 192 περιφερειακές υγειονομικές αρχές (DHA). Παρά τις διακυμάνσεις του αριθμού, του μεγέθους και των λειτουργιών τους, οι DHA (που σήμερα αναφέρονται απλώς ως «υγειονομικές αρχές») παρέμειναν σημαντικές μονάδες στη διοίκηση του NHS για αρκετά χρόνια (European Observatory of Health Care Systems, 1999).

3.2. Διοικητική οργάνωση και δομή

Δημόσια Υγεία Αγγλίας (PHE)

Η PHE παρέχει εθνικές υπηρεσίες ηγεσίας και εμπειρογνομόνων για τη στήριξη της δημόσιας υγείας και επίσης συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση και το NHS για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών PHE. Η PHE πραγματοποιεί τα παρακάτω:

1. συντονίζει την εθνική δημόσια υπηρεσία υγείας και παρέχει ορισμένα στοιχεία,

2. δημιουργεί μία βάση δεδομένων για να υποστηρίξει τις τοπικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας και να παράσχει τις σχετικές πληροφορίες που χρειάζονται κάθε φορά,
3. συμβουλεύει το κοινό ώστε να ακολουθεί έναν πιο υγιή τρόπο ζωής- διαβίωσης,
4. παρέχει ηγεσία στο δημόσιο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης,
5. υποστηρίζει την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας του εργατικού δυναμικού.

Εμπροσθοφυλακή (Vanguards)

Οι Vanguards εισήχθησαν το 2015 ως μέρος του Five Year Forward View του NHS και είναι ένα νέο μέτρο για την καλύτερη παροχή του αγαθού της υγείας. Οι 50 επιλεγμένοι Vanguards έχουν την εντολή να αναπτύσσουν νέα μοντέλα φροντίδας και ενδεχομένως να επανασχεδιάζουν το σύστημα υγείας και περίθαλψης, ανάλογα με τους κοινωνικούς παράγοντες και τις εκάστοτε ανάγκες. Προβλέπεται ότι αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε καλύτερη περίθαλψη των ασθενών, πρόσβαση σε υπηρεσίες και σε ένα απλοποιημένο σύστημα. Δίνεται δηλαδή η δυνατότητα συλλογικής τοποθέτησης επί του θέματος της υγείας, προωθείται η αποκέντρωση και ενισχύεται η έννοια της καινοτομίας και της προσαρμοστικότητας.

Κανονισμός - προστασία των συμφερόντων των πολιτών

Η ευθύνη για τη ρύθμιση συγκεκριμένων πτυχών της περίθαλψης διανέμεται τώρα σε διαφορετικούς φορείς, όπως αναφέρονται σχετικά και από την σχετική νομοθετική περιγραφή και αναφορά, όπως:

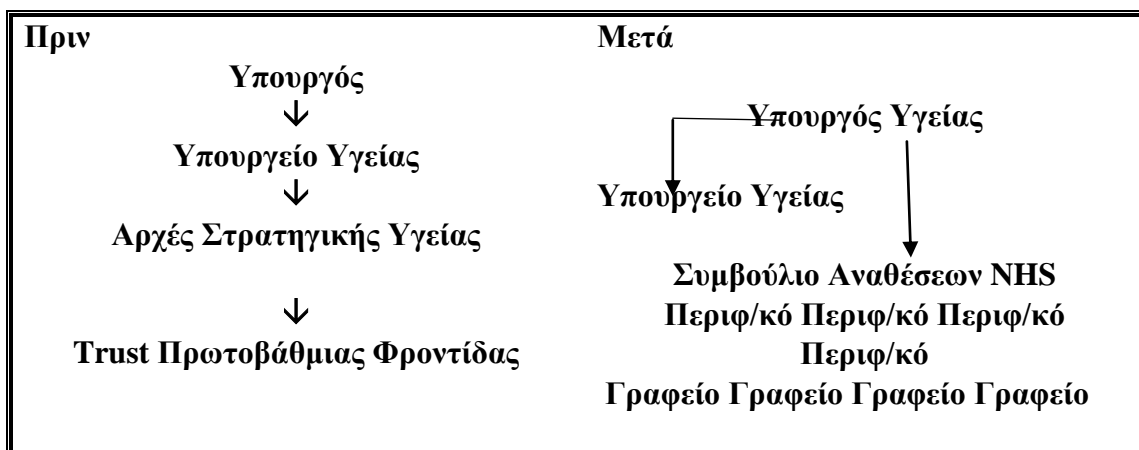
1. το CQC
2. Βελτίωση του NHS - μια οργάνωση ομπρέλα που συγκεντρώνει το Monitor, NHS Trust Development Authority. Την Ασφάλεια Ασθενών, το Εθνικό Σύστημα Αναφοράς και Εκμάθησης, την Ομάδα Προώθησης Αλλαγής και τις Ομάδες Εντατικής Υποστήριξης
3. μεμονωμένους επαγγελματικούς ρυθμιστικούς φορείς, όπως το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο. Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Το Γενικό Οδοντιατρικό Συμβούλιο και το Συμβούλιο Επαγγελματιών Υγείας και Φροντίδας

4. άλλους ρυθμιστικούς φορείς, φορείς ελέγχου και επιθεώρησης - ορισμένοι από τους οποίους σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη και μερικοί εξειδικευμένοι στο NHS.

Η κυβέρνηση δηλώνει ότι οι CCG θα είναι σε καλύτερη θέση να αποφασίζουν για τις τοπικές προτεραιότητες, διότι θα συμμετέχουν οι νοσοκόμοι και οι νοσηλευτές, πράγμα που υπογραμμίζει τη δυνατότητα υποστήριξης και προώθησης των εκάστοτε τοπικών υγειονομικών αναγκών. Ορισμένοι GPs μάλιστα, σύμφωνα και με τη βρετανική βιβλιογραφία, επιθυμούν να συμμετάσχουν περισσότερο σε αυτές τις αποφάσεις - την ίδια στιγμή που άλλοι φοβούνται ότι ο συντελεστής του κόστους θα θέσει σε κίνδυνο τη σχέση ιατρού-ασθενούς, μια σχέση που έχει συζητηθεί ιδιαίτερα στην διεθνή βιβλιογραφία για τα πολλαπλά ελαττώματά της, όπως αυτό της προκλητής ζήτησης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό της φροντίδας παρέχεται από τους οργανισμούς του NHS, αλλά ορισμένες λειτουργίες ρουτίνας πραγματοποιούνται από ιδιωτικές εταιρείες - αλλά πληρώνονται από το NHS, κάτι που αναδεικνύει την απάντηση πως η Μεγάλη Βρετανία είναι η πρότυπη χώρα του μοντέλου Beveridge. Σύμφωνα με το νέο σύστημα και την ισχυρή επέμβαση της παγκοσμιοποίησης, ένας ρυθμιστής που ονομάζεται Monitor θα έχει τη δουλειά να διασφαλίζει ότι υπάρχουν ίσοι όροι ανταγωνισμού για τις ιδιωτικές εταιρείες και τους φιλανθρωπικούς οργανισμούς ώστε να ανταγωνίζονται τους οργανισμούς του NHS στην παροχή φροντίδας. Η κυβέρνηση αναφέρει ότι ο Monitor θα πρέπει επίσης να εξασφαλίσει ότι ο ανταγωνισμός δεν θα επηρεάζει την υπηρεσία που λαμβάνουν οι ασθενείς.

Οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στο νέο και στο παλιό NHS αποτυπώνονται στο παρακάτω διάγραμμα:



Τοπικά Γραφεία

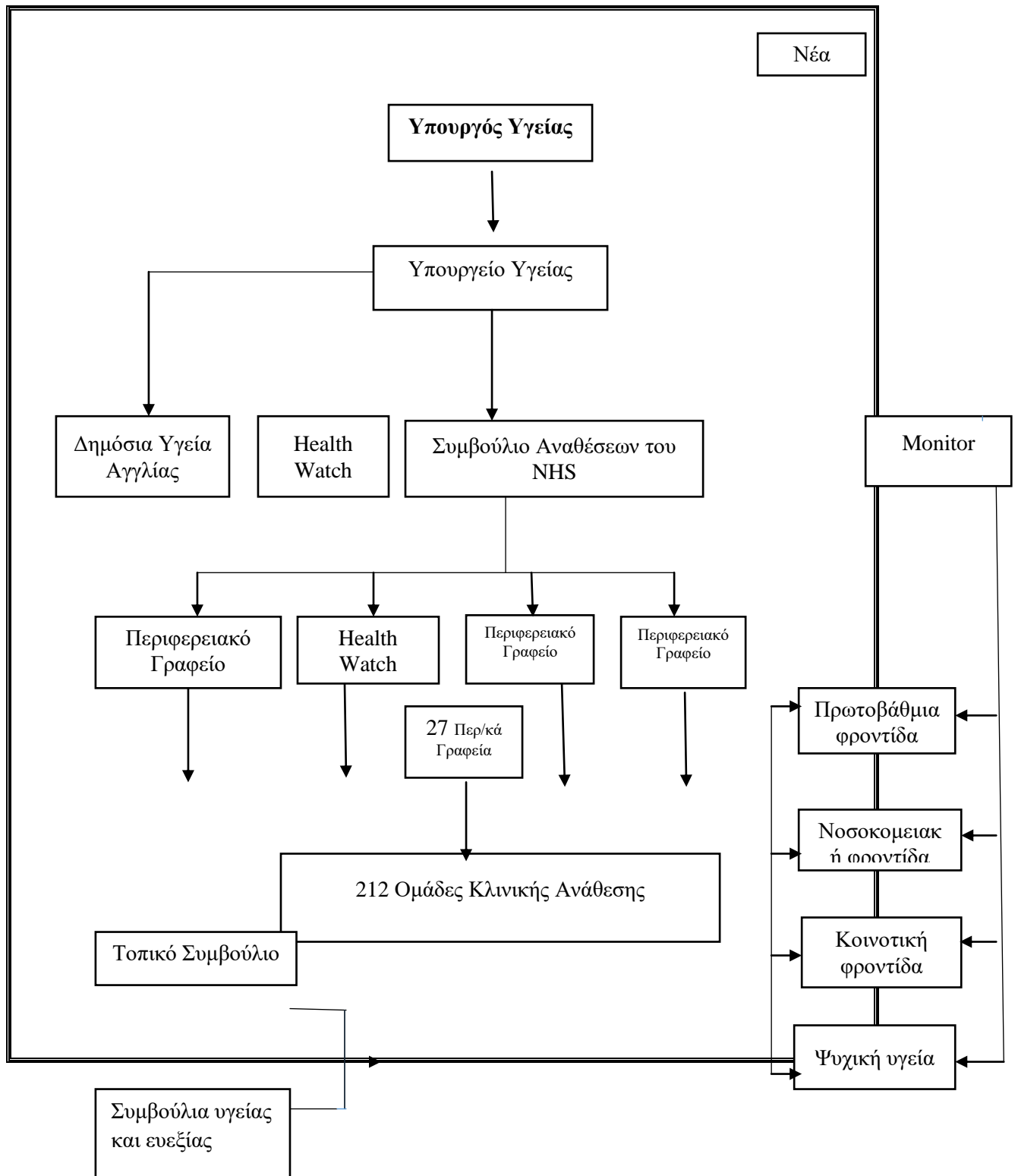
Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΥ NHS. ΠΗΓΗ NHS

Ο Υπουργός Υγείας θέτει τις πολιτικές, όπως τους χρόνους αναμονής, για το NHS, όπως άλλωστε συμβαίνει γενικότερα με τους πολιτικούς, οι οποίοι καλούνται να χαράξουν την γενική πολιτική της χώρας και οι εκάστοτε υπουργοί να προσπαθήσουν να οδηγήσουν σε συνύπαρξη των στόχων εκάστοτε υπουργείου με την γενική πολιτική. Επί του παρόντος, το Υπουργείο Υγείας διαβιβάζει τα παραπάνω μέσω 10 στρατηγικών υγειονομικών αρχών και στη συνέχεια σε PCTs που πρέπει να εξασφαλίσουν ότι εφαρμόζονται.

Σύμφωνα με το νέο σύστημα και όπως περιγράφεται από τον οργανισμό, το συμβούλιο της κλινικής ανάθεσης θα αναλάβει την εποπτεία του NHS από το Υπουργείο Υγείας. Αντ' αυτού, θα δοθεί προτεραιότητα σε ένα νέο συμβούλιο διοίκησης του NHS, με έδρα το Λιντς, αλλά με τέσσερα περιφερειακά και 50 τοπικά γραφεία στην Αγγλία. Θα ελέγχει ένα σημαντικό μέρος του συνολικού προϋπολογισμού ώστε να μπορεί να σχεδιάζει και να αγοράζει εξειδικευμένες υπηρεσίες και θα είναι επίσης επιφορτισμένο με την εξασφάλιση ότι οι CCG δεν θα υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό τους. Αυτό βέβαια έχει και ως στόχο την ικανότητα του συγκεκριμένου οργάνου να επιτυγχάνει οικονομίες κλίμακος.

Τα τοπικά συμβούλια θα διαδραματίσουν μεγαλύτερο ρόλο στην αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας, όπως την παχυσαρκία στην περιοχή τους και τα νέα συμβούλια υγείας και ευημερίας θα συμβάλουν στη σύνδεση αυτού του έργου. Ένας εθνικός φορέας που ονομάζεται Healthwatch, με τοπικές ομάδες, δημιουργείται για να επιτρέψει στους ασθενείς να εκφράζουν τη γνώμη τους για το NHS. Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει τη συνολική δομή του νέου NHS:



ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΟΥ NHS ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ. ΠΗΓΗ NHS

Παρακάτω θα εξηγήσουμε τη δομή του NHS Αγγλίας, παρέχοντας μια επισκόπηση των βασικών οργανισμών και των ρόλων τους.

Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Ο Υπουργός έχει συνολικά την ευθύνη για το έργο του Τμήματος Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (DHSC). Το DHSC παρέχει στρατηγική ηγεσία για τη δημόσια υγεία, το NHS και την κοινωνική φροντίδα στην Αγγλία.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (DHSC)

Το DHSC είναι υπεύθυνο για τη στρατηγική καθοδήγηση, τη χρηματοδότηση τόσο για την υγεία όσο και για την κοινωνική μέριμνα στην Αγγλία. Το DHSC είναι υπουργικό τμήμα, το οποίο υποστηρίζεται από 23 οργανισμούς και δημόσιους φορείς.

NHS Αγγλίας

Το NHS Αγγλίας είναι ένα ανεξάρτητο όργανο της κυβέρνησης. Ο κύριος ρόλος του είναι να θέτει τις προτεραιότητες και να βελτιώνει τα αποτελέσματα υγείας και φροντίδας για τους ανθρώπους στην Αγγλία, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παίκτες χάραξης της πολιτικής υγείας της χώρας.

Το NHS Αγγλίας είναι ο φορέας που αναθέτει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως τους ιατρούς GP, τους φαρμακοποιούς και τους οδοντιάτρους, συμπεριλαμβανομένων των στρατιωτικών υπηρεσιών υγείας και ορισμένων εξειδικευμένων υπηρεσιών. Ως μέρος της Πενταετούς Προοπτικής του NHS, εισήχθη η συν-ανάθεση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ένα παράδειγμα αυτού είναι το NHS Αγγλίας που καλεί τις clinical commissioning groups (CCGs) να αναλάβουν έναν αυξανόμενο ρόλο στην ανάθεση υπηρεσιών GP. Το NHS Αγγλίας διαχειρίζεται περίπου 100 δισεκατομμύρια λίρες από τον συνολικό προϋπολογισμό του NHS και διασφαλίζει ότι οι οργανισμοί δαπανούν αποτελεσματικά τα κατανομημένα κεφάλαια. Οι πόροι διατίθενται στις CCGs.

Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης (CCGs)

Οι CCG αντικατέστησαν τα trust της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCTs) την 1η Απριλίου 2013. Οι CCG είναι κλινικά επικεφαλής των καταστατικών φορέων του NHS που είναι υπεύθυνοι για τον σχεδιασμό και την ανάθεση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην περιοχή τους. Τα μέλη της CCG περιλαμβάνουν GPs και άλλους κλινικούς ιατρούς, όπως νοσηλευτές και συμβούλους.

Οι CCG είναι υπεύθυνες για το 60% περίπου του προϋπολογισμού του NHS, αναθέτουν τις περισσότερες υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας και συμμετέχουν

στην ανάθεση υπηρεσιών GP. Οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης που ανατίθενται από τις CCG έχουν ως εξής:

1. προγραμματισμένη νοσοκομειακή φροντίδα
2. φροντίδα αποκατάστασης
3. επείγουσα περίθαλψη και φροντίδα έκτακτης ανάγκης (συμπεριλαμβανομένων των εκτός ωρών και του NHS 111)
4. τις περισσότερες από τις κοινοτικές υπηρεσίες υγείας
5. υπηρεσίες ψυχικής υγείας και υπηρεσίες δυσκολιών μάθησης.

Οι CCG μπορούν να αναθέσουν σε κάθε πάροχο υπηρεσιών που πληροί τα πρότυπα και τα κόστη του NHS. Αυτοί μπορεί να είναι νοσοκομεία του NHS, κοινωνικές επιχειρήσεις, φιλανθρωπικά ιδρύματα ή παροχείς του ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο, πρέπει να είναι βέβαιοι για την ποιότητα των υπηρεσιών που αναλαμβάνουν, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις κατευθυντήριες γραμμές του NICE όσο και τις οδηγίες της Επιτροπής Ποιότητας των Υπηρεσιών (CQC) σχετικά με τους παρόχους υπηρεσιών.

Τόσο το NHS Αγγλίας όσο και οι CCG έχουν καθήκον να εμπλέκουν τους ασθενείς τους, τους φροντιστές και το κοινό στις αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που αναθέτουν.

Συμβούλια υγείας και ευεξίας

Έχουν συσταθεί συμβούλια υγείας και ευεξίας από τις τοπικές αρχές για να λειτουργήσουν ως φόρουμ τοπικών επιτρόπων σε ολόκληρο το NHS, κοινωνική φροντίδα, δημόσια υγεία και άλλες υπηρεσίες. Τα συμβούλια στοχεύουν σε:

1. αύξηση της δημοκρατικής συμμετοχής του κόσμου σε στρατηγικές αποφάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας και ευεξίας
2. ενίσχυση των εργασιακών σχέσεων μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας
3. ενθάρρυνση της ολοκληρωμένης ανάθεσης υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

3.3. Κύριες μεταρρυθμίσεις

Η ιστορική πορεία του συστήματος υγείας της Βρετανίας καταγράφεται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα όπου αναφέρονται οι βασικές αλλαγές που υπέστη κατά τη διάρκεια του 20^{ου} και 21^{ου} αιώνα.

Βασικά γεγονότα και αλλαγές του Βρετανικού συστήματος υγείας τον 20^ο-21^ο αιώνα

Έτος	Γεγονότα- αλλαγές
1911	Δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας
1942	Αναπτύσσεται η θεωρία Beveridge
1946	Εφαρμόστηκε ο νόμος NHS Act
1948	Δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS)
1962	Εφαρμόστηκε νοσοκομειακό πρόγραμμα και εισήχθησαν τα περιφερειακά γενικά νοσοκομεία
1973	Διαμορφώθηκαν οι υγειονομικές περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs)
1975	Ίδρυση της ομάδας εργασίας RAWP
1976	Ίδρύθηκε η Merrison Royal Commission για τη χρήση και διαχείριση των πόρων του NHS
1982	Λειτουργήσαν οι υγειονομικές επαρχίες (District Health Authorities, DHAs)
1991	Λειτουργήσαν οι διευθύνσεις Οικογενειακής Ιατρικής (Family Health , FHSAs)
1999	Οι DHAs μετονομάστηκαν σε Health Authorities και λειτουργήσαν οι ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs)
2002	Οι PCGs αντικαταστάθηκαν από τα PCTs (Primary Care Trusts) που περιλαμβάνουν τα ιατρεία που βρίσκονται στην περιοχή ευθύνης τους Εφαρμογή πιλοτικού προγράμματος ελεύθερης επιλογής- Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν αναμονή μεγαλύτερη των 6 μηνών μπορούν να επιλέξουν να πάνε σε εναλλακτικό πάροχο Εφαρμογή Εθνικού Προγράμματος πληροφορικής στο NHS

2008	<p>Τα PCTs ελέγχουν πλέον το 75% του προϋπολογισμού του NHS, συμπεριλαμβανομένης και της αγοράς όλων των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών της περιοχής τους</p> <p>Οι ασθενείς απέκτησαν την επιλογή να επιλέξουν από οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κλινική που ανταποκρίνεται στα πρότυπα του NHS για τις υπηρεσίες τους</p>
2009	<p>Δημοσίευση του Συντάγματος του NHS για να δουν τι υποσχέθηκε πραγματικά να κάνει το NHS, καθώς και τι μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι για να βοηθήσουν την υπηρεσία</p> <p>Δημιουργία Επιτροπής Ποιότητας της Φροντίδας για τη ρύθμιση της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής φροντίδας ενηλίκων</p> <p>Εισαγωγή ελέγχων υγείας του NHS όπου κάθε άτομο ηλικίας μεταξύ 40 και 74 ετών έλαβε μια αξιολόγηση για τη διάγνωση δυνητικών μελλοντικών συνθηκών</p>
2013	<p>Κατάργηση των PCTs (Primary Care Trusts)</p> <p>Εισαγωγή μεταρρύθμισης γνωστής ως νέο NHS.</p> <p>Δημοσίευση νέου ενημερωμένου Συντάγματος NHS με βελτιώσεις</p>
2016	<p>Άνοιγμα νέου κοινωνικού διαλόγου για τους πόρους του NHS λόγω του Brexit</p>

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ΒΑΣΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ 200-210 ΑΙΩΝΑ ΠΗΓΗ: ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Α., 2005; ΓΙΑΝΑΣΜΙΑΗΣ & ΤΣΙΑΟΥΣΗ, 2012; [HTTPS://WWW.PREMIERCHOICEGROUP.COM/THE-HISTORY-OF-THE-NHS/](https://www.premierchoicetagroup.com/the-history-of-the-nhs/)

3.4. Αποκέντρωση

Με βασικό άξονα τη δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας, διατηρήθηκε η αρχική μορφή του βρετανικού συστήματος υγείας μέχρι και το 1974. Ένα χρόνο πριν, δημιουργήθηκαν οι περιφερειακές διοικήσεις των οποίων οι αρμοδιότητες ήταν διευρυμένες. Υπό τη διοικητική επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας διαμορφώθηκαν Υγειονομικές περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs), οι οποίες ήταν αρμόδιες για το σχεδιασμό. Ακολούθησε μία υποδιαίρεση των περιοχών αυτών σε επαρχίες των οποίων τη διοίκηση ασκούν τα τοπικά διοικητικά συμβούλια τα οποία έχουν και την ευθύνη των περιφερειακών γενικών νοσοκομείων (DGH). Με αυτό τον τρόπο προέκυψαν τρία επίπεδα άσκησης της πολιτικής: κεντρικά, περιφερειακά και τοπικά (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005).

Η εφαρμογή αυτού του τύπου δομής και οργάνωσης οδήγησε στην αύξηση των δαπανών για την υγεία οδηγώντας το εθνικό σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας σε κρίση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το 1982 να διαμορφωθεί και να ακολουθηθεί ένα άλλο πρότυπο αποκεντρωμένης οργάνωσης που περιλάμβανε 192 υγειονομικές επαρχίες DHAs (District Health Authorities) που καλούνταν να αντικαταστήσουν τις περιοχές και τις τοπικές αρχές. Μία νέα αναθεώρηση του NHS έγινε το 1989, με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας, εισάγοντας μεθόδους ελεγχόμενου ανταγωνισμού. Δύο χρόνια αργότερα, έγινε διοικητικός διαχωρισμός των βαθμίδων περίθαλψης με την νοσοκομειακή περίθαλψη να αποδίδεται στις DHAs και την πρωτοβάθμια φροντίδα στις Αρχές Οικογενειακής Περίθαλψης (Health Service Authorities, HSAAs) (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005).

Η δομή του συστήματος υγείας της Μεγάλης Βρετανίας υπέστη νέες μεταρρυθμίσεις το 1999. Μετονομάστηκαν οι DHAs σε Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities, HAs) και εισάγεται ο θεσμός των ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs). Με την πάροδο του χρόνου, οι HAs ανέλαβαν αποκλειστικά το στρατηγικό σχεδιασμό ενώ οι αρμοδιότητες των PCGs στην πρωτοβάθμια φροντίδα αυξήθηκαν (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005).

3.5. Χρηματοδότηση-δαπάνες υγείας

"Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εύρεσης πόρων αλλά και η κατανομή τους. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, δημιουργείται μια συνθετότητα περιεχομένου με απώτερο σκοπό να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης, και τέλος, τα κριτήρια κατανομής τους. Τα συστήματα υγείας γενικότερα και στη Βρετανία ειδικότερα και ο έντονος ρυθμός εξέλιξής τους, ώθησε τους οικονομολόγους της υγείας να ασχοληθούν συστηματικότερα με την εύρεση πόρων για την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η έννοια της υγείας έχει γίνει κατανοητή κυρίως μέσω της παρατήρησης και της εμπειρίας. Αυτές οι δύο μέθοδοι αποδίδουν επίσης και τις τεχνικές που απαιτούνται για την επαναφορά ή τη διατήρηση της υγείας. Η υγεία επίσης είναι ένας όρος που δεν μπορεί να προσδιοριστεί με απόλυτη σαφήνεια εφόσον περιλαμβάνει διάφορους ορισμούς και ερμηνείες" (ΠΟΥ 2018).

Όσον αφορά τα οικονομικά, ως οικονομική αγορά νοείται εκείνη που διαθέτει μεγάλο αριθμό από ανθρώπους που πουλάνε και αγοράζουν και μπορούν με δικούς τους τρόπους να επηρεάζουν την αγορά όσον αφορά τις τιμές, μέσα από τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Δεν υφίστανται περιορισμοί τιμολογιακοί από πλευράς πολιτικών φορέων ενώ υπάρχουν πληροφορίες για τις επικρατούσες αγοραστικές συνθήκες. Κάθε παραγωγός, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, διαθέτει όμοια προϊόντα με άλλους αντίστοιχους παραγωγούς ενώ υφίσταται ελεύθερη διακίνηση στην αγορά. Εξαιτίας ορισμένων υποθέσεων που αφορούν τα εισοδήματα και τις κλιμακώσεις της οικονομίας ο ανταγωνισμός επικρατεί σε κάθε κλάδο μέσα από κοινωνικά ομοιογενή κατανομή σε πόρους. Όσον αφορά το αν ο κλάδος παροχών υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να λειτουργήσει ανταγωνιστικά εγείρει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με αυτό.

Σχετικά με τα προαναφερόμενα, καθώς και με το αν δύναται η αγορά των υπηρεσιών υγείας της Βρετανίας να λειτουργεί με ανταγωνιστικό τρόπο, μπορεί να γίνει αναφορά στο ότι διαμορφώνεται ένα πλαίσιο συζήτησης που ισχύει τα τελευταία χρόνια. Βέβαια μέσα στο διάστημα αυτό έχουν αλλάξει πάρα πολλά πράγματα στον υγειονομικό κλάδο. Ειδικά μέσα στην τελευταία τετρακονταετία η τεχνολογία στην ιατρική έχει εξελιχθεί με ραγδαίο ρυθμό, πράγμα το οποίο φαίνεται κι από την οργάνωση θεσμών όπως η Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας. Για παράδειγμα προγράμματα όπως το Medicare ή άλλα συστήματα υγείας ευρωπαϊκών κρατών κάνουν επιτυχείς προσπάθειες στη προώθηση του ανταγωνισμού.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η πλειοψηφία των συζητήσεων και των στοιχείων σχετικά με τον ανταγωνισμό στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από πλευράς προσφοράς περιστρέφονται γύρω από τον νοσοκομειακό τομέα.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν είναι πολύπλοκοι και ποικίλουν, ενώ εμπεριέχουν ζητήματα τα οποία αφορούν την πλευρά της ζήτησης, όπως εάν οι ασθενείς είναι πρόθυμοι να ταξιδέψουν για να λάβουν μια υπηρεσία, τεχνικά ζητήματα που σχετίζονται με το κόστος παροχής υπηρεσιών, όπως η ύπαρξη οικονομικών κλίμακας και εμβέλειας και ο βαθμός ανεκτικότητας που μπορεί να γίνει ανεκτός και την ευκολία πρόσβασης και ερμηνείας των πληροφοριών σχετικά με τις υπηρεσίες και την ποιότητα (από τους ασθενείς ή από τον αντιπρόσωπό τους).

Ορισμένες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στον ορισμό ενός «πλαισίου σκοπιμότητας για τον ανταγωνισμό» με το οποίο μπορεί να δοκιμαστεί το δυναμικό ανταγωνισμού για μια συγκεκριμένη υπηρεσία.

Επομένως, μια υπηρεσία όπως η ψυχική υγειονομική περίθαλψη με βάση την κοινότητα μπορεί να εμφανίζει χαρακτηριστικά που καθιστούν πολύ πιο επιδεκτικό να αποκομίζουν οφέλη σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Η αποτυχία του ανταγωνισμού να μειώσει το κόστος έχει να κάνει με το ότι οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στον υγειονομικό κλάδο λειτουργούν μεγιστοποιώντας τα κέρδη. Σήμερα, οι καταναλωτές αναζητούν ευκολία πρόσβασης και προβολής του κόστους. Θέλουν μεγαλύτερο έλεγχο στην εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης και αισθάνονται ότι δεν το παίρνουν.

Τα υψηλά σχέδια έκπτωσης για την υγεία στη Βρετανία και οι αυξημένες ευθύνες όσον αφορά τις αποζημιώσεις θέτουν τους καταναλωτές σε επιφυλακή. Φυσικά, θέλουν να ξέρουν πόσα θα πληρώσουν για τη φροντίδα πριν έρθει ο λογαριασμός, πράγμα υπογραμμίζει την προσπάθεια των οικονομολόγων της υγείας. Παρά την ευρεία αυτή επιθυμία, δεν έχουν αλλάξει πολλά για να βοηθήσουν τους καταναλωτές να καταλάβουν, ποιο θα είναι το κόστος τους με το υψηλό σχέδιο έκπτωσης για την υγεία τους. Το αποτέλεσμα είναι μια εκπληκτική διαφορά μεταξύ των ασθενών που ζητούν τιμές και εκείνων που τις λαμβάνουν.

Οι ασθενείς συχνά ωφελούνται από τη εργασιακή σχέση γιατρών και νοσοκομείων με πιο μικρό κόστος και πιο σωστή, ποιοτική και άμεση εξυπηρέτηση.

Τέλος, η σχέση παραγωγής υπηρεσιών υγείας για να είναι σωστή χρειάζεται συνεργασία ασθενών και επαγγελματιών υγείας μέσα από αμοιβαία εμπιστοσύνη και προσπάθεια υπέρ του καλού αποτελέσματος, έχοντας σταθμίσει βέβαια τα αρνητικά φαινόμενα της προκλητής ζήτησης, του ηθικού κινδύνου (*moral hazard*), αλλά και της ασύμμετρης πληροφόρησης (Μέργος, Δαπάνες υγείας, 2009).

Τελευταία έχει αναφερθεί το θέμα, ότι το υπόδειγμα αναφορικά με τον ανταγωνισμό δεν βρίσκει εφαρμογή στην υγεία. Η ανισότητα αποτελεί εμπόδιο στον ανταγωνισμό στον υγειονομικό κλάδο, ενώ οι στρεβλώσεις της αγοράς είναι πολύ δύσκολο να καμφθούν.

Η θέση σχετικά με την καταλληλότητα του ανταγωνισμού στην υγειονομική περίθαλψη της Βρετανίας είναι πολιτικό και πολιτιστικό ζήτημα που συνδέεται με τις αξίες που είναι εγγενείς στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των διαφόρων χωρών, αλλά και της εν γένει κοινωνικής, πολιτισμικής και οικονομικής αντιμετώπισης των παραπάνω ζητημάτων, αλλά και του ευρύτερου τρόπου ζωής και

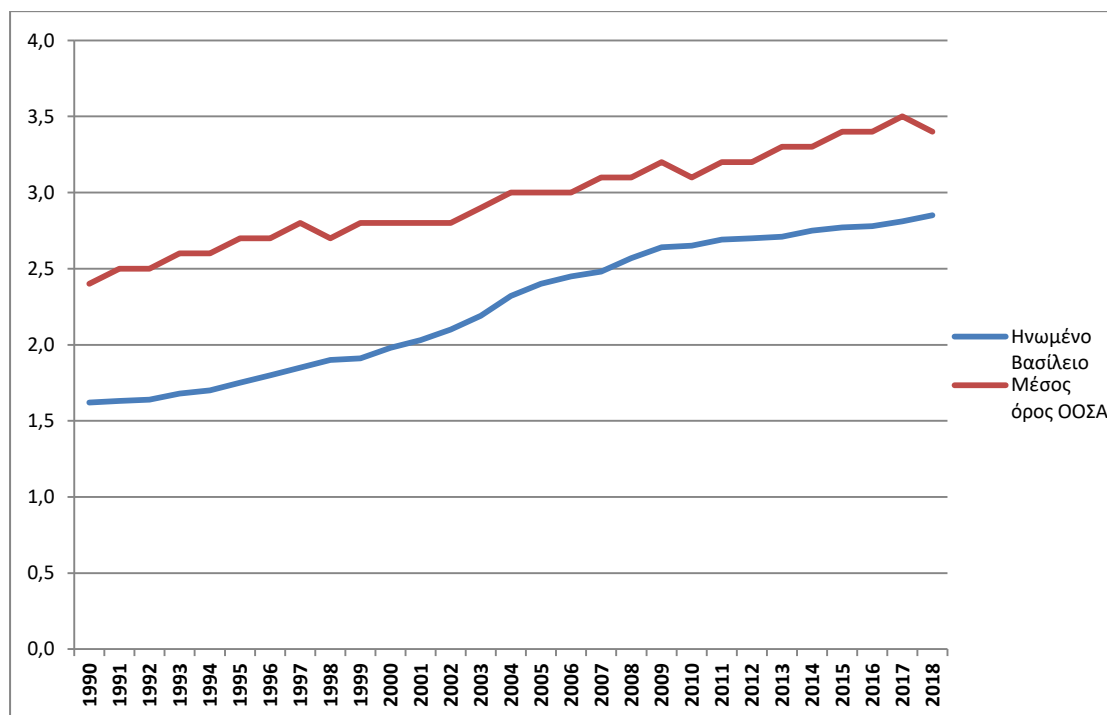
της αντίληψης των πραγμάτων. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο κάθε ανταγωνισμός μπορεί να θεωρηθεί ως "πάρα πολύ" και ως σήμα της "ιδιωτικοποίησης" και της κατάργησης των δημόσιων συστημάτων.

Σε άλλες περιπτώσεις, η εισαγωγή του ανταγωνισμού είναι ευπρόσδεκτη ως ένας πιθανός μηχανισμός για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Το γεγονός ότι ο ανταγωνισμός μπορεί να θεωρηθεί και το "πρόβλημα" και η "λύση" αποτελεί ένδειξη του κρίσιμου ρόλου του πλαισίου στην κατανόηση του δυναμικού των νόμων της αγοράς για τη βελτίωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

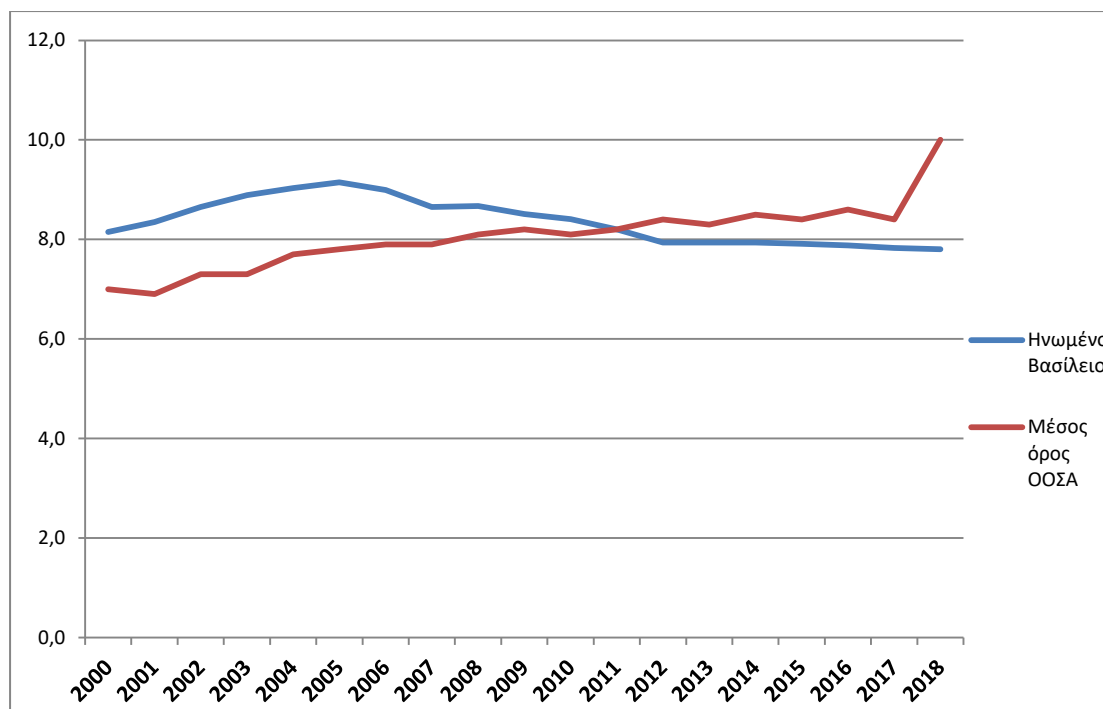
Το βρετανικό NHS αποτελεί το πρότυπο ενός δημοσίως χρηματοδοτούμενου εθνικού συστήματος υγείας, που από ιστορικής πλευράς τουλάχιστον θεωρείται ένα σύστημα-μοντέλο-πρότυπο συγκριτικά χαμηλού κόστους. Οι δαπάνες υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, όπως φαίνεται και από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, έχουν αυξηθεί σημαντικά και το 2008 ανέρχονταν ως ποσοστό επί του ΑΕΠ στο 8,7%. Αυτό οφείλεται κυρίως στην πρόθεση της κυβέρνησης των Εργατικών το 2002 να αυξήσουν τη χρηματοδότηση του συστήματος, έτσι ώστε οι συνολικές δαπάνες υγείας να προσεγγίσουν το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Γι' αυτό και στη δεκαετία 1998 – 2008 ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν υπερδιπλάσιος της αύξησης του ΑΕΠ.

Αναφορικά με την ποιότητα της περίθαλψης ενώ πολλοί δείκτες ποιότητας φροντίδας είναι κοντά ή λίγο κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, οι εισαγωγές στο νοσοκομείο που μπορούν να αποφευχθούν είναι υψηλές, κάτι το οποίο συμβαίνει εξαιτίας της ελλιπούς εκπαίδευσης και πληροφόρησης των πολιτών, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις, εξαιτίας της αδιαφορίας του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (όπως άλλωστε συμβαίνει και στην ελληνική πραγματικότητα). Οι εισδοχές για το άσθμα και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια - οι συνθήκες που μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας - είναι 71 και 232 ανά 100 000 άτομα (σε σύγκριση με τους αντίστοιχους μέσους όρους του ΟΟΣΑ των 47 και των 190 αντίστοιχως).

Με μια ματιά, οι δαπάνες υγείας υπολογίζονται κατά μέσο όρο 4.192 δολάρια ανά άτομο (προσαρμοσμένες στις τοπικές δαπάνες), ελαφρώς υψηλότερες από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ των 4.003 δολαρίων. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει 2,8 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους σε σχέση με 3,4 κατά μέσο όρο στον ΟΟΣΑ και 7,9 νοσηλευτές ανά 1 000 (ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 9,0) (OECD, 2017).



ΓΡΑΦΗΜΑ 21 ΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ. ΠΗΓΗ (OECD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 22 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΟΥ ΗΝΩΜΕΝΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

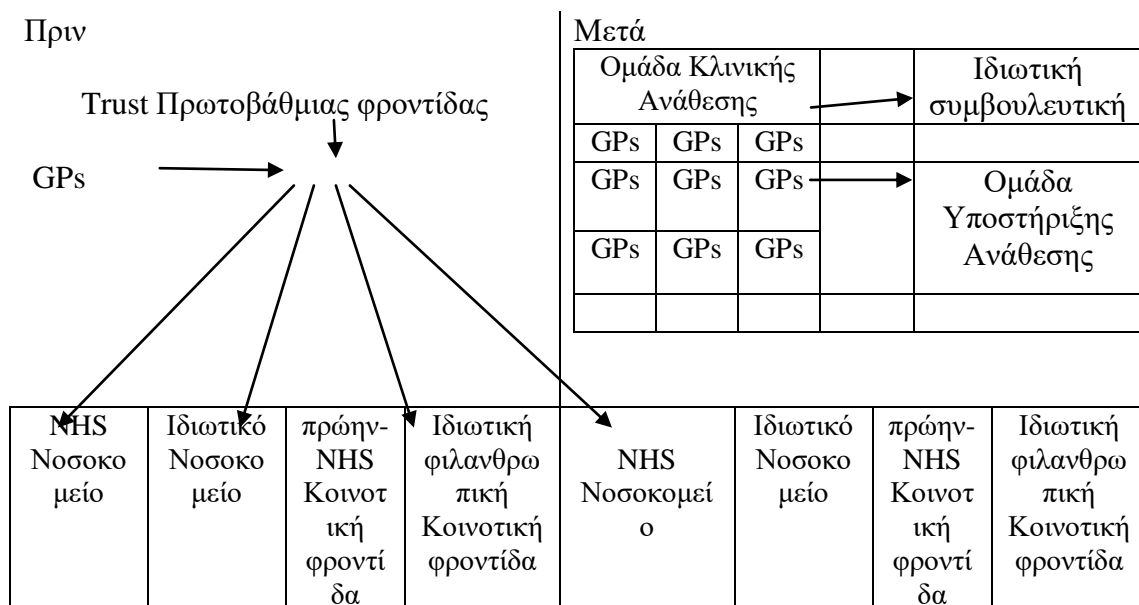
Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στη Μεγάλη Βρετανία είναι περίπου £ 124 δισ. το 2017/18 και αναμένεται να αυξηθούν πάνω από £ 127 δισ. μέχρι το 2020/21, λαμβάνοντας υπόψη τον πληθωρισμό, σύμφωνα με στοιχεία του αρμόδιου Υπουργείου Υγείας. Περίπου 110 δισ. ευρώ θα διατεθούν για την καθημερινή λειτουργία του NHS. Τα υπόλοιπα δαπανώνται από το Υπουργείο Υγείας σε θέματα όπως πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας, εκπαίδευση, κατάρτιση και υποδομή (συμπεριλαμβανομένης της πληροφορικής και της κατασκευής νέων νοσοκομείων).

Το NHS αντιμετωπίζει σοβαρές οικονομικές πιέσεις. Το ίδιο εκδήλωσε ζήτηση πριν από αρκετά χρόνια ώστε να εντοπιστούν 22 δισεκατομμύρια λίρες μέχρι το 2020, προκειμένου να συμβαδίσει με την αυξανόμενη ζήτηση και τον πληθυσμό που γερνάει, πρόβλημα που γίνεται συνεχώς όλο και πιο έντονο στις περισσότερες χώρες της δύσης. Το 2013, το NHS δήλωσε ότι αντιμετώπισε έλλειμμα χρηματοδότησης ύψους 30 δισ. λιρών μέχρι το τέλος της δεκαετίας, ακόμα και αν οι δημόσιες δαπάνες συνεχίσουν να συμβαδίζουν με τον πληθωρισμό (OECD, 2017).

Στην παρούσα φάση το NHS της Μεγάλης Βρετανίας βρίσκεται εν μέσω της μεγαλύτερης αναδιοργάνωσης από τη δημιουργία του. Το NHS είναι ένας πολύ

μεγάλος και περίπλοκος οργανισμός. Οι μεγαλύτερες αλλαγές αφορούν την λήψη των αποφάσεων και τη διαχείριση των χρημάτων. Δημιουργούνται νέοι οργανισμοί και άλλοι καταργούνται. Η νομική ευθύνη για τη διαχείριση του μεγαλύτερου μέρους του προϋπολογισμού του NHS παραδόθηκε τον Απρίλιο του 2013 σε ορισμένους από αυτούς τους νέους οργανισμούς σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, σύμφωνα με τις αρχές της αποκέντρωσης. Τα τοπικά συμβούλια αναλαμβάνουν επίσης μεγαλύτερο ρόλο στην επίδραση των υπηρεσιών υγείας με στόχο την καλύτερη χαρτογράφηση αναγκών-ζητημάτων και την προσπάθεια άμβλυνσης του προβλήματος του αποκλεισμού.

Μακροπρόθεσμα, το NHS μπορεί να φαίνεται πολύ διαφορετικό - αλλά προς το παρόν οι ασθενείς που επισκέπτονται τον GP ή πηγαίνουν στο νοσοκομείο ενδεχομένως να αντιληφθούν ελάχιστες διαφορές. Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει ποιος σχεδιάζει και αγοράζει τη θεραπεία για τους ασθενείς σύμφωνα με το νέο NHS:



ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2013. ΠΗΓΗ NHS

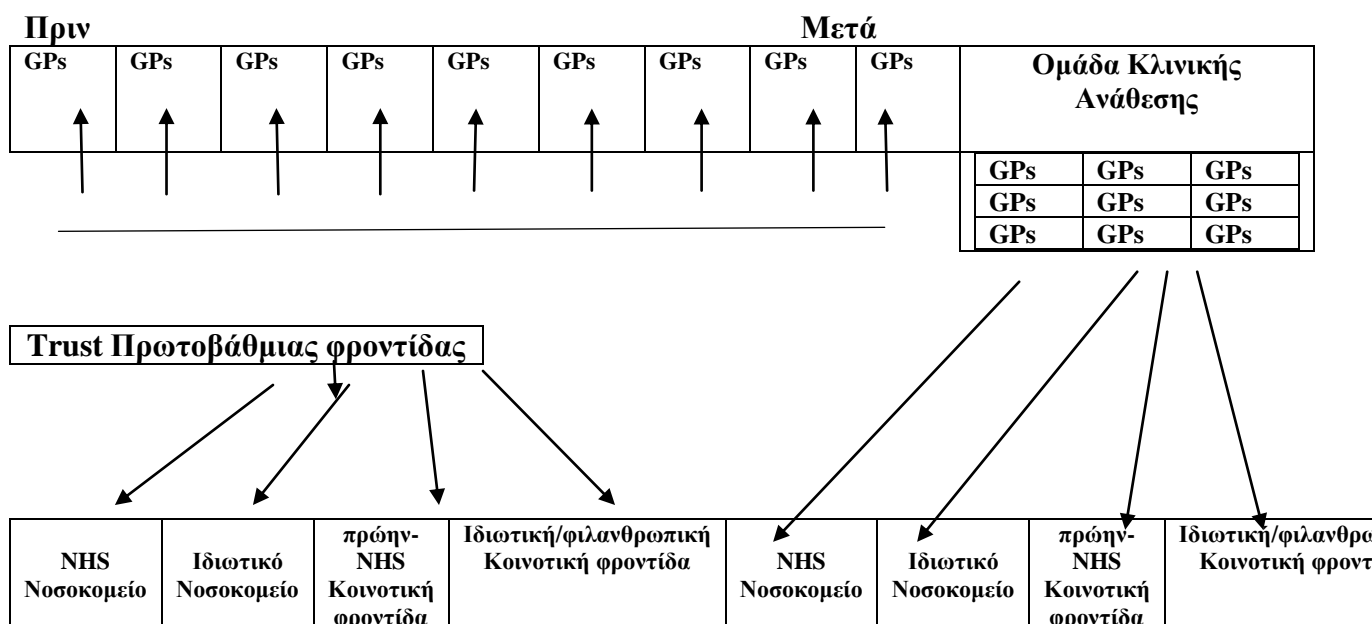
Μέχρι το 2013, όπως φαίνεται και από τον οργανισμό και τις μεταρρυθμίσεις του αρμόδιου Υπουργείου, 152 φορείς που ονομάζονται trusts για την πρωτοβάθμια περίθαλψη (PCTs) ελέγχουν τις τοπικές δαπάνες για τους οδοντιάτρους, τις νοσοκομειακές εγχειρήσεις, τις εξετάσεις και τα φάρμακα - που

αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 80% των δαπανών του NHS. Αποτελούνται κυρίως από διαχειριστές υγείας. Κάποια φροντίδα μπορεί να παρέχεται από ιδιωτικές εταιρείες υγείας ή φιλανθρωπικούς οργανισμούς.

Τα υπόλοιπα, ελεγχόμενα σε εθνικό επίπεδο, περιλαμβάνουν πράγματα όπως η εξειδικευμένη φροντίδα. Από τον Απρίλιο του 2013 και την έλευση των μεταρρυθμίσεων, οι PCTs αντικαταστάθηκαν από περισσότερους από 200 οργανισμούς που ονομάζονται Clinical Commissioning Grups (CCG) (Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης). Θα είναι υπεύθυνοι για το 60% περίπου του προϋπολογισμού του NHS. Από την άλλη πλευρά κάθε χειρουργική επέμβαση GP θα πρέπει να ανήκει σε CCG, αν και στην πραγματικότητα μόνο ένας μικρός αριθμός GPs θα αναλάβει την ευθύνη να αποφασίζει ποιες τοπικές υπηρεσίες θα χρηματοδοτηθούν.

Οι υπουργοί πιστεύουν ότι οι GP θα ανταποκριθούν περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών καθώς θα έχουν καθημερινή επαφή μαζί τους. Αυτό, σύμφωνα με τη θεωρία, θα καταστήσει το NHS πιο αποτελεσματικό και θα βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης. Οι νέοι οργανισμοί θα είναι σε θέση να προσφέρουν υποστήριξη στις CCG για την αγορά και τον σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας.

Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει την κατεύθυνση της χρηματοδότησης:



ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ NHS ΤΟΥ 2013.
ΠΗΓΗ NHS

Οι CCG θα αποφασίζουν εάν θα πληρώσουν ή όχι για οποιαδήποτε νοσοκομειακή περίθαλψη που ένας GP σκέφτεται ότι χρειάζεται -όπως κάνουν τώρα οι PCT.

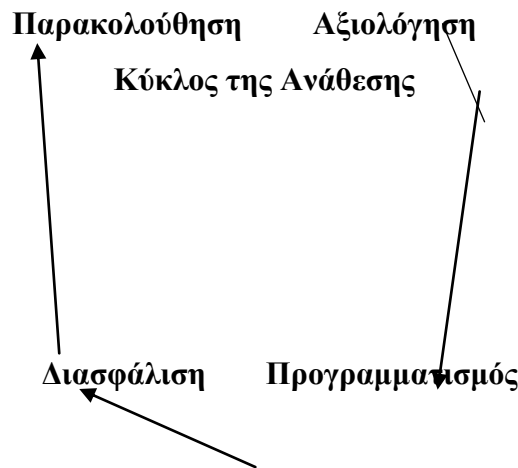
Η ανάθεση είναι η διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την αξιολόγηση και κατανόηση των αναγκών του πληθυσμού στον τομέα της υγείας, τον προγραμματισμό των υπηρεσιών για την κάλυψη αυτών των αναγκών και την εξασφάλιση υπηρεσιών με περιορισμένο προϋπολογισμό και στη συνέχεια την παρακολούθηση των υπηρεσιών που παρέχονται. από τον κύκλο ανάθεσης, όπως φαίνεται και παρακάτω.

Συνεχώς αξιολογεί τις υπηρεσίες για:

- Την ενεργή διαχείριση των τρεχουσών υπηρεσιών
- Τη συγκριτική αξιολόγηση με ομοτίμους
- Την ενημέρωση για τον προγραμματισμό μελλοντικών υπηρεσιών

- Τη συμφωνία συμβάσεων με παρόχους βάσει αποτελεσμάτων, όχι δραστηριότητας

- Τον καθορισμό κατάλληλης χρονικής διάρκειας σύμβασης και κυριότερων αποτελεσμάτων.
- Την εξεύρεση νέων τρόπων σύναψης συμβάσεων



- Συλλογή και ανάλυση δεδομένων σε επίπεδο πληθυσμού
- Δημογραφικά στοιχεία, επικράτηση και συχνότητα εμφάνισης παθήσεων, νοσηρότητα κ.λπ.
- Ιεράρχηση κατά προτεραιότητα των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- Διαβούλευση με πολλούς ενδιαφερόμενους (κλινικούς ιατρούς, ασθενείς, κοινό, κ.λπ.)

Δημιουργία οράματος για την εξυπηρέτηση λαμβάνοντας υπόψη:

- Τις επιθυμίες και ανάγκες του πληθυσμού
- Τις τρέχουσες υπηρεσίες και απόδοση
- Τις διαφορετικές ομάδες πληθυσμού
- Τις ευκαιρίες για μετασχηματισμό

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ΚΥΚΛΟΣ ΑΝΑΘΕΣΗΣ. ΠΗΓΗ NHS

Κατά κύριο λόγο και σύμφωνα με τη συνολική ως εδώ εικόνα, η ανάθεση στο NHS στην Αγγλία διοικείται τοπικά, μέσω των 211 Clinical Commissioning Groups (CCG). Οι CCG αναθέτουν όλες τις οικονομικές δραστηριότητες και ορισμένες κοινοτικές υπηρεσίες. Η πλειοψηφία των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, όπως η σεξουαλική υγεία, ανατέθηκε επίσης τοπικά από το Public Health England και τις τοπικές αρχές. Όλες οι άλλες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των εξειδικευμένων υπηρεσιών και ορισμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας (π.χ. εξετάσεις και ανοσοποίηση) ανατίθενται σε εθνικό επίπεδο από το NHS England. Οι ρυθμίσεις αυτές άλλαξαν από το 2015/16 καθώς η πρωτοβάθμια περίθαλψη και ορισμένες πτυχές των υπηρεσιών θα παρέχονται από κοινού από το NHS England και τις CCG.

3.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Εν κατακλείδι παρατηρούμε ότι το βρετανικό σύστημα βασίζεται στην πρωτοβάθμια υγεία και οι περισσότερες αλλαγές και τροποποιήσεις βασίστηκαν στον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωσή της. Συγκροτήθηκε σε μία περίοδο σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών στη βρετανική ιστορία μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, με ευρείες κρατικοποιήσεις κι άλλες σημαντικές μεταρρυθμίσεις, σημαντικότερες των οποίων ήταν το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων και οι αλλαγές στην παιδεία.

Στα χρόνια που πέρασαν, το NHS παρέμεινε έως άθικτο στον πυρήνα του (δημόσιο σύστημα, χρηματοδοτούμενο ως επί το πλείστον από τη γενική φορολογία, με δωρεάν υπηρεσίες και ισότιμη πρόσβαση) ενώ παρουσίασε αρκετές αλλαγές σε ζητήματα δομής και οργάνωσης, μεταβαίνοντας από ένα αυστηρό πυραμιδοειδές και συγκεντρωτικό σύστημα σε ένα πολυδύναμο και με εσωτερικές (οιονεί) ανταγωνιστικές αγορές, ενώ στις αλλαγές πρέπει να προσθέσουμε αυτές που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις και τον τρόπο αμοιβής των Γενικών Ιατρών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αν και όσον αφορά και ενδιαφέρει τον εκάστοτε πολίτη σε σχέση με τη πρόσβαση και χρήση, οι αλλαγές δεν είναι εμφανείς, θέτοντας ζητήματα σε επίπεδο οργάνωσης. Εντούτοις, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του συστήματος παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές τόσο σε επίπεδο προσωπικού όσο και σε επίπεδο οργάνωσης του συστήματος. Κάποιες από τις αλλαγές που έχουν εφαρμοστεί στη Βρετανία, όπως το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως gate keeping, εξετάζονται ως παράμετροι και στο ελληνικό σύστημα υγείας, εξαιτίας της γενικής αποδοχής του μοντέλου Beveridge στην ελληνική πραγματικότητα και της μεταφοράς του στις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια, με την εφαρμογή του νόμου 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983) και τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το νέο NHS του 2013 επέφερε σημαντικές αλλαγές στη Μεγάλη Βρετανία. Οι κλινικές ομάδες ανάθεσης (CCG) θεωρούνται ο ακρογωνιαίος λίθος του νόμου περί υγείας και κοινωνικής πρόνοιας και κάθε μια από τις πρακτικές των 8.000 GP στην Αγγλία είναι πλέον μέρος μιας CCG. Το σύστημα δημόσιας υγείας αλλάζει για να εκπληρώσει τη δέσμευση της κυβέρνησης να βελτιώσει την υγεία των φτωχότερων, γρηγορότερα. Τα κέντρα υγείας και ευεξίας είναι κεντρικά στο όραμα της

κυβέρνησης για μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Ο νόμος περί υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ορίζει τον ρόλο του Monitor ως ρυθμιστή για την υγειονομική περίθαλψη, με αρμοδιότητα, μεταξύ άλλων, για την οικονομική ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Η ρύθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει αναδειχθεί στην κορυφή της ατζέντας για την υγεία μετά τις εκθέσεις Francis, Keogh και Berwick. Πολλές από τις επικεντρωμένες στις μεταρρυθμίσεις του NHS άρχισαν να τίθενται σε λειτουργία, αλλά ο νόμος για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια επηρεάζει και τους πρωτοβάθμιους, κοινοτικούς και εξειδικευμένους φορείς παροχής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Εισαγωγή

Το σύστημα ασφάλισης και υγείας στη Γερμανία θεσπίστηκε με τον νόμο περί ασφάλισης υγείας (Krankenversicherungsgesetz) του 1883-1884. Ο Καγκελάριος Otto von Bismarck δημιούργησε ένα κράτος πρόνοιας βασισμένο στην αλληλεγγύη ως μέρος μιας πολιτικής απάντησης στο αναδυόμενο εργατικό κίνημα, αλλά και ως απάντηση στις κακουχίες που υπήρχαν λόγω του εμπόλεμου κλίματος της εποχής, το οποίο και στιγματίστηκε ανεξίτηλα από τις συγκρούσεις των εθνών της Γηραιάς Ηπείρου. Η εφαρμογή της συνολικής κάλυψης υγείας για τους εργαζόμενους απομάκρυνε το ενδεχόμενο δυσαρέσκειας των σοσιαλδημοκρατών και των εργατικών συνδικάτων και υποστήριξε την ιδέα του Bismarck για τη γερμανική ενοποίηση, όπως είχε ήδη εκφραστεί στη Βασιλική Διακήρυξη το 1881, δίνοντας μεγαλύτερη ώθηση στην πολιτική προσπάθεια του καγκελαρίου. Αν και συχνά απεικονίζεται ως ο δημιουργός της ασφάλισης υγείας, ο Bismarck βασίστηκε σε παραδόσεις και προϋπάρχουσες δομές, ιδίως όσον αφορά τα πέντε είδη βοηθητικών αμοιβαίων κεφαλαίων που βασιζόνταν στην αλληλεγγύη στον Μεσαίωνα (Bärnighausen & Sauerborn, 2002). Πάντως η θέσπισή του αποτέλεσε την πρώτη μορφή δημόσιας ασφάλισης υγείας μεικτού χαρακτήρα, δηλαδή με χρηματοδότηση των ασφαλισμένων και των εργοδοτών (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Ο νόμος του 1883 ορίζει τις ιδρυτικές αρχές της σημερινής ασφάλισης υγείας. Πρώτον, σύμφωνα με την αρχή της αλληλεγγύης, το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών βασίζεται στην ικανότητα πληρωμής, κάτι το οποίο θεωρήθηκε και ως βάση της κοινωνικής δικαιοσύνης στο προνοιακό κράτος. Με τη σειρά του, ο ασφαλισμένος δικαιούται παροχές ανάλογα με τις ανάγκες του. Δεύτερον, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας είναι η ασφάλιση στην οποία συμμετέχουν τόσο οι εργοδότες, όσο και οι εργαζόμενοι στη χρηματοδότησή του, όπως και σε ορισμένες περιπτώσεις και το κράτος. Αυτός είναι ο λόγος που αναφέρεται ως μεικτό και τριμερές. Σημαντικός για το σύστημα αυτό, αποτελεί ο πυλώνας του που βασίστηκε στην υποχρεωτικότητα και την καθολική του εφαρμογή (pay as you go). Τέλος, η υποχρεωτική ασφάλιση ασθένειας βασίζεται σε αυτοδιοικήσεις, γεγονός που σημαίνει ότι οι αρμοδιότητες μεταβιβάζονται σε οργανώσεις ασθένειας και σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης με βάση την ιδιότητα του μέλους (Bärnighausen &

Sauerborn, 2002). Η κάλυψη της ασφάλισης υγείας περιοριζόταν αρχικά στους εργαζομένους αλλά στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άλλες ομάδες (Alber, 1992).

Οι περιφερειακές ενώσεις των νόμιμων ιατρών ασφάλισης υγείας και η νεοσυσταθείσα εθνική ένωση των νόμιμων ιατρών ασφάλισης υγείας ιδρύθηκαν το 1934 ως δημόσιοι οργανισμοί και είχαν αναλάβει τη διαπραγμάτευση συλλογικών συμβάσεων με τα ταμεία ασθενείας, τη διασφάλιση της ύπαρξης υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και την επίβλεψη των ιατρών που έκαναν συμβάσεις με τα ταμεία ασθενείας. Αυτές οι ενώσεις είχαν επίσης το δικαίωμα να αποφασίζουν για την εγγραφή των ιατρών χωρίς να διαπραγματεύονται με τα ταμεία ασθενείας. Το 1941, η Γερμανία εφάρμοσε το διάταγμα για το Ταμείο Ασθενείων, το οποίο εισήγαγε ένα νόμιμο σύστημα ασφάλισης υγείας στις Κάτω Χώρες τις οποίες είχε καταλάβει η Γερμανία, το οποίο είναι ταυτόσημο με το γερμανικό, με υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας για υπαλλήλους κάτω από ένα ορισμένο όριο εισοδήματος και εθελοντική ασφάλιση υγείας για μισθωτούς με αποδοχές άνω του εν λόγω ορίου και τους αυτοαπασχολούμενους (Weindling, 1993).

Στην Ανατολική Γερμανία, η Σοβιετική Ένωση υιοθέτησε μια αυταρχική προσέγγιση για τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και, παρά τις διαμαρτυρίες πολλών ιατρών, σταδιακά κινήθηκε προς ένα κεντρικό, κρατικό σύστημα υγείας στη Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας. Αλλά παρά την σοσιαλιστική ιδεολογία, το σύστημα υγείας διατήρησε σημαντικά χαρακτηριστικά του μοντέλου Bismarck. Παρόλο που ο κεντρικός νόμος περί χωροταξικού σχεδιασμού του 1950 έθεσε το σύστημα υπό κεντρικό κρατικό έλεγχο, η αρχή της κοινωνικής ασφάλισης - με τους εργοδότες και τους υπαλλήλους που μοιράζονταν το κόστος των ασφαλιστικών εισφορών μηνιαίως - διατηρήθηκε από το νόμο. Η ασφάλιση έγινε καθολική και η διοίκηση συγκεντρώθηκε μόνο σε δύο μεγάλα ταμεία ασθενείας: ένα για τους εργαζόμενους (89%) και ένα για τις άλλες επαγγελματικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των γεωργικών συνεταιρισμών, των καλλιτεχνών και των αυτοαπασχολούμενων (11%) (Lüschen et al., 2007).

4.2. Διοικητική οργάνωση και δομή

Σήμερα το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο στους κάτωθι τομείς:

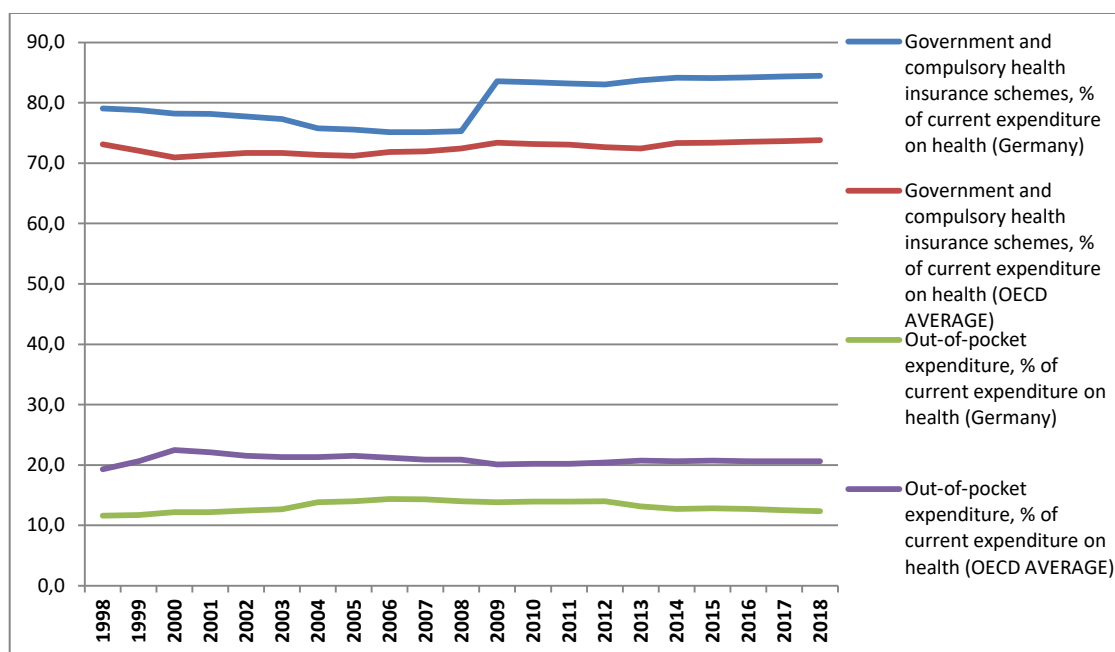
Ιατροί: Οι γενικοί ιατροί και οι ειδικευμένοι στην περίθαλψη είναι υποχρεωτικά από το νόμο μέλη περιφερειακών ενώσεων που διαπραγματεύονται συμβάσεις με τα ταμεία ασθενείας. Οι περιφερειακές ενώσεις των διαπιστευμένων ιατρών είναι υπεύθυνες για τον συντονισμό των απαιτήσεων περίθαλψης στην περιοχή τους και ενεργούν ως ενδιάμεσοι χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί μεταξύ των ταμείων ασθενείας και των ιατρών στην περίθαλψη. Ωστόσο, οι ιατροί της περίθαλψης εργάζονται συνήθως στις δικές τους ιδιωτικές πρακτικές - περίπου 60% στην ατομική πρακτική και 25% σε διπλές πρακτικές. Οι περισσότεροι γιατροί απασχολούν βοηθούς γιατρούς, ενώ άλλοι (π.χ. φυσιοθεραπευτές) έχουν τους δικούς τους χώρους. Το 2015, από τους περίπου 108.500 αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, οι 51.900 (48%) εργάστηκαν ως οικογενειακοί ιατροί και 56.600 (52%) ως ειδικοί. Υπήρχαν περίπου 2.000 κλινικές πολλαπλών ειδικοτήτων, με περισσότερους από 13.000 γιατρούς (10% γιατρούς περιπατητικής φροντίδας), το 2015. Περίπου 11.000 γιατροί που εργάζονται σε πολύ επιστημονικές κλινικές είναι μισθωτοί, ενώ 12.000 απασχολούνται ως αυτοαπασχολούμενοι ιατροί. Ο συνολικός αριθμός των γιατρών περίθαλψης και ψυχοθεραπευτών υπερβαίνει τις 140.000. Ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες εξωτερικής παραμονής παρέχονται από ειδικούς νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας σπάνιων ασθενειών και σοβαρών προοδευτικών μορφών νόσου, καθώς και εξαιρετικά εξειδικευμένων διαδικασιών (Blumel & Busse, n.d.).

Τα άτομα έχουν ελεύθερη επιλογή ανάμεσα σε γενικούς ιατρούς, ειδικούς και, αν αναφέρεται στην νοσηλεία, στα νοσοκομεία. Δεν απαιτείται εγγραφή με οικογενειακό θεράποντα ιατρό. Ωστόσο, τα ταμεία ασθενείας υποχρεούνται να προσφέρουν στα μέλη τους την επιλογή να εγγραφούν σε ένα «μοντέλο φροντίδας για οικογενειακούς γιατρούς», το οποίο έχει αποδειχθεί ότι παρέχει καλύτερες υπηρεσίες και συχνά παρέχει κίνητρα για τη συμμόρφωση με τους κανόνες περί φύλαξης. Οι ιατροί που είναι διαπιστευμένοι (γιατροί γενικής ιατρικής και ειδικοί) αποζημιώνονται γενικά με βάση την αμοιβή ανά υπηρεσία σύμφωνα με ένα ενιαίο χρονοδιάγραμμα αμοιβών που συνάπτεται μεταξύ των ταμείων ασθενείας και των γιατρών. Οι πληρωμές περιορίζονται στην κάλυψη ενός προκαθορισμένου μέγιστου αριθμού ασθενών ανά πρακτική και σε σημεία επιστροφής ανά ασθενή, ορίζοντας κατώτατα όρια για τον αριθμό των ασθενών και για τις θεραπείες ανά ασθενή για τα οποία μπορεί να έχει επιστροφή ένας γιατρός (Blumel & Busse, n.d.).

Διοικητικοί μηχανισμοί για άμεσες πληρωμές ασθενών στους παρόχους:

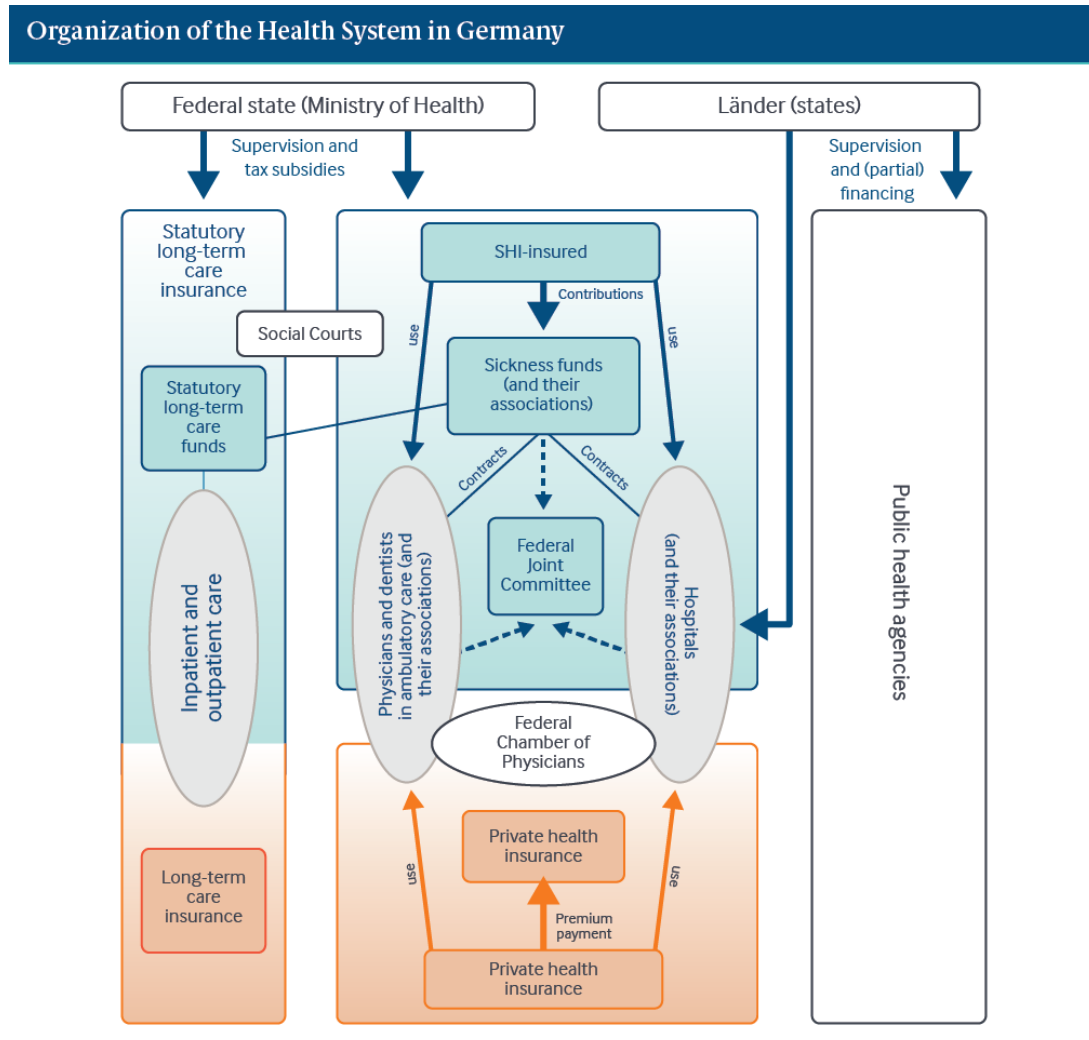
Οι ιατροί των νοσοκομείων χρεώνουν τις περιφερειακές ενώσεις τους σύμφωνα με ένα ενιαίο χρονοδιάγραμμα αμοιβών. Οι ενώσεις λαμβάνουν τα χρήματα από τα ταμεία ασθενείας με τη μορφή ετήσιων καταβολών. Οι αποπληρωμές ή οι πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στον κατάλογο παροχών καταβάλλονται απευθείας στον πάροχο. Σε περιπτώσεις ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, οι ασθενείς πληρώνουν προκαταβολικά και υποβάλλουν απαιτήσεις στην ασφαλιστική εταιρεία, όπως συμβαίνει άλλωστε και στο σύστημα ιδιωτικών ασφαλίσεων των φιλελεύθερων κρατών, όπως στις ΗΠΑ (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Νοσοκομεία: Τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν περίπου το ήμισυ όλων των κλινών, ενώ τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά αποτελούν περίπου το ένα τρίτο. Ο αριθμός των ιδιωτικών, κερδοσκοπικών νοσοκομείων αυξάνεται τα τελευταία χρόνια (τώρα φτάνει περίπου το ένα έκτο των κλινών). Όλα τα νοσοκομεία στελεχώνουν κυρίως μισθωτοί γιατροί. Οι γιατροί στα νοσοκομεία συνήθως δεν επιτρέπεται να θεραπεύουν εξωτερικούς ασθενείς αλλά γίνονται εξαιρέσεις εάν δεν είναι δυνατή η παροχή μέριμνας από ειδικούς. Οι ανώτεροι γιατροί μπορούν να χειριστούν ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς. Τα νοσοκομεία μπορούν επίσης να παρέχουν ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς (Blumel & Busse, n.d.).



ΓΡΑΦΗΜΑ 23 ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟ ΟΟΣΑ, ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

Η δομή και οργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας αποτυπώνεται και στο παρακάτω διάγραμμα:



Source: Adapted from R. Busse and M. Blümel, "Germany: Health System Review," *Health Systems in Transition*, vol. 16, no. 2, 2014, p. 20.

ΕΙΚΟΝΑ 15 Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ. ΠΗΓΗ: BLUMEL & BUSSE, N.D.

4.3. Κύριες μεταρρυθμίσεις

Η πρώτη σημαντική μεταρρύθμιση, ο νόμος για τη δομή της υγειονομικής περίθαλψης, πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Αυτή η πολιτική οδήγησε σε συνδυασμό φαινομενικά αντιφατικών στοιχείων, δηλαδή την εισαγωγή των σταθερών προϋπολογισμών ή κάλυψη των δαπανών για τους περισσότερους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης και την εισαγωγή του ανταγωνισμού μεταξύ των

ταμείων υγείας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, όλα κάτω από το άγρυπνο μάτι των ρυθμιστικών αρχών και διατηρώντας παράλληλα την αρχή της αλληλεγγύης (Enthoven, 1993). Τα παραπάνω υπό τη διοικητική επιστήμη, πράγματι υποδηλώνουν μια αντιφατική πραγματικότητα.

Ο ανταγωνισμός στο σύστημα ασφάλισης υγείας έγινε πιο έντονος με την παροχή στους χρήστες-καταναλωτές (δηλαδή τους ασθενείς) ελεύθερη επιλογή ιατρών και νοσοκομείων. Όμως, ο ανταγωνισμός μεταξύ των πληρωμών ήταν ανύπαρκτος, διότι οι χρήστες είχαν κυρίως τοποθετηθεί σε ένα συγκεκριμένο ασφαλιστικό ταμείο ασθενείας. Η δυνατότητα των ασφαλισμένων να έχουν την επιλογή του ταμείου ασθενείας τους και να αλλάζουν κεφάλαια σε ετήσια βάση (με προειδοποίηση 3 μηνών από το 1996) ήταν η πρώτη ουσιαστική πρωτοβουλία για την ενίσχυση του ανταγωνισμού στην παροχή νόμιμης ασφάλισης υγείας.

Ο νόμος για τη δομή της υγειονομικής περίθαλψης σηματοδότησε τη σπουδαιότερη αλλαγή στην ιστορία της ασφάλισης υγείας, καθώς όχι μόνο απέκλεισε την επαγγελματική ταξινόμηση αλλά έθεσε μία νέα κανονιστική βάση για τον ανταγωνισμό μεταξύ ταμείων ασθενείας, αλλά και τις συμβάσεις μεταξύ αυτών και των παρόχων ασθενείας. Με τα άτομα να επιλέγουν ένα ταμείο ασθενείας ανεξάρτητα από το επάγγελμά τους, τα κεφάλαια έπρεπε να προωθούνται για να προσελκύσουν νέα μέλη και να διατηρήσουν τα υπάρχοντα, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η μείωση της συνεισφοράς τους. Σε αντίθεση με τη νέα ελευθερία και την αυξανόμενη προθυμία των μελών να αλλάξουν μεταξύ των ταμείων ασθενείας, άρχισαν επίσης να συγχωνεύονται τα ταμεία ασθενείας, τα οποία μείωσαν τον αριθμό των κεφαλαίων κατά 70% μεταξύ του 2000 και του 2015. Ωστόσο, το μερίδιο αγοράς των τριών μεγαλύτερων ταμείων ασθενείας δεν αυξήθηκε πολύ, αντίθετα από αυτό που συνέβη στην Ολλανδία (Thomson et al., 2013).

Ως εξασφάλιση ότι όλα τα ταμεία ασθενείας θα ανταγωνίζονταν επί ίσοις όροις και το άνοιγμά τους σε ιδιώτες όλων των επαγγελμάτων συνοδεύτηκε από την εφαρμογή ενός προγράμματος προσαρμογής των κινδύνων που αποσκοπούσε στην ελαχιστοποίηση των κινήτρων επιλογής κινδύνου και στη μείωση των υπερβολικών διαφορών στις νομοθετικές εισφορές ασφάλισης υγείας μεταξύ των ταμείων ασθενείας (Nuscheler & Knaus, 2005; Buchner & Wasem, 2003).

Ως απόδειξη της επιτυχίας του καθεστώτος προσαρμογής των κινδύνων, το ποσοστό των ατόμων που πλήρωναν ιδιαίτερα μεταβλητά επιτόκια μειώθηκε σε 7% το 1999 (το 1994, το 27% όλων των μελών είχε καταβάλει εισφορά διαφορετική κατά περισσότερο από 1 ποσοστιαία μονάδα από τον μέσο όρο) (Greib et al., 2002).

Από το 2012, το γερμανικό σύστημα υγείας υφίσταται μια περίοδο ενεργητικής μεταρρύθμισης σε αρκετούς τομείς. Η σημαντικότερη μεταρρύθμιση ήταν η δεύτερη πράξη για την ενίσχυση της μακροχρόνιας περίθαλψης, η οποία τέθηκε σε ισχύ τον Ιανουάριο του 2016. Αυτό ακολούθησε την πρώτη πράξη, η οποία επέκτεινε σημαντικά την υποστήριξη για τα άτομα που χρειάζονται μακροχρόνια περίθαλψη και για τις οικογένειές τους. Η Δεύτερη Πράξη που άρχισε το 2017, θα διευρύνει την επιλεξιμότητα για υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης, οι οποίες προηγουμένως χορηγήθηκαν μόνο σε άτομα με περιορισμένες καθημερινές λειτουργίες. Η νέα πράξη αποσκοπεί στην παροχή πιο ισότιμων υπηρεσιών, με την επέκταση της επιλεξιμότητας σε άτομα με σωματικές, ψυχικές και ψυχολογικές αναπηρίες. Τα νέα οφέλη ενσωματώνονται στην τυποποιημένη νομοθεσία για τις παροχές (Blumel & Busse, n.d.).

Συνοπτικά, η ιστορική πορεία του συστήματος υγείας της Γερμανίας καταγράφεται στον παρακάτω πίνακα όπου και αναφέρονται οι βασικές αλλαγές που υπέστη από την ίδρυση του μέχρι και σήμερα:

Έτος	Γεγονότα-Αλλαγές
1883	Η σύγχρονη επιστημονική ιατρική διαμορφώνεται μέσω επιστημονικών ανακαλύψεων από Γερμανούς επιστήμονες. Η ίδρυση του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Χαϊδελβέργης (1388) περιλαμβάνεται στα πρώιμα γεγονότα της υγειονομικής περίθαλψης.
1883-1911	Ανάπτυξη του πρώτου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της σύγχρονης ιστορίας της Γερμανίας, ξεκινώντας με τις πολιτικές της εισαγόμενης κοινωνικής νομοθεσίας του Otto von Bismarck.
1911-1933	Μετά την εισαγωγή του κώδικα ασφαλίσεων του Ρήνου (RVO για το Reichsversicherungsordnung), η ασφάλιση υγείας, συνταξιοδότησης και ατυχήματος

	<p>ενσωματώνονται σε ένα σύνολο νόμων. Το RVO γίνεται η νομική βάση για το νόμο περί ασφάλισης υγείας. Η υποχρεωτική ασφάλιση επεκτείνεται στους διακινούμενους εργαζόμενους και στους ασχολούμενους με τη γεωργία και τη δασοκομία.</p>
1933-1945	<p>Σύμφωνα με τον κανόνα του εθνικού σοσιαλισμού, η οργάνωση, η χρηματοδότηση και η εποπτεία των ταμείων υγείας μεταβάλλονται δραματικά. Η αυτοδιοίκηση καταργείται και οι ανάδοχοι διευθυντές τοποθετούνται σε κάθε ταμείο. Μεταξύ των σημαντικών μεταρρυθμίσεων είναι η εισαγωγή της ασφάλισης υγείας για τους συνταξιούχους το 1941.</p>
1945-1990	<p>Περίοδος δύο κρατών: Η Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας (Ανατολική Γερμανία) και η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας (Δυτική Γερμανία). Ένα σύστημα σοσιαλιστικού μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης υιοθετείται στην Ανατολική Γερμανία, ενώ η αυτοδιοίκηση επαναφέρεται στη Δυτική Γερμανία το 1952.</p>
1990 και μετά	<p>Μετά τη γερμανική επανένωση, η πρώην Ανατολική Γερμανία εξομοιώνεται με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της FRG. Η συνθήκη περί ενοποίησης ορίζει ότι ο ομοσπονδιακός γερμανικός νόμος περί ασφάλισης υγείας εφαρμόζεται στα νέα ανατολικά γερμανικά ομόσπονδα κράτη.</p>
1993	<p>Ελεύθερη επιλογή των ταμείων ασθενοείας για τα περισσότερα μέλη της ασφάλισης ασθενοείας, που υποστηρίζεται από την εισαγωγή ενός συστήματος αντιστάθμισης με βάση τον κίνδυνο για την αναλογική κατανομή των εισφορών μεταξύ των ταμείων ασθενοείας (από το 1996)</p> <p>Προγραμματισμός του υγειονομικού προσωπικού με βάση τις ανάγκες για ιατρούς και διαπίστευση απαιτήσης για τους νόμιμους γιατρούς ασφάλισης υγείας</p> <p>Κατάργηση της αρχής της πλήρους κάλυψης για τα νοσοκομεία</p> <p>Εισαγωγή νόμιμα καθορισμένων προϋπολογισμών ή ανώτατων ορίων δαπανών για τους κύριους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης</p>

1994	Εισαγωγή της νόμιμης ασφάλισης μακροχρόνιας περίθαλψης από το 1996, η οποία διαχειρίζεται από ταμεία ασθενείας ή εταιρίες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας
1996-1997	<p>Μείωση όλων των επιτοκίων συνεισφοράς κατά 0,4%</p> <p>Μείωση παροχών (π.χ. αποκατάσταση, προαγωγή υγείας, οδοντοστοιχίες για άτομα που γεννήθηκαν μετά το 1978)</p> <p>Αυξημένες αποζημιώσεις (π.χ. νοσοκομειακή περίθαλψη, φαρμακευτικά προϊόντα, ιατρικά βοηθήματα, μεταφορά ασθενοφόρων και οδοντοστοιχίες)</p> <p>Εισαγωγή του οφέλους για την περίθαλψη στο νοσοκομείο</p> <p>Αυξημένες δυνατότητες για μη συλλογικές συμβάσεις μεταξύ ταμείων ασθενείας και παρόχων</p>
1998	<p>Οι οδοντοστοιχίες για άτομα που γεννήθηκαν μετά το 1978 επανεισάγονται</p> <p>Μείωση των ποσοστών αποπληρωμής για τα φαρμακευτικά προϊόντα και τις οδοντοστοιχίες</p>
2000	<p>Απομάκρυνση αναποτελεσματικών ή αμφισβητούμενων τεχνολογιών και φαρμακευτικών προϊόντων από το νόμιμο πακέτο παροχών ασφάλισης υγείας</p> <p>Επιλογή για επιλεκτική σύμβαση (ολοκληρωμένη φροντίδα)</p> <p>Ξεχωριστοί προϋπολογισμοί για γενικούς ιατρούς και ειδικούς στην περίθαλψη</p> <p>Υποχρεωτική συλλογή δεικτών ποιότητας για τα νοσοκομεία</p>
2001	Εισαγωγή προγραμμάτων διαχείρισης της νόσου και σύνδεση με το σύστημα αντιστάθμισης της διάρθρωσης των κινδύνων
2002	Εισαγωγή του ομαδικού συστήματος γλωσσολογικών διαγνωστικών για τις υπηρεσίες εσωτερικών ασθενών από το 2003

<p>2004</p>	<p>Λειτουργία πολυκλινικών με αντικείμενο την Π.Φ.Υ</p> <p>Αποκλεισμός των φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή και των γυαλιών από το νόμιμο πακέτο παροχών ασφάλισης υγείας</p> <p>Μεταφορά χρηματοδότησης οικογενειακού προγραμματισμού και υπηρεσιών οικογενειακής πολιτικής που δεν σχετίζονται με την ασφάλιση στον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό</p> <p>Καταβολή 10 € ανά τρίμηνο για την πρώτη επίσκεψη γιατρού ή οδοντιάτρου (που καταργήθηκε το 2012) και άλλες αυξήσεις των αποζημιώσεων</p> <p>Επιλογή για συμπληρωματική ασφάλιση στο πλαίσιο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (σε συνεργασία με ιδιωτικούς ασφαλιστές υγείας)</p> <p>Μετατόπιση του ποσοστού συνεισφοράς προς τον ασφαλισμένο</p> <p>Δημιουργία της Μικτής Ομοσπονδιακής Επιτροπής (αντικαθιστώντας την Ομοσπονδιακή Επιτροπή Φαρμακευτικών και Ασφαλιστικών Ταμείων και παρόμοιων οντοτήτων)</p> <p>Ίδρυση του Ινστιτούτου Ποιότητας και Αποδοτικότητας στην Υγεία</p>
<p>2007</p>	<p>Υποχρεωτική καθολική κάλυψη (είτε μέσω νόμιμης ασφάλισης υγείας είτε σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας)</p> <p>Εισαγωγή ενιαίου ποσοστού εισφορών, κεντρικής ομάδας ανακατανομής (Gesundheitsfonds) και κατανομής πόρων στα ταμεία ασθενοείας σύμφωνα με το σύστημα αντιστάθμισης της δομής κινδύνου βάσει νοσηρότητας</p> <p>Εισαγωγή εξειδικευμένης ανακουφιστικής παρηγορητικής φροντίδας</p> <p>Επιλογή των τιμολογίων στη νόμιμη ασφάλιση υγείας (π.χ. μη επιδόματα)</p> <p>Μεταρρύθμιση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης</p>
<p>2009</p>	<p>Εισαγωγή του Κεντρικού Ταμείου Υγείας (CHF).</p>
<p>2011</p>	<p>Νέοι κανονισμοί για συμπληρωματικές πρωτοδοτήσεις και εισαγωγή κοινωνικής προσαρμογής στη</p>

	<p>χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης</p> <p>Μείωση της ελάχιστης περιόδου σύνδεσης για τα επιλεγμένα τιμολόγια</p> <p>Μεταρρύθμιση του σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας για τους ιατρούς</p> <p>Κανονισμός επιστροφής εξόδων για νέα φαρμακευτικά προϊόντα</p> <p>Εισαγωγή της εκτίμησης των οφελών και της τιμολόγησης βάσει αξίας</p>
2014	<p>Νέοι κανονισμοί για τα επιτόκια εισφορών (τα ταμεία ασθενείας χρεώνουν ένα επιπρόσθετο επιτόκιο επιπλέον της ενιαίας τιμής, που πρέπει να καταβάλλει μόνο ο κάτοχος της πολιτικής</p> <p>Ίδρυση του Ινστιτούτου Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία</p>
2015	<p>Διάφορα μέτρα σχετικά με την καλύτερη πρόσβαση στην περιπατητική περίθαλψη</p>
2016	<p>Ινστιτούτο Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στον τομέα της Υγείας που έχει αναλάβει την ανάπτυξη δεικτών για (1) την ποιότητα (2) τέσσερις τομείς επιλεκτικών συμβάσεων μεταξύ ταμείων ασθενείας και νοσοκομείων και (3) πληρωμή για απόδοση σε νοσοκομεία</p> <p>Χρηματοδοτική στήριξη των νοσοκομείων για την πρόσληψη περισσότερων νοσηλευτών</p> <p>Βελτίωση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης με τη θέσπιση νέων πρακτικών έκτακτης ανάγκης έκτακτης ανάγκης στα νοσοκομεία ή κοντά σε αυτά</p>

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ΒΑΣΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ. ΠΗΓΗ: [HTTP://WWW.DEUTSCHE-RENTENVERSICHERUNG.DE/ALLGEMEIN/DE/INHALT/5_SERVICES/03_BROSCHUEREN_UND_MEHR/01_BROSCHUEREN/01_NATIONAL/UNSERE_SOZIALVERSICHERUNG.PDF?__BLOB=PUBLICATIONFILE&v=31](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/ALLGEMEIN/DE/INHALT/5_SERVICES/03_BROSCHUEREN_UND_MEHR/01_BROSCHUEREN/01_NATIONAL/UNSERE_SOZIALVERSICHERUNG.PDF?__BLOB=PUBLICATIONFILE&v=31); BUSSE, 2004; BUCHNER ET AL., 2013; ΠΕΤΡΕΛΗΣ & ΔΟΜΑΓΙΕΡ, 2016.

4.4. Αποκέντρωση

Στη Γερμανία, η υπηρεσία δημόσιας υγείας (Öffentlicher Gesundheitsdienst, ÖGD) αποτελείται από κρατικά και τοπικά υγειονομικά τμήματα, ορισμένα κτηνιατρικά και επισιτιστικά όργανα, καθώς και υγειονομικές αρχές σε εθνικό,

κρατικό και δημοτικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των υπαρχόντων οργανισμών τους. Στο επίκεντρο της δημόσιας υγειονομικής υπηρεσίας είναι η τοπική υπηρεσία υγείας (Gesundheitsamt) ή η υπηρεσία δημόσιας υγείας (Fachbereich ή Fachdienst Gesundheit) του δήμου των πόλεων και των επαρχιών της υπαίθρου.

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας παρέχονται από περίπου 400 δημόσια υγειονομικά γραφεία σε ολόκληρη τη Γερμανία, τα οποία ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό σε μέγεθος, δομή και καθήκοντα, προσπαθώντας να επιτύχουν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισοτιμίας και όχι της απλουστευτικής (προς τα κάτω) έννοιας της ισότητας. Η πολιτική οργάνωση και η ομοσπονδιακή δομή της Γερμανίας διασφαλίζει ότι ορισμένοι βασικοί τομείς της γενικής πολιτικής, όπως η υγεία, εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των ομοσπονδιακών κρατών. Βέβαια γίνεται περιγραφή και ανάλυση των γενικών όρων, των νομικών παραμέτρων, των ευθυνών αλλά και κατά κάποιο τρόπο, του τρόπου δημιουργίας και λειτουργίας των τοπικών αρχών δημόσιας υγείας ή των υπηρεσιών σε πόλεις και αγροτικές περιοχές. Κατά τις πρώτες δεκαετίες της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας, τα ομόσπονδα κράτη υπερασπίστηκαν την ευθύνη τους για υπηρεσίες δημόσιας υγείας ενάντια σε αρκετές προσπάθειες της ομοσπονδιακής κυβέρνησης να επεκτείνει την επιρροή και την παρέμβασή της στον τομέα αυτό. Ωστόσο, ταυτόχρονα, ένας αυξανόμενος αριθμός ατομικών προληπτικών υπηρεσιών, όπως οι ανοσοποιήσεις και η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και η παροχή συμβουλών, μεταφέρθηκαν από τη δημόσια υγειονομική υπηρεσία σε ιδιωτικούς ιατρούς (Busse & Blümel, 2014).

Πιο συγκεκριμένα το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο και την πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών, της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης, της πρόληψης του εθισμού στα ναρκωτικά και άλλων ουσιών και των πολιτικών πρόληψης, αποκατάστασης και αναπηρίας. Είναι επίσης υπεύθυνο για την ευρωπαϊκή και διεθνή πολιτική στον τομέα της υγείας. Από αυτό και μόνο γίνεται αντιληπτός ο γενικός χαρακτήρας παρέμβασης του παραπάνω οργανισμού.

Η Διάσκεψη των Υπουργών Υγείας των Ομοσπονδιακών Χωρών (Gesundheitsministerkonferenz) είναι η ανώτατη αρχή στον τομέα της υγείας μετά το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας. Είναι ένας σημαντικός φορέας που παρέχει συμβουλές τεχνικού και πολιτικού χαρακτήρα και συντονισμό των θεμάτων και των καθηκόντων της πολιτικής υγείας μεταξύ των ομοσπονδιακών κρατών της χώρας,

μεταξύ άλλων στον τομέα της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών. Η προεδρία του συνεδρίου εναλλάσσεται ετησίως μεταξύ των ομοσπονδιακών κρατών.

Σε πολλά ομοσπονδιακά κράτη η δημόσια υπηρεσία υγείας μεταφέρεται σε επίπεδο δημοτικών αρχών, μια ποικιλομορφία που χαρακτηρίζεται από το κρατικό δίκαιο. Στο Baden-Wuerttemberg και τη Βαυαρία εξακολουθούν να υπάρχουν κρατικές υπηρεσίες υγείας, οι οποίες είναι οργανωτικά ενσωματωμένες στις διοικητικές μονάδες των περιφερειακών γραφείων (Landratsämter).

Στις πόλεις του Αμβούργου και του Βερολίνου λειτουργεί μια διαφορετική οργανωτική δομή, ενώ οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές έχουν συγκεκριμένη νομική σχέση με το κρατικό επίπεδο. Επιπλέον, η κρατική υπηρεσία υγείας έχει μια ισχυρότερη θέση από ό, τι στις πολιτείες της περιοχής.

Ανάλογα με τα ομοσπονδιακά κράτη, υπάρχουν επίσης διάφορες εξειδικευμένες αρχές (π.χ. ιατροδικαστικές υπηρεσίες ή αστυνομικές ιατρικές υπηρεσίες) και κρατικές υπηρεσίες (π.χ. κρατικά υγειονομικά τμήματα, διαγνωστικά εργαστήρια, κρατικά γραφεία εξέτασης) που αποτελούν μέρος της δημόσιας υγειονομικής υπηρεσίας. Περιστασιακά, οι πράξεις δημόσιας υγείας παρέχουν επίσης ευκαιρίες να αναθέσουν την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε τρίτους (Luthe, 2010).

4.5. Χρηματοδότηση-δαπάνες υγείας

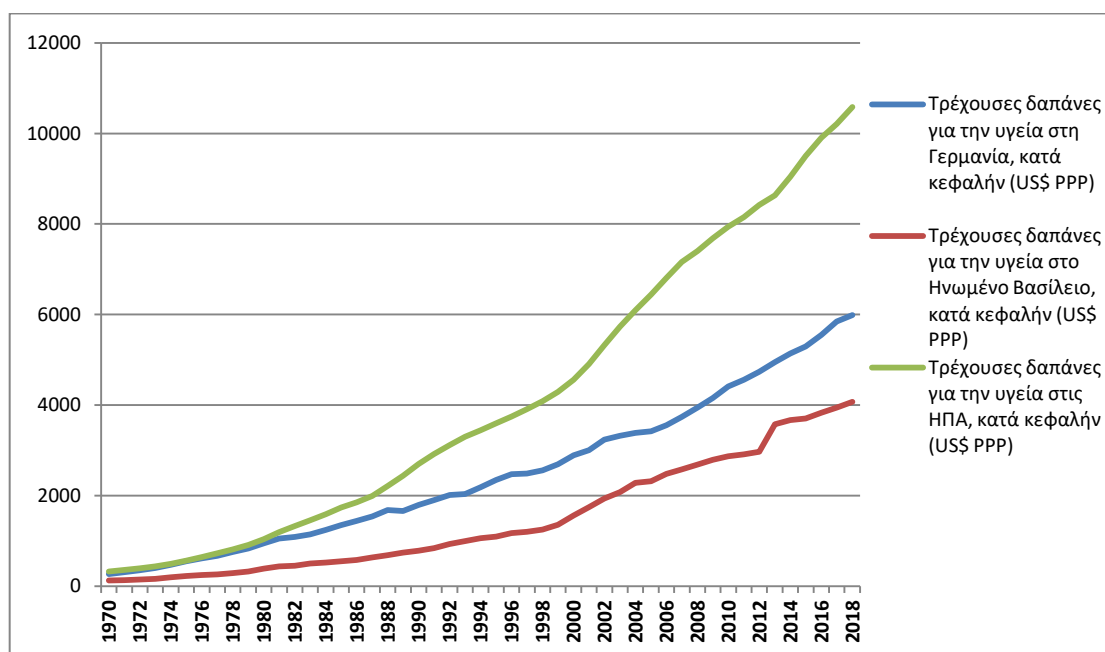
Η δημόσια υγεία χρηματοδοτείται κυρίως από τους δημόσιους προϋπολογισμούς και, σε μικρότερο βαθμό, από τα τέλη που εισπράττονται για ορισμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Τα ομοσπονδιακά κράτη και οι δήμοι φέρουν το κόστος των γραφείων υγείας, ενώ η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αναλαμβάνει το κόστος των διαδόχων της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Υγείας και άλλων ομοσπονδιακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας, επιτυγχάνοντας έτσι μια καλή οργάνωση και διαχείριση των χρηματικών πόρων. Το εθνικό κράτος χρηματοδοτεί επίσης ερευνητικά έργα στον τομέα της δημόσιας υγείας. Μπορούν να εφαρμοστούν ανάμεικτες μέθοδοι χρηματοδότησης για προγράμματα δημόσιας υγείας που συνδέονται με προγράμματα όπως οι "υγιείς πόλεις" που λαμβάνουν οικονομική ενίσχυση από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Οι ιδιωτικές πληρωμές για

υπηρεσίες δημόσιας υγείας είναι περιορισμένες και πραγματοποιούνται κυρίως για την απόκτηση πιστοποιητικών υγείας για θέσεις εργασίας ή επιχειρήσεις.

Σύμφωνα με την Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία, οι δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας ως μέρος των συνολικών δαπανών για την υγεία στη Γερμανία ανήλθαν σε 3,27% το 2015, ποσοστό που παρέμεινε σχετικά σταθερό τα τελευταία χρόνια. Η προστασία της υγείας και η προαγωγή της υγείας ήταν οι δύο κύριες κατηγορίες δαπανών, ακολουθούμενες από την έγκαιρη ανίχνευση ασθενειών.

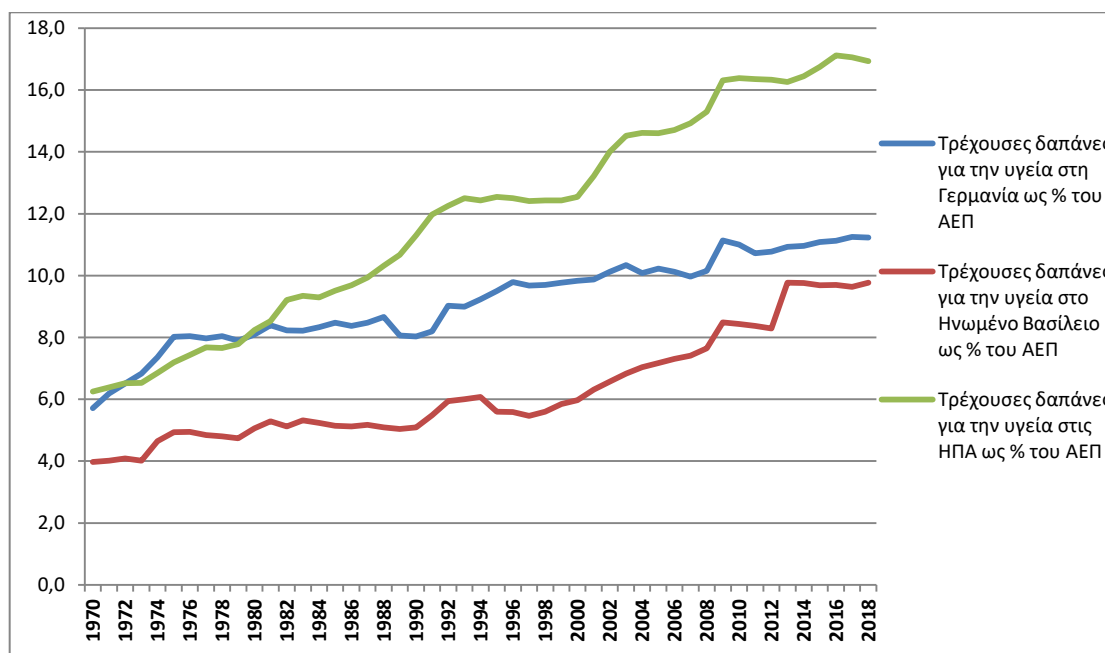
Ο προϋπολογισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας εξαρτάται από το καθεστώς τους είτε ως κρατική αρχή είτε ως δημοτική αρχή ή υπηρεσία. Το μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού χρησιμοποιείται για την κάλυψη του κόστους προσωπικού, ενώ ένα μικρό ποσοστό κατανέμεται για τα υλικά έξοδα. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές και οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας λαμβάνουν τον προϋπολογισμό τους από τον δήμο, την περιφέρεια ή το κράτος στο οποίο ανήκουν διοικητικά ή ως οργανωτική μονάδα. Οι ετήσιοι προϋπολογισμοί διαπραγματεύονται κάθε χρόνο με την επιτροπή προϋπολογισμού του δήμου ή με το επόμενο υψηλότερο διοικητικό επίπεδο. Οι διαπραγματεύσεις αυτές βασίζονται σε παράγοντες όπως η ενοποίηση του προϋπολογισμού και οι προδιαγραφές στις εκτιμήσεις του προϋπολογισμού.

Στα γραφήματα που ακολουθούν αποτυπώνεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας στη Γερμανία:



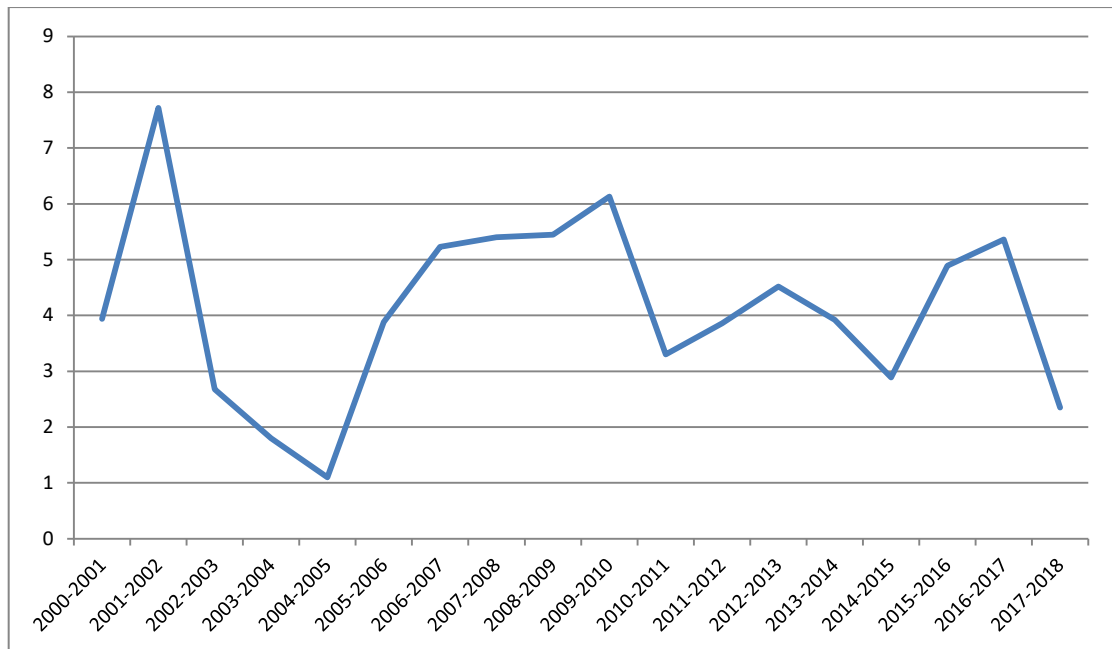
ΓΡΑΦΗΜΑ 24 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ, ΣΕ ΙΣΟΤΙΜΙΕΣ ΑΓΟΡΑΣΤΙΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ ΔΟΛΛΑΡΙΩΝ ΗΠΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Στο γράφημα 24 μπορούμε να παρατηρήσουμε μια αύξηση των συνολικών δαπανών για την κατά κεφαλήν υγεία από τη δεκαετία του '70. Η αύξηση αυτή φαίνεται να είναι πολύ σημαντική τόσο για τη Γερμανία, όσο και για τις άλλες δύο περιπτώσεις, δηλαδή αυτή των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και του Ηνωμένου Βασιλείου.



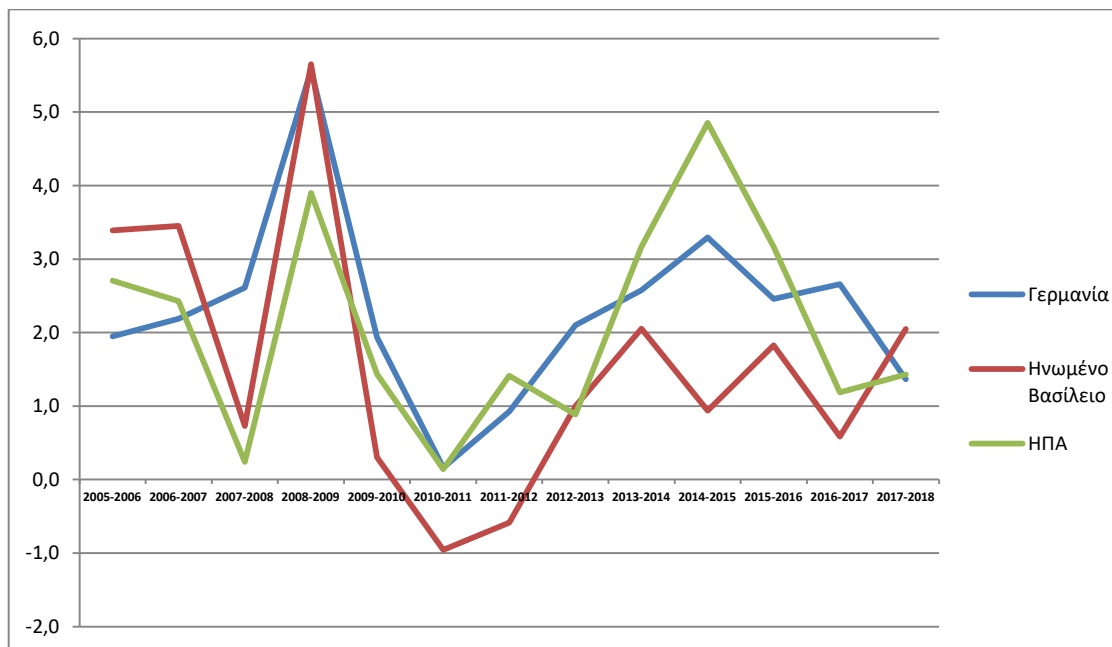
ΓΡΑΦΗΜΑ 25 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Στο διάγραμμα 25 κατά την περίοδο 1989-1990 (δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για το 1991) μπορούμε να παρατηρήσουμε μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) που μπορεί να οφείλεται σε ιστορικούς λόγους (η επανένωση της Γερμανίας μπορεί να είχε οδηγήσει στην κατανομή πόρων από την υγεία στη διαδικασία κάλυψης από την Ανατολική προς τη Δυτική Γερμανία). Ακόμα και σήμερα, το κόστος της επανένωσης καταναλώνει το 4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Γερμανίας ετησίως.



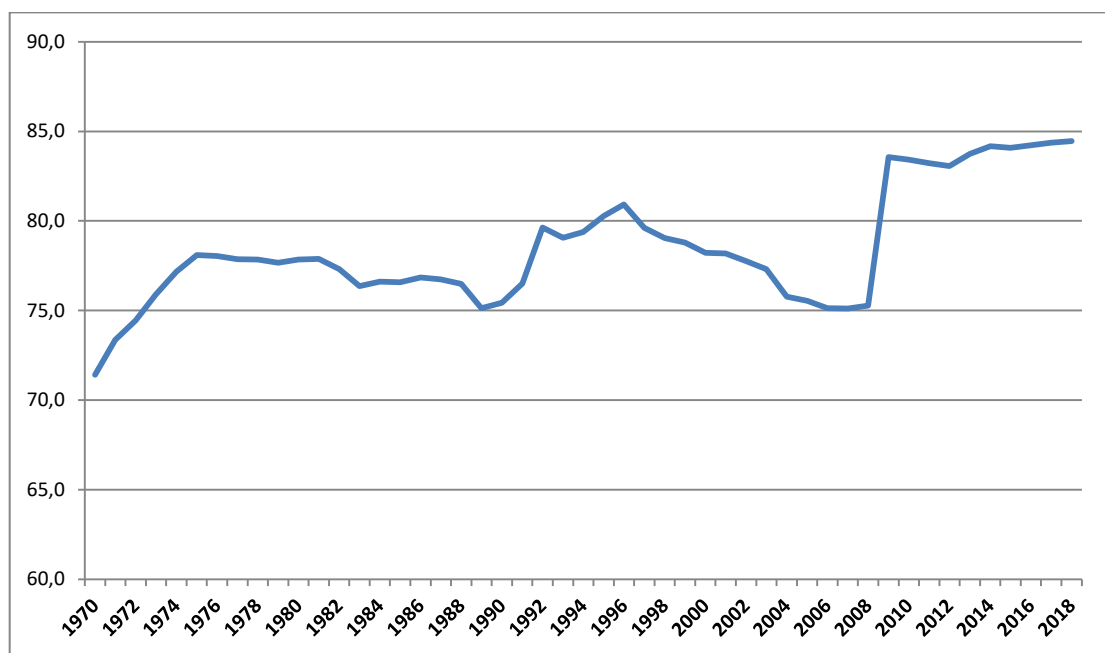
ΓΡΑΦΗΜΑ 26 ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑΚΕΦΑΛΗΝ, ΩΣ US\$ PPP) ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ. ΠΗΓΗ (OECD)

Παρά την κρίση του ευρώ, οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν στην πραγματικότητα έως το 2010, οπότε και ακολούθησαν διάφορες φάσεις οι οποίες οδηγούσαν στην περιστασιακή αύξηση και μείωση του ρυθμού μεταβολής. Η μόνη εξαίρεση συνέβη μεταξύ του 2003 και του 2004, όπου ο δείκτης αυτός μειώθηκε κατά πολύ.



