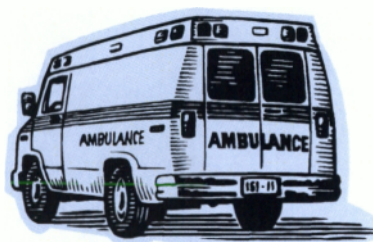


16-5-07
ΣΔΑ

Α. Τ. Ε. Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Κα ΛΙΑΚΕΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΜΑΡΙΑ Α. Μ. 2001210

ΡΙΖΟΥ ΣΟΦΙΑ Α. Μ. 2001001

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ- ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	6
1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	6
1.1.1 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	8
1.1.3 ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	8
1.2 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.2.1 ΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.3 ΕΘΝΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.4 ΥΠΟΔΟΜΕΣ	27
1.5 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΙΚΟΥ & ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
1.5.1 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ	33
1.5.2 ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ'80	34
1.5.2.1 Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	35
1.5.2.2 ΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΕΣΥ	35
1.6 ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	51
2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	62
2.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	65
2.2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	67
2.2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	70
3.0 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	74
Δημόσιες Παιδιατρικές Κλινικές	77
Ιδιωτικές Παιδιατρικές Κλινικές	79
3.1 ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	80
3.2 ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	82
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα προϊστορικά χρόνια ο πρωτόγονος άνθρωπος προσπάθησε να εξηγήσει τις αιτίες των ασθενειών και να βρει τρόπους για την αντιμετώπισή τους.

Αρχικά οι ασθενείς αποδίδονταν σε φυσικά φαινόμενα, εκλείψεις ηλίου-σελήνης, σεισμούς, σε θεϊκή τιμωρία κλπ. Οι προλήψεις άπειρες και η εκμετάλλευση της άγνοιας από άτομα ασυνείδητα απεριγράπτη. Μέχρι και την απελευθέρωση της Ελλάδος από το Τουρκικό ζυγό οι επονομαζόμενοι γιατροί περιέρχονταν την χώρα και υπόσχονταν την θεραπεία με περίεργους τρόπους και μέσα, εκμεταλλευόμενοι την άγνοια.

Από τους θεμελιωτές της ιατρικής επιστήμης ήταν από τα Ομηρικά χρόνια ο Ποδαλύριος και Υιοί του Ασκληπιού, και κατά τους ιστορικούς χρόνους ο Ιπποκράτης. Σημειώνεται, ότι υπήρχαν και τότε θεραπευτήρια κοντά σε ναούς, και τη Νοσηλευτική ασκούσαν κυρίως μάντεις και ιερείς στα διάφορα Ασκληπεία. Κατά τους πρώτους χριστιανικούς χρόνους και τον μεσαίωνα, η θεραπεία των ασθενών γινόταν σε Μοναστήρια πιο συστηματικά.

Το μεγάλο άλμα στη νοσηλευτική έγινε με την ανακάλυψη των μικροβίων, την παρασκευή χημικών ουσιών για την αντιμετώπισή τους, αξιοποιώντας κατ'αυτόν τον τρόπο τα φυσικά βότανα που και σήμερα χρησιμοποιεί ο λαός.

Ως σταθμοί της ιστορίας της νοσηλευτικής θεωρούνται η ανακάλυψη των μικροβίων, η παρασκευή Εμβολίων, η ίδρυση της ιατρικής σχολής και τέλος, η ίδρυση των Αγροτικών Ιατρείων, η δημιουργία του Ε.Σ.Υ., η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη και τα μέτρα της πολιτείας για τη

νοσηλευτική περίθαλψη.

Μέχρι και το 1950 τα χωριά προσλάμβαναν ομαδικά τους ιατρούς και αντί αμοιβής τους έδιναν μέρος της παραγωγής τους π.χ. σιτάρι. Σταδιακά με το Ε.Σ.Υ. αναπτύχθηκε σημαντικά η κοινωνική πρόνοια και δε χρειαζόταν πλέον ο αντιπραγματισμός για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Σήμερα, δεν είναι αδύνατο να εξαχθεί γνώμη για την Ποιότητα της νοσηλείας και μάλιστα της παιδικής. Σε μεγάλο βαθμό έχει βελτιωθεί σε σχέση με το παρελθόν. Βέβαια, για να γίνει μια σοβαρή και σωστή αξιολόγηση της ποιότητας της παιδικής νοσηλείας απαιτείται η αξιολόγηση των στατιστικών στοιχείων τα οποία δεν είναι άμεσα διαθέσιμα. Από τη γνώση που αποκομίστηκε από τη φοίτηση στη σχολή γίνεται προσπάθεια να καταγραφούν οι παράγοντες που συντελούν στην ποιότητα της παιδικής νοσηλείας.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι:

- ❖ Ο χώρος στον οποίον συντελείται η νοσηλεία (Ιατρεία-Υγειονομικοί σταθμοί, Θεραπευτήρια, Νοσοκομεία) να πληρεί τους όρους της υγιεινής, να έχουν επαρκείς χώρους, να έχουν φωτισμό, να είναι καθαροί και να έχουν ασφάλεια.
- ❖ Να διαθέτουν τον αναγκαίο εξοπλισμό σε αντικείμενα και μηχανήματα, και το αντίστοιχο εξειδικευμένο νοσηλευτικό, Ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό.
- ❖ Να διαθέτουν κατάλληλη ξενοδοχειακή κάλυψη προς τους ασθενείς.
- ❖ Το κυριότερο όμως όλων είναι, το ιατρικό και νοσηλευτικό

προσωπικό να εργάζεται με ευσυνειδησία και αγάπη προς τον πάσχοντα.

Η ευσυνειδησία και η αγάπη προς τον πάσχοντα συνδράμει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Υγείας και αμιγώς υπερνικά οτιδήποτε εμποδίζει την παροχή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ- ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

1.1.1 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τους όρους «*υγειονομικός τομέας*» ή «*τομέας υγείας*» εννοούμε τόσο το σύνολο των δομών και υποδομών που έχουν σχέση με την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας (κτίρια, εξοπλισμοί και προσωπικό), όσο και το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο αυτός διέπεται, τις υπηρεσίες της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της ασφάλισης υγείας, της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων, τεχνολογικού και αναλώσιμου υλικού υγείας κ.λ.π. Πιο συγκεκριμένα στον υγειονομικό τομέα εντάσσονται:

- Οι υποδομές που παράγουν τις συμβατικές υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, οι οποίες μπορεί να ανήκουν στο κράτος (π.χ. νοσοκομεία και κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ.), στα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. πολυϊατρεία του ΙΚΑ), στην τοπική αυτοδιοίκηση (π.χ. δημοτικά ιατρεία), στην εκκλησία ή σε φιλανθρωπικά και κοινωφελή ιδρύματα (π.χ. Ερυθρός Σταυρός, ΠΙΚΠΑ) ή τέλος σε ιδιώτες (κλινικές, ιατρεία, ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, φαρμακεία κ.λ.π.).

- Οι υπηρεσίες, δημόσιες ή ιδιωτικές, που ασχολούνται με την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας (ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές, ΤΕΙ, ινστιτούτα κ.λ.π.).
- Οι νόμοι, τα προεδρικά διατάγματα και οι υπουργικές αποφάσεις που καθορίζουν τις προϋποθέσεις σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας.
- Οι οργανισμοί, οι εταιρίες και τα άτομα που παράγουν, εισάγουν ή εμπορεύονται κάθε είδος φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό, καθώς και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.
- Η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- Γενικά καθετί που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκεται στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Με τους όρους *σύστημα υγείας* ή *υγειονομικό σύστημα*, εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται.

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, το σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, δηλαδή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Συνεπώς το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες

υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π. Υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ασφάλιση υγείας, η παραγωγή φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού κ.λ.π. δεν εντάσσονται στο σύστημα υγείας. Οι τελευταίες λειτουργούν με άλλους κανόνες και έχουν διαφορετικούς στόχους, οι οποίοι συχνά αντιμάχονται εκείνους του «οργανωμένου» υγειονομικού συστήματος.

1.1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Κοινός σκοπός της ύπαρξης των συστημάτων αυτών είναι η διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών, ενώ στους κοινούς στόχους περιλαμβάνονται επιγραμματικά και οι εξής:

- Επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση
- Προστασία του εισοδήματος του ασθενή
- Μακρο-οικονομική αποδοτικότητα
- Μικρο-οικονομική αποδοτικότητα
- Ελευθερία επιλογής στους ασθενείς
- Αυτονομία προμηθευτών (γιατροί και λοιποί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας).

1.1.3 ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Η ταξινόμηση γίνεται με βάση δύο πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και τον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών. Η χρηματοδότηση μπορεί να γίνεται εθελοντικά (από τους ανασφάλιστους ή εκείνους που

έχουν ιδιωτική ασφάλιση) ή υποχρεωτικά (από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση), ενώ ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών μπορεί να γίνεται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους α) από τον ίδιο τον ασθενή με δικά του χρήματα, β) από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος όμως στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον φορέα ασφάλισής του, γ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω των συμβάσεων που κάνει με τους προμηθευτές και δ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαρίζει τον ασθενή και μέσω ετήσιων προϋπολογισμών και μισθών που εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα.

Από τον συσχετισμό των δύο τρόπων χρηματοδότησης με τους τέσσερις τρόπους αμοιβής των προμηθευτών μπορούν να προκύψουν οκτώ διαφορετικά μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης ή οκτώ διαφορετικά υποσυστήματα υγείας. Στην πράξη όμως συναντούμε μόνο τα επτά, αφού είναι εκτός λογικής και πολύ δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει μοντέλο με υποχρεωτική ασφάλιση και συγχρόνως πληρωμή των προμηθευτών από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα επτά διαφορετικά μοντέλα που απομένουν με βάση την ταξινόμηση αυτή παρατίθενται στη συνέχεια.

- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το εθνικό μοντέλο με συμβάσεις
- Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις
- Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο

- Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το μικτό μοντέλο

1.2 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.2.1 ΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας.

Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει είναι τα ακόλουθα:

Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον, εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας

αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα *μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα* όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Με βάση την τυπολογία που υιοθετείται από τον ΟΟΣΑ, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία και των τεσσάρων από τα υπόλοιπα πέντε μοντέλα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Η κάλυψη των ασφαλισμένων του ΟΓΑ από τις υποδομές του ΕΣΥ, των ασφαλισμένων του ΙΚΑ για πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα πολυϊατρεία του και των δημόσιων υπαλλήλων από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, γίνεται βάσει του ολοκληρωμένου μοντέλου.
- Αντίθετα, η νοσοκομειακή περίθαλψη για όλους τους ασφαλισμένους, πλην του ΟΓΑ και του Δημοσίου, αλλά και η πρωτοβάθμια περίθαλψη για μια σειρά από ταμεία (ΤΕΒΕ, Οίκος

Ναύτου, Δημόσιοι Υπάλληλοι κ.λπ.) ακολουθεί το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις.

- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή συναντάται κυρίως στις περιπτώσεις προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα και της ανάληψης στη συνέχεια του κόστους αποκλειστικά από τον ασθενή.
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται στη χώρα μας στις περιπτώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, κατά τις οποίες ο ασθενής προσφεύγει συνήθως στον ιδιωτικό τομέα, πληρώνει και στη συνέχεια υποβάλλει τις αποδείξεις στην ασφαλιστική εταιρεία, για να εισπράξει μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλε.
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται σε ορισμένα μικρά ταμεία (τραπεζικών, δικηγόρων κ.ά.), στα οποία οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να προσφύγουν σε συμβεβλημένους ή μη γιατρούς, οδοντίατρους και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα και στη συνέχεια να υποβάλουν τα δικαιολογητικά στο ταμείο τους, για να εισπράξουν μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλαν.
- ❖ Τέλος, το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο άρχισε να εμφανίζεται πρόσφατα και στη χώρα μας. Αναφερόμαστε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες με ιδιόκτητες υποδομές παρέχουν στους ασφαλισμένους τους και ασφάλιση και παροχή υπηρεσιών μαζί.

1.2.1 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΥΠΟΣΥΣΤΗΜΑΤΑ / **ΚΑΤΑΚΕΡΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ**

Σήμερα στη χώρα μας εκτός του εθνικού (δημόσιου) συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ) συνυπάρχουν και λειτουργούν με σχετική αυτονομία άλλα δύο, εντελώς διαφορετικά και ασύνδετα υποσυστήματα: του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν:

- Οι δομές, οι υποδομές και η στελέχωση του ΕΣΥ (κυρίως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ). Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού διέπονται από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και το μετέπειτα συμπληρωθέν θεσμικό πλαίσιο. Η αρμοδιότητα και ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Οι δομές, οι υποδομές και το προσωπικό κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και κάποιων άλλων ασφαλιστικών ταμείων, λειτουργούν με διαφορετικό εργασιακό καθεστώς για τους γιατρούς, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι προσφέρουν διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις στους δικαιούχους τους. Η αρμοδιότητα και ευθύνη για τους κλάδους υγείας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ουσιαστικά όμως λειτουργούν με ευθύνη των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας με τα πολλά διαγνωστικά κέντρα και τις κλινικές, τα μαιευτήρια, τα εργαστήρια, τα ιατρεία και οδοντιατρεία, ο οποίος κατά το ήμισυ τουλάχιστον «χρηματοδοτείται» από δημόσιους πόρους, κυρίως μέσω των

συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία, και κατά το υπόλοιπο από ιδιωτικές πληρωμές των ίδιων των ασθενών. Η αρμοδιότητα και η ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Επικαλύψεις και υγειονομικές ανισότητες

Τα τρία αυτά υποσυστήματα λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ιδιαίτερα όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφού ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτονται όλοι κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Συνεπώς, το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού τομέα είναι ο πολυκερματισμός και οι διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις.

Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος

Το όλο σύστημα εμφανίζει σοβαρές αδυναμίες στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι σήμερα επαρκείς.

- Όσον αφορά τη *δημόσια υγεία*, έχει διαπιστωθεί μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση ξεπερασμένες αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρησιακό περιεχόμενο.

➤ Όσον αφορά την *πρωτοβάθμια φροντίδα*, η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τη λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η *σπουδαία οικογενειακού γιατρού*, με αποτέλεσμα αφενός να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αφετέρου το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά να συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή - ακόμη χειρότερα- σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπροληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κ.λπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων.

Κτίρια και τεχνολογία

Όσον αφορά την *κτιριακή και τεχνολογική υποδομή*, η κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά με την ολοκλήρωση της εκτέλεσης του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης στην υγεία. Προστέθηκαν στο δυναμικό της νοσοκομειακής περίθαλψης περίπου 5.000 νέες κλίνες (ανέγερση 16 νέων νοσοκομείων και επέκταση άλλων 22 ήδη λειτουργούντων), ανεγέρθηκαν κτίρια για 6 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, για το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, κτίρια του ΕΚΑΒ σε 6 μεγάλες πόλεις κ.λπ. Ελλείψεις παρατηρούνται μόνο σε ειδικές κλίνες, όπως, για παράδειγμα, αυτές της εντατικής θεραπείας, της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, που αποτελούν προτεραιότητα για το Υπουργείο. Για τη σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία, από την

άποψη του βαρέως εξοπλισμού και των εξειδικευμένων κέντρων, το σύστημα παρουσιάζει σημαντική βελτίωση.

Πληθώρα γιατρών και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό

Το υγειονομικό σύστημα υποφέρει από *πληθώρα* γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, με αποτέλεσμα να αρχίζουν και στη χώρα μας να δημιουργούνται αφενός σοβαρά προβλήματα απασχόλησής τους και αφετέρου ευνοϊκές συνθήκες αύξησης των δαπανών υγείας, κυρίως μέσω της προκλητής ζήτησης. Η απουσία πολιτικών ελέγχου της παραγωγής τους προβλέπεται να επιδεινώσει την κατάσταση.

Παρά τον μεγάλο συνολικά αριθμό γιατρών *η κατανομή στις ειδικότητες δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες* της χώρας, με αποτέλεσμα να έχουμε υπερεπάρκεια σε κάποιες ειδικότητες, όπως, για παράδειγμα, σε αυτές της γενικής χειρουργικής και γυναικολογίας, και μεγάλες ελλείψεις στη γενική και κοινωνική ιατρική, στην ιατρική της εργασίας και σε άλλες. Σε αυτές τις ελλείψεις μπορεί εν μέρει να αποδοθεί και η αδυναμία ικανοποιητικής ανάπτυξης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως προαναφέρθηκε. Όσον αφορά τους άλλους επαγγελματίες υγείας, επισημαίνουμε απλώς τις σημαντικές ελλείψεις *σε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό*, αλλά και την απουσία ειδικών επιστημόνων από την οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Χαμηλή παραγωγικότητα, αντιοικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων

Η παραγωγικότητα του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ κρίνεται αντιοικονομική, αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινών μικρότερη του 50%. Επιπλέον, δεν προσφέρονται κίνητρα στο προσωπικό για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μενάλη παραοικονομία

Η χρηματοδότηση του συστήματος παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, αφού απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Καταρχήν η σταδιακή μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία στον κρατικό προϋπολογισμό εντείνει τον άδικο κοινωνικά τρόπο χρηματοδότησης, λόγω του αντιστρόφως προοδευτικού χαρακτήρα του φορολογικού μας συστήματος, που γίνεται ακόμη περισσότερο άδικος λόγω της παραοικονομίας. Η έντονη και ανορθόδοξη παρουσία του κράτους, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων για τις υπηρεσίες υγείας, δεν επιτρέπει την άσκηση πολιτικής ούτε από τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση τεχνολογίας υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης, αυξάνουν τις

δαπάνες υγείας και ευνοούν την *παραοικονομία*. Η διαδικασία της *Μεταρρύθμισης του Συστήματος Υγείας και η διαδικασία αποκέντρωσης με την εισαγωγή του θεσμού των ΠεΣΥ αναμένεται να ελέγξει την κατάσταση αυτή.*

Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία

Οργανωτικά/διοικητικά το σύστημα παραμένει έντονα *συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό*, χωρίς ισχυρή μέχρι σήμερα περιφερειακή διάρθρωση. Ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» περιέχει τις αναγκαίες διατάξεις για την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος Υγείας, την καταπολέμηση του συγκεντρωτισμού και της γραφειοκρατίας καθώς και την ποιοτική αναβάθμιση των μηχανισμών εποπτείας αλλά και λειτουργίας των φορέων υγείας.