ΓΡΑΦΗΜΑ 27 ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ, ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥΣ ΟΡΟΥΣ. ΠΗΓΗ (OECD)

Από το παραπάνω γράφημα φαίνεται πως οι δαπάνες υγείας της Γερμανίας κυμάνθηκαν σε πλαίσια σύμφωνα αύξησης με τις άλλες δυο χώρες που παρουσιάζονται, δηλαδή τις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο ρυθμός μειώθηκε κατά πολύ με το ξέσπασμα της κρίσης το 2009-2010 έως και το 2011-2012, οπότε και άρχισε να αποκτά και πάλι θετικό πρόσημο, με κάποιες βέβαια μεταβολές.



ΓΡΑΦΗΜΑ 28 ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

Στο γράφημα 28 επίσης παρατηρείται μια απότομη αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών μετά το 1992. Παρόλα αυτά, μετά το 1996, το βάρος της δημόσιας δαπάνης για τις συνολικές δαπάνες (για την υγεία) πλησίασε το 76 %, γεγονός που αντιπροσωπεύει μείωση σε σχέση με τα προηγούμενα 4 χρόνια. Η εισαγωγή της κοινωνικής μακροπρόθεσμης ασφάλισης προκάλεσε αύξηση των δαπανών για την υγεία που οδήγησε σε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης μεταξύ του 1994 και του 1996. Οι συγκρατημένες αυξήσεις των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη το 1997 και το 1998 οφείλονται στις μειώσεις των ωφελημάτων που πέρασαν το 1996 και το 1997.

4.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας αναγνωρίζεται παγκοσμίως για το γεγονός ότι προσφέρει ένα εθνικό πακέτο ασφάλισης υγείας που

είναι πλήρες και καθολικό (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Σχεδόν το 85% των Γερμανών συμβάλλουν στο σύστημα δημόσιας υγείας, ενώ το υπόλοιπο κατέχει ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβολαίων υγείας, όπως αναφέρεται και από τη στατιστική υπηρεσία της χώρας. Αυτό οφείλεται σε μια μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας που χρονολογείται από το 2007, σύμφωνα με την οποία όλοι οι κάτοικοι της Γερμανίας έπρεπε να έχουν ασφάλιση, τουλάχιστον για νοσοκομειακή και εξωτερική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της εγκυμοσύνης και των τακτικών ελέγχων.

Με ένα όλο και πιο δαπανηρό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λόγω του πληθωρισμού στο ιατρικό κόστος και την άνοδο των δημογραφικών στοιχείων, οι πιο πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που περιλαμβάνουν τη νόμιμη ασφάλιση υγείας στη Γερμανία ή τη GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) έχουν ως στόχο τη μείωση του κόστους ασφάλισης υγείας που μπορούν να απαιτήσουν οι πάροχοι της Γερμανίας.

Τα «ταμεία υγείας» ή τα «Gesundheitsfonds» εισήχθησαν για να εισπράξουν και να διανείμουν τα χρήματα που καταβλήθηκαν στην GKV το 2009. Πολλοί πάροχοι ασφάλισης ασθένειας (Krankenkassen) κατέθεσαν πρόταση και πολλοί ισχυρίστηκαν ότι δεν έχουν επαρκείς πόρους. Η απάντηση της κυβέρνησης ήταν να επιτρέψει σε αυτούς τους παρόχους να χρεώνουν τα μέλη τους με ένα ασφάλιστρο για να καλύψουν τα έξοδά τους ή να επιτρέψουν στα μέλη να αλλάξουν πάροχο υπηρεσιών.

Από την 1η Ιανουαρίου 2015, ένας άλλος νόμος τέθηκε σε ισχύ, με μέτρα που καταρτίστηκαν για να παροτρύνουν τα ταμεία υγείας να είναι πιο ανταγωνιστικά. Τα μέλη τους είδαν τα ασφάλιστρα να μειώνονται από 15,5% σε 14,6%. Ωστόσο, καθώς τα ταμεία υγείας επιτρέπεται να χρεώνουν μια επιπλέον προνομή, η οποία έφθασε σε δηλωμένο μέσο όρο 0,9% το 2015, το συνολικό ποσό ανέρχεται στο 15,5%. Το μερίδιο του εργοδότη αυτού του 15,5% καθορίζεται στο 7,3%, αφήνοντας τον εργαζόμενο να πληρώσει το υπόλοιπο 7,2%, συν ένα επιπλέον ποσό για τα κέρδη κάτω από 4,125 ευρώ.

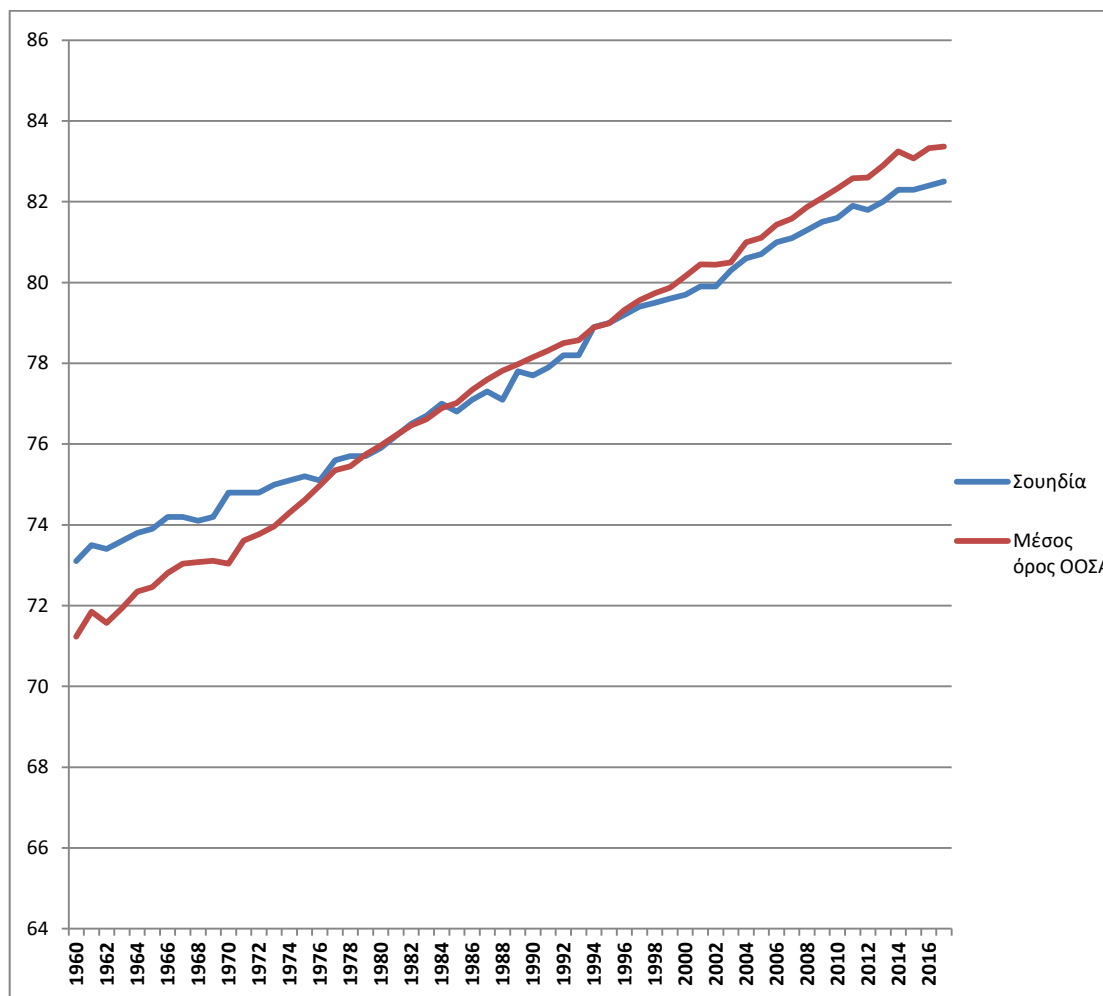
Η σύγκριση των ασφαλιστρών Kassen καθίσταται επιτακτική πριν από την ένταξη στο γερμανικό σύστημα ασφάλισης υγείας. Η χρηματοδότηση θα υποβληθεί σε περαιτέρω μεταρρυθμίσεις στο εγγύς μέλλον, πράγμα που σημαίνει ότι τα ασφάλιστρα ενδέχεται να αυξηθούν ενώ τα οφέλη θα μειωθούν.

Ωστόσο, το GKV, το κρατικό σύστημα ασφάλισης υγείας, είναι μόνο μία από τις τρεις επιλογές που προσφέρονται στους Γερμανούς. Μπορούν επίσης να επιλέξουν το PKV, το οποίο είναι ιδιωτική ασφάλιση υγείας που προσφέρονται από τοπικές ή διεθνείς εταιρείες, ή ένα συνδυασμό αυτών των δύο. Οι αυτοαπασχολούμενοι και / ή οι υψηλότεροι μισθωτοί μπορούν να επιλέξουν πλήρη ιδιωτικά συνταξιοδοτικά προγράμματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ

5.1. Εισαγωγή

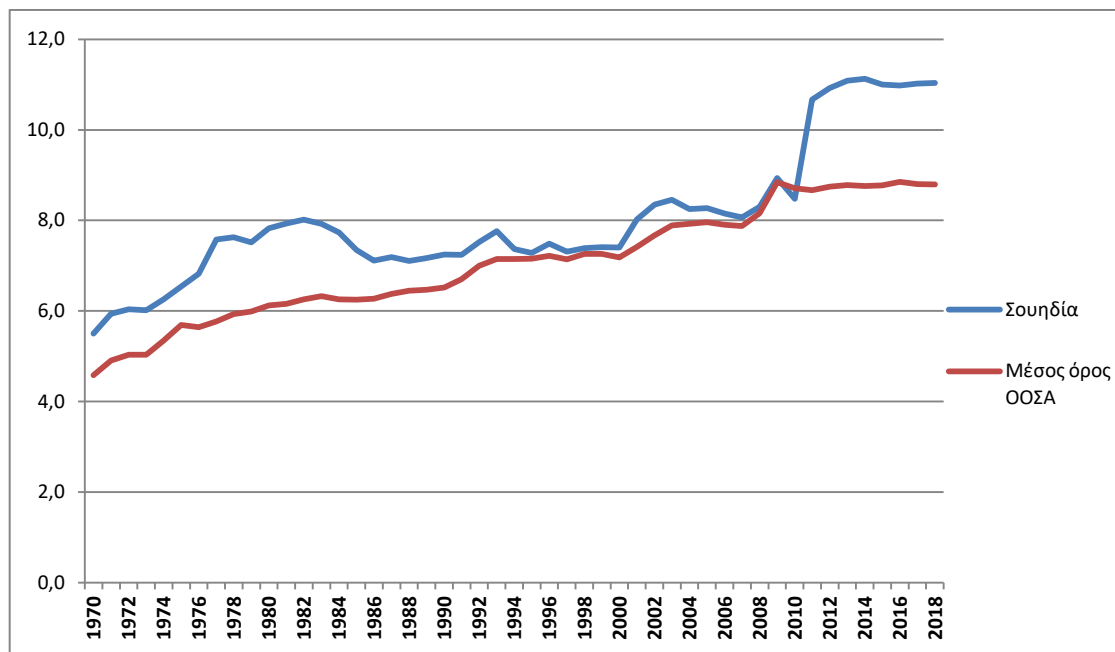
Το προσδόκιμο ζωής στη Σουηδία είναι υψηλό και η χώρα έχει καλές επιδόσεις σε συγκρίσεις που σχετίζονται με τους δείκτες οι οποίοι είναι προσανατολισμένοι στην ασθένεια, στα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην ποιότητα της περίθαλψης.



ΓΡΑΦΗΜΑ 29 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

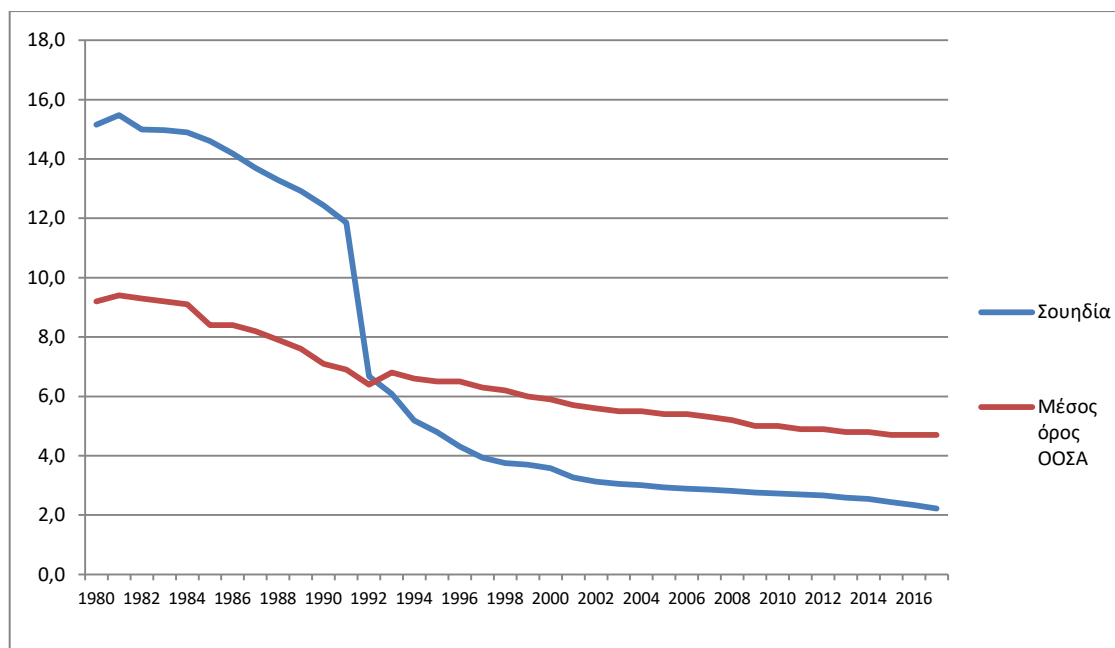
Το σουηδικό σύστημα υγείας έχει δεσμευθεί να διασφαλίζει την υγεία όλων των πολιτών και τηρεί τις αρχές της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της πραγματικής ανάγκης και της αλληλεγγύης και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας, βασιζόμενο έτσι σε έναν πιο σοσιαλδημοκρατικό τρόπο σκέψης. Το κράτος είναι υπεύθυνο για τη γενική πολιτική υγείας, όπως συμβαίνει και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό στα κομητεία και στις περιφέρειες, δίνοντας μεγάλη σημασία στα

οφέλη που προσδίδει η αρχή της αποκέντρωσης. Οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η πλειοψηφία των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας και σχεδόν όλα τα νοσοκομεία ανήκουν στα κομητεία (Annell et al., 2012).

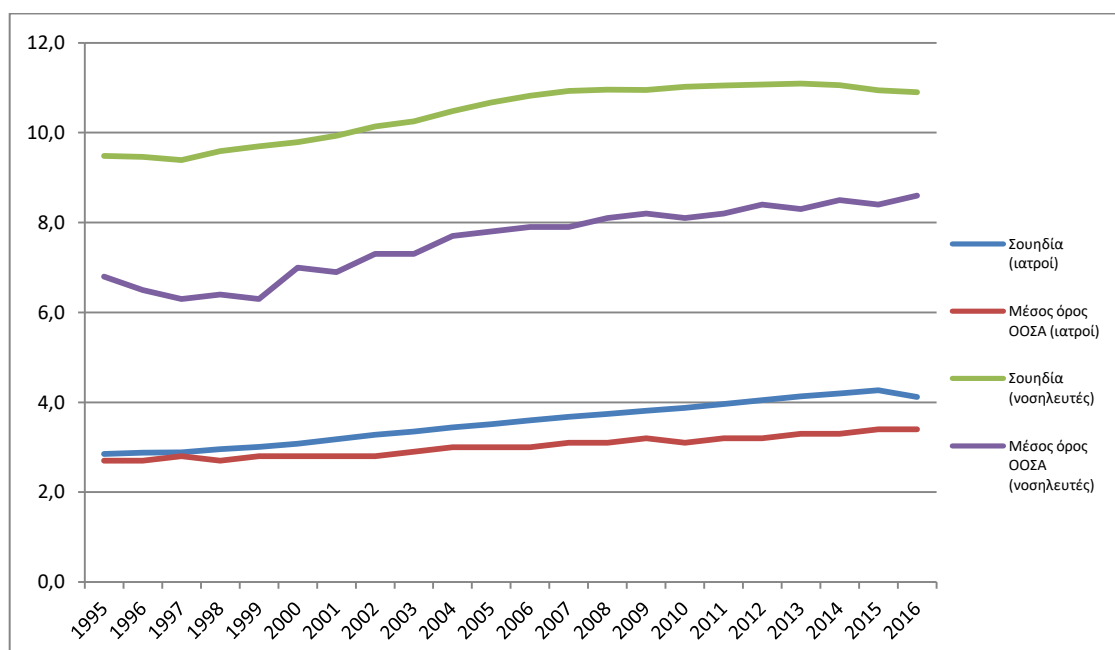


ΓΡΑΦΗΜΑ 30 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΩΣ % ΤΟΥ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟΥ ΕΓΧΩΡΙΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτούνται κυρίως από το φόρο (80%) και αντιστοιχούν στο 11% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) από το 2014 έως και σήμερα. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι ο ρυθμός μεταβολής του ποσοστού αυτού αυξήθηκε κατά 25% περίπου στην διάρκεια του 2010-2011 και σχεδόν κατά 30% (για τα έτη 2010-2015), την ίδια στιγμή που σε πολλές χώρες της Ευρώπης, εξαιτίας της κρίσης ο ρυθμός μεταβολής αυτής της μεταβλητής έπαιρνε αρνητική κλίση. Μόνο περίπου το 4% του πληθυσμού έχει εθελοντική ασφάλιση υγείας. Τα τέλη χρήσης καλύπτουν περίπου το 17% των δαπανών για την υγεία και επιβάλλονται σε επισκέψεις σε επαγγελματίες, νοσηλεία και φάρμακα. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών οξείας περίθαλψης είναι χαμηλότερος από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ενώ και ο δείκτης των νοσοκομειακών κλινών (ανά πληθυσμό 1000 ατόμων) είναι μικρότερος από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ τέλος διαθέτει περισσότερους ανθρώπινους πόρους στον τομέα της υγείας από ό, τι οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ (Annell et al., 2012). Αυτό φαίνεται ενδεικτικά και παρακάτω στο διάγραμμα 25.



ΓΡΑΦΗΜΑ 31 ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΑΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ 1000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 32 ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ) ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Στο παρελθόν, η ‘‘αχίλλειος πτέρνα’’ της σουηδικής υγειονομικής περίθαλψης περιλάμβανε μεγάλους χρόνους αναμονής για διάγνωση και θεραπεία και, πιο πρόσφατα, αποκλίσεις στην ποιότητα της περίθαλψης μεταξύ περιφερειών και κοινωνικοοικονομικών ομάδων, πράγμα που σήμαινε πως το σύστημα υγείας της

χώλαινε στο θέμα της ισότητας και πιο συγκεκριμένα της γεωγραφικής. Η αντιμετώπιση των μεγάλων χρόνων αναμονής παραμένει βασικός στόχος πολιτικής παράλληλα με τη βελτίωση της πρόσβασης στους παρόχους υπηρεσιών. Οι πρόσφατες κύριες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας κατά την τελευταία δεκαετία αφορούν: τη συγκέντρωση των υπηρεσιών των νοσοκομείων, και την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των συγχωνεύσεων, τη βελτίωση της συντονισμένης φροντίδας, την αυξανόμενη επιλογή, τον ανταγωνισμό και τις ιδιωτικοποιήσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, την ιδιωτικοποίηση και τον ανταγωνισμό στον τομέα των φαρμακείων, την αλλαγή των πληρωμών και την αύξηση της προσοχής στη δημόσια σύγκριση των δεικτών ποιότητας και αποτελεσματικότητας, την αξία των επενδύσεων στην υγειονομική περίθαλψη και την ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών. Οι μεταρρυθμίσεις εισάγονται συχνά σε τοπικό επίπεδο, επομένως το πρότυπο των μεταρρυθμίσεων ποικίλλει από την τοπική κυβέρνηση, παρόλο που συνήθως συμβαίνει να υπάρχει μιμητική συμπεριφορά (Annell et al., 2012).

5.2. Διοικητική οργάνωση και δομή

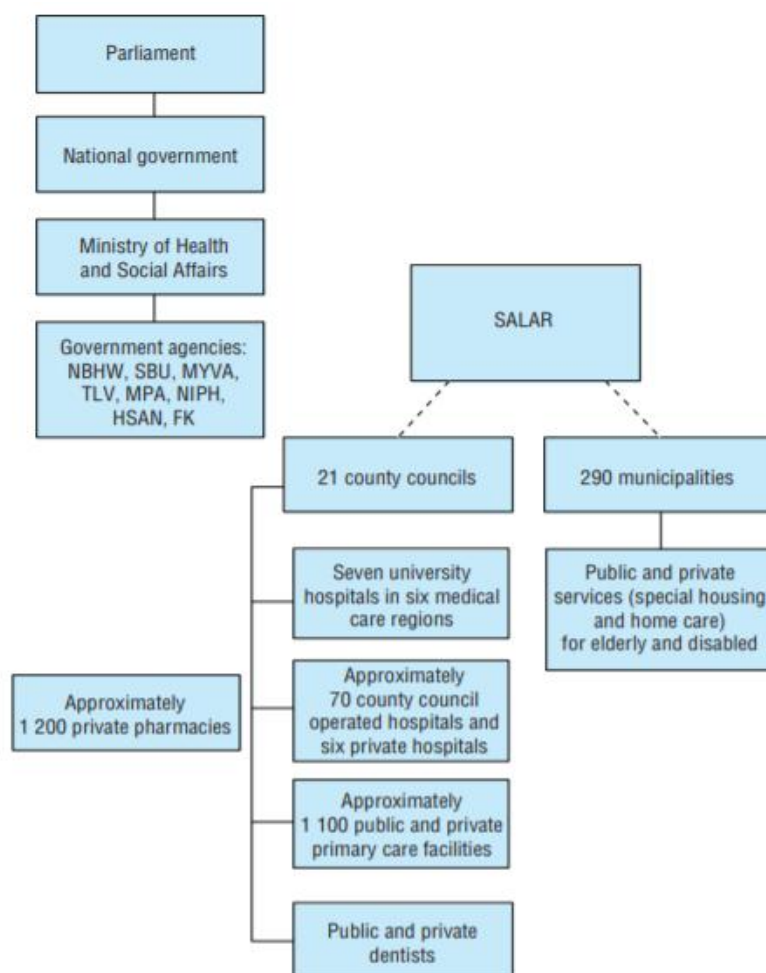
Η Σουηδία ενέκρινε το 2003 μια συνολική-εθνική πολιτική για τη δημόσια υγεία, η οποία κάνει ιδιαίτερη αναφορά στο γεγονός ότι οι δημόσιες αρχές θα πρέπει να καθοδηγούνται πλέον από 11 στόχους, οι οποίοι θα καλύπτουν τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας του πληθυσμού. Από το 2005, υπάρχει στη Σουηδία νέα εγγύηση περίθαλψης, η οποία στοχεύει στην

- ενίσχυση της θέσης του ασθενούς,
- στη βελτίωση της προσβασιμότητας και
- στην εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε φροντίδα σε διάφορα μέρη της χώρας.

Η εγγύηση βασίζεται στην άμεση επαφή (μηδενική καθυστέρηση) με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για διαβούλευση, με το να μπορεί να δει ο ασθενής έναν γενικό ιατρό εντός συγκεκριμένου χρόνου (επτά ημερών), διαβούλευση με έναν ειδικό εντός 90 ημερών και δεν περιμένει κανείς περισσότερο από 90 ημέρες μετά τη διάγνωση για να λάβει θεραπεία. Από τον Ιούλιο του 2010, η εγγύηση

ρυθμίζεται από το νόμο και περιλαμβάνει όλη την επιλεκτική φροντίδα στα συμβούλια των κομητειών (Annell et al., 2012).

Η οργάνωση και η δομή του σουηδικού συστήματος υγείας απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα:



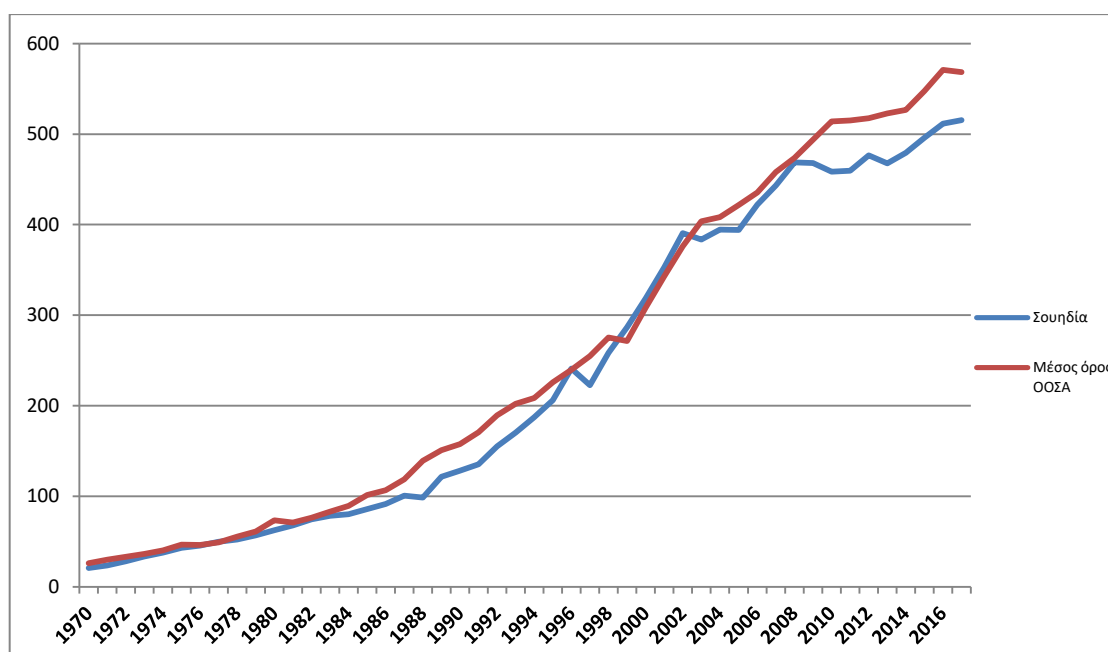
ΕΙΚΟΝΑ 16 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ ΠΗΓΗ: ANELL ET AL., 2012

5.3. Κύριες μεταρρυθμίσεις

Ένας σημαντικός στόχος των διαρθρωτικών αλλαγών στη σουηδική υγειονομική περίθαλψη από τη δεκαετία του 1990 ήταν η μετάβαση από τη νοσοκομειακή περίθαλψη προς την εξωτερική περίθαλψη στα νοσοκομεία και στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντίστοιχα. Ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των πόρων που διατίθενται για ιατρικές υπηρεσίες έχει διατεθεί για την παροχή φροντίδας και θεραπείας σε νοσοκομειακό επίπεδο. Περίπου τα δύο τρίτα των

Νομαρχιακών Νοσοκομείων είναι νοσοκομεία οξείας φροντίδας, όπου προσφέρεται φροντίδα 24 ώρες το 24ωρο και επτά ημέρες την εβδομάδα και αντιπροσωπεύεται μεγαλύτερος αριθμός κλινικών εμπειρογνομώνων απ'ό, τι σε τοπικά νοσοκομεία με πιο περιορισμένες οξείες υπηρεσίες. Υπάρχει ένα ιδιωτικό νοσοκομείο οξείας φροντίδας στη χώρα.

Αρκετά τοπικά νοσοκομεία έχουν μετατραπεί σε εξειδικευμένα νοσοκομεία από τα μέσα της δεκαετίας του '90, προσφέροντας θεραπείες σε μια ευρύτερη γεωγραφική περιοχή, αλλά χωρίς γενικές υπηρεσίες. Ιδιαίτερα εξειδικευμένη φροντίδα παρέχεται στα επτά δημόσια πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Υπάρχουν περίπου 1200 φαρμακεία σε όλη τη χώρα, διανέμοντας συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στον πληθυσμό και στα νοσοκομεία και σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Μετά την αναδιοργάνωση της αγοράς φαρμακείων το 2009, ο αριθμός των φαρμακείων αυξήθηκε κατά 20% και μια σειρά ανταγωνιστικών εθνικών αλυσίδων κυριαρχούν στην αγορά (Annell et al., 2012).



ΓΡΑΦΗΜΑ 33 ΟΙ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ (ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ) ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΗ ΔΙΑΡΚΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ (ΣΕ US\$ PPP) ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

Υπάρχει ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά γενικά χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας και υπάρχουν πάνω από 1100 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλη τη χώρα. Σε αντίθεση με πολλές

άλλες χώρες, ωστόσο, η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν έχει επίσημη λειτουργία εισαγωγής σε άλλες βαθμίδες υγείας στην πλειοψηφία των κομητειακών συμβουλίων. Η ευθύνη για τη διεξαγωγή διατομεακής παρακολούθησης και αξιολόγησης της εθνικής πολιτικής δημόσιας υγείας ανήκει στο Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (Folkhälsoinstitutet) (Annell et al., 2012).

Οι στρατηγικές επιλογές του συστήματος υγείας καθορίζονται κεντρικά, ωστόσο εντοπίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στις (21) διαφορετικές Περιφέρειες στις οποίες τα αντίστοιχα περιφερειακά όργανα έχουν αποφασιστική αρμοδιότητα, ειδικότερα αναφορικά με τις σχέσεις που αναπτύσσονται με ιδιωτικούς οργανισμούς-παρόχους υπηρεσιών. Συνολικά, εντοπίζονται επτά άξονες αλλαγών κατά την τελευταία δεκαετία στο σύστημα υγείας της χώρας. Με στόχο την εξοικονόμηση πόρων, την ένταση της εξειδίκευσης και την προσαρμογή στις νέες υφιστάμενες αλλά και αναμενόμενες απαιτήσεις για υπηρεσίες υγείας, τόσο σε έκτακτα περιστατικά όσο και στις μακροχρόνιες θεραπείες προωθήθηκε η συγκέντρωση υπηρεσιών στις δευτεροβάθμιες νοσοκομειακές μονάδες ώστε να δίνεται και η δυνατότητα να καταγράφονται οι ανάλογες ανάγκες.

Κατά τη διάρκεια της πολιτικής διαβούλευσης για τον περιορισμό του αριθμού των Περιφερειών, μέσω συνενώσεων, συζητήθηκε και η αντίστοιχη συνένωση νοσοκομειακών μονάδων. Παρότι η διαδικασία αυτή δεν τελεσφόρησε, έχει τροφοδοτήσει δομές και διαδικασίες συνεργασίας μεταξύ μονάδων διαφορετικών Περιφερειών.

Επίσης θέτοντας στο επίκεντρο την αναβάθμιση των υπηρεσιών φροντίδας των ηλικιωμένων, η κεντρική κυβέρνηση με θεσμικές και χρηματοδοτικές πρωτοβουλίες και παρεμβάσεις υποστήριξε τη συνεργασία Περιφερειακών αρχών με τους Δήμους ενισχύοντας τη διασύνδεση των δομών που έχουν υπό την ευθύνη τους.

Ακόμη έγινε προσπάθεια διεύρυνσης της δυνατότητας επιλογής του παρόχου από τον χρήστη, μεταξύ δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων. Στο πλαίσιο αυτό εντοπίζονται και τα κύρια χαρακτηριστικά της αναβάθμισης του ποσοστού εμπορευματοποίησης των παροχών ή αντίστροφα της υποχώρησης του δημόσιου τομέα από την παροχή υπηρεσιών. Το πλαίσιο για την τάση αυτή διαμορφώθηκε τόσο από ενέργειες της κεντρικής κυβέρνησης όσο και των Περιφερειακών αυτοδιοικήσεων.

Σημαντικό γεγονός είναι επίσης και η αναδιάρθρωση στο πεδίο της εμπορίας των φαρμάκων με την ιδιωτικοποίηση του 50% των φαρμακείων που ανήκαν στην Εθνική Επιχείρηση Σουηδικών Φαρμακείων (National Corporation of Swedish Pharmacies) και την απελευθέρωση της εμπορίας προϊόντων ΟΤ.С. Με την ιδιωτικοποίηση των εμπορικών σημείων καθώς και την αύξηση των αδειών εμπορίας προωθήθηκε ο ανταγωνισμός στον τομέα της εμπορίας φαρμάκου. Σημαντική υπήρξε και η κίνηση προώθησης της χρήσης των γενεσίμων φαρμάκων σε δύο φάσεις, η πρώτη το 2002 και η δεύτερη το 2009. Η προώθηση επίσης των εγγυήσεων από την πλευρά των δημόσιων παρόχων υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη των αναγκών των ληπτών, εντός προκαθορισμένου χρονικού περιθωρίου, ανάλογα με το είδος της ανάγκης και το αίτημα τους (Thompson et al., 2012).

Στο σύνολο των αλλαγών και ευρύτερα της λειτουργίας του συστήματος υγείας, στο επίκεντρο βρίσκονται οι Περιφερειακές αρχές, αφού δίνεται η δυνατότητα καινοτομίας και ευελιξίας στις πολιτικές που επιλέγουν να ακολουθήσουν. Η συνεργασία με το κράτος και τους κεντρικούς φορείς είναι σημαντική αφού οι κεντρικοί άξονες της πολιτικής και του χαρακτήρα του συστήματος ρυθμίζονται κεντρικά από την κυβέρνηση. Ωστόσο αναζητώντας τις τάσεις και τις αντιδράσεις του συστήματος είναι ενδιαφέρον να τις εντοπίζει κανείς στις επιμέρους Περιφερειακές πολιτικές όπου αναδεικνύονται οι προοπτικές του συστήματος (Kamper-Jorgensen, 2008).

5.4. Αποκέντρωση

Η Σουηδία χωρίζεται σε 290 δήμους και 20 κομητείες. Η σουηδική υγειονομική περίθαλψη είναι αποκεντρωμένη και την ευθύνη φέρουν τα συμβούλια των κομητειών και, σε ορισμένες περιπτώσεις, τα τοπικά συμβούλια ή οι τοπικές κυβερνήσεις, πράγμα που βοηθά, όπως ήδη έχει τονιστεί στην καλύτερη καταγραφή των αναγκών. Αυτό ρυθμίζεται από τον Νόμο περί Υγείας και Ιατρικής Υπηρεσίας. Ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης είναι να καθιερώνει αρχές και κατευθυντήριες γραμμές και να θέτει την πολιτική ατζέντα για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη.

Η σουηδική πολιτική θέτει στο επίκεντρο το γεγονός ότι κάθε επαρχιακό συμβούλιο πρέπει να παρέχει στους κατοίκους ιατρική περίθαλψη καλής ποιότητας και να εργάζεται για την προώθηση της καλής υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό. Από το 2019, τα συμβούλια των δήμων καλύπτουν επίσης το κόστος οδοντιατρικής

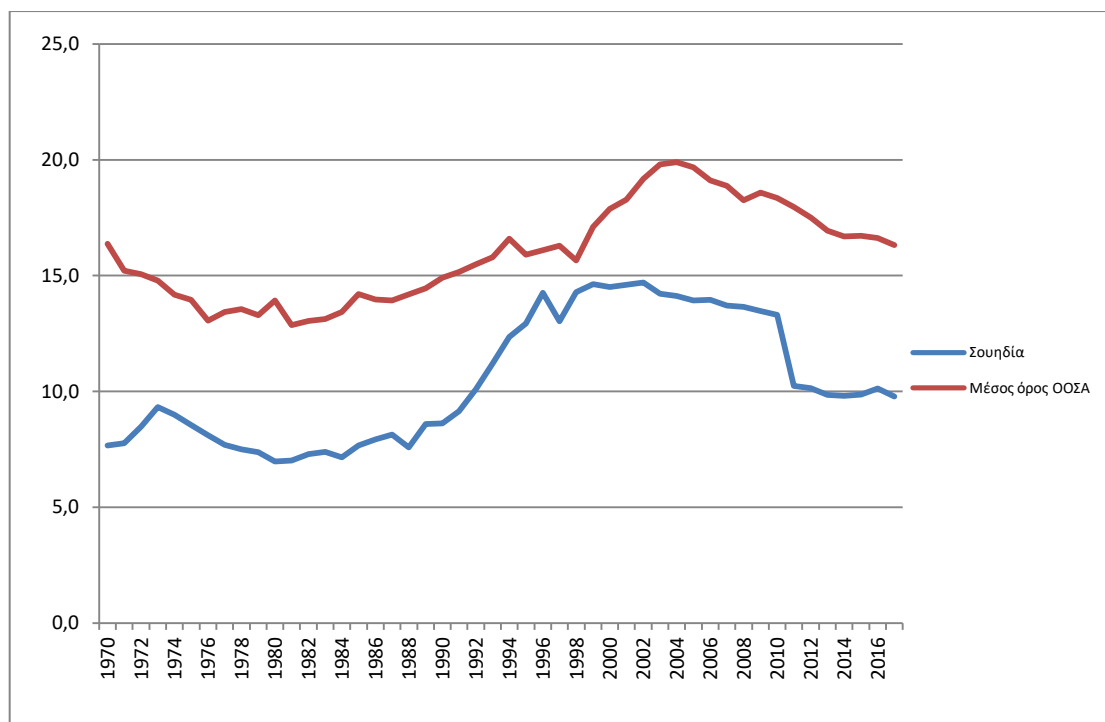
περίθαλψης για τους κατοίκους της περιοχής μέχρι την ηλικία των 23. Η οδοντιατρική περίθαλψη από την ηλικία των 24 ετών επιδοτείται από το κράτος.

Οι δήμοι της Σουηδίας είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι ή σε ειδικά καταλύματα. Τα καθήκοντά τους περιλαμβάνουν επίσης τη φροντίδα για άτομα με σωματικές ή/και ψυχολογικές διαταραχές και την παροχή υποστηρίξις-υπηρεσιών για άτομα που απελευθερώνονται από νοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και για τη σχολική υγειονομική περίθαλψη (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>).

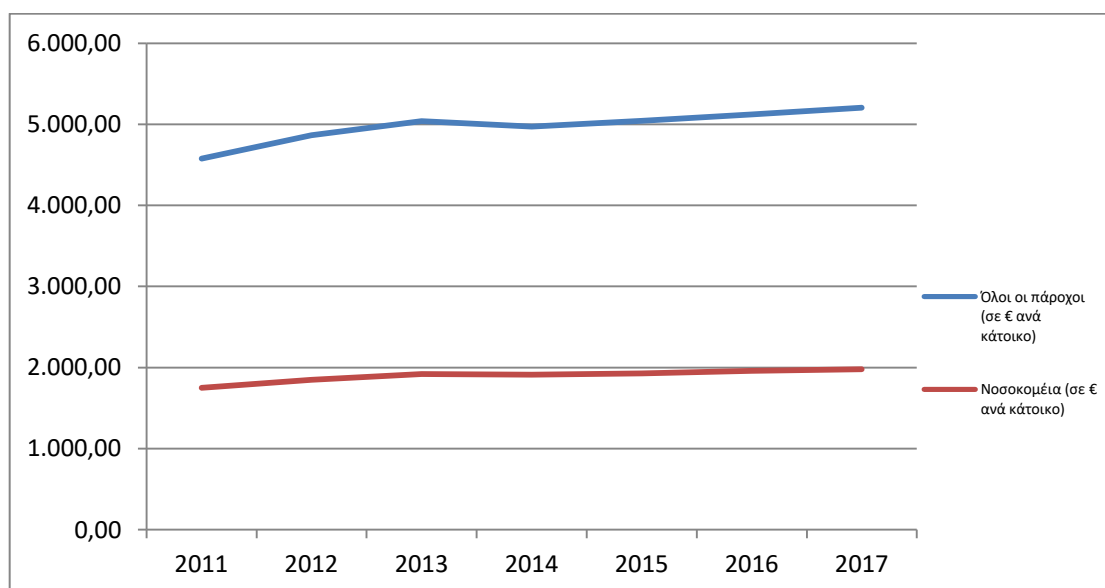
Το μεγαλύτερο μέρος των εργασιών στον τομέα της δημόσιας υγείας καθώς και άλλες εργασίες που σχετίζονται με την υγεία διεξάγονται σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο στη Σουηδία. Τα νομαρχιακά συμβούλια διαχειρίζονται τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι δήμοι διαχειρίζονται περιοχές όπως τα υποχρεωτικά συστήματα υγείας σε μεταβατικό στάδιο και την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, την προσχολική ηλικία, τη φροντίδα ηλικιωμένων, τους δρόμους και το νερό, τα απόβλητα και τέλος την ενέργεια.

5.5. Χρηματοδότηση-δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες του συστήματος υγείας καλύπτονται κατά κύριο λόγο από τους φόρους στο εθνικό επίπεδο, ενώ σημαντικό μερίδιο έχει η ευρύτερη συμμετοχή του κράτους, μέσω της αξιοποίησης δημόσιων πόρων. Ακόμη, οι δαπάνες υγείας όπως προκύπτουν από τα διαθέσιμα δεδομένα της στατιστικής υπηρεσίας της Σουηδίας για το έτος 2009 κινούνται στο 13,5%, όσον αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, ποσό το οποίο έχει περιοριστεί κατά 27,4% από το 2009 στο 2017 (OECD), όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα.



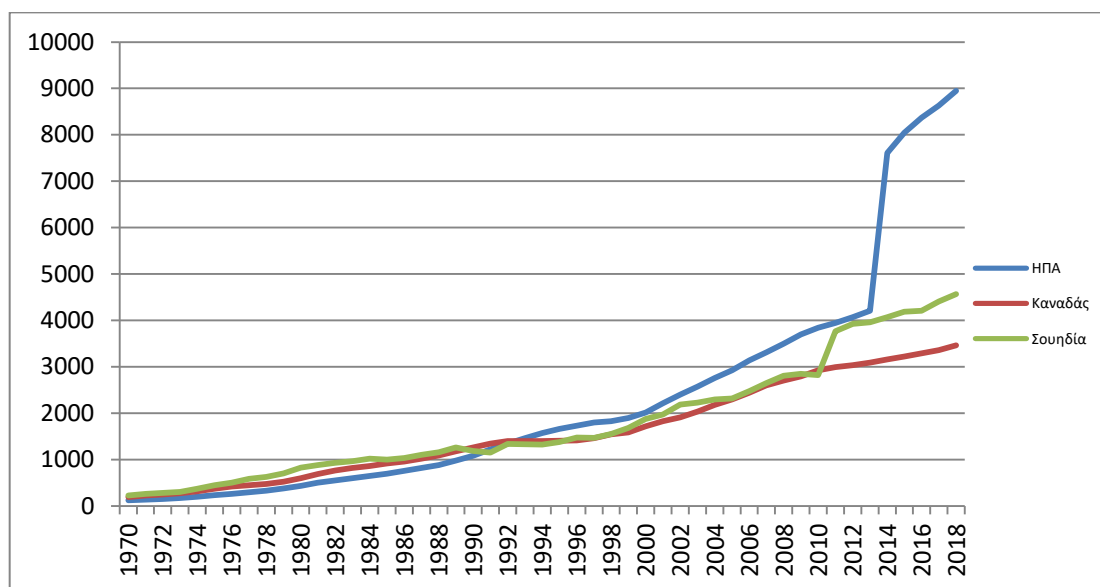
ΓΡΑΦΗΜΑ 34 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ) ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΗ ΔΙΑΡΚΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ, ΩΣ % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 35 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ. ΠΗΓΗ (EUROSTAT)

Σχετικά με τις άλλες δαπάνες παρατηρούμε την εξωνοσοκομειακή φροντίδα να καλύπτει το 15,2% της συνολικής δαπάνης, ενώ ένα περίπου 3,6% αφορά δαπάνες για την πρόληψη και την προστασία του γενικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, η πρωτοβάθμια φροντίδα αύξησε τη συμμετοχή της στο σύνολο των δαπανών περί το 14% κατά την πενταετία 2004-09. Η αύξηση των δαπανών στη

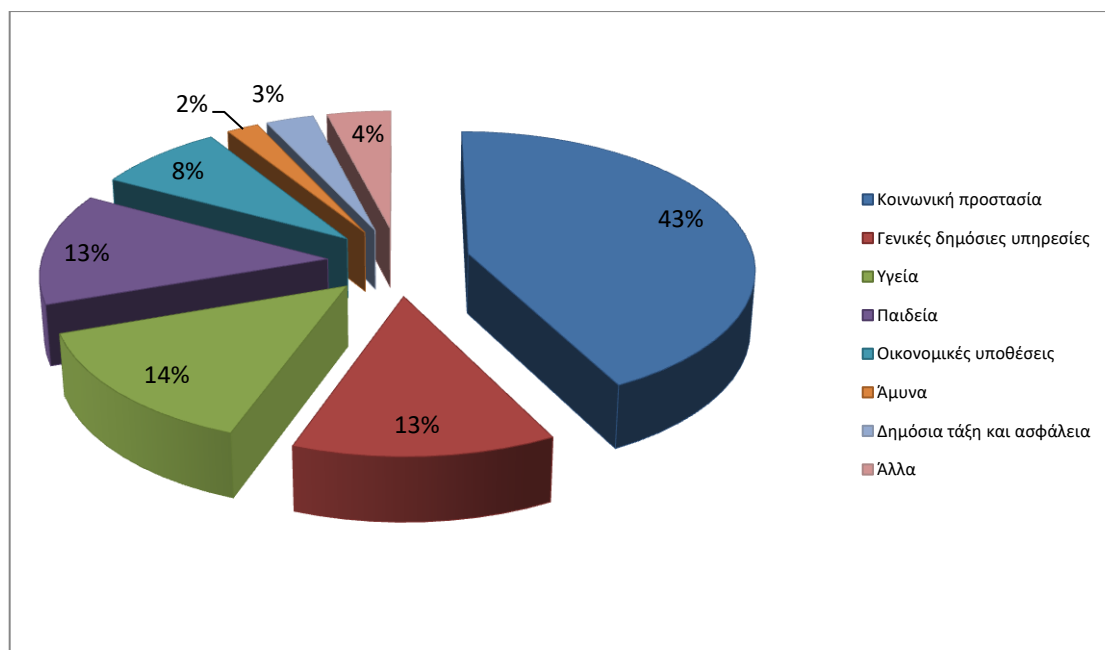
Σουηδία έχει φτάσει σε τέτοιο σημείο που το 2010 το σύστημα υγείας της έφτασε ν' απορροφά 1420 δολάρια κατά κεφαλή, καθιστώντας το από άποψη δαπανών, το τρίτο παγκοσμίως μετά από αυτό του Καναδά και των ΗΠΑ (Anell et al., 2012). Βέβαια όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα πλέον η Σουηδία ξεπέρασε τον Καναδά στις δαπάνες της δημόσιας και υποχρεωτικής υγείας (σε κατά κεφαλή δαπάνη, σε US\$ PPP).



ΓΡΑΦΗΜΑ 36 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ. ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ (ΣΕ US\$ PPP). ΠΗΓΗ (OECD)

Οι ιδιωτικές δαπάνες ρυθμίζονται τόσο στο επίπεδο της Περιφέρειας όσο και στο επίπεδο του κράτους (Glenngard, 2015). Το τελευταίο ουσιαστικά αποτελεί τον εγγυητή του χαρακτήρα του συστήματος ορίζοντας τις μέγιστες ιδιωτικές δαπάνες και αναλαμβάνοντας, όπως φάνηκε και παραπάνω, την υποστήριξη του συστήματος μέσω του κεντρικού φορολογικού μηχανισμού λειτουργώντας προς όφελος των πλέον αδύναμων ομάδων. Λειτουργεί και στο πεδίο της υγείας ένα σαφές δίκτυο ασφάλειας το οποίο ωστόσο συνδέεται με υψηλής ποιότητας παροχές. Το σύστημα υγείας με λίγα λόγια στη Σουηδία στηρίζεται στο εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο προσιδιάζει στο μοντέλο Beveridge και περιστρέφεται γύρω από μια μορφή περιφερειακής οργάνωσης.

Η TVL παρακολουθεί τις τιμές και τη χρήση των γενοσήμων προκειμένου το σύστημα να χρεώνεται με τη χαμηλότερη τιμή ανά δραστική ουσία. Η επιτροπή ΜΡΑ καθορίζει ποια είναι αυτά που αντικαθίστανται με τα γενόσημα. Κατά την τελευταία δεκαετία οι δαπάνες για τα φάρμακα συνδέονται με τις εξελίξεις στις τιμές των πρωτοτύπων και τη χρήση των γενοσήμων αλλά ως σύνολο δεν έχει εντυπωσιακές μεταβολές.



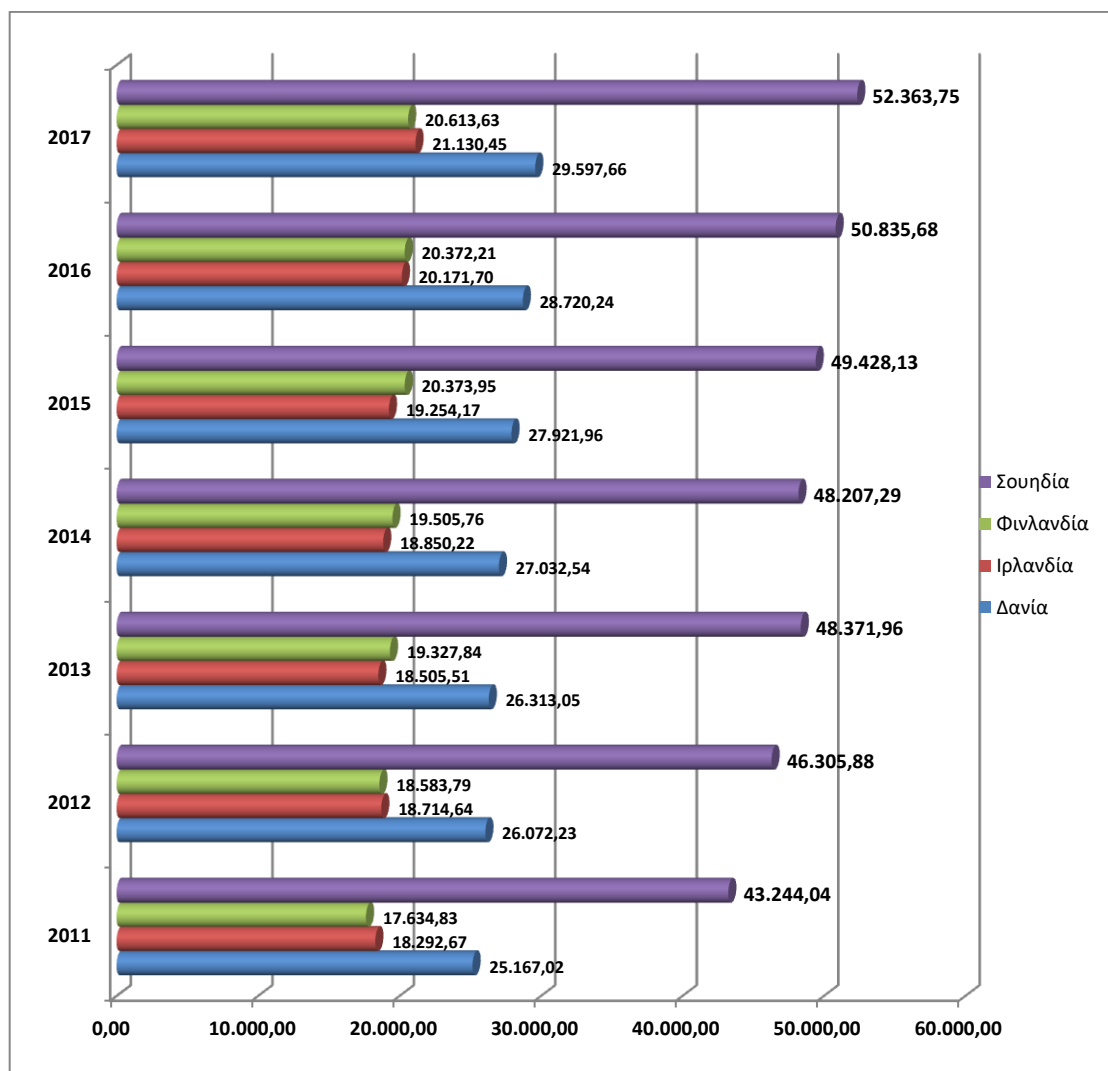
ΓΡΑΦΗΜΑ 37 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ (ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ). ΠΗΓΗ (SWEDEN-SVERIGE)

Αναφορικά με την κωδικοποίηση των πράξεων που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει αναπτυχθεί ένας αναλυτικός κατάλογος με βάση το ICD-10 προσαρμοσμένο στις ενέργειες της ΠΦΥ και σε συνεργασία με το προηγούμενο σύστημα KSH97-P. Η διαδικασία χρησιμοποιείται συνδυαστικά με το SNOMED CT το οποίο κρίνεται ως περισσότερο ευέλικτο. Παρά τη χρήση αναλυτικών κωδικοποιήσεων για κάθε πράξη δεν καταγράφονται τιμές. Αυτό που διασφαλίζεται από το σύστημα της συμμετοχής των χρηστών είναι οι ανώτερες τιμές τις οποίες ενδέχεται να χρεωθεί ο χρήστης κάθε υπηρεσίας. Επιπλέον, ενδιαφέρον έχει να επισημανθεί ότι υπάρχει πρόνοια ειδικά για τους νέους κάτω των 20 ετών. Προσθετικά αναφέρεται ότι παρά τη μετάφραση του ICPC-2 στη σουηδική γλώσσα, δεν εντοπίζεται σήμερα η χρήση του (Porter et al., 2014).

Χώρες	Ποσοστό
Βέλγιο	10,61
Δανία	10,87
Φιλανδία	8,95
Γαλλία	11,52
Ιρλανδία	8,71
Ιταλία	9,25
Λουξεμβούργο	7,29

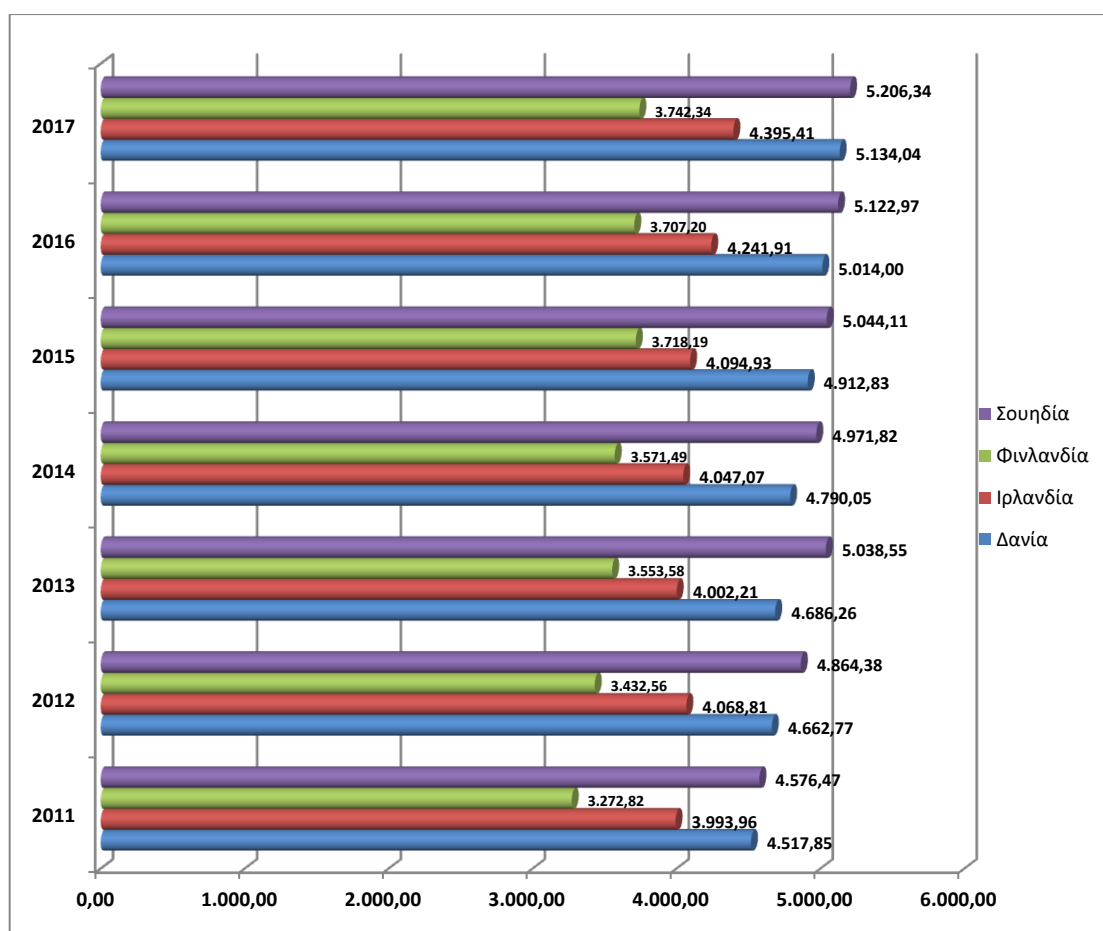
Ολλανδία	12,10
Νορβηγία	9,28
Πορτογαλία	10,23
Ισπανία	9,44
Ηνωμένο Βασίλειο	9,23
Σουηδία	9,49
Γερμανία	11,25
Αυστρία	10,87

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ, 2014
 ΠΗΓΗ: SWEDISH ASSOCIATION OF LOCAL AUTHORITIES AND REGIONS, 2015

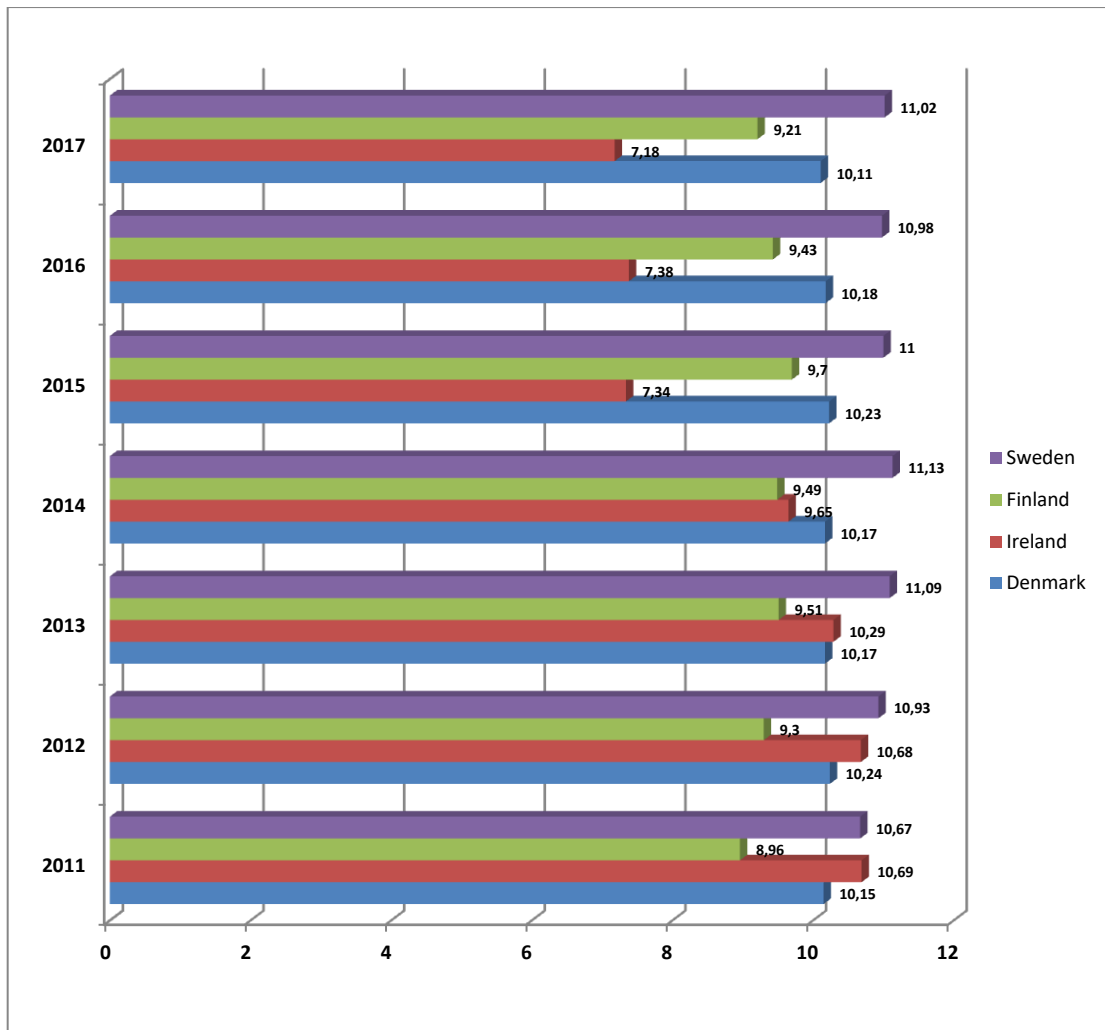


ΓΡΑΦΗΜΑ 38 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ) ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ €. ΠΗΓΗ (EUROSTAT)

Το κόστος για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Σουηδίας (ΑΕΠ) είναι αρκετά σταθερό και ισοδύναμο με τις περισσότερες άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το 2016, η υγεία και η ιατρική περίθαλψη αντιπροσώπευαν το 11% του ΑΕΠ. Οι κρατικές δαπάνες για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής, ανήλθαν σε 67,4 δισεκατομμύρια το 2017, ένα από τα μεγαλύτερα έξοδα για την κυβέρνηση (<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>).



ΓΡΑΦΗΜΑ 39 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ) ΣΕ € ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ. ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



ΓΡΑΦΗΜΑ 40 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ) ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ. ΠΗΓΗ (EUROSTAT)

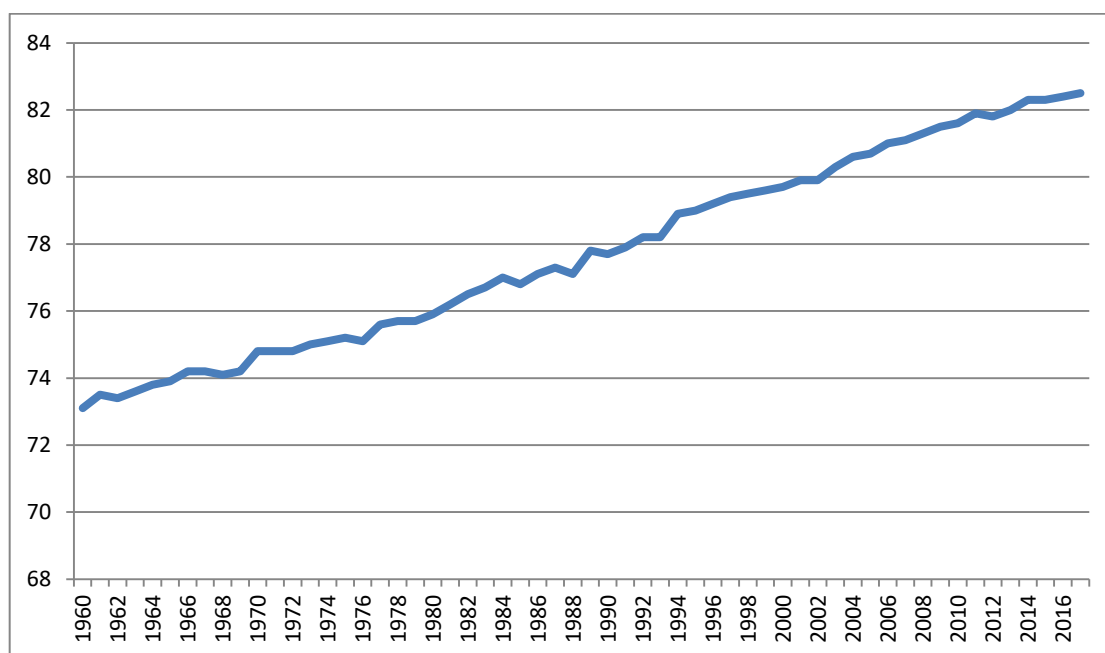
5.6. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το σύστημα υγείας, όπως και το εν γένει σουηδικό σύστημα κοινωνικής προστασίας συγκαταλέγεται στα κορυφαία του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου και αυτό διαφαίνεται και από τον τρόπο λειτουργίας του αλλά και από τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν την λειτουργία του.

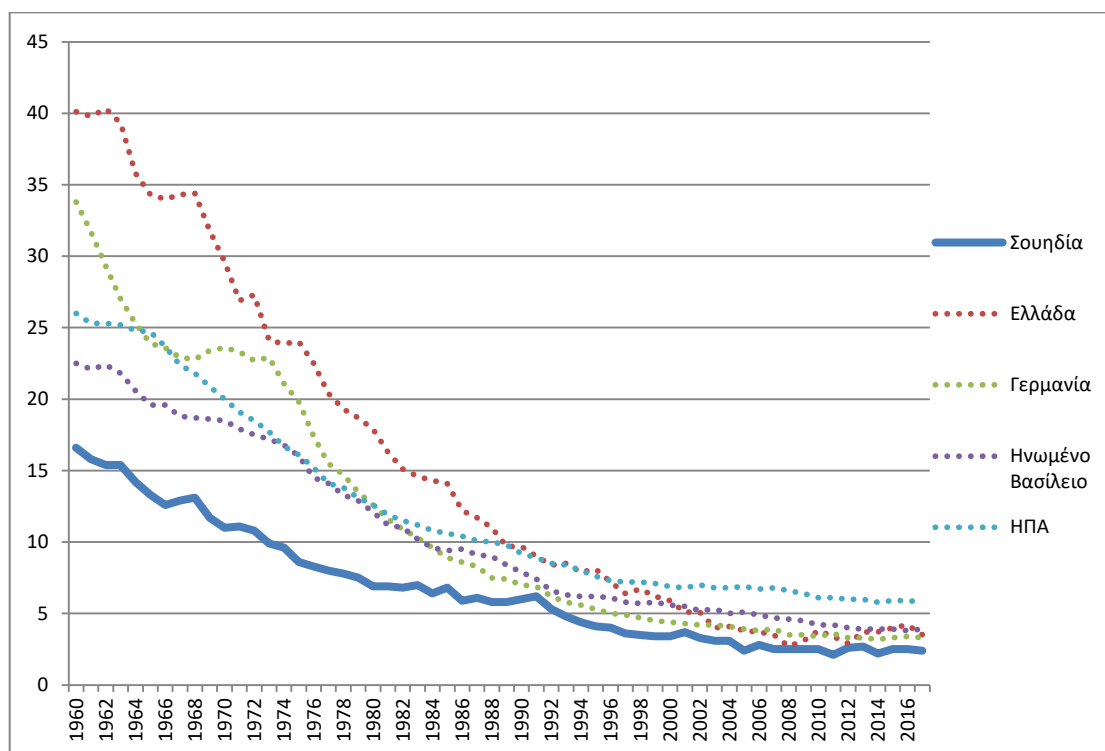
Βασικό χαρακτηριστικό του είναι το σύστημα αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών που επιτρέπει την συστηματική καταγραφή και τα αξιολογικά συμπεράσματα θεσμοθετούνται με την αξιοποίηση των ανάλογων πληροφοριακών συστημάτων.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο του συστήματος είναι η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων μέσω των παραπομπών στους γενικούς ιατρούς. Η διαδικασία αυτή

συνδυαστικά με το ότι αποθαρρύνεται η νοσοκομειακή νοσηλεία όταν δεν κρίνεται αναγκαία, εκτός από αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων, εξοικονομεί και πόρους για το σύνολο του συστήματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 41 ΠΡΟΣΛΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ (1960-2017). ΠΗΓΗ (OECD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 42 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ΑΝΑ 1000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ). ΠΗΓΗ (OECD)

Το γεγονός ότι μέρος των δαπανών για την υγεία επωμίζεται και ο ασθενής δεν φαίνεται να λειτουργεί αρνητικά για το σουηδικό δημόσιο σύστημα υγείας.

Σίγουρα είναι αποτελεσματικό και αυτό διαφαίνεται και από τους δείκτες υγείας του πληθυσμού. Εντούτοις, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην Σουηδία είναι εξασφαλισμένο ένα κατώτατο εισόδημα για όλους, λόγω της προνοιακής μέριμνας που υπάρχει. Αυτό σημαίνει ότι το σύνολο του πληθυσμού μπορεί να δαπανά μέρος του εισοδήματός του στην υγεία και ότι παρά τη λειτουργικότητα του, το σύστημα αυτό δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις περιπτώσεις όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα, όπου σήμερα λόγω της οικονομικής κρίσης, μέρος του πληθυσμού δεν διαθέτει καθόλου εισόδημα. Συνεπάγεται λοιπόν ότι το μοντέλο του συστήματος υγείας που εφαρμόζεται στη Σουηδία είναι αποτελεσματικό σε συνδυασμό με ένα προνοιακό μοντέλο που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

6.1. Εισαγωγή

Στην αρχή της δεκαετίας του 1980 προωθείται στην Ελλάδα η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που στόχευε στην λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η ίδρυση του ΕΣΥ θεσμοθετείται με τον νόμο 1397/83. Με τις διατάξεις του ίδιου νόμου προβλέπονταν ότι τα κέντρα υγείας δεν θα περιορίζονται στην παροχή θεραπευτικών ιατρικών υπηρεσιών, αλλά θα καλύπτουν και ανάγκες εξωνοσοκομειακής νοσηλείας, σχολικής υγιεινής, οικογενειακού προγραμματισμού, υγειονομικής ενημέρωσης και πρόληψης, καθώς και κοινωνικής φροντίδας (Velonaki et al., 2006). Με αυτό το νόμο καθορίστηκε επίσης και το πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Πιερράκος & Υφαντόπουλος, 2007).

Η ίδρυση όμως των νοσοκομείων στην Ελλάδα είχε ξεκινήσει πολλά έτη πριν, πράγμα το οποίο συνέβη και με την εν γένει κοινωνική πολιτική. Το 1825 στην Ελλάδα για πρώτη φορά και σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές τάσεις, έγινε νομοθετική απόπειρα για την ίδρυση και την λειτουργία των νοσοκομείων, παρά τον επαναστατικό “πυρετό” και την προσπάθεια για την δημιουργία του αναγνωρισμένου ελληνικού κράτους. Την ίδια χρονιά έγινε και η ίδρυση του πρώτου κρατικού νοσοκομείου καθώς και άλλων υπηρεσιών σχετικές με την δημόσια και κοινωνική υγιεινή. Το 1833 δημιουργείται η “υγειονομική αστυνομία” στη Γραμματεία των Εσωτερικών (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018), με στόχο την πληροφόρηση, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων και η χορήγηση πιστοποιητικών για την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Ακολούθησε το 1836 η ίδρυση του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1881 ιδρύθηκε ο «Ευαγγελισμός». Το 1917 εγκαινιάζεται το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο μετά από πολλές αλλαγές και συγχωνεύσεις αποτέλεσε την αρχή του γνωστού ως σήμερα Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο ουκ ολίγες φορές εμπειρείχε και την έννοια-χαρτοφυλάκιο των κοινωνικών ασφαλίσεων (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Το 1928 ακολούθησε η ίδρυση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Ο νόμος 965 για τα «Δημόσια Νοσηλευτικά και Υγειονομικά Ιδρύματα», το 1937, όριζε την οργάνωση, την εποπτεία καθώς και την διοίκηση των νοσοκομείων και περαιτέρω, όριζε την δημιουργία τόσο πανεπιστημιακών κλινικών όσο και εργαστηρίων. Αυτή ήταν η πρώτη ουσιαστική απόπειρα για την δημιουργία κρατικής

υποδομής για τα νοσοκομεία. Με τον ίδιο νόμο καθορίστηκε ότι τα νοσοκομεία του κράτους θα χρηματοδοτούνταν από τον προϋπολογισμό του κράτους (Κουτουλογένης, 2002).

Ένας νέος νόμος το 1941, ο 2764 για την προσωρινή ίδρυση νοσοκομείων, δημιουργήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες που υπήρχαν σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Το 1953, με το νομοθετικό διάταγμα 2592 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» έγινε νομοθετική απόπειρα για μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Αυτός ο νόμος διαίρεσε την Ελλάδα σε 113 υγειονομικές περιφέρειες και οι υπηρεσίες υγείας των νοσοκομείων καθώς και αυτές που παρέχονταν έξω από αυτά, οργάνωθηκαν σε κεντρικό αλλά και σε περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο. Ο νόμος αυτός επίσης καθόρισε ότι οι υπηρεσίες υγείας θα χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών.

Η ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών επιτελέστηκε κατά την δεκαετία 1950-1960, σε τέτοιο βαθμό που από το σύνολο των νοσοκομειακών κλινών, στον ιδιωτικό τομέα ανήκε το 45%. Μετά την καθιέρωση του ΕΣΥ, ακολούθησε το 1992 ο νόμος 2071 που εκσυγχρόνισε το υπάρχον ΕΣΥ και σύμφωνα με τον οποίο δημιουργήθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) (Κουτουλογένης, 2002), ενώ με τον ίδιο νόμο εισάγεται η διοικητική και οικονομική ανεξάρτηση της πρωτοβάθμιας υγείας από τα νοσοκομεία και τέλος προωθείται η δημιουργία και λειτουργία κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων της ορεινής, νησιωτικής και αγροτικής περιφέρειας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Με τον νόμο του 1983 για το ΕΣΥ που προαναφέραμε, έγινε απόπειρα εκ μέρους του κράτους ώστε να έχουν οι πολίτες αυτά που επισημαίνονται στο πρώτο άρθρο του συγκεκριμένου νόμου: *«το κράτος έχει την ευθύνη να παράσχει ιατρική φροντίδα σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική τους κατάσταση»* (Κουτουλογένης, 2002).

Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο δημιουργήθηκαν 400 κέντρα υγείας από τα οποία τα 200 κάλυπταν τις ανάγκες της επαρχίας και τα υπόλοιπα 200 τις ανάγκες των αστικών κέντρων. Διοικητικά αναπτύχθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας υπό την κεντρική επίβλεψη του αρμόδιου

υπουργείου και περιφερειακού προγραμματισμού από 8-10 περιφέρειες (Κουτουλογένης, 2002).

Ο κύριος στόχος της θέσπισης του ΕΣΥ το 1983 ήταν να καλύψει υγειονομικά όλο τον ελληνικό πληθυσμό. Οι υπηρεσίες που σκόπευε να παρέχει στους Έλληνες θα ήταν υψηλής ποιότητας αλλά με χαμηλή συμμετοχή των ασθενών στα έξοδα.

6.2. Χαρακτηριστικά του Συστήματος

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό λόγω της συνύπαρξης του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στον τομέα της χρηματοδότησης και των πληρωμών αλλά και στη δομή του. Περιλαμβάνει στοιχεία από δύο διαφορετικά μοντέλα, του Bismark και του Beveridge. Αν και ο αρχικός σκοπός με τη σύσταση του ΕΣΥ ήταν να βασιστεί στα πρότυπα του μοντέλου Beveridge, η παροχή των υπηρεσιών στην ΠΦΥ μέχρι την περίοδο που ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ, από ασφαλιστικούς φορείς και από ιατρούς, κέντρα υγείας, και άλλους φορείς αγγίζει το μοντέλο Bismark κυρίως, η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων των νοσοκομείων αποτελεί πρότυπο Bismark μέσα σε υπηρεσίες τύπου Beveridge αλλά και ο θεσμός των αποκλειστικών στα νοσοκομεία, ο οποίος έχει κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία, το κατέστησε μεικτό. Επιπλέον, η χρηματοδότηση του βασίστηκε αποκλειστικά στα ασφαλιστικά ταμεία που δεν ήταν ενοποιημένα μέχρι τον ΕΟΠΥΥ και δεν υπήρχε ουσιαστική αποκέντρωση (Economou, 2010).

Βασικό χαρακτηριστικό του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, είναι ο συγκεντρωτικός του χαρακτήρας αλλά και ο υψηλός βαθμός κρατικού παρεμβατισμού. Το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, ελέγχει κάθε πτυχή της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου, 2004). Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας του ΕΣΥ προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος, δηλαδή η ισότιμη και καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Το Υπουργείο αποφασίζει για την κατανομή των πόρων και καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης στα πλαίσια ενός ευρύτερου σχεδιασμού και προγραμματισμού για την εφαρμογή πολιτικής υγείας.

Είναι αρμόδιο για την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής καθώς και για τους επαγγελματίες υγείας. Κατόπιν έγκρισης από το υπουργικό συμβούλιο καθορίζονται οι προσλήψεις του υγειονομικού προσωπικού. Ο εκάστοτε υπουργός εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων (Πολύζος, 2014). Το 2011 εγκαθιδρύθηκαν οι υγειονομικές περιφερειακές αρχές και ορισμένες αρμοδιότητες μεταφέρθηκαν στις προαναφερθέντες αρχές (Οικονόμου, 2012). Εκτός από το Υπουργείο Υγείας όμως εμπλέκονται και άλλα υπουργεία. Το Υπουργείο Εργασίας είναι αρμόδιο για τα ασφαλιστικά ταμεία. Επιπλέον εμπλεκόμενοι φορείς είναι το Υπουργείο Αμύνης το οποίο είναι αρμόδιο για τα στρατιωτικά νοσοκομεία, το Υπουργείο Παιδείας όπου έχει την εποπτεία των πανεπιστημιακών νοσοκομείων και τέλος το Υπουργείο Δικαιοσύνης το οποίο είναι υπεύθυνο για την υγεία των φυλακισμένων. Τέλος σημαντικός ρόλο διαδραματίζει και το Υπουργείο Οικονομικών καθώς ελέγχει τον κρατικό προϋπολογισμό για δαπάνες υγείας και αποφασίζει τους πόρους που θα διατίθενται για την υγεία (Οικονόμου, 2012).

Με αυτό τον τρόπο και εξετάζοντας τη διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, τρία είναι τα βασικά επίπεδα υγείας α) πρωτοβάθμιο, β) δευτεροβάθμιο και τέλος γ) τριτοβάθμιο επίπεδο (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρέχεται μέσω των κάτωθι δομών (Σίσκου κ.ά., 2008).

- Το ΕΣΥ που χρηματοδοτείται κρατικά αλλά και το σύνολο των δομών της ΠΦΥ.
- Τον ιδιωτικό τομέα, που καλύπτεται είτε από την ιδιωτική ασφάλιση είτε από τους ίδιους τους ασθενείς.

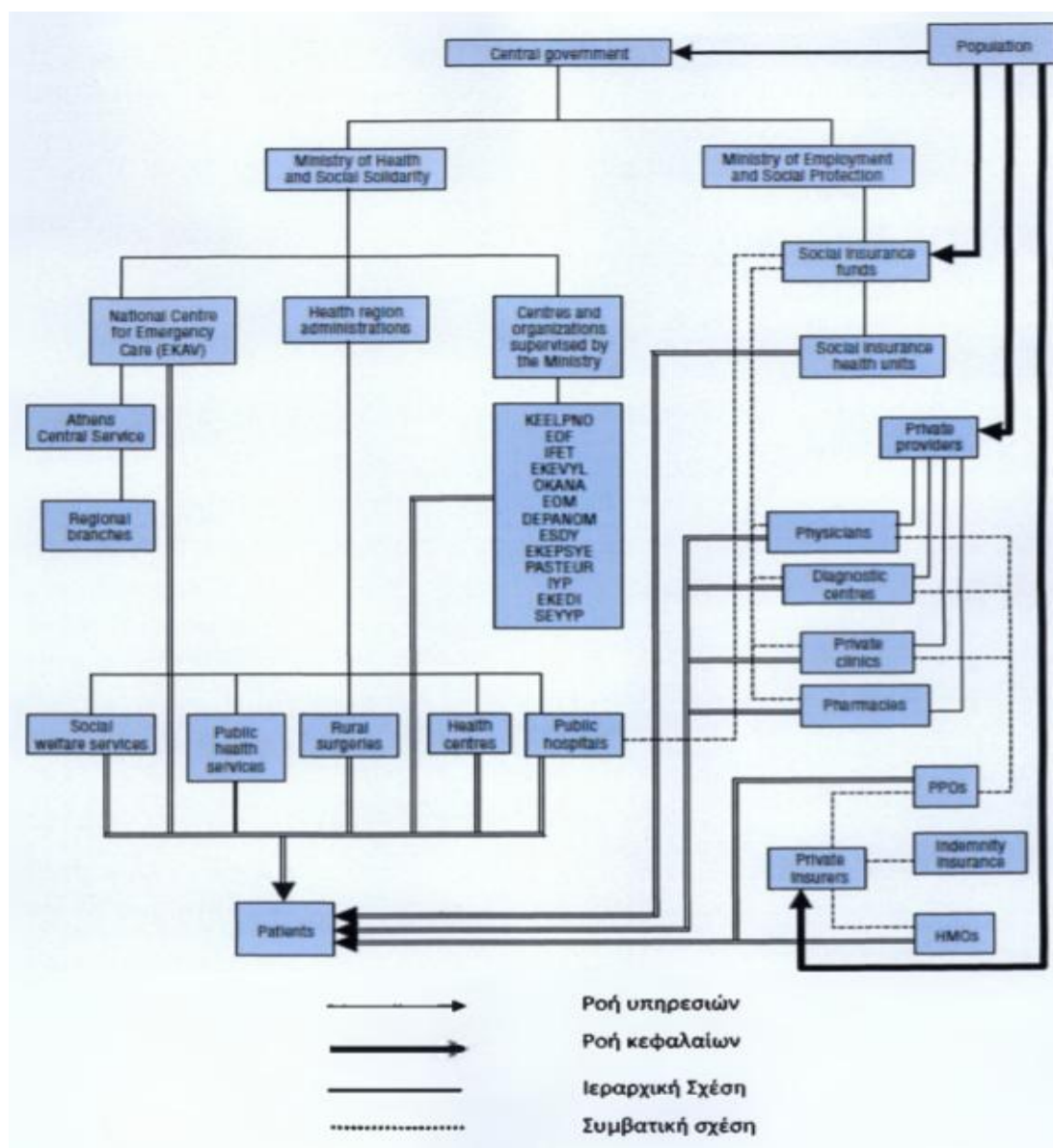
2. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας: Αυτό είναι το επόμενο στάδιο φροντίδας υγείας που καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών που έχουν ανάγκη πλέον νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία εξειδικευμένης αγωγής ή ακόμα και εγχείρησης. Στο σημείο αυτό θα το τονιστεί ότι το ΕΣΥ έχει νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα, λόγω της έλλειψης κανόνων ρύθμισης προσβασιμότητας αλλά και της ελευθερίας του ασθενούς να αποφανθεί σε οποιαδήποτε φορέα υπηρεσίας

όσο και της πολυπλοκότητας των φορέων που προσφέρουν την ίδια στιγμή πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα. Η συγκεκριμένη μορφή υγείας παρέχεται από τρεις δομές: α) τα δημόσια νοσοκομεία εντός του ΕΣΥ β) τα στρατιωτικά νοσοκομεία, νοσοκομεία ασφαλιστικών φορέων και γ) ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες λειτουργούν υπό το καθεστώς κερδοσκοπικών μονάδων.

3. Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας: Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας δίδεται μέσα από ένα ευρύτερο πλαίσιο νοσοκομειακής περίθαλψης με τη διαφορά να αναφέρεται στο γεγονός, ότι απαιτεί ειδικές γνώσεις και εξοπλισμό, ενώ προσφέρεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές, που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνική υποδομή και το ειδικευμένο προσωπικό για τη παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας (Blendon et al., 2001).

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε: α) γενικά νοσοκομεία τα οποία διαθέτουν χειρουργικό και παθολογικό τομέα και β) ειδικά, τα οποία έχουν τμήμα νοσηλείας σε μια μόνο ειδικότητα. Επίσης ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας διαχωρίζονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Με βάση τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν διαχωρίζονται σε περιφερειακά που καλύπτουν ευρύτερες περιφέρειες και δίδουν τη δυνατότητα για ανάπτυξη εκπαιδευτικού και ερευνητικού έργου τέλος υπάρχουν τα νομαρχιακά νοσοκομεία, τα οποία υπάρχουν σε κάθε νομό, αν και ο νόμος Ν.2889/2001 κατήργησε τη διάκριση σε νομαρχιακά και περιφερειακά ενώ διατήρησε το διαχωρισμό σε γενικά και ειδικά νοσοκομεία (Σίσκου κ.ά, 2008).

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται η διάρθρωση του Ελληνικού συστήματος υγείας:



ΕΙΚΟΝΑ 17 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΣΥ. ΠΗΓΗ: ΕΚΟΝΟΜΟΥ, 2010

6.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η πορεία της ΠΦΥ στην Ελλάδα σχετίζεται με τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει γενικότερα στην υγεία αλλά και αυτές έχουν παραμείνει ανολοκλήρωτες. Αυτό οφείλεται σε σημαντικό βαθμό και στη διαστρέβλωση που υπάρχει αναφορικά με την σημασία της.

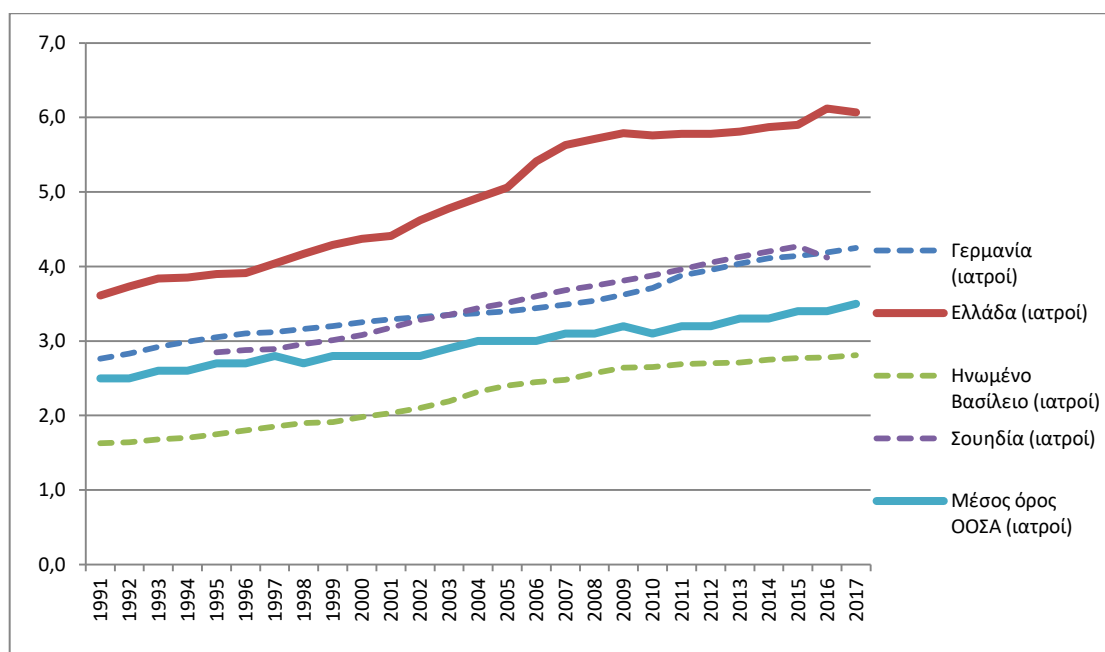
Εκτός από τη βασική νομοθεσία που έχει παρατεθεί σε άλλο σημείο της διατριβής, οι δευτερεύουσες διατάξεις που αφορούν την εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι:

- N. 1471/84/ΦΕΚ 112 Α΄ Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
- N. 1759/88/ΦΕΚ 50 Α΄ Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
- N. 1963/91/ΦΕΚ 138 Α΄ Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
- N. 2345/95/ΦΕΚ 213 Α΄ Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
- N. 2646/98/ΦΕΚ 236 Α΄ Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
- N. 3106/03/ΦΕΚ 30 Α΄ Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
- N. 3172/03/ΦΕΚ 197 Α΄ Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
- N. 3209/03/ΦΕΚ 304 Α΄ Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- N. 3329/05/ΦΕΚ 81 Α΄ Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
- N. 3370/05/ΦΕΚ 176 Α Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).
- N.3918/2011 ΦΕΚ 31 Α΄ Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.
- N. 4238/2014 /ΦΕΚ 17 Α΄ Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.
- N. 4486/2017 /ΦΕΚ 115 Α΄ Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

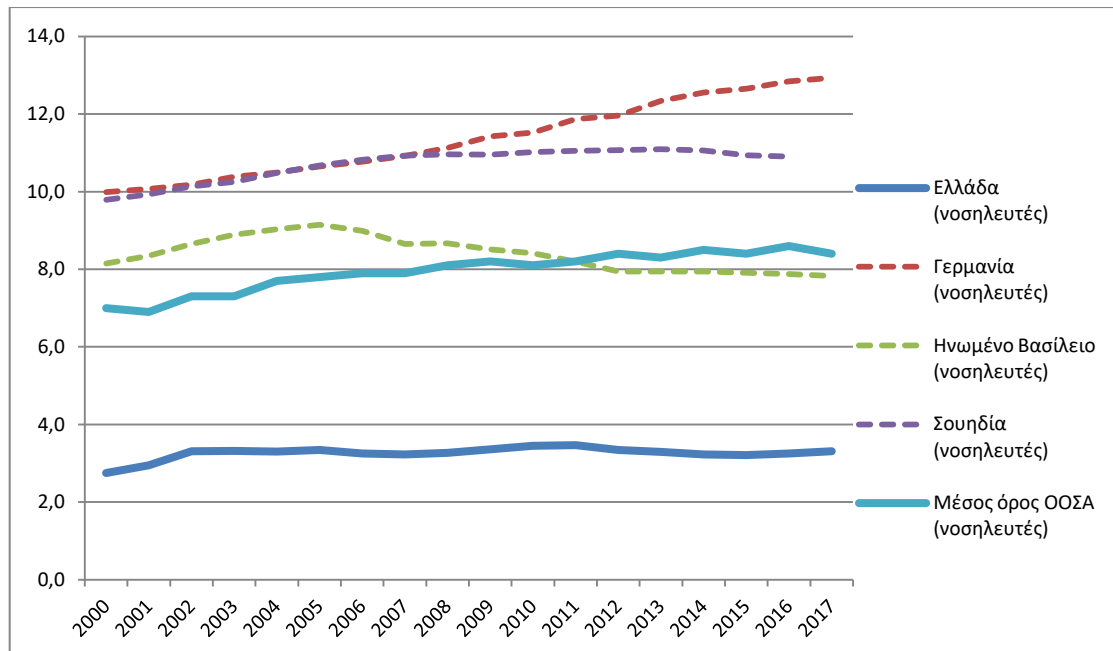
Θετικό είναι ότι η ΠΦΥ έχει ένα πυκνό δίκτυο για την παροχή των υπηρεσιών της. Στις υπηρεσίες της περιλαμβάνονται το ΠΕΔΥ που έχει συνολικά 197 κέντρα υγείας, τον ΕΟΠΥΥ που έχει 150 μονάδες υγείας, τα 1578 περιφερειακά κέντρα αλλά και τα εξωτερικά νοσοκομειακά ιατρεία, τα σημεία παροχής υπηρεσιών της τοπικής

αυτοδιοίκησης, τους περίπου 22.000 ιδιώτες ιατρούς και 12.500 ιδιώτες οδοντίατρους, τα 3920 διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά ιατρεία που εντάσσονται στις κλινικές και τέλος τα πολυϊατρεία των ΜηΚυΟ (Αναστόπουλος Γεώργιος, 2015).

Αξιοσημείωτος είναι επίσης ο μεγάλος αριθμός ιατρών που η Ελλάδα διαθέτει ανά 1000 κατοίκους που είναι διπλάσιος από τον αντίστοιχο του ΟΟΣΑ (6,1 αντί 3,1). Οι ειδικότητες που απασχολούν τους περισσότερους ιατρούς είναι η παθολογία, η μικροβιολογία, η παιδιατρική, η καρδιολογία και η γυναικολογία. Αντίστροφα είναι όμως τα ποσοστά στο νοσηλευτικό προσωπικό που είναι μειωμένο. Χαρακτηριστικά η Ελλάδα διαθέτει 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 8,0. (Αναστόπουλος Γεώργιος, 2015).

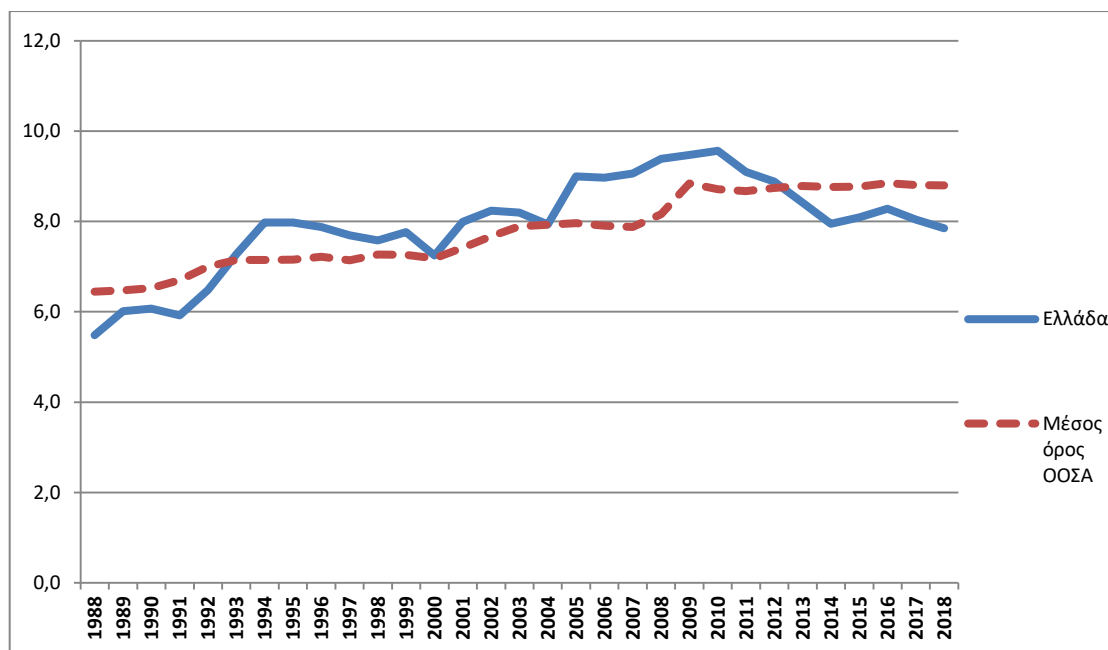


ΓΡΑΦΗΜΑ 43 ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

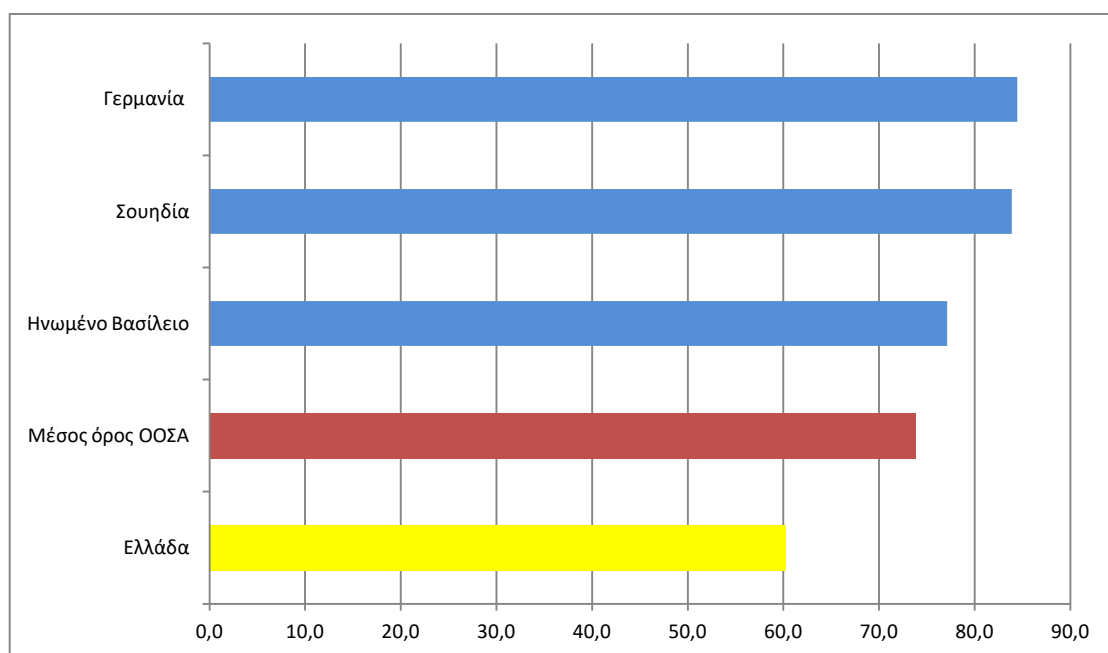


ΓΡΑΦΗΜΑ 44 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

Το γεγονός της πυκνότητας του δικτύου δεν σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει και ομαλή πορεία και εξέλιξη της ΠΦΥ. Αντίθετα, η ανάπτυξη της ήταν ανοργάνωτη και σπασμωδική με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση ανάμεσα στη φροντίδα του οικογενειακού ιατρού και αυτή άλλων ειδικοτήτων. Επιπλέον, λόγω της μείωσης των δαπανών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, έχει αυξηθεί σημαντικά η ζήτηση των υπηρεσιών της με τα ευπαθή κοινωνικά στρώματα να είναι οι δέκτες της αποτυχίας κάλυψης της. Η ανεπάρκεια αυτή έχει επιβαρύνει επίσης και τη νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και τον προϋπολογισμό για την υγεία αφού η νοσοκομειακή περίθαλψη στοιχίζει πολύ περισσότερο από αυτή της πρωτοβάθμιας (Αναστόπουλος, 2015).



ΓΡΑΦΗΜΑ 45 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 46 ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΩΣ % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Από το 1994 μέχρι το 2009, πολυάριθμα σχέδια μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προσπάθησαν να προωθήσουν την ελευθερία επιλογής των χρηστών, να εισαγάγουν τον προσωπικό ιατρό ανά οικογένεια ως τον ακρογωνιαίο λίθο της δομής του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και να ενοποιήσει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Μια διάσπαση αγοραστή-

προμηθευτή, οι επιλεκτικές συμβατικές ρυθμίσεις με τους υπάρχοντες παρόχους και οι πληρωμές κατά κεφαλή για οικογενειακούς γιατρούς επικυρώθηκαν από το σύνολο των σχεδίων αυτών, αλλά τελικά κανένα δεν έχει υλοποιηθεί, πράγμα που συμβαίνει γενικά στην ελληνική πραγματικότητα. Η αποτυχία τους οφείλεται εν μέρει στη διοίκηση του ελληνικού κράτους, αλλά κυρίως στην αντίδραση από τα κατεστημένα συμφέροντα, όπως ιδιώτες γιατρούς, με μερική απασχόληση ιατρών κοινωνικής ασφάλισης αλλά και πολλούς άλλους.

Επιπλέον, οι πολιτικές συγκράτησης του κόστους, οι νέοι μηχανισμοί τιμολόγησης και κοστολόγησης, οι διαδικασίες ελέγχου και η εισαγωγή μηχανογραφημένων λογιστικών συστημάτων αγνοήθηκαν πλήρως (Economidou, 2010).

Με τον Ν. 3918/2011 στόχος ήταν ο συντονισμός των φορέων χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης και η δημιουργία ενός ενιαίου χρηματοπιστωτικού ιδρύματος, το οποίο λειτουργεί ως ενιαίο ταμείο ασφάλισης υγείας. Προβλέφθηκε ότι ο ΕΟΠΠΥ θα διαχειρίζεται τα έσοδα των μεγαλύτερων οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, που καλύπτουν πάνω από το 95% του ελληνικού πληθυσμού και προαιρετικά άλλων μικρότερων κεφαλαίων. Η ενοποίηση της χρηματοδότησης συνδυάστηκε με τη διαμόρφωση μιας βασικής δέσμης παροχών κοινών σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και την κατανομή πόρων σύμφωνα με τα δημογραφικά κριτήρια (Economidou, 2010).

Ο νόμος 4238/2014 ο οποίος αφορά τη μεταφορά αρμοδιοτήτων, συμπεριλαμβανομένου του καθορισμού και λειτουργίας των κινητών μονάδων υγείας, της διοίκησης του ΕΟΠΥΥ και κυρίως των ζητημάτων που σχετίζονται με τους μισθούς του προσωπικού, επηρέασε άμεσα την λειτουργία της ΠΦΥ.

Σοβαρά προβλήματα επίσης δημιουργούνται από το ότι δεν τηρούνται αυτά που προέβλεπαν οι μεταρρυθμίσεις όπως ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη της ειδικότητας των γενικών ιατρών αφού αυτή κατατάσσεται μόλις στο 15% του συνόλου των ιατρών όπως ήδη αναφέρθηκε (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνεται ο αριθμός των προσωπικών και οικογενειακών ιατρών στην Ελλάδα:

Ειδικότητα	Αριθμός ιατρών	Ποσοστό επί του συνόλου των ιατρών
Γενική ιατρική	1516	2,51
Παθολογία	3986	6,60
Παιδιατρική	3011	5,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΗΓΗ: ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ, 2006

Διαφαίνεται ότι οι γενικοί ιατροί είναι σχεδόν οι μισοί από τους παθολόγους και τους παιδίατρος και χωρίς να υπολογίζονται σε αυτό άλλες ειδικότητες όπως οι καρδιολόγοι που και εκεί αναμένεται μεγάλη διαφορά.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται συγκεντρωμένες οι παράμετροι των μεταρρυθμίσεων που έγιναν και ποιες από αυτές προβλέφθηκαν ή όχι καθώς και ποιες υλοποιήθηκαν:

Νόμος	Οικογενειακός ιατρός	Αμοιβή και εργασιακή σχέση οικογενειακού ιατρού	Ειδικότητα Οικογενειακού ιατρού, ασθενείς υπό την ευθύνη του οικογενειακού ιατρού, επιλογή οικογενειακού ιατρού, σύστημα παραπομπής	Διοικητική υπαγωγή κέντρων υγείας	Ενιαίος Φορέας υγείας	Απονομή ειδικότητας Γενικής Ιατρικής σε ανεπίδικεντους έμμισθους ιατρούς	Διορισμός Γενικών ιατρών κατά Προτεραιότητα στο ΕΣΥ
1397/83	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
1579/85	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι
2071/92	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Ναι
2194/94	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
2519/97	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι
2889/01	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
3235/04	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι

Οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ, 2008	Ναι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι	Όχι	Όχι
---------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ΠΡΟΒΛΕΨΗ Η ΜΗ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΝΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΠΗΓΗ: ΓΙΑΝΑΣΜΙΔΗΣ & ΤΣΙΑΟΥΣΗ, 2012

Από τον παραπάνω πίνακα είναι ορατό ότι δεν έχουν προβλεφθεί διαχρονικά στις μεταρρυθμίσεις παράμετροι που θεωρούνταν βασικοί. Για παράδειγμα, ενώ οι γενικοί ιατροί αποτελούσαν ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των τελευταίων μεταρρυθμίσεων εντούτοις, δεν υπήρχε πρόβλεψη κάλυψης του κενού που υπήρχε με την απονομή της ειδικότητας σε ανειδίκευτους έμμισθους ιατρούς.

Νόμος	Οικογενειακός ιατρός	Αμοιβή και εργασιακή σχέση οικογενειακού ιατρού	Ειδικότητα Οικογενειακού ιατρού, ασθενείς υπό την ευθύνη του οικογενειακού ιατρού, επιλογή οικογενειακού	Διοικητική υπαγωγή κέντρων υγείας	Ενιαίος Φορέας υγείας	Απονομή ειδικότητας Γενικής Ιατρικής σε ανειδίκευτους έμμισθους ιατρούς	Διορισμός Γενικών ιατρών κατά Προτεραιότητα στο ΕΣΥ
-------	----------------------	---	--	-----------------------------------	-----------------------	---	---

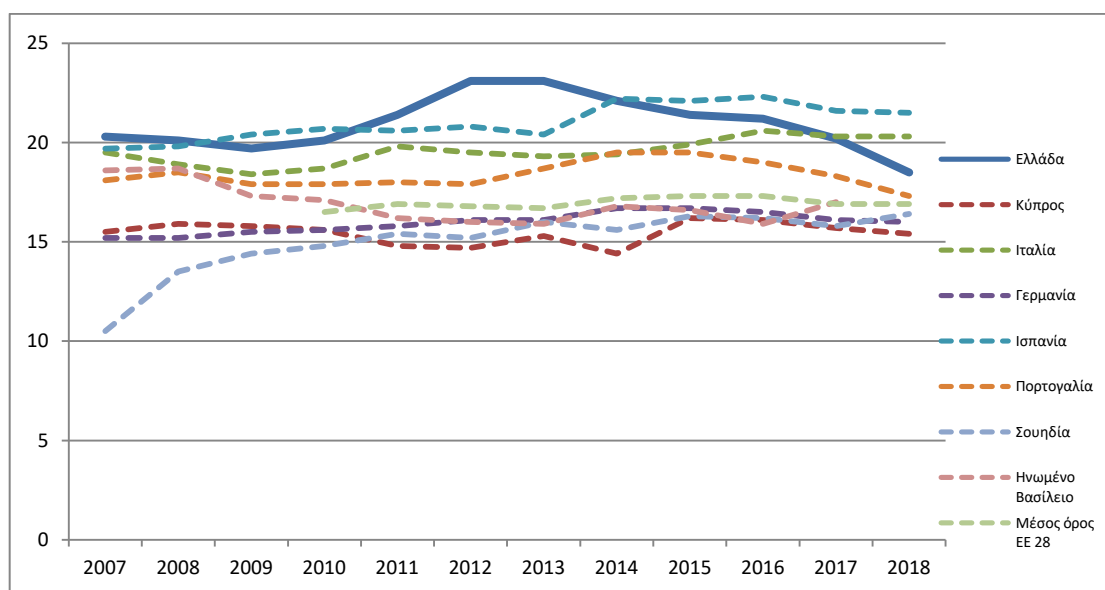
			ιατρού, σύστημα παραπομπής				
1397/83	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Δεν προβλέπεται
1579/85	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Ναι	Δεν προβλέπεται
2071/92	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Ναι	Δεν προβλέπεται	Ναι	Ναι
2194/94	Όχι	Όχι	Όχι	Όχι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
2519/97	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Ναι
2889/01	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Όχι ως προς τη διοικητική αυτοτέλεια	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
3235/04	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται	Δεν προβλέπεται
Οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ, 2008	Όχι	Όχι	Όχι	Ναι	Όχι	Όχι	Δεν προβλέπεται

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ Η ΜΗ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΝΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΠΗΓΗ: ΓΙΑΝΑΣΜΙΔΗΣ & ΤΣΙΑΟΥΣΗ, 2012

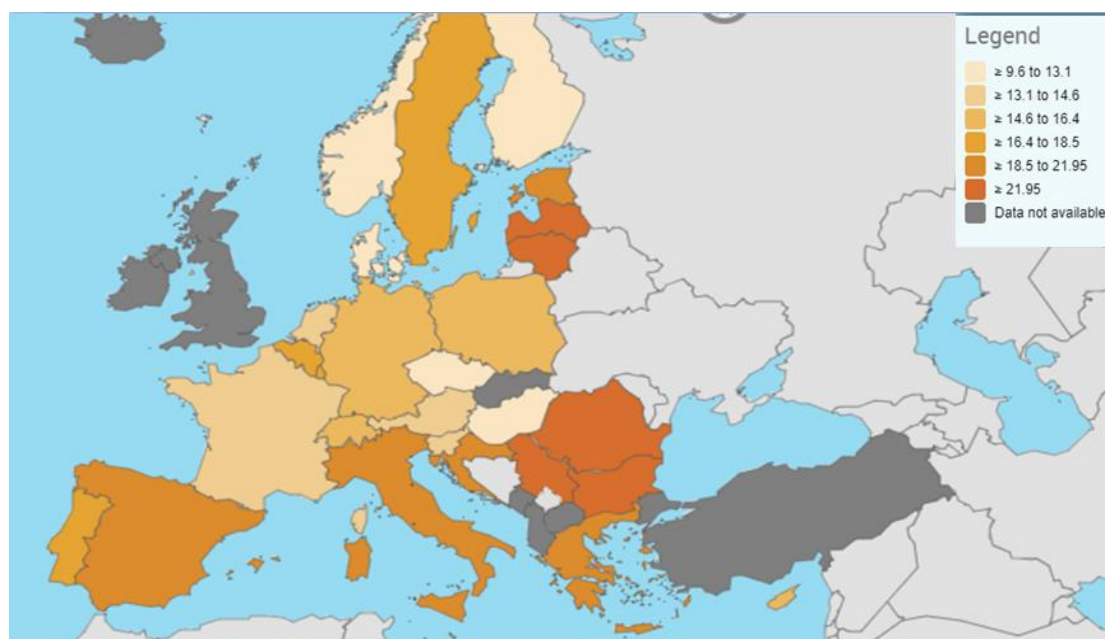
Διαφαίνεται από τα παραπάνω ότι στην ουσία κατά τη διάρκεια των μεταρρυθμίσεων, είτε δεν προβλέπονταν οι βασικές παράμετροι, είτε δεν υλοποιήθηκαν παρά την πρόβλεψη αναδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τους λόγους αποτυχίας τους.

Σε μία προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασης, το Υπουργείο Υγείας έθεσε στρατηγικούς στόχους για την ΠΦΥ για την περίοδο 2012-2015 οι οποίοι είναι:

1. Η διασφάλιση και ενίσχυση του Δημόσιου και Κοινωνικού χαρακτήρα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 47 ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΦΤΩΧΕΙΑΣ (2007-2018). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



ΕΙΚΟΝΑ 18 ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ. ΠΗΓΗ (EUROSTAT)

2. Ισόρροπη ανάπτυξη των Δομών, Υπηρεσιών και Προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο πλαίσιο των Υγειονομικών Περιφερειών (μέσω του ανασχεδιασμού της οργάνωσης, της λειτουργίας και της ανακατανομής αυτών και της ανανέωσης των υποδομών και εξοπλισμών με παράλληλη βελτίωση της τεχνολογίας). Το ζήτημα της ένταξης, βελτίωσης και διαδεδομένης χρήσης της τεχνολογίας στο χώρο της υγείας έχει εκλάβει ιδιαίτερες διαστάσεις, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και στο εξωτερικό. Είναι πολύ γνωστοί πλέον οι οργανισμοί Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας που αναπτύσσονται συνεχώς παγκοσμίως, όπως η EUnetHTA.

3. Δικτύωση των υπηρεσιών και δομών της Π.Φ.Υ. και ανάπτυξη διατομεακών δράσεων για την ανάπτυξη ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (επαναπροσδιορισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών).

4. Διεύρυνση, διασφάλιση και προαγωγή της προσβασιμότητας των πολιτών χωρίς διακρίσεις στο σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (επίτευξη μέσω προγραμμάτων και διατομεακών συνεργειών που θα διασφαλίζουν την ισότητα στην παροχή ενός βέλτιστου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας στο γενικό πληθυσμό σε ιδιαίτερες κοινωνικές κατηγορίες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες).

5. Η διασύνδεση πολιτικών, υπηρεσιών, προγραμμάτων και δράσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με πολιτικές που συνδέονται με την προστασία του περιβάλλοντος και την καταπολέμηση της ρύπανσης (μέσω ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας που συνδέονται με την αντιμετώπιση περιβαλλοντικών κινδύνων που επιδρούν στην υγεία του πληθυσμού, η χρήση εναλλακτικών πηγών ενέργειας σε δομές της Π.Φ.Υ. με την ανάπτυξη δικτύου «πράσινων Κέντρων Υγείας», την ενίσχυση εναλλακτικών μορφών ιατρικού τουρισμού κλπ).

6. Η ανάπτυξη, αναδιάρθρωση – αξιοποίηση, επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετεί στις δομές της Π.Φ.Υ. (μέσω προγραμμάτων κατάρτισης και επιμόρφωσης στελεχών και επαγγελματιών υγείας- πρόνοιας που υπηρετεί στη Π.Φ.Υ. για τη βέλτιστη αξιοποίησή του και την ποιοτική αναβάθμιση του παρεχόμενου έργου του).

7. Η καθιέρωση μοντέλων ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών στη Π.Φ.Υ. και διάχυση των καλών πρακτικών (μέσω διαμόρφωσης μηχανισμών και διαδικασιών εποπτείας, συνεχούς ανανέωσης μητρώων και αρχείων, καθιέρωσης δεικτών αξιολόγησης, επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων και αξιοποίησης δράσεων

και έργων που υλοποιούνται στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ και που ως καλές πρακτικές, θα προτυποποιηθούν και θα επεκταθούν σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο)» (Υπουργείο Υγείας, 2012).

Οι τελευταίες διατάξεις νόμου για την ΠΦΥ και ειδικότερα ο Ν. 4486/2017 αναφέρει ότι οι ΤΟΜΥ θα έχουν εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Ο πληθυσμός αυτός θα είναι 10 με 12 χιλιάδες κατοίκους ανά δομή. Αυτό σημαίνει ότι θα αφορά συγκεκριμένες περιοχές που θα μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες τους, ενώ ταυτόχρονα ο κεντρικός στόχος των μονάδων αυτών θα είναι να έχουν την ευθύνη για τη διασφάλιση προσβασιμότητας και συνέχειας της φροντίδας, καθώς και για την παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής, ολιστικής και ποιοτικής ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας.

Αυτό επιλύει ένα σημαντικό πρόβλημα που υπήρχε μέχρι σήμερα αφού μεγάλες περιοχές έπρεπε να καλύπτουν τις ανάγκες τους από κεντρικές δομές που για κάποιους δεν ήταν εύκολο να έχουν συχνή πρόσβαση σε αυτές και σε κάποιες περιπτώσεις σχεδόν καθόλου. Με τις νέες δομές κάθε κάτοικος συνεπώς θα έχει μία δομή υγείας στην περιοχή του. Επιπλέον, ο μικρός αριθμός του πληθυσμού εξασφαλίζει και την συχνή πρόσβαση των κατοίκων αλλά και τη δημιουργία εγγύτητας ανάμεσα στους κατοίκους και τους επαγγελματίες υγείας.

Οι ΤΟΜΥ λοιπόν, θα εξασφαλίζουν την άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. Η δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών έχει ως πυρήνα τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον υγιή πληθυσμό, την ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με βαρύτητα στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και υπηρεσίες που άπτονται της δημόσιας υγείας

6.4. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις

Η ποιότητα της υγείας και στη χώρα μας έχει αποτελέσει πεδίο σκέψης και συζήτησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 αν και μέχρι πρόσφατα ο όρος που χρησιμοποιείτο για να την ορίσει ήταν αυτός της Αγωγής Υγείας. Πιο πρόσφατα άρχισε να χρησιμοποιείται ο περιφραστικός όρος Ποιότητα και Αγωγή της Υγείας, όπου γίνεται και αναφορά στην Ποιότητας Υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. στον καταστατικό χάρτη της Ottawa (Οικονόμου, 2004).

Αναλυτικά, οι διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις επέδρασαν στην ποιότητα και στη διοίκηση ως εξής:

1. Ο Ν.2519/1997 κάνει αναφορά στον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας. Η επίδραση του στην ποιότητα ήταν μεγάλη αφού βοηθά την ποιοτική αναβάθμιση της υγείας. Από την άλλη σε σχέση με την οργάνωση των νοσοκομείων αναφέρει ότι τα Δ.Σ, όλων των Νοσοκομείων καθίστανται επταμελή, με διαφορετική σύνθεση. Συγκεκριμένα θεωρεί το γενικό διευθυντή ως μέλος του ΔΣ. Η μεταρρύθμιση αυτή δίνει μια ισοτιμία μεταξύ των μελών του Δ.Σ και του Γενικού Διευθυντή ενώ καθιστά πιο ευέλικτη την οργανωτική δομή των νοσοκομείων.

Τίθεται στο επίκεντρο το στοιχείο της αξιοκρατίας στην επιλογή των προέδρων του Δ.Σ, με βάση τις ξεχωριστές ικανότητες, την ιδιαίτερη πείρα, τις γνώσεις και την επιστημονική συγκρότηση. Ο ρόλος του Γενικού διευθυντή αλλάζει πρόσωπο, αφού για πρώτη φορά αποκτά την υπόσταση του μάνατζερ, όπως σε μια επιχείρηση. Οι αρμοδιότητες του είναι ξεχωριστές και πολύ πιο συγκεκριμένες.

2. Ο Ν.2889/2001 εστίασε στην εύρυθμη λειτουργία των ΠΕΣΥ, στην αναδιοργάνωση και στη λειτουργική κατανομή ρόλων στα νοσοκομεία, ώστε να μετατραπούν σε πιο αποτελεσματικά και ανταγωνιστικά. Συγχρόνως καθιερώθηκε η ολόημερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Η απογευματινή απασχόληση εξειδικευμένων ιατρών σίγουρα βελτίωσε την ποιότητα υγείας στην Ελλάδα. Καθιερώνονται πειθαρχικές ποινές, οι οποίες βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να βελτιωθούν, ενώ εξασφαλίζουν και τους ασθενείς. Αυτό στη διοικητική επιστήμη έχει υπογραμμιστεί ιδιαίτερος από τον θεωρητικό Taylor, ο οποίος υποστήριξε τη δημιουργία των πειθαρχικών ποινών ως κατασταλακτικών και προληπτικών (Μακρυδημήτρης, 2013).

Με τη δημιουργία των ΠΕΣΥ, έγινε ιδιαίτερη προσπάθεια, ώστε η αποκέντρωση του συστήματος υγείας να ακολουθήσει ευρωπαϊκά πρότυπα. Βέβαια η πραγματικότητα ήταν διαφορετική αφού δεν τους δόθηκε η ευκαιρία να έχουν την αρμοδιότητα να καθορίζουν τα ΠΕΣΥ τους προς επίτευξη στόχους της πολιτικής υγείας στις περιφέρειες, να αποτιμούν τα αποτελέσματα μέσω των οποίων θα διαπιστώνεται το τυχόν μέγεθος απόκλισης από τους επιδιωκόμενους στόχους και να προσδιορίζουν τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα. Επιπρόσθετα, τα φαινόμενα κακοδιοίκησης και παθολογικής γραφειοκρατίας που ενδημούν σ' ολόκληρο τον ελληνικό κρατικό μηχανισμό (νομικισμός, διάχυση ευθυνών, χαμηλή

παραγωγικότητα, διαφθορά, μη επαγγελματισμός, μικρός βαθμός εξειδίκευσης, καθυστερήσεις στη διεκπεραίωση, υποκατάσταση σκοπών από συγκυριακές επιδιώξεις, κλπ.), διαχύθηκαν εύκολα σε όλες τις βαθμίδες της διοικητικής ιεραρχίας των ΠΕΣΥ (Αντωνοπούλου, 2008).

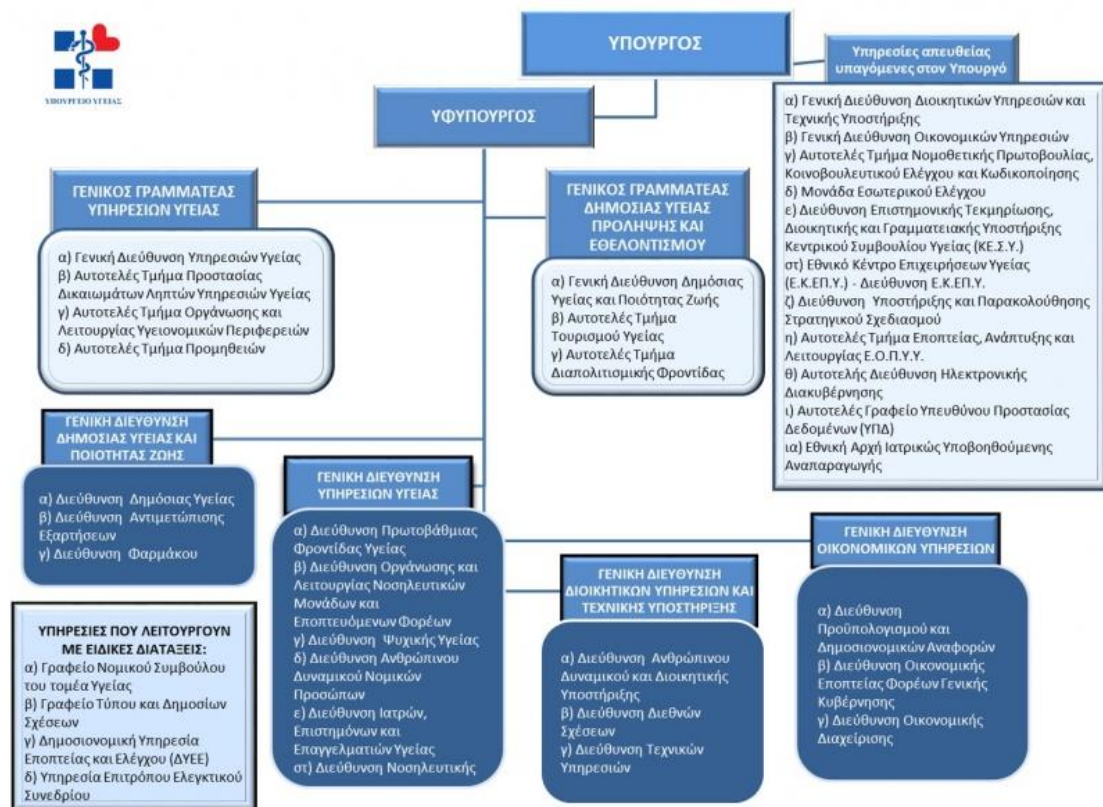
3. Ο Ν.3172/2003 επικεντρώθηκε στην αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, στην εύρυθμη κατανομή αρμοδιοτήτων και καθηκόντων στα στελέχη των νοσοκομείων. Επιπλέον έθεσε στο επίκεντρο την ανάδειξη και βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομειακών χώρων, (πχ πιστοποιητικό ποιότητας HACCP) καθώς εξίσου και την καθαριότητα αλλά και την ασφάλεια. Συγχρόνως καθιερώθηκε ειδική εκπαίδευση σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Αυξήθηκαν οι μήνες εκπαίδευσης και προετοιμασίας των ιατρών, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματικοί σε σχέση με τα καθήκοντα τους.

4. Ο Ν.3235/2004 εστιάζει και θέτει στο επίκεντρο την ποιότητα στην υγεία με την ενίσχυση των κέντρων υγείας αλλά και τη καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικά ο θεσμός του προσωπικού γιατρού ενισχύει την ασφάλεια που νοιώθει ο ασθενής σε σχέση με το εθνικό σύστημα υγείας αφού για πρώτη φορά έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό. Από την άλλη έχουμε τον πλήρη εκσυγχρονισμό στην υγεία αφού για πρώτη φορά υπάρχει ο λεγόμενος ηλεκτρονικός φάκελος, ο οποίος αποτελεί μια βάση δεδομένων στην οποία το κάθε Νοσοκομείο διατηρεί εκεί το αρχείο του κάθε ασθενή με το ιστορικό του. Ακόμα εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας.

5. Μέσα στο 2005 εμφανίζονται διάφοροι νόμοι και κανονιστικές πράξεις οι οποίες αναφέρονται κυρίως στην ενίσχυση του νοσοκομειακού προσωπικού. Οι ρυθμίσεις του 2005 εξασφαλίζουν τον ασθενή, ενώ συγχρόνως δίνουν τη δυνατότητα στο γιατρό να αυξήσει τις αποδοχές του και να μην εντοπίζονται φαινόμενα διαφθοράς, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις στρεβλώσεις της αγοράς του αγαθού της υγείας. Οι νόμοι και οι κανονιστικές πράξεις του 2005 εστίασαν περισσότερο στην ποιότητα και λιγότερο στην οργανωτική λειτουργία αν και είχαμε κάποιες ρυθμίσεις και στο συγκεκριμένο πεδίο (Οικονόμου, 2012).

Με πρωτοβουλία της Κυβέρνησης που προέκυψε από τις εκλογές του Μαρτίου 2004 ψηφίστηκε ο Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του εν λόγω νόμου έγινε η «δημιουργία» του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με σκοπό την ουσιαστική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με γνώμονα το συμφέρον του πολίτη. Με το Ν. 2889/01 δημιουργήθηκε το μεταίχμιο σε ένα νέο στάδιο του οποίου κύρια επιδίωξη ήταν η αποκέντρωση και περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ. Το ίδιο συνεχίστηκε και με το Ν. 3329/05 που προχωρά στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με σκοπό την ουσιαστική αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στην κορυφή της πυραμίδας παραμένει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο έχει τη γενική ευθύνη για το συντονισμό και τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής της χώρας. Στην επόμενη βαθμίδα του αποκεντρωμένου συστήματος βρίσκονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες σε κάθε μια από τις οποίες συνιστάται ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας». Το νομικό αυτό πρόσωπο είναι υπεύθυνο για την υγειονομική πολιτική και την πολιτική κοινωνικής αλληλεγγύης στην τοπική περιφέρεια της αρμοδιότητάς του. Ενώ εποπτεύει και συντονίζει τη δράση των Νοσοκομείων και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας.



ΕΙΚΟΝΑ 19 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

Στην τρίτη βαθμίδα της υγειονομικής πυραμίδας βρίσκονται τα Νοσοκομεία και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα οποία ξαναγίνονται νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό, ώστε να αποκτήσουν ουσιαστικές αρμοδιότητες και να επιτευχθεί ουσιαστική αποκέντρωση. Περαιτέρω ο νόμος προχωρά στην κατάργηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τα οποία αποδείχτηκαν δυσλειτουργικά και πολυδάπανα, ενώ πολλές ήταν (και συνεχίζουν να είναι) οι αμφιβολίες που διατυπώθηκαν από την ευρύτερη επιστημική κοινότητα για την αναγνώριση των νοσοκομείων ως Νομικών Προσώπων Δημοσίου, και όχι Ιδιωτικού Τομέα, προβάλλοντας την ενδεχόμενη εξάρτηση από πελατειοκρατικές παθολογίες, αφού δημιουργείται ένα κρατικοδίαιτο σύστημα.

Με τις διατάξεις του Ν.3329/2005, έγινε η αρχή για την κατάργηση των περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π), με την αιτιολογία ότι αποδείχτηκαν εξαιρετικά δυσλειτουργικά και πολυδάπανα και επιπλέον στέρησαν τα νοσοκομεία από οποιαδήποτε δυνατότητα αυτενέργειας. Συγχρόνως, σε αντικατάσταση των Πε.Σ.Υ.Π, δημιουργήθηκαν σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.), που επίσης αποτελούν

Ν.Π.Δ.Δ. Κατά την εισηγητική έκθεση του Ν.3329/2005, «δημιουργούνται έτσι ουσιαστικοί διοικητικοί μοχλοί συντονισμού, ανάπτυξης, χάραξης πολιτικής και κυρίως ελέγχου της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη».

6. Όλο όμως το παραπάνω πνεύμα του νόμου αλλάζει ριζικά με τις διατάξεις του άρθρου 3του **Ν.3527/2007** (Α.25) από τις οποίες προκύπτει ότι ο νομοθέτης αντιλαμβάνεται πλέον την ουσιαστική αποκέντρωση του Ε.Σ.Υ. ως αποκλειστικό ρόλο των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ). Επίσης προκρίθηκε με το Ν.3527/2007 ένα λειτουργικότερο σύστημα διοίκησης των Ν.Π.Δ.Δ. με τη επωνυμία ΔΥΠΕ, σύμφωνα με το οποίο:

α) καταργούνται τα ΔΣ τους,

β) καταργείται η θέση του αντιπροέδρου ΔΥΠΕ

γ) Όργανα διοίκησης της ΔΥΠΕ είναι πλέον

1) Ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας

2) οι 2 Υποδιοικητές της Υγειονομικής περιφέρειας.

Δ) Στο Διοικητή και τους 2 Υποδιοικητές περιέρχεται το σύνολο των αρμοδιοτήτων των καταργούμενων Δ.Σ και του προέδρου και Αντιπροέδρου της ΔΥΠΕ.

Ε) Θεσπίζεται η Επιτροπή Δαπανών και Προμηθειών στην έδρα κάθε ΔΥΠΕ, η οποία έχει την ευθύνη για την πραγματοποίηση προμηθειών, έργων και υπηρεσιών για ποσά άνω των 100.000 ευρώ και μέχρι 234.00 ευρώ.

Στ) Αναβαθμίζεται ο ρόλος του Κεντρικού Συμβουλίου των Υγειονομικών Περιφερειών με την αρμοδιότητα έγκρισης του ετήσιου επιχειρησιακού σχεδίου και του προγράμματος αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών.

Με τις παραπάνω διατάξεις επιδιώκεται:

α) Η μείωση της γραφειοκρατίας, β) Ο αποτελεσματικός έλεγχος και περιορισμός των δαπανών, γ) Η διαφάνεια στη διαχείριση του δημοσίου χρήματος, και δ) ο συντονισμός, σε κεντρικό επίπεδο, σε θέματα μείζονος σημασίας για τη λειτουργία των ΔΥΠΕ.

Συνοπτικά, η ελληνική νομοθεσία που αφορά τον τομέα υγείας, είναι:

- Ν. 1471/84/ΦΕΚ 112 Α΄ Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων
- Ν. 1759/88/ΦΕΚ 50 Α΄ Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις
- Ν. 1963/91/ΦΕΚ 138 Α΄ Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις
- Ν. 2071/92/ΦΕΚ 123 Α ΄Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας
- Ν. 2345/95/ΦΕΚ 213 Α΄ Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
- Ν. 2646/98/ΦΕΚ 236 Α΄ Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
- Ν. 2889/01/ΦΕΚ 37 Α΄ Ίδρυση των περιφερειακών συστημάτων υγείας
- Ν. 2955/01/ΦΕΚ 256 Α΄ Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ και άλλες διατάξεις
- Ν. 3106/03/ΦΕΚ 30 Α΄ Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
- Ν. 3172/03/ΦΕΚ 197 Α΄ Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις
- Ν. 3209/03/ΦΕΚ 304 Α΄ Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Ν. 3329/05/ΦΕΚ 81 Α΄ Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
- Ν. 3370/05/ΦΕΚ 176 Α΄ Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις.
- Ν.3580/2007/ΦΕΚ 2695 Α ΄ Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις.

Ειδικότερα για τον τελευταίο νόμο, έχει γίνει σύσταση Επιτροπής Προμηθειών Υγείας, (Ε.Π.Υ.) που αποτελεί αυτοτελή δημόσια υπηρεσία (διοικητικά και οικονομικά), και υπάγεται κατευθείαν στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με αυτόν καλύπτονται όλοι οι τομείς προμηθειών του τομέα υγείας. Σύμφωνα όμως με τον Δημήτρη Μάρδα, Αν. Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του ΑΠΘ, ο νέος νόμος δεν επιφέρει καμία ουσιαστική αλλαγή, αναφορικά με τις κρατικές προμήθειες στον τομέα της υγείας. Τα προβλήματα και οι νοοτροπίες του παρελθόντος που θα έπρεπε να εξαλειφθούν, επαναφέρονται λόγω του ότι ο νόμος συγκεντρώνει όλους τους διαγωνισμούς προμηθειών σε ένα φορέα, την Επιτροπή. Σύμφωνα πάντα με τον Καθηγητή, ενώ φαίνεται ότι κάποιες νέες ρυθμίσεις δημιουργούν αποκέντρωση στο χώρο της υγείας και διανέμουν τις αρμοδιότητες, ουσιαστικά είναι πάλι συγκεντρωτικό αφού όλοι λογοδοτούν στην επιτροπή (Μάρδας, 2007).

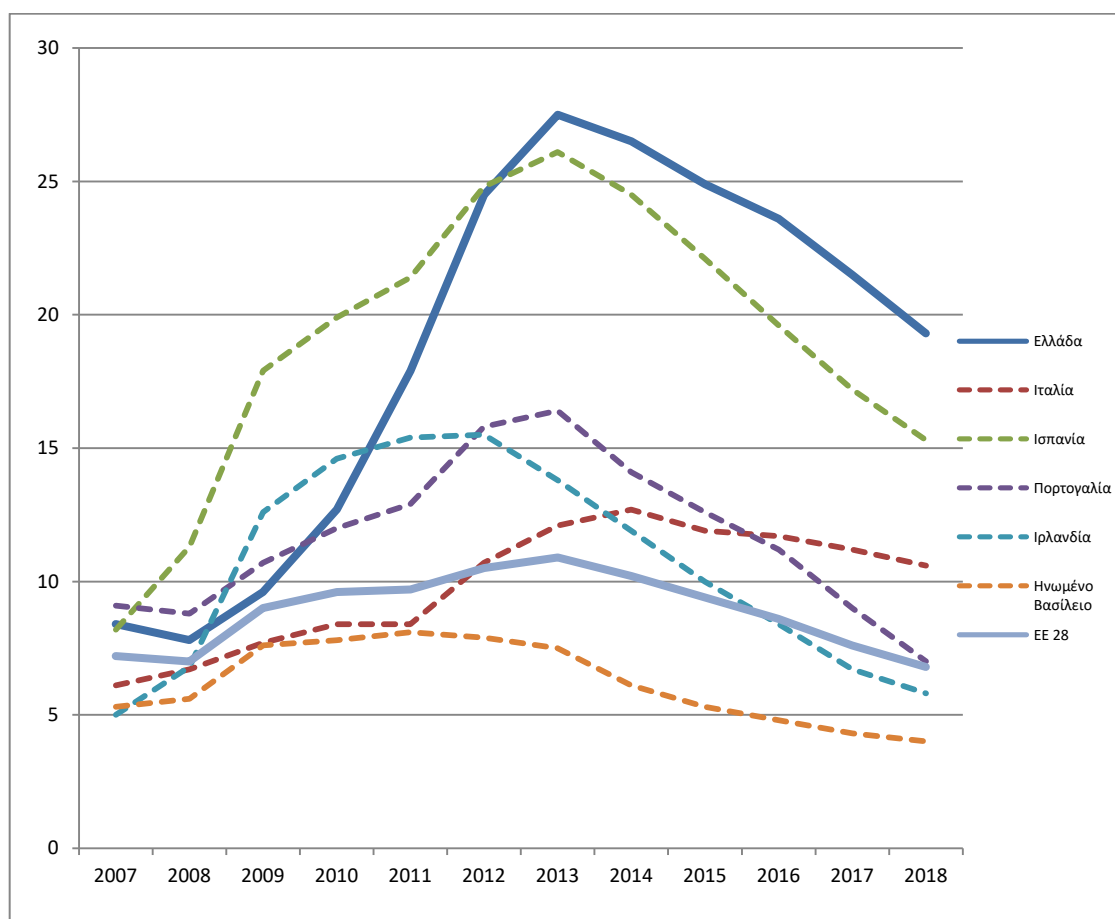
Ο παραπάνω νόμος με τον τρόπο που είναι δομημένος, κατά την εφαρμογή του αναιρεί όλο το θεωρητικό πλαίσιο. Όταν διενεργηθεί ένας μεγάλος συγκεντρωτικός διαγωνισμός για κάποιο υλικό ή για κάποια υπηρεσία και υπάρξει καθυστέρηση στην ολοκλήρωση του λόγω προσφυγών ή άλλων λόγων, τότε δίνεται στα νοσοκομεία το δικαίωμα να πράττουν όπως θέλουν. Με αυτό τον τρόπο ο έλεγχος της προμήθειας και του προμηθευτή δεν διασφαλίζεται, επιτρέποντας στην επιτροπή ουσιαστικά να δρα με τον τρόπο που αυτή θεωρεί σωστό και ενδεδειγμένο για τη περίπτωση.

6.5. Οι αδυναμίες του ΕΣΥ

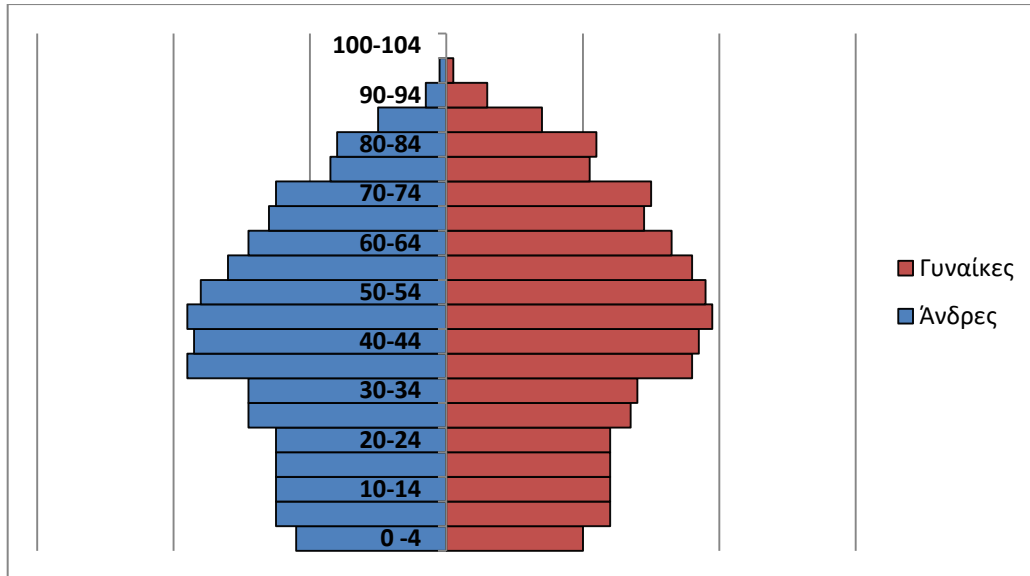
Θετικό είναι το στοιχείο ότι οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας παρά τις πιέσεις και τα προβλήματα επιτελούν σημαντικά επιτεύγματα στον τομέα τους αν και συνήθως στο εξωτερικό (Δήμου, 2017; Polyzos, 2002; Polyzos, 2012).

Βέβαια, όπως φάνηκε και από προαναφερθείσα έρευνα του Ξένου και άλλων (Xenos, Yfantopoulos, Nektarios, Polyzos, Tinios, & Constantopoulos, 2017) που επιτελέστηκε μέσα στην διάρκεια της πολύμορφης κρίσης που ταλαιπώρησε την ελληνική επικράτεια, τα ελληνικά νοσοκομεία παρά τις δυσκολίες και τα εμπόδια που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν, εξαιτίας των πολλών ελλείψεων σε αγαθά και δυναμικό (οικονομικό στοιχείο της κρίσης), αλλά και της αύξησης των φαινομένων της διαφθοράς (ηθικό στοιχείο της κρίσης), η αποδοτικότητα και η παραγωγικότητα του μέσου νοσοκομείου παρουσίασε σημαντική αύξηση της παραγωγικότητας μεταξύ του 2009 και του 2012.

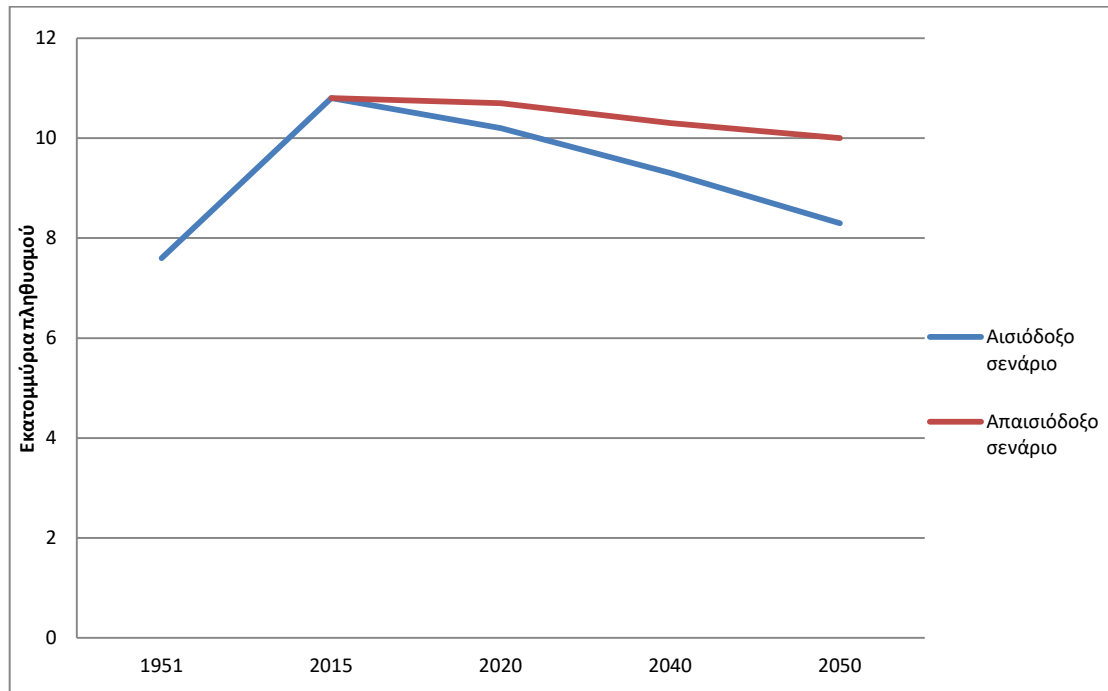
Την ίδια στιγμή, ως αποτέλεσμα της συνεχόμενης ανεργίας και των αλλαγών που προκύπτουν από τις νέες συνθήκες, το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας βιώνει σημαντικά προβλήματα καθιστώντας το κράτος πρόνοιας όχι μόνο προβληματικό αλλά και σε πολλές περιπτώσεις ανύπαρκτο (Μητρόπουλος, 2008). Ειδικά το ζήτημα της ασφάλισης αναμένεται να αντιμετωπίσει ακόμα σημαντικότερα προβλήματα αφού αυξάνουν σημαντικά τα όρια ηλικίας που απαιτούνται σε μία προσπάθεια απόκτησης πόρων από αυτό τον τομέα (Μητρόπουλος, 2010), πράγμα το οποίο αποδεικνύεται και από τα δυο παρακάτω γραφήματα (51 και 52), τα οποία παρουσιάζουν την πληθυσμιακή πυραμίδα της Ελλάδας, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί κατά το έτος 2019 (Διάγραμμα 52) και τις προβλέψεις των ειδικών της ευρύτερης επιστημικής κοινότητας για την περαιτέρω εξέλιξη του δημογραφικού ζητήματος στην Ελλάδα (Διάγραμμα 53).



ΓΡΑΦΗΜΑ 48 ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ (2007-2018). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



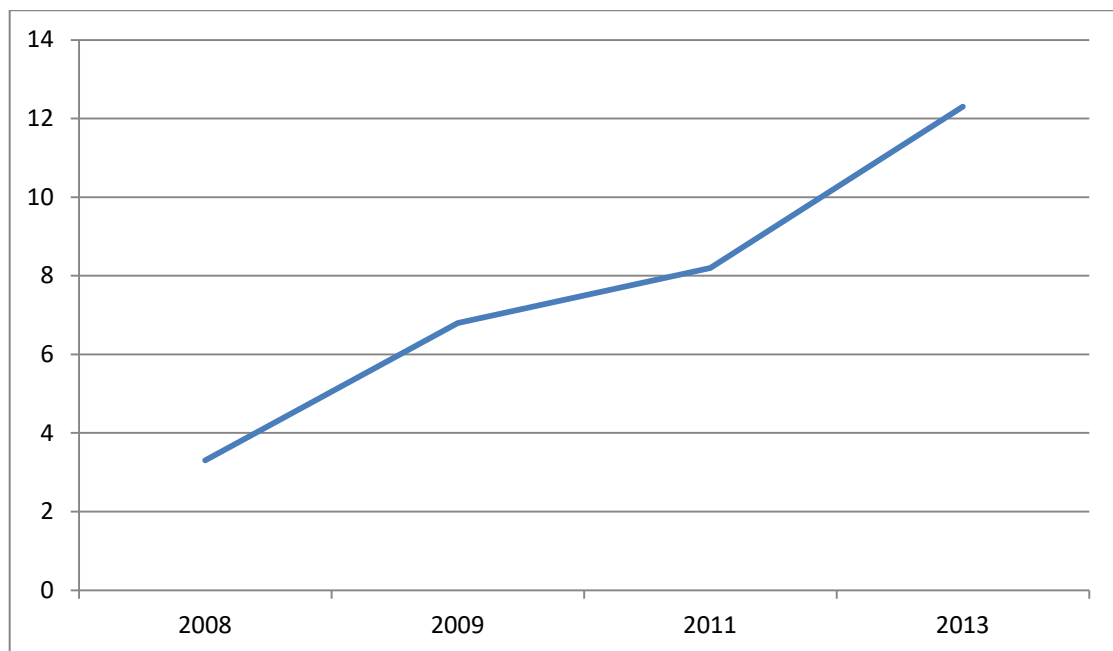
ΓΡΑΦΗΜΑ 49 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΕΛΛΑΔΑΣ (2019). ΠΗΓΗ (POPULATION PYRAMIDS NET)



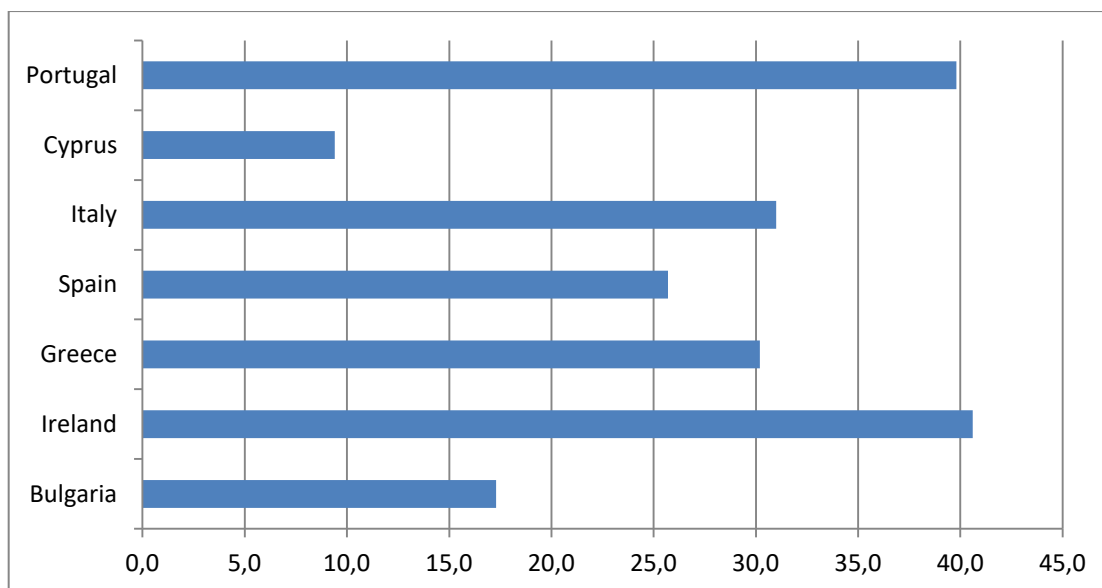
ΓΡΑΦΗΜΑ 50 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕΝΑΡΙΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. ΠΗΓΗ (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, 2016)

Το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω άμεσων και έμμεσων φορολογικών εσόδων), εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτικών πληρωμών (Economou, 2012; McKee et al., 2012).

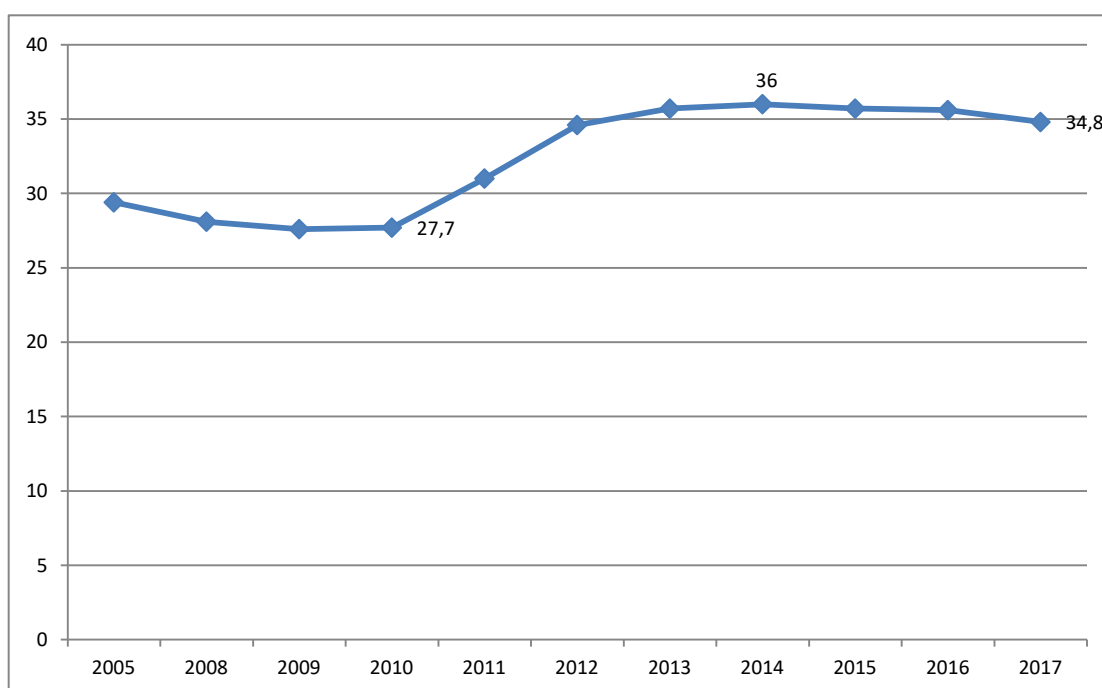
Η οικονομική βιωσιμότητα και η βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ευημερία του ελληνικού κράτους, το οποίο όμως έχει αμφισβητηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, από τότε που ξέσπασε η δημοσιονομική κρίση, αλλά και την εφαρμογή αυστηρών μέτρων λιτότητας που προβλέπεται από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής. Ταυτόχρονα, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, κατάχρηση ουσιών και νοσηρότητα των μολυσματικών ασθενειών, γεγονός που σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας αυξάνουν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού και τη ζήτηση για δημόσια υγεία (Karamanoli, 2011; Kentikelenis et al., 2012; Karamanoli, 2012).



ΓΡΑΦΗΜΑ 51 ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. ΠΗΓΗ (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, 2016)



ΓΡΑΦΗΜΑ 52 ΑΝΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΛΟΓΩΝ, ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ-ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ, ΛΙΣΤΑΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ (2014). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



ΓΡΑΦΗΜΑ 53 ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ Η ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ (2005, 2008-2017). ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ, 2019)

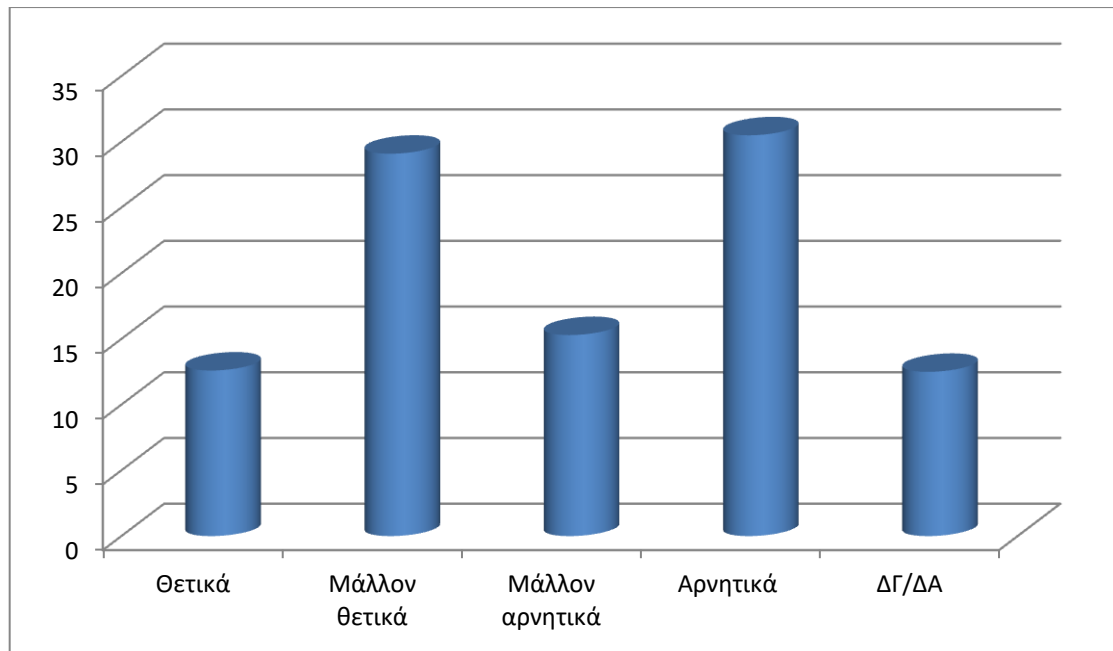
Το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής που εφαρμόζεται θεωρεί ότι οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας έχουν καίρια σημασία και περιλαμβάνουν μια σειρά μέτρων που στοχεύουν στη μακροπρόθεσμη μείωση του κόστους, στην αύξηση της διαφάνειας και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της περίθαλψης στο ελληνικό σύστημα υγείας, δεν είναι τυχαίο που η κρίση θεωρήθηκε παράθυρο ευκαιρίας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους

στόχους που θέτει το πρόγραμμα, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να μειωθούν στο 6% του ΑΕΠ και οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες να φθάσουν στο 1% του ΑΕΠ, πλησίον του ευρωπαϊκού μέσου όρου (Kanavos et al., 2011).

Πρέπει να σημειωθεί ότι πολύ πριν από την οικονομική κρίση εφαρμόστηκαν ορισμένες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, οι οποίες προσπαθούσαν να βελτιώσουν τη διάρθρωση και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, με ελάχιστη επιτυχία ενώ οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη εξακολουθούσαν να αυξάνονται (Mladovsky et al., 2012; Thomson et al., 2010; Tountas et al., 2002).

Οι ιατροί υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα στον ΕΟΠΠΥ έχουν δημιουργηθεί από την ανεπάρκεια πολιτικού προγραμματισμού που υπάρχει, καθώς και της έλλειψης της σωστής οργάνωσης του. Προτείνουν δε την οργάνωση τμήματος προμηθειών που θα αναλάμβανε τον εφοδιασμό εκτιμώντας ότι μία τέτοια κίνηση θα μπορούσε να αποφέρει την εξοικονόμηση τουλάχιστον 250 εκατομμυρίων ευρώ κάθε χρόνο και με αυτό τον τρόπο θα ετίθεντο στο επίκεντρο η εξυγίανση, ενώ θα επιτυγχάνονταν και δωρεάν υπηρεσίες που θα λάμβαναν οι πολίτες (ΠΟΕ-ΕΟΠΥΥ, 2013).

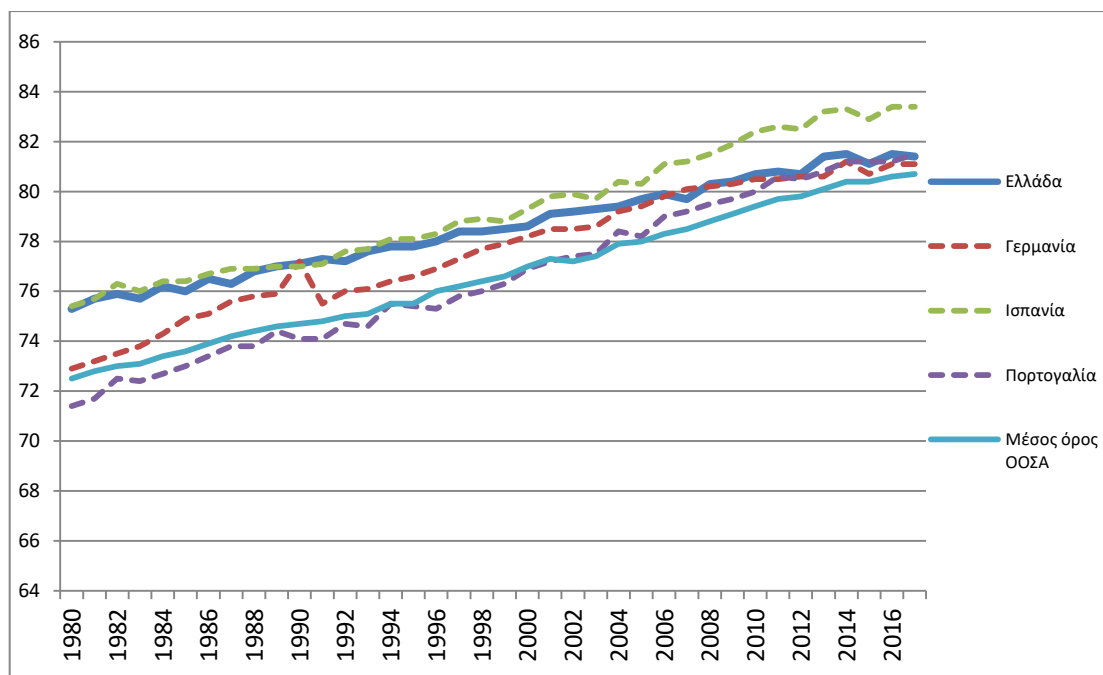
Τα προβλήματα στον ΕΟΠΠΥ εκτός από τους ιατρούς, φαίνεται ότι εντόπισαν και οι ασφαλισμένοι. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε έρευνα που έγινε από την ΚΑΠΑ Research και αφορούσε την περίοδο Μάρτιος 2012- Αύγουστος 2012, η αρνητική κρίση των ασφαλισμένων για τον ΕΟΠΠΥ που αποτελούσε νέο οργανισμό ήταν μεγαλύτερη από τη θετική όπως διαφαίνεται και από το παρακάτω γράφημα:



ΓΡΑΦΗΜΑ 54 ΆΠΟΨΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΟΠΠΥ (2012). ΠΗΓΗ ΚΑΠΙΑ RESEARCH

6.6. Δείκτες υγείας

Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνεται το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, στη Γερμανία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και καταγράφεται ο μέσος όρος των καταγεγραμμένων (με στοιχεία) χωρών του ΟΟΣΑ από το 1980 μέχρι και το 2017.



ΓΡΑΦΗΜΑ 55 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ), ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση συγκριτικά με τη Γερμανία, την Πορτογαλία αλλά και τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Βέβαια εδώ παρατηρείται μια κοινή καμπή του προσδόκιμου σε όλες τις προαναφερθείσες χώρες (2015) καθώς άρχισαν να διαφαίνονται τα αποτελέσματα των οικονομικών δυσχερειών. Το σημαντικό είναι πως η Ισπανία συνεχίζει σταθερά να αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης με μεγαλύτερο ρυθμό σε σύγκριση με την Ελλάδα και παρά τα κοινά τους προβλήματα λόγω αλλά και της κοινής μεσογειακής-νοτιοευρωπαϊκής τους κουλτούρας. Το ίδιο παρατηρείται και με την κατάσταση του πληθυσμού της Πορτογαλίας, η οποία αν και αρχικά βρισκόταν κάτω από τον μέσο όρο του προσδόκιμου επιβίωσης των χωρών του ΟΟΣΑ και παρά τη οικονομική κρίση κατάφερε να φτάσει αυτό της Ελλάδας. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση φυσικά πλέον είναι πιο υψηλό, αφού οι διάφορες καταστάσεις που το επηρεάζουν διαφοροποιούνται λόγω της ορθής αντιμετώπισης των αναγκών υγείας, αλλά και της ευρωπαϊκής κοινωνικής ατζέντας, η οποία προωθεί την υγεία και ευεξία των πολιτών της μέσα από υιοθέτηση πολιτικών άμεσης και έμμεσης παρέμβασης καθώς και με την προώθηση της διακρατικής συνεργασίας μεταξύ των μελών κρατών.

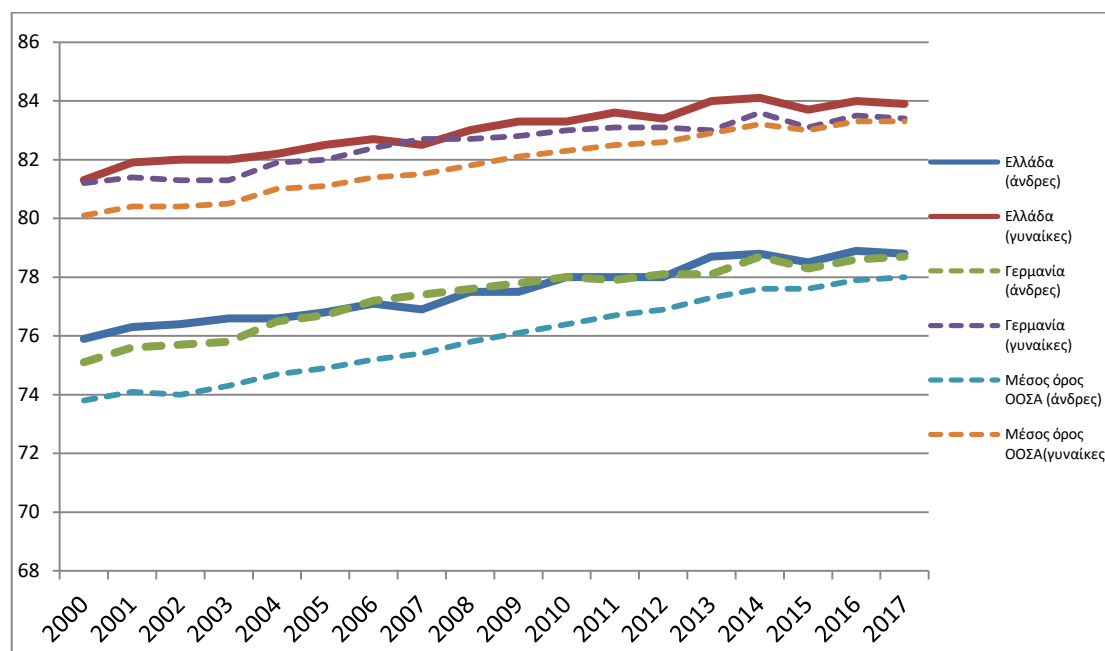
Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθεται το προσδόκιμο ζωής, σε άνδρες και γυναίκες, κατά τη γέννηση στις χώρες της EU 28 για το 2013.

Χώρα	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες
Ισπανία	83,2	80,2	86,1
Ιταλία	82,9	80,3	85,2
Γαλλία	82,4	79,0	85,6
Σουηδία	82,0	80,2	83,8
Λουξεμβούργο	81,9	79,8	83,9
Ρουμανία	75,2	71,6	78,7
Ολλανδία	81,4	79,5	83,2
Αυστρία	81,3	78,6	83,8
Γερμανία	80,9	78,6	83,2
Ιρλανδία	81,1	79,0	83,1
Ηνωμένο Βασίλειο	81,1	79,2	82,9
Φιλανδία	81,1	78,0	84,1
Ελλάδα	81,4	78,7	84,0
Βέλγιο	80,7	77,8	83,2
Πορτογαλία	80,9	77,6	84,0
Κύπρος	82,5	80,1	85,0
Σλοβενία	80,5	77,2	83,6
Δανία	80,4	78,3	82,4
Τσεχία	78,3	75,2	81,3
Πολωνία	77,1	73,0	81,2
Εσθονία	77,5	72,8	81,7
Σλοβακία	76,6	72,9	80,1
Ουγγαρία	75,8	72,2	79,1
Μάλτα	81,9	79,6	84,0
Λιθουανία	74,1	68,5	79,6
Λετονία	74,3	69,3	78,9
Βουλγαρία	74,9	71,3	78,6
Κροατία	77,8	74,5	81,0
EU 28	80,6	77,8	83,3

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ EU 28-2013 ΠΗΓΗ: ECHI- HEIDI DATATOOL

Το ίδιο ισχύει και για τον παραπάνω πίνακα που αναδεικνύει ότι η Ελλάδα έχει ένα μεγάλο ποσοστό συγκριτικά με κάποιες χώρες.

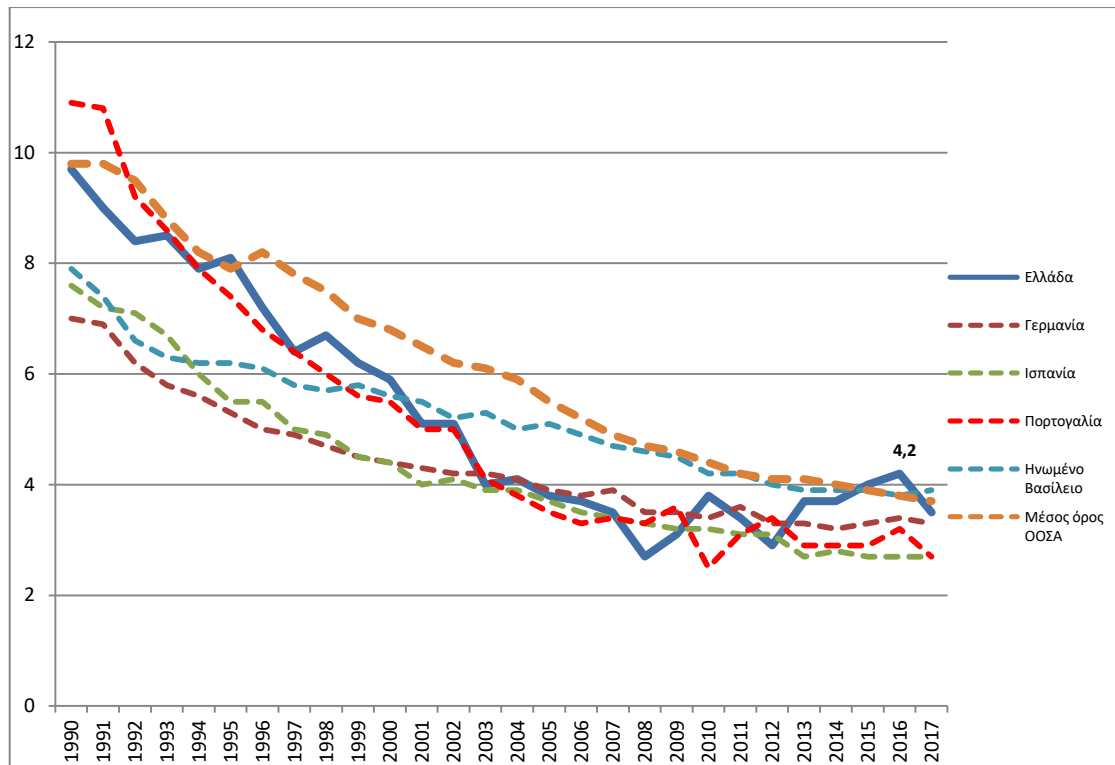
Στα γραφήματα που ακολουθούν αποτυπώνονται και άλλοι δείκτες υγείας της Ελλάδος συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης.



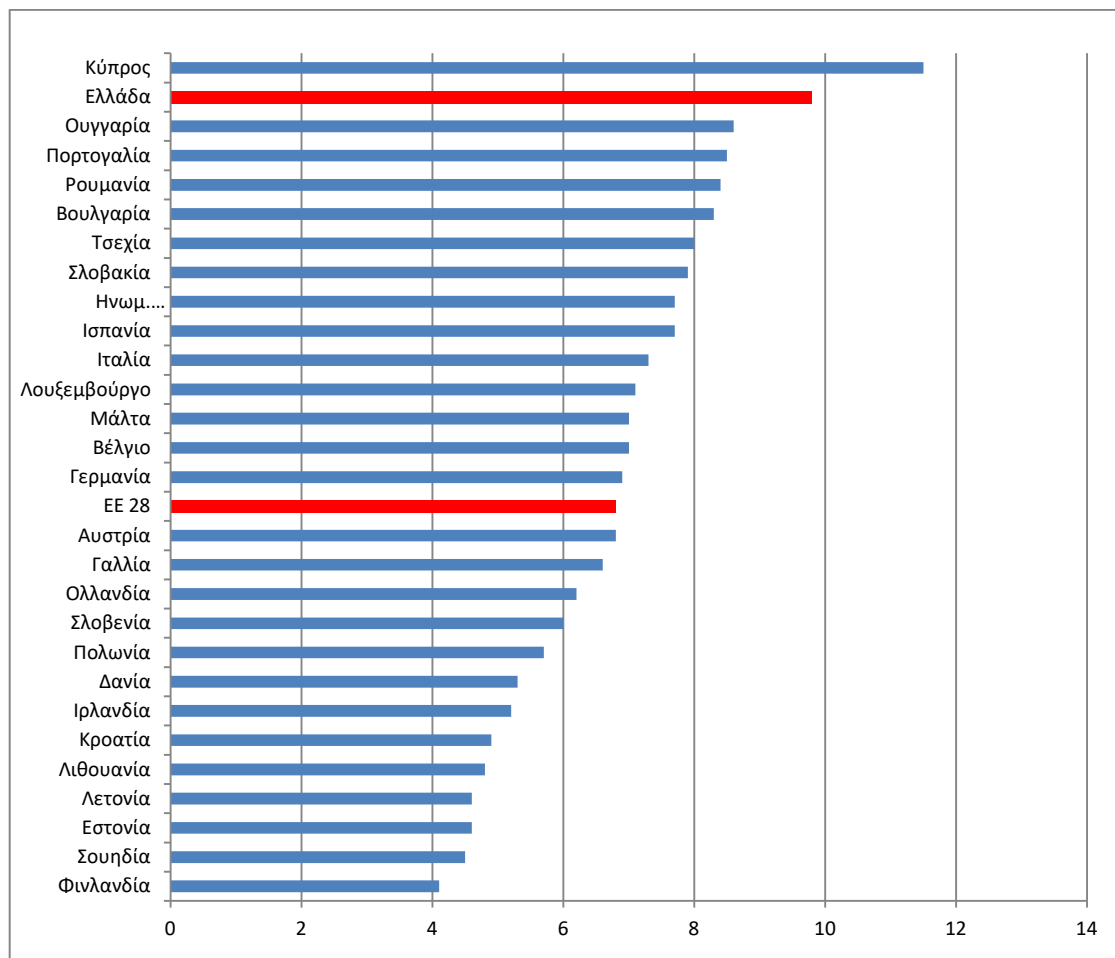
ΓΡΑΦΗΜΑ 56 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ, ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης των Ελλήνων γυναικών και ανδρών είναι σχετικά υψηλό συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες όπως φαίνεται, αφού ξεπερνούν τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (που διαθέτουν στοιχεία), αν και τα ποσοστά έχουν μειωθεί από το 2010 που φαίνεται ότι ήταν η χρονιά με τα υψηλότερα ποσοστά. Η μείωση αυτού του ποσοστού τα επόμενα χρόνια θα μπορούσε να αποδοθεί και στην εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και την μείωση των δαπανών στην υγεία που επέφερε, αλλά και σε άλλους κοινωνικούς επιδημιολογικούς παράγοντες.

Η Ελλάδα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα, αν και επέτυχε μια πολύ σημαντική μείωση στο ποσοστό αυτού του αρνητικού για την κοινωνία δείκτη μέσα στα χρόνια, δυστυχώς εξαιτίας της κρίσης, των οικονομικών προβλημάτων, των γενικότερων ελλείψεων, της αύξησης του ποσοστού των ατόμων που βρίσκονταν στο κατώφλι της φτώχειας, της υλικής υστέρησης και του κοινωνικού αποκλεισμού, ξεπέρασε πολλές από τις ευρωπαϊκές χώρες αλλά και τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ το 2016, πράγμα όμως το οποίο διορθώθηκε όπως φαίνεται τον επόμενο ακριβώς χρόνο με μείωση που έφτασε το 16,7% (ρυθμός μεταβολής 2017-2016).

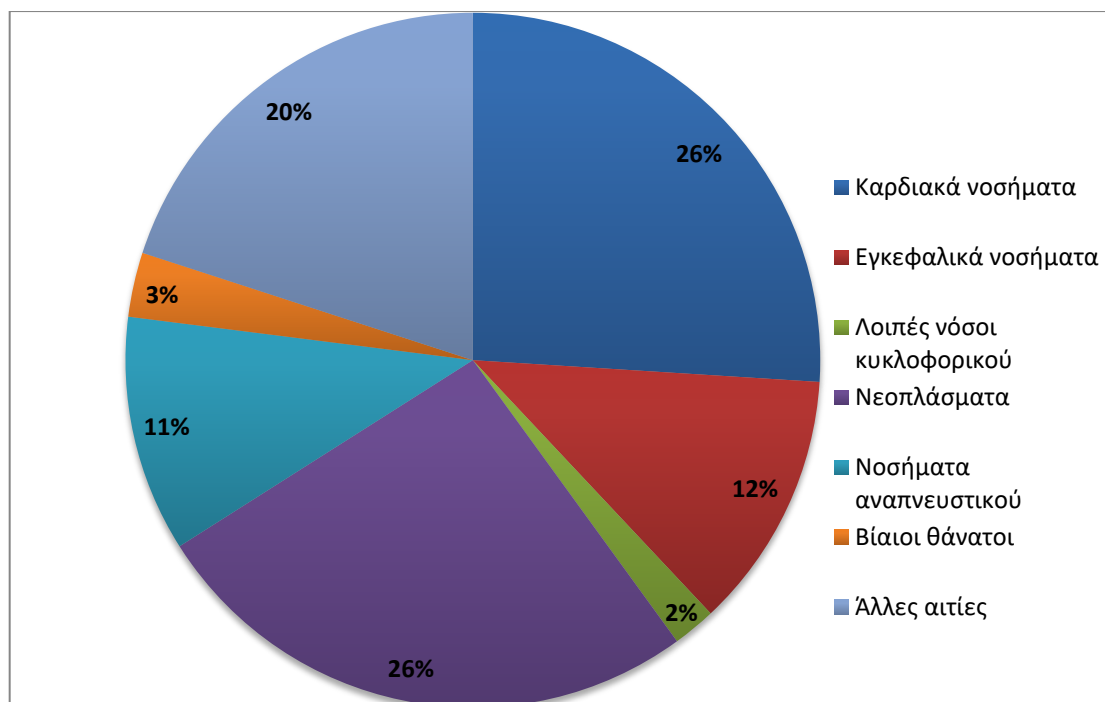


ΓΡΑΦΗΜΑ 57 ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΝΑ 1000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ). ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



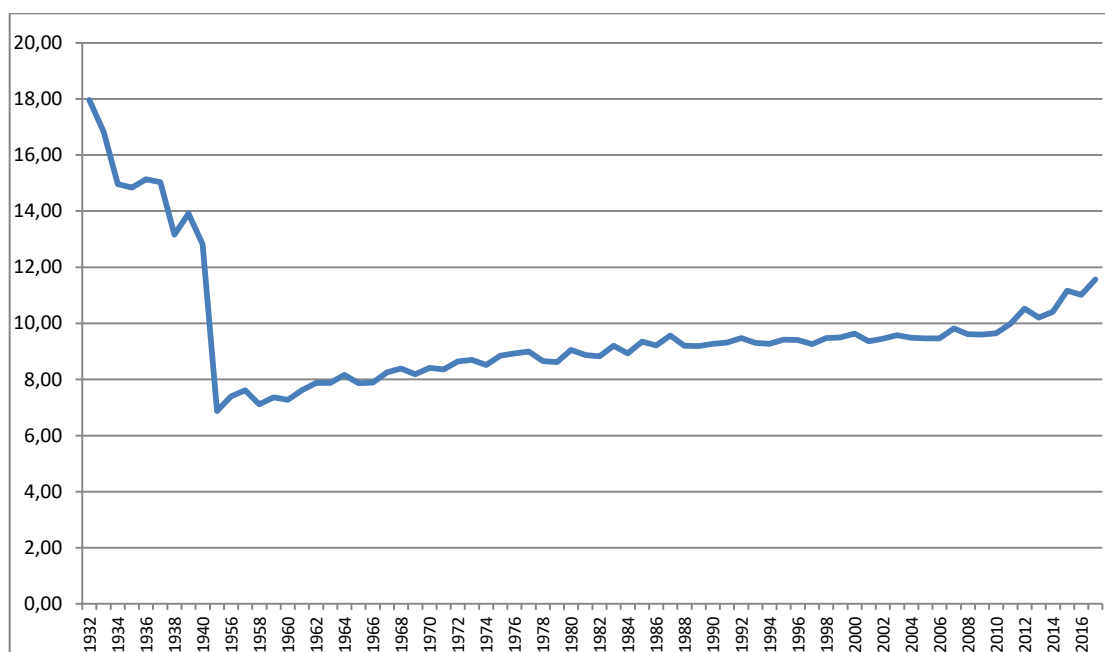
ΓΡΑΦΗΜΑ 58 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ (2012). ΠΗΓΗ (ΕCΗΙ-ΗΕΙΔΙ DATATOOL).

Το ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό της Ελλάδος καταδεικνύει σημαντικά προβλήματα στον προγεννητικό έλεγχο καθώς και στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Το ποσοστό αυτό ενδεχομένως να οφείλεται και στο γεγονός ότι λόγω της οικονομικής κρίσης, πολλές οικογένειες δεν έχουν τους απαραίτητους πόρους προκειμένου να διεξάγουν προληπτικές εξετάσεις, ενώ πολύ σημαντικός ίσως είναι και ο παράγοντας που τονίζεται την τελευταία δεκαετία από την ελληνική ιατρική σκηνή για την διαφθορά που επικρατεί, και συγκεκριμένα για την αύξηση των καισαρικών τομών έναντι του φυσιολογικού τοκετού, οι οποίες ξεπερνούσαν σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας το 2015 το ποσοστό επί του συνόλου των γεννήσεων του 77%, ποσοστό το οποίο μειώθηκε στο 58% το 2016, τη στιγμή που η διεθνής κοινότητα θέτει ως ανώτατο όριο το ποσοστό του 15%.



ΓΡΑΦΗΜΑ 59 ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ, 2016)

Όπως καταδεικνύει το παραπάνω γράφημα, σημαντικό ποσοστό των θανάτων οφείλεται σε αιτίες που σχετίζονται με νόσους που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με την κατάλληλη πρόληψη, αναδεικνύοντας σημαντικό μειονέκτημα του συστήματος υγείας σε αυτό τον τομέα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 60 ΦΥΣΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΕ % (ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ) ΑΠΟ ΤΟ 1932 ΕΩΣ ΚΑΙ ΤΟ 2017. ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ)

Από τα παραπάνω γραφήματα διαφαίνεται και ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας. Ενώ το προσδόκιμο

ζωής που έχουν οι Έλληνες πολίτες είναι υψηλό, παρουσιάζει σημαντικά ποσοστά σε θέματα υγείας που θα μπορούσαν να προληφθούν και οδηγούν σε παθήσεις. Από αυτό διαφαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας περιορίζεται κυρίως στην αντιμετώπιση των νόσων και όχι στην προαγωγή της υγείας. Το γεγονός αυτό οδηγεί και σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας αλλά και σε μεγαλύτερες δαπάνες που θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν μέσω της προαγωγής υγείας.

6.7. Χρηματοδότηση

Ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών πόρων χρηματοδοτεί το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Η κύρια πηγή εσόδων είναι οι συνεισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών (συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους ως εργοδότη). Από το 2017, το νεοσυσταθέν ΕΦΚΑ έγινε το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, συλλέγοντας και συγκεντρώνοντας συνεισφορές για λογαριασμό όλων των ατομικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που υπήρχαν προηγουμένως. Το ΕΦΚΑ καλύπτει τα μέλη του έναντι όλων των κινδύνων και των απρόβλεπτων καταστάσεων, παρέχοντας μηνιαία σύνταξη γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στα ασφαλισμένα μέλη ή/και στα μέλη της οικογένειάς τους, πρόωρη συνταξιοδότηση και άλλες παροχές προς συνταξιούχους, παροχές ασθενείας σε χρήμα, ειδικών επιδομάτων κοινωνικής πρόνοιας και οποιεσδήποτε άλλες παροχές σε χρήμα ή υπηρεσίες για τις οποίες είναι υπεύθυνη (Economou et al., 2017).

Το ΕΦΚΑ εισπράττει επίσης τη συνιστώσα των ασφαλιστικών εισφορών για λογαριασμό του ΕΟΠΥΥ και στη συνέχεια του μεταφέρει τα κεφάλαια. Η συνεισφορά ασφάλισης ασθενείας για μισθωτούς καθορίζεται από τον ΕΦΚΑ με ποσοστό 7,10% του εισοδήματος και αποτελείται από δύο μέρη: 6,45% για τις παροχές σε είδος (2,15% εισφορά ασφαλισμένου και 4,30% για τον εργοδότη) και 0,65% (0,40% συνεισφέρεται από τον ασφαλισμένο και 0,25% από τον εργοδότη) (Economou et al., 2017).

Ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω άμεσων και έμμεσων φορολογικών εσόδων, είναι υπεύθυνος για την κάλυψη των διοικητικών δαπανών, των μισθών των υπαλλήλων των δημόσιων φορέων, της χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας/περιπατητικής υγειονομικής περίθαλψης και της παροχής βοηθητικών δημόσιων νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Οι ιδιωτικές

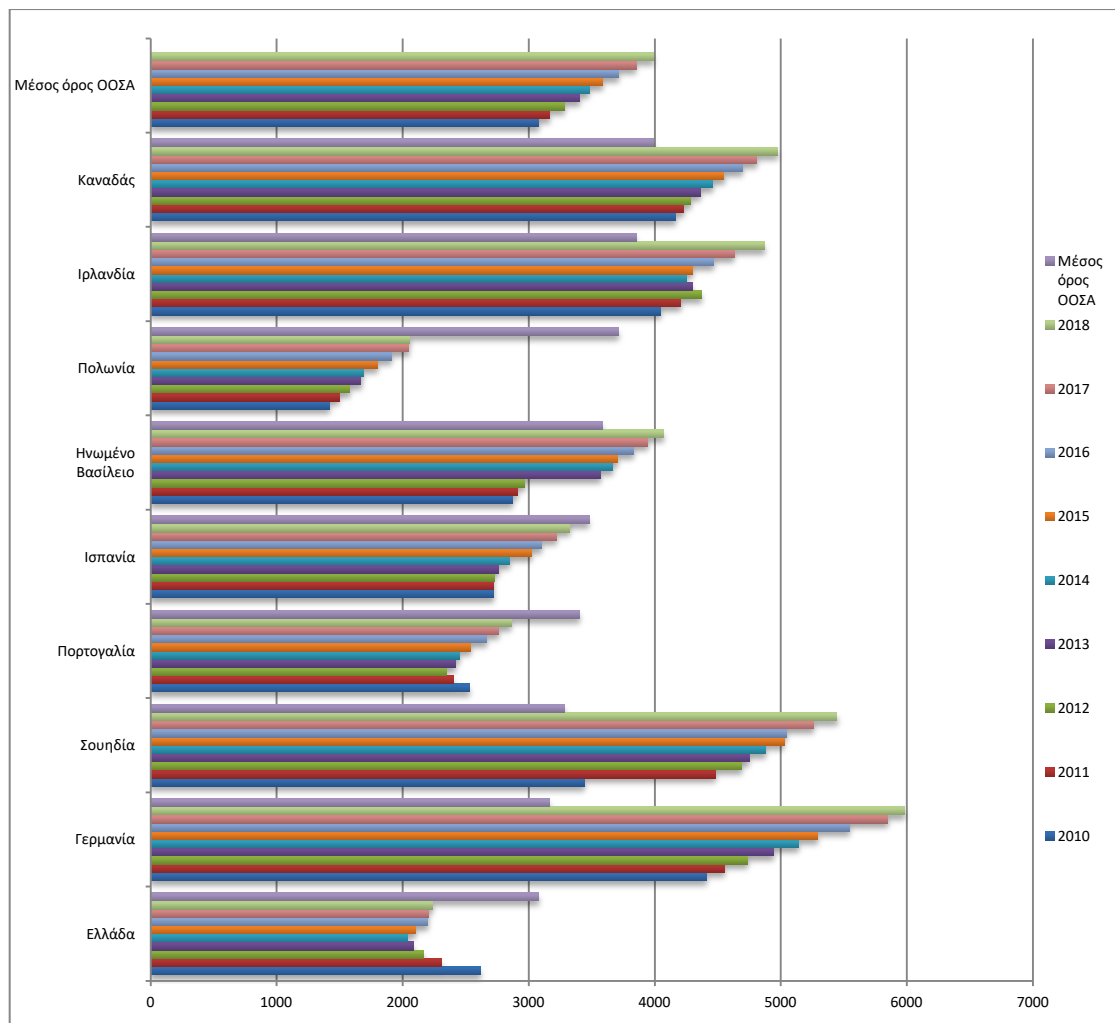
δαπάνες αποτελούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης για την υγεία στην Ελλάδα, γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση τον κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (OECD). Έχει ως επί το πλείστον τη μορφή πληρωμών για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται, πληρωμές για υπηρεσίες ιδιωτικών παρόχων, συγχρηματοδοτήσεις (κυρίως για φαρμακευτικά προϊόντα) και άτυπες πληρωμές. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν επίσης ιδιωτικά ασφάλιστρα για την ασφάλιση υγείας, τα οποία όμως έχουν περιορισμένη σημασία.

Η κάλυψη στο ελληνικό σύστημα υγείας συνδέεται κυρίως με την κατάσταση απασχόλησης για τους εργαζομένους και τα μέλη της οικογένειάς τους. Εκείνοι που καλύπτονται δικαιούνται ένα ολοκληρωμένο πακέτο περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας/περιπατητικής περίθαλψης, της διάγνωσης, της περίθαλψης ειδικευμένων νοσοκομείων και εξωτερικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών φορέων που συνάπτονται με τον ΕΟΠΥΥ. Μετά τη συνταξιοδότηση, οι πρώην υπάλληλοι συνεχίζουν να καλύπτονται από το ταμείο στο οποίο ανήκει ο εργοδότης τους και η εισφορά τους αφαιρείται από τη σύνταξή τους. Από το 2016, οι άνεργοι ανήκουν νόμιμα σε ένα ταμείο ανεργίας που χρηματοδοτείται από τον κεντρικό κυβερνητικό προϋπολογισμό. Μια άλλη βάση δικαιώματος για κάλυψη υγείας είναι η ελληνική ιθαγένεια (ή η ιθαγένεια άλλου κράτους μέλους της ΕΕ), η οποία επιτρέπει την ελεύθερη πρόσβαση στην πρωτοβάθμια/περιπατητική περίθαλψη και στις εξειδικευμένες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών που παρέχει το ΕΣΥ. Υπάρχει επίσης δικαίωμα παροχής υπηρεσιών σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, τα οποία έχουν δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία (Economou et al., 2017). Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Geitona et al. (2007) που επιβεβαιώνει ότι το εισόδημα δεν είναι αποτρεπτικός παράγοντας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όμως αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποκλείονται άτομα εξαιτίας της ποιότητας της παροχής αλλά και του χρόνου αναμονής (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

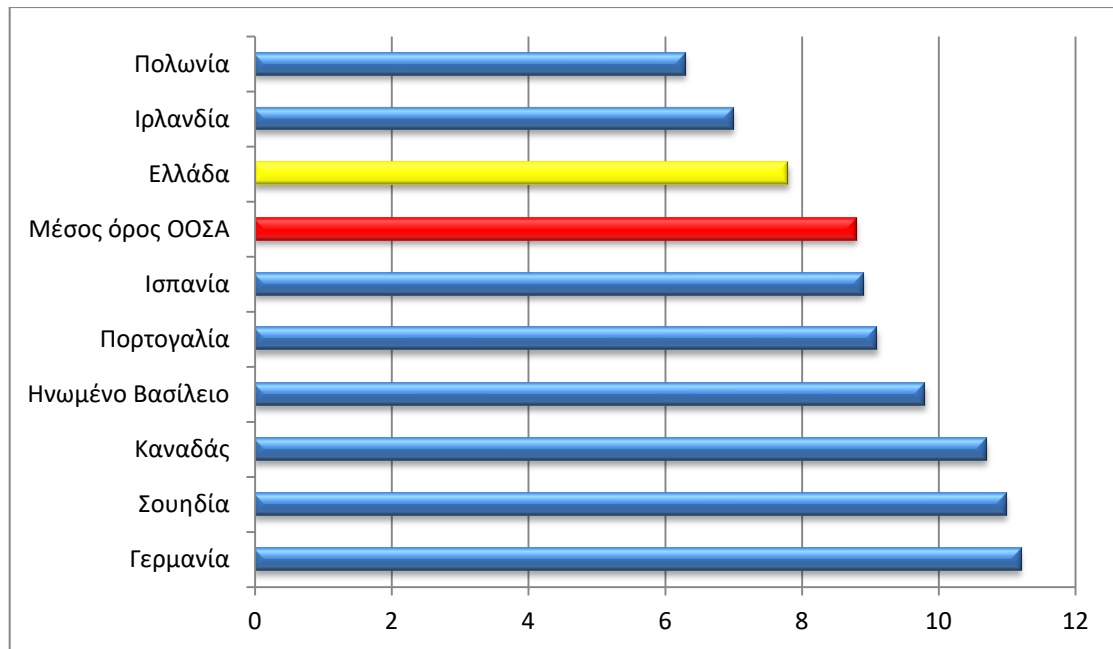
Ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε το 2011 με σκοπό να καλύψει τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενο άτομο και συνταξιούχο), με την υπόθεση ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού θα έχει μόνο βραχυπρόθεσμη ανεργία. Εντούτοις, στο πλαίσιο της βαθιάς οικονομικής κρίσης, η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία, φθάνοντας το 28% το 2013 και εξακολουθούσε να υπερβαίνει το 25% το 2015. Ο ΕΟΠΥΥ κάλυψε αποτελεσματικά τους ανέργους για

μέγιστο διάστημα δύο ετών, οδηγώντας έτσι σε αύξηση του ποσοστού του ανασφάλιστου πληθυσμού. Επιπλέον, πολλοί αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες δεν ήταν σε θέση να διατηρήσουν τις ασφάλειες υγείας, χάνοντας έτσι την κάλυψη τους. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας το 2016, περίπου 2,5 εκατομμύρια ανασφάλιστοι, ή ένας στους τέσσερις, δεν είχαν πρόσβαση στη δημόσια περίθαλψη (Economou et al., 2017).

Η αναποτελεσματικότητα της νομοθεσίας είχε ως απόρροια την τροποποίησή της το 2016 (νόμος 4368/2016). Ο νέος νόμος εξασφάλιζε την ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους, τους αυτοαπασχολούμενους, όπου οι εισφορές ασφάλισης υγείας δεν ήταν ενημερωμένες, τους πρόσφυγες, τα παιδιά, τις έγκυες γυναίκες και τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες, σε μια εκτεταμένη προσπάθεια του κράτους πρόνοιας να παρέμβει με στόχο την μείωση των ανισοτήτων. Αναμφίβολα, η νομοθεσία αυτή έχει καίρια σημασία για τη βελτίωση της ισότητας και της πρόσβασης στην ευεξία των ευάλωτων ομάδων. Παρ' όλα αυτά, δεν εξάλειψε ορισμένα εμπόδια. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρξε αξιοσημείωτη καθυστέρηση άνω των πέντε ετών στην εξεύρεση λύσης για την κάλυψη των ανασφάλιστων και των φτωχών (Economou et al., 2017).



ΓΡΑΦΗΜΑ 61 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ (ΣΕ US\$ PPP, 2010-2018). ΠΗΓΗ (OECD)

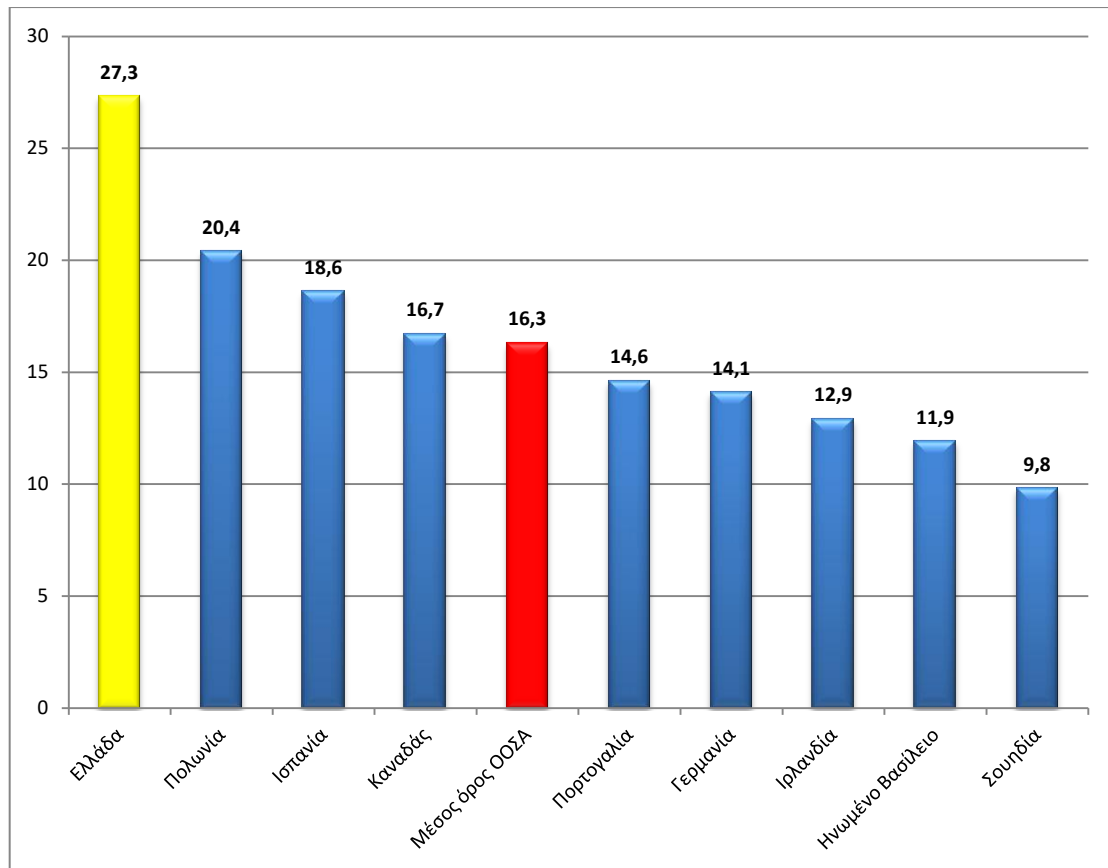


ΓΡΑΦΗΜΑ 62 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ (2018). ΠΗΓΗ (OECD)

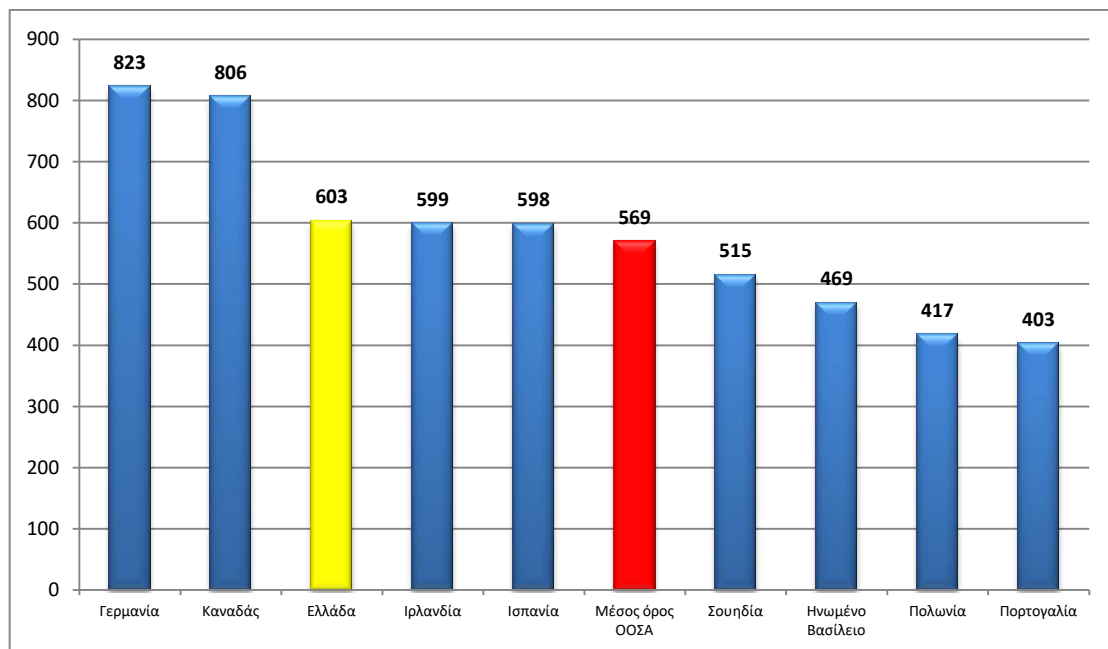
Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι δαπάνες υγείας χαμηλές στην περίπτωση της Ελλάδος, χαρακτηριστικό εύλογο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που διέπει τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα.

Η αύξηση της ιδιωτικής αγοράς υγείας τα περασμένα χρόνια καταδεικνύει το έλλειμμα εμπιστοσύνης στο δημόσιο σύστημα υγείας και στις παροχές του. Είναι αξιοσημείωτο ότι μέσα σε μία δεκαετία, κάθε ιδιωτικός τομέας υγείας σχεδόν τριπλασίασε την αγορά του, κάτι που σημαίνει ότι όλο και περισσότεροι πολίτες συνέρρεαν σε αυτή.

Οι υπόλοιπες δαπάνες στο χώρο της υγείας αφορούν:



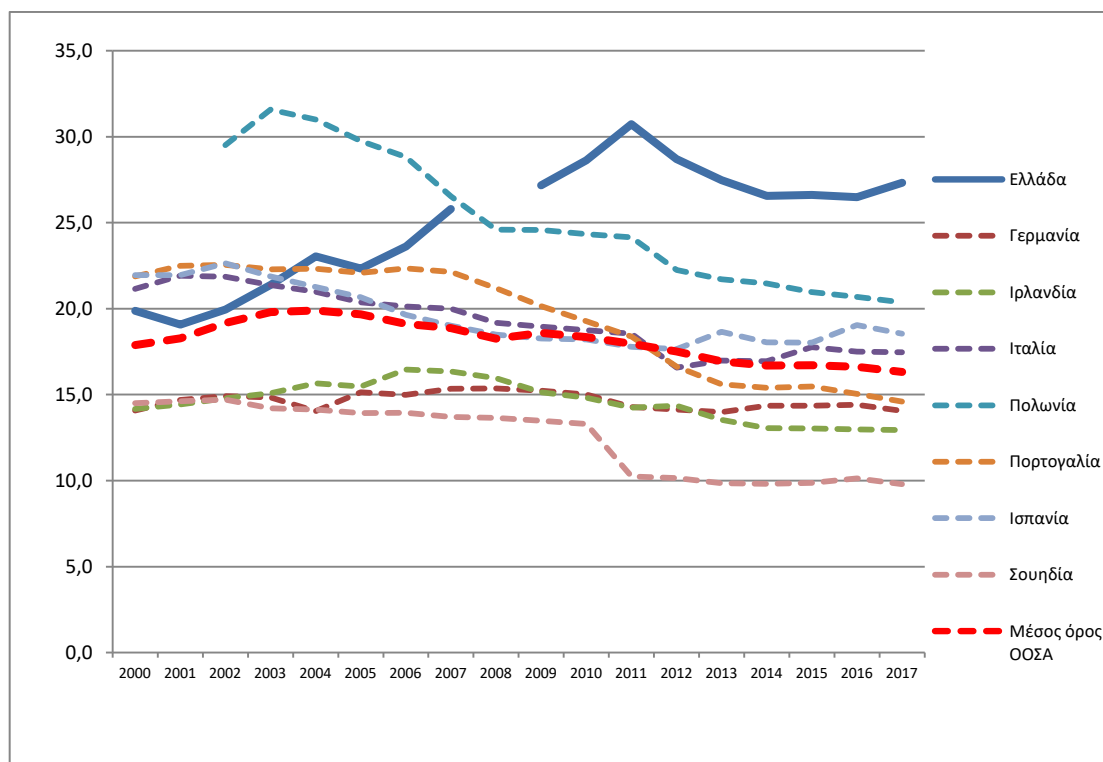
ΓΡΑΦΗΜΑ 63 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ (ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ), ΩΣ % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (2017). ΠΗΓΗ (OECD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 64 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ (ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ) ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ, ΣΕ US\$ PPPs (2017). ΠΗΓΗ (OECD)

Το έτος 2017 η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη καθώς και το κόστος αυτής σε σχέση με το ΑΕΠ της χώρας παραμένει μεταξύ των υψηλότερων σε σχέση

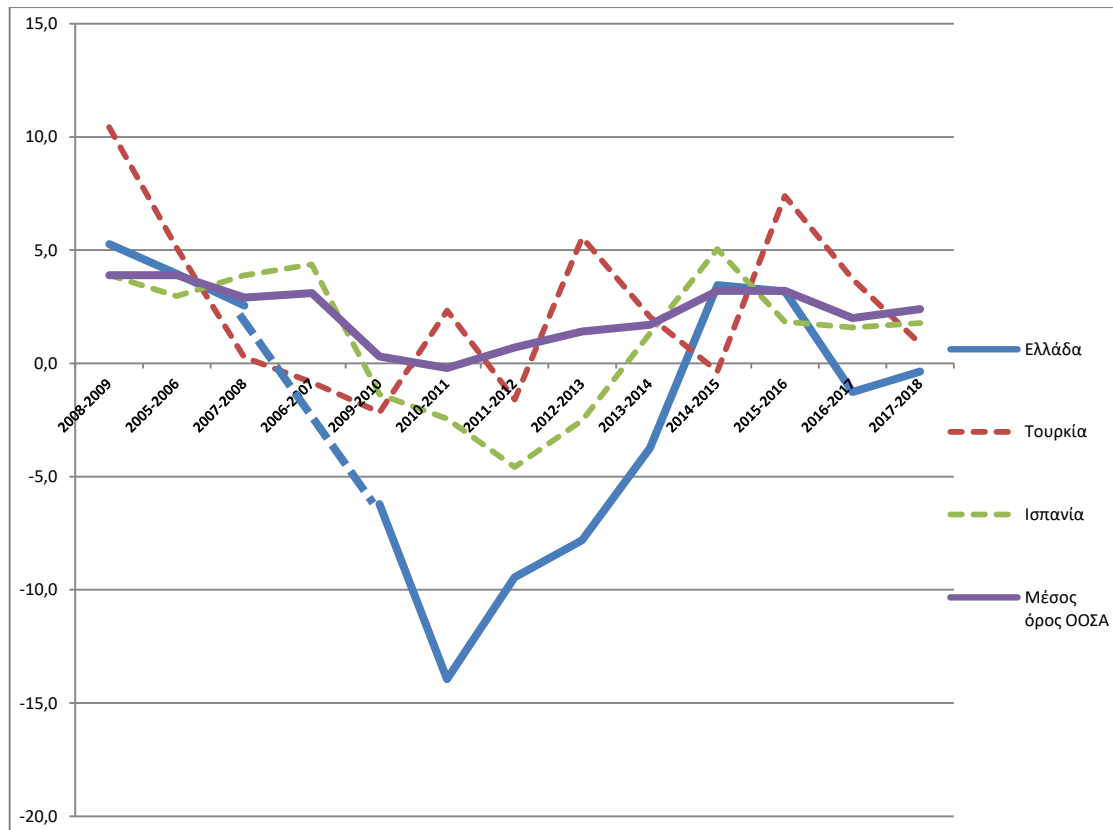
με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και παρά τις επιτυχημένες μεταρρυθμίσεις στο χώρο του φαρμάκου (Μυλωνά Κατερίνα, 2015).



ΓΡΑΦΗΜΑ 65 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ (ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΗ), ΩΣ % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (2000-2017). ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Σχεδόν στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών η φαρμακευτική δαπάνη καταρρέει μετά το 2009 καθώς η κρίση εξανεμίζει τη δυναμική των οικονομιών τους. Η Ελλάδα, φαίνεται πως αυξάνει την δαπάνη πρόσκαιρα, έως και το 2011, οπότε και βρίσκεται πλέον στο ίδιο πλαίσιο με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δηλαδή στην κορυφή της καθίζησης του συγκεκριμένου κόστους, γεγονός που ενώ αρχικά ερμηνεύτηκε ως δείγμα αδικαιολόγητης σπατάλης, με τα χρόνια αποδείχτηκε προϊόν βαθύτερης κρίσης.

Από το 2009 και έπειτα, οι δημόσιες δαπάνες της υγείας μειώθηκαν αισθητά, περίπου 32% μέχρι το 2013. Η μείωση αυτή σαφώς αναπαριστά μία επιδείνωση του συστήματος υγείας που ήδη αντιμετώπιζε σημαντικά προβλήματα λόγω των επιρροών που είχε δεχτεί από τις παρελθούσες μεταρρυθμίσεις.



ΓΡΑΦΗΜΑ 66 ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ (ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥΣ ΟΡΟΥΣ). ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Η σημαντική μείωση στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ήταν αποτέλεσμα των γενικότερων περικοπών που έκανε η ελληνική κυβέρνηση στο δημόσιο τομέα. Η οικονομική κρίση επίσης οδήγησε στη μείωση της ασφάλισης υγείας ανάμεσα στον πληθυσμό και αυτοί που επηρεάστηκαν περισσότερο από αυτές τις εξελίξεις ήταν οι μακροχρόνια άνεργοι καθώς και οι αυτοαπασχολούμενοι εργάτες που αποφάσισαν να μην ανανεώσουν την ασφάλιση υγείας τους λόγω της μείωσης του εισοδήματός τους. Το πρόβλημα της αύξησης του ποσοστού του ανασφάλιστου πληθυσμού οξύνθηκε σε τέτοιο βαθμό που από τον Ιούνιο του 2014 ελήφθησαν μία σειρά κυβερνητικών μέτρων για την υγειονομική κάλυψη αυτού του πληθυσμού, τουλάχιστον σε επίπεδο ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής κάλυψης (Branas et al., 2014).

Συνοπτικά, οι δαπάνες υγείας για την περίοδο 2011-2017 ήταν:

Συνολική χρηματοδότηση

2011-9,56% του ΑΕΠ.

2014-7,95% του ΑΕΠ.

2015-8,09% του ΑΕΠ.

2016-8,28% του ΑΕΠ.

2017-8,08% του ΑΕΠ.

Πόροι που διατέθηκαν από τη γενική κυβέρνηση (εκτός ΕΟΠΥΥ)

2011- 4,2 δισ. ευρώ.

2012- 5,08 δισ. ευρώ.

2013- 4,63 δισ. ευρώ.

2014- 4,21 δισ. ευρώ.

2015- 4,08 δισ. ευρώ.

2016- 4,51 δισ. ευρώ.

2017- 3,98 δισ. ευρώ.

Πληρωμές του ΕΟΠΥΥ για την υγεία

2011- 8,22 δισ. ευρώ.

2012- 6,2 δισ. ευρώ.

2013- 4,8 δισ. ευρώ.

2014- 4,05 δισ. ευρώ.

2015- 4,22 δισ. ευρώ.

2016- 4,4 δισ. ευρώ.

2017- 4,83 δισ. ευρώ.

Ιδιωτικές πληρωμές των πολιτών για την περίθαλψή τους

2011- 5,82 δισ. ευρώ.

2012- 5,11 δισ. ευρώ.

2013- 5,12 δισ. ευρώ.

2014- 5,2 δισ. ευρώ.

2015- 5,22 δισ. ευρώ.

2016- 5,05 δισ. ευρώ.

2017- 5,03 δισ. ευρώ.

(Πηγή Υπουργείο Υγείας)

	Ελλάδα 2012	Ελλάδα 2000	Μέσος Όρος ΟΟΣΑ 2012	Μέσος Όρος ΟΟΣΑ 2000	Κατάταξη ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ
Δαπάνες Υγείας					
Δαπάνες Υγείας ως % του ΑΕΠ	9,3	8,0	9,3	7,7	18 από 34
Δαπάνες Υγείας κατά κεφαλήν	2.409	1.453	3.484	1.888	24 από 34
Φαρμακευτικές δαπάνες κατά κεφαλήν	599	275	498	300	8 από 33
Φαρμακευτικές δαπάνες (% δημοσίων δαπανών)	67,1	60,0	72,3	71,4	26 από 34
	28,4	...	19,0	20,5	4 από 34
Πόροι φροντίδας υγείας					
Αριθμός ιατρών (ανά πληθυσμό 1.000 ατόμων)	6,2(2011)	4,3	3,2	2,7	1 από 34
Αριθμός νοσηλευτών (ανά πληθυσμό 1.000 ατόμων)	3,3(2009)	2,7	8,8	7,5	32 από 34
Αριθμός νοσοκομειακών κλινών (ανά πληθυσμό 1.000 ατόμων)	4,9(2009)	4,7	4,8	5,6	14 από 34

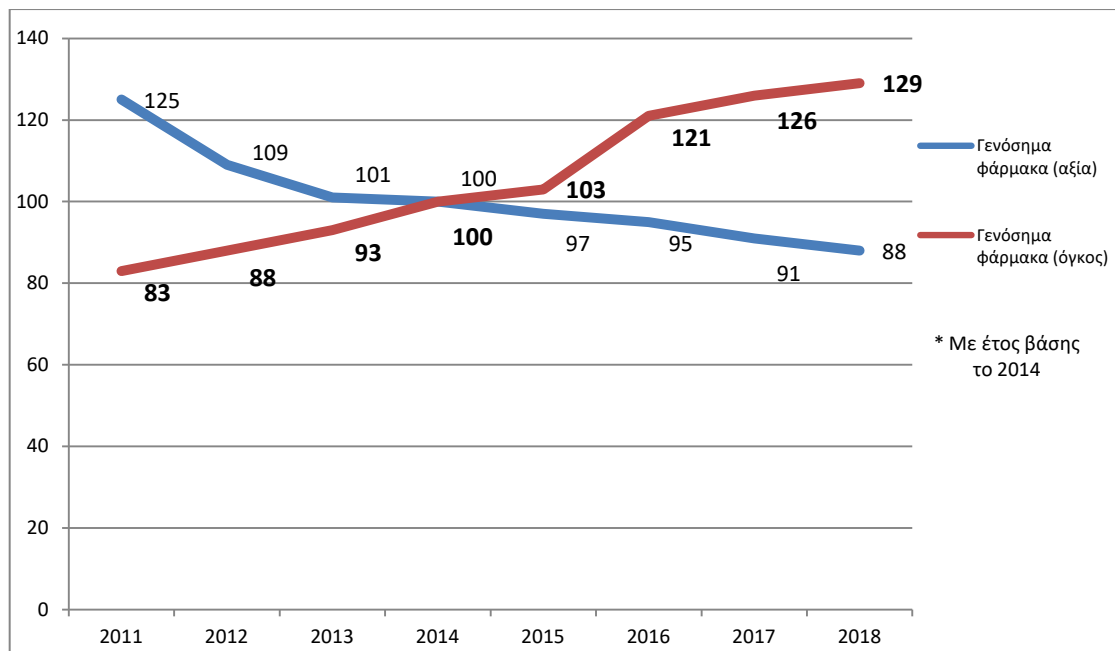
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ ΠΗΓΗ: OECD HEALTH STATISTICS, 2014

Στην παρούσα φάση, τα οικονομικά στοιχεία που υπάρχουν για τις αγορές, τις δαπάνες και τις πληρωμές των νοσοκομείων, δείχνουν σημαντική μείωση συγκρίνοντας τα έτη 2013, 2014 & 2015 όπως φαίνεται και από τους παρακάτω πίνακες ενώ παράλληλα μείωση παρουσιάζουν και οι πληρωμές:

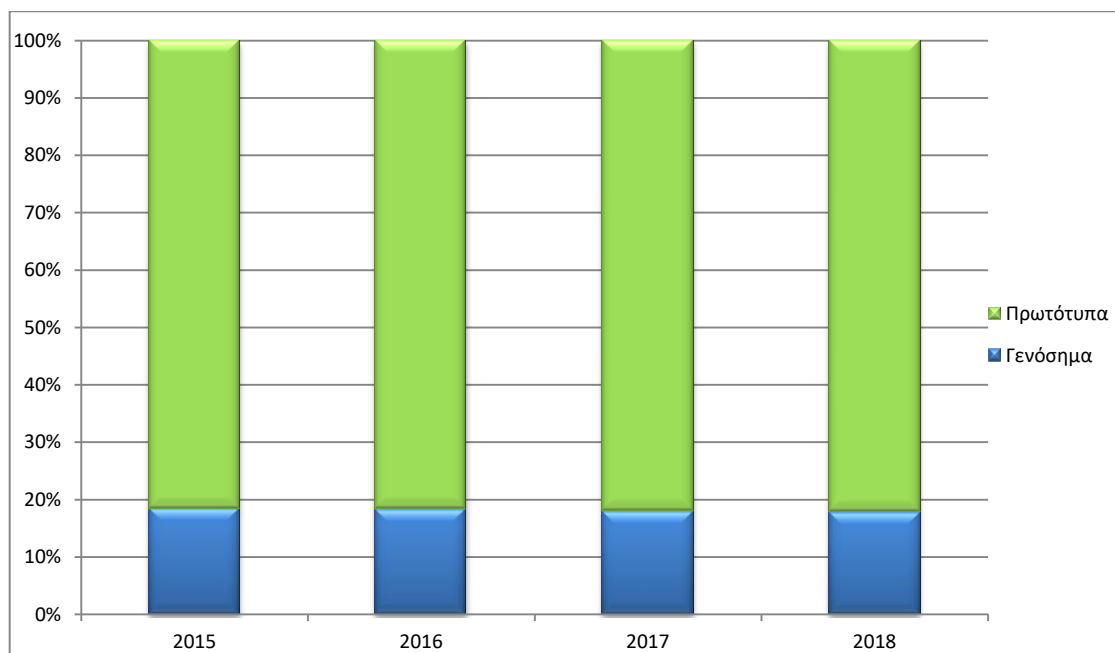
ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.					
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1 ^η	237.591.126,19	113.796.920,07	20.489.789,02	54.000.805,20	32.938.142,95	458.816.783,43
2 ^η	90.521.590,85	75.797.916,70	9.243.063,55	24.620.376,94	15.821.136,95	216.004.084,99
3 ^η	56.903.371,41	35.589.040,86	8.663.766,59	12.852.009,15	13.077.205,40	127.085.393,41
4 ^η	88.060.899,34	38.439.330,60	5.102.958,69	20.783.661,41	11.652.809,29	164.039.659,33
5 ^η	43.923.523,26	24.919.210,52	4.438.176,84	11.390.592,22	3.988.407,69	88.659.910,53
6 ^η	85.008.640,16	54.157.881,56	12.219.338,92	23.518.983,98	10.149.772,73	185.054.617,35
7 ^η	39.862.638,43	24.397.000,58	3.540.983,27	10.689.534,66	5.150.027,98	83.640.184,92
ΣΥΝΟΛΑ	641.871.789,64	367.097.300,89	63.698.076,88	157.855.963,56	92.777.502,99	1.323.300.633,96

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 ΑΓΟΡΕΣ ΠΡΩΤΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘ. ΑΝΑ ΥΠΕ 2013 ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

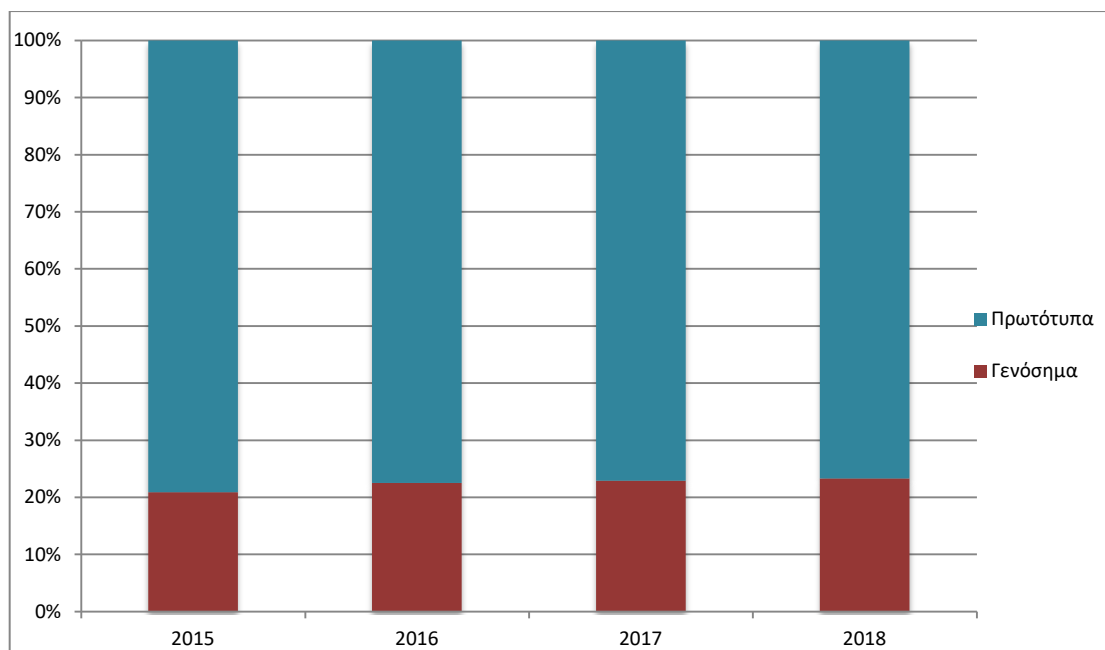
Οι περισσότερες δαπάνες εντοπίζονται στα φάρμακα που αποτελούν σχεδόν το μισό του συνολικού ποσού που δαπανήθηκε στις περισσότερες ΥΠΕ. Αυτό αναμένεται να αλλάξει με την εισαγωγή των γενοσήμων αν και υπάρχουν ισχυρές αντιδράσεις λόγω των πεποιθήσεων που είναι εδραιωμένες (Geitona et al., 2009).



ΓΡΑΦΗΜΑ 67 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΞΙΑ ΚΑΙ ΟΓΚΟ (2011-2018). ΠΗΓΗ (ICAP GROUP)



ΓΡΑΦΗΜΑ 68 ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΞΙΑ(2015-2018). ΠΗΓΗ (ICAP GROUP)



ΓΡΑΦΗΜΑ 69 ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟ (2015-2018). ΠΗΓΗ (ICAP GROUP)

ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.					
	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	201.199.420,26	110.718.445,82	21.245.061,50	52.536.705,00	32.101.045,19	417.800.677,77
2η	77.567.938,70	63.791.826,60	8.789.292,73	22.005.618,83	14.094.322,18	186.248.999,04
3η	51.216.249,57	33.239.253,42	8.765.495,43	11.573.296,87	14.177.246,65	118.971.541,94
4η	76.502.085,05	35.683.766,73	4.915.431,94	18.375.929,46	9.393.430,52	144.870.643,70
5η	36.480.926,48	24.551.020,36	5.253.709,19	12.195.969,67	4.407.329,66	82.888.955,36
6η	67.610.769,52	44.257.642,18	11.031.264,85	22.032.000,88	9.528.570,67	154.460.248,10

7η	32.768.487, 28	24.279.808,63	3.623.364,30	10.133.882, 70	5.029.965, 22	75.835.508,1 3
ΣΥΝΟ ΛΑ	543.345.87 6,86	336.521.763,7 4	63.623.619,9 4	148.853.40 3,41	88.731.910 ,09	1.181.076.57 4,04

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 ΑΓΟΡΕΣ ΠΡΩΤΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘ. ΑΝΑ ΥΠΕ 2014 ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το ίδιο ισχύει και για το 2014 που γενικότερα όμως οι δαπάνες παρουσιάζουν μείωση συγκριτικά με αυτές του 2013. Το ποσοστό της μείωσης είναι περίπου ίδιο σε όλες τις ΥΠΕ αλλά διαφαίνεται πιο έντονα σε αυτές που είχαν περισσότερες δαπάνες (πηγή Υπουργείο Υγείας)

ΥΠΕ	Αγορές Πρώτων και Βοηθ.					
	ΦΑΡΜΑΚ Ο	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙ ΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙ ΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑ- ΣΤΗΡΙΑ	ΥΠΟΛΟΙ ΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	173.861.59 4,62	101.859.317,0 4	19.575.456,3 9	48.264.251, 47	23.587.841 ,23	367.148.460, 75
2η	71.625.510, 49	56.332.431,32	9.379.059,83	22.141.766, 77	13.354.459 ,33	172.833.227, 74
3η	44.799.675, 20	31.281.514,39	7.928.885,68	10.209.429, 81	17.237.071 ,08	111.456.576, 16
4η	72.895.767, 57	34.148.817,85	5.093.760,56	17.333.311, 27	7.811.351, 69	137.283.008, 94
5η	32.686.057, 26	20.681.882,99	4.524.142,10	10.978.166, 81	3.865.701, 13	72.735.950,2 9
6η	60.898.436, 85	39.091.215,47	11.160.851,2 2	20.425.616, 76	8.858.373, 49	140.434.493, 79
7η	32.070.798, 34	20.208.648,79	3.537.798,86	9.261.267,8 1	4.711.009, 68	69.789.523,4 8
ΣΥΝΟ	488.837.84	303.603.827,8	61.199.954,6	138.613.81	79.425.807	1.071.681.24

ΛΑ	0,33	5	4	0,70	,63	1,15
----	------	---	---	------	-----	------

ΠΙΝΑΚΑΣ 26 ΑΓΟΡΕΣ ΠΡΩΤΩΝ ΚΑΙ ΒΟΗΘ. ΑΝΑ ΥΠΕ 2015 ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Οι αγορές μειώθηκαν ακόμα περισσότερο το 2015 συγκριτικά με το 2014 αλλά και το 2013. Ειδικά σε σύγκριση με το 2013 η μείωση φτάνει περίπου το 25%, ένα ποσοστό ιδιαίτερα σημαντικό για το συγκεκριμένο κλάδο. Η αναλογία των αγορών όμως παραμένει η ίδια με το φάρμακο να πρωτοστατεί.

ΥΠΕ	Αγορές Αναλώσιμων			
	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1 ^η	3.038.497,83	2.463.213,44	13.412.725,79	18.914.437,06
2 ^η	338.236,15	2.630.246,57	6.658.863,88	9.627.346,60
3 ^η	1.084.762,96	4.260.021,11	3.634.342,13	8.979.126,20
4 ^η	1.680.347,18	6.002.239,97	7.167.499,85	14.850.087,00
5 ^η	985.565,87	5.393.160,50	4.156.281,02	10.535.007,39
6 ^η	1.946.631,42	12.978.723,52	9.044.451,18	23.969.806,12
7 ^η	1.816.164,99	5.008.939,01	4.427.922,17	11.253.026,17
ΣΥΝΟΛΑ	10.890.206,40	38.736.544,12	48.502.086,02	98.128.836,54

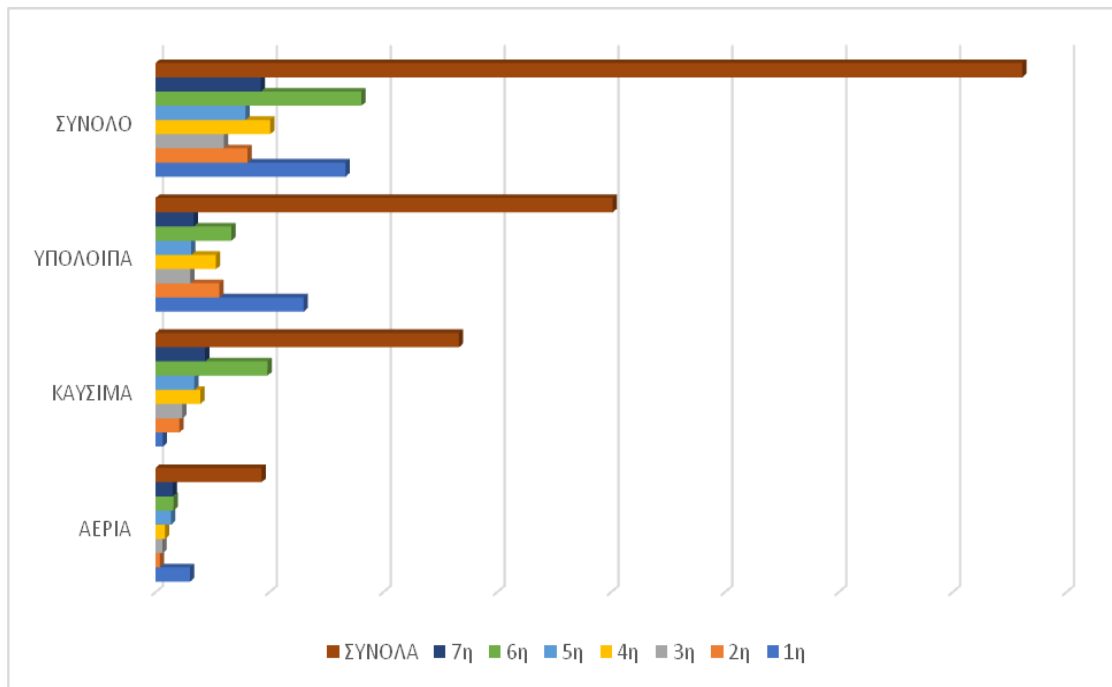
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 ΑΓΟΡΕΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2013 ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αναφορικά με τις αγορές αναλωσίμων δεν αποσαφηνίζεται τι περιλαμβάνεται στην κατηγορία των υπολοίπων ώστε να διαφαίνεται καλύτερα η κατανομή των αγορών. Διαφαίνεται όμως συνολικά ότι αποτελούν ένα σημαντικό μέρος των δαπανών.