Ο χρήστης /ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετοχή στο σύστημα

Ο χρήστης/ασθενής παραμένει στο ελληνικό σύστημα υγείας πλήρως αποδυναμωμένος, χωρίς λόγο και δυνατότητα παρέμβασης στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής, αλλά και χωρίς δικαιώματα στην πράξη. Από την άλλη μεριά ο χρήστης /ασθενής είναι συχνά απροστάτευτος από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Η κατάσταση θα βελτιωθεί μόνον εφόσον υλοποιηθούν οι προβλέψεις του πρόσφατα ψηφισθέντος νόμου για το Ε.Σ.Υ. σε συνδυασμό με άλλες διατάξεις και μέτρα.

1.3 ΕΘΝΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Ελλάδα με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ θεωρείται μια χώρα με συγκριτικά χαμηλό ποσοστό δαπανών για την υγεία επί του ΑΕΠ. Θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι τα στοιχεία αυτά παρουσιάζουν μια τάση υποεκτίμησης των πραγματικών δαπανών.

Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες: 1970-1995

Χώρα	1970	1980	1990	1994	1995
Αυστρία	5,4	7,9	8,4	9,7	9,6
Δανία	6,1	6,8	6,5	6,6	6,5
Φιλανδία	5,7	6,5	8,0	8,3	8,2
Ελλάδα	3,4	3,6	4,3	5,2	μ/δ
Ισλανδία	5,0	6,2	7,9	8,1	8,1
Ιταλία	5,1	6,9	8,1	8,3	7,7
Λουξεμβούργο	3,7	6,2	6,2	5,8	μ/δ
Νορβηγία	4,6	6,1	6,9	7,3	μ/δ
Πορτογαλία	2,8	5,8	6,6	7,6	μ/δ
Σουηδία	7,1	9,4	8,6	7,7	7,7
Ελβετία	5,2	7,3	8,4	9,6	μ/δ
Τουρκία	2,4	3,3	2,9	4,2	μ/δ
Βέλγιο	4,1	6,6	7,6	8,2	8,0
Γαλλία	5,8	7,6	8,9	9,7	9,9
Γερμανία	5,9	8,4	8,3	9,5	9,5
Ιρλανδία	5,3	8,7	6,7	7,9	μ/δ
Ολλανδία	5,9	7,9	8,4	8,8	8,8
Ισπανία	3,7	5,7	6,9	7,3	7,6
Μ. Βρετανία	4,5	5,6	6,0	6,9	6,9
Μέσος όρος	4,8	6,7	7,1	7,7	8,2

Πηγή: OECD, Health Data 1996

Με βάση έρευνες από τα στοιχεία των οικογενειακών προϋπολογισμών εκτιμάται ότι το πραγματικό ύψος δαπανών υγείας κυμαίνεται γύρω στο 8% του ΑΕΠ. Εξ αυτού ποσοστό 60% περίπου (4,7%) προέρχεται από δημόσιες πληρωμές και το 40% περίπου (3,3%) από ιδιωτικές. Παρά την απουσία επίσημων ερευνών από το κράτος, τα μεθοδολογικά

προβλήματα που προκύπτουν κατά την αποτίμηση των δαπανών για την υγεία και την απουσία ερευνών της στατιστικής υπηρεσίας (ΕΣΥΕ), εάν θεωρηθεί ότι το ποσοστό 8% δεν αποκλίνει σημαντικά από την πραγματικότητα, θα πρέπει να κριθεί ικανοποιητικό για την χώρα μας. Το γεγονός ότι δεν παράγει αποτελέσματα αντίστοιχα του κόστους που δημιουργεί πρέπει να παραπέμψει σε αιτίες δομής, οργάνωσης και προσανατολισμού.

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται κατά 75% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 15% από την κοινωνική ασφάλιση. Επίσης με βάση επιστημονικές εργασίες αποτιμάται και ένα άλλο οικονομικό μέγεθος το οποίο δεν καταγράφεται επισήμως αλλά προσαυξάνει το συνολικό κόστος για τον τομέα της υγείας. Το μέγεθος αυτό αντανακλά την παραοικονομία.

Όπως προκύπτει από ερευνητική εργασία η παραοικονομία στην χώρα μας τα έτη 1982 και 1987 ανήλθε αντίστοιχα σε 22.002 εκατ. δραχμές ή 0,9% του ΑΕΠ και 105.050 εκατ. δραχμές ή 1,9% του ΑΕΠ. Αντιστοίχως, η παραοικονομία εκφρασμένη σε ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία αντιστοιχεί σε 13% και 23% αντίστοιχα για τα συγκεκριμένα έτη.

Στα συμπεράσματα δε αυτής της εργασίας αναφέρονται τα ακόλουθα σχετικά με τους λόγους που συντηρούν το φαινόμενο αυτό:

A. Η διόγκωση της προσφοράς με την επέκταση το συστήματος υγείας και ιδιαίτερα με την αύξηση του αριθμού των γιατρών.

B. Η ιδιομορφία της αγοράς υπηρεσιών υγείας και οι μηχανισμοί της προκλητής ζήτησης και της αντιεπιλογής.

Γ. Η υπερβάλλουσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η οποία οφείλεται τόσο σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς και κοινωνικό-οικονομικούς

παράγοντες όσο και στην προκλητή ζήτηση για την οποία υπεύθυνο είναι το ιατρικό σώμα.

Δ. Η σπουσία ορθολογικού μηχανισμού και πολιτικής τιμών στις υπηρεσίες υγείας.

Ε. Τα κοινωνικό-πολιτιστικά πρότυπα και το επίπεδο φορολογικής ηθικής του ιατρικού σώματος και των χρηστών.

ΣΤ. Η απλότητα και η αμεσότητα της ανταλλαγής ανάμεσα στο χρήστη και τον προμηθευτή.

1.4 Η ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται ως εντάσεως εργασίας αφού βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον συντελεστή εργασία. Με στοιχεία του ΟΟΣΑ το μέσο ποσοστό απασχολουμένων στον ευρύτερο τομέα υγείας στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ανήλθε από 2,1% του εργατικού δυναμικού το 1960 σε 5,3 το 1990. Στην χώρα μας αντιστοίχως παρατηρήθηκε αύξηση από 1,4% το 1970 σε 3,5% το 1994. Αναλυτικότερα οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα υπολογίζονταν το 1998 σε 157.388 με την ακόλουθη κατανομή ανά ειδικότητα.

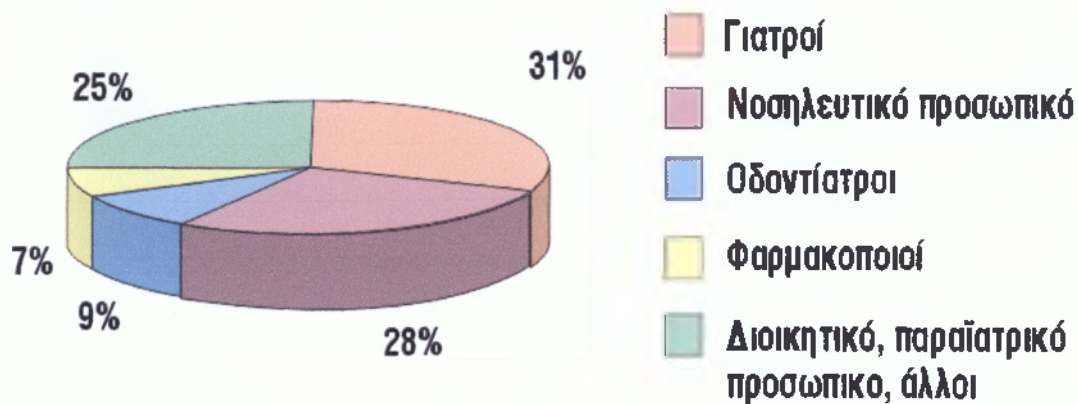
Κατανομή επαννελματιών υνείας ανά ειδικότητα, 1994

Γιατροί	49.555	31%
Νοσηλευτικό προσωπικό	43.500	28%

Οδοντίατροι	13.744	9%
Φαρμακοποιοί	11.589	7%
Διοικητικό παραϊατρικό προσωπικό, άλλοι	39.000	25%
Σύνολο	157.388	100%

Πηγή: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ασφαλιστικό Ταμείο ΤΣΑΥ

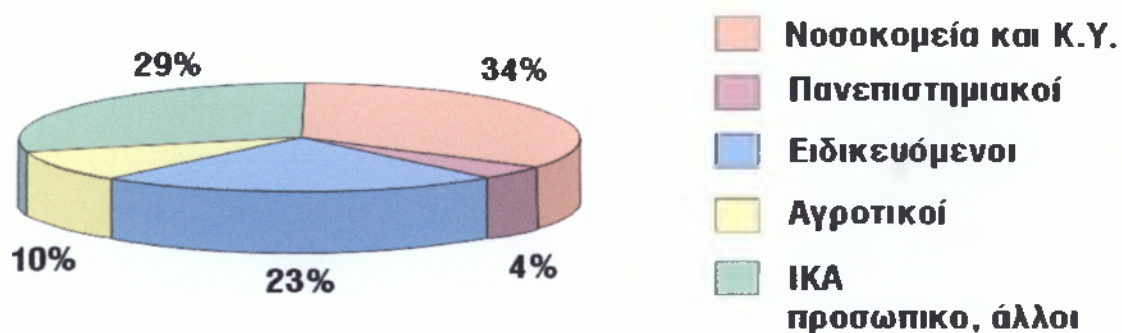
Κατανομή επαγγελματιών υγείας



Κατανομή Ιατρών του ΕΣΥ, 1994

<i>Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας</i>	9.50	34
	0	%
<i>Πανεπιστημιακοί γιατροί</i>	1.200	4%
<i>Ειδικευόμενοι</i>	6.50	23%
	0	
<i>Αγροτικοί γιατροί</i>	2.65	10%
	0	
<i>ΙΚΑ</i>	8.00	29%
	0	
<i>Σύνολο</i>	27.85	100
	0	%

Κατανομή Ιατρών του ΕΣΥ



Στην συνέχεια παρατίθεται πίνακας ο οποίος εμφανίζει την αντιστοιχία γιατρών και νοσηλευτών που αναλογούσαν το 1994 σε 1.000 κατοίκους στις Ευρωπαϊκές χώρες. Από τα στοιχεία του πίνακα διαπιστώνεται ότι ενώ η χώρα μας βρίσκεται στις πρώτες θέσεις όσον αφορά τον αριθμό των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους υστερεί σημαντικά στην αναλογία νοσηλευτών. Η εικόνα αυτή (πληθωρισμός γιατρών και ανεπάρκεια νοσηλευτών) δημιουργεί στο ελληνικό σύστημα υγείας σημαντικά προβλήματα και αρνητικές επιπτώσεις.

Γιατροί και νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης το 1994

Χώρα	Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους	Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους	Χώρα	Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους	Νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους
Ιταλία ^(*)	4,7	3,0	Σλοβακία ^(*)	3,2	7,1
Ισπανία ^(*)	4,0	4,1	Εσθονία	3,1	4,9
Ελλάδα ^(*)	3,9	2,6	Λετονία	3,0	4,9
Βέλγιο ^(*)	3,8	7,7	Τσεχία	2,9	8,3
Αυστρία ^(*)	3,3	4,3	Σλοβενία	2,2	6,0
Νορβηγία ^(*)	3,2	13,7	FYROM ^(*)	2,2	2,7
Γερμανία ^(*)	3,2	μδ	Πολωνία ^(*)	2,1	5,3
Ελβετία ^(*)	3,0	7,8	Κροατία	2,0	4,1
Σουηδία ^(*)	3,0	7,1	Ρουμανία	1,8	3,9
Πορτογαλία ^(*)	2,9	2,7	Αλβανία	1,3	4,5
Δανία ^(*)	2,8	8,3			
Γαλλία ^(*)	2,8	3,7	Γεωργία	4,4	8,4
Ισλανδία ^(*)	2,8	7,0	Ουκρανία	4,3	11,3
Φινλανδία ^(*)	2,8	10,7	Αζερμπαϊτζάν	3,9	9,3
Ολλανδία ^(*)	2,5	9,0	Ρωσία	3,8	6,0
Λουξεμβούργο ^(*)	2,1	9,7	Λευκορωσία	3,8	8,9
Ιρλανδία ^(*)	1,7	6,5	Μολδαβία	3,6	9,9
Ην. Βασίλειο ^(*)	1,6	5,0	Καζακστάν	3,6	6,0
Τουρκία ^(*)	1,0	0,9	Τουρκμεκιστάν	3,5	10,9
			Ουζμπεκιστάν	3,3	9,5
Λιθουανία	4,0	9,3	Κιργιστάν	3,1	8,5
Ουγγαρία ^(*)	3,4	3,0	Αρμενία	3,1	7,3
Βουλγαρία	3,3	6,0	Τατζικιστάν	2,1	6,7

* 1989, ° 1992, † 1990, † 1993, † 1985, † 1991, † 1987, † 1988

Πηγή: Health for all database, WHO Regional Office for Europe

- Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μόλις πρόσφατα το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέπτυξε εφαρμογές πληροφορικής με τις οποίες καταγράφει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανά ειδικότητα και γεωγραφική διασπορά με τρόπο που εγγυάται την αξιοπιστία και την ταχύτητα.
- Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι το ιατρό-κεντρικό σύστημα που προκύπτει δημιουργεί προβλήματα αποδοχής νέων εργασιακών μεθόδων και αξιοποίηση της πληροφορικής, ενώ παράλληλα η έλλειψη συντονισμού μεταξύ του εκπαιδευτικού συστήματος και του συστήματος υγείας δημιουργεί επιπλέον δυσκολίες κτήσης βασικών δεξιοτήτων.
- Τέλος σημειώνεται, ότι παρά το μεγάλο αριθμό ειδικευμένων γιατρών, κρίσιμες ειδικότητες απαραίτητες για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας όπως της γενικής και της κοινωνικής ιατρικής και της ιατρικής της εργασίας, απουσιάζουν ή κρίνονται ανεπαρκείς.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα, το οποίο μάλιστα αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην προοπτική αναμόρφωσης και εκσυγχρονισμού του συστήματος από τις θεσμικές εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις της μεταρρύθμισης, αποτελεί η κατάσταση αναφορικά με τους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι αποτελούν κρίσιμη συνθήκη αναβάθμισης του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης

Σύμφωνα με στοιχεία του 1992 στην χώρα μας απασχολούνται στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής 1.520 άτομα, ενώ έχει υπολογισθεί ότι απαιτούνται 5.000 για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού. Ως ειδικότητα παραμένει χαμηλά στην κλίμακα από άποψη κοινωνικού και επαγγελματικού κύρους τόσο στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού. Οι απόφοιτοι της ιατρικής δύσκολα προσελκύονται, ιδίως εκείνοι οι οποίοι έχουν αυξημένες επαγγελματικές και οικονομικές

προσδοκίες. Ως αιτιολογικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν οι απόψεις του ιατρικού σώματος σχετικά με τις υψηλές οικονομικές απολαβές που προσδοκούν από το επάγγελμά τους αλλά και η αδυναμία της πολιτείας να συνδράμει με την αναγκαία υποδομή, ιδίως στον τομέα της εκπαίδευσης, της νομοθετικής στήριξης του περιεχομένου των ιατρικών πράξεων και στην ενίσχυση της γενικής ιατρικής με κατάλληλα οικονομικά, επαγγελματικά και ηθικά κίνητρα. Παράλληλα εμφανίζεται αδυναμία των γενικών γιατρών να ενσωματώσουν στην άσκηση της ειδικότητας το ευρύ φάσμα των υπηρεσιών που μπορούν να παρέχουν.

1.5 ΥΠΟΔΟΜΕΣ

Στο ελληνικό σύστημα υγείας κυριαρχούν οι υποδομές δημόσιου χαρακτήρα. Πάντως και ο ιδιωτικός τομέας διαθέτει σημαντική παρουσία κατέχοντας το 25% των κλινών του δευτεροβάθμιου υποσυστήματος περίθαλψης.

Για να εκτιμηθεί η σχετική επάρκεια υποδομών απαιτείται η διάκριση του συστήματος υγείας σε επίπεδα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο) και ταυτόχρονα η κατάταξη των υποδομών.

Μια γενική παρατήρηση για το πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι ότι οι υποδομές δεν προσδιορίζουν τον περιοριστικό παράγοντα αναφορικά με την επάρκεια του υποσυστήματος. Τα προβλήματα μάλλον δείχνουν να αφορούν δομικά και οργανωτικά θέματα όπως η απουσία ενιαίας και ανεξάρτητης οργάνωσης, και χρηματοδότησης του παρατηρούμενου πολυκερματισμού, τις ανισότητες και την απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Στη συνέχεια κρίνεται σκόπιμη η παράθεση μιας σειράς παρατηρήσεων σε κάθε επίπεδο του συστήματος υγείας.