ΥΠΕ	Αγορές Αναλώσιμων			
	ΑΕΡΙΑ	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1 ^η	3.269.308,97	973.850,57	13.994.266,05	18.237.425,59
2 ^η	406.809,80	2.557.733,99	6.187.804,95	9.152.348,74
3 ^η	1.199.797,20	3.574.437,37	3.379.174,58	8.153.409,15
4 ^η	930.257,40	5.536.244,70	6.440.504,60	12.907.006,70
5 ^η	1.485.247,41	4.579.753,45	3.977.171,65	10.042.172,51
6 ^η	1.764.192,07	11.307.237,08	7.688.125,55	20.759.554,70
7 ^η	1.917.847,83	5.047.592,94	3.835.520,40	10.800.961,17
ΣΥΝΟΛΑ	10.973.460,68	33.576.850,10	45.502.567,78	90.052.878,56

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 ΑΓΟΡΕΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Οι αγορές των αναλώσιμων παρουσιάζουν πολύ μικρή μείωση συγκριτικά με το 2013 και άλλους τομείς αγορών. Υπάρχει επίσης αναδιανομή των αγορών αφού το ποσοστό της αγοράς των αερίων αυξάνεται ενώ των καυσίμων μειώνεται καταδεικνύοντας μία αλλαγή στη χρήση των αναλωσίμων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 70 ΑΓΟΡΕΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

Η λογική της αναδιανομής των αγορών συνεχίζεται και το 2015 που παρατηρείται όμως γενικότερα μία μείωση στις αγορές που είναι αρκετά μεγαλύτερη ποσοστιαία συγκριτικά με αυτή που υπήρχε το 2014.

ΥΠΕ	Δαπάνες - Υποχρεώσεις Υπηρεσιών							
	ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑ (ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ)	ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑ Α (ΠΡΟΣΘΕΤΕ Σ ΑΜΟΙΒΕΣ)	Δ.Ε.Κ.Ο.	ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΚΑΘΑΡΙΟ- ΤΗΤΑ	ΕΣΤΙΑΣΗ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	4.697.155,88	5.049.320,38	27.931.660,56	4.678.243,08	31.155.256,54	5.993.662,91	61.828.926,66	141.334.226,01
2η	41.475.951,76	3.583.465,28	19.531.960,46	3.134.540,32	21.076.885,08	2.001.033,61	31.048.660,71	121.852.497,22
3η	35.770.408,22	8.013.224,79	10.958.122,68	188.007,61	5.949.918,39	1.895.336,04	19.253.461,64	82.028.479,37
4η	4.016.753,10	2.918.818,79	12.517.780,03	797.677,13	9.662.659,21	393.875,48	23.834.258,79	54.141.822,53
5η	2.031.236,33	1.063.762,87	8.971.726,15	1.334.363,33	5.291.769,96	676.795,47	15.419.588,96	34.789.243,07
6η	5.691.825,36	4.282.338,18	12.498.336,75	1.760.824,73	12.034.709,15	2.040.164,47	29.024.833,07	67.333.031,71
7η	1.979.152,08	1.881.905,81	5.137.757,44	363.067,69	5.009.841,75	650.302,00	14.351.041,75	29.373.068,52
ΣΥΝΟΛΑ	95.662.482,73	26.792.836,10	97.547.344,07	12.256.723,89	90.181.040,08	13.651.169,98	194.760.771,58	530.852.368,43

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2013. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Σε αυτές τις παρατηρείται μία δυσαναλογία ανάμεσα στις ΥΠΕ. Όπως διαφαίνεται στην 1^η ΥΠΕ οι πρόσθετες αμοιβές είναι μεγαλύτερες από αυτές του επικουρικού ενώ στις άλλες ΥΠΕ αυτό δεν ισχύει και μάλιστα στη 2^η και 3^η τα ποσά που καταβάλλονται για τις αμοιβές επικουρικού είναι πολύ μεγαλύτερες από τις πρόσθετες.

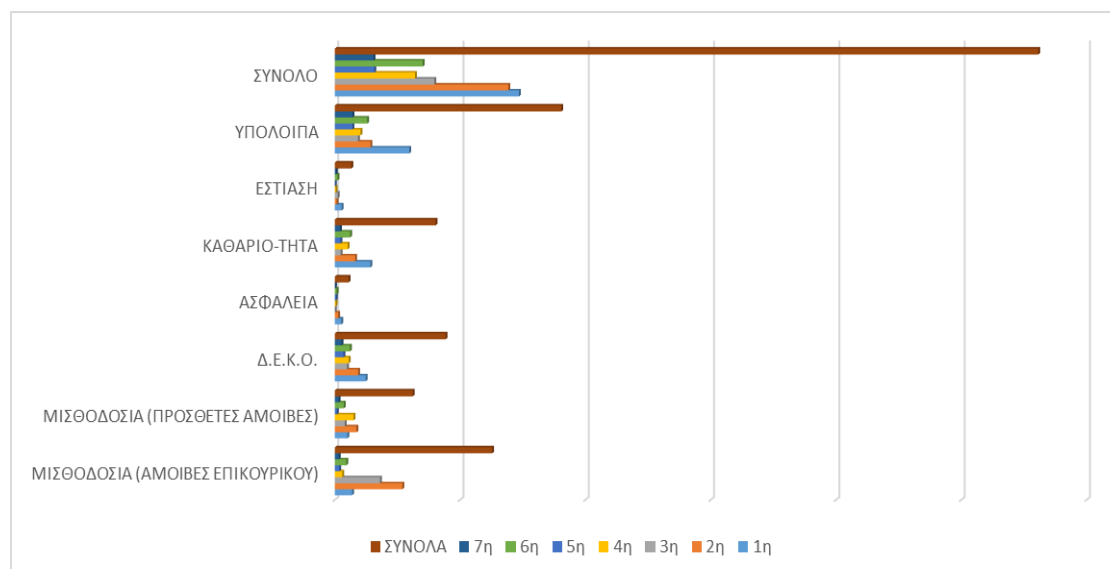
Δαπάνες Υποχρεώσεις υπηρεσιών Ανά ΥΠΕ 2014

ΥΠΕ	Δαπάνες - Υποχρεώσεις Υπηρεσιών							
	ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑ (ΑΜΟΙΒΕΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ)	ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΑ (ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ)	Δ.Ε.Κ.Ο.	ΑΣΦΑΛΕΙΑ	ΚΑΘΑΡΙΟ- ΤΗΤΑ	ΕΣΤΙΑΣΗ	ΥΠΟΛΟΙΠΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1η	9.309.648,51	4.431.094,43	27.545.885,67	5.639.202,39	29.407.768,19	5.436.711,37	61.369.282,54	143.139.593,10
2η	42.660.933,35	3.958.606,96	19.225.927,52	2.389.383,13	17.939.366,80	1.412.217,92	31.829.307,02	119.415.742,70

3η	35.996.822 ,16	8.708.988 ,41	10.584. 432,52	186.648 ,89	5.716.2 96,39	2.147.3 56,04	18.246.0 17,38	81.586.5 61,79
4η	4.386.313, 25	3.390.025 ,78	10.888. 853,93	625.013 ,61	10.338. 830,53	661.243 ,80	20.557.1 42,50	50.847.4 23,40
5η	2.578.641, 91	1.698.873 ,28	7.741.3 08,43	1.121.7 30,52	5.472.8 86,86	62.922, 83	14.844.4 61,54	33.520.8 25,37
6η	7.124.142, 67	5.640.367 ,34	15.352. 682,39	1.440.6 58,74	13.277. 473,06	2.143.8 78,25	26.595.7 87,54	71.574.9 89,99
7η	2.485.202, 30	2.451.670 ,31	5.824.4 18,46	314.006 ,77	5.003.7 38,26	838.597 ,87	14.324.7 80,65	31.242.4 14,62
ΣΥΝ ΟΛΑ	104.541.70 4,15	30.279.62 6,51	97.163. 508,92	11.716. 644,05	87.156. 360,09	12.702. 928,08	187.766. 779,17	531.327. 550,97

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το γενικότερο ποσοστό μείωσης σε αυτές τις δαπάνες είναι ελάχιστο και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι συνολικά κάποιες ΥΠΕ παρουσιάζουν μία μικρή αύξηση ενώ κάποιες άλλες, μία μικρή μείωση.



ΓΡΑΦΗΜΑ 71 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

Αντίθετα από τις άλλες κατηγορίες δαπανών, σε αυτή την περίπτωση όχι μόνο δεν παρουσιάζεται μείωση συγκριτικά με τις προηγούμενες χρονιές αλλά

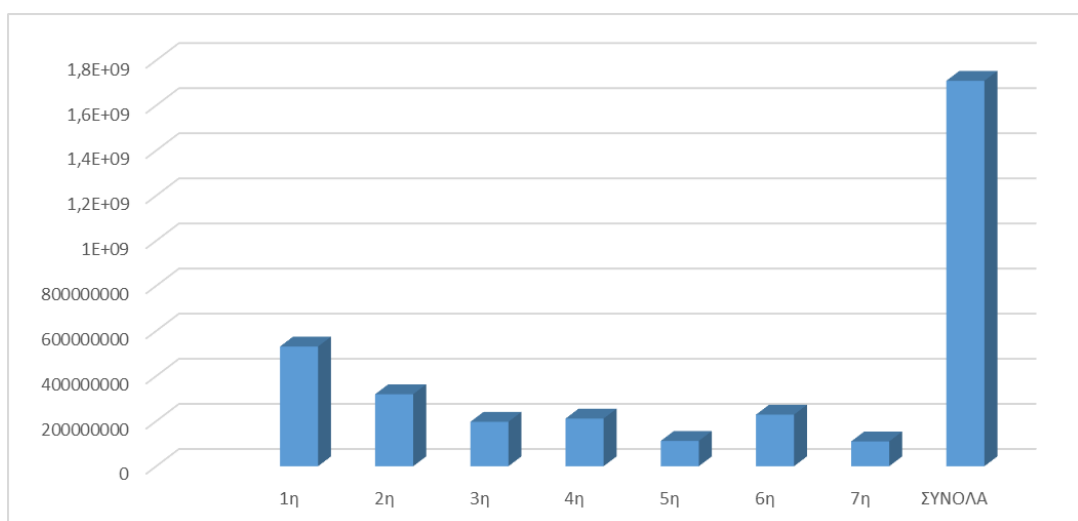
παρουσιάζεται και μία αύξηση που προκύπτει κυρίως από τις αμοιβές αφού τομείς όπως η καθαριότητα παρουσιάζουν μείωση.

ΥΠΕ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ
1 ^η	619.065.446,50
2 ^η	347.483.928,81
3 ^η	218.092.998,98
4 ^η	233.031.568,86
5 ^η	133.984.160,99
6 ^η	276.357.455,18
7 ^η	124.266.279,61
ΣΥΝΟΛΑ	1.952.281.838,93

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2013. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑ

ΥΠΕ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ
1 ^η	579.177.696,46
2 ^η	314.817.090,48
3 ^η	208.711.512,88
4 ^η	208.625.073,80
5 ^η	126.451.953,24
6 ^η	246.794.792,79
7 ^η	117.878.883,92
ΣΥΝΟΛΑ	1.802.457.003,57

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 72 ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ ΑΝΑ ΥΠΕ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

Το γεγονός ότι οι δαπάνες των υποχρεώσεων των υπηρεσιών παρουσιάζονται αυξημένες δεν αναιρεί στο σύνολο των αγορών τη γενικότερη μείωση η οποία αυξάνεται με την πάροδο κάθε έτους.

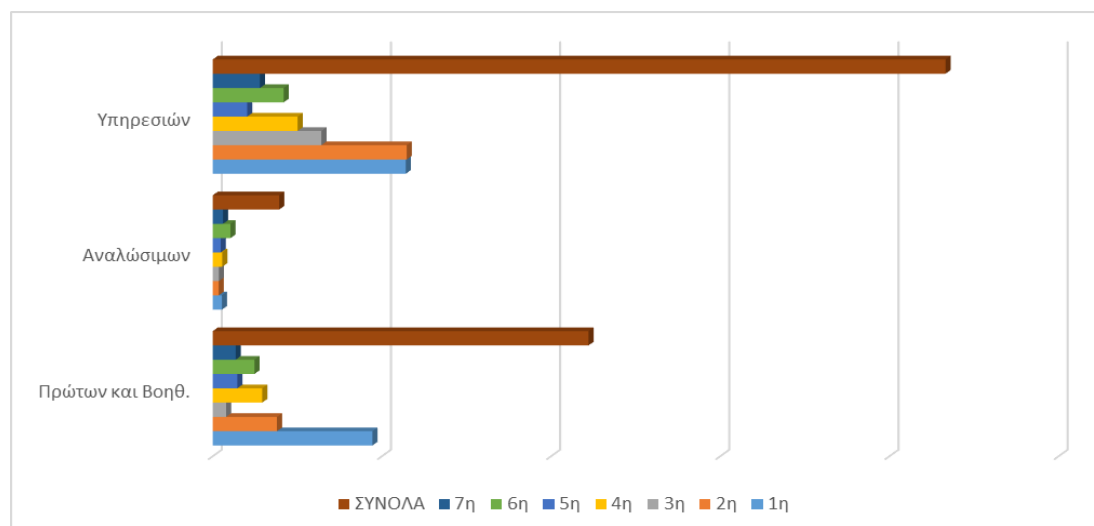
ΥΠΕ	Πληρωμές στο τρέχον έτος		
	Πρώτων και Βοηθ.	Αναλώσιμων	Υπηρεσιών
1 ^η	211.698.097,52	10.054.859,00	113.389.199,05
2 ^η	93.580.469,45	5.788.389,33	100.253.049,82
3 ^η	45.948.270,29	6.106.606,06	70.237.548,26
4 ^η	84.561.192,36	10.517.985,56	43.675.664,49
5 ^η	46.726.777,11	7.487.341,21	25.196.162,94
6 ^η	94.785.095,70	17.201.104,87	46.958.309,54
7 ^η	32.792.261,75	7.784.868,27	24.174.682,74
ΣΥΝΟΛΑ	610.092.164,18	64.941.154,30	423.884.616,84

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΕ 2013. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

ΥΠΕ	Πληρωμές στο τρέχον έτος		
	Πρώτων και Βοηθ.	Αναλώσιμων	Υπηρεσιών
1 ^η	242.298.706,56	9.502.266,95	119.390.696,19
2 ^η	77.315.946,90	5.592.493,08	97.269.545,60
3 ^η	47.021.033,43	5.763.584,21	71.452.145,10
4 ^η	93.986.225,10	9.564.074,63	40.931.715,56
5 ^η	42.185.427,86	6.832.171,54	24.029.735,82
6 ^η	91.729.198,48	14.182.639,88	52.992.047,07
7 ^η	44.928.346,27	8.173.635,87	27.781.907,82
ΣΥΝΟΛΑ	639.464.884,60	59.610.866,16	433.847.793,16

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΕ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Γράφημα 6.15. Πληρωμές στο τρέχον έτος ανά ΥΠΕ 2015



ΓΡΑΦΗΜΑ 73 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ ΑΝΑ ΥΠΕ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

Αντίθετα, οι πληρωμές του τρέχοντος έτους παρουσιάζουν σημαντικές μειώσεις αλλά και αυξήσεις. Για παράδειγμα οι πληρωμές των αναλωσίμων έχουν σημαντική μείωση αλλά οι πληρωμές των υπηρεσιών παρουσιάζουν αύξηση το 2013 συγκριτικά με το 2014 και σταθερότητα το 2015.

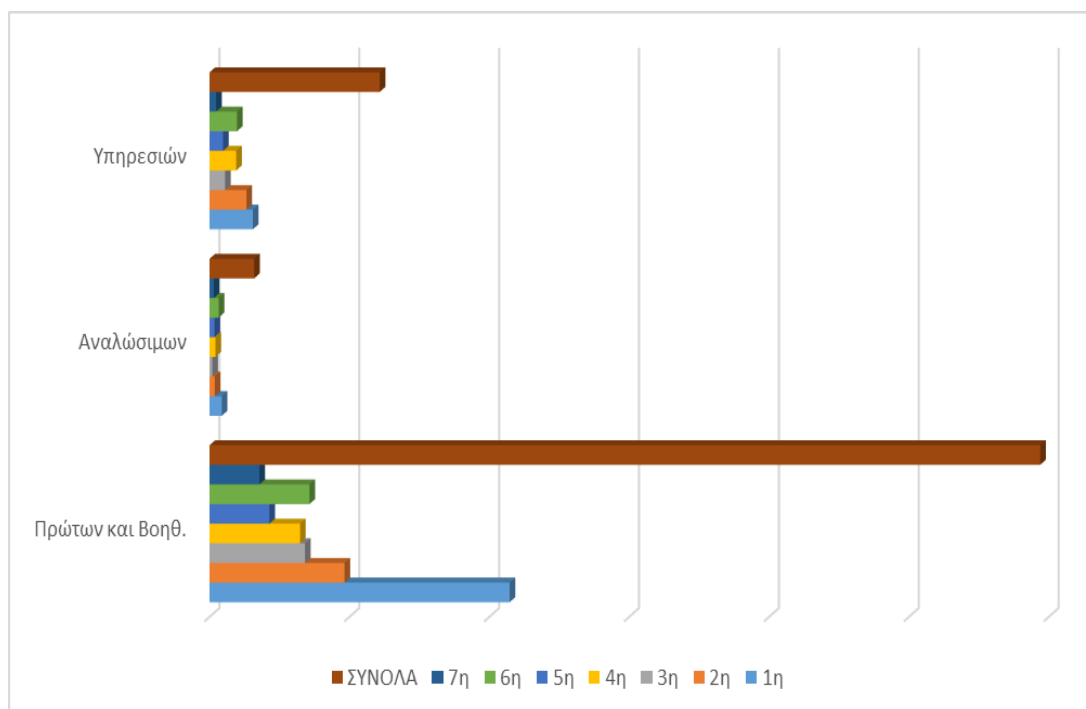
Πληρωμές για το προηγούμενο έτος 2013

ΥΠΕ	Πληρωμές για το προηγ. Έτος		
	Πρώτων και Βοηθ.	Αναλώσιμων	Υπηρεσιών
1 ^η	555.090.144,28	15.579.946,95	39.387.394,51
2 ^η	232.700.048,66	6.358.160,33	30.054.863,06
3 ^η	153.042.990,35	4.381.365,32	17.756.915,93
4 ^η	228.618.385,17	6.703.314,80	19.273.607,21
5 ^η	118.075.029,67	4.512.374,35	13.988.640,66
6 ^η	236.532.478,96	10.135.407,69	32.583.180,29
7 ^η	120.514.263,96	3.458.495,46	8.135.188,15
ΣΥΝΟΛΑ	1.644.573.341,05	51.129.064,90	161.179.789,81

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ 2013. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΕ	Πληρωμές για το προηγ. Έτος		
	Πρώτων και Βοηθ.	Αναλώσιμων	Υπηρεσιών
1 ^η	196.406.132,22	8.163.846,94	34.137.028,24
2 ^η	108.457.801,64	4.139.468,29	22.839.063,96
3 ^η	71.599.737,14	3.237.450,07	12.717.481,16
4 ^η	66.689.230,49	3.958.552,60	19.966.503,14
5 ^η	40.887.943,61	3.088.713,79	11.311.577,89
6 ^η	86.411.217,40	5.677.078,07	25.029.748,71
7 ^η	46.017.514,44	3.151.175,68	5.672.733,46
ΣΥΝΟΛΑ	616.469.576,94	31.416.285,44	131.674.136,56

ΠΙΝΑΚΑΣ 36 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 74 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

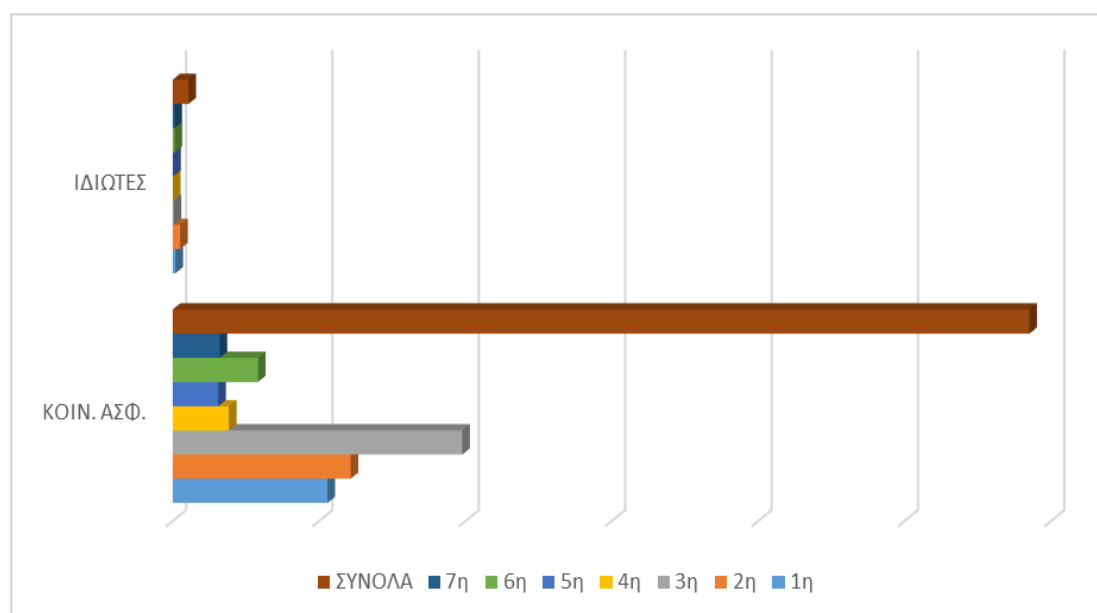
Οι πληρωμές του προηγούμενου έτους, αντίθετα από αυτές του τρέχοντος, παρουσιάζουν σημαντική μείωση σε όλες τις κατηγορίες.

ΥΠΕ	Εισπράξεις νοσηλίων για προηγ. Έτος	
	ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.	ΙΔΙΩΤΕΣ
1 ^η	19.117.522,74	324.016,43
2 ^η	36.617.713,95	317.196,96
3 ^η	38.160.369,45	85.164,76
4 ^η	10.551.974,69	37.873,51
5 ^η	4.855.416,34	60.537,00
6 ^η	3.060.611,02	492.318,82
7 ^η	2.032.591,31	81.751,25
ΣΥΝΟΛΑ	114.396.199,50	1.398.858,73

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ 2013. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΕ	Εισπράξεις νοσηλίων για προηγ. Έτος	
	ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.	ΙΔΙΩΤΕΣ
1 ^η	31.279.806,67	286.317,68
2 ^η	34.965.633,13	375.039,71
3 ^η	41.106.154,63	142.279,69
4 ^η	13.126.190,02	29.312,57
5 ^η	7.389.767,24	53.417,74
6 ^η	8.559.002,20	974.998,63
7 ^η	6.181.070,23	176.661,21
ΣΥΝΟΛΑ	142.607.624,12	2.038.027,23

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 75 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

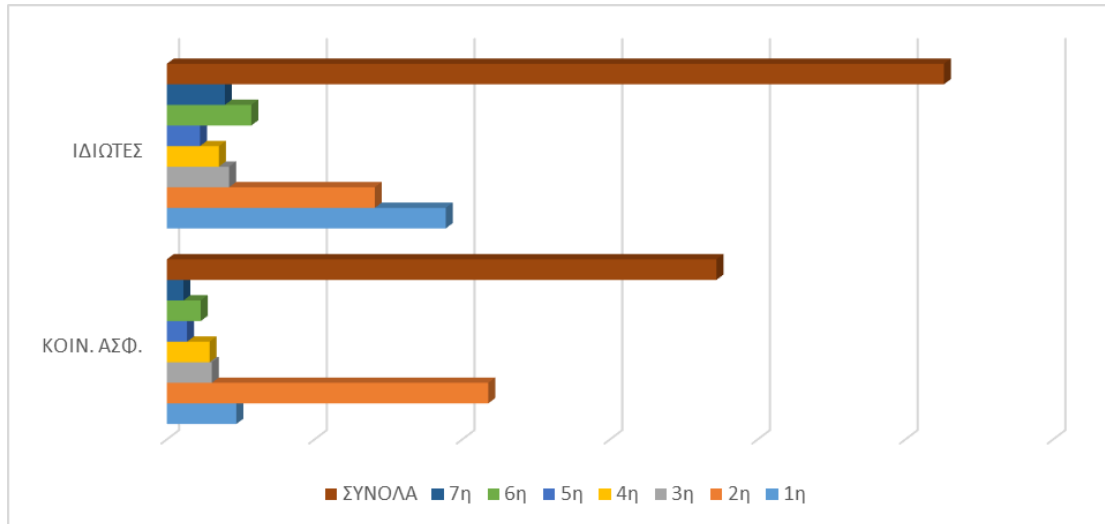
Οι εισπράξεις των προηγούμενων ετών αναδεικνύουν ότι το 2014 συγκριτικά με το 2013 παρουσιάζουν αύξηση τόσο από ιδιώτες, όσο και από την κοινωνική ασφάλιση. Το 2015 όμως μειώνεται σημαντικά το ποσό εισπράξης που προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά όχι το ποσό που προέρχεται από τους ιδιώτες.

ΥΠΕ	Εισπράξεις νοσηλίων στο τρέχον έτος	
	ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.	ΙΔΙΩΤΕΣ
1 ^η	5.427.026,92	24.144.050,47
2 ^η	22.009.717,12	13.370.091,35
3 ^η	943.713,19	7.113.623,55
4 ^η	2.105.988,91	6.259.288,00
5 ^η	741.839,94	4.374.879,58
6 ^η	928.788,67	8.832.543,81
7 ^η	2.752.435,93	4.964.414,17
ΣΥΝΟΛΑ	34.909.510,68	69.058.890,93

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ 2013. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΕ	Εισπράξεις νοσηλίων στο τρέχον έτος	
	ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.	ΙΔΙΩΤΕΣ
1 ^η	3.223.503,14	24.894.139,15
2 ^η	30.921.595,16	15.938.679,73
3 ^η	8.258.947,72	7.133.960,77
4 ^η	2.806.823,17	5.698.852,71
5 ^η	520.884,35	3.722.804,62
6 ^η	812.748,24	9.011.699,74
7 ^η	537.409,08	4.942.633,84
ΣΥΝΟΛΑ	47.081.910,86	71.342.770,56

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 76 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΤΟΣ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

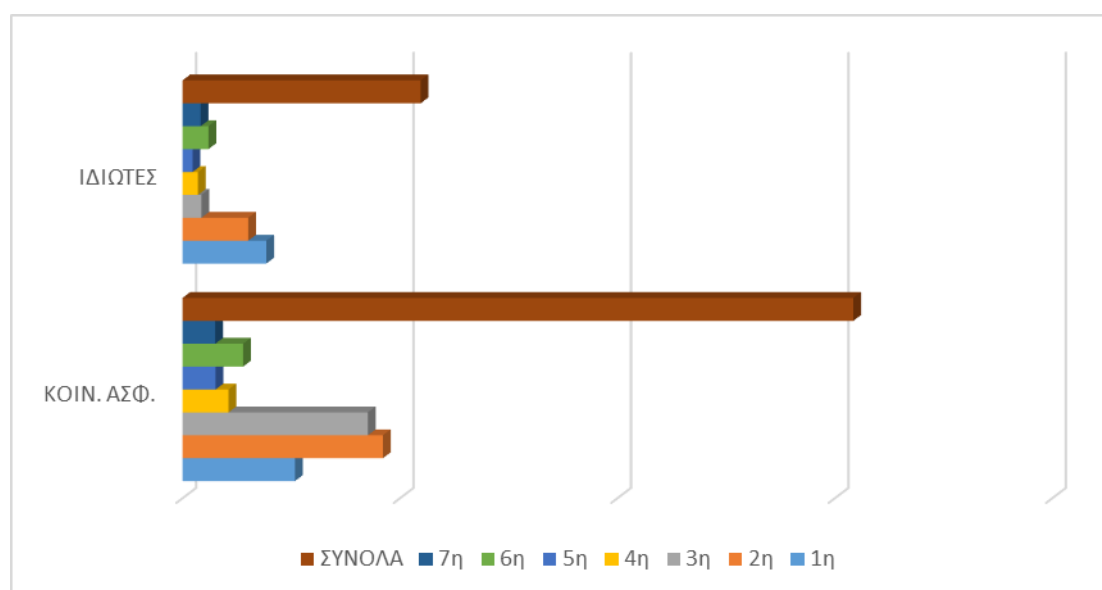
Οι εισπράξεις του τρέχοντος έτος όμως καταδεικνύουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Ενώ το 2014 παρουσιάζει αύξηση σε σύγκριση με το 2013, το 2015 παρουσιάζεται μείωση στις εισπράξεις γενικότερα αναδεικνύοντας την αδυναμία πληρωμής.

ΥΠΕ	Εισπράξεις - Σύνολα	
	ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.	ΙΔΙΩΤΕΣ
1 ^η	24.544.549,66	24.468.066,90
2 ^η	58.627.431,07	13.687.288,31
3 ^η	39.104.082,64	7.198.788,31
4 ^η	12.657.963,60	6.297.161,51
5 ^η	5.597.256,28	4.435.416,58
6 ^η	3.989.399,69	9.324.862,63
-7 ^η	4.785.027,24	5.046.165,42
ΣΥΝΟΛΑ	149.305.710,18	70.457.749,66

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ – ΣΥΝΟΛΑ 2013. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΕ	Εισπράξεις - Σύνολα	
	ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.	ΙΔΙΩΤΕΣ
1 ^η	34.503.309,81	25.180.456,83
2 ^η	65.887.228,29	16.313.719,44
3 ^η	49.365.102,35	7.276.240,46
4 ^η	15.933.013,19	5.728.165,28
5 ^η	7.910.651,59	3.776.222,36
6 ^η	9.371.750,44	9.986.698,37
7 ^η	6.718.479,31	5.119.295,05
ΣΥΝΟΛΑ	189.689.534,98	73.380.797,79

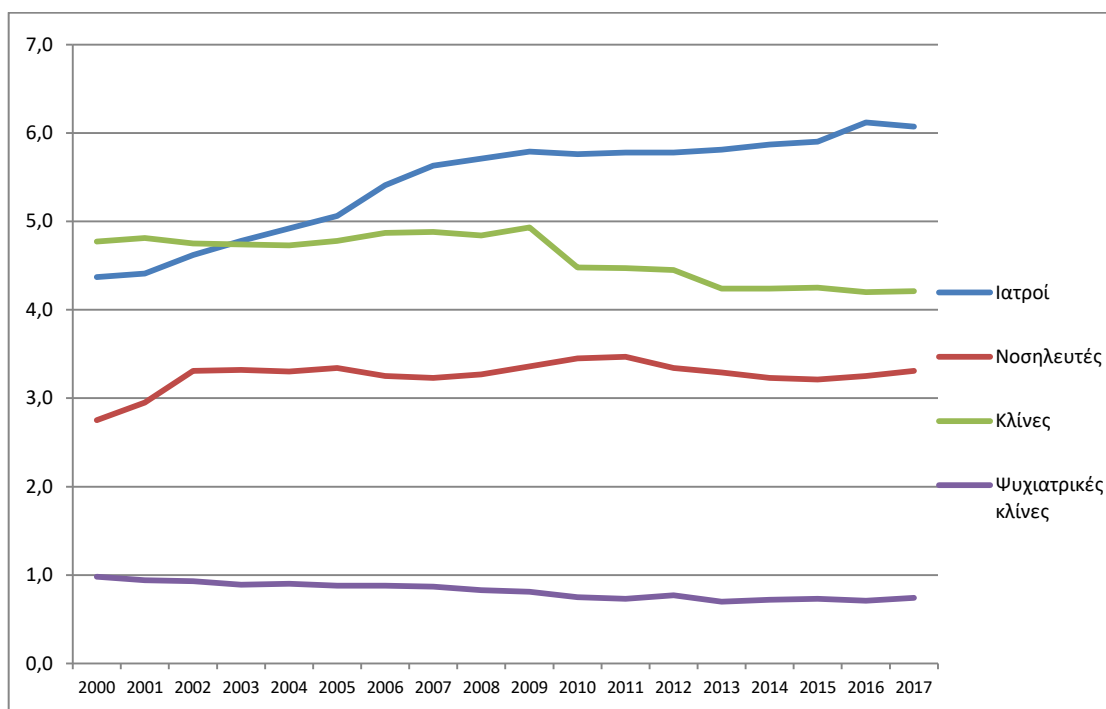
ΠΙΝΑΚΑΣ 42 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ – ΣΥΝΟΛΑ 2014. ΠΗΓΗ: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 77 ΕΙΣΠΡΑΞΕΙΣ – ΣΥΝΟΛΑ 2015. ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)

Αυτό διαφαίνεται και από την μείωση που υπάρχουν συνολικότερα στις εισπράξεις με το πέρασμα του χρόνου.

Μείωση όμως παρατηρείται με την πάροδο του χρόνου και σε άλλους τομείς των νοσοκομείων όπως στο ανθρώπινο δυναμικό γεγονός που αποτυπώνεται στους παρακάτω πίνακες.



ΓΡΑΦΗΜΑ 78 ΙΑΤΡΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ, ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2000-2017). ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Η μείωση του προσωπικού από το 2011 ως το 2015 είναι σημαντική σε όλες τις μορφές εργασίας. Αύξηση όμως παρουσιάζουν οι αποσπασμένοι στο νοσοκομείο αλλά και οι αποσπασμένοι σε άλλο φορέα δείχνοντας τις εσωτερικές κινήσεις του προσωπικού στο δημόσιο τομέα αλλά και την προσπάθεια κάλυψης των αναγκών με αποσπασμένους, σύμφωνα με πληροφορίες του οικείου Υπουργείου.

Η μείωση των εισαγωγών και του αριθμού των νοσηλευθέντων είναι συνέπεια της αύξησης των ανασφάλιστων λόγω της οικονομικής κρίσης που υπάρχει και που δεν μπορούν να καλύψουν τη νοσηλεία των νοσοκομείων ιδιωτικά.

	2012	2013	2014	2015
ΜΙΚΡΕΣ	95745	92178	88739	86419
ΜΕΣΑΙΕΣ	114928	112569	110653	104085
ΜΕΓΑΛΕΣ	109487	107807	109307	105074

ΒΑΡΙΕΣ	23506	23959	24110	23320
ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΙΕΣ	5356	5425	6854	7690
ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΑ	107627	114379	116709	119900

**ΠΙΝΑΚΑΣ 43 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ ΑΝΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ 2012-2015.
ΠΗΓΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2019)**

Οι ανασφάλιστοι ευθύνονται και για τη μείωση συγκεκριμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Οι μικρές, μεσαίες και μεγάλες επεμβάσεις προγραμματίζονται, κάτι που δεν μπορούν να κάνουν οι ανασφάλιστοι. Οι εξαιρετικά βαριές και οι βαριές όμως προκύπτουν από τα επείγοντα που πραγματοποιούνται ασχέτως την ασφαλιστική κάλυψη γιατί υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή και γι' αυτό οι δύο αυτές κατηγορίες παρουσιάζουν αύξηση.

6.8. Η Υγεία στην Ελλάδα

6.8.1. Μεθοδολογικά στοιχεία - Πηγές

Στο υποκεφάλαιο αυτό παρατίθενται δεδομένα και πηγές που περιγράφουν την εικόνα της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Ειδικότερα, στόχος του είναι να διαφανεί η εικόνα που υπάρχει σήμερα στην ελληνική δημόσια υγεία και την εξέλιξη που θα παρουσιάσουν σημαντικοί δείκτες της στο μέλλον.

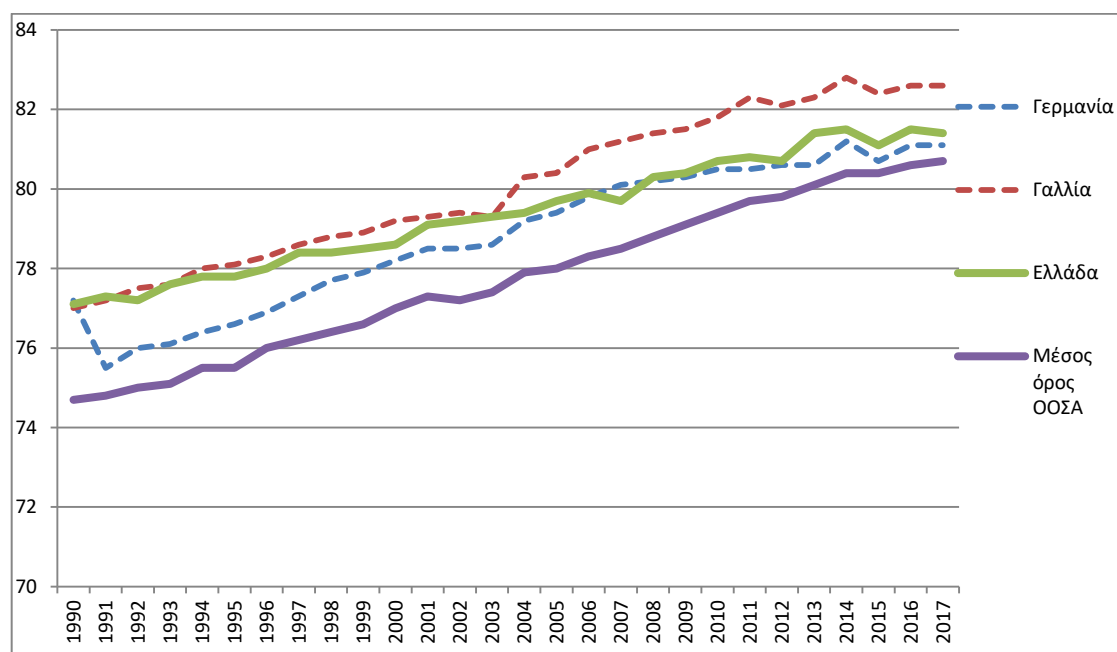
Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει ξεκινήσει να συμπληρώνει τους δείκτες που έχουν αποτελέσει επίκεντρο της παρακολούθησης διεθνών οργανισμών όπως ο WHO και ο ΟΟΣΑ, με περισσότερα και σημαντικά δεδομένα.

Τα στοιχεία που απαρτίζουν το συγκεκριμένο υποκεφάλαιο προέρχονται από το Υπουργείο Υγείας, από τις Υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, από τον Υγειονομικό χάρτη (e-diagnosis του easy.net), από το ΚΕΕΛΠΙΝΟ, από την ΕΛΣΤΑΤ, από την EUROSTAT και από διεθνείς οργανισμούς όπως ο ΟΟΣΑ και ο WHO.

6.8.2. Προσδόκιμο ζωής-θνησιμότητα

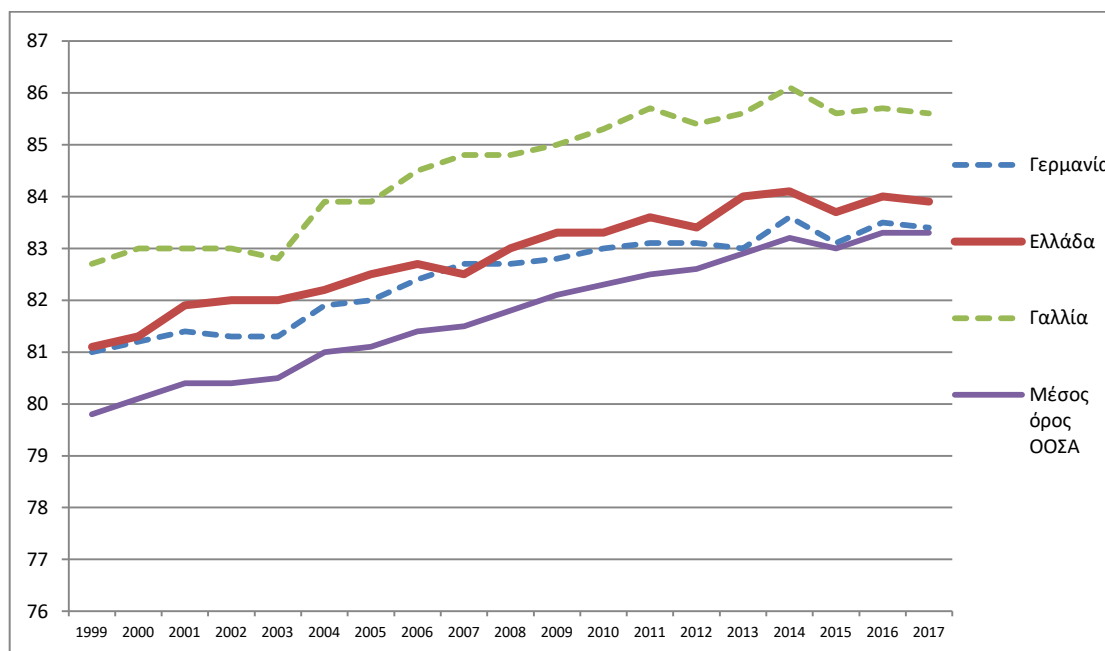
Με την έννοια του προσδόκιμου ζωής νοείται, με τα ισχύοντα ποσοστά θνησιμότητας, πόσο ένα νεογέννητο αναμένεται να ζήσει. Η εκτίμηση αυτή είναι κατά προσέγγιση και όχι πραγματική. Η πραγματική διάρκεια ζωής είναι μεγαλύτερη από αυτή του προσδόκιμου εφόσον υπάρχει πτώση των ποσοστών θνησιμότητας και αυτό μπορεί να επιφέρει μία απόκλιση που χρονικά φτάνει μέχρι το ένα έτος. Συνολικά για τον πληθυσμό, το προσδόκιμο ζωής του εκτιμάται, με βάση το μέσο όρο προσδόκιμου ζωής ανδρών και γυναικών, από τον ΟΟΣΑ για όλες τις χώρες που περιλαμβάνει. Τα τελευταία χρόνια βέβαια ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ-WHO) προώθησε την έννοια της ποιότητας της ζωής, Quality of life, θέλοντας να υποδείξει πως το ενδιαφέρον του επικεντρώνεται πλέον όχι μόνο στο πόσα χρόνια ζωής έχουν οι άνθρωποι της εκάστοτε χώρας ή γεωγραφικής επικράτειας, αλλά και στο πόσο “υγιής ζωή” υπάρχει μέσα σε αυτά (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Η Ελλάδα έχει προσδόκιμο ζωής άνω του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ φτάνοντας τα 80,3 έτη. Το ποσοστό αυτό την έχει οδηγήσει στη 18^η θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες με πρώτη την Ιαπωνία (83 έτη) και τελευταία την Τουρκία (73,8 έτη). Η Ελλάδα έχει καταφέρει τις τελευταίες πέντε δεκαετίες να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής της κατά 10 έτη. Η αύξηση αυτή την έχει φέρει στην ίδια θέση με χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία που εντάσσονται στον ανεπτυγμένο κόσμο.

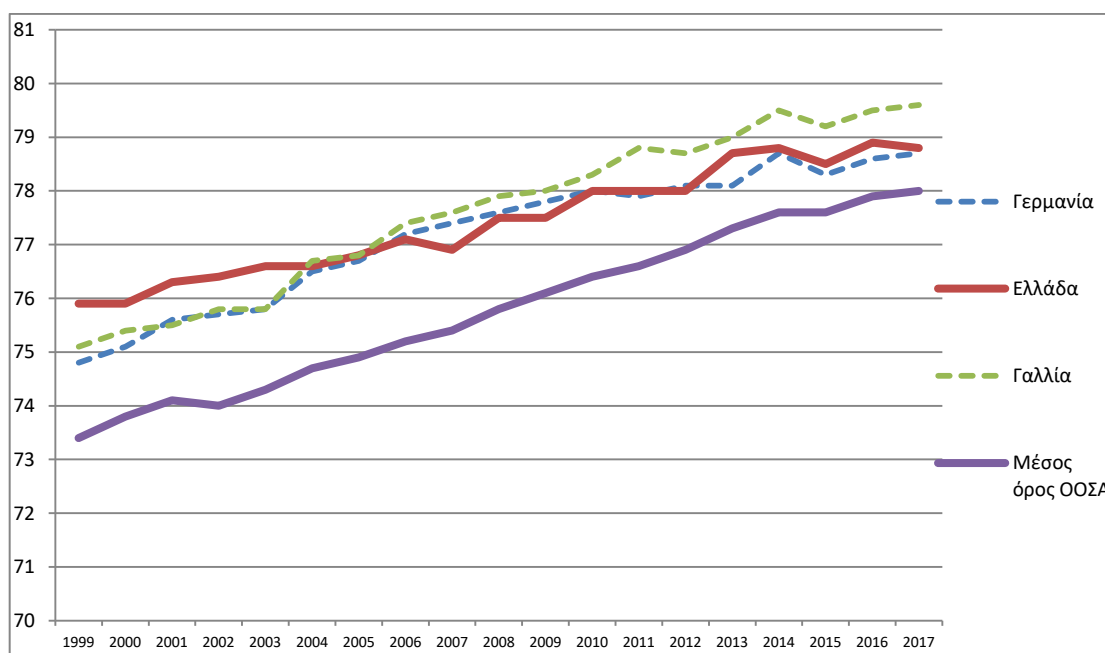


ΓΡΑΦΗΜΑ 79 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ, ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (1990-2017). ΠΗΓΗ (OECD)

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, φαίνεται ότι υπάρχει βελτίωση του δείκτη αλλά παράλληλα και ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο κατά 5 έτη από ότι οι άνδρες.



ΓΡΑΦΗΜΑ 80 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ), 1999-2017. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 81 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΑΝΔΡΩΝ, ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ), 1999-2017. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Από το σύνολο της ζωής ενός ανθρώπου το 80% περίπου είναι χρόνια με καλή υγεία. Παρά την αύξηση του προσδόκιμου ζωής όμως δεν υπάρχει βελτίωση και στους δείκτες υγείας, φαινόμενο που σχετίζεται με το σύστημα υγείας και

περίθαλψης, αν και η θέση της Ελλάδος είναι σε καλύτερη θέση από τον μέσο όρο της Ε.Ε. αφού ο μέσος όρος υγιών χρόνων της Ελλάδος είναι τα 67 έτη ενώ ο μέσος όρος της Ε.Ε. τα 62 έτη.

6.8.3. Πρόωρη θνησιμότητα

Αναφορικά με την πρόωρη θνησιμότητα, η Ελλάδα βρίσκεται σε μία καλή θέση αφού ο μέσος όρος της είναι χαμηλότερος από των υπόλοιπων χωρών τοποθετώντας την στις 10 καλύτερες χώρες του ΟΟΣΑ.

Ο δείκτης πρόωρης θνησιμότητας παρουσιάζει διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες με τους πρώτους να παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τις δεύτερες. Αυτό εντοπίζεται και στην περίπτωση της Ελλάδος όπου οι θάνατοι των ανδρών είναι υπερδιπλάσιοι ανά 100.000 κατοίκους από αυτούς των γυναικών.

Το 2010, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, οι πέντε βασικές αιτίες θανάτου ήταν οι παθήσεις του κυκλοφορικού, οι καρδιακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά και ισχαιμικά επεισόδια και οι αναπνευστικές παθήσεις. Οι αιτίες αυτές σχετίζονται σημαντικά με την πρόληψη και παρουσιάζουν μειωτική τάση σε σχέση με το δείκτη θανάτου, κάτι που ισχύει για όλη την Ε.Ε. την περίοδο 2010-2011. Η θέση της Ελλάδος είναι καλύτερη από αυτή της Ε.Ε. των 27 αλλά δεν ισχύει το ίδιο για την Ε.Ε. των 15.

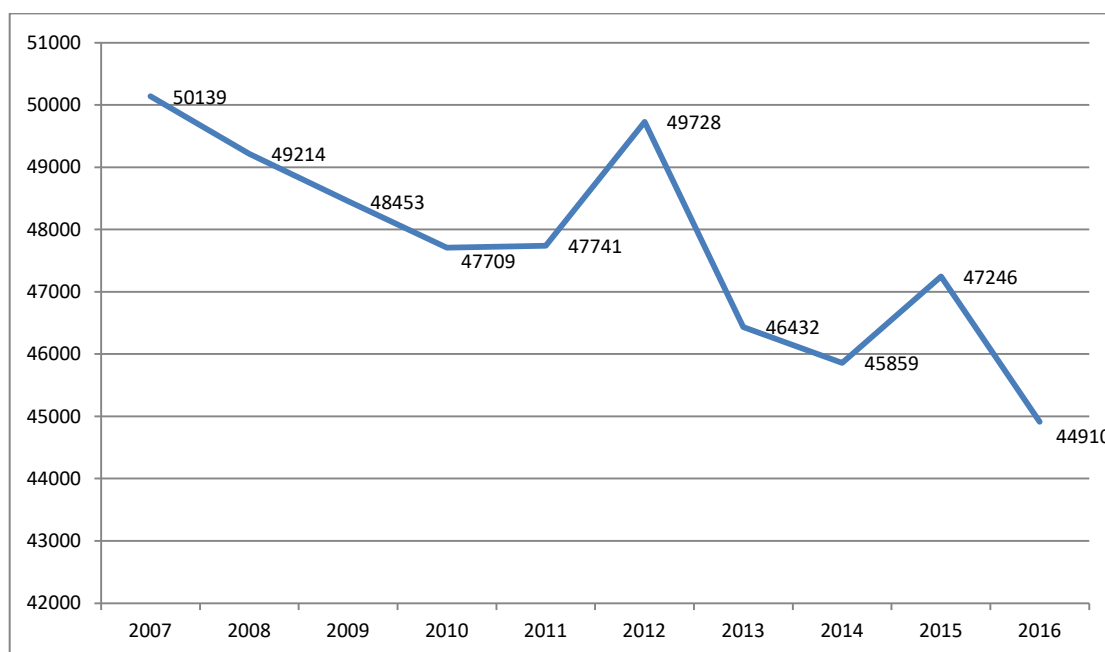
Για την εκτίμηση του δείκτη θνησιμότητας υπολογίζονται οι καταχωρημένοι θάνατοι με τον αντίστοιχο πληθυσμό για ένα έτος. Με στόχο την εξομάλυνση των διακυμάνσεων που υπάρχουν ανάμεσα στις διαφορετικές ηλικίες, υπάρχει άμεση ηλικιακή τυποποίηση σύμφωνα με τον πληθυσμό του 1980 του ΟΟΣΑ. Τα δεδομένα θνησιμότητας προέρχονται από την αντίστοιχη βάση του WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας).

Η ταξινόμηση των θανάτων με αιτία την ισχαιμική καρδιακή νόσο έχει γίνει στο ICD-10 ενώ του εγκεφαλικού επεισοδίου στο I60-I69. Μία γενική εκτίμηση για τα αίτια της θνησιμότητας έχει δοθεί από τους Mathers et al. (2005).

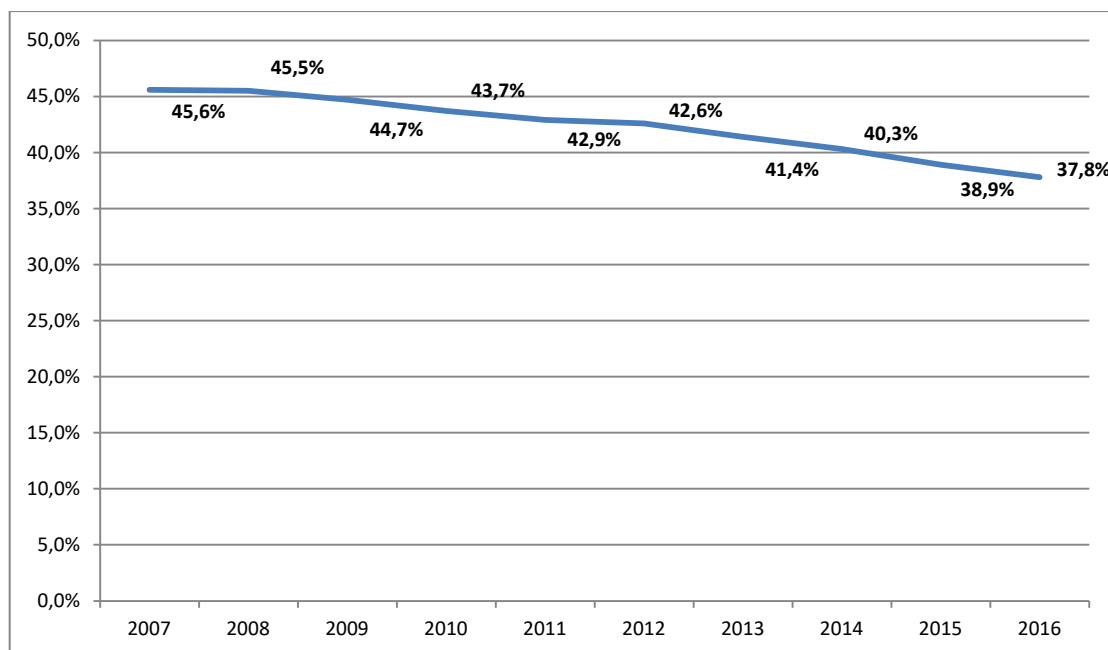
6.8.4. Θνησιμότητα από καρδιακά και εγκεφαλικά

Στην Ελλάδα το 2010, σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Στατιστική Αρχή, έχασαν τη ζωή τους από καρδιακό ή από εγκεφαλικό περίπου 50.000 άνθρωποι. Ενώ οι θάνατοι από καρδιακό έχουν μία σταθερή τάση, οι θάνατοι από εγκεφαλικό έχουν αυξηθεί την περίοδο 2001-2010.

Στην Ε.Ε., τόσο των 27 όσο και των 15, υπάρχει τάση μείωσης των θανάτων λόγω αυτών των δύο αιτιών, αλλά δεν ισχύει το ίδιο και για την Ελλάδα που επιδεικνύει σταθερότητα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 82 ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2007-2016). ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ)



ΓΡΑΦΗΜΑ 83 ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2007-2016), ΩΣ % ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ, ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΟΝΤΑΝ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ. ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ)

6.8.5. Αυτοκτονίες

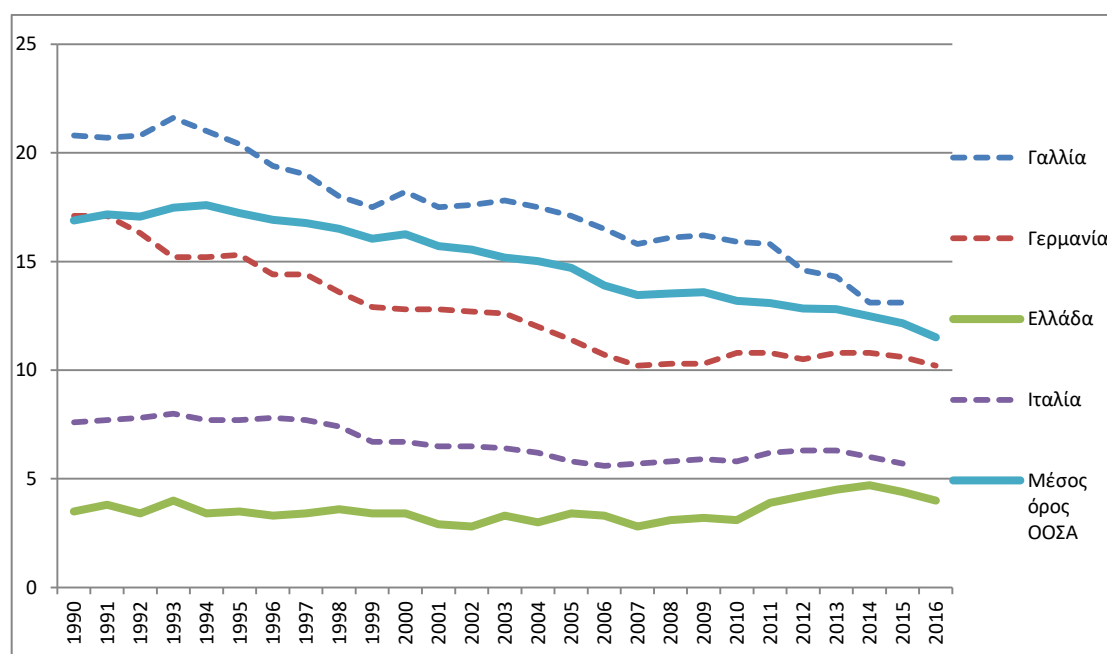
Η αυτοκτονία, είναι μία συνειδητή πράξη που ξεκινά και ολοκληρώνεται ενώ το άτομο έχει γνώση των συνεπειών που θα επιφέρει σύμφωνα με τον ορισμό του WHO. Τα στοιχεία που υπάρχουν για τις αυτοκτονίες, προκειμένου να συγκριθούν, επηρεάζονται από μία σειρά παραγόντων όπως τη διαπίστωση της ύπαρξης αυτοκτονικής πρόθεσης, του ποιος καταλήγει στην απόφαση ότι ο θάνατος πρόκειται περί αυτοκτονίας, την ύπαρξη ιατροδικαστικής έρευνας, αλλά και τις διατάξεις της εμπιστευτικότητας που αφορά το θάνατο κάποιου και την αιτία αυτού.

Ο δείκτης θνησιμότητας με αιτία την αυτοκτονία προκύπτει από τους δηλωμένους θανάτους διαιρούμενους με τον αντίστοιχο πληθυσμό για ένα έτος. Για τις τιμές και την κατάταξη των αυτοκτονιών ισχύουν τα ίδια που αναφέρθηκαν και στις προηγούμενες αιτίες. Η πηγή είναι η βάση δεδομένων θνησιμότητας του WHO.

Η Ελλάδα είναι η χώρα με το χαμηλότερο δείκτη αυτοκτονιών με δείκτη 2,8 για το 2009 όταν ο μέσος δείκτης των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 11,3. Μετά την Ελλάδα ακολουθεί το Μεξικό με 4,4 θανάτους από αυτοκτονία. Επίσης, διαφαίνεται ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων από αυτοκτονία συγκριτικά με τις γυναίκες κάτι που ισχύει για όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ με μοναδική εξαίρεση την Κορέα όπου το ποσοστό των ανδρών είναι ίσο με αυτό των γυναικών. Η Ελλάδα

αλλά και το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Αυστρία, η Πορτογαλία και η Βουλγαρία, που έχουν περίπου ίδιους πληθυσμούς, παρουσιάζουν σταθερή τάση στους θανάτους από αυτοκτονία την περίοδο 2001-2010.

Όπως αποτυπώνεται και στο γράφημα που ακολουθεί, η Ελλάδα έχει τον μικρότερο αριθμό θανάτων από τις άλλες χώρες ενώ στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει υψηλότερη τάση συγκριτικά με τις νότιες. Εκτός όμως από τους θανάτους με αιτία την αυτοκτονία, σημασία έχουν και τα ποσοστά των ανθρώπων που έχουν κάνει απόπειρα. Τέτοιου είδους τάσεις παρουσιάζει περίπου το 7-8% των Ελλήνων με τις γυναίκες να παρουσιάζουν τέσσερις φορές μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τους άνδρες. Τέλος, οι αυτοκτονικές τάσεις παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό στην ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών. Παρατηρείται δε μείωση της τάσης με την αύξηση της ηλικίας κάτι που δεν ισχύει όμως για τις ηλικίες 50-54 ετών όπου οι αυτοκτονικές τάσεις παρουσιάζουν έξαρση.

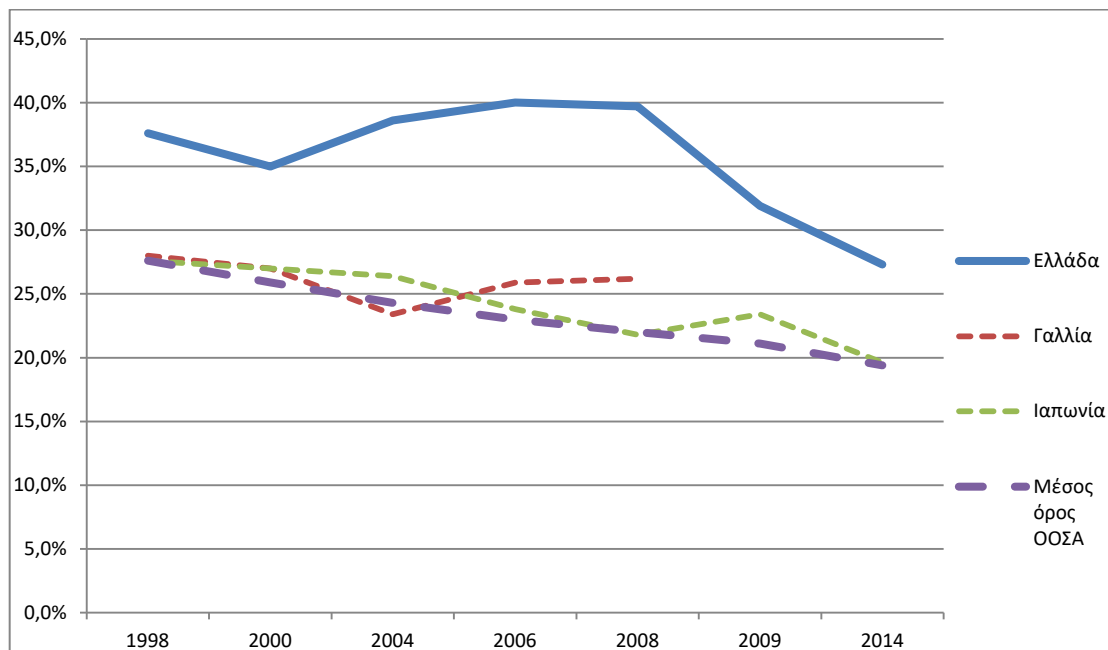


ΓΡΑΦΗΜΑ 84 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΝΑ 100000 ΑΤΟΜΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

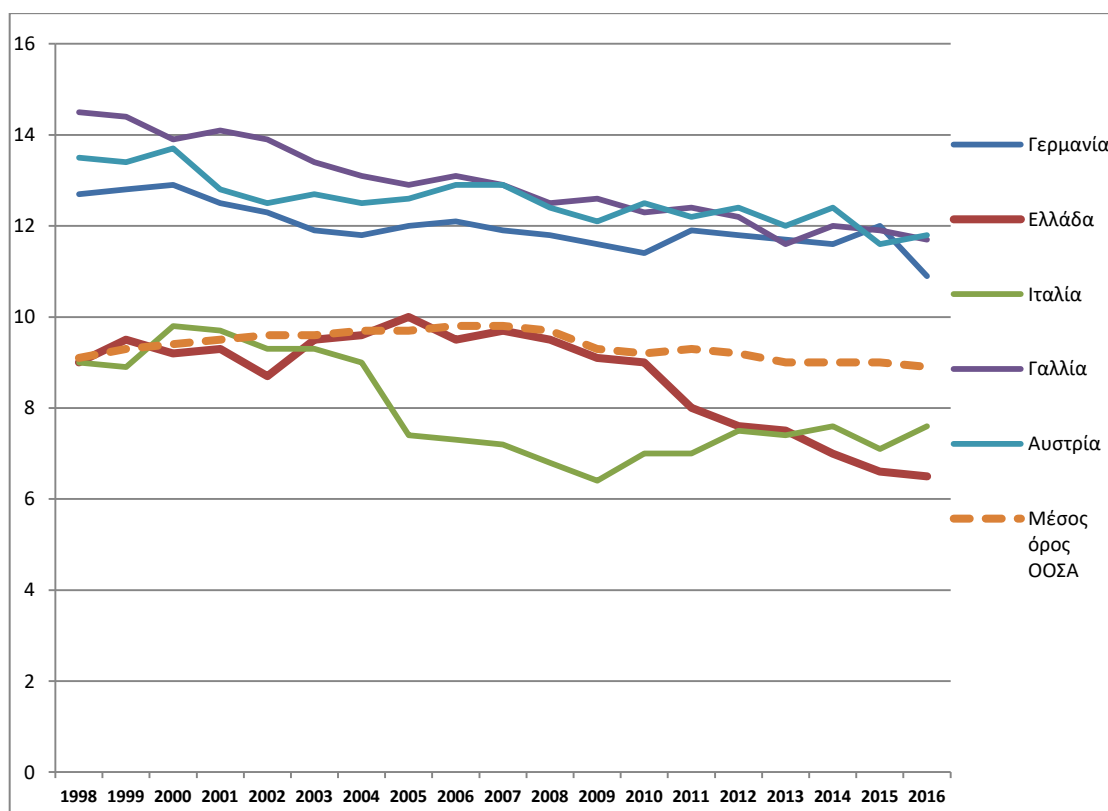
6.8.6. Κατάσταση υγείας- Χρόνια νοσήματα

Ως χρόνια νοσήματα χαρακτηρίζονται αυτά που διαρκούν περισσότερο από τρεις μήνες και η εξέλιξη τους είναι αργή. Στις χρόνιες παθήσεις δεν μπορεί να υπάρξει πρόληψη, θεραπεία ή εξάλειψη τους. Σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη τους είναι οι αρνητικές και επιβαρυντικές συμπεριφορές για την υγεία όπως το κάπνισμα, η έλλειψη γυμναστικής, η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ, η άσχημες

συνθήκες διαβίωσης καθώς και η χρήση ναρκωτικών ουσιών, όπως απεικονίζονται και στα παρακάτω διαγράμματα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 85 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ, ΩΣ % ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 15+ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

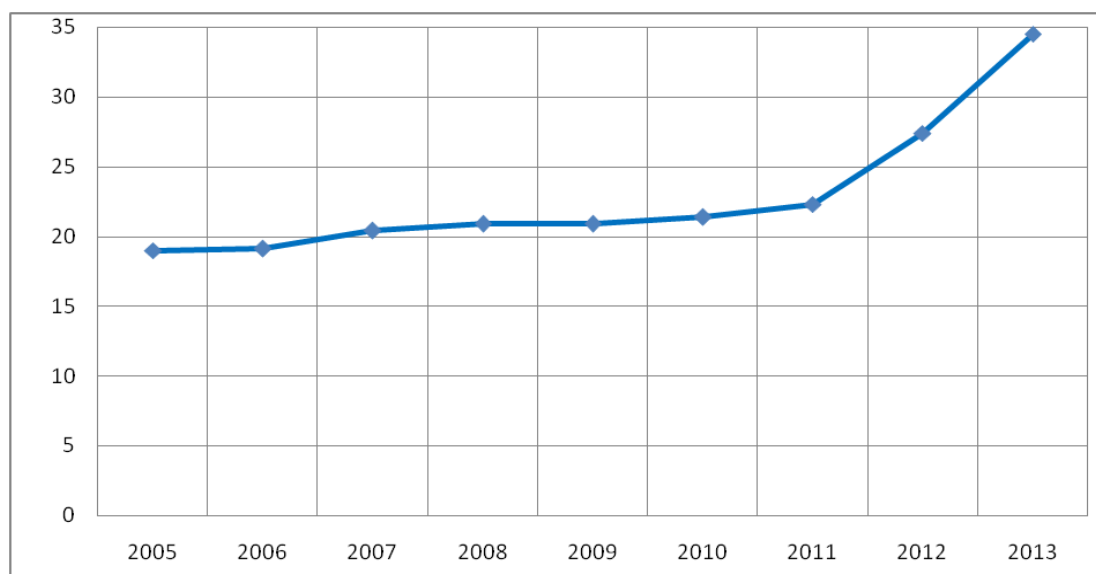


ΓΡΑΦΗΜΑ 86 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΛΙΤΡΑ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ (ΗΛΙΚΙΑ 15+). ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Τα χρόνια νοσήματα όπως ο καρκίνος, οι αναπνευστικές παθήσεις και άλλα, αποτελούν τη βασική αιτία θανάτου παγκοσμίως σε ένα ποσοστό 63% των συνολικών θανάτων, όπως γίνεται αναφορά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Το 2008, από τα 36 εκατομμύρια ανθρώπων που πέθαναν, τα εννέα εκατομμύρια ήταν μικρότεροι των 60 ετών. Επιπλέον, το 93% των θανάτων αυτών συνέβησαν σε πληθυσμούς χωρών με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, αναδεικνύοντας έτσι την ευρύτερη σημασία διαφόρων παραγόντων που παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία των ατόμων, όπως ο τρόπος ζωής, το περιβάλλον, το άγχος και η κατάσταση εργασίας.

Τα ποσοστά των χρόνιων νοσημάτων στην Ελλάδα είναι χαμηλά συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ των 27. Το 2011, χρόνια νοσήματα εμφανίστηκαν στο 22% του ελληνικού πληθυσμού ενώ το ανάλογο ποσοστό στην Ευρώπη ήταν 31%. Την περίοδο 2005-2011, ο δείκτης αυτός παρουσίασε αυξητική τάση με κορύφωση το 2011 ενώ το 2013 έφτασε το 35% από 22%.

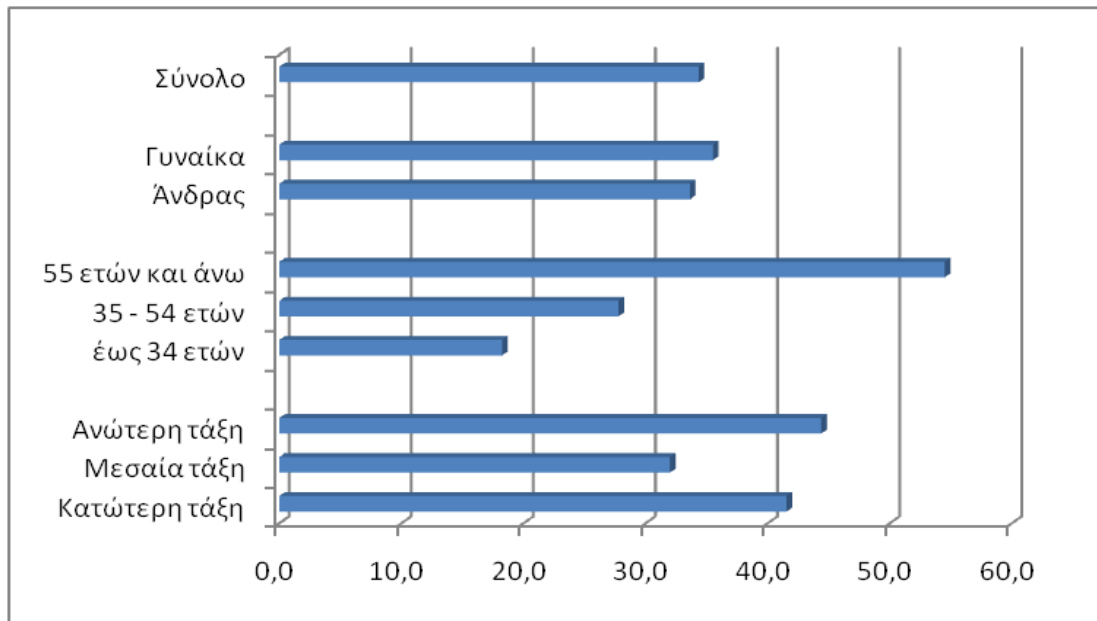
Η αύξηση των ποσοστών τα τελευταία χρόνια έχει φέρει την Ελλάδα στην πέμπτη θέση των χωρών της ΕΕ των 27. Η αυξητική τάση απαιτεί ιδιαίτερη παρακολούθηση ώστε να εντοπιστούν οι αιτίες του φαινομένου και να εφαρμοστούν πολιτικές πρόληψης λόγω της μεγάλης επιβάρυνσης που δημιουργείται στο σύστημα υγείας καθώς και στις δαπάνες τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά χρόνιων νοσημάτων συγκριτικά με τους άντρες ενώ τα άτομα άνω των 55 ετών παρουσιάζουν διπλάσια ποσοστά συγκριτικά με τις μικρότερες ηλικίες. Σημείο έρευνας πρέπει επίσης να αποτελέσει και το ποσοστό του 18% των ανθρώπων 15-34 ετών που παρουσιάζουν χρόνια νοσήματα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 87 ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 – 2013. ΠΗΓΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ (EUROSTAT)-ΈΡΕΥΝΕΣ ΚΕΕΛΠΝΟ

Χρόνιο νόσημα-πάθηση	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο
Άσθμα (συμπεριλαμβανομένου του αλλεργικού άσθματος)	3,6	5,2	4,4
Έμφραγμα μυοκαρδίου	3,1	1,2	2,1
Υπέρταση	19,1	22,5	20,9
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού	2	2,1	2,1
Σακχαρώδης διαβήτης	8,8	9,6	9,2
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα	13	17,6	15,4
Κατάθλιψη	3,2	6	4,7

ΠΙΝΑΚΑΣ 44 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ-ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 15 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΦΥΛΟ, 2014. ΠΗΓΗ (ΕΛΣΤΑΤ)



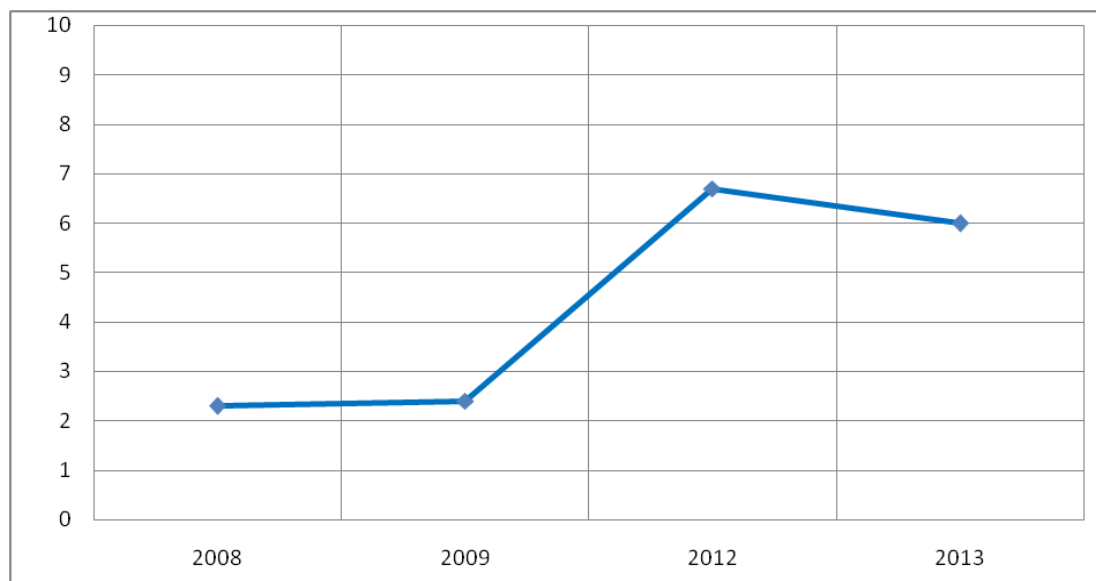
ΓΡΑΦΗΜΑ 88ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 2013. ΠΗΓΗ: ΈΡΕΥΝΑ ΚΕΕΛΠΝΟ

6.8.7. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική νόσος σύμφωνα με τον WHO με χαρακτηριστικά όπως τα αρνητικά συναισθήματα, οι διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή. Η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή να επαναλαμβάνεται δημιουργώντας λειτουργικές δυσκολίες και προβλήματα στον άνθρωπο. Αποτελεί μια από τις σύγχρονες “ασθένειες”. Σύμφωνα με την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα έχει διαφορετικές μορφές και συνεπώς, και διαφορετική αντιμετώπιση. Η ήπια κατάθλιψη είναι αντιμετωπίσιμη και χωρίς φαρμακευτική αγωγή ενώ δε ισχύει το ίδιο για τη μέτρια και τη σοβαρή κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον WHO και την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ από τις δέκα ασθένειες με τον υψηλότερο δείκτη επιβάρυνσης στην ζωή του ανθρώπου, οι πέντε είναι ψυχικές. Σε αυτές, την τέταρτη θέση κατέχει η κατάθλιψη ενώ αναμένεται ότι μέχρι το 2020, στις δυτικές κοινωνίες, θα καταλάβει την πρώτη θέση.

Η κατάθλιψη παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια σε σημείο που το ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή τριπλασιάστηκε το 2012 συγκριτικά με αυτό του 2009. Η Ελλάδα, το 2008, είχε χαμηλό ποσοστό ενώ πλέον το ποσοστό

αυτό έφτασε το 6%. Οι γυναίκες πάσχουν από κατάθλιψη σε διπλό ποσοστό από τους άνδρες. Στην Ελλάδα το ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη αυξήθηκε την περίοδο της οικονομικής κρίσης με μεγαλύτερη επιβάρυνση των ηλικιακών ομάδων που έχουν δεχτεί το μεγαλύτερο πλήγμα. Η κατάθλιψη φτάνει το 10% στις ηλικίες 45-54 που είναι άτομα με οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 89 ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008 – 2013. ΠΗΓΗ: ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ (EUROSTAT)-ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΕΕΛΠΝΟ

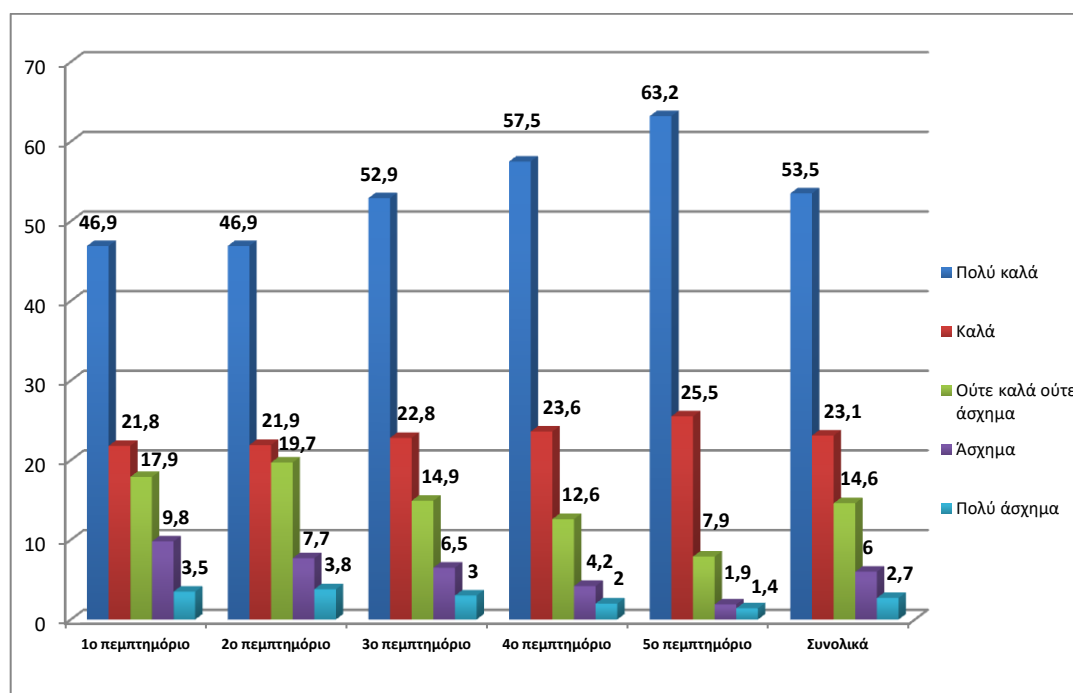
6.8.8. Αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας

Με την έννοια αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας νοείται η γενικότερη αντίληψη που οι άνθρωποι έχουν για τη σωματική και τη ψυχολογική τους υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η κατάσταση αυτή αποτυπώνεται μέσα από έρευνες που οι άνθρωποι δηλώνουν την κατάσταση της υγείας τους.

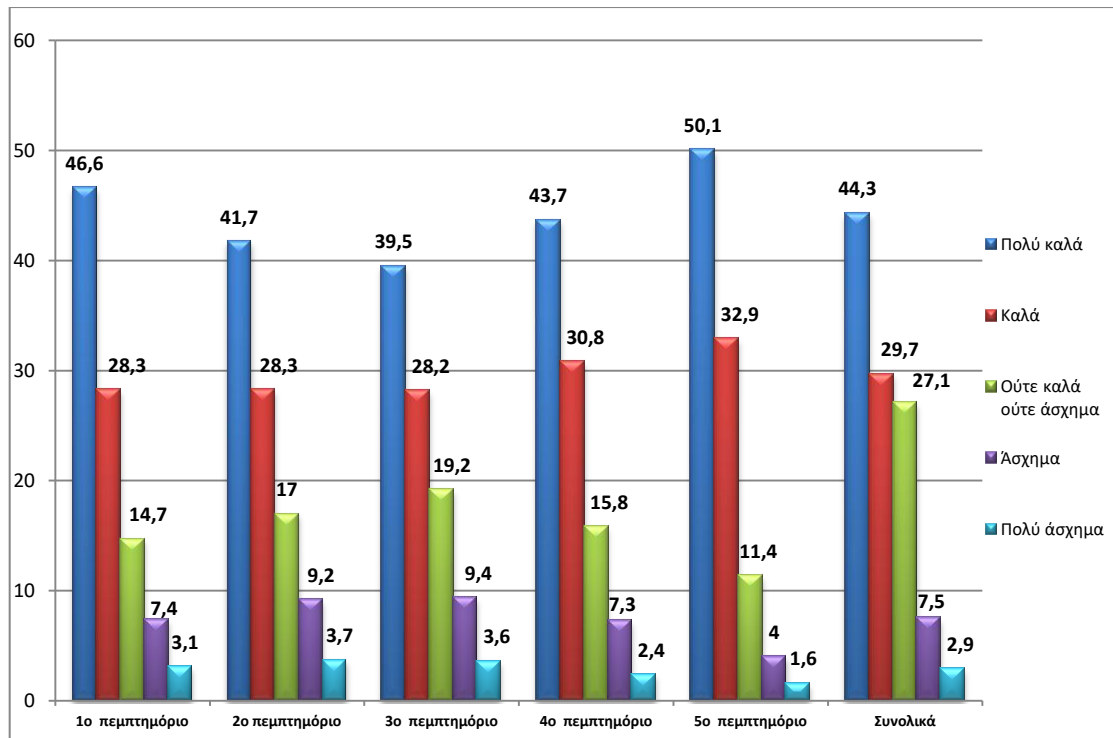
Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας δεν είναι αντικειμενική και η άποψη των ανθρώπων επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες που δεν έχουν σχέση με την υγεία (όπως είναι οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί λόγοι). Επίσης, σε όλες τις χώρες δεν χρησιμοποιείται η ίδια κλίμακα μέτρησης σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ για την υγεία.

Περίπου 70% των ανθρώπων που είναι πάνω από 18 ετών, θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή ή πολύ καλή, το 20% ότι η υγεία τους μέτρια ενώ το 10% ότι η υγεία τους είναι κακή σύμφωνα με έρευνα του ΚΕΕΛΠΝΟ για το 2013.

Στην περίοδο 2005-2011 ο δείκτης παρουσίαζε σταθερότητα. Την περίοδο 2012-2013 όμως, οι άνθρωποι που θεωρούσαν την υγεία τους καλή μειώθηκαν κατά 10%. Γενικότερα την περίοδο αυτή στις χώρες της Ε.Ε. των 27 η τάση αυτή ήταν σταθερή και με την Ελλάδα να παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό, συγκριτικά με τον μέσο όρο, στους ανθρώπους που θεωρούν ότι έχουν καλή υγεία.



ΓΡΑΦΗΜΑ 90 ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ ΑΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΟ ΠΕΜΠΤΗΜΟΡΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2007). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)



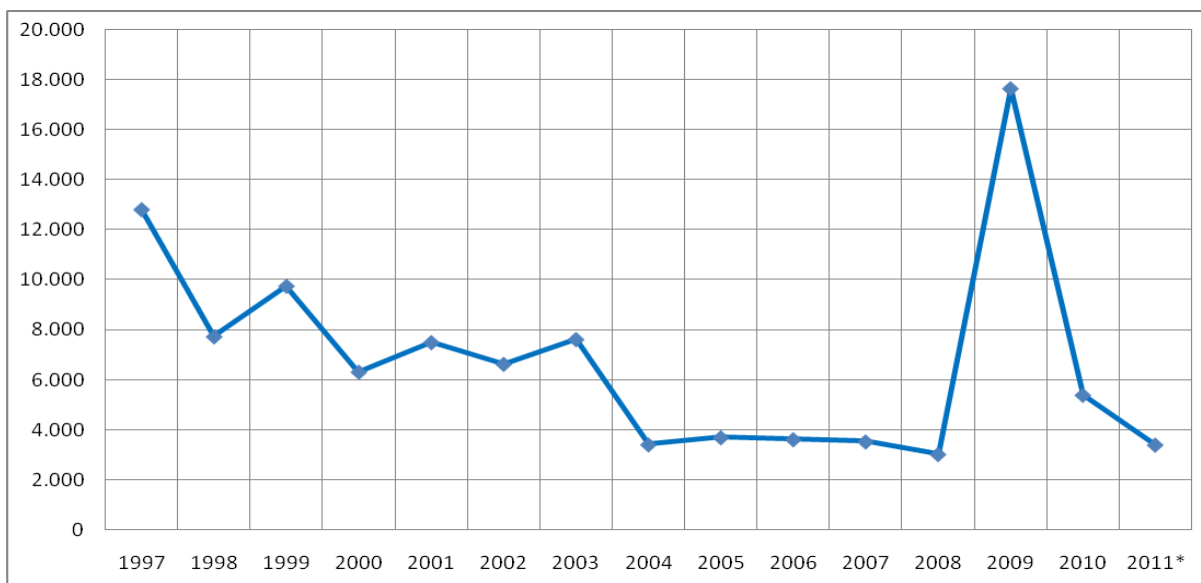
ΓΡΑΦΗΜΑ 91 ΑΝΤΙΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ ΑΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΟ ΠΕΜΠΤΗΜΟΡΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2015). ΠΗΓΗ (EUROSTAT)

6.8.9. Λοιμώδη Νοσήματα

Τα λοιμώδη νοσήματα προκύπτουν από τους παθογόνους παράγοντες που προσβάλλουν τον οργανισμό και είναι μεταδύσιμα. Η μετάδοση των παθογόνων παραγόντων καθιστούν τους νέους δέκτες είτε ασθενείς, είτε φορείς.

Τα δεδομένα για τα λοιμώδη νοσήματα στην Ελλάδα συγκεντρώνονται από το 1997 μέχρι και σήμερα από το ΚΕΕΛΠΝΟ. Στα δεδομένα αυτά υπάρχει πτωτική τάση στα κρούσματα λοιμωδών νόσων. Το μόνο έτος που εμφανίστηκε αύξηση ήταν το 2009 με τη γρίπη H1N1.

Το 1997 υπήρξαν περίπου 18.000 κρούσματα ενώ μειώθηκαν στα 4.000. Την περίοδο 2010-2011, η γρίπη αποτέλεσε το πιο συχνό λοιμώδες νόσημα με ποσοστό 60% και 40% αντίστοιχα. Άλλα νοσήματα που εμφανίστηκαν ήταν η φυματίωση, η σαλμονέλλωση, η μηνιγγίτιδα και το 2010 οι αιμορραγικοί πυρετοί λόγω του κουνουπιού του Δυτικού Νείλου. Την περίοδο 1997-2011 σε κάποια νοσήματα παρουσιάστηκε έξαρση και ειδικότερα, το 1998 στη φυματίωση, το 1999 στην ηπατίτιδα Α, το 2000 στη βρουκέλλωση, το 2001 στη μηνιγγίτιδα, το 2004 στη σαλμονέλλωση, το 2006 στην ιλαρά, το 2007 στην ηπατίτιδα Β, το 2009 στη γρίπη H1N1 και το 2010 στους αιμορραγικούς πυρετούς.

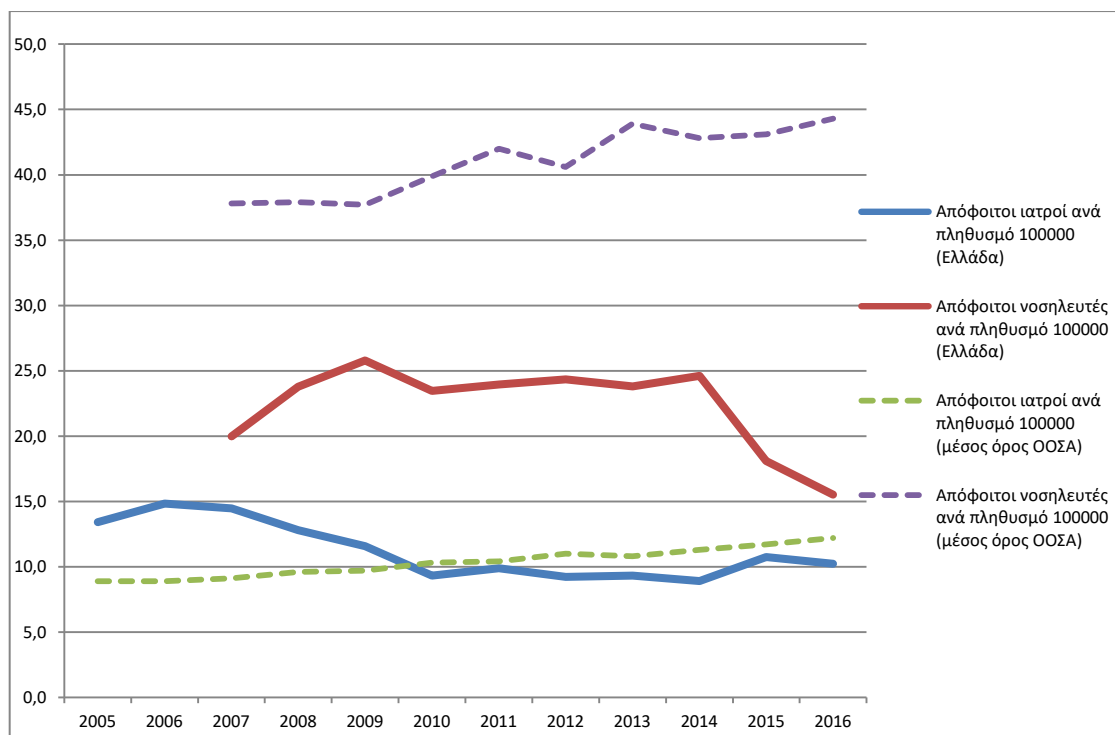


ΓΡΑΦΗΜΑ 92 ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1997 – 2011.
ΠΗΓΗ : ΚΕΕΛΠΝΟ

6.8.10. Ανθρώπινο Δυναμικό στην Υγεία-Υποδομές

Αναφορικά με τα δεδομένα των ανθρώπων που εργάζονται στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, εστιάζουν σε αυτούς που εργάζονται στις υπηρεσίες ανθρώπινης υγείας, στις κτηνιατρικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας χωρίς να διακρίνει το καθεστώς απασχόλησης τους (πλήρης ή μερική). Οι πληροφορίες προκύπτουν από έρευνες που αφορούν το εργατικό δυναμικό προκειμένου να γίνει σύγκριση. Υπάρχουν βέβαια και πιο εξειδικευμένες έρευνες που αφορούν συγκεκριμένα επαγγέλματα υγείας.

Η Ελλάδα αύξησε τους απασχολούμενους στην υγεία και στην κοινωνική αλληλεγγύη την περίοδο 1998-2012 από 4,5% σε 5,9%. Εντούτοις, η χώρα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ και την ακολουθούν η Κορέα, το Μεξικό και η Τουρκία. Για το 2009 το ποσοστό της Ελλάδας είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι σχεδόν διπλάσιο. Τις πρώτες θέσεις κατέχουν οι χώρες του βορρά όπως η Νορβηγία, η Δανία και η Ολλανδία. Το χαμηλό ποσοστό της Ελλάδος όμως δεν είναι αποτέλεσμα της μη ύπαρξης επαγγελματιών υγείας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 93 ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΑΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ 100000. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

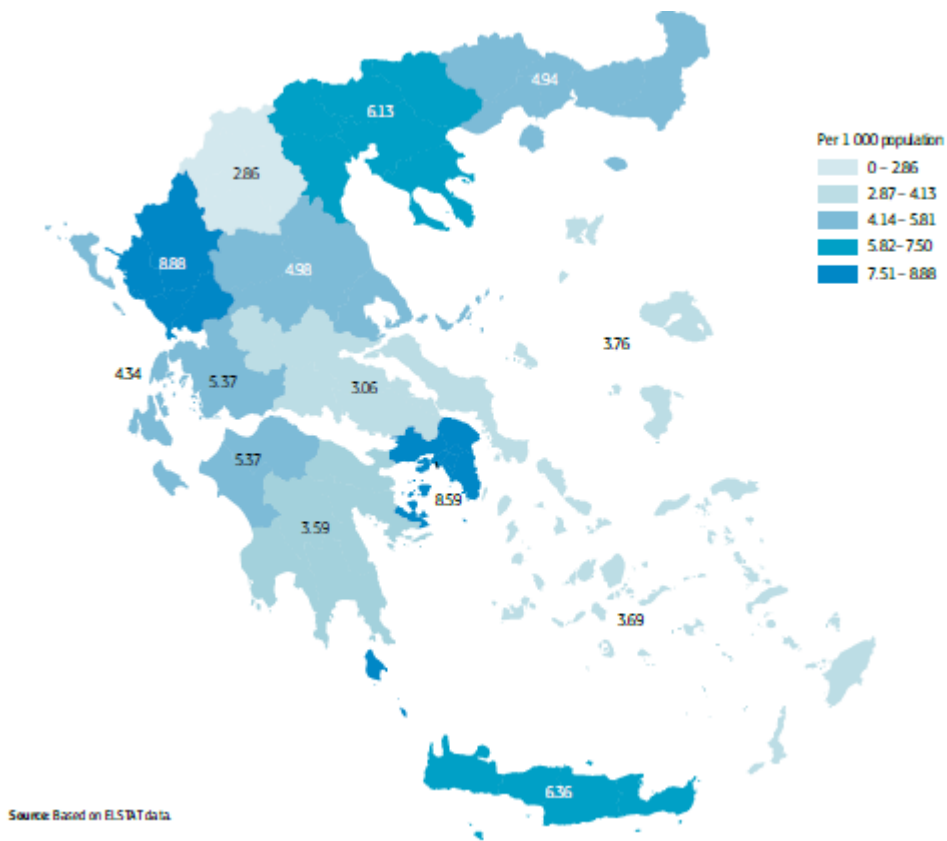
Νόσημα	2011 (Προσωρινά)	2010
Γρίππη (επιβεβαιωμένη εργαστηριακά) ⁽³⁾	1.504	3.334
Φυματίωση	478	487
Σαλμονέλλωση	475	299
Αιμορραγικοί πυρετοί, ιογενείς ⁽²⁾	101	263
Μηνιγγίτιδα ιογενής	156	201
Μηνιγγίτιδα βακτηριακή	140	155
Ιλαρά	40	149
Βρουκέλλωση	100	97
Κοκκύτης	3	64
Ηπατίτιδα οξεία Α'	42	58
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	47	56
Ελονοσία	92	45
Ηπατίτιδα οξεία Β'	39	34
Σιγκέλλωση	47	33
Λείσμανίαση (δερματική, σπλαχνική)	40	31
Λεπτοσπείρωση	20	24
Εχينوκοκκίαση	17	11
Λιστερίωση	9	10
Τυφοειδής πυρετός	5	10
Λεγιονέλλωση	18	9
Τέτανος	11	5
Άλλα νοσήματα ⁽⁴⁾	20	18

6.8.11. Ιατροί

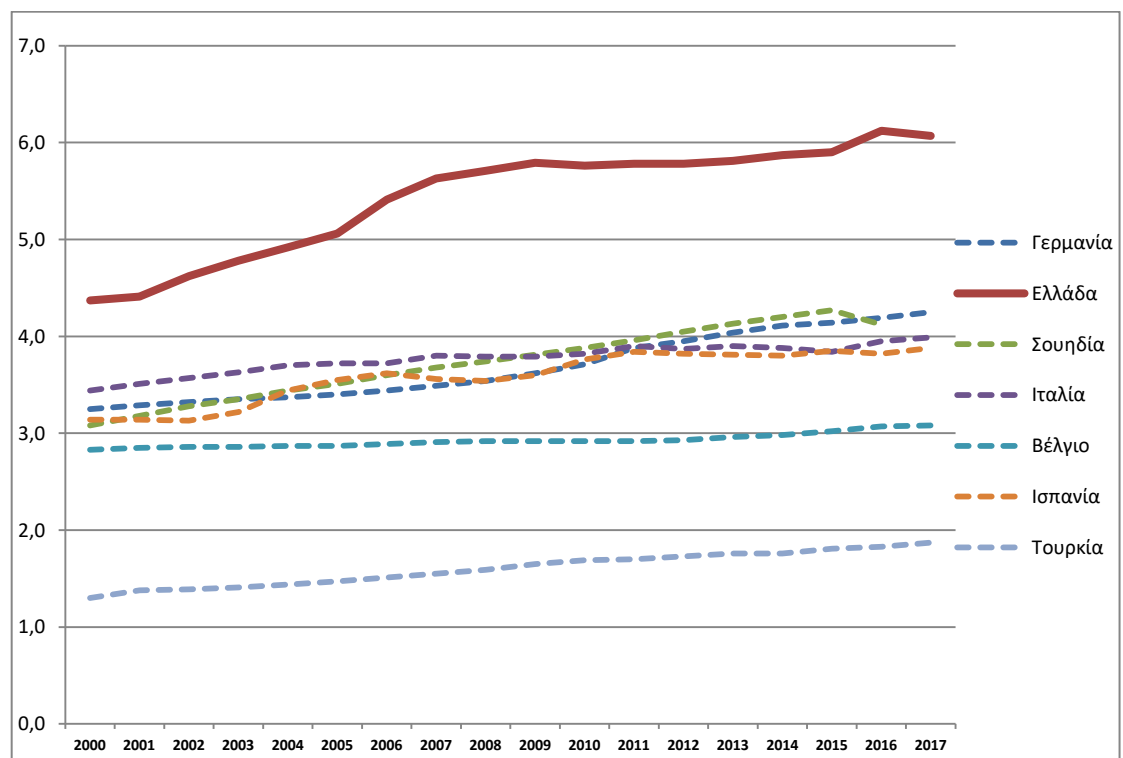
Τα δεδομένα αφορούν τους ενεργούς ιατρούς, δηλαδή αυτούς που μπορούν άμεσα να παρέχουν υπηρεσίες. Για κάποιες από τις χώρες, ο αριθμός των ιατρών περιλαμβάνει τόσο τους οικότροφους, όσο και τους μόνιμους και κατ' οίκον ιατρούς. Κάποιες άλλες περιλαμβάνουν και τους ιατρούς που εντάσσονται μεν στην υγεία αλλά δεν παρέχουν άμεσες υπηρεσίες στους ασθενείς.

Στην Ιρλανδία περιλαμβάνονται όλοι οι ιατροί μέχρι 70 ετών. Στην Πορτογαλία περιλαμβάνονται και οι φυσίατροι που έχουν τίτλο άσκησης του επαγγέλματος. Στην Ισπανία περιλαμβάνονται και οι οδοντίατροι και στοματολόγοι. Η πρόσθεση αυτών των ειδικοτήτων οδηγεί σε μία μικρή υπερεκτίμηση. Στη Χιλή αντίστοιχα περιλαμβάνονται μόνο οι ιατροί που εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχουν όλες οι χώρες τη δυνατότητα να περιλαμβάνουν όλες τις ειδικότητες.

Στην Ελλάδα, υπάρχουν οι διπλάσιοι ιατροί για 1000 κατοίκους συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για το 2009 κατατάσσουν την Ελλάδα πρώτη χώρα με 6,1 ιατρούς ανά 1000 κατοίκους και την ακολουθούν η Αυστρία και η Ρωσία. Υψηλότερο δείκτη από τις χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζει η Ελλάδα και στην κατανομή ιατρών ανά νομούς. Στην Αττική, στο Ηράκλειο, στον Έβρο, στην Αχαΐα, στα Ιωάννινα και στη Θεσσαλονίκη, ο δείκτης είναι πάνω από το 6,1 που αποτελεί τον μέσο όρο της Ελλάδος αλλά και από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, κάτι που ισχύει εξάλλου και για τους περισσότερους ελληνικούς νομούς. Οι νομοί που κινούνται κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ με λιγότερους από τρεις ιατρούς στους 1000 κατοίκους είναι οι Καρδίτσας, Κοζάνης, Κυκλάδων, Φωκίδας, Βοιωτίας και Φλώρινας. Για το 2010 και το 2011, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας, οι πέντε ιατρικές ειδικότητες που είναι οι πολυπληθέστερες στην Ελλάδα είναι οι παθολόγοι, οι βιοπαθολόγοι, οι παιδίατροι, οι καρδιολόγοι και οι γυναικολόγοι σύμφωνα με τα στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη το 2010 και το 2011.



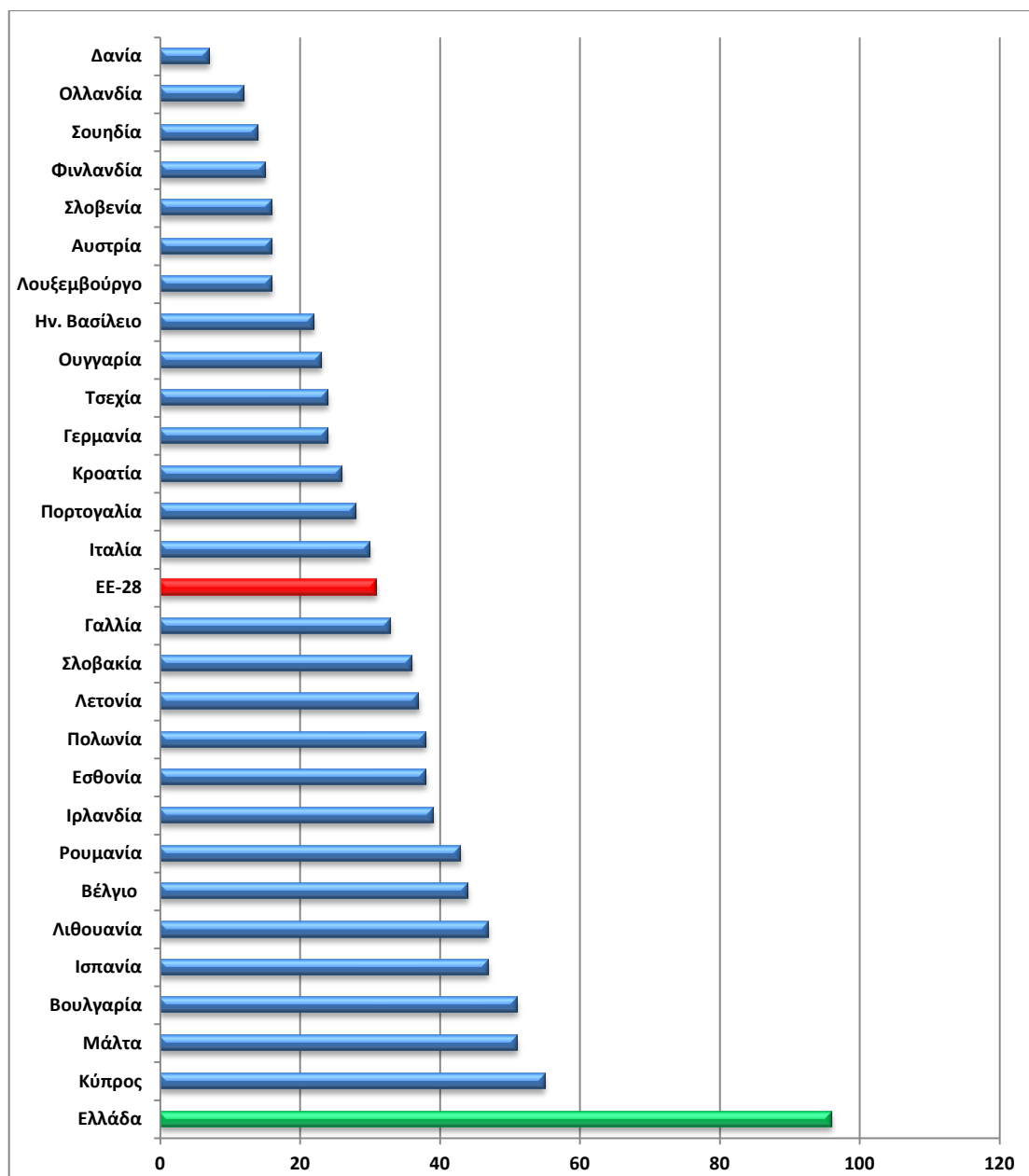
ΕΙΚΟΝΑ 20 Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΕ ΟΛΟΚΛΗΡΗ ΤΗ ΧΩΡΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 94 ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

6.8.12. Φαρμακεία – Οδοντιατρεία

Πυκνό είναι επίσης και το δίκτυο των φαρμακείων και των οδοντιατρείων στην Ελλάδα με δείκτη υψηλότερο τόσο από τις ευρωπαϊκές χώρες όσο και από αυτές του ΟΟΣΑ. Στα φαρμακεία δεν υπάρχει ανισοκατανομή στους νομούς διότι η άδεια λειτουργίας τους δίνεται με κριτήρια τον πληθυσμό και τον αποδεκτό αριθμό φαρμακείων σε ένα δήμο. Δεν ισχύει όμως το ίδιο και για τους οδοντίατρους που σαν ειδικότητα δεν εντάσσεται (ουσιαστικά) στο δημόσιο σύστημα υγείας και τα ιατρεία τους είναι ιδιωτικά. Σε περιοχές και νομούς που είναι απομακρυσμένοι γεωγραφικά, ο δείκτης των οδοντογιατρών ανά 1000 κατοίκους είναι χαμηλός.



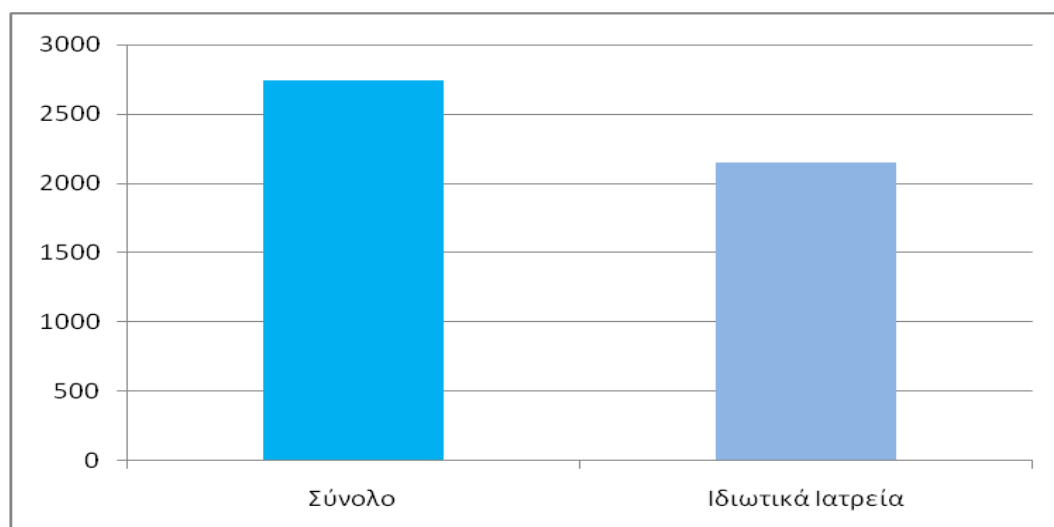
ΓΡΑΦΗΜΑ 95 ΑΡΙΘΜΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΑΝΑ 100000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΕ-28, ΓΙΑ ΤΟ 2016. ΠΗΓΗ (ΙΟΒΕ & ΣΦΕΕ, 2018)

ΝΟΜΟΣ	Οδοντιατρεία/1.000 κατοίκους	Φαρμακεία/1.000 κατοίκους
Δράμας	1,0	1,5
Έβρου	0,9	0,8
Καβάλας	1,0	1,0
Ξάνθης	0,9	0,7
Ροδόπης	1,0	0,8
Ημαθίας	0,9	1,0
Θεσσαλονίκης	1,7	1,2
Κιλκίς	0,7	1,0
Πέλλης	0,8	1,1
Πιερίας	1,2	1,2
Σερρών	1,0	1,1
Χαλκιδικής	0,8	0,9
Γρεβενών	0,8	1,5
Καστοριάς	0,9	1,3
Κοζάνης	1,1	1,0
Φλωρίνης	0,6	0,8
Καρδίτσας	1,0	1,1
Λάρισας	1,2	1,1
Μαγνησίας	1,2	1,1
Τρικάλων	1,1	1,1
Άρτας	0,8	1,1
Θεσπρωτίας	0,9	1,1
Ιωαννίνων	1,2	0,9
Πρέβεζας	1,0	0,9
Ζακύνθου	0,7	0,9
Κέρκυρας	0,8	0,9
Κεφαλληνίας	0,9	0,9
Λευκάδας	0,6	0,9
Αιτωλίας και Ακαρνανία	0,9	1,0
Αχαΐας	1,2	1,0
Ηλείας	0,6	0,8
Βοιωτίας	0,8	1,0
Εύβοιας	1,0	0,9
Ευρυτανίας	0,5	0,4
Φθιώτιδας	0,9	0,9
Φωκίδας	0,6	1,3
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ	1,0	1,2
ΒΟΡΕΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	1,9	1,0
ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ	1,4	1,3
ΔΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	1,1	0,8
ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	2,0	1,1
ΝΟΤΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	1,6	1,0
ΠΕΙΡΑΙΑΣ ΚΑΙ ΝΗΣΩΝ	1,0	1,2
Αργολίδας	0,9	0,9
Αρκαδίας	0,9	0,9
Κορινθίας	0,9	0,9
Λακωνίας	0,9	1,0
Μεσσηνίας	1,1	1,1
Λέσβου	0,8	0,8
Σάμου	0,7	1,6
Χίου	0,8	0,8
Δωδεκανήσου	1,1	1,0
Κυκλάδων	0,6	0,8
Ηρακλείου	1,2	0,9
Λασιθίου	0,8	0,8
Ρεθύμνης	0,7	0,7
Χανίων	1,2	0,8

ΠΙΝΑΚΑΣ 46 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 2011. ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ

6.8.13. Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες και Μαίες

Γενικότερα, τα δεδομένα που υπάρχουν για τους γυναικολόγους και τους μαιευτήρες, αφορούν και τις δύο ειδικότητες. Όπως και σε άλλες περιπτώσεις, η εκτίμηση του αριθμού τους ανά χώρα διαφοροποιείται σύμφωνα με τα κριτήρια μέτρησης τους. Υψηλό δείκτη παρουσιάζει η Ελλάδα και σε αυτές τις ειδικότητες. Μαζί με την Τσεχία καταλαμβάνει την πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ με 47,8 γυναικολόγους & μαιευτήρες ανά 100 χιλιάδες γυναίκες. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι σχεδόν ο μισός με 26,8 και αυτόν έχουν περίπου και χώρες που θεωρούνται ανεπτυγμένες όπως οι ΗΠΑ, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Σουηδία, το Λουξεμβούργο, κ.ά. Τον χαμηλότερο μέσο όρο έχει η Ιρλανδία με 8,6. Σχεδόν το 80% των γυναικολόγων στην Ελλάδα έχουν ιδιωτικά ιατρεία και η διασπορά τους στους νομούς παρουσιάζει και αυτή υψηλότερο μέσο όρο από αυτόν του ΟΟΣΑ.



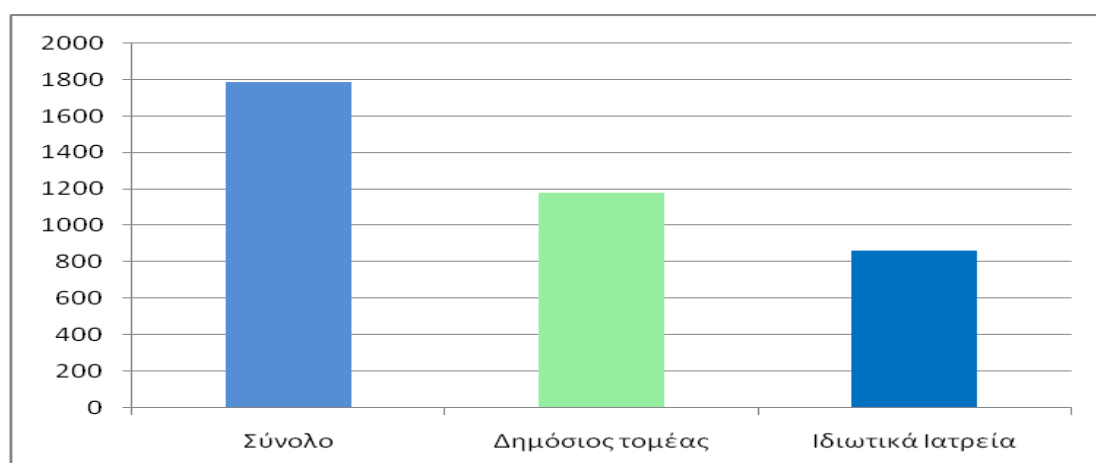
ΓΡΑΦΗΜΑ 96 ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ ΤΟ 2011 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ

6.8.14. Ψυχίατροι

Οι ψυχίατροι είναι η ιατρική ειδικότητα που ασχολούνται με τα ψυχικά νοσήματα και ειδικότερα, με τη διάγνωση και τη θεραπεία τους αλλά και με την πρόληψη τους. Η εκπαίδευση τους είναι μεταπτυχιακή στην ειδικότητα και υπάρχει το ενδεχόμενο να έχουν και άλλη εκπαίδευση στην ψυχιατρική, όπως η παιδοψυχιατρική για παράδειγμα. Οι ψυχίατροι έχουν το δικαίωμα της

συνταγογράφησης, κάτι που δεν ισχύει για τους ψυχολόγους στις περισσότερες χώρες. Η μέτρηση των ψυχιάτρων περιλαμβάνει τους ίδιους, τους παιδοψυχιάτρους και τους νευροψυχιάτρους αλλά όχι τους ψυχολόγους και ασχέτως το καθεστώς απασχόλησης τους.

Η Ελλάδα δεν παρουσιάζει αποκλίσεις στο μέσο όρο των ψυχιάτρων ανά 100.000 κατοίκους με 16,2 όταν ο δείκτης του ΟΟΣΑ είναι 15,4. Οι περισσότεροι ψυχιάτροι εργάζονται στο δημόσιο σύστημα υγείας ενώ το 2011 τα ιδιωτικά ψυχιατρικά ιατρεία στην Ελλάδα ήταν λίγο περισσότερα από 800. Στην κατανομή ανά νομούς ο δείκτης είναι χαμηλότερος από αυτόν του ΟΟΣΑ. Εξαιρεση και με μεγαλύτερο δείκτη τόσο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ όσο και της Ελλάδας αποτελούν οι περιοχές που έχουν πανεπιστημιακό νοσοκομείο.



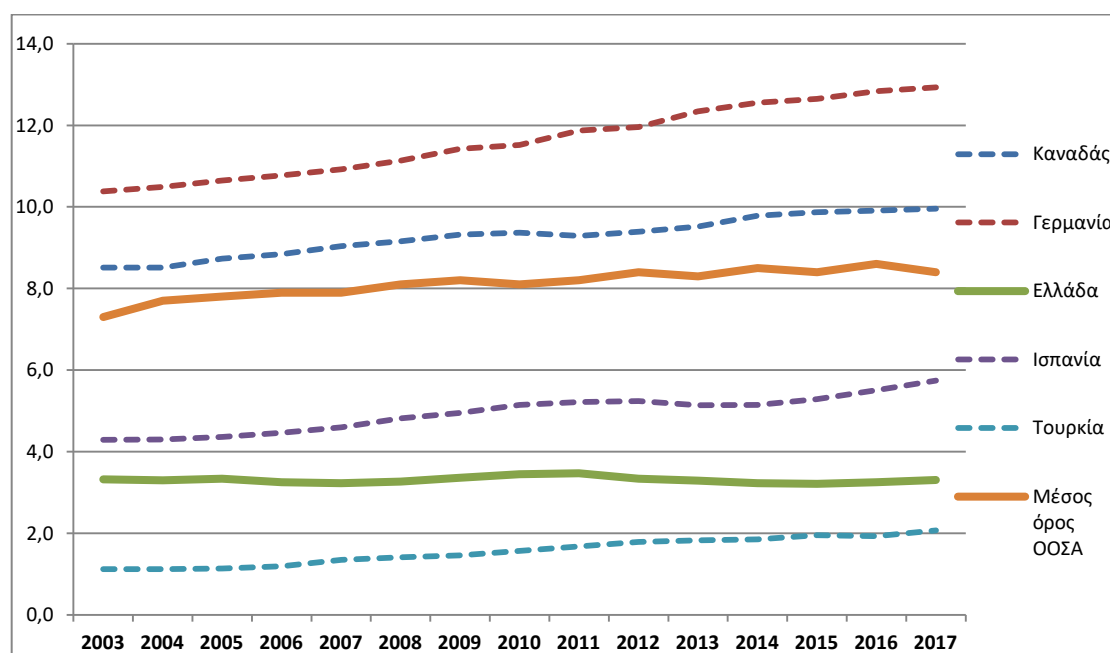
ΓΡΑΦΗΜΑ 97 ΑΡΙΘΜΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ

6.8.15. Νοσηλευτικό προσωπικό

Στην μέτρηση των νοσηλευτών περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αλλά και οι αυτοαπασχολούμενοι. Ως νοσηλευτές σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, νοούνται τόσο αυτοί που οι υπηρεσίες τους προσφέρονται άμεσα στους ασθενείς όσο και αυτοί που εργάζονται σε διευθυντικούς, εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς τομείς. Διάκριση δεν υπάρχει αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο και στους νοσηλευτές δεν εντάσσονται συνήθως οι μαίες και οι βοηθοί νοσηλευτών. Όμως οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ

περιλαμβάνουν και τις μαίες θεωρώντας ότι είναι νοσηλευτές με εξειδίκευση. Και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει υποεκτίμηση στην μέτρηση τους.

Σε αυτή την περίπτωση ο δείκτης της Ελλάδος είναι χαμηλός με 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους στο ΕΣΥ και δεν αυξάνεται ούτε αν συμπεριληφθούν οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 8,4. Τις πρώτες θέσεις σε αυτό το δείκτη κατέχουν χώρες η Ισλανδία και η Ελβετία, το Βέλγιο, η Δανία, κ.ά. που εντάσσονται στο ευρωπαϊκό βορρά. Υστέρηση παρουσιάζει η Ελλάδα και σε επίπεδο νομών με εξαίρεση τον νομό Ιωαννίνων που πλησιάζει τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Αυτό οφείλεται στο ότι στο νομό υπάρχουν δύο μεγάλα νοσοκομεία εκ των οποίων το ένα Πανεπιστημιακό.



ΓΡΑΦΗΜΑ 98 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΝΑ 1000 ΑΤΟΜΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

6.8.16. Δομές Υγείας

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις περιπτώσεις που έχουν τα πιο πυκνά δίκτυα παροχής υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Ειδικότερα, σύμφωνα και με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, το 2010 υπηρεσίες και προϊόντα υγείας προσέφεραν στην Ελλάδα 135 νοσοκομεία, 197 κέντρα υγείας, 2,5 χιλιάδες περιφερειακά ιατρεία, 173 ιδιωτικές κλινικές, 3920 διαγνωστικά εργαστήρια, 22 χιλιάδες ιδιωτικά ιατρεία, 12,5 χιλιάδες οδοντιατρεία και 10,5 χιλιάδες φαρμακεία. Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάζεται και το 2011 και το 2012. Στα δημόσια νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας εργάζονται

περίπου 100.000 άτομα εκ των οποίων, το 75% είναι επαγγελματίες υγείας και οι άλλοι, προσωπικό άλλων ειδικοτήτων. Σε αυτούς τους αριθμούς αν προστεθούν και οι εργαζόμενοι του ΕΟΠΥΥ και του ιδιωτικού τομέα που προσφέρουν υπηρεσίες που καλύπτονται από το ασφαλιστικό σύστημα, κατατάσσει την Ελλάδα στις χώρες με σημαντικά, ποσοτικά ανεπτυγμένο σύστημα υγείας.

Περιφέρεια	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας	Περιφ. Ιατρεία	Ιδιωτ. Κλινικές	Διαγνωστικά	Ιατρεία	Οδοντιατρεία	Φαρμακεία
Ανατολική Μακεδονία Θράκη	6	13	180	12	184	769	509	548
Κεντρική Μακεδονία	21	31	401	29	507	3.767	2.111	1.990
Δυτική Μακεδονία	5	6	150	6	65	380	263	234
Θεσσαλία	5	17	377	27	291	1.157	808	753
Ήπειρος	5	16	160	2	146	462	315	310
Ιόνιο	6	8	129	1	90	382	163	188
Δυτική Ελλάδα	11	19	173	8	320	1.150	489	659
Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	8	16	263	3	158	793	502	444
Αττική	39	15	36	67	1.555	10.646	5.956	3.772
Πελοπόννησος	9	23	304	6	213	747	537	482
Βόρειο Αιγαίο	5	7	116	3	86	231	138	160
Νότιο Αιγαίο	6	12	92	1	93	410	255	246
Κρήτη	9	14	174	8	212	974	586	520
Σύνολο	135	197	2.555	173	3.920	21.868	12.632	10.306

ΠΙΝΑΚΑΣ 47 ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ 2010

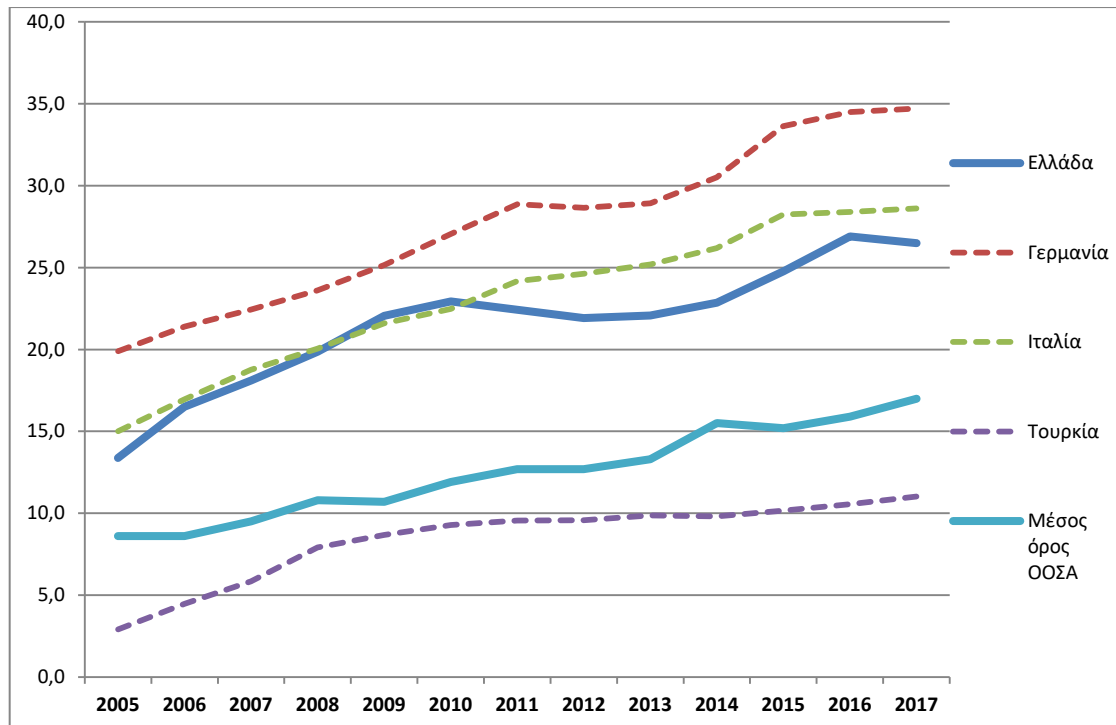
Περιφέρεια	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΛΟΙΠΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
Ανατολική Μακεδονία Θράκη	1.080	1.882	534	350	484	163
Κεντρική Μακεδονία	3.958	6.064	1.581	1.189	1.704	555
Δυτική Μακεδονία	347	613	240	148	197	66
Θεσσαλία	1.125	1.893	675	413	601	137
Ήπειρος	1.004	1.935	440	347	632	131
Ιόνιο	292	655	133	150	197	41
Δυτική Ελλάδα	1.280	2.203	544	478	725	158
Στερεά Ελλάδα & Εύβοια	468	985	234	235	349	54
Αττική	9.602	13.407	4.999	3.445	4.152	916
Πελοπόννησος	667	1.176	460	331	584	101
Βόρειο Αιγαίο	302	599	104	132	205	56
Νότιο Αιγαίο	336	931	187	291	357	49
Κρήτη	1.482	2.175	654	459	834	210
Σύνολο	21.943	34.518	10.785	7.968	11.021	2.637

ΠΙΝΑΚΑΣ 48 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟ 2010. ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΧΑΡΤΗ

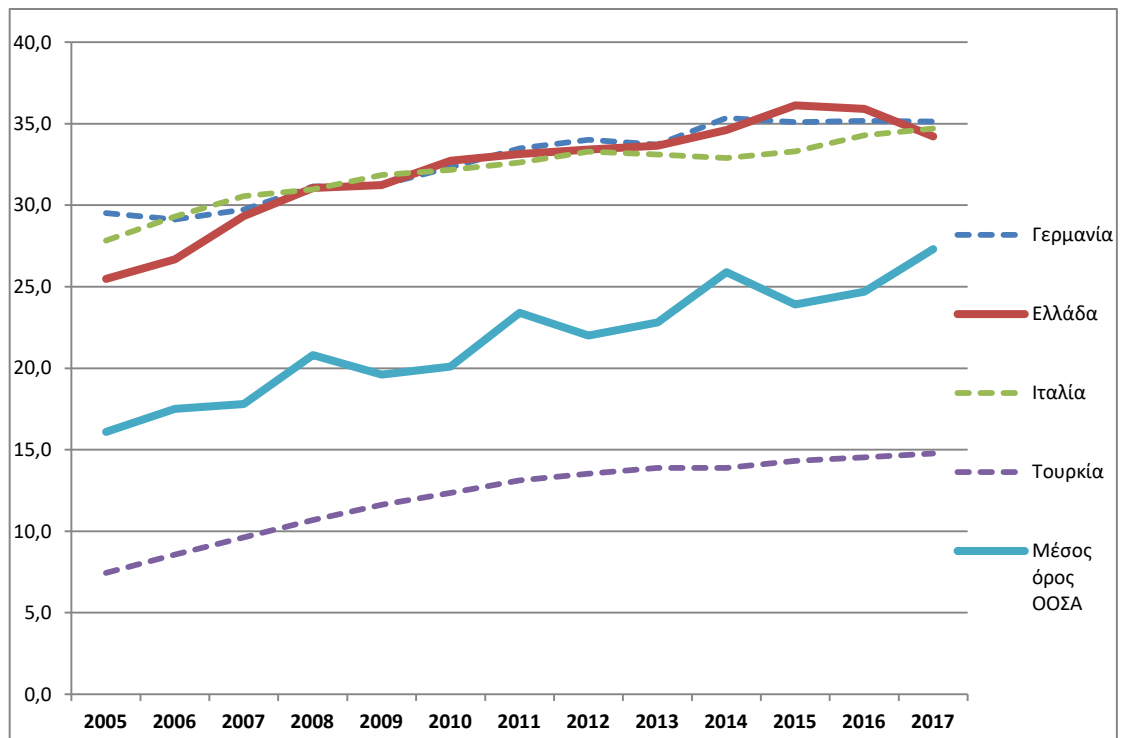
6.8.17. Ιατρική Τεχνολογία – Εξοπλισμός

Υψηλό δείκτη, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, διαθέτει η Ελλάδα και στην ιατρική τεχνολογία. Έχει 21,7 μαγνητικούς τομογράφους ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 12,2. Η Ελλάδα έρχεται τέταρτη ανάμεσα σε αυτές τις χώρες μετά την Ιαπωνία, τις ΗΠΑ και την Ισλανδία.

Η Ελλάδα έχει επίσης 33,8 αξονικούς τομογράφους ανά ένα εκατομμύριο κατοίκους ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 22,8. Η Ελλάδα έρχεται έκτη μετά την Ιαπωνία, την Αυστραλία, την Κορέα, την Ισλανδία και τις ΗΠΑ. Ο υγειονομικός χάρτης του 2011 και του 2012 δείχνει επίσης ότι ο εξοπλισμός αυτών είναι σύγχρονος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 99 ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ, ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 100 ΣΑΡΩΤΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ, ΑΝΑ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

6.8.18. Κλίνες νοσοκομείων

Η Ελλάδα είναι αρκετά κοντά στον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ με 4,8 κλίνες ανά 1000 κατοίκους ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος είναι 4,9 κλίνες. Αυτό δεν καθιστά αυτομάτως καλύτερη την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδος αφού χώρες που έχουν καλύτερο σύστημα υγείας από αυτή έχουν χαμηλότερο μέσο όρο. Τέτοιου είδους παραδείγματα αποτελούν η Ολλανδία, η Δανία, ο Καναδάς και η Νορβηγία. Αντίθετα, χώρες με χειρότερο σύστημα υγείας αλλά και προβλήματα νοσηρότητας έχουν υψηλό δείκτη κλινών. Τέτοιου είδους παραδείγματα αποτελούν η Ρωσία, η Τσεχία, η Σλοβακία και η Εσθονία.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των κλινών παραμένει σταθερός με εξαίρεση την περίοδο 2010-2011 όπου υπήρχε μία μικρή μείωση των κλινών του δημοσίου τομέα και αντιστοίχως, μία μικρή αύξηση στον ιδιωτικό τομέα. Το 70% των κλινών στην Ελλάδα βρίσκονται σε γενικά θεραπευτήρια, το 10% σε ειδικά θεραπευτήρια και το 20% σε ψυχιατρικές δομές.

6.8.19. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η Ελλάδα μπορεί να έχει το πιο εκτεταμένο δίκτυο παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αλλά αυτό δεν καθιστά την επισκεψιμότητα των ιατρών συχνή. Ενώ ο μέσος όρος επισκέψεων στον ΟΟΣΑ αγγίζει τις 6,5 μονάδες, στην Ελλάδα είναι 4 επισκέψεις ετησίως. Την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα έχουν χώρες όπως η Ιαπωνία και η Κορέα, ενώ τη χαμηλότερη το Μεξικό, η Σουηδία και η Χιλή. Μεγαλύτερη επισκεψιμότητα παρουσιάζουν η περιφέρεια Νότιου Αιγαίου, η Δυτική Μακεδονία και τα Ιόνια νησιά ενώ χαμηλότερη η Πελοπόννησος, η Στερεά Ελλάδα και η Κρήτη, κάτι που ισχύει για όλους τους νομούς τους.

Περίπου το 65% των επισκέψεων γίνεται σε ιδιωτικά ιατρεία ενώ μόνο το 35% αφορά δομές του εθνικού συστήματος υγείας. Αυτό οδηγεί στο 60% του κόστους των επισκέψεων να καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση ενώ το 40% από τον ασθενή λόγω της μεγάλης επισκεψιμότητας που υπάρχει στους ιδιώτες ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ.

6.8.20.Επισκέψεις σε οδοντίατρο

Και σε αυτή την περίπτωση η Ελλάδα παρουσιάζει μεγαλύτερο δείκτη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ με επισκεψιμότητα στον οδοντίατρο 1,4 φορές ετησίως ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του ΟΟΣΑ είναι 1,3. Το 2012, 68% των ενηλίκων επισκέφτηκε τουλάχιστον μία φορά κάποιον οδοντίατρο. Το 64% αυτών των επισκέψεων έγινε σε γενικό οδοντίατρο ενώ το 4% σε οδοντίατρο με εξειδίκευση όπως ορθοδοντικό, γναθοχειρουργό ή περιοδοντολόγο σύμφωνα με στοιχεία έρευνας του ΚΕΕΛΠΝΟ. Οι άνδρες επισκέπτονται κυρίως γενικό οδοντίατρο ενώ οι γυναίκες περιοδοντολόγους. Μεγαλύτερη επισκεψιμότητα παρουσιάζουν οι ηλικιακές ομάδες 18-24 & 45-54. Αξιοσημείωτο είναι ότι το κόστος των επισκέψεων αυτών καλύπτονται από τους ίδιους τους ασθενείς λόγω του ότι η πλειοψηφία των οδοντιατρείων είναι ιδιωτικά.

6.8.21. Εισαγωγές στα Νοσοκομεία

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ η Ελλάδα παρουσιάζει επίσης υψηλό δείκτη εισαγωγής στα νοσοκομεία. Το 2009 υπήρχαν 191 εισαγωγές ανά 1000 κατοίκους ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 158 εισαγωγές. Αυτό φέρνει την Ελλάδα στην όγδοη θέση των χωρών του ΟΟΣΑ με πρώτες χώρες την Αυστρία, τη Γαλλία, τη Ρωσία και τη Γερμανία ενώ στις τελευταίες θέσεις τον Καναδά, την Κίνα, τη Βραζιλία και το Μεξικό. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία παρουσίασαν σημαντική αύξηση την περίοδο 1998-2010. Το 1998 οι εισαγωγές ήταν 1,6 εκατομμύρια ενώ το 2010 έφτασαν τα 2,2 εκατομμύρια καταγράφοντας μία αύξηση 37%.

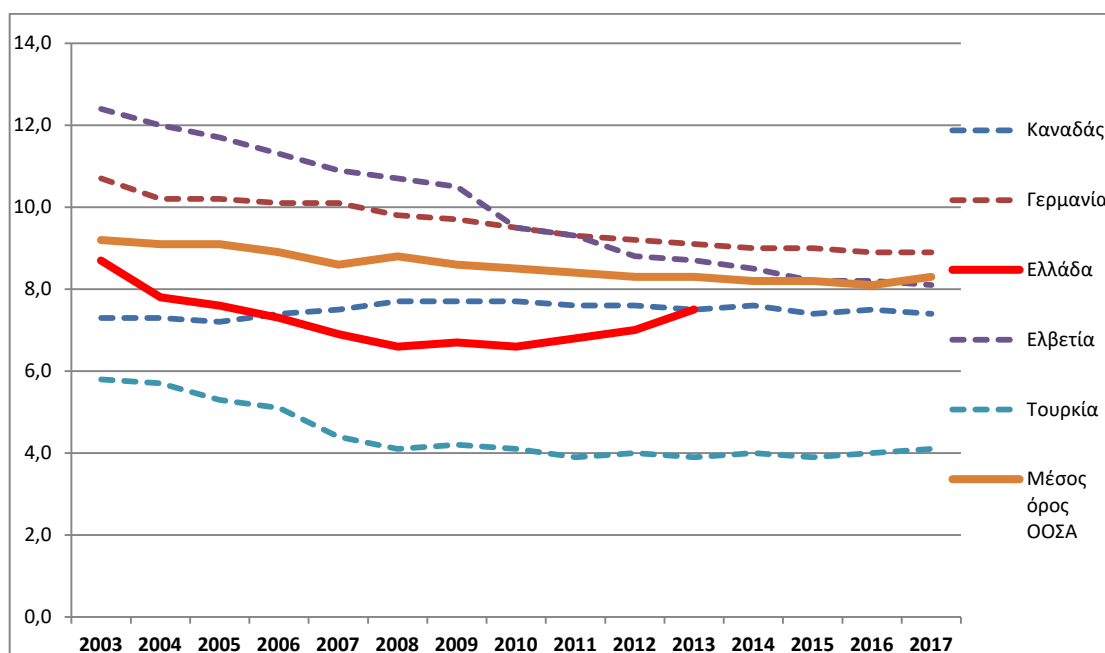
Ο αριθμός των ασθενών για εισαγωγή φτάνει τις 900.000. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής έχει μέσο όρο εισαγωγών 2,47 φορές ετησίως. Από αυτούς, 33% εισάγεται σε ιδιωτική κλινική ενώ το 37% σε δημόσιο νοσοκομείο. Το 2012, συγκριτικά με το 2009, υπήρξε μία μικρή μείωση των εισαγωγών, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα και αφορά τις ηλικίες κάτω των 34 ετών. Δεδομένο είναι επίσης ότι οι εισαγωγές αυξάνονται στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

6.8.22. Μέση διάρκεια νοσηλείας

Το 2009 ο μέσος όρος νοσηλείας ανά εισαγωγή ήταν 7 ημέρες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του ΟΟΣΑ ήταν 7,2 ημέρες. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη

διάρκεια νοσηλείας είναι η Ιαπωνία, η Κορέα και η Ρωσία ενώ με τη χαμηλότερη η Τουρκία, η Ινδία και το Μεξικό.

Στην Ελλάδα καταγράφηκε μείωση την περίοδο 2000-2012 με το 2000 να έχει 8,2 ημέρες ενώ το 2012 6,5 ημέρες. Η μείωση αυτή ισχύει για όλες τις ηλικιακές ομάδες με εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών και τους ασθενείς πάνω από 65 ετών. Οι ιδιωτικές κλινικές συγκριτικά με τα δημόσια νοσοκομεία έχουν υψηλότερη μέση διάρκεια νοσηλείας, κάτι που δεν ισχύει όμως για τις παιδιατρικές κλινικές.



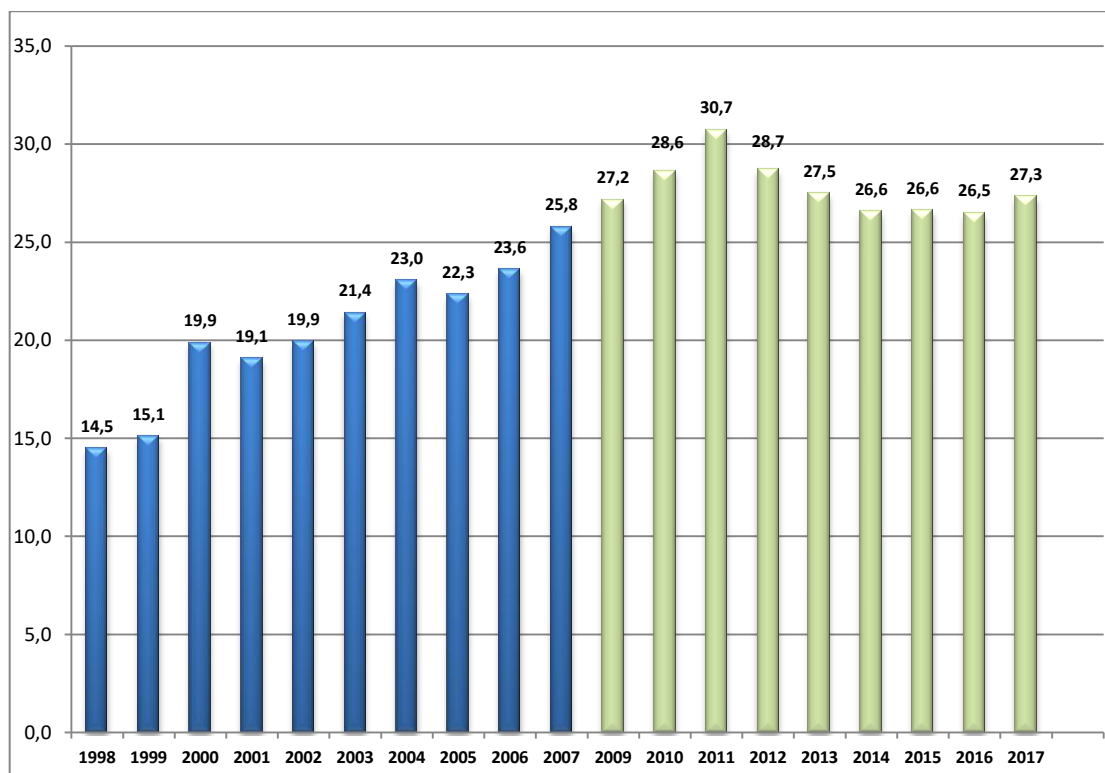
ΓΡΑΦΗΜΑ 101 ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

6.8.23. Χειρουργεία

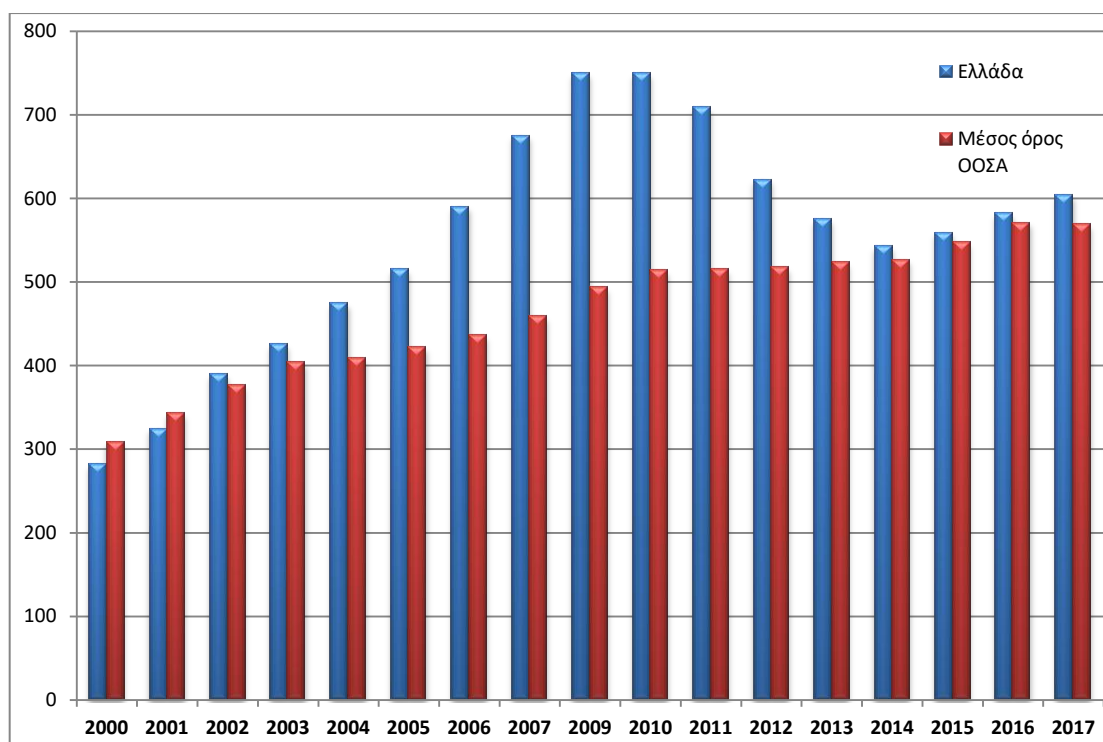
Η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλό δείκτη αριθμού επεμβάσεων συγκριτικά με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ και αυτό αφορά δύο κατηγορίες χειρουργικών επεμβάσεων. Αναφορικά με τις αγγειοπλαστικές επεμβάσεις, στην Ελλάδα γίνονται 177 ετησίως ενώ ο ΟΟΣΑ αναφέρει 188. Η χώρα με τις περισσότερες αγγειοπλαστικές επεμβάσεις είναι η Γερμανία με 582, το Βέλγιο με 427 και οι ΗΠΑ με 377. Τις λιγότερες έχουν ο Καναδάς, η Ιρλανδία, η Χιλή και το Μεξικό. Αναφορικά με τις ορθοπεδικές επεμβάσεις η Ελλάδα πραγματοποιεί 140 ετησίως ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι οι 154. Τις περισσότερες έχουν και πάλι η Γερμανία και το Βέλγιο ενώ τις λιγότερες η Χιλή και το Μεξικό.

6.8.24. Κατανάλωση φαρμάκων

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες που καταναλώνει πολλά φάρμακα παρά την προσπάθεια μείωσης τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι από το 2009 ως το 2013 το ποσοστό κατανάλωσης μειώθηκε από 48 σε 38%. Αυτό ισχύει και για την κατανάλωση συνταγογραφούμενων σκευασμάτων που μειώθηκε σε 2,5 σκευάσματα το 2013 από 3,6 το 2009. Το 2009 και το 2010 οι γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερη κατανάλωση από τους άνδρες αλλά το 2010 η διαφορά αυτή μειώθηκε. Το 2009 η κατανάλωση των γυναικών έφτανε το 56% ενώ το 2013 το 39%. Η κατανάλωση των ανδρών έφτανε το 2009 το 42% ενώ το 2013 το 36%. Το ποσοστό της κατανάλωσης αυξάνει με την ηλικία αφού στην ομάδα 18-34 ετών καταναλώνει φάρμακα ο ένας στους πέντε, στην ομάδα 35-54 ετών ο ένας στους τρεις και άνω των 54 ετών οι δύο στους τρεις.



ΓΡΑΦΗΜΑ 102 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΩΣ % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ. ΠΗΓΗ (OECD)



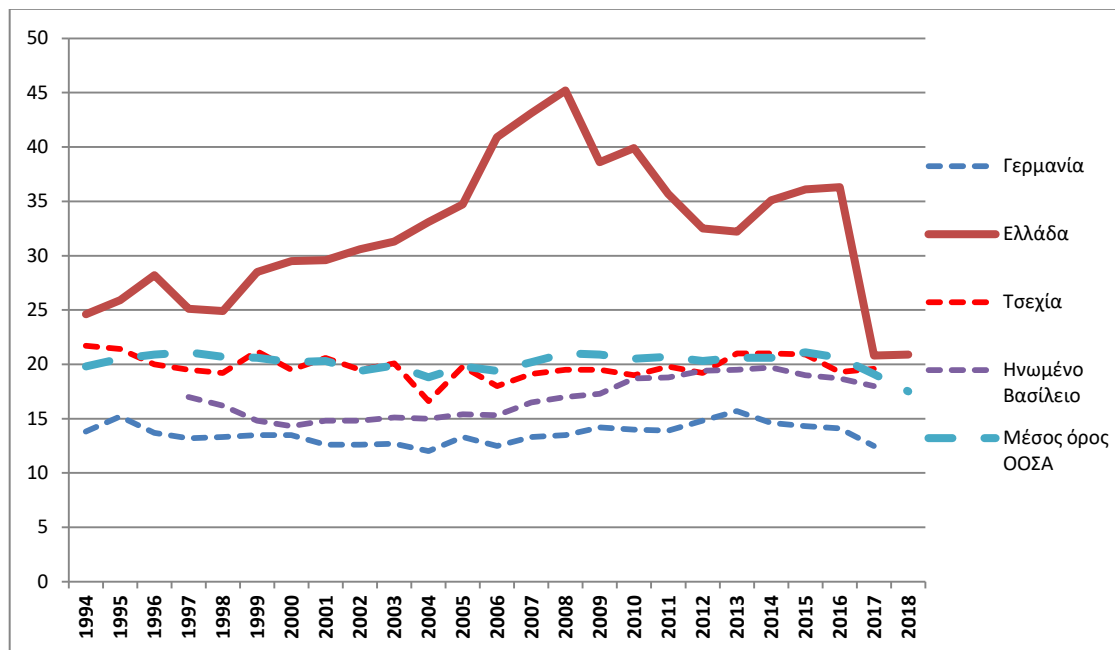
ΓΡΑΦΗΜΑ 103 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ, ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ (ΣΕ US\$ PPPs). ΠΗΓΗ (ΟΕCD).

Στην Ελλάδα εντοπίζεται επίσης μεγάλη κατανάλωση αντιβιοτικών που δεν είναι συνταγογραφούμενα η οποία αυξάνεται σημαντικά. Το 2000 η κατανάλωση των αντιβιοτικών έφτανε ημερησίως τις 30 δόσεις ανά 1000 κατοίκους ενώ πλέον φτάνει τις 38,6 δόσεις. Το ποσοστό αυτό φέρνει την Ελλάδα στην πρώτη θέση στην κατανάλωση αντιβιοτικών και ακολουθεί η Γαλλία με 29,6 δόσεις και η Ιταλία με 28,7 δόσεις ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 21,1 δόσεις. Βέβαια όπως φαίνεται και από τον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθεί, η τάση αυτή της υπέρ κατανάλωσης, της αλόγιστης αλλά και της χωρίς ιδιαίτερη αναγκαιότητα προσκόλλησης των Ελλήνων πολιτών στις αντιβιοτικές θεραπείες, άρχισε να μειώνεται σταδιακά από το 2007 κι έπειτα, μέχρις ότου να φτάσει από τις 38,6 δόσεις τις 20 (σχεδόν) το 2017 και 2018. Γίνεται δηλαδή λόγος για μείωση σχεδόν 45%, περίπου μείωση στο μισό των αντιβιοτικών σκευασμάτων, κάτι το οποίο σηματοδοτεί μια θετική εξέλιξη, καθώς τα σκευάσματα αυτά ξεκινούν να χρησιμοποιούνται ορθολογικά και από τις δύο πλευρές, δηλαδή και ιατρούς αλλά και ασθενείς.

Έτη	Ετήσιος ρυθμός μεταβολής
2008-2009	-14,6%

2009-2010	3,2%
2010-2011	-10,5%
2011-2012	-9,8%
2012-2013	-0,9%
2013-2014	9%
2014-2015	2,8%
2015-2016	0,5%
2016-2017	-42,6%
2017-2018	0,4%

ΠΙΝΑΚΑΣ 49 ΕΤΗΣΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ. ΠΗΓΗ (OECD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 104 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ (ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ). ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ. ΠΗΓΗ (OECD)

6.8.25. Παρακλινικές εξετάσεις

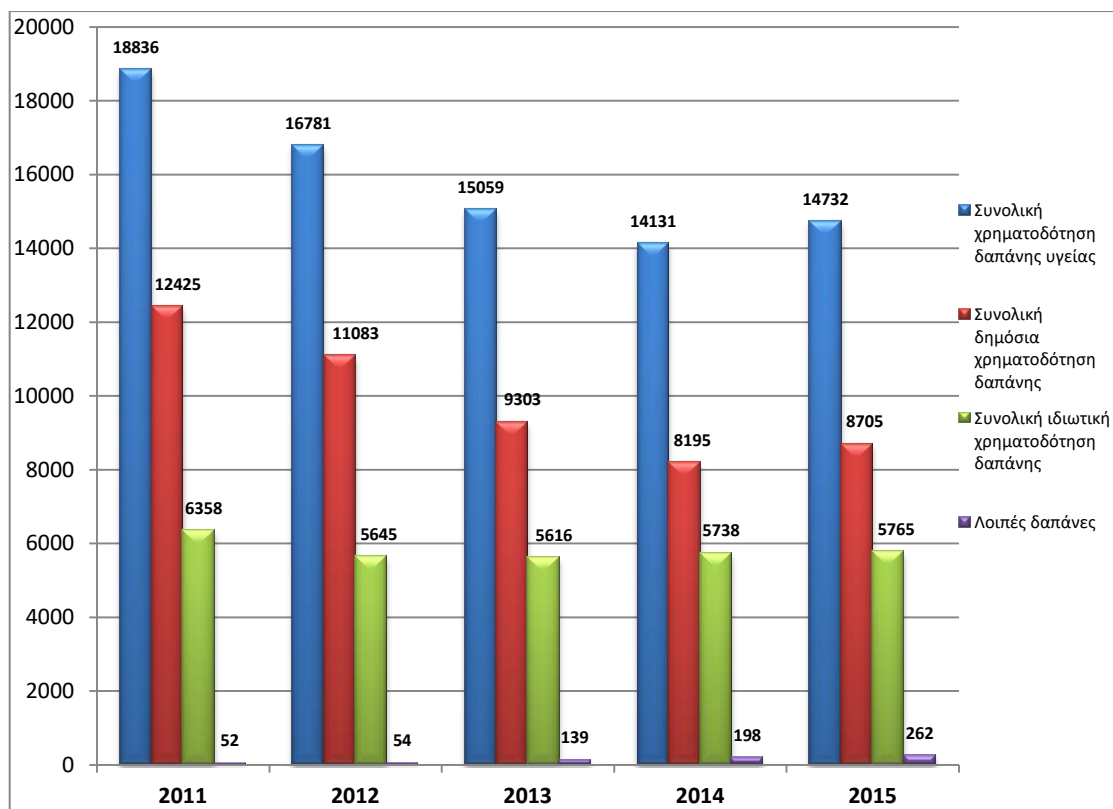
Το 2012, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, μεγάλο ποσοστό Ελλήνων υποβλήθηκε είτε σε προληπτικές εξετάσεις, είτε σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Το 70% αφορούσε αιματολογικές εξετάσεις, το 32% υπέρηχους, το 31% ακτινογραφίες, το 25% (50% των γυναικών) τεστ ΠΑΠ, το 17% (24% των γυναικών) μαστογραφία και το 10% μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες.

Από τις παραπάνω εξετάσεις, τα 2/3 έγιναν σε ιδιωτικές δομές ενώ μόλις το 1/3 σε δημόσιους φορείς. Η δαπάνη όμως βάρυνε κατά 2/3 τον ασφαλιστικό φορέα και μόλις το 1/3 καλύπτονταν είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από ιδιωτική ασφάλιση. Αυτό αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο της προκλητής ζήτησης των εξετάσεων με επιβάρυνση του ασφαλιστικού φορέα (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Παρά το γεγονός σκέψης όμως της ανωτέρω στρέβλωσης της αγοράς, είναι σημαντικό, όπως τονίζεται από τους οργανισμούς υγείας η διαδικασία της πρόληψης.

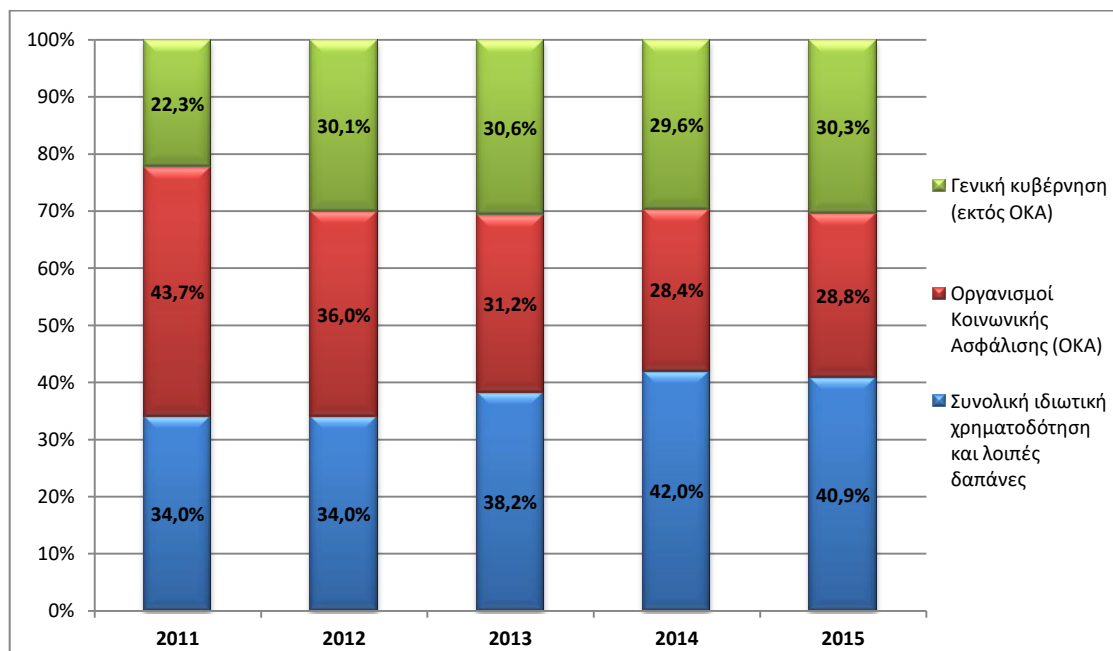
6.8.26. Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας

6.8.27.1. Συνολικές Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας

Στην Ελλάδα, η ετήσια δαπάνη για υπηρεσίες υγείας ανά κάτοικο είναι χαμηλότερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Για την Ελλάδα φτάνει τα 2724 δολάρια το 2011 ενώ για τον ΟΟΣΑ τα 3233 δολάρια. Πρώτη θέση στην κατάταξη αυτή έχουν οι ΗΠΑ με 8000 δολάρια ενώ κάτω από 1000 δολάρια δαπανούν η Βραζιλία, το Μεξικό, η Τουρκία και η Νότια Αφρική ενώ κάτω από 500 δολάρια η Κίνα, η Ινδία και η Ινδονησία.



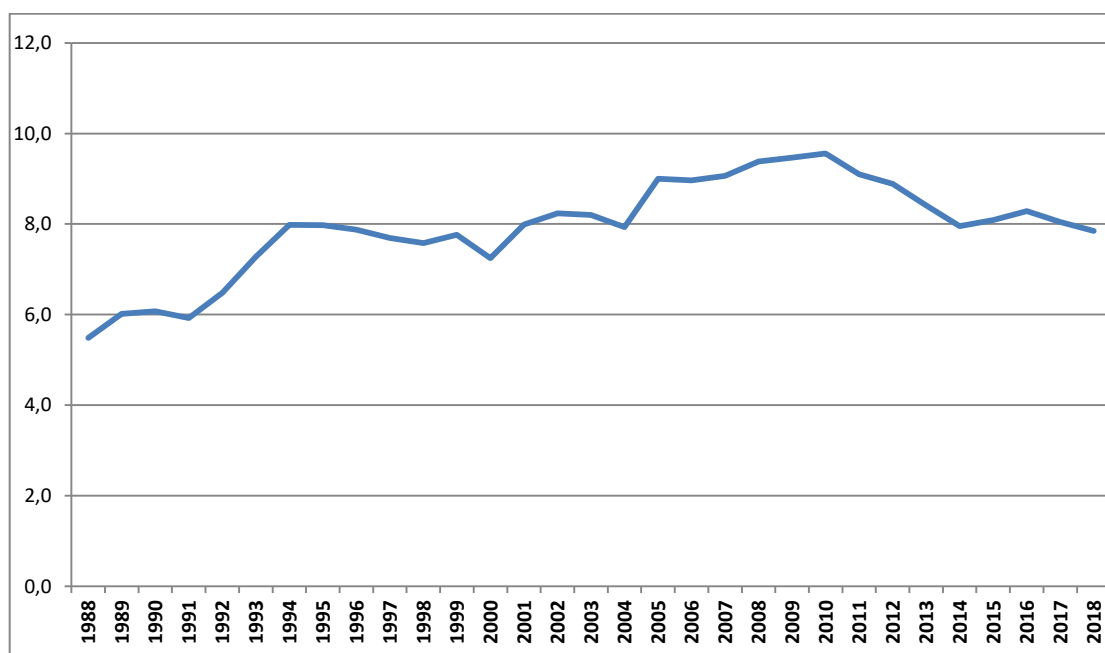
ΓΡΑΦΗΜΑ 105 ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΦΟΡΕΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ (2011-2015), ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ €. ΠΗΓΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2017)



ΓΡΑΦΗΜΑ 106 ΣΥΝΟΛΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (2011-2015). ΠΗΓΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, 2017)

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα, το ένα τέταρτο αυτής της δαπάνης το καλύπτει ο οικογενειακός προϋπολογισμός. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο μόνο στις ΗΠΑ που φτάνει το 50%. Όταν μειώνεται το επίπεδο της

συνολικής δαπάνης παρατηρείται και μείωση της ιδιωτικής δαπάνης. Αναφορικά με το ποσοστό επί του ΑΕΠ το οποίο στην Ελλάδα είναι 9,6% για τις δαπάνες υγείας, η χώρα φτάνει ακριβώς το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

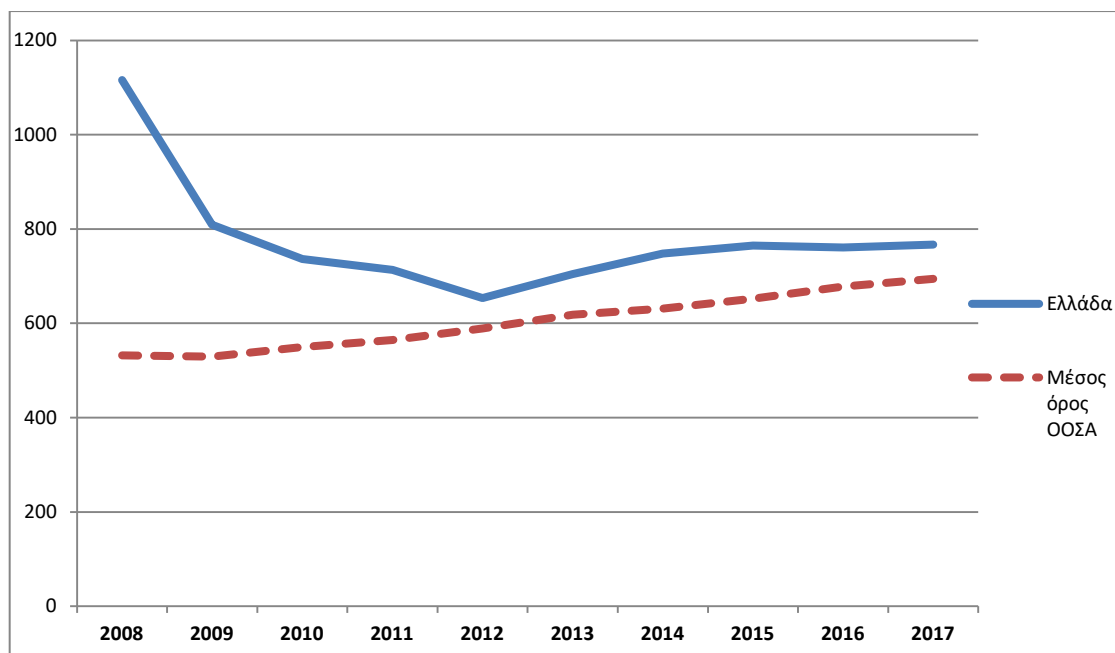


ΓΡΑΦΗΜΑ 107 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ.
ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

6.8.27.2. Ιδιωτικές δαπάνες νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες που επιβαρύνεται ιδιαίτερα ο οικογενειακός προϋπολογισμός. Το 2011 το ποσοστό του 5,4% την καθιστά δεύτερη μετά την Ελβετία με 6,2% όταν ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 3,2%. Το χαμηλότερο ποσοστό έχει η Τουρκία με 1,5%.

Τα νοικοκυριά της Ελλάδος δαπανούν περίπου 5,5 δις για την υγεία και περίθαλψη. Αν προστεθούν και οι ιδιωτικές δαπάνες των φαρμάκων το ποσό αυτό ξεπερνά τα 6 δις. Τα 2,4 δις δαπανώνται στους οδοντίατρους αφού δεν εντάσσονται στο δημόσιο σύστημα υγείας, κατά κύριο λόγο. Για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές δαπανώνται 1,1 δις, για επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς 0,8 δις ενώ 0,3 δις δαπανώνται για το χρηματισμό ιατρών (φακελάκι). Τα ποσά αυτά σημαίνουν ότι κάθε Έλληνας κατά μέσο όρο, δαπανά 680 ευρώ ετησίως για υπηρεσίες υγείας με το μεγαλύτερο ποσό αυτού να λαμβάνεται από τους γενικούς οδοντίατρους. Επίσης, στοιχίζει στον Έλληνα 80€ ετησίως κατά μέσο όρο η επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό.



ΓΡΑΦΗΜΑ 108 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ “ΤΣΕΠΗ” ΤΟΥΣ, ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ, ΣΕ ΙΣΟΤΙΜΙΑ US\$ PPPs. ΠΗΓΗ (OECD)

6.8.27.3. Ιδιωτικές δαπάνες νοικοκυριών

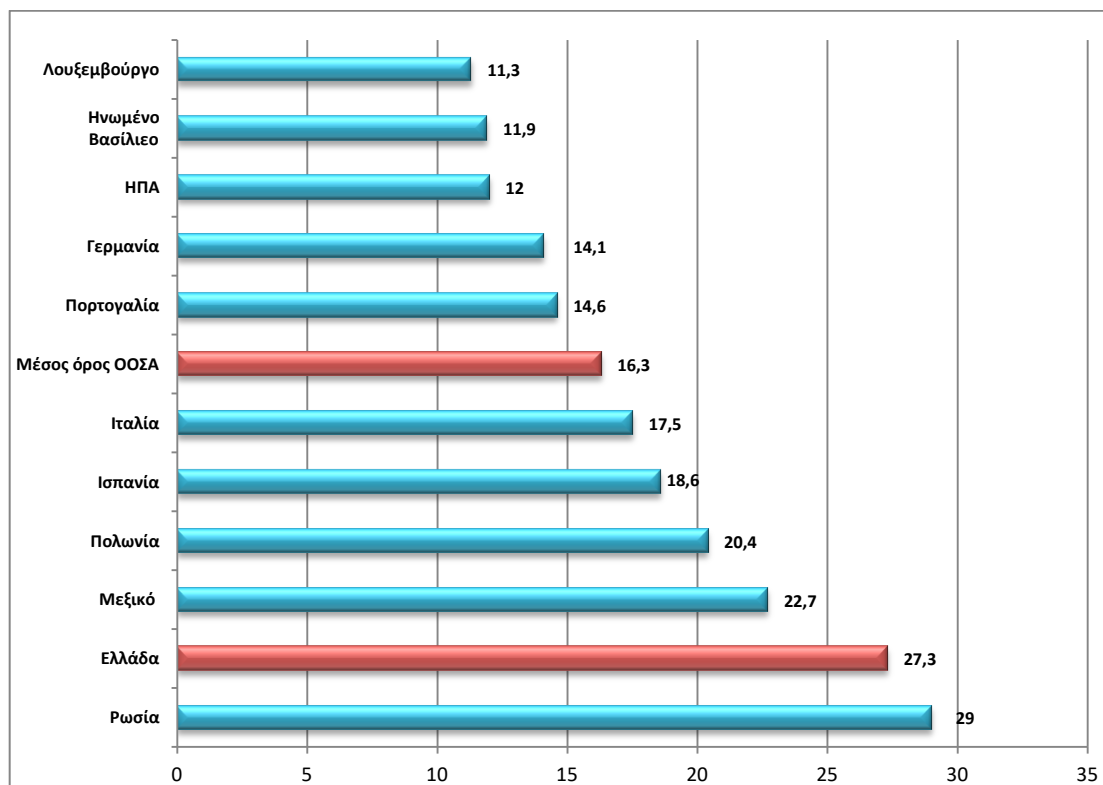
Όπως ήδη αναφέρθηκε, το μεγαλύτερο ποσοστό της οικογενειακής δαπάνης απευθύνεται στους οδοντίατρους. Από αυτά, το 90% αφορά τους γενικούς οδοντίατρους ενώ μόλις 10% τους εξειδικευμένους. Οι αμοιβές που απευθύνονται σε γναθοχειρουργούς, περιοδοντολόγους και ορθοδοντικούς φτάνει τα 300 εκατομμύρια ευρώ το χρόνο.

6.8.27.4. Δαπάνες για φάρμακα

Η Ελλάδα το 2009 ήταν η τρίτη χώρα σε φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο. Κάθε χρόνο ο Έλληνας δαπανά 677 δολάρια για φάρμακα. Πιο πάνω βρίσκονται οι Αμερικανοί με 947 δολάρια και οι Καναδοί με 692 δολάρια. Τις τελευταίες θέσεις στην κατάταξη καταλαμβάνουν οι Δανοί, οι Νεοζηλανδοί και οι Μεξικανοί που δαπανούν λιγότερα από 300 δολάρια. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ φτάνει τα 487 δολάρια.

Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, πάλι η Ελλάδα έχει την τρίτη θέση με τις ΗΠΑ και τον Καναδά να βρίσκονται πάνω από αυτή. Από το 2,4 της συνολικής δαπάνης επί του ΑΕΠ, το 0,6 είναι ιδιωτική ενώ

περίπου το 1% δημόσια αλλά αναμένονται αλλαγές λόγω των καινοτομιών που έχουν γίνει στο φαρμακευτικό τομέα λόγω της λιτότητας (Geitona, 2016).



ΓΡΑΦΗΜΑ 109 ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ, ΩΣ % ΤΩΝ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

6.8.28. Κεντρικά συμπεράσματα

Από τα παραπάνω διαφάνηκε ότι σε πολλούς τομείς οι δείκτες της Ελλάδος είναι υψηλότεροι από τους αντίστοιχους μέσους όρους του ΟΟΣΑ, κάτι που δεν σημαίνει απαραίτητως πως είναι και θετικό, όπως παραδείγματος χάρη με τον μεγάλο αριθμό του δείκτη των γιατρών ανά 1000 κατοίκους. Το προσδόκιμο ζωής είναι υψηλό και το ίδιο ισχύει για το προσδόκιμο υγιούς ζωής, όμως έρευνες έχουν αποδείξει, πως για τα παραπάνω αποτελέσματα δεν είναι τόσο υπεύθυνα τα εθνικά συστήματα υγείας και οι εθνικές τους υποδομές, αλλά είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων όπως η κουλτούρα των πολιτών, η περιβαλλοντικές και κλιματικές συνθήκες, ο τρόπος διαβίωσης, άσκησης και διατροφής, ο παράγοντας του άγχους και του στρες, αλλά τέλος κι άλλοι παράγοντες που έχουν τη βάση τους στην επιστήμη της κοινωνικής επιδημιολογίας. Επίσης, η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους είναι θετική από τους Έλληνες. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν απαιτούνται

αλλαγές και βελτιώσεις και κυρίως σε επίπεδο πρόνοιας και πρόληψης για τη διατήρηση και τη βελτίωση γενικότερα του συστήματος.

Το δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας

Αναφορικά με το δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας, το βασικό του χαρακτηριστικό είναι η πυκνότητα του, η μεγάλη αναλογία ιατρών, η μη ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων και εύκολη πρόσβαση στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται κυρίως στη δημόσια δαπάνη και κατ' επέκταση στην κοινωνική ασφάλιση και έχει ανάγκη εξορθολογισμού λόγω της ανάγκης μείωσης δαπανών που απαιτεί η οικονομική κρίση.

Μεγάλο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης

Η ιδιωτική δαπάνη είναι μεγάλη στην Ελλάδα παρά τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας που υπάρχουν. Από αυτό προκύπτει ότι το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και δη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, χρήζει μεταρρύθμισης αφού το κόστος των κρατικών δομών είναι δυσανάλογο με το ποσοστό των υπηρεσιών που προσφέρουν.

Οδοντιατρική περίθαλψη

Το γεγονός ότι το σύνολο των οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα είναι ιδιωτικές, οδηγεί στην αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης αλλά παρόλα αυτά όχι στη μείωση της χρήσης των υπηρεσιών αυτών. Η οικονομική κρίση όμως και οι επιπτώσεις της μπορούν να οδηγήσουν στην μείωση της χρήσης αυτών των υπηρεσιών λόγω του κόστους και θα ήταν σημαντική η ένταξη τους στο δημόσιο σύστημα υγείας.

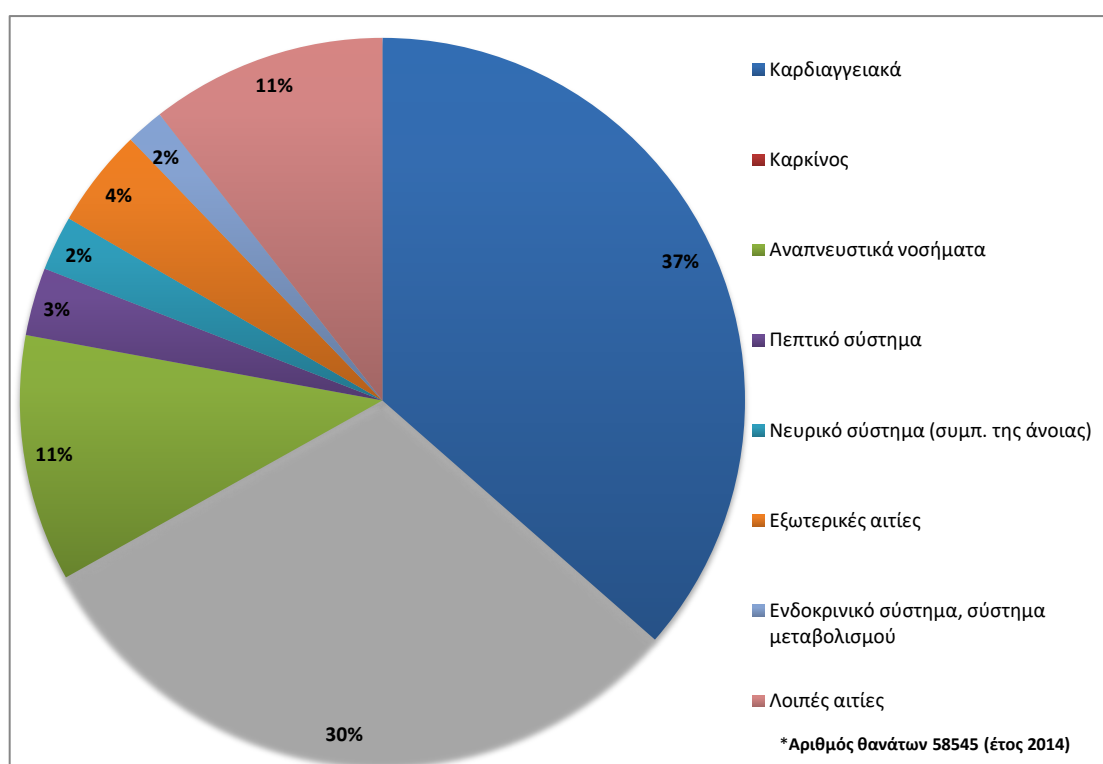
Πολυφαρμακία

Αρνητικό είναι το δεδομένο της υπερβολικής κατανάλωσης φαρμάκων στην Ελλάδα και σε συνδυασμό με την υπερκατανάλωση αντιβιοτικών, μπορεί στο μέλλον

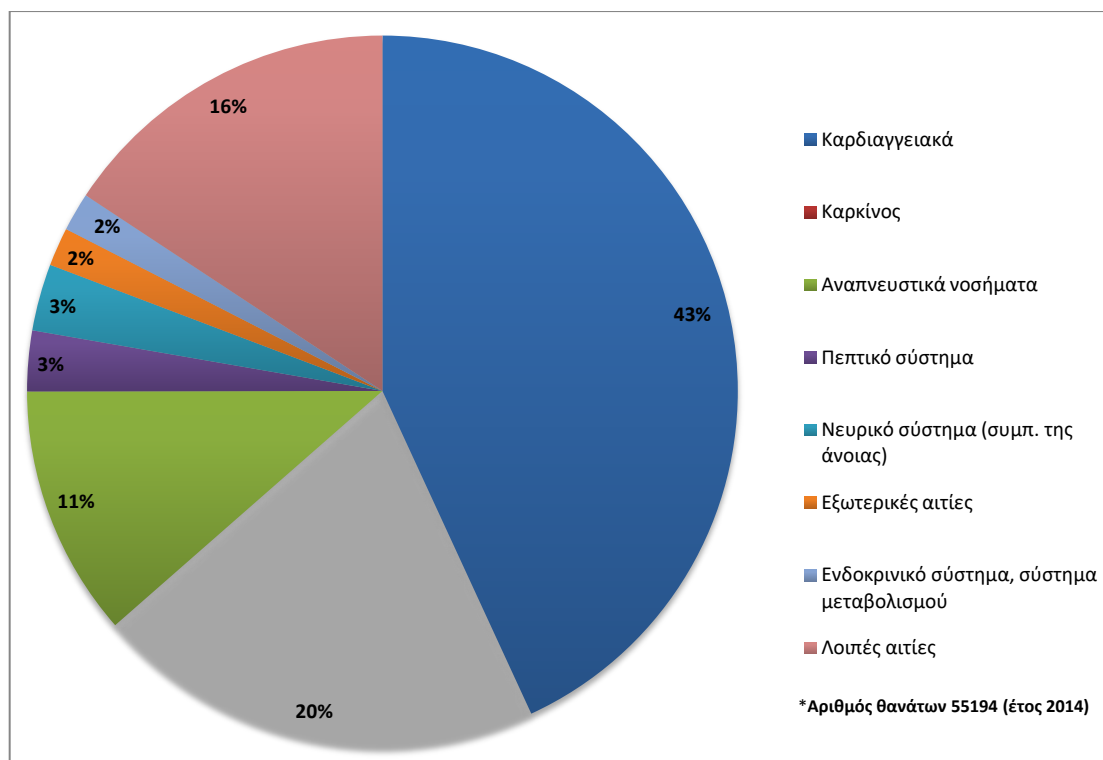
να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα στην προστασία του πληθυσμού από ιογενείς λοιμώξεις.

Χαμηλοί δείκτες νοσηρότητας

Το καλό επίπεδο υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα διαφαίνεται και από τους χαμηλούς δείκτες νοσηρότητας που υπάρχουν στις παιδικές ασθένειες, στην πρόωγη θνησιμότητα, στα χρόνια νοσήματα και στις λοιμώδεις και μεταδοτικές ασθένειες. Παρατηρείται όμως μία αύξηση στους καρκίνους και μετά το 2009, μία αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 110 ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2014). ΠΗΓΗ (OECD)



ΓΡΑΦΗΜΑ 111 ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (2014). ΠΗΓΗ (OECD)

Χρήση ιατρικών υπηρεσιών

Το γεγονός ότι το δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ευρύ και πυκνό δεν σημαίνει ότι οι Έλληνες το χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό και ότι δεν κάνουν υπερβολική χρήση αυτού.

6.9.Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Πολλές από τις προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις για την υγεία έχουν συμπεριληφθεί στη νομοθεσία που εγκρίθηκε από το κοινοβούλιο, αλλά δεν έχουν εφαρμοστεί, πράγμα πολύ συχνό στην ελληνική πραγματικότητα που αφορά όλα τα πεδία και τους τομείς της πολιτικής. Οι λόγοι για αυτό περιλαμβάνουν συγκρούσεις της εξουσίας και της αντιπολίτευσης, καθώς επίσης κι εκείνους που επηρεάζονται από τις προτεινόμενες αλλαγές, τους *vetoplayers*, τους *gatekeepers* αλλά και την ανικανότητα της γραφειοκρατίας της δημόσιας υγείας αλλά και του ευρύτερου δημόσιου τομέα να εισαγάγει διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις. Επιπλέον, κάθε υπουργός υγείας έχει βρει πολιτικά πιο ελκυστικό να μην εφαρμόσει κανένα νόμο που

εγκρίθηκε από τον προκάτοχό του, και αντ' αυτού να προτείνει νέα νομοθεσία, η οποία και πάλι όμως θα πρέπει να αλλάξει με την επόμενη αλλαγή των υπουργών.

Οι δυσκολίες στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων οφείλονται και στην συχνή αλλαγή των υπουργών υγείας, αλλά και του υπόλοιπου ειδικού και πολιτικού προσωπικού (δηλαδή των μετακλητών στελεχών (εντός και εκτός της ιεραρχικής αλυσίδας), όπως του Γενικού Γραμματέα. Αυτό το οποίο εξίσου τονίζεται ως πρόβλημα, εξαιτίας του συνεχίζει να χωλαίνει το ευρύτερο δημόσιο σύστημα και ο τομέας της υγείας, είναι η συχνή εναλλαγή των ονομάτων του εκάστοτε Υπουργείου, με την κάθε εναλλαγή που αυτό προσβλέπει στην μεταφορά, αφαίρεση ή και πρόσθεση νέων αρμοδιοτήτων και σκοπών. Αξίζει να αναφερθεί ότι από το 1983 μέχρι το 2008, άλλαξαν δέκα τέσσερις υπουργοί υγείας.

Αυτό που δεν έχει αποσαφηνιστεί είναι η βούληση και ικανότητα της πολιτείας να υλοποιήσει αυτά που προβλέπονται από το νόμο. Γιατί, όπως έχουμε ήδη περιγράψει, η ιστορία του υγειονομικού τομέα στη χώρα μας είναι γεμάτη από νόμους που τελικά παρέμειναν ασκήσεις επί χάρτου.

Από τα προηγούμενα είναι αντιληπτό ότι το κυρίαρχο πρόβλημα του τομέα της υγείας στη χώρα μας, τουλάχιστον τα τελευταία χρόνια, δεν είναι κατά βάση οικονομικό, αλλά περισσότερο πολιτικό και κοινωνικό, αλλά ίσως και ηθικό (Ιωακείμης Π. Κ., Κρίση. Ευρώπη και αριστερά. Η φύση και η επίλυση της κρίσης, ο ΣΥΡΙΖΑ στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκή αριστερά και σοσιαλδημοκρατία., 2016). Η κυρίαρχη ομάδα με ρόλο καθοριστικό σ' αυτή τη διαδικασία είναι των γιατρών, αντίθετα, η παρουσία των άλλων “κοινωνικών εταίρων”, όπως είναι τα ασφαλιστικά ταμεία, οι εργαζόμενοι, οι συνταξιούχοι, οι αγρότες και γενικά οι ασθενείς, είναι συνήθως υποβαθμισμένη και πολλές φορές ανύπαρκτη.

Πριν από το 2009, η έλλειψη πολιτικής βούλησης και συνέπειας οδήγησε σε καθυστερήσεις των απαραίτητων, αναγκαίων και σημαντικών μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας. Μόλις άρχισε η εφαρμογή των αλλαγών ως μέρος των απαιτήσεων του ΠΔΠ, το πλαίσιο ήταν πολύ δυσμενέστερο όσον αφορά την έλλειψη χρηματοδότησης, χρόνου και άλλων πόρων και αυτό επηρέασε δυσμενώς τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, οι έγκαιρες απαντήσεις στα επίμονα προβλήματα του συστήματος υγείας, υπό την ισχυρή κυβέρνηση, είναι η βέλτιστη στρατηγική για την αντιμετώπιση των μεταρρυθμίσεων.

Οι διαδικασίες μεταρρύθμισης ενδέχεται να προκαλέσουν ακούσιες συνέπειες. Παραδείγματα στην Ελλάδα περιλάμβαναν την επιδείνωση της πρόσβασης στην περίθαλψη και τα φαρμακευτικά προϊόντα (Geitona & Milioni, 2016a, b; Geitona, 2016) καθώς και την αποδυνάμωση βασικών προγραμμάτων, όπως η ψυχική υγεία, η πρόληψη του καρκίνου και ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών και έλλειψη εστίασης σε τομείς που αποτελούν βασικά δομικά στοιχεία του συστήματος υγείας, όπως η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η διαχείριση της αλλαγής στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης απαιτεί σταθερή δέσμευση σε βασικούς στόχους του συστήματος υγείας, όπως η διατήρηση της παγκόσμιας-καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, η εστίαση στις ανάγκες του πληθυσμού, ο στόχος για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και η στρατηγική εξάρτηση από την τεκμηριωμένη χάραξη πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ

7.1. Εισαγωγικά

Η κατανομή των πόρων προϋποθέτει την θέσπιση προτεραιοτήτων από αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό απαιτείται να ληφθούν υπόψη μία σειρά παραγόντων, τόσο αντικειμενικών, όσο και υποκειμενικών. Στην αξιολόγηση προγραμμάτων, παρεμβάσεων και συστημάτων υγείας με σκοπό την κατανομή των πόρων, χρησιμοποιούνται μία σειρά κριτηρίων για τις επιπτώσεις που μπορούν να υπάρξουν (Drummond et al., 2015; Bhattarai et al., 2016; Alonso-Coello et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Alonso-Coello et al. (2016), τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται εντάσσονται σε εννέα βασικές κατηγορίες που είναι τα αποτελέσματα και τα οφέλη υγείας τα οποία προκύπτουν από την παρέμβαση ή το πρόγραμμα, τους τομείς που γεννάται όφελος, τις επιπτώσεις της ασθένειας που η παρέμβαση στοχεύει, το θεραπευτικό πλαίσιο της παρέμβασης, τις οικονομικές επιπτώσεις της παρέμβασης, την ποιότητα και την αβεβαιότητα των αποδείξεων, την εφαρμογή της πολυπλοκότητας της παρέμβασης, τις προτεραιότητες, τη δικαιοσύνη και την ηθική και τέλος, το γενικό πλαίσιο της παρέμβασης (Alonso-Coello et al., 2016).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας γενικότερα δεν είναι μία εύκολη διαδικασία λόγω της πολυπλοκότητας των παραγόντων που περιλαμβάνει και δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά στο κόστος λόγω των ενδεχόμενων επιπτώσεων που μπορεί να υπάρξουν (Drummond et al., 2015; Hunink et al., 2014).

Αυτός είναι και ο λόγος που οι οικονομικές αξιολογήσεις που γίνονται για να παρέχουν πληροφορίες για την κατανομή πόρων εξετάζουν μεν συγκριτικά τις εναλλακτικές δράσεις που υπάρχουν, τόσο ως προς το κόστος τους, όσο και προς τις συνέπειες τους, αλλά οι προσεγγίσεις που ακολουθούν δεν είναι οι ίδιες (Agarwal et al., 2016).

Η ισότητα (με την έννοια της αριστοτελικής ισοτιμίας) και η αποδοτικότητα αποτελούν δύο βασικά κριτήρια για την οικονομική αξιολόγηση. Εντούτοις, αυτά τα δύο μεταξύ τους δεν είναι συμβατά και δυσκολεύουν ιδιαίτερα τη λήψη μίας

απόφασης, ενώ επίσης τονίζεται ιδιαίτερα από τη βιβλιογραφία πως είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί κάθε μορφή ισότητας. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι πιο αποδοτικό να αγοραστεί για μία ασθένεια ένα νέο εμβόλιο παρά να εμβολιαστούν περισσότερα άτομα με τα ίδια εμβόλια. Αυτό όμως δημιουργεί προβλήματα ισότητας. Ο πληθυσμός που είναι πιθανό να μπορεί να εμβολιαστεί με το νέο εμβόλιο είναι αυτοί που έχουν περισσότερα χρήματα, που ζουν σε αστικές περιοχές ή έχουν διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο, διαφορετική θρησκεία και γενικότερα διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν το μέγεθος του εμβολιασμού (Drummond et al., 2015).

7.2.Ορισμός της αποδοτικότητας στην υγεία

Η αξιολόγηση στο χώρο της υγείας, οργανισμών και υπηρεσιών, βασίζεται σε συγκεκριμένες έννοιες. Οι έννοιες αυτές λόγω του ότι η υγεία περιέχει πολλές διαστάσεις και είναι αφηρημένες, μπορούν να μετρηθούν με διαφορετικούς τρόπους. Η επιλογή της μεθόδου μέτρησης εξαρτάται κάθε φορά από τον ερευνητικό στόχο (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2015; Σαρρής, Σούλης & Υφαντόπουλος, 2015). Η βασικότερη απ' όλες και αυτή που εξετάζεται πρώτη κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, είναι η έννοια της αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα χρησιμοποιείται προκειμένου να εξεταστεί αν οι διαθέσιμοι πόροι που υπάρχουν διανέμονται ορθολογικά προκειμένου να ικανοποιήσουν τη ζήτηση που υπάρχει και την αναμενόμενη παραγωγικότητα (Verlicchi, AlAukidy & Zambello, 2015; Γιαννακάκου, 2018; Κυριόπουλος & Γείτονα, 2008).



ΕΙΚΟΝΑ 21 ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑΣ. Η ΣΥΝΘΕΤΗ ΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ‘ΥΓΕΙΑΣ’. ΠΗΓΗ (ALLIANCE FOR HEALTHIER COMMUNITIES)

Η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων είναι σημαντική γιατί βοηθά τον οργανισμό υγείας να είναι πιο αποτελεσματικός σε βασικούς τομείς όπως η προληπτική ιατρική και η παροχή υπηρεσιών στον λήπτη που είναι ωφέλιμες γι’ αυτόν και είναι αποτελεσματικές, ποιοτικές, αποδοτικές και ισότιμα προσβάσιμες απ’ όλους (Dasetal., 2018; Blouin & Tekian, 2018; Γείτονα, 2001).

Η αποδοτικότητα στους οργανισμούς υγείας, εξετάζεται κυρίως στην περίπτωση που οι πόροι είναι περιορισμένοι προκειμένου, η χρήση τους να είναι ορθολογική. Υπάρχουν δε δύο είδη αποδοτικότητας (Luyten, Naci & Knapp, 2016; Drummond etal., 2015).

Η πρώτη είναι η τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency). Με τον όρο αυτό νοούνται οι ελάχιστες εισροές που απαιτούνται για κάθε διαδικασία που γίνεται. Η αποδοτικότητα του οργανισμού υγείας γίνεται σε αυτή την περίπτωση μέσω της σύγκρισης με τη συνάρτηση παραγωγής ενός οργανισμού με θετικά αποτελέσματα

που μπορεί να είναι πραγματικός αλλά και υποθετικός. Ως πρότυπο χρησιμοποιείται η αποδοτική συνάρτηση παραγωγής (efficient production function) στην οποία αποτυπώνονται οι εκροές που μπορεί να έχει ένας οργανισμός με τέλεια αποδοτικότητα, αξιολογώντας ταυτόχρονα και τις εισροές του. Στην κατηγορία αυτή χρησιμοποιούνται οι τεχνολογικές εισροές στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ο ιατρικός εξοπλισμός ενός οργανισμού υγείας, το κεφάλαιο που υπάρχει αλλά και η εργασία που καταβάλλεται. Οι εισροές αυτές εξετάζονται σε σχέση με τις εκροές, τις οποίες αποτελούν ο χρόνος αναμονής των ασθενών, ο αριθμός τους, οι ημέρες νοσηλείας, οι δείκτες θνητότητας και η μείωση ή αύξηση τους και το προσδόκιμο επιβίωσης (Sloan & Hsieh, 2017). Βέβαια η δυσκολία εδώ έγκειται στο γεγονός ότι πολλές από τις εισροές είναι κατά βάση ποιοτικού περιεχομένου, ώστε να μην μπορούν να εξαχθούν ακριβή αποτελέσματα (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Ένα άλλο είδος αποδοτικότητας είναι η καταναμητική (allocative efficiency). Στην περίπτωση αυτή, τη θέση των εισροών παίρνουν τεχνικά αποδοτικές παρεμβάσεις και ο τρόπος που αυτές χρησιμοποιούνται για να φέρουν καλύτερα αποτελέσματα. Η επιλογή των παρεμβάσεων γίνεται μέσω της ανάλυσης κόστους και αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness). Στην ουσία, με την έννοια της καταναμητικής αποδοτικότητας νοείται η επιλογή των εισροών-παρεμβάσεων που γίνονται, λαμβάνοντας υπόψη το κόστος τους και την τεχνολογία τους, για την παραγωγή καλύτερων εκροών (Πρεζεράκος, 2001; Sprent & Smeeton, 2016).

Συνδυαστικά τα δύο είδη της αποδοτικότητας, τεχνική και καταναμητική, συνθέτουν την οικονομική αποδοτικότητα αφού μέσω αυτής, επιτυγχάνονται και αυτές αλλά και οι στόχοι που τίθενται στο επίκεντρο κάθε πολιτικής. Η γραφική παράσταση των τριών ειδών της αποδοτικότητας γίνεται με χρήση καμπύλων ίσου προϊόντος (SS).

Η καμπύλη SS' χρησιμοποιείται για την αναπαράσταση όλων των συνδυασμών που μπορούν να έχουν οι εισροές προκειμένου να δημιουργήσουν εκροές. Μέσω της καμπύλης επίσης, από το λόγο OQ/OP μετράται η τεχνική αποδοτικότητα. Το σημείο ισορροπίας σε αυτόν το λόγο είναι το σημείο τομής της ακτίνας OP και η καμπύλη ίσου προϊόντος του σημείου Q. Το σημείο ισορροπίας είναι αυτό που εξαγάγει το αποτέλεσμα ποια ικανότητα έχει ένας οργανισμός υγείας να μετατρέψει τις εισροές που έχει στο μέγιστο της παραγωγής του. Ο λόγος OR/OQ είναι αυτός που συμβάλλει στην μέτρηση της καταναμητικής αποδοτικότητας μέσω

της καμπύλης του κόστους ΑΑ' ο οποίος χρησιμεύει για την αναπαράσταση όλων των εισροών που ένας οργανισμός μπορεί να έχει, εφόσον κατέχει ένα σταθερό ποσό χρηματικών μονάδων. Στην ουσία, η αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας μπορεί να μετρηθεί με τρεις τρόπους. Ο ένας είναι οι μέγιστες υπηρεσίες υγείας που παράγει με τη χρήση συγκεκριμένων πόρων, εξοπλισμού, υλικών και ανθρώπινου δυναμικού. Ο δεύτερος είναι οι υπηρεσίες υγείας που μπορεί να παράγει με τους λιγότερους πόρους. Ο τρίτος και τελευταίος, είναι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας που παράγει με τη χρήση του ελάχιστου κόστους (Sprent & Smeeton, 2016).

Η βραχυχρόνια αξιολόγηση της αποδοτικότητας ενός οργανισμού υγείας είναι εφικτή από την εξέταση του κατά όσο αξιοποιείται η εργασία που λαμβάνει χώρα σε αυτόν. Το ίδιο ισχύει και για την μακροχρόνια αξιολόγηση στην οποία όμως χρησιμοποιούνται παράγοντες όπως το πόσο μεγάλος ή μικρός είναι ο οργανισμός, τις υπηρεσίες που προσφέρει, το καθεστώς ιδιοκτησίας, την ύπαρξη και το βαθμό παρέμβασης του κράτους, την υποδομή του (κτιριακή και τεχνολογική), το οργανωτικό και διοικητικό σύστημα που έχει, την τοποθεσία του καθώς και το νοσολογικό και γεωγραφικό φάσμα που καλύπτει (Kim et al., 2015; Chowdhury et al., 2014; Blass et al., 2017; Kalthoret al., 2016; Khushalani & Ozcan, 2017; Jehu-Appiah et al., 2014; Alonso, Clifton & Diaz-Fuentes, 2015; Himmelstein et al., 2014; Leleu et al., 2018).

7.3.Ορισμός της ισότητας στην υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ισότητα ως την ισοτιμία στην πρόσβαση στην φροντίδα υγείας που υπάρχει. Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα και τις ίδιες ευκαιρίες για πρόσβαση στην υγεία και στις υπηρεσίες της χωρίς να γίνονται διακρίσεις βασισμένες σε παράγοντες και κριτήρια όπως η κοινωνική κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, η φυλή, ο πολιτισμός και η θρησκεία (Καρανικόλα κ.α., 2018).

Εκτός όμως από την ισοτιμία στην πρόσβαση στη φροντίδα και στις υπηρεσίες υγείας, η ισότητα έγκειται και στις συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου όπως για παράδειγμα αυτές της διαβίωσης και της φτώχειας. Η ύπαρξη της ισότητας τεκμηριώνεται δε από την απουσία διαφορών σε δείκτες σχετικούς με την υγεία ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και πληθυσμιακές

ομάδες (Busse, Aboneh & Tefera, 2014). Για παράδειγμα στην μελέτη που διεξήγαγαν οι Hu et al. (2016), αναφορικά με τις ανισότητες στην υγεία σε 22 χώρες της Ευρώπης, εξετάστηκαν οι δείκτες της θνησιμότητας, η εκπαίδευση, η ισότητα, κ.ά.

Για να μπορέσει η ισότητα να χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αποδοχή της θέσης της σχολής της ισοτιμίας, δηλαδή το γεγονός ότι η υγεία συνιστά κοινωνικό αγαθό. Η σχολή ισοτιμίας πρεσβεύει ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παράγονται και να διανέμονται-παρέχονται με μοναδικό κριτήριο τις ρεαλιστικές ανάγκες των ανθρώπων. Δηλαδή, οι πόροι που διατίθενται για τις υπηρεσίες υγείας να κατανέμονται ισότιμα, στοιχείο που συνδέει την ισότητα με την αποδοτική διανομή των πόρων (Herbst&Emmert, 2017).

Η αντίθετη άποψη που υπάρχει για την ισότιμη διανομή των πόρων και των υπηρεσιών με κριτήριο τις ανάγκες, είναι η φιλελεύθερη που υποστηρίζει ότι η διανομή, ασχέτως αν αφορά την υγεία, θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς, όπως ισχύει και για υπόλοιπα καταναλωτικά προϊόντα (Πολύζος & Δρακόπουλος), πράγμα που σημαίνει πως η εκάστοτε παροχή θα ρυθμίζεται και θα καθορίζεται μέσα από το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης, δηλαδή διά μέσου του αόρατου χεριού, όπως ανέφερε και ο Άνταμς Σμίθ.

Η ισότητα διέπεται από την οριζόντια και την κάθετη διάσταση. Η οριζόντια διάσταση της ισότητας περιλαμβάνει την ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών και την ισότιμη πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Στόχος της οριζόντιας διάστασης είναι να μειώνονται οι ανισότητες και οι αποκλίσεις που υπάρχουν στους δείκτες υγείας γεωγραφικά και πληθυσμιακά (Πολύζος & Δρακόπουλος).

Η κάθετη διάσταση της ισότητας αναγνωρίζει ότι η κατανάλωση των υπηρεσιών γίνεται βάσει των αναγκών του κάθε ανθρώπου και αυτό σημαίνει ότι είναι διαφοροποιημένη ανά περίπτωση. Αυτό σημαίνει ότι και η χρηματοδότηση πρέπει να είναι διαφοροποιημένη και προοδευτική, ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του κάθε ασθενή (Πολύζος & Δρακόπουλος).

Η διανομή των πόρων στον τομέα υγείας δεν γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις με ενιαίο τρόπο διότι η εφαρμογή της εξαρτάται από τους στόχους που έχει θέσει το

κάθε σύστημα υγείας, πράγμα το οποίο με τη σειρά του εξαρτάται από άλλους κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς, πολιτιστικούς και επιδημιολογικούς λόγους. Ευρέως αποδεκτό όμως είναι πως η διανομή των πόρων πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα της συνολικής υγείας του πληθυσμού και την ευημερία της κοινωνίας στο πλαίσιο της ισότητας (Moore et al., 2015; Lane et al., 2016).

Αυτό σημαίνει ότι η οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να εστιάζει σε συγκεκριμένες συνιστώσες για να υπάρξει επίτευξη της ισότητας (Drummond et al., 2015; Squires, H., Chilcott et al., 2016). Μία από αυτές είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή αν οι άνθρωποι έχουν ίσες ευκαιρίες στη λήψη υπηρεσιών υγείας. Αυτό σημαίνει την εστίαση στη διαδικασία της παροχής ίσων ευκαιριών κυρίως (όπως θα τόνιζαν και οι σχετικοί με το θέμα θεωρητικοί Rawls και Amartya Sen), χωρίς να λαμβάνονται υπόψη γεωγραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί περιορισμοί, και όχι στα αποτελέσματα υγείας που υπάρχουν. Η συνιστώσα της πρόσβασης έχει τρία υπό-πεδία τα οποία είναι η ποσότητα των υπηρεσιών, η ποιότητα τους και η επιβάρυνση του κόστους (Lane et al., 2016).

Η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας όμως δεν σημαίνει απαραίτητως και την ισότιμη χρήση τους. Αυτός είναι και ο λόγος που στο πλαίσιο της ισότητας εντάσσεται και αυτή της ικανότητας να μπορεί κάποιος να κάνει όντως χρήση των υπηρεσιών.

Τέλος, μία ακόμα συνιστώσα της ισότητας είναι αυτή των αποτελεσμάτων υγείας. Προκειμένου να υπάρχει ένα ισότιμο αποτέλεσμα υγείας, οι άνθρωποι που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο κάποιας ασθένειας θα πρέπει να λάβουν διαφορετικά επίπεδα θεραπείας. Επίσης, το αποτέλεσμα της υγείας θα πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να επιφέρει στο άτομο την ικανότητα να είναι λειτουργικό στην κοινωνία (Lane et al., 2016).

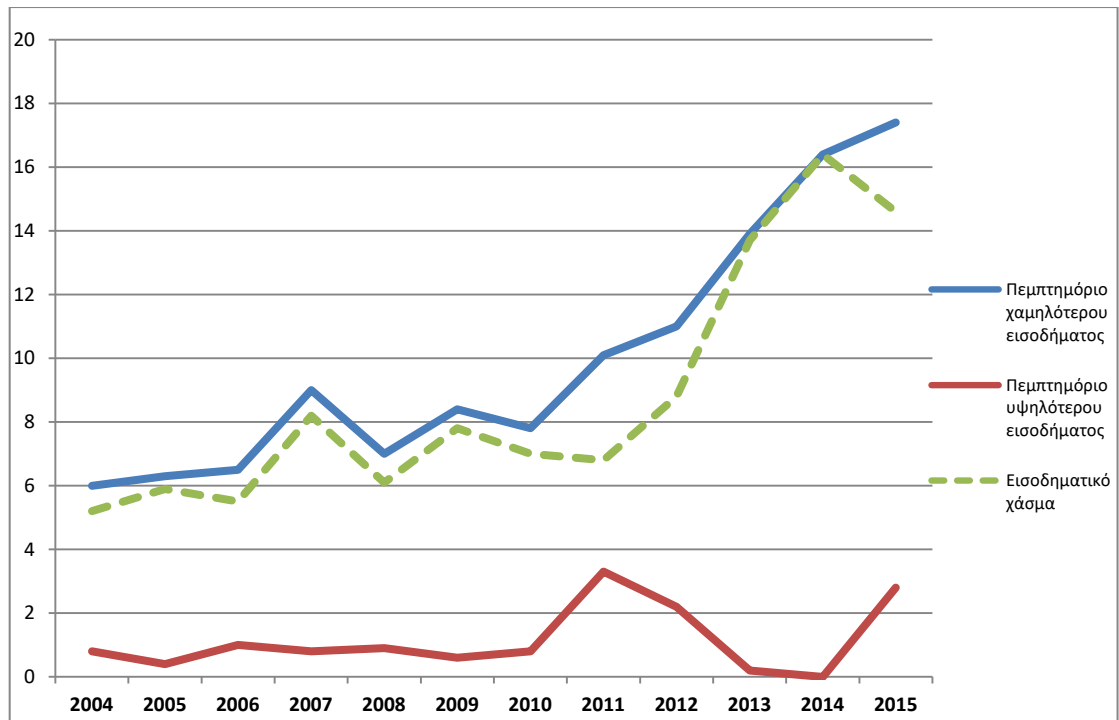
Η έννοια της ισότητας κινείται στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών υγείας, της πρόσβασης σε αυτές και των αποτελεσμάτων τους καθώς και της ανάγκης που υπάρχει εκ μέρους των ασθενών και η οποία πρέπει να καλυφθεί, ασχέτως από την ικανότητα τους να καταβάλλουν το αντίτιμο των υπηρεσιών υγείας. Η ισότητα όμως δεν σχετίζεται μόνο με την οικονομική διάσταση αφού η επίτευξη της απαιτεί

και την άρση διακρίσεων που μπορεί να προκαλούν κοινωνικοί ή προσωπικοί παράγοντες (Lane et al., 2016).

Το ζήτημα της ισότητας τίθεται και στο θέμα της οικονομικής αξιολόγησης. Η ισότητα αλλά και η κάθετη ισότητα αποτελούν βασικά κριτήρια της οικονομικής αξιολόγησης, δηλαδή αν παρέχεται η ευκαιρία να δοθεί ίση θεραπεία σε άτομα που βρίσκονται σε ίδιες συνθήκες και αν υπάρχει προτεραιότητα για άτομα που αντιμετωπίζουν χειρότερα προβλήματα (Drummond et al., 2015).

Πλέον έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η ισότητα, η φτώχεια αλλά και ο κίνδυνος της φτωχοποίησης από την ασθένεια μπορούν να επηρεάσουν τις προτεραιότητες που τίθενται για τους πόρους που είναι διαθέσιμοι αλλά και τις αποφάσεις που σχετίζονται με την αξιολόγηση. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ή μίας παρέμβασης και ο τρόπος δημιουργίας προτεραιοτήτων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη στο πλαίσιο της ισότητας και τους κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα αν είναι αποδεκτά πολιτισμικά για έναν λαό. Η ίδια παρέμβαση μπορεί να επιφέρει διαφορετικά αποτελέσματα ανάμεσα στους πληθυσμούς αν δεν ληφθούν υπόψη αυτοί οι παράγοντες (Drummond et al., 2015).

Το πρόβλημα βέβαια που παρατηρείται είναι ότι οι περισσότερες των παρεμβάσεων που έχουν στόχο την μείωση των ανισοτήτων έχει εντοπιστεί ότι τείνουν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων παραγόντων του τρόπου ζωής όπως το κάπνισμα διότι αυτά τα θέματα είναι πιο εύκολο να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν. Άλλοι κοινωνικοί παράγοντες πιο ευρείς δεν είναι το ίδιο ορατοί και προσβάσιμοι και πολλές φορές αγνοούνται, κάτι που αναδεικνύει την ανάγκη μεγαλύτερης έρευνας προς αυτή την κατεύθυνση (Adler et al., 2016).



ΓΡΑΦΗΜΑ 112 ΧΑΣΜΑ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΓΚΗ ΛΟΓΩ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΗΓΗ (ΟΕCD)

Σύνοψη

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, διαφαίνονται κάποια ιδιαίτερα σημαντικά σημεία που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Ένα από αυτά είναι το ζήτημα της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν και πως αυτό εκφράζεται ως προς το δημόσιο σύστημα υγείας και το βαθμό εμπιστοσύνης που έχουν προς αυτό. Οι πρακτικές επίσης που ακολουθούνται καθώς και οι μεταβολές που έχουν υπάρξει μέσω των μεταρρυθμίσεων είναι επίσης ένα ζήτημα που πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι ο τρόπος συνταγογράφησης έχει μεταβληθεί αρκετές φορές από τις μεταρρυθμίσεις που υπάρχουν, θα πρέπει να εξεταστούν οι τυχόν συνέπειες αυτών των μεταβολών τόσο ως προς τους χρήστες όσο και προς την ποιότητα των υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1. Επιλογή ερευνητικών μεθόδων

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να αξιολογήσει τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν σε συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με επίκεντρο αυτό της Ελλάδας, σύμφωνα με τη γνώμη των χρηστών του. Ειδικότερα τα συστήματα υγείας που θα εξεταστούν είναι της Μ. Βρετανίας, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Ελλάδας.

Οι στόχοι της παρούσας διατριβής είναι:

1. Η διαχρονική ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στα τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας, επιλέγοντας τα συστήματα υγείας τεσσάρων ενδεικτικά χωρών, από τα οποία θα αναδειχθούν, τα βασικά χαρακτηριστικά, οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις, η δομή, οργάνωση και λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων, η αποκέντρωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η κατάσταση υγείας του πληθυσμού και η διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας καθώς και το χρηματοδοτικό πλαίσιο.
2. Η αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας από την πλευρά των ερωτηθέντων, χρηστών και στελεχών του.
3. Η καταγραφή των προβλημάτων που παρουσιάζει το ελληνικό σύστημα υγείας.
4. Η διατύπωση προτάσεων για το ελληνικό σύστημα υγείας.

Στην παρούσα έρευνα συνδυάζονται δυο ερευνητικές μέθοδοι που η κάθε μία από αυτές έχει τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της όπως θα αναλυθεί παρακάτω. Ο λόγος για την επιλογή και τον συνδυασμό των δύο μεθόδων ήταν η προσπάθεια να καλυφθούν διαφορετικές διαστάσεις του συστήματος υγείας και να αποτυπωθεί και η άποψη των χρηστών του πέρα από των επαγγελματιών υγείας. Η χρήση της ποιοτικής μεθόδου επιτρέπει την καταγραφή και την ανάλυση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας. Η εμπειρία τους είναι σημαντική διότι αυτοί βιώνουν σε καθημερινή βάση τα προβλήματα και τις ελλείψεις του συστήματος υγείας και μπορούν να αξιολογήσουν με αντικειμενικότητα τα ζητήματα ισότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Εντούτοις, οι υπηρεσίες απευθύνονται προς τους χρήστες. Η αξιολόγηση εκ μέρους τους δεν μπορούσε να γίνει μέσω της ποιοτικής μεθόδου γιατί εκτός από τη βιωματική και επιμέρους εμπειρία που έχουν,

δεν γνωρίζουν όπως οι επαγγελματίες υγείας όλες τις διαστάσεις. Η άποψη τους όμως είναι σημαντική διότι μπορεί να προσφέρει πληροφορίες για θέματα που οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αγνοούν. Με αυτό τον τρόπο αποτυπώνονται οι απόψεις και των δύο ομάδων προσφέροντας μία ολοκληρωμένη εικόνα και καταγραφή για τα προβλήματα που υπάρχουν και επηρεάζουν την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

8.2.Ανάλυση ποιοτικής μεθόδου

Η ποιοτική έρευνα δεν κάνει καταγραφή αλλά επεξηγεί και αποδίδει ερμηνείες στα γεγονότα και στα φαινόμενα έτσι όπως αυτά λαμβάνουν χώρα στο φυσικό τους πλαίσιο (Eisner, 2017). Λόγω όμως του ότι δεν περιλαμβάνει ποσοτικά και μετρήσιμα στοιχεία, η εγκυρότητα της και η αξιοπιστία της εξασφαλίζονται από την εφαρμογή μίας σειράς κριτηρίων (Κυριαζή, 2002).

Η ορθή παράθεση της μεθοδολογίας είναι ένας από αυτούς τους τρόπους αφού παραθέτει τα βήματα που ακολούθησε ο ερευνητής για να εξάγει τα δεδομένα του και το κατά πόσο έγκριτα είναι (Creswell, 2011).

Ένας άλλος λόγος που απαιτείται η διασαφήνιση της μεθοδολογίας είναι για να διασφαλιστεί ότι δεν υπήρξε παρέμβαση στο αποτέλεσμα του ίδιου του ερευνητή. Στις ποσοτικές μεθόδους είναι εξαιρετικά δύσκολο ο ερευνητής να παρέμβει, έστω και ασυνείδητα, γιατί το δείγμα είναι τυχαίο τις περισσότερες φορές ενώ και τα στοιχεία που εξετάζονται είναι μερικά. Αντίθετα, στη περίπτωση της ποιοτικής έρευνας το δείγμα επιλέγεται από τον ίδιο τον ερευνητή ο οποίος αλληλεπιδρά με το ερευνητικό περιβάλλον επιτρέποντας το ενδεχόμενο οι προσωπικές του αντιλήψεις να ασκήσουν κάποιου είδους επίδραση στην έρευνα (Κυριαζή, 2002).

Στην παρούσα έρευνα η χρήση της ποιοτικής μεθόδου έγινε προκειμένου να διερευνηθούν, κατανοηθούν και ερμηνευθούν οι προσωπικές αντιλήψεις που υπάρχουν αναφορικά με το ελληνικό σύστημα υγείας (Cohenetal., 2008).

8.3.Τεχνικές συλλογής δεδομένων

8.3.1.Συνέντευξη

Από το φάσμα των ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων επιλέχθηκαν οι προσωπικές συνεντεύξεις διότι θεωρήθηκε ότι μέσω αυτών θα προκύψουν περισσότερες πληροφορίες.

Για παράδειγμα ο Β. Φίλιας (2003:130) γράφει ότι:

«η συνέντευξη είναι η τεχνική που έχει σκοπό να οργανώσει μια σχέση προφορικής επικοινωνίας ανάμεσα σε δύο πρόσωπα, το συνεντευκτή και τον ερωτώμενο έτσι ώστε να επιτρέψει στον πρώτο τη συλλογή ορισμένων πληροφοριών από τον δεύτερο πάνω σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο»

Στη συνέχεια ο συγγραφέας προσθέτει ότι:

«...η κοινωνιολογική συνέντευξη – και αυτό τη ξεχωρίζει από τη δημοσιογραφική – είναι μια συστηματοποιημένη συζήτηση με έναν ορισμένο αριθμό χαρακτηριστικών που καθορίζουν την τεχνική εφαρμογή της. Έτσι δημιουργεί μια ψυχολογική σχέση ανάμεσα στον συνεντευκτή και στον ερωτώμενο στη οποία οι ρόλοι είναι αμετάβλητοι» (Φίλιας, 2003:131).

Τέλος, οι Cohen et al. υπογραμμίζουν τη σημασία της συνέντευξης ως αναπόσπαστο κομμάτι της ίδιας της ζωής. Πιο συγκεκριμένα οι συγγραφείς γράφουν:

«...οι συνεντεύξεις δίνουν τη δυνατότητα στα υποκείμενα – είτε είναι συνεντευκτές είτε είναι συμμετέχοντες - να συζητήσουν τις ερμηνείες τους για τον κόσμο στον οποίο ζουν και να εκφράσουν τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν διάφορες καταστάσεις μέσα από το προσωπικό τους πρίσμα. Με αυτήν την έννοια, ο σκοπός της συνέντευξης δεν είναι απλά και μόνο η συλλογή δεδομένων για θέματα που σχετίζονται με τη ζωή: η συνέντευξη είναι μέρος της ίδιας της ζωής και ο εμποτισμός της από το ανθρώπινο στοιχείο αναπόδραστο» (Cohen et al., 2008:449).

Με βάση τα παραπάνω, επιλέχθηκε η μέθοδος των ημί-δομημένων συνεντεύξεων λόγω της ελευθερίας που παρέχουν στους συμμετέχοντες, με αποτέλεσμα να δίνεται η δυνατότητα στον κάθε ερωτηθέντα να συμβάλλει στην ανάδειξη περισσότερων διαστάσεων του θέματος. Οι ημί-δομημένες συνεντεύξεις

ορίζονται ως οι συνεντεύξεις που στηρίζονται σε μία ελεύθερη συζήτηση και όχι σε προκαθορισμένες ερωτήσεις των οποίων τη δομή, τη διατύπωση και τη σειρά θα πρέπει να τηρήσει ο συνεντευκτής (Φίλιας, 2003:132).

Εναλλακτικά οι Cohen et al. (2008:458) ορίζουν τη ημί-δομημένη συνέντευξη ως εκείνη που διέπεται από ευελιξία και ελευθερία, ενώ οι ερωτήσεις διαμορφώνονται από τους ερευνητικούς σκοπούς. Το περιεχόμενο, η σειρά και η διατύπωσή των ερωτήσεων βρίσκονται στην ευχέρεια του συνεντευκτή.

8.4.Επιλογή δείγματος

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας κρίσεως (judgmental). Η δειγματοληψία κρίσεως δεν είναι τυχαία και το δείγμα προσδιορίζεται από αυτόν που διεξάγει την έρευνα. Η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου έγινε λόγω της ομοιογένειας του δείγματος καθώς επίσης και λόγω του ότι η τυχαία δειγματοληψία δεν ήταν εφικτή (Aaker et al., 1995). Στην ουσία ήταν πιο εύκολο και γρήγορο να επιλεγθεί το δείγμα από την ερευνήτρια προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα επιλέχθηκε να συλλεχθεί δείγμα από διάφορες περιοχές της χώρας έτσι ώστε να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικό (N = 541 πολίτες), την περιφέρεια Αττικής, την Κεντρική Μακεδονία, την Ανατολική Μακεδονία – Θράκη, την Θεσσαλία, την Δυτική Ελλάδα, από το Νότιο Αιγαίο, από το Ιόνιο, από την Πελοπόννησο, από την Κρήτη, από την Δυτική Μακεδονία, από τη Στερεά Ελλάδα-Εύβοια, από την Ήπειρο και από το Βόρειο Αιγαίο.

8.5.Ανάλυση ποσοτικής μεθόδου

Η ποσοτική μέθοδος αντίθετα από την ποιοτική, δεν ερμηνεύει αλλά μετρά αντικειμενικά και αναλύει αριθμητικά δεδομένα. Βάση της χρήσης της μεθόδου αυτής είναι η επαλήθευση ή όχι μίας θεωρίας που έχει προκύψει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω αριθμητικών δεδομένων. Τα αριθμητικά δεδομένα είναι αυτά που θα καταδείξουν τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στη θεωρία και στην πραγματικότητα (Martin, 2008). Τα πλεονεκτήματα της ποσοτικής έρευνας είναι:

- Διέπεται από σταθερότητα καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας.
- Επιτρέπει να συνδεθούν περισσότερα από ένα χαρακτηριστικά σε ένα μεγάλο δείγμα πληθυσμού.
- Επιτρέπει την ανάδειξη γενικών τάσεων.
- Επιτρέπει την έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού.
- Λόγω του μεγάλου δείγματος οι υποθέσεις που προκύπτουν από τη θεωρία υφίστανται πιο έγκυρο και αυστηρό έλεγχο.
- Περιλαμβάνει μεταβλητές, δηλαδή τα διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάλογα με την περίπτωση του δείγματος.
- Υπάρχει σύνδεση των χαρακτηριστικών και των γενικών τάσεων που αναζητούνται.
- Επαληθεύει τα ερευνητικά ερωτήματα.
- Μπορεί να μετρήσει θεωρητικές έννοιες μέσω των ερευνητικών εργαλείων.

Η ποσοτική έρευνα επιτρέπει τη γενίκευση των μεταβλητών και επεξηγεί τη σχέση της με τον πληθυσμό. Επιτρέπει τη γρήγορη συλλογή δεδομένων από ένα δείγμα, διαδικασία που εξοικονομεί χρόνο συγκριτικά με άλλες μεθόδους (Martin, 2008).

Σύμφωνα με τον Mingers, (2001, σελ 240 οπ. αν. Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011) *«οι νόμοι παρέχουν τη βάση της εξήγησης, επιτρέπουν την πρόβλεψη φαινομένων, προμαντεύουν την εμφάνισή τους και κατά συνέπεια επιτρέπουν τον έλεγχό τους».*

Η παρούσα έρευνα θα είναι συμπερασματική, περιγραφική και στατιστική καθώς είναι ποσοτική και θα εξάγει συμπεράσματα τόσο με τη χρήση ερωτηματολογίων, όσο και με πληροφορίες που θα αντληθούν μέσω των στοιχείων που ήδη υπάρχουν σε στατιστικές και κρατικές υπηρεσίες. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι ο καθορισμός του στόχου και ο έλεγχος των θεωρητικών υποθέσεων οι οποίες υπόκεινται στα στοιχεία που συγκεντρώνονται και απορρίπτονται ή επιβεβαιώνονται.

8.6.Τεχνικές συλλογής δεδομένων

8.6.1.Ερωτηματολόγιο

Η ποσοτική έρευνα πραγματοποιείται κυρίως με ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα ερευνητικό εργαλείο με σαφή πλεονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι ότι η έρευνα μπορεί να διεξαχθεί από ένα μόνο άτομο αφού χρειάζεται μόνο να διανεμηθούν και να συγκεντρωθούν τα ερωτηματολόγια στο δείγμα και δεν είναι απαραίτητη η φυσική παρουσία του ερευνητή κατά τη συμπλήρωση τους. Επιπλέον, δεν είναι απαραίτητη η φυσική παρουσία ακόμα και στη διανομή τους αφού αυτή μπορεί να γίνει με εναλλακτικούς τρόπους όπως με το συμβατικό ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (Υφαντόπουλος & Νικολαΐδου, 2008). Μπορούν επίσης να συμπληρωθούν από ένα μεγάλο αριθμό ανθρώπων σε σύντομο χρονικό διάστημα επιτρέποντας τη συλλογή μεγάλου μεγέθους δεδομένων. Λόγω του ότι δεν υπάρχει μεγάλο περιθώριο εξηγήσεων ανάμεσα στον πληθυσμό και στον ερευνητή, συνήθως τα ερωτηματολόγια συνοδεύονται από μία επιστολή που επεξηγεί τόσο τον σκοπό της έρευνας όσο και τη διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί (Martin, 2008).

Η κατασκευή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011) ενώ επιλέχθηκε με στόχο να συλλεχθούν γρήγορα απαντήσεις από τους συμμετέχοντες και διαμορφώθηκε από το θεωρητικό υπόβαθρο της διατριβής και τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτό.

8.7.Επιλογή δείγματος

Η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε είναι η απλή τυχαία βάσει της οποίας η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία. Το κριτήριο που επιλέχθηκε για την επιλογή του δείγματος ήταν να είναι επαγγελματίας υγείας (Ιωαννίδης, 2005). Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με στόχο να εξεταστεί το ελληνικό σύστημα υγείας τόσο από τους χρήστες των υπηρεσιών του όσο και αυτών που τις προσφέρουν.

8.8.Αξιοπιστία και εγκυρότητα έρευνας

Η αξιοπιστία αποτελεί ένα απαραίτητο στοιχείο, τόσο της ποσοτικής, όσο και της ποιοτικής έρευνας γιατί, παρέχει εγκυρότητα τόσο στην ίδια την έρευνα

όσο και στα αποτελέσματά της (Κυριαζή, 2002). Για να αυξηθεί η αξιοπιστία μίας έρευνας θα πρέπει, τόσο η ποσοτική, όσο και η ποιοτική έρευνα να περιέχει τυποποιημένα ερευνητικά εργαλεία καθώς επίσης και οι ερευνητές να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να μπορούν να εντοπίσουν ή να παρατηρήσουν τις απαραίτητες πληροφορίες (Robson, 2007).

Η εγκυρότητα επίσης σχετίζεται με τα συμπεράσματα που εξάχθηκαν από την έρευνα καθώς επίσης και με τη θεωρία που συντέλεσε στη δημιουργία του οργάνου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε (Κυριαζή, 2002).

Για να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα μίας έρευνας θα πρέπει ο ερευνητής να υιοθετεί συγκεκριμένους μεθόδους. Μία από αυτές είναι ο ερευνητής να ασχολείται με το περιβάλλον που ερευνά για μεγάλο χρονικό διάστημα ώστε να μειωθούν τυχόν αντιδράσεις και μεροληψία εκ μέρους του αλλά και εκ μέρους των ανθρώπων που συμμετέχουν στην έρευνα. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα, τόσο πιο πιθανό είναι να αμβλυθθεί η τυχόν καχυποψία που μπορεί να υπάρχει ανάμεσά τους και ο συμμετέχων να νιώσει πιο οικεία και πιο ειλικρινής με τον ερευνητή (Robson, 2007).

Μία άλλη μέθοδος που εξασφαλίζει την εγκυρότητα της έρευνας είναι ο τριγωνισμός, δηλαδή ο ερευνητής πρέπει να φροντίζει ώστε τα στοιχεία που συγκεντρώνει να προέρχονται από περισσότερες από μία πηγές καθώς επίσης να χρησιμοποιεί και αρκετές μεθόδους για τη συλλογή τους (Robson, 2007).

8.9.Ζητήματα δεοντολογίας

Σε μία έρευνα τα ζητήματα δεοντολογίας θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά. Για την Mason (2011), η σωστή δεοντολογική προσέγγιση είναι το ίδιο σημαντική με την έρευνα καθαυτή.

Για να εξασφαλιστεί η διατήρηση της δεοντολογίας στην ποσοτική και ποιοτική έρευνα ο ερευνητής θα πρέπει να εστιάσει σε συγκεκριμένα ζητήματα όπως:

1. Να είναι σε θέση να διατηρήσει την εμπιστοσύνη που του επέδειξαν αυτοί που συμμετείχαν στην έρευνα, όπως για παράδειγμα να διατηρήσει την ανωνυμία τους ή να τους προστατέψει από τυχόν κινδύνους που μπορεί να προκύψουν.

2. Να είναι έντιμος απέναντι στους συμμετέχοντες ώστε να δημιουργήσει μαζί τους σχέσεις εμπιστοσύνης που θα του προσδώσουν σημαντικά στοιχεία για την έρευνά του.
3. Να φροντίζει ώστε οι συμμετέχοντες να είναι επαρκώς πληροφορημένοι για το τι ακριβώς αναζητά η έρευνα καθώς επίσης και το πώς θα διεξαχθεί αυτή ακριβώς ώστε όταν δώσουν τη συναίνεσή τους αυτή να είναι πραγματική και να μην έχουν πέσει θύματα παραπληροφόρησης.
4. Να ενημερώσει επίσης τους συμμετέχοντες για ποια οφέλη θα προκύψουν από την έρευνα ώστε να μην έχουν επιφυλάξεις για τη συμμετοχή τους. Η ενημέρωση για τα οφέλη θα πρέπει να είναι ρεαλιστική και να μην περιλαμβάνει υπερβολές με σκοπό να συμμετέχουν χωρίς επιφυλάξεις (Schadtetal., 2010).
5. Να φροντίζει ώστε οι συμμετέχοντες να μπορούν να έχουν συμμετοχή τόσο στη διαδικασία όσο και στα αποτελέσματα της έρευνας. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι αυτό μπορεί να γίνεται αυθαίρετα αλλά μπορεί να υπάρχει μία ειδική συμφωνία ανάμεσα στον ερευνητή και στους συμμετέχοντες αναφορικά με την ποσότητα και την ποιότητα της πρόσβασης.
6. Τέλος, θα πρέπει οι συμμετέχοντες να ενημερώνονται για πώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας ειδάλλως υπάρχει το ενδεχόμενο οι συμμετέχοντες να μην επιθυμήσουν να λάβουν μέρος σε αυτή ή να προκληθεί σε αυτούς κάποια ζημία από τη λανθασμένη χρήση τους (Schadtetal., 2010).