Αναφορά παρατηρήσεων στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας

- Δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα καταγραφής των υποδομών του πρωτοβάθμιου υποσυστήματος. Η αδυναμία αυτή καθιστά πρακτικά ανέφικτη την αξιολόγηση της αρτιότητας, καταλληλότητας, παλαιότητας και λειτουργικότητας των υποδομών αυτών.
- Επιπλέον μέχρι σήμερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφορικά με το δημόσιο σκέλος της είναι οργανικά συνδεδεμένη με το δευτεροβάθμιο σύστημα (νοσοκομεία), το οποίο έχει και την ευθύνη λειτουργίας των ΚΥ. Επομένως η συντήρηση, αντικατάσταση και ο εμπλουτισμός των υποδομών των ΚΥ αποτελεί ευθύνη της διοίκησης των νοσοκομείων.

- Σχετικά με τον εξοπλισμό ιατρικής τεχνολογίας η πιο πρόσφατη καταγραφή έγινε στο τέλος του 2000.
- Τέλος, αναφορικά με τις υποδομές πληροφορικής θα πρέπει να αναφερθεί η ανυπαρξία τέτοιων υποδομών στα ΚΥ. Στόχος του Επιχειρησιακού Προγράμματος αποτελεί η ανάπτυξη υποδομών στο πρωτοβάθμιο υποσύστημα οι οποίες μάλιστα θεωρούνται σημαντικής κρισιμότητας για την ορθολογική ανάπτυξη και διαχείριση του υποσυστήματος αυτού.

Αναφορά παρατηρήσεων στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη

- Το ελληνικό σύστημα υγείας διαθέτει περίπου 58.000 κλίνες εκ των οποίων οι 44.000 περίπου ανήκουν στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (νοσοκομεία του ΕΣΥ, στρατιωτικά, ΙΚΑ κλπ) και οι 14.000 στον ιδιωτικό.

Εάν παρατηρήσουμε τα στοιχεία του πίνακα, το 1994 αναλογούσαν 5 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Η σχέση αυτή σήμερα έχει βελτιωθεί και προσεγγίζει τις 5,7 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους. Αν και η σύγκριση με

Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης το 1980 και το 1994

Χώρα	1980	1994	Χώρα	1980	1994
Ισλανδία ^(*)	14,8	15,8	Βουλγαρία	9,1	10,2
Γερμανία ^(*)	11,5	12,2	Ουγγαρία	9,2	9,9
Λουξεμβούργο ^(*)	12,8	11,8	Τσεχία	10,9	9,8
Ολλανδία	12,3	11,3	Εσθονία	12,2	8,4
Φιλανδία	15,5	10,1	Πολωνία ^(*)	6,7	8,2
Αυστρία	11,1	9,3	Ρουμανία	8,8	7,7
Γαλλία	11,1	9,0	Κροατία	7,2	5,9
Ελβετία ^(*)	10,0	8,7	Σλοβενία	7,0	5,8
Βέλγιο	9,3	7,6	Αλβανία	4,2	2,8
Ιταλία ^(*)	9,7	6,6	Ουκρανία	13,1	12,7
Σουηδία	15,1	6,4	Λευκορωσία	12,6	12,4
Ισραήλ ^(*)	6,8	6,2	Μολδαβία	12,1	12,2
Μ. Βρετανία ^(*)	8,1	5,0	Καζακστάν	13,1	12,1
Ιρλανδία	9,5	5,0	Ρωσία	13,0	11,9
Δανία ^(*)	8,1	5,0	Τουρκμενιστάν	10,5	11,5
Ελλάδα ^(*)	6,2	5,0	Αζερμπαϊτζάν	9,8	10,1
Πορτογαλία	5,2	4,3	Κιργιστάν	12,0	9,6
Ισπανία ^(*)	5,3	4,2	Τατζικιστάν	10,6	9,1
Νορβηγία ^(*)	16,5	3,1	Ουζμπεκιστάν	9,2	8,8
Τουρκία	2,2	2,4	Γεωργία	10,2	8,1
Λετονία	13,9	11,9	Αρμενία	8,4	7,6
Λιθουανία	12,1	11,1			

* 1992. * 1993. * 1991. * 1990

Πηγή: Health for all database, WHO Regional Office for Europe

άλλες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες δείχνει ότι η χώρα μας διαθέτει

λίγες σχετικά κλίνες φαίνεται ότι αυτές σε απόλυτα μεγέθη επαρκούν. Εξετάζοντας μάλιστα την πραγματική ζήτηση και την αποτύπωση της μέσης ετήσιας κάλυψης η οποία ανέρχεται σε 67% της δυναμικότητας πανελλαδικά των νοσοκομείων, αποδεικνύεται ότι μάλλον πρέπει να αξιολογηθεί η κατανομή τους ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια. Εξάλλου η σύγχρονη τάση των ανεπτυγμένων συστημάτων υγείας είναι η απόλυτη μείωση του αριθμού των κλινών και η έμφαση σε άλλες παραμέτρους ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας κυριότερα του προγραμματισμού της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας, της αρτιότερης κατανομής συσχετισμένης με αποτελεσματική στελέχωση και της ανάπτυξης του πρωτοβάθμιου συστήματος.

Αναφορά παρατηρήσεων σχετικά με την κατάσταση ιατρικής τεχνολογίας

Ο ελληνικός υγειονομικός τομέας εμφανίζεται να διαθέτει σήμερα την υψηλότερη πυκνότητα σε όλη την Ευρώπη, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τους αξονικούς και μαγνητικούς τομογράφους. Η πυκνότητα αυτή οφείλεται κυρίως στην ανάπτυξη μεγάλου αριθμού ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Ο επόμενος πίνακας εμφανίζει την διαχρονική εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα από το 1980 ως το 1998.

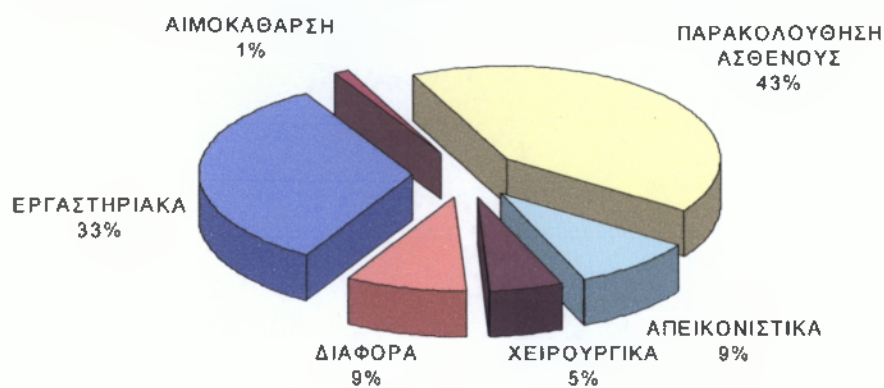
Διαχρονική εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα

	1980		1985		1990		1992		1998	
	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ	Δ	ΙΔ
Αξονικοί τομογράφοι	4	2	10	5	22	44	22	99	43	μ/δ
Μαγνητικοί τομογράφοι	-	-	-	1	2	2	2	7	6	15
Αγγειογραφικά συγκροτήματα	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	14	μ/δ
Μονάδες κοβαλτίου	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	9	μ/δ
Συγκροτήματα λιθοτριψίας	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	4	μ/δ
Συγκροτήματα γραμμικού επιταχυντή	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	μ/δ	10	μ/δ
Κέντρα μεταμοσχ. καρδιάς - πνευμόνων	-	-	-	-	-	1	1	1	3	-
Κέντρα μεταμοσχ. νεφρού - ήπατος	3	-	4	-	4	-	4	-	5	-
Κέντρα μεταμοσχ. μυελού οστών	2	1	2	1	2	1	3	1	8	1

Δ: Δημόσιος τομέας, ΙΔ: Ιδιωτικός τομέας

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Εμφάνιση εξοπλισμού Βιοϊατρικής τεχνολογίας ανά τμήμα (8.500 τύποι, 50.000 συσκευές)



Πηγή: Αναφορά αντιμετώπισης προβλήματος έτους 2000, Νοέμβριος 1999, Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ

1.6 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΙΚΟΥ & ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.6.1 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Σε νομικό επίπεδο η συγκρότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα ανάγεται στον 19^ο αιώνα. Μέχρι την δεκαετία του '80 η διαμόρφωση του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας αφορούσε κυρίως την εισαγωγή ευκαιριακών νομοθετικών παρεμβάσεων δυτικού τύπου. Στα ελληνικά συντάγματα μέχρι το 1952 δεν υπήρχε καμία διάταξη που να θέτει το πλαίσιο κάποιας δέσμευσης από μέρους του κράτους για την προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων και ειδικότερα της υγείας, με μόνη εξαίρεση τα Συντάγματα του 1925 και 1927.

Ο βασικός δομικός χαρακτήρας του υγειονομικού τομέα καθορίσθηκε από το δίπολο δημόσιο-ιδιωτικό, συμπεριλαμβανομένων στην έννοια του ιδιωτικού το φιλανθρωπικό μη κερδοσκοπικό.

Μέχρι την ψήφιση του Νόμου 1397/1983 ο υγειονομικός τομέας δομήθηκε χωρίς να ληφθεί υπόψη η ανάγκη κεντρικού στρατηγικού σχεδιασμού, ενώ χαρακτηρίστηκε από ακραία ποικιλία τύπων υπηρεσιών υγείας και κάλυψης των δαπανών.

Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της εικόνας συνοψίζονται ως ακολούθως:

- Ανίσχυρος δημόσιος τομέας κυρίως νοσοκομειακός, έναντι του ισχυρού ιδιωτικού τομέα
- Άνιση κατανομή προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών
- Υπερπαραγωγή γιατρών

- Μειωμένη παραγωγή νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών της υγείας
- Υψηλό κόστος ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Την άναρχη διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος συμπλήρωνε η ανεπάρκεια και η πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων.

Η κρίση δε που εκδηλώθηκε διεθνώς την δεκαετία του '70 στο χώρο της υγείας έκανε ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη για μετασχηματισμό του υγειονομικού τομέα στη χώρα.

1.6.2 ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ'80

- ΒΔ Ιουνίου 1917: Δημιουργείται υπουργείο με την επωνυμία Υπουργείο Περίθαλψης
- ΝΔ Δεκεμβρίου 1922: Μετονομασία του σε Υπουργείο Υγιεινής Προνοίας- Αντιλήψεως
- ΝΔ Οκτωβρίου 1925: Περί ιδρύσεως υγιεινής και ιατρικής εν γένει
- Ν 4069/1929: Ίδρυση Υγειονομικής Σχολής Αθηνών
- ΑΝ 965/1937: Περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων
- ΝΔ 2592/1953: Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως
- ΒΔ Οκτωβρίου 1953: Περί διαιρέσεως της Επικρατείας σε Υγειονομικές Περιφέρειες
- Σύνταγμα του 1975: Καθορισμός του πλαισίου του κοινωνικού κράτους

1.6.2.1 Η ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ιδρυτικός νόμος 1397/1983 πραγματώνοντας την συνταγματική εντολή για κρατική μέριμνα στον τομέα της υγείας, διεύρυνε τα όρια του κοινωνικού κράτους και θέσπισε ένα μικτό σύστημα υγείας, το οποίο αφενός προέβλεπε την ανάπτυξη ενός εθνικού/ δημόσιου συστήματος και αφετέρου επέτρεπε την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα επέβαλε σημαντικούς περιορισμούς.

1.6.2.2 ΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΕΣΥ

Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Υγείας

Ο υπουργός Υγείας είναι το ανώτατο κεντρικό όργανο του κράτους στον τομέα της υγείας. Προϊσταται της δημόσιας υπηρεσίας η οποία διαρθρώνεται στην οργανική ενότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που τότε περιλάμβανε και τις κοινωνικές ασφαλίσεις και ασκεί τις αρμοδιότητες που του εκχωρεί ο Νόμος 1558/1985¹.

Το υπουργείο συγκροτείται σε γενικές διευθύνσεις, διευθύνσεις, τμήματα και γραφεία σύμφωνα με τον εκάστοτε οργανισμό του, στον οποίο καθορίζονται οι αρμοδιότητές τους. Οι ανώτεροι υπάλληλοι του υπουργείου ασκούν τα καθήκοντά τους βάσει μεταβίβασης αρμοδιότητας ή εξουσιοδότησης υπογραφής. Το υπουργείο ως υπηρεσία υλοποιεί την κρατική ευθύνη για παροχή

¹ Ιδρυτικός Νόμος ΕΣΥ 1397/83 και τροποποιήσεις 2071/92 και 2519/97

υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ασκεί εποπτεία και έλεγχο επί όλων των δημόσιων και ιδιωτικών υγειονομικών φορέων.

Στο έργο του αυτό συνεπικουρείται από δύο σημαντικά, κυρίως γνωμοδοτικά όργανα: σε κεντρικό επίπεδο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) (Ν 1278/1982) και σε περιφερειακό επίπεδο από τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) (Ν. 1397/1983).

ΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΕ.Σ.Υ.)

Το ΚΕ.Σ.Υ. νομοθετήθηκε έναν χρόνο πριν από την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ. Αποτελεί το κατεξοχήν ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του υπουργείου σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος. Συγκροτήθηκε από 24 μέλη-εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων και της πολιτείας².

Το ΚΕ.Σ.Υ. αρχικά προβλεπόταν να είναι ένα όργανο συμμετοχής των πολιτών, προκειμένου να παίξει έναν υπεύθυνο ρόλο κοινωνικού ελέγχου: ένα «λαϊκό όργανο ελέγχου» με σκοπό αφενός τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στην πολιτική για την υγεία και αφετέρου τη λήψη αποφάσεων. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγχωνεύτηκε μεγάλος αριθμός συμβουλίων και επιτροπών που προϋπήρχαν. Ενδεικτικά αναφέρουμε το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και Ανάπτυξης κλπ.

² Ν. 2889/01 *Περί Βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ*

Τα διοικητικά όργανα του ΚΕ.Σ.Υ. σε επίπεδο λήψης των αποφάσεων απαρτίζονται από την *Ολομέλεια* και την *Εκτελεστική Επιτροπή*, ενώ βοηθούνται από τη *Γραμματεία*. Η *Ολομέλεια* είναι το ανώτατο όργανο του ΚΕ.Σ.Υ., που αποφασίζει με την απόλυτη πλειοψηφία των 3/5 των παρόντων μελών της για κάθε θέμα της αρμοδιότητας της μετά την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής.

Η *Εκτελεστική Επιτροπή* είναι πενταμελές όργανο, στο οποίο μετέχουν ο πρόεδρος (γιατρός), ο αντιπρόεδρος και τρία μέλη που εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Κύριο έργο της είναι να εισηγείται στην Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. τα θέματα της αρμοδιότητας της, ενώ συγχρόνως έχει την ευθύνη για την εφαρμογή των αποφάσεων της Ολομέλειας. Επίσης συγκροτεί ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες εργασίας για την εκπλήρωση του έργου της.

Το ΚΕ.Σ.Υ. βοηθείται στο έργο του από τη *Γραμματεία*, που συνιστάται ως υπηρεσία στο Υπουργείο Υγείας και απαρτίζεται είτε από υπαλλήλους του υπουργείου είτε από υπαλλήλους με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου.

Το αξίωμα των μελών του ΚΕ.Σ.Υ. είναι τιμητικό και άμισθο αντίθετα τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας εργάζονται με πλήρη απασχόληση και αμείβονται για τις υπηρεσίες τους. Η απασχόληση θα πρέπει, κατά τη γνώμη μας, να είναι αμειβόμενη και η συμμετοχή υποχρεωτική από τον νόμο με κυρώσεις διοικητικές και ποινικές, προκειμένου να μπορεί το ΚΕ.Σ.Υ. να εκπληρώνει τα καθήκοντα του (Ν. 1579/1987, Ν. 1759/1988). Το ΚΕ.Σ.Υ. ήδη από τη σύσταση του αποδυναμώθηκε για τους εξής λόγους:

- τα μέλη του ουσιαστικά διορίστηκαν από τον υπουργό, καθώς οι φορείς, κωλυσιεργώντας, δεν ανταποκρίθηκαν έγκαιρα

στην πρόσκληση του υπουργείου ή έμμεσα την αρνήθηκαν και δεν υπέδειξαν μέλη.

- καταργήθηκαν σταδιακά όλες οι αποφασιστικές αρμοδιότητες του, δεδομένου ότι τουλάχιστον για ορισμένα σημαντικά θέματα δεν απαιτείται πλέον σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., αλλά απλή γνώμη (στην πράξη αυτό σήμαινε παροχή πλήρους ελευθερίας στον υπουργό).
- το ΚΕ.Σ.Υ. δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στις επιστημονικές προκλήσεις που αφορούν τον τομέα της υγείας κατά το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα.

1.6.2.3 ΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΕ.Σ.Υ.)

Το ΠΕ.Σ.Υ. είναι γνωμοδοτικό όργανο που συστήνεται στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας, θεσπίστηκε με το άρθρο 3 του νόμου για το ΕΣΥ. Στην εισηγητική έκθεση χαρακτηρίζεται ως όργανο για την εξασφάλιση του δημοκρατικού ελέγχου του συστήματος. Αποτελείται από 14 μέλη τα οποία επιλέγονται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των τοπικών και κοινωνικών φορέων, με βάση την ίδια λογική που ακολουθήθηκε στην επιλογή των μελών του ΚΕ.Σ.Υ.