8.10. Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα είχε συγκεκριμένους περιορισμούς. Πρώτος και βασικότερος ήταν η μη εύρεση περισσότερων εργαζόμενων στο σύστημα υγείας προκειμένου να συμμετέχουν στις συνεντεύξεις. Παρά τις προσπάθειες που έγιναν εκ μέρους της ερευνήτριας υπήρξαν πολλές αντιδράσεις που δεν ήταν εφικτό να καμφθούν. Ένας δεύτερος περιορισμός ήταν η έλλειψη πιο πρόσφατων στοιχείων, δηλαδή τέτοιων που να αφορούν την περίοδο 2017-2018, αναφορικά με το ελληνικό σύστημα υγείας. Τέλος, η πίεση του χρόνου, λόγω του μεγάλου μεγέθους της έρευνας, αποτέλεσε επίσης έναν σημαντικό περιορισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1. Ανάλυση αποτελεσμάτων ποσοτικής έρευνας

9.1.1. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 541 άτομα, εκ των οποίων το 53,8% (291) ήταν άνδρες και το 46,2% (250) ήταν γυναίκες.

Ακόμα το 29,4% (159) είχε ηλικία από 45-54 ετών, το 31,2% (169) ήταν 35-44 ετών, το 18,7% (101) ήταν 55-64 ετών, το 12,4% (67) ήταν 65+ , το 7,6% (41) ήταν 25-34 και το 0,7 (4) ήταν από 18-24 ετών.

Επιπλέον, ο μέσος ΔΜΣ ήταν 27,06(ΤΑ=4,91), η ελάχιστη τιμή ήταν 17,63 και η μέγιστη 50,63.

Επιπρόσθετα, το 37,9% (205) ανήκε στους μισθωτούς, το 10,9% (59) στα στελέχη δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα, το 13,7% (74) στους συνταξιούχους, το 10,2% (55) ήταν άνεργοι, το 12% (65) ήταν αυτοαπασχολούμενοι, το 8,3% (45) ήταν επιχειρηματίες, το 3,5% (19) αγρότες, το 1,8% (10) ήταν νοικοκυρές, το 0,7% (4) φοιτητές και το υπόλοιπο 0,9% (5) δεν προσδιόρισε το επάγγελμα του.

Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα του δείγματος από όλες τις πηγές το 22,0% (119) είχε από 1500€-2000€ ευρώ το μήνα, το 22,7% (123) από 1000€-1500€ ευρώ, το 14,6% (79) είχε από 2000€ -3000€, το 19,0% (103) είχε από 500€-1000€, το 3,7% (21) από 3000€-5000€, το 1,5% (8) πάνω από 5000€ και το 7,8% (42) δεν απάντησε.

Ως προς την περιφέρεια κατοικίας το 42,0% (227) προέρχεται από την περιφέρεια Αττικής, το 21,4% (114) από την Κεντρική Μακεδονία, το 6,1% (33) από την Ανατολική Μακεδονία –Θράκη, το 4,3% (23) από την Θεσσαλία, το 3,0% (16) από την Δυτική Ελλάδα, ένα ακόμα 3% (16) από το Νότιο Αιγαίο, το 2,4% (13) από το Ιόνιο, το 4,8% (26) από την Πελοπόννησο, το 4,6% (25) από την Κρήτη, το 3 (16) από την Δυτική Μακεδονία, το 3% (16) από τη Στερεά Ελλάδα-Εύβοια, το 1,3% (7) από την Ήπειρο και το 1,3% (7) από το Βόρειο Αιγαίο.

Τέλος το 73,0% (395) του δείγματος κατοικούσε σε περιοχή με πάνω από 10.000 κατοίκους, το 15,7% (85) από 2000-10000 κατοίκους, το 8,7% (47) έως 2000 κατοίκους και το 2,6% (14) δεν απάντησε/δεν γνωρίζει.

		N	%	
Φύλο	Άνδρας	291	53,8%	
	Γυναίκα	250	46,2%	
Ηλικία	18-24	4	,7%	
	25-34	41	7,6%	
	35-44	169	31,2%	
	45-54	159	29,4%	
	55-64	101	18,7%	
	65 και άνω	67	12,4%	
	Απασχόληση	Μισθωτός	205	37,9%
Στέλεχος δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα		59	10,9%	
Αυτοαπασχολούμενος		65	12,0%	
Επιχειρηματίας		45	8,3%	
Αγρότης		19	3,5%	
Φοιτητής		4	,7%	
Άνεργος		55	10,2%	
Συνταξιούχος		74	13,7%	
Νοικοκυρά		10	1,8%	
Δεν απαντώ		5	,9%	
Ποιο είναι περίπου το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού από όλες τις πηγές;		Έως 500 ευρώ το μήνα	46	8,5%
		Από 500 έως 1.000 ευρώ το μήνα	103	19,0%
		Από 1.000 έως 1.500 ευρώ το μήνα	123	22,7%
	Από 1.500 έως 2.000 ευρώ το μήνα	119	22,0%	
	Από 2.000 έως 3.000 ευρώ το μήνα	79	14,6%	
	Από 3.000 έως 5.000 ευρώ το μήνα	21	3,9%	
	Πάνω από 5.000 ευρώ το μήνα	8	1,5%	
	Δεν απαντώ	42	7,8%	
Σε ποιά περιφέρεια κατοικείτε	Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	33	6,1%	
	Κεντρική Μακεδονία	116	21,4%	
	Δυτική Μακεδονία	16	3,0%	
	Θεσσαλία	23	4,3%	
	Ήπειρος	7	1,3%	
	Ιόνιο	13	2,4%	
	Δυτική Ελλάδα	16	3,0%	
	Στερεά Ελλάδα - Εύβοια	16	3,0%	
	Πελοπόννησος	26	4,8%	
	Αττική	227	42,0%	

	Βόρειο Αιγαίο	7	1,3%
	Νότιο Αιγαίο	16	3,0%
	Κρήτη	25	4,6%
Η περιοχή που κατοικείτε πόσους περίπου κατοίκους έχει;	Έως 2.000 κατοίκους	47	8,7%
	Από 2.000 έως 10.000 κατοίκους	85	15,7%
	Πάνω από 10.000 κατοίκους	395	73,0%
	ΔΓ/ΔΑ	14	2,6%

ΠΙΝΑΚΑΣ 50 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

9.1.2. Στατιστική Ανάλυση

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις) για την αποτύπωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος αλλά και για την παρουσίαση των απαντήσεων τους στο κυρίως μέρος της έρευνας. Επιπλέον πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική με την χρήση της ανάλυσης διασποράς και της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS17.0.

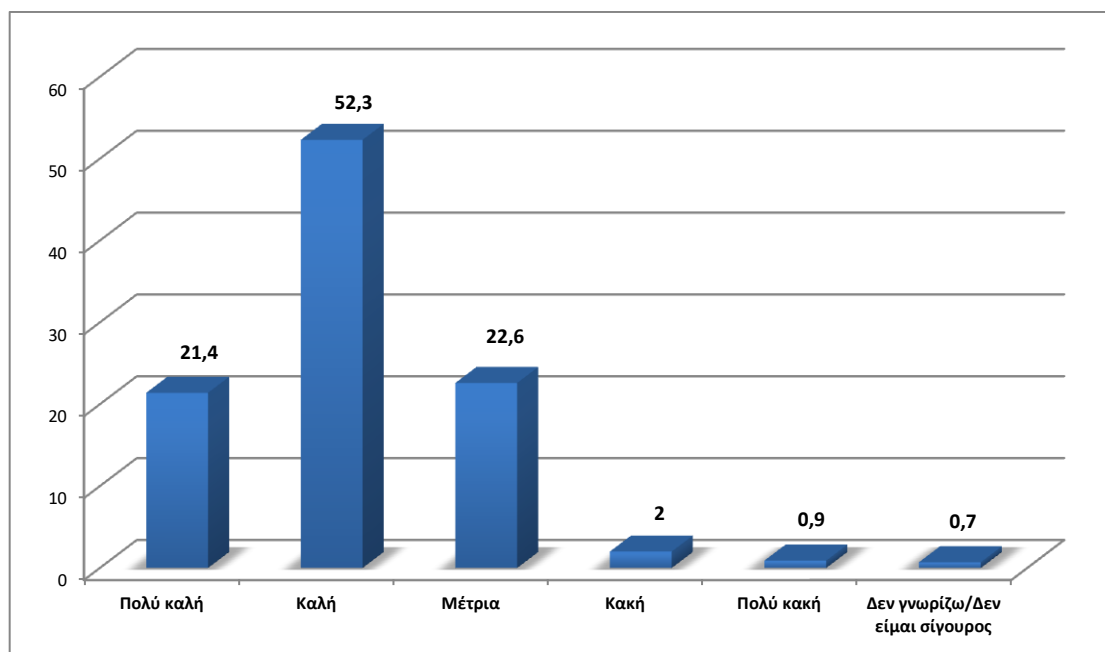
9.2. Αποτελέσματα

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται η περιγραφική στατιστική της έρευνας.

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πολύ καλή	116	21,4	21,4	21,4
Καλή	283	52,3	52,3	73,8
Μέτρια	122	22,6	22,6	96,3
Κακή	11	2,0	2,0	98,3
Πολύ κακή	5	,9	,9	99,3
Δεν γνωρίζω/Δεν είμαι σίγουρος	4	,7	,7	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 51 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 51 το 73,8% του δείγματος αξιολόγησε την υγεία του τουλάχιστον καλή, το 22,6% ως μέτρια και το 2,9% ως κακή ή πολύ κακή. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται και στο γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι κάτω της ηλικίας των 54 ετών, κάτι που σημαίνει ότι η υγεία του δεν είναι επιβαρυνμένη σημαντικά, ενώ σημαντικό ίσως είναι και το στοιχείο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απολαμβάνει ένα καλό μηνιαίο εισόδημα, αφού το 64,5%, δηλαδή σχεδόν 65 στους 100 ερωτηθέντες είχαν μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από 1000€.



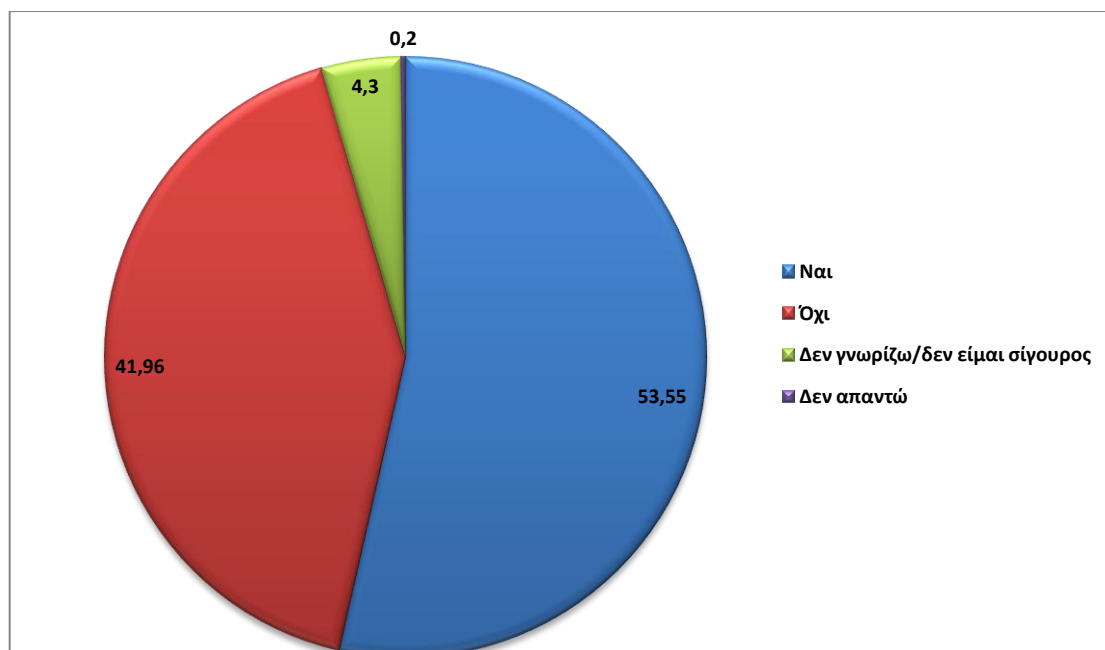
ΓΡΑΦΗΜΑ 113 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	290	53,6	53,6	53,6
Όχι	227	42,0	42,0	95,6
Δεν γνωρίζω/Δεν είμαι σίγουρος	23	4,3	4,3	99,8
Δεν απαντώ	1	,2	,2	100,0

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	290	53,6	53,6	53,6
Όχι	227	42,0	42,0	95,6
Δεν γνωρίζω/Δεν είμαι σίγουρος	23	4,3	4,3	99,8
Δεν απαντώ	1	,2	,2	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 52 ΎΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ Η ΠΑΘΗΣΗ

Σύμφωνα με τον πίνακα 52 το 53,6% του δείγματος αναφέρει ότι υπάρχει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή πάθηση και το 42,0% όχι. Το γεγονός ότι περίπου το μισό δείγμα δεν αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα αναδεικνύει τη σχετικά καλή κατάσταση υγείας στην οποία βρίσκεται.

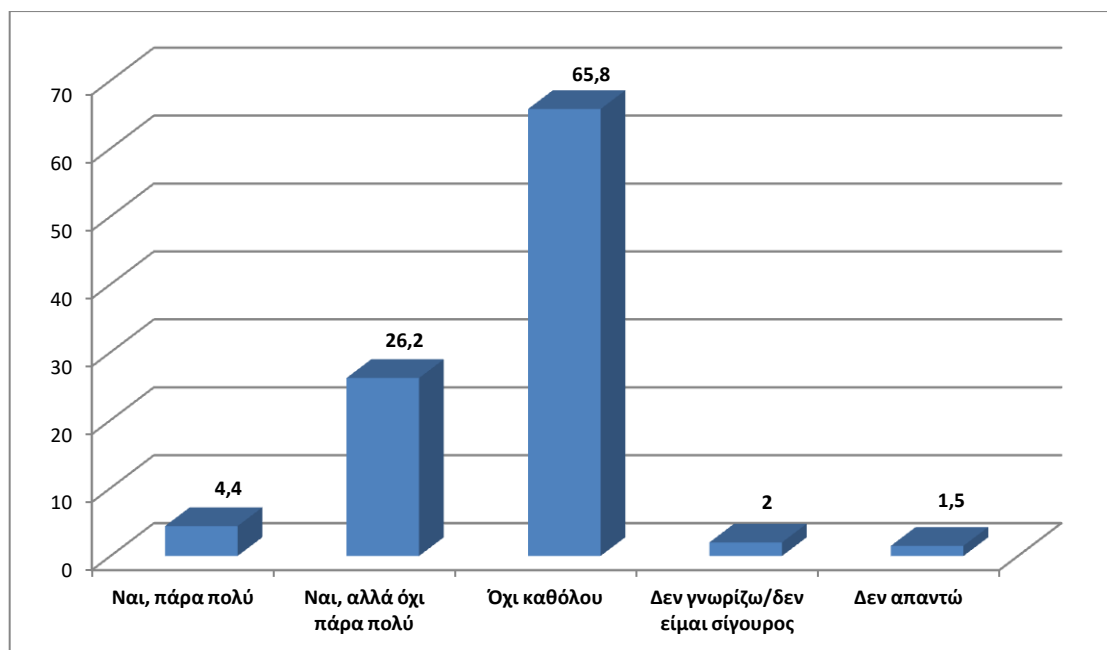


ΓΡΑΦΗΜΑ 114 ΎΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ Η ΠΑΘΗΣΗ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι, πάρα πολύ	24	4,4	4,4	4,4
Ναι αλλά όχι πάρα πολύ	142	26,2	26,2	30,7
Όχι καθόλου	356	65,8	65,8	96,5
Δεν γνωρίζω δεν είμαι σίγουρος	11	2,0	2,0	98,5
Δεν απαντώ	8	1,5	1,5	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 53 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Η ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΑΥΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 53 το 65,8% του δείγματος αναφέρει ότι δεν έχει περιορίσει καμία από τις συνήθειες δραστηριότητες του, το 26,2% τις έχει περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ και το 4,4% τις έχει περιορίσει πάρα πολύ, εξαιτίας κάποιου συγκεκριμένου προβλήματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 115 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Η ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΑΥΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ

	Ναι		Όχι		Δεν σίγουρος	είμαι δεν
	N	%	N	%	N	%
Αλλεργία (ρινική, φλεγμονή ματιών, τροφική, δερματίτιδα κλπ)	165	30,5%	359	66,4%	17	3,1%
Πάθηση στη μέση (οσφυαλγία, δισκοπάθεια κλπ)	164	30,3%	354	65,4%	23	4,3%
Διαταραχή στη Χοληστερίνη, στα λιπίδια ή στα Τριγλυκερίδια	149	27,5%	368	68,0%	24	4,4%
Έντονοι πονοκέφαλοι – ημικρανία	140	25,9%	389	71,9%	12	2,2%
Αιμορροΐδες	117	21,6%	395	73,0%	29	5,4%
Υπέρταση (πάνω από 14 μεγάλη	113	20,9%	413	76,3%	15	2,8%

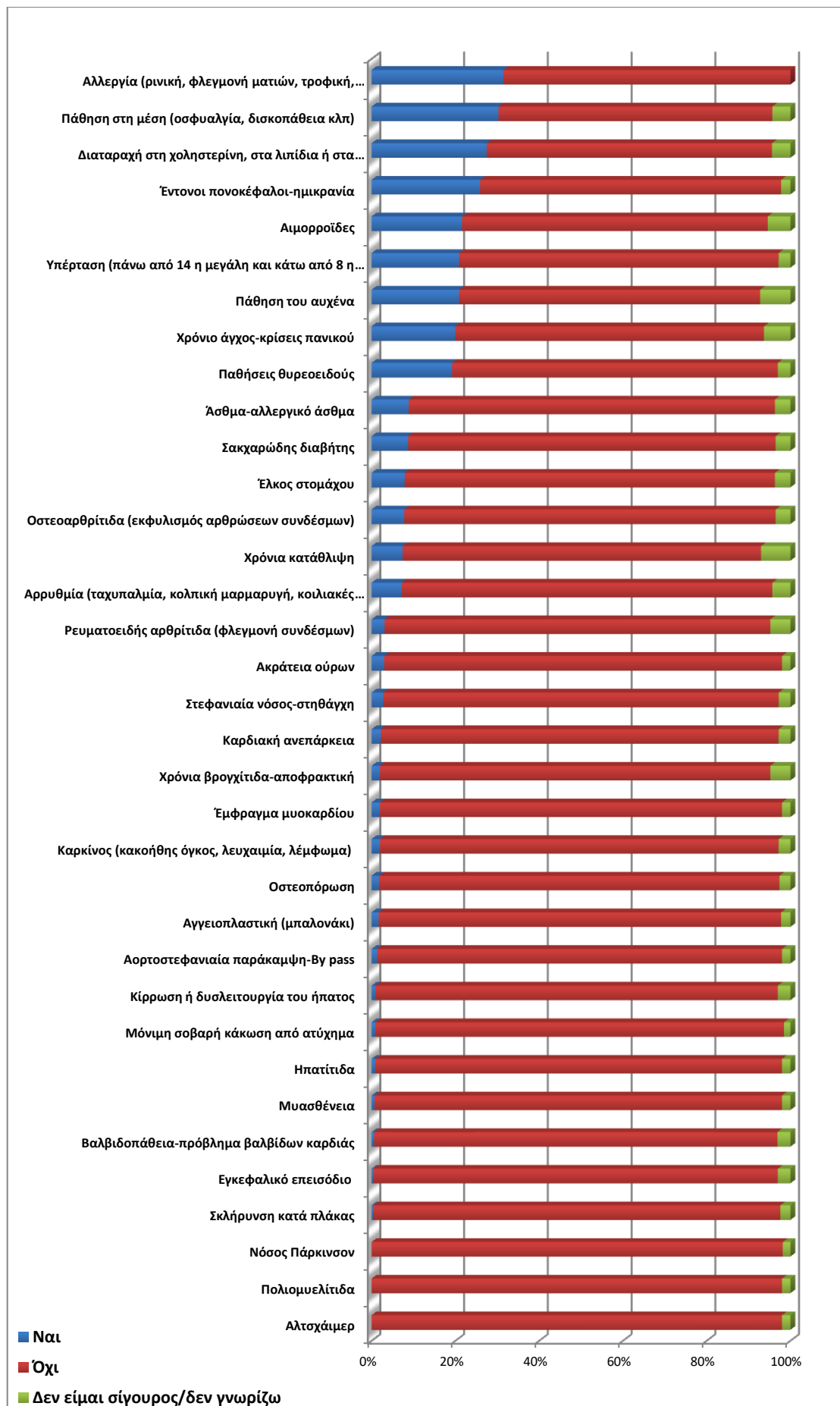
και πάνω από 8 μικρή πίεση)

Πάθηση του αυχένα	113	20,9%	389	71,9%	39	7,2%
Χρόνιο άγχος – κρίσεις πανικού	108	20,0%	399	73,8%	34	6,3%
Παθήσεις θυρεοειδούς	104	19,2%	421	77,8%	16	3,0%
Άσθμα – Αλλεργικό άσθμα	48	8,9%	473	87,4%	20	3,7%
Σακχαρώδης διαβήτης	47	8,7%	475	87,8%	19	3,5%
Έλκος στομάχου	43	7,9%	478	88,4%	20	3,7%
Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων συνδέσμων)	42	7,8%	480	88,7%	19	3,5%
Χρόνια κατάθλιψη	40	7,4%	463	85,6%	38	7,0%
Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραδυκαρδία)	39	7,2%	479	88,5%	23	4,3%
Ρευματοειδής αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων)	17	3,1%	498	92,1%	26	4,8%
Ακράτεια ούρων	16	3,0%	514	95,0%	11	2,0%
Στεφανιαία νόσο – στηθάγχη	15	2,8%	511	94,5%	15	2,8%
Καρδιακή ανεπάρκεια	12	2,2%	514	95,0%	15	2,8%
Χρόνια βρογχίτιδα - αποφρακτική πνευμονοπάθεια – εμφύσημα	11	2,0%	504	93,2%	26	4,8%
Έμφραγμα μυοκαρδίου	11	2,0%	519	95,9%	11	2,0%
Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)	11	2,0%	515	95,2%	15	2,8%
Οστεοπόρωση	10	1,8%	517	95,6%	14	2,6%
Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)	9	1,7%	520	96,1%	12	2,2%
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη – By	7	1,3%	523	96,7%	11	2,0%

pass						
Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος	5	,9%	520	96,1%	16	3,0%
Μόνιμη σοβαρή κάκωση από ατύχημα	5	,9%	528	97,6%	8	1,5%
Ηπατίτιδα	5	,9%	525	97,0%	11	2,0%
Μυασθένεια	4	,7%	526	97,2%	11	2,0%
Βαλβιδοπάθεια – πρόβλημα βαλβίδων καρδιάς	3	,6%	521	96,3%	17	3,1%
Εγκεφαλικό επεισόδιο	2	,4%	523	96,7%	16	3,0%
Σκλήρυνση κατά πλάκας	2	,4%	526	97,2%	13	2,4%
Νόσο Πάρκινσον	0	,0%	531	98,2%	10	1,8%
Πολιομυελίτιδα	0	,0%	530	98,0%	11	2,0%
Αλτσχάϊμερ	0	,0%	530	98,0%	11	2,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 54 ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ Η ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 54 το 30,5% του δείγματος δήλωσε ότι πάσχει από αλλεργία, το 30,3% από πάθηση στη μέση, το 27,5% από διαταραχή στη χοληστερίνη, στα λιπίδια ή στα τριγλυκερίδια, το 25,9% από έντονους πονοκεφάλους-ημικρανίες, το 20,9% από υπέρταση, το 21,6% από αιμορροΐδες, το 20,9% από πάθηση του αυχένα, το 20,0% από χρόνια άγχος, το 19,2% από παθήσεις του θυρεοειδούς, το 8,9% από άσθμα, το 7,8% από οστεοαρθρίτιδα, το 8,7% από σακχαρώδη διαβήτη, το 7,9% από έλκος στομάχου, το 7,4% από χρόνια κατάθλιψη και το 7,2% από αρρυθμία. Επίσης αναφέρθηκαν άλλα 20 διαφορετικά νοσήματα σε ποσοστά της τάξεως από 0,7% -3,1%. Τα παραπάνω ποσοστά δεν είναι σημαντικά σε βαθμό που να δείχνουν την επικράτηση κάποιου νοσήματος έναντι των άλλων ενώ πολλά από αυτά δεν έχουν σοβαρές συνέπειες ή και καθόλου εφόσον έχουν σωστή παρακολούθηση.



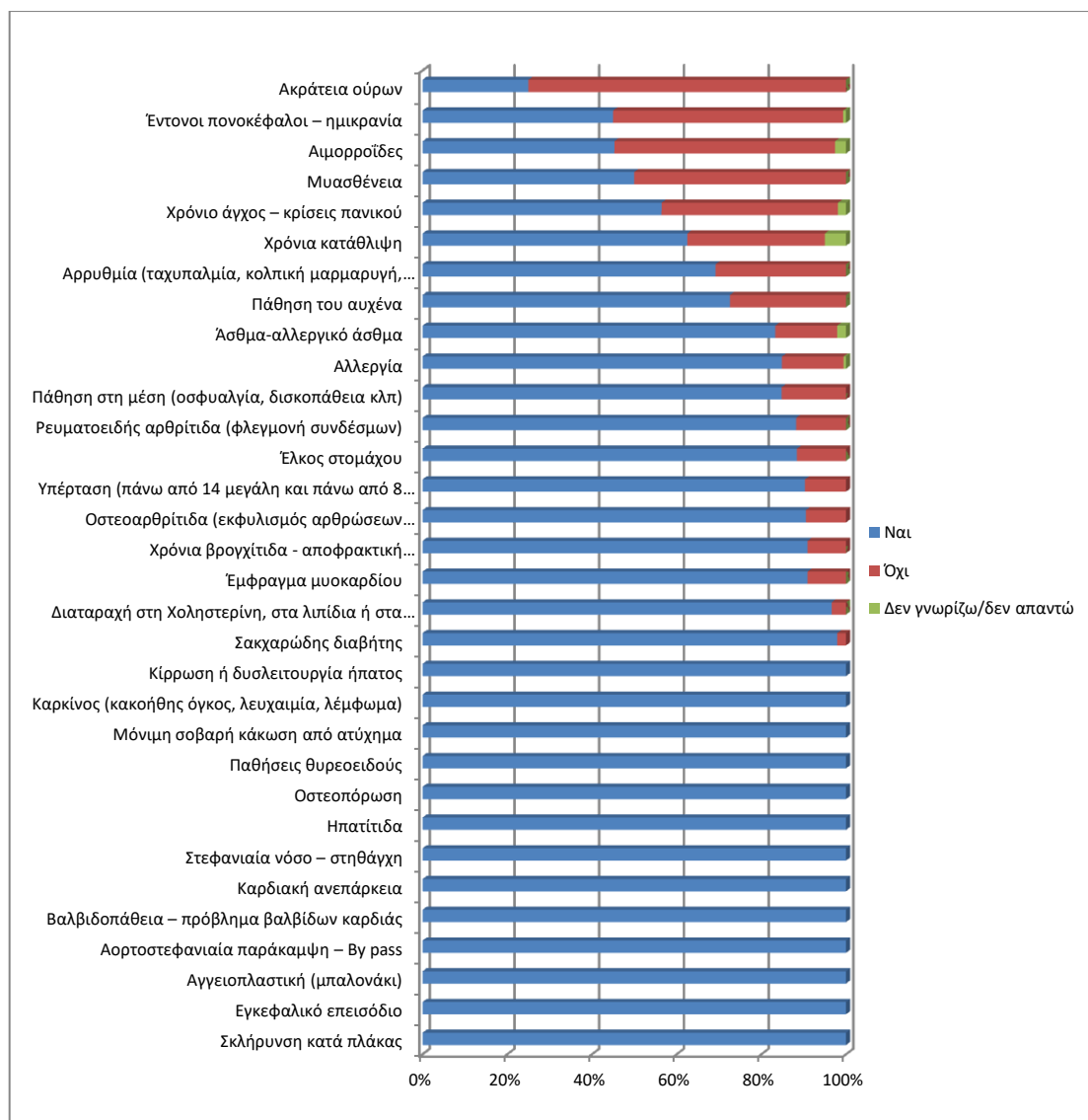
ΓΡΑΦΗΜΑ 116 ΎΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ Η ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;

	Ναι		Όχι		ΔΓ/ΔΑ	
	N	%	N	%	N	%
Αλλεργία (ρινική, φλεγμονή ματιών, τροφική, δερματίτιδα κλπ)	140	84,8%	24	14,5%	1	,6%
Έλκος στομάχου	38	88,4%	5	11,6%	0	,0%
Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος	5	100,0%	0	,0%	0	,0%
Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)	11	100,0%	0	,0%	0	,0%
Έντονοι πονοκέφαλοι – ημικρανία	63	45,0%	76	54,3%	1	,7%
Ακράτεια ούρων	4	25,0%	12	75,0%	0	,0%
Χρόνιο άγχος – κρίσεις πανικού	61	56,5%	45	41,7%	2	1,9%
Χρόνια κατάθλιψη	25	62,5%	13	32,5%	2	5,0%
Μόνιμη σοβαρή κάκωση από ατύχημα	5	100,0%	0	,0%	0	,0%
Παθήσεις θυρεοειδούς	104	100,0%	0	,0%	0	,0%
Οστεοπόρωση	10	100,0%	0	,0%	0	,0%
Μυασθένεια	2	50,0%	2	50,0%	0	,0%
Αιμορροΐδες	53	45,3%	61	52,1%	3	2,6%
Ηπατίτιδα	5	100,0%	0	,0%	0	,0%
Άσθμα – Αλλεργικό άσθμα	40	83,3%	7	14,6%	1	2,1%
Χρόνια βρογχίτιδα - αποφρακτική πνευμονοπάθεια – εμφύσημα	10	90,9%	1	9,1%	0	,0%
Στεφανιαία νόσο – στηθάγχη	15	100,0%	0	,0%	0	,0%
Έμφραγμα μυοκαρδίου	10	90,9%	1	9,1%	0	,0%
Καρδιακή ανεπάρκεια	12	100,0%	0	,0%	0	,0%
Βαλβιδοπάθεια – πρόβλημα βαλβίδων καρδιάς	3	100,0%	0	,0%	0	,0%
Αορτοστεφανιαία παράκαμψη – By pass	7	100,0%	0	,0%	0	,0%
Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)	9	100,0%	0	,0%	0	,0%

Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραδυκαρδία)	27	69,2%	12	30,8%	0	,0%
Υπέρταση (πάνω από 14 μεγάλη και πάνω από 8 μικρή πίεση)	102	90,3%	11	9,7%	0	,0%
Εγκεφαλικό επεισόδιο	2	100,0%	0	,0%	0	,0%
Σκλήρυνση κατά πλάκας	2	100,0%	0	,0%	0	,0%
Ρευματοειδής αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων)	15	88,2%	2	11,8%	0	,0%
Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων συνδέσμων)	38	90,5%	4	9,5%	0	,0%
Πάθηση στη μέση (οσφυαλγία, δισκοπάθεια κλπ)	139	84,8%	25	15,2%	0	,0%
Πάθηση του αυχένα	82	72,6%	31	27,4%	0	,0%
Σακχαρώδης διαβήτης	46	97,9%	1	2,1%	0	,0%
Διαταραχή στη Χοληστερίνη, στα λιπίδια ή στα Τριγλυκερίδια	144	96,6%	5	3,4%	0	,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 55 ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ Η ΟΧΙ ΠΑΘΗΣΗ

Σύμφωνα με τον πίνακα 55 για το 30,5% του δείγματος που δήλωσε ότι πάσχει από αλλεργία στο 84,8% είχε διαγνωσμένη πάθηση, για το 30,3% από πάθηση στη μέση είχε διαγνωσθεί στο 84,8%, για το 27,5% από διαταραχή στη χοληστερίνη είχε διαγνωσθεί στο 96,6%, για το 25,9% από έντονους πονοκεφάλους-ημικρανίες είχε διαγνωσθεί στο 45%, για το 20,9% από υπέρταση είχε διαγνωσθεί στο 90,3%, για το 21,6% από αιμορροΐδες είχε διαγνωσθεί στο 45,3%, για το 20,9% από πάθηση του αυχένα είχε διαγνωσθεί στο 72,6%, για το 20,0% από χρόνια άγχος είχε διαγνωσθεί στο 56,5%, για το 19,2% από παθήσεις του θυρεοειδούς είχε διαγνωσθεί στο 100%, για το 8,9% από άσθμα είχε διαγνωσθεί στο 83,3%, για το 7,8% από οστεοαρθρίτιδα είχε διαγνωσθεί στο 90,5%, για το 8,7% από σακχαρώδη διαβήτη είχε διαγνωσθεί στο 97,9%, για το 7,9% από έλκος στομάχου είχε διαγνωσθεί στο 88,4%, για το 7,7% από χρόνια κατάθλιψη είχε διαγνωσθεί στο 62,5% και το 7,2% από αρρυθμία είχε διαγνωσθεί στο 69,2%. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ασθένειες είναι διαγνωσμένες και αυτό δείχνει ότι υπάρχει ενδιαφέρον και μέριμνα για την παρακολούθηση της υγείας και ότι το σύστημα υγείας έχει τα κατάλληλα μέσα για την παροχή πληροφοριών σε αυτό το επίπεδο.



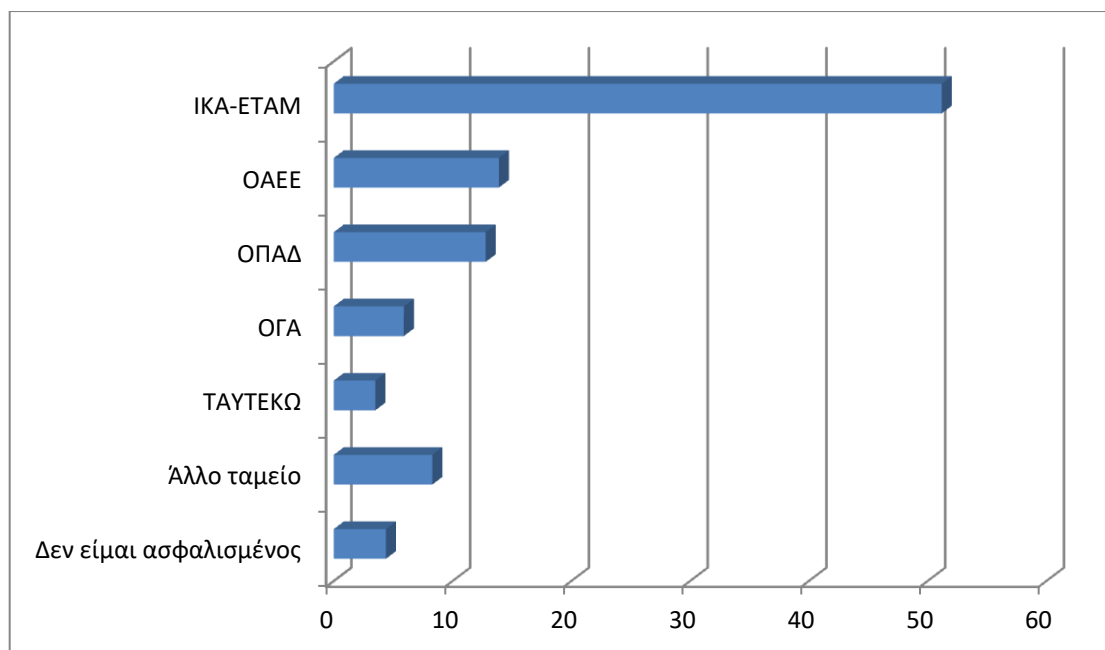
ΓΡΑΦΗΜΑ 117 ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ Η ΟΧΙ ΠΑΘΗΣΗ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	277	51,2	51,2	51,2
ΟΑΕΕ	75	13,9	13,9	65,1
ΟΠΑΔ	69	12,8	12,8	77,8
ΟΓΑ	32	5,9	5,9	83,7

ΤΑΥΤΕΚΩ	19	3,5	3,5	87,2
Άλλο ταμείο	45	8,3	8,3	95,6
Δεν ασφαλισμένος	είμαι 24	4,4	4,4	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 56 ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 56 το 51,2% είναι ασφαλισμένο στο ΙΚΑ –ΕΤΑΜ, το 13,9% στο ΟΑΕΕ, το 12,8% στο ΟΠΑΔ, 3,5% στο ΤΑΥΤΕΚΩ, το 5,9% στον ΟΓΑ και το 4,4% δεν είναι ασφαλισμένο. Το ποσοστό που καταγράφεται ως ανασφάλιστο είναι μικρό δεδομένου της ανεργίας που καταγράφεται στην Ελλάδα και που κανονικά θα έπρεπε να είναι μεγαλύτερο. Βέβαια ένα μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ μπορεί να το έχει κάνει μέσω ΟΑΕΔ αφού σύμφωνα με έναν αριθμό ενσήμων εκδίδονται από τον οργανισμό βεβαιώσεις για ασφάλεια στο ΙΚΑ. Το μικρότερο ποσοστό ασφαλισμένων καταγράφεται στον ΟΓΑ, εύλογο εύρημα δεδομένης του μικρού ποσοστού ενασχόλησης με τον γεωργικό χώρο.



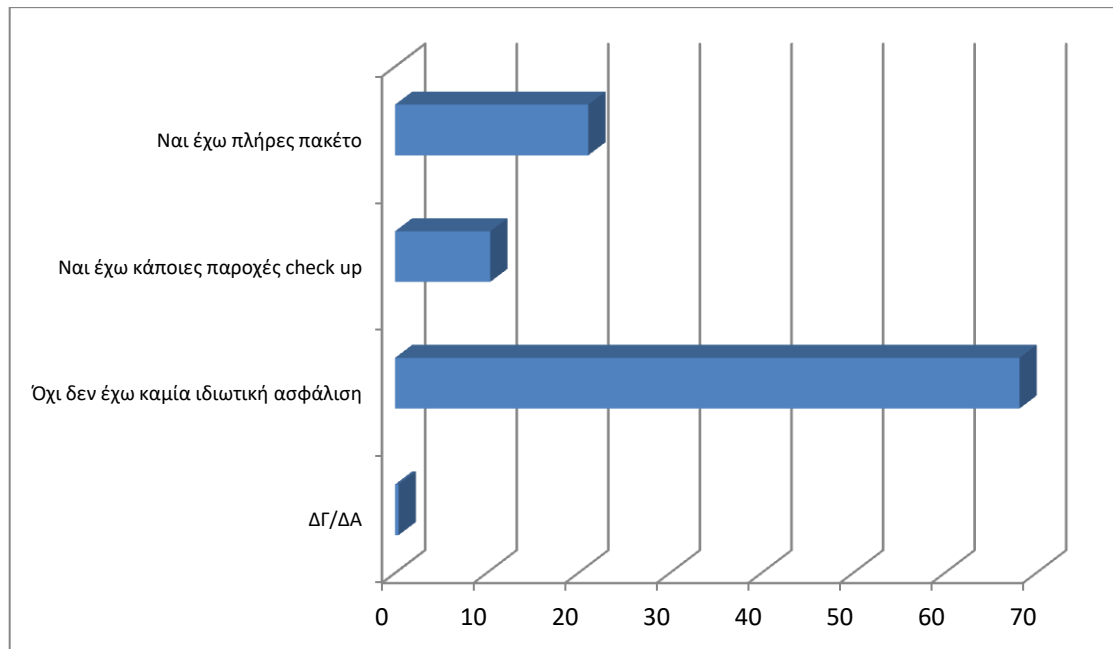
ΓΡΑΦΗΜΑ 118 ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι έχω πλήρες πακέτο	114	21,1	21,1	21,1
Ναι έχω κάποιες παροχές check up	56	10,4	10,4	31,4
Όχι δεν έχω καμία ιδιωτική ασφάλιση	369	68,2	68,2	99,6
ΔΓ/ΔΑ	2	,4	,4	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 57 ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Σύμφωνα με τον πίνακα 57 το 68,2% του δείγματος δεν έχει κάποια ιδιωτική ασφάλεια, το 21,1% έχει πλήρες πακέτο και το 10,4% έχει κάποιες παροχές checkup. Το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό δεν έχει ιδιωτική ασφάλεια δεν σημαίνει ότι

εμπιστεύεται το δημόσιο σύστημα υγείας και ως εκ τούτου θεωρεί ότι δεν την χρειάζεται. Αντίθετα, πιο πιθανό είναι να μην μπορεί να καλύψει το κόστος αυτής και να αναγκάζεται να καταφύγει στον δημόσιο τομέα υγείας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 119 ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
1	94	17,4	17,4	17,4
2	90	16,6	16,6	34,0
3	77	14,2	14,2	48,2
4	34	6,3	6,3	54,5
5	40	7,4	7,4	61,9

6	26	4,8	4,8	66,7
7	6	1,1	1,1	67,8
8	6	1,1	1,1	68,9
9	2	,4	,4	69,3
10	20	3,7	3,7	73,0
11	1	,2	,2	73,2
12	4	,7	,7	73,9
Πάνω από 12	55	10,2	10,2	84,1
Καμία	86	15,9	15,9	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 58 ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ (ΕΞΑΙΡΕΙΤΑΙ Ο ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ) ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 58 το 48,2% του δείγματος έχει επισκεφτεί 1-3 φορές τους τελευταίους 12 μήνες ιατρό για κάποιο πρόβλημα υγείας, το 25,7% από 4-12 φορές, το 10,2% πάνω από 12 φορές και το 15,9% καμία. Η επισκεψιμότητα των ιατρών δεν μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο σημαντικό συμπέρασμα διότι εξαρτάται ο λόγος των επισκέψεων αυτών καθώς και η ηλικία των ατόμων. Για παράδειγμα είναι πιθανό οι 1-3 φορές να ανήκουν σε ανθρώπους που είναι πραγματικά άρρωστοι και ως εκ τούτου επισκέφτηκαν τον ιατρό για την ίαση τους. Οι περισσότερες επισκέψεις μπορεί να αφορούν ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας με προβλήματα υγείας που επισκέπτονται τον ιατρό κυρίως για συνταγογράφηση.

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Γιατρός ταμείου στο ιατρείο του	148	1	25	2,86	3,464
Γιατρός σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του 82 ΙΚΑ)	82	1	20	4,88	5,093
Γιατρός εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου	120	1	30	3,07	4,776
Γιατρός Κέντρου Υγείας	22	1	5	1,64	1,093
Αγροτικός Γιατρός	12	1	4	2,00	1,279
Ιδιώτης γιατρός που πλήρωσα προσωπικά	303	1	25	3,77	3,767

ΠΙΝΑΚΑΣ 59 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΕ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 59 303 (56,0%) ερωτώμενοι από όσους έχουν επισκεφθεί ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες δήλωσαν ότι κατά μέσο όρο επισκέφθηκαν 3,77 φορές ιδιώτη ιατρό που πλήρωσαν προσωπικά, 148 (27,3%) επισκέφθηκαν 2,86 φορές ιατρό του ταμείου στο ιατρείο του, 120 (22,1%) επισκέφθηκαν 3,07 φορές ιατρό εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου, 82 (15,15%) επισκέφθηκαν 4,88 φορές ιατρό σε μονάδα υγείας του ΕΟΠΥΥ, 22 (4,0%) επισκέφθηκαν 1,64 φορές ιατρό του κέντρου υγείας και 12 (2,2%) επισκέφθηκαν 2,00 φορές αγροτικό ιατρό.

Δύο είναι τα σημαντικά ευρήματα που προκύπτουν από αυτό τον πίνακα. Το πρώτο είναι ότι το ποσοστό των ανθρώπων που επισκέπτεται ιδιωτικά έναν ιατρό δεν είναι μεγάλο. Αυτό ενδεχομένως να αναδεικνύει και την αδυναμία πληρωμής ενός ιδιωτικού ιατρού εκ μέρους των ασθενών. Το άλλο είναι το σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων που επισκέπτονται έναν συγκεκριμένο ιατρό στο ιατρείο, κάτι που προκύπτει από το ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας προτιμούν να διατηρούν τον

ίδιο ιατρό και να τον ακολουθούν παρά να δέχονται υπηρεσίες από διαφορετικούς, κάτι που ίσως τους δίνει την πεποίθηση της σωστής, σταθερής πληροφόρησης με απώτερο σκοπό την μείωση της αβεβαιότητας που επικρατεί στον εξειδικευμένο χώρο της υγείας.

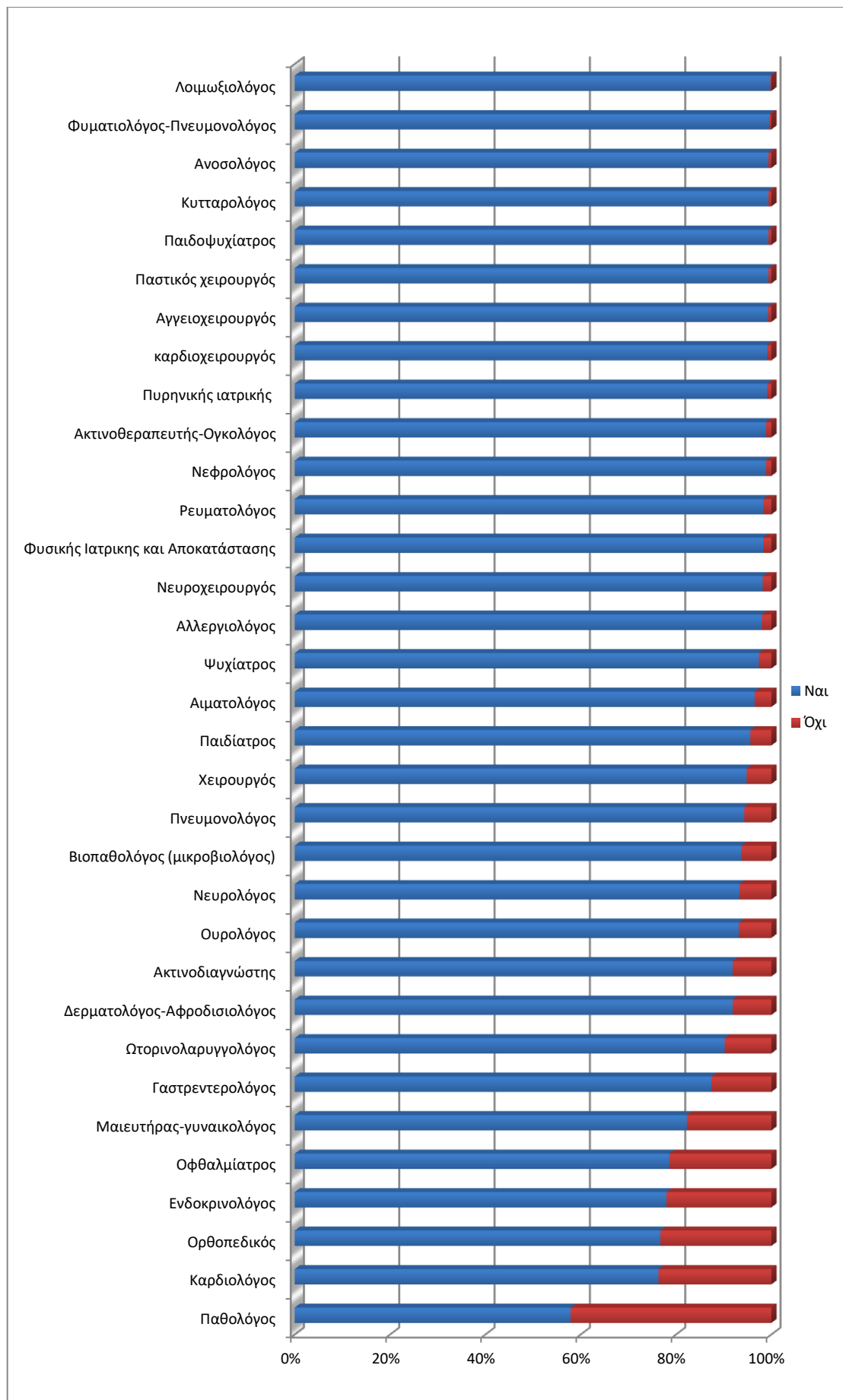
	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Παθολόγος	313	57,9%	228	42,1%
Καρδιολόγος	413	76,3%	128	23,7%
Ορθοπεδικός	415	76,7%	126	23,3%
Ενδοκρινολόγος	422	78,0%	119	22,0%
Οφθαλμίατρος	425	78,6%	116	21,4%
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος	445	82,3%	96	17,7%
Γαστρεντερολόγος	473	87,4%	68	12,6%
Ωτορινολαρυγγολόγος	488	90,2%	53	9,8%
Ακτινοδιαγνώστης	497	91,9%	44	8,1%
Δερματολόγος- Αφροδισιολόγος	497	91,9%	44	8,1%
Ουρολόγος	504	93,2%	37	6,8%
Νευρολόγος	505	93,3%	36	6,7%
Βιοπαθολόγος (Μικροβιολόγος)	507	93,7%	34	6,3%
Πνευμονολόγος	510	94,3%	31	5,7%
Χειρουργός	513	94,8%	28	5,2%
Παιδίατρος	517	95,6%	24	4,4%
Αιματολόγος	522	96,5%	19	3,5%

Ψυχίατρος	527	97,4%	14	2,6%
Αλλεργιολόγος	530	98,0%	11	2,0%
Νευροχειρουργός	531	98,2%	10	1,8%
Ρευματολόγος	532	98,3%	9	1,7%
Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης	532	98,3%	9	1,7%
Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος	535	98,9%	6	1,1%
Νεφρολόγος	535	98,9%	6	1,1%
Καρδιοχειρουργός	536	99,1%	5	,9%
Πυρηνικής Ιατρικής	536	99,1%	5	,9%
Αγγειοχειρουργός	537	99,3%	4	,7%
Ανοσολόγος	538	99,4%	3	,6%
Κυτταρολόγος	538	99,4%	3	,6%
Παιδοψυχίατρος	538	99,4%	3	,6%
Πλαστικό Χειρουργό	538	99,4%	3	,6%
Φυματιολόγος- Πνευμονολόγος	539	99,6%	2	,4%
Λοιμωξιολόγος	540	99,8%	1	,2%

ΠΙΝΑΚΑΣ 60 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 60 το 42,1% του δείγματος έχει επισκεφθεί τους τελευταίους 12 μήνες παθολόγο, το 23,7% καρδιολόγο, το 23,3% ορθοπαιδικό, το 22,0% ενδοκρινολόγο, το 21,4% οφθαλμίατρο, το 17,7% μαιευτήρα-γυναικολόγο, το 12,6% γαστρεντερολόγο, το 9,8% ωτορινολαρυγγολόγο, το 8,1% δερματολόγο, το 8,1% ακτινοδιαγνώστη, το 6,8% ουρολόγο, το 6,7% νευρολόγο, το 6,3% βιοπαθολόγο, το 5,2% χειρουργό, το 5,7% πνευμονολόγο και αναφέρθηκαν ακόμα 18 άλλες ειδικότητες σε ποσοστά από 0,2% -4,4%. Οι ειδικότητες που έχουν τα

μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν ασθένειες που παρουσιάζονται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που η υγεία τους χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση και ως εκ τούτου η σειρά εμφάνισης τους είναι εύλογη. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι υπάρχουν ειδικότητες που αφορούν την κοσμητική ιατρική κυρίως που έχουν το ίδιο ποσοστό με ουσιαστικές ιδιότητες όπως αυτή του παιδοψυχίατρου.

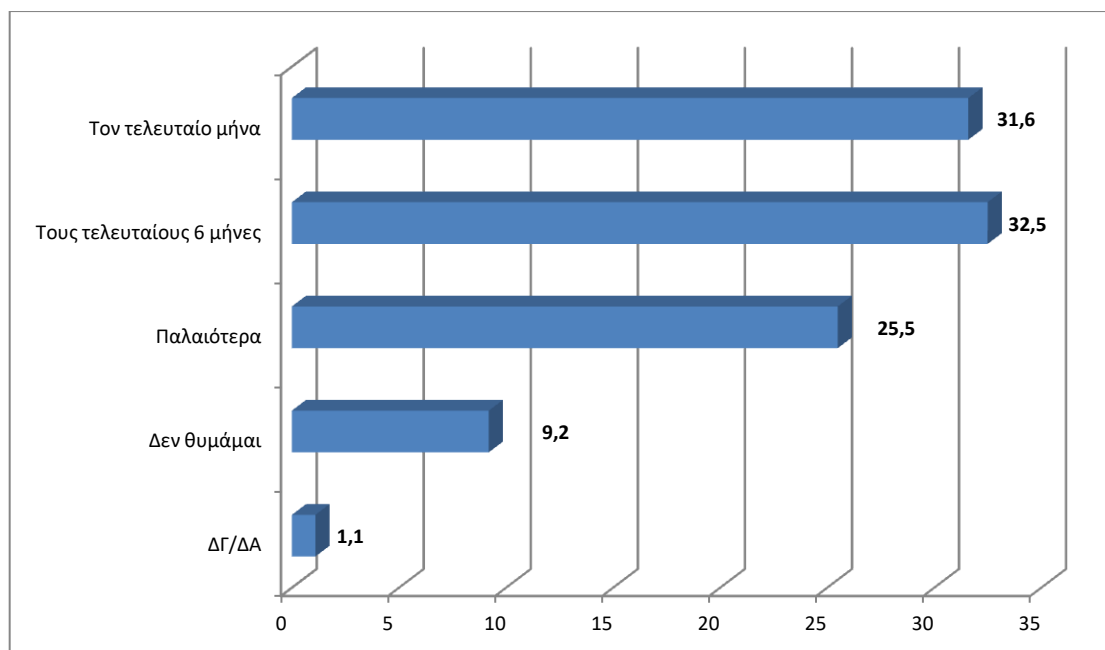


ΓΡΑΦΗΜΑ 120 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Τον τελευταίο μήνα	171	31,6	31,6	31,6
Τους τελευταίους 6 μήνες	176	32,5	32,5	64,1
Παλαιότερα	138	25,5	25,5	89,6
Δεν θυμάμαι	50	9,2	9,2	98,9
ΔΓ/ΔΑ	6	1,1	1,1	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 61 ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΙΑΤΡΟΥ (ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ Η ΑΠΟ ΠΟΛΥΗΜΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Σύμφωνα με τον πίνακα 61 το 31,6% του δείγματος επισκέφθηκε τον τελευταίο μήνα ιατρό, το 32,5% τους τελευταίους 6 μήνες, το 25,5% παλιότερα, το 9,2% δεν θυμάται και το 1,1% δεν γνωρίζει/δεν απάντησε.

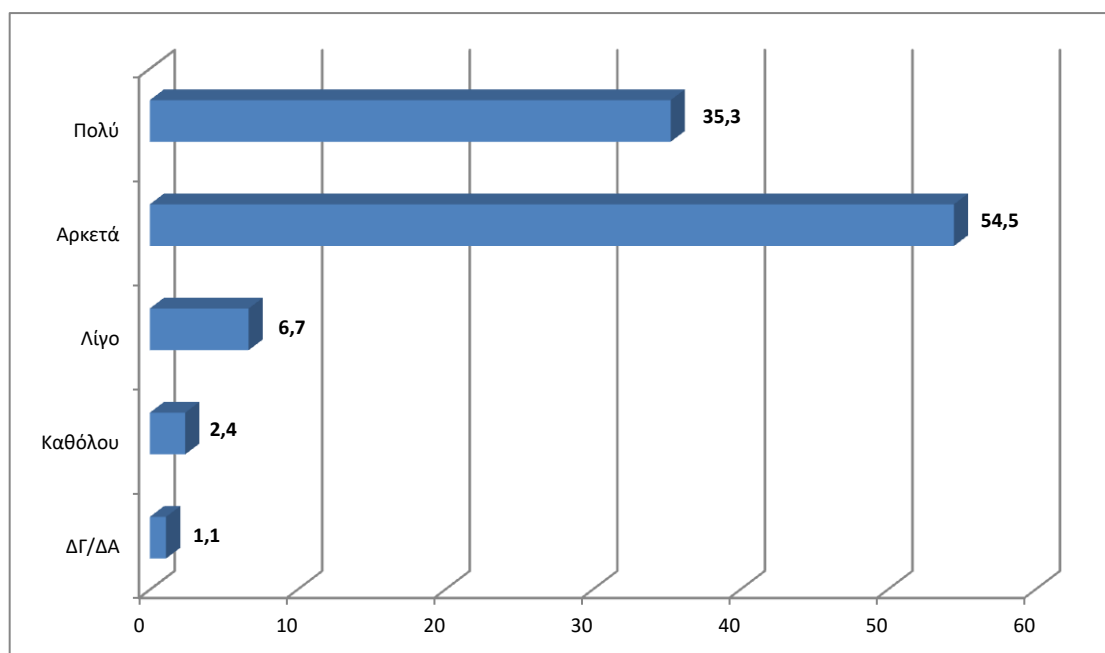


ΓΡΑΦΗΜΑ 121 ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΙΑΤΡΟΥ (ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ Η ΑΠΟ ΠΟΛΥΗΜΕΡΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πολύ	191	35,3	35,3	35,3
Αρκετά	295	54,5	54,5	89,8
Λίγο	36	6,7	6,7	96,5
Καθόλου	13	2,4	2,4	98,9
ΔΓ/ΔΑ	6	1,1	1,1	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 62 ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ

Σύμφωνα με τον πίνακα 62 το 89,8% του δείγματος είναι τουλάχιστον αρκετά ικανοποιημένο από την τελευταία του επίσκεψη σε ιατρό, το 6,7% λίγο και το 2,4% καθόλου. Η ικανοποίηση όμως αυτή ενδεχομένως να οφείλεται στον ίδιο τον ιατρό και όχι στο γενικότερο σύστημα στο οποίο εντάσσεται.



ΓΡΑΦΗΜΑ 122 ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ

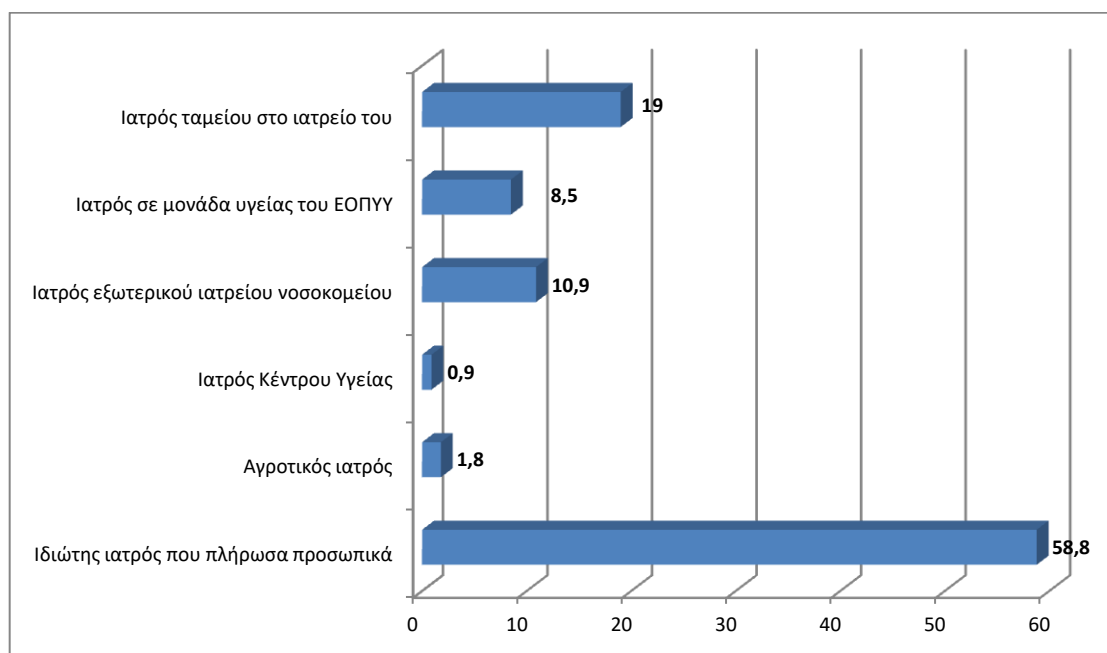
Είδος ιατρού για την τελευταία επίσκεψη

	N	Ποσοστό	Έγκυρο	Αθροιστικό
			ποσοστό	ποσοστό
Γιατρός ταμείου στο ιατρείο του	103	19,0	19,0	19,0
Γιατρός σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ 46 (πρώην Μονάδες Υγείας ...)	46	8,5	8,5	27,5
Γιατρός εξωτερικού ιατρού νοσοκομείου	59	10,9	10,9	38,4
Γιατρός Κέντρου Υγείας	5	,9	,9	39,4
Αγροτικός Γιατρός	10	1,8	1,8	41,2
Ιδιώτης γιατρός που πλήρωσα προσωπικά	318	58,8	58,8	100,0

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Γιατρός ταμείου στο ιατρείο του	103	19,0	19,0	19,0
Γιατρός σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας ...)	46	8,5	8,5	27,5
Γιατρός εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου	59	10,9	10,9	38,4
Γιατρός Κέντρου Υγείας	5	,9	,9	39,4
Αγροτικός Γιατρός	10	1,8	1,8	41,2
Ιδιώτης γιατρός που πλήρωσα προσωπικά	318	58,8	58,8	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 63 ΕΙΔΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Σύμφωνα με τον πίνακα 63 το 58,8% πραγματοποίησε την τελευταία του επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό και πλήρωσε κανονικά, το 19% σε ιατρείο που διατηρεί ιατρός του ταμείου του, το 10,9% σε ιατρό εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου, το 8,5% σε ιατρό μονάδας υγείας του ΕΟΠΥΥ, το 1,8% σε αγροτικό ιατρό και το 0,9% σε ιατρό κέντρου υγείας. Το μεγάλο ποσοστό που πληρώνει ιδιώτη ιατρό αντανακλά την εμπιστοσύνη του χρήστη αποκλειστικά στον επαγγελματία και όχι στο σύστημα. Για να επιλέξει κάποιος έναν συγκεκριμένο ιατρό και να πάει στο ιατρείο του πληρώνοντας αντί να απευθυνθεί σε ένα συνάδελφο του από τον οποίο θα μπορούσε να εξυπηρετηθεί δωρεάν, σημαίνει ότι θεωρεί ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι σημαντικές και ως εκ τούτου θα πρέπει να ανταπεξέλθει στο αντίτιμο.



ΓΡΑΦΗΜΑ 123 ΕΙΔΟΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Με το βιβλιάριο μου – δεν πλήρωσα κάτι	147	27,2	65,9	65,9
Πλήρωσα 10 ευρώ	26	4,8	11,7	77,6
Πλήρωσα 20 ευρώ	21	3,9	9,4	87,0
Πλήρωσα 30 ευρώ	7	1,3	3,1	90,1
Πλήρωσα 40 ευρώ	5	,9	2,2	92,4
Πλήρωσα 50 ευρώ	6	1,1	2,7	95,1
Πλήρωσα 60-100 ευρώ	6	1,1	2,7	97,8
Πλήρωσα περισσότερα	1	,2	,4	98,2
ΔΓ/ΔΑ	4	,7	1,8	100,0
Σύνολο	223	41,2	100,0	
Αναπάντητα	318	58,8		
Σύνολο	541	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 64 ΑΜΟΙΒΗ Η ΚΑΛΥΨΗ ΜΕ ΤΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 64 για το 41,2% του δείγματος που θέλησε να αναφερθεί στην πληρωμή του ιατρού ή όχι το 65,9% δήλωσε ότι δεν πλήρωσε κάτι αλλά ότι χρησιμοποίησε το βιβλιάριο του, το 11,7% πλήρωσε 10 ευρώ, το 9,4% πλήρωσε 20 ευρώ, το 3,1% πλήρωσε 30 ευρώ, το 2,7% πλήρωσε 60-100 ευρώ, ένα ακόμα 2,7% πλήρωσε 50 ευρώ, το 2,2% πλήρωσε 40 ευρώ και το υπόλοιπο 0,7% δεν απάντησε ή δεν γνώριζε.

		N	%
Με παρακολούθησε / με εξέτασε	Τίποτα	120	22,2%
	Με παρακολούθησε / με εξέτασε	421	77,8%
Μου έγραψε φάρμακα	Τίποτα	262	48,4%
	Μου έγραψε φάρμακα	279	51,6%
Μου έγραψε Παρακλινικές εξετάσεις	Τίποτα	343	63,4%
	Μου έγραψε Παρακλινικές εξετάσεις	198	36,6%
Με παρέπεμψε σε κάποιον ειδικό γιατρό	Τίποτα	517	95,6%
	Με παρέπεμψε σε κάποιον ειδικό γιατρό	24	4,4%
Με παρέπεμψε σε νοσοκομείο	Τίποτα	525	97,0%
	Με παρέπεμψε σε νοσοκομείο	16	3,0%

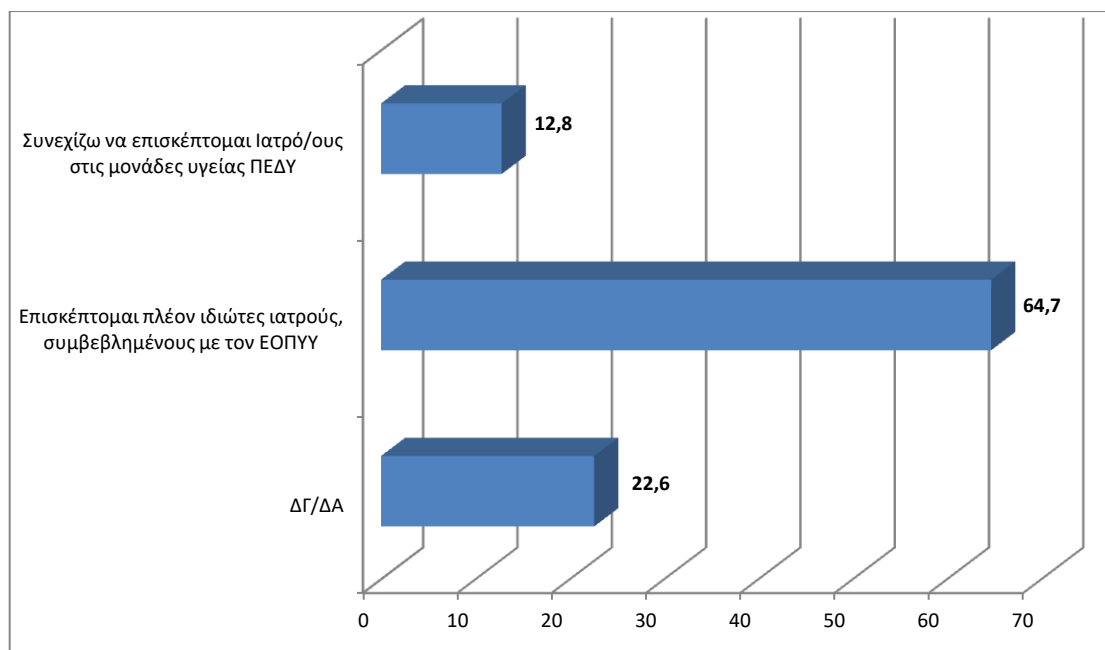
ΠΙΝΑΚΑΣ 65 ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΟ (ΤΙ ΕΚΑΝΕ Ο ΙΑΤΡΟΣ)

Σύμφωνα με τον πίνακα 65 το 77,8% του δείγματος ανέφερε ότι ο ιατρός τους εξέτασε, το 51,6% ανέφερε ότι τους έγραψε φάρμακα, το 36,6% ανέφερε ότι τους έγραψε Παρακλινικές εξετάσεις, το 4,4% τους παρέπεμψε σε κάποιον ειδικό ιατρό και το 3,0% τους παρέπεμψε σε νοσοκομείο. Ένα σημαντικό μέρος του δείγματος φαίνεται ότι χρησιμοποιεί τον ιατρό ως ένα είδος μέσου για την παροχή άλλων υπηρεσιών. Από αυτό αναδεικνύεται ότι σε μεγάλο βαθμό ο ιατρός στο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρησιμοποιείται ως ένα μέσο γραφειοκρατίας προκειμένου να λάβουν άλλες υπηρεσίες.

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Συνεχίζω να επισκέπτομαι γιατρό/ούς στις Μονάδες 69 Υγείας ΠΕΔΥ		12,8	12,8	12,8
Επισκέπτομαι πλέον ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ	350	64,7	64,7	77,4
ΔΓ/ΔΑ	122	22,6	22,6	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 66 ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ, ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΕΔΥ, ΣΑΣ ΔΙΝΕΤΑΙ Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΝΑ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙΤΕ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ, ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΝΕΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ. ΕΣΕΙΣ ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΕΠΙΛΕΓΕΤΕ;

Σύμφωνα με τον πίνακα 66 το 64,7% ανέφερε ότι πλέον επισκέπτεται ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, το 12,8% ανέφερε ότι θα συνέχιζε να επισκέπτεται ιατρούς στις μονάδες υγείας και το 22,6% δεν γνωρίζει/δεν απάντησε.



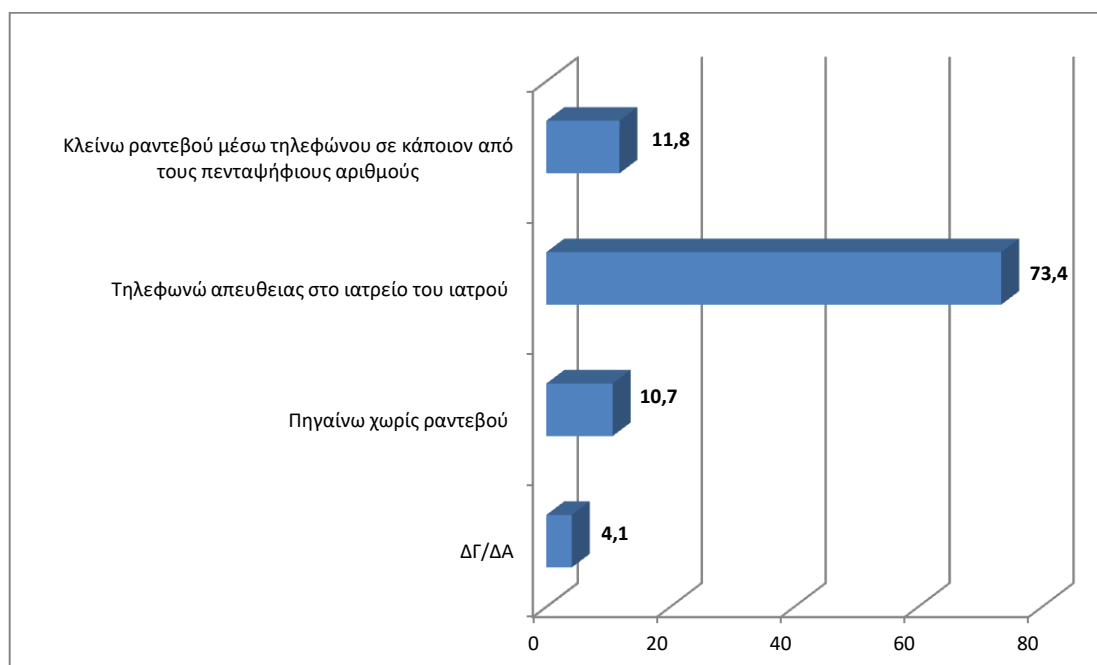
ΓΡΑΦΗΜΑ 124 ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ, ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΕΔΥ, ΣΑΣ ΔΙΝΕΤΑΙ Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΝΑ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙΤΕ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΥΣ, ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ ΝΕΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ. ΕΣΕΙΣ ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΕΠΙΛΕΓΕΤΕ;

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Κλείνω ραντεβού μέσω τηλεφώνου σε κάποιον από τους 64 ψηφίω...		11,8	11,8	11,8
Τηλεφωνώ απευθείας στο ιατρείο του γιατρού	397	73,4	73,4	85,2
Πηγαίνω χωρίς ραντεβού	58	10,7	10,7	95,9
ΔΓ/ΔΑ	22	4,1	4,1	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 67 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΟΡΙΣΤΕΙ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΕ ΙΑΤΡΟ

Σύμφωνα με τον πίνακα 67 το 73,4% του δείγματος αναφέρει ότι τηλεφωνεί απευθείας στο ιατρείο του ιατρού, το 11,8% κλείνει ραντεβού μέσω τηλεφώνου σε

κάποιον από τους 5ψηφίους αριθμούς, το 10,7% πηγαίνει χωρίς ραντεβού και το 4,1% δεν γνωρίζει /δεν απάντησε.



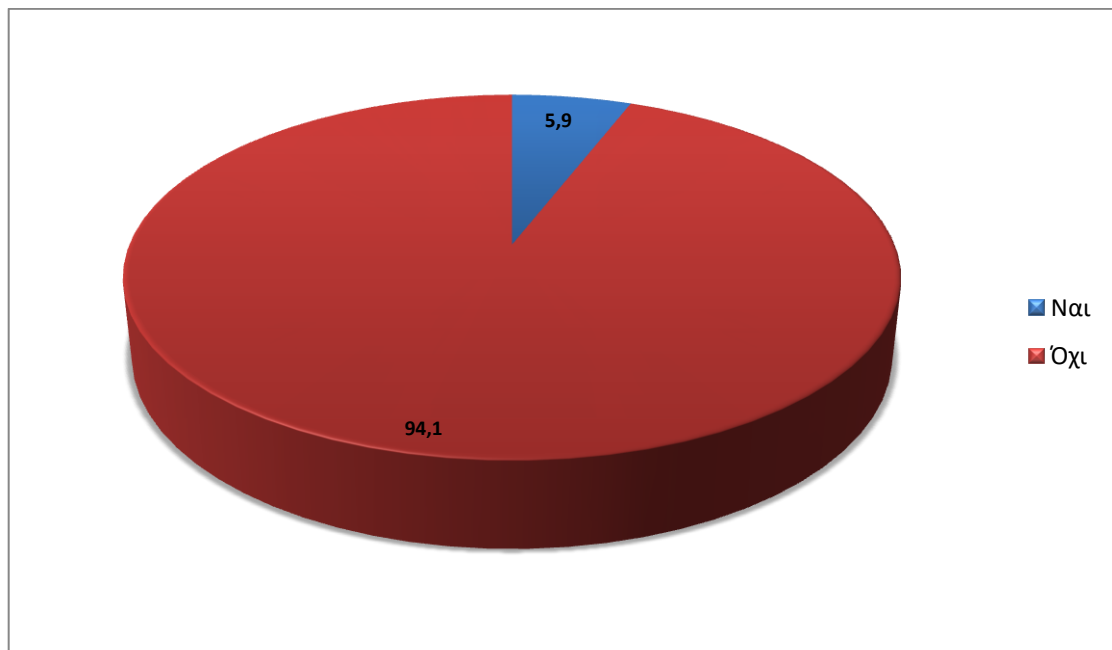
ΓΡΑΦΗΜΑ 125 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΟΡΙΣΤΕΙ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΕ ΙΑΤΡΟ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	32	5,9	5,9	5,9
Όχι	509	94,1	94,1	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 68 ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΟΡΙΣΤΕΙ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΜΕ ΧΡΕΩΣΗ 1 ΕΥΡΩ

Σύμφωνα με τον πίνακα 68 το 5,9% μόνο του δείγματος χρησιμοποιεί την τηλεφωνική υπηρεσία για να οριστεί ραντεβού στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ με χρέωση 1 ευρώ. Μάλιστα το 40,6% αυτών χρησιμοποιεί τον αριθμό 14784, το 31,3% το 14900, το 9,4% το 14554, το 6,3% το 14774 και το 12,5% δεν θυμάται. Επιπλέον το 87,5% αυτών είναι τουλάχιστον αρκετά ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση και

το 22,5% όχι και τόσο. Για όσους δεν κάλεσαν κάποιον αριθμό το 35,6% ανέφερε ως λόγο το ότι πηγαίνει σε ιατρείο ιδιώτη συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ, το 23% το ότι πληρώνει 10-20 ευρώ σε κάποιον ιδιώτη ιατρό και μου συνταγογραφεί, το 26,1% το ότι δεν χρειάστηκε ιατρό, το 10,9% πηγαίνει σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου ή κέντρου υγείας, το 11,6% πηγαίνει σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου ή κέντρου υγείας και το 3,7% για να μην χρεωθεί πηγαίνει στην γραμματεία του κοντινού ΠΕΔΥ.



ΓΡΑΦΗΜΑ 126 ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΟΡΙΣΤΕΙ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΜΕ ΧΡΕΩΣΗ 1 ΕΥΡΩ

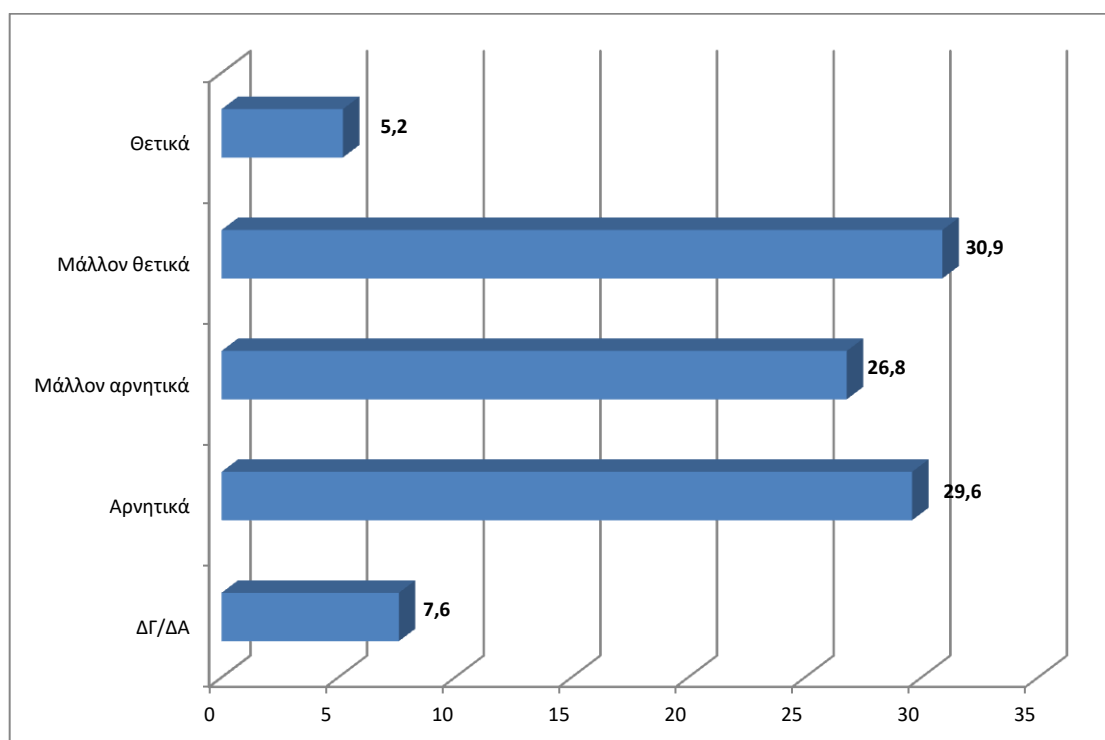
Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα ταμεία έως σήμερα

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Θετικά	28	5,2	5,2	5,2
Μάλλον θετικά	167	30,9	30,9	36,0
Μάλλον αρνητικά	145	26,8	26,8	62,8

Αρνητικά	160	29,6	29,6	92,4
ΔΓ/ΔΑ	41	7,6	7,6	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 69 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Σύμφωνα με τον πίνακα 69 το 56,4% του δείγματος έκρινε μάλλον αρνητικά ή αρνητικά τον ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα ταμεία έως σήμερα, το 36% θετικά και το 7,6% δεν γνωρίζει/δεν απάντησε.



ΓΡΑΦΗΜΑ 127 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
---	---------	----------------	--------------------

Φάρμακα	Τώρα	219	40,5	40,5	40,5
	Παλαιότερα	241	44,5	44,5	85,0
	ΔΓ/ΔΑ	81	15,0	15,0	100,0
Εξετάσεις	Τώρα	216	39,9	39,9	39,9
	Παλαιότερα	240	44,4	44,4	84,3
	ΔΓ/ΔΑ	85	15,7	15,7	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 70 ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 4 ΧΡΟΝΙΑ, ΠΟΤΕ ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΟΤΙ ΕΙΧΑΤΕ ΕΥΚΟΛΟΤΕΡΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ Η ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΩΡΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ Η ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΑ;

Σύμφωνα με τον πίνακα 70 το 44,5% του δείγματος δήλωσε ότι παλιότερα είχε ευκολότερη πρόσβαση σε φάρμακα από ότι τώρα με τον ΕΟΠΠΥ και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Για τις εξετάσεις το ποσοστό αυτό ήταν 44,4%. Η ευκολότερη πρόσβαση στα φάρμακα ήταν και αυτή που συνιστούσε και την αλόγιστη χρήση η οποία πλέον ελέγχεται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτό που αναδεικνύεται είναι ότι πλέον οι ασθενείς δεν μπορούν να ζητούν από τον ιατρό να τους γράφει ασύστολα φάρμακα και έχει δυσκολέψει η πρόσβαση τους σε αυτά λόγω του ελέγχου που γίνεται.

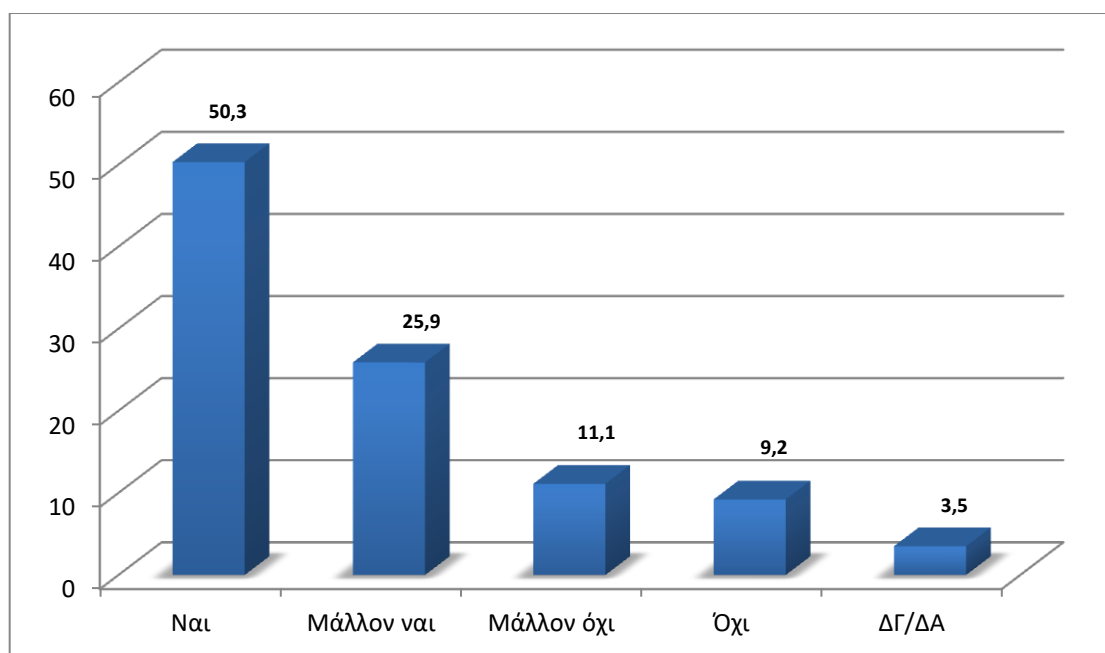
Τα τελευταία χρόνια, λόγω και της μεγάλης οικονομικής κρίσης, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και του ΕΟΠΥΥ, καθώς και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ειδικότερα. Συμφωνείτε ότι η υγεία είναι ένας χώρος που μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους;

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	272	50,3	50,3	50,3
Μάλλον ναι	140	25,9	25,9	76,2
Μάλλον όχι	60	11,1	11,1	87,2

Όχι	50	9,2	9,2	96,5
ΔΓ/ΔΑ	19	3,5	3,5	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 71 ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ, ΛΟΓΩ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ, ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΧΩΡΟΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ ΔΡΑΣΤΙΚΑ Η ΣΠΑΤΑΛΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΜΕΙΩΘΟΥΝ ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ;

Σύμφωνα με τον πίνακα 71 το 76,2% θεωρεί πως η υγεία είναι ένας χώρος που μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους ενώ το 20,3% είναι αρνητικό. Το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων υποστηρίζει ότι η μείωση είναι εφικτή χωρίς να υπάρχει υποτίμηση των υπηρεσιών σημαίνει ότι θεωρεί ότι αυτό οφείλεται κυρίως στους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες που αυτοί παρέχουν.

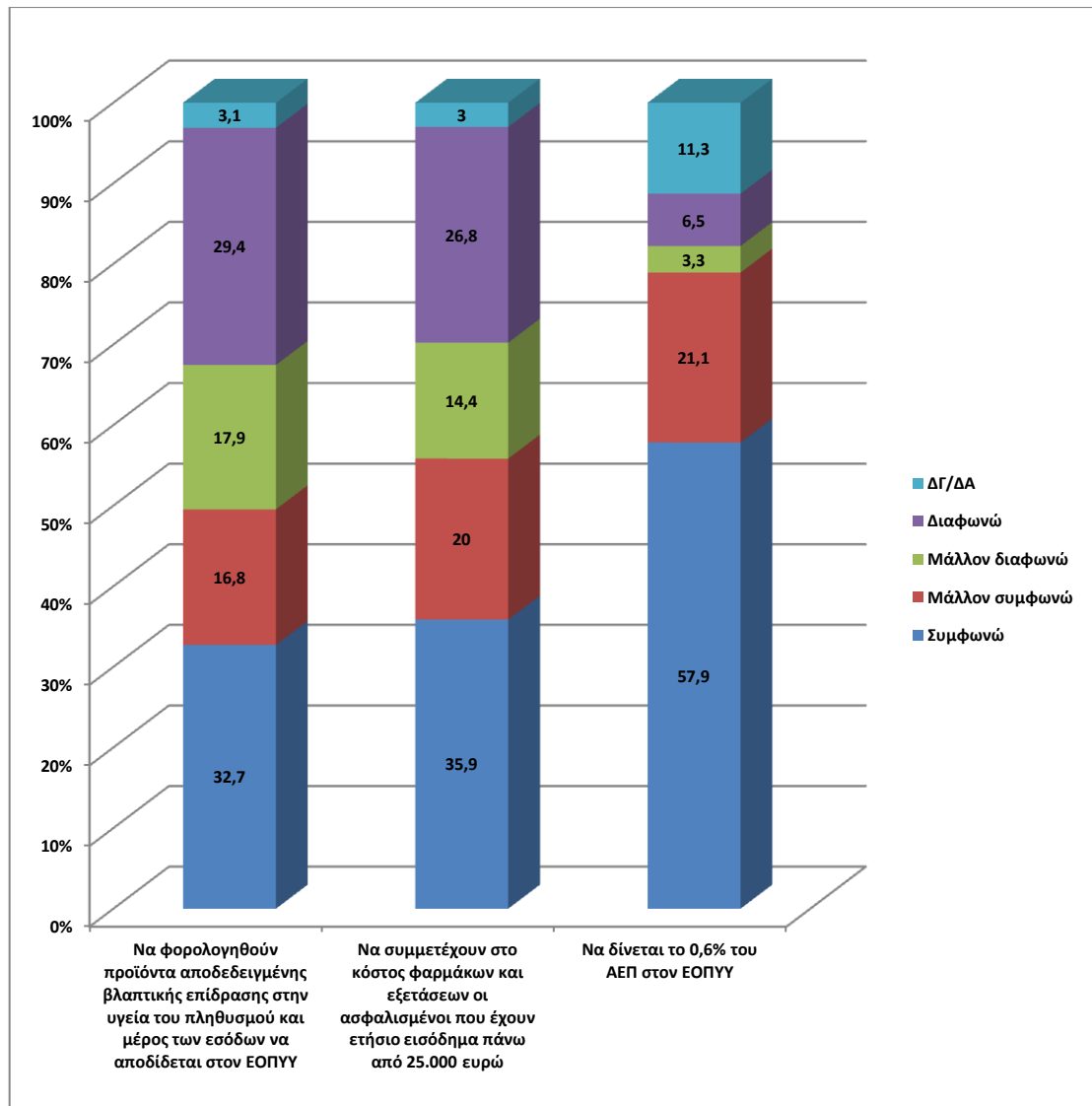


ΓΡΑΦΗΜΑ 128 ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ, ΛΟΓΩ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ, ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΟΒΑΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΧΩΡΟΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ ΔΡΑΣΤΙΚΑ Η ΣΠΑΤΑΛΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΜΕΙΩΘΟΥΝ ΟΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ;

	Συμφωνώ		Μάλλον Συμφωνώ		Μάλλον διαφωνώ		Διαφωνώ		ΔΓ/ΔΑ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Να δίνεται το 0,6% του ΑΕΠ στον ΕΟΠΥΥ	313	57,9%	114	21,1%	18	3,3%	35	6,5%	61	11,3%
Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ	194	35,9%	108	20,0%	78	14,4%	145	26,8%	16	3,0%
Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ	177	32,7%	91	16,8%	97	17,9%	159	29,4%	17	3,1%

ΠΙΝΑΚΑΣ 72 ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΡΟΣΚΟΠΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 72 το 79% του δείγματος συμφωνεί με την πρόταση να δίνεται το 0,6% του ΑΕΠ στον ΕΟΠΥΥ την στήριξη του ΕΟΠΥΥ και την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας, το 55,9% συμφωνεί να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ και το 49,5% συμφωνεί να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ.

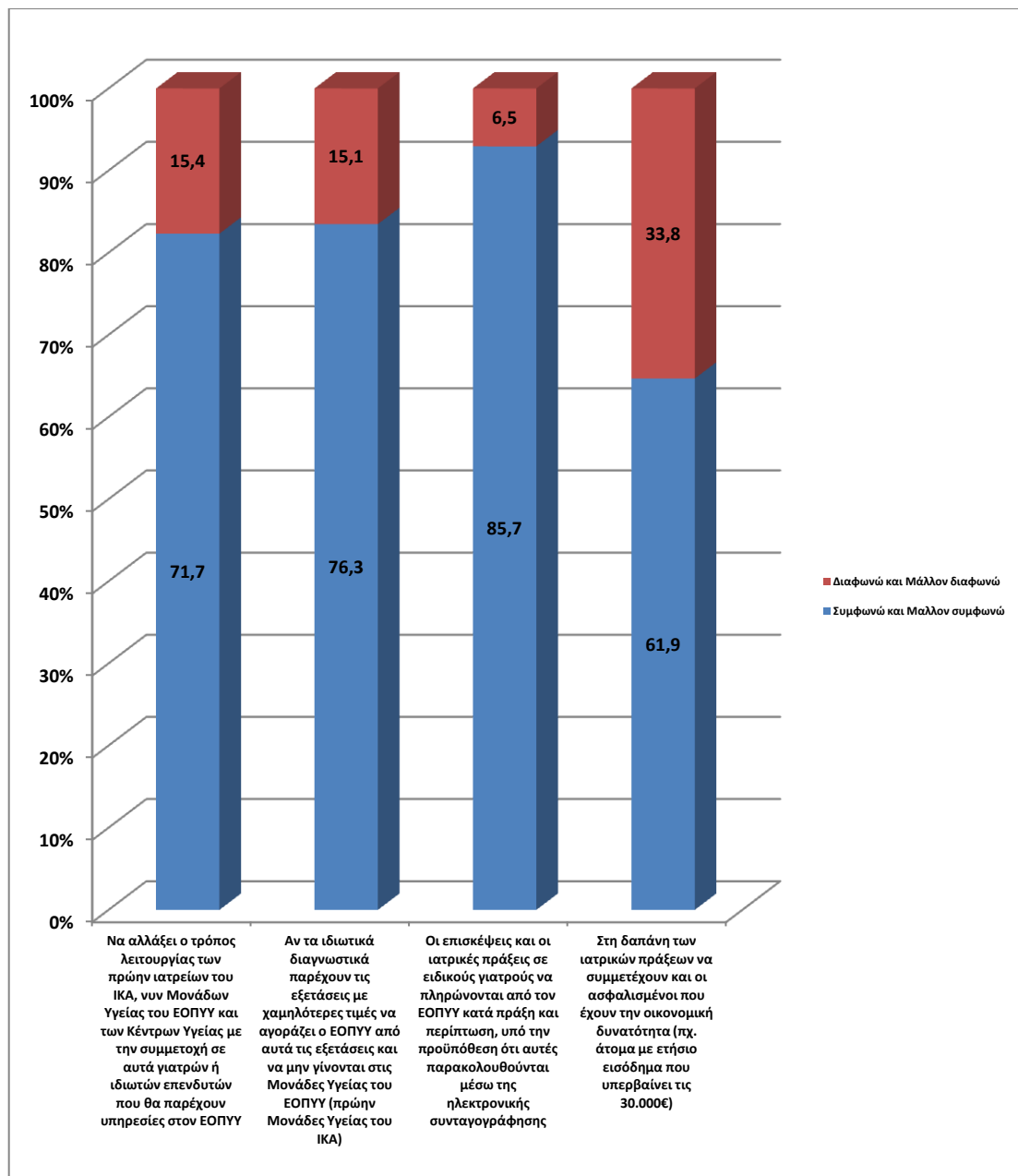


ΓΡΑΦΗΜΑ 129 ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΡΟΣΚΟΠΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

	Συμφωνώ		Μάλλον συμφωνώ		Μάλλον διαφωνώ		Διαφωνώ		ΔΓ/ΔΑ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους	45	8,3%	78	14,4%	157	29,0%	231	42,7%	30	5,5%
Να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ	55	10,2%	44	8,1%	139	25,7%	281	51,9%	22	4,1%
Να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια(εξαιρούνται άνεργοι, χαμηλοσυνταξιούχοι)	133	24,6%	188	34,8%	66	12,2%	105	19,4%	49	9,1%
Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας	315	58,2%	149	27,5%	26	4,8%	32	5,9%	19	3,5%
Στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€)	144	26,6%	191	35,3%	78	14,4%	105	19,4%	23	4,3%
Οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.	294	54,3%	170	31,4%	22	4,1%	13	2,4%	42	7,8%
Αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ)	264	48,8%	149	27,5%	45	8,3%	37	6,8%	46	8,5%
Να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νυν Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ	226	41,8%	162	29,9%	36	6,7%	47	8,7%	70	12,9%

ΠΙΝΑΚΑΣ 73 ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Σύμφωνα με τον πίνακα 73 το 85,7% του δείγματος συμφωνεί με την πρόταση οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το 85,7% με το να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας, το 76,3% με την πρόταση αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ), το 71,7% με το να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νων Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ. Το 61,9% συμφωνεί με την πρόταση στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν επίσης και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€), την ίδια στιγμή που το 59,4% συμφωνεί με το να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια. Το 18,3% συμφωνεί με το να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ και το 22,7% με την πρόταση η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους.

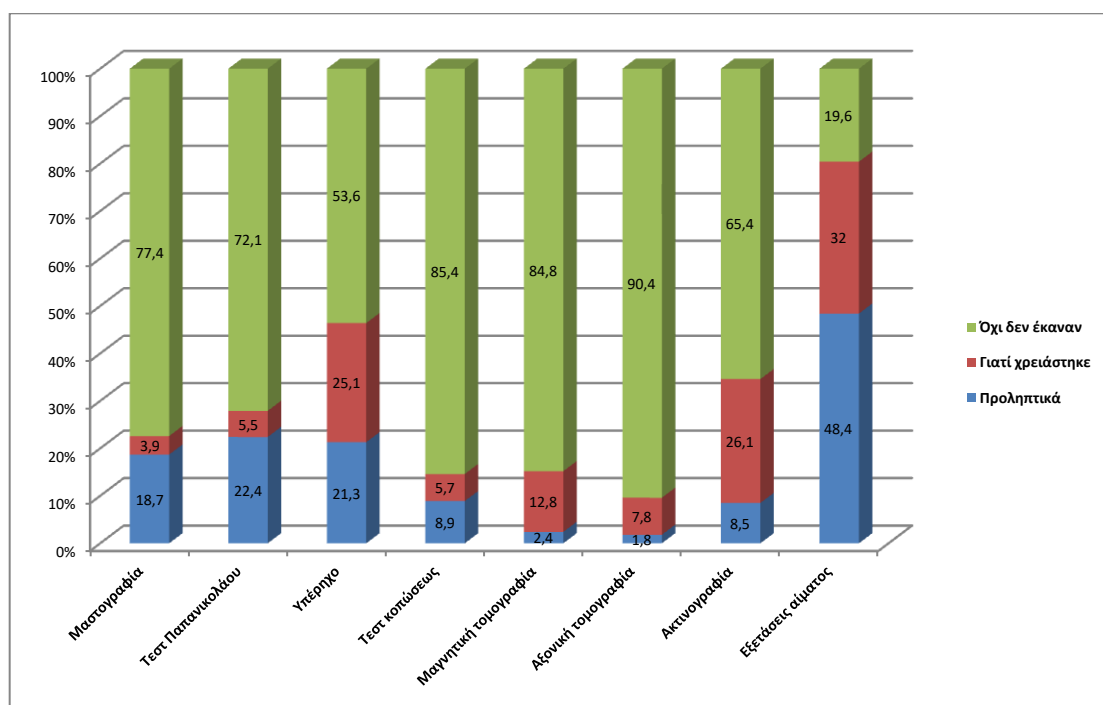


ΓΡΑΦΗΜΑ 130 ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

	Προληπτικά		Γιατί χρειάστηκε		Όχι δεν έκανα	
	N	%	N	%	N	%
Εξετάσεις αίματος	262	48,4%	173	32,0%	106	19,6%
Ακτινογραφία	46	8,5%	141	26,1%	354	65,4%
Αξονική τομογραφία	10	1,8%	42	7,8%	489	90,4%
Μαγνητική τομογραφία	13	2,4%	69	12,8%	459	84,8%
Τεστ κοπώσεως	48	8,9%	31	5,7%	462	85,4%
Υπέρηχο	115	21,3%	136	25,1%	290	53,6%
Τεστ Παπανικολάου	121	22,4%	30	5,5%	390	72,1%
Μαστογραφία	101	18,7%	21	3,9%	419	77,4%

ΠΙΝΑΚΑΣ 74 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ 12ΜΗΝΟ

Σύμφωνα με τον πίνακα 74 το 48,4% του δείγματος έκανε προληπτικά εξετάσεις αίματος και το 32,0% γιατί χρειάστηκε. Απεναντίας το 21,3% έκανε προληπτικά υπέρηχο και το 25,1% γιατί χρειάστηκε, ενώ το 8,5% έκανε προληπτικά ακτινογραφία και το 26,1% γιατί χρειάστηκε. Το 22,4% έκανε προληπτικά τεστ Παπανικολάου και το 5,5% γιατί χρειάστηκε. Το 18,7% έκανε προληπτικά μαστογραφία και το 3,9% γιατί χρειάστηκε. Το 8,9% έκανε προληπτικά τεστ κοπώσεως και το 5,7% γιατί χρειάστηκε, ενώ το 2,4% έκανε προληπτικά μαγνητική τομογραφία και το 12,8% γιατί χρειάστηκε και το 1,8% έκανε προληπτικά αξονική τομογραφία και το 7,8% γιατί χρειάστηκε.



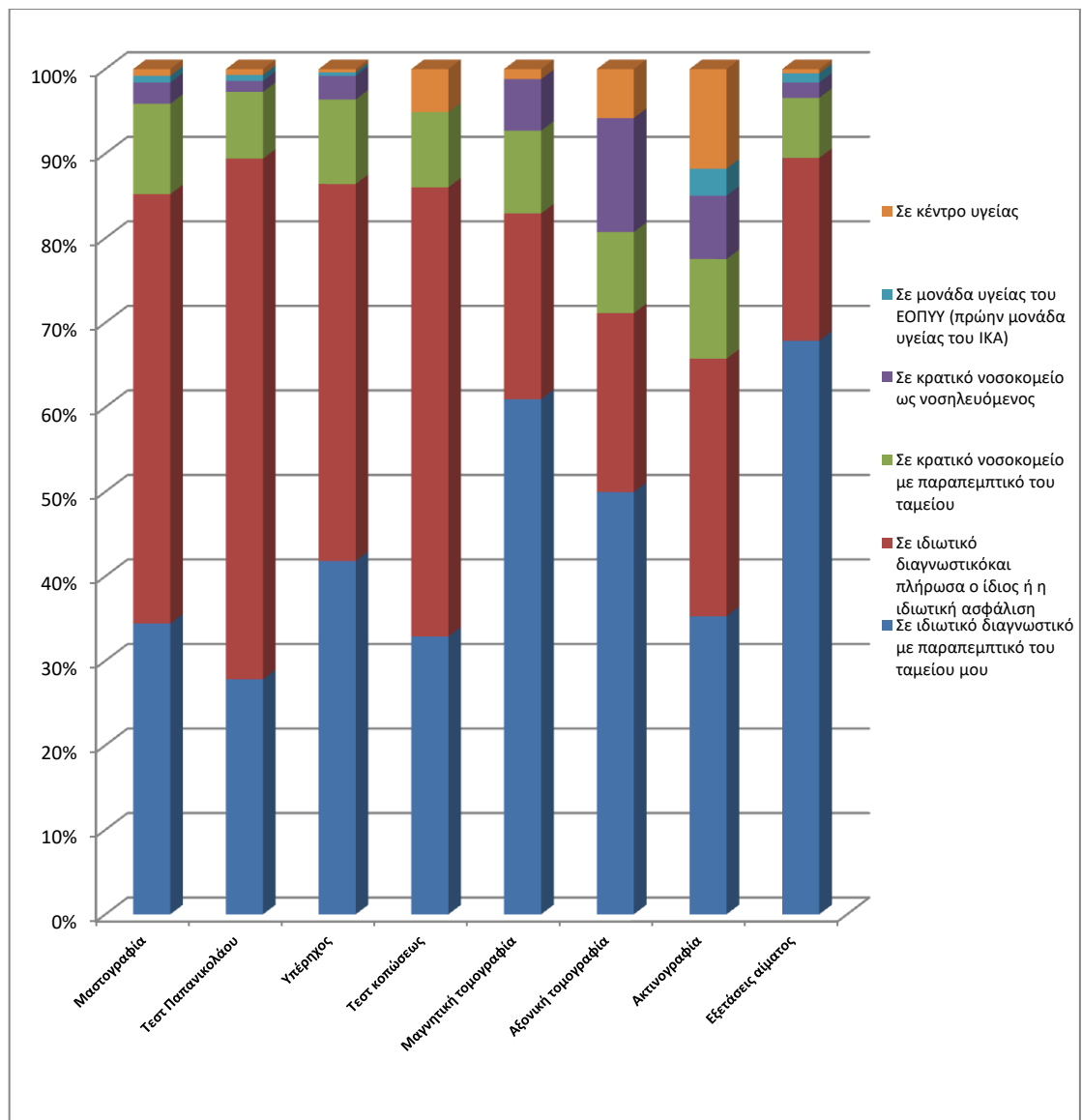
ΓΡΑΦΗΜΑ 131 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ 12ΜΗΝΟ

	Σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου μου		Σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωση ο ίδιος ή η ιδιωτική ...		Σε κρατικό νοσοκομείο με παραπεμπτικό του ταμείου		Σε κρατικό νοσοκομείο ως νοσηλεύόμενος		Σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδα Υγείας του ΙΚΑ)		Σε Κέντρο Υγείας	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Εξετάσεις αίματος	295	67,8%	94	21,6%	31	7,1%	8	1,8%	5	1,1%	2	,5%
Ακτινογραφία	66	35,3%	57	30,5%	22	11,8%	14	7,5%	6	3,2%	22	11,8%
Αξονική τομογραφία	26	50,0%	11	21,2%	5	9,6%	7	13,5%	0	,0%	3	5,8%
Μαγνητική τομογραφία	50	61,0%	18	22,0%	8	9,8%	5	6,1%	0	,0%	1	1,2%
Τεστ κοπώσεως	26	32,9%	42	53,2%	7	8,9%	0	,0%	0	,0%	4	5,1%
Υπέρηχο	105	41,8%	112	44,6%	25	10,0%	7	2,8%	1	,4%	1	,4%
Τεστ Παπανικολάου	42	27,8%	93	61,6%	12	7,9%	2	1,3%	1	,7%	1	,7%

Μαστογραφία	42	34,4%	62	50,8%	13	10,7%	3	2,5%	1	,8%	1	,8%
-------------	----	-------	----	-------	----	-------	---	------	---	-----	---	-----

ΠΙΝΑΚΑΣ 75 ΜΕΡΟΣ ΟΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 75 για όσους έκαναν εξετάσεις το 67,8% όσων πραγματοποίησαν εξετάσεις αίματος δήλωσαν ότι αυτές έγιναν σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους, το 61% πραγματοποίησε την μαγνητική τομογραφία σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους, το 50,0% πραγματοποίησε την αξονική τομογραφία σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους, το 53,2% πραγματοποίησε το τεστ κοπώσεως σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια, το 61,6% πραγματοποίησε το τεστ Παπανικολάου σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια, το 35,3% πραγματοποίησε τις ακτινογραφίες σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους και ένα ακόμα 30,5% σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια και το 34,4% πραγματοποίησε τις μαστογραφίες σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους και ένα ακόμα 50,8% σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια.

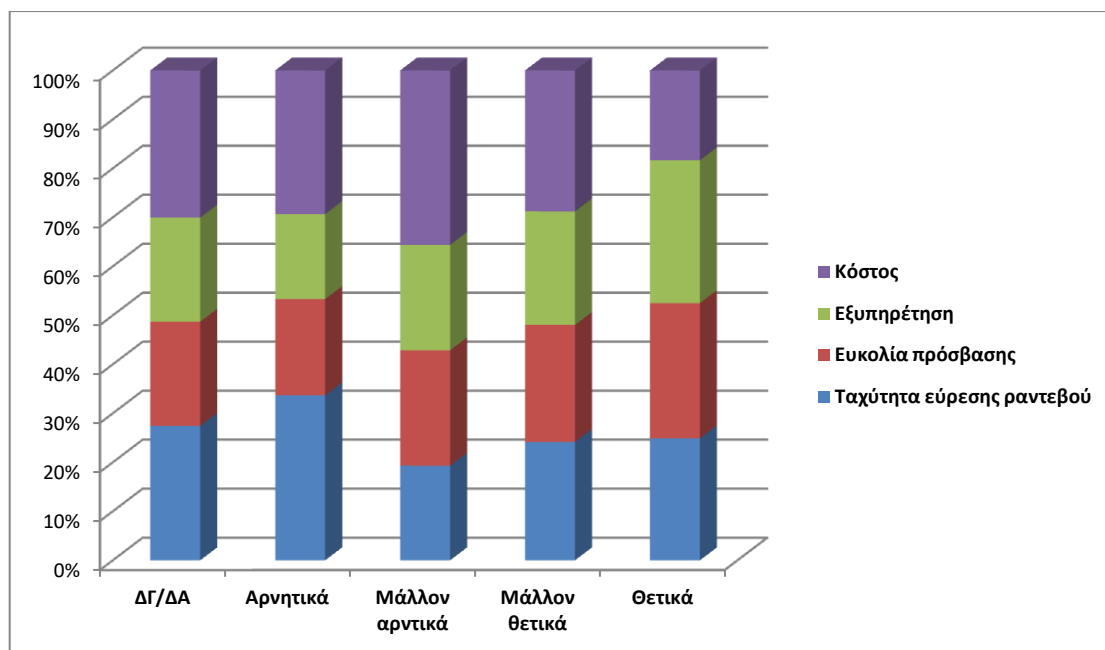


ΓΡΑΦΗΜΑ 132 ΜΕΡΟΣ ΟΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	Θετικά		Μάλλον θετικά		Μάλλον αρνητικά		Αρνητικά		ΔΓ/ΔΑ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ταχύτητα εύρεσης ραντεβού	212	45,2%	125	26,7%	45	9,6%	62	13,2%	25	5,3%
Ευκολία πρόσβασης	235	50,1%	124	26,4%	55	11,7%	36	7,7%	19	4,1%
Εξυπηρέτηση	248	52,9%	120	25,6%	50	10,7%	32	6,8%	19	4,1%
Κόστος	156	33,3%	149	31,8%	83	17,7%	54	11,5%	27	5,8%

ΠΙΝΑΚΑΣ 76 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 76 το 78,5% αξιολόγησε θετικά τις εξετάσεις που πραγματοποίησε ως προς την εξυπηρέτηση, το 76,5% ως προς την ευκολία πρόσβασης, το 71,9% ως προς την ταχύτητα εύρεσης ραντεβού και το 65,2% ως προς το κόστος.

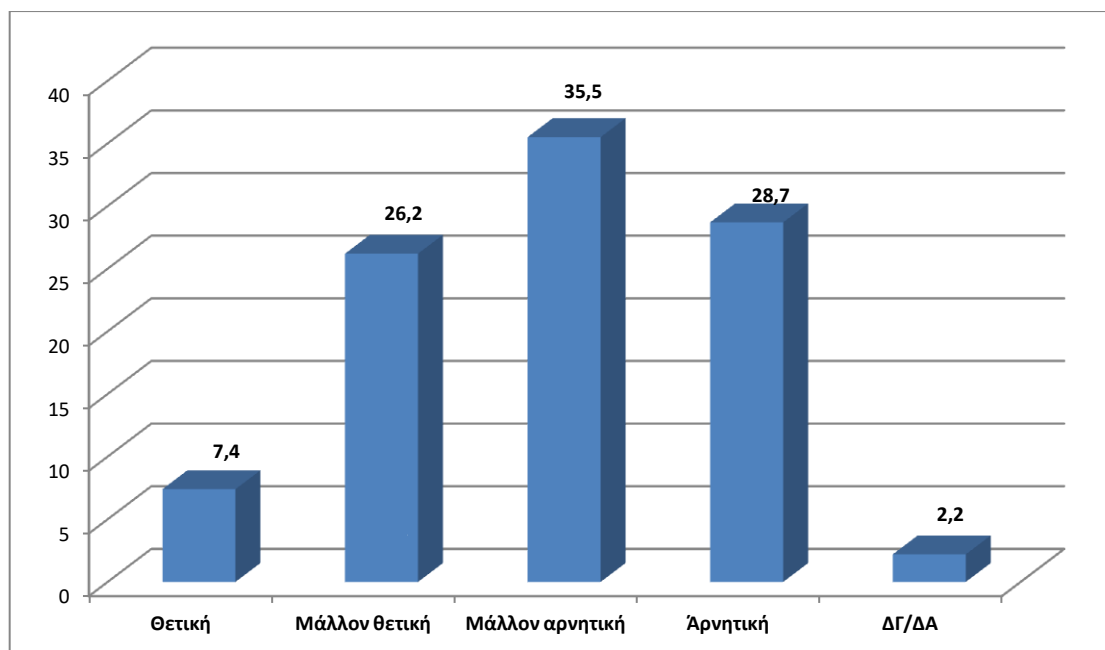


ΓΡΑΦΗΜΑ 133 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Θετική	40	7,4	7,4	7,4
Μάλλον θετική	142	26,2	26,2	33,6
Μάλλον αρνητική	192	35,5	35,5	69,1
Αρνητική	155	28,7	28,7	97,8
ΔΓ/ΔΑ	12	2,2	2,2	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 77 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 77 το 33,6% του δείγματος έχει θετική άποψη για τα Ελληνικά νοσοκομεία και το 64,3% αρνητική.