Το ΠΕ.Σ.Υ. οργανώνεται και λειτουργεί σε περιφερειακό επίπεδο όπως ακριβώς το ΚΕ.Σ.Υ. σε κεντρικό, με κύρια διοικητικά όργανα την Ολομέλεια και την Εκτελεστική Επιτροπή. Διατηρεί κυρίως γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για θέματα της περιφέρειας του, ενώ ασκεί εποπτεία και έλεγχο επί του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας της περιοχής του στο πλαίσιο του κεντρικού προγραμματισμού και υπό τον γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.

(άρθρα 3,4 του Ν. 1397/1983). Οι διατάξεις που αφορούσαν το Π.Σ.Υ. ουσιαστικά δεν ενεργοποιήθηκαν, γιατί το Π.Δ. που όριζε τις υγειονομικές περιφέρειες εκδόθηκε πολύ αργότερα, το 1986, και στη συνέχεια το κράτος έδειξε επιφυλακτικότητα στην αποκέντρωση.

1.7 ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ & ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αποκέντρωση: υγειονομικές περιφέρειες

Το ΕΣΥ καθιερώθηκε ως ένα ενιαίο αποκεντρωτικό σύστημα με κύριο στόχο την ενιαιοποίηση των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τη βούληση του νομοθέτη. Η αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος, ήταν το ακανθώδες πρόβλημα της υγειονομικής πολιτικής του ελληνικού κράτους. Είναι γνωστό ότι στο Ν.Δ. 2592/1953 και στο Ν.Δ. 104/1973 υπήρχε ο προβληματισμός της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης το θέμα ξανατέθηκε μέσω των προτάσεων των υπουργών Υγείας Πάτρα και Δοξιάδη και της έρευνας-δράσης του ΚΕΠΕ (1979)³.

Έτσι, με το άρθρο 2 θεσμοθετήθηκε εκ νέου η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες. Στην εισηγητική έκθεση καθορίστηκε η *υγειονομική περιφέρεια* ως γεωγραφική μονάδα νομαρχιακού επιπέδου, στην οποία θα αναπτύσσονταν οι υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ. σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Ο συνολικός τους αριθμός προβλεπόταν να είναι 8-10 και προτεινόταν να συνδυαστεί με τη γενικότερη διοικητική αποκέντρωση. Εξάλλου γι' αυτό τον λόγο τα Π.Δ. με τα οποία θα

³ Δερβιτσιώτης, Κ. (2002), *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (2^η έκδοση), Αθήνα: Interbooks.

καθοριζόταν ο αριθμός, τα όρια και η έδρα των υγειονομικών υπηρεσιών θα εκδίδονταν αργότερα, ακολουθώντας τους νόμους της διοικητικής αποκέντρωσης.

Η υγειονομική περιφέρεια εξυπηρετούσε απλώς και μόνο το χωροταξικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας χωρίς να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό, δεδομένου ότι ο πολίτης είχε το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού και μονάδας ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του.

Με το Π.Δ. 31/1986 η χώρα διαιρέθηκε σε 9 υγειονομικές περιφέρειες χωρίς τελικά να εναρμονιστεί με τη διοικητική αποκέντρωση που εισήγαγε ο Ν. 1622/1986, ο οποίος με το Π.Δ. 51/1987 πρότεινε 13 διοικητικές περιφέρειες. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται οι 9 υγειονομικές περιφέρειες.

**ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ Π.Δ.
31/1986**

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΕΔΡΑ	ΝΟΜΟΙ
1 ^η Υ.Π..	Αθήνα	Αττικής, Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας, Φωκίδας
2 ^η Υ.Π.	Πάτρα	Αιτωλ/νίας, Αρκαδίας, Αργολίδας, Αχαΐας, Ζακύνθου, Ηλείας, Κεφαλληνίας, Κορίνθου, Μεσσηνίας
3 ^η Υ.Π..	Γιάννενα	Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Κέρκυρας, Λευκάδας, Πρέβεζας
4 ^η Υ.Π.	Λάρισα	Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας, Τρικάλων
5 ^η Υ.Π.	Θεσσαλονίκη	Γρεβενών, Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Καστοριάς, Κιλκίς, Κοζάνης, Πέλλας, Πιερίας, Φλώρινας, Χαλκιδικής

6η Υ.Π.	Καβάλα	Δράμας, Καβάλας, Σερρών
7η Υ.Π.	Αλεξαν/λη	Έβρου, Ξάνθης, Ροδόπης
8η Υ.Π.	Μυτιλήνη	Δωδεκανήσου, Κυκλάδων, Λέσβου, Σάμου,
9η Υ.Π.	Ηράκλειο	Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνης, Χανίων

Με τον Νόμο 1622/1986 για την τοπική αυτοδιοίκηση, όπως τροποποιήθηκε με τους Νόμους 1832/1989 και 1978/1990, διατηρήθηκαν παράλληλες αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας και πρόνοιας, παρακάμπτοντας κατά κάποιον τρόπο τον ενιαίο και ενοποιημένο χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Ειδικότερα στον τομέα της υγείας ως *αρμοδιότητες της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης*, η υλοποίηση των οποίων ανατέθηκε στα νομαρχιακά όργανα, αναφέρονται οι παρακάτω:

- η προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος
- η κατασκευή, η συντήρηση και η μέριμνα για τη λειτουργία επαρχιακών νοσοκομείων, κέντρων υγείας, υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, καθώς και η εισήγηση στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες για την ίδρυση τέτοιων μονάδων.

Σε αυτό το σημείο εκείνο που προβληματίζει ιδιαίτερα είναι η σύγκρουση αρμοδιοτήτων και η έλλειψη πλήρους συντονισμού, που αποδεικνύουν τον ανταγωνιστικό ρόλο των υπουργείων στον καταμερισμό της εργασίας μεταξύ θεσμών ως προς την αναδιανομή της εξουσίας στο πλαίσιο του ίδιου κυβερνητικού σχήματος.

Είναι γεγονός ότι όσον αφορά την προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος, που ανήκουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η νομαρχία είχε παραδοσιακά τέτοιες αρμοδιότητες. Πυρήνας αυτών των δραστηριοτήτων ήταν οι αρμοδιότητες της υγειονομικής αστυνομίας (*police sanitaire*), καθώς και η υπαγωγή, όπως ήδη υπογραμμίσαμε, του τομέα της υγείας πριν από την εξειδικευμένη ανάπτυξη και αυτονόμηση του στο Υπουργείο Εσωτερικών.

Εξάλλου ο νόμος για το Ε.Σ.Υ. αναφέρεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και όχι στην ευρύτερη έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφήνοντάς τη συνειδητά και συμβιβαστικά έξω από την περιοχή ευθύνης του, κατακερματίζοντας τη νεωτερική και σύνθετη έννοια της υγείας. Και ως εκ τούτου, δημιουργείται σύγχυση αρμοδιοτήτων στις μονάδες περίθαλψης και υποχωρεί κατ' αυτόν τον τρόπο η διακηρυγμένη αρχή του ενιαίου, αποκεντρωμένου -με δική του όμως προέχουσα εσωτερική λογική- και ενιαιοποιημένου συστήματος υγείας.

Ο νόμος του 1983 για το Ε.Σ.Υ. προχώρησε στην ίδρυση «μονάδων περίθαλψης» σύμφωνα με την ορολογία του, δίνοντας έμφαση στον νοσοκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος. Εξάλλου δεν είναι τυχαίο ότι μετά την παράθεση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ακολούθησαν οι ρυθμίσεις για τα νοσοκομεία. Η περίθαλψη που χρηματοδοτείται από το δημόσιο και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία διακρίνεται, σύμφωνα με το κείμενο του νόμου, σε εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή δευτεροβάθμια περίθαλψη. *Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από:*

- τα κέντρα υγείας και

- τα περιφερειακά τους ιατρεία, στα οποία θα ενσωματωθούν αργότερα τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία⁴.

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

1. Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία

Τα κέντρα υγείας συστήνονται με Π.Δ. ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα νομαρχιακού νοσοκομείου σε αστικές ή αγροτικές περιοχές (άρθρα 17 και 18 του Νόμου 1397/1983). Ομοίως τα περιφερειακά ιατρεία συστήνονται με την ίδια διαδικασία ως υπηρεσίες των κέντρων υγείας, ως αποκεντρωμένες ή ημιαποκεντρωμένες μονάδες τους. Η τέτοιου τύπου οργάνωση σημαίνει ότι ο νομοθέτης έκρινε πως ο σκοπός της πρόληψης επιτυγχάνεται καλύτερα από την οργάνωση του φορέα στον οποίο ανήκουν τα κέντρα υγείας και επιτελείται καλύτερα από υπηρεσίες που βρίσκονται στο μεταίχμιο του συγκεντρωτικού συστήματος και της αυτοδιοίκησης⁵.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι οι δημόσιες υπηρεσίες γενικότερα συγκροτούνται είτε ως αυτοτελείς ή αποκεντρωμένες είτε ως ανεξάρτητες (άρθρα 14-19). Πολλές φορές οι αποκεντρωμένες μονάδες, εφόσον έχουν διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, εμφανίζουν φυγόκεντρες τάσεις ανεξαρτητοποίησης. Για παράδειγμα, αναφέρουμε τα κέντρα υγείας. Είναι γνωστή η θεωρητική διένεξη όσον αφορά το επίκεντρο ανάπτυξης ενός συστήματος υγείας. Αν δηλαδή θα

⁴ Σπανός, Α. (1998), *Υπηρεσίες Ποιότητας: Πώς Παράγονται και Παρέχονται*, Αθήνα: Εκδόσεις Γαλαίος.

⁵ Σχέδιο Μεταρρύθμισης ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ, Υπ. Υγείας & Πρόνοιας

είναι το κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο ο «πυρήνας» βάσει του οποίου θα αναπτυχθούν δορυφορικά οι λοιπές υπηρεσίες υγείας.

2. Άλλοι θεσμοί πρωτοβάθμιας φροντίδας και επείγουσας φροντίδας υγείας

- *Ο θεσμός του γενικού ή οικογενειακού γιατρού*

Στην Ελλάδα εισάγεται για πρώτη φορά σε νόμο ή έννοια και η επιστημονική σημασία του οικογενειακού ή γενικού γιατρού σε ένα εθνικό σύστημα υγείας με τον νόμο 1397 για το ΕΣΥ (άρθρα 17 και 18). Ο ιδρυτικός νόμος κάνει αναφορά στο θεσμό αυτό θεωρώντας το βασικό ιατρικό προσωπικό για τη στελέχωση των κέντρων υγείας αστικών ή αγροτικών περιοχών. Είναι γεγονός ότι δεν δημιουργεί νέα ειδικότητα, σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια, αλλά ορίζει ότι στο πλαίσιο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να προέρχεται από τις ειδικότητες του παθολογικού τομέα.

Οι οικογενειακοί γιατροί μπορεί να είναι:

- Παθολόγοι
- Παιδίατροι
- Γενικοί γιατροί

Στη συνέχεια θέτει δύο κριτήρια ως προς τη λειτουργία του θεσμού στα αστικού τύπου κέντρα υγείας:

- Το πρώτο είναι η ελεύθερη επιλογή από τον πολίτη του οικογενειακού γιατρού στο πλαίσιο λειτουργίας των κέντρων υγείας της πόλης στην οποία κατοικεί.
- Το δεύτερο είναι το ανώτατο όριο ασθενών που μπορεί να φροντίσει ο οικογενειακός γιατρός.

Ο θεσμός δεν τέθηκε σε εφαρμογή, αφού ποτέ δεν δημιουργήθηκαν κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές. Όσον αφορά την εφαρμογή του θεσμού στα κέντρα υγείας των μη αστικών περιοχών, ο γενικός γιατρός έχει περίπου τα ίδια καθήκοντα με τον οικογενειακό, με τις εξής όμως διαφορές:

- Προέρχεται από τους γενικούς γιατρούς του παθολογικού τομέα του νοσοκομείου
- Οφείλει να μεταβαίνει εκτός της έδρας του κέντρου υγείας, αλλά εντός ενός καθορισμένου τομέα ευθύνης του.
- Προσφέρει τις υπηρεσίες του στο σύνολο του πληθυσμού και όχι σε συγκεκριμένο αριθμό πολιτών.

Στη συνέχεια με τον Νόμο 1579/1985 (άρθρο 1) αναγνωρίζεται η ειδικότητα του γενικού γιατρού και δίνεται εξουσιοδότηση στον υπουργό Υγείας να καθορίσει το περιεχόμενο και το πρόγραμμα εκπαίδευσης των γιατρών αυτής της ειδικότητας υποχρεώνοντάς τους με το Π.Δ.80/1985 σε τριετή άσκηση. Το ζήτημα επανέρχεται και καθιερώνονται κίνητρα με τον Νόμο 1759/1988 (άρθρα 43, 54, 60) για την ανάπτυξη αυτής της ειδικότητας. Αντίθετα ο θεσμός του γιατρού της εργασίας δεν συνδέθηκε καθόλου με το Ε.Σ.Υ. και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά εξακολούθησε να υπάγεται στην αρμοδιότητα του υπουργού Εργασίας (Νόμος 1568/1985).

Η μόνη αναφορά σε αυτόν τον θεσμό γίνεται αόριστα από τον νόμο για το Ε.Σ.Υ. στη διάταξη σύμφωνα με την οποία οι γιατροί εργασίας μπορούν να ενταχθούν στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ.

Επείγουσα φροντίδα υγείας

Στον Νόμο 1579/1985 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επιχειρείται να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των επειγόντων περιστατικών. Το εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας (ΕΚΑΒ) συστήθηκε ως ΝΠΔΔ με έδρα την Αθήνα, διοικούμενο από εννιαμελές συμμετοχικό Δ.Σ. και υπαγόμενα στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η διάρθρωση των υπηρεσιών του ΕΚΑΒ καθορίζεται από τον οργανισμό του, σύμφωνα με τον οποίο μπορεί να συσταθούν στις πρωτεύουσες των νομών οι περιφερειακές του υπηρεσίες ως αυτοδύναμα παραρτήματα. Επίσης, ο νόμος δίνει τη δυνατότητα σύστασης και λειτουργίας σε επίπεδο νομού ΕΚΑΒ με έδρα την πρωτεύουσά του, ως αυτοτελών και αυτοδιοικούμενων ΝΠΔΔ. Τα εν λόγω ΕΚΑΒ μπορεί να ιδρύουν παραρτήματα σε άλλες πόλεις-πρωτεύουσες νομών της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας:

- Η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις
- Η επείγουσα ιατρική αρωγή
- Η διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στην πράξη όμως το ΕΚΑΒ περιορίστηκε μόνο στην επείγουσα διακομιδή και μεταφορά στα νοσοκομεία, προσανατολισμένο στην επείγουσα ιατρική και όχι στη φροντίδα. Σήμερα στην Ελλάδα διαθέτουν ασθενοφόρα, εκτός του ΕΚΑΒ, τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, καθώς και οι φορείς του ιδιωτικού και ευρύτερου δημόσιου φορέα.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Ι. Εθνικός τομέας: τα δημόσια νοσοκομεία (άρθρο 6 του Νόμου 1397/1983) και η δημοσιοποίηση του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα.

Στο άρθρο 6 του Νόμου 1397/1983 καθορίζεται, βάσει της αρχής της ενοποίησης, το νομικό καθεστώς των νοσοκομείων στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Καταρχήν επισημαίνεται ότι τα «νέα» νοσοκομεία που θα ιδρύονται στο μέλλον πρέπει να συστήνονται αποκλειστικά ως ΝΠΔΔ και να χρησιμοποιούν κατ' αποκλειστικότητα στην επωνυμία τους τη λέξη «νοσοκομείο», σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές, στις οποίες απαγορεύτηκε η χρήση. Τα υπήγαγε μάλιστα ως προς την οργάνωση, τη διοίκηση και τη λειτουργία τους στις διατάξεις του ΝΔ 2592/1993, ο οποίος συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε μεταγενέστερα και από τον Νόμο 1397/1983. Με αυτόν τον τρόπο επεδίωκε να επιτύχει τον συντονισμό της λειτουργίας τους.

Με το ίδιο άρθρο ρυθμίστηκαν και τα ζητήματα ένταξης του προσωπικού μετά τη μετατροπή των νοσοκομειακών μονάδων στο νέο νομικό καθεστώς. Το άρθρο αυτό πάσχει ως προς τη χρησιμοποιούμενη νομική ορολογία με κίνδυνο να προκληθεί σύγχυση, γιατί αναφέρεται γενικώς σε ΝΠΙΔ χωρίς να συγκεκριμενοποιεί ποια κατηγορία ΝΠΙΔ εννοεί, ενώ είναι προβληματική και η ανακρίβεια της φραστικής του διατύπωσης. Γίνεται πάντως φανερό από το πνεύμα του νόμου ότι αφορά ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που είχαν συσταθεί, κυρίως, είτε από ιδρύματα του Αστικού Κώδικα, είτε από σωματεία αστικά ή φιλανθρωπικά, είτε ως ιδρύματα του Αστικού Κώδικα.

Στη εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας υπήγαγε όλα τα νοσοκομεία ανεξαρτήτως του φορέα στον οποίο ανήκουν με σκοπό να ελέγξει τη χωρίς σχεδιασμό δημιουργία νοσοκομείων ή την «αλληλοεπικάλυψη και τη σύγκρουση αρμοδιοτήτων» (άρθρο 7). Όσον αφορά τις νοσηλευτικές μονάδες που θα λειτουργούσαν ως ΝΠΙΔ (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα), θεσπίστηκαν εποπτικά συμβούλια με αντιπροσωπευτική σύνθεση, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ουσιαστικά κυρίως η κρατική εποπτεία.