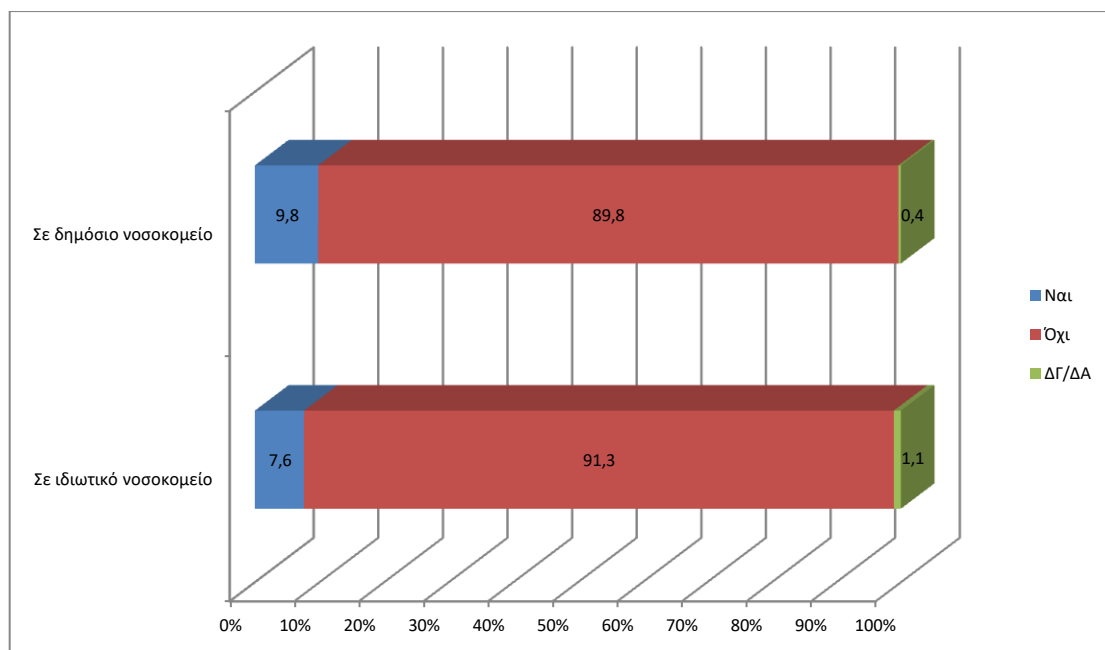


ΓΡΑΦΗΜΑ 134 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

		Ναι		Όχι		ΔΓ/ΔΑ	
		N	%	N	%	N	%
Σε	δημόσιο	53	9,8%	486	89,8%	2	,4%
νοσοκομείο							
Σε	ιδιωτικό	41	7,6%	494	91,3%	6	1,1%
νοσοκομείο							

ΠΙΝΑΚΑΣ 78 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ ΜΕ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑΣ ΝΥΧΤΑΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 78 το 9,8% του δείγματος έχει νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο με παραμονή τουλάχιστον μια νύχτα. Ακόμα το 7,6% έχει νοσηλευτεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο.



ΓΡΑΦΗΜΑ 135 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ ΜΕ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑΣ ΝΥΧΤΑΣ

	Ελάχιστ Μέγιστ				
	N	η	η	M	TA
Σε δημόσιο νοσοκομείο	53	1	20	4,38	4,275
Σε ιδιωτικό νοσοκομείο	41	1	15	2,41	2,757

ΠΙΝΑΚΑΣ 79 ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

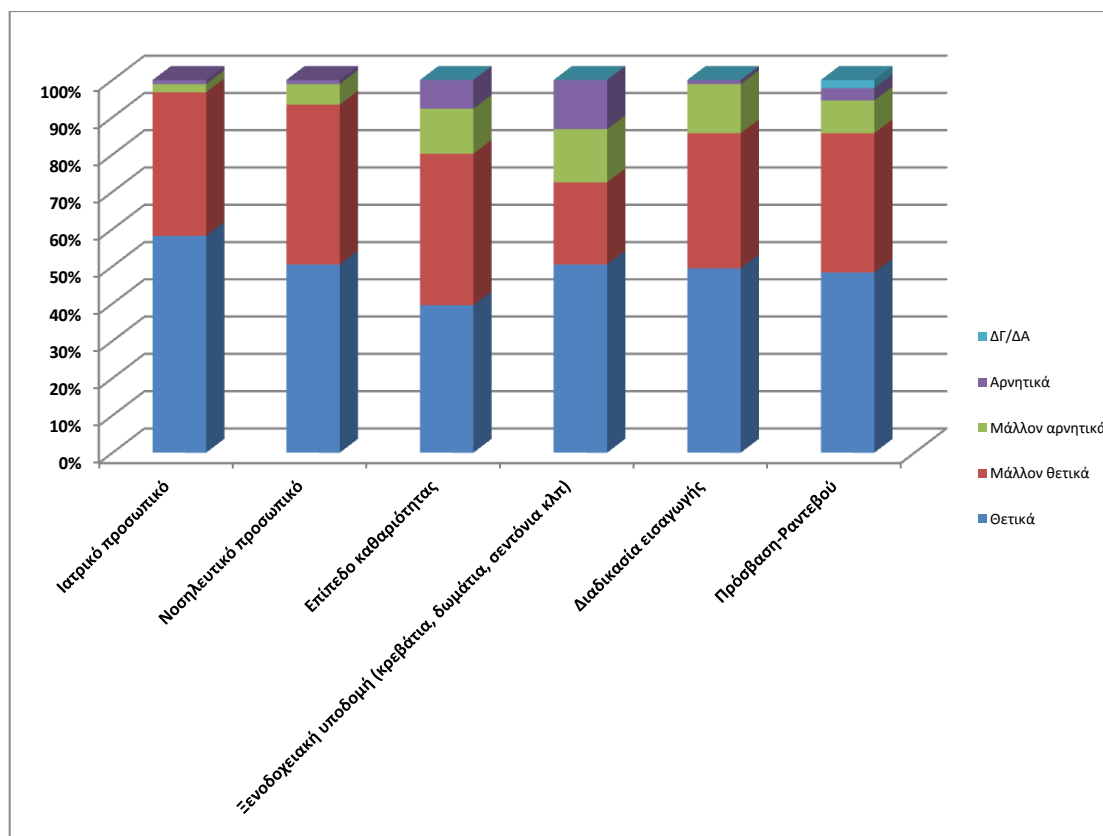
Σύμφωνα με τον πίνακα 79 όσοι νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο παρέμειναν κατά μέσο όσο 4,38 ημέρες (TA=4,27) και σε ιδιωτικό 2,41 ημέρες (TA=2,75).

		Μάλλον θετικά		Μάλλον αρνητικά		Αρνητικά		ΔΓ/ΔΑ	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

Πρόσβαση - Ραντεβού	44	48,4%	34	37,4%	8	8,8%	3	3,3%	2	2,2%
Διαδικασία εισαγωγής	45	49,5%	33	36,3%	12	13,2%	1	1,1%	0	,0%
Ξενοδοχειακή υποδομή (κρεβάτια, δωμάτιο, σεντόνια κλπ)	46	50,5%	20	22,0%	13	14,3%	12	13,2%	0	,0%
Επίπεδο καθαριότητας	36	39,6%	37	40,7%	11	12,1%	7	7,7%	0	,0%
Νοσηλευτικό προσωπικό	46	50,5%	39	42,9%	5	5,5%	1	1,1%	0	,0%
Ιατρικό προσωπικό	53	58,2%	35	38,5%	2	2,2%	1	1,1%	0	,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 80 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 80 το 93,4% αξιολόγησε κατά την διάρκεια της νοσηλείας του θετικά το νοσηλευτικό προσωπικό, το 96,7% το ιατρικό προσωπικό, το 80,3% το επίπεδο καθαριότητας, το 85,8% την διαδικασία εισαγωγής, το 85,8% την πρόσβαση –ραντεβού και το 72,5% την ξενοδοχειακή υποδομή.



ΓΡΑΦΗΜΑ 136 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

	N	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
1	160	29,6	29,6	29,6
2	114	21,1	21,1	50,6
3	41	7,6	7,6	58,2
4	22	4,1	4,1	62,3
5	19	3,5	3,5	65,8
6	18	3,3	3,3	69,1
7	1	,2	,2	69,3

8	3	,6	,6	69,9
10	9	1,7	1,7	71,5
Πάνω από 12	10	1,8	1,8	73,4
Καμία	144	26,6	26,6	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 81 ΠΛΗΘΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ (ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ)

Σύμφωνα με τον πίνακα 81 το 58,2% του δείγματος από τον Ιανουάριο του 2016 μέχρι σήμερα έχει επισκεφθεί από 1-3 φορές τον οδοντίατρο, το 13,3% από 4-10 φορές, το 1,8% πάνω από 12 και το 26,6% καμία.

		N	%
Γενικός χειρουργός	οδοντίατρος Όχι	27	6,8%
	Γενικός χειρουργός οδοντίατρος	370	93,2%
Γναθοχειρουργός	Όχι	376	94,7%
	Γναθοχειρουργός	21	5,3%
Ορθοδοντικός	Όχι	381	96,0%
	Ορθοδοντικός	16	4,0%
Περιοδοντολόγος	Όχι	370	93,2%
	Περιοδοντολόγος	27	6,8%

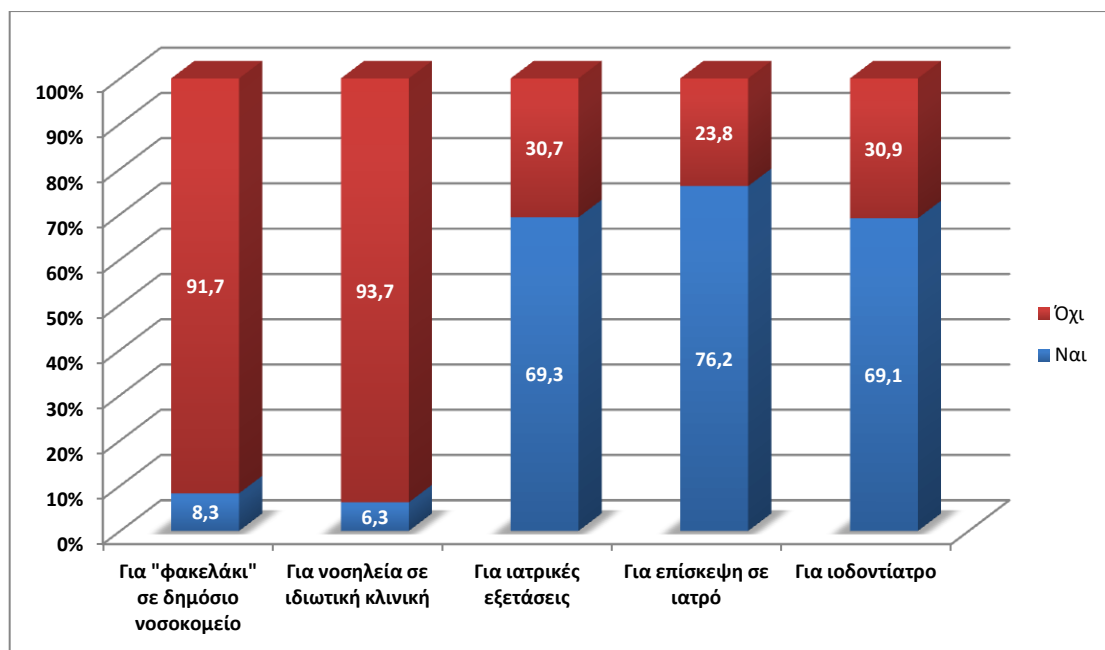
ΠΙΝΑΚΑΣ 82 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Για το 73,4% του δείγματος που έχει επισκεφθεί οδοντίατρο το 93,2% έχει επισκεφθεί γενικό οδοντίατρο, το 6,8% περιοδοντολόγο, το 5,3% γναθοχειρουργό και το 4,0% ορθοδοντικό.

	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Για οδοντίατρο	374	69,1%	167	30,9%
Για επίσκεψη σε γιατρό	412	76,2%	129	23,8%
Για ιατρικές εξετάσεις	375	69,3%	166	30,7%
Για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική	34	6,3%	507	93,7%
Για «φακελάκι» σε δημόσιο νοσοκομείο	45	8,3%	496	91,7%

ΠΙΝΑΚΑΣ 83 ΔΑΠΑΝΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 83 το 69,1% του δείγματος έχει καταβάλει χρήματα για οδοντίατρο, το 76,2% για επίσκεψη σε ιατρό, το 69,3% για ιατρικές εξετάσεις, το 6,3% για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική και το 8,3% για φακελάκι σε δημόσιο νοσοκομείο.



ΓΡΑΦΗΜΑ 137 ΔΑΠΑΝΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ

	Μ	ΤΑ	1 ^ο τεταρτημόριο	3 ^ο τεταρτημόριο
Για οδοντίατρο	283.39	549.59	50.00	200.000
Για επίσκεψη σε γιατρό	145.20	282.28	40.00	150.000
Για ιατρικές εξετάσεις	113.47	138.66	30.00	150.000
Για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική	2,971.45	7,137.10	380.00	2,000.000
Για «φακελάκι» σε δημόσιο νοσοκομείο	457.25	395.20	200.00	500.000

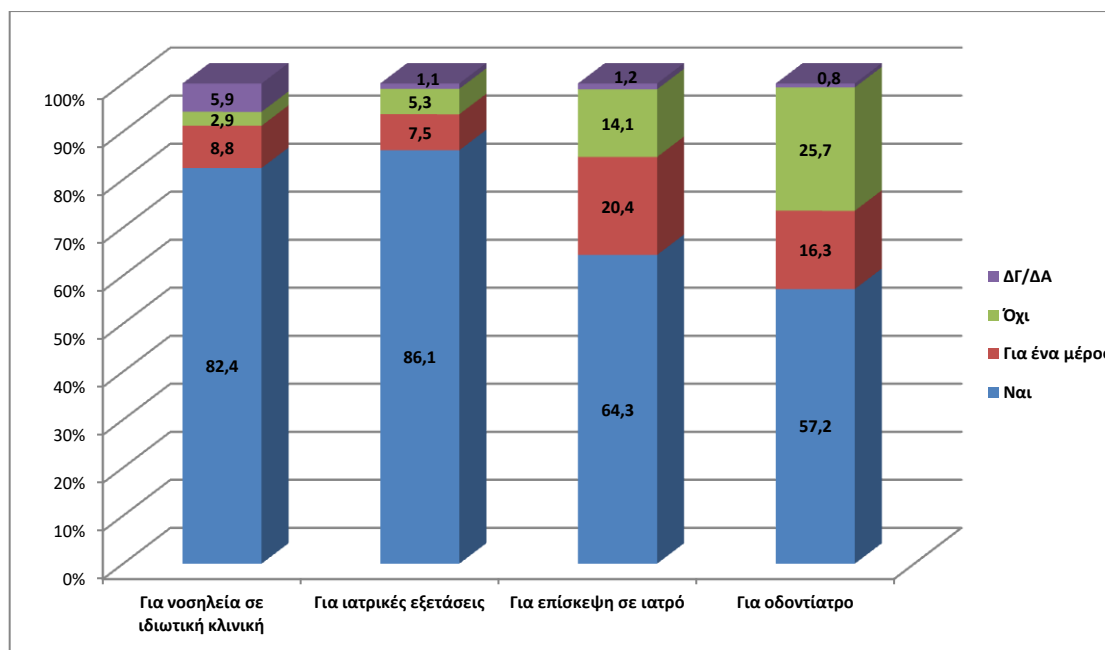
ΠΙΝΑΚΑΣ 84 ΠΟΣΟ ΔΑΠΑΝΗΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 84 το 50% του δείγματος ξόδεψε από 50 -200 ευρώ σε οδοντίατρο, από 40-150 για επίσκεψη σε ιατρό, από 30-150 για ιατρικές εξετάσεις, από 380-2971,45 για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική και από 200-500 για φακελάκι σε δημόσιο νοσοκομείο.

	Ναι		Για ένα μέρος Όχι				ΔΓ/ΔΑ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Για οδοντίατρο	214	57,2%	61	16,3%	96	25,7%	3	,8%
Για επίσκεψη σε γιατρό	265	64,3%	84	20,4%	58	14,1%	5	1,2%
Για ιατρικές εξετάσεις	323	86,1%	28	7,5%	20	5,3%	4	1,1%
Για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική	28	82,4%	3	8,8%	1	2,9%	2	5,9%

ΠΙΝΑΚΑΣ 85 ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΟΣΑ ΠΟΥ ΔΑΠΑΝΗΘΗΚΑΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 85 το 86,1% του δείγματος δήλωσε ότι έχει λάβει απόδειξη για τις ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποίησε και το 7,5% για ένα μέρος, την ίδια στιγμή που το 64,3% έλαβε απόδειξη για την επίσκεψη σε ιατρό και το 20,4% για ένα μέρος. Επίσης έλαβε απόδειξη το 57,2% από τον οδοντίατρο και 16,3% για ένα μέρος και το 82,4% για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική και το 8,8% για ένα μέρος.



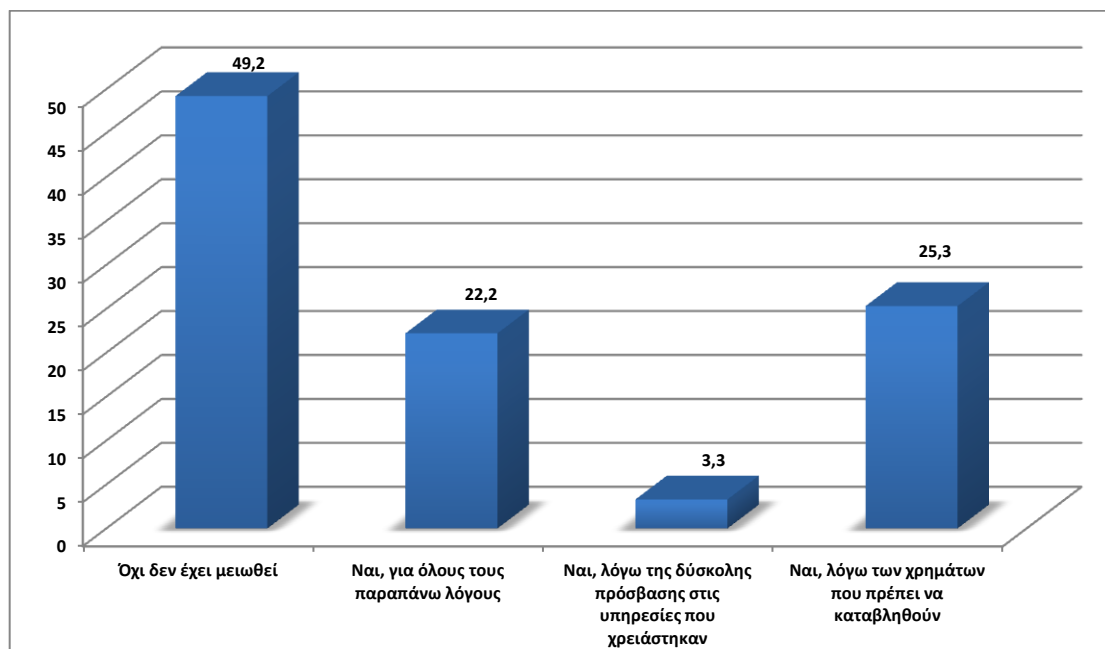
ΓΡΑΦΗΜΑ 138 ΑΠΟΛΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΟΣΑ ΠΟΥ ΔΑΠΑΝΗΘΗΚΑΝ

	N	Ποσο Έγκυρο Αθροιστικό	
		στό	ποσοστό ποσοστό
ΝΑΙ, λόγω των χρημάτων που πρέπει να καταβληθούν	137	25,3	25,3
ΝΑΙ, λόγω της δύσκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες που χρειάστηκαν	18	3,3	28,7
ΝΑΙ, για όλους τους παραπάνω λόγους	120	22,2	50,8
ΟΧΙ, δεν έχει μειωθεί	266	49,2	100,0
Σύνολο	541	100,0	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 86 ΒΑΘΜΟΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ (ΙΔΙΟΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ)

Σύμφωνα με τον πίνακα 86 το 49,2% του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, το 25,3% την έχει μειώσει λόγω των χρημάτων που έπρεπε να καταβληθούν, το 3,3% λόγω της

δύσκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες που χρειάστηκαν και το 22,2% για τους δύο τελευταίους λόγους.



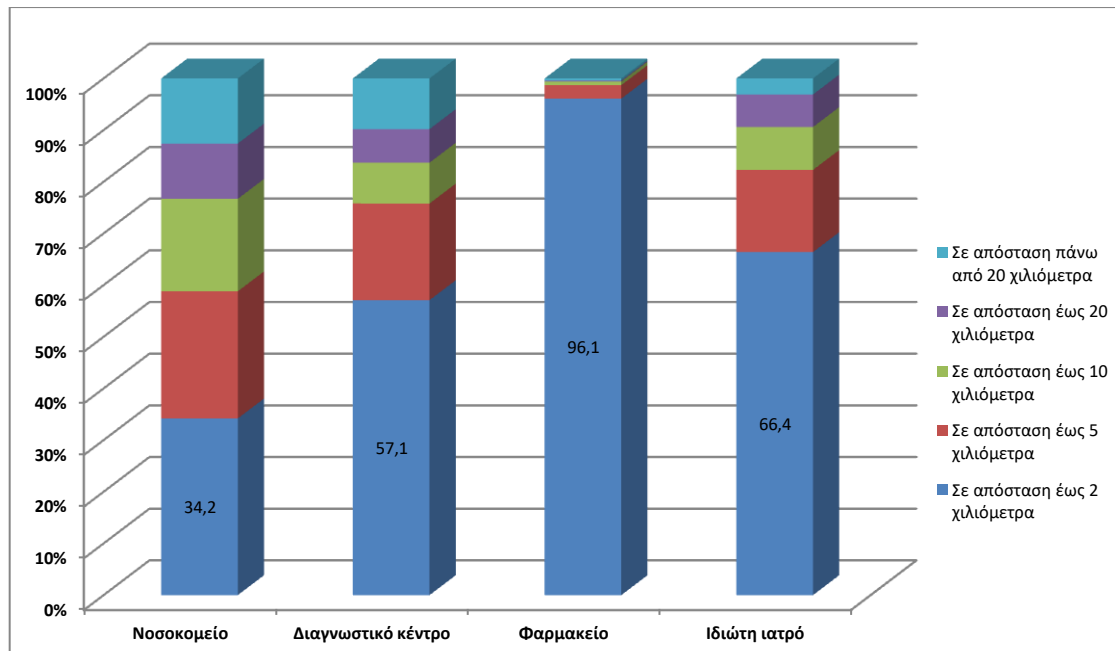
ΓΡΑΦΗΜΑ 139 ΒΑΘΜΟΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ (ΙΔΙΟΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ)

	Σε απόσταση έως 2 χιλιόμετρα		Σε απόσταση 2 έως 5 χιλιόμετρα		Σε απόσταση 5 έως 10 χιλιόμετρα		Σε απόσταση 10 έως 20 χιλιόμετρα		Σε απόσταση 20 πάνω από 20 χιλιόμετρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ιδιώτη Γιατρό	359	66,4%	86	15,9%	45	8,3%	34	6,3%	17	3,1%
Ιατρείο του ΠΕΔΥ	271	50,1%	131	24,2%	64	11,8%	49	9,1%	26	4,8%
Φαρμακείο	520	96,1%	14	2,6%	4	,7%	1	,2%	2	,4%
Διαγνωστικό κέντρο	309	57,1%	101	18,7%	43	7,9%	35	6,5%	53	9,8%

	Σε απόσταση έως χιλιόμετρα		Σε απόσταση 2 έως χιλιόμετρα		Σε απόσταση 5 έως χιλιόμετρα		Σε απόσταση 10 έως χιλιόμετρα		Σε απόσταση 20 πάνω από 20 χιλιόμετρα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ιδιώτη Γιατρό	359	66,4%	86	15,9%	45	8,3%	34	6,3%	17	3,1%
Ιατρείο του ΠΕΔΥ	271	50,1%	131	24,2%	64	11,8%	49	9,1%	26	4,8%
Φαρμακείο	520	96,1%	14	2,6%	4	,7%	1	,2%	2	,4%
Διαγνωστικό κέντρο	309	57,1%	101	18,7%	43	7,9%	35	6,5%	53	9,8%
Νοσοκομείο	185	34,2%	133	24,6%	97	17,9%	58	10,7%	68	12,6%

ΠΙΝΑΚΑΣ 87 ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον πίνακα 87 το 96,1% του δείγματος δήλωσε ότι σε απόσταση έως 2 χιλιόμετρα από το σπίτι του βρίσκεται φαρμακείο, το 57,1% διαγνωστικό κέντρο και έως 5 χιλιόμετρα το 18,7%, το 66,4% ιδιώτη ιατρό και έως 5 χιλιόμετρα το 15,9%, το 50,1% ιατρείο του ΠΕΔΥ και έως 5 χιλιόμετρα το 24,2%, το 34,2% νοσοκομείο, έως 5 χιλιόμετρα το 24,6% και έως 10 χιλιόμετρα το 17,9%.



ΓΡΑΦΗΜΑ 140 ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ποιο είναι περίπου το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού από όλες τις πηγές;

	Έως 500 ευρώ το μήνα		Από 500 έως 1.000 ευρώ το μήνα		Από 1.000 έως 1.500 ευρώ το μήνα		Από 1.500 έως 2.000 ευρώ το μήνα		Από 2.000 έως 3.000 ευρώ το μήνα		Από 3.000 έως 5.000 ευρώ το μήνα		Πάνω από 5.000 ευρώ το μήνα		F	p
	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA				
Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ	2,54	1,31	2,03	1,38	2,42	1,26	2,43	1,23	2,85	1,16	2,62	1,43	2,50	1,51	3,244	,004
Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινόπνευμα, ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ	2,74	1,41	2,56	1,33	2,55	1,32	2,58	1,25	2,11	1,19	2,48	1,44	2,63	1,51	1,579	,151
Η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους	3,41	,98	3,50	1,12	3,23	,94	3,10	,99	3,24	,91	3,43	,81	3,38	1,19	1,847	,088

<p>Να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ</p>	3,59	,96	3,49	1,13	3,34	1,00	3,27	1,02	3,06	1,03	2,86	1,24	3,00	1,41	2,551	,019
<p>Να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια(εξαιρούνται άνερ</p>	2,28	1,28	2,58	1,42	2,25	1,14	2,45	1,30	2,65	1,23	2,57	1,25	2,50	1,41	1,155	,329
<p>Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας</p>	1,74	1,24	1,62	1,14	1,52	,79	1,62	,94	1,61	,74	1,33	,73	2,50	1,41	1,775	,102
<p>Στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€)</p>	2,43	1,11	2,21	1,27	2,17	1,14	2,31	1,07	2,70	1,15	2,71	1,35	2,50	1,51	2,301	,034
<p>Οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.</p>	1,96	1,17	1,80	1,21	1,59	1,05	1,86	1,08	1,77	1,22	1,90	1,22	2,63	1,60	1,579	,151
<p>Αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ)</p>	1,93	1,00	2,21	1,49	1,93	1,18	1,87	1,23	2,16	1,30	1,86	1,15	2,00	1,41	1,015	,415

Να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νυν Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ

2,04 1,17 2,24 1,54 2,28 1,37 2,34 1,39 2,28 1,42 1,90 1,26 1,75 1,39 ,649 ,691

ΠΙΝΑΚΑΣ 88 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 88 και την ανάλυση διασποράς που υλοποιήθηκε προέκυψε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απόψεις του δείγματος μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών σχετικά με τις ακόλουθες προτάσεις:

- Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ,
- Η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους,
- Να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια(εξαιρούνται άνεργοι),
- Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας, ενώ οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,
- Αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ),

- Να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, των Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ.

Βρέθηκαν όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών για τις ακόλουθες προτάσεις:

- Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ,
- Να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ,
- Στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€).

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει μια συμπαγής σχετικά στάση του δείγματος για το τι πρέπει να γίνει με το σύστημα υγείας. Καθώς άτομα διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών έχουν παρόμοιες απόψεις σε 7 από τις 10 προτάσεις που αφορούν αλλαγές στο σύστημα υγείας αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ότι υπάρχουν έντονες στρεβλώσεις στο σύστημα υγείας που οδηγούν σε ανισότητες που αγγίζουν μια μεγάλη μάζα κόσμου ανεξάρτητα από το εισοδηματικό της επίπεδο.

	Η περιοχή που κατοικείτε πόσους περίπου κατοίκους έχει;						F	p
	Έως 2.000 κατοίκους		Από 2.000 έως 10.000 κατοίκους		Πάνω από 10.000 κατοίκους			
	M	TA	M	TA	M	TA		
	Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ	2,28	1,30	2,44	1,29	2,33			1,22	,336	,715

Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ	2,40	1,35	2,82	1,16	2,37	1,22	4,641	,010
Η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους	2,96	,93	3,23	,99	3,13	,98	1,153	,317
Να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ	3,30	,93	3,46	,89	3,19	1,02	2,577	,077
Να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια(εξαιρούνται άνερ	2,36	1,12	2,36	1,05	2,28	1,10	,257	,773
Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας	1,59	,72	1,47	,78	1,59	,88	,703	,496
Στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€)	2,35	1,04	2,44	1,16	2,24	1,08	1,162	,314

Οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.	1,45	,50	1,58	,78	1,49	,71	,616	,541
Αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ)	2,13	1,12	1,82	,96	1,63	,87	6,852	,001
Να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νυν Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ	1,93	,97	1,59	,85	1,82	,98	2,094	,124

ΠΙΝΑΚΑΣ 89 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Σύμφωνα με τον πίνακα 89 και την ανάλυση διασποράς που υλοποιήθηκε προέκυψε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απόψεις του δείγματος μεταξύ των τριών περιοχών σχετικά με τις ακόλουθες προτάσεις:

- Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ,
- Η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους,
- Να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ,
- Να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και όπου ένα μέρος

της ετήσιας αποζημίωσης θα το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια,

- Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας,
- Στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€),
- Οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,
- Να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νυν Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ.

Βρέθηκαν όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών περιοχών για τις ακόλουθες προτάσεις:

- Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ,
- Αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ).

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχει μια συμπαγής σχετικά στάση του δείγματος για το τι πρέπει να γίνει με το σύστημα υγείας. Καθώς άτομα διαφορετικών περιοχών έχουν παρόμοιες απόψεις σε 8 από τις 10 προτάσεις που αφορούν αλλαγές στο σύστημα υγείας, αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με το γεγονός ότι υπάρχουν έντονες στρεβλώσεις στο σύστημα υγείας που οδηγούν σε ανισότητες, οι οποίες με τη σειρά τους αγγίζουν μια μεγάλη μάζα του πληθυσμού ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας τους.

Model	Μη τυποποιημένοι		Τυποποιημένοι		
	συντελεστές		συντελεστές		
	B	Std. Error	Beta	t	p
(Constant)	2,952	,200		14,744	,000
Ηλικία	-,093	,039	-,115	-2,354	,019
Ταχύτητα εύρεσης ραντεβού	-,353	,081	-,406	-4,384	,000
Ευκολία πρόσβασης	,231	,101	,239	2,285	,023
Εξυπηρέτηση	,157	,095	,159	1,661	,097
Κόστος	,124	,054	,135	2,288	,023

ΠΙΝΑΚΑΣ 90 ΓΡΑΜΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Στον πίνακα 90 παρουσιάζεται ένα γραμμικό μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή την άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία (1= Θετική, 2 Μάλλον θετική, 3 = Μάλλον Αρνητική, 4 = Αρνητική) και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, το εισόδημα, την κατάσταση της υγείας, την άποψη των πολιτών για την ταχύτητα εύρεσης ραντεβού(1= Θετική, 2 Μάλλον θετική, 3 = Μάλλον Αρνητική, 4 = Αρνητική), την ευκολία πρόσβασης (1= Θετική, 2 Μάλλον θετική, 3 = Μάλλον Αρνητική, 4 = Αρνητική), την εξυπηρέτηση (1= Θετική, 2 Μάλλον θετική, 3 = Μάλλον Αρνητική, 4 = Αρνητική) και το κόστος (1= Θετική, 2 Μάλλον θετική, 3 = Μάλλον Αρνητική, 4 = Αρνητική). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος backward και το μοντέλο στο οποίο κατέληξε ήταν στατιστικά σημαντικό $F(5, 385) = 7.951$, $p = .000$, $R^2 = .0904$. Επιπλέον το γραμμικό μοντέλο δεν είχε πρόβλημα αυτοσυσχέτισης (Durbin Watson = 1.904, αποδεκτές τιμές 1 – 3) και πολυσυγγραμμικότητας (η μεγαλύτερη τιμή VIF = 4,639 μικρότερη του ορίου 10 μονάδων) ενώ δεν υπήρχε σοβαρό πρόβλημα ως προς την ετεροσκεδαστικότητα και την κανονικότητα των δεδομένων (Γραφήματα 1 και 2, Παράρτημα). Παρατηρείται ότι η ευκολία πρόσβασης ($b = .231$, $p = .023$), η εξυπηρέτηση ($b = .157$, $p = .097$ σε επίπεδο σημαντικότητας 10%) και το κόστος ($b = .124$, $p = .023$) έχουν θετική επίδραση στην άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία. Όμως η ηλικία ($b = -.093$, $p = .019$) και η ταχύτητα εύρεσης ($b = -.353$, $p = .000$) βρέθηκε να έχουν αρνητική επίδραση στην άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία.

9.3. Σύνοψη αποτελεσμάτων

Από την παραπάνω ανάλυση προέκυψε ότι τα 3/4 των πολιτών έχει αξιολογήσει την υγεία του ως τουλάχιστον καλή και το 1/4 ως μέτρια. Ακόμα πάνω από τους μισούς ερωτώμενους του δείγματος ανέφερε ότι υπάρχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση. Τα 2/3 των πολιτών ανέφεραν ότι δεν έχουν περιορίσει καμία από τις συνήθειες δραστηριότητες τους και το 1/3 ότι τις έχει περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ.

Επιπρόσθετα βρέθηκε ότι για το 1/3 σχεδόν των ερωτώμενων που δήλωσε ότι πάσχει από αλλεργία το 84,8% είχε διαγνωσμένη πάθηση, ενώ για το 30,3% από πάθηση στη μέση είχε διαγνωσθεί στο 84,8%. Για το 27,5% με διαταραχή στη χοληστερίνη είχε διαγνωσθεί το 96,6%, για το 25,9% από έντονους πονοκεφάλους-ημικρανίες είχε διαγνωσθεί στο 45%, για το 20,9% από υπέρταση είχε διαγνωσθεί στο 90,3%, για το 21,6% από αιμορροΐδες είχε διαγνωσθεί στο 45,3%, για το 20,9% από πάθηση του αυχένα είχε διαγνωσθεί στο 72,6%, για το 20,0% από χρόνια άγχος είχε διαγνωσθεί στο 56,5%, για το 19,2% από παθήσεις του θυρεοειδούς είχε διαγνωσθεί στο 100%, για το 8,9% από άσθμα είχε διαγνωσθεί στο 83,3%, για το 7,8% από οστεοαρθρίτιδα είχε διαγνωσθεί στο 90,5%, για το 8,7% από σακχαρώδη διαβήτη είχε διαγνωσθεί στο 97,9%, για το 7,9% από έλκος στομάχου είχε διαγνωσθεί στο 88,4%, για το 7,7% από χρόνια κατάθλιψη είχε διαγνωσθεί στο 62,5% και το 7,2% από αρρυθμία είχε διαγνωσθεί στο 69,2%.

Ακόμα σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ –ΕΤΑΜ, το 13,9% στο ΟΑΕΕ, το 12,8% στο ΟΠΑΔ, 3,5% στο ΤΑΥΤΕΚΩ, το 5,9% στον ΟΓΑ και το 4,4% δεν ήταν ασφαλισμένο. Επιπλέον τα 2/3 των ερωτώμενων δεν είχε κάποια ιδιωτική ασφάλεια, το 21,1% είχε πλήρες πακέτο και το 10,4% έχει κάποιες παροχές checkup.

Όσον αφορά τη συχνότητα επισκέψεων σε ιατρούς εκτός των οδοντιάτρων σχεδόν οι μισοί των ερωτώμενων δήλωσαν ότι έχουν επισκεφτεί 1-3 φορές τους τελευταίους 12 μήνες ιατρό για κάποιο πρόβλημα υγείας, το 25,7% από 4-12 φορές, το 10,2% πάνω από 12 φορές και το 15,9% καμία. Μάλιστα 303 (56,0%) ερωτώμενοι από όσοι έχουν επισκεφθεί ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες δήλωσαν ότι κατά μέσο

όρο επισκέφθηκαν 3,77 φορές ιδιώτη ιατρό τον οποίο και πλήρωσαν προσωπικά, 148 (27,3%) επισκέφθηκαν 2,86 φορές ιατρό του ταμείου στο ιατρείο του, 120 (22,1%) επισκέφθηκαν 3,07 φορές ιατρό εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου, 82 (15,15%) επισκέφθηκαν 4,88 φορές ιατρό σε μονάδα υγείας του ΕΟΠΥΥ, 22 (4,0%) επισκέφθηκαν 1,64 φορές ιατρό του κέντρου υγείας και 12 (2,2%) επισκέφθηκαν 2 φορές αγροτικό ιατρό.

Για τις ειδικότητες ιατρών που επισκέφθηκαν τους τελευταίους 12 μήνες οι πολίτες βρέθηκε ότι το 42,1% των πολιτών έχει επισκεφθεί παθολόγο, το 23,7% καρδιολόγο, το 23,3% ορθοπαιδικό, το 22,0% ενδοκρινολόγο, το 21,4% οφθαλμίατρο, το 17,7% μαιευτήρα-γυναικολόγο, το 12,6% γαστρεντερολόγο, το 9,8% ωτορινολαρυγγολόγο, το 8,1% δερματολόγο, το 8,1% ακτινοδιαγνώστη, το 6,8% ουρολόγο, το 6,7% νευρολόγο, το 6,3% βιοπαθολόγο, το 5,2% χειρουργό και το 5,7% πνευμονολόγο.

Στο θέμα της τελευταίας χρονικά επίσκεψης σε ιατρό το 31,6% των πολιτών επισκέφθηκε τον τελευταίο μήνα ιατρό, το 32,5% τους τελευταίους 6 μήνες, το 25,5% παλιότερα, το 9,2% δεν θυμάται και το 1,1% δεν γνωρίζει/δεν απάντησε.

Μάλιστα το 58,8% πραγματοποίησε την τελευταία του επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό και πλήρωσε κανονικά, το 19% σε ιατρείο που διατηρεί ιατρός του ταμείου του, το 10,9% σε ιατρό εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου, το 8,5% σε ιατρό μονάδας υγείας του ΕΟΠΥΥ, το 1,8% σε αγροτικό ιατρό και το 0,9% σε ιατρό κέντρου υγείας. Σημαντικό στοιχείο της ανάλυσης ήταν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών δήλωσε τουλάχιστον αρκετά ικανοποιημένη από την τελευταία της επίσκεψη σε ιατρό. Ακόμα για το 41,2% του δείγματος που θέλησε να αναφερθεί στην πληρωμή του ιατρού ή όχι, το 65,9% δήλωσε ότι δεν πλήρωσε κάτι αλλά ότι χρησιμοποίησε το βιβλιάριο του, το 11,7% πλήρωσε 10 ευρώ, το 9,4% πλήρωσε 20 ευρώ, το 3,1% πλήρωσε 30 ευρώ, το 2,7% πλήρωσε 60-100 ευρώ, ένα ακόμα 2,7% πλήρωσε 50 ευρώ, το 2,2% πλήρωσε 40 ευρώ και το υπόλοιπο 0,7% δεν απάντησε ή δεν γνώριζε. Όσον αφορά το τι έκανε ο ιατρός, το 77,8% του δείγματος ανέφερε ότι ο ιατρός τους εξέτασε, το 51,6% ανέφερε ότι τους έγραψε φάρμακα, το 36,6% ανέφερε ότι τους έγραψε παρακλινικές εξετάσεις, το 4,4% τους παρέπεμψε σε κάποιον ειδικό ιατρό και το 3,0% τους παρέπεμψε σε νοσοκομείο.

Στο σημαντικό ερώτημα που αφορούσε “Στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ, εκτός των ιατρείων του ΠΕΔΥ, σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε να επισκεφθείτε και ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον νέο Οργανισμό. Εσείς τι από τα δύο επιλέγετε;” το 64,7% ανέφερε ότι πλέον επισκέπτεται ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, το 12,8% ανέφερε ότι θα συνέχιζε να επισκέπτεται ιατρούς στις μονάδες υγείας.

Ως προς τον τρόπο που κλείνονται τα ραντεβού βρέθηκε ότι το 73,4% του δείγματος ανέφερε ότι τηλεφωνεί απευθείας στο ιατρείο του ιατρού, το 11,8% κλείνει ραντεβού μέσω τηλεφώνου σε κάποιον από τους 5ψηφίους αριθμούς και το 10,7% πηγαίνει χωρίς ραντεβού. Μόνο το 5,9% δείγματος δήλωσε ότι χρησιμοποιεί την τηλεφωνική υπηρεσία για να οριστεί ραντεβού στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ με χρέωση 1 ευρώ. Μάλιστα το 40,6% αυτών χρησιμοποιεί τον αριθμό 14784, το 31,3% το 14900, το 9,4% το 14554, το 6,3% το 14774 και το 12,5% δεν θυμάται. Επιπλέον το 87,5% αυτών είναι τουλάχιστον αρκετά ικανοποιημένο από την εξυπηρέτηση και το 22,5% όχι και τόσο. Για όσους δεν κάλεσαν κάποιον αριθμό το 35,6% ανέφερε ως λόγο το ότι πηγαίνει σε ιατρείο ιδιώτη συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ, το 23% το ότι πληρώνει 10-20 ευρώ σε κάποιον ιδιώτη ιατρό και του συνταγογραφεί, το 26,1% το ότι δεν χρειάστηκε ιατρό, το 10,9% πηγαίνει σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου ή κέντρου υγείας, το 11,6% πηγαίνει σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου ή κέντρου υγείας και το 3,7% για να μην χρεωθεί πηγαίνει στην γραμματεία του κοντινού ΠΕΔΥ.

Αναφορικά με την αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού οργανισμού που παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα ταμεία έως σήμερα βρέθηκε ότι το 56,4% των πολιτών κρίνει αρνητικά τον ΕΟΠΥΥ και το 36% θετικά. Μάλιστα το 44,5% των πολιτών δήλωσε ότι παλιότερα είχε ευκολότερη πρόσβαση σε φάρμακα από ότι τώρα με τον ΕΟΠΥΥ και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Για τις εξετάσεις το ποσοστό αυτό ήταν 44,4%.

Σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας ήταν το ότι το 76,2% των πολιτών θεωρεί πως η υγεία είναι ένας χώρος στον οποίο μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους, ενώ μόνο το 20,3% ήταν αρνητικό στην παραπάνω άποψη. Ακόμα το 79% των πολιτών συμφώνησε με την πρόταση να δίνεται το 0,6% του ΑΕΠ για την στήριξη του ΕΟΠΥΥ και την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

στη χώρα μας, την ίδια στιγμή που το 54,4% συμφώνησε να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ ενώ το 49,5% συμφώνησε να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ.

Βρέθηκε ακόμα ότι η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών συμφωνεί με την πρόταση, στην οποία οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς θα πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το 85,7% με το να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας, το 76,3% με την πρόταση αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ), το 71,7% με το να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νων Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ, το 61,9% με την πρόταση στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€), το 59,4% με το να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια, το 18,3% με το να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ και το 22,7% με την πρόταση η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους.

Στο θέμα πραγματοποίησης εξετάσεων το τελευταίο 12μηνο βρέθηκε 48,4% των πολιτών να έκανε προληπτικά εξετάσεις αίματος και το 32,0% γιατί χρειάστηκε, το 21,3% έκανε προληπτικά υπέρηχο και το 25,1% γιατί χρειάστηκε, το 8,5% έκανε προληπτικά ακτινογραφία και το 26,1% γιατί χρειάστηκε, το 22,4% έκανε προληπτικά τεστ Παπανικολάου και το 5,5% γιατί χρειάστηκε, το 18,7% έκανε προληπτικά μαστογραφία και το 3,9% γιατί χρειάστηκε, το 8,9% έκανε προληπτικά

τεστ κοπώσεως και το 5,7% γιατί χρειάστηκε, το 2,4% έκανε προληπτικά μαγνητική τομογραφία και το 12,8% γιατί χρειάστηκε και το 1,8% έκανε προληπτικά αξονική τομογραφία και το 7,8% γιατί χρειάστηκε.

Για όσους έκαναν εξετάσεις, το 67,8% όσων πραγματοποίησαν εξετάσεις αίματος δήλωσαν ότι αυτές έγιναν σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους, το 61% πραγματοποίησε την μαγνητική τομογραφία σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους, το 50,0% πραγματοποίησε την αξονική τομογραφία σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους, το 53,2% πραγματοποίησε το τεστ κοπώσεως σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια, το 61,6% πραγματοποίησε το τεστ Παπανικολάου σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια, το 35,3% πραγματοποίησε τις ακτινογραφίες σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους και ένα ακόμα 30,5% σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια και το 34,4% πραγματοποίησε τις μαστογραφίες σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου τους και ένα ακόμα 50,8% σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια.

Επιπρόσθετα το 78,5% των πολιτών αξιολόγησε θετικά τις εξετάσεις που πραγματοποίησε ως προς την εξυπηρέτηση, το 76,5% ως προς την ευκολία πρόσβασης, το 71,9% ως προς την ταχύτητα εύρεσης ραντεβού και το 65,2% ως προς το κόστος. Μόνο το 33,6% του δείγματος είχε θετική άποψη για τα Ελληνικά νοσοκομεία και το 64,3% αρνητική. Βρέθηκε ακόμα 9,8% του δείγματος να έχει νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο με παραμονή τουλάχιστον μια νύχτα. Αντίστοιχο ποσοστό είχε νοσηλευτεί και σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Επιπλέον όσοι νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο παρέμειναν κατά μέσο όρο 4,38 ημέρες και σε ιδιωτικό 2,41 ημέρες. Ως προς την αξιολόγηση της νοσηλείας το 93,4% αξιολόγησε κατά την διάρκεια της νοσηλείας του θετικά το νοσηλευτικό προσωπικό, το 96,7% το ιατρικό προσωπικό, το 80,3% το επίπεδο καθαριότητας, το 85,8% την διαδικασία εισαγωγής, το 85,8% την πρόσβαση –ραντεβού και το 72,5% την ξενοδοχειακή υποδομή

Η έρευνα επίσης κατέληξε ότι το 58,2% των πολιτών από τον Ιανουάριο του 2016 μέχρι σήμερα έχει επισκεφθεί από 1-3 φορές τον οδοντίατρο, το 13,3% από 4-10 φορές, το 1,8% πάνω από 12 και το 26,6% καμία. Για το 73,4% του δείγματος που έχει επισκεφθεί οδοντίατρο το 93,2% έχει επισκεφθεί γενικό οδοντίατρο, το 6,8%

περιοδοντολόγο, το 5,3% γναθοχειρουργό και το 4,0% ορθοδοντικό. Επιπλέον το 69,1% του δείγματος έχει καταβάλει χρήματα για οδοντίατρο, το 76,2% για επίσκεψη σε ιατρό, το 69,3% για ιατρικές εξετάσεις, το 6,3% για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική και το 8,3% για φακελάκι σε δημόσιο νοσοκομείο.

Επιπρόσθετα το 50% του δείγματος ξόδεψε από 50€-200€ ευρώ σε οδοντίατρο, από 40€-150€ για επίσκεψη σε ιατρό, από 30€-150€ για ιατρικές εξετάσεις, από 380€-2971,45€ για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική και από 200€-500€ για φακελάκι σε δημόσιο νοσοκομείο. Ως προς τις αποδείξεις των παραπάνω δαπανών το 86,1% των πολιτών δήλωσε ότι έχει λάβει απόδειξη για τις ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποίησε και το 7,5% για ένα μέρος, το 64,3% για την επίσκεψη σε ιατρό και το 20,4% για ένα μέρος, το 57,2% από τον οδοντίατρο και 16,3% για ένα μέρος και το 82,4% για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική και το 8,8% για ένα μέρος.

Στο θέμα του βαθμού μείωσης της χρήσης υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες βρέθηκε ότι το 49,2% του δείγματος δήλωσε πως δεν έχει μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, το 25,3% την έχει μειώσει λόγω των χρημάτων που έπρεπε να καταβληθούν, το 3,3% λόγω της δύσκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες που χρειάστηκαν και το 22,2% για τους δύο τελευταίους λόγους.

Τέλος βρέθηκε το 96,1% του δείγματος να έχει δηλώσει ότι σε απόσταση έως 2 χιλιόμετρα από το σπίτι του βρίσκεται φαρμακείο, το 57,1% διαγνωστικό κέντρο και έως 5 χιλιόμετρα το 18,7%, το 66,4% ιδιώτη ιατρό και έως 5 χιλιόμετρα το 15,9%, το 50,1% ιατρείο του ΠΕΔΥ και έως 5 χιλιόμετρα το 24,2%, το 34,2% νοσοκομείο, έως 5 χιλιόμετρα το 24,6% και έως 10 χιλιόμετρα το 17,9%.

Σε σχέση με την αποδοτικότητα και την ισότητα βρέθηκε ότι ως προς το σκέλος της ισότητας η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος των πολιτών έχει ίδιες δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας καθώς η απόσταση των πολιτών από φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, νοσοκομεία, ιδιώτες ιατρούς και ιατρεία του ΠΕΔΥ είναι μικρή. Από την άλλη όμως υπήρχε μεγάλη ανισότητα ως προς την συμμετοχή των πολιτών στις υπηρεσίες που προσφέρονται καθώς εξαρτιόταν από την οικονομική δυνατότητα τους. Για παράδειγμα οι οδοντιατρικές υπηρεσίες απαιτούσαν μεγάλα ποσά για την πραγματοποίησή τους.

Όσον αφορά το σκέλος της αποδοτικότητας αυτή ήταν χαμηλή καθώς η αξιολόγηση του ΕΟΠΠΥ και τον νοσοκομείων ήταν ιδιαίτερα αρνητική. Μάλιστα προς την ενίσχυση αυτού του επιχειρήματος η πλειοψηφία των πολιτών ανέφερε πως η υγεία είναι ένας χώρος που μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους. Αυτό σημαίνει ότι γίνεται κατασπατάληση πόρων σύμφωνα με την άποψη των πολιτών. Επομένως, θα υποστηριζόταν πως το σύστημα είναι μη αποδοτικό.

Επιπλέον βρέθηκε από την γραμμική παλινδρόμηση ότι το φύλο, το εισόδημα και η κατάσταση της υγείας δεν επηρεάζουν την άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία. Όμως βρέθηκε ότι η άποψη των πολιτών για την ευκολία πρόσβασης, την εξυπηρέτηση και το κόστος επηρεάζουν θετικά την γενική άποψη τους για τα νοσοκομεία. Όταν βελτιώνεται η άποψη των πολιτών είτε για την ευκολία πρόσβασης ή την εξυπηρέτηση ή το κόστος, τότε βελτιώνεται και η γενική άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία. Επιπλέον βρέθηκε ότι η ηλικία επιδρά αρνητικά στην γενική άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία, δηλαδή οι μεγαλύτεροι πολίτες σε ηλικία έχουν λιγότερη θετική άποψη έναντι νεότερων πολιτών. Πιθανώς αυτό οφείλεται στο ότι μεγαλύτεροι σε ηλικία πολίτες έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας και έρχονται πιο συχνά σε επαφή με τα νοσοκομεία.

Τέλος βρέθηκε το παράδοξο αποτέλεσμα, σύμφωνα με το οποίο η άποψη των πολιτών για την ταχύτητα εύρεσης ραντεβού έχει αρνητική επίδραση στην γενική άποψη των πολιτών για τα νοσοκομεία, πράγμα που συμβαίνει όταν βελτιώνεται η άποψη των πολιτών για την ταχύτητα εύρεσης ραντεβού, όπου τότε χειροτερεύει η άποψη τους για τα νοσοκομεία. Αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να είναι περισσότερο πολύπλοκο για να εξηγηθεί καθώς είναι πιθανόν να παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες στην σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

9.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων ποιοτικής έρευνας

Τα αποτελέσματα που θα ακολουθήσουν προέκυψαν από συνεντεύξεις που έγιναν με 14 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο δημόσιο σύστημα υγείας σε διαφορετικές θέσεις. Η έρευνα αυτή έγινε διότι μέσω αυτής θα εκφραστεί η γνώμη αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας μέσω του δημόσιου συστήματος προκειμένου να συγκριθεί με αυτή των χρηστών του. Οι επαγγελματίες υγείας

επιλέχθηκαν βάσει των θέσεων που εργάζονταν ώστε να υπάρχει αντιπροσωπευτικότητα. Προσεγγίστηκαν στελέχη που οι θέσεις τους επιτρέπουν την επαφή με τους χρήστες αλλά και στελέχη που βρίσκονται σε διοικητικές θέσεις και έχουν γνώσεις για την κατανομή των πόρων. Βάσει αυτών των κριτηρίων έγινε η τελική επιλογή των 14 ατόμων. Οι ερωτήσεις που τους έγιναν βασίστηκε σε έναν οδηγό ερωτήσεων που προέκυψε από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων έγιναν σύμφωνα με τους παρακάτω άξονες:

- Αξιολόγηση ελληνικού συστήματος υγείας
- Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στην προσβασιμότητά
- Διαφορές Δημόσιου –Ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στην οργάνωση.
- Πλεονεκτήματα –Μειονεκτήματα
- Προτάσεις ερωτώμενων.

9.5. Αποτελέσματα

Αξιολόγηση ελληνικού συστήματος υγείας

Ο πρώτος θεματικός άξονας αφορούσε την αξιολόγηση του συστήματος υγείας της χώρας μας. Στον άξονα αυτό συζητήθηκαν θέματα που αφορούσαν τον μέσο όρο αναμονής των ασθενών, την επάρκεια του προσωπικού, τον εξοπλισμό και τα υλικά του συστήματος υγείας αλλά και τις ενδεχόμενες αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια. Η γνώμη των ερωτηθέντων κρίθηκε ως σημαντική διότι βιώνουν έμπρακτα, λόγω της φύσης της εργασίας τους, τις συνθήκες, τις αλλαγές που υπάρχουν και τις επιπτώσεις τους καθώς και τις αμφίρροπες αντιδράσεις που δημιουργούνται εξαιτίας των παραπάνω τόσο από την πλευρά των εργαζομένων, όσο και από την πλευρά των χρηστών του συστήματος.

Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας δεν παράγει το μέγιστο δυνατό έργο καθώς δεν διαθέτει τους αναγκαίους πόρους και αυτοί που υπάρχουν δεν κατανέμονται σωστά. Παράλληλα πρέπει να γίνει πιο δίκαιο, όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης των αναγκών των πολιτών. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε:

«Όχι δεν παράγεται μέγιστο έργο, αλλά παρατηρείται ανισοκατανομή πόρων για περιοχές αιχμής, όπου παρουσιάζονται-υπάρχουν ελλείψεις, ενώ σε άλλες παρατηρείται να υπάρχει συσσώρευση προσωπικού. Σε πολλές μονάδες υγείας υπάρχει πρόβλημα

γεωγραφικότητας, πολλά νοσοκομεία δρουν χωρίς προγραμματισμό, ενώ δεν είναι ξεκάθαρες οι ανάγκες της εκάστοτε περιοχής».

Διαφαίνεται από τα παραπάνω ότι ο τρόπος κατανομής των πόρων δεν είναι ορθολογικός και δεν λαμβάνει υπόψη του τις ιδιαίτερες ανάγκες που μπορεί να παρουσιάζει μία μονάδα υγείας ανάλογα με την περιοχή στην οποία βρίσκεται.

Επίσης αρκετοί ερωτώμενοι ανέφεραν ότι το υψηλό διοικητικό κόστος σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης, δυσχεραίνει την παραγωγή του απαιτούμενου έργου. Στα παραπάνω προστέθηκε η έλλειψη του ορθολογικού σχεδιασμού και η υποβάθμιση του συστήματος υγείας σε σχέση με τον δευτεροβάθμιο τομέα των νοσοκομείων.

Άλλος ερωτώμενος συμπλήρωσε ότι οι λόγοι που δυσχεραίνουν την παραγωγή του απαιτούμενου έργου είναι κυρίως οργανωτικοί και δομικοί. Συγκριμένα η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και ο καταμερισμός του δυναμικού αυτού, δυσχεραίνει την παραγωγή του απαιτούμενου έργου ακόμα και όταν αξιοποιούνται σωστά οι ελλειπείς πόροι.

Όλα τα παραπάνω αποτυπώνονται στην απάντηση ενός ερωτώμενου βάσει του οποίου:

«... πιστεύω ότι θα μπορούσε να είναι καλύτερη η κατανομή πόρων, όπως κτίρια, προσωπικό, εξοπλισμός, και φυσικά να υπάρχει καλύτερη διαχείριση».

Με τα παραπάνω συμφωνεί και άλλος ερωτώμενος βάσει του οποίου δεν παράγεται το βέλτιστο δυνατό έργο, καθώς υπάρχουν ανεπαρκείς πόροι στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ελλείψεις στα κέντρα υγείας καταλήγοντας πως είναι ανύπαρκτη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Για έναν μόνο ερωτώμενο, που εργάζεται στο χώρο της ψυχικής υγείας αλλά και γενικότερα στο δημόσιο σύστημα υγείας υπάρχει υψηλό επίπεδο από επιστημονικό προσωπικό, το υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ υψηλό αλλά υπάρχουν πολλά σημαντικά προβλήματα με τη στελέχωση, την επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού και τις υποδομές.

Παρά τη διατύπωση διαφορετικών προβλημάτων το σύνολο των επαγγελματιών υγείας επισημαίνει κυρίως οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα που προκύπτουν τόσο από την άνιση κατανομή των πόρων όσο και από την έλλειψη

σχεδιασμού και προγραμματισμού. Αυτά είναι προβλήματα που επηρεάζουν τη λειτουργία, αλλά δεν προκαλούνται από αυτή. Είναι δομικά προβλήματα, δηλαδή δεν σχετίζονται με το προσωπικό που το υψηλό του επίπεδο επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε τέτοιες συνθήκες.

Όσον αφορά στον μέσο όρο αναμονής των ασθενών, οι ερωτώμενοι συμφωνούν πως ο μέσος χρόνος ποικίλει ανά περιοχή σε πολλά νοσοκομεία της Αθήνας. Δεδομένου και του προσφυγικού είναι πολύ μεγάλος ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετείται. Βέβαια υπάρχει μια ανακρίβεια η οποία αναφέρεται στο ότι αλλού νοσηλεύεται και αλλού τελικά καταλήγει κάποιος, πράγμα που επηρεάζει σε γενικές γραμμές την κατανόηση του μέσου χρόνου. Με τα παραπάνω συμφωνεί και άλλος ερωτώμενος ο οποίος αναφέρει:

«Δεν έχω υπόψη μου συγκεκριμένα στατιστικά στοιχεία, εμπειρικά θα έλεγα ότι ασφαλώς εξαρτάται από την ειδικότητα και τη γεωγραφική περιοχή, αλλά θεωρώ ότι αυξάνει όλο και περισσότερο ο χρόνος αναμονής των ασθενών λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το χρηματοοικονομικό σύστημα υγείας στη χρηματοδότησή του αλλά και στο ανθρώπινο δυναμικό».

Άλλος ερωτώμενος αναφέρει συγκεκριμένα ότι ο μέσος όρος ασθενών που εξυπηρετούνται είναι μικρός δεδομένης της αύξησης της χρήσης των υπηρεσιών, ο οποίος είναι μεγάλος. Υπάρχουν πάνω από 1.000.000 εισαγωγές που δεν μπορούν να καλυφθούν μιας και στα νοσοκομεία οδηγούνται όλα τα περιστατικά.

Επίσης άλλος ερωτώμενος αναφέρει ότι στα δημόσια νοσοκομεία ο μέσος χρόνος αναμονής φτάνει τις 2 ώρες και το 7ωρο σε βραδινές βάρδιες. Για άλλον ερωτώμενο ο χρόνος αναμονής εξαρτάται από αυτό που θέλει ο ασθενής. Αν θέλει για παράδειγμα διαγνωστικές εξετάσεις, είναι διαφορετικό από τον ασθενή που θέλει να τον δει ένας γιατρός. Αν κάποιος επισκεφτεί ένα μεγάλο νοσοκομείο με μεγάλο όγκο προσέλευσης, θα έχει μεγαλύτερο χρόνο αναμονής από το να επισκεφθεί ένα περιφερειακό νοσοκομείο.

Η αύξηση του όρου αναμονής είναι κάτι συνεπές με τα δομικά προβλήματα που υπάρχουν. Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να επισκεφτούν τα νοσοκομεία, είτε γιατί δεν έχουν ασφάλιση, είτε γιατί δεν μπορούν να κλείσουν ραντεβού σε ιατρούς άμεσα για ένα πρόβλημα που τους ταλαιπωρεί. Αυτό δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην εξυπηρέτηση των ασθενών που χρήζουν άμεση ανάγκη ιατρικών υπηρεσιών διότι

είναι υποχρεωμένοι να περιμένουν πολλές ώρες για να εξυπηρετηθούν, ενώ υπάρχουν άνθρωποι που δημιουργούν αυτή την αναμονή ενώ θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν από κάποιο άλλο σημείο του συστήματος υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί παράλληλα ότι η αναμονή είναι μεγαλύτερη σε νοσοκομεία αστικών κέντρων όπως η Αθήνα και σε ημέρες αργίας. Για παράδειγμα, όταν Κυριακή που δεν μπορεί κάποιος να απευθυνθεί αλλού, αφού εφημερεύει μόνο μία παιδιατρική κλινική σε όλη την Αθήνα και αναλογιζόμενοι τα εκατομμύρια κατοίκων που υπάρχουν, είναι δεδομένο ότι θα υπάρξει πολύωρη αναμονή.

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση αναμονής των 4 μηνών ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού, όπως αναφέρει ένας ερωτώμενος. Ο επαγγελματίας στην ψυχική υγεία αναφέρει ότι ο μέσος χρόνος αναμονής έχει μειωθεί σημαντικά σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Αναφέροντας κάποια στατιστικά στοιχεία από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής υποστηρίζει ότι ο χρόνος νοσηλείας αγγίζει τις 20 με 25 μέρες σε σχέση με το παρελθόν που ήταν 2-3 μήνες και παραπάνω. Στα γενικά νοσοκομεία και τις παθήσεις για τη σωματική υγεία υπάρχει διαφορά αναλόγως την πάθηση του ασθενή. Άλλο χρόνο θα έχει κάποιος με χειρουργικά προβλήματα ανάλογα βέβαια και με την πάθηση που αντιμετωπίζει.

Η μείωση της αναμονής στην ψυχική υγεία μπορεί να αποδοθεί σε διάφορες αιτίες όπως για παράδειγμα την εστίαση που έχει δοθεί στον τομέα της ψυχικής υγείας λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. Μία άλλη αιτία είναι το γεγονός ότι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία εισάγονταν συχνά και οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών λόγω της μεγάλης αναμονής που υπήρχε στα προγράμματα απεξάρτησης που πλέον όμως δεν υπάρχει λόγω της απορρόφησης όλων αυτών που ανέμεναν.

Όσον αφορά στο προσωπικό κάποιοι ερωτώμενοι συμφωνούν πως είναι αρκετό για να παράγει καλύτερες υπηρεσίες σε σχέση με σήμερα. Ωστόσο δεν υπάρχει ορθολογική κατανομή και κυρίως μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και εντός του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται γιατί υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός ειδικοτήτων, μικρός όμως αριθμός γενικών ιατρών.

Για άλλους ερωτώμενους δεν είναι επαρκές το προσωπικό στο δημόσιο σύστημα υγείας, τόσο σε επίπεδο ιατρικού, όσο και νοσηλευτικού προσωπικού, όπου οι ελλείψεις είναι ακόμα μεγαλύτερες. Ως αριθμοί βάσει πληθυσμού υπάρχουν 6,5

ιατροί ανά χίλιους κατοίκους και 4,5 νοσηλευτές. Την εποχή της κρίσης οι γιατροί μειώνονται ενώ το προσωπικό εμφανίζεται γερασμένο. Επίσης αναφέρθηκαν περιπτώσεις απώλειας προσωπικού λόγω της συνταξιοδότησης και μη κάλυψη αυτού του προσωπικού λόγω περικοπών προσλήψεων.

Επίσης αναφέρθηκε και η περίπτωση ανισοκατανομής του προσωπικού υγείας. Χαρακτηριστικά ανέφεραν:

« .. και υπάρχουν μεγάλες ανισότητες κατά τομείς. Υπάρχουν τομείς όπου ίσως περισσεύουν κάποιοι επαγγελματίες υγείας αλλά και τομείς που είναι τελείως υποστελεχωμένοι. Ενώ γενικά το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ότι δεν υπάρχει στελέχωση και διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών».

Όσον αφορά τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό άλλοι ερωτώμενοι ανέφεραν πως είναι επαρκής αλλά δεν είναι απόλυτα λειτουργικός λόγω χαμηλών επενδύσεων και άλλοι πως δεν είναι επαρκής καθώς δεν τον ανανεώνουν και δεν επενδύουν σε ειδικές εξετάσεις. Οι ερωτώμενοι που ανέφεραν ότι ο εξοπλισμός είναι επαρκής θεωρούν πως τόσο οι υποδομές, όσο και ο εξοπλισμός είναι επαρκείς αλλά εν πολλοίς αναξιοποίητοι γιατί υπάρχουν κτηριακές υποδομές που δεν έχουν αξιοποιηθεί πλήρως όπως και ο ιατρικός εξοπλισμός που τελεί σε αδράνεια δεδομένου ότι δεν υπάρχει η κατάλληλη στελέχωση για να λειτουργήσει. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε:

«... έχω την εκτίμηση ότι ο εξοπλισμός μπορεί να είναι επαρκής αλλά ανεκμετάλλευτος. Για τις υποδομές θεωρώ ότι (ακόμα και σε κάποιες απαρχαιωμένες περιπτώσεις) καλύπτουν κριτήρια. Θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται οι υποδομές με αρκετό προσωπικό ως έχουν, αφού δε μπορούμε να τις βελτιώσουμε και να βρεθεί τρόπος να λειτουργήσουν μηχανήματα που είναι σε αποθήκες και μένουν αναξιοποίητα»

Κάποιοι ερωτώμενοι αναφέρουν ότι ο εξοπλισμός δεν είναι αρκετός και πως υπάρχουν πολλά προβλήματα λόγω της χαμηλής χρηματοδότησης. Στα γενικά νοσοκομεία καθημερινά οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων προβαίνουν σε αναζήτηση υλικού από το ένα τμήμα στο άλλο, δανείζοντας ο ένας στον άλλον. Υπάρχουν πολλά προβλήματα με την επάρκεια του υγειονομικού υλικού και είναι καθολικό φαινόμενο σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Οι ελλείψεις σε αυτό το πεδίο επεκτείνονται ακόμα και στα απαραίτητα, όπως επίδεσμοι για παράδειγμα, καθιστώντας εξαιρετικά δύσκολη τη λειτουργία των τμημάτων..

Αναφορικά με τα υλικά όλοι οι ερωτώμενοι συμφωνούν πως αυτά δεν είναι επαρκή δεδομένου ότι τα Νοσοκομεία δεν έχουν επαρκείς πόρους για να τα καλύψουν και οι προμηθευτές λόγω και της κρίσης ζητούν άμεσα τα χρήματα. Ως εκ τούτου η έλλειψη των υλικών οφείλεται στη ροή της χρηματοδότησης η οποία τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει προβλήματα, κυρίως στο σύστημα προμηθειών που ακολουθεί το δημόσιο σύστημα υγείας και το οποίο με τη σειρά του είναι αρκετά γραφειοκρατικό. Οι ερωτώμενοι αναφέρουν ελλείψεις σε υλικά όπως γάζες, σεντόνια, κλινοσκεπάσματα, ιώδια, αντισηπτικά κτλ.

Τέλος όσον αφορά στον εντοπισμό αλλαγών σε σχέση με το παρελθόν, οι περισσότεροι ερωτώμενοι εντοπίζουν αλλαγές δυστυχώς προς το χειρότερο. Αυτές αφορούν την υποστελέχωση και τα κτήρια που θέλουν ανακαινίσεις για να νιώθει καλά και ο ασθενής. Επίσης αναφέρθηκαν ότι διενεργούνται προσλήψεις με βάση το πολιτικό όφελος και όχι τις πραγματικές ανάγκες που υπάρχουν, πράγμα που βασίζεται στην έξαρση του φαινομένου του λαϊκισμού τα τελευταία χρόνια.

Ο χρόνος επίσης αναμονής επιδεινώνεται και γενικά υπάρχει μια πτώση της ποιότητας, την ίδια στιγμή που παρατηρείται αυξημένη ποσότητα περιστατικών. Τελικό συμπέρασμα των ερωτώμενων είναι ότι το σύστημα υγείας λειτουργεί στον «αυτόματο πιλότο», οι γιατροί και οι νοσηλευτές αλλά και το λοιπό προσωπικό υπερβάλλει εαυτόν προκειμένου το σύστημα να μην καταρρεύσει, ο πολίτης δεν εξυπηρετείται, δεν υπάρχει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και υπάρχουν επίσης προβλήματα αξιολόγησης του συστήματος.

Όσοι ερωτώμενοι εντοπίζουν αλλαγές προς το καλύτερο στα απογευματινά ιατρεία αλλά και στην προσπάθεια διαχωρισμού της πρωτοβάθμιας από την τριτοβάθμια βαθμίδα παροχής υπηρεσιών. Επίσης θετική αλλαγή αναφέρεται η πλήρης μηχανογράφηση των νοσηλευτικών μονάδων στο σύστημα υγείας.

Σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στην προσβασιμότητά τους

Ο δεύτερος θεματικός άξονας αφορά στη σύγκριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στην προσβασιμότητά τους. Σύμφωνα με τους ερωτώμενους ο δημόσιος τομέας έχει μεγάλο μέγεθος και υποστήριξη, γεγονός που σημαίνει ότι μπορεί να καλύψει κάθε ανάγκη. Στον ιδιωτικό τομέα δεν μπορούν να καλύψουν τα πάντα λόγω έλλειψης πόρων δεδομένης και της αδυναμίας δανεισμού. Η πρόσβαση

στο δημόσιο τομέα γίνεται, καθώς πολλές θεραπείες και φάρμακα και πολλές κλινικές θεραπείες ειδικά για την επαρχία και τα νησιά, δεν είναι προσβάσιμες.

Από την άλλη πλευρά αναφέρθηκε πως η πρόσβαση δεν είναι καλή καθώς δεν υπάρχει ισοτιμία. Μεγάλο μέρος πολιτών πληρώνει πολλά χρήματα και καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα, γιατί το δημόσιο δεν τον καλύπτει. Επίσης αναφέρθηκε πως τα τελευταία χρόνια όσον αφορά τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας αυξάνεται όλο και περισσότερο ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος παίρνει όλο και μεγαλύτερο μερίδιο στις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που οφείλεται στην υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα. Για τους ερωτώμενους η ισότιμη πρόσβαση στο δημόσιο τομέα εξαρτάται άμεσα από το κοινωνικό επίπεδο και τη μορφωτική ικανότητα των ασθενών.

Η ανισότητα στην πρόσβαση οφείλεται επίσης στην οικονομική κατάσταση των πολιτών. Οι περισσότεροι λόγω της κρίσης προσφεύγουν στο δημόσιο νοσοκομείο και όχι σε ιδιωτικό νοσηλευτικό θεραπευτήριο.

Πλην της οικονομικής κατάστασης των πολιτών, η οποία δημιουργεί ανισότητα στην πρόσβαση στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και η γεωγραφικότητα αναδείχθηκε ως βασικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει την πρόσβαση. Στις νησιωτικές περιοχές, τις απομακρυσμένες περιοχές και τις ορεινές περιοχές υπάρχει γεωγραφική ανισότητα. Ως εκ τούτου η Ελλάδα πρέπει να καταβάλλει περισσότερη προσπάθεια να εξαλείψει τις ανισοροπίες. Πρέπει να υπάρχουν στοχευμένες πολιτικές σε μέρη όπως η νησιωτική Ελλάδα σε μια περίοδο έλλειψης πόρων για να εξυπηρετηθούν ομάδες που είναι απομακρυσμένες, και κατ' επέκταση μειονεκτούσες. Επίσης αναφέρθηκε πως σε μικρές περιοχές υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό. Σύμφωνα με έναν ερωτώμενο υπάρχουν πολλά μικρά νησιά που δε διαθέτουν κέντρο υγείας ή ένα αγροτικό ιατρείο οπότε η πρόσβαση είναι εξαιρετικά δύσκολη και υπάρχει ανάγκη κάλυψης των αναγκών υγείας τόσο μέσω κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας όσο και μέσω της τεχνολογίας της τηλεϊατρικής (OECD).

Τέλος και η κοινωνική τάξη σε συνδυασμό με το εισόδημα επηρεάζει την πρόσβαση. Κάποιος που διαθέτει οικονομική δυνατότητα θα αποφύγει το δημόσιο σύστημα υγείας λόγω αναμονής (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Το εισόδημα είναι καθοριστικό για τον ασθενή να επιλέξει το ιδιωτικό σύστημα υγείας. Για έναν

ερωτώμενο στην Ελλάδα υπάρχει το εξής οξύμωρο. Η πρωτοβάθμια υγεία έχει πολλές μονάδες υποδομής, πολλούς επαγγελματίες αλλά θεωρείται η πέμπτη χειρότερη χώρα με αρνητικό σκορ όπου οι πολίτες της δεν βρίσκουν γιατρό, καθώς υπάρχει πρόβλημα οργάνωσης, πληροφόρησης, κουλτούρας.

Η προτίμηση όμως του ιδιωτικού τομέα οφείλεται κυρίως στις ανεπάρκειες του δημόσιου συστήματος υγείας. Οι ασθενείς προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα για να μην έρθουν αντιμέτωποι με ελλείψεις, έντονες γραφειοκρατικές διαδικασίες και αναμονές. Εντούτοις, ακόμα και αυτοί που προσφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα γνωρίζουν πολύ καλά το υψηλό επίπεδο κυρίως των ιατρών του δημοσίου τομέα και το αναγνωρίζουν. Δεν είναι τυχαίο ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία επιλέγονται κυρίως για ασθένειες και επεμβάσεις που δεν είναι σοβαρές έχοντας μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε αυτές τις περιπτώσεις τους ιατρούς των δημόσιων νοσοκομείων.

Ένα άλλο στοιχείο που ωθεί τους ασθενείς στις ιδιωτικές κλινικές είναι η μη πρόσβαση όχι λόγω κοινωνικών ή οικονομικών κριτηρίων αλλά λόγω των προβλημάτων του δημόσιου τομέα. Για παράδειγμα, στο νοσοκομείο Σωτηρία που θεωρείται ένα από τα καλύτερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα υπάρχει μεγάλη αναμονή για την εισαγωγή στις κλινικές που για έναν ασθενή στο τελευταίο στάδιο μπορεί να αποβεί μοιραία αναγκάζοντας τον να προσφύγει στον ιδιωτικό τομέα που ακόμα και αν θεωρεί ότι οι υπηρεσίες που θα λάβει θα είναι κατώτερου επιπέδου, πάραυτα θα λάβει κάποιες.

Διαφορές Δημόσιου –Ιδιωτικού τομέα όσον αφορά στην οργάνωση. Πλεονεκτήματα –Μειονεκτήματα

Όσον αφορά στις διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σύμφωνα με τους ερωτώμενους το δημόσιο σύστημα υγείας ενώ είναι εκτεταμένο δεν έχει οικονομίες κλίμακας ενώ πολλές φορές προχωρά στον αντίποδα, παράγοντας δηλαδή αντι-οικονομίες κλίμακας, ενώ τέλος είναι έντονα γραφειοκρατικό, σε σημείο διοικητικής παθολογίας. Το σημαντικότερο όμως πρόβλημά του αποτελεί το νομικό πλαίσιο, το οποίο δεν είναι ξεκάθαρο και αυτό το επηρεάζει αρνητικά, κάτι που φάνηκε περισσότερο τον καιρό της κρίσης και προτάθηκε για άμεση διόρθωση. Αντίθετα το ιδιωτικό σύστημα υγείας είναι πιο ευέλικτο, πιο ανταγωνιστικό, στοχευμένο, μελετά το κόστος και εστιάζει στην αύξηση των πελατών του.

Επίσης σύμφωνα με τους ερωτώμενους το δημόσιο σύστημα πάσχει ως προς τη διοικητική αυτοτέλεια των μονάδων. Η όλη διοίκηση είναι δυσχερής και η διαχείριση των δημόσιων μονάδων είναι πολύ γραφειοκρατική με αποτέλεσμα να απαιτείται ένα πολύ μεγάλο διοικητικό κόστος για το σύστημα. Αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας είναι πάντα πιο ευέλικτος, πιο αποτελεσματικός αλλά όπως προκύπτει από την έρευνα είναι επαρκής για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και μάλιστα σε μια περίοδο κρίσης όπου οι κοινωνικές ανισότητες αυξάνονται, κι επομένως ο ρόλος του δημόσιου τομέα θα έπρεπε να επεκτείνεται και όχι να συρρικνώνεται.

Χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος ανέφερε:

«... στον ιδιωτικό τομέα η κατανομή πόρων, ανθρωπίνου δυναμικού και υλικού, επειδή υπάρχουν επιχειρήσεις που ζουν από αυτή τη δραστηριότητα, γίνεται πιο αυστηρά, πιο λελογισμένα και αποτελεσματικότερα».

Ωστόσο συμπληρώνει πως δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής η μεγάλη εμπειρία του δημόσιου τομέα παροχής υγείας που μειώνει τις αντιθέσεις αυτές. Οπότε η διαφορά λόγω του διαφορετικού χαρακτήρα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα καλύπτεται από τη πολύ μεγαλύτερη εμπειρία στα θέματα αυτά στο δημόσιο χώρο υγείας και κατά κάποιο τρόπο εξισορροπούνται οι καταστάσεις.

Επίσης για τους ερωτώμενους τα μειονεκτήματα του δημοσίου συστήματος υγείας αφορούν την εικόνα και τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό των μονάδων υγείας. Σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο ο ασθενής νομίζει ότι εξυπηρετήθηκε καλύτερα κι ας μην ισχύει, διότι ο περίγυρος και η κτιριακή υποδομή ήταν καλύτερη. Επίσης μεγάλο μειονέκτημα στο δημόσιο τομέα είναι η χρονοβόρα διαδικασία για να καλυφθεί μια ειδικότητα σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα που καλύπτεται άμεσα. Ως εκ τούτου στον δημόσιο τομέα υπάρχει έλλειψη σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που δεν μπορεί να καλυφθεί άμεσα.

Επίσης αναφέρθηκε πως το δημόσιο σύστημα υγείας πάσχει από ανεπαρκή οργάνωση υπηρεσιών και δεν υπάρχει καλή ενημέρωση και πληροφόρηση με αποτέλεσμα οι ασθενείς να ταλαιπωρούνται ψάχνοντας να βρουν τις υπηρεσίες τις οποίες έχουν ανάγκη. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα ο ασθενής έχει τη δυνατότητα και το χρόνο να μοιραστεί με το γιατρό του τους προβληματισμούς του με άνεση χρόνου. Τέλος ο εξοπλισμός στον ιδιωτικό τομέα είναι πολύ καλύτερος. Επίσης αναφέρθηκε και ένα ακόμα πλεονέκτημα του δημοσίου, πλην της εμπειρίας του, το

γεγονός ότι υπάρχει εφημερεύον ιατρός όλο το 24ωρο ενώ στα ιδιωτικά δε συμβαίνει ίδιο.

Αναφορικά με τα πλεονεκτήματα του δημόσιου τομέα οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι το δημόσιο είναι ισχυρό, μπορεί ανά πάσα στιγμή να βασιστεί στον κρατικό μηχανισμό, δεν έχει αστάθεια, δεν βασίζεται σε τράπεζες-επενδυτές, μπορεί να προβλέψει και βασίζεται στις δομές του κράτους. Επίσης καλύπτει όλους τους πολίτες με υπευθυνότητα, ενώ στον ιδιωτικό τομέα δεν αναλαμβάνουν δύσκολες καταστάσεις. Ως εκ τούτου ο κόσμος εμπιστεύεται τα στελέχη και τα άτομα του δημόσιου τομέα καθώς δίνουν λύσεις εκεί που δε μπορεί ο ιδιωτικός τομέας. Επίσης αναφέρθηκε πως το δημόσιο σύστημα έχει αναπτύξει ένα επαρκές δίκτυο δομών και έχει κι ένα ικανό ανθρώπινο δυναμικό ως προς την εμπειρία και το επίπεδο. Άλλο πλεονέκτημα του δημοσίου είναι ότι εξασφαλίζει ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις κοινωνικές τάξεις ανεξαρτήτως οικονομικού επιπέδου. Τέλος αναφέρθηκε πως κάθε δημόσιο νοσοκομείο είναι εξειδικευμένο σε κάποιον τομέα και ο ασθενής ανάλογα με το πρόβλημά του απευθύνεται στο αντίστοιχο νοσοκομείο.

Όσον αφορά στους τομείς που πάσχουν στον δημόσιο τομέα αναφέρθηκε η πρόσβαση, η ποιότητα υπηρεσιών και η οργάνωση. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε:

«Το πρόβλημα είναι το πλαίσιο, δεν είναι συνεκτικό, αλλά είναι ένα κατακερματισμένο πλαίσιο κανόνων με βάση του προϋπολογισμού και όχι βάση τις ανάγκες. Πρόβλημα είναι οι παρεμβάσεις των κομμάτων που βάση συμφερόντων το καθορίζουν. Δεν υπάρχει κωδικοποίηση είναι κατακερματισμένο».

Επίσης αναφέρθηκε πως πρέπει να ενωθούν οι μονάδες, ώστε να μειωθούν και να υπάρχει καλύτερη παροχή υπηρεσιών. Να είναι ξεκάθαρο το τι κάνει κάθε επίπεδο. Βασική πρόταση που έγινε ήταν να αναπτυχθεί το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας με καινούριες δομές (όπως τα πολυδύναμα κέντρα υγείας) αλλά και με την ανατροπή της σχέσης που υπάρχει μεταξύ ειδικευομένων και γενικών ιατρών. Επίσης θα πρέπει να καθιερωθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος έχει αρχίσει δειλά-δειλά να τίθεται σε εφαρμογή, τοποθετώντας στο επίκεντρο τις τοπικές και προσωπικές-εξειδικευμένες ανάγκες των πολιτών-χρηστών.

Άλλο πρόβλημα που αναφέρθηκε είναι η αντιπαλότητα στο σύστημα μεταξύ των νοσοκομειακών παραγόντων και των υπόλοιπων εμπλεκομένων. Θα έπρεπε να υπάρχει μια δυνατή πρωτοβάθμια παροχή υγείας που θα λειτουργεί επιβοηθητικά για

τη δευτεροβάθμια και για την τριτοβάθμια φροντίδα αλλά και για την αποσυμφόρηση του συστήματα ενισχύοντας την δημόσια υγεία. Το κράτος συνεπώς πρέπει να κινηθεί προς την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Προβλήματα εντοπίστηκαν και στην χρηματοδότηση, η οποία δεν είναι επαρκής λόγω της κρίσης. Η προσπάθεια κάλυψης από τους πελάτες αποσύρεται πράγμα θετικό και γίνεται προσπάθεια να στηριχτεί η χρηματοδότηση από τον κρατικό μηχανισμό. Ο κλειστός προϋπολογισμός των νοσοκομείων βοηθά στη συντήρησή τους και πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν χωρίς στήριξη.

Λίγοι ήταν οι ερωτώμενοι που θεωρούν τη χρηματοδότηση, δεδομένης της οικονομικής κρίσης ικανοποιητική.

«Είναι ικανοποιητική, όχι επαρκής στα πλαίσια της εποχής που διάγουμε αλλά θέλει καλύτερη διαχείριση κατανομής».

Για τους ερωτώμενους η χρηματοδότηση σχετίζεται άμεσα με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα. Η καθυστέρηση εμποδίζει το σωστό προγραμματισμό, τις επιθυμίες της διοίκησης, οδηγεί σε πρόβλημα οργάνωσης. Παράλληλα επηρεάζεται και η αποτελεσματικότητα, όπως για παράδειγμα αδυναμία επισκευής μηχανημάτων, έλλειψη ειδικοτήτων, ανταλλακτικών, (εν γένει) προσωπικού και υλικοτεχνικών μέσων.

Ως εκ τούτου, αναφέρουν πως η αύξηση της χρηματοδότησης από μόνη της μπορεί να βελτιώσει την αποδοτικότητα των νοσοκομείων όταν γίνεται ορθολογική κατανομή των πόρων. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνουν μεταρρυθμίσεις στο σύστημα ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητα. Η αποτελεσματικότητα, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, επηρεάζεται άμεσα από τις χρηματοροές ενός συστήματος. Όσο οι εισροές μειώνονται δραστικά και δεν αλλάζει η ικανότητα του συστήματος, μειώνονται και οι παροχές του, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών. Οι δείκτες επηρεάζονται γιατί υπάρχει πρόσβαση των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων και εντείνονται τα προβλήματα υγείας συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, δηλαδή των πιο ευαίσθητων.

Άλλοι ερωτώμενοι εστίασαν στην αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας η οποία σχετίζεται άμεσα με τον μισθό τους, δίνοντας έτσι μια πιο τεϊλοριανή αντίληψη για το συζητούμενο θέμα, παρά το ότι γίνεται και έμμεση αναφορά στις ιδέες της σχολής των ανθρωπίνων σχέσεων. Ο εργαζόμενος πρέπει να είναι ικανοποιημένος για

να αποδώσει. Στον εργασιακό χώρο για να αποδώσει λοιπόν, ρόλο παίζει ο εργασιακός χώρος-περιβάλλον, αλλά φυσικά (καταλήγουν οι ερωτώμενοι, ρόλο παίζει) και το μισθολογικό κομμάτι. Ο ικανοποιημένος μισθολογικά εργαζόμενος λειτουργεί καλύτερα.

Η σύγκριση ανάμεσα όμως στους δύο τομείς, το δημόσιο και τον ιδιωτικό δεν μπορεί να είναι απόλυτη λόγω της ανομοιογένειας τους. Όπως ανέφεραν και οι επαγγελματίες υγείας οι ασθενείς μπορεί να έχουν την πεποίθηση ότι εξυπηρετούνται καλύτερα αλλά αυτό δεν ισχύει στην πραγματικότητα για πολλούς λόγους. Καταρχήν, όντως η καλύτερη εξυπηρέτηση έγκειται στις δομές. Επιπλέον, ο μέσος όρος νοσηλείας δεν είναι πολύ μικρότερος στα ιδιωτικά νοσοκομεία αφού επιδιώκουν να παραμένει περισσότερο ο ασθενής για να μπορούν να λαμβάνουν όχι μόνο περισσότερα νοσηλεία αλλά για να δικαιολογείται η ύπαρξη κάποιων κλινικών, πράγμα το οποίο μπορεί πολύ εύκολα να συνδεθεί με την έννοια-στρέβλωση της αγοράς της υγείας, του ηθικού κινδύνου (moral hazard) (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) (Μέργος, Κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση επενδύσεων και πολιτικών (Α' τόμος), 2009). Το ίδιο ισχύει και για τις εξετάσεις αλλά και για την επισκεψιμότητα των ιατρών που είναι συχνή διότι χρεώνεται ξεχωριστά (Μέργος, Δαπάνες υγείας, 2009). Όλη αυτή η φροντίδα συνεπώς είναι διότι στον ασθενή παρέχονται παραπάνω υπηρεσίες απ' ότι στην πραγματικότητα χρειάζεται δημιουργώντας του την εντύπωση ότι τον φροντίζουν καλύτερα, φροντίδα όμως την οποία πληρώνει από ίδιους πόρους, ή την πληρώνουν 'τρίτοι', δηλαδή η ιδιωτική του ασφάλεια.

Προτάσεις ερωτώμενων

Οι αλλαγές που προτείνουν οι ερωτώμενοι αφορούν στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, στην κάλυψη με το υπάρχον προσωπικό όσους το έχουν ανάγκη και στην καλύτερη στρατηγική. Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης συγκεκριμένα, πρέπει να αναπτυχθούν νέες δομές, κυρίως κέντρα υγείας αστικού τύπου και να θεσπιστεί ο οικογενειακός ιατρός. Επίσης θα πρέπει να εφαρμοστούν οι νόμοι. Υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που είναι ικανοποιητικό, καθώς καλύπτει τις παραμέτρους για να λειτουργήσει το σύστημα υγείας, όμως δεν εφαρμόζεται πλήρως. Είναι το χάσμα υλοποίησης πολιτικών που διακρίνει τη χώρα μας.

Άλλη αλλαγή αφορά τη στελέχωση των υπηρεσιών με περισσότερο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, αλλά και η κατανομή κλινικών μεταξύ των νοσοκομείων ώστε το ένα νοσοκομείο να καλύπτει το άλλο. Επίσης η νοσοκομειακή περίθαλψη πρέπει να αναδιοργανωθεί και να διασυνδεθεί τόσο με την πρωτοβάθμια και με την τριτοβάθμια, όσο και με την εν γένει κοινωνική φροντίδα (Geitona et al., 2010).

Τέλος προτείνεται η αύξηση κονδυλίων και η ανακατανομή της χρηματοδότησης ώστε όλες οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να είναι προσβάσιμες στους ασθενείς.

Όσον αφορά στον οργανισμό ΠΕΔΥ οι ερωτώμενοι συμφωνούν με την καθετοποίηση αλλά όχι την ενιαία διοίκηση. Το σωστό είναι κάθε δήμος να παρέχει τις ανάλογες υπηρεσίες στους πολίτες του, αξιοποιώντας τους πόρους που έχει. Επίσης αναφέρθηκε η αναγκαιότητα να στελεχωθούν επαρκώς τα ΠΕΔΥ.

Αναφορικά με τις αλλαγές στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους ότι αυτή είναι αναίτια κατακερματισμένη. Χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος αναφέρει:

«Για παράδειγμα ο Ευαγγελισμός μένει κλειστός, όταν μπορεί να καλύψει 10.000 ασθενείς όταν δουλεύουν απογεύματα μικρότερες κλινικές. Θα πρέπει να δουλεύουν όλο το 24ωρο ώστε να είναι πιο λειτουργικό, να μειωθούν τμήματα, να συνενωθούν τμήματα πιο ισχυρά με μια διοίκηση και όχι 10 διαφορετικές. Θα μπορούσαν να διατηρηθούν τμήματα με στοχευόμενο ρόλο. Να αρχίσει το δημόσιο να είναι πιο στοχευμένο, ώστε να τραβήξει πελάτες, εστίαση σε καινοτόμες δράσεις που θα μπορούσαν να προσελκύσουν τουρίστες για ιατρικό τουρισμό».

Επίσης αναφέρθηκε ότι στον τομέα της τριτοβάθμιας μονάδας υγείας πρέπει να δοθεί πληρέστερη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, στη βάση διαχείρισης κλειστών προϋπολογισμών αλλά και με επιμερισμένη ευθύνη και αξιολόγηση των διευθύνσεων των κλινικών. Παράλληλα θα πρέπει να υπάρχουν κλειστοί προϋπολογισμοί σε επίπεδο κλινικής όχι μόνο νοσηλευτικής μονάδας του νοσοκομείου. Το κάθε νοσοκομείο που θα έχει οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια πρέπει να γνωρίζει το σύνολο των προϋπολογισμών του και να γνωρίζει τη διαχείριση των πόρων του για την επίτευξη των στόχων που θα τίθεται για κάθε νοσοκομείο και η διοίκηση θα πρέπει να είναι υπόλογοι καθώς και να αξιολογείται με βάση το κάθε

επιχειρησιακό πλάνο της νοσηλευτικής μονάδας που προΐσταται. Αν αποκτήσουν τα νοσοκομεία πλήρη αυτοτέλεια, τότε θα έχει την ευθύνη το ίδιο το νοσοκομείο για την καλή ή κακή λειτουργία του. Έτσι μια εποπτεύουσα αρχή θα μπορούσε να δει τι λειτουργεί καλά, ποιος προωθεί την καλή λειτουργία και ποιος την αντιμάχεται και να λάβει έτσι τις αποφάσεις της.

Τέλος αναφέρθηκε πως στα μεγάλα αστικά κέντρα επικρατεί το φαινόμενο να συνδέεται η δευτεροβάθμια με την τριτοβάθμια περίθαλψη. Αυτά τα επίπεδα θα πρέπει να διαχωριστούν και κάθε φορέας θα πρέπει να είναι στοχευόμενος στις απαιτήσεις που έχει.

Αναφορικά με το κατά πόσο ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να ωφελήσει την αποδοτικότητα του δημοσίου, οι ερωτώμενοι αναφέρουν ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι αποδοτικός γιατί θέλει πελάτες παρέχοντας ξενοδοχειακές παροχές, και στοχεύει στην συνεργασία με το δημόσιο και μέσω του ιατρικού τουρισμού.

Για άλλον ερωτώμενο οι ΣΔΙΤ δεν έτυχαν εφαρμογής στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, έχουν όμως διευρυμένη εφαρμογή σε πολλές χώρες στο εξωτερικό σε Αγγλία, Αυστραλία, ΗΠΑ κτλ. Το παραπάνω οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει κουλτούρα συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα. Θεωρεί επίσης πως αυτά αποτελούν δυσχερή θέματα που χρειάζονται νομοθετική επεξεργασία και παρέμβαση. Αυτό που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί είναι οι τεχνολογικές υποδομές που παραμένουν αδρανείς, αλλά δεν είναι ακόμα σε θέση το σύστημα να τις εκμεταλλευτεί. Θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε τομείς δημοσίων έργων αλλά δε θα ήταν το πλέον πρόσφορο να ξεκινήσουν από τον τομέα της υγείας που είναι ένα δημόσιο αγαθό κρίσιμης σημασίας σε μια περίοδο που η επιχειρηματικότητα στην υγεία αυξάνεται σε βάρος του δημόσιου τομέα και σε βάρος πρόσβασης των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων.

Άλλη πρόταση είναι οι ιδιωτικοί ιατροί να καλύπτουν τις εφημερίες των δημοσίων ιατρών στα νοσοκομεία. Γενικά θεωρήθηκε πως ο ιδιωτικός τομέας στην Ελλάδα έχει να προσφέρει πολλά στην περίθαλψη αρκεί να υπάρξει έλεγχος και της οργάνωσης και των οικονομικών. Εξάλλου ο ιδιωτικός τομέας έχει βοηθήσει το σύστημα υγείας ειδικά τα διαγνωστικά κέντρα που με χαμηλό κόστος εξυπηρετούν τον ασθενή. Τέλος θα μπορούσε να λειτουργήσει συμπληρωματικά όπως συμβαίνει

με τις μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς τα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά έχουν μονάδες που πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ.

Αναφορικά με το τι πρέπει να αλλάξει σε επίπεδο ελέγχου-συνταγογράφησης, οι ερωτώμενοι αναφέρουν πως υπάρχει ακόμα προκλητή ζήτηση παρά τα όσα μέτρα, καθώς θα πρέπει ο έλεγχος να γίνει πιο αυστηρός, δεδομένου ότι δεν εφαρμόζονται δικλίδες ελέγχου μέσα από το σύστημα αυτό. Η ηλεκτρονική καταγραφή είναι καλή, αλλά θα πρέπει να υπάρξει ενημέρωση και πληροφόρηση. Απαιτούνται επίσης συστήματα κοστολόγησης των ιατρικών πράξεων.

Ένας ερωτώμενος προσθέτει το ζήτημα της συνεργασίας μεταξύ των λογιστηρίων των νοσοκομείων ή του υπουργείου υγείας και των διοικήσεων των δημοσίων φορέων με βάση στατιστικά δεδομένα όπως αποδόσεις και δαπάνες των προηγούμενων ετών και με βάση την τάση των προηγούμενων ετών να μπορούν να κινούνται μέσα σε εφικτούς προϋπολογισμούς.

Σε γενικές γραμμές η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείται αποτελεσματική για να μην γίνονται σπατάλες. Ωστόσο απαιτείται χρόνος να γίνουν οι αλλαγές αυτές επιτυχείς. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι χρειάζεται οργάνωση και φίλτρα ελέγχου και όλα αυτά μπορούν να γίνουν μόνο ηλεκτρονικά. Η Ελλάδα οφείλει να χρησιμοποιήσει τα Ευρωπαϊκά πρότυπα ως παραδείγματα για να μειωθεί και το κόστος. Επίσης πρέπει να γίνονται τακτικοί έλεγχοι, να είναι διασταυρωμένοι και να αποδίδονται οι ευθύνες. Μόνο έτσι θα ξεπεραστούν τα σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται πρώτον με την αυξημένη ζήτηση των διαγνωστικών εξετάσεων όσο και με την κατευθυνόμενη συνταγογράφηση.

Σε αυτή την έρευνα αντίθετα με το πρώτο μέρος διατυπώθηκαν προβλήματα που δεν μπορούν να γνωρίζουν οι χρήστες. Διατυπώθηκαν κυρίως προβλήματα που υπάρχουν σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο και που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ενώ οι χρήστες δεν έχουν γνώση αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της έρευνας τόσο σε λήπτες υπηρεσιών όσο και σε επαγγελματίες υγείας, καταδεικνύει ότι οι δεύτεροι γνωρίζουν καλύτερα τις παθογένειες του συστήματος αλλά και οι πρώτοι τις αντιλαμβάνονται διότι τις βιώνουν μέσω των υπηρεσιών που τους παρέχονται.

Παρουσιάζονται πολλές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ως προς την αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας που προκύπτει κυρίως μέσω της προσωπικής τους εμπειρίας.

Ένα από τα πιο σημαντικά ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι η μη γνώση σημαντικού μέρους των ληπτών υπηρεσιών υγείας για τις αλλαγές που υπάρχουν στο δημόσιο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, σημαντικό μέρος των ληπτών δεν γνώριζε για τους ιδιώτες συμβεβλημένους ιατρούς. Αυτό σημαίνει ότι η ενημέρωση της δυνατότητας αυτής δεν έγινε με το σωστό τρόπο και είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων αφού λόγω της άγνοιας τους οι λήπτες θα συνέχιζαν να επιβαρύνουν το πρόγραμμα των υπολοίπων ιατρών ενώ θα μπορούσαν να έχουν εξυπηρετηθεί άμεσα.

Αυτό αποδεικνύει περίτρανα την παθογένεια του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας αφού ακόμα και οι θετικές αλλαγές που προχωρούν γίνονται αποσπασματικά, χωρίς προγραμματισμό, χωρίς ενημέρωση με αποτέλεσμα να μην προκαλούν στην ουσία καμία θετική αλλαγή. Αυτό δεν είναι ένα νέο φαινόμενο αφού γενικότερα οι αλλαγές που συμβαίνουν στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας είναι αποσπασματικές και επιμέρους ενώ όπως διαφάνηκε χρειάζεται ριζική αναδιάρθρωση.

Το θέμα των πόρων είναι επίσης καταλυτικής σημασίας και αναφέρθηκε και από τις δύο ομάδες των ερωτηθέντων. Εντούτοις, παρά το γεγονός ότι έχει επιδεινώσει την κατάσταση δεν αποτελεί τη βασική αιτία του προβλήματος και αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι προβλήματα και παθογένειες υπήρχαν πριν την έλευση της οικονομικής κρίσης.

Σύμφωνα με τις βασικές ερευνητικές υποθέσεις εντοπίστηκε ότι όντως η πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι ισότιμη και βασική αιτία αυτού είναι οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης. Επίσης, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν θεωρούν αξιόπιστο το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας και για αυτό αρκετοί από αυτούς απευθύνονται σε ιδιώτες ιατρούς. Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας δεν έχουν μεταβάλλει σημαντικά το επίπεδο των υπηρεσιών του με εξαίρεση κάποιους τομείς όπως η συνταγογράφηση. Τέλος, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στις παροχές που δέχονται.

10.2. Συμπεράσματα

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει τόσο στον τομέα της αποδοτικότητας όσο και στον τομέα της ισότητας. Διαφαίνεται ότι οι πόροι που λαμβάνει δεν κατανέμονται με ορθολογιστικό τρόπο δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα και ανισότητες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν τίθενται κριτήρια κατά την κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες που υπάρχουν με αποτέλεσμα οι πόροι να διανέμονται με τρόπο που δεν βοηθά την αποδοτικότητα ούτε και αυτών που τους λαμβάνουν λόγω της μη διασύνδεσης του συστήματος. Με αυτό τον τρόπο δεν ικανοποιείται η ζήτηση που υπάρχει για τις υπηρεσίες υγείας και οι λήπτες απευθύνονται είτε στον ιδιωτικό τομέα, είτε δεν λαμβάνουν καθόλου υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα είναι μη εφαρμόσιμες διότι δεν γίνεται συστηματική αξιολόγηση του συστήματος ώστε να λαμβάνονται αποφάσεις και να προτείνονται δράσεις στοχευμένα οι οποίες να εξασφαλίζουν την αποδοτικότητα του συστήματος και κατά συνέπεια και οι λήπτες των υπηρεσιών να λαμβάνουν τις κατάλληλες υπηρεσίες.

Επιπλέον, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους λήπτες των υπηρεσιών γίνεται αντιληπτή μέσω της πραγματικότητας που βιώνουν και των περιορισμένων μέσων και υπηρεσιών που υπάρχουν η έλλειψη πόρων. Αυτό θα ήταν κατανοητό εν μέσω οικονομικής κρίσης λόγω των μειώσεων και των ελλείψεων που υπάρχουν γενικότερα. Εντούτοις, την ίδια στιγμή τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι λήπτες των υπηρεσιών δέχονται οικονομική επιβάρυνση στα εισοδήματά τους με στόχο την αύξηση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων και την ενίσχυση των πόρων στον τομέα της υγείας αλλά δεν βλέπουν αυτά να εισέρχονται τελικώς στο

χώρο της υγείας. Οι επιβολές εισφορών υπέρ της υγείας έχει ως αποτέλεσμα στην ουσία τόσο οι ασφαλισμένοι όσο και οι συνταξιούχοι να έχουν επιφορτιστεί με το κόστος της κάλυψης της περίθαλψης ενώ παράλληλα δεν έχουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται (Μητρόπουλος, 2017).

Η επιβάρυνση αυτή στην ουσία αποτελεί την κατάργηση του κοινωνικού κράτους αφού το μεγαλύτερο μέρος των πόρων για την υγεία καλύπτονται από τους συνταξιούχους και τους εργαζόμενους και μεγάλο μέρος αυτών δεν αποδίδεται καν στην υγεία αφού παρακρατείται από τα ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη άλλων υποχρεώσεων (Μητρόπουλος, 2016).

Το ίδιο ισχύει και για την ισότητα. Από την μελέτη διαφάνηκε ότι στο ελληνικό σύστημα υφίστανται διακρίσεις και ανισότητες στην πρόσβαση της υγείας βασισμένες σε παράγοντες όπως η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση. Συνδυαστικά με τις ανεπάρκειες, αυτό έχει οδηγήσει στο εξής: η υγεία και οι υπηρεσίες της να μην αντιμετωπίζονται ως κοινωνικό αγαθό αλλά αντίθετα ως καταναλωτικό προϊόν σύμφωνα με την φιλελεύθερη προσέγγιση, την οποία επιχειρεί να αποκτήσει μέσω του ιδιωτικού τομέα καταθέτοντας βέβαια και το ανάλογο αντίτιμο.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, λόγω των δεσμεύσεων της χώρας προς τους δανειστές, να δέχεται μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που είναι αποτέλεσμα επιβολών και δεν έχει ως κεντρικό άξονα την επίλυση των προβλημάτων και των παθογενειών του ελληνικού συστήματος. Αυτό έχει δημιουργήσει λόγω των αναγκών που υπάρχουν μία τάση προς την ιδιωτικοποίηση της υγείας από την οποία αποκλείονται φυσικά αυτοί που δεν έχουν εισοδήματα στην Ελλάδα, ποσοστό που αυξάνεται όλο και περισσότερο (Koulouri et al., 2017).

Όσο οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αυξάνονται ο τομέας της υγείας δέχεται σημαντικές επιπτώσεις οι οποίες με τη σειρά τους μεταφέρονται στους λήπτες της. Σε αυτές τις περιπτώσεις διαφαίνεται και η έλλειψη του κράτους πρόνοιας καθώς και τα φτωχά κυβερνητικά ανατακλαστικά να τις διαχειριστεί. Η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ήταν μία πραγματικότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα για τους ανασφάλιστους και η πρώτη αντιμετώπιση του φαινομένου έγινε όχι θεσμικά από συλλογικές πρωτοβουλίες πολιτών και

επαγγελματιών υγείας. Μέχρι και το 2016, οι ανασφάλιστοι μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης μόνο από τα κοινωνικά ιατρεία και αυτά ως ένα βαθμό ενώ το επίσημο κράτος ήταν απών. Οι πιέσεις που υπήρξαν οδήγησαν σταδιακά στην αναγνώριση του προβλήματος και στην προσπάθεια θεσμικής λύσης του. Το αποτέλεσμα ήταν ο νόμος 4368/2016 που παρείχε ελεύθερη πρόσβαση στις δομές δημόσιας υγείας και στους ανασφάλιστους. Εντούτοις, παρά τη θεσμοθέτηση του μέτρου δεν επιτεύχθηκε ισότητα στην πρόσβαση για όλους τους πολίτες, διότι οι ελλείψεις που υπήρχαν δυσχέραιναν ήδη την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων και η επιβάρυνση έγινε ακόμη μεγαλύτερη και μη αντιμετωπίσιμη (Koulouri et al., 2017).

Το αποτέλεσμα είναι ότι το πρόβλημα της ισότητας στην πρόσβαση έχει οξυνθεί ακόμα περισσότερο αφού είναι μόνο θεσμικά επιλυμένο και δεν λαμβάνονται επιπλέον μέτρα ενώ στην πραγματικότητα πλέον λόγω των προβλημάτων που υπάρχουν αδυνατούν να καλυφθούν οι ανάγκες ασφαλισμένων και ανασφάλιστων.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Ως εκ τούτου, ήταν ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένο για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού, παρά το γεγονός ότι το αγαθό της υγείας παρουσιάζει ανελαστικότητα. Ενώ οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν από το 2010 έχουν καθοριστεί από την Τρόικα, ορισμένες από αυτές έχουν προταθεί στο παρελθόν. Οι τρέχουσες μεταρρυθμίσεις τείνουν να επικεντρώνονται στις επιχειρησιακές, οικονομικές και διαχειριστικές διαστάσεις και τα μέτρα περιορισμού του κόστους και έχουν γενικά τη μορφή περικοπών. Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις έχουν συχνά εφαρμοστεί ταχέως, χωρίς να εξετάζονται επαρκώς οι ενδεχόμενες παρενέργειες. Εντούτοις, σημαντικά θετικά βήματα περιλαμβάνουν την τυποποίηση του πακέτου παροχών υγείας για όλους τους πολίτες, νέα εργαλεία παρακολούθησης για τη διαχείριση νοσοκομείων, ένα μελλοντικό σύστημα πληρωμών για νοσοκομειακή περίθαλψη, εφαρμογή του συστήματος λογαριασμών υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και ένα ισχυρότερο και πιο διαφανές σύστημα προμηθειών και ανάπτυξης εργαλείων διακυβέρνησης ηλεκτρονικής υγείας. Αυτό που χρειάζεται τώρα είναι ένα σαφέστερο, πιο ολοκληρωμένο και καλύτερα σχεδιασμένο πρόγραμμα-σχέδιο μεταρρύθμισης της υγείας που να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες της υγείας του πληθυσμού και

να υιοθετεί μια πιο περίπλοκη και στρατηγική προσέγγιση, ιδίως όσον αφορά την κατανομή των πόρων. Σημαντικοί φραγμοί στην αποτελεσματική διαρθρωτική μεταρρύθμιση περιλαμβάνουν την αντίσταση των βασικών ενδιαφερομένων μερών, τη χαμηλή διοικητική ικανότητα και τη δυσκολία της γραφειοκρατίας του δημόσιου συστήματος υγείας να εισαγάγει διευθυντικές μεταρρυθμίσεις και να ολοκληρώσει με επιτυχία πολύπλοκα καθήκοντα.

10.3. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνες

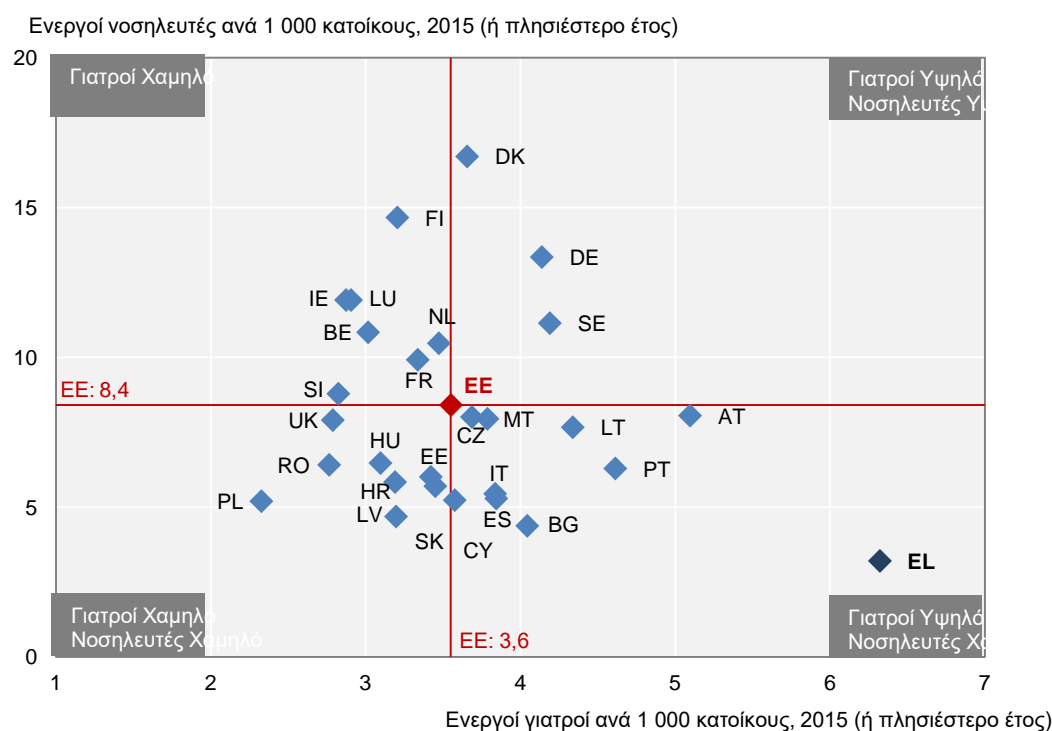
Όπως αναφέρθηκε επανειλημμένα, η μέτρηση της αποδοτικότητας και της ισότητας σε ένα σύστημα υγείας και στις υπηρεσίες του, αξιολογείται μέσω διαφορετικών κριτηρίων και παραγόντων. Ένας από αυτούς τους παράγοντες που εντοπίζεται και σε αυτή την έρευνα είναι η γεωγραφική τοποθεσία και διασπορά των υπηρεσιών υγείας και οι περιορισμοί που προκύπτουν. Ως εκ τούτου, για μία πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος απαιτείται η έρευνα για την αποδοτικότητα και την ισότητα του ελληνικού συστήματος υγείας να διεξαχθεί σε διαφορετικές γεωγραφικές τοποθεσίες της Ελλάδος για να εντοπιστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές.