Σύμφωνα με τον νόμο τα νοσοκομεία διακρίθηκαν:

- Σε γενικά και ειδικά με κριτήριο την ύπαρξη μιας κύριας ειδικότητας ή περισσοτέρων

Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν με τη σειρά τους σε :

- Περιφερειακά
- Νομαρχιακά

II Ο ιδιωτικός τομέας: οι ιδιωτικές κλινικές

Ο νόμος προχώρησε ρητά στην απαγόρευση αφενός της ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών με αφετηρία την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης, βάσει της αρχής κατά την οποία ο νόμος ορίζει περί του μέλλοντος και δεν έχει αναδρομική δύναμη, και αφετέρου της με οποιονδήποτε τρόπο επέκτασης, μεταβίβασης και μεταβολής τους.

Με τον νεότερο Νόμο 1471/1984 ορίστηκε διευκρινιστικά ότι η μεταβίβαση της άδειας ιδιωτικής κλινικής ως επιχείρησης επιτρέπεται μόνο εφόσον οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά υποβάλλονται εντός της τρίμηνης ανατρεπτικής προθεσμίας που όριζε το άρθρο 6 του νόμου για το Ε.Σ.Υ.

Στη συνέχεια με τον Νόμο 1579/1985 επιτράπηκε ο εκσυγχρονισμός των ιδιωτικών κλινικών, όχι όμως και η επέκταση της επιχείρησης ή η μεταβολή της νομικής της μορφής.

Παράλληλα, με τον νόμο του 1983 ανατέθηκε στο ΚΕ.Σ.Υ ο κοινωνικός έλεγχος του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα. Επίσης, καθορίστηκε ότι για το μεταβατικό διάστημα επιτρέπεται η νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, εφόσον έχουν συμβληθεί με το δημόσιο. Επιπλέον, χρειαζόταν η έγκριση με υπουργική απόφαση, έπειτα από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το φλέγον ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας άρχισε να εμφανίζεται κατά τα τέλη της δεκαετίας του '60. Παράλληλα, το επίκεντρο της σχετικής δημόσιας συζήτησης μετακινήθηκε από τον τεχνικό -κυρίως ιατρικό- στον κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό χώρο. Βασικοί παράγοντες αυτών των φαινομένων ήταν: η επιταχυνόμενη αύξηση της ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας και των δημόσιων επενδύσεων σε αμφισβητούμενους δαπανηρούς τεχνολογικούς νεωτερισμούς (κυρίως στο νοσοκομειακό τομέα), η γενική αύξηση του κόστους θεραπείας, η συνεχιζόμενη υπερεξειδίκευση της ιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής. Ακόμη δε σημαντικότερα, τα θέματα ποιότητας των ιατρικών πράξεων, κυρίως υπό τις έννοιες του «ιατρικού σφάλματος» και της ιατρικής δεοντολογίας, ήταν στην αποκλειστική, σχεδόν δικαιοδοσία του ιατρικού επαγγέλματος, δηλαδή των ιατρικών συλλόγων. Το όραμα του πρωτοπόρου της δημόσιας ιατρικής εκπαίδευσης Flexner (1910) για το «δικαίωμα του κράτους» να χειρίζεται ολόκληρο το αντικείμενο της ιατρικής επιστήμης προς το δημόσιο συμφέρον γιατί ο γιατρός θα γίνονταν «κοινωνικό όργανο», δεν πραγματοποιήθηκε σε καμία χώρα. Η παροχή δημόσιας ιατρικής εκπαίδευσης γενικεύτηκε, άσχετα από το εάν οι απόφοιτοι θα ασκούσαν το επάγγελμα στον ιδιωτικό ή στο δημόσιο τομέα.

Η δημοσιονομική κρίση και η περικοπή των κοινωνικών δαπανών προς ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των πολυεθνικών

συνέβαλαν στην πολιτικοποίηση της σχέσης του ύψους των δημοσίων δαπανών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, κοινωνικών ή ιατρικών. Η κριτική της ποιότητας χρησιμοποιείται για τη δικαιολόγηση της περικοπής των δημοσίων δαπανών. Τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην πρακτική, δεν περιέχονται μέτρα για τον περιορισμό της ιατροφαρμακευτικής αυτονομίας. Δεν ελέγχονται από το κράτος ακόμα και επικίνδυνες ή αμφισβητήσιμες υπηρεσίες ή προϊόντα υγείας σε όλες τις αγορές, παραδοσιακές ή νεωτεριστικές, ιδίως όπου το σχετικό κόστος επιβάρυνε τον ασθενή⁶ (Τσαλίκης, 2000).

Η αντιμετώπιση της κρίσης των υπηρεσιών υγείας από τους νεοφιλελεύθερους μεταρρυθμιστές στηρίχτηκε στην εκλαϊκευμένη κοινωνιολογική και οικονομολογική παραγωγή της εποχής και της ιδέας της αυτοβοήθειας (self help και της λιτότητας. Μια ειδική έκδοση του περιβόητου Futurist (1977) έδωσε το γενικό παράγγελμα για το μέλλον υπό τον τίτλο Live with Less (Ζήστε με λιγότερα).

Είναι αξιοσημείωτο, ότι ο McGee (1969) ταυτίζει τη λιτότητα με την ποιότητα. Επηρεασμένος από το καταναλωτικό κίνημα υπέρ των λιτοδίαιτων αυτοκινήτων για την αντιμετώπιση της προβλεπόμενης κρίσης στην παραγωγή καυσίμων, ο McGee επινόησε την ιδέα της «ιατρικής φολξβάγκεν» ως ποιοτικά ανώτερη της «ιατρικής κάντιλακ» «μερσεντές» που είναι για τους λίγους.

Κάποια ανάλογη λογική ενέπνευσε τη νέα πορεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (εφεξής Π.Ο.Υ) που άρχισε στη δεκαετία του '70 με βάση την ιδέα της Νέας Πρωτοβάθμιας

⁶ Τσαλίκης, (2000), «Η στρατηγική Του κουτσοβολέματος στις τρεις αγορές Υπηρεσιών Υγείας», στο Γ. Κυριόπουλος, κ.ά. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης Του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα, σ. 15-44.

Φροντίδας Υγείας. Η νέα συνταγή ήταν τόσο δυσανάγνωστη, ώστε απαιτήθηκαν αρκετές προσωπικές ερμηνείες του Mahler, Γενικού Διευθυντή του Π.Ο.Υ, για την προώθησή της. Απολογούμενος για τη μέχρι τότε στρατηγική του Οργανισμού, ο Mahler δήλωσε (Mahler, 1977α)⁷ ότι ο Π.Ο.Υ. είχε ένοχη συνείδηση γιατί παρερμήνευσε το «περισσότερο» (περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες) για «καλύτερο» (βελτίωση της υγείας). Το αποτέλεσμα αυτής της παρερμηνείας, κατά τον Mahler, ήταν η «αποτυχημένη» προσπάθεια του Π.Ο.Υ. για τη δημιουργία εθνικών συστημάτων υγείας στον Τρίτο Κόσμο, κατά το πολυδάπανο πρότυπο των συστημάτων υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες. Η εξομολόγηση της παρερμηνείας του Π.Ο.Υ. έθεσε για πρώτη φορά διεθνώς το πρόβλημα του συμβιβασμού ποσότητας και ποιότητας, το οποίο, έχει μεγάλη θεωρητική και πρακτική σημασία. Βέβαια το πρόβλημα του συμβιβασμού ποσότητας/ποιότητας δε λύθηκε, αλλά κόπηκε σαν γόρδιος δεσμός με το σπαθί της λιτότητας.

Κατά το Mahler (1977β)⁸, η παρερμηνεία του «περισσότερου» για το «καλύτερο» ήταν αποτέλεσμα μιας «σχιζοφρενικής» ερμηνείας του δόγματος υγείας του Οργανισμού.

Παρά την τεκμηρίωση της δραματικής κατολίσθησης του Τρίτου Κόσμου από πλήθος συγκριτικών μελετών (μεταξύ των οποίων οι περιοδικές εκθέσεις του ΟΗΕ και του Π.Ο.Υ.), η νέα στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000» (WHO, 1980)⁹ Π.Ο.Υ. θεμελίωσε η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (1978) βασίστηκε σε μια νέα «σχιζοφρενική» ερμηνεία του δόγματος υγείας του Π.Ο.Υ.. Ενώ η προηγούμενη στρατηγική είχε παρερμηνεύσει το περισσότερο για καλύτερο, η νέα παρερμήνευσε το «ανέφικτο για καλύτερο». Ως βασικό μέσο επίτευξης του νέου οράματος

⁷ Mahler, 1977, WHO at the Crossroads, WHO Chron, τχ 31, σ.219

⁸ Mahler, H. (1971β), «The Staff of Aesculapius», *World Health*, Νοέμβριος/ σ.3.

⁹ WHO (1980), *Health for All by the Year 2000*.

καθορίστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), που ορίστηκε ως οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη πλαισιωμένη από υπηρεσίες υγείας, τις οποίες η χώρα και η κοινότητα μπορούν να διαθέσουν με ενδογενείς πόρους (αρχή της αυτάρκειας, Άλμα-Άτα, VI).

Η ποιοτική αξία της αυτάρκειας κατά το Mahler (1977β) είναι τα παραδοσιακά λιτοδίαιτα μέσα θεραπείας, τα οποία είχαν ήδη χάσει μεγάλο μέρος της αξιοπιστίας τους, υπό την πίεση του ιατρικού μοντέλου της ανάπτυξης. Γενικότερα, για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας των κρατών-μελών του Π.Ο.Υ., η νέα στρατηγική προέβλεπε την εγκατάσταση, μέχρι το 1990, μηχανισμών εξασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (WHO, 1980). Τα αποτελέσματα της στρατηγικής ήταν πενιχρά μέχρι την άφιξη του χιλιαστικού ορόσημου 2000, πράγμα που αναγνωρίστηκε στις περιοδικές μελέτες και απολογισμούς του Π.Ο.Υ.. Η ανανέωση της στρατηγικής συνέχισε στο «Υγεία για Όλους» και μετέθεσε το ορόσημο (στον 21ο αιώνα).

Οι αναφορές στην ποιότητα για την ωραιοποίηση της λιτότητας ήταν αποτέλεσμα της κριτικής του ιατροφαρμακευτικού μοντέλου. Παράλληλα, δημιουργήθηκε και ένα κίνημα για την αλλαγή της θεραπευτικής κουλτούρας, κυρίως στο νοσοκομειακό τομέα. Η βασική ιδέα του κινήματος συνοψίζεται στη φράση: «καλύτερες υπηρεσίες σε χαμηλότερο κόστος». Ο στόχος φαίνεται γενικά επιθυμητός και υπάρχουν παραδείγματα στον ιδιωτικό τομέα για τη δυνατότητα μείωσης του κόστους και βελτίωσης της ποιότητας. Εμφανίστηκαν μάλιστα και ειδικοί οργανισμοί ή «κύκλοι ποιότητας» για την ποιοτική αξιολόγηση και τη βελτίωση της ιατρικής πρακτικής. Αλλά οι

νεοφιλελεύθεροι μεταρρυθμιστές αρκέστηκαν στη λιτότητα και απέφυγαν αυτό το δύσκολο μονοπάτι λόγω της αντίδρασης του ιατρικού κόσμου και της καλπάζουσας ιατροφαρμακευτικής βιομηχανίας.

Το κίνημα αλλαγής κουλτούρας στηρίχτηκε στη διάκριση μεταξύ των εννοιών «μεγιστοποίηση» και «βελτιστοποίηση» (Manga – Tsalikis, 1993)¹⁰, όπως χαρακτηριστικά αναδεικνύεται ως ακολούθως:

- Η μεγιστοποίηση (παραδοσιακή έννοια) αναφέρεται στη διάθεση και χρήση των αναγκαίων πόρων για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών χωρίς υπολογισμό του κόστους των αναγκαίων επεμβάσεων.
- Η βελτιστοποίηση (νεωτερικιστική έννοια) υπονοεί την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση περιορισμένων πόρων για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Η έννοια της μεγιστοποίησης αναφέρεται στον τρόπο λειτουργίας και διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας μέσα στα πλαίσια της ελεύθερης ανάπτυξης της παραγωγής του ιατροφαρμακευτικού βιομηχανικού συμπλέγματος. Η πρωτογενής παραγωγή εκμεταλλεύτηκε παραδοσιακά (για τη μεγιστοποίηση του κέρδους) την αέναη ανοδική πρόοδο και ανάπτυξη. Αντίθετα, η έννοια της βελτιστοποίησης συνοψίζει, όπως θα δούμε αργότερα, την ιδεολογία (αλλά όχι την πρακτική) της διαχείρισης της λιτότητας.

¹⁰ Manga Tsalikis, (1993), «The Taming of Medicine in Canada. The "New-Bi/d Vertues" of Quality Assurance and Effectiveness», International Conference on Quality Assurance, Society of Quality Assurance, Eger, Ουγγαρία

Από την άποψη της καθημερινής πρακτικής, το δίλημμα του γιατρού υπό το καθεστώς της μεγιστοποίησης είναι περίπου: «*τι μπορώ να κάνω* για τη βελτίωση της υγείας αυτού του ασθενούς μέσα στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης και της επαγγελματικής δεοντολογίας». Δηλαδή, ο γιατρός δεσμεύεται σ' αυτή την περίπτωση μόνο από το ότι είναι «επιστημονικά σωστό» (ανάλογα με τις γνώσεις του) και «επαγγελματικά πρέπει». Ενώ το δίλημμα του γιατρού θα πρέπει να είναι ιδανικά: «*τι πρέπει να κάνω* για το χειρισμό αυτής της περίπτωσης με γνώμονα την αποδοτικότητα και την προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα της δεδομένης ιατρικής πράξης σε σύγκριση με άλλες μεθόδους για το χειρισμό της ίδιας περίπτωσης». Δηλαδή, η απάντηση βασίζεται στη σύγκριση του κόστους μεταξύ εναλλακτικών ιατρικών πράξεων αυτής της αποτελεσματικότητας για την επιλογή της μεθόδου θεραπείας στο χαμηλότερο κόστος. Το δε κόστος δεν περιλαμβάνει μόνο το κόστος παραγωγής, αλλά ιδανικά και της κατανάλωσης (συμπεριλαμβανομένου και του κοινωνικού κόστους από την άποψη του ασθενούς, της οικογένειάς του, κλπ.).

Η δημοσιονομική κρίση έφερε στον τομέα των υπηρεσιών υγείας το οικονομικό θεώρημα της «οριακής χρησιμότητας» (marginal utility), κατά το οποίο μετά από κάποιο μεταβλητό όριο στην εξέλιξη των υπηρεσιών, η αύξηση των δαπανών δεν αποφέρει ανάλογες μονάδες πρόσθετης χρησιμότητας. Η χρήση αυτού του θεωρήματος περιορίστηκε κυρίως στην εξήγηση και διαχείριση της κρίσης με πολιτικές λιτότητας. Όμως η κρίση δεν αφορούσε μόνο την αδυναμία βελτίωσής της από τις υπάρχουσες υπηρεσίες βλάπτουν τη δημόσια υγεία ή είναι ανωφελείς, και επομένως πρέπει να περικοπούν για τη μεταφορά πόρων προς άλλες πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες.

Όλα αυτά τα «θαύματα» της ιατρικής παραβλέπουν ή

παραποιούν την έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και εξυπηρετούν μόνο την αναστήλωση της χαμένης αίγλης της ιατρικής. Όπως όλοι οι μεγάλοι μύθοι, η πανάκεια και η αθανασία έχουν τρομερή απήχηση γιατί εκμεταλλεύονται τους βασικούς φόβους του ανθρώπου, το θάνατο και τα γηρατειά. Η παρατήρηση του Swift «όλοι επιθυμούν τη μακροζωία, αλλά κανείς τα γηρατειά» συνοψίζει τους μεγάλους φόβους του ανθρώπου, τους οποίους ακόμα και η φιλοσοφία της ηρωικής εποχής δεν μπόρεσε να ξεριζώσει.

Παράλληλα με τη ρητορική της έννοιας της ποιότητας η νέα σχολή management μεταφύτευσε από τον ιδιωτικό τομέα διάφορες τεχνικές της ποιότητας με γενικό στόχο τη «μεγιστοποίηση της αξίας των υπηρεσιών και προϊόντων υγείας» (δηλαδή βελτιστοποίηση). Γενικά, οι τρέχουσες τεχνικές διαχείρισης ποιότητας κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την τελεολογική κατεύθυνσή τους: διαχείριση πελατειακής ποιότητας και διαχείριση ολικής ποιότητας.

α. Η πελατειακή διαχείριση ποιότητας

Η πελατειακή διαχείριση στοχεύει στη μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά την αντίληψη του πελάτη. Έχει περιορισμένη ωφελιμιστική αξία, γιατί συνήθως αποβλέπει στο οικονομικό ή πολιτικό κέρδος (στο δημόσιο τομέα).

Πρώτον, η αντίληψη του πελάτη ή χρήστη για την ουσιαστική ποιότητα (intrinsic value) είναι πολύ περιορισμένη. Την έχει μεγαλοποιήσει η «ελευθερία επιλογής». Στον πολύπλοκο τομέα της ιατρικής, κλασικό παράδειγμα κριτικής της επιλογής παραμένει το άρθρο του R. Titmuss (1968). Αλλά και σε απλούστερους παραγωγικούς τομείς, ο πελάτης συνήθως εκτιμά την ποιότητα συμβατικά, χωρίς να έχει ολοκληρωμένη γνώση

της ουσιαστικής αξίας του προϊόντος. Οι δε θεσμικοί ή συμβατικοί περιορισμοί του παραγωγού (τα ψιλά γράμματα για συστατικά, κλπ.) δεν παρέχουν πάντα μια επαρκή και κατανοητή πληροφόρηση για την ποιότητα.

Δεύτερον, αντιλήψεις για την ποιότητα ιατρικών πράξεων συχνά επιβάλλονται με εκφοβισμό του χρήστη συχνά για κερδοσκοπικούς λόγους. Πολλές γυναίκες, π.χ., ταλαιπωρούνται με μη αναγκαίες καισαρικές τομές από κερδοσκόπους μαιευτήρες. Η αντίδραση οργανώσεων υπέρ του φυσικού τοκετού και η προώθηση του θεσμού της διπλωματούχου μαιας στην περασμένη δεκαετία από τον Π.Ο.Υ., έχουν μειώσει σε μερικές χώρες το οικονομικό και κοινωνικό κόστος αυτής της πρακτικής. Στην Ελλάδα και σε άλλες «ιατροκρατούμενες» κοινωνίες, κάπου 27-30% των τοκετών καταλήγουν στο νυστέρι (κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια). Το σχετικό ποσοστό σε ευνοούμενες κοινωνίες περιορίζεται στο 5-7%. Τα ιδιωτικά μαιευτήρια γενικά προωθούν, άλλα μη ιατρικά στοιχεία ποιότητας.

Τα παραπάνω σχόλια αναφέρονται κυρίως στα πρωτογενή (ιατρικά) χαρακτηριστικά της ποιότητας. Πέρα από αυτά, υπάρχουν πολλές σημαντικές απόψεις ποιότητας, δευτερογενείς ή πολιτιστικές. Αυτές έχουν σχέση με το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον της θεραπείας, την πρόσβαση προς τις υπηρεσίες, τη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών, την επικοινωνία με το ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό, την ασφάλεια και ευπρέπεια του χώρου, το χρόνο αναμονής και θεραπείας και άλλα στοιχεία τα οποία συνήθως κατατάσσονται σε λίστες προϋποθέσεων ικανοποίησης των χρηστών. Τα πολιτιστικά στοιχεία διευκολύνουν, λίγο-πολύ, την αποτελεσματικότητα των ιατρικών πράξεων και συχνά αποτελούν αντικείμενο προσπαθειών για τη βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του

κόστους. Για παράδειγμα, η καλή πληροφόρηση των ασθενών (προφορική ή γραπτή) μπορεί να μειώσει το κόστος των ιατρικών επισκέψεων. Εδώ έχει εφαρμογή το αξίωμα «σωστό από την αρχή» (right first time) που εκφράζεται συνήθως με το παράδειγμα «μην κάψεις τη φρυγανιά για να μην την ξύσεις». Στον ιδιωτικό τομέα, η πελατειακή διαχείριση ποιότητας συνήθως επιλέγει για βελτίωση τα πολιτιστικά στοιχεία που εγγυώνται τη μεγιστοποίηση κύρους και κέρδους.

Στο δημόσιο τομέα, τα πολιτιστικά στοιχεία ποιότητας μειώθηκαν σημαντικά από την επέκταση της κάλυψης του πληθυσμού και τις περικοπές των δαπανών (μείωση προσωπικού και εξόδων αντικατάστασης/συντήρησης υλικού, κλπ.). Δεν είναι, επομένως, δυνατή η βελτίωση αυτής της ποιότητας χωρίς πρόσθετες δαπάνες. όπου δεν υπάρχει δυνατότητα πρόσθετων δημοσίων δαπανών για υπηρεσίες ποιότητας, τα βάρη έχουν μεταφερθεί στο χρήστη, συνήθως μέσω συνεισφορών ή ιδιωτικής ασφάλισης. Η βελτίωση των πολιτιστικών στοιχείων ποιότητας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και δαπανηρή σε κοινωνίες, οι οποίες στερούνται βασικής ανθρωπιστικής παράδοσης (δικαιοσύνης, ισότητας, χρηστής διοίκησης και διαχείρισης, έντιμου επαγγελματισμού, αλληλοβοήθειας, αλληλοσεβασμού, κλπ.). Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η πολιτιστική ποιότητα δε σχετίζεται μόνο με τους παραγωγούς υπηρεσιών, αλλά και με το πολιτιστικό επίπεδο των χρηστών.

β. Διαχείριση ολικής ποιότητας

Αυτό το είδος ποιοτικής διαχείρισης αναπτύχθηκε αρχικά στο βιομηχανικό τομέα της Ιαπωνίας και διαδόθηκε διεθνώς υπό τον όρο Total Quality Management (TQM), δεδομένου ότι εμπλέκει ολόκληρο τον παραγωγικό οργανισμό και ολόκληρο το

φάσμα Ποιότητας. Μεταφυτεύτηκε υπό τον ίδιο όρο στον τομέα της υγείας, όπου η έννοια της ολικής ποιότητας περιλαμβάνει ιδανικά και αποτελέσματα των υπηρεσιών, όχι μόνο από την άποψη ικανοποίησης των χρηστών αλλά και από την άποψη βελτίωσης της υγείας τους και γενικά της δημόσιας υγείας.

Η έννοια της βελτιστοποίησης των εθνικών συστημάτων υπονοεί την επιλογή αποτελεσματικών μέσων μέσα στο πλαίσιο δεδομένων (περιορισμένων) πόρων. Η πιο γνωστή μέθοδος επιλογής αυτού του είδους είναι η οικονομική ανάλυση κόστους-χρησιμότητας σαν κερδισμένα έτη Ποιοτικής ζωής από την υποκειμενική άποψη των χρηστών και άλλων ενδιαφερόμενων (Quality-Adjusted Life- Years). Η επιλογή του γιατρού έχει μεγαλύτερη κοινωνική σημασία, εάν συγκρίνει μια συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμότητας με κάποια μεγαλύτερη χρησιμότητα που μπορεί να επιτευχτεί στο ίδιο κόστος. Για παράδειγμα, η μεταμόσχευση νεφρού σε έναν ασθενή πάνω από τα 80 κοστίζει το ίδιο με δεκάδες μεταμοσχεύσεις νεφρών σε παιδιά.

Εφαρμογές της έννοιας της κοινωνικής βελτιστοποίησης πρέπει να δίνουν έμφαση στη σύγκριση βιοϊατρικών τεχνολογιών (και όχι απλώς περιπτώσεων ασθενών) με μεθόδους ανάλυσης κόστους αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis). Αυτές οι εφαρμογές προϋποθέτουν μεγάλα έξοδα έρευνας και πολυδάπανες αντιπαραθέσεις του ιατρικού προσωπικού διάφορων σχολών, όπως οι «ανάλογοι φυλετικοί πόλεμοι» που μπόρεσε τελικά να ξεπεράσει η TQM στη βιομηχανία της Ιαπωνίας. Τα πράγματα είναι διαφορετικά στο δημόσιο τομέα υγείας, ιδίως σε χώρες όπου οι γιατροί προέρχονται από πανεπιστήμια του εξωτερικού διαφορετικών αντιλήψεων. Οι δε αντιπαραθέσεις του επιστημονικού προσωπικού συνήθως

επηρεάζονται από τα λόμπι των προμηθευτών.

Δεδομένης της ιδανικής τελεολογικής κλίσης της βελτιστοποίησης στο δημόσιο τομέα προς το κοινό συμφέρον (δηλαδή την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών για τη βελτίωση της υγείας ενός ολόκληρου Πληθυσμού), οι συγκριτικές αξιολογήσεις τεχνολογιών ή περιπτώσεων ασθενών δεν μπορούν να σταματήσουν στο επίπεδο του «πελάτη». Πελάτης είναι το κοινωνικό σύνολο. Επομένως, υποτίθεται ότι συγκρίνοντας την αποτελεσματικότητα στο προσωπικό, ομαδικό (οικογένεια, κλπ.) και κοινωνικό επίπεδο φθάνουμε σε μια επιλογή που δίνει πρωταρχική σημασία στην κοινωνική ωφέλεια, έπειτα στην ομαδική και τελικά στην ατομική. Φυσικά, οι επιλογές και συμβιβασμοί σ' αυτή τη σειρά απαιτούν εκτενή πληροφόρηση, πολύπλοκους υπολογισμούς και συγκρίσεις αποτελεσματικότητας ή οφέλους από αυτή και μόνο την επιλογή. Συνήθως τέτοιες συλλογικές διαδικασίες είναι πολυδάπανες. Στο δημόσιο τομέα, οι πολιτικές λιτότητας και ο ανταγωνισμός για τη διανομή περιορισμένων πόρων δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για δαπάνες ενημέρωσης και συμμετοχής όλων των εξω-υπηρεσιακών παραγόντων, του προσωπικού και των χρηστών σε μια διαχείριση ολικής ποιότητας.

Γενικά, η διαχείριση ολικής ποιότητας εξαρτάται από τον περιορισμό της ιατρικής αυτονομίας στην εκπαίδευση και πρακτική. Ο ιατρικός σύλλογος άλλαξε τη δεοντολογική αρχή για την κάλυψη περιπτώσεων όπου βλάπτεται άλλος ασθενής ή απειλείται η δημόσια υγεία. Αυτή είναι μια *de facto* περίπτωση ανατροπής του δόγματος του νομπελίστα M. Friedman, που ορίζει την ιατρική υπηρεσία σαν διαιρετό, προσωποποιημένο αγαθό (*divisible good*), το οποίο δεν έχει θέση στο δημόσιο τομέα (κατά την κλασική ιδεολογία του ελάχιστου κράτους).

Πέρα από τη διαχείριση ατομικών περιπτώσεων από συλλογικές διαδικασίες υπάρχει μια σειρά αξιωμάτων για την ποιότητα, τα οποία έχουν ευρεία απήχηση αλλά περιορισμένη εφαρμογή στην πράξη. Για παράδειγμα:

- Ο μέσος άνθρωπος προτιμά να είναι υγιής παρά καλοφροντισμένος άρρωστος (αξίωμα υπέρ της προληπτικής ιατρικής).
- Ο μέσος άρρωστος προτιμά την ταχύτερη δυνατόν αποκατάσταση της υγείας του με απλά μέσα παρά μια ισάξια μακροχρόνια νοσηλεία υψηλής τεχνολογίας (αξίωμα υπέρ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας).

Προφανώς, υπάρχουν ιδιαιτερότητες προσωπικών προτιμήσεων που απαιτούν κατά περίπτωση χειρισμό διοικητικών αποφάσεων και επιλογών λόγω του μεταβλητού ορίου, στο οποίο η ποσότητα επηρεάζει την ποιότητα.

Η έννοια της ολικής διαχείρισης ποιότητας στον ιδιωτικό τομέα έχει στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων. Στον τομέα δημόσιας υγείας η ποιότητα δεν αφορά την παραγωγή ενός ή μιας σειράς ομοειδών προϊόντων, αλλά πολυάριθμων υπηρεσιών και προϊόντων ενός πολύπλοκου μηχανισμού επηρεαζόμενου συνεχώς από το σύνολο του κοινωνικού φάσματος, γιατί δεν υπάρχει κοινωνικό στοιχείο που είναι από τη δημόσια υγεία.

2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια το κράτος προσπαθεί να βελτιώσει το Υγειονομικό σύστημα περίθαλψης μειώνοντας ή εξαλείφοντας τα

διάφορα προβλήματα που υπάρχουν. Τα κυριότερα προβλήματα που υπάρχουν στον κλάδο της Υγείας είναι η γραφειοκρατία, η χαμηλής ποιότητας παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οι ελλείψεις υποδομές, η αποξένωση και η αδιαφορία για τους πολίτες που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές. Επιπλέον υπάρχουν ελλείψεις σε ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Το σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης απαρτίζεται: από το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών τους ιατρείων, καθώς και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία δεν διαθέτουν ίδιες υποδομές αλλά πραγματοποιούν συμβάσεις με ιδιώτες προμηθευτές. Από τον ιδιωτικό τομέα ο οποίος παράσχει άμεσες και ποιοτικότερες υπηρεσίες. Από την τοπική αυτοδιοίκηση, η οποία παρέχει ιατρικές υπηρεσίες μέσω των δημοτικών ιατρείων.

Για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών Υγείας απαιτείται η ύπαρξη ειδικευμένου και επαρκώς απασχολούμενου προσωπικού. Ειδικότερα για να παρέχει το νοσοκομείο ποιοτικότερες υπηρεσίες θα πρέπει να τηρεί τις υποσχέσεις του και να παρέχει τις υπηρεσίες που αναφέρει. Δηλαδή θα πρέπει να έχει ακρίβεια στην τιμολόγηση, να τηρεί σωστά έγγραφα στα αρχεία του και να παρέχει τις υπηρεσίες έγκαιρα σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Με αυτό τον τρόπο οι υπηρεσίες θα είναι έγκαιρες και θα εμπεριέχουν συνέπεια στην απόδοση και αξιοπιστία. Η εγκυρότητα των υπηρεσιών σχετίζεται με την θέληση ή την ετοιμότητα των υπαλλήλων να τις παράσχουν. Επιπλέον, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να διαθέτει την απαραίτητη επιδεξιότητα και την κατάλληλη γνώση για να παρέχει τις υπηρεσίες. Δηλαδή θα πρέπει να διαθέτει την επιδεξιότητα, να έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Η επαφή με τον ασθενή προϋποθέτει ότι το προσωπικό έχει

ευκολία κατά την προσέγγιση και επαφή με τον ασθενή. Δηλαδή ότι ακόμη και οι δια τηλεφώνου υπηρεσίες είναι εύκολα προσβάσιμες, ο χρόνος αναμονής δεν είναι μεγάλος και οι ώρες και ο τόπος λειτουργίας είναι σωστός. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται με ευγένεια, σεβασμό, λεπτότητα, και φιλικότητα καθώς με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται σεβασμός στην προσωπικότητά τους. Επιπλέον, οι ιατροί να επιδεικνύουν ενδιαφέρον και κατανόηση για τα προβλήματα του πελάτη τους και αυτό επιτυγχάνεται με συνέπεια, πειστικότητα, τιμιότητα. Όλα αυτά επιτυγχάνονται όταν οι Υπηρεσίες Υγείας δημιουργούν φυσική και σωματική ασφάλεια, αλλά και εμπιστευτικότητα.

Οι ασθενείς επιλέγουν μέσα από μία σειρά εναλλακτικών ιατρικών υπηρεσιών, εκείνη την υπηρεσία που θα τους δώσει την μεγαλύτερη αξία με το χαμηλότερο κόστος. Η αναμενόμενη αξία της υπηρεσίας είναι η διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης υποκειμενικής αξιολόγησης και του κόστους της προσφοράς από τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις που δίνονται. Η ολική αξία του ασθενή (total customer value) είναι η οικονομική αξία η οποία εξαρτάται από τα οικονομικά και ψυχολογικά οφέλη που αναμένουν οι ασθενείς από την προσφορά του νοσοκομείου. Τέλος, το ολικό κόστος του ασθενή είναι το κόστος που περιμένει από την αξιολόγηση και την χρήση της παρούσας προσφοράς.

2.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Υγείας επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση συστήματος ολικής ποιότητας από το μάνατζμεντ. Με αυτό τον τρόπο παρέχονται τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες, στο καλύτερο δυνατό κόστος και στη καλύτερη δυνατή τιμή πάντα σε συνάρτηση με τις ανάγκες των ασθενών. Όλα αυτά γίνονται στα πλαίσια του ανταγωνισμού που διέπει την αγορά Υγείας.

Με το μάνατζμεντ ολικής ποιότητας επιτυγχάνεται αφενός οι πελάτες να λαμβάνουν ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας, αφετέρου οι εργαζόμενοι να λειτουργούν περισσότερο αποτελεσματικά. Έτσι ενώ η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να αυξήσει τις πωλήσεις, μπορεί όμως από την άλλη αυτό να είναι εις βάρος του τρόπου παραγωγής.

Στις μέρες μας οι πελάτες των υπηρεσιών υγείας προσδοκούν πέραν από ολοκληρωμένες και ποιοτικές υπηρεσίες. Καθώς οι υφιστάμενοι οικονομικοί πόροι είναι περιορισμένοι απαιτείται η βέλτιστη δυνατή διαχείρισή τους. Γι'αυτό και οι κατά τόπους Υπηρεσίες Υγείας, αλλά και το ίδιο το υπουργείο οφείλει για να πετύχει εύρυθμη προσβασιμότητα των ασθενών στον κλάδο της Υγείας να επαναπροσδιορίσει τις πηγές εσόδων βελτιώνοντας κατ'αυτό τον τρόπο την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας.

Αυτό που εμποδίζει την επίτευξη του εγχειρήματος βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας είναι ότι η έννοια της ποιότητας δεν είναι συγκεκριμένη, άρα

δεν είναι μετρήσιμη. Για τις κακές υπηρεσίες υγείας δεν ευθύνονται οι εργαζόμενοι, ούτε το χαμηλό επίπεδο των ξενοδοχειακών υπηρεσιών, αλλά την ευθύνη την έχουν οι εξειδικευμένοι επιστήμονες, οι οποίοι αναλαμβάνουν να επικοινωνούν με τους ασθενείς για τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Οι ασθενείς με τη σειρά τους προσπαθούν με τη Νοσηλεία τους να επανέλθουν σε κάποιο αποδεκτό επίπεδο υγείας, να πληροφορηθούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος τους.

Ειδικότερα, οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους επιθυμούν να επικοινωνούν με το γιατρό για θέματα σχετικά με την υγεία τους. Να ενημερώνονται εγκαίρως για την όποια αλλαγή ή καθυστέρηση στην πορεία της θεραπευτικής τους αγωγής είτε από τους γιατρούς είτε από τους νοσηλευτές. Να αισθάνονται ότι υπάρχει ευαισθησία για τα προβλήματά τους ακόμα και αν αυτά δε προέρχονται απαραίτητα από τη νόσο τους. Να αισθάνονται ότι οι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν τον απαραίτητο επαγγελματισμό. Να βρίσκονται σε χώρο όπου διαθέτει ευχάριστο ξενοδοχειακό περιβάλλον, υψηλό επίπεδο καθαριότητας προς αποφυγή λοιμώξεων και υψηλό επίπεδο διατροφής και εξυπηρέτησής τους.