Επιπλέον, αναγκαία είναι πλέον η ρεαλιστική καταγραφή της ελληνικής πραγματικότητας αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους λήπτες των υπηρεσιών. Θα πρέπει να υπάρξει μία ρεαλιστική και πραγματική καταγραφή για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας του δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα και τι επιπτώσεις έχουν αυτά στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν καθώς και στην αποδοτικότητα. Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρξει ρεαλιστική καταγραφή των αναγκών των ληπτών των υπηρεσιών υγείας και να αποτυπωθεί το πραγματικό ποσοστό που έχουν όντως πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για να μην θεωρείται ότι αυτή είναι καθολική για όλους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

11.1. Συγκριτική αποτίμηση του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας με τα συστήματα των υπό εξέταση χωρών

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στα άλλα συστήματα υγείας της Ευρώπης θεωρούνται αποτελεσματικές και αυτό διαφαίνεται από τη διαφορά στους δείκτες υγείας που εντοπίζεται ανάμεσα σε αυτά και στο ελληνικό. Νομοθετικά δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα συστήματα. Πρακτικά όμως υπάρχουν σημαντικές διαφορές διότι πολλές από τις νομοθετικές ρυθμίσεις στην Ελλάδα δεν εφαρμόστηκαν, πράγμα που κάνει την Ελλάδα στις περισσότερες έρευνες για τον συγκεκριμένο τομέα να αποτελεί τον βασικό κάθε φορά ‘outliner’.



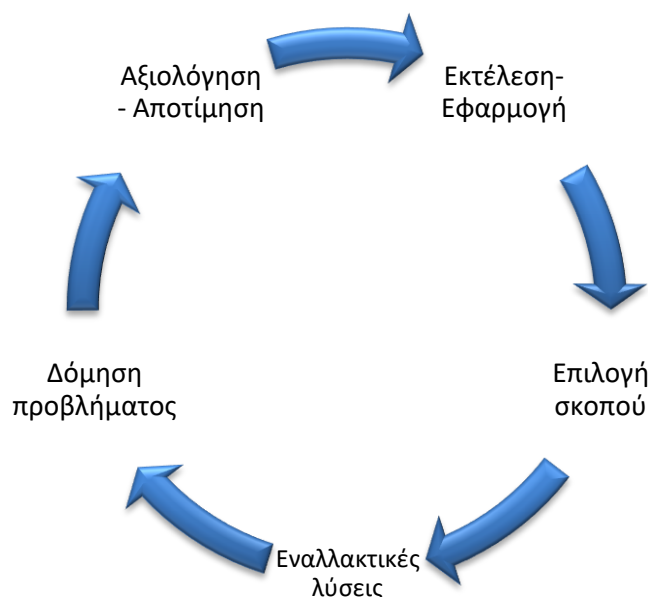
ΓΡΑΦΗΜΑ 141 Η ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΑΛΛΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΛΥΣΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΡΙΘΜΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ. ΠΗΓΗ (OECD)

Ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του γενικού ιατρού ως gatekeeper του συστήματος υγείας. Το συγκεκριμένο μέτρο περιλαμβάνονταν και στις νομοθετικές ρυθμίσεις που έγιναν στην Ελλάδα αλλά δεν εφαρμόστηκε ποτέ αφού δεν λήφθηκε υπόψη το πιο απλό: ότι δεν υπήρχαν αρκετοί γενικοί ιατροί στην Ελλάδα για την εφαρμογή του.

Και τα άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας έρχονται πλέον αντιμέτωπα με τις περικοπές των πόρων αφού έχει επεκταθεί στο σύνολο της Ευρώπης και επιβάλλει τη μείωση των δαπανών. Έχουν θέσει όμως μεταρρυθμιστικά ισχυρές βάσεις στη

λειτουργία των συστημάτων και έχουν δημιουργήσει μία διοικητική οργάνωση που μπορεί να αντέξει τους κραδασμούς και τις επιπτώσεις των περικοπών χωρίς να μειώνεται η αποδοτικότητα τους και η ισότητα στην πρόσβαση τους.

Η διαφορά του ελληνικού συστήματος υγείας με τα υπόλοιπα είναι η έλλειψη προγραμματισμένων και συστηματικών μεταρρυθμίσεων που θα λαμβάνουν υπόψη τους όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία τους. Αν και με διαφορές ανάμεσα τους, τα συστήματα υγείας της Ευρώπης συγκριτικά με το ελληνικό, παρουσιάζουν μεγάλο βαθμό αποδοτικότητας και οι νομοθετικές ρυθμίσεις εφαρμόζονται, αξιολογούνται και μετασχηματίζονται σύμφωνα με τα αποτελέσματα που επιφέρουν. Αυτό θα πρέπει να γίνει και στην Ελλάδα ακολουθώντας μία συστηματοποιημένη μέθοδο, κάτι που διαφαίνεται και από τα ερευνητικά ευρήματα.



ΕΙΚΟΝΑ 22 ΚΥΚΛΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ. (ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ, 2013)

Στην Ελλάδα όμως διαφαίνεται και από τα στατιστικά στοιχεία που παρατέθηκαν, η έλλειψη συστηματικής έρευνας στις ανάγκες που υπάρχουν και οι οποίες θα πρέπει να καλυφθούν ώστε να χαράσσονται αντίστοιχα και οι κατάλληλες μεταρρυθμίσεις αναδεικνύοντας το έλλειμμα που υπάρχει σε επίπεδο εξευρωπαϊσμού (Ιωακειμίδης Π. Κ., 2018).

Το ζήτημα του εξευρωπαϊσμού δεν είναι νέο αλλά αντίθετα έχει προκύψει από την έναρξη της προσπάθειας της ευρωπαϊκής ενοποίησης και από τη στιγμή που άρχισαν να παράγονται πολιτικές κοινές για τα κράτη μέλη. Αποτέλεσμα της

ενασχόλησης αυτής ήταν η ανάπτυξη θεωρητική προσεγγίσεων με κορυφαίες από αυτές τον εξευρωπαϊσμό και το θεσμισμό (Λάβδας, 2002).

Ο θεσμισμός στην ουσία αποτελεί τη θεσμική προσέγγιση βάσει της οποίας οι θεσμοί προσδιορίζονται ευρύτερα και εκτός από τις τυπικές διαδικασίες, σχέσεις και κανόνες περιλαμβάνουν και τις άτυπες. Βασικό χαρακτηριστικό της προσέγγισης αυτής είναι οι θεσμοί από τους οποίους εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό η πολιτική συμπεριφορά που υιοθετείται και ακολουθείται. Ειδικότερα, οι θεσμοί είναι αυτοί που μπορούν να βοηθήσουν στην υιοθέτηση των διαδικασιών ήπιου συντονισμού που παράγουν πολιτικές που δεν περιορίζονται από την τυπικότητα και τη γραφειοκρατία της επίσημης διακυβέρνησης ή των νομικών παραμέτρων και περιορισμών (Oliver&Mosialos, 2005).

Ο θεσμισμός δεν αποτελεί μία ενιαία θεωρία αφού χαρακτηρίζεται από τρεις προσεγγίσεις. Η πρώτη εξ αυτών των προσεγγίσεων είναι ο θεσμισμός ορθολογικής επιλογής. Επίκεντρο αυτής της προσέγγισης είναι οι θεσμοί και ο τρόπος που επιδρούν στους πολιτικούς φορείς δράσης και πως αυτό αποτυπώνεται στα άτομα και στις δράσεις τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ανεξάρτητοι δρώντες δρουν εθελοντικά, ανεξάρτητα και με γνώμονα την προσωπική τους ενίσχυση. Η δημιουργία των θεσμών είναι αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών και με τη σειρά τους επηρεάζουν τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στους δρώντες ενώ τέλος, οι πολιτικές είναι αποτέλεσμα αυτών των αλληλεπιδράσεων (Τσινισιζέλης, 2001).

Η δεύτερη προσέγγιση είναι ο κοινωνιολογικός θεσμισμός. Σε αυτή την προσέγγιση ιδιαίτερη εστίαση δίνεται στους πολιτιστικούς παράγοντες. Ειδικότερα, σε αυτή την προσέγγιση κυρίαρχη είναι η αναζήτηση του βαθμού επιρροής των θεσμών στην ατομική ταυτότητα και πως αυτοί ακολουθούν τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς κανόνες. Αυτό σημαίνει ότι οι αλλαγές σε επίπεδο θεσμών είναι εφικτές μόνο αν τις αποδέχεται η κοινωνία αφού δεν είναι εύκολο να μεταβληθούν οι απόψεις των ανθρώπων και κατά συνέπεια, αυτό καθιστά συνήθως τους θεσμούς δύσκαμπτους και αμετάβλητους λόγω της κουλτούρας που επικρατεί (Oliver&Mosialos, 2005).

Τέλος, η ιστορική προσέγγιση του θεσμισμού υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά και οι προτιμήσεις των δρώντων εξαρτώνται και από την ιστορική τους πορεία (Τσινισιζέλης, 2001). Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι οι πολιτικές που

διαμορφώνονται από τους θεσμούς εξαρτώνται από την ιστορική πορεία την οποία και περικλείουν. Αυτό σημαίνει ότι η εξέταση μίας πολιτικής δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην εφαρμογή της αλλά να επεκτείνεται και στην ιστορική πορεία που ακολούθησε. Επιπλέον, λόγω της ιστορικής εξάρτησης δεν είναι εύκολες οι θεσμικές αλλαγές στις πολιτικές (Oliver&Mosialos, 2005).

Στις πολιτικές που αφορούν τον τομέα της υγείας και κατά επέκταση και της δημόσιας υγείας, ο ιστορικός θεσμισμός είναι η προσέγγιση που χρησιμοποιείται συχνότερα και επεξηγεί στην ουσία τους λόγους για τις οποίες οι δραστικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας δεν επιτυγχάνουν πλήρως εύκολα στις χώρες της Ε.Ε. λόγω της διαφορετικής ιστορικής πορείας των χωρών. Το γεγονός ότι η εφαρμογή των πολιτικών υγείας στις χώρες της Ε.Ε. δεν μπορούν να έχουν ενιαία πορεία διαφαίνεται και από την σταθεροποίηση των συστημάτων υγείας σε περιόδους που το κράτος πρόνοιας έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές αλλά παρόλα αυτά διατηρούν τα διαφορετικά δομικά χαρακτηριστικά τους.

Στην Ελλάδα και ειδικότερα στον τομέα της υγείας φαίνεται ότι γίνονται προσπάθειες για την ενσωμάτωση των ευρωπαϊκών οδηγιών και των συστάσεων διεθνών οργανισμών όπως ο ΠΟΥ αλλά όχι με τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Αυτό διαφαίνεται από το γεγονός ότι παρά τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, τα σχέδια δράσης που συντάσσονται και τις πολιτικές που χαράσσονται, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν μία διαφορετική πραγματικότητα.

Πολλάκις έχει τεθεί το θέμα της αναδιάρθρωσης των συστημάτων υγείας. Εντούτοις, φαίνεται ότι οι μεταρρυθμίσεις που έχουν επιχειρηθεί δεν επιφέρουν αποτελέσματα λόγω των αντιστάσεων που υπάρχουν από εγχώριες ομάδες συμφερόντων, τους veto players (Τσεμπελής, 2008). Ειδικότερα, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που έγιναν από το 2000 διαφαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα της κυβερνητικής προσπάθειας να συγκλίνουν οι ελληνικές πολιτικές με τις αντίστοιχες των χωρών της Ευρώπης, ώστε να εναρμονιστεί η χώρα με τα δυτικά πρότυπα, αποκρινόμενη από την λανθασμένη αντίληψη του εθνικού “εξαιετισμού” (Ιωακείμης Π. Κ., 2018). Αυτό δεν κατέστη εφικτό λόγω των δυσκολιών που υπήρχαν με βασικότερες την ανορθολογική διαχείριση των πόρων, τις σχεδιαστικές ανεπάρκειες των πολιτικών και του προγραμματισμού τους, της μη υλοποίησης και αξιολόγησης πολιτικών που είχαν εξαγγελθεί, αλλά και εξαιτίας της ανικανότητας προσαρμογής που επιδείκνυε συνεχώς τόσο η εκάστοτε ελληνική κυβέρνηση όσο και

η κοινωνία των πολιτών. Σημαντική δυσκολία επίσης υπήρξε και το γεγονός ότι οι αλλαγές και οι πολιτικές που προβλέφθηκαν δεν είχαν την καθολική συναίνεση του συνόλου των κοινωνικών εταίρων (Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006). Σε αυτό το σημείο η χρήση του ιστορισμού θεσμισμού είναι σημαντική για την κατανόηση των παραγόντων που δεν επιτρέπουν την εφαρμογή των πολιτικών που επιβάλλουν αναγκαίες αλλαγές αλλά παράλληλα ακολουθούν κοινή πρακτική σε αρκετές χώρες της Ε.Ε.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδος διέπεται από πολλά αρνητικά χαρακτηριστικά αφού τα στοιχεία και οι φορείς που το απαρτίζουν δεν είναι ομοιογενείς, η διανομή των εξουσιών δεν κατανέμεται και επιπλέον επικρατεί σε μεγάλο βαθμό το πελατειακό σύστημα και ο λαϊκισμός. Επιπλέον, διέπεται από μεγάλη γραφειοκρατία και δεν έγιναν επενδύσεις στην τεχνογνωσία που θα απαιτούνταν προκειμένου να υλοποιηθούν και να διαχειριστούν αποτελεσματικά οι αλλαγές που απαιτούνταν (Davaki&Mossialos, 2005). Αυτό δεν είναι κάτι πρωτόγνωρο στην ιστορία των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Από την έναρξη του το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπισε σημαντικές παθογένειες που δεν επέτρεψαν την ορθολογική οργάνωση και διαχείριση του. Οι μεταρρυθμίσεις που υπήρξαν δεν ήταν καθολικές αλλά περιορίστηκαν σε επιμέρους σημεία διαιωνίζοντας στην πραγματικότητα με αυτό τον τρόπο τις παθογένειες του (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018).

Η εξέταση των μεταρρυθμίσεων και των αλλαγών που έγιναν στην υγεία στην Ελλάδα, καταδεικνύει ότι ήταν απόρροια των εθνικών στόχων που υπήρχαν και των πολιτικών που ακολουθήθηκαν για την επίτευξη τους χωρίς να υπάρχει η επιρροή ή ο παραδειγματισμός από ευρωπαϊκά παραδείγματα (Sotiropoulos, 2004). Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπήρξε προσπάθεια εναρμόνισης με τις ευρωπαϊκές οδηγίες και τις συστάσεις σε μία προσπάθεια εξευρωπαϊσμού, κάτι που εκφράστηκε κυρίως σε επίπεδο στόχων και στην υιοθέτηση θεσμικών οργάνων και εργαλείων που κατευθύνονταν από την Ευρώπη. Αυτό διαφαίνεται από την αντιπαραβολή των στόχων και των οδηγιών που θέτει ο ΠΟΥ και η Ε.Ε. και των στόχων που αποτυπώνονται στα εθνικά σχέδια δράσης αλλά και στα χρηματοδοτικά προγράμματα.

11.2. Σκέψεις για το μέλλον

Η οικονομική κρίση θα συνεχιστεί όπως διαφαίνεται για αρκετά χρόνια ακόμα έχοντας επιπτώσεις και στην υγεία του πληθυσμού και επιβαρύνοντας ακόμα περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Στην παρούσα φάση το ελληνικό σύστημα υγείας δεν μπορεί να ανταποκριθεί στη ζήτηση που υπάρχει και αν το κάνει αυτό θα είναι με μεγάλη καθυστέρηση (Βέρνυ & Κόντης, 2017). Αυτό αποδείχτηκε και στην περίπτωση των ανασφάλιστων οι οποίοι απέκτησαν μόλις πρόσφατα πρόσβαση στο σύστημα υγείας και αυτή όχι καθολική ενώ το πρόβλημα είχε εντοπιστεί από την αρχή σχεδόν της έναρξης της κρίσης, δηλαδή περίπου μία δεκαετία αλλά δεν είχε υπάρξει μία συστηματική έρευνα για να αποτυπωθεί το μέγεθος του.

Διαφαίνεται ότι καμία ουσιαστική παρέμβαση δεν έχει γίνει και το γεγονός ότι συνεχίζει να λειτουργεί ακόμα οφείλεται κυρίως στο προσωπικό που διαθέτουν οι μονάδες υγείας. Και αυτό όμως ενδεχομένως να πληγεί αφού μεγάλος αριθμός ιατρών στην Ελλάδα, μην αντέχοντας τις συνθήκες εργασίας και τις χαμηλές οικονομικές απολαβές μεταναστεύουν (brain drain) για να εργαστούν σε άλλες χώρες της Ευρώπης στερώντας την Ελλάδα και το σύστημα υγείας από το πιο σημαντικό πόρο που διαθέτει: το καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό.

Από το 2009, η Ελλάδα εισήλθε σε οικονομική κρίση και το 2010 τέθηκε υπό την εποπτεία του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και σε πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η οικονομική κρίση να επηρεάσει όλους τους τομείς της ελληνικής οικονομίας οδηγώντας σε μεγάλη αύξηση της ανεργίας και των επακόλουθων που προκαλεί η απώλεια του εισοδήματος, μεταξύ αυτών και στην υγεία. Η οικονομική κρίση επηρέασε την επιτάχυνση της επιβάρυνσης των χρόνιων νοσημάτων λόγω της υιοθέτησης ανθυγιεινών τρόπων ζωής. Ωστόσο, το πιο δύσκολο θέμα υπό το πρίσμα της οικονομικής κρίσης είναι η διατήρηση προγραμμάτων κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής πρόνοιας, όχι μόνο για τον ηλικιωμένο πληθυσμό, αλλά και για τους ανέργους και τα άτομα που εντάσσονται στα χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. Επιπλέον, η ανεργία αναμένεται να αυξηθεί και το εισόδημα να μειωθεί, κάτι που ενδεχομένως, θα συμβάλει περαιτέρω στην επιδείνωση της υγείας (Zavrasetal., 2012).

Η υγεία στην Ελλάδα επιδεινώθηκε μετά την πρόσφατη οικονομική κρίση, αλλά το αν αυτό προκλήθηκε από την πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Vandoros et al. (2013) παρέχουν ισχυρές ενδείξεις για την στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στις τάσεις της υγείας αφού η Ελλάδα είχε μια σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση των αποδόσεων των εκθέσεων κακής υγείας μετά την κρίση.

Το ίδιο ισχύει και για την έρευνα του Drydakis (2015), για τις επιδράσεις της ανεργίας στην υγεία και την ψυχική υγεία την περίοδο 2008-2013, δηλαδή κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Για το αν οι άνεργοι Έλληνες την περίοδο 2010-2013 ανέπτυξαν νέες ανθυγιεινές συμπεριφορές ή τις είχαν υιοθετήσει από πριν, με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία και στην ψυχική υγεία, δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως αλλά οι ενδείξεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση επιδεινώθηκε ακόμα περισσότερο στη συγκεκριμένη περίοδο.

Από τα παραπάνω αναδεικνύεται ότι τα προβλήματα που υπάρχουν θα οξυνθούν στο μέλλον και αν δεν υπάρξει μία συστηματική καταγραφή και ανάλυση τους δεν θα μπορέσουν να αντιμετωπιστούν έστω και μερικώς, ενώ τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία θα αρχίσουν να εμφανίζονται μακροπρόθεσμα, εγείροντας το επιστημικό ενδιαφέρον για την εξερεύνηση των εκάστοτε παραγόντων. Επιπλέον, πριν την οικονομική κρίση οι παθολογίες του δημόσιου συστήματος υγείας δεν είχαν τόσο σημαντικές επιπτώσεις υπό την έννοια ότι οι χρήστες μπορούσαν να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Αυτό όμως πλέον δεν είναι εφικτό για έναν μεγάλο αριθμό ανθρώπων κάτι που σημαίνει ότι αν δεν βελτιωθεί η κατάσταση ενδεχομένως να μην λάβουν καθόλου υπηρεσίες, γεγονός που υποστηρίζεται και από τα στοιχεία του ΟΟΣΑ. Αυτό απαιτεί πλέον επιτακτικές αλλαγές. Σε αυτή την προσπάθεια καλείται να συμβάλει η παρούσα έρευνα που επιχειρεί μία συστηματική καταγραφή και ανάλυση των απόψεων των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να εντοπιστούν τα προβλήματα ισότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας που υπάρχουν και να εκπονηθούν μελέτες για την επίλυση τους και τη βελτίωση του συστήματος υγείας (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018). Αποτελεί μία έρευνα που αντιμετωπίζει το φαινόμενο συνδυαστικά και όχι από την μία οπτική και μόνο. Επιπλέον, η μελέτη αυτή παραθέτει πρόσφατα οικονομικά δεδομένα αναφορικά με τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα που επιτρέπει να διαφανεί η εξέλιξη του δημόσιου συστήματος υγείας κατά

τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Αποτελεί με αυτό τον τρόπο μία συλλογή δεδομένων και πληροφοριών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε μελλοντικές έρευνες και ειδικά τα πρωτογενή στοιχεία που περιλαμβάνει και δεν αναφέρονται σε άλλες έρευνες.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αποτυπωθούν και κάποιοι περιορισμοί που υπήρξαν κατά την εκπόνηση αυτής της έρευνας. Ο πρώτος περιορισμός αφορά το μέγεθος του δείγματος. Ιδανικά η έρευνα θα έπρεπε να περιλαμβάνει δείγμα απ' όλες τις περιοχές της Ελλάδος προκειμένου να υπάρξει μία πιο ολοκληρωμένη αποτύπωση των απόψεων. Εντούτοις, κάτι τέτοιο θα απαιτούσε ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα που θα καθυστέρουσε σημαντικά την εκπόνηση της έρευνας. Επιπλέον, παρά την προσπάθεια που έγινε δεν ήταν εφικτός ο εντοπισμός απόψεων για τα αντίστοιχα θέματα χρηστών των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας προκειμένου να υπάρξει μία συγκριτική αντιπαράθεση τους.

11.3. Προτάσεις-παρεμβάσεις για ένα εναλλακτικό μοντέλο

Το ελληνικό σύστημα υγείας χρειάζεται ριζική αναδόμηση για να μπορέσει να λειτουργήσει αποδοτικά και ισότιμα προς τον πολίτη και ειδικότερα στις σημερινές συνθήκες θέτοντας στο επίκεντρο τις κατά τόπους ανάγκες, πράγμα που συμβαίνει και στις υπόλοιπες δυτικές και ευρωπαϊκές χώρες. Κάτι τέτοιο όμως προϋποθέτει μία συστηματική προσέγγιση και προσπάθεια ετών όπως έχουν καταδείξει και οι μη αποτελεσματικές προσπάθειες του παρελθόντος.

Υπάρχουν όμως στοχευμένες παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν για τη βελτίωση του, κάποιες εκ των οποίων διατυπώθηκαν και από τους επαγγελματίες υγείας και τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα ως σημαντικά αξιολογούνται:

- η οικονομική συμμετοχή των πολιτών με μεγαλύτερο εισόδημα προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες υγείας στους ανθρώπους που η πρόσβαση τους περιορίζεται από οικονομικά κριτήρια, ζήτημα το οποίο θέτει εξ αρχής την επαναπροσέγγιση της αξίας της δίκαιης παροχής και ισοτιμίας,
- η ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής με στόχο την μείωση της επιβάρυνσης του δημόσιου συστήματος υγείας και την παρέμβαση

του κοινωνικού κράτους για την προώθηση της καλής υγείας και της ευεξίας όλων των πολιτών,

- η ορθολογιστική κατανομή των πόρων μετά από οικονομική αξιολόγηση και λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που υπάρχουν με βάση την χαρτογράφηση των διάφορων ζητημάτων, την ιεράρχηση των αναγκών και των επιλογών, την αναζήτηση και καταγραφή των εναλλακτικών επιλογών και τέλος την επιλογή της καλύτερης δυνατής λύσης, όπως προωθείται από το ορθολογικό μοντέλο αλλά και την πεπερασμένη ορθολογικότητα (Υφαντόπουλος Γ. Ν., 2018) (Muller & Surel, 2002),
- η παροχή κινήτρων στους φοιτητές ιατρικής προκειμένου να επιλέξουν την ειδικότητα του γενικού ιατρού,
- η παροχή κινήτρων στους ιατρούς προκειμένου να μείνουν στην Ελλάδα και να εργαστούν στο δημόσιο σύστημα υγείας,
- η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού για τις υπηρεσίες που παρέχονται και για τα δικαιώματα που έχουν και η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού για τον τρόπο χρήσης των υπηρεσιών ώστε να μην επιβαρύνονται ανισομερώς οι διαφορετικές βαθμίδες υπηρεσιών υγείας.

Αναφορικά με την έλλειψη πόρων, ένας βασικός πόρος χρηματοδότησης των προγραμμάτων και πολιτικών υγείας στην Ελλάδα είναι τα προγράμματα ΕΣΠΑ. Οι βασικοί στόχοι που η ελληνική εθνική πολιτική για την υγεία γενικότερα θέλει να καλύψει μέσω των προγραμμάτων είναι η καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η οικονομική προστασία των χρηστών υπηρεσιών και ο συντονισμός όλου του τομέα υγείας από τον Υπουργείο Υγείας με διαφάνεια, συνεργασία, συμμετοχή και βιωσιμότητα. Η καθολική πρόσβαση στην υγεία και η αποδοτικότητα αποτελούν βασικούς στόχους των προγραμμάτων αυτών που η ορθολογική χρήση τους μπορεί να επιλύσει σημαντικά προβλήματα (Υπουργείο Υγείας- Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ (2014-2020)).

Αναφορικά με τα οποιαδήποτε μέτρα συγκράτησης των δαπανών στην υγεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους πέντε βασικούς παράγοντες: τις ανάγκες ή τη νοσηρότητα του πληθυσμού (επιδημιολογικός χάρτης της χώρας), την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τη ροπή προς την αναζήτηση υπηρεσιών, το βαθμό, την φύση ή την

ένταση των υπηρεσιών που προμηθεύονται ή ζητούνται και τέλος, το κόστος ανά μονάδα ή των υπηρεσιών (Merlis, 2009).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που έχει δημιουργήσει η οικονομική κρίση επηρεάζοντας άμεσα και τις ασφαλιστικές εισφορές που αποτελούν έναν από τους πόρους της υγείας (Merlis, 2009). Τη σύνδεση αυτή μεταξύ ασφαλιστικής κάλυψης και μέτρων συγκράτησης της υγειονομικής δαπάνης έχουν αντιληφθεί και άλλες χώρες που προτείνουν μία σειρά μέτρων που μπορούν να είναι εφαρμόσιμα και στην περίπτωση της Ελλάδας. Ένα από αυτά είναι η αγορά ασφάλειας υγείας και παροχής υπηρεσιών από τις μικρές εταιρίες με αντάλλαγμα τη φορολογική έκπτωση. Παγκοσμίως, πάνω από τέσσερα εκατομμύρια μικρές επιχειρήσεις ήταν διαθέσιμες το 2010 για μία τέτοιου είδους ‘ανταλλαγή’ αποδίδοντας πόρους στο σύστημα υγείας το οποίο θα τους δαπανούσε ούτως ή άλλως για τους εργαζόμενους αυτών των υπηρεσιών (SBM – Small Business Majority, 2011).

Υπάρχουν όμως και μέτρα παρέμβασης και πρόληψης που μπορούν να συγκρατήσουν τις υγειονομικές δαπάνες μειώνοντας στην πραγματικότητα την ανάγκη για παροχή υπηρεσιών και συνεπώς, εξοικονομώντας πόρους. Τέτοιου είδους μέτρα είναι η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη της υγείας μέσω προβολής και εκπαίδευσης, η προώθηση και η εκπαίδευση της υγείας, η ασφάλεια των ασθενών για την πρόληψη ιατρικών λαθών που θα οδηγήσουν σε επιπλέον υπηρεσίες, κ.ά. (Merlis, 2009). Τέτοιου είδους μέτρα οδηγούν στη μείωση της ανάγκης για υπηρεσίες υγείας αφού πολίτες που φροντίζουν για τη διατήρηση της υγείας τους σημαίνει παράλληλα ότι μειώνονται οι υπηρεσίες που προσφέρονται σε αυτούς και συνεπώς, το κόστος και οι δαπάνες.

Ένα μέτρο που έχει εφαρμοστεί στη Δυτική Γερμανία, στο πλαίσιο μίας γενικότερης μεταρρύθμισης που έγινε στην υγεία, ήταν η ανταλλαγή στην ουσία των παροχών που δικαιούνταν οι εργαζόμενοι με άδειες. Κάθε εργαζόμενος μπορούσε να έχει επιπλέον δύο ημέρες άδειας μετά αποδοχών και αυτές στην ουσία καλούνταν να τις ανταλλάξει με τις ημέρες άδειας που έπαιρνε για παροχές υγείας. Αν για παράδειγμα, κάποιος δικαιούται λόγω μίας εγχείρησης που έχει κάνει κάποιες ημέρες αδειάς κατόπιν παροχών και κάποιες υπηρεσίες, ακόμα και αν έχει αναρρώσει πλήρως γρηγορότερα θα τις χρησιμοποιήσει εφόσον τις δικαιούται. Εάν όμως γνωρίζει πως μπορεί να τις ανταλλάξει με άδεια από την εργασία του για ένα άλλο

χρονικό διάστημα που μπορεί να τον εξυπηρετεί καλύτερα, τότε ενδέχεται να τις διατηρήσει και οι υπηρεσίες υγείας που δικαιούνταν να παρασχεθούν σε κάποιον άλλον με μεγαλύτερη ανάγκη (Ziebarth, 2011).

Ένα μεγάλο ποσοστό των δαπανών υγείας προέρχεται από την κρατική επιχορήγηση. Οι πόροι σε αυτή την περίπτωση αντλούνται από τη γενική φορολογία του πληθυσμού, πόροι που σήμερα δεν θεωρούνται πλέον και σίγουροι αφού η οικονομική συγκυρία έχει οδηγήσει πολλούς πολίτες να μην μπορούν να αντεπεξέρθουν στις φορολογικές τους υποχρεώσεις. Αυτό σημαίνει ότι οι πόροι που μέχρι πρότινος υπολογίζονταν για να χρηματοδοτήσουν το δημόσιο σύστημα υγείας είναι πλέον σαφώς λιγότεροι αφού το εισόδημα έχει συρρικνωθεί και αυτό ισούται με χαμηλότερη φορολογία αλλά και πολλοί πλέον δεν αποδίδουν τους φόρους τους. Το ίδιο ισχύει και για τις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν οι επιχειρήσεις και κυρίως οι μικρές επιχειρήσεις που δυσκολεύονται ιδιαίτερα να επιβιώσουν πόσο μάλλον να καταβάλλουν τις εισφορές τους. Ως εκ τούτου, και σε αυτή την περίπτωση υπάρχει σοβαρό πρόβλημα για τη χρηματοδότηση του δημοσίου συστήματος υγείας.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η χρηματοδότηση δεν μπορεί να περιοριστεί ακόμα περισσότερο σε κάποιους τομείς γιατί θα πρέπει να εξασφαλίζεται και η ποιότητα αλλά και η αποτελεσματικότητα καθώς επίσης και ότι στο δημόσιο τομέα υγείας θα πρέπει να εξασφαλιστούν δαπάνες προκειμένου να μπορούν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες και αυτοί που θεωρητικά δεν τις δικαιούνται, δηλαδή οι ανασφάλιστοι λόγω ανεργίας που ο αριθμός τους έχει αυξηθεί σημαντικά (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012).

Μία σημαντική πηγή χρηματοδότησης που προτείνεται ως εναλλακτική είναι ο λεγόμενος «κοινωνικός ΦΠΑ», δηλαδή ένα μέρος των ασφαλιστικών εισφορών που χρηματοδοτούν την υγεία να προέρχονται από τα έσοδα του ΦΠΑ. Μία τέτοια λύση όμως μπορεί να βλάψει σημαντικά τους ασφαλιστικούς φορείς που ήδη έχουν δει τις εισφορές προς αυτούς να μειώνονται λόγω της μαύρης εργασίας και να δημιουργήσει σημαντικά ζητήματα (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2012).

Βέβαια για να μπορέσει να εξασφαλιστεί η κοινωνική ισότητα και δικαιοσύνη στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας απαιτείται μία γενικότερη αναμόρφωση στο θέμα της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στο ποιες θα πρέπει να χρηματοδοτούνται περισσότερο ώστε να είναι διαθέσιμες σε περισσότερους χρήστες

(Thompson et al., 2009). Η διάθεση μεγαλύτερων πόρων σε συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως για παράδειγμα στα δημόσια νοσοκομεία θα επιτρέψει την πρόσβαση σε αυτά και των ανασφάλιστων που ακόμα και αν δεν υποχρεούνται να πληρώσουν, έρχονται αντιμέτωποι με ένα σύστημα υγείας που λόγω της έλλειψης δαπανών δεν είναι ορθά στελεχωμένο και δυσκολεύεται να εξυπηρετήσει ακόμα και τους ασφαλισμένους (Niakas, 2013).

Αναφορικά με το σύστημα της ΠΦΥ και της αποζημίωσης των προμηθευτών από τον ΕΟΠΥΥ, υπό τις παρούσες συνθήκες στην Ελλάδα, ίσως είναι η καταλληλότερη ευκαιρία για την εισαγωγή μεθόδων, εργαλείων και κινήτρων στην οργάνωση της ΠΦΥ, στον τρόπο χρηματοδότησής της, στις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών, με στόχο τον έλεγχο του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας. Προς αυτή την κατεύθυνση διατυπώνονται οι κάτωθι προτάσεις (Διανέοσις, 2016):

- η δημιουργία και ανάπτυξη ΚΥ αστικού τύπου και η μετατροπή των ήδη υπάρχοντων δημοτικών ιατρείων των αστικών κέντρων διότι θα συμβάλλει στην αναβάθμιση της φροντίδας του πληθυσμού και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων,
- η άμεση εφαρμογή του θεσμού των ΤΟΜΥ,
- η ανάπτυξη κατάλληλα εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού (αλλαγές στα εκπαιδευτικά προγράμματα σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο) με στόχο τη λειτουργία των ειδικοτήτων ως διεπιστημονική ομάδα για την παροχή σύγχρονων υπηρεσιών ΠΦΥ,
- η ανάπτυξη δικτύωσης με άλλες υπηρεσίες υγείας,
- η αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας, και
- η πλήρης αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών στην ΠΦΥ όπως ο Ατομικός φάκελος υγείας.

Ιδιαίτερη σημασία επίσης θα πρέπει να δοθεί σε: πολιτικές δημοσιονομικής και κοινωνικής προστασίας είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση της φτώχειας και της ανισότητας των εισοδημάτων, ενθάρρυνση της διατομεακής συνεργασίας και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευσης και απασχόλησης, την εξασφάλιση ότι το πακέτο παροχών που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο καλύπτει όλο το φάσμα των υπηρεσιών, συσχετίζεται με τις ανάγκες της

υγείας του πληθυσμού και δεν οδηγεί σε ανισότητα ως προς την παροχή φροντίδας, την υποστήριξη της ανάπτυξης πολιτικών δημόσιας υγείας που να βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων προσεγγίσεων για την προαγωγή της υγείας και πρόληψης των ασθενειών, παρεμβάσεων και παρακολούθησης, τη δημιουργία συστηματικών διαδικασιών καθορισμού προτεραιοτήτων που θα επιτρέπουν τις ενημερωμένες, οικονομικά αποδοτικές αποφάσεις κάλυψης τόσο για τις νέες όσο και για τις υπάρχουσες τεχνολογίες, την ανάπτυξη κλινικών οδηγιών και συστημάτων παραπομπής, προσαρμογή κατευθυντήριων γραμμών για την κάλυψη των αναγκών ατόμων με πολλαπλές νοσηρότητες και παρακολούθηση της τήρησης των οδηγιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Cohen, L. Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.

Martin, O. (2008). *Η ανάλυση ποσοτικών δεδομένων*. Αθήνα: Τόπος.

Mason, J. (2011). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Πεδίο.

Robson, C. (2007). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Αθήνα: Gutenberg.

ΑΔΕΔΥ/ΓΣΕΕ/ΙΝΕ. (2008). *Συστήματα Χρηματοδότησης στην Ευρώπη*. [ONLINE] Ανάκτηση από: <http://www.gsee.gr/>

Αθανασάκης Κ., Βαφειάδης Γ., Γαρούφαλλος Α., Γιαννίρη Σ., Δόλγερας Α., Καλύβας Δ., Κατσιμεντέ Κ., Κοντός Δ., Κυριόπουλος Γ., Μοσχονάς Α., Μπραβάκος Ν., Μυλωνά Κ., Πολίτη Αν., Ρηγάτος Θ., Σκρουμπέλος Αν., Χροναίος Κ. (2013). *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ. 4 βήμα για τη μεταρρύθμιση*.

Αναστόπουλος, Γ.Κ. (2015). *Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η εξέλιξη της στην Ελλάδα*. Αθήνα.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3 (2), 109-120.

Βλαχόπουλος, Σ. (2017). *Θεμελιώδη δικαιώματα. Ατομικά, κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη. Βέρνυ, Σ., & Κόντης, Α. (2017). *Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση. Οι πολλαπλές κρίσεις και οι προκλήσεις του μέλλοντος. Τιμητικός τόμος για τον Παναγιώτη Κ. Ιωακειμίδη*. Αθήνα: Παπαζήση. Γείτονα, Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα-Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. *Ιατρική*, 79 (3), 259-267.

Γεωργιάδης: *Δεν θα απολυθούν γιατροί του ΕΟΠΥΥ*, [ONLINE] Ανάκτηση από: <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22767&subid=2&pubid=63917033>

Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (1), 106-115.

Γιαννακάκου, Ε. (2018). *Η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων δαπανών στην υγεία, παιδεία και άμυνα και συγκριτική μελέτη αυτών με τις μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες για τα έτη 1996-2015* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).

Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2014). Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31 (4), 452-460.

- Δημητρόπουλος, Γ.Ε. (2007). *Αποφάσεις –Λήψη αποφάσεων. Εισαγωγή στην ψυχολογία των αποφάσεων*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Δήμου, Α. (2017). Νέο δημόσιο μανάτζμεντ και μεταρρυθμίσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας (2010-2016). Μελέτη περίπτωσης: «ηλεκτρονική συνταγογράφηση».
- Διανέοσις. (2016, Μάρτιος). *Βελτιώνοντας το σύστημα υγείας. Μία σειρά κατευθύνσεων πολιτικής για την καταπολέμηση των παθολογιών του συστήματος υγείας*. Ανάκτηση Δεκέμβριος 1, 2019, από Διανέοσις: <https://www.dianeosis.org/2016/03/greek-health-proposals/>
- Διανέοσις. (2016, Σεπτέμβριος). *Διανέοσις*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 29, 2019, από Το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας: Μια έρευνα.: https://www.dianeosis.org/2016/09/greece_demographic_crisis/
- Διανέοσις. (2016, Απριλίου). *Διανέοσις*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 29, 2019, από Η ψυχική υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης: https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ugeia_ellinwn/ Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2017, Μαρτίου 31). *ΕΛΣΤΑΤ*. Ανάκτηση Νοεμβρίου 5, 2019, από Δελτίο τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015: <http://www.statistics.gr/documents/20181/be38264c-b18c-459a-be0b-c645b9f3df93>
- ΕΛΣΤΑΤ. (2016, Ιουνίου 15). *Δελτίο τύπου. Έρευνα υγείας: έτος 2014*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 17, 2019, από ΕΛΣΤΑΤ: <http://www.statistics.gr/documents/20181/1845c3bc-b9d5-41f6-89df-a5436ad3dc23>
- ΕΛΣΤΑΤ. (n.d.). *Ελληνική Στατιστική Αρχή*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 30, 2019, από Θάνατοι - Απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά : "1932-2017": <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO09/2014>
- ΕΛΣΤΑΤ. (2019). *Ελληνική Στατιστική Αρχή*. Ανάκτηση October 17, 2019, από Δημοσιονομικά στοιχεία - Ετήσια / 2019: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL03/>
- ΕΛΣΤΑΤ. (2016, Δεκεμβρίου 15). *Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 30, 2019, από Δελτίο τύπου. Αιτίες θανάτων έτους 2014: https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicat
- Έρευνες του ΚΕΕΛΠΝΟ για την υγεία των Ελλήνων, τη χρήση φαρμάκων, την χρήση υπηρεσιών υγείας, [ONLINE] Ανάκτηση από: <http://www.keelpno.gr/>
- Θεοδώρου, Μ. (2000). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: ΕΑΠ.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στο Χ. Οικονόμου. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.

Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. Στο Χ. Παπαθεοδώρου, & Α. Μωυσίδου. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.

ΙΟΒΕ & ΣΦΕΕ. (2018, Φεβρουαρίου 27). *ΙΟΒΕ*. Ανάκτηση Νοεμβρίου 4, 2019, από Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και στοιχεία 2017: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_27022018_REP_GR.PDF

Ιωακειμίδης, Π. Κ. (2018). *Ελλάδα-Ευρωπαϊκή Ένωση. Τρία λάθη και πέντε μύθοι. Μια νέα ερμηνεία για την κρίση της Ελλάδας στην ΕΕ*. Αθήνα: Θεμέλιο.

Ιωακειμίδης, Π. Κ. (2010). *Η συνθήκη της Λισσαβώνας. Παρουσίαση, ανάλυση, αξιολόγηση*. Αθήνα: Θεμέλιο.

Ιωακειμίδης, Π. Κ. (2016). *Κρίση. Ευρώπη και αριστερά. Η φύση και η επίλυση της κρίσης, ο ΣΥΡΙΖΑ στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκή αριστερά και σοσιαλδημοκρατία*. Αθήνα: Παπαζήση.**Ιωαννίδης, Δ. (2005). Στατιστικές Μέθοδοι. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.**

Καρανικόλα, Ε. Κ., Δημόπουλος, Ε. Χ., Νιάκας, Δ. Α., & Αλετράς, Β. Ο. (2018). Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. *ArchivesofHellenicMedicine/ArheiaEllenikesIatrikes*, 35(2).

Κουταλάκης, Χ. (2006). Κράτος, κοινωνία των πολιτών και συμφέροντα. Σύγκρουση, διαπραγμάτευση, και συμμετοχή σε νέες μορφές περιβαλλοντικής διακυβέρνησης. *Διεθνής και Ευρωπαϊκή Πολιτική, Τριμηνιαία Επιθεώρηση Διεθνούς Ευρωπαϊκής Πολιτικής και Οικονομίας*, 3, 210-235.

Κουτουλογένης, Δ., (2002). *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. [ONLINE] Ανάκτηση από: <http://www.rotaryclubzante.gr>

Κυριαζή, Ν. (2002). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα : Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις.

Κυριαζόπουλος, Π. και Σαμαντά, Ε. (2011). Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών. Αθήνα: Σύγχρονη εκδοτική.

Κυριόπουλος, Γ. & Γείτονα, Μ. (2008). Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης. Στο Κυριόπουλος, Γ. & Γείτονα, Μ. (επιμ.). *Τα οικονομικά της υγείας. Μέθοδοι και εφαρμογές της οικονομικής αξιολόγησης*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Κωνσταντίνου, Ε., Μητρόπουλος, Ι., (2012) Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών – χρηστών στα κρατικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας στην Κύπρο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5), 614-622

Λάβδας, Κ.Α. (2002). *Δημιουργία και εξέλιξη των ευρωπαϊκών κοινοτήτων*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Μακρυδημήτρης, Α. (2013). *Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων. Διοικητική επιστήμη II*. Αθήνα: Σάκκουλας.

- Μακρυδημήτρης, Α. (2010). *Δημόσια διοίκηση. Στοιχεία διοικητικής οργάνωσης*. Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μακρυδημήτρης, Α. & Πραβίτα, Μ. (2012). *Δημόσια διοίκηση. Στοιχεία διοικητικής οργάνωσης*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.
- Μάρδας, Δ. (2007). *Αναχρονιστικό το νέο σύστημα προμηθειών στα νοσοκομεία*. Εξπρές 11/03, [ONLINE] Ανάκτηση από: www.mardas.gr/announcements/1.doc
- Ματσαγγάνης Μ. (2002). Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Στο Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α. *Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Μέργος, Γ. (2009). Δαπάνες υγείας. Στο *Κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση Επενδύσεων και πολιτικών. Τόμος Β'* (σσ. 205-231). Αθήνα: Μπένου.
- Μέργος, Γ. (2009). *Κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση επενδύσεων και πολιτικών (Α' τόμος)*. Αθήνα: Μπένου.
- Μητρόπουλος, Αλ. (2008). *Το Τέλος του Κοινωνικού Κράτους; Αριστερά και Συνδικάτα Μπροστά στην Απορρύθμιση*, Αθήνα: Α. Α. Λιβάνης.
- Μητρόπουλος, Αλ. (2010). *Ασφαλιστικό ώρα μηδέν. Το μέλλον των συντάξεων*. Αθήνα: Λιβάνης.
- Μητρόπουλος, Αλ. (2016). *Στις πλάτες των συνταξιούχων το κόστος του ΕΟΠΥΥ*. Στο <http://enypekk.gr/stis-plates-ton-syntaxiouchon-kostos-tou-eopyy/>
- Μητρόπουλος, Αλ. (2017). «*Ρήτρα θανάτου*» εφαρμόζει ο ΕΟΠΥΥ!!! [ONLINE] Ανάκτηση από: <http://enypekk.gr/ritra-thanatou-efarmoz-i-eopyy/>
- Μιχαλόπουλος, Ν. (2003). *Νέα Δημόσια Διοίκηση*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Μυλωνά Κατερίνα, Κ. Ε. (2015). *Διαχείριση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής καινοτομίας στην Ελλάδα. Μια προσέγγιση πολιτικής οικονομίας της υγείας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Ν. 1471/1984. *Για τη ρύθμιση θεμάτων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων συναφών διατάξεων*. ΦΕΚ 112 Α'/06-08-1994.
- Ν. 1759/1988. *Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 50 Α'/18-03-1988.
- Ν. 1963/1991. *Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 138 Α'/20-09-1991.
- Ν. 2071/1992. *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας*. ΦΕΚ 123 Α'/15-07-1992.

- Ν. 2194/1994. *Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (ΕΣΥ)*. ΦΕΚ 34 Α'/16-03-1994.
- Ν. 2345/1995. *Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 213 Α'/12-10-1995.
- Ν. 2519/1997. *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός ΕΣΥ, οργάνωση των Υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 165Α'/21-08-1997.
- Ν. 2646/1998. *Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 236 Α'/20-10-1998.
- Ν.2889/2001. *Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 37 Α'/02-03-2001.
- Ν. 2955/2001. *Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥΠ και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 256 Α'/ 02-11-2001.
- Ν. 3106/2003. *Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 30 Α'/10-02-2003.
- Ν. 3172/2003. *Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 197 Α'/06-08-2003.
- Ν. 3209/2003. *Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας*. ΦΕΚ 304 Α'/24-12-2003.
- Ν. 3235/2004. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. ΦΕΚ 53 Α'/18-02-2004.
- Ν. 3329/2005. *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*. ΦΕΚ 81 Α'/04-04-2005.
- Ν. 3370/2005. *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*. ΦΕΚ 176 Α'/11-07-2005.
- Ν.3527/2007. *Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*. ΦΕΚ 25 Α'/ 09-02-2007.
- Ν.3580/2007. *Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 2695 Α'/18-06-2007.
- Ν.3918/2011. *Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 31 Α'/02-03-2011.
- Ν. 4238/2014. *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*. ΦΕΚ 17 Α'/17-02-2014.
- Ν. 4486/2017. *Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ 115 Α'/07-08-2017.
- Νιάκας Δ. (2002). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στο Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών*

- υγείας, τόμος Α, *Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα: ΕΑΠ.
- Νιάκας Δ. (2002). Μέθοδοι αποζημίωσης και χρηματοδότησης των προμηθευτών. Στο Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α, Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα: ΕΑΠ.
- Νιάκας Δ. (2002). Οι δαπάνες υγείας (υπάρχει άριστο μέγεθος των δαπανών; Στο Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ., Νιάκας Δ., *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α, Θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα: ΕΑΠ.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2), 172-185
- Οι γιατροί στον εισαγγελέα: Δώστε τα ονόματα των επιόρκων*, [ONLINE] Ανάκτηση από: <http://www.iefimerida.gr/node/119681#ixzz21XqJSh1S>
- Οικονόμου Χ., (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*. Αθήνα: Διόνικος.
- Οικονόμου. Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Παπακωστίδης, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (4), 480-488.
- Παπούλιας, Δ. (2019). *Πως συντελούνται οι μεταρρυθμίσεις*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Πετρέλης, Μ. & Δομάγερ, Φ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(4), 365-379.
- Πεχτελίδου, Α. Δ. (2014). Η εφαρμογή της ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και η πληροφόρηση του ανθρώπινου δυναμικού δυναμικού σε θέματα ποιότητας.
- Πιερράκος Γ. & Υφαντόπουλος, Ι. (2007). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (6), 578-582.
- Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Κριτική.
- Πολύζος, Ν. & Δρακόπουλος, Σ. (2008). Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3 (2), 121-136.
- Πολύζος, Ν. & Υφαντόπουλος, Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και στην στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17 (6), 627-639.

- Πολύζος, Ν., & Δρακόπουλος, Σ. Health care system in Greece: an economic evaluation. *Social Cohesion and Development*, 3(2), 121-136.
- Πρεζεράκος, Π. (2001). Μέτρηση της τεχνικής Χ-αποδοτικότητας των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στο Στάθης, Γ. (επιμ.). *Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management*. Αθήνα: Mediforce.
- Πρεζεράκος, Π. (2017). Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα: Αναγκαιότητα για την Ανάπτυξη κι Εφαρμογή τους στην Ελλάδα. *Nosileftiki*, 56(4).
- Πρόταση της ΟΕΝΓΕ για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)*, 22/10/2013.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. & Οικονόμου, Χ. (2006). Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας
- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2015). θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008), Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα- Το ελληνικό παράδοξο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (5), 663-672.
- Σπανού, Κ. (2001). *Ελληνική διοίκηση και ευρωπαϊκή ολοκλήρωση*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Στοιχεία βάσεων δεδομένων WHO
- Στοιχεία βάσεων δεδομένων ΟΟΣΑ
- Στοιχεία της EUROSTAT
- Στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ
- Στοιχεία του e- diagnosis -ΕΟΠΥΥ
- Στοιχεία του Esys.net
- Στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη
- Στοιχεία των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας
- Στοιχεία Υπουργείου Υγείας
- Σύνταξη (2005). Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22 (1), 8-9.
- Σχέδιο νόμου «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις», Εισηγητική έκθεση
- Τσαλακοπούλου, Β., & Sarafis, P. (2013). Ελληνική υγεία: εξε-ληγμένη ή εξελιγμένη.
- Τσαντήλα, Α., & Κωτούλα, Σ. (2015). Νομική προσέγγιση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- Τσέλιος, Π., Μαχαλιώτης, Α., & Λαμπρόπουλος, Ε. (2016). Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική πριν και μετά την εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών.

Τσεμπελής, Γ. (2008). *Παίκτες αρνησικυρίας. Πως λειτουργούν οι πολιτικοί θεσμοί*. Παπαζήσης.

Τσινισιζέλης, Μ.Ι. (2001). *QuonadisEuropa?*. Αθήνα: Συμυρνιωτάκης.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012*. Ανάκτηση Δεκέμβριος 1, 2019, από Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης:

file:///C:/Users/%CE%9A%CF%89%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82/Downloads/METADOTIKA_TELIKO.pdf

Υπουργείο Υγείας (2012). Κατάθεση «Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης Διοίκησης μέσω στόχων της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Στοχοθεσία Οκτ. 2012-2015. Αρ. πρωτ.: Υ3γ/Γ.Φ.1.5./οικ.

Υπουργείο Υγείας. (2019, Αυγούστου 19). *Υπουργείο Υγείας*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 25, 2019, από Υπουργείο Υγείας:

<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/organogramma/2732-organogramma-toy-yourgείου-ygeias-okt-2014>

Υπουργείο Υγείας, Πρωτοβουλία «Υγεία εν Δράσει» με την υποστήριξη της ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2013). *Σχέδιο δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Σεπτέμβριος.

Υπουργείο Υγείας (2017). *Η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ*. Στο

https://www.knowledgebridges.gr/sites/.../files/files/protovathmia_frontida_igeias.doc

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων 2008-2012*. Ανάκτηση Δεκέμβριος 1, 2019, από Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης:

file:///C:/Users/%CE%9A%CF%89%CE%BD%CF%83%CF%84%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82/Downloads/METADOTIKA_TELIKO.pdf

Υφαντόπουλος, Γ., & Νικολαΐδου, Κ. (2008). *Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: GUTENBERG.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2015). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής*.

Υφαντόπουλος, Γ., Μπαλούρδος, Δ., Νικολόπουλος, Κ. (2009). *Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις του κράτους πρόνοιας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., Τακουμάκης, Ι. (2005). Το Βρετανικό σύστημα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22 (1), 73-96.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2018). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδανός.

Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22 (1).

Φίλιας, Β. (2003). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg.

Ξενόγλωσση

Adler, N. E., Cutler, D. M., Jonathan, J. E., Galea, S., Glymour, M., Koh, H. K., & Satcher, D. (2016). Addressing social determinants of health and health disparities. *National Academy of Medicine. Perspectives: Vital Directions for Health and Health Care Initiative*.

Agarwal, S., LeFevre, A. E., Lee, J., L'Engle, K., Mehl, G., Sinha, C., & Labrique, A. (2016). Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist. *Bmj*, 352, i1174.

Alber, J. (1992). *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Campus Verlag.

Alonso, J. M., Clifton, J., & Díaz-Fuentes, D. (2015). The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, 119(3), 333-340.

Alonso-Coello, P., Schünemann, H. J., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., ... & Morelli, A. (2016). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *bmj*, 353, i2016.

Anell, A., Glenngard, A. H., & Merkur, S. M. (2012). Sweden: Health system review. *Health systems in transition*, 14(5), 1-159.

Atun, R., Lennox-Chhuggani, N. (2003). *Health system development: a review of the tools used in health system analysis and to support decision making. Discussion paper*. London: Centre for Health Management, Imperial College.

Babbie, E. (2007). *The Practice of Social Research. 11th edition. Belmont CA: Thompson - Wadsworth*

Baeten, R. & Thomson, S. (2012). Health care policies: European debate and national reforms. In Natali, D. & Vanhercke, B. (eds.). *Social developments in the European Union 2011*. Brussels: OSE and ETUI.

Balabanova, D., Roberts, B., Richardson, E., Haerpfer, C., & McKee, M. (2012). Health Care Reform in the Former Soviet Union: Beyond the Transition. *Health services research*, 47(2), 840-864.

Bally, J. M. (2007). The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments. *Nursing Economics*, 25(3), 143-149.

Bambra, C. (2005a). Cash Versus Services: 'Worlds of Welfare' and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services. *Journal of Social Policy*, 34(2), 195-213.

Bambra, C. (2005b). Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy. *Social Policy & Society* 4(1), 31-41.

- Bangdiwala, S. I., Fonn, S., Okoye, O., & Tollman, S. (2010). Workforce resources for health in developing countries. *Public Health Reviews*, 32(1), 296.
- Bärnighausen, T., & Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries?. *Social science & medicine*, 54(10), 1559-1587.
- Bhattarai, N., McMeekin, P., Price, C., & Vale, L. (2016). Economic evaluations on centralisation of specialised healthcare services: a systematic review of methods. *BMJ open*, 6(5), e011214.
- Bingham, L. B., O'leary, R., & Carlson, C. (2014). Frameshifting: Lateral thinking for collaborative public management. In *Big ideas in collaborative public management* (pp. 13-26). Routledge.
- Blass, A. P., da Costa, S. E. G., de Lima, E. P., & Borges, L. A. (2017). Measuring environmental performance in hospitals: A practical approach. *Journal of Cleaner Production*, 142, 279-289.
- Blendon, R. J., Kim, M., & Benson, J. M. (2001). The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health affairs*, 20(3), 10-20.
- Blouin, D., & Tekian, A. (2018). Accreditation of medical education programs: moving from student outcomes to continuous quality improvement measures. *Academic Medicine*, 93(3), 377-383.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. & Rothgang, H. (2012). *Classifying OECD healthcare systems: a deductive approach*. TranState Working Papers 165, Bremen.
- Borisova, L. V. (2011). Health Care Systems as Determinants of Health Outcomes in Transition Countries: Developing Classification. *Social Theory and Health*, 9(4), 326-354.
- Branas, C.C. et al. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis *BMJ Open*; 5:e005619 doi,10.1136/bmjopen-2014-005619.
- Brinkerhoff, D. W., & Brinkerhoff, J. M. (2015). Public sector management reform in developing countries: Perspectives beyond NPM orthodoxy. *Public Administration and Development*, 35(4), 222-237.
- Buchner, F., & Wasem, J. (2003). Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system. *Health Policy*, 65(1), 21-35.
- Buchner, F., Goepffarth, D., Wasem, J. (2013). The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences. *Health Policy*, 109(3), 253 - 262.
- Burns, L. R., & Pauly, M. V. (2012). Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s. *Health Affairs*, 31(11), 2407-2416.

- Business, E. (2007). *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Ginebra: OMS.
- Busse, R. (2004). Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 23(3), 56 - 67.
- Busse, H., Aboneh, E. A., & Tefera, G. (2014). Learning from developing countries in strengthening health systems: an evaluation of personal and professional impact among global health volunteers at Addis Ababa University's Tikur Anbessa Specialized Hospital (Ethiopia). *Globalization and health*, 10(1), 64.
- Chowdhury, H., Zelenyuk, V., Laporte, A., & Wodchis, W. P. (2014). Analysis of productivity, efficiency and technological changes in hospital services in Ontario: How does case-mix matter?. *International Journal of Production Economics*, 150, 74-82.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.
- Council of the European Union (2010). *Council conclusions on the EPC-Commission Joint Report on health systems in the EU*. 3054th Economic and Financial Affairs Council Meeting, Brussels, 7 December 2010.
- Currstine, T., Lonti, Z. & Joumard, I. (2007). Improving Public Sector Efficiency: Challenges and Opportunities. *OECD Journal on Budgeting*, 7.
- Das, M. K., Arora, N. K., Dalpath, S., Kumar, S., Qazi, S. A., & Bahl, R. (2018). Improving quality of care for perinatal and newborn care at district and sub-district hospitals in Haryana, India: Implementation research protocol. *Journal of advanced nursing*.
- Davaki, K., & Mossialos, E. (2005). Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of health politics, policy and law*, 30(1-2), 143-168.
- Davies, H. T., & Nutley, S. M. (2000). Developing learning organisations in the new NHS. *British Medical Journal*, 320(7240), 998.
- De Dreu, C. K., & West, M. A. (2001). Minority dissent and team innovation: the importance of participation in decision making. *Journal of applied Psychology*, 86(6), 1191.
- De Ree, J., Muralidharan, K., Pradhan, M., & Rogers, H. (2015). *Double for nothing? Experimental evidence on the impact of an unconditional teacher salary increase on student performance in Indonesia* (No. w21806). National Bureau of Economic Research.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2002). *Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*. Αθήνα : Κριτική.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.

- Drydakīs, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine*, 128, 43-51.
- Dunleavy, P. & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money & Management*, July -September, 9-16.
- Economou, C. (2010). *Health systems in transition: Greece. Health system review, WHO/EURO*, European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen.
- Economou, C. (2012). The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: “economic crisis” versus “driven reform”. *Int J Soc Political Theory*, 2, 33–68.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. & Maresso, A. (2017). *Greece. Health system review. Health System in Transition*, 19 (5).
- Eisner, E. W. (2017). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. Teachers College Press.
- Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health affairs*, 12(suppl 1), 24-48.
- European Communities (2006). *Connected health. Quality and safety for European citizens*. Belgium.
- European Observatory of Health Care Systems (1999). *Health Care Systems in Transition. United Kingdom*. European Observatory of Health Care Systems.
- EUROSTAT. (n.d.). <https://ec.europa.eu>. Ανάκτηση Οκτωβρίου 4, 2019, από <https://ec.europa.eu>: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Feathertone, K. (2011). The Greek Sovereign Debt Crisis and EMU: A Failing State in a Skewed Regime. *Journal of Common Market Studies*, 49, 193-217.
- Ferlie, E. & Geraghty, J. (2005). Professionals in public service organizations: implications for public sector reforming. In E. Ferlie, L. Lynn Jnr. & C. Pollitt (Eds). *The Oxford handbook of public management*, 422-445.
- Field, M. G. (1973). The Concept of the "Health System" at the Macrosociological Level. *Social Science & Medicine*, 7, 763-785.
- Field, M. G. (1980). The Health System and the Polity: A Contemporary American Dialectic. *Social Science & Medicine*, 14A(5), 397-413.
- Finkel, M. L., & Fein, O. (2006). Teaching medical students about different health care systems: an international exchange program. *Academic Medicine*, 81(4), 388-390.
- Francesca, C., Ana, L. N., Jérôme, M., & Frits, T. (2011). *OECD health policy studies help wanted? Providing and paying for long-term care: providing and paying for long-term care* (Vol. 2011). OECD Publishing.

- Freeman, R. & Frisina, L. (2010). Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12(1-2), 163-178.
- Frenk, J. & Donabedian, A. (1987). State intervention in medical care: types, trends and variables. *Health Policy and Planning*, 2(1), 17-31.
- Geitona, M., Zavras, D., Hatzikou, M. & Kyriopoulos, J. (2006). Generics market in Greece: The pharmaceutical industry's beliefs. *Health Policy*, 79 (1), 35-48.
- Geitona, M., Zavras, D., & Kyriopoulos, J. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *The European Journal of General Practice*, 13(3), 144-150.
- Geitona, M., Androutsou, L., & Theodoratou, D. (2010). Cost estimation of patients admitted to the intensive care unit: a case study of the Teaching University Hospital of Thessaly. *Journal of medical economics*, 13(2), 179-184.
- Geitona, M., & Milioni, S. O. (2016a). Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, 16(1), 243.
- Geitona, M., & Milioni, S. O. (2016b). Female prisoners' views and satisfaction on incarceration conditions: Findings of a cross-sectional survey in Greece. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(284), 2161-0487.
- Geitona, M. (2016). Assessing the value of medicinal innovation in an era of increasing austerity. *Social Cohesion and Development*, 7(1), 39-51.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.
- Glennard, A. H. (2015). *The Swedish Health Care System, 2014*. International Profiles of Health Care Systems, 133.
- Greß, S., Groenewegen, P., Kerssens, J., Braun, B., & Wasem, J. (2002). Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands. *Health policy*, 60(3), 235-254.
- Hacker, B. (2009). Hybridization instead of clustering: transformation processes of welfare policies in Central and Eastern Europe. *Social Policy & Administration*, 43 (2), 152-169.
- Harper, P. R. (2002). A framework for operational modelling of hospital resources. *Health care management science*, 5(3), 165-173.
- Härter, M., Kentgens, M., Brandes, A., Bock, T., Dirmaier, J., Erzberger, M., ... & König, H. H. (2012). Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(2), 57-63.

- Hassenteufel, P. & Palier, B. (2007). Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems. *Social Policy & Administration*, 41 (6), 574-596.
- Hemerijck, A. (2012). When Changing welfare states and the Eurocrisis meet. *Sociologica*, 6(1), 0-0.
- Herbst, T., & Emmert, M. (2017). Characterization and effectiveness of pay-for-performance in ophthalmology: a systematic review. *BMC health services research*, 17(1), 385.
- Himmelstein, D. U., Jun, M., Busse, R., Chevreur, K., Geissler, A., Jeurissen, P., ... & Woolhandler, S. (2014). A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far. *Health Affairs*, 33(9), 1586-1594.
- Hoch, J. (2014). Shared leadership, diversity, and information sharing in teams. *Journal of Managerial Psychology*, 29(5), 541-564.
- Hoffmann, T. C., Montori, V. M., & Del Mar, C. (2014). The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *Jama*, 312(13), 1295-1296.
- Hollingsworth, B. (2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health economics*, 17(10), 1107-1128.
- Hood, C. (1991). A Public Management for all seasons?. *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variation on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20, 93-109.
- Hu, Y., van Lenthe, F. J., Borsboom, G. J., Looman, C. W., Bopp, M., Burström, B., ... & Leinsalu, M. (2016). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health*, jech-2015.
- Hughes, M., & Kroehler, C. (2014). *Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες*. Κριτική.
- Hunink, M. M., Weinstein, M. C., Wittenberg, E., Drummond, M. F., Pliskin, J. S., Wong, J. B., & Glasziou, P. P. (2014). *Decision making in health and medicine: integrating evidence and values*. Cambridge University Press.
- Iezzoni, L. I. (2011). Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health affairs*, 30(10), 1947-1954.
- Jehu-Appiah, C., Sekidde, S., Adjuik, M., Akazili, J., Almeida, S. D., Nyonator, F., ... & Kirigia, J. M. (2014). Ownership and technical efficiency of hospitals: evidence from Ghana using data envelopment analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 12(1), 9.
- Joumard, I., André, C. & Nicq, C. (2010). *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*. OECD Economics Department Working Papers No. 769, Paris.

ICAP GROUP. (n.d.). *ICAP GROUP*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 31, 2019, από Γενόσημα φάρμακα: http://globalsustain.org/files/ICAP_PR_Generic_Medicine_2018_Jan19.pdf

Kickbusch, I., & Kökény, M. (2017). *World Health Organization. Regional Office for Europe*. Ανάκτηση October 16, 2019, από Health diplomacy: European perspectives (2017): <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-european-perspectives-2017>

Kalhor, R., Amini, S., Sokhanvar, M., Lotfi, F., Sharifi, M., & Kakemam, E. (2016). Factors affecting the technical efficiency of general hospitals in Iran: data envelopment analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 91(1), 20-25.

Kamper-Jorgensen, F. (2008). Public health information systems—and EUPHIX. *Scandinavian journal of public health*, 36(7), 673-675.

Kanavos, P., S. Vadoros, R. Irwin et al. (2011). *Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU*. DG for Internal Policies, European Parliament, Brussels, Belgium.

Kaplan, R. (2002). The Balanced Scorecard and Nonprofit Organizations. *Balanced Scorecard Report, November December*, 1-4.

Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., & Margolis, P. A. (2011). The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2011.

Karamanoli, E. (2011). Debt crisis strains Greece's ailing health system. *Lancet*, 378, 303-304.

Karamanoli, E. (2012). Greece's financial crisis dries up drug supply. *Lancet*, 379, 302.

Kentikelenis, A. & Papanicolas, I. (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health*, 22, 4-5.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2012). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Correspondence*, 1-2.

Khushalani, J., & Ozcan, Y. A. (2017). Are hospitals producing quality care efficiently? An analysis using Dynamic Network Data Envelopment Analysis (DEA). *Socio-Economic Planning Sciences*, 60, 15-23.

Kickbusch, I., & Kökény, M. (2017). *World Health Organization. Regional Office for Europe*. Ανάκτηση October 16, 2019, από Health diplomacy: European perspectives (2017): <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-european-perspectives-2017>

- Kim, H. S., Kim, Y. H., Woo, J. S., & Hyun, S. J. (2015). An Analysis of Organizational Performance Based on Hospital Specialization Level and Strategy Type. *PloS one*, *10*(7), e0132257.
- Kirkpatrick, I., Bullinger, B., Lega, F., & Dent, M. (2013). The translation of hospital management models in European health systems: a framework for comparison. *British Journal of Management*, *24*(S1), S48-S61.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*, *103*(6), 973-979.
- König, K. (2001). *Institutionelle Aspekte der Modernisierung—die Sphäre der öffentlichen Verwaltung*. Modernisierung—Prozess oder Entwicklungsstrategie, 263-290.
- Kontodimopoulos N., Kastanioti C., Thireos E., Karanikas H., PolyzosN. (2013). The contribution of generic substitution to rationalizing pharmaceutical expenditure in Greek public hospitals under recent economic crisis. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 1-6.
- Koulouri, F., Anastopoulos, G. & Daglas, Ar. (2017). The national health system in Greece and economic crisis: pathogenies and prospects. *Hellenic Journal of Nursing Science*, *10* (2), 3-6.
- Koutalakis, C. (2011). Environmental policy in Greece reloaded: plurality, participation and the sirens of neo-centralism. Sustainable Politics and the Crisis in Ireland and Greece. *Advances in Ecopolitics*, *8*, 181-200.
- Krist, A. H., & Woolf, S. H. (2011). A vision for patient-centered health information systems. *Jama*, *305*(3), 300-301.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, *56*(3), 171-204.
- Lane, H., Sarkies, M., Martin, J., & Haines, T. (2016). Equity in healthcare resource allocation decision making: A systematic review. *Social Science & Medicine*, *175*, 11-27.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *Journal of nursing administration*, *33*(7/8), 410-422.
- Lee, Sang-Yi, et al. (2008). The National Health Insurance System as One Type of New Typology: The Case of South Korea and Taiwan. *Health Policy*, *85*(1), 105-113.
- Le Grand, J. (2003). *Methods of Cost-Containment: Some Lessons from Europe*. Paper for Session: "Trade-offs in Controlling Health Care Costs: what California can learn from the world". IHEA Fourth World Congress, San Francisco, June 2003.

Leleu, H., Al-Amin, M., Rosko, M., & Valdmanis, V. G. (2018). A robust analysis of hospital efficiency and factors affecting variability. *Health services management research*, 31(1), 33-42.

Lüschen, G., Niemann, S., & Apelt, P. (1997). The integration of two health systems: social stratification, work and health in East and West Germany. *Social Science & Medicine*, 44(6), 883-899.

Luyten, J., Naci, H., & Knapp, M. (2016). Economic evaluation of mental health interventions: an introduction to cost-utility analysis. *Evidence-based mental health*.

Maarse, H., & Paulus, A. (2003). Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28(4), 585-614.

Marshall, M., Roland, M., Campbell, S., Kirk, S., Reeves, D., Brook, R., McGlynn, E., et al. (2003). *Measuring general practice: a demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators*. London: The Nuffield Trust.

McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*, 12, 346-350.

Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 153-156.

Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & McKee, M. (2012). Health policy in the financial crisis. *Eurohealth*, 18(1), 3-6.

Mladovsky, D., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Thomson, S., & McKee, M. (2012). *Health policy responses to the financial crisis and other health system shocks in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Mohammad Mosadegh Rad, A. (2006). The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *The TQM Magazine*, 18(6), 606-625.

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *bmj*, 350, h1258.

Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations*, 2 (2), 135-160.

Morgan, D., & Astolfi, R. (2013). *Health spending growth at zero*. Paris: OECD Publishing.

Muller, P., & Surel, Y. (2002). *Η ανάλυση των πολιτικών του κράτους*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

- Naranjo-Gil, D., & Hartmann, F. (2007). How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy*, 81(1), 29-41.
- Neelankavil, J. P. (2007). *International business research*. Routledge.
- Niakas, D. (2013). Greek Economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *Int. J. of Health Services*, 43(4), 597-602.
- Nolte, E., McKee, M., (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revised*. London: The Nuffield Trust.
- Nuscheler, R., & Knaus, T. (2005). Risk selection in the German public health insurance system. *Health economics*, 14(12), 1253-1271.
- OECD (1987). *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*. OECD Social Policy Studies No. 4, Paris.
- OECD, (2008). *Health data*. <http://oecd.com>
- OECD, (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. State of Health in the EU cycle. OECD/ European Union.
- OECD. (n.d.). *European Observatory on Health Systems and Policies 2017*. Ανάκτηση Νοέμβριος 6, 2019, από Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>
- OECD. (n.d.). *OECD.Stat*. Ανάκτηση Οκτωβρίου 10, 2019, από OECD.Stat: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>
- OECD, Health Statistics (2014). *How does Greece compare*. Report available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf>
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2005). European health systems reforms: Looking backward to see forward?. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 7-28.
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbæk, K., Winblad, U., & Bevan, G. (2010). Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law*, 5(03), 269-293.
- Orszag, P. R., & Emanuel, E. J. (2010). Health care reform and cost control. *New England Journal of Medicine*, 363(7), 601-603.
- Pardo-del-Val, M., Martínez-Fuentes, C., & Roig-Dobón, S. (2012). Participative management and its influence on organizational change. *Management Decision*, 50(10), 1843-1860.
- Paris, V., Devaux, M. & Wei, L. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. OECD Health Working Papers No. 50, Paris.
- Parnell, J. A., & Crandall, W. (2001). Rethinking participative decision making: A refinement of the propensity for participative decision making scale. *Personnel Review*, 30(5), 523-535.

- Pavolini, E. & Guillén, A.M. (2013). *Health care systems in Europe under austerity: institutional reforms and performance*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pavolini, E., Palier, B. & Guillén, A.M. (2013). The health care policy quadrilemma and comparative institutional reforms. In Pavolini, E. & Guillén, A.M. (eds.). *Health care systems in Europe under austerity: institutional reforms and performance*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Philippidou, S., Soderquist, K. & Prastacos, G. (2004). Towards New Public Management in Greek Public Organizations: Leadership vs. Management, and the plan to Implementation. *Public Organization Review*, 4, 317-337.
- Pierrakos, G., Latsou, D., Goula, A., Pateras, J., Nikolados, J., Platis, C., ... & Soulis, S. (2017). A Prospective Evaluation of Health-Related Quality of Life of Cancer Patients Receiving Day and Home Care Services in Greece. In *Strategic Innovative Marketing* (pp. 159-164). Springer, Cham.
- Pollitt, C. (2000). Is the Emperor in his underwear? An analysis of its impacts of public management reform. *Public Management*, 2, 181-199.
- Pollitt, C. (2007). The New Public Management. *Administratie si Management Public*, 8, 110-115.
- Pollock, A., Price, D., & Liebe, M. (2011). Private finance initiatives during NHS austerity. *Bmj*, 342(2), d324-d324.
- Polyzos, N. (2012). A three year performance evaluation of the NHS hospitals in Greece. *Hipokratia*, 16 (4), 350-355.
- Polyzos, N.M. (2002). Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications. *Health Policy*, 61, 305-328.
- Population Pyramids Net. (n.d.). *Population Pyramids of the World from 1950 to 2100*. Ανακτήση October 29, 2019, από Population Pyramids Net: <https://www.populationpyramid.net/greece/2019/>
- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeisen, S. & Wendt, C. (2005). The changing role of the state in healthcare systems. *European Review*, 13 (S1), 187-212.
- SBM-Small Business Majority (2011). *Cost Containment Measures Under Healthcare Reform*. 2 December 2011.
- Schadt, E. E., Linderman, M. D., Sorenson, J., Lee, L., & Nolan, G. P. (2010). Computational solutions to large-scale data management and analysis. *Nature Reviews Genetics*, 11(9), 647.
- Schmidt, H., Voigt, K., & Wikler, D. (2010). Carrots, sticks, and health care reform—problems with wellness incentives. *New England Journal of Medicine*, 362(2), e3.

- Scott-Ladd, B., & Chan, C. C. (2004). Emotional intelligence and participation in decision-making: strategies for promoting organizational learning and change. *Strategic Change*, 13(2), 95-105.
- Seddon, J. (2008). *System Thinking in the Public Sector*. United Kingdom: Triarchy Press.
- Shakarishvili, G., Atun, R., Berman, P., Hsiao, W., Burgess, C., & Lansang, M. A. (2010). Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. *Global Health Governance*, 3(2).
- Sloan, F. A., & Hsieh, C. R. (2017). *Health economics*. MIT Press.
- Sotiropoulos, D. A. (2004). The EU's impact on the Greek welfare state: Europeanization on paper?. *Journal of European Social Policy*, 14(3), 267-284.
- Sprent, P., & Smeeton, N. C. (2016). *Applied nonparametric statistical methods*. Chapman and Hall/CRC.
- Squires, H., Chilcott, J., Akehurst, R., Burr, J., & Kelly, M. P. (2016). A systematic literature review of the key challenges for developing the structure of public health economic models. *International journal of public health*, 61(3), 289-298.
- Stordeur, S., & D'hoore, W. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of advanced nursing*, 57(1), 45-58.
- Sweden-Sverige. (n.d.). *Sweden sverige*. Avάκτηση October 2019, 2019, από Health care in Sweden: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>
- Tanner, M. (2014). *Urban health in developing countries: progress and prospects*. Routledge.
- Taylor-Gooby, P., & Stoker, G. (2011). The coalition programme: a new vision for Britain or politics as usual?. *The Political Quarterly*, 82(1), 4-15.
- Terris, M. (1978). The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects. *American Journal of Public Health*, 68(11), 1125-1131.
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., Bryndová, L. (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2009.
- Thomson, S., Foubister, T. & Mossialos, E. (2010). Can user charges make health care more efficient?. *BMJ*, 341, c3759.
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2012). *International profiles of health care systems 2012: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*.

- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W., & Van de Voorde, C. (2013). Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health Policy*, 109(3), 209-225.
- Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*, 95(1), 82-89.
- Tountas, Y., Karnaki, P. & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, 62, 15-29.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, ckt020.
- Velonaki, V., Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2006). Health Services' reform and nursing in Greece. *Nosileftiki*, 45(4), 491-499.
- Verlicchi, P., Al Aukidy, M., & Zambello, E. (2015). What have we learned from worldwide experiences on the management and treatment of hospital effluent?—An overview and a discussion on perspectives. *Science of the Total Environment*, 514, 467-491.
- Wahrig, L., & Vallina, I. G. (2011). The effect of the economic and financial crisis on government revenue and expenditure. *Eurostat Statistics in focus*, 45, 1-12.
- Weimer, D. L., & Vining, A. R. (2017). *Policy analysis: Concepts and practice*. Routledge.
- Weindling, P. (1993). *Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge University Press.
- Wendt, C. (2009). Mapping European Healthcare Systems: a Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432-445.
- Wendt, C., Frisina, L. & Rothgang, H. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- West, M. A., Guthrie, J. P., Dawson, J. F., Borrill, C. S., & Carter, M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 983-1002.
- WHO. (2008). *The Tallinn Charter*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. World Health Organization
- Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R. T., Pearse, J., & Tu, J. V. (2007). Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Affairs*, 26(4), 1078-1087.

Worthington, A. C. (2004). Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications. *Medical care research and review*, 61(2), 135-170.

Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017, April 26). *NCBI*. Ανάκτηση October 15, 2019, από Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5405486/>

Yfantopoulos, J. (2008). Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. *Eur J Health Econ*, 9, 87-97.

Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*; 23, 206–10.

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2012). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *The European Journal of Public Health*, cks143.

<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>

<https://www.premierchoicegroup.com/the-history-of-the-nhs/>

Alliance for healthier communities. (n.d.). Ανάκτηση November 6, 2019, από <https://www.allianceon.org/model-health-and-wellbeing>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

1. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;

1. Πολύ καλή
2. Καλή
3. Μέτρια
4. Κακή
5. Πολύ κακή
6. Δεν γνωρίζω/Δεν είμαι σίγουρος
7. Δεν απαντώ

2. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή πάθηση; (ως χρόνιο πρόβλημα ή πάθηση θεωρείται αυτό που διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες (π.χ. χοληστερίνη, αλλεργία, σάκχαρο, υπέρταση, καρδιαγγειακό, άλλο σοβαρότερο νόσημα, εκ γενετής σοβαρό πρόβλημα κλπ).

1. Ναι
2. Όχι
3. Δεν γνωρίζω/Δεν είμαι σίγουρος
4. Δεν απαντώ

3. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών έχετε περιορίσει κάποια από τις συνήθεις δραστηριότητές σας ή έχετε δυσκολευτεί σε αυτές λόγω αυτού του προβλήματος;

1. Ναι, πάρα πολύ
2. Ναι αλλά όχι πάρα πολύ
3. Όχι καθόλου

4. Δεν γνωρίζω δεν είμαι σίγουρος
5. Δεν απαντώ

4. Αντιμετωπίζετε ή αντιμετώπισατε εσείς προσωπικά κάποιο από τα παρακάτω χρόνια προβλήματα υγείας σήμερα ή στο παρελθόν;

- Άσθμα – Αλλεργικό άσθμα
- Χρόνια βρογχίτιδα - αποφρακτική πνευμονοπάθεια - εμφύσημα
- Στεφανιαία νόσο - στηθάγχη
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Βαλβιδοπάθεια – πρόβλημα βαλβίδων καρδιάς
- Αορτοστεφανιαία παράκαμψη – By pass
- Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)
- Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραδυκαρδία)
- Υπέρταση (πάνω από 14 μεγάλη και πάνω από 8 μικρή πίεση)
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων)
- Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων συνδέσμων)
- Πάθηση στη μέση (οσφυαλγία, δισκοπάθεια κλπ)
- Πάθηση του αυχένα
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Διαταραχή στη Χοληστερίνη, στα λιπίδια ή στα Τριγλυκερίδια
- Αλλεργία (ρινική, φλεγμονή ματιών, τροφική, δερματίτιδα κλπ)
- Έλκος στομάχου

- Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος
 - Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)
 - Έντονοι πονοκέφαλοι – ημικρανία
 - Ακράτεια ούρων
 - Χρόνιο άγχος – κρίσεις πανικού
 - Χρόνια κατάθλιψη
 - Μόνιμη σοβαρή κάκωση από ατύχημα
 - Παθήσεις θυροειδούς
 - Οστεοπόρωση
 - Νόσο Πάρκινσον
 - Πολιομυελίτιδα
 - Μυασθένεια
 - Αιμορροΐδες
 - Ηπατίτιδα
 - Αλτσχάϊμερ
1. Ναι
 2. Όχι
 3. Δεν είμαι σίγουρος δεν γνωρίζω

5. Η πάθηση που αναφέρατε έχει διαγνωσθεί από γιατρό;

- Άσθμα – Αλλεργικό άσθμα
- Χρόνια βρογχίτιδα - αποφρακτική πνευμονοπάθεια - εμφύσημα
- Στεφανιαία νόσο - στηθάγχη
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Καρδιακή ανεπάρκεια

- Βαλβιδοπάθεια – πρόβλημα βαλβίδων καρδιάς
- Αορτοστεφανιαία παράκαμψη – By pass
- Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)
- Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραδυκαρδία)
- Υπέρταση (πάνω από 14 μεγάλη και πάνω από 8 μικρή πίεση)
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων)
- Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων συνδέσμων)
- Πάθηση στη μέση (οσφυαλγία, δισκοπάθεια κλπ)
- Πάθηση του αυχένα
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Διαταραχή στη Χοληστερίνη, στα λιπίδια ή στα Τριγλυκερίδια
- Αλλεργία (ρινική, φλεγμονή ματιών, τροφική, δερματίτιδα κλπ)
- Έλκος στομάχου
- Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος
- Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)
- Έντονοι πονοκέφαλοι – ημικρανία
- Ακράτεια ούρων
- Χρόνιο άγχος – κρίσεις πανικού
- Χρόνια κατάθλιψη
- Μόνιμη σοβαρή κάκωση από ατύχημα
- Παθήσεις θυρεοειδούς
- Οστεοπόρωση
- Νόσο Πάρκινσον

- Πολιομυελίτιδα
- Μυασθένεια
- Αιμορροΐδες
- Ηπατίτιδα
- Αλτσχάϊμερ

1. Ναι
2. Όχι
3. ΔΓ/ΔΑ

6. Τους τελευταίους 12 μήνες καλύπτεσθε από κάποιον Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης;

1. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
2. ΟΑΕΕ
3. ΟΠΑΔ
4. ΟΓΑ
5. ΝΑΤ
6. ΤΑΥΤΕΚΩ
7. ΑΛΛΟ ΤΑΜΕΙΟ
8. ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

7. Καλύπτεσθε εσείς προσωπικά από κάποια ιδιωτική ασφάλεια ως προς την ιατροφαρμακευτική σας περίθαλψη;

1. Ναι έχω πλήρες πακέτο
2. Ναι έχω κάποιες παροχές checkup
3. Όχι δεν έχω καμία ιδιωτική ασφάλιση
4. ΔΓ/ΔΑ

8. Εσείς προσωπικά πόσες φορές επισκεφθήκατε κάποιον γιατρό (εκτός από οδοντίατρο) για κάποιο πρόβλημα υγείας τους τελευταίους δώδεκα μήνες;

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

5. 5

6. 6

7. 7

8. 8

9. 9

10. 10

11. 11

12. 12

13. Πάνω από 12

14. Καμία ⇒ ΕΡΩΤΗΣΗ 11

9. Από το σύνολο των επισκέψεων που κάνατε σε γιατρούς τους τελευταίους δώδεκα μήνες, πόσες ήταν σε γιατρό του ταμείου σας, πόσες σε γιατρό εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου, πόσες σε κέντρο υγείας και πόσες σε ιδιώτη γιατρό τον οποίο πληρώσατε εσείς; (Αναφέρατε όλους τους γιατρούς εκτός από τους οδοντιάτρους)

• Γιατρός ταμείου στο ιατρείο του _____

• Γιατρός σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ)

• Γιατρός εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου _____

- Γιατρός Κέντρου Υγείας _____
- Αγροτικός Γιατρός _____
- Ιδιώτης γιατρός που πλήρως προσωπικά _____

10. Ποιες από τις παρακάτω ειδικότητες γιατρών επισκεφθήκατε τους τελευταίους 12 μήνες; (πολλαπλή)

1. Αγγειοχειρουργός
2. Αιματολόγος
3. Ακτινοδιαγνώστης
4. Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος
5. Αλλεργιολόγος
6. Ανοσολόγος
7. Βιοπαθολόγος (Μικροβιολόγος)
8. Γαστρεντερολόγος
9. Δερματολόγος- Αφροδισιολόγος
10. Ενδοκρινολόγος
11. Καρδιολόγος
12. Καρδιοχειρουργός
13. Κυτταρολόγος
14. Λοιμωξιολόγος
15. Μαιευτήρας-Γυναικολόγος
16. Νευρολόγος
17. Νευροχειρουργός
18. Νεφρολόγος
19. Ορθοπαιδικός
20. Ουρολόγος

21. Οφθαλμίατρος
22. Παθολόγος
23. Παιδίατρος
24. Παιδοψυχίατρος
25. Πλαστικό Χειρουργό
26. Πνευμονολόγος
27. Πυρηνικής Ιατρικής
28. Ρευματολόγος
29. Φυματιολόγος- Πνευμονολόγος
30. Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
31. Χειρουργός
32. Ψυχίατρος
33. Ωτορινολαρυγγολόγος

11. Πότε επισκεφθήκατε τελευταία φορά κάποιον γιατρό (εκτός από οδοντίατρο ή από πολυήμερη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο)

1. Τον τελευταίο μήνα
2. Τους τελευταίους 6 μήνες
3. Παλαιότερα
4. Δεν θυμάμαι
5. ΔΓ/ΔΑ

12. Πόσο ικανοποιημένος θα λέγατε ότι είστε από την τελευταία σας επίσκεψη σε γιατρό;

1. Πολύ
2. Αρκετά
3. Λίγο

4. Καθόλου
5. ΔΓ/ΔΑ

13. Η τελευταία σας αυτή επίσκεψη σε τι ιατρείο ήταν;

1. Γιατρός ταμείου στο ιατρείο του
2. Γιατρός σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ)
3. Γιατρός εξωτερικού ιατρείου νοσοκομείου
4. Γιατρός Κέντρου Υγείας
5. Αγροτικός Γιατρός
6. Ιδιώτης γιατρός που πλήρωσα προσωπικά

ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ 1-5

14. Για την επίσκεψή σας αυτή πληρώσατε κάποια αμοιβή στο γιατρό ή η αμοιβή του καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο, μέσω του βιβλιάρου υγείας σας;

1. Με το βιβλιάριο μου – δεν πλήρωσα κάτι
2. Πλήρωσα 10 ευρώ
3. Πλήρωσα 20 ευρώ
4. Πλήρωσα 30 ευρώ
5. Πλήρωσα 40 ευρώ
6. Πλήρωσα 50 ευρώ
7. Πλήρωσα 60-100 ευρώ
8. Πλήρωσα περισσότερα
9. ΔΓ/ΔΑ

15. Κατά την τελευταία σας αυτή επίσκεψη ο γιατρός σας έκανε κάτι από τα παρακάτω; (πολλαπλή)

1. Με παρακολούθησε / με εξέτασε
2. Μου έγραψε φάρμακα
3. Μου έγραψε παρακλινικές εξετάσεις
4. Με παρέπεμψε σε κάποιον ειδικό γιατρό
5. Με παρέπεμψε σε νοσοκομείο

16. Στο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ, εκτός των ιατρείων του ΠΕΔΥ, σας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξετε να επισκεφθείτε και ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον νέο Οργανισμό. Εσείς τι από τα δύο επιλέγετε;

1. Συνεχίζω να επισκέπτομαι γιατρό/ούς στις Μονάδες Υγείας ΠΕΔΥ
2. Επισκέπτομαι πλέον ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ
3. ΔΓ/ΔΑ

17. Όταν χρειαστεί να επισκεφθείτε έναν γιατρό τι κάνετε;

1. Κλείνω ραντεβού μέσω τηλεφώνου σε κάποιον από τους 5ψήφιους αριθμούς
2. Τηλεφωνώ απευθείας στο ιατρείο του γιατρού
3. Πηγαίνω χωρίς ραντεβού
4. ΔΓ/ΔΑ

18. Τα ραντεβού στους γιατρούς των μονάδων υγείας του ΕΟΠΠΥ κλείνονται μέσω νέων αριθμών με χρέωση 1 ευρώ. Εσείς έχετε κάνει χρήση της υπηρεσίας αυτής τον τελευταίο μήνα;

1. Ναι
2. Όχι

ΑΝ ΝΑΙ

19. Ποιόν αριθμό καλέσατε;

1. 14784
2. 14900
3. 14554
4. 14774
5. Δεν θυμάμαι

20. Είστε ικανοποιημένος από την εξυπηρέτηση;

1. Πολύ
2. Αρκετά
3. Όχι και τόσο
4. Καθόλου
5. ΔΓ/ΔΑ

ΑΝ ΟΧΙ

21. Για ποιόν λόγο δεν καλέσατε κάποιον αριθμό;

1. Δεν χρειάσθηκα γιατρό
2. Πηγαίνω στο ιατρείο ιδιώτη γιατρού, συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ
3. Για να μην χρεωθώ, πήγα στην γραμματεία του κοντινού ΠΕΔΥ
4. Πληρώνω 10-20 ευρώ σε κάποιον ιδιώτη γιατρό και μου συνταγογραφεί
5. Πηγαίνω σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου ή Κέντρο Υγείας

22. Ο ΕΟΠΥΥ ως μοναδικός οργανισμός παρέχει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλα τα ταμεία. Εσείς πως κρίνετε τον οργανισμό και τη λειτουργία του έως σήμερα;

1. Θετικά
2. Μάλλον θετικά
3. Μάλλον αρνητικά
4. Αρνητικά
5. ΔΓ/ΔΑ

23. Από την εμπειρία σας και την χρήση ιατρικών υπηρεσιών τα τελευταία 4 χρόνια, πότε θα λέγατε ότι είχατε ευκολότερη πρόσβαση σε φάρμακα ή εξετάσεις τώρα με τον ΕΟΠΥΥ και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή παλαιότερα;

- Φάρμακα
 - Εξετάσεις
1. Τώρα
 2. Παλαιότερα
 3. ΔΓ/ΔΑ

24. Τα τελευταία χρόνια, λόγω και της μεγάλης οικονομικής κρίσης, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και του ΕΟΠΥΥ, καθώς και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ειδικότερα. Συμφωνείτε ότι η υγεία είναι ένας χώρος που μπορεί να μειωθεί δραστικά η σπατάλη χωρίς να μειωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους;

1. Ναι
2. Μάλλον ναι
3. Μάλλον όχι
4. Όχι
5. ΔΓ/ΔΑ

25. Υπάρχουν διάφορες σκέψεις και προτάσεις από ειδικούς των οικονομικών της υγείας για την στήριξη του ΕΟΠΥΥ και την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Για κάθε μια από τις προτάσεις αυτές συμφωνείτε ή διαφωνείτε;

- Να δίνεται το 0,6% του ΑΕΠ στον ΕΟΠΥΥ
- Να συμμετέχουν στο κόστος φαρμάκων και εξετάσεων οι ασφαλισμένοι που έχουν ετήσιο εισόδημα πάνω από 25.000 ευρώ
- Να φορολογηθούν προϊόντα αποδεδειγμένης βλαπτικής επίδρασης στην υγεία του πληθυσμού (όπως τσιγάρα, οينوπνευματώδη ποτά, ζαχαρούχα ποτά, κόκκινο κρέας και τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένα λιπαρά) και μέρος των εσόδων να αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ

1. Συμφωνώ
2. Μάλλον συμφωνώ
3. Μάλλον διαφωνώ
4. Διαφωνώ
5. ΔΓ/ΔΑ

26. Από τις παρακάτω προτάσεις για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ειδικότερα του ΕΟΠΥΥ, θα ήθελα να μου πείτε με ποιες συμφωνείτε και ποιες διαφωνείτε:

- Η σημερινή κατάσταση να μη αλλάξει γιατί εξυπηρετεί τους ασφαλισμένους
- Να μην υπάρχει δυνατότητα να πηγαίνει κάποιος απευθείας σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός αν μεταφέρεται με επείγον περιστατικό μέσω ΕΚΑΒ
- Να επιλέγει ο ασφαλισμένος ελεύθερα γενικό γιατρό ο οποίος θα πληρώνεται κατά κεφαλήν ανεξαρτήτως από την αριθμό επισκέψεων και ένα μέρος της ετήσιας αποζημίωσης να το καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ και ένα μέρος ο ασφαλισμένος με εισοδηματικά κριτήρια(εξαιρούνται άνεργοι, χαμηλοσυνταξιούχοι)

- Να υπάρχει ελεύθερη επιλογή ιατρού από τους ασφαλισμένους και να μην είναι υποχρεωμένοι να απευθύνονται μόνο στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ή Μονάδες Υγείας
 - Στη δαπάνη των ιατρικών πράξεων να συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι που έχουν την οικονομική δυνατότητα (πχ. άτομα με ετήσιο εισόδημα που υπερβαίνει τις 30.000€)
 - Οι επισκέψεις και οι ιατρικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς να πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη και περίπτωση, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές παρακολουθούνται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.
 - Αν τα ιδιωτικά διαγνωστικά παρέχουν τις εξετάσεις με χαμηλότερες τιμές να αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από αυτά τις εξετάσεις και να μην γίνονται στις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ)
 - Να αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας των πρώην ιατρείων του ΙΚΑ, νυν Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των Κέντρων Υγείας με την συμμετοχή σε αυτά γιατρών ή ιδιωτών επενδυτών που θα παρέχουν υπηρεσίες στον ΕΟΠΥΥ
1. Συμφωνώ
 2. Μάλλον συμφωνώ
 3. Μάλλον διαφωνώ
 4. Διαφωνώ
 5. ΔΓ/ΔΑ

27. Εσείς προσωπικά κάνατε τους τελευταίους 12 μήνες κάποια από τις παρακάτω εξετάσεις είτε προληπτικά είτε γιατί χρειάστηκε;

- Εξετάσεις αίματος
- Ακτινογραφία
- Αξονική τομογραφία
- Μαγνητική τομογραφία
- Τεστ κοπώσεως

- Υπέρηχο
 - Τεστ Παπανικολάου
 - Μαστογραφία
1. Προληπτικά
 2. Γιατί χρειάστηκε
 3. Όχι δεν έκανα

ΑΝ ΕΚΑΝΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

28. Που κάνατε τις εξετάσεις αυτές;

- Εξετάσεις αίματος
 - Ακτινογραφία
 - Αξονική τομογραφία
 - Μαγνητική τομογραφία
 - Τεστ κοπώσεως
 - Υπέρηχο
 - Τεστ Παπανικολάου
 - Μαστογραφία
1. Σε ιδιωτικό διαγνωστικό με παραπεμπτικό του ταμείου μου
 2. Σε ιδιωτικό διαγνωστικό και πλήρωσα ο ίδιος ή η ιδιωτική ασφάλεια
 3. Σε κρατικό νοσοκομείο με παραπεμπτικό του ταμείου
 4. Σε κρατικό νοσοκομείο ως νοσηλευόμενος
 5. Σε Μονάδα Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην Μονάδα Υγείας του ΙΚΑ)
 6. Σε Κέντρο Υγείας

29. Γενικά πως θα αξιολογούσατε τη διαδικασία πραγματοποίησης των εξετάσεων ως προς κάθε ένα από τα παρακάτω (για κάθε ένα απαντήστε αν το αξιολογείτε θετικά ή αρνητικά):

- Ταχύτητα εύρεσης ραντεβού
 - Ευκολία πρόσβασης
 - Εξυπηρέτηση
 - Κόστος
1. Θετικά
 2. Μάλλον θετικά
 3. Μάλλον αρνητικά
 4. Αρνητικά
 5. ΔΓ/ΔΑ

30. Γενικά τι γνώμη έχετε για τα ελληνικά νοσοκομεία;

1. Θετική
2. Μάλλον θετική
3. Μάλλον αρνητική
4. Αρνητική
5. ΔΓ/ΔΑ

31. Τους τελευταίους 12 μήνες νοσηλευθήκατε σε κάποιο νοσοκομείο με παραμονή σε αυτό τουλάχιστον μιας νύχτας;

- Σε δημόσιο νοσοκομείο
 - Σε ιδιωτικό νοσοκομείο
1. Ναι
 2. Όχι
 3. ΔΓ/ΔΑ

ΑΝ ΝΑΙ

32. Πόσες ήταν συνολικά οι μέρες νοσηλείας σας τους τελευταίους 12 μήνες;

- Σε δημόσιο νοσοκομείο _____
- Σε ιδιωτικό νοσοκομείο _____

33. Πως θα αξιολογούσατε την εξυπηρέτησή σας κατά την νοσηλεία σας σε κάθε ένα από τα παρακάτω;

- Πρόσβαση - Ραντεβού
 - Διαδικασία εισαγωγής
 - Ξενοδοχειακή υποδομή (κρεβάτια, δωμάτιο, σεντόνια κλπ)
 - Επίπεδο καθαριότητας
 - Νοσηλευτικό προσωπικό
 - Ιατρικό προσωπικό
1. Θετικά
 2. Μάλλον θετικά
 3. Μάλλον αρνητικά
 4. Αρνητικά
 5. ΔΓ/ΔΑ

34. Εσείς προσωπικά πόσες φορές επισκεφθήκατε κάποιον οδοντίατρο τους τελευταίους δώδεκα μήνες (δηλαδή από την Σεπτέμβριο του 2011 έως σήμερα).

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

- 5. 5
- 6. 6
- 7. 7
- 8. 8
- 9. 9
- 10. 10
- 11. 11
- 12. 12
- 13. Πάνω από 12
- 14. Καμία ⇒ ΕΡΩΤΗΣΗ 11

ΑΝ ΝΑΙ

35. Σε ειδικότητας οδοντίατρο επισκεφθήκατε (πολλαπλή)

- 1. Γενικός οδοντίατρος χειρουργός
- 2. Γναθοχειρουργός
- 3. Ορθοδοντικός
- 4. ΔΓ/ΔΑ

36. Γενικά και ανεξάρτητα από την κάλυψη του ταμείου πόσα χρήματα ξοδέψατε εσείς προσωπικά για κάθε ένα από τα παρακάτω τους τελευταίους δώδεκα μήνες;

- Για οδοντίατρο _____
- Για επίσκεψη σε γιατρό _____
- Για ιατρικές εξετάσεις _____
- Για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική _____
- Για «φακελάκι» σε δημόσιο νοσοκομείο _____

37. Για τα ποσά αυτά έχετε πάρει αποδείξεις;

- Για οδοντίατρο
 - Για επίσκεψη σε γιατρό
 - Για ιατρικές εξετάσεις
 - Για νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική
1. Ναι
 2. Για ένα μέρος
 3. Όχι
 4. ΔΓ/ΔΑ

38. Θεωρείτε ότι έχει μειωθεί η χρήση υπηρεσιών υγείας από εσάς ή την οικογένειά σας τους τελευταίους 12 μήνες;

1. ΝΑΙ , λόγω των χρημάτων που πρέπει να καταβληθούν
2. ΝΑΙ, λόγω της δύσκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες που χρειάστηκαν
3. ΝΑΙ, για όλους τους παραπάνω λόγους
4. ΟΧΙ, δεν έχει μειωθεί

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Φύλο

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

Η ηλικία σας είναι

1. 18-24
2. 25-34

3. 35-44
4. 45-54
5. 55-64
6. 65 και άνω

Ύψος

Βάρος

Απασχόληση

1. Μισθωτός
2. Στέλεχος δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα
3. Αυτοαπασχολούμενος
4. Επιχειρηματίας
5. Αγρότης
6. Φοιτητής
7. Άνεργος
8. Συνταξιούχος
9. Νοικοκυρά
10. Δεν απαντώ

Ποιο είναι περίπου το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού από όλες τις πηγές;

1. Έως 500 ευρώ το μήνα
2. Από 500 έως 1.000 ευρώ το μήνα
3. Από 1.000 έως 1.500 ευρώ το μήνα
4. Από 1.500 έως 2.000 ευρώ το μήνα
5. Από 2.000 έως 3.000 ευρώ το μήνα

6. Από 3.000 έως 5.000 ευρώ το μήνα
7. Πάνω από 5.000 ευρώ το μήνα
8. Δεν απαντώ

Σε ποια περιφέρεια βρίσκεται η μόνιμη κατοικία σας;

1. Ανατολική Μακεδονία – Θράκη
2. Κεντρική Μακεδονία
3. Δυτική Μακεδονία
4. Ήπειρος
5. Θεσσαλία
6. Ιόνιο
7. Δυτική Ελλάδα
8. Στερεά Ελλάδα
9. Αττική
10. Πελοπόννησος
11. Βόρειο Αιγαίο
12. Νότιο Αιγαίο
13. Κρήτη

Η περιοχή που κατοικείτε πόσους περίπου κατοίκους έχει;

1. Έως 2.000 κατοίκους
2. Από 2.000 έως 10.000 κατοίκους
3. Πάνω από 10.000 κατοίκους
4. ΔΓ/ΔΑ

Ποια είναι η πρόσβαση σε κάθε ένα από τα παρακάτω;

- Ιδιώτη Γιατρό
 - Ιατρείο του ΠΕΔΥ
 - Φαρμακείο
 - Διαγνωστικό κέντρο
 - Νοσοκομείο
1. Σε απόσταση έως 2 χιλιόμετρα
 2. Σε απόσταση έως 5 χιλιόμετρα
 3. Σε απόσταση έως 10 χιλιόμετρα
 4. Σε απόσταση έως 20 χιλιόμετρα
 5. Σε απόσταση πάνω από 20 χιλιόμετρα

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ (ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Θα ήθελα να συζητήσουμε για το σύστημα υγείας στη χώρα μας. Θα ήθελα να ξεκινήσουμε αξιολογώντας το σύστημα. Γενικά εσείς πως θα αξιολογούσατε τις υπηρεσίες που παρέχει μιλήστε μου λίγο για αυτό

1. Θεωρείτε ότι παράγεται το μέγιστο βέλτιστο δυνατό έργο με τους πόρους που υπάρχουν;
2. Ποιος είναι ο μέσος χρόνος αναμονής των ασθενών;
3. Ποιος είναι ο μέσος όρος των ασθενών που εξυπηρετούνται;
4. Το προσωπικό που υπάρχει είναι επαρκές;
5. Οι υποδομές και ο εξοπλισμός είναι επαρκή;
6. Τα υλικά είναι επαρκή;
7. Εντοπίζετε αλλαγές προς το καλύτερο από το παρελθόν και ποιες;
8. Εντοπίζετε αλλαγές προς το χειρότερο από το παρελθόν και ποιες;

ΠΡΟΣΒΑΣΗ

Θα ήθελα τώρα να μιλήσουμε για τη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας. Κατά τη γνώμη σας η πρόσβαση είναι ικανοποιητική ή εντοπίζετε προβλήματα;

1. Θεωρείτε ότι υπάρχει ανισοτιμία ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας;
2. Θεωρείτε ότι υπάρχει ισότιμη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας;
3. Θεωρείτε ότι η γεωγραφική τοποθεσία επηρεάζει την ισότιμη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας;
4. Θεωρείτε ότι η κοινωνική τάξη και το εισόδημα επηρεάζει την ισότιμη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας;

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πού εντοπίζετε τις διαφορές μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας;

1. Ποια θεωρείτε ότι είναι τα μειονεκτήματα του δημοσίου συστήματος υγείας;
2. Ποια θεωρείτε ότι είναι τα πλεονεκτήματα του δημοσίου συστήματος υγείας;
3. Ποιοι τομείς του δημόσιου συστήματος υγείας θεωρείτε ότι πάσχουν περισσότερο και γιατί;

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

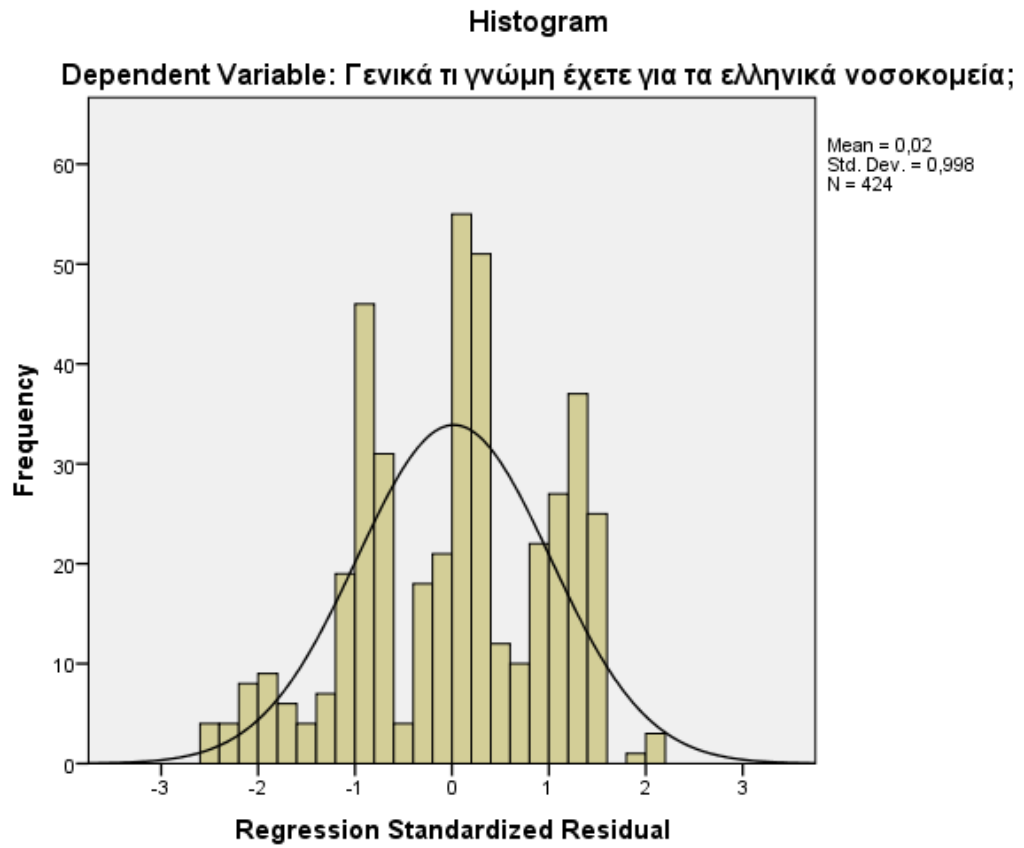
Θα ήθελα τέλος να μιλήσουμε για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Ας ξεκινήσουμε από ένα γενικότερο σχόλιό σας για το θέμα της χρηματοδότησης

1. Θεωρείτε ότι η χρηματοδότηση που υπάρχει είναι επαρκής;
2. Θεωρείτε ότι η χρηματοδότηση που υπάρχει επηρεάζει την αποδοτικότητα;
3. Θεωρείτε ότι η χρηματοδότηση που υπάρχει επηρεάζει την αποτελεσματικότητα;
4. Θεωρείτε ότι η χρηματοδότηση που υπάρχει επηρεάζει την λειτουργία των συστημάτων υγείας;
5. Θεωρείτε ότι η χρηματοδότηση που υπάρχει επηρεάζει την κατάσταση υγείας του πληθυσμού;

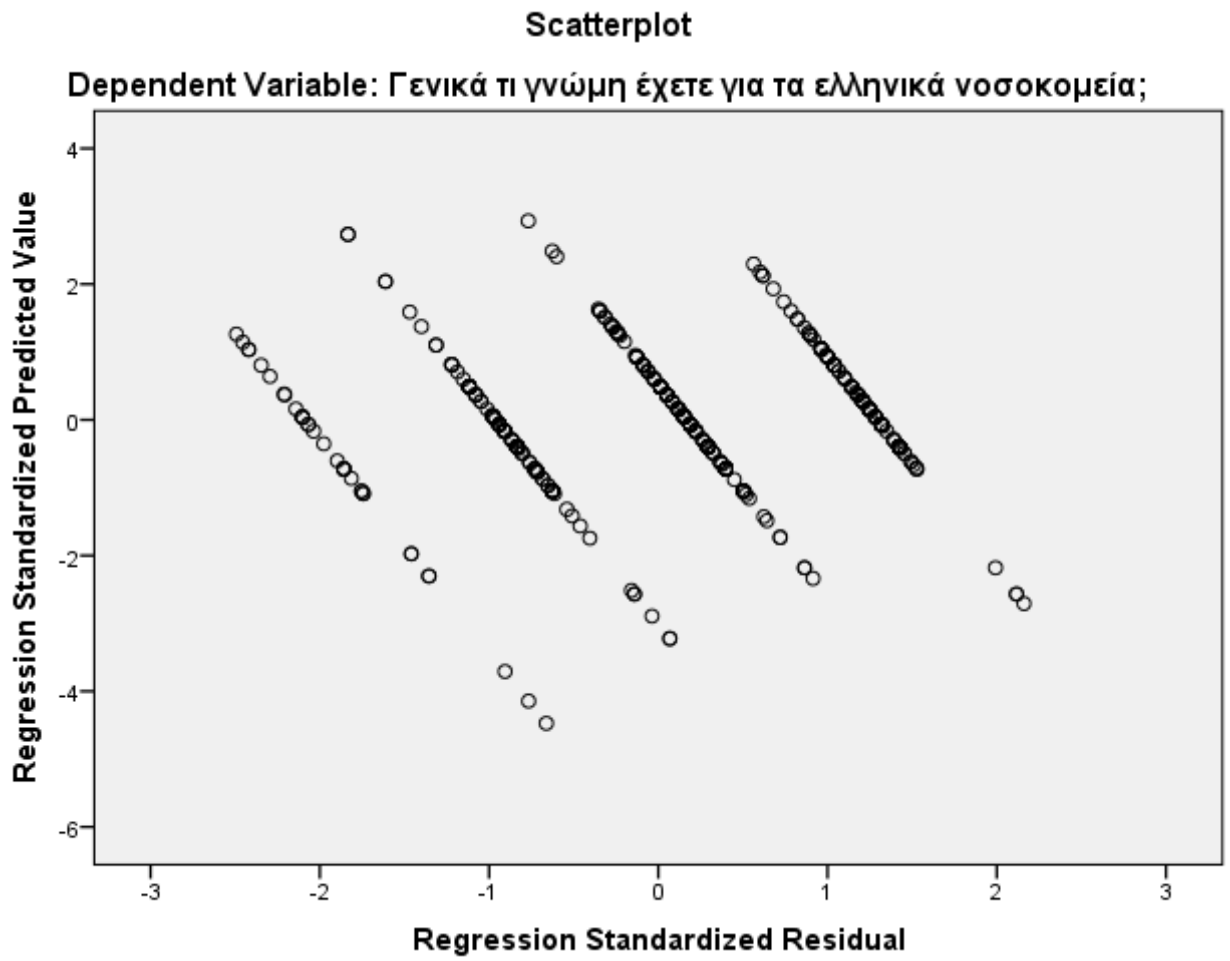
ΑΛΛΑΓΕΣ

Κατά τη γνώμη σας σε ποιους τομείς πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις, αλλαγές ώστε το σύστημα να μεταρρυθμιστεί και να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες με το χαμηλότερο δυνατό κόστος;

1. Τι πρέπει να αλλάξει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη;
2. Τι πρέπει να αλλάξει στην νοσοκομειακή περίθαλψη;
3. Πως πρέπει να ενταχθεί καλύτερα και αποδοτικότερα στο σύστημα ο ιδιωτικός τομέας;
4. Τι πρέπει να αλλάξει για τον έλεγχο του συστήματος και την αποφυγή προκλητής ζήτησης σε εξετάσεις, φάρμακα, ιατρικές πράξεις;



Γράφημα 1. Έλεγχος κανονικότητας



Γράφημα 2. Έλεγχος ετεροσκεδαστικότητας