Από την κάλυψη αυτών των αναγκών επέρχεται και το επίπεδο της ικανοποίησής τους.

Επομένως αν μία Νοσηλευτική Μονάδα επιδιώκει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ασθενή οφείλει να διαθέτει το κατάλληλο επιστημονικά εκπαιδευμένο προσωπικό (Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Διοικητικό). Να διαθέτει την κατάλληλη εξοπλιστική βιοιατρική τεχνολογία. Να παράσχει κατάλληλη ξενοδοχειακή κάλυψη και διατροφή στους ασθενείς, να έχει υψηλό επίπεδο καθαριότητας και να διασφαλίζει υψηλό επίπεδο

επικοινωνίας ¹¹(Μπινιώρης Σ(2001), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης σελ 15-20).

2.2.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Στην Ελλάδα ο τομέας της δημόσιας δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι οργανωμένος με σύγχρονο και αποτελεσματικό τρόπο, και δεν υπάρχουν λειτουργικά συστήματα αυτοελέγχου αλλά και ελέγχου εκ των έξω για να μη σπαταλώνται πόροι οι οποίοι είναι εκ των πραγμάτων περιορισμένοι πόροι.

Τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν ποιοτικώς χαμηλές ξενοδοχειακές υπηρεσίες, έχουν δε πληθώρα διοικητικού (το οποίο δε κάνει κατάλληλο management) και όχι επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό και δε διαθέτουν επαρκή εξοπλισμό. Όλα αυτά οφείλονται σε ανεπάρκεια της κρατικής μέριμνας.

Μέχρι πρότινος τα νοσοκομεία διευθύνονταν από ένα Συμβούλιο γιατρών, οι οποίοι εστίαζαν την προσοχή τους στη φροντίδα των ασθενών παρά στη διοίκηση. Πλέον όμως τα σύγχρονα νοσοκομεία είναι μεγαλύτερα και πιο πολύπλοκα. Γι'αυτό και τα διευθυντικά στελέχη και το προσωπικό για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στα νέα δεδομένα οφείλουν να έχουν και την ανάλογη επαγγελματική εκπαίδευση. Η πιο επαγγελματική διοίκηση γίνεται από επαγγελματίες στο γραφείο των Δημοσίων Σχέσεων των νοσοκομείων.

¹¹ Μπινιώρης Σ(2001), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης σελ 15-20

Οι Δημόσιες Σχέσεις στα νοσοκομεία είναι αναγκαίες γιατί προβάλλεται το επιστημονικό έργο των δημιουργικών γιατρών, οι δυνατότητες του νοσοκομείου ή οποιασδήποτε άλλης οργανωτικής δομής, μειώνεται η ένταση που προκαλεί το ψυχολογικά φορτισμένο περιβάλλον, διαμορφώνεται μια εικόνα ασφάλειας και σιγουριάς στους ασθενείς, γίνεται μέρος της κουλτούρας του κοινού και εμπυχώνεται το νοσηλευτικό προσωπικό μέσω της αναγνώρισης της εργασίας του.

Με το management και τις Δημόσιες Σχέσεις βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα νοσοκομεία και αναβαθμίζουν τις σχέσεις με το κοινωνικό σύνολο. Γι'αυτό και η παρουσία των Δημοσίων Σχέσεων είναι ένα ισχυρό 'εργαλείο' μάρκετινγκ στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, και θεωρείται επιτακτική ανάγκη για κάθε υγειονομική επιχείρηση.

Πλέον το νοσοκομείο εκτός από τόπος θεραπείας, έρευνας και εκπαίδευσης έχει σημαντικό κοινωνικό ρόλο, αφενός γιατί προσφέρει έργο που αποβαίνει υπέρ του κοινωνικού συνόλου, αφετέρου γιατί εναρμονίζει τους στόχους και τις επιδιώξεις του, με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη του κοινωνικού ρόλου του νοσοκομείου οφείλεται στην ανάγκη διασύνδεσής του με τους ασθενείς και το ευρύ κοινό-πολίτες.

Στην πλειοψηφία των νοσοκομείων, πολλοί γιατροί προβάλλουν τη δουλειά τους, αγνοώντας εάν αυτό γίνεται σε βάρος του νοσοκομείου ως σύνολο. Ως εκ τούτου, ενώ οι γιατροί αυξάνουν την πελατεία τους, πλήττουν το νοσηλευτικό κέντρο στο οποίο εργάζονται, με αποτέλεσμα να μην αφήνουν τα νοσηλευτήρια να παρουσιάσουν ενιαίο πρόσωπο ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας, του εξοπλισμού που διαθέτουν,

τα νέα τμήματα που έχουν δημιουργήσει για την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου και για τις άλλες υπηρεσίες που προσφέρουν.

2.2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Μία ιδιωτική υπηρεσία υγείας ενδιαφέρεται πρώτιστα για το ρυθμό αύξησης ή μείωσης των κερδών του, δηλαδή για την οικονομική του αποδοτικότητα αποκλειστικά.

Σημειώνεται ότι συγκρίνοντας τη μορφή και την ποιότητα της αξιολόγησης των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. που ανήκουν στο σύνολό τους στον ιδιωτικό τομέα διαπιστώνεται ότι, ενώ τα αποτελέσματα (μείωση της θνητότητας) είναι πολύ καλύτερα από άλλα νοσοκομεία, η παράμετρος φήμη κατατάσσει τα νοσοκομεία αυτά σε χαμηλότερη θέση από άλλα που έχουν μεγάλο ποσοστό θνητότητας.

Το είδος λοιπόν της αξιολόγησης και ο τρόπος μέτρησης της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την νομική μορφή της υπηρεσίας, δημόσιας ή ιδιωτικής, αφού η πρώτη αξιολογείται με το προσφερόμενο κοινωνικό όφελος, ενώ η δεύτερη με το ρυθμό αύξησης των κερδών της¹².

Τα Ιδιωτικά νοσοκομεία εν αντιθέσει με τα δημόσια έχουν καλύτερη αποδοτικότητα και παρεχόμενο επίπεδο υπηρεσιών. Η πλειοψηφία των ιδιωτικών νοσοκομείων καλύπτει το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας, δηλαδή καλύπτουν την υφιστάμενη ζήτηση για υπηρεσίες Υγείας. Παράλληλα τα ιδιωτικά νοσοκομεία διαθέτουν ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα, το οποίο λειτουργεί όλο το 24ωρο και έχουν ανταγωνιστική τιμολογιακή. Οι υπηρεσίες

¹² Σούλης, 1999, Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 323

που παρέχουν οι ιδιωτικές μονάδες είναι περισσότερο ποιοτικές καθώς διαθέτουν Τεχνολογία Αιχμής και Έμπειρο Management.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ΥΓΕΙΑ που είναι η μεγαλύτερη ιδιωτική νοσοκομειακή μονάδα της χώρας. Το ΥΓΕΙΑ δέχεται περίπου 120.000 εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς ετησίως, με μέση διάρκεια νοσηλείας 3,6 ημέρες. Ο εργαστηριακός τομέας διεκπεραιώνει περίπου τις 870.000 εξετάσεις ετησίως. Διαθέτει 16 χειρουργικές αίθουσες, όπου γίνονται 11.000 επεμβάσεις ετησίως, καθώς επίσης και 27 κλίνες μονάδας εντατικής θεραπείας, σε 3 χώρους, καθώς και Μονάδα Μεταμόσχευσης Ρευστών Οργάνων (2 κλίνες). Το σύνολο των κλινών του ανέρχεται σε 300.13

Το νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ και το HARVARD MEDICAL INTERNATIONAL υπέγραψαν συμφωνία συνεργασίας στις 20 Μαΐου 2002. Σε ειδική τελετή, αναπτύχθηκαν οι στόχοι και οι βασικοί άξονες της συνεργασίας, η οποία σε πρώτη φάση είναι 5ετούς διάρκειας. Η επιτροπή του HARVARD MEDICAL INTERNATIONAL αποφάσισε να συνεργαστεί με το νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, και το ίδρυμα αυτό προσφέρει ποιοτικότερες επιπέδου υπηρεσίες υγείας, έχει ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υψηλού επιπέδου και χρησιμοποιεί ιατρικά μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας. Πλέον το νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ έχει την δύναμη να κατέχει ηγετική θέση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι «ο όμιλος του Θεραπευτηρίου «Υγεία» προτίθεται να επενδύσει πάνω από 100εκατ. Ευρώ για να κτίσει το «νέο» Ασκληπιείο, και μία μαιευτική κλινική στην έκταση των 100 στεμμάτων του Ερυθρού Σταυρού στη Βούλα. Γι'αυτό και στις αρχές του Ιουνίου του 2006 ο ιδιοκτήτης της Dubai Holding εξέφρασε την υπόσχεση ότι η εταιρεία θα

¹³ www.hygeia.gr/exoplismos.shtml , πληροφορίες > υπηρεσίες , 24/10/06

επενδύσει εκτός από τις τράπεζες και στον κλάδο της Υγείας στο πλαίσιο των Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ)» (ΚΩΤΣΗΣ, 22/10/2006,ΣΕΛ.Β11) 14.

Το πρόγραμμα του ΥΓΕΙΑ για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, περιλαμβάνει το κλινικό έργο και τις διοικητικές υπηρεσίες, τη διαρκή εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του ΥΓΕΙΑ από καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του HARVARD, την ενίσχυση του τομέα της έρευνας και τη δραστηριοποίηση σε τομείς κοινού ενδιαφέροντος, με στόχο την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και την καταξίωση του ΥΓΕΙΑ στο διεθνή χώρο και τη δημιουργία από κοινού Ιατρικής Σχολής στην Ελλάδα.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα των παραπάνω αποτελεί το Ιατρικό Κέντρο όπου ξεκίνησε σαν παιδιατρικό αλλά εξαιτίας των γιατρών και του Διοικητικού Συμβουλίου που προσπαθούσαν να βελτιώσουν τις θέσεις τους, χρεώθηκε 280.000.000 δρχ και έτσι ο κ. Αποστολόπουλος με προτροπή του κύριου Πουλάκη μετέτρεψε το Ιατρικό Κέντρο από παιδιατρικό σε γενικό νοσοκομείο.

Με τις Δημόσιες Σχέσεις στα νοσοκομεία οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας επικοινωνούν με το ιατρικό προσωπικό. Με αυτό τον τρόπο το ιατρικό προσωπικό επικοινωνώντας με τη διοίκηση αφενός προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο, αφετέρου προσελκύεται "πελατεία". Επιπλέον αυξάνεται η παραγωγικότητα, με την καλλιέργεια κλίματος καλής συνεργασίας και ενίσχυσης των παροχών και των κινήτρων, μέσα από προγράμματα δημοσιότητας και επιβράβευσης των επιτυχιών του προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο γίνεται αποτελεσματικότερη η αντιμετώπιση εκείνων των καταστάσεων

¹⁴ ΚΩΤΣΗΣ, 22/10/2006, «Ζεστό» χρήμα στον κλάδο της Υγείας, ΤΟ ΒΗΜΑ, ΣΕΛ. Β11

που φέρουν σε δύσκολη θέση τον Οργανισμό. Επιπρόσθετα γίνεται καλύτερη εκτίμηση των αναγκών και καλύτερος σχεδιασμός επηρεάζοντας θετικά τα κέντρα λήψης αποφάσεων και την εικόνα που δίδεται προς τα έξω. Η δημιουργία θετικής εικόνας προς τα έξω ενισχύει το κύρος και την εμπιστοσύνη προς τον Οργανισμό, προλαμβάνοντας ή και διαλύοντας εσφαλμένες εντυπώσεις, που μπορεί να οφείλονται σε λάθη ή παρερμηνείες.

3.0 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η Παιδιατρική πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα του ΙΘ' αιώνα μ.Χ. Κατ'ουσίαν, η Παιδιατρική χρονολογείται, αντίστοιχα με τη Γενική Ιατρική, από την εποχή δηλαδή που οι άνθρωποι προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν τις ασθένειες.

Στην πραγματικότητα, ή καθυστερημένη εξέλιξη αυτού του κλάδου της ιατρικής, πού αναμφισβήτητα είναι από τους σπουδαιότερους, πρέπει να αποδοθεί σε δύο παράγοντες: πρώτο στις στενές σχέσεις πού υπάρχουν μεταξύ μητέρας και βρέφους κατά την περίοδο του θηλασμού, έτσι πού για πολύ καιρό συγγεόταν και εξεταζόταν μαζί με τη μαιευτική. Κατά δεύτερο λόγο στις δυσκολίες πού αντιμετωπίζονται κατά την εξέταση του άρρωστου παιδιού, για την ανακάλυψη παθολογικών συμπτωμάτων και εξαγωγή συμπερασμάτων για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.

Σημειώνεται ότι κατά την αρχαιότητα απέδιδαν μικρή σημασία στο παιδί ως άτομο και ως μέλος του κοινωνικού συνόλου, και έτσι όχι μόνο η αρρώστια αλλά και η ζωή του παραμελείτο. Απόδειξη αυτού του γεγονότος ότι στην Αρχαία Ελλάδα και στη Ρώμη, πριν από το χριστιανισμό, δεν παρεχωρείτο στο παιδί κανένα είδος προστασίας και ήταν εντελώς άγνωστη η μελέτη των παιδικών νοσημάτων. Η ιστορία της παιδιατρικής μελέτης ξεκινά από το 15^ο αιώνα. Σήμερα αναγνωρίζεται ότι η μελέτη των μικρών ασθενών απαιτεί ορισμένη εξειδίκευση, γι'αυτό και σε όλες τις ιατρικές σχολές υπάρχει έδρα και κλινική παιδιατρικής, όπως άλλωστε και στα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία.

Ή παιδιατρική σήμερα θεωρείται και κοινωνική επιστήμη, γιατί μελετά και αντιμετωπίζει τη μέγιστη απειλή της παιδικής

θνησιμότητας, ασχολείται με την πρόληψη των παιδικών νοσημάτων και μελετά ιδιαιτέρως τα προβλήματα που συνδέονται με τη διατροφή του βρέφους. Πράγματι, η βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος και της διατροφής, μαζί με τη χρησιμοποίηση νέων θεραπευτικών μεθόδων, έχει περιορίσει σημαντικά τη βρεφική θνησιμότητα.

Αποφασιστικής σημασίας παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση αυτή σημειώθηκαν με την ευρεία εφαρμογή των εμβολιασμών (κατά της ευλογιάς, της διφθερίτιδας, του τετάνου, της πολιομυελίτιδας, του κοκίτη και τελευταίως της Ιλαράς με την οροθεραπεία, με την ανακάλυψη των χημειοθεραπευτικών και αντιβιοτικών με την πλήρη γνώση των βιταμινών με τις προόδους στο πεδίο της διατροφής και της τεχνολογίας των τροφών ,που έκαναν πιο εύχρηστη και ορθολογιστική την τέχνη, τη διατροφή με τη βελτίωση των τεχνικών διαγνωστικής έρευνας με τις κατακτήσεις της χειρουργικής, που επέτρεψαν, μεταξύ άλλων, τη διόρθωση σοβαρών συγγενών ανωμαλιών, ακόμη και των καρδιακών, που παλαιότερα ήταν ασυμβίβαστες με τη ζωή (παιδοχειρουργική) .

Όχι μόνο η διαφορά των παθογόνων αιτιών, αλλά και το διαφορετικό υπόστρωμα, επί του οποίου δρούν αυτά, προσδίδουν μια ειδική φυσιογνωμία στα νοσήματα που πλήττουν την παιδική ηλικία, επειδή ποικίλλει στις διάφορες ηλικίες της παιδικής ζωής ή ευπάθεια προς ορισμένες παθήσεις. Στο γεγονός ότι το παιδί αναπτύσσεται συνεχώς οφείλεται στο ότι η νόσος δεν διαταράσσει μόνο την παρούσα κατάσταση και λειτουργία του οργανισμού, αλλά και τη μελλοντική ανάπτυξη και δραστηριότητά του.

Στα οξέα νοσήματα, οι αντιδράσεις του οργανισμού είναι γενικά πιο έντονες και πιο εκτεταμένες στο παιδί. Με μεγαλύτερη ευκολία γενικεύονται τα λοιμώδη νοσήματα και οι

διάφορες μολύνσεις όπως και οι χρόνιες δηλητηριάσεις, προκαλώντας λόγω της ιδιαίτερης ανοσοφυσιολογίας της παιδικής ηλικίας, ειδικά σύνδρομα. Ιδίως στα νεογνά, στα οποία η φυσιολογική ισορροπία του οργανισμού είναι πολύ ευπαθής, αρκούν πολύ μικρά αίτια για να διαταραχθεί η άμυνα του οργανισμού κατά του εξωτερικού περιβάλλοντος. Γι' αυτό ο παιδίατρος πρέπει να γνωρίζει όχι μόνο τη γενική ιατρική, αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την κλινική ικανότητα, λόγω των συνεχών οργανικών και λειτουργικών μεταβολών του άρρωστου παιδιού, το οποίο όταν είναι πολύ μικρό δεν μπορεί να εκφράσει τα ενοχλήματά του το κάνει κατά τρόπο ατελή και αυτές ακόμη οι αντιδράσεις των οργάνων που πάσχουν είναι πολλές φορές απατηλές.

Τα τελευταία χρόνια έχουν ξεχωρίσει από την παιδιατρική και άλλοι κλάδοι εξειδικεύσεως, όπως η νεογνολογία, η βρεφοκομική, η νηπιολογία, η αυξολογία και η παιδοψυχιατρική¹⁵.

Μετά την απελευθέρωση της Ελλάδος από τον τουρκικό ζυγό δεν υπήρχε Νοσοκομείο αποκλειστικά για παιδιά. Σημειώνεται ότι η μόνη "οργανωμένη" φροντίδα για το παιδί ήταν, η ανοικτή περίθαλψη που προσέφερε ο Δήμος Αθηναίων από το 1836 στα Έκθετα της πόλεως των Αθηνών, με την ίδρυση του Δημοτικού Νηπιακού Ορφανοτροφείου Αθηνών (Βρεφοκομείο).

Το Πανεπιστήμιο Αθηνών προσέφερε ιατρική περίθαλψη στα παιδιά μέσα από τα "Προσαρτήματά" του όπως το Μαιευτήριο (1837), το Οφθαλμιατρείο (1855), οι άλλες Πανεπιστημιακές Κλινικές, και κυρίως το Παιδιατρικό Τμήμα της Αστυκλινικής (1857) του οποίου υπεύθυνος ήταν ο Υφηγητής Αντώνιος Βιτσάρης.

¹⁵ Παιδιατρική, σελ. 338

Στα 1879 με τη συνδρομή του Αδελφάτου του Βρεφοκομείου και ευεργετών ιδρύεται η πρώτη Παιδιατρική Κλινική, με Καθηγητή-Διευθυντή τον Αναστάσιο Ζίννη. Η Παιδιατρική Κλινική μέχρι το 1915 στεγάστηκε στο κτίριο του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθηνών, στο επιλεγόμενο Βρεφοκτονείο, στην Πλατεία Ελευθερίας (Κουμουνδούρου). Από τον Σεπτέμβριο του 1916 μέχρι τον Αύγουστο του 1926 στεγάστηκε στην οικία Ράινεκ, στην οδό Ακαδημίας 22, όπου όλο το προσωπικό της Κλινικής¹⁶.

Δημόσιες Παιδιατρικές Κλινικές

Η αποστολή των δημόσιων Παιδιατρικών Νοσοκομείων είναι:

- Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε παιδιά ηλικίας μέχρι και 14 ετών, ανεξαρτήτως διακρίσεων και οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασης των οικογενειών τους. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες γίνονται σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Η προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης και συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των λειτουργών των άλλων κλάδων Υγείας¹⁷

Ειδικότερα:

¹⁶ <http://www.pediatrics-uoa.edu.gr/uoa/>, 1.11.06

¹⁷ http://www.aglajakyriakou.gr/hospital_b.html, 1.11.06

Η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται από την Παιδιατρική Κλινική αφορά την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα.

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου στα οποία παρέχεται άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα. Παράλληλα λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών στα οποία παρέχεται επείγουσα ιατρική φροντίδα. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως οργανωμένα, αυτοτελή και είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που προσέρχονται σε αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης.

Κατά τη δευτεροβάθμια ιατρική περίθαλψη διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος και παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλεία προς το παιδί. Επίσης, γίνονται και γενικές επεμβάσεις όπως γενικές εγχειρήσεις, γαστροσκοπήσεις κ.α.

Κατά την τριτοβάθμια περίθαλψη, παρέχονται εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτείται η συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υποστηρίζονται από σύγχρονο αλλά και εξειδικευμένο εξοπλισμό. Το κόστος λειτουργίας και συντήρησης αυτού του εξοπλισμού είναι πολύ υψηλό. Η τριτοβάθμια περίθαλψη απευθύνεται σε παιδιά με εξειδικευμένα νοσήματα.

Στα δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία παρέχεται παράλληλα και εκπαίδευση του προσωπικού του Νοσοκομείου. Τα προγράμματα αυτά διακρίνονται σε προγράμματα ειδικοτήτων και σε προγράμματα υποστήριξης προπτυχιακής και δια βίου εκπαίδευσης.

Επίσης στις Δημόσιες Παιδιατρικές Κλινικές καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες προαγωγής της ιατρικής έρευνας μέσω προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που αφορούν τόσο τη βασική όσο και την εφαρμοσμένη έρευνα. Τα προγράμματα αυτά υποβάλλονται προς έγκριση στην αρμόδια Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας.

Οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες του Παιδιατρικού Νοσοκομείου χωρίζονται στον Παθολογικό τομέα, τον Χειρουργικό και τον Εργαστηριακό. Σε κάθε από τους ανωτέρω τομείς υπάγονται και αντίστοιχα τμήματα και κλινικές¹⁸.

Ιδιωτικές Παιδιατρικές Κλινικές

Η αποστολή των Ιδιωτικών Παιδιατρικών Νοσοκομείων είναι:

- Η παροχή, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας θεραπείας και νοσηλείας σε ένα ευχάριστο περιβάλλον προς το παιδί.

Ειδικότερα:

Η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται από την Παιδιατρική Κλινική αφορά την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα.

Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης παρέχεται άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Παράλληλα λειτουργούν και εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως οργανωμένα για να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς.

¹⁸ http://www.aglaiakyriakou.gr/hospital_d_3.html, 1.11.06

Κατά τη δευτεροβάθμια ιατρική περίθαλψη διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος για να υπάρχει ολοκληρωμένη νοσηλεία του ασθενούς. Επίσης, γίνονται και γενικές επεμβάσεις όπως γενικές χειρουργικές επεμβάσεις κ.α.

Κατά την τριτοβάθμια περίθαλψη, παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες στις οποίες χρειάζεται η συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες παρέχονται με σύγχρονο αλλά και εξειδικευμένο εξοπλισμό¹⁹.

3.1 ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Τα νοσοκομεία και οι άλλες μονάδες υγείας είναι υπό κρατική ιδιοκτησία και οι γιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό απασχολούνται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή με κάποια ισοδύναμη ειδική σύμβαση. Η χρηματοδότηση του συστήματος εξασφαλίζεται εξ ολοκλήρου από τη γενική φορολογία (δηλ. από έσοδα του γενικού κρατικού προϋπολογισμού).

Καθώς οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τη φορολογία παρέχονται δωρεάν (ή σχεδόν). Με αυτό τον τρόπο παρακάμπτεται το πρόβλημα από τη μη πλήρη κάλυψη της διαφοράς των ασφαλιστικών καθεστώτων ανάλογα με την επαγγελματική κατηγορία. Με αυτό τον τρόπο η αρχή της ανταποδοτικής ασφάλισης (παροχές υγείας έναντι ασφαλιστικών εισφορών) καταργείται πλήρως και αντικαθίσταται με την αρχή της οικουμενικής παροχής (δικαίωμα πρόσβασης βάσει της ιδιότητας του πολίτη ή απλώς του κατοίκου).

¹⁹ <http://www.interamerican.gr/gr/Omilos/etairies/euroclinic/kids.htm>, 1.11.06

Οι ασθενείς δεν αποφασίζουν την κατανομή φροντίδων (π.χ. χειρουργικών επεμβάσεων) αλλά οι γιατροί τους βάσει μη οικονομικών κριτηρίων (της κλινικής «ανάγκης» για περίθαλψη). Η επίσκεψη σε ειδικό γιατρό γίνεται μόνο με παραπομπή από τον γενικό γιατρό, η νοσηλεία σε νοσοκομείο μόνο με παραπομπή από τον γιατρό. Με τον τρόπο αυτό λύνονται σε μεγάλο βαθμό τα προβλήματα που προκαλούνται από την ασύμμετρη πληροφόρηση.

Οι αμοιβές των γιατρών είναι είτε σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών (γενικοί γιατροί) είτε με μισθό (νοσοκομειακοί γιατροί), πάντως όχι κατά πράξη. Με τον τρόπο αυτό εξισορροπούνται τα κίνητρα προς υπερβολική κατανάλωση εξ αιτίας του ηθικού κινδύνου, τα οποία θα οδηγούσαν διαφορετικά σε διόγκωση του κόστους.

Η προσφορά που προσφέρουν οι υπηρεσίες υγείας υπόκειται σε περιορισμούς είτε διοικητικής φύσεως (λίστες αναμονής) είτε με τον καθορισμό από το κοινοβούλιο του συνολικού ποσού που διατίθεται κάθε χρόνο για τη χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας.

Με αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζονται οι αποτυχίες της αγοράς και προάγεται η οικονομική αποδοτικότητα.

Σε χώρες όπου τα συστήματα υγείας είναι εθνικά, η δημόσια δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ τείνει να είναι μικρότερη από ό,τι σε χώρες με κοινωνική ασφάλιση υγείας, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας τείνει να είναι μικρότερη εκεί όπου το μερίδιο της δημόσιας δαπάνης είναι υψηλότερο.

Επομένως σε εθνικά συστήματα υγείας υπάρχει εξοικονόμηση πόρων που επιτυγχάνεται χωρίς παρενέργειες

ιατρικής φύσεως. Το τίμημα για την εξοικονόμηση πόρων είναι ο περιορισμός των βαθμών ελευθερίας ιατρών και ασθενών.

Με τα εθνικά συστήματα υγείας εξασφαλίζεται η κοινωνική δικαιοσύνη. Με τη δημόσια παρέμβαση και τη δημόσια παροχή επιτυγχάνεται οικονομική αποδοτικότητα²⁰.

3.2 ΤΙΜΟΛΟΓΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Σημειώνεται ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες και τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν έρθει σε συμφωνία για την τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πελάτες τους. Παράλληλα, οι απώλειες πελατών έχουν οδηγήσει τα νοσοκομεία και τις ασφαλιστικές σε συζήτηση των όρων των συμβάσεων αφού κάθε αποδυνάμωση της μεταξύ τους σχέσης έχει συνέπειες στην εξέλιξη των οικονομικών τους μεγεθών.

Στο πλαίσιο των κινήσεων για την ανεύρεση «χρυσής τομής» το ΥΓΕΙΑ ανέλαβε την πρωτοβουλία να δημιουργήσει συσπείρωση μεταξύ των ιδιωτικών νοσοκομείων, ούτως ώστε να συμφωνήσουν και να καθορίσουν πλαίσιο κοινής αντιμετώπισης των θεμάτων που αφορούν την κοστολόγηση των υπηρεσιών τους προς τους ασφαλισμένους των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

Ηδη, το νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ και άλλα ιδιωτικά νοσοκομεία, μεταξύ των οποίων η Γενική Κλινική, ο Κυανός Σταυρός, το Metropolitan, το ΙΑΣΩ (κυρίως λόγω του ΗΡΑ που θα λειτουργήσει ως γενική κλινική), η Ευρωκλινική έχουν έρθει σε επικοινωνία για την από κοινού αντιμετώπιση των θεμάτων.

²⁰ Μασσαγγάνης, **Οικονομία και πολιτική υγείας στις χώρες της ΕΕ**, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Οικονομικών Σπουδών, Διδακτικές σημειώσεις Φεβρουάριος 2007

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στις μέρες μας η επιστήμη της υγείας έχει μετατρέψει την παραδοσιακή ιατρική περισσότερο απλούστερη, ευκολότερη, ακριβότερη αλλά και συνάμα απρόσωπη.

Η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στη καθημερινότητα των νοσοκομείων καθιστά απαραίτητο τον ποιοτικό έλεγχο, προκειμένου να γίνεται μια καθημερινή σύγκριση παρεχόμενων υπηρεσιών, του κόστους, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών από τη παροχή τους. Δηλαδή με τη σωστή διοίκηση της υγείας απαιτούνται ποιοτικοί έλεγχοι και ποιοτική εξασφάλιση. Γι'αυτό καθίσταται επιτακτική ανάγκη να επέλθουν αλλαγές όχι μόνο στη φροντίδα των ασθενών αλλά και να αναδιαρθρωθούν οι οργανωτικές δομές, να αλλαχθεί ο εξοπλισμός των νοσοκομείων, να αναδιαρθρωθεί και η εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού.²¹:

Επιπλέον η υγειονομική περίθαλψη έχει αλλάξει ως προς τους μηχανισμούς πληρωμής, ως προς την οριζόντια και κάθετη ολοκλήρωσή της, ως προς τις πληρωμές και τα κίνητρα, ως προς την ανάγκη για μεγαλύτερες αποδόσεις και για αποτελέσματα κ.λ.π. πλέον ο τομέας της υγείας έχει περισσότερο εστιαστεί στην ποιότητα.

Η ποιότητα στον υγειονομικό τομέα συσχετίζεται με τις στρατηγικές αλλαγές στο χώρο των νοσοκομείων. Στα πλαίσια της στρατηγικής αλλαγής το νοσοκομείο μπορεί να αγνοήσει

²¹ Μουμτζόγλου Α(2001), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας-Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας (TQM), Εκδόσεις Μάνατζμεντ, σελ 13

τις επιβαλλόμενες αλλαγές ή και να διαμορφώσει τη πορεία του ύστερα από τις συντελούμενες αλλαγές²²:

²² βλέπε Μουμιτζόγλου Α(2001), σελ 18

Η αλλαγή σε ποιοτικότερες υπηρεσίες επιβάλλεται από τη σύγχρονη κοινωνική, οικονομική, και υγειονομική συγκυρία λόγω της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας και της προσπάθειας να μειωθεί ο όγκος των συναλλαγών, της ανάγκης μείωσης του χρόνου εξυπηρέτησης, της τεχνολογίας, του περιβάλλοντος, της επιχειρησιακής σμίκρυνσης, της συμμετοχικής δράσης των εργαζόμενων, λοιπών πολυποίκιλων συναλλαγών και άλλων εξωγενών περιβαλλοντολογικών παραγόντων όπως οι τεχνολογικές μεταβολές, οι δημογραφικές προσεγγίσεις η γήρανση του πληθυσμού, η πολυμορφία της κοινωνίας αλλά και οι εργασιακές ²³:

Για να πραγματοποιηθούν ποιοτικές διεργασίες απαιτείται να λαμβάνονται αποφάσεις με συμμετοχικές διαδικασίες και βασίζεται στη παρακίνηση, στην επιβράβευση, στη κοινωνικότητα και στη συνεχή επαφή με το κοινό, στην ανάπτυξη ρόλων, στις δημοκρατικές διαδικασίες και στην απελευθέρωση των διαδικασιών, στους κοινωνικούς, ιδεολογικούς και πολιτικούς προσανατολισμούς. Επίσης απαιτείται η ανάπτυξη της τεχνολογίας αλλά και η ανάπτυξη δεξιοτήτων, μεθόδων και τεχνολογιών, χωροταξική μετατόπιση, καταβολή αμοιβών, καινοτομίες, σωστή αντίληψη, ποιοτικά δεδομένα.

Με την αυτό-διαχείριση λειτουργούν καλύτερα οι εσωτερικές διαδικασίες και μεθοδεύονται τα διάφορα στάδια των διαφόρων επιχειρησιακών δράσεων.

²³ Braithwaite et.al(1995), όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Μουμιτζόγλου Α(2001), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας-Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας σελ 19

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ιδρυτικός Νόμος ΕΣΥ 1397/83 και τροποποιήσεις 2071/92 και 2519/97

Ν. 2889/01 *Περί Βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ*

Δερβιτσιώτης, Κ. (2002), *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας* (2^η έκδοση), Αθήνα: Interbooks.

Σπανός, Α. (1998), *Υπηρεσίες Ποιότητας: Πώς Παράγονται και Παρέχονται*, Αθήνα: Εκδόσεις Γαλαίος.

Σχέδιο Μεταρρύθμισης *ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ*, Υπ. Υγείας & Πρόνοιας

Τσαλίκης, (2000), «Η στρατηγική Του κουτσοβολέματος στις τρεις αγορές Υπηρεσιών Υγείας», στο γ. ΚυριόΠ.Ο.Υ.λος, κ.ά. (επιμ.), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης Του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας*, Θεμέλιο, Αθήνα, σ. 15-44.

Mahler, 1977, WHO at the Crossroads, WHO Chron, τχ 31, σ.219

Mahler, H. (1971β), «The Staff of Aesculapius», *World Health*, Νοέμβριος/ σ.3.

WHO (1980), *Health for All by the Year 2000*.

Manga _ Tsalikis,(1993), «The Taming of Medicine in Canada. The "New-World Vertues" of Quality Assurance and Effectiveness», International Conference on Quality Assurance, Society of Quality Assurance, Eger, Ουγγαρία

Τσαλίκης, χχχ, Η Διαλεκτική της Ποσότητας και της Ποιότητας: Θεωρίας, Ουτοπία και Πράξη, στο Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο, ΣΕΛ.57-74

Berry,L.,Parasuraman,A.,Zeithaml,V. "A conceptual model of service quality and its implications for future research", Journal of marketing, 49,4 (Fall 1985) pp.41-50

Kotler, P., 2003, "Marketing Management" 11th edition, Prentice – Hall

Μπινιώρης Σ(2001), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης σελ 15-20

E. Αρναούτογλου, Μ. Ντουρουντάκης, 1999

Σωτήρης Κλήμης, 2003

www.hygeia.gr/exoplismos.shtml , πληροφορίες > υπηρεσίες , 24/10/06

ΚΩΤΣΗΣ, 22/10/2006, «Ζεστό» χρήμα στον κλάδο της Υγείας, ΤΟ ΒΗΜΑ, ΣΕΛ. Β11

Μουμτζόγλου Α(2001), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας-Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας (TQM), Εκδόσεις Μάνατζμεντ, σελ 13

Braithwaite et.al(1995), όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Μουμτζόγλου Α(2001), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας-Συστήματα Διασφάλισης Ποιότητας σελ 